

T.C

ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

OBEZ BİREYLERİN ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI İLE YEME  
TUTUMLARI BAKIMINDAN İNCELENMESİ

ÖZLEM ÜNDE  
154102126

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN: YRD. DOÇ. AHMET EMRE SARGIN

İstanbul - 2017

**T.C**  
**ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ**  
**SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**  
**KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI**

**OBEZ BİREYLERİN ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI İLE YEME  
TUTUMLARI BAKIMINDAN İNCELENMESİ**

**ÖZLEM ÜNDE**  
**154102126**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN: YRD. DOÇ. AHMET EMRE SARGIN**

**İstanbul - 2017**



T.C.  
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZ SINAV TUTANAĞI

GENEL BİLGİLER

Öğrenci No	: 154102126
Öğrenci Adı Soyadı	: Özlem Ünde
Anabilim Dalı	: Klinik Psikoloji
Tez Danışmanı	: Yrd. Doç. Ahmet Emre Sargın
Tezin Başlığı	: OBEZ BİREYLERİN ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI İLE YEME TUTUMLARI BAKIMINDAN İNCELENMESİ

TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI

Toplantı Tarihi	: 22.12.2017	Saati	: 17:30
Öğrenci Savunmaya	: <input checked="" type="checkbox"/> GELDI		
Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca tez bilimsel olarak incelenmiş, adayın tez çalışmasını sunmasının ardından, adaya tez çalışması ile ilgili sorular yöneltilmiştir. Yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı,			
<input checked="" type="checkbox"/> OY BİRLİĞİ <input type="checkbox"/> OY ÇOKLUĞU			
<input checked="" type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavında adayın başarılı bulunması sonucunda tez <b>KABUL</b> edilmiştir.			
<input type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavı sonucunda tezin <b>DÜZELTİLMESİ</b> için ..... ay <b>EK SÜRE</b> verilmesinin Enstitü Müdürlüğüne önerilmesi kararı alınmıştır. (en fazla 3 ay)			
<input type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavının sonucunda tezin <b>REDDEDİLMESİ</b> kararı alınmıştır.			
Savunmada Tezin Başlığı	: <input checked="" type="checkbox"/> Değişmedi. <input type="checkbox"/> Değişti.		
Tezin Yeni Başlığı	:		
Öğrenci Savunmaya	: <input type="checkbox"/> GELMEDİ		
Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca yukarıda belirtilen tarih ve saatte Tez Savunma Jürisi toplanmış ancak ilgili öğrenci savunma sınavına gelmemiştir. Adayın tez çalışmasını Jüri önünde sunmadığı için yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı, ile almıştır.			
<input checked="" type="checkbox"/> OY BİRLİĞİ ile <b>REDDEDİLMİŞTİR.</b>			

Tez Sınavı Jürisi	Unvanı, Adı Soyadı	İmza
Danışman Üye	Yrd. Doç. Ahmet Emre Sargın	
Üye	Yrd. Doç. Dr. Habib Erensoy	
Üye	Doç. Dr. Korkut Ulucan	

## YEMİN METNİ

Yüksek Lisan Tezi olarak sunduğum “ Obez Bireylerin Çocukluk Çağı Travmaları ile Yeme Tutumları Bakımından İncelenmesi” adlı çalışmanın, tarafımdan, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

Tarih

.../.../.....

ÖZLEM ÜNDE

İmza

## TEŞEKKÜR

Bu çalışmanın her aőamasında değerli önerileri ile bana çalıőmayı gerçekleőtirmem için yol gösteren, bilgisini, sabrını benden esirgemeyen tez danıőmanım Yrd. Doç. A. Emre Sargın'a,

Tezimin veri toplama aőamasında katılımcılara ulaőmam hususunda bana yardımcı olan, her zaman beni cesaretlendiren sevgili arkadaőım Uz. Dyt./ Fitoterapi Uz. Serpil Uzunok Doğan'a,

Benden desteklerini esirgemeyen sevgili aileme ve gőzel arkadaőlarıma sonsuz teőekkőrler.

# İÇİNDEKİLER

Sayfa No

Yemin Metni .....	i
Teşekkür .....	ii
Özet .....	vi
Abstract .....	vii
Kısaltmalar Dizini .....	ix
Tablolar Listesi.....	xi
Şekiller Listesi.....	xii
Giriş.....	1
<b>BİRİNCİ BÖLÜM – Genel Bilgiler .....</b>	<b>4</b>
1.1. Obezitenin Tanımı ve Sınıflandırılması .....	4
1.2. Obezitenin Epidemiyolojisi.....	5
1.3. Obezitenin Etiyolojisi.....	6
1.3.1. Genetik Faktörler.....	6
1.3.2. Yetersiz Fiziksel Aktivite, Beslenme Şekli ve Diğer Çevresel Etmenler.....	7
1.3.3. İlaçlar, Sigara ve Alkol.....	8
1.3.4. Psikolojik Etmenler .....	9
1.3.4.1. Psikanalitik Kurama Göre Obezite.....	11
1.3.4.2. Öğrenme Kuramına Göre Obezite.....	13
1.3.4.3. Bilişsel Kurama Göre Obezite.....	14
1.3.4.4. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel Sınıflandırma Elkitabı-5 (DSM-5)'e Göre Obezite.....	15
1.4. Çocukluk Çağı Travmaları .....	17
1.4.1. Fiziksel İstismar ve İhmal .....	17
1.4.2. Cinsel İstismar .....	18
1.4.3. Duygusal İstismar ve İhmal.....	18

1.4.4. Çocukluk Çağı Travmaları Etiyolojisi .....	18
1.4.5. Çocukluk Çağı Travmalarının Komplikasyonu.....	19
1.4.6. Çocukluk Çağı Travmaları ve Erişkin Dönem Obezitesi.....	20
1.4.7. Duygusal İstismar/İhmal ve Erişkin Dönem Obezitesi .....	21
1.5. Yeme Tutumunun Obezite Üzerindeki Etkisi .....	23
1.6. Amaç ve Varsayımlar .....	23
<b>İKİNCİ BÖLÜM – Yöntem ve Gereçler .....</b>	<b>25</b>
2.1. Örneklem Grubu.....	25
2.1.1. Obez grubu oluşturma kriterleri .....	25
2.1.2. Kontrol grubu oluşturma kriterleri .....	25
2.2. Araştırma Planı.....	26
2.2.1. Bilimsel Kurul ve Etik Kurul Onayı .....	26
2.2.2. Antropometrik Ölçümler .....	26
2.3. Veri Toplama Araçları .....	26
2.4. İstatistiksel Analiz.....	28
<b>ÜÇÜNCÜ BÖLÜM – Bulgular .....</b>	<b>29</b>
<b>DÖRDÜNCÜ BÖLÜM – Tartışma.....</b>	<b>37</b>
<b>BEŞİNCİ BÖLÜM – Sonuçlarve Öneriler.....</b>	<b>46</b>
<b>KAYNAKÇA .....</b>	<b>47</b>
<b>EKLER.....</b>	<b>58</b>
Ek-1: Etik Kurul Onayı .....	58
Ek-2: Kartal Kızılay Tıp Merkezi Araştırma İzni Onayı.....	59
Ek-3: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu.....	60

Ek-4: Sosyodemografik Veri Formu .....	62
Ek-5: Yeme Tutum Testi.....	65
Ek-6: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği.....	67
Ek-7: Kısa Semptom Tarama Envanteri.....	69
<b>ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>74</b>



## ÖZET

Bu çalışmada obezite tedavisi için polikliniğe başvuran obez bireylerin, obez olmayan bireylerle çocukluk çağı yaşantıları, yeme tutumları ve sahip oldukları psikiyatrik semptomları bakımından karşılaştırıldıklarında; obez olanların çocukluk çağında daha fazla duygusal istismara maruz kaldıkları, daha fazla psikiyatrik semptomla sahip oldukları ve yeme tutumlarında daha fazla bozulmalar olduğunun görülmesi varsayımı araştırılmıştır.

Bu çalışmanın obez grubunu Türk Kızılayı Kartal Kızılay Tıp Merkezinde diyet ve beslenme polikliniğine tedavi için başvuran 18 yaş üzeri 51 danışan oluşturmaktadır. Obez olmayan kontrol grubunu ise araştırma grubuna benzer yaş, cinsiyet ve kontrol grubu dahil edilme kriterlerine uygun 50 kişi oluşturmuştur.

Çalışmaya alınan bireylerin vücut ağırlığı ve boy uzunlukları saptanmış ve beden kitle endeksleri ölçülmüştür. Çocukluk çağı travmalarını değerlendirmek için bireylere Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, yeme tutumlarını belirlemek için Yeme Tutum Testi, psikiyatrik semptomlarını saptamak için ise Kısa Semptom Tarama Envanteri verilmiştir. Bireylerin demografik bilgilerini elde edebilmek için ise bireylerden tarafımızca hazırlanan Sosyodemografik Veri Formu'nu doldurmaları istenmiştir.

Çalışmada obez bireylerle obez olmayan bireyler karşılaştırıldığında gruplar arasında ve çocukluk çağı travması olup olmaması bakımından anlamlı bir ilişki bulunmamakla birlikte, obez bireylerde en çok karşılaşılan çocukluk çağı travmasının fiziksel ihmal olduğu görülmüştür (N=15). Obez bireylerin obez olmayanlara göre yeme tutumlarında daha fazla bozulma olduğu ( $p<.01$ ) ve psikiyatrik semptomlar bakımından karşılaştırıldıklarında ise hostilete hariç ( $p<.05$ ) diğer psikiyatrik belirtiler açısından anlamlı bir fark elde edilmemiş olup, obez bireylerde psikiyatrik semptomlar açısından en çok depresif belirtilere (Ort.=12.88±11.29) sahip oldukları gösterilmiştir.

**Anahtar kelimeler:** Obezite, Çocukluk Çağı Travmaları, Yeme Tutumu

## ABSTRACT

In this study, it is intended to analyze the hypothesis that the patients applied to a clinic for obesity treatment have suffered childhood trauma during childhood period in consideration of childhood experiences, eating habits and psychiatric symptoms.

The obese group in this study consists of 51 clients (aged 18 years and older) applied to dietary and nutrition clinic of Turkish Red Crescent. On the other hand, the non-obese control group consist of 50 clients complying with inclusion criteria (age and gender) similar to the study group.

The weight and height measurements are made for the clients included in this study together with the body-mass index. The Childhood Trauma Questionnaire is provided to the clients in order to assess relevant traumas encountered during childhood as well as the Eating Habit Test to determine regular eating processes and Brief Symptom Checklist to identify psychiatric symptoms. In order to collect demographic information, the clients are asked to fill out a Sociodemographic Data Form issued by our institution.

Although a significant relation fails to be found between obese and non-obese individuals in terms of childhood trauma, it is observed that physical negligence is the most common childhood trauma for obese persons (N=15). It is also realized that obese clients suffer more deterioration in eating habits in comparison to non-obese clients ( $p<.01$ ) whereas a difference is not present in terms of other psychiatric symptoms ( $p<.05$ ) except hostility and obese clients possess depressive symptoms (Avg.=12.88±11.29).

**Keywords:** Obesity, Childhood Traumas, Eating Habits

## KISALTMALAR DİZİNİ

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
BAAK	Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu
BDT	Bilişsel Davranışçı Terapi
BECAN	Balkan Epidemiological Study on Child Abuse and Neglect
BKİ	Beden Kitle Endeksi
BKO	Bel Kalça Oranı
CRP	C Reaktif Protein
CTQ	Childhood Trauma Questionnaire Çalışması
Çİİ	Çocuk İhmal ve İstismarı
DSM- 5	The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders -5
DSM-IV	The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – IV
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
GYS	Gece Yeme Sendromu
İÜ	İstanbul Üniversitesi
Kg	Kilogram
M2	Metrekare
NHSII	Nurses Health Study II
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
SPSS	Statistical Package for The Social Sciences
T.C.	Türkiye Cumhuriyeti
TBSA	Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması
TBSA	Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması
TEKHARF	Türk Erişkinlerde Kalp Sağlığı, Risk Profili ve Kalp Hastalığı
TSH	Tiroid Stimulan Hormon
TURDEP	Türkiye Diyabet Epidemiyolojisi Çalışması
TURDEP-I	Türkiye Diyabet Epidemiyolojisi Çalışması -1

TURDEP-II Türkiye Diyabet Epidemiyolojisi Çalışması -2

TÜİK Türkiye İstatistik Kurumu

UNICEF United Nations International Children's Emergency Fund

## TABLolar LİSTESİ

Tablo 1: Yetişkin Bireylerde Ağırlığın, Aşırı Kilonun ve Obezitenin BKİ'ye Göre Uluslararası Sınıflandırılması.....	4
Tablo 2: Kilo Alımına Neden Olan Başlıca İlaçlar .....	9
Tablo 3: Örnekleme Oluşturan Grupların Sosyodemografik Özellikleri.....	30
Tablo 4: Katılımcılarda Çocukluk Çağı Travma Dağılımları .....	33
Tablo 5: Obez Bireylerde Cinsiyete Göre Çocukluk Çağı Travmaları Ölçek Puanlarına Ait Mann Whitney U Analiz Sonuçları.....	34
Tablo 6: Örnekleme Uygulanan Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, Yeme Tutum Testi Ve Kısa Semptom Envanteri Puanlarına Ait T-Testi Sonuçları .....	35

## ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil-1: Emosyonel Yeme ve Anksiyete İlişkisi ..... 11

## GİRİŞ

Şişmanlığın klinik boyutu ile ilgili ilk belgelere Greko-Romen döneminde rastlanmış, diyet hakkında ilk kitap da bu dönemde yazılmıştır. Obezitenin sağlık üzerindeki olumsuz etkileri konusundaki ilk görüşler 2000 yıl önce Hipokrat tarafından bildirilmiş olmasına rağmen obezitenin tehlikelerinin farkına varılması 20. yüzyılın sonlarına doğru gerçekleşmiştir. Yüzyıllar boyu bereket, doğurganlık, zenginlik ve güç sembolü olan şişmanlık, günümüzde metabolik, hormonal, psikolojik, fizyolojik ve sosyal konularda yaşam kalitesine ve standartlarına olumsuz yönde etki eden bir hastalık olarak kabul edilmektedir. “Obezite” halk dilinde şişmanlık olarak bilinmekle birlikte Latince de “iyi beslenmiş” anlamına gelen “obesus” kelimesinden türetilmiştir (Durduran ve Okka, 2013).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) obezite ‘sağlığı olumsuz etkileyecek ölçüde vücutta normalin üstünde yağ birikimi’ olarak ifade etmektedir (DSÖ, 2017a). Yetişkinlerde aşırı kiloyu ve obeziteyi sınıflandırmak için sıklıkla kullanılan indeks beden kitle indeksi (BKİ) dir. BKİ, “kilogramca vücut ağırlığının (kg), metrece boy uzunluğunun karesine (m<sup>2</sup>) bölümü” ile hesaplanmaktadır. DSÖ’ ye göre 30 kg/m<sup>2</sup> ve üzeri BKİ değerine sahip olan birey “obez” olarak sınıflandırılmaktadır (DSÖ, 2017a).

Dünya çapında obezite halk sağlığı konusunda önemli bir sorun haline gelmiştir. DSÖ tarafınca gerçekleştirilen çalışmalar sonunda Dünya’da obezite prevalansı erkekler için %10-20, kadınlar için ise %10-25 aralığında saptanmış olup seneler içerisinde bu yüzdelerin daha da artış göstereceği belirtilmiştir. ABD’de obezite hızını konu alan bir araştırmada; 2000 yılında erişkin bireylerin %20’ sinin, 2015 yılı için ise %30’unun obez olacağı öngörülmüştür bu oranın 2025’de %40 olacağı tahmin edilmektedir (Bayraktar, 1995).

Ülkemizde ise Hacettepe Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü ile Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü ortaklığında 2010 yılında yapılan Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırmasına (TBSA) göre; yetişkinlerde obezite prevalansı %30,3 ve 6-18 yaş grubu çocukların %22,5’ i obez ve preobezdir (Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (TBSA), 2010).

Obezite sorununun önüne geçilmesi ile erkeklerde 26.006 ölüm önlenebilecek olmakla beraber bu oran tüm ölümlerin %11,1’ine karşılık gelmektedir. Önlenebilecek ölüm sayısı kadınlarda 31.136 oranında olmakla birlikte tüm ölümlerin %15,8’ini içermektedir. Önlenebilecek hastalık yükü ise erkeklerde %6,7 iken kadınlarda %7,9 oranındadır (Türk

TORAKS Derneği Türkiye Ulusal Hastalık Yüğü Ve Maliyet-Etkililik Projesi, Hastalık Yüğü Final Rapor, 2004).

2013- 2017 yılları arasında Sağlık Bakanlığı tarafından “Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı” başlatılmıştır. Bu programın hedefi; tüm dünyayla benzer şekilde ülkemizde de giderek ivme kazanan obezite problemi ile mücadele etmek, toplumun bu konudaki bilgi seviyesini arttırarak, bireyleri, düzenli fiziksel aktivite alışkanlığına sahip olmaları, yeterli ve dengeli beslenme konularında teşvik etmek ve obezitenin teşhis ve tedavisi ile ilgili tedbirlerin alınması konusunda değerlendirme çalışmaları yapmak olarak belirlenmiştir. “Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı”, geniş kapsamlı ve çok yönlü bir yaklaşımı benimsemiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı (2013-2017), 2013).

Obezite sorununun ortaya çıkmasına neden olan sebepler tam anlamıyla bilinmemekle birlikte yanlış ve aşırı gıda alımı ile yeterli olmayan düzeydeki fiziksel aktivite bu sorunun ortaya çıkmasındaki en önemli nedenler olarak belirtilmektedir. Tüm bunlara ek olarak diğer pek çok faktör; psikolojik, fizyolojik, çevresel, genetik, biyokimyasal, nörolojik ve sosyo-kültürel birbirleri ile ilişkili olarak obeziteye neden olmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı (2013-2017), 2013).

Son yıllarda yapılan çalışmalara bakıldığında ise çocukluk ve ergenlik döneminde travmatik bir olaya maruz kalmanın, ileri yaşlarda yaşanabilecek obezite sorunu için risk teşkil ettiği görülmektedir. Grilo ve Masheb’in 2001 yılında 145 obez hastayla yaptıkları obez bireylerin çocukluk çağı travmalarını inceleyen araştırmada, çocukluk çağlarında bir alanda kötü muameleye maruz kalanların oranını %89 olarak saptanmıştır. Ayrıca çocukluk yaşantılarında bireylerin %69’unun duygusal ihmalle, %59’unun duygusal istismarla, %49’unun fiziksel ihmalle, %36’sının fiziksel istismarla, %30’unun cinsel istismarla karşılaştıkları belirlenmiştir (Grilo ve Masheb, 2001). Bunlarla birlikte; duygusal istismar ve ihmale maruz kalan çocuklardaki travma uzun dönemde bireylerin psikolojileri üzerinde cinsel istismar, fiziksel istismar ve fiziksel ihmalden daha fazla etkiye sahiptir (Taner ve Gökler, 2004). Çünkü duygusal istismar ve duygusal ihmal diğer tüm istismar türlerini bir



başlık altında birleştirir ve tek başına varlığını sürdürebildiği gibi cinsel ve fiziksel istismarın etkileri kaybolduğunda bile varlığını sürdürebilir (Polat, 2001).

Bu araştırma; obez bireylerin çocukluk çağlarında yaşadıkları travmatik durumların erişkin dönemdeki yeme tutumları üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi ve bu bireylerin kontrol grubu ile karşılaştırılması amacıyla oluşturulmuştur.

Bu çalışmada obezite tedavisi için polikliniğe başvuran obez bireylerle, obez olmayan kontrol grubunun çocukluk çağı yaşantıları, yeme tutumları ve sahip oldukları psikiyatrik semptomları bakımından karşılaştırıldıklarında; obez bireylerin çocukluk çağında daha fazla duygusal istismara maruz kaldıkları, daha fazla psikiyatrik semptoma sahip oldukları ve yeme tutumlarında daha fazla bozulmalar olduğunun görülmesi varsayımı araştırılmıştır.

# 1. GENEL BİLGİLER

## 1.1. OBEZİTENİN TANIMI VE SINIFLANDIRILMASI

Obezite, dışarıdan elde edilen enerjinin, yakılan enerjiden fazla olması sebebi ile ortaya çıkan ve vücut yağ dokusundaki artış ile tanımlanan kronik bir rahatsızlıktır (Dünya Sağlık Örgütü, 2000). DSÖ obeziteyi “Sağlığı olumsuz etkileyecek derecede yağ dokularında normal olmayan veya normalden çok daha fazla miktarda yağ birikmesi” olarak tanımlamaktadır (DSÖ, 2017a). Günümüzde obezite, kilogram türünden vücut ağırlığının, metre türünden boy uzunluğunun karesine bölünmesiyle ( $BKİ=kg/m^2$ ) elde edilen beden kitle indeksi (BKİ) ile tanımlanmaktadır (DSÖ, 2017a). DSÖ, BKİ’yi şu şekilde sınıflandırmıştır (DSÖ, 2017b).

**Tablo 1: Yetişkin Bireylerde Ağırlığın, Aşırı Kilonun ve Obezitenin BKİ’ye Göre Uluslararası Sınıflandırılması**

Sınıflandırma	BKİ(kg/m <sup>2</sup> )	
	Genel aralık	Sonradan elde edilmiş kesimin değerleri
Zayıf	<18,50	<18,50
İleri derecede	<16,00	<16,00
Orta	16,00 – 16,99	16,00 – 16,99
Hafif	17,00 – 18,49	17,00 – 18,49
Normal ağırlık	18,50 – 24,99	18,50 – 22,99
		23,00 – 24,99
Yüksek ağırlık	≥25,00	≥25,00
		25,00 – 27,49
Pre-obez	25,00 – 29,99	27,50 – 29,99
		≥30,00
Obez	≥30,00	30,00 – 32,49
		32,50 – 34,99
Obezite düzeyi I	30,00 – 34,99	35,00 – 37,49
		37,50 – 39,99
Obezite düzeyi II	35,00 – 39,99	≥40,00
		≥40,00
Obezite düzeyi III	≥40,00	≥40,00

*Kaynak:*

*DSÖ 1995, DSÖ 2000 ve DSÖ 2004'ten uyarlanmıştır.*

## 1.2. OBEZİTENİN EPİDEMİYOLOJİSİ

Dünya çapında obezite, 1980'den beri ikiye katlanmıştır. Dünya Sağlık Örgütü 2014 verilerine göre, 18 yaş ve üzeri bireylerden %39'u aşırı kilolu, %13'ü ise obezdir. Bu değerlere göre dünyada obezite yaygınlığının erkeklerde %11, kadınlarda ise %15 olduğu gösterilmiştir. Bu sonuçlar dünya üzerinde yarım milyardan fazla obez yetişkin olduğunu göstermektedir. Aşırı kilolu olma durumu ve obezite son 40 yılda belirgin bir artış göstermiştir (DSÖ, 2014). İktisadi işbirliği ve geliştirme teşkilatı ülkeleri (OECD) 2017 verilerine göre obezite oranlarının en yüksek olduğu ülke; %38,2 prevalansı ile ABD'dir. ABD'yi sırasıyla Meksika %32,4 ile ve Yeni Zelanda %30,7 ile takip etmektedir (OECD, Obesity Update, 2017). OECD verilerine göre, obezite oranlarında en az 2030 yılına kadar istikrarlı bir artış olacağı tahmin edilmektedir. Obezite oranlarının 2030'da, şuanda en yüksek oranlara sahip olan ülkelerden ABD, Meksika ve İngiltere için sırasıyla %47, %39 ve %35 olacağı öngörülmektedir (OECD, Obesity Update, 2017). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2015 bulgularına göre ise Türkiye'deki obezite yaygınlığı 2008'de %15,2 iken 2014 yılında %31,1 artış göstermiş olup %19,9'a erişmiştir. Kadınlarda artış oranı %32,3, erkeklerde ise %24 olarak belirtilmiştir (TÜİK, 2015). Ülkemizde bu alandaki en kapsamlı araştırmalardan biri olan, DSÖ gözetiminde İstanbul Üniversitesi (İÜ) Çapa Tıp Fakültesi Diyabet Bilim Dalı tarafından 1997-1998'de ilki yapılmış 2010 yılında ise ikincisi tekrarlanan Türkiye Diyabet Epidemiyolojisi Çalışması (TURDEP) sonuçlarına göre BKİ'nin 30 kg/m<sup>2</sup>'den fazla olduğu koşullardaki obezite oranı kadınlarda %29,9, erkeklerde %12,9, ülke genelinde ise %22,3'tür (Satman vd., 2000). Yaş dağılımına göre ise obezitenin 30'lu yaşlarda artış gösterdiği 45-65 yaşlarında en üst sınıra ulaştığı belirtilmektedir. 2010 yılında tekrarlanan TURDEP-II araştırması sonuçlarına göre obezite sıklığı kadınlarda %38, erkeklerde %22 olarak bulunmuştur. TURDEP-I'e göre obezite oranı %40 kadar artış göstermiştir (Satman vd., 2013).

Türkiye'de yapılan geniş kapsamlı bir diğer çalışma olan Türk Erişkinlerde Kalp Sağlığı, Risk Profili ve Kalp Hastalığı (TEKHARF) araştırmasında ise 1990 -1998 arasında çalışmaya katılan bireylerde BKİ 30 kg/m<sup>2</sup>'nin üzerinde olanların prevalansı erkeklerde %18,7, kadınlarda %38,8 olarak saptanmıştır. Çalışmada bireylerin 8 yıllık bel / kalça oranı (BKO) farklılıkları analiz edilmiştir. 1990 yılında ortalama BKİ değerleri erkeklerde 24,9 kg/m<sup>2</sup> iken, 1995 yılındaki bu oranın 25,9 kg/m<sup>2</sup> ye, 1998'de ise 26,5kg/m<sup>2</sup> ye çıktığı görülmüştür. Kadınlarda ise ortalama BKİ oranının 1990 yılında 26,8 kg/m<sup>2</sup> iken, 1995

yılında 27,9 kg/m<sup>2</sup>'ye, 1998'de ise 28,75 kg/m<sup>2</sup>'ye yükseldiği görülmüştür. Bel çevresi ölçüleri erkeklerde 1995 yılından 1998'e kadar 1,2 cm (net 0,8 cm), kadınlarda ise 1,7cm (net 0,7cm) oranında artmıştır (Onat vd., 1999).

Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (TBSA) 2010 verilerine göre ise ülkemizdeki 19 yaş ve üzeri bireylerin BKİ sınıflandırılmasının %34,6'sı fazla kilolu ve %30,3'u obez olduğu görülmekle beraber kadınlarda bu oranlar sırasıyla %29,7 ve %41,0; erkeklerde ise %39,1 ve %20,5'tir (TBSA Beslenme Yayını, 2010).Yapılan tüm bu çalışmalar; obezitenin dünyanın bütün bölgelerinde olduğu gibi ülkemizde de tehlikeli bir boyutta artış göstermekte olduğunu ve gerekli müdahaleleri yapmazsak olmaya da devam edeceğini düşündürmektedir.

### **1. 3.OBEZİTENİN ETİYOLOJİSİ**

En temelinde obezite, bir enerji bozukluğu olarak kabul edilebilir. Enerji girişi ya da bir diğer deyimle kalori alımı, enerji çıkışı aşarsa yani fiziksel aktivitenin önüne geçerse, kullanılan fazla enerji, yağ depolarında trigliseridler halinde depolanarak vücut ağırlığında bir artış meydana gelir. Bu tip obezite, ekzojen obezite olarak isimlendirilir ve obez bireylerin büyük bir çoğunluğu bu sınıflandırmaya girmektedir (Tezcan, 2009).

Obezitenin ortaya çıkmasındaki etkenler arasında psikososyal etmenler, otozomal resesif genetik etmenler ve diğer nöroendokrin sebepler, kromozom anomalisi nedeniyle oluşan çeşitli sendromlar, santral sinir sistemi zedelenmeleri, yüksek kalorili diyet, ilaçlar, yetersiz fiziksel aktivite, sigara sayılabilir. Fakat olguların çoğunda obezite için özgül bir neden saptanamamaktadır. Birçok olguda patogenezi bilinmemekle birlikte son çalışmalar obezitenin multifaktöriyel bir sorun olduğu niteliğindedir (Kiess vd., 2001).

#### **1.3.1. Genetik Faktörler**

Yakın zamanda yapılan araştırmalar, obezite ve genetik faktörler arasında bir ilişki olduğunu bizlere bildirmektedir. İkiz çalışmaları, aile ve evlatlık çalışmaları obezitenin kalıtılabilirlik düzeyi ile ilgili bilgiler vermektedir. Aşırı kilolu ebeveynlerin çocuklarının da aşırı kilolu olma eğiliminde olduğunu göstermiştir. Ebeveynlerinin her ikisi de obezite sorunu yaşayan ailelerin çocuklarındaki obez olma riski %80, ebeveynlerinden birinin obez olduğu durumlarda %40, ebeveynlerinin her ikisinin de obez olmadığı durumlarda ise %7 olarak saptanmıştır (Şarbat ve Demirkol, 1999).

Birinci derece akrabaları arasında obez ya da aşırı kilolu olduğu durumlarda obez olma riski hakkında yapılan bir araştırmada ise, 840 obez bireyin 2349 birinci derece akrabasından elde edilen risk oranlarının toplum genelinden iki kat fazla olduğu görülmüştür. Buna ek olarak o bireydeki obezite düzeyine bağlı olarak da obez olma riski artış göstermektedir. Ailesi aşırı obez olan ( $BKI > 45 \text{ kg/m}^2$ ) bireylerin aşırı obez olma riski diğer bireylere oranla 8 kat daha yüksek saptanmıştır. Kanada'da 15245 kişinin katılımıyla gerçekleştirilen bir araştırmada ise obezitenin ailesel riskinin obezlerin akrabalarında, genel topluma oranla 5 kat daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Katzmarzyk vd., 1999; Lee vd., 1997).

Tüm bunların yanı sıra beden ağırlığının regülasyonunda etkili hormonal ve nörolojik faktörlerin kalıtımla ilişkisi vardır. Y dışındaki bütün kromozomlarda obeziteyle ilgili genlerin bulunduğu bilinmekte ve yeme davranışını etkileyen kısa ve uzun sinir iletileri, yağ hücrelerinin sayısı, büyüklüğü ve vücut dağılımı ile dinlenme halindeki metabolik hızın kalıtımla ilişkili olduğu düşünülmektedir. Özellikle Ob gen ve B-3 adrenoreseptör geni bireyin ağırlık kazanmasında etkilidir. Bu gen; dinlenme metabolik hızını ve yağ oksidasyonunu denetler. Kalıtımın BKİ'ye etkisinin %33-70 arasında olduğu tahmin edilmektedir (Mahan vd., 2012; Chung ve Leibel, 2008).

### **1.3.2. Yetersiz Fiziksel Aktivite, Beslenme Şekli ve Diğer Çevresel Etmenler**

Obezitenin oluşmasında çevresel faktörlerinde etkisi vardır. Obezlerin fazla yeme isteğinin ailede kazanılan bir alışkanlık olduğu bilinmektedir. Obezite sorunu yaşayan ailelerce evlat edinilmiş çocuklarda obezite oranının sıklığı, obezite oluşumunda ailenin etkisini gösteren bir bulgu olarak kabul edilmektedir (Kurdoğlu, 1989).

Fiziksel inaktivitenin, obezite gelişmesinin en önemli sebeplerinden birini oluşturduğu düşünülmektedir. Günümüzde yaşam biçimleri değişmekte ve gıda endüstrisinin gelişmesine bağlı olarak zahmetsizce elde edilebilen, tat olarak bizi cezbeden, ucuz, enerji yüklü gıdalar üretilmektedir. Bu değişime, teknoloji ve ulaşımdaki ilerlemeden kaynaklanan günlük yaşamda fiziksel aktivitenin azalması, televizyon, elektronik oyunları ve bilgisayar başında harcanan zamanın eklenmesi sedanter yaşam biçiminin doğmasına neden olmuştur. Bu çevresel şartlar, yüksek miktarda enerji alımına neden olmakta buna karşılık daha az enerji tüketilmesine, böylece obezitenin kolaylıkla ortaya çıkmasına neden olmaktadır (Değirmenci, 2006). Yapılan bir araştırmada obezite probleminin başlamasında fiziksel aktivite azlığının sorumluluk payının %67,5 gibi yüksek bir oranda olduğu saptanmıştır

(Bray, 1989). Bir başka araştırmaya göre günlük televizyon izleme oranı 4 saatten fazla olanların vücut yağı ve BKİ değeri günde 2 saatten az orana sahip olanlara göre daha fazladır (Robinson, 2001).

Özenoğlu ve arkadaşlarının (1998) yaptığı bir çalışmaya göre kalabalık ve sosyoekonomik düzeyi düşük ailelerin çocukları dengesiz beslenme nedeniyle, yüksek olan ailelerin çocukları ise aşırı beslenme sebebiyle şişmanlamaktadır. Özellikle okul çağındaki çocuklar ve gençlerin arasında dengeli beslenme alışkanlığı kazanmamış olanların hızlı, hazır yemek türü, yağ ve şeker içeriği yüksek gıdalarla beslenme yönelimlerinin daha fazla olduğu görülmüştür (Özenoğlu vd., 1998).

Bebeğin, anne karnında olduğu süreden itibaren beslenme şekli, yaşamın daha ileriki dönemlerinde ortaya çıkan beslenme alışkanlığını etkilemektedir. Anne sütüyle beslenmenin obezite üzerinde koruyucu etkiye sahip olduğu görülmüştür. Öğünlerin düzeni ve sıklığı da vücut ağırlığını belirleyen önemli faktörler arasındadır. Günde üç veya daha fazla miktarda öğünlerini düzenli tüketen bireylerdeki obezite oranının günde bir veya iki kez düzensiz beslenen kişilerden daha az olduğu düşünülmektedir (Kurdoğlu, 1989).

Diyet kompozisyonu obeziteye sebep olan bir başka etkidir. Yağ oranı yüksek besin alanlarda, sukroz içeren içecekleri kullananlarda ve kafeterya tipi gıda tüketenlerde gerekenden fazla olarak alınan enerji yağ olarak depo edilmektedir dolayısıyla özellikle doymuş yağ tüketimi ile BKİ oranlarındaki artış arasında pozitif bir ilişki belirlenmiştir (Bray, 1989).

### **1.3.3.İlaçlar, Sigara ve Alkol**

İlaç nedenli obezite; dopaminerjik ve serotonerjik etkinlik düzeyinde azalma, substrat oksidasyonundaki diğer değişiklikler ile yağ asitlerinin beta oksidasyonunun bozulması, sempatik sinir sistemi etkinliğinin azalması, harcanan enerji miktarının azalması, sedasyon, ağız kuruması ve kalorili içeceklerin alımının artmasına neden olan antikolinerjik yan etkiler, hipotalamik leptin ve nöropeptid Y aktivitesinde değişiklik şeklinde özetlenebilir (Björntorp, 2002). Kilo alımına neden olan başlıca ilaçlar Tablo-2 de gösterilmiştir.

Obezite ile sigaranın da bağlantılı olduğu belirtilmektedir. Sigara, tiroid hormonu (TSH) etkinliğini ve metabolizmasını artırır. Sigara bırakıldığı zaman bu durum normal seviyelere iner. Sigaranın bırakılmasını takiben iştahta artış gözlenir. Sigara tüketenlerde tiroid etkinliğindeki bu artış enerji sarfiyatının artmasına, böylece obez olma riskini

azaltmaya neden olabilir. Tüm bununla beraber sigara içmek bir kilo verme yöntemi değildir (Sims, 1989).

Psikodinamik açıdan bakıldığında da tütün içme alışkanlığı olan kişilerin; güvensizlik, yetersizlik, bağımlılık, güçsüzlük, edilgenlik duyguları ile “oralite”, suçluluk, günahkarlık, utangaçlık, duyguları ile “ödüpal” özelliklerinin fazla olduğu ifade edilir. Bu sebeple sigarayı bırakanların oral doyum elde etme istekleri nedeniyle sigara yerine gıdaya yönelmelerinin obeziteye sebep olabileceği belirtilmektedir (Ünal, 1988).

Alkol kullanımında ise düzenli alkol tüketenlerdeki obezite yaygınlığı, hiç tüketmeyen veya ara sıra tüketenlerle karşılaştırıldığında daha geniştir. Alkolün yüksek kaloriye sahip olmasının bu duruma sebep olduğu varsayılmaktadır (Çayır vd., 2011).

**Tablo 2: Kilo Alımına Neden Olan Başlıca İlaçlar**

<b>Glikokortikoidler</b>	Prednizolon
<b>Antipsikotikler</b>	Klorpromazin, klozapin, tioridazin, olanzapin, sertindol, risperidon, trifluoperazin, flufenazin
<b>Antidepresanlar</b>	Amitriptilin, doksepin, mirtazapin, imipramin, nortriptilin, fenelzin, SSRI'lar
<b>Antimigren ve antihistaminikler</b>	Siproheptadin, flunarizin, pizotifen
<b>Beta-blokerler</b>	Özellikle propranolol
<b>Duygudurum düzenleyicileri</b>	Lityum, valproik asit, karbamazepin
<b>Alfa-blokerler</b>	Özellikle terazosin
<b>Hormonal ajanlar</b>	Özellikle progestin
<b>Nörolojik ilaçlar</b>	Karbamazepin, gabapentin

#### 1.3.4. Psikolojik Etmenler

Son yapılan çalışmalarla obezitede fizyolojik etmenlerin yanı sıra psikolojik etmenlerinde etkili olduğu öne sürülmektedir. Aileden birinin ya da yakın birinin ölmesi, ağır bir hastalık geçirme, stres gibi koşullarda veya mental depresyonda insanların büyük ölçüde kilo alması sık görülen bir durumdur (Guyton, 2013). İnsanda yeme davranışının anksiyete, neşe, üzüntü, öfke gibi farklı duygulara göre değiştiği yaygın olarak kabul edilmektedir (Eren ve Erdi, 2003). Olumsuz duygusal uyaranlar karşısında kilo alımında artış ise “emosyonel yeme” olarak isimlendirilmektedir (Heatherton vd., 1991). Olumsuz

duygular karşısında gözlenen bu aşırı yeme tepkisinin; obez bireylerde (Ouwens vd., 2003), yeme bozukluğuna sahip kadınlarda (Telch ve Agras, 1996) ve normal kilolu olan ancak diyet yapan kişilerde (Polivy vd., 1994; Bekker vd., 2004 ) mevcut olduğu belirtilmiştir. Bununla birlikte emosyonel yemenin kilo kontrolü düşük olan ve BKİ'leri yüksek kişilerde daha belirgin şekilde olduğu ortaya konmuştur (Blair vd., 1990). McCrone ve arkadaşları 2000 yılında yaptıkları çalışmada erken başlangıçlı obezite sorunu yaşayan kadınlarda olumlu olmayan duygulanıma yanıt olarak yemenin açlıktan ziyade duygusal uyarılma nedeniyle gerçekleştiğini saptamışlardır (McCrone vd., 2000).

Kaplan ve Kaplan'ın teorisine göre obez bireyler gergin ve sıkıntılı olduklarında anksiyetelerini azaltmak için aşırı yeme eğilimindedirler. Bu bireylerin açlık hissi ve anksiyeteyi birbirinden ayırt edemedikleri kabul edilir. Bu bireyler açlığa karşılık yemelerine benzer şekilde anksiyeteye cevap olarak da yeme davranışını öğrenmişlerdir. Netice itibariyle bu tip anksiyeteyi azaltan kompulsif aşırı yeme davranışları da obezite sorununa yol açmaktadır (Kaplan ve Kaplan, 1957; Ruderman, 1983).

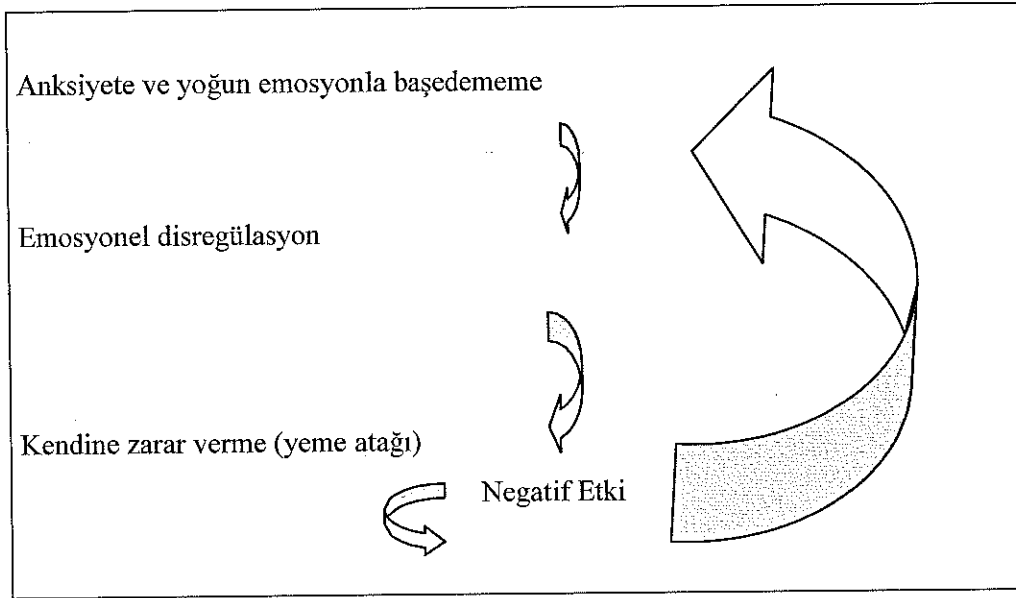
Bir başka açıklama ise yanlış açlık farkındalığı ile aşırı yemeyi ilişkilendirmiş, açlık yaşantısının sadece içgüdüsel olmadığına yani öğrenilmiş bir tarafının da olduğuna işaret etmiştir. Obez bireylerde beslenme ve diğer fiziksel ihtiyaçların giderilmesi çerçevesinde ortaya çıkan deneyimler ve kişilerarası olaylar hatalı değerlendirilmiştir. Bu bireyler ne açlıklarını nede tokluklarını anlayamadıkları gibi, aynı zamanda gıda alma arzusunu da istenmeyen duygu ve hislerden ayıramazlar. Bu kişiler doğru içsel farkındalıkları olmadığından ne zaman ve ne kadar yiyeceklerini anlamak için dışsal bir takım uyarılara ihtiyaç duyarlar. Bunun sonucunda kişiler duygusal gerginlik ve rahatsız edici hisler karşısında aşırı yemeye yönelir (Bruch, 1997).

Schachter'in ortaya koyduğu "içsel-dışsal" obezite teorisine göre açlığın fizyolojik tesirleri gibi bazı yönlerinin normal bireylerde öğrenilmiş olduğu ancak bunun obez kişilerce öğrenilemediği ifade edilmektedir. Stres esnasında midedeki kasılmalar azalır ve bu durumda normal kilolu bireylerde yeme davranışını azaltması beklenirken, obez bireylerde bu gerçekleşmez. İçsel fizyolojik uyarıları anlamada eksikliklere sahip olmaları nedeniyle obez bireyler yemeyi başlatma ve durdurmada dışsal uyarılara ihtiyaç duyarlar. Bu kişiler açlık-tokluk hissinden ziyade, bu dışsal uyarılara yanıt olarak yeme eğilimindedirler (Schachter, 1968). Tüm bunların yanı sıra anksiyeteye başa çıkmak adına yemeye yönelme bilinçli iken, duygularını tam olarak ayırtıramayan aleksitimik kişiler için yemeye yönelme otomatik gerçekleşen bir reaksiyondur. Bu duruma "refleksif emosyonel



yeme” denilmektedir. Refleksif emosyonel yemenin, duyguları tanımada ve duygu alışverişinde zorluk ve kendi duygularının farkında olmama ile tanımlanan aleksitimi ile ilişkili olduğu düşünülmektedir (Chesler, 2012). Yeme bozukluğu olan hastalar sağlıklı bireylere göre daha aleksitimiktirler (De Chouly De Lenclave vd., 2001). Tıkanırcasına Yeme Bozukluğuna sahip kişilerde aleksitiminin duygusal yeme için öngörücü olduğu ortaya konulmuştur (Zeeck vd., 2011). Bir diğer çalışmaya göre ise obez olan bireyler obezite sorunu yaşamayan bireylere göre aleksitimik özelliklere daha fazla sahip oldukları bulunmuştur (Pinna, 2011). Aleksitiminin özellikle yeme bozukluğu olan obez bireylerde öne çıkmaktadır (Da Ros vd., 2011). Kapsamlı düşünüldüğünde duygusal yiyen bireylerin yeme davranışlarını, olumsuz duygular veya anksiyeteden kurtulmak için başa çıkma tekniği şeklinde kullandığı ve bu durumun da problemlili bir hale geldiği söylenebilir. Bu durum Şekil-1( Fairburn ve Harrison, 2003)’de gösterilmiştir.

**Şekil-1:** Emosyonel Yeme ve Anksiyete İlişkisi



#### 1.3.4.1. Psikanalitik Kurama Göre Obezite

Yeme tutumunun altında yatan farklı psikodinamik süreçler bulunabilmektedir. Obeziteyle ilgili psikanalitik teorilere göre obez bireylerin çözülmemiş bağımlılık gereksinimlerinin var olduğu ve bu bireylerin psikoseksüel gelişimin oral evresinde fikse oldukları düşünülmektedir. Bu dönemdeki fiksasyon; normalin üstünde bir bağımlılık, iyimserlik veya karamsarlık, hırs, oburluk ve sabırsızlık ile tanımlanan tipik bir kişilik yapısını oluşturmaktadır. Oral karakter yapısı etyolojik olarak önemlidir ve obezite ile arasında güçlü bir ilişki olduğu vurgulanmaktadır (Lomax, 1989). Bu dönemde bebeklerin

davranışlarında ie alım ve doyum öncelikli bir yere sahiptir. Ancak bu sadece doyumunu amaçlayan tek taraflı bir “alış”tan çok, insan ilişkilerinin özgül özelliklerinden biri olan, yaşamın erken dönemlerinde başlayan bir “alışveriş” tir. Bu dönem içinde alışverişte dengenin olmaması sadece veren (zgeci) veya yalnızca almayı düşünen (bencil) bir kişiliğin oluşmasına yol açabilmektedir. İştah ve yeme ile ilgili bozukluklarının birçoğunda bu dengesizliğin izlerine rastlanmaktadır (Odağ, 2011). ocuklarının her ağlamasına ve rahatsızlığına her zaman meme veya biberonla cevap veren anneler bu şekilde onların oral doyum ve yaşantı açlığını şartlandırarak ileriki zamanlarda stresli durumlarla karşılaştiklarında oral doyum aramalarına sebep olurlar (Schecter, 1985).

Wilson, aşırı kilolu hastaları etkili bir biçimde iyileştirebilmek için genellikle aşırı kiloluğun başlıca nedeni olan dürtü kontrol bozukluğunu, bağımlı kişilik yapısını ve çocukluk alışkanlıklarını anlamının gerekli olduğunu belirtmektedir. Aşırı kiloluğun bir çeşit bağımlılık olduğuna, parmak emme, tırnak yeme, sa yolma, enkoprezis, enürezis gibi dürtü kontrol bozukluklarıyla sıklıkla birlikte belirlediğine dikkat çekmiştir. Ayrıca Wilson, egonun yeme bozukluklarında kullandığı savunma mekanizmalarını, çocukluktaki alışkanlıkları ve dürtü bozukluklarıyla da savaşırken kullandığını ve aşırı kilolu hastaların ego yapısında bölünme, inkar, bilinçten uzak tutma, dışsallaştırma ve yer değiştirme ve doğruyu söylememe gibi savunma mekanizmaların önemli yere sahip olduğunu belirtmiştir (Wilson, 1992).

Obezite sorunu yaşayan hastalar arasında çok geniş ve dinamik yapısal farklılıklar olmasına rağmen bu hastaların ego yapıları belirgin olarak anoreksi hastalarından ayırt edilebilmektedir. Obez hastaların ego yapılarında yalnızca oral dürtülerde değil tüm dürtülerde hata mevcuttur. Süperego yapıları sınırlayıcı, bulimik ve anorektik hastalarinki kadar kontrolü ve mükemmeliyetçi değildir. (Wilson, 1992).

Psikoanalitik teorilerde normalden fazla yemenin güçlü kompulsif, motive edici niteliklere sahip olduğu kabul edilmekte olup aşırı yemenin, anksiyete ve depresyon ile bir başa çıkma tepkisi olarak ortaya çıktığı düşünülmektedir. Obez kişilerin aşırı yemek davranışıyla anksiyete ile başa çıkmayı öğrendikleri ve obez kişilerin bu kişilik özelliklerinin alternatif baş etme becerileri geliştirmelerine engel olduğu öne sürülmektedir (Wilson, 1992). Bir başka araştırma ise obeziteyi, kişinin kendisiyle ve diğer kişilerle kurduğu ilişkilerde karşılaştığı güçlüklerle baş etmesinin bir yolu olarak tanımlamaktadır. Obez birey, bir başka şekilde ozemediği veya ifade edemediği bilinçdışı çatışmalarını aşırı yeme ile ortaya koymaktadır (Kornhaber, 1970).

### 1.3.4.2.Öğrenme Kuramına Göre Obezite

Besinle ilgili ipuçları (örneğin, görsel, koku alma, tatlılık) ile yeme sonrasındaki sonuçların arasındaki ilişki hakkında deneyim sahibi olmak kuşkusuz beslenme davranışını etkiler (Kanoski, 2012). Klasik koşullanmada yeme davranışları diğer faaliyetlerle ilişkilendirilir. Örneğin, kişi akşam haberlerini izlerken “nachos” yemeye başlaması ile koşullu davranış oluşmaya başlar. Bu iki davranış (“nachos” yeme ve haberleri izleme davranışı) tekrar tekrar deneyimlenirse, birbirleriyle çok güçlü bir şekilde eşleşirler. Bu eşleşmeden sonra artık bu iki davranış tek olarak oluştuklarında eşleştikleri diğer davranışın ortaya çıkmasını tetikler duruma gelir (Collins ve Bentz, 2009). Böylece kişi koşullanarak o davranışı gerçekleştirdiği sırada hangi yeme davranışını gösteriyorsa onu ortaya çıkarır. Bu bağlamda özellikle hayvan modellerinden elde edilen kanıtlarda koşullandırılmış gıda ile ilişkili ipuçlarının varlığında besleme davranışının uyarılabileceğini göstermektedir (Kanoski, 2012).

Bazı gıdalar ise diğer gıdalardan daha çok tercih edilir çünkü bu gıdaların daha keyif verici olduğu düşünülmektedir dolayısıyla bunların ihtiyaç veya açlıktan bağımsız olarak tüketilmesi daha muhtemeldir. Birey, stresini geçici olarak hafifletebilmek için gıdayı ödül olarak kullanmayı tekrarlanan bir davranış haline getirir. Böylece bu durum, kişiye rahatsızlık hissi veren olumsuz duyguları azaltmak amacıyla uygunsuz yeme alışkanlıklarının olumsuz pekiştireç olarak kullanılmasıyla beliren öğrenilmiş bir durum halini alır (Aydın, 2012).

Erken çocukluk yıllarında ise bazı aileler aşırı kilolu çocukların daha mutlu ve sağlıklı olduğunu düşünür. Birçok çocuk ailesini memnun etmek için fazlaca yer. Ebeveynler çocuklarına fazla miktarda yiyecek tüketmeleri hususunda sözlü veya sözsüz mesajlar iletir ve bu şekilde çocuklar fazla yemeyi öğrenir ve böyle davrandıkça da ödüllendirilirler. Aşırı kilolu çocuklar ödülün ertelenmesini, özellikle yiyecek ödülllerinin ertelenmesini kabul etmezler ve bu zevkli ödülleri erteleyememe durumu en sonunda aşırı yemeye sebep olur. Eğer anne ve babalar çocuklarının kendi kendilerini ayarlayabilme yeteneklerini görmezden gelirlerse, onların yeme davranışları üzerinde kontrol ya da aşırı bir hakimiyet kurmaya çalışırlarsa, çocuk bu kabiliyeti kazanamaz ve yeme davranışı üzerinde içsel ve kişisel denetimler geliştiremez (Schaefer ve Millman, 1981).

Aşırı kilolu ebeveynleri model olarak öğrenme de sıkça görülen bir durumdur. Şişman ebeveynlerin şişmanlığa sebebiyet veren yaşam tarzlarını benimseyen şişman

çocukları vardır. Aşırı miktarda ve yanlış türde yiyecek tüketimi tipiktir. Şişmanlatıcı yiyecekler şişman aile yaşantısının bir parçasıdır.

#### 1.3.4.3. Bilişsel Kurama Göre Obezite

Son yıllarda yeme bozukluklarının bilişsel davranışsal bakış açısıyla ilgili çalışmalar önem kazanmaya başlamıştır. Bilişsel model, hastanın duygu durumunu ve davranışını etkileyen işlevsiz düşüncelerin psikolojik bozukluklara sahip olan bireylerde yaygın olarak var olduğunu savunmaktadır. Beck (2014)'in modeline göre bu uygun olmayan bilişler, belirli durumlarda ortaya çıkan, dünyayı, benliği ve geleceği içeren otomatik ve spesifik düşüncelerle ilgili genel inançları veya şemaları içerir.

Bilişsel teorinin en önemli kavramı şema tarafından düzenlenen düşünce yapısıdır. Bu yapı kişinin hafızasında ve bilişsel işleyişinde organize olmuş bütün bilgileri kapsayan bir yapı olarak varsayılır. Ancak bu bilgi yapıları kolaylıkla önyargılı, uyumsuz ve kendine zarar verici düşünce ve davranışlarla birlikte işlevsiz bir amaca hizmet edebilir (Williamson vd., 1999). Bireyler vücut ölçüleri ve yemek yeme ile ilgili aşırı endişeler üzerine kurulu işlevsiz şemalar gelişebilir (Cooper ve Fairburn, 1993).

Vücut şeması bireysel bir şema olarak düşünülür. Şema, bilgi işleminde etkin bir rol almaya başladığında, işlevsiz bilişler bireysel anlamlar içeren vücut şemasını etkisi altına alabilir. Bu işlemin otomatik olarak gerçekleştiği varsayılır. Farkındalık ötesinde önyargı, dikkat, yargılama, bellek ve beden imgesini içeren bütün fonksiyonlarda bu bilişler yorulur böylece önyargılı şematik biliş katkı sağlanır. Bu nedenle, bilişsel-davranışsal teori, vücut ağırlığı / şekli ve yeme ile ilgili hatalı bilişleri öngörür (Williamson, 1996).

Bilişsel davranışçı terapi (BDT) kişinin kilo vermesini engelleyen ve/veya kilo verdikten sonra kilosunu korumasına mani olan düşünce ve davranışlarını saptayıp, bunların daha sağlıklı ve işlevsel olanlarıyla değiştirilmesini hedeflenmektedir (Çakmak ve Dönmez, 2014). Obez kişilerin kendileri ve kendi bedenleri hakkında olumlu olmayan inançları vardır (Jacobson ve Melynt 2011; Santos vd., 2011). Diğer yeme bozukluklarında da görülen ve bireylerde var olan bozukluğun meydana çıkması ya da sürdürülmesine katkı sağlayan düşünce hatalarının, obezite üzerinde de ortaya çıkması ve sürdürülmesi hususunda etkisi vardır. Beck, Beck Diyet Çözüm kitabında bu düşünce hatalarına “baltalayıcı düşünceler” şeklinde yer verir. Beck (2010)'e göre baltalayan düşünceler özellikle diyet yapmayı pek çok biçimde zorlaştırır. Baltalayıcı düşünceler ile yararlı düşünceler arasındaki tartışma kişinin içinde sürüp giderken kişi gerginleşebilir. Bu gerginlik tatsızdır çünkü genellikle bu gerginlikle başa çıkmakla için kişi yemeyi tercih eder. Bir başka deyişle baltalayan

düşünceler kişiyi yemeye zorlar. Bu baltalayıcı düşünceleri sağlıklı bir şekilde saptamak ve gerekli olan yanıtı vererek bu düşünceleri tersine çevirme yetisi kazanabilmeyi amaçlamak doğru olacaktır. İnsanlar düşüncelerini daha gerçekçi ve daha işlevsel bir yolla değerlendirmeyi öğrendiklerinde, duygu durumlarında ve davranışlarında iyileşme yaşamaktadır (Beck, 2014).

#### **1.3.4.4. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel Sınıflandırma Elkitabı -5**

##### **(DSM-5) 'e Göre Obezite**

DSM- 5 de obezite ruhsal zihinsel bir bozukluk olarak yer almamaktadır. Buna rağmen obeziteyi psikiyatrik adlandırmak için çeşitli nedenlerin var olduğu düşünülmektedir. Birincisi, obezite ile ilişkili davranışlar hem yeme bozuklukları hem de madde kullanım bozuklukları ile ilişkili davranışlarla benzerlikler göstermektedir bunun yanı sıra zayıf ve obez bireylerde yeme ile ilgili beyin görüntülerine bakıldığında farklı beyin yanıtlarının olduğunu belgeleyen bulgular obezitenin zihinsel bir bozukluk olarak ortaya çıkmasına neden olmuştur. Ancak hali hazırda DSM-5'e obeziteyi eklemek için yeterli kanıtın mevcut olmadığı düşünülmektedir (Marcus ve Wildes, 2012).

Obezite ile çeşitli psikiyatrik bozukluklar arasındaki ilişkiyi ortaya çıkaran araştırmalar bulunmaktadır. Son zamanlarda ise obezite oranlarında gözlemlenen artışla beraber obez bireylerde sıkça aşırı yeme ve tıkanırcasına yeme davranışlarının ortaya çıktığı görülmekte ve bu ilişkiden yola çıkarak obezitenin bir çeşit yeme bağımlılığı olarak tanımlanmasına ilişkin ifadeler gündeme gelmektedir (Moreno ve Tandon, 2011). Mevcut kanıtlar obezitenin özellikle tekrarlayan aşırı yemek yeme, kilo alımı ile ilişkili olduğunu göstermiştir. Günümüzde yaygın bir şekilde kabul gören yaklaşım ise tedavi için başvuran obez bireyler arasında farklı bir alt grup olduğu yönündedir. Bu bireylerde psikopatoloji ve tıkanırcasına yeme davranışlarının tedaviye başvurmayanlara göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Aslan ve Ünal 1995). Tıkanırcasına Yeme Bozukluğu, DSM-4' te "Başka Türü Adlandırılmayan Yeme Bozuklukları" başlığı altında kendisine yer bulmuştur (Amerikan Psikiyatri Birliği, Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı-IV, 2000). DSM-5'te ise "Beslenme ve Yeme Bozuklukları" bölümünde kendine ait tanı kriterleri bulunan bir yeme bozukluğu olarak tanımlanmıştır (Amerikan Psikiyatri Birliği, Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı 5, 2014). Tıkanırcasına Yeme Bozukluğu ile obezite arasında güçlü bir ilişki vardır (Hudson vd., 2007). Dolayısıyla, anormal yeme ile karakterize bir obezite fenotipi için DSM'de zaten bir teşhis vardır. Ancak yine de DSM-5'e

Tıkanırcasına Yeme Bozukluğu'nun dahil edilmesi obezite sorununu psikiyatrik bir bozukluk olarak tamamen ele almaz (Marcus ve Wildes, 2012).

Bazı bireylerdeki yeme paterni, tolerans, karşı duyarlılaşma (cross-sensitization), yoksunluk ve aşırı istek gibi madde bağımlısı bireylerin özelliklerini hatırlatmaktadır. Kompulsif yemek yiyenler ve obez bireyler, özellikle tıkanırcasına yeme bozukluğu olanlar, belirli yiyeceklerin tüketimine uyarlanan DSM-IV madde bağımlılığı kriterlerini karşılamaktadırlar. Aşırı yemenin DSM-5'te bir bağımlılık bozukluğu olarak sınıflandırılması önerilmiştir (Lee vd., 2013) Bu bağlamda sunulan obezitenin bağımlılık modelinde, özellikle lezzetli gıdalar madde kullanım bozukluklarında görülenlerle benzer şekilde merkezi ödül nevro-devrelerini aktif hale getirmektedir (Volkow vd., 2008). Buna ek olarak, tüm obez bireyler gıda bağımlılığı veya madde kötüye kullanımı ile tutarlı davranış kalıplarını rapor etmez (Marcus ve Wildes, 2012).

Obezite ile psikiyatrik bozukluk arasındaki ilişki yeme bozuklukları ve madde kullanım bozuklukları ile sınırlı değildir. Genellikle normal kiloya sahip bireylere oranla obez bireylerde anksiyete ve depresyon gibi psikolojik belirtilerin daha fazla olduğu saptanmıştır (Onyike vd., 2003; Simon vd., 2006; Simon vd., 2008; Zhong vd., 2010). Obezite ve psikopatoloji arasındaki ilişkiyi konu alan araştırmalarda, obez bireylerde özellikle post travmatik stres bozukluğu, anksiyete bozuklukları, sigara bağımlılığı, depresif bozukluk ve yeme bozukluklarına sıkça rastlandığı görülmüştür (Black vd., 1992; Scott vd., 2008). Bazı araştırmalarda ise obezite sorunu yaşayan kişilerde belirgin bir psikiyatrik bozukluk bulunmakta olduğu, başta pasif agresif kişilik bozukluğu olmak üzere kişilik bozukluklarının sıklıkla görüldüğü belirtilmiştir (Tedesso ve Schievel, 1975).

Obezite ile ilişkisi olduğu düşünülen bir başka bozukluk ise gece yeme sendromudur. Obezitenin uyku bozuklukları ile ilişkisinin araştırıldığı çalışmalarda, obezite üzerinde gece yeme alışkanlıklarının ve uykuyla ilişkili yeme bozukluklarının önemli bir yer tuttuğu tespit edilmiştir (Orhan ve Tuncel, 2009). Gece yeme sendromu (GYS) ilk kez Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabının beşinci baskısında (DSM-5) başka yerde sınıflandırılmayan beslenme ve yeme bozukluğu başlığı altında ifade edilmiştir (DSM-5, 2014). GYS'nin genel popülasyondaki yaygınlığı % 1,5 olarak öngörülmekte olup, obez bireylerde ise %6-16 arasında görüldüğü belirtilmiştir (Lundgren vd., 2006; Stunkard vd., 1996; Cerú-Björk vd., 2001). Ancak GYS, ilk olarak obezite literatüründe tanımlansa da sadece bu grup ile açıklanamamaktadır (Orhan ve Tuncel, 2009). Tüm bunlara ek olarak; obezite, duygudurum bozukluklarıyla ortaklaşa, iştah artışı, aktivite düzeylerinin azalması

ve uyku bozukluğu gibi bir takım semptomatik özelliklere sahiptir. Gerçekten de, kilo durumundaki veya yeme davranışındaki değişiklikler, majör depresif ataklar, distimi ve sınırda kişilik bozukluğu için mevcut DSM kriterlerinde yer almaktadır (DSM-5, 2014). Ancak Yeme Bozuklukları Çalışma Grubu, obezitenin DSM-5'e dahil edilmemesi gerektiğine karar vermiştir. Obezite, heterojen bir durumdur ve kompleks ve tam olarak anlaşılammış bir etyolojiye sahip olduğundan zihinsel bir bozukluk olarak kabul edilmemesi gerektiği düşünölmüştür (Marsha vd., 2012).

#### **1.4.ÇOCUKLUK ÇAğI TRAVMALARI**

Çocuk istismarı/i hmali sıklıkla rastlanılan ve çocukların yaşamlarında acıklı olaylarla sonuçlanabilen bir problem olarak kabul edilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü çocuk istismarını,“ bir yetişkin eliyle bilerek veya bilmeyerek yapılan ve çocuğun sağlığına, fiziksel ve psikososyal gelişimine negatif biçimde tesir eden davranışlar” olarak değerlendirmektedir. DSÖ raporlarına göre aile içinde gelişen travmalar 4 ana başlıkta incelenir bunlar; fiziksel, cinsel ya da duygusal istismar ve ihmal (fiziksel ya da duygusal ihmal) olarak tanımlanmaktadır (Kırımsoy vd., 2013).

##### **1.4.1. Fiziksel İstismar ve İhmali**

Fiziksel istismar, 18 yaşından küçük çocuk ya da gencin ana babası ya da bakımından sorumlu farklı birey aracılığıyla sıhhatini bozacak şekilde fiziki hasara maruz kalması, yara alması veya yara alma riski taşımasıdır. Bu bozukluk; el ile veya bir objeyle darp ederek, döverek, çarparak, yakılarak, hırpalayarak veya ısırılmak yoluyla meydana gelebilmektedir (Kaplan vd., 1999; Taner ve Gökler, 2004). Fiziksel ihmal, 18 yaşın altında çocuk ya da gencin verimsiz gıda alımı, giyinmek, temizlik veya bakım verme neticesinde zarar görmesidir (Kaplan vd., 1999). Bunlarla beraber çocuğun hasta olduğunda doktora götürölmemesi veya zamanında götürölmemesi, aşı takvimine ve iyileştirme tavsiyelerine uyulmaması gibi konular, evden uzaklaştırma, evden kaçmış olan çocuğu reddetme ve benzeri durumlar ihmali yansıtmaktadır (DSÖ, 2002, 2006).

#### 1.4.2. Cinsel İstismar

Çocuğun bir erişkince; seksüel tatmin ve doyum için istismar edilmesi, fuhuş yaptırmaya çalışılması, pornografi gibi kabahatlerde cinsel obje olarak kullanılması, çocuğun genital bölgelerine dokunma, teşhircilik, cinselliğe teşvik eden konuşmalardan cinsel ilişkiye kadar çok geniş yelpazedeki tüm davranışları kapsamaktadır (Jacobi vd., 2010).

#### 1.4.3. Duygusal İstismar ve İhmal

Duygusal istismar, etraftaki erişkinlerce yapılan, çocuğun şahsiyetini yıpratıcı, duygusal gelişimini önleyici fiiller veya eylemsizlikler olarak tarif edilir. Çocuğa bağırma, istememe, hor görme, küfretme, tek başına bırakma, şaşırtma, ürkütme, bezdirme, gözdağı verme, duygusal ihtiyaçlarını gidermeme, gereğinden olgun mesuliyet bekleme, kardeşler arasında ayırım gözetme, kıymet göstermeme, mühimsemezlik, küçük düşürme, alaylı konuşma, lakap takma, aşırı baskı ve tahakküm etme gibi davranışlar örnek olabilir. Ayrıca aile içinde kestirilemeyen yanıtlar, sürekli olumsuz duygulanım ve uyumsuzluk hali, ikircikli iletişimin olması, anne babalardan onaylama, sevgi, ilgi ve itimat duygusunun temin edilememesi de buna dahildir (Tıraşçı ve Gören, 2007; Faleiros vd., 2009).

#### 1.4.4 .Çocukluk Çağı Travmalarının Epidemiyoloji

Dünyamızda birden fazla ülkede yürütülen araştırmalar çocukların değişik zeminlerde bambaşka insanlarca istismar edildiğini ortaya koymaktadır (Jacobi vd., 2010). Tüm dünyadaki yetişkinlerin yaklaşık çeyreği çeşitli şekilde çocuk istismarına maruz kalmıştır, fiziksel istismar sıklığı %36,3, duygusal istismar %16,3, fiziksel ihmal %16,3 olarak bildirilmiş olup cinsiyetler arasında anlamlı farkın olmadığı bildirilmektedir (DSÖ 2014).

Ülkemizde Bulut (1996)'un yurt çapında yürüttüğü çalışmalarda çocukların %45'nin ihmal ve istismara maruz kaldığı belirtilmiştir. En çok tespit edilen istismar türü fiziksel istismardır. Çocukların %65,72'si fiziksel istismara maruz kalmaktadır (Bulut, 1996; Çocuk ve Gençlik Merkezi, 2006). 1998 yılında Başbakanlık Aile Araştırma Kurumunun (BAAK) yaptığı çalışmaya göre çocukların %46'sının istismara maruz kaldığı belirtilmiştir (Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu (BAAK), 1995).

Türkiye'de UNICEF iş ortaklığıyla gerçekleştirilen "Türkiye'de Çocuk İstismarı ve Aile İçi Şiddet Araştırması" adlı çalışmada Mayıs-Ağustos 2008 zaman dilimleri arasında 61



ilde, toplam 1328 hanede 7-18 yaş aralığındaki 1886 çocukla (%54 erkek, %46 kız) görüşmeler yapılmıştır. Bu çalışma çerçevesinde duygusal istismar sıklığı %49, fiziksel istismar %56, cinsel istismar %9 olarak bulunmuştur (UNICEF, 2010).

Arnavutluk, Bosna Hersek, Bulgaristan, Hırvatistan, Makedonya, Yunanistan, Romanya, Sırbistan ve Türkiye’de Balkan Epidemiological Study on Child Abuse and Neglect (BECAN) Çocuk İhmal ve İstismarı (Çİİ) Epidemiyolojik Çalışması sonuçlarına göre hayat boyu ruhsal olumsuz çocukluk dönemi deneyim sıklığı %70,4, fiziksel istismar sıklığı %58,1 ve ihmal sıklığı da %42,4 olarak bildirilmiştir. Son bir yıl içindeki sıklıklar ise sırasıyla %62,7, %46 ve %37,5 olarak bildirilmiştir. En yaygın görülen fiziksel istismar davranışları çimdikleme, acı biber sürme, kulak çekme (% 35), tokat atmak (%29)’tır. Sıklıkla tespit edilen duygusal istismar davranışları bağırma, aşağılama, kendini kötü hissetme yüzünden çocuğu suçlama, diğer çocuklarla karşılaştırma ve hayalet, öcü ve benzeri varlıkları çağırma ile korkutma olarak belirlenmiştir. İhmal olarak çocukların kendilerini önemsiz hissetmeleri (%31) en yaygın kategori olarak ifade edilmiştir. Aile içi şiddete seyirci kalan çocukların sıklığı %30,9’dur. Katılımcıların %50’si üç veya daha fazla kez duygusal veya fiziksel şiddete maruz kaldıklarını belirtmiştir (Balkan Epidemiological Study on Child Abuse and Neglect (BECAN), 2014).

#### **1.4.5 .Çocukluk Çağı Travmalarının Komplikasyonları**

Çocukluk dönemindeki olumlu olmayan deneyimlere ait psikolojik etkiler uzun müddet sürmektedir. Örselenme deneyimlerinin devamlılığı ve sertliği, psikopatolojinin çeşitliliğini ve sıklığını çoğaltmaktadır. Sonraki yaşlarda meydana gelebilen psikiyatrik problemler başlıca; dissosiyatif bozukluklar, kişilik bozuklukları, alkol-madde kullanımı ile ilgili bozukluklar, duygu durum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, somatoform bozukluklar, travma sonrası stres bozukluğu, yeme bozukluklarıdır. Ayrıca kendine fiziksel zarar verme davranışı ile intihar girişiminin de sıklıkla olduğu belirtilmektedir (Katerndahl vd., 2005; Bryer vd.,1987; Van der Kolk vd., 1991).

Bu çocuklarda uzun dönemde yeme bozuklukları, agresiflik ve şiddete eğilim, duygusal gerilim durumlarında olumlu cevap vermeme, alkol ve ilaç tüketmeye eğilim gibi zihinsel ve bedensel hastalık riskinin yükselmiş olduğunu göstermiştir (Hart vd., 2002). Çocukluk çağı ruhsal travmaları ile erişkin dönem obezitesi, sigara tüketimi, fiziksel hareketsizlik gibi risk etmeleri, kalp, akciğer, karaciğer hastalıkları, tip 2 diyabet ve

depresyon sıklığı arasında bağlantı olduğu gösterilmektedir (Williamson vd., 2002; Felitti vd., 1998).

#### **1.4.6 .Çocukluk Çağı Travmaları ve Erişkin Dönem Obezitesi**

Rorty ve Yager'in stres-diyatezi modeline göre, çocukluk çağı istismarının her biçimi bireylerin daha sonraki psikolojik güçlüklerinin gelişimi için temeller oluşturur. Tüm bu deneyimler kişinin benlik algısına ve benliğini yönetme yeteneğine zararlar vererek kişiyi psikopatolojiye yatkın hale getirir. Bu deneyimler mizaç özellikleri, aile disfonksiyonu ve çevresel faktörler gibi durumlarla etkileşerek kişinin yeme patolojisi oluşturması konusunda nedensellik yaratır (Rorty ve Yager, 1994). Son yıllarda yapılan araştırmalara göre, çocukluk çağında travmatik olaylara maruz kalmanın, erişkin dönem obezitesi için de bir risk etmeni olduğu belirlenmiştir (Marti vd., 2004).

Grilo ve Masheb'in 145 obez hastayla yaptıkları çocukluk çağı travmalarını inceleyen çalışmalarında, %89'unun bir dönemde kötü davranışlara maruz kaldıkları tespit edilmiştir. Ayrıca hastaların %59'unun duygusal istismara, %36'sının fiziksel istismara, %30'unun cinsel istismara, %69'unun duygusal ihmale, %49'unun fiziksel ihmale maruz kaldıklarını belirlemişlerdir (Grilo ve Masheb, 2001).

Çocukluk dönemi cinsel kötüye kullanımı olan kişiler kilo artımına neden olan bir yaşam biçimini seçmektedirler. Bu şekilde normalden fazla kilolu ya da obez bir fert durumuna gelerek cinsel bakımdan daha az alımlı olup, kendilerini sonraki zamanlarda meydana gelebilecek olası cinsel kötüye kullanım risklerini önlemek istedikleri açıklanmaktadır. Diğer yanda istismara veya şiddete bağlı olarak birey aşırı vücut ağırlığını, vücudunu dış etkenlerden koruyan bir zırh olarak görme eğilimindedir (Danielle vd., 2013).

Çocukluk dönemi travmatik yaşantı deneyimlerinin obeziteye etkisini araştıran bir çalışmada, erkeklerde fiziksel istismar sıklığı %31, obez olmayanlarda %9 ve duygusal istismar obez bireylerde %17 obez olmayanlarda %2 olarak bulunmuştur (Bernard vd., 2009).

Bariatrik cerrahi yapılan 187 morbid obez bireyin katıldığı çalışmaya göre katılımcıların %61'i çocukluk çağı kötüye kullanımı bildirirken benzer bir çalışmada cinsel istismar sıklığının %21,8 olduğu rapor edilmiştir (Lewis, 1992; Mamun vd., 2007).

Başka bir çalışmada ise genç erkek erişkinlerde; çocukluk çağı travmalarının kilolu olma ve obezite riskini artırdığı belirtilmiştir. Kadınlarda ise yeme problemi ve yeme

davranışı bozukluğu prevalansının yüksek olduğu bildirilmiştir (Mason vd., 2013). Ulusal Hemşire Sağlık Araştırması II (Nurses Health Study II- NHSII)'ye göre istismar yaşayanların sıklığı %8'dir ve %5,3'ü cinsel istismardır. Fiziksel ve cinsel istismar yaşayanların diğer katılımcılara göre yeme bağımlılığı sıklığının %90 yüksek olduğu tespit edilmiştir (Paul vd., 2008).

Travmanın türüne yönelik bazı araştırmalarda ise fiziksel istismar cinsel istismara göre daha çok mevcut depresyonla ilişkili bulunmuştur. İhmal gibi travmatik deneyimlere göre fiziksel ve cinsel istismarın hem obezite hem depresyon gelişimiyle daha güçlü ilişkisi bulunmuştur (Claudia ve Larger, 2012). Başka bir araştırmada ise yüksek Çocukluk Çağı Travma Ölçeği (CTQ Childhood Trauma Questionnaire) puanı mevcut depresyon ve artmış kortizon düzeyleriyle ilişkili bulunmuştur. Diğer yandan çocukluk çağı istismarı olan çocuklarda leptin seviyeleri düşük ve C reaktif protein (CRP) düzeyleri anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Travmatik deneyimler erişkin dönem kronik inflamasyon ve yağ doku artışıyla ilişkilendirilmiştir (Şahin, 2001).

#### **1.4.7. Duygusal İstismar/İhmal ve Erişkin Dönem Obezitesi**

Duygusal istismarın genellikle kendi kendine değil de öteki istismarlarla (özellikle fiziksel istismarla) beraber olması ve önceliğin öteki istismar çeşitlerine verilmesi, duygusal istismarın hem tarif edilmesine hem de tanınmasına engel olmaktadır (Dinleyici ve Dağlı, 2016). Tüm bunlara rağmen çocukluk çağı duygusal istismarı son zamanlarda daha dikkat çekici hale geldi. Bunun nedeni duygusal istismar ve ihmalin çocuk ve ergenlerde en sık karşılaşılan istismar ve ihmal türü olmasından kaynaklanabilir. Ancak fiziksel ve cinsel istismara göre daha az zararlı olduğu düşünüldüğünden epey zaman konu hakkındaki incelemeler sınırlı kalmıştır (Taner ve Gökler, 2004).

Fiziksel ve cinsel istismar tiplerinin önemli bir kısmına duygusal istismar ve ihmal de eşlik etmektedir. Fiziksel istismar ve ihmal vakalarının %90'ında duygusal istismar ve ihmal bulunduğu saptanmıştır. Fiziksel ve cinsel istismarın olmadığı durumlarda da duygusal istismar ve ihmal gerçekleşebilir. Bunlarla birlikte; duygusal istismar ve ihmale maruz kalan çocuklarda çok fazla duygusal, davranışsal, gelişimsel ve sosyal bozuklukların belirdiği ifade edilmektedir. Bu tür istismar ve ihmal, uzun dönemde psikolojik durum üzerinde öteki istismar ve ihmal tiplerine göre daha fazla tesire sahiptir (Taner ve Gökler, 2004). Ayrıca, duygusal istismar ya da psikolojik örselenme diğer tüm istismar türlerini

şemsiye misali altında toplar. Tek başına var olduğu gibi fiziksel ve cinsel istismarın zararı son bulduğunda bile duygusal istismar sürebilir (Polat, 2001).

Çocukluk çağında yaşanan duygusal istismarın, yetişkinlik dönemindeki düzensiz beslenme tutumları ve davranışlarıyla ilişkili olduğu belirtilmiştir (Kent vd., 1999; Rorty vd., 1994). Kent ve arkadaşlarının 1999 yılında, herhangi bir yeme-rahatsızlığı olmayan kadınların çocukluk çağı travma deneyimlerini değerlendirmek ve bu bildirilen deneyimin sağlıklı beslenme tutumlarıyla ilişkili olup olmadığını belirlemek amacıyla yaptıkları araştırmada; her türlü istismar türünün yeme tutumları ile ilişkisi olmasına rağmen yeme patolojisi üzerindeki en önemli belirleyicinin duygusal istismar olduğunu göstermişlerdir (Kent vd., 1999). Travmanın diğer türlerinin ise sadece duygusal istismar ile güçlü bağıntılarının bir sonucu olarak yeme tutumları üzerinde bir etki yaratmış olduğu görülmektedir. Kent ve Waller (2000) araştırmalarını daha da geliştirerek; yeme patolojisi ve çocukluk çağı duygusal istismarı arasındaki ilişkiyi ikili bir modelle açıklamışlardır. Bu modele göre çocukluk çağı duygusal istismarı kişide psikolojik ve fizyolojik sonuçlara yol açan ve onları yeme bozuklukları yaşamalarına yatkın hale getiren nedensel faktörlerden biridir. Bir diğer öngörü ise çocukluk çağı duygusal istismarı yeme patolojisi üzerinde doğrudan nedensel bir etki oynamaktan ziyade diğer travma türlerinin üzerinde bir tesir göstererek aracı bir rol üstlenmiş olabilir. Bir başka deyişle diğer istismar türleri duygusal olarak zarar verici bir ilişki bağlamında ortaya çıktıklarında daha patolojik sonuçlara neden olabilir.

Kennedy ve arkadaşlarının (2007) yaptığı bir başka araştırmada ise çocukluk çağında duygusal istismar yaşamış bireylerin ileriki yaşantılarında düzensiz yeme alışkanlığı belirtilerine sahip oldukları görülmüştür. Çocukluk çağı duygusal istismarının yeme patolojisi üzerinde doğrudan etkiye sahip olduğu belirtilmiştir.

Duygusal istismara uğramış olan çocuklarda normal zihinsel kapasite olmasına nazaran, öğrenme güçlüğü ve dikkat dağınıklığı gibi problemler gözlenmektedir. Dolayısıyla duygusal istismar çocuğun hem kişiliğini hem de akademik başarısını olumlu olmayan bir yönde etkilemektedir (Paavilainen ve Tarkka, 2003).

Duygusal istismar ile yeme bozuklukları, obezite, tip 2 diyabet, sigara ve alkol kullanımı arasında ilişki olabileceği ifade edilmektedir. Ayrıca duygusal istismar ile kardiyovasküler hastalıklar, migren ve şizofreni ile de ilişki olabileceği düşünülmekte olup, bu konuda çalışmalar sürdürülmektedir (DSÖ, 2013).

### 1.5. Yeme Tutumunun Obezite Üzerindeki Etkisi

Obezite sorunu yaşayan kişilerin yaşamayanlara göre uyarılma eşiklerinin daha düşük olduğu kabul edilmektedir. Bu kişiler dışarıdan gelen etkilere daha rahat ve çokça cevap verirler. Bu kimseler obezite problemi yaşamayan kişilere nazaran yoğun stres ve diğer duygusal tetikleyicilere karşı daha fazla bir uyarılma örneği sergilerler. Bu kimselerdeki uyarılabilirlik eşiğinin düşük oluşu, dış tetikleyicilere cevap vermedeki artışla bir araya gelince bu durum aşırı yeme ile neticelenebilir. Uyarılabilirlik eşiği düşük olan kişiler yiyeceklerle ilgili uyarıların bulunduğu yerlerde diğer bireylere göre bu uyarılara daha kolay ve daha fazlaca cevap vermektedirler (Saygılı, 1999).

Çalışmalar obezlerde yeme tutumları ile anksiyete düzeyleri arasında ilişki olduğunu; obez bireylerin, anksiyeteye neden olan koşullarla karşı karşıya kaldıklarında kilo sorunu yaşamayanlara oranla anlamlı biçimde daha çok yemek tükettiklerini göstermiştir. Obezlerin tahminen %10'unda günlük olumsuz dış etkenlerle meydana gelen sabahları yemek yemede isteksizlik, kaliteli uyuyamama ve gece yeme davranışı tespit edilmiştir. Bu tarz eğilimler stres altında açığa çıkar ve stres ortadan kalkıncaya kadar devam eder. Açlık dürtüsü var olmadan meydana gelen aşırı yemek yeme isteği esnasında kontrolü yitirme duygusu deneyimlenir ve normalin üzerinde besin tüketilir. Bahsi geçen şekilde yeme düzeni olan obez bireylerin obezite tanı grubu içinde farklı bir alt kategoride yer aldıklarını düşünenler çoğunluktadır (Lomax, 1989; Saygılı, 1999).

### 1.6. Amaç ve Varsayımlar

Bu çalışmanın temel amacı obez bireylerin travmatik geçmiş yaşantılarının erişkin dönemdeki yeme tutumları üzerindeki etkisinin değerlendirilmesidir. Bu amaç doğrultusunda; obezite tedavisi için polikliniğe başvuran obez bireylerle, obez olmayan kontrol grubunun çocukluk çağı yaşantıları, yeme tutumları ve sahip oldukları psikiyatrik semptomları bakımından karşılaştırıldıklarında; obez bireylerin çocukluk çağında daha fazla duygusal istismara maruz kaldıkları, daha fazla psikiyatrik semptoma sahip oldukları ve yeme tutumlarında daha fazla bozulmalar olduğunun görülmesi varsayımı araştırılmıştır.

Bu araştırmada aşağıdaki sorulara cevap aranmıştır;

Obez bireylerle obez olmayan bireyler sosyo-demografik özellikleri bakımından karşılaştırıldıklarında anlamlı bir farklılık var mıdır?

Obez bireylerin çocukluk çağı travma düzeyleri nelerdir?

Obez bireylerin çocukluk çağı travma düzeyleri ile cinsiyetleri arasında anlamlı bir ilişki mevcut mudur?

Obez bireylerle obez olmayan bireyler arasında çocukluk çağı travma düzeyleri bakımından anlamlı bir fark var mıdır?

Obez bireylerin çocukluk çağında en çok karşılaştıkları travma türü nedir?

Obez bireylerde duygusal istismar ve ihmale maruz kalmış olmak ile erişkin dönemlerinde obez olmaları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

Obez bireylerin obez olmayan bireylere göre yeme tutumlarında daha fazla bozulmanın olduğu görülmekte midir?

Obez bireylerle obez olmayan bireyler arasında psikiyatrik semptoma sahip olma bakımından anlamlı bir fark mevcut mudur?

Obez bireylerde en sık hangi psikiyatrik semptom görülmektedir?

## 2. YÖNTEM ve GEREÇLER

### 2.1.Örneklem Grubu

Bu çalışmanın örneklemini İstanbul'un Kartal ilçesindeki Türk Kızılayı'na bağlı Kartal Kızılay Tıp merkezinde diyet ve beslenme polikliniğine tedavi için başvuran 18 yaş üzeri 51 danışan oluşturmaktadır. Kontrol grubunu ise araştırma grubuna benzer yaş, cinsiyet ve kontrol grubu dahil edilme kriterlerine uygun 50 kişi oluşturmuştur.

#### 2.1.1. Obez grubu oluşturma kriterleri

- BKİ, 25 ve üzeri olan bireyler
- Araştırmaya katılmak için gönüllü olmak
- 18 yaş ve üzeri olmak
- Herhangi bir psikiyatrik yardım almıyor olmak
- Bilişsel açıdan yeterli donanıma sahip olmak
- Okur- yazar olmak

#### *Dışlama kriterleri:*

- Formları eksik doldurmak
- Bilişsel açıdan yeterli donanıma sahip olmamak
- BKİ' nin 25' in altında olması

#### 2.1.2. Kontrol grubu oluşturma kriterleri

- Obez grubu bireylerine benzer yaş ve cinsiyette olma
- BKİ <25 olması
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olma
- 18 yaş ve üzeri
- Okur-yazar olma
- Herhangi bir psikiyatrik yardım almıyor olmak

*Dışlama kriterleri:*

- a. Formları eksik doldurmak
- b. Bilişsel açıdan yeterli donanıma sahip olmamak
- c. BKİ'nin 25' in üstünde olması

## 2.2. Araştırma Planı

### 2.2.1. Bilimsel Kurul ve Etik Kurul Onayı

Bu çalışma Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'nun onayı ile yürütülmüştür (Ek-1). Araştırma kurulu onayı sonrasında gerekli araştırma izni Kartal Kızılay Tıp Merkezi tarafından verilmiştir (Ek-2).

### 2.2.2. Antropometrik Ölçümler

Antropometrik ölçümler için katılımcıların ayakkabısız (yalın ayak) ve ince tek kat giysi ile olmaları istenmiş, kalibrasyonu düzenli TANİTA marka vücut ölçüm cihazı ile ölçümler yapılmış olup, düzlemde iken boy uzunluğu ve vücut ağırlığı tespiti yapılmıştır. BKİ değerleri vücut ağırlığı ve boy uzunlukları kullanılarak aşağıdaki formülle hesaplanmıştır.

$BKİ (kg/m^2) = \text{Vücut Ağırlığı (kg)} / \text{Boy Uzunluğu (m}^2\text{)}$ .

## 2.3. Veri Toplama Araçları

Çalışmaya dahil edilen katılımcılara araştırmacı tarafından hazırlanan bilgilendirilmiş gönüllü olur formu, sosyodemografik veri formu ve ölçeklerden oluşan veri toplama aracı doldurmaları için verilmiştir. Ayrıca katılımcıların kilo ve boyları da diyetisyen eşliğinde araştırmacı tarafından ölçülüp kaydedilmiştir.

**Sosyodemografik Veri Formu:** Cinsiyet, yaş, eğitim durumu, medeni durumu, kronik hastalık, psikiyatrik rahatsızlık, gençlik ve çocukluk çağı kilo problemleri, sigara ve alkol kullanımı, kadın katılımcılar için menopoza girip girmemeleri gibi sosyo-demografik bilgileri sorgulayan soruların olduğu bölümdür.

**Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği:** Bernstein ve arkadaşları tarafından 1994 yılında geliştirilen, 18 yaş öncesi travmatik yaşantıları taramaya yönelik olan, 28 madden oluşan 5'li likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Şar ve arkadaşları (2012) tarafından yapılmıştır. Ölçek beş alt tipten oluşmaktadır. Bunlar;



duygusal istismar, fiziksel istismar, cinsel istismar, duygusal ihmal ve fiziksel ihmaldir. Cevap seçenekleri hiçbir zaman, nadiren, bazen, sıklıkla ve çok sık olarak verilmekle beraber ölçek puanları 1-5 arasında puanlanmaktadır. Duygusal istismar; 3, 8, 14, 18, 25 numaralı maddelerle, fiziksel istismar; 9, 11, 12, 15, 17 numaralı maddelerle, cinsel istismar; 20, 21, 23, 24, 27 numaralı maddelerle, duygusal ihmal; 5, 7, 13, 19, 28 numaralı maddelerle, fiziksel ihmal ise 1, 4, 6, 2, 26 numaralı maddelerle değerlendirilerek beş alt puan elde edilir. Genel olarak alt tipler hesaplanırken öncelikle olumlu ifadelerden ( 2, 5, 7, 13, 19, 26, 28 numaralı maddeler) elde edilen puanlar ters çevrilir ve her bir alt tip kendi içinde puanlanır. Beş alt ölçeğin puanlarının (her bir alt ölçek 5-25 arasında puanlanır) toplamı toplam ölçek puanını (toplam puan 25- 125 arasında puanlanır) verir. 10, 16 ve 22 numaralı maddeler minimizasyonla ilgili olan maddelerdir. Olumlu ifade olmasına rağmen bu maddeleri puanlarken ters çevirmeye gerek yoktur çünkü bu maddeler sadece travmanın inkarını ölçmekte olup toplam puanı etkilememektedir. Testin kesme noktası olarak; cinsel ve fiziksel istismar için 5 puan üzeri, fiziksel ihmal ve duygusal istismar için 7 puan üzeri, duygusal ihmal için 12 puan üzeri, testin toplamı için ise 35 puan üzeri belirlenmiştir. Testin orijinalinde Cronbach alfa iç tutarlılık değerleri .79 ile .94 aralığında bulunmuştur. 2012 yılında Şar ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise iç tutarlılık Cronbachα değerleri tüm katılımcılardan oluşan grup için (N=123) 0,93 olarak bulunmuş, Guttman yarım test katsayısı ise 0,97 olarak belirlenmiştir.

**Yeme Tutum Testi:** Garner ve Garfinkel (1979) tarafından yeme bozukluğu olan hastaların yemek yeme ile ilgili davranış ve tutumlarını; normal bireylerde ise var olan yeme davranışlarındaki olası bozuklukların belirtilerini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Testten alınan toplam puanın düzeyi psikopatolojinin düzeyi ile ilişkili olup klinik düzeyde problemlili yeme davranışı ile ilgili yatkınlığı ve tutumu belirleyebilir. Test 40 maddeden oluşan likert tipi bir ölçektir. Ölçeği puanlarken; 1, 8, 19, 23, 27, 39 maddeleri için “bazen” cevabı 1 puan olarak, “nadiren” cevabı 2 puan olarak, “hiçbir zaman” cevabı 3 puan olarak, bunların dışındaki diğer cevaplar ise 0 puan olarak değerlendirilir. Bu maddelerin dışındaki maddeler için ise “daima” cevabı 3 puan, “çok sık” cevabı 1 puan olarak, diğer cevaplar 0 puan olarak hesaplanır. Sonuç olarak ölçeğin her bir maddesinden alınan puanlar toplanarak ölçeğin toplam puanı elde edilir. Ölçeğin kesme puanı 30’dur. Toplamda 30 puan üzerindeki değerler bireyin yeme tutumlarında bir bozulma olduğunu düşünmemize sebep olur. Testin Türkiye’de geçerlik ve güvenilirlik çalışması Savaşır ve Erol tarafından 1989 yılında yapılmıştır.

**Kısa Semptom Envanteri:** 1992 yılında Derogatis tarafından geliştirilmiş, psikiyatrik ve ruhsal belirtileri ve yakınmaları belirleyen 53 maddelik likert tipi bir ölçektir. Ölçek, 3 global indeks; rahatsızlık ciddiyeti indeksi, belirti toplamı indeksi, semptom rahatsızlık indeksi ve 5 alt boyuttan; anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostiliteden oluşmaktadır. Beş alt boyuta göre maddelerin dağılımı; olumsuz benlik; 15, 21, 22, 24, 26, 34, 44, 48, 50, 51, 52, 53 numaralı maddeler, somatizasyon; 2, 5, 7, 8, 11, 23, 29, 30, 33 numaralı maddeler, hostilite; 1, 3, 4, 6, 10, 40, 41 numaralı maddeler, anksiyete; 12, 13, 28, 31, 32, 36, 38, 42, 43, 45, 46, 47, 49 numaralı maddelere, depresyon; 9, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 25, 27, 35, 37, 39 numaralı maddeler şeklindedir. Her bir madde “hiç yok”, “biraz var”, “orta derecede var”, “epey var”, “çok fazla var” cevap seçeneklerine göre yanıtlanmakta ve sırasıyla 0, 1, 2, 3, 4 olarak puanlanmaktadır. Her bir alt ölçek için o alt ölçeğin maddelerine verilen puanlar toplanarak toplam puanı elde edilir. Üç global indeksin puanı ise; rahatsızlık ciddiyeti indeksi için alt ölçeklerin toplamından elde edilen puan 53’e bölünerek, belirti toplamı indeksi için 0 olarak işaretlenen maddeler dışındaki tüm maddelerin (pozitif olan tüm değerlerin) 1 olarak kabul edilmesi sonucu elde edilen toplam puan hesaplanarak, semptom rahatsızlık indeksi için ise alt ölçeklerin toplamının belirti toplamı indeks puanına bölünerek elde edilir. Ölçeğin kesme puanı yoktur ve ölçekten alınan toplam puanların yüksekliği bireyin o alanda ruhsal sıkıntılarının artış gösterdiğini belirtir. Testin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Şahin ve Durak (1994) tarafından yapılmıştır. Yapılan üç ayrı çalışmada, ölçeğin toplam puanından elde edilen Cronbach  $\alpha$  iç tutarlılık katsayılarının 0.96 ve 0.95 olduğu, alt ölçekler için elde edilen katsayıların ise 0.75 ile 0.88 arasında değiştiği bulunmuştur.

#### **2.4 İstatistiksel Analiz**

Katılımcılardan elde edilen verilerin analizini yapmak için SPSS 17.00 paket programı kullanılmıştır. Örnekleme oluşturan gruplara ait sosyodemografik özellikler için betimleyici analizler, Ki-Kare analizi, ikili gruplar arasında değişkenler açısından fark olup olmadığını anlamak için Student T-Testi analizi, oluşturulan gruplarda yer alan kişi sayısı 30’un altında ise Mann-Whitney U analiz yöntemleri kullanılmıştır.

### 3. BULGULAR

Bu bölümde, çalışmada yer alan 51 obez olan ile 50 obez olmayan birey olmak üzere toplam 101 katılımcıya uygulanan yeme tutumu, çocukluk çağı travmaları ve psikiyatrik semptomlarına ait verilere ilişkin bulgulara yer verilmiştir. Çalışmada yer alan gruplara ilişkin sosyodemografik özelliklere ait bilgiler Tablo 1'de gösterilmiştir. Tablo incelendiğinde gruplar arasında, cinsiyet ( $X^2=0.003$ ,  $p=.958$ ), eğitim durumu ( $X^2=4.378$ ,  $p=.357$ ), medeni durum ( $X^2=0.243$ ,  $p=.622$ ), gelir durumu ( $X^2=1.193$ ,  $p=.551$ ), kronik bir hastalığa sahip olma ( $X^2=10.922$ ,  $p=.2.81$ ), daha önce psikiyatrik yardım almış olma ( $X^2=0.097$ ,  $p=.756$ ), ailede psikiyatrik hastalık olması ( $X^2=0.982$ ,  $p=.322$ ), alkol kullanımı ( $X^2=3.820$ ,  $p=.051$ ) ve menopoza girme ( $X^2=0.130$ ,  $p=.718$ ) özellikleri açısından anlamlı bir fark yokken, çalışma durumu ( $X^2=6.939$ ,  $p<.0$

5), çocukluk döneminde kilo problemi ( $X^2=10.472$ ,  $p<.01$ ), gençlik döneminde kilo problemi ( $X^2=12.604$ ,  $p<.001$ ), daha önce kilo vermeyi deneme ( $X^2=11.080$ ,  $p<.01$ ), diyetisyen yardımı alma ( $X^2=5.701$ ,  $p<.05$ ) ve sigara kullanımı ( $X^2=11.834$ ,  $p<.01$ ) özellikleri açısından anlamlı bir fark vardır. Çalışma durumuna bakıldığında, obez olmayan ve çalışan grupta yığılma olduğu görülmüştür. Obez olmayan ve hem çocukluk hem de gençlik döneminde kilo problemi olmayan kişi sayısı daha fazladır. Obez olan bireyler daha fazla daha önce kilo vermeyi denemişlerdir. Diyetisyen yardımı almayan ve obez olmayan bireyler çoğunluktadır. Obez bireylerde sigara kullanmama daha fazladır. Gruplar arasında yaş ( $t=0.026$ ,  $p=.979$ ) ve boy ( $t=-0.405$ ,  $p=.686$ ) açısından anlamlı bir fark yokken, kilo ( $t=9.229$ ,  $p<.001$ ) ve beden kitle indeksi ( $t=12.683$ ,  $p<.001$ ) açısından ise anlamlı bir fark vardır. Obez bireyler (Ort.=88.30±16.45) obez olmayan bireylerden (Ort.=63.33±10.04) anlamlı olarak daha fazla kiloludur. Benzer şekilde, obez bireyler (Ort.=31.78±14.86) obez olmayan bireylerden (Ort.=22.38±2.08) anlamlı olarak daha fazla beden kitle indeksine sahiptir. Diğer kronik hastalığı olanların %70,6'sı obez olan kişilerde, %29,4'ü de obez olmayan kişiler arasındadır. Diğer kronik hastalıklar içerisinde; sinüzit, tiroid bozukluğu, kalp ritm bozukluğu, boyun fıtığı, bel fıtığı, eklem romatizması, astım, ankilozanspondilit, insülin direnci, reflü, kronik hepatit B, ülser, hipertansiyon, gut hastalığı, renal kanser, hipoglisemi, gastrit, mide fıtığı, sedef hastalığı ve üveit yer almaktadır.

**Tablo 3: Örnekleme Oluşturan Grupların Sosyodemografik Özellikleri**

Demografik Özellik	Obez (N=51)		Obez Olmayan (N=50)		Toplam (N=101)	
	N	%	N	%	N	%
<b>Cinsiyet</b>						
Kadın	40	50,6	39	49,4	79	100
Erkek	11	50	11	50	22	100
<b>Eğitim</b>						
İlkokul	4	50	4	50	8	100
Lise	22	55	18	45	40	100
Üniversite	23	53,5	20	46,5	43	100
Yüksek Lisans	2	22,2	7	77,8	9	100
Diğer	0	0	1	100	1	100
<b>Medeni Durumu</b>						
Evli	28	52,8	25	47,2	53	100
Bekar	23	47,9	25	52,1	48	100
<b>Gelir</b>						
0-3000 TL	36	50	35	49,3	71	100
3000-6000 TL	7	38,9	11	61,1	18	100
6000 TL ve üstü	2	66,7	1	33,3	3	100
<b>Çalışma Durumu</b>						
Çalışmıyor	9	81,8	2	18,2	11	100
Öğrenci	9	64,3	5	35,7	14	100
Çalışıyor	32	43,2	42	56,8	74	100
<b>Kronik Hastalığı Olan</b>						

Şeker Hastalığı	3	60	2	40	5	100
Yüksek Tansiyon	1	100	0	0	1	100
Guatr	1	33,3	2	66,7	3	100
Polikistik Over Sendromu	2	66,7	1	33,3	3	100
Diğer	12	70,6	5	29,4	17	100
Birden Fazla Kronik Hastalığı Olan	5	83,33	1	16,67	6	100
Kronik Hastalığı Olmayan	27	40,9	39	59,1	66	100
<b>Daha Önce Psikiyatrik Yardım</b>						
Alan	8	47,1	9	52,9	17	100
Almayan	43	51,2	41	48,8	84	100
<b>Psikiyatrik İlaç</b>						
Kullanan	0	0	0	0	0	0
Kullanmayan	51	50,5	50	49,5	101	100
<b>Ailede Psikiyatrik Hastalığı</b>						
Olan	10	41,7	14	58,3	24	100
Olmayan	41	53,2	36	46,8	77	100
<b>Çocukluk Döneminde Kilo Problemi</b>						
Olan	22	75,9	7	24,1	29	100
Olmayan	29	40,3	43	59,7	72	100
<b>Gençlik Döneminde Kilo Problemi</b>						
Olan	30	71,4	12	28,6	42	100

Olmayan	21	35,6	38	64,4	59	100
<b>Daha Önce Kilo Vermeyi</b>						
Deneyen	46	59,7	31	40,3	77	100
Denemeyen	5	20,8	19	79,2	24	100
<b>Diyetisyen Yardımı</b>						
Alan	25	65,8	13	34,2	38	100
Almayan	26	41,3	37	58,7	63	100
<b>Sigara Kullanımı</b>						
Olan	9	26,5	25	73,5	34	100
Olmayan	42	62,7	25	37,3	67	100
<b>Alkol Kullanımı</b>						
Olan	13	37,1	22	62,9	35	100
Olmayan	38	57,6	28	42,4	66	100
<b>Menopoza</b>						
Giren	4	57,1	3	42,9	7	100
Girmeyen	36	50	36	50	72	100
	<b>Ort.</b>	<b>ss</b>	<b>Ort.</b>	<b>ss</b>	<b>Ort.</b>	<b>ss</b>
<b>Yaş</b>	31.61	9.23	31.56	9.31	31.58	9.22
<b>Boy</b>	167.12	7.48	167.7 6	8.4	167.44	7.92
<b>Kilo</b>	88.3	16.45	63.33	10.04	75.94	18.49
<b>Beden Kitle İndeksi</b>	31.78	4.86	22.38	2.08	27.12	6.02

Obez ve obez olmayan kişilerde çocukluk çağı travmalarının dağılımı incelenmiş ve sonuçlar Tablo 2’de gösterilmiştir. Yapılan Ki-Kare analizi sonucunda, gruplar arasında duygusal istismarın ( $X^2=0.811$ ,  $p=.368$ ), duygusal ihmalin ( $X^2=1.316$ ,  $p=.251$ ), cinsel istismarın ( $X^2=0.190$ ,  $p=.663$ ), fiziksel istismarın ( $X^2=3.168$ ,  $p=.075$ ), fiziksel ihmalin

( $X^2=0.049$ ,  $p=.826$ ) ve çocukluk çağı travması ( $X^2=1.150$ ,  $p=.284$ ), olup olmaması açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır. Obez bireylerde en çok karşılaşılan çocukluk çağı travması fiziksel ihmaldir (N=15).

**Tablo 4: Katılımcılarda Çocukluk Çağı Travma Dağılımları**

Çocukluk Çağı Travmaları	Obez (N=51)		Obez Olmayan (N=50)		Toplam (N=101)	
	N	%	N	%	N	%
<b>Duygusal İstismar</b>						
<b>Olan</b>	12	60	8	40	20	100
<b>Olmayan</b>	38	48,7	40	51,3	78	100
<b>Duygusal İhmal</b>						
<b>Olan</b>	11	64,7	6	35,3	17	100
<b>Olmayan</b>	38	49,4	39	50,6	77	100
<b>Cinsel İstismar</b>						
<b>Olan</b>	3	60	2	40	5	100
<b>Olmayan</b>	48	50	48	50	96	100
<b>Fiziksel İstismar</b>						
<b>Olan</b>	7	77,8	2	22,2	9	100
<b>Olmayan</b>	42	46,7	48	53,3	90	100
<b>Fiziksel İhmal</b>						
<b>Olan</b>	15	51,7	14	48,3	29	100
<b>Olmayan</b>	35	49,3	36	50,7	71	100
<b>Çocukluk Çağı Travması</b>						
<b>Olan</b>	13	61,9	8	38,1	21	100
<b>Olmayan</b>	34	48,6	36	51,4	70	100

Obez bireylerin, cinsiyet açısından çocukluk çağı travmaları ölçek puanları karşılaştırılmıştır (Tablo 5). Obez bireylerde kadın ve erkekler arasında çocukluk çağı travmaları alt ölçek puanları ve toplam puanları açısından anlamlı bir fark olmadığı gözlenmiştir. Bazı katılımcıların ölçek maddelerini boş bıraktığı görülmüştür bu nedenle buradaki kişi sayısı 47 ile 51 arasında değişmektedir.

**Tablo 5:** Obez Bireylerde Cinsiyete Göre Çocukluk Çağı Travmaları Ölçek Puanlarına Ait Mann Whitney U Analiz Sonuçları

Ölçekler	Cinsiyet	N	Ortalama	Ortalama Toplamı	U	P
Duygusal İstismar	Kadın	39	26.41	1030	179	.379
	Erkek	11	22.27	245		
Fiziksel İstismar	Kadın	38	24.79	942	201	.753
	Erkek	11	25.73	283		
Fiziksel İhmal	Kadın	40	25.28	1011	191	.814
	Erkek	10	26.40	264		
Duygusal İhmal	Kadın	38	24.86	944.5	203.5	.894
	Erkek	11	25.50	280.5		
Cinsel İstismar	Kadın	40	26.41	1056.5	203.5	.354
	Erkek	11	24.50	269.5		
CCT Toplam	Kadın	37	24.01	888.5	184.5	.990
	Erkek	10	23.95	239.5		

Obez olan bireyler ile obez olmayan bireyler uygulanan Çocukluk Çağı Travmaları Ölçek, Yeme Tutum Testi ve Kısa Semptom Envanteri puanları açısından karşılaştırılmış ve sonuçlar Tablo 4'te gösterilmiştir. Buna göre, gruplar arasında, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği alt ölçek ve toplam puanları ile Kısa Semptom Envanteri Hostilite alt ölçeği hariç diğer alt ölçek puanları açısından anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir. Obez olan bireyler (Ort.=21.10±11.70) obez olmayan bireylere göre (Ort.=14.76±7.34) anlamlı olarak daha



fazla Yeme Tutum Testi puanı almışlardır ( $t=3.274$ ,  $p<.01$ ). Benzer şekilde obez olan bireyler (Ort.= $8.26\pm 5.82$ ) obez olmayan bireylere göre (Ort.= $6.15\pm 4.58$ ) anlamlı olarak daha fazla Hostilite alt ölçek puanı almışlardır ( $t=2.003$ ,  $p<.05$ ). Tabloya göre obez olan bireylerde Depresyon alt ölçek puanları (Ort.= $12.88\pm 11.29$ ) diğer Kısa Semptom Envanteri alt ölçek puanlarından daha fazladır. Buna göre obez olan bireylerin psikiyatrik semptomlardan en çok depresif belirtilere sahip oldukları söylenebilir.

**Tablo 6:** Örneklemeye Uygulanan Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, Yeme Tutum Testi ve Kısa Semptom Envanteri Puanlarına Ait T-Testi Sonuçları

Ölçekler	Gruplar	N	$\bar{X}$ Ort.	S	ss	t	p
Duygusal İstismar	Obez	50	7.06	3.24	88.84	1.724	.088
	Obez Olmayan	48	6.08	2.31			
Fiziksel İstismar	Obez	49	5.49	1.36	88.12	1.376	.172
	Obez Olmayan	50	5.16	1			
Fiziksel İhmal	Obez	50	6.62	2.16	98	-0.135	.893
	Obez Olmayan	50	6.68	2.28			
Duygusal İhmal	Obez	49	9.14	3.98	90.92	0.759	.450
	Obez Olmayan	45	8.51	4.08			
Cinsel İstismar	Obez	51	5.22	1.04	67.79	0.852	.397
	Obez Olmayan	50	5.08	0.44			
CCT Toplam	Obez	47	33.28	9.39	88.69	1.069	.288
	Obez Olmayan	44	31.30	8.28			
Yeme Tutum Testi	Obez	51	21.10	11.70	84.47	3.274**	.002
	Obez Olmayan	50	14.76	7.34			
Anksiyete	Obez	50	9.64	9.39	92.08	1.131	.261
	Obez Olmayan	49	7.74	7.26			

<b>Depresyon</b>	Obez	50	12.88	11.29	98	1.348	.181
	Obez Olmayan	50	10.14	8.90			
<b>Olumsuz Benlik</b>	Obez	49	10.10	10.14	87.34	1.449	.151
	Obez Olmayan	50	7.52	7.34			
<b>Somatizasyon</b>	Obez	49	6	6	96	1.038	.302
	Obez Olmayan	49	4.88	4.61			
<b>Hostilite</b>	Obez	50	8.26	5.82	92.45	2.003*	.048
	Obez Olmayan	48	6.15	4.58			

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

#### 4. TARTIŞMA

Bu çalışmada obez bireylerin çocukluk çağında daha fazla duygusal istismara maruz kaldıkları, daha fazla psikiyatrik semptomla sahip oldukları ve yeme tutumlarında bozulmalarının daha fazla olacağı varsayımı araştırılmıştır.

Çalışmaya 51 obez olan ve 50 obez olmayan olmak üzere toplam 101 birey alınmıştır. Çalışmada obez bireylerle obez olmayan bireyler karşılaştırıldığında gruplar arasında duygusal istismarın, duygusal ihmalin, cinsel istismarın, fiziksel istismarın, fiziksel ihmalin ve çocukluk çağı travması olup olmaması bakımından anlamlı fark bulunmamakla birlikte, obez bireylerde en çok karşılaşılan çocukluk çağı travmasının fiziksel ihmal olduğu görülmüştür. Obez bireylerin obez olmayanlara göre yeme tutumlarında anlamlı olarak daha fazla bozulma olduğu belirlenmiştir. Gruplar psikiyatrik semptomlar bakımından karşılaştırıldıklarında hostilite hariç diğer psikiyatrik belirtiler açısından anlamlı bir fark elde edilmemiş olup, obez bireylerin psikiyatrik semptomlar açısından en çok depresif belirtilere sahip oldukları gösterilmiştir.

Çalışmamızda obez bireylerin çocukluk ve ergenlik döneminde kilo problemi yaşamaları bakımından kontrol grubuyla karşılaştırıldıklarında daha fazla bu duruma maruz kaldıkları görülmüştür. Ancak literatüre bakıldığında bu konu ile ilgili bilgilerin çelişkili olduğu görülmüştür. Bu konuyla ilgili çalışmalar incelendiğinde erişkin çağda obez olan hastaların 3'te 1'inden daha azının çocukluk çağında obez olduğu belirtilmiştir. Pek çok obez vakasının puberteden sonra başladığı bilinmektedir (Bray, 1989). Tezcan'ın 2009 yılında yaptığı çalışmada ise obezite başlangıç yaşı  $21,6 \pm 9,4$  yıl olarak belirlenmiştir (Tezcan, 2009). Koruk ve Şahin'nin yaptıkları çalışmada obezite sıklığının 30 yaştan sonra artmakta 44-49 yaş aralığında ise en yüksek düzeye ulaşmakta olduğunu bildirmişlerdir (Koruk ve Şahin, 2005). Yine Okyay ve Uçku yaş arttıkça obezite oranının da arttığını bulmuş (Okyay ve Uçku, 2002) başka bir diğer çalışmada ise obezite sıklığının yaşla birlikte arttığı en yüksek orana da 40-49 yaş grubunda ulaştığı bulunmuştur (Vançelik, 1999). Bu bilgiler ışığında obezitenin her yaşta görülebilen bir rahatsızlık olduğu ve obezitenin herhangi bir yaşta başlayabileceği sonucuna ulaşılabilir. Ayrıca çocukluk ve gençlik döneminde bireylerin kilo problemini hangi ölçüde yaşadıkları bilinmemekte olduğundan bu bilgi obezite riski bakımından yeterli olmayabilir. Ancak yine de obez bireylerin çocukluk ve ergenlik döneminde kilo problemi yaşıyor olmaları bu yaşlardan itibaren obeziteye karşı koruyucu bir takım çalışmaların yapılabilmesi açısından önemli bir bilgidir.

İki grup arasında çalışma durumu açısından anlamlı bir fark saptanmıştır. Çalışmayan obez oranı %81,8' dir. DSÖ' nün 1995'te yayınladığı teknik rapora göre ve Özkahraman ve arkadaşlarının 2002'de yaptığı çalışmaya göre çalışmıyor olmanın obezite için risk faktörü olduğu belirtilmiştir ama yine aynı çalışmada bizim bulgularımızla uyuşmayan bir biçimde eğitim durumunun düşük olması ve evli olmanın da obeziteye yol açtığı belirtilmiştir (DSÖ, 1995; Özkahraman vd., 2002). Bu çalışmada ise eğitim durumu ve medeni hal bakımından anlamlı bir fark saptanmamıştır. Yine yapılan bir başka çalışmada obezitenin riskinin evlilik sonrası dönemde arttığı gözlenmiştir (Kopelman, 1998). Bu çalışmada eğitim düzeyi ile ilgili anlamlı bir fark bulunmamakla birlikte Baugman ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada düşük eğitim seviyesinin yüksek BKİ ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (Baugman vd., 2003).Yapılan bir diğer çalışmada ise katılımcıların eğitim düzeyleri azaldıkça obez olma oranlarının arttığı belirtilmiştir (Değirmenci, 2006). Bu çalışmada ise gruplar arasında eğitim seviyesi bakımından herhangi bir fark saptanmamıştır. Bunun nedeni araştırmayı yaptığımız kurumun özel bir merkez olmasından dolayı eğitim düzeyi yüksek kişilerin bu merkezden poliklinik hizmeti talep etmesinden kaynaklanıyor olabileceği düşünülmektedir. Eğitim seviyesi düşük olan bireylerin sağlık hizmeti almak için daha çok devlet kurumlarını tercih ettiği öngörülmektedir.

Mutlu'nun yaptığı çalışmaya göre gelir seviyesi arttıkça obezitede de artış olduğu bulunmuştur (Mutlu, 2015). Tam tersi şekilde Yılmaz'ın araştırmasında obez grubun beyan ettiği aylık gelirlerinin obez olmayan gruba göre daha düşük olduğu gözlenmiştir (Yılmaz, 2015). Bu çalışmada ise gelir seviyesi ile ilgili anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Kronik bir hastalığa sahip olma bakımından Mutlu'nun araştırmasına benzer şekilde bu araştırmada da gruplar arasından anlamlı bir fark elde edilmemekle birlikte diğer kronik hastalığı olanların (sinüzit, tiroid bozukluğu, kalp ritm bozukluğu, boyun fıtığı, bel fıtığı, eklem romatizması vb.) %70,6'sı obez olan kişilerde, %29,4'ü de obez olmayan kişiler arasındadır. Ancak Değirmenci tarafından yürütülen bir başka çalışmada ise obez bireylerde çok sayıda kronik özelliği olan fiziksel hastalık ve beraberinde ilaç kullanımı olduğu sonucuna varılmıştır (Mutlu, 2015; Değirmenci, 2006). Değirmenci ve ark.larının yaptığı bir başka çalışmada Okyay ve ark.larının yaptığı çalışmayla benzer şekilde kronik hastalığa sahip olanlarda obezite sıklığı daha yüksek bulunmuştur (Değirmenci vd., 2013; Okyay ve Uçku, 2002). Koruk ve arkadaşları ise kronik bir hastalığa sahip olmanın obezite riskini 1,8 kat arttırdığını belirtmişlerdir (Koruk vd., 2005). Yılmaz'ın yaptığı çalışmada ise obeziteye en çok eşlik eden hastalıklar arasında hipertansiyon ve Tip 2 diyabetin olduğu saptanmıştır

(Yılmaz, 2015). Bizim araştırmamızda örnekleminizin sınırlı olmasından dolayı bu konu hakkında yeterli değerlendirme yapılamamış olabilir. Bunun yanı sıra Yılmaz (obez grup için yař ortalaması 46, 32; kontrol grubu yař ort. 45, 51) ve Deęirmenci'nin (obez grup için yař ortalaması 47, 25; kontrol grubu için 47, 16) çalışmalarıyla karşılaştırılacak olursa bizim çalışmamızdan elde ettiğimiz yař ortalaması obez grup için 31,61, kontrol grubu için ise 31,56'dır yani diğer iki çalışmaya oranla daha dūřüktür (Yılmaz, 2015; Deęirmenci, 2006). Belirttiđimiz hastalıkların bir kısmı ise (kalp ritim bozukluğu, bel fitiği, boyun fitiği, eklem romatizması vb.) obeziteden bağımsız olarak daha ileri yaşlarda görölen rahatsızlıklardır. Bu çalışmada kronik hastalıklarla ilgili anlamlı fark elde edilememesi bizim katılımcılarımızın ortalama yaşlarının genç olmasından dolayı bu sorunları yaşamıyor olmalarından kaynaklanıyor olabilir.

Daha önce diyetisyen yardımı almak bir başka deyişle kilo vermeyi deneme ve diyet öyküsünün bulunması Deveci ve ark.'larının 2013'te yaptığı çalışmadaki gibi gruplar arasında anlamlı derecede farklı bulunmuştur (Deveci vd., 2013). Bunun nedeninin obez bireylerin hem çocukluk çağlarında hem de ergenlik dönemlerinde kilo problemi yaşıyor olmaları olabilir. Aynı zamanda sağlıklı ve kalıcı zayıflama konusunda yeterli motivasyona sahip olmayarak bu süreci tamamlamakta zorluk yaşamalarından ayrıca tekrarlayıcı kilo alımı ve sonrasında diyet yapma döngüsünü sıkça yaşadıklarından kaynaklanabilir.

Literatüre bakıldığında obez hastaların birinci derecede akrabalarında mental hastalıkların (anksiyete bozukluğu, depresyon vb.) daha sık gözlenmekte olduğu bulunmuştur (Roberts vd., 2000). Bizim çalışmamızda ise aile bireyleri arasında psikiyatrik bir rahatsızlığın var olması bakımından anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bunun nedeni psikiyatrik sorun yaşayanların polikliniğe başvurmaları konusundaki çekincelerinden kaynaklanıyor olabilir. Toplum tarafından var olan 'delilik' algısı bu tarz sorunlar yaşayan bireylerin ruh sağlığı alanında yardım alma durumunu zora sokmaktadır bundan dolayı pek çok bireyin yaşadığı sorunlara rağmen yardım almaktan kaçındığı düşünölmektedir.

Çalışmamızda daha önce psikiyatrik yardım almış olmak ve şu anda psikiyatrik bir ilaç kullanıyor olmak bakımından anlamlı bir fark bulunmamıştır. Yapılan çalışmalarda ise obezitenin psikiyatrik hastalık riskini arttırdığı gösterilmiştir. Değirmenci'nin yaptığı araştırmaya göre obez katılımcıların %69,2'sinde en az bir psikiyatrik bozukluk olduğu saptanmıştır (Değirmenci, 2006). Var olan bu durum bireylerin psikiyatrik herhangi bir sorun yaşama durumundaki farkındalıklarının istenen düzeyde olmaması veya böyle bir

sorun yaşıyorlarsa bile toplumsal algı nedeniyle yardım almaktan kaçınıyor olmalarından kaynaklanıyor olabilir.

Yaptığımız çalışmada alkol kullanımı bakımından Yılmaz'ın yürüttüğü çalışmadakine benzer biçimde gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmazken (Yılmaz, 2015), Mutlu'nun yaptığı çalışmada alkol ve madde kullanımı obez grupta anlamlı derecede fazla bulunmuştur (Mutlu, 2015).

Mutlu'nun çalışmasına göre tütün ürünleri kullanımı bakımından anlamlı fark bulunmazken (Mutlu, 2015) bizim çalışmamızda obez bireylerin sigara kullanmama davranışının daha fazla olduğu görülmüştür. Bununla tezat şekilde Black ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada erişkin obez bireylerde sigara bağımlılığın daha fazla görüldüğü belirtilmiştir (Black vd., 1992). Bizim çalışmamızdaki obez bireylerin sigara kullanmama durumları, obez bireylerin emosyonel regülasyona ihtiyaçları olmamasından kaynaklanıyor olabilir çünkü sigara içme davranışının nedenleri arasında 'var olan anksiyeteyi azaltma etkisi' belirtilmektedir. Bununla benzer şekilde obez bireylerde aşırı yeme davranışlarının altında yatan nedenlerden biri olarak anksiyeteyi azaltıcı etki sayılmaktadır. Kaplan ve Kaplan'nın teorisine göre kişiler gergin ve sıkıntılı olduklarında aşırı yeme eğilimindedirler (Kaplan ve Kaplan, 1957). Bu bireylerin açlık hissi ile anksiyeteyi ayırt edememekte açlığa yanıt olarak aşırı yeme davranışını alışkanlık haline getirdikleri düşünülmektedir. Obez bireylerin sigara içmiyor olma durumu obez bireylerin yeme tutumlarında çok fazla bozulma olmadığını bununla birlikte duygu regülasyonlarının da çok bozulmadığını bu nedenle de sigaranın anksiyeteyi azaltıcı etkisine daha az ihtiyaç duyduklarını bizlere düşündürülebilir. Nitekim yaptığımız bu çalışmada obez grup içerisinde sadece 6 kişinin yeme tutum puanından yüksek aldığı bilgisi yapılan bu açıklamayı destekleyebilir.

Bu çalışmada Değirmenci ve arkadaşlarının yaptığı çalışmadaki sonuçlara (Değirmenci vd., 2015) benzer şekilde obez bireylerin yeme tutumlarında bozulmalar olduğu gözlenmiştir. Benzer şekilde obez bireylerin normal kilolu bireylere göre uyarılabilirlik eşiklerinin daha düşük olduğu bilinmektedir. Obez bireyler yiyecek uyarılarının bulunduğu ortamlarda uyarılabilirlik eşikleri daha düşük olduğundan obez olmayan bireylere göre yiyeceğe daha kolay yanıt vermektedir bu durumda obez bireylerin yeme tutumlarının bozulmasına neden olabilir (Saygılı, 1999). Bu durumda yeme tutumlarının altında yatan psikolojik süreçler detaylı olarak değerlendirilip uygun olmayan bu tutumları uygun bir hale yeniden yapılandırarak obezite tedavisi için uzun süreli ve kalıcı sağlanabilir.

Bu çalışmada Grilio ve ark.'larının çalışmasına tezat biçimde gruplar arasında duygusal istismar, duygusal ihmalin, cinsel istismarın, fiziksel istismarın, fiziksel ihmalin ve çocukluk çağı travması olup olmaması bakımından anlamlı fark bulunmamıştır (Grilo vd., 2001). Bu çalışmada obez grup için duygusal istismar %60, duygusal ihmal %64,7, cinsel istismar %60, fiziksel istismar %77,8, fiziksel ihmal ise %51,7, obez olmayan kontrol grubu için ise duygusal istismar %40, duygusal ihmal %35,3, cinsel istismar %40, fiziksel istismar %22,2, fiziksel ihmal ise %48,3 olarak saptanmıştır. Grilo ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada 145 obez hastanın toplam %89'unun bir alanda kötü muamele ile karşılaştıkları saptanmıştır. Ayrıca hastaların %59'unun duygusal istismara, %36'sının fiziksel istismara, %30'unun cinsel istismara, %69'unun duygusal ihmale, %49'unun fiziksel ihmale maruz kaldıklarını belirlemiştir. Yine buna benzer şekilde Mutlu'nun CTQ-28 çocukluk çağı travma ölçeği kullanarak yaptığı çalışmasında Araştırmaya katılan obez bireylerin %89,2'si bir alanda kötü muamele ile karşılaştığı belirtilmiştir (Mutlu, 2015). Bir diğer çalışmada ise başkalarının travmasına tanıklık etme (18 yaşına kadar bildirilen, sıklıkla aile içi şiddet), anne-babanın duygusal ihmali, babanın bedensel istismarı, akraba ve aile dışı cinsel taciz ve cinsel istismar ile obezite arasında anlamlı bir ilişki bulunduğu görülmüştür (Tezcan, 2009). Martin'in yaptığı çalışmada da Tezcan'nın bulgularıyla örtüşen bir şekilde çocukluk ve ergenlik döneminde travmatik olaylara maruz kalmanın, erişkin dönem obezitesi için de bir risk faktörü olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Marti vd., 2004; Tezcan, 2009). Bizim bu çalışma için oluşturduğumuz hipotezimizde yer alan duygusal istismarın erişkin dönem obezitesi için risk faktörü olduğu düşüncesi desteklenmemiştir. Bununla ilgili çalışmalara bakıldığında; ailede yaşanan duygusal istismar açısından obez olanlar ve olmayanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmadığı görülmekle beraber, obez grubun obez olmayanlara göre daha fazla duygusal istismara maruz kaldığı bildirilmiştir (Tezcan, 2009). Yapılan bir başka çalışmada ise obez grup %59,2 duygusal istismar bildirirken, kontrol grubunda bu istismar alt puanının anlamlı derece düşük bulunduğu görülmüştür. Bu bilgiler göz önüne alındığında duygusal istismarın erişkin dönem obezitesi için risk faktörü olabileceğini düşünülebilir. Ancak bizim çalışmamızda çocukluk çağı travmaları bakımından ve alt ölçeği olan duygusal istismar açısından anlamlı bir farkın bulunmaması pek çok nedene bağlanabilir. Bunlardan biri; kişilerin kimliklerini gizleme eğilimlerinden dolayı olmuş olabilir. Travma hassas bir konu olduğundan kişiler bu konu hakkında kimlikleri açıkça bilinen bir çalışmada güvenilirliği sorgulamış ve travmalarını gizlemiş olabilirler. Bununla birlikte obezitenin multifaktöriyel bir durum olduğu bilinmektedir (Kiess vd., 2001).

Obezitenin nedenselliği pek çok farklı bakış açısıyla açıklanabilir. Obezitenin genetik alt yapısı olduğu, ailede öğrenilen bir durum olduğu gibi açıklamalar obezitenin sadece travma ile açıklanabileceği bilgisinin yeterli olmadığını bizlere göstermektedir. Aynı zamanda araştırmamızdaki kişi sayısının kısıtlı olması ve katılan bireylerle araştırma doğrultusunda bir ilişki kurulması terapötik bir ilişki kurulması için yeterli olanakların olmaması bireylerin travmalarını dile getirme konusunda çekimser olmalarına sebep olduğu ve bundan dolayı sağlıklı bilgiler toplanılmadığı düşünülebilir.

Bu çalışmada çocukluk çağı travmaları bakımından anlamlı bir fark bulunmamakla birlikte obez grupta en çok karşılaşılan travma türünün fiziksel ihmal olduğu saptanmıştır. Mutlu'nun obez bireylerde çocukluk çağı travmalarını incelediği araştırmasında fiziksel ihmal oranı %80 olarak bildirilmiştir (Mutlu, 2015). Yapılan bir diğer çalışmada da Lissau ve arkadaşlarının belirttiği sonuçlara göre ailelerinden sosyal ve fiziksel çevre ile ilgili yeterli destek alamayan çocukların erişkin dönemde obez olma oranlarının kontrol grubuyla karşılaştırıldığında 7 kat daha fazla olduğu görülmüştür (Lissau vd., 1994). Ancak yapılan bir başka çalışmada ise fiziksel ihmal sıklığı genel popülasyonda %49 olarak belirlenmiştir (Akco vd., 2013). Ülkemizde yapılan bir başka çalışmada ise %71 oranında saptanmıştır (Balkan Epidemiological Study on Child Abuse and Neglect (BECAN), 2014). Bu çalışmalar göz önüne alındığında obez gruplarda fiziksel ihmal bildirme sıklığı fazla olmakla beraber fiziksel ihmal toplumda da yaygın olarak görülmektedir yani bu durum sadece obez olmuş olmaktan kaynaklanmamakla beraber toplumda da fazla oluşundan dolayı var olmuş da olabilir.

Bu çalışmada gruplar psikiyatrik semptomlar bakımından karşılaştırıldıklarında hostilete alt ölçeği hariç diğer alt ölçekler açısından anlamlı bir fark bulunmadığı görülmüştür. Yeme davranışlarının emosyonlardan oldukça fazla etkilendiği bilinmektedir (Sevinçer ve Konuk, 2013). Özellikle olumsuz emosyonlar varken bireylerin zararlı gıda alma davranışlarının daha fazla olduğu belirtilmiştir (Lyman, 1982). Macht'in özellikle öfke, korku, mutsuzluk ve neşenin yeme davranışı üzerindeki etkisini incelediği araştırmasında; bireylerin öfke sırasında hızlı, düzensiz, ne bulursa onu yeme tarzında dürtüsel yemede artış gösterdiği gözlenirken neşe sırasında daha lezzetli ve sağlıklı olduğu düşünülen gıdaları tüketme yeme tarzında artış olduğu gözlenmiştir (Macht, 1999). Ganley'in yaptığı bir başka çalışmada ise öfke, depresyon, sıkıntı, anksiyete ve yalnızlık gibi negatif emosyonların emosyonel yeme davranışını ortaya çıkardığı sonucuna ulaşılmıştır (Ganley, 1989). Bu durum hakkında psikosomatik teoriler; emosyonel tarzda yiyen bireylerin emosyonları



hakkında farkındalıkları olmadığı ve duygulanımlarını tanıma becerisinden yoksun olduklarını öne sürer. Buna karşın Arnov ve ark.'ları obezite ile emosyonel yeme ilişkisine dair yeterli bilgi bulunmadığı görüşüne sahiplerdir (Arnow vd., 1992). Bu görüşe göre; obez bireylerin iç uyaranlardan çok dışsal uyaranlara karşı yeme eğilimleri artmaktadır. Bu görüş emosyonların yeme tutumları üzerindeki etkisi görüşüne ters düşmektedir çünkü emosyonlar içsel uyaranlardır. Ortaya konan bir başka görüşe göre ise tokırcasına yemeyi ortaya çıkartan ana faktör kısıtlama davranışı olup diyetle eşlik eden duygular ikincil dereceden önemli kabul edilmekte ve dikkate alınmamaktadır (Sevinçer ve Konuk, 2013).

Bizim çalışmamızda ise hostilete alt ölçeğinin anlamlı bir farka sahip olması bizleri öfke ve obezite üzerine düşünmeye yöneltmiştir. Hostilite bir başka deyişle çabuk öfkelenme, birine veya bir şeye zarar verme isteği daha çok dürtüsel yani ağır basan bir davranış örüntüsü sergilemektedir. Aynı şekilde obezitede görülen aşırı yeme ve yukarıda bahsedilen emosyonel yeme davranışları dürtüsel özellikler sergilemektedir. Bundan dolayı hostilete ve obezite arasında dürtüsellik bakımından benzer davranış örüntüleri görülebilir. Bireyler bir olay karşısında çabucak öfkelendikleri, birine veya bir şeye zarar verme, istedikleri gibi yemek yeme dürtüsüyle birlikte aşırı yeme davranışı da sergileyebilirler. Aynı zamanda benzer şekilde öfkelendiklerinde de bu olumsuz duygulanımı bastırabilmek adına yemek yeme davranışını gerçekleştirerek obezite açısından risk faktörü oluşumunu sağlayabilirler.

Araştırma bulgularımıza göre obez bireylerin psikiyatrik semptomlarına bakıldığında en çok depresif belirtilere sahip oldukları görülmektedir. Bu konu hakkında literatüre bakıldığında; Greenberg ve ark.'larının yaptığı çalışmada obezite derecesi arttıkça depresyon sıklığı, olumsuz beden algısı, yeme bozukluklarının arttığı ve yaşam kalitesinin kötüleştiği bildirilmiştir (Greenberg vd., 2005). Obezlerde depresyon ve benlik saygısı düzeylerini incelemek amacıyla gerçekleştirilen ve 87 obez kadınla yapılan bir diğer çalışmada obezlerin %42,5'inin depresif olduğu, %58,6'sının benlik saygısının düşük olduğu tespit edilmiştir (Pınar, 2002). Bizim bulgularımıza benzer şekilde Yılmaz 'ın yürüttüğü çalışmaya göre depresyon obez grupta anlamlı açıda fazla görülmüştür (Yılmaz, 2015). Kanada'da yapılan bir başka çalışmada aşırı kilolu ve obezitesi olan bireyler ile normal kilolu bireyler arasındaki depresyon düzeyleri incelenerek iki grup arasında depresyon düzeyleri açısından anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir (Chen vd., 2009). Bir diğer çalışmada ise depresyon tanısı alan gruba, yüksek anksiyete ve depresyon ölçek puanlarının da eşlik ettiği, bu tanıların obez bireylerde artmış olan BKİ, kişilik özellikleri ve var olan stresörlerle

uyumlu bir ilişkisi olduğu sonucu bulunmuştur (Maddi vd., 1997). Baughman ve ark.larının gerçekleştirdiği çalışmada ise depresyonun yaygınlığının obezitesi olan kişilerde kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu bulunmuş olup, bununla birlikte kişilerin kilolarının arttıkça depresyon görülme risklerinin de arttığı belirtilmiştir (Baugman vd., 2003). Görüldüğü gibi depresif belirtiler ve obezite ile ilgili olarak literatürde pek çok yönde çalışmaya ulaşmak mümkündür. Bu ilişkinin nedeni tek bir sonuca bağlanamamakta, birden fazla öngörüye sahip olmaktadır. Depresyon mu obeziteye eşlik eder yoksa obezite mi depresyona eşlik eder araştırılması gereken bir konudur çünkü bilindiği üzere depresyon tanı kriterleri arasında iştah artışı mevcuttur (DSM-5, 2014) ve depresyon geçiren bireylerin bir kısmında iştah artar, iştah artışına bağlı olarak yeme atakları ortaya çıkar ve buna bağlı olarak da kilo alımı gerçekleşir ve böylece obezite depresif bireyler için bir risk faktörü haline gelir. Bu alanda Atkinson ve Goldstein 'nin yaptığı çalışmada depresyonun %10-20 kilo artışı ile ilişkili olduğu görülmüştür (Atkinson ve Goldstein, 2005). Bir başka bakış açısı ise obez bireylerin toplum içinde çok fazla etiketlenmeye maruz kalmalarından dolayı daha fazla psikolojik sorun yaşadıkları görüşüdür. Myres ve Rozen'nin 1999 yılında yaptıkları çalışmada obez bireylerde obezite ile ilgili etiketlenmenin yaygın olarak görüldüğü ve bu duruma daha sık maruz kalmanın daha büyük ruhsal sorunlar yaşamaları bakımından ilişkili olduğu görülmüştür (Myres ve Rozen, 1999). Obez bireyler toplumda 'şişko' vb. etiketlenmelere maruz kalır. Kişiler bu etiketlenmelerle birlikte toplum tarafından dışlanabilir ve sosyal hayatları kısıtlanabilir. Böylece bireyler toplum içinde sıkıntı yaşamaya başlayabilir ve bu süreçlerde kişileri depresyona itebilir. Toplum tarafından dışlanma ve yaftalanma depresif belirtilerle beraber öfke kontrol sorunlarını da beraberinde getirebilir. Çalışmamızda obez bireylerde hostilite açısından farkın bulunmasının bir diğer açıklaması da bu yaftalanmanın sonunda kişilerde oluşan öfke kontrol sorunu olabilir. Aynı zamanda obez bireylerde görülen bozulmuş benlik algıları da bireylerde depresif belirtilerin ortaya çıkmasına sebep olabilir. Kişiler çekici olmadıkları, ilk izlenimde kötü bir algı bıraktıkları gibi düşüncelere kapılabilir bununla birlikte fiziksel aktivite miktarında azalma, keyif verici etkinliklere katılmama, istediği kıyafetleri alamama, iş bulma ile ilgili yaşadıkları zorluklar gibi sosyal hayatlarında da bir takım sorunlarla karşılaşabilir ve bu durum onları depresyona itebilir. Bu konu hakkında depresyon, obezite ve benlik saygısını inceleyen daha fazla sayıda araştırma yapılabilir.

Dong ve ark.larının 2004'te yürüttükleri çalışmada obezite sorunu yaşayan kişilerde depresyona olan yatkınlık obezitenin şiddetinin, ırk, evlilik durumu, ailede depresyon

öyküsünün bulunması ve kronik fiziksel hastalık ile ilişki olabileceği sonucuna varılmıştır (Dong vd., 2004). Bir başka araştırmada ise depresyon ve obezite ilişkisindeki genetik yatkınlığa vurgu yapılmıştır (Rosmond, 2004). Her iki rahatsızlığında genetik faktörlerden etkilendiği bilindiğinden bu alanda yapılan çalışmalara ağırlık verilebilir, ailedeki psikiyatrik rahatsızlık ve obezite geçmişi sorgulanarak bu iki durum arasındaki ilişki araştırılabilir.

## 5. SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu çalışmada; obez bireyler ile obez olmayanların çocukluk çağı travmaları bakımından karşılaştırıldıklarında herhangi bir farkın olmadığı, bunun yanı sıra obez bireylerin çocukluk çağlarında en çok fiziksel ihmal yaşadıkları sonucuna ulaşılmıştır. Obez bireylerin yeme tutumlarında daha fazla bozulma olduğu, gruplar arasında hostilite hariç psikiyatrik semptomlar açısından herhangi bir farklılık görülmediği, obez bireyler arasında ise daha çok depresif belirtilerle karşılaşıldığı belirlenmiştir. Ancak çalışma grubunun sınırlı olması, kişi sayısındaki azlık, bireylerin gelişimsel süreçlerinin yeteri kadar bilinmemesi ve yeme tutum puanından obez gruptan sadece 6 kişinin 30 üstü puan almış olması araştırmayı kısıtlayan noktalar arasında sayılabilir.

Çalışmalar obezitenin dünya çapında öne çıkan bir halk sağlığı sorunu haline geldiğini bizlere göstermektedir. Geçmişten bugüne obezite oranları hızla artış göstermekte olup bu artışın da ilerleyen yıllarda hızla devam edeceği öngörülmektedir. DSÖ verilerine göre obezite sorunu 300 milyonun üzerinde insanı etkilemektedir. Bu hızla artacak olursa 2025 yılında ABD’de obezite oranının %50 olacağı tahmin edilmektedir (DSÖ, 2008). Obezite sorununun önlenmesi ise devlet politikaları için öncelikler arasında olmalıdır çünkü obezite pek çok hastalığı ve buna bağlı olarak da mali kaybı beraberinde getirmektedir.

Obezite ruhsal ve fiziksel sağlık sorunlarına yol açmaktadır. Bununla ilgili yapılan çalışmalar göz önüne alındığında obezitenin multifaktöriyel bir sorun olduğu düşünülmektedir bundan dolayı tedavisinde de bütüncül bir yaklaşım benimsenerek tıbbın birçok alanından uzmanın bir araya geldiği bir ekiple sürecin yönetilmesinin çok daha doğru olacağı düşünülmektedir. Özellikle obezitenin altında yatan ve sonrasında yol açtığı psikolojik sorunların ele alınması tedavi için önemli bir yer tutmaktadır. Bununla birlikte yapılacak davranışsal değişimler, düşüncelerin yeniden yapılandırılması, fiziksel aktivitenin artırılması da yine obezite tedavisinin bir parçasını oluşturmalıdır. Özellikle bundan sonra yapılacak araştırmalarda fiziksel aktivite ve obezite ilişkisi daha yakından incelenebilir ayrıca yine obezite ve genetik altyapı da araştırılması gereken konular arasında olabilir. Tüm bunlarla birlikte yeme tutumları ile aleksitimi arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmaların yapılması da literatüre önemli katkılar sağlayabilir.

## KAYNAKÇA

Akco, S. vd, 2013, “ Child Abuse and Neglect in Turkey: Professional, Governmental and Non-Governmental Achievements in Improving the National Child Protection System”, Paediatr Int Child Health, 33(4):301-9.

Amerikan Psikiyatri Birliği, Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı-IV, Çev. Ed. E. Köroğlu, Dördüncü Baskı (DSM-IV-TR), Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2000.

Amerikan Psikiyatri Birliği., Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Çev. Ed. E. Köroğlu, Beşinci Baskı (DSM-5), Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2014.

Arnou, B., Kenardy, J. and Agras, W.S., 1992, “Binge eating among the obese: a descriptive study”, J Behav Med, 15: 155-170.

Aslan, S.H.ve Ünal, M., 1995, “ Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu” Psycho Med, 4: 145-149.

Atkinson, R.L. and Goldstein, D.J., 2005, The Manegement of Eating Disorders and Obesity, Second Edition, Ed. D.J. Goldstein, Humana Press, Totowa, New Jersey.

Aydın, G., 2012, “Obez Kadınlarda Tıkınırcasına Yeme Bozukluğunun Psikobiyolojik Modele Göre İncelenmesi”, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı.

Balkan Epidemiological Study on Child Abuse and Neglect (BECAN), Çocuk İhmal ve İstismarı (Çİİ), “Epidemiyolojik Çalışması Türkiye Örneklemi.”, 2014, Erişim: [http://www.becan.eu/sites/default/files/uploaded\\_images/WP3%20National%20Report%20Turkey%20\(Turkish\).doc](http://www.becan.eu/sites/default/files/uploaded_images/WP3%20National%20Report%20Turkey%20(Turkish).doc).

Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu (BAAK), 1995, Aile İçi Şiddetin Sebep ve Sonuçları (Aralık 1993 – Aralık 1994), Bizim Büro Basımevi, Ankara. Erişim: [http://ailetoplum.aile.gov.tr/data/54293dab369dc32358ee2b0f/kutuphane\\_20\\_aile\\_ici\\_siddet\\_in\\_sebep\\_ve\\_sonuc\\_lari.pdf](http://ailetoplum.aile.gov.tr/data/54293dab369dc32358ee2b0f/kutuphane_20_aile_ici_siddet_in_sebep_ve_sonuc_lari.pdf)

Baugman, K., Logue, E., Sutton, K., Capers, C., Jarjoura, D. ve Smucker, W., 2003, “Biopsychosocial Characteristics of Overweight and Obese Primary Care Patients: do Psychosocial and Behavior Factors Mediate Sociodemographic Effects?”, Prev Med, 37(2):129-37.

Bayraktar, E., Obezitenin Psikolojik Yönleri, Ed. C. Yılmaz, Obezite , Nobel Tıp Kitapevleri, 1995.

Beck, J.S., Beck Diyet Çözümü, Çev. Ed. F. Köroğlu, HYM Yayıncılık, Ankara, 2010.

Beck, J.S., Bilişsek Davranışçı Terapi: Temelleri ve Ötesi, Çev. Ed. M. Şahin, İkinci Basım, Nobel Akademik Yayıncılık, Ankara, 2014.

Bekker, M.H., Van de Meerendonk, C. and Mollerus, J., 2004, “ Effects of Negative Mood Induction and Impulsivity on Self-Perceived Emotional Eating”, Int J Eat Disord., 36: 461-469.

- Bernard, F.F., et al., 2009, "Adverse Childhood Events are Associated with Obesity and Disordered Eating: Results from a U.S. Population-Based Survey of Young Adults", *J Trauma Stress*, 22(4): 329-333.
- Bernstein, D.P., et al., 1994, "Initial Reliability and Validity of a New Retrospective Measure of Child Abuse and Neglect", *Am J Psychiatry*, 151: 1132-1136.
- Björntorp, P., 2002, *International Textbook of Obesity*, John Wiley & Sons Ltd., West Sussex, UK,. Erişim: <http://www.obesidade.info/estudos/obesity.pdf>
- Black, D.W., Goldstein, R.B. and Mason, E.E. 1992, "Prevalance of Mental Disorder in 88 Morbidly Obese Bariatric Clinic Patients", *Am J Psychiatry*, 149: 227-234.
- Blair, A.J., Lewis, V.J. and Booth, D.A., 1990, "Does Emotional Eating Interfere with Success in Attempts at Weight Control?", *Appetite*, 15: 151-7.
- Bray, G.A., 1989, "Classification and Evolution of The Obesitys", *Med Clin North Am*, 73: 161-184.
- Bruch, H., 1997, " Obesity in Childhood and Personality Development", *Obes Res*, 5: 157-161.
- Bryer, J.B. et al., 1987, "Childhood Sexuel and Physical Abuse as Factors in Adult Psychiatric Illness", *Am J Psychiatry*, 144: 1426-1430.
- Bulut, I., *Genç Anne ve Çocuk İstismanı*, Bizim Büro Basımevi, Ankara, 1996.
- Cerú-Björk, C., Andersson, I. and Rössner, S., 2001, " Night Eating and Nocturnal Eating- Two Different or Similar Syndromes among Obese Patients?", *Int J Obes Relat Metab Disord*, 25(3): 365-72.
- Chen, Y., Jiang, Y. ve Mao, Y., 2009, "Assosiation between Obesity and Depression in Canadians", *Journal of Women's Health*, 18(10):1687-1692.
- Chesler, B.E., 2012, " Emotional Eating: A Virtually Intreated Risk Factor for Outcome Following Bariatric Surgery", *The Scientific World Journal*, 2012: 1-6.
- Chung, W.K., and Leibel, R.L., 2008, " Considerations Regarding The Genetics of Obesity", *Obesity (Silver Spring)*, 16: 33-9.
- Claudia, B. and Larger, A.V., 2012, "After Childhood Trauma Associated with Depression and Cortisol Response to Psychosocial Stress in Adulthood", *Eur J Psychotraumatology*, 1(1):10-11.
- Collins, J.C. and Bentz, J.E., 2009, "Behavioral and Psychological Factors in Obesity", *The Journal of Lancaster General Hospital*, 4(4): 124-127.
- Cooper, M.J. and Fairburn, C.G., 1993, "Confusion over the Core Psychopathology in Bulimia Nervosa", *International Journal of Eating Disorders*, 13: 385-389.

Çakmak, B. ve Dönmez, A., 2014, "Obeziteye Multidisipliner Yaklaşım", Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi, 3: 142-149.

Çayır A., Atak, N. ve Köse, S.K., 2011, "Beslenme ve Diyet Kliniğine Başvuranlarda Obezite Durumu ve Etkili Faktörlerin Belirlenmesi", Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, 64(1): 13-19.

Çocuk ve Gençlik Merkezi, 2006, "Çocuk İhmal ve İstismarına Multidisipliner Yaklaşım.", Erişim: [http://www.murataydin.name.tr/cocuklarin\\_istismari.doc](http://www.murataydin.name.tr/cocuklarin_istismari.doc)

Danielle, L.G. et al., 2013, "Prevalence and Predictors of Self Reported Sexual Abuse in Severely Obese Patients in a Population-Based Bariatric Program", J Obes, 2: 43-45.

Da Ros, A. et al., 2011, "Evaluation of Alexithymia and Depression in Severe Obese Patients Not Affected by Eating Disorders", Eat Weight Disord, 16: 24-29.

De Chouly De Lenclave, M.B., Florequin, C. and Bailly, D., 2001, "Obesity, Alexithymia, Psychopathology and Binge Eating: A Comparative Study of 40 Obese Patients and 30 Controls", Encephale, 27(4): 343-50.

Değirmenci, T., 2006, "Obez Erişkinlerde Benlik Saygısı, Yaşam Kalitesi, Yeme Tutumu, Depresyon ve Anksiyete", Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Pamukkale Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı.

Değirmenci, T., Kalkan Oğuzhanoglu, N., Sözeri Varma, G., Özdel, O. ve Fenkçi, S., 2013, "Obezitede Psikolojik Belirtiler ve İlişkili Etmenler", Arch Neuropsychiatr, 52: 42-6.

Derogatis, L.R., 1992, "The Brief Symptom Inventory-BSI Administration, Scoring and Procedures Manual-II. USA", Clinical Psychometric Research Inc.

Deveci, E. ve Berk, S.Ö., 2013, "Obezite Cerrahisi Adayı Olan ve Olmayan Obez Bireylerde Yeme Özellikleri, Beden Bölgesinden Hoşnutsuzluk, Tedavi Motivasyonu ve Psikopatolojinin Değerlendirilmesi", Yüksek lisans tezi, İstanbul.

Dinleyici, M. ve Dağlı, F., 2016, "Duygusal İhmal, İstismar ve Çocuk Hekiminin Rolü", Osmangazi Tıp Dergisi, 38(2): 18-27.

Dong, C., Sanchez, L.E. and Price, R.A., 2004, "Relationship of Obesity to Depression: A Family-Based Study", Int J Obes Relat Metab Disord, 28(6):790-5.

Durduran, Y. ve Okka, B., 2013, "Eski Yunan ve Bizans Döneminde Obezite", Türkiye Klinikleri J Med Ethics, 21(3): 111-7.

Eren İ. ve Erdi Ö., 2003, "Obez Hastalarda Psikiyatrik Bozuklukların Sıklığı", Klinik Psikiyatri, 6: 152-157.

Fairburn, C.G. and Harrison, P.J., 2003, "Eating Disorders", Lancet, 361: 407-416.

Faleiros, J.M., Matias, A.S. and Bazon, M.R., 2009, "Violence Against Children in The City of Ribeirão Preto, São Paulo State, Brazil: Child Abuse Prevalence Estimated from School System Data", Cad Saude Publica, 25(2): 337-48.

Felitti, V.J. et al., 1998, "Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of The Leading Causes of Death in Adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study." *Am J Prev Med*, 14(4): 245-58.

Ganley, R.M., 1989, "Emotion and Eating in Obesity: A Review of the Literature", *International Journal of Eating Disorders*, 8: 8343– 8361.

Garner, D.M. and Garfinkel, P.E., 1979, "The Eating Attitudes Test: An Index of the Symptoms of Anorexia Nervosa", *Psychol Med*, 9: 273-9.

Greenberg, I. et al., 2005, "Behavioral and Psychological Factors in the Assessment and Treatment of obesity surgery patients", *Obesity Research*, 13: 244-249.

Grilo, C.M. and Masheb, R.M., 2001, "Childhood Psychological, Physical and Sexual Maltreatment in Outpatients with Binge Eating Disorder: Frequency and Associations with Gender, Obesity, and Eating-Related Psychopathology", *The Journal of The Obesity Society*, 9(5): 320-325.

Guyton, A.C. ve Hall, J.E., 2013, *Tıbbi Fizyoloji (Çev., Prof. Dr. Berrak Çağlayan Yeğen), Onikinci Baskı, Nobel Kitapevi, İstanbul.*

Hart, S.N. et al., 2002, *Psychological Maltreatment, The APSAC Handbook on Child Maltreatment*, Ed. J.E. Myers, et al., 2nd edition, Sage Publications, Thousand Oaks CA.

Heatherton, T.F., Herman, C.P. and Polivy, J., 1991, "Effects of Physical Threat and Ego Threat on Eating Behavior", *Journal of Personality and Social Psychology*, 60(1): 138-143.

Hudson, J.I. et al., 2007, "The Prevalence and Correlates of Eating Disorders in The National Comorbidity Survey Replication", *Biol Psychiatry*, 61(3): 348–358.

Jacobi, G. et al., 2010, "Child Abuse and Neglect: Diagnosis and Management", *Deutsches Ärzteblatt International*, 107(13): 231-39.

Jacobson, D. and Melnyk, B.M., 2011, "Psychosocial Correlates of Healthy Beliefs, Choices, and Behaviors in Overweight and Obese Schoolage Children: A Primary Care Healthy Choices Intervention Pilot Study", *J Pediatr Nurs*, 26: 456-464.

Kanoski, S.E., 2012, "Cognitive and Neuronal Systems Underlying Obesity", *Physiol Behav*, 106(3): 337-44.

Kaplan, H.I. and Kaplan, H.S., 1957, "The Psychosomatic Concept of Obesity", *Journal of Nervous and Mental Disease*, 125(2): 181-201.

Kaplan, S., Pelcovitz, D. and Labruna, V., 1999, "Child and Adolescent Abuse and Neglect Research: A Review of the Past 10 Years. Part I: Physical and Emotional Abuse and Neglect", *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 38(10): 1214-22.



Katerndahl, D., Burge, S. and Kellogg, N., 2005, "Predictors of Development of Adult Psychopathology in Female Victims of Childhood Sexual Abuse", *J Nerv Ment Dis*, 193(4): 258-264.

Katzmarzyk, P.T. et al., 1999, "Familial Risk of Obesity and Central Adipose Tissue Distribution in The General Canadian Population", *Amer J Epidemiol*, 149(10): 933-942.

Kennedy, M.A. et al., 2007, "The Role of Childhood Emotional Abuse in Disordered Eating", *Journal of Emotional Abuse*, 7(1): 17-36.

Kent, A., Waller, G. and Dagnan, D., 1999, "A Greater Role for Emotional Than Physical or Sexual Abuse in Predicting Disordered Eating Attitudes: The Role of Mediating Variables", *International Journal of Eating Disorders*, 25: 159-167.

Kent, A. and Waller, G., 2000, "Childhood Emotional Abuse and Eating Psychopathology", *Clinical Psychology Review*, 20: 887-903.

Kırımsoy E. vd., 2013, *Sosyal Çalışma Görevlileri için Eğitim Kitabı, Çocuk Adalet Sistemi Çalışanları Eğitim Programı*, Ankara. Erişim: <http://www.unicef.org/tr/vera/app/var/files/s/o/sosyal-calisma-gorevlileri-icin-egitim-kitabi.pdf>

Kiess, W. et al., 2001, "Clinical Aspects of Obesity in Childhood and Adolescence", *Obesity Reviews*, 2: 29-36.

Kopelman, P.G. ve Stock, M., 1998, *Clinical Obesity*, Blackwell Science Ltd., Oxford.

Kornhaber, A., 1970, "The Stuffing Syndrome", *Psychosomatics*, 11(6): 580-4.

Koruk, İ. ve Şahin, T.K., 2005, "Konya Fazilet Ulusal Sağlık Ocağı Bölgesinde 15-49 Yaş Grubu Ev Kadınlarında Obezite Prevalansı ve Risk Faktörleri", *Genel Tıp Dergisi*, 15(4): 147-155.

Kurdoğlu, G., 1989, *Obezite* (Ed: Neyzi, O. ve Ertuğrul, T.), *Pediatric 1*, Nobel Tıp Kitapevi, İstanbul.

Lee, J.H., Reed, D.R. and Price, R.A., 1997, "Familial Risk Ratios for Extreme Obesity: Implications for Mapping Human Obesity Genes", *Int J Obes Relat Metab Disord*, 21: 935-940.

Lee, N.M. et al., 2013, "Public Views on Food Addiction and Obesity: Implications for Policy and Treatment", *PloS One*, 8(9): 74836.

Lewis, D.O., 1992, "From Abuse to Violence: Psychophysiological Consequences of Maltreatment", *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 31: 383-91.

Lissau, I. ve Sorensen, T.I., 1994, "Parental Neglect During Childhood and Increased Risk of Obesity in Young Adulthood" *Lancet*, 343(8893): 324-327.

Lomax, J.W., 1989, Obesity in Comprehensive Textbook of Psychiatry, Ed: Kaplan, H.I. ve Sadock, B.J., Williams and Wilkins, Baltimore, 1176-1186.

Lundgren, J.D. et al., 2006, "Prevalence of The Night Eating Syndrome in A Psychiatric Population", Am J Psychiatry, 163: 156-158.

Lyman, B., 1982, "The Nutritional Values and Food Group Characteristics of Food Preferred During Various Emotions", Journal of Psychology, 112: 121-7.

Maddi, S.R. et al., 1997, "Psychosocial Correlates of Psychopathology in a National Sample of the Morbidly Obese", Obes Surg, 7(5): 397-404.

Macht, M., 1999, "Characteristics of Eating in Anger, Fear, Sadness and Joy", Appetite, 33: 129-39.

Mahan, L.K., Stump, S.E., and Raymond, J.L., 2012, Krause's Food and The Nutrition Care Process, 13th edition, Missouri, USA.

Mamun, A. et al., 2007, "Does Childhood Sexual Abuse Predict Young Adult's BMI? A Birth Cohort Study", Obesity (Silver Spring), 15(8): 2103-2110.

Marcus, M.D. and Wildes, J.E., 2012, "Obesity in DSM-5", Psychiatric Annals, 42(11): 431-435.

Marti, A. et al., 2004, "Genes, Lifestyle and Obesity", International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders, 28(3): 29-34.

Mason, S.M., 2013, "Abuse Victimization in Childhood or Adolescence and Risk of Food Addiction in Adult Women Obesity", Obesity, 21(28):775-781.

McCrone, S. et al., 2000, "A Profile of Early versus Late Onset of Obesity in Post Menopausal Women", J WomensHealth GendBased Med, 9(9): 1007-13.

Moreno, C. and Tandon, R., 2011, "Should Overeating and Obesity Be Classified As An Addictive Disorder in DSM-5?", Curr Pharm Des, 17(12): 1128-1131.

Mutlu, H., 2015, "Çocukluk Çağı Travmalarının Erişkin Dönem Obezitesi İle İlişkisinin Belirlenmesi", Doktora Tezi, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı, Ankara.

Myres, A. ve Rozen, J.C., 1999, "Obesity Stigmatization and Coping: Relation to Mental Health Symptoms, Body image, and Self-esteem", Int J Obes Relat Metab Disord, 23: 221-30.

Odağ, C., 2011, Nevrozlar 1, Odağ Psikanaliz ve Psikoterapi Vakfı Yayınları, İzmir.

OECD, 2017, "Obesity Update". Erişim: <https://www.oecd.org/els/health-systems/Obesity-Update-2017.pdf>.

Okyay, P. ve Uçku, R., 2002, "İzmir'de Kentsel Bir Bölgedeki Doğurgan Çağdaki Kadınlarda Şişmanlık Prevalansı ve Risk Faktörleri", ADÜ Tıp Fak. Dergisi, 3(3): 5-12.

Onat, A. vd., 1999, "Türk Erişkinlerde Kalp Sağlığı, Risk Profili ve Kalp Hastalığı (Tek Harf Çalışması) 1997/98 taraması yeni kohortunda risk faktörleri ve kalp hastalıkları prevalansı", Türk Kardiyol Dern Arş, 27: 104-9.

Onyike, C.U. et al., 2003, "Is Obesity Associated with Major Depression? Results from The Third National Health and Nutrition Examination Survey", Am J Epidemiol, 158: 1139-1147.

Orhan, F.Ö. ve Tuncel, D., 2009, "Gece Yeme Bozuklukları, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar", Current Approaches in Psychiatry, 1: 132-154.

Ouwens, M.A., Van Strien, T. and Van der Staak, C.P., 2003, "Tendency toward Overeating and Restraint as Predictors of Food Consumption", Appetite, 40(3): 291-8.

Özenoğlu, A., Sabuncu, T. ve Ünüvar, E., 1998, "Ekzojen Obezitesi Olan Adolesanların Günlük Diyetlerinde Aldıkları Enerji ve Besin Öğelerinin Dağılımı", Endokrinolojide Yönelişler, 9(1): 38-42.

Özkahraman, Ş., Kişioğlu, A.N. ve Öztürk, M., 2002, Bir Sağlık Ocağı Bölgesindeki 15-49 Yaş Evli Kadınlarda Obezite Prevalansı ve Yapılan Eğitimin Obezite ile İlgili Bilgi, Tutum, Davranış ve Prevalansa Etkisi, 8. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kongre Kitabı 2, Diyarbakır, 738-740.

Paavilainen, E. and Tarkka, M.T., 2003, "Definition and Identification of Child Abuse by Finnish Public Health Nurses", 20: 49-55.

Paul, R. et al., 2008, "Associations of Child Sexual and Physical Abuse with Obesity and Depression in Middle-Aged Women", Child Abuse Negl, 32(9): 878-887.

Pınar, R., 2002, "Obezlerde Depresyon, Benlik Saygısı ve Beden İmajı: Karşılaştırmalı Bir Çalışma", Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 6 (1).

Pinna, F. et al., 2011, "Obesity, Alexithymia and Psychopathology: A Case-Control Study", Eat Weight Disord, 16(3): 164-70.

Polat, O., 2001, Çocuk ve Şiddet, Der yayınları, İstanbul.

Polivy, J., Herman, C.P., and McFarlane, T., 1994, "Effects of Anxiety on Eating: Does Palatability Moderate Distress-Induced Overeating in Dieters?", Journal of Abnormal Psychology, 103(3): 505-510.

Roberts, R.E. et al., 2000, "Are the Obese at Greater Risk for Depression?", American Journal of Epidemiology, 152(2): 163-170.

Robinson, T.N., 2001, "Television Viewing and Childhood Obesity", Pediatr Clin North Am, 48(4): 1017-27.

Rorty, M., Yager, J. and Rossotto, E., 1994, "Childhood Sexual Physical and Psychological Abuse and Their Relationship to Comorbid Psychopathology in Bulimia Nervosa", 16(4):317-334.

Rosmond, R., 2004, "Obesity and Depression: Same Disease, Different Names?", Medical Hypotheses, 62: 976-979.

Ruderman, A.J., 1983, "Obesity, Anxiety, and Food Consumption" Addict Behav, 8(3): 235-42.

Santos Silva, D.A. et al., 2011, "Prevalence and Associated Factors with Body Imaged Dissatisfaction among Adults in Southern Brazil: A Population-Based Study", Body Image, 8(4): 427-31.

Satman, I. vd, 2000, "Population- Based Study of Diabetes and Risk Characteristics: Final Results of The TURDEP", Diabetes Care, 25(9): 1551-6.

Satman, I. vd, 2013, "Twelve-Year in The Prevalence and Risk Factors of Diabetes and Prediabetes in Turkish Adults", Eur J Epidemiol Feb; 28(2): 169-80.

Savaşır, I. ve Erol, N., 1989, "Yeme Tutum Testi: Anoreksiya Nervoza Belirtileri İndeksi", Psikoloji Dergisi, 7: 19-25.

Saygılı, F., 1999, Obezite Komplikasyonları, Ed.Y. Candeğer, Mart Matbaacılık, İstanbul.

Scott, K.M. et al., 2008, "Obesity and mental disorders in the adult general population", J Psychosom Res, 64: 97-105.

Schachter, S., 1968, "Obesity and Eating. Internal and External Cues Differentially Affect The Eating Behavior of Obese and Normal Subjects", Science, 161(3843): 751-6.

Schecter, D.E., 1985, Infant Development, , Ed. S. Arieti, American Handbook of Psychiatry, USA.

Schaefer, C.E. and Millman, H.L., 1981, How to Help Children with Common Problems, Van Nostrand Reineold Comp, New York.

Sevinçer, G.M. ve Konuk, N., 2013, "Emosyonel Yeme", Journal of Mood Disorders, 3(4): 171-8.

Simon, G.E. vd, 2006, "Association between Obesity and Psychiatric Disorders in US Adult Population", Arch Gen Psychiatry, 63(7): 824-30.

Simon, G.E. vd, 2008, "Association between Obesity and Depression in Middle-Aged Women", General Hospital Psychiatry, 30(1): 32-39.

Sims, E.A., 1989, "Storage and Expenditure of Energy in Obesity and Their Implications for Management", The Medical Clinics of North America, 73(1): 97-110.

Stunkard, A. vd, 1996, "Binge eating disorder and the night-eating syndrome", . Int J Obes Relat Metab Disord, 20(1): 1-6.

Şahin, F., 2001, "Çocuk İstismarı ve İhmalinin Önlenmesinde Hekimin Rolü, Sürekli Tıp Eğ Derg 10(7): 246-249.

Şahin, N.H. ve Durak, A., 1994, "Kısa Sepmtom Envanteri: Türk Gençleri için Uyarlanması", Türk Psikoloji Dergisi, 9(31): 44-56.

Şar, V., Öztürk, E. ve İkikardeş, E., 2012, "Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeğinin Türkçe Uyarlanmasının Geçerlilik ve Güvenilirliği", Türkiye Klinikleri J Med Sci, 32: 1054-63.

Şarbat, G. ve Demirkol, M., 1999, Ben Hasta Değilim, Obezite, Ed. A. Ekşi, Nobel tıp Kitapevi, Ankara.

Taner, Y. ve Gökler, B., 2004, "Çocuk İstismarı ve İhmali: Psikiyatrik Yönleri", Hacettepe Tıp Dergisi, 35: 82-86.

TBSA, 2010, "Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2010, Beslenme Durumu ve Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi Sonuç Raporu". Erişim: [http://www.sagem.gov.tr/TBSA\\_Beslenme\\_Yayini.pdf](http://www.sagem.gov.tr/TBSA_Beslenme_Yayini.pdf).

Tedesso, P. and Schievel, D., 1975, " Studies of Superobesity: Psychological Characteristics of Superobese Patients", Int J Psychiatry Med, 6(4):465-480.

Telch, C.F. ve Agras, W.S., 1996, "The Rffects of Short-Term Food Deprivation on Caloric İntake in Eating-Disordered Subjects", Appetite, 26(3): 221-33.

Tezcan, B., 2009, "Obez Bireylerde Benlik Saygısı, Beden Algısı ve Travmatik Geçmiş Yaşantılar", Uzmanlık Tezi, T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2. Psikiyatri Kliniği.

Tıraşçı, Y., ve Gören, S., 2007, "Çocuk İstismarı ve İhmali", Dicle Tıp Dergisi, 34(1): 70-74.

TÜİK, 2015, "Türkiye'deki Obezite Oranı %31,1 Oranında Arttı". Erişim: [http://www.tuik.gov.tr/basinOdasi/haberler/2015\\_58\\_20151008.pdf](http://www.tuik.gov.tr/basinOdasi/haberler/2015_58_20151008.pdf).

Türk TORAKS Derneği, 2004, "Türkiye Ulusal Hastalık Yükü Ve Maliyet-Etkililik Projesi, Hastalık Yükü Final Rapor". Erişim: [http://www.toraks.org.tr/userfiles/file/ulusal\\_hastalik\\_yuku\\_hastalikyukuTR.pdf](http://www.toraks.org.tr/userfiles/file/ulusal_hastalik_yuku_hastalikyukuTR.pdf).

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, 2013, "Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı (2013-2017)". Erişim: [http://beslenme.gov.tr/content/files/home/turkiye\\_saglikli\\_beslenme\\_ve\\_hareketli\\_hayat\\_pr\\_ogrami.pdf](http://beslenme.gov.tr/content/files/home/turkiye_saglikli_beslenme_ve_hareketli_hayat_pr_ogrami.pdf)

Unicef, 2010, "Türkiye'de Çocuk İstismarı ve Aile İçi Şiddet Araştırması". Erişim: <http://www.unicef.org.tr/files/bilgimerkezi/doc/cocuk-istismari-raporu-tr.pdf>.

Ünal, M., 1988, "Sigara Bağımlılığı-Ruhsal Toplumsal Yönleriyle", Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 4: 595-600.

Van der Kolk, B.A., Perry, J.C. ve Herman, J.L., 1991, "Childhood Origins of self Destructive Behavior", The American Journal of Psychiatry, 148(12): 1665-1671.

Vançelik, S., Güraksın, A. ve İnandı, T., 1999, "Erzurum İli Sağlık Ocaklarında Çalışan Personelin Sigara İçme Sıklığı", Uzmanlık Tezi, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Erzurum, 31(2): 75-80.

Volkow, N.D. vd, 2008, "Overlapping Neuronal Circuits in Addiction and Obesity: Evidence of Systems Pathology", Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci, 363(1507): 3191-200.

WHO (DSÖ), 1995, "Physical Status: The Use and Interpretation of Anthropometry. Report of a WHO Expert Committee" Who Technical Report 854, Geneva. Erişim: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/37003/1/WHO\\_TRS\\_854.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/37003/1/WHO_TRS_854.pdf).

WHO (DSÖ), 2000, "Preventing and Managing of The Global Epidemic of Obesity. Report of The WHO Consultation (WHO Technical Report Series 894)", Geneva.

WHO (DSÖ), 2002, "World Report on Violence and Health. Chapter 3: Child Abuse and Neglect by Parents and Other Caregivers". Erişim: [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/world\\_report/en/introduction.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/introduction.pdf).

WHO (DSÖ), 2004, "The World Health Report. Changing History", Geneva. Erişim: [http://www.who.int/whr/2004/en/report04\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2004/en/report04_en.pdf).

WHO (DSÖ), 2006, "Preventing Child Maltreatment: A Guide to Taking Action and Generating Evidence". Erişim: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43499/1/9241594365\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43499/1/9241594365_eng.pdf).

WHO (DSÖ), 2008, "A Framework To Monitor and Evaluate Implementation, Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health", Geneva. Erişim: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/M&E-2008-web.pdf>.

WHO (DSÖ), 2013, "European Report on Preventing Child Maltreatment". Erişim: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0019/217018/European-Report-on-Preventing-Child-Maltreatment.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0019/217018/European-Report-on-Preventing-Child-Maltreatment.pdf).

WHO (DSÖ), 2014, "Global Status Report on Violence Prevention". Erişim: [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/status\\_report/2014/en/](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/status_report/2014/en/)

WHO (DSÖ), 2017a, "Obesity and overweight". Erişim: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>

WHO (DSÖ), 2017b, "BMI Classification", Erişim: [http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro\\_3.html](http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html).

Williamson, D. A., 1996, "Body Image Disturbance in Eating Disorders: A form of Cognitive Bias?", *Eating Disorders*, 4(1): 47-58.

Williamson D. A. vd, 1999, "Cognitive Bias in Eating Disorders: Implications for Theory and Treatment", 23(4): 556-577.

Williamson D. A. vd, 2002, "Body Weight and Obesity in Adults and Self-Reported Abuse in Childhood", *Int J Obes Relat Metab Disord*, 26: 1075-82.

Wilson, C.P., 1992, *Psychodynamic Technique in The Treatment of the Eatig Disorders, Personality Structure and Psychoanalytic Treatment of Obesity*, Ed. C.P. Wilson, C.C. Hogan, I. Mintz, Northvale, New Jersey.

Yılmaz, N., 2015, "Obez Bireylerde Benlik Saygısı, Sosyal Görünüş Kaygısı ve Vücut Algısı", *Uzmanlık Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, İzmir*.

Zeeck, A. vd, 2011, "Emotion and Eating in Binge Eating Disorder and Obesity", *European Eating Disorders Review*, 19(5): 426-37.

Zhong, W. vd, 2010, "Obesity and Depression Symptoms in The Beaver Dam Offspring Study Population", *Depress Anxiety*, 27(9): 846-851.

## EKLER

### Ek-1: Etik Kurul Onayı



Altunizade Mah. Haluk Türksay Sk. No:14, 34662 Üsküdar / İstanbul / Türkiye  
Tel: +90 216 400 22 22 Faks: +90 216 474 12 56

T.C.  
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ  
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR  
ETİK KURULU BAŞKANLIĞI

SAYI: B.08.6.YÖK.2.ÜS.0.05.0.06 /2016 /204

09.01.2017

Sayın Yrd. Doç. Dr. Ahmet Emre Sargın  
(Özlem Ünde)

Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'nun 23 Aralık 2016 tarihinde, 14.No.lu toplantısında değerlendirmeye almış olduğu "Obez Bireylerin Çocukluk Çağı Travmaları ile Yeme Tutumları Bakımında İncelenmesi" adlı araştırma projenizin etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

Doç. Dr. Cumhuriyet TAŞ  
Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik  
Kurulu Başkanı



## Ek-2: Kartal Kızılay Tıp Merkezi Araştırma İzni Onayı



TURKKIZILAYI  
1908  
TÜRK KIZILAYI  
Kartal Tıp Merkezi  
İktisadi İşletmesi

Sayı : 521270-929-F.166327  
Konu : Tez Çalışmanız hk.

28/10/2017

Sayın Özlern ÜNDE

26.10.2017 tarih ve E.43291 sayılı dilekçeniz ile "Obez Bireylerin Çocukluk Çağı Travmaları ile Yeme Tutumları Bakımından İncelemesi" isimli çalışmanızı Tıp Merkezimizde yapma talebiniz Tıp Merkezimiz tarafından uygun bulunmuştur.  
Bilgi ve gereğini rica ederim.

e-İmzalıdır  
Umil TEKİN  
Direktör

Kartal Tıp Merkezi İnanı Kayıtları Yönetimi Birimi  
YUKARI MAH. KIZILAY BULVARI NO 30 KARTAL/İSTANBUL  
Tlx: 2164722050 Faks: 2163740609 www.kizilay.org.tr  
5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu na uyum olarak Çayyol Elektronik İmza ile atılmıştır.  
Dışarı ileyidi: <https://chys.kizilay.org.tr/sorgu/sorgula.aspx> adresinden 01B2-1399-0E82 kody ile yapılabilir.

## Ek-3: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

### BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (BGOF)

**ÇALIŞMANIN ADI:** Obez bireylerin çocukluk çağı travmaları ile yeme tutumları bakımından incelenmesi

Aşağıda bilgileri yer almakta olan bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını, bilgilerinizin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neyi içerdiğini, olası yararları ve risklerini ya da rahatsızlık verebilecek yönlerini anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. Eğer çalışmaya katılma kararı verirseniz, Çalışmaya Katılma Onayı Formu'nu imzelayınız. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Araştırmada kullanılacak tüm malzemeler ve yapılabilecek tüm harcamalar araştırmacı tarafından karşılanacaktır.

**ÇALIŞMANIN KONUSU VE AMAÇI :** Bilindiği üzere obezite günümüzde önemli bir halk sağlığı problemidir. Obezite tedavisinde diyet ve beslenme önemli bir yer tuttuğu gibi son yıllarda yapılan araştırmalara bakıldığında psikoterapinin de bu tedavi sürecinin kayda değer bir parçası olduğu görülmektedir. Bu çalışma obez bireylerin çocukluk çağlarında yaşadıkları travmalar ile var olan yeme tutumları bakımından incelenmesi amacıyla planlanmıştır. Bu amaçla kontrol grubu olarak obez olmayan bireyler seçilmiştir.

**ÇALIŞMA İŞLEMLERİ:** Bu çalışmaya katıldığınız takdirde size doldurmanız gereken formlar verilecektir. Bunlardan ilkinde bazı demografik verilerinizle ilgili sorular bulunmaktadır. Bu form çalışmacılar tarafından hazırlanmıştır. Diğer formlar ise standardize ölçektir. Bu ölçekler sizin çocukluk çağında yaşadığınız bazı deneyimlerinizi, yeme tutumlarınızı ve bazı psikiyatrik semptomlarınızı sorgulamaktadır. Tüm formları eksiksiz doldurmanız beklenmektedir.

#### ÇALIŞMAYA KATILMAMIN OLASI YARARLARI NELERDİR?

Çalışmaya katılmanız durumunda literatüre bu konu hakkında destek sağlayarak veri eklememize yardımcı olacaksınız.

#### KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?

İsim, soy isim veya şahsınızı deşifre edebilecek hiçbir bilgi kullanılmayacak ve açıklanmayacaktır.

#### SORU VE PROBLEMLER İÇİN BAŞVURULACAK KİŞİLER :

1. Yrd.Doç.Dr. Ahmet Emre SARGIN  
esargin79@yahoo.com / 0532 430 00 25
2. Psikolog Özlem ÜNDE  
ozlemunde@gmail.com / 0505 207 69 60

### Çalışmaya Katılma Onayı

Yukarıdaki bilgileri ilgili araştırmacı ile ayrıntılı olarak tartışım ve kendisi bütün sorularımı cevapladı. Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyorum ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmeliği geçersiz kılmaz. Araştırmacı, saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışma sırasında dikkat edeceğim noktaları da içerecek şekilde bana teslim etmiştir.

Gönüllü Adı Soyadı:		Tarih ve İmza:
Telefon:		

Vasi (var ise ) Adı Soyadı:		Tarih ve İmza:
Telefon:		

Araştırmacı <sup>2</sup> Adı Soyadı:	ÖZLEM ÜNDE	Tarih ve İmza:
Adres ve Telefon:	M.Akif Ersoy mah. Hasıppaşa cad. Özyuva sitesi C/8 Blok Daire 5 Üsküdar/ İstanbul 0505 207 69 60	

1. Gönüllünün bilgilendirilme işlemine başından sonuna dek tanıklık eden kişi

2. Gönüllüyü araştırma hakkında bilgilendiren kişi

## Ek-4: Sosyodemografik Veri Formu

SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

ADINIZ / SOYADINIZ \_\_\_\_\_

DOĞUM TARİHİNİZ: \_\_\_\_\_

DOĞUM YERİNİZ: \_\_\_\_\_

ŞU ANDA KAAMET ETTİĞİNİZ YER: \_\_\_\_\_

BOYUNUZ / KİLONUZ \_\_\_\_\_

BEDEN KİTLE ENDEKSİNİZ: \_\_\_\_\_

MESLEĞİNİZ: \_\_\_\_\_

MEDENİ DURUMUNUZ:

EVLİ

BEKAR

EN SON BİTİRDİĞİNİZ OKUL:

İLKOKUL

İSE

ÜNİVERSİTE

YÜKSEK LİSANS

DİĞER (LÜTFEN BELİRTİNİZ) \_\_\_\_\_

GELİR DÜZEYİNİZ:

(0 - 3000TL)

(3000TL - 6000TL)

(6000TL VE ÜZERİ)

TEŞHİS EDİLEN KRONİK BİR RAHATSIZLIĞINIZ VAR MI?

- ŞEKER
- YÜKSEK TANSİYON
- GUATR
- KRONİK AKCİĞER RAHATSIZLIĞI
- POLİKİSTİK OVER SENDROMU
- DİĞER ( LÜTFEN BELİRTİNİZ ) .....
- YOK

DAHA ÖNCE PSİKOLOJİK/ PSİKİYATRİK YARDIM ALDINIZ MI?

- EVET
- HAYIR

ŞU ANDA HERHANGİ PSİKİYATRİK BİR İLAÇ KULLANIYOR MUSUNUZ?

- EVET
- HAYIR

AİLENİZDE PSİKİYATRİK RAHATSIZLIK YAŞAMIS/ YAŞIYOR OLAN KİŞİLER VAR MI?

- EVET
- HAYIR

ÇOCUKLUĞUNUZDA KİLO PROBLEMİ YAŞIYOR MUYDUNUZ?

- EVET
- HAYIR

GENÇLİĞİNİZDE KİLO PROBLEMİ YAŞIYOR MUYDUNUZ?

- EVET  
 HAYIR

DAHA ÖNCE HIÇ KİLO VERMEYİ DENEDİNİZ Mİ?

- EVET  
 HAYIR

DAHA ÖNCE HIÇ BİR DİYETİSYENDEN YARDIM ALDINIZ MI?

- EVET  
 HAYIR

SİGARA İÇİYOR MUSUNUZ?

- EVET  
 HAYIR

ALKOL TÜKETİR MİSİNİZ?

- EVET  
 HAYIR

MENOPOZA GİRDİNİZ Mİ ? ( KADINLAR İÇİN)

- EVET  
 HAYIR

## Ek-5: Yeme Tutum Testi

Yeme Tutumu Testi

### YEME TUTUMU TESTİ

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

	Daima	Çok sık	Sık sık	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
1. Başkaları ile birlikte yemek yemekten hoşlanırım.						
2. Başkaları için yemek pişirim, fakat pişirdiğim yemeği yemem.						
3. Yemekten önce sıkıntılı olurum.						
4. Şişmanlıktan ödüm kopar.						
5. Açıkta yemek yememeye çalışırım.						
6. Aklim fikrim yemektedir.						
7. Yemek yemeyi durduramadığım zamanlar oldu.						
8. Yiyeceğimi küçük küçük parçalara bölerim.						
9. Yediğim yiyeceğin kalorisini bilirim.						
10. Ekmek, patates, pıncı gibi yüksek kalorili yiyeceklerden kaçırım.						
11. Yemeklerden sonra şişkinlik hissederim.						
12. Ailem fazla yememi bekler.						
13. Yemek yedikten sonra kusarım.						
14. Yemek yedikten sonra aşırı suçluluk duyarım.						
15. Tek düşünsem daha zayıf olmalıydım.						
16. Aldığım kalorileri yakmak için yorulana kadar egzersiz yaparım.						
17. Günde birkaç kez tartılırım.						
18. Vücudumu saran dar elbiselerden hoşlanırım.						
19. El yemekten hoşlanırım.						
20. Sabahları erken uyanırım.						
21. Günlerce aynı yemeği yerim.						
22. Egzersiz yaptığımda harcadığım kalorileri hesaplarım.						

	Daima	Çok sık	Sık sık	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
23. Adetlerim düzensizdir.						
24. Başkaları zayıf olduğumu düşünür.						
25. Şişmanlayacağım (vücudumun yağ toplayacağı) düşüncesi zihnimi meşgul eder.						
26. Yemeklerimi yemek başkalarından uzun sürer.						
27. Lokantıda yemek yemeyi severim.						
28. Müshil kullanırım.						
29. Şekerli yiyeceklerden kaçınırım.						
30. Diyet (perhiz) yemekleri yerim.						
31. Yaşamımı yiyeceğin kontrol ettiğini düşünürüm.						
32. Yiyecek konusunda kendimi denetleyebilirim.						
33. Yemek konusunda başkalarının bana baskı yaptığını düşünürüm.						
34. Yiyeceklerle ilgili düşünceler çok zamanımı alır.						
35. Kabızlıktan yakınırım.						
36. Tali yedikten sonra rahatsız olurum.						
37. Perhiz yaparım.						
38. Midemin boş olmasından hoşlanırım.						
39. Şekerli, yağlı yiyecekleri denemekten hoşlanırım.						
40. Yemeklerden sonra içimden kusmak gelir.						



## Ek-6: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği

Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler

### Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği'nin Türkçesi-2.0 (Çeviren: © Vedat Şar, 1996, 2012)

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

#### Çocukluğumda ya da ilk gençliğimde...

1. Evde yeterli yemek olmadıgından aç kaldım.  
1. Hiç Bir Zaman      2. Nadiren      3. Kımi Zaman      4. Sık Olarak      5. Çok Sık
2. Benim bakımımı ve güvenliğimi üstlenen birinin olduğunu biliyordum.  
1. Hiç Bir Zaman      2. Nadiren      3. Kımi Zaman      4. Sık Olarak      5. Çok Sık
3. Ailemdedekiler bana "salak", "beceniksiz" ya da "tipsiz" gibi sıfatlarla seslenirdi.  
1. Hiç Bir Zaman      2. Nadiren      3. Kımi Zaman      4. Sık Olarak      5. Çok Sık
4. Anne ve babam ailelerine bakamayacak kadar siddetle sarhoş olur ya da uyuturucu alırdı.  
1. Hiç Bir Zaman      2. Nadiren      3. Kımi Zaman      4. Sık Olarak      5. Çok Sık
5. Ailemde önemli ve özel biri olduğum duygusunu hissetme yardımcı olan biri vardı.  
1. Hiç Bir Zaman      2. Nadiren      3. Kımi Zaman      4. Sık Olarak      5. Çok Sık
6. Yırtık, sökülük ya da kirli giysiler içersinde dölaşmak zorunda kaldım.  
1. Hiç Bir Zaman      2. Nadiren      3. Kımi Zaman      4. Sık Olarak      5. Çok Sık
7. Sevdiğimi hissediyordum.  
1. Hiç Bir Zaman      2. Nadiren      3. Kımi Zaman      4. Sık Olarak      5. Çok Sık
8. Anne ve babamın benim doğmuş olmamı istemediklerini düşünüyordum.  
1. Hiç Bir Zaman      2. Nadiren      3. Kımi Zaman      4. Sık Olarak      5. Çok Sık
9. Ailemden birisi bana böyle kötü vurmuştu ki doktora ya da hastaneye gitmem gerekmişti.  
1. Hiç Bir Zaman      2. Nadiren      3. Kımi Zaman      4. Sık Olarak      5. Çok Sık
10. Ailemde başka türlü olmasını istediğim bir şey yoktu.  
1. Hiç Bir Zaman      2. Nadiren      3. Kımi Zaman      4. Sık Olarak      5. Çok Sık
11. Ailemdedekiler bana o kadar şiddetle vuruyordardı ki vücudumda morarık ya da sıynıklar oluyordu.  
1. Hiç Bir Zaman      2. Nadiren      3. Kımi Zaman      4. Sık Olarak      5. Çok Sık
12. Kayaş, sopa, korden ya da başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum.  
1. Hiç Bir Zaman      2. Nadiren      3. Kımi Zaman      4. Sık Olarak      5. Çok Sık
13. Ailemdedekiler birbirlerine ilgi gösterirdi.  
1. Hiç Bir Zaman      2. Nadiren      3. Kımi Zaman      4. Sık Olarak      5. Çok Sık
14. Ailemdedekiler bana lincı ya da saldırganca sözler söylerdi.  
1. Hiç Bir Zaman      2. Nadiren      3. Kımi Zaman      4. Sık Olarak      5. Çok Sık

**Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği**

15. Vücutta kötüye kullanılmış olduğuma (dövülme, itilip kalıma vb.) inanıyorum.  
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
16. Çocukluğum mükemmeldi.  
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
17. Bana o kadar kötü vuruluyor ya da dövülüyordum ki öğretmen, komşu ya da bir doktorun bunu farkettiği oluyordu.  
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
18. Ailemde birisi benden nefret ederdi.  
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
19. Ailemdekiler kendilerini birbirlerine yakın hissederdiler.  
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
20. Birisi bana cinsel amaçla dokundu ya da kendisine dokunmami istedi.  
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
21. Kendisi ile cinsel temas kurmadığım takdirde beni yaralamakla ya da benim hakkımda yalanlar söylemekte tehdit eden birisi vardı.  
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
22. Benim ailem dünyanın en fahişydi.  
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
23. Birisi beni cinsel şeyler yapmaya ya da cinsel şeylere bakmaya zorladı.  
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
24. Birisi bariş cinsel tacizde bulundu.  
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
25. Duygusal bakımında kötüye kullanılmış olduğuma (hakaret, aşağılama vb.) inanıyorum.  
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
26. İhtiyacım olduğunda beni doktora götürecekti birisi vardı.  
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
27. Cinsel bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.  
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
28. Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi.  
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

## Ek-7: Kısa Semptom Tarama Envanteri

### KISA SEMPTOM ENVANTERİ

Aşağıda, insanların bazen yaşadıkları belirtilerin ve yakınmaların bir listesi verilmiştir. Listedeki her maddeyi lütfen dikkatle okuyunuz. Daha sonra, o belirtinin SİZDE BUGÜN DAHİL, SON BİR HAFTADIR NE KADAR VAR OLDUĞUNU yandaki bölüme uygun olan yere işaretleyiniz. Her belirti için sadece bir yeri işaretlemeye ve hiçbir maddeyi atlamamaya özen gösteriniz. Yanıtlarınızı kurşun kalemle işaretleyiniz. Eğer fikir değiştirirseniz ilk yanıtınızı siliniz.

Yanıtlarınızı aşağıdaki ölçeğe göre değerlendiriniz:

Bu belirtiler son bir haftadır sizde ne kadar var?

- |                      |                  |
|----------------------|------------------|
| 0. Hiç yok           | 3. Epey var      |
| 1. Biraz var         | 4. Çok fazla var |
| 2. Orta derecede var |                  |

	Bu belirtiler son bir haftadır sizde ne kadar var?				
	Hiç				Çok fazla
1. İçinizdeki sınırlılık ve titreme hali	0	1	2	3	4
2. Baygınlık, baş dönmesi	0	1	2	3	4
3. Bir başka kişinin sizin düşüncelerinizi kontrol edeceği fikri	0	1	2	3	4
4. Başınıza gelen sıkıntılardan dolayı başkalarının suçlu olduğu duygusu	0	1	2	3	4
5. Olayları hatırlamada güçlük	0	1	2	3	4

	Hiç					Çok fazla				
6. Çok kolayca kızıp öfkelenme	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
7. Göğüs (kalp) bölgesinde ağrılar	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
8. Meydanlık (açık) yerlerden korkma duygusu	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
9. Yaşamınıza son verme düşünceleri	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
10. İnsanların çoğuna güvenilmeyeceği hissi	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
11. İştahta bozukluklar	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
12. Hiçbir nedeni olmayan ani korkular	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
13. Kontrol edemediğiniz duygu patlamaları	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
14. Başka insanlarla beraberken bile yalnızlık hissetmek	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
15. İşleri bitirme konusunda kendini engellenmiş hissetmek	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
16. Yalnızlık hissetmek	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
17. Hüzünlü, kederli hissetmek	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
18. Hiçbir şeye ilgi duymamak	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
19. Ağlamaklı hissetmek	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
20. Kolayca incinebilme, kırılmak	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
21. İnsanların sizi sevmediğine, kötü davrandığına inanmak	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4

	Hiç				Çok fazla
22. Kendini diğerlerinden daha aşağı görme	0	1	2	3	4
23. Mide bozukluğu, bulantı	0	1	2	3	4
24. Diğerlerinin sizi gözlediği ya da hakkınızda konuştuğu duygusu	0	1	2	3	4
25. Uykuya dalmada güçlük	0	1	2	3	4
26. Yaptığınız şeyler tekrar tekrar doğru mu diye kontrol etmek	0	1	2	3	4
27. Karar vermede güçlükler	0	1	2	3	4
28. Otobüs, tren, metro gibi umumî vasıtalarla seyahatlerden korkmak	0	1	2	3	4
29. Nefes darlığı, nefessiz kalmak	0	1	2	3	4
30. Sıcak-soğuk basmaları	0	1	2	3	4
31. Sizi korkuttuğu için bazı eşya, yer yada etkinliklerden uzak kalmaya çalışmak	0	1	2	3	4
32. Kafanızın "bomboş" kalması	0	1	2	3	4
33. Bedeninizin bazı bölgelerinde uyuşmalar, karıncalanmalar	0	1	2	3	4
34. Günahlarınız için cezalandırılmanız gerektiği	0	1	2	3	4
35. Gelecekle ilgili umutsuzluk duyguları	0	1	2	3	4
36. Konsantrasyonda (dikkati bir şey üzerinde toplama) güçlük/zorlanmak	0	1	2	3	4

	Hiç					Çok fazla
37. Bedeninizin bazı bölgelerinde zayıflık, güçsüzlük hissi	0	1	2	3	4	
38. Kendini gergin ve tedirgin hissetmek	0	1	2	3	4	
39. Ölime ve ölüm üzerine düşünceler	0	1	2	3	4	
40. Birini dövme, ona zarar verme, yaralama isteği	0	1	2	3	4	
41. Bir şeyleri kırma, dökme isteği	0	1	2	3	4	
42. Diğerlerinin yanındayken yanlış bir şeyler yapmamaya çalışmak	0	1	2	3	4	
43. Kalabalıklarda rahatsızlık duymak	0	1	2	3	4	
44. Bir başka insana hiç yakınlık duymamak	0	1	2	3	4	
45. Dehşet ve panik nöbetleri	0	1	2	3	4	
46. Sık sık tartışmaya girmek	0	1	2	3	4	
47. Yalnız bıraktığında/kalındığında sinirli hissetmek	0	1	2	3	4	
48. Başarılarınız için diğerlerinden yeterince takdir görmemek	0	1	2	3	4	
49. Yerinde duramayacak kadar kendini tedirgin hissetmek	0	1	2	3	4	
50. Kendini değersiz görmek	0	1	2	3	4	
51. Eğer izin verirsiniz insanların sizi sömüreceği duygusu	0	1	2	3	4	

	<b>Hiç</b>					<b>Çok fazla</b>
52. Suçluluk duyguları	0	1	2	3	4	
53. Aklınızda bir bozukluk olduğu fikri	0	1	2	3	4	

## ÖZGEÇMİŞ

### **Kişisel Bilgiler:**

Doğum Yeri: İstanbul

Doğum Tarihi: 18 / 10 / 1990

### **Eğitim Durumu:**

2015 – Üsküdar Üniversitesi, Klinik Psikoloji Yüksek Lisans ( Tezli )

2009 – 2014 Doğu Üniversitesi, Psikoloji ( İngilizce )( Burslu )

(Fakülte ikinciliği ile mezun)

### **Yabancı Dil ve Düzeyi:**

İngilizce (İyi)

### **İş Deneyimi:**

2016 – Türk Kızılayı Kartal Kızılay Tıp Merkezi

Psikolog

2014 –Binbir hayat özel eğitim ve rehabilitasyon merkezi

Psikolog