

**T.C.
BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**MORBİD OBEZİTE HASTALARININ MİZAÇ VE KARAKTER
ÖZELLİKLERİ**

Dr. Melek CENGİZ METE

TIPTA UZMANLIK TEZİ

**TEZ DANIŞMANI
Yrd. Doç. Dr. Özge SARAÇLI**

Zonguldak 2015

**T.C.
BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**MORBİD OBEZİTE HASTALARININ MİZAÇ VE KARAKTER
ÖZELLİKLERİ**

Dr. Melek CENGİZ METE

TIPTA UZMANLIK TEZİ

**TEZ DANIŞMANI
Yrd. Doç. Dr. Özge SARAÇLI**

Zonguldak 2015

TEZ ONAY TUTANAĞI

Tezin Teslim Edildiği Üniversite/Fakülte: Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi

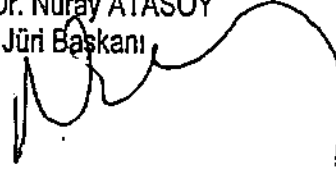
Tez Başlığı : Morbid Obezite Hastalarının Mizaç ve Karakter Özellikleri

Tez Yazarı : Arş. Gör. Dr. Melek CENGİZ METE

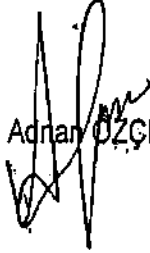
Tez Savunma Tarihi : 27/04/2015

Tez Danışmanı : Yrd.Doç.Dr. Özge SARAÇLI

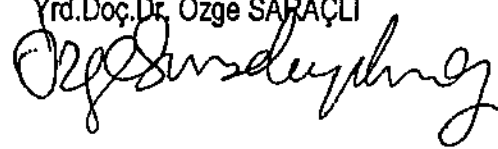
Prof.Dr. Nuray ATASOY
Jüri Başkanı



Prof.Dr. Adnan ÖZÇETİN



Yrd.Doç.Dr. Özge SARAÇLI



UYGUNDUR



Prof.Dr. Ener BAYRAKTAROGLU
Dekan

TEŞEKKÜR

Psikiyatri eğitimim süresince bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım tez danışmanım değerli hocam Yrd. Doç. Dr. Özge Saraçlı'ya,

Yetişmemdeki katkılarından dolayı değerli hocalarım Prof. Dr. Nuray Atasoy'a, Doç. Dr. Levent Atik'e ve Yrd. Doç. Dr. Ömer Şenormancı'ya

Çocuk psikiyatrisi rotasyonumda yanında çalışma olanağı bulduğum Yrd. Doç. Dr. Özge Metin'e teşekkür ve saygılarımı sunarım.

Tezimin araştırma planlama ve istatistiksel değerlendirme dahil hemen her aşamasında yardımlarından dolayı Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik Anabilim Dalı öğretim üyesi sayın Firüzan Köktürk'e

Ruh sağlığı ve hastalıkları kliniğinde birlikte çalıştığım tüm asistan arkadaşlarıma ve tüm psikiyatri hemşire ve personel ekibine,

Tezimin veri toplama aşamasında yardımlarını esirgemeyen endokrinoloji ve genel cerrahideki asistan arkadaşlara,

Ve özellikle tanıştığımız andan beri her aşamada desteğini hissettiğim eşim Şahabettin Mete'ye, heyecanla aramıza katılmasını beklediğimiz bebeğimize, hayatımın her evresinde sevgi ve desteğini esirgemeyen annem, babama ve kardeşlerime koşulsuz sevgileri, her zaman daha iyi hissetmemi sağladıkları için sonsuz teşekkürler.

Benim için hayatı güzel ve yaşanılır kıldılar.

Dr. Melek CENGİZ METE

Zonguldak 2015

ÖZET

Melek Cengiz Mete, Morbid Obezite Hastalarının Mizaç ve Karakter Özellikleri. Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanlık Tezi. Zonguldak, 2015

Amaç: Bu çalışma morbid obez hastaların sağlıklı kontrol grubuyla mizaç ve karakter özellikleri açısından karşılaştırılmasını amaçladı.

Gereç ve yöntem: Çalışmanın hasta grubu 01.10.2013 – 01.04.2014 tarihleri arasında 6 ay boyunca psikiyatri polikliniğine konsülte edilen, bariatrik cerrahi öncesi psikiyatrik değerlendirme istenen morbid obez bireyler tarafından oluşturuldu. Sağlıklı kontrol grubu, hasta grubu ile benzer yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi özelliklerine sahipti. Hasta ve kontrol grubuyla yüz yüze görüşülerek psikiyatrik görüşme yapan klinisyen tarafından sosyodemografik veri formu ve DSM-IV Eksen 1 Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme uygulandı. Yüz yüze görüşme sonrası hasta ve kontrol grubuna Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği, Mizaç ve Karakter Envanteri Ölçeği verilerek doldurmaları istendi. Kesitsel tanımlayıcı nitelikteki çalışmamızın istatistiksel analizi için SPSS 19.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) programı kullanıldı.

Bulgular: Çalışma grubu yaş aralığı 18- 65 yıl olan, 162'si (%65.9) kadın ve 84'ü (%34.1) erkek olmak üzere toplam 246 olgudan oluşmaktaydı. Morbid obez hastalar (n=160) ve sağlıklı kontrol grubu (n=86) grupları mizaç ve karakter alt boyutları açısından karşılaştırıldı. Morbid obez grubunun KA2 (kişilerarası özdeşim), ZK2 (belirsizlik korkusu), ZK4 (çabuk yorulma ve dermansızlık), ÖB1 (duygusallık), ÖB3 (bağlanma), ÖB (ödül bağımlılığı) toplam puanı, İY1 (sosyal kabullenme), İY4 (acıma), İY5 (erdemlilik, vicdanlılık), İY (işbirliği yapma) toplam puan ortalamaları kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek, YA4(düzensizlik), YA (yenilik arayışı) toplam puan ortalamaları kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptandı.

Sonuç: Belli kişilik özelliklerinin obezite patogenezinde ve tedavi yanıtında etkili olduğu gözönüne alınarak hastaların tedavilerinin yönetiminde mizaç ve karakter özelliklerinin değerlendirilmesinin gerekli olduğunu düşünüyoruz.

Anahtar Kelimeler: Morbid Obezite, Bariatrik Cerrahi, Kişilik, Mizaç, Karakter

ABSTRACT

Melek Cengiz Mete. Temperament and Character Traits with Patients with Morbid Obesity. Bülent Ecevit University, Faculty of Medicine, Psychiatry Thesis. Zonguldak, 2015

Aim: In the present study, we aimed to evaluate the temperament and character traits differentiating with morbid obesity group from healthy individuals group.

Material and method: The patient group of the study consisted of the morbid obese patients who was consulted to the psychiatric clinic of Bülent Ecevit University Faculty of Medicine before bariatric surgery between October 2013 and April 2014. The control group was similar to the patient group in terms of age, gender, education and marital status. The patients that did not have the diagnosis of any psychiatric disorders with SCID I were included in the healthy control group. Structured psychiatric interview for DSM-IV Axis 1 Disorders Clinical Interview was administered face to face with the patient and control group by the clinician. Then the morbid obese and control groups were asked to complete sociodemographic data form, temperament and character inventory (TCI), beck depression and beck anxiety scale.

SPSS 19.0 package software was used for statistical analysis of our cross sectional descriptive study.

Results: The study group consisted of 246 cases of which 162 (%65.9) were females and 84 (%34.1) were males with an age range of 18-65 years and they were analysed in two groups as morbid obesity group (n=160) and the controls (n=86) to evaluate differentiating the temperament and character traits.

Total mean point of ST2 (Transpersonal identification), HA2 (Fear of uncertainty), HA4 (Fatigability), RD1 (Sentimentality), RD3 (Attachment), RD (Reward dependence), C1 (Social acceptance), C4 (Compassion), C5 (Pure-hearted conscience), C (Cooperativeness) of the morbid obesity group was found to be statistically significantly higher than the controls. Total mean point of NS4 (Disorderliness), NS (Novelty seeking) in the morbid obesity group was significantly lower than controls.

Conclusion: We think that it is necessary to assess the temperament and character in the management of the treatment, considering certain personality traits to be effective in the pathogenesis and treatment response of obesity.

Key Words: Morbid Obesity, Bariatric Surgery, Personality, Temperament, Character

İÇİNDEKİLER

Sayfa

TEŞEKKÜR.....	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT.....	v
İÇİNDEKİLER	vi
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	x
TABLOLAR LİSTESİ.....	xii
1. GİRİS VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Kişilik.....	3
2.1.1.Mizaç ve Alt Boyutları	3
2.1.1.1. Zarardan Kaçınma (Harm Avoidance).....	4
2.1.1.2. Yenilik Arayışı (Novelty Seeking).....	4
2.1.1.3. Ödül Bağımlılığı (Reward Dependence).....	5
2.1.1.4. Sebat Etme (Persistence).....	5
2.1.2. Karakter ve Alt Boyutları.....	5
2.1.2.1. Kendi Kendini Yönetme (Self-Directedness)	6
2.1.2.2. İşbirliği Yapma (Cooperativeness)	6
2.1.2.3. Kendini Aşma (Self-Transcendence).....	7
2.2. Obezitenin Tanımı	7
2.3. Obezitenin Epidemiyolojisi.....	8
2.4. Obezitenin Etyolojisi.....	10
2.4.1.Genetik Nedenler.....	11
2.4.2. Beslenme Şekli, Fiziksel Aktivite ve Çevresel Etmenler.....	12
2.4.3. İlaçlar ve Sigara	13
2.4.4. Psikolojik Etmenler.....	14
2.4.4.1. Ruhsal Durum ve Yeme Davranışı Arasındaki İlişki.....	14
2.4.4.2. Psikanalitik Kurama Göre Obezite.....	15
2.4.4.3. Öğrenme Kuramına Göre Obezite	20
2.5.Obezitenin Klinik Özellikleri.....	21
2.6. Obezitede Komplikasyonlar.....	21

2.6.1. Tıbbi Komplikasyonlar	21
2.6.2. Psikolojik Komplikasyonlar	21
2.7. Obez Bireylerde Kişilik Ve Psikopatoloji	23
2.7.1. Obez Bireylerde Psikopatoloji	23
2.7.2. Obezite ve Mizaç Karakter Arasındaki İlişki	24
2.8. Obezitenin Tedavisi	25
2.8.1. Motivasyon	25
2.8.2. Zayıflama İşleminde Genel Yaklaşımlar	26
2.8.2.1. Diyet	26
2.8.2.2. Aktivite	26
2.8.2.3. İlaçlar	26
2.8.2.4. Cerrahi	27
2.8.2.5. Psikiyatrik Tedavi	27
3. GEREÇ VE YÖNTEM	29
3.1. Araştırmanın Tipi	29
3.2. Etik Boyut	29
3.3. Araştırmanın Uygulandığı Yer ve Zaman	29
3.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	29
3.5. Veri Toplama Yöntemi	30
3.6. Veri Toplama Araçları	31
3.6.1. Sosyodemografik Veri Formu	31
3.6.2. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)	31
3.6.3. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)	32
3.6.4. Mizaç ve Karakter Envanteri (MKE) (Temperament and Character Inventory- TCI)	32
3.6.5. DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I):	33
3.7. İstatistiksel Analiz	33
4. BULGULAR	35
4.1. Morbid Obez ve Kontrol Grubunun Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerine Ait Bulgular	35
4.2. Morbid Obez Grupta Kilo Sorununun Zamanla İlişkinine Ait Bulgular	37

4.3. Morbid obez grubunun fiziksel, endokrin hastalıkları ve sigara, alkol kullanma alışkanlıkları.....	37
4.4. Morbid Obez ve Kontrol Grubunda Psikiyatrik Hastalık Varlığı, Dağılımı Ve Baö Ve Bdö Ölçek Puanlarıyla İlgili Bulgular.....	39
4.5. Morbid Obez Grubunda Psikiyatrik Tedavilerle İlişkili Bulgular.....	40
4.6. Morbid Obez Grubunda Soygeçmişle İlgili Özelliklere Ait Bulgular.....	40
4.7. Demografik Özelliklerle Mizaç ve Karakter Özellikleri Arasındaki İlişkilere Ait Bulgular.....	41
4.7.1. Morbid obezlerde yaş ve mizaç ve karakter özellikleri arasındaki ilişkilere ait bulgular.....	41
4.7.2. Kontrol grubunda yaş ile mizaç ve karakter özellikleri arasındaki ilişkilere ait bulgular.....	41
4.7.3. Morbid obezlerde cinsiyet ile mizaç özellikleri arasındaki ilişkilere ait bulgular.....	42
4.7.4. Kontrol grubunda cinsiyet ile karakter özellikleri arasındaki ilişkilere ait bulgular.....	44
4.7.5. Morbid obez grubunda eğitim durumu ile mizaç ve karakter özellikleri arasındaki ilişkilere ait bulgular.....	44
4.7.6. Kontrol grubunda eğitim durumu ile mizaç ve karakter özellikleri arasındaki ilişkilere ait bulgular.....	46
4.8. Morbid Obez Ve Kontrol Gruplarının Mizaç Ve Karakter Özelliklerinin Karşılaştırılmasına Ait Bulgular.....	47
4.8.1. Morbid obez ve kontrol gruplarının mizaç özelliklerinin karşılaştırılmasına ait bulgular.....	47
4.8.2. Morbid obez ve kontrol gruplarının karakter özelliklerinin karşılaştırılmasına ait bulgular.....	48
4.9. Hasta ve Kontrol Gruplarındaki Kadınların Mizaç ve Karakter Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	50
4.10. Hasta ve Kontrol Gruplarındaki Erkeklerin Mizaç ve Karakter Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	51
5. TARTIŞMA.....	52
6. SONUÇLAR.....	60

6.1. Hipotezlerin Değerlendirilmesi.....	60
6.2.Öneriler	61
7. KAYNAKLAR	62
8. EKLER.....	75
Ek 1: Sosyodemografik Veri Formu.....	75
Ek 2: Beck Depresyon Ölçeği	76
Ek 3: Beck Anksiyete Ölçeği.....	77
Ek 4: Mizaç ve Karakter Envarteri	78
Ek 5: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Anket Araştırmaları İçin).....	87
Ek 6: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Sağlıklı Kontrol Grubu İçin)	90
Ek 7: Etik Kurul Onayı.....	94

SİMGELER VE KISALTMALAR

- ark. : Arkadaşları
BKB : Borderline Kişilik Bozukluğu
BKI : Beden Kitle İndeksi
DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü
HDL : High Density Protein
İY : İşbirliği Yapma
İY1 : Sosyal Kabullenme
İY2 : Empati Duyma
İY3 : Yardımseverlik
İY4 : Acıma
İY5 : Erdemlilik – Vicdanlılık
KA : Kendini Aşma
KA1 : Kendilik Kaybı
KA2 : Kişilerarası Özdeşim
KA3 : Manevi Kabullenme
Kcal : Kilokalori
KY : Kendini Yönetme
KY1 : Sorumluluk Alma
KY2 : Amaçlılık
KY3 : Beceriklik
KY4 : Kendini Kabullenme
KY5 : Olumlu İkincil Huylar
LDL : Low Density Protein
MKE : Mizaç ve Karakter Envanteri
Ort : Ortalama Değer
ÖB : Ödül Bağımlılığı
ÖB1 : Duygusallık
ÖB2 : Bağlanma
ÖB3 : Bağımlılık

SCID- 1	: Structured Clinical Interview for DSM- IV; DSM-IV Eksen 1 Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme
SE	: Sebat Etme
SS	: Standart Sapma
SSRI	: Selective serotonin reuptake inhibitör (Selektif Seçici Geri- alım Inhibitörleri)
TCI	: Temperament and Character Inventory (Mizaç ve Karakter Envanteri)
TEKHARF Çalışması:	Türkiye’de Erişkinlerde Kalp Hastalığı Risk Faktörleri Çalışması
TURDEP Çalışması:	Türkiye’ de Diyabetes Mellitus, Obezite ve Hipertansiyon Epidemiyolojisi
TURDEP - II Çalışması:	Türkiye’ de Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik hastalıklar Prevalans Çalışması – 2
TYB	: Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu
USBİK III	: 3. Ulusal Sağlık ve Beslenme İnceleme Kurulu
YA	: Yenilik Arayışı
YA1	: Keşfetmekten Heyecan Duyma
YA2	: Dürtüsellik
YA3	: Savurganlık
YA4	: Düzensizlik
ZK	: Zarardan Kaçınma
ZK1	: Beklenti Endişesi
ZK2	: Belirsizlik Korkusu
ZK3	: Yabancılardan Çekinme
ZK4	: Çabuk Yorulma- Dermansızlık

TABLULAR LİSTESİ

<u>No</u>	<u>Sayfa</u>
Tablo 1: Hasta ve kontrol gruplarının demografik ve klinik özelliklerinin karşılaştırılması.....	36
Tablo 2: Obezlerde kilo sorununun zamanla ilişkisi	37
Tablo 3: Hasta ve kontrol grubunun fiziksel hastalık, sigara ve alkol kullanımına göre karşılaştırılması.....	38
Tablo 4: Morbid obezlerde psikiyatrik hastalık dağılımı.....	39
Tablo 5: Hasta ve kontrol grubunun ölçek puanları açısından karşılaştırılması	40
Tablo 6: Morbid obezlerde psikiyatrik hastalıkla ilişkili özellikler.....	40
Tablo 7: Morbid obezlerde soygeçmişle ilişkili özellikler	41
Tablo 8: Hasta grubunun mizaç ve karakter boyutlarının yaş ile ilişkisi.....	41
Tablo 9: Kontrol grubunun mizaç ve karakter boyutlarının yaş ile ilişkisi:.....	42
Tablo 10: Hasta grubunda cinsiyetin mizaç ve karakter ile ilişkisi	43
Tablo 11: Kontrol grubunda cinsiyetin mizaç ve karakter ile ilişkisi	44
Tablo 12: Hasta grubunda eğitim durumunun mizaç ve karakterle ilişkisi	45
Tablo 13: Kontrol grubunda eğitim durumunun mizaç ve karakterle ilişkisi	46
Tablo 14: Hasta ve kontrol grubunun mizaç özelliklerinin karşılaştırılmasına ait bulgular	48
Tablo 15: Hasta ve kontrol grubunda karakter özelliklerinin karşılaştırılmasına ait bulgular	49
Tablo 16: Hasta ve kontrol gruplarındaki kadınların mizaç ve karakter özelliklerinin karşılaştırılması.....	50
Tablo 17: Hasta ve kontrol gruplarındaki erkeklerin mizaç ve karakter özelliklerinin karşılaştırılması.....	51

1. GİRİS VE AMAÇ

Hipokrat M.Ö. 400'lerde beden yapısını kısa-şişman ve uzun-zayıf olarak iki ana gruba ayırmıştır. 18. yüzyılın sonlarında Abernathy (1793), vücudun yüzey alanının hesaplanması için matematiksel bir formülün üzerinde çalışma yapmıştır. Bu çalışma bugünkü modern tekniklerle hesaplanan teorik yaklaşımların başlangıcı olarak kabul edilmektedir. 1963'te İllinois'de düzenlenen konusu antropometrik ölçümler üzerine olan uluslararası konferans bu alanda dönüm noktası olmuştur.

Obezite Latince "obesus" sözcüğünden türetilmiştir. Şişman karşılığı olarak kullanılan "obesus", "iyi beslenmiş" anlamına gelir. Türkçe'de şişman sözcüğü "kabarıklık", "ur" anlamına gelen "şiş" kökünden türetilmiştir.(1) Tarih obez bireylere karşı var olan önyargının, yalnızca bugünün toplumuna özgü bir özellik olmadığını göstermektedir. 12. yüzyılda bile Budistler obeziteyi ahlaki zaafın bir sonucu olarak damgalamışlardır. (2) Günümüzde ise şişmanlık, kişilerin kilo artışı ile birlikte toplumsal sorunlar yaşamasına neden olan ve beraberinde ek hastalıklara neden olan kronik, ilerleyici, morbidite ve mortalitesi yüksek bir hastalık olarak tarif edilmektedir. (3)

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından obezitenin tanımı, sağlığı bozacak ölçüde vücutta aşırı yağ birikmesi olarak yapılmıştır. (4) Obezitenin, psikolojik ve çevresel etkileşimleri olup kronik hastalıkların oluşmasına ve ilerlemesine sebep olur (5). Obezite; alınan enerjinin, harcanan enerjiden fazla olmasından kaynaklanan, beden yağ dokusunun artması ile karakterize, yaşam kalitesini ciddi oranda düşürmesi ve ölüm oranlarında etkili olması nedeniyle mutlaka tedavi edilmesi gereken kronik bir hastalıktır (4, 6). Dünya Sağlık Örgütü tarafından beden kitle endeksinin 30-40 arasında olması obezite, 40'ın üzerine olması morbid obezite olarak tanımlanmaktadır. Morbid obezite metabolik hastalıklar grubunda kabul edilen bir hastalıktır. Sigaradan sonra önlenbilir en önemli ölüm nedenidir. Morbid obezite beraberinde getirdiği riskler neticesinde ölümcül problemler doğurabilen ve yaşam süresini de bariz olarak kısaltan düzeydeki aşırı şişmanlık olarak tanımlanmaktadır.(4)

Toplumun önemli bir kısmını ilgilendiren ciddi sosyal, psikolojik ve tıbbi sorunlara neden olabilen, bir halk sağlığı problemi olarak değerlendirilen obezite,

bazı araştırcılar tarafından psikosomatik bir hastalık olarak da görülmektedir. Multipl genetik etmenlerin, güçlü ve farklı çevresel etmenlerle etkileşimi sonucu ortaya çıkmakta olup son yıllarda, dünyada ve ülkemizde yaygınlığı hızla artarak küresel bir epidemiy haline gelmiştir.

Ülkemizde obezitenin psikososyal yönüyle ilgili, erişkinlerde yapılmış çalışmalar giderek artmaktadır. Çalışmalar tedavi için başvuran grubun daha çok psikososyal desteğe ihtiyacı olduğunu göstermektedir (7). Kişilik özelliklerinin, bireylerde obezite gelişimini ve tedavi yanıtlarını etkileyen bir faktör olabileceği ileri sürülmektedir.

Bu araştırmanın amacı morbid obezite sorunu olan hastalar ve kontrol grubunu mizaç ve karakter özellikleri açısından karşılaştırmaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kişilik

Kişilik bireylerin sosyal deneyimleri, gelişimi ve yapısal özelliklerinin sonucu olarak ortaya çıkan ve yaşam tarzı ile uyum biçimi oluşturan, huy haline gelmiş bilinçli ya da bilinç dışı tüm köklü davranış düşünce ve duygu kalıplarıdır (8).

Kişilik bozukluklarının ayırımında Cloninger ve ark. tarafından geliştirilmiş olan boyutsal psikobiyolojik kişilik modeli yaygın olarak kullanılmaktadır. Bu boyutsal model; yaşam boyunca sabit kaldığı düşünülen, sosyokültürel etkiler karşısında değişmez oldukları kabul edilen dört mizaç faktörü ile sosyal öğrenme ve yaşam tecrübesi neticesinde olgunlaştığı varsayılan üç karakter faktörünü içerir. Söz konusu dört mizaç faktörü; yenilik arayışı (YA), zarardan kaçınma (ZK), ödül bağımlılığı (ÖB) ve sebat etmedir (SE). Üç karakter faktörü ise kendi kendini yönetme (KY), işbirliği yapma (İY), kendini aşmadan (KA) oluşur (9).**

2.1.1.Mizaç ve Alt Boyutları

Mizaç boyutları; yenilik, tehlike veya ceza ve ödüle yanıt olarak çağrışımsal öğrenmedeki bireysel farklılıklara göre tanımlanmaktadır. Mizaç boyutları özgül bir merkezi monoaminerjik sistem aktivitesi ile korelasyon göstermektedir: yenilik arayışı düşük dopaminerjik aktivite ile, zarardan kaçınma yüksek serotonerjik aktivite ile ve ödül bağımlılığı düşük noradrenerjik aktivite ile ilişkilendirilmiştir (10). Thomas ve Chess (11) yaptıkları öncü çalışmada, mizacı, davranışın üslupla ilgili bileşeni, davranışın içeriği ve motivasyondan farklılaşması olarak kavramsallaştırmışlardır (9,10). Mizaç kişinin doğuştan getirdiği büyük ölçüde fitri ve doğal kaynaklı gene o kişiye özgü psişik faaliyet ve davranışsal tepki verme tarzıdır (12).

2.1.1.1. Zarardan Kaçınma (Harm Avoidance)

Zarardan Kaçınma (ZK); engelleyici, ödül olmayan ve ceza sinyallerine verilen yanıtlarda, davranışın engellenmesiyle ilgili kalımsal eğilimi ifade eder (10). Zarardan kaçınmada, gelecekte olabilecek sorunlar için kötümser endişeler, belirsizlik korkusu ve yabancılardan utanma gibi pasif kaçınan davranışlar ve kolayca yorulma gibi davranışların engellenmesinde bir kalımsal eğilim vardır (13). Yüksek ZK davranışı; sosyal ketlenme, çabuk yorulma, yabancılardan kaçınma, diğer insanların endişelenmediği durumlarda bile bazı sorunların olacağı beklentisi ile karamsar düşünceler içinde olma, belirsizlik korkusu şeklinde gözlenir. Yüksek ZK özellikleri, bir takım uyum sağlayıcı avantajlar sağlayabilir. Bunlar, tehlike olasılığında dikkatli plan yapma ve temkinli olmaktır. Dezavantajı ise, tehlike durumu yokken bir tehlike beklentisinin olmasıdır. Bu beklenti, uygunsuz bir adaptasyona, davranışlarda engellenmeye ve kaygıya yol açar (10).

2.1.1.2. Yenilik Arayışı (Novelty Seeking)

Yenilik arayışı (YA); yeniliğe yanıt olarak sık araştırmacı aktivite, dürtüsel karar verme, ödül alma olasılığı belirlediğinde aşırılık ve taşkınlık, çabuk, kolay sinirlenme ve engellenmeden aktif kaçınma gibi davranışların etkinleşmesindeki veya başlamasındaki bir kalımsal eğilim olarak görülebilir (13). Aynı zamanda, şartlandırılmış ceza sinyallerinden aktif bir biçimde kaçınmayı, herhangi bir cezadan kaçma hünerini ve ödül sinyallerine yaklaşımı yansıtır (10).

Yüksek oranda YA'nın uyum sağlayıcı yararları, yeni ve aşına olmayan uyaranların coşkulu bir şekilde keşfedilmesi, yeniliğe ve keşiflere ulaşabilmesidir. Dezavantajları ise sık ve çabuk sıkılma, aşırı dürtüsellik, öfke patlamaları, ilişkilerde huzursuzluk ve başkalarını etkileme merakıdır. Düşük YA'lı olan kişiler, kolay sinirlenmeyen, tutumlu, monotonluğa tahammülü olan, düşünceli ve düzenli bireylerdir. Dezavantajları ise, etkinliklerin tekdüze olması, hevesizlik, monotonluğa tahammüllülük ve sorgulayıcı olmayan bir tutumdur (10).

2.1.1.3. Ödül Bağımlılığı (Reward Dependence)

Ödül bağımlılığı (ÖB); aşırı duygusallık, sosyal bağıllık ve diğerlerinin onayına bağımlılık gibi davranışların devamlılığına yönelik kalıtsal eğilim olarak görülebilir (10). Yüksek ÖB'nin uyum sağlayıcı avantajları, bu bireylerin duyarlı, bağımlı ve sosyal olmalarıdır. Dezavantajları ise, kolay etki altında kalmalarıdır ve aşırı ÖB'li olan kişiler sıklıkla tarafsızlıklarını kaybedebilirler. Düşük ÖB'li olan bireyler; katı tutumları olan, fazla itiraz eden, soğuk, sosyal olarak kimseyi önemsemeyen, kararsız bireylerdir. Düşük ÖB'nin uyum sağlayan yararları ise, kişisel bağımsızlık ve diğerlerini memnun etme çabasının bulunmadığı nesnelliktir. Bu kişilik özelliğinin dezavantajları ise, sosyal davranışlardaki soğukluk, sosyal çekilme ve ayrılmaya neden olmasıdır (10).

2.1.1.4. Sebat Etme (Persistence)

Sebat Etme (SE); engellenme, yorgunluk ve aralıklı olarak teşvik edilmeye rağmen davranışın sürdürülmesindeki kalıtsal eğilimi yansıtır. Bu mizaç boyutu kendisini çalışkanlık, azim, hırs, mükemmeliyetçilik şeklinde gösterir. Yüksek SE özelliği olan kişiler; çalışkan, azimli, beklenen ödül yanıtlarına aşırı çaba gösterme eğilimindedirler, beklenenden daha başarılı olurlar ve yorgunluğu ve engellenmeyi kişisel bir mücadele olarak algırlar. Düşük SE özellikli bireyler ise tembel, hareketsiz, kararsız ve düzensizdirler. Nadiren daha yüksek başarı için çalışırlar ve kolaylıkla vazgeçme eğilimindedirler.

2.1.2. Karakter ve Alt Boyutları

Çoğunlukla kalıtsal olan mizacın aksine, karakter daha az kalıtsal ve daha çok kültürelidir. Bireylerin rastgele yaşam olaylarından, kültür ve sosyal öğrenme tarafından etkilenir (14,15). Karakter, kişinin bizzat kendisi, diğer insanlar ve diğer nesnelere ile ilgili kavram ve sezgilerin öğrenilmesine dayanan, bilerek ortaya konulan amaç ve değerler açısından kişisel farklılıklarını ifade eder (13).

Kendilik kavramlarının üç yönü; bir kişinin kendini ne ölçüde bir otonom kişi (Kendini yönetme), toplumun entegre bir parçası (İş birliği yapma) ve evrenin bütünleşmiş bir parçası (Kendini aşma) olarak tanımladığına göre farklılaşmaktadır (9). İnsanın yaşı ilerledikçe bu karakter bileşenleri kişisel veya sosyal etkileşimle olgunlaşır. Bu özellikler tamamen geliştiğinde, olgun kişilik gelişmiş olur (9).

2.1.2.1. Kendi Kendini Yönetme (Self-Directedness)

Kendi Kendini yönetme (KY); kişinin tercihleri konusunda sorumluluğunu kabul etmesi, anlamlı amaçların belirlenmesi ve sorunları çözmede beceri ve güvenin gelişimi ile kendini kabullenmeden oluşur. Kendini yöneten birey otonom bir bireydir, sorumludur, amaçları vardır, beceriklidir, kabul edicidir ve disiplinli bir bireydir. Kendi kendini yöneten bireylerin en önemli özelliği, bireysel olarak seçtikleri, istemli ve gerçekçi amaçları için davranışlarını değiştirebilmeleridir. KY puanı düşük olan bireylerin; kendi problemlerinden başkalarını suçlama eğiliminde, amaçsız, beceriksiz, kendini beğenmiş ve disiplinsiz karakterler olduğu düşünülmektedir. KY puanı yüksek olan bireylerin ise; benlik saygısının iyi olduğu, sorumluluk sahibi, hayatlarının bir anlamı ve amacı olduğunu düşünen, becerikli, kendilerini hataları ile kabul edebilen ve disiplinli karakterler olduğu düşünülmektedir (9).

2.1.2.2. İşbirliği Yapma (Cooperativeness)

İşbirliği Yapma (İY); sosyal kabul, empati, yararlılık, sevecenlik ve erdemli-vicdanlı olmaktan oluşur. İşbirliği yapan insanlar hoşgörülü, empati yeteneği olan, yardımsever sevecen ve erdemlidirler. İşbirliği yapmayan bireyler, başkalarına karşı soğuk, başkalarının düşüncelerine ilgisiz, düşmanca olmaya eğilimli kişilerken; işbirliği yapan bireyler ise, başkalarını destekleyici, birlikte çalışan ve topluma yararlı olan kişilerdir, karşılıklı ilgi ve hoşgörüyle motive edilirler (9). İşbirliği Yapma (İY); sosyal kabullenmeye karşı sosyal hoşgörüsüzlük, empatiye karşı sosyal ilgisizlik, yardımseverliğe karşı yardımsever olmama, acımaya karşı intikamcılık,

temiz kalplilik ve vicdanlılığa karşı yalnızca kendine çıkar sağlamayı içeren gelişimsel bir süreç olarak şekillendirilmiştir (9).

2.1.2.3. Kendini Aşma (Self-Transcendence)

Kendini Aşma (KA); kendilik kaybı, kişilerarası özdeşim ve manevi kabulden oluşur. Kendini aşan bireyler yaratıcı, bencil olmayan, inançlı, manevi duyguları olan, idealist bireylerdir. Çevrede olup biten herşeyle bütünleşerek kendini bütünün bir parçası olarak hissetme olarak tanımlanmaktadır (9). Gelişim bir süreç olarak düşünüldüğünde, Kendini Aşma (KA)'nın pek çok yönü ve evresi vardır: Kendini kaybetmeye karşı kendilik bilincinde yaşantı, kişiler arası özdeşime karşı kendi kendine ayırma, manevi kabullenmeye karşı akılcı maddecilik olarak sıralanabilir (16). Cloninger, klinik çalışmalarda sadece düşük KA'nın şizoid kişilik bozukluğunun semptomlarıyla ilişkili olduğunu göstermiştir (17). KA puanı yüksek olan kişiler yaratıcı, sezgisel, uysal, idealist iken; düşük olan bireyler mantıklı aşırı denetleyici ve maddeci kişilerdir (9).

2.2. Obezitenin Tanımı

Obezite, bireyin ağırlık, boy, cinsiyet ve ırksal özelliklere göre belirlenmiş olan ideal değerlerin üstünde olmasıdır (18, 19).

Obezite vücudun tüm organ ve sistemlerini etkileyen, en belirgin etkilerini kardiyovasküler ve endokrin sistem üzerinde gösteren, çeşitli bozukluklara ve hatta ölümlere yol açabilen önemli bir sağlık problemidir (20)

Obezite, vücutta enerji alımı ve enerji tüketimi arasında dengesizlik sonucu meydana gelip sağlığı bozacak ölçüde anormal veya aşırı ölçüde yağ dokusu birikmesine neden olur. (7,21)

Yetişkin erkeklerde vücut ağırlığının ortalama %12-20'sini, kadınlarda ise %20-30'unu yağ dokusu oluşturmaktadır. Erkeklerde bu oranın %25, kadınlarda ise %33'ün üzerine çıkması durumunda obezite söz konusudur.

DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü), çeşitli Avrupa epidemiyolojistlerince ufak değişiklikler dışında kabul edilen bir uluslararası sınıflandırma geliştirmiştir (22)

DSÖ Sınıflandırmasında Obezite BKİ(kg/m²)'ne göre şöyle tanımlanmaktadır:

- <18.5 Düşük kilo Zayıf
- 18.5-24.9 Normal Sağlıklı, normal
- 25.0-29.9 Pre-obez Fazla kilolu
- 30.0-39.9 Obez Şişman
- ≥40 Morbid obez Aşırı şişman

Aşırı kilo ve obeziteye bağlı sağlık risklerinin BKİ=25'den itibaren progresif olarak arttığı bilinmektedir ve en azından endüstrileşmiş ülkelerde BKİ: 20-22'ye yakın bir ölçüm değerinin beden sağlığı açısından bir kriter olarak yararlı olacağı kanıtlanmıştır (23)

2.3. Obezitenin Epidemiyolojisi

Birçok ülkede aşırı kilonun derecelerinin sınıflandırılması için kendine özgü kriterler kullanıldığı için yıllardır obezite epidemiyolojisinin incelenmesi zor bir konu olarak karşımıza çıkmaktadır.1990'larda BKİ aşamalı olarak evrensel kabul gören bir aşırı kiloluluk ölçütü olmuştur ve artık denk sınır değerler önerilmektedir.(4)

Obezitenin herhangi bir yaşta başlayabildiği belirtilmektedir. Hayatın ilk yıllarındaki obezite ile hayatın ileri yaşlarında obez olma ihtimali arasında kesin bir ilişki bulunamasa da bu konudaki veriler çelişkilidir (24)

Obezite prevalansını etkileyen en önemli faktörler yaş, cins ve ırk olarak bilinmektedir. Bununla birlikte sosyokültürel düzey, ailede obez bireylerin varlığı ve beslenme alışkanlıklarının da prevalans üzerinde etkili olduğu gösterilmiştir (25). Obezite oluşumunda risk faktörlerinin bilinmesi korunma ve tedavi için gereklidir. Düşük eğitim durumu, evli olma ve çalışmama obezite için risk faktörleri olarak bulunmuştur (26,27). Obezite gelişmiş ülkelerin orta ve az gelirli kesimlerinde, gelişmekte olan ülkelerin ise orta ve yüksek gelir düzeyli tabakalarında daha çok görülürken çok yoksul kesimlerde pek görülmemektedir. (28) Kadınların gebelik sayısı arttıkça şişmanlık riski artmaktadır (26). Yine sigara, alkol, spor gibi

alışkanlıklar şişmanlık ile ilişkilendirilmiştir (26). Yakın akrabada şişmanlık, obezite için genetik bir risk faktörü olarak değerlendirilmektedir (26).

Dünya Sağlık Örgütü tarafından yapılan çalışmalar ile dünyada obezite yaygınlığının erkeklerde %10-20, kadınlarda ise %10-25 olduğu ve yıllar içinde bu oranın daha da arttığı gösterilmiştir. Amerika Birleşik Devletleri'nde obezite hızını değerlendirmek amacıyla yapılan bir çalışmada; erişkinlerin 2000 yılında %20'sinin, 2015 yılında %30'unun, 2025 yılında ise %40'ının obez olacağı öngörülmektedir (29). USBİK III'e (3. Ulusal Sağlık ve Beslenme İnceleme Kurulu) göre ise, ABD'nde erişkinlerin %32'si aşırı kilolu, %22.5'i obezdir (30). Afrika kökenli Amerikalılar'da ve İspanyollar arasında prevalans çok daha yüksektir. Afrika kökenli Amerikan ve İspanyol kökenli erişkin kadınların yaklaşık %67'si aşırı kilolu ve obezdir. İspanyol kökenli olmayan beyaz kadınlarda ise bu oran %46 bulunmuştur (31).

TURDEP çalışması (Türkiye'de Diabetes Mellitus, Obezite ve Hipertansiyon Epidemiyolojisi): DSÖ gözetiminde İstanbul Üniversitesi Çapa Tıp Fakültesi Diyabet Bilim Dalı tarafından 1997'de rastgele 15 ilden 20 yaş üstünde 24788 kişinin (%55.3 kadın, %44.7 erkek) katılımıyla gerçekleştirilmiştir. Çalışmada BKİ'nin 30 kg/m²'den büyük olması ülke genelinde %22.3, kadınlarda %29.9, erkeklerde %12.9 olarak saptanmıştır. (32) İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi tarafından T.C. Sağlık Bakanlığı'nın sahada lojistik işbirliği ile gerçekleştirilen 'Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması-II (TURDEP-II Çalışması)'nın saha araştırması Ocak 2010-Haziran 2010 tarihleri arasında 15 ilden 540 merkezde tamamlanmıştır. Çalışmaya bölgenin nüfus yapısına uygun olarak rastgele seçilip davet edilen 20 yaş ve üzerinde 26499 kişi katılmış ve çalışma %92 katılım oranı ile bitirilmiştir. TURDEP-I'den itibaren geçen 12 yıllık süreçte erişkin nüfusumuzun yaş ortalaması 4 yıl artmıştır. Ortalama kadın ve erkek boyu 1'er cm artmış; kadınlarda kilo 6 kg, bel çevresi 6 cm, kalça çevresi 7 cm; erkeklerde ise kilo 8 kg, bel çevresi 7 cm, kalça çevresi 2 cm artmıştır. 1998'de yapılan TURDEP-I'e göre, 2010'daki TURDEP-II çalışmasında Türkiye'de obezite %44 artmıştır (33).

2.4. Obezitenin Etyolojisi

Enerji girişi ya da kalori alımı, enerji çıkışını ya da fiziksel aktiviteyi aşarsa ekzojen obezite görülebilir. şışmanların büyük çoğunluğu bu gruba girmektedir. Ekzojen obezite dışında, obezitenin eşlik ettiği birçok hastalık ve sendromlar vardır. Bu hastalıkların bir bölümü hipotalamik ve hormonal kökenlidir. Bir diğer bölümünde aktivite azlığı sorumlu tutulmakta, birçoğunda ise patogenezi bilinmemektedir (28).

Patolojik obezite nedenleri:

I. Endokrin nedenler:

- Hipotiroidizm
- Büyüme hormon eksikliği
- Cushing Sendromu
- Pseudohipoparatiroidizm tip 1
- Hiperinsülinizm
- Polikistikover Sendromu

II. Kraniofarenjioma

III. Hipotalamik Sendromlar:

- A. Fröhlich Sendromu
- B. Laurant-Moon Biedl Sendromu

IV. Diğer Sendromlar:

- A. Turner Sendromu
- B. Down Sendromu
- C. Klinefelter Sendromu
- D. Cohen Sendromu
- E. Carpenter Sendromu

2.4.1.Genetik Nedenler

Kromozomal anomalilerle seyreden nadir görülen Turner sendromu, Down sendromu, Klinefelter sendromu, Cohen sendromu, Karpenter sendromu gibi bazı sendromlarda da obezite görülür (34). Son zamanlarda yapılan geniş epidemiyolojik çalışmalarda, obezitenin genetik faktörlerle ilişkisi gösterilmiştir. Aşırı kilolu ebeveynlerin çocukları da aşırı kilolu olma eğilimindedir. Bu durumun çocuklar biyolojik ebeveynlerinden ayrı yetiştirildiklerinde de geçerli olması obezitenin genetik faktörlerle ilişkili olabileceğini göstermektedir (25). Bununla birlikte genetik faktörler çevresel faktörlerden de etkilenir ve bu şekilde fenotipik sonuçlar ortaya çıkar. Yani kilo almaya genetik yatkınlık, ancak birey özel bir çevreye maruz kaldığında kendini gösterir (35,36).

İkizler ve evlat edinilmiş çocuklarla yapılan çalışmalarda çekirdek ailede obezite geçişinin %30-50, evlat edinilmiş çocuklarda %10-30, ikizlerde ise %50-80 olduğu gösterilmiştir. Obezite etyolojisindeki en önemli faktörlerden birisi, ebeveynlerin obez olmasıdır. Her iki ebeveyni obez olan çocuklarda obezite gelişme sıklığı %80, ebeveynlerden birisi obez olanlarda %40, her iki ebeveyni de obez olmayanlarda ise %7 olarak tespit edilmiştir (25). Obezitenin ailesel birikim gösterdiği bilinmektedir. Ancak obez bireylerin büyük bir çoğunluğu tam bir Mendeliyen kalıtım göstermemekte, sadece obezitenin eşlik ettiği bazı nadir hastalıklarda bu durum görülmektedir. Obezitenin kalıtılabilirlik düzeyi ikiz çalışmaları, evlatlık ve aile çalışmaları ile saptanmıştır. BKİ temel alınarak yapılan çalışmalarda, aynı yumurta ikizleri ve ayrı yumurta ikizleri ya da ayrı yetiştirilmiş aynı yumurta ikizlerinin BKİ varyasyonunda %70 düzeyinde birikme göstererek yüksek kalıtılabilirlik düzeyi oluşturdukları saptanmıştır. Evlat edinilmiş çocuklarla yapılan çalışmalar %30 ve daha az kalıtılabilirlik düzeyi göstermiştir. Aile çalışmaları ise genellikle ikiz ve evlat edinilmiş çocuklarla yapılan çalışmalar arasında orta düzeyde bir kalıtılabilirlik göstermiştir. Bazı çalışmalarda ise, BKİ için kalıtılabilirlik düzeyi %25-40 olarak bildirilmiştir (37,38).

Obez bireydeki obezitenin ciddiliğine bağlı olarak da obezite riski artmaktadır. Aşırı obezite riski ($BKİ > 45 \text{ kg/m}^2$), aşırı obez kişilerin ailelerinde 8 kat daha yüksek bulunmuştur. Kanada'da 15245 kişiyle yapılan bir çalışmada, obezitenin

ailesel riskinin obezlerin akrabalarında, genel topluma göre 5 kat daha yüksek olduğu gösterilmiştir (39,40).

Obezite veya aşırı kilo ile birçok genetik polimorfizm arasında ilişki kurulmuştur. Ancak metabolizma hızı ile yağ ve karbonhidrat metabolizmasındaki değişiklikler konusunda yapılan araştırmalara rağmen, ilişkili genlerin hangi mekanizma ile obeziteye neden olduğu henüz bilinmemektedir. Obeziteyle ilgili genler gereklilik (orada bulunmaları şart) veya duyarlılık genleridir. İnsanda obezite çoğunlukla aşırı yağ birikmesine yol açan çeşitli genlerin etkisinin bir araya gelmesi sonucu meydana gelmektedir (41).

2.4.2. Beslenme Şekli, Fiziksel Aktivite ve Çevresel Etmenler

Anne rahminde olduğu dönemden itibaren bebeğin beslenme şekli, yaşamın daha sonraki dönemlerindeki beslenme alışkanlığını etkilemektedir. Süt çocukluğu dönemindeki karışık beslenme obezite riskini artırırken, anne sütüyle beslenme obeziteye karşı koruyucu etki göstermektedir. Beden ağırlığını etkileyen diğer önemli faktörler, öğün sıklığı ve beslenme düzenidir. Günde üç veya daha fazla beslenen, öğünlerini düzenli tüketen kişilerde, günde bir veya iki kez, düzensiz beslenen kişilere göre obezitenin daha az sıklıkta görüldüğü bilinmektedir (42).

Enerji alımı ve enerji tüketimi arasındaki ilişki pozitif veya negatif enerji balansını ortaya çıkararak beden ağırlığını değiştirmektedir. Erişkinler yılda ortalama 1 milyon kcal tüketirler. Burada enerji alımında tüketimine karşı yapılacak %5'lik bir hatanın beden ağırlığında ortalama 7 kg kadar değişime neden olduğu belirtilmektedir. O halde obezite yalnızca enerji alımının, enerji tüketimini aştığı zaman olmaktadır. Bugünkü çevresel koşullar, yüksek enerji alımına ve düşük enerji kullanımına neden olmaktadır. Pozitif enerji balansı ile beden kitlesi artmaktadır (43).

Aile çevresinden edinilen alışkanlıkların, obezlerin fazla yeme isteğiyle ilişkili olabileceği ileri sürülmektedir. Fiziksel etkinlik eksikliği, aşırı televizyon seyretme, bilgisayarlarla aşırı ilgilenme gibi kişiyi hareketsiz kılan alışkanlıklar da çoğu kez aile yaşamı ile ilişkilidir. Obezite sorunu yaşayan aileler tarafından evlat edinilmiş çocuklarda da obezitenin sık görülmesi, aile çevresinin etkisini kanıtlayan bir bulgudur (44).

Fiziksel aktivite azlığı, obezite gelişmesinin en önemli nedenlerinden biridir. Modern toplumlarda daha az enerji harcanarak işlerin yürütülme imkanı, vücudun kullanamadığı enerjiyi yağ olarak biriktirmesine neden olmaktadır (34,45,46). Yapılan bir çalışmada fiziksel aktivite azalmasının, obezitenin başlangıcında sorumluluk payının %67.5 gibi çok önemli bir oranda olduğu tespit edilmiştir (34). Epidemiyolojik çalışmalara göre erkekler arasında kilo fazlalığına en fazla sedanter hayat yaşayanlarda rastlanmaktadır (47).

Sosyoekonomik düzeyi yüksek olan ailelerin çocukları aşırı beslenme nedeniyle şişmanlarken, sosyoekonomik düzeyi düşük ve kalabalık ailelerin çocukları dengesiz beslenmeye bağlı olarak şişmanlamaktadır. Özellikle dengeli beslenme alışkanlığı kazanmamış olan okul çağı çocuk ve gençlerin, yağ ve şeker içeriği yüksek, hızlı, hazır yemek türü gıdalarla beslenmeye eğilimleri daha fazla olmaktadır (48).

2.4.3. İlaçlar ve Sigara

Kilo artışı, yaygın kullanılan birçok ilacın yan etkisi olarak ortaya çıkabilmektedir. Duyarlı kişilerde kilo artışı klinik olarak anlamlı obeziteye ve ilişkili komorbiditeye neden olabilir. Obeziteye neden olan ilaçlar aşağıda özetlenmiştir: (23)

Antidepresanlar: Amitriptilin, doksepin, mirtazapin, imipramin, fenelzin, SSRI'lar

Duygudurum düzenleyicileri: Lityum, valproik asit, karbamazepin

Antipsikotikler: Klorpromazin, klozapin, olanzapin, sertindol, risperidon, trifluoperazin, flufenazin, ketiapin

Antimigren ve antihistaminikler: Siproheptadin, flunarizin, pizotifen

Antidiyabetikler: Sülfonüreler, bütün insülin preparatları, glitazonlar

Glikokortikoidler: Farmakolojik dozları

Beta blokörler: Non spesifik (örnek: propranolol)

Seks hormonları: Östrojen (yüksek doz), megestrol asetat, tamoksifen

Diğer: Bazı antineoplastik ajanlar.

İlaç nedenli obezitede yer alan teorik mekanizmalar ise; Serotonerjik ve dopaminerjik aktivitede azalma, yağ asitlerinin beta oksidasyonunun bozulması ve substrat oksidasyonundaki diğer değişiklikler, sempatik sinir sistemi aktivitesinin azalması, enerji tüketiminin azalması, sedasyon, ağız kuruması ve kalorili içeceklerin alınımının artmasına neden olan antikolinerjik yan etkiler, hipotalamik leptin ve nöropeptid Y aktivitesinde değişiklik şeklinde özetlenebilir (23).

Obezitenin sigara kullanımı ve bırakılması ile de ilişkili olduğu düşünülmektedir. Sigaranın bırakılmasını izleyerek iştah artar. Sigara, Tiroid Stimulan Hormon (TSH) aktivitesini ve metabolizmasını artırır. Sigara bırakıldığı zaman bunlar normale döner. Sigara içenlerde tiroid aktivitesindeki artış enerji harcamasının artmasına, böylece obezite riskinin azalmasına neden olabilir (16).

Öte yandan psikodinamik açıdan tütün bağımlılığı olanlarda bağımlılık, güvensizlik, yetersizlik, güçsüzlük, edilgenlik duyguları ile “oralite”, çekingenlik, utangaçlık, suçluluk, günahkarlık duyguları ile “ödipal” özelliklerin daha çok olduğu ileri sürülmüştür. Bu kurama göre sigarayı bırakanlar, oral doyum amacıyla sigara yerine besin (özellikle besleyici değeri yüksek besinler) almakta ve bu da obeziteye neden olmaktadır (49).

2.4.4. Psikolojik Etmenler

Son yıllarda obezitede psikolojik etmenlere olan ilgi artmıştır. Obez çocuklar üzerinde büyük deneyimi olan Hilde Bruch, olguların çoğunun hormonal olmaktan çok psikojenik kaynaklı olduğunu belirtmektedir (17).

2.4.4.1. Ruhsal Durum ve Yeme Davranışı Arasındaki İlişki

Yeme davranışı psikolojik olarak incelendiğinde yalnızca beslenme olayını ifade etmemektedir. Yeme tutumunun altında farklı psikodinamik süreçler olduğu bilinmektedir. Yaşamın ilk günlerinde açlık, en erken “acı çekme” iken, doymak en erken “rahatlamadır”. Ruhsal durumla yemek seçimi, yeme miktarı ve yeme sıklığı arasında, fizyolojik ihtiyaçlardan bağımsız bir ilişki mevcuttur. İnsanda yeme davranışının anksiyete, neşe, üzüntü, öfke gibi farklı duygulardan etkilendiği

gösterilmiştir. Duygusal durumla bağlantılı olan yemek yeme davranışı “emosyonel yeme” olarak tanımlanmaktadır. Emosyonel yeme ile beden ağırlığı arasındaki ilişki birçok çalışmada gösterilmiştir (50). Ayrıca sıkıntı, depresyon, yorgunluk sırasında yeme miktarında artma, korku, gerilim ve ağrı sırasında azalma olduğu bilinmektedir (51). Öfke, depresyon, sıkıntı, anksiyete ve yalnızlık gibi negatif duygularla, emosyonel yeme davranışının ortaya çıktığı bildirilmektedir (14). Yaşam ödüsüz ve üzücü ise, kişilerin yiyeceği duygularını doyumda kullandığı belirtilmektedir.

2.4.4.2. Psikanalitik Kurama Göre Obezite

Obeziteye ilişkin psikanalitik teorilerde obez bireylerin çözümlenmemiş bağımlılık gereksinimlerine ve bu kişilerin psikoseksüel gelişimin oral dönemine fikse olmalarına vurgu yapılmaktadır. Oral döneme fiksasyon; aşırı bir iyimserlik veya karamsarlık, oburluk, hırs, bağımlılık ve sabırsızlık ile karakterize tipik bir kişilik yapısını oluşturur. Oral karakter yapısı etyolojik olarak önemlidir ve obezite ile güçlü bir ilişkisi vardır. Freud’un libido kuramına göre libido, belirli gelişim evrelerinde, belirli beden bölgelerine daha çok yatırılır. Bu bölgeler önce ağız, dudaklar ve dil, sonra anüs ve kalın barsak, daha sonra ise genital organlardır. Freud belirli yaş dönemlerinde belirli dürtülerin yoğunlaşmasından yola çıkarak gelişim evrelerini oral, anal ve genital dönemler olmak üzere ayırmıştır. Obezite ve yeme davranışı arasında en çok ilişki kurulan dönem “oral dönem”dir. Oral dönem doğum sonrası ilk bir yılı kapsar. Bu evrede libido ağız, dudak ve dile daha çok yatırılır. Yani bu evrede ağız ve çevresi, doyum sağlayan, haz veren bölgedir. Emme, çiğneme ve yutma eylemlerinde belirginleşen içe alım, bu bölgenin ve evrenin egemen işlevidir (52).

Ruh çözümlenmesinde 70’li yıllara kadar bebeklerin güçsüz, alıcı, bağımlı ve nesnelere ayırmamış olduğu kabul edilmekteyken son zamanlarda süt çocukları üzerinde yapılan gözlem ve araştırmalara göre bebeklerin sevgi nesnesinden belirli bir oranda ayırmamış, çevreyi sanılandan daha çok algılayan ve anne karşısında pasif olmayan bir yapıda oldukları gösterilmiştir. Bu evrede bebeklerin davranışlarında öncelikli olanın içe alım ve doyum olduğu bilinmektedir. Sadece doyum amaçlı tek yönlü bir “alış”tan çok, yaşamın erken dönemlerinde başlayan bir “alışveriş” insan ilişkilerinin özgül özelliklerinden biridir. Bu alışverişte

annenın kişisel özelliklerinin büyük önemi vurgulanmaktadır. Çocuğun veren ya da alan bir kişi olarak gelişmesini annede bulunan alıcı ve verici özellikleri belirler. Verebilen bir anne, almasını bilen bir çocuğun gelişmesine olanak sağlar. Almayı öğrenmek, verebilmenin de ön koşuludur. Annenin güçsüz, kuşkulu, veremeyen ve kendi gereksinimleri peşinde koşan biri olması çocuğun sağlıklı bir biçimde ‘almasını’ engeller. Böyle bir anne çocukta vermekten çok almayı düşünen nesne tasarımlarının gelişmesine ve çevreyle ilişkilerinin bozulmasına neden olabilir (53). Oral dönemde alışverişteki dengesizlik yalnızca veren (özgeci) ya da yalnızca almayı düşünen (bencil) bir kişiliğin gelişmesine neden olabilir. İştah ve yeme bozukluklarının çoğunun bu dengesizlikle ilişki olduğu gösterilmiştir. Dediğim dedik anneler bu alışverişi bir güç gösterisine dönüştürebilirler. Çocuk bu tutum sonucu almayı güçlülük, vermeyi ise güçsüzlük olarak algılayabilir. Aşırı şişmanlığın dinamiğinde ebeveynin çocuğa “senin ne zaman acıkacağını ve ne zaman doyacağını ben bilirim ve ben belirlerim” gibi bir yaklaşımın etkisi olduğu bilinmektedir. Duygusal sorunları olan ya da cinsellikten korkan anneler, alışverişi duygu ve cinsiyet alanlarının dışına kaydırırlar. Böyle durumlarda sevginin yerini yemek, hediyeler, para ya da oyuncaklar, cinselliğin yerini de giyim, işte verimlilik ve yaşamdaki başarı alabilir. Umutsuz ve karamsar anneler, çocuklarında geleceğin umut içerdiği inancının gelişmesini engeller. Sevemeyen anneler ise çocuklarının kendilerini sevilir varlıklar olarak algılamalarını engellerler. Bu nedenle bu dönemin umudun, inancın, temel güven duygusu ve sevginin belirleyicisi olduğu düşünülmektedir (53).

Psikanalistler tarafından obeziteye yeterince ilgi gösterilmemiştir. Çünkü psikanaliz hastalarının yalnızca küçük bir bölümünde obezite problemi bulunmakta ve bunların da çok az bir bölümü obezite nedeniyle tedavi isteğinde bulunmuşlardır (52,54). Psikanalitik teoriler aşırı yeme davranışını depresyon ve anksiyete ile uyuma yönelik olmayan veya uyumu bozan bir baş etme tepkisi olarak değerlendirmektedir. Obez bireylerin anksiyete ile baş edebilmek için aşırı yemek yedikleri ve bu bireylerin edilgen bağımlı özelliklerinin bu kişileri alternatif baş etme becerileri geliştirmekten alıkoyduğu öne sürülmektedir. Psikanalitik araştırmalarda obezite, kişilik bozukluğunun psikosomatik bir semptom kompleksi olarak kabul edilmiştir ve bu psikosomatik semptom kompleksine genetik, biyokimyasal, nörolojik, endokrinolojik

ve sosyolojik faktörlerden birisinin ya da birkaçının katkıda bulunduğu belirtilmektedir. Bu konudaki veriler genellikle yetişkin hastalarla ilgili olup, obez hastaların analiste başvuruları genellikle şişmanlık sorunları nedeniyle değil, depresyon ve fobi gibi nörotik semptomlarla ilişkili olduğu belirtilmektedir (55).

Obez hastalar arasında çok geniş ve dinamik yapısal farklılıklar olmasına karşın, bu hastaların ego yapıları belirgin olarak anoreksi hastalarından ayırt edilebilmektedir. Obez hastaların ego yapılarında tüm dürtülerde defekt olup sadece oral dürtülerle sınırlı değildir. Süperego yapıları kısıtlayıcı ve bulimik anorektik hastalarinki gibi mükemmeliyetçi ve kontrol edici değildir. Birçok obez hastanın analizinde ailesinde patolojik narsisistik aile şekli tespit edilmiş ve bu yapının kendisini impuls kontrolünde yetersizlik olarak etkilediği düşünülmüştür (55).

Yeme bozuklukları üzerine yapılan bir araştırma, şişmanlık korkusunun toplumun çok büyük bir kesiminde bulunduğunu saptamıştır. Bu korku nedeniyle kompulsif özellikleri olan bireyler yiyecekten fobik bir şekilde uzak dururlar. Böyle hastalar kısıtlayıcı anorektik olarak teşhis edilir. Farklı ego yapısına sahip diğer hastalar açlığa yenik düşüp kendilerini kontrol edemezler ve aşırı yeme dürtüsüne kendilerini bırakırlar. Kaybettikleri kontrolü kusarak ya da laksatif kullanarak ele geçirmeye çalışırlar. Bu hastalar da bulimik anoreksik olarak teşhis edilirler (55).

Savit, obez hastaların ego çatışmalarını, anorektik hastalar gibi içgüdüsel aşırı kontrol ile değil, içgüdüsel zevkle kontrol etmeye çalıştıklarını belirtmiştir. Ayrıca şişman hastalar suçluluk duygularını açlık, kusma ya da laksatif kullanarak değil; bunun yerine dürtülerini kontrol edememenin sorumluluğunu inkar etme yolu ile kompanse ederler. Egolarının yetersizliği sebebiyle şişmanların sonu gelmeyen diyet girişimleri olup bu durum genellikle self kontrolünün yetersizliğinin bir göstergesi olarak değerlendirilmektedir.

Sonuç olarak psikanalitik görüşe göre obezite, kişilik bozukluklarının çoğuna eşlik edebilen bir semptom kompleksidir. Psikiyatrik ya da psikodinamik tanı ne olursa olsun altta yatan dürtü kontrol bozukluğunun bir belirtisidir (55). Bu konuda yapılan çalışmalar incelendiğinde; Psikanalitik literatürde şişman hastalarla ilgili değişik psikodinamik ve bilinçaltı çatışmalar tanımlanmış olduğu görülmektedir. Dışılığı inkar etme, ödipal rekabetten vazgeçme, erkeksi saldırganlığa karşı korunma, fallusun içe alınması gibi fanteziler, kaybedilmiş bir nesneyi tekrar kazanma

düşüncesiyle yemek, mastürbasyon dürtülerinin yukarı doğru yer değiştirmesi, can sıkıntısına karşı yemek, depresyona karşı yemek, anne sevgisini yerine koymak için yemek, diğer psikosomatik belirtilerden şişmanlığa kayış, teşhircilik bu çatışmalardan bazılarıdır (55). Genel kanı gelişme ve olgunlaşma seviyelerindeki her türlü çelişkinin inkar edilip, bölündüğü ya da şişmanlık korkusu kompleksi ile yeme ya da yememe şeklinde dışsallaştırıldığı şeklinde dir. şişman hastaların beden algılarına ilişkin çalışmalarda dikkat çeken bulgu; şişman hastaların ağırlık düzeyleri ne olursa olsun, anoreksik hastalara benzer bir şekilde şişman olma korkusu ve zayıf olabilme takıntısı ile yaşamalarıdır. şişmanlıklarından rahatsız olmadıklarını söyleyen hastalar aslında aşırı bir inkar içindedirler ve çözemeyecekleri bir problemi rasyonelize etmektedirler (55).

Aile dinamikleri araştırıldığında; anorektiklerin ailesinde belirgin olarak gözlenen mükemmeliyetçilik, duyguların bastırılması, diyet yapma ve şişmanlık korkusu, teşhircilik, ebeveyn çatışmaları gibi özellikler, şişman vakaların ailelerinde aynı oranda gözlenmemektedir. şişmanların ailelerinde dikkati çeken diğer bir özellik, belirli normal ebeveyn rollerinin büyük oranda ihmal edildiğidir. Çocuğun şişmanlığı seçmesi aşırı ilgi ile değil ebeveynlerin ilgisizliği ile oluşmaktadır. Çocukluk çağında, obeziteye yol açan bazı aile davranışlarının, gelişimsel çatışmaların olduğu ve çocuğun özdeşim sorunları bulunduğu dikkati çekmektedir (55).

Psikanalitik açıdan obeziteyi inceleyen araştırmalarda üzerinde durulan alanlardan diğeri de şişmanlığın bağımlılık ve çocukluk alışkanlıklarıyla ilişkisidir. Wilson, şişman hastaları etkili bir şekilde tedavi etmek için genellikle şişmanlığın başlıca nedeni olan dürtü kontrol bozukluğunu, bağımlı kişilik yapısını ve çocukluk alışkanlıklarını anlamak gerektiğini ifade etmektedir. şişmanlığın bağımlılık olduğunu ve parmak emme, tırnak yeme, saç yolma, enkoprezis, enürezis gibi dürtü kontrol bozukluklarıyla sıklıkla birlikte bulunduğuna dikkat çekmiştir. Bununla beraber bazı hastaların aşırı uyumlu bir çocukluk öyküsü verdiklerini ve bu hastaların terapileri sırasında izole edilmiş isyankarlık dönemleri olduğunu belirtmişlerdir.

Yazarlar, egonun yeme bozukluklarında kullandığı savunma mekanizmalarının, çocukluktaki alışkanlıklarıyla ilişkisini ve bu savunma mekanizmalarını dürtü bozukluklarıyla da mücadele ederken kullandığını belirtmekte ve şişman hastaların ego yapısında inkar, bölünme, yer değiştirme, dışsallaştırma ve

bilinçten uzak tutma ve yalan söyleme gibi savunmaların önemli yer tuttuğunu ifade etmiştir (55). Psikanalize giren hastaların verileri incelendiğinde, analiz sırasında obez hastaların serbest çağrışım yapamadıkları gözlenmiştir. Bu kişiler genellikle suçlu hissetmeye karşı kat kat savunma oluşturmuşlardır. Bilinç dışı olarak terapist dahil herkesi potansiyel “eleştiren ebeveyn” olarak algılama eğiliminde oldukları bildirilmektedir. Bu yansıtmalı özdeşimin bir şeklidir. Şişmanlardaki inkar savunması çok katlıdır ve diğer savunmalarla bağlantılıdır. Kendi kendine alay etme, komiklik, şaka yapma diğer insanlardan gelecek eleştirilere karşı bir savunmadır (55). Bu savunmalar analiz edildiğinde depresyonla karşılaşılır ve aynı zamanda yansıtmalı özdeşimin ortaya çıkış şekli olan irritabilite, kavgacılık, karşı koyma da görülebilir. Şişman hastalar kendilerini hoş görme konusunda suçluluk hissederler. Bunun fark edilmesi durumunda kızgınlık ve kuşku duyguları oluşur. Böyle bir durumda davranışlarını sorgulayan insanları şaşırtırlar. Onları çocukluklarındaki eleştiren ebeveynleri ile karıştırırlar (55).

Bazı obez bireylerde depresif kişilik özellikleri görülebilir. Depresif kişilik yapısı gelişiminde psikoseksüel gelişim basamaklarının rolü büyüktür. Oral dönemin en etkin işlevi içe alım ve en belirgin davranışı bağımlılık ve edilgenlik ise bu döneme saplanmalarda, bu özelliklerin gelişecek kişilik yapısında etkili olması doğaldır. Oral dönemin beslenme, alma verme, haz alabilme, yaşama kıvancı, umut ve iyimserlik gibi temel nitelikleri bulunmakta ve bunlarla ilgili sorunlar depresif kişilik yapısının temel belirleyicileri olarak görülmektedir. Depresif kişilik yapısında yasak, yargı ve cezalandırmalar; beslenme, doyum ve haz alma, umutlanma, bencillik ve yaşama isteklerine karşıdır. Beslenme ile ilgili kontrolsüzlük ya da sapsmalar üst benliğin o kişiyi değersizleştirilmesiyle sonuçlanır (55).

Obezlerin tipik kişilik özellikleri arasında sabırsızlık, büyüsel düşünceye inanma, kararsızlık, doymak bilmezlik bulunmaktadır. Herhangi bir başarıyla omnipotens yaşarlar fakat başarısızlık ve engellenme karşısında çok çabuk bir şekilde açlık korkusuna dönerler (28). Bu veriler ışığında ekzojen obezite etyolojisinin tek bir nedenle açıklamak mümkün değildir. Genetik, beslenme şekli, sosyoekonomik durum ve psikolojik etkenlerin bazen birisinin bazen birden fazlasının etkisi sonucunda oluştuğu kabul edilebilir.

2.4.4.3. Öğrenme Kuramına Göre Obezite

Yaşam boyunca yeme alışkanlıkları erken çocukluktaki deneyimlerden önemli ölçüde etkilenmektedir. Şişman anne babalar zayıf çocuk sahibi olmak istemez, bu onları sıklıkla rahatsız eder. Kaygılı aileler de, kendi kaygılarını gidermek için çocuklarını fazla beslerler. Bazı aileler şişman çocukların daha sağlıklı ve mutlu olduğunu düşünür. Çoğu çocuk ailesini hoşnut etmek için fazla yer. Anne ve babalar da çocuklarına fazla miktarda yiyecek tüketmeleri konusunda sözlü ya da sözsüz mesajlar verir. Böylece çocuklar fazla yemeyi öğrenir ve yemek sonrası ödüllendirilir. Çocuklar ödülün ertelenmesini, özellikle yiyecek ödülleri ertelenmesini kabullenemezler ve bu zevkli ödülleri erteleyememe aşırı yemeyle sonuçlanır. Ödül almanın ertelenmesi, çocukların belirli bilişsel ve toplumsal gelişme döneminde kazandıkları bir beceridir. Eğer ebeveynler çocuklarının yeme davranışları üzerinde baskı ya da aşırı bir denetim kurmaya çalışırsa, çocuk kendi kendini ayarlama becerisini kazanamaz ve yeme işlemi üzerinde içsel ve kişisel denetimler geliştiremez.

Ailenin denetimi ortadan kalktığında, bu çocuklar kendilerini denetleyemez ve iştah uyandırıcı bol yiyeceğin bulunduğu bir ortamda aşırı yeme önlenemez. Çünkü şişman çocuklar, dış yiyecek uyaranlarına yanıt vermeyi öğrenmişlerdir. İç açlık uyaranlarına yanıt vermezler (56).

Çocuklarının her ağlama ve rahatsızlığına hemen her zaman meme ya da biberonla yanıt veren anneler, onların ilerde stres altında kaldığında oral doyum aramasına neden olurlar (56). Kişi açlık ve keyifsizlik duygularını ayırt edemez. Yemekler aracılığıyla avunur. Yemek anlık rahatlık sağlar, fakat şişmanlık olumsuz beden imgesine, kendi kendine kızmaya, başkaları tarafından çirkin ve zevksiz görünmeye, kendini yalnız ve mutsuz hissetmeye neden olur. Tüm bunlar da kısır bir döngü haline gelerek fazla yemeye yol açar. Yiyecekler sevginin simgesi olmuştur. Yemek yeme rahatlık kaynağı olarak gerçek yaşamdan zevk almanın yerine geçer (57). Şişmanların yeme alışkanlıkları benzerlik gösterir: Yemeyi durduramazlar, çevrelerinde yiyecek bir şeyler atıştırmaya ve yiyecekleri tatmaya eğilimlidirler, açlık ve keyifsizlik duygularını ayırt edemezler (58). Şişman anne babaları örnek olarak öğrenme de sıktır. Şişman ebeveynlerin şişmanlığa yol açan yaşam biçimlerini

benimseyen şışman çocukları vardır. Fazla miktarda ve yanlış tipte yiyecek tüketimi tipiktir. Şışman ailelerde yürümek, koşmak, yüzmek gibi etkinlikler sık yapılmazken, beraberce yemek yemek sık yapılan ve hoş giden bir etkinliktir. Yetersiz egzersiz de erken çocuklukta öğrenilen bir alışkanlık olabilir (59).

2.5.Obezitenin Klinik Özellikleri

Obezite tanısının konması klinikte önemli bir konudur. Kişinin şışman olup olmadığına, yalnızca bakarak da karar verilebilir. Ancak tanının objektif ölçütlerle kanıtlanması gerekir (24). Günümüzde obeziteyi belirlemek için Dünya Sağlık Örgütü tarafından 1988’de Garrow tarafından tanımlanan tartı ve boy parametrelerinden yararlanılarak geliştirilen “beden kitle endeksi” (BKİ) kullanılmaktadır (59).

2.6. Obezitede Komplikasyonlar

2.6.1. Tıbbi Komplikasyonlar

Obezite birçok hastalığa neden olabilir, alevlendirebilir ya da birçok hastalığa yakalanma riskini artırabilir. Obeziteye en sık eşlik eden durumlar koroner kalp hastalığı, tip 2 diyabet, hipertansiyon, dislipidemi, serebrovasküler hastalık, safra kesesi hastalıkları, uyku apnesi, solunum problemleri, ağırlık taşıyan eklemlerde osteoartrit ve bazı (endometrium, meme, prostat, kolon) kanserlerdir. Kardiyovasküler hastalıklar komorbid hastalıklar içinde ölümlerin birinci nedenidir (54).

2.6.2. Psikolojik Komplikasyonlar

Obezitenin psikolojik faktörler ve psikiyatrik hastalıklarla ilişkisi birçok çalışmada gösterilmiştir. Obez bireylerde görülen psikolojik sorunlar dört ana başlık altında toplanabilir. Bu sınıflamada tüm grupların birbirleriyle bağlantılı oldukları, birinin diğerine zemin hazırladığı ve zaman zaman iç içe geçtikleri dikkati çeken bir başka konudur.

2.6.3. Yeme Tutumu ve Yeme Bozuklukları

Yeme davranışı motor, bilişsel, sosyal, duygusal gelişmelerin merkezi ve çevresel faktörler tarafından düzenlenmesiyle oluşan kompleks bir fenomen olarak görülür. Yememin sadece biyolojik gelişim ve fizyolojik fonksiyonların gereksinimini sağlamakla değil; anne bebek ilişkisinden itibaren bütün sosyal ilişkilerin oluşumuyla ilişkili olduğu bilinmektedir. Yeme çok çeşitli haz veren ve acı veren yaşantılarla ilişkilendirilmektedir (54). Obez kişilerin tümünün kilolu olmaları yeme davranışlarıyla ilişkilendirilememektedir. Bununla birlikte obez bireyler arasında aşırı yememin yaygın olduğu kabul edilmektedir. Obez bireylerin normal kilolu bireylere göre uyarılma eşiklerinin daha düşük olduğu bilinmektedir. Bu kişiler dış uyaranlara daha rahat ve fazla yanıt verirler. Bu bireyler normal kilolu bireylere göre ağrı stres ve diğer emosyonel uyaranlara karşı daha düşük uyarılma eşiğine sahiptirler. Bu bireylerdeki uyarılabilirlik eşiğinin düşük oluşu, dış uyaranlara yanıt vermedeki artışla birleşince bu durum aşırı yeme ile sonuçlanabilir. Uyarılabilirlik eşiği düşük olan bireyler yiyecek uyaranlarının bulunduğu ortamda, diğer bireylere göre bu uyaranlara daha kolay ve daha yoğun yanıt vermektedirler (54).

Obezlerde anksiyete düzeyleri ve yeme tutumları arasında ilişki olduğu düşünülmüştür. Çalışmalarda obez bireylerin, anksiyete yaratan durumlarla karşılaştıklarında normal kilolu bireylere göre anlamlı şekilde daha fazla yemek yedikleri gösterilmiştir. Obez bireylerin yaklaşık %10'unda günlük stresörlerle ortaya çıkan sabahları iştahsızlık, uykusuzluk ve gece yeme davranışı saptanmıştır. Bu tür davranış stres altında ortaya çıkar ve stres geçinceye kadar sürer. Açlık dürtüsü olmadan ortaya çıkan yeme atağı sırasında kontrolü kaybetme duygusuyla birlikte aşırı miktarda gıda tüketimi olmaktadır. Bu şekilde yeme paterni olan obez grubun obezite tanı kategorisi içinde farklı bir alt grup olduğunu düşünenler çoğunluktadır (52,54).

Obez hastalarda yeme bozukluklarını araştıran çalışmaların sayısı oldukça kısıtlı olup bu konuda en çok vurgulanan tıknırcasına yeme bozukluğudur. Başka türlü adlandırılmayan yeme bozuklukları içinde yer alan, "tıknırcasına yeme bozukluğu" (TYB) olarak adlandırılan klinik tablo, obezite ile bağlantısı açısından dikkati çekmektedir. Bu bozuklukta bulimia nervozadakine benzer yeme atakları

olup kusma ve aşırı yemeyi kompanse edici diğer davranışlar bulunmamaktadır. Hamburger (60), şişman kişilerde tıknırcasına yeme davranışından söz etmiş ve şişman hastalarda özellikle çikolata, şeker, dondurma gibi tatlılara karşı denetlenemeyen, karşı konulamaz bir davranış biçimini, “kompulsif yeme” olarak adlandırmıştır. İlk kez Kornhaber (61) tıknıma sendromu olarak ayrı bir klinik görünüm tanımlamış, bu sendromun hiperfaji, depresyon ve duygusal geri çekilme ile seyrettiğini belirtmiştir. Bu konuda yapılan çalışmalar son zamanlara kadar bulimia nervozalı hastalarla sınırlı kalmıştır. TYB yaygınlığı toplumda %2 olarak bildirilmiştir. Sıklıkla şişmanlıkla birlikte olup kadınlarda daha fazla görülmektedir. Kilo verme programına katılan şişman kişilerin % 23-46’sında TYB olduğu belirlenmiştir. Tıknırcasına yeme bozukluğu olan ve olmayan obez bireylerin yeme biçimi, ruhsal bozukluk sıklığı, aile öykülerini karşılaştıran çalışmalar vardır. Bu çalışmalarda TYB olan obez bireylerin TYB olmayan obez kişilerden farkı aşırı yeme atakları ve bu ataklar sırasında denetimi yitirdikleri duygusu yaşamalarıdır. TYB olan obez kişilerde şişmanlık, TYB olmayanlara göre daha erken yaşlarda ortaya çıkmaktadır. Bu kişiler ağır ve gerçekleşmesi olanaksız sıkı diyetler yapmaya daha erken yaşlarda başlamaktadırlar(62,63). Ayrıca TYB olan bireylerde disfori, düşük benlik saygısı, yetersizlik duyguları, kendilerini etkisiz bulma ve borderline kişilik özelliklerine TYB olmayan obez kişilerden ve normal kilolulardan daha sık rastlanmaktadır (64).

2.7. Obez Bireylerde Kişilik Ve Psikopatoloji

2.7.1. Obez Bireylerde Psikopatoloji

Obezite ve psikopatoloji arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmaların sonuçları birbirleriyle oldukça çelişkilidir. Obezite ve diğer sağlık sorunları nedeniyle tedavi olanağı arayan bireylerde depresyon ve anksiyete puanlarının orta derecede artmış olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlar, disfori, anksiyete, depresyon gibi psikopatolojik bulguların obeziteye neden olmaktan çok obezitenin sonuçları olarak ortaya çıktığını düşündürmektedir (65). Klinik ortamlarda obez bireylerin depresyon puanlarının orta derecede yükselmiş olduğu saptanırken genel popülasyondan seçilen aşırı obez ve

normal beden ağırlığına sahip deneklere ilişkin çalışmalarda obezlerin normal kilolu bireylere göre depresyon, anksiyete, global psikolojik uyum ve standart kişilik ölçümlerinde daha fazla psikiyatrik ve emosyonel bir bozukluk göstermedikleri saptanmıştır. Hatta bir çalışmada depresyon ve obezitenin şiddetinin ters orantılı olduğu bildirilmiştir (63).

Black ve ark.'nın ileri düzeyde obezitesi olan yetişkin hastalarla yaptıkları çalışmada, duygudurum bozukluğu, anksiyete bozukluğu, sigara bağımlılığı ve bulimia nervozanın bu hastalarda daha fazla görüldüğü saptanmıştır. Ayrıca kadınlarda ileri düzey obezitenin etyolojisinde posttravmatik stres bozukluğunun da rol oynadığını belirtilmiş, özellikle fiziksel ve cinsel istismara maruz kalmanın daha sık görüldüğünü ileri sürmüşlerdir (66). Castelnuovo-Tedesco, ağır obezitesi olan 20 kadın olguyu incelediği çalışmasında; belirgin bir psikiyatrik bozukluk saptamamış ancak pasif agresif kişilik bozukluğu başta olmak üzere kişilik bozukluklarının daha fazla olduğunu tespit etmiştir. Olguların depresif özellikleri olmasına rağmen şiddetli düzeyde olmadığını ve yiyecek alımının tipik bir şekilde duygusal yoksunluğu yatıştırmak için kullanıldığını ileri sürmüştür (67).

Ülkemizde bu alanda yapılan çalışmalar sınırlı olmakla birlikte, Akalın ve arkadaşlarının obez erişkinlerle borderline kişilik bozukluğu (BKB) olan bireylerin gösterdikleri psikolojik belirtileri karşılaştırdıkları çalışmalarında; obez grubun sağlıklı bireylere göre daha fazla psikolojik belirti gösterdiği ve BKB olan bireylerle genel belirti dağılımlarının benzer olduğu ancak bazı alanlarda farklılıklar olduğu saptanmıştır. BKB grubunda depresif, obsesif kompulsif belirtiler ve paranoid-psikotik eğilimler obezlere göre daha yüksek, obez grupta ise benlik saygısı, somatik belirtiler ve yeme patolojisinin BKB grubuna göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (68).

2.7.2. Obezite ve Mizaç Karakter Arasındaki İlişki

Psikopatolojinin obezite gelişimi üzerine etkileri olabilir. Obezlerde kişilik özellikleri ve kişilik patolojileri ile ilgili olan çalışmalar birbiriyle çelişmektedir. İspanya Madrid'de San Carlos Hastanesi'nde yapılan obez ve obez olmayanların beş standart kişilik skalası ile kişilik profillerinin karşılaştırıldığı 55 obez hasta ve 66 kişilik kontrol grubunun katılımıyla gerçekleştirilen çalışmada; Mizaç Karakter Envanteri

(MKE) sonuçlarına göre obezlerde zarardan kaçınma daha fazla, yenilik arayışı, sebat etme ve kendini aşma daha az bulunmuş.(69)

2007'de Washington Üniversitesi'nde yapılan 264 sağlıklı kontrol ve 239 obez hastanın katıldığı bir çalışmada obezitede kişilik özellikleri ve kilo verme ilişkisi araştırılmıştır. Tedavi arayışında olan ve olmayan; tedavi grubunda olup kilo veren ve veremeyen obezite hastalarının kişilik özelliklerinin kıyaslandığı çalışmada; uygulanan MKE sonuçlarına göre obez grupta sağlıklı kontrole göre yenilik arayışı fazla, sebat etme ve kendini yönetme düşük bulunmuş, kilo verme programına katılan obezlerde katılmayan obezlere göre ödül bağımlılığı ve işbirliği yapma daha yüksek bulunmuş, kilo vermeyi başaranlarda başaramayanlara göre yenilik arayışının daha az olduğu bulunmuştur (70). Bu sonuçlar obez olan ve olmayanlar arasında ve obezitesi olup tedavi arayışında olanlar ve olmayanlar arasında da kişilik özellikleri açısından farklılıklar olduğunu göstermektedir(70). Grucza ve ark. 'nın 2007 yılında, Hwang ve ark.'nın ise 2006 yılında yaptıkları çalışmalarda obez bireylerde yüksek YA, düşük SE bulunmuştur (71,72). Dokuz kohorttan oluşan bir meta- analizde ise hangi kişilik özelliklerinin obezite gelişimini ve sürdürülmesini öngördüğü çalışılmış ve Kişilik beş faktör model envanteri kullanılarak yapılan çalışmada 'yüksek sorumluluk' (fazla özdenetim, kuralcılık, sosyal normlara bağlılığı yansıtır) azalmış obezite riski ile ilişkili bulunmuştur (73). Fassino ve ark. 2002 yılında yaptıkları çalışmada obez bireylerde kontrol grubuna göre YA ve ZK skorlarının yüksek, KY ve İY skorlarının daha düşük olduğunu bulmuşlardır (74).

2.8. Obezitenin Tedavisi

2.8.1. Motivasyon

Obezite tanısı en kolay konan ancak tedavisi en güç hastalıklardan birisidir. Tedaviye uyumda hastanın motivasyonu önemli rol oynamaktadır. Tedavi için başvuran kişilere empatik, destekleyici, açıklayıcı, gerçekçi ve yol gösterici bir şekilde yaklaşımda bulunulmalı, bu yaklaşım tedaviye uyumu artırmaktadır (75).

2.8.2. Zayıflama İşleminde Genel Yaklaşımlar

2.8.2.1. Diyet

Normal beslenme şekli hakkında bilgilendirilme yapıp yemek zamanları ve ara öğün zamanları düzenlenir. Aile ile birlikte yemek yemesi önerilir. Yağlı yemekler, ek yağlar ve şekerler kısıtlanır. Tahıllar, sebzeler ve meyveler artırılır. Ekmek alımı sınırlanır, günde bir kez haşlanmış patates, pirinç veya makarna gibi işlenmemiş ürün önerilir. Karbonhidratlı içecekler kısıtlanır. Düşük enerjili margarinler, yoğurtlar, peynirler kullanılır (75).

2.8.2.2. Aktivite

Aktivite kas hacmini artırır, yağ miktarını azaltır ve net beden ağırlığında azalmaya neden olur. Düzenli egzersizin iştah azaltıcı etkileri de bilinmektedir. Düzenli ekzersiz yapmak kalori tüketimini artırır, bazal metabolizmayı hızlandırır. Ayrıca insulin duyarlılığı, HDL/LDL kolesterol oranını artırır (75).

2.8.2.3. İlaçlar

Obezite, yaşam kalitesini bozan bir hastalık olarak kabul edilmesi nedeniyle bazı durumlarda ilaçla tedavisi üzerinde durulmaktadır. İlaç uygulamasında aşağıdaki kriterler dikkate alınmalıdır:

1. Belirli bir hastalık veya cerrahi müdahale için zayıflaması gerekli görülen bireyler
2. En az 6 ay düşük enerjili diyet, egzersiz ve davranış değişikliği uygulandığında yanıt alınamayan bireyler
3. Aşırı şişman olan bireyler (BKİ>40)

Tedavide kullanılan ilaçların pek çoğu zaman içerisinde başarısız olmuş, bağımlılık yaratmış veya ölüme kadar götürebilen yan etkiler nedeniyle yaygın kullanım alanı bulmamışlardır. Halen dünyada obezite tedavisinde kullanılan ve faz

III çalışmalarını tamamlayarak piyasaya sürülmüş az sayıda ilaç vardır. Obezite tedavisinde kullanılan ilaçlar etki mekanizmalarına göre;

1.Gıda alımını azaltan ilaçlar

2.Metabolizmayı etkileyen ilaçlar (yağ emilimini, emilim sonrası metabolizmayı etkileyen ilaçlar)

3.Enerji harcamasını artıran ilaçlar diye gruplandırılabilir.

İlaç tedavisinin yararlı olabilmesi için davranış değişikliğine gereklidir. İlaçla belli bir ağırlık düzeyine gelen bireyler ilacın kesilmesiyle kısa bir sürede eski durumuna dönerler. Bunun önlenmesi için ilaçla birlikte davranış değişikliğini de içeren diyet tedavisi gereklidir (75).

2.8.2.4. Cerrahi

Besin alımı ve emiliminin yavaşlatılmasına yönelik cerrahi işlemlerdir. Cerrahi girişim morbid obezitesi olan hastalarda düşünülmelidir. Mide-barsak by-pass'ı, mide kapasitesinin azaltılmasına yönelik girişimlerdir. Yağların estetik amaçlı olarak cerrahi yöntemlerle vücudun bazı bölgelerinden aldırılması (liposuction) da uygulanmaktadır. Bu yöntemle belli bölgelerde oluşan yağlar alınmaktadır. Bireyin zayıflamaya yönelik davranış değişiklikleri olmadığı sürece yeniden bu bölgelerde yağ birikimi oluştuğu belirtilmektedir (75).

2.8.2.5. Psikiyatrik Tedavi

Psikiyatrik tedavinin, obezitenin rutin tedavi programına alınmasının gerekliliğine olan inanç her gün giderek artmaktadır. Çünkü diğer tedavi programlarında başarı sağlansa bile uzun vadede başarısızlıkla sonuçlanmaktadır. Obezitenin psikiyatrik tedavisi, kilo kaybını sağlayan ve sağlanan kilo kaybının korunmasını belirleyen yaklaşımlar şeklinde tasarlanmıştır. 1960'lardan bu yana uygulanmakta olan davranışçı terapilerin içeriğinde; yeme eylemi sırasında kendini izleme, yeme ve egzersizle ilgili spesifik davranışsal hedefler koyma, beslenme üzerine dersler; hem yaşam tarzı aktivitesini hem de planlı egzersizi artırma üzerine vurgu yapma, uyaran

kontrol tekniklerinin kullanımı, sorun çözme eğitimi mevcuttur (75). Davranışçı terapi, nüks önlemede başarı oranının düşük olması nedeniyle son yıllarda yerini, tedaviye bilişsel faktörlerin de eklenmesiyle oluşan bilişsel davranışçı terapiye bırakmıştır. Bilişsel davranışçı terapi, obeziteyi başlatan ve devam ettiren süreçlerin bilişsel kavramsallaştırılması ve kalıcı değişim için gerekli olduğu düşünülen, varsayılan devam ettirici bilişsel ve davranışsal mekanizmaları değiştirmek için tasarlanmıştır. İki safhadan oluşmaktadır. Birinci safhada terapötik amaç sadece kilo kaybı değil, aynı zamanda kişisel olarak dikkat çeken diğer alanlarda (örneğin görünüşünü iyileştirme arzusu, kendine güven ve öz saygıyı artırma arzusu, ilişkilerin kalitesi, fiziksel zindelik ve daha aktif olma, sağlığını iyileştirme), bilişsel ve davranışsal değişime erişmek, tedavi sürecinde oluşan değişimleri fark etmek, onlara değer vermek ve değiştiremeyecek şeyleri (örneğin beden oranlarını) kabul etmeyi öğrenmektir. Bu safhanın önemli bir özelliği, kilo kaybının önündeki engelleri ve beden algısı endişelerini ele almaktır. Kişinin kilo hedeflerini gerçekçi bir biçimde değerlendirmesi de hedeflenir. İkinci safhada amaç, hastaların etkili kilo kontrolü için gereken davranışsal becerileri ve bilişsel yanıtları edinmelerine ve sonra bunları uygulamalarına yardım etmektir. Bu safhada terapötik amaç kilonun sabit tutulması ve onu korumak için becerilerin edinilmesidir (76).

Çalışmanın Hipotezi:

Bu araştırmada morbid obezite hastalarında sağlıklı kontrol grubuna göre mizaç özelliklerine bakıldığında, zarardan kaçınma ve yenilik arayışı daha fazla, sebat etme, ödül bağımlılığı daha az; karakter özelliklerinden ise kendini aşma, işbirliği yapma ve kendini yönetme puanları daha az olacağı varsayımı araştırılmıştır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, Zonguldak ilinde morbid obezite nedeniyle bariatrik cerrahi öncesi psikiyatrik değerlendirme istenen hastalardan oluşmakta olup tanımlayıcı ve kesitsel bir çalışma olarak gerçekleştirildi.

3.2. Etik Boyut

Çalışma için araştırmanın yapıldığı Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Uygulama Ve Araştırma Merkezi'nden ve Bülent Ecevit Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan gerekli izinler alındıktan sonra uygulamanın yapılacağı bireylere çalışma hakkında bilgi verilmiş ve yazılı onamları (Ek 1) alınmıştır.

3.3. Araştırmanın Uygulandığı Yer ve Zaman

Araştırma, 01.10.2013 ve 01.04.2014 tarihleri arasında Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezinde psikiyatri polikliniğinde gerçekleştirildi.

3.4. Araştırmanın Evren ve Örnekleme

Araştırmanın evreni, 6 ay boyunca psikiyatri polikliniğine konsülte edilen, bariatrik cerrahi öncesi psikiyatrik değerlendirme istenen morbid obez bireyler ve yaş, cinsiyet açısından hasta grubuna benzer seçilen sağlıklı kontrol grubundan oluşmaktadır. 01.10.2013 –01.04.2014 tarihleri arasında psikiyatri polikliniğine konsulte edilen morbid obez bireylerden çalışmaya katılmayı kabul eden 178 kişiden anketi eksiksiz dolduran 176 kişi hasta grubunu oluşturmuştur.

Hasta grubu için araştırmaya dahil edilme kriterleri:

1. 18-65 yaş arasında olması
2. Beden Kitle İndeksi (BKİ) 40 veya üstünde olması
3. Okur-yazar olması

Sağlıklı kontrol grubu için araştırmaya dahil edilme kriterleri:

1. 18-65 yaş arasında olması
2. BKİ 18,5-24.9 aralığında olması
3. Okur-yazar olması
4. Hasta grubu ile benzer yaş ve cinsiyet özelliklerine sahip olma

Çalışmadan çıkarılma kriterleri

- Çalışmada kullanılacak anketin eksik doldurulması

Hasta grubu için araştırmaya dahil edilmeme kriterleri:

- 1- Mental retardasyonu olması
- 2- İşitme ve anlama bozukluğu ile giden hastalığı bulunması
- 3- 18 yaş altı veya 65 yaş üstü olması

Kontrol grubu için araştırmaya dahil edilmeme kriterleri:

1. Mental retardasyonu olması
2. İşitme ve anlama bozukluğu ile giden hastalığı bulunması
3. 18 yaş altı veya 65 yaş üstü olması
4. DSM-IV TR'ye göre herhangi bir Eksen 1 bozukluğu olması

3.5. Veri Toplama Yöntemi

BEÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nde morbid obezite nedeniyle bariatrik cerrahi öncesi psikiyatrik değerlendirme istenen hastalarla ve sağlıklı kontrol grubuyla yüzyüze görüşülerek sosyodemografik veri formu ve DSM-IV Eksen 1 Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme uygulandı. Yüz yüze görüşme

sonrası hasta ve kontrol grubuna Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği, Mizaç ve Karakter Envanteri Ölçeği verilerek doldurmaları istendi.

3.6. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri, araştırmacı tarafından literatür bilgilerine dayanarak oluşturulan sosyodemografik veri formu, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği, DSM-IV Eksen - 1 Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme ve Mizaç ve Karakter Envanteri Ölçeği kullanılarak toplanmıştır.

3.6.1. Sosyodemografik Veri Formu

Anket formu; araştırmaya alınan bireylerin cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, mesleği, medeni durumu, fiziksel hastalık ve endokrinolojik hastalık varlığı, sigara ve alkol kullanımı, kullandığı ilaçlar, egzersiz yapıp yapmadığı (düzenli ekzersiz, düzensiz ekzersiz ve ekzersiz yapmıyor), günlük ekran karşısında geçirilen zaman, psikiyatrik hastalığı olup olmadığı, ailede psikiyatrik hastalık, intihar girişim öyküsü, ailede obezite varlığına ilişkin sorulardan oluşturuldu. Ayrıca obez grupta ek olarak kilo sorununun başlangıç zamanı, kilo verme amaçlı diyet yapıp yapmadığı sorgulandı. Boy ve kilo ölçümü psikiyatristler tarafından her iki gruba da ayakkabıları çıkartılmış, ince kıyafetler üzerindeyken yapıldı. BKİ hastanın kilosunun boyun karesine bölümüyle hesaplandı.

3.6.2. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

Orijinal şekli Beck ve ark. tarafından geliştirilmiş olan 17 maddelik bir kendini değerlendirme ölçeğidir ve depresyon şiddetini belirlemek amacı ile uygulanır (77). Sıklıkla gösterdiği semptomların ve depresyona özgü tutumların klinik alanda gözlenmesi ve sıklıkla görülen davranışların bir araya getirilmesi ile oluşturulmuştur (77). Klinik gözlemler sistematik olarak 21 semptom altında birleştirilmiş ve tutumlar yoğunluğuna göre 0-3 arasında derecelendirilmiştir. Ölçeğin Türkçe uyarlaması, geçerlik ve güvenilirlik çalışması Hisli ve ark. tarafından yapılmıştır (78).

3.6.3.Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)

Anksiyeteyi depresyondan ayırt edebilecek bir ölçeğe duyulan ihtiyaçtan dolayı Beck ve ark. tarafından 1988’de geliştirilmiştir. Bireylerin yaşadığı anksiyete belirtilerinin şiddetini ölçer. Öznel anksiyete ve bedensel belirtileri sorgulayan bir ölçektir. 21 maddeden oluşan, 0–3 arası likert tipi puanlanan; hastanın kendisinin doldurduğu bir ölçektir. Puan Aralığı 0–63 'tür. Ölçekte alınan toplam puanların yüksekliği, bireyin yaşadığı anksiyetenin şiddetini gösterir. Türkiye için geçerlilik güvenirlik çalışmaları; Ulusoy M, Şahin N ve Erkmen H tarafından yapılmıştır (79).

3.6.4.Mizaç ve Karakter Envanteri (MKE) (Temperament and Character Inventory- TCI)

Cloninger tarafından geliştirilmiş, bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Cloninger 1993’de kişiliğin iki temel bileşeni olan mizaç ve karakterdeki normal ve anormal varyasyonları açıklayan boyutsal, psikobiyolojik bir kişilik modeli geliştirmiş ve tanımlamıştır (9).

Mizaç bileşenleri:

- Yenilik Arayışı (Novelty Seeking)
- Zarardan Kaçınma (Harm Avoidance)
- Ödül Bağlılığı (Reward Dependence)
- Sebat etme (Persistence)

Karakter bileşenleri:

- Kendi Kendini Yönetme (Self-Directedness)
- İşbirliği Yapma (Cooperativeness)
- Kendi Kendini Aşma (Self–Transcendence)’dan oluşur.

Kişiliğin 7 boyutunu değerlendirmek için geliştirilen Mizaç ve Karakter Envanteri 240 maddeden oluşan, “doğru” ve “yanlış” şeklinde yanıtlanan bir kendini değerlendirme ölçeğidir (45). SE dışında tüm boyutlar, üç ve beş arasında alt ölçeklere ayrılmıştır. Mizaç boyutlarından YA 4 alt ölçeğe, ZK 4 alt ölçeğe, ÖB 4 alt

ölçeğe, Karakter bileşenlerinden KY 5 alt ölçeğe, İY 5 alt ölçeğe, KA 3 alt ölçeğe ayrılmıştır. MKE'nin Türkçe formunun geçerliliği ve güvenilirliği Köse ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (14).

3.6.5. DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I):

Özgün adı "Structured Clinical Interview for DSM-IV, Clinical Version" olan; First, Spitzer, Gibbon ve Williams tarafından geliştirilen bu görüşme DSM-IV'e göre I.Eksen psikiyatrik bozukluk tanısı araştırılmasında, görüşmeci tarafından uygulanan yapılandırılmış bir klinik görüşmedir (80). Yapılandırılmış görüşmeyi sürdürebilecek bilişsel yeterliliğe sahip olan, ajitasyon ve ağır psikotik belirtileri olmayan 18 yaşından büyük kişilere, eğitilmiş görüşmeci tarafından uygulanabilir. Bu görüşme, altı bölümden oluşmakta, toplam 38 tane DSM-IV I Eksen bozukluğunu, tanı ölçütleri ile ve 10 tane I.Eksen bozukluğunu tanı ölçütleri olmadan “şu anda” ve “hayat boyu” olarak araştırmaktadır. Türkçe formun uyarlaması ve güvenilirlik çalışması Özkürkçügil ve ark. tarafından yapılmıştır (81).

3.7. İstatistiksel Analiz

İstatistiksel değerlendirme SPSS 19.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) programı kullanılarak yapıldı. Sayısal değişkenlerin normal dağılıma uygunlukları Shapiro-Wilk testi ile incelendi. Sayısal değişkenler için tanımlayıcı istatistikler ortalama±standart sapma ve ortanca (minimum-maksimum), kategorik yapıdaki veriler için sayı ve yüzde olarak ifade edildi. Kategorik yapıdaki değişkenler bakımından gruplar arasındaki farklılıklar ve değişkenler arasındaki ilişkiler Ki-kare ve Fisher Kesin Ki-kare testi ile incelendi. Sayısal değişkenler bakımından iki grubun karşılaştırılmasında parametrik test varsayımları sağlandığında iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi, sağlanmadığında ise Mann-Whitney U testi kullanıldı. Sayısal değişkenler bakımından üç ve daha fazla grubun karşılaştırılmasında parametrik test varsayımları sağlanıyor ise tek yönlü varyans analizi, sağlanmıyor ise Kruskal-Wallis varyans analizi kullanıldı. Tek yönlü varyans

analizinde gruplar arasında fark bulunduğunda grupların ikişerli karşılaştırılması çoklu karşılaştırma yöntemlerinden Tukey Testi ile Kruskal-Wallis varyans analizinde alt grupların ikişerli karşılaştırılması ise Dunn testi ile yapıldı. İki sayısal değişken arasındaki doğrusal ilişki parametrik test varsayımları sağlandığında Pearson korelasyon analizi ile, sağlanmadığında ise Spearman korelasyon analizi ile incelendi. Sonuçlar % 95 güven aralığında değerlendirildi ve $p < 0.05$ değeri anlamlı kabul edildi.

4. BULGULAR

Çalışmaya 18 ile 65 yaş arasında değişen 162'si (%65.9) kadın ve 84'ü (%34.1) erkek olmak üzere toplam 246 olgu alınmıştır. Morbid obez hastalar (n=160) ve sağlıklı kontrol grubu (n=86) olmak üzere iki grup altında incelenmiştir.

4.1. Morbid Obez ve Kontrol Grubunun Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerine Ait Bulgular

Morbid obez grubu 108 kadın (%67.5) ve 52 erkek (%32.5), kontrol grubu 54 kadın (%62.8) ve 32 erkekten (%37.2) oluşmaktaydı. Morbid obez ve kontrol grubu arasında cinsiyet açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (p=0.458) (Tablo 1).

Morbid obez olgularının ortalama yaşları 39.0±10.6 yıl, kontrol grubunun ortalama yaşları 37.7±10.8 yıl olup istatistiksel olarak gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı (p=0.263) (Tablo 1).

Morbid obez olgularının ortalama boyları 166±9.6 cm, kontrol grubunun ortalama boyları 169±8.9 cm olup istatistiksel olarak gruplar arasında anlamlı fark saptandı (p=0.012) (Tablo 1).

Morbid obez olgularının ortalama kiloları 130.0 (94.0 – 213.0) kg, kontrol grubunun ortalama kiloları 64.5 (46.0 – 91.0) kg olup istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (p<0.001) (Tablo 1).

Morbid obez olgularının ortalama BKİ 46.3 (40.0 - 92.2) kg/ m², kontrol grubunun ortalama BKİ 22.8 (18.3-24.8) kg/ m² olup istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (p<0.001) (Tablo 1).

Morbid obez grubunda 124 (%77.5) kişi evli, 36 (%22.5) kişi bekar/dul yada boşanmış iken kontrol grubunda 68 (%79.1) kişi evli, 18 (%20.9) kişi bekar/dul yada boşanmış idi. Morbid obez ve kontrol grupları arasında medeni durum açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (p=0.903) (Tablo 1).

Morbid obez grubunun 68'i (%42.5) ilkokul mezunu ve altı, 26'sı (%16.3) ortaokul mezunu, 35'i (%21.9) lise mezunu, 31'i (%19.4) üniversite yada yüksekokul mezunu iken, kontrol grubunun 25'i (%29.1) ilkokul mezunu ve altı, 11'i (%12.8) ortaokul mezunu, 30'u (%34.9) lise mezunu, 20'si (%23.3) üniversite yada yüksekokul

mezunundan oluşmaktaydı. Morbid obez ve kontrol grupları arasında eğitim düzeyi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (p=0.077) (Tablo 1).

Tablo 1: Hasta ve kontrol gruplarının demografik ve klinik özelliklerinin karşılaştırılması

		Obez n=160	Kontrol n=86	p
Yaş	Ort±SS	39.0±10.6	37.7±10.8	0.263
	Min-max	18.0-65.0	19.0-64.0	
Boy (cm)	Ort±SS	166±9.6	169±8.9	0.012
	Min-max	145.0-195.0	150.0-192.0	
Kilo (kg)	Ort±SS	133.4±22.1	64.3 ±10.2	<0.001
	Min-max	94.0-213.0	46.0-91.0	
BKİ (kg/m ²)	Ort±SS	48.6±8.3	22.3±1.9	<0.001
	Min-max	40.0-92.2	18.3-24.8	
		Sayı (%)	Sayı (%)	
Cinsiyet	Kadın	108 (67.5)	54(62.8)	0.458
	Erkek	52 (32.5)	32(37.2)	
Medeni durum	Evli	124 (77.5)	68(79.1)	0.903
	Bekar/dul-boşanmış	36 (22.5)	18 (20.9)	
Eğitim düzeyi	İlkokul ve altı	68(42.5)	25(29.1)	0.077
	Ortaokul	26 (16.3)	11(12.8)	
	Lise	35 (21.9)	30 (34.9)	
	Üniversite/yüksekokul	31 (19.4)	20(23.3)	
Meslek	Ev hanımı / İşsiz	4(2.5)	0 (0.0)	0.002
	Çalışan	64(40.0)	25(29.1)	
	Emekli	26 (16.3)	11(12.8)	
	Öğrenci	35 (21.9)	30 (34.9)	
Egzersiz	Egzersiz yok	93 (58.1)	74 (86.0)	<0.001
	Düzenli egzersiz	21 (13.1)	10 (11.6)	
	Düzensiz egzersiz	46 (28.8)	2 (2.3)	

Morbid obez grubunun 4'ü (%2.5) ev hanımı veya işsiz, 64'ü (%40.0) çalışan, 26'sı (%16.3) emekli, 35'i (%21.9) öğrencilerden oluşmaktaydı. Kontrol grubu ise çalışan 25 (%29.1), emekli 11 (%12.8), öğrenci 30 (%34.9) kişiden oluşmaktaydı. Morbid obez ve kontrol grubu arasında meslek açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p=0.002$) (Tablo 1).

Morbid obez grubunun 93'ü (%58.1) hiç egzersiz yapmazken, 21'i (%13.1) düzenli egzersiz yapmakta, 46'sı (%28.8) düzensiz egzersiz yapmaktaydı. Kontrol grubunda ise 74'ü (%86.0) hiç egzersiz yapmazken, 10'u (%11.6) düzenli egzersiz yapmakta, 2'si (%2.3) düzensiz egzersiz yapmaktaydı. Morbid obez ve kontrol grubu arasında egzersiz düzeyi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0.001$). Tüm çalışma örnekleminin sosyodemografik verileri ve klinik özellikleri Tablo 1' de özetlenmiştir.

4.2. Morbid Obez Grupta Kilo Sorununun Zamanla İlişkisine Ait Bulgular

Morbid obez grupta kilo sorununun zamanla ilişkisine bakıldığında 36 (%22.5) kişinin çocukluktan beri, 24 (%15) kişinin ergenlikten beri, 100 (%62.5) kişinin erişkinlikten sonra obezite sorunu yaşamaya başladığı saptandı. Morbid obez grupta kilo sorununun zamanla ilişkisi ile ilgili özellikler Tablo 2'de özetlenmiştir.

Tablo 2: Obezlerde kilo sorununun zamanla ilişkisi

	Morbid Obez	
	n	(%)
Çocukluktan beri	36	22.5
Ergenlikten beri	24	15.0
Erişkinlikten beri	100	62.5

4.3. Morbid obez grubunun fiziksel, endokrin hastalıkları ve sigara, alkol kullanma alışkanlıkları

Morbid obez grubunun 63'ünde (%39.4) fiziksel hastalık var iken 97'sinde ise (%60.6) fiziksel hastalık bulunmamaktaydı. Kontrol grubunun 6'sında (%7.0) fiziksel hastalık var iken 80 (%93.0) kişide fiziksel hastalık bulunmamakta olup her

iki grup arasında fiziksel hastalık varlığı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0.001$) (Tablo 3).

Morbid obez grubunda 54 (%33.8) kişide endokrinolojik hastalık var iken kontrol grubunda 3 (%3.5) kişide endokrinolojik hastalık mevcut olup her iki grup arasında endokrinolojik hastalık varlığı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0.001$) (Tablo 3).

Morbid obez grubunun 89'u (%55.6) sigara hiç kullanmayan, 20'si (%12.5) sigarayı bırakmış, 51'i (%31.9) sigara kullananlardan oluşmaktaydı. Kontrol grubunun 57'si (%66.3) sigara kullanmıyor iken, 29'u (%33.7) sigara kullanan gruptan oluşmaktaydı. Morbid obez ve kontrol grubu arasında sigara kullanma alışkanlığı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p=0.003$) (Tablo 3).

Morbid obez grubunun 144'ü (%90.0) alkol hiç kullanmayan, 6'sı (%3.8) alkölü bırakmış, 10'u (%6.3) alkol kullananlardan oluşmaktaydı. Kontrol grubunun 76'sı (%88.4) alkol kullanmıyor iken, 10'u (%11.6) alkol kullanan gruptan oluşmaktaydı. Morbid obez ve kontrol grubu arasında alkol kullanma alışkanlığı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p=0.029$). Fiziksel, endokrin hastalık varlığı ve sigara alkol kullanımı özellikleri Tablo 3'de özetlenmiştir.

Tablo 3: Hasta ve kontrol grubunun fiziksel hastalık, sigara ve alkol kullanımına göre karşılaştırılması

	Obez n=160	Kontrol n=86	p
Fiziksel hastalık Var Yok	63(39.4) 97 (60.6)	6 (7.0) 80 (93.0)	<0.001
Endokrin hastalık Var Yok	54 (33.8) 106 (66.3)	3 (3.5) 83 (96.5)	<0.001
Sigara Kullanmıyor Bırakmış Kullanıyor	89 (55.6) 20 (12.5) 51 (31.9)	57 (66.3) 0 (0.0) 29 (33.7)	0.003
Alkol Kullanmıyor Bırakmış Kullanıyor	144 (90.0) 6 (3.8) 10 (6.3)	76 (88.4) 0 (0.0) 10 (11.6)	0.029

4.4. Morbid Obez ve Kontrol Grubunda Psikiyatrik Hastalık Varlığı, Dağılımı Ve Baö Ve Bdö Ölçek Puanlarıyla İlgili Bulgular

Morbid obez grubunda psikiyatrik hastalık dağılımına bakıldığında 138 (%86.3) kişinin tanı almadığı, 9 (%5.6) kişinin depresyon, 5 (%3.1) kişinin bipolar bozukluk, 1 (%0.6) kişinin distimi, 1 (%0.6) kişinin genel tıbbi duruma bağlı duygudurum bozukluğu, 2 (%1.3) kişinin panik bozukluk, 1 (%0.6) kişinin obsesif kompulsif bozukluk, 1 (%0.6) kişinin travma sonrası stres bozukluğu, 2 (%1.3) kişinin yaygın anksiyete bozukluğu tanısı alıp, 160 morbid obez hastadan %13.7'sinde psikiyatrik hastalık saptandığı görülmektedir. Morbid obez grubundaki psikiyatrik hastalık dağılımları Tablo 4'te özetlenmiştir.

Tablo 4: Morbid obezlerde psikiyatrik hastalık dağılımı

	Morbid obez	
	n	%
Tanı yok	138	86.3
Depresyon	9	5.6
Bipolar Bozukluk	5	3.1
Distimi	1	0.6
Genel Tıbbi Duruma bağlı Duygudurum Bozukluğu	1	0.6
Panik Bozukluk	2	1.3
Obsesif Kompulsif Bozukluk	1	0.6
Travma Sonrası Stres Bozukluğu	1	0.6
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	2	1.3
Toplam	160	100.0

BDÖ puan ortalaması morbid obez grubunda 14 (0.0-43.0), kontrol grubunda 6.5 (0.0-35.0) puan olup iki grup arasında anlamlı fark saptandı ($p<0.001$) (Tablo 5).

BAÖ puan ortalaması morbid obez grubunda 8.5 (0.0-62.0), kontrol grubunda 6.5 (0.0-54.0) puan olup iki grup arasında anlamlı fark saptandı ($p=0.019$) (Tablo 5).

Her iki grubun BDÖ ve BAÖ puanları değerleri Tablo 5’te özetlenmiştir.

Tablo 5: Hasta ve kontrol grubunun ölçek puanları açısından karşılaştırılması

	Obez n=168	Kontrol n=86	p
BDÖ	14 (0.0-43.0)	6.5 (0.0-35.0)	<0.001
BAÖ	8.5 (0.0-62)	6.5 (0.0-54)	0.019

4.5. Morbid Obez Grubunda Psikiyatrik Tedavilerle İlişkili Bulgular

Morbid obez grubunda psikiyatrik tedavilerle ilişkili özelliklere bakıldığında; antidepresan ilaç kullananların 16 (%10.0) kişi, antipsikotik ilaç kullananların 2 (%1.3) kişi olduğu, morbid obez grubu arasında intihar girişimde bulunan 5 (%3.1) kişi olduğu değerlendirildi. Morbid obez grubunda psikiyatrik hastalıklarla ilgili özellikler Tablo 6’da özetlenmiştir.

Tablo 6: Morbid obezlerde psikiyatrik hastalıkla ilişkili özellikler

	Morbid Obez	
	n	%
Antidepresan kullanımı	16	10.0
Antipsikotik kullanımı	2	1.3
İntihar girişim	5	3.1

4.6. Morbid Obez Grubunda Soygeçmişle İlgili Özelliklere Ait Bulgular

Morbid obez grubunda soygeçmişle ilişkili özelliklere bakıldığında 12 (%7.5) kişide ailede psikiyatrik hastalık, 116 (%72.5) kişide ailede obezite varlığı saptandı. Morbid obez grubunda soygeçmişle ilgili özellikler Tablo 7’de özetlenmiştir.

Tablo 7: Morbid obezlerde soygeçmişle ilişkili özellikler

	Morbid Obez	
	n	(%)
Ailede psikiyatrik hastalık	12	7.5
Ailede obezite varlığı	116	72.5

4.7. Demografik Özelliklerle Mizaç ve Karakter Özellikleri Arasındaki İlişkilere Ait Bulgular

4.7.1. Morbid obezlerde yaş ve mizaç ve karakter özellikleri arasındaki ilişkilere ait bulgular

Morbid obez grubunda yaşın sadece mizaç özelliklerinden YA altölçek puanı ile ilişkisi anlamlı iken yaş ile diğer mizaç ve karakter boyut puanları arasında anlamlı fark saptanmadı. YA puanı ile yaş arasında ters yönlü, zayıf bir korelasyon vardı ($p=0.001$, $r=-0.309$) (Tablo 8). Morbid obez grubunda yaş ve mizaç ve karakter özellikleri arasındaki ilişki Tablo 8’de gösterilmiştir.

Tablo 8: Hasta grubunun mizaç ve karakter boyutlarının yaş ile ilişkisi

Yaş	Yenilik Arayışı **		Zarardan Kaçınma *		Ödül Bağımlılığı **		Sebat Etme **		Kendini Yönetme *		İşbirliği Yapma **		Kendini Aşma *	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
	-0.309	0.000	0.079	0.319	-0.016	0.837	0.086	0.282	-0.054	0.495	-0.136	0.087	0.076	0.341

*Pearson korelasyon analizi

** Spearman korelasyon analizi ile yapılmıştır.

4.7.2. Kontrol grubunda yaş ile mizaç ve karakter özellikleri arasındaki ilişkilere ait bulgular

Kontrol grubunda yaş ile MKE alt ölçek puanları arasında anlamlı bir korelasyon bulunamadı. Kontrol grubunda yaş ve mizaç ve karakter özellikleri arasındaki ilişki Tablo 9’da gösterilmiştir.

Tablo 9: Kontrol grubunun mizaç ve karakter boyutlarının yaş ile ilişkisi:

Yaş	Yenilik Arayışı **		Zarardan Kaçınma **		Ödül Bağımlılığı **		Sebat Etme **		Kendini Yönetme **		İşbirliği Yapma **		Kendini Aşma **	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
	-0.125	0.251	0.102	0.348	-0.102	0.350	-0.085	0.434	-0.037	0.733	-0.083	0.447	-0.144	0.186

** Spearman korelasyon analizi ile yapılmıştır.

4.7.3. Morbid obezlerde cinsiyet ile mizaç özellikleri arasındaki ilişkilere ait bulgular

Morbid obez grubunda cinsiyet ile mizaç özelliklerinin ilişkisine bakıldığında; YA toplam puan ortancası kadınlarda 16.5 (9.0-31.0), erkeklerde 17.0 (10.0-31.0) saptandı. Cinsiyete göre puan ortancaları kıyaslandığında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadı (p=0.627) (Tablo 10).

Morbid obez grubunda kadınlarda ZK puanı ortalaması 19.0 ± 5.8 , erkeklerde 17.9 ± 6.2 saptandı. Cinsiyete göre ZK puan ortalamaları kıyaslandığında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadı (p=0.253) (Tablo 10).

Morbid obez grubu kadınlarda ÖB toplam puan ortancası 15.0 (8.0-20.0), buna karşılık erkeklerde 5 (1.0-8.0) saptandı. Cinsiyete göre ÖB puan ortalamaları kıyaslandığında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptandı (p=0.018) (Tablo 10).

Morbid obez grubu kadınlarda SE puanı ortancası 5.0 (1.0-8.0) iken bu oran benzer şekilde erkeklerde de 5.0 (1.0-8.0) idi (p=0.265) (Tablo 10).

Tablo 10: Hasta grubunda cinsiyetin mizaç ve karakter ile ilişkisi

	Morbid Obez				p
	Kadın		Erkek		
	Ortanca (Min-max)	Ortalama±SS	Ortanca (Min-max)	Ortalama±SS	
Yenilik arayışı **	16.5 (9.0-31.0)	17.3±4.5	17.0(10.0-31.0)	17.7±4.7	0.627
Zarardan kaçınma *	19.5 (5.0-31.0)	19.0 ± 5.8	17.0(4.0-33.0)	17.9 ± 6.2	0.253
Ödül bağımlılığı **	15.0(8.0-20.0)	14.8±2.6	14.0 (5.0 – 20.0)	13.7±3.1	0.018
Sebat etme **	5.0 (1.0- 8.0)	5.0±1.7	5.0 (1.0- 8.0)	4.6±1.8	0.265
Kendini yönetme *	26.0(13.0-41.0)	26.0±6.2	27.5(12.0-38.0)	26.7±5.7	0.484
İşbirliği yapma *	30.0(17.0-39.0)	29.4 ±4.9	29.0(17.0-38.0)	28.7± 5.4	0.408
Kendini aşma *	19.0(8.0-30.0)	18.7± 5.4	19.0(9.0-29.0)	18.7 ± 4.6	0.966

* İki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi

** Mann Whitney U testi ile yapıldı

Morbid obez grubunda cinsiyet ile karakter özelliklerinin ilişkisine bakıldığında; kadınlarda KY toplam puan ortalaması 26.0±6.2 iken erkeklerde bu ortalama 26.7±5.7'dir (p=0.484) (Tablo 10).

Morbid obez kadınlarda İY toplam puan ortalaması 29.4 ±4.9 iken erkeklerde bu ortalama 28.7± 5.4'dür (p=0.408) (Tablo 10).

Morbid obez erkeklerde KA toplam puan ortalaması 18.7± 5.4 buna karşın kadınlarda 18.7 ± 4.6'dır (p=0.966) (Tablo 10).

Morbid obez kadın ve erkekler arasında ÖB alt ölçeği dışında diğer mizaç ve karakter özelliklerinde anlamlı fark bulunmamıştır. Morbid obez grubunun cinsiyet ile mizaç ve karakter özellikleri arasındaki ilişkiler Tablo 10'da gösterilmiştir.

4.7.4. Kontrol grubunda cinsiyet ile karakter özellikleri arasındaki ilişkilere ait bulgular

Kontrol grubunda cinsiyet mizaç ve karakter özellikleri kıyaslandığında zarardan kaçınma puan ortalaması kadınlarda 18.6 ± 5.7 , erkeklerde 15.0 ± 6.0 'dır. ZK puanları açısından kıyaslandığında kadınların puanı erkeklere göre anlamlı derecede yüksek bulundu ($p=0.008$) (Tablo 11). Kontrol grubunda cinsiyet ile diğer mizaç ve karakter özellikleri arasında anlamlı fark bulunmadı. Kontrol grubunun cinsiyet ile mizaç ve karakter özellikleri arasındaki ilişkiler Tablo 11'de gösterilmiştir.

Tablo 11: Kontrol grubunda cinsiyetin mizaç ve karakter ile ilişkisi

	Kontrol				p
	Kadın		Erkek		
	Ortanca (Min-max)	Ort±SS	Ortanca (Min-max)	Ort±SS	
Yenilik arayışı *	18.0(11.0-28.0)	18.1±3.9	18.0(14.0-25.0)	18.6±2.8	0.531
Zarardan kaçınma *	18.5(6.0-32.0)	18.6 ± 5.7	14.5(4.0-29.0)	15.0± 6.0	0.008
Ödül bağımlılığı *	13.0(8.0-19.0)	13.1±2.5	13.0(7.0-18.0)	12.8±2.8	0.550
Sebat etme **	5.0 (2.0- 8.0)	4.6±1.5	5.0 (1.0- 8.0)	5.3±1.8	0.069
Kendini yönetme *	26.5(10.0-38.0)	26.8±6.0	24.0(15.0-42.0)	25.3±6.8	0.299
İşbirliği yapma **	27.0 (16.0 – 38.0)	27.2±5.0	25.5 (8.0 – 35.0)	25.5±5.2	0.118
Kendini aşma *	18.5 (3.0-30.0)	18.0± 5.2	18.0 (6.0-27.0)	17.4 ± 5.2	0.844

* İki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi

** Mann Whitney U testi ile yapıldı

4.7.5. Morbid obez grubunda eğitim durumu ile mizaç ve karakter özellikleri arasındaki ilişkilere ait bulgular

Morbid obez grubunda mizaç özellikleri altölçeklerinden YA puanı, karakter özellikleri altölçeklerinden ise KY ve İY puanları bakımından eğitim kategorileri arasındaki fark anlamlı bulundu (sırasıyla $p<0.001$, $p=0.003$, $p=0.001$). Anlamlılık her üç alt ölçek puanı açısından da ilkökul altı ve üniversite mezunlarının ortalama puanları arasındaki farktan kaynaklanmaktaydı. Yenilik arayışı puanı bakımından

kategoriler arasındaki fark anlamlı bulundu ($p<0.001$). Bu fark ilkököl altı ile lise ve ortaokul ile üniversite mezunu eğitim kategorileri arasındaki farktan kaynaklanmaktaydı. Morbid obez grubunda eğitim durumu ile mizaç ve karakter özellikleri arasındaki ilişki Tablo 12’de gösterilmiştir.

Tablo 12: Hasta grubunda eğitim durumunun mizaç ve karakterle ilişkisi

		Morbid Obez				p
		İlkokul altı ve ilkököl	Ortaokul	Lise	Üniversite - Yüksekokul	
Yenilik arayışı *	Ortanca (Min-max)	16.0(9.0-26.0)	15.0(10.0-24.0)	18.0(11.0-28.0)	21.0(10.0-31.0)	<0.001
	Ort±SS	15.8±3.7	16.1±3.7	18.4±4.3	20.8±5.3	
Zarardan kaçınma *	Ortanca (Min-max)	19.5(11.0-31.0)	21.0(6.0-31.0)	18.0(4.0-33.0)	17.0(5.0-31.0)	0.053
	Ort±SS	19.7±4.9	19.3±6.5	18.3±6.5	16.2±6.4	
Ödül bağımlılığı **	Ortanca (Min-max)	14.5(10.0-20.0)	13.5(8.0-20.0)	15.0(6.0-20.0)	16.0(5.0-20.0)	0.373
	Ort±SS	14.3±2.3	14.1±2.5	14.9±3.3	14.5±3.4	
Sebat etme **	Ortanca (Min-max)	5.0(1.0-8.0)	4.5(1.0-7.0)	5.0(2.0-8.0)	4.0(1.0-8.0)	0.331
	Ort±SS	5.1±1.5	4.6±1.7	5.0±1.60	4.4±2.1	
Kendini yönetme *	Ortanca (Min-max)	24.0(13.0-35.0)	28.5(16.0-37.0)	26.0(12.0-37.0)	30.0(13.0-41.0)	0.003
	Ort±SS	24.5±5.5	27.2±5.8	26.1±5.3	29.2±7.0	
İşbirliği yapma *	Ortanca (Min-max)	29.0(17.0-37.0)	29.0(17.0-38.0)	29.0(21.0-37.0)	33.0(19.0-39.0)	0.001
	Ort±SS	27.7±4.6	29.5±5.9	29.3±4.6	32.1±4.7	
Kendini aşma *	Ortanca (Min-max)	19.5(9-30)	17.5(11.0-27.0)	19.0(8.0-27.0)	19.0(8.0-29.0)	0.610
	Ort±SS	19.3±5.6	18.1±4.7	18.7±3.9	17.9±5.7	

*Tek yönlü varyans analizi

**Kruskal-Wallis testi ile yapıldı

4.7.6. Kontrol grubunda eğitim durumu ile mizaç ve karakter özellikleri arasındaki ilişkilere ait bulgular

Kontrol grubunda eğitim ile mizaç özellikleri arasındaki ilişki değerlendirildiğinde ÖB puanı bakımından eğitim durumuna göre gruplar arasındaki fark anlamlı bulundu ($p=0.014$) (Tablo 13). Anlamlılık, üniversite ile diğer kategoriler arasındaki farktan kaynaklanmaktaydı.

Kontrol grubunda karakter özelliklerinden KY puanı bakımından da eğitim düzeyi kategorileri arasındaki fark anlamlı bulundu ($p=0.009$). Üniversite ile ortaokul ve üniversite ile lise arasındaki fark anlamlı bulunurken diğer kategoriler birbirlerine benzer bulundu. Kontrol grubunda eğitim durumu ile diğer mizaç ve karakter özellikleri arasında anlamlı fark bulunmadı (Tablo 13). Kontrol grubunda eğitim durumu ile mizaç ve karakter özellikleri arasındaki ilişki Tablo 13'te gösterilmiştir.

Tablo 13: Kontrol grubunda eğitim durumunun mizaç ve karakterle ilişkisi

		Kontrol				p
		İlkokul altı ve ilkokul	Ortaokul	Lise	Üniversite-Yüksekokul	
Yenilik arayışı *	Ortanca (Min- max)	18.0 (11.0-28.0)	18.0 (15.0-21.0)	18.0 (11.0-25.0)	20,5 (12.0-28.0)	0.598
	Ort±SS	18.0±4.3	17.9±1.7	18.2±3.0	19.3±3.9	
Zarardan kaçınma *	Ortanca (Min- max)	18.0 (12.0-24.0)	16.0 (11.0-23.0)	16.5 (4.0-32.0)	20.0 (5.0-30.0)	0.402
	Ort±SS	17.7±3.9	15.9±3.2	19.5±6.5	18.7±8.3	
Ödül bağımlılığı *	Ortanca (Min- max)	12.0 (8.0-16.0)	12.0 (8.0-17.0)	13.0 (7.0-18.0)	14.5 (11.0-19.0)	0.014
	Ort±SS	12.2±1.9	12.1±2.8	12.9±2.7	14.6±2.6	
Sebat etme **	Ortanca (Min- max)	5.0 (2.0-8.0)	4.0 (3.0-6.0)	5.0 (1.0-8.0)	5.5 (2.0-8.0)	0.231
	Ort±SS	4.9±1.5	4.3±1.1	4.6±1.6	5.5±2.0	
Kendini yönetme *	Ortanca (Min- max)	27.0 (16.0-38.0)	22.0 (15.0-30.0)	24.5 (10.0-36.0)	29.5 (18.0-42.0)	0.009
	Ort±SS	26.8±5.2	22.5±4.8	24.8±6.9	29.6±6.0	
İşbirliği Yapma **	Ortanca (Min- max)	24.0 (18.0-36.0)	26.0 (18.0-35.0)	27.0 (8.0-33.0)	29.0 (18.0-38.0)	0.214
	Ort±SS	25.5±4.8	25.8±4.7	26.2±5.3	28.9±5.0	
Kendini aşma *	Ortanca (Min- max)	18.0 (8.0-26.0)	18.0 (11.0-27.0)	19.0 (3.0-30.0)	17.0 (6.0-28.0)	0.850
	Ort±SS	17.9±4.4	18.6±5.7	18.3±5.3	17.1±5.8	

* Tek yönlü varyans analizi

**Kruskal-Wallis testi ile yapıldı

4.8. Morbid Obez Ve Kontrol Gruplarının Mizaç Ve Karakter Özelliklerinin Karşılaştırılmasına Ait Bulgular

4.8.1. Morbid obez ve kontrol gruplarının mizaç özelliklerinin karşılaştırılmasına ait bulgular

Morbid obez olguların YA toplam puanları 9.0-31.0 arasında değişmekte olup ortanca 17.0'dir. Buna karşılık kontrol grubunun YA toplam puanları 11.0-28.0 arasında değişmekte olup ortanca 18.0'dir. YA bakımından morbid obez ve kontrol grupları arasında fark anlamlı bulundu. Obez grubun YA ortanca değeri kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşüktü ($p=0.037$) (Tablo 14). Morbid obez grubunun YA4 puan ortalaması kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüktü ($p=0.002$) (Tablo 14).

Morbid obez grubunun ZK puanı ortalaması 18.6 ± 6.0 'dir. Buna karşılık kontrol grubunun ZK puanı ortalaması 17.3 ± 6.0 'dir. Morbid obez ve kontrol grupları arasında ZK puanları arasında anlamlı fark bulunmadı ($p=0.090$) (Tablo 14). Ancak morbid obez grubunun ZK2 ve ZK4 puanları kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksekti (sırasıyla $p=0.002$; $p=0.003$) (Tablo 14).

Morbid obez grubunun ÖB puanları 5.0 ile 20.0 puan arasında değişmekte olup ortancası 15.0'tir. Kontrol grubunun ÖB puanları 7.0 ile 19.0 puan arasında değişmekte olup ortancası 13.0'tür. Morbid obez ve kontrol grubu arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.001$). Obez grubunun ÖB puanı kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksekti (Tablo 14). ÖB1 ve ÖB3 puanları obez grubunda kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksekti (sırasıyla $p<0.001$; $p=0.047$) (Tablo 14).

Morbid obez grubunun SE puanları 1.0 ile 8.0 puan arasında değişmekte olup ortancası 5.0'tir. Kontrol grubunun SE puanları 1.0 ile 8.0 puan arasında değişmekte olup ortancası 5.0'tir. Morbid obez ve kontrol grubu arasında anlamlı fark bulunmadı ($p=0.832$) (Tablo 14). Morbid obez ve kontrol grubunun mizaç özelliklerine ait karşılaştırmalar Tablo 14'te gösterilmiştir.

Tablo 14: Hasta ve kontrol grubunun mizaç özelliklerinin karşılaştırılmasına ait bulgular

	Morbid obez		Kontrol		p
	Ortanca (Min-max)	Ort±SS	Ortanca (Min-Max)	Ort±SS	
Yenilik arayışı (YA)	17.0(9.0-31.0)	17.4±4.6	18.0(11.0-28.0)	18.3±3.5	0.037
YA1:Keşfetmekten heyecan duyma	5.0(0.0-10.0)	5.4±2.0	6.0(1.0-10.0)	5.4±1.8	0.919
YA2:Dürtüsellik	4.0(0.0-9.0)	4.0±1.7	4.0(0.0-7.0)	3.9±1.5	0.829
YA3:Savurganlık	4.0(0.0-9.0)	4.3±2.0	5.0(1.0-9.0)	4.6±1.7	0.245
YA4:Düzensizlik	4.0(0.0-9.0)	3.6±1.8	4,5(0.0-9.0)	4.3±1.8	0.002
Zarardan Kaçınma(ZK)	19.0(4.0-33.0)	18.6±6.0	17.0(4.0-32.0)	17.3±6.0	0.090
ZK1:Beklenti endişesi	5.0(0.0-11.0)	5.5±2.3	5.0(0.0-11.0)	5.5±2.2	0.942
ZK2:Belirsizlik korkusu	5.0(0.0-7.0)	4.7±1.5	4.0(0.0-7.0)	4.0±1.7	0.002
ZK3:Yabancılardan çekinme	3.0(0.0-8.0)	3.3±2.1	4.0(0.0-8.0)	3.5±1.8	0.333
ZK4:Çabuk yorulma ve dermansızlık	5.0(0.0-9.0)	5.1±2.0	4.0(0.0-9.0)	4.1±2.2	0.003
Ödül Bağımlılığı (ÖB)	15.0(5.0-20.0)	14.5±2.8	13.0(7.0-19.0)	13.0±2.6	<0.001
ÖB1:Duygusalılık	8.0(3.0-10.0)	7.5±1.6	7.0(1.0-10.0)	6.4±1.8	<0.001
ÖB3:Bağlanma	5.0(0.0-8.0)	4.5±1.6	4.0(1.0-8.0)	4.1±1.4	0.047
ÖB4:Bağımlılık	2.0(0.0-6.0)	2.3±1.3	2.0(0.0-6.0)	2.3±1.4	0.845
Sebat etme (SE)	5.0(1.0-8.0)	4.89±1.75	5.0(1.0-8.0)	4.9±1.6	

4.8.2. Morbid obez ve kontrol gruplarının karakter özelliklerinin karşılaştırılmasına ait bulgular

Morbid obez grubunun kendini yönetme (KY) puanı ortalaması 26.2±6.0'dır. Kontrol grubunun KY puanı 26.2±6.3'dür. KY toplam puanı bakımından gruplar arasında anlamlı fark bulunmadı (p=0.982) (Tablo 15). Morbid obez ve kontrol grubu arasında alt ölçek puanları KY1, KY2, KY3, KY4 bakımından da gruplar arasında anlamlı fark bulunmadı (Tablo 15).

Morbid obez grubunun işbirliği yapma (İY) puanları 17.0 ile 39.0 puan arasında değişmekte olup ortancası 29.0'dur. Kontrol grubunun İY puanları 8.0 ile 18.0 puan arasında değişmekte olup ortancası 27.0'dir. Morbid obez ve kontrol grubu arasındaki fark anlamlı bulundu (p<0.001). Obez grubunun İY toplam puanı kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksekti. Obez grup kontrol grubuyla alt ölçekler

açısından kıyaslandığında İY1, İY4, İY5 puanları obez grupta anlamlı derecede yüksekti (p değerleri sırasıyla 0.006; <0.001, 0.007) (Tablo 15).

Morbid obez grubunun kendini aşma (KA) puanı ortalaması 18.7±5.1'dir. Kontrol grubunun KA puanı ortalaması 17.9±5.2'dir. KA puanı bakımından gruplar arasındaki anlamlı fark bulunmadı (p=0.259). KA alt ölçek puanları bakımından KA2 puanı obez grubunda istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksekti (p<0.001) (Tablo 15). Morbid obez ve kontrol grubunda karakter özelliklerinin karşılaştırılmasına ait bulgular Tablo 15'te gösterilmiştir.

Tablo 15: Hasta ve kontrol grubunda karakter özelliklerinin karşılaştırılmasına ait bulgular

	Morbid obez		Kontrol		p
	Ortanca (Min-max)	Ort±SS	Ortanca (Min-max)	Ort±SS	
Kendini Yönetme (KY)	26.0(12.0-41.0)	26.2±6.0	26.0(10.0-42.0)	26.2±6.3	0.982
KY1:Sorumluluk alma	4.0(0.0-8.0)	4.3±1.9	5.0(1.0-8.0)	4.5±1.8	0.549
KY2:Amaçlılık	6.0(1.0-8.0)	5.4±1.5	6.0(1.0-8.0)	5.2±1.8	0.654
KY3:Beceriklilik	3.0(0.0-5.0)	2.9±1.1	3.0(0.0-5.0)	3.1±1.2	0.158
KY4:Kendini kabullenme	5.0(0.0-11.0)	5.4±2.3	5.0(1.0-11.0)	5.3±2.3	0.861
KY5:Olumlu ikincil huylar	8.0(4.0-12.0)	8.1±1.9	8.0(1.0-12.0)	7.9±2.2	0.781
İşbirliği Yapma (İY)	29.0(17.0-39.0)	29.2±5.0	27.0(8.0-38.0)	26.6±5.1	<0.001
İY1: Sosyal kabullenme	6.0(1.0-8.0)	5.9±1.6	5.5(0.0-8.0)	5.2±1.7	0.006
İY2:Empati duyma	4.0(1.0-7.0)	3.9±1.4	4.0(0.0-6.0)	3.8±1.4	0.456
İY3:Yardımseverlik	5.0(2.0-7.0)	4.8±1.2	5.0(1.0-8.0)	4.8±1.4	0.920
İY4:Acıma	8.0(1.0-10.0)	7.7±2.2	6.0(3.0-10.0)	6.4±2.0	<0.001
İY5:Erdemlilik / vicdanlılık	7.0(3.0-9.0)	6.7±1.4	6.0(3.0-9.0)	6.1±1.5	0.007
Kendini Aşma (KA)	19.0(8.0-30.0)	18.7±5.1	18.0(3.0-30.0)	17.9±5.2	0.259
KA1: Kendilik kaybı	6.0(0.0-11.0)	6.0±2.4	6.0(1.0-11.0)	5.8±2.0	0.688
KA2: Kişiler arası özdeşim	5.0(1.0-9.0)	5.5±1.9	4.0(0.0-9.0)	4.5±2.0	<0.001
KA3: Manevi kabullenme	7.0(1.0-13.0)	7.2±2.3	8.0(0.0-13.0)	7.5±2.5	0.150

4.9. Hasta ve Kontrol Gruplarındaki Kadınların Mizaç ve Karakter Özelliklerine İlişkin Bulgular

Hasta ve kontrol grubunda kadınların mizaç özellikleri karşılaştırıldığında morbid obez grubun ÖB toplam puan ortalaması kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekti ($p<0.001$) (Tablo 16).

Hasta ve kontrol grubunda kadınların karakter özellikleri karşılaştırıldığında morbid obez grubun İY toplam puan ortalaması kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekti ($p=0.009$) (Tablo 16). Hasta ve kontrol gruplarındaki kadınların mizaç ve karakter özellikleri Tablo 16'da gösterilmiştir.

Tablo 16: Hasta ve kontrol gruplarındaki kadınların mizaç ve karakter özelliklerinin karşılaştırılması

	Morbid Obez Kadın		Kontrol Kadın		p
	Ortanca (Min-max)	Ort±SS	Ortanca (Min-max)	Ort±SS	
Yenilik arayışı *	16.5(9.0-31.0)	17.2±4.5	18.0(11.0-28.0)	18.1±3.9	0.140
Zarardan kaçınma **	19.5(5.0-31.0)	19.0±5.8	18.5(6.0-32.0)	18.6±5.7	0.669
Ödül Bağımlılığı *	15.0(8.0-20.0)	14.8±2.6	13.0(8.0-19.0)	13.1±2.5	<0.001
Sebat etme *	5.0(1.0-8.0)	5.0±1.7	5.0(2.0-8.0)	4.6±1.5	0.135
Kendini yönetme **	26.0(13.0-41.0)	26.0±6.2	26.5(10.0-38.0)	26.7±6.0	0.457
İşbirliği yapma **	30.0(17.0-39.0)	29.4±4.9	27.0(16.0-38.0)	27.2±5.0	0.009
Kendini aşma **	19.0(8.0-30.0)	18.7±5.4	18.5(3.0-30.0)	18.0±5.2	0.429

*Mann Whitney U testi

**Bağımsız örneklem T testi (Independent T test) yapılmıştır.

4.10. Hasta ve Kontrol Gruplarındaki Erkeklerin Mizaç ve Karakter Özelliklerine İlişkin Bulgular

Hasta ve kontrol grubunda erkeklerin mizaç özellikleri karşılaştırıldığında morbid obez grubun ZK toplam puan ortalaması kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekti ($p=0.044$) (Tablo 17).

Hasta ve kontrol grubunda erkeklerin karakter özellikleri karşılaştırıldığında morbid obez grubun İY toplam puan ortalaması kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekti ($p=0.009$) (Tablo 17). Hasta ve kontrol gruplarındaki erkeklerin mizaç ve karakter özellikleri Tablo 17’de gösterilmiştir.

Tablo 17: Hasta ve kontrol gruplarındaki erkeklerin mizaç ve karakter özelliklerinin karşılaştırılması

	Morbid Obez Erkek		Kontrol Erkek		p
	Ortanca (Min-max)	Ort±SS	Ortanca (Min-max)	Ort±SS	
Yenilik arayışı *	17.0(10.0-31.0)	17.7±4.7	18.0(14.0-25.0)	18.6±2.8	0.139
Zarardan kaçınma **	17.0(4.0-33.0)	17.9±6.2	14.5(4.0-29.0)	15.0±6.0	0.044
Ödül bağımlılığı **	14.0(5.0-20.0)	13.7±3.1	13.0(7.0-18.0)	12.8±2.8	0.189
Sebat etme **	5.0(1.0-8.0)	4.6±1.8	5.0(1.0-8.0)	5.3±1.8	0.116
Kendini yönetme **	27.5(12.0-38.0)	26.7±5.7	24.0(15.0-42.0)	25.3±6.8	0.305
İşbirliği yapma *	29.0(17.0-38.0)	28.7±5.4	25.5(8.0-35.0)	25.5±5.2	0.009
Kendini aşma **	19.0(9.0-29.0)	18.7±4.6	18.0(6.0-27.0)	17.8±5.2	0.410

*Mann Whitney U testi

**Bağımsız örneklem T testi (Independent T test)

5. TARTIŞMA

Çalışmamızda yaşam kalitesini ve süresini olumsuz etkileyen, dünya çapında epidemik hale gelen, prevalansı giderek artan (82,83,84) obezitenin, sosyodemografik değişkenlerle ilişkisine bakılmış ve morbid obezlerin sağlıklı kontrollerle mizaç ve karakter özellikleri açısından karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Çalışmamızda hasta ve kontrol grubunun yaklaşık olarak 2/3 ünü kadınlar oluşturmakta, bu oran obezlerle ilgili yapılan diğer çalışmalarda ¾ olarak bulunmuştur (1,85-87)

Morbid obez grubunda BKİ 46.3 kg/m² iken kontrol grubunda 22.8 olarak bulunmuştur. Morbid obez grubunda boy kısalığı ile birlikte kilo ortalamalarının neredeyse kontrol grubuna göre iki katı çıkması beden kitle indeksindeki bu farklılığı açıklamaktadır.

Çalışmamızda morbid obez grubundaki bireylerin çoğunluğunun ilköğretim ve altı eğitim düzeyinde olması, eğitim düzeyi düştükçe obezitenin daha sık görüleceği literatür bilgisi ile uyumludur (85,88). Bunu kişilerin eğitimle geliştirdikleri değer yargılarına ve sağlıklı beslenme alışkanlıkları kazanmıyor olmalarına bağlayabiliriz (88). Kadınlarda eğitim düzeyi arttıkça obezite sıklığının azaldığı saptanmıştır (89-93). Bireylerin eğitim düzeylerinin artmasıyla hem daha dengeli ve yeterli beslenebilecekleri, hem de sosyal hayattaki konumları açısından fiziksel görünümüne daha fazla itina göstereceklerinden dolayı, eğitim düzeyinin artışının obezite sıklığını azalttığı düşünülebilir. Yine obezitenin yol açabileceği sağlık problemleri hakkında eğitilmiş grubun farkındalığının yüksek olması bu konuda daha dikkatli davranmaları ile sonuçlanabilir (86).

Literatürde, obezite oranının çalışmayanlarda yüksek olduğunu bildirilmekte ve bu durum alt sosyoekonomik statü ve yoksul kesimde tek yönlü beslenme ve sağlıkla ilgili bilgilerin eksikliğiyle ilişkilendirilmektedir (82, 94- 96). Bu durumun çalışanların fiziksel olarak daha aktif olmaları ve sosyal ortamda bulunmaları nedeniyle fiziksel görünüme daha fazla dikkat etmeleri ve daha bilinçli olmaları ile ilişkili olabileceği düşünüldü. Bizim çalışmamızda da benzer olarak morbid obez grubunda sağlıklı kontrollere göre ev hanımı ve işsiz oranının yüksek bulunması literatürle uyumludur. Tüm bu bulgular ışığında alt sosyoekonomik statü, işsizlik,

düşük eğitim düzeyi gibi faktörlerin tek yönlü beslenme ve sağlıkla ilgili bilgilerin eksikliğine yol açarak obezitenin oluşmasında rol oynadığı düşünülebilir (83).

Yapılan çalışmalarda obezite sıklığının evlilerde daha yüksek olduğu bildirilmiştir (90-92, 97-100). Bekarlarda obezite sıklığının düşük olması bu gruptaki popülasyonun henüz gebelik öyküsünün olmaması, yaş ortalamasının daha düşük olması ve kilo kontrolü konusunda bu grubun daha duyarlı davranmış olmasından kaynaklanabilir.(86) Bizim çalışmamızda da evlilerde morbid obezite oranının yüksek olması literatürle uyumluydu.

Fiziksel hastalık yönünden incelendiğinde; normal ve obez grup arasında fiziksel hastalık varlığı yönünden anlamlı bir fark bulunmuştur. Obez bireylerde hem fiziksel hem de endokrin hastalıklar oldukça fazla bulunmuştur. Bu bulgu, obezitenin oluşturduğu fizyopatolojik değişikliklerle morbiditeyi ve mortaliteyi arttırdığı yönündeki literatür bilgisi ile uyumludur (101). Obeziteye komorbid organik hastalıkların yüksek oranda eklenmesi ve bunların mortaliteyi artırması özellikle obezitenin etkili tedavisini zorunlu kılmaktadır.

Çalışmamızda her iki grubun çoğunluğunu sedanter yaşayanlar (morbid obez grubunda %58.1, kontrol grubunda %86) oluşturmaktadır. Her iki grubun düzenli egzersiz yapma oranları benzerken, morbid obezlerde düzensiz egzersiz yapma oranı (%28.8) kontrol grubuna (%2.3) göre çok daha fazladır. Ülkemizde yapılan çeşitli çalışmalarda spor ve egzersiz yapma ile obezite arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (93,97). Egzersiz oranının her iki grupta da çok düşük olmasının, Türk toplumunda spor yapma alışkanlığının az olması ile ilişkili olabileceği düşünüldü. Ancak morbid obezlerin düzensiz egzersiz yapma oranlarının kontrol grubuna göre daha fazla olması kiloyla ilgili uğraşlarının daha fazla olması ve kilo verme girişimlerine bağlanabilir.

Sigara kullanımının BKİ üzerine etkileri için farklı sonuçlar bildirilmiştir (102,103).Almanya'da yapılan bir çalışmada sigara içenlerin içmeyenlere göre daha zayıf oldukları saptanmıştır (104). Nikotinin öfkeyi, açlık hissini ve yemek yemeyi azalttığı, metabolizma hızını artırdığı bilinmektedir (105).

Ülkemizde TEKHARF çalışmasında, sigara kullananlarda obezite ve kiloluluk riskinin daha az olduğu tespit edilmiştir (106). Sigara ile obezite arasında ters bir ilişkinin olduğu, sigaranın adrenalini düzeyini arttırarak zayıf kalmayı

sağladığı, bu nedenle sigara içenlerin daha zayıf olduğu, sigarayı bırakmakla birlikte, beslenme davranışındaki değişiklikler nedeniyle kilo alımının başladığı bildirilmektedir (107,108). MONICA çalışmasında 35-64 yaş arasında kadın erkek her iki popülasyonda sigara içenlerin BKİ'yi içmeyenlere göre 2-3 kat daha az bulunmuştur (109)

Çalışmamızda normal ve obez grup arasında sigara içme yönünden anlamlı bir fark saptanmazken sigara bırakma oranı morbid obez grupta kontrol grubundan yüksek bulunmuştur (Tablo 3). Çalışmamızda sigarayı bırakma ile obezitenin başlaması arasında ilişki olup olmadığı açısından bir değerlendirme yapılmamıştır. Ancak çalışmamıza katılan morbid obez bireylerin sigara bırakma oranlarının yüksek olması, genel sağlık sorunları yaşamaları gibi diğer etkenlerle de ilişkili olabilir.

Alkol tüketiminin erkek ve kadınlarda BKİ'nde artışa neden olduğu gösterilmiştir (110,111). Bir çalışmada kadınlarda ve erkeklerde tüketilen alkol miktarı ile BKİ arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur. Ancak az miktarda ve sıkça alınan alkol ile BKİ arasında ters bir ilişki saptanmıştır. Bu durum toplam tüketilen alkol miktarı arttıkça BKİ artmakla birlikte, az ve sık alkol tüketim şeklinin BKİ'ni azalttığını düşündürmektedir (111). Çalışmamızda iki grup arasında alkol kullanma oranları benzer olmasına rağmen morbid obez grubunda kontrol grubuna göre alkol kullananlar daha az, alkolü bırakanlar daha fazla idi (Tablo 3). Bulgularımıza göre morbid obez grubundaki bireylerin alkolün BKİ ve kilo arttırıcı etkisi ve komorbid fiziksel rahatsızlıkları arttırması nedeniyle alkol kullanımını bıraktıkları düşünülebilir.

Erol ve arkadaşları tarafından yapılan “Türkiye Ruh sağlığı Profili” çalışmasına göre 18 yaş üstü nüfusta ruhsal bozuklukların görülme oranı kadınlarda %22,4, erkeklerde %10,9 ve genel olarak %17,2'dir (112). Deveci ve arkadaşlarının çalışmasında hastaların %42'sinde en az bir psikiyatrik bozukluk, %20'sinde herhangi bir depresif bozukluk saptanmıştır (7). Özdel ve arkadaşlarının obez ve normal kilolu kadınlarda yaptığı çalışmada psikiyatrik bozukluk oranı obez grupta %60, normal kilolu grupta %5 bulunmuştur (113). Bizim çalışmamızda morbid obezite grubunda psikiyatrik hastalık görülme oranı %13.7 olup bu çalışmalardakilere göre düşük olduğu dikkat çekmektedir. Bir çok araştırmada obez hastalarda başta depresyon olmak üzere psikiyatrik rahatsızlıkların yüksek oranlarda görüldüğü bildirilmektedir (114,115,116,117). Çalışmamızda morbid obez grubunda

kontrol grubuna göre BAÖ ve BDÖ puanlarının daha yüksek olduğu, morbid obez grubunun %13.7'sinde eksen I psikiyatrik bozukluk bulunduğu, en fazla görülen psikiyatrik bozukluğun ise depresyon (%5.6) olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda morbid obezlerde saptanan psikiyatrik bozukluk oranı, Yalçın'ın araştırmasına göre oldukça düşük olsa da en sık saptanan psikiyatrik bozukluğun depresyon olduğu bulgusu benzerdir (85). Obezite sorunu yaşayan bireylerde anksiyete bozuklukları, somatoform bozukluklar, distimik bozukluğun daha sık görüldüğünü bildiren çalışmaların (114,118,119) yanında fark bulmayan çalışmalar da mevcuttur (85). Çalışmamızda depresyon dışındaki psikiyatrik bozukluklar açısından iki grup arasında fark saptanmamıştır.

Literatürde ailenin obez olmasının çocukluk obezitesi ile ilgili olduğu bildirilmiştir (101).

Yapılan araştırmalarda her iki ebeveynin obez olması durumunda çocukta obezite görülme oranı %40, tek ebeveyn obez ise %7 olduğu bulunmuştur (88).

Çalışmamızda morbid obez grubu bireylerde ailede obezite varlığı %72.5 olduğu, hasta grubunun %22.5'inin çocukluktan beri, %15'inin ergenlikten beri, %62.5'inin de erişkinlikten beri obezite problemi yaşadığı bulunmuştur. Ailede obezite sorunu yaşanmasının genetik faktörler yanında, yeme alışkanlıkları, beslenme tarzı, tercih edilen besin türleri, fiziksel aktivite düzeyi ve spor yapma alışkanlıkları gibi çevresel faktörlerin aileden öğrenilmesinin de etkisiyle çocukluk ve ergenlik çağından itibaren obeziteye yatkınlık yaratacak bir yaşam tarzı geliştirilmesine yol açması gibi etkiler yapabileceği öngörülebilir.

TCI kişiliği ayrıntılı olarak değerlendirmeyi sağlayan bir ölçektir (9). Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması S.Köse ve ark. tarafından yapılan TCI ölçeğinin yaş ile korelasyonuna göre, yaş artarken YA ve KY puanları düşmekte, ÖB ve SE puanları yükselmektedir.(14) Bizim çalışmamızda da morbid obez grubunda yaş arttıkça YA puanının azaldığı bulgusu literatürle uyumlu bulundu.

Çalışmamızda cinsiyete göre yapılan değerlendirmede, hasta grubunda ÖB, kontrol grubunda ise ZK puanları kadınlarda erkeklere göre daha yüksek saptandı. Köse ve ark.nın yaptığı geçerlilik güvenilirlik çalışmasında cinsiyetin TCI ölçekleri üzerindeki etkisi araştırıldığında kadınlarda erkeklere göre mizaç boyutunda YA,

ZK,ÖB puanlarının; karakter boyutunda ise İY puanlarının daha yüksek olduğu bildirilmiştir. (14)

Literatürdeki obez ve morbid obez bireylerin kişilik özelliklerini belirlemek için TCI kullanan çalışmalar sınırlı sayıdadır. (70,71,72,74). Fassino *ve ark.* 2002 yılında yaptıkları çalışmada obez bireylerde yüksek YA ve ZK puanları, düşük KY ve İY puanları, Grucza *ve ark.* (2007) ve Hwang *ve ark.*(2006) obez bireylerde yüksek YA puanları, düşük SE, Sullivan *ve ark.* (2007) yüksek YA puanları, düşük SE ve KY bulmuşlardır. Farklı sonuçlar çalışmaların metodolojik yöntemlerinden ve örneklem farklılıklarından kaynaklanıyor olabilir. Örneğin; Fassino *ve ark.*'nın (74) çalışması sadece kadınlar arasında yapılırken, Grucza *ve ark.* (72) tıknırcasına yeme bozukluğu olan hastaları, Hwang *ve ark.* (71) sadece çocukları, Sullivan *ve ark.* (70) ise BMI 35 kg/m² ve üstü olan kişileri çalışmaya almışlar. Biz çalışmamızı WHO nun 1998 yılındaki obezite tanımına göre morbid obezite tanısı alan erkek ve kadın bireylerden oluşturduk.

Çalışmalarda bireylerin kişilik özelliklerinin obezitenin gelişiminde etkili olduğu gösterilmiştir. Zarardan kaçınma ödül kazanmaksızın, ceza ya da hayal kırıklığına uğramamak için davranışı durdurma eğilimini yansıtır (120). Zarardan kaçınma puanı yüksek olan kişiler endişeli, karamsar, korkulu, şüpheli, utangaç ve kolay sıkılan bireylerdir. Enerji seviyeleri çok düşüktür. (10,121). Çalışmamızda literatürdekine benzer olarak obez hastalarda kontrol grubuna göre yüksek ZK2 (belirsizlik korkusu), ZK4 (çabuk yorulma, dermansızlık) puanları saptanmış olmasına rağmen literatürden farklı olarak ZK toplam puanında fark bulunmamıştır (74). Bu kişilerin gergin ve endişeli oldukları zaman kendilerini aşırı yemek yiyerek rahatlatmaya çalışması ve ek olarak enerjilerinin düşük olmasından dolayı fiziksel aktivitelerinin az olması kilolarının artışına neden olabilir.

Literatürdeki çalışmalara bakıldığında YA skorunun yüksek olması obezite ile ilişkilendirilmektedir. YA skoru yüksek olan kişiler çabuk sıkılır, impulsiftir, monotonluktan kaçınmak isterler, sıkıntıdan kaçınmak için çok yiyen kişi obezite gelişmesini hızlandırır. Çalışmamızda diğer çalışmalardan farklı olarak obezlerde YA toplam puanı ve YA4 alt ölçek puanı kontrollere göre daha düşük saptanmıştır (70,71,72,74). Obez bireylerde yapılan çalışmaların bazılarında davranışsal veya cerrahi tedavilerden sonra kilo kaybının kişilik özelliklerine göre farklılaştığı

vurgulanmıştır (122,123). Sullivan ve ark. 2007'de yaptığı çalışmada kilo verme programında başarılı olan obezler, başarısız olanlarla kıyaslandığında YA skorları daha düşük olduğu bulunmuştur (70). Bu sonuç sıkıntıdan kurtulmak için yemek yiyen obez bireylerin, davranış tedavisi ile kilo vermelerinin zor olacağını öngören bir sonuçtur. Benzer bir şekilde Karolinska Kişilik Skalası'nda impulsivite puanı yüksek olanların kilo verme programı ile daha az kilo verebildikleri gösterilmiştir (126).

Ödül bağımlılığı ödül sinyallerine karşı cevap eğilimini ortaya koyar (120). Çalışmalarda obez hastalarda kontrol grubuna göre daha düşük ÖB puanları bildirilmiştir. Daha düşük ÖB puanları; sosyal duyarlılık, bağlanma kapasitesi ve uyum gösterebilmede yetersizliklere işaret eder (120). Sullivan ve ark.nın 2007'de yaptığı çalışmada kilo verme programına katılan obezlerin ÖB skorları genel nüfustaki obezlere göre daha yüksek bulunmuştur. Ödül bağımlılığı güçlü bir şekilde yardım arama davranışı ile ilişkili saptanmıştır. Çalışmamızda ödül bağımlılığı toplam puanı, ÖB1 ve ÖB3 alt ölçek puanlarının morbid obez grubunda kontrol grubuna göre yüksek olması literatürdeki bazı çalışmalardan farklı olsa da Sullivan ve arkadaşlarının çalışmasına benzer bir bulgudur (70,126). Örnekleminizin cerrahiye hazırlanan obez hastalardan oluşması ve tedavi arayışı için cerrahi gibi radikal bir yöntemi seçmiş olmaları bu bulgu ile ilişkili olabilir.

Belli kişilik özelliklerinin obezite patogeneğinde önemli olduğunu gösterilmiştir. Düşük KY ve düşük SE obezite tanısı konan bireylerde morbid obeziteye gidişi gösteren belirleyici bir özelliktir.(125)

Sebat etme puanı düşük olan bireyler pasif, uyuşuk, çabuk bırakan, mütevazı, yenilgiyi kabul eden, pragmatik kişilerdir. (70). Çalışmamızda SE puanları açısından obez ve kontrol grubu arasında anlamlı fark bulunmadı. Literatürde obez bireylerde SE puanlarının düşük olduğunu bildiren diğer çalışmalarla çelişen bu bulguya Türk toplumuna özgü kültürel farklılıklar neden olmuş olabilir (70,71,72).

Kendini yönetme kendi kaderini tayin ve irade ya da birey tarafından seçilen amaç ve değerlere uygun şekilde davranışı kontrol etme, düzenleme ve uyum sağlama yeteneğidir.(120) KY puanı düşük olan bireyler immatür, kırılğan, suçlayıcı, amaçsız, güvenilmez, uyuşuk, başarısız, çabası olmayan kişilerdir. Uzun dönem hedefleri ile uyuşmayan alışkanlıkları vardır. Sağlıklı gönüllülerle obez hastaları karşılaştıran çalışmalarda, obez grupta kendini yönetme puanlarının daha düşük

olduğu gösterilmiştir (124). KY puanının düşük olması; obez bireylerde, verdikleri kiloları koruma ve kilo kontrolünü sağlayan davranışları sürdürmenin daha az olmasına neden oluyor olabilir. Bu nedenle KY ve SE puanı düşük olan obez bireyler, uzun dönem hedeflerini (sağlıklı dengeli beslenme, düzenli spor yapma, aktif olma, kiloyu kontrol etme, kilo verme programlarına uymak gibi) sürdürmekte zorlanabilirler. Bu açıdan bakıldığında düşük KY ve düşük SE obezite tanısı konan bireylerde morbid obeziteye gidişi gösteren belirleyici bir özellik olarak tanımlanmıştır (125). Sullivan ve arkadaşlarının (2007) yaptıkları çalışmalarda toplum çalışmalarında yardım arayışında olmayan obezlerin kendini yönetme skorları daha düşük bulunurken, kilo vermede başarılı olan obezlerin hiç yardım arayışında olmayan obezlere göre kendini yönetme skorlarının belirgin derecede daha yüksek olduğu gösterilmiştir (70). Bu bulgu aynı zamanda otokontrolü daha iyi olan obezlerin daha çok kilo verebileceğini düşündürmektedir (73). Bizim çalışmamızda ise obez grup ile sağlıklı kontrol grubu arasında KY puanları açısından fark bulunmaması, obez grubun kilo verme için cerrahiye hazırlanan yardım arayışında bir grup olmasından, toplumdaki genel obez grubu temsil etmemesinden kaynaklanıyor olabilir.

İşbirliği puanı yüksek olan kişilerin iletişim yetenekleri daha iyidir, diğerleriyle empati yapabilirler, kişilerarası ilişkilerinde her iki tarafın da kazanacağı bir yaklaşım sergilerler. Daha iyi bir iletişim yeteneğinin sonucu olarak başarılı obezler kilo verme tedavisinden daha çok fayda sağlarlar (126). Bu çalışmada obez bireylerde İY1, İY4, İY5 alt ölçek puanları ve İY toplam puanı literatürden farklı olarak daha yüksek bulunmuştur (74). Obez bireylerde yapılan çalışmalarda İY puanları genelde düşük (74) bulunsa da Sullivan ve arkadaşlarının çalışmasında bizim çalışmamızdakine benzer şekilde İY puanı yüksek bulunmuştur (70). Kilo vermede başarılı olan obezlerin yardım arayışında olmayanlara göre işbirliği yapma puanları daha yüksektir (127). Çalışmanın yapıldığı hastanenin bölgede obezite cerrahisi yapılan tek devlet kurumu olması da geniş bir coğrafi alandan hasta başvurularına neden olmaktadır. Şehir dışından obezite cerrahisine başvuru amacıyla merkezimize gelen, tedavi öncesi değerlendirme süreci için çaba harcayan ve obezite cerrahisine uygun olduğu saptanan hastalar psikiyatri konsültasyonuna gönderildiği için bu hastaların tedavi motivasyonunun yüksek olması beklenebilir. Bu durum

literatürden farklı olarak çalışmamızda morbid obez bireylerde işbirliği yapma ve sebat etme puanlarının yüksek bulunmasına neden olan etkenlerden biri olabilir.

Kendini aşma; maneviyata eğilim daha geniş bir dünya ile özdeşim kurma ve belirsizliği kabul etme becerisini yansıtır(120). Çalışmamızda literatürle uyumlu olarak KA toplam puanlarında obez ve kontrol grupları arasında anlamlı bir fark saptanmazken KA2 alt ölçek puanı hasta grubunda daha yüksek bulunmuştur (70).

Çalışmanın genel toplum tabanlı olmayıp, hasta grubunun 3. basamak sağlık hizmeti verilen bir kurumda yapılması, alan çalışması olmaması, değerlendirmelerin hastaların kendilerinin doldurdukları ölçeklerle yapılmış olması, kişilik bozukluğu eştanısının taranmamış olması, eksen 1 bozukluğu olan hastaların da hasta grubu içinde yer alması ve psikiyatrik hastalığın, ilaç veya davranış tedavisi gibi müdahalelerin TCI üzerine etkilerinin değerlendirilmemiş olması kısıtlılıklar arasında sayılması gereken noktalardır. Çalışma örnekleme eğitimi seviyesi, gelir durumu ve meslek dağılımı özellikleriyle içinde bulunduğu toplumun genel dağılımdan oldukça farklıdır.

6. SONUÇLAR

6.1. Hipotezlerin Değerlendirilmesi

1. Morbid obez grubunda sağlıklı kontrollere göre ev hanımı ve işsiz oranı daha yüksek,
2. Evlilerde morbid obezite daha fazla,
3. Morbid Obezite grubunda fiziksel ve endokrin hastalıklar daha fazla,
4. Morbid obez grubunda sağlıklı kontrollere göre BDÖ, BAÖ puanları daha yüksek olduğu,
5. Morbid obez grubunda eksen I psikiyatrik bozuklukların %13.7 oranında eşlik ettiği, en fazla görülen psikiyatrik bozukluğun ise depresyon olduğu,
6. Morbid obez grubunda yaş arttıkça YA puanının azaldığı,
7. Morbid obez grubunda ÖB, kontrol grubunda ise ZK puanlarının kadınlarda erkeklere göre daha yüksek olduğu,
8. Morbid obez grubunda kontrol grubuna göre mizaç özellikleri altölçeklerinden YA puanının ve düzensizlik-düzenlilik alt başlık puanının daha düşük, ÖB puanının ve ÖB altbaşlıklarından duygusallık ve bağlanma puanlarının daha yüksek olduğu, ZK puanında fark bulunmazken ZK altbaşlıklarından belirsizlik korkusu ve çabuk yorulma dermansızlık puanlarının daha yüksek olduğu, SE puanı açısından fark bulunmadığı,
9. Morbid obez grubunda kontrol grubuna göre karakter özellikleri altölçeklerinden ise İY puanının daha yüksek olduğu, İY altbaşlıklarından sosyal kabullenme- sosyal hoş görüzlük, acıma- intikamcılık, temiz kalplilik vicdanlılık- kendi kendine yarar sağlama puanlarının daha yüksek olduğu, kendini yönetme puanı ve kendini aşma puanı açısından bir fark bulunmazken kendini aşma altbaşlıklarından kişiler arası özdeşim-kendi kendine ayrışma puanının yüksek olduğu bulunmuştur.

6.2.Öneriler

Obezitenin yaygınlığı bütün dünyada olduğu gibi ülkemizde de giderek artmaktadır. Obezite ruhsal ve fiziksel açıdan pek çok sağlık sorununa yol açarak kişilerin yaşamlarını sağlık sorunları ve sosyal açıdan ciddi düzeyde kısıtlamaktadır.

Obezite, biyopsikososyal açıdan değerlendirilmeli ve çok boyutlu bir yaklaşımla tedavisi ele alınmalıdır. Obezitenin sadece fiziksel sonuçları ile ele alınması yeterli olmamakta, bu bireylerin obezite nedeniyle yaşadıkları psikolojik ve sosyal sorunların, ayrıca obeziteye neden olabilecek psikolojik etmenlerin göz ardı edilmesi etkin bir tedavi alamamalarına neden olmaktadır.

Obezite nedeniyle tedavi arayışında olanlara psikiyatrik hastalık komorbiditesinin yüksek olması sebebiyle mutlaka psikiyatrik değerlendirme yapılmalıdır. Belli kişilik özelliklerinin obezite patogenezinde ve tedavi yanıtında etkili olduğu gözönüne alınarak hastaların tedavilerinin yönetiminde mizaç ve karakter özelliklerinin değerlendirilmesinin gerekli olduğunu düşünüyoruz.

7. KAYNAKLAR

1. Tezcan B. Obez bireylerde benlik saygısı beden algısı ve travmatik yaşantılar; Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi Psikiyatri Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2009.
2. Stunkard AJ, LaFleur W R & Wadden TA. Stigmatization of obesity in medieval times: Asia and Europe. *International Journal of Obesity*, 22: 1141- 114, 1998.
3. Field A.E, Barnoya J, Colditz A. “Obezitenin Epidemiyolojisi, Sağlık ve Ekonomi Üzerindeki Etkileri”, Obezite Tedavi El Kitabı, 1. Cilt- 1.Baskı, Ed.Thomas A. Wadden, Albert J. Stunkard, İstanbul, 2003.
4. WHO: 1998 “Obesity, Preventing and Managing The Global Epidemic-Report of a WHO Conclutation on Obesity”, Geneva, 3-5 June 1997.
5. Collins JC, Bentz JE. Behavioral And Psychological Factors in Obesity”, *J Lancaster Gen Hosp*, 4, 4, s. 124-127, 2009.
6. Klein, S, Burke, L.E, Bray, G.A, Blair, S, Allson, D. B, Pı-Sunyer X, v.d.: “Clinical Implications of ObesityWith Specific Focus on Cardiovascular Disease A Statementfor Professionals From the American Heart Association Council on Nutrition, Physical Activity, andMetabolism”, *Circulation, Journalof The American Heart Association*, 110, s. 2952-2967, 2004.
7. Deveci A, Demet MM, Özmen B, Özmen E, Hekimsoy Z. Obez hastalarda psikopatoloji, aleksitimi ve benlik saygısı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 6: 84-91, 2005.
8. Köroğlu E, Güleç C. *Psikiyatri Temel Kitabı*, 2.baskı 343- 352, 2007.
9. Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR. A psychobiological model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry*, 50: 975-989, 1993.
10. Cloninger CR. A systematic method for clinical description and classification of personality variants. *Arch Gen Psychiatry*, 44: 573-588, 1987.

11. Wilson DJ, Foster DW, Kronenberg MH, Larsen PR. Williams Textbook of Endocrinology 9th Edition, WB. Saunders Company, Philadelphia, 1998.
12. Doksat K. Birinci basamak için psikiyatri , (2) : 2 ,2003.
13. Arkar H, Sorias O, Tunca Z, Şafak C, Alkın T, Akdede B, Şahin S, Akvardar Y, Sarı Ö, Özerdem A, Cimilli C. Mizaç ve Karakter Envanteri'nin Türkçe Formunun Faktör Yapısı, Geçerlik ve Güvenilirliği Türk Psikiyatri Dergisi 16(3):190-204, 2005
14. Köse S, Sayar K, Ak I, Aydın, N, Kalelioğlu Ü, Kırpınar İ, Reeves R.A, Przybeck T.R, Cloninger C.R. Mizaç ve Karakter Envanteri'nin Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenilirlik ve Faktör Yapısı. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, 14:107-131, 2004.
15. Brandstrom S, Schlette P, Przybeck TR. Swedish normative data on personality using the temperament and character inventory. Compr Psychiatry, 39: 122-128, 1998.
16. Sims EA. Storage and Expenditure of Energy in Obesity and Their Implications for Management. The Medical Clinics of North America, 73:1; 97-110, 1989.
17. Fenichel O. Organ Nevrozları. Nevrozların Psikanalitik Teorisi, 222-223, 1974.
18. World Health Organization. Controlling the global obesity epidemic. WHO Nutrition, July 2001.
19. Yılmaz C, Değirmenci C. Obezite: Şişmanlık. In: Yılmaz C, editör. Sağlıklı Beslenme Kitabı. İzmir: Elit Ofset Matbaacılık, 1-7, 2002.
20. World Health Organization: Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic Report of a WHO Consultation on Obesity. Geneva, World Health Organ Tech Rep Ser, 894: 1- 253, 2000.
21. World Health Organization. Obesity and overweight fact sheet No:311, Geneva: WHO. <http://who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html> . Erişim:14.02.2013.

22. Kopelman PG, Dunitz M. Obezite ve İlişkili Hastalıkların Tedavisi, 1. Baskı, And Yayıncılık, İstanbul, 2003.
23. Björntorp P. International Textbook of Obesity. Türkçe, 1. baskı, And Yayıncılık, İstanbul, 2002. Kitabı. İzmir: Elit Ofset Matbaacılık, 1-7, 2002.
24. Cash TF, Counts B, Huffine CE. Current and vestigal effects of overweight among women: Fear of fat, attitudinal body image and eating behaviors. Journal of Psychopathology, 12:157-167, 1990.
25. Şarbat G, Demirkol M. Obezite. Ed: Ekşi A. Ben Hasta Değilim, Nobel Tıp Kitapevi, 441-450, 1999.
26. WHO. Physical status: The use and interpretation of antropometry. Report of a WHO expert committee. Geneva: World Health Organization, 1995.
27. Özkahraman Ş, Kişioğlu AN, Öztürk M. Bir sağlık ocağı bölgesindeki 15-49 yaş evli kadınlarda obezite prevalansı ve yapılan eğitimin obezite ile ilgili bilgi, tutum, davranış ve prevalansa etkisi. 8. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kongre Kitabı 2: 738-740, 2002.
28. Tüzün M. Obezitenin Genel Özellikleri, Ed: Yılmaz C, Obezite ve Tedavisi, Mart Matbaacılık, İstanbul, 11-28, 1999.
29. Bayraktar E, Obezitenin Psikolojik Yönleri, ed: Yılmaz C, Obezite, Nobel Tıp Kitapevleri, s:107-137, 1995.
30. Wadden AT, Stunkard JA. Obezite Tedavi El Kitabı Türkçesi, 1. Baskı, And Yayıncılık, İstanbul. 88:4; 595-600, 2003.
31. Popkin BM. The nutrition transition in low-income countries: An emerging crisis. Nutrition Review 52: 285-298, 1994.
32. Sarısoy G, Atmaca A, Ecemiş G, Gümüş K, Pazvantaoglu O. 2013, Obezite hastalarında dürtüsellik ve dürtüselliğin beden algısı ve benlik saygısı ile ilişkisi. Anadolu Psikiyatri Derg, 14:53-61, 2013.

33. Satman İ, Şengül AM, Uygur S, Salman F, Baştar İ, Sargın M, Tütüncü Y, Karşıdağ K, Dinçağ N, Özcan C, Yılmaz MT, and TURDEP Group. Population-based study of diabetes and risk characteristics: Final results of the TURDEP. *Diabetologia* 43: A111, 433, 2000.
34. Bray GA. Classification and evolution of the obesities. *Med Clin North Am*, 73:161-184, 1989.
35. Cutting P. ve ark. Anxiety, depression, hunger and body composition:III. Their relationship in obese patients, *Eat Weight Disord* 4(3): 115-120, 1999.
36. Sorenson TIA, Host C, Stunkard AJ. Childhood body mass index: genetic and familial environmental influences assessed in a longitudinal adoption study. *Int J Obes Relat Metab Disord*, 16: 705-714, 1992.
37. Bouchard CL. The genetics of human obesity: Recent progress. *Bull Mem Acad R Med Belg* 156(10-12), 455-464,2001.
38. Semerci C.N. Obeziteye Genetik Yatkınlık *Gülhane Tıp Dergisi*, 46: 353-359, 2004.
39. Katzmarzyk PT, Perusse L, Rao D.C. ve ark. Familial risk of obesity and central adipose tissue distribution in the general Canadian population. *Amer J Epidemiol* 149:933-942, 1999.
40. Lee JH, Reed DR, Price RA. Familial risk ratios for extreme obesity: implications for mapping human obesity genes. *Int J Obes Relat Metab Disord*, 21: 935-940, 1997.
41. Caterson ID, Brom J, “Pocket Picture Guide Obesity 1th edition”, 20-47, 2001.
42. Kabalak T. Obezitenin diyetle tedavisi, Ed: Yılmaz C, *Obezite, Nobel Tıp Kitabevleri*, 107-137, 1995.

43. Shepard TY, Weil KM, Sharp TA, Grunwald GK, Bell ML, Hill JO, Eckel RH. Occasional physical inactivity combined with a high-fat diet may be important in the development and maintenance of obesity in human subjects. *Am J Clin Nutr* 73: 703-708, 2001.
44. Kurdoğlu G. Obezite. Ed: Neyzi O, Ertuğrul T, *Pediatrici* 1, Nobel Tıp Kitapevi, 378-382, 1989.
45. Taras HL, Sallis JF, Patterson TL ve ark. Television's influence on children's diet and physical activity. *J Devel Behav Pediatr*, 10:176-180, 1989.
46. Buchowski MS, Sun M. Energy expenditure, television viewing and obesity. *Int J Obes*, 20:236-244, 1996.
47. Wilson DJ, Foster DW, Kronenberg MH, Larsen PR. *Williams Textbook of Endocrinology* 9th Edition, WB. Saunders Company, Philadelphia, 1998.
48. Özenoğlu A, Sabuncu T, Ünüvar E. Ekzojen Obezitesi Olan Adolesanların Günlük Diyetlerinde Aldıkları Enerji ve Besin Öğelerinin Dağılımı. *Endokrinolojide Yönelişler*, 9:1;38-42, 1998.
49. Ünal M. Sigara Bağımlılığı-Ruhsal Toplumsal Yönleriyle-Ç.Ü.Tıp Fakültesi Dergisi, 4:595-600,1988.
50. Ganley RM. Emotion and eating in obesity: a review of the literature. *Int J Eat Disord*, 8: 343-361, 1989.
51. Canetti L, Bachar E, Berry EM. Food and emotion. *Behav Process*, 60:157-164, 2002.
52. Lomax JW. Obesity in *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Ed: Kaplan H, Sadock Bj, Williams& Wilkins, Baltimore, 1176-1186, 1989.
53. Odağ C. *Nevrozlar* 1, Halime Odağ Psikanaliz ve Psikoterapi Vakfı Yayınları:1, İzmir, sf:27-36, 1999.

54. Saygılı F. Obezite Komplikasyonları, Ed: Yılmaz C, Obezite ve Tedavisi. Mart Matbaacılık, İstanbul. 41-57, 1999.
55. Wilson CP. Personality Structure and Psychoanalytic Treatment of Obesity. Ed:Wilson CP, Hogan CC, Mintz I, Psychodynamic Technique in the Treatment of the Eating Disorders. Northvale, New Jersey, London. 81-95, 1992.
56. Schecter DE. Infant development, American Handbook of Psychiatry, Ed. S. Arieti, 269-270, 1985.
57. Sobal J, Stunkard AJ. Socioeconomic status and obesity: a review of the literature. Psychol Bull, 105:260-275, 1989.
58. Stunkard AC. Obesity in Comprehensive Textbook of Psychiatry, Ed: Kaplan HI, Sadock BJ. Baltimore: Williams and Wilkins.1985.
59. World Health Organization. WHO Monica Project: Geographical variation in the major risk factors of coronary heart disease in men and women aged 35-64 years. The WHO Monica Project. World Health Statistics Quarterly 41:115,1988.
60. Hamburger WH. Emotional aspects of obesity. Med Clin Nort America, 35:483-499,1951.
61. Kornhaber A. The stuffing syndrome. Psychosomatics, 11: 580-584, 1970.
62. Spitzer RL ve ark. Binge eating disorder should be included in DSM-IV: a reply to Fairburn et al.'s "The classification of recurrent overeating: the binge eating disorder proposal". Int J Eat Disord,13:161-169, 1993.
63. Mills JK, Andrianopoulos GD. The relationship between childhood onset obesity and psychopathology in adulthood. The Journal of Psychology, 127: 547-551, 1993.
64. Aslan SH, Ünal M. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu, Psycho Med, 4: 145-149, 1995.
65. Bayraktar E. Obezitenin Psikolojik Yönleri, ed: Yılmaz C, Obezite. Nobel Tıp Kitabevleri, 107-137,1995.

66. Black DW, Goldstein RB, Mason EE. Prevalence of mental disorder in 88 morbidly obese bariatric clinic patients. *Am J Psychiatry*, 149: 227-234, 1992.
67. Castelnovo-Tedesco P, Schievel D. Studies of super obesity: psychological characteristics of super obese patients. *Int J Psychiatry Med*, 6: 465-480, 1975.
68. Akalın A, Erol A, Yazıcı F. Obezite ve borderline kişilik bozukluğunda psikolojik belirtiler, *Türkiye’de Psikiyatri*, 3;88-93, 2001.
69. José L. López-Pantoja, José A. Cabranes, Sabrina Sanchez, Quintero, Manuel Velao, Montserrat Sanz, Beatriz Torres-Pardo, Inés Ancín, Lucio Cabreriz, Miguel A. Rubio, Juan J. Lopez-Ibor, Ana Barabash. Personality profiles between obese and control subjects assessed with five standardized personality scales. *Actas Esp Psiquiatr*, 40(5):266-274, 2012.
70. Sullivan S, Cloninger CR, Przybeck TR, Klein S. Personality characteristics in obesity and relationship with successful weight loss. *International Journal of Obesity* 31, 669–674, 2007.
71. Hwang J.W., Lyoo I.K., Kim B.N., Shin M.S., Kim S.J., Cho S.C. The relationship between temperament and character and psychopathology in community children with overweight. *J Dev Behav Pediatr*. 27: 18–24, 2006.
72. Gruzza R.A., Przybeck T.R., Cloninger C.R. (2007) Prevalence and correlates of binge eating disorder in a community sample. *Compr Psychiatry*. 48,124–131, 2007.
73. Jokela M, Hintsanen M, Hakulinen C, Batty GD, Nabi H, Singh-Manoux A, Kivimäki M. Association of personality with the development and persistence of obesity: a meta-analysis based on individual–participant data obesity reviews, 2012.
74. Fassino S, Leombruni P, Pierò A, et al. Temperament and character in obese women with and without binge eating disorder. *Compr Psychiatry*. 43, 431–437, 2002.
75. Wadden TA, Osei S; Obezite Tedavisi, ed. Arif Nihat Dursun, Obezite Tedavi El Kitabı, 229-248, 2003.

76. Cooper Z, Fairburn C, Hawker D. (Çev. Çetin M, Sabancıoğlu F). Obezitenin Bilişsel Davranışçı Tedavisi, Yıltan Matbaası, İstanbul, 2007.
77. Beck AT, Ward CH, Mendelson M . An inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiatry, 4: 561-571, 1961.
78. Hisli N. Beck Depresyon Envanterinin geçerliği üzerine bir çalışma. Psikoloji Dergisi, 6(22): 118-127, 1998.
79. Ulusoy M, şahin N, Erkmen H. Turkish version of Beck Anxiety inventory: Psychometric properties. Journal of Cognitive Psychotherapy: An international Cjuaterly, 12(2):163–172, 1998.
80. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW: Structured Clinical Interview for DSM-IV, Clinical Version (SCID-IV/CV). Washington DC: American Psychiatric Pres. 1997.
81. Özkürkçügil A, Aydemir Ö, Yıldız M ve ark. DSM-IV eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşmenin Türkçe'ye uyarlanması ve güvenilirlik çalışması. İlaç ve Tedavi Dergisi, 12: 233–6, 1999.
82. Arslan M, Başkal N, Çorakçı A, Görpe U, Korugan Ü, Orhan Y, Özbey N, Özer E. Ulusal Obezite Rehberi. İstanbul: Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği Yayını; 1999.
83. Yücel N, Kilolu ve obez kadınlarda obezite ve benlik saygısı ilişkisinin değerlendirilmesi Yüksek lisans Tezi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü: İstanbul; 2008.
84. Bağrıaçık N, Görpe U, Yiğit, Karaoğlu N, Oğuz A, Yumuk V, Yıldız C, Kaynak H, Arslan P. Diyabet ve Obezite Eğitim Kursu Notları. Türk Diyabet Cemiyeti-Türkiye Obezite Araştırma Derneği Türk Diyabet ve Obezite Vakfı. İstanbul: 117-177, Eylül 2003.

85. Yalçın C. Obezite tanısı almış hastalarda psikiyatrik komorbidite araştırması Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanlık Tezi, Afyonkarahisar, 2013.
86. Durgun A.G. Bursa ilinde obezite sıklığı ve ilişkili faktörler. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Uzmanlık Tezi, Bursa, 2012.
87. Bayrakçı A. Obezite hastalarında dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu birlikteliği ve mizaç ve karakter yapısının etkisi Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Uzmanlık Tezi, İzmir 2010.
88. Aktaş NY, Konya il merkezinde farklı sosyoekonomik düzeydeki 9-11 yaş grubu öğrencilerin obezite prevalansı ve bunu etkileyen faktörler [Doktora tezi]. Ankara: Ankara Üniversitesi; 2001.
89. Akbay E, Buğdaycı R, Tezcan H et al. The Prevalence of obesity in adult population in a city on the Mediterranean Coast of Turkey. Turkish Journal of Endocrinology and Metabolism, 1: 31-5, 2003.
90. Vançelik S. Erzurum ili Pasinler Eğitim Araştırma Sağlık Grup Başkanlığı Bölgesinde 20 yaş ve üzeri kadınlarda obezite prevalansı ve bazı değişkenlerle ilişkisi (Uzmanlık Tezi). Erzurum: Atatürk Üniversitesi; 1999.
91. Değirmenci Ş. Gülveren Sağlık Ocağı bölgesindeki 25-64 yaş grubu kadınların, obezite ile ilgili bilgi düzeyleri, günlük yaşam alışkanlıkları ve obezite görülme sıklığı (Uzmanlık Tezi). Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2000.
92. Nazlıcan E. Adana ili Solaklı ve Karataş Merkez Sağlık Ocağı bölgesinde yaşayan 20-64 yaş arası kadınlarda obezite ve ilişkili risk faktörlerinin incelenmesi (Uzmanlık Tezi). Adana: Çukurova Üniversitesi; 2008.
93. Koruk İ, Şahin KT. Konya Fazilet Uluişik sağlık ocağı bölgesinde 15-49 yaş grubu ev kadınlarında obezite prevalansı ve risk faktörleri. Genel Tıp Dergisi, 15: 147-55, 2005.

94. Kır T, Kılıç S, Uçar M ve ark. Elerde obesite prevalansının ve etkileyen faktörlerin saptanması. *Gülhane Tıp Dergisi*, 46: 219-25, 2004.
95. Çakır A. Beslenme ve diyet kliniğine başvuranlarda obezite sıklığı ve etkili faktörlerin belirlenmesi (Yüksek Lisans Tezi). Ankara: Ankara Üniversitesi; 2009.
96. Sağlam F. Kadınlarda obesite prevalansı ve risk faktörleri. *Beslenme ve Diyet Dergisi*, 182: 195-203, 1989.
97. Okyay P, Uçku R. İzmir’de kentsel bir bölgedeki doğurgan çağdaki kadınlarda şişmanlık prevalansı ve risk faktörleri. *ADÜ Tıp Fak. Dergisi*, 3: 5-12, 2002.
98. Maskarinec G, Takata Y, Pagano I et al. Trends and Dietary Determinants of Overweight and Obesity in a Multiethnic Population. *Obesity*, 14: 717-26, 2006.
99. Fouad MF, Rastam S, Ward KD et al. Prevalence of Obesity and Its Associated Factors in Aleppo, Syria. Published in Final Edited From As: *Prev Control*; 2: 85-94, 2006.
100. Nyaruchuca CN, Achen JH, Msuya JM, Shayo NB, Kulwa KB Prevalence and awareness of obesity among people of different age groups in educational institutions in Morogoro, Tanzania. *East Afr Med J*; 80(2): 68-72, 2003.
101. Dietz WH, Robinson TN. Assessment and treatment of childhood obesity *Pediatrics in Review*, 14(9):337-344, 1993.
102. Molarius A, Seidell JC. Differences in the association between smoking and relative body weight by level of education. *Int J Obes Relat Metab Disord*, 21: 189-96, 1997.
103. Shimokata H, Muller DC, Andres R. Studies in the distribution of body fat.III. Effects of cigarette smoking. *JAMA*, 262: 1185-6, 1989.
104. Seidell JC, Verschuren M, Van Leer M, Kroumhout D. Overweight, underweight and mortality. *Arch Intern Med*, 156: 958-63, 1996.

105. Hughes JR. Nicotine related disorders. Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Sadock BJ, Sadock VA (Eds). 7. Baskı, Philadelphia: Lippincott, Williams and Wilkins, 1033-1038, 2000.
106. Onat A. The impact of obesity on cardiovascular diseases in Turkey. *Türk Kardiyol Dern Arş*, 31: 279-89, 2003.
107. Aktener AY, Dülger Hİ, Erkayhan GE et al. Obesity prevalence in reproductive age and postmenopausal women aged between 20-64 years in a semi-urban Area. *Trakya Univ Tıp Fak Dergisi*, 23: 119-26, 2006.
108. Zablotsky D, Mack KA. Changes in obesity prevalence among women aged 50 years and older. Results from the behavioral risk factor surveillance system, 1990-2000. *Research on Aging*, 26: 13-30, 2004.
109. Molarius A, Seidel JC, Sans S, Toumilehto J, Kuulasmaa K. Varying sensitivity of waist action levels to identify subjects with overweight or obesity in 19 populations of the WHO MONICA Project. *J Clin Epidemiol*. 52:1213-1224, 1999.
110. Esterbauer E, Anders I, Ladurner G, et al. Stres management in heart diseases, obesity, nicotine and alcohol use. *Wien Klin Wochenschr*, 17:113 (23-24), 947-953, 2001.
111. Ryden A, Karlsson J, Sullivan M, et al. Coping and distress: What happens after interventions? A 2-year follow-up from the Swedish obese subjects (SOS) study. *Psychosomatic Medicine* 65:435-442, 2003.
112. Erol N., Kılıç C. Ulusoy M., Keçeci M., Şimşek Z. Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu, Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara 1998.
113. Özdel O, Varma GS, Fenkci S, Değirmenci T, Karadağ F, Oğuzhanoglu NK, Ateşçi F. Obez Kadınlarda Psikiyatrik Tanı Sıklığı *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 14(4): 210-217, 2011.
114. Sullivan M, Karlsson J, Sjostrom L ve ark. Swedish obese subjects (SOS)- an intervention study of obesity. Baseline evaluation of health and psychosocial

functioning in the first 1743 subjects examined. *Int J Obes Relat Metab Disord* 17: 503-512, 1993.

115. Onyike CU, Crum RM, Lee HB ve ark. Is obesity associated with major depression? Results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *Am J Epidemiol* 158: 1139-1147, 2003.

116. Simon GE, Von Korff M, Saunders K ve ark. Association between obesity and psychiatric disorders in US adult population. *Arch Gen Psychiatry* 63: 824-830, 2006.

117. Zhong W, Cruickshanks KJ, Schubert CR ve ark. Obesity and depression symptoms in the Beaver Dam Offspring Study population. *Depress Anxiety*. 27: 846-851, 2010.

118. Palinkas LA, Wingard DL, Barrett-Connor E. Depressive symptoms in overweight and obese older adults: A test of the "Jolly Fat" hypothesis. *J Psychosom Res* 40: 59-66, 1996.

119. Black DW, Goldstein RB, Mason EE. Prevalence of mental disorder in 88 morbidly obese bariatric clinic patients. *Am J Psychiatry* 149: 227-234, 1992.

120. Alonso P, Menchon JM, Jimenez S, Segalas J, Mataix-Cols D, Jaurrieta N, et al. Personality dimensions in obsessive – compulsive disorder: Relation to clinical variables. *Psychiatry Res* 157 (1-3): 159-68, 2008.

121. Cloninger C.R., Przybeck T.R., Svrakic D.M., Wetzel R.D. *The Temperament and Character Inventory (TCI): A Guide to Its Development and Use*. Center for Psychobiology of Personality, St Louis, MO., 1994.

122. De Panfilis C, Cero S, Dall'Aglio E, Salvatore P, Torre M., Maggini C. Psychopathological predictors of compliance and outcome in weight-loss obesity treatment. *Acta Biomed*. 78: 22–28, 2007.

123. De Panfilis C, Torre M, Cero S, et al. Personality and attrition from behavioral weight-loss treatment for obesity. *Gen Hosp Psychiatry*. 30:515–520, 2008.

124. Fassino S, Piero A, Gramaglia C, & Abbate-Daga, G. Clinical, psychopathological and personality correlates of interoceptive awareness in anorexia nervosa, bulimia nervosa and obesity. *Psychopathology* 37(4):168-174, 2004.
125. Sarısoy G, Atmaca A, Ecemis G, Gumus K, Pazvantoglu N, Pazvantoglu O. Personality characteristics and body image in obese individuals. *Asia-Pacific Psychiatry* 6 (2):191-199, 2014.
126. Bjorvell H, Gunnar E, Daisy S. Personality traits related to eating behavior and weight loss in a group of severely obese patients. *Int J Eat Disord* 8:315–323,1989.
127. Okumuşoğlu S. The Personality (Temperament and Character) Factors Related with Weight Loss Success in Obesity. *International Journal of Management and Humanities* 1(5): February 2015.

8. EKLER

Ek 1: Sosyodemografik Veri Formu

Ad soyad:

Telefon:

Yaş:

Cinsiyet:

Medeni durum:

Eğitim:

Meslek:

Fiziksel hastalık:

Endokrin hastalık:

Boy:

Kilo:

Sigara kullanımı :

Alkol kullanımı:

Psikiyatrik hastalık:

Kullandığı ilaçlar:

Ailede psikiyatrik hastalık:

İntihar girişim öyküsü:

Ailede obezite varlığı:

Laksatif kullanımı:

Diyet:

Egzersiz:

Günlük tv bilgisayar karşısında geçirilen zaman:

Günlük ekzersize ayrılan zaman:

Kilo sorunu ne zamandır var:

Ek 2: Beck Depresyon Ölçeği

Beck Depresyon Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:.....

Tarih:.....

Bu form son bir (1) hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik 21 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin karşısındaki dört cevabı dikkatlice okuduktan sonra, size en çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatanı işaretlemeniz gerekmektedir.

- 1 (0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.
(1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
(2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
(3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.
- 2 (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
(1) Gelecek için karamsarıyım.
(2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
(3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
- 3 (0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.
(1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.
(2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğumu görüyorum.
(3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.
- 4 (0) Herşeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
(1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
(2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
(3) Herşeyden sıkılıyorum.
- 5 (0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.
(1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
(2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
(3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- 6 (0) Kendimden memnunum.
(1) Kendimden pek memnun değilim.
(2) Kendime kızgınyım.
(3) Kendimden nefrete ediyorum.
- 7 (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
(1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğumu düşünmüyorum.
(2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.
(3) Herşeyi yanlış yapıyor muyum gibi geliyor ve hep kendimi kabahat buluyorum.
- 8 (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
(1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.
(2) Kendimi öldürmek isterdim.
(3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
- 9 (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.
(1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
(2) Çoğu zaman ağlıyorum.
(3) Eskiden ağlayabilirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 10 (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkın ve sinirli değilim.
(1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.
(2) Herşey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.
(3) Canımı sıkın şeylere bile artık kızamıyorum.
- 11 (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.
(1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.
(2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.
(3) Artık çevremde hiçkimseyi istemiyorum.
- 12 (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.
(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
(2) Eskiyeye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.
(3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.
- 13 (0) Her zamankinden farklı göründüğümü sanmıyorum.
(1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.
(2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.
(3) Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 14 (0) Eskisi kadar iyi iş güç yapabiliyorum.
(1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.
(2) Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.
(3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.
- 15 (0) Uyku her zamanki gibi.
(1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.
(2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.
(3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.
- 16 (0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.
(1) Eskiyeye oranla daha çabuk yoruluyorum.
(2) Her şey beni yoruyor.
(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.
- 17 (0) İştahım her zamanki gibi.
(1) Eskisinden daha iştahsızım.
(2) İştahım çok azaldı.
(3) Hiçbir şey yiyemiyorum.
- 18 (0) Son zamanlarda zayıflamadım.
(1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.
(2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.
(3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim.
- 19 (0) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.
(1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.
(2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermekte zorlanıyorum.
(3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.
- 20 (0) Sekse karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok.
(1) Eskisine oranla sekse ilgim az.
(2) Cinsel isteğim çok azaldı.
(3) Hiç cinsel istek duymuyorum.
- 21 (0) Cezalandırılması gereken şeyler yapığımı sanmıyorum.
(1) Yaptıklarımın dolayı cezalandırılabilirim düşüncesini düşünüyorum.
(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.
(3) Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.

Toplam BECK-D skoru:.....

Ek 3: Beck Anksiyete Ölçeği

Beck Anksiyete Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:.....

Tarih:.....

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin BUGÜN DAHİL SON BİR (1) HAFTADIR sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandakine uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

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

Toplam BECK-A skoru:.....

Ek 4: Mizaç ve Karakter Envanteri

Mizaç ve Karakter Envanteri

(Türkçe TCI)

Bu anket formunda kişilerin kendi tutumlarını, görüşlerini, ilgilerini ya da kişisel duygularını tanımlarken kullanabilecekleri ifadeleri bulacaksınız.

Her ifade DOĞRU ya da YANLIŞ olarak yanıtlanabilir. İfadeleri okuyunuz ve hangi seçeneğin sizi en iyi tanımladığına karar veriniz. Sadece şu anda nasıl hissettiğiniz değil, ÇOĞU KEZ ya da genellikle nasıl davrandığınız ve hissettiğinizi tanımlamaya çalışınız.

Bu anket formunu kendi başınıza doldurunuz. Lütfen tüm soruları yanıtlayınız.

ANKET FORMU NASIL DOLDURULUR

Yanıtlamak için her sorudan sonra yalnızca "D" ya da "Y" seçeneğini işaretlemeniz yeterlidir.

ÖRNEK; DOĞRU YANLIŞ
Bu anket formunu nasıl dolduracağımı biliyorum. D Y

(Bu anket formunu nasıl dolduracağınızı biliyorsanız, ifadenin DOĞRU olduğunu göstermek için "D"yi yuvarlak içine alınız.)

.....

Her ifadeyi dikkatlice okuyunuz, ancak yanıtlarken çok zaman harcamayınız.

Lütfen bütünüyle yanıttan emin olmasanız bile, her ifadeyi yanıtlayınız.

Doğru ya da yanlış yanıtlar olmadığını unutmayınız ve sadece kendi kişisel görüş ve duygularınızı belirtiniz.

Copyright © 1987, 1992 C. R. Cloninger
Türkçe TCI © 2001 Samet Köse, Kemal Sayar

Türkçe TCI'nin eser sahipliği hakları Samet Köse ve Kemal Sayar'a aittir. Yazarların izni olmaksızın her türlü kullanımı eser sahipliğinden doğan hakların ihlalini oluşturur ve etik değildir.

	DOĞRU	YANLIŞ
1. Çoğu kimse zaman kaybı olduğunu düşünse bile, sırf eğlence ya da heyecan olsun diye çoğu kez yeni şeyler denerim.	D	Y
2. Çoğu kimseyi kaygılandırıcı durumlarda bile, genellikle her şeyin iyiye gideceğine güvenirim.	D	Y
3. Çoğu kez güzel bir konuşma ya da şirden derinden etkilenirim.	D	Y
4. Çoğu kez koşulların kurbanı olduğumu düşünürüm.	D	Y
5. Benden çok farklı olsalar bile, genellikle başkalarını olduğu gibi kabul ederim.	D	Y
6. Mucizelerin olabileceğine inanırım.	D	Y
7. Beni inciten kimselerden intikam almak hoşuma gider.	D	Y
8. Bir şeye yoğunlaştığımda, çoğu kez zamanın nasıl geçtiğinin farkına varmam.	D	Y
9. Çoğu kez yaşamımın, pek az bir amacı ya da anlamı olduğunu düşünürüm.	D	Y
10. Herkesin karşısına çıkabilecek sorunlara çözüm bulmakta, yardımcı olmak isterim.	D	Y
11. Belki de yaptığımdan daha fazlasını başarabilirim, ancak bir şeye ulaşmak için kendimi gereğinden fazla zorlamada bir yarar görmüyorum.	D	Y
12. Başkaları endişelenecek bir şey olmadığını düşünseler bile, tanıdık olmayan ortamlarda çoğu kez gergin ve endişeli hissederim.	D	Y
13. İşleri yaparken geçmişte nasıl yapıldığını düşünmeksizin, çoğu kez o anda nasıl hissettiğimi temel alarak yaparım.	D	Y
14. İşleri başkalarının arzularına bırakmaktansa, genellikle kendi tarzıma göre yaparım.	D	Y
15. Çoğu kez çevremdekilerle kimselerle oylesine bağlantılı olduğumu düşünürüm ki, sanki aramızda bir ayrılık yokmuş gibi gelir.	D	Y
16. Benden farklı düşünceleri olan kimselerden, genellikle hoşlanmam.	D	Y
17. Çoğu durumda doğal tepkilerim, geliştirmiş olduğum iyi alışkanlıklara dayanır.	D	Y
18. Bir çok eski arkadaşımın gücünü kaybedecek olsam bile, zengin ve ünlü olmak için, yasal olan hemen her şeyi yapardım.	D	Y
19. Çoğu kimseden daha çok tedbirli ve denetimliyimdir.	D	Y
20. Bir şeylerin yanlış gidebileceğinden endişelendiğim için, çoğu kez yapmakta olduğum işi bırakmak zorunda kalırım.	D	Y
21. Yaşamı ve duygularımı kendime saklamak yerine, arkadaşlarımla açıkça tartışmaktan hoşlanırım.	D	Y
22. Çoğu kimseden daha az enerjiliyim ve daha çabuk yorulurum.	D	Y
23. Yapmakta olduğum işe kendimi fazla kaptırıp başka her şeyi unuttuğumdan, çoğu kez "dalgın" olarak adlandırılırım.	D	Y
24. Ne yapmak istediğimi seçmede kendimi nadiren serbest hissederim.	D	Y
25. Bir başkasının duygularını, çoğu kez kendiminkiler kadar dikkate alırım.	D	Y
26. Bir kaç saat sessiz ve hareketsiz kalmaktansa, çoğu zaman biraz riskli şeyler (sarp tepeler ve keskin virajlar üzerinde araba kullanmak gibi) yapmayı tercih ederim.	D	Y
27. Tanımadığım kimselere güven duymadığım için, çoğu kez yabancılarla tanışmaktan kaçınırım.	D	Y
28. Başkalarını edebileceğim kadar çok memnun etmekten hoşlanırım.	D	Y
29. Bir iş yaparken "yeni ve geliştirilmiş" yollardan çok, eski "denenmiş ve doğru" yolları tercih ederim.	D	Y

30. Zaman yokluğu nedeniyle, genellikle işleri önemlilik sırasına göre yapamam.	D	Y
31. Çoğu kez hayvanları ve bitkileri yok olmaktan korumaya yarayacak işler yaparım.	D	Y
32. Çoğu kez başka herkesten daha zeki olmayı dilerim.	D	Y
33. Düşmanlarımdan acı çektiğini görmek bana hoşnutluk verir.	D	Y
34. Her ne zaman olursa olsun, çok düzenli olmak ve kişiler için kurallar koymaktan hoşlanırım.	D	Y
35. Dikkatim çoğu kez başka bir şeye kaydığı için, uzunca bir süre aynı ilgilerimi sürdürmem güçtür.	D	Y
36. Tekrarlanmış uygulamalar bana, çoğu anlık dürtüler ya da telkinlerden daha güçlü olan, iyi alışkanlıklar kazandırdı.	D	Y
37. Genellikle o kadar kararlıyım ki, başkaları vazgeçtikten sonra bile çalışmaya devam ederim.	D	Y
38. Yaşamda, bilimsel olarak açıklanamayan bir çok şey e hayran olurum.	D	Y
39. Bırakabilmeyi dilediğim bir çok kötü alışkanlığım var.	D	Y
40. Sorunlarıma çoğu kez bir başkasının çözüm sağlamasını beklerim.	D	Y
41. Çoğu kez nakit param bitinceye ya da aşırı kredi kullanıp borçlanıncaya değin para harcarım.	D	Y
42. Gelecekte bir hayli şanslı olacağımı düşünürüm.	D	Y
43. Hafif rahatsızlık ya da gerginlikten çoğu kimseye göre daha geç kurtulurum.	D	Y
44. Yalnız olmak beni her zaman rahatsız etmez.	D	Y
45. Gevşemekten, çoğu kez beklenmedik içgörü ya da anlayış parıltıları yaşarım.	D	Y
46. Başkalarının benden ya da işleri yapma tarzımdan hoşlanıp hoşlanmadıklarına pek aldırmam.	D	Y
47. Herkesi memnun etmek mümkün olmadığı için, genellikle kendim için ne istiyorsam sadece onu edinmeye çalışırım.	D	Y
48. Görüşlerimi kabul etmeyen kimselere karşı sabırlı değilimdir.	D	Y
49. Çoğu kimseyi pek de iyi anladığımı söyleyemem.	D	Y
50. Ticarete başarılı olmak için sahtekar olmak zorunda değilsiniz.	D	Y
51. Bazen kendimi doğayla öylesine bağlantılı hissederim ki, her şey tek bir canlı organizmanın parçasıymış gibi görünür.	D	Y
52. Konuşmalarda konuşmacı olmaktan çok, iyi bir dinleyiciyimdir.	D	Y
53. Çoğu kimseden daha çabuk öfkelenirim.	D	Y
54. Bir grup yabancıyla tanışmak zorunda olduğumda, çoğu kimseden daha sıkılganımdır.	D	Y
55. Çoğu kimseden daha duygusalımdır.	D	Y
56. Bazen neler olacağını sezmemeye olanak veren, bir "altıncı his"e sahipmişim gibi gelir.	D	Y
57. Birisi beni bir şekilde incitti mi, genellikle acısını çıkartmaya çalışırım.	D	Y
58. Tutumlarımı, büyük ölçüde denetimim dışındaki etkiler belirler.	D	Y
59. Her gün amaçlarıma doğru bir adım daha atmaya çalışırım.	D	Y
60. Çoğu kez başka herkesten daha güçlü olmayı dilerim.	D	Y
61. Karar vermeden önce işler konusunda uzunca süre düşünmeyi tercih ederim.	D	Y

62. Çoğu kimseden daha çok çalışırım.	D	Y
63. Çok kolay yorulduğumdan, çoğu kez kısa uykulara ya da ek dinlenme dönemlerine gereksinim duyarım.	D	Y
64. Başkalarının hizmetinde olmaktan hoşlanırım.	D	Y
65. Üstesinden gelmem gereken geçici sorunlara aldırmaşızın, daima her şeyin yolunda gideceğini düşünürüm.	D	Y
66. Çok miktarda para biriktirmiş olsam bile, kendim için para harcamaktan hoşlanmakta güçlük çekerim.	D	Y
67. Çoğu kimsenin bedensel olarak tehlike hissettiği durumlarda, genellikle sakin ve güvenli kalırım.	D	Y
68. Sorunlarımı kendime saklamaktan hoşlanırım.	D	Y
69. Kişisel sorunlarımı, çok az ya da kısa bir süre tanıdığım kişilerle tartışmakta sakınca görmem.	D	Y
70. Seyahat etmek ya da yeni yerler araştırmaktansa, evde oturmaktan hoşlanırım.	D	Y
71. Kendilerine yardımı dokunamayan zayıf kimselere yardım etmenin zekice olduğunu düşünmüyorum.	D	Y
72. Bana haksız davranmış olsalar bile, başkalarına haksızca davranırsam, zihinsel huzurum kalmaz.	D	Y
73. İnsanlar genellikle bana nasıl hissettiklerini anlatırlar.	D	Y
74. Çoğu kez sonsuza değin genç kalabilmeyi dilerim.	D	Y
75. Yakın bir arkadaşını kaybedince, genellikle çoğu kimseden daha çok üzüntü duyarım.	D	Y
76. Bazen sanki zaman ve mekanda sonu ve sınırı olmayan bir nesnenin parçasıymışım hissine kapılırım.	D	Y
77. Bazen başkalarına karşı sözcüklerle açıklayamadığım bir bağlantı hissedirim.	D	Y
78. Bana geçmişte haksızlık yapmış olsalar bile, başka kimselerin duygularını dikkate almaya çalışırım.	D	Y
79. Katı kurallar ve düzenlemeler olmaksızın, insanların her istediklerini yapabilmeleri hoşuma gider.	D	Y
80. Bir grup yabancıyla buluşunca, bana dostça davranmadıkları söylenmiş olsa bile, rahat ve açık sözlü olmayı sürdürürdüm.	D	Y
81. Gelecekte bir şeylerin kötüye gideceği konusunda, genellikle çoğu kimseden daha endişeliyimdir.	D	Y
82. Bir karara varmadan önce genellikle her olguyu etrafıca düşünürüm.	D	Y
83. Başkalarına karşı sempatik ve anlayışlı olmanın, pratik ve katı düşünceli olmaktan daha önemli olduğunu düşünürüm.	D	Y
84. Çoğu kez etrafımdaki tüm nesnelere karşı güçlü bir bütünlük duygusu hissedirim.	D	Y
85. Çoğu zaman "Süperman" gibi özel güçlerimin olmasını dilerim.	D	Y
86. Başkaları beni çok fazla denetliyor.	D	Y
87. Öğrendiklerimi başkalarıyla paylaşmaktan hoşlanırım.	D	Y
88. Dinsel yaşantılar, yaşamımın gerçek amacını anlamamda bana yardımcı olmuştur.	D	Y
89. Çoğu kez başkalarından çok şey öğrenirim.	D	Y
90. Tekrarlanmış uygulamalar, başarılı olmamda bana yardımcı olan, pek çok şeyde iyi olmama olanak vermiştir.	D	Y

91. Söylediğimin abartılı ve gerçek olmadığını bilmeme rağmen, genellikle başkalarının bana inanmalarını sağlayabilirim.	D	Y
92. Hafif rahatsızlık ya da gerginlikten kurtulmak için daha fazla dinlenme, destek ya da güvenceye gereksinim duyarım.	D	Y
93. Yaşamak için ilkeler olduğunu ve hiç kimsenin sonunda acı çekmeksizin bunları çiğneyemeyeceğini bilirim.	D	Y
94. Başka herkesten daha çok zengin olmak istemem.	D	Y
95. Dünyayı daha iyi bir yer haline getirmek için, kendi yaşamımı severek riske ederdim.	D	Y
96. Bir şey hakkında uzunca süre düşündükten sonra bile, mantıksal nedenlerimden çok duygularıma güvenmeyi öğrendim.	D	Y
97. Bazen yaşamımın, herhangi bir insandan daha büyük bir manevi güç tarafından yönetildiğini düşünürüm.	D	Y
98. Bana adice davranan birisine, genellikle adice davranmaktan hoşlanırım.	D	Y
99. Son derece pratik ve duygularına göre hareket etmeyen birisi olarak tanırım.	D	Y
100. Benim için, birisiyle konuşurken düşüncelerimi düzenlemek kolaydır.	D	Y
101. Beklenmedik haberlere çoğu kez öylesine güçlü tepki veririm ki, pişmanlık duyduğum şeyler söyler ya da yaparım.	D	Y
102. Duygusal yaklaşımlardan (kötürüm kalmış çocuklara yardım istendiğindeki gibi) oldukça çok etkilenirim.	D	Y
103. Yapabileceğimin en iyisini yapmak istediğim için, genellikle kendimi çoğu kimseden daha çok zorlarım.	D	Y
104. Öyle çok kusurluyum ki, bu yüzden kendimi pek de sevmem.	D	Y
105. Sorunlarıma uzun vadeli çözümler aramak için çok az zamanım var.	D	Y
106. Sırf ne yapılacağını bilmediğim için, çoğu kez sorunların gereğine bakamam.	D	Y
107. Çoğu kez zamanın akışını durdurabilmeyi dilerim.	D	Y
108. Yalnızca ilk izlenimlerime dayanarak karar vermekten nefret ederim.	D	Y
109. Biriktirmektense, para harcamayı yeğlerim.	D	Y
110. Bir öyküyü daha gülünç hale getirmek ya da birisine şaka yapmak için, doğruları eğip bükmeyi genellikle iyi beceririm.	D	Y
111. Sorunlar olsa bile, bir arkadaşlığın hemen her zaman sürüp gitmesine çalışırım.	D	Y
112. Utandırılır ya da aşağılanırsam, çok çabuk atlatırım.	D	Y
113. Çok gergin, yorgun ya da endişeli olacağım için, işleri genelde yürütme tarzımdaki değişmelere uyum sağlayamam son derece güçtür.	D	Y
114. İşleri eski yapış tarzımda değişiklik yapmayı istemeden önce, genellikle çok iyi gerçekçi nedenler talep ederim.	D	Y
115. İyi alışkanlıklar edinebilmem için, beni eğiten kişilerden çok fazla yardıma gereksinim duyarım.	D	Y
116. Duygu-dışı algılamamın (telepati ya da önceden bilme gibi), gerçekten de mümkün olduğuna inanırım.	D	Y
117. Candan ve yakın arkadaşlarımdan çoğu zaman benimle birlikte olmasını isterim.	D	Y
118. Uzun zaman pek başarılı olmasam bile, çoğu kez aynı şeyi defalarca yeniden denemeyi sürdürürüm.	D	Y
119. Hemen herkes korku dolu olsa bile, ben hemen her zaman rahat ve tasasız kalırım.	D	Y

120. Hüzünlü şarkı ve filmleri epeyce sıkıcı bulurum.	D	Y
121. Koşullar çoğu kez beni irademe karşı bir şeyler yapmaya zorlar.	D	Y
122. Benim için, benden farklı olan insanlara katlanmak güçtür.	D	Y
123. Mucize denilen çoğu şeyin, sadece şans eseri olduğunu düşünürüm.	D	Y
124. Birisi beni incitirse, intikam almaktansa kibar davranmayı yeğlerim.	D	Y
125. Çoğu kez yaptığım işin o kadar etkisinde kalırım ki, zaman ve mekandan kopmuş gibi o an içinde kaybolurum.	D	Y
126. Yaşamımın gerçek bir amacı ve önemi olduğunu sanmıyorum.	D	Y
127. Başkalarıyla olabildiğince iş birliği yapmaya çalışırım.	D	Y
128. Başarılarımdan dolayı içim rahattır ve daha iyisini yapmak için pek istekli değilimdir.	D	Y
129. Başkaları pek tehlike olmadığını düşünse de, tanıdık olmayan ortamlarda çoğu kez gergin ve endişeli hissederim.	D	Y
130. Tüm ayrıntıları bütünüyle düşünmeksizin, çoğu kez iç güdülerimi, önsezi ve sezgilerimi izlerim.	D	Y
131. Başkaları, benden istediklerini yapmayacağı için, çoğu kez benim aşırı bağımsız olduğumu düşünürler.	D	Y
132. Çoğu kez etrafımdaki tüm kişilerle güçlü manevi ve duygusal bağlantım olduğunu hissederim.	D	Y
133. Benden farklı değer yargıları olan insanları sevmek, genellikle benim için kolaydır.	D	Y
134. Başkaları benden daha çoğunu beklese bile, olabildiğince az iş yapmaya çalışırım.	D	Y
135. İyi alışkanlıklar benim için "ikinci mizaç" olmuştur ve hemen her zaman otomatik ve kendiliğinden davranışlardır.	D	Y
136. Başkalarının bir şey hakkında benden daha çok bilmesi gerçeğinden, çoğu zaman rahatsızlık duymam.	D	Y
137. Genellikle kendimi başkalarının yerinde hayal etmeye çalışır, böylece onları gerçekten anlayabilirim.	D	Y
138. Tarafsızlık ve dürüstlük gibi ilkeler yaşamımın bazı yönlerinde pek az rol oynarlar.	D	Y
139. Para biriktirmede çoğu kimseden daha iyiyimdir.	D	Y
140. Kendimi nadiren öfkelenmiş ve engellenmiş hisseder, işler yolunda gitmediğinde hemen başka etkinliklere dalarım.	D	Y
141. Çoğu kimse önemli olmadığını düşünse bile, çoğu kez işlerin değişmez ve düzenli biçimde yapılmasında ısrar ederim.	D	Y
142. Hemen her sosyal durumda, kendimi oldukça güvenli ve emin hissederim.	D	Y
143. Özel düşüncelerimden nadiren sözettğimden, arkadaşlarım duygularımı anlamakta güçlük çekerler.	D	Y
144. Çoğu kimse bana yeni ve daha iyi bir yol olduğunu söylese bile, işleri yapış tarzımı değiştirmekten nefret ederim.	D	Y
145. Bilimsel olarak açıklanamayan şeylere inanmanın, akıllıca olmadığını düşünürüm.	D	Y
146. Düşmanlarımdan acı çektiğini hayal etmekten hoşlanırım.	D	Y
147. Çoğu kimseden daha fazla enerjim var ve daha geç yorulurum.	D	Y
148. Yaptığım her işte ayrıntılara dikkat etmekten hoşlanırım.	D	Y
149. Endişeye kapıldığımdan, arkadaşlarım her şeyin yolunda gideceğini söyleseler bile, yapmakta olduğum işi bırakırım.	D	Y

150. Çoğu kez başka herkesten daha güçlü olmayı dilerim.	D	Y
151. Genellikle ne yapacağımı seçmede serbestimdir.	D	Y
152. Çoğu kez kendimi yapmakta olduğum işe o kadar kaptırım ki, bir an nerede olduğumu unuturum.	D	Y
153. Bir ekibin üyeleri, paylarını nadiren dürüstçe alırlar.	D	Y
154. Bir kaç saat sessiz ve hareketsiz kalmaktansa, çoğu zaman riskli şeyler (planörle uçmak ya da paraşütle atlamak gibi) yapmayı tercih ederim.	D	Y
155. Çoğu zaman dürtüsel olarak o kadar çok para harcarım ki, tatil yapmak gibi özel planlar için bile para biriktirmek bana güç gelir.	D	Y
156. Başkalarını memnun etmek için kendi bildiğimden şaşmam.	D	Y
157. Yabancılarla birlikteyken hiç sıkılgan değilimdir.	D	Y
158. Çoğu kez arkadaşlarının arzularına boyun eğerim.	D	Y
159. Zamanımın çoğunu, gerekli gibi görünen, ancak benim için gerçekte önemsiz olan şeylere harcarım.	D	Y
160. Ticari kararlarda, neyin doğru neyin yanlış olduğuna ilişkin dinsel ya da ahlaki ilkelerin çok etkili olması gerektiğini düşünmem.	D	Y
161. Çoğu kez başkalarının yaşantılarını daha iyi anlamak için, kendi yargılarımı bir kenara koymaya çalışırım.	D	Y
162. Alışkanlıklarının çoğu, bana değerli amaçlara ulaşmada zorluk çıkarır.	D	Y
163. Dünyayı daha iyi bir yer yapmak için; savaş, yoksulluk ya da haksızlıkları önlemeye çalışmak gibi gerçekten de kişisel fedakarlıklar yaptım.	D	Y
164. Gelecekte olabilecek kötü şeyler hakkında hiç endişelenmem.	D	Y
165. Kendi denetimimi yitirecek kadar, hemen hiç heyecanlanmam.	D	Y
166. Düşündüğümden daha uzun sürerse, çoğu kez o işi bırakırım.	D	Y
167. Başkalarının benimle konuşmalarını beklemektense, konuşmaları kendim başlatmayı tercih ederim.	D	Y
168. Bana yanlış yapan birisini, çoğu zaman, çabucak bağışlarım.	D	Y
169. Davranışlarımı, büyük ölçüde denetimim dışındaki etkiler belirler.	D	Y
170. Yanlış bir önsezi ya da hatalı bir ilk izlenim nedeniyle, çoğu kez kararlarımı değiştirmek zorunda kalırım.	D	Y
171. İşlerin yapılması için, bir başkasının ön ayak olmasını beklemeyi tercih ederim.	D	Y
172. Genellikle başkalarının görüşlerine saygı duyarım.	D	Y
173. Yaşamdaki rolümün berraklaşmasına yol açan, kendimi çok coşkulu ve mutlu hissettiğim yaşantılarım olmuştur.	D	Y
174. Kendim için bir şeyler satın almak eğlendiricidir.	D	Y
175. Kendimin duygu dışı algılar yaşantıladığıma inanırım.	D	Y
176. Beynimin düzgün çalışmadığına inanırım.	D	Y
177. Davranışlarımı yaşamım için koyduğum belli amaçlar, güçlü şekilde yol gösterir.	D	Y
178. Genellikle başkalarının başarısına ön ayak olmak aptalcadır.	D	Y
179. Çoğu kez sonsuza değin yaşamak isterim.	D	Y
180. Genellikle soğukkanlı ve başkalarından ayrı kalmaktan hoşlanırım.	D	Y

181. Hüzünlü bir film seyrederken, ağlama ihtimalim çoğu kimseden daha fazladır.	D	Y
182. Hafif rahatsızlık ya da gerginlikten çoğu kimseye göre daha çabuk kurtulurum.	D	Y
183. Cezalandırılmayacağımı sandığımda, çoğu kez kuralları ve düzenlemeleri ihlal ederim.	D	Y
184. Çoğu ayartıcı durumda, kendime güvenebilmem için iyi alışkanlıklar geliştirmemi sağlayacak, çok sayıda uygulama yapmam gerekir.	D	Y
185. Keşke başkaları bu kadar çok konuşmasalar.	D	Y
186. Onemsiz ya da kötüyüm gibi görünseler bile, herkes itibar ve saygı ile muamele görmelidir.	D	Y
187. Yapılması gerekli olan işleri sürdürebilmek için, çabuk kararlar vermekten hoşlanırım.	D	Y
188. Yapmaya çalıştığım her şeyde, genellikle şansım açıktır.	D	Y
189. Çoğu kimsenin tehlikeli nitelendirebileceği şeyleri (ıslak ya da buzlu bir yolda hızlı araba kullanmak gibi), genellikle kolayca yapabileceğime dair kendime güvenirim.	D	Y
190. Başarılı olma şansı olmadıkça, bir şey üzerinde çalışmayı sürdürmede bir yarar görmüyorum.	D	Y
191. İşleri yaparken yeni yollar araştırmaktan hoşlanırım.	D	Y
192. Eğlence ya da heyecan için para harcamaktansa, biriktirmekten zevk alırım.	D	Y
193. Bireysel haklar, herhangi bir grubun gereksinimlerinden daha önemlidir.	D	Y
194. Kendimi, ilahi ve olağanüstü bir manevi güçle temas içinde hissettiğim yaşantılarım oldu.	D	Y
195. İçinde, ansızın varolan herşeyle berrak ve derinden bir aynılık duygusu edindiğim, epeyce coşkulu anlarım oldu.	D	Y
196. İyi alışkanlıklar, işleri istediğim şekilde yapmamı kolaylaştırır.	D	Y
197. Çoğu kimse benden daha çok çare bulucu görünür.	D	Y
198. Sorunlarım için, çoğu kez başkalarını ve koşulları sorumlu tutarım.	D	Y
199. Bana kötü davranmış olsalar bile, başkalarına yardım etmekten hoşnutluk duyarım.	D	Y
200. Çoğu kez, tüm yaşamın kendisine bağlı olduğu manevi bir gücün parçasıyım hissinde kapılırım.	D	Y
201. Arkadaşlarla birlikteyken bile, çok fazla "açılmamayı" tercih ederim.	D	Y
202. Kendimi zorlamaksızın, genellikle tüm gün boyunca bir şeylerle "meşgul" kalabilirim.	D	Y
203. Başkaları çabuk bir karar vermeme isteseler bile, karar vermeden önce hemen her zaman tüm olgular hakkında ayrıntılı düşünürüm.	D	Y
204. Bir şeyi yanlış yaptığımı anladığımda, sıkıntıdan öyle kolayca kurtulamam.	D	Y
205. Çoğu kimseden daha mükemmeliyetçiyimdir.	D	Y
206. Bir şeyin doğru mu yanlış mı olduğu, sadece bir görüş meselesidir.	D	Y
207. Şimdiki doğal tepkilerimin, genellikle ilkelerim ve uzun vadeli amaçlarımla tutarlı olduğunu düşünürüm.	D	Y
208. Tüm yaşamın, bütünüyle açıklanamayacak bir manevi düzen ya da güce bağlı olduğuna inanırım.	D	Y
209. Bana kızgın oldukları söylenmiş olsa bile, yabancılarla tanıştığımda güvenli ve rahat olacağımı düşünürüm.	D	Y
210. İnsanlar yardım, sempati ve sıcak bir anlayış bulmak için bana yaklaşmanın kolay olduğunu söylerler.	D	Y

211. Yeni düşünceler ve etkinliklerden heyecan duymada, çoğu kimseye göre daha geriyimdir.	D	Y
212. Bir başkasının duygularını incitmemek için söylenecek olsa bile, yalan söylemekte sıkıntı yaşarım.	D	Y
213. Hoşlanmadığım bazı insanlar var.	D	Y
214. Başka herkesten daha fazla hayran olunmak istemem.	D	Y
215. Sıradan bir şeye bakarken, çoğu kez olağan üstü bir şey olur ve sanki onu ilk kez görüyormuşum duygusuna kapılırım.	D	Y
216. Tanıdığım çoğu kimse, başka kimin incineceğine aldırmaksızın, yalnızca kendisini düşünür.	D	Y
217. Yeni ve alışılmadık bir şey yapmak zorunda olduğumda, genellikle gergin ve endişeli hissederim.	D	Y
218. Çoğu kez kendimi tükenmişlik sınırına dek zorlar ya da gerçekte yapabileceğimden daha fazlasını yapmaya çalışırım.	D	Y
219. Kimileri para konusunda aşırı cimri ya da eli sıkı olduğumu düşünür.	D	Y
220. Mistik yaşantı söylentileri, muhtemelen sadece birer hüsnü kuruntudan ibarettir.	D	Y
221. Sonucunda acı çekeceğimi bilsem bile, irade gücüm çok güçlü ayartmaları üstesinden gelmeyecek kadar zayıfır.	D	Y
222. Herhangi birisinin acı çektiğini görmekten nefret ederim.	D	Y
223. Yaşamımda ne yapmak istediğimi biliyorum.	D	Y
224. Yaptığım işin doğru mu yanlış mı olduğunu düşünüp taşınmak için, düzenli olarak zaman ayırırım.	D	Y
225. Çok dikkatli olmazsam, benim için işler çoğu kez ters gider.	D	Y
226. Kendimi keyifsiz hissettiğimde, yalnız kalmak yerine arkadaşlarla birlikte olduğumda, genellikle daha iyi hissederim.	D	Y
227. Aynı şeyi yaşantılamayan birisiyle duyguları paylaşmanın, mümkün olmadığını düşünürüm.	D	Y
228. Çevremde olup bitenlerden bütünüyle haberdar olmadığım için, başkalarına çoğu kez sanki başka bir dünyadaymışım gibi gelir.	D	Y
229. Keşke başka herkesten daha iyi görünüşlü olsam.	D	Y
230. Bu anket formunda çok yalan söyledim.	D	Y
231. Arkadaş canlısı oldukları söylenmiş olsa bile, genellikle yabancılarla tanışmak zorunda kalacağım sosyal ortamlardan uzak dururum.	D	Y
232. Baharda çiçeklerin açmasını, eski bir arkadaşı yeniden görmek kadar severim.	D	Y
233. Zor durumları, genellikle bir meydan okuma ya da fırsat olarak değerlendiririm.	D	Y
234. Benimle ilgili kimseler, işleri benim tarzıma göre yapmayı öğrenmek zorundadırlar.	D	Y
235. Sahtekar olmak, yalnızca yakalandığınızda sorun yaratır.	D	Y
236. Hafif rahatsızlık ve gerginlikten sonra bile, genellikle çoğu kimseden daha fazla güvenli ve enerjik hissederim.	D	Y
237. Herhangi bir kağıdı imzalamam istendiğinde, herşeyi okumaktan hoşlanırım.	D	Y
238. Yeni bir şeyler olmadığında, genellikle heyecan ya da coşku verici bir şey aramaya başlarım.	D	Y
239. Bazen keyifsiz olurum.	D	Y
240. Ara sıra insanların arkasından konuşurum.	D	Y

Ek 5: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Anket Araştırmaları İçin)



BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (ANKET ARAŞTIRMALARI İÇİN)

Sizi BEU Tıp Fakültesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları ABD tarafından yürütülen “Morbid Obezite Hastalarının Mizaç ve Karakter Özellikleri” başlıklı ankete dayalı bir araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. İsterseniz bu bilgileri aileniz ve/veya yakınlarınız ile tartışınız. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Çalışmamızda üç anket formu yer almaktadır. Beck Depresyon Ölçeği ve Beck Anksiyete Ölçeği her ikisi de yirmi bir maddeden oluşmaktadır, Beck Depresyon Ölçeği ve Beck Anksiyete Ölçeğini uygulama stresi beşer dakikadır, Beck Anksiyete Ölçeğini uygulama süresi beş dakikadır. Mizaç ve Karakter Envanteri ise ikiyüz kırk sorudan oluşmaktadır. Sorulara yanıt verme süreniz otuz dakikadır. Araştırmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayalıdır. Araştırma sürerken herhangi bir zamanda istemeniz durumunda sorumlu araştırmacıyı bilgilendirmek koşulu ile araştırmadan ayrılabilirsiniz. Anketi yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz biçiminde yorumlanacaktır. Araştırma sırasında sizden alınan bilgiler araştırmacıda saklı kalacak ve toplanan veriler yalnızca bilimsel amaçla kullanılacaktır. Ankette bulunan sorulara vereceğiniz yanıtların doğruluğu, araştırmanın niteliği açısından oldukça önemlidir. Bu nedenle, ankette bulunan sorulara doğru yanıt vermenizi rica eder, işbirliğiniz için teşekkür ederiz.

Araştırma Sorumlusu
(Adı, Soyadı-Ünvanı-İmzası)

Araştırmanın Amacı:

(Anket çalışmasının amacı, çalışmaya katılmayı kabul edecek olan gönüllünün anlayacağı bir dilde anlatılmaktadır)

Morbid Obezite Hastalarının Mizaç ve Karakter Özelliklerinin Sağlıklı Kontrol Grubuyla Karşılaştırılması

Araştırmanın Süresi: 6 ay

Katılması Beklenen Gönüllü Sayısı: 120

Araştırmanın Yapılacağı Yer(ler):

BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ UYGULAMA VE ARAŞTIRMA HASTANESİ RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ABD

Çalışmanın adı: Morbid Obezite Hastalarının Mizaç ve Karakter Özellikleri
Tarih: 10.09.2013



**BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU
(ANKET ARAŞTIRMALARI İÇİN)**

Araştırmaya Katılan Araştırmacılar:

Yrd.Doç.Dr. Özge SARAÇLI
Araştırma Gör. Dr. Melek CENGİZ

Ben.....[gönüllünün adı, soyadı (kendi el yazısı ile)]

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi ve araştırmadan ayrıldığım zaman mevcut tedavimin olumsuz yönde etkilenmeyeceğini biliyorum.

Bu koşullarda;

- Söz konusu Klinik Araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı (çocuğumun/vasimim bu çalışmaya katılmasını) kabul ediyorum.
- Gerek duyulursa kişisel bilgilerime mevzuatta belirtilen kişi/kurumkuruluşların erişebilmesinc.
- Çalışmada elde edilen bilgilerin (*kimlik bilgilerim gizli kalmak koşulu ile*) yayım için kullanılma, arşivleme ve eğer gerek duyulursa bilimsel katkı amacı ile ülkemiz dışına aktarılmasına olur veriyorum.

“[**Morbid Obezite Hastalarının Mizaç ve Karakter Özellikleri**] çalışması kapsamında alınan biyolojik örneklerimin (kan, idrar vb.); (Gönüllü tarafından uygun olan şık işaretlenmelidir)

- Sadece yukarıda bahsi geçen çalışmada kullanılmasına izin veriyorum
- İleride yapılması planlanan tüm çalışmalarda kullanılmasına izin veriyorum.
- Hiçbir koşulda kullanılmasına izin vermiyorum.

Gönüllünün (Kendi el yazısı ile)

Adı-Soyadı:

İmzası:

Adresi:

(varsa Telefon No, Faks No):

Tarih (gün/ay/yıl):/..../....

Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin

Veli veya Vasisinin (kendi el yazısı ile)

Adı Soyadı:

Çalışmanın adı: Morbid Obezite Hastalarının Mizaç ve Karakter Özellikleri

Tarih: 10.09.2013



**BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU
(ANKET ARAŞTIRMALARI İÇİN)**

İmzası:
Adresi:
Varsa Telefon No, Faks No:
Tarih (gün/ay/yıl): .../.../.....

Onay Alma İşlemine Başından Sonuna Kadar Tanıklık Eden Kuruluş Görevlisinin
Adı-Soyadı:
İmzası:
Görevi:
Tarih (gün/ay/yıl):...../...../.....

Açıklamaları Yapan Kişinin
Adı-Soyadı:
İmzası:
Tarih (gün/ay/yıl):.../.../.....

NOT: Bu formun bir kopyası gönüllüde kalacak, diğer kopyası ise hasta dosyasına yerleştirilecektir. Hasta dosyası veya protokol numarası olmayan sağlıklı gönüllülerden alınacak onam formunun bir kopyası mutlaka sorumlu araştırmacı tarafından saklanacaktır.

Ek 6: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Sağlıklı Kontrol Grubu İçin)



BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (SAĞLIKLİ KONTROL GRUBU İÇİN)

Sayın

Sizi BEU Tıp Fakültesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları'nda yürütülen "Morbid Obezite Hastalarının Mizaç ve Karakter Özellikleri" başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Siz bu araştırmanın sağlıklı kontrol grubu içinde yer alacaksınız. Sizden elde edilecek bilgiler veya veriler, çalışmanın diğer grubundan elde edilecek bilgi veya verilerle karşılaştırılarak bir sonuca ulaşılacaktır.

Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın niçin yapıldığını, nasıl yapılacağını ve bu araştırmanın sağlıklı gönüllü katılımcılara getireceği olası faydaları, riskleri ve rahatsızlıklarını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. İsterseniz bu bilgileri aileniz, yakınlarınız ve/veya doktorunuzla tartışınız. Eğer anlayamadığımız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz. Katılmayı kabul ettiğiniz takdirde, gerekli yerleri siz, doktorunuz ve kuruluş görevlisi bir tanık tarafından doldurup imzalanmış bu formun bir kopyası saklamamız için size verilecektir.

Araştırmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkında sahibsiniz. Her iki durumda da bir ceza veya hakkınız olan yararların kaybı kesinlikle söz konusu olmayacaktır.

Araştırma Sorumlusu
Yrd. Doç. Dr. Özge SARAÇLI

Katılma ve Çıkma:

Bu araştırmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkına sahibsiniz. Ayrıca sorumlu araştırmacı gerek duyarsa sizi çalışma dışı bırakabilir. Çalışmaya katılmama, çalışmadan çıkma veya çıkarılma durumlarında bir ceza veya tedaviniz ve klinik izleminizde hakkınız olan yararların kaybı kesinlikle söz konusu olmayacaktır.

Gizlilik:

İzleyiciler, yoklama yapan kişiler, Etik Kurul, Bakanlık ve diğer ilgili sağlık otoritelerinin tıbbi kayıtlarımıza doğrudan erişimleri bulunabilmektedir; ancak kimlik bilgileriniz kesinlikle gizli tutulacaktır ve bu çalışmadan elde edilen bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır

Herhangi bir zararlanma durumunda yükümlülük/sorumluluk:

Araştırmaya bağlı bir zarar söz konusu olduğunda, bu durumun tedavisi sorumlu araştırmacı tarafından yapılacak, ortaya çıkan masraflar tarafından karşılanacaktır. Uygulama sırasında gelişebilecek herhangi bir hasara karşı (ölüm/sakatlanma dahil) güvence altına alınmaktasınız, oluşabilecek hasar size tarafımızdan yapılan sigorta ile tazmin edilecektir (Sağlık Bakanlığı'ndan izin alınması gerekli olmayan araştırmalar için zorunlu değildir).

Çalışmanın adı: Morbid Obezite Hastalarının Mizaç ve Karakter Özellikleri
Tarih: 10.09.2013



**BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU
(SAĞLIKLI KONTROL GRUBU İÇİN)**

Araştırmanın Amacı:

(Çalışmanın araştırma amaçlı olduğu mutlaka belirtilmeli, mümkün olduğu kadar gönüllünün anlayabileceği bir dil kullanılmalı ve kısaltılmış ifadeler mutlaka açıklanmalıdır. Çalışmaya katılan sağlıklı gönüllünün bu çalışmaya niçin dahil edildiği, ondan elde edilecek verilerin çalışma grubu verileri ile karşılaştırılması gerektiği gibi ifadeler ile gönüllünün bilgilendirilmesi bu bölümde yapılabilir).
Morbid Obezite Hastalarının Mizaç ve Karakter Özelliklerinin Sağlıklı Kontrol Grubuyla Karşılaştırılması

İzlenecek Olan Yöntem ve Yapılacak İşlemler:

(İzlenecek olan yöntem ve yapılacak bütün işlemler -invazif olsun veya olmasın- açık ve anlaşılır bir şekilde belirtilmelidir. Kan, idrar gibi hasta materyallerinin kullanıldığı çalışmalarda, bu örneklerin alınma sıklığı ve miktarları, alınma şekli, bu işlemlere bağlı olarak ortaya çıkabilecek olumsuzluklar veya riskler mutlaka belirtilmelidir)

BU ARAŞTIRMADA BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİ SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİNDE PSİKİYATRİ POLİKLİNİĞİNE KONSÜLTE EDİLEN, MORBİD OBEZİTE NEDENİYLE BARIATRİK CERRAHİ ÖNCESİ PSİKİYATRİK DEĞERLENDİRME İSTENEN HASTALARIN SAĞLIKLI KONTROL GRUBUYLA MIZAÇ VE KARAKTER ÖZELLİKLERİ AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI AMAÇLANMIŞTIR.

BU ARAŞTIRMADA YER ALMANIZ İLE SİZE BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ, BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ DSM IV EKŞEN-1 BOZUKLUKLARI İÇİN YAPILANDIRILMIŞ GÖRÜŞME, MIZAÇ VE KARAKTER ENVANTERİ ÖLÇEĞİ UYGULANACAKTIR. BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ, BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ *UYGULAMA SÜRESİ 10DAKİKA SÜRMEKTEDİR.*, MIZAÇ VE KARAKTER ENVANTERİ ÖLÇEĞİ UYGULAMA SÜRESİ OTUZ DAKİKADIR DSM IV EKŞEN-1 BOZUKLUKLARI İÇİN YAPILANDIRILMIŞ GÖRÜŞME TARAFIMIZCA UYGULANMAKTADIR. ARAŞTIRMADA YER ALACAK GÖNÜLLÜLERİN SAYISI "120" DİR.BU ARAŞTIRMA İLE İLGİLİ OLARAK HERHANGİ BİR SORUMLULUĞUNUZ YOKTUR. VERİLEN ÖLÇEKLERİ UYGUN BİÇİMDE CEVAPLAMAK, SİZİN SORUMLULUKLARINIZDIR. BU ARAŞTIRMADA SİZİN İÇİN TIBBİ AÇIDAN HERHANGİ BİR RİSK VE RAHATSIZLIKLAR SÖZ KONUSU DEĞİLDİR.SİZİN İÇİN EKLENEN YARARLAR YOKTUR. BU ARAŞTIRMADA TEDAVİSİNDE UYGULANABİLECEK, ANCAK ŞİMDİLİK UYGULANMAYACAK OLAN ALTERNATİF TEDAVİ YA DA İŞLEMLER DE BULUNMAMAKTADIR. ARAŞTIRMA SIRASINDA SİZİ İLGİLENDİREBİLECEK HERHANGİ BİR GELİŞME OLDUĞUNDA, BU DURUM SİZE VEYA YASAL TEMSİLCİNİZE DERHAL BİLDİRİLECEKTİR.

Araştırmanın Yapılacağı Yer(ler): BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ UYGULAMA VE ARAŞTIRMA HASTANESİ RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ABD

Araştırmaya Katılan Araştırmacılar:

Yrd.Doç.Dr. Özge SARAÇLI
Araştırma Görevlisi Dr. Melek CENGİZ

Araştırmanın Süresi:6 ay

Katılması Beklenen Gönüllü Sayısı:120

Size Getirebileceği Olası Faydalar:

Çalışmanın adı: Morbid Obezite Hastalarının Mizaç ve Karakter Özellikleri
Tarih: 10.09.2013



**BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU
(SAĞLIKLI KONTROL GRUBU İÇİN)**

(Gönüllülerin çalışmaya katılmasını teşvik edecek veya yönlendirecek ifadelerden kaçınılmalıdır. Araştırmadan makul ölçüde beklenen yararlarla ilgili olarak gönüllü açısından hedeflenen herhangi bir klinik yarar olmadığında gönüllünün bu durum hakkında bilgilendirildiği belirtilmelidir.)

ÇALIŞMA, MORBİD OBEZİTE İLE İLİŞKİLİ OLAN MİZAÇ VE KARAKTER ÖZELLİKLERİNİN BİLİNMESİNİ SAĞLAYACAK VE OBEZİTEYİ ETKİLEYEN PSİKOLOJİK FAKTÖRLERİN ARAŞTIRILMASI ÖNLENEYEBİLECEK OLAN BU RAHATSIZLIĞIN KORUYUCU FAKTÖRLERİNİN BELİRLENMESİNE YARDIMCI OLABİLECEKTİR..

Size Getirebileceği Ek Risk ve Rahatsızlıklar:

(Gönüllünün başına gelebilecek, makul olarak öngörülebilir her türlü risk ve rahatsızlık (örneğin ağrı, enfeksiyon riski, tedavideki olası başarısızlık vb) açıkça belirtilmelidir. Minimal riskten fazla bir riski bulunan araştırmalarda bunun nasıl giderileceği veya tedavi edileceği açıkça belirtilmelidir.)

YOK

Masraflar:

(Bu bölümde çalışma masraflarının hangi kaynaktan karşılanacağı belirtilmelidir.)

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır. Gerekirse yol giderlerinin ziyaret başınakısmı destekleyici tarafından karşılanacaktır (yapılacaksa ödeme miktarı yazılmalıdır).

İletişim Kurulacak Kişi(ler):

Araştırma hakkında, kendi haklarınız hakkında veya araştırmayla ilgili daha fazla bilgi temin edebilmeniz veya meydana gelebilecek herhangi bir olumsuz durum için günün 24 saatinde 0 555 626 19 73 nolu telefondan Dr.Melek CENGİZ 'e ulaşabilirsiniz.

Araştırma konusuyla ilgili ve araştırmaya katılmaya devam etme isteğini etkileyebilecek yeni bilgiler elde edildiğinde siz veya yasal temsilcinizin zamanında bilgilendirilebileceksiniz

Ben,.....[gönüllünün adı, soyadı (kendi el yazısı ile)]

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. **Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı.** Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi ve araştırmadan ayrıldığım zaman mevcut tedavimin olumsuz yönde etkilenmeyeceğini biliyorum.

Bu koşullarda:

- Söz konusu Klinik Araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı (çocuğumun/vasımın bu çalışmaya katılmasını) kabul ediyorum.
- Gerek duyulursa kişisel bilgilerime mevzuatta belirtilen kişi/kurum/kuruluşların erişebilmesine

Çalışmanın adı: Morbid Obezite Hastalarının Mizaç ve Karakteri Özellikleri
Tarih: 10.09.2013



**BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU
(SAĞLIKLI KONTROL GRUBU İÇİN)**

- Çalışmada elde edilen bilgiler (kimlik bilgilerim gizli kalmak koşulu ile) yayım için kullanılma, arşivleme ve eğer gerek duyulursa bilimsel katkı amacı ile ülkemiz dışına aktarılmasına olur veriyorum.

“[Morbid Obezite Hastalarının Mizaç ve Karakter Özellikleri] çalışması kapsamında alınan biyolojik örneklerimin (kan, idrar vb.): (Gönüllü tarafından uygun olan şık işaretlenmelidir)

- Sadece yukarıda bahsi geçen çalışmada kullanılmasına izin veriyorum
- İleride yapılması planlanan tüm çalışmalarda kullanılmasına izin veriyorum.
- Hiçbir koşulda kullanılmasına izin vermiyorum.”

Gönüllünün(Kendi el yazısı ile)
Adı-Soyadı:
İmzası:
Adresi:
(varsa Telefon No, Faks No):
Tarih (gün/ay/yıl): .../.../....

Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin
Veli veya Vasisinin (kendi el yazısı ile)
Adı Soyadı:
İmzası:
Adresi:
Varsa Telefon No, Faks No:
Tarih (gün/ay/yıl): .../.../....

Açıklamaları Yapan Araştırmacının (Doktorun)
Adı-Soyadı:
İmzası:
Tarih (gün/ay/yıl):.../.../....

Onay Alma İşlemine Başından Sonuna Kadar Tanıklık Eden Kuruluş Görevlisinin
Adı-Soyadı:
İmzası:
Görevi:
Tarih (gün/ay/yıl):...../...../.....

NOT: Bu formun bir kopyası gönüllüde kalacak, diğer kopyası ise hasta dosyasına yerleştirilecektir. Hasta dosyası veya protokol numarası olmayan sağlıklı gönüllülerden alınacak onam formunun bir kopyası mutlaka sorumlu araştırmacı tarafından saklanacaktır.

Çalışmanın adı: Morbid Obezite Hastalarının Mizaç ve Karakter Özellikleri
Tarih: 10.09.2013

Ek 7: Etik Kurul Onayı



**T.C.
BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ
Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı**

TOPLANTI TARİHİ : 17/09/2013
TOPLANTI NO : 2013/15

KARARLAR :

12-B.E.Ü. Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı öğretim üyesi Yrd. Doç. Dr. Özge SARAÇLI'nın sorumluluğunda yürütülecek olan 2013-103-17/09 Protokol no'lu "Morbid Obezite Hastalarının Mizaç ve Karakter Özellikleri" konulu çalışmanın Etik Kurul İlkelerine uygun olduğuna,

Oy birliği ile karar verilmiştir.

A S L I G İ B İ D İ R

Doç. Dr. Sadık TOPRAK
B.E.Ü. Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanı