



Sosyal Bilimler
Enstitüsü

T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ BİLİM DALI

EBEVEYN KABUL- RED ALGISI, UTANÇ VE YEME TUTUMLARININ
OBEZİTELİ BİREYLERİN BEDEN MEMNUNİYETİ ÜZERİNDEKİ ETKİSİNİN
İNCELENMESİ

Yüksek Lisans Tezi

HALE ZELİHA KELLEÇİ

İSTANBUL, 2022

T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ BİLİM DALI

EBEVEYN KABUL- RED ALGISI, UTANÇ VE YEME TUTUMLARININ
OBEZİTELİ BİREYLERİN BEDEN MEMNUNİYETİ ÜZERİNDEKİ ETKİSİNİN
İNCELENMESİ

Yüksek Lisans Tezi

HALE ZELİHA KELLEÇİ

TEZ DANIŞMANI
DR. ÖĞR. ÜYESİ NESRULLAH OKAN

İSTANBUL, 2022

ÖZ

EBEVEYN KABUL- RED ALGISI, UTANÇ VE YEME TUTUMLARININ OBEZİTELİ BİREYLERİN BEDEN MEMNUNİYETİ ÜZERİNDEKİ ETKİSİNİN İNCELENMESİ

Bu çalışmanın amacı, obeziteli bireylerin ebeveyn red algısı, utanç ve yeme tutumlarının beden memnuniyetleri üzerindeki etkisini incelemektir. Bu çerçevede, ebeveyn red algısı ve beden memnuniyeti ilişkisinde utanç ve yeme tutumunun aracı rolü değerlendirilmiştir. Ayrıca alınan demografik bilgiler de değerlendirilmeye katılmıştır. Araştırma örneklemini 18- 50 yaş aralığındaki obezitesi olan 110 kadın (%78) ve 31 (%22) erkekten oluşup toplamda 141 katılımcı içermektedir. Pandemi şartları nedeni ile çevrimiçi olarak yürütülen çalışmada, katılımcılardan onam alınıp demografik bilgi formu, Yetişkin Ebeveyn Kabul Red Ölçeği- Kısa Form, Suçluluk- Utanç Ölçeğinin utanç alt boyutu, Vücut Algısı Ölçeği ve Yeme Tutum Testi (YTT- 40) uygulanmıştır. Toplanan veriler SPSS programı ile değerlendirilmiş, yapılan model analizleri için ise AMOS 24.0 Paket Programı kullanılmıştır. Fark testi sonuçlarına göre beden memnuniyetinin cinsiyetler arasında anlamlı bir farklılaşma gösterdiği görülmüştür. Kilo aralıkları bakımından yapılan karşılaştırmada kilo aralığı düşük grubun kilo aralığı yüksek gruplara göre daha az baba reddi algıladıkları tespit edilmiştir. Ayrıca yaş aralıkları bakımından en düşük yaş grubu ve en yüksek yaş grubu arasında baba red algısı bakımından anlamlı şekilde farklılaşma olduğu, düşük yaş grubunun daha yüksek bir red algıladığı görülmüştür. Korelasyon testi sonuçlarına göre ise ebeveyn red algısı, utanç, yeme tutumu ve beden memnuniyeti değişkenleri arasında anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Yapısal eşitlik modeliyle yapılan analizlerde iki ayrı modelin geçerliliği ortaya konulmuştur. Araştırmanın tüm bulguları alan yazındaki bilgiler ile değerlendirilmiş, araştırmacılara ve uygulayıcılara yönelik öneriler sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Obezite, Utanç, Ebeveyn Kabul- Reddi, Beden Memnuniyeti, Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu

ABSTRACT

AN EXAMINATION OF THE EFFECTS OF PERCIEVED PARENTAL ACCEPTANCE- REJECTION, SHAME AND EATING ATTITUDES ON BODY SATISFACTION OF OBESE INDIVIDUALS

Aim of the study is to investigate the effect of percieved parental acceptane- rejection, shame and eating attitudes on body satisfaction of people with obesity. For this purpose, the mediating role of eating attitudes and shame in the relationship between parental rejection perception and body satisfaction. The sample of this study consist of 141 (110 female, 31 male) obese participants who are between the ages of 18-50. Due to the pandemic, this study was conducted as an online study and Demographic Information Form, Adult Parental Acceptance- Rejection Questionairre- Short Form, Guilt and Shame Scale (only the shame subscale), Body Image Scale and Eating Attitudes Test (EAT-40) were used for data collection. Gathered data is evaluated in IBM SPSS program and AMOS 24.0 program were used to test the proposed models. According to the results of the t test analysis, there is a significant difference in body satisfaction between genders (only male and female). Compared weight intervals showed that the lowest weight group percieves significantly less paternal rejection than the other weight groups. In addition, according to the correlation analyses, significant relationships were found between maternal and paternal rejection perception, eating attitude, shame and body satisfaction. In order to examine the proposed models, structural equation modeling was conducted and the results indicated that shame and binge eating disorder as eating attitude have mediating role effect on the relationship between parental rejection perception and body satisfaction. All the findings of the research were discussed in the light of literature.

Keywords: Obesity, Shame, Parental Acceptance- Rejection, Body Satisfaction

İÇİNDEKİLER

ÖZ	iii
ABSTRACT	iv
İÇİNDEKİLER	v
TABLolar LİSTESİ.....	vii
ŞEKİLLER LİSTESİ	ix
KISALTMALAR	x
ÖNSÖZ	xi
GİRİŞ	1
1.1.Obezite	3
1.1.1.Obezite Tanımı ve Sınıflandırma	3
1.1.2. Obezitenin Görülme Sıklığı ve Komorbid Durumlar	5
1.1.3. Obezitenin Etiyolojisi	6
1.1.3.1. Genetik	7
1.1.4. Obezite Tedavisi	11
1.2.Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu.....	13
1.2.1. Yaygınlık ve Komorbid Durumlar	15
1.2.2. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu Etiyolojisi	16
1.2.3. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu Tedavisi	17
1.3.Utanç	21
1.3.1. Utancın Tanımı, Gelişimi ve Utanca Dair Teoriler	21
1.4. Beden Memnuniyetsizliği	26
1.5. Ebeveyn Kabul- Red Teorisi	32
1.5.1. Ebeveynliğin Sıcaklık Boyutu	32
1.5.2. Kişilik Alt Teorisi.....	34
1.5.3. Baş Etme Alt Teorisi	37
1.5.4. Sosyo-Kültürel Sistemler Alt Teorisi	38
1.6. Araştırmanın Amacı ve Soruları	39
YÖNTEM	41
2.1. Örneklem.....	41
2.2. Veri Toplama Araçları	42
2.2.1. Demografik Bilgi Formu	42

2.2.2. Yetişkin Ebeveyn Kabul-Red Ölçeği- Kısa Form	43
2.2.3. Yeme Tutum Testi (YTT-40)	43
2.2.4. Suçluluk Utanç Ölçeği.....	43
2.2.5. Beden Algısı Ölçeği	44
2.3. İşlem.....	44
2.4. Veri analizi	44
BULGULAR.....	46
3.1. Fark Testlerine İlişkin Bulgular	46
3.2. Betimsel İstatistik ve Modellere İlişkin Bulgular	53
3.2.1. Test Edilen Modele İlişkin Bulgular	55
TARTIŞMA	58
4.1. Fark Testlerine İlişkin Sonuçlar ve Değerlendirilmesi	58
4.2. Yapısal Modele İlişkin Sonuçların Değerlendirilmesi	61
4.3. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Öneriler	64
4.3.1. Sınırlılıklar.....	65
4.3.2. Araştırmacılara Öneriler	65
4.3.3. Uygulayıcılara Öneriler	65
KAYNAKÇA	67
EKLER	84
A. BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU	84
B. DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU	85
C. YETİŞKİN EBEVEYN KABUL- RED ÖLÇEĞİ KISA FORM	86
D. YEME TUTUM TESTİ (YTT-40).....	89
E. SUÇLULUK UTANÇ ÖLÇEĞİ.....	93
F. BEDEN ALGISI ÖLÇEĞİ.....	95

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1. Beden Kitle İndeksi Değerlerine Göre Obezite Sınıflandırması (kg/m ²)	3
Tablo 1. (devamı) Beden Kitle İndeksi Değerlerine Göre Obezite Sınıflandırması (kg/m ²)	4
Tablo 2. Katılımcıların Kişisel Bilgi Formlarından Elde Edilen Bulgulara İlişkin Yüzde Frekans Tablosu	41
Tablo 2. (devamı) Katılımcıların Kişisel Bilgi Formlarından Elde Edilen Bulgulara İlişkin Yüzde Frekans Tablosu.....	43
Tablo 3. Araştırma değişkenlerinden Anne Red Algısı, Baba Red Algısı, Yeme Tutumu, Beden Memnuniyeti ve Utanç Puanlarının Cinsiyet Değişkenine Göre Farklılaşma Durumu ile İlgili Yapılan Bağımsız Grup t Testi Sonuçları	46
Tablo 3. (devamı) Araştırma değişkenlerinden Anne Red Algısı, Baba Red Algısı, Yeme Tutumu, Beden Memnuniyeti ve Utanç Puanlarının Cinsiyet Değişkenine Göre Farklılaşma Durumu ile İlgili Yapılan Bağımsız Grup t Testi Sonuçları	47
Tablo 4. Araştırma değişkenlerinden Anne Red Algısı, Baba Red Algısı, Yeme Tutumu, Beden Memnuniyeti ve Utanç Puanlarının Diyet Durumu Değişkenine Göre Farklılaşma Durumu ile İlgili Yapılan Bağımsız Grup t Testi Sonuçları	48
Tablo 5. Araştırma değişkenlerinden Anne Red Algısı, Baba Red Algısı, Yeme Tutumu, Beden Memnuniyeti ve Utanç Puanlarının Psikolojik Destek Alma Değişkenine Göre Farklılaşma Durumu ile İlgili Yapılan Bağımsız Grup t Testi Sonuçları	49
Tablo 6. Araştırma değişkenlerinden Anne Red Algısı, Baba Red Algısı, Yeme Tutumu, Beden Memnuniyeti ve Utanç Puanlarının Puanlarının Obezite Süresi Değişkenine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları	50
Tablo 6. (devamı) Araştırma değişkenlerinden Anne Red Algısı, Baba Red Algısı, Yeme Tutumu, Beden Memnuniyeti ve Utanç Puanlarının Puanlarının Obezite Süresi Değişkenine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları.....	51

Tablo 7. Araştırma değişkenlerinden Anne Red Algısı, Baba Red Algısı, Yeme Tutumu, Beden Memnuniyeti ve Utanç Puanlarının Kilo Durumu Değişkenine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları	51
Tablo 7. (devamı) Araştırma değişkenlerinden Anne Red Algısı, Baba Red Algısı, Yeme Tutumu, Beden Memnuniyeti ve Utanç Puanlarının Kilo Durumu Değişkenine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları	52
Tablo 8. Araştırma değişkenlerinden Puanlarının Yaş Değişkenine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları.....	53
Tablo 9. Değişkenler Arası Korelasyon Tablosu, Aritmetik Ortalamaları ve Değişkenlere İlişkin İç Tutarlık Katsayıları, Çarpıklık, Basıklık Tablosu	53
Tablo 10. Modellere İlişkin İyilik Uyum Değerleri	57

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Anne Red-Baba Reddi Algısı ile Beden Memnuniyeti Arasındaki İlişkiye Dair Yapısal Model 1	57
Şekil 2. Aracı Model 1	58
Şekil 3. Aracı Model 2	59



KISALTMALAR

BDT	Bilişsel Davranışçı Terapi
BMI	Beden kitle indeksi
DDT	Diyalektik Davranışçı Terapi
N	Örneklem Sayısı
PCOS	Polikistik Over Sendromu
SS	Standart Sapma
$\bar{X}$	Ortalama
YTT	Yeme Tutum Testi
WHO	Dünya Sağlık Örgütü

ÖNSÖZ

Öncelikle değerli tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Nesrullah OKAN'a süreç boyunca esirgemediği desteği ve anlayışı için teşekkürlerimi sunar, kendisi ile çalışma fırsatı bulduğum için kendimi şanslı gördüğümü belirtmek isterim.

Anlayışını ve desteğini her zaman hissettiren, ihtiyacım olduğunda hep yanımda olan anneme, kardeşlerim Simge ve Ozan'a ve tabii ki Anıl'a her şey için çok teşekkür ederim.

Son olarak Gece, Fıstık, Sushi, Bücür ve Nazlı Yazlı' ya benim harika kedilerim oldukları için çok teşekkür ederim.



Canım Gofret' in anısına,

BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ

Obezite, en basit haliyle aşırı şişmanlık olarak tanımlanmakta (Caballero, 2007) ve geçtiğimiz yüzyıldaki paylaşılan çevresel değişimler aracılığı ile de önde gelen sağlık sorunlarından biri olarak karşımıza çıkmaktadır (Heymsfield ve Wadden, 2017). İlerleyen kısımlarda ayrıntılı şekilde anlatılacağı gibi, bu kompleks hastalığın kalıtsal ve çevresel faktörlerin etkileşimi ile meydana geldiği görüşü alan yazında kendini göstermektedir (Alonso vd., 2016; Brownell ve Wadden, 2016; Wharton vd., 2020). Obezitesi olan bireylerin, geliştirme riski taşıdıkları ciddi sağlık problemleri vardır. Örneğin; obezite neredeyse her zaman hipertansiyon, tip II diyabet, gut, dislipidemi gibi durumları içeren metabolik sendrom tablosu yaratır (Wechslera vd., 2005). Kısacası, global bir problem haline gelen bu hastalık, kardiyovasküler ve endokrin sistem, solunum sistemi, üreme sistemi, sinir sistemi, iskelet ve kas sistemi, integumental sistem ve sindirim sistemi için olumsuz etkiler doğurabilmektedir (Cafasso, 2020). Bu çalışmada üzerinde durulduğu gibi fizyolojik risklerin yanı sıra yeme bozukluğu, anksiyete bozukluğu, depresyon gibi psikolojik riskler de beraberinde gelmektedir (Rajan ve Menon, 2017).

İnsanlar için, içinde yaşadıkları beden onları dünyada yönlendiren şeydir (Ueland vd., 2019). Beden imgesi yıllar içinde, kilo, beden ve dış görünüşe dair algı, tatmin, değerlendirme, uyum, endişe, değer, beğeni ve kabule dair bir kavram olarak evrimleşmiştir (Grogan, 2017). Günümüz dünyasında beden imgesine dair kaygılar yeni bir halk sağlık sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır (Khalaf, 2021). Bu noktada akla beden memnuniyetsizliği kavramı gelmektedir. Obeziteli bireylerde beden memnuniyetsizliği yaygın olarak görülmektedir (Mond vd., 2011; Sarwer vd., 1998). Beden memnuniyetsizliği, bireyin bedenine ilişkin süreklilik gösteren negatif düşünce ve duygularını ifade etmektedir. Bu kavram içsel duygusal ve bilişsel bir süreçtir ancak belli bir dış görünüş idealini karşılamaya dair hissedilen baskı gibi dışsal faktörlerden de etkilenmektedir. Beden memnuniyetsizliğinin varlığı kişiyi özellikle bozuk yeme davranışı olmak üzere sağlıksız kilo kontrol davranışlarına itmektir (Tiller vd., 2020; McGuinness ve Taylor, 2016; Stice, 2002). Bu noktada da obezite ile güçlü bir ilişkisi olan (Agüera vd., 2020; Succurro vd., 2015) ve çalışmanın bir diğer elementi olan tıknırcasına yeme bozukluğu karşımıza çıkmaktadır. Alan yazına bakıldığında tıknırcasına yeme bozukluğunun varlığı ve genel psikopatoloji seviyesinin

anlamalı derecede ilişkili olduğu görülmektedir (Telch ve Agras, 1994; Arias vd., 2006). Bu nedenle tıknırcasına yeme bozukluğu, obezite ile yüzleşirken göz ardı edilmemesi ve sorgulanması gereken bir problem olup bu çalışmada da yerini almıştır.

Dünya genelinde obezitenin yaşam kalitesi ve sağlığa zarar veren moral bir yenilgi olduğu anlayışı hakimdir ve obezitesi olan bireylerin bu kültürel mesajdan kaçması pek mümkün değildir (Ueland, 2019). Stigma ve beraberinde gelen utanç duygusu, tedavinin önünde bir engel oluşturmaktadır (Stanford vd., 2018). Sosyal bir perspektif içinde önleyici girişimler olmaksızın bu soruna ilişkin bir çözüm mümkün görünmemektedir (Ueland, 2019).

Utanç duygusunun ne ifade ettiğini açıklamak gerekirse; en temel hali ile kişinin kendisini kusurlu, güçsüz ve değersiz görmesine neden olan bütünüyle acı verici bir deneyimdir (Hastings vd., 2002). Aslında normal ve patolojik bir durum teşkil etmeyen bir duygudur. Ancak utanca zıt reaksiyonlar, bireyler ve gruplar arası birçok çatışmayı vurgulayabilmektedir. Benzer şekilde kişinin utançla başa çıkma şekilleri de işlevsiz olabilir (Lewis, 1995). Bu kompleks duygu hem bireysel hem de sosyal bir yönümüz olduğunu hatırlatmaktadır (Retzinger, 1995) ve obeziteli bireylerde utanç deneyiminin yaygınlığı düşünülürse, obeziteli bireylerin yaşadıklarını anlamanın tedavi etkililiği için önemi büyüktür (Avenell vd., 2018).

Obezite hem biomedikal hem psikososyal bir bakışla incelenmiş bir konudur. Biomedikal perspektif obeziteyi toplumsal bir yük olarak görüp ekonomik etkilerine vurgu yaparken psikososyal perspektif obezitenin getirdiği stigma ve ayrımcılığın çok daha tehlikeli olduğunu savunur (Holavatyk, 2020). Bu çalışmada da obezitenin biyopsikososyal doğası üzerine alan yazında bulunan bilgiler süzgeçten geçirilmiş, toplanan veri üzerinden bu bağlamda değerlendirmelerde bulunulmuştur. Giriş bölümünde alan yazındaki bilgiler derlenerek ilk olarak, obezitenin tanımı, değerlendirme kriterleri, ülkemizde ve dünyadaki yaygınlığı, komorbid durumlar, obezite etiyolojisi ve tedavi seçenekleri aktarılacaktır. Ardından yeme tutumu olarak ele alınan tıknırcasına yeme bozukluğu tanı kriterleri, epistemolojik bilgiler, etiyolojisi, obezite ile olan ilişkisi ve tedavisi üzerine bilgiler sunulacaktır. Devamında ise utanç, beden memnuniyetsizliği ve araştırmanın teorik temelini oluşturan ebeveyn kabul red teorisine yönelik

alan yazında karşılaşılan bilgiler aktarılacak, bu kavramların obezite ile olan ilişkilerine yönelik yapılan çalışmalardan bahsedilecektir.

1.1. Obezite

1.1.1. Obezite Tanımı ve Sınıflandırma

Latince yiyerek şişmanlamak anlamındaki “*obesus*” kelimesinden türeyen obezite, aşırı adiposite (şişmanlık) anlamına gelmektedir. Normalin nerede bitip obezitenin nerede başladığı sorusunun zevk ve modaya göre değişmesi ve gelişigüzel belirlenmesi noktasında katı bir obezite tanımı yapmak güçtür (Fisher vd., 1975). Günümüzde, yukarıda bahsi geçen kelime kökeni dışında obezite genel olarak hem medikal hem kültürel amaçlarla tanımlanmaktadır. Medikal olarak anlamlı tanımı yağ dokularının sağlığa zarar verecek boyutta birikimi iken kültürel olarak obezite, fiziksel çekiciliğin sosyal standartları ile beden yağ oranının uyum düzeyini ifade eder (Mott ve Lumsden, 2019).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) obeziteyi sağlığa zarar veren anormal ya da aşırı yağ birikimi olarak tanımlamaktadır. Kişinin (kilogram cinsinden) kilosunun, boyunun (cm cinsinden) karesine bölünmesi ile bulunan beden kitle indeksinin (BMI) 30 ve üzeri oluşu obezite için kriter olarak alınmaktadır (2018). Buna göre sınıflandırma şu şekildedir:

Tablo 1. Beden Kitle İndeksi Değerlerine Göre Obezite Sınıflaması (kg/m²)

Normal altı (Zayıf)	<18,5
Normal	18,5- 24,9
Fazla Kilolu	25,0- 29,9

Obeziteli	$\geq 30,0$
Sınıf 1	30,0- 34,9
Sınıf 2	35,0- 39,9
Sınıf 3 (Morbid Obezite)	≥ 40

Bu görece basit sınıflandırmaya rağmen obezite çok faktörlü bir hastalıktır ve kronik pozitif enerji dengesizliğinden (enerji alımının, enerji harcamasından daha fazla olması durumu) kaynaklanır. Alınan enerji, boyut olarak büyüyen adipos doku depolarında bulunan trigliseride dönüşür. Bu da artan vücut yağı demektir ve kilo alımı ile sonuçlanır (Chooi vd., 2018).

1970'lere dek obezite, hayat sigortası endüstrisinin derlediği istatistik verilerinden türemiş bir "*ideal vücut ağırlığı*" fikrine göre bir tanıma sahipti. 1980'lerde ise ideal kilo yaklaşımı BMI ile yer değiştirerek yaygın hale geldi (Caballero, 2007). Ancak bu sınıflandırmanın problemi, obezite tanısında ana kriter olarak karşımıza çıkan BMI değerlerinin çok da hassas olmamasıdır. Örneğin; aynı BMI değeri için Asyalıların yağ oranı beyazlara göre daha yüksektir. Bu da obezitenin önlenmesi ve tanılanması sürecinde sadece BMI değeri sınıflandırmasının yeterli olmadığını düşündürmektedir (Chooi vd., 2018). Konuya ilişkin olarak; Havas ve diğerleri (2009), The American Journal of Medicine' de yayınladıkları makalede, mortalite de dahil olmak üzere hem BMI hem bel çevresi ile ilişkili olumsuz sağlık çıktılarının cinsiyete, ırka, sosyoekonomik düzeye göre değişim gösterebildiğini ve popülasyon özelinde vücut yapısı farklılıkları, yağ dağılımı, aşırı kilo sebepleri ve genetik yatkınlığı yansıtabileceğini belirtmişlerdir.

Obeziteye dair bir diğ er önemli nokta ise erken dönemlerde veya yetişkinlikte kendini gösterebilmesidir. Örneğin; Peeters ve arkadaşlarının (2003), yetişkinlik dönemi obezitesi, aşırı kilolulukta beklenen yaşam s resindeki azalma ve erken dönem ölümlerindeki artış arasındaki ilişkiyi araştırdıkları prospektif kohort çalışmada, yetişkinlik dönemi obezitesinin, erken dönem ölümler ve yaşam s resindeki kısıalma ile anlamlı bir ilişkide olduğu görülmüştür. Çalışmada sigara kullanımına da dikkat edilmiş ve bu yaşam s resindeki azalmanın sigara kullanımında görülenle benzer olduğu görülmüştür. Bir sonraki başlıkta verilecek oranlar da d ş n ld ğ nde, obezitenin toplumun her yaş aralığında görülebilen genel bir tehdit olduğu düşüncesi güçlenmektedir.

1.1.2. Obezitenin Görülme Sıklığı ve Komorbid Durumlar

21. yüzyılın en önemli problemlerinden olan obezite, dünya genelinde hızlı bir artış göstermiş ve bir epidemik halini almıştır. Obezite tüm yaş gruplarında ve tüm cinsiyetlerde, coğrafyadan, ırktan ve sosyoekonomik statüden bağımsız olarak artış göstermiştir. Her ne kadar bu artışın dünya çapında olduğunu söylesek de bu oran genelde kadın ve yaşlılarda en fazladır (Chooi vd., 2019).

Son otuz yılda obezite prevalansı yetişkinlerde %27,5, çocuklarda ise %47,1 oranında artmıştır (Apovian, 2016). Dünya genelinde 1975 yılında beri bakıldığında obezite üç katına çıkmıştır. 2016' da 1,9 milyar yetişkin aşırı kilolu olup 650 milyonu ise obezitelidir. Yine 2016 yılında beş yaş altı 41 milyon  ocuk ya aşırı kilolu ya da obezitelidir (WHO, 2020).

Obezite sadece gelişmiş ülkelerin değil Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerin de sorunudur (Babayiğit vd., 2013). Türkiye'deki toplum temelli ilk çalışma 1990 yılında yapılan Türk Yetişkin Risk Faktörleri (TEKHARF) adlı çalışmadır ve 59 şehri kapsayan bu çalışmada genel obezite prevalansı %18,6 olarak bulunmuştur (Onat vd., 1991). Ayrıca sağlık bakanlığınca yapılan 2010 tarihli Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması' nda bulunan sonuçlara göre bu oran, erkeklerde %20,5, kadınlarda %41,0 ve totalde %30,3' tür. Ülkemizde aşırı kilo, yetişkinler arasında erkeklerde yaygınken obezite kadınlarda daha yaygındır. Çocuklar için ise obezite iki cinsiyette de benzer yaygınlık göstermektedir (Erem, 2015).

Obezitenin sağlığa dair ciddi sonuçları vardır ve bunlar çeşitlilik göstermektedir. Bu eşitlilik, hayat kalitesini kötü anlamda etkileyen, ölümcül olmayan ancak kişiye gten düşüren şikayetlerden, artan erken ölüm riskine kadar uzanmaktadır. Obeziteye ilişkin yukarıda bahsedilen gten düşürücü sağlık problemleri için solunum güçlüğü, kronik kas-iskelet problemleri, cilt problemleri ve kısırlık örnek verilebilir (WHO, 2000). Diğer yandan obezite ile ilişkili, hayati önem taşıyan sağlık sorunlarına ise kalp ve damar hastalıkları, hipertansiyon, tip 2 diyabet, felç, kanser gibi ciddi hastalıklar örnek verilebilir (Racette vd., 2003). Ayrıca obezite her ne kadar yeme bozukluğu olarak sınıflandırılmasa da tıknırcasına yeme, gece yeme sendromu gibi problemlerin de dahil olduğu çeşitli yeme problemleri göstermektedir (Marino vd., 2012).

1.1.3. Obezitenin Etiyolojisi

Obezite oluşumunun temelinde alınan ve harcanan kalori miktarındaki dengesizlik yatar (WHO, 2020). İçsel ve dışsal süreçler iştahı ve dolayısıyla da tüketilen yemek miktarını ve tipini etkiler. Burada bahsi geçen içsel süreçler, iştah düzenleyici fizyolojik mekanizmaları işaret etmektedir ve buna örnek olarak leptin verilebilir. Bu ilişkiyi bir çalışma ile açacak olursak; Blundell ve diğerleri (2002) leptin hormonun iştah düzenlemedeki etkisini incelemiş ve sonuç olarak da leptinin duyuusal sistemler aracılığı ile çevresel uyaranlara karşı değil metabolik sinyallere duyarlılık gösterdiği görülmüştür. Diğer yandan çevresel faktörler, sosyal faktörler ve stres gibi etkenler beslenme düzenini değiştirebilmekte ve dışsal süreçler içerisinde yer almaktadırlar (Torres ve Nowson, 2007).

Obezite, genetik, evre ve bireysel faktörleri içeren çok katmanlı nedenlere sahip bir epidemi niteliğinde (Gustafson ve Sarwer, 2004), heterojen bir bozukluktur (Brownell ve Wadden, 2016). Dünya Obezite Federasyonu 2017 yılında yayınladıkları bildiride obeziteyi kronik ve tekrar edici bir hastalık olarak tanımlarken obezitede grlen enerji tüketimi ve harcamasındaki dengesizliğin çeşitli nedenlerini şöyle sıralamaktadır: obezite, bazı vakalarda genetik bir bozukluk sonucu oluşsa da çoğu vakada fiziksel aktivitenin teşvik edilmediği, hareketsizliğin ve yiyecek tüketiminin (zellikle yağ, şeker, nişasta formunda enerji içeriği yüksek yiyecekler) teşvik edildiği bir çevrede yaşamaktan doğmaktadır (Bray vd., 2017).

Obezite patogenezi enerji alımı ve tüketimi arasındaki dengesizlikten kaynaklanır, genlerin kompleks etkileşiminden ve çevresel faktörlerden etkilenir. Ancak bu etkiler hala tam olarak

anlaşılamamıştır (Alonso vd., 2016). Genel olarak bakıldığında, kompleks yetişkinlik obezitesi etiyolojisi hala belirsizliğini korumaktadır (Palmisano vd., 2016). Aşağıda literatürde yerini almış obeziteye dair belli başlı etmenler ve bu etmenlere dair araştırmalar aktarılmıştır.

1.1.3.1. Genetik

Obezite mendelian (tek genli) kalıtım göstermediği gibi aksine çeşitli genlerin düşükten ortaya etkisine dayanmakta olduğu söylenebilir (Holovatyk, 2020). Buna ilişkin olarak Sorensen ve arkadaşlarının (1989) genetik ve obezite ilişkisi üzerine yaptığı çalışmada, obezite için çoklu genetik miras görüşü desteklenmiştir. Söz konusu çalışmada, evlatlık verilmiş insanların yeni ebeveynleri ile BMI korelasyonu çok düşük bulunmuş, biyolojik ebeveynleri ve kardeşleri ile de güçlü bir korelasyon görülmüştür. Üvey kardeşlerle olan ilişkinin ise benzer olsa da oldukça zayıf olduğu görülmüştür. Benzer şekilde ikizlerle yapılan diğer birçok çalışmada da genetiğin etkisine dair güçlü bulgular söz konusudur (Price ve Gottesman, 1991; Stunkard vd., 1986; Stunkard vd., 1990). Bununla birlikte son dönemde yaşanan obezite yaygınlık oranlarının sadece genetikle açıklanması pek mümkün gözükmemektedir (Steelman ve Westman, 2016).

Genetik ve çevrenin etkisini araştıran çalışmalarda elde edilen bulgular değişiklik gösterebilse de %30- %40 genetiğin katkısı belirtilirken %60- %70 çevre katkısı söz konusudur (Pi-Sunyer, 2002). Alan yazın incelendiğinde obezitede genetik- çevre ilişkisine dair bazı açıklamalar bulunmaktadır. Örneğin; *verimli gen hipotezine (thrifty gene hypothesis)* göre; bazı insanların besin ulaşılabilirliği söz konusu olduğu zamanlarda enerji birikimine genetik yatkınlığı olduğu ve bu insanların kıtlık zamanlarında hayatta kalma ihtimallerinin daha yüksek olduğu ileri sürülmüştür. Bu genin primitif topluluklarda bir avantaj olabileceği ve içinde bulunduğumuz modern toplumda yüksek kalori tüketen ve hareketsiz yaşam stiline sahip bireylerde uyum bozucu bir işlem olabileceği belirtilmiştir (Alonso vd., 2016).

Sonuç olarak genetiğin obezite yatkınlığında büyük bir rolü olsa da tamamen genetik temelli bir durumdan söz edilememektedir. Konuya ilişkin olarak, geçtiğimiz yüzyılda yaşam tarzında yaşanan değişimlerin, obezite riskine sebep olan belli başlı bireysel genetik faktörlerin ortaya çıktığı ve bunların da obezojenik bir çevre yaratmış olduğu belirtilmektedir (Herrera ve Lindgren, 2010). Obezojenik çevre, bireylerde ya da toplumlarda obeziteyi destekleyen yaşam koşullarının etkilerini özetleyen bir konsept olarak tanımlanabilir (Swinburn vd., 1999). Bu konsept, aynı

ortamda bulunan her bireyde farklı etkilere sahiptir ve bu nedenle de obeziteye ve yağ dağılımına dair altta yatan genetik yatkınlığı vurguladığı belirtilmektedir (Herrera vd., 2011). Kısacası genel kanı, George A. Bray (2004)' in tabiri ile, genetiğin silahı doldurduğu, çevrenin ise tetiği çektiği yönündedir.

1.1.3.2. Erken Dönem Olumsuz Yaşam Deneyimleri

Bireyin stres ve negatif duygularla başa çıkma becerisi, yeme davranışı ve bu nedenle de obezite ile ilişkilidir. Erken dönemde yaşanan travmatik deneyimler, obezite riskini arttırdığı görülen çok katmanlı bozukluklara yol açmaktadır (Alvarez vd., 2007). Literatürde erken dönem travma deneyimleri ve obezite ilişkisine dair çeşitli çalışmalar bulunmaktadır. Aşağıda çocukluk dönemi istismarlarının türleri ve cinsiyet gibi faktörlerin etkisine dair çeşitli sonuçlar sunulmuştur.

Bentley ve Widom (2009) çocukluk dönemi istismarının obeziteye etkisini inceledikleri ilk prospektif çalışma niteliğindeki araştırmalarında, çocukluk dönemi istismar geçmişi olan obeziteli bireyler ile eşleştirilmiş karşılaştırma grubu kullanmışlar ve katılımcıları 30 yıllık bir follow-up (izlem) sürecine tabii tutmuşlardır. Çalışmanın sonucunda da cinsel istismardan ziyade fiziksel istismarın yetişkinlik dönemi obezitesini anlamlı derecede yordadığı bulunmuştur. Gunstad ve arkadaşlarının (2006) yaptığı çalışmada, erken dönem travmalarının yetişkinlik dönemi obezitesi ile olan ilişkisi incelenmiştir. Çalışmaya belirli bir medikal ya da psikiyatrik geçmişi olmayan 696 yetişkin katılmıştır. Cinsiyet, yaş ve erken dönem stresörlerinin sayısı, yetişkin beden kitle endeksi ile anlamlı bir ilişkide olduğu bulunmuştur. Erkeklerde zorbalık/reddedilme ve duygusal suistimal geçmişi yetişkin dönem obezitesinin yordayıcısı olarak bulunmuş iken kadınlarda erken yaşam stresörleri ve yetişkin dönem obezitesi arasında bir ilişki bulunamamıştır. Buna karşın; Alvarez ve arkadaşlarının (2007) kadınlarda çocukluk dönemi istismarı ve yetişkin dönem obezitesi arasındaki ilişkiyi inceledikleri 11, 115 katılımcıdan oluşan çalışmada, obeziteli kadınların, cinsel ve fiziksel istismar olmak üzere, anlamlı derecede daha çok istismar raporladığı görülmüştür. Çalışmada yetersiz meyve sebze tüketimi, fiziksel aktivite yetersizliği ve algılanan stres dahil edildiğinde dahi yetişkinlik obezitesi ve çocukluk dönemi istismarı arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur. Bu da çocukluk dönemi istismarının kadınlar için de önemli bir risk faktörü olduğunu düşündürmektedir.

Son olarak, Palmisano ve diğerlerinin (2016) olumsuz yaşam deneyimleri ile yetişkinlik obezitesi ve tıknırcasına yeme bozukluğu geliştirme riski arasındaki ilişkinin incelendiği sistematik derleme çalışmasında, ele alınan 70 çalışmanın 61'nin bu ilişkiyi güçlü bir şekilde desteklediği görülmüştür. Araştırmacılar, klinisyenlerin tüm travmatik deneyim çeşitlerini göz önünde bulundurarak hareket etmeleri gerektiğini belirtmiştir.

1.1.3.3. Beslenme, Hareketsiz Yaşam Tarzı ve Sosyoekonomik Düzey

Obezite, çoklu faktörlerin devrede olduğu bir hastalık olup yukarıda da bahsedildiği gibi genetik bir altyapı barındırabilmektedir. Bu altyapıya rağmen obezitenin kendini göstermesi için çevresel etkilere de ihtiyacı vardır. Son 30 senede meydana gelen yeme düzeni ve yaşam tarzı değişiminin obezite epidemisinin tetikleyicisi olduğuna inanılmaktadır (Qi ve Cho, 2008). Ekonomik büyüme, endüstrileşme, şehirleşme, artan hareketsiz yaşam stili, işlenmiş yiyeceklerle geçiş ve yüksek kalorili beslenmenin etkisi ile birçok ülke, obezitenin katlanarak artışına şahit olmuştur (Hruby ve Hu, 2014). Özellikle gelişen gıda üretim teknolojileri sayesinde kalorisi yüksek yiyecekler hem daha ulaşılır hale gelmiş hem de modern zamanın sağladığı kalori harcamayı azaltan kolaylıklar (örneğin; mikrodalga fırınlar) hayatımızın bir parçası haline gelmiştir. Bu kolaylıklar doğal beden ritmi ile olan bağımızı kopararak yemek yeme ve yemek yemeyi durdurma döngüsünü olumsuz etkilemiştir (Seeman ve Luciani, 2011).

Tarihsel olarak insan obezitesi, oburluk ve kontrol kaybı ile ilişkilendirilmiş ve bireysel davranış üzerine odaklanılmıştır ancak karşımıza yeni bir kavram çıkmaktadır: *inşa edilmiş çevre (built environment)*. Bu kavram, kolektif olarak toplumlarca yaratılmış çalışma ve yaşam koşullarının yiyecek tüketimi ve fiziksel aktivite için oluşturduğu fırsat ve kısıtlamaları ifade eder. Örneğin; otomatizasyon ve mekanizasyon kalori dengesini dramatik şekilde etkilemektedir (Caballero, 2007).

Modern zamanın getirdiği hareketsiz yaşam alışkanlıklarından dolayı oluşan hareketsiz yaşam tarzına karşılık artan kalori alımının karşılaştırıldığı da görülmektedir (Hebebrand ve Hinney, 2009). Literatürde bu ilişkinin yer tutması özellikle 2000 yılında ABD' deki ölümlerin %15' inin kötü beslenme ve hareketsizlikten kaynakladığı düşünülürse şaşırtıcı değildir (Mokdad vd., 2004).

Diyetin dışında kişisel davranışlar (fiziksel aktivite, uyku, stres, hareketsiz ve ekran başında geçirilen süre), yetişkinlikte kilo değişimi ve korunumu ile bağımsız olarak bağlantılıdır. Beslenmeyle birlikte bu etmenler, birey üzerinde kümülatif bir etki oluşturmaktadır (Hruby ve Hu, 2014). Leskinen ve diğerleri (2009) yaptıkları boylamsal çalışmada, farklı seviyelerde fiziksel aktivitelerdeki 16 ikiz çiftini incelemiş ve aktif olmayan ikizlerin daha yüksek yağlanma riskine sahip olduğu görülmüştür.

Obezite ve sosyoekonomik düzey ilişkisi de araştırmacıların üzerinde durduğu bir başka ilişki olmuştur. Sosyoekonomik düzeyin kilo ile ilişkili olabileceği, ilk olarak Veblen (1889) tarafından, aylak sınıfı teorisi ile ortaya atılmıştır. Veblen' in bu spekülative görüşüne göre zayıflık, yükselen aylak sınıfı içinde statü sembolü olarak işlev gördüğü şövalyelik zamanlarında feminen güzellik ideali halini almıştır.

Sosyoekonomik olarak dezavantajlı gruplar olumsuz etkilenmektedir. Gıda güvencesizliği, yemek seçimi ve obeziteye götürücü ciddi bir etken olarak karşımıza çıkmaktadır (Steelman ve Westman, 2016). Gelir düzeyi düşük ülkelerde obezite, zengin ve şehir ortamındaki orta yaşlı yetişkinlerde (özellikle kadınlar) daha yaygın iken yüksek gelirli ülkelerde her yaştan ve cinsiyetten insanı etkilemekle birlikte özellikle dezavantajlı gruplar etkilenmektedir (Swinburn vd., 2011). Örneğin; Bhatnagar ve diğerleri (1995), Hindistan' dan İngiltere' ye göç etmiş bireyleri incelemiş ve katılımcıların vücut ağırlıklarının Hindistan' daki kardeşlerine göre anlamlı derecede arttığını görmüşlerdir.

Sobal ve Stunkard (1989) obezite ve sosyoekonomik düzey ilişkisine dair 144 çalışmayı incelemiş ve ülkelerin gelişmişlik düzeylerine göre değişen bir ilişki olduğu bulunmuştur. Buna göre çalışmada, gelişmiş toplumlardaki kadınlarda sosyoekonomik düzey ve obezite arasında güçlü bir negatif yönlü ilişki olduğu ve bu ilişkinin erkek ve çocuklarda tutarsız olduğu görülmüştür. Buna karşın gelişmekte olan toplumlarda ise, kadın, erkek ve çocuklarda güçlü bir pozitif yönlü ilişki olduğu bulunmuştur. Sundquist ve Johansson (1998) ise sosyoekonomik düzey ve etnisite ilişkisinin BMI ve BMI değişimine etkisine baktıkları boylamsal çalışmada, 1972 kadın ve 1871

erkek katılımcıyı incelemiş, sonuçta da sosyoekonomik düzey BMI ile negatif ilişkide bulunduğu ve etnisitenin ile sosyoekonomik düzeyin bağımsız faktörler olduğu görülmüştür.

Etnisite de obezite çalışmalarında göz önünde bulundurulmuş bir değişken olarak karşımıza çıkmaktadır (Gordon vd., 2003; Trembley vd., 2005; Huh vd., 2011; Boardman vd., 2005). Amerika'daki 5 siyahi kadından 4'ü aşırı kilolu ya da obezitelidir. Aynı şekilde, beyaz kadınlara (hispanik olmayan) kıyasla siyahi kadınların obezite geliştirme ihtimali %80 daha olasıdır (McIntosh, 2015).

1.1.4. Obezite Tedavisi

Obezite nasıl ki tek bir nedenle açıklanamıyorsa tedavisinde de farklı yollar izlenebilmektedir. Yetişkin obezitesi tedavisinde temel modaliteler, yaşam tarzı modifikasyonları, farmakoterapi ve bariatrik cerrahidir (Heymsfield vd., 2018). Tedavide hedefler gerçekçi olmalıdır ve bireysel düşünülmelidir. %3- %5 arası kilo kaybı kardiyovasküler bazı risk faktörlerini klinik olarak anlamlı derecede azaltsa da daha yüksek kilo kaybına ulaşmak daha büyük yararlar sunmaktadır ve tedavide ilk hedef, 6 ay içinde orijinal kilonun %5 ile %10'u arası kilo kaybını sağlamak olmalıdır (Jensen vd., 2013). Ayrıca obezite ilişkili risk faktörlerinde iyileşme, erken dönem ölüm riskinin azaltılması, psikososyal bozuklukların azaltılması, yaşam kalitesinin yükseltilmesi de diğer hedeflerdir (Wirth vd., 2014).

Yaşam tarzı modifikasyonları obezite tedavisinde son derece önemlidir. Genel olarak obezite tedavisinde multimodal bir yaşam tarzı müdahalesi vurgusu vardır ve bu müdahale, diyetle değişimler, fiziksel aktivite ve davranış modifikasyonu içerir. Yapılan bir meta analizde, yaşam tarzı müdahalelerinin orta ve uzun vadede kilo kaybı ve kardiyovasküler riski azaltmada etkili olduğu görülmüş ve bu müdahalenin etkili bir önleme aracı olabileceği sonucuna ulaşılmıştır (Galani ve Schneider, 2007). Ancak birçok hasta, bu önemli müdahaleden- gerek riayet etme zorluğu gerekse kilo kaybına karşı bedenin fizyolojik ve nöro hormonal tepkisi nedeni ile- uzun süreli yarar sağlayamayabilmektedir (Gadde vd., 2018).

Psikolojik ve davranışsal müdahaleler genel olarak değişimin nasıl elde edileceği ile ilgilidir (Wharton vd., 2020). Kendini izleme (*self- monitoring*), düzenli tartılma, davranışsal anlaşıma

yapma, hedef belirleme ve yemek yeme lokasyonlarını kısıtlama gibi uyaran kontrolü, yaygın davranışsal stratejilerdir (Gadde vd., 2018). Davranışsal stratejiler prensipte bireyin porsiyonlarını, atıştırmalarını, yüksek yağ ve şeker tüketimini azaltmasını sağlayarak kalori alımını yaklaşık 500-1000 kcal düşürmektedir (Carvajal vd., 2013).

Kilo vermek, obezite bağlantılı risk faktörlerinin ya da komorbiditelere sahip hastaların sağlıklarının düzelmesi için bir yoldur (Apovian vd., 2015). Kapsamlı yaşam tarzı müdahalesinin bileşenlerinden olan diyet değişiminde kalori kısıtlaması, klinik olarak anlamlı bir kilo kaybı için çok önemlidir (Wadden vd., 2020). Hastanın tedavi hedeflerine ve risk profiline uygun, kişiye özel bir beslenme şekli sunulmalıdır (Wirth vd., 2014). Sağlıklı, dengeli bir yeme düzeni oluşturmak ve düzenli fiziksel aktivite her hasta için fayda sağlar (Wharton vd., 2020). Bu noktada hareketsiz yaşam tarzının da etkisi ile azalan fiziksel aktivite (Jensen vd., 2013), kilo vermek için değilse de kilo korunumu için kritiktir (Hills ve Whyatt, 2005; Donnelly vd., 2009). Örneğin; 20 yıl takip yapılan prospektif bir çalışmada, fiziksel aktivitenin yüksek olduğu bireylerde kilo alımının anlamlı derecede azalmakta olduğu görülmüştür (Hankinson vd., 2010).

Rutin bir spor alışkanlığı olmayan bireylerin yoğun bir program yapmaması sağlık riski oluşmaması için önemlidir. Yüzmek, tempolu yürüyüşler, asansör yerine merdiven kullanmayı tercih etmek, araba kullanmak yerine yürümek, toplu taşımadan erken inerek kalan yolu yürümek gibi günlük yaşam içerisinde hareket etmeyi teşvik eden tercihler, aktif bir yaşam şekline geçmek için yapılabileceklerden bazılarıdır (Brazier, 2018). Tedavi sürecinde klinisyenler, hastanın egzersiz etkilerine dair gerçek dışı beklentileri varsa, bunları düzeltmeli, bu durumun hastada herhangi bir hayal kırıklığı ya da kopmaya neden olmasını önlemeli (Wadden ve Foster, 2000) ve hastayı fiziksel aktivitenin sağlığa dair yararları konusunda bilgilendirmelidir (Swift vd., 2014).

Farmakoterapötik yaklaşımlar ise hem baştaki kilo kaybını desteklemekte hem de uzun dönem kilo korunumunu desteklemektedir (Heymsfield ve Wadden, 2017). İlaçlar davranış değişimine uyumu ve fiziksel işlevselliği arttırabilmektedir. Bu anlamda diyet ve egzersiz gibi yaşam tarzı değişiklikleri ile kilo vermede sorun yaşayan bireylerde kronik kilo tedavisinde onaylanmış ilaçların kullanımı işlevseldir (Apovian vd., 2015). Özellikle yaşam tarzı müdahaleleri ve ilaç kullanımı aditif kilo kaybına yol açması bakımından birlikte yürütülmeleri önerilmektedir

(Yanovski ve Yanovski, 2014; Phelan ve Wadden, 2002). Ek olarak, obezitenin birçok bozukluğa sebep olduğu düşünülürse ilaçlar, hastaların kilo vermesi ve kilo kaybını korumasına yardım ederek birçok alanda ilerleme sağlama potansiyeline sahiptir (Heymsfield ve Wadden, 2017).

Yıllar içinde obezite ve obezite ile ilişkili komplikasyonlara yönelik tedaviler değişim göstermiş ve bu değişim bariatrik cerrahi gibi stratejilere doğru olmuştur (Ruban vd., 2019). Bariatrik cerrahinin BMI ≥ 40 kg/m ya da BMI ≥ 35 kg/m olup en az 1 obezite ilişkili rahatsızlığı olan bireyler için düşünülmesi önerilmektedir (Wharton vd., 2020; Gadde vd., 2018). Bu noktada ameliyat tipi ile ilgili karar, multidisipliner bir iş birliği ile belirlenmelidir. Bu karar alınırken, hastanın beklentileri, medikal durumu ya da beklenen yarar ve riskler göz önünde bulundurulmalıdır (Wharton vd., 2020). Ameliyat öncesi dönemde hastalar, metabolik, kardiyovasküler, psikososyal değerlendirilmeden geçmelidir. Operasyon sonrası süreçte ise hastanın hayat boyu disiplinler arası takibi gerekmektedir (Wirth vd., 2014).

Obezitenin prevalansı dünya çapında artış gösterdiği gibi bariatrik müdahaleler de artış göstermiştir ve en etkili yöntem olarak karşımıza çıkmaktadır (Albaugh ve Abumrad, 2018; O'Brien, 2015). Bununla birlikte, bariatrik cerrahi müdahalesi sonrası 5 yıllık takip ile hastaların kilo durumlarının incelendiği bir araştırmada, hastalardaki BMI düşüşünün lineer bir yol izlemediği, 1 yılda BMI seviyesinde düşme görülürken 5 yılda kilonun geri alındığı gözlemlenmiştir (Marek vd., 2017).

Sonuç olarak, obezite tedavisinde temel olan, hasta deneyimleri valide edilip kronik hastalık tedavisinde kanıt temelli prensipler esas alınarak ilerlemektir. Obezitesi olan bireyler, obezitetlerinin temel nedenlerini irdeleyen ve davranışsal değişimi teşvik eden kişiye özel tedavi planlarına ve psikolojik, farmakolojik ve cerrahi müdahaleleri içeren ek tedavilere ulaşabilmelidirler (Wharton vd., 2020).

1.2. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu

Tıkınırcasına yeme bozukluğu, yeme davranışı üzerinde kontrol kaybının yaşandığı, tekrarlayan aşırı yeme dönemlerinin bulunduğu ve kişinin tıkınırcasına yeme nöbetlerinin yol açabileceği

etkileri gidermek adına telafi davranışına başvurmadağı bir yeme bozukluğu olarak açıklanabilir (Turan vd., 2015). Tıkınırcasına yeme epizotları sonrasında takip eden duygular genelde suçluluk, pişmanlık, iğrenme ve kendinden nefret etme gibi negatif duygular içermektedir (Arnold vd., 1992).

Bu bozukluk, DSM- 4' te ön tanı iken DSM- 5 ile tam bir bozukluk olarak tanınmıştır. APA (2013) semptomları aşağıdaki gibi belirlemiştir:

A. Yineleyici tıkınırcasına yeme atakları. Bir tıkınırcasına yeme atağı aşağıdakilerden her ikisi ile belirlidir:

1. Benzer koşullarda, benzer sürede, çoğu kişinin yiyebileceğinden açıkça daha çok yiyeceğı, ayrı bir zaman biriminde (örneğin; herhangi iki saatlik bir sürede) yeme.
2. Bu atak sırasında, yemek yemeyle ilgili denetimin kalktığı duyumunun olması (örneğin; kişinin yemek yemeyi durduramadığı duygusu ne ya da ne denli yediğini denetleyemediğı duygusu).

B. Tıkınırcasına yeme ataklarına aşağıdakilerden üçü (ya da daha çoğı) eşlik eder:

1. Olağandan çok daha hızlı yeme.
2. Rahatsızlık verecek düzeyde tokluk hissedene dek yeme.
3. Bedensel açlık duymuyorken aşırı ölçüde yeme.
4. Ne denli yediğinden utandığı için kendi başına yeme.
5. Daha sonra kendinden tiksime, çökkünlük yaşama ya da büyük bir suçluluk duyma.

C. Tıkınırcasına yeme ile ilgili belirgin bir sıkıntı duyulur.

D. Bu tıkınırcasına yeme davranışları, ortalama, üç ay içinde, en az haftada bir kez oluşur.

E. Tıkınırcasına yemeye, bulimiya nervozada olduğu gibi yineleyen uygunsuz dengeleyici davranışlar eşlik etmez ve tıkınırcasına yeme, yalnızca bulimiya nervoza ya da anoreksiya nervozanın gidişatı sırasında ortaya çıkmamaktadır.

Ayrıca şiddetine göre de bir sınıflandırmaya gidilmiştir. Buna göre haftada ortalama bir-üç kez tıknırcasına yemenin olması ağır olmayan, dört- yedi kez tıknırcasına yemenin olması orta derece, sekiz-on üç kez tıknırcasına yemenin olması ağır, on dört ya da daha fazla sayıda tıknırcasına yemenin olması ise aşırı derece olarak belirlenmiştir.

1.2.1. Yaygınlık ve Komorbid Durumlar

Tıknırcasına yeme bozukluğu, anoreksiya nervoza ve bulimia nervozadan başlangıç yaşı, cinsiyet ve etnisite dağılımı, psikiyatrik komorbidite ve obezite ile olan ilişkisi bağlamında farklılık gösterir ve ortalama başlangıç yaşı geç ergenlik ve 20'lerin başlarıdır (Kessler vd., 2013). Tıknırcasına yeme bozukluğu en yaygın yeme bozukluğudur ve global prevalansı %0,9'dur (Erskine ve Whiteford, 2018). Bu bozukluğun yaşam boyu yaygınlığı ise AN ve BN' nin aksine cinsiyete göre büyük bir farklılık göstermez, kadınlarda %3,5 iken erkeklerde ise %2 oranındadır (Hudson vd., 2007). Yani tıknırcasına yeme bozukluğu, erkekler arasındaki en yaygın yeme bozukluğudur (Guerdjikova vd., 2007).

Türkiye'de ise 2907 kişilik örneklem kullanılarak ergenlerde yeme bozukluğu yaygınlığına bakılmış ve tıknırcasına yeme bozukluğu nokta yaygınlık oranı %0,99 olarak bulunmuştur (Vardar ve Erzengin, 2011). Aynı şekilde Sivas il merkezindeki yeme bozukluğu yaygınlığına bakılan 18-44 yaş aralığındaki 1122 kişilik örnekleme sahip araştırmada da tıknırcasına yeme bozukluğu yaygınlığı %0,81 olarak saptanmış ve tıknırcasına yeme bozukluğunun en sık görülen yeme bozukluğu olduğu görülmüştür (Semiz vd., 2013).

Tıknırcasına yeme bozukluğu sağlığa ve yaşam kalitesine etkisi ispat edilmiş, yaygın bir hastalıktır (Erskine ve Whiteford, 2018). Birçok mental sağlık sorunu gibi tıknırcasına yeme bozukluğu de başka mental sağlık sorun riski, düşük fiziksel sağlık ve stigma ile ilişkilidir (Alexander vd., 2013). Yaygın olarak görülen medikal komorbiditeler, obezite, diyabet, uyku, kronik baş ağrısı gibi ağrı sorunları, gastrointestinal durumlar, hipertansiyon, ülser, menstrual düzensizlikler, nefes darlığı gibi problemlerdir (Kessler vd., 2013). Psikiyatrik komorbidite grubuna ise duygu durum, anksiyete, dürtü kontrol bozuklukları, madde kullanım bozukluğu gibi bozukluklar girmektedir (Hudson vd., 2007). Ayrıca yapılan bir meta analizde kişilik bozukluklarının tıknırcasına yeme bozukluğu ile prevalansı %29 olarak bulunmuş ve kaçınan

kişilik bozukluğu (%12), sınır kişilik bozukluğu (%10) ve obsesif kompulsif kişilik bozukluğunun (%10) öne çıktığı görülmüştür (Friborg vd., 2014).

1.2.2. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu Etiyolojisi

Her ne kadar kesin şekilde nedenleri bilinmese de tıkınırcasına yeme bozukluğunun genetik, biyolojik ve çevresel faktörlerin kompleks ilişkisinin bir sonucu olduğu söylenebilir (Grilo ve Mitchell, 2010).

Tıkınırcasına yeme bozukluğu gelişiminde genetiğin rolü literatürde karşılık bulmuş bir konudur. Yapılan aile çalışmalarında tıkınırcasına yeme bozukluğunun aile içerisinde aktarıldığı sonucunu görmek mümkündür (Fowler ve Bulik; 1997; Hudson, 2007). Ancak aile araştırmaları, gözlemlenen irsi kümelenmenin hangi ölçüde genetik ya da çevresel faktörlerden kaynaklandığını saptamakta başarısızdır (Himmerlich vd., 2019). Bunun aksine ikiz çalışmaları belli bir ölçüde irsi katkının ayrıştırılmasını sağlar (Alexander vd., 2013). Tıkınırcasına yeme bozukluğu kalıtsallığına dair ikiz çalışmalarında %41 ile %57 arasında değişen kalıtsallık hesaplanmıştır (Reichborn-Kjennerud vd., 2004; Javaras vd., 2008; Mitchell vd., 2010). Bu çalışmalara ek olarak yeni dönem araştırmalarına bakıldığında kalıtsallığın genom çapında (*genome wide*) veri ile direkt olarak değerlendirmeye başlandığını görmekteyiz (Bulik, 2019). Bu anlamda gelişen teknolojinin bir avantajı olan GWAS (*genome-wide association*) gibi araştırmacıların hastalıkların gelişimine etki eden neredeyse tüm genomu taramasını sağlayan yeni bir araç bulunmaktadır (Alexander vd., 2013). Buna bağlı olarak, gelişen teknolojik imkanların katkısı ile tıkınırcasına yeme bozukluğunun nörobiyolojik kökenine dair birtakım teoriler öne sürülmüştür. Bunlardan biri de ödül merkezi ve dürtüsellik disregülasyonu teorisidir (*reward center and impulsivity dysregulation theory*) ve teoriye göre tıkınırcasına yeme bozukluğu olan yetişkinlerin ödül merkezi ve dürtü kontrolüne ilişkin beyin bölgelerinde düzensizlikler bulunmaktadır (Balodis vd., 2013). Balodis ve arkadaşlarının (2013), tıkınırcasına yeme bozukluğu olan obeziteli bireyler, sadece obezitesi olanlar ve zayıf bireylerden oluşan örneklem ile bilişsel kontrolün nöral bağlantılarını incelediği çalışmalarında, bu bozukluğa sahip olan bireylerin dürtü kontrol bölgelerinde azalmış aktivite gözlemlenmiştir.

Tıkınırcasına yeme bozukluğu geliştirmede risk faktörlerini işaret eden çalışmalar, çocukluk dönemi olumsuz deneyimleri, ebeveynlerin psikiyatrik morbiditesi, çocukluk dönemi obezitesi ve

dış görünüş, kilo ve yeme üzerine olumsuz eleştirilmenin riski önemli derecede arttırdığını göstermiştir (Fairburn vd., 1998; Grilo ve Masheb, 2001; Wonderlich vd., 2001). Bunların yanı sıra tıknırcasına yeme bozukluğu olan bireylerle yapılan retrospektif çalışmalarda hastalık başlangıcı öncesinde boşanma, ölüm, ayrılık, iş stresi gibi stresli yaşam olaylarının raporlandığı görülmekte ve bunların tıknırcasına yeme bozukluğu gelişimini tetikleyeceği öne sürülmektedir (Degortes vd., 2014; Pike vd., 2006).

1.2.3. Tıknırcasına Yeme Bozukluğu Tedavisi

Tıknırcasına yeme bozukluğu yeteri kadar anlaşılmış bir bozukluk değildir (Hilbert, 2019) ancak tedavi edilebilir bir bozukluk olup psikolojik ve farmakolojik tedaviler mevcuttur (Guerdjikova vd., 2019). Tıknırcasına yeme bozukluğu tedavisinde en çok kullanılan müdahaleler; bilişsel davranışçı terapi (BDT), diyalektik davranışçı terapi (DBT), kişilerarası psikoterapi (*interpersonal psychotherapy*), davranışsal kilo verme (*behavioral weight loss*) ve antidepresanlar, antikonvülsanlar, anti-obezite ilaçları ve merkezi sinir sistemi stimülanları gibi farmakolojik müdahalelerdir (Brownley vd., 2016).

Bu bozuklukta her ne kadar büyük zararlar meydana gelse de doğru terapötik müdahale ile prognoz iyidir. Tıknırcasına yeme bozukluğu tedavileri tıknırcasına yemeyi, ilgili yeme bozukluğu psikopatolojisini ve fazla kilo alma ya da tutarlı kilo vermeyi hedeflemektedir (Iacovino vd., 2012). Tedavi sürecindeki ilk hedef ise tıknırcasına yemenin durdurulmasıdır (Dingemans vd., 2002).

Tıknırcasına yeme bozukluğu tedavisinde psikolojik bir müdahale olarak en bilinen psikoterapi yöntemi olan BDT (Hilbert, 2019), düşünceler, duygular ve davranışlar arasındaki ilişkiyi belirlemeye ve olumsuz duyguları ve istenmeyen davranış örüntülerini, olumsuz düşünceleri değiştirmek suretiyle azaltmayı hedefler ve bu öncelikten dolayı tedavi, kilo kaybını getirmeyebilir (Brownley vd., 2016). Tıknırcasına yeme bozukluğu tedavileri etkililiği üzerine yapılan bir meta analiz çalışmasında, BDT ve BDT temelli yapılandırılmış kendi kendine tedavinin (*structured self help treatment*) en yaygın tedavi yöntemleri olduğu ve etkililik olarak öne çıkan yöntemin psikoterapi olduğu görülmüştür (Hilbert vd., 2020).

BDT çatısı altında öne çıkan bir model de Fairburn ve diğerleri (2003) tarafından geliştirilen *transdiagnostik bilişsel davranışsal modeldir* ve modele göre tüm yeme bozuklukları aynı psikopatolojiyi paylaşmaktadır. Bu modelin merkezinde işlevsiz bir kendilik değeri değerlendirme sistemi yatmaktadır. Bunun yanı sıra klinik mükemmeliyetçilik, çekirdek özgüven düşüklüğü (*core low self esteem*), mod intoleransı, kişilerarası problemler gibi ek mekanizmalara da işaret etmektedirler.

Bir diğer terapötik müdahale olarak kişilerarası psikoterapi, tıknırcasına yeme bozukluğunun çoğu zaman bastırılmış bir afekt ile kendini gösterdiğini ve hastaların bu negatif afekt ile başa çıkmak için yemek yemeyi kullandıklarını öne sürer. Kişilerarası terapi bu gerekçelendirmeden hareketle, bireylerin bastırdıkları afektin farkına varıp daha iyi başa çıkmalarını sağlamayı hedefler. Ayrıca sağlıklı kişilerarası becerilerin gelişimini destekleyerek tıknırcasına yeme patolojisini azaltmanın yanı sıra olumlu bir kendilik algısı oluşturmayı teşvik eder (Alexander vd., 2013). Araştırmalar, kişilerarası terapinin BDT kadar etkili olabilen tek tedavi olduğunu işaret etmektedir (Wilfley vd., 2000; Iacovino vd., 2012; Hilbert vd., 2012).

Diğer yeme bozukluklarında olduğu gibi psikoterapi ya da beslenme düzenindeki değişiklikler, ilaç tedavisine göre daha etkili bir rol üstlenmektedir ancak ilaç tedavisinin önem kazandığı durumlar da vardır. Örneğin; birçok tıknırcasına yeme bozukluğu olan bireyin tıknırcasına yeme bozukluğu nedeni ile değil aşırı kilo problemi nedeni ile tedavi arayışına girdiği (Dingemans vd., 2002) ya da depresyon, anksiyete bozuklukları gibi komorbid süreçlerin varlığı gibi kompleks süreçlerin varlığı düşünülürse farmakolojik müdahaleler işlevsel bir değer kazanmaktadır (Alexander vd., 2013). Aynı şekilde orta ve ağır tıknırcasına yeme bozukluğu vakalarında farmakoterapi, monoterapi olarak ya da psikolojik müdahalelerle birlikte düşünülebilir (Guerdjikova vd., 2019). Örneğin; Amerika Birleşik Devletleri'nde tıknırcasına yeme bozukluğu tedavisine yönelik onaylanan tek ilaç, merkezi sinir sinir sistemi stimülanı olan lisdeksamfetamindir (Hilbert vd., 2018). Tıknırcasına yeme bozukluğu tedavisinde farmakolojik ve psikolojik tedavilerin yarar ve risklerinin incelendiği bir çalışmada, BDT, lisdeksamfetamin, ikinci nesil antidepresanlar ve topiramatin tıknırcasına yeme ve ilgili psikopatolojileri azalttığı, lisdeksamfetamin ve topiramatin kilo kaybı sağladığı görülmüştür (Brownley vd., 2016).

Diyalektik davranışçı terapi (DDT) ise duygu disregülasyonu ile ilişkili birçok soruna işaret etmek için modifiye edildiği gibi yeme problemlerini de bu bağlamda ele almıştır (Alexander vd., 2013). DDT, tıknırcasına yemenin tolere edilemeyen deneyimler karşısında adaptif bir başa çıkma mekanizmasının olmaması nedeni ile meydana geldiğini ve bu tıknırcasına yemenin getirdiği kısa süreli rahatlamamanın pekiştireç görevi gördüğünü hipotize eden duygu regülasyon modelini esas almaktadır (Telch vd., 2001). Bu psikoterapi yönteminin temel hedefi, bireyin işlevsel duygu düzenleme becerileri geliştirmesini ve bunları günlük hayatta uygulamalarını sağlamaktır (Iacovino vd., 2012). DDT'nin etkililiğini değerlendiren çalışmalar da mevcuttur (Safer ve Jo, 2010; Chen vd., 2016). BDT, kişilerarası psikoterapi etkili terapiler olsalar da tedavi sonrası semptomları devam eden hasta sayısı da göze çarpmaktadır ve bu anlamda DDT, duygu regülasyonu üzerinden tıknırcasına yeme bozukluğu tedavisi için alternatif bir etiyolojik bakış getirmiştir (Safer ve Jo, 2010).

1.2.4. Obezite ve Tıknırcasına Yeme Bozukluğu İlişkisi

Obezitelilerde tıknırcasına yeme davranışı, ilk olarak Stunkard tarafından 1959 yılında yayınlanan *Eating Patterns and Obesity* adlı makalede tanımlanmıştır. Tıknırcasına yeme bozukluğu olan hastaların %70' i obezite (BMI 30-40 arası), %20' si ise morbid obezite (BMI $\geq$ 40) tanısı almaktadır (Grucza vd., 2007).

Daha az kilo vermek ya da verilen kilonun geri alınması, kilo verme girişiminde bulunan obeziteli bireyler için tıknırcasına yemenin bozucu etkilerindendir (Cargill vd., 1999). Kilo yönetimi programlarına katılan hastaların önemli bir bölümü tıknırcasına yeme davranışında bulunmaktadır. Bu programlara katılan bireylerin tıknırcasına yeme bozukluğu prevalansı %30' dan %50' ye kadar çıkabilmektedir (Cargill vd., 1999) ve toplumsal obezite örneklemlerinde ise bu oran %2 ve %3 aralığındadır (Wardle vd., 2001). Ek olarak, kilo kontrol programlarına katılan tıknırcasına yeme ve obezitesi olan bireylerde yüksek nüks (*relapse*) oranları görülmektedir (Wang vd., 2011).

Çalışmalarda, tıknırcasına yeme davranışı olan obezitelilerin obezite başlangıçlarının, tıknırcasına yeme davranışı olmayan obezitelilere göre daha erken olduğu, daha genç yaşta diyetle başladıkları, daha erken yaşta kilolarıyla ilgili kaygı yaşadıkları, daha çok kilo dalgalanmaları raporladıkları ve yetişkinlikte kilo vermek için çok daha fazla zaman harcadıkları görülmüştür

(De Zwaan, 2001). Örneğin De Zwaan ve arkadaşları (1994) 100 obeziteli kadın ile bir çalışma yürütmüş ve tıknırcasına yeme bozukluğu kriterlerini tam olarak karşılayanlar ile daha az yemeyle ilişkili problemlere sahip olan katılımcıları (tıknırcasına yeme bozukluğu tanısını tam olarak karşılamayanlar) karşılaştırmıştır. Çalışmada, tıknırcasına yeme raporlayan katılımcıların diğerlerine göre daha güçlü mükemmeliyetçi tutum, daha çok dürtüsellik, daha az özgüven ve tıknırcasına yeme problemlerine ilişkin daha az iç görü sergiledikleri bulunmuştur. Buna karşılık metabolik açıdan yapılan bir karşılaştırmada tıknırcasına yeme bozukluğu olan obezitelilerin, tıknırcasına yeme bozukluğu olmayanlara göre medikal sonuçlara yatkın olduğuna dair bir kanıt görülmemiştir. Hastalar kan basıncı, beden yağ dağılımı ve oranı, insülin seviyeleri, lipid seviyeleri, tiroid hormonları açısından değerlendirildiğinde de anlamlı farklar bulunamamıştır (Wadden, 1993).

Ek olarak, tıknırcasına yeme bozukluğu bariatrik ameliyat adayları arasında en yaygın yeme bozukluğudur (Brode ve Mitchell, 2019). Ameliyat öncesi tıknırcasına yeme kilo kaybını anlamlı derecede etkilemez iken ameliyat sonrası tıknırcasına yeme problem oluşturmaktadır. Ameliyat sonrası hastaların büyük porsiyon yemekleri yemeleri fiziksel olarak mümkün değildir ancak kontrol kaybının yaşandığı her seferde porsiyon limiti zorlandığında postoperatif kese genişleyebilir bu da kilo alımı ile sonuçlanır (Bray, 2014).

Tıknırcasına yeme bozukluğu olan bariatrik müdahale adayları, tıknırcasına yeme bozukluğu olmayan adaylara kıyasla daha yavaş kilo vermekte ve verilen kiloları tekrar alabilmektedirler (Coşkun vd., 2020). Marek ve arkadaşlarının (2017) bariatrik müdahale sonrası BMI seviyeleri ve psikiyatrik tanı ilişkisini inceledikleri çalışmada, ameliyat öncesi tıknırcasına yeme bozukluğu kriterlerini karşılayan hastaların 5 yıllık takip sürecinde daha yüksek BMI raporladığı görülmüş ve ameliyat öncesi psikopatolojinin ameliyat sonrası çıktıları yordamada önemli olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Sonuç olarak, obezite ve tıknırcasına yeme bozukluğu ilişkisi göz ardı edilemeyecek bir boyutta olup yukarıda da belirtildiği gibi tıknırcasına yeme bozukluğu olan bireylerin obezite tedavi ve tedavi sonrası süreçleri olumsuz etkilenmektedir. Obezitenin giderek büyüyen bir halk sağlığı sorunu olduğu ve tıknırcasına yeme bozukluğu ile olan bağı göz önüne alındığında, tıknırcasına

yeme bozukluğu ölüm ve hastalık oranları için önemli olduğu düşünülmektedir (Grucza vd., 2007). Tıkınırcasına yeme bozukluğu obezite tedavisinde oluşturabileceği bu gibi olumsuz etkilerin elimine edilebilmesi için tedavi öncesi kapsamlı bir hasta öyküsü alınmalı ve obezitenin kökenini oluşturan etmenler belirlenmelidir (Jensen vd., 2020).

1.3. Utanç

Obezitenin kişi için oluşturduğu problemler çok katmanlı olup sosyal faktörler de önemli bir noktadadır. Bu bağlamda medyada, okul ve işyerleri gibi kurumlarda açıkça görülen, güçlü önyargılar (*anti-fat bias*), stigma ve ayrımcılığa neden olmaktadır. Örneğin; Greenberg ve arkadaşlarının (2003) popüler TV programlarındaki aşırı kilolu ve aşırı kilolu olmayan karakterleri incelediği bir çalışmada, kiloluların, kilolu olmayanlara göre şakaların merkezinde oldukları, daha az lider olarak resmedildikleri ve daha çok kontrolsüzce yemek yeme ile ilişkilendirildikleri görülmüştür. Bu algıya paralel olarak, Kirk ve arkadaşlarının (2014) obezite tedavisindeki bireylerin deneyimleri, sağlık çalışanlarının algısı ve sosyal, idari ve politik yapıyı feminist post yapısalcı metodoloji ile inceledikleri çalışmalarında, obeziteli bireylerin sağlık sistemi tarafından desteklenmediği görülmüştür. Bu gibi olumsuz olarak nitelendirilebilecek veriler göz önüne alındığında, obeziteli bireylerin gizli ve dolaylı stigmatizasyona karşı gösterdikleri duygusal bir reaksiyon olan utanç kavramı karşımıza çıkmaktadır.

1.3.1. Utancın Tanımı, Gelişimi ve Utanca Dair Teoriler

Utanç, kişinin kendini negatif şekilde değerlendirmesi olarak tanımlanan, birtakım psikiyatrik bozukluklarla ilişkili, öfke, kaygı ve iğrenme gibi farklı duyguları içeren çok katmanlı bir öz bilinç duygusudur (Goss ve Allan, 2009). Bu çok katmanlı yapı, sosyal ya da dışsal bilişsel bir bileşen (sosyal bağlam), içsel değerlendirici bir bileşen (negatif öz değerlendirmeler), duygusal, davranışsal (görünmemek isteğini de kapsayan savunmacı davranışlar), fizyolojik bir bileşenden (bir stres tepkisi olarak utanç) oluşur (Gilbert, 2002). Utanç, aktive olduğunda pozitif duygular, negatiflerle yer değiştirir ve kişi kendini önemsiz hisseder. Bu nedenle de utanç, insanlar tarafından işlevsiz bir duygu olarak konumlandırılır (McAfee, 2018)

Utanç kavramı, temel bir duygu değil ikincil bir duygu (öz bilinç duygusu) olarak karşımıza çıkmaktadır. Korku, öfke, üzüntü, mutluluk, iğrenme ve şaşırma, temel duyguları oluşturur ve bu temel duygular yaşamın ilk yıllarında ortaya çıkarken ikincil duygular, daha üst düzey bilişsel süreçlerin ürünüdür, yaşamın daha sonraki evrelerinde oluşurlar (Söylemez vd., 2018). Birincil

duygular, hayatta kalma ve üremeye dair öneme sahiptir ve yüksek bilinç süreçleri gerektirmedikleri için hem insanlar hem hayvanlar tarafından deneyimlenebilir. İkincil bir duygu olan utanç için ise bireyin benlik tasarımı (*self-representations*) oluşturması, dışsal değerleri içselleştirmesi ve kendini karşılaştırıp değerlendirebilmesi gerekmektedir. Bu nedenle de utanç, daha düşük seviyedeki bilişsel kapasitedeki canlıların deneyimleyemediği bir duygudur (Tracy ve Robins, 2004).

Buna bağlı olarak ikincil duygular, birincil duyguların aksine insan gelişiminin erken dönemlerinde ortaya çıkmazlar. Bu duygular bebekte öz farkındalık ortaya çıktığında gelişir ve bu da yaklaşık 18 aylıkken söz konusudur (Santrock, 2012). Kompleks doğası gereği utanç özelinde ise çocuk, annenin suratını yabancılardan ayırt ettiği andan itibaren utanç tepkisine karşı savunmasızdır (Thomkins, 2008) ve bu duygu çocuğun 3 yaşının sonunda deneyimlenebilir (Lewis vd., 1992). Yani maturasyon, utanç geliştirmenin gereğidir ancak sosyalizasyon ortaya çıkarıcı güç olarak karşımıza çıkmaktadır (Lewis, 1995).

Utanç gibi kompleks bir duygunun deneyimlenmesi yukarıda da denildiği gibi zaman almaktadır. Çocukların utanç deneyimleme sinyalleri 3 yaşlarında görülebilir olsa da çocuğun utancı çok yönlü bir nedenlendirme ve tam bir kavrama sağlayarak yetişkin formunda ele alması 7-8 yaş itibarıyla gerçekleşir (Sedighimornani, 2018).

Bilişin doğal gelişme süreçlerine ek olarak, çekirdek ailedeki sosyalizasyon deneyimleri de utanç gelişimini doğurur. Başka bir deyişle utanç, ebeveynin ya da önemli diğerlerinin geribildirimlerinin ürünüdür. Bu geri bildirimler, çocuğun ebeveynlere ait değer ve normları içselleştirmesine neden olur. Sonucun sosyal değerinin algılanması, utanç duygusunun merkezinde olduğu kabul edilen içselleştirilmiş standartlara karşı çocuğun kendi kendini değerlendirmesine yardım eder (Alessandri ve Lewis, 1993).

Çocuk- ebeveyn ilişkisinin kalitesi çocukların utanç deneyimleri için önem arz eder. Negatif bir ilişki kalitesi sağlıklı bir duygusal gelişim için büyük bir tehlikedir (Lagattuta ve Thompson, 2007). Örneğin; Bennett ve arkadaşlarının (2005) yaptığı çalışmada eleştirelilik, fiziksel istismar

ve sert ebeveynliğin çocuğun kendinin istenmeyen, sevilemez biri olduğuna inanmasına yol açtığı ve sonunda da utanca neden olduğu görülmüştür.

Utanç duygusunun oluşumu, çocukların kendilik algıları, farkındalıkları ve dışsal standartları benimsemeleri ile mümkündür. Ancak bu bilişsel ilerlemeler, çocukların günlük deneyimleri, sosyal ilişkileri ve kültürel inanç sistemi ile inşa edilir. Çocuk gelişirken bu sosyal bağlar değişmeye devam ettiği sürece, öz bilinç duygularını açığa çıkaran kendilik ve durumlara dair bilişleri evrilmeye devam edecektir (Lagattuta ve Thompson, 2007). Bu anlamda çocuğun dünyayı ve kendini anlamlandırmasında bir sosyal yapı olarak ebeveynler, bu duyguların oluşumunda da kritik bir görev üstlenmektedir.

Utanç sosyolojik perspektiften bakıldığında refleksif rol alıcı bir duygu (*reflexive role-taking sentiment*) olarak sınıflandırıldığını görmekteyiz. Yani utanç, kişinin kendini bir diğerinin pozisyonuna koyup o kişinin perspektifinden bakmadan meydana gelemez. Utancı refleksif kategorisine sokan özelliği ise kişinin kendisine yönelmiş bir duygu oluşudur ve sosyal kontrolün temelini oluşturan özdenetime hizmet etmektedir (Shott, 1979).

Literatürde utancın farklı değerlendirmelere göre ayrıldığını görmek mümkündür. Örneğin; Gilbert (1998) dışsal utanç ve içsel utanç diye bir ayrıma gitmiştir. Buna göre içsel utanç, içsel deneyimler, benlik değerlendirmeleri ve kusurlu, güçsüz, çekici olmayan, değersiz bir benlik algısını yansıtırken dışsal utanç, genelde kişinin yarattığı negatif inançlarla ilişkili olarak diğerlerinin bireyi bir şekilde küçümsediği inancı olarak tanımlanır. Yani kişinin kendi hakkında düşündükleri ve diğerlerinin kendisi hakkında ne düşündüğüne dair düşüncelerinden oluşan farklı işlemler gerektiren bir süreçten bahsedilir. Bu ayrımın bir sonraki noktasında bireyin kendi ya da başkalarının vücut algısı ile ilişkisini işaret eden beden utancı kavramı karşımıza çıkmaktadır. Bu utanç türü ikiye ayrılmaktadır: güncel (*current bodily shame*) ve beklenen (*anticipated bodily shame*) utanç. Güncel beden utancı kişinin halihazırdaki kilosuna ilişkin beklenen beden utancı kişinin kilo alması durumunda öngörülen utancı ifade eder (Troop ve Redshaw, 2012).

Utanca dair birçok açıklama yapılmıştır ve bunlardan biri de sosyal sıralama teorisi (*Social ranking theory*)dir. Teori, utancın psikobiyolojik yordayıcılarının filogenetik olarak sosyal statü

ve itaatkarlık davranışını düzenleyen daha eski mekanizmaların evrilmesi ile geliştiğini öne sürerek utancın evrimsel kökenine vurgu yapar (Gilbert ve McGuire, 1998). Sosyal durumlarda insanlar, kabul, onay ve çekicilik için birbirleriyle yarışır. İnsanlar arzulanmak, değer görmek, seçilmek ister ve reddedilmek ya da kaçınılmak istenmeyen durumlardır. Teoriye göre utanç, kişinin sosyal statüsüne dair algısının ürünüdür. Utanç duyan birey, kendini göreceli olarak düşük sosyal seviyeye ait ya da istenmeyen ikincil pozisyonda gördüğünde ortaya çıkar. Kısaca utanç, kişinin kendini daha düşük sosyal statüde algılamasıdır (Sedighimornani, 2018).

Yine başka bir açıklama olarak Lewis (1995), utancın kişinin kendi eylemlerini kendi standartlarıyla karşılaştırmasının sonucu oluştuğunu ve sosyalizasyonun, kıyaslama süreci ve kişinin standartlarını belirlemede işlev gördüğünü öne sürmüştür. Bu sosyal ilişkiler vurgusuna paralel olarak, utanmak ve başkaları tarafından utandırılmanın, sosyal red veya sosyal olarak küçümsenme ile ilişkili oldukça zor deneyimler olduğunu söylemek mümkündür (Goss ve Allan, 2009). Buna bağlı olarak da utanç, saklanmaya, geri çekilmeye karşı davranışsal bir eğilime yol açmaktadır. Örneğin; Conradt ve arkadaşları (2008) 98 obeziteli birey ile 6 aylık boylamsal bir çalışma yürütmüş ve kiloya ilişkin baş etme, suçluluk ve utanç ilişkisini incelemişlerdir. Buna göre kiloya ilişkin utancın, problem odaklı başa çıkmada önemli bir negatif yordayıcı olduğu bulunmuştur. Sosyal dışlanmanın utanç üzerindeki etkisini araştırıldığı bir çalışmada ise, obeziteli bireylerin kontrol grubuyla yoğun, negatif duygu reaksiyonu adına farklılaşmadığı ancak utanç bağlamında obeziteli bireylerde yükselme görüldüğü bulunmuştur (Westermann vd., 2015).

Araştırmalar utancın birçok psikopatolojide kendini gösterdiğini işaret etmektedir ve bunlardan biri de yeme bozukluklarıdır (Goss ve Allan, 2009). Klinik pratikte hastalar yeme alışkanlıkları nedeni ile utanç hissetmelerinden ve semptomlarından bahsetmek istememelerinden ötürü tedavi arayışına girmeyebilirler ve bu nedenle de tanı ve tedavi sürecinde zorluklarla karşılaşabilmektedir (Citrome, 2017; Guerdjikova vd., 2019). Ancak literatürde bu ikilinin ilişkisinin yansıtıldığı çalışmalar konuya ilişkin önemli veriler sunmaktadır. Örneğin; Troop ve arkadaşları (2008) yeme bozukluğu deneyimi olan ve halihazırda yeme bozukluğu olan kadınlarla yaptığı çalışmada dışsal utancın anoreksiya nervoza semptomlarında, içsel utancın ise bulimia nervosa semptomlarında yordayıcı olduğunu bulmuştur. Aynı şekilde kadınlarda yeme patolojisi ve utanç ilişkisini ortaya koyan başka birçok çalışma literatürde yerini almıştır (Frank, 1991; Troop vd., 2008; Swan ve Andrews, 2003; Cesare vd., 2016). Ek olarak, yeme bozuklukları olan

ve nonklinik gruplar arasındaki karşılaştırmalarda yeme bozukluğu olan bireylerin diğer gruba göre daha yüksek utanç raporladığı görülmüştür (Doran ve Lewis, 2011; Troop vd., 2006).

Bununla birlikte tıknırcasına yeme bozukluğu ve utanç ilişkisi özelinde yapılan çalışmalara dair bulgulara da örnekler verilebilir. Örneğin; Masheb ve diğerleri (1999), tıknırcasına yeme bozukluğu hastaları, vulvodini hastaları ve klinik olmayan bir kontrol grubundan oluşan totalde 203 kadının incelendiği araştırmalarında, en yüksek utancın tıknırcasına yeme bozukluğu hastaları tarafından raporlandığı görülmüştür. Benzer şekilde Jambekar ve diğerleri (2003) de bu ilişkiyi incelemiş ve içsel utancın tıknırcasına yeme bozukluğu psikopatolojisi ile güçlü bir ilişki gösterdiğini bildirmişlerdir (n=188). Bu çalışmada ek olarak cinsiyet farklarına da bakılmış ve utanç seviyelerinde farklılık görülme de utancın kadınlarda kiloya dair endişeler ile ilişkili olduğu, erkeklerde ise beden memnuniyetsizliği ile ilişkili olduğu görülmüştür. Araştırmacılar, bu cinsiyet farkının sosyal baskının kadınları hedef alması nedeni ile olabileceğini öne sürmüş ve yeme bozukluğu olan bireylerde öz bilinç duygularının cinsiyet bazında farklı roller oynadığı sonucuna varılmıştır.

Literatürde utanç ve cinsiyet ilişkisi üzerine de çalışmalar görmek mümkündür. Örneğin; Alessandri ve Lewis (1996) utanç ve cinsiyet ilişkisine dair yaptığı çalışmada 2,5- 5 yaş aralığındaki çocukları incelemiş ve kızların başarısızlık durumundan sonra erkeklere göre daha fazla utanç davranışı (çökmüş bir vücut, öne eğilmiş baş, vb.) sergilediklerini bulmuştur. Bunun yanı sıra Fischer ve arkadaşları (2004), 37 ülkeden alınan veriyi incelemiş ve korku, üzüntü, öfke, tiksinti, utanç ve suçluluk duygularına ilişkin cinsiyet farklılıklarını değerlendirmişlerdir. Çalışmanın sonucuna göre, tiksinti ve öfke gibi duyguların yoğunluğu cinsiyete göre farklılık göstermezken, kadınlardaki korku, üzüntü, utanç ve suçluluk duygularının erkeklere göre anlamlı derecede daha yoğun olduğu bulunmuştur.

Utanç, gerçek davranış ve ideal kendilik arasındaki uyumsuzluklar fark edildiği sürece değişim ve ilerlemeye yönelik motive edici bir rol taşıma potansiyeline sahiptir. Ancak tekrarlayan utanç, genellenmiş utançla ya da utanca yatkınlıkla sonuçlanabilir ve yukarıda da anlatıldığı gibi utancın işlevsellik potansiyelini ortadan kaldırarak yıkıcı ve demotive edici etkiler doğurur (Bidjerano, 2011).

Son olarak utancın sıkça karıştırıldığı bir başka duygu olan suçluluk ile ayrımını yapmakta fayda vardır. Bu iki duygu da disforik duygular olup olumsuz kendilik değerlendirmeleri içerirler (Niedenthal vd., 1994). Ancak utanç duyan bireylerin ana endişesi benliklerinin bütünüdür. Kişide utanca yol açan durumun bir şekilde tüm benlikleri ile ilgili bir kusurun yansıması olduğu fikri vardır. Suçluluk ise kişinin söz konusu duruma dair kötü hissetmesidir, ana endişe belli bir davranış ya da başarısızlıktır ve bunun benlikleri ile ilgisi yoktur (Tangley vd., 1996).

1.4. Beden Memnuniyetsizliği

Psikoloji ve sosyolojinin beden imgesi üzerine ilgisi 1920'lere dayanmaktadır. O dönemde yaşayan Paul Schilder adlı araştırmacı, beden deneyimini psikolojik ve sosyolojik bir çerçevede inceleyerek (Grogan, 2016) beden imgesine biyopsikososyal bir bakış getirmiştir (Cash ve Smolak, 2011). Schilder' dan önceki çalışmalar, beyin hasarına bağlı bozulmuş beden algısı üzerine yoğunlaşmıştır (Grogan, 2016).

İnsanların görünüşleriyle ilgili sübjektif deneyimleri, görünüşlerine dair objektif ya da sosyal gerçeklikten psikososyal anlamda daha güçlü olabilmektedir (Cash, 2004). Bu noktada obezitenin de negatif yönlü ilişkide olduğu tartışılan bir konsept olan beden imgesi kavramı akla gelmektedir. Beden imgesi, kişinin duygularının, düşünce ve davranışlarının da dahil olduğu, kendi bedenine ve görünüşüne dair algıları ve tavrını içeren çok boyutlu bir kavramdır (Weinberger vd., 2017). Beden imgesini aşırı ve hiç aralığında çeşitlenen rahatsızlık seviyelerinden oluşan bir kontinyum model olarak alabiliriz. Bu kontinyum içinde kişiler bedenlerine dair çoğunlukla orta seviyede bir memnuniyetsizlik gösterir. Ancak, azımsanmayacak sayıda birey de görünüşlerinden dolayı mutsuzdur (Steg vd., 2008).

Beden imgesinin bir sonucu olarak karşımıza beden memnuniyeti ya da memnuniyetsizliği kavramları çıkmaktadır. Bu da bireyin bedenine dair pozitif ya da negatif öznel değerlendirmelerini ifade eder (Pole vd., 2004). Burada dikkat edilmesi gereken nokta, beden memnuniyetsizliğinin beden imajında bir bozulma değil arzulanan görüntüye sahip olmamaya bağlı negatif değerlendirmeleri içermesidir (Hekimoğlu, 2019).

Literatüre bakıldığında beden memnuniyetsizliğine götürücü birkaç önemli faktör karşımıza çıkmaktadır. Bu faktörlerden biri olan sağlık sorunlarının beden memnuniyetsizliği geliştirmede etkisi görülmektedir. Örneğin; polikistik over sendromu (PCOS) gibi endokrin bozuklukları olan kadınların pozitif beden imgesi korumada zorluk yaşadığı görülmektedir. PCOS nedeni ile kadınlar çoğu zaman obezite, hirsutizm, üreme problemleri gibi durumlarla karşılaşmaktadır ve PCOS' u olan kadınların beden memnuniyetsizlik skorlarının karşılaştırma grubuna göre anlamlı derecede yüksek olduğu gözlenmiştir (Himelein ve Thatcher, 2006).

Etnisite üzerinden yapılan değerlendirmeler de literatürde yerini almıştır. Beyaz olmayan kültürlerin ideal kadın bedeni figürünün daha kilolu olması ve bu nedenle daha düşük beden memnuniyetsizliği raporladığı varsayılmakta idi ancak yakın dönem çalışmalar, beden memnuniyetsizliğinin sadece beyaz kadınlarla sınırlı olmadığını göstermiştir (Smith vd., 2020). Örneğin; Grabe ve Hyde (2006) Asya kökenli, siyahi, hispanik ve beyaz kadınların incelendiği 98 çalışmayı irdeledikleri meta analizde beyaz kadınların siyahi kadınlara göre daha fazla memnuniyetsizlik gösterdiği ancak farkın (d ; 0.29) küçük olduğunu görmüşlerdir. Benzer şekilde, Gillian ve Lefkowitz (2012) üniversite öğrencileri ile yaptıkları çalışmada beyaz, Latin ve siyahi öğrenciler arasında beden imgesi anlamında bir fark bulunamamıştır.

Beden memnuniyetine ilişkin göze çarpan risk faktörlerinden birisi de cinsiyettir. Genel olarak bakıldığında kadınlar, erkeklere göre daha çok memnuniyetsizlik hissetmektedir (Steg vd., 2008; Feingold ve Mazzella, 1998). Örneğin; Cash ve Hicks (1990) normal ve aşırı kilolu erkek ve kadınlarla yaptığı bir çalışmada, kişilerden kendilerini normal ya da aşırı kilolu olarak tanımlamalarını istemiştir. Öz sınıflandırma (*self classification*) kilodan çok beden imgesi, yeme ve diyet gibi değişkenlerle ilişkili olduğu bilgisi ile sonuçlara bakıldığında aşırı kilolu kadınların, kendini aşırı kilolu olarak tanımlayan normal kilodaki kadınlara göre bedenleri ile daha mutsuz oldukları görülmüştür. Araştırmacılar, erkeklerin kendilerini "kilolu" yerine "büyük ve güçlü" olarak gördüklerinden böyle bir sonuç oluştuğunu ve bu bilişsel bakışın erkekleri beden imgesi memnuniyetsizliğinden koruduğunu öne sürmüştür. Aynı şekilde McGuinness ve Taylor (2016) yaptıkları çalışmada orta yaşta erkek ve kadınların bozuk yeme tutumları ve beden memnuniyetsizliklerini incelemiş ve kadınların erkeklerden daha fazla beden memnuniyetsizliği

ve bozuk yeme bildirdiği görülmüştür. Bununla beraber, obeziteli kadınların beden memnuniyetsizliği ve bozuk yeme raporlama anlamında en yüksek grup olduğu görülmüştür. Yine bir başka çalışmada zayıflamak için tedaviye başvuran obeziteli kadın ve erkekleri karşılaştırdıkları çalışmada erkeklerin diyet, kilo verme girişimlerinin kadınlardan anlamlı derecede az olduğu görülmüş ve bunun da beden memnuniyetsizliğinin kadınlara oranla daha az söz konusu olması olarak yorumlanmıştır (Guerdjikova vd., 2007).

Erkeklerde beden imgesi çalışmalarının tarihi çok daha yakın bir döneme rastlamaktadır ve beden imgesi üzerine yapılan çalışmaların kadınlar üzerine yoğunlaşmış olduğu görülmektedir (Grogan, 2006). Mishkind ve diğerleri (1986), erkek bedeninin 1980'lerde televizyon reklamlarında geleneksel kadın bedeni imgesi yerine kullanımının artmasıyla popüler medyadaki erkek bedeni portresinde kültürel bir değişim yaşandığını ve erkeklerin kaslı, ince ve orantılı olmaya dair baskı altına girdiğini öne sürmüştür. Benzer şekilde, Pope ve diğerleri (1999) yaptıkları çalışmada erkek figüründeki aksiyon oyuncaklarının (*male action toys*) 30 yılda geçirdiği dönüşümü incelemiş ve oyuncakların giderek daha kaslı halde sunulduğunu gözlemlemiş ve erkek bedenine dair kültürel ideallerin zamanla daha kaslılık etrafında ilerlediğini öne sürmüşlerdir.

Cinsel yönelim olarak farklılaşan gruplarla da çalışmalar görülebilmektedir. Örneğin; Griffiths ve diğerleri (2018) cinsel azınlıktaki erkeklerde sosyal medya ve beden memnuniyetsizliği ilişkisini inceledikleri çalışmada 2,733 kişilik bir örneklem ve 11 farklı sosyal medya platformu kullanılmıştır. Çalışma sonucunda ise cinsel azınlıktaki erkeklerin beden memnuniyetsizliklerinin sosyal medya kullanım sıklığı ile pozitif yönde ilişki gösterdiği görülmüştür.

Beden imgesi ile ilgili çalışmalara bakıldığında, daha çok genç örneklemelerin seçildiği, kilo ve beden memnuniyeti üzerine yoğunlaşıldığı görülmektedir (Grogan, 2006). Buna rağmen orta yaş ve yaşlılık dönemi ve beden imgesi ilişkisine dair araştırmalar da görmek mümkündür. Örneğin; kadınlar ile yapılan çalışmalarda beden memnuniyetsizliğinin tüm yaşlarda stabil şekilde var olduğu görülmektedir (Tiggemann, 2004; Pruis ve Janowsky, 2010; Hofmeier vd., 2017).

Bedenler, sosyal ve kültürel bağlamlar içinde varlığını sürdürür ve bu nedenle de sosyo kültürel pratikler ve söylemler aracılığı ile inşa edilirler (Frederick ve Roberts, 1997). Özellikle batı

toplumlarında kadın bedeninin bakma ve değerlendirme nesnesi olan bir sosyal yapı olduğunu görmekteyiz. Gerek medya gerekse erkek bakışı yoluyla gerçekleşen cinsel nesneleştirilmenin bir sonucu olarak kadınlar giderek fiziksel kendiliklerine gözlemci gözüyle bakmayı içselleştirip buna göre sosyalleşmektedir. Bu noktada kadınların kültürel olarak belirlenmiş ideale ulaşma arzularına karşı duygusal ve davranışsal tepkileriyle ilgili süreçlere dair feminist görüşler karşımıza çıkmaktadır (Tiggemann, 2004). Örneğin; Frederick ve Roberts (1997), konu ile ilgili olarak Nesneleştirme Teorisi' ni (*Objectification Theory*) ortaya atmıştır. Teoriye göre kendini nesneleştirme, daimî ve sürekli olarak bedeni dış görünüşü ile izlemeyle karakterizedir ve negatif duygusal ve deneyimsel sonuçlar doğurur. Bu sonuçlardan bazıları; utanç, bozulmuş yeme, beden anksiyetesidir (Frederick ve Roberts, 1997). Bu teorinin yanı sıra literatürde Stice' ın ikili yol teorisi (1994), Thompson ve diğerlerinin üçlü etki modeli (1999) ve Fitzsimmons ve diğerleri tarafından yakın dönemde geliştirilen detaylandırılmış sosyo kültürel model (2014) gibi sosyo kültürel etki üzerine başka teoriler de mevcuttur.

Nesneleştirme teorisinin de vurgu yaptığı medya ve beden memnuniyetsizliği geliştirme ilişkisi literatürde yerini bulmuştur. İlk olarak dergi, televizyon gibi geleneksel medya organlarının etkileri üzerine çalışmalar göze çarpmaktadır (Cusumano ve Thompson, 1997; Tiggemann, 2003; Groetz vd., 2002). Örneğin; Silverstein ve diğerleri (1986) yaptığı çalışmada 33 televizyon programında yer alan kadın karakterlerin %69'unun zayıf olarak değerlendirildiği, erkeklerde ise bu oranın sadece %18 olduğu, kadın karakterlerde kilolu olarak değerlendirmenin %5, erkeklerde %26 olduğu görülmüştür. Bu da geleneksel medyanın kadınlara biçtiği zayıf güzellik idealinin erkeklere göre oldukça katı olduğunu düşündürmektedir. Bu bulgularla beraber, geleneksel medya ve beden memnuniyetsizliği ilişkisini destekleyen bulguların (Stice vd., 1994; Groetz vd., 2002; Derenne ve Beresin, 2006) yanı sıra ilişki bulunamayan çalışmalara da rastlanmaktadır (Cusumano ve Thompson, 1997; Tiggemann ve Pickering, 1996; Calado vd., 2011).

Aynı şekilde son yıllarda hayatlarımızın bir parçası olan sosyal medyanın etkileri de araştırmacılar tarafından incelenmiştir. Çalışmalara bakıldığında, sosyal medya ve beden imgesi ilişkisine dair araştırmaların genel olarak kadınlar ve genç kızlar üzerine yoğunlaştığı görülmektedir (Fardouly ve Vartanian, 2016). Sosyal medya kullanımının beden memnuniyetsizliğine yol açabileceğini gösteren çalışmalar literatürde yerini almıştır (Fardouly vd., 2015; Brown ve Tiggemann, 2016; Tiggemann ve Slater, 2017).

Beden memnuniyetsizliği birçok sağlık davranışını olumsuz etkilemektedir. Örneğin; tıknırcasına yeme, kısıtlayıcı diyet yapma gibi sağlıksız yeme davranışları geliştirilebilir (Levine ve Piran, 2004) ya da kilo alma korkusu ile sigara gibi olumsuz etkileri olan alışkanlıklar sürdürülebilir (King vd., 2005). Aynı şekilde, yukarıda bahsedilen erkek bedeni üzerine idealizasyon ve kültürel baskı düşünöldüğünde erkek bireylerin beden memnuniyetsizliği sağlık davranışları da etkilenebilmektedir. Söz gelimi; erkeklerde görölen beden memnuniyetsizliği ve beden küçümsemesi (*size underestimation*) kas oranını artırmak için anabolik steroid ya da başka ilaçların kullanımına neden olabilmektedir (Wright vd., 2000).

Beden memnuniyetsizliği ve bozulmuş yeme güçlü bir ilişki içindedir ve literatüre bakıldığında yeme bozuklukları için beden memnuniyetsizliğinin bir yordayıcı ve sürdürücü faktör olduğu düşünölr (Stice vd., 2011; Tiggemann, 2003). Örneğin; Stice (1994)' ın blumik davranış oluşumunu açıklamaya yönelik geliştirdiği teorik model olan ikili yol modeli (*the dual pathway model*), aile, arkadaşlar ve medya gibi sosyokültürel baskılardan kaynağını alan gerçek dışı zayıflık idealinin içselleştirilmesinin beden memnuniyetsizliğine yol açacağı ve bunun da iki mediatör değişkenle yani negatif affekt ve kısıtlayıcı beslenme (*dietary restraint*) yoluyla bozulmuş yemeye götürdüğünü öne sürer. Aynı şekilde Fairburn ve diğerleri (2003)' nin yeme bozukluklarının değerlendirilmesi ve tedavisi için geliştirdikleri transdiagnostik yaklaşımda ise beden imgesine dair değerlendirme ve müdahale, yeme bozukluklarının tedavisinin önemli ögeleri olarak karşımıza çıkar.

DSM-V her ne kadar tıknırcasına yeme bozukluğuunda beden imgesinde bozulma ya da stres tariflemese de yapılan çalışmalarda tıknırcasına yeme ve zayıf beden imgesi ilişkisi göze çarpmaktadır. Örneğin; Wilfley ve diğerleri (2000), tıknırcasına yeme bozukluğu olan aşırı kilolu ve obeziteli hastalar ve anoreksiya, bulimia ve tıknırcasına yeme bozukluğu olmayan obeziteli hastaları kilo ve dış görünüş kaygısı bakımından karşılaştırmış ve sonuçta da tıknırcasına yeme bozukluğu olan bireylerin bulimia hastaları ile benzer düzeyde kaygı raporladığı görölmüştür.

Obeziteli bireylerde beden imgesine dair endişeler ilk olarak 1960'larda tanımlanmıştır (Stunkard ve Mendelson, 1967). Obezitede beden imgesi, negatif olarak etkilendiği düşünölen temel bir

kavramdır (Wardle ve Cooke, 2005). Beden imgesini anlamak, obeziteli olmanın sosyal ve psikolojik deneyimini, psikolojik sorunların medikal sonuçlarını, obezite etiyolojisini belirlemek ve tedavi için önemlidir (Schwarz ve Brownell, 2004). Obezitesi olan bireyler, beden kitle indeksi bakımından normal aralıkta olan bireylere göre daha yüksek beden memnuniyetsizliği göstermektedir (Hill ve Williams, 1998; Wadden ve Foster, 1998; Wadden vd., 1989; Sarwer vd., 1998; Weinberger vd., 2016). Aynı şekilde, obezitenin tıknırcasına yeme problemleri ile olan güçlü ilişkisine ilişkin çalışmalarda tıknırcasına yeme bozukluğu olan obezitelilerin tıknırcasına yeme bozukluğu olmayanlara göre daha yüksek beden memnuniyetsizliği raporladığı görülmektedir (Wardle vd., 2001; Moore vd., 1998; Grilo vd., 1994). Obezite ve beden ilişkisine yönelik olarak Randa ve diğerleri (1991), daha önce morbid obezitesi olup bariatrik müdahale geçirmiş kadın ve erkeklerden obeziteye dönmeyi mi yoksa normal aralıkta bir kiloda olup sağlıklı, kalp hastalığı, disleksi, diyabet, körlük, bir bacağı kaybetmek gibi engelleri mi tercih ettikleri sorulduğunda hiçbir hastanın obeziteyi tercih etmediği görülmüştür. Çalışma her ne kadar bu seçimleri spesifik olarak nedenlendiremeye de katılımcı seçimlerinde beden memnuniyetsizliği deneyiminin katkısı olabileceği düşünülmektedir (Sarwer vd., 2005).

Beden memnuniyetsizliği ve utanç ilişkisine ilişkin olarak ise Mustapic ve diğerleri (2015)' in 187 ergen kadınla yaptığı, yeme ve kilo ile ilişkili problemleri etkileyen faktörleri incelediği çalışmadan bahsedilebilir. Çalışmada beden utancı ve beden memnuniyetsizliğinin istatistiksel olarak anlamlı derecede yeme davranışı varyansını açıkladığı bulunmuştur. Ayrıca beden utancının, beden memnuniyetsizliği ve yeme davranışları arasındaki ilişkide kısmi aracı olduğu görülmüştür. Ek olarak, 2019 yılında İngiltere'de yapılan, Mental Health Foundation ve YouGov tarafından yürütülmüş çalışmada, yetişkinlerin %20'sinin, ergenlerin ise %31'inin bedenlerine dair utanç hissettiği görülmüştür.

Yukarıda da anlatıldığı gibi bu kavramın olumsuz şekilde gelişmesi, fiziksel ve mental sağlığı etkilemektedir ve negatif bir beden imgesi, birey için olumsuz koşullar doğurmaktadır. Beden imgesi faktörü egzersiz, sağlıklı beslenme, kilo kontrolü gibi dış görünüme dair herhangi bir durumda hesaba katılmalıdır. Beden imgesinin etkisine yönelik bir anlayış, hedeflenen programlarda sosyokültürel etkiler, cinsiyet, kilo ve algısal faktörler gibi faktörlerin hesaba katılmasını sağlayacaktır (Grogan, 2006).

1.5. Ebeveyn Kabul- Red Teorisi

Günümüzde hemen hemen tüm psikoloji kuramları, çocukluk çağının insanın psikolojik ve sosyal gelişimi açısından son derece önemli bir dönem olduğu konusunda görüş birliği içindedir. 1930’lardan beri, algılanan ebeveyn kabul- reddinin çocukların bilişsel, duygusal ve davranışsal gelişimi ve yetişkinlerdeki kişilik işleyişi üzerine etkisine dair dünya çapında çalışmalar yapılmıştır (Rohner ve Khaleque, 2002).

Teorinin kavramsal temelleri 1960 ve 1970’lerin çeşitli teorik paradigmalardan etkilenmiştir. Bunların içinde en önemlisi ise öğrenme teorisi, sembolik etkileşim teorisi, psikanalitik teori ve bağlanma teorisidir (Rohner vd., 2005).

Ebeveyn kabul/red teorisi, çocuklukta ebeveyn tarafından kabul ve reddin yetişkinlikteki etkilerini öngörmeyi hedefleyen bir sosyalleşme teorisidir (Rohner, 1980). Temelde, ebeveynsel sevgi ve bu sevginin ifadeleri, etkisi ve kökenine odaklanan bir teoridir (Rohner vd., 2005). Rohner (1980), teoriyi antroponomi alanına yerleştirmektedir. Antroponomi, evrensel insan davranışı prensiplerinin keşfi, araştırması ve doğrulanması ile ilgilenen bir bilimdir. Teori, bu evrensel prensipler konseptini şöyle kurar: belli koşullar altında gerçekleşme ihtimali yüksek davranışlar dünyanın neresinde olunursa olunsun, o koşullar var olduğu sürece gerçekleşecektir (Rohner ve Khaleque, 2010). Yani çocuklar, ebeveynleri ve diğer bakım verenleri tarafından kabul görme ihtiyacındadır ve bu ihtiyaç; dil, din, coğrafya, zaman, kültür, yaş gibi faktörlere göre değişim göstermez. Teoriye göre bu ihtiyaç yetişkinlikte de devam etmektedir (Türkdoğan, 2017).

1.5.1. Ebeveynliğin Sıcaklık Boyutu

Teori, ebeveynliğin sıcaklık boyutuna ve bu boyutun çocuğun davranışsal, bilişsel ve duygusal gelişimindeki etkisine işaret etmektedir. Ebeveynsel kabul ve red alanları birlikte, ebeveynliğin sıcaklık boyutunu oluşturur (Rohner vd., 2012).

Sıcaklık boyutu, bireyler arası duygusal bağın kalitesi ve bireylerin bu duyguları ifade etmek için kullandığı fiziksel, sözel ve sembolik davranışlar ile ilişkilidir (Rohner, 2008). Bu bir kontinyum olarak düşünülür ve kontinyumun bir ucu ebeveynsel kabul yani sıcaklık, affekt, ilgi, bakım, destek gibi kısaca çocuğun ebeveyn ya da bakım verenlerinden doğru deneyimleyebileceği

sevgiyi ifade ederken kontinyumun diğ er ucu olan red ise bu kabul durumunda g r len duygu ve davranışların yokluğu ya da anlamlı derecede azalması ve fiziksel ya da psikolojik olarak yaralayıcı davranış ve duygulanımın varlığı şeklinde açıklanabilir (Rohner vd., 2012). Teoriye göre her insan, red-kabul kontinyumunda bir yerdedir.        tüm insanlar, özellikle  ocuklukta ki ebeveynleri olmak üzere kendileri için önemli insanlardan az ya da çok sevgi ve kabul-red deneyimlemişlerdir (Ali vd., 2019).

Yakın insanların varlığında kişinin huzurlu hissetmesi ve geride bırakıldığında  z lmek temel bir insani deneyimdir. Bir memeli türü olarak insanlar uzun bir immatürite dönemi yaşarlar ve bu dönemde ihtiyaçlarını karşılamak için neredeyse tamamen bakım verenlerine muhtaçtırlar. İlerleyen dönemlerde sosyal grup bağlantısı, yemek bulmada paylaşılan sorumluluklar, yırtıcılardan korunma ve yavru bakımı aracılığı ile hayatta kalmayı kolaylaştırır. Yani bakım verenden ya da sosyal gruptan ayrılmak hayatta kalmak için tehdit edicidir ve ayrılıktan dolayı  z lmek bu durumu önlemek için adaptif bir yol olabilir (Eisenberger, 2012).

Red dört şekilde deneyimlenmektedir ve bunlar, soğukluk/affekt yokluğu, düşmanlık/agresyon, ilgisizlik/ ihmal ve ayrışmamış red şeklinde sıralanabilir (Ali vd., 2019). Düşmanlık ve tepkisizlik, ebeveynin içsel duygu ve tavrını ifade ederken agresyon ve ihmal bu içsel süreçlerden kaynağını alan davranışlardır (Rohner ve Rohner, 1980).

Ebeveynler düşmanlık, öfke, kin ya da nefret gibi duygular ile hareket ettiğinde bu genelde agresyon olarak adlandırılır. Teori içinde agresyon, bir kişiyi, bir şeyi ya da kendi kendine zarar vermek niyeti taşıyan herhangi bir davranış olarak tanımlanır (Rohner vd., 2005).

Ayrışmamış red ise açık yordayıcı davranışlar olmasa da bireyin bağlanma figürü tarafından sevilmediği inancına işaret eder. Yani söz konusu bağlanma figürü agresif, duygusuz ya da ihmalkâr olmadan da böyle bir algı oluşabilmektedir (Khaleque ve Rohner, 2012a).

Algılanan kabul ve red, çocukların ve yetişkinlerin, bakım verenlerinin davranışlarına dair yorumları ile tanımlanmaktadır. Bu nedenle de bireylerin ebeveynlik yorumlaması hem kültürel

hem de kişisel bir açı ile gelişir (Rohner vd., 2005). Ebeveynlerin sevgi, sıcaklık ve affekt gösterimleri her toplumda farklı yolları vardır. Aynı şekilde bütün ebeveynler için çocuklarına karşı memnuniyetsizlik gösterme ve hatta onları sevmeme durumu mümkündür, ancak bu davranışların belirli ifade biçimleri toplumdan topluma büyük farklılık gösterir (Rohner, 1994) ve bu ifade biçimleri kültürel ve kendine özgü anlamlar ile doludur (Rohner vd., 2012).

Algılanan ebeveyn kabul/ reddi ve kültür ilişkisindeki farklılıklara da bakılmıştır. Örneğin; psikolojik uyumsuzluk ve ayrışmamış red arasındaki kültürlerarası ilişkinin incelendiği, 102 çalışma incelenerek yapılmış bir meta analizde, hem maternal hem paternal ayrışmamış reddin (hem çocukların hem yetişkinlerde) psikolojik uyumsuzluk ile anlamlı derece korele olduğu ancak çocuklarda maternal ayrışmamış reddin psikolojik uyumsuzluk ile olan ilişkisinin, paternal ayrışmamış redde göre anlamlı derecede daha güçlü olduğu görülmüştür ve bu durum da birçok kültürde anne ile olan ilişkinin daha yakın olması öne sürülerek açıklanmıştır (Ali vd., 2019).

Teori, kişilik, baş etme ve sosyo- kültürel sistemler alt teorileri olmak üzere üç alt teoride sorular yöneltilmektedir (Khaleque ve Rohner, 2002).

1.5.2. Kişilik Alt Teorisi

Bu alt teori 2 çeşit majör soru yöneltilir:

1. Irk, cinsiyet, kültür, dil ya da buna benzer sınırlayıcı koşullar fark etmeksizin tüm çocuklar ebeveynleri tarafından red-kabul edildiklerinde aynı şekilde tepki verirler mi?
2. Algılanan ebeveynsel red-kabul çocukluktan yetişkinliğe doğru yayılır mı? (Rohner ve Britner, 2002).

Bu alt teoride tanımlanan kişilik konsepti, çeşitli yaşam durumları ve bağlamlarda bireyin tepkilerindeki aşağı yukarı stabil eğilimler (afektif, bilişsel, algısal ve motivasyonel eğilimler) ve gözlenebilir tepkiler grubu olarak tanımlanır. Bu tanım, davranışın motive, dışsal ve içsel

faktörlerin etkisinde olup genelde zaman ve mekân içinde bir düzen ya da sıraya sahiptir (Rohner vd., 2012).

Kişilik alt teorisinde, bağlanma figürlerinden gelecek pozitif tepkiye dair duygusal ihtiyacın çocuk için güçlü bir motivasyon oluşturduğu kabul edilir. Teori, bu noktada filogenetik perspektiften yararlanmaktadır. Bu perspektif, insanların filogenetik olarak, onlar için önemli insanlardan olumlu tepki ya da sevgi ihtiyacı olduğuna işaret etmektedir (Khaleque ve Rohner, 2012a). Bu ihtiyaç, konfor, destek, önemsenme, ilgi, bakım ve sevilme için duygusal bir istek, arzu ya da can atma halini kapsar. Yetişkinlikte söz konusu ihtiyaç, daha kompleks hale gelir ve farklılaşır. Bu ihtiyacı karşılayabilen insanlar, çocuklarda ve bebeklerde genelde ebeveynlerdir ama ergenlik ve yetişkinlikte önemli diğerleri ve ebeveynsel olmayan bağlanma figürleri de sürece dahil olur. Teori, önemli diğer kavramını çocuk ya da yetişkin ile görece uzun duygusal bağı olan ve başkası ile değiştirilemez nitelikteki insanlar olarak tanımlamaktadır ancak ebeveynlerin herhangi bir önemli diğerinden farklı olarak önemli bir niteliği vardır. Bu farklılaşmaya neden olan nitelik, çocuğun duygusal güvenliği ve konforunun ebeveyn ile olan ilişkinin kalitesine bağlı olma eğiliminden kaynaklanır. Teoride, çocuğun kişilik gelişiminde ebeveyn kabul- reddinin eşsiz bir önemi olduğu belirtilir. Bununla birlikte kişilik alt teorisine göre, yetişkinlerin psikolojik uyumu, duygusal güvenlik algısı ve genel iyi oluşları, çocukluk dönemi ebeveyn ilişkisi hatıralarından ziyade güncel bağlanma figürlerine dair kabul- red algısı ile daha güçlü bir ilişkide olma eğilimindedir (Rohner vd., 2005).

Kişilik alt teorisi, insanın hominid evrim sürecinde geliştirdiği bu ihtiyacını karşılanması (Rohner vd., 2005), başka bir deyişle kişinin kendini bağlanma figürleri tarafından kabul edilmiş olarak algılaması durumunda şu özelliklere sahip olmasının muhtemel olduğunu öne sürer: düşük saldırganlık ve düşük agresyon, bağımsızlık, olumlu özgüven, olumlu öz yeterlik, duygusal stabilite, duygusal duyarlılık ve pozitif dünya görüşü (Khaleque, 2013).

İhtiyaç karşılanmadığında yani red algılandığında çocuğun anksiyöz ve güvensiz hissetmesi muhtemeldir. Ek olarak, reddin çocuklarda ve yetişkinlerde kişiliği etkilemesi beklenmektedir (Rohner ve Khaleque, 2002). Kişilik alt teorisi, çocuk ve yetişkinlerde bağlanma figüründen gelen red deneyimine göre değişim gösteren 7 kişilik yatkınlığından bahseder. Bu yatkınlıklar; (a)

düşmanlık (hostilite), agresif, pasif agresif olabildiği gibi düşmanlık ve agresyon yönetiminde başarısızlık, (b) karşılaşılan reddin yoğunluğu, şekli ve sıklığına göre bağımlılık ya da savunmacı bağımsızlık, (c) zarar görmüş bir özgüven, (d) zarar görmüş öz yeterlilik, (e) duygusal tepkisizlik, (f) duygusal dengesizlik gibi sorunlar ve (g) olumsuz bir dünya görüşüdür (Khaleque ve Rohner, 2002).

Ebeveynleri nedeni ile psikolojik olarak yaralanan çocuklar için hayat, tehdit edici, tehlikeli ve mutsuz bir yapıya sahiptir. Bu olumsuz algının temeli, çocuğun hem kendi hem de diğerlerinin yaşadığına inandığı deneyimlerden yola çıkması gibi gözükmetedir (Rohner, 1980). Yukarıda bahsedilen tüm yatkınlıklar, psikolojik uyumsuzlukları ya da mental problemleri açığa çıkarmaktadır (Rohner ve Britner, 2002). Buna ilişkin olarak, 16 ülkeden alınmış 30 çalışma üzerinden 12,087 çocuk (%52 erkek, %48 kız çocuk) baz alınarak yapılan meta analizde, algılanan ebeveynsel sıcaklığın, psikolojik uyum ve kişilik yatkınlıkları ile anlamlı derecede korele olduğu görülmüştür (Khaleque, 2013). Aynı şekilde, Rohner ve Britner (2002), ebeveyn kabul reddi ve mental sağlık problemleri arasındaki korelasyonu incelemiş ve depresyon ve depresif duygu durum, davranım bozuklukları dahil davranışsal problemler, dışallaştırıcı davranışlar ve suç işleme, madde kötüye kullanımı ile korelasyon bulgulamışlardır. Ayrıca Rohner ve arkadaşlarının (2008) algılanan partner kabulü ve yetişkinlerin psikolojik uyumları arasındaki ilişkiyi inceledikleri 488 kişilik örneklemden oluşan çalışmada, algılanan partner kabulünün yanı sıra çocuklukta maternal ve paternal kabul anılarının yetişkinlik dönemi psikolojik uyumları ile anlamlı derecede ilişkili olduğu bulunmuştur.

Reddin önemli bileşenleri yetişkinlikte kendini göstermeye devam etmektedir. Bu da çocuklukta reddedilmiş kişinin, kabul gören bireylere kıyasla sosyal ve duygusal problemler açısından daha büyük bir risk içine sokmaktadır. Bu alt teorinin yordadığı şekilde tepki vermeyen bireyler, “sorunlu” (*troubled*) olarak nitelendirilmiştir. Bu gruptaki bireylerin en önemli özelliği, kişilerin ebeveynleri tarafından kabul gördüklerini hissetmelerine rağmen mental problemlerden muzdarip olmalarıdır (Rohner ve Khaleque, 2002). Bir diğer grup ise çocuklukta ebeveyn reddi deneyimlemiş ancak psikolojik uyumlarında problem yaşamayan kişilerdir ve “baş edenler” (*copers*) olarak adlandırılmaktadırlar (Rohner ve Khaleque, 2002).

Algılanan ebeveyn kabul- reddin, depresyon, davranım bozuklukları, dışsallaştırılmış davranışlar, suç ve madde kötüye kullanımı gibi mental sorunlarla ilişkili olduğu görülmüştür (Rohner ve Britner, 2002). Reddin şiddetli şekilde algılandığı travmatik çocukluk dönemi deneyimleri de işlevselliği birçok alanda etkiler. İstismar edici ebeveynlere (alkolik ebeveyn, aile içi şiddet gibi) maruz kalan çocukların güvenli bir çocukluk geçirme ihtimali düşüktür. Bu çocukların semptomolojileri çok katmanlı ve depresyon, çeşitli dürtüsel davranışlar ve öz yıkım davranışları içerir (van der Kolk, 2005). Olumsuz ebeveynlik/red deneyimi ve bunun çocuk üzerine etkisi noktasında utanç kavramı da akla gelmektedir. Örneğin; Ebeveyn tarafından işe yaramaz, aptal, yaramaz gibi negatif sıfatlar, çocuğu itici (*unattractive*) ve daha düşük bir statüde konumlandırır (Bergner, 1987). Ek olarak, Schore (1998), erken dönemde deneyimlenen utancın ve değersizleştirici durumların beyin maturasyonu üzerinde önemli etkileri olabileceğini bulmuştur.

1.5.3. Baş Etme Alt Teorisi

Her kabul görmüş çocuk, her zaman olumlu tutum geliştiremez. Kabul görmüş bireylerde de reddedilmiş bireylere benzer olarak uyum problemleri görülebilir. Aynı şekilde tüm reddedilmiş bireyler ciddi uyum problemleri geliştirir demek de doğru değildir. Bazı insanlar algıladıkları reddin acısı ile daha etkin başa çıkarlar. Baş etme alt teorisi, karşılaşılan red ile başarılı şekilde mücadele edebilen bireylerin mental bir problem yaşamadan bunu nasıl başardığını inceler (Khaleque ve Rohner, 2002). Kişilik alt teorisinde de bahsedilen bu baş edenler, “*afektif baş edenler*” ve “*enstrümantal baş edenler*” olarak ikiye ayırır. Afektif baş edenler, red deneyimlerine rağmen olumlu mental sağlığa sahip olanları tasvir ederken enstrümantal baş edenler, ebeveyn reddinin yarattığı psikolojik hasara rağmen profesyonel, mesleki ya da diğer bir deyişle görev odaklı hayatlarını iyi derecede idame ettiren insanları kapsamaktadır (Rohner vd., 2012).

Genel olarak baktığımızda ebeveyn kabul- red teorisine göre bireyin davranışı, kendilik (*self*), öteki (*other*) ve bağlam (*context*) arasındaki etkileşimin bir işlevidir ve bu başa çıkma sürecini anlamak için bu üç elementin dahil olduğu çoklu bir perspektif gerekmektedir. Kendilik, bireyin içsel (biyolojik) ve dışsal (kişilik) özelliklerinin yanı sıra mental aktivitelerini de içerir. Ötekinin karakteristiği ise reddin formu, süresi, seviyesi ve sıklığıyla birlikte reddedici ebeveyn(ler)in ve diğer bağlanma figürlerinin kişisel ve kişilerarası özelliklerini barındırır. 3. element olarak bağlam, çevrenin sosyal durumsal özellikleri ve bireyin hayatındaki diğer önemli kişileri içerir (Rohner vd., 2005).

Teori, zihinsel temsillerin algılanan red ile başa çıkmada etkili olduğunu belirtir. Buna göre baş etme alt teorisi, bireyin red ile başa çıkma kapasitesinin kendilik algısının (*sense of self*) açıkça farklılaştığı bir düzeye gelecek kadar arttığını öne sürer. Kendilik algısının bir özelliği de özerklidir ve özerk bireylerin algılanan reddin zararını azaltacak içsel bir psikolojik kaynağa sahiptirler. Diğerleri ise bu bireylerin aksine başlarına gelene karşı kontrollerinin olduğuna inanmaz ve başlarına gelen şeyleri kader, şans ya da güçlü ötekilere bağlarlar (Rohner vd., 2012).

1.5.4. Sosyo-Kültürel Sistemler Alt Teorisi

Bu alt teori, ebeveynsel kabul-reddin evrensel sebeplerini açıklamayı, dışa vurumsal bağlarını öngörmeyi ve bunları açıklamayı hedefler (Rohner vd., 2005).

Sosyo- kültürel sistemler alt teorisi 2 soru sormaktadır:

1. Toplum yapısı ve o toplum içindeki bireylerin davranış ve inançları ebeveynlerin çocuklarına karşı kabul edici ya da reddedici olmasından nasıl etkilenmektedir?
2. Neden bazı ebeveynler sıcak ve sevgi dolu iken diğerleri soğuk, agresif, reddedici/ihmalkardır? (Rohner vd., 2005).

Sosyo- kültürel sistemler alt teorisi öncelikle bazı ebeveynlerin sıcak ve sevgi dolu olduğu gibi bazı ebeveynlerin de soğuk, agresif veya ihmalkâr/reddedici olduğunu kabul eder ve ebeveynlerin çocuklarını kabul veya reddettiği sosyo- kültürel ve kişisel koşulları öngörme ve açıklamak ile ilgilenir (Rohner, 2015).

Red karmaşık bir ekolojik bağlamda oluşur ve bu bağlam, ailesel, toplumsal ve sosyokültürel bir içeriğe sahiptir. Bu alt teori kabul ve reddin dünya çapındaki nedenlerini öngörme ve açıklamayı hedeflediği gibi red ve kabulün dışavurumsal ilişkilerini açıklamayı ve öngörmeyi de hedefler (Rohner vd., 2012). Örneğin; çocukların reddedilme eğilimi gösterdiği toplumlarda tanrı gibi doğaüstü varlıkların genelde kötücül, tahmin edilemez, zarar veren olarak görülmekte iken bu

tasvirin daha olumlu, kapsayıcı, cömert olduğu toplumlarda çocukların sevgi dolu bir kabul deneyimlediği görülmektedir (Rohner ve Rohner, 1980).

Bu alt teorinin yönelttiği soruların basit bir cevabı yoktur ancak belli faktörler, reddin toplumlar arası ve toplum içindeki varyasyonları ile anlamlı bir ilişki içindedir. Temel duygusal ilişkiler ve sosyal desteğin bozulmasına neden olan durumlar kilit rol üstlenmektedir. Örneğin; genellikle anneler olmak üzere, sosyal ya da duygusal desteği olmayan sosyal izolasyon içerisindeki tek ebeveynlerin (özellikle söz konusu ebeveyn genç ve ekonomik olarak yoksulsa) bu anlamda yüksek risk taşıdığı görülmektedir (Rohner, 1986). Ancak yoksulluk, artmış red ile ilişkili olmak zorunda değildir (Rohner, 2016).

Ebeveyn- çocuk ilişkisinin bir yeme bozukluğu geliştirmede önemli yer tuttuğu ampirik çalışmalar ve psikolojik teoriler ile ortaya konmuştur ve yeme bozukluklarının gelişiminde yatan bu ilişkinin temelinde yetersiz ebeveynsel şefkat ve kabul bulunmaktadır (Dominy vd., 2000). Bu bağlamda obeziteli bireylerin yeme davranışının anormal ve yoğun olarak nitelendirildiği düşünüldüğünde, ebeveyn ile geliştirilen ilişki ve kişinin bu ilişkiye dair algısının değerlendirilmesi önem kazanmaktadır.

1.6. Araştırmanın Amacı ve Soruları

Kesin ve net bir etiolojiden bahsedilemeyecek kadar kompleks bir yapıya sahip olan bu sağlık sorununun 21. yüzyılın en önemli problemleri arasında yer aldığını söylemek mümkündür. Obezite, her yaştan, ırktan, cinsiyetten insanı etkileyen ve sonuçları ölümcül olabildiği gibi diyabet, kardiyovasküler rahatsızlıklar, kanser, felç, kısırlık, kronik solunum güçlüğü, uyku apnesi, tıkinircasına yeme bozukluğu gibi hem fiziksel hem de psikolojik birçok ciddi hastalığı doğurabilir. Böylesine büyük problemlerin oluşma riskine ek olarak, obezitenin ekonomik anlamda da bir yük oluşturduğu, obeziteli bireylerin toplumsal hayatta etiketlenme, stigmatizasyon gibi birçok problemle karşılaştığı gözlenmektedir. Bu sorunun sadece gelişmiş ülkelerin değil Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerin de sorunu olduğu da düşünülürse yukarıda alan yazından yansıtılan veriler, halk sağlığı için ciddi bir problemle karşı karşıya olduğumuzu göstermektedir. Bu çalışmanın da obeziteyi ele alarak tedavi sürecine katkı sağlayacağı

düşünülmekte ve psikoterapi tekniklerinin yeme tutumu ve obezitenin ele alması anlamında da klinik pratiğe anlamlı bir katkıda bulunacağı düşünülmektedir.

Bu çalışmanın amacı, obeziteli bireylerin ebeveyn kabul- red algısı, utanç ve yeme tutumları üzerinden beden memnuniyetlerini incelemektir. Bu çalışmada cevaplanması hedeflenen araştırmanın soruları ve hipotezleri aşağıdaki gibidir:

Araştırmanın soruları:

1. Sosyodemografik değişkenlere (cinsiyet, yaş, kilo durumu, diyet durumu, psikolojik tedavi geçmişi, obezite süresi) göre Yetişkin Kabul- Red Ölçeği (kısa form), YTT- 40 ve Suçluluk-Utanç Ölçeği' nin utanç alt ölçeği, Beden Algısı Ölçeği puanları anlamlı farklılık göstermekte midir?
2. Araştırmada ele alınan değişkenler arasındaki ilişki nasıldır?
3. Ebeveyn red algısı ve beden memnuniyeti ilişkisinde utancın rolü nedir?
4. Ebeveyn red algısı ve beden memnuniyeti ilişkisinde tıknırcasına yeme bozukluğunun rolü nedir?

Araştırmanın hipotezleri:

1. Utanç skorları cinsiyete göre anlamlı bir farklılık gösterecektir.
2. Obeziteli kadınlarda utanç düzeyi obeziteli erkeklere göre anlamlı derecede yüksek olacaktır.
3. Ebeveyn reddi skorları ve utanç düzeyi arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olacaktır.
4. Ebeveyn reddi skorları ve beden memnuniyetsizliği arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olacaktır.
5. Utanç düzeyi anneden gelen red ve babanın reddi açısından farklılaşacaktır.
6. Obeziteli kadınlarda beden memnuniyetsizliği obeziteli erkeklere göre anlamlı derecede yüksek olacaktır.

İKİNCİ BÖLÜM

YÖNTEM

2.1. Örneklem

Çalışmanın örnekleme, yaşları 18- 50 arasında değişen 110 kadın (%78) ve 31 (%22) erkek olmak üzere toplamda 141 obeziteli bireyden oluşmaktadır. Katılımcılar çalışmaya gönüllü olarak katılmış, katılımcılara ait tüm bilgiler anonim kalmıştır. Araştırma örneklemine dair ayrıntılı bilgiler bulgular bölümünde aktarılmıştır. Araştırma örneklemini oluşturan katılımcılara ait demografik bilgiler aşağıdaki tabloda sunulmuştur.

Tablo 2. Katılımcıların Kişisel Bilgi Formlarından Elde Edilen Bulgulara İlişkin Yüzde Frekans Tablosu

Değişkenler	Gruplar	F	%
Cinsiyet	Kadın	110	78,0
	Erkek	31	22,0
Diyet Durumu	Evet	51	36,2
	Hayır	90	63,8
Psikolojik Destek Alma	Evet	96	68,1
	Hayır	45	31,9
Yaş	18-25	32	22,7
	26-35	64	45,4
	36 ve üstü	45	31,9
Kilo Aralığı	45-80 Kg	32	22,7

	81-99 Kg	64	45,4
	100-167 Kg	45	31,9
Obezite Süresi	1-5 Yıl	35	24,8
	6-14 Yıl	61	43,3
	15 Yıl ve Üstü	45	31,9
	Toplam	141	100,0

Tablo 2’de araştırmaya katılan kişilere ilişkin demografik bilgiler gösterilmektedir. Araştırma kapsamında 110’u (%78) kadın, 31’i (%22) erkek olmak üzere toplam 141 kişiden veri toplanmıştır. Katılımcıların diyet geçmişleri incelendiğinde 51 kişinin (%36,2) daha önce diyet girişiminin olduğu 90 kişinin (%63,8) ise olmadığı bulunmuştur. Bu kişilerin yaş dağılımına bakıldığında 18-25 yaş aralığında olan kişi sayısı 32 (%22,7), 26-35 yaş aralığında olan kişi sayısı 64 (%45,4) ve 36 yaş üzeri kişi sayısı 45’tir (%31,9). Katılımcıların kilo dağılımı ise 45-80 kg aralığında 32 (%22,7), 81-99 kg aralığında (%45,4), 100-167 kg aralığında 45 (%31,9) kişidir. Son olarak, katılımcıların obezite geçmişleri sorulmuş ve 1-5 yıl aralığındaki obezitelilerin sayısı 35 (%24,8), 6-14 yıl aralığındakilerin sayısı 61 (%43,3) ve 15 yıl ve üzeri olan obezitelilerin sayısı 45’tir (%31,9).

2.2. Veri Toplama Araçları

Bu araştırmanın verileri; demografik bilgi formu, Yetişkin Ebeveyn Kabul-Red Ölçeği- Kısa Form, Yeme Tutum Testi (YTT-40), sadece utanç alt boyutu olmak üzere Suçluluk Utanç Ölçeği (yalnızca utanç alt boyutu) ve Beden Algısı Ölçeği kullanılarak elde edilmiştir. Veriler, çevrimiçi olarak internet üzerinden toplanmış katılımcıların onamları dahilinde toplanmıştır.

2.2.1. Demografik Bilgi Formu

Katılımcılardan yaş, cinsiyet, kilo, boy, eğitim düzeyi, psikolojik tanı ve tedavi geçmişleri, diyet geçmişleri ve obezite geçmişlerine dair bilgi alınmıştır. Kimlik bilgilerine işaret eden herhangi bir soru sorulmamasına özen gösterilmiş, katılımcılar tamamen anonim kalmıştır.

2.2.2. Yetişkin Ebeveyn Kabul-Red Ölçeği- Kısa Form

Ronald P. Rohner (2005) tarafından geliştirilen ölçek, orijinali olan 60 soruluk ölçeğin 24 sorudan oluşan kısaltılmış versiyonudur. Ölçekte, çocukluk döneminde deneyimlenen ebeveyn kabul ve reddine dair anıların değerlendirilmesi amaçlanmaktadır. Ölçek soruları, anne ve baba için ayrı olarak puanlanır. Sıcaklık/şefkat, düşmanlık/saldırganlık, kayıtsızlık/ ihmal ve ayrışmamış red olmak üzere dört alt ölçekten oluşmaktadır. Dörtlü likert tipi olan ölçekte, “hemen hemen her zaman doğru (4 puan)”, “bazen doğru (3 puan)”, nadiren doğru (2 puan)”, “hiçbir zaman doğru değil (1 puan)” şeklinde puanlanmaktadır ve alınan puan 24-96 aralığındadır. 24 puan en yüksek düzey kabulü ifade ederken 96 puan, en yüksek seviye reddi ifade etmektedir. Ölçeğin Türkçeye uyarlaması ve geçerlik- güvenirlik çalışması Meryem Dedeler vd. (2017) tarafından gerçekleştirilmiştir ve söz konusu çalışmada, anne formunun iç tutarlık katsayıları 0.75 ile 0.92 arasında, test tekrar test güvenirlik katsayıları 0.40 ile 0.83 arasında iken baba formu için bu oranlar sırayla 0.85- 0.96 ve 0.86- 0.96 aralığında bulunmuştur.

2.2.3. Yeme Tutum Testi (YTT-40)

Garner ve Garfinkel (1979) tarafından yeme davranışlarındaki problemlerin tespiti için geliştirilmiştir. Ölçeğin orijinal formunun iç tutarlılığı anoreksiya nervoza için $\alpha = 0.79$, sağlıklı grup için $\alpha = 0.94$ olarak bulunmuştur. 40 sorudan oluşan 6’lı likert tipi ölçekte katılımcıların her bir madde için “her zaman”, “çok sık”, “sıkça”, “bazen”, “nadiren”, veya “hiçbir zaman” cevaplarından birini isaretlemesi beklenmektedir. Alınabilecek puan aralığı 0-120 bandında olup anoreksiya için kesme puanı 30’dur. 1, 18, 19, 23, 27 ve 39 maddeler ters yönde puanlanmaktadır ve bazen 1 puan, nadiren 2 puan ve hiçbir zaman 3 puan ve diğer seçenekler 0 puan olarak değerlendirilmektedir. Ölçeğin diğer maddeleri için ise daima 3 puan, çok sık 2 puan ve sık sık 1 puan ve diğer seçenekler 0 puan olarak hesaplanmaktadır. Ölçeğin Türkiye’deki geçerlik- güvenirlik çalışması, Savaşır ve Erol (1989) tarafından yapılmıştır. Bir ay aralıkla tekrarlanan testin güvenirlik katsayısı 0.65, cronbach alfa ile hesaplanan iç tutarlılığı ise 0,70 olarak saptanmıştır.

2.2.4. Suçluluk Utanç Ölçeği

Nesrin H. Şahin ve Nail Şahin (1992) tarafından geliştirilen bu ölçek, suçluluk-utanç duygularını değerlendirmektedir. Ölçek, 24 maddeden oluşmaktadır ve 5’li likert tipindedir. Suçluluk ve utanç olmak üzere on ikişer maddeden oluşan iki alt ölçeği vardır. Ölçek puanı yükseldikçe suçluluk ve

utanç düzeylerinin de yükseldiği düşünülür. Her bir alt ölçekten alınabilecek en düşük 12, en yüksek 60 puan alınabilmektedir. İki ön çalışma ve bir ana çalışma ile ortaya çıkan ölçeğin geçerlik ve güvenirlik çalışmasında iç tutarlık katsayıları suçluluk alt ölçeği için $\alpha=0.81$, utanç alt ölçeği için $\alpha=0.80$ olarak belirtilmiş, birbirleri ile korelasyonları ise 0,49 olarak tespit edilmiştir. Bu çalışmada sadece utanç alt ölçeği kullanılmış, suçluluk değerlendirilmemiştir.

2.2.5. Vücut Algısı Ölçeği

1953 yılında Secord ve Jourard tarafından geliştirilen ölçek, bireylerin bedenlerinden hoşnut olup olmadıklarını öğrenmeyi hedefler. Ölçeğin her bir maddesi bir organ veya bedenin bir bölümü/işlevi ile ilgilidir ve toplamda 40 madde bulunmaktadır. Her bir madde için 1’den 5’e kadar değişen puanlar alan ve “Hiç beğenmiyorum”, “Beğenmiyorum”, “Kararsızım”, “Beğeniyorum” ve “Çok beğeniyorum” şeklinde yanıt seçeneği bulunan ölçeğin toplam puanı 40 ile 200 arasında değişmektedir. Toplam puanın yüksekliği doyum düzeyinin yüksekliğini göstermektedir. Türkçesi için geçerlik ve güvenirlik çalışmaları Hovardaoğlu (1993) tarafından yapılmıştır.

2.3. İşlem

Öncelikle araştırmanın gerçekleşmesi için Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Araştırma Etik Kurulu’ndan gerekli izin alınmıştır. Araştırma ölçekleri, çevrimiçi anket sistemi hazırlanarak katılımcılara ulaştırılmıştır. Bu süreçte gönüllü olan katılımcılara bilgilendirilmiş onam sunulmuş ve -onam alınması dahilinde- çalışmanın ileriki aşamalarına geçiş imkânı sağlanmıştır. Onam formunu okuyup onay veren katılımcılara demografik bilgi formu ve yukarıda da belirtilen diğer ölçekler sunulmuştur. Çalışma boyunca katılımcılardan herhangi bir kimlik bilgisi istenmemiştir. Çalışmada yer alan ölçeklerin doldurulması yaklaşık 20- 25 dakika sürmüştür. Araştırma yapılırken maddi manevi herhangi bir teşvik uygulaması olmamıştır. Çalışma gönüllülük esasına bağlı yürütülmüş, katılımcıların dilediğinde araştırmadan çekilme hakları onam formunda açıkça belirtilmiştir.

2.4. Veri analizi

Araştırma kapsamında kullanılan ölçekler vasıtasıyla elde edilen veriler, SPSS 25.0 paket programı ve AMOS 24.0 Paket Programı kullanılarak analiz edilmiştir. Veri dağılımına bakılarak toplanan verinin normalliği denetlenmiş ve örneklem sayısı yeterli olduğu için verilerin analizinde

parametrik yöntemler kullanılmıştır. İstatistiksel analizlerde öncelikle kişisel bilgi formunda yer alan demografik değişkenlere ilişkin frekans ve yüzde değerleri hesaplanmıştır. Ardından sırasıyla Bağımsız Gruplar/Örneklem T-testi Analizi, Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA), Pearson Korelasyon Analizi ve Yapısal Eşitlik Modeli uygulanmıştır.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

Bu bölümde araştırma soru ve hipotezlerinin incelenmesi adına yapılan istatistiksel analizlerin sonuçları ve bu sonuçlara ilişkin tablolar aktarılacaktır.

3.1. Fark Testlerine İlişkin Bulgular

Katılımcılardan alınan verilerin analizi ile elde edilen fark testlerine ait sonuçlar aşağıda paylaşılmıştır. Bu kapsamda araştırmada kullanılan ölçekler ve demografik değişkenlere göre yapılan t testlerine yer verilmiştir. Öncesinde normallik testi yapılmış ve verilerin normal dağıldığı sonucuna ulaşılmıştır. Bağımsız gruplar t testi yapıldıktan sonra tek yönlü varyans analizi (ANOVA) testlerine geçilmiştir. Bu testler sonucunda elde edilen bulgulara ait tablolar aşağıda sunulmuştur.

Tablo 3. Araştırma değişkenlerinden Anne Red Algısı, Baba Red Algısı, Yeme Tutumu, Beden Memnuniyeti ve Utanç Puanlarının Cinsiyet Değişkenine Göre Farklılaşma Durumu ile İlgili Yapılan Bağımsız Grup t Testi Sonuçları

Puan	Gruplar	N	$\bar{x}$	SS	Sh $_{\bar{x}}$	t Testi		
						t	Sd	p
Anne red	Kadın	110	67,96	6,33	,60	,628	139	,531
	Erkek	31	67,12	7,21	1,29			
Baba red	Kadın	110	70,33	7,57	,72	,925	139	,356
	Erkek	31	68,90	7,76	1,39			
Yeme tutumu	Kadın	110	123,09	21,81	2,07	-,765	139	,446
	Erkek	31	126,48	21,80	3,91			

Beden Algısı	Kadın	110	115,13	27,56	2,62	-2,327	139	,021
	Erkek	31	129,29	37,21	6,68			
Utanç	Kadın	110	46,43	9,15	,87	-,061	139	,952
	Erkek	31	46,54	8,85	1,59			

Araştırmanın değişkenleri olan anne red algısı, baba red algısı, yeme tutumu, utanç ve beden memnuniyeti değişkenleri puanlarının cinsiyet değişkenine göre farklılaşma durumunu görmek amacıyla bağımsız gruplar t testi uygulanmıştır. Grup varyanslarının homojenliğine Levene testi ile bakılmış ve varyansların homojen dağıldığı tespit edilmiştir ($p \geq 0.05$). Bağımsız gruplar t testinin sonuçlarına göre beden memnuniyeti değişkeni hariç diğer değişkenler için anlamlı bir sonuç bulunmamıştır. Anlamlı bulunan beden memnuniyeti değişkenine baktığımızda, erkeklerin beden algısı puanlarının ($\bar{x}=129.29$, $SS= 37.21$) kadınların beden algısı puanlarına ($\bar{x}=115.3$, $SS=27.56$) göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bunun dışında kalan araştırma değişkenlerine bakıldığında cinsiyetler arasında herhangi bir farklılaşmanın olmadığı anlaşılmaktadır.

Tablo 4. Araştırma değişkenlerinden Anne Red Algısı, Baba Red Algısı, Yeme Tutumu, Beden Memnuniyeti ve Utanç Puanlarının Diyet Durumu Değişkenine Göre Farklılaşma Durumu ile İlgili Yapılan Bağımsız Grup t Testi Sonuçları

Puan	Gruplar	N	$\bar{x}$	SS	Sh_{$\bar{x}$}	t Testi		
						t	Sd	p
Anne red	Evet	51	68,00	6,69	,93	,300	139	,764
	Hayır	90	67,65	6,46	,68			
Baba red	Evet	51	69,07	8,67	1,21	-1,108	139	,270
	Hayır	90	70,55	6,93	,73			
Yeme tutumu	Evet	51	124,52	23,93	3,35	,283	139	,777

	Hayır	90	123,44	20,58	2,16			
Beden	Evet	51	113,90	31,82	4,45	-1,282	139	,202
Memnuniyeti	Hayır	90	120,71	29,42	3,10			
Utanç	Evet	51	47,49	8,89	1,24	1,016	139	,311
	Hayır	90	45,87	9,14	,96			

Tablo incelendiğinde, anne red algısı, baba red algısı, yeme tutumu, utanç ve beden memnuniyeti değişkenleri puanlarının diyet durumu değişkenine göre farklılaşma durumunu görmek amacıyla yapılan bağımsız gruplar t testi sonuçlarına göre hiçbir değişken için anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir. Dolayısıyla araştırma değişkenlerine bakıldığında diyet durumu açısından herhangi bir farklılığın olmadığı anlaşılmaktadır.

Tablo 5. Araştırma değişkenlerinden Anne Red Algısı, Baba Red Algısı, Yeme Tutumu, Beden Memnuniyeti ve Utanç Puanlarının Psikolojik Destek Alma Değişkenine Göre Farklılaşma Durumu ile İlgili Yapılan Bağımsız Grup t Testi Sonuçları

Puan	Gruplar	<i>N</i>	$\bar{x}$	<i>ss</i>	<i>Sh_x</i>	<i>t</i> Testi		
						<i>t</i>	<i>Sd</i>	<i>p</i>
Anne red	Evet	96	67,67	6,29	,64	-,273	139	,785
	Hayır	45	68,00	7,05	1,05			
Baba red	Kadın	96	70,54	7,45	,76	1,187	139	,237
	Erkek	45	68,91	7,90	1,17			
Yeme tutumu	Kadın	96	123,28	21,69	2,21	-,441	139	,660
	Erkek	45	125,02	22,15	3,30			

Beden	Kadın	96	116,80	29,02	2,96	-,825	139	,411
Memnuniyeti	Erkek	45	121,33	33,21	4,95			
Utanç	Kadın	96	46,62	9,13	,932	,333	139	,755
	Erkek	45	46,11	8,97	1,33			

Araştırmanın değişkenleri olan anne red algısı, baba red algısı, yeme tutumu, utanç ve beden memnuniyeti değişkenleri puanlarının psikolojik destek alma değişkenine göre farklılaşma durumunu görmek amacıyla yapılan bağımsız gruplar t testi sonuçlarına göre, hiçbir değişken için anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir. Dolayısıyla araştırma değişkenlerine bakıldığında psikolojik destek alma durumu açısından herhangi bir farklılığın olmadığı anlaşılmaktadır.

Tablo 6. Araştırma değişkenlerinden Anne Red Algısı, Baba Red Algısı, Yeme Tutumu, Beden Memnuniyeti ve Utanç Puanlarının Puanlarının Obezite Süresi Değişkenine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları

f , $\bar{x}$ ve SS Değerleri					ANOVA Sonuçları					
Puan	Grup	N	$\bar{x}$	SS	Var. K.	KT	Sd	KO	F	Fark
Obezite Süresi Anne Red	1-5 Yıl	35	66,88	6,96	G.Arası	72.92	2	36.46		
	6-14 Yıl	61	68,57	6,22	G.İçi	5887.26	138	42.66	.855	
	15 ve üstü	45	67,40	6,59	Toplam	5960.18	140			
	Toplam	141	67,78	6,52						
Obezite Süresi Baba Red	1-5 Yıl	35	69,65	7,22	G.Arası	112.07	2	56.03		
	6-14 Yıl	61	71,00	7,49	G.İçi	7998.86	138	57,96	.967	
	15 ve üstü	45	68,97	8,04	Toplam	8110.93	140			
	Toplam	141	70,02	7,61						

	1-5 Yıl	35	125,77	17,80	G.Arası	174.37	2	87.18	
Obezite Süresi	6-14 Yıl	61	123,22	23,21	G.İçi	66216.86	138	479.83	.182
Yeme Tutumu	15 ve üstü	45	123,15	22,90	Toplam	66391.24	140		
	Toplam	141	123,83	21,77					
	1-5 Yıl	35	118,25	26,24	G.Arası	450.10	2	225.05	
Obezite Süresi	6-14 Yıl	61	116,47	32,49	G.İçi	128744.21	138	932.92	.241
Beden Algısı	15 ve üstü	45	120,64	30,88	Toplam	129194.31	140		
	Toplam	141	118,24	30,37					
	1-5 Yıl	35	45,40	8,61	G.Arası	213.01	2	106.50	
Obezite Süresi	6-14 Yıl	61	45,75	9,48	G.İçi	11268.02	138	81.652	1.304
Utanç	15 ve üstü	45	48,24	8,71	Toplam	11481.03	140		
	Toplam	141	46,46	9,05					

Araştırmada merak edilen diğer bir nokta, çalışmada kullanılan değişkenlerin obezite süresine göre herhangi bir farklılık oluşturup oluşturmadığıdır. Bu kapsamda araştırma değişkenleri için yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucuna göre obezite süresi değişkeni için araştırma değişkenlerinde anlamlı bir fark bulunamamıştır. Başka bir deyişle, katılımcıların obezite ile geçirdikleri süre, obeziteli bireylerin ebeveynlere yönelik red algıları, yeme tutumları, utanç seviyeleri ve beden algıları anlamında bir fark yaratmadığını söylemek mümkündür.

Tablo 7. Araştırma değişkenlerinden Anne Red Algısı, Baba Red Algısı, Yeme Tutumu, Beden Memnuniyeti ve Utanç Puanlarının Kilo Durumu Değişkenine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları

<i>f</i> , $\bar{x}$ ve <i>SS</i> Değerleri					ANOVA Sonuçları					
Puan	Grup	<i>N</i>	$\bar{x}$	<i>SS</i>	Var. K.	<i>KT</i>	<i>Sd</i>	<i>KO</i>	<i>F</i>	Fark
Kilo Aralığı Anne Red	45-80 Arası	32	66,12	6,41	G.Arası	167.97	2	83.98	2.00	
	81-99 Arası	64	68,85	6,90	G.İçi	5792.21	138	41.97		
	100-167 Arası	45	67,42	5,87	Toplam	5960.18	140			
	Toplam	141	67,78	6,52						
Kilo Aralığı Baba Red	45-80 Arası	32	65,90	9,33	G.Arası	742.97	2	371.48	6.95	
	81-99 Arası	64	71,75	6,93	G.İçi	7367.96	138	53.39		
	100-167 Arası	45	70,48	6,09	Toplam	8110.93	140			
	Toplam	141	70,02	7,61						
Kilo Aralığı Yeme Tutumu	45-80 Arası	32	119,43	19,40	G.Arası	1381.04	2	690.52	1.466	
	81-99 Arası	64	127,06	23,86	G.İçi	65010.20	138	471.08		
	100-167 Arası	45	122,37	19,91	Toplam	66391.24	140			
	Toplam	141	123,83	21,77						
Kilo Aralığı Beden Algısı	45-80 Arası	32	120,65	34,55	G.Arası	1180.57	2	590.28	.636	
	81-99 Arası	64	115,07	30,34	G.İçi	128013.73	138	927.63		
	100-167 Arası	45	121,04	27,38	Toplam	129194.31	140			
	Toplam	141	118,24	30,37						
Kilo Aralığı Utanç	45-80 Arası	32	44,78	9,34	G.Arası	190.28	2	95.14	1.16	

81-99 Arası	64	46,26	10,10	G.İçi	11290.75	138	81.81
100-167 Arası	45	47,93	6,99	Toplam	11481.03	140	
Toplam	141	46,46	9,05				

Çalışmada kullanılan değişkenlerin kilo düzeylerine göre farklılaşıp farklılaşmadığı merak edilmiş araştırma değişkenleri için yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucuna göre kilo aralığı değişkeninin sadece baba red algısı değişkeni için anlamlı bir farklılık gösterdiği bulunmuştur ($F(2,138) = [6.958]$, $p=.001$). Diğer değişkenler için herhangi anlamlı bir farklılığa ulaşılamamıştır. Baba red algısı puanlarında görülen anlamlı farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek için Post-Hoc LSD sonuçlarına bakılmıştır. Yapılan Post-Hoc analizine göre, 45-80 kg aralığındaki obeziteli bireylerin 81-99 kilo aralığındakilere ve 100-167 kilo aralığındaki obeziteli bireylere göre daha az baba red algısı gösterdiği bulgulanmıştır. 81-99 kilo ve 100-167 kilo obeziteliler arasında anlamlı bir farklılaşma yoktur. Ayrıca diğer değişkenler için kilo aralıkları anlamında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Tablo 8. Araştırma değişkenlerinden Puanlarının Yaş Değişkenine Göre Farklılaşıp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları

f , $\bar{x}$ ve SS Değerleri					ANOVA Sonuçları					
Puan	Grup	N	$\bar{x}$	SS	Var. K.	KT	Sd	KO	F	Fark
Yaş Anne Red	18-25	32	69.21	6.73	G.Arası	86.98	2	43.49		
	26-35	64	67.26	5.76	G.İçi	58.73	138	42.55	1.022	
	36 ve üstü	45	67.48	7.33	Toplam	5960.18	140			
	Toplam	141	67.78	6.52						
Yaş Baba Red	18-25	32	72.40	7.25	G.Arası	249.77	2	124.88		
	26-35	64	69.62	6.86	G.İçi	7861.16	138	56.96	2.192	
	36 ve üstü	45	68.88	8.60	Toplam	8110.93	140			

	Toplam	141	70.02	7.61					
Yaş Yeme Tutumu	18-25	32	127.03	22.14	G.Arası	432.74	2	216.37	
	26-35	64	122.64	19.98	G.İçi	65958.50	138	477.96	.453
	36 ve üstü	45	123.26	24.11	Toplam	66391.24	140		
	Toplam	141	123.83	21.77					
Yaş Beden Algısı	18-25	32	123.43	30.88	G.Arası	1115.88	2	557.94	
	26-35	64	116.81	28.46	G.İçi	128078.42	138	928.10	.601
	36 ve üstü	45	116.60	32.84	Toplam	129194.31	140		
	Toplam	141	118.24	30.37					
Yaş Utanç	18-25	32	47.15	6.88	G.Arası	58,50	2	29,25	
	26-35	64	45.32	9.52	G.İçi	9806,29	138	22,64	1,29
	36 ve üstü	45	47.57	9.69	Toplam	9864,80	140		
	Toplam	141	46.46	4,762					

Araştırma değişkenleri için yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucuna göre yaş değişkeni ile araştırma değişkenleri arasında beden algısı ve yeme tutumu puanları dışında anlamlı bir farklılığın olduğu görülmüştür. Anne red, baba red ve utanç puanlarında görülen anlamlı farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek için yapılan ANOVA sonrası Post-Hoc LSD sonuçlarına bakılmıştır. Yapılan Post-Hoc analizine göre sadece 18-25 yaş aralığındakiler ve 36 yaş üstü arasında baba red algısı açısından anlamlı bir fark bulunmuştur. 18-25 yaş arası obeziteliler, 36 yaş ve üstü obezitelilere göre anlamlı derecede daha fazla baba reddi algılamaktadır. Diğer değişkenler için ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır.

3.2. Betimsel İstatistik ve Modellere İlişkin Bulgular

Burada çalışma içerisinde test edilmek istenilen modele ilişkin betimsel analiz değerlerine yer verilmiştir. Aşağıda araştırma kapsamında kullanılan değişkenler arasındaki ilişkilere bakılmış ve analiz sonucunda elde edilen bulgular aşağıdaki tabloda sunulmuştur.

Tablo 9. Değişkenler Arası Korelasyon Tablosu, Aritmetik Ortalamaları ve Değişkenlere İlişkin İç Tutarlık Katsayıları, Çarpıklık, Basıklık Tablosu

Değişkenler	N	X	Çarp.	Basık.	1	2	3	4	5
1. Anne Red	141	67,78	-,732	1,543	1	,483*	,528*	-,191*	,238*
2. Baba Red	141	70,02	-,791	1,346		1	,428*	-,185*	,168*
3. Yeme Tutumu	141	123,83	,491	-,532			1	-,392*	,414*
4. Beden Algısı	141	118,24	-,089	-,630				1	,451*
5. Utanç	141	46,46	-,900	,689					1

*P<,001

Yukarıdaki tabloda araştırma değişkenlere ilişkin katılımcı sayıları, aritmetik ortalamalar ve değişkenlerin birbirleriyle olan ilişkilerini gösteren korelasyon katsayıları görülmektedir. Basıklık ve çarpıklık değerlerine de bakılmış, bu değerlerin -2 ile +2 aralığında olması nedeniyle verilerin normal dağılıma sahip olduğu görülmüştür.

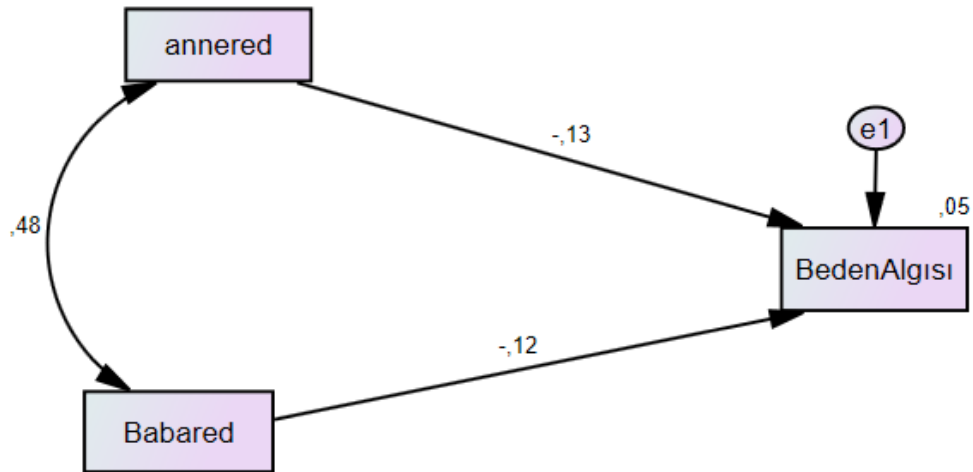
Araştırmada hedeflenen aracı rol analizini yapmak için bağımlı değişken, bağımsız değişken ve aracı değişken arasındaki ilişkinin anlamlı olması gerekmektedir. Aksi takdirde analizlerin yapılması mümkün değildir. Yapılan korelasyon analizi tüm değişkenler arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğunu göstermektedir. Anne red algısı ve baba red algısı arasında pozitif yönde, orta düzeyde ve anlamlı bir ilişki olduğu ($r=.48$, $p<.001$), anne red algısı ve yeme tutum arasında pozitif yönde, orta düzeyde ve anlamlı ilişki olduğu ($r=.53$, $p<.001$), anne red algısı ve beden algısı puanı arasında negatif yönde, çok zayıf düzeyde ve anlamlı ilişki olduğu ($r=-.19$, $p<.001$), anne red algısı ve utanç değişkeni arasında pozitif yönde, zayıf düzeyde ve anlamlı bir ilişki olduğu ($r=.24$, $p<.001$) görülmüştür. Baba red algısı alt ölçeğine ait puanların yeme tutumu değişkeni ile olan ilişkisi pozitif yönde, orta düzeyde ve anlamlı ($r=.43$, $p<.001$), baba red algısı ve beden algısı puanları arasında negatif yönde, zayıf düzeyde ve anlamlı bir ilişki ($r=-.18$, $p<.001$), baba red algısı ve utanç değişkeni arasında pozitif yönde, çok zayıf ve anlamlı bir ilişki ($r=.17$, $p<.001$) olduğu görülmüştür. Yeme tutum puanları ve beden algısı puanları arasında negatif yönde, zayıf ve anlamlı bir ilişki olduğu

($r=.39$, $p<.001$), yeme tutum puanları ve utanç arasında pozitif yönde, orta güçte ve anlamlı bir ilişki ($r=.41$, $p<.001$) söz konusudur. Son olarak, beden algısı için elde edilen puanlar ve utanç arasındaki ilişki ise pozitif yönde, orta düzeyde ve anlamlı bir ilişki ($r=.45$, $p<.001$) sergilemektedir.

3.2.1. Test Edilen Modele İlişkin Bulgular

Bu araştırmada obeziteli bireylerin ebeveyn kabul red algıları ile beden memnuniyetleri arasındaki ilişkide utanç ve yeme tutumlarının rolünü incelenmektedir. Bu doğrultuda detaylı ve kapsamlı bir incelemenin yapılması için şu modeller test edilmiştir:

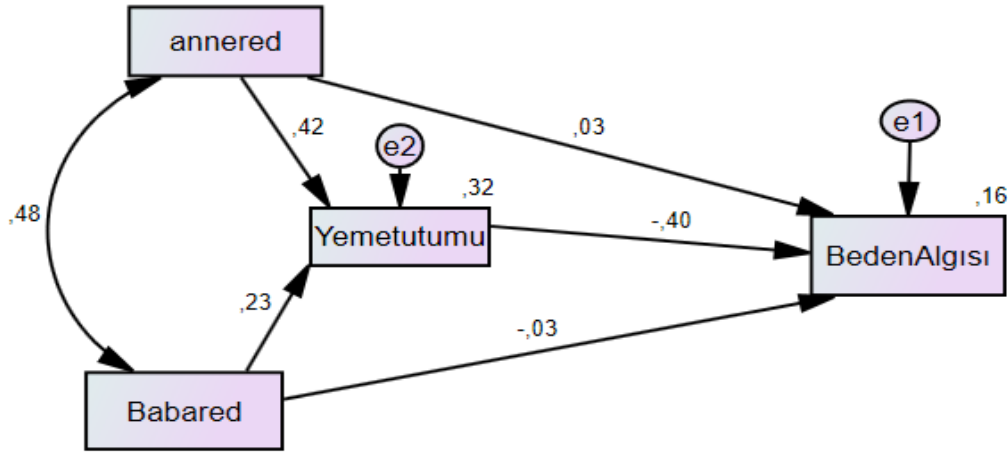
1. Model 1: Obeziteli Bireylerin Anne Red-Baba Reddi Algısı ile Beden Memnuniyeti Arasında Anlamlı Bir İlişki Bulunmakta Mıdır?
2. Model 2: Obeziteli Bireylerin Anne Red-Baba Reddi Algısı ile Beden Memnuniyeti Arasındaki İlişkide Yeme Tutumu ve Utanç Değişkenlerinin Aracı Rolü Var Mıdır?



Şekil 1. Anne Red-Baba Reddi Algısı ile Beden Memnuniyeti Arasındaki İlişkiye Dair Yapısal Model 1

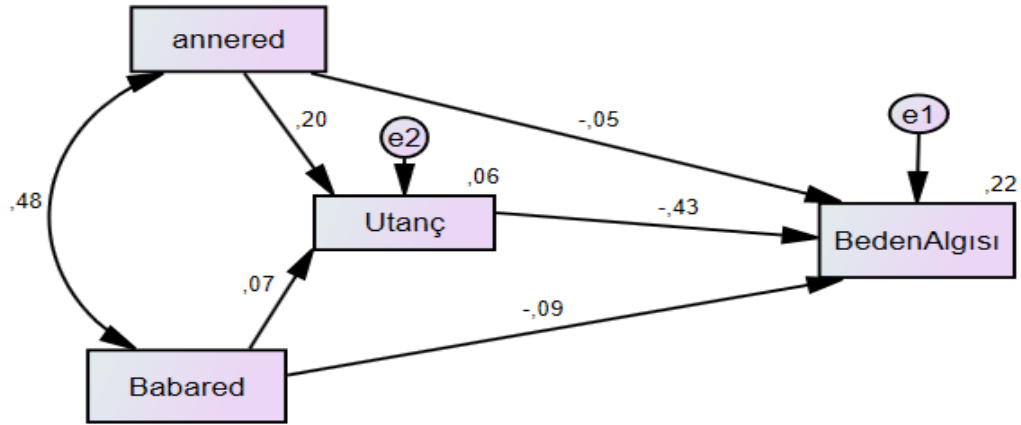
Aracı rol çalışmasının birinci modeli incelendiğinde ebeveynlere yönelik red algısı ve beden algısı arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. Daha önce yapılan korelasyon analizinde anlamlı bulunan yeme tutumu ve utanç değişkenleri ise anlamlı ilişkinin yapısal modelde elde edilmediği

görülmektedir. Burada yapısal eşitlik modeliyle yapılan analizlerde farklı parametrelerin devreye girmesi söz konusudur. Bu yüzden de model, her iki değişkenle ayrı olarak denenmiştir.



Şekil 2. Aracı Model 1

Ebeveyn kabul-red algısı ve beden memnuniyeti arasındaki ilişkide yeme tutumu değişkeninin ve utanç değişkeninin aracı rol etkisini incelemek için ayrı ayrı aracı rol analizi uygulaması yapılmıştır. İlk aracı rol çalışması ise ebeveyn red algısı ve beden memnuniyeti ilişkisinde yeme tutumu değişkeninin aracı aracı rol etkisini inceleme şeklindedir. Yapılan analiz sonucuna göre yeme tutumunun güçlü bir aracı rol etkisinin bulunduğu görülmektedir ($r_{1ilk}=-.13$; $p<.01$; $r_{2ilk}=-.12$; $p<.01$; $r_{1son}=.03$; $p>.05$; $r_{2son}=.03$; $p>.05$). Bu sonuca göre yeme tutumu ebeveyn tutumu ile beden algısı arasında tam anlamlı aracı rol etkisine sahiptir.



Şekil 3. Aracı Model 2

İkinci aracı rol çalışmasında ise ebeveyn kabul red algısı ve beden memnuniyeti arasındaki ilişkide utanç değişkeninin aracı rol etkisi sorgulanmıştır. Yapılan analizler incelendiğinde utancın güçlü bir aracı rol etkisinin olduğu görülmektedir ($r_{ilk}=-.13$; $p<.01$; $r_{2ilk}=-.12$; $p<.01$; $r_{1son}=-.05$; $p>.05$; $r_{2son}=-.09$; $p<.05$). Bu sonuca göre ebeveyn kabul red algısı ile beden algısı arasında utanç değişkeninin kısmi aracı rol etkisi bulunmaktadır.

Tablo 10. Modellere İlişkin İyilik Uyum Değerleri

Modeller	χ^2/sd	RMSEA	GFI	AGFI	CFI	IFI
Model 1	,000	,000	1,000	1,000	1,000	1,000
Model 2	,000	,000	1,000	1,000	1,000	1,000

Araştırma kapsamında test edilen modellere ilişkin uyum değerlerinin istenen düzeylerde olup olmadığına bakmak için, uyum değerlerinin literatürde kabul edilen değerler arasında olup olmadığına bakılmaktadır. Bu araştırma için yapılan analizlerde elde edilen uyum iyilik değerlerine bakıldığında değerlerin mükemmel değerler olduğu görülmektedir. Bu sonuçlara göre, test edilen modeller gerekli olan uyum iyilik değerleri arasında yer almaktadır.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

TARTIŞMA

Mevcut çalışmada obeziteli bireylerin cinsiyet, yaş, kilo, obezite geçmişi, diyet geçmişi ve psikolojik destek alma gibi demografik değişkenleri ve bunların araştırma değişkenleri arasında bir fark yaratıp yaratmadığı incelenmiştir. Ayrıca anne ve baba red algıları olmak üzere ebeveyn kabul red algıları, yeme tutumları, utanç duyguları ve beden memnuniyetleri arasındaki ilişkiye bakılmış; yeme tutumu ve utanç yordayıcı etkisi incelenerek model analizi yapılmıştır. Bu bölümde araştırma kapsamında kullanılan demografik bilgi formu ve ölçeklerden elde edilen verilerle yapılan analizler neticesinde elde edilen sonuçlar ve araştırma kapsamında elde edilen modele ilişkin sonuç ve değerlendirmeler sunulmuştur.

4.1. Fark Testlerine İlişkin Sonuçlar ve Değerlendirilmesi

Araştırmanın amaçlarından biri olan cinsiyet değişkeni için yapılan bağımsız gruplar t testi sonucunda, araştırmanın değişkenleri olan ebeveyn kabul red algısı, yeme tutumu, utanç ve beden memnuniyeti değişkenlerine ait puanların sadece beden memnuniyeti değişkeninde anlamlı bir farklılaşma olduğu görülmüştür. Aritmetik ortalamalar incelendiğinde erkeklerin beden algısı ölçeğinden aldığı puanların kadınlara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Dolayısıyla erkek katılımcıların beden memnuniyeti puanlarının kadın katılımcı puanlarına nazaran anlamlı bir şekilde farklılaştığı anlaşılmaktadır. Daha yalın halde ifade etmek gerekirse; erkeklerin beden memnuniyet düzeyleri kadınlara göre daha yüksektir. Araştırmanın diğer değişkenlerinin aritmetik ortalamalarına bakıldığında, değişkenler arası anlamlı bir sonuç elde edilmemiştir. Dolayısıyla ebeveyn kabul red algısı, utanç ve yeme tutumunun cinsiyete göre anlamlı bir farklılaşma göstermediği görülmüştür.

Çalışmada cinsiyete göre farklılaşan beden memnuniyet düzeyi bulgusu, alan yazında karşılaşılan diğer çalışma bulgularını destekler niteliktedir (Ogden ve Mundray, 1996; Steg vd., 2008; Feingold ve Mazzella, 1998; Cash ve Hicks, 1990; Guerdjikova vd., 2007; McGuinness ve Taylor, 2016). Bu duruma ilişkin ortaya atılan çeşitli görüşler bulunmaktadır. Örneğin; Stice ve Shaw

(2002) sosyokültürel süreçlerin beden memnuniyetsizliğini beslediğini ileri sürmektedir. Araştırmacılar, söz konusu süreçlerin yarattığı algılanan baskının, medya, aile, akranlar, partnerler gibi kaynaklara sahip olduğunu ve bunun da kadınları beden memnuniyetsizliği geliştirmeye elverişli hale getirmekte olduğunu ileri sürmüştür. Yani cinsiyet normları ile ilişkili baskılar kadınları hedef almakta ve bu da kadınların beden algılarını olumsuz etkileyerek beden memnuniyetsizliği geliştirmelerine yol açmaktadır.

Çalışmanın diğer değişkenleri cinsiyete göre farklılık göstermemiştir. Alan yazında karşılaşılan çalışmalara bakıldığında genel olarak farklı bir tablo görmekteyiz. Örneğin; utanç değişkeni ele alındığında literatürdeki çalışmalar utanç duygusunun kadınlarda daha çok deneyimlendiğini göstermektedir (Alessandri ve Lewis, 1996; Fisher vd., 2004; Efthim vd., 2001). Bu da bu çalışmada elde edilen sonuç ile çelişmektedir. Bu durumun olası nedeni, erkek katılımcı sayısının kadınlara göre az oluşu yani cinsiyet dağılımının farklılığı olabilir. Benzer şekilde yeme tutumu açısından da anlamlı bir farklılaşma görmemekteyiz. Alan yazın incelendiğinde bu durumun şaşırtıcı olmadığı görülmektedir. Şöyle ki; anoreksiya nervoza ve bulimia nervoza gibi yeme bozukluklarının aksine tıknırcasına yeme bozukluğu cinsiyet anlamında büyük bir farklılık göstermemekle birlikte erkekler arasında en çok karşılaşılan yeme bozukluğudur (Barry vd., 2001; Hudson vd., 2007; Striegel-Moore ve Franko, 2003). Bu nedenle söz konusu bulgunun literatürle çelişmediğini söylemek mümkündür.

Araştırmada yapılan diğer bir t testinde de diyet durumunun bir fark yaratıp yaratmadığına bakılmış ve araştırma değişkenlerinde anlamlı bir fark bulunamamıştır. Örneğin; beden memnuniyetsizliğinin diyet kültüründen beslendiği (Faw vd., 2021) ve zayıflık idealinin dayatıldığı bir sosyokültürel ortam (Stice ve Shaw, 2002) içinde olduğumuz düşünülürse, obeziteli bireylerin diyet durumlarının bedenleri ile olan ilişkilerine yönelik anlamlı bir veri sunmasını beklemek doğaldır. Ancak çalışma bulgusunun bu beklenti ile çeliştiğini görmekteyiz. Genelde obezite ile yaşayan insanlar birkaç kilo verme girişiminde bulunur ve bu girişimlerin ardından kilo geri alımı, durgunluk ve pes etme gibi süreçlerden geçerler (Ueland vd., 2019). Obezite ve mental problemler klinik olarak anlamlı bir örtüşmeye sahiptir (McElroy, 2009). Obeziteli bireyler arasında yaygın olan depresyon, tıknırcasına yeme bozukluğu gibi mental problemlerin, kişinin beden ile olan ilişkisini anlamlı derecede etkilediğini göstermektedir (Sarwer ve Polonsky, 2016; Foster vd., 1997). Bu noktada diyet girişimlerinin istatistiksel olarak

anlamalı bir fark oluşturmamasında obeziteli bireylerin yemek ile olan ilişkileri ve obezite ile komorbid giden bozuklukların etkin olduğu düşünülebilir. Bu da obeziteli bireylerin diyet girişimlerinin beden memnuniyetleri üzerinde etkili olmamasını açıklayabilir.

Katılımcıların %68,1'i psikolojik destek almış, %31,9'u ise almamıştır. Araştırma sonuçlarına göre psikolojik destek alma durumunun araştırma değişkenleri açısından bir farklılık yaratmadığı görülmektedir. Alan yazın incelendiğinde psikolojinin obezite tedavisi için sunduğu en anlamlı katkının obezitenin gelişiminde ve sürdürülmesinde rol oynayan psikososyal faktörleri anlamak olduğu görülmektedir. Bununla birlikte psikolojik müdahalelerde farklı modellerin bir arada kullanılması ile en yüksek fayda sağlanmakta olup biyopsikososyal bir yaklaşım hasta için son derece önemlidir. Örneğin; BDT davranış döngülerini tespit edip alternatifler üretmede, DDT ise duygu regülasyonu geliştirmede etkilidir (Snowdon-Carr, 2018). Görüldüğü gibi obezitede psikolojik müdahalenin önem ve etkinliği her ne kadar anlamlı bulunsa da etkili bir müdahale, kapsamlı bir yaklaşım gerektirmektedir. Ek olarak, obezite mental tedavi süreçlerini de olumsuz etkileyerek verim alınamamasına sebep olabilmektedir (McElroy, 2009). Özellikle yeme bozuklukları obeziteyi olumsuz etkileyebilirken obezitenin varlığı da mental süreçleri olumsuz etkileyebilmektedir (da Luz vd., 2018). Alan yazındaki tüm bu veriler incelendiğinde, çalışmada karşılaşılan psikolojik destek durumunun anlamlı bir fark yaratmaması sonucu, katılımcıların aldığı desteğin kapsamına, desteğin niteliğinin bilinmemesine ve olası komorbid durumların obezite olan ilişkisine bağlanabilir.

Çalışmanın örneklemini 18- 50 yaş aralığında obeziteli bireylerden oluşmaktadır. Bu yaş aralığında araştırma değişkenleri bakımından bir farklılaşma olup olmadığı incelenmiş ve 18-25 yaş aralığındaki bireylerin baba red puanları, 36 yaş ve üzeri bireylerin baba red puanlarından anlamlı derecede yüksek çıkmıştır. Kuram, red algısının bireyi yaş, cinsiyet, kültür dinlemeksizin etkilediğini vurgulamaktadır (Rohner, 2004; Rohner ve Khaleque, 2010). Literatüre bakıldığında her ne kadar yetişkinlik dönemi hatırlanan ebeveyn red algısının çocukluk dönemi algılanan red ile benzer psikolojik uyumsuzluklarla ilişkili olduğu (Rohner ve Khaleque, 2010) ve babaya dair red algısının anneye göre daha büyük ve uzun süreli bir duygusal zarar verebileceği (Khaleque ve Rohner, 2012b) bulguları olsa da genç yetişkinler ve yetişkin bireyler arasındaki red algısı farkına dair bir bulguya rastlanamamıştır. Bu anlamda bulunan bu fark, ileri dönem çalışmalarında için önem taşımaktadır.

Çalışmada obeziteli bireylerin bulundukları kilo aralıklarının araştırma değişkenleri bakımından farklılık oluşturma durumu incelenmiş ve sonuçta da kilo aralığı en düşük grubun baba red algısı puanlarının diğer iki gruba göre anlamlı derecede düşük olduğu görülmüştür. Alan yazında bulunan çalışmalarda direkt olarak böyle bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Ancak beden algısı puanları bakımından farklılaşma görülmemektedir. Bu da beden memnuniyeti anlamında istatistiksel olarak vurgulanabilecek bir farkın olmadığı anlamına gelmektedir. Bu konuda literatürde çelişkili sonuçlar karşımıza çıkmaktadır. Örneğin; Hill ve Williams (1998) üç farklı beden kitle endeksi aralığındaki obeziteli kadınla yaptığı çalışmada böyle bir anlamlılık buldularsa da işin içine alt gruplar girdiğinde anlamlılık bulunamamaktadır. Örneğin; tıknırcasına yeme bozukluğu olan obeziteli bireylerde obezite derecesi ve beden imgesine dair yapılan bir çalışmada anlamlı bir farklılık bulunamamıştır (Wilfley vd., 2000). Görüldüğü gibi araştırmaya ait bu sonuç, literatür bulgularıyla paralellik göstermektedir.

Katılımcıların obezite süresi üzerinden de araştırma değişkenlerinin farklılaşma durumu incelenmiştir ve yapılan ANOVA analizi sonucunda anlamlı bir farklılaşma tespit edilememiştir. Alan yazına bakıldığında obezite süresinin çeşitli metabolik problemlerle ilişkilendirildiği (Upadhyay vd., 2017; Pacheco vd., 2017; Norris vd., 2020) ve tip 2 diyabet (Wannamethee ve Shaper, 1999; Luo vd., 2020) ve koroner kalp hastalığı (Reis vd., 2013) gibi riskler oluşturduğu yani daha çok fizyolojik süreçlerle olan bağının incelendiği anlaşılmaktadır. Araştırma değişkenlerinden olan beden memnuniyeti için alan yazın incelendiğinde erken obezite başlangıcının beden memnuniyetsizliğini arttırdığı görülmektedir (Wardle vd., 2002) ancak bireylerin obezite süresinin beden memnuniyetsizliği adına bir fark yaratıp yaratmadığı üzerine bir çalışmaya rastlanmamıştır. Benzer şekilde diğer değişkenler için de böyle bir çalışma bulunamamıştır.

4.2. Yapısal Modele İlişkin Sonuçların Değerlendirilmesi

Araştırmanın asıl amacına oluşturan ve yapısal eşitlik modeliyle test edilen değişkenler arası ilişkiler iki aşamada ele alınmıştır. İlk olarak, araştırma değişkenleri yani anne ve babaya ilişkin ebeveyn red algısı, utanç, yeme tutumu ve beden memnuniyeti arasındaki ilişki incelenmek üzere Pearson korelasyon testi uygulanmıştır. Yapılan korelasyon analizinin sonuçlarına göre, araştırma

kapsamında kullanılan tüm değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. Örneğin; anne red algısı ve baba red algısı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu yani anne red algısı arttıkça baba red algısının da arttığı söylenebilir.

İkinci aşamada ise obeziteli bireylerin anne red ve baba reddi algısı ile beden memnuniyeti arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığı incelenmiş ve ebeveynlere yönelik red algısı ve beden memnuniyeti arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür.

Sosyal bağların memelerinin hayatta kalması için önemi büyüktür (Eisenberg vd., 2003). Bu görüşe paralel olarak, çalışmada ele alınan ebeveyn kabul red teorisi kapsamındaki kişilik alt teorisine göre de birçok insan hayatlarındaki mutluluk ve acıyı diğerleriyle olan ilişkilerinde deneyimlerken kişisel ilişkiler iyi oluşun temellerini oluşturan bir güce sahiptir (Rohner, 1994). Sosyal bir varlık olan insan için ebeveynler ya da bakım verenler ilk sosyal alanı oluşturur. Ayrıca ebeveynler, çocuğa yaşam içinde edineceği birçok rolü farklı bağlamlar içinde öğretip uyum sağlamalarına yardımcı olmakla (Maccoby, 2000) beraber bireyin psikolojik uyumu üzerinde de etkilidir (Rohner, 2008). Bu noktada modelde de incelen beden memnuniyeti akla gelmektedir. Beden memnuniyeti için asıl önemli olan kişinin kendi bedenini deneyimleme ve değerlendirme şeklidir. Ancak kişinin beden imgesine dair son kararını kişilik gibi kişisel faktörler, aile, medya gibi kişilerarası faktörler, genetik özellikler gibi biyolojik faktörler ve sosyal normlar gibi kültürel etkilemektedir (Neagu, 2015). Konuya ilişkin olarak, Bearman ve arkadaşlarının (2006) beden memnuniyetsizliğinde risk faktörlerini araştırdıkları 428 kişilik çalışmada, ebeveynlerin beden imgesini güçlü şekilde etkilediği görülmüştür. Benzer şekilde, Sen ve arkadaşlarının (2020) Türkiye’de yaptıkları çalışmada, ebeveyn reddinin olumsuz beden imgesi ile ilişkili olduğu görülmüştür.

İlk modelde, ebeveyn red algısı ve beden memnuniyeti arasındaki anlamlı ilişkinin tespitinin ardından ebeveynlere yönelik red algısı ve beden memnuniyeti arasındaki ilişkide yeme tutumunun aracı rol etkisi incelenmiştir. Yapılan analizler neticesinde ebeveynlere yönelik red algısı ve beden memnuniyeti arasındaki ilişkide yeme tutumunun güçlü bir aracı rol etkisinin olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Alan yazına bakıldığında hem normal kilo aralığındaki bireylerde (Wilfley vd., 2002) hem de obeziteli bireylerde (Nicoli ve Junior, 2011) tıknırcasına yeme bozukluğunun kişinin beden imgesini olumsuz etkilediği görülmektedir. Benzer şekilde aile içinde bireyin karşılaştığı eleştirel tutum, istismar gibi olumsuz durumlar da tıknırcasına yeme bozukluğunun gelişiminde rol oynadığı görülmüştür (Pike vd., 2006). Sonuç olarak alan yazında karşılaşılan verilerce aracı modele dair analiz sonuçlarının desteklendiği söylemek mümkündür. Ek olarak, obezitesi olan bireylerde tıknırcasına yeme bozukluğunun komorbid olarak görülme durumu hem psikolojik hem fiziksel riskler oluşturmakta, morbid obezitesi olan bireylerin kilo verme süreçlerini engellemektedir (Da Luz vd., 2018). Bu bağlamda araştırma bulguları ve alan yazın verileri düşünüldüğünde, obezite tedavisi için tıknırcasına yeme bozukluğunun, sorgulanması ve varlığı tespit edildiğinde müdahale edilmesi gereken bir sorun olduğunu söylemek mümkündür (Da Luz vd., 2018; Jensen vd., 2020).

İkinci aracı model analizinde ise ebeveynlere yönelik red algısı ve beden memnuniyeti arasındaki ilişkide utancın aracı rol etkisi incelenmiştir. Yapılan analizler sonucunda ebeveynlere yönelik red algısı ve beden memnuniyeti arasındaki ilişkide utancın güçlü bir aracı rol etkisinin olduğu sonucuna varılmıştır.

Temelde duygular, hayvanların belli hedeflerine ulaşmaları için yol gösterici olarak evrimleşmiştir (Gilbert, 2015). Biyolojik olarak primitif olduğu düşünülen ve evrensel ifadelerle sahip olan temel duyguların aksine utanç, kişinin benlik tasarımları üretmesini gerektiren (Tracy ve Robins, 2004), deneyimlenmesi kültürler arası farklılıklar gösteren (Edelstein ve Shaver, 2007), negatif kendilik değerlendirmeleri içeren disforik bir duygu şeklinde tanımlanabilir (Niedenthal vd., 1994). Memelilerin yaşamı, özellikle yaşamlarının ilk dönemlerinde, diğerlerinden gelen kabule bağlıdır. Utanç, her ne kadar sosyal ve bireysel farklılıkları olsa da sosyal bağlara tehdit sinyali ve red hissi gibi memelilere özgü evrensel bir bileşene de sahiptir (Scheff, 2016). Bu noktada akla çocuk- ebeveyn ilişkisi gelmektedir. Konuya ilişkin olarak, Lewis, (1995), ebeveyn çocuk ilişkisindeki başarısızlığın, utanca karşı kalıcı bir yatkınlık yoluyla patolojiye neden olduğu görüşünü öne sürmektedir. Benzer şekilde Schore (1991), çocuğun ebeveyn ile olan etkileşimlerinde ebeveynin küçük düşürücü bir uyaran olarak deneyimlenmesi sonucu utancın ortaya çıktığını öne sürmektedir. Matos ve Pinto-Gouveia (2014) ise yaptıkları çalışmada, çocukluk ve ergenlik dönemindeki utanç deneyimlerinin travmatik anılar olarak

işlendiğini ve bağlanma figürleri ile olan utanç anılarının başkalarıyla olan anılara göre içsel utanç anlamında daha yüksek korelasyon gösterdiğini bulmuştur. Görüldüğü gibi utanç ve çocuk-ebeveyn ilişkisinin bağı alan yazında vurgulanmış bir konu olarak karşımıza çıkmaktadır.

Utanç duygusu ebeveynsel köklerinin yanı sıra obezite ile de anlamlı bir ilişki içindedir (Sjöberg vd., 2005). Obezite deneyimi bireylerin nesneleştirilmesi ve yabancılaştırılmaları şeklinde kendini gösterebilmektedir (Ferreira v., 2013). Özellikle obeziteli bireylerin bedenlerinin sürekli olarak yargılandığını ve bu bireylerin toplumda yerleri olmadığını hissettiğini görmekteyiz (Ueland, 2019). İçinde bulunduğu kültürden bağımsız olarak düşünilemeyen ailenin utanç tetikleyicilerini oluşturan en önemli etken olduğu (Gilbert ve Andrews, 1998) görüşüne paralel olarak, obeziteli bireylerin içselleştirdikleri stigma ve utancın varoluşsal yükü, bu bireylerin kendilerini nasıl gördüğünü ve algıladığını ağır şekilde etkileyebilmektedir (Ueland, 2019). Bu da obeziteli bireylerin bedenleri ile olan ilişkilerinin kalitesini düşündürmektedir. Araştırma kapsamında ele alınan modelde ortaya çıkan ebeveyn red algısı ve beden memnuniyeti ilişkisinde utancın aracı rolü yukarıda da bahsedilen alan yazın bulguları ile çelişmediğini söylemek mümkündür.

Bu çalışma ile obezitenin karmaşık yapısı içerisinde ebeveynler ile olan ilişkinin kalitesine dair bir ipucu olarak görülebilecek red algısının getirdiği gelişimsel boyut, utanç ile duygusal boyut ve tıknırcasına yeme bozukluğu ile patolojik boyut ele alınarak obezitesi olan bireylerin bedenleri ile olan ilişkileri, bedenlerine bakışları üzerine bir araştırma elde edilmiştir. Yapılan bu çalışma genel olarak ele alındığında, obezitenin tüm bu psikolojik bileşenleri üzerine anlamlı bulgular elde edildiği görülmektedir. Alan yazınla olan paralelliklerin de desteği ile obeziteli bireylere yaklaşım, tedaviye yönelik müdahalelerin tespiti ve tedavi etkililiği adına önemli sonuçlar elde edildiğini söylemek mümkündür. Ülkemizde obezitenin ciddi bir problem haline geldiği (WHO, 2013) göz önünde bulundurulursa bu çalışmanın klinik pratik adına anlamlı veriler sunduğu söylenebilir.

4.3. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Öneriler

Bu bölümde araştırmanın sınırlılıkları belirtilmiş ve elde edilen sonuçlar üzerinden uygulayıcılara ve araştırmacılara birtakım önerilerde bulunulmuştur.

4.3.1. Sınırlılıklar

- Araştırma örnekleminin cinsiyet dağılımı eşit değildir. Bu da çalışmada elde edilen sonuçlara olumsuz etki etmiştir.
- Çalışma obeziteli bireyleri ele almaktadır. Özel grup kullanımı çalışmanın veri toplama sürecini olumsuz etkilemiş, katılımcı sayısı da düşmüştür.
- Pandemi şartları gereği çevrimiçi yapılan bu çalışmada elde edilen veriler, tamamen katılımcı beyanına bağlı olduğu için analiz süreci olumsuz etkilenmiştir.

4.3.2. Araştırmacılara Öneriler

- Araştırma sadece obezitesi olan bireyleri kapsamaktadır. Obezite örnekleminin yanı sıra normal aralıktaki beden kitle indeksine sahip olan bireylerle araştırma değişkenleri üzerinden karşılaştırmalar yapılabilir.
- Araştırma sonucunda beden memnuniyetinin cinsiyete göre farklılık gösterdiği bulunmuştur. Bu farklılığı incelemek üzere nicel ya da nitel çalışmalar yapılabilir.
- Araştırmada utancın ebeveyn red algısı ve beden memnuniyeti arasındaki aracı rolünü ortaya koyan bir model elde edilmiştir. Buradan hareketle utanç duygusunu daha kapsamlı incelemek ve utanç türleri üzerine daha spesifik incelemeler yapmak adına ölçek uyarlamaları yapılabilir.

4.3.3. Uygulayıcılara Öneriler

- Çalışma, obeziteli bireylerin günlük hayatta yaşadıkları stigmatizasyon ve baskının, obezitenin karmaşık doğasının altını çizmektedir. Bu anlamda obeziteli bireylerin ve diğerlerinin obezite konusunda farkındalık kazanması adına psiko-eğitimler düzenlenebilir.
- Araştırmada obezitenin birçok faktörün etkileşiminden kaynaklandığının altı çizilmektedir. Sağlık çalışanları obeziteli bireyleri değerlendirirken bu etkileşimlerin kişiye özel olacağını unutmamalı ve tedaviyi olumsuz etkileyebilecek komorbid durumları göz ardı etmemelidir. Benzer şekilde, süreç içinde obeziteli bireylerle iletişime

geçen diğer sağlık personellerinin de farkındalık kazanmaları için psiko eğitim verilebilir, bilgilendirici kılavuzlar oluşturulabilir.

KAYNAKÇA

- Agüera, Z., Lozano-Madrid, M., Mallorquí-Bagué, N., Jiménez-Murcia, S., Menchón, J. M., & Fernández-Aranda, F. (2021). A review of binge eating disorder and obesity. *neuropsychiatrie*, 35(2), 57-67.
- Albaugh, V. L., & Abumrad, N. N. (2018). Surgical treatment of obesity. *F1000Research*, 7, F1000 Faculty Rev-617. <https://doi.org/10.12688/f1000research.13515.1>
- Alexander, J., Goldschmidt, A. B., & Le Grange, D. (Eds.). (2013). *A clinician's guide to binge eating disorder*. Routledge.
- Ali, S., Khatun, N., Khaleque, A., & Rohner, R. P. (2019). They love me not: A meta-analysis of relations between parental undifferentiated rejection and offspring's psychological maladjustment. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 50(2), 185-199.
- Alessandri, S. M., & Lewis, M. (1996). Differences in pride and shame in maltreated and nonmaltreated preschoolers. *Child development*, 67(4), 1857-1869.
- Alonso, R., Farías, M., Alvarez, V., & Cuevas, A. (2016). The genetics of obesity. In *Translational cardiometabolic genomic medicine* (pp. 161-177). Academic Press.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Arnow, B., Kenardy, J., & Agras, W. S. (1992). Binge eating among the obese: A descriptive study. *Journal of behavioral medicine*, 15(2), 155-170.
- Aronne, L. J., & Havas, S. (2009). The obesity epidemic: strategies in reducing cardiometabolic risk. *American Journal of Medicine*, 122(4 suppl. 1).
- Avenell, A., Robertson, C., Skea, Z., Jacobsen, E., Boyers, D., Cooper, D., ... & Bruin, M. D. (2018). Bariatric surgery, lifestyle interventions and orlistat for severe obesity: the REBALANCE mixed-methods systematic review and economic evaluation. *Health Technology Assessment*, 22(68).
- Bearman, S. K., Presnell, K., Martinez, E., & Stice, E. (2006). The skinny on body dissatisfaction: A longitudinal study of adolescent girls and boys. *Journal of youth and adolescence*, 35(2), 217-229.

- Bergner, R. (1987). Undoing degradation. *Psychotherapy, Theory, Research, Practice, Training*, 24, 25-30.
- Bidjerano T. (2011) Shame. In: Goldstein S., Naglieri J.A. (eds) *Encyclopedia of Child Behavior and Development*. Springer, Boston, MA. https://doi.org/10.1007/978-0-387-79061-9_2629
- Blundell, J. E., Goodson, S., & Halford, J. C. G. (2001). Regulation of appetite: role of leptin in signalling systems for drive and satiety. *International Journal of Obesity & Related Metabolic Disorders*, 25.
- Bray, G. A. (2004). The epidemic of obesity and changes in food intake: the Fluoride Hypothesis. *Physiology & behavior*, 82(1), 115-121.
- Bray, G. A., Kim, K. K., Wilding, J. P. H., & World Obesity Federation. (2017). Obesity: a chronic relapsing progressive disease process. A position statement of the World Obesity Federation. *Obesity reviews*, 18(7), 715-723.
- Brode, C. S., & Mitchell, J. E. (2019). Problematic eating behaviors and eating disorders associated with bariatric surgery. *Psychiatric Clinics*, 42(2), 287-297.
- Brown, Z., & Tiggemann, M. (2016). Attractive celebrity and peer images on Instagram: Effect on women's mood and body image. *Body image*, 19, 37-43.
- Brownell, K. D., & Wadden, T. A. (2016). The heterogeneity of obesity: fitting treatments to individuals—Republished Article. *Behavior therapy*, 47(6), 950-965.
- Brownley, K. A., Berkman, N. D., Peat, C. M., Lohr, K. N., Cullen, K. E., Bann, C. M., & Bulik, C. M. (2016). Binge-eating disorder in adults: a systematic review and meta-analysis. *Annals of internal medicine*, 165(6), 409-420.
- Caballero, B. (2007). The global epidemic of obesity: an overview. *Epidemiologic reviews*, 29(1), 1-5.
- Cafasso, J. (2020). *How Does Obesity Affect the Body?* Healthline. <https://www.healthline.com/health/obesity/how-obesity-affects-body>
- Calado, M., Lameiras, M., Sepulveda, A. R., Rodriguez, Y., & Carrera, M. V. (2011). The association between exposure to mass media and body dissatisfaction among Spanish adolescents. *Women's Health Issues*, 21(5), 390-399.

- Carvajal, R., Wadden, T. A., Tsai, A. G., Peck, K., & Moran, C. H. (2013). Managing obesity in primary care practice: a narrative review. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1281(1), 191.
- Chooi, Y. C., Ding, C., & Magkos, F. (2019). The epidemiology of obesity. *Metabolism*, 92, 6-10.
- Coşkun, E., Deveci, E., & Başak, İ. N. C. E. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğunun Obezite Cerrahisi Tedavi Sürecine Etkisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 12(3), 409-420.
- Cusumano, D. L., & Thompson, J. K. (1997). Body image and body shape ideals in magazines: Exposure, awareness, and internalization. *Sex roles*, 37(9-10), 701-721.
- Da Luz, F. Q., Hay, P., Touyz, S., & Sainsbury, A. (2018). Obesity with comorbid eating disorders: associated health risks and treatment approaches. *Nutrients*, 10(7), 829.
- Dedeler, M., Akun, E., & Durak Batigun, A. (2017). Turkish adaptation of adult parental acceptance-rejection questionnaire short form. *Dusunen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 30(3), 181.
- Degortes, D., Santonastaso, P., Zanetti, T., Tenconi, E., Veronese, A., & Favaro, A. (2014). Stressful life events and binge eating disorder. *European Eating Disorders Review*, 22(5), 378-382.
- Derenne, J. L., & Beresin, E. V. (2006). Body image, media, and eating disorders. *Academic Psychiatry*. <https://doi.org/10.1176/appi.ap.30.3.257>
- De Zwaan, M., Mitchell, J. E., Seim, H. C., Specker, S. M., Pyle, R. L., Raymond, N. C., & Crosby, R. B. (1994). Eating related and general psychopathology in obese females with binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 15(1), 43-52.
- Dingemans, A. E., Bruna, M. J., & Van Furth, E. F. (2002). Binge eating disorder: a review. *International Journal of Obesity*, 26(3), 299-307.
- Dominy, N. L., Johnson, W. B., & Koch, C. (2000). Perception of parental acceptance in women with binge eating disorder. *The Journal of Psychology*, 134(1), 23-36.
- Dwairy, M. (2010). Parental acceptance–rejection: A fourth cross-cultural research on parenting and psychological adjustment of children. *Journal of Child and Family Studies*, 19(1), 30-35.

- Edelstein, R. S., & Shaver, P. R. (2007). A cross-cultural examination of lexical studies of self-conscious emotions. *The self-conscious emotions: Theory and research*, 194-208.
- Efthim, P. W., Kenny, M. E., & Mahalik, J. R. (2001). Gender role stress in relation to shame, guilt, and externalization. *Journal of Counseling & Development*, 79(4), 430-438.
- Eisenberger, N. I., Lieberman, M. D., & Williams, K. D. (2003). Does rejection hurt? An fMRI study of social exclusion. *Science*, 302(5643), 290-292.
- Erem, C. (2015). Prevalence of overweight and obesity in Turkey. *IJC Metabolic & Endocrine*, 8, 38-41.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour research and therapy*, 41(5), 509-528.
- Fardouly, J., Diedrichs, P. C., Vartanian, L. R., & Halliwell, E. (2015). Social comparisons on social media: The impact of Facebook on young women's body image concerns and mood. *Body image*, 13, 38-45.
- Faw, M. H., Davidson, K., Hogan, L., & Thomas, K. (2021). Corumination, diet culture, intuitive eating, and body dissatisfaction among young adult women. *Personal Relationships*.
- Feingold, A., & Mazzella, R. (1998). Gender differences in body image are increasing. *Psychological Science*, 9(3), 190-195.
- Ferreira, C., Pinto-Gouveia, J., & Duarte, C. (2013). Self-compassion in the face of shame and body image dissatisfaction: Implications for eating disorders. *Eating behaviors*, 14(2), 207-210.
- Fisher, A., Waterhouse, T. D., & Adams, A. P. (1975). Obesity: its relation to anaesthesia. *Anaesthesia*, 30(5), 633-647.
- Fitzsimmons-Craft, E. E., Bardone-Cone, A. M., Bulik, C. M., Wonderlich, S. A., Crosby, R. D., & Engel, S. G. (2014). Examining an elaborated sociocultural model of disordered eating among college women: The roles of social comparison and body surveillance. *Body Image*, 11(4), 488-500.
- Foster, G. D., Wadden, T. A., & Vogt, R. A. (1997). Body image in obese women before, during, and after weight loss treatment. *Health Psychology*, 16(3), 226.

- Friborg, O., Martinussen, M., Kaiser, S., Øvergård, K. T., Martinsen, E. W., Schmierer, P., & Rosenvinge, J. H. (2014). Personality disorders in eating disorder not otherwise specified and binge eating disorder: a meta-analysis of comorbidity studies. *The Journal of nervous and mental disease*, 202(2), 119-125.
- Gadde, K. M., Martin, C. K., Berthoud, H. R., & Heymsfield, S. B. (2018). Obesity: pathophysiology and management. *Journal of the American College of Cardiology*, 71(1), 69-84.
- Garner, D. M., & Garfinkel, P. E. (1979). The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological medicine*, 9(2), 273-279.
- Gilbert, P. (2015). An evolutionary approach to emotion in mental health with a focus on affiliative emotions. *Emotion Review*, 7(3), 230-237.
- Gilbert, P., & Miles, J. (Eds.). (2002). *Body Shame: Conceptualisation, Research and Treatment* (1st ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315820255>
- Goss, K., & Allan, S. (2009). Shame, pride and eating disorders. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, 16(4), 303-316.
- Griffiths, S., Murray, S. B., Krug, I., & McLean, S. A. (2018). The contribution of social media to body dissatisfaction, eating disorder symptoms, and anabolic steroid use among sexual minority men. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 21(3), 149-156.
- Groetz, L. M., Levine, M. P., & Murnen, S. K. (2002). The effect of experimental presentation of thin media images on body satisfaction: A meta-analytic review. *International Journal of eating disorders*, 31(1), 1-16.
- Grogan, S. (2006). Body image and health: Contemporary perspectives. *Journal of health psychology*, 11(4), 523-530.
- Grogan, S. (2016). *Body image: Understanding body dissatisfaction in men, women and children*. Taylor & Francis.
- Grucza, R. A., Przybeck, T. R., & Cloninger, C. R. (2007). Prevalence and correlates of binge eating disorder in a community sample. *Comprehensive psychiatry*, 48(2), 124-131.
- Guerdjikova, A. I., Mori, N., Casuto, L. S., & McElroy, S. L. (2019). Update on binge eating disorder. *Medical Clinics*, 103(4), 669-680.
- Guerdjikova, A. I., McElroy, S. L., Kotwal, R., & Keck, P. E. (2007). Comparison of obese men

- and women with binge eating disorder seeking weight management. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 12(1), e19-e23.
- Hankinson, A. L., Daviglus, M. L., Bouchard, C., Carnethon, M., Lewis, C. E., Schreiner, P. J., ... & Sidney, S. (2010). Maintaining a high physical activity level over 20 years and weight gain. *Jama*, 304(23), 2603-2610.
- Hastings, M. E., Northman, L. M., & Tangney, J. P. (2002). Shame, guilt, and suicide. In *Suicide science* (pp. 67-79). Springer, Boston, MA.
- Hebebrand, J., & Hinney, A. (2009). Environmental and genetic risk factors in obesity. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 18(1), 83-94.
- Hekimoğlu, F. M. (2019). Duygu Düzenleme Süreçleri, Kadınsılık-Erkeksilik Algısı, Beden Memnuniyetsizliği ile Yeme Tutumları Arasındaki İlişki: Bir Model Önerisi.
- Herrera, B. M., & Lindgren, C. M. (2010). The genetics of obesity. *Current diabetes reports*, 10(6), 498-505.
- Herrera, B. M., Keildson, S., & Lindgren, C. M. (2011). Genetics and epigenetics of obesity. *Maturitas*, 69(1), 41-49.
- Heymsfield, S., Aronne, L. J., Eneli, I., Kumar, R. B., Michalsky, M., Walker, E., ... & Yanovski, S. (2018). Clinical perspectives on obesity treatment: Challenges, gaps, and promising opportunities. *NAM Perspectives*.
- Heymsfield, S. B., & Wadden, T. A. (2017). Mechanisms, pathophysiology, and management of obesity. *New England Journal of Medicine*, 376(3), 254-266.
- Hilbert, A. (2019). Binge-eating disorder. *Psychiatric Clinics*, 42(1), 33-43.
- Hilbert, A., Petroff, D., Herpertz, S., Pietrowsky, R., Tuschen-Caffier, B., Vocks, S., & Schmidt, R. (2020). Meta-analysis on the long-term effectiveness of psychological and medical treatments for binge-eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 53(9), 1353-1376.
- Hill, J. O., & Wyatt, H. R. (2005). Role of physical activity in preventing and treating obesity. *Journal of applied physiology*.
- Hill, A. J., & Williams, J. (1998). Psychological health in a non-clinical sample of obese women. *International Journal of Obesity*, 22(6), 578-583.

- Himelein, M. J., & Thatcher, S. S. (2006). Depression and body image among women with polycystic ovary syndrome. *Journal of health psychology, 11*(4), 613-625.
- Himmerich, H., Bentley, J., Kan, C., & Treasure, J. (2019). Genetic risk factors for eating disorders: an update and insights into pathophysiology. *Therapeutic advances in psychopharmacology, 9*, 2045125318814734.
- Holovatyk, A. (2020). Toward a Biopsychosocial Model of Obesity: Can Psychological Well-Being Be the Bridge to Integration?.
- Horcajadas, F. A., Romero, S. S., Martínez, J. J. G., Ruiz, F. A., Rojo, S. F., & Martín, F. L. (2006). Diferencias clínicas entre pacientes obesos mórbidos con y sin atracones. *Endocrinología y Nutrición, 53*(7), 440-447.
- Hovardaoğlu, S. (1993). Vücut algısı ölçeği. *Psikiyatri, Psikoloji, Psikofarmakoloji (3P) Dergisi, 1*(1), 26.
- Hruby, A., & Hu, F. B. (2015). The epidemiology of obesity: a big picture. *Pharmacoeconomics, 33*(7), 673-689.
- Hughes, M. M., Blom, M., Rohner, R. P., & Britner, P. A. (2005). Bridging parental acceptance-rejection theory and attachment theory in the preschool strange situation. *Ethos, 33*(3), 378-401.
- Huh, D., Stice, E., Shaw, H., & Boutelle, K. (2012). Female overweight and obesity in adolescence: Developmental trends and ethnic differences in prevalence, incidence, and remission. *Journal of youth and adolescence, 41*(1), 76-85.
- Iacovino, J. M., Gredysa, D. M., Altman, M., & Wilfley, D. E. (2012). Psychological treatments for binge eating disorder. *Current psychiatry reports, 14*(4), 432-446.
- Jambekar, S. A., Masheb, R. M., & Grilo, C. M. (2003). Gender differences in shame in patients with binge-eating disorder. *Obesity research, 11*(4), 571-577.
- Javaras, K. N., Laird, N. M., Reichborn-Kjennerud, T., Bulik, C. M., Pope Jr, H. G., & Hudson, J. I. (2008). Familiality and heritability of binge eating disorder: Results of a case-control family study and a twin study. *International Journal of Eating Disorders, 41*(2), 174-179.
- Khalaf, A. (2021). Body Image in the Middle East: Cultural Aspects and Health Consequences for

- Women in the Region. Academia Letters, Article 1303. <https://doi.org/10.20935/AL1303>.
- Khaleque, A. (2013). Perceived parental warmth, and children's psychological adjustment, and personality dispositions: A meta-analysis. *Journal of child and Family studies*, 22(2), 297-306.
- Khaleque, A., & Rohner, R. P. (2002). Perceived parental acceptance-rejection and psychological adjustment: A meta-analysis of cross-cultural and intercultural studies. *Journal of Marriage and Family*, 64(1), 54-64.
- Khaleque, A., & Rohner, R. P. (2012a). Pancultural associations between perceived parental acceptance and psychological adjustment of children and adults: A meta-analytic review of worldwide research. *Journal of cross-cultural Psychology*, 43(5), 784-800.
- Khaleque, A., & Rohner, R. P. (2012b). Transnational relations between perceived parental acceptance and personality dispositions of children and adults: A meta-analytic review. *Personality and Social Psychology Review*, 16(2), 103-115.
- Kirk, S. F., Price, S. L., Penney, T. L., Rehman, L., Lyons, R. F., Piccinini-Vallis, H., ... & Aston, M. (2014). Blame, shame, and lack of support: A multilevel study on obesity management. *Qualitative Health Research*, 24(6), 790-800.
- Lagattuta, K. H., & Thompson, R. A. (2007). The development of self-conscious emotions: Cognitive processes and social influences.
- Leskinen, T., Sipilä, S., Alen, M., Cheng, S., Pietiläinen, K. H., Usenius, J. P., ... & Kujala, U. M. (2009). Leisure-time physical activity and high-risk fat: a longitudinal population-based twin study. *International Journal of Obesity*, 33(11), 1211-1218.
- Levine, M. P., & Piran, N. (2004). The role of body image in the prevention of eating disorders. *Body image*, 1(1), 57-70. [https://doi.org/10.1016/S1740-1445\(03\)00006-8](https://doi.org/10.1016/S1740-1445(03)00006-8)
- Lewis, M. (1995). *Shame: The exposed self*. Simon and Schuster.
- Lewis, M., Alessandri, S. M., & Sullivan, M. W. (1992). Differences in shame and pride as a function of children's gender and task difficulty. *Child development*, 63(3), 630-638.
- Luo, J., Hodge, A., Hendryx, M., & Byles, J. E. (2020). Age of obesity onset, cumulative obesity exposure over early adulthood and risk of type 2 diabetes. *Diabetologia*, 63(3), 519-527.
- Maccoby, E. E. (2000). Parenting and its effects on children: On reading and misreading behavior

- genetics. *Annual review of psychology*, 51(1), 1-27.
- Marek, R. J., Ben-Porath, Y. S., van Dulmen, M. H., Ashton, K., & Heinberg, L. J. (2017). Using the presurgical psychological evaluation to predict 5-year weight loss outcomes in bariatric surgery patients. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 13(3), 514-521.
- Marino, J. M., Ertelt, T. W., Lancaster, K., Steffen, K., Peterson, L., de Zwaan, M., & Mitchell, J. E. (2012). The emergence of eating pathology after bariatric surgery: a rare outcome with important clinical implications. *International Journal of Eating Disorders*, 45(2), 179-184.
- Masheb, R. M., Grilo, C. M., & Brondolo, E. (1999). Shame and its psychopathologic correlates in two women's health problems: Binge eating disorder and vulvodynia. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 4(4), 187-193.
- Matos, M., & Pinto-Gouveia, J. (2014). Shamed by a parent or by others: The role of attachment in shame memories relation to depression. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 14, 217-244.
- McAfee, E. L. (2018). Shame: The emotional basis of library anxiety. *College and Research Libraries*, 79(2).
- McElroy S. L. (2009). Obesity in patients with severe mental illness: overview and management. *The Journal of clinical psychiatry*, 70 Suppl 3, 12-21. <https://doi.org/10.4088/JCP.7075su1c.03>
- McGuinness, S., & Taylor, J. E. (2016). Understanding Body Image Dissatisfaction and Disordered Eating in Midlife Adults. *New Zealand Journal of Psychology*, 45(1).
- McIntosh, J. (2015). *How do race and ethnicity influence childhood obesity?* [Www.Medicalnewstoday.Com](http://www.Medicalnewstoday.Com).
<https://www.medicalnewstoday.com/articles/292913#Cultural-factors>
- Mental Health Foundation. (2019). Body Image: How we think and feel about our bodies. London: Mental Health Foundation.
- Mokdad, A. H., Marks, J. S., Stroup, D. F., & Gerberding, J. L. (2004). Actual causes of death in the United States, 2000. *Jama*, 291(10), 1238-1245.
- Mott, L. A., & Lumsden, B. D. (2019). *Understanding eating disorders: Anorexia nervosa, bulimia nervosa and obesity*. Taylor & Francis.

- Mustapic, J., Marcinko, D., & Vargek, P. (2015). Eating behaviours in adolescent girls: the role of body shame and body dissatisfaction. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 20(3), 329-335.
- Neagu, A. (2015). Body image: A theoretical framework. In *Proc. Rom. Acad., Series B* (Vol. 17, No. 1, pp. 29-38).
- Nicoli, M. G., & Junior, R. D. (2011). Binge Eating Disorder and body image perception among university students. *Eating behaviors*, 12(4), 284–288. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2011.07.004>
- Niedenthal, P. M., Tangney, J. P., & Gavanski, I. (1994). " If only I weren't" versus" If only I hadn't": Distinguishing shame and guilt in counterfactual thinking. *Journal of personality and social psychology*, 67(4), 585.
- Norris, T., Cole, T. J., Bann, D., Hamer, M., Hardy, R., Li, L., ... & Johnson, W. (2020). Duration of obesity exposure between ages 10 and 40 years and its relationship with cardiometabolic disease risk factors: A cohort study. *PLoS Medicine*, 17(12), e1003387.
- O'Brien, P. (2015). Surgical treatment of obesity.
- Ogden, J., & Mundray, K. (1996). The effect of the media on body satisfaction: The role of gender and size. *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association*, 4(3), 171-182.
- Onat, A., ... Özcan, R. (1991). Türkiye'de erişkinlerde kalp hastalığı ve risk faktörleri sıklığı taraması: 6. diyabet ve obezite. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 19 (3), 178-185.
- Pacheco, L. S., Blanco, E., Burrows, R., Reyes, M., Lozoff, B., & Gahagan, S. (2017). Peer reviewed: early onset obesity and risk of metabolic syndrome among chilean adolescents. *Preventing chronic disease*, 14.
- Patel, D. J., Winterbotham, M., Britt, R. P., Sutton, G. C., Bhatnagar, D., Mackness, M. I., ... & Wander, G. S. (1995). Coronary risk factors in people from the Indian subcontinent living in west London and their siblings in India. *The Lancet*, 345(8947), 405-409.
- Peeters, A., Barendregt, J. J., Willekens, F., Mackenbach, J. P., Mamun, A. A., & Bonneux, L. (2003). Obesity in adulthood and its consequences for life expectancy: a life-table analysis. *Annals of internal medicine*, 138(1), 24-32.
- Phelan, S., & Wadden, T. A. (2002). Combining behavioral and pharmacological treatments for

- obesity. *Obesity research*, 10(6), 560-574.
- Pike, K. M., Wilfley, D., Hilbert, A., Fairburn, C. G., Dohm, F. A., & Striegel-Moore, R. H. (2006). Antecedent life events of binge-eating disorder. *Psychiatry research*, 142(1), 19-29.
- Pingitore, R., Spring, B., & Garfieldt, D. (1997). Gender differences in body satisfaction. *Obesity research*, 5(5), 402-409.
- Price, R. A., & Gottesman, I. I. (1991). Body fat in identical twins reared apart: roles for genes and environment. *Behavior genetics*, 21(1), 1-7.
- Puhl, R. M., & Heuer, C. A. (2010). Obesity stigma: important considerations for public health. *American journal of public health*, 100(6), 1019-1028.
- Qi, L., & Cho, Y. A. (2008). Gene-environment interaction and obesity. *Nutrition reviews*, 66(12), 684-694.
- Rajan, T. M., & Menon, V. (2017). Psychiatric disorders and obesity: a review of association studies. *Journal of postgraduate medicine*, 63(3), 182.
- Rand, C. S. W., & MacGregor, A. M. C. (1991). Successful weight loss following obesity surgery and the perceived liability of morbid obesity. *International Journal of Obesity*, 15(9), 577-579.
- Reichborn-Kjennerud, T., Bulik, C. M., Sullivan, P. F., Tambs, K., & Harris, J. R. (2004). Psychiatric and medical symptoms in binge eating in the absence of compensatory behaviors. *Obesity research*, 12(9), 1445-1454.
- Reis, J. P., Loria, C. M., Lewis, C. E., Powell-Wiley, T. M., Wei, G. S., Carr, J. J., ... & Liu, K. (2013). Association between duration of overall and abdominal obesity beginning in young adulthood and coronary artery calcification in middle age. *Jama*, 310(3), 280-288.
- Retzinger, S. M. (1995). Identifying shame and anger in discourse. *American behavioral scientist*, 38(8), 1104-1113.
- Rohner, R. P. (1980). Worldwide tests of parental acceptance-rejection theory: An overview. *Behavior Science Research*, 15(1), 1-21.
- Rohner, R. P. (1994). Patterns of parenting: The warmth dimension in worldwide perspective. *Psychology and culture*, 113-120.

- Rohner, R. P. (2004). The parental "acceptance-rejection syndrome": universal correlates of perceived rejection. *American psychologist*, 59(8), 830.
- Rohner, R. P. (2008). Introduction: Parental acceptance-rejection theory studies of intimate adult relationships.
- Rohner, R. P. (2016). Introduction to interpersonal acceptance-rejection theory (IPARTheory) and evidence. *Online Readings in Psychology and Culture*, 6(1), 4.
- Rohner, R. P., & Britner, P. A. (2002). Worldwide mental health correlates of parental acceptance-rejection: Review of cross-cultural and intracultural evidence. *Cross-Cultural Research*, 36(1), 16-47.
- Rohner, R. P., & Khaleque, A. (2002). Parental acceptance-rejection and life-span development: A universalist perspective. *Online readings in psychology and culture*, 6(1), 1-10.
- Rohner, R. P., & Khaleque, A. (2010). Testing central postulates of parental acceptance-rejection theory (PARTheory): A meta-analysis of cross-cultural studies. *Journal of Family Theory & Review*, 2(1), 73-87. <https://doi.org/10.1111/j.1756-2589.2010.00040.x>
- Rohner, R. P., Khaleque, A., & Cournoyer, D. E. (2005). Parental acceptance-rejection: Theory, methods, cross-cultural evidence, and implications. *Ethos*, 33(3), 299-334.
- Rohner, R. P., Khaleque, A., & Cournoyer, D. E. (2012). Introduction to parental acceptance-rejection theory, methods, evidence, and implications. *Journal of Family Theory & Review*, 2(1), 73-87.
- Rohner, R. P., Melendez, T., & Kraimer-Rickaby, L. (2008). Intimate partner acceptance, parental acceptance in childhood, and psychological adjustment among American adults in ongoing attachment relationships. *Cross-Cultural Research*, 42(1), 13-22.
- Rohner, R. P., & Rohner, E. C. (1980). Antecedents and consequences of parental rejection: A theory of emotional abuse. *Child Abuse & Neglect*, 4(3), 189-198.
- Ruban, A., Stoenchev, K., Ashrafian, H., & Teare, J. (2019). Current treatments for obesity. *Clinical Medicine*, 19(3), 205.
- Safer, D. L., & Jo, B. (2010). Outcome from a randomized controlled trial of group therapy for binge eating disorder: Comparing dialectical behavior therapy adapted for binge eating to an active comparison group therapy. *Behavior therapy*, 41(1), 106-120.

- Sarwer, D. B., Thompson, J. K., & Cash, T. F. (2005). Body image and obesity in adulthood. *Psychiatric Clinics*, 28(1), 69-87.
- Sarwer, D. B., Wadden, T. A., & Foster, G. D. (1998). Assessment of body image dissatisfaction in obese women: Specificity, severity, and clinical significance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.66.4.651>
- Savaşır, I. and Erol, N. (1989) Yeme Tutum Testi: Anoreksiya Nervoza Belirtileri İndeksi. *Türk Psikoloji Dergisi*, 7, 19-25.
- Scheff, T., & Mateo, S. (2016). The S-word is taboo: shame is invisible in modern societies. *Journal of General Practice*, 4(1), 1-6.
- Schore, A. N. (1991). Early superego development: The emergence of shame and narcissistic affect regulation in the practicing period. *Psychoanalysis and Contemporary Thought*, 14(2), 187-250.
- Schore, A. N. (1998). Early shame experiences and infant brain development. *Shame: Interpersonal behavior, psychopathology, and culture*, 57-77.
- Secord PF, Jourard SM. The appraisal of body-cathexis: body-cathexis and the self. *J Consult Psychol*. 1953;17(5):343-47.
- Sen, C. K. N., Gurleyik, D., & Psouni, E. (2020). The role of physical activity on parental rejection and body image perceptions. *International journal of environmental research and public health*, 17(7), 2176.
- Shott, S. (1979). Emotion and Social Life: A Symbolic Interactionist Analysis. *American Journal of Sociology*, 84(6), 1317-1334. doi:10.1086/226936
- Silverstein, B., Perdue, L., Peterson, B. et al. The role of the mass media in promoting a thin standard of bodily attractiveness for women. *Sex Roles* 14, 519–532 (1986). <https://doi.org/10.1007/BF00287452>
- Sjöberg, R. L., Nilsson, K. W., & Leppert, J. (2005). Obesity, shame, and depression in school-aged children: a population-based study. *Pediatrics*, 116(3), e389-e392.
- Snowdon-Carr, V. (2019). Psychological Approaches in the Treatment of Obesity. *Paolo Sbraccia*, 349.
- Sobal, J., & Stunkard, A. J. (1989). Socioeconomic status and obesity: a review of the literature.

Psychological bulletin, 105(2), 260.

- Sørensen, T. I., Price, R. A., Stunkard, A. J., & Schulsinger, F. (1989). Genetics of obesity in adult adoptees and their biological siblings. *British Medical Journal*, 298(6666), 87-90.
- Steg, L., Keizer, K., Buunk, A. P., & Rothengatter, T. (Eds.). (2017). *Applied social psychology*. Cambridge University Press.
- Stanford, F. C., Tauqeer, Z., & Kyle, T. K. (2018). Media and its influence on obesity. *Current obesity reports*, 7(2), 186-192.
- Steelman, G. M., & Westman, E. C. (Eds.). (2016). *Obesity: Evaluation and treatment essentials*. CRC Press.
- Stice, E. (1994). Review of the evidence for a sociocultural model of bulimia nervosa and an exploration of the mechanisms of action. *Clinical psychology review*, 14(7), 633-661.
- Stice, E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: a meta-analytic review. *Psychological bulletin*, 128(5), 825.
- Stice, E., & Shaw, H. E. (2002). Role of body dissatisfaction in the onset and maintenance of eating pathology: A synthesis of research findings. *Journal of psychosomatic research*, 53(5), 985-993.
- Stice, E., Marti, C. N., & Durant, S. (2011). Risk factors for onset of eating disorders: Evidence of multiple risk pathways from an 8-year prospective study. *Behaviour research and therapy*, 49(10), 622-627.
- Striegel-Moore, R. H., & Franko, D. L. (2003). Epidemiology of binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 34(S1), S19-S29.
- Stunkard, A. J. (1959). Eating patterns and obesity. *Psychiatric quarterly*, 33(2), 284-295.
- Stunkard, A., & Mendelson, M. (1967). Obesity and the body image: I. Characteristics of disturbances in the body image of some obese persons. *American Journal of Psychiatry*, 123(10), 1296-1300.
- Succurro, E., Segura-Garcia, C., Ruffo, M., Caroleo, M., Rania, M., Aloï, M., ... & Arturi, F. (2015). Obese patients with a binge eating disorder have an unfavorable metabolic and inflammatory profile. *Medicine*, 94(52).
- Swift, D. L., Johannsen, N. M., Lavie, C. J., Earnest, C. P., & Church, T. S. (2014). The role of

- exercise and physical activity in weight loss and maintenance. *Progress in cardiovascular diseases*, 56(4), 441-447.
- Swinburn, B., Egger, G., & Raza, F. (1999). Dissecting obesogenic environments: the development and application of a framework for identifying and prioritizing environmental interventions for obesity. *Preventive medicine*, 29(6), 563-570.
- Şahin, N. H., & Şahin, N. (1992). Adolescent guilt, shame, and depression in relation to sociotropy and autonomy. In *The World Congress of Cognitive Therapy, Toronto* (pp. 17-21).
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2014) Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2010: Beslenme Durumu ve Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi Sonuç Raporu. Ankara, Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü.
- Telch, C. F., & Agras, W. S. (1994). Obesity, binge eating and psychopathology: are they related?. *International Journal of Eating Disorders*, 15(1), 53-61.
- Telch, C. F., Agras, W. S., & Linehan, M. M. (2001). Dialectical behavior therapy for binge eating disorder. *Journal of consulting and clinical psychology*, 69(6), 1061.
- Tiggemann, M. (2003). Media exposure, body dissatisfaction and disordered eating: Television and Magazines are not the same! *European Eating Disorders Review*. <https://doi.org/10.1002/erv.502>
- Tiggemann, M. (2004). Body image across the adult life span: Stability and change. *Body Image*. [https://doi.org/10.1016/S1740-1445\(03\)00002-0](https://doi.org/10.1016/S1740-1445(03)00002-0)
- Tiller E, Fildes J, Hall S, Hicking V, Greenland N, Liyanarachchi D, Di Nicola K. 2020, Youth Survey Report 2020, Sydney, NSW: Mission Australia.
- Tomkins, S. S. (2008). *Affect imagery consciousness: the complete edition: two volumes*. Springer publishing company.
- Torres, S. J., & Nowson, C. A. (2007). Relationship between stress, eating behavior, and obesity. *Nutrition*, 23(11-12), 887-894.
- Tracy, J. L., & Robins, R. W. (2004). " Putting the Self Into Self-Conscious Emotions: A Theoretical Model". *Psychological Inquiry*, 15(2), 103-125.
- Troop, N. A., & Redshaw, C. (2012). General shame and bodily shame in eating disorders: A 2.5-

- year longitudinal study. *European Eating Disorders Review*, 20(5), 373-378.
- Troop, N. A., Sottrilli, S., Serpell, L., & Treasure, J. L. (2006). Establishing a useful distinction between current and anticipated bodily shame in eating disorders. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 11(2), 83-90.
- Troop, N. A., Allan, S., Serpell, L., & Treasure, J. L. (2008). Shame in women with a history of eating disorders. *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association*, 16(6), 480-488.
- Turan, S., Poyraz, C. A., & Özdemir, A. (2015). Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu/Binge Eating Disorder. *Psikiyatride Guncel Yaklasimler*, 7(4), 419.
- Türkdoğan, T. (2017). Üniversite öğrencilerinin çocukluklarına dönük olarak algıladıkları ebeveyn kabul-reddi ile yetişkinlikteki psikolojik uyumları arasındaki ilişki. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 7(47), 135-154.
- Ueland, V. (2019). Stigmatisation and shame--a qualitative study of living with obesity. *Norwegian Journal of Clinical Nursing/Sykepleien Forskning*.
- Ueland, V., Furnes, B., Dysvik, E., & Rørtveit, K. (2019). Living with obesity—existential experiences. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 14(1), 1651171.
- Upadhyay, J., Farr, O., Perakakis, N., Ghaly, W., & Mantzoros, C. (2018). Obesity as a disease. *Medical Clinics*, 102(1), 13-33.
- Veblen, T. (1973). *The theory of the leisure class* (p. 468646). Boston: Houghton Mifflin.
- Wadden, T. A., & Foster, G. D. (2000). Behavioral treatment of obesity. *Medical Clinics of North America*, 84(2), 441-461.
- Wadden, T. A., Foster, G. D., Stunkard, A. J., & Linowitz, J. R. (1989). Dissatisfaction with weight and figure in obese girls: Discontent but not depression. *International journal of obesity*, 13(1), 89.
- Wang, G. J., Geliebter, A., Volkow, N. D., Telang, F. W., Logan, J., Jayne, M. C., ... & Fowler, J. S. (2011). Enhanced striatal dopamine release during food stimulation in binge eating disorder. *Obesity*, 19(8), 1601-1608.
- Wannamethee, S. G., & Shaper, A. G. (1999). Weight change and duration of overweight and

- obesity in the incidence of type 2 diabetes. *Diabetes care*, 22(8), 1266-1272.
- Wardle, J., & Cooke, L. (2005). The impact of obesity on psychological well-being. *Best Practice and Research: Clinical Endocrinology and Metabolism*.
<https://doi.org/10.1016/j.beem.2005.04.00>
- Wardle, J., Waller, J., & Fox, E. (2002). Age of onset and body dissatisfaction in obesity. *Addictive behaviors*, 27(4), 561-573.
- Wardle, J., Waller, J., & Rapoport, L. (2001). Body dissatisfaction and binge eating in obese women: the role of restraint and depression. *Obesity Research*, 9(12), 778-787.
- Wechslera, J. G., Leopoldb, K., & Bischoff, G. (2005). Epidemiology and symptomatology of obesity. *Obesity and Binge Eating Disorder*, 171, 41.
- Westermann, S., Rief, W., Euteneuer, F., & Kohlmann, S. (2015). Social exclusion and shame in obesity. *Eating Behaviors*, 17, 74-76.
- Wharton, S., Lau, D. C., Vallis, M., Sharma, A. M., Biertho, L., Campbell-Scherer, D., ... & Wicklum, S. (2020). Obesity in adults: a clinical practice guideline. *CMAJ*, 192(31), E875-E891.
- World Health Organization. (2000). Obesity: preventing and managing the global epidemic.
- World Health Organization. (2013). Nutrition, Physical Activity and Obesity-Turkey. *World Health Organization, Regional Office for Europa*. [Online]. Available: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/243332/Turkey-WHO-Country_Profile.pdf.
- Wilfley, D. E., Schwartz, M. B., Spurrell, E. B., & Fairburn, C. G. (2000). Using the eating disorder examination to identify the specific psychopathology of binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 27(3), 259-269.
- Wirth, A., Wabitsch, M., & Hauner, H. (2014). The prevention and treatment of obesity. *Deutsches Ärzteblatt International*, 111(42), 705.
- World Health Organization. (2000). *Obesity: preventing and managing the global epidemic* (No. 894). World Health Organization.
- Seeman, N., & Luciani, P. (2011). *XXL: Obesity and the Limits of Shame*. University of Toronto Press.
- Yumuk, V. D. (2005). Prevalence of obesity in Turkey. *Obesity reviews*, 6(1), 9-10.

EKLER

A. BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Değerli katılımcı,

Bu araştırma, Marmara Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı bünyesinde, Dr. Öğr. Üyesi Nesrullah Okan danışmanlığında, Hale Zeliha Kelleci tarafından yürütülen bir tez çalışmasıdır. Bu çalışma temel olarak, obeziteli bireylerdeki birtakım ailesel faktörler ve ilgili davranış ve düşünce örüntülerini belirlemeyi ve bunlar arasındaki ilişkiyi incelemeyi hedeflenmektedir.

Bu amaçla, katılımcılardan yaş, kilo, cinsiyet gibi birtakım demografik bilgiler istenmekte ve ardından çalışmaya ait soruları yanıtlamaları istenecektir. Çalışmaya 18- 50 yaş arası bireyler katılabilmektedir. Katılım, tamamen gönüllülük esasına dayanmakta ve çalışmada elde edilecek verilerde kimliğinizi ortaya çıkaracak herhangi bir bilgi beyan etmeniz beklenmemektedir. Verilen bilgiler tamamen gizli tutulacak ve sadece bilimsel, eğitimsel çalışma ve yayın amacı doğrultusunda değerlendirilecektir.

Araştırmadaki formların doldurulması 25 ile 40 dakika arasında sürmektedir. Her bir formda soruları ve puanlama yönergelerini dikkatli bir şekilde okumanız, yanıtları içtenlikle vermeniz ve soruları doğru ve hiçbir eksik bırakmadan yanıtlamanız, çalışmanın güvenilirliği açısından oldukça önemlidir. Katılım sırasında herhangi bir nedenden dolayı devam etmek istemezseniz, çalışmayı yarıda bırakabilirsiniz.

Çalışmayla ilgili sorularınız ve bilgi almak için; halekelleci@gmail.com adresinden iletişime geçebilirsiniz. Katılımınız için teşekkür ederim.

Yukarıdaki bilgileri okudum ve anladım. Çalışmaya gönüllü olarak katılıyorum ve istediğim zaman araştırmadan ayrılma hakkımı biliyorum.

☐ Onaylıyorum.

B. DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

Yaşınız:

Cinsiyetiniz:

Kilonuz (kilogram cinsinden):

Boyunuz (santimetre cinsinden):

Eğitim durumunuz:

Okuryazar () İlkokul () Ortaokul () Lise () Lisans () Lisansüstü ()

Ne kadar süredir obeziteye sahipsiniz (ay- yıl cinsinden)? Obeziteye sahip değilseniz, lütfen boş bırakınız. _____

Daha önce diyet yaptınız mı?

Hayır () Evet, bir defa () Evet, birkaç defa () Evet, çoğu defa ()

Daha önce herhangi bir psikolojik rahatsızlık tanısı aldınız mı?

Evet () Hayır ()

Yanıtınız evet ise belirtiniz. _____

Şu an bir psikolojik destek (psikoterapi) alıyor musunuz?

Evet () Hayır ()

Yanıtınız evet ise ne kadar süredir destek aldığınızı belirtiniz (ay-yıl cinsinden).

Herhangi bir psikiyatrik ilaç kullanıyor musunuz?

Evet () Hayır ()

Yanıtınız evet ise ne kadar zamandır ilaç kullandığınızı belirtiniz (ay-yıl cinsinden).

C. YETİŞKİN EBEVEYN KABUL- RED ÖLÇEĞİ KISA FORM

Aşağıda anne ve babaların çocuklarına karşı sergiledikleri davranışlarla ilgili bazı ifadeler vardır. Her ifadeyi dikkatlice okuyun ve okuduğunuz ifadenin “siz çocukken” anne ve babanızın size karşı göstermiş olduğu davranışları ne kadar iyi anlattığını düşünün. Cevaplarınızı çocukken anne babanızdan beklediğiniz davranışlara göre değil, anne ve babanızın size gerçekte gösterdiği davranışlara göre verin. Her ifadeyi hem anneniz hem babanız için ayrı ayrı puanlandırın.

1- Hemen her zaman doğru, 2- Bazen doğru, 3- Nadiren doğru ve 4- Hiç doğru değil anlamına gelmektedir.

	ANNEM				BABAM			
1.Benim hakkımda güzel şeyler söylerlerdi.	1	2	3	4	1	2	3	4
2.Bana hiç ilgi göstermezlerdi.	1	2	3	4	1	2	3	4
3. Benim için önemli olan şeyleri anlatabilmemi kolaylaştırırdı.	1	2	3	4	1	2	3	4
4. Hak etmediğim zaman bile bana vururdu.	1	2	3	4	1	2	3	4
5.Beni büyük bir baş belası olarak görürdü.	1	2	3	4	1	2	3	4
6. Kızdığı zaman beni cezalandırırdı.	1	2	3	4	1	2	3	4
7. Sorularını cevaplayamayacak kadar meşguldü.	1	2	3	4	1	2	3	4
8. Benden hoşlanmıyor gibiydi.	1	2	3	4	1	2	3	4
9. Yaptığım şeylerle gerçekten ilgilenirdi.	1	2	3	4	1	2	3	4

10. Bana bir sürü kırıcı şey söylerdi.	1	2	3	4	1	2	3	4
11. Ondan yardım istediğinde beni duymazlıktan gelirdi.	1	2	3	4	1	2	3	4
12. Bana istenilen ve ihtiyaç duyulan biri olduğumu hissettirirdi.	1	2	3	4	1	2	3	4
13. Bana çok ilgi gösterirdi.	1	2	3	4	1	2	3	4
14. Beni kırmak için elinden geleni yapardı.	1	2	3	4	1	2	3	4
15. Hatırlaması gerekir diye düşündüğüm önemli şeyleri unuturdu.	1	2	3	4	1	2	3	4
16. Eğer kötü davranırsam benden hoşlanmadığını hissettirirdi.	1	2	3	4	1	2	3	4
17. Bana yaptığım şeylerin önemli olduğunu hissettirirdi.	1	2	3	4	1	2	3	4
18. Yanlış bir şey yaptığımda beni korkutur veya tehdit ederdi.	1	2	3	4	1	2	3	4
19. Benim ne düşündüğüme önem verir ve düşündüklerim hakkında konuşmamdan hoşlanırdı.	1	2	3	4	1	2	3	4
20. Ne yaparsam yapayım, diğer çocukların benden daha iyi olduğunu hissettirirdi.	1	2	3	4	1	2	3	4

21. Bana istenmediğimi belli ederdi.	1	2	3	4	1	2	3	4
22. Beni sevdiğini belli ederdi.	1	2	3	4	1	2	3	4
23. Onu rahatsız etmediğim sürece benimle ilgilenmezdi.	1	2	3	4	1	2	3	4
24. Bana karşı yumuşak ve iyi kalpliydi.	1	2	3	4	1	2	3	4



D. YEME TUTUM TESTİ (YTT-40)

Bu anket sizin yeme alışkanlıklarınızla ilgilidir. Lütfen her bir soruyu dikkatlice okuyunuz ve size en uygun gelen kutu içine (x) işareti koyunuz. Örneğin “çikolata yemek hoşuma gider” cümlesini okudunuz. Çikolata yemek hiç hoşunuza gitmiyorsa “hiçbir zaman” yazılı kutu içine (x) işareti koyunuz; her zaman hoşunuza gidiyorsa “daima”nın altını (x) ile işaretleyiniz.

	Daima	Çok sık	Sık sık	Bazen	Nadiren	Hiçbir
1. Başkaları ile birlikte yemek yemekten hoşlanıyorum.						
2. Başkaları için yemek pişiririm fakat pişirdiğim yemeği sevmem.						
3. Yemekten önce sıkıntılı olurum.						
4. Şişmanlıktan ödüm kopar.						
5. Acıktığımda yemek yememeye çalışırım.						
6. Aklım fikrim yemektedir.						
7. Yemek yemeyi durduramadığım zamanlar olur.						
8. Yiyeceğimi küçük küçük parçalara bölerim.						
9. Yediğim yiyeceğin kalorisini bilirim.						
10. Ekmek patates pirinç gibi yüksek kalorili yiyeceklerden kaçınırım.						

11. Yemeklerden sonra şişkinlik hissederim.						
12. Ailem fazla yememi bekler.						
13. Yemek yedikten sonra kusarım.						
14. Yemek yedikten sonra aşırı suçluluk duyarım.						
15. Tek düşüncem daha zayıf olmaktır.						
16. Aldığım kalorileri yakmak için yorulana kadar egzersiz yaparım.						
17. Günde birkaç kez tartılırım.						
18. Vücudumu saran dar elbiselerden hoşlanırım.						
19. Et yemekten hoşlanırım.						
20. Sabahları erken uyanırım.						
21. Günlerce aynı yemeği yerim.						
22. Egzersiz yaptığımda harcadığım kalorileri hesaplarım.						
23. Adetlerim düzenlidir.						
24. Başkaları zayıf olduğumu düşünür.						
25. Şişmanlayacağım (vücudumun yağ toplayacağı)						

düşüncesi zihnimi meşgul eder.						
26. Yemeklerimi yemek başkalarinkinden uzun sürer.						
27. Lokantada yemek yemeyi severim.						
28. Müshil kullanırım.						
29. Şekerli yiyeceklerden kaçınırım.						
30. Diyet (perhiz) yemekleri yerim.						
31. Yaşamımı yiyeceğin kontrol ettiğini düşünürüm.						
32. Yiyecek konusunda kendimi denetleyebilirim.						
33. Yemek konusunda başkalarının bana baskı yaptığını düşünürüm.						
34. Yiyeceklerle ilgili düşünceler çok zamanımı alır.						
35. Kabızlıktan yakınırım.						
36. Tatlı yedikten sonra rahatsız olurum.						
37. Perhiz yaparım.						
38. Midemin boş olmasından hoşlanırım.						

39.Şekerli yağlı yiyecekleri denemekten hoşlanırım.						
40. Yemeklerden sonra içimden kusmak gelir.						



E. SUÇLULUK UTANÇ ÖLÇEĞİ

Bu ölçeğin amacı bazı duyguların hangi durumlarda ne derece yoğun olarak yaşandığını belirlemektir. Aşağıda bazı olaylar verilmiştir. Bu olaylar sizin başınızdan geçmiş olsaydı, ne kadar rahatsızlık duyardınız. Lütfen her durumu dikkatle okuyup öyle bir durumda ne kadar rahatsızlık duyacağınızı aşağıdaki ölçekten yararlanarak maddelerin yanındaki sayıların üzerine (X) işareti koyarak belirleyiniz.

1. Hiç rahatsızlık duymazdım. 2. Biraz rahatsızlık duyardım. 3. Oldukça rahatsızlık duyardım.
4. Epey rahatsızlık duyardım. 5. Çok rahatsızlık duyardım.

Sizi ne kadar rahatsız eder?

	Hiç				Çok
1. Bir tartışma sırasında büyük bir hararetle savunduğunuz bir fikrin yanlış olduğunu öğrenmek.	1	2	3	4	5
2. Evinizin çok dağınık olduğu bir sırada beklenmeyen bazı misafirlerin gelmesi.	1	2	3	4	5
3. Karşı cinsten birinin kalabalık bir yerde herkesin dikkatini çekecek şekilde size açıkça ilgi göstermesi.	1	2	3	4	5
4. Giysinizin, vücudunuzda kapalı tuttuğunuz bir yeri açığa çıkaracak şekilde buruşması ya da kıvrılması.	1	2	3	4	5
5. Uzman olmanız gereken bir konuda, bir konuşma yaptıktan sonra dinleyicilerin sizin söylediğinizin yanlış olduğunu göstermesi.	1	2	3	4	5
6. Çok işlek bir iş merkezinin bulunduğu bir köşede herkesin size bakmasına sebep olacak bir olay yaşamak.	1	2	3	4	5
7. Lüks bir restoranda çatal bıçak kullanmanız gereken yerde elle yemek yediğinizin fark edilmesi.	1	2	3	4	5
8.Sözlü bir sınav sırasında kekelediğiniz ve heyecandan şaşırıldığınızda, hocanın sizin bu halinizi kötü bir sınav örneği olarak bütün sınıfa göstermesi.	1	2	3	4	5
9.Bir partide yeni tanıştığınız insanlara açık saçık bir fıkra anlattığınızda birçoğunun bundan rahatsız olması.	1	2	3	4	5
10. Bir davete ya da toplantıya rahat gündelik giysilerle gidip herkesin resmi giyindiğini görmek.	1	2	3	4	5

11. Bir yemek davetinde bir tabak dolusu yiyeceđi yere dűşűrmek.	1	2	3	4	5
12.Herkesten sakladığınız ve hoş olmayan bir davranışın açığa çıkarılması.	1	2	3	4	5



F. BEDEN ALGISI ÖLÇEĞİ

Herhangi bir vücut özelliğinizi genel olarak beğenip beğenmediğinize göre değerlendiriniz. Aşağıdaki sorularda bir vücut özelliğiniz hakkındaki duygularınızı en iyi anlatan ifadenin altına (x) işareti koyunuz.

	Hiç Beğenmiyorum	Pek Beğenmiyorum	Kararsızım	Oldukça Beğeniyorum	Çok Beğeniyo rum
Saçlarım					
Yüzümün rengi					
İştahım					
Ellerim					
Vücudumdaki kıl dağılımı					
Burnum					
Fiziksel gücüm					
İdrar – dışkı düzenim					
Kas kuvvetim					
Belim					
Enerji düzeyim					
Sırtım					
Kulaklarım					
Yaşım					

Çenem					
Vücut yapım					
Profilim					
Boyum					
Duyularımın keskinliği					
Ağrıya dayanıklılığım					
Omuzlarımın genişliği					
Kollarım					
Göğüslerim					
Gözlerimin şekli					
Sindirim sistemim					
Kalçalarım					
Bacaklarım					
Dişlerimin şekli					
Cinsel gücüm					
Ayaklarım					
Uyku düzenim					

Sesim					
Sağlığım					
Cinsel faaliyetlerim					
Dizlerim					
Vücudumun duruş şekli					
Yüzümün şekli					
Kilom					
Cinsel organlarım					
Hastalığa direncim					

