T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

DOKTORA TEZİ

ADÖLESAN İDİOPATİK SKOLYOZ HASTALARINDA EBEVEYN TUTUMLARININ YEME TUTUMLARI ÜZERİNDEKİ ETKİSİNDE ÖZ-ŞEFKAT, DEPRESYON VE BEDEN İMGESİ BOZUKLUĞUNUN ARACILIK ETKİSİ

Duygu KUZU

2502140243

TEZ DANIŞMANI

Doç. Dr. H.Özlem SERTEL BERK

İSTANBUL – 2018

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

DOKTORA
TEZ ONAYI

ÖĞRENCİNİN;

Adı ve Soyadı	:	Duygu KUZU	Numarası	:	2502140243
Anabilim Dalı / Anasanat Dalı / Programı	:	Psikoloji Anabilim Dalı	Danışmanı	:	Doç. Dr. Özlem SERTEL BERK
Tez Savunma Tarihi	:	17.05.2018	Saati	:	11:00
Tez Başlığı	:	"Adölesan İdiopatik Skolyoz Hastalarında Ebeveyn Tutumlarının Yeme Tutumları Üzerindeki Etkisinde Öz-Şefkat, Depresyon ve Beden İmgesi Bozukluğunun Aracılık Etkisi"			

TEZ SAVUNMA SINAVI, İÜ Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliği'nin **50. Maddesi** uyarınca yapılmış,
sorulan sorulara alınan cevaplar sonunda adayın tezinin **KABULÜNE** OYBİRLİĞİ / OYÇOKLUĞUYLA karar verilmiştir.

JÜRİ ÜYESİ	İMZA	KANAATİ (KABUL / RED / DÜZELTME)
1- PROF. DR. AYŞEGÜL KETENCİ		Kabul
2- PROF. DR. SEVİM CESUR		
3- PROF. DR. ÖMER FARUK ŞİMŞEK		Kabul.
4- DOÇ. DR. ÖZLEM SERTEL BERK	Kabulü	Kabulü
5- DR. ÖĞR. ÜYESİ CEYLİN ÖZCAN		

YEDEK JÜRİ ÜYESİ	İMZA	KANAATİ (KABUL / RED / DÜZELTME)
1- DOÇ. DR. İLKNUR ÖZALP TÜRETGEN		Kabul
2- DR. ÖĞR. ÜYESİ ÇİĞDEM KOŞE DEMİRAY		Kabul

ÖZ

Adölesan İdiopatik Skolyoz Hastalarında Ebeveyn Tutumlarınının Yeme Tutumları Üzerindeki Etkisinde Öz-Şefkat, Depresyon ve Beden İmgesi Bozukluğunun Aracılık Etkisi

Duygu Kuzu

Ebeveyn tutumları ve öz-şefkat ergenlerin psikolojik sağlıkları ve beden imgeleri üzerindeki oluşumunda etkili olduğu gibi, yeme tutumlarında bozulmaya sebep olabilmektedir. Bu çalışmada, adölesan idiopatik skolyoz (AİS) hastalarında ebeveyn tutumlarının yeme tutumları üzerindeki etkisinde öz-şefkat, depresyon ve beden memnuniyetsizliğinin aracılık etkisinde bulunup bulunmadığı araştırılmıştır. Katılımcıların demografik ve tıbbi özelliklerine ilişkin öz-şefkat, ebeveyn tutumları, depresyon, beden memnuniyetsizliği ve yeme tutumları ile yapılan karşılaştırma analizleri çalışmanın yan amaçları kapsamında incelenmiştir.

Çalışma farklı kliniklerden 12-24 yaş aralığındaki 38'i erkek 132'si kadın olmak üzere toplamda 170 AİS hastası ile gerçekleştirilmiştir. Çalışmada sosyo-demografik ve tıbbi soru formunun yanı sıra, Öz-şefkat Ölçeği, Beden İmgesi Bozukluğu Ölçeği-Skolyoz Versiyonu, Yeme Tutumu Testi- 26, Leuven Anne Baba Tutumları Ölçeği ve Beck Depresyon Envanteri kullanılmıştır.

Çalışmanın sonuçlarına göre, ebeveyn tutumlarının yeme tutumları üzerindeki etkisinde öz-şefkat, beden memnuniyetsizliği ve depresyonun aracılık etkisi sağlanmıştır. Çalışmanın ikinci nedensel hipotezini oluşturan ilk adımda, AİS hastalarının ebeveyn tutumu ile depresyon ve beden memnuniyetsizliği ilişkisinde öz-şefkatin aracılık rolünün istatistiksel olarak anlamlı olduğu sonucuna varılmıştır. İkinci adımda ise, AİS'li hastaların, öz-şefkat ve yeme tutumları arasındaki ilişkiye beden memnuniyetsizliği ve depresyonun aracılık etkisi sağlanmıştır. Çalışmanın temel amacının yanında, yan amaçlar kapsamında, örneklemin demografik ve tıbbi özelliklerine de ilişkin bir takım bulgular tespit edilmiştir.

Tüm bu bulgular göz önünde bulundurulduğunda, bu çalışma hem psikoloji alanında AİS gibi kronik bedensel bir hastalığın araştırılması açısından hem de tıp alanında psikolojinin önemini göstermesi sebebi ile klinik sağlık psikolojisinin

gerekliliğini vurgular niteliktedir. Keşfedilen tüm bu aracılık ilişkileri alanda planlanacak olası multidisipliner çalışmalara rehberlik etmesi açısından önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Beden memnuniyetsizliği, öz-şefkat, adölesan idiopatik skolyoz, yeme tutumu, depresyon, ebeveyn tutumları

ABSTRACT

The Relationship Between Parental Attitudes and Eating Attitudes of Adolescent Patients with Idiopathic Scoliosis: The Mediating Role of Self-compassion, Depression, and Body Image Disturbance.

Duygu Kuzu

Parental attitudes affect adolescent's self-compassion and psychological health that leads to maladaptive eating attitudes. The aim of the current study was to investigate the mediator role of self-compassion, depression and body image disturbance in the relationship between parental attitudes and eating attitudes. As a secondary aim, participants' demographic and medical features were investigated with respect to their self-compassion, parental attitudes, depression, body dissatisfaction and eating disorder.

Present study was conducted with AİS patients receiving treatment in different clinics. The sample consisted of 38 males and 132 females whose age ranged from 12 to 24 years. The socio-demographic and medical information form, Self-Compassion Scale, Body Image Disturbances Scale- Scoliosis Version, Eating Attitudes Test-26, Leuven Adolescent Perceived Parenting Scale, and Beck Depression Inventory were utilized. The results were tested by a two-step mediation analysis via structural equation modeling.

There was a significant mediation effect of body dissatisfaction, depression and self-compassion on the relationship between parental attitudes on eating attitudes. In the first step of the mediation, the main effect of parental attitudes on depression and body image disturbance through self-compassion revealed significant results. In the second step, the relationship between AİS patient's self-compassion and eating attitudes was mediated by body image disturbance and depression. In addition to main hypotheses, the demoghraphic and medical characteristics were investigated as a secondary goal of the study.

The results revealed the psychological associates of idiopathic scoliosis with an emphasis on the importance of having an interdisciplinary perspective. Thus,

present evidence might guide possible multidisciplinary studies to further investigate the interplay between these variables and develop combined treatment programs.

Keywords: Body dissatisfaction, self-compassion, adolescent idiopathic scoliosis, eating attitude, depression, parenting styles

ÖNSÖZ

Adölesan idiopatik skolyoz hastalarında ebeveyn tutumlarının yeme tutumu üzerindeki etkisinde, öz-şefkatin, depresyonun, beden memnuniyetsizliğinin aracılığının araştırıldığı bu tez çalışması, "her şeye" rağmen oldukça zorlu ve öğretici bir sürecin sonunda ortaya çıkmıştır. Bu süreçte yanımda olan ve kendimi güçlü hissetmeme sebep olan hocalarıma, aileme ve arkadaşlarıma teşekkürü borç bilirim.

İlk olarak, skolyoz hastaları ile çalışma fikrime daha yolun en başında iken değer veren, kendisi ile çalışma fırsatı sunan, bu zorlu ama bir o kadar da öğretici olan süreçte, yapıcı ve anlayışlı yaklaşımı ile desteğini hiç eksik etmeyen, bilimsel ve etik bakış açısını örnek aldığım çok değerli hocam, tez danışmanım Doç. Dr. Özlem Sertel Berk'e teşekkür ederim. Kendisinin öğrencisi olmaktan her zaman onur duyacağım.

Lisans, yüksek lisans ve doktora eğitimim boyunca, kendisinden çok şey öğrendiğim, akademik kariyerime başlamama vesile olan ve her türlü desteğini yanımda hissettiğim, "doktora eğitimin bitene kadar destek olacağım" sözünden bir gün olsun vazgeçmeyen çok değerli hocam Prof. Dr. Ömer Faruk Şimşek'e teşekkür ederim.

Skolyoz ile tanışmama vesile olan, bu soruların aklıma düşmesine olanak tanıyan, tez sürecimin en başından sonuna kadar her türlü desteği sağlayan, multidisipliner çalışmanın gerekliliği söylemi ile çıktığım bu yolda bir cerrah olarak buna en az benim kadar inanan hikâyemin kahramanlarından olan çok değerli hocam Prof. Dr. Haluk Berk'e teşekkür ederim.

Doktora eğitimimin en başından itibaren bana kliniğini açan, bilgi birikimini aktaran, hastalara yaklaşımını örnek aldığım ve kendisi ile çalıştığım için kendimi şanslı hissettiğim değerli hocam Prof. Dr. Ayşegül Ketenci'ye teşekkür ederim.

Verilerimi toplamam için bana Florance Nightangale Hastanesi ve kliniğindeki tüm olanaklarını kullanımıma sunan, yoğun çalışma şartlarına rağmen desteğini esirgemeyen çok değerli Prof. Dr. Azmi Hamzaoğlu'na teşekkür ederim. Yine kendisinin ekibinde olan ve desteklerini esirgemeyen Doç. Dr. Meriç Enercan'a

ve tüm ekip çalışanlarına, zorlu veri toplama sürecimi keyifli hale getiren, bitmek bilmeyen soru ve sorunlarıma çözüm bulan sevgili Tunay Şanlı'ya teşekkür ederim.

Veri toplama sürecinde bana destek olan Sportomed'in çok değerli fizyoterapislerinden sayın Serpil Kanıgür'e, Kadriye Şahin Yorgun'a ve Beyhan Deniz Aktan'a ve yine veri toplama sürecimi destekleyen Fizyospine merkezinden sayın Ebru Özdemir'e teşekkür ederim.

Tez yazım sürecimde yorgun düştüğüm ve tükendiğimi hissettiğim süreçlerde yardımını benden esirgemeyen sevgili mesai arkadaşım Uzm. Psk. Abdullah Kahraman'a, bu süreçteki en büyük kazanımlarından olan iş arkadaşım Arş. Gör. Gizem Hüroğlu'na, hikâyeme ve sürecime ortak olan hep bir telefon uzağımda hissettiğim sevgili arkadaşım Dr. Öğr. Üyesi Duygu Yakın'a, tezimdeki omurga görünümüne ilişkin çizimleri yapan ve hep bir telefon uzağımda olan arkadaşım Gülnihal Öztürk'e, yine bu süreçte yardımlarını ve şefkatini benden esirgemeyen arkadaşım Uzm. Psk. Merve Bicil'e ve benim için bir hocadan çok daha fazlası olan ve yardımı istemeden veren sayın Prof. Dr. Ergül Berber'e teşekkür ederim.

Ailem oldukları için onur duyduğum, her koşulda yanımda olan, canım annem Zehra Üşenmez'e ve canım babam İlha Kuzu'ya, ağabeyim ve aynı zamanda en yakın arkadaşım olan Utku Kuzu'ya inandığım yoldan vazgeçmememi öğrettikleri ve her koşulda yanımda oldukları için teşekkür ederim.

Son olarak, 4 sene önce aslında sadece "doktora" eğitimi gibi başlayan bu süreç bana, bunun bir yolculuk olduğunu, o yolculuğun hiç bitmeyeceğini, yol boyunca değişeceğimi, bir şeyleri seçip bir şeylerden vazgeçmem gerektiğini ve her biri için sorumluluk almam gerektiğini öğretti. Benim bunun bir doktora tezinden çok daha fazlası olduğunu görmemi sağlayan, dönüp tekrar tekrar okumaktan keyif alacağım bu hikâyenin oluşmasına katkı sağlayan herkese minnettarım.

DUYGU KUZU

İstanbul, 2018

İÇİNDEKİLER

ÖZ ... iii
ABSTRACT ... v
ÖNSÖZ ... vii
İÇİNDEKİLER ... ix
TABLOLAR LİSTESİ ... xii
ŞEKİLLER LİSTESİ ... xiii
KISALTMALAR LİSTESİ ... xiv

BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ ... 1

İKİNCİ BÖLÜM
LİTERATÜR

2.1. SKOLYOZ ... 8
2.2. Adölesan İdiopatik Skolyoz (AİS) ... 8
2.3. AİS'in Tıbbi Açıdan Değerlendirilmesi ... 9
2.4. AİS Epidemiyolojisi ... 11
2.5. AİS'in Etiyolojisi ... 13
2.6. AİS'in Seyri ... 14
2.7. AİS Tedavisi ... 15
2.7.1. Gözlem ... 15
2.7.2. Korse Tedavisi ... 15
2.7.3 Egzersiz Tedavisi ... 16
2.7.4. Cerrahi Tedavi ... 17
2.2. PSİKOLOJİK AÇIDAN AİS ... 20
2.2.1. Beden İmgesi ... 21
2.2.1.1. Beden İmgesinin Belirleyicileri ... 22
2.2.1.1.1. Kültür ... 22
2.2.1.1.2. Medya etkisi ... 22
2.2.1.1.3. Aile ve Akran Etkisi ... 23
2.2.1.2. AİS'de Beden İmgesi ... 25
2.2.1.3. Beden İmgesinin Psikolojik Sonuçları ... 28

2.2.1.3.1. Beden İmgesi, Yeme Tutumları, Yeme Davranışları ve Yeme Bozukluğu 28
2.2.1.3.2. Beden İmgesi ve Depresyon 32
2.2.2. Öz-Şefkat 34
2.2.2.1 AİS'de Öz-Şefkat 39
2.3. SOSYAL AÇIDAN AİS 40
2.3.1. Ebeveyn Tutumları 40
2.3.1.1. AİS ve Ebeveyn Tutumları 44
2.3.2. Ebeveyn Tutumları ve Beden İmgesi 46
2.3.3. Ebeveyn Tutumları ve Yeme Tutum ve Davranışları 47
2.3.4. Ebeveyn Tutumları ve Depresyon 48
2.3.5. Ebeveyn Tutumları ve Öz-Şefkat 49
Amaç ve Hipotezler 52

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

YÖNTEM

3.1. Katılımcılar 54
3.2. Veri Toplama Araçları 55
3.2.1. Sosyodemografik ve Tıbbi Bilgi Formu 55
3.2.2. Öz-Şefkat Ölçeği 55
3.2.3. Skolyoza İlişkin Beden İmgesi Ölçeği 56
3.2.4. Yeme Tutumu Testi-26 58
3.3.5. Leuven Algılanan Anne Baba Tutumları Ölçeği 58
3.3.6. Beck Depresyon Envanteri 59
3.4. Verilerin Analizi 60
3.5. İşlemler 61

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

4.1. Tanımsal Analizler 62
4.2. Araştırmanın Yan Amaçları 63
4.3. Ölçme Modeline İlişkin Bulgular 67
4.3.1. Değişkenler Arası İlişkiler 69
4.3.2. Ölçme Modeline İlişkin Sonuçlar 72
4.4.3. Ölçme Modeline İlişkin Parametre Değerleri 75

4.3.4. Yapısal Modelin Test Edilmesi..... 76

BEŞİNCİ BÖLÜM

TARTIŞMA VE SONUÇ

5.1. Çalışmada Elde Edilen Sosyo Demografik ve Tıbbi Bulguların Değerlendirilmesi..... 81

5.2. Araştırmanın Yapısal Modeline İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi..... 91

5.3. Araştırmanın Kısıtlılıkları..... 97

5.6. Araştırmanın Güçlü Yönleri ve Öneriler 99

KAYNAKLAR 103

EKLER 135

EK 1. Sosyodemografik ve Tıbbi Bilgi Formu…… 136

EK 2. Öz-Şefkat Ölçeği……...… 137

EK 3. Skolyoza İlişkin Beden İmgesi Ölçeği…….. 138

EK 4. Yeme Tutumu Testi-26…….. 139

EK 5. Beck Depresyon Envanteri…… 140

EK 6. Leuven Algılanan Anne Baba Tutumları Ölçeği-Baba Formu…….. 141

EK 7. Leuven Algılanan Anne Baba Tutumları Ölçeği-Anne Formu……. 142

ÖZGEÇMİŞ 142

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 4. 1. İdiopatik Skolyoz Hastalarının Demografik Değişkenlerine İlişkin Özellikleri 63
Tablo 4.2. Modele İlişkin Tüm Örtük ve Gözlenen Değişkenler……..……68
Tablo 4. 3. Değişkenler arasındaki korelasyonlar 71
Tablo 4. 4. Ölçme Modeline İlişkin Uyum İyiliği Değerleri 72
Tablo 4. 5. Revize Edilmiş Ölçme Modeline İlişkin Uyum İyiliği Değerleri 72
Tablo 4. 6. Ölçme Modeline İlişkin Parametre Değerleri 75
Tablo 4. 7. Yapısal Modele İlişkin Uyum İyiliği Değerleri 76

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2.1. AİS'e İlişkin Radyoloji Görüntüsü ve Cobb Ölçümü…….. 9
Şekil 2.2. Cobb Ölçümü 10
Şekil 2.3. Ameliyat Olmuş AİS Hastasına İlişkin Radyoloji Görüntüsü…….. 18
Şekil 4.1. Modele İlişkin Tüm Örtük Değişkenler……..……. 68
Şekil 4.2. Ölçme Modelinin Standardize Edilmiş Çözümleme Değerleri 73
Şekil 4.3. Ölçme Modeline İlişkin T Değerleri 74
Şekil 4.4. Yapısal Modele İlişkin Standardize Edilmiş Çözümleme Değerleri..... 77
Şekil 4.5. Alternatif Model 1 78
Şekil 4.6. Alternatif Model 2 79

KISALTMALAR LİSTESİ

AİS: Adölesan İdiopatik Skolyoz

AN: Anoreksiya Nervosa

BN: Bulmimiya Nervosa

YTT-26: Yeme Tutumu Testi- 26

BKE: Beden Kitle Endeksi

DSM: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı

SİBİO: Skolyoza İlişkin Beden İmgesi Ölçeği

BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ

Kronik hastalıklar ile çalışırken, sağlık psikolojisinin günümüzdeki yerini kavramak; hastalık ve sağlık kavramlarının tarihsel süreç içerisindeki gelişimi ve değişimini incelemek açısından önemlidir. Tarih öncesi dönemde beden ve zihin iç içe geçmiş olarak kabul edilirken hastalıkların oluşumu da bedene girmiş şeytani güçlere bağlanıyordu. Dolayısı ile tedavisi din adamlarının bedene girmiş şeytani güçleri çıkarması ile mümkündü. Antik Yunanda ise bu açıklamalardan farklı olarak bedensel durumların sağlığı etkilediği iddia edilmiş ve hastalık gelişiminden dört bedensel sıvının sorumlu olduğu kabul edilmiştir (Veith, 1993). Ortaçağ'da ise yine tarih öncesinde olduğu gibi hastalık kötü ruhlarla açıklanıp tedavisi din adamlarının kötü ruhları bedenlerden arındırması ile sağlanıyordu (Walker, 1981). Rönesans hareketleri ile beraber tıp alanında mikroskobun keşfi, otopsi çalışmaları ve patoloji biliminin gelişmesi gibi ilerlemeler ile yaklaşık 300 sene kadar sürecek biyomedikal modelin hâkimiyeti başlamıştır. Biyomedikal modele göre sağlık, bedende hastalıkla ilgili herhangi bir lezyonun olmayışı olarak açıklanmaktaydı. Bir başka deyişle, yalnızca bedene indirgenerek zihinle ayrımı keskin bir şekilde yapılmaktaydı (Hewa ve Hetherington, 1995). Bu hâkimiyetin ardından, Freud'un histeri çalışmaları ile biyomedikal modelin hâkimiyeti kırılmaya başlamıştır (Freud, 1953-74). Franz Aexander'ın (1950) 1940'lı yıllarda yaptığı zihin ve beden ilişkisine dikkat çeken çalışmaları, psikosomatik tıbbın öncüsü olmuştur. Psikosomatik tıp yaklaşımında duygusal çatışmaların ve bilinçdışının belirli fizyolojik tepkileri doğurmasının hastalık oluşumunda etkili olduğu öne sürülmüştür. Alanın öncüleri, romatoid artrit (Johnson ve Shapiro ve Alexander, 1947), hipertansiyon ve astım (Alexander ve Szasz, 1952; French ve Alexander, 1941) ile ilgili çalışmalarıyla da bu ilişkiyi göstererek bu oluşumun güçlenmesine katkıda bulunmuşlardır. Franz Alexander'dan sonra psikosomatik alana en çok katkıyı özellikle kronik ağrı çalışmaları ile Engel

yapmıştır. Engel, biyomedikal modelin eksik olduğunu düşündüğü noktaları altı madde altında toplamıştır (Engel, 1977). Bunlar şu şekilde özetlenebilir;

1. Biyokimyasal farklılıklar hastalık gelişimini açıklamada tek başına yetersizdir çünkü aynı anormallikleri taşıyıp hastalık görülmeyen kişiler de vardır.

2. Doktorlar semptomları yorumlarken sadece laboratuvar testleri ile sınırlı kalmayıp semptomları etkileyen; psikolojik, sosyal ve kültürel kısımları da değerlendirmelidir.

3. Hastalığa yatkınlık kişinin içinde bulunduğu sosyal çevreden etkilenmektedir. Dolayısı ile yaşamsal olaylara karşı gelişen psikofizyolojik tepkiler, hastalığın başlangıcını ve gidişatını etkileyebilir.

4. Kişinin içinde bulunduğu psikolojik ve sosyal faktörler tedavi anlayışını da etkilemektedir.

5. Biyokimyasal bozukluğun tedavisi kişiyi her zaman sağlığına kavuşturmaz. Tedavinin sonucu psikososyal etkenlere de bağlıdır ve bunların keşfedilmesi önemlidir.

6. Hasta hekim ilişkisi hastalığın tedavisinde önemlidir.

Engel'in biyomedikal modele ilişkin bu eleştirileri biyopsikososyal modelin gerekliliğini ve varlığını güçlendirmiştir. Ancak bu modelin güçlenmesi medikal modelin yanlışlanması anlamına gelmeyip sadece eksik olan psikososyal kısmın eklenmesini hedeflemektedir. Çünkü biyopsikososyal model, hastalığı ortadan kaldırmanın yanı sıra sağlık durumunu devam ettirmeyi de içerir; bir başka deyişle sağlıklı olmak hastalığın olmayışı durumu demek değildir (Engel, 1977). Nitekim Dünya Sağlık Örgütünün sağlık tanımına göre de "sağlık yalnızca hastalık ya da sakatlığın olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal açıdan tümden iyi olma halidir" (WHO, 1995).

Biyopsikososyal model, Dünya Sağlık Örgütünün bu tanımlaması doğrultusunda güçlenmiştir. Tüm bu tanımlama ve gelişmelerden sonra oluşan multidisipliner ve bilimsel bakış açısı ile hem tıp alanına hem de psikososyal alana yaklaşabilen kişileri aynı çatı altında toplamak adına 1978 yılında Amerikan Psikologlar Birliği (APA) bünyesi altında ve Matarazzo'nun önderliğinde Sağlık

Psikolojisi alt alanı oluşturulmuştur. Sağlık psikolojisinin tanımı ilk defa burada yapılmış olup; bu alan sağlığın geliştirilmesi, sürdürülmesi, hastalıklardan korunma ve tedavinin kendine özgü bilimsel ve eğitimsel yöntemlerinin kullanılarak uygulanmasını içermiştir. Aynı zamanda sağlık politikalarına da yön vermeyi amaçlayan Sağlık Psikolojisi; psikolojinin bir alt alanı olarak bu şekilde tanımlanmıştır. Bu doğrultuda sağlık psikolojisi alanı; psikosomatik tıp ve klinik psikoloji gibi yakın alanlardan daha geniş bir çerçevede onları da kapsayarak çalışmalarına devam etmektedir (Matarazzo, 1980). 1993 yılında ise klinik sağlık psikolojisi; Amerika'da psikologlar derneğinin yasal olarak tanıdığı, sağlık alanında tedavilere yönelik eğitimlerin düzenlendiği ve akreditasyon verdiği bir uygulama alanı olarak tanınmaya başlamıştır (Belar, Deardoff, APA, 1995).

Engel'in biyopsikososyal alana kazandırdığı bu bakış açısı, bedenle zihin ayrımının sorgulanmasına ve sağlık psikolojisine daha çok önem verilmesine sebebiyet vermiştir. Dolayısı ile ruh sağlığı sınıflamasında da belirli düzenlemeler beraberinde gelmiştir. Bedenle ilişkili bozukluklar DSM tanı sınıflamasına ilk defa DSM-III ile somatizasyon bozukluğu olarak girmiş olup 7 ayrı grupta toplanmış ve altında organik bir neden aranmayan semptomlar olarak belirtilmiştir (Bridges ve Goldberg, 1985). DSM-IV-TR'de bu kriterler hafifletilmiş olsa da organik bir sebep aranmaması koşulu sabit kalmıştır (Köroğlu, 2007). Öte yandan sağlık psikolojisindeki gelişmeleri takiben DSM'de bir bozukluk tanısı alınabilmesi için organik bir patolojinin olmaması kriterinin varlığı beden zihin ayrımı yaptığı gerekçesi ile eleştirilmekteydi. Ama aynı zamanda organik bir bulgu saptanmayan ancak somatizasyon tanısı almayan kişiler psikiyatri ve diğer medikal birimler arasında tanısız ve tedavisiz olarak bırakılmaktaydılar. Kanton ve arkadaşlarının (1984) yaptığı çalışmaya göre, psikiyatriye medikal olarak açıklanamayan semptom yönlendirmesi ile gelen hastaların yalnızca %30'u DSM-III somatoform bozukluk tanısına uygun olup geri kalanı herhangi bir sınıflamaya uygun görülmüyordu. Aynı şekilde medikal olarak açıklanamama kriterinin varlığı medikal hastalıkları olan kişilerin de somatizasyon tanısı alıp psikolojik destek görmesinin önünde engel oluşturuyordu. Örneğin, kanser tanısı alan bir hasta yoğun bedensel kaygıları nedeni ile aynı zamanda somatizasyon tanısı alamıyordu. Belki de sırf bu sebeple pek çok

hastalık tanısı almış kişi, hastalıkla baş etmelerine yarayacak psikolojik destekten mahrum kalıyorlardı. Tüm bu eksikliklerden yola çıkarak biyopsikososyal modelin güçlenmesi ve tıp alanında bu meselelerin sorgulanması sonucunda DSM-5'te çeşitli düzenlemeler yapıldı. Bu doğrultuda, kitabın ön sözünde biyopsikososyal yaklaşım bakış açısına uygun olarak beden-zihin ayrımı gözetilmediğinin üzeri çizildi. Bedensel hastalıkları ilgilendiren en önemli değişiklik somatoform bozukluklarda oldu ve bedensel belirti bozuklukları ve ilişkili bozukluklar olarak isim değişikliğine gidildi. Önceki tanı kriterlerinden farklı olarak birden çok bedensel yakınma yerine, sıkıntı veren bir ya da birden çok bedensel yakınma ve bunlara eşlik eden belirtinin şiddeti ile orantısız düşünce, kaygı ve zamansal uğraşı kriteri getirildi (Köroğlu, 2013). Değişiklikteki en kritik nokta, organik bir patoloji olmaması kriterinin artık aranmıyor olmasıdır. Dolayısı ile kişi kanser, ülser ya da ağrı gibi herhangi bir tanıyı alsın almasın bedeni ile ilgili orantısız düşünce, kaygı ve uğraşısının olması tanı alması için yeterli hale gelmektedir. Bu değişim sayesinde Engel'in de önerdiği gibi hastanın bütüncül tedavisinde, biyolojik kısımda hekimler yer alırken, psikolojik kısmında bu alanda eğitim almış klinik sağlık psikologları, sosyal kısmında ise hukukçular ve sosyal hizmet uzmanları ve pek çok ilgili uzmanlık alanı biyopsikososyal bakış açısı ile multidisipliner çalışmalar yürütebilmektedir. Sağlık sisteminin ileri düzeyde olduğu pek çok ülkede, psikologlar da kanser hastalarıyla (Breitbart vd., 2015), kronik ağrı sendromlarında (Akerblom, Perrin, Fischer, McCracken, 2015) ve diyabet (Keers, Groen, Sluiter, Bouma ve Links, 2005) gibi pek çok hastalıkta diğer sağlık çalışanlarının da dahil olduğu ekiplerde yer alarak çeşitli psikolojik destek programları düzenlemektedir. Multidisipliner yaklaşım sayesinde hastaların, medikal tedavilerinin yanı sıra psikososyal açıdan da hastalıkla daha iyi baş etmelerine yardımcı olunmaktadır. Ülkemizde de psikologların dahil olduğu çalışmalar yapılsa da henüz kapsamlı ekiplerle yapılan çalışmalar yaygın değildir.

Öte yandan klinik sağlık psikolojisinin bugün geldiği noktada hemen hemen her kronik hastalıkla ilgili psikoloji alanında yapılan çalışmaların sayısı giderek artmaktadır. Bununla birlikte, bu tez çalışmasının da örneklemini oluşturan adölesan idiopatik skolyoz hastaları ile yürütülen araştırmalarda hala biyomedikal modelin

etkileri göze çarpmakta ve bu çalışmalar genellikle tıp literatüründe yer bulmaktadır. Oysa omurganın coronal planda 10 dereceden fazla olan deviasyonu (eğriliği) olarak tanımlanan skolyoz en sık ergenlik döneminde ortaya çıkmakta (Lonstein, 1994) ve zaten duygusal, bilişsel ve fizyolojik pek çok değişiklikle başa çıkmak durumunda olan ergen için bir de skolyozun varlığı pek çok psikososyal problemi de beraberinde getirmektedir. Nitekim, skolyoz hastalarının çoğunluğunu adölesan grup oluşturduğu için bu tanı idiopatik (nedeni bilinmeyen) skolyoz (AİS) olarak adlandırılmaktadır. Çocukluk ve ergenlik döneminde ortaya çıkan bu durum (Lonstein, 1994) kişide hafif düzeyden ileri düzeye kadar fiziksel görünümde bozulmalara sebep olabileceği gibi birçok psikososyal sorunu da beraberinde getirmektedir. Ancak yalnızca ülkemizde değil, dünya literatürüne bakıldığında da AİS hastalarında psikososyal faktörlerin rolünü inceleyen çalışmalar oldukça kısıtlıdır. Hâlbuki tanı yaşı genellikle ergenlik döneminde oluğu için bu yaş grubunun özelliklerini dikkate almak ve ortaya çıkabilecek etkileri incelemek, kronik hastalıkla baş ederken önemlidir. Ergenlik bedensel, bilişsel ve duygusal anlamda çokça değişimi beraberinde getiren önemli bir süreç iken bu süreçte kronik bir hastalık ile uğraşıyor olmak ergenin öz benliğini oluşturmasında bir takım güçlükler yaratmaktadır. Kendini her yönden akranları ile kıyaslayan ergen bedenindeki bozulmayı kabul etmekte ve bununla baş etmekte zorlanmaktadır (Reichel ve Schanz, 2003). Özellikle beden imgesi gelişiminin oluştuğu (Ferguson, Munoz, Garza ve Galindo, 2014) ve bu oluşumda da ebeveynlerin etkili olduğu (McCabe ve Ricciardelli, 2001) bu yaş grubundaki hastalarda, depresyon ile yeme tutum ve davranışlarında bozulmalar da olasıdır. Bu nedenle, tüm bu sonuçlar üzerinde etkili olabilecek ebeveynlerin rolünü de incelemek önemlidir. Nitekim, sağlık psikolojisinin temelini oluşturan biyopsikososyal model bağlamında ele alındığında AİS tanısı almış ergenlerde en önemli psikososyal risk faktörlerinden birinin beden imgesi ile ilgili bozulmalar olduğu düşünülmektedir (Goldberg, Mayo, Poitras, Scott ve Hanley, 1994). Öte yandan AİS sebebiyle ortaya çıkan duruş değişiklikleri de bir takım fiziksel sonuçlar doğurmakta; bu sonuçlar; yeme tutum ve davranışlarında bozulma (Alborghetti, Scimeca, Costanzo ve Boca, 2007; Zaina vd., 2017), beden memnuniyetsizliği (Goldberg vd., 1994) ve depresyon düzeyi (Chang vd., 2016) gibi psikolojik sağlık sonuçları açısından olumsuz etkilere yol açabilmektedir. Yine duruşa ilişkin bozulmaları engellemek, ağrıyı azaltmak ve

ileriki yaşlarda AİS'in olumsuz tıbbi sonuçlarını engellemek için çok çeşitli tıbbi tedavilere uyum göstermek, düzenli egzersiz yapmak ve belli bir duruşu benimsemek de önem taşımaktadır. İşte bu noktada ebeveynlerin AİS'in olası etkilerini nasıl yönettikleri de son derece önemlidir. Ebeveynlerin çeşitli tutum ve davranışları AİS tanılı ergenin bu süreçle nasıl başa çıkacağında en temel belirleyicilerden biri olabilmektedir. Çünkü olumlu ebeveyn tutumlarının ergenlerde öz-şefkati artırmak suretiyle bedensel ve psikolojik sağlık üzerinde de olumlu etkileri olduğu bilinmektedir (Lohaus, Vierhaus ve Ball, 2009). Ancak, literatürde yer alan çalışmalara bakıldığında beden imgesi AİS'de en çok çalışılan kavram olmakla beraber biyomedikal bakış açısının hâkimiyeti göze çarpmaktadır. Ayrıca, tüm bu süreçlerde etkili olabilecek ebeveynlerin rolüne değinilmediği gibi beden imgesi ile ilişkili olan depresyon, yeme tutum ve davranışları ve beden memnuniyetsizliği de ele alınmamıştır. Üstelik tüm bu değişkenlerin birbiri ile ilişkisini bir arada inceleyen ve ruh sağlığı üzerinde olumsuz etkilerini ele alan çalışmaların kısıtlı oluşu dikkati çekmektedir. Bu durum yalnızca yurtdışı literatürde değil; yurtiçi literatürde de benzer olup skolyozun psikososyal yönüne ilişkin sadece yaşam tatminine yönelik çalışmalar yapılmış olduğu görülmektedir (İzgi, 2013).

Tüm bu faktörler doğrultusunda bu çalışmanın en temel amacı, AİS hastalarında en çok üzerinde durulan değişkenlerden biri olan beden ile bununla ilişkili sonuçlardan olan yeme tutum ve davranışlarında bozulmalar ve depresyon arasındaki ilişkilerde ebeveyn tutumları ile öz-şefkat düzeyinin rolünü ele almaktır. Bu sayede yalnızca hastalığa yönelik patoloji odaklı değil; öz-şefkat gibi olumlu psikolojik özelliklerin de etkisi incelenmiş olacaktır. Aynı zamanda yalnızca bireysel değil psikososyal süreçler bağlamında da ailenin rolü ele alınarak multidisipliner tedavilere katkı sunacak bilgiler edinilmesi umulmaktadır. Araştırmada ayrıca yan amaçlar kapsamında, örneklemin özellikleri de göz önünde bulundurularak bir takım tanımsal özellikler de incelenecektir. Tedavi şekilleri, Cobb açısı olarak isimlendirilen eğrilik açısı, beden kitle endeksi, yaş, cinsiyet, kendi ve ebeveynlerinin eğitim düzeyi gibi tıbbi ve psikososyal değişkenlerin; yeme tutumu, öz-şefkat, depresyon, beden memnuniyetsizliği ve ebeveyn tutumlarında bir takım farklılaşmalara yol açıp açmadığının araştırılmasının da hastanın bütüncül ele

alınması açısından önemli olduğu düşünülmektedir. Bu amaç doğrultusunda bu tezin ilk kısmı olan literatür bölümünde ilk olarak skolyozun tanımı, neden ve sonuçları üzerinde durulacak olup sonrasında psikolojik açıdan AİS ele alınırken; öz-şefkat, beden imgesi, yeme tutumu ve depresyon kavramları özetlenecek, son kısımda ise sosyal açıdan AİS başlığı altında ebeveyn tutumları değişkenleri üzerinde durulacaktır.

İKİNCİ BÖLÜM

LİTERATÜR

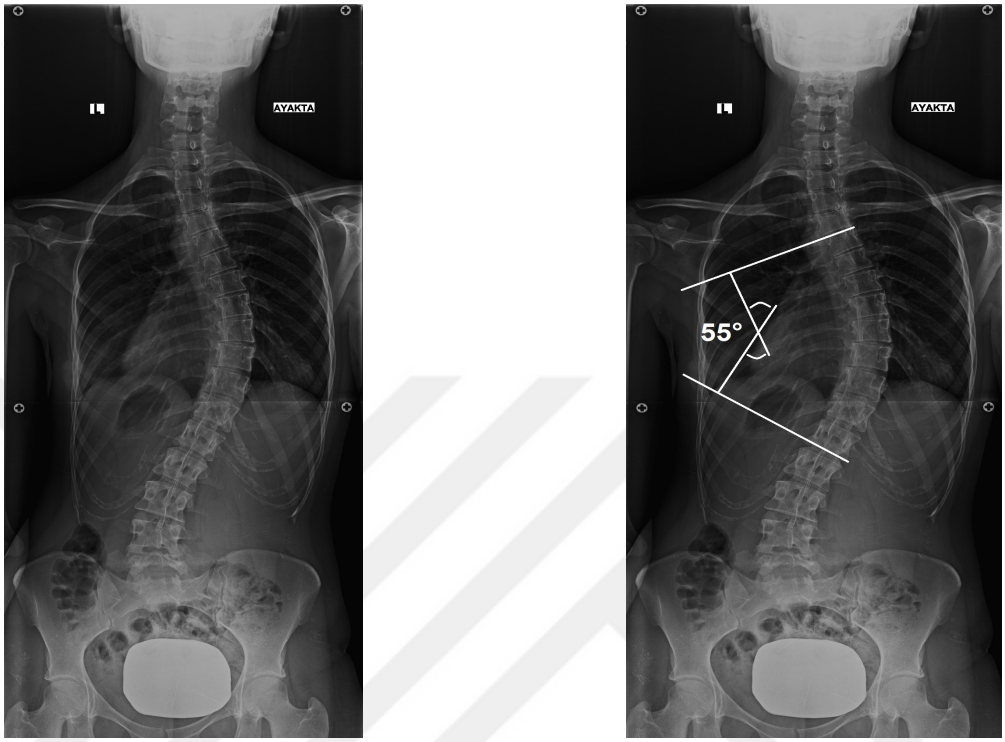
2.1. SKOLYOZ

Omurganın coronal planda 10 dereceden fazla olan deviasyonu (eğriliği) olarak tanımlanan skolyoz en sık ergenlik döneminde ortaya çıkmaktadır (Lonstein, 1994). Skolyoz yaşa, hastalığın başlangıcına, ciddiyetine ve eğriliğin çeşidine göre değişiklik göstermektedir (Campbell ve Hell-Vocke, 2003). Genel olarak idiopatik (nedeni bilinmeyen) ve idiopatik olmayan olmak üzere iki temel gruba ayrılmaktadır. İdiopatik olmayan skolyozun alt grupları; konjenital (doğuştan) skolyoz ve nöromüsküler (sinir ve kas hastalıklarına bağlı gelişen) skolyozdur. Skolyoz hastalarının çoğunluğunu oluşturduğu grup adölesan idiopatik (nedeni bilinmeyen) skolyoz (AİS) olarak adlandırılmaktadır ve onun da alt tipleri 0-3 yaş başlangıçlı infantil skolyoz, 4-9 yaş başlangıçlı jüvenil skolyoz, 10-18 yaş başlangıçlı adölesan skolyoz ve 25 yaş sonrası başlangıçlı yetişkin skolyoz olmak üzere dörde ayrılmaktadır. Skolyoz vakalarının büyük çoğunluğunu AİS tanısı almış ergenler oluşturduğu için (Lonstein, 1994) bu tezin örneklemine AİS tanılı ergenler dahil edilmiştir ve literatür kısmında da bu hasta grubunun özelliklerini içeren çalışmalar üzerinde durulacaktır.

2.2. Adölesan İdiopatik Skolyoz (AİS)

Adolesan idiopatik skolyoz (AİS) omurganın 3 boyutlu bir şekilde gelişim dönemi içerisinde birçok farklı faktöre bağlı olarak deforme olması sürecidir (Rigo ve Griwas 2010). Tanısal kriteri ise X-ray cihazı ile değerlendirildiğinde 10 dereceden fazla olan spinal eğriliklerdir (Kotwicki, 2008). Riskli yaş grubu 10-16 arasında bilinmekte olup en sık görülen skolyoz tipidir (Parent, Newton ve Wenger, 2005). 55 derece eğim açısına sahip olan AİS hastasına ait radyoloji görüntüsü aşağıdaki gibidir (Şekil 2.1.)

Şekil 2. 1. AİS'e İlişkin Radyoloji Görüntüsü ve Cobb Ölçümü

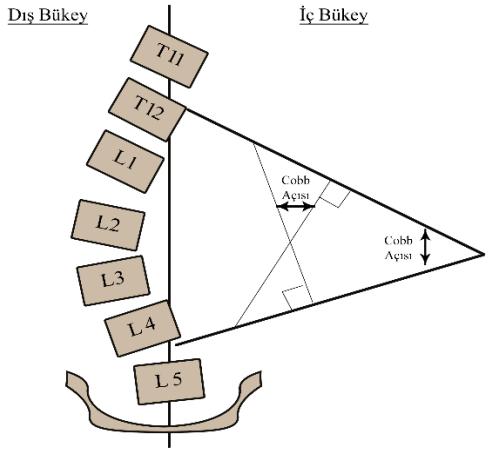


Not: Görüntülerin kullanımına ilişkin hastadan izin alınmıştır.

2.3. AİS'in Tıbbi Açıdan Değerlendirilmesi

İdiopatik skolyozda AİS'e teşhis genellikle; King (King, Moe, Bradford ve Winter, 1983), Lenke (Lenke vd., 2001), ve Peking Union Medical College (PUMC) (Qui vd., 2005) tanılama sistemleri ile konulmakta olup King ve Lenke sistemi bunların içinde en çok tercih edilenidir. Bu sınıflamalar ile tanılama yapılmadan önce ilk olarak eğimin derecesini belirten Cobb açısı alınmaktadır (Şekil 2.2). Cobb ölçümü omurgadaki eğriliğin derecelendirilmesinde standart olarak kabul edilir. Ölçme işlemi eğriliğin uç omurlarının belirlenmesi ile başlar. Üstteki uç vertebranın üst yüzeyine ve alt uç vertebranın alt yüzeyine dik olması koşulu ile açı çizgileri çizilir. Bu çizimler sonucunda oluşan açılar Cobb açısı olarak değerlendirilir (Herring, 2002). Cobb açısı ölçümü eğimin derecesini değerlendirmede pratik bir yöntem olarak görülmektedir (Greiner, 2002).

Şekil 2. 2. Cobb Ölçümü (Greiner, 2002)



King sınıflandırmasına göre; eğriliğin görüldüğü yöne göre 5 farklı alt tipte eğrilik tanımlanmıştır. Öncelikle eğriliğin hangisi majör hangisi minör o hesaplanır. Cobb açısı en büyük olan eğrilik majör eğriliktir. Sonrasında 1'den 5'e kadar olan numaralandırma ile majör eğrilik baz alınarak yönelimine göre sınıflandırılır (King vd., 1983). Ancak sınıflama kapsamlı olsa da bazı eleştiriler ve yetersizlikler sebebi ile genişletilmesine ihtiyaç duyulmuştur. Buradan hareketle Lenke bu sınıflamanın kapsamını cerrahi müdahaleye de uygun şekilde genişletmiştir. Lenke sınıflamasında; "ayakta çekilen PA (arka-ön)", "yandan" ve yatarak yana eğilme grafileri olmak üzere üç kriter göz önüne alınarak değerlendirilmektedir. Lenke yöntemi; tüm eğrilikleri kapsadığı gibi güvenirlik katsayıları da yüksek bulunan bir ölçüm metodu olmuştur (Lenke, 2005).

Bu sınıflamalara ek olarak hekim muayenesinde ek değerlendirmeler de kullanılmaktadır. Ağrı derecelendirmesi, hastanın hastalık öyküsünün alınması, fizyolojik gelişiminin değerlendirilmesi için kemik yaşı ölçümlerinin alınması, solunum fonksiyon testleri ve eğimin derecelendirilmesinde radyolojik görüntüleme önemlidir (Greiner, 2002).

2.4. AİS Epidemiyolojisi

Hastalığın epidemiyolojisine ilişkin yerli ve yabancı literatürde kapsamlı çalışmalar; Yunanistan'da (Soucacos PN, Saucacos PK, Zacharis, Beris ve Xenakis, 1997), Almanya'da (Kamtsiuris, Atzpodien, Ellert, Schlack ve Schlaud, 2007), İsveç'de (Willner & Uden, 1982), Kore'de (Suh, Modi, Yang ve Hong, 2011), Brezilya'da (Nery, Halpern, Nery, Nehme ve Tetelbom-Stein, 2010) Singapur'da (Daruwalla ve ark., 1985; Wong, Hui, Rajan ve Chia, 2005) ve Türkiye'de (Çilli vd., 2009; Gürsel-Yılmaz, Zateri, Kuşvuran-Özkan, Kayalar ve Berk, 2018; Özerdemoğlu, Yorgancıgil, Deveci ve Yalçınkaya, 1996; Uğraş vd., 2010) mevcuttur.

Literatürde yapılmış en kapsamlı çalışma, Kore'de 1,134,890 ilk ve ortaokul dönemi çocuğu ile gerçekleştirilmiştir. Yapılan skolyoz taraması bulgularına göre; hastalık sıklığı her iki cinsiyet için de %3.26'dır. Kızlarda yaygınlık %4.65 iken erkeklerde %1.97 olup kadınlarda Cobb açıları erkeklere göre daha yüksek olma eğilimindedir. Ayrıca hastalık sıklığının da 10-12 yaş arasında toplandığı ve kızlarda bu oranın %5.57 olduğu gösterilmiştir. Çalışmada, eğimin olduğu bölgenin de sıklığı araştırılmış olup torakal bölgede en çok %48 oranında iken bunu takiben torakolomber bölgede %40 oranında olduğu gözlenmiştir. Buna ek olarak kadınlarda daha çok torakal bölgede erkeklerde ise torakolomber bölgede gözlenmiştir (Suh vd., 2011). Wong ve arkadaşlarının 2005'de Singapur'da 72.699 6-14 yaş arasındaki okul çağındaki çocuklarla yaptığı tarama çalışmasının sonuçlarına göre, iki cinsiyette yaygınlık %0.59 iken kız çocuklarında %0.93 ve erkeklerde %0.25 olarak bulunmuştur. Eğimin çoğunlukla torakal bölgede olduğu (%40) ve hastalığın ağırlıklı olarak 11-12 yaşta toplandığı gösterilmiştir. İsveç'te 7-16 yaş aralığındaki 18,181 kişi ile yapılan skolyoz okul taramasında, kızlarda yaygınlık %3.2 iken erkeklerde bu oran %0.5 olarak tespit edilmiş olup, çoğunlukla eğim torakal bölgede ağırlıklıdır. Çalışmanın bir başka bulgusu ise kızlarda eğimin ilerleme riskinin erkeklere göre daha fazla olduğudur (Willner ve Uden, 1982). Almanya'da 17,641 0-17 yaş arası çocuk ve ergenlerle yapılan okul taramasında, kız çocuklarında yaygınlık %6 iken erkek çocuklarında %4.4 olarak bulunmuştur (Kamtsiuris vd., 2007). Dünyada yapılan yaygınlık çalışmalarına bakıldığında genel olarak AİS'in kızlarda daha çok

olduğu, eğriliğin torakal bölgede yoğunlaştığı ve ileri derecedeki eğriliklerin açıdaki artışta daha fazla risk oluşturduğu sonucuna varılmaktadır. Hastalık sıklığının ağırlıklı olarak 11-12 yaş civarında toplandığı düşünülürse, erken tanının tedavi açısından önemine de vurgu yapmak gereklidir. Çalışmalara bakıldığında AİS tanısı alan kişilerin psikolojik yönden yaşadığı güçlüklere yer verilmemesi psikososyal açıdan çalışmaların eksikliği olarak değerlendirilebilir.

Türkiye'de ise tarama çalışmaları, kapsamlı okul tarama çalışmaları olmakla beraber genellikle il bazında kalan çalışmalardır. Çilli ve arkadaşlarının (2009) Sivas'ta 16.103 10-15 yaş okul çağı çocukları ile yaptığı çalışmada kız çocuklarında yaygınlık %0.65 iken erkek çocuklarında, %0.31 olarak bulunmuştur. İstanbul'da rastgele seçilen 6 okulda 4.259 10-14 yaş arası çocukla yapılan tarama çalışmasında ise genel yaygınlık %0.25 olarak tespit edilmiştir. Kız çocuklarında skolyoz tanısının erkek çocuklarına göre önceki bulgularla paralel olarak 2.5:1 oranında daha fazla olduğu tespit edilmiştir (Uğras vd., 2010). Isparta'da 12.135 ilkokul öğrencisi ile yapılan ortopedik muayene taramasında ise skolyoz sıklığı % 0.49 olarak tespit edilmiş olup yine diğer çalışmalarla benzer olarak kız çocuklarında erkek çocuklarına göre skolyoz görülme sıklığının daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Çalışmanın önemli bir vurgusu, ilk kez skolyoz teşhisi alan olguların sayıca fazla olmasıdır. Bu durum AİS'in varlığının tıbbi ortamlarda atlanabildiği ve tarama çalışmaları sayesinde yakalanabildiği anlamına da gelmektedir. Ancak söz konusu çalışma skolyoza özel taramadan ziyade ortopedik hastalıkların hepsini kapsayan bir çalışma olduğu için eğim yeri ve diğer AİS'e has özelliklere ilişkin yaygınlık bilgisi belirtilmemiştir (Özerdemoğlu vd., 1996). Türkiye'de yapılan en kapsamlı yaygınlık çalışması ise Gürsel-Yılmaz ve arkadaşları tarafından (2018) 40 farklı şehirden okul çağındaki 10-15 yaş arasındaki 16.045 adölesan ile yapılmıştır. Yaş ortalamaları 12 olan katılımcılarda AİS sıklığı toplamda %2.3 bulunmuş olup, kızlarda bu oran %3.07 iken erkeklerde %1.49'dur. Literatür bulguları ile benzer olarak bu çalışmada da eğrilik ağırlıklı olarak torakal bölgededir. Çalışma bulguları dünya verileri ile benzer ancak Türkiye verilerinden yüksek çıkmıştır. Türkiye'deki veriler ile dünyadaki veriler karşılaştırıldığında Türkiye'de AİS yaygınlığının dünyaya oranla daha az olduğu göze çarpmaktadır. Ancak yaygınlık yüzdeleri, eğriliğin yoğunlaştığı

bölge, cinsiyetin oranı, tanı yaşı açısından ortaklık göstermekte olup yine psikososyal özelliklerin göz önünde bulundurulmadığı gözlenmektedir.

2.5. AİS'in Etiyolojisi

İdiopatik skolyoz ilk defa 19. Yüzyılda Bauer tarafından tanıtılmış; 1922 yılında Whitman tarafından tanımlanmış ve Cobb tarafından hastalık sınıflamasına dahil edilmiştir. Tedavisi ile ilgili çeşitli yöntemler geliştirilmiş olsa da etiyolojisinde henüz bir netlik sağlanamamıştır (Lowe vd., 2000). Çeşitli hipotezler öne sürülmesi ile beraber ikiz çalışmaları genetiğin önemini ortaya koymaktadır. 13 tek yumurta 8 çift yumurta ikizi ile yapılan bir çalışmada hem hastalığın hem de eğrilik şiddetinin genetik yanına vurgu yapılmıştır (Inoue vd., 1998). Skolyozun genetik yönünü araştıran en kapsamlı çalışma İsveç'te toplam 22471 tek yumurta ve çift yumurta ikizi ile yapılmıştır. Öz bildirime dayalı çalışmada genetik etki yüzdesi %38 iken, çevre etkisinin de %62 oranında olduğu tespit edilmiştir. Ancak çevre etkisine atfedilen bu yüzdenin hangi faktörlerden etkilendiğine ilişkin bir bulgu elde edilememiştir (Grauers, Rahman ve Gerdhem, 2012).

Skolyoz hastalığında etkisi olabileceği düşünülen bir diğer faktör ise melatonin ve büyüme hormonunun etkisidir. Doğrudan ilişkisi gösterilemese de melatoninin eksikliğinin büyüme hormonunun çalışmasını tetikleyebileceği ve bu etkileşimden ötürü skolyozda artış olabileceği tartışılmaktadır (Dubousset, 1998). Skolyoz hastalarında büyüme hormonunun diğer kişilere göre fazla salgılanmasından ötürü omurganın daha uzun ve ince yapılandığı ve bu hastaların akranlarına göre daha zayıf ve ince olduğu da düşünülmektedir. Ancak büyüme hormonunun etkileşim içerisinde olduğu diğer etkenleri kontrol etmek güç olduğundan ötürü doğrudan skolyoz ile ilişki kurulması oldukça güçtür (Willner, Nilsson, Kastrup ve Bergstrand, 1976).

Bir diğer olası sebep ise omurlar arası esnekliğin fazla olması ve bağ dokuları arasında destekleyici bir protein olan kolajenler ile ilgilidir. Bunlar omurgayı destekleyen faktörler olduğundan, buradaki herhangi bir hasarın skolyozun sebepleri arasında olabileceği düşünülmektedir. AİS hastalarındaki kolajen üretimi sağlıklı

kontroller ile karşılaştırıldığında bir takım bozukluklar göstermektedir ancak bu ilişkinin yine doğrudan değil dolaylı bir ilişki olabileceği tartışılmaktadır (Pedrini, Ponseti ve Dohrman, 1973).

Yine bu hastalarda sağlıklı kontrollere kıyasla elastik liflerdeki anormalliklere daha sık rastlandığı tespit edilmiş ancak bu durumun hastalığın nedeni mi sonucu mu olduğu konusunda görüş birliğine varılamamıştır (Hadley-Miller, Mims ve Milewicz, 1994). Etiyolojik çalışmalarda, genetik ve biyokimyasal faktörlere ilişkin çalışmaların sıklığı göze çarparken, çevresel etkinin incelendiği çalışmalara rastlanmamaktadır. Sonuç olarak, skolyoz etiyolojisinde sıklıkla değinilen sebepler yukarıdaki araştırmalarda çalışılmış olsa da henüz geçerli ve ortak bir görüş etrafında toplanılamadığı görülmektedir.

2.6. AİS'in Seyri

AİS literatüründe hastalığın seyri ile ilgili net bir bilgi olmasa da eğriliğin ilerlemesini etkileyen bir takım faktörler bulunmaktadır. Bunlar; hastanın yaşının küçük olması, eğriliğin erken başlangıçlı olması (kızlarda menarş dönemi öncesi), Risser ölçütü (kemik gelişimine göre gelişim dönemlerini belirleyen 0-5 arasında evrelendirilen ölçüt), adet görüp görmemesi, eğriliğin tipi ve eğriliğin derecesidir (Bunnell, 1986). Eğriliğin gidişatı tedavi seçeneğinin belirlenmesi için oldukça önemlidir. Nachemson'a (1995) göre eğriliğin derecesi yükseldikçe, eğim açısının artış şiddeti de o oranda fazla olmaktadır. Weinstein ve Ponseti'nin (1983) takiplerine göre de Cobb açısı 35 derece ve üstünde olan hastaların diğer hastalara göre eğrilik ilerleyişlerinin daha hızlı olduğu hatta bu ilerlemenin gelişim dönemi tamamlandıktan 40 sene sonrasına kadar dahi devam ettiği gözlenmiştir. Dolayısı ile çocuk ve ergenlik dönemi hastalık seyri açısından kritik dönem olarak değerlendirilebilir.

2.7. AİS Tedavisi

Skolyoz tedavisine karar verilirken Cobb açısına bakılmaktadır. 25 derecenin altındaki eğriliklerde egzersiz tedavisi uygun görülürken; 25 ve 45 derece arasındaki eğimlerde korse ve ek olarak fizik tedavi uygulamaları yapılmakta (Lonstein ve Winter, 1994) 45 derece üstü eğrilikler içinse cerrahi girişimler ön plana çıkmaktadır (Bridwell, 1999). Cerrahi tedavi dışında kalan korseleme ve egzersiz gibi tedaviler konservatif tedavi adı altında toplanmaktadır. Herhangi bir tedavi gerekmediği durumda ise gözlem ile hasta belirli aralıklarla takip edilmektedir.

2.7.1 Gözlem

Gelişimini tamamlamamış hastalarda 20 dereceden az olan eğrilikler %22 oranında ilerleme riski taşırken, gelişimini tamamlamış hastalarda bu oranın yalnızca %1.6 olduğu düşünülmektedir (Lonstein ve Carlson, 1984). Bu sebeple hekimler bu hastaları genellikle gözlem yolu ile takip ederler. Gözlem yolu ile takip, eğim derecesi 20'den az olan hastaların belirli aralıklarla radyolojik inceleme ve elle muayene ile takip edilmesini içerir. Gözlemler sırasındaki 5 derecelik hızlı bir artış korse kullanımına geçiş açısından kriter oluşturmaktadır (Haasbeek, 1997).

2.7.2.Korse Tedavisi

Korse tedavisi eğim açısı üzerinde etkisi olduğu bilinen en yaygın konservatif tedavi yöntemidir. Kemik gelişimini tamamlamamış hastalarda, 25 derece genellikle korse tedavisine başlama kriteri olarak kabul görmektedir (Lonstein ve Winter, 1994). Korse tedavisi, kemik olgunluğuna ulaşmayan hastalarda eğriliği düzeltme amaçlı değil; eğriliğin agresif ilerlemesini yavaşlatarak ameliyat ihtimalini azaltma amaçlı kullanılmaktadır (Weinstein, Dolan, Wright ve Dobbs, 2013). Korse tedavisinde etkinlik değerlendirilirken, korsenin kullanılacağı süre, saat olarak da önemlidir. Ne kadar uzun süreli saatlerde kullanım sağlanırsa korsenin de o kadar etki gösterdiği bilinmektedir (Weinstein vd., 2013). Korseleme yöntemleri de kendi içinde değişiklik göstermektedir. İdiopatik skolyozun kontrolünde kullanılan ilk

korse olan Milwauke korsesi omurgaya gereken noktalarda basınç uygulamaktadır. Banyo ve egzersiz saatleri dışında 23 saat kullanımı gerekmekte olup dış görünüşü bakımından rahatsızlık verdiği için daha çok ileri derecedeki eğriliklerde kullanılmaktadır (Erşen, Bilekli, Bilgiç, Oğuz ve Şehirlioğlu, 2012). Milwauke korsesinin kullanışlılığını daha da arttırmak adına, kozmetik açıdan gizlenebilir bir korse olan Boston korsesine geçilmiş olup kullanımı 18-23 saat arasında önerilmiştir (Emans, Kaelin, Bancel, Hall ve Miller, 1986). Günümüzde hala bu korselerin kullanımı geçerli olmakla beraber bunların yanı sıra omurganın hareketine izin veren Spine Cor dinamik korseler, bilgisayarda eğriliğe özel noktalara basınç uygulanması için tasarlanan Rigo sistemi, Cheneau ve Gomez korseler de mevcuttur (Yılmaz, 2015).

2.7.3 Egzersiz Tedavisi

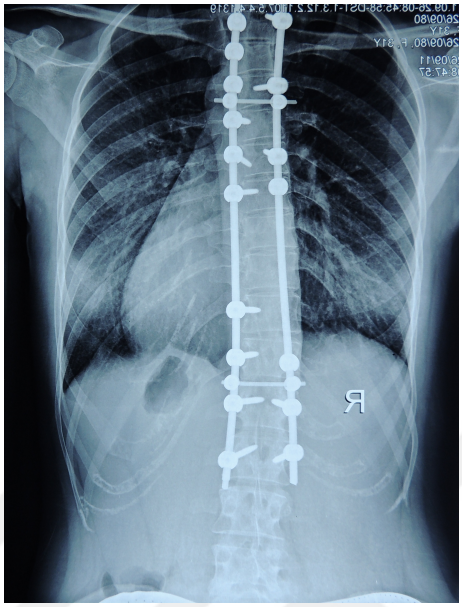
Günümüzde 15-20 derecelik eğriliklerde korse kullanımının yanında egzersiz tedavisi de uygulamalarda yerini almaktadır (Lonstein, 1995). Egzersiz programları uygun egzersizlerin uygulanmasının yanı sıra oturma ve ayakta durma pozisyonunun belirlenmesi ve bunun gibi yaşamsal düzenlemeleri de içermektedir. Farklı tedavi protokolleri içeren birçok egzersiz yöntemi olmakla beraber bunlardan en yaygın olanı ve üzerinde akademik çalışma yapılanı Schroth metodudur. İlk kez Katharina Schroth tarafından geliştirilen egzersiz programı 1973 yılında Christa Lehnert-Schroth tarafından düzenlenerek uygulayıcılara kılavuz olarak sunulmuştur (Lehnert-Schroth, 2007). Tedavi hedefleri arasında eğimin durdurulması, eğimin artmasına sebep olduğu düşünülen postural duruş konusunda eğitim, evde egzersizi pekiştirme ve ağrı ile baş etme teknikleri geliştirmeyi içermektedir. Terapistin elle bir takım müdahalelerini de içeren egzersizde hastalara aynı zamanda ayna karşısında postürlerini yönetme ve doğru nefes alıp verme yöntemleri de öğretilmektedir (Akt; Weiss, 2011). 50 AİS hastası ile Schroth metodu uygulanarak yapılan 6 haftalık egzersiz programında haftanın 5 günü, günde 4 saat olmak üzere hastalara uygulama yaptırılmıştır. Sonucunda, 6 hafta, 6 ay ve 1 senelik takiplerde hastaların eğim açılarında 4 ile 11 derece arasında değişen azalma görülmüştür. Hastaların estetik

görünümlerinde düzelmenin yanı sıra kas güçlerinde de artış tespit edilmiştir (Otman, Kose ve Yakut, 2005). Korse kullanımı ile daha etkili sonuçlar veren program aynı zamanda gündelik yaşamlarında postürlerine ilişkin eğitimi de içermektedir. Tedavi etkinliğine ilişkin çalışmaların sonuçlarına göre, Schroth metodu; kas yapısını güçlendirmede, nefes teknikleri kazandırmada, ağrı kontrolü sağlamada, eğimin ilerlemesini yavaşlatmada, Cobb açısını düşürmede ve ameliyata gitme oranındaki düşüşte etkili olduğu gibi bu yöntemin beden memnuniyeti ve yaşam kalitesi üzerinde de olumlu etkileri olduğu bilinmektedir (Berdishevsky vd., 2016). Tüm bu konservatif tedavilerin etkinliğine ilişkin çelişkili bilgiler olmakla beraber uygulamada sonuç alınamadığı durumda son seçenek cerrahi yöntem olarak belirmektedir.

2.7.4. Cerrahi Tedavi

Cerrahi tedavi seçeneği; idiopatik skolyoz hastalarında korse kullanımı ve egzersizler sonuç vermediği; Cobb açısının 50 derece ve üzerine çıktığı durumlarda gündeme gelmektedir. Karar vermede en önemli etkenlerden birisi ise kemik olgunluğudur. Eğer eğim açısı 40-50 dereceyi buluyorsa, hasta gelişim dönemini tamamlamamış olsa dahi ameliyat seçeneği düşünülmektedir. Ameliyata karar verildiği noktada ise en önemli hedef omurgayı mümkün olduğu kadar hareketli bırakmak, solunum ve nörolojik fonksiyonlara zarar vermemektir (Bridwell, 1999). AİS hastalarında en sık kullanılan cerrahi yöntemler; posterior füzyon, manyetik rod ve sliding tekni̇kleridir. Posterior füzyon tekniğinde omurlar birbirlerine metal kafesler veya kemik tozları ile sabitlenerek eğrilik düzeltilir ve büyüme durdurulur. AİS hastalarında en çok kullanılan teknik posterior vida bazlı cerrahi tekniğidir. (Betz vd., 1999). Manyetik rod ve sliding yöntemi ise gelişimi devam eden 10 yaş altı erken başlangıçlı skolyoz hastalarında, omurga gelişimini engellememesi sebebi ile tercih edilmektedir. Omurgadaki eğrilik gelişime uyum sağlayan manyetik rodlar ile düzeltilirken eğriliğin ilerlemesi de durdurulabilmektedir (Akbarnia, Marks, Boachie-Adjei, Thompson ve Asher, 2005). Posterior yöntem ile ameliyat olmuş AİS hastasının radyolojik görüntüsü Şekil 2.3.'de gösterilmiştir.

Şekil 2. 3. Ameliyat Olmuş AİS Hastasına İlişkin Radyoloji Görüntüsü



Tüm bu ameliyat tekniklerinin ortak bir takım riskleri vardır. Bilinen en belirgin komplikasyonlar ise;

- Damarsal ve iç organlarla ilgili hasar
- Hemodinamik hasarlar (Kanama)
- Nörolojik komplikasyonlar
- Mide ve bağırsak problemleri
- Enfeksiyonlar
- İmplantların (omurgayı sabitlemek adına kullanılan materyaller) hatalı yerleşimi (eğimi düzeltmek için yerleştirilmesi gereken yerden farklı bir yere yerleştirilmesi)
- Eğrilikte artış (kemik gelişimi tamamlanmadan gerçekleşen ameliyatlarda)

şeklindedir (Hawes, 2006). Nörolojik hasarlara bağlı gelişen komplikasyonlarda kısmi ya da total parapleji (boyundan aşağısının felç olması) veya perifer sinir hasarı gelişebilirken bunun sebepleri arasında sinir hücrelerinin implantlar tarafından

baskılanması (Rittmeister, Leyendecker, Kurth ve Schmitt, 1999), metabolik ve damarsal sebepler, implantların omurilik kanalına geçmesi (Papin, Arlet, Marchesi, Rosenblatt ve Aebi, 1999) ve implantların kırılması olarak belirtilmektedir (Eck vd., 2001). Bunlara ek olarak omurgada hareket kaybı da ameliyatın kaçınılmaz bir sonucudur. Omurgada yapılan düzeltme ve sabitleme işlemi sonucunda (spinal füzyon) düzeltme yapılan kısımlarda, hatta bazen yapılmayan kısımları dahi etkileyen, kalıcı olarak %20-60 oranında değişen hareket kaybı yaşanmaktadır (Moreland, 2001). Hareket kaybı olan bölgelere ise gereğinden fazla yük bindiği için dejeneratif (bozulma ile giden) osteoartrit ve stres kırıkları olma ihtimali söz konusu olabilmektedir (Fuchs, Bertrand, Iwinski ve Pellet, 2001). Ameliyat sonrasında, mekanizması henüz bilinmemesine rağmen sırt ve boyun bölgesinde artan ağrı gözlenmekte olup bu hastaların ameliyat sonrası 2 ila 8 sene sonrasında tekrar ameliyata başvurdukları da gözlenmektedir (Cook, Asher, Lai ve Shobe, 2000).

Ameliyatın yine bilinen komplikasyonlarından birisi enfeksiyonlara açık olma durumudur. Enfeksiyonlar ameliyat esnasında implantların iltihaplanması ile otoimmün tepkiler sonucunda kemik sağlığının kötüleşmesi ile sonlanabilirken (Gaine, Andrew, Chadwick, Cooke ve Williamson, 2001), hastalar ameliyat sırasındaki kan nakli ve sonrasındaki her türlü tıbbi girişimlerde enfeksiyona ve kan yolu ile bulaşabilen hastalıklara yatkın hale gelebilmektedirler (Nuttall vd., 2000). Son olarak, erken yaşlarda kemik gelişimi tamamlanmadan yapılmak durumunda kalınan ameliyatlarda, gelişimin devam etmesine bağlı olarak omurganın da gelişmesi sebebi ile düzeltmenin olmadığı bölgede eğrilme ya da rotasyon gözlenmesi ameliyat sonrası gözlenen komplikasyonlar arasındadır (Lee ve Nachemson, 1997).

Buraya kadar tıbbi açıdan AİS, tedavileri, tedaviye karar verme kriterleri ve tedavilerin olası sonuçları tanıtılmıştır. Hem hastalığın ilerleyişi hem de tedavi seçeneği konusundaki belirsizlikler; tıbbi açıdan bir takım güçlükleri beraberinde getirebileceği gibi ergenlerin psikolojisi üzerinde de bir takım etkileri vardır. Aileler de bu sürecin hemen her aşamasına dahil olduğu için AİS sadece tıbbi değil bir o kadar da psikososyal bir yaşantıdır. Dolayısı ile biyopsikososyal model kapsamında

değerlendirilmesi uygun görülen AİS'in psikolojik ve sosyal kısımları sonraki bölümlerde ayrı ayrı ele alınacaktır.

2.2. PSİKOLOJİK AÇIDAN AİS

Biyopsikososyal model bağlamında AİS'in, tanı almış ergenin psikolojik yaşantısında da önemli etkileri olacağı aşikârdır. Yukarıda tıbbi boyut altında ele alındığı üzere AİS'in tanısal özellikleri açısından ilk planda gelen eğriliğin derecesidir. Bu dereceye bağlı olarak belirlenen egzersizden; korseye ve cerrahi müdahaleye uzanan yelpazedeki tedavi opsiyonları düşünüldüğünde; tüm bu tıbbi parametrelerin AİS tanısı almış ergende bedeninin nasıl göründüğüne ilişkin; bir başka deyişle beden imgesi ile ilgili sorunlar yaşamasına sebebiyet vermesi olasıdır (Goldberg vd., 1994). Bedensel değişimlerle karakterize ergenlik döneminde bireyin, bedeni ile kurduğu ilişkinin boyutu düşünüldüğünde bir de AİS ile beraber gelen beden imgesine dair sorunların yükü kritik önem taşımaktadır. Hem beden imgesi gibi pek çok psikolojik faktör üzerinde olumlu etkisi (Wasylkiw, MacKinnon ve MacLellan, 2012) hem de bedensel iyi oluşa katkısı (Hall, Row, Wuensch ve Godley, 2013) olduğu bilinen öz-şefkat de AİS bağlamında kritik olabileceği düşünülen bir başka kavramdır. Yine hem AİS hem de beden imgesi bir arada düşünüldüğünde bu ikisi açısından önemli olabilecek bir diğer sonuç değişkeni ise depresyondur (Freidel, vd., 2002; Przezdziecki vd., 2013).

Tüm bu bilgiler ışığında, psikolojik açıdan AİS başlığı kapsamında öncelikle AİS'in önemli psikolojik etkilerinden biri olan beden imgesi kavramı tanıtılacak, yordayıcıları ele alınacak, tıbbi hastalıkların beden imgesi gelişimindeki rolü irdelenecek sonrasında ise beden imgesine ilişkin sorunların psikolojik sonuçları değerlendirilecektir. Ardından, AİS ile ilişkisi olduğu düşünülen öz-şefkat kavramı tanıtılacak ve ilgili literatür bilgisi verilecektir. Son olarak da AİS hastalarında depresyonun yeri ve rolü kısaca gözden geçirilecektir.

2.2.1. Beden İmgesi

Beden imgesi kavramının tanımlanması ve adlandırılmasına ilişkin literatürde ortak bir noktada toplanılamamıştır. Sıklıkla literatürde, beden imgesi, beden memnuniyetsizliği, beden şeması, beden çarpıklığı, beden imgesi bozukluğu ve beden dismorfik bozukluğu gibi farklı isimler altında farklı tanımlamaların olduğu dikkati çekmektedir. Beden imgesine ilişkin en kapsamlı tanımlama Cash ve Pruzinsky (1990) tarafından kişinin kendi bedenine yönelik algısı ve tutumlarını içeren; düşünce, duygu, inanç ve davranışlarını kapsayan çok boyutlu bir kavram olarak yapılan tanımlamadır. Cash ve Pruzinsky'e göre beden imgesinin algısal ve tutumları içeren iki boyutu vardır. Beden imgesinin algısal boyutu kişinin bedeninin görünümüne ilişkin zihinsel temsilini içerir; bu temsil gerçek beden görünümünden ne denli farklılaştığına göre, doğru algı, bedenini olduğundan kötü (örneğin, şişman) algılama ve bedenini olduğundan iyi (örneğin, zayıf algılama) şeklinde üç farklı şekilde değerlendirilir (Slade, 1994). Beden imgesinin tutumsal boyutu ise beden memnuniyet düzeyi olarak kavramsallaştırılmakta ve kişinin beden görünümünden ne denli memnun olduğunu ele almaktadır. Beden memnuniyet düzeyi bireyin gerçek beden görünümü ile ideal beden görünümü arasındaki farkla işlemselleştirilmektedir. Şayet fark yok ise kişinin bedeninden memnun olduğu varsayılmaktadır (Williamson, Gleaves, Watkins ve Schlundt, 1993). Sonuç olarak beden imgesinin gelişiminde hem algısal hem de tutumsal olmak üzere bu iki yapıyı da incelemek önemlidir.

Slade'e (1994) göre beden şeklinin ve boyutunun zihindeki temsili olan beden imgesi, tarihsel, kültürel, kişisel ve biyolojik faktörlerden de etkilenen bir yapıdır. Bu doğrultuda bir sonraki bölümde beden imgesinin gelişiminde rol oynadığı öngörülen bu belirleyicilerden en önemlileri olan kültür, medya ve aile-akran etkilerine daha detaylı yer verilecektir.

2.2.1.1. Beden İmgesinin Belirleyicileri

Beden imgesi oluşurken içinde bulunan kültürden, ilişkiler ağından ve medyadan oldukça etkilenmektedir. Bu etkilerden ilk olarak kültürün etkisine değinilecektir.

2.2.1.1.1.Kültür

Sosyokültürel bakış açısından bakıldığında içinde bulunulan kültür birçok alanda olduğu gibi beden imgesinin oluşumunda da oldukça güçlü bir etkiye sahiptir. Beden şekline ve fiziksel görünüme ilişkin yapılan değerlendirmeler, içinde yaşanılan kültürün değerlerinden etkilenmektedir ve bu değerlendirmeler kültürden kültüre değişiklik göstermektedir (Jackson, 2002). Örneğin, geleneksel toplumlarda kilolu olmak refah düzeyinin ve sağlığın göstergesi iken, batı toplumlarında tembellik ve yetersiz öz kontrole işaret etmektedir. Beden imgesine ilişkin kültürlerarası karşılaştırmalar yapıldığında, özellikle batılı toplumlarda fiziksel çekicilik ön planda iken aynı zamanda bu kişilerin olumlu karakter özelliklerine sahip kişiler olduklarına yönelik de bir algı söz konusudur (Jackson, 2002). İngiliz, Kenya'lı ve Kenya'da doğmuş ancak İngiltere'de büyümüş toplam 45 kadınla yapılan kültürlerarası karşılaştırma çalışmasının bulgularına göre, İngiliz ve İngiltere'de yetişmiş Kenyalılar, ince kadın bedenini daha çekici bulurken, Kenya'da doğup büyümüş kişiler ince olmayan kadın bedenini daha çekici buldukları tespit edilmiştir (Furnham ve Alibhai, 1983). Dolayısı ile içinde yaşanılan kültür bedenle ilgili değerlendirmeleri değiştirebilmektedir. Ancak, kültürün beden imgesi üzerindeki etkisi bilinse de bu etkileri ayrıştırmak için daha fazla kültürlerarası karşılaştırma çalışmalarına ihtiyaç olduğu söylenebilir.

2.2.1.1.2. Medya etkisi

Medyanın da tüm bu bedene ilişkin değerlendirmeleri ve kültürel normları şekillendirmede, geniş kitlelere hitap edebilme açısından etkisinin önemli bir yeri vardır. Medyada idealize edilmiş beden şekillerinin sıkça yer alması pek çok kişiyi

özellikle de kadınları olumsuz etkilemekte ve beden memnuniyetsizliğini arttırmaktadır (Ogden ve Mundray, 1996). Özellikle medyada gösterilen beden odaklı reklamlar; beden odaklı olmayan reklamlara göre kişilerde bedenleri ile ilgili şemaları aktive ederek beden memnuniyetsizliğini ve olumsuz duygu durumu arttırmaktadır. Bu etkinin özellikle ergenlerde daha fazla olduğu bilinmektedir (Hargreaves ve Tiggemann, 2002). Günümüzde kullanımı yaygın olan ve her yaş grubuna hitap eden sosyal medyanın da ergenlerin olumsuz beden imgesi geliştirmelerine katkıda bulunduğu düşünülmektedir. 12-18 yaş arası 103 ergen ile yapılan sosyal medya çalışmasında, Facebook üzerinden bedensel görüntülere maruz kalan kişilerin, zayıflığa olan istekleri, beden ve vücut ağırlıklarına ilişkin memnuniyetleri ve beden görünümlerini karşılaştırma eğilimleri incelenmiştir. Çalışma bulgularına göre Facebook'ta harcadıkları zaman ve fotoğraflara maruz kalma süreleri arttıkça, daha fazla kilo memnuniyetsizliği ve inceliğe ilişkin daha fazla arzu duydukları gözlenmiştir. Ayrıca fotoğraf paylaşımları ve oradan gelebilecek beğenilerin de bu süreci hızlandırdığı düşünülmektedir (Meier ve Gray, 2014). Yine, 112 Facebook kullanıcısı üniversite öğrencisi ile yapılan deneysel bir çalışmada, Facebook'taki bedensel görünüme ilişkin görüntülere maruz kalan kadınlar; internet sitelerindeki nötr görüntülere maruz kalan kişilere göre daha olumsuz duygu durum deneyimlemişlerdir (Tiggemann, 2014). Henüz çok yeni olan sosyal medyanın ergenler üzerindeki olumsuz etkileri üzerine daha fazla boylamsal çalışmalara ihtiyaç vardır.

2.2.1.1.3. Aile ve Akran Etkisi

Üçlü etki modeline göre, beden imgesinde rol oynayan tek faktör medya değildir. Bu modele göre bireyler beden memnuniyetsizliğini genellikle aile, arkadaş ve medya etkisi ile edinirler. Bu etkilerin gücü medyadan gelen bilgilerin içselleştirilmesi ve sosyal olarak görünümlerin karşılaştırması ile artar. Bunun sonucunda ise beden imgesinde çarpıklık ve yeme bozukluğu gibi durumlar oluşur (Thompson, Covert, Richards, Johnson ve Cattarin, 1995; Thompson, Heinberg,

Altabe ve Tantleff-Dunn, 1999). Dolayısı ile medya kadar sosyal çevre ve aile de ergenlik döneminde beden imgesi gelişimi açısından oldukça belirleyicidir.

Sosyal çevre ve aile, beden imgesi gelişimi açısından ergenlik döneminde oldukça belirleyicidir. Bu dönemde sıklıkla akranları ile etkileşimde olan ergenlerin bedenlerinin görünümlerini akranları ile kıyasladıklarında olumsuz duygu yaşadıkları ve bu etkinin medyanın etkisinden daha fazla olduğu bilinmektedir. (Ferguson vd., 2014). Bu durumun sadece ergenlik dönemi ile başlamadığını daha küçük yaşlarda da beden memnuniyetsizliğinin akran ve medya etkisi ile edinilmeye başladığını gösteren çalışmalar da vardır. Dohnt ve Tiggemann'ın (2006) 5-8 yaş kız çocukları ile yaptığı çalışmada; örneklemde yer alan katılımcıların bedenleri ile ilgili algıladıkları memnuniyetsizlik olduğunda kendilerinde de memnuniyetsizlik algılama eğilimlerinde oldukları ve buna ilişkin diyet yapma davranışı gösterdikleri bulgulanmıştır. Buna ek olarak müzik programları izleyen, yetişkinlere yönelik magazin dergisi okuyan çocukların bedenlerine yönelik memnuniyetsizliklerinin çocuk programı izleyen çocuklara göre daha fazla olduğu gözlenmiştir. Dolayısı ile akran ve medyanın beden memnuniyeti üzerindeki etkisi hem çocuklarda hem de ergenlerde ileri yaşta oluşabilecek psikolojik etkileri arttırıcı rol oynayabilir.

Aile de beden imgesi oluşumunda önemlidir. Sosyal öğrenme kuramına göre aile sadece çocuğun davranışları üzerinde değil bedenine ilişkin değerlendirmeleri üzerinde de model olma ve geri bildirim verme yolu ile etkilidir (Bandura, 1977). Ergenlik döneminde, hem erkekler hem de kadınlar annelerinden ve babalarından bedenlerinin sosyal olarak ideal görünümde olup olmadığına ilişkin mesajlar algılamaktadır. Hatta bu algı beden kitle endeksi yüksek olan ergenlerde daha fazla olup genellikle kilolarına, kas miktarlarına ve bedenlerine yönelik genel bir algıyı içermektedir (McCabe ve Ricciardelli, 2001). Ayrıca ergenler aile ve akranlarından kilo vermelerine ilişkin baskı gördükleri zaman öz güvenleri olumsuz yönde etkilenmekte, idealize ettikleri beden görünümleri farklılaşmakta ve yeme davranışları bozulmaktadır (Ata, Ludden ve Lally, 2007). Görüldüğü gibi beden imgesi çok boyutlu bir kavram olup, psikolojik ve sosyal açıdan pek çok faktörle etkileşim içerisindedir. Dolayısı ile psikolojik bir takım sonuçları olması da ön

görülebilir. Bu sebeple bir sonraki bölümde beden imgesinin psikolojik sonuçları literatür bağlamında ele alınacaktır.

2.2.1.2. AİS'de Beden İmgesi

AİS, çocukluk ve ergenlik yıllarında başlayan ve yaşam boyu süren kronik bir hastalık iken, beden imgesi de ergenlikte oluşan ve kişinin yetişkinlik yaşamını da etkileyen bir durumdur. Literatürde beden imgesi kavramı kronik hastalıkların yanı sıra AİS hastalarında beden memnnuniyetsizliği olarak çalışılmaktadır. Ancak genellikle çalışmalar tıp literatüründe yapıldığından psikososyal olarak ele alınmasında eksiklikler olduğu gözlenmektedir. Bu bölümde ise AİS hastalarındaki beden memnuniyetsizliğinin incelendiği çalışmalara yer verilecektir.

Literatürde AİS hastalarında beden memnuniyetsizliğine ilişkin çalışmalar kısıtlı ve çelişkili olmasıyla beraber genellikle tedavi öncesinde, sırasında ve sonrasında hastaların beden memnuniyetsizliğini inceleyen çalışmalara rastlanmaktadır. Skolyoz hastalarında tedavi yöntemi fark etmeksizin hem kadın hem erkek hastalarda bedene ilişkin olumsuz değerlendirmeler gözlenmektedir (Goldberg vd., 1994). Korse kullanımına ilişkin beden memnuniyetsizliğini araştıran çalışmalarda; bazı araştırmacılar korse kullanımın beden memnuniyetsizliğini etkilemediğini düşünürken (Ólafsson, Saraste ve Ahlgren, 1999; Saccomani, Vercellino, Rizzo ve Becchetti, 1998) bazı çalışmalar ise olumsuz yönde etkilediğini düşünmektedir. Noonan ve arkadaşlarının (1997) korse kullanan, ameliyat olan skolyoz hastaları ve sağlıklı grup ile yaptığı 4 yıllık takip çalışmasında, beden bölgelerinin gövde kısmını ele alan maddelerle ilgili memnuniyetlerinin daha az olduğunu tespit etmiş ve bu etkinin ameliyat sonrasında da devam ettiğini göstermişlerdir. Korse kullanan kişilerde ise beden memnuniyetsizliği kullanmayanlara göre daha fazla iken bu etki korse tedavisi sonlandıktan uzun süre sonra dahi devam etmektedir (Danielsson, Hasserius, Ohlin ve Nachemson, 2012). Beden üzerindeki bu memnuniyetsizlik Cobb açısı ile orantılı iken, 40 derece üzerindeki açılarda daha olumsuz beden imgesi gözlenmektedir. Hatta bu hastaların ameliyat sonrasındaki beden memnuniyetleri de Cobb açısının ameliyat sonrasında

ne kadar aza indirildiği ile ilişkilidir (Watanabe, Hasegawa, Hirano, Uchiyama ve Endo, 2007). Ayrıca, eğriliğin olduğu torakalomber ve lomber bölgelerin ameliyat ile düzeltilmesi sonucunda ise beden memnuniyetinin daha fazla arttığı bulgulanmıştır (White, Asher, Lai ve Burton, 1999).

Ameliyat olan AİS hastalarının korse kullanan hastalara göre daha olumlu beden imgesi geliştirdiği; hatta bu durumun birden fazla ameliyat geçiren kişilerde de aynı olduğu gözlenmektedir. Korse tedavisinin beden imgesini ameliyattan daha olumsuz yönde etkilemesinin sebebi, kullanımının uzun süre olması ve benlik gelişiminin oluştuğu ergenlik dönemine denk gelmesi olarak düşünülmektedir. Dolayısı ile ergenlik çağında bu tedaviye maruz kalmak, sonrasında bedene ilişkin kalıcı olumsuz etkiler yaratabilmektedir (Fällström, Cochran ve Nachemson, 1986).

Ameliyat tedavisi ile skolyoza ilişkin deformitenin ortadan kalkması ile bedene ilişkin memnuniyetin arttığını gösteren çalışmalar olsa da (Zhang vd., 2011; Fällström vd., 1986) ameliyata rağmen de bedene ilişkin memnuniyetsizliğin devam edebildiği durumlar olmaktadır. Bu memnuniyetsizliğin sebeplerinden birisi ameliyat sonrasında kalan ameliyat izleridir. Bu izler ameliyat geçirmiş hastaların sırtlarının görünüşü ile ilgili memnuniyetlerini azaltmaktadır (Watanabe vd., 2007). Ameliyatın temel hedeflerinden biri olan eğim açısının azaltılması dışında kalan ameliyat izi, omuzda ve baş bölgesinde olan asimetrik deformiteler genellikle hastaların memnuniyetsizliğini etkilerken; ameliyatı gerçekleştiren ortopedistlerin gözünde genellikle aynı öneme sahip olmamaktadır. Çoğunlukla ameliyat başarısını, açının komplikasyon olmadan azaltılmasına bağlayan ortopedistlerin; hastaların kozmetik kaygılarını, hastanın gözünden göremedikleri düşünülmektedir (Buchanan, Birch, Morton ve Browne, 2003). Ayrıca, ameliyatın beden görünümü üzerindeki sonuçlarına ilişkin memnuniyetin de hastaların ameliyat öncesi psikolojik durumları ile oldukça ilişkili olduğu düşünülmektedir. Öykülerinde, yalnızlık, mutsuzluk, kaygı, olumsuz benlik algısı ve ilişkisel problemler olan kişiler ameliyat sonrasında diğerlerine göre beden görünümüne ilişkin sonuçlardan daha az memnun kalmaktadırlar. Bu kişilerin ameliyat sonrası sırtlarının önceden olduğundan daha kuvvetli olacağına ve görünümlerinin düzeleceğine ilişkin inanışları da diğer gruba göre daha olumsuz ve beklentileri de daha yüksektir. Ayrıca, bu hastaların

ameliyattan önceki beden memnuniyeti düzeyleri de diğer hastalara göre daha düşüktür (Koch vd., 2001).

Çocukluk ve ergenlik döneminde tanı alan ve ilerleyişi belirsiz olan skolyoz hastalığı beden postüründe ciddi bozulmalara sebep olabilmektedir (Payne vd., 1997). Ergenlik döneminin akran grupları ile birbirlerini bedensel olarak en çok kıyasladıkları dönem olduğunu düşünürsek bedenlerinde akranlarından farklı herhangi bir deformite ergenlerde olumsuz duygu duruma sebebiyet verebilmektedir (Ferguson vd., 2014). Birbirinden farklı kronik hastalığı olan çocuklarla yapılmış 387 çalışmadan oluşan metaanalitik bir çalışmanın bulgularına göre, hastalıkların içinden en fazla beden memnuniyetsizliği olanlar, obezite, kistik fibroz ve sonrasında ise skolyoz hastalığına sahip çocuklar olduğu sonucu çıkarılmıştır (Pinquart, 2013). Beden memnuniyetsizliğinin AİS vakalarında ne denli önemli olduğunu vurgulayan yukarıdaki çalışmaların yanı sıra, beden memnuniyetsizliğinin çeşitli psikolojik sonuçlarına da değinmek ve bu sonuçların AİS hastalarında ne denli geçerli olduğunu da gözden geçirmek önemlidir. Örneğin 685 AİS hastası ile yapılan çalışmada, ergenlerin beden imgesi, sosyal ilişkiler, alkol tüketimi ve intihar düşünceleri sorgulanmıştır. Çalışma bulgularına göre, ergenlerin beden görünümleri, gelişimleri ve akran ilişkileri konusunda kaygılı oldukları ve intihara yönelik düşüncelerinin sağlıklı gruba göre yüksek olduğu tespit edilmiştir (Payne vd., 1997). Beden memnuniyetsizliğinin bir diğer önemli sonucu olan yeme bozukluğunun varlığı AİS grubunda henüz net olmasa da anoreksiy nervosa (AN) yaygınlığı bu grupta göze çarpmaktadır (Alborghetti vd., 2007; Zaina vd., 2017). Buradan bakıldığında, AİS de dahil olmak üzere kronik hastalıklarda beden imgesi pek çok psikolojik güçlüğe sebebiyet verebilmektedir. Bu psikolojik sorunların başında ise yeme tutum, davranış ve bozuklukları ile depresyon gelmektedir. Her ne kadar AİS grubuyla yapılan çalışmalar genellikle beden imgesinin sonuçlarından ziyade ilişkili olduğu kavramları incelemekte ve bu sonuçlara ilişkin kısıtlı bilgi vermekte olsa da sonraki iki bölümde bu iki temel sonuç ve bunlar ve AİS ile ilgili araştırmalar kısaca özetlenecektir.

2.2.1.3. Beden İmgesinin Psikolojik Sonuçları

Beden imgesi ile ilgili sorunlar klinik açıdan bireylerde beden imgesinde, yeme tutum ve davranışlarında bozulmalara ve bunun da ötesinde yeme bozukluğuna yol açabilmektedir. Dolayısı ile bu kısımda bu bilgilere ilişkin literatür bilgisi verilecektir.

2.2.1.3.1. Beden İmgesi, Yeme Tutumları, Yeme Davranışları ve Yeme Bozukluğu

Kişilerin beden imgesine yönelik algıları çeşitli sebeplerle olumsuz yönde etkilenebilir. Bunlardan birisi hastalık durumudur. Herhangi bir hastalık tanısı alan kişinin sağlıklı kişilere kıyasla bedeninden; özellikle de hastalıkla ilişkili beden bölgelerinden daha fazla memnuniyetsiz oldukları bilinmektedir (Schwab ve Harmeling, 1968). Literatüre bakıldığında, kronik hastalıklarda beden memnuniyetsizliğine ilişkin çalışmalar mevcuttur. Yaş ortalamaları 15 olan 36,254 lise öğrencisinin katıldığı bir çalışmada; serebral palsi, kas hastalığı, artrit, diyabet, skolyoz veya epilepsi gibi kronik bir hastalığı olduğu tespit edilen ergenlerin olmayanlara kıyasla daha olumsuz beden imgesine sahip oldukları sonucuna varılmıştır (Wolman, Resnick, Harris ve Blum, 1994). Özellikle kanser tanısı alan ergenlerde tedavi ile beraber pek çok fiziksel değişim kısa sürede meydana gelmektedir. Cilt renklerinde solgunluk, saçların ve kaşların dökülmesi, tedaviye bağlı kateter takılması; hastaların akranlarına kıyasla "normal dışı" göründüğünü düşünmesine sebebiyet verebilmektedir. Saç dökülmesi başta olmak üzere bu değişimler ergenlerin bedenlerini olumsuz algılamalarına; kendilerini çirkin ve hasta görünümlü hissetmelerine sebep olduğu için her türlü sosyal etkileşimden uzak durma eğiliminde olmaktadırlar (Larouche ve Chin-Peuckert, 2006). Ayrıca ergenler için beden görüntüsü sosyal olarak kabul edilmenin kriterlerinden biri gibi algılandığı için bedenlerindeki bu ani değişimler akranları tarafından kabul edilişlerine tehdit oluşturmaktadır. Dolayısı ile bedenlerinin bu görünümleri ile kabul edilemeyeceklerini düşündükleri için sosyal olarak geri çekilmeyi tercih etmektedirler. Bir kısmının ise bu durumla ebeveynlerinden gelen sosyal destek

sayesinde uyumlu baş edebildikleri de bilinmektedir (Williamson, Harcourt, Halliwell, Frith ve Wallace, 2010). Çalışmalarda görüldüğü gibi, beden görünümünde bozulma ile sonuçlanan bir hastalığa sahip olan kişiler, bu biyolojik değişimleri sebebi ile psikolojik ve sosyal pek çok güçlüğü beraberinde deneyimleyebilmektedirler.

Yeme tutumları; yeme ile ilgili meşguliyeti içeren; yeme bozukluklarından farklılaşmakla beraber temelini oluşturduğu düşünülen bir kavramdır. Beden imgesinin de önemli bir sonucu olan yeme tutumlarındaki bozulma (Örn; Van den Berg, Thompson, Obremski-brandon ve Coovert, 2002) genellikle yeme bozukluğu ile iç içe geçebilmektedir. Yeme davranışındaki bozulma sıklıkla yeme tutumu testi ile ölçülmektedir. Testten alınan yüksek puanlar ise çoğunlukla yeme tutumundaki bozulmanın ciddiyetine işaret etmektedir. Tutumlardaki bozulma, yeme bozukluğu için risk niteliği taşısa da her zaman yeme bozukluğu olduğu anlamına gelmemektedir (Garner ve Garfinkel, 1979). Beden memnuniyetsizliğinin önemli bir sonucu olduğu düşünülen yeme tutumlarındaki bozulma, özellikle riskli grup olan ergenlerde gözlenebilmektedir (Bas, Aşçı, Karabudak ve Kızıltan, 2004). 16-18 yaş arasındaki ergenlerle yapılan bir çalışma, yeme tutumlarındaki bozulmada hem beden memnuniyetsizliğinin hem de kültürün etkisi olduğunu göstermiştir (Kadriu, Kelpi ve Kalyva, 2014). Dolayısı ile kültür, beden imgesini etkilediği (Jackson, 2002) gibi yeme tutumları üzerinde de belirleyicidir.

Beden imgesindeki bozulma, yeme tutumlarının yanı sıra yeme bozukluğu ile de ilişkilidir. (Fabian ve Thompson, 1989; Leon, Fulkerson, Perry ve Cudeck, 1993; Thompson vd., 1995). DSM-5 tanı sınıflamasında, Anoreksiya nervosa C kriterinde kişinin vücut biçimini nasıl algıladığına ilişkin bir bozukluktan bahsedilirken, beden kitle endeksine göre de hastalığın ciddiyeti belirtilmiştir. Bulimiya nervosa ise, kişinin kendilik değerlendirmesinin vücut biçiminden ve ağırlığından yersiz bir biçimde etkilenmesi kriteri ile bedendeki algısal çarpıklıktan çok memnuniyetsizlikle karakterize olmuştur. Anoreksiya nervosa ve bulimiya nervosa hastalarında; DSM-5'te de vurgulandığı gibi, hem algısal boyutta hem de tutuma dayalı boyutta beden imgesi sorunları gözlenmektedir. Ancak yeme tutumlarındaki bozulmada bedene

yönelik memnuniyetsizliği içeren tutumsal boyut daha fazla ön plandadır (Garner, 2002).

Hem bulimiya hem anoreksiya nervosa hastalarında (Cash ve Deagle, 1997) var olan beden ölçülerine ilişkin olumsuz yargılamalar, sağlıklı gruba göre daha fazladır ve bu kişilerin idealize ettikleri beden ölçüleri sağlıklı kişilerin idealize ettikleri beden ölçülerine göre daha incedir (McKenzie, Williamson ve Cubic, 1993). Dolayısı ile idealize ettikleri beden ölçülerine ilişkin istekleri sabit olan bu kişilerin, kendi ölçülerindeki artış ya da azalışları bedenleri ile ilgili memnuniyetsizliklerini belirlemede kriter haline gelebilmektedir (Williamson vd., 1993). Yeme bozukluğunun sebebi tek başına beden memnuniyetsizliği ya da beden imgesindeki bozulma değildir. Kronik bir hastalığa sahip olmak da özellikle ergenler üzerinde bedenleri ile ilgili memnuniyetsizliklerinin artmasına sebep olmakta; sağlıksız yollarla kilo verme davranışına sebebiyet verebilmektedir (Neumark-Sztainer, Story, Resnick, Garwick ve Blum, 1995). Literatürde farklı kronik hastalıklarda yeme tutumu ve yeme bozukluğu ilişkisi çalışılmıştır. Neumark- Sztainer ve arkadaşları (1998) kronik hastalıklarda yeme bozukluğu yaygınlığını araştırmak için yürüttükleri bir çalışmada, 9345 lise öğrencisi arasında kronik hastalığı olan 1021 kişiye ulaşmışlardır. Çalışma bulgularına göre, herhangi bir kronik rahatsızlığı olan kişilerin oluşturduğu grupta, sağlıklı gruba göre daha fazla bozulmuş yeme davranışı ile kiloya ilişkin endişelerin hakim olduğu saptanmıştır. Bu kişiler aynı zamanda daha fazla diyet yapma ve egzersiz davranışı da göstermişlerdir. Yeme bozukluğuna sık rastlanan bir başka kronik hastalık grubu ise Tip 1 diyabettir. Yaşları 12- 19 arası değişen tip 1 diyabet hastası 356 ergen ve 1098 sağlıklı kişi ile DSM-IV baz alınarak yeme bozukluğu taraması yapılmıştır. Sonuçlara göre diyabeti olan grupta diğer gruba nazaran daha fazla yeme bozukluğuna rastlanmıştır. DSM-IV'te diyabet hastalarına özel telafi edici davranış olarak kabul edilen insülin ilacı ihmalinin, bu grupta en fazla gözlenen davranış olduğu tespit edilmiştir (Jones, Lawson, Daneman, Olmsted ve Rodin, 2000).

Tüm diğer kronik hastalıklarda olduğu gibi AİS de ergenlik döneminde tanı koyulan ve yaşam boyu baş etmek durumunda olunan kronik bir hastalıktır. Bu hastaların beden görünümleri ile ilgili endişelerinin yoğun olduğu ve beden

memnuniyetsizliğinin de yeme bozukluğu ile ilişkisi olduğu (Cash ve Deagle, 1997) göz önünde bulundurulduğunda; literatürde tam olarak netlik sağlanamasa da bu ilişkiyi göstermeye çalışan araştırmalara rastlanılmaktadır. Lee ve arkadaşlarının (2005) AİS hastalarının kemik yoğunluğunu incelediği araştırmasında, nedeni bilinmese de bu hastaların kemik ölçümlerinde kemik yoğunluğunun düşük olduğu ve aynı zamanda düşük beden kitle endeksine (18.5 altı) sahip oldukları tespit edilmiştir. Bunun sebebinin kötü beslenme alışkanlıkları, düşük kalsiyum alımı, kahvaltıyı atlama ve ana öğünler yerine abur cubur türevi besinleri tüketme gibi bozuk yeme tutumu davranışları olduğu düşünülmektedir. Çalışmacılar bu bulgulardan hareketle, düşük kemik yoğunluğunun kemik erimesi riskini arttırabileceği gibi ameliyatta oluşabilecek komplikasyonlar açısından da riskli olduğunu vurgulamışlardır. Yeme bozukluklarından özellikle anoreksiya nervosa kemik erimesi açısından risk oluşturmaktadır. Bu hastalarda kemik yoğunluğu az olduğu için (Misra ve Klibanski, 2011) yeme bozukluğunun mu AİS hastalarında hastalığın gidişatını olumsuz etkilediği yoksa AİS'e sahip olmanın mı yeme bozukluğunu tetiklediği bir başka tartışma konusudur. Zaina ve arkadaşlarının (2013) 187 AİS hastası ve 93 sağlıklı ergenle ile yürüttüğü çalışmada, yeme tutumlarını ölçen EAT-26 testi ve beden kitle endeksi hesaplamaları dikkate alınmıştır. Çalışma bulgularına göre, AİS grubunda yeme bozukluğu saptanmamış ancak beden kitle endeksleri kontrol grubuna göre düşük çıkmıştır. Literatürde, bu çalışmanın bulguları ile paralellik gösteren, beden kitle endeksinin bu grupta düşük olduğunu bulgulayan çalışmalar da vardır (Perez-Prieto vd., 2015; Smith, Latchford, Hall, Millner ve Dickson, 2002). Zaina ve arkadaşları (2017) skolyoz ve yeme bozukluğu ilişkisini keşfetmek amacıyla AN hastalarının arasında skolyoz sıklığı olup olmadığını tespit etmeye çalışmışlardır. Çalışma grubu, yeme bozukluğu kliniğine başvuran AN hastalarından oluşturulurken kontrol grubu ise AİS hastalarından oluşturulmuştur. Çalışmanın bulgularına göre, neden sonuç ilişkisi kurulamasa da AN popülasyonunda AİS görülme olasılığının yüksek olduğu gözlenmiştir. 12-17 yaş arası 207 AİS hastası ile yapılan bir başka çalışmada ise, yine beden kitle endeksi ve SCID-1 yeme bozuklukları alt testi kullanılarak yeme bozukluğunun yaygınlığı araştırılmıştır. Çalışmanın bulgularına göre, yeme bozukluğu oranının normal yaygınlık sayılarına kıyasla bu grupta daha fazla olduğu tespit edilmiştir (Alborghetti

vd., 2007). Görüldüğü gibi yeme tutumları ve bozukluğunun AİS grubundaki sıklığı göz ardı edilemeyecek kadar fazladır. Ancak bu ilişkinin aydınlatılması adına nedenleri ve etki eden olası değişkenleri belirlemeye yönelik daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

2.2.1.3.2 Beden İmgesi ve Depresyon

DSM-5'e (2013) göre depresyon, üzgünlüğün, boşluk hissinin ve iritabl duygu durumun hakim olduğu, bir takım somatik ve bilişsel değişimlerin eşlik ettiği aynı zamanda işlevselliğin önemli düzeyde bozulabildiği bir psikolojik hastalık durumudur. Kronik bir hastalıkla baş ederken süreç hem uzun olduğu hem de tedavilerin getirdiği çeşitli güçlüklerin de olması sebebi ile hastalarda depresyon sıklıkla rastlanılan bir durumdur (Chapman, Perry ve Strine, 2005).

Adölesan idiopatik skolyoz hastaları tanı aldıkları süreçten itibaren; hasta ve hasta yakınları üzerinde, sosyal ve psikolojik bir takım baskılar oluşturmaktadır. Tüm bu baskılar ergenlerin duygu durumları üzerinde olumsuz etkiler bırakabilmektedir. Nitekim, 11-16 yaş AİS hastalarının sağlığa ilişkin yaşam kalitesini inceleyen bir çalışmanın bulgularına göre, AİS hastalarının, sağlıklı gruba göre yaşamları ile ilgili daha fazla mutsuzluk bildirdikleri, karın ağrısı, uykusuzluk ve iştahsızlık gibi daha fazla bedensel yakınmalar gösterdikleri, düşük düzeyde öz güvene sahip oldukları ve depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu gözlenmiştir (Freidel, vd., 2002). AİS hastalarında psikopatoloji yaygınlığını tespit etmek amacı ile MMPI testi kullanılarak yapılan bir başka çalışmada ise kontrol grubuna kıyasla AİS hastalarında daha fazla depresyon saptanmıştır (Oh vd., 2013). Hastalığın varlığı başlı başına psikolojik sağlık açısından risk oluşturabilirken, tedavi yöntemlerinin getirdiği güçlükler de buna katkıda bulunabilmektedir. İlk tanıdan itibaren hastalar ve yakınları sosyal izolasyon, inkar ve psikolojik stres rapor etmektedir. Tedavi şeklinden bağımsız olan bu güçlükler tanıdan itibaren gözlense de, tedavi şekillerinin de ergenler için birbirlerinden farklı zorlukları vardır (MacLean ve ark., 1989). Korse tedavisi tanıdan hemen sonra; ergenlerin kemik gelişimi tamamlanmadan önce en çok başvurulan konservatif tedavi yöntemidir. Ancak ameliyat ve takiple kontrol

etmeye göre korse tedavisinin psikolojik açıdan en çok strese sebep olan yöntem olduğu düşünülmektedir (Matsunaga, Sakou ve Nozoe, 1997). Korse tedavisinde cinsiyete göre farklılaşmaların da olduğu; kadınların erkeklere göre mutluluk ve yaşam tatmini seviyelerinin daha düşük olduğu tespit edilmiştir (Sapountzi-Krepia vd., 2001). Ancak bu olumsuz etkilerin korse tedavisini kullanmaya başladıkları ilk zamanlarda stres verici olduğunu, tedaviden bir süre sonra bu etkinin azaldığını gözlemlemişlerdir.

Literatüre bakıldığında AİS ve depresyon ilişkisini inceleyen çalışmaların hem kısıtlılığı hem de yöntemsel açıdan eksiklikleri göze çarpmaktadır. Çalışmaların genellikle SRS-22 ölçeğinin ruh sağlığı alt boyutu kullanılarak yapıldığı ve depresyona özel bir ölçüm yöntemi kullanılmadığı dikkati çekmektedir. Hastalığın ve tedavilerin psikolojik açıdan hastalar üzerinde oluşturduğu olumsuz psikolojik etkileri bilmenin hastalık sürecini yönetirken alanda çalışan uzmanlara katkı sağlayacağı tahmin edilmektedir. Buraya kadar, AİS hastalığı ve olası tıbbi ve psikolojik yönleri literatürde yer alan bilgiler kapsamında tanıtılmaya çalışılmıştır. Biyopsikososyal modelin son halkasını oluşturan sosyal kısımda ise AİS hastalarının tanı ve tedavi sürecinde belirleyici rolü olduğu ön görülen ebeveynlerin tutum ve davranışlarına ilişkin bilgiler literatür ışığında verilecektir.

2.2.1.4. AİS'de Beden İmgesinin Ölçümü

Tüm bu çalışmalar doğrultusunda, AİS'de beden imgesine yönelik çalışmaların literatürde yer aldığı görülmektedir. Bu çalışmalara dayanak oluşturan skolyoza özel geliştirilmiş bir takım beden imgesi ölçümleri de göze çarpmaktadır. Ancak bunlardan yalnızca bir tanesi algısal boyutu dikkate alırken (Pineda, Bago, Gilperez ve Climent, 2006) diğerlerinin tutumsal boyut olan beden memnuniyetsizliğine odaklandığı görülmüştür. Walter Reed görsel değerlendirme skalası bedenlerinin duruşuna yönelik bir takım görsellerden oluşmaktadır ve katılımcı hem kendi bedensel deformitesinin görüntüsünü hem de dışarıdan nasıl göründüğüne ilişkin algısını seçerek ifade etmektedir (Pineda vd., 2006). Bir diğer

beden memnuniyetsizliğini ölçmeyi hedefleyen ölçüm aracı ise Skolyoz Araştırma Cemiyetinin geliştirdiği SRS- 22 ölçeğinin 4 maddeden oluşan beden imgesi alt ölçeğidir (Alanay vd., 2005). Skolyoza ilişkin beden imgesi bozukluğu ölçeği ise ilk olarak Auerbach ve arkadaşları tarafından 2014 yılında geliştirilmiştir. Ölçek, sağlıklı kişiler için geliştirilmiş olan beden imgesi bozukluğu ölçeğinin skolyoz hastalarına uyarlanmış versiyonudur. Ölçek, Türkçe (Kuzu, Sertel-Berk ve Şimşek, 2018) dahil pek çok dile uyarlanarak kullanımına başlanmıştır. Bu tez çalışmasında da kullanılan bu ölçek, skolyoz hastalarının hem kendi bedenleri ile ilgili algıladıkları memnuniyetsizliği hem de dışarıdan algılanan boyutu ile ilgili memnuniyetsizliği ölçmeyi hedeflemektedir. AİS'de hastalığın yapısı ve etkilediği yaş grubu açısından önemli bir değişken olan beden memnuniyetsizliğini ele alan tüm bu çalışmalardan sonra psikolojik sağlık üzerinde etkili olduğu olduğu düşünülen ve son yıllarda sağlık psikolojisi alanında giderek daha fazla çalışılan bir başka değişken olan öz-şefkat kavramı AİS ile ilişkisi kurmaya çalışılarak tanıtılacaktır.

2.2.2. Öz-Şefkat

Leventhal ve Leventhal'in (1998) önerdiği kendini düzenleme modeline göre kronik hastalığı olan çocuk veya ergen, hastalığını anlamlandırmaya çalışırken hastalığın ne olduğu, nasıl meydana geldiği, ne zaman sonlanacağı ve tedavisinin mümkün olup olmadığına ilişkin sorulara cevap bulmaya çalışır. Modele göre, hastalığa uyum ve kabulün 3 aşaması vardır. İlk aşama hastalık temsilleridir. Semptomlara dayalı olan bu temsiller sağlığa ilişkin herhangi bir tehdidin olup olmaması ile ilişkilidir. İkinci aşama ise başa çıkma yanıtıdır. Burada kişi hastalığın olumsuz sonuçlarını azaltmayı amaçlar (Leventhal ve Leventhal, 1998). Başa çıkma çabaları ise Folkman ve Lazarus'un (1980) tanımladığı Transaksiyonel Stres ve Başa Çıkma Modelinin sağlık davranışlarına uyarlanması ile problem ve duygu odaklı başa çıkma olarak ikiye ayrılmaktadır. Duygu odaklı başa çıkmada amaç olumsuz yaşam olayı sonucunda oluşan olumsuz duygu durumu düzenlemeye yönelik çabaları içerirken, problem odaklı başa çıkmada ise olumsuz yaşam olayının etkilerini

azaltmaya yönelik çabaları içerir. Öz düzenleme modelinin üçüncü aşaması ise ikinci aşamada kullanılan başa çıkma çabalarının etkinliğinin değerlendirilmesidir. Tüm bu süreçlerin sağlıklı ilerlemesi durumunda ergenler hastalıkla uygun şekilde başa çıkabilir ve hastalığı kabul edip uyum gösterebilir. Tam da bu noktada Leventhal ve Leventhal'ın modellerinde öne sürdüğü öz-düzenleme becerisini arttırıcı bir faktör olarak öz-şefkat kavramı öne çıkmaktadır.

İngilizce karşılığı self-compassion olan öz-şefkat kavramının Türkçe çevirisi ile ilgili henüz ortak bir noktada buluşulamamış olup, literatürde öz-duyarlık, öz anlayış gibi kullanımları da yer almaktadır. Öz duyarlılık kavramı batıda da uzun yıllar yer almasına rağmen kökenleri doğudaki Budist felsefesine dayanmaktadır. Şefkat tanımı ise, kişinin başkalarının iyi oluşuyla kendisini katmadan yakın ilişkide olup, onun acısını paylaşmak ve yardımcı olmaya çalışmayı içerir (Wispe, 1991). Öz-şefkat ise bu durumun kendine yöneltilmiş halidir. Kişinin kendi acısının farkında olması, kendini cezalandırmadan ve ondan kaçmayarak ıstırabının azalması için kendisine şefkatle yaklaşmasıdır. Diğer tüm herkesin olabileceği gibi kendinin de hatalarının ve yetersizliklerinin olabileceği ve bunlara karşı affedici bir kabul ile yaklaşmayı içermektedir (Neff, 2003).

Neff (2003) öz-şefkati tanımlarken üç temel boyuta ayırmıştır. Boyutlar, öz-sevecenlik, paylaşımların bilincinde olma ve bilinçliliktir. ***Öz-sevecenlik;*** bireyin kendisini acımasızca eleştirmesi yerine anlayışla karşılaması ve kendine karşı öz sevecenli yaklaşmasıdır. ***Paylaşımların bilincinde olma ise;*** olumsuz deneyimler karşısında kişinin yalnız olmadığını başka insanların da benzer deneyimleri yaşayabileceğinin bilincinde olmasıdır. ***Bilinçlilik;*** ise acı veren olumsuz deneyimler ile aşırı özdeşleşmek yerine bireyin duygu ve düşüncelerini ve bunlar arasındaki farkları dengeli bir farkındalık ile değerlendirebilmesidir.

Kavramsal olarak öz-şefkatin başta kendine acıma olmak üzere bazı kavramlarla birbirinden ayrımının yapılması kavramı yakından tanımak açısından gereklidir. Öz-şefkat ile kendine acıma aynı şeyler değildir çünkü esasında acıyan kişiler diğerlerinin yaşantısından uzak kalma eğilimindedirler. Ayrıca başkalarının bunu deneyimlemediğini düşünerek bu sorunu sadece kendi yaşıyormuş hissine de

kapılma eğilimindedirler. Dolayısı kendine acıyan kişiler, öz-şefkatin tersine daha fazla olumsuz duygu yaşama eğiliminde olan kişilerdir (Neff, 2003). Bir diğer karışıklığa sebebiyet veren kavram ise pasifliktir. Öz-şefkate sahip kişilerin kendilerini acımasız bir şekilde eleştirmeyip, eksikliklerini kabullenmeleri bireysel gelişimleri adına bir engel gibi algılanabilmektedir. Aslında öz-şefkati yüksek olan bireylerin hedefe ulaşmak adına kendilerini yeterli gördükleri ve hata yapmaktan daha az korktukları bilinmektedir. Dolayısı ile öz şefkat; pasiflik ve kendine acıma gibi olumsuz duygulardan ziyade ruh sağlığına olumlu katkıda bulunan bir kavramdır. (Neff, Hsieh ve Dejitterat, 2005).

Literatürde, öz-şefkat ve sağlık ilişkisini inceleyen çalışmalar kısıtlı olmasına rağmen öz-şefkati yüksek düzeyde olan kişilerin herhangi bir güçlükle karşılaştıklarında kendilerine karşı acımasızca eleştiride bulunmak yerine daha kabullenici yaklaşmasının (Neff, 2003) önemli bir güçlük olan hastalık durumu ile karşılaşıldığında; hastalığın kabulünde ve seyrinde olumlu sonuçlar doğurabileceği düşünülebilir. Yukarıda yer verilen Leventhal ve Leventhal'in (1998) öz düzenleme modelinde de yeri olan öz-şefkatin, bir başka deyişle kişinin yaşadığı olumsuz olaylar karşısında acısının farkında olmasının ve kendini cezalandırmadan; olaylara şefkatle yaklaşmasının hastalıkla baş etme sürecini hızlandırıcı bir role sahip olabileceği düşünülmektedir. Bu yetiye sahip olan kişilerin aynı zamanda ihtiyaçları olduğunda sağlık davranışlarına daha kolay ulaşma eğiliminde oldukları da bilinmektedir. Tüm bunlara ek olarak, öz-şefkatin; paylaşımların bilincinde olma boyutu ise ergenlerin başına gelen bu durumun sadece kendilerine has olmadığını, başka kişilerin de benzer deneyimler geçirdiğini düşünmesini sağlayan ve hastalık kabulünü arttırıcı bir faktör olarak değerlendirilebilir (Terry ve Leary, 2011). Bu görüşe destek olabilecek bir çalışma ise Pinto-Gouve ve arkadaşları (2014) tarafından kanser hastaları ve hayati riski olmayan kronik hastalık tanısı almış kişilerle yapılmıştır. 68 kronik hastalığı (romatoid artrit, hipertansiyon, kemik erimesi gibi) olan, 63 kanser hastası ve 71 sağlıklı kişi ile yapılan çalışmada; depresyon, anksiyete, stres, sağlığa ilişkin yaşam kalitesi ve öz-şefkat değişkenleri ele alınmıştır. Çalışmanın bulgularına göre, hem kronik hastalığı olan grupta hem de kanser hastalarında öz-şefkat, sağlığa ilişkin yaşam kalitesini arttırırken; depresif

semptomları azaltmaktadır. Özellikle kronik hastalığı olan grupta kendine ilişkin yargılayıcı olmak yaşam kalitesinde azalmaya sebebiyet verirken, depresif semptomları da arttırmaktadır. Kanser hastalarında ise öz-şefkatin kabul ile ilgili kısımları ön plana çıkmaktadır. Dolaysı ile öz-şefkat düzeyinin ve kabulün yüksek olmasının yalnızca yaşamı tehdit eden bir hastalık durumunda değil kronik hastalıklarda da hem psikolojik sağlık üzerinde koruyucu hem de yaşam kalitesi üzerinde güçlendirici etkisi olduğu söylenebilmektedir. Kabul, ağrı üzerinden tanımlandığında, ağrıyı ve acıyı değiştirmeye çalışmadan, yok saymadan ve kaçınmadan kabullenmek olarak düşünülebilir (McCracken, 1999). Kabulün, özellikle de romatoid artrit hastalarında hem hastalığa bağlı depresyonu ve ağrıyı hem de fiziksel engelliliği azaltmada etkili olduğu görülmektedir (Pinto-Gouve, Duarte, Matos ve Fraguas, 2015).

Kabul üzerine çalışmalar ağrı ağırlıklı olsa da başka kronik hastalıklarla ilişkisi de çalışılmaya başlanmıştır. 167 HIV virüsü olan hastanın hastalık kabulü üzerine yapılan çalışma bulgularına göre, öz-şefkati yüksek olan hastalar diğerlerine nazaran hastalığı daha kolay kabullenmiş ve psikolojik olarak daha iyi uyum sağlamışlardır. Bu kişiler aynı zamanda tedavi arama, hastalık durumunu başkalarına açıklama ve tedaviye uyum gibi davranışları göstererek hastalık ile daha uyumlu başa çıkmışlardır (Brion, Leary ve Drabkin, 2014). Öz-şefkat ile sağlık ilişkisi yukarıda da bahsedildiği gibi kısıtlı sayıda araştırmada incelenmiş olmakla beraber bu iki değişkenin ilişkili olduğu düşünülmektedir. Öz-şefkatin yalnızca hastalık kabulü değil aynı zamanda sağlığı geliştirici davranışlar üzerinde etkisi olduğu da tartışılmaktadır. Sirois ve arkadaşlarının (2015) yaptığı çalışmada öz-şefkat düzeyi yüksek olan kişilerin, tanımlanan 4 ana sağlık davranışını (sağlıklı yeme, fiziksel aktivite, uyku davranışı ve stres yönetimi) gerçekleştirmeye daha yatkın oldukları tespit edilmiştir. Dolayısı ile öz-şefkatin, hastalık kabulü ve tedavi uyumu açısından AİS hastalarının yaşadığı güçlükler açısından önemli bir kavram olduğu düşünülebilir. Hastalığın kabulü ve tedavi uyumuna katkısının yanı sıra, öz-şefkatin sağlığa ilişkin yaşam kalitesi üzerinde de etkili olabileceği düşünülmektedir. DSM-IV somatoform tanısı almış hastalar ile yürütülen bir çalışmada, öz-şefkat düzeyi

düşük olan kişilerin hem sağlığa ilişkin yaşam kalitesi düşük olup hem de bedensel yakınmalarının fazla olduğu gözlenmiştir (Dewsaran-van der Ven vd., 2018).

Öz-şefkat düzeyinin yüksek olmasının beden memnuniyetsizliği ve yeme tutumlarındaki bozulma üzerinde de koruyucu özelliği bulunmaktadır. Öz-şefkati yüksek olan bireyler medyanın, sosyal çevrenin ve ailenin dayattığı ve sonucunda yeme bozukluğuna da sebebiyet veren ideal beden baskısını yorumlarken bu baskıdan kendilerini koruyabilmekte ve daha az kişisel algılama eğiliminde olmaktadırlar (Tylka, Russell ve Neal, 2015). Bedene ilişkin endişeler ile öz-şefkat ilişkisini ele alan Wasylkiw ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında ise öz-şefkat düzeyi yüksek olan kadınların bedenlerinin görünümleri ile ilgili daha az endişe duyan ve kabullenici olan kişiler olma eğilimlerinde oldukları ve daha az yeme suçluluğu hissettikleri sonucuna varılmıştır. Yine aynı çalışma bulgularına göre, bedene ilişkin endişeler ve depresyon ilişkisinde öz-şefkatin kısmi aracılık etkisi bulunmuştur. Bedene ilişkin endişeler hem öz-şefkat düzeyini etkilerken buradaki artma ya da azalma da depresyonu etkilemektedir. Beden imgesinde bozulmanın olabildiği bir hastalık olan meme kanseri olan 279 kadın ile yapılan bir çalışmada, meme kanseri hastalarının; beden memnuniyeti, anksiyete, depresyon, stres ve öz-şefkat düzeyleri incelenmiştir. Çalışmanın sonuçlarına göre, öz-şefkatin beden imgesi ve olumsuz stres (depresyon, anksiyete ve stres) ilişkisinde aracılık etkisi olduğu tespit edilmiştir. Dolayısı ile, beden imgesinde bozulma olan kanser hastalarında; öz-şefkat düzeyi olumsuz stres açısından belirleyicidir (Przezdziecki vd., 2013). Benzer aracılık ilişkisi Ferreira ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında da gösterilmiştir. Yeme bozukluğu tanısı alan ve sağlıklı ergenlerle yapılan bir çalışmada, katılımcıların bedenlerinin görünümüne ilişkin utanç, beden memnuniyetsizliği, zayıf olmaya ilişkin istek ve öz-şefkate ilişkin ölçümler alınmıştır. Çalışma bulgularına göre bedene yönelik utancın, zayıf olmaya olan istek üzerindeki etkisinde öz-şefkatin aracılığı bulunmuş olup bu aracılık rolü sağlıklı grupta kısmi iken, yeme bozukluğu olan grupta tam aracılık şeklindedir. Öte yandan, beden memnuniyetsizliğinin zayıf olmaya ilişkin istek üzerindeki etkisinde ise öz-şefkatin aracılığı sağlıklı grupta sağlanmazken yeme bozukluğu grubunda kısmi aracılık etkisi olduğu gözlenmiştir. Sonuç olarak çalışma bulguları, öz-şefkatin

bedene yönelik endişelerin ve memnuniyetsizliklerin zayıflamaya yönelik istekte koruyucu olarak yer aldığını göstermektedir. Dolayısı ile öz-şefkat düzeyi yüksek olan kişilerin zayıf olmaya ilişkin isteklerinin daha az olduğu sonucuna varılabilir. Ayrıca, öz- şefkat düzeyi düşük kişilerin yeme tutumlarındaki bozulmaların yanı sıra, yeme bozukluğu gösterme eğilimlerinin de daha fazla olduğu bilinmektedir (Kelly, Vimalakanthan ve Carter, 2014). Son olarak Breines ve arkadaşlarının (2014) üniversite öğrencilerinde öz-şefkatin, yeme davranış bozukluğu ve kilo almaya ilişkin endişeler üzerindeki etkisinde beden imgesinin aracılık ettiğini bulgulamışlardır. Yani, öz-şefkat düzeyi ergenlerin bedenleri ile ilgili olumsuz değerlendirmeler yapmasını engelleyerek hem kilo almaya ilişkin endişeleri azaltmakta hem de yeme davranış bozukluğu gelişme riskini de önleyebilmektedir. Görüldüğü gibi literatürde öz-şefkatin hem aracı olduğu hem de yordayıcı olduğu çalışmalara rastlanmaktadır.

Tüm bu çalışmalar bir arada ele alındığında, literatürde öz-şefkat ile sağlık durumu arasındaki ilişkilere dair araştırmalar kısıtlı olsa da bulgular; öz-şefkatin sağlık açısından önemli bir değişken olabileceğini düşündürmektedir. Bedenlerinden memnun olmadığı düşünülen AİS hastalarında oluşabilecek yeme tutumlarındaki bozulma, depresyon ve beden memnuniyetsizliği gibi psikolojik sorunlar üzerinde öz-şefkatin koruyucu etkisi olup olmadığı önemli bir sorudur.

2.2.2.1 AİS'de Öz-Şefkat

Öz-şefkat ve AİS bağlamında literatürde bugüne kadar yapılmış herhangi bir çalışma bulunmamaktadır. Ancak yukarıda bahsedilen öz-şefkatin kronik hastalıklardaki yeri, bu kavramın AİS açısından da önemli bir kavram olabileceğini düşündürmektedir. Özellikle kişinin kendi acısına karşı kabullenici bir şefkat ile yaklaşması ve bu hastalık durumunun yalnızca kendisinin başına gelmediğini düşünmesi (Neff, 2003) açısından öz-şefkatin AİS hastalarında da olumlu bir takım yansımalarının olabileceğini düşündürmektedir.

2.3. SOSYAL AÇIDAN AİS

Yine biyopsikososyal model bağlamında ele alındığında AİS şüphesiz sadece birey değil; bireyin çevresindekileri de içine alan bir çemberde etki göstermesi bakımından aynı zamanda sosyal bir yaşantıdır. Bu çemberin en yakın halkasında AİS'li ergenin yaşadığı sorunları yönetmesinde en belirgin rolü olan ebeveynler yer almaktadır. Ebeveynlerin AİS'li ergenin hastalık yaşantısı üzerindeki etkilerinde en belirleyici özellikleri ebeveyn tutumlarıdır. Ebeveynlerin ne tür tutumlar sergilediği AİS tanısı almış ergenin tedavi gerekliliklerine uyumu ve hastalığı kabulü ile ilişkili olan tüm süreçler açısından önemli bir rol arz etmektedir. Ancak literatürde AİS hastalarının ebeveynlerini de dikkate alan çalışmalar bulunmamaktadır. Bu bağlamda bu bölüm altında öncelikle ebeveyn tutumları değerlendirilecek, ebeveyn tutumlarının AİS'li bireyin hastalık kabulü üzerindeki olası etkileri ele alınacak, ilgili literatürde araştırmalar özetlenecektir.

2.3.1. Ebeveyn Tutumları

Ergenlik dönemi; fiziksel bir takım değişimlerin beraberinde, kimlik oluşumunun ve cinsel olgunluğun geliştiği; çocukluğun getirdiği bağlardan bağımsızlaşma durumuna geçilen aynı zamanda yetişkinliğe geçişin adımı da olan bir dönemdir. Erik Erikson'a (1994) göre de kimlik karmaşası ve rol kazanma evresine denk gelen bu evrenin önemi ayrıdır. Ergenlik dönemi, ergen için daha önceki süreçlerde tamamlayamadığı çatışmalar için ikinci bir şans niteliğindedir. Yetişkinlik dönemi için ise gelecek çatışmaların etkili çözümü için temel oluşturan bir dönemdir. Bireysel gelişim için önemli bir evre olan bu dönemde ebeveynlerin yaklaşımı özellikle kronik bir hastalık ile baş ederken oldukça önemlidir.

Literatürde çocuk yetiştirmede farklı yaklaşımları temel alan pek çok ebeveyn tutumu ve boyutları tanımlanmıştır. Bu boyutlardan en çok kabul görenlerinden biri olan Baumrind'in 1966 yılında tanımladığı 3 boyutlu modeldir. Bu boyutlar; otoriter, izin verici ve demokratik olarak adlandırılmıştır. Otoriter ebeveyn tutumunda; anne baba katı, esnemeyen ve otoriteden gelen kurallar ile çocuğun davranışlarına şekil vermek ve kontrol etmek ister. Daha çok itaate dayalıdır ve kendi söylemini kural

olarak kabul edip çocuğa söz hakkı tanımaz. İzin verici ebeveyn tutumunda ise, ebeveyn çocuğun davranışlarına ve isteklerine karşı; kabul edici, cezalandırmayan ve destekleyen yaklaşım içerisindedir. Kurallar hakkında açıklayıcıdır ve dışarıdan gelen kurallara karşı çocuğu uyuma yönlendirmek yerine kendi davranışlarını belirleyip sorumluluk almasını teşvik eder. Bu ebeveynler aynı zamanda güç uygulamak ve kontrol etmek yerine açıklamayı tercih ederler. Ancak bazen kurallar ve sınırlar konusunda fazla esnek olabilirler. Demokratik ebeveynler ise; kurallar konusunda hem mantığını açıklayıcıdırlar hem de çocuğa söz hakkı verirler. Bu ebeveynler için çocuğun otonomi kazanması önemli iken disiplinin de önemli bir yeri vardır. Çocukla ayrıştığı noktalarda kontrol kendisindedir ancak kısıtlayıcı tarzda değildir. Çocukla ilgili kararlar ya ortak ya da çocuğun isteklerine de değer vererek; onları göz önünde bulundurularak alınır. Otoriter biçimde kontrol kuran ebeveyn ve hiç kontrol kurmayan izin verici ebeveyn çocuğun dış dünya ile etkili iletişimine farklı yollardan engel olurlar. Talebin aşırı olması, karşılanmaması veya hiç olmaması, çatışmadan kaçınılması, bastırılması, yardımın reddedilmesi ya da aşırı yardım edilmesi, standartların aşırı olması veya çok az olması çocuğun dış dünya ile bağını azaltan faktörlerdendir. Hem otoriter hem de izin verici ebeveynlik farklı yollardan; çocuğun farklı olana olan kaygı ile baş edememesine sebep olmaktadır. Demokratik kontrol uygulayan anne babalar ise kendini daha iyi ifade edebilen ve daha sağlıklı otonomi kazanabilen çocuklar yetiştirmektedir. Bu çocuklar aynı zamanda daha fazla sorumluluk alabilen ve gerektiğinde bağımsız olabilen çocuklardır (Baumrind, 1966).

Baumrind'in açıklamalarından sonra Maccoby ve Martin 1983 yılında ebeveyn tutumlarında önemli olabilecek iki önemli boyut tanımlamıştır. Bunlar, İlgi/kabul ve talep (kontrol olarak da adlandırılmakta) boyutudur. İlgi boyutu çocuğunu olduğu gibi kabul etmesi ve ihtiyaçlarına karşılık vermesini içerirken, talep/kontrol boyutu ise çocuk üzerinde kontrol kurmayı içerir. Maccoby ve Martin (1983), Baumrind'in tanımlamalarından yola çıkarak bu iki boyutun belirleyici olduğu 4 farklı ebeveyn tutumunun tanımlandığı bir model geliştirmişlerdir. Dört temel tutumun da kendi içinde kontrol ve duyarlılık değişkenlerinin düşük/yüksek olmasına göre belirlenerek ele alınmasını önermişlerdir. Buna göre, izin verici

ebeveyn; düşük kontrol/yüksek duyarlılık gösterirken, demokratik ebeveyn; yüksek kontrol/yüksek duyarlılık, otoriter ebeveyn ise; yüksek kontrol düşük duyarlılık, izin verici/ihmalkâr tutumda ise hem kontrol hem de duyarlılık düzeylerinin düşük olduğunu belirten 4 tutum tanımlanmıştır.

Sonrasında Barber (1996) ebeveyn kontrolünü Maccoby ve Martin'in (1983) yaptığı düşük yüksek tanımlamasından ziyade, psikolojik ve davranışsal kontrol olmak üzere iki farklı yapının düşük ve yüksek düzeylerinin olduğunu öne sürmüştür. Psikolojik kontrol, ebeveynin çocuğunun düşünce ve duyguları üzerinde kontrol kurarak psikolojik ve duygusal gelişimine müdahalede bulunması iken davranışsal kontrol, davranışlarını izleme, bilgi sahibi olma ve kuralların tutarlı şekilde uygulanmasını sağlamayı içerir. Psikolojik kontrol ergenlerin gelişiminde olumsuz yönde etkide bulunmaktadır (Barber ve Harmon, 2002).

Darling ve Steinberg (1993) ise ebeveyn tutumlarının ve davranışlarının birbirinden farklı yapılar olduğunu, yalnızca kategorik olarak tutumlara odaklanıldığında çocuğun gelişimi için önemli olan davranışların atlanabildiğini ifade etmiştir. Birleştirilmiş model adını verdiği modelinde ise, hem tutumlara hem de davranışlara odaklanılması gerektiğini belirtmiştir. Araştırmacılar, anne-baba davranış ve uygulamalarının çocuğun belirli davranışları üzerinde etkili olduğunu (örneğin okul başarısı) anne baba tutumlarının ise, çocuk gelişimini daha dolaylı yoldan etkilediğini belirtmiştir. Örneğin, anne baba stillerinde ebeveyn çocuğunun sosyalleşmesi adına anne baba uygulamalarını gerektiğinde değiştirebilir. Şayet demokratik tutum sergileyen bir ebeveyn ise çocuğunun okul başarısını arttırmak amacı ile doğru kurs seçimi konusunda yardımcı olabilir veya kendi ile ilgili bir takım kararlar alması konusunda yüreklendirebilir. Ebeveyn tutumlarını kategorize eden tüm bu kuramcılardan sonra çocuk gelişimi açısından önemli bir faktör olduğu düşünülen otonomi desteğinin de önemli olduğu çalışmacılar tarafından gösterilmiştir. Duygusal kontrolün aksine otonomiye izin veren tutum sergileyen ebeveynler, çocuklarının duygu ve düşüncelerini ifade etmeye teşvik ederken bağımsızlıklarına da önem verirler (Morris vd., 2001). Psikolojik kontrol ve otonomi desteği birbirinden farklı yapılar olup, genellikle psikolojik kontrolün olmadığı yerde otonomi desteği kendini göstermektedir (Silk, Morris, Kanaya ve Steiberg, 2003).

Ergenlerin psikososyal gelişimleri açısından önemli olan otonomi desteğinin olduğu durumlarda ergenlerin daha öz-güvenli ve ego gelişimlerinin daha olumlu yönde geliştiği bilinmektedir (Allen, Hauser, Bell ve O'Connor, 1994). Ayrıca, psikolojik kontrolün olmadığı, otonomi desteğinin olduğu durumda ergenler daha az anksiyete ve depresyon deneyimlemektedirler (Silk vd., 2003).

Birçok farklı kuramcının ele aldığı ebeveyn tutum ve davranışlarının ölçümü konusunda literatürde ortak bir görüş etrafında toplanılamadığı görülmektedir. Ölçümler genellikle Maccoby ve Martin (1983), Baumrind'in (1966) ve Steinberg'in (1989) kuramlarından hareketle oluşturulmuştur. Ülkemizde anne baba tutum ve davranışlarını araştıran çalışmalarda, tutumları hedef alan ölçeklerde Kuzgun'un geliştirdiği (1972) Anne Baba Tutum Envanteri; demokratik, otoriter ve ilgisiz tutumları ölçmektedir. Öte yandan, Lamborn ve arkadaşları tarafından 1991'de, Steinberg ve arkadaşlarının (1989) birleşik modelini esas alınarak geliştirdiği; kontrol, kabul ve psikolojik özerklik boyutlarından oluşan; Yılmaz (2000) tarafından uyarlanan Anne-Baba Tutum Ölçeği ise bir diğer kullanılan ölçekler arasındadır. Tüm bu ölçme araçlarına bakıldığında, ergenlerin benlik gelişimi için önemli olan özerklik (Allen vd., 1994) boyutunun bu ölçüm yöntemlerinde yer almadığı göze çarpmaktadır. Bu eksiklik sebebi ile özerklik desteği, psikolojik-davranışsal kontrol ve duyarlığı içeren Soenens, Beyers ve Goossens (2004) tarafından geliştirilen kapsamlı bir ölçüm aracı olan Leuven Algılanan Ana-Babalık ölçeği Türk diline çevrilmiş ve kullanılmaya başlanmıştır (Sevim, 2014). Bu çalışmada da bu ölçüm yöntemi kullanılarak bu boyutlar üzerinde durulacaktır.

Tüm bu kuramlara bakıldığında, farklı yaklaşımlar ile ebeveyn tutumlarını açıklayan modellerin ortak noktası çocukların davranışları üzerinde ebeveynlerin belirleyici olduklarıdır. Ebeveyn tutum ve davranışlarını inceleyen tüm bu yaklaşımların içerisinden bu çalışmada, psikolojik ve davranışsal kontrol, duyarlılık ve otonomi desteği boyutları incelenecek ve AİS bağlamında öz-şefkat, beden memnuniyetsizliği, yeme tutumları ve depresyon ile ilgili ilişkiler literatürde olan çalışmalar doğrultusunda ele alınacaktır.

2.3.1.1. AİS ve Ebeveyn Tutumları

Kronik bir hastalıkla baş ederken ailelerin tutumları ergenlerin hastalığı kabulü ve tedaviye uyumunda oldukça önemlidir. AİS de korse ve egzersiz tedavilerinde uyumun gerekli olduğu, ameliyat kararı verildiği noktada ise öncesi ve sonrasında çeşitli güçlükleri beraberinde getiren bir hastalık olması sebebi ile bu süreçlerin yönetiminde ailenin tutumu ve sürece verdiği destek oldukça önemlidir. Bu bölümde, kronik bir hastalık ile baş ederken ailenin önemini vurgulamak adına ilgili çalışmalar özetlenecektir.

Kronik hastalık tanısı almış bir çocuğun ailesinin hastalığa ilişkin gözlemleyen ve destekler tarzdaki yaklaşımı hastalıkla baş etmenin yanı sıra tedavi uyumu açısından da önemlidir. Örneğin, 12-18 yaş arası 108 tip 1 diyabet hastası ve aileleri ile yapılan çalışmada, hastalığa ilişkin gözlemleyici ve destekleyici tavrı olan ebeveynlerin çocuklarının tedavilerine daha çok uyum gösterdiği ve buna bağlı olarak da metabolik kontrollerinin de olumlu yönde etkilendiği bulgulanmıştır (Ellis vd., 2007). Yine benzer şekilde 9-16 yaş arasındaki 53 diyabet hastası çocuk ve ergenlerin hem kendilerinden hem de ailelerinden alınan ölçümler ile tedavi uyumu araştırılmıştır. Ebeveyn tutum ve davranışlarından ziyade aile içi ilişkilerin araştırıldığı çalışmanın bulgularına göre, hem kısa hem de uzun dönemde tedavi uyumu açısından ebeveyn desteğinin önemli olduğu gösterilmiştir. Buna ek olarak aile içi anlaşmazlık ve planlama gerektiren durumlarda planlama konusunda güçlüğün hakim olduğu aile ortamında ergenin, hastalığına ilişkin tedavi uyumunun da güçleşebileceği gözlenmiştir (Hauser vd., 1990). Hastalığın ve tedavinin getirdiği zorluklar nedeni ile uyumun da bir o kadar zor olduğu kanser hastalığında da ebeveynlerin destekleyici tarzı ön plana çıkmaktadır. Destekleyici tutum sergileyen ebeveynlerin çocuklarının, kanser tedavisine yönelik daha az olumsuz tepki gösterip, tedavi gerekliliklerine uydukları gözlenmiştir (Manne, Jacobsen, Gorfinkle Gerstein ve Redd, 1993).

Literatürde AİS bağlamında ebeveynlerin tutum ve davranışlarına yönelik yalnızca Pyatakova ve Vissarionov'un (2016) çalışması ön plana çıkmaktadır. Çalışma grubunda 30 AİS hastası ve 30 anne ile kontrol grubunda da 30'ar kişi ile

yaptığı çalışmada, ebeveynlerin kontrolü, mesafesi, kabul ve reddi, destekleyici ve çocuğunun hatalarına karşı tutumları sorgulanmıştır. AİS hastalarının ise ebeveynlerinden gelen eğitici mesajları nasıl algıladıklarını sorgulayan ve boyutları; otonomi, olumlu ilgi, hostilite, kontrol baskısı ve tutarsızlık algılarından oluşan bir ölçek verilmiştir. AİS'i olan ve olmayan ergenler ve aileleri ile yapılan karşılaştırmalar sonucunda, AİS'i olan ergenlerin annelerinin diğer annelere göre tedavi süreci de dahil olmak üzere yaşamlarının pek çok noktasında daha destekleyici oldukları tespit edilmiştir. Bu doğrultuda ergenlerin de annelerinin duygusal ve yargılamasız yaklaşımı karşısında duygusal olarak daha güvende hissedip, yakın ilişki kurdukları gözlenmiştir. Öte yandan, annenin çocuğuna karşı tutumu eleştirel bir eğilimde ise ve çocuğunu engelli ve bir hata olarak görüyorsa, ergenin bu durumu kontrol odaklı, hükmedici ve düşmanca algılama eğiliminde olduğu bulgulanmıştır. Çalışma AİS grubunda ebeveynlerin tutum ve davranışlarını ölçümleme açısından ilk olma özelliği taşısa da aradaki ilişkiyi ve olası sonuçlarını gösterme noktasında yetersizdir.

Yukarıda ebeveynlerin tutumları ile ilgili hem kronik hastalıklarda hem de AİS örneklemi ile yapılan çalışmalar özetlenmeye çalışılmıştır. Genel olarak bakıldığında, hem kronik hastalıklarla hem de AİS hastaları ile yapılan çalışmalarda göze çarpan; ebeveyn tutum ve davranışlarını içeren çalışmaların eksikliğidir. Yapılan çalışmalarda genel olarak, ebeveynlerin destekleyici tarzda yaklaşımlarının ergenler üzerinde yarattığı bir takım olumlu sonuçlar üzerinde durulmaktadır. Tüm bu çalışmalar, ebeveynlerin AİS hastalarının yaşadığı güçlüklerde ne kadar etkili bir sosyal faktör olduğunu gösterirken aynı zamanda bu etkinin daha fazla aydınlatılmasının da önemine işaret etmektedir.

Ancak literatürde bir önceki Psikolojik Açıdan AİS başlığı altında ele alınan ve AİS'de en temel psikolojik değişkenler olduğu açıklanan beden imgesi, depresyon ve öz-şefkat ile ebeveyn tutumlarının ilişkilerini ele alan çalışmalar da bulunmaktadır. Bu çalışmalar AİS özelinde çalışmalar olmamakla birlikte bu psikolojik değişkenler ile ebeveyn tutumları arasındaki ilişkilere değinmek, söz konusu değişkenlerin AİS'teki olası önemine ışık tutabilir. Bu sebeple, bir sonraki bölümde kısıtlı sayıda da olsa bu değişkenleri ele alan çalışmalar özetlenecektir.

2.3.2. Ebeveyn Tutumları ve Beden İmgesi

Ebeveynler özellikle ergenlik döneminde çocuklarının beden imgesi oluşumunda oldukça belirleyicidirler. Ergenlerin, ebeveynlerinden algıladıkları mesajlar doğrultusunda bedenlerine yönelik memnuniyet algılarının şekillendiği bilinmektedir (McCabe ve Ricciardelli, 2001). Bu algı kız çocuklarında daha ön plana çıkmakta ve özellikle ergenlik döneminde annelerini rol model almaları ile oluşmaktadır (Kichler ve Crowther, 2001). Öte yandan, ebeveynlerin beden imgesi üzerinde oluşturduğu etki sadece incelik ile ilgili değil, bedensel bir hastalık söz konusu olduğunda da etkilidir. Sanders ve arkadaşları (2003), 182 AİS hastası ve ebeveynleri ile yaptığı çalışmada, AİS hastalarının bedenlerine ilişkin algıladıkları görünümü ölçen görsel bir skala olan WRVAS'ı (Walter Reed Görsel Değerlendirme Skalası) hem hastalara hem de ailelerine uygulamışlardır. Çalışmanın sonucuna göre, AİS hastalarının kendi bedenlerinde algıladıkları deformite ile ebeveynlerinin onlara ilişkin algıladıklarının benzer olduğu gözlenmiştir. Dolayısı ile ergen kendi bedenindeki deformiteyi ailesinin görüşünden bağımsız görememekte ve memnuniyeti de buna bağlı olarak değişebilmektedir. Yine ameliyat geçirmiş 128 AİS hastası ve aileleri ile ameliyattan 2 yıl sonrasında yapılmış çalışmada omurgaya ilişkin memnuniyet ölçeği kullanılmıştır. Çalışma bulgularına göre, ameliyat sonrası fiziksel ve radyoloji bulgularındaki düzelme hastaların ve ebeveynlerinin algıları ile ilişkili bulunmamıştır. Yani ameliyat ile düzeltme yapılması tek başına bedendeki memnuniyet için yeterli kriter olmamaktadır (Smith vd., 2006). SRS-22 skolyoza ilişkin yaşam kalitesi ölçeği kullanılarak hem AİS hastaları hem de aileleri ile yürütülen bir çalışmada ailelerin hem toplam yaşam kalitesi puanında hem de beden memnuniyeti alt ölçeğine verdiği puanlarda çocukların verdiği puanlardan daha yüksek puan verme eğiliminde olduğu tespit edilmiştir. (Rinella vd., 2004). Dolayısı ile ebeveynin algıladığı ile çocuğun algıladığı ve deneyimlediği süreçlerin birbirinden farklı olduğu söylenebilir. Ancak tüm bu çalışmalar, tutumdan ziyade ebeveynlerin örneklem olarak dahil edildiği ve çocuklarındaki beden imgesini algılayışlarının incelendiği çalışmalar olarak yer almaktadır. Dolayısı ile AİS'de önemli bir yer tutan beden imgesindeki ebeveyn rolü yeterince aydınlığa kavuşmamaktadır. Bir sonraki bölümde AİS açısından önemli olduğu öngörülen ve

oluşumunda ebeveynlerin etkisi olduğu düşünülen yeme tutum ve davranışlarındaki bozulmalara ilişkin literatür bilgisi sunulacaktır.

2.3.3. Ebeveyn Tutumları ve Yeme Tutum ve Davranışları

Ebeveynler, ergenlerin beden imgesi oluşumunda etkili olduğu gibi beden imgesindeki bozulmaların bir sonucu olduğu düşünülen yeme tutumlarındaki bozulmalar üzerinde de etkilidir. Kluck (2010) 16-24 yaş arası 268 üniversite öğrencisi ile yapmış olduğu çalışmada aile etkisinin, yeme davranışları ve beden memnuniyetsizliği ile ilişkisini incelemiştir. Çalışma sonuçlarına göre, ailenin yeme davranış bozuklukları üzerindeki etkisine beden memnuniyetsizliğinin kısmi aracılık ettiği tespit edilmiştir. Yani ailenin bedene yönelik eleştirel tutumları hem beden memnuniyetini etkilemekte hem de yeme davranışlarında bozulmaya sebebiyet vermektedir (Kluck, 2010). Ancak çalışmada tutum ve davranışlardan ziyade eleştirel yaklaşımın etkisi incelenmiştir. Yine Soenens ve arkadaşlarının (2008) yeme bozukluğu tanısı alan 60 genç kadının ebeveyn tutumlarından psikolojik kontrolün ölçümlendiği çalışmada, yeme bozuklukları ile psikolojik kontrol ilişkisi ön plana çıkmıştır. McEwen ve Flouri'nin (2009) babalar ile yaptığı çalışma ise ergenlerin psikolojik sağlıkları üzerinde psikolojik kontrolün önemini vurgular niteliktedir. 11-18 yaş arasındaki ergenlerle psikolojik ve davranışsal kontrolün duygu düzenleme ve (EAT-26 kullanılarak ölçümlenen) yeme tutumları ile ilişkisinin incelendiği çalışmada, babaların psikolojik kontrolünün yeme tutumlarındaki bozulma ile ilişkili bulunduğu sonucuna varılmıştır. Psikolojik kontrolün yanı sıra tutumları çalışan bir başka çalışmada ise Baumrind'in sınıflaması temel alınmış ve 4 temel ebeveyn tutumunun (otoriter, ihmalkâr, demokratik ve hoşgörülü) sağlıklı yeme davranışlarından biri olan meyve tüketimi ile ilişkisi incelenmiştir. Çalışma bulgularına göre, demokratik ve hoşgörülü tutuma sahip ebeveynlerin çocuklarının daha fazla meyve tükettiği gözlenmiştir (Kremers, Brug, Vries ve Engels, 2003).

Sonuç olarak yeme tutum ve davranışlarında ailenin önemi aşikârdır. Ancak çalışmalar hem ebeveynlerin tutumlarını ölçme konusunda yetersiz kalmakta hem de genellikle ebeveynlerin örneklem olarak dahil edildiği çalışmaların yaygın olmadığı

gözlenmektedir. Ebeveyn tutum ve davranışlarını inceleyen çalışmalarda, genellikle Darling ve Steinberg'in (1993) psikolojik kontrol boyutu ön plana çıkmakta olup yine de tutumları ölçmek konusunda yeterli düzeyde bilgi vermemektedir. Üstelik hem kronik hastalıklara hem de AİS'e ilişkin çalışmanın olmaması yeme tutum ve davranışlarının ebeveynler ile ilişkisini aydınlatmak adına önemli bir eksikliktir. Bir sonraki bölümde ebeveynlerin etkili olduğu düşünülen bir başka psikolojik sağlık değişkeni olan depresyon üzerinde durulacak ve kronik hastalıklar ile AİS bağlamında literatürde var olan çalışmalar özetlenecektir.

2.3.4. Ebeveyn Tutumları ve Depresyon

Ebeveyn tutumlarının beden imgesi, yeme tutum ve davranış bozukluğu üzerinde etkisi olduğu gibi depresyon üzerinde de rolü söz konusudur. Ebeveyn tutumlarının depresyon üzerindeki etkisini literatür bulguları doğrultusunda incelemenin AİS gibi bir hastalıkta önemli olduğu düşünülebilir. Tutumlar açısından bakıldığında Baumrind'in (1966) sınıflaması ile yapılmış çalışmalar ön plana çıkmaktadır. Milevsky ve arkadaşlarının (2007) 271 lise öğrencisi ile yaptığı çalışmada, ebeveyn tutumlarının depresyon, öz-güven ve yaşam kalitesi ile ilişkisi incelenmiştir. Baumrind'in sınıflaması temel alınan çalışmada ise otoriter, demokrat, ihmalkâr ve hoşgörülü ebeveyn tutumları incelenmiştir. Çalışma bulgularına göre, demokratik tutum sergileyen ebeveynlerin çocukları diğer tüm tutumlara kıyasla daha yüksek düzeyde yaşam kalitesi ve öz-güvene sahipken bu katılımcıların düşük düzeyde depresyon yaşadıkları bulgulanmıştır. Tutumlara ek olarak Darling ve Steinberg'in (1993) öne sürdüğü psikolojik kontrolün de ergenin sağlığı açısından önemli olduğu vurgusunu destekleyen Barber'in (1996) çalışmasında, ergenlerin ebeveynlerinden psikolojik kontrole maruz kaldıklarında daha fazla depresyon deneyimledikleri tespit edilmiştir. Hatta bu durumun da yaşla beraber arttığı gösterilmiştir. Benzer şekilde 565 ergen ile yapılan çalışmada, psikolojik kontrol, duyarlılık ve davranışsal kontrol boyutları ile depresyonun ilişkisi incelenmiştir. Çalışma bulgularına göre duyarlılık ve davranışsal kontrol boyutları kontrol edildiğinde dahi psikolojik kontrolün depresif semptomları arttırıcı etkiye olduğu

tespit edilmiştir (Soenens, Luyckx, Vansteenkiste, Duriez ve Goossens, 2008). Yukarıda özetlenen çalışmalara bakıldığında ebeveyn tutumu ve depresyon ilişkisinin sağlıklı ergenlerle çalışıldığı ve bu çalışmalarda ağırlıklı olarak psikolojik kontrol boyutu üzerinde durulduğu göze çarpmaktadır. Ancak, kronik hastalıklarda ebeveyn tutumlarının olumlu ruh sağlığına olan etkisinin incelendiği çalışmaların eksikliği yine de dikkati çekmektedir. Bu doğrultuda, ergenlerde depresyon üzerinde bu denli belirleyici olan psikolojik kontrol boyutunun; AİS örnekleminde ele alınması müdahale çalışmaları oluştururken önemli bir faktör olabilir. Bir sonraki bölümde, AİS örnekleminde önemli olabileceği düşünülen bir diğer kavram olan öz-şefkatin, ebeveyn tutumları ile ilişkisi ele alınacaktır.

2.3.5. Ebeveyn Tutumları ve Öz-Şefkat

Ebeveyn tutumlarının belirleyici olduğu bir diğer kavram ise öz-şefkattir. Ebeveynlerin beden imgesi ve depresyon üzerindeki etkilerinin yanı sıra, öz- şefkat üzerindeki etkilerine ilişkin literatür bulguları sunmak AİS hastalarındaki olası etkilerini anlamlandırabilmek adına önemli olabilir.

Öz-şefkat ile ilgili çalışmalar genellikle pozitif psikoloji alanında olup, öz-şefkatin psikolojik sağlığa olumlu etkisinin araştırıldığı çalışmalar ağırlıktadır. Öz-şefkatin olumsuz ruh sağlığını azalttığı ve olumlu ruh sağlığını da mutluluk ve iyimserlik üzerinden güçlendirdiği bilinmektedir (Neff, Kirkpatrick ve Rude, 2007) Öz-şefkat, bireylerin duygusal iyi oluşuna katkıda bulunmakla beraber, kaygı düzeyini ve kendileri ile ilgili katı yargılamaları azaltarak psikolojik dayanıklılığı arttırmaktadır (Neff vd., 2007). Ebeveynler pek çok durumda olduğu gibi çocuklarının öz-şefkat düzeyini belirlemede de oldukça önemli bir yere sahiptir. Literatürde ebeveyn tutumu literatüründeki kuramcıları temel alan yalnız bir çalışma göze çarpmaktadır. Baumrind'in (1966) tutumlarını temel alan bu çalışmada, ergenlerle çalışılmış olup, demokratik, otoriter ve aşırı koruyucu anne baba tutumları ele alınmıştır. Bulgulara göre, demokratik tutum sergileyen anne babaların çocukları daha fazla öz-şefkat becerisi gösterirken, otoriter ve aşırı koruyucu anne babaların çocuklarının ise daha az düzeyde öz-şefkat becerisi gösterdikleri bulgulanmıştır

(Yılmaz ve Kesici, 2014). Bu çalışma dışında literatürde yer alan çalışmalar genellikle ebeveyn tutumlarından ziyade davranışlarını inceleyen çalışmalar olarak karşımıza çıkmaktadır. Buna örnek olabilecek bir çalışmada destekleyici tarzda ebeveynliğin duygusal iyi oluş üzerindeki etkisinde (depresyon, anksiyete ve sosyal bağlılık değişkenleri temel alınarak) öz-şefkatin aracılığı gösterilmiştir. Yani buradan hareketle, ebeveyn tutumları ergenlerde öz-şefkat düzeyinin oluşumunu belirlerken; düşük olması olumsuz ruh sağlığına, yüksek olması olumlu ruh sağlığına etki etmektedir. Bu çalışmanın bulgularına ek olarak, aile içi ilişkilerin niteliğinin de belirleyici olduğu; ilişkilerin yakın olduğu aile ortamına sahip olmanın da öz-şefkat düzeyini arttıran bir faktör olduğu bulgulanmıştır (Neff ve McGehe, 2010). Tüm bu çalışmalara bakıldığında, öz-şefkatin ebeveynlerin etkisi ile şekillendiği aşikârdır. Ancak, öz-şefkatin yeni bir kavram olması nedeni ile sağlık psikolojisindeki yeri zaten oldukça kısıtlı iken ebeveynlerin bu ilişkideki rolünün belirsiz olması önemli bir başka eksiklik olarak ön plana çıkmaktadır. Bunlara ek olarak, literatürde ebeveyn tutumları ile öz-şefkat, depresyon, yeme tutumları ve beden imgesinin arasındaki ilişkiye dair farklı kronik hastalıkları olan katılımcılarla yürütülen çalışmalar da oldukça kısıtlıdır. AİS ile ilgili ise kapsamlı bir çalışma neredeyse hiç yoktur. Tüm bu eksiklik ve kısıtlılıklardan yola çıkarak, sağlıklı örneklem ve kronik hastalıklar ile yapılan çalışmalar da temel alınarak bu çalışmada, AİS hastalarında en çok üzerinde durulan değişkenlerden biri olan beden ile bununla ilişkili sonuçlardan olan yeme tutum ve davranışlarında bozulmalar ve depresyon arasındaki ilişkilerde ebeveyn tutumları ile öz-şefkat düzeyinin rolünü ele alınacaktır. Bu sayede yalnızca hastalığa yönelik patoloji odaklı değil; öz-şefkat gibi olumlu psikolojik özelliklerin de etkisi incelenmiş olunacaktır. Aynı zamanda yalnızca bireysel değil psikososyal süreçler bağlamında da ailenin rolü ele alınarak multidisipliner tedavilere katkı sunacak bilgiler edinilmesi umulmaktadır. Araştırmada ayrıca yan amaçlar kapsamında, örneklemin özellikleri de göz önünde bulundurularak bir takım tanımsal özellikler de incelenecektir. Tedavi şekilleri, Cobb açısı olarak isimlendirilen eğrilik açısı, beden kitle endeksi, yaş, cinsiyet, kendi ve ebeveynlerinin eğitim düzeyi gibi tıbbi ve psikososyal değişkenlerin; yeme tutumu, öz-şefkat, depresyon, beden memnuniyetsizliği ve ebeveyn tutumlarında bir takım farklılaşmalara yol açıp açmadığının araştırılmasının da hastanın bütüncül ele alınması açısından önemli

olduğu düşünülmektedir. Dolayısı ile çalışmanın amaçları doğrultusunda şekillendirilen hipotezler ise bir sonraki amaç ve hipotezler bölümünde gerekçeleri ile sunulacaktır.

Amaç ve Hipotezler

Bu çalışmanın temel amacı, AİS hastalarında ebeveyn tutumlarının yeme tutumları üzerindeki etkisinde öz-şefkat, depresyon ve beden memnuniyetsizliğinin aracılık etkisinde bulunup bulunmadığını araştırmaktır. Hem psikoloji alanında hem de tıp alanında AİS hastaları ile bu değişkenleri içeren herhangi bir çalışmanın olmayışı sebebiyle; çalışmanın hipotezini oluştururken farklı kronik hastalıklarla ve sağlıklı grupla olan ilişkilerden faydalanılmıştır. Nitekim öz-şefkatin aracılık rolü hem beden memnuniyetsizliğinin zayıf olma arzusu üzerindeki (Ferreira ve ark., 2013) hem de bedene ilişkin endişelerin depresyon üzerindeki etkisinde gösterilmektedir (Wasylkiw vd., 2012). Breines ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında ise öz-şefkatin yeme davranış bozukluğu ve kiloya ilişkin endişelerin üzerindeki etkisinde olumsuz beden imgesinin aracılığının bulunmuş olması çalışmada ön görülen aracılık ilişkilerine dayanak oluşturacak niteliktedir. Tüm bu sağlıklı örneklem ile yapılan çalışmalara ek olarak kanser hastalarındaki beden memnuniyetsizliğinin depresyon, anksiyete ve stres üzerindeki etkisine öz-şefkatin aracılık ettiği bulgusu da öz-şefkatin bu çalışmadaki önemini destekler niteliktedir (Przezdziecki vd., 2013). Ebeveyn tutumlarının yeme tutumları üzerindeki etkisinde beden memnuniyetsizliğinin aracılığının bulunması (Kluck, 2010) da ebeveyn etkisinin yordayıcılığının ön görüldüğü bu çalışmaya temel oluşturabilecek bir başka çalışmadır. Sonuç olarak, literatürdeki tüm bu çalışmalar ışığında, ebeveyn tutumlarının öz-şefkat aracılığıyla depresyon ve beden imgesi ölçeği ile ölçümlenen beden memnuniyetsizliğine, öz-şefkat değişkeninin de depresyon ve beden imgesi bozukluğu aracılığıyla yeme tutumlarına etkide bulunduğu varsayılmıştır. Dolayısı ile çalışmanın temel hipotezleri şu şekildedir;

H1. AİS'li hastaların ebeveyn tutumu ile yeme tutumları arasındaki ilişkide depresyon, özşefkat ve beden memnuniyetsizliğinin aracılık etkisi vardır.

H2. AİS'li hastaların ebeveyn tutumu ile depresyon ve beden memnuniyetsizliği ilişkisinde öz-şefkatin aracılık etkisi vardır.

H3. AİS'li hastaların öz-şefkat ve yeme tutumları arasındaki ilişkide depresyon ve beden memnuniyetsizliğinin aracılık etkisi vardır.

Bu hipotezler yolu ile model testi amaçlanmış olup bu temel amacın yanında, araştırmada yan amaçlar kapsamında, örneklemin özellikleri de göz önünde bulundurularak bir takım tanımsal özellikler de incelenecektir. AİS hastalarının aldığı tedavi yöntemlerinin de bir takım psikolojik güçlükler yaratabildiği, özellikle korse kullanan kişilerin yaşam kalitelerinin olumsuz etkilendiği (Sapountzi-Krepia ve ark., 2001), beden memnuniyetsizliğinin bu hastalarda daha fazla olduğu (Danielsson vd., 2012) ve Cobb açısının da beden memnuniyeti ile ilişkili olduğu bilinmektedir (Watanabe vd., 2007). Tüm bu çalışmalardan hareketle; katılımcıların kendilerinin ve ailelerinin eğitim düzeyleri, yaşları, beden kitle endeksleri (18 altı ve üstü), Cobb açıları (40 altı ve üstü) ile tedaviye yönelik korse kullanımları, egzersiz yapmaları veya ameliyat geçirmiş olup olmamalarına göre; beden memnuniyetsizliği, yeme tutumu, depresyon düzeyleri, ebeveyn tutumları ve öz-şefkat düzeylerinin farklılaşıp farklılaşmadıklarını incelemek de çalışmanın yan amaçları kapsamındadır.

Literatürde çalışma hipotezlerine dayanak oluşturacak çalışmalar olsa da tüm değişkenlerin bir arada ele alındığı çalışmalara rastlanmamıştır. AİS örnekleminde de bir ilk niteliğinde olan bu çalışmanın, klinik sağlık psikolojisi alanında yapılabilecek çalışmalara zemin oluşturması umulmaktadır.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

YÖNTEM

Bu bölümde araştırmanın katılımcıları, veri toplama araçları, işlemler ve toplanan verilerin analiz edilmesi için kullanılacak istatistiksel yöntemler hakkında detaylı bilgiler sunulacaktır.

3.1. Katılımcılar

Veriler İstanbul ve İzmir'de çeşitli Ortopedi klinikleri ve fizyoterapi merkezlerinde tedavi alan ve tedavi için başvuran; 11-24 yaş aralığındaki 170 idiopatik skolyoz tanısı almış katılımcılardan elde edilmiştir. İşleme katılım için hastaların kendilerinden ve ailelerinden gerekli izinler alınmış olup çalışma katılımcıların gönüllülük esası ile yürütülmüştür.

Çalışmanın içleme kriterleri ise;

- En az 10 derecelik Cobb açısı ile adölesan idiopatik skolyoz tanısı almış olmak
- 11-24 yaş aralığında olmak
- En az ilkokul mezunu olmak
- Gönüllülük esasına uygun katılım göstermek

Dışlama kriterleri;

- Kendi bildirimleri esas alınarak, çalışmanın hipotezini etkileyebilecek herhangi bir psikiyatrik tanıya sahip olmak
- 11-24 yaş aralığı dışında olmak
- İlkokuldan az eğitim düzeyine sahip olmak

170 kişiden oluşan bu örneklemin yaş aralığı 11-24 iken (M=16.48, SS= 3.74) 132 kadın 38 erkek katılımcıdan oluşmuştur.

3.2. Veri Toplama Araçları

Çalışma kapsamında, Sosyodemografik Bilgi Formu yanı sıra, Skolyoza İlişkin Beden İmgesi Bozukluğu Ölçeği, Öz-Şefkat Ölçeği, Beck Depresyon Envanteri ve Yeme Tutumu Testi-26 kullanılmıştır. Bu bölümde ölçme araçlarına ilişkin bilgiler sunulacaktır.

3.2.1. Sosyodemografik ve Tıbbi Bilgi Formu

Literatürde adölesan idiopatik skolyoz hastaları ile yapılan çalışmalarda sorulan demografik bilgiler örnek alınarak; hastalara 17 adet soru yöneltilmiştir (EK1). Sorularda hastalara yaşı, cinsiyeti, boyu, kilosu, mesleği, anne- babasının ve kendisinin eğitim düzeyleri, skolyoz tanısını ilk ne zaman aldığı, skolyoza ilişkin kaç aydır tedavi gördüğü, skolyoza ilişkin korse kullanıp kullanmadığı, skolyoza ilişkin egzersiz yapıp yapmadığı, skolyoza ilişkin ameliyat olup olmadığı, şayet oldu ise ameliyat öncesi ve sonrası eğim açıları, ameliyat olmamış ise son güncel eğim açısı, ailesinde kendi haricinde skolyoz tanısı almış kimsenin olup olmadığı ve son olarak herhangi bir psikiyatrik tanısı olup olmadığı soruları yöneltilmiştir.

3.2.2. Öz-Şefkat Ölçeği

Öz-şefkat Ölçeği Neff (2003) tarafından geliştirilen ve öz-şefkati üç boyutta ölçmeyi hedefleyen bir ölçektir. Likert tipi puanlanan ölçeğin cevap skalası 1-5 ile "neredeyse hiçbir zaman" ve "neredeyse her zaman" arasında değişmektedir. 26 madde ve 6 alt boyuttan oluşan ölçeğin *öz- sevecenlik* boyutu 5 maddeden, *öz-yargılama* boyutu 5 maddeden, *paylaşımların bilincinde olma* boyutu 4 maddeden, dördüncü alt boyut olan *sosyal izolasyon* 4 maddeden ve beşinci alt boyut olan bilinçlilik ise 5 maddeden oluşmaktadır. Sonuncu alt boyut olan *aşırı özdeşleşme* ise

4 maddeden oluşmaktadır. Alt boyutlar, her bir alt boyut maddelerinin ortalamasının alınmasıyla hesaplanır. Orijinal ölçeğin iç tutarlılık kat sayısı .92 olarak bulunmuş olup alt ölçeklerinin iç tutarlılık katsayılarında ise .78 - .81 arasında değişen değerler tespit edilmiştir. Test- tekrar test güvenirlik kat sayısı ise .93 olarak bildirilmiştir. Ölçeğin Türkçe uyarlama çalışması Akın ve arkadaşları (2007) tarafından yapılmıştır. Çalışmanın sonuçlarına göre, orijinal ölçeğe paralel olarak 6 alt faktör tespit edilmiştir. Orijinal ölçek ve Türkçe çevirisi arasındaki korelasyonlar alt maddelere göre .87 ve .94 arasında değişkenlik göstermektedir. İç tutarlık katsayıları ise .72 ve .80 arasındadır. Ölçeğin yapı geçerliği için yapılan doğrulayıcı faktör analizi bulgularına göre, RMSEA= .056, NFI= .95, CFI= .97, IFI= .97, RFI= .94, GFI= .91 ve SRMR= .059 uyum indeksi değerlerine göre model iyi uyum göstermiş olup Türk dilinde kullanılması uygun bulunmuştur. Buna ek olarak Kantaş (2013) ölçeği tekrardan uyarlayarak iç tutarlılık kat sayısı .94 olan ve alt ölçekler için .69 ile .85 arasında değişen iç tutarlılık kat sayıları olan alternatif bir ölçek sunmuştur. Bu çalışmada geçerlik ve güvenirliği daha iyi olduğu düşünülen bu versiyon kullanılmıştır. Ölçeğin bu tez çalışmasında elde edilen Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı tüm ölçek için .92 iken alt ölçeklerinden, öz-sevecenlik için .82, öz-yargılama için .83, ortak insanlık için .69, sosyal yalıtılmışlık için, .67, bilinçli farkındalık için .74, aşırı özdeşleşme için ise .77'dir. Çalışmaya tüm alt boyutlar dahil edilmiştir.

3.2.3. Skolyoza İlişkin Beden İmgesi Ölçeği

Beden İmgesi Bozukluğu Ölçeği, Auerbach ve arkadaşları (2014) tarafından sağlıklı kişilerle geliştirilmiş olan beden imgesi ölçeğinin (Cash, Fleming, Alindogan, Steadman ve Whitehead, 2002) skolyoz hastalarına uyarlanmış versiyonudur. 7 maddelik tek faktörden oluşan ölçek, skolyoz hastalarının hastalığa bağlı bedenlerindeki deformiteden duydukları memnuniyetsizliği ölçmektedir. 7 maddenin hepsi 1-5 likert tipi puanlanırken bu maddelere ek olarak 5 adet kaygılarının içeriğinin tanımlanması istenen açık uçlu soru yer almaktadır ancak bu sorular puanlamaya dahil edilmemektedir. Ölçekten alınan yüksek puanlar

bedenlerindeki deformiteden duydukları memnuniyetsizliğin şiddetini göstermektedir. Orijinal ölçekte iç tutarlık katsayısı .82 iken madde toplam korelasyonları .47 ve .67 arasında değişmektedir. Ölçek İngilizce'den sonra Almanca (Wetterkamp vd., 2017) ve Çince'ye (Bao vd., 2015) de uyarlanmış olup benzer güvenirlik katsayıları bulunmuştur.

İngilizce'den Türkçe'ye uyarlama çalışması ise Kuzu ve arkadaşları (2018) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin İngilizce'den Türkçe'ye ve Türkçe'den İngilizce'ye çeviri- ters çeviri işlemleri dil bilimciler tarafından yapıldıktan sonra, ölçeğin faktör yapısını doğrulamak için açımlayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi uygulanmıştır. Sonuçlara göre maddeler arası korelasyonlar güçlü bulunmuştur (r= .38-.72). Faktör yapısı ise orjinal çalışmadan farklı olarak 2 faktöre ayrılmıştır. İlk faktör 4 maddeden oluşup daha çok beden memnuniyetsizliğinin sosyal (aile ve arkadaş çevresi) kısmını oluştururken; toplam varyansın %59.41'ini açıklamıştır. İkinci faktör ise 3 maddeden oluşmakta ve daha çok kişinin bireysel beden memnuniyeti ile ilgili kaygılarına denk gelmektedir. Toplam varyansın ise %15.86'sını açıklamaktadır. Cronbach Alpha değerleri ise birinci ve ikinci faktör için yüksek iç tutarlılık gösterip, sırasıyla, α = .89 ve α = .86 olarak bulunmuştur. Doğrulayıcı faktör analizi ise 2 faktörlü yapı için yapısal eşitlik modellemesi ile test edilmiş olup uyum iyiliği değerleri sırasıyla, χ^2 (13, N = 83) = 17.38, p>.05; GFI = .94; CFI = .99; SRMR = .044; RMSEA = .064 (RMSEA için yüzde 90 güven aralığı = 0.00-0.13) olarak bulunmuştur. Yakınsak geçerlilik ise olumlu, olumsuz duygu durum (PANAS), yaşam kalitesi ve SRS-22 ölçeklerinin korelasyonları hesaplanarak değerlendirilmiştir. Beden imgesi bozukluğu-skolyoz versiyonu ölçeğinin 2 faktörünün de SRS-22 alt ölçeklerinden ruhsal durum dışındaki tüm faktörler ile anlamlı ilişkisi bulunmuştur (p<.05). Pozitif duygu durum, negatif duygu durum ve yaşam kalitesi ile de ölçek istatistiksel olarak orta düzeyde anlamlı ilişki göstermiştir (p<.05). Ölçekten en fazla alınabilecek puan 35'in toplam madde sayısı olan 7'ye bölünmesi ile elde edilmektedir. Elde edilen skorlar için artan puanlar memnuniyetsizlikteki artışa işaret etmektedir. Türkçe uyarlama çalışmasında, orijinal ve diğer uyarlama çalışmalarından farklı olsa da uyum iyiliği de dikkate alınarak *kişisel* ve *sosyal* alt boyutları olmak üzere 2 faktörlü yapı uygun bulunmuştur. Çalışmaya iki alt test dahil edilmiş olup, Cronbach Alfa iç

tutarlık kat sayısı tüm ölçek için .86 iken kişisel alt boyutu için .91 iken, sosyal alt boyut için .79 olarak bulunmuştur.

3.2.4. Yeme Tutumu Testi-26

Ölçeğin ilk hali yeme tutumlarını ölçmek amacıyla 40 madde olarak Garner ve Garfinkel tarafından 1979 yılında geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe uyarlama çalışması Savaşır ve Erol (1989) tarafından yapılmış olup yeme tutumlarının tespit edilmesinde yaygın olarak kullanılmaktadır. Garner ve arkadaşlarının 1982 yılında revize ettiği 26 maddelik form kullanım açısından daha ekonomik ve pratik bulunmuştur. Bu ölçeğin Türkçe uyarlaması ise, Ergüney-Okumuş ve Sertel-Berk tarafından 2016 yılında yaş ortalaması M=20.70 olan 259 kadın ve 141 erkek üniversite öğrencisi ile yapılmıştır. *Diyet yapma, bulimiya* ve *yeme meşguliyeti* ve *yemeyi kontrol olmak* üzere üç alt faktörden oluşmaktadır. Test, 6'lı likert tipi (0-0-0-1-2-3) olup bazen, hiçbir zaman, nadiren cevaplarının puanları 0 olarak değerlendirilmektedir. Puanlamaya sadece daima, çok sık, sık sık seçenekleri (1-2-3) dahil edilmektedir. Ölçeğin kesme puanı 20 olup 20 puan üstü alan kişilerde yeme tutumlarında bozulmanın olabileceğine işaret edilmektedir. Uyarlama çalışmasının bulgularına göre Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayıları sırasıyla, .74, .66, .58 olarak toplamı için ise .75 olarak bulunmuştur. Çalışmanın test-tekrar test güvenirliği ise r=.78 olarak tespit edilmiştir. Bu çalışmaya tüm alt boyutlar dahil edilmiş olup elde edilen Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayıları tüm maddeler için .94 iken; diyet için .93, bulimiya ve yeme meşguliyeti için .91 ve yeme kontrolü için ise .71 olarak bulunmuştur.

3.3.5. Leuven Algılanan Anne Baba Tutumları Ölçeği

Orjinali Soenens, Beyers ve Goossens (2004) tarafından ergenlerin anne ve babalarından algıladıkları tutumu ölçümlemek amacı ile geliştirilmiştir. Anne ve baba olmak üzere iki ayrı form olarak uygulanan ölçek, 4 alt boyuttan oluşmaktadır. Boyutlar; *duyarlık, özerklik desteği, psikolojik kontrol ve davranışsal denetimdir*.

Ölçeğin her alt boyutu 7 maddeden oluşan 28 maddelik bir ölçektir. Puanlaması ise 1-5 likert tipidir. Ölçeğin kesme puanı yoktur ve her alt boyutu için ayrı hesaplama yapılmaktadır.

Ölçeğin Türk kültürüne uyarlaması Sevim (2014) tarafından yaşları 12-24 arasında değişen 643 ergen katılımcı ile yapılmıştır. Yapı geçerliği adına yapılan doğrulayıcı faktör analizi bulguları orijinal modele uygun olarak 4 faktörlü sonuç vermiştir ancak madde sayısı anne formunda 21'e baba formunda ise 19'a düşmüştür. Faktörlerin iç tutarlık katsayıları, duyarlılık için .88, davranışsal denetim için .58, psikolojik kontrol için .81, özerklik desteği için ise .67'dir. Madde toplam korelasyonları ise anne formunda sırasıyla; .55 -.77, .30 - .56, .53 - .67, .52 - .70 arasında değişirken; baba formunda ise, .67- .81, .52-.70, .47-.55 ve.30-.55 olarak tespit edilmiştir. Ölçeğin bu tez çalışmasında elde edilen Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı baba formu için .88 iken anne formu için ise yine .88 olarak bulunmuştur. Ayrıca bu tez çalışmasında modele anne ölçeğindeki tüm alt ölçeklerin toplam puanı ve baba ölçeğindeki tüm alt ölçeklerin toplam puanı hesaplanarak 2 alt boyut olarak dahil edilmiştir.

3.3.6. Beck Depresyon Envanteri

Beck Depresyon Envanteri ergen ve erişkinlerde hem depresyon tanısı koymak hem şiddetini ölçmek hem de tedaviye bağlı değişimleri takip etmek amacıyla 1961 yılında geliştirilmiştir. 21 maddeden oluşan testin ortaya koymaya çalıştığı semptomlar; duygu-durum, irritabilite, karamsarlık, sosyal geri çekilme, başarısızlık duygusu, karar vermede güçlük, yaşamdan yeterince doyum alamama, beden imgesi, çalışma güçlüğü, suçluluk duyguları, uyku düzensizlikleri, cezalandırılmışlık hisleri, erken yorulma, iştah kaybı, kendinden nefret, kilo kaybı, kendini yargılama, somatik yakınmalar, kendini cezalandırma isteği, libidoda azalma ve ağlama nöbetlerini içermektedir. 0-3 arası puanlanan maddeler hafiften şiddetliye doğru sıralanmaktadır. Toplam puanın yüksek olması depresyon şiddetindeki artışı göstermektedir. Ölçeğin iç tutarlılık kat sayısı ise .86 olarak bulunmuştur.

Ölçeğin Türkçe'ye uyarlanması 1989 yılında Hisli tarafından üniversite öğrencileri ile yapılmıştır. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 63 olup kesme puanı 17'dir. Yarıya bölme geçerliği .74 iken iç tutarlık katsayısı .88 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada ise ölçeğin Cronbach Alpha iç tutarlılık kat sayısı .96 bulunmuştur. Ayrıca yapısal eşitlik modellemesi kısmında ölçümlerin güvenirliğini arttırmak adına parselleme yöntemi kullanılmıştır. Elde edilen 3 yapay alt faktörün Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayıları ise, 1. Faktör için (Dep1); .90, 2. Faktör için (Dep2); .89, 3. Faktör için ise (Dep3) .89 olarak elde edilmiştir.

3.4. Verilerin Analizi

İlk olarak sosyodemografik verilerin sıklık ve yüzde dağılımları hesaplanmıştır. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluklarının incelenmesi adına Tek Örneklem Kolmogorov-Smirnov normal dağılım testi yapılmıştır. Sonrasında çalışmanın yan amacı kapsamında, ölçeklerden alınan toplam puanların sosyodemografik özelliklere göre farklılaşıp farklılaşmadığı incelenmiştir. İki katetorili değişkenler için Bağımsız örneklemler T-testi, ikiden fazla kategorili değişkenler için ise Tek-yön ANOVA testinden faydalanılmıştır. ANOVA testi sonuçlarından elde edilen gruplararası farklılığın kaynağını incelemek adına da Tukey testinden faydalanılmıştır. Çalışmadaki demografik verilere dayalı ortalama karşılaştırmaları ve ilgili tanımlayıcı istatistiklerin hesaplanması SPSS 22.00 programıyla yapılmıştır. Buna karşın yapısal eşitlik model testi ve modeldeki dolaylı etkilerin anlamlılığı ise LISREL programında test edilmiştir. Ölçme modeli oluşturulurken tek boyutlu ölçme araçlarının kullanılması yoluyla tanımlanan yapıların örtük değişken olarak analize sokulabilmesi ve dolayısıyla güvenirlik ve normalliklerini arttırmak amacıyla parselleme yöntemi uygulanmıştır. Parseller oluştururken Marsh ve arkadaşlarının (2004) yöntemi esas alınarak gruplandırılma yapılmıştır. Buna göre açımlayıcı faktör analizi sonucunda faktör yükleri büyükten küçüğe sıralanarak bu maddelerin dengeli bir şekilde gruplara atanması sonucunda oluşan parsellerin toplam puanları alınmış ve yapay üç faktör elde edilmiştir. Bu faktörler modele gözlenen değişken olarak dahil edilmiştir (Dep1, Dep2 ve Dep3).

Değişkenler arası ilişkileri incelemek adına Pearson korelasyon değerleri hesaplanmıştır. Hipotez testi için yapısal eşitlik modellemesinde yaygın olarak kullanılan iki aşamalı yöntemden faydalanılmıştır (Anderson ve Gerbing, 1988). Bu yönteme göre öncelikle ölçme modeli test edilmiş olup, sonrasında yapısal model incelenmiştir.

Modeldeki dolaylı etkilerin anlamlılığını belirlemek için Bootstrap analizlerinden yararlanılmıştır. Buna göre, veri setinden üretilen 2000 bootstrap yeniden örneklemi üzerinden hesaplanan güven aralıkları ile çalışmanın temel hipotezi olan dolaylı etkilerin anlamlılığı test edilecektir. Elde edilen güven aralıklarının sıfırı içermemesi, test edilen aracılık etkilerinin istatistiksel olarak anlamlı olduğuna dair kanıt olarak sunulmaktadır (MacKinnon, Lockwood, & Williams, 2004; Shrout & Bolger, 2002).

3.5. İşlemler

Katılımcılardan veri toplamaya başlanmadan önce, İstanbul Arel Üniversitesi Etik Kurulu'ndan gerekli etik izinler alınmıştır. Çalışma 2017 Ekim ve 2018 Mart tarihleri arasında İstanbul ve İzmir'de çalışmaya gerekli izinler alınarak destek veren, ortopedi klinikleri ve fizyoterapi merkezlerinde ayaktan tedavi gören hastalar ile gönüllülük esası ile yürütülmüştür. Katılımcılar, çocuk ve ergenlerden oluştuğu için ailelerine çalışma hakkında hem yazılı hem de sözlü bilgi verilmiştir. Gerekli izinler alındıktan sonra anket çalışmacı tarafından sunulmuştur. Katılımcıların anket sorularını, sessiz bir ortamda araştırmacının eşliğinde müdahale edilmeden doldurmaları sağlanmıştır. Kliniklerin veri tabanlarındaki takipli hastalara da telefonla ulaşılmış, gelebilecek olanlar davet edilmiş, gelemeyecek olanlar için de anket formları e-posta yolu ile kendilerine ulaştırılmıştır. E-posta yolu ile geri dönüş yapan katılımcıların sayısı 20 kişi olup, tüm anket doldurma işlemi 20 dakika sürmüştür. 20 katılımcı'nın ise ailesi izin vermediği için çalışmaya katılamamış, 4 tanesi ise anketin yarısında doldurmaktan vazgeçtiği için çalışmaya dahil edilmemiştir.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

Çalışmanın bulgular bölümünde, ilk olarak çalışmada yer alan AİS tanılı katılımcıların demografik ve AİS ile ilgili tıbbi özelliklerine dair tanımsal analiz sonuçları sunulacaktır. Ardından yan amaçlarda belirtilen demografik ve tıbbi özelliklere göre depresyon, beden memnuniyetsizliği, öz-şefkat, yeme tutumu ve ebeveyn tutumlarında farklılaşmaları inceleyen bulgular özetlenecektir. Son olarak tez çalışmasının temel hipotezleri kapsamında önce değişkenler arası korelasyon bulguları, ardından da iki aşamalı yapısal eşitlik model testi sonuçları verilecektir.

4.1. Tanımsal Analizler

Tablo 4.1'de katılımcıların demografik değişkenlerine ilişkin özellikleri belirtilmiştir.

Tablo 4. 1. *İdiopatik Skolyoz Hastalarının Demografik Değişkenlerine İlişkin Özellikleri*

Değişkenler (N=170)		N	%
Cinsiyet	Erkek	38	22.4
	Kadın	132	77.6
Yaş	16 altı	102	63.4
	16 üstü	59	36.6
Kendi Eğitim Durumu	İlkokul	1	0.6
	Ortaokul	58	33.9
	Lise	74	43.3
	Üniversite	37	21.6
Babasının Eğitim Durumu	İlkokul	20	11.8
	Ortaokul	17	10.1
	Lise	41	24.3
	Üniversite	76	45
	Yüksek Öğrenim	15	8.9
Annesinin Eğitim Durumu	İlkokul	26	15.7
	Ortaokul	16	9.6
	Lise	44	26.5
	Üniversite	67	40.4
	Yüksek Öğrenim	13	7.8
Korse Kullanan	Evet	34	20.5
	Hayır	132	79.5
Egzersiz	Evet	97	59.1
	Hayır	67	40.9
Ameliyat	Oldu	34	21.3
	Olmadı	126	78.8
Ailede Skolyoz	Var	40	23.5
	Yok	130	76.5
Beden kitle Endeksi	18 altı	47	28.5
	18 üstü	118	71.5
Cobb Açısı	40 altı	121	76.6
	40 üstü	37	23.4

4.2. Araştırmanın Yan Amaçları

Araştırmanın yan amaçları kısmında katılımcıların demografik özellikleri ve tedavi ile ilgili sorulara verdikleri yanıtlara göre depresyon, yeme tutumu, beden memnuniyetsizliği, ebeveyn tutumu ve öz-şefkat düzeylerinin nasıl farklılaştığına dair yapılan karşılaştırma testleri raporlanmıştır. İlk olarak cinsiyete göre depresyon, yeme tutumu, beden memnuniyetsizliği, öz-şefkat ve ebeveyn tutumları puan

ortalamaları karşılaştırılmıştır. Sonuçlara göre, cinsiyete göre depresyon düzeyinde ($t_{(64.24)}$=.629, p>0.05), beden imgesi bozukluğunda ($t_{(51.96)}$=-.24, p>0.05) ve yeme tutumlarında cinsiyete göre farklılaşma saptanmamıştır ($t_{(64.32)}$=1.04, p>0.05). Öz-şefkat ve ebeveyn tutumlarına göre de anlamlı farklılaşma tespit edilmemiştir (p>0.05).

Katılımcıların eğitim düzeylerine göre yeme tutumu, depresyon, beden memnuniyetsizliği, ebeveyn tutumu ve öz-şefkat puanlarında farklılaşma olup olmadığını incelemek amacıyla tek yönlü varyans analizi (ANOVA) yapılmıştır. Sonuçlara göre, depresyon ve yeme tutumlarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılaşma gözlenirken beden memnuniyetsizliği, öz-şefkat ve ebeveyn tutumu için gözlenmemiştir. Bulgular yeme tutumu için ($F_{(2.166)}$= 4.823, p<0.05), depresyon için ($F_{(2.166)}$= 6.385, p<0.05), beden memnuniyetsizliği için: ($F_{(2.166)}$= .297, p>0.05), ($F_{(2.166)}$= 2.463, p>0.05) ve anne tutumu için ($F_{(2.166)}$= 1.12, p>0.05) iken baba tutumu için ($F_{(2.166)}$= 2.276, p>0.05), öz-şefkat için ($F_{(2.166)}$= 2.463, p>0.05), şeklindedir. Eğitim düzeylerine göre depresyon ve yeme tutumları açısından hangi grupların birbirinden farklılaştığını bulmak amacıyla Tukey testi yapılmıştır. Tukey testi sonuçları lise mezunu için ($\bar{X}$=15.66, SS= 17.72), üniversite mezunu için ise ($\bar{X}$=28.59, SS= 26.44) olup üniversite öğrencilerinin lise öğrencilerine göre yeme tutumu testinden daha yüksek puan aldığı, depresyon içinse üniversite öğrencilerinin ortaokul öğrencilerinden daha yüksek puanlar aldıkları gözlenmiştir. Bulgular sırasıyla, ($\bar{X}$=18.31, SS=14.73), ($\bar{X}$=8.64, SS=10.61) şeklindedir. Diğer gruplar arasında ise istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilememiştir.

Katılımcıların babalarının eğitim durumlarına göre yeme tutumu, depresyon, beden memnuniyetsizliği, ebeveyn tutumu ve öz-şefkat puanlarında farklılaşma olup olmadığını incelemek için yapılan ANOVA analizi sonucuna göre ise yeme tutumu, beden memnuniyetsizliği ve öz-şefkat düzeyi gruplar arası farklılık göstermemekle beraber depresyon düzeyi ve ebeveyn tutumu babalarının eğitim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmıştır. Bulgular depresyon için; ($F_{(4.163)}$= 3.74, p<0.05), anne tutumu için; ($F_{(4.163)}$= 2.94, p<0.05) ve baba tutumu

için ($F_{(4.163)}$= 2.78, p<0.05) iken, yeme tutumu için; ($F_{(4.163)}$= 1.76, p>0.05), beden memnuniyetsizliği için, ($F_{(4.163)}$= 2.00, p>0.05) ve öz-şefkat için; ($F_{(4.163)}$= .947, p>0.05) şeklindedir. Anlamlı bulgular için yapılan Tukey testi sonuçlarına göre ise yükseköğrenim mezunu babaların çocuklarının, ortaokul mezunu babaların çocuklarına göre daha az depresyon puanı aldıkları tespit edilmiştir ($\bar{X}$=9.94, SS=12.02) ve ($\bar{X}$=16.93, SS=12.79)'dir. Ebeveyn tutumlarından anne için yapılan analizlerde, babaları yükseköğrenim mezunu olan çocukların annelerinden algıladıkları olumlu tutumlar babaları ilkokul mezunu olanlara göre daha olumludur; ($\bar{X}$=90.10, SS=6.48) ve ($\bar{X}$=77.61, SS=12.03). Algıladıkları baba tutumları için de benzer sonuç bulunmuştur. Yükseköğrenim mezunu babaların çocukları ortaokul mezunu babaların çocuklarına göre babalarından daha olumlu tutumlar algılamaktadırlar. Tukey sonuçları ise, ($\bar{X}$=77.01, SS=8.89), ($\bar{X}$=64.38, SS=16.65) şeklindedir.

Annelerin eğitim durumları göz önüne alınarak yapılan ANOVA analizi sonucunda, yeme tutumu ve öz-şefkat, puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamış olup, depresyon, beden memnuniyetsizliği ve anne ve baba için ebeveyn tutumlarına ilişkin fark gözlenmiştir. Bulgular sırasıyla; ($F_{(4.161)}$= .760, p>0.05), ($F_{(4.161)}$= 1.96, p>0.05), ($F_{(4.161)}$= 7.57, p<0.05), ($F_{(4.161)}$= 3.07, p<0.05), ($F_{(4.161)}$= 2.86, p<0.05) ve ($F_{(4.161)}$= 3.13, p<0.05) şeklindedir. Tukey testi sonuçlarına göre ise, yükseköğrenim, üniversite ve lise mezunu annelerin çocukları ortaokul ve ilkokul mezunu annelerin çocuklarına göre daha düşük depresyon puanları almıştır. Bulgular sırasıyla, ($\bar{X}$=5.73, SS=7.81), ($\bar{X}$=8.99, SS=10.62), ($\bar{X}$=12.50, SS=13.51), ($\bar{X}$=17.11, SS=12.66) ve ($\bar{X}$=22.67, SS=14.43) şeklindedir. Beden memnuniyetsizliği puanlarında ise üniversite mezunu annelerin çocukları ilkokul mezunu annelerin çocuklarına göre daha düşük puanlar almıştır ($\bar{X}$=12.76, SS=3.60) ve ($\bar{X}$=15.10, SS=5.04). Ebeveyn tutumlarında ise üniversite mezunu annelerin çocukları ilkokul mezunu annelerin çocuklarına göre annenlerinin tutumlarını daha olumlu algılamaktadır ($\bar{X}$=84.56, SS=9.67). Babanın tutumlarının ise, eğitim durumları üniversite ve lise olduğu durumda ortaokul ve ilkokula göre daha olumlu algılandığı bulunmuştur. Tukey testi sonuçları ise ($\bar{X}$=72.48, SS=10.63), ($\bar{X}$=77.80, SS=12.84) ve ($\bar{X}$=62.97, SS=15.31) şeklindedir.

Örneklemin yaş ortalamasının 16 olduğu göz önünde bulundurulduğunda kesme noktası 16 alınarak yapılan yaşa ilişkin karşılaştırma analizinde; depresyona ve ebeveyn tutumlarına (anne ve baba) göre gruplarda farklılaşma tespit edilmiştir. Yaşları 16'dan büyük olan AİS hastalarının depresyon düzeylerinin 16 altı yaş grubuna göre daha yüksek olduğu bulgulanmıştır ($t_{(92.63)}$= -3.05, p<0.05). Ebeveyn tutumlarından baba'ya göre de gruplararası farklılaşma bulunmuş olup 16 yaş altı katılımcıların babalarından algıladıkları tutumların 16 yaş üstüne göre daha olumlu olduğu tespit edilmiştir ($t_{(97.87)}$= 2.26, p<0.05). Öte yandan, öz-şefkat, yeme tutumu ve beden memnuniyetsizliği açısından gruplararası anlamlı farklılık tespit edilememiştir.

Cobb açılarının 40'dan düşük ve yüksek olmasına ilişkin yapılan karşılaştırma analizinde yeme tutumlarında, beden memnuniyetsizliği ve depresyonda gruplara göre farklılık gözlenmiştir ve bulgular sırasıyla; ($t_{(156)}$= -2.33, p<0.05), ($t_{(156)}$= -2.52, p<0.05) ve ($t_{(156)}$= -2.05, p<0.05) şeklindedir. Cobb dereceleri 40 ve üstü olan kişiler daha fazla yeme tutumunda bozulma, depresyon düzeyinde artış ve beden memnuniyetsizliği göstermektedir. Bunlara ek olarak, ebeveyn tutumu ve öz-şefkat açısından Cobb açılarına ilişkin istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilememiştir.

AİS'li hastalara korse kullanıp kullanmadıklarına ilişkin yapılan karşılaştırma analizinde ise depresyon, beden memnuniyetsizliği, yeme tutumları, öz-şefkat ve ebeveyn tutumları açısında kullananlar kullanmayanların istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmadıkları gözlenmiştir (p>.05).

Egzersiz yapıp yapmadıklarına göre yapılan karşılaştırma analizi sonuçlarına göre ise, depresyon düzeyi açısından anlamlı farklılık tespit edilmiş olup egzersiz yapan grupta daha az düzeyde depresyon bulgulanmıştır ($t_{(126.17)}$= -2.18, p<0.05). Öte yandan, yeme tutumları, beden memnuniyetsizliği, öz-şefkat ve ve ebeveyn tutumlarına göre gruplararası istatisiksel olarak anlamlı farklılaşma saptanmamıştır (p>.05).

Ameliyat olup olmamalarına ilişkin yapılan karşılaştırma analizi bulgularına göre yeme tutumu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit

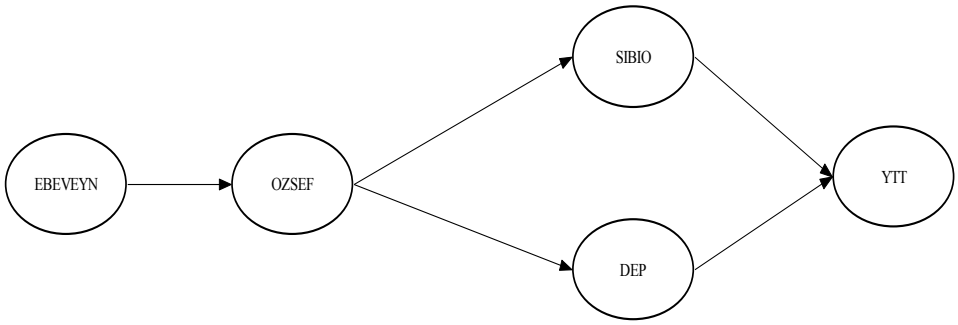
edilmiştir. Ameliyat olan kişilerin yeme tutumları olmayanlara göre daha fazla bozulma göstermiştir ($t_{(44.32)}$= 4.85, p<0.01), depresyon düzeyi de ameliyat olan gruba göre anlamlı olarak farklılaşmıştır ve ameliyat olan grubun depresyon puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($t_{(158)}$= 4.63, p<0.01). Bunun yanı sıra, beden memnuniyetsizliği, öz-şefkat ve ebeveyn tutumları puanlarında gruplar arası istatisiksel olarak anlamlı farklılaşma gözlenmemiştir (p>.05).

Son olarak beden kitle endeksi depresyon, yeme tutumu, beden memnuniyetsizliği, öz-şefkat ve ebeveyn tutumları ile karşılaştırıldığında beden kitle endeksinin 18 altı ya da üstü değer almasına göre gruplar arası farklılaşma gözlenmemiştir. Bulgular sırasıyla; ($t_{(77.16)}$= -.71, p>0.05), ($t_{(84.89)}$= .87, p>0.05) ve ($t_{(76.61)}$= -.05, p>0.05), ($t_{(163)}$= 1.27, p>0.05), anne için ($t_{(127.42)}$= 1.26, p>0.05) iken baba için ($t_{(163)}$= -0.52, p>0.05) şeklindedir.

4.3. Ölçme Modeline İlişkin Bulgular

Yapısal modele ilişkin bulgulara geçmeden önce modeli oluşturan gözlenen ve örtük değişkenleri tanıtmak önemlidir. Model 5 örtük değişken 16 adet gözlenen değişken aracılığıyla tanımlanmıştır. SIBIO örtük değişkenine (skolyoza ilişkin beden imgesi) ait SIBIOKIS (skolyoza ilişkin beden imgesi kişisel alt boyutu) SIBIOSOS (skolyoza ilişkin beden imgesi sosyal alt boyutu) olmak üzere iki gözlenen değişken tanımlanmıştır. EBEVEYN örtük değişkenine ait ANNE ve BABA olmak üzere 2 gözlenen değişken tanımlanmıştır. DEP (Depresyon) gözlenen değişkeni için parselleme yöntemi ile 3 adet yapay gözlenen değişken oluşturulmuştur (DepT1, DepT2, DepT3). OZSEF (öz-şefkat) örtük değişkeni için ise 5 gözlenen değişken OZSEV (öz sevecenlik), KENDYARG (kendini yargılama), PAYORT (paylaşımların ortaklığı), IZOL (izolasyon), BILINFARK (bilinçli farkındalık), ASGEN (aşırı genelleme) ve son olarak YTT (Yeme tutumu) örtük değişkeni için YTTKONT (yemeyi kontrol), YTTDIYET (diyet), YTTMES (yeme meşguliyeti) gözlenen değişkenleri tanımlanmıştır. Şekil (4.1) ve Tablo 4.2'de modele ilişkin tüm örtük ve gözlenen değişkenler gösterilmektedir.

Şekil 4. 1. Modele İlişkin Tüm Örtük Değişkenler



Not: SIBIO: Skolyoza İlişkin Beden İmgesi, , EBEVEYN: Ebeveyn Tutumları, DEP: Depresyon, YTT: Yeme Tutumları, OZSEF: Öz-şefkat.

Tablo 4. 2. Modele İlişkin Tüm Örtük ve Gözlenen Değişkenler

Örtük Değişken	**Örtük Değişken (Kısaltması)**	**Gözlenen Değişkenler**	**Ölçüm Aracı**
Ebeveyn Tutumları	EBEVEYN	Anne Baba	Leuven Algılanan Ana Babalık Ölçeği
Öz-Şefkat	OZSEF	OZSEV: Öz sevecenlik, KENDYARG: Kendini yargılama PAYORT: Paylaşımların ortaklığı IZOL: İzolasyon BILINFAR: Bilinçli farkındalık ASGEN: Aşırı genelleme	Öz-şefkat Ölçeği
Skolyoza İlişkin Beden İmgesi	SIBIO	SIBIOKIS: Skolyoza ilişkin beden imgesi kişisel alt boyutu SIBIOSOS: Skolyoza ilişkin beden imgesi sosyal alt boyutu	Skolyoza İlişkin Beden İmgesi Ölçeği
Depresyon	DEP	DEPT1: Depresyon 1. parsel DEPT2: Depresyon 2.	Beck Depresyon Envanteri

		parsel DEPT3: Depresyon 3. parsel	
Yeme Tutumları	YTT	YTTKONT: Yemeyi kontrol YTTDIYET: Diyet YTTMES: Yeme meşguliyeti	Yeme Tutumu Testi- 26

4.3.1. Değişkenler Arası İlişkiler

Yapısal modele geçmeden önce tüm değişkenler ve alt boyutları arasındaki ilişkiler analiz edilmiştir. Pearson korelasyon testi kullanılarak yapılan analiz bulgularına göre (Tablo 4.3.) değişkenler arası korelasyonlara bakıldığında, skolyoza ilişkin beden imgesi ile ebeveyn tutumları arasında düşük düzeyde anlamlı ilişki varken (p<.05), depresyon değişkeni ile orta düzeyde anlamlı ilişki görülmektedir. Ayrıca beden memnuniyetsizliği, depresyonun parsellerinden DepT1 ve DepT2 ile orta düzeyde DepT3 ile düşük düzeyde anlamlı ilişki göstermektedir (p<.05). Öz-şefkat değişkeni ve tüm alt boyutları ile de orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki gösterirken (p<.05) yeme tutumları ve ve alt boyutları ile istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişki tespit edilememiştir (p>.05).

Ebeveyn tutumları da (anne ve baba) beden imgesi ve tüm alt boyutları ile depresyon ve tüm alt boyutları ile düşük düzeyde anlamlı ilişki göstermiştir (p<.05). Ebeveyn tutumları ayrıca öz-şefkat ve tüm alt boyutları ile orta düzeyde anlamlı ilişki göstermiştir (p<.05). Ancak yeme tutumları ile istatistiksel olarak anlamlı ilişkisi saptanamamıştır (p>.05).

Öz-şefkat değişkenin ise beden memnuniyetsizliği, depresyon ve ebeveyn tutumları ve tüm bu değişkenlerin alt boyutları ile orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkisi vardır (p<.05). Ancak, yeme tutumları ile istatistiksel olarak anlamlı ilişkisi bulunamamıştır (p>.05).

Depresyon değişkeni, beden memnuniyetsizliği ile orta düzeyde, alt boyutlarıyla ise düşük düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişkisi tespit edilmiştir (p<.05). Buna ek olarak depresyon, ebeveyn tutumlarının, yeme tutumlarının ve öz-

şefkatin tüm alt boyutları ile orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki göstermiştir (p<.05).

Yeme tutumları ise yalnızca depresyon örtük değişkeni ve alt boyutları ile orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki gösterirken (p<.05) diğer hiçbir değişken ve alt boyutları ile ilişkilenmediği tespit edilmiştir (p>.05).

Tablo 4.3.. Değişkenler arasındaki korelasyonlar

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1.SIBIO	1																			
2.SIBIOKIS	,878**	1																		
3.SIBIOSOS	,858**	,508**	1																	
4.ANNE	-,134	-,135	-,096	1																
5.BABA	-,213**	-,215**	-,152*	,581**	1															
6.DEP	,312**	,259**	,285**	-,257**	-,362**	1														
7.DEPT1	,332**	,267**	,312**	-,263**	-,352**	,968**	1													
8.DEPT2	,299**	,223**	,298**	-,238**	-,349**	,962**	,897**	1												
9.DEPT3	,267**	,256**	,205**	-,241**	-,345**	,957**	,894**	,879**	1											
10.OZSEV	-,349**	-,322**	-,282**	,371**	,432**	-,450**	-,424**	-,432**	-,447**	1										
11.KENDYARG	,323**	,365**	,190*	-,279**	-,361**	,441**	,405**	,398**	,477**	-,687**	1									
12.PAYORT	-,296**	-,263**	-,251**	,345**	,363**	-,268**	-,273**	-,245**	-,256**	,696**	-,459**	1								
13.IZOL	-,300**	-,302**	-,217**	,262**	,295**	-,365**	-,369**	-,304**	-,384**	-,549**	,685**	-,328**	1							
14.BILINFARK	-,318**	-,320**	-,229**	,301**	,365**	-,294**	-,284**	-,265**	-,302**	,742**	-,417**	,661**	-,398**	1						
15.ASGEN	,281**	,320**	,163*	-,242**	-,189*	,324**	,308**	,277**	,355**	-,567**	,723**	-,333**	,726**	-,407**	1					
16.OZSEF	-,390**	-,397**	-,275**	,373**	,418**	-,457**	-,438**	-,411**	-,475**	,889**	-,857**	,704**	-,779**	,733**	-,801**	1				
17.YTTSON	-,056	-,072	-,023	,054	-,024	,393**	,353**	,400**	,384**	-,113	,102	-,039	,044	-,079	,094	-,089	1			
18.YTTKONT	,024	,001	,041	,004	-,023	,224**	,213**	,233**	,200**	-,151*	,086	-,009	,034	-,134	,047	-,099	,676**	1		
19.YTTDIYET	-,067	-,082	-,034	,089	-,005	,392**	,347**	,394**	,395**	-,064	,087	-,049	,029	-,039	,083	-,059	,931**	,414**	1	
20.YTTMES	-,079	-,084	-,053	,004	-,065	,330**	,283**	,353**	,319**	-,097	,074	-,055	,055	-,029	,104	-,070	,860**	,415**	,777**	1

Not: *p<.05; **p<.01SIBIO: skolyoza ilişkin beden imgesi, SIBIOKIS: skolyoza ilişkin beden imgesi kişisel alt boyutu, SIBIOSOS: skolyoza ilişkin beden imgesi sosyal alt boyutu, ANN ebveyn tutumları anne alt ölçekleri toplam puanı, BABA: ebveyn tutumları baba alt ölçekleri toplam puanı, DEPT1, DEPT2 ve DEPT3 Depresyon parselleri, OZSEV: öz sevecen KENDYARG: kendini yargılama, PAYORT: paylaşımların ortaklığı, IZOL: izolasyon, BILINFAR: bilinçli farkındalık, ASGEN: aşırı genelleme, YTT: yeme tutumları, YTTKONT: yem kontrol alt boyutu, YTTDIYET: diyet alt boyutu, YTTMES: yeme meşguliyeti alt boyutu.

4.3.2. Ölçme Modeline İlişkin Sonuçlar

Ölçme modelinin analiz edilmesi sonrasında, uyum iyiliği değerleri söz konusu modelin yeterli uyum göstermediğine dair istatistikler ortaya koymuştur (Tablo 4.4.)

Tablo 4.4. Ölçme Modeline İlişkin Uyum İyiliği Değerleri

Uyum Ölçüsü	İyi Uyum	Kabul Edilebilir Uyum	Değer	Yorum
x^2			281.47	
sd			95	
x^2/sd	2	5	2.96	İyi Uyum
RMSEA	0<RMSEA<.05	.05<RMSEA<.10	.11	Yetersiz Uyum
SRMR	0<SRMR<.05	.05<SRMR<.08	.057	Kabul edilebilir Uyum
NFI	.95<NFI<1	.90<NFI<.95	.86	Yetersiz Uyum
CFI	.95<CFI<1	.90<CFI<.95	.91	Kabul edilebilir Uyum
GFI	.95<GFI<1	.90<GFI<.95	.83	Yetersiz Uyum

N=170

Söz konusu modele ilişkin olarak LISREL programının ürettiği düzeltme indeksleri incelendiğinde, modelin uyumunu etkileyen üç adet hata kovaryansı tespit edilmiştir. Bunlar KENDY_ARG ile IZOL, KENDY_ARG ile ASGEN arasında ve ek olarak IZOL ile ASGEN arasındadır. Belirtilen hata kovaryanslarının modele eklenmesi sonucunda modelin istatistiksel olarak anlamlı şekilde (X^2=172.81, sd = 3, p<.01) iyileşme gösterdiği ve dataya yeterli düzeyde uyum sağladığı gözlenmiştir (Tablo 4.5)

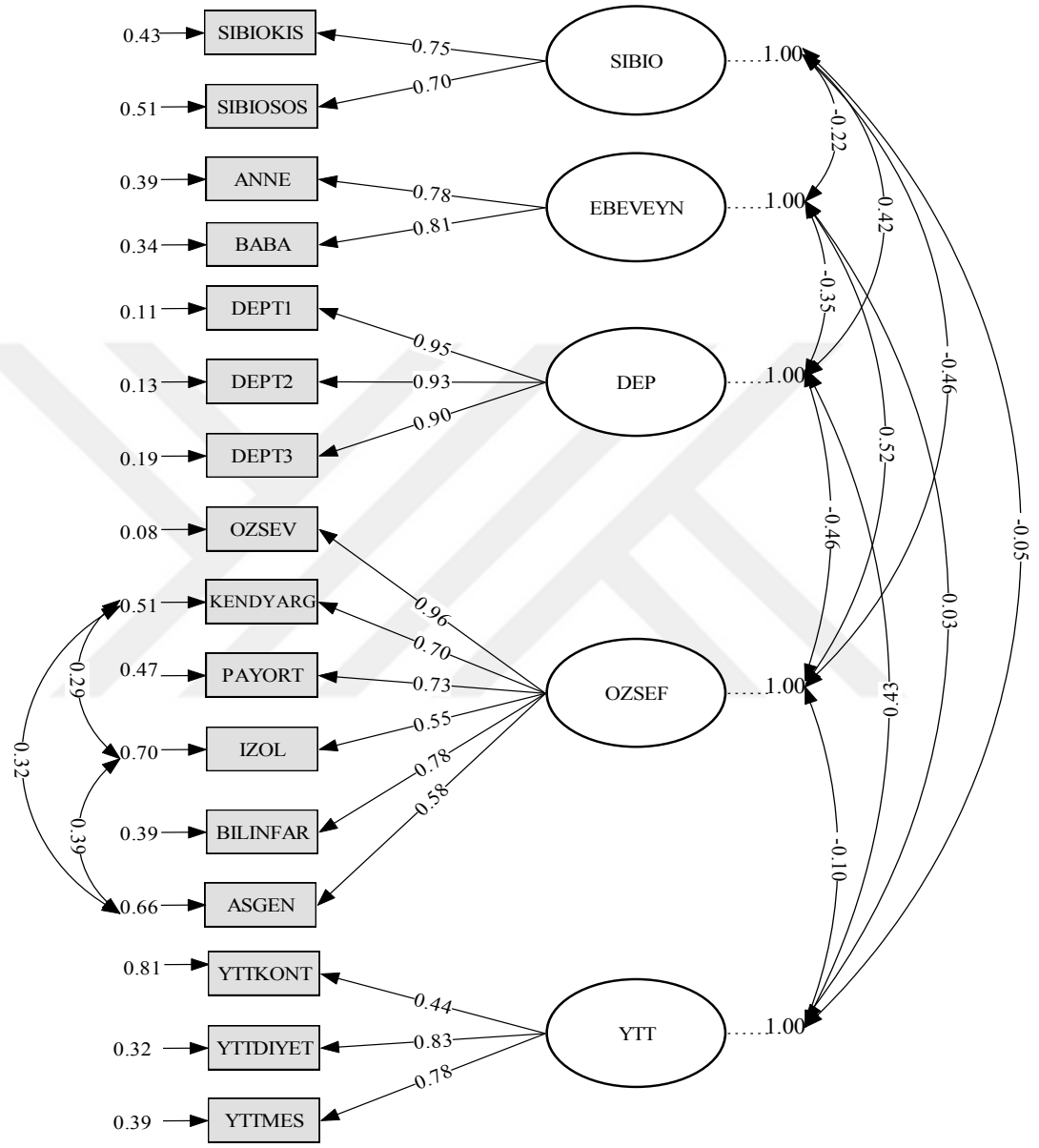
Tablo 4.5. Revize Edilmiş Ölçme Modeline İlişkin Uyum İyiliği Değerleri

Uyum Ölçüsü	**İyi Uyum**	**Kabul Edilebilir Uyum**	**Değer**	**Yorum**
x^2			108.66	
sd			92	
x^2/sd	2	5	1.18	İyi Uyum
RMSEA	0<RMSEA<.05	.05<RMSEA<.10	.033	İyi Uyum
SRMR	0<SRMR<.05	.05<SRMR<.08	.047	İyi Uyum
NFI	.95<NFI<1	.90<NFI<.95	.95	İyi Uyum
CFI	.95<CFI<1	.90<CFI<.95	.99	İyi Uyum
GFI	.95<GFI<1	.90<GFI<.95	.93	Kabul Edilebilir

N=170

Ölçme modelinin son haline ilişkin çözümleme değerleri Şekil 4.2'de verilmektedir.

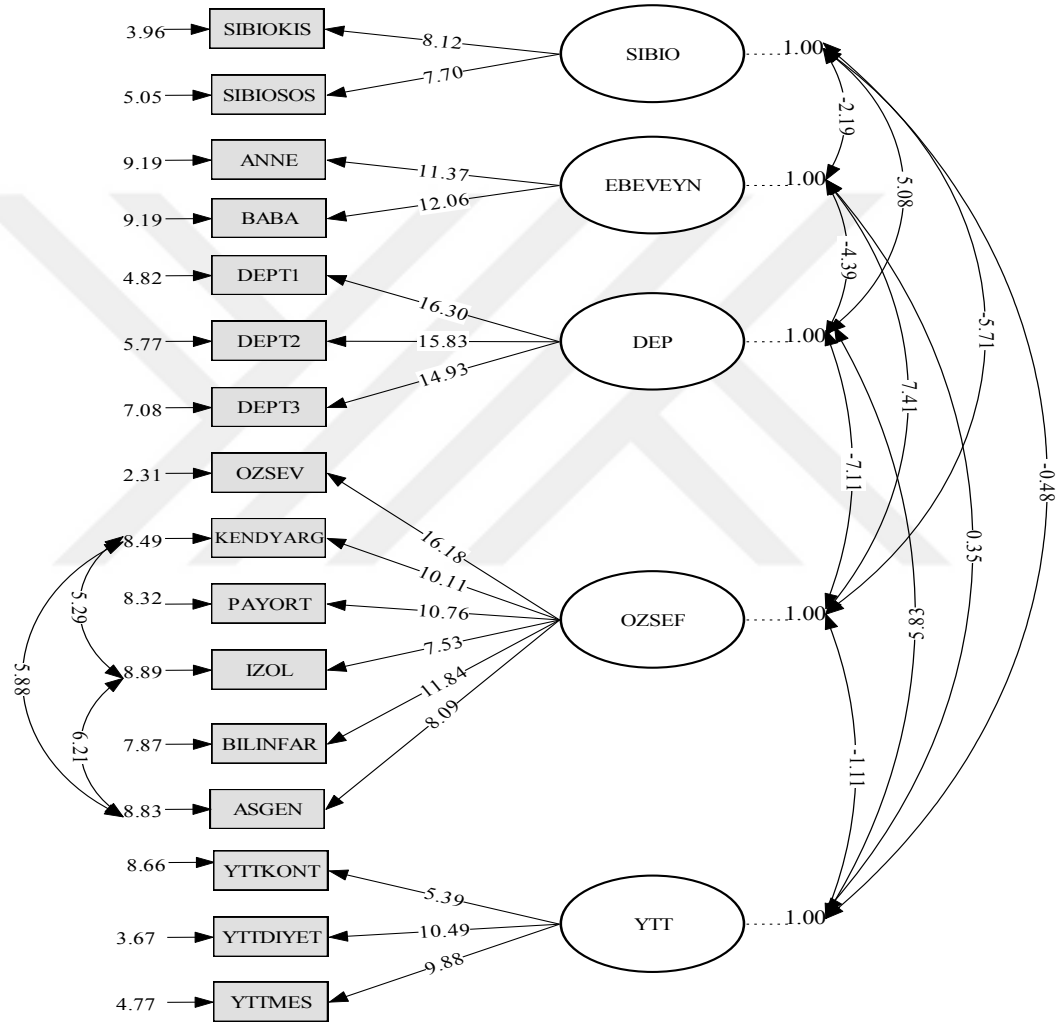
Şekil 4.2. Ölçme Modelinin Standardize Edilmiş Çözümleme Değerleri



SIBIO: skolyoza ilişkin beden imgesi, SIBIOKIS: skolyoza ilişkin beden imgesi kişisel alt boyutu, SIBIOSOS: skolyoza ilişkin beden imgesi sosyal alt boyutu, EBEVEYN: Ebeveyn tutumları, ANNE: ebveyn tutumları anne alt ölçekleri toplam puanı, BABA: ebveyn tutumları baba alt ölçekleri toplam puanı, DEP: Depresyon, DEPT1, DEPT2 ve DEPT3: Depresyon parselleri, OZSEF: Öz-şefkat, OZSEV: öz sevecenlik, KENDYARG: kendini yargılama, PAYORT: paylaşımların ortaklığı, IZOL: izolasyon, BILINFAR: bilinçli farkındalık, ASGEN: aşırı genelleme, YTT: yeme tutumları, YTTKONT: yemeyi kontrol alt boyutu, YTTDIYET: diyet alt boyutu, YTTMES: yeme meşguliyeti alt boyutu.

Şekil 4.2'ye bakıldığında faktör yüklerinin .44 ve .96 arasında değiştiği ve genel olarak .70'in üzerinde olduğu görülmektedir. Söz konusu faktör yüklerine ilişkin t değerleri şekil 4.3'de verilmektedir ve tüm değerlerin istatistiksel olarak anlamlı olduğu anlaşılmaktadır.

Şekil 4.3. Ölçme Modeline İlişkin T Değerleri



SIBIO: skolyoza ilişkin beden imgesi, SIBIOKIS: skolyoza ilişkin beden imgesi kişisel alt boyutu, SIBIOSOS: skolyoza ilişkin beden imgesi sosyal alt boyutu, EBEVEYN: Ebeveyn tutumları, ANNE: ebveyn tutumları anne alt ölçekleri toplam puanı, BABA: ebveyn tutumları baba alt ölçekleri toplam puanı, DEP: Depresyon, DEPT1, DEPT2 ve DEPT3: Depresyon parselleri, OZSEF: Öz-şefkat, OZSEV: öz sevecenlik, KENDYARG: kendini yargılama, PAYORT: paylaşımların ortaklığı, IZOL: izolasyon, BILINFAR: bilinçli farkındalık, ASGEN: aşırı genelleme, YTT: yeme tutumları, YTTKONT: yemeyi kontrol alt boyutu, YTTDIYET: diyet alt boyutu, YTTMES: yeme meşguliyeti alt boyutu.

4.4.3. Ölçme Modeline İlişkin Parametre Değerleri

Bu kısımda ölçme modeline ilişkin standardize edilmiş ve edilmemiş faktör yük değerlerinin yanı sıra t puanları ve standart hata puanları verilecektir. Tablo 4.6.'de görüleceği gibi standardize edilmiş faktör yükü değerleri .44 ve .96 arasında değişmektedir. Tüm bu değerlerin anlamlı çıkması (p<.05) modeldeki gözlenen değişkenlerin, örtük değişkenlerin güvenilir göstergeleri olduğuna işaret etmektedir.

Tablo 4. 6. Ölçme Modeline İlişkin Parametre Değerleri

Örtük ve Gözlenen Değişkenler	Standardize Edilmemiş Faktör Yükleri	Standart Hata	t	Standardize Faktör Yük Değerleri
SIBIO				
SIBIOKIS	2.11	0.26	8.12*	0.75
SIBIOSOS	1.82	0.24	7.70*	0.70
EBEVEYN				
ANNE	9.54	0.84	11.37*	0.78
BABA	10.54	0.87	12.06*	0.81
DEPRESYON				
DEPT1	4.63	0.28	16.30*	0.95
DEPT2	4.39	0.28	15.83*	0.93
DEPT3	3.82	0.26	14.93*	0.90
ÖZ-ŞEFKAT				
OZSEV	4.28	0.26	16.18*	0.96
KENDYARG	3.34	0.33	10.11*	0.70
PAYORT	2.37	0.22	10.76*	0.73
IZOL	1.99	0.26	7.53*	0.55
BILINFAR	2.51	0.21	11.84*	0.78
ASGEN	2.34	0.29	8.09*	0.58
YTT				
YTTKONT	2.69	0.50	5.39*	0.44
YTTDIYET	10.63	1.01	10.49*	0.83
YTTMES	4.42	0.45	9.88*	0.78

SIBIO: skolyoza ilişkin beden imgesi, SIBIOKIS: skolyoza ilişkin beden imgesi kişisel alt boyutu, SIBIOSOS: skolyoza ilişkin beden imgesi sosyal alt boyutu, ANNE: ebveyn tutumları anne alt ölçekleri toplam puanı, BABA: ebveyn tutumları baba alt ölçekleri toplam puanı, DEPT1, DEPT2 ve DEPT3 Depresyon parselleri, OZSEV: öz sevecenlik, KENDYARG: kendini yargılama, PAYORT: paylaşımların ortaklığı, IZOL: izolasyon, BILINFAR: bilinçli farkındalık, ASGEN: aşırı genelleme, YTT: yeme tutumları, YTTKONT: yemeyi kontrol alt boyutu, YTTDIYET:diyet alt boyutu, YTTMES: yeme meşguliyeti alt boyutu.

4.3.4. Yapısal Modelin Test Edilmesi

Ölçme modelindeki iyileşme sağlandıktan sonra, yapısal model testi gerçekleştirilmiştir. Tablo 4.7.'de gözlenebileceği gibi yapısal modelin veri tarafından desteklendiği anlaşılmaktadır.

Tablo 4. 7. Yapısal Modele İlişkin Uyum İyiliği Değerleri

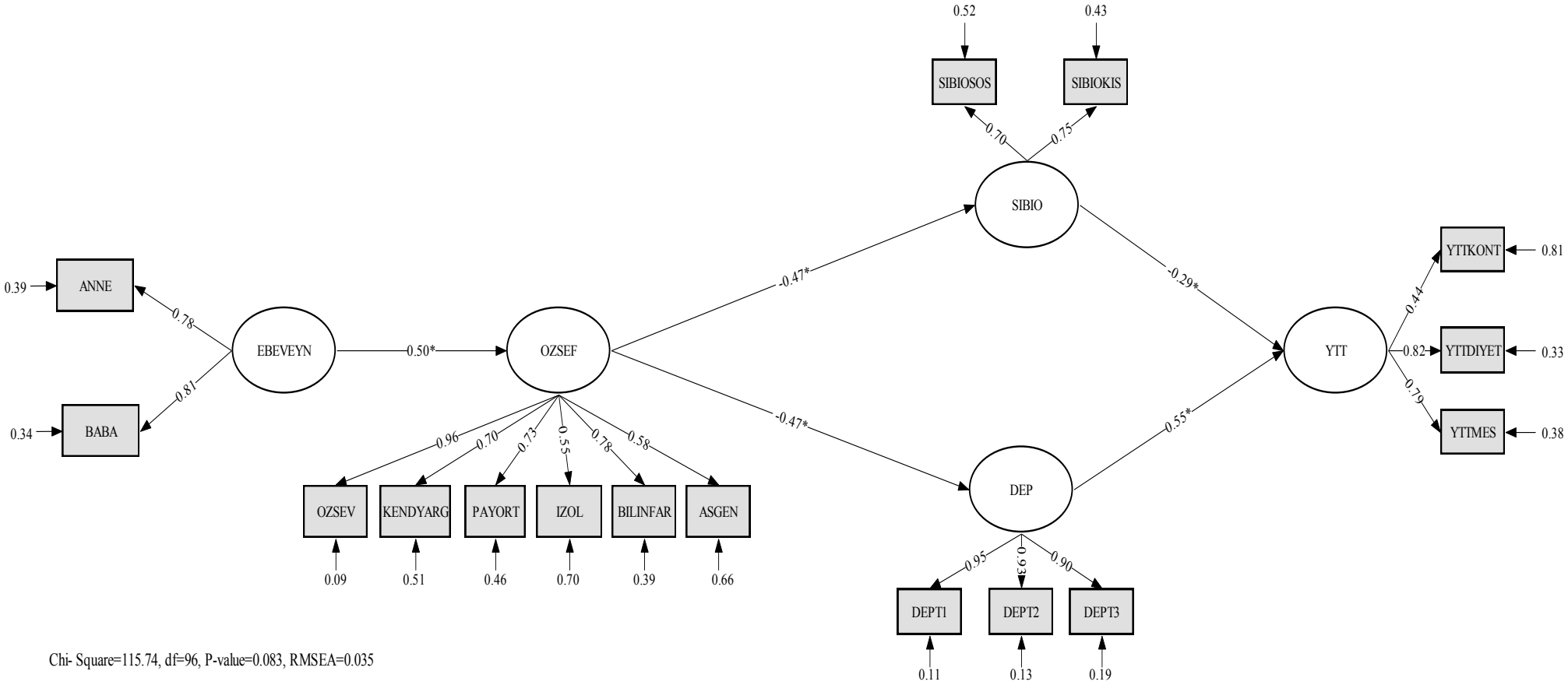
Uyum Ölçüsü	İyi Uyum	Kabul Edilebilir Uyum	Değer	Yorum
x^2			115.68	
sd			96	
x^2/sd	2	5	1,20	İyi Uyum
RMSEA	0<RMSEA<.05	.05<RMSEA<.10	.035	İyi Uyum
SRMR	0<SRMR<.05	.05<SRMR<.08	.05	İyi Uyum
NFI	.95<NFI<1	.90<NFI<.95	.95	İyi Uyum
CFI	.95<CFI<1	.90<CFI<.95	.99	İyi Uyum
GFI	.95<GFI<1	.90<GFI<.95	.92	Kabul Edilebilir

N=170

Ayrıca söz konusu esas çalışma modelinin öngördüğü dolaylı etkilerin istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığını belirlemek amacıyla, bootstrap yöntemi kullanılarak güven aralıkları hesaplanmıştır. Bu yönteme göre, güven aralığında sıfır değerinin bulunmaması, söz konusu dolaylı etkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğuna ilişkin kanıt olarak kabul edilmektedir. Elde edilen sonuçlar, ebeveyn tutumlarının beden imgesi üzerindeki dolaylı etkisinin (-.25, SH: 0.06, GA: -.025 - -.076), ebeveyn tutumlarının depresyon üzerindeki dolaylı etkisinin (-.22, SH= 0.05, GA: -.159 - -.076), öz-şefkatin yeme tutumu üzerindeki dolaylı etkisinin (-.12, SH= 0.07, GA: -.166 - -.004) ve ebeveyn tutumlarının yeme tutumları üzerindeki dolaylı etkisinin (-.07, SH= .03, GA: -.038 - -.001) istatistiksel olarak anlamlı olduğunu ortaya koymuştur.

Son olarak belirtmek gerekir ki, çalışma modeli (Şekil 4.4) beden imgesi ve depresyon değişkenlerindeki varyansın %22'sini, öz-şefkat değişkenindeki varyansın %28'ini ve son olarak yeme tutumlarındaki varyansın ise %26'sını açıklamaktadır.

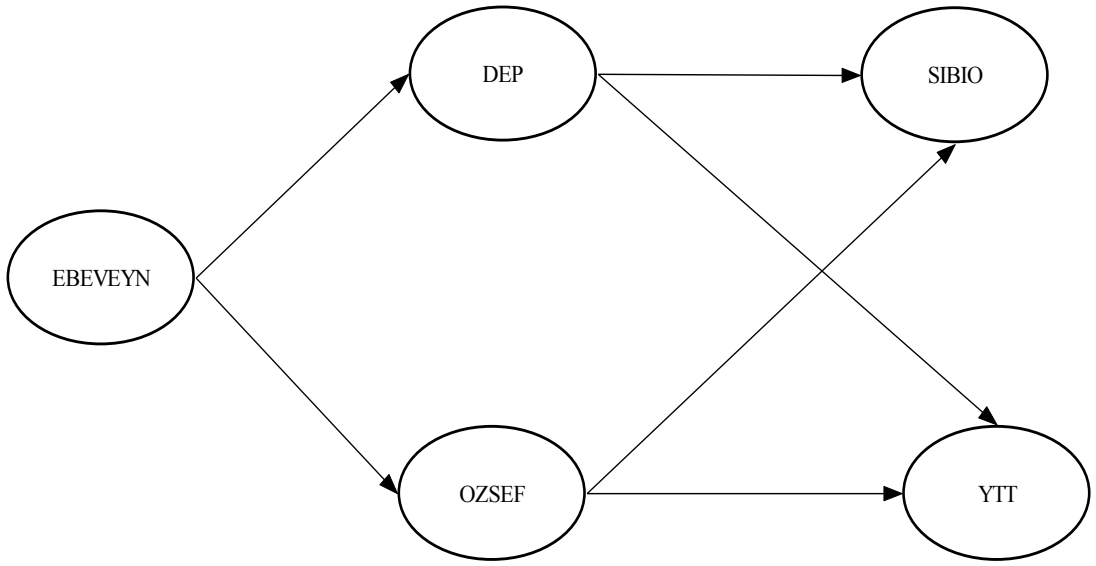
Şekil 1.4. Yapısal Modele İlişkin Standardize Edilmiş Çözümleme Değerleri



Not: *N= 175, *p<.05*. SIBIO: skolyoza ilişkin beden imgesi, SIBIOKIS: skolyoza ilişkin beden imgesi kişisel alt boyutu, SIBIOSOS: skolyoza ilişkin beden imgesi sosyal alt boyutu, EBEVEYN: Ebeveyn tutumları, ANNE: ebveyn tutumları anne alt ölçekleri toplam puanı, BABA: ebveyn tutumları baba alt ölçekleri toplam puanı, DEP: Depresyon, DEPT1, DEPT2 ve DEPT3: Depresyon parselleri, OZSEF: Öz-şefkat, OZSEV: öz sevecenlik, KENDYARG: kendini yargılama, PAYORT: paylaşımların ortaklığı, IZOL: izolasyon, BILINFAR: bilinçli farkındalık, ASGEN: aşırı genelleme, YTT: yeme tutumları, YTTKONT: yemeyi kontrol alt boyutu, YTTDIYET: diyet alt boyutu, YTTMES: yeme meşguliyeti alt boyutu.

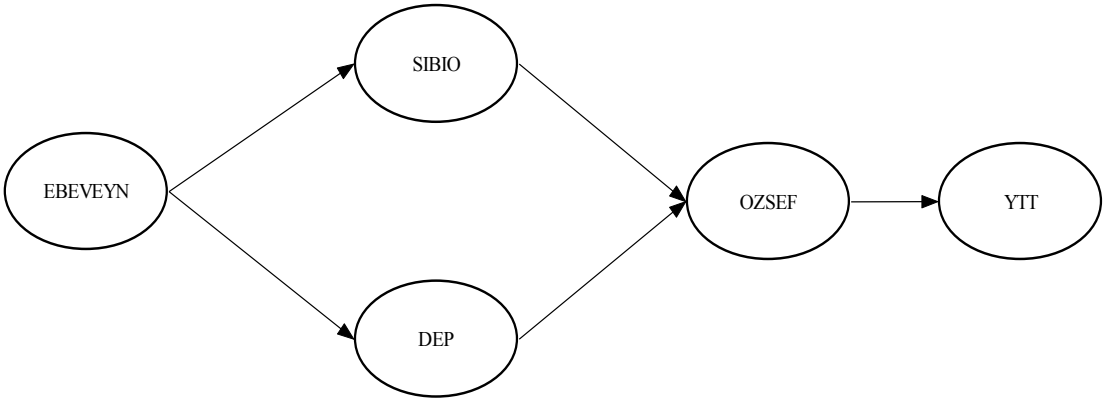
Ancak yapısal eşitlik modellemesi çalışmalarında söz konusu olabilen tesadüfi uyum olgusunun bu çalışmada söz konusu olmadığını, bir başka deyişle test edilen modelin, olası alternatif modeller arasında en iyisi olduğunu kanıtlamak adına iki adet alternatif model test edilmiştir. Şekil 4.5.'de görüldüğü gibi, birinci alternatif modelde ebeveyn tutumlarının beden imgesi ve depresyon üzerinden öz-şefkati, öz-şefkatin de yeme tutumlarını yordadığına ilişkin model test edilmiştir. Şekil 4.5.'de görüldüğü gibi ikinci alternatif modelde ise ebeveyn tutumlarının beden imgesi ve depresyonu yordadığı, bu iki değişkenin de hem öz-şefkati hem de yeme tutumlarını yordadığına ilişkin model test edilmiştir. Yapılan ki-kare farklılık testleri, çalışmanın ana modelinin, aynı serbestlik derecesine sahip olan hem birinci modelden (X^2=43.77, df = 0, p<.01) hem de ikinci modelden (X^2=31.24, df = 0, p<.01) daha iyi bir uyum gösterdiğini ortaya koymuştur.

Şekil 4. 5. Alternatif Model 1



EBEVEYN: Ebeveyn tutumları, SIBIO: skolyoza ilişkin beden imgesi, DEP: Depreson, OZSEF: Öz-şefkat, YTT: yeme tutumları.

Şekil 4. 6. Alternatif Model 2



EBEVEYN: Ebeveyn tutumları, SIBIO: skolyoza ilişkin beden imgesi, DEP: Depreson, OZSEF: Öz-şefkat, YTT: yeme tutumları.

BEŞİNCİ BÖLÜM

TARTIŞMA VE SONUÇ

Bu çalışmanın amacı ebeveyn tutumunun AİS hastalarında yeme tutumlarına olan etkisinde öz-şefkat, depresyon ve beden memnuniyetsizliğinin aracılık rolünü araştırmaktır. Dünyada ve ülkemizde AİS'e ilişkin çalışmalar genellikle tıp alanında yapılmıştır. Psikoloji alanında çok kısıtlı çalışmalar bulunmaktadır. Bedensel deformite içeren kronik bir hastalık olan AİS'in psikolojik olarak araştırıldığı bu çalışma tıpta psikolojinin önemini gösterirken klinik sağlık psikolojisinin önemini de açığa çıkartır niteliktedir. Bu çalışma kapsamında, İzmir ve İstanbul'da çeşitli hastane ve özel kliniklerden 200 AİS hastasına ulaşılmış ancak formların eksik doldurulmasından dolayı 170 hasta ile analizler gerçekleştirilmiştir. Çalışmada ilk olarak, hastaların demografik ve tıbbi çeşitli özelliklerine göre yeme tutumları, depresyon, öz-şefkat, ebeveyn tutumları ve beden memnuniyetsizliğine göre farklılık gösterip göstermediği incelenmiştir. Daha sonra, yapısal modeli oluşturan tüm örtük ve gözlenen değişkenler arası yapıların ilişkileri değerlendirilmiştir. Son olarak, çalışmanın nedensel hipotezini oluşturan yapısal modeldeki tüm yordayıcı ve yordanan değişkenler arasındaki ilişkiler değerlendirilmiştir. Bu doğrultuda, ilk adımda AİS hastalarının ebeveyn tutumu ile depresyon ve beden memnuniyetsizliği üzerindeki etkisinde öz-şefkatin aracılık rolü, ikinci adımda ise öz-şefkatin yeme tutumları üzerindeki etkisinde depresyon ve beden memnuniyetsizliğinin aracılık rolü incelenmiştir.

Tezin bu kısmında, çalışma kapsamında elde edilen tüm bu bulguların literatür ile tutarlı ve tutarsız olduğu noktaları tartışılıp çalışmanın kısıtlılıkları ortaya konulacaktır. Bununla birlikte çalışmanın güçlü yönleri ele alınıp, bu alanda çalışan araştırmacı ve uygulamacılara çeşitli önerilerde bulunulacaktır.

5.1. Çalışmada Elde Edilen Sosyo Demografik ve Tıbbi Bulguların Değerlendirilmesi

Katılımcıların demografik özelliklerinden cinsiyet incelendiğinde çalışma grubunun yüzde yetmiş sekizini genç kadınlar, yüzde yirmi ikisini genç erkeklerin oluşturduğu gözlenmiştir. Literatürde var olan yaygınlık çalışmaları, çalışmanın bu bulgusunu destekler niteliktedir. Nedeni bilinmemekle birlikte AİS'in dünyada ve ülkemizde görülme sıklığının kız çocuklarında; erkek çocuklarına göre daha fazla olduğu gösterilmiştir (Çilli ve vd. 2009; Daruwalla vd., 1985; Gürsel-Yılmaz vd., 2018; Kamtsiuris vd., 2007; Nery vd., 2010; Soucacos vd., 1997; Suh, vd., 2011; Ugras ve vd., 2010; Willner ve Uden, 1982). Yürütülen bu çalışmada, genç kadın ve erkekler arasında beden memnuniyetsizliği, yeme tutumları, depresyon, ebeveyn tutumları ve öz-şefkat değişkenlerine göre gruplar arası anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Ancak sağlıklı örneklemle yapılan araştırmalar beden memnuniyetsizliğinin ve yeme tutumunun erkeklere kıyasla kadınlarda daha fazla olduğunu göstermektedir (Demarest ve Allen, 2000). AİS hastaları ile yapılan çalışmalarda ise benzer şekilde, kadınların erkeklere göre bedenlerinden daha az memnun oldukları gösterilmiştir (Sapountzi- Krepia vd., 2001). Bu bulgulardan farklı olarak, Auerbach ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında, bu tez çalışmasının da envanterlerinden biri olan, skolyoza ilişkin beden imgesi ölçeği kullanılmıştır ve beden memnuniyetsizliğinin cinsiyete göre farklılaşmadığı rapor edilmiştir. Her iki çalışmada da erkeklerin sayısının az olması bu durumun bir sebebi olarak gösterilebilir. Öte yandan, bu tez çalışmasında ayrıca kadınların yaşlarının, Cobb açılarının, kendilerinin ve ebeveynlerinin eğitim düzeylerinın kontrol edilmemiş olması sebebi ile farklılaşma bulunamamış olabilir. Tüm bu olasılıklar ileriki çalışmalarda daha geniş örneklemler ile incelenebilir.

Sosyokültürel faktörlerin önemli bir bileşeni olan eğitim düzeyi, çalışmada yeme tutumları ve depresyon üzerinde etkili bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır. Üniversitede eğitim gören AİS hastalarında lisede eğitim gören hastalara kıyasla yeme tutumlarında daha fazla bozulma olduğu gözlenmiştir. Ayrıca, depresyon da üniversite öğrencilerinde ortaokul öğrencilerine kıyasla daha yüksek bulunmuştur. Ancak tüm bu bulguları ele alırken eğitim düzeyi ile beraber yaşın da buradaki rolü

yadsınmamalıdır. Nitekim bu çalışmanın bir başka bulgusu olan yaşla beraber artan depresyon düzeyi de bu bulguyu yorumlarken göz önünde bulundurulmalıdır. Bu çalışmada, yaşın yeme tutumlarındaki artış ile ilişkisi gösterilememiştir. Ancak üniversite öğrencilerinde, lise öğrencilerine göre daha fazla yeme tutumunda bozulma tespit edilmiştir. Bu tespit, Jones ve arkadaşlarının (2001) yeme bozukluğunun genellikle ergenlik döneminde başladığı ve yaşla beraber artış gösterdiği bulgusu ile beraber ele alınabilir. Öte yandan çalışmanın diğer değişkenlerinden olan beden memnuniyetsizliği, ebeveyn tutumu ve öz-şefkat katılımcıların eğitim durumuna göre farklılaşmamıştır. Söz konusu ergenlerin eğitim düzeyi olduğunda yaşın da kritik bir değişken olduğu düşünülmelidir. Tüm bu ilişkilerin gelecek araştırmalarda boylamsal desenlerle ele alınması nedensel ilişkilerin aydınlatılmasına yardımcı olabilir.

Ergenlerin psikolojik sağlıkları üzerinde ebeveynlerin sosyokültürel düzeyleri de etkilidir. Katılımcıların ebeveynlerinin eğitim durumlarına göre yeme tutumu, depresyon, beden memnuniyetsizliği, ebeveyn tutumları ve öz-şefkat puanlarında farklılaşmaya bakıldığı zaman, çalışmada elde edilen bulgulardan bir tanesi babaları yükseköğrenim mezunu olan çocukların; babaları ortaokul mezun olan çocuklara göre daha düşük depresyon düzeyine sahip olmasıdır. Benzer şekilde annelerin de eğitim durumu çocuklarının depresyon düzeyinde farklılaşmaya sebebiyet vermektedir. Çalışmada, yükseköğrenim, üniversite ve lise mezunu annelerin çocuklarında ilkokul ve ortaokul mezunu annelerin çocuklarına kıyasla daha düşük düzeyde depresyon görülmüştür. Birçok psikolojik değişkende olduğu gibi depresyonda da sosyokültürel faktörlerden biri olan ebeveynlerin eğitim düzeylerinin düşük olması dezavantaj olarak değerlendirilmektedir (Lewinsohn, Clarke, Seeley ve Rohde, 1994). Beden memnuniyetsizliğinde ise babalardan farklı olarak annelerin eğitim durumlarının, çocuklarının beden memnuniyeti üzerinde belirleyici olduğu bulunmuştur. Sonuçlar, üniversite mezunu annelerin çocuklarının ilkokul mezunu annelerin çocuklarına göre bedenlerinden daha fazla memnun olduğunu göstermiştir. Stive ve Whitenton'ın (2002) yaptığı çalışmada ebeveynin eğitim durumu ile beden memnuniyetsizliği arasında ilişki olmadığı gösterilmiştir. Dolayısı ile sunulan bu çalışmada elde edilen bu bulgu literatüre farklı bir bilgi sunacaktır. Bunlara ek

olarak, katılımcıların algıladıkları ebeveyn tutumları da anne ve babalarının eğitim durumlarına göre değişim göstermektedir. Literatürde var olan çalışmalar, ebeveynlerin eğitim düzeylerinin çocuk yetiştirirken önemli olduğunu göstermektedir (Sezer, 2010). Bu çalışmada da benzer etki görülmektedir. Anneleri üniversite mezunu olan ergenler, anneleri ilkokul mezunu olan ergenlere göre annelerinin tutumlarını daha olumlu algılama eğiliminde oldukları tespit edilmiştir. Babalarda da durum benzer olup, yükseköğrenim mezunu babaların çocukları ortaokul mezunu babaların çocuklarına göre babalarından daha olumlu tutumlar algılamaktadır. Elde edilen bu sonuçlar, eğitim düzeyi yüksek anne ve babaların çocuklarına karşı daha olumlu tutumlar sergilediğini düşündürmektedir. Beden memnuniyetsizliğinin ve depresyon düzeyinin neden yüksek eğitim düzeyi olan annelerin çocuklarında daha az olduğu bu bulgu ile açıklanabilir. Dolayısı ile bu kültürde ailelerin eğitim düzeyi arttıkça, çocuklarına yaptıkları psikolojik yatırım da artmaktadır (Kağıtçıbaşı, Sunar ve Bekman, 2001). Eğitim düzeyi yüksek anne babaların olumlu tutum sergilemeleri, AİS'li çocukların hastalıkla daha uyumlu başa çıkmalarını sağlıyor olabilir. Bu sayede de bedenleri ile ilgili daha az memnuniyetsizlik duyup daha az düzeyde depresyon yaşıyor olabilirler. Nitekim, anne babalarının eğitim seviyeleri yüksek olan çocukların stresle karşılaştıklarında daha aktif başa çıkma yöntemlerine başvurdukları bilinmektedir (Kaya, Genç, Kaya ve Pehlivan, 2007). AİS'li hastalarda çalışılmasa da kanser hastaları ile yapılan bir çalışmanın sonucuna göre, ailelerinden destek algılayan ergenlerin hastalığın olumsuz bir takım sonuçları ile daha uyumlu başa çıktığı sonucuna varılmıştır (Williamson vd., 2010). Dolayısı ile bu ilişkide belirleyici olabileceği düşünülen ancak, çalışmada ele alınmayan başa çıkma değişkeninin aile ile birlikte ileriki çalışmalarda ele alınması aydınlatıcı olabilir. Bunun yanı sıra, annenin eğitiminin beden memnuniyetsizliği üzerindeki bu etkisi cinsiyete göre de farklılaşabilir. Çünkü beden memnuniyetsizliğinin merkezde olduğu yeme bozukluklarında, annenin rolü oldukça önemlidir (McCabe ve Ricciardelli, 2001). Annenin bu rolünde eğitim düzeyinin yanı sıra, mükemmelliyetçi yaklaşımlarının ve yüksek standartlarının da etkisi vardır (Woodside vd., 2002). Ancak bu çalışmadaki erkek vaka sayısının az olması, bu ilişkide ikinci yordayıcı değişken olarak cinsiyetin sınanmasını mümkün kılmamıştır. Yine de bu çalışmada elde edilen tüm bulgular ışığında ergenlerin psikolojik sağlıkları üzerinde belirleyici

olan ebeveynlerin sosyokültürel düzeylerinin bu denli etkide bulunuyor olması önleyici çalışmalarda hedef müdahale gruplarının belirlenmesi açısından önemli olabilir.

Yaşları ortalama 16 olan katılımcılar, AİS tanısını genellikle son 5 yılda almış olup, ağırlıklı olarak lise ve ortaokulda eğitim görmektedirler. Örneklemin yaş ortalamasının 16 olması ve tanılarını son 5 yılda almış olmaları; AİS tanısının genellikle 11-12 yaşlarında alındığını gösteren yaygınlık çalışmaları ile tutarlıdır (Wong vd., 2005; Lee, Choi, Hwang ve Park, 2016). Yaşa ilişkin yapılan karşılaştırma analizinde, 16 yaş üstü AİS hastaları 16 yaş altı AİS hastalarına göre yeme tutumları ve beden memnuniyetsizliklerine göre farklılaşmamıştır. Ancak, depresyon düzeyleri 16 yaş üstü grupta daha yüksek bulgulanmıştır. Yetişkinler de dahil olmak üzere skolyoz hastalarında depresyon düzeyini farklı yaş gruplarına göre kıyaslayan bir araştırmada, yetişkinlere kıyasla genç erişkin grubun daha fazla risk taşıdığı bulgulanmıştır (Chang vd., 2016). Bu sonucun sebebi kronik bir hastalık tanısı ile daha uzun zaman geçirmiş olmaları ve bunun getirdiği zorluklar ile ilgili hem psikolojik hem de sosyal baskıyı üzerlerinde daha fazla hissetmeleri olabilir. Bu örneklemdeki 16 yaş üstü grup, bahsi geçen (Chang vd., 2016) araştırmadaki grup ile yaş açısından benzerdir. Chang'in (2016) araştırmasında ise daha küçük yaşlar yoktur. Dolayısı ile belki de bu tez çalışmasında elde edilen bu bulgu AİS vakalarında depresyonun nasıl dalgalandığına dair yeni bir bilgi sunmuş olabilir. Depresyonun tanı konulan ilk yıllarda azalıp, ergenlik döneminin ortasında artması ve yetişkinliğe doğru azalması belki de depresyonun bu hastalarda doğal seyri olabilir. Ancak kesin sonuçlara varabilmek için AİS'in ilk tanı yaşından itibaren boylamsal çalışmaların yapılması gerekmektedir. Tüm bunlara ek olarak 16 yaş altındaki hastalarda babalarından algıladıkları tutumların daha olumlu olduğu tespit edilmiştir. Anne için ise bu farklılık bulunamamıştır. 16 yaş altı grubundaki katılımcıların, babalarının tutumlarını daha olumlu algılaması genellikle annelerin ön planda olduğu çalışmalara bakıldığında yeni bir bilgidir. Cinsiyetin de kontrol altına alındığı boylamsal çalışmalar yeni olan bu bilgiye katkı sağlayabilir. Öte yandan, son olarak, bu tez çalışmasında yaş grupları açısından beden memnuniyetsizliği, yeme tutumu, öz-şefkat ve ebeveyn tutumlarına ilişkin gruplararası farklılık

saptanmamıştır. Bunun sebebi, örneklemin yaş aralığının 11-24 yaş arasında olması ve katılımcıların ağırlıklı olarak 16 yaş üstü grupta olması olabilir. Yetişkinlerin dahil edildiği, yaş grupları arası daha kapsamlı karşılaştırmaların yapılabileceği çalışmaların tasarlanması farklı sonuçlar sunabilir.

Tıbbi değişkenlerden biri olan Cobb açısı AİS hastalarında hastalığın eğrilik şiddetini belirleyen önemli bir göstergedir (Herring, 2002). Katılımcıların Cobb açıları bu çalışmada ortalama M=30 derece olarak bulgulanmıştır. Bu değerlerde açılar fiziksel olarak dışarıdan görünür açılar olmakla beraber tedavi de gerektiren açılardır. Bu çalışmada Cobb açısı ile yeme tutumu, depresyon ve beden memnuniyetsizliği açısından yapılan karşılaştırma analizlerinde gruplar arası anlamlı fark tespit edilmiştir. 40 derece üstünde Cobb açısına sahip olan hastalar daha fazla yeme tutumlarında bozulma, daha yüksek düzeyde depresyon ve beden memnuniyetsizliği göstermişlerdir. Bilindiği gibi Cobb açısında yükselen değerler bedene ilişkin deformitenin artmasına ve dışarıdan görünür olmasına sebebiyet verirken, bu artışla beraber memnuniyetsizlik de artmaktadır (Watanabe vd., 2007). 40 derece ve üstü açılar özellikle ergenlerde eğriliğin agresif ilerlemesine işaret ettiği için hem ameliyatta risk oluşturması açısından hem de beden görünümleri açısından yüksek bir değerdir. Dolayısı ile bu açılardaki eğriliğe sahip hastaların, literatürün de gösterdiği gibi (Wetterkamp vd., 2017; Bao vd., 2015), deformitelerindeki artış sebebi ile bedenlerinden memnuniyetsiz olmaları anlaşılabilir bir sonuçtur. Ayrıca, beden memnuniyetsizliğinin sosyal alt boyutundan da 40 derece üstü açıları olan hastalar daha yüksek puanlar almışlardır. Bu sonuç, ergenlerin eğriliklerindeki artış sebebi ile deformiteleri dışarıdan ne kadar görünür olursa bedenleri ile ilgili o derecede memnuniyetsizlik yaşadığını akla getirmektedir. Ergenlik döneminde kişilerin bedenleri ile ilgili memnuniyetleri kendi değerlendirmelerinden ziyade akranları tarafından gelen değerlendirilmelere daha açık olup, daha fazla etkilendikleri bilinmektedir (Ferguson vd., 2014). Dolayısı ile Cobb açılarındaki artışın beden memnuniyetsizliğinin sosyal alt boyutu ile ilişkili çıkması anlam taşımaktadır. Sonuç olarak, skolyoza ilişkin bedeninde deformite olan ergenin, skolyozu olmayan akranları ile kendi bedenini kıyasladığında memnuniyet düzeyinin azalacağı düşünülebilir. Yeme tutumları ile ilgili yapılan çalışmalar bu bilgiyi

aydınlığa kavuşturacak nitelikte olmasa da Cobb açısı yüksek olan AİS hastalarının AN ile daha fazla ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (Alborghetti vd., 2007). Literatürde, depresyon ve AİS ilişkisinden ziyade daha çok yaşam kalitesine odaklanıldığı dikkat çekmektedir. Bu sebeple Cobb açısı yüksek olan grubun daha fazla depresif olduğuna ilişkin bilgi literatür için yeni bir bilgidir. Ancak, AİS hastaları ile olmasa da, skolyoza sahip olmanın depresyon açısından risk oluşturduğunu gösteren çalışmalar bu bilgiyi destekleyebilir (Chang vd., 2016). Çalışmanın diğer değişkenlerinden olan ebeveyn tutumları ve öz-şefkat için ise Cobb açısına göre herhangi bir farklılık bulunamamıştır. Ebeveynlerin de dahil edileceği ve pozitif psikoloji değişkenlerini de içinde barındıran ileriki araştırmalar bu husus üzerinde daha net çıkarımlarda bulunulmasına katkı sağlayabilir.

Tedavi yöntemine göre bir takım karşılaştırmalar yapıldığında, korse kullanan grubun beden memnuniyetsizliği, depresyon, yeme tutumları, ebeveyn tutumu ve öz-şefkat düzeyleri; korse kullanmayan grubunki ile karşılaştırıldığında farklılaşma gözlenmemiştir. Literatüre bakıldığında korse kullanmanın AİS hastalarında stres yarattığı ve yaşam kalitelerinin olumsuz etkilendiği (Freidel vd., 2002) yönünde çalışmaların yanı sıra uzun vadede olumlu etkilediğine dair çalışmalar da mevcuttur (Danielsson vd., 2001; Rivett, Rothberg, Stewart ve Berkowitz, 2009). Benzer şekilde korse kullanan kişilerin beden memnuniyetsizliğine ilişkin de çelişkili bilgiler sunulmaktadır. Bazı araştırmacılar korse kullanımının beden memnuniyetsizliğini etkilemediğini düşünürken (Ólafsson vd., 1999; Saccomani vd., 1998), diğerleri ise olumsuz yönde etkilediğini düşünmektedir. Hatta, bu etkinin tedaviden sonra uzun yıllar devam ettiğini gösteren çalışmalar da vardır (Danielsson vd., 2012). Tutarlı olmayan bu bulguların netleşmesi için tedavi yöntemine odaklanan, süreçte ebeveynlerin ve öz-şefkatin de etkisini inceleyen daha fazla çalışma yapılması gereklidir. Tüm bunların ötesinde, bu çalışmada korse kullanan katılımcıların sayısı diğer karşılaştırma kategorilerindeki vaka sayılarına göre oldukça düşük olup bu çalışmada, grupların eşit dağılmamış olması fark gözlenilmemesinin bir sebebi olabilir. Nitekim diğer karşılaştırma değişkenlerindeki vaka sayıları ile karşılaştırıldığında korse kullanmayan gruptaki vaka sayısı oldukça düşüktür.

AİS'de egzersiz hem zaman hem de efor gerektiren bir tedavi yöntemidir. Bu nedenle tedavi uyumu çoğu zaman alanda çalışan uzmanları zorlamaktadır (Slujis ve Van der Zee, 1993). Ancak egzersiz yaparak, hastalık ile ilgili pasif kalmayıp aktif olarak bir şeyler yapıyor olmak bir nevi uygun başa çıkma yöntemi olarak düşünülebilir, bedensel ve zihinsel anlamda olumlu sonuçlar doğurabilir. Çalışmada depresyon düzeyinin egzersiz yapan grupta daha düşük düzeyde gözlenmiş olması bu durumu destekler niteliktedir. Beden memnuniyetsizliğinde herhangi bir fark olmaması ise egzersizin kısa vadede bedendeki eğriliği düzeltmede yetersiz kalması olarak nitelendirilebilir. Tüm bunların yanında, sunulan çalışmada beden imgesi ölçeğinden alınan ortalama puan diğer çalışma bulguları ile benzerlik göstermiştir. Çalışmada elde edilen beden memnuniyetsizliği ortalama puanı M=1.77'dir. Ölçeğin orijinal çalışmasında ise alınan ortalama puan M=1.50 (Auerbach vd., 2014) iken Almanya'daki uyarlama çalışmasında alınan ortalama puan M=2.04'dir. (Wetterkamp vd., 2017). Dolayısı ile bu değerler beden memnuniyetsizliğinin ölçümlendiği beden imgesi ölçeğinden alınabilecek maksimum puanın 7 olduğu düşünüldüğünde, çok da yüksek değerlerde olmadığı söylenebilir. Yani, zaten bedenlerinden ileri düzeyde memnuniyetsiz olmayan bu kişilerde egzersizin beden memnuniyeti üzerinde istatistiksel olarak anlamlı fark yaratması beklenmeyebilir. Öte yandan yeme tutumlarındaki bozulmanın bir sebebi beden memnuniyetsizliği olsa da (Stice ve Shaw, 2002; Van den Berg vd., 2002), bu çalışmada ölçümlenen genel memnuniyetsizlikten ziyade AİS'e ilişkin memnuniyetsizliktir. Dolayısı ile egzersiz de genel memnuniyetsizlikten ziyade skolyoza ilişkin yapılandırıldığı için, yeme tutumlarını diğer egzersiz türleri kadar etkilemiyor olabilir. Sonuç olarak, klinik sağlık psikolojisi perspektifinden bakıldığında hastalığa ilişkin egzersiz yapmanın olumlu bir takım psikososyal sonuçlarının olması giriş bölümünde de değinilen beden ve zihnin birlikte çalışmasının ve birbirlerini etkilemelerinin önemini vurgular niteliktedir.

Bir diğer tedavi yöntemi olan ameliyata ilişkin yapılan karşılaştırma analizi sonucunda, yeme tutumlarında bozulmanın ve depresyonun ameliyat olan grupta daha yüksek düzeyde çıktığı tespit edilmiştir. Aslında örneklemin tamamına bakıldığında depresyon testinden aldıkları puan ortalamasının M=12.7 olması bize

genel olarak depresif olmadıklarını gösterse de hangi durumda artıp azaldığını görmek önemli olabilir. Ameliyat, taşıdığı riskler sebebi ile hastaları ve yakınlarını endişelendiren, çoğu zaman da cerrahlar tarafından da son tercih olarak başvurulan bir yöntemdir. Genellikle büyüme tamamlanmadan ileri düzeydeki eğriliklerde ameliyat seçeneğine başvurulduğu için eğriliğin büyüklüğü sebebi ile bu kişilerin bedenlerindeki deformite de fazla olmaktadır (Watanabe vd., 2007). Buna bağlı olarak depresyon düzeylerinin yüksek olması anlaşılırdır. Ayrıca, depresyon düzeylerinin yüksek çıkmasının bir sebebi de ameliyat ve sonrasındaki sürece ilişkin adaptasyonları ile ilişkili olabilir. Ameliyatın en büyük risklerinden biri olan nörolojik hasar ihtimali (Bridwell vd., 2000) de başlı başına kişilerin duygu durumunu olumsuz yönde etkileyebilecek önemli bir etken olabilir. Sonrasındaki iyileşme süresinin uzun oluşu, omurgalarında yapılan düzeltme işlemi sonucundaki kısmi hareket kaybının olması (Moreland, 2001), ergenin uyum sağlaması gereken zorlu süreçlerden yalnızca birkaçıdır. Ayrıca, AİS'li ergenin tüm bu uyum sürecinde çeşitli sosyal ve akademik aktivitelerden uzak kalmak zorunda oluşu (MacLean vd., 1989) ve bunlara ek olarak ameliyat izinin olması gibi pek çok etken akranlarından farklılaşmasına ve sonucunda da psikososyal açıdan olumsuz etkilenmesine sebep olabilmektedir. Diğer yandan, ameliyat ve korse tedavileri üzerinden uzun zaman geçtikten sonra yapılan çalışmalarda depresyon yaşanmadığını göz önünde bulundurulduğunda (Nooan vd., 1997) tedavinin kısa süreli sonuçlarına odaklanmanın önemli olduğu yargısına da varılabilir. Öte yandan, beden memnuniyetsizliğinde farklılaşmanın olmamasının sebebi ise hem grupların eşit olmaması hem de yaşları sebebi ile ameliyat ile giderilen deformitesiz bedenleri ile çok uzun zaman geçirmemiş olmaları olabilir. Literatürde ameliyat sonrası beden memnuniyetinin ne şekilde değiştiğine dair netlik sağlanamamakta ve bir grup araştırmacı, memnuniyetsizliğin yıllar sonra dahi devam edebildiğine dikkat çekmektedir (Nooan vd., 1997). Ancak, bir grup araştırmacı ise ameliyat ile beden memnuniyetinin arttığını savunmaktadır (Zhang vd., 2011; FÄllstrÖm vd., 1986). Dolayısı ile bu noktada ameliyat öncesi bedenlerine ilişkin memnuniyeti de içeren boylamsal çalışmaların yapılması önemlidir. Yeme tutumlarına ilişkin farka bakıldığında ise ameliyat olan hastalarda bozulmanın daha fazla olduğu gözlenmiştir. Örneklemin genel yapısına bakıldığında yeme tutum testinden alınan ortalama

puanlar M=20.1'dir ve kesme noktası 20 olan bu testin sonuçlarına göre sınırda bir değer olduğu söylenebilir (Ergüney-Okumuş ve Sertel-Berk, 2016). Ameliyat hastalarında bulgulanan bu farkın sebebini sunmak henüz AİS hastalarında yeme tutumlarına etki eden faktörler aydınlatılamamışken oldukça güçtür. Çünkü AİS hastalarında yeme tutumlarına ilişkin yapılan çalışmalar genellikle sıklık çalışması ya da beden kitle endekslerine göre yeme bozukluğu teşhisinin konulduğu çalışmalardır. Bu çalışmalarda ameliyat hastalarının ayrı gruplandırılmaması bir başka eksikliktir. Ancak, ameliyat esnasında omurgayı sabitlemek için kullanılan implantlara zarar gelmemesi ve implant olmayan bölgeye gelen yükün de dengelenmesi adına fazla kilo istenmeyen bir durumdur (Rittmeister vd., 1999; Smith 2002) Bu sebeple bu kişiler yeme davranışlarına diğer gruba kıyasla daha fazla dikkat ediyor olabilir. Araştırmanın diğer değişkenlerinden ebeveyn tutumu ve öz-şefkat düzeylerine göre ise gruplararası anlamlı farklılaşma gözlenmemiştir. Ancak ileriki çalışmalarda, ameliyat geçirmiş hastaların sayıca fazla olduğu çalışmalarda bu değişkenler tekrar ele alınabilir ve tüm bu ilişkilerin aydınlatılmasına katkı sağlanabilir. Böylelikle oluşan bu psikolojik farklılıkların ameliyatın kendisinden mi yoksa ameliyat hastalarının zaten eğim açılarının yüksek oluşundan ötürü mü olduğu aydınlığa kavuşabilir.

Son olarak beden kitle endeksi 18 altı ve üstü olarak kategorize edildiğinde beden memnuniyetsizliği, yeme tutumu, depresyon, ebeveyn tutumu ve öz-şefkat düzeyi açısından gruplar arası anlamlı fark gözlenmemiştir. Her ne kadar AİS hastaları beden memnuniyetsizliği ve yaşam tatmini değişkenlerinde 18 altı grup 18 üstü gruba göre daha çok bozulma gösterse de (Perez-Prieto ve ark., 2015) aynı çalışmada kullanılan skolyoza ilişkin beden imgesi ölçeği ile elde edilen bulgular bu tez çalışması ile paralellik göstererek herhangi bir farklılık sunmamıştır (Auerbach vd., 2014). Ancak bu tez çalışmasında, BKE'leri 18 altı olan hastaların yüzdesinin %28 olması ve BKE ortalamalarının M=20.2 olması dikkati çekmektedir. Dünya Sağlık Örgütünün (WHO, 2000) sınıflamasına göre 18.5 altı BKE aşırı zayıf sayılırken, 18.5- 24.9 arası normal olarak kategorize edilmektedir. Bu durumda, hastaların %28'i aşırı zayıf sınıflamasında yer almaktadır. Yeme tutumlarında bozulma için tanısal bir özellik taşımasa da yeme tutumu testinden alınan ortalama

değerin sınırda (M=20.1) olduğu düşünüldüğünde bu puan dikkate değer bir bulgudur. Literatürde AİS'de ve yeme tutumunu inceleyen çalışmalar da bu çalışmanın bulgularına paralelllik göstermektedir. Literatürde yer alan, Zaina ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında BKE 17.5 kesme puanına göre katılımcıların %19'u bu oranın altında kalmış ve sağlıklı gruba göre anlamlı düzeyde farklılaşmıştır. AİS hastaları ile yapılan bir başka çalışmada ise, BKE'leri 18'in altında olanlar örneklemin %33'ünü oluştururken ortalama BKE ise M=19.17 bulunmuştur (Perez- Prieto vd., 2015). Smith ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında ise bu oran %25 olup ortalama BKE'leri M=20.2 olduğu tespit edilmiştir. Tüm bu çalışmalarda bu oranın fazla olduğu dikkat çekmektedir. Ancak yine de henüz nedeni konusunda ortak bir görüş etrafında toplanılamamıştır. Literatürde AİS hastalarına yeme bozukluğu araştıran birçok çalışma BKE değerlerine göre bu tanıyı koymaktadır. Yalnızca Alborghetti ve arkadaşları (2008) ike Zaina ve arkadaşlarının (2013) çalışmalarında yeme davranışına özel ölçümler alınmış olup, ilk çalışmada bozukluk bulunurken diğerinde bulunmamıştır. Dolayısı ile BKE'deki bu azalmanın AİS hastalarında başka bir takım sebeplerden de kaynaklanabileceğini düşündürmektedir. Örneğin, bazı araştırmacılar BKE'deki bu azalmayı leptin hormonunun düzeyine bağlarken (Qiu vd., 2007) bazısı uygun olmayan beslenme alışkanlıklarına (Lee vd., 2005) bağlamaktadır. Ancak yine de, beden kitle endeksindeki bu azalma kemik yoğunluğundaki azalmaya sebebiyet verdiği ve beraber görülebildiği için ileride oluşabilecek kemik erimesi için risk oluşturabileceğinden (Lee vd., 2005), üzerinde durulması hatta belki de önleme çalışmalarında odaklanılması gereken bir bulgu olabilir. Bu çalışmada tüm bu değişkenlerin ilişkileri göz önünde bulundurulduğunda klinik sağlık psikolojisi açısından, bu bulgu tıp alanında yapılan sonuç odaklı tedavilerin yanı sıra, tedavilerin süreç içerisinde ve sonunda yarattığı olası psikolojik etkilerini de ele alan çalışmaların gerekliliğini vurgular niteliktedir. Özellikle önleyici çalışmaların ilk tanıdan itibaren tedavi sürecini de içine katan uygulamalara odaklanmasının, bu hasta grubunda önemli olduğu düşünülmektedir.

5.2. Araştırmanın Yapısal Modeline İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi

Bu tez çalışmasında, çalışmanın ana hipotezi olan ebeveyn tutumlarının AİS hastalarında yeme tutumlarına olan etkisinde öz-şefkat, depresyon ve beden memnuniyetsizliğinin aracılık rolü ele alınmıştır. Çalışmanın nedensel hipotezlerinin test edilmesi ve yeme tutumu üzerindeki yordayıcı etkilerin anlaşılması için öncelikle tüm ilgili değişkenlerin birbiriyle olan ilişkileri incelenmiştir. Skolyoza ilişkin beden memnuniyetsizliğinin hem kişisel hem de sosyal alt boyutu depresyon ile yüksek düzeyde anlamlı ilişki göstermiştir. Kişinin skolyoza ilişkin bedeninde algıladığı memnuniyetsizlik ile depresyona ilişkin özel bir çalışma olmasa da SRS-22 ruhsal durum ölçeğinin ruh sağlığı alt boyutu kullanılarak alınan puanların bu grupta genellikle yüksek olduğu gözlenmektedir (Auerbach vd., 2014). Skolyoza ilişkin beden memnuniyetsizliği ile öz-şefkatin ilişkisine bakıldığında ise tüm alt boyutları ile yüksek düzeyde anlamlı ilişkilerin olduğu tespit edilmiştir. Öz-sevecenlik, paylaşımların ortaklığı ve bilinçli farkındalık alt boyutlarındaki artış beden memnuniyetsizliği ile olumsuz ilişki gösterirken, sosyal yalıtılmışlık, kendini yargılayıcılık ve aşırı özdeşleşme alt boyutları ile istatistiksel olarak olumlu düzeyde anlamlı ilişki göstermiştir. Dolayısı ile bu tez çalışmasında, AİS hastalarının kendilerine karşı öz-sevecen davranarak bedenlerindeki deformiteye ilişkin kabullenici olduklarında, paylaşımların ortaklığı ile bu hastalığın herkesin başına gelebileceğini düşündüklerinde ve bilinçli farkındalık ile hastalığı ile ilgili rahatsız eden duygu ve düşüncelere dengeli bir mesafe koyduklarında skolyoza ilişkin beden memnuniyetsizliklerinin azaldığı gözlenmektedir. Öte yandan kişiler kendini yargıladıkça, bu hastalığın kendi başına geldiğini kabullenmeyerek kendini diğer insanlardan ayırdıkça, hastalık ile ilgili olumsuz duygu ve düşüncelere fazlasıyla kapılıp bu düşünceler ile aşırı özdeşleştikçe hastaların skolyoza ilişkin beden memnuniyetsizlikleri artmaktadır. Elde edilen bu bulgular literatürde sağlıklı kişiler ile yapılan çalışmalarla tutarlılık göstermektedir (Wasylkiw vd., 2012; Ferreira vd., 2013).

Beden memnuniyetsizliği ile bir diğer ilişkili bulunan değişken ise ebeveyn tutumlarıdır. Anne ve baba olmak üzere iki alt boyut olarak çalışmaya dahil edilen ebeveyn tutumları beden memnuniyetsizliği ile ilişkisinde anneden ziyade baba ile ilişkili çıkmıştır. Bunun sebebi örneklemin çoğunluğunun genç kadınlardan oluşması olabilir. Beden imgesi ile ilgili değerlendirmelerin kimlik gelişiminin oluştuğu ergenlik döneminde karşı cinsten gelen değerlendirmelere karşı daha hassas olduğu göz önünde bulundurulduğunda babanın rolü daha belirleyici olabilir (Nezlek, 1999). Literatürde ebeveyn tutumlarına özel olmasa da, ebeveynlerin beden imgesi oluşumu üzerinde etkili olduğuna ilişkin çalışmalar mevcuttur (McCabe ve Ricciardelli, 2001). Bu bilgi çalışma bulgularını desteklese de tutumların beden memnuniyeti üzerindeki etkisine dair daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır. Öte yandan, skolyoza ilişkin beden memnuniyetsizliği ile yeme tutumlarının hiçbir boyutu arasında anlamlı bir ilişkisi bulunamamıştır. Literatürde skolyoz hastalarında yeme tutumlarının bozulduğunu gösteren (Alborghetti vd., 2007) çalışmaların olmasının yanı sıra olmadığını gösteren çalışmalar da mevcuttur (Zaina vd., 2003). Olduğunu gösteren çalışmalar zayıflığın bedensel deformiteyi kompanse ettiğini (Smith vd., 2008), olmadığına ilişkin çalışmalar ise skolyoza ilişkin tedavinin ve hastaya yaklaşımın burada koruyucu olabileceğini (Zaina vd., 2013) tartışmaktadır. Dolayısı ile bu alanın aydınlatılması için daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır.

Depresyon ile ebeveyn tutumları arasındaki ilişkiler bakımından da hem annenin hem de babanın çocuklarının depresyon düzeyleri üzerinde belirleyici oldukları bulgulanmıştır. Literatürde bu ilişkiyi farklı kuramcılar farklı tutumlar açısından ele alsalar da ortak fikir çalışma bulgularını destekler nitelikte olup depresyon düzeyinin ebeveyn tutumlarından etkilendiği yönündedir (Garber, Robinson ve Valentiner, 1997). Öz-şefkatin ise tüm alt boyutları ile depresyonun yüksek düzeyde anlamlı ilişkisi bulunurken; öz-sevecenlik, paylaşımların ortaklığı ve bilinçli farkındalık ile olumsuz yönde kendini yargılama, sosyal yalıtılmışlık ve aşırı özdeşleşme boyutları ile olumlu yönde ilişkide olduğu literatürle tutarlı şekilde gösterilmiştir (Neff, Kirkpatrick ve Rude, 2007). Dolayısı ile öz-şefkat düzeyleri yüksek olan bireylerin depresyon düzeylerinin düşük olduğu söylenebilir. Çalışmada depresyon ile ilişkili bulunan bir başka değişken ise yeme tutumlarıdır. Depresyonun,

yeme tutumlarının tüm alt boyutları ile ilişkilenmesi, kişilerin depresyon düzeylerindeki artışın yeme tutumlarında da bozulmaya sebebiyet verdiğini düşündürmektedir. Literatürde var olan çalışmalar da bu bulgu ile paralel olarak ergenlerin yeme tutumlarının bozulmasında depresyonun risk faktörü olduğu bildirilmektedir (Attie ve Brooks-Gunn, 1989). Son olarak, yeme tutumları ile çalışmadaki diğer değişkenlerin istatistiksel olarak anlamlı ilişkisi bulunmadığı tespit edilmiştir. Ancak bu durum yapısal modelde farklılaşmış olup, yeme tutumlarının yordayıcı değişkenler ile olan ilişkileri gösterilmiştir.

Araştırmanın nedensel hipotezleri göz önünde bulundurulduğunda tüm aracılık ilişkileri sağlanmıştır. Çalışmanın birinci nedensel hipotezini oluşturan ilk adımda, AİS hastalarının ebeveyn tutumlarının depresyon ve beden memnuniyetsizliği üzerindeki etkisinde öz-şefkatin aracılık rolünün istatistiksel olarak anlamlı olduğu sonucuna varılmıştır. Ebeveyn tutumlarının depresyon ve beden memnuniyetsizliği ile ilişkisi bilinmekte (Phares, Steinberg ve Thompson, 2004) olup, bu çalışmadaki modelin önemi bu ilişkiye öz-şefkatin aracılık ettiğini göstermesidir. Ebeveynlerin çocuklarının öz-şefkat düzeyi üzerinde belirleyici olduğu bilinmektedir. Destekleyici tarzda yaklaşan ebeveynlerin çocuklarının öz-şefkat becerilerinin destekleyici olmayan ve eleştirel tarzda yaklaşan ebeveynlerin çocuklarına nazaran daha yüksek düzeyde olduğu bilinmektedir (Neff ve McGehe, 2010). Doğal olarak, çocuğun öz-şefkat becerisi geliştiremediği durumda psikolojik sağlığında bir takım bozulmalar olması ön görülebilir bir durumdur. Bununla birlikte çalışmaların da gösterdiği gibi öz-şefkat düzeyinin yüksek olması olumlu ruh sağlığını güçlendirirken olumsuz ruh sağlığını azaltmaktadır (Neff vd., 2007). Beden memnuniyetsizliği üzerinde de koruyucu etkisi olan öz-şefkat (Wasylkiw vd., 2012) çalışmanın modelinde hem ebeveynlerden etkilenerek şekillenen hem de bu etki sonucunda beden memnuniyetsizliğini ve depresyonu doğrudan etkileyen bir aracı değişken olarak yer almaktadır. Dolayısı ile literatürde bilinen bu ikili ilişkileri yapısal model üzerinde görmek depresyon ve beden memnuniyetsizliğine odaklanırken sadece bu ilişkilerde ebeveynin ya da öz-şefkatin belirleyici olmadığını ortaya koymaktadır. Yani aslında, ebeveynlerin öz-şefkat düzeyi üzerinde etkili olduğu, öz-şefkat düzeyinin de depresyon ve de beden memnuniyetsizliğine yol açıp

açmayacağındaki belirleyiciliği göz önünde bulundurulmalıdır. Nitekim yordayıcı ve yordanan değişkenler farklılık gösterse de kanser hastalarıyla yapılan bir çalışmada beden memnuniyetsizliğinin psikolojik stres üzerindeki etkisine öz-şefkatin aracılık ettiği tespit edilmiştir (Przezdziecki vd., 2013). Sağlık alanında öz-şefkat ile ilgili yapılan kısıtlı çalışmalarda, öz-şefkatin hem beden memnuniyeti ile ilişkili olduğu hem de olumlu ruh sağlığını güçlendirdiği gösterilmiş olup bu bulgular yürütülen bu tez kapsamında elde edilen bulgularla da paralellik göstermektedir. Dolayısı ile öz-şefkatin sağlıklı örneklemde ruh sağlığı üzerinde koruyucu etkisi olduğu kadar, kronik bir hastalıkla baş etmede de yeri oldukça önemlidir.

Araştırmanın ikinci nedensel hipotezini oluşturan ikinci adımda ise, öz-şefkatin yeme tutumları üzerindeki etkisine beden memnuniyetsizliği ve depresyonun aracılık rolü sağlanmştır. Öz-şefkat ve yeme tutumları arasındaki ilişkiyi gösteren çalışmaların varlığı bilinmekle beraber (Kelly vd., 2014), yapısal modelin sunduğu bu ilişkiye aracılık eden beden memnuniyetsizliği ve depresyonun varlığıdır. Öz-şefkatin depresyonla ilişkisi yukarıda da bahsedildiği gibi (Neff vd., 2007) açık olmakla beraber, öz-şefkat modelde de güçlü bir yordayıcı olarak ortaya çıkmaktadır. Ancak yapısal modelde öz-şefkatin depresyon ve skolyoza ilişkin beden memnuniyetsizliği üzerinden yeme tutumlarını yordaması literatür için yeni bir bilgidir. Bununla birlikte yordayıcıların ya da yordanan değişkenlerin aracı olduğu çalışmalar sağlıklı örneklem ile yapılmıştır. Breines ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında olumsuz beden imgesi, öz-şefkatin bozulmuş yeme davranışı üzerindeki etkisine aracılık etmektedir. Bir başka çalışmada ise öz-şefkat hem beden imgesindeki bozulma ile ilişkili bulunmuş, hem de beden imgesi ve depresyon ilişkisine kısmi aracılık etmiştir (Wasylkiw, MacKinnon ve MacLellan, 2012). Tüm bu sonuçlar bu çalışmanın bulgularını destekler nitelikte olsa da sağlıklı bireylerde elde edilmiş bulgulardır. Benzer sonuçların AİS gibi kronik bir hastalığa sahip bireylerde gösterilmiş olmasının bu tez çalışmasını önemli kıldığı söylenebilir.

Dolayısı ile ikinci adımda yordayıcı değişken olarak beliren öz-şefkat, hem bedensel hem de zihinsel iyi oluşa katkıda bulunan bir değişken olması (Hall, Row, Wuensch ve Godley, 2013) sebebi ile bu çalışmada da depresyon ve beden memnuniyetsizliği üzerindeki yordayıcılığının literatürle tutarlı bir bulgu olduğu

söylenebilir. Öz-şefkat düzeyi yüksek olan kişiler kendilerine karşı daha kabullenici ve yargılamadan uzak yaklaştıkları için bedenlerine ve bedenlerindeki deformiteye de aynı şekilde yaklaşmaları olasıdır. Ayrıca paylaşımların ortaklığını içeren öz-şefkatte bu hastalığın yalnızca kendilerine ait olmadığını, başkalarının da benzer deneyimler geçirebileceklerini düşünmeleri de hastalıkla baş etmede oldukça önemlidir. Buradan hareketle, kişilerin öz-şefkate bağlı daha az olumsuz duygu durum yaşamasının depresif duygu durumlarını da azalttığı düşünülebilir. Bunun sonucunda yeme tutumlarında daha az bozulma olması beklenen bir sonuçtur. Yordayıcı ve yordanan değişkenler farklı da olsa depresyonun beden imgesi ve yeme tutumlarında bozulmaya aracılık etkisinin olduğu çalışmalar (Brechan ve Kvalem, 2015), bu çalışmanın yapısal modelindeki depresyonun rolünün önemini de ayrıca desteklemektedir.

Nitekim öz-şefkatin yeme tutumları üzerindeki etkisinde depresyonun ve beden memnuniyetsizliğinin aracılık etkisine bakıldığında hastaların öz-şefkat düzeyi arttıkça depresyon düzeylerinin azaldığı ve buna bağlı olarak da yeme tutumlarındaki bozulmanın da azaldığı görülmektedir. Öte yandan, beden memnuniyetsizliğinin aracılığında ise, öz-şefkat düzeyi arttıkça yine beden memnuniyetsizliğinin azaldığı ancak buna bağlı olarak yeme tutumlarının da olumsuz yönde etkilenmediği tespit edilmiştir. Dolayısı ile skolyoza ilişkin bedenlerinden memnuniyetsizlik olduğu durumda yeme tutumlarında herhangi bir bozukluk olmadığı görülmektedir. Literatürde beden memnuniyetsizliği ile yeme tutumu arasındaki olumlu ilişkinin (Stice ve Shaw, 2002; Van den Berg vd., 2002) varlığına ters düşen bu bulgu aslında ilişkiyi açıklamada pek çok aracı değişkenin de olabileceği düşüncesini akla getirmektedir. Özellikle AİS hastalarında tedavi sürecinin getirdiği zorluklarla baş etme konusunda öz-şefkatin güçlendirici etkisi bulunuyor olabilir. Yine de, literatür ile çelişkili gibi görünen bu bulguyu genellemek ve yorumlamak bedensel deformite ile yeme davranışını inceleyen çalışmaların az olması açısından güçtür. Ayrıca AİS ve yeme tutumları ile ilgili çalışmalar da bu ilişkiye dair çelişkili bulgular sunmaktadır. Yukarıda da bahsedildiği gibi, ilişkinin var olduğunu gösteren (Alborghetti vd., 2007) çalışmaların yanı sıra olmadığını (Zaina vd., 2013) gösteren çalışmalar da mevcuttur. İlişki olduğunu gösteren çalışmalar zayıf olmanın bedensel

çarpıklığı kompanse ettiğini tartışmakla beraber (Smith vd., 2008), olmadığını düşünen çalışmalar ise AİS tedavisinin koruyucu olabileceğini (Zaina vd., 2013) öne sürmektedir. Yine bu bulgunun yorumlanmasına katkı sağlayabilecek Wetterkamp ve arkadaşlarının (2017) SİBİÖ ölçeği kullanarak yaptığı çalışma da beden kitle endeksi ile beden memnuniyetsizliğinin olumlu yönde ilişkili olduğunu ve BKE'lerinin ortalama M=22 değerinde olduğunu göstermiştir. Araştırmacılar bu bulgudan hareketle AİS hastalarının omurgalarındaki deformitenin daha az görünür olması için kilolu olup vücutlarındaki yağ ile bunu daha az görünür yapma eğiliminde olduklarını düşünmüşlerdir (Wetterkamp vd., 2017). Bu çalışmada da BKE'nin M=20.2 olduğu göz önünde bulundurulduğunda, benzer değerlendirme AİS hastalarının yeme davranışlarında kısıtlama yapmadıklarını tespit eden bu çalışmanın bulguları için de yapılabilir. Belki de AİS hastalarının bedenlerine ilişkin memnuniyetsizlikleri ergenlerdeki zayıf olma arzusuna ilişkin duyduğu endişelerden farklıdır. Dolayısı ile AİS hastalarının bedenlerine ilişkin memnuniyetsizlikleri skolyozun getirdiği bedensel deformiteye ilişkin olduğu için kilo vermeye ilişkin herhangi bir çabalarının olmaması da öngörülebilir bir durumdur. Çalışmanın demografik bir bulgusu olan BKE'nin 18.5 üstü olanların sayıca fazla olmasının da yeme tutumlarında bozulma olmamasını destekler nitelikte bir sonuç olduğunu düşündürmektedir. Tüm bu değerlendirmelere ek olarak, dolaylı etkisi olan ebeveyn tutumları ile öz-şefkatin bu noktadaki koruyucu etkisi atlanmamalıdır. Beden imgesindeki değişim bedensel deformiteden ötürü kaçınılmaz iken yeme tutumlarının bozulmaması bu faktörlerin koruyuculuğuna bağlı olabilir. Nitekim bu bedensel deformiteyi değiştirmek bu noktada mümkün değilken ebeveynlerin yapıcı tutumları ve öz-şefkatin oluşumunu güçlendirici yaklaşımları yeme tutumlarının bozulmasında engelleyici olmuş olabilir. Literatürde kanser hastası ergenlerle yapılan bir çalışma, ailenin desteğinin ne denli önemli olduğunu göstermektedir. Bu kişiler ailelerinden algıladıkları destek sayesinde hastalığın bedenlerinde oluşturduğu olumsuz sonuçlardan daha az etkilenmekte ve psikolojik güçlükle daha az karşılaşmaktadırlar (Williamson vd., 2010). Söz konusu çalışmadan yola çıkarak, bu çalışmanın bulgularına bakıldığında bu tez çalışması doğrudan aile desteğini ele almasa da aslında ailenin, kronik hastalıkla baş ederken ergenler üzerinde ne denli koruyucu olabileceği görülmektedir.

Çalışmada nedensel hipotezlere ek olarak alternatif modeller de test edilmiştir. İlk alternatif modelde, ebeveyn tutumlarının beden imgesi ve depresyon üzerinden öz-şefkati, öz-şefkatin de yeme tutumlarını yordadığına ilişkin model test edilmiştir. İkinci alternatif modelde ise ebeveyn tutumlarının beden imgesi ve depresyonu yordadığı, bu iki değişkenin de hem öz- şefkati hem de yeme tutumlarını yordadığına ilişkin model test edilmiştir. Ancak çalışmanın ana hipotezini oluşturan modelin tüm bu alternatif modellerden daha iyi uyum gösterdiği tespit edilmiştir. Yani aslında bu bulgu, çalışmada test edilen modelin tesadüfi değil; hem teorik açıdan hem de istatistiksel açıdan dayanağının güçlü olduğunu göstermektedir.

Sonuç olarak, bu çalışma dahil AİS alanında yapılan tüm çalışmalar göz önünde bulundurulduğunda, hala pek çok yapıyı açıklamada yetersiz kalındığı söylenebilir. Yapısal modeli oluşturan değişkenlerin modeli açıklama değerleri ortaya çıkarılması gereken pek çok değişkenin daha olduğunu göstermektedir. Ancak yine de, alanda önleme ve müdahale çalışmaları için temel oluşturma niteliği taşıyan pek çok çıkarım yapılabilir. Çalışmada elde edilen gruplar arası farklılaşma sonuçları klinik sağlık psikolojisinde önem taşıyan gruba uygun müdahalelerin oluşturabilmesi açısından oldukça kritiktir. Bu farklılıklara ilişkin sonuçların göz önünde bulundurulduğu egzersiz yapan, korse kullanan ve ameliyat geçirmiş kişilerle ayrı ayrı tasarlanacak müdahale çalışmalarının etkinliği arttıracağı düşünülebilir. Ayrıca, tıp alanındaki sonuç odaklı tedavilerde eksik bırakılan psikososyal faktörlerin önemi de çalışma bulgularında dikkati çekmektedir. Ameliyat olan hastalarda patolojinin ortadan kaldırılmasına rağmen depresyon ve yeme tutumlarındaki bozulma düzeylerinin ameliyat olmayan gruba kıyasla yüksek oluşu, ameliyat ile tedavinin sağlandığını kabul eden cerrahi yaklaşımda psikososyal kısımların eksik bırakıldığına ilişkin eleştiri niteliğindedir. Nitekim Dünya Sağlık Örgütü sağlığı tanımlarken yalnızca hastalığın ve sakatlığın olmaması hali olarak değil; sosyal ve psikolojik olarak iyi oluşun sağlanmasının da sağlık için gerekli olduğunu vurgulamaktadır (WHO, 1981: 20).

5.3.Araştırmanın Kısıtlılıkları

Araştırmanın tıp literatürüne ve psikoloji literatürüne katkılarının yanı sıra çeşitli kısıtlılıkları da söz konusudur. Çalışma kesitsel bir çalışma olduğu için tam bir nedensellik kurmak mümkün olamamıştır. Benzer değişkenlerle yapılacak boylamsal çalışmalar bu nedensel çıkarımların daha güçlü olmasını sağlayacaktır. Bir diğer kısıtlılık da katılımcılardan alınan demografik bilgilerin içinde herhangi bir kronik rahatsızlığı olup olmadığının sorulmamış olmasıdır. Ayrıca, sağlık psikolojisinde önemli yeri olan yaşam kalitesi ve başa çıkma yöntemlerinin de değişken olarak çalışmaya dahil edilmemesi bir başka eksiklik olarak düşünülmektedir. Yeme tutumlarını, depresyonu ve beden memnuniyetini etkileyebilecek bir başka kronik rahatsızlığın kontrol edildiği çalışmaların yanı sıra yaşam kalitesi ve başa çıkma yöntemlerini de ele alan çalışmalar tasarlanması önemli olabilir.

Öte yandan, örneklemin az olması genelleme açısından bir kısıtlılık gibi görülse de, adölesan idiopatik skolyoz gibi yaygınlığı az bir grupla çalışılmış olması çalışmanın güçlü yanı olarak değerlendirilebilir. Kullanılan ölçeklerin bir kısmının 18 yaş üstü grup için tasarlanmış olması çalışmada karşılaşılan başka bir zorluktur. Fakat bu ölçeklerin benzer yaş grubu ile çeşitli çalışmalarda kullanılmış olması ve bu çalışmadaki güvenirlik katsayılarının da yüksek oluşu ilgili ölçeklerin 18 yaş altı gruplarda da kullanabileceğine dair olumlu bir sonuç olarak kabul edilebilir.

Ayrıca, bir kısım ebeveyn çocuklarının psikolojik olarak olumsuz etkileneceklerini düşünüp çalışmaya katılmalarına izin vermemiştir. Bu durum veri kaybına sebebiyet vermesinin yanı sıra, çalışma için kritik olan ebeveyn etkisinin ne denli önemli olabileceğini göstermektedir.

Çalışmada öz-bildirim envanteri kullanılması sosyal olarak yanlı olabilecek cevapları verme ihtimallerini arttırmış olabileceği gibi boş bırakılan ölçekler de yine öz bildirim çalışmasının bir başka kısıtlılığı olarak göze çarpmaktadır.

Tüm bunların yanı sıra, çalışmada yer alan ebeveynlerin eğitim düzeylerinin ağırlıklı olarak lise ve üstü grupta toplanması, örneklemin sosyokültürel düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir. Bu durum bulguların genellenmesi açısından güçlük oluşturabilir. Farklı sosyokültürel özellikleri barındıran gruplarla yapılacak çalışmalar sonuçların genellenmesi açısından fikir verebilir.

Bir diğer kısıtlılık da AİS'in bu tez çalışmasında kronik hastalık bağlamında değerlendirilmiş olmasıdır. Ancak AİS çeşitli kaynaklarda hastalıktan ziyade omurgadaki bir deformite yani bir durum olarak ele alınmaktadır (Lonstein, 1994). Sağlık alanında genel olarak hastalık nedir sorusu tartışmaları sürerken bu konuda kesin bir yargıya varmak güçtür. Dünya sağlık örgütünün sağlık tanımlaması fiziksel, ruhsal ve sosyal iyi oluşa önem verilirken bu sınırların net olmaması sebebi ile eleştiri almaktadır (Aggleton, 1990). Ayrıca sağlığın tanımının bütüncül olarak yapılmasına olanak sağlayan bu tanım, hastalık tanımı için kesin sınırlar çizmemektedir. Örneğin hastalığın ciddiyetini belirlemede Cobb açısı önemli bir gösterge iken bazı hastalarda açı yüksek olmasına rağmen herhangi bir işlev kaybı meydana gelmemektedir. İngilizce'deki illness ve disease ayrımı bu konuya aydınlık getirebilirken Türkçe'de böyle bir ayrım olmaması adlandırma konusunda bir başka sıkıntının olduğunu da göstermektedir. Tüm bu kavramsal güçlükler nedeni ile daha iyi bir kullanım olmaması sebebi ile hem literatürde hem de bu tez çalışmasında "hastalık" olarak adlandırılması bugün için en iyi seçenek gibi değerlendirilebilir. Tüm bunlara ilaveten yaşam boyu süreğen olması sebebi ile de tam olarak karşılığı olmasa da kronik hastalık olarak tanımlanmıştır.

Son olarak, literatürde bu çalışmada yer alan değişkenler ile yapılmış çalışmalar olsa da, AİS grubu ile ve aynı değişkenlerin yapısal modelde test edildiği herhangi bir çalışma bulunmamaktadır. Bu durum, sonuçları genellemek ve yorumlamak açısından güçlük yaratsa da araştırmanın özgünlüğü ve alana katkısı açısından güçlü yanı olarak değerlendirilebilir.

5.6. Araştırmanın Güçlü Yönleri ve Öneriler

Çalışmanın kısıtlılıkları yanında alana katkısı açısından çeşitli güçlü yönleri de vardır. Çalışma, Türkiye ve yurtdışı literatüründe tıp alanında ve psikoloji alanında AİS hastaları ile çalışmadaki değişkenler kullanılarak yapılan ilk çalışmadır. Dolayısı ile çalışmanın bulguları uygulamacılara ve araştırmacılara yön verebilecek niteliktedir. Tedavi yöntemlerinin psikososyal bir takım sonuçlarının olması sağlık alanında multidisipliner çalışmanın önemini vurgulaması açısından da önemlidir.

Engel'in de (1977) biyopsikososyal modelin gerekliliklerinde öne sürdüğü gibi, hastalığı tedavi etmek tek başına sağlığa ulaşmada yeterli olmamaktadır. Hekimler tarafından hastaya dair psikososyal farklılıkların da göz önünde bulundurulması tedavi için oldukça önemlidir. Literatürdeki çalışmalar yalnızca ameliyat sonrasının değil, öncesinin de önemli olduğunu hastaların ameliyat öncesi psikolojilerinin sonrasındaki pek çok durumu etkileyebileceğine ilişkin bilgiler sunmaktadır. Ameliyat öncesinde kaygı düzeyi yüksek olan hastaların, ameliyat sonrasında da kaygı ve depresyon düzeyleri yüksek olabilmekte bu da, ameliyat sonrası iyileşmenin hastanede kalış süresinin, ağrı kesici alımının, bağırsak ve üriner fonksiyonların üzerinde belirleyici olabilmektedir (Clayson, Mahon ve Levine, 1981). Bu araştırmanın bulgularından biri olan ameliyata rağmen depresyon düzeylerinin yüksek olması ve yeme tutumlarında bozulmalar olması, tedavi öncesinde ve sonrasında da multidisipliner yaklaşımın gerekliğini vurgular niteliktedir. Benzer şekilde, AİS'e ilişkin egzersiz yapan kişilerin depresyon düzeylerinin yapmayan gruba göre düşük olması da yine çok disiplinli yaklaşımın önemini göstermektedir. Beden ve zihnin birlikte çalışan yapılar olmasından dolayı, hekimlerin tedavileri düzenlerken hastalarını takiple kontrol etmesinin yanı sıra egzersize teşvik etmesi, hastayı bütüncül olarak ele alması açısından önemli olabilir. Tam da hekimlerin yetersiz kaldığı bu noktada klinik sağlık psikolojisinin gerekliliği ön plana çıkmaktadır. Hekimleri ve alanda çalışan psikologları içeren multidisipliner bir çalışma ile bu tezde de ele alınan değişkenleri dikkate alan önleyici sağlık çalışmalarının planlanması ile AİS'e ek olarak oluşabilecek yeme tutumu, depresyon ve beden memnuniyetsizliği gibi psikososyal bozulmaların önüne geçilebilir. Hastalara yaklaşım konusunda, eksikliği hissedilen psikososyal kısımlara ilişkin bilgilendirilmeler yapılması da bir başka müdahale alanı olabilir.

Çalışmanın yapısal modelinin avantajı ise müdahale programı hazırlarken, müdahale edilecek kavramlar hakkında fikir vermesidir. Dolayısı ile modelin de gösterdiği gibi ilk adımda ebeveyn tutumları ve öz-şefkat üzerinden beden memnuniyetsizliği ve depresyona; ikinci adımda ise öz-şefkat beden memnuniyetsizliği ve depresyon üzerinden yeme tutumlarına etki yapmasından dolayı, müdahale edilebilecek kritik alanlar ebeveyn tutumları, öz-şefkat, beden

memnuniyetsizliği ve depresyon olarak düşünülebilir. Ebeveyn tutumlarına müdahalenin kısmen daha güç olduğu düşünüldüğünde, öz-şefkat tüm bu aracı değişkenler arasında en belirleyici ve en müdahale edilebilir olanıdır. Bu sebeple, öz-şefkat düzeyini arttırıcı müdahaleler alanda çalışan klinisyenler için önemli olabilir. Öz-şefkat düzeyini arttırıcı müdahaleler arasında özellikle son yıllarda bilinirliği artan bilinçli farkındalık (mindfulness) temelli müdahaleler yer almaktadır. Germer ve Neff'in (2013) öz-şefkati geliştirmeye yönelik bilinçli-öz-şefkat programı adıyla tasarladıkları programda, kişilere bilinçli farkındalık düzeylerini yükselterek kendilerine daha sevecen ve kabullenici yaklaşmaları öğretilmektedir. Programın uygulamadaki sonuçlarına bakıldığında öz-şefkat düzeyi artan kişilerin kontrol grubuna kıyasla depresyon, anksiyete, stres ve kaçınma davranışlarında azalma ile beraber yaşam doyumlarında da artış gözlenmiştir. Sağlık alanında da ön plana çıkan farkındalık temelli müdahaleler, diyabet gibi kronik hastalıklarda da çalışılmakta ve müdahale ile artan öz-şefkat düzeyi sonucunda hem duygu durumlarında hem de hastalıkla ilişkili olumlu yönde biyokimyasal farklılıklar gözlenmektedir (Friis, Johnson, Cutfield ve Consedine, 2016). Ayrıca, beden imgesi ile ilgili yapılan çalışmalarda da öz-şefkat arttırıcı farkındalık temelli müdahalelerin başarılı oluşu bu programın AİS grubunda da uygulanabileceğini düşündürmektedir (Albertson, Neff, Dill-Shackleford, 2015). Dolayısı ile bu alanda çalışmak isteyen araştırmacılar bu araştırmanın bulgularını da göz önünde bulundurarak öz-şefkat temelli AİS hastalarına özgü, ebeveynlerini de içine alan müdahale programları geliştirebilirler.

Her ne kadar çalışmanın yapısal modeli belli kavramları açıklasa da henüz keşfedilmemiş çokça ilişkinin olduğunu söylemek mümkündür. Dolayısı ile ebeveyn tutumlarının beden memnuniyetsizliği ve depresyon ilişkisinde öz-şefkat dışında aracılık ve moderasyon etkisi olan değişkenlerin keşfedilmesinin, alana aydınlatıcı katkılar sunacağı açıktır. Yine öz-şefkat yeme tutumu ilişkisinde beden memnuniyetsizliği ve depresyonun aracılık etkisi dışında, aracılık ve moderatör etkilerin keşfedilmesi de önemlidir. Ayrıca, yeme tutumlarının hastalığa bağlı bedensel bir memnniyetsizlik durumunda bozulup bozulmadığını gösteren farklı kronik hastalıklarda çalışmak, yorumlanması ve genellenmesi güç olan bu çalışmadaki bulguyu aydınlatmak adına önemli olabilir. Aynı şekilde, benzer aracılık

ilişkilerinin de farklı kronik hastalıklarla çalışılması, biyopsikososyal modelin öneminin ve klinik sağlık psikolojisinin yerinin anlaşılması açısından değerlidir.

KAYNAKLAR

AKBARNIA, B. A., MARKS, D. S., BOACHIE-ADJEI, O., THOMPSON, A. G., ASHER, M. A.: 2005 "Dual Growing Rod Technique for the Treatment of Progressive Early-onset Scoliosis: a Multicenter Study", **Spine**, 30(17S), S46-S57.

AKERBLOM, S., PERRIN, S., FISCHER, M. R., MCCRACKEN, L. M.: 2015 "The Mediating Role of Acceptance in Multidisciplinary Cognitive-Behavioral Therapy for Chronic Pain", **The Journal of Pain**, 16(7), 606-615.

AKIN, Ü., AKIN, A., ABACI, R.: 2007 "Öz-duyarlık Ölçeği: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması", **Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi**, 33(33).

ALANAY, A., CİL, A., BERK, H., ACAROGLU, R. E., YAZICI, M., AKCALİ, O., SURAT, A.: 2005 "Reliability and Validity of Adapted Turkish Version of Scoliosis Research Society-22 (SRS-22) Questionnaire", **Spine**, 30(21), 2464-2468.

ALBERTSON, E. R., NEFF, K. D., DILL-SHACKLEFORD, K. E.: 2015 "Self-compassion and Body Dissatisfaction in Women: A Randomized Controlled Trial of a Brief Meditation Intervention", **Mindfulness**, 6(3), 444-454.

ALBORGHETTI, A., SCIMECA, G., COSTANZO, G., BOCA, S.: 2007 "The Prevalence of Eating Disorders in Adolescents with Idiopathic Scoliosis", **Eating disorders**, 16(1), 85-93.

ALEXANDER, F., "The Psychosomatic Approach in Medicine", **Dynamic**

SZASZ, T. S.: 1952 **psychiatry**, 369-400.

ALLEN, J. P., HAUSER, S. T., BELL, K. L., O'CONNOR, T. G.: 1994 "Longitudinal Assessment of Autonomy and Relatedness in Adolescent-Family Interactions as Predictors of Adolescent Ego Development and Self-esteem", **Child Development**, 65(1), 179-194.

ANDERSON, J. C., GERBING, D. W.: 1988 Structural Equation Modeling in Practice: A Review and Recommended Two-step Approach. **Psychological Bulletin**, 103(3), 411.

ATA, R. N., LUDDEN, A. B., LALLY, M. M.: 2007 "The Effects of Gender and Family, Friend, and Media Influences on Eating Behaviors and Body Image During Adolescence", **Journal of Youth and Adolescence**, 36(8), 1024-1037.

AUERBACH, J. D., LONNER, B. S., CRERAND, C. E., SHAH, S. A., FLYNN, J. M., BASTROM, T., ... & BOWE, W. P.: 2014 "Body Image in Patients with Adolescent Idiopathic Scoliosis: Validation of the Body Image Disturbance Questionnaire-scoliosis Version", **The Journal of Bone and Joint Surgery**, 96(8), e61.

BANDURA, A.: 1977 "Social Learning Theory", Prentice Hall: Englewood Cliffs, NJ.

BAO, H., YAN, P., LONNER, B., QIU, Y., REN, Y., ZHU, Z., ... & ZHU, F. : 2015 "Validation of the Simplified Chinese Version of the Body Image Disturbance Questionnaire-Scoliosis", **Spine**, 40(21).

BARBER, B. K.: 1996 "Parental Psychological Control: Revisiting a Neglected Construct", **Child development**, 67(6), 3296-3319.

BARBER, B. K., HARMON, E. L.: 2002 "Violating the self: Parental Psychological Control of Children and Adolescents", In B. K. Barber (Ed.), **Intrusive parenting: How psychological control affects children and adolescents** (pp. 15-52). Washington, DC, US: American Psychological Association.

BAS, M., ASCI, H., KARABUDAK, E., KIZILTAN, G.: 2004 "Eating Attitudes and Their Psychological Correlates Among Turkish Adolescents", **Adolescence**, 39, 593-599.

BAUMRIND, D.: 1966 "Effects of Authoritative Parental Control on Child Behavior", **Child development**, 887-907.

BELAR, C. D., DEARDORFF, W. W., AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION.: 1995 **"Clinical Health Psychology in Medical Settings: a Practitioner's Guidebook"**, Washington, DC: American Psychological Association.

BERDISHEVSKY, H., LEBEL, V. A., BETTANY-SALTIKOV, J., RIGO, M., LEBEL, A., HENNES, A., ... & DE MAUROY, J. C.: 2016 "Physiotherapy Scoliosis-specific Exercises–a Comprehensive Review of Seven Major Schools", **Scoliosis and Spinal Disorders**, 11(1), 20.

BETZ, R. R., HARMS, J., CLEMENTS III, D. H., LENKE, L. G., LOWE, T. G., SHUFFLEBARGER, H. L., ... & BEELE, B.: 1999 "Comparison of Anterior and Posterior Instrumentation for Correction of Adolescent Thoracic Idiopathic Scoliosis", **Spine**, 24(3), 225-239.

BEYERS W., GOOSSENS L.: 2008 "Dynamics of Perceived Parenting and Identity Formation in Late Adolescence", **Journal of**

Adolescence, 31(2), 165-184.

BRECHAN, I., KVALEM, I. L.: 2015 "Relationship Between Body Dissatisfaction and Disordered Eating: Mediating Role of Self-esteem and Depression", **Eating Behaviors**, 17, 49-58.

BREINES, J., TOOLE, A., TU, C., CHEN, S.: 2014 "Self-compassion, Body image, and Self-reported Disordered Eating", **Self and Identity**, 13(4), 432-448.

BREITBART, W., ROSENFELD, B., PESSIN, H., APPLEBAUM, A., KULIKOWSKI, J., LICHTENTHAL, W. G.: 2015 "Meaning-centered Group Psychotherapy: an Effective Intervention for Improving Psychological Well-being in Patients with Advanced Cancer", **Journal of Clinical Oncology**, 33(7), 749-754

BRIDGES RN, GOLDBERG DP.: 1985 Somatic Presentation of DSM III Psychiatric Disorders in Primary Care. **Journal of Psychosomatic Research**, *29*(6), 563-569.

BRIDWELL, K. H.: 1999 "Surgical Treatment of Idiopathic Adolescent Scoliosis", **Spine**, 24(24), 2607.

BRIDWELL, K. H., SHUFFLEBARGER, H. L., LENKE, L. G., LOWE, T. G., BETZ, R. R., BASSETT, G. S.: 2000 "Parents' and Patients' Preferences and Concerns in Idiopathic Adolescent Scoliosis: a Cross-sectional Preoperative Analysis", **Spine**, *25*(18), 2392-2399.

BRION, J. M., LEARY, M. R., DRABKIN, A. S.: Self-compassion and Reactions to Serious Illness: The Case of HIV. **Journal of Health Psychology**, 19(2),

2014 218-229.

BUCHANAN, R., BIRCH, J. G., MORTON, A. A., BROWNE, R. H.: 2003 "Do You See What I See? Looking at Scoliosis Surgical Outcomes Through Orthopedists' Eyes", **Spine**, 28(24), 2700-2704.

BUNNELL, W. P.: 1986 "The Natural History of Idiopathic Scoliosis Before Skeletal Maturity", **Spine**, 11(8), 773-776.

CAMPBELL RM JR, HELL-VOCKE AK.: 2003 "Growth of the Thoracic Spine in Congenital Scoliosis After Expansion Thoracoplasty", **The Journal of Bone and Joint Surgery**, 85-A(3):409–420

CASH, T. F., VE PRUZINSKY, T. E.: 1990 Body images: Development, deviance, and change. Guilford Press.

CASH, T. F., DEAGLE, E. A.: 1997 "The Nature and Extent of Body-image Disturbances in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa: A Meta-analysis", **International Journal of Eating Disorders**, 22(2), 107-126

CASH, T. F., FLEMING, E. C., ALINDOGAN, J., STEADMAN, L., WHITEHEAD, A.: 2002 "Beyond Body Image as a Trait: The Development and Validation of the Body Image States Scale", **Eating Disorders,** 10(2), 103-113.

CHANG, W. P., LIN, Y., HUANG, H. L., LU, H. F., WANG, S. T., CHİ, Y. C., ... & CHEN, H. Y.: 2016 "Scoliosis and the Subsequent Risk of Depression: A Nationwide Population-based Cohort Study in Taiwan", **Spine**, 41(3), 253-258.

CHAPMAN, D. P., PERRY, G. S., & STRINE, T. W.: 2005 Peer Reviewed: The Vital Link Between Chronic Disease and Depressive Disorders. **Preventing Chronic Disease**, 2(1).

CLAYSON, D., MAHON, B., LEVINE, D. B.: 1981 "Preoperative Personality Characteristics as Predictors of Postoperative Physical and Psychological Patterns in Ccoliosis", **Spine**, 6(1), 9-12.

COOK, S., ASHER, M., LAI, S. M., SHOBE, J.: 2000 "Reoperation After Primary Posterior Instrumentation and Fusion for Idiopathic Scoliosis: Toward Defining Late Operative Site Pain of Unknown Cause", **Spine**, 25(4), 463-468

ÇİLLİ K., TEZEREN G., TAS T., BULUT O., OZTURK H., OZTEMUR Z., UNSALDI T.: 2009 "School Screening for Scoliosis in Sivas, School Screening for Scoliosis in Sivas, Turkey", **Acta Orthop Traumatol Turc**, 43(5), 426-430.

DANIELSSON, A. J., NACHEMSON, A. L.: 2001 Childbearing, Curve Progression, and Sexual Function in Women 22 Years After Treatment for Adolescent Idiopathic Scoliosis: A Case–control Study. **Spine**, 26(13), 1449-1456

DANIELSSON, A. J., HASSERIUS, R., OHLIN, A., NACHEMSON, A. L.: 2012 "Body Appearance and Quality of Life in Adult Patients with Adolescent Idiopathic Scoliosis Treated with a Brace or Under Observation Alone During Adolescence", **Spine**, 37(9), 755-762.

DANIELSSON, A. J., WIKLUND, I., PEHRSSON, K., NACHEMSON, A. L.: "Health-related Quality of Life in Patients with Adolescent Idiopathic Scoliosis: A Matched Follow-up at Least 20 Years after Treatment with Brace or Surgery", **European Spine Journal**, 10(4), 278-288.

2001

DARLING, N., STEINBERG, L.: 1993 "Parenting Style as Context: An Integrative Model", **Psychological Bulletin**, 113(3), 487

DARUWALLA, JS., BALASUBRAMANIAM P., CHAY, SO., RAJAN, U., LEE HP.: 1985 "Idiopathic Scoliosis. Prevalence and Ethnic Distribution in Singapore Schoolchildren", **The Journal Of Bone And Joint Surgery,** 67(2):182–184.

DEMAREST J., ALLEN R.: 2000 "Body image: Gender, Ethnic, and Age Differences", **The Journal of Social Psychology**, 140(4), 465-472.

DEWSARAN-VAN DER VEN, C., VAN BROECKHUYSEN-KLOTH, S., THORSELL, S., SCHOLTEN, R., DE GUCHT, V., GEENEN, R.: 2018 "Self-compassion in Somatoform Disorder", **Psychiatry Research**, 262, 34-39.

DOHNT, H. K., TIGGEMANN, M.: 2006 "Body Image Concerns in Young Girls: The Role of Peers and Media Prior to Adolescence", **Journal of Youth and Adolescence**, 35(2), 135.

DUBOUSSET, J.: 1998 "Melatonin: a Possible Role in the Pathogenesis of Human Idiopathic Scoliosis", **In Proceedings of the 10th International Philip Zorab Symposium on Scoliosis***,* Oxford, UK.

ECK, K. R., BRIDWELL, K. H., UNGACTA, F. F., RİEW, K. D., LAPP, M. "Complications and Results of Long Adult Deformity Fusions Down to l4, l5, and the Sacrum", **Spine**, 26(9), E182-E191.

A., LENKE, L. G., ... & BLANKE, K.: 2001

EDITION, F.: 2013 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. American Psychiatric Publishing, Arlington, VA.

ELLIS, D. A., PODOLSKI, C. L., FREY, M., NAAR-KING, S., WANG, B., MOLTZ, K. (2007). "The Role of Parental Monitoring in Adolescent Health Outcomes: Impact on Regimen Adherence in Youth with Type 1 Diabetes", **Journal of Pediatric Psychology**, 32(8), 907-917.

MILEVSKY, A., SCHLECHTER, M., NETTER, S., & KEEHN, D.: 2007 "Maternal and Paternal Parenting Styles in Adolescents: Associations with Self-Esteem, Depression and Life-Satisfaction", **Journal of Child and Family Studies**, 16(1), 39-47.

EMANS, J. B., KAELIN, A., BANCEL, P., HALL, J. E., & MILLER, M. E.: 1986 "The Boston Bracing System for Idiopathic Scoliosis. Follow-up Results in 295 Patients", **Spine**, 11(8), 792-801.

ENGEL, G. L.: 1977 "The Need for a New Medical Model: a Challenge for Biomedicine", **Science**, 196(4286), 129-136

ERGÜNEY-OKUMUŞ, E.**,** SERTEL-BERK, Ö.: 2016 "Yeme Tutumu Testi Kısa Formu (YTT-26): Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması", **19. Ulusal Psikoloji Kongresi'nde sunulmuş poster bildiri**. 5-7 Eylül 2016, Tepekule Kongre Merkezi, İzmir.

ERIKSON, E. H.: 1994 "Identity: Youth and Crisis (No. 7)". WW Norton & Company.

ERŞEN, Ö., BİLEKLİ, B., BİLGİÇ, S., OĞUZ, E., ŞEHİRLİOĞLU, A.: 2013 "Difference Between Spinecor Brace and Rigid Brace During Treatment", **Scoliosis**, 8(1), 8.

FABIAN, L. J., THOMPSON, J. K.: 1989 "Body Image and Eating Disturbance in Young Females", **International journal of Eating Disorders**, 8, 63-74.

FALLSTROM, K., COCHRAN, T., NACHEMSON, A.: 1986 "Long-term Effects on Personality Development in Patients with Adolescent Idiopathic Scoliosis: Influence of Type of Treatment", **Spine**, 11(7), 756-758.

FERGUSON, C. J., MUÑOZ, M. E., GARZA, A., GALINDO, M.: 2014 "Concurrent and Prospective Analyses of Peer, Television and Social Media Influences on Body Dissatisfaction, Eating Disorder Symptoms and life satisfaction in adolescent girls", **Journal of Youth and Adolescence**, 43(1), 1-14.

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

FOLKMAN, S. ve LAZARUS, R. S.: 1980 "An Analysis of Coping in a Middle-aged Community Sample", **Journal of Health and Social Behavior**, 219-239.

FREIDEL, K., PETERMANN, F., REICHEL, D., STEINER, A., WARSCHBURGER, "Quality of Life in Women with Idiopathic Scoliosis", **Spine**, *27*(4), E87-E91.

P., WEISS, H. R.: 2002

FRENCH, T. M., VE ALEXANDER, F.: 1941 *"***Psychogenic Factors in Bronchial Asthma***",* (Vol. 2, No. 1-2). George Banta Publishing Company.

FRIIS, A. M., JOHNSON, M. H., CUTFIELD, R. G., VE CONSEDINE, N. S.: 2016 "Kindness Matters: a Randomized Controlled Trial of a Mindful Self-compassion Intervention Improves Depression, Distress, and HbA1c Among Patients with Diabetes", **Diabetes Care**, 39(11), 1963-1971.

FUCHS, P. D., BERTRAND, S., IWINSKI, H., PELLET, J.: 2001 "Traumatic C6-C7 Dislocation in a 14 Year old with Posterior Spinal Fusion for Idiopathic Scoliosis", **Journal of Trauma and Acute Care Surgery**, 51(5), 1004-1007.

FURNHAM, A., VE ALIBHAI, N.: 1983 "Cross-cultural Differences in the Perception of Female Body Shapes", **Psychological Medicine**, 13(4), 829-837.

GAINE, W. J., ANDREW, S. M., CHADWICK, P., COOKE, E., WILLIAMSON, J. B.: 2001 "Late Operative Site Pain with Isola Posterior Instrumentation Requiring Implant Removal: Infection or Metal Reaction?", **Spine**, 26(5), 583-587.

GARBER, J., ROBINSON, N. S., VALENTINER, D.: 1997 "The Relation Between Parenting and Adolescent Depression: Self-worth as a Mediator", **Journal of Adolescent Research**, *12*(1), 12-33.

GARNER, D. M. ve GARFINKEL, P. E.: 1979 "The Eating Attitude Test: An index of Symptoms of Anorexia Nervosa", **Psychological Medicine**, 9, 273-279.

GARNER, D. M., "The Eating Attitude Test: Psychometric Features and

OLMSTED, M. P., GARFINKEL, P. E.: 1982 Clinical Corraltes". **Psychological Medicine**, 12, 871-878.

GARNER, D.M.: 2002 "Body Image and Anorexia Nervosa'', **Body Image: A Handbook of Theory, Research and Clinical Practice,** Ed. Thomas F. Cash ve Thomas Prozinsky, New York, Guilford Press, s.295-303.

GOLDBERG, M. S., MAYO, N. E., POITRAS, B., SCOTT, S., HANLEY, J.: 1994 "The Ste-Justine Adolescent Idiopathic Scoliosis Cohort Study: Part II: Perception of Health, Self and Body Image, and Participation in Physical Activities", **Spine**, 19(14), 1562-1572.

GRAUERS, A., RAHMAN, I., GERDHEM, P.: 2012 "Heritability of Scoliosis", **European Spine Journal**, *21*(6), 1069-1074.

GREINER A. (2002) Adolescent Idiopathic Scoliosis: Radiologic Decision-Making. American Family Physician, 65(9):1817-22.

GÜRSEL-YILMAZ H., ZATERI Ç., KUŞVURAN-ÖZKAN A., KAYALAR G., BERK H.: 2018 "Epidemiyolojik Bir Çalışma: Türkiye Adölesan İdiopatik Skolyoz Prevalansı", **2. Ulusal Çocuk Ortopedisi Kongresi'nde sunulmuş sözel bildiri,** 16-18 Mart 2018, Swissotel Büyük Efes, İzmir.

HAASBEEK, J. F.: 1997 "Adolescent Idiopathic Scoliosis: Recognizing Patients Who Need Treatment", **Postgraduate Medicine**, 101(6), 207-216.

HADLEY-MILLER, N., MIMS, B., MILEWİCZ, D. M.: 1994 "The Potential Role of the Elastic Fiber System in Adolescent Idiopathic Scoliosis". **Journal of Bone and Joint Surgery**, 76(8), 1193-1206

HALL, C. W., ROW, K. A., WUENSCH, K. L., VE GODLEY, K. R.: 2013 "The Role of Self-compassion in Physical and Psychological Well-Being", **The Journal of Psychology**, 147(4), 311-323.

HARGREAVES, D., VE TIGGEMANN, M.: 2002 The Effect of Television Commercials on Mood and Body Dissatisfaction: The Role of Appearance-schema Activation, **Journal of Social and Clinical Psychology**, 21(3), 287-308.

HAUSER, S. T., JACOBSON, A. M., LAVORI, P., WOLFSDORF, J. I., HERSKOWITZ, R. D., MILLEY, J. E., ... STEIN, J.: 1990 "Adherence Among Children and Adolescents with Insulin-dependent Diabetes Mellitus over a Four-year Longitudinal Follow-up: II. Immediate and Long-term Linkages with the Family Milieu", **Journal of Pediatric Psychology**, 15(4), 527-542.

HAWES, M.: 2006 "Impact of Spine Surgery on Signs and Symptoms of Spinal Deformity", **Pediatric Rehabilitation**, 9(4), 318-339.

HERRING, J. A.: 2002 "Flexible Flatfoot", **Tachdjian's Pediatric Orthopaedics**. WB Saunders, Philadelphia, 908-921.

HEWA, S., HETHERINGTON, R. W.: 1995 "Specialists Without Spirit: Limitations of the Mechanistic Biomedical Model", **Theoretical Medicine**, 16(2), 129-139.

HİSLİ, N.: 1989 ''Beck Depresyon Envanteri'nin Üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenirliği'', **Psikoloji Dergisi,** 7/23, s.3-13.

INOUE, M., MINAMI, "Idiopathic Scoliosis in Twins Studied by DNA

S., KITAHARA, H., OTSUKA, Y., NAKATA, Y., TAKASO, M., MORIYA, H.: 1998 Fingerprinting: The Incidence and Type of Scoliosis", **The Journal of Bone and Joint Surgery,** 80(2), 212-217.

İZGİ, M. (2013). "Cerrahi Tedavi Uygulanan Skolyoz Hastalarının Postoperatif Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi", **Yayınlanmamış tıpta uzmanlık tezi**, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.

JACKSON, L.A.: 2002 "Pysical Attaractiveness; A sociocultural Perspective'', **Body Image: A Handbook of Theory, Research and Clinical Practice,** Ed. Thomas F. Cash ve Thomas Prozinsky, New York, Guilford Press, s.13-21.

JOHNSON, A., SHAPİRO, L. B., ALEXANDER, F.: 1947 "Preliminary Report on a Psychosomatic Study of Rheumatoid Arthritis", **Psychosomatic Medicine**, 9(5), 295-300.

JONES, J. M., BENNETT, S., OLMSTED, M. P., LAWSON, M. L., RODIN, G.: 2001 "Disordered Eating Attitudes and Behaviours in Teenaged Girls: a School-based Study", **Canadian Medical Association Journal,** 165(5), 547-552.

JONES, J. M., LAWSON, M. L., DANEMAN, D., OLMSTED, M. P., RODIN, G.: 2000 "Eating Disorders in Adolescent Females with and without Type 1 Diabetes: Cross Sectional Study", **Bmj**, 320(7249), 1563-1566.

KADRIU, F., KELPI, M., VE KALYVA, E.: 2014 "Eating-disordered Behaviours in Kosovo School-based Population: Potential Risk Factors", **Procedia-Social and Behavioral Sciences**, 114, 382-387.

KAMTSIURIS P., ATZPODIEN K., ELLERT U., SCHLACK R., SCHLAUD M.: 2007 "Prevalence of somatic diseases in German children and adolescents", Results of the German Health Interview and Examination Survey for Children and Adolescents (KiGGS). 50(5–6):686–700.

KANTAŞ, Ö., İMAMOĞLU, E. O.: 2013 "Impact of Relational and Individuational Self-orientations on the Well-being of Academicians: The Toles of Ego-or Eco-system Motivations, Self-transcendence, Self-Compassion and Burnout". **Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi,** Orta Doğu Teknik Üniversitesi, Ankara.

KAĞITÇIBAŞI, C., SUNAR, D., & BEKMAN, S.: 2001 Long-Term Effects of Early Intervention: Turkish Low-Income Mothers and Children. **Journal of Applied Developmental Psychology**, 22(4), 333-361.

KANTON W, RIES RK, KLEINMAN A.: 1984 "The Prevalence of Somatization in Primary Care" **Comprehensive Psychiatry**, 25(2), 208-215.

KEERS, J. C., GROEN, H., SLUITER, W. J., BOUMA, J., LINKS, T. P.: 2005 Cost and Benefits of a Multidisciplinary Intensive Diabetes Education Programme. **Journal of Evaluation in Clinical Practice**, 11(3), 293-303.

KELLY, A. C., VIMALAKANTHAN, K., CARTER, J. C.: 2014 "Understanding the Roles of Self-esteem, Self-compassion, and Fear of Self-compassion in Eating Disorder Pathology: An Examination of Female Students and Eating Disorder Patients", **Eating Behaviors**, 15(3), 388-391.

KICHLER, J. C., CROWTHER, J. H.: 2001 The Effects of Maternal Modeling and Negative Familial Communication on Women's Eating Attitudes And Body Image. **Behavior Therapy**, 32(3), 443-457.

KING, H. A., MOE, J. H., BRADFORD, D. S., WINTER, R. B.: 1983 "The Selection of Fusion Levels in Thoracic Idiopathic Scoliosis", **Journal of Bone and Joint Surgery**, 65(9), 1302-13.

KLUCK, A. S.: 2010 "Family Influence on Disordered Eating: The Role of Body Image Dissatisfaction", **Body Image**, 7(1), 8-14.

KOCH, K. D., BUCHANAN, R., BIRCH, J. G., MORTON, A. A., GATCHEL, R. J., BROWNE, R. H.: 2001 "Adolescents Undergoing Surgery for Idiopathic Scoliosis: How Physical and Psychological Characteristics Relate to Patient Satisfaction with the Cosmetic Result", **Spine**, 26(19), 2119-2124.

KÖROĞLU, E.: 2013 DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı. Çeviri. Hekimler Yayın Birliği. İstanbul.

KÖROĞLU, E.: 2007 Amerikan Psikiyatri Birliğİ: Ruhsal Bozuklukların Tanısal Ve Sayımsal Elkitabı, Dördüncü Baskı Yeniden Gözden Geçirilmiş Tam Metin (DSM-IV-TR), Amerikan Psikiyatri Birliğİ, Washington DC, 2000, KöroğLu, E. (Çeviri Ed.), Cilt:2, Hekimler Yayın Birliğİ, Ankara, S.859.

KOTWICKI, T.: 2008 "Evaluation Of Scoliosis Today: Examination, X-Rays And Beyond", **Disability And Rehabilitation**, 30(10), 742-751.

KREMERS, S. P., BRUG, J., DE VRIES, H., ENGELS, R. C.: 2003 "Parenting Style and Adolescent Fruit Consumption", **Appetite**, 41(1), 43-50.

KUZU D., SERTEL-BERK, Ö., ŞİMŞEK Ö.F.Ç 2018 "Skolyoz Hastalarında Beden Memnuniyetsizliği Ölçeği Türkçe Adaptasyon Çalışması", 2. **Ulusal Çocuk Ortopedisi Kongresi'nde Sunulmuş Poster Bildiri**, 16-18 Mart 2018, Swissotel Büyük Efes, İzmir.

LAMBORN, S. D., MOUNTS, N. S., STEINBERG, L., DORNBUSCH, S. M.:1991 "Patterns of Competence and Adjustment Among Adolescents from Authoritative, Authoritarian, Indulgent, and Neglectful Families", **Child Development**, 62(5), 1049-1065.

LAROUCHE, S. S. ve CHIN-PEUCKERT, L.: 2006 "Changes in Body Image Experienced by Adolescents with Cancer", **Journal of Pediatric Oncology Nursing**, *23*(4), 200-209.

LEE, C. ve S., NACHEMSON, A. L.: 1997 "The Crankshaft Phenomenon After Posterior Harrington Fusion in Skeletally Immature Patients with Thoracic or Thoracolumbar Idiopathic Scoliosis Followed to Maturity", **Spine**, 22(1), 58-67.

LEE, H., CHOI, J., HWANG, J. H., PARK, J. H.: 2016 "Health-Related Quality of Life of Adolescents Conservatively Treated for Idiopathic Scoliosis in Korea: A Cross-Sectional Study", **Scoliosis and Spinal Disorders**, 11(1), 11.

LEE, W. T., CHEUNG, C. S., TSE, Y. K., GUO, X., QIN, L., HO, S. C., CHENG, J. C.: 2005 "Generalized Low Bone Mass of Girls with Adolescent Idiopathic Scoliosis is Related to İnadequate Calcium Intake and Weight Bearing Physical Activity in Peripubertal Period", **Osteoporosis International**, 16(9), 1024-1035.

LEHNERT-SCHROTH, C.: 2007 "Three-Dimensional Treatment for Scoliosis. The Schroth Orthopedic Breathing System. A Physiotherapeutic Method to Improve Deformities of the Spine", the Martindale Press.

LENKE, L. G.: 2005 "Lenke Classification System of Adolescent Idiopathic Scoliosis: Treatment Recommendations", **Instructional**

Course Lectures, 54, 537-54.

LENKE, L. G., BETZ, R. R., HARMS, J., BRIDWELL, K. H., CLEMENTS, D. H., LOWE, T. G., BLANKE, K.: 2001 "Adolescent Idiopathic Scoliosis: A New Classification to Determine Extent of Spinal Arthrodesis", **Journal of Bone and Joint Surgery**, 83(8), 1169-1181.

LEON, G. R., FULKERSON, J. A., PERRY, C. L., CUDECK, R.: 1993 "Personality and Behavioral Vulnerabilities Associated With Risk Status for Eating Disorders in Adolescent Girls", **Journal Of Abnormal Psychology**, 102(3), 438.

LEVENTHAL, H., LEVENTHAL, E. A., CONTRADA, R. J.: 1998 "Self-Regulation, Health, and Behavior: A Perceptual-Cognitive Approach", **Psychology And Health**, 13(4), 717-733.

LEWINSOHN, P. M., CLARKE, G. N., SEELEY, J. R., ROHDE, P.: 1994 "Major Depression in Community Adolescents: Age at Onset, Episode Duration, and Time to Recurrence", **Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry**, *33*(6), 809-818.

LOHAUS, A., VIERHAUS, M., BALL, J.: 2009 "Parenting Styles and Health-Related Behavior in Childhood and Early Adolescence: Results of a Longitudinal Study" **The Journal of Early Adolescence**, 29(4), 449-475.

LONSTEIN, J. E., CARLSON, J. M.: 1984 "The Prediction of Curve Progression in Untreated Idiopathic Scoliosis During Growth", **Journal of Bone and Joint Surgery-Series A**, 66(7), 1061-1071.

LONSTEIN JE., 1995 Patient Evaluation. Moe's Textbook of Scoliosis And Other Spinal Deformities, Philadelphia, Saunders, 45-86. 2

LONSTEIN, J. E.: 1994 "Adolescent Idiopathic Scoliosis", **the Lancet**, 344(8934), 1407-1412.

LONSTEIN, J. E. ve WINTER, R. B.: 1994 The Milwaukee Brace for the Treatment of Adolescent Idiopathic Scoliosis. A Review of One Thousand and Twenty Patients. **Journal of Bone and Joint Surgery**, 76(8), 1207-1221.

LOWE, T. G., EDGAR, M., MARGULIES, J. Y., MILLER, N. H., RASO, V. J., REINKER, K. A., RIVARD,C. H.: 2000 "Etiology of Idiopathic Scoliosis: Current Trends in Research", **Journal of Bone and Joint Surgery**, 82(8), 1157.

MACCOBY, E. E., MARTIN, J. A.: 1983 "Socialization in the Context of the Family", Parent-Child Interaction, **Handbook of Child Psychology: Formerly Carmichael's Manual of Child Psychology**/ Paul H. Mussen, Editor.

MACLEAN, J. W., GREEN, N. E., PIERRE, C. B., VE RAY, D. C.: 1989 Stress and Coping With Scoliosis: Psychological Effects on Adolescents and Their Families. **Journal of Pediatric Orthopedics**, 9(3), 257-261.

MANNE, S. L., JACOBSEN, P. B., GORFINKLE, K., GERSTEIN, F., REDD, W. H.: 1993 "Treatment Adherence Difficulties Among Children with Cancer: The Role of Parenting Style", **Journal af Pediatric Psychology**, 18(1), 47-62.

MARSH, H. W., HAU, K. T., VE WEN, Z.: 2004 "In Search of Golden Rules: Comment on Hypothesis-Testing Approaches to Setting Cutoff Values for Fit Indexes and Dangers in Overgeneralizing Hu and Bentler's (1999) Findings", **Structural Equation Modeling**, 11(3), 320-341.

MATARAZZO, J. D.: 1980 "Behavioral Health and Behavioral Medicine: Frontiers for a New Health Psychology". **American Psychologist**, 35(9), 807.

MATSUNAGA, S., SAKOU, T., VE NOZOE, S.: 1997 "Psychological Effects of Brace Therapy on Patients with Idiopathic Scoliosis". **Journal of Orthopaedic Science**, 2(6), 391-395.

MCCABE, M. P., RICCIARDELLI, L. A.: 2001 "Parent, Peer, and Media Influences on Body Image and Strategies to both Increase and Decrease Body Size Among Adolescent Boys and Girls", **Adolescence**, 36(142), 225.

MCCRACKEN, L.: 1999 "Behavioral Constituents of Chronic Pain Acceptance: Results From Factor Analysis of the Chronic Pain Acceptance Questionnaire", **Journal of Back Musculoskeletal Rehabilitation**, 13, 93–100.

MCEWEN, C., FLOURI, E.: 2009 "Fathers' Parenting, Adverse Life Events, and Adolescents' Emotional and Eating Disorder Symptoms: The Role of Emotion Regulation". **European Child & Adolescent Psychiatry**, 18(4), 206-216.

MCKENZIE, S. J., WILLIAMSON, D. A., VE CUBIC, B. A.: 1993 "Stable and Reactive Body Image Disturbances in Bulimia Nervosa", **Behavior Therapy**, 24(2), 195-207.

MACKINNON, D. P., LOCKWOOD, C. M., & WILLIAMS, J.: 2004 "Confidence Limits for the Indirect Effect: Distribution of the Product and Resampling Methods", **Multivariate Behavioral Research**, 39, 99–128.

MEIER, E. P. ve GRAY, J.: 2014 "Facebook Photo Activity Associated with Body Image Disturbance in Adolescent Girls", **Cyberpsychology, Behavior, And Social Networking**, 17(4), 199-206.

MISRA, M. ve KLIBANSKI, A.: 2011 "Bone Health in Anorexia Nervosa", **Current Opinion In Endocrinology, Diabetes, And Obesity**, 18(6), 376.

MORELAND, M. S.: 2001 "Outcomes of Scoliosis Fusion-is Stiff and Straight Better?", **Studies in Health Technology and Informatics**, 91, 492-497.

MORRIS, A. S., STEINBERG, L., SESSA, F. M., AVENEVOLI, S., SILK, J. S., ESSEX, M. J.: 2001 "Measuring Children's Perceptions of Psychological Control: Developmental and Conceptual Considerations. In B. K. Barber (Ed.), **Intrusive Parenting: How Psychological Control Affects Children and Adolescents (Pp. 125–159)**. Washington, DC: American Psychological Association.

NACHEMSON, A. L., PETERSON, L. E.: 1995 "Effectiveness of Treatment with a Brace in Girls Who Have Adolescent Idiopathic Scoliosis", a Prospective, Controlled Study Based on Data from the Brace Study of the Scoliosis Research Society, **The Journal of Bone and Joint Surgery**, 77(6), 815-822.

NEFF, K. D.: 2003 "Self-Compassion: an Alternative Conceptualization of a Healthy Attitude Toward Oneself", **Self and Identity**, 2, 85–102.

NEFF, K. D., GERMER, C. K.: 2013 "A Pilot Study and Randomized Controlled Trial of the Mindful Self-Compassion Program", **Journal Of Clinical Psychology**, 69(1), 28-44.

NEFF, K. D., MCGEHEE, P.: 2010 "Self-Compassion and Psychological Resilience Among Adolescents and Young Adults", **Self and**

Identity, 9(3), 225-240.

NEFF, K. D., HSIEH, Y. P., DEJITTERAT, K.: 2005 "Self-Compassion, Achievement Goals, and Coping with Academic Failure", **Self and Identity**, 4(3), 263-287.

NEFF, K. D., KIRKPATRICK, K. L., RUDE, S. S.: 2007 "Self-Compassion and Adaptive Psychological Functioning", **Journal of Research in Personality**, 41(1), 139-154.

NERY, L. S., HALPERN, R., NERY, P. C., NEHME, K. P., TETELBOM STEIN, A.: 2010 "Prevalence of Scoliosis among School Students in a Town in Southern Brazil", **Sao Paulo Medical Journal**, 128(2), 69-73

NEUMARK-SZTAINER, D., STORY, M., RESNICK, M. D., GARWİCK, A., BLUM, R. W.: 1995 "Body Dissatisfaction and Unhealthy Weight-Control Practices Among Adolescents with and without Chronic Illness: A Population-Based Study", **Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine**, 149(12), 1330-1335.

NEUMARK-SZTAINER, D., STORY, M., FALKNER, N. H., BEUHRING, T., RESNICK, M. D.: 1998 "Disordered Eating Among Adolescents with Chronic Illness and Disability: The Role of Family and Other Social Factors", **Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine**, 152(9), 871-878.

NOONAN, K. J., DOLAN, L. A., JACOBSON, W. C., WEINSTEIN, S. L.: 1997 "Long-Term Psychosocial Characteristics of Patients Treated for Idiopathic Scoliosis", **Journal of Pediatric Orthopaedics**, 17(6), 712-717.

NUTTALL, G. A., "Predictors of Blood Transfusions in Spinal

HORLOCKER, T. T., SANTRACH, P. J., OLIVER JR, W. C., DEKUTOSKI, M. B., BRYANT, S.: 2000 Instrumentation and Fusion Surgery", **Spine**, 25(5), 596-601.

OGDEN, J. E., MUNDRAY, K.: 1996 "The Effect of the Media on Body Satisfaction: the Role of Gender and Size", **European Eating Disorders Review**, 4(3), 171-182.

OH, C. H., SHIM, Y. S., YOON, S. H., PARK, H. C., PARK, C. O., LEE, M. S.: 2013 "The Psychopathological Influence of Adolescent Idiopathic Scoliosis in Korean Male: An Analysis of Multiphasic Personal Inventory Test Results", **Journal of Korean Neurosurgical Society**, 53(1), 13.

ÓLAFSSON, Y., SARASTE, H., AHLGREN, R. M.: 1999 "Does Bracing Affect Self-image? A Prospective Study on 54 Patients with Adolescent Idiopathic Scoliosis", **European Spine Journal**, 8(5), 402-405.

OTMAN, S., KOSE, N., YAKUT, Y.: 2005 "The Efficacy of Schroth S 3-Dimensional Exercise Therapy in the Treatment of Adolescent Idiopathic Scoliosis in Turkey", **Saudi Medical Journal**, 26(9), 1429-1435.

ÖZERDEMOĞLU, R. A., YORGANCIGİL, H., DEVECİ, K., YALÇINKAYA, S.: 1996 "İlkokul Öğrencilerinde Ortopedik Semptom ve Deformite Taraması", **Acta Orthop Traumatol Turc**, 30, 168-74.

PAPIN, P., ARLET, V., MARCHESI, D., ROSENBLATT, B., AEBI, M.: 1999 "Unusual Presentation of Spinal Cord Compression Related to Misplaced Pedicle Screws in Thoracic Scoliosis", **European Spine Journal**, 8(2), 156-159.

PARENT, S., NEWTON, P. O., WENGER, D. R.: 2005 "Adolescent Idiopathic Scoliosis: Etiology, Anatomy, Natural History, and Bracing". **Instructional Course Lectures**, 54, 529-536.

PAYNE III, W. K., OGILVIE, J. W., RESNICK, M. D., KANE, R. L., TRANSFELDT, E. E., BLUM, R. W.: 1997 "Does Scoliosis Have a Psychological Impact and Does Gender Make a Difference?", **Spine**, 22(12), 1380-1384.

PEDRINI, V. A., PONSETI, I. V., DOHRMAN, S. C.: 1973 "Glycosaminoglycans of Intervertebral Disc in Idiopathic Scoliosis", **The Journal of Laboratory and Clinical Medicine**, 82(6), 938-950.

PÉREZ-PRIETO, D., SÁNCHEZ-SOLER, J. F., MARTÍNEZ-LLORENS, J., MOJAL, S., BAGÓ, J., CÁCERES, E., RAMÍREZ, M.: 2015 "Poor Outcomes and Satisfaction in Adolescent Idiopathic Scoliosis Surgery: The Relevance of the Body Mass Index and Self-image", **European Spine Journal**, 24(2), 276-280.

PHARES, V., STEINBERG, A. R., THOMPSON, J. K.: 2004 "Gender Differences in Peer and Parental Influences: Body Image Disturbance, Self-Worth, and Psychological Functioning in Preadolescent Children", **Journal of Youth and Adolescence**, 33(5), 421-429.

PINEDA, S., BAGO, J., GILPEREZ, C., CLIMENT, J. M.: 2006 "Validity of the Walter Reed Visual Assessment Scale to Measure Subjective Perception of Spine Deformity in Patients with Idiopathic Scoliosis", **Scoliosis**, 1(1), 18.

PINQUART, M.: 2013 "Body Image of Children and Adolescents with Chronic Illness: A Meta-analytic Comparison with Healthy Peers", **Body Image**, 10(2), 141-148.

PINTO-GOUVEIA, J., COSTA, J., MARÔCO, J.: 2015 "The Impact of Acceptance on Pain, Physical Limitation and Depression in the Onset of Rheumatoid Arthritis", **Journal of Health Psychology**.

PINTO-GOUVEIA, J., DUARTE, C., MATOS, M., FRÁGUAS, S.: 2014 "The Protective Role of Self-Compassion in Relation to Psychopathology Symptoms and Quality of Life in Chronic and in Cancer Patients", **Clinical Psychology & Psychotherapy,** 21(4), 311-323.

PRZEZDZIECKI, A., SHERMAN, K. A., BAILLIE, A., TAYLOR, A., FOLEY, E., STALGIS-BILINSKI, K.: 2013 "My Changed Body: Breast Cancer, Body Image, Distress and Self-Compassion", **Psycho-Oncology**, 22(8), 1872-1879.

PYATAKOVA, G. V., VISSARIONOV, S. V.: 2016 "Psychological Aspects of Idiopathic Scoliosis: The Specificity of the Mother-Daughter Relationship", **Pediatric Traumatology, Orthopaedics and Reconstructive Surgery**, 4(4), 56-63.

QIU, Y., SUN, X., QIU, X., LI, W., ZHU, Z., ZHU, F., ... & QIAN, B.: 2007 "Decreased Circulating Leptin Level and its Association with Body and Bone Mass in Girls with Adolescent Idiopathic Scoliosis", **Spine**, 32(24), 2703-2710.

QIU, G., ZHANG, J., WANG, Y., XU, H., ZHANG, J., WENG, X., LUK, K. D.: 2005 "A New Operative Classification of Idiopathic Scoliosis: A Peking Union Medical College Method", **Spine**, 30(12), 1419-1426.

REICHEL, D. ve SCHANZ, J.: 2003 "Developmental Psychological Aspects of Scoliosis Treatment", **Pediatric Rehabilitation**, 6(3-4), 221-225.

RIGO, M. D.,- ve "Rehabilitation Schools for Scoliosis" Thematic Series:

GRİVAS, T. B.: 2010 Describing the Methods and Results. **Scoliosis**, 5(1), 27.

RINELLA, A., LENKE, L., PEELLE, M., EDWARDS, C., BRIDWELL, K. H., SIDES, B.: 2004 "Comparison of SRS Questionnaire Results Submitted by Both Parents and Patients in the Operative Treatment of Idiopathic Scoliosis", **Spine**, 29(3), 303-310.

RITTMEISTER, M., LEYENDECKER, K., KURTH, A., SCHMITT, E.: 1999 "Cauda Equina Compression Due to a Laminar Hook: A Late Complication of Posterior İnstrumentation in Scoliosis Surgery", **European Spine Journal**, 8(5), 417-420.

RIVETT, L., ROTHBERG, A., STEWART, A., BERKOWITZ, R.: 2009 "The Relationship Between Quality of Life and Compliance to a Brace Protocol in Adolescents with Idiopathic Scoliosis: A Comparative Study", **BMC Musculoskeletal Disorders**, 10(1), 5.

SACCOMANI, L., VERCELLİNO, F., RIZZO, P., BECCHETTI, S.: 1998 "Adolescents with Scoliosis: Psychological and Psychopathological Aspects", **Minerva Pediatrica**, 50(1-2), 9-14.

SANDERS, J. O., POLLY JR, D. W., CATS-BARIL, W., JONES, J., LENKE, L. G., O'BRIEN, M. F., AIS SECTION OF THE SPINAL DEFORMITY STUDY GROUP.: 2003 "Analysis of Patient and Parent Assessment of Deformity in Idiopathic Scoliosis Using the Walter Reed Visual Assessment Scale", **Spine**, 28(18), 2158-2163.

SAPOUNTZI-KREPIA, D. S., VALAVANIS, J., PANTELEAKIS, G. P., ZANGANA, D. T., VLACHOJIANNIS, P. C., SAPKAS, G. S.: 2001 "Perceptions of Body Image, Happiness and Satisfaction in Adolescents Wearing a Boston Brace for Scoliosis Treatment", **Journal of Advanced Nursing**, 35(5), 683-690.

SAVAŞIR, I., EROL, N.: 1989 "Yeme Tutumu Testi: Anoreksiya Nevroza Belirtileri İndeksi", **Psikoloji Dergisi**, 7, 19-25.

SCHWAB, J. J., HARMELING, J. D.: 1968 "Body image and Medical İllness", **Psychosomatic Medicine**, 30(1), 51-61.

SEVİM, S.: 2014 "Leuven Algılanan Ana Babalık Ölçeği Ergen ve Ana Baba Sürümlerinin Uyarlanması", **Düşünen Adam**, 27, 291-300.

SHROUT, P. E., & BOLGER, N.: 2002 "Mediation in Experimental and Nonexperimental Studies: New Procedures and Recommendations", **Psychological Methods***,* 7*,* 422–445.

SILK, J. S., MORRIS, A. S., KANAYA, T., STEINBERG, L.: 2003 "Psychological Control and Autonomy Granting: Opposite Ends of a Continuum or Distinct Constructs?", **Journal of Research on Adolescence**, 13(1), 113-128.

SIROIS, F. M., KITNER, R., HIRSCH, J. K.: 2015 "Self-Compassion, Affect, and Health-Promoting Behaviors", **Health Psychology**, 34(6), 661.

SLADE, P. D.: 1994 "What is Body İmage?", **Behaviour Research and Therapy**, 32(5), 497-502.

SMITH, F. M., LATCHFORD, G. J., HALL, R. M., DICKSON, R. A.: 2008 "Do Chronic Medical Conditions Increase the Risk of Eating Disorder? A Cross-Sectional Investigation of Eating Pathology in Adolescent Females with Scoliosis and Diabetes", **Journal of Adolescent Health**, 42(1), 58-63.

SMITH, F. M., LATCHFORD, G., HALL, R. M., MILLNER, P. A., DICKSON, R. A.: 2002 "Indications of Disordered Eating Behaviour in Adolescent Patients with Idiopathic Scoliosis", **Bone & Joint Journal**, 84(3), 392-394.

SMITH, P. L., DONALDSON, S., HEDDEN, D., ALMAN, B., HOWARD, A., STEPHENS, D., WRIGHT, J. G.: 2006 "Parents' And Patients' Perceptions of Postoperative Appearance in Adolescent Idiopathic Scoliosis", **Spine**, 31(20), 2367-2374.

SOENENS, B., BEYERS, W., GOOSSENS, L.: 2004 "Leuven Adolescent Perceived Parenting Scale", Yayımlanmamış Araştırma Raporu.

SOENENS, B., LUYCKX, K., VANSTEENKISTE, M., DURIEZ, B., GOOSSENS, L.: 2008 "Clarifying the Link Between Parental Psychological Control and Adolescents' Depressive Symptoms: Reciprocal Versus Unidirectional Models", **Merrill-Palmer Quarterly**, 54(4), 411-444.

SOENENS, B., VANSTEENKISTE, M., VANDEREYCKEN, W., LUYTEN, P., SIERENS, E., GOOSSENS, L.: 2008 "Perceived Parental Psychological Control and Eating-Disordered Symptoms: Maladaptive Perfectionism As a Possible Intervening Variable". **The Journal of Nervous and Mental Disease**, 196(2), 144-152.

SOUCACOS, P. N., SOUACOS, P. K., ZACHARIS, K. C., BERIS, A. E., XENAKIS, T. A.: 1997 "School-Screening For Scoliosis: A Prospective Epidemiological Study in Northwestern and Central Greece", **The Journal Of Bone And Joint Surgery**, 79(10), 1498-1503.

STEINBERG, L., ELMEN, J. D., MOUNTS, N. S.: 1989 "Authoritative Parenting, Psychosocial Maturity, and Academic Success Among Adolescents", **Child Development**, 1424-1436.

STICE, E., WHITENTON, K.: 2002 "Risk Factors for Body Dissatisfaction in Adolescent Girls: A Longitudinal Investigation", **Developmental Psychology,** 38(5), 669.

SUH SW., MODİ HN., YANG JH., HONG JY.: 2011 Idiopathic Scoliosis in Korean Schoolchildren: A Prospective Screening Study of Over 1 Million Children. **European Spine Journal**, 20(7), 1087-1094.

TERRY, M. L., LEARY, M. R.: 2011 "Self-Compassion, Self-Regulation, And Health", **Self And Identity**, 10(3), 352-362.

THOMPSON, J. K., COOVERT, M. D., RICHARDS, K. J., JOHNSON, S., CATTARIN, J.: 1995 "Development of Body Image, Eating Disturbance, and General Psychological Functioning in Female Adolescents: Covariance Structure Modeling and Longitudinal İnvestigations", **International Journal of Eating Disorders**, 18, 221–236.

THOMPSON, J. K., HEINBERG, L. J., ALTABE, M., TANTLEFF-DUNN, S.: "Exacting Beauty: Theory, Assessment, and Treatment of Body Image Disturbance", American Psychological Association.

1999

TIGGEMANN, M.: 2014 "The Status of Media Effects on Body Image Research: Commentary on Articles in the Themed Issue on Body Image And Media.

TYLKA, T. L., RUSSELL, H. L., NEAL, A. A.: 2015 "Self-Compassion as a Moderator of Thinness-Related Pressures' Associations with Thin-Ideal Internalization and Disordered Eating", **Eating Behaviors**, 17, 23-26.

UĞRAS, A. A., YILMAZ, M., SUNGUR, İ., KAYA, I., KOYUNCU, Y., ÇETINUS, M. E.: 2010 "Prevalence Of Scoliosis and Cost-Effectiveness of Screening in Schools in Turkey", **Journal of Back and Musculoskeletal Rehabilitation**, 23(1), 45-48.

VAN DEN BERG, P., THOMPSON, J. K., OBREMSKI-BRANDON, K., COOVERT, M.: 2002 "The Tripartite Influence Model of Body Image and Eating Disturbance", **Journal of Psychosomatic Research**, 53(5), 1007-1020.

VEITH, I.: 1993 Hysteria: The History of a Disease. Jason Aronson Inc.

WALKER, D. P.: 1981 Unclean Spirits: Possession and Exorcism in France and England in the Late Sixteenth and Early Seventeenth Centuries. University of Pennsylvania Press.

WASYLKIW, L., MACKINNON, A. L., MACLELLAN, A. M.: 2012 "Exploring the Link Between Self-Compassion and Body Image in University Women", **Body Image**, 9(2), 236-245.

WATANABE, K., HASEGAWA, K., "Evaluation of Postoperative Residual Spinal Deformity and Patient Outcome in Idiopathic Scoliosis Patients in

HIRANO, T., UCHIYAMA, S., ENDO, N.: 2007 Japan Using the Scoliosis Research Society Outcomes Instrument", **Spine**, 32(5), 550-554.

WEINSTEIN, S. L., PONSETI, I. V.: 1983 "Curve Progression in Idiopathic Scoliosis", **The Journal Of Bone And Joint Surgery, American Volume**, 65(4), 447-455.

WEINSTEIN, S. L., DOLAN, L. A., WRIGHT, J. G., DOBBS, M. B.: 2013 "Effects of Bracing in Adolescents with Idiopathic Scoliosis", **New England Journal of Medicine**, 369(16), 1512-1521.

WEISS, H. R.: 2011 "The Method of Katharina Schroth-History, Principles and Current Development", **Scoliosis**, 6(1), 17.

WETTERKAMP, M., THIELSCH, M. T., GOSHEGER, G., BOERTZ, P., TERHEYDEN, J. H., SCHULTE, T. L.: 2017 "German Validation of the BIDQ-S Questionnaire on Body Image Disturbance in Idiopathic Scoliosis", **European Spine Journal**, 26(2), 309-315.

WHITE, S. F., ASHER, M. A., LAI, S. M., BURTON, D. C.: 1999 "Patients' Perceptions of Overall Function, Pain, and Appearance After Primary Posterior İnstrumentation and Fusion for Idiopathic Scoliosis", **Spine**, 24(16), 1693.

WORLD HEALTH ORGANIZATION.: 2000 Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic (No. 894). World Health Organization.

WORLD HEALTH ORGANIZATION.: 1995 Constitution of the World Health Organization.

WILLIAMSON, D. A., GLEAVES, D. H., WATKINS, P. C., SCHLUNDT, D. G.: 1993 "Validation of Self-ideal Body Size Discrepancy As a Measure of Body Dissatisfaction", **Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment**, 15(1), 57-68.

WILLIAMSON, H., HARCOURT, D., HALLIWELL, E., FRITH, H., WALLACE, M.: 2010 "Adolescents' and Parents' Experiences of Managing the Psychosocial Impact of Appearance Change During Cancer Treatment", **Journal of Pediatric Oncology Nursing**, 27(3), 168-175.

WILLNER, S., UDÉN, A.: 1982 "A Prospective Prevalence Study of Scoliosis in Southern Sweden", **Acta Orthopaedica Scandinavica**, 53(2), 233-237.

WILLNER, S., NILSSON, K. O., KASTRUP, K., BERGSTRAND, C. G.: 1976 "Growth Hormone and Somatomedin a in Girls with Adolescent Idiopathic Scoliosis", **Acta Paediatrica**, 65(4), 547-552.

WISPE, L.: 1991 "The Psychology of Sympathy", New York: Plenum.

WOLMAN, C., RESNICK, M. D., HARRIS, L. J., BLUM, R. W.: 1994 Emotional Well-Being Among Adolescents with and Without Chronic Conditions. **Journal of Adolescent Health**, 15(3), 199-204

WONG, H. K., HUI, J. H., RAJAN, U., CHIA, H. P.: 2005 "Idiopathic Scoliosis in Singapore Schoolchildren: A Prevalence Study 15 Years into the Screening Program", **Spine**, 30(10), 1188-1196.

WOODSIDE, D. B., BULIK, C. M., HALMI, K. A., FICHTER, M. M., KAPLAN, A., "Personality, Perfectionism, and Attitudes Toward Eating in Parents of Individuals with Eating Disorders", **International Journal Of Eating**

BERRETTINI, W. H., ... & KAYE, W. H.: 2002 **Disorders**, 31(3), 290-299.

YILMAZ HG.: 2015 "Skolyoz. İçinde: Tıbbi Rehabilitasyon", Eds: Oğuz H. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, S: 701-717.

YILMAZ, A.: 2000 "Anne-Baba Tutum Ölçeğinin Güvenirlik Ve Geçerlilik Çalışması", **Çocuk Ruh Sağlığı Dergisi,** 7 (3), 160-172.

YILMAZ, M. T., KESİCİ, Ş.: 2014 "Anne Baba Tutumları ve Kardeş Sırasının Üniversite Öğrencilerinin Öz-Anlayışlarının Gelişimine Etkisi", **OPUS-Türkiye Sosyal Politika ve Çalışma Hayatı Araştırmaları Dergisi**, 4(6), 131-157.

ZAINA, F., DONZELLI, S., LUSINI, M., VISMARA, L., CAPODAGLIO, P., NERI, L., NEGRINI, S.: 2013 "Adolescent Idiopathic Scoliosis and Eating Disorders: Is There a Relation? Results of a Cross-Sectional Study", Research in Developmental Disabilities, 34(4), 1119-1124.

ZAINA, F., PESENTI, F., PERSANI, L., CAPODAGLIO, P., NEGRINI, S., POLLI, N.: 2017 "Prevalence of Idiopathic Scoliosis in Anorexia Nervosa Patients: Results from a Cross-Sectional Study", **European Spine Journal**, 1-5.

ZHANG, J., WANG, D., CHEN, Z., GAO, J., YU, X., SUN, H., LI, M.: 2011 "Decrease of Self-Concept in Adolescent Patients with Mild to Moderate Scoliosis after Conservative Treatment", **Spine**, 36(15).

EKLER

Ek 1. Sosdemografik ve Tıbbi Bilgi Formu

Bu araştırma İstanbul Üniversitesi Psikoloji Doktora alanında yapılan tez kapsamında Duygu Kuzu tarafından yürütülmektedir. Yaklaşık 10 dakika sürecek olan anketi doldurmanızı rica ederiz. Katılım gönüllülük esasına dayanmakta olup çalışma ile ilgili detaylı bilgi almak isterseniz duygukuzu@arel.edu.tr adresinden araştırmacıya ulaşabilirsiniz.

Yaşınız? (……)

Cinsiyetiniz?

Kadın ☐ Erkek ☐

Kilonuz? (……)

Boyunuz? (……)

Mesleğiniz? (……)

Eğitim Düzeyiniz?

İlkokul ☐ Ortaoku ☐ Lise ☐ Üniversite ☐ Yükseköğretim ☐

Annenizin eğitim düzeyi?

İlkokul ☐ Ortaoku ☐ Lise ☐ Üniversite ☐ Yükseköğretim ☐

Babanınızın eğitim düzeyi?

İlkokul ☐ Ortaokul ☐ Lise ☐ Üniversite ☐ Yükseköğretim ☐

Skolyoz tanısını ilk ne zaman aldınız? Yıl olarak belirtiniz (…..)

Skolyoz hastalığınıza ilişkin kaç aydır tedavi görüyorsunuz?

Skolyoz Hastalığınıza bağlı olarak korse kullanıyor musunuz?

Evet ☐ Hayır ☐

Skolyoz hastalığınız ile ilgili olarak egzersiz yapıyor musunuz?

Evet ☐ Hayır ☐

Skolyoz eğim açınız yüzde kaçtır belirtiniz (…….)

Skolyoz nedeni ile ameliyat oldunuz mu?

Evet ☐ Hayır ☐

Olduysanız ameliyat öncesi ve sonrası eğim açınızı belirtiniz Öncesi (….) Sonrası (…..)

Ailenizde sizin haricinizde skolyoz tanısı almış kimse var mı? Varsa belirtiniz (……)

Herhangi bir psikiyatrik tanınız var mı? Varsa belirtiniz (……)

1

EK 2. Öz-Şefkat Ölçeği

	,şağıdaki cümleler, zor durumlar karşısında kendinize genel olarak nasıl davrandığınızla ilgilidir. Ne ıklıkla aşağıda belirtildiği şekilde davranma eğilimde olduğunuzu daire içine alarak belirtiniz.	Neredeyse hiçbir zaman	Nadiren	Ara sıra	Çoğu zaman	Neredeyse her zaman
	Kişiliğimin beğenmediğim yanlarına karşı anlayışllı ve sabırlı olmaya çalışırım	1	2	3	4	5
	Kendimi bir şekilde yetersiz hissettiğimde, çoğu insanın da böylesi yetersizlik duyguları yaşayabileceğini kendime hatırlatmaya çalışırım	1	2	3	4	5
	Kendimi üzgün hissettiğimde, yanlış giden her şeyi kafama takma ve kurma eğilimindeyimdir	1	2	3	4	5
	Ben zorluklarla mücadele ederken, başka insanların yaşam koşullarının benimkinden daha kolay olduğunu hissetme eğilimi gösteririm.	1	2	3	4	5
	Acı veren bir şey olduğunda, durumu belirli bir zihinsel mesafeden, dengeli bir bakış açısıyla görmeye çalışırım.	1	2	3	4	5
	Sıkıntı çektiğim dönemlerimde, kendime karşı biraz katı yürekli olabilirim	1	2	3	4	5
	Kendimi üzgün ve her şeyden kopmuş hissettiğimde, dünyada benim gibi hisseden daha pek çok insan olduğunu kendime hatırlatırım	1	2	3	4	5
	Duygusal olarak acı çektiğim zamanlarda kendime karşı sevecen olmaya çalışırım	1	2	3	4	5
	Yetersizliklerimi düşünmek, kendimi daha yalnız ve dünyadan kopuk gibi hissetmeme neden olur	1	2	3	4	5
0	Kişiliğimin beğenmediğim yanlarına karşı hoşgörüsüz ve sabırsızımdır.	1	2	3	4	5
1	Benim için önemli olan bir şeyde başarısız olduğumda, yetersizlik hisleriyle kendimi tüketirim	1	2	3	4	5
2	Kendi hatalarıma ve yetersizliklerime karşı hoşgörülüyümdür.	1	2	3	4	5
3	Benim için önemli olan bir şeyde başarısız olduğumda, bu konudaki duygularımı bastırmak veya abartmak yerine durumu olduğu gibi açık yüreklilikle anlayıp kabullenmeye çalışırım	1	2	3	4	5
4	Sıkıntılı dönemlerimde kendime karşı şefkatliyimdir	1	2	3	4	5
5	Benim için önemli bir şeyde başarısız olduğumda, bu başarısızlığın yalnız benim başıma geldiğini hissetme eğiliminde olurum.	1	2	3	4	5
6	Hatalarıma ve yetersizliklerime karşı kınayıcı ve yargılayıcıyımdır.	1	2	3	4	5
7	Beğenmediğim yanlarımı gördüğümde kendime yüklenir, moralimi bozarım	1	2	3	4	5
8	Kendimi üzgün hissettiğimde, duygularımı merakla ve açık yüreklilikle anlamaya çalışırım.	1	2	3	4	5
9	İşler benim için kötü gittiğinde, bu zorlukların, yaşamın bir parçası olarak, herkesin baGına gelebileceğini düşünürüm	1	2	3	4	5
0	Acı veren bir şey olduğunda, olayı gereğinden fazla büyütme eğilimi gösteririm	1	2	3	4	5
1	Kendimi üzgün hissettiğimde, diğer insanların çoğunun benden daha mutlu olduğunu düşünme eğilimi gösteririm.	1	2	3	4	5
2	Bir şey beni üzdüğünde, kendimi duygularıma kaptırır giderim.	1	2	3	4	5
3	Çok zor bir dönemden geçerken kendime ihtiyacım olan duyarlılık ve sevecenliği gösteririm	1	2	3	4	5
4	Başarısızlıklarımı insanlık halinin bir parçası olarak görmeye çalışırım.	1	2	3	4	5
5	Herhangi bir şey beni üzdüğünde, duygularımı bir denge içerisinde tutmaya çalışırım.	1	2	3	4	5
6	Gerçekten zor zamanlarda, kendime karşı sert ve acımasız olma eğilimindeyim.	1	2	3	4	5

2

Ek 3. Skolyoza İlişkin Beden İmgesi Ölçeği

Skolyozu olan bireyler dış görünüşleri hakkında kimi zaman endişelenmektedirler. Bu anket skolyozunuz nedeniyle sırtınızın nasıl göründüğüne dair olası endişeleriniz hakkındadır.

Lütfen her soruyu dikkatlice okuyun ve sırtınızın görünüşü hakkındaki duygu ve düşüncelerinizi en iyi yansıtan cevabı işaretleyin. Bazı sorular kendi cevaplarınızı yazmanızı gerektirmektedir. Lütfen bu cevapları size verilmiş alanlara yazınız. Bu soruların doğru ya da yanlış cevabı bulunmamaktadır.

1A. Sırtınızın görünüşünden endişe ediyor musunuz? (En uygun cevabı işaretleyin)
1. Hiç endişe etmiyorum
2. Çok az endişe ediyorum
3. Biraz endişe ediyorum
4. Çok endişe ediyorum
5. Oldukça fazla endişe ediyorum

1B. Ne gibi endişeler duyuyorsunuz? (Size uygun olanları işaretleyiniz)

1. Omuzlarım eşit değil (biri diğerinden daha düşük ya da daha yüksek)
2. Kürek kemiğim dışarı doğru çıkık
3. Önden bakıldığında göğsüm simetrik değil (bir tarafı diğerinden daha yüksek ya da düşük)
4. Kalça kemiğimde asimetri var (biri diğerinden daha yüksek ya da düşük)
5. Kaburga kemiğimde çıkıntı var

2A. Eğer biraz olsun endişeliyseniz, bu endişeleriniz aklınızı ne kadar meşgul ediyor? Yani, bunlar hakkında çok fazla düşünüyor ve bu düşüncelerinizi durdurmakta zorluk çekiyor musunuz? (Size en uygun şıkkı işaretleyiniz)

1. Hiç meşgul etmiyor (Bunları hiç düşünmüyorum)
2. Biraz meşgul ediyor (Bunları zaman zaman düşünüyorum)
3. Orta derecede meşgul ediyor (Bunları ortalama miktarda düşünüyorum)
4. Çok meşgul ediyor (Bunları çok fazla düşünüyorum)
5. Aşırı meşgul ediyor (Bunları sürekli düşünüyorum)

2B. Sırtınızın nasıl göründüğüne yönelik endişeleriniz hayatınızı nasıl etkiliyor? Örneğin, bazı bireyler yüzmekten kaçınırlar çünkü sırtlarını göstermekten utanırlar.
Kendi cevabınız:

3. Sırtınızın nasıl göründüğüne yönelik endişeleriniz canınızın sıkılmasına neden oluyor mu? Ne kadar canınızı sıkıyor? (Size en uygun şıkkı işaretleyiniz)
1. Hiç canımı sıkmıyor
2. Hafif (biraz canımı sıkıyor)
3. Orta (oldukça canımı sıkıyor)
4. Şiddetli ve çok rahatsız edici (çok canımı sıkıyor)
5. Aşırı ve engelleyici (aşırı canımı sıkıyor)

4. Sırtınızın nasıl göründüğüne yönelik endişeleriniz okul ve iş hayatınızda veya aile ve arkadaş ilişkilerinizde sorunlara yol açıyor mu? Ne kadar sorun yaşıyorsunuz? (Size en uygun şıkkı işaretleyiniz).

1. Hiç sorun yaratmıyor
2. Ufak tefek sorunlar yaşıyorum ama bütünde yapmam gerekenleri yapıyorum ve bu durum performansımı etkilemiyor
3. Bazı sorunlar yaşıyorum ama bunlarla başa çıkabiliyorum; sorunlar hala idare edilebilecek seviyede
4. Çok sorun yaşıyorum ve bu sorunlar yapabildiklerimi kısıtlıyor
5. Aşırı sorun yaşıyorum ve bu sorunlar yüzünden neredeyse yapmam gereken ya da yapmak istediğim hiçbir şeyi yapamıyorum

5A. Sırtınızın şekli arkadaşlarınızla, ailenizle, ya da çıktığınız kişi ile ilgili sorunlara yol açtı mı? Ne kadar sorun yaşadınız? (Size en uygun şıkkı işaretleyiniz).

1. Hiç sorun yaratmıyor
2. Nadiren
3. Bazen
4. Sıklıkla
5. Her zaman

5B. Eğer sorun yaşadıysanız, nasıl bir sorun yaşadınız?
Kendi cevabınız:

6A. Sırtınızın şekli okulunuzla, işinizle ya da sizin için önemli olan diğer şeyleri yapmanızla ilgili sorunlara yol açıyor mu? (örn. spor yapmak, sosyalleşmek, vb.)? Evet ise, ne kadar? (Size en uygun şıkkı işaretleyiniz).

1. Hiç
2. Nadiren
3. Bazen
4. Sıklıkla
5. Her zaman

6B. Eğer sorun yaşıyorsanız, nasıl bir sorun yaşıyorsunuz?
Kendi cevabınız:

7A. Sırtınızın şeklinden dolayı hiç kaçındığınız durumlar oluyor mu? Ne sıklıkla kaçınıyorsunuz? (Size en uygun şıkkı işaretleyiniz).

1. Hiç
2. Nadiren
3. Bazen
4. Sıklıkla
5. Her zaman

7B. Eğer kaçınıyorsanız, bunlar nasıl durumlar oluyor?
Kendi cevabınız:

Ek 4. Yeme Tutumu Testi- 26

Açıklama: Bu ölçek, profesyonel dikkat gerektiren bir yeme bozukluğunuz olup olmadığını belirlemede size yardımcı olan bir tarama ölçeğidir. Bu tarama ölçeği yeme bozukluğu tanısı konulması ve profesyonel danışmanlığın yerini alması için geliştirilmemiştir. Aşağıda yer alan formu doğru, dürüstçe ve mümkün olduğunca eksiksiz doldurunuz. Soruların doğru ya da yanlış cevabı yoktur. Tüm cevaplarınız gizli kalacaktır.		Daima	Çok Sık	Sık Sık	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
1	Şişmanlamaktan ödüm kopar						
2	Acıktığımda yemek yememeye çalışırım						
3	Kendimi sürekli yemek düşünürken bulurum						
4	Yemek yemeyi durduramadığımı hissettiğim zamanlar olur						
5	Yiyeceğimi küçük parçalara bölerim						
6	Yediğim yiyeceklerin kalorisini bilirim						
7	Ekmek, patates, pirinç gibi yüksek kalorili yiyeceklerden kaçınırım						
8	Başkaları benim daha fazla yememi tercih ediyorlar gibi gelir.						
9	Yemek yedikten sonra kusarım						
10	Yemek yedikten sonra aşırı suçluluk duyarım						
11	Zayıf olma arzusu zihnimi meşgul eder						
12	Egzersiz yaptığımda, harcadığım kalorileri düşünürüm						
13	Başkaları çok zayıf olduğumu düşünür						
14	Vücudumda yağ birikeceği (şişmanlayacağım düşüncesi zihnini meşgul eder						
15	Yemeklerimi yemek başkalarınınkinden daha uzun surer						
16	Şekerli yiyeceklerden kaçınırım						
17	Diyet (perhiz) yemekleri yerim						
18	Yaşamımı yiyeceğin kontrol ettiğini düşünürüm						
19	Yiyecek konusunda kendimi denetleyebilirim						
20	Yemek yeme konusunda başkalarının bana baskı yaptığını hissederim						
21	Yiyecekle ilgili düşünceler çok fazla zamanımı alır						
22	Tatlı yedikten sonar rahatsız hissederim						
23	Diyet yaparım						
24	Midemin boş olmasından hoşlanırım						
25	Yemeklerden sonra içimden kusmak gelir						
26	Şekerli yağlı yiyecekleri denemekten hoşlanırım						

Ek 5. Beck Depresyon Envanteri

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

1. (a) Kendimi üzgün hissetmiyorum.
(b) Kendimi üzgün hissediyorum.
(c) Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum.
(d) Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum.

2. (a) Gelecekten umutsuz değilim.
(b) Geleceğe biraz umutsuz bakıyorum.
(c) Gelecekten beklediğim hiçbir şey yok.
(d) Benim için bir gelecek yok ve bu durum düzelmeyecek.

3. (a) Kendimi başarısız görmüyorum.
(b) Çevremdeki birçok kişiden daha fazla başarısızlıklarım oldu sayılır.
(c) Geriye dönüp baktığımda, çok fazla başarısızlığımın olduğunu görüyorum.
(d) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.

4. (a) Her şeyden eskisi kadar zevk alabiliyorum.
(b) Her şeyden eskisi kadar zevk alamıyorum.
(c) Artık hiçbir şeyden gerçek bir zevk alamıyorum.
(d) Bana zevk veren hiçbir şey yok. Her şey çok sıkıcı.

5. (a) Kendimi suçlu hissetmiyorum.
(b) Arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor.
(c) Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum.
(d) Kendimi her an için suçlu hissediyorum.

6. (a) Cezalandırıldığımı düşünmüyorum.
(b) Bazı şeyler için cezalandırılabileceğimi hissediyorum.
(c) Cezalandırılmayı bekliyorum.
(d) Cezalandırıldığımı hissediyorum.

7. (a) Kendimden hoşnutum.
(b) Kendimden pek hoşnut değilim.
(c) Kendimden hiç hoşlanmıyorum.
(d) Kendimden nefret ediyorum.

8. (a) Kendimi diğer insanlardan daha kötü görmüyorum.
(b) Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum.
(c) Kendimi hatalarım için çoğu zaman suçluyorum.
(d) Her kötü olayda kendimi suçluyorum.

9. (a) Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
(b) Bazen kendimi öldürmeyi düşünüyorum, fakat bunu yapamam.
(c) Kendimi öldürebilmeyi isterdim.
(d) Bir fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.

10. (a) Her zamankinden daha fazla ağladığımı sanmıyorum.
(b) Eskisine göre şu sıralarda daha fazla ağlıyorum.
(c) Şu sıralarda her an ağlıyorum.
(d) Eskiden ağlayabilirdim, ama şu sıralarda istesem de ağlayamıyorum.

11. (a) Her zamankinden daha sinirli değilim.
(b) Her zamankinden daha kolayca sinirleniyor ve kızıyorum.
(c) Çoğu zaman sinirliyim.
(d) Eskiden sinirlendiğim şeylere bile artık sinirlenemiyorum.

12. (a) Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim.
(b) Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim.
(c) Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim.
(d) Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı.

13. (a) Kararlarımı eskisi kadar kolay ve rahat verebiliyorum.
(b) Şu sıralarda kararlarımı vermeyi erteliyorum.
(c) Kararlarımı vermekte oldukça güçlük çekiyorum.
(d) Artık hiç karar veremiyorum.

14. (a) Dış görünüşümün eskisinden daha kötü olduğunu sanmıyorum.
(b) Yaşlandığımı ve çekiciliğimi kaybettiğimi düşünüyor ve üzülüyorum.
(c) Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan olumsuz değişiklikler olduğunu hissediyorum.
(d) Çok çirkin olduğumu düşünüyorum.

15. (a) Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
(b) Bir işe başlayabilmek için eskisine göre kendimi daha fazla zorlamam gerekiyor.
(c) Hangi iş olursa olsun, yapabilmek için kendimi çok zorluyorum.
(d) Hiçbir iş yapamıyorum.

16. (a) Eskisi kadar rahat uyuyabiliyorum.
(b) Şu sıralarda eskisi kadar rahat uyuyamıyorum.
(c) Eskisine göre 1 veya 2 saat erken uyanıyor ve tekrar uyumakta zorluk çekiyorum.
(d) Eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.

17. (a) Eskisine kıyasla daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum.
(b) Eskisinden daha çabuk yoruluyorum.
(c) Şu sıralarda neredeyse her şey beni yoruyor.
(d) Öyle yorgunum ki hiçbir şey yapamıyorum.

18. (a) İştahım eskisinden pek farklı değil.
(b) İştahım eskisi kadar iyi değil.
(c) Şu sıralarda iştahım epey kötü.
(d) Artık hiç iştahım yok.

19. (a) Son zamanlarda pek fazla kilo kaybettiğimi sanmıyorum.
(b) Son zamanlarda istemediğim halde üç kilodan fazla kaybettim.
(c) Son zamanlarda istemediğim halde beş kilodan fazla kaybettim.
(d) Son zamanlarda istemediğim halde yedi kilodan fazla kaybettim

20. (a) Sağlığım beni pek endişelendirmiyor.
(b) Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sorunlarım var.
(c) Ağrı, sızı gibi bu sıkıntılarım beni epey endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zor geliyor.
(d) Bu tür sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki, artık başka hiçbir şey düşünemiyorum.

21. (a) Son zamanlarda cinsel yaşantımda dikkatimi çeken bir şey yok.
(b) Eskisine oranla cinsel konularda daha az ilgiliyim.
(c) Şu sıralarda cinsellikle pek ilgili değilim

Ek 6. Leuven Algılanan Anne Baba Tutumları Ölçeği-Baba Formu

Aşağıda *BABANIZIN* size yönelik bazı davranışları yer almaktadır. Her maddeyi okuyunuz ve *BABANIZA* uygunluğu açısından değerlendiriniz.

		Hiç doğru değil	Genellikle doğru değil	Biraz doğru	Genellikle doğru	Her zaman doğru
1	Onunla endişelerim hakkında konuştuktan sonra kendimi daha iyi hissederim.	( )	( )	( )	( )	( )
2	Bana sık sık gülümser.	( )	( )	( )	( )	( )
3	İstediğim akşam dışarı çıkmama izin verir.	( )	( )	( )	( )	( )
4	Keyifsiz olduğumda beni neşelendirir.	( )	( )	( )	( )	( )
5	Hoşlandığım her şeyi yapmama izin verir.	( )	( )	( )	( )	( )
6	Moralim bozuk olduğunda kendimi daha iyi hissetmemi sağlayabilir.	( )	( )	( )	( )	( )
7	Beni ilgilendiren konularda kendi kararlarımı vermeme izin verir.	( )	( )	( )	( )	( )
8	Onu incitirsem, tekrar gönlünü alıncaya kadar benimle konuşmaz.	( )	( )	( )	( )	( )
9	Bana istediğim kadar özgürlük tanır.	( )	( )	( )	( )	( )
10	Benimle ilgilenir ve bana özen gösterir.	( )	( )	( )	( )	( )
11	Bana sık sık kendi hayatımı kendimin düşünmesi gerektiğini söyler.	( )	( )	( )	( )	( )
12	Hoşuna gitmeyen bir şey yaptığımda, birlikte bir şeyler yapmamıza izin vermez.	( )	( )	( )	( )	( )
13	Bana duyduğu sevgiyi göstermenin doğru olduğuna inanır.	( )	( )	( )	( )	( )
14	Ona sormadan dilediğim her yere gitmeme izin verir.	( )	( )	( )	( )	( )
15	Hoşlanmadığı bir şey yaparsam bana soğuk ve ters davranır.	( )	( )	( )	( )	( )
16	İstediğim şeyler için kendi planlarımı yapmama izin verir.	( )	( )	( )	( )	( )
17	Benimle bir şeyler yapmaktan zevk alır.	( )	( )	( )	( )	( )
18	Onu hayal kırıklığına uğrattığımda, benimle yüz yüze gelmekten kaçınır.	( )	( )	( )	( )	( )
19	Beni kendisinden bağımsız davranmaya cesaretlendirir.	( )	( )	( )	( )	( )

Ek 7. Leuven Algılanan Anne Baba Tutumları Ölçeği-Anne Formu

Aşağıda *ANNENİZİN* size yönelik bazı davranışları yer almaktadır. Her maddeyi okuyunuz ve *ANNENİZE* uygunluğu açısından değerlendiriniz.

		Hiç doğru değil	Genellikle doğru değil	Biraz doğru	Genellikle doğru	Her zaman doğru
1	Onunla endişelerim hakkında konuştuktan sonra kendimi daha iyi hissederim.	( )	( )	( )	( )	( )
2	Bana sık sık gülümser.	( )	( )	( )	( )	( )
3	İstediğim akşam dışarı çıkmama izin verir.	( )	( )	( )	( )	( )
4	Kendi yolumu çizmeme yardımcı olur.	( )	( )	( )	( )	( )
5	Keyifsiz olduğumda beni neşelendirir.	( )	( )	( )	( )	( )
6	Hoşlandığım her şeyi yapmama izin verir.	( )	( )	( )	( )	( )
7	Moralim bozuk olduğunda kendimi daha iyi hissetmemi sağlayabilir.	( )	( )	( )	( )	( )
8	Beni ilgilendiren konularda kendi kararlarımı vermeme izin verir.	( )	( )	( )	( )	( )
9	Onu incitirsem, tekrar gönlünü alıncaya kadar benimle konuşmaz.	( )	( )	( )	( )	( )
10	Bana istediğim kadar özgürlük tanır.	( )	( )	( )	( )	( )
11	Benimle ilgilenir ve bana özen gösterir.	( )	( )	( )	( )	( )
12	Bana sık sık kendi hayatımı kendimin düşünmesi gerektiğini söyler.	( )	( )	( )	( )	( )
13	Hoşuna gitmeyen bir şey yaptığımda, birlikte bir şeyler yapmamıza izin vermez.	( )	( )	( )	( )	( )
14	Bana duyduğu sevgiyi göstermenin doğru olduğuna inanır.	( )	( )	( )	( )	( )
15	Ona sormadan dilediğim her yere gitmeme izin verir.	( )	( )	( )	( )	( )
16	Bir şeyi onun gördüğü gibi görmezsem bana uzak davranır.	( )	( )	( )	( )	( )
17	Hoşlanmadığı bir şey yaparsam bana soğuk ve ters davranır.	( )	( )	( )	( )	( )
18	İstediğim şeyler için kendi planlarımı yapmama izin verir.	( )	( )	( )	( )	( )
19	Benimle bir şeyler yapmaktan zevk alır.	( )	( )	( )	( )	( )
20	Onu hayal kırıklığına uğrattığımda, benimle yüz yüze gelmekten kaçınır.	( )	( )	( )	( )	( )
21	Beni kendisinden bağımsız davranmaya cesaretlendirir.	( )	( )	( )	( )	( )

ÖZGEÇMİŞ

Duygu Kuzu

Doğum tarihi: 24.02.1989

Doğum Yeri: Karşıyaka/İZMİR

Ünvanı: Öğretim Görevlisi/ Klinik Psikolog

Eğitim bilgileri

2007- 2012 İzmir Ekonomi Üniversitesi- Psikoloji Bölümü

2012-2014 İstanbul Arel Üniversitesi- Klinik Psikoloji

2014-2018 İstanbul Üniversitesi- Psikoloji Doktora

İş Tecrübesi

2013- Halen; İstanbul Arel Üniversitesi Psikoloji Bölümü, Öğretim Görevlisi

2013-2012 Özlem Özcan Çocuk Psikiyatrisi Kliniği, Psikolog

2012 University of Hertfordshire, School of Psychology, Ziyaretçi Araştırmacı

Yabancı Diller

İngilizce İleri Düzey

İspanyolca Orta Düzey

Ödüller

İstanbul Arel Üniversitesi, Genç Araştırmacı Ödülü

Uluslararası hakemli dergilerde yayınlanan makaleler

1.Sullman M.J., Stephens A.N, Kuzu.D., The expression of anger amongst Turkish taxi drivers, Accident Analysis and Prevention, 2013.

2.Reed, Winter, D, Schulz, Aslan, E, Soldevilla, J. M, Kuzu, D (2014), An Exemplary Life? A Personal Construct Analysis of the Autobiography of Rudolf Hoess, Commandant of Auschwitz, Journal of Constructivist Psychology Volume: 27 Issue: 4 Pages: 274-288.

3.Brown E., Tas C., Kuzu D., Esen-Danaci A, Roelofs K., Brüne M., (2014). Social approach and avoidance behaviour is modulated by endogenous oxytocin in schizophrenia. Psychiatry Research, 219(3), 436-442.

4.Sullman MJ, Prat F, Tasci DK (2014), A roadside study of observable driver distractions, Traffic Injury and Prevention, 31:0.

Ulusal Dergilerdeki Yayınlar

1.Kuzu, D., Berk, Ö. S., & Aydın, F. Y. (2017). Subjective Well-Being in Idiopathic Scoliosis Patients. The International Journal of Human and Behavioral Science, 3(2), 1-6.

2.Ascibasi K., Aydin O., ; Kuzu D., Deveci A., (2014). The Relationship Between Schizophrenia and Cavum Septum Pellucidum: A Case Study, Dusunen Adam: Journal of Psychiatry & Neurological Sciences;Sep2014, Vol. 27 Issue 3, p261.

Uluslararası bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitabında basılan bildiriler

1.Kuzu D., Arifoglu B., SimsekF.O., The Mediator Roles of Language Use and Insight in the Relationship Between Parental Attachment and Depression, 15th European Congress of Psychology, Amsterdam, the Netherlands, July 11-14, 2017, Poster presentation.

2.Kuzu T. D., Simsek F.O., The Mediating Role of Ontological Well Being Variable over the Explanation of the Relationship Between Early Maladaptive Schemas and Depression: A Path Analysis Study, ECP 2015, Milano.

3.Winter D., Kuzu D., Soldevilla M.J: Content analysis of construct system in childen with ADHD: ,ECP 2011, Istanbul.

4.Kuzu D., Sullman M.J; Expression of Driving Anger by Turkish Taxi Drivers, ECP 2011, Istanbul.

Ulusal bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitabında basılan bildiriler

1.Skolyoz Hastalarında Beden Memnuniyetsizliği Ölçeği Türkçe Adaptasyon Çalışması", 2. **Ulusal Çocuk Ortopedisi Kongresi'nde Sunulmuş Poster Bildiri**, 16-18 Mart 2018, Swissotel Büyük Efes, İzmir.

2. Epilepsi ve psikoz nedeni olarak polifarmasi; Akılcı ilaç kullanımı : Olgu sunumu, 7.5 Ulusal Bilimsel Toplantılarda Sunulan ve Bildiri Kitabında Basılan Bildiriler Öztekin S., Kuzu D., Can G., Danacı E.A., Obsesif Kompulsif Bozukluk Hastalığının Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi ile Olan İlişkisi, Türk Psikiyatri Derneği 17. Yıllık Toplantı, Antalya, 2013.

Çeviri Kitaplar

Anormal Psikolojisi, Disosiyatif Bozukluklar ve Bedensel Belirti Bozuklukları Bölümü, Nobel Akademik Yayınevi, 2015.

Projeler

Dil ile Düşünce Arasındaki Yarık ve Ruh Sağlığına Etkileri: Günlük Yaşamda ve Psikolojik Yardım Süreçlerinde Dilin Önemi. Bursiyer araştırmacı, TÜBİTAK (Eylül 2014-Ağustos 2017).