

**HALIÇ ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI  
UYGULAMALI PSİKOLOJİ PROGRAMI**

**BARİATRİK CERRAHİ PLANLANAN OBEZ HASTALARDA  
ANKSİYETE VE DEPRESYON SIKLIĞI İLE BENLİK  
SAYGISI VE BEDEN İMAJI DÜZEYİNİN BELİRLENMESİ,  
CİNSEL YAŞAM KALİTESİ VE KİŞİLİK ÖZELLİKLERİNİN  
İNCELENMESİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Hazırlayan  
Esra EKİNCİ**

**Danışmanı  
Yrd. Doç. Dr. Pervin Sevda BIKMAZ**

**İstanbul – 2015**

**HALIÇ ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI  
UYGULAMALI PSİKOLOJİ PROGRAMI**

**BARİATRİK CERRAHİ PLANLANAN OBEZ HASTALARDA  
ANKSİYETE VE DEPRESYON SIKLIĞI İLE BENLİK  
SAYGISI VE BEDEN İMAJI DÜZEYİNİN BELİRLENMESİ,  
CİNSEL YAŞAM KALİTESİ VE KİŞİLİK ÖZELLİKLERİNİN  
İNCELENMESİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Hazırlayan  
Esra EKİNCİ**

**Danışmanı  
Yrd. Doç. Dr. Pervin Sevda BIKMAZ**

**İstanbul – 2015**



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

SAYI : 82  
KONU:

25/12/2014

Sayın; Yrd.Doc.Dr.pervin Sevd BIKMAZ

Haliç Üniversitesi Etik Değerlendirme Kurulunca yapmış olduğunuz başvuru incelenmiş olup, danışmanı olduğunuz Esra EKİNCİ'nin "**Bariatrik Cerrahi Planlanan Obez Hastalarda Anksiyete ve Depresyon Sıklığı İle Benlik Saygısı ve Beden İmajı Düzeyinin Belirlenmesi, Cinsel Yaşam Kalitesi ve Kişilik Özelliklerinin İncelenmesi**" isimli araştırması kurulumuzun 15.12.2014 tarihli toplantısında etik yönden uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinize arz ederim.

Prof.Dr.Önder ÖZKAZANÇ  
Etik Kurul Başkanı

T.C.  
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ  
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARLARI

Tarih: 15.12.2014 Toplantı Sayısı: 08	Karar No :2				
	Yrd.Doç.Dr.Pervin Sevda BIKMAZ'ın yardımcı araştırmacı Esra EKİNCİ ile araştırmayı planladıkları "Bariatrik Cerrahi Planlanan Obez Hastalarda Anksiyete ve Depresyon Sıklığı İle Benlik Saygısı ve Beden İmajı Düzeyinin Belirlenmesi, Cinsel Yaşam Kalitesi ve Kişilik Özelliklerinin İncelenmesi" konulu çalışması incelendi, yapılan inceleme sonucunda araştırmanın etik yönden uygun olduğuna karar verildi.				
<b>ÜYELER</b>					
Adı-Soyadı	Alanı	Kurumu	Araştırma ile ilişkisi	Katılım	İmza
Prof.Dr.Önder ÖZKAZANÇ (Başkan)	İktisat	Haliç Üniversitesi İşletme Fakültesi	<u>yok</u>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<i>Önder</i>
Doç.Dr.Leman ŞENTURAN (Raportör)	Hemşirelik	Haliç Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu	<u>yok</u>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<i>L. Şenturan</i>
Prof.Dr.Güneş YAVUZER	Fizyoterapi ve Reh.	Haliç Üniversitesi Yüksekokulu	<u>yok</u>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<i>Güneş</i>
Prof.Dr.Filiz AÇKURT	Beslenme ve Diyetetik	Haliç Üniversitesi Yüksekokulu	<u>yok</u>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<i>Filiz</i>
Prof.Dr.Oya OĞUZ	Fizik	Haliç Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi	<u>yok</u>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<i>Oya</i>
Yrd.Doç.Dr.İlhan ODABAŞ	Spor Yöneticiliği	Haliç Üniversitesi Beden Eğt. ve Spor Yük. Okulu	<u>yok</u>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<i>İlhan</i>
Yrd.Doç.Dr.Pervin Sevda BIKMAZ	Psikoloji	Haliç Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi	<u>yok</u>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Yrd.Doç.Dr.Baki YÖKEŞ	Moleküler Biyoloji	Haliç Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi	<u>yok</u>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<i>Baki</i>
Av.Korkut HAZİNEDAR	Hukuk	Haliç Üniversitesi	<u>yok</u>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<i>Korkut</i>

## TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim süresince ve tez yazım aşamalarında her türlü desteğini hissettiğim ve tecrübelerini paylaşmaktan geri kalmayan tez danışmanım Yrd. Doç. Dr. Pervin Sevda BIKMAZ hocama,

Yüksek lisans eğitimim süresince bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım hocalarım Doç. Dr. Meral ÇULHA ve Yrd. Doç. Dr. Zehra Banu SAYINER'e,

Tez için kendi bölümlerinde takipli olan hastalara erişme kolaylığını ve imkanını bana tanıyan ve bu süreçte yardımlarını esirgemeyen Bezmialem Vakıf Üniversitesi Endokrin ve Metabolizma Hastalıkları Bilim Dalı hocalarım Prof. Dr. Ertuğrul TAŐAN ve Doç. Dr. Özcan KARAMAN'a,

Tez sürecim boyunca yaşadığım sıkıntılı ve zor zamanlarımda desteklerini ve sıcaklıklarını yakından yaşadığım yakın arkadaşlarım Filiz CESUR, Ebru AKKAYA, Betül BÜYÜKKABA ve Aslı TUNÇ'a,

Hayatım boyunca beni hep destekleyen, bugünlere gelmemde emeklerinin karşılığını ödeyemeyeceğim, tez sürecinde uzakta olsalar da varlıklarını her zaman yakından hissettiğim canım aileme,

Dünüm, bugünüm, yarınım, birlikte geçirdiğimiz her anımızda varlığını ve desteğini en derinden hissettiğim, sonsuz bir sevgi ile bağlı olduğum, bugüne kadar her konuda olduğu gibi tez yazım aşamasında da en büyük destekçim, hayat arkadaşım, canım eşim İskender EKİNCİ'ye,

Tez sürecinde aramıza katılan, hayatıma yeniden anlam katan, en zor zamanlarımda ufak bir tebessümle bana her şeyi unutturan, sesiyle huzur bulduğum ve sonsuz bir AŞK'la bağlı olduğum canım oğlum Akif Kerem EKİNCİ'ye çok teşekkür ederim.

## İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
İÇİNDEKİLER	I
KISALTMALAR LİSTESİ	IV
TABLolar LİSTESİ	V
ŞEKİLLER LİSTESİ	VII
ÖZET	VIII
ABSTRACT	IX
1. GİRİŞ	1
1.1. Problem durumu	2
1.2. Problem cümlesi	2
1.3. Araştırmanın amacı ve önemi	2
1.4. Araştırma soruları	3
1.5. Sayıtlar	3
1.6. Sınırlılıklar	4
1.7. Tanımlar	4
1.7.1. Obezite	4
1.7.2. Anksiyete	4
1.7.3. Depresyon	4
1.7.4. Benlik saygısı	4
1.7.5. Beden algısı	4
1.7.6. Cinsel fonksiyon bozukluğu	4
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. OBEZİTE	5
2.1.1. Obezitenin tanımı	5
2.1.2. Obezitenin epidemiyolojisi	5
2.1.3. Obezite gelişimini etkileyen faktörler	7
2.1.3.1. Yaş	7
2.1.3.2. Cinsiyet	7
2.1.3.3. Genetik	7
2.1.3.4. Eğitim düzeyi	8
2.1.3.5. Sosyoekonomik düzey	8
2.1.3.6. Fiziksel aktivite	9
2.1.3.7. Beslenme alışkanlıkları	9

2.1.3.8. İlaçlar	10
2.1.3.9. Sigara	10
2.1.3.10. Alkol	11
2.1.3.11. Stres	11
2.1.3.12. Psikolojik durum	11
2.1.3.12.1. Öğrenme kuramına göre obezite	12
2.1.3.12.2. Psikanalitik kurama göre obezite	13
2.1.4. Obezitenin yol açtığı sağlık sorunları	14
2.1.5. Obeziteden korunma	16
2.1.6. Obezitenin tedavisi	16
2.1.6.1. Diyet	16
2.1.6.2. Egzersiz	17
2.1.6.3. Psikiyatrik tedavi	17
2.1.6.3.1. Davranış terapisi	17
2.1.6.3.1.1.Kendi kendini gözleme	18
2.1.6.3.1.2.Uyaran kontrolü	19
2.1.6.3.1.3.Alternatif davranış geliştirme	20
2.1.6.3.1.4.Pekiştirme, kendi kendini ödüllendirme	20
2.1.6.3.1.5.Kognitif yapılanma ve sosyal destek	20
2.1.6.3.2. Bilişsel davranışçı tedavi	21
2.1.6.4. İlaç tedavisi	21
2.1.6.5. Cerrahi tedavi	22
2.2.OBEZİTE VE DEPRESYON	23
2.3. OBEZİTE VE ANKSİYETE	25
2.4. OBEZİTE VE BENLİK SAYGISI	26
2.4.1. Benlik saygısı kavramı	26
2.4.2. Benlik saygısının gelişimi	27
2.4.3. Obezite ve benlik saygısı ilişkisi	29
2.5. OBEZİTE VE BEDEN ALGISI	30
2.5.1. Beden algısı kavramı	30
2.5.2. Beden algısının gelişimi	30
2.5.3. Obezite ve beden algısı ilişkisi	32
2.6. OBEZİTE VE CİNSELLİK	33
2.7. OBEZİTE VE PSİKOPATOLOJİ	36
3. GEREÇ VE YÖNTEM	39
3.1. Örneklem grubu	39
3.2. Araştırmaya dahil edilme ölçütleri	39
3.3. Araştırmadan dışlanma ölçütleri	39
3.4. Araştırmanın amacı	39
3.5. Veri toplama araçları	39
3.5.1. Sosyodemografik bilgi formu	40
3.5.2. Beck anksiyete ölçeği	40
3.5.3. Beck depresyon ölçeği	40
3.5.4. Rosenberg benlik saygısı ölçeği	41
3.5.5. Beden algısı ölçeği	41

3.5.6. Arizona cinsel yaşantılar ölçeği	42
3.5.7. Minnesota çok yönlü kişilik envanteri	42
3.5.7.1. Geçerlik Alt Ölçekleri	43
3.5.7.1.1. L alt ölçeği	43
3.5.7.1.2. F alt ölçeği	44
3.5.7.1.3. K alt ölçeği	44
3.5.7.1.4. Bilmiyorum alt ölçeği	45
3.5.7.2. Klinik Alt Ölçekleri	45
3.5.7.2.1. Hipokondria	45
3.5.7.2.2. Depresyon	46
3.5.7.2.3. Histeri	46
3.5.7.2.4. Psikopatik sapma	46
3.5.7.2.5. Erkeklik-Kadınlık	47
3.5.7.2.6. Paranoya	47
3.5.7.2.7. Psikasteni	48
3.5.7.2.8. Şizofreni	48
3.5.7.2.9. Hipomani	48
3.5.7.2.10. Sosyal İçedönüklük	49
4. BULGULAR	50
5. TARTIŞMA VE SONUÇ	83
6. SINIRLILIKLAR VE ÖNERİLER	93
7. KAYNAKLAR	95
8. EKLER	108
8.1. EK-1. BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU	109
8.2. EK-2. SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU	110
8.3. EK-3. BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ	113
8.4. EK-4. BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ	114
8.5. EK-5. ROSENBERG BENLİK SAYGISI ÖLÇEĞİ	115
8.6. EK-6. BEDEN ALGISI ÖLÇEĞİ	116
8.7. EK-7. ARIZONA CİNSEL YAŞANTILAR ÖLÇEĞİ (ERKEK)	118
8.8. EK-8. ARIZONA CİNSEL YAŞANTILAR ÖLÇEĞİ (KADIN)	119
8.9. EK-9. MİNNESOTA ÇOK YÖNLÜ KİŞİLİK ENVANTERİ (MMPI)	120
8.10. EK-10. ÖZGEÇMİŞ	141



## KISALTMALAR LİSTESİ

- ACYÖ** : Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği
- BAE** : Beck Anksiyete Envanteri
- BAÖ** : Beden Algısı Ölçeği
- BDE** : Beck depresyon Envanteri
- BKI** : Beden Kitle İndeksi
- D** : Depresyon
- Hs** : Hipokondria
- Hy** : Histeri
- Ma** : Hipomani
- Mf** : Erkeklik-Kadınlık
- MMPI** : Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri
- Pa** : Paranoya
- Pd** : Psikopatik Sapma
- Pt** : Psikasteni
- RBSÖ** : Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği
- Sc** : Şizofreni
- Si** : Sosyal İçedönüklük

## TABLULAR LİSTESİ

	<b>Sayfa No.</b>
Tablo 2.1: DSÖ'ye Göre Obezite Sınıflaması	5
Tablo 2.2. : Obezite ile İlişkili Sağlık Problemleri	15
Tablo 4.1: Katılımcılarda Tanımlayıcı Özelliklerin Dağılımı	50
Tablo 4.2: Gruplarda Medeni Durum ve Çocuk Sayısına İlişkin Değerlendirmeler	53
Tablo 4.3: Gruplara Göre Anne ve Baba Durumunun Değerlendirmeleri	53
Tablo 4.4: Gruplara Göre Eğitim Durumu, Gelir Düzeyi ve Meslek Değerlendirmeleri	54
Tablo 4.5: Obez Olgularda BKİ ve Obezite Başlangıç Yaşı Dağılımları	55
Tablo 4.6: Öğün Sayısı ve Obezite Başlatıcı Etmenlerin Değerlendirmeleri	55
Tablo 4.7: Obeziteyi Başlatıcı Etmenlerin Gruplara Göre Değerlendirilmesi	56
Tablo 4.8: Gruplarda Ailede Obez Birey Varlığının Değerlendirilmesi	57
Tablo 4.9: Gruplarda Sigara ve Alkol Kullanımına İlişkin Değerlendirmeler	58
Tablo 4.10: Gruplarda Komorbid Hastalıklara İlişkin Değerlendirmeler	58
Tablo 4.11: Gruplarda Obezite Nedenli Tedavi Açısından Değerlendirme	59
Tablo 4.12: Gruplarda Duygudurum Değişikliklerine Göre Yemek Yeme Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi	60
Tablo 4.13: Gruplarda Beck Anksiyete Ölçeğine İlişkin Değerlendirmeler	61
Tablo 4.14: Anksiyete Durumuna Göre Değerlendirmeler	63
Tablo 4.15: Gruplarda Beck Depresyon Ölçeğine İlişkin Değerlendirmeler	64
Tablo 4.16: Depresyon Varlığına Göre Değerlendirmeler	65
Tablo 4.17: Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeğine İlişkin Değerlendirmeler	66
Tablo 4.18: Benlik Saygısı Düzeyine Göre Değerlendirmeler	68
Tablo 4.19: Beden Algısı Ölçeğine İlişkin Değerlendirmeler	68
Tablo 4.20: Beden Algısı Bozukluğuna Göre Değerlendirmeler	70
Tablo 4.21: Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçek Puanlarının Değerlendirmeleri	71
Tablo 4.22: Cinsel Disfonksiyon Varlığına İlişkin Değerlendirmeler	72
Tablo 4.23: Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri Skorlarının Gruplara Göre Değerlendirilmesi	73
Tablo 4.24: Gruplarda Minnesota çok yönlü kişilik envanteri skoruna göre sonucu patoloji varlığının değerlendirilmesi	75
Tablo 4.25: Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri skoruna göre patoloji varlığına ilişkin değerlendirmeler	75
Tablo 4.26: Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri Sonucuna Göre Beck Anksiyete Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Benlik Saygısı Ölçeği, Beden Algısı Ölçeği ve Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Skorlarının İncelenmesi	76

Tablo 4.27: Beck Anksiyete Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Benlik Saygısı Ölçeği, Beden Algısı Ölçeği ve Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Skorları Arası İlişkilerin İncelenmesi

78

## ŞEKİLLER LİSTESİ

	Sayfa No.
Şekil 4.1: Gruplarda Yaş Dağılımı	51
Şekil 4.2: Gruplarda Cinsiyet Dağılımı	51
Şekil 4.3: Gruplarda Boy Dağılımı	52
Şekil 4.4: Gruplarda Ağırlık Dağılımı	52
Şekil 4.5: Gruplarda Beden Kitle İndeksi Dağılımı	53
Şekil 4.6: Gruplarda Anne-Baba Durumu Dağılımı	54
Şekil 4.7: Gruplarda Öğün Sayısı Dağılımı	56
Şekil 4.8: Gruplarda Obeziteyi Başlatıcı Etmenlerin Dağılımı	57
Şekil 4.9: Gruplarda Ailede Obez Birey Varlığı Dağılımı	58
Şekil 4.10: Gruplarda Komorbid Hastalık Dağılımı	59
Şekil 4.11: Gruplarda Obezite İle Baş Etme Yöntemleri Açısından Dağılım	60
Şekil 4.12: Gruplarda Değişen Duyguduruma Göre Yemek Yeme Alışkanlıklarının Dağılımı	61
Şekil 4.13: Gruplarda Beck Anksiyete Skoru Dağılımı	62
Şekil 4.14: Gruplarda Beck Anksiyete Skoru Dağılımı	62
Şekil 4.15: Gruplarda Beck Depresyon Skoru Dağılımı	64
Şekil 4.16: Gruplarda Beck Depresyon Skoru İle Depresyon Düzeyine Göre Dağılım	65
Şekil 4.17: Gruplarda Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Skorları	67
Şekil 4.18: Gruplarda Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Skoru Dağılımı	67
Şekil 4.19: Gruplarda Beden Algısı Skoru Dağılımı	69
Şekil 4.20: Gruplarda Beden Algısı Skoru Dağılımı	69
Şekil 4.21: Gruplarda Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Skoru Dağılımı	71
Şekil 4.22: Gruplarda Cinsel Disfonksiyon Varlığı Dağılımı	72
Şekil 4.23: Gruplarda Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri Alt Boyut Skorlarının Dağılımı	74
Şekil 4.24: Gruplarda Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanterine Göre Patoloji Dağılımı	75

## GENEL BİLGİLER

Adı ve Soyadı : Esra EKİNCİ  
Anabilim Dalı : Psikoloji  
Programı : Uylulamalı Psikoloji  
Tez Danışmanı : Yrd. Doç. Dr. Pervin Sevda BIKMAZ  
Tez Türü ve Tarihi : Yüksek Lisans Tezi – Eylül 2014

# **BARIATRİK CERRAHİ PLANLANAN OBEZ HASTALARDA ANKSİYETE VE DEPRESYON SIKLIĞI İLE BENLİK SAYGISI VE BEDEN İMAJI DÜZEYİNİN BELİRLENMESİ, CİNSEL YAŞAM KALİTESİ VE KİŞİLİK ÖZELLİKLERİNİN İNCELENMESİ**

## ÖZET

Bu tez çalışmasının amacı bariatrik cerrahi için değerlendirilmek üzere başvuran morbid obez hasta grubunda anksiyete ve depresyon sıklığını, benlik saygısı ve beden imajı düzeylerini belirlemek, cinsel hayat kalitesini ve kişilik özelliklerini incelemektir.

Çalışmanın örneklemini obezite cerrahisi planlanan 60 morbid obez hasta ve 63 normal kilolu birey oluşturmaktadır. Veriler katılımcılara uygulanan sosyodemografik bilgi formu, Beck anksiyete ölçeği, Beck depresyon ölçeği, Arizona cinsel yaşantılar ölçeği, beden algısı ölçeği, Rosenberg benlik saygısı ölçeği ve Minnesota çok yönlü kişilik envanteri uygulanarak elde edilmiştir. Verilerin analizinde Student's t testi, Mann Whitney U testi, Pearson ki-kare test, Fisher's exact test ve Fisher-Freeman-Halton exact testi ile Spearman korelasyon analizi kullanıldı ve  $p < 0,05$  anlamlı olarak kabul edildi.

Çalışmanın sonuçları değerlendirildiğinde obez bireylerde normal kilolu bireylere göre anksiyete ve depresyon skorlarının daha yüksek, benlik saygısı düzeyinin ise daha düşük olduğu görülmüştür. Obez bireylerde beden algısı skorları daha düşük olup bozuk beden algısı oranı daha yüksek saptanmıştır. Obez bireylerde cinsel hayat kalitesi daha kötü ve cinsel disfonksiyon sıklığı daha yüksek oranda saptanmıştır. MMPI alt ölçek skorları açısından incelendiğinde F, Hs, D, Hy, Pd, Pa, Pt, Sc ve Si skorları obez bireylerde daha yüksek saptanırken, K alt ölçek skoru normal kilolu bireylerde daha yüksek olarak saptanmıştır. Bu veriler ışığında bariatrik cerrahi planlanan obez bireylerin operasyon öncesi psikososyal açıdan da değerlendirilmeleri gerektiği düşünülebilir. Bu sayede hasta seçimi daha doğru yapılabilir, tedavi sürecine uyum ve uzun vadede tedavi başarısı daha yüksek oranlara çıkarılabilir.

**Anahtar Kelimeler:** obezite, bariatrik cerrahi, anksiyete, depresyon, benlik saygısı, beden algısı, cinsel hayat kalitesi, minnesota çok yönlü kişilik envanteri

## GENERAL KNOWLEDGE

Name and Surname : Esra EKİNCİ  
Field : Psychology  
Program : Applied Psychology  
Supervisor : Assistant Professor Pervin Sevda BIKMAZ  
Degree Awarded and Date: Master – September 2014

## ABSTRACT

The purpose of this study is investigate the frequency of anxiety and depression, the level of self-esteem and body image, the quality of sexual life and personality traits in morbidly obese patients candidates to bariatric surgery.

The sample of study is composed with 60 morbidly obese patients and 63 normal weight healthy volunteers. Data were obtained by the tests administered to all participants including Beck Anxiety Inventory, Beck Depression Inventory, Arizona Sexual Experiences Scale, Body image scale, Rosenberg self-esteem scale and Minnesota Multiphasic Personality Inventory. Student's t test, Mann Whitney U test, Pearson chi-square test, Fisher's exact test, Fisher-Freeman-Halton exact test, Spearman correlation analysis were used as statistical methods and  $p < 0.05$  was considered statistically significant.

According to the results of study the obese group had higher anxiety and depression scores and lower levels of self-esteem than normal weight healthy. Lower body image scores and a higher proportion of distorted body image were obtained in obese individuals. In obese patients sexual quality of life was worse and the frequency of sexual dysfunction was higher than normal weight group. When examining the MMPI scores; F, Hs, D, Hy, Pd, Pa, Pt, Sc and Si scores were higher in obese group than normal weight group while K score was higher in normal weight group than obese group. According to this study, preoperative evaluation of the psychosocial aspects in morbidly obese patients seeking bariatric surgery may be considered as a necessary. In this way the patient selection can be made more accurate, the treatment compliance may be better and the success of treatment in the long term may be higher.

**Keywords:** obesity, bariatric surgery, anxiety, depression, self-esteem, body image, sexual quality of life, minnesota multiphasic personality inventory

# 1. GİRİŞ

Obezite, vücutta anormal derecede yağ birikmesi olarak tanımlanmaktadır. Obezite, beden kitle indeksi ( $\text{kg/m}^2$ ) yardımı ile şiddetine göre gruplandırılabilir. Sıklığı gün geçtikçe artma eğiliminde olan obezite, birçok metabolik ve psikiyatrik hastalıkla ilişkili olarak değerlendirilmiştir. Obezite sıklığının son yıllarda bu derece hızlı bir şekilde artmasının altında yatan sebeplerin başında yanlış beslenme, hareketsiz yaşam ve bunlara eşlik eden genetik ve çevresel faktörler yatmaktadır. Endüstrileşmenin gelişmesi ile insan gücüne duyulan ihtiyaç gün geçtikçe azalmakta, insan gücü yerine makine gücü tercih edilmekte bu da insanları hareket halinde oldukları bir işten alıkoyup hareketsiz bir şekilde yürüttükleri işlerle meşgul olmalarına sebep olmaktadır. Benzer şekilde fast food kültürünün de iyice oturması ile beslenme alışkanlıkları da gün geçtikçe değişmektedir.

Geçmişten günümüze birçok konuda olduğu gibi obeziteye bakış açısı ve obeziteyi algılayış biçiminde de belirgin değişiklikler meydana gelmiştir. Obezite eskiden zamanın koşulları olan açlık ve kıtlık sebebiyle sağlıklı olmanın ve zenginliğin göstergesi olarak kabul görünürken, günümüzde çok ciddi hastalıkların oluşmasında ciddi bir etken olarak görülmekte ve bir sağlık problemi olarak ele alınmaktadır. Obezite ile ilişkilendirilen metabolik hastalıklara bakıldığında diyabet, hipertansiyon, hiperlipidemi, kalp, akciğer, böbrek ve karaciğer hastalıkları göze çarpmaktadır. Obezite aynı zamanda anksiyete, depresyon, düşük benlik saygısı ve düşük beden algısı ve psikopatolojik birçok durum ile de ilişkilendirilmiştir. Obez bireylerde cinsel hayat kalitesinin düşüklüğü de beklenen bir durum olarak değerlendirilmiştir.

Obezite tedavisinde ilk seçenekler diyet ve egzersiz olarak göze çarparken, bu metodlarla kilo vermekte başarısız olan bireyler ilaç tedavisi ile takip edilebilir ya da son zamanlarda sıklıkla başvuru alan bir yöntem olan obezite cerrahisi denenebilir. Obezite cerrahisi operasyon ve operasyon sonrası sürecin zorlukları ve riskleri nedeniyle sadece uygun hastalarda tercih edilmelidir. Obez bireylerde kilo vermek kadar verilen kiloların yeniden geri alınmaması da çok önemlidir. Psikiyatrik tedaviler son zamanlarda obez bireylerde sıklıkla başvuru alan bir diğer tedavi yöntemidir. Bu tedavi ile obez bireylerde davranış değişikliklerinin sağlanması kolaylaşır ve bireylerde yeni bir yaşam standardı oluşturulmaya çalışılır. Obez bireylerde tabloya eşlik etmesi muhtemel psikiyatrik süreçler de dikkate alındığında psikiyatrik tedavilerin tedavide ne derece önemli bir yer tuttuğu daha iyi anlaşılacaktır.

## 1.1. Problem durumu

Obezite son on yıllar içinde görülme sıklığı giderek artan ve son yıllarda tüm dünyada bir epidemi haline gelen bir sağlık sorunudur ve hayatı tehdit eden birçok hastalık ile ilişkilidir.

Obezite gelişiminde yaş, cinsiyet, ırk, genetik, psikolojik ve çevresel faktörler, bazı hormonal ve metabolik hastalıklar, eğitim düzeyi, medeni durum, sigara, alkol gibi birçok etken rol alır. Son yıllarda obeziteye eğilimi arttıran beslenme alışkanlıklarının (az sayıda ve çok miktarda beslenme, yağ içeriği yüksek gıdalar tüketme, sebze ve meyveden zayıf beslenme, fast food beslenme tarzının daha sık tercih edilmesi ve gece yemek yeme gibi) yaygınlaşması ve endüstrileşme ile birlikte fiziksel aktivitede azalma olması obezite gelişme hızını artırmıştır.

Obezite ve mortalite arasında sıkı bir ilişki olduğu bilinmektedir. Obez bireylerde kalp damar hastalıkları, diyabet, böbrek ve karaciğer hastalıkları ve kanser gelişme riskinin obez olmayan bireylere göre daha fazla olduğu kabul edilmektedir.

Obezitenin önlenmesi veya gelişmiş olan obezitenin geriletilmesi için doğru beslenmek ve düzenli egzersiz yapmak en önemli noktadır. Bu yöntemlerin yetersiz kaldığı durumlarda ilaç tedavisi ve davranış tedavilerinden faydalanılır. Obezite cerrahisi bu yollarla kilo veremeyen obez bireylerde son yıllarda gittikçe daha sık tercih edilen bir seçenektir.

Obezite cerrahisi adayı olan morbid obez bireylerde, bariatrik cerrahinin uzun vadede amacına ulaşabilmesi için operasyon kararı alınmadan önce doğru hasta seçimi yapılması ve operasyon sonrası sürecin daha sağlıklı bir şekilde sürdürülmesi için hastaların psikososyal parametrelerin de değerlendirilmesi gerektiği düşünülmektedir. Bu çalışmanın amacı bu parametreleri operasyon öncesi dönemde incelemektir.

## **1.2. Problem cümlesi**

Morbid obez bireylerde anksiyete, depresyon, benlik saygısı ve beden algısı düzeyleri, cinsel hayat kalitesi ve kişilik özellikleri normal kilolu bireylerden farklı mıdır ve araştırmada kullanılan demografik değişkenlerle bir ilişkisi var mıdır?

## **1.3. Araştırmanın amacı ve önemi**

Obezite cerrahisinde başarı ameliyat sonrası kaybedilen kilolarla olduğu kadar takip eden süreçlerde kaybedilen kiloların geri alınmaması ile de ilişkilidir. Dolayısıyla obezite cerrahisi öncesi değerlendirme sürecinde bireylerin operasyondan sonraki süreçte verilecek olan önerileri yapabilecek mental ve psişik yeterliliklerinin ölçülmesi, psikososyal açıdan cerrahiye ne derece uygun olduklarının araştırılması ve uygun hastaların seçilmesi gerekmektedir.

Araştırmanın amacı obezite cerrahisi için uygun görülen morbid obez hasta grubunda anksiyete, depresyon, benlik saygısı ve beden algısı düzeylerini belirlemek, cinsel hayat kalitesi ve kişilik özelliklerini incelemektir. Araştırmanın önemi, obezite cerrahisi için başvuran adayların operasyon için uygunluk ve operasyon sonrası sürdürülebilir kilo verme durumu



açısından, bireylerin fiziksel, sosyal, psikiyatrik ve psikososyal açıdan da değerlendirilmesi ve bunun operasyon öncesi rutin incelemeler arasında yer alması gerektiğini öngörmesidir.

#### **1.4. Araştırma soruları**

- 1- Obez bireyler ve obez olmayan bireyler arasında yaş, cinsiyet, çocuk sayısı, medeni durum, anne baba durumu, meslek, eğitim durumu, gelir düzeyi ve beslenme alışkanlıkları açısından anlamlı bir farklılık var mı?
- 2- Obez bireyler ile obez olmayan bireyler arasında değişen duyguduruma göre yemek yeme alışkanlıkları arasında anlamlı bir farklılık var mı?
- 3- Obez bireyler ile obez olmayan bireyler arasında Beck Anksiyete Envanteri (BAE) skoru açısından anlamlı bir farklılık var mı?
- 4- Obez bireyler ile obez olmayan bireyler arasında Beck Depresyon Envanteri (BDE) skoru açısından anlamlı bir farklılık var mı?
- 5- Obez bireyler ile obez olmayan bireyler arasında Beden Algısı Ölçeği (BAÖ) skoru açısından anlamlı bir farklılık var mı?
- 6- Obez bireyler ile obez olmayan bireyler arasında Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ) skoru açısından anlamlı bir farklılık var mı?
- 7- Obez bireyler ile obez olmayan bireyler arasında Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (ACYÖ) skoru açısından anlamlı bir farklılık var mı?
- 8- Obez bireyler ile obez olmayan bireyler arasında Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri (=Minnesota Multiphasic Personality Inventory: MMPI) alt ölçek skorları açısından anlamlı bir farklılık var mı?
- 9- Obez bireylerde MMPI alt ölçeklerindeki patolojik skorlar ile BAE, BDE, BAÖ, RBSÖ ve ACYÖ skorları arasında anlamlı bir ilişki var mı?
- 10- Obez bireylerde BAE, BDE, BAÖ, RBSÖ ve ACYÖ skorları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

#### **1.5. Sayıtlar**

- 1- Katılımcıların ölçek ve envanterleri doğru ve samimiyetle yanıtladıkları varsayılmaktadır.
- 2- Araştırma kapsamında kullanılan veri toplama araçları geçerli ve güvenilir olarak kabul edilmiştir.
- 3- Araştırma kapsamında kullanılan veri toplama araçları araştırmanın amacına yönelik olarak yeterli kabul edilmiştir.

## 1.6. Sınırlılıklar

- 1- Araştırmanın verileri katılımcı sayısı ile sınırlıdır ve katılımcılar 2015 yılı ve İstanbul, Bezmialem Vakıf Üniversitesi Endokrinoloji ve Metabolizma Polikliniğine obezite cerrahisi için başvuran morbid obezler ile sınırlıdır.
- 2- Araştırma verileri katılımcıların ölçek ve envanterlerdeki sorulara verdikleri cevapların doğruluğu ile sınırlıdır.
- 3- Araştırma verileri, çalışmanın amacı doğrultusunda katılımcılara yöneltilen sorularla sınırlıdır.
- 4- Araştırma verileri çalışmada kullanılan istatistiksel yöntemlerle sınırlıdır.

## 1.7. Tanımlar

- 1.7.1. Obezite:** Dünya Sağlık Örgütüne göre obezite vücutta sağlığa zarar verebileceği düşünülen anormal ya da aşırı derecede yağ birikimi olarak tanımlanmıştır (WHO, 1997).
- 1.7.2. Anksiyete:** Otonom sinir sistemi semptomlarıyla birlikte yaygın, hoş olmayan, belirsiz ve öznel bir kaygı durumudur (Tanrısever, 2009).
- 1.7.3. Depresyon:** Bedenin tümü ile ilgili olan duygusal, fiziksel, bilişsel ve davranışsal semptomları barındıran bir hastalıktır. Kişi hüzünlü ve karamsar hisseder, eskiden severek ve isteyerek yaptığı şeylere karşı isteği azalır, gelecekle ilgili düşünceleri karamsar bir yapıya dönüşür, geçmişi hakkında kendini pişman ve suçlu hisseder. Kişinin hayattan aldığı zevk azalır, yaşamak istemez ve intihar ve ölüm düşünceleri vuku bulur (Tanrısever,2009).
- 1.7.4. Benlik saygısı:** Bireyin kendini gerçekçi bir gözle değerlendirmesi, tanınması ve sahip olduğu olumlu veya olumsuz tüm özelliklerini kabul ederek benimsemesi neticesinde kendisine duyduğu saygı, sevgi ve güven duygularını ifade eder (Değirmenci, 2006).
- 1.7.5. Beden algısı:** Beden algısı bireyin beden ile ilgili bilinçli veya bilinç dışı duygularını, düşüncelerini ve işlev, duyu ve hareket algılayışını içeren kişinin bedeninin ve bedenine ait tüm duyularının zihindeki tablosu, insanın kendi kişiliği, değeri ve diğer insanlarla olan ilişkilerinin bir parçasıdır (Gündoğan, 2006).
- 1.7.6. Cinsel fonksiyon bozukluğu:** Kişinin normal cinsel aktivitesinin herhangi bir aşamasında (istek, uyarılma, orgazm), organik, psikolojik ve sosyal pek çok nedene bağlı oluşan güçlüklerdir.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. OBEZİTE

#### 2.1.1. Obezitenin Tanımı

Dünya Sağlık Örgütüne göre obezite vücutta sağlığa zarar verebileceği düşünülen anormal ya da aşırı derecede yağ birikimi olarak tanımlanmıştır (WHO, 1997). Hem gelişmiş toplumlarda hem de gelişmekte olan toplumlarda sıklığı gün geçtikçe artmakta olan obezite sosyal bir problem olmanın yanında birçok hastalığa da sebebiyet vermektedir.

Obeziteyi belirlemek için DSÖ'nün sınıflaması ve beden kitle indeksinden (BKI) yararlanır. BKI, kişinin ağırlığının boyunun karesine bölünmesiyle ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ) hesaplanır. DSÖ'ye göre BKI 30'un üzerinde olanlar obez kabul edilir (WHO, 2013). DSÖ'ye göre obezite sınıflaması Tablo 2.1'de gösterildiği gibidir.

**Tablo 2.1. DSÖ'ye göre obezite sınıflaması**

<b>SINIFLANDIRMA</b>	<b>BKI ( kg / m<sup>2</sup>)</b>
Zayıf	<18.5
Normal	18.5 – 24,9
Pre-obez	25 – 29,9
Obez	$\geq 30$
1. Derece obezite	30,00- 34,99
2. Derece obezite	35,00- 39,99
3. Derece obezite	$\geq 40,00$

#### 2.1.2. Obezitenin Epidemiyolojisi

Obezite tüm dünyada gün geçtikçe bir epidemi haline gelen bir sağlık problemidir. Dünya Sağlık Örgütü verileri incelendiğinde obezitenin son 30 yılda iki kat arttığı görülmektedir. Tahminlere göre 2008 yılında fazla kilolu erişkin sayısının 1,4 milyarı, obez erkek ve obez kadınların sayısının da sırasıyla 200 milyon ve 300 milyonu bulacağı yönündedir. Bu verilere bakarak 2008 yılından itibaren dünyadaki fazla kilolu olma prevalansı %35, obez olma prevalansı ise %11 civarında değerlendirilmiştir (TEMD, 2014).

Gelişmiş toplumlarda bireylerin dörtte birinin obez, dörtte birinin fazla kilolu ve dörtte birinin de normal kilolu olduğu ancak genetik özellikleri nedeniyle obez olma riski yüksek olduğu kabul edilmektedir. Kilosu normal olmasına karşın genetik yapıları obezite gelişimine

eğilimli olan populasyon devamlı egzersiz ve diyet yapma çabası ile mevcut ağırlığını koruyan ama diyet ve egzersiz yapmayı bıraktığı anda tekrar kilo alarak fazla kilolu ya da obez gruba geçiş yapabilen bireyleri kapsar. Bu kişilerdeki metabolik mekanizmalar obez bireylerdekine benzer çalıştığı için, bu grup metabolik obez olarak tanımlanır. Bunun yanında metabolik açıdan normal olup, kilolu ya da hafif obez grubuna dahil edilen bireyler için “sağlıklı obez” terimi kullanılmaktadır (TEMD, 2014).

Amerika Birleşik Devletleri’nde yaş gruplarına ve etnik kökenlerine göre farklılık göstermekle birlikte 1991- 1999 yılları arasında obezite prevalansının %50-70 oranında arttığı belirtilmiştir. ABD Üçüncü Ulusal Sağlık ve Beslenme İncelemesi’ne (NHANES III) göre, ABD’deki son çalışmalarda obezite sıklığı % 30 olarak saptanmış ve 2030 yılında bu sıklığın % 50’ye ulaşabileceği gösterilmiştir. İngiltere’de yapılan çalışmalarda da benzer şekilde 1980 yılından 1991 yılına kadar fazla kilolu bireylerin sıklığı yüzde yirmi beş, obez bireylerin sıklığı yüzde yüz oranında artmıştır (TEMD, 2014).

Türkiye’de de diğer ülkelere paralel bir şekilde obezite sıklığı gün geçtikçe artmaktadır. Ülkemizde obezite sıklığını araştıran birçok çalışma yapılmıştır. Bunlardan biri olan Türkiye Diyabet Epidemiyoloji Araştırma Projesi-I (TURDEP-I) çalışması, 1997-98 yılları arasında 540 noktada, 20 yaş ve daha büyük 24 788 kişi ile yapılmıştır. Bu çalışmada obezite sıklığı genel popülasyonda %22,3, erkeklerde %13 ve kadınlarda %30 olarak saptanmıştır. Yaş gruplarına göre bakıldığında obezite sıklığının otuzlu yaşlarda arttığı, 45-65 yaş aralığında da en yüksek orana ulaştığı gözlenmiştir. Kırsal bölgelerde obezite sıklığı %19,6, kentsel alanda %23,8 olarak saptanmıştır. Coğrafik bölgelere göre bakıldığında ise Güneydoğu Anadolu ve Doğu Anadolu Bölgeleri’nde daha az olduğu görülmüştür. Bu çalışmadan 12 yıl sonra aynı noktalarda 26 500 kişinin dahil edildiği TURDEP-II çalışmasına göre ise obezite prevalansı genel popülasyonda %35, kadınlarda %44 ve erkeklerde %27 olarak saptanmıştır. 12 yıl arayla yapılan bu iki çalışma kıyaslandığında obezite sıklığının % 40 oranında artarak %22,3’ten, %31,2’ye çıktığı tespit edilmiştir. Obezite sıklığı her iki cinsiyette de yirmili yaşlardan ellili yaşlara kadar giderek artmakta, sonraki yaşlarda ise azalarak devam etmektedir. Yaklaşık 25 000 kişinin tarandığı Türkiye Obezite ve Hipertansiyon Araştırmasında (TOHTA) obezite prevalansı kadınlarda %36, erkeklerde %21,5 ve genel toplumda ise %25 olarak tespit edilmiştir. Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri (TEKHARF) çalışmasında ise 1990’dan 2000 yılına kadar ülkemizde obezite prevalansının kadınlarda %36, erkeklerde %75 oranında arttığı, 2000 yılında obezite prevalansının erişkin kadınlarda %43, erkeklerde ise %21,1 olduğu bildirilmiştir (TEMD, 2014).

### **2.1.3. Obezite Gelişimini Etkileyen Faktörler**

Obezite ile ilgili epidemiyolojik çalışmalar incelendiğinde obezite gelişiminde yaş, cinsiyet, ırk, genetik, medeni durum, eğitim düzeyi, fiziksel aktivite azlığı, beslenme alışkanlıkları, sigara ve alkol kullanımı ve aktivite azlığı gibi yaşam tarzı biçimlerinin, psikolojik ve çevresel faktörler ve bazı hormonal ve metabolik hastalıkların etkili olduğu görülmektedir. Bunların içinde fiziksel aktivite azlığı ile sağlıksız, düzensiz ve dengesiz beslenme obezite gelişiminde en sık etkenler göze çarpmaktadır (SB-THSK, 2013).

#### **2.1.3.1.Yaş**

Vücuttaki yağ doku miktarını, yağ doku hacmi ve yağ dokusu hücrelerinin sayısı belirler. Yağ hücresi sayısı, doğum öncesi dönemden başlayarak ergenlik dönemine kadar artış gösterir. Ergenlik dönemine kadarki süreçte gelişen obezite, yaş ilerledikçe hem bazal metabolizmanın azalması hem de enerji tüketiminin azalması nedeniyle genelde erişkinlik dönemine yansır (Memiş, 2004).Yaşın ilerlemesi ile obezite prevalansında belirgin bir artış görülür. En yüksek vücut ağırlığı her iki cinsiyet için de 25-40 yaş arasında görülür (Doğan, 2012).

#### **2.1.3.2.Cinsiyet**

Obeziteye her iki cinsiyette rastlanmakla beraber, vücutta yağ depolama miktarı daha fazla olduğundan kadınlar obez olmaya daha eğilimlidirler (Yücel, 2008). Kızların puberteden sonra erkeklerden daha fazla kilo almaları, gebelik ve emzirme dönemlerinde ayrıca kilo almaları ve bu kiloları vermekte sıkıntı yaşamaları erkeklere oranla obeziteye daha yatkın olmalarını açıklar (Kokino, Özdemir ve Zateri, 2006).

#### **2.1.3.3. Genetik faktörler**

Genetik faktörlerin obezite gelişimi üzerinde olan etkisini göstermek amacıyla, özellikle ikizler üzerinde birçok çalışma yapılmıştır. Bu çalışmalar neticesinde obezitenin %25-40 arasında bir oranda genetik olarak aktarıldığı saptanmıştır. Beslenme biçimi, enerji alımı, metabolizma hızı ve fiziksel aktivite azlığı gibi parametrelerde de genetik faktörlerin etkisi mevcut olup bunlar da obeziteye sebebiyet vermektedir. Aynı ortamda yaşamasına ve benzer şekilde beslenmesine rağmen, vücut ağırlığında meydana gelen farklılıkların obeziteye yatkınlık oluşturan genetik kökündeki farklılıklara dayandığı kabul edilir (Atkinson, 2005). Çalışmalarda kendi ailesiyle yetişen ve evlatlık verilen ikizlerin, ayrı çevrelerde yetişmelerine rağmen benzer şekilde obez oldukları gösterilmiştir. Aynı zamanda çocuklardaki yağ oranının

ve vücuttaki yağ dağılımının ailelerininkine benzediği görülmüştür. Obez ebeveynlerin çocuklarında obezite gelişme ihtimali obez olmayan ebeveynlerin çocuklarında obezite gelişme ihtimalinden 2-3 kat daha fazla olduğu gösterilmiştir (Çayır, 2009). Bir başka çalışmada ise hem annesi hem de babası obez olan çocuklarda obez olma sıklığı %80, anne ya da babasından biri obez olan çocukların obez olma sıklığı %40 ve anne ve babası obez olmayan çocukların obez olma sıklığı %7 olarak tespit edilmiştir (Tezcan, 2009).

#### **2.1.3.4.Eğitim düzeyi**

Eğitim düzeyi ve obezite gelişimi arasındaki çift taraflı ilişki birçok çalışma ile gösterilmiştir. Gelişmiş toplumlarda eğitim düzeyi ve gelir azaldıkça obezite düzeyinin arttığı kabul edilir (TEMD, 2014). Baugman ve ark.'nın yaptıkları çalışmada obez bireylerde düşük eğitim düzeyi ile BKİ ilişkili bulunmuştur (Baugman ve diğ., 2003). Ülkemizde yapılan bir çalışmada da eğitim düzeyi ile obezite görülme sıklığı arasında ters orantı şeklinde bir ilişki saptanmış (Akman, Budak ve Kendir, 2004). Kır ve ark yaptıkları çalışmasına göre öğrenim düzeyinin artmasıyla obezite görülme sıklığı artarken, Çayır ve ark.'nın çalışmasında öğrenim düzeyi arttıkça obezite görülme sıklığının azaldığı görülmektedir (Kır ve diğ., 2004, Çayır, 2011). İspanya'da yapılan bir çalışmada da eğitim düzeyi arttıkça obezite riskinin azaldığı gözlenmiştir (Soriguer ve diğ., 2004). Eğitim düzeyini liseden az ve liseden fazla olarak ikiye ayırıp değerlendiren bir çalışmada, lise eğitiminden daha az eğitim gören bireylerde daha düşük oranda obeziteye rastlanmıştır (Himes ve Reynolds, 2005). Hekim ve hemşireleri dahil edilmiş olduğu bir çalışmada hekimlerde eğitim düzeyinin obezite ile ilişkili olduğu ama hemşirelerde aynı durumun geçerli olmadığı belirtilmiştir (Efil, 2005). Bu çalışmaların yanında eğitim düzeyi ve obezite arasında herhangi bir ilişki gözlenmeyen çalışmalar da mevcuttur (Tezcan, 2009; Hamurcu, 2014).

#### **2.1.3.5.Sosyoekonomik düzey**

Obezite ile sosyoekonomik düzey arasındaki ilişkiyi inceleyen farklı çalışmalarda farklı sonuçlar elde edilmiştir. Bazı çalışmalarda sosyoekonomik düzeyin iyileşmesiyle obezite sıklığında artış olduğu saptanırken, bazı çalışmalarda ise bunun tam tersi iddia edilmiştir. Az gelişmiş ve gelişmekte olan toplumlarda bol karbonhidrat tüketimi, öğün atlanması ve bazı öğünlerde fazla besin alınmasına bağlı olarak obezite gelişmektedir. Gelişmiş ülkelerde ise düzenli ve dengeli beslenme bilincinden yoksun olan düşük sosyoekonomik düzeyi oluşturan popülasyonda hem yanlış beslenmeye hem de ileri teknolojinin getirdiği makineleşme ile daha az hareket etmeye bağlı obezite geliştiği kabul edilebilir.

### **2.1.3.6.Fiziksel aktivite**

Teknolojinin ilerlemesiyle makineler, insanların yapabileceği işleri yapmaya başlamış ve böylelikle insanların günlük fiziksel hareketleri kısıtlanmıştır. Ayrıca gün geçtikçe fizik gücünden çok beyin gücüne dayalı işlerin artmasıyla birlikte insanların hareket alanları da azalmaya başlamıştır. Bireylerin içinde buldukları hareketsiz bir yaşantı ve harcadıklarından çok aldıkları enerji, vücut yağ kitlesinde artışa ve dolayısıyla da obeziteye yol açmaktadır (Özer, 2001). Ülkemizde yaşları 20-29 arasında değişen kadınların dahil edildiği bir çalışmada aktivite düzeyi çok hafif ve hafif olanların oranı % 50, aktivite düzeyi orta olanların oranı % 45 olarak gözlenmişken, ortanın üzerinde aktivite düzeyine sahip olanların oranı sadece % 5 olarak saptanmıştır. Fiziksel aktivite erkeklerde kadınlardan daha fazla ama yaşın ilerlemesiyle erkeklerde de azalmaktadır (Baysal,2008).

Televizyon izleme, seyirle beraber yemek yeme aktivitesi ve sedanter yaşam obezite riskini arttıran diğer faktördür. Televizyon izlerken atıştırma davranışı ve televizyon izlerken yenen besinlerin yüksek yağ, şeker ve tuz içermesi enerji alımı ve harcanması arasındaki dengesizliği arttırarak obezite riskini arttırır (Atkinson,2005). Kadınların televizyon seyretme ve diğer hareketsiz yaşam tarzı alışkanlıkları ile obezite arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla BKİ'yi 30'un altında olan 50 277 kadının dahil edildiği ve 6 yıl takip edildiği bir araştırmada, kadınların %7,5'inde obezite geliştiği, TV seyredilen sürede günde 2 saatlik her artışın obezite riskinde %23, oturarak yapılan iş süresinde günde 2 saatlik her artışın da obezite riskinde %5'lik artışa neden olduğu, günde 1 saatlik sıkı yürüyüş seanslarının ise obezite riskinde %24'lük azalma sağladığı gösterilmiştir (Hu ve diğ., 2003). Bir diğer çalışmaya göre ise ev kadınlarında obezite sıklığı çalışan kadınlara oranla 2 ila 2,5 kat daha sık saptanmıştır (Apay ve Pasinlioğlu, 2009).

### **2.1.3.7.Beslenme alışkanlıkları**

Ülkemizde beslenme durumu coğrafik konumdan, mevsimlerden, sosyoekonomik düzeyden ve yerleşim yerinden etkilenir. Günlük enerjinin yaklaşık yarısını tüm dünyada temel gıda olması sebebi ile tahıllar oluşturmaktadır. Hangi gıdaların ne derece tüketildiğine bakıldığında zamanla süt, yoğurt, ekmek, taze sebze ve meyve ve et tüketiminde azalma olduğu, bunun yanında yumurta, şeker ve kuru baklagil tüketiminde artma olduğu görülmektedir. Zamanla katı yağ tüketimine oranla bitkisel sıvı yağ tüketiminde artış olduğu ama tüketilen toplam yağ miktarında belirgin bir değişiklik olmadığı görülmektedir (Ulusal Gıda Ve Beslenme Stratejisi Çalışma Grubu Raporu, 2001). Yağ içeriği yüksek gıdaların daha lezzetli olması sebebi ile diyetle yağ alımının artması da obezite gelişim riskini arttırır. Sebze ve meyve

tüketiminin azalması, ev dışı iş yemeklerinin sıklaşması, hızlı yemek yeme ve gece yemek yeme alışkanlığı obeziteye neden olan diğer faktörler olarak gösterilmektedir. Az sayıda ve çok miktarda yemek yeme esnasında salgılanan insülin miktarı, sık sık ve az az yemek yeme esnasında salgılanan insülin miktarından daha fazladır ve bu durum obeziteye eğilimi artırır (Doğan, 2012).

Bebeklik dönemindeki beslenme tarzı sonraki yıllardaki beslenme alışkanlıklarını etkiler. Anne sütü ile beslenmek obeziteden korunurken süt çocukluğu yıllarındaki doğal olmayan ve karışık beslenme alışkanlıkları tam ters etki gösterir. Vücut ağırlığını etkileyen bir diğer şey de öğünlerin sıklığı ve düzenidir. Obezite, gün içinde bir veya iki öğüne sıkıştırılmış düzensiz beslenme alışkanlığı olan kişilerde, düzenli bir şekilde günde 3 veya daha fazla öğünde besin alan kişilere göre daha fazla görülmektedir (Kabalak, 1995:107-137).

#### **2.1.3.8. İlaçlar**

Bazı ilaçlar ya iştah artışıyla beraber kilo alımını artırarak ya da enerji kaybında azalmaya yol açarak obezite gelişiminde rol oynar (Doğan, 2012).

Obeziteye neden olan ilaçların bir kısmı aşağıda listelenmiştir:

- Antidepresanlar: Amitriptilin, doksepin, mirtazapin, imipramin, nortriptilin, fenelzin, SSRI'lar
- Duygudurum düzenleyicileri: Lityum, valproik asit, karbamazepin
- Antipsikotikler: Klorpromazin, klozapin, tioridazin, olanzapin, sertindol, risperidon, trifluperazin, flufenazin
- 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

#### **2.1.3.9.Sigara**

Sigara tiroit stimulan hormon aktivitesi ve metabolizmasını artırır ve bu da enerji harcanmasını kolaylaştırır. Sigaranın bırakılması ile bu etki geriye döner, iştah açılır ve kilo alımı kolaylaşır (Sims, 1989). Sigarayı bırakan birinde, sigara içmeyen birine göre obezite gelişme riski iki kat daha yüksek kabul edilir (Doğan, 2012). MONICA (Monitoring of Trends



and Determinants in Cardiovascular Disease) çalışmasına göre BKİ 35-64 yaş arasındaki popülasyonun sigara içen grubunda sigara içmeyen gruba göre 2-3 kat daha düşük bulunmuştur (Yücel, 2008). Tütün bağımlısı olan bireyler incelendiğinde güçsüzlük yetersizlik, edilgenlik ve güvensizlik duyguları ile “oralite” suçluluk, günahkârlık, çekingenlik ve utangaçlık duyguları ile “ödipal özelliklerine sahip oldukları varsayılır. Öte yandan psikodinamik açıdan tütün bağımlılığı olanlarda bağımlılık, güvensizlik, yetersizlik, güçsüzlük, edilgenlik duyguları ile “oralite”, çekingenlik, utangaçlık, suçluluk, günahkârlık duyguları ile “ödipal” özelliklerin daha çok olduğu ileri sürülür. Sigarayı bırakan bireyler oral doyum maksadıyla sigaranın yerine koyabilecekleri yüksek kalorili besinler tüketmeye başlarlar ve bu da obezite gelişme riskini arttırır (Tezcan, 2009).

#### **2.1.3.10. Alkol**

Alkol kullanımı ile obezite gelişimi arasındaki ilişki net değildir. Çalışmanın birinde tüketilen alkol miktarı arttıkça BKİ'nin arttığı fakat az miktarda ve sık alkol alımının BKİ'ni azalttığı saptanmışken (Tolstrup ve diğ., 2005), bir başka çalışmada alkol kullanımı ile obezite gelişimi arasında bir ilişki bulunmamıştır (Çayır, 2009).

#### **2.1.3.11. Stres**

Emosyonel stres, sosyal ve ekonomik problemlerin doğurduğu bunalım ve gerginlikler, mental hastalıklar ve depresyon bireyleri hem kolay besinleri tercih etmeye hem de hızlı yemeye yöneltir. Bu durum yemek alışkanlıklarını olumsuz etkileyerek obezite gelişme riskini arttırır (Yücel, 2008). Araştırmalar depresyon vakalarının % 10-20'lik kesiminin beden ağırlık artışı ile ilişkili olduğunu göstermektedir (Atkinson, 2005).

#### **2.1.3.12. Psikolojik Durum**

Obez bireyler incelendiğinde kilo alımı ile psikolojik durumları arasında sıkı bir ilişki olduğu görülmektedir. Hipotalamustaki yeme ile ilgili merkezlerin anksiyete, depresyon ve stres gibi durumlarda etkilenmesi yeme alışkanlıklarının değişmesine ve obezite gelişimine sebebiyet verir (Doğan, 2012). Yeme davranışı kişinin duygudurumdaki değişikliklere göre şekillenir. Anksiyete, neşe, üzüntü, öfke ve depresyon gibi farklı duygular yeme alışkanlığını etkiler. Hangi yemeğin ne kadar yeneceği ve ne sıklıkla yemek yiyileceği ruhsal durumla yakın ilişki içindedir. Duygudurum değişkenleri ile bağlantılı olan yemek yeme davranışı “emosyonel yeme” olarak tanımlanır. Bu durumun vücut ağırlığı ile olan ilişkisini gösteren birçok çalışma mevcuttur. Yapılan çalışmalar incelendiğinde yeme miktarının depresyon, sıkıntı ve yorgunluk

esnasında arttığı; ağrı, gerilim ve korku esnasında ise azaldığı görülmektedir (Eren ve Erdi, 2003). Yapılan bir çalışmada yetişkin kadınların %83,8'inin üzüntülü ve stresli olduklarında, %49,6'sının sevinçli ve heyecanlı olduklarında besin alımlarında değişiklik yaptıkları, üzüntülü ve stresli olduklarında daha çok ve sık yemek yiyenlerin BKİ değerlerinin, değişiklik yapmayan ve besin alımlarını azaltan kadınlardan önemli düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur (Atkinson, 2005).

Obezitenin gelişiminde etkin rol oynayan yeme tutumları incelendiğinde bunun sadece yeme ile alakalı olmadığı, bu süreçlerin altında farklı psikodinamik süreçler bulunduğu görülmektedir.

#### **2.1.3.12.1. Öğrenme Kuramına Göre Obezite**

Bireylerin yaşam boyu beslenme biçimini erken çocuklukta edinilen deneyimler belirgin bir şekilde etkilemektedir. Bebeklerin doğum sonrası ağlamalarının veya rahatsızlıklarının anneleri tarafından sıklıkla biberon ya da emzirmele karşılanması, bebeklerin oral doyum ve yaşantı açlığını koşullandırarak, yaşamları boyunca stresle karşı karşıya kaldıklarında oral doyum ihtiyacı duymasına neden olmaktadır. Bu koşullanmış davranış şekli de ilerleyen yıllarda obeziteye neden olabilmektedir (Parlak, 2006). Çocukluk dönemlerindeki bu süreçler çocukta açlık ve keyifsizlik duygularının birbirine karışmasına ve bu da yemek yiyerek rahatlamaya çalışmasına sebep olur. Bu alışkanlık bir süre sonra obezite gelişimine sebep olur. Obezite gelişmesi durumunda ise kişinin beden algısı bozulur ve bu da stresi doğurur. Stres ise kişinin daha çok yeme davranışı göstermesine ve obezitenin daha da belirgin hale gelmesine neden olur (Sobal ve Stunkard, 1989).

Ebeveynler tarafından yeme davranışının küçük yaşlardan itibaren pekiştirilmesi, yemek yediği için ödüllendirilen çocukların bu ödülleri kazanmak için daha fazla yemek yeme isteği duymasına ve bu da obezite gelişimine neden olur. Çocukların kişisel gelişimleri sürecinde, ebeveynlerin çocukların kendini denetleme yeteneklerini göz ardı edip, yeme davranışı üzerine çocuklara aşırı baskı kurmaya çalışmaları, çocuklarda yeme davranışına yönelik kişisel denetimlerin gelişmesini önler. Ailelerin çocuklardaki yeme davranışları üzerindeki bu denetimi ortadan kalktığında kişisel denetimleri yetersiz kalan çocuklar fizyolojik açlık uyarılarına göre değil diğer dış yiyecek uyarılarına bakarak daha fazla yeme davranışı sergilerler (Ozmen, 2007).

Çocukların hayatlarındaki en güçlü model anne babalarıdır. Anne babası şişman olan çocuklarda günlük aktiviteler ve etkinliklerin genelde yemek yeme üzerine şekillendirilmesi bu

çocuklarda spor ve egzersiz gibi alışkanlıkların yetersiz kalmasına ve çocuklarda obezite gelişme riskini artıran bir yaşam biçiminin yaşanmasına sebep olur (akt. Tezcan, 2009).

#### **2.1.3.12.2. Psikanalitik Kurama Göre Obezite**

Psikanalitik teorilere göre obez bireyler psikoseksüel gelişimde oral döneme fiksedirler ve bu bireylerin çözümlenmemiş bağımlılık gereksinimleri vardır. Oral döneme fikse olmalarından ötürü bu bireyler iyimser veya karamsar, hırslı, bağımlı ve sabırsızdırlar. Freud'a göre belirli dönemlere özgü belirli dürtüler vardır. Oral, anal ve genital olarak tanımlanan bu dönemlerden yeme alışkanlıkları ve obezite ile ilişkisi en belirgin olan dönem doğum sonrası ilk bir yılı ifade eden oral dönemdir. Ağız ve ağız çevresi bölgeler bu dönemde haz veren ve doyum sağlayan bölgelerdir. Oral bölge ve çevresinin belirgin işlevi emme, çiğneme ve yutma esnasında ortaya çıkan içe alımdır (Wilson, 1992). Bu dönemde yeme konusunda anne ile bebek arasındaki alışverişteki dengesizlik yeme bozukluklarının temelini oluşturmaktadır. Şişmanlığın temelinde annelerin çocuklarının yemelerine yönelik zorlayıcı yaklaşımlarının etkisinin olduğu belirtilmiştir (akt. Tezcan, 2009).

Psikanalitik teorilere göre obez bireyler edilgen bağımlı özelliklerinden ve alternatif bir baş etme yöntemi bulamadıklarından dolayı anksiyete ve depresyon ile baş etme yöntemi olarak aşırı yeme eylemini tercih ederler. Bu tepki uyumlu olmayan ve uyumu bozan bir tepkidir. Obez hastaların psikanaliste başvuru sebebi genelde obezite olmaktan çok depresyon veya fobi gibi nörotik semptomlardır. Psikanalitik araştırmalarda kişilik bozukluklarının psikosomatik bir belirtisi olarak değerlendiren obezitenin gelişmesinde birçok faktör rol oynar. Bu faktörler genetik, nörolojik, biyokimyasal, endokrinolojik ya da sosyolojik faktörler olabilir. Kısıtlayıcı anorektikler, bulimik ve anoreksik hastalarda olduğu gibi obezlerde de şişman olma korkusu mevcuttur ve bu korku psikodinamik çatışmalar doğurur. Obez bireyler içgüdüsel aşırı kontrolden ziyade içgüdüsel zevkle ego çatışmalarını kontrol altına almaya çalışırlar. Obez bireyler obez oldukları için bir suçluluk duyarlar ama bunu kusma ya da ilaç kullanarak değil dürtülerini kontrol edememenin sorumluluğunu inkar ederek örtmeye çalışırlar. Kişisel kontrolleri yetersiz ve egoları etkisiz olan obez bireyler sürekli bir diyet girişimi içindedirler. Psikanalitik kurama göre obezite kişilik bozukluklarına eşlik edebilen, altta yatan dürtü bozukluğunun bir göstergesi olan bir semptom kompleksidir (akt. Tezcan, 2009).

Psikanalitik bakış açısına göre obez bireylerde ödipal rekabetten vazgeçme, dişiliği inkar etme, erkeksi saldırganlığa karşı korunma ve fallusun içe alınması gibi fanteziler, kaybedilen herhangi bir şeyi yeniden kazanma adına yemek, depresyon ve can sıkıntısına karşı yemek, anne sevgisinin yerine koymak için yemek gibi psikodinamik ve bilinçaltı çatışmalar

görülmektedir (Wilson, 1992:81-95). Obezlerle ilgili yapılan beden algısıyla ilgili çalışmalardan çıkan sonuca göre obezlerde, anoreksik hastalarda olduğu gibi şişman olma korkusu ve zayıf olma takıntısı mevcuttur. Çözemeyeceği bir problemi rasyonalize etmeye çalışan obez bireyler obez olmalarından dolayı rahatsız olmadıklarını söyleyerek aşırı bir inkar içinde olduklarını göstermiş oluyorlar (Wadden, 2003).

Obez bireylerin aile yapıları incelendiğinde bu bireylerin çocukları ile aşırı ilgilenen kişiler olmaktan uzak olup normal ebeveyn rolünü üstlenmeyen, bu sorumluluklarını ihmal eden ve çocuğu ilgisiz bırakan bireyler oldukları görülmüştür. Obez bireyler incelendiğinde, bu bireylerin çocukluk çağında obeziteye yol açan bazı aile davranışlarının, gelişimsel çatışmalar ve özdeşim sorunlarının olduğu görülmektedir. Obez bireylerin etkili bir şekilde tedavi edilebilmesi için dürtü kontrol bozuklukları, bağımlı kişilik yapısı ve çocukluk alışkanlıklarının iyice irdelenmesi gerekir. Şişmanlık bir bağımlılık olarak değerlendirilir ve bu duruma genelde tırnak yeme, parmak emme, enürezis ve enkoprezis gibi dürtü bozuklukları eşlik eder.

Obez bireylerin ego yapılarında inkar, yer değiştirme, bölünme, bilinçten uzak tutma, dışsallaştırma, ve yalan söyleme gibi savunma mekanizmaları önemli yer tutar. Bu bireyler çocukluk döneminde dürtü bozuklukları ve alışkanlıklarla mücadele ederken kullandıkları savunma mekanizmalarının benzerlerini yeme bozukluklarında da kullanırlar (Wadden, 2003:229-248). Obez bireyler genelde suçlu hissetmeye karşı özellikle herkesi potansiyel eleştiren kişi gibi gördükleri için katı bir savunma geliştirirler. Kendileriyle alay etme, espri yapma obez bireylerin diğer insanlardan gelen eleştirilere karşı geliştirdikleri birer savunma mekanizmalarıdır. Obez bireyler genelde sabırsız, büyüsel düşüncelere inanan, doymak bilmeyen ve kararsız bireylerdir. Herhangi bir konuda başarısız olduklarında açlık korkusu hızlı bir şekilde kendini göstermeye başlar (Wadden, 2003).

#### **2.1.4. Obezitenin yol açtığı sağlık sorunları**

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre fazla kiloluluk ve obezite küresel ölüm riskleri sıralamasında en sık 5. etkindir ve her yıl yaklaşık 2,8 milyon kişinin hayatını kaybetmesine neden olur. Obezite diyabet, hipertansiyon, kolesterol yüksekliği, kalp hastalıkları ve uyku apne sendromu gibi birçok hastalıkla ilişkilendirilmiştir. Obezite ve mortalite arasındaki ilişkiyi inceleyen birçok çalışmanın dahil edildiği bir meta analize göre BKİ'ndeki 5 birimlik artış mortalitede genel olarak %30'luk bir artışa, kalp ve damar hastalıklarında %40 oranında, diyabet, böbrek ve karaciğer hastalıklarında %60-120 oranında bir artışa, kanser gelişiminde %10'luk bir artışa, akciğer hastalığı ve tüm diğer durumlar için ise mortalitede %20 kadar bir artışa neden olduğu saptanmıştır (Whitlock ve diğ., 2009).

Obezitenin ilişkili olduğu durumlar aşağıdaki tablo 1.2.'de gösterilmektedir.

**Tablo 2.2. : Obezite ile ilişkili sağlık problemleri:**

<b>Kalp Damar Sistemi</b>	Hipertansiyon
	Koroner kalp hastalığı
	Serebrovasküler hastalık
	Variköz venler
	Derin ven trombozu
<b>Solunum Sistemi</b>	Solunum güçlüğü
	Uykuya bağlı hipoventilasyon
	Obstruktif uyku apnesi
	Obezite hipoventilasyon sendromu
<b>Sindirim Sistemi</b>	Hiatus hernisi
	Safra taşları
	Yağlı karaciğer ve siroz
	Kolorektal kanser
<b>Metabolik</b>	Dislipidemi
	İnsülin direnci
	Tip-2 Diabetes Mellitus
	Hiperürisemi
<b>Hormon Sistemi</b>	Artmış adrenokortikal aktivite
	Değişmiş dolaşan seks steroidleri ve bağlı globülin
	Meme Kanseri
	Polikistik Over Sendromu
<b>Hareket Sistemi</b>	Osteoartrit
	Sinir sıkışması
<b>Böbrekler</b>	Proteinüri
<b>Üreme ve İdrar Sistemi</b>	Endometrial kanser
	Prostat kanseri
	Stres inkontinansı
<b>Deri</b>	Akantozis Nigrikans
	Lenfödem
	Ter döküntüleri

### **2.1.5. Obeziteden korunma**

Obeziteyi başlatıcı etmenlerin en önemlisi ve en önlenebilir olanı hatalı beslenmedir. Hatalı beslenme, kalorisi yüksek gıdalarla beslenmek, hazır gıdalar tüketmek, yemeği hızlı hızlı yemek, çok seyrek ya da çok sık yemek yemek ve yatmadan önce yemek yeme durumlarını içerir. Obeziteden korunmak için bu hatalı beslenme alışkanlıklarından uzak durulmalı, yemek içeriği ve yemek yeme alışkanlıkları düzenlenmelidir. Karbonhidrat ve yağdan zengin gıdalardan uzak durulmalı, mümkün olduğunca hazır yemekler tercih edilmemeli, abur cubur atıştırma alışkanlığından vazgeçilmeli, sebze ve meyveden zengin beslenilmeli, sık ve seyrek yeme alışkanlığı terk edilmeli ve yatmadan önceki süreçte yüksek kalorili besin alımından kaçınılmalıdır (Öncü, 2009).

### **2.1.6. Obezitenin Tedavisi**

Obezite için tedavi düzenlenen ve zayıflayan kişilerin büyük bir kısmının yeniden kilo aldığı bilinmektedir. Dolayısıyla sadece kilo vermek değil aynı zamanda verilen kiloların yeniden alınmaması da önemlidir. Diyet, egzersiz, psikiyatrik tedaviler, medikal tedaviler ve cerrahi tedaviler obezite tedavisindeki seçenekleri oluşturur. Obez bireylerin çoğu hızlı bir şekilde kilo vermek isterler ama bunu başaramadıklarında tedaviyi bırakır ve yeniden kilo almaya başlarlar. Bu bireylerin tedavilerini bırakmamaları ve motivasyonlarını yüksek tutmak için tedavi başlangıcında makul hedefler belirlenmeli ve ona uygun bir program yapılmalıdır. Obez bir birey için uygun olan hedef 6 ayda %5-10 kadar kilo vermektir çünkü obezite ile ilişkili risk faktörlerinde azalma %10'luk bir ağırlık kaybıyla bile mümkündür. Bir diğer önemli nokta da verilen bu kiloların tekrar geri alınmasının önlenmesi ve kilo kaybının devamlılığının sağlanmasıdır. Kilonun korunması uzun vadeli davranış değişikliği, sağlıklı ve düzenli beslenme ve egzersiz düzeyinin yüksek tutulmasıyla sağlanır. Dolayısıyla temel hedef alınan enerjinin azaltılması ve tüketilen enerjinin artırılması olmalıdır (TEMD, 2014).

#### **2.1.6.1. Diyet (Sağlıklı beslenme)**

Diyet; obezite tedavisinde en sık ve ilk başvuru yöntemlerinden biri olup kişiye özel hazırlanan, basit, rahat uygulanabilen, maliyeti düşük ve güvenli bir seçenektir. Diyet tedavisinin amacı enerji alımını azaltmak ve vücuttaki yağ depolarında azalma sağlamaktır. Diyet yapılırken hayati organlarda hücre kaybı olmaksızın yağ depolarında azalma sağlanmalı, elektrolit, mineral ve vitamin kayıplarının önüne geçilmelidir. Günde 500 kkal kalori kısıtlaması ile bir haftada yarım kg, 6 ay içinde ise vücut ağırlığının onda biri kadar kilo verilmesi sağlanabilir. Günlük kalori alımı bölünerek sağlanmalı, kahvaltıda %20-25, öğle yemeğinde

%30-35, akşam yemeğinde %30-35 oranlarında kalori alımı sağlanmalıdır ve açlık hissi baskılanmalıdır (TEMD, 2014).

### **2.1.6.2. Egzersiz**

Obez bireylerde kilo kaybını sağlamak amaçlı diyet ile birlikte en çok tercih edilen yöntemlerden biri de düzenli egzersiz yapmaktır. Egzersiz yapması önerilen obez bireyler bu aktivitelere başlamadan önce kalp ve solunum sistemi riskleri açısından kontrol edilmelidir. Kilo vermek için egzersiz yapmak isteyenlere haftada 3-5 gün, günde 30-45 dk egzersiz ile başlamaları önerilmelidir. Morbid obez grupta yer alan bireyler egzersiz yapmaya en basit yöntemlerle başlamalı ve bunu kademeli olarak arttırmalıdır. Yeni veya farklı bir egzersiz yapılmaya başlandığında mutlaka hastanın yaşı, eşlik eden diğer hastalıkları ve kalp ve solunum riskleri değerlendirilmeli ve gerekli önerilerde bulunulmalıdır. Güvenli olması ve olası risklerinin çok az olması sebebiyle obez bireyler çoğunlukla egzersiz yapmaya yürüyüş yaparak başlamayı tercih ederler. Yürüyüş programı düzenlenirken başlangıçta haftada 3 gün boyunca günde 10 dakika hızlı ve tempolu yürüyüş ile başlanıp takip eden süreçlerde bunu haftada en az 5 gün 30-45 dakikaya kadar çıkarmak amaçlanmalıdır. Egzersiz programına alınan bireylere aynı zamanda kısa mesafeler için araç kullanılmaması, toplu taşıma kullanıldığında inilecek duraktan bir önceki durakta inilmesi, mümkün olduğunca asansör kullanmaktan kaçınılması ve merdiven tercih edilmesi, araçla bir yere gidildiğinde aracın mümkün olan en uzak yere park edilmesi gibi bazı yaşam tarzı değişiklikleri de önerilmelidir (TEMD, 2014).

### **2.1.6.3. Psikiyatrik Tedavi**

Gün geçtikçe görülme sıklığı artan ve insanda birçok sistemi etkileyen obezitenin etkin bir tedavisi için psikolojik destek tedavisine de gereken önem verilmelidir. Çünkü obeziteye çoğu zaman depresyon, benlik saygısı düşüklüğü, sosyal yaşam ve ilişki problemleri, anksiyete sorunları, beden algısı problemleri ve kişilik problemleri gibi birçok problem eşlik etmektedir. Obezitenin psikolojik tedavisinde genellikle bireysel ya da grup psikoterapileri uygulanmaktadır. Obezite için en sık kullanılan ve etkili olan psikoterapilerden biri davranış terapisi diğeri ise bilişsel davranışçı terapidir (Flodmark, 1997).

#### **2.1.6.3.1. Davranış Terapisi**

Davranış terapisi obez bireylerde kişi bazlı yeme davranışı planlanmasını, düşünce tarzını değiştirmeyi ve aktivite derecesini şekillendirmeyi amaçlayan bir tür psikoterapidir. Davranışsal tedavi, kişilerin aşırı yemesini tetikleyen uyarıları belirlemek ve onların bu

uyaranlara uygun tepkiler vermelerini sağlamak ve pozitif davranışlar edinmelerini amaçlamaktadır (Brownell, 2000). Davranışsal tedavi, bireysel yapılabileceği gibi grup terapileri şeklinde de yapılabilir. Grup terapilerinde bireyler arasında kurulan sosyal bağlar, bireylerin birbirlerine destek olmaları ve bu sayede tedavinin etkinliğinin artması ve verilen kiloların korunması önemli bir avantajdır. Ancak grup terapisine alınan bireylerin depresyon, psikoz ve kişilik sorunları gibi psikolojik sorunlarının olmamasına terapinin katılımcılara zarar vermemesi açısından dikkat edilmesi gerekmektedir (Brownell, 1984).

Davranış terapisindeki temel özellikler bu yöntemin amaca yönelik olması, süreç yönelimli olması ve küçük değişimlere odaklanmasıdır. Ölçülüp değerlendirilebilmesi kolay olan amaçlar belirlenmeli (günlük adım sayısının standardize edilmesi gibi), değiştirilmesi planlanan durumların kiminle, nerede, nasıl ve ne zaman yapılacağı belirlenmeli ve kesinlikle öncelikli olarak küçük hedefler belirlenmeli ve bunların başarılmasına odaklanılmalıdır (Wadden ve Foster, 2000). Obezite tedavisinde kullanılan bu davranışçı stratejiler bireyin becerilerini geliştirmeye yönelik olup uzman kişilerce uygulanmalıdır (akt. Erge, 2003).

#### **2.3.6.3.1.1. Kendi Kendini Gözleme (Self-Monitoring)**

Davranışsal tedavinin temeli olan kendi kendini gözleme, bireyin hangi davranışlarını kontrol etmesi gerektiğini tanımlaması ve bu sayede obez olmasına sebep olan davranış türlerinin farkına varmasının sağlanması esasına dayanır. Bu yöntemle bireyin, obeziteye neden olan davranışlarının farkına varması sağlanır (Whitney, Cataldo ve Rolfes, 1994; Foreyt ve Goodrick, 1993). Bu sayede obeziteye neden olan yemek yeme atakları, gece geç saatte yemek yeme ve emosyonel yeme gibi patolojilerin belirlenmesi olanaklı hale gelir (Wardle ve Rapoport, 1998).

Bu yöntemin temel özelliği; yemek yeme ve fiziksel aktivite süreciyle ilintili tüm davranışların kayıt altına alınmasıdır. Tutulan kayıtlar gün boyunca hangi öğünlerde, nerede ve kiminle ne yemek yenildiğini, yemek yeme esnasındaki açlık düzeyini ve hissedilen duyguları, yeme esnasında yapılan etkinlikleri içermesinin yanında gün boyunca yapılan fiziksel aktivitelerin türünü, süresini ve aktivite esnasındaki duygularını da içermelidir. Bu sayede bireyin obezite gelişiminde rol oynayan durumları fark etmesi sağlanmış olur ve hangi davranışların düzenleneceği ya da değiştirileceği konusunda bir fikir belirlenmiş olur (Whitney, Cataldo ve Rolfes, 1994). Bu kayıt tutma yöntemi bireyler için bazen zaman harcanan ve hoş olmayan bir eylem olarak değerlendirilse de, hem değerlendirme hem de tedavi aşamasında temeli oluşturur çünkü bu sayede bireyin problemleri daha kolay formülize edilmiş olur. Bu yöntemle kişi kendi sorunu için doğrudan kendisi uğraşmış olmaktadır. Aynı zamanda tedavi



sürecinde işbirliğinin gerekliliği de bu sayede vurgulanmış olur (Savaşır, 1996.). Bireyler bu yöntemle kendiliğinden besin alımlarını azaltmaya giderler. Davranış değişikliği açısından hangi tekniğin faydalı veya sorun oluşturduğunun anlaşılmasında bu yöntem önemli rol oynar. Tedavi boyunca hatta takip eden süreçte de kayıt tutma yönteminin kullanılması tedavinin etkinliği açısından faydalıdır (akt. Erge, 2003). Tutulan kayıt formlarının değerlendirilmesiyle kayıt formunun bireylerin kilo alımına neden olan davranışları saptanmış olur. Değerlendirme sonrasında belirlenen sorunlu davranışlar kişiye özgü önem derecesine göre sıralandıktan sonra o davranışların bırakılması yerine doğru ve olması gereken davranışların kazanılması için çalışılır (Merdol Kutluay 1999). Kişi tedavi sürecinde hangi davranışın düzeltilmesiyle başlayacağına kendisi karar vermelidir. Süreç basitten zora doğru işlemelidir ve tedavinin etkinliği açısından tek tek davranışlarla çalışılmalıdır. İstenen davranış kendiliğinden gelişene kadar uygulama devam ettirilmelidir (Whitney, Cataldo ve Rolfes, 1994). Her görüşme açık ve anlaşılır bir ev ödevi belirlenmeli ve bir sonraki görüşmede bu ödevin ne derece yerine getirildiği değerlendirilmelidir. Yeme davranışının devam ettirildiği durumlarla ilgili alternatif çözüm yolları belirlenmelidir (Boyacıoğlu, 1996). Kayıt formunun tutulması sürecinde eş zamanlı kişiye bireysel hedefler belirlenir. Hedefler hem haftalık ve aylık gibi kısa süreli hem de uzun vadede toplam tedavi süresine göre ne kadar kilo verileceğini ve bu süreçte değiştirilmesi gereken davranışların hem de kazanılması önerilen davranış şekillerine ne kadar sürede ulaşılacağını içermelidir. Konulan hedefler, kişileri umutsuzluğa düşürmeyecek şekilde, bireyler tarafından ulaşılabilir ve uygulanabilir nitelikte olmalıdır. Kendi kendini gözleme sıklığı, uzun vadeli kilo verilmesi ve verilen kiloların korunması açısından önemlidir. Bu yöntem obezite ile ilişkili komplikasyonlarda azaltma yaptığı gibi hastaların psikolojik durumlarında da düzeltme yapar (Sarver ve Wadden, 1999).

#### **2.3.6.3.1.2. Uyarı Kontrolü**

İçsel ya da dışsal aşırı yemek yeme çağrışımı yapabilecek uyaranlar açlık uyandırabilmektedir. Lezzetli besinler bireyler için ödül gibi olup hem iştahın artmasına hem de fiziksel aktivitenin azalmasına neden olabilmektedir. Bilinçli olarak uyaranların kontrol altına alınması ile tedavinin başarısı artar bu yüzden uyaran kontrolünün programda çok önemli bir yeri vardır (akt. Erge, 2003). Yemek yemeden önce gelen uyaranların kontrolü hatalı beslenmenin önlenmesini sağlamış olur. Uygulanan yöntem temelde yemek yemeye yol açan uyaranları tanımlanması ve erken müdahale için strateji geliştirilmesini içerir. Örneğin; cazip yiyecekler ortamda bulunduğu onlardan kaçınmak için çaba gösterilmesinden bu yiyeceklerin ortamda hiç bulundurulmaması daha önemlidir (Wardle, 1998). Yemek yemeyi

uyaran bu uyarınları ortamdı uzaklaştırmanın yanında fiziksel aktiviteyi arttırıcı uyarınlardı sayısı da arttırılmalıdır. Örneğın spor ayakkabılarınđın sürekli kapının yanında durması, bir egzersiz çizelgesi yapılması ve bunun görünür bir yerde bulundurulması gibi) da etkili yöntemlerdendir. Kişi uyarı kontrolüne dair bu temel mantığı kavradığıında bir süre sonra kendisi de birçok uyarı kontrolü davranışı geliştirmeye ve uygulamaya başlar (Brownell, 2000).

#### **2.3.6.3.1.3. Alternatif Davranış Geliştirme**

Birey davranış değişikliği tedavisi kapsamında spor yapmak veya müzik dinlemek gibi kendisinin yapmaktan hoşlanacağı aktivitelerin listesini çıkarmalı ve ara öğünlerde ve atıştırma isteği duyduğu dönemlerde kullanmak için çıkarmalıdır. Bu aktiviteleri yeme zamanlarına alternatif olarak yapmak hem yeme kontrolünü daha rahat sürdürmeye hem de yeme ile ilgili düşüncelerden daha kolay uzaklaşmaya yardımcı olur (Boyacıoğlu, 1996).

#### **2.3.6.3.1.4. Pekiştirme, Kendi Kendini Ödüllendirme**

Pekiřtirme, kilo kaybını sağlama ve bu durumun sürekliliğini sağlamaya dair yapılan davranışları ödüllendirerek pekiştirmeyi ve bireyin yemek yeme dışında yaptığı aktivitelerden zevk almasını sağlar. Ödül kilo verecek olan bireye özgü, kilo kaybına yol ačan davranışlara yönelik, zevk verecek ve motivasyonu arttıracak şekilde planlanmalıdır (Foreyt, 1993).

#### **2.3.6.3.1.5. Kognitif Yapılanma ve Sosyal Destek**

Obez bireyler hem beden algılarııyla hem de benlik saygılarııyla ilgili problem yaşarlar. Kendilerine, bedenlerine, zayıflama çabalarına yönelik olumsuz inançlara sahip olup kendilerini birçok alanda başarısız olarak görürler. Bu durum kişinin zayıflama çabalarını sürdürmesinde sorun yaşamasına neden olmaktadır. Psikolog ve psikoterapist eşliğinde kognitif yapılanma, kendi kendini eğitme, mantıksal duygu gibi stratejileri içeren terapi görmelidir. Bu stratejiler, kişinin davranışlarını, duygularını ve düşüncelerini iyileştirme ve geliştirme konusunda etkin yöntemlerdir. Kognitif yapılanma, kişilerin kendileri ve çabaları konusunda olumlu düşünmesini ve motivasyonunu arttırmasını ve devam ettirmesini sağlar (Cowburn, 1997).

Obez bireylerin tedavi süresince hem tedavinin etkinliğini arttırmak hem de motivasyonunu canlı tutabilmek için aile üyelerinin aktif desteğini alması çok önemli bir unsurdur. Terapilere eşi ile katılan bireylerde kilo verme durumu yalnız katılanlara göre 3 kat daha fazla ve bu verilen kiloları koruma süresi de 6 ay daha uzun olarak tespit edilmiştir. Bu

durum çiftlerin ikisinin de gönüllü olarak istemesi durumunda başarıya ulaşır aksi takdirde yarardan çok zarar verebilir (akt. Erge, 2003). Rosenthal ve ark. (akt. Erge, 2003) çalışmasında davranış değişikliği tedavilerine devamlı eşyle katılan, ara sıra eşyle katılan ve eşyle hiç katılmayan kişileri incelediğinde, kısmen veya devamlı olarak eşleri ile birlikte terapilere katılanlardaki kilo kaybı hiç eşyle katılmayan bireylerden daha fazla olduğunu tespit etmiştir. Benzer durum çocuklar içinde geçerli olup, yapılan bir çalışmada terapilere ailesi ile birlikte katılan çocuklardaki tedavi etkinlik oranının daha yüksek düzeyde olduğu gözlenmiştir (Levine, 2001).

### **2.3.6.3.2. Bilişsel Davranışçı Terapi**

Son yıllarda kaybedilen kiloların geri alınmasını önlenmesi ve tedavinin etkinlik düzeyi ile sürekliliğinin sağlanması için obezitenin tedavisine son yıllarda bilişsel terapi de dahil edilmiştir (Foster, Makris ve Bailer, 2005). Bilişsel davranışçı terapi, düşüncelerin duygu ve davranışları etkilediği varsayımını temel alır (Beck, 1976). Bilişsel davranışçı terapi, obezitenin gelişiminde ve devam etmesinde etkili olan bilişsel ve davranışsal mekanizmaları değiştirmeyi amaçlayarak, kişilerin kilo verme ve davranış değişimi için gerçekçi hedefler edinebilmeleri ve onları hedeflerinden uzaklaştıran negatif düşünceleri değiştirmeleri konusunda yardımcı olur (Foster, 2002). Bu terapi sistemindeki süreçte amaçlardan ilki kilo kontrolünün yanında kişisel olarak dikkat çeken diğer alanlarda bilişsel ve davranışsal değişimleri sağlamak, bu süreçte meydana gelen değişimleri fark etmek ve bunlara değer vermek, beden oranları değiştirilemeyecek bazı şeyleri kabul etmeyi öğrenmektir. Fiziksel görünümünü iyileştirme arzusu, öz güven ve benlik saygısını artırma isteği, ilişkilerin kalitesi, fiziksel zindelik ve daha aktif olma ve sağlığını iyileştirme gibi alanlarda değişim hedeflenmektedir. Bu aşamanın önemli bir özelliği kilo verememenin sebeplerinin ve beden algısı ile ilgili kaygıların değerlendirilmesi, gerçekçi bir kilo verme hedefinin belirlenmesidir. Terapinin ikinci aşamadaki amacı ise bireylerin etkili bir şekilde kilo kontrollerini sağlayacak davranışları ve bilişsel yanıtları kazanmalarını sağlamak ve bunları uygulaması noktasında yardımcı olmaktır. Bu aşamadaki hedef ve amaç, bireyin kilosunu koruması ve bunu uzun vadede sürdürmesi için gerekli olan becerilerin kazandırılmasıdır (akt. Tezcan, 2009).

### **2.1.6.4. İlaç Tedavisi**

İdeal bir obezite ilacı; dozla ilişkili kilo kaybı yapmalı, ulaşılan hedef kilonun devamlılığını sağlamalı, kronik olarak kullanıldığında güvenilir olmalı, tolerans geliştirmemeli ve bağımlık yapmamalıdır. Obezite nedenli kullanılan birçok ilaç olmasına rağmen bu

özelliklerin hepsini içinde barındıran bir ilaç maalesef yoktur. Bu nedenle ilaçlar asla tek başına kullanılmamalıdır. Günümüzde obezite tedavisinde kullanılan ilaçlar şu şekilde sıralanabilir:

*1-Orlistat:* Orlistat alınan yağın yaklaşık üçte birinin ince bağırsaktan emilimini önler, bu da yağ alımının artmasıyla yağlı dışkılamanın da artmasına sebebiyet verir.

*2-Sibutramin:* Sibutramin merkezi sinir sisteminde, norepinefrin ve serotonin geri alımını baskılayarak iştahı azaltır. Bu ilaç, ağır kalp kapak hastalığı olanlarda kullanılmamalıdır. Ayrıca ağız kuruluğu, baş ağrısı, uykusuzluk ve kabızlık yapabilir. Şubat 2010 tarihi itibarıyla sağlık bakanlığı kullanımına izin vermemektedir.

*3-Rimonabant:* Esrarın iştah açtığı çok öncelerden beri bilinmektedir. Kannabinoid reseptörlerin 1990'da keşfedilmesinden sonra CB1 reseptör blokerleri geliştirilmiştir. Rimonabant yeni geliştirilmiş bir CB1 reseptör blokeridir ve yapılan çalışmalar bu ilacın kilo kaybına neden olduğunu göstermiştir. Ayrıca sigara bırakmaya yardımcı olduğu ve sigara bırakıldıktan sonraki kilo alımını önleyebileceği de ileri sürülmüştür.

*4-Sertralin ve Fluoksetin:* SSRI grubu ilaçlar olup temelde depresyon tedavisinde kullanılmakla birlikte iştahı azaltması ve gıda alımını azaltması gibi etkileri bulunmaktadır.

*5-Metformin:* Bir diyabet ilacı olan metforminin plaseboya göre anlamlı derecede kilo kaybı oluşturduğu görülmüştür.

*6-Eksenatid, Liraglutid:* GLP-1 analogu olan bu ajanların da anlamlı derecede kilo kaybı oluşturduğu bildirilmiştir.

*7-Pramlintid:* Amilinin sentetik analogu olan bu ilaç öğün sonrası glukagon salınımını baskılar, mide boşalmasını yavaşlatır ve öğün alımını azaltır (TEMD, 2014).

#### **2.1.6.5. Cerrahi Tedavi (Bariatrik Cerrahi)**

Obezitenin cerrahi yöntemlerle tedavi edilmesi mide veya ince bağırsaklarının büyük bölümü çıkarılan hastalarda ameliyat sonrası kilo kaybı gözlemlenmesiyle gelişmiştir. Günümüzde obezite cerrahisi için yapılan cerrahi işlemler güvenilir ve etkili olmakla birlikte, ABD Ulusal Sağlık Enstitüsü (= National Institute of Health (NIH)) ortak kararına göre BKİ>40 kg/m<sup>2</sup> veya BKİ 35-40 arasında olup obezite ile ilişkili hastalıklar açısından yüksek riskli kişilere bu işlemler yapılmalıdır. Obezite için bu cerrahi yöntemler, kişi diğer yöntemlerle kilo vermekte başarısız olduğunda tercih edilmelidir. Obezite cerrahisinde, alınan gıdaların azaltılması için mide ve ince bağırsağa operasyon yapılır. Operasyon öncesinde hastalar bu operasyonun riskleri ve faydaları konusunda yeterince bilgilendirilmeli ve operasyon sonrasında da sürecin devam edeceği bilgisi önceden verilerek motivasyonun yüksek tutulması sağlanmalıdır (TEMD, 2014).

Gıdaların geçişini engelleyici cerrahi yöntemler bariatrik cerrahi olarak adlandırılmaktadır. Tüm dünyada obezite prevalansının artmasıyla beraber obezite cerrahi yapılan vaka sayısı da gün geçtikçe artmaktadır. ABD’de 1990 yılında yapılan bariatrik cerrahi girişim sayısı 16 000 iken, bu sayı 2005 yılında 140 000, 2008 yılında 220 000 olmuştur. Türkiye’de ise bu sayı günümüze kadar yaklaşık 4500 civarındadır. Sonuçta restriktif (kısıtlayıcı), malabsorbatif (emilimi engelleyici) ve ikisinin kombine şekli olan prosedürler ortaya çıkmıştır.

*Amerika Bariatrik Cerrahi Derneğine göre bariatrik cerrahi endikasyonları;*

1. Vücut kitle indeksi 40 kg/m<sup>2</sup> nin üzerinde olmak,
2. Vücut kitle indeksi >35 kg/m<sup>2</sup> nin üzerinde olup obezite ile ilişkili komorbiditeleri ( tip II diyabetes mellitus, ciddi hipertansiyon, OUAS) tıbbi tedavi ve yaşam biçimi değişiklikleri ile kontrol altına alınamamış olmak,
3. Obezitenin en az 3 yıldır var olması,
4. Obeziteye neden olan hormonal herhangi bir rahatsızlığın bulunmaması,
5. Bir yıllık ilaç ve diyet tedavisine rağmen kilo verememek,
6. Alkol ve ilaç bağımlısı olmamak,
7. Hastanın uygulanacak cerrahi yöntemi anlaması ve ameliyattan sonra uyum sağlayabilecek durumda olması,
8. Kabul edilebilir ameliyat riski.

*American Society of Bariatric Surgery bariatrik cerrahi kontendikasyonları;*

1. Tedavi edilemeyen majör depresyon veya psikoz,
2. İlaç ve alkol bağımlılığı,
3. Tıkınırcasına yeme hastalığı,
4. İleri kalp hastalığı,
5. Ciddi koagülopati (kanama-pıhtılaşma bozukluğu),
6. Postoperatif dönemde önerilenleri yapabilecek mental ve psişik yeterliliğin olmaması (TEMD, 2014).

## **2.2. OBEZİTE VE DEPRESYON**

Obezite ve depresyon arasında sıkı bir ilişki olduğu literatürde sayısız araştırma ile kesin olarak saptanmış olmasına rağmen, ilişkinin yönü konusunda kabul edilmiş net bir bilgi yoktur. Obezitenin mi depresyona sebebiyet verdiği yoksa depresyonun mu obezite gelişiminde etken olduğu noktasında yapılan birçok çalışmadan farklı farklı sonuçlar elde edilmiştir. Ancak çalışmalar bir bütün olarak değerlendirildiğinde bu ilişkinin çift taraflı olduğu ve bu ilişkiye

birçok faktörün etki edebileceği görülmektedir. Obezite ve depresyon arasındaki ilişkiyi inceleyen birçok çalışmanın değerlendirilmesiyle elde edilen bir meta analizde obezitenin depresyon riskini arttırdığı ve aynı zamanda depresyonun da obezite gelişimi için bir yordayıcı olduğu sonucuna varılmıştır. Meta analiz sonuçlarına göre obez bireylerde depresyon gelişme riski %55, depresif bireylerde ise obez olma riskinin %58 olarak saptanmıştır (Luppino ve diğ., 2010). Bu karşılıklı etkileşimi inceleyen bir başka çalışmada ise orta yaşlı ve yaşlı 65 955 Amerikalı kadın 10 yıl boyunca izlenmiş ve ilk görüşmede obez olan bireylerde ileride depresyon gelişme riski ile ilk görüşmede depresyonu olan bireylerde ileride obez olma riski yüksek bulunmuştur (Pan ve diğ., 2012). Obezlerde görülen aşağılık duygusu, kendine güven duygusunda azalma, çekingen tavırlar, sosyal yaşama katılmama isteği, işsizlik, eşi ve evliliği ile ilgili problemler, sıkıntı ve depresyon gibi problemler motivasyon kaybına bu da fiziksel aktivitede azalmaya ve sonuç olarak obezite probleminde büyümeye yol açmaktadır (Serter, 2003). Toplumsal ortamlarda iş, evlilik ya da sosyal ilişkiler açısından obez bireylerin maruz kaldıkları ayrımcılık, onların özsaygısının azalmasına ve böylelikle depresyona daha açık hale gelmelerine sebep olmaktadır (Balcıoğlu, 2008: 341-348). Vücuttaki leptin hormonu ile obezite ve depresyon arasında bir ilişkiden bahsedilmektedir. Leptin hormonu kişide tokluk hissi uyandırır ve aynı zamanda antidepresan etki gösterir. Leptin hormonunun yokluğunda obezite gelişme riski ve depresif bulguların görülme ihtimali artar (Chen, Jiang ve Mao, 2009). Tüm bu çalışmaların yanında obezite ve depresyon arasında negatif bir ilişki saptayan çalışmalar da mevcuttur. Tayvan'da yapılan bir çalışmaya göre fazla kilolu ve obez kadınların daha az depresif oldukları ve zayıf yetişkin erkeklerin diğer ağırlıktaki erkeklere oranla depresif olma ihtimallerinin daha yüksek olduğu gözlenmiştir (Chang ve Yen, 2012). Bu çalışma bu iki durum arasındaki ilişkinin kültürel farklılıklardan etkilenebileceğini göstermesi açısından kayda değerdir. Ülkemizde yapılan çalışmalara bakıldığında elde edilen sonuçlar daha çok obezitenin depresyona sebebiyet verdiği yönündedir. Isparta'da 53 obez hastanın dahil edildiği bir çalışmada, obezlerin %81,3'ünde major depresif bozukluk, %71,7'sinde son 1 ay içinde majör depresif epizod görüldüğü saptanmıştır (Eren ve Erdi, 2003). Obez, fazla kilolu ve normal kilolu 30'ar kişinin dahil edildiği bir başka çalışmada ise obez grupta, fazla kilolu ve normal kilolu grupla karşılaştırıldığında depresyon, davranış problemleri ve özgüven eksikliğinin anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yine aynı çalışmada obezlerin yaklaşık üçte birinde majör depresif bozukluk olduğu gözlenmiştir (Ereymiş ve diğ., 2004). Genç erkeklerde (18-30 yaş) obezite ile depresyon ilişkisinin incelendiği bir çalışmada obez olan bireylerde depresyon skorları daha yüksek olarak gözlenmiştir (Arslan ve diğ., 2009). Çocuklardaki obezite ve depresyon ilişkisini inceleyen çalışmalarda da benzer sonuçlar elde edilmiştir. Yaşları 7-15

arasında değişen 40 obez ve 40 normal kilolu çocuğun dahil edildiği bir çalışmada obez çocuklarda depresyon düzeyinin normal kilolu çocuklara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu gözlenmiştir (Dallar ve diğ., 2006).

Depresyon ve duygudurum bozukluklarının bariatrik cerrahi planlanan obez hasta grubunda normal kilolu populasyona göre daha sık gözlendiği birçok çalışmada gösterilmiştir. Bariatrik cerrahi hazırlığı yapılan 149 obez bireyde yapılan bir çalışmada, obezlerde depresyon skorlarının normal kilolu bireylere göre %40 oranında daha fazla olduğu saptanmıştır (Burgmer ve diğ., 2007). Obezite cerrahisine aday hasta grubundaki depresif semptomların aynı zamanda yaş, cinsiyet, düşük beden algısı ve sağlıkla ilişkili yaşam kalitesindeki bozulmayla da ilişkisi olduğunu gösteren çalışmalar vardır (J.B. Dixon, M.E. Dixon, ve O'brien, 2003). Tedavi edilmeyen depresyonun operasyon ve operasyon sonrası süreçte hastada kilo verme ve verilen kiloları geri almama noktasında uyum sorunlarına yol açabileceğini gösteren çalışmalar da mevcuttur (Kalarchian ve diğ., 2007). Tüm bu veriler depresyonun obezite cerrahisi planlanan hasta grubunda operasyon öncesi taranmasının ve eğer gerekli ise tedavi edilmesinin gerekliliğini net bir şekilde ortaya koymaktadır.

### **2.3. OBEZİTE VE ANKSİYETE**

Anksiyete bozuklukları, duygu-durum bozuklukları ile birlikte toplumda yaygın olarak görülen psikiyatrik bozukluklardır. Anksiyete sözcüğü, Hint-Germen kökenli, “sıkıca bastırmak, boğazını sıkmak, sıkıntı ve tasa” anlamına gelen “angh” sözcüğünden türemiştir. Anksiyete teriminin Türkçe karşılığı konusunda bir fikir birliği olmasa da genel olarak “kaygı” şeklinde kullanılmaktadır (ztrk ve Uluşahin, 2008).

Anksiyete, yaşamın sürdürülmesinde ve doğadaki tehlikeler ile toplumsal yaşamdaki tehdit olarak algılanan uyaranların savuşturulmasında önemli rol oynar. Anksiyete bireye yönelik olası bir tehlike karşısında bireyi gereğini yapmak üzere harekete geçmesi için hazırlayan bir biyolojik uyarıcıdır (zer, 2006). Anksiyete oluşturan şey dış çevreyle ilişkili olabileceği gibi içten gelen bir uyaran sonucunda da oluşabilir. Anksiyete yaşantısının iki bileşeni, korkunun veya endişeli olmanın fark edilmesi ve çarpıntı ve terleme gibi fizyolojik duyuların fark edilmesidir. Anksiyete sonucunda uyarılan kişide, motor aktivite ve organlar düzeyinde etkiler görülür ve kişi kendisini tehdit karşısında hazır duruma getirir. Anksiyete düşünme, algı ve öğrenme üzerinde etkili olup dikkat dağınıklığı ve algıda bozulmalara sebebiyet olabilir. Kişide iki durum arasında bağlantı kurma yeteneği bozulur ve öğrenme güçleşir. Bununla birlikte, anksiyetesi olan kişinin dikkatinde bir seçicilik başlar. Kontrol edilemeyen anksiyete kendini bedensel, ruhsal ve sosyal alanda çeşitli psikopatolojilerle gösterebilir. Anksiyete

bozukluklarının başlaması açısından en riskli dönemin 10-25 yaş arası olduğu belirtilmektedir. Alt tiplere göre başlangıç yaşları açısından küçük farklar olsa da vakaların %80-90'ında belirtilerin 35 yaşından önce başladığı ifade edilmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2008: 448-511).

Bariatrik cerrahi adaylarında en sık görülen psikopatolojilerden biri anksiyete bozukluklarıdır. Obez bireylerde görülen anksiyete bozukluklarının sıklıklarına dair literatürde birbirinden farklı bulgular yer almaktadır. Hastaların %34'ünü obezlerin oluşturduğu bir çalışmada erkeklerde %19,9, kadınlarda %27,7 oranında anksiyete skoru belirtilen kesme puanından daha yüksek saptanmıştır (Karlsson, Sjöström ve Sullivan, 1998). Bariatrik cerrahi adaylarında yapılan bir çalışmada ise hastaların %34'üne kaygı bozukluğu tanısı konulmuştur (Burgmer ve diğ., 2007). Obezite cerrahisi için aday olan obezlerdeki anksiyete bozukluklarını inceleyen bir başka çalışmada panik bozukluğun yaşam boyu görülme oranı % 19,4, şimdiki dönem görülme oranı % 5,9; sosyal fobinin yaşam boyu görülme oranı % 9,4, şimdiki dönem görülme oranı % 9,0; travma sonrası stres bozukluğunun yaşam boyu görülme oranı % 11,8, şimdiki dönem görülme oranı % 2,8 olarak saptanmıştır (Kalarchian ve diğ., 2007). Ülkemizde bir devlet hastanesi cerrahi servisinde yapılan bir çalışmaya göre morbid obezite cerrahisi nedeniyle yatan hastaların %31'inde anksiyete semptomları görülmüştür. Bu hastaların % 26'sına ise kaygı bozukluğu tanısı konmuştur (Karayağız ve diğ., 2011). Andersen ve ark yaptıkları bir çalışmada bariatrik cerrahi adayları obez bireylerin bariatrik cerrahi öncesi, operasyondan 1 yıl ve 2 yıl sonra yapılan değerlendirmelerinde operasyon sonrası süreçte hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerinde anlamlı bir şekilde düzelme olduğu ve hatta bir kısmında tamamen normale gerilediği görülmüştür (Andersen ve diğ., 2010)

## **2.4.OBEZİTE VE BENLİK SAYGISI**

### **2.4.1. Benlik saygısı kavramı**

Benlik, “bana ait” diyebileceğimiz yaşantılar bütünüdür. Kişinin benlik bilinci, kendisi ile ilgili düşünce, algı ve kanaatlerini içerir. Benlik saygısı ise kişinin kendini tanıması ve gerçekçi bir şekilde değerlendirmesi sonucunda kendi yetenek ve güçlerini olduğu gibi kabul edip benimsemesi olarak tanımlanır ve kişinin kendisine karşı duyduğu sevgi, saygı ve güven duygularını ifade eder (Değirmenci, 2006). Benliğin duygusal yanı olan benlik saygısı, kişinin kendini değerlendirmesi ve benlik kavramını onaylamasından doğan beğeni durumudur. Kişi kendini tamamen olumlu olarak değerlendirip kendini beğenebileceği gibi kendindeki eksikleri tespit edip kendini eleştirebilir. Benlik saygısı, kişinin kendini olduğundan daha üstün ya da daha aşağı görmeden kendinden memnun olmasıdır, kendini olumlu, değerli, sevilmeye ve beğenilmeye layık bulmasıdır, kendini olduğu gibi kabullenmesi ve kendi özüne güvenmesidir.



Yüksek bir benlik saygısına sahip olmak için kişinin çok üstün niteliklere sahip olması şart değildir (Polat, 2007). Kendini değerli görme, yeteneklerini gösterebilme becerisine sahip olma, başarılı olma, toplum içinde kabul edilme ve beğenilme, sevilme, kabul görme, kendi bedensel özelliklerini kabul etme ve benimseme benlik saygısının oluşmasında ve gelişmesinde etkili olan faktörlerdir (Tezcan, 2009). Maslow, insanın kendine saygı duyma ve diğer insanlardan saygı görme ihtiyacı karşılanmadığında kendini yetersiz ve aşağılık hissedeceğini dolayısıyla benlik saygısının insanın temel gereksinimlerinden biri olduğunu vurgulamıştır (Harputlu, 2005). Rosenberg, benlik saygısını kişinin kendisine karşı tutumu olarak değerlendirmiştir ve kişinin kendisini değerlendirirken ki olumlu veya olumsuz tutumuna göre benlik saygısını yüksek ya da düşük olarak değerlendirmiştir (Yücel, 2008). Yine aynı şekilde Coopersmith de; benlik saygısı düzeyi yüksek olan bireylerde kendini olumlu değerlendirme ve kendine saygı duymanın daha yüksek olduğunu ifade etmiştir (Küçük, 2007). Kohut, benlik saygısındaki iniş çıkışların benlikte zedeleyici değişikliklere neden olduğunu ve bunun da anksiyete yarattığını, Öner ise düşük benlik saygısının, anksiyete yaratabileceğini, bu durumun da mantık dışı reddedilme korkularına, sosyal ve kişiler arası olaylarda felaket beklentisine, başarısızlığa ve eleştirilme kaygılarına, yol açacağını belirtmektedirler (Polat, 2007). Çuhadaroğlu, düşük benlik saygısının, yalnızca rahatsız edici bir duygu olarak kalmadığını, aynı zamanda anksiyeteden psikoza kadar değişik patolojik durumların görülmesinde önemli bir etken olduğunu belirtmiştir (Küçük, 2007).

#### **2.4.2. Benlik saygısının gelişimi**

Benlik saygısı doğumdan hemen sonra gelişmeye başlar. Bebeklerin dereceli olarak bedenlerinin farkına varmaya başlamaları kendilerini algılamalarının temelini oluşturur (Polat, 2007). Bebek, doğumdan itibaren kendisinin merkez olduğu anlayışından kurtulup, uyumlu bir yetişkin olmaya doğru gelişme gösterir. Toplumsallaşma, bebeğin başka insanlara tepki vermesi ile başlar ve ömür boyu devam eder (Harputlu, 2005). Anne ve babaların sevgi dolu yönlendirmeleri çocuğun içindeki kapasiteyi kuvvetlendirir ve geliştirir. Geleceklerini daha iyi kontrol eden ve benlik saygıları yüksek olan çocuklar, sevgi ile büyütülen çocuklardır (Tözün, 2010: 52-57).

Gelişim teorilerine göre çocuk, benlik saygısını iki yaş civarında farklı düzeylerde deneyimlemeye başlar. Bu yaşlarda çocuğun benlik saygısının oluşmaya başlamasının ilk belirtileri, anne-baba ile zıtlaşması, bağımsız olma ve çevresini keşfetme isteğidir. Çocuk 6-7 yaşlarına geldiğinde benlik saygısı, kendini başkaları ile karşılaştırma ve rekabet etme ile ilişkili hale gelir. Benlik saygısının yüksek olması için başarı duygusunun, önemli olma duygusunun,

yeterlilik duygusunun, güç duygusunun yaşanması gereklidir (Harputlu, 2005). Ergenlik döneminde kimlik arayışlarıyla birlikte benlik saygısı daha da önem kazanmaktadır. Benlik saygısının çocukluk döneminde oluşmaya başlar ama ergenlik döneminde bireyin hayatını etkileyen kalıcı bir faktör haline gelmektedir (Harputlu, 2005). Yaşamın en değişken ve hareketli dönemi olan ergenlik döneminde birey, hem hızlı bir şekilde büyüme ve gelişme hem de bireysel, toplumsal ve evrensel değerleri fark etme ve bunlara bakıp bir kimlik oluşturma çabası vardır (Altunay, 2006). Ergenlik dönemine gelindiğinde yüksek benlik saygısı kazanılmışsa, bu dönemin zorluk ve güçlükleri ile daha kolay baş edilebilir. Ergenlik dönemi, güvensizliğin ve benlik kavramlarında değişikliklerin yaşandığı bir dönemdir. Bu açıdan bakıldığında, ergenlik dönemi benlik saygısı ile ilgili önemli değişikliklerin ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Bu dönemde benlik saygısı, ergenin yaşantılarına, içinde bulunduğu aile ve arkadaş ortamına göre yükselme ya da düşme gösterir. Demokratik ailelerdeki yapı benlik saygısını yükseltmektedir. Benlik saygısı ergenin gelecek yaşamındaki düşüncelerini, duygularını ve davranışlarını belirleyecek olan kimliğinin çekirdeğini oluşturur (Harputlu, 2005). Ergenlerde benlik saygısı, büyük ölçüde beden imajı ile belirlenir. Bir başka deyişle beden imajı, benlik saygısının fiziksel karşılığıdır. Beden, bireyin hiçbir zaman terk edemeyeceği bir parçasıdır. Bu nedenle bireyin kendisiyle ilgili olarak hissettikleri, bedeniyle ilgili hissettiklerine bağlıdır (Kaner, 2000). Yetişkinlik dönemindeki bir birey daha gerçekçidir, yetersizlikleri ile baş etmeyi öğrenmiştir, güçlü olan yönlerinin farkındadır ve bunları ifade eder.

İnsanlar günlük yaşantıları içinde benlik saygılarını tehdit edici durumlarla sık sık karşılaşır. Bireyin, benlik saygısının etkilenme düzeyi, bu durumda kullandığı baş etme mekanizmasına, yaşanan durumla daha önceden karşılaşmış ve karşılaşmamaya bağlı olarak değişkenlik gösterir. Yaşamın daha sonraki yıllarında, yaşlanma süreci ile ortaya çıkan değişiklikler ve toplumsal normlar nedeni ile benlik saygısı ile ilgili sorunlar tekrar ortaya çıkar. Yaşlılıkla ilgili olarak ortaya çıkan bu sorunlar ise yeni baş etme davranışları gerektirir (Harputlu, 2005).

Benlik saygısının seviyesi, kişinin sosyal hayatın tüm alanlarındaki başarısını ve konumunu, stresli durumlarla baş etme etkinliğini, arkadaşlık ve dostluk ilişkilerinin gelişmesini, canlılık ve eğlenebilirlik düzeyini etkiler. Benlik saygısı tutarlı bir şekilde yüksek olan ve kendine güvenen bireyler canlılık ve enerjilikle özdeşleşirler. Kendine güvenmeyen, enerjileri zayıf, canlılık düzeyleri düşük ve hatta kendini değersiz ve çaresiz olarak gören, beceri ve başarıları çok az olan bireyler ise benlik saygısı düzeyleri çok düşük olan bireylerdir (Özkan, 1994). Sağlıklı bir benlik kavramı olan bir birey dışarıdan gelen değerlendirmeler

sayesinde güçlü ve güçsüz taraflarını fark edebilir ve bunları kabul edebilir (Küçük, 2007). Yüksek benlik saygısı olan bireyler, kendilerini hatalarına ve kusurlarına rağmen değerli hissederler, amaçlarına gerçekçi bir şekilde nasıl ulaşabileceklerini bilirler ve kendi yaptıklarının sorumluluğunu üstlenirler. Başarısız olduklarında bu başarısızlığı tamamen bir hata olarak görmez, kendilerini geliştirmek için bir araç olarak görürler ve alternatif baş etme yöntemleri geliştirirler (Polat, 2007). Benlik saygısı yüksek olan insanların kendi kapasiteleri ile ilgili beklentileri de yüksektir. Kendileri hakkındaki bu olumlu tutumlarından ve elde ettikleri başarılarından ötürü kendi görüşleri doğrultusunda hareket eder, davranışlarına ve ulaştıkları sonuçlara güvenirlere. Bu olumlu tutum kendi düşüncelerinden farklı bir fikir karşısında kendi görüşlerine sahip çıkmalarını ve yeni fikirleri de dikkate almalarını sağlar. Yüksek benlik saygısı olan bireyler, düşük benlik saygısı olanlara göre herhangi bir mesajı almakta daha yeterlidirler. Düşük benlik saygısı olanlar sıklıkla anlama yetersizliği ve sosyal içe kapanma gibi özellikler gösterirler. Yüksek benlik saygısı olan bireyler daha bağımsız olduklarından, mesajın içeriği daha fazla anlam kazanır. Düşük benlik saygısına sahip bireyler kendilerine güvenmez ve kolay bir şekilde umutsuzluğa düşerler. Bu bireyler farklı veya kabul görmeyecek bir fikir ileri süreceklerini düşünerek endişe duyarlar, kendilerini ifade etmek istemezler. Gruplarda katılımcı olmaktan çok dinleyici olmayı tercih ederler. Yüksek düzeyde bir yetkilinin söylediklerine daha kolay inanırlar (Harputlu, 2005).

### **2.4.3. Obezite ve Benlik Saygısı İlişkisi**

Obezitenin mi düşük benlik saygısına neden olduğu yoksa düşük benlik saygısının mı obezite gelişiminde etken olduğu konusunda varılmış kesin bir kanı yoktur. Bazı bireylerde benlik saygısı düşüklüğü obeziteye sebep olarak görülürken, bazı bireylerde ise obez olmanın bir sonucu olarak benlik saygısının düştüğü kabul edilir. Başta batı toplumlarında olmak üzere zayıf olmanın daha fazla kabul görmesinin bir sonucu olarak obez bireyler toplumdan dışlanmakta ve olumsuz etkilere ve dışlanmaya maruz kalmaktadır. Obez bireylere karşı olumsuz davranışlar, onları küçümseme, onlara önyargıyla yaklaşma ve saygı duymama sıklıkla rastlanan bir durumdur. Çevreden gelen bu olumsuz geri bildirimler obez bireylerde benlik saygısının düşmesi sonucunu doğurmaktadır. Obez bireylerin aşırı kilolu olmaları sebebi ile diğer bireylerle olan iletişimlerinde ortaya çıkan eleştirilme ve sosyal dışlanma durumu, obez bireylerin iş ve okul hayatını, sosyal ilişkilerini etkiler ve ve fiziksel etkinliklerden uzak durmalarına sebep olur (Balcıoğlu, 2008). Obez bireyler çalışma ortamlarında ve işe girme noktasında da bir ayrımcılığa ve ön yargıya maruz kalmaktadırlar. Obez kadınlara iş vermeyen işveren oranı %16, ancak özel şartlarda çalıştırmayı kabul edenlerin oranı ise %44'tür. Güvenlik

hizmetleri, itfaiye ve hava yolları gibi bazı iş alanlarında ise obez bireylere işe alınma konusunda nerdeyse hiç şans verilmemekte hatta çalışan obez birey varsa bile işten çıkarmanın yolları aranmaktadır. Rand ve Mcgregor, 57 obez bireye operasyon öncesi ve sonrası yaptıkları testler ile obez bireylerin ciddi manada önyargı ve ayrımcılıkla karşılaştıklarını saptamışlardır. Çalışmaya dahil edilen obez bireyler operasyon öncesi kendilerine ayrımcılık yapıldığını ve önyargılı davranıldığını belirtmişken operasyondan sonra kilo vermeleri ile birlikte bu önyargı ve ayrımcılığın ortadan kalktığını ifade etmişlerdir (Rand ve Macgregor, 1990).

## **2.5. OBEZİTE VE BEDEN ALGISI**

### **2.5.1. Beden algısı kavramı**

Beden algısı, kişinin bedeninin ve bedenine ait tüm duyularının zihindeki tablosudur. Bireyin beden ile ilgili bilinçli veya bilinç dışı duygularını, düşüncelerini, algılarını ile işlev, duyu ve hareket algılayışını içerir. Beden algısı insanın kendi kişiliği, değeri ve diğer insanlarla olan ilişkilerinin ayrılmaz bir parçasıdır (Gündoğan, 2006). Beden algısı günlük yaşamda karşılaşılan streslere ve tehditlere karşı benliğin savunulmasına yardım eder, kimlik için temel oluşturur ve kişide varoluş duygusunu sağlar. Bireyin kapasitesini ve sınırlılıklarını belirleyerek, kendisini görme biçimine ve iş görme yeteneğine etki eder (Coşkun Potur, 2003). Schilder'e göre beden imajının fizyolojik, psikolojik ve sosyal olmak üzere 3 boyutu vardır. Fizyolojik boyutu, santral sinir sistemi ve duyu reseptörlerini içerir, kişinin çevreden veri toplamasını sağlar. Psikolojik boyutu, kişinin benliğini, tutum ve davranışlarının içerir. Sosyal boyut ise, duyuları saptar ve düzenler. Schilder beden imajını basitçe, 'bedenimizin zihnimizdeki görünümü yani bedenimizin bize görünen şekli' olduğunu belirtmiş ve tanımı genişleterek "beden imajı kişilerarası, çevresel ve geçici faktörleri kapsayan üç boyutlu bir bütünlük olarak zihnimizde şekillendirdiğimiz bizim kendi şemamız veya resmimizdir" demiştir (Polat, 2007). Psikanalitik kuramında Freud da beden imajı kavramı üzerinde durmuş bu kavramı ego kavramı ile eşanlamlı olarak değerlendirmiştir ve yeni doğanda henüz ayrılmamış olan bireysellik kavramının giderek düzenli, organize ve farklı bir yapı oluşturduğunu ifade etmiştir (Gündoğan, 2006).

### **2.5.2. Beden algısının gelişimi**

Beden algısı ve ben kavramı çocukluk yaşlarında gelişmektedir. Beden algısı süt çocukluğu, oyun çocukluğu ve okul çocukluğu yıllarında gelişim süreci içindeki değişiklikler sonucu oluşur. Süt çocuğu fiziksel beden algısına sahip değildir. Bu dönemde uyarılma ağız çevresinde odaklanmış olup, çocuk motor ve duyusal iletiler yoluyla çevredeki objelerin

kendisinden farklı olduğunu anlar. Bu dönemde kendi bedeninin geçirdiği ilk deneyim ve bedeninin farklılığı diğer yaşam deneyimleri için temel oluşturur. Gereksinimlerin karşılanması süt çocuğunda güven duygusunun gelişimine bu da çocukta olumlu ben kavramının gelişimine yardımcı olur (Polat, 2007). Oyun çocuğu çevre ile daha fazla etkileşime girdiğinden çevre ve kendisi arasında daha büyük bir farklılık yaşar. Bu dönemde motor beceriler bedeni kontrol etmeyi sağlar. Ailenin yaklaşımı çocuğun beden ve çevresini kontrolünde deneyim kazanmasını kolaylaştırır. Hem kendi bedenini hem de çevreyi kontrol edemeyen çocuk değersizlik, yetersizlik ve suçluluk hisseder (Polat, 2007). Çocuğun bedeninin değerli ve değersiz oluşu, kendisine bakan kişilerin verdiği değeri yansıtır (Velioğlu, Pektekin ve 1991). Çocuklar nasıl bir kişi olmak istediklerini okul öncesi dönemde keşfederler. Kişiliği kuvvetli olan çocuğun kafasında beden algısı şekillenir. Bu dönemin en önemli özelliği cinsiyet rolünde kimlik ve cinsler arasındaki ayrımın farkına varılmasıdır. Örneğin kız çocuklar annelerinden nazik olma, kadınsı görünüm ve saldırgan olmama gibi davranışları öğrenirken, erkek çocuklar ise babalarından kuvvetli olmayı öğrenirler (Velioğlu, Pektekin ve 1991). Okul çocuğunun beden algısı cinsiyet rolünün benimsenmesi, akranları ile ilişkileri ve öğrenme becerilerinin gelişimi üzerinde yoğunlaşır. Bu dönemde psikososyal sorunlar ortaya çıkabilir. Beden yapısı normal olsa bile çocuk emosyonel olarak beden yapısını kabullenemez. Çocuğun beden algısı kavramı, kişilik oluşumu ve ego bütünlüğünün en önemli göstergesidir. Değişik gelişme dönemleri sırasında çocuğun deneyimlerini organize etme şekli beden kavramının ve beden sınırlarının kesin olarak belirlenmesini sağlar (Polat, 2007). Adölesan dönem bedensel büyümenin en fazla olduğu bu nedenle beden algısının değişiminin en hızlı olduğu dönemdir. Adölesan kendi bedeninin daha çok farkındadır ve kendi durumu ile daha çok ilgilenir. Bu dönemde dış görünüme aşırı bir ilgi vardır. Adölesanlar bu dönemde çevresindekilerin değerlendirmelerine önem verirler. Bu dönem sonunda erişkin beden algısı benimsenir (Polat, 2007). Beden algısı adölesanın psikolojik, sosyal ve fizyolojik değişiklikleri deneyimlemesi sonucu oluşur (Velioğlu, Pektekin ve 1991). Genç erişkinlik döneminde büyüme ve gelişme devam eder. Beden ve beden bölümlerinin fonksiyonlarına ait duygular yetişkinlik yılları boyunca gelişir. Diğer bir deyişle, beden hem fonksiyonel bir araç hem de beden algısının merkezi olarak algılanır. Erişkinin beden algısı, beden kavramı, kişilik ve kimlik unsurları arasında dinamik bir etkileşim vardır. Kendi beden algısını olumlu düşünen birey, olumlu tutum gösterir. Yaşamın ortasına rastlayan yıllarda fizyolojik ve psikolojik değişiklikleri deneyimler. Bu dönemde birey bazı beden bölümlerinin diğer bireylerinkinden daha yaşlı görüldüğünü fark eder. İnce uzun yapılı bir kadın veya erkek gittikçe kilo aldığını fark eder. Bu durum özellikle menopoza giren kadınlar için geçerlidir. Erkekler ise fiziksel güçlerinde azalma ve saçlarında

dökülme fark edebilir. Bu durum gençlik algısının kaybolduğunu gösterir. Bu kaybın gerçek anlamı kendi bedenlerinin daha sağlıklı ve daha güçlü olamayacağı gerçeğidir. Geçmişte sahip olduğu enerjiyle başardığı basit işlerde artık yetersiz kalabilir. Fiziksel güçlerinin azaldığını fark eden bazı kişiler yaşlılık algısını düşünerek kendi görünüşlerini değiştirmeye çalışırlar. Bu değişiklikler genellikle gençliğe özenti nedeniyle yaşam tarzı ve giyimlerinde olmaktadır (Polat, 2007). Yaşlanma süreci ben kavramında belirgin bir değişim oluşturur. Yaşlı kişi psikolojik olarak depresyon ve ilgisizlik içine girer. Yaş ilerledikçe fiziksel, sosyal, mental ve emosyonel değişiklikler meydana gelir. Ben kavramını bu dönemde iki önemli olay etkiler. Bunlardan biri emeklilik, diğeri eşin, yakın arkadaşların kaybedilmesidir. Beden algısındaki fiziksel değişiklikler takma diş, işitme cihazı, gözlük, baston, yürüteç, kalp pili ve tekerlekli sandalye gibi destekleyici aletlerin kullanılmasına ilişkindir. Yavaş yürüme, cildin kırıışması, saç dökülmesi, duruş değişiklikleri, duyuusal ve motor fonksiyonlarda azalma ve güç kaybı diğere fiziksel değişikliklerdir (Polat, 2007).

### **2.5.3. Obezite ve Beden Algısı İlişkisi**

Obez bireyler, başta batı toplumları olmak üzere günümüz dünyasında zayıflığın daha kabul edilebilir olması nedeniyle kendi bedenlerinden hoşlanmaz ve kilo vermenin yollarını ararlar. Obez bireyler kilo vermekle görünüşlerinin daha iyi olacağını, çekiciliklerinin artacağını ve sonuç itibari ile kendi bedenlerinden daha fazla hoşnut olacaklarını düşünmektedirler (Rosen, 2002:399-402). Obez bireylerde beden algısı ile ilgili çalışmalar incelendiğinde obez bireylerde obez olmayan bireylere göre beden hoşnutsuzluğunun daha sık gözleendiği görülmektedir. Obez bireylerde kilo kaybı ile beden algısı arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada, çok düşük kalorili diyet yaparak %24 oranında kilo veren bireylerin beden algılarında bütün yönleriyle önemli iyileşmeler olduğu görülmüştür. Ancak hafif derecede kilo veren obez bireylerde kilo vermenin tek başına bütün beden algısı sorunlarını gidermediği görülmüştür (Cash, 1994). Örneğin Cash ve arkadaşlarının o anda fazla kilolu olan bireyler, fazla kilolu olmuş orta kilolu kişiler ve asla fazla kilolu olmamış orta kilolu kişileri kıyasladığı çalışmasında o an fazla kilolu olan bireyler ile daha önce fazla kilolu olan bireylerin görünüşlerine olan tutumları benzer olarak değerlendirilmiştir. Asla fazla kilolu olmamış olanlarla kıyaslandıklarında bu kişilerin bedenlerinden daha az memnun oldukları ve kendilerini daha şişman olarak algıladıkları bulunmuştur (Cash, Counts ve Huffine,1990). Çalışmalarda ayrıca obez kadınlarda beden hoşnutsuzluğu şiddetinin gerçek beden ağırlığından çok, algılanan beden ağırlığıyla ilişkili olduğu gösterilmiştir (Sarwer, Wadden ve Foster, 1998). Ülkemizde adölesanların dahil edildiği bir çalışmada bedene duyulan hoşnutsuzluğun benlik

saygısının düşük olması ve depresyon ile ilişkili olduğu belirtilmiştir. Bu çalışmaya göre gerçek beden ağırlığının düşük benlik saygısı ve depresyonla bir ilişkisinin olmadığı ama algılanan beden ağırlığının düşük benlik saygısına neden olduğu sonucuna varılmıştır (Ozmen, 2007). Obezitenin başlangıç yaşı ile beden hoşnutsuzluğu ilişkisinin araştırıldığı bir çalışmada, obezitesi 16 yaşından önce başlayan grubun erişkinlik döneminde bedenlerinden daha fazla hoşnutsuz oldukları ve benlik saygılarının daha düşük olduğu görülmüştür. Bu durum çocukluk döneminde bedeniyle ilgili alaylara hassasiyetin daha fazla olması ve başa çıkma becerilerinin henüz yeterince gelişmemiş olmasına bağlanmıştır (Wardle, Waller ve Fox, 2002: 561-573).

## **2.6. OBEZİTE ve CİNSELLİK**

Cinsel fonksiyon bozukluğu çok faktörlü, çok boyutlu bir durum olup biyolojik, psikolojik ve kişiler arası ilişkilerin bileşimi olarak değerlendirilir. Cinsel fonksiyon bozukluğu cinsiyet, medeni durum, yaş, eğitim durumu, etnik köken ve ırk, stres, sosyoekonomik durum, genel sağlık durumu, cinsel deneyimler, hiperlipidemi, obezite, kalp hastalıkları, hipertansiyon, sigara, alkol, menopoz ve diyabet ile yakından ilişkilidir. Bu faktörlerin her biri cinsel fonksiyonları olumsuz yönde etkiler. Obezite ile cinsel işlev bozuklukları arasındaki ilişki henüz net olarak açıklığa kavuşmamıştır.

Obezite erkekler için cinsel fonksiyon bozukluğu yapma noktasında bir risk faktörü olarak kabul edilmesine rağmen kadınlardaki cinsel fonksiyon bozukluğu ile ilişkisi kesin değildir. Obezite ve kadın cinsel fonksiyon bozukluğu arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmaya, menopoz açısından benzer özellikte, seksüel fonksiyon indeksi skoru 23'ün üzerinde olan 52 kadın ve seksüel fonksiyon indeksi skoru 23'ün altında olan 66 kadın dahil edilmiş. Çalışma sonunda BKİ ile seksüel fonksiyon indeksi skoru arasında bir korelasyon olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada kadın cinsel fonksiyon bozukluğu parametrelerinden cinsel istek ve ağrı BKİ ile korele değilken, uyarılma, vajinal kuruluk, orgazm ve cinsel tatmin BKİ ile korele bulunmuştur. Çalışmada aynı zamanda obez bireylerde seksüel fonksiyon indeksi skoru obez olmayanlara göre anlamlı derecede yüksek saptanmıştır (Esposito ve diğ., 2007). Fransa'da 5 072 kadının (3 651 kişi normal kilolu, 1 010 kişi kilolu, 411 kişi obez) dahil edildiği bir çalışmada obez kadınların son bir yıl içinde obez olmayanlara göre daha az cinsel partnerlerinin olduğu ama kadın cinsel fonksiyon bozukluğu ile BKİ arasında bir ilişki olmadığı saptanmıştır (Bajos ve diğ., 2010). Obezitede kadın cinsel fonksiyon bozukluğunun araştırıldığı bir başka çalışmada, çalışmaya alınan 64 obez kadının %50'sinde, 27 obez olmayan kadının %41'inde cinsel fonksiyon bozukluğu saptanmış, total seksüel fonksiyon indeksi skorları ve alt skorları arasında bir fark (Pinar ve diğ. 2010). 6 690 kişinin dahil edildiği bir başka çalışmada (1 447'si

obez) BKİ ile cinsel yönelim, ilk ilişki yaşı, heteroseksüel ilişki sıklığı, erkek partner sayısı arasında bir ilişki saptanmamışken, kilolu ve obez kadınlarda erkek partner ile cinsel ilişki daha sık gözlenmiştir (Kaneshiro ve diğ., 2008). İsveç'te yapılan bir çalışmada obez ve normal kilolu kadınların cinsel hayatlarından memnuniyetlerinde anlamlı bir fark saptanmamış ancak genç yaş grubunda kilonun artmasıyla beraber cinsel istek ve cinsel tatminde azalma olduğu gözlenmiştir (Adolfsson ve diğ., 2004). Morbid obez 82 hasta ile yapılan bir başka çalışmada obez kadınlarda cinsel aktivite sıklığı normal kilolu kadınlara göre daha az sıklıkta saptanmış ve %44 oranında cinsel hayatlarından memnun oldukları tespit edilmiştir. Bu hastalarda obezite cerrahisi yapıldıktan sonra yapılan değerlendirmelerde ise cinsel hayattan memnun olma oranının 1 yıl içinde %63'e yükseldiği görülmüştür (Kinzl ve diğ., 2001). Ortalama BKİ 41,5 kg/m<sup>2</sup> olan ve obezite cerrahisi yapılan bir başka çalışma grubunda (66 kadın, 24 erkek) da benzer şekilde operasyondan sonraki 3 yıl içinde cinsel hayattan memnuniyet derecesinin belirgin derecede arttığı rapor edilmiş. (Larsen, 1990). Obezite cerrahisi yapılan 32 morbid obez kadın ve 56 morbid obez erkekle yapılan bir çalışmada operasyon öncesi ve operasyon sonrası cinsel fonksiyonlar karşılaştırılmış ve operasyondan 1 yıl sonra hastaların 61'inde cinsel hayat kalitesinde iyileşme olduğu, 27'sinde ise cinsel hayat kalitesinde herhangi bir değişiklik olmadığı gözlenmiştir. Aynı zamanda çalışmaya dahil edilen obez bireylerin eşlerinin %56'sında da operasyon sonrası 1 yılda cinsel istekte artma olduğu gözlenmiştir (Rand, Kuldau ve Robbins, 1982). Bariatrik cerrahi adayı 80 obez kadın ile yapılan bir çalışmada, katılımcılara cerrahiden önce, cerrahiden 6 ay sonra ve cerrahiden 12 ay sonra cinsel hayat kalitesi testleri uygulanmış. Çalışma başında uygulanan testin ortalama skoru 19 olarak saptanmış ve hepsinde cinsel disfonksiyon olduğu gözlenmiş. Operasyondan sonraki 6. ve 12. aylarda uygulanan testlerdeki ortalama skorlar 25 ve 30 saptanmış ve cinsel hayat kalitesinin belirgin şekilde yükseldiği görülmüştür (Herhandez Hernandez ve diğ., 2013). Ülkemizde 4 162 (2 081 kadın ve 2 081 erkek) olgunun dahil edildiği bir çalışmada en sık cinsel işlev bozukluğu kadın ve erkeklerde sırasıyla hipoaktif cinsel istek (%13,9) ve prematür ejakülasyon(%8,8) olarak tespit edilmiştir. Bunlardan obezite ile ilişkili olarak değerlendirilenler erkeklerde hipoaktif cinsel istek ve erektil disfonksiyon; kadınlarda ise cinsellikten zevk almama, hipoaktif cinsel istek ve cinsel ağrı yakınmaları olarak saptanmıştır. Çalışmada aynı zamanda yaş artışı ile beraber her iki cinsiyette de cinsel işlev bozukluklarında artış olduğu gözlenmiştir. Erkeklerde yaşın ilerlemesi ile beraber testesteron düzeyinin düşmesi ile başta erektil disfonksiyon olmak üzere tüm seksüel fonksiyonlarda kötüleşme görüldüğü, kadınlarda da yaşın ilerlemesi ile beraber cinsel istek ve orgazm problemlerinin ortaya çıkmaya başladığı ifade edilmiştir. Diyabeti olan erkek hastalarda hipoaktif cinsel istek, aktif cinsel yaşam olmaması, ereksiyon bozukluğu ve



cinsellikten zevk almamaya normalden daha sık rastlanmıştır. Kadınlarda bütün cinsel işlev bozuklukları ile sıkı bir ilişki gösteren depresyon ve anksiyete belirtileri erkeklerde erektil disfonksiyon, hipoaktif cinsel istek ve prematür ejakulasyon ile ilişkili bulunmuştur. Diğer değişkenler kontrol edildikten sonra her iki cinsiyette de BKİ ile cinsel sorunlar arasında bir ilişki saptanamamıştır. Bu veriler ile obezite ve cinsel işlev bozuklukları arasındaki ilişkinin diğer faktörlerin etkisiyle ortaya çıkabileceği sonucuna varılmıştır (Karadag ve diğ.,2014). Obezite ve cinsel hayat kalitesi ilişkisinin araştırıldığı bir başka çalışmada ise BKİ ne kadar yüksekse cinsel yaşam kalitesi de o kadar kötü olarak saptanmış ve cinsel yaşam kalitesinin obez erkeklere göre obez kadınlarda daha kötü olduğu görülmüştür (Kolotkin ve diğ., 2006).Abdominal obezite gelişimine zemin hazırlayan metabolik sendrom erektil disfonksiyonla ilişkili olduğunu ve kilo vermek için sağlıklı beslenme ve düzenli egzersiz yapmanın erektil disfonksiyonu azaltacağını öngören çalışmalar da mevcuttur. Elli yaşın üzerinde 31 742 erkeğin dahil edildiği ve cinsel disfonksiyon ile ilişkili parametrelerin incelendiği bir çalışmada katılımların %33'ünde son 3 ay içinde erektil disfonksiyon varlığı tespit edilmiş ve arzu, orgazm ve genel cinsel işlevsellik dahil cinsel fonksiyonların 50 yaşından sonra belirgin bir şekilde gerilediği saptanmıştır. Eretil disfonksiyon fiziksel aktivite yapanlarda yapmayanlara göre daha az görülürken, obezlerde obez olmayanlara göre daha fazla görülmüştür. Yine bir başka çalışmada da erkeklerdeki erektil disfonksiyon görülme sıklığının obezite ile pozitif, fiziksel aktivite ile negatif bir ilişki içinde olduğu ama sigara ve alkol ile bir ilişkisinin olmadığı gösterilmiştir (Derby, 2000).

Obez bireylerde anksiyete ve depresyonun sık olduğu, anksiyete ve depresyonun da aynı zamanda seksüel disfonksiyonla yakın ilişkili olduğu kabul edilmektedir. Depresyonu olan bireylerde cinsel disfonksiyonun araştırıldığı bir çalışmada hastaların %80'inde cinsel fonksiyon bozukluğu raporlanmıştır (Osvath ve diğ., 200).

Morbid obez olan ve cinsel disfonksiyonu olan 34 hastanın obezite cerrahisi ve sonrasında takip edildiği bir çalışmada, operasyondan sadece 6 ay sonra cinsel disfonksiyonun 34 hastanın sadece 23'ünde devam ettiği gözlenmiştir. Operasyon sonrası hastaların tüm cinsel fonksiyon parametrelerinde iyileşme olduğu gözlenmiş olup, genç, evli ve operasyon öncesi daha kötü bir cinsel hayat kalitesine sahip olan hastalardaki iyileşmenin daha belirgin bir iyileşme şeklinde olduğu ifade edilmiştir (Bond ve diğ., 2011). Tüm bu çalışmalar göz önünde bulundurulduğunda kilo vermenin, özellikle de bariatrik cerrahi gibi bir yöntemle belirgin bir kilo kaybının cinsel hayat kalitesi üzerine anlamlı derecede iyileştirici bir etkisi olduğu görülmektedir.

## 2.7. OBEZİTE VE PSİKOPATOLOJİ

Obezite ve psikopatoloji arasındaki ilişki eskiden beri birçok çalışmanın konusu olmuştur. Bu çalışmalar genel olarak incelendiğinde obez bireylerde psikiyatrik hastalık tanı sıklığının obez olmayan bireylere oranla daha sık olduğu ama ortaya net bir ilişki konulamadığı gözlemlenmektedir. Bu çalışmalara göre obez bireylerde depresyon, anksiyete bozuklukları, post travmatik stres bozukluğu, sigara bağımlılığı ve yeme bozukluklarına obez olmayan bireylere göre daha sık rastlandığı görülmektedir (Black ve diğ. 1992; Scott ve diğ., 2008). Bazı çalışmalarda obez bireylerde belirgin bir psikiyatrik bozukluğa rastlanmadığı kişilik bozukluklarına daha sık rastlandığı gösterilmiştir (Castelnuovo- T edesso ve Schievel, 1975).

Obez bireylerde iştah artışıyla beraber kilo alınması, kilo alımı ile birlikte harekette azalma olması ve kullanılan ilaçların iştah açıcı etkilerinden dolayı kilo alımının artmasının özellikle kadınlarda olmak üzere depresyon esnasında yeme ataklarının ortaya çıkmasına ve obezite gelişimine neden olduğu öne sürülmektedir (Simon ve diğ., 2006). Obez bireylerin anksiyete ile baş etme yöntemi olarak aşırı yemek yemeyi seçtiği ve bu bireylerin edilgen bağımlı özellikleri nedeniyle alternatif baş etme yöntemleri geliştiremedikleri öne sürülür. Yani aşırı yeme bu bireylerde anksiyete ve depresyon gibi durumlarda kötü bir baş etme tepkisi olarak ortaya çıkabilir (Wilson 1992: 81-95).

Obez bireylerde psikiyatrik tanılarının araştırılması esnasında, tedavi için hastaneye başvuran obez grup ayrı bir alt grup olarak değerlendirilmelidir. Çünkü tedavi arayışında olan bu alt grupta psikopatoloji ve tıkanırcasına yeme bozukluğunun, tedavi için başvurmayan obez bireylerden daha sık görüldüğü ve yine aynı şekilde tedavi için başvuran grubun psikososyal desteğe daha fazla ihtiyaç duyduğu saptanmıştır (Aslan ve Ünal,1995; Deveci ve diğ.,2005). Tedavi arayışında olan bu alt grubu ele alan bir başka çalışmaya göre, bu grupta tedavi almayan diğer obez bireylere göre borderline kişilik bozukluğu, yeme bozuklukları ve depresyon daha yüksek oranda gözlenmiştir (Faith, Matz ve Jorge, 2002). Yapılan bir başka çalışmada ise obezite ne kadar erken yaşta başlarsa, duygusal sorun ve psikiyatrik belirtilere de o kadar daha sık rastlandığı ve buradan yola çıkılarak obezitenin içsel psikolojik çatışmalarla ilişkili olabileceği vurgulanmıştır (Mills ve Andrianopoulos, 1993). Obezite cerrahisine aday 288 kişi ile yapılan ve obezite derecesi ile psikiyatrik bozukluklar arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada, eksen 1 bozukluğu görülen bireylerin BKI'lerinin eksen 1 bozukluk görülmeyen bireylere göre belirgin yüksek olduğu ama eksen 2 bozukluk için böyle bir ilişkiye rastlanmadığı ifade edilmiştir. Aynı çalışmada eksen 1 ve eksen 2 bozukluklarının görülme durumlarının yaş, cinsiyet, ırk, medeni durum ve eğitim düzeyine göre bir değişkenlik göstermediği ifade edilmiştir. Bu çalışmaya alınan hastaların yaklaşık %66'sında hayatlarının

bir döneminde eksen 1 bozukluk öyküsü olduğu, %38'inin ameliyat öncesi dönemde en az 1 tane eksen 1 bozukluk tanı kriterlerini karşıladığı ve %29'unun da bir ya da daha fazla eksen 2 bozukluk için tanı kriterlerini karşıladığı görülmüştür (Kalarchian ve diğ., 2007). Obezite cerrahisi planlanan 50 hastanın MCMI-3 (Millon Clinical Multiaxial Inventory-3) uygulanarak elde edilen verileri incelendiğinde, çalışmaya alınan obez bireylerde en sık histrionik bozukluk ve obsessif kompulsif bozukluğa rastlandığı gözlenmiştir (Kalarchian ve diğ., 2007).

Obez bireylerde MMPI günümüze kadar birçok çalışmada uygulanmış olmasına rağmen elde edilen sonuçların heterojen olmasından dolayı, obezite ve kişilik profili arasında kabul edilmiş net bir ilişki yoktur. Obez bireyleri ve 5 farklı psikiyatrik hastalığı olan hasta gruplarını MMPI ile değerlendiren bir çalışmada obez bireylerde MMPI alt ölçeklerinden D ve Pd yüksek, Pa ise düşük bulunmuştur (Crumpton ve Groot, 1966). Obez bireylerde kişilik özellikleri ve bunun kilo verme başarısı üzerindeki etkilerinin incelendiği bir çalışmada katılımcılara uygulanan MMPI testinin skorları incelendiğinde obez erkeklerde F ve Ma alt ölçek skorlarında, obez kadınlarda ise F, Pd, Pa, Sc ve Ma alt ölçek skorlarında anlamlı yükseklik olduğu görülmüştür. Hem erkek hem de kadınlarda MMPI'nin normal veya patolojik olmasının kilo vermek üzerinde bir etkisi olmadığı saptanmıştır. Aynı çalışmada 12 yaşından önce obezite gelişen bireylerin, daha geç yaşta obezite gelişen bireylerden daha başarılı bir şekilde kilo verdikleri gözlenmiştir (Johnson, Swenson ve Gastineau, 1976: 626-632). Kinder ve ark(2008) çalışmasında obez bireylerde spesifik bir kişilik profili desteklenmesi de MMPI ölçeklerindeki yüksekliklerin obeziteye eşlik edebileceği ifade edilmektedir. Bu çalışmanın katılımcıları olan bariatrik cerrahi aday obez bireylerde defansif cevaplar vermelerine rağmen, MMPI skorları normal populasyondan daha yüksek olarak saptanmıştır (Kinder ve diğ., 2008). Bariatrik cerrahinin başarısını gösteren psikososyal belirteçleri araştırma amacı ile yapılan bir çalışmanın neticesinde genç ve kadın olan, benlik saygısı yüksek olan, mental kapasitesi yüksek olan, tatmin edici bir evliliği olan, sosyo ekonomik düzeyi yüksek olan, öz eleştiri yapabilen ve sorunlarla alternatif baş etme yöntemleri geliştirebilen, obezitesi 18 yaşından önce gelişmiş olan, obez olmaktan rahatsızlık duyan ve bunun endişesini taşımaktan muzdarip olan, gerçekçi beklentilere sahip olan ve rahatsız edici yeme davranışları olmayan kişilerde bariatrik cerrahi başarısının daha yüksek olduğu görülmüştür (van Hout, G.C., Verschure, S.K., ve van Heck G.L., 2005). Morbid obez bireylerde psikopatolojinin araştırıldığı bir çalışmada obez bireylere MMPI-2 uygulanmış olup çalışma sonunda elde edilen veriler değerlendirildiğinde madde kullanımının BKİ ve psikopatoloji ile pozitif ilişkili, eğitim düzeyi ve çocuk sayısının ise negatif ilişkili olduğu gösterilmiştir (Maddi ve diğ., 1997). Obezite cerrahisi yapılan 52 kişinin dahil edildiği bir çalışmada hastalar operasyondan 1 yıl sonra değerlendirilmiş ve fazla

kilolarının %50'sinden azını kaybeden ve fazla kilolarının %50'sinden fazlasını kaybeden diye iki gruba ayrılmış ve her iki gruba da MMPI-2 ölçeği uygulanmış. Çalışmanın sonunda fazla ağırlığının %50'sinden azını kaybeden grupta ağırlığının %50'sinden fazlasını kaybeden gruba göre F, Hy ve Pa alt ölçek skorları daha yüksek, kadınlık-erkeklik skoru ise daha düşük saptanmıştır (Tsushima, Bridenstine ve Balfour, 2004). Bir obezite cerrahi merkezinde hastaların tümüne (324 erkek ve 658 kadın) operasyon öncesi uygulanan psikiyatrik testlerin kayıtlardan geriye dönük incelenmesi şeklinde yapılan bir çalışmada, MMPI-2 envanterindeki duygusal disfonksiyonun yeme davranışı bozukluğu, major depresyon öyküsü ve daha önceki intihar girişimleri ile ilişkili olduğu; ölçekteki davranışsal disfonksiyon skorlarının geçmişteki ve güncel madde alımı ve daha önceki fiziksel istismar öyküsü ile ilişkili olduğu; ölçekteki somatik problemleri gösteren skorların ise cerrahi esnasındaki BKİ, uyku apnesi varlığı, fiziksel ve cinsel istismar öyküsü, aktif duygu durum bozukluğu, önceki psikiyatrik tanılar ve yeme davranışı bozukluğu ile ilişkili olduğu saptanmıştır (Marek ve diğ., 2013). Maddi ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada obezite cerrahisi planlanan morbid obez hastalara ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası 6 ay ile 1 yıl içinde yapılan MMPI-2 ölçek puanları değerlendirildiğinde morbid obez bireylerin operasyon öncesi tüm skorlarının daha yüksek olduğu gözlenmiş ve bu skorlardaki yüksekliğin obeziteyi başlatıcı etmenlerin ortak bir etkisi ve obezitenin kendisine bir tepki ile ilgili olabileceği öngörülmüştür (Maddi ve diğ., 2001).

Ülkemizde obez adolesanlarda psikopatolojinin araştırıldığı bir çalışmaya dahil edilen 30 obez hastanın 16'sında DSM-4 tanılarından biri saptanmış ve obez grupta anksiyete ve depresyon skorları ile sosyal problemler ve sosyal çekilme obez olmayan gruba göre daha yüksek oranda gözlenmiştir (Erermis ve diğ., 2004).

Obezite ve kişilik ile ilgili çalışmalar kompleks bir ilişki ortaya koymaktadır. Obez bireyler obez olmayan bireylere nazaran, tedavi arayışı içinde olma davranışı ve yeme bozuklukları kontrol altına alındıktan sonra bile, daha dürtüsel, daha bağımlı, daha endişeli ve daha fazla yenilik arayışı içerisindedir (Davis ve diğ.,2008).

Obez bireylere MMPI uygulanarak BKİ ile kişilik arasındaki ilişkiyi araştıran bir çalışmanın verileri daha önceki çalışmalarla birlikte değerlendirildiğinde, MMPI alt ölçeklerindeki skorların BKİ artışı ile korele olduğu görülmüştür. Aynı çalışmada MMPI alt ölçeklerinden Pd, Ma ve yaş, BKİ için belirleyici parametreler olarak saptanmıştır. Bu çalışmada obez hastaların dürtüsel, sinirli ve istikrarsız olmaya yatkın oldukları ifade edilmiştir (Valenti, Omizo ve Mehl-Madrona. 2011).

### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmaya Haliç Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu ve Bezmialem Vakıf Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu onayları alındıktan sonra başlanmıştır.

#### 3.1. Örneklem grubu

Bu çalışmaya Ocak 2015 - Nisan 2015 tarihleri arasında İstanbul, Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Endokrin ve Metabolizma Hastalıkları Polikliniğine obezite cerrahisi öncesi, cerrahiye uygunluk açısından değerlendirilmek üzere yönlendirilen ve cerrahiye uygun görülen 60 morbid obez hasta ve BKI 25'in altında olan normal kilolu 63 kontrol olmak üzere toplam 123 kişi alınmıştır.

#### 3.2. Araştırmaya dahil edilme ölçütleri:

- BKI >40 olmak
- BKI>35 olup obezite ile ilişkili komorbiditelerden (Tip 2 Diyabetes mellitus, Obstruktif Uyku Apne Sendromu, Ciddi hipertansiyon gibi) herhangi birine sahip olmak
- 18 yaşından büyük olmak
- Çalışmaya katılmak için gönüllü olmak

#### 3.3. Araştırmadan dışlanma ölçütleri:

- 18 yaşından küçük olmak
- Çalışmaya katılmak için gönüllü olmamak

#### 3.4. Araştırmanın amacı

Bu çalışmanın amacı bariatrik cerrahi için değerlendirilmek üzere başvuran morbid obez hasta grubunda anksiyete ve depresyon sıklığını, benlik saygısı ve beden imajı düzeylerini belirlemek, cinsel hayat kalitesini ve kişilik özelliklerini incelemektir.

#### 3.5. Veri toplama araçları

Çalışmanın amacı doğrultusunda tüm katılımcılara sosyodemografik bilgi formu doldurtulmuş BAE, BDE, ACYÖ, BAÖ, RBSÖ ve MMPI uygulanmıştır. Veri formlarının doldurulması sırasında zorluk yaşayan hastalara bizzat araştırmacı tarafından yardım edilmiştir.

### **3.5.1. Sosyodemografik Bilgi Formu**

Çalışmaya dahil edilen tüm katılımcılara kimlik bilgileri, medeni durum, eğitim düzeyi, gelir düzeyi, meslek, beslenme özellikleri ve alışkanlıkları, ek hastalıkları ve obezite ile ilişkili diğer parametreleri barındıran bu form doldurtulmuştur.

### **3.5.2. Beck Anksiyete Envanteri**

Beck ve arkadaşları (1988) tarafından geliştirilen BAE, yaşanan anksiyete belirtilerinin sıklığının saptanmasını hedefleyen, 0-3 arası puanlanan, 21 maddeden oluşan, likert tipi bir öz değerlendirme ölçeğidir. Ölçeğin ülkemizdeki standardizasyon çalışması 1988 yılında Ulusoy ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Ölçek 21 maddeden oluşup, “hiç”, “hafif derecede” “orta derecede”, “ciddi derecede” seçeneklerini içerir ve 0-3 arası puanlanır. Puan aralığı 0-63 olup, toplam puanın yüksekliği bireyin yaşadığı anksiyetenin şiddetini gösterir (Ulusoy, Şahin ve Erkman.1998). Ölçekte alınan puanlara göre hastaların anksiyete düzeyleri şu şekilde tanımlanır: Toplam skor üzerinden 0-7 puan minimal derecede anksiyete, 8-15 puan hafif derecede anksiyete, 16-25 puan orta derecede anksiyete ve 26-63 puan şiddetli derecede anksiyete düzeyini göstermektedir (Beck ve diğ., 1988).

### **3.5.3. Beck Depresyon Envanteri**

Beck ve arkadaşları tarafından 1961’de geliştirilen BDE’nin ülkemizdeki güvenilirlik ve geçerlik çalışması Teğin (1980) ve Hisli (1988) tarafından birbirinden bağımsız iki uyarılma çalışma ile yapılmıştır. Ölçekte 15’i psikolojik, 6’sı somatik belirtileri içeren 21 madde vardır. Ölçek; başarısızlık duygusu, karamsarlık, suçluluk duyguları, doyum almama, huzursuzluk, iştah azalması, yorgunluk, kararsızlık, sosyal çekilme ve uyku bozukluğu, gibi depresif belirtilere ilişkin 21 maddeden oluşur. Her madde depresyona ilişkin bir davranışı belirleyen dört dereceli kendini değerlendirme ifadesini içermektedir (Seber ve diğ., 1993). Ölçekte her madde 0 ile 3 arasında puanlanır ve bu puanların toplanmasıyla depresyon puanı elde edilir. Alınabilecek en yüksek puan 63’tür. Alınan puanın yükselmesiyle depresyon düzeyi ve şiddeti yükselir. Hisli(1988) Türkçe standardizasyon çalışmasında, 17 ve üstündeki puanların tedavi gerektirecek şiddetteki depresyonu %90 doğrulukla ayırt edebileceğini bildirmiştir (Hisli, 1988). Hisli’ye (1989) göre ölçekten elde edilen skorlara göre depresyonun ciddiyeti şu şekilde sınıflandırılabilir (Hisli, 1989):

1-10: Normal

11-16: Hafif ruhsal sıkıntı

17-20: Sınırdaki klinik depresyon

21-30: Orta depresyon

31-40: Ciddi depresyon

40 ve üzeri: Çok ciddi depresyon

#### **3.5.4. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (Rosenberg Self-esteem Scale)**

Benlik saygısı ölçümü için kullanılan bu ölçek Morris Rosenberg tarafından 1965 yılında geliştirilmiştir (Baider ve diğ., 2003). ABD’de güvenilirlik geçerlilik çalışması yapıldıktan sonra birçok araştırmada ölçüm aracı olarak kullanılmıştır. Ülkemizdeki geçerlik güvenilirlik çalışması 1986 yılında Çuhadaroğlu tarafından yapılmış olup, geçerlilik katsayısı 0.71, test tekrar test güvenilirlik katsayısı 0.89 olarak saptanmıştır (Çuhadaroğlu, 1986).

Bu araştırmanın amacı doğrultusunda benlik saygısını ölçmeye yönelik, ölçeğin ilk on maddesi kullanılmıştır. Ölçekteki 1, 2, 4, 6 ve 7. maddeler olumlu kendilik değerlendirmesini sorgularken ölçekteki 3, 5, 8, 9, 10. maddeler olumsuz kendilik değerlendirmesini sorgulamakta olup, 0’dan 3’e kadar değişen bir puanlama yapılıdır. Ölçek puanına göre benlik saygısı yüksek (0-1 puan), orta (2-4 puan) veya düşük (5-6 puan) olarak değerlendirilmektedir. Ölçekte işaretli maddeler puan aldırılmaktadır. Test verilirken maddelerin yanında işaretleri bulunmamaktadır. Madde 1 için 3 sorudan 2’sinde işaretli cevabı seçerse 1 puan, madde 2 ve madde 6 için 2 sorudan 1’inde işaretli cevabı seçerse 1 puan, diğer maddelerde ise her işaretli cevap seçildiğinde 1 puan olarak hesaplanır. Ölçeğin kendi içindeki değerlendirme sistemine göre denekler, 0 ile 6 puan arasında puan alır. Ölçekten alınan puanın yükselmesi, benlik saygısı düzeyinin düşmesine işaret etmektedir (Çuhadaroğlu, 1986).

#### **3.5.5. Beden Algısı Ölçeği**

Beden algısı ölçeği Secord ve Jourand tarafından 1953 yılında geliştirilen, bireylerin bedenlerinin çeşitli kısımlarından ve çeşitli beden işlevlerinden ne kadar hoşnut olduklarını ölçmeyi amaçlayan bir ölçektir (Secord ve Jourard, 1953). Türkiye’deki geçerlik ve güvenilirlik çalışması 1989 yılında Hovardaoğlu tarafından yapılmıştır. Kırk maddeden oluşan ölçeğin her bir maddesi bir organ ya da beden bir bölümü (kol, bacak, yüz gibi) ya da bir işlevi (cinsel faaliyet düzeyi gibi) ile ilgilidir. Her bir madde için “Hiç beğenmiyorum”, “Beğenmiyorum”, “Kararsızım”, “Beğeniyorum” ve “Çok beğeniyorum” şeklinde yanıt seçenekleri mevcut olup her soru 1’den 5’e kadar değişen puanlar alır. Ölçeğin toplam puanı 40 ile 200 arasında değişir. Ölçeğin kesme puanı 135 kabul edilmiş olup, skoru 135’in altında olanlar beden algısı düşük olarak değerlendirilmiştir. olup, 135’in altında puana sahip olanlar beden algısı düşük grup olarak tanımlanmıştır (Pınar, 2002).

### **3.5.6. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği**

Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği 2000 yılında McGahuey, Gelenberg, Laukes, Moreno ve Delgoda tarafından hazırlanmıştır. Ölçek psikotrop ilaç kullanan hastalarda cinsel işlevlerde ortaya çıkan değişiklikler ve bozuklukları en uygun ve kişiyi en az rahatsız edecek şekilde değerlendirmek üzere oluşturulmuştur. Kadın ve erkek formları bulunan ölçek, likert tipi bir özdeğerlendirme ölçeği olup, 5 sorudan oluşmaktadır (McGahuey ve diğ., 2000). Cinsel işlevleri cinsel yönelim ve eşle olan ilişkiyi hariç tutarak değerlendirmeyi amaçlayan ölçekte sırasıyla cinsel dürtü, psikolojik uyarılma, fizyolojik uyarılma (kadınlarda vaginal lubrikasyon), orgazma ulaşma kapasitesi ve orgazm sonucu doyum duygusunu irdeleyen sorular mevcuttur. Bu sorular DSM-IV ve ICD-10 cinsel işlev bozuklukları tanı kriterlerini karşılamaktadır. Kadın ve erkek formu ayrı olan ölçek, hastalar tarafından doldurulmakta ve yorumlanması için özel bir eğitime gereksinim bulunmamaktadır (Soykan, 2004).

Ülkemizde ACYÖ'nün geçerlik güvenirlik çalışması Soykan tarafından son dönem böbrek yetersizliği olan hastalarda yapılmıştır. Bu çalışmada ölçeğin iç tutarlılığının ve güvenirliğinin 0.89 - 0.90 Cronbach  $\alpha$  değerleri ile yüksek, cinsel disfonksiyonu ayırt etmede geçerli olduğu saptanmıştır (Soykan, 2004). Altılı likert tipte beş maddeden oluşan ölçekte her soru için 1-6 arasında puan verilir ve toplam skor 5-30 arasında değişir. Yüksek skorlar cinsel disfonksiyonu gösterirken, skor düştükçe cinsel yanıtın güçlü, kolay ve tatmin edici olduğu şeklinde yorumlanır. Soykan' a göre  $\geq 11$  ölçek puanı cinsel disfonksiyon için kesme noktasıdır (Özdemir, Kalyoncu ve Akdemir, 2010).

### **3.5.7. Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri (MMPI)**

MMPI, Starke R. Hathaway ve J. Charnley McKinley tarafından 1930'lu yılların sonu 1940'lı yılların başında geliştirilen, 1943 yılında Amerikan Psikoloji Birliği tarafından yayınlanan, bireyin kişisel ve toplumsal uyumunu nesnel olarak değerlendirmek ve vakalara doğru tanısallık değerlendirme yapmak üzere klinik uygulamalarda ve araştırmalarda kullanılan bir envanter olup kişinin kendi yanıtladığı 566 maddeden oluşmaktadır (Graham, Schroeder ve Lilly, 1971). Testi alan kişi, maddelerin kendisine uygunluğunu ölçüt olarak “doğru”, “yanlış”, ya da “bilmiyorum” şeklinde cevaplar. Uyarıların belirli, cevapların sınırlandırılmış olması açısından kişiliği objektif olarak değerlendiren bir teknik olan MMPI, uygulama esnasında iyi eğitilmiş ve tecrübeli uygulayıcılar ve yorumu sırasında klinik beceriler gerektirmektedir. En az 6 yıl eğitim görmüş, 16 yaş ve üstündeki herkes MMPI testine tabi tutulabilir. Bu envanterin aynı zamanda zamanın kısıtlı olduğu durumlarda tercih edilebilecek 366 maddeden oluşan kısa formu da bulunmaktadır. Ancak kısa form tercih edilen kişilerin kitapta dağınık halde bulunan



belirli 33 maddeyi daha cevaplandırmaları gerekmektedir (Graham, 1998, 8-9). Ölçeğin ülkemizdeki geçerlik güvenirlik çalışması Savaşır (Savaşır, 1981) tarafından yapılmıştır. Uygulama sonrasında puanlama elle ya da bilgisayar aracılığıyla objektif olarak yapıldıktan sonra 4 geçerlik alt ölçek ve 10 klinik alt ölçeğe ait puanlar ve bu ham puanlara karşılık gelen T skorları elde edilir. Bu dönüşüm işlemi ABD’de Minnesota normal grubundan elde edilen verilere, Türkiye’de ise Türk standardizasyon grubundan elde edilen T puanı değerlerinden (Savaşır tarafından 1981’de yayınlanmıştır) elde edilen verilere dayanır. Kadın ve erkek olmak üzere iki ayrı normu bulunan envanterin profilleri çizilirken T puanlarından yararlanılmaktadır. Envanter değerlendirilirken 70’in üzerindeki T puanı yüksek, 45’in altındaki T puanı ise düşük olarak kabul edilmektedir (Graham, 1998).

MMPI klinik uygulamalar, gözlemler, görüşmeler ve görgül çalışmalar sonucunda geçerli ve güvenilir bir araç olduğu ispatlanmış bir ölçek olup kişilik özelliklerini incelemek açısından temel ölçüttür. Maddeler çok sayıda vaka öykülerinden, ders kitaplarından, daha önce yayınlanmış kişilik ve sosyal tutum ölçeklerinden ve kişilikle ilgili önermelerden yola çıkılarak oluşturulan madde havuzundan, klinik tanılu hastaları normallerden en iyi ayırt eden maddeler seçilerek oluşturulmuştur. Genel madde havuzunun varlığı ve bağımsız klinik ölçekler üzerinde yapılan sistematik analizler sonucunda MMPI protokollerinin yorumlanmasına önemli katkılarda bulunan alt madde grupları oluşturulmuştur (Graham, Schroeder ve Lilly, 1971). İçerik ölçeklerini temsil eden bu madde grupları oluşturulurken istatistiksel bir yöntem olan faktör analizi veya belirlenen içerik sınıflamalarına maddelerin uzmanlar tarafından rasyonel olarak atanması yöntemi olmak üzere iki yöntem kullanılmaktadır (Haris ve Lingo, 1955).

MMPI L, F, K ve bilmiyorum geçerlik alt ölçekleri ile hipokondriazis, depresyon, histeri, psikopatik sapma, erkeklik-kadınlık, paranoya, psikasteni, şizofreni, hipomani ve sosyal içe dönüklük gibi klinik alt ölçekleri barındırır.

### **3.5.7.1. Geçerlik alt ölçekleri**

#### **3.5.7.1.1. L ölçeği**

Yalan ölçeği olarak bilinir ve kişinin kendini olduğundan farklı göstermek için başvurduğu çabalarını göstermek için hazırlanmış bir alt ölçektir. Kişinin karakterinde bulunan zayıflıkları kabul edebilip edemediğini değerlendirmeye yarar. L puanı yüksek çıkan bireyin testteki sorulara dürüst ve içten cevap vermemiş olma olasılığı yüksektir. (Graham, 1998, 11-12).

Yüksek L puanı olan bireyler geleneksel, sosyal açıdan uysal ve boyun eğicidir. Düşünceleri basmakalıptır ve sorunlara esnek bir yaklaşım sergileyemezler. Baskı ve stres

töleransları düşüktür. Katı, tutucu ve kendine aşırı değer veren bireylerdir. Bastırma ve inkar mekanizmalarını çok fazla kullanırlar. (Graham, 1998, 11-12).

Düşük L puanı olan bireylerin ise içten yanıt verdikleri ve hata ve eksikliklerini kabul edebilecek kadar kendilerine güvendikleri kabul edilir. Düşük puanlı bireyler anlayışlı, sosyal açıdan uyumlu, kendine güvenen ve bağımsız bireylerdir (Graham, 1998, 11-12).

#### **3.5.7.1.2. F ölçeği**

Soruları normalden farklı yanıtlayan kişileri saptamak için hazırlanmış bir alt ölçektir. Geçersiz olmayan bir testte F skoru ile psikopatolojinin şiddeti arasında pozitif bir ilişki vardır (Graham, 1998, 12-13).

Yüksek F skoru testteki sorulara gelişigüzel cevap vermeyi, hepsini doğru ya da yanlış işaretlemeyi, kişinin kendini olduğundan farklı gösterme çabasını gösterir ya da psikiyatrik bir geçmişi olan bir bireydeki halüsinasyon, konuşmada fakirleşme, içe çekilme, yargılamada yetersizlik, tek heceli konuşma, dikkat alanında daralma gibi durumlarda gözlenir (Graham, 1998, 13-14).

Düşük F skoru testteki soruları normallerin çoğu gibi yanıtlayan, sosyal açıdan uyumlu, ruhsal bir bozukluğu olmayan ve iyi bir profil vermeye çalışan bireylerde gözlenir (Graham, 1998, 14-15).

#### **3.5.7.1.3. K ölçeği**

Test uygulanan kişinin savunmacı tutumunu göstermek için hazırlanmış bir alt ölçektir. Yüksek olan K puanı savunmacılığı gösterir ve kişinin testi yanıtlayış tarzı konusunda bilgi verir (Graham, 1998, 16).

Yüksek puan alan bireyler kendine yeterli, kontrollü ve etkili bir görünüm vermeye çalışırlar. Bu kişiler utangaç ve çekimseldirler, başka insanlarla duygusal ilişkilere girme konusunda çekimseldirler. İnsanların geleneksel olanlar dışında farklı inanç ve davranışlarına karşı hoşgörülü değildirler (Graham, 1998, 16-17).

K puanı düşük saptanan bir birey ya tüm soruları “doğru” olarak işaretlemiş ya da bilerek kendini olumsuz göstermeye çalışmıştır. Bu bireyler hiçbir şeyden hoşnut değildirler, kendilerine ve diğer insanlara karşı aşırı eleştiricidirler. Günlük yaşam sorunları ile mücadelede başarısızdırlar ve davranış ve güdülerine karşı içgörülerini çok azdır. Çekingen, içine çekilmiş ve yavaştırlar. Kişiler arası iletişimde patavatsız ve ters davranışlara eğilim gösterirler. Başka insanların davranışlarına kuşku ile yaklaşırlar (Graham, 1998, 17-18).

#### **3.5.7.1.4. Bilmiyorum ölçeği**

Testte yanıtlanmamış soru sayısını gösterir. Testin uygulandığı kişinin soruyu boş bırakma nedeni dikkatsizlik, şaşkınlık, kararsızlık, kabul etmediği bir özelliğinden dolayı yalan söylemekten kaçınması ya da sorulan konu hakkında herhangi bir bilgi sahibi olmaması olabilir (Graham, 1998, 10).

Testte boş bırakılan madde sayısı 30'un üzerinde olan veya L, F ve K ölçeklerinden herhangi birinde skor 70'in üzerinde saptanan testler geçersiz olarak kabul edilir (Graham, 1998, 18-19).

Tüm maddeleri "doğru" olarak yanıtlayan bir bireyin test sonucunda F puanı çok yüksek (genelde >120), L ve K puanı 50'nin altında çok düşük, profil 6 ve 8'de de psikotik bir eğilim göstergesi olarak sivrilme görülür (Graham, 1998, 20).

Tüm maddeleri "yanlış" olarak yanıtlayan bir bireyin test sonucunda L, F ve K ölçekleri yüksek olur, nevrotik benzeri bir eğilim görülür (Graham, 1998, 20).

Kendini kötü göstermeye çalışan bir bireyin test sonucuna bakıldığında F skorunun çok yüksek (genelde >100), L ve K puanlarının ortalamasının biraz altında olduğu ve erkeklik-kadınlık alt ölçeği hariç tüm ölçeklerde yükseklik olduğu görülecektir. F puanı, K puanından ne kadar yüksekse kişinin kendini kötü gösterme çabası o derece yüksektir diye değerlendirilir (Graham, 1998, 21-23).

Kendini olduğundan daha iyi göstermek isteyen bir bireyin testi incelendiğinde F ölçeğinin T skorunun 40-50 arasında olduğu, L ve K ölçek skorlarının da birlikte yükseldiği ve V şeklinin oluştuğu görülür. Ölçeklerden çoğunun T skoru 30-50 arasındadır ve genelde en yüksek skor ölçek 5'tedir (Graham, 1998, 24-25).

#### **3.5.7.2. Klinik alt ölçekler**

##### **3.5.7.2.1. Hipokondria (Hs)**

Bedene yönelik aşırı zihinsel ve hastalık korkularıyla karakterizedir. Testte 33 madde bu alt ölçeğe yöneliktir. Tek bir boyutu değerlendirir. Bu alt ölçekteki yüksek puan bireyler; bedeniyle aşırı ilgilenen, bencil, narsistik, kötümser, alaycı, doyumsuz, mutsuz, diğer insanları üzen, sürekli yakınan ve sızlanan, heyecansız, isteksiz, sorunları uzun süreden beri devam eden, terapistin kendine yeterince ilgi göstermediğini düşündüğü için terapiyi bırakma eğilimi olan kişilerdir. Bu ölçekten düşük puan alan bireyler ise; iyimser, duyarlı, içgörülü ve genelde günlük yaşamda etkin olan kişilerdir (Graham, 1998, 27-29).

### **3.5.7.2.2. Depresyon (D)**

Semptomatik depresyonu belirlemek için geliştirilmiştir. Testteki 60 soru bu alt ölçeğe yöneliktir. Kişinin yaşamı ile ilgili huzursuzluk ve hoşnutsuzluğunun çok iyi bir göstergesidir. Bu alt ölçekte yüksek puan alan bireyler; depresif, mutsuz, karamsar, kendini aşağılayan, suçluluk duygusu duyan, konuşmak istemeyen, yavaş hareket eden, yorgun, huzursuz, sinirli, kolay kızan, kendine güvenmeyen, kendini yetersiz hisseden, içedönük, utangaç, kişilerarası iletişimden kaçınan, karar vermekte güçlük çeken, aşırı kontrollü, dürtülerini inkar eden, hoş olmayan durumlardan kaçınan bireylerdir. Bu bireyler sıkıntıları nedeniyle terapi için istekli olurlar ama stresleri yatıştırdığında tedaviye son verme eğilimi içinde olurlar. Bu alt ölçekte düşük puan alan bireyler; anksiyete, depresyon ve gerginlikten uzak, rahat, huzurlu, kendine güvenen, duygusal açıdan dengeli ve tutarlı, neşeli, iyimser, sorumluluk isteyen, sosyal ortamlarda rahat, zeki, esprili, dürtüsel davranan bireylerdir (Graham, 1998, 29-32).

### **3.5.7.2.3. Histeri (Hy)**

Stres verici durumlarda histerik tepkiler veren bireyleri belirlemek için oluşturulmuştur. Testteki 60 soru bununla alakalıdır. Bu alt ölçekte yüksek puan alan bireyler; strese tepki veren ve fiziksel semptomlar geliştirerek (baş ağrısı, göğüs ağrısı, güçsüzlük, çarpıntı gibi) sorumluluktan kaçan bireylerdir. Bu bireylerde semptomların altında yatan olası nedenlere karşı içgörü yok denecek kadar azdır. Bu kişiler kendi güdü ve duygularını anlamaktan yoksundurlar. Bu bireyler psikolojik açıdan olgunlaşmamış, ben-merkezci, narsist ve bencildirler ve diğer insanlardan sürekli sevgi ve saygı beklerler ve bunu elde etmek için de genelde alternatif yollara başvururlar. Kişiler arası iletişimleri yüzeysel ve çocuksudur. İnsanlarla olan iletişimleri içten olmaktan ziyade kendi çıkarları içindir. Bu alt ölçekten düşük puan alan bireyler; temkinli, uysal, maceracı ve çalışkan olmayan, ilgi alanları dar, sosyal katılımı sınırlı, liderlik rolünden kaçınan, soğuk, katı ve zor anlaşılabilen, sorunlara gerçekçi ve tutarlı bir şekilde yaklaşan ve sönük ve hareketsiz yaşam tarzından hoşlanan bireylerdir (Graham, 1998, 32-35).

### **3.5.7.2.4. Psikopatik sapma (Pd)**

Psikoaptik ya da antisosyal kişilik bozukluğu tanısı alan bireyleri belirlemek için oluşturulmuştur. Testteki 50 soru bununla alakalıdır. Bu alt ölçekten yüksek puan alan bireyler; toplumun kurallarını ve değerlerini özümsemeye sıkıntı yaşayan, asosyal ya da antisosyal davranışları olan, otorite figürlerine karşı isyankar olan, fırtınalı aile ilişkileri olan, okul başarısızlığı ve kötü bir iş yaşamı olan, evlilik sorunları olan, plansız, eylemlerinin sonucunu

düşünmeksizin harekete geçen, geçmiş deneyimlerinden faydalanmayan, gösterişçi ve dikkat çekici, kişilerarası ilişkileri yüzeysel olan, konuşkan, öfkeli, muhalif, başı dertteyken pişman ve suçlu taklidi yapan ve duygusal tepkilerinde derinlik olmayan bireylerdir. Bu alt ölçekten düşük puan alan bireyler; geleneksel, uysal, pasif, itaatkar, çekingen, samimi ve güvenilir, ilgi alanı dar, yaratıcı ve spontan olmayan, inatçı, kuralcı ve katı davranan ve davranışlarının sorumluluğunu üstlenmekten korkan bireylerdir (Graham, 1998, 35-38).

#### **3.5.7.2.5. Erkeklik-kadınlık (Mf)**

Homoseksüel eğilimleri belirlemek için geliştirilmiştir. Testte bu alt ölçekle ilgili 60 soru bulunmaktadır. Testte yüksek puan alan erkekler; cinsel kimlik konusunda çatışma yaşayan, kadınsı, estetik ilgileri olan, iyi bir yargılama yeteneği olan, sağduyulu, meraklı, hoşgörülü, kişilerarası ilişkilerde pasif, barışsever, kendini iyi kontrol edebilen ve homoerotik eğilimleri olan bireylerdir. Testte yüksek puan alan kadınlar; geleneksel kadın rolünü reddeden, erkeksi ilgilere sahip, aktif, güçlü, yarışmacı, kendine güvenen, rahat, duygusuz ve soğuk tavırlı bireylerdir. Testte düşük puan alan erkekler; kendini aşırı derecede erkeksi gösteren, fiziksel güç ve cesarete aşırı önem veren, maceraperest, zeka yeteneği sınırlı, ilgi alanı dar, eylemi düşünceye tercih eden, pratik, neşeli, komik, halinden memnun ve kendi güdülerine karşı içgöründen yoksun bireylerdir. Testte düşük puan alan kadınlar; kendini sıradan kadın rolü çerçevesinde tanımlayan, kendi kadınlığı konusunda kuşkuları olan, itaatkar, karar verirken erkeklerin düşüncelerine başvuran, kendine acıyan, sıkıcı, duygulu, alçak gönüllü ve idealist bireylerdir (Graham, 1998, 38-42).

#### **3.5.7.2.6. Paranoya (Pa)**

Etkilenme ve kötülük görme düşünceleri, grandiyozite, şüphencilik, aşırı alınganlık, katı düşünce ve tutumlar gibi paranoid semptomları olan bireyleri saptamak için geliştirilmiştir. Testteki 60 soru bu alt ölçekle ilgilidir. Çok yüksek puan alan bireylerde (>75) genellikle açık paranoid ve psikotik davranışlar görülür. Daha ılımlı yükselmeler (65-75) paranoid eğilimi olan bireylerde gözlenir. Hafif yükselmeler (55-65) olumlu özellikleri olan bireylerde görülür. Biraz düşük puanlar(35-45) normallerde olumlu, hastalarda olumsuz olarak değerlendirilir. Çok düşük skorlarda(<35) çok yüksek skorlardaki kadar olmasa da paranoid ve psikotik davranışlardan şüphelenilir (Graham, 1998, 43-46).

### **3.5.7.2.7. Psikasteni (Pt)**

Düşüncelerinde yoğun endişeler, kompulsiyonlar, obsesyonlar ve mantık dışı korkular olan bireyleri tanımlamaya yarar. Bu tanıya en yakın durum obsesif kompulsif bozukluktur. Testteki 48 soru bu alt ölçekle alakalıdır. Bu alt ölçekte yüksek puan alan bireyler; karmaşa içinde ve huzursuz olan, anksiyöz, ajite, gergin, sinirli ve tedirgin, dikkatini yoğunlaştırmakta sıkıntı yaşayan, tekrarlayıcı düşünceleri olan, obsesif düşünceler ve kompulsif davranışları olan, güvensiz, kendini eleştiren ve küçük gören, katı ve tutucu, mükemmeliyetçi, dürüst, kendini suçlu hisseden, güvenilir, anlaşılması güç, bağımlı, bireysel, heyecanlı, olgunlaşmamış, terapiste karşı düşmanca duygular hisseden, psikoterapide yavaş ama düzenli bir ilerleme kaydeden bireylerdir. Bu ölçekte düşük puan alan bireyler; yetenekli, uyumlu, korku ve kaygılardan uzak, kendine güvenen, ilgi alanı geniş, sorumluluk sahibi ve başarıya önem veren bireylerdir (Graham, 1998, 47-49).

### **3.5.7.2.8. Şizofreni (Sc)**

Şizofreni tanısı almış bireyleri tespit etmek için geliştirilmiştir. Testteki 78 soru bu alt ölçekle alakalıdır. Ölçekten yüksek puan alan bireyler; belirgin psikotik davranış gösterme olasılığı yüksek olan, şaşkın, dezorganize, dezoryante, garip düşünceler ve tutumlar gösteren, yargılamada yetersiz, şizoid bir yaşam biçimi olan, kendini sosyal çevrenin dışında hisseden, içe çekilmiş, yalnız ve ketum, utangaç, soğuk, yaygın anksiyete yaşayan, duygularını ifade edemeyen, gerçek ile hayalleri birbirinden ayırt etmekte güçlük çeken, kendini aşağı ve yetersiz hisseden, garip, tuhaf, dikkafalı, maceraperest, dürüst, zeki, ilgi alanı geniş, yaratıcı ve hayal gücü zengin, psikoterapide kötü bir uyum sergileyen ama zamanla terapiste güven duymaya başlayan bireylerdir. Bu alt ölçekten düşük puan alan bireyler; arkadaş canlısı, güvenilir, dengeli ve uyumlu, derin duygusal ilişkilerden kaçan, itaatkar, otoriteyi açıkça kabul eden ve somut düşünen bireylerdir (Graham, 1998, 49-52).

### **3.5.7.2.9. Hipomani (Ma)**

Hipomanik semptomlar gösteren bireyleri saptamak için hazırlanmıştır. Testteki 46 madde bu alt ölçekle alakalıdır. Bu alt ölçekte yüksek puan alan bireyler; aşırı amaçsız aktivite içinde olan, konuşması hızlanmış, enerjik, konuşkan, eylemi düşünceye tercih eden, pek çok işle uğraşan, yaratıcı, girişken, günlük işlerle pek ilgilenmeyen, dürtülerini bastırmakta sıkıntı yaşayan, gerçekçi olmayan bir iyimserlik hali içinde olan, kendi değerini ve önemini abartan, sempatik, diğer insanlarla birlikte olmaktan hoşlanan, arkadaş canlısı, dengeli, kendine güvenen, insan ilişkileri yüzeysel olan, kolay üzülen, periyodik depresyon dönemleri olan ve

tekrar tekrar aynı sorunlardan bahseden bireylerdir. Bu ölçekte düşük puan alan bireyler; enerji düzeyi ve aktivite düzeyi düşük olan, soğukkanlı, fiziksel tükenme yakınmaları olan, kendine güvensiz, içe çekilmiş, ketum, aşırı kontrollü ve duygularını açıkça anlatamayan bireylerdir (Graham, 1998, 52-55).

#### **3.5.7.2.10. Sosyal içedönme (Si)**

Sıfırıncı ölçek olarak bilinir. Kişinin sosyal temaslardan ve sorumluluklardan kaçma eğilimini değerlendirmek için geliştirilmiştir. Testteki 70 soru bu alt ölçekle alakalıdır. Bu ölçekten yüksek puan alan bireyler; sosyal açıdan içedönük, yalnızken veya bir iki yakın arkadaşının yanında iken kendini daha iyi hissedilen, çekingen, utangaç, yalnız, karşı cinsten kişilerin yanında huzursuz, kendine güveni olmayan, duygularını açıkça anlatamayan, itaatkar, güvenilir, küçük kararlar verirken bile tereddüt eden, karamsar, endişeye eğilimli, suçluluk duyguları olan ve anlaşılması güç bireylerdir. Bu alt ölçekten düşük puan alan bireyler; sosyal dışa dönük, sempatik, insanlarla birlikte olmaya ihtiyaç duyan, kendini ifade edebilen, aktif, gayretli, eylemlerinin sonunu düşünmeksizin harekete geçen, olgunlaşmamış, yapmacık insan ilişkileri olan, insanları kullanan ve başkalarında kızgınlık uyandıran bireylerdir (Graham, 1998, 55-57).

#### 4. BULGULAR

İstatistiksel analizler için NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007 (Kaysville, Utah, USA) programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (ortalama, standart sapma, medyan, frekans, oran, minimum, maksimum) yanı sıra nicel verilerin karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren değişkenlerin iki grup karşılaştırmalarında Student's t test, normal dağılım göstermeyen değişkenlerin iki grup karşılaştırmalarında Mann Whitney U test kullanıldı. Nitel verilerin karşılaştırılmasında Pearson ki-kare test, Fisher's exact test ve Fisher-Freeman-Halton exact test kullanıldı. Değişkenler arası ilişkilerin değerlendirilmesinde Spearman korelasyon analizi kullanıldı. Anlamlılık  $p < 0,01$  ve  $p < 0,05$  düzeylerinde değerlendirildi.

Çalışma Ocak 2015- Nisan 2015 tarihleri arasında Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Endokrin ve Metabolizma Hastalıkları Polikliniği'ne başvuran 60 morbid obez ve 63 normal kilolu birey ile gerçekleştirilmiştir. Erkek oranı %24,4 (30) iken kadın oranı %75,6 (93) olarak saptanmıştır. Hasta grubu olguların yaşları 19 ile 66 yıl arasında değişmekte olup ortalama  $39,82 \pm 12,19$  yıldır. Kontrol grubu olguların yaşları 20 ile 61 yıl arasında değişmekte olup ortalama  $35,35 \pm 11,91$  yıldır.

**Tablo 4.1: Katılımcılarda tanımlayıcı özelliklerin dağılımı**

	Hasta (n=60)	Kontrol (n=63)	<sup>a</sup> p
<b>Yaş (yıl); Ort<math>\pm</math>ss</b>	39,81 $\pm$ 12,18	35,34 $\pm$ 11,91	<b>0,042*</b>
<b>Cinsiyet; n(%)</b>	<b>Erkek</b>	16 (26,7)	<b><sup>c</sup>0,566</b>
	<b>Kadın</b>	44 (73,3)	
<b>Boy (cm); Ort<math>\pm</math>ss</b>	165,27 $\pm$ 9,92	168,92 $\pm$ 7,95	<b>0,026*</b>
<b>Ağırlık (kg); Ort<math>\pm</math>ss</b>	123,53 $\pm$ 17,88	63,14 $\pm$ 8,65	<b>0,001**</b>
<b>VKİ (kg/m<sup>2</sup>); Ort<math>\pm</math>ss</b>	45,47 $\pm$ 5,76	22,04 $\pm$ 1,71	<b>0,001**</b>

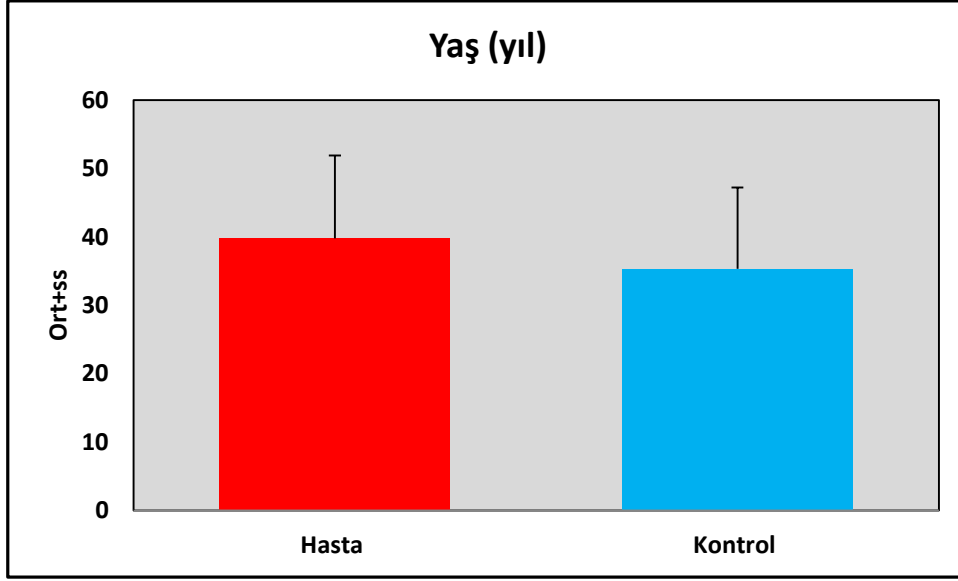
<sup>a</sup>Student t test

\* $p < 0,05$

<sup>c</sup>Pearson ki-kare test

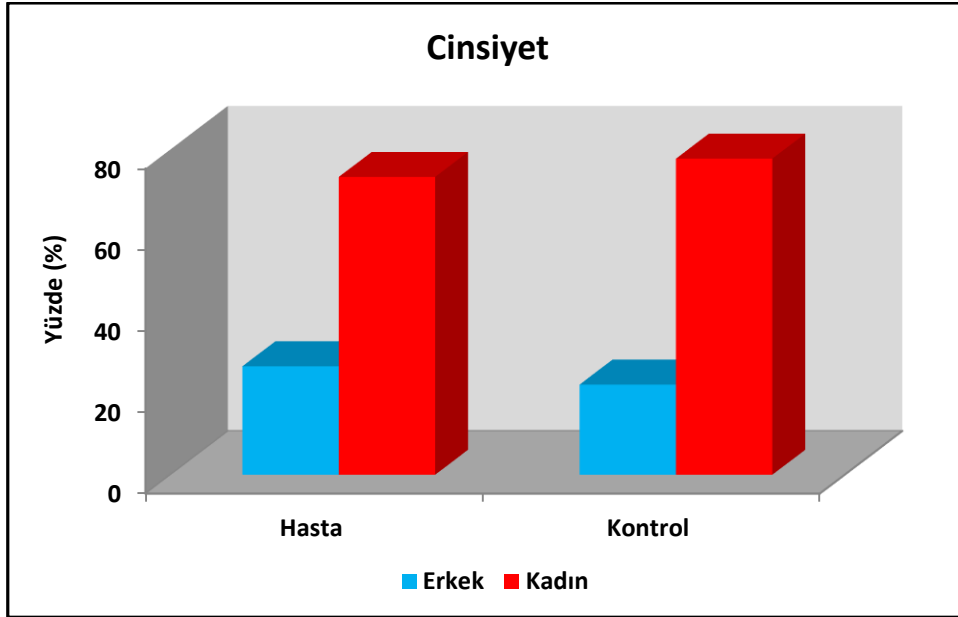
\*\* $p < 0,01$





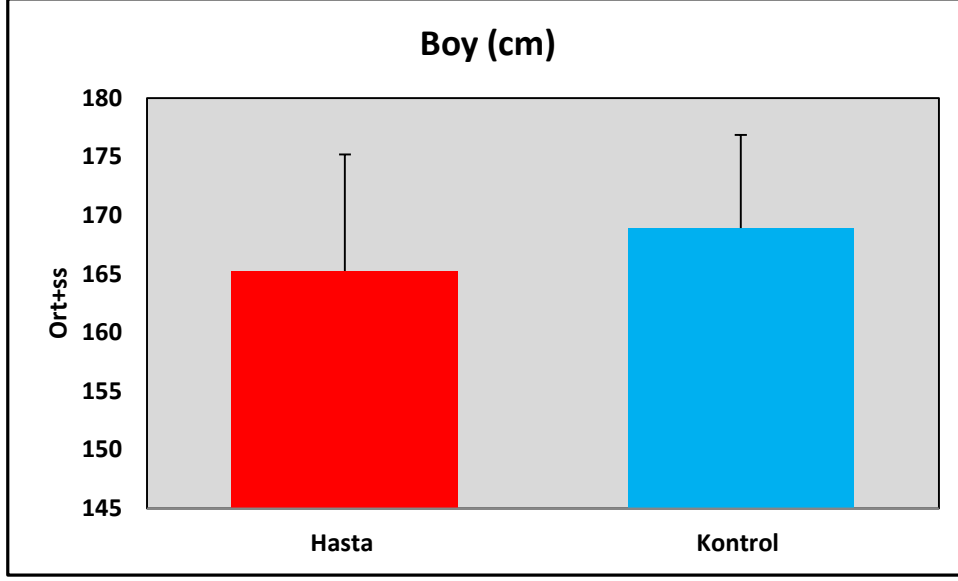
**Şekil 4.1: Gruplarda yaş dağılımı**

Hasta grubunda olguların %26,7'si (n=16) erkek, %73,3'ü (n=44) ise kadındır. Kontrol grubunda olguların %22,2'si (n=14) erkek %77,8'i (n=49) kadındır. Gruplar arasında cinsiyet dağılımları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).



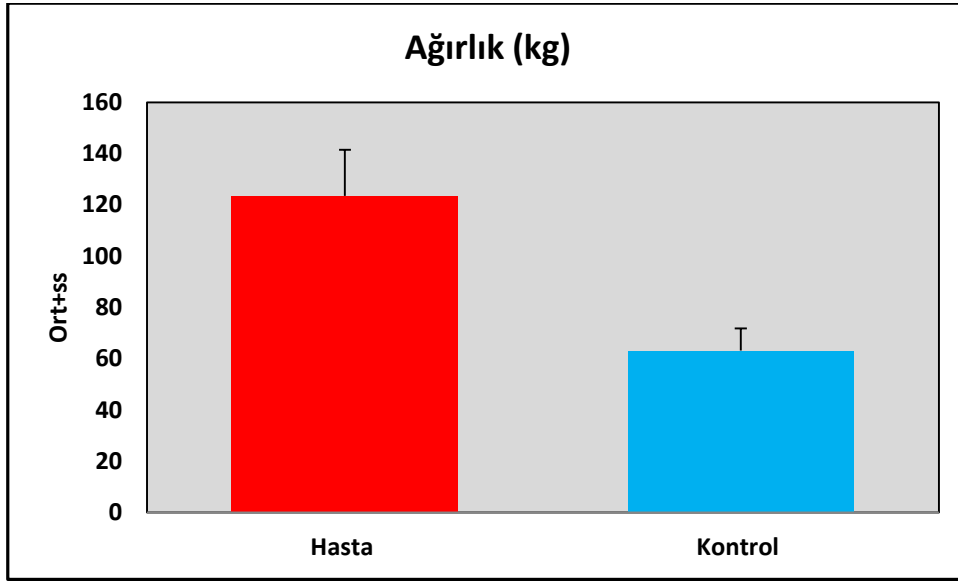
**Şekil 4.2: Gruplarda cinsiyet dağılımı**

Hasta grubundaki boy ölçümlerinin, kontrol grubundaki boy ölçümlerine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu saptanmıştır ( $p:0,026$ ;  $p<0,05$ ).



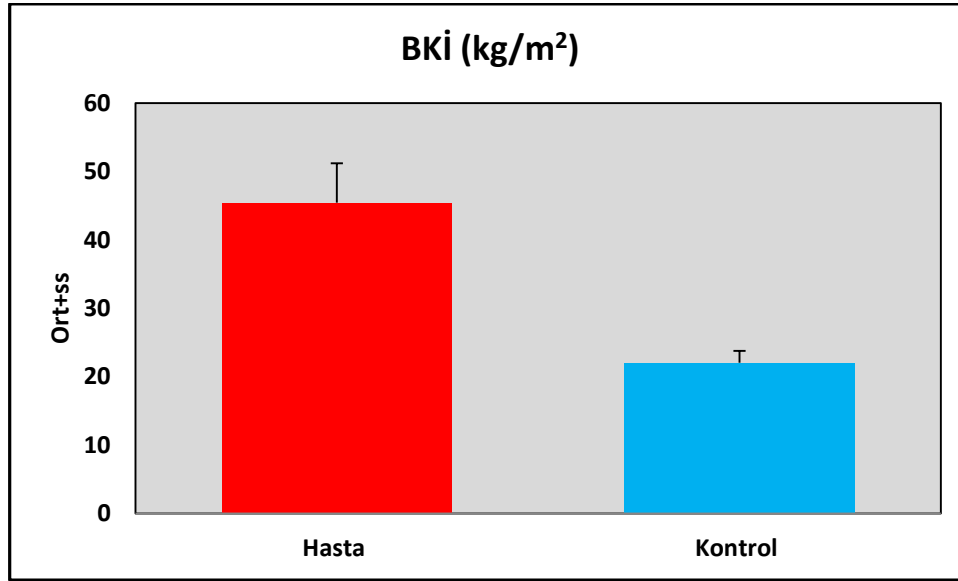
**Şekil 4.3: Gruplarda boy dağılımı**

Ağırlık ölçümlerinin, hasta grubunda, kontrol grubundakilere oranla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır ( $p:0,001$ ;  $p<0,01$ ).



**Şekil 4.4: Gruplarda ağırlık dağılımı**

Hasta grubundaki BKİ ölçümlerinin, kontrol grubundaki BKİ ölçümlerine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır ( $p:0,001$ ;  $p<0,01$ ).



Şekil 4.5: Gruplarda BKİ dağılımı

Tablo 4. 2: Gruplarda Medeni Durum ve Çocuk Sayısına İlişkin Değerlendirmeler

		Hasta (n=60)	Kontrol (n=63)	°p
Medeni Durum; n(%)	Bekar	17 (28,3)	23 (36,5)	<b>0,250</b>
	Evli	37 (61,7)	38 (60,3)	
	Dul	6 (10,0)	2 (3,2)	
Çocuk sayısı; n(%)	Yok	22 (36,7)	34 (54,0)	<b>0,140</b>
	1-3	33 (55,0)	25 (39,7)	
	>3	5 (8,3)	4 (6,3)	

°Fisher-Freeman-Halton exact test

Gruplar arasında olguların medeni durum ve çocuk sayısı dağılımları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0,05).

Tablo 4.3: Gruplara Göre Anne ve Baba Durumunun Değerlendirmeleri

		Hasta (n=60)	Kontrol (n=63)	P
Anne baba durumu; n(%)	Beraber	28 (46,7)	52 (82,5)	<b>°0,001**</b>
	Boşanmış	3 (5,0)	0 (0,0)	<b>d0,113</b>
	Ayrı yaşıyor	0 (0,0)	3 (4,8)	<b>d0,244</b>
	Anne vefat etmiş	4 (6,7)	2 (3,2)	<b>d0,432</b>
	Baba vefat etmiş	12 (20,0)	4 (6,3)	<b>°0,024*</b>
	İkisi de vefat etmiş	13 (21,7)	2 (3,2)	<b>°0,002**</b>

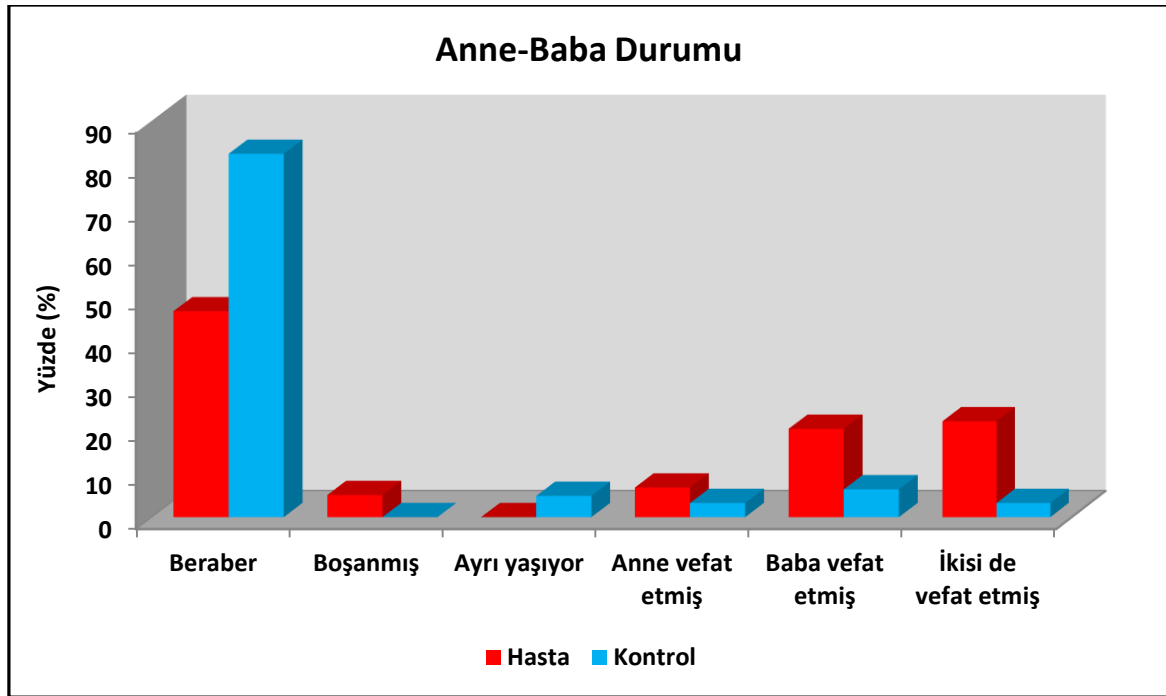
°Pearson ki-kare test

dFisher exact test

\*p<0,05

\*\*p<0,01

Hasta grubunda anne babası beraber yaşayanların oranının, kontrol grubunda anne babası beraber yaşayanların oranından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu saptanmıştır (p:0,001; p<0,01). Hasta grubunda babası vefat edenlerin oranının, kontrol grubunda babası vefat edenlerin oranından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır (p:0,024; p<0,05). Hasta grubunda anne ve babası vefat edenlerin oranının, kontrol grubunda anne babası vefat edenlerin oranından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır (p:0,002; p<0,01). Hasta ve kontrol gruplarına göre, anne ve babaların boşanmış olması, ayrı yaşaması ve annenin vefat etmiş olması durumları istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>0,05).



Şekil 4.6: Gruplarda anne-baba durumu dağılımı

Tablo 4.4: Gruplara Göre Eğitim Durumu, Gelir Düzeyi ve Meslek Değerlendirmeleri

		Hasta (n=60)	Kontrol (n=63)	<sup>c</sup> p
Eğitim durumu; n(%)	Okur-yazar değil	4 (6,7)	1 (1,6)	0,372
	İlkokul	15 (25,0)	10 (15,9)	
	Ortaokul	9 (15,0)	7 (11,1)	
	Lise	14 (23,3)	22 (34,9)	
	Üniversite	14 (23,3)	19 (30,2)	
	Yüksek lisans	4 (6,7)	4 (6,3)	
Gelir düzeyi; n(%)	1500 TL'den az	32 (53,3)	32 (50,8)	0,378
	1500-2500 TL arası	15 (25,0)	23 (36,5)	
	2500-4000 TL arası	10 (16,7)	7 (11,1)	
	4000 TL'den fazla	3 (5,0)	1 (1,6)	

<b>Tablo 4.4 devamı</b>				
<b>Meslek; n(%)</b>	<b>Çalışmıyor</b>	13 (21,7)	9 (14,3)	<b>0,695</b>
	<b>Öğrenci</b>	4 (6,7)	7 (11,1)	
	<b>Eğitim sektörü</b>	2 (3,3)	5 (7,9)	
	<b>Sağlık sektörü</b>	8 (13,3)	10 (15,9)	
	<b>Gıda sektörü</b>	3 (5,0)	3 (4,8)	
	<b>Emekli</b>	8 (13,3)	7 (11,1)	
	<b>Ev hanımı</b>	14 (23,3)	18 (28,6)	
	<b>Diğer</b>	8 (13,3)	4 (6,3)	

<sup>e</sup>Fisher-Freeman-Halton exact test

Eğitim durumu, gelir düzeyi ve meslek grupları; hasta ve kontrol gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 4.5: Obez olgularda BKİ ve obezite başlangıç yaşı dağılımları**

<b>BKİ; n(%)</b>	<b>Grade 2 obezite</b>	7 (11,7)
	<b>Grade 3 obezite</b>	53 (83,3)
<b>Obezite başlangıç yaşı; Ort±ss (medyan)</b>	23,35±11,88 (4-50)	

Obez olgular kendi içlerinde grade 2 obez %11,7 (n=7); grade 3 obez %83,3 (n=53) şeklinde sınıflanırken; obezite başlangıç yaşları 4 ile 50 yaş arasında değişmekte olup ortalaması 23,35±11,88 yıldır.

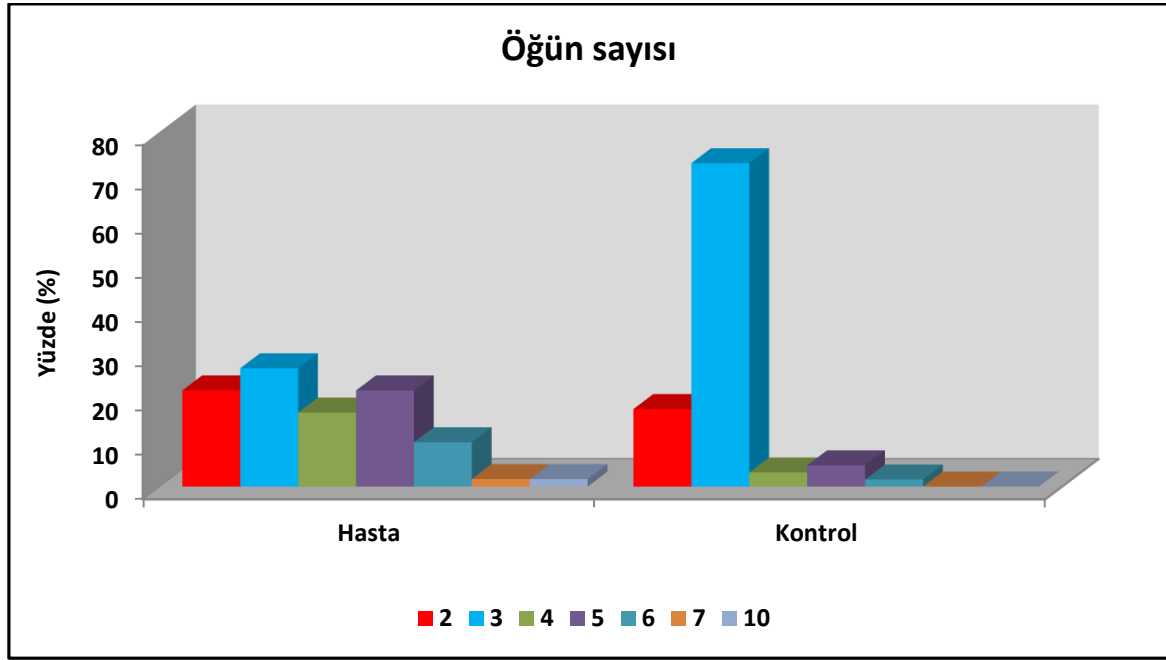
**Tablo 4.6: Öğün sayısı ve obezite başlatıcı etmenlerin değerlendirmeleri**

	<b>Hasta (n=60)</b>	<b>Kontrol (n=63)</b>	<b><sup>b</sup>p</b>
<b>Öğün sayısı, Ort±ss (medyan)</b>	3,87±1,59 (4,00)	3,00±0,74 (3,00)	<b>0,001**</b>
<b>Obeziteyi başlatıcı etmenlerin sayısı</b>	3,13±1,27 (3,00)	0,83±0,77 (1,00)	<b>0,001**</b>
<i>Ort±ss (medyan)</i>			
<b>Etmen yok</b>	3 (5)	25 (39,7)	
<b>1 etmen</b>	3 (5)	24 (38,1)	
<b>2 etmen</b>	8 (13,3)	14 (22,2)	
<b>&gt;3 ve üzeri</b>	46 (76,7)	0	

<sup>b</sup>Mann Whitney U test

\*\*p<0,01

Öğün sayısının, hasta grubunda, kontrol grubundakilere oranla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır ( $p:0,001$ ;  $p<0,01$ ).



Şekil 4.7: Gruplarda öğün sayısı dağılımı

Hasta grubundaki obeziteyi başlatıcı etmenlerin sayısının, kontrol grubundaki obeziteyi başlatıcı etmenlerin sayısına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır ( $p:0,001$ ;  $p<0,01$ ). Üç ve üzerinde etmen görülme oranı obez olgularda %76,7 düzeyindedir. Kontrol grubunda ise etmen görülme oranı %39,7'dir.

Tablo 4.7: Obeziteyi başlatıcı etmenlerin gruplara göre değerlendirilmesi

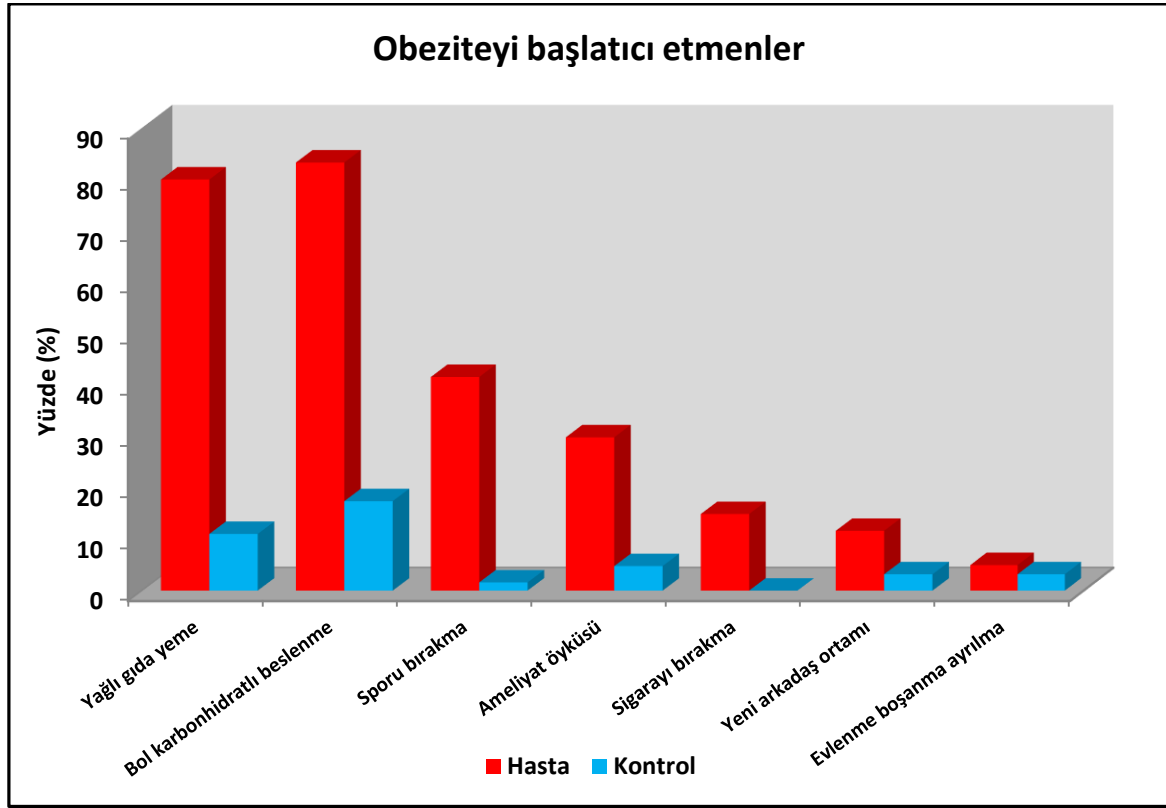
	Hasta (n=60)	Kontrol (n=63)	<sup>c</sup> p
Yağlı gıda yeme; n(%)	48 (80,0)	7 (11,1)	<b>0,001**</b>
Bol karbonhidratlı beslenme; n(%)	50 (83,3)	11 (17,5)	<b>0,001**</b>
Sporu bırakma; n(%)	25 (41,7)	1 (1,6)	<b>0,001**</b>
Ameliyat öyküsü; n(%)	18 (30,0)	3 (4,8)	<b>0,001**</b>
Sigarayı bırakma; n(%)	9 (15,0)	0 (0,0)	<sup>d</sup> <b>0,001**</b>
Yeni arkadaş ortamı; n(%)	7 (11,7)	2 (3,2)	<sup>d</sup> <b>0,090</b>
Evlenme boşanma ayrılma; n(%)	3 (5,0)	2 (3,2)	<sup>d</sup> <b>0,675</b>
Gebelik öyküsü; n(%)	28 (46,7)	26 (41,3)	<b>0,547</b>

<sup>c</sup>Pearson ki-kare test

<sup>d</sup>Fisher exact test

\*\* $p<0,01$

Yağlı gıda yeme, bol karbonhidratlı beslenme, sporu bırakma, ameliyat olma ve sigarayı bırakma durumları, hasta grubunda kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ( $p:0,001$ ;  $p:0,001$ ;  $p:0,001$ ;  $p:0,001$ ;  $p:0,001$ ;  $p<0,01$ ). Yeni arkadaş ortamına girme, evlenme, boşanma, ayrılma durumları ve gebelik öyküsü hasta ve kontrol gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).



**Şekil 4.8: Gruplarda obeziteyi başlatıcı etmenlerin dağılımı**

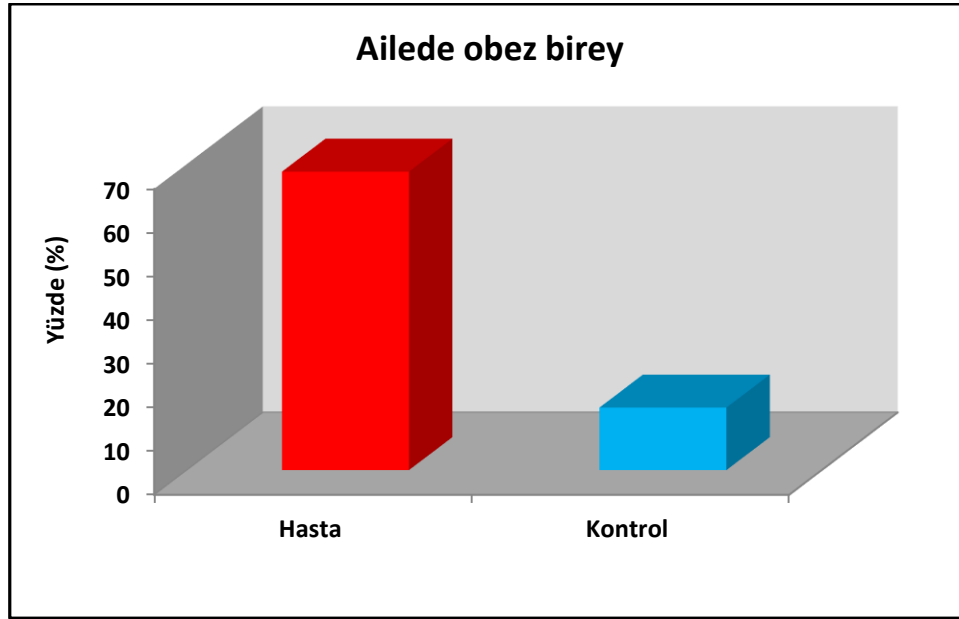
**Tablo 4.8: Gruplarda Ailede Obez Birey Varlığının Değerlendirilmesi**

		Hasta (n=60)	Kontrol (n=63)	çp
Ailede obez birey	n	41	9	<b>0,001**</b>
	%	68,3	14,3	

çPearson ki-kare test

\*\*p<0,01

Ailede obez birey olması, hasta grubunda, kontrol grubundaki obez birey olmasına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p:0,001; p<0,01).



Şekil 4.9: Gruplarda ailede obez birey varlığı dağılımı

Tablo 4.9: Gruplarda Sigara ve Alkol Kullanımına İlişkin Değerlendirmeler

	Hasta (n=60)	Kontrol (n=63)	<sup>c</sup> p
<b>Sigara; n(%)</b>	18 (30,0)	17 (27,0)	<b>0,711</b>
<b>Alkol; n(%)</b>	9 (15,0)	8 (12,7)	<b>0,712</b>

<sup>c</sup>Pearson ki-kare test

Hasta ve kontrol gruplarına göre, sigara ve alkol kullanma durumları istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Tablo 4.10: Gruplarda Komorbid Hastalıklara İlişkin Değerlendirmeler

	Hasta (n=60)	Kontrol (n=63)	<sup>c</sup> p
<b>DM; n(%)</b>	16 (26,7)	1 (1,6)	<b>0,001**</b>
<b>HT; n(%)</b>	13 (21,7)	0 (0,0)	<b>0,001**</b>
<b>Kalp hastalığı; n(%)</b>	7 (11,7)	0 (0,0)	<b><sup>d</sup>0,005**</b>
<b>Akciğer hastalığı; n(%)</b>	4 (6,7)	0 (0,0)	<b><sup>d</sup>0,054</b>
<b>KBY; n(%)</b>	1 (1,7)	0 (0,0)	<b><sup>d</sup>0,488</b>
<b>OUAS; n(%)</b>	6 (10,0)	0 (0,0)	<b><sup>d</sup>0,012*</b>
<b>Psikiyatrik hastalık; n(%)</b>	3 (5,0)	0 (0,0)	<b><sup>d</sup>0,113</b>

<sup>c</sup>Pearson ki-kare test

<sup>d</sup>Fisher exact test

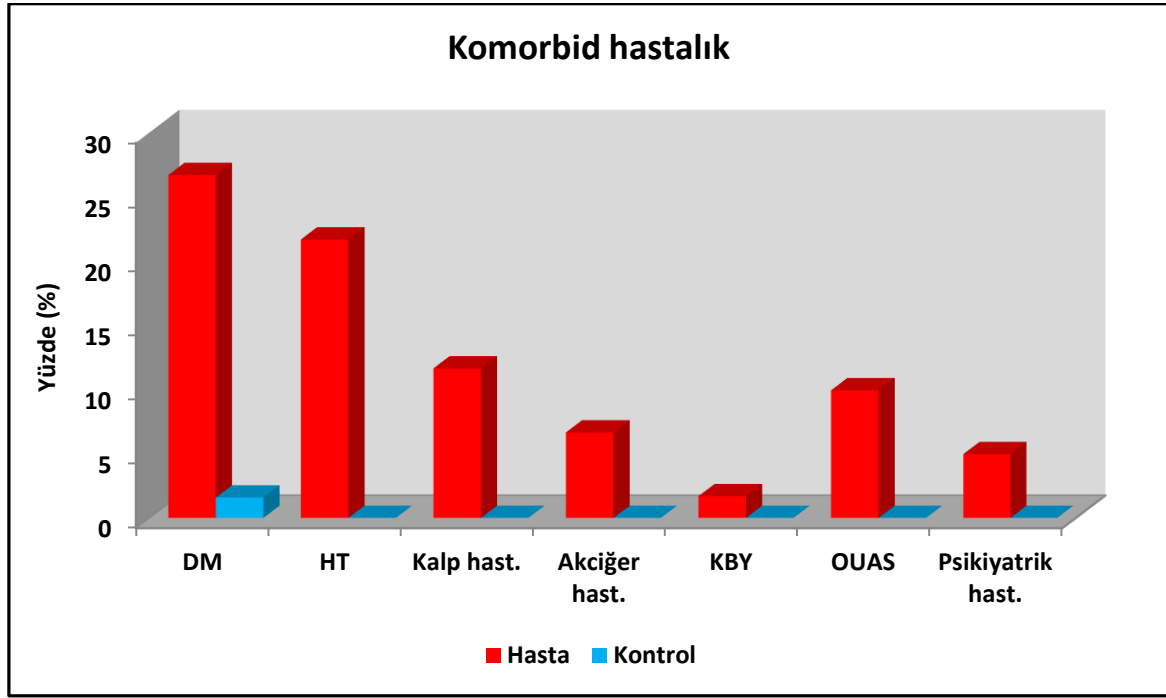
\* $p<0,05$

\*\* $p<0,01$

DM, HT, kalp hastalığı ve OUAS varlığı hasta grubunda kontrol grubuna oranla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ( $p:0,001$ ;  $p:0,001$ ;  $p:0,005$ ,  $p:0,001$ ;  $p<0,01$ ).



Akciğer hastalığı, KBY ve psikiyatrik hastalık varlığı hasta ve kontrol gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).



Şekil 4.10: Gruplarda komorbid hastalık dağılımı

Tablo 4.11: Gruplarda obezite nedenli tedavi açısından değerlendirme

	Hasta (n=60)	Kontrol (n=63)	çp
Egzersiz yapmak; n(%)	10 (16,7)	29 (46,0)	<b>0,001**</b>
Diyet yapıyor	9 (15,0)	16 (25,4)	<b>0,152</b>
Diyet yapmıyor	16 (26,7)	47 (74,6)	<b>0,001**</b>
n(%)	35 (58,3)	0 (0,0)	<b>0,001**</b>
Diyet yapmış ama bırakmış			
Diyetisyen yardımı; n(%)	48 (80,0)	5 (7,9)	<b>0,001**</b>
Obezite için cerrahi öykü; n(%)	1 (1,7)	0 (0,0)	<sup>d</sup> <b>0,488</b>
Obezite için ilaç kullanımı	7 (11,7)	0 (0,0)	<sup>d</sup> <b>0,005**</b>
Obezite için psikiyatri başvurusu; n(%)	10 (16,7)	0 (0,0)	<sup>d</sup> <b>0,001**</b>

<sup>c</sup>Pearson ki-kare test

<sup>d</sup>Fisher exact test

\*\* $p<0,01$

Egzersiz yapılması, hasta grubunda, kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ( $p:0,001$ ;  $p<0,01$ ).

Hasta ve kontrol gruplarına göre, diyet yapılması istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Hasta grubunda diyet yapmıyor olmak kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düşük saptanmıştır ( $p:0,001$ ;  $p<0,01$ ). Diyet yapmış olup fayda

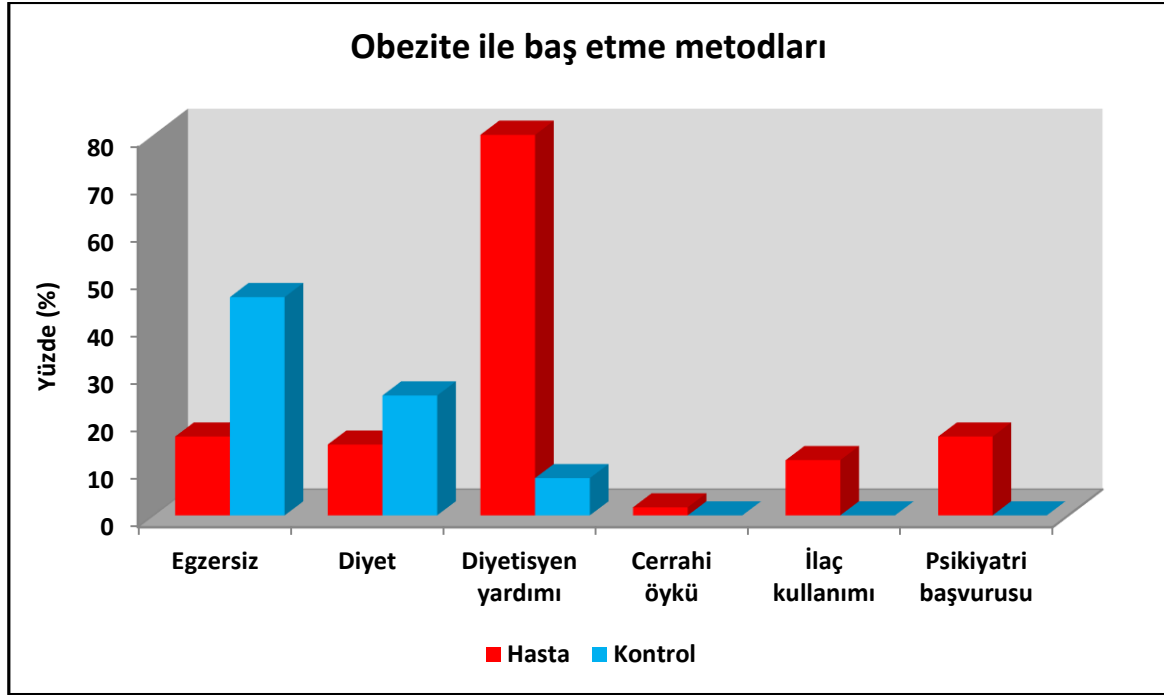
görmeyince bırakmış olma durumu hasta grubunda kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p:0,001; p<0,01).

Hasta grubunda diyetisyen yardımı alanların, kontrol grubunda diyetisyen yardımı alanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır (p:0,001; p<0,01).

Hasta ve kontrol gruplarına göre, obezite için cerrahi öykü durumu, istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>0,05).

Obezite için ilaç kullanımının, hasta grubunda, kontrol grubundaki ilaç kullanımına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır (p:0,005; p<0,01).

Hasta grubunda obezite için psikiyatri başvurusunun, kontrol grubundaki psikiyatri başvurusuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır (p:0,001; p<0,01).



Şekil 4.11: Gruplarda obezite ile baş etme yöntemleri açısından dağılım

**Tablo 4.12: Gruplarda Duygudurum Değişikliklerine Göre Yemek Yeme Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi**

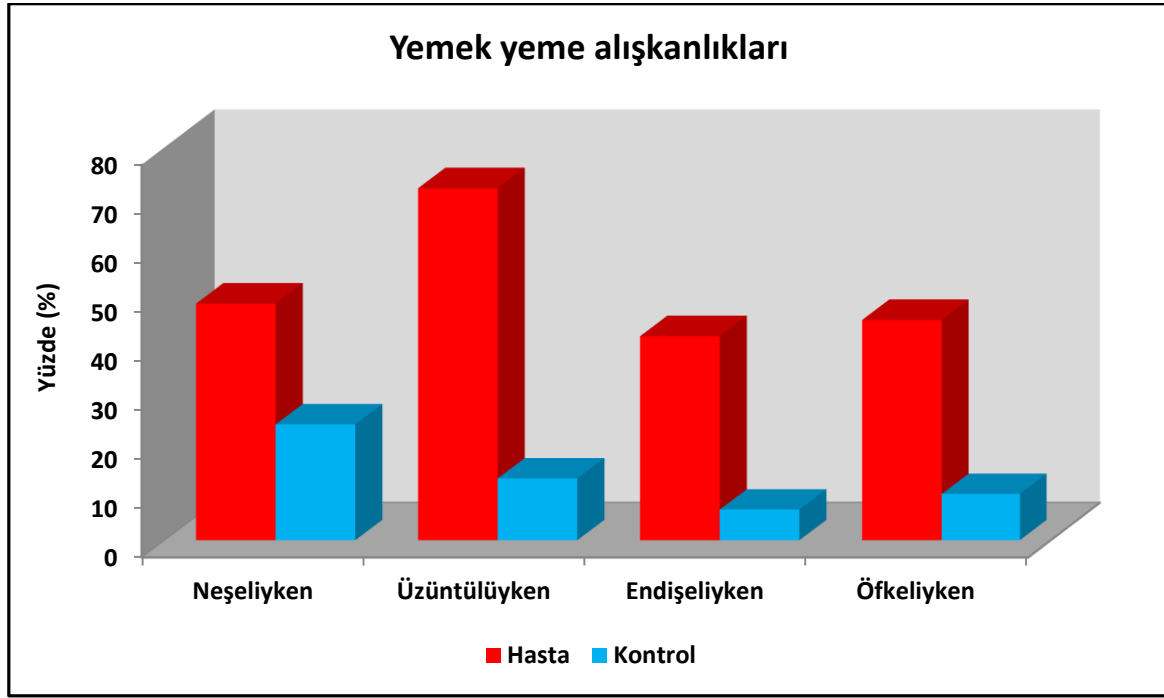
	Hasta (n=60)	Kontrol (n=63)	P
neşeliyken yemek yeme; n(%)	29 (48,3)	15 (23,8)	<sup>c</sup> 0,005**
üzüntülüken yemek yeme; n(%)	43 (71,7)	8 (12,7)	<sup>d</sup> 0,001**
endişeliyken yemek yeme; n(%)	25 (41,7)	4 (6,3)	<sup>d</sup> 0,001**
öfkeliyken yemek yeme; n(%)	27 (45,0)	6 (9,5)	<sup>d</sup> 0,001**

<sup>c</sup>Pearson ki-kare test

<sup>d</sup>Fisher exact test

\*\*p<0,01

Hasta grubunda neşeliyken yemek yeme, üzüntülüken yemek yeme, endişeliyken yemek yeme ve öfkeliyken yemek yeme durumları, kontrol grubundakilere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (p:0,005; p:0,001; p:0,001; p:0,001; p<0,01).



Şekil 4.12: Gruplarda değişen duyguduruma göre yemek yeme alışkanlıklarının dağılımı

Tablo 4.13: Gruplarda Beck Anksiyete Ölçeğine İlişkin Değerlendirmeler

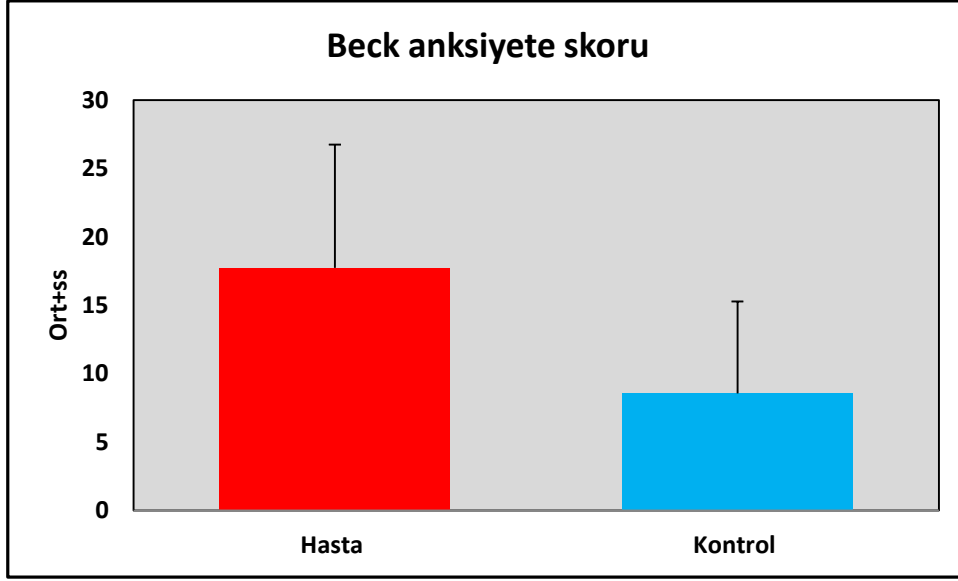
		Hasta (n=60)	Kontrol (n=63)	p
		Ort±ss	Ort±ss	
<b>Beck anksiyete ölçeği; (medyan)</b>		17,73±9,02 (17,00)	8,57±6,72 (7,00)	<sup>b</sup> 0,001**
<b>Anksiyete; n(%)</b>	Minimal	6 (10,0)	34 (54,0)	0,001**
	Hafif	24 (40,0)	22 (34,9)	0,561
	Orta	18 (30,0)	7 (11,1)	0,009**
	Şiddetli	12 (20,0)	0 (0,0)	0,001**

<sup>b</sup>M ann Whitney U test

<sup>c</sup>Pearson ki-kare test

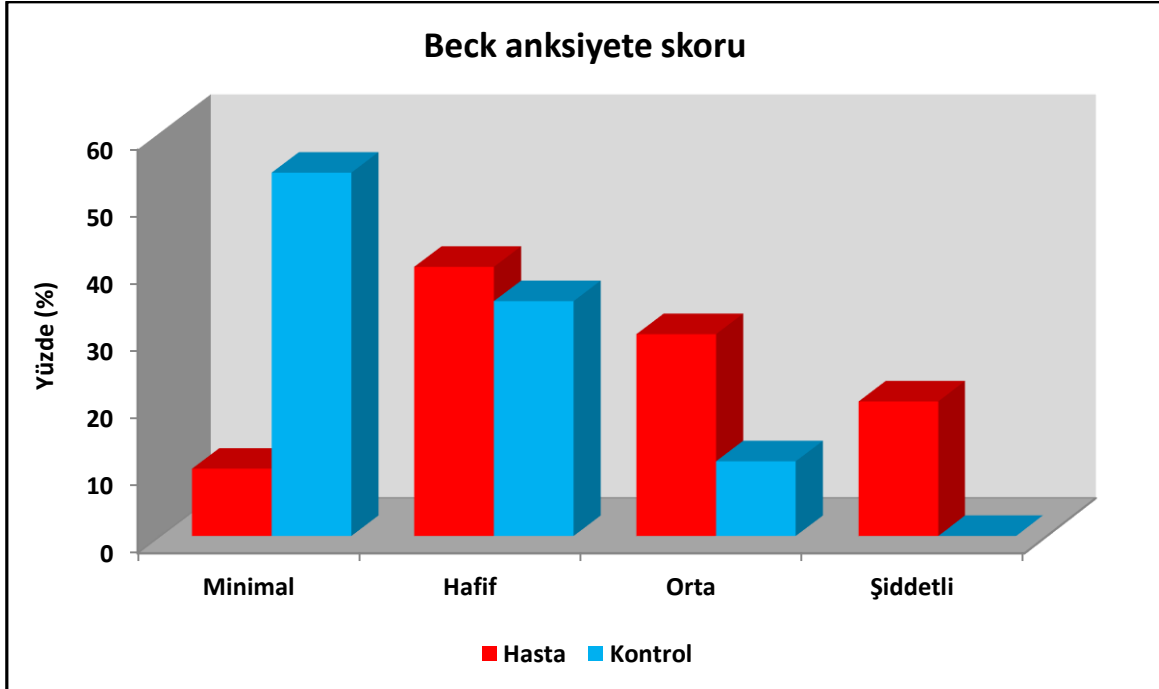
\*\*p<0,01

Hasta grubunda BAE ortalama skoru kontrol grubundaki ölçümlere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p:0,001; p<0,01).



**Şekil 4.13: Gruplarda Beck anksiyete skoru dağılımı**

Anksiyete alt grupları açısından değerlendirildiğinde iki grup arasında anlamlı farklar olduğu gözlenmiştir. Kontrol grubunda minimal anksiyete görülme oranı istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek iken; hasta grubunda orta ve şiddetli anksiyete görülme oranı kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (sırasıyla;  $p:0,001$ ;  $p:0,009$ ;  $p:0,001$ ). Hafif anksiyete görülme oranları açısından iki grup arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p: 0,561$ )



**Şekil 4.14: Gruplarda Beck anksiyete skoru dağılımı**

**Tablo 4.14: Anksiyete Durumuna Göre Değerlendirmeler**

(n=60)		Anksiyete minimal & hafif (n=30)	Anksiyete orta & şiddetli (n=30)	°p
<b>Eğitim durumu;</b> <i>n(%)</i>	<b>Okur-yazar değil</b>	1 (3,3)	3 (10,0)	<b>0,953</b>
	<b>İlkokul</b>	7 (23,3)	8 (26,7)	
	<b>Ortaokul</b>	5 (16,7)	4 (13,3)	
	<b>Lise</b>	7 (23,3)	7 (23,3)	
	<b>Üniversite</b>	8 (26,7)	6 (20,0)	
	<b>Yüksek lisans</b>	2 (6,7)	2 (6,7)	
<b>Gelir düzeyi;</b> <i>n(%)</i>	<b>1500 TL'den az</b>	11 (36,7)	21 (70,0)	<sup>c</sup> <b>0,010*</b>
	<b>1500-2500 TL arası</b>	10 (33,3)	5 (16,7)	<sup>c</sup> <b>0,136</b>
	<b>2500-4000 TL arası</b>	7 (23,3)	3 (10,0)	<sup>c</sup> <b>0,166</b>
	<b>4000 TL'den fazla</b>	2 (6,7)	1 (3,3)	<sup>d</sup> <b>0,999</b>
<b>Meslek;</b> <i>n(%)</i>	<b>Çalışmıyor</b>	7 (23,3)	6 (20,0)	<b>0,548</b>
	<b>Öğrenci</b>	2 (6,7)	2 (6,7)	
	<b>Eğitim sektörü</b>	1 (3,3)	1 (3,3)	
	<b>Sağlık sektörü</b>	4 (13,3)	4 (13,3)	
	<b>Gıda sektörü</b>	3 (10,0)	0 (0,0)	
	<b>Emekli</b>	4 (13,3)	4 (13,3)	
	<b>Ev hanımı</b>	4 (13,3)	10 (33,3)	
	<b>Diğer</b>	5 (16,7)	3 (10,0)	
<b>Anne baba durumu;</b> <i>n(%)</i>	<b>Beraber</b>	13 (43,3)	15 (50,0)	<b>0,618</b>
	<b>Boşanmış</b>	2 (6,7)	1 (3,3)	
	<b>Anne vefat etmiş</b>	1 (3,3)	3 (10,0)	
	<b>Baba vefat etmiş</b>	8 (26,7)	4 (13,3)	
	<b>İkisi de vefat etmiş</b>	6 (20,0)	7 (23,3)	
<b>Medeni durum;</b> <i>n(%)</i>	<b>Bekar</b>	8 (26,7)	9 (30,0)	<b>0,999</b>
	<b>Evli</b>	19 (63,3)	18 (60,0)	
	<b>Dul</b>	3 (10,0)	3 (10,0)	
<b>Çocuk sayısı;</b> <i>n(%)</i>	<b>Çocuğu yok</b>	11 (36,7)	11 (36,7)	<b>0,999</b>
	<b>1-3 çocuk</b>	17 (56,7)	16 (53,3)	
	<b>&gt;3 çocuk</b>	2 (6,7)	3 (10,0)	

<sup>c</sup>Pearson ki-kare test<sup>d</sup>Fisher exact test<sup>e</sup>Fisher-Freeman-Halton exact test\**p*<0,05**Hasta grubunda;**

Anksiyete şiddetinin minimal/hafif veya orta/şiddetli olmasına göre hastaların eğitim durumu, mesleği, anne-baba durumu, medeni durum ve çocuk sayıları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (*p*>0,05).

Anksiyete şiddeti orta/şiddetli olan grupta geliri 1500 TL'den az olanların oranının anksiyete şiddeti minimal/hafif olan gruptakine oranından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır (*p*:0,010; *p*<0,05).

**Tablo 4.15: Gruplarda Beck Depresyon Ölçeğine İlişkin Değerlendirmeler**

		Hasta (n=60)	Kontrol (n=63)	<sup>c</sup> p
<b>Beck depresyon ölçeği; (medyan)</b>		18,40±10,58 (15,50)	8,10±5,82 (6,00)	<sup>b</sup> 0,001**
<b>Depresyon şiddeti,</b> <i>n(%)</i>	Normal	15 (25,0)	46 (73,0)	0,001**
	Hafif	14 (23,3)	12 (19,0)	0,561
	Sınırdan	6 (10,0)	0 (0,0)	<sup>d</sup> 0,012*
	Orta	21 (35,0)	4 (6,3)	0,001**
	Ciddi	4 (6,7)	1 (1,6)	<sup>d</sup> 0,200

<sup>b</sup>Mann Whitney U test

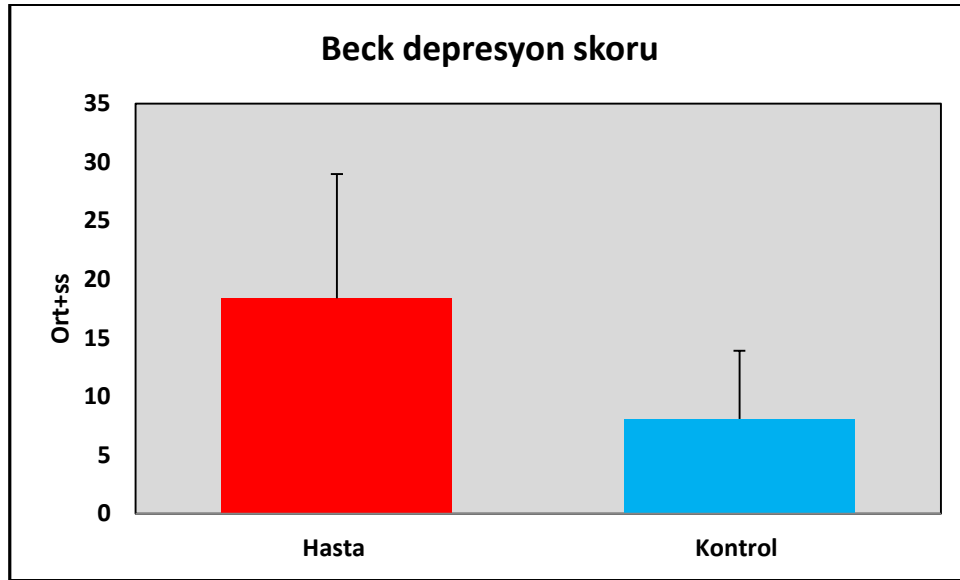
<sup>c</sup>Pearson ki-kare test

<sup>d</sup>Fisher exact test

\*p<0,05

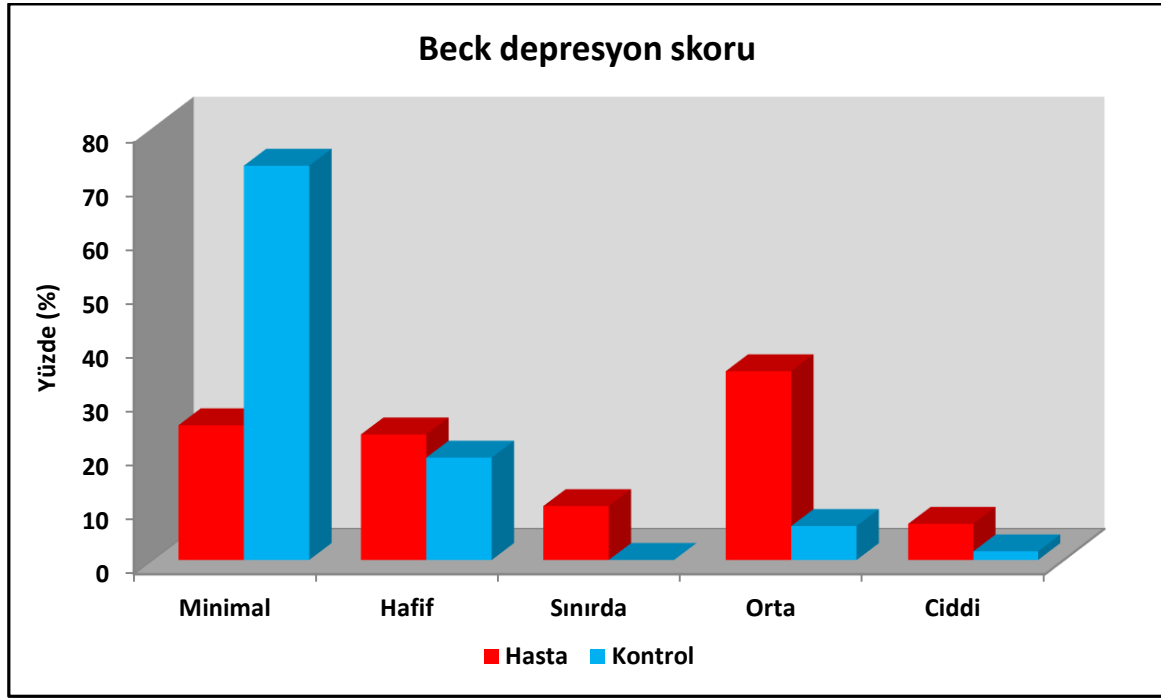
\*\*p<0,01

Hasta grubunda BDE ortalama skoru, kontrol grubundaki skorlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p:0,001; p<0,01).



**Şekil 4.15: Gruplarda Beck depresyon skoru dağılımı**

Depresyon düzeyleri gruplara göre anlamlı farklılık göstermektedir (p:0,001); kontrol grubunda normal depresyon skoru oranı oldukça yüksek iken; obez grupta sınırdan ve orta düzeyde depresyon skoru oranları kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (sırasıyla; p:0,001; p:0,012; p:0,001).



Şekil 4.16: Gruplarda Beck depresyon skoru ile depresyon düzeyine göre dağılım

Tablo 4.16: Depresyon Varlığına Göre Değerlendirmeler

(n=60)		Depresyon yok (n=29)	Depresyon var (n=31)	<sup>c</sup> p
<b>Eğitim durumu;</b> <i>n(%)</i>	<b>Okur-yazar değil</b>	1 (3,4)	3 (9,7)	<b>0,165</b>
	<b>İlkokul</b>	7 (24,1)	8 (25,8)	
	<b>Ortaokul</b>	3 (10,3)	6 (19,4)	
	<b>Lise</b>	5 (17,2)	9 (29,0)	
	<b>Üniversite</b>	11 (37,9)	3 (9,7)	
	<b>Yüksek lisans</b>	2 (6,9)	2 (6,5)	
<b>Gelir düzeyi;</b> <i>n(%)</i>	<b>1500 TL'den az</b>	11 (37,9)	21 (67,7)	<sup>c</sup> <b>0,021*</b>
	<b>1500-2500 TL arası</b>	7 (24,1)	8 (25,8)	<sup>c</sup> <b>0,881</b>
	<b>2500-4000 TL arası</b>	8 (27,6)	2 (6,5)	<sup>d</sup> <b>0,039*</b>
	<b>4000 TL'den fazla</b>	3 (10,3)	0 (0,0)	<sup>d</sup> <b>0,107</b>
<b>Meslek;</b> <i>n(%)</i>	<b>Çalışmıyor</b>	5 (17,2)	8 (25,8)	<b>0,521</b>
	<b>Öğrenci</b>	2 (6,9)	2 (6,5)	
	<b>Eğitim sektörü</b>	2 (6,9)	0 (0,0)	
	<b>Sağlık sektörü</b>	4 (13,8)	4 (12,9)	
	<b>Gıda sektörü</b>	2 (6,9)	1 (3,2)	
	<b>Emekli</b>	3 (10,3)	5 (16,1)	
	<b>Ev hanımı</b>	5 (17,2)	9 (29,0)	
	<b>Diğer</b>	6 (20,7)	2 (6,5)	
<b>Anne baba durumu;</b> <i>n(%)</i>	<b>Beraber</b>	15 (51,7)	13 (41,9)	<b>0,742</b>
	<b>Boşanmış</b>	2 (6,9)	1 (3,2)	
	<b>Anne vefat etmiş</b>	1 (3,4)	3 (9,7)	
	<b>Baba vefat etmiş</b>	6 (20,7)	6 (19,4)	
	<b>İkisi de vefat etmiş</b>	5 (17,2)	8 (25,8)	

<b>Tablo 4.16 devamı</b>				
<b>Medeni durum;</b> <i>n(%)</i>	<b>Bekar</b>	10 (34,5)	7 (22,6)	<b>0,593</b>
	<b>Evli</b>	16 (55,2)	21 (67,7)	
	<b>Dul</b>	3 (10,3)	3 (9,7)	
<b>Çocuk sayısı; n(%)</b>	<b>Çocuğu yok</b>	12 (41,4)	10 (32,3)	<b>0,731</b>
	<b>1-3 çocuk</b>	15 (51,7)	18 (58,1)	
	<b>&gt;3 çocuk</b>	2 (6,9)	3 (9,7)	

<sup>c</sup>Pearson ki-kare test

<sup>d</sup>Fisher exact test

<sup>e</sup>Fisher-Freeman-Halton exact test

\* $p < 0,05$

### **Hasta grubunda;**

Depresyon varlığına göre hastaların eğitim durumu, mesleği, anne-baba durumu, medeni durum ve çocuk sayıları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p > 0,05$ ).

Depresyon olmayan hastalarda gelir düzeyi 1500 TL'den az olanların oranının, depresyon olan hastalardaki orandan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu saptanmıştır ( $p:0,021$ ;  $p < 0,05$ ). Depresyon olmayan hastalarda gelir düzeyi 2500-4000 TL'den arasında olanların oranının, depresyon olan hastalardaki orandan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır ( $p:0,039$ ;  $p < 0,05$ ).

**Tablo 4.17: Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeğine İlişkin Değerlendirmeler**

		<b>Hasta (n=60)</b>	<b>Kontrol (n=63)</b>	<b><sup>a</sup>p</b>
		<b>Ort±ss</b>	<b>Ort±ss</b>	
<b>Rosenberg benlik saygısı ölçeği;</b> <i>(medyan)</i>		3,38±1,50 (3,50)	1,21±1,05 (1,00)	<b><sup>b</sup>0,001**</b>
<b>Benlik saygısı; n(%)</b>	Yüksek	8 (13,3)	42 (66,7)	<b>0,001**</b>
	Orta	35 (58,3)	21 (33,3)	<b>0,005**</b>
	Düşük	17 (28,3)	0 (0,0)	<b>0,001**</b>

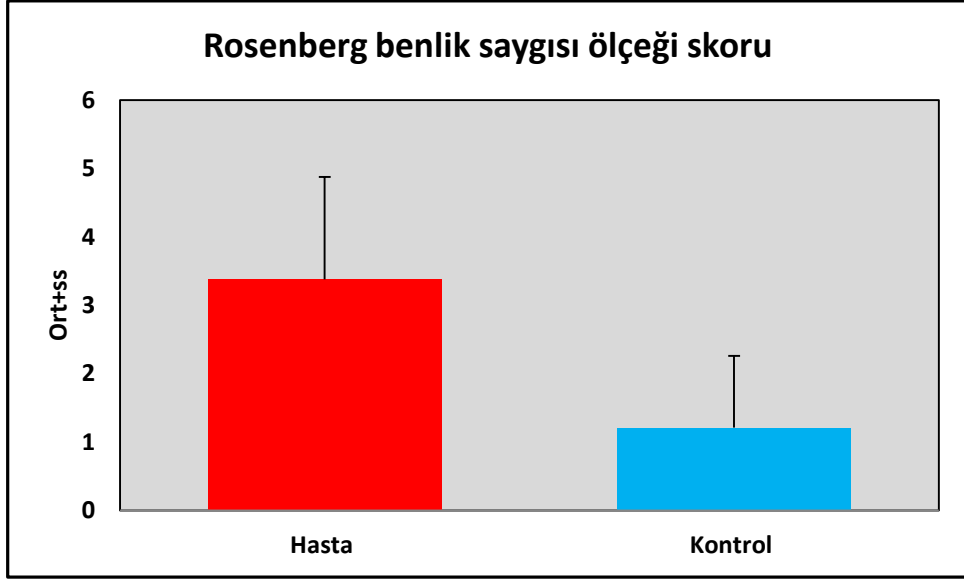
<sup>b</sup>Mann Whitney U test

<sup>c</sup>Pearson ki-kare test

\*\* $p < 0,01$

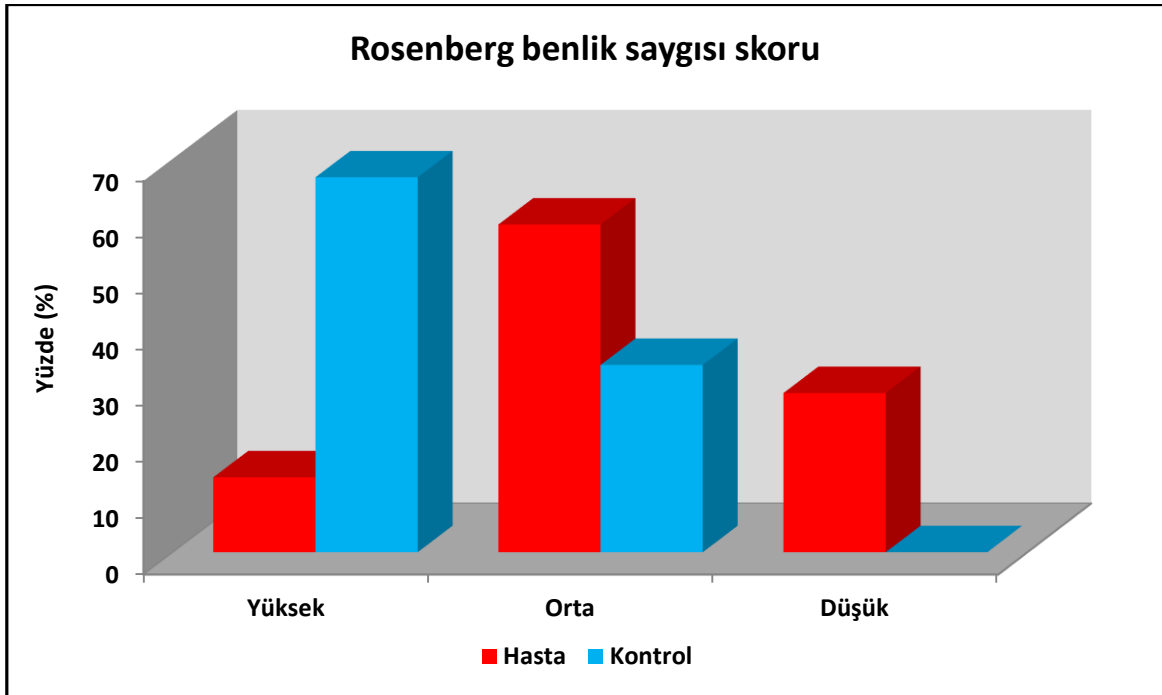
Hasta grubunda RBSÖ ortalama skorları, kontrol grubundaki ölçümlere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ( $p:0,001$ ;  $p < 0,01$ ).





Şekil 4.17: Gruplarda Rosenberg benlik saygısı ölçeği skorları

Gruplar RBSÖ skorlarına göre incelendiğinde, obez olgularda orta ve düşük düzeyde benlik saygısı görülme oranı kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek; yüksek düzeyde benlik saygısı görülme oranı ise anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır ( $p<0,01$ ).



Şekil 4.18: Gruplarda Rosenberg benlik saygısı ölçeği skoru dağılımı

**Tablo 4.18: Benlik Saygısı Düzeyine Göre Değerlendirmeler**

(n=60)		Benlik saygısı			°p
		Yüksek (n=8)	Orta (n=35)	Düşük (n=17)	
Eğitim durumu; n(%)	Ortaokul ve altı	4 (50)	16 (45,7)	8 (47,1)	<b>0,477</b>
	Lise	0 (0)	9 (25,7)	5 (29,4)	
	Üniversite ve üstü	4 (50)	10 (28,6)	4 (23,5)	
Gelir düzeyi; n(%)	1500 TL'den az	1 (12,5)	20 (57,1)	11 (64,7)	<b>0,086</b>
	1500-2500 TL arası	5 (62,5)	6 (17,1)	4 (23,5)	
	2500-4000 TL arası	2 (25)	6 (17,1)	2 (11,8)	
	4000 TL'den fazla	0 (0)	3 (8,6)	0 (0)	
Meslek; n(%)	Çalışmıyor	4 (50)	20 (57,1)	11 (64,7)	<b>0,714</b>
	Çalışıyor	3 (37,5)	8 (22,9)	2 (11,8)	
	Diğer	1 (12,5)	7 (20)	4 (23,5)	
Anne baba durumu; n(%)	Beraber	4 (50)	17 (48,6)	7 (41,2)	<b>0,925</b>
	Boşanmış	1 (12,5)	1 (2,9)	1 (5,9)	
	Anne vefat etmiş	0 (0)	2 (5,7)	2 (11,8)	
	Baba vefat etmiş	1 (12,5)	7 (20)	4 (23,5)	
	İkisi de vefat etmiş	2 (25)	8 (22,9)	3 (17,6)	
Medeni durum; n(%)	Bekar	1 (12,5)	9 (25,7)	7 (41,2)	<b>0,588</b>
	Evli	5 (62,5)	24 (68,6)	8 (47,1)	
	Dul	2 (25)	2 (5,7)	2 (11,8)	
Çocuk sayısı; n(%)	Çocuğu yok	2 (25)	11 (31,4)	9 (52,9)	<b>0,255</b>
	1-3 çocuk	6 (75)	19 (54,3)	8 (47,1)	
	>3 çocuk	0 (0)	5 (14,3)	0 (0)	

<sup>a</sup>Fisher-Freeman-Halton exact test

Çalışan (Eğitim sektörü, Sağlık sektörü, Gıda sektörü); Çalışmayan (çalışmayan, ev hanımı, emekli, öğrenci)

### **Hasta grubunda;**

Benlik saygısı düzeyine göre hastaların eğitim durumu, gelir düzeyi, mesleği, anne-baba durumu, medeni durumu ve çocuk sayıları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0,05).

**Tablo 4.19: Beden algısı ölçeğine ilişkin değerlendirmeler**

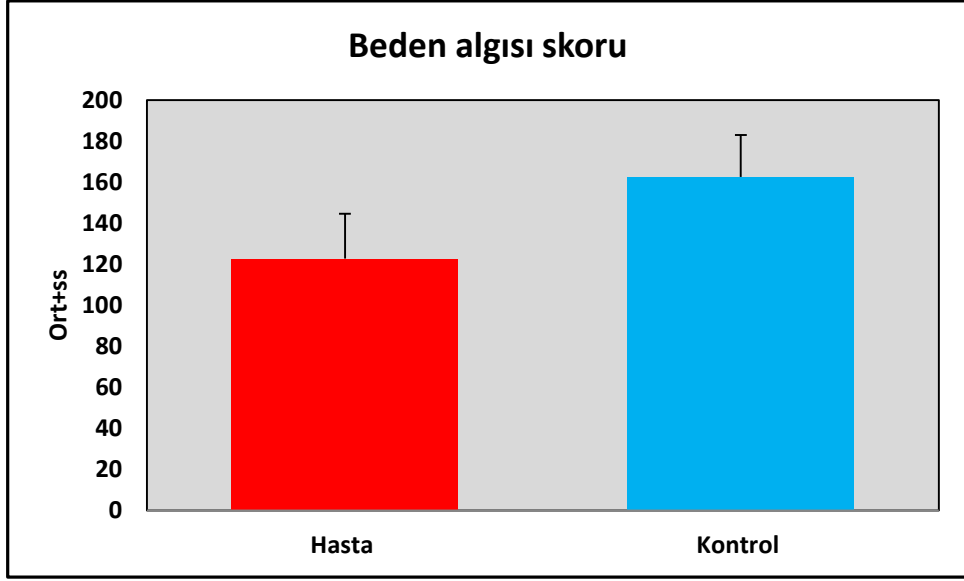
		Hasta (n=60)	Kontrol (n=63)	°p
		Ort±ss	Ort±ss	
<b>Beden algısı ölçeği</b>		122,82±21,76	162,56±20,43	<b>0,001**</b>
<b>Beden algısı; n(%)</b>	Bozuk	42 (70,0)	7 (11,1)	<b>0,001**</b>
	Normal	18 (30,0)	56 (88,9)	

<sup>a</sup>Student t test

<sup>c</sup>Pearson ki-kare test

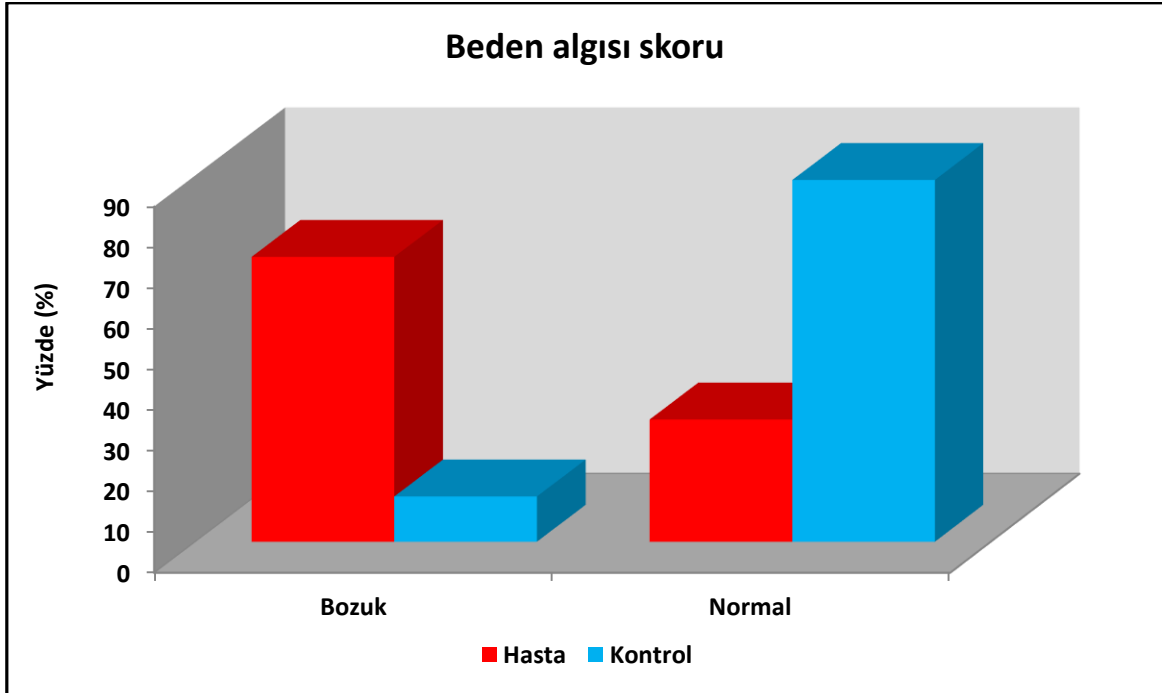
\*\*p<0,01

Beden algısı ölçeği skorları hasta grubunda, kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır (p:0,001; p<0,01).



Şekil 4.19: Gruplarda beden algısı skoru dağılımı

Beden algısı bozuk olarak saptanma oranı (BAÖ skoru <135) obez olgularda, kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p:0,001; p<0,01).



Şekil 4.20: Gruplarda beden algısı skoru dağılımı

**Tablo 4.20: Beden algısı bozukluğuna göre değerlendirmeler**

(n=60)		Beden algısı		°p
		Bozuk (n=42)	Normal (n=18)	
Eğitim durumu; n(%)	Okur-yazar değil	3 (7,1)	1 (5,6)	0,578
	İlkokul	12 (28,6)	3 (16,7)	
	Ortaokul	6 (14,3)	3 (16,7)	
	Lise	11 (26,2)	3 (16,7)	
	Üniversite	7 (16,7)	7 (38,9)	
	Yüksek lisans	3 (7,1)	1 (5,6)	
Gelir düzeyi; n(%)	1500 TL'den az	28 (66,7)	4 (22,2)	°0,002**
	1500-2500 TL arası	9 (21,4)	6 (33,3)	d0,347
	2500-4000 TL arası	4 (9,5)	6 (33,3)	d0,052
	4000 TL'den fazla	1 (2,4)	2 (11,1)	d0,212
Meslek; n(%)	Çalışmıyor	10 (23,8)	3 (16,7)	0,304
	Öğrenci	3 (7,1)	1 (5,6)	
	Eğitim sektörü	0 (0)	2 (11,1)	
	Sağlık sektörü	4 (9,5)	4 (22,2)	
	Gıda sektörü	2 (4,8)	1 (5,6)	
	Emekli	6 (14,3)	2 (11,1)	
	Ev hanımı	12 (28,6)	2 (11,1)	
	Diğer	5 (11,9)	3 (16,7)	
Anne baba durumu; n(%)	Beraber	19 (45,2)	9 (50)	0,351
	Boşanmış	1 (2,4)	2 (11,1)	
	Anne vefat etmiş	2 (4,8)	2 (11,1)	
	Baba vefat etmiş	9 (21,4)	3 (16,7)	
	İkisi de vefat etmiş	11 (26,2)	2 (11,1)	
Medeni durum; n(%)	Bekar	11 (26,2)	6 (33,3)	0,698
	Evli	26 (61,9)	11 (61,1)	
	Dul	5 (11,9)	1 (5,6)	
Çocuk sayısı; n(%)	Çocuğu yok	15 (35,7)	7 (38,9)	0,999
	1-3 çocuk	23 (54,8)	10 (55,6)	
	>3 çocuk	4 (9,5)	1 (5,6)	

°Pearson ki-kare test

dFisher exact test

eFisher-Freeman-Halton exact test

\*\*p&lt;0,01

**Hasta grubunda;**

Beden algısı bozukluğuna göre hastaların eğitim durumu, mesleği, anne-baba durumu, medeni durumu ve çocuk sayıları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0,05).

Beden algısı bozuk olan hastalarda gelir düzeyi 1500 TL'den az olanların oranının, beden algısı normal olan hastalardaki orandan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır (p:0,002; p<0,01). Beden algısı bozuk olan hastalarda gelir düzeyi 2500-4000 TL arası olanların oranının, beden algısı normal olan hastalardaki orandan istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte dikkat çekici düzeyde düşük olduğu saptanmıştır (p:0,052; p>0,05).

**Tablo 4.21: Arizona cinsel yaşantılar ölçek puanlarının değerlendirmeleri**

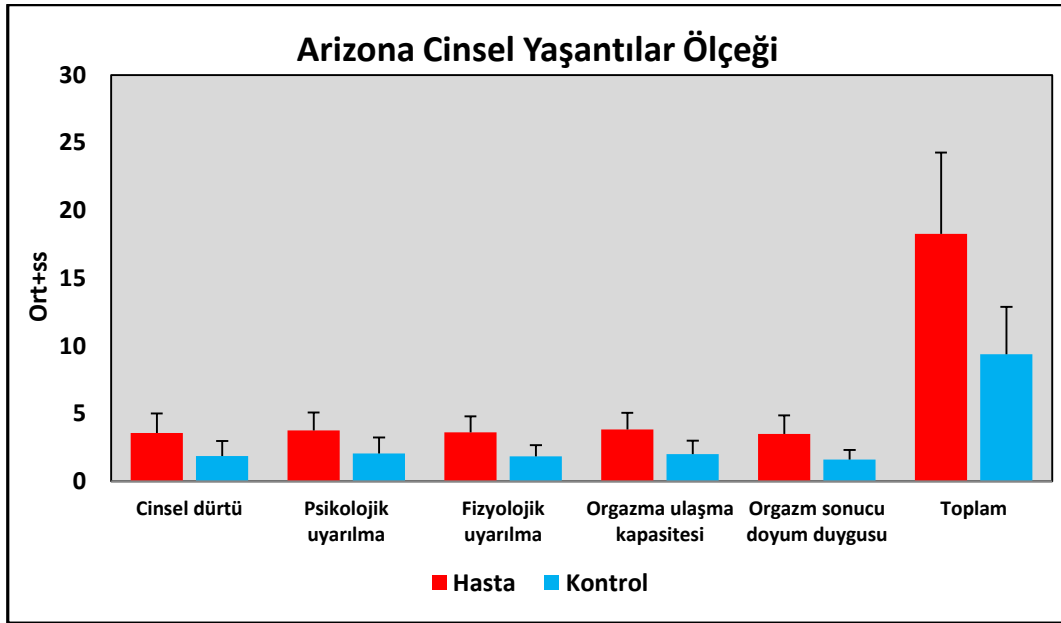
		Hasta (n=60)	Kontrol (n=63)	<sup>b</sup> p
		Ort±ss	Ort±ss	
<b>Arizona cinsel yaşantılar ölçeği; (medyan)</b>	Cinsel dürtü	3,57±1,44 (3,50)	1,87±1,10 (2,00)	<b>0,001**</b>
	Psikolojik uyarılma	3,75±1,34 (4,00)	2,06±1,18 (2,00)	<b>0,001**</b>
	Fizyolojik uyarılma	3,62±1,19 (4,00)	1,84±0,83 (2,00)	<b>0,001**</b>
	Orgazma ulaşma kapasitesi	3,82±1,23 (4,00)	2,02±0,98 (2,00)	<b>0,001**</b>
	Orgazm sonucu doyum duygusu	3,50±1,38 (3,00)	1,60±0,71 (1,00)	<b>0,001**</b>
	Toplam skor	18,27±5,99 (17,50)	9,38±3,51 (8,00)	<b>0,001**</b>
<b>Cinsel Disfonksiyon; n(%)</b>	Yok	5 (8,3)	45 (71,4)	<b><sup>c</sup>0,001**</b>
	Var	55 (91,7)	18 (28,6)	

<sup>b</sup>Mann Whitney U test

<sup>c</sup>Pearson ki-kare test

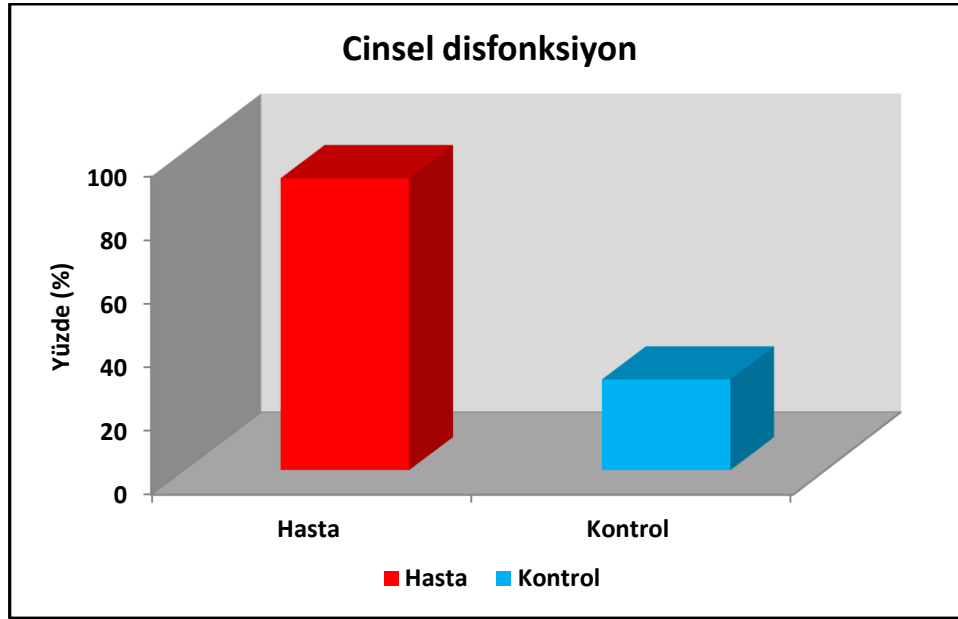
\*\*p<0,01

Arizona cinsel yaşantılar ölçeği sorularına verilen cevaplar incelendiğinde; obez grupta cinsel dürtü, psikolojik uyarılma, fizyolojik uyarılma, orgazma ulaşma kapasitesi ve orgazm sonucu doyum kapasitesini gösteren skorlarda ve toplam skorda kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yükseklik saptanmıştır. (p:0,001; p:0,001; p:0,001; p:0,001; p:0,001; p<0,01).



**Şekil 4.21: Gruplarda Arizona cinsel yaşantılar ölçeği skoru dağılımı**

Obez grupta cinsel disfonksiyon varlığı (ACYÖ skoru >11) kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek saptanmıştır (p:0,001; p<0,01).



Şekil 4.22: Gruplarda cinsel disfonksiyon varlığı dağılımı

Tablo 4.22: Cinsel Disfonksiyon varlığına ilişkin değerlendirmeler

(n=60)		Cinsel Disfonksiyon		°p
		Var (n=55)	Yok (n=5)	
Eğitim durumu; n(%)	Ortaokul ve altı	28 (50,9)	0 (0)	<sup>d</sup> 0,055
	Lise	13 (23,6)	1 (20)	<sup>d</sup> 0,999
	Üniversite ve üstü	14 (25,5)	4 (80)	<sup>d</sup> 0,025*
Gelir düzeyi; n(%)	1500 TL'den az	30 (54,5)	2 (40)	0,098
	1500-2500 TL arası	15 (27,3)	0 (0)	
	2500-4000 TL arası	8 (14,5)	2 (40)	
	4000 TL'den fazla	2 (3,6)	1 (20)	
Meslek; n(%)	Çalışmıyor	34 (61,8)	1 (20)	<sup>d</sup> 0,150
	Çalışıyor	10 (18,2)	3 (60)	<sup>d</sup> 0,063
	Diğer	11 (20)	1 (20)	<sup>d</sup> 0,999
Anne baba durumu; n(%)	Beraber	23 (41,8)	5 (100)	0,316
	Boşanmış	3 (5,5)	0 (0)	
	Anne vefat etmiş	4 (7,3)	0 (0)	
	Baba vefat etmiş	12 (21,8)	0 (0)	
	İkisi de vefat etmiş	13 (23,6)	0 (0)	
Medeni durum; n(%)	Bekar	13 (23,6)	4 (80)	<sup>d</sup> 0,020*
	Evli	36 (65,5)	1 (20)	<sup>d</sup> 0,066
	Dul	6 (10,9)	0 (0)	<sup>d</sup> 0,999
Çocuk sayısı; n(%)	Çocuğu yok	18 (32,7)	4 (80)	0,187
	1-3 çocuk	32 (58,2)	1 (20)	
	>3 çocuk	5 (9,1)	0 (0)	

<sup>d</sup>Fisher exact test

<sup>e</sup>Fisher-Freeman-Halton exact test

\*p<0,05

Çalışan (Eğitim sektörü, Sağlık sektörü, Gıda sektörü); Çalışmayan (çalışmayan, ev hanımı, emekli)

### **Hasta grubunda;**

Cinsel disfonksiyon varlığına göre hastaların gelir düzeyi, anne-baba durumu ve çocuk sayıları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

Cinsel disfonksiyonu olan hastalarda eğitim durumu ortaokul ve altı olanların oranının, cinsel disfonksiyon olmayan hastalardaki orandan istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte dikkat çekici düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır ( $p:0,055$ ;  $p>0,05$ ). Cinsel disfonksiyonu olan hastalarda eğitim durumu üniversite ve üzeri olanların oranının, cinsel disfonksiyon olmayan hastalardaki orandan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu saptanmıştır ( $p:0,025$ ;  $p<0,05$ ).

Cinsel disfonksiyonu olan hastalarda çalışıyor olanların oranının, cinsel disfonksiyon olmayan hastalardaki orandan istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte dikkat çekici düzeyde düşük olduğu saptanmıştır ( $p:0,063$ ;  $p>0,05$ ).

Cinsel disfonksiyonu olan hastalarda bekar olanların oranının, cinsel disfonksiyon olmayan hastalardaki orandan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu saptanmıştır ( $p:0,020$ ;  $p<0,05$ ). Cinsel disfonksiyonu olan hastalarda evli olanların oranının, cinsel disfonksiyon olmayan hastalardaki orandan istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte dikkat çekici düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır ( $p:0,066$ ;  $p>0,05$ ).

**Tablo 4.23: Minnesota çok yönlü kişilik envanteri skorlarının gruplara göre değerlendirilmesi**

		Hasta (n=60)	Kontrol (n=63)	<sup>a</sup> p
		Ort±ss	Ort±ss	
Minnesota çok yönlü kişilik envanteri alt ölçekleri	L	48,50±9,13	48,84±11,47	0,857
	F	53,77±11,50	49,23±9,85	0,020*
	K	45,38±10,38	49,25±9,55	0,033*
	Hs	59,19±11,72	50,96±8,62	0,001**
	D	59,12±11,51	47,63±9,36	0,001**
	Hy	65,76±11,72	55,92±8,92	0,001**
	Pd	57,44±11,37	49,50±8,95	0,001**
	Mf	48,00±12,04	45,16±10,00	0,156
	Pa	59,50±9,79	50,73±9,36	0,001**
	Pt	58,70±9,86	49,83±8,36	0,001**
	Sc	57,74±11,12	47,50±8,90	0,001**
	Ma	57,63±11,54	54,31±8,30	0,068
	Si	59,10±10,73	50,52±8,10	0,001**

<sup>a</sup>Pearson ki-kare test

\* $p<0,05$

\*\* $p<0,01$

MMPI L alt boyut skoru hasta ve kontrol gruplarında istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

MMPI sorularına verilen yanıtlar incelendiğinde; F alt boyut puanı hasta grubunda kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptanmıştır ( $p:0,020$ ;  $p<0,05$ ).

MMPI sorularına verilen yanıtlar incelendiğinde; K alt boyut puanı hasta grubunda kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düşük saptanmıştır ( $p:0,033$ ;  $p<0,05$ ).

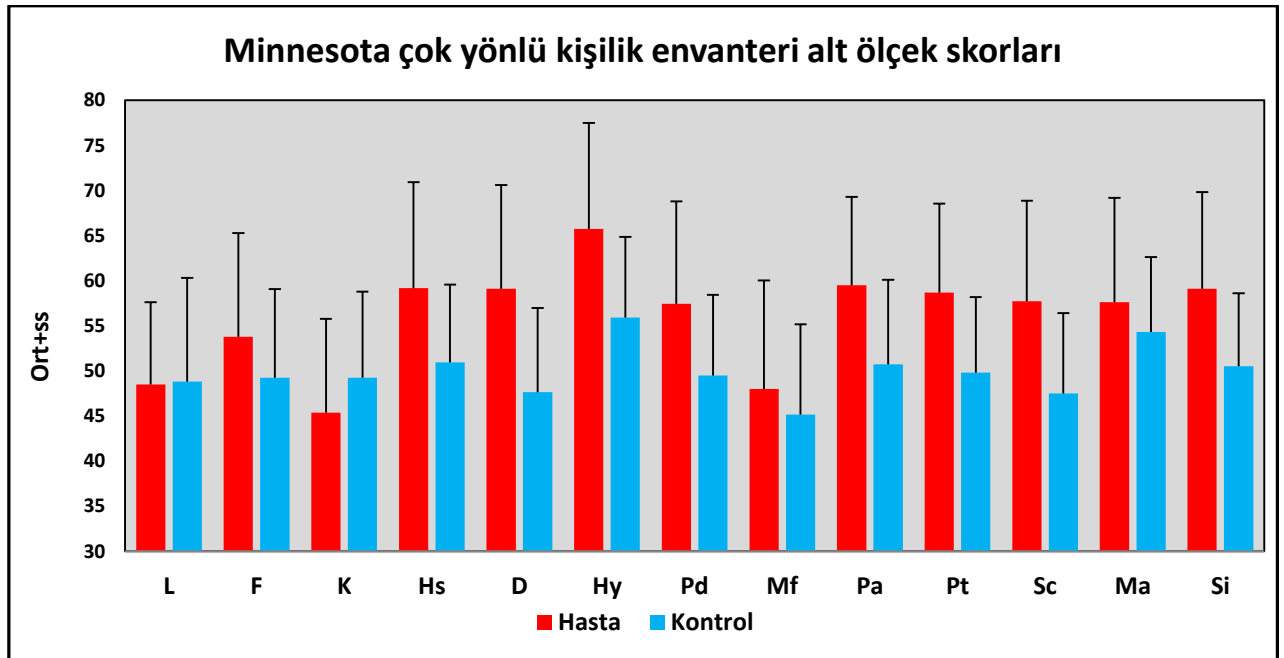
MMPI Hs, D, Hy, Pd alt boyut puanları hasta grubunda kontrol grubuna göre istatistiksel olarak yüksek saptanmıştır ( $p:0,001$ ;  $p:0,001$ ;  $p:0,001$ ;  $p:0,001$ ;  $p<0,01$ ).

MMPI Mf alt boyut puanı hasta ve kontrol gruplarında istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

MMPI sorularına verilen yanıtlar incelendiğinde; Pa, Pt, Sc alt boyut puanları hasta grubunda kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ( $p:0,001$ ;  $p:0,001$ ;  $p:0,001$ ;  $p<0,01$ ).

MMPI sorularına verilen yanıtlar incelendiğinde; Ma alt boyut puanları hasta ve kontrol gruplarında istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

MMPI sorularına verilen yanıtlar incelendiğinde; Si alt boyut puanı hasta grubunda kontrol grubuna göre istatistiksel olarak yüksek saptanmıştır ( $p:0,001$ ;  $p<0,01$ ).



Şekil 4.23: Gruplarda Minnesota çok yönlü kişilik envanteri alt boyut skorlarının dağılımı



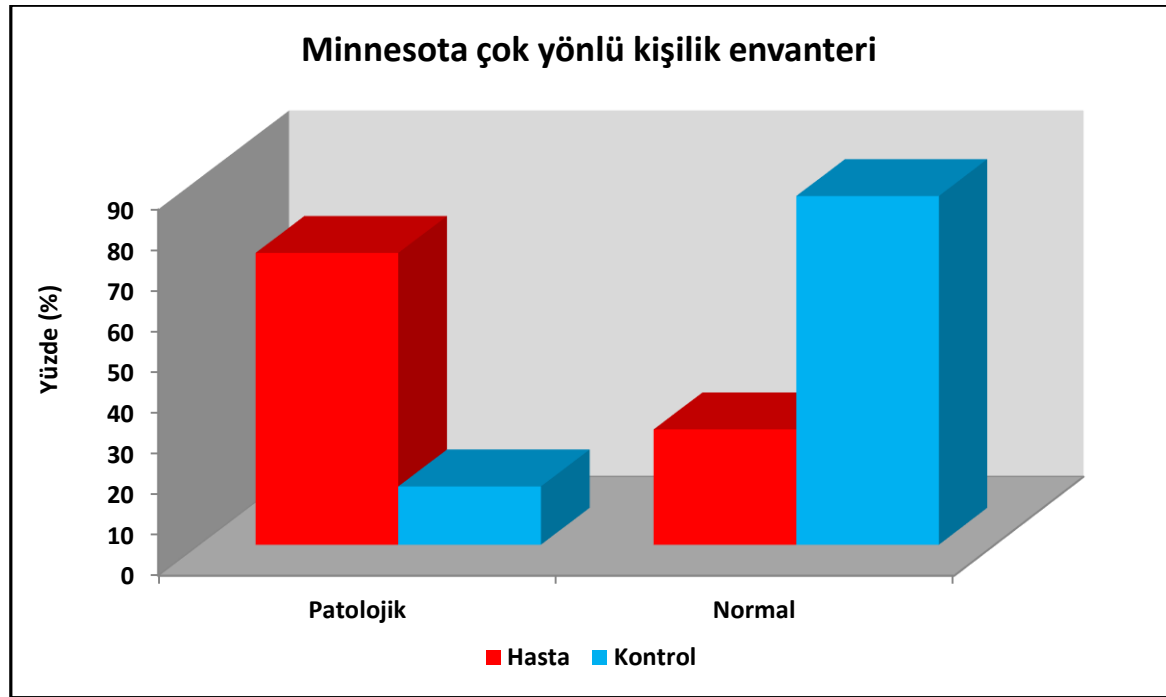
**Tablo 4.24: Gruplarda Minnesota çok yönlü kişilik envanteri skoruna göre sonucu patoloji varlığının değerlendirilmesi**

		Hasta (n=60)	Kontrol (n=63)	çp
<b>Minnesota çok yönlü kişilik envanteri; n(%)</b>	Patolojik	43 (71,7)	9 (14,3)	<b><i>0,001**</i></b>
	Normal	17 (28,3)	54 (85,7)	

<sup>c</sup>Pearson ki-kare test

**\*\*p<0,01**

MMPI sonucu patolojik olarak saptanma oranı obez olgularda kontrol gruba göre anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (p<0,01).



**Şekil 4.24: Gruplarda Minnesota çok yönlü kişilik envanterine göre patoloji dağılımı**

**Tablo 4.25: MMPI skoruna göre patoloji varlığına ilişkin değerlendirmeler**

(n=60)		Patolojik (n=43)	Normal (n=17)	çp
<b>Eğitim durumu; n(%)</b>	Okur-yazar değil	3 (7)	1 (5,9)	<b><i>0,859</i></b>
	İlkokul	12 (27,9)	3 (17,6)	
	Ortaokul	7 (16,3)	2 (11,8)	
	Lise	10 (23,3)	4 (23,5)	
	Üniversite	9 (20,9)	5 (29,4)	
	Yüksek lisans	2 (4,7)	2 (11,8)	
<b>Gelir düzeyi; n(%)</b>	1500 TL'den az	24 (55,8)	8 (47,1)	<b><i>0,794</i></b>
	1500-2500 TL arası	11 (25,6)	4 (23,5)	
	2500-4000 TL arası	6 (14)	4 (23,5)	
	4000 TL'den fazla	2 (4,7)	1 (5,9)	

Tablo 4.25 devamı				
Meslek; n(%)	Çalışmıyor	10 (23,3)	3 (17,6)	0,475
	Öğrenci	3 (7)	1 (5,9)	
	Eğitim sektörü	1 (2,3)	1 (5,9)	
	Sağlık sektörü	6 (14)	2 (11,8)	
	Gıda sektörü	1 (2,3)	2 (11,8)	
	Emekli	6 (14)	2 (11,8)	
	Ev hanımı	12 (27,9)	2 (11,8)	
	Diğer	4 (9,3)	4 (23,5)	
Anne baba durumu; n(%)	Beraber	22 (51,2)	6 (35,3)	0,776
	Boşanmış	2 (4,7)	1 (5,9)	
	Anne vefat etmiş	3 (7)	1 (5,9)	
	Baba vefat etmiş	8 (18,6)	4 (23,5)	
	İkisi de vefat etmiş	8 (18,6)	5 (29,4)	
Medeni durum; n(%)	Bekar	11 (25,6)	6 (35,3)	0,687
	Evli	27 (62,8)	10 (58,8)	
	Dul	5 (11,6)	1 (5,9)	
Çocuk sayısı; n(%)	Çocuğu yok	15 (34,9)	7 (41,2)	0,623
	1-3 çocuk	25 (58,1)	8 (47,1)	
	>3 çocuk	3 (7)	2 (11,8)	

<sup>e</sup>Fisher-Freeman-Halton exact test

### Hasta grubunda;

MMPI sonucuna göre normal ve patolojik olan hastalar arasında eğitim durumu, gelir düzeyi, meslek, anne-baba durumu, medeni durum ve çocuk sayısı dağılımları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 4.26: Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri Sonucuna Göre Beck Anksiyete Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Benlik Saygısı Ölçeği, Beden Algısı Ölçeği ve Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Skorlarının İncelenmesi**

(n=60)	Minnesota çok yönlü kişilik envanteri		P
	Patolojik (n=43)	Normal (n=17)	
Beck anksiyete ölçeği; $ort\pm ss$ (medyan)	20,74±10,67 (19,00)	12,47±7,85 (11,00)	<sup>b</sup> 0,001**
Anksiyete; n(%)	Minimal	4 (23,5)	<sup>d</sup> 0,048*
	Hafif	10 (58,8)	<sup>c</sup> 0,061
	Orta	1 (5,9)	<sup>c</sup> 0,010*
	Şiddetli	2 (11,8)	<sup>d</sup> 0,479
Beck depresyon ölçeği; $ort\pm ss$ (medyan)	20,02±8,93 (23,00)	11,94±6,36 (11,00)	<sup>b</sup> 0,001**
Depresyon; n(%)	Normal	7 (41,2)	<sup>d</sup> 0,099
	Hafif	6 (35,3)	<sup>d</sup> 0,190
	Sınırdaki	1 (5,9)	<sup>d</sup> 0,665
	Orta	3 (17,6)	<sup>c</sup> 0,076
	Ciddi	0 (0,0)	<sup>d</sup> 0,570

<b>Tablo 4.26 devamı</b>				
<b>Benlik saygısı; ort±ss (medyan)</b>		3,70±1,34 (4,00)	2,59±1,62 (3,00)	<sup>b</sup> <b>0,018*</b>
<b>Benlik saygısı; n(%)</b>	Yüksek	3 (7,0)	5 (29,4)	<sup>d</sup> <b>0,035*</b>
	Orta	25 (58,1)	10 (58,8)	<sup>c</sup> <b>0,961</b>
	Düşük	15 (34,9)	2 (11,8)	<sup>d</sup> <b>0,112</b>
<b>Beden algısı; ort±ss</b>		118,00±23,24	135,00±10,37	<sup>a</sup> <b>0,001**</b>
<b>Beden algısı; n(%)</b>	Bozuk	33 (76,7)	9 (52,9)	<sup>c</sup> <b>0,070</b>
	Normal	10 (23,3)	8 (47,1)	
<b>Arizona cinsel yaşantılar ölçeği; ort±ss (medyan)</b>	Cinsel dürtü	3,77±1,51 (4,00)	3,06±1,14 (3,00)	<sup>b</sup> <b>0,125</b>
	Psikolojik uyarılma	3,91±1,41 (4,00)	3,35±1,06 (3,00)	<sup>b</sup> <b>0,136</b>
	Fizyolojik uyarılma	3,70±1,24 (4,00)	3,41±1,06 (4,00)	<sup>b</sup> <b>0,617</b>
	Orgazma ulaşma kapasitesi	3,88±1,18 (4,00)	3,65±1,37 (4,00)	<sup>b</sup> <b>0,787</b>
	Orgazm sonucu doyum duygusu	3,56±1,44 (3,00)	3,35±1,27 (3,00)	<sup>b</sup> <b>0,698</b>
	Toplam	18,84±6,29 (18,00)	16,82±5,04 (16,00)	<sup>b</sup> <b>0,349</b>
<b>Disfonksiyon; n(%)</b>	Yok	40 (93,0)	15 (88,2)	<sup>d</sup> <b>0,616</b>
	Var	3 (7,0)	2 (11,8)	

<sup>a</sup>Student t test

<sup>b</sup>Mann Whitney U test

<sup>c</sup>Pearson ki-kare test

<sup>d</sup>Fisher exact test

\* $p < 0,05$

\*\* $p < 0,01$

### **Obez hastalar MMPI puanına göre patolojik ve normal olarak ikiye ayrıldığında;**

MMPI patolojik olan grupta, MMPI normal olan gruba göre BAE skoru anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ( $p:0,001$ ;  $p < 0,01$ ). Anksiyete alt gruplarına göre incelendiğinde MMPI patolojik olan grupta MMPI normal olan gruba göre minimal anksiyete oranı anlamlı derecede düşük, hafif anksiyete oranı istatistiksel olarak anlamlı olmasa da belirgin derecede düşük, orta derece anksiyete oranı anlamlı derecede yüksek saptanmıştır (sırasıyla:  $p:0,048$ ,  $p:0,061$ ,  $p:0,010$ ,  $p < 0,05$ ). MMPI patolojik ve normal olan gruplar arasında şiddetli anksiyete oranı bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p:0,479$ ;  $p > 0,05$ ).

MMPI patolojik olan grupta, MMPI normal olan gruba göre BDE skoru anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ( $p:0,001$ ;  $p < 0,01$ ). MMPI patolojik ve MMPI normal olan gruplar arasında BDE'ye göre belirlenen depresyon şiddeti oranları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p > 0,05$ ).

MMPI patolojik olan grupta, MMPI normal olan gruba göre RBSÖ skoru anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ( $p:0,018$ ;  $p < 0,05$ ). MMPI patolojik olan grupta RBSÖ skoruna göre yüksek derecede benlik saygısı saptanma oranı MMPI normal olan gruba göre anlamlı derecede düşük saptanmıştır ( $p:0,035$ ;  $p < 0,05$ ). Orta ve düşük derecede benlik saygısı saptanma oranları açısından iki grup arasında anlamlı bir fark tespit edilememiştir ( $p > 0,05$ ).

MMPI patolojik olan grupta, MMPI normal olan gruba göre BAE skoru anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır (p:0,001; p<0,01). MMPI patolojik olan grupta MMPI normal olan gruba göre, beden algısı bozuk olma oranı istatistiksel olarak anlamlı olmasa da belirgin derecede yüksek saptanmıştır (p:0,07; p>0,05).

MMPI patolojik ve normal olan gruplar arasında, ACYÖ alt grup skorları (cinsel dürtü, psikolojik uyarılma, fizyolojik uyarılma, orgazma ulaşma kapasitesi, orgazm sonucu doyum duygusu) ve toplam skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p>0,05).

**Tablo 4.27: Beck Anksiyete Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Benlik Saygısı Ölçeği, Beden Algısı Ölçeği ve Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Skorları Arası İlişkilerin İncelenmesi**

(n=60)		Beck anksiyete ölçeği	
		r	P
<b>Beck depresyon ölçeği</b>		0,757	0,001**
<b>Benlik saygısı</b>		0,633	0,001**
<b>Beden algısı</b>		-0,690	0,001**
<b>Arizona cinsel yaşantılar ölçeği</b>	Cinsel dürtü	0,423	0,001**
	Psikolojik uyarılma	0,395	0,001**
	Fizyolojik uyarılma	0,493	0,001**
	Orgazma ulaşma kapasitesi	0,425	0,001**
	Orgazm sonucu doyum duygusu	0,540	0,001**
	Toplam	0,487	0,001**
			Beck depresyon ölçeği
<b>Benlik saygısı</b>		0,736	0,001**
<b>Beden algısı</b>		-0,764	0,001**
<b>Arizona cinsel yaşantılar ölçeği</b>	Cinsel dürtü	0,511	0,001**
	Psikolojik uyarılma	0,432	0,001**
	Fizyolojik uyarılma	0,484	0,001**
	Orgazma ulaşma kapasitesi	0,444	0,001**
	Orgazm sonucu doyum duygusu	0,550	0,001**
	Toplam	0,534	0,001**
			Benlik saygısı
<b>Beden algısı</b>		-0,686	0,001**

<b>Tablo 4.27 devamı</b>			
<b>Arizona cinsel yaşantılar ölçeği</b>	Cinsel dürtü	0,535	0,001**
	Psikolojik uyarılma	0,530	0,001**
	Fizyolojik uyarılma	0,544	0,001**
	Orgazma ulaşma kapasitesi	0,513	0,001**
	Orgazm sonucu doyum duygusu	0,595	0,001**
	<b>Toplam</b>	<b>0,614</b>	<b>0,001**</b>
	<b>Beden algısı</b>		
<b>Arizona cinsel yaşantılar ölçeği</b>	Cinsel dürtü	-0,613	0,001**
	Psikolojik uyarılma	-0,597	0,001**
	Fizyolojik uyarılma	-0,618	0,001**
	Orgazma ulaşma kapasitesi	-0,605	0,001**
	Orgazm sonucu doyum duygusu	-0,640	0,001**
	<b>Toplam</b>	<b>-0,678</b>	<b>0,001**</b>

r:Spearman korelasyon katsayısı      \*\*p<0,01

### **Hasta grubunda;**

Hastaların BAE skorları ile BDE skorları arasında pozitif yönde %75,7 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu gözlenmiştir (r:0,757; p:0,001; p<0,01). Hastaların BAE skorları ile RBSÖ skorları arasında pozitif yönde %63,3 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu gözlenmiştir (r:0,633; p:0,001; p<0,01). Hastaların BAE skorları ile BAÖ skorları arasında negatif yönde %69,0 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu gözlenmiştir (r:-0,690; p:0,001; p<0,01). Hastaların BAE skorları ile ACYÖ cinsel dürtü skorları arasında pozitif yönde %42,3 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu gözlenmiştir (r:0,423; p:0,001; p<0,01). Hastaların BAE skorları ile ACYÖ psikolojik uyarılma skorları arasında pozitif yönde %39,5 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu gözlenmiştir (r:0,395; p:0,001; p<0,01). BAE skorları ile ACYÖ fizyolojik uyarılma skorları arasında pozitif yönde %49,3 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu gözlenmiştir (r:0,493; p:0,001; p<0,01). BAE skorları ile ACYÖ orgazma ulaşma kapasitesi skorları arasında pozitif yönde %42,5 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu gözlenmiştir (r:0,425; p:0,001; p<0,01). BAE skorları ile ACYÖ orgazm sonucu doyum duygusu skorları arasında pozitif yönde %54,0 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu gözlenmiştir (r:0,540;

p:0,001; p<0,01). BAE skorları ile ACYÖ toplam skorları arasında pozitif yönde %48,7 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu gözlenmiştir (r:0,487; p:0,001; p<0,01).

Hastaların BDE skorları ile RBSÖ skorları arasında pozitif yönde %73,6 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu gözlenmiştir (r:0,736; p:0,001; p<0,01). Hastaların BDE skorları ile BAÖ skorları arasında negatif yönde %76,4 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu gözlenmiştir (r:-0,764; p:0,001; p<0,01). Hastaların BDE skorları ile ACYÖ cinsel dürtü skorları arasında pozitif yönde %51,1 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu gözlenmiştir (r:0,511; p:0,001; p<0,01). Hastaların BDE skorları ile ACYÖ psikolojik uyarılma skorları arasında pozitif yönde %43,2 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu gözlenmiştir (r:0,432; p:0,001; p<0,01). BDE skorları ile ACYÖ fizyolojik uyarılma skorları arasında pozitif yönde %48,4 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu gözlenmiştir (r:0,484; p:0,001; p<0,01). BDE skorları ile ACYÖ orgazma ulaşma kapasitesi skorları arasında pozitif yönde %44,4 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu gözlenmiştir (r:0,444; p:0,001; p<0,01). BDE skorları ile ACYÖ orgazm sonucu doyum duygusu skorları arasında pozitif yönde %55,0 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu gözlenmiştir (r:0,550; p:0,001; p<0,01). BDE skorları ile ACYÖ toplam skorları arasında pozitif yönde %53,4 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu gözlenmiştir (r:0,534; p:0,001; p<0,01).

Hastaların RBSÖ skorları ile BAÖ skorları arasında negatif yönde %68,6 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu gözlenmiştir (r:-0,686; p:0,001; p<0,01). Hastaların RBSÖ skorları ile ACYÖ cinsel dürtü skorları arasında pozitif yönde %53,5 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu gözlenmiştir (r:0,535; p:0,001; p<0,01). Hastaların RBSÖ skorları ile ACYÖ psikolojik uyarılma skorları arasında pozitif yönde %53,0 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu gözlenmiştir (r:0,530; p:0,001; p<0,01). Hastaların RBSÖ ile ACYÖ fizyolojik uyarılma skorları arasında pozitif yönde %54,4 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu gözlenmiştir (r:0,544; p:0,001; p<0,01). Hastaların RBSÖ ile ACYÖ orgazma ulaşma kapasitesi skorları arasında pozitif yönde %51,3 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu gözlenmiştir (r:0,513; p:0,001; p<0,01). Hastaların RBSÖ ile ACYÖ orgazm sonucu doyum duygusu skorları arasında pozitif yönde %59,5 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu gözlenmiştir (r:0,595; p:0,001; p<0,01). Hastaların RBSÖ ile ACYÖ toplam skorları arasında pozitif yönde %61,4 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu gözlenmiştir (r:0,614; p:0,001; p<0,01).

Hastaların BAÖ skorları ile ACYÖ cinsel dürtü skorları arasında negatif yönde %61,3 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu gözlenmiştir (r:-0,613; p:0,001; p<0,01).

Hastaların BAÖ ile ACYÖ psikolojik uyarılma skorları arasında negatif yönde %59,7 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu gözlenmiştir (r:-0,597; p:0,001; p<0,01). Hastaların BAÖ ile ACYÖ fizyolojik uyarılma skorları arasında negatif yönde %61,8 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu gözlenmiştir (r:-0,618; p:0,001; p<0,01). Hastaların BAÖ ile ACYÖ orgazma ulaşma kapasitesi skorları arasında negatif yönde %60,5 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu gözlenmiştir (r:-0,605; p:0,001; p<0,01). Hastaların BAÖ ile ACYÖ orgazm sonucu doyum duygusu skorları arasında negatif yönde %64,0 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu gözlenmiştir (r:-0,640; p:0,001; p<0,01). Hastaların BAÖ ile ACYÖ toplam skorları arasında negatif yönde %67,8 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu gözlenmiştir (r:-0,678; p:0,001; p<0,01).

## 5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Araştırma Ocak 2015 ile Nisan 2015 tarihleri arasında İstanbul Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları polikliniğinde, obezite cerrahisi için uygun görülen 60 kişilik morbid obez hasta grubu ve BKİ <25 olan 63 kişilik kontrol grubu ile yapılmıştır. Katılımcıların genel bilgileri sosyodemografik bilgi formu doldurularak elde edilmiştir. Katılımcılara çalışmanın amacı doğrultusunda BAE, BDE, ACYÖ, BAÖ, RBSÖ ve MMPI uygulanmıştır. Bu çalışmanın amacı bariatrik cerrahi için değerlendirilmek üzere başvuran morbid obez hasta grubunda anksiyete ve depresyon sıklığını, benlik saygısı ve beden imajı düzeylerini belirlemek, cinsel hayat kalitesini ve kişilik özelliklerini incelemektir.

Çalışmaya dahil edilen 123 hastanın 60'ı obez, 63'ü ise normal kiloludur. Obez bireylerin 44'ü kadın, normal kiloluların ise 49'u kadındır. Bu çalışmada Türkiye'deki epidemiyolojik incelemelere paralel olarak obez bireylerin çoğunluğunu kadınlar oluşturmaktadır. Ersoy ve ark yaptıkları çalışmada bizim çalışmamıza benzer şekilde obez bireylerin çoğunluğunu kadınlar oluşturmaktadır (Ersoy ve diğ., 2007). Efil'in çalışmasında obezite açısından cinsiyetler arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir (Efil, 2005).

Katılımcıların yaşları 19 ile 66 arasında değişmekte olup ortalama yaş 37,5 olarak saptanmıştır. Obez bireylerde ortalama yaş 39,8 iken obez olmayan bireylerde ortalama yaş 35,3 olarak hesaplanmıştır (p: 0,042). Yaş arttıkça azalan hareketle birlikte metabolizmanın da yavaşlaması ile obezite gelişme riski ve obezite görülme sıklığı artar (Peker ve Çiloğlu, 2000). Tanyeri ve arkadaşlarının çalışmasında obez bireylerin ortalama yaşı obez olmayanlara göre anlamlı derecede yüksek saptanmıştır (Tanyeri ve diğ., 2000). Kır ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmaya bakıldığında da yaş arttıkça obezite sıklığının arttığı görülmektedir (Kır ve diğ., 2004). Akman ve ark. özellikle 40'lı yaşlardan sonra obezitenin artış gösterdiğini tespit etmişlerdir (Akman, Budak ve Kendir 2004). Ersoy ve ark yaptıkları ve 2011 kişinin dahil edildiği bir çalışmada, katılımcılar normal, kilolu ve obez diye 3 gruba ayrılmış ve ortalama yaşları değerlendirilmiş. Çalışmaya göre obezite derecesi erkeklerde yaş grupları arasında bir farklılık göstermezken kadınlarda 40 yaşından sonra belirgin şekilde arttığı görülmüştür (Ersoy ve diğ., 2007). Bu çalışmada da literatürdeki verilere paralel olarak obez bireylerin yaş ortalaması normal kilolu bireylerin yaş ortalamasından anlamlı derecede yüksek saptanmıştır.

Bu çalışmada obez bireyler ile normal kilolu bireyler arasında medeni durum açısından anlamlı bir farklılık tespit edilmedi. Taze ve Akkoyunlu'nun çalışmasında, Kır ve ark yaptıkları çalışmada ve Ersoy ve ark yaptıkları çalışmada bizim çalışmamıza benzer olarak



obezite ve medeni durum arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Taze ve Akkoyunlu, 2010; Kır ve diğ., 2004; Ersoy ve diğ., 2007). Farklı olarak Çayır ve ark tarafından yapılan bir çalışmaya göre dul ve boşanmış olan bireylerde, bekar veya evli olan bireylere göre daha fazla obeziteye rastlanmıştır (Çayır,2011). Yine bu çalışmadan farklı bir sonuç elde eden Aykut ve ark. tarafından yapılan bir başka araştırmada ise evli olanlarda obezite görülme oranı daha yüksek bulunmuştur (Aykut ve diğ., 2002). Efil'in çalışmasında da evli bireylerde obezite görülme oranı daha yüksek bulunmuştur (Efil, 2005).

Bu çalışmada obez bireyler ile normal kilolu bireyler arasında çocuk sayısı açısından anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Çayır ve ark yaptığı çalışmaya göre çocuk sayısının artması ile obezite görülme sıklığının da arttığı gözlenmiştir (Çayır,2011). Bu konuyla ilgili yapılmış olan birkaç başka çalışmada da benzer sonuçlar elde edilmiştir. Bu da kadınlarda doğum sayısı arttıkça, doğumdan sonra eski ağırlık değerlerine dönülemediğini düşündürmektedir (Efil, 2005; Fouad ve diğ., 2006; Aktener ve diğ., 2006). Bu çalışmanın verileri Tezcan (2009)'ın çalışmasındaki veriler ile benzer olup obezite ile çocuk sayısı arasında bir ilişki saptanmamıştır (Tezcan, 2009).

Bu çalışmada obez bireyler ile normal kilolu bireyler arasında eğitim düzeyi açısından anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Daha önce yapılan çalışmalara bakıldığında obezite ile eğitim düzeyi arasındaki ilişki konusunda birbirinden farklı sonuçlar elde edildiği görülmektedir. Taze ve Akkoyunlu'nun yaptığı bir çalışmaya göre eğitim düzeyinin obezite için belirleyici bir etken olmadığı ve Ulupınar ve ark çalışmasına göre de eğitim düzeyinin obezite için bir risk oluşturmadığı saptanmıştır (Taze ve Akkoyunlu, 2010; Ulupınar, 2004). Kır ve ark yaptıkları çalışmada ise katılımcıların öğrenim düzeyinin artmasıyla obez ve fazla kilolu bireylerin oranının arttığı saptanmıştır (Kır ve diğ., 2004). İspanya'da yapılan bir çalışmada ise bu çalışmanın tam tersi olarak obezite riski ile eğitim düzeyi arasında yakın bir ilişki saptanmış ve eğitim düzeyi arttıkça obezite riskinin azaldığı gözlenmiştir (Soriguer ve diğ., 2004). Çayır ve ark yaptığı çalışmaya göre de öğrenim düzeyi arttıkça, obezite oranı azalmaktadır (Çayır, 2011). Ersoy ve ark çalışmasına göre obez grupta lise ve üniversite eğitim düzeyindeki bireylerin oranı normal kilolu gruptakinden daha düşük ve fazla kilolu gruptaki üniversite eğitim düzeyindeki bireylerin oranı normal kilolu gruptakine göre daha düşük bulunmuştur (Ersoy ve diğ., 2007).

Bu çalışmada obez bireyler ile normal kilolu bireyler arasında gelir düzeyi açısından anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Çayır ve ark yaptığı çalışmaya göre gelir düzeyinin azalması ile obezite görülme oranının arttığı görülmüştür (Çayır, 2011). Benzer sonuç, Alvarez ve Bakhshi'nin çalışmalarında da bulunmuştur. Gelir düzeyiyin azalmasıyla, sebze

tüketiminin azaldığı, yağ ve karbonhidrat tüketiminin arttığı ve bunun da obezite gelişimine zemin hazırladığı ifade edilmiştir (Bakhshi ve diğ., 2008; Alvarez ve diğ., 2007). Ersoy ve ark çalışmasına göre 3 gruba (normal kilolu, fazla kilolu, obez) ayrılan katılımcılar arasında çalışan birey oranı en yüksek oranda normal kilolu grupta gözlenmiştir. Obez bireyleri kendi arasında gruplandırıp yeniden değerlendirdiklerinde de aynı şekilde obezite derecesinin artmasıyla işsiz birey oranının arttığını gözlemişlerdir (Ersoy ve diğ., 2007). Efil'in çalışmasında ise gelir düzeyi ile obezite gelişimi arasında bir ilişki saptanmamıştır (Efil, 2005). Bizim çalışmamızın verileri de bu çalışma ile benzerlik göstermektedir.

Bu çalışmada obez bireyler ile normal kilolu bireyler arasında meslek açısından anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Çayır ve ark çalışmasında hareketli bir işte çalışan bireylerdeki obezite sıklığı, emekliler ve ev kadınlarındaki obezite sıklığından anlamlı derecede düşük saptanmıştır (Çayır, 2011). Kır ve arkadaşlarının çalışmasında ise memurluk yapan ve ticaretle uğraşanlarda obezite ve kilo fazlalığı olan oran çiftçi ve işçilere göre daha yüksek saptanmıştır (Kır ve diğ., 2004). Efil'in çalışmasında bu çalışmada olduğu gibi meslek ile obezite gelişimi arasında bir ilişki saptanmamıştır (Efil, 2005).

Bu çalışmaya göre obez bireylerde günlük öğün sayısı normal kilolu bireylere göre anlamlı düzeyde yüksektir. Obez olmayan bireylerde günlük öğün sayısı çoğunlukla 2 ile 3 iken, obez bireylerde öğün sayısı çok değişkenlik göstermektedir. Ersoy ve ark yaptıkları çalışmaya göre günde 2 öğün yemek yiyenlerin oranı obez grupta obez olmayan ve fazla kilolu gruplara göre daha yüksek saptanmışken, günde 3 öğün yemek yiyenlerin oranı obez grupta diğer gruplara göre daha düşük saptanmıştır (Ersoy ve diğ., 2007). Günde üç veya daha fazla kez beslenen, öğünlerini düzenli tüketen kişilerde, günde bir veya iki kez düzensiz beslenen kişilerden daha az sıklıkta obeziteye rastlanmaktadır. Öğün sayısı azaldığında, öğünde yenen miktar artmakta, dolayısıyla daha çok besin ögesinin sindirim sisteminden emilmesine neden olmaktadır. Bu artış insülin yanıtını artırarak yağ depolanmasını artırmaktadır (Işık, 2010). Han ve ark ise gebe kadınlarda günlük öğün sayısı ve obezite sıklığı arasında anlamlı bir ilişki saptamamışlardır (Han ve diğ., 2011).

İki grup obeziteyi başlatıcı etmenler (yağlı gıda yeme, bol karbonhidratlı beslenme, sporu bırakma, operasyon öyküsü, sigarayı bırakma) açısından karşılaştırıldığında, obez bireylerde bu etmenlerin belirgin bir şekilde daha fazla olduğu gözlenmiştir. Ersoy ve ark yaptıkları çalışmaya bakıldığında obez, fazla kilolu ve normal kilolu gruplar arasında karbonhidrat tüketimi açısından bir farklılık tespit edilmemişken, obez grupta protein tüketimi diğer gruplara göre daha fazla oranda, sebze tüketimi ise obez grupta diğer gruplara göre daha yüksek oranda saptanmıştır (Ersoy ve diğ., 2007). Obezite gelişiminde birere risk

faktörü olarak kabul edilen bu durumların obez bireylerde daha sık görülmesi öngörülen bir sonuç olarak değerlendirilmiştir.

Bu çalışmada obez bireyler ve normal kilolu bireyler arasında sigara içimi ve alkol alımı açısından anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Çayır ve ark yaptıkları çalışmada da bizim çalışmamızın sonuçlarına benzer şekilde obezite durumu ile sigara içme ve alkol kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Çayır, 2011). Bakhshi ve ark çalışmasında obezite ve sigara arasında ters bir ilişki bulunmuştur (Bakhshi ve diğ., 2008). Kır ve ark göre sigara kullanımı ile BKİ arasında bir ilişki tespit edilmemiştir. Aynı çalışmada obez ve fazla kilolu bireylerin haftada bir ve daha sık alkol alma durumlarının normal kilolu olanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır (Kır ve diğ., 2004). Bir başka çalışmada ise tüketilen alkol miktarı arttıkça BKİ'nin arttığı fakat az miktarda ve sık alkol alımının BKİ'ni azalttığı gösterilmiştir (Tolstrup ve diğ., 2005). Efil'in çalışmasına göre alkol alımı ve sigara içimi ile obezite gelişimi arasında bir ilişki saptanmamıştır (Efil, 2005).

Obezite varlığında görülme olasılığı artan hastalıklar açısından iki grup karşılaştırıldığında, obez bireylerde bu hastalıklara daha sık rastlandığı görülmüştür. Obezite bilindiği üzere diyabet, hipertansiyon, kolesterol yüksekliği ve kalp hastalıkları gelişme riskini arttıran bir durumdur (TEMD, 2014). Daha önce yapılan birçok çalışmada BKİ artışı ile bu durumların ilişkili olduğu gösterilmiştir (Brown ve diğ., 2000; Okosun ve diğ., 2001).

Bu çalışmada ailede obez birey olma oranı obez bireylerde obez olmayan bireylere göre belirgin şekilde yüksek saptanmıştır. Obez anne ve babaların çocuklarında obezite riski artmış olarak kabul edilir. Çayır ve ark göre ailede obez birey olan kişilerde obezite gelişme oranı daha yüksek bulunmuştur. Bu durum, ailedeki beslenme alışkanlıklarının örnek alındığını ve sürdürüldüğünü göstermektedir (Çayır, 2011). Kuyumcu ve ark yaptıkları çalışmada da benzer sonuçlar elde edilmiştir.

Çalışma verileri incelendiğinde obez bireylerin büyük bir oranının düzenli bir egzersiz ve diyet yapmadığı, diyetisyen yardımı ile diyet yapmaya başladıysa da sonradan diyeti bıraktığı saptanmıştır. Obez bireylerde obezite nedeni ilaç kullanımı %11,7 ve obezite nedeni psikiyatri başvurusu %16,7 olarak saptanmıştır. Beslenme alışkanlıklarının hazır yiyecek tarafına kayması, ev dışı yemek tüketim sıklığının artması, ayaküstü tüketilen besin sıklığının artması, tost, sandviç, hamburger, pizza, patates kızartması benzeri besinlerin tüketiminin artması obezite gelişiminde etkin bir rol oynar (Aslan ve Atilla, 2002). Sedanter bir yaşam tarzını benimseyen bireyler hareketli bir yaşam tarzı olan bireylere nazaran obez

olmaya daha yatkındırlar (Işık, 2010). Han ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada ise düzenli fiziksel aktivite ve obezite sıklığı arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir (Han ve diğ., 2011).

Duygudurum değişikliklerine göre beslenme durumu açısından iki grup karşılaştırıldığında obez bireylerin neşeli, üzüntülü, öfkeli ve endişeliyken yemek yeme davranışlarının normal kilolu bireylere göre daha sık olduğu saptanmıştır. Atkinson'un bir çalışmasında yetişkin kadınların %83,8'inin üzüntülü ve stresli olduklarında, %49,6'sının sevinçli ve heyecanlı olduklarında besin alımlarında değişiklik yaptıkları, üzüntülü ve stresli olduklarında daha çok ve sık yemek yiyenlerin BKI değerlerinin, değişiklik yapmayan ve besin alımlarını azaltan kadınlardan önemli düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır (Atkinson, 2005). Eren ve ark çalışmasında gerilim, korku ve ağrı esnasında yeme miktarında azalma; depresyon, yorgunluk ve sıkıntı esnasında ise yeme miktarında artma olduğu gösterilmiştir (Eren ve Erdi, 2003). Bu çalışmanın verileri literatürdeki diğer çalışmalar ile benzerlik göstermektedir.

Çalışma sonuçları değerlendirildiğinde obez bireylerde BAE skorlarının obez olmayan bireylere göre anlamlı derecede yüksek olduğu görülmektedir. Obez bireylerin %50'sinde orta ve şiddetli düzeyde anksiyete düzeyi saptanmıştır. Gerek ülkemizde gerekse yurt dışında obez bireylerin dahil edildiği bir çok çalışmada obez bireylerde normalin üzerinde anksiyete bozukluğu saptanmıştır. Özdel ve ark obez kadınları dahil ettikleri çalışmalarında obez bireylerde en sık duygudurum bozuklukları ve anksiyete bozuklukları tanısına rastlamışlardır (Özdel ve diğ., 2011). Kalarchian ve ark yaptıkları çalışmada bariatrik cerrahi adayları obez bireylerde cerrahi öncesi değerlendirmede en sık karşılaşılan tanıların anksiyete bozuklukları, duygudurum bozuklukları ve tikanırcasına yemek yeme bozukluğu olduğu gösterilmiştir (Kalarchian ve diğ., 2007). Ülkemizde Karayağız ve ark yaptıkları çalışmaya göre de obezite cerrahisi adayları hastaların %31'inde anksiyete semptomları görülmüştür ve bu hastaların % 26'sına kaygı bozukluğu tanısı konulmuştur (Karayağız ve diğ., 2011). Çalışmamızdaki bu sonucun literatür verileri ile benzer olduğu görülmektedir. Avustralyada 3 ayrı yaş grubunda yaklaşık 7000 kişinin dahil edildiği bir çalışmada özellikle kadınlarda obezite ile anksiyete ve depresyon semptomları arasında bir ilişki olduğu saptanmıştır (Jorm ve diğ., 2003). Amerika'da 9125 kişi ile yapılan bir çalışmada obezite varlığı, anksiyete ve mood bozuklukları görülme sıklığını %25 gibi bir oranda arttırdığı ifade edilmiştir (Simon ve diğ., 2006).

Çalışmanın sonuçları değerlendirildiğinde obez bireylerde BDE skorlarının obez olmayan bireylere göre anlamlı derecede yüksek olduğu görülmektedir. Literatürdeki çalışmalar incelendiğinde obezite ile depresyon arasında çift taraflı bir ilişki olduğu görülmektedir. Depresyonun obezite gelişimi için bir risk faktörü olduğu gibi obezitenin de depresyon gelişimi için bir etken olduğu gösterilmiştir. Obezite ile depresyon arasındaki bu sıkı ilişki hem ülkemizde hem de diğer ülkelerde yapılan birçok çalışmada gösterilmiş olup, obez bireylerde depresyon görülme sıklığının normal kilolu bireylere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (Eren ve Erdi, 2003; Eremiş ve diğ., 2004; Arslan ve diğ., 2009; Dallar ve diğ., 2006; Burgmer ve diğ., 2007, Dixon, Dixon and O'brien, 2003; Kalarchian ve diğ., 2007). Çalışmamızın verileri literatürdeki bu veriler ile uyumlu olarak değerlendirilmiştir. Depresyonun fazla kilolulukla olan ilişkisini ve kilo kaybı ile bunun gerileyebileceğini gösteren Schowalter ve ark. (2008) çalışmasında, 128 tanesi kilo kaybettirici mide ameliyatı olan toplam 248 obez bireye BDE uygulamış ve her iki grup da 5-7 yıl arası takip edilmiştir. Ameliyat öncesinde bu obez bireylerin %35'i depresyon semptomlarına sahip olup, obez bireylerdeki depresyon skorları normal populasyona göre daha yüksek saptanmıştır. Yalnız yaşayanlarda ve düşük bir eğitim düzeyine sahip olanlarda bu skor daha da yüksek saptanmıştır. Operasyon tarihinden yaklaşık 7 yıl sonra opere olan ve olmayan bu iki obez grup tekrar değerlendirilmiş ve ameliyat yapılan gruptakilerin daha belirgin kilo verdikleri görülmüştür. Aynı şekilde ameliyat olan grupta depresyonda anlamlı bir düzelme olduğu görülürken ameliyat olmayan grupta herhangi bir değişiklik olmadığı gözlenmiştir. Ameliyat olan bireyler kendi içinde değerlendirildiğinde daha fazla oranda kilo veren, yalnız yaşamayan ve ameliyat öncesi depresyon skoru daha yüksek olan bireylerdeki düzelmenin daha belirgin ve anlamlı olduğu saptanmıştır. Bizim çalışmamızdan farklı olarak obezite ile depresyon arasında farklı ilişkiler saptayan çalışmalar da mevcuttur. Yakın zamanda yapılmış olan orta ve ileri yaş bireylerde BKİ ile depresyon semptomları arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada depresyon semptomları en belirgin olarak normalden hafif kilodaki bireylerde gözlenirken bunu belirgin obez bireyler ve obez bireyler izlemiştir. Bu çalışma da depresyon semptomlarının obezite ile olduğu kadar normalden daha zayıf olmakla da ilgisi olabileceğini göstermektedir (Noh ve diğ., 2015). Tayvan'da adolesan grupta yapılan bir çalışmada, obez ve fazla kilolu adolesanlarda benlik saygısı normal kilolulardan daha düşük saptanmışken, gruplar arasında depresyon, sosyal fobi ve uykusuzluk açısından bir farklılık saptanmamıştır (Lee ve Yen, 2014). Yine Tayvan'da 1351 yaşlı erkek ve 1165 yaşlı kadının dahil edildiği bir çalışmada bizim çalışmamızdan farklı olarak erkeklerde normal kilonun altında olan bireyler diğer kilo

gruplarına göre depresif olmaya daha meyilli, kadınlarda da benzer şekilde obez ve fazla kilolu gruplar normal kilolu gruba göre depresif olmaya daha az meyilli olarak değerlendirilmişlerdir (Chang ve Yen, 2012). Bu farklılık kültürler arası farklılıkların varlığına bağlanmıştır. Literatürdeki bu veriler değerlendirildiğinde depresyon gelişiminde obezitenin tek başına rol oynadığı düşünmek yerine obezitenin depresyon gelişimi için bir risk oluşturduğu ve bu depresif semptomların ortaya çıkmasının vücut kilosu dışındaki parametrelerle de sıkı bir ilişkisi olduğu düşünülmektedir.

Çalışmanın sonuçları değerlendirildiğinde obez bireylerde RBSÖ skorlarının obez olmayan bireylere göre anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır. Kartal'ın çalışmasında obez bireylerde benlik saygısının düşük olduğu, Galletly ve ark çalışmasında kilo verilmesi ile obez bireylerde benlik saygısının arttığı gözlenmiştir (Kartal, 1996; Galletly ve diğ., 1996). Literatürde obezite ile benlik saygısı arasındaki ilişkiyi destekleyen birçok çalışma mevcuttur. French ve ark çalışmasına göre benlik saygısı obezite ve BKİ ile ters bir ilişki içindedir (French ve diğ., 1996). Ogden ve Evans'ın çalışmasında obez bireylerde benlik saygısı normal kilolulara göre daha düşük saptanmıştır (Ogden ve Evans 1996). Werrji ve ark, çalışmasında depresyonu olan fazla kilolu ve obez bireylerde, benlik saygısının düşük olmasının obezite ile yakın bir ilişkisinin olduğu ifade edilmiştir (Werrji ve diğ., 2006). Mond ve ark çalışmasında aşırı kilolu, obez ve morbid obez bireylerde benlik saygısı sağlıklı kontrollere göre daha düşük saptanmıştır (Mond, ve diğ., 2011). Ülkemizde Pınar ve ark tarafından yapılan bir çalışmada obez bireylerde benlik saygısı düşük olanların oranı %58,6 oranında saptanmış ama normal kilolu bireyler ile aralarında anlamlı bir farklılık olmadığı gözlenmiştir (Pınar, 2002).

Çalışmanın sonuçları değerlendirildiğinde obez bireylerde BAÖ skorlarının obez olmayan bireylere göre anlamlı derecede düşük olduğu saptanmıştır. Obez grupta beden algısı bozuk olarak değerlendirilen bireylerin oranı %70 iken kontrol grubunda bu oran %11,1 saptanmıştır. Literatüre bakıldığında bizim çalışmamızla benzer sonuçlar elde eden çalışmalar olduğu gibi, farklı sonuçlar raporlayan çalışmaların da olduğu görülmektedir. Caldwell ve ark yaptıkları bir çalışmada vücut ağırlığı, beden hoşnutsuzluğu ve benlik saygısı arasındaki ilişki araştırılmış ve BKİ'nin beden hoşnutsuzluğu ile ilişkili olabileceği ifade edilmiştir (Caldwell, Brownell ve Wilfley, 1997). Sarwer ve ark 79 obez ve 49 normal kilolu birey ile yaptıkları çalışmalarında obez bireylerin büyük bir çoğunluğunun obezite nedeni beden imajlarından memnuniyetsiz olduklarını belirtmiştir. Beden imajından memnuniyetsizlik depresif semptomlar ve düşük benlik saygısı ile ilişkili iken BKİ ile ilişkili olarak değerlendirilmemiştir. Bu çalışmada obez ve normal kilolu bireyler arasında

depresyon ve benlik saygısı açısından bir farklılık tespit edilmemiştir (Sarwer ve diğ., 1998). Cash ve ark obez bireylerde diyet ile kilo verme sonrası beden algılarında belirgin iyileşme olduğu gösterilmiştir (Cash, 1994). Scwartz'a (2004) göre aşırı kilolu ve obez kadınlar normal kilolu kadınlardan daha sık beden imajlarından memnuniyetsizlik duyarlar (Schwartz ve Brownell, 2004). Ülkemizde yapılan bir çalışmaya göre obez ve obez olmayan bireyler arasında beden imajı, benlik saygısı ve depresyon açısından bir farklılık tespit edilmemiştir (Pınar, 2002).

Çalışmamızda BAE, BDE, RBSÖ skorları birbirleri ile pozitif bir korelasyon gösterirken; BAÖ skorları bu test skorları ile negatif bir korelasyon göstermektedir. Shin ve ark çalışmasında obez çocuklarda obez olmayan çocuklara göre benlik saygılarının anlamlı derecede düşük olduğu ve depresyon semptomlarının daha sık olduğu göstermiştir (NY Shin, M Shin ve S Shin, 2008). Kodama ve ark çalışmasında obez bireylerde beden algısı, benlik saygısı düşük saptanmış ve yüksek dürtüsellik gözlenmiştir (Kodama ve Noda,2001). Beden algısı ile benlik saygısı arasındaki ters ilişkiyi gösteren başka çalışmalar da vardır (Allgood-Merten, Lewinsohn ve Hops, 1990). Beden ile ilgili memnuniyetsizlik arttıkça benlik saygısı geriler ve depresyon ortaya çıkmaya başlar (Friedman ve diğ., 2002). Fabian ve Thompson'un çalışmasında ise benlik saygısı ve beden memnuniyeti arasında bir ilişki gözlenmemiştir. (Fabian ve Thompson, 1989). Yine ülkemizde yapılan bir çalışmaya göre de ergen yaştaki populasyonda beden algısı, benlik saygısı ve BKİ arasında bir ilişki saptanmamıştır (Canpolat ve diğ., 2003).

Obez ve normal kilolu grup ACYÖ skorları açısından kıyaslandığında, obez bireylerde cinsel dürtü, psikolojik uyarılma, fizyolojik uyarılma, orgazma ulaşma kapasitesi, orgazm sonucu doyum duygusu skorları ve ölçek toplam skoru normal bireylerden anlamlı derecede yüksek saptanmıştır (p: 0,001). Obezite ile cinsel hayat kalitesi ve cinsel disfonksiyon görülme sıklığı arasındaki ilişkiyi inceleyen birçok çalışma olmakla birlikte kabul edilmiş net bir ilişki yoktur. Ancak çalışmaların çoğunda obez bireylerde normal kilolu bireylere göre cinsel disfonksiyon görülme sıklığının arttığı ve yine benzer şekilde obez bireylerdeki cinsel hayat kalitesini gösteren testlerde obez bireylerde skorların daha olumsuz olduğu görülmektedir (Esposito 2007, Bajos 2010, Kaneshiro 2008, Adolfsson 2004, Kolotkin 2006). Ülkemizde yapılan bir çalışmada obez kadınlarda cinsel disfonksiyon %50 oranında saptanırken, obez olmayan kadınlarda bu oran %41'de kalmıştır (Kadioğlu, 2010). Bizim çalışmamızda da obez bireylerdeki cinsel disfonksiyon görülme sıklığı bu çalışmadaki orandan daha yüksek (%91,7) olmakla beraber normal kilolu bireylere göre anlamlı derecede daha yüksekti. Yunanistan'da morbid obez 59 kadın ile yapılan bir çalışmada

katılımcılara ameliyattan 1 hafta önce ve 1 yıl sonra cinsel hayat kalitesi testi uygulanmış ve operasyondan sonra hastalarda cinsel istekte artış, cinsel ilişki esnasındaki ağrıda azalma, uyarılma, lubrikasyon ve cinsel hayattan duyulan memnuniyet derecesinde ve total olarak cinsel hayat kalitesinde iyileşme olduğu saptanmış (Assimakopoulos ve diğ., 2011). Obezite cerrahisi yapılan morbid obez bireyler ile yapılan çalışmalar değerlendirildiğinde, cerrahi işlem sonrası kilo veren bu gruplarda cinsel fonksiyonların iyileştiği, cinsel hayat kalitesinin ve cinsel hayatlarından duydukları memnuniyet derecesinin arttığı gözlenmesi, kilo vermenin cinsel hayat kalitesi üzerindeki olumlu etkisini göstermektedir (Kinzl 2001, Larsen 1990, Rand 1982, Esposito 2008, Herhandez Hernandez, 2013).

Obez ve normal kilolu bireyler MMPI alt ölçek skorlarına göre kıyaslandığında obez bireylerde geçerlik alt ölçeklerinden F ile klinik alt ölçeklerden ise Hs, D, Hy, Pd, Pa, Pt, Sc ve Si skorları normal kilolu bireylere göre anlamlı düzeyde daha yüksek saptanmıştır. K alt ölçeği ise normal kilolu bireylerde obez bireylere göre anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır. MMPI alt ölçek skorlarına göre MMPI patolojik olarak değerlendirilen bireylerin oranı obez grupta %71,7 iken bu oran kontrol grubunda %14,3 olarak saptanmıştır (p: 0,001). Obez bireylerde psikopatolojiyi inceleyen birçok çalışma mevcut olmakla birlikte bu ilişkinin çerçevesi net bir şekilde çizilmiş değildir. Katılımcıların MMPI ile değerlendirildiği çalışmalara bakıldığında Crumpton ve ark yaptıkları çalışmasında (Crumpton, Wine ve Groot, 1966) obez bireylerde MMPI alt ölçeklerinden D ve Pd yüksek, Pa skoru düşük saptanmıştır. Johnson ve ark (Johnson, Swenson ve Gastineau, 1976) çalışmasında obez erkeklerde F ve Ma, obez kadınlarda ise F, Pd, Pa, Sc ve Ma skorlarında anlamlı yükseklik olduğu görülmüştür ama bu yüksekliklerin kilo verme üzerinde bir etkisinin olmadığı ifade edilmiştir. Kinder ve ark çalışmasında obez bireylerde belirli bir psikopatolojik profilden bahsedilmese de, obez bireylerde MMPI skorlarında anlamlı bir yükseklik saptandığından ve bunun da obezite ile ilişkili olabileceğinden bahsedilmiştir (Kinder ve diğ., 2008). Morbid obez bireyleri verebildikleri kilo oranına göre gruplandırılan ve MMPI ile değerlendiren Tsushima ve ark görece daha az kilo verebilen grupta F, Hy ve Pa skorlarının daha yüksek, MF skorunun ise daha düşük olduğunu tespit etmişlerdir (Tsushima, Bridenstine ve Balfour, 2004). Maddi ve arkadaşlarının bariatrik cerrahi adayı bireylerde yaptıkları çalışmasında katılımcıların operasyon öncesi MMPI skorlarının, operasyon sonrası 6. ay ve 12. ay MMPI skorlarından daha yüksek olduğu saptanmış ve bunun da obeziteyi başlatıcı etmenlerin ortak bir etkisi ve obezitenin kendisine olan tepkinin bir sonucu olabileceği öngörülmüştür (Maddi ve diğ., 2001). Valenti, Omizo ve Mehl-Madrona (2011)'nin çalışmasında MMPI alt ölçek skorlarındaki yüksekliğin BKI ile korele



olduğu, Pd ve Ma alt ölçeklerinin BKI için belirleyici parametreler olduğu öngörülmüş ve obez bireylerin normal kilolu bireylere göre daha dürtüsel, daha sınırlı ve istikrarsız olmaya daha yatkın oldukları ileri sürülmüştür. Valtolina (1996) çalışmasında obez bireyleri diyet yapan, egzersiz yapan ve psikoterapi uygulanan diye 3 gruba ayırmış ve bu grupları 2 ay boyunca takip etmiştir. İki aylık süreç sonunda katılımcıların psikolojik parametrelerinde değişiklikler incelenmiş ve bu parametrelerde anlamlı düzeyde değişiklikler olduğu gözlenmiştir. Tedaviden sonraki değerlendirmelerde bu bireylerde Hs, D ve Si skorlarında anlamlı düşüşler olduğu, ayrıca en ciddi değişikliklerin en ciddi psikopatolojik durumlarda meydana geldiği ifade edilmiştir. Yukarıda bahsedilen çalışmalara bakıldığında da görüleceği gibi obez bireylerde MMPI alt ölçek skorlarının dağılımı bir homojenite göstermemektedir ve nerdeyse tüm çalışmalar birbirinden farklı sonuçlar sunmaktadır. Bizim çalışmamız ile benzer sonuçlar elde eden çalışmalar olmakla birlikte obez bireylerde MMPI bulguları konusunda bir genelleme yapabilmek için bu konuda daha fazla çalışma yapılması gerektiği düşünülmektedir.

MMPI alt ölçeklerine göre MMPI sonucu patolojik olarak değerlendirilen bireylerde MMPI sonucu normal olarak değerlendirilen bireylere göre; BAE, BDE skorları, RBSÖ skorları anlamlı derecede daha yüksek, BAÖ skorları anlamlı derecede daha düşük saptanmıştır. Psikolojik durum ve kişilik özelliklerinin birbirleri ile olan yakın ilişkisinden yola çıkılarak, MMPI alt ölçeklerinde patolojik skorlara sahip bir bireyin normal bir bireye göre anksiyete ve depresyon düzeyinin daha yüksek, benlik saygısının daha düşük ve beden imajının daha bozuk olması beklenen bir durumdur. Bizim çalışmamızdaki veriler de bu yönde değerlendirilmiştir. Adölesan çağıdaki depresif bireylerle yapılan bir çalışmada BDE ve MMPI D alt ölçek skorları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu gösterilmiştir. (Carter ve Dacey, 1996). Panik bozukluk ve genel anksiyete bozukluğu olan bireylerin MMPI ile değerlendirildiği bir çalışmada iki grup arasında MMPI alt ölçek puanları açısından bir farklılık saptanmamış olup, anksiyete semptomlarının başlama süresi daha uzun olan kişilerin MMPI skorlarının daha iyi olduğu ifade edilmiştir (Somer ve Clein, 1992). Romatoid artrit hastalarının anksiyete düzeyi ve MMPI ölçekleri ile değerlendirildiği bir çalışmada MMPI profillerindeki yükseklikler klinik ve laboratuvar indeksleri ile herhangi bir ilişki göstermezken, anksiyete bozuklukları ile ilişkili bulunmuştur (Ulanova, Grigor'ev ve Novikoval, 2000).

Alt ölçek puanlarına göre MMPI sonucu patolojik ve normal olarak değerlendirilen iki grup arasında ACYÖ cinsel dürtü, psikolojik uyarılma, fizyolojik uyarılma, orgazma ulaşma kapasitesi, orgazm sonucu doyum duygusu skorları ve ölçek toplam skoru ve cinsel

disfonksiyon görülme sıklığı açısından anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Erkeklerde cinsel davranışlar ve MMPI profilleri arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada, MMPI alt ölçeklerinden sosyal içedönüklük ve depresyon alt ölçek skorları cinsel uyarılma ile yakın ilişkili iken, hipomani ve cinsel aktivite arasında bir ilişki olmadığı gözlenmiştir (Husted ve Edwards, 1976).

## 6. SINIRLILIKLAR VE ÖNERİLER

Araştırmanın verileri katılımcı sayısı ile sınırlıdır. Bu çalışma neticesinde varılan sonuçların genel morbid obezi popülasyona göre yorumlanabilmesi için daha büyük sayıda katılımcının olduğu çalışmalar yapılmalıdır. Araştırmaya katılan bireyler tek bir merkeze başvuran bireyler ile sınırlı olduğu için elde edilen veriler hakkında bir genelleme yapabilmek için farklı özelliklere (çevresel, sosyoekonomik, eğitim düzeyi vs gibi) sahip bölgelerin de dahil edildiği, çok merkezli çalışmalar yapılarak bu konuda ortak bir sonuca varılması mümkün olabilir. Araştırma kapsamında sosyodemografik bilgi formunun katılımcılarda duygu durum değişikliklerine göre değişen yeme alışkanlıklarının sorgulandığı kısmında, duygu durum değişikliklerinin ne kadar süre ile var oldukları ve hangi süreden sonra yeme tutumunda değişiklik oluşturduğu sorgulanmamıştır. Araştırmaya genel bir obez birey üzerindeki çalışmadan ziyade morbid obez bireylerle ilgili bir çalışmadır. Çünkü çalışmaya sadece BKİ 25'in altında olan ve BKİ 35'in üstünde olan bireyler dahil edilmiştir ve aradaki obez bireyler değerlendirme dışı kalmıştır. Dolayısıyla elde edilen veriler obez tanımına uyan tüm bireyler için değil sadece ileri derecede obez olan bireyler için geçerlidir. Bunun yanında sonuçları yorumlarken tüm ileri derece obez bireyler şeklinde bir genelle yapmak yerine bariatrik cerrahi tedavi arayışında olan obez bireyler alt grubu olarak değerlendirmek daha sağlıklı olacaktır. Bizim çalışmamızdaki bu eksiklik kontrol grubunda BKİ 25 ile 35 arasındaki obez bireyler ve BKİ 35' in üzerinde olup cerrahi tedavi arayışında olmayan bireylerin olduğu benzer çalışmalarla giderilebilir. Çalışmada her ne kadar obez bireylerdeki psikopatolojik durumları saptamak amacıyla birçok test kullanılmışsa da (BAE, BDE, ACYÖ, BAÖ, RBSÖ ve MMPI) bizim uyguladığımız testlerle ortaya konulamayacak başka patolojilerin de olduğu unutulmamalıdır. Obez bireylerde duruma eşlik etme ihtimali olan diğer psikiyatrik durumlar için ek testlerin uygulandığı çalışmalar da yapılmalıdır.

Çalışma verileri değerlendirildiğinde morbid obez bireyler ile normal kilolu bireyler arasında psikiyatrik durumlar açısından belirgin farklılıklar olduğu görülmektedir. Obez bireylerde depresyon, anksiyete bozukluğu, düşük benlik saygısı ve düşük beden algısı, düşük bir cinsel hayat kalitesi ve buna eşlik eden cinsel disfonksiyon ile psikopatolojiler normal kilolu diğer bireylere göre anlamlı bir şekilde daha yüksek oranda saptanmıştır. Psikopatolojik incelemeler açısından morbid obez bireyler MMPI T skor sonuçlarına göre patolojik veya normal olarak değerlendirildikten sonra analiz edilmiş fakat MMPI alt ölçeklerinin her biri için diğer ölçek sonuçları ile karşılaştırma ve korelasyon ayrı ayrı araştırılmamıştır. Bu sonuçlardan yola çıkılarak tedavi arayışında olan obez bireylerin değerlendirilirken sadece kilo vermeye

odaklanılmaması gerektiği, bunun yanında obez bireylerin içinde buldukları bu psikiyatrik süreçlerin de tedavi kapsamında değerlendirilmesi gerektiği gerçeği açığa çıkmaktadır. Aksi durumlarda ilk planda diyet ve egzersiz ile kilo vermeye çalışan obez bireyler bunu başaramadıklarında bu psikiyatrik durumlar tabloda daha ağır hale gelebilir ve kişide kısır bir döngü yaratabilir. Bu da obezitenin daha da ağırlaşmasına sebebiyet verir. Bazen bu kısır döngüyü kırmak bazen de henüz bu boyuta ulaşmadan obez bireyler alternatif tedavi arayışına da girebilmektedirler. Bu tedavi metodlarından biri de bariatrik cerrahidir. Obezite cerrahisi yapılmak üzere değerlendirilen tüm obez bireylerin operasyon öncesi mutlaka psikopatolojik durumlar açısından değerlendirilmesi gerekmektedir. Gerek obezitenin altında yatan olası bir sebebin tespit edilmesi ve tedavi edilmesi açısından gerek de obezite cerrahisi sonrası süreçte önerilere uyulabilirlik açısından bunun sağlanması çok önemlidir. Morbid obezite nedeni yapılan cerrahi tedavi yöntemlerinin başarılı olması için kaybedilen kilolar kadar, bu kiloların tekrar alınmaması da çok önemlidir.

## 7. KAYNAKLAR

- Adolfsson, B., Elofsson, S., Rossner, S. ve Unden, A.L. (2004). Are Sexual Dissatisfaction and Sexual Abuse Associated with Obesity? A Population-Based Study. *Obes Res* 12:1702–1709.
- Akman, M., Budak, Ş. ve Kendir, M. (2004). Genel Dahiliye Polikliniğine Başvuran Hastalarda Obezite Sıklığı ve İlişkili Sağlık Problemleri. *Marmara Medical Journal*, 17(3): 113-120.
- Akter, A., Dülger, H., Erkayhan, G., Görmeli, G. ve Kafadar, F. (2006). Yarı Kırsal Bir Bölgede 20-64 Yaş Üreme Çağı ve Menopoz Sonrası Kadınlarda Şişmanlık Sıklığı. *Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 23:119-26.
- Allgood-Merten, B., Lewinsohn, P. ve Hops, H. (1990). Sex Differences and Adolescent Depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 99:55-63.
- Altunay, A. ve Öz, F. (2006). Hemşirelik Yüksekokulu Öğrencilerinin Benlik Kavramı. *Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*.46-59.
- Alvarez, A.G., Majem, L.S., Barba, L.R., Castell, C., Faz, M. ve Uauy R. et al. (2007). Obesity and Overweight Trends in Catalonia, Spain (1992-2003): Gender and Socio-economic Determinants. *Public Health Nutr*, 10:1368-78.
- Apay, S.A. ve Pasinlioğlu, T. (2009). Obezite ve Gebelik. *TAF Prev Med Bull*. 8(4) :345-350.
- Arslan, E., Karaman, D., Yavaşoğlu, İ., Algül, A. ve Erdem M. (2009). Genç Erkek Olgularda Obezite ve Depresyon Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 19(1):196-197.
- Arslan, M., Başkal, N., Çorakçı, A., Görpe, U., Korugan, Ü., Orhan, Y., Özbey, N. ve Özer, E. (1999). *Ulusal Obezite Rehberi. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği Çalışma Grubu*, Knoll Alman İlaç ve Ecz. Tic. Ltd. St, İstanbul.
- Aslan, D. ve Atilla, S. (2002). Önemli Bir Sağlık Sorunu: Şişmanlık. *STED*, 11(5):169-171.
- Assimakopoulos, K., Karaivazoglu, K., Panayiotopoulos, S., Hyphantis, T., Iconomou, G.ve Kalfarentzos F. (2011). Bariatric Surgery is Associated with Reduced Depressive Symptoms and Better Sexual Function in Obese Female Patients: A One-Year Follow-Up Study. *Obes Surg.*, 21(3):362-366.
- Atkinson, R.L. (2005). *The Management of Eating Disorders and Obesity. In: Etiologies of Obesity*. Ed:DJ. Goldstein. Totowa, NJ, Humana Press Inc.
- Aykut, M., Öztürk, Y., Özer, A. ve Aslan, A. (2002). Erişkin Kadınlarda Şişmanlık Durumu ve Şişmanlığı Etkileyen Bazı Faktörler. 8. *Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı*. Diyarbakır, 744–47.
- Bacon, G.G., Mittleman, M.A., Kawachi, I., Giovanucci, E., Glasser, D.B. ve Rimm, E.B. (2003). Sexual Function in Men Older than 50 Years of Age: Results from Health Professionals Follow-up Study. *Ann Intern Med*. 139(3):161-8.

- Baider, L., Andritsch, E., Uziely, B., Ever-Hadani, P., Goldzweig, G., Hoffman, G. ve Samonigg, H. (2003). Do Different Cultural Settings Affect The Psychological Distress of Women with Breast Cancer? A Randomized Study. *Eur J Cancer Care (Engl)*. Sep;12(3):263-73.
- Bajos, N., Wellings, K., Laborde, C., Moreau, C; CSF Group. (2010). Sexuality and Obesity, Gender Perspective: Results from French National Random Probability Survey of Sexual Behaviour. *BMJ*. Jun 15:340.
- Bakhshi, E., Eshraghian, M.R., Mohammad, K., Foroushani, A.R., Zeraati, H., Fotouhi A. et al. (2008). Sociodemographic and Smoking Associated with Obesity in Adult Women in Iran: Results from the National Health Survey. *J Public Health*, 30:429-35.
- Baughman, K., Logue, E., Sutton, K., Capers, C., Jarjoura, D. ve Smucker, W. (2003). Biopsychosocial Characteristics of Overweight and Obese Primary Care Patients: Do Psychosocial and Behavior Factors Mediate Sociodemographic Effects? *Prev Med*. 2003 Aug;37(2):129-37.
- Balciođlu, İ. ve Bařer, S.Z. (2008). Obezitenin Psikiyatrik Yönü. İ.Ü. *Cerrahpařa Tıp Fakóltesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Sempozyum Dizisi*. 62:341-348.
- Bayraktar, E. (1995). *Obezitenin Psikolojik Yönleri*. Obezite Yılmaz C (ed). Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. İstanbul, 107.
- Baysal, A. ve Baş, M. (2008). *Yetişkinlerde Ağırlık Yönetimi*. İstanbul Ekspres Baskı A.ř.
- Beck, A.T. (1976). *Cognitive Therapy and The Emotional Disorders*. New York: International Universities Press.
- Beck, A.T., Brown, G., Epstein, N. ve Steer, R.A. (1988). An Inventory for Measuring Clinical Anxiety: Psychometric Properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6):893-897.
- Black, D.W., Goldstein, R.B. ve Mason E.E. (1992). Prevalance of mental disorder in 88 morbidly obese bariatric clinic patients. *Am J Psychiatry*, 149:227-234.
- Blundell, J.E. (1984). Behaviour Modification and Exercise in The Treatment of Obesity. *Postgrad Med J*. 60 (Suppl. 3): 37.
- Bond, D.S., Wing, R.R., Vithiananthan, S., Sax, H.C., Roye, G.D., Ryder, B.A., Pohl, D. ve Giovanni, J. (2011). Significant resolution of Female Sexual Dysfunction After Bariatric Surgery. *Surg Obes Relat Dis*. 7(1):1-7.
- Boyacıoğlu, G. (1996). Yeme Bozukluklarında Bilişsel Davranışçı Tedaviler. Bilişsel Davranışçı Terapiler, Savaşır Ü, Boyacıoğlu G, Kabakçı E (ed), Türk Psikoloji Derneği Yayınları No: 7, Özyurt Matbaacılık, Ankara,104.

- Brown, C.D., Higgins, M., Donato, K.A., Rohde, F.C., Garrison, R., Obarzanek, E., et al. (2000). Body Mass Index and The Prevalence of Hypertension and Dyslipidemia. *Obes Res*, 8:605-19.
- Brownell, K.D. (1984). The Psychology and Physiology of Obesity: Implications for Screening and Treatment. *JADA* 84(4): 406.
- Brownell, K.D. (2000). *The LEARN Program for Weight Management 2000*. Dallas (TX): American Health Publishing Company.
- Burgmer, R., Petersen, I., Burgmer, M., Dezwaan, M., Wolf, A.M. ve Herpertz S. (2007). "Psychological Outcome Two Years After Restrictive Bariatric Surgery". *Obesity Surgery*, 17:785-791.
- Caldwell, M.B., Brownell, K.D., Wilfley, D.E. (1997). Relationship of Weight, Body Dissatisfaction and Self-esteem in African American and White Female Distors. *Int J Eat Disord.*, 22:127-130.
- Canpolat, B. I., Örsel, S., Akdemir, A. ve Özbay, M. H. (2003). Ergenlerin Kendilik Algısında Beden İmajının ve Beden Kitle İndeksinin Rolü. *3P Dergisi*, 11(2):143-154.
- Carter, C.L. ve Dacey, C.M. (1996). Validity of the Beck Depression Inventory, MMPI, and Rorschach in Assessing Adolescent Depression. *J Adolesc.*,19(3):223-231.
- Cash, T.F., Counts, B. ve Huffine, CE. (1990). Current and Vestigial Effects of Overweight Among Women: Fear of Fat, Attitudinal Body İmage and Eating Behaviors. *Journal of Psychopathology*, 12: 157-167.
- Cash, T.F. (1994). Body İmage and Weight Changes in A Multisite Comprehensive Very Low Calorie Diet Program. *Behavior Therapy*, 25: 239-254.
- Castelnuovo- T edesso, P. ve Schievel, D. (1975). Studies of Super Obesity: Psychological Characteristics of Super Obese Patients. *Int J Psychiatry Med*, 6: 465-480.
- Chang, H., Yen, S.T. (2012). Association Between Obesity and Depression: Evidence from a Longitudinal Sample of The Elderly in Taiwan. *Aging & Mental Health*, 16(2): 173-180.
- Chen, Y., Jiang, Y., Mao, Y. (2009). Assosiation Between Obesity and Depression in Canadians. *Journal of Women's Health*. 18(10):1687-1692.
- Cooper, Z., Fairburn, C. ve Hawker D. (Çev. Çetin M, Sabancıoğlu F). (2007). *Obezitenin Bilişsel Davranışçı Tedavisi*, Yıltan Matbaası, İstanbul.
- Coşkun Potur, D. (2003). *İlk Gebelikte Beden İmajının Algılanma Durumunun Değerlendirilmesi*. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul. Danış. Prof. Dr. Necmiye Sabuncu.
- Cowburn, G., Hillsdon, M. ve Hankey, C.R. (1997). Obesity Management by Life-Style Strategies. *British Med Bull*, 53(2):389.

Crumpton, E., Wine, D.B. ve Groot, H.(1966). MMPI Profiles of Obese Men and Six Other Diagnostic Categories. *Psychol Rep*;19(3):1110.

Cüceloğlu, D. (1997). *İnsan ve Davranışı*. 7. Baskı. Remzi Kitabevi. İstanbul, , s:428.

Çayır, A. (2009). *Beslenme ve Diyet Kliniğine Başvuranlarda Obezite Sıklığı ve Etkili Faktörlerin Belirlenmesi*. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Eğitimi Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Ankara. Danış. Doç. Dr. Nazlı Atak.

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

Çuhadaroğlu, F. (1986). *Adolesanlarda Benlik Saygısı*. Uzmanlık tezi. Ankara.

Dallar, Y., Erdeveş, S., Çakır, İ. ve Köstü, M. (2006). Obezite Çocuklarda Depresyon ve Özgüven Eksikliğine Neden Oluyor mu? *Gülhane Tıp Dergisi*, 48:1-3.

Değirmenci, T. (2006). *Obez Erişkinlerde Benlik Saygısı, Yaşam Kalitesi, Yeme Tutumu, Depresyon ve Anksiyete*. Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Denizli. .Danış. Nalan Oğuzhanoglu.

Derby, C.A., Mohr, B.A., Goldstein, I., Feldman, H.A., Johannes, C.B. ve McKinlay, J.B. (2000). Modifiable Risk Factors and Erectile Dysfunction: Can Lifestyle Changes Modify Risk? *Urology*, 56(2):302-6.

Dixon, J.B., Dixon, M.E. ve O'brien, P.E. (2003). Depression in Association with Severe Obesity: Changes with Weight Loss", *Archives of Internal Medicine*, 163:2058-2065.

Doğan, R. (2012). *Eskişehir Büyükdere Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Gebelerde Obezite Sıklığının ve Obezitenin Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi*. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir.

Efil, S. (2005). *Sağlık Çalışanlarında Obezite Sıklığı ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi*. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Afyon. Danış. Yrd. Doç. Dr. Gürsel Acartürk.

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

Ereymiş, S., Çetin, N., Tamar, M., Bukusoğlu, N., Akdeniz, F. ve Göksen, D. (2004). Is Obesity a Risk Factor for Psychopathology Among Adolescents? *Pediatrics International*, 46(3):296-301.

Ersoy, C., İmamoğlu, S., Ertürk, E., Tuncel, E. ve Ercan, İ. (2007) Determination and Comparison of the Factors Leading to Overweight and Obesity in an Urban Population. *The Anatolian Journal of Clinical Investigation*, 1(2):78- 87.



- Esposito, K., Ciotola, M., Giugliano, F., Bisogni, C., Schisano, B., Autorino, R., Cobellis, L., De Sio, M., Colacurci, N. ve Giugliano, D. (2007). Association of Body Weight with Sexual Function in Women. *Int J Impot Res*. Jul Aug;19(4):353-7.
- Esposito, K., Giugliano, F., Ciotola, M., De Sio, M. ve D'Armiento Giugliano D. (2008). Obesity and Sexual Dysfunction, Male and Female. *Int J Impot Res* ,20:(4)358-65.
- Ezzati, M., Lopez, A.D., Rodgers, A., Vander Hoorn, S. ve Murray, C.J. (2002). Comparative Risk Assessment Collaborative Group. Selected Major Risk Factors and Global and Regional Burden of Disease. *Lancet*, 360(9343):1347-60.
- Fabian, L. J. ve Thompson, J. K. (1989). Body Image and Eating Disturbance in Young Females. *International Journal of Eating Disorders*, 8(1):63-74.
- Foreyt, J.P., Goodrick, G.K. (1993). Evidence for Success of Behavior Modification in Weight Loss and Control. *Ann Intern Med* 119:698.
- Foster, G.D. (2002). *Goals and Strategies to Improve Behavior-change Effectiveness*. In: Bessesen DH, Kushner RF, eds. Evaluation and management of obesity. Philadelphia: Hanley & Belfus, 29 –32.
- Foster, G.D., Makris, A.P. ve Bailer, B.A.(2005). Behavioral Treatment of Obesity. *Am J Clin Nutr* 2005;82.
- Fouad, M.F., Rastam, S., Ward, K.D. ve Maziak, W. (2006). Prevalence of Obesity and Its Associated Factors in Aleppo, Syria. *Prev Control*, 2:85-94.
- French, S.A., Perry, C.L., Leon, G.R. ve Fulkerson, J.A. (1996). Self-esteem and Change in Body Mass Index Over Three Years in A Cohort of Adolescents. *Obesity Research*, 4(1):27-33.
- Friedman, K. E., Reichmann, S. K., Costanzo, P. R. ve Musante, G. J. (2002). Body Image Partially Mediates the Relationship Between Obesity and Psychological Distress. *Obesity Research*, 10:33-41.
- Galletly, C., Clark, A., Tomlinson, L. et al. (1996). A Group Program for Obese, Infertile Women: Weight Loss and Improved Psychological Health, *J Psychosom Obstet Gynaecol*, 17(2):125-128.
- Glatt, D. ve Sorenson, T. (2011) Metabolic and Bariatric Surgery for Obesity: A Review. *SD Med*, Spec No:57-62.
- Graham, JR., Schroeder, HE., Lilly, RS. (1971). Factor Analysis of Items on The Social Introversion and Masculinity- Feminity Scales of the MMPI. *J Clin Psychol*, 27:367-370.
- Gündoğan, F. (2006). *Sirozlu Hastaların Beden İmajı ve Benlik Saygılarının Değerlendirilmesi*. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Bolu.

Hamurcu, P. (2014). *Obez Bireylerde Benlik Saygısı Ve Beden Algısının Değerlendirilmesi* (Doctoral dissertation, İstanbul Bilim Üniversitesi). Yüksek Lisans Tezi. Danış. Yrd. Doç. Dr. Can Öner.

Han, Y. S., Ha, E. H., Park, H. S., Kim, Y. J. ve Lee, S. S. (2011). Relationships Between Pregnancy Outcomes, Biochemical Markers and Pre-pregnancy Body Mass Index, *International Journal of Obesity*, 35:570- 577.

Haris, R. ve Lingoos, J. (1955). *Subscales for The Minnesota Multiphasic Personality Inventory*. Mimeographed materials, The Langley Porter Clinic.

Harputlu, D. (2005). *Kadın Mahkumlarda Benlik Saygısı ve Kendi Kendine Meme Muayenesi İlişkisi*. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir. Danış. Yrd. Doç. Dr. Can Öner.

Hernández Hernández, J.R., López-Tomassetti Fernández, E., Caballero Díaz, Y., Molina Cabrillana, J., Morales García, D. ve Núñez Jorge, V.(2013). Remission of Female Sexual Dysfunction in Morbidly Obese Female Patients With The Scopinaro Procedure. *Surg Obes Relat Dis*.Nov-Dec;9(6):987-90.

Himes, C.L. ve Reynolds, S.L. (2005). The Changing Relationship Between Obesity And Educational Status. *Gender Issues*;22(2):45–57.

Hisli, N. (1988). Beck Depresyon Envanterinin Geçerliliği Üzerine Bir Çalışma. *Türk Psikoloji Dergisi*, 6:118-26.

Hisli, N. (1989). Beck Depresyon Envanterinin Üniversite Öğrencileri İçin Geçerlilik ve Güvenilirliği. *Türk Psikoloji Dergisi*, 7:3-13.

Hogan, C.C. ve Mintz, I. (1992). *Psychodynamic Technique in the Treatment of The Eating Disorders*. Northvale, New Jersey, London, 81-95.

Hu, F.B., Li, T.Y., Colditz, G.A., Willett, W.C. ve Manson, J.E. (2003). Television Watching and Other Sedentary Behaviors in Relation to Risk of Obesity and Type 2 Diabetes Mellitus in Women, *JAMA*, Apr 9, 289(14):1785-91.

Husted, J.R. ve Edwards, A.E. (1976). Personality Correlates of Male Sexual Arousal and Behavior. *Arch Sex Behav.*, 5(2):149-156.

Işık, N. B. (2010). *Diyarbakır Silvan İlçesi Devlet Hastanesi İç Hastalıkları Polikliniğine Herhangi Bir Sebepçe Başvuran Hastalarda Obezite-Beslenme Durumu ve Kan Lipid Profili Arasındaki İlişkinin Araştırılması*. Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Johnson, S.F., Swenson, W.M. ve Gastineau, C.F.(1976). Personality Characteristics in Obesity: Relation of MMPI Profile and Age of Onset of Obesity to Success in Weight Reduction. *Am J Clin Nutr*;29(6):626-632.

Jorm, A.F., Korten, A.E, Christensen, H., Jacomb, P.A., Rodgers, B. ve Parslow, R.A. (2003). Association of Obesity with Anxiety, Depression and Emotional Well-being: A Community Survey. *Aust N Z J Public Health*, 27(4):434-440.

Kabalak, T. (1995). *Obezitenin Diyetle Tedavisi*. In: Obezite. Ed:Yılmaz C. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri, 107-137.

Kadioglu, P., Yetkin, D.O., Sanli, O., Yalin, A.S., Onem, K. ve Kadioglu, A. (2010). Obesity might not be A Risk Factor for Female Sexual Dysfunction. *BJU Int*. Nov, 106(9):1357-61.

Kalarchian, M.A., Marcus, M.D., Levine, M.D., Courcoulas, A.P., Pilkonis, P.A., Ringham, R.M., et al. (2007). “Psychiatric Disorders Among Bariatric Surgery Candidates: Relationship to Obesity and Functional Health Status”, *The American Journal of Psychiatry*, 164:328-334.

Kaner, S. (2000). Ortopedik Engelli ve Engelli Olmayan Erkek Ergenlerde Benlik Saygısı ve Beden İmajı. *Özel Eğitim Dergisi*, 2(4):13-22.

Kaneshiro, B., Jensen, J.T., Carlson, N.E., Harvey, S.M., Nichols, M.D. ve Edelman, A.B. (2008). Body Mass Index and Sexual Behavior . *Obstet Gynecol*.Sep;112(3):586-92.

Karadag, H., Oner, O., Karaoglan, A., Orsel, S., Demir, A.U., Firat, H., Karadeniz, D., Aksu, M., Ardic, S., Ucar, Z.Z., Sevim, S., Yilmaz, H. ve Itil, O.(2014). Body Mass Index and Sexual Dysfunction in Males and Females in a Population Study, *Bulletin of Clinical Psychopharmacology*. 2014; 24(1): 74-81.doi: 10.5455/bcp.20130925023705

Karayağız, F., Altuntaş, M., Güçlü, Y.A., Yilmazer, T.T., ve Öngel, K. (2011). “Cerrahi Servisinde Yatan Hastalarda Görülen Anksiyete Dağılımı”, *Smyrna Tıp Dergisi*, 22, s. 22-26.

Karlsson, J., Sjöström, L, ve Sullivian, M. (1998). Swedish Obese Subjects (SOS) An Intervention Study of Obesity. Two Year Follow-Up of Health-Related Quality of Life (Hrql) And Eating Behavior After Gastric Surgery for Severe Obesity, *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 22:113-126.

Kartal, Ş.M.A. (1996). *Obesity and Its Psychological Correlates: Appearance-Esteem, Self-Esteem and Loneliness*. Unpublished Master Dissertation, Ankara, Ankara University.

Kır, T., Kılıç, S., Uçar, M., Açikel, C., Göçgeldi, E. ve Oğur, R. (2004). Erişkinlerde Obesite Prevalansının ve Etkileyen Faktörlerin Saptanması. *Gülhane Tıp Dergisi*, 46:219-25.

Kinder, B.N., Walfish, S., Scott Young, M. ve Fairweather, A. (2008). MMPI-2 Profiles of Bariatric Surgery Patients: A Replication and Extension. *Obes Surg*;18(9):1170-1179.

Kinzl, J.F., Trefalt, E., Fiala, M., Hotter, A., Biebl, W., Aigner, F. (2001). Partnership Sexuality and Sexual Disorders in Morbidly Obese Women: Consequences of Weight Loss After Gastric Banding. *Obes Surg*, 11: 455-458.

Kodama, K. ve Noda, S. (2001). Binge-eating in Simple Obesity. *Nippon Rinsho*, 59:586-590.

- Kokino, S., Özdemir, F. ve Zateri, C. (2006). Obezite ve Fiziksel Tıp Yöntemleri. *Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 23(1):47-54.
- Kolotkin, R.L., Binks, M., Crosby, R.D., Østbye, T., Gress, R.E. ve Adams, T.D. (2006). Obesity and Sexual Quality of Life. *Obesity (Silver Spring)*. Mar;14(3):472-9.
- Kuyumcu, G. (2007). *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi 1. ve 6. Sınıf Öğrencilerinde Vücut Kitle İndeksi ve Bazı İlişkili Etmenler*. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi, 127.
- Küçük, N. (2007). *Talasemi Majörlü Adölesanlarda Beden İmajının Benlik Saygısına Etkisi*. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Larsen, F. (1990). Psychosocial Function Before and After Gastric Banding Surgery for Morbid Obesity. A Prospective Psychiatric Study. *Acta Psychaitr Scand Suppl*, 359: 1-57.
- Lee, J. ve Yen, C.F. (2014). Associations Between Body Weight And Depression, Social Phobia, İnsomnia, and Self-Esteem Among Taiwanese Adolescents. *Kaohsiung J Med Sci*, 30:625-630.
- Levine, M.D., Ringham, R.M., Kalarchian M.A., et al. (2001). Is Family-based Behavioural Weight Control Appropriate for Severe Pediatric Obesity? *Int J Eat Disord*, 30(3):318.
- Luppino, F.S., de Wit, L.M., Bouvy, P.F., Stijnen, T., Cuijpers, P., Penninx, B.W.J.H., Zitman, F.G. (2010). Overweight, Obesity, and Depression- A Systematic Review and Meta-analysis of Longitudinal Studies. *Arch Gen Psychiatry*, 67(3): 220-229.
- Maddi, S.R., Fox, S.R., Khoshaba, D.M., Harvey, R.H., Lu, J.L. ve Persico, M. (2001). Reduction İn Psychopathology Following Bariatric Surgery For Morbid Obesity. *Obes Surg*, 11(6):680-5.
- Malnick, S.D.H., Knobler, H. (2006). The Medical Complications of Obesity. *Q J Med*, 99:565-579.
- Manolis, A. ve Doumas, M. (2008). Sexual Dysfunction: The ‘Prima Ballerina’ of Hypertension Related Quality-of-Life Complications. *J Hypertens*, 26(11):2074-84.
- Marek, R.J., Ben-Porath, YS., Windover, A., Tarescavage, AM., Merrell, J., Ashton, K., Lavery, M., Heinberg, L.J. (2013). Assessing Psychosocial Functioning of Bariatric Surgery Candidates with The Minnesota Multiphasic Personality İventory-2 Restructured form (MMPI-2-RF), *Obes Surg*, Nov, 23(11):1864-73.
- Martínez, EP., González, ST., Vicente, MM., van-der Hofstadt Román, CJ., Rodríguez-Marín, J. (2013). Psychopathology in a Sample of Candidatepatients for Bariatric Surgery. *Int J Psychiatry Clin Pract*. 17(3):197-205.
- Maruish, M.E. (2004). *Use of Psychological Testing for Treatment Planning and Outcomes Assessment*, Volume 3 (3rd edn). Mahwah, NJ, USA: Lawrence Erlbaum Associates, Incorporated, 630-633.

McGahuey, CA., Gelenberg, AJ., Laukes, CA., Moreno, FA., Delgado, PL. (2000). The Arizona Sexual Experience Scale (ASEX) : Reliability and Validity. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26:25-40.

Memiş, E. (2004). *Üniversite Öğrencilerinde Şişmanlık (Obezite) Durumu ve Diyet Ürünleri Kullanmaları Üzerinde Bir Araştırma*. Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Gelişimi ve Ev Yönetimi Eğitimi Anabilim Dalı, Aile Ekonomisi ve Beslenme Eğitimi Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Ankara. Dan. Yrd. Doç. Dr. Fulya Aytekin.

Merdol, T. K. (1999). *Beslenme Eğitimi, Diyet El Kitabı*. Baysal A. ve ark. (ed). 3. Baskı, Hatiboğlu Yayınevi, Ankara, 383.

Mond, J., Van Den Berg, P., Boutelle, K., Hannan, P. ve Neumark-Sztainer, D. (2011). Obesity, Body Dissatisfaction, and Emotional Well-being in Early and Late Adolescence: Findings from The Project Eat Study. *Journal of Adolescent Health*, 48:373-378.

Noh, J.W., Kwon, Y.D., Park, J. ve Kim, J. (2015). Body Mass Index and Depressive Symptoms in Middle Aged and Older Adults. *BMC Public Health*, 15:310.

Nowicka, P., Flodmark, C.E. (2011). Family therapy as a model for treating childhood obesity: useful tools for clinicians. *Clin Child Psychol Psychiatry*. 16(1):129-45.

Obezite, Dislipidemi, Hipertansiyon Çalışma Grubu (2015). *Türkiye Endokrin ve Metabolizma Derneği Obezite Tanı ve Tedavi Kılavuzu*. Ankara.

Ogden, J. ve Evans C. (1996). The Problem with Weighting: Effects on Mood, Self-esteem and Body Image. *Int J Obes Relat Metab Disord.*, 20(3):272-277.

Okosun, I.S., Chandra, K.M., Choi, S., Christman, J., Dever, G.E., Prewitt, T.E. (2001). Hypertension and Type 2 Diabetes Co-Morbidity in Adults in the United States: Risk of Overall and Regional Adiposity. *Obes Res.*, 9:1-9.

Osvath, P., Fekete, S., Vörös, V., Vitrai, J. (2003). Sexual Dysfunction Among Patients Treated with Antidepressants: A Hungarian Retrospective Study. *Eur Psychiatry*, 18(8):412-4.

Ozmen, D. ve ark. (2007). The Association Of Self-Esteem, Depression and Body Satisfaction with Obesity Among Turkish Adolescents. *BMC Public Health*, 7:80.

Öncü, İ. (2009). *Çocukluk Çağı Obezitesinde Metabolik Parametrelerin Diyet ve Egzersizle İlişkisi*. Tıpta Uzmanlık Tezi. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Adana. Danış. Doç. Dr. Neslihan Önenli Mungan.

Özdel, O., Sözeri Varma, G., Fenkçi, S., Değirmenci, T., Karadağ, F., Oğuzhanoğlu, N.K. ve ark. (2011). Obez Kadınlarda Psikiyatrik Tanı Sıklığı. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 14:210-217.

Özdemir, L., Kalyoncu, U. ve Akdemir, N. (2009). Behçet Hastalığında Cinsel Sorunlar ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. *Trakya Univ Tıp Fak Derg*, 2010;27(3):238-242

Özer, M.K. (2001). *Fiziksel Uygunluk*. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.

- Özer, Ş. (2006). Anksiyete ve Anksiyete Bozukluklarının Kısa Tarihçesi. İç: Tükel R, Alkın T, editörler. Anksiyete Bozuklukları. *Ankara:TPD*,3-13.
- Özkan, İ. (1994). Benlik Saygısını Etkileyen Etmenler. *Düşünen Adam Dergisi*, 7(3):4-9.
- Öztürk, O., Uluşahin, A. (2008). Nevrotik Stresle İlgili ve Somatoform Bozukluklar. İç: Öztürk O, A.Uluşahin, editörler. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 11.baskı. Ankara: *Hekimler Yayın Birliği*, 448-511.
- Pan, A., Sun, Q., Czernichow, S., Kivimaki, M., Okereke, O.I., Lucas, M., Manson, J.E., Ascherio, A., Hu, F.B. (2012) Bidirectional Association Between Depression and Obesity in Middle-Aged and Older Women. *International Journal of Obesity*, 36: 595-602.
- Parlak, A. ve Çetinkaya, Ş. (2006). *Çocuklarda Obezitenin Oluşumunu Etkileyen Faktörler*, <http://web.firat.edu.tr/shmyo/edergi/ciltikisayibes/parlakvecetinkaya5.pdf>, (27.11.2007).
- Peker, İ., Çiloğlu, F. (2000). *Egzersiz Biyokimyası ve Obezite*. Nobel Tıp Kitapevi.
- Perez, K., Gadgil, M., Dizon, DS. (2009). Sexual Ramifications of Medical İllness. *Clin Obstet Gynecol*, 52(4):691-701.
- Pınar, R. (2002). *Obezlerde Depresyon, Benlik Saygısı ve Beden İmajı: Karşılaştırmalı Bir Çalışma*. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 6(1):30-41.
- Polat, A. (2007). *Düzce İlindeki Hemodiyaliz Hastalarının Beden İmajı ve Benlik Saygısı Düzeylerinin Belirlenmesi*. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Düzce. Danış. Yrd. Doç. Dr. Adnan Özçetin; Yrd. Doç. Dr; Celalettin İçmeli; Yrd. Doç. Dr. Fatma Yılmaz Akıncı.
- Rand, C.S., Kuldau, J.M., Robbins, L. (1982). Surgery for Obesity and Marriage Quality. *JAMA*, 247: 1419–1422.
- Rosen, J.C. (2002). *Obesity and Body İmage*. In C.G. Fairburn and K.D. Brownell (eds.), *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook*, Newyork:Guilford, 399-402.
- Rosenthal, B., Allen, G. ve Winter, C. (1980). Husband Involvement in the Behavioral Treatment of Overweight Women: Initial Effects and Long Term Follow-up. *Int J Obesity* 4: 165.
- Saber, A.A., Elgamal, M.H., McLeod, M.K. (2008). Bariatric Surgery: The Past, Present, and Future. *Obes Surg*, 18(1): 121-8.
- Saddock, V.A. (2000). *Normal Human Sexuality and Sexual Dysfunctions*. In *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 9th Ed, BJ Sadock, VA Sadock, P Ruiz (eds). p:2027-60. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia).
- Sarwer, D.B., Wadden, T.A., Foster, G.D. (1998). Assesment Of Body İmage Dissatisfaction Of Obese Women: Specificity, Severity, and Clinical Significance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*,66:651-654.

Sarwer, D.B., Wadden T.A. (1999). The Treatment of Obesity: What's New, What's Recommended. *J Womens Health Gend Based Med* 8(4): 483.

Savaşır, Ü. (1996). *Bilişsel-Davranışçı Görüşme ve Değerlendirme Süreçleri. Bilişsel Davranışçı Terapiler*, Savaşır Ü, Boyacıoğlu G, Kabakçı E (ed), Türk Psikoloji Derneği Yayınları No: 7, Özyurt Matbaacılık, Ankara,1.

SB -Türkiye Halk Sağlığı Kurumu [THSK] 2013.

Schowalter, M., Benecke, A., Lager, C., Heimbucher, J., Bueter, M., Thalheimer, A., Fein, M., Richard, M., Faller, H. (2008). Changes in depression following gastric banding: a 5- to 7-year prospective study. *Obes Surg.* 18(3):314-20.

Schwartz, M.B., Brownell K.D. (2004). Obesity and Body Image. *Body Image: An International Journal of Research*, 1:43-56.

Secord, P.F., Jourard, S.M. (1953). The Appraisal of Body-Cathexis: Body-Cathexis and The Self. *Journal of Consulting Psychology*, Oct, 17(5):343-7.

Serter, R. (2003). *Obezite Atlası*. Sağlık Bakanlığı Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Endokrinoloji ve Metabolizma Kliniği.

Shin, N. Y., Shin, M. & Shin, S. (2008). Body Dissatisfaction, Self-Esteem, and Depression in Obese Korean Children. *The Journal of Pediatrics*, 152:502-6.

Simon, G.E., Von Korff, M., Saunders, K., Miglioretti, D.L., Crane, P.K., Van Belle, G., Kessler, R.C. (2006). Association Between Obesity and Psychiatric Disorders in The US Adult Population. *Arch Gen Psychiatry*, 63(7):824-830.

Sobal, J. ve Stunkard, A.J. (1989). Socioeconomic Status and Obesity: A Review of The Literature. *Psychol Bull*, 105:260-275.

Soriguer, F., Rojo-Martinez, G., Esteve de Antonio, I., Ruiz de Adana, M.S., Catala, M., Merelo, M.J., Beltran, M.ve Tinahones, F.J. (2004). Prevalence of Obesity in South-East Spain and Its Relation with Social and Health Factors. *European Journal of Epidemiology*, 19(1):33-40.

Soykan, A. (2004). The Reliability and Validity of Arizona Sexual Experiences Scale in Turkish ESRD Patients Undergoing Hemodialysis. *Int J Impot Res.* Dec, 16(6):531-4.

Stunkard, A. (1974). *New Treatment for Obesity: Behavior Modification* In: Bray G A, Bethune JE (eds), *Treatment and Management of Obesity*, Harper Row Publishers Inc. Maryland, 103.

Stunkard, A.J. (1987). Conservative Treatment for Obesity. *Am J Clin Nutr* 45:1142.

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

- Tanyeri, F., Topbaş, M., DüNDAR, C., Dilek, M., Pekşen, Y. (2000). Samsun İl Merkezinde Obezite Prevelansı ve Obezitearteriyel Kan Basıncı İlişkisi. *On Dokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 17(2):69-77.
- Taze, M., Akkoyunlu, Y. (2010). Üniversite Çalışanlarında Cinsiyet, Yaş, Medeni Durum ve Eğitim Düzeyi Bakımından Obeziteyi Etkileyen Faktörler. *Selçuk Üniversitesi Beden Eğitimi Ve Spor Bilim Dergisi*, 12(3):214–218.
- Tezcan, B. (2009). *Obez Bireylerde Benlik Saygısı, Beden Algısı ve Travmatik Geçmiş Yaşantılar*. Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul.
- Tolstrup, J.S., Heitmann, B.L., Tjønneland, A.M., Overvad, O.K., Sorensen, T.I., Gronbaek, M.N. (2005). The Relation Between Drinking Pattern and Body Mass Index and Waist and Hip Circumference. *International Journal of Obesity*, 29:490–497.
- Tözün, M. (2010). Benlik Saygısı. *Actual Medicin*, 7:52-57.
- Tsushima, W.T., Bridenstine, M.P. ve Balfour, J.F.(2004). MMPI-2 Scores in the Outcome Prediction of Gastric Bypass Surgery. *Obes Surg*;14(4):528-32.
- Ulupınar, Y. (2004). *Obez Hastaların Bağımlı-Özerk Kişilik Özelliklerinin Ve Problem Çözme Yeteneklerinin Değerlendirilmesi*. Yayımlanmamış Yüksek lisans Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Afyon.
- Ulanova, E.A., Grigor'ev, I.V., Novikova, I.A. (2000). Anxiety disorders as psychological characteristics in patients with rheumatoid arthritis. *Ter Arkh.* 72(12):41-43.
- Ulusal Gıda ve Beslenme Stratejisi Çalışma Grubu Raporu*. (2001). Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı İktisadi Sektörler ve Koordinasyon Genel Müdürlüğü, Ankara.
- Ulusoy, M., Şahin, N., Erkman, H. (1998). Turkish Version of The Beck Anxiety Inventory: Psychometric Properties. *J Cognitive Psychotherapy: Int Quaterly*, 12:28-35.
- Valenti, M.P., Omizo, M.M., Mehl-Madrona, L. (2011). Personality and Obese Body Mass Index. *The New School Psychology Bulletin*, Vol. 9, No. 1, 56-60.
- van Hout, G.C., Verschure, S.K., ve van Heck G.L. (2005). Psychosocial predictors of success following bariatric surgery. *Obes Surg*. 15(4):552-60.
- Velioğlu, P., Pektekin, Ç., Şanlı, T. (1991). Hemşirelikte Kişilerarası İlişkiler. *Anadolu Üniversitesi Yayınları* No: 497:61-66.
- Wadden, T.A., Foster, G.D. (2000). Behavioral Treatment of Obesity. *Med Clin North Amer*, 84:441–61.
- Wadden T.A, Osei S. (2003). *Obezite Tedavisi*, ed. Arif Nihat Dursun, Obezite Tedavi El Kitabı, 229-248.



Wardle J. ve Rapoport L. (1998). *Cognitive-Behavioural Treatment of Obesity*, In: Kopelman PG, Stock MJ (eds) *Clinical Obesity*. Blackwell Science Ltd, Oxford, 409.

Wardle, J., Waller, Jo., Fox, E. (2002). Age of Onset and Body Dissatisfaction in Obesity. *Addictive Behaviors*, 27:561-573.

Westenhoefer, J. (2001). The Therapeutic Challenge: Behavioral Changes for Long-term Weight Maintenance. *Int J Obes Relat Metab Disord* 25 (suppl): S85.

Werrij, M.Q., Mulkens, S., Hospers, H.J., Jansen, A. (2006). Overweight and Obesity: The Significance of A Depressed Mood. *Patient Educ Couns*, 62:126-131.

Whitney, E.N., Cataldo, C.B., Rolfes, S.R. (1994). *Energy Balance and Weight Control*. Understanding Normal and Clinical Nutrition 4.th ed, West Publishing Company, Newyork, 243

Wilson, C.P. (1992). *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.

Wilson, C.P. (2003) Personality Structure and Psychoanalytic Treatment of Obesity. Ed:Wilson CP, akt. Obezitede Diyet Tedavisini Destekleyen Davranışsal Tedavi Sema Erge. *Turkish Journal of Endocrinology and Metabolism*, (Suppl. 2), 75-82.

Whitlock, G., Lewington, S., Sherliker, P., Clarke, R., Emberson, J., Halsey, J., Qizilbash, N., Collins, R. ve Peto, R. (2009). Body-Mass Index And Cause-Specific Mortality İn 900000 Adults: Collaborative Analyses Of 57 Prospective Studies. *Lancet*, 373:1083-1096.

World Health Organization (1997). *Prevention and management of the global epidemic of obesity*. Report of the WHO Consultation on Obesity . Geneva, June, 3-5, Geneva: WHO.

World Health Organization (2003). *Obesity and Overweight Fact Sheet*. No:311, Geneva: WHO. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>. Erişim:16.02.2015)

Yücel, N. (2008). *Kilolu ve Obez Kadınlarda Obezite ve Benlik Saygısı İlişkisinin Değerlendirilmesi*. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul. Danış. Yrd. Doç. Dr. Ahmet Topuzluoğlu.

## 8. EKLER

EK-1. BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

EK-2. SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

EK-3. BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ

EK-4. BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ

EK-5. ROSENBERG BENLİK SAYGISI ÖLÇEĞİ

EK-6. BEDEN ALGISI ÖLÇEĞİ

EK-7. ARIZONA CİNSEL YAŞANTILAR ÖLÇEĞİ (ERKEK)

EK-8. ARIZONA CİNSEL YAŞANTILAR ÖLÇEĞİ (KADIN)

EK-9. MİNNESOTA ÇOK YÖNLÜ KİŞİLİK ENVANTERİ (MMPI)

EK-10. ÖZGEÇMİŞ

## EK-1

### BİLGİLENDİRİLMİŞ HASTA ONAM FORMU

#### Sayın Katılımcı,

Bariatrik cerrahi açısından uygunluk açısından değerlendirilmek üzere başvurduğunuz Endokrin Hastalıklar ve Metabolizma polikliniği tarafından bir çalışmaya davetlisiniz. Çalışmamızın amacı; bariatrik cerrahi için uygun görülen obez hasta grubunda anksiyete ve depresyon sıklığını, benlik saygısı ve beden imajı düzeylerini belirlemek, cinsel hayat kalitesini ve kişilik özelliklerini incelemektir.

Araştırma gönüllü olan katılımcılar ile yürütülecektir. Araştırmacı tarafından sizlere yedi adet anket [(Sosyo - demografik Bilgi Formu, BECK Anksiyete Ölçeği, BECK Depresyon Ölçeği, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği, Beden Algısı Ölçeği, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği, MMPI (Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri)] sunulacaktır. Size sorduğumuz sorular bu araştırma için bizlere veri sağlayacaktır. Sizlerden herhangi bir kan alınmayacaktır. Herhangi bir görüntüleme yöntemi yapılmayacaktır. Sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecektir. Bu araştırmaya katılmanız veya katılmamanız, size mevcut durumunuz için yapılacak olan işlemleri ve tedavi sürecinizi herhangi bir şekilde etkilemeyecektir.

İstedığınız anda araştırmacıya haber vererek çalışmadan çekilebilir ya da araştırmacı tarafından gerek görüldüğünde araştırma dışı bırakılabilirsiniz. Bu çalışma karşılığı sizden ücret talep edilmeyecektir ve araştırmaya katılım gönüllülük ilkesine bağlıdır. Ölçekler sadece araştırma ekibi tarafından okunup değerlendirilecektir. Vereceğiniz bilgiler bilimsel bir amaçla kullanılacağı için kimlik bilgileriniz kesinlikle belirtilmeyecektir. Araştırmanın sonucunun doğru olması için soruları boş bırakmadan, samimi ve tarafsız olarak yanıtlamanız uygun olacaktır. Araştırmaya katıldığınız ve tüm soruları içtenlikle yanıtladığınız için teşekkür ederiz.

**SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU**

- 1) Ad Soyad:
- 2) Yaş:
- 3) Cinsiyet:                      a. Erkek                      b. Kadın
- 4) Telefon:    Telefon 2:
- 5) Medeni durum:
  - a. Bekar
  - b. Evli
  - c. Dul
- 6) Çocuk sayısı:
  - a. Çocuğu yok
  - b. 1-3 çocuk
  - c. 3'ten fazla çocuk
- 7) Anne-baba:
  - a. Beraber
  - b. Boşanmış
  - c. Ayrı yaşıyor
  - d. Anne vefat etmiş
  - e. Baba vefat etmiş
  - f. Her ikisi vefat etmiş
- 8) Eğitim Durumu:
  - a. Okuryazar değil
  - b. İlkokul
  - c. Ortaokul
  - d. Lise
  - e. Üniversite
  - f. Yüksek Lisans
  - g. Doktora
- 9) Aylık gelir:
  - a. <1500 TL
  - b. 1500- 2500 TL

c. 2500- 4000 TL

d. >4000 TL

10) Meslek?

a. Çalışmıyor

b. Öğrenci

c. Eğitim sektöründe çalışıyor

d. Sağlık sektöründe çalışıyor

e. Gıda sektöründe çalışıyor

f. Emekli

g. Diğer

11) Boy:

12) Kilo:

13) Bir günlük öğün sayısı?

14) Sigara kullanımı:

a. Var (Kaç yıldır içiyor?: ..... Günde kaç paket içiyor? ..... )

b. Yok

15) Alkol kullanımı:

a. Var

b. Yok

16) Komorbid hastalık varlığı?

a. Diabetes Mellitus

b. Hipertansiyon

c. Kalp Hastalığı

d. Akciğer Hastalığı

e. Kronik Böbrek Hastalığı

f. Obstruktif Uyku Apnesi Sendromu

g. Psikiyatrik Hastalık

h. Diğer

i. Herhangi bir hastalık yok

17) Gebelik öyküsü var mı, varsa sayısı:

a. var (sayısı:.....) b. yok

18) Obezite başlangıç yaşı:

19) Obeziteyi başlatıcı etmenler:

• Gebelik

a. Var

b. Yok

• Yağlı gıda yeme

a. Var

b. Yok

- Bol karbonhidrat tüketme a. Var b. Yok
  - Sporu bırakma a. Var b. Yok
  - Ameliyat-hastalık a. Var b. Yok
  - Sigarayı bırakma a. Var b. Yok
  - Ergenlik dönemine girme a. Var b. Yok
  - Yeni arkadaş ortamı a. Var b. Yok
  - Evlenme, boşanma, ayrılma a. Var b. Yok
- 20) Ailede obez birey: a.Var b. Yok
- 21) Spor / Egzersiz yapıyor mu: a. Evet b. Hayır
- 22) Diyet yapıyor mu? :
- a. Yapıyor b. Yapmıyor c. Yapmış fayda görmeyince bırakmış
- 23) Diyetisyenden yardım almış mı? : a. Evet b. Hayır
- 24) Daha önce obezite için herhangi bir cerrahi işlem yapıldı mı?
- a. Evet
- b. Hayır
- 25) Obezite nedeniyle psikiyatriye başvuru var mı?: a. Var b. Yok
- 26) Obeziteyi önlemeye yönelik ilaç kullanımı var mı? : a. Var b. Yok
- 27) Neşeli olduğunda yemek yeme: a. Var b. Yok
- 28) Üzüntülü olduğunda yemek yeme: a. Var b. Yok
- 29) Endişeli olduğunda yemek yeme: a. Var b. Yok
- 30) Öfkeli olduğunda yemek yeme:

### EK-3

## 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 Etkilemedi	Orta Düzeyde Hoş Değildi Ama Katlanabildi m	Ciddi Düzeyde Dayanmakta Çok Zorlandım
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma				
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

# Beck Depresyon Envanteri

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, sizi en çok uyan, size en çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatanı işaretlemeniz gerekmektedir.

<p><b>1</b> (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.</p> <p><b>2</b> (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim. (1) Gelecek için karamsarım. (2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok. (3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.</p> <p><b>3</b> (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.</p> <p><b>4</b> (0) Her şeyden eskisi kadar zevk alıyorum. (1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum. (2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor. (3) Her şeyden sıkılıyorum.</p> <p><b>5</b> (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.</p> <p><b>6</b> (0) Kendimden memnunum. (1) Kendimden pek memnun değilim. (2) Kendime kızgınım. (3) Kendimden nefrete ediyorum.</p> <p><b>7</b> (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum. (1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğumu düşünmüyorum. (2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum. (3) Her şeyi yanlış yapıyormuşum gibi geliyor ve hep kendimde kabahat buluyorum.</p> <p><b>8</b> (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok. (1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum. (2) Kendimi öldürmek isterdim. (3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.</p> <p><b>9</b> (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor. (1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor. (2) Çoğu zaman ağlıyorum. (3) Eskiden ağlayabilirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.</p> <p><b>10</b> (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkın ve sinirli değilim. (1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum. (2) Her şey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum. (3) Canımı sıkın şeylere bile artık kızamıyorum.</p> <p><b>11</b> (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim. (1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum. (2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor. (3) Artık çevremde hiç kimseyi istemiyorum.</p>	<p><b>12</b> (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.</p> <p><b>13</b> (0) Her zamankinden farklı görüldüğümü sanmıyorum. (1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum. (2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum. (3) Kendimi çok çirkin buluyorum.</p> <p><b>14</b> (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.</p> <p><b>15</b> (0) Uykum 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.</p> <p><b>16</b> (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.</p> <p><b>17</b> (0) İştahım her zamanki gibi. (1) Eskisinden daha iştahsızım. (2) İştahım çok azaldı. (3) Hiçbir şey yiyemiyorum.</p> <p><b>18</b> (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.</p> <p><b>19</b> (0) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok. (1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor. (2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafama başka şeylere vermekte zorlanıyorum. (3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.</p> <p><b>20</b> (0) Sekse karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok. (1) Eskisine oranla sekse ilgilim az. (2) Cinsel isteğim çok azaldı. (3) Hiç cinsel istek duymuyorum.</p> <p><b>21</b> (0) Cezalandırılması gereken şeyler yaptığımı sanmıyorum. (1) Yaptıklarımın dolayı cezalandırılabilirim diye düşünüyorum. (2) Cezamı çekmeyi bekliyorum. (3) Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.</p>
--	--

Toplam BECK-D skoru:.....



## **EK-5**

**Adı Soyadı:**

### **ROSENBERG BENLİK SAYGISI ÖLÇEĞİ**

**D – 1**

#### **MADDE 1**

- 1.** Kendimi en az diğer insanlar kadar değerli buluyorum.  
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
- 2.** Bazı olumlu özelliklerim olduğunu düşünüyorum.  
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
- 3.** Genelde kendimi başarısız bir kişi olarak görme eğilimindeyim.  
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

#### **MADDE 2**

- 4.** Ben de diğer insanların birçoğunun yapabildiği kadar birşeyler yapabilirim.  
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
- 5.** Kendimde gurur duyacak fazla birşey bulamıyorum.  
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

#### **MADDE 3**

- 6.** Kendime karşı olumlu bir tutum içindeyim.  
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

#### **MADDE 4**

- 7.** Genel olarak kendimden memnunum.  
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

#### **MADDE 5**

- 8.** Kendime karşı daha fazla saygı duyabilmeyi isterdim.  
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

#### **MADDE 6**

- 9.** Bazen kesinlikle kendimin bir işe yaramadığımı düşünüyorum.  
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
- 10.** Bazen kendimin hiç de yeterli bir insan olmadığımı düşünüyorum.  
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

**EK-6****BEDEN ALGISI ÖLÇEĞİ**

Aşağıda çeşitli vücut özellikleri ve beğenip beğenmeme ifadeleri bulunmaktadır. Yapmanız gereken, bir vücut özelliğiniz hakkındaki duygularınızı bu ifadelere göre değerlendirmektir. Örneğin bir vücut özelliğinizi çok beğeniyorsanız, bu özellik için “çok beğeniyorum” ifadesinin bulunduğu kutuya “X” işareti koyunuz. Herhangi bir vücut özelliğinizi genel olarak beğenip beğenmediğinize göre duygularınızı değerlendiriniz.

Ad Soyad:.....	Çok beğeniyorum	Oldukça beğeniyorum	Kararsızım	Pek beğenmiyorum	Hiç beğenmiyorum
Cinsiyet / Yaş: .....					
Tarih: ...../...../.....					
1-Saçlarım					
2-Yüzümün rengi					
3-İştahım					
4- Ellerim					
5- Vücutumdaki kıl dağılımı					
6- Burnum					
7- Fiziksel gücüm					
8- İdrar ve dışkı düzenim					
9- Kas kuvvetim					
10- Belim					
11- Enerji düzeyim					
12- Sırtım					
13- Kulaklarım					
14- Yaşım					
15- Çenem					
16- Vücut yapım					
17- Profilim					
18- Boyum					

	Çok beğeniyorum	Oldukça beğeniyorum	Kararsızım	Pek beğenmiyorum	Hiç beğenmiyorum
19- Duygularımın keskinliği					
20- Ağrıya dayanıklılığım					
21- Omuzlarımın genişliği					
22- Kollarım					
23- Göğüslerim					
24- Gözlerimin şekli					
25- Sindirim sistemim					
26- Kalçalarım					
27- Hastalığa direncim					
28- Bacaklarım					
29- Dişlerimin şekli					
30 Cinsel gücüm					
31- Ayaklarım					
32- Uyku düzenim					
33- Sesim					
34- Sağlığım					
35- Cinsel faaliyetlerim					
36- Dizlerim					
37- Vücudumun duruş şekli					
38- Yüzümün şekli					
39- Kilom					
40- Cinsel organlarım					

**EK-7****ARIZONA CİNSEL YAŞANTILAR ÖLÇEĞİ(ACYÖ)****ERKEK FORMU**

Lütfen her madde için BUGÜN de dahil GEÇEN HAFTAKİ durumunuzu işaretleyin.

1) Cinsel açıdan ne derece isteklisiniz?

1	2	3	4	5	6
Oldukça istekli	Çok istekli	Biraz istekli	Biraz isteksiz	Çok isteksiz	Tamamen isteksiz

2) Cinsel açıdan ne kadar kolay uyarılırsınız? (tahrik olursunuz)

1	2	3	4	5	6
Oldukça kolay	Çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	Çok zor	Oldukça zor

3) Penisiniz / cinsel organınız kolayca sertleşir ve bu sertliğini sürdürür mü?

1	2	3	4	5	6
Oldukça kolay	Çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	Çok zor	Asla olmaz

4) Ne kadar kolay boşalılırsınız?

1	2	3	4	5	6
Oldukça kolay	Çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	Çok zor	Asla boşalmam

5) Boşalmanız tatmin edici midir?

1	2	3	4	5	6
Oldukça tatmin edici	Çok tatmin edici	Biraz tatmin edici	Pek tatmin etmiyor	Çok tatmin etmiyor	Hiç boşalmam

Yorumlar:

.....

.....

.....

.....

.....

**EK-8****ARIZONA CİNSEL YAŞANTILAR ÖLÇEĞİ(ACYÖ)****KADIN FORMU**

Lütfen her madde için BUGÜN de dahil GEÇEN HAFTAKİ durumunuzu işaretleyin.

1) Cinsel açıdan ne derece isteklisiniz?

1	2	3	4	5	6
Oldukça istekli	Çok istekli	Biraz istekli	Biraz isteksiz	Çok isteksiz	Tamamen isteksiz

2) Cinsel açıdan ne kadar kolay uyarılırsınız (tahrik olursunuz)?

1	2	3	4	5	6
Oldukça kolay	Çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	Çok zor	Oldukça zor

3) Vajinanız / cinsel organınız cinsel ilişki sırasında ne kadar çabuk ıslanır veya nemlenir?

1	2	3	4	5	6
Oldukça kolay	Çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	Çok zor	Asla olmaz

4) Ne kadar kolay orgazm olursunuz?

1	2	3	4	5	6
Oldukça kolay	Çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	Çok zor	Asla boşalmam

5) Orgazmınız tatmin edici midir?

1	2	3	4	5	6
Oldukça tatmin edici	Çok tatmin edici	Biraz tatmin edici	Pek tatmin etmiyor	Çok tatmin etmiyor	Hiç boşalmam

Yorumlar:

.....

.....

.....

.....

.....

**MİNNESOTA ÇOK YÖNLÜ KİŞİLİK ENVANTERİ**  
**TEST KİTABI**

Bu kitapçıkta sıra ile numaralandırılmış bir takım sorular bulacaksınız. Her soruya okuyarak kendi durumunuza göre **DOĞRU** ya da **YANLIŞ** olduğuna karar veriniz.

Vereceğiniz karara göre her sorunun cevabını cevap kâğıdına işaretleyiniz. Sorunun cevabına göre cevabınız doğru ya da çoğunlukla doğru ise sorunun yanına **D**, yanlış ya da çoğunlukla yanlış ise sorunun yanına **Y** yazınız. Soru sizin durumunuza uymuyor ya da bu konuda bir fikriniz yoksa boş bırakınız.

Mümkün olduğunca tüm soruları yanıtlamaya çalışınız.

1. Teknik yazılardan hoşlanırım.
2. İştahım iyidir.
3. Çok defa sabahları dinç ve dinlenmiş olarak uyanırım.
4. Kütüphaneci olarak çalışmayı seveceğimi sanıyorum.
5. Gürültüden kolayca uyanırım.
6. Cinayet haberlerini okumaktan hoşlanırım.
7. Çoğu zaman el ve ayaklarımın sıcaklığı iyidir.
8. Günlük hayatım beni ilgilendirecek şeylerle doludur.
9. Bugün de hemen hemen eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
10. Çoğu zaman boğazım tıkanır gibi olur.
11. İnsan rüyalarını anlamaya çalışmalı ve kendini onlara göre ayarlamalıdır.
12. Polis romanlarından ya da esrarengiz yazılardan hoşlanırım.
13. Büyük bir sinir gerginliği içinde çalışırım.
14. Ayda iki defa ishal olurum.
15. Ara sıra söylenemeyecek kadar ayıp şeyler düşünürüm.
16. Hayatta kötülükler hep beni bulur.
17. Babam iyi bir adamdır.
18. Pek seyrek kabız olurum.
19. Yeni bir işe girince kimin gözüne girmek gerektiğini öğrenmek isterim.
20. Cinsel yaşamımdan memnunum.
21. Zaman zaman evi bırakıp gitmek istemişimdir.
22. Ara sıra kontrol edemediğim gülme ve ağlama nöbetlerine tutulurum.
23. Mide bulantısı ve kusmadan sıkıntı çekerim.
24. Kimse beni anlamıyor.
25. Şarkıcı olmayı isterim.
26. Başım derde girince susmayı tercih ederim.
27. Bazen kötü ruhların beni etkileri altına aldığını hissederim.
28. Kötülüğe kötülükle karşılık vermek benim prensibimdir.
29. Haftada çok defa midem ekşir.

30. Bazen canım küfretmek ister.
31. Sık sık geceleri kabus geçiririm.
32. Zihnimi bir iş üzerinde toplamada güçlük çekerim.
33. Başımдан çok garip ve tuhaf şeyler geçti.
34. Çoğu zaman öksürüğüm vardır.
35. Başkaları engel olmasaydı daha çok başarılı olurdu.
36. Sağlığım beni pek kaygılandırmaz.
37. Cinsel yaşamım yüzünden başım hiç derde girmedir.
38. Gençliğimde bir devre ufak tefek şeyler çaldım.
39. Bazen içimden bir şeyler kırmak isteği geçer.
40. Başka bir şey yapmaktansa çoğu zaman oturup hayal kurmayı severim.
41. Kendimi toparlayamadığım için günler, haftalar hatta aylarca hiçbir şeye el sürmediğim oldu.
42. Ailem seçtiğim (veya seçmek istediğim) mesleği beğenmiyor.
43. Kuşkulu ve rahatsız uyurum.
44. Çoğu zaman başımın her tarafı ağrır.
45. Her zaman doğruyu söylemem.
46. Şimdi her zamankinden daha iyi düşünüp tartabiliyorum.
47. Ortada hiç bir neden yokken haftada bir yada sık sık birden bire her yanıma ateş basar.
48. Başkaları ile bir arada iken kulağıma çok garip şeyler gelmesinden rahatsız olurum.
49. Kanunların hemen hepsi kaldırılrsa daha iyi olur.
50. Bazen ruhum vücudumdan ayrılır.
51. Sağlığım bir çok arkadaşımınki kadar iyidir.
52. Uzun zamandan beri görmediğim okul arkadaşlarım ya da tanıdıklarım, önce benimle konuşmazlarsa onları görmezden gelmeyi tercih ederim.
53. Hocaların dua okuyup üfleme hastalığı iyileştirir.
54. Tanıdıklarımın çoğu beni sever.
55. Kalp ve göğüs ağrılarından hemen hemen hiç şikayetim yoktur.
56. Çocukken okuldan kaçtığım için bir iki defa cezalandırıldım.
57. İnsanlarla çabuk kaynaşırım.



58. Kuran'ın buyurdıkları bir bir çıkmaktadır.
59. Çok defa benden az bilenlerle çalışmak zorunda kaldım.
60. Her gün gazetelerin başyazılarını okumam.
61. Gerektiği gibi bir hayat yaşayamadım.
62. Vücudumun bazı yerlerinde çok defa yanma, gıdıklanma, karıncalanma veya uyuşukluk hissedirim.
63. Büyük abdest yapmada ya da tutmada hiçbir güçlük çekmem.
64. Bazen başkalarının sabrını tüketecek kadar bir şeye saplanır kalırım.
65. Babamı severim.
66. Etrafımda başkalarının görmedikleri eşya, hayvanlar veya insanlar görürüm.
67. Başkalarının mutlu görüldüğü kadar mutlu olmayı isterdim.
68. Ensemde nadiren ağrı hissedirim.
69. Kendi cinsimden olanları oldukça çekici bulurum.
70. Körebe oyunundan hoşlanırım.
71. Birçok kimseler başkalarının ilgi ve yardımını sağlamak için talihsizliklerini abartırlar.
72. Hemen hemen her gün mide ağrılarından rahatsız olurum.
73. Ben önemli bir kimseyim.
74. Çoğu zaman kız olmayı isterdim.(Şayet kız iseniz.)Kız olduğuma hiç üzülmedim.
75. Ara sıra öfkelenirim.
76. Çoğu zaman kendimi hüzünlü hissedirim.
77. Aşk romanları okumaktan hoşlanırım.
78. Şiiri severim.
79. Kolay incinmem.
80. Bazen hayvanlara rahat vermem.
81. Orman bekçiliği gibi işlerden hoşlanacağımı zannediyorum.
82. Tartışmalarda çabucak yenilirim.
83. Çok çalışabilen ya da çalışmak isteyen kişinin başarılı olma şansı yüksektir.
84. Bugünlerde artık hiç ilerleme umudum kalmamış gibi hissediyorum.
85. Kullanamayacak bile olsam bazen başkalarının ayakkabı, eldiven v.b. gibi özel eşyaları o kadar hoşuma gider ki dokunmak ve aşırmaq isterim.

86. Kendime hiç güvenim yoktur.
87. Çiçek satıcısı olmayı isterdim.
88. Genel olarak hayatın yaşamaya değer olduğu kanısındayım.
89. İnsanlara gerçeği kabul ettirmek güçtür.
90. Bugün yapmam gereken işleri Ara sıra yarına bıraktığım olur.
91. Benimle alay edilmesine aldırım.
92. Hemşire olmayı isterdim.
93. Yükselmek için birçok kimse yalan söylemekten çekinmez.
94. Sonradan pişman olacağım pek çok şeyi yaptığım olur.
95. Namazımı hemen hemen muntazaman kılarım.
96. Ailemle pek az kavga ederim.
97. Bazen zararlı ya da çok kötü işler yapmak için içimde çok güçlü bir istek duyarım.
98. Kıyamet gününe inanıyorum.
99. Gürültülü eğlencelere katılmaktan hoşlanıyorum.
100. Bildiğim bir konuda bir kimse saçma sapan ya da cahilce konuşursa onu hemen düzeltirim.
101. Bence cinsel yönden kadınlar da erkekler kadar serbest olmalıdır.
102. En büyük mücadelemi kendimle yaparım.
103. Vücudumda pek az seğrilme ve kasılma olur.
104. Başıma ne gelirse gelsin aldırım.
105. Keyfim yerinde olmadığı zaman tersliğim üzerimdedir.
106. Çoğu zaman büyük bir hata ya da kötülük yaptığım duygusuna kapılırım.
107. Çoğu zaman mutluyumdur.
108. Çoğu zaman bana, kafam şişmiş ya da burnum tıkanmış gibi gelir.
109. Bazı kimseler o kadar amirane davranırlar ki, haklı bile olsalar, içimden dediklerinin aksini yapmak gelir.
110. Bana kötülük etmek isteyen biri var.
111. Sırf heyecanlanmak için tehlikeli bir işe girişmedim.
112. Doğru bildiğim şeyler için çoğu zaman direnmek zorunda kalırım.
113. Kanunların uygulanması gerektiğine inanırım.

114. Çoğu zaman başımı sıkı bir çember içindeymiş gibi hissedirim.
115. Ahrete inanırım.
116. Bahse girdiğim yarış veya oyunlardan daha çok zevk alırım.
117. Birçok kimseler bana yakalanmaktan korktukları için drsttrler.
118. Dersten kaçtığım için Ara sıra müdüre gönderildiğim oldu.
119. Konuşma tarzım her zamanki gibidir.(Daha yavaş ya da hızlı değil, yayvanlaşmış ya da kısık da değil.)
120. Evde sofraya adabına dışarıdaki kadar dikkat etmem.
121. Aleyhimde bazı tertipler kurulduğuna inanıyorum.
122. Tanıdığım insanların çoğu kadar becerikli ve zeki olduğumu sanıyorum.
123. Beni takip edenler olduğuna inanıyorum.
124. Birçokları kaybetmektense çıkarlarını korumak için pek doğru olmayan yollara başvururlar.
125. Midemden oldukça rahatsızım.
126. Tiyatrodan hoşlanırım.
127. Dertlerimin çoğundan kimin sorumlu olduğunu biliyorum.
128. Kan görünce korkmam ya da fenalaşmam.
129. Bazen ters ve suratsız olurum.
130. Hiçbir zaman kan kusmadım ya da kan tkrmedim.
131. Hastalığa yakalanacağım diye kaygılanmam.
132. iek koleksiyonu yapmayı ve evde iek yetiştirmeyi severim.
133. Hiçbir zaman normal olmayan cinsel ilişkilere girişmedim.
134. Bazen kafamdaki düşünceler o kadar hızlıdır ki söylemeyi yetiştiremem.
135. Fark edilmeyeceğimden emin olsam sinemaya biletsiz girerdim.
136. Bana iyilik yapan kimselerin genel olarak gizli bir amacı olabileceğini düşünürüm.
137. Aile hayatımın, tanıdığım kimselerin çoğunun ki kadar iyi olduğuna inanıyorum.
138. Eleştiri beni çok kırar.
139. Bazen sanki kendimi ya da başkasını incitmek zorundaymışım gibi hissedirim.
140. Yemek pişirmeyi severim.
141. Davranışlarımı çoğu zaman etrafımdakilere göre ayarlarım.

142. Bazen hiçbir işe yaramadığımı düşünürüm.
143. Çocukken başlarına ne gelirse gelsin aralarındaki birliği koruyan bir gruptaydım.
144. Asker olmak isterdim.
145. Bazen biriyle yumruk yumruğa kavgaya girişmeyi istediğim olur.
146. Seyahat edip, gezip, tozmadıkça mutlu olamam.
147. Çabuk karar vermediğim için çok fırsat kaçırdım.
148. Önemli bir iş üzerinde çalışırken başkalarının işimi yarıda kesmeleri sabrımı taşırır.
149. Hatıra defteri tutardım.
150. Oyunda kaybetmektense kazanmayı tercih ederim.
151. Biri beni zehirlemeye çalışıyor.
152. Çoğu geceler zihnimi hiçbir şey kurcalamadan uykuya dalarım.
153. Son bir kaç yıl içinde sağlığım çoğu zaman iyi idi.
154. Hiç sinir nöbeti ya da havale geçirmedi.
155. Ne şişmanlıyorum ne de zayıflıyorum.
156. Bir şeyler yapıp sonra ne yaptığımı hatırlayamadığım zamanlar oldu.
157. Çoğu kez sebepsiz yere cezalandırıldım.
158. Çabuk ağlarım.
159. Okuduğumu eskisi kadar iyi anlayamıyorum.
160. Hayatımda hiçbir zaman kendimi şimdiki kadar iyi hissetmedim.
161. Bazen başımda bir sızı hissederim.
162. Birisinin bana kurnazca bir oyun etmesine çok içerlerim.
163. Çabucak yorulmam.
164. Üzerinde çalıştığım konularda okumayı ve incelemelerde bulunmayı severim.
165. Önemli kimseleri tanımayı severim, Çünkü böylece kendimi de önemli bir kimse gibi görürüm.
166. Yüksek bir yerden aşağıya bakmaya korkarım.
167. Ailemden herhangi birinin mahkemelik olması beni rahatsız etmez.
168. Zihnimde bir gariplik var.
169. Parayı ellemeye korkmam.
170. Başkalarının hakkımda ne düşündükleri beni rahatsız etmez.

171. Bir eğlencede başkaları yapsalar bile, ben taşkınlık yapmaktan rahatsız olurum.
172. Çok kez utangaçlığımı örtbas etmek ihtiyacını duyarım.
173. Okulu severdim.
174. Hiç bayılma nöbeti geçirmediim.
175. Pek az başım döner ya da hiç dönmez.
176. Yılandan büyük bir korkum yoktur.
177. Annem iyi bir kadındır.
178. Hafızam genellikle iyidir.
179. Cinsel konularda sıkıntım vardır.
180. Yeni tanıştığım kimselerle konuşma konusu bulmada güçlük çekerim.
181. Canım sıkılınca heyecan yaratmayı severim.
182. Aklımı oynatmaktan korkuyorum.
183. Dilencilere para vermeyi doğru bulmam.
184. Sık sık nereden geldiğini bilmediğim sesler duyarım.
185. Herkes kadar iyi işitirim.
186. Bir şeyler yapmaya girişince ellerimin çok defa titrediğini fark ederim.
187. Ellerimde beceriksizlik ya da sakarlık başlamadı.
188. Gözlerim yorulmadan uzun süre okuyabilirim.
189. Çoğu zaman bütün vücudumda bir halsizlik duyarım.
190. Başım pek az ağrır.
191. Bazen utanınca çok ağlarım.
192. Yürürken dengemi hemen hemen hiç kaybetmem.
193. Saman nezlesi ya da astım nöbetlerim yoktur.
194. Hareketlerimi ve konuşmamı kontrol edemediğim fakat etrafımda olup bitenden haberdar olduğum nöbetler geçirdiğim oldu.
195. Tanıdığım herkesi sevmem.
196. Hiç görmediğim yerlere gitmekten hoşlanırım.
197. Biri beni soymaya (Her şeyimi almaya) çalışıyor.
198. Çok az hayal kurarım.
199. Çocuklara cinsiyetle ilgili temel gerçekler öğretilmelidir.

200. Fikir ve düşüncelerimi çalmak isteyen biri var.
201. Keşke bu kadar utangaç olmasam.
202. Kendimi cezayı hak etmiş suçlu bir insan olarak görüyorum.
203. Gazeteci olmak isterdim.
204. Gazeteci olsaydım daha çok tiyatro haberleri yazmaktan hoşlanırdım.
205. Bazen çalmaktan ya da dükkânlardan eşya aşırırmaktan kendimi alamam.
206. Birçok kimselerden daha çok dindarımdır.
207. Çeşitli oyun ve eğlencelerden hoşlanırım.
208. Flört etmeyi severim.
209. Günahlarımın affedilmeyeceğine inanıyorum.
210. Her şeyin tadı aynı geliyor.
211. Gündüzleri uyuyabilirim ancak geceleri uyuyamam.
212. Evdekiler bana çocuk muamelesi yapıyor.
213. Yürürken kaldırımdaki yarıklara basmamaya dikkat ederim.
214. Cildimde üzülmeye değer kabarıklık ya da sivilce yok.
215. Çok içki kullandım.
216. Başka ailelere göre bizim evde sevgi ve arkadaşlık pek azdır.
217. Sık sık kendime bir şeyler dert edinirim.
218. Hayvanların eziyet çektiğini görmek beni üzmez.
219. İnşaat müteahhitliğinden hoşlanacağımı sanıyorum.
220. Annemi çok severim.
221. Bilimden hoşlanırım.
222. Karşılığını veremeyeceğim durumlarda bile arkadaşlarımdan yardım istemekte güçlük çekmem.
223. Avlanmayı çok severim.
224. Annem-babam, hep beraber olduğum kimselerden çok defa hoşlanmıyorlar.
225. Bazen biraz dedikodu yaptığım olur.
226. Ailemdeki bazı kişilerde canımı çok sıkkan alışkanlıklar var.
227. Uykuda gezdiğimi söylerler.
228. Bazen alışılmamış bir kolaylıkla karar verebileceğimi hissediyorum.

229. Çeşitli kulüp ve derneklere üye olmayı isterim.
230. Kalbimin hızlı çarptığını hemen hemen hiç hissetmem ve çok seyrek nefesim tıkanır.
231. Cinsiyet hakkında konuşmayı severim.
232. Bazen üzerime çok fazla iş alırım.
233. Pek çok insan karşı ıkrsa da kendi fikrimi sonuna kadar savunurum.
234. abuk kızar ve çabuk unuturum.
235. Aile kurallarından oldukça bağımsız ve özgürüm.
236. Sıklıkla kara kara düşünürüm.
237. Akrabalarımın hemen hepsi bana karşı anlayış gösterir.
238. Zaman zaman yerinde duramayacak kadar huzursuzluk duyduğum devreler olur.
239. Aşkta hayal kırıklığına uğradım.
240. Görünüşüme hiç aldırمام.
241. Kendi içimde tutup başkalarına söylenemeyen şeyler hakkında sık sık rüya görürüm.
242. Biroklarından daha sinirli sayılmam.
243. Hemen hiç ağrı ve sızım yok.
244. Davranışlarım başkalarınca yanlış anlaşılmaya elverişlidir.
245. Ailem beni olduğundan daha hatalı bulur.
246. Boynumda sık sık kırmızı lekeler olur.
247. Kimseden sevgi görmüyorum.
248. Bazen ortada hiç bir neden yokken hatta işler kötüye gittiği zaman bile kendimi fazlası ile mutlu hissederim.
249. Öbür dünyada şeytan ve cehennem olduğuna inanırım.
250. Hayatta önüne her geleni kapmaya çalışan insanları suçlamam.
251. Kendimi kaybedip yaptığım işi aksattığım ve etrafımda olup bitenlerin farkında olmadığım zamanlar oldu.
252. Hiç kimse başkasının derdine aldırış etmiyor.
253. Hatalı davranışlarını görsem bile insanlara arkadaşça davranabilirim.
254. Birbiriyle şakalaşan kimseler arasında olmayı severim.
255. Seçimlerde bazen oyumu pek az tanıdığım kimselere veririm.
256. Gazetelerin ilgi çeken tek yeri resimli mizah sayfasıdır.

257. Yaptığım işlerde genel olarak başarı elde edeceğime inanırım.
258. Allah'ın varlığına inanırım.
259. İşe başlamada güçlük çekerim.
260. Okulda iken ağır öğrenenlerden biriydim.
261. Ressam olsaydım çiçek resimleri yapardım.
262. Daha güzel olmamam beni rahatsız etmez.
263. Soğuk günlerde bile kolayca terlerim.
264. Kendime tam anlamıyla güvenim vardır.
265. Hiç kimseye güvenmemek en iyisidir.
266. Haftada bir ya da daha sık, çok heyecanlanırım.
267. Topluluk içinde olduğumda üzerinde konuşacak uygun konular bulmada güçlük çekerim.
268. Karamsar olduğum zaman heyecanlı bir olay hemen beni bu durumdan çıkarır.
269. Bazen zevk için başkalarını kendimden korkuturum.
270. Evden çıkarken kapının kilitli ve pencerenin kapalı olup olmadığı aklıma takılmaz.
271. Başkalarının saflığını kendi çıkarına kullanan kimseleri ayıplamam.
272. Bazen kendimi enerji dolu hissederim.
273. Derimin bazı yerlerinde uyuşukluk hissederim.
274. Görme gücüm eskisi kadar kuvvetlidir.
275. Birisi zihnimi kontrol ediyor.
276. Çocukları severim.
277. Bazen bir madrabazın kurnazlığı beni o kadar eğlendirir ki yakayı ele vermemesini dilerim.
278. Çok defa tanımadığım kimselerin bana eleştirici bir gözle baktıklarını hissederim.
279. Her gereğinden fazla su içerim.
280. Birçok kimseler kendilerine yararı dokunacağı için arkadaş edinirler.
281. Kulaklarım pek az çınlar ya da uğuldar.
282. Genellikle sevdiğim aile üyelerine karşı bazen nefret duyarım.
283. Gazete muhabiri olsaydım en çok spor haberleri yazmayı isterdim.
284. Hakkımda çok konuşulduğundan eminim.
285. Ara sıra, açık saçık bir fikraya güldüğüm olur.



286. En çok yalnız olduğum zaman mutlu olurum.
287. Arkadaşlarıma kıyasla beni korkutan şeyler çok azdır.
288. Mide bulantısı ve kusma nöbetlerine tutulurum.
289. Bir suçlu avukatının becerikliliği sayesinde cezadan kurtulunca kanunlara karşı daima nefret duyarım.
290. Çok gergin bir hava içinde çalışıyorum.
291. Hayatımda bir ya da bir kaç kere birisinin beni hipnotize ederek bana bir şeyler yaptığını hissettim.
292. Başkaları benimle konuşuncaya kadar ben onlarla konuşmaya başlamam.
293. Birisi zihnimi etkilemeye çalışıyor.
294. Masal okumayı severim.
295. Hiçbir neden yokken kendimi son derece neşeli hissettiğim zamanlar olur.
296. Kanunla hiç başım derde girmedi.
297. Cinsiyetle ilgili düşünceler beni rahatsız eder.
298. Birkaç kişinin birlikte başları derde girince en iyisi yakalarını kurtarmak için aynı hikâyeyi uydurmak ve bundan caymamaktır.
299. Duygularımın birçok kimselerden yoğun olduğunu düşünürüm.
300. Hayatımda hiçbir zaman bebek oynamaktan hoşlanmadım.
301. Çoğu zaman hayat benim için bir yükür.
302. Cinsel davranışlarımdan dolayı hiçbir zaman başım derde girmedi.
303. Bazı konularda o kadar alınganım ki onlar hakkında konuşamam bile.
304. Okulda sınıf karşısında konuşmak bana çok güç gelirdi.
305. Başkaları ile beraber olduğum zaman bile kendimi yalnız hissederim.
306. Bana karşı mümkün olan anlayış gösteriliyor.
307. İyi beceremediğim oyunları oynamaya yanaşmam.
308. Zaman zaman evi bırakıp gitmek istemişimdir.
309. Birçokları kadar çabuk arkadaş edinebildiğimi sanıyorum.
310. Cinsel hayatım doyurucudur.
311. Gençlik yıllarımda bir devre ufak tefek şeyler çaldım.
312. İnsanların arasında olmaktan hiç hoşlanmam.

313. Değerli eşyasını tedbirsizce ortada bırakıp çalınmasına neden olan kimse bunu çalan kadar hatalıdır.
314. Ara sıra söylenemeyecek kadar kötü şeyler düşünürüm.
315. Hayatın hep kötü tarafları bana nasip olmuştur.
316. Hemen herkesin, başını derde sokmamak için yalan söyleyebileceğine inanırım.
317. Birçok kimselerden daha hassasım.
318. Günlük hayatım beni ilgilendiren şeylerle dolu.
319. Birçok insanlar başkalarına yardım için zahmet çekmekten hoşlanmazlar.
320. Rüyalarımın çoğu cinsel konularla ilgilidir.
321. Kolaylıkla mahcup olurum.
322. Para ve işi kendime dert ederim.
323. Başımdan çok tuhaf ve acayip yaşantılar geçmiştir.
324. Hiç kimseye aşık olmadım.
325. Ailemin yaptığı bazı şeyler beni korkutmuştur.
326. Bazen kontrol edemediğim gülme ve ağlama nöbetlerine tutulurum.
327. Annem ya da babam çok defa beni makul bulmadığım emirlere bile itaat ettirdiler.
328. Zihnimi bir konu ya da iş üzerinde toplamakta güçlük çekerim.
329. Hemen hiç rüya görmem.
330. Hiç felç geçirmediğim ya da kaslarımda olağanüstü bir halsizlik duymadım.
331. Eğer insanlar sırf düşmanlık olsun diye beni engellemeseler daha başarılı olurum.
332. Bazen nezle olmadığım halde sesim çıkmaz ya da değişir.
333. Beni hiç kimse anlamıyor.
334. Bazen tuhaf kokular duyarım.
335. Zihnimi bir konu üzerinde toplayamam.
336. İnsanlara karşı sabrım çabuk tükenir.
337. Çoğunlukla bir takım şeyler, kimseler için meraklanıp huzursuzlaşırım.
338. Hayatımın çoğu, kimselerinkinden daha fazla tasa ve kaygı içinde geçtiğinden eminim.
339. Çoğu zaman ölmüş olmayı isterdim.
340. Bazen o kadar heyecanlanırım ki uykuya dalmam güçleşir.
341. Bazen beni rahatsız edecek kadar iyi işitirim.

342. Bana söylenenleri hemen unuturum.
343. Önemsiz ufak şeylerde bile karar verip işe girişmeden önce durur ve düşünürüm.
344. Gördüğüm bir kimseyle karşılaşmamak için sıklıkla yolumu değiştiririm.
345. Sıklıkla olup bitenler bana gerçek değilmiş gibi gelir.
346. Reklamlardaki ampuller gibi önemsiz şeyleri sayma alışkanlığım vardır.
347. Bana gerçekten kötülük yapmak isteyen hiç bir düşmanım yoktur.
348. Bana umduğumdan fazla dostluk gösteren insanlara karşı tetikte bulunmaya çalışırım.
349. Acayip ve tuhaf düşüncelerim vardır.
350. Yalnızken garip sesler duyarım.
351. Küçük bir seyahat için bile evden ayrılırken telaşlanır ve kaygılanırım.
352. Beni incitmeyeceğini bildiğim şeylerden ya da insanlardan bile korktuğum oldu.
353. Başkalarının daha önce toplanıp konuştuğu bir odaya girmekten çekinmem.
354. Bıçak gibi çok keskin ve sivri şeyler kullanmaktan korkarım.
355. Sevdiğim kimseleri bazen incitmekten hoşlanırım.
356. Dikkatimi bir konu üzerinde toplamada birçoklarından fazla güçlük çekerim.
357. Yeteneğimi küçümsediğim için birçok defalar başladığım işi yarıda bıraktım.
358. Kötü ve çok korkunç kelimeler zihnimi kurcalar ve bunlardan kendimi kurtaramam.
359. Bazen önemsiz düşünceler aklımdan geçer ve beni günlerce rahatsız eder.
360. Hemen her gün beni korkutan bir şey olur.
361. Her şeyi kötüye yorma eğilimindeyim.
362. Birçok kimselerden çok daha hassasım.
363. Bazen sevdiğim kimselerin beni incitmesinden hoşlandığım oldu.
364. Hakkımda onur kırıcı ve kötü sözler söylüyorlar.
365. Kapalı yerlerde huzursuzluk duyarım.
366. İnsanlar arasında bile olsam çok defa kendimi yalnız hissederim.
367. Yangından korkmam.
368. Sonradan pişman olacağım şeyler yapmak ya da söylemek korkusuyla bazen bir kimseden uzak durduğum olur.
369. Çalışırken acele etmek zorunda olmaktan nefret ederim.
370. Kararsızlığım yüzünden yapılması gerekli birçok işi yapamamışımdır.

371. Aşırı derecede kendini dinleyen bir insan değilim.
372. Elimdeki işi en iyi şekilde yapmayı isterdim.
373. Yalnızca bir tek doğru din olduğundan eminim.
374. Ara sıra zihnim her zamankinden daha ağır işler.
375. Çok mutlu olduğum ve iyi çalıştığım zamanlarda neşesiz veya dertli bir insanla karşılaşmak keyfimi tamamen kaçırır.
376. Polisler genellikle dürüştür.
377. Toplantılarda karışmaktan çok yalnız başıma oturur ya da bir tek kişiyle ahbablık ederim.
378. Kadınları sigara içerken görmekten hoşlanmam.
379. Çok nadiren karamsarlığa kapılırım.
380. Ne yapsam zevk alamıyorum.
381. Kolay öfkelenen biri olduğumu söylerler.
382. Yapmak istediğim şeylere karar verirken, başkalarının ne düşüneceğini dikkate almam.
383. İnsanlar çoğu zaman beni hayal kırıklığına uğratırlar.
384. Kendimle ilgili her şeyi anlatabileceğim hiç kimse yok.
385. Şimşek çakması da korkularımdan biridir.
386. Çok tertipli ve titizim.
387. Ailem her davranışıma fazla karışıyor.
388. Karanlıkta yalnız kalmaktan korkarım.
389. Tasarlamış olduğum planlar çok defa o kadar güçlüklerle dolu göründü ki bunlardan vazgeçmek zorunda kaldım.
390. Birinin hatasını önleme gayretimin yanlış anlaşılmasına çok üzülürüm.
391. Dansa gitmeyi severim.
392. Fırtınadan çok korkarım.
393. Yük çekmeyen atlar dövülmeli ya da kamçılanmalıdır.
394. Başkalarına sık sık akıl danışırım.
395. Gelecek, bir insanın planlar yapamayacağı kadar belirsizdir.
396. İşler yolunda gittiği zaman bile çoğu kez her şeye karşı bir aldırılmazlık içinde olduğumu hissederim.
397. Bazen güçlükler öylesine üst üste gelir ki onlarla baş edemeyecekmişim gibi hissederim.
398. Çoğu kez “keşke tekrar çocuk olsaydım” diye düşünürüm.

399. Kolay kolay kızmam.
400. Eğer bana fırsat verilse dünya için çok yararlı işler yapabilirim.
401. Sudan hiç korkmam.
402. Ne yapacağıma karar vermeden önce uzun uzun düşünürüm.
403. Çok şeylerin olup bittiği bu devirde yaşamak hoş bir şey.
404. Hatalarını düzelterek kendilerine yardım etmeye çalıştığım insanlar amacımı çoğu kez yanlış anlarlar.
405. Yutkunmakta güçlük çekmem.
406. Uzman dendiği halde benden pek fazla bilgili olmayan insanlarla sıklıkla karşılaşırım.
407. Genel olarak sakinim ve kolay sinirlenmem.
408. Bazı konular hakkında hislerimi o kadar gizleyebilirim ki, insanlar bilmeden beni incitebilirler.
409. Elimde olmadan çok ufak şeyden münakaşa çıkarıp karşımdakini kırıyorum.
410. Madrabazı kendi silahı ile alt etmekten hoşlanırım.
411. İyi tanıdığım bir kimsenin başarısını duyduğum zaman adeta kendimi başarısızlığa uğramış hissederim.
412. Hastalık yüzünden doktora gitmekten korkmam.
413. Günahlarım için ne kadar ağır ceza görsem iyidir.
414. Hayal kırıklıklarını o kadar ciddiye alırım ki bunları zihnimden söküp atamam.
415. Fırsat verilse iyi bir önder olurum.
416. Yakınlarımla sağlığından çok endişe ederim.
417. Sırada beklerken biri önüme geçmeye kalkışırsa ona çıkışıyorum.
418. Bazen hiçbir işe yaramadığımı düşünürüm.
419. Küçükken okuldan sık sık kaçardım.
420. Başımdan din ile ilgili olağanüstü yaşantılar geçti.
421. Ailemde çok sinirli insanlar var.
422. Ailemden bazı kişilerin yapmış olduğu bazı işler beni utandırmıştır.
423. Balık tutmayı çok severim.
424. Hemen her zaman açlık duyarım.
425. Sık sık rüya görürüm.
426. Kaba ya da can sıkıcı insanlara karşı bazen sert davrandığım olur.

427. Açık saçık hikayelerden utanıp rahatsız olurum.
428. Gazetelerin baş yazılarını okumaktan hoşlanırım.
429. Ciddi konular üzerinde verilen konferansları dinlemekten hoşlanırım.
430. Karşı cinsten olanları çekici bulurum.
431. Başa gelebilecek talihsizlikler beni oldukça telaşlandırır.
432. Kuvvetli siyasi fikirlerim vardır.
433. Bir zamanlar hayali arkadaşlarım vardı.
434. Otomobil yarışçısı olmayı isterdim.
435. Genel olarak kadınlarla çalışmayı tercih ederim.
436. İnsanlar genel olarak başkalarının haklarına saygı göstermekten çok kendi haklarına saygı gösterilmesini isterler.
437. Kanuna aykırı davranmadan, kanunun bir gediğinden yararlanmakta zarar yoktur.
438. Bazı insanlardan o kadar nefret ederim ki ettiklerini bulunca içimden oh derim.
439. Beklemek zorunda kalmak beni sinirlendirir.
440. Başkalarına anlatmak için hoş fıkraları hatırımda tutmaya çalışırım.
441. Uzun boylu kadınlardan hoşlanırım.
442. Üzüntü yüzünden uyuyamadığım zamanlar oldu.
443. Başkalarının gereği gibi yapamadığımı sandığı şeyleri yapmaktan vazgeçtiğim oldu.
444. Başkalarının cahilce inançlarını düzeltmeye çalışmam.
445. Küçükken heyecan veren şeyler yapmaktan hoşlanırdım.
446. Az para ile oynanan kumardan hoşlanırım.
447. Mastürbasyonda kendi cinsimle ilgili hayal beni tahrik eder.
448. Sokakta, otobüs ve dükkanda bana bakan insanlardan rahatsız olurum.
449. İnsanlarla bir arada olmayı sağladığı için toplantı ve davetleri severim.
450. Kalabalığın verdiği coşkudan hoşlanırım.
451. Neşeli arkadaşlar arasına karışınca üzüntülerimi unutturum.
452. Arkadaş edinemiyorum.
453. Küçükken mahalledeki arkadaş ya da akran gruplarına katılmaktan hoşlanmazdım.
454. Orman ya da dağdaki bir kulübede tek başıma yaşamaktan mutlu olabilirdim.
455. İçinde bulunduğum grubun dedikodularına ve konuşmalarına sıklıkla konu olmam.

456. İnsan makul bulmadığı kanunlara aykırı hareketlerinden dolayı cezalandırılmamalıdır.
457. Bence insan hiçbir zaman alkollü bir içkiyi ağzına almamalıdır.
458. Çocukken benimle en fazla ilgilenen erkek (baba, üvey baba v.b.) bana karşı çok sert davranırdı.
459. Çaba göstermekle yenemeyeceğimi bildiğim bazı kötü alışkanlıklarım var.
460. Az içki kullandım ya da hiç kullanmadım.
461. Kısa bir zaman için bile olsa başladığım işi bir kenara bırakmak bana güç gelir.
462. Küçük abdestimi yapmada ya da tutmada güçlük çekmem.
463. Sek sek oyunu oynamaktan hoşlanırdım.
464. Hiç hayal görmedim.
465. Bir kaç kez hayatım boyunca yaptığım işte hevesimi yitirdiğim olmuştur.
466. Doktor önerisi dışında hiçbir ilaç ya da uyku ilacı kullanmadım.
467. Çok defa (otomobil plaka numarası gibi) hiç önemi olmayan numaraları ezberledim.
468. Sıklıkla sinirli ve asık suratlı olurum.
469. Onlardan önce düşündüğüm için başkaları, benim fikirlerimi kıskanıyorlar.
470. Cinsiyetle ilgili şeylerden nefret ederim.
471. Okulda, hal ve gidişten kırık not alırdım.
472. Yangın karşısında büyülenmiş gibi olurum.
473. Mümkün olduğu kadar kalabalıktan uzak kalmaya çalışırım.
474. Başkalarından daha sık abdeste çıkmam.
475. Sıkıştırıldığım zaman gerçeğin ancak bana zarar vermeyecek kısmını söylerim.
476. Tanrı bana özel bir görev vermiştir.
477. Arkadaşlarımla birlikte işlediğim bir suçtan eşit şekilde suçlu olduğum zaman onları ele vermektense bütün suçu üzerime almayı tercih ederim.
478. Çok daha değişik bir aile ortamından gelmiş olmayı isterdim.
479. Yabancılarla tanışmaktan kaçınmam.
480. Karanlıktan çok defa korkarım.
481. Bir şeyden kurtulmak için hasta numarası yaptığım olmuştur.
482. Trende, otobüste vb rastladığım kimselerle çok defa konuşurum.
483. Peygamberimiz göğe çıkma gibi mucizeler göstermiştir.

484. Homoseksüelliği çok iğrenç bulurum.
485. Bir erkek bir kadınla beraber olunca genel olarak onun cinsiyetiyle ilgili şeyler düşünür.
486. İdrarımda hiçbir zaman kan görmedim.
487. Uğraştığım iş yolunda gitmeyince hemen vazgeçerim.
488. Sık sık dua ederim.
489. Yaşamı yalnızca üzüntülü, sıkıntılı tarafları ile benimseyen insanlara sempati duyarım.
490. Haftada birkaç kere Kuran okurum.
491. Sadece bir tek dinin doğruluğuna inananlara tahammül edemem.
492. Zelzele düşüncesi beni çok korkutur.
493. Tam dikkat isteyen işleri, beni dikkatsizliğe sürükleyen işlere tercih ederim.
494. Kapalı ve küçük yerlerde bulunmaktan çok rahatsız olurum.
495. Kusurlarını düzeltmeye çalıştığım insanlarla genel olarak gayet açık konuşurum.
496. Eşyayı hiçbir zaman çift görmem.( Yani tek olan şeyleri çift görmem.)
497. Macera hikâyelerinden hoşlanırım.
498. Açık sözlü olmak her zaman iyidir.
499. Gerçekten önemsiz olan bir şey üzerinde bazen sebepsiz olarak haddinden fazla üzüldüğüm olur.
500. Bana parlak gelen bir fikre hemen kapılır giderim.
501. Başkalarından yardım beklemektense genel olarak bir işi kendi başıma yapmayı tercih ederim.
502. Herhangi bir olay hakkındaki görüşümü başkalarına açıkça belirtmekten hoşlanırım.
503. Başkalarının hareketlerini çok beğenip beğenmediğimi pek belli etmem.
504. Değersiz gördüğüm ya da acıdığım kimseye bu duygularımı belli etmekten çekinmem.
505. Zaman zaman kendimi öyle güçlü ve enerjik hissederim ki böyle zamanlarda günlerce uykuya ihtiyaç duymadığım olur.
506. Sinirleri çok gergin bir insanım.
507. İşler iyi gidince aslan payını kendilerine alan fakat hata yapılırken bunu başkalarının üzerine atan insanlarla karşılaştım.
508. Koku alma duyum, herkes kadar iyidir.
509. Bazen çekingenliğim yüzünden hakkımı arayamam.
510. Pislik ve kir beni ürkütüp iğrendirir.



511. Herkesten gizli tuttuğum bir hayal dünyam var.
512. Yıkanmaktan hoşlanmam.
513. Kış mevsimini severim.
514. Erkek gibi davranan kadınlardan hoşlanırım.
515. Evimizde daima ihtiyaç maddeleri bulunurdu.(Yeteri kadar yiyecek,giyecek vs. Gibi)
516. Ailemde çabuk kızan kimseler var.
517. Hiçbir şeyi iyi yapamam.
518. Bazı durumlarda olduğundan daha fazla üzüntülü görünmeye çalıştığım olmuştur.
519. Cinsel organlarımda bir bozukluk var.
520. Genel olarak görüşlerimi kuvvetle savunurum.
521. Bir grup içinde konuşma yapmam ve çok iyi bildiğim bir konuda fikrimi söylemem istenince kaygılanmam.
522. Örumcekten korkmam.
523. Yüzüm hemen hemen hiç kızarmaz.
524. Kapı tokmaklarından hastalık veya mikrop alacağımdan korkmam.
525. Bazı hayvanlardan ürkerim.
526. Gelecek bana ümitsiz görünüyor.
527. Ailem ve yakın akrabalarım birbirleri ile oldukça iyi geçinirler.
528. Yüzüm başkalarından daha sık kızarmaz.
529. Pahalı elbiseler giymeyi isterim.
530. Sebepsiz yere sık sık içim sıkılıyor ve ağlamak istiyorum.
531. Bir konu üzerinde karar verdiğimi zannetsem bile başka biri fikrimi kolayca değiştirebilir.
532. Acıya başkaları kadar ben de dayanabilirim.
533. Sık sık geçirmekten şikayetim yoktur.
534. Çoğunlukla başladığım işten en son vazgeçen ben olurum.
535. Hemen her zaman ağzımda kuruluk olur.
536. Beni acele ettirenlere kızarım.
537. Afrika'da aslan avına çıkmak isterdim.
538. Terzilikten hoşlanabileceğimi sanıyorum.

539. Fareden korkmam.
540. Yüzüme hiç felç inmedi.
541. Cildime ufak bir şeyin dokunmasından çok huylanırım.
542. Şimdiye kadar rengi kapkara büyük abdest yapmadım.
543. Haftada birkaç kez, korkunç bir şey olacaktıymış duygusuna kapılıyorum.
544. Çoğu zaman yorgunluk hissederim.
545. Bazen aynı rüyayı tekrar tekrar görürüm.
546. Tarih okumaktan hoşlanırım.
547. Toplantı ve kalabalık eğlencelerden hoşlanırım.
548. Elimdeyse açık saçık numaraların yapıldığı eğlence yerlerine gitmem.
549. Karşıma çıkacak güçlüklerden korkar ve kaçırım.
550. Kapı mandallarını onarmaktan hoşlanırım.
551. Bazen başkalarının kafamın içindekilerini okuduğundan eminim.
552. Bilimsel yayınları okumaktan hoşlanırım.
553. Açık yerlerde ya da geniş meydanlarda tek başıma kalmaktan korkarım.
554. Sıkıntım oldukça alkol alırım.
555. Bazen çıldıracaktıymış gibi olurum.
556. Kılık kıyafetime çok itina ederim.
557. Hayatı fazla ciddiye almıyorum.
558. Birçok kimseler kötü cinsel faaliyetlerinden dolayı suçludurlar.
559. Gece yarısı çoğunlukla korkuya kapıldığım olur.
560. Bir şeyi nereye koyduğumu unutmaktan çok şikayetçiyim.
561. Ailem benim için büyük bir dayanaktır.
562. Çocukken en fazla bağlandığım ve hayran kaldığım kimse bir kadındı.
563. Macera hikâyelerini aşk hikâyelerinden daha çok severim.
564. Yapmak istediğim fakat başkalarının beğenmediği bir işten kolayca vazgeçerim.
565. Yüksek bir yerde iken içimden atlama isteği gelir.
566. Sinemalarda aşk sahnelerini severim.

## **ÖZGEÇMİŞ**

Esra Ekinci, Erzurum doğumlu olup, Bursa’da ilk ve ortaöğrenimini tamamladıktan sonra 2011 yılında Uludağ Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü’nden mezun olmuştur. Lisans eğitimi sürecinde WISC- R (Wechsler Çocuklar İçin Zeka Testi ), MMPI ( The Minnesota Multiphasic Personality Inventory ), Stroop Testi ve Mini Mental Testlerinin uygulamalı eğitimlerini almış olup Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı’ na bağlı Çocuk ve Gençlik Merkezi’nde, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi’ nde, Psikoteknik Merkezi’ nde, psikolojik danışmanlık merkezlerinde stajlar yapmıştır. 13, 14 ve 15. psikoloji öğrencileri kongrelerine katılım sağlamıştır. Lisans eğitimi bitirme tezi olarak “Vancouver Obsesif - Kompulsif Ölçeği: Türkçe Formu’nun Üniversite Öğrencilerinde Geçerlik ve Güvenirliği” adlı çalışmayı yapmıştır. Lisans eğitimini bitirdikten sonra Doç. Dr. Azmi VARAN' dan TA (Transaksiyonel Analiz) ve TAT (Tematik Algı Testi), Türk Psikologlar Derneği’ nden (Prof. Dr.Gülşen Erden' den) AGTE (Ankara Gelişim Tarama Envanteri), Peabody Resim Kelime Tanıma Testi, Resim Çizme Testleri, Bender Gestalt Görsel Motor Algı Testi, Cümle Tamamlama Testi (Beier), Duygu Durum Ölçekleri uygulama eğitimlerini, Tijen YENER' den BEBKA Proje Döngüsü Yönetimi ve Fon Kaynakları eğitimini almıştır. İki yıl Bursa BESMER Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi’ nde çalışmış olup bu süreçte Uluslararası Katılımlı 1. Ulusal Disiplinler Arası Erken Müdahale Kongresi’ ne katılım sağlamıştır. 2013 yılından bu yana İstanbul Büyükşehir Belediyesi’ ne bağlı Aile Danışmanlık ve Eğitim Merkezi’ nde psikolog olarak çalışmaya devam etmektedir. Çalışma sürecinde Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığında eğitici eğitimi ve Kadir Has Üniversitesi’ nden Aile Danışmanlık Eğitimi sertifikalarını almıştır ve halen Emel Stroop’ tan Beck Yönelimli Kognitif Terapi eğitimini almaya devam etmektedir. Haliç Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Uygulamalı Psikoloji lisansüstü eğitimine başlamış olup şu anda tez bitirme aşamasındadır.