

**T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
PSİKIYATRI ANABİLİM DALI**

**OBEZ ERİŞKİNLERDE
BENLİK SAYGISI,
YAŞAM KALİTESİ, YEME TUTUMU,
DEPRESYON VE ANKSİYETE**

UZMANLIK TEZİ

DR. TANER DEĞİRMENCİ

DENİZLİ-2006

İş bu çalışma jürimiz tarafından **PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI'** nda **TIPTA UZMANLIK TEZİ** olarak kabul edilmiştir.

BAŞKAN Prof.Dr.Nalan KALKAN OĞUZHANOĞLU

ÜYE Doç.Dr.Figen ÇULHA ATEŞÇİ

ÜYE Doç.Dr.Hasan HERKEN

ÜYE Yrd.Doç.Dr.R.Filiz HAZER KARDAĞ

ÜYE Yrd.Doç.Dr.İ.Osman ÖZDEL

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylım.

03/03/2006

Prof.Dr. Hüseyin BAĞCI
Pamukkale Üniversitesi
Tıp Fakültesi Dekanı

TEŞEKKÜR

Bu çalışmanın her aşamasında değerli önerileri ile bana çalışmayı gerçekleştirmem için yol gösteren, bilgi ve desteklerini esirgemeyen Prof. Dr. Nalan Kalkan Oğuzhanoglu'na ve veri toplama aşamasında her türlü kolaylığı sağlayan destek veren ve yardımlarını esirgemeyen Dahili Anabilimdalı Endokrinoloji Birimi öğretim elemanlarına, Prof.Dr.Yurdaer Sermez Yard.Doç. Dr. Semin Fenkçi, Uz.Dr. İbrahim Özdeş'e, ve bu çalışmanın gerçekleştirilmesi sürecinde çeşitli aşamalarda doğrudan ya da dolaylı katkısını gördüğüm tüm klinik arkadaşlarıma içtenlikle teşekkür ediyorum.

Psikiyatri alanında eğitimime katkı ve desteklerinden dolayı değerli hocalarım Psikiyatri Anabilim Dalı Başkanı Sayın Prof. Dr. Nalan Kalkan Oguzhanoglu'na, Doç Dr. Figen Ç. Ateşçi,Doç.Dr. Hasan Herken, Yrd.Doç. Dr. Filiz Karadağ ve Yrd.Doç.Dr. Osman Özdel, Uzman Dr. Gülfizar Varma'ya ayrıca teşekkür ve saygılarımı sunarım.

Uzmanlık eğitimim süresince birlikte çalışmaktan büyük mutluluk duyduğum hekim arkadaşlarıma ve tüm klinik elemanlarına destekleri ve yardımları için ayrıca eşim Eylem Değirmenci'ye, sabır ve anlayışları için teşekkür ederim

Dr. Taner Değirmenci

Denizli-2006

İÇİNDEKİLER	<u>SAYFA</u>
I. GİRİŞ ve AMAÇ	1
II. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Aşırı kilo ve obezitenin tanımı	3
2.2. Obezitenin Sıklığı	3
2.3. Etiyoloji	4
2.3. 1. Genetik	
2.3. 2. Beslenme şekli ve Çevre etkisi	
2.3. 3. Psikolojik etkiler	
2.3.3.1.Psikanalitik Görüşe Göre Obezite	
2.4. Obezitenin Klinik Özellikleri	13
2.5. Obezitede Komplikasyonlar	13
2.5. 1.Obezitede Tıbbi Komplikasyonlar	
2.5. 2.Obezitede Psikolojik Komplikasyonlar	
2.5.2.1. Beden İmajı ve Benlik Saygısı	
2.5.2.2. Aile İlişkilerinde Yaşanan Sorunlar ve Sosyal Uyum Sorunları	
2.5.2.2.1 Aile ilişkileri	
2.5.2.2.2 Hayat Tarzı, Alışkanlıklar ve Sosyal yaşam	
2.5.2.3. Yeme Tutumu ve Yeme Bozuklukları	
2.5.2.4. Diğer Ruhsal Bozukluklar	
2.5.2.4.1.Obez bireylerde Psikopatoloji	
2.6. Erişkin Obezitesinde Tedavi	22
2.6. 1 Motivasyon	
2.6.2. Zayıflama İşleminde Genel Yaklaşımlar	
2.6.2.1. Diyet	
2.6.2.2. Aktivite	
2.6.2.3. İlaçlar	
2.6.2.4. Cerrahi	
2.6.2.5. Psikolojik destek	
III. AMAÇ VE VARSAYIMLAR	25
IV. YÖNTEM	26
4.1. Örneklem Grubu	
4.2. Gereç	
4.3. Uygulama	
4.4. İstatistiksel Değerlendirme	
V. BULGULAR	32
VI. TARTIŞMA	40
VII. SONUÇ	46
VIII. ÖZET	49
IX. SUMMARY	50
X. KAYNAKLAR	51
XI. EKLER	65

TABLolar ÇİZELGESİ

	SAYFA
Tablo-I: Sosyodemografik özellikler 1	32
Tablo-II: Sosyodemografik özellikler 2	33
Tablo-III: Obez Hastaların stresör, egzersiz, kontrollere geliş özellikleri	33
Tablo-IV: Alışkanlıklar	34
Tablo-V: Öyküde obez ve kontrol grubunun ailelerinin tanı dağılımı	35
Tablo-VI : SCID –I tanı dağılımları	36
Tablo-VII: Ölçekler	36
Tablo-VIII: Yaşam kalitesi ölçeği	37
Tablo -IX: Psikiyatrik tanısı olan obez hastaların stresörle ilişkisi	37
Tablo-X: Stresör varlığının HAM D, HAM A, Yeme tutum testi, Yaşam kalitesi bedensel alan ve benlik saygısı ölçekleriyle ilişkisi	39

I.GİRİŞ

Obezite kelimesinin karşılığı olarak halk dilinde “şişmanlık“ terimi kullanılmaktadır. Şişmanlık halk dilinde tarihsel süreç içinde bazen sağlığın ve doğurganlığın simgesi olarak övgü için; bazen de hantallık, yaşlılık, bakımsızlık, oburluk ve görgüsüzlük anlamında yergi için kullanılmıştır (1). Latince’de obezite “yemekten dolayı” anlamındadır. İngilizce’de ise obesity, şişmanlık, fazla yükleme anlamına gelmektedir (1). Aşırı kilo ve obezite terimleri bilimsel literatürde ve günlük yazışmalarda genellikle birbirlerinin yerine kullanılsa da, bu iki kavram farklıdır. Aşırı kilo boyuna ve yaşına göre standarttan daha kilolu olanları belirtir, obezite ise aşırı vücut yağını belirtir. Obezite genellikle boyun karesine (metre olarak) göre normalleştirilen kilo (kg olarak) ölçümleri (beden kitle indeksi, BKİ) ile hesaplanır. $BKİ > 30 \text{ kg/m}^2$ erişkin obezitesi morbitide ve mortalite artışı ile ilişkilidir (2,3).

Obezite, kısaca yağ dokusunda artış olarak tanımlanır. Bu depolanma, fazladan alınan her 9.3 kalori için 1 gram yağ olarak gerçekleşir. Sonuç olarak, obezite temelde harcanandan daha fazla kalori alınması sonucu gelişir (4). Obezite, sağlık ve yaşam süresini önemli ölçüde olumsuz etkiler. Obezite, kardiyovasküler sistem hastalıkları, hipertansiyon, insülin rezistansının riskinin artması ve Tip 2 diabetes mellitus, safra taşları ve kolesistit, osteoartrit, bazı kanser türleri, solunum disfonksiyonları, uyku apne sendromu bazı psikolojik sorunlar ve artmış mortalite ile ilişkilidir (2,4-11). Önemli morbitide ve mortalite nedeni olan obezitenin, hayat boyu süren, tehlikeli epidemiyeye dönüşen bir hastalık olduğu kabul edilir (5,12,13). Obezite aynı zamanda mali yükü arttıran bir hastalıktır (5,14). Toplumun şişmanlığa karşı gösterdiği reaksiyon nedeniyle kişilerde anksiyete, depresyon, suçluluk duygusu, nefret ve somatik yakınmalar gelişebilir. Ayrıca, iş bulma güçlüğü, okul ve iş çevrelerince reddedilme gibi sosyal sorunlara neden olur (5).

Taşıdığı farklı sağlık riskleri nedeniyle obezite, günümüzde gerçek bir halk sağlığı sorunu hale gelmiştir. Sadece obez kişiyi değil, çevresindekileri yani

toplumu da etkileyen fizyolojik,organik, sistemik, hormonal, metabolik, estetik, psikolojik ve sosyal sorunlara yol açabilen bir hastalıktır.

Günümüzde beden ve ruh sağlığının bir bütün olduğu bilinmektedir. Genellikle obezitesi olan bireylerin tedaviye uyumunda ve kilo vermelerinde çeşitli zorluklarla karşılaşmaktadır. Bu güçlüklerde hastaların yaşadıkları psikososyal sorunların da etkili olduğu düşünülmektedir. Batı toplumunda kadının değerinin ince ve çekici kalmasına bağlı olduğu vurgulanmaktadır. İdeal beklentiler medya aracılığıyla bombardıman tarzında gönderilmektedir. Toplumumuzda son zamanlarda obezite oranında artışla birlikte bu konuda bilinçlenme de artış olduğu görünmektedir (15,16).

Ülkemizde obezitenin psikososyal yönüyle ilgili erişkinlerde yapılmış çalışmalara ilgi artmaktadır. Çalışmalar tedavi için başvuran grubun daha çok psikososyal desteğe ihtiyacı olduğunu göstermektedir (17).

Bu çalışma ile başta benlik saygısı, yaşam kalitesi, yeme bozukluğu, depresyon ve anksiyete olmak üzere psikopatolojinin belirlenmesi ve bu bireylerde psikopatolojiyi etkileyen özelliklerin ayırıştırılması amaçlanmıştır. Ayrıca endokrinoloji kliniğine başvuran obez bireylerin psikososyal özelliklerinin kontrol grubuyla karşılaştırılması planlanmıştır.

Bu araştırmada:

Obezite tedavisi için hastaneye başvuran obez bireyler, obez olmayanlara göre daha fazla psikopatolojiye sahip, benlik saygıları daha düşük, depresyon ve anksiyete skorları daha yüksek ve yeme tutumları farklı olacağı varsayımı araştırıldı.

II. GENEL BİLGİLER

II.1 Aşırı Kilo Ve Obezitenin Tanımı

Epidemiolojik çalışmalarda hastalık ve kilo arasındaki ilişki değerlendirilirken genellikle boy ve kilonun birleşmesiyle oluşan beden kitle indeksi (BKİ) kullanılır. Vücut ağırlığı hakkında halk sağlığı için önerilerde bulunurken yine kilonun boyun metrekaresine bölünmesiyle elde edilen BKİ kullanılır. Dünya Sağlık Örgütü BKİ'yi şu şekilde sınıflandırmıştır. $BKİ < 18.5$ kg/m^2 : zayıf, $BKİ = 18.5-25$ kg/m^2 : normal kilolu, $BKİ = 25-30$ kg/m^2 : kilolu, $BKİ = 30-40$ kg/m^2 : obez, $BKİ > 40$ kg/m^2 : aşırı obez (18).

II.2. Obezitenin Sıklığı

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından yapılan çalışmalar sonunda dünyada obezite yaygınlığının erkeklerde %10-20, kadınlarda ise %10-25 arasında bulunduğu ve yıllar içinde bu oranın daha da arttığı gösterilmiştir. Amerika Birleşik Devletleri'nde obezite hızıyla ilgili olarak yapılan bir çalışmada; 2000 yılında erişkinlerin %20'sinin, 2015 yılında %30'unun, 2025 yılında ise %40'nın obez olacağını öngörülmektedir (19).

Obezite prevalansını etkileyen en önemli faktörler yaş, cins ve ırk olmakla birlikte sosyokültürel düzey, ailede obez bireylerin varlığı ve beslenme alışkanlıklarının da prevalans üzerinde etkili olduğu bilinmektedir (20). Obezite oluşumundaki risk faktörlerinin bilinmesi korunma ve tedavi için gereklidir. Düşük eğitim durumu, evli olma ve çalışmama obezite için risk faktörleri olarak bulunmuştur (21-25). Kadınların gebelik sayısı artıkça şişmanlık riski artmaktadır (21,23). Yine sigara, alkol, spor gibi alışkanlıklar şişmanlık ile ilişkilidir (10,21,26-28). Yakın akrabada şişmanlık, obezite için genetik bir risk faktörü olarak değerlendirilmektedir (21). Farklı ülkelerde 20-60 yaş grubunda obezite prevalansı %10-40 arasındadır (21). Obezite prevalansı yaş ile hem erkek, hem de kadınlarda artar. Ancak bu artış kadınlarda daha belirgindir (29,36). Yapılan araştırmalarda, Türkiye'de kadınların daha obez oldukları bulunmuştur (30,31). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 1993 ve 1998'de yapılan Türkiye

Nüfus ve Sağlık Araştırmasına göre kadınlarda obezite prevalansı sırasıyla %18.7 ve %18.8 bulunmuştur (32,33). Ayrıca, Manisa kent merkezinde kadınlardaki obezite prevalansı %31.0, Isparta'da yapılan bir çalışmada %31.6 ve Kayseri'de %34.3 olarak bulunmuştur (34,35).

Bu konuda Türkiye 'de yapılan çalışmalardan şu sonuçlar elde edilmiştir. Turdep çalışması (Türkiye' de Diabetes Mellitus,Obezite ve Hipertansiyon Epidemiolojisi) : WHO gözetiminde İ.Ü. Çapa Tıp Fakültesi Diyabet Bilim Dalı tarafından 1997'de rastgele 15 ilden 20 yaş üstünde 24788 kişi (%55.3 kadın, % 44.7 erkek) üzerinde gerçekleştirilmiştir. Çalışmada BKİ'nin 30 kg/ m²' den büyük olduğu durumdaki obezite sıklığı ülke genelinde %22.3, kadınlarda %29.9 erkeklerde %12.9 olarak saptanmıştır (8). TEK harf (Türk erişkinlerde kalp sağlığı, risk profili ve kalp hastalığı) çalışmasında ise 1990 -1998 yılları arasında, erişkin Türk toplumunda, koroner kalp hastalığı morbidite ve mortalitesi; obezite, diabetes mellitus, hipertansiyon , hiperlipidemi gibi risk faktörleri prevalansı 893 erkek ve 912 kadın üzerinde araştırılmıştır. Çalışmada 8 yıllık WHR (bel / kalça oranı) değişimleri incelenmiştir .Erkeklerde 1990 yılında ortalama BKİ = 24.9 kg /m² iken, 1995 yılında 25.9 kg /m², 1998 yılında ise 26.5kg / m²' ye yükselmiştir. Kadınlarda ise 1990 yılında ortalama 26.8 kg / m² olan BKİ, 1995'de 27.9 kg/m², 1998'de ise 28.75 kg/m² 'ye yükselmiştir. Bel çevresi erkeklerde 1995'den 1998' e kadar 1.2 cm (net 0.8 cm), kadınlarda ise 1.7 cm (net 0.7cm) artmıştır. Aynı süre içinde WHR artışı erkeklerde 0.008, kadınlarda ise 0.0135 olmuştur. (7)

Ülkemizde gerçekleştirilmiş bu üç çalışma erişkin Türk toplumunun fazla kilolu olma eğiliminde olduğunu düşünebilir. Kadınlardaki ortalama BKİ obezite sınırına yaklaşmıştır.

II.3. Etiyoloji

Tüketilenden daha fazla enerji alınması obezitenin başlıca nedenidir. Bu tip obezite ekzojen obezite olarak adlandırılır ve şişmanların büyük çoğunluğu bu gruba girmektedir. Ekzojen obezite dışında, obezitenin eşlik ettiği birçok hastalık

ve sendromlar vardır. Bu hastalıkların bir bölümü hipotalamik ve hormonal kökenlidir. Bir diğer bölümünde aktivite azlığı sorumlu tutulmakta, bir çoğunda ise patogeneze bilinmemektedir (48).

Patolojik obezite nedenleri :

I. Endokrin nedenler:

Hipotiroidizm

Büyüme hormon eksikliği

Cushing sendromu

Pseudohipoparatiroidizm tip 1

Hiperinsülinizm

Polikistik over sendromu

II. Kraniofarenjioma

III. Hipotalamik sendromlar:

A. Fröhlich sendromu

B. Laurant-Moon Biedl sendromu

IV. Diğer sendromlar:

A. Turner sendromu

B. Down sendromu

C. Klinefelter sendromu

D. Cohen sendromu

E. Carpenter sendromu

Obezite kalori alımı ile kullanımı arasındaki dengesizlik sonucu ortaya çıkar. Bununla birlikte ekzojen obezite etyolojisinde etkili faktörler çeşitlidir.

II.3.1. Genetik

Son zamanlarda yapılan geniş epidemiyolojik çalışmalar, obezitenin genetik faktörlerden etkilendiğini göstermektedir. Aşırı kilolu ebeveynlerin çocukları da aşırı kilolu olma eğilimindedir. Bu durumun çocuklar biyolojik ebeveynlerinden ayrı yetiştirildiklerinde de geçerli olması obezitenin genetik faktörlerine işaret eder (20).

İkizler ve evlat edinilmiş çocuklarla yapılan çalışmalarda çekirdek ailede obezite geçişinin %30-50, evlat edinilmiş çocuklarda %10-30, ikizlerde ise %50-80 arasında olduğu gösterilmiştir. Obezite etyolojisindeki en önemli faktörlerden birisi ebeveynlerin obez olmasıdır. Her iki ebeveyni obez olan çocuklarda obezite gelişme sıklığı %80, ebeveynlerinden birisi obez olanlar %40, her iki ebeveyni de obez olmayanlarda ise %7 olarak tespit edilmiştir (20).

Obezitenin ailesel birikim gösterdiği bilinmektedir. Ancak obezitenin eşlik ettiği bazı nadir hastalıklar hariç, obez hastaların büyük bir çoğunluğu tam bir Mendeliyen kalıtım göstermez. Obezitenin kalıtılabilirlik düzeyi ikiz çalışmaları, evlatlık ve aile çalışmaları ile saptanmıştır. BKİ temel alınarak yapılan çalışmalarda, aynı yumurta ikizleri ve ayrı yumurta ikizleri, ya da ayrı yetiştirilmiş aynı yumurta ikizlerinin BKİ varyasyonunda %70 düzeyinde birikme göstererek yüksek kalıtılabilirlik düzeyi oluşturdukları saptanmıştır. Evlatlık çalışmaları ise %30 ve daha az kalıtılabilirlik düzeyi göstermiştir. Aile çalışmaları ise genellikle ikiz ve evlatlık çalışmalarının arasında orta düzeyde bir kalıtılabilirlik göstermiştir. Bazı çalışmalarda ise, BKİ için kalıtılabilirlik düzeyi % 25-40 arasında bildirilmiştir (37,38).

Birinci derece akrabalarda, obezite ya da aşırı kilo olduğunda obez olma riski "lambda coefficient" diye adlandırılan istatistik metotla hesaplanabilmektedir. Bu yöntem, biyolojik akraba obez olduğunda, diğer bireylerdeki obez olma risk oranını popülasyondaki risk ile karşılaştırmaktadır. Bu konuda yapılan bir araştırmada, 840 obez bireyin 2349 birinci derece akrabasından elde edilen risk oranlarının toplumdakinden iki kat fazla olduğu gösterilmiştir. Ayrıca o bireydeki obezitenin, ciddiliğine bağlı olarak da risk artmaktadır. Böylece, aşırı obezite riski (BKİ>45 kg/m²), aşırı obez kişilerin ailelerinde 8 kat daha yüksektir. Kanada'da 15245 kişide yapılan bir çalışma, obezitenin ailesel riskinin obezlerin akrabalarında, genel topluma göre 5 kat daha yüksek olduğunu göstermiştir (39,40).

II.3.2. Beslenme Şekli ve Çevre Etkisi

Anne karnında olduğu dönemden itibaren bebeğin beslenme şekli, yaşamın daha sonraki dönemlerindeki beslenme alışkanlığını etkilemektedir. Süt çocukluğu dönemindeki karışık ya da yapay beslenme obezite riskini artırırken, anne sütüyle beslenme obeziteye karşı koruyucu etki göstermektedir. Öğün sıklığı ve düzeni de vücut ağırlığını etkileyen önemli faktörlerdendir. Günde üç veya daha fazla beslenen öğünlerini düzenli tüketen kişilerde, günde bir veya iki kez düzensiz beslenen kişilerden daha az sıklıkta obeziteye rastlanmaktadır (41).

Enerji alımını ve enerji tüketimi arasındaki ilişki pozitif veya negatif enerji balansını ortaya çıkararak vücut ağırlığını değiştirmektedir. Adultlar ortalama 1 milyon k/cal/yıl tüketirler, burada enerji alımında tüketimine karşı yapılacak %5'lik bir hata vücut ağırlığında ortalama 7 kg kadar değişime neden olur. O halde obezite yalnızca enerji alımı, enerji tüketimini aştığı zaman olabilir. Bu günkü çevremiz limitsiz olarak kolaylıkla elde edilebilen, oldukça ucuz çok lezzetli ve enerji yüklü gıdalarla doludur. Buna düşük fiziksel aktiviteli yaşam stilide eklenmiştir. Bu çevresel koşullar yüksek enerji alımını ancak düşük enerji kullanımını uyarır. Bu koşullar altında obezite kolaylıkla oluşur. Pozitif enerji balansı ile vücut kitlesi, enerji balansını düzeltme yerine artırır. Bu yönden bakılacak olursa obezite dedektif bir fizyolojinin sonucu değil, çevreye verilen doğal bir yanıtıdır (42).

Genetik faktörler değişik bireylerin çevreye verdiği yanıtı belirlemede kritik bir önem taşıyabilirler. Bu aynı çevresel koşullarda yaşayan bireylerin farkı vücut ağırlıklarında olmasını açıklayabilir. Hangi çevresel faktörler aşırı yemeği uyarır? Gıda çokluğu ve porsiyon büyüklüğü obeziteyi arttıran çevresel etkiler arasındadır. En önemlisi ise büyük miktarlarda gıdaların tüketilmesidir. Çok lezzetli ucuz gıdalara her yerde ulaşılabilir. Porsiyonlar özellikle ABD' de çok büyümüştür. Bu özellikle bizde de son zamanlarda yerleşen "fast food" restoranlarda "süper king" menü formları ile göze çarpmaktadır.

Düşük fiziksel aktivite artan obezite riskinin artması ile birliktedir. Teknoloji ve ulaşımdaki ilerleme günlük yaşamda fiziksel aktiviteyi azaltır. Televizyon, elektronik oyunlar ve bilgisayar başında harcanan zaman erişkinlerde olduğu gibi çocuklarda da sedanter yaşam doğurur (43).

II.3.3. Psikolojik Etkiler

Obezite gelişebilmesi için yeme davranışı ile alınan enerjinin etkinlikler yoluyla tüketilen enerji miktarından fazla olması gerektiği, bilimsel olarak ortaya konmuş bir gerçektir. Bu aşamada yeme davranışının fazlalığı üzerine odaklanılabilir. Yeme davranışı psikolojik açıdan incelendiğinde yalnızca beslenme olayını ifade etmemektedir. Yeme tutumunun altında farklı psikodinamik süreçler bulunmaktadır.

II.3.4.1. Psikanalitik Görüşe Göre Obezite

Obeziteyi açıklamaya yönelik genetik, endokrinolojik kuramların yanı sıra, psikanalitik görüşler de mevcuttur. Obeziteye ilişkin psikanalitik kuramların obez bireylerin çözümlenmemiş bağımlılık gereksinimleri bulunduğu ve bu kişilerin psikoseksüel gelişimin oral dönemine fikse oldukları vurgulanır. Bu döneme fiksasyon aşırı bir iyimserlik veya karamsarlık, oburluk, hırs, bağımlılık ve sabırsızlık ile karakterize tipik bir kişilik yapısını oluşturur. Oral karakter yapısı etiolojik olarak önemlidir ve obezite ile güçlü bir ilişkisi vardır. Freud'un libido kuramına göre obezite ve yeme davranışı arasında en çok bağ kurulan dönem "oral dönem" dir. Oral dönem doğum sonrası ilk bir yılı kapsar. Bu evrede libido daha çok ağız dudak ve dile yatırılır. Yani bu evrede doyum sağlayan haz veren bölge ağız ve çevresidir. Emme, çiğneme ve yutma eylemlerinde belirginleşen içe alım, bu bölgenin ve evrenin egemen işlevidir (46).

Bu evrede bebeklerin davranışlarında içe alım ve doyum önceliklidir. Ancak bu gözlemler bebeklerin alma ile verme arasında dalgalandıklarını da göstermiştir. Sadece doyum amaçlı tek yönlü bir 'alış'tan çok, yaşamın erken dönemlerinde başlayan bir 'alışveriş' insan ilişkilerinin özgül özelliklerinden biridir (44).

Bu alışverişte annenin kişisel özelliklerinin büyük önemi vardır. Çocuğun veren ya da alan bir kişi olarak gelişmesini annenin alıcı ve verici özellikleri belirler. Verebilen bir anne, almasını bilen bir çocuğun gelişmesine olanak sağlar (44).

Almayı öğrenmek verebilmenin ön koşuludur. Güçsüz, kuşkulu, veremeyen ve kendi gereksinimleri peşinde koşan bir anne, çocuğun sağlıklı bir biçimde almasını engeller. Böyle bir anne çocukta vermekten çok almayı düşünen nesne tasarımlarının gelişmesine ve çevreyle ilişkilerinin bozulmasına neden olabilir (44).

Oral dönemde alışveriş dengesizliği yalnızca veren (özgeci) ya da yalnızca almayı düşünen (bencil) bir kişiliğin gelişmesine neden olabilir. İştah ve yeme bozukluklarının çoğunda bu dengesizliğin izlerine rastlanır. Dediğim dedik anneler bu alışverişi bir güç gösterisine dönüştürebilirler. Çocuk bu tutum sonucu almayı güçlülük, vermeyi ise güçsüzlük olarak algılayabilir. Aşırı şişmanlığın dinamiğinde ebeveynin çocuğa “senin ne zaman acıkacağını ve ne zaman doyacağını ben bilirim ve ben belirlerim” gibi bir yaklaşımın etkisi çokça vurgulanmıştır. Duygusal sorunları olan ya da cinsellikten korkan anneler, alışverişi duygu ve cinsiyet alanlarının dışına kaydırırlar. Böyle durumlarda sevginin yerini yemek, hediyeler, para ya da oyuncaklar, cinselliğin yerini de giyim işte verimlilik ve yaşamdaki başarı alabilir. Umutsuz ve karamsar anneler, çocuklarında geleceğin umut içerdiği inancının gelişmesini, sevemeyen anneler ise çocuklarının kendilerini sevilir varlıklar olarak algılamalarını engellerler. Bu nedenle bu dönemin umudun, inancın, temel güven duygusu ve sevginin belirleyicisi olduğu düşünülmektedir (44). Psikanalistler obeziteye karşı yeterince ilgi duymamışlardır. Psikanaliz hastalarının yalnızca küçük bir bölümü obezdir ve bunların da çok az bir bölümü obezite nedeniyle tedavi isteğinde bulunmuşlardır (45,46).

Psikanalitik teorilerde aşırı yeme, depresyon ve anksiyete ile uyuma yönelik olmayan veya uyumu bozan bir baş etme tepkisi olarak görülmektedir. Obez

bireylerin aşırı yemek suretiyle anksiyete ile baş etmeyi öğrendikleri ve bu bireylerin edilgen bağımlı özelliklerinin bu kişileri alternatif baş etme becerileri geliştirmekten alıkoyduğu öne sürülmektedir.

Psikanalitik araştırmalarda obezite kişilik bozukluğunun psikosomatik bir semptom kompleksi olarak kabul edilmiştir. Şişmanlık gibi “bilinç dışı psikosomatik bir semptom kompleksi” seçiminde genetik, biyokimyasal, nörolojik, endokrinolojik ve sosyolojik faktörlerden birisinin ya da birkaçının katkıda bulunduğu belirtilmektedir (47). Bu konudaki veriler genellikle yetişkin hastalarla ilgili olup, obez hastaların genellikle şişmanlık sorunları nedeniyle değil, depresyon ve fobi gibi nörotik semptomlarla analiste başvurdukları belirtilmektedir (47).

Obez hastalar arasında çok geniş ve dinamik yapısal farklılıklar olmasına karşın bu hastaların ego yapıları belirgin olarak anoreksi hastalarından ayırt edilebilmektedir. Obez hastaların ailesinde patolojik narsistik aile şekli tespit edilmiş ve bu yapının kendisini impuls kontrolünde yetersizlik olarak gösterdiği düşünülmüştür (47). Obez hastaların ego çatışmalarını anorektik hastalar gibi içgüdüsel aşırı kontrol ile değil, içgüdüsel zevkle kontrol etmeye çalıştıklarını belirtmiştir. Ayrıca şişman hastalar suçluluk duygularını açlık kusma ya da laksatif kullanarak değil; bunun yerine dürtülerini kontrol edememenin sorumluluğunu inkar etme yolu ile kompanse ederler. Etkisiz egoları sebebiyle şişmanların sonu gelmeyen diyet girişimleri genellikle self kontrolünün yetersizliğinin bir göstergesidir. Psikanalitik görüşe göre obezite, kişilik bozukluklarının çoğuna eşlik edebilen bir semptom kompleksidir. Psikiyatrik ya da psikodinamik tanı ne olursa olsun şişmanlık altta yatan dürtü bozukluğunun bir belirtisidir (47).

Bu konuda yapılan çalışmalar incelendiğinde; Psikanalitik literatürde şişman hastalarla ilgili değişik psikodinamik ve bilinç altı çatışmalar tanımlanmış olduğu görülmektedir. Dişiliği inkar etme, öedipal rekabetten vazgeçme, erkeksi saldırganlığa karşı korunma, fallusun içe alınması gibi fanteziler, kaybedilmiş bir

nesneyi tekrar kazanma düşüncesiyle yemek, mastürbasyon dürtülerinin yukarı doğru yer değiştirmesi, can sıkıntısına karşı yemek, depresyona karşı yemek, anne sevgisinin yerine koymak için yemek, diğer psikosomatik belirtilerden şişmanlığa kayış, teşhircilik bu çatışmalardan bazılarıdır (47).

Genel kanı gelişme ve olgunlaşma seviyelerindeki her türlü çelişkinin inkar edilip, bölündüğü ya da şişmanlık korkusu kompleksi ile yeme ya da yememe şeklinde dışsallaştırıldığı şeklindedir.

Şişman hastaların beden algılarına ilişkin çalışmalarda, ağırlık düzeyleri ne olursa olsun şişman hastaların anoreksik hastalara benzer bir şekilde, şişman olma korkusu ve zayıf olabilme takıntısı ile yaşadıkları dikkat çekmektedir. Şişmanlıklarından rahatsız olmadıklarını söyleyen hastalar aslında aşırı bir inkar içindedirler ve çözemeyecekleri bir problemi rasyonelize etmektedirler (47).

Aile dinamikleri araştırıldığında şişmanların ebeveynlerinin aile içindeki tavırlarında herhangi bir karakteristik gruplaşma olmadığı görülmüştür. Anorektiklerin ailesinde belirgin olarak gözlenen mükemmeliyetçilik, duyguların bastırılması, diyet yapma ve şişmanlık korkusu, teşhircilik, ebeveyn çatışmaları gibi özellikler, şişman vakaların ailelerinde aynı oranda gözlenmemektedir. Şişmanların ailelerinde dikkati çeken bir özellik belirli normal ebeveyn rollerinin büyük oranda ihmal edildiğidir. Çocuğun şişmanlığı seçmesi aşırı ilgi ile değil ebeveynlerin ilgisizliği ile oluşmaktadır. Çocuğun özdeşim sorunları bulunduğu dikkati çekmektedir (47).

Wilson, şişman hastaları etkili bir şekilde tedavi etmek için genellikle şişmanlığın başlıca nedeni olan dürtü bozukluğunu, bağımlı kişilik yapısını ve çocukluk alışkanlıklarını anlamak gerektiğini ifade etmektedirler. Şişmanlığın bağımlılık olduğunu ve parmak emme, tırnak yeme, saç yolma, enkoprezis, enürezis gibi dürtü kontrol bozukluklarıyla sıklıkla birlikte bulunduğu dikkat çekmişlerdir. Bununla beraber bazı hastaların aşırı uyumlu bir çocukluk öyküsü verdiklerini ve bu hastaların terapileri sırasında izole edilmiş isyankarlık

dönemleri olduğunu belirtmişlerdir. Yazarlar egonun yeme bozukluklarında kullandığı savunma mekanizmalarını çocuklukta alışkanlıkları ve dürtü bozukluklarıyla da mücadele ederken kullandığını ve şişman hastaların ego yapısında; inkar, bölünme, yer değiştirme, dışsallaştırma ve bilinçten uzak tutma ve yalan söyleme gibi savunmaların önemli yer tuttuğunu ifade etmişlerdir (47).

Psikanalize giren hastaların verileri incelendiğinde, bilinç dışı olarak terapist dahil herkesi potansiyel “eleştiren ebeveyn” olarak algılama eğiliminde oldukları bildirilir. Bu yansıtma özdeşimin bir şeklidir. Şişmanlardaki inkar savunması çok katlıdır ve diğer savunmalarla bağlantılıdır. Kendi kendine alay etme, komiklik, şaka yapma diğer insanlardan gelecek eleştirilere karşı bir savunmadır (47).

Bu savunmalar analiz edildiğinde depresyon ortaya çıkar. Aynı zamanda yansıtma özdeşimin ortaya çıkış şekli olan irritabilite, kavgacılık, karşı koyma da görülür. Şişman hastalar kendilerini hoş görme konusunda suçluluk hissederler. Bunun fark edilmesi durumunda kızgınlık ve kuşku duyguları oluşur. Böyle bir durumda davranışlarını sorgulayan insanları şaşırtırlar. Onları çocukluklarındaki eleştiren ebeveynleri ile karıştırırlar (47).

Bazı obez bireylerde depresif kişilik özellikleri görülebilir. Depresif kişilik yapısı gelişiminde psikoseksüel gelişim basamaklarının rolü büyüktür. Oral dönemin en etkin işlevi içe alım ve en belirgin davranışı bağımlılık ve edilgenlik ise bu döneme saplanmaların bu özelliklerin gelişecek kişilik yapısında etkili olması doğaldır. Oral dönemin beslenme, alma-verme, haz alabilme, yaşama kıvancı, umut ve iyimserlik gibi temel nitelikleri ve bunlarla ilgili sorunlar depresif kişilik yapısının temel belirleyicileridir. Depresif kişilik yapısında yasak, yargı ve cezalandırmalar, beslenme, doyum ve haz alma, umutlanma, bencillik ve yaşama isteklerine karşıdır. Beslenme ile ilgili kontrolsüzlük ya da sapmalar üst benliğin o kişiyi değersizleştirmesine neden olur. (47)

Obezlerin tipik kişilik özellikleri sabırsızlık, büyüsel düşünceye inanma, kararsızlık, doymak bilmezliktir. Herhangi bir başarıyla omnipotens yaşarlar fakat başarısızlık ve engellenme karşısında çok çabuk bir şekilde açlık korkusuna dönerler (47).

Bu veriler ışığında ekzojen obezite etyolojisinin tek bir nedenle açıklanamadığı görülmektedir. Genetik, beslenme şekli, sosyoekonomik durum ve psikolojik etkenlerin bazen birisinin bazen birden fazlasının etkisi sonucunda oluştuğu kabul edilebilir.

II.4. Obezitenin Klinik Özellikleri

Obezite tanısının konması klinikte önemli bir konudur. Kişinin şişman olup olmadığına, yalnızca bakarak da karar verilebilir. Ancak tanının objektif ölçütlerle kanıtlanması gerekir (48).

Günümüzde obeziteyi belirlemek için Dünya Sağlık Örgütü tarafından 1988’de Garrow’ca tanımlanan tartı ve boy parametrelerinden yararlanılarak geliştirilen “beden kitle endeksi” (BKİ) kullanılmaktadır. Buna BMI (Body Mass Index) veya Quetelet indeksi de denmektedir (12).

II.5. Obezitede Komplikasyonlar

II.5.1. Tıbbi Komplikasyonlar

Obezite morbidite ve mortalite için başlı başına bir risk faktörüdür. Kardiyovasküler, solunum, endokrin, kas-iskelet, gastrointestinal sistemlerde komplikasyonlara yol açabilmektedir. Ayrıca bazı kanserlerde yatkınlaştırıcı faktörlere katkıda bulunmaktadır (45).

II.5.2. Psikolojik Komplikasyonlar

Obez bireylerin değişik psikolojik sorunları olduğu belirtilmekle birlikte bu konudaki veriler değişkendir.

Stunkard ve Wadden psikopatoloji olmasa bile sosyal reddin sıklıkla benlik değeri duygusunda problemlere yol açtığını ileri sürmüştür. Bu çalışmalar benlik saygısının ölçümünde değişik etkenlerin rol oynayabildiğini göstermektedir (49). Örneklem grubunun değişkenliği göz önüne alındığında ise kontrolsüz klinik çalışmalarda obez erişkinlerde artmış psikopatoloji düzeyleri saptanmakla birlikte bu sonuçlar tartışmaya açıktır.

Tüm bu farklı değerlendirmelere rağmen obez hastalarda görülen psikolojik sorunlar dört ana başlık altında toplanabilir. Bu sınıflamada tüm grupların birbirleriyle bağlantılı oldukları, birinin diğerine zemin hazırladığı ve zaman zaman iç içe geçtikleri dikkati çeken bir başka konudur.

II.5.2.1. Beden İmajı ve Benlik Saygısı:

Benlik saygısı ya da diğer bir deyişle özdeğer duygusu, “self-esteem”in kavramsal karşılığı olarak Türkçe’de kullanılan bir terimdir. Benlik saygısı kişinin kendini tanıması ve gerçekçi olarak değerlendirmesi sonucunda kendi yetenek ve güçlerini olduğu gibi kabul edip benimsemesi şeklinde tanımlanmakta olup, kişinin kendisine karşı duyduğu sevgi saygı ve güven duygularını ifade etmektedir (50).

Benlik saygısının duygusal, zihinsel, toplumsal ve dolaylı olarak da bedensel öğeleri vardır. Kendini değerli hissetme, yeteneklerini ortaya koyabilme, başarma, toplum içinde beğenilir olma, kabul görme, sevilme, kendi bedensel özelliklerini kabul ve benimseme, benlik saygısının oluşması ve gelişmesinde önde gelen etkenlerdir (51).

Erikson(56), benlik saygısının kökenini, psikososyal gelişim basamaklarının birinci döneminde temel güven duygusuyla kazanılan, aynılık ve süreklilik duygusuna bağlamıştır. İkinci dönemde çocuğun işeme dışkılama kasları üzerinde kontrol sağlaması ve benlik saygısı desteği ile kendi kendini denetleyebilmesi, özerklik duygusunun kazanılmasını sağlamaktadır. Çocuğun kendisi üzerinde kontrol kurduğunu fark etmesinin verdiği haz ve sosyal varlığının farkına varması,

benlik saygısını gerçekçi olarak arttırmada da rol oynamaktadır. Erikson'un kuramında psikososyal gelişimin beşinci dönemi olan kimlik oluşumu sürecinde de benlik saygısının önemli rolü vardır. Daha erken dönemlerde benlik saygısının ortaya çıkmasını sağlayan aynılık ve süreklilik duygusunun bu dönemde, başkaları tarafından yapılan değerlendirmenin aynılık ve sürekliliği ile uyuşması sonucunda benlik kimliği duygusu gelişmektedir. Bu şekilde kimlik duygusuna yol açan benlik saygısı, çocukça bir benmerkezcilik duygusunun aksine, yetenekler ve sosyal teknikler, ego ideali ve sosyal rol ilkelerine dayanır.

Rosenberg(57), benlik saygısını kişinin kendisine karşı, olumlu veya olumsuz tutumu olarak ele almıştır. Kişi kendini değerlendirmede olumlu bir tutum içinde ise, benlik saygısı yüksek, olumsuz bir tutum içinde ise, benlik saygısı düşük olarak kabul edilmektedir.

Fazla kiloya sıklıkla özsaygının azalması eşlik eder. Çalışmalar negatif vücut görüntüsünün çocuklukta ve adolesan dönemde obesitesi başlayanlarda, emosyonel rahatsızlığı olanlarda ve önemli kişilerce negatif değerlendirilenlerde daha sık olduğunu göstermiştir (59). Daha kilolu insanlara yapıştırılan etiketler bedenlerin dışına taşmaktadır. Kilolu insanlara bakanlar sadece onların ağırlığına ve hacmine dayanarak çeşitli önyargılarda bulunmaktadırlar. Bu insanların tembel,uyuşuk, aptal ve kirli oldukları düşünülmektedir (58). Erişkinlerde obezite ile benlik saygısının arasındaki ilişkileri araştıran çalışmaların bazılarında benlik saygısı ile obezite ve BKİ arasında ters orantı olduğu (52), bir çalışmada ilişki olmadığı belirlenmiştir (53). Obezite ile benlik değerinin azalması arasında doğrusal bir ilişki olduğuna dair araştırmalar vardır (54,55).

II.5.2.2. Aile İlişkilerinde Yaşanan Sorunlar ve Sosyal Uyum Sorunları

Obezite ile psikososyal farklılıklar arasındaki ilişkileri araştıran çok fazla çalışmaya rastlanmamıştır. Yapılan çalışmalarda özellikle okul, aile ve toplumsal işlevsellikle ilgili faktörler ve vücut ağırlığının ilişkisi araştırılmıştır (60-62).

II.5.2.2.1. Aile İlişkileri

Yaygın olarak kabul edildiği gibi ebeveyn davranışları çocuk gelişiminin pek çok yönünü şekillendirir. Diyet yapan genç kızların bu davranışları annelerinden öğrendikleri görülmüştür. Anneleri açıkça diyetle ilgili tavsiyede bulunmaktadır. Çok daha küçük kız çocuklarında annelerin çocukların yemelerini kontrol etmesi, kızların aşırı kilolu olması ile bağlantılıdır. Daha kilolu kızların anneleri çocuklarının ne kadar ve nasıl yemeleri ile ilgili daha fazla dış kontrol uygulamaktadırlar. Bu anne kontrolünün bir odak noktası alımı azaltmaktır. Kızlarının alımını sınırlayan annelerin ifadeleri kendi diyet kısıtlamaları ile bağlantılıdır (60).

Sosyal ve fiziksel çevrelerindeki yetersizliklerin erişkinlikteki obezite ile bağlantılı olduğu düşünülmektedir. Lissau ve ark'nın çalışması ebeveynlerinden yeterli destek alamayan çocukların erişkinlikte diğerlerinden yedi kat daha fazla obezite riski altında olduğunu göstermektedir (61).

Aşırı kilolu olmak aile fonksiyonları zayıf yalnız genç olmakla açıkça bağlantılı olmasa da olumsuz beden algısına sahip genç kızların daha düşük düzeyde aile ilişkileri bildirdikleri dikkati çekmiştir (62).

Grilo ve arkadaşları DSM IV kriterlerine göre tıkınırcasına yeme bozukluğu tanısı alan 145 obez hastaya çocukluklarında yaşadıkları travmaları sorgulayan çalışmasında, toplam %89'unun bir alanda kötü muamele ile karşılaştıklarını saptamışlardır. Ayrıca hastaların %59'unun duygusal istismara, %36'sının fiziksel istismara, %30'unun cinsel istismara, %69'unun duygusal ihmale, %49'unun fiziksel ihmale maruz kaldıklarını belirlemişlerdir. Duygusal ihmal bildiren kadın ve erkeklerin bedenlerinden hoşnutsuzluklarının daha yüksek olduğu ayrıca daha yüksek oranda depresyon ve düşük benlik saygısı bildirdikleri dikkati çekmiştir. Cinsel istismar bildiren erkeklerde ise beden hoşnutsuzluğunun belirgin olarak daha yüksek olduğu belirtilmiştir (63).

II.5.2.2. Hayat Tarzı, Alışkanlıklar ve Sosyal yaşam

Obezitenin gelişiminde psikososyal faktörlerin rolü kabul edilmektedir. Bu grupta obez olmayanlara göre daha çok psikososyal rahatsızlık görülmektedir. Tedavi için başvuran kişilerin psikolojik rahatsızlık ve yeme sorunlarının olma olasılığı tedavi için başvurmamayanlardan daha yüksektir. Amerika Birleşik Devletleri ve diğer gelişmiş ülkelerde, obezite prevalansı azınlık gruplarında, düşük sosyoekonomik sınıflarda ve eğitim düzeyi daha düşük kitlelerde daha yüksektir. Obez bireyler çalışma yaşamında daha az kalifiye olarak değerlendirilmekte, çalışma alışkanlıkları daha kötü, duygusal ve kişiler arası ilişkilerde sorunlu olarak görülmektedir. Obez bireylerin prestijli okullara kayıt olma ve daha çok tercih edilen mesleklere kabul edilme şansları daha düşüktür. Astım, diyabet ve kas iskelet deformiteleri gibi diğer kronik fiziksel hastalıklarla beraber obezite sıklıkla daha düşük evlilik oranı gibi negatif sosyal ve ekonomik sonuçlar da doğurmaktadır (64).

Obez bireylerin yaşadığı en büyük sosyal sorunlardan biri iş yaşamı, sosyal yaşam ve kişilerarası ilişkilerdeki önyargı ve ayrımcılıktır. Obez bireylerin klinisyenler karşısında da benzer bir ayırım yaşadıkları saptanmıştır. Bu bireylerin %78'i genelde klinisyenlerin kendilerine obeziteyi nedeniyle kaba davrandıklarını bildirmektedirler. Obez bireylere karşı klinisyenlerin tutumlarını inceleyen çalışmalar bu hastaların bu tür algılarının doğru olabileceğini göstermektedir. 77 klinisyeni kapsayan bir çalışmada, bu hekimlerin obez hastalarını hantal, beceriksiz, iradesiz olarak tanımladıklarını göstermiştir (19,58).

Bu araştırmalar obezitenin sosyal zorluklar için bir risk etmeni olduğunu düşündürmektedir.

II.5.2.3. Yeme Tutumu ve Yeme Bozuklukları

Yeme davranışı motor, bilişsel, sosyal, duygusal gelişmelerin merkezi ve çevresel faktörler tarafından düzenlenmesiyle oluşan kompleks bir fenomen olarak görülür. Yeme sadece biyolojik gelişim ve fizyolojik fonksiyonların gereksinimini sağlamak için değildir. Anne bebek ilişkisinden itibaren bütün

sosyal ilişkilerin oluşumuyla da ilgilidir. Yeme çok çeşitli haz veren ve acı veren yaşantılarla ilişkilendirilmektedir (45).

Obez kişilerin tümünün kilolu oluşlarında yeme davranışlarının sorumlu olmadığı bilinmektedir. Bununla birlikte obez bireyler arasında aşırı yemenin yaygın olduğu kabul edilir. Obez bireylerin normal kilolu bireylere göre uyarılma eşiklerinin daha düşük olduğu bilinmektedir. Bu kişiler dış uyaranlara daha rahat ve fazla yanıt verirler. Bu bireyler normal kilolu bireylere göre ağrı stres ve diğer emosyonel uyaranlara karşı daha fazla bir uyarılma örneği gösterirler. Bu bireylerdeki uyarılabilirlik eşiğinin düşük oluşu, dış uyaranlara yanıt vermedeki artışla birleşince bu durum aşırı yeme ile sonuçlanabilir. Uyarılabilirlik eşiği düşük olan bireyler yiyecek uyaranlarının bulunduğu ortamda diğer bireylere göre bu uyaranlara daha kolay ve daha yoğun yanıt vermektedirler (45).

Obezlerde anksiyete düzeyleri ve yeme tutumları arasında ilişki olduğu düşünülmüştür. Çalışmalar obez bireylerin, anksiyete yaratan durumlarla karşılaştıklarında normal kilolu bireylere kıyasla anlamlı şekilde daha fazla yemek yediklerini göstermiştir. Obez bireylerin yaklaşık %10'unda günlük stresörlerle ortaya çıkan sabahları iştahsızlık, uykusuzluk ve gece yeme davranışı saptanmıştır. Bu tür davranış stres altında ortaya çıkar ve stres geçinceye kadar sürer. Açlık dürtüsü olmadan ortaya çıkan yeme atağı sırasında kontrolü kaybetme duygusu yaşanır ve aşırı miktarda gıda tüketilir. Bu şekilde yeme paterni olan obez grubun obesite tanı kategorisi içinde farklı bir alt grup olduğunu düşünenler çoğunluktadır (19,45,46).

Obez hastalarda yeme bozukluklarını araştıran çalışmaların sayısı oldukça kısıtlı olup bu konuda en çok vurgulanan tıkanırcasına yeme bozukluğudur.

Başka türlü adlandırılmayan yeme bozuklukları içinde yer alan bazı yazarlarca “tıkanırcasına yeme bozukluğu” (TYB) olarak adlandırılan klinik tablo obezite ile bağlantısı açısından, dikkati çekmektedir. Bu bozuklukta bulimia

nervozadakine benzer yeme atakları olup kusma ve aşırı yemeyi kompanse edici diğer davranışlar bulunmamaktadır.

Hamburger (65) şişman kişilerde tıknırcasına yeme davranışından söz etmiş ve şişman hastalarda özellikle çikolata, şeker, dondurma gibi tatlılara karşı denetlenemeyen, karşı konulamaz bir davranış biçimini “kompulsif yeme” olarak adlandırmıştır. İlk kez Kornhaber (66) tıknıma sendromu olarak ayrı bir klinik görünüm tanımlamış bu sendromun hiperfaji, depresyon ve duygusal geri çekilme ile seyrettiğini belirtmiştir. Bu konuda yapılan çalışmalar son zamanlara kadar bulimia nervozalı hastalarla sınırlı kalmıştır. TYB'nun son zamanlarda DSM-IV'te ayrı bir tanı olarak yer alması önerilmiş, ancak “kesin tanı ölçütlerinin geliştirilmesi için ileri çalışmalara gereksinim olan tanımlar” ek bölümünde yer almıştır.

Kimi araştırmacılar, fazla yemekten söz ederken bir aşırı yeme atağı sırasında, belli bir kaloriden fazlasını ölçüt olarak almanın araştırmaların düzenlenmesinde daha çok yardımcı olacağını bildirmekte, kimi araştırmacılar ise yenilen yiyeceğin miktarından çok kişinin denetimi yitirdiği duygusunun temel ölçüt olduğunu ileri sürmektedirler (67).

TYB yaygınlığı toplumda %2 olarak bildirilmiştir. Sıklıkla şişmanlıkla birlikte ve kadınlarda daha fazla görülmektedir. Kilo verme programına katılan şişman kişilerin % 23-46'sında TYB olduğu belirlenmiştir.

Tıknırcasına yeme bozukluğu olan ve olmayan obez bireylerin yeme biçimi, ruhsal bozukluk sıklığı, aile öykülerini karşılaştıran çalışmalar vardır. Bu çalışmalarda TYB olan obez bireylerin, TYB olmayan obez kişilerden aşırı yeme atakları ve bu ataklar sırasında denetimi yitirdikleri duygusuyla ayrıldıkları bildirilmektedir. TYB olan obez kişilerde şişmanlık, TYB olmayanlara göre daha erken başlamaktadır. Bu kişiler ağır ve gerçekleşmesi olanaksız sıkı diyetler yapmaya daha erken yaşlarda başlamaktadırlar. TYB olan kişilerdeki psikopatolojiler daha çok psikiyatri kliniklerindeki ayaktan izlenen hastalara

benzemektedir. TYB olmayan kişilerdeki psikopatolojiler ise daha çok hasta olmayan normal örneklem grubuyla benzerlik göstermektedir (68,69).

II.5.2.4. Diğer Ruhsal Bozukluklar

Obezite ve psikopatoloji arasındaki ilişkiyi ele alan önceki yıllardaki araştırmaların sonuçları, obez kişilerde psikopatolojinin sık olduğu ve obezite gelişiminde psikopatolojinin önemli rolü olduğunu vurgulamış olmakla birlikte, daha sonraları farklı yaklaşımlar öne sürülmüştür. Stunkard ve Wadden (46) obezlerde saptanan patolojinin obezitenin nedeni değil sonucu olduğunu belirtmişlerdir. Günümüzde genel olarak kabul edilen yaklaşım sağaltım için hastaneye başvuran olguların obez bireyler arasında farklı bir alt grup olduğu şeklindedir. Bu kişilerde psikopatoloji ve tıknırcasına yeme, sağaltıma başvurmayanlara göre daha yüksek orandadır (67).

II.5.2.4.1. Obez Bireylerde Psikopatoloji

Klinik popülasyonlara ilişkin yetişkin hastalarla yapılan çalışmalarda obez bireylerde psikopatoloji düzeylerinin yüksek olduğu belirlenmiş olmakla birlikte; bu psikopatoloji düzeyi, medikal ve cerrahi hastalarında saptanandan daha yüksek bulunmamıştır (19).

Klinik ortamlarda obez bireylerin depresyon puanlarının orta derecede yükselmiş olduğu saptanırken genel popülasyondan seçilen aşırı obez ve normal beden ağırlığına sahip deneklere ilişkin çalışmalarda obezlerin normal kilolu bireylere göre depresyon, anksiyete, global psikolojik uyum ve standart kişilik ölçümlerinde daha fazla psikiyatrik ve emosyonel bir bozukluk göstermedikleri saptanmıştır. Hatta bir çalışmada depresyon ve obezitenin şiddetinin ters orantılı olduğu bildirilmiştir (69).

Castelnuovo-Tedesso (71) ağır obezitesi olan 20 kadın olguyu incelediği çalışmasında; belirgin bir psikiyatrik bozukluk saptamamış ancak pasif agresif kişilik bozukluğu başta olmak üzere kişilik bozukluklarına daha fazla rastladığını bildirmiştir. Olguların depresif özellikleri olmasına rağmen şiddetli olmadığını ve

yiyecek alımının tipik bir şekilde duygusal yoksunluğu yatıştırmak için kullanıldığını ileri sürmüştür.

İleri derecede obez bireylere kıyasla daha az obez bireylerdeki psikopatolojiyi değerlendiren çalışmalarda psikolojik bozukluğın arttığına ilişkin bulgular azdır. Bazı obez bireylerde gözlenen benlik saygısında düşüklük, depresyon, anksiyete bozukluğu gibi psikopatolojilerin sebep mi, yoksa sonuç mu, olduğu konusundaki tartışmalar sürmekteyken; bir başka yaklaşım tıknırcasına yeme davranışı olan obez grupta, olmayan gruba göre daha fazla psikopatoloji bulunduğu yönündedir. Öyleki son yıllardaki obezite ve psikopatoloji arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmalar TYB'a odaklanmıştır. Yapılan alışmalarda TYB olan bireylerde disfori, düşük benlik saygısı, yetersizlik duyguları, kendilerini etkisiz bulma ve borderline kişilik özelliklerine TYB olmayan obez kişilerden ve normal kilolulardan daha sık rastlanmaktadır (67).

Yanovski ve arkadaşlarının çalışmasında TYB olan obez hastalarda major depresyon ve panik bozukluğun daha fazla olduğu, obsesif kompulsif bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu, basit fobi ve sosyal fobi açısından fark bulunmadığı TYB olanların II. ekseninde özellikle sınır ve kaçınan kişilik bozuklukları tanımlarını daha fazla aldıklarını saptamışlardır. Ayrıca TYB olanların ailelerinde daha fazla madde kötüye kullanımının olduğu belirlenmiştir (72).

Yurdumuzda bu alanda yapılan çalışmalar sınırlı olmakla birlikte, Akalın ve arkadaşlarının obez erişkinlerle borderline kişilik bozukluğu (BKB) olan bireylerin gösterdikleri psikolojik belirtileri karşılaştırdıkları çalışmalarında; obez grubun sağlıklı bireylere göre daha fazla psikolojik belirti gösterdiği ve BKB olan bireylerle genel belirti dağılımlarının benzer olduğu ancak bazı alanlarda farklılıklar olduğu saptanmıştır (73). BKB grubunda depresif, obsesif kompulsif belirtiler ve paranoid-psikotik eğilimler obezlere göre daha yüksek, obez grupta ise benlik saygısı, somatik belirtiler ve yeme patolojisinin BKB grubuna göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (73).

II.6. Erişkin Obezitesinde Tedavi

II.6.1. Motivasyon

Obezite tanısı en kolay konan ancak tedavisi en güç hastalıklardan birisidir. Tedaviye uyumda hastanın motivasyonu önemli rol oynar. Tedavi için başvuran kişilere empatik, destekleyici, açıklayıcı, gerçekçi ve yol gösterici bir şekilde yaklaşılması tedaviye uyumu arttırmaktadır (74).

II.6.2. Zayıflama İşleminde Genel Yaklaşımlar

II.6.2.1. Diyet

Normal beslenme şekli hakkında bilgilendirilir

Yemek zamanları ve ara öğün zamanları düzenlenir

Aile ile birlikte yemek yemesi önerilir

Yağlı yemekler, ek yağlar ve şekerler kısıtlanır

Tahıllar, sebzeler ve meyveler artırılır

Ekmek alımı sınırlanır, günde bir kez haşlanmış patates, pirinç veya makarna gibi işlenmemiş ürün önerilir

Karbonhidratlı içecekler kısıtlanır.

Düşük enerjili margarinler, yoğurtlar, peynirler kullanılır (74).

II.6.2.2. Aktivite

Aktivite yalnız enerji harcamasını arttırmaz, insulin duyarlılığı, HDL/LDL kolesterol oranını artırır. Ağırlık kaybı olmadan bile yararlılığı vardır. Teorik olarak çok fazla aktivite kas hacmini artırır. Ağırlık kaybı olmadan yağ miktarı azalır (74).

II.6.2.3. İlaçlar

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

1. Belirli bir hastalık veya cerrahi müdahale için zayıflaması gerekli görülen bireyler

2. En az 6 ay düşük enerjili diyet, egzersiz ve davranış değişikliği uygulandığında yanıt alınamayan bireyler

3. Aşırı şişman olan bireyler (BKİ>40)

Tedavide kullanılan ilaçların pek çoğu zaman içerisinde başarısız olmuş, bağımlılık yaratmış veya ölüme kadar götürebilen yan etkiler nedeniyle yaygın kullanım alanı bulmamışlardır. Halen dünyada obezite tedavisinde kullanılan ve faz III çalışmalarını tamamlayarak piyasa sürülmüş az sayıda ilaç vardır. Obezite tedavisinde kullanılan ilaçlar etki mekanizmalarına göre;

1.Gıda alımını azaltan ilaçlar

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

3.Enerji harcamasını artıran ilaçlar diye gruplandırılabilir.

İlaç tedavisinin yararlı olabilmesi davranış değişikliğine bağlıdır.İlaçla belli bir ağırlık düzeyine gelen bireyler ilacın kesilmesiyle kısa bir sürede eski durumuna dönerler. Bunun önlenmesi için ilaçla birlikte davranış değişikliğini de içeren diyet tedavisi gereklidir (74).

II.6.2.4. Cerrahi

Besin alımı ve emiliminin yavaşlatılmasına yönelik cerrahi işlemlerdir. Morbid obezitesi olan hastalarda düşünülmelidir. Mide-barsak by-pass'ı, mide kapasitesinin azaltılmasına yönelik girişimlerdir.

Yağların estetik amaçlı olarak cerrahi yöntemlerle vücudun bazı bölgelerinden aldırılması (Liposuction) da uygulanmaktadır. Bu yöntemle belli bölgelerde oluşan yağlar alınmakta, bireyin zayıflamaya yönelik davranış değişiklikleri olmadığı sürece yeniden bu bölgelerde yağ birikimi olur (74).

II.6.2.5. Psikolojik destek

Obezite yönetiminde klinik ekibin verdiği cesaret ve ilgi çok önemlidir. Sık kontroller erişkinde diyet ve diğer önerilere uymaya zorlar ve ilerleme sağlar. nemli sorunları olanların psikiyatri konsultasyonu ile değerlendirilmesi gerekir. Grup toplantılarında beslenme, sağlıklı yaşam biçimi, yeni yiyecekleri deneme, yemek yapma yöntemleri, spor ve genel aktiviteler konusunda eğitim verilmektedir (74).

III. AMAÇ VE VARSAYIMLAR

Günümüzde beden ve ruh sağlığının bir bütün olduğu bilinmektedir. Genellikle obezitesi olan bireylerin tedaviye uyumunda ve kilo vermelerinde çeşitli zorluklarla karşılaşmaktadır. Bu güçlüklerde hastaların yaşadıkları psikososyal sorunların da etkili olduğu düşünülmektedir. Toplumumuzda son zamanlarda obezite oranında artışla birlikte bu konuda bilinçlenme de artış oluyor gibi görülmektedir. Bir yandan ince ve zayıf görünümün gerekliliği medya tarafından sürekli pekiştirilirken bir yandan da kültürel olarak ülkemizde obezite konusundaki tutumların batı ülkelerinden farklılık gösterdiği düşünülmektedir (15,16).

Ülkemizde obezitenin psikososyal yönüyle ilgili erişkinlerde yapılmış çalışmalara ilgi artmaktadır. Çalışmalar tedavi için başvuran grubun daha çok psikososyal desteğe ihtiyacı olduğunu göstermektedir (17).

Bu çalışma ile sağaltım için endokrinoloji kliniğine başvuran obez bireylerde; benlik saygısı, yaşam kalitesi, yeme bozukluğu, depresyon ve anksiyete olmak üzere psikopatolojinin belirlenmesi ve psikopatolojiyi etkileyen özelliklerin ayırıştırılması amaçlanmıştır. Ayrıca bu bireylerin psikososyal özelliklerinin kontrol grubuyla karşılaştırılması planlanmıştır.

Bu araştırmanın varsayımı:

Obezite tedavisi için hastaneye başvuran obez bireyler, obez olmayanlara göre daha fazla psikopatolojiye sahiptir, benlik saygıları daha düşüktür, depresyon ve anksiyete düzeyleri daha yüksektir ve yeme tutumlarında bozukluk vardır.

IV. YÖNTEM

IV.1. Örneklem Grubu

Araştırmamızda tedavi için hastaneye başvuran obez bireyler ile hasta yakınları ve personel arasından obez olmayan bireyler örneklem gruplarını oluşturmaktadır.

1. Obez grubu oluşturma kriterleri,

a) Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Endokrinoloji Polikliniğine başvurma sonrası obezite tanısı konması (beden kitle indeksi, 30 kg/m² ve üzerinde olan bireyler)

b) Çalışmaya katılmak için gönüllü olma

c) 18 yaşını doldurmuş olma

d) Klinik olarak normal zeka düzeyinde olma

e) En az ilkokul mezunu olma

Dışlama kriterleri:

a) Obeziteye sekonder hastalıklar dışında sürekli ilaç ve madde kullanıyor olma

b) Bipolar duygudurum bozukluğu, şizofrenik bozukluk ve diğer psikotik doğal bir bozukluğa sahip olma

c) Demans, deliryum gibi kognitif bozukluğun olması

c) Belirgin işlev kaybına yol açan fiziksel bir hastalığa sahip olma

d) Yatarak tedavi görüyor olma

2. Kontrol grubunu oluşturma kriterleri

a) Obez grubu bireyelerine benzer yaş ve cinsiyette olma

b) BKİ<25 olması (18.5 kg/m² - 24.9 kg/m² arasında olan bireyler normal kilolu olarak kabul edildi.)

- c) Hastane ortamında bulunan hasta yakını veya personel olma
- d) Çalışmaya katılmak için gönüllü olma

Dışlama Kriterleri:

- a) Kronik veya sürekli ilaç kullanımını gerektiren fiziksel bir hastalığın olması
- b) Bipolar duygudurum bozukluğu, şizofrenik bozukluk ve diğer psikotik doğallı bir bozukluğa sahip olma
- c) Demans, deliryum gibi kognitif bozukluğun olması
- c) Belirgin işlev kaybına yol açan fiziksel bir hastalığa sahip olma

IV.2. Gereç Ve Yöntem

Araştırmada kullanılan formlar

IV.2.1. Hasta bilgi ve demografik veriler formu

Hasta grubuna obezitenin başlangıç yaşı, gidişi, sağaltım süreci, fiziksel hastalık durumu ve madde kullanımı, tedaviye geliş şeklini sorgulayan form uygulanmıştır. Gruplardaki her birey için sosyo-demografik bilgi, kendisi ve ana-babasının fiziksel ve ruhsal hastalık öyküsü, madde kullanımını sorgulayan ek bir form uygulanmıştır. Sosyo-ekonomik kayıtlar gelir durumu ve geçim koşullarına yönelik kendi bildirimine göre düşük, orta ve yüksek olarak değerlendirilmiştir.

IV.2.2. Türkçe Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (WHOQOL-BREF-TR)

Türkçe Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (WHOQOL-BREF-TR) Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından geliştirilmiş ve ülkemizde de geçerlik ve güvenilirlik çalışması Eser ve arkadaşları (1999) tarafından yapılmıştır. WHOQOL-100 içinden seçilen 26 soru ve 4 alanı kapsamaktadır. Bu 4 alan fiziksel, psikolojik, sosyal ilişkiler ve çevre alanlarıdır. Ölçek likert tipi kapalı uçlu yanıtlar içermektedir. Sorularda kişinin özneliği ön plandadır. Kişinin hastalığın yarattığı somut ve fiziksel bulguları nasıl algıladığını ve yaşadığını, hastalık ile fiziksel aktivite, sosyal ilişkiler ve çevrenin nasıl bir ilişki içinde olduğunu ölçmektedir. Yanıtlar hastanın yaşadıklarının şiddetini, sıklığını,

yaşadıklarına ilişkin hastanın yorumunu ve kapasitesini içermektedir. Ölçek kişi tarafından doldurulmak üzere hazırlanmıştır. Fiziksel alanda gündelik işleri yürütebilme, ilaçlara ve tedaviye bağımlılık, canlılık ve bitkinlik, hareketlilik, ağrı ve rahatsızlık, uyku ve dinlenme, çalışabilme gücü ile ilgili sorular yer almaktadır. Psikolojik alan, olumlu ve olumsuz duygular, benlik saygısı, beden imgesi ve dış görünüş, kişisel inançlar ve dikkat; sosyal ilişkiler alanı ise diğer kişilerle ilişkiler, sosyal destek ve cinsel yaşam ile ilgili sorulardan oluşmaktadır. Ölçeğin çevre boyutunda ev ortamı, fiziksel güvenlik ve emniyet, maddi kaynaklar, sağlık hizmeti alabilme, boş zamanları değerlendirme, fizik çevre ve ulaşım ile ilgili sorular bulunmaktadır (75).

IV.2.3. Benlik Saygısı Ölçeği (Coopersmith Self Esteem Scale)

Coopersmith tarafından geliştirilen bu ölçek, özsaygı ile ilgili kendini küçümseme, popülerlik, aile, atılganlık ve kaygı gibi faktörleri kapsayan 25 maddeden oluşmaktadır. Bu araştırma da ölçeğin ölçtüğü alt faktörler değil genel özsaygı puanı dikkate alınmıştır. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Pişkin (1997) tarafından yapılmıştır (80).

Coopersmith Benlik Saygısı Envanteri 25 maddeden oluşan bir ölçektir. Bireylerden ölçekte yer alan ifadelere “Evet” veya “Hayır” seçeneklerinden birini işaretlemeleri istenmektedir. Bireyler ölçekteki bazı maddeler için “Evet” i işaretlediklerinde bazı maddeler için ise “Hayır” ı işaretlediklerinde puan almaktadırlar. Puanlamaya giren maddeler işaretlendiğinde 4 (dört), diğerlerine ise 0 (sıfır) puan verilmektedir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 100, en düşük puan ise 0’dır. Ölçekten alınan puan yükseldikçe bireylerin özsaygıları da yükselmektedir (78).

IV.2.4. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ):

1961 yılında Hamilton tarafından depresif hastaların incelenmesi ve belirtilerinin faktör analizi sonucunda geliştirilen ve 1967’de aynı araştırmacı tarafından gözden geçirilerek bir takım değişikliklerle son şekli verilen HDDÖ, depresif hastalarda belirtilerin şiddetini saptamak amacıyla yaygın olarak

kullanılmaktadır. Bu çalışmada, değişik belirti sayısı içeren formları arasından 17 soruluk formu kullanılmıştır. Derecelendirmede, her belirti için ayrıca belirlenmiş, 0'dan 4'e kadar gidebilen bir puanlama dizgesi kullanılmaktadır. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Akdemir ve arkadaşları (1996) tarafından yapılmıştır (76).

IV.2.5. Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği (HADÖ):

Hamilton (1959) tarafından geliştirilen bu ölçek, anksiyete şiddetini ölçmek amacıyla kullanılmaktadır. Ruhsal ve somatik anksiyete kadar depresif semptomları da ölçmektedir. 14 madde oluşmuş bu ölçekte, belirtilerin varlığı ve şiddeti, görüşme anında görüşenin kanaatine dayanmaktadır. Derecelendirme her belirti için ayrıca belirlenmiş, 0 ile 4 arasında bir puanlama dizgesi yardımıyla yapılmaktadır. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Yazıcı ve arkadaşları (1998) tarafından yapılmıştır (77).

IV.2.6. Yeme Tutum Testi:

Yeme bozukluğunu tarama amacıyla Garner ve Garfinkel (1979) tarafından geliştirilen ölçek 40 maddeden oluşmaktadır. Bu ölçek Anoreksiya nervozada var olan ana davranış ve tutumları değerlendirme amacı ile geliştirilmiştir. Klinik değerlendirmede daha ayrıntılı bilgi sağladığı gibi tedavi sonucu ortaya çıkan değişiklikleri de belirlemektedir. Öte yandan hastalık için yüksek risk grubunu oluşturan topluluklarda ve normal bireylerde var olan yeme davranışındaki olası bozuklukların belirlenmesinde de kullanılmıştır.

İlk formu 5 basamaklı Likert tipi 35 sorudan oluşan test daha sonra tekrar üzerinde çalışılarak bazı soruları değiştirilmiş ve yeni sorular eklenmiş. Son haliyle 6 basamaklı likert tipi 40 sorudan oluşan ölçeğin Türkçe'ye ilk çevirisi Doğan tarafından ikinci çevirisi ise Savaşır ve Erol tarafından yapılan ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Erol ve Savaşır tarafından 1989 da yapılmıştır. 11 yaşın üzerindeki bireylere uygulanabilen ölçeğin puanlanması uç yanıtlardan başlayarak 3, 2, 1 puan verilerek yapılmaktadır. Toplam 30 puan üzerindeki değerler anoreksiya nervoza veya yeme bozukluğu tanısını öngörmektedir (79).

IV.2.7.Psikiyatrik Görüşme:

Araştırmaya katılan 2 gruptaki her bireyle yapılandırılmış DSM IV kriterleri esas alınarak (SCID I) psikiyatrik görüşme yapılmıştır.

IV.3. Uygulama

Obez hastaların seçiminde PÜTF endokrinoloji kliniğince obezite tanısı konulan ve ayaktan izlenen olgular alınmıştır. Yatarak tedavi gören olgular hastaneye yatma ek ruhsal sorunlara yol açabileceği için çalışmaya dahil edilmemiştir. Obeziteyi belirlemek için Dünya Sağlık Örgütü tarafından 1988'de Garrow'ca tanımlanan tartı ve boy parametrelerinden yararlanılarak geliştirilen beden kitle indeksi kullanılmıştır. Kilogram cinsinden tartının, metre cinsinden boyun karesine bölünerek elde edilen BKİ'ne göre kişiler aşağıda gösterildiği gibi dört gruba ayrılırlar.

BKİ'i 20-24,9	O derece, normal
25-29,9	I. derece obez
30- 40	II. derece obez
>40	III. derece (morbid obez) olarak değerlendirilmektedir

(16,46).

Hastalara rutin kontrollerine geldiklerinde ya da ilk muayeneleri tamamlandığında ulaşılmış, çalışmaya dahil edilme kriterlerine uygun olan hasta çalışmanın amacı ve özellikleri hakkında bilgilendirilmiştir. Konu hakkında bilgilendirilen tüm hastalar çalışmaya katılmayı kabul etmişlerdir. Psikiyatrik değerlendirme ve araştırmada kullanılan ölçekler psikiyatrik görüşme için uygun bir odada uygulanmıştır. Ölçekleri destek almadan tek başlarına tamamlama güçlüğü yaşayanlara zaman zaman görüşmecî yardımcı olmuştur.

Kontrol grubundaki bireyler; yaş ve cinsiyet yönünden benzer özelliklere sahip hasta yakınları ve hastanede çalışan normal kilolu personel arasından seçilmiştir. Çalışmanın amacı ve özellikleri hakkında bilgilendirilen tüm bireyler çalışmaya katılmayı kabul etmiştir.

IV.4. İstatiksel Değerlendirme

Veriler SPSS for Windows 10.0 veri tabanı programına aktarılarak, tanımlayıcı istatistikler ardından tüm örneklem için BKİ ile ölçek puanları arasındaki ilişkinin yönü ve düzeyi Pearson korelasyon analizi kullanılarak belirlenmiştir. Birinci grup obez hasta ve ikinci grup kontrol hasta gruplarının karşılaştırılması sosyodemografik özellikleri, alışkanlıkları, psikiyatrik tanısı olan obez hastaların stresörle ilişkisi, obez ve kontrol grubunun ve ailelerinin tanı dağılımı için ki kare testi uygulanmıştır. Ölçeklerin karşılaştırılmasında student-t testi, yaşam kalitesi açısından obez ve kontrol grubunun karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi uygulanmıştır.

V. BULGULAR

Çalışmaya 52 obez (%54.7) ve 43 (%45.3) kontrol olmak üzere toplam 95 birey alınmıştır. Bireylerin sosyodemografik özellikleri Tablo I ve II' de gösterilmiştir. Sosyodemografik değişkenler açısından (yaş, medeni durum, meslek, eğitim, çocuk sayısı ve yerleşim yeri) obez ve kontrol grubu arasında farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). BKİ'lerinde belirgin farklılık saptanmıştır. (Obeslerin BKİ 34.57 ± 4.06 , kontrol 22.66 ± 1.60 $t=18,098$ $p<0.001$)

Tablo I. Sosyodemografik özellikler 1

Sosyodemografik özellikler	Obes		Kontrol		p
	sayı	%	sayı	%	
Cinsiyet					0.124
Erkek	6	6.3	6	6.3	
Kadın	46	48.5	37	38.9	
Medeni durumu					0.639
Evli	47	90.4	38	88.4	
Bekar	5	9.6	5	11.6	
Eğitim durumu					4.005
İlköğretim mezunu	18	34.6	13	30.3	
Lise mezunu	8	15.4	13	30.2	
Üniversite mezunu	26	50.0	17	39.5	
Meslek durumu					11.573
Ev hanımı	20	38.5	13	30.2	
Emekli memur	19	36.5	10	23.3	
Memur	11	21.2	12	27.9	
Serbest Meslek	2	3.8	8	18.6	
Yerleşim yeri					3.717
Kırsal	4	7.7	8	18.6	
Kentsel	48	92.3	35	81.4	

Tablo II. Sosyodemografik özellikler 2

Sosyodemografik veriler	Obez Ort. ± SD	Kontrol Ort. ± SD	t	p
Yaş	47.25 ± 7.88	47.16 ± 9.40	0.049	0.961
Çocuk sayısı	2.15 ± 0.99	1.95 ± 0.93	1	0.320
Eğitim yılı	11.15 ± 4.32	11.41 ± 4.33	0.297	0.768

Obez hastaların yaklaşık yarısı stresör tanımlamaktaydı. %67'si obezite sağaltımı konusunda aile desteği olduğunu bildirdi. Hastalar egzersiz etkinliğine katılmalarına karşın (37 kişi) bunların çoğunluğu (26 kişi) sürdürmemiştir (Tablo III).

TabloIII: Obez Hastaların stresör, egzersiz, kontrollere geliş özellikleri

Psikososyal stresör	Sayı	%
Var	24	46.2
Yok	28	53.8
Egzersiz		
Yapıyor	11	21.2
Yapmıyor	15	28.8
Bırakmış	26	50.0
Kontrolle Geliş		
Düzenli	49	94.2
Düzensiz	3	5.8

Kontrol grubunda alkol kullanımı obezlere göre daha fazla saptanmış, sigara kullanımında fark bulunmamıştır (Tablo IV).

TabloIV: Alışkanlıklar

Özellikler	Obez Grubu (52)		Kontrol Grubu (43)		χ^2	P
	Sayı	%	Sayı	%		
Sigara						
İçen	14	26.9	17	39.5	1.703	0.0192
İçmeyen	38	73.1	26	60.5		
Alkol						
Kullanan	1	1.9	10	23.3	10.462	0.001
Kullanmayan	51	98.1	33	76.7		

Obez grubundaki hastaların 47 si (% 90.4) farklı sistemlere ait fiziksel bir hastalığa sahipti (hipertansiyon, hipotiroidi, diabet mellitus, migren, gibi), 17 kişide de (32.7) psikiyatrik hastalık öyküsü vardı. Fiziksel hastalık sayı ortalamaları (1.90 ± 1.15) kontrol grubuna göre (0.44 ± 1.00) fazlaydı ($t=6.489$ $p<0.001$). Sürekli kullandıkları ilaç sayısı ortalamaları (2.23 ± 2.00) kontrol grubuna göre (0.30 ± 0.70) farklı bulundu ($t=5.998$ $p<0.001$). Bu hastaların ailelerinde 13 kişide (%25) psikiyatrik hastalık öyküsü, 50 kişide de (%96.2) fiziksel hastalık öyküsü mevcuttu (Tablo V).

Tablo V: Öyküde obez ve kontrol grubunun ve ailelerinin tanı dağılımı

Özellikler	Obez(s:52)		Kontrol(s:43)		χ^2	P
	Sayı	%	Sayı	%		
Kişisel						
Fiziksel Hastalık					41.56	.000
Var	47	90.4	11	25.6		
Yok	5	9.6	32	74.4		
Psikiyatrik Hastalık					7.47	.006
Var	17	32.7	4	9.3		
Yok	35	67.3	39	80.7		
Ailesel						
Fiziksel Hastalık					12.32	.000
Var	50	96.2	30	69.8		
Yok	2	3.8	13	31.2		
Psikiyatrik Hastalık					1.077	.299
Var	13	25.0	7	16.3		
Yok	39	75.0	36	83.7		

Yapılandırılmış psikiyatrik görüşmede iki obez hasta (%3.8) BTA depresif bozukluk, 18' i (%34.6) uyum bozukluğu, uyum bozukluğu tanısı alan hastaların 16'sı anksiyete ile giden uyum bozukluğu, 2 tanesi karışık tip uyum bozukluğu tanı kriterlerini karşılamaktaydı. (Tablo VI).

Tablo VI: SCID –I tanı dağılımları

Psikiyatrik tanı	Obez		Kontrol	
	sayı	%	sayı	%
Uyum bozukluğu	18	34.6	0	0
Depresif bozukluk	2	3.8	0	0
Anksiyete bozukluğu	16	30.8	1	2.3
Tanı yok	16	30.8	42	97.7

Obezite grubunda HAM-D ve HAM-A puanları kontrol grubuna göre yüksek bulundu ($p<0.05$). Yeme tutum testinde kesme puanı 30 olarak kabul edilmektedir. Ne obez ne kontrol grubu kesme puanı düzeyine ulaşmıştır. Ancak saptanan ortalamalar, iki grup arasında istatistiksel fark göstermiştir. İki grubun benlik saygısı ölçeği puan ortalamaları arasında farklılık bulunmamıştır ($P>0.05$) (Tablo VII).

TabloVII: Ölçekler

Ölçekler	Obez	Kontrol	t	p
	Ort. \pm SD	Ort. \pm SD		
HAM D	9.44 \pm 4.76	2.46 \pm 3.34	8.087	0.000
HAM A	15.05 \pm 8.27	4.13 \pm 4.64	7.703	0.000
Benlik saygısı	70.61 \pm 12.67	74.09 \pm 11.43	1.391	0.167
Yeme Tutum Testi	27.32 \pm 9.94	22.48 \pm 10.38	2.313	0.023

Obez ve kontrol grubunun yaşam kalitesi ölçeğinin fiziksel alan puanları arasında istatistiksel olarak farklılık bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo VIII).

Tablo VIII: Yaşam kalitesi ölçeği

Alanlar	Obez	Kontrol	z	p
	Ort. \pm SD	Ort. \pm SD		
Fiziksel Alan	15.15 \pm 2.06	16.11 \pm 2.44	2.35	.018
Ruhsal Alan	14.70 \pm 1.99	15.17 \pm 2.03	1.45	.147
Sosyal Alan	14.69 \pm 2.82	14.75 \pm 1.96	0.526	.599
Çevresel Alan	14.63 \pm 1.81	13.98 \pm 2.10	1.50	.132

Obez grubunun fiziksel alan puan ortalamaları ile HAM A ve HAM D puan ortalamaları arasında ilişki saptanmıştır. Yaşam kalitesi bedensel alan puanı ile HAM D, HAM A puanları arasında negatif korelasyon (sırasıyla r : 0.371, p : 0.007 ; r : 0.428 p :0.002) tespit edilmiştir.

Tablo IX: Psikiyatrik tanısı olan obez hastaların stresörle ilişkisi

Psikiyatrik Tanı	Stresör		χ^2	p
	Var	Yok		
Var	20 (%38.5)	16 (%30.8)	4.161	0.041
Yok	4 (%7.7)	12 (%23.1)		

Çalışmada stres kaynakları günlük olaylar, yaşam olayları ve spesifik yaşam durumları göz önüne alınarak sorgulanmıştır. Günlük olaylarla ilgili stres kaynağı olarak bir sınavın kötü geçmesi, komşunun yaptığı gürültü nedeniyle uyuyamama, baş ağrısı, çocuğunun okulda başarılı olmadığını öğrenmek gibi olaylar, yaşam olaylarında eş ölümü, hamilelik, olumsuz ekonomik değişiklik, emekli olma, başka bir yere taşınma, çocukların evden ayrılması gibi olaylar,

spesifik yaşam durumları olarak aile ilişkilerinde sorunların yaşanması, aile ortamında alkol sorunu yaşanması, iş yaşamında sorunların olması gibi yaşantılar belirtilmiştir.

Stresör tanımlayan obez grubunun psikiyatrik tanısı, tanımlamayanlara göre daha fazlaydı.($p<0.05$)

Obez grubunda BKİ ile eğitim yılı ($r:0.341$ $p: 0.013$) ve benlik saygısı ölçeği test puanları arasında ($r: 0.307$ $p:0.027$) negatif korelasyon olduğu, yeme tutum test puanları ve kadın bireylerin çocuk sayısı ile ($r:0.345$ $p=0.019$) pozitif korelasyon olduğu ($r: 0.246$ $p:0.079$) bulunmuştur. Eğitim yılının benlik saygısı ile pozitif korele ($r:0.390$ $p:0.004$) olduğu, yeme tutum testiyle ($r:0.305$ $p:0.028$) negatif korelasyon olduğu tespit edilmiştir.

Tablo X. Stresör varlığının HAM D, HAM A, Yeme tutum testi, Yaşam kalitesi bedensel alan ve benlik saygısı ölçekleriyle ilişkisi

Ölçekler	Stresör		z	p
	Var (24) Ort. ± SD	Yok(28) Ort. ± SD		
HAM D	10.50 ± 4.70	8.53 ± 4.71	-1.741	0.082
HAM A	17.91 ± 9.50	12.60 ± 6.23	-2.126	0.034
Yeme tutum testi	30.54 ± 10.67	24.57 ± 8.53	-2.003	0.045
Benlik saygısı ölçeği	71.50 ± 13.20	69.85 ± 12.38	-,325	0,746
Yaşam kalitesi				
Fiziksel alan	14.64 ± 2.10	15.59 ± 1.96	-1,585	0,113
Ruhsal alan	14.25 ± 2.23	15.09 ± 1.71	-1,348	0,178
Sosyal alan	14.83 ± 3.15	14.57 ± 2.56	-0,792	0,429
Çevresel alan	14.58 ± 1.62	14.67 ± 1.99	-0,102	0,919

Obez hasta grubunda stresör tanımlayan hastaların HAM A ve Yeme tutum testi ölçeklerinde saptanan anlamlı istatistiksel ilişki diğerlerinde bulunmamıştır.

VI. TARTIŞMA

Bu çalışma, obezite ile psikiyatrik hastalık ve stres arasında ilişki olabileceğini ve obez bireylerin yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiğini göstermiştir. Ülkemizde, obez ve normal kilolu bireylerin obeziteden etkilenme biçimlerine ilişkin az sayıda çalışma bulunmaktadır. Obezitenin orta yaşta doruk düzeye ulaştığı, kadınlarda erkeklere oranla daha sık görüldüğü (81) ve genellikle evlilik sonrası dönemde arttığı görülmektedir. Satman ve Yılmaz'ın çalışmasında, dar gelirli gruplarda ve kentsel alanlarda yaşayanlarda obezite daha fazla bulunmuştur (82,83). Baugman ve ark.'nın yaptığı, fazla kilolu veya obez I. Basamak sağlık hizmetlerine başvuran 665 hastanın incelendiği bir araştırmada, düşük eğitim düzeyinin yüksek beden kitle indeksi ile ilişkili olduğu saptanmıştır (84). Almanya'da yapılan 18-64 yaş arası 4063 kişiyi içeren çalışmada da bireylerin beden kitle indeksleri (BKİ) arttıkça eğitim düzeylerinin düştüğü bildirilmiştir (86).

Araştırmamızda kontrol grubu üyeleri ile yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim, meslek, yaşanan yer açısından benzer olan obez grubunda eğitim yılı azaldıkça BKİ'nin arttığı saptanmıştır. Artmış BKİ aynı zamanda çocuk sayısı fazlalığı ve bozuk yeme davranışıyla ilişkili bulunmuştur. Gebelik sayısı arttıkça obezitenin görülme sıklığının artması, ilk gebelikte kazanılan kiloların doğum sonu uygun beslenme ve fiziksel aktivite ile kaybedilmemesi beklenen bir sonuçtur (89). Sivas'ta yapılan çalışmada da dört ve daha fazla sayıda çocuğu olanlarda, şişmanlık önemli ölçüde fazla bulunmuştur (90).

Günlük fiziksel aktivite düzeyinin azalması, günümüzde hem gelişmiş, hem de gelişmekte olan ülkeleri etkileyen obezite epidemisine katkıda bulunan önemli bir faktördür. Bu sorun, morbitide, mortalitenin artması ve psikososyal sağlıkta azalma ile ilişkilidir. Çoğu uzman ve çalışma, fazla kilo ve obezitenin tedavisinde ve etyolojisinde fizik aktivitenin rolünü vurgulamaktadır. Düzenli fiziksel aktivitenin kilo alımını önlediği ve geçiktirdiği bilinmektedir. Aksine sedanter

yaşam tarzının bazı kronik hastalık risklerini artırdığı prematür mortaliteye fizik fonksiyon kaybına ve depresif duyguduruma yol açtığı belirtilmektedir (92-94).

Obezitenin ciddi sağlık sorunlarına yol açtığı bilinmektedir. Obezitenin diabetes mellitus, sistemik hipertansiyon, lipid metabolizması bozukluğu, inme, miyokard infarktüsü, koroner kalp hastalığı, konjestif kalp yetmezliği, uyku apnesi, safra kesesi taşı, böbrek taşı, hiperürisemi, osteoartrit, polikistik over sendromu, infertilite, karaciğer steatozu, pulmoner embolizm, venöz tromboz, solunum fonksiyonu bozuklukları, belirli kanser türleri (kolorektal, prostat, endometrium, meme, safra kesesi) gibi durumlara bağlı olarak mortalite ve morbiditeyi arttırdığı gösterilmiştir (86). Çalışmamızda da obez bireylerde çok sayıda ve kronik özelliği olan fiziksel hastalık ve ilaç kullanımı olduğu bulunmuştur.

Obezitenin gelişiminde genetik, çevresel ve psikolojik etmenlerin rolünün olduğu düşünülmektedir. Obezite ile ilgili hayvan çalışmaları obezitenin özellikle leptin reseptörleri, agouti sinyal protein ve karboksipeptidaz E ile ilişkili olduğunu göstermiştir (87). Obez hastaların birinci derece akrabalarında mental hastalıklar daha sık (anksiyete bozuklukları, depresyon, bipolar bozukluk) gözlenmekte ve bunun genetik çevre etkileşimi ile ilgili olabileceği ifade edilmektedir. Aynı zamanda aşırı karbonhidrat alımının santral serotonerjik aktivitelerini etkileyerek anksiyete, depresyon ve vejetatif semptomların artışına sebep olduğu bildirilmektedir. Azalmış fiziksel aktivitenin de endorfin düzeylerini etkileyerek norepinefrin metabolizmasında değişikliklere yol açarak bu belirtilerin artmasına katkıda bulunduğu çalışmalarda gözlenmiştir (99,100).

Psikolojik etmenlerin de obezite gelişimindeki rolü kesin kabul edilmekle birlikte söz konusu etmenlerin obeziteye nasıl yol açtığı bilinmemektedir. Çevresel etmenlerin gıda düzenleme sistemini etkilediği; aynı zamanda aile, kültürel ve psikodinamik etmenlerin obezitenin gelişiminde rol oynadığı gösterilmiştir (88). Sosyal ve fiziksel çevredeki yetersizliğin erişkinlikte obezite ile bağlantılı olduğu düşünülmektedir. Lissau ve ark'nın çalışması

ebeveynlerinden yeterli destek alamayan çocukların erişkinlikte diğerlerinden yedi kat daha fazla obezite riski altında olduğunu göstermektedir (61).

Cerrahi dışı yöntemlerle kilo vermeye çalışan obez bireylerin yaşam kalitesinin obezitenin derecesine bağlı olarak değiştiği, özellikle aşırı obez bireylerde daha düşük olduğu bulunmuştur. Tedavi arayışındaki obez bireylerin, fiziksel olarak kilo vermeye çalışmayan obez bireylerden daha kötü durumda olduğu bildirilmiştir(105-107). Dahası fazla kiloların fiziksel fonksiyonların bozulması ile ilişkili, ama duygusal iyilik haliyle ilişkisiz olduğu rapor edilmiştir (108,109). Başka bir çalışmada kadınlar üzerinde yapılan prospektif kilo değişikliği ve yaşam kalitesi çalışmasında, kilo kaybı yaşam kalitesinin mental bileşenlerinden çok, fiziksel fonksiyonu ve vücut ağırlığını daha iyi hale getirmiştir (110).

Kullandığımız yaşam kalitesi ölçeğinin fiziksel alanı değerlendiren bölümünde gündelik işleri yürütebilme, ilaçlara ve tedaviye bağımlılık, canlılık ve bitkinlik, hareketlilik, ağrı ve rahatsızlık, uyku ve dinlenme, çalışabilme gücü ile ilgili sorular yer almaktadır. Bu çalışmada obez bireylerin fiziksel alanda kontrollere göre belirgin olarak sorun yaşadıkları belirlenmiştir. Yaşam kalitesi fiziksel alan puanının kötüleşmesi ile bireyin duygusal durumunun değiştiği, anksiyete ve depresif ruh halinin ortaya çıktığı gözlenmiştir. Literatürde benzer sonuçlar bildirilmektedir (111,112). Bu sorunlara yönelik düzeltici çabalar tedavinin daha olumlu algılanarak etkinliğinin artmasına ve günlük hayatın daha kolay sürdürülmesinde faydalı olabilir.

Düşük benlik saygısı yalnızca rahatsız edici bir duygu olarak kalmamakta, anksiyeteden psikoza kadar değişik psikopatolojik durumların ortaya çıkmasında da rol oynamaktadır. Özellikle ergenlerde görülen davranış sorunları, yeme bozuklukları, depresyon ve psikosomatik yakınmaların düşük benlik saygısı ile ilişkili olduğu bildirilmektedir (91).

Obez hastaların daha düşük benlik değerine sahip olduğunu bildiren araştırmalarda, psikopatolojik durumların daha fazla gözlemlendiği, özellikle depresyon, kişilik bozukluklarının ve psikososyal stresörlerin sıklıkla eşlik ettiği bildirilmektedir (72,95,96). Bizim çalışmamızda benlik değeri kontrol grubundan farklı bulunmamıştır ancak obez kişilerin benlik değerinin BKİ ile ilişkili olduğu ve BKİ arttıkça benlik değerinde bir azalma olduğu gösterilmiştir.

Black ve arkadaşları ağır obezitesi olan yetişkin hastalarda duygudurum bozukluğu, anksiyete bozukluğu, sigara bağımlılığı ve bulimia nervozanın daha fazla görüldüğünü saptamıştır. Ayrıca kadınlarda ağır obezitenin etyolojisinde post travmatik stres bozukluğunun da rol oynadığını, özellikle fiziksel ve cinsel istismara maruz kalmanın daha sık görüldüğünü ileri sürmüştür (70).

Obez hastalarda yoğun psikososyal stresle ilişkili olarak anksiyete ve kişilik bozuklukları tanılarının sık konulduğunu bildiren çalışmalar bulunmaktadır (97).

Budderberg-Fischer ve arkadaşları obez hastalarda bariatric cerrahinin, psikososyal stresörlerin kontrol altına alınmasıyla iyileşmeyi hızlandırdığını ve daha düşük anksiyete düzeyleri gözlemlediklerini saptamışlardır (98).

Hastane programlarında tedavi olmaya çalışan obez bireylerin ticari programlarla tedavi olmaya çalışanlardan daha stresli oldukları ve tedavi arayışındaki obez bireylerin psikolojik problemler ve yeme bozukluklarına sahip olma ihtimalinin tedavi olanağı aramayan bireylerden daha yüksek olduğu gösterilmiştir (113,114). Obezite ve diğer sağlık sorunları nedeniyle tedavi olanağı arayan bireylerde depresyon ve anksiyete puanlarının orta derecede artmış olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlar, disfori, anksiyete, depresyon gibi psikopatolojik bulguların obeziteye neden olmaktan çok obezitenin sonuçları olarak ortaya çıktığını düşündürmektedir (19).

Morbid obezlerde boyun eğici baş etme tarzının, dışsal yönelimli yeme davranışlarının, incelme için acele etme, bedensel hoşnutsuzluk ve kişiler arası

güvensizliğin daha çok olduğu saptanmıştır (103). Yapılan bir çalışmada, obez bireylerde obezite ile damgalanmanın yaygın olduğu ve bununla baş etmek için çaba harcadıkları, obezite ile damgalanmaya daha sık maruz kalmanın daha büyük ruhsal sorunlar yaşama ile ilişkili olduğu saptanmıştır (102). Başka bir çalışmada aşırı obezitenin (eşlik eden kronik fiziksel hastalık, ailesel depresyon, demografik risk faktörlerin kontrol edilmesine rağmen) psikiyatrik hastalık riskini artırdığı bulunmuştur (104). Eşlik eden fiziksel hastalık sayısı, BKİ artışı ile birlikte psikiyatrik hastalık gelişimine zemin hazırladığını gösteren çalışmalarda literatürde rastlanmaktadır (101).

Davis ve arkadaşlarının yaptığı çalışmasında obezitede aile desteğini, psikososyal stresörleri, mental ve fiziksel sağlık durumlarını, anksiyete ve depresyon düzeyleri ile ilişkilendirmişlerdir. Özellikle ileri yaş, psikososyal stresörler, sık doğum ve çocuk sayısı, yüksek anksiyete düzeyi ile ilişkili bulunmuştur (115). Diğer bir çalışmada ise depresyon tanılarında, yüksek anksiyete ve depresyon ölçek puanlarının eşlik ettiği, bu tanıların obez bireylerde artan BKİ, kişilik özellikleri ve stresörlere uyum ile ilişkili olduğu bulunmuştur (116). Bu sonuçlar obez bireylerde gözlenen depresyonun daha çok obezite ile ilişkili sorunlara ikincil geliştiği ve reaktif özellikte olabileceği biçiminde yorumlanmaktadır.

Yapılan bir çalışmada psikolojik stresin depresyon, anksiyete ve somatoform bozukluklara yol açabildiği gibi obezite ile de ilişkili olabileceği saptanmıştır. Psikiyatrik hastalığa eşlik eden stres, yeme davranışını artırabilir ve kilo alımına yol açabilir. Obesiteye eşlik eden metabolik olaylar psikiyatrik hastalıklarda kendini gösterir (117,118). Örneğin yüksek kortizol seviyeleri stres ve depresyon ilişkisinde rol oynar. Strese ve hipotalamik-hipofizer-adrenal eksene verilen yanıt BKİ artışına yol açabilir (119).

Depresyon ve yeme tutum ilişkisini destekleyen bir çok araştırma vardır (15, 96). Bu sorunların aile işlevselliğinde bozulmayla birlikte düşük benlik saygısı ile de ilişkili olabileceği ileri sürülmektedir (15). Bizim çalışmamızda yeme tutumu

ve benlik saygısı obez ve kontrol grubu arasında farklı bulunmuştur. Tedavi sürecinde aile desteğinin olması ve ileri derece obezite tanısının (BKİ>40) olmayışı depresyon tanılarındaki düşüklüğü açıklayabilir.

Çalışmamızda, obez hastaların %69.2'sinde en az bir psikiyatrik bozukluğun bulunduğu saptanmıştır. Anksiyete ile giden uyum bozukluğu ve anksiyete bozukluğu en yaygın tanılar olmuştur. Tanılar stres varlığı (en sık ailesel sorunlar bildirilmiştir) ile ilişkili bulunmuştur. Obesitede, fiziksel sorunların çokluğu, bu nedenle kronik tedavi ve sürekli ilaç kullanımı gereksinimi hastaların obezite yanı sıra ciddi bedensel hastalıklarla da başa çıkmasını gerektirmektedir. Çalışmamızda oldukça yüksek oranda saptanan uyum bozukluğunun gelişimine bu iki etmenin de katkıda bulunduğu düşünülebilir. Sonuçlarımız, obez bireylerde stres etmenlerine yönelik destek ve ek sağlık sorunlarının etkin sağaltımı ile psikiyatrik sorunların oldukça azalacağına işaret ediyor gibi görünmektedir.

Bizim çalışmamızın kesitsel çalışma olması nedeniyle popülasyona atfedilebilen risklerin yeni vakalara dayanması, bir sınırlılıktır. Obezite ve psikolojik belirtiler arasındaki ilişkinin hem klinik, hem de toplum örneğinde ayrıntılı incelenmesi ve ileriye dönük çalışmalar değişkenler arasındaki ilişkileri ve buna bağlı sorunların anlaşılmasını sağlayacaktır.

VII. SONUÇLAR

Çalışmaya 52 obez (%54.7) ve sosyodemografik değişkenler açısından (yaş,medeni durum, meslek, eğitim, çocuk sayısı ve yerleşim yeri) benzer 43 (%45.3) kontrol olmak üzere toplam 95 birey alınmıştır. Obez ve kontroller arasında beden kitle indeksi (BKİ) bakımından belirgin farklılık saptanmıştır (Obez BKİ: 34.57 ± 4.06 , kontrol BKİ: 22.66 ± 1.60 , $t=18,098$, $p: 0,000$).

Obez grubundaki hastaların % 90.4'ü farklı sistemlere ait fiziksel bir hastalığa sahipti (hipertansiyon, hipotiroidi, diabetes mellitus, migren, epilepsi gibi.), % 32.7'inde ise psikiyatrik hastalık öyküsü vardı. Ortalama fiziksel hastalık sayısı obez grubunda kontrol grubuna göre anlamlı olarak fazlaydı (Obez: 1.90 ± 1.15 , kontrol: 0.44 ± 1.00 , $t=6,489$, $p=0;000$). Sürekli kullandıkları ilaç sayısı açısından obezler anlamlı olarak kontrollerden farklı bulundu (Obez: 2.23 ± 2.00 , kontrol: 0.30 ± 0.70 , $t=5,998$, $p=0,000$). Obez bireylerin ailelerinde % 25 psikiyatrik hastalık öyküsü, % 96.2 fiziksel hastalık öyküsü mevcuttu.

Obez hastaların yaklaşık yarısı stresör tanımlamaktaydı. %67'si obezite sağaltımı konusunda aile desteği olduğunu bildirdi. Hastaların büyük çoğunluğu kontrollere düzenli gelmekteydi. Hastalar egzersiz etkinliğine katılmalarına karşın (37 kişi) bunların çoğunluğu (26 kişi) sürdürmediğini bildirmiştir.

Kontrol grubunda alkol kullanımını obezlere göre daha fazla saptanmış, sigara kullanımında fark bulunmamıştır.

Yapılandırılmış psikiyatrik görüşmede (SCID) iki obez hastada (%3.8) BTA depresif bozukluk, 18 hasta (%34.6) uyum bozukluğu, uyum bozukluğu tanısı alan hastaların 16' sını anksiyete ile giden uyum bozukluğu, 2 tanesi mixt tip uyum bozukluğu tanı kriterlerini karşılamaktaydı. Obez grubumuzun %30.8'de anksiyete bozukluğu saptanmıştır. Hastaların %30.8'nin hayatının hiçbir döneminde psikiyatrik hastalık geçirmediği tespit edilmiştir.

Araştırma grubunda HAM D ve HAM A puanları kontrol grubuna göre yüksek bulundu ($p<0.05$). Yeme tutum testinde kesme puanı 30 olarak kabul edildiğinde çalışma grubumuzun puan ortalamaları bu düzeye ulaşmamıştır. Ancak saptanan ortalamalar, iki grup arasında istatistiksel anlamlılık göstermiştir. Cooper benlik saygısı ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır ($P>0.05$)

Obez ve kontrol grubunun yaşam kalitesi karşılaştırıldığında yaşam kalitesinin fiziksel alanında anlamlı farklılık bulunmuştur. ($p<0.05$).

Obez grubunun fiziksel alan puan ortalamaları ile HAM A ve HAM D puan ortalamalarının negatif korelasyonu gözlenmektedir. Yaşam kalitesi fiziksel alan puanı arttıkça HAM D, HAM A puanları düşmektedir.

Obez grubunda BKİ ile eğitim yılı ve benlik saygı düzeyi arasında negatif ilişki, yeme tutum testi ile ise pozitif ilişki olduğu tespit edilmiştir. Eğitim yılının benlik saygı düzeyi ile negatif ilişkili olduğu, yeme tutum testiyle pozitif ilişkili olduğu bulunmuştur.

Obez grubundaki kadın bireylerin çocuk sayısı ile BKİ arasında pozitif korelasyon gözlenmektedir. (Pearson $cor:0,345$, $p=0,019$)

Çalışmada stres kaynakları; günlük olaylar, yaşam olayları spesifik yaşam durumları göz önüne alınarak sorgulanmıştır. Günlük olaylar stres kaynağı olarak; sınavın kötü geçmesi, komşunun yaptığı gürültü nedeniyle uyuyamama, baş ağrısı, çocuğunun okulda başarılı olmadığını öğrenmek gibi olaylar, yaşam olayları; eş ölümü, hamilelik, olumsuz ekonomik değişiklik, emekli olma, başka bir yere taşınma, çocukların evden ayrılması gibi olaylar, spesifik yaşam durumları ise; aile ilişkilerinde sorunların yaşanması, aile ortamında alkol sorunu yaşanması, iş yaşamında sorunların olması gibi yaşantılar olarak sınıflandırılmıştır.

Stresör tanımlayan obez grubunun psikiyatrik tanısı, tanımlamayanlara göre daha fazla bulunmuştur ($p<0.05$).

Obez hasta grubunda stresör tanımlayan hastaların, tanımlamayanlara göre HAM D, HAM A, Yeme tutum testi, ölçeklerinde anlamlılık gözlenmiş, ($p<0.05$) diğer ölçeklerde gözlenmemiştir.

Bu çalışmanın sonuçları obezite tanısı almış hastaların, kontrol grubundaki bireylere göre daha sık psikiyatrik hastalık tanısı aldığını, yaşam kalitelerinin etkilendiğini ve bu sonuçların psikososyal stresörlerle ilişkili olduğunu ortaya koymuştur. Bu bulgular psikiyatrik sağaltım, fiziksel sorunlar ve stresle başa çıkma yönünden destekleyici yaklaşımın obez hastaların tedavilerinde yer alması gerektiğini göstermektedir.

VIII. ÖZET

Obezite kronik ve ciddi bir halk sağlığı sorunudur. Kişilerin sağlıkla ilgili yaşam kalitesini birçok yoldan etkileyen yaygın bir bozukluktur. Sıklıkla depresyona ve diğer psikiyatrik bozukluklara yol açar. Bu araştırmada obez hastalarda psikiyatrik tanılar, depresyon ve anksiyete düzeyleri, yaşam kalitesi ve benlik saygısının araştırılması amaçlanmıştır.

Bu çalışmaya 52 obez ve 43 kontrol olmak üzere 95 birey alınmıştır. SCID görüşmesinde obez hastaların 18'inde (%34.6) uyum bozukluğu; 16'sında (% 30.8) anksiyete ile giden uyum bozukluğu ve 2 bireyde (% 3.8) mixt tip uyum bozukluğu saptanmıştır. Hastaların 16'sı (%30.8) psikiyatrik tanı almamıştır. Stresör tanımlayan obez hastaların daha sık psikiyatrik tanı aldıkları gözlenmiştir.

Obez hastalarda HAM D ve HAM A puanları kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuştur. Yaşam kalitesinde, sadece yaşam kalitesinin fiziksel alanında anlamlı farklılık bulunmuştur. Benlik saygısı ölçeği kontrollerden farklı bulunmamasına rağmen obez grubunda Beden kitle indeksi (BKİ) ile eğitim yılı ve benlik saygısı arasında negatif korelasyon saptanmıştır.

Sonuç olarak bu çalışmada obez hastaların psikiyatrik hastalık ve stres gibi bazı faktörlerden etkilendiği bulunmuştur.

IX. SUMMARY

Obesity is a chronic disorder and a serious public health problem. Obesity is a common disorder that affects a person's health-related quality of life in a number of ways. Obesity often leads to reactive depression and other psychiatric disorders. In this study, it is aimed to investigate psychiatric diagnosis, levels of depression and anxiety, health-related quality of life, and self-esteem in a group of obese patients.

Total 95 individuals, 52 obese individuals and 43 control subjects, were included in this study. The Structural Clinical Interview for DSM-IV (SCID) were performed and we found 18 (34.6%) had adjustment disorder, 16 (% 30.8) had adjustment disorder with anxiety and 2 (% 3.8) had adjustment disorder with mixed type anxiety and depressed mood of obese patients. Sixteen of the obese patients did not have any psychiatric diagnosis. Obese patients who were suffering from the stressor factors had more frequent psychiatric diagnosis than who were not.

In obese patient HAM A and HAM D scores were higher than control subjects' scores. Statistical significance in physical area was found in quality of life scales. Significance of the Eating Attitude Test was thought to be related to eating behaviour. Although no significant difference was in Cooper self-esteem inventory, a negative correlation was found between BMI and education year and self-esteem inventory.

In conclusion, in this study, we found that psychiatric diseases and stressor factors affected to obese patients.

X. KAYNAKLAR

1. Yılmaz C, Obeziteye giriş, Ed: Yılmaz C, Obezite ve Tedavisi, Mart matbaacılık, İstanbul, 1999:7-10.
2. Pi-Sunyer, F.X. Health implications of obesity. American Journal of Clinical Nutrition, 1991; 53:1595-1603.
3. Pi-Sunyer, F.X. Obesity Research The North American Association for the Study of Obesity, 2002:10:97-104.
4. Adaş M, Özbey N, Kazancıoğlu R, Metin N, Yaraşır H, Molvalılar S, Sencer E, Orhan Y: Şişman kadınlarda diabetes mellitus ve bozulmuş açlık glikozu sıklığı ve metabolik risk göstergeleri ile ilişkisi. İst Tıp Fak Mecm 2000: 63:19.
5. Hubbert H, Feinleb M, Mc Namara P, Castelli W: Obesity as an independent risk factor for cardiovascular disease: a 26 year follow-up of participants in the Framingham study. Circulation 1983: 67:968.
6. Kopuz K, Özbey N, Kazancıoğlu R, Orhan Y: Şişman kadınlarda kardiyovasküler riskin saptanmasında bel çevresi/boy oranı düzeyleri. İstanbul Tıp Fakültesi Mecmuası 2000: 63:256.
7. Sansoy V: Türk Erişkinlerinde beden kitle indeksi, bel çevresi ve bel kalça oranları. Türk erişkinlerde kalp sağlığı, risk profili ve kalp hastalığı (TEKHARF) 62 ,2000.
8. Satman İ, Şengül AM, Uygur S, Salman F, Baştar İ, Sargın M, Tütüncü Y, Karşıdağ K, Dinçağ N, Özcan C, Yılmaz MT, and TURDEP Group. Population-based study of diabetes and risk characteristics: Final results of the TURDEP. Diabetologia 2000: 43 : A111, 433.

9. Seidell JC: Epidemiyoloji: Obezitenin Tanımı ve Sınıflandırılması.Klinik Obezite (Clinical Obesity First ed by Kopelman PG and Stock M. Blackwell Science Lmted 1998) Ed Uz. Dr. Arif Nihat Dursun, Tekin Ciltevi 2000:s:1.

10.Van Gaal LF, Mertens IL: Obezitenin Kardiyovasküler Clinical Obesity First ed. by Sistem ve Kan Basıncı Kontrolü, Sindirim Sistemi Hastalıkları ve Kanser Üzerindeki Etkileri:Klinik Obezite 2000 (Kopelman PG and Stock M. Blackwell Sience Ltd 1998) Ed. Uz. Dr Arif Nihat Dursun, Tekin Ciltevi, 2000: s:206.

11.Visscher TL, Seidell JC: The puplic health impact of obesity. Annu Rev Puplic Health 2001:22:355.

12. World Health Organization. WHO Monica Project: Geographical variation in the major risk factors o coronary heart disease in men and women aged 35-64 years. The WHO Monica Project. World Health Statistics Quarterly 1988: 41:115.

13. Hatemi HH: Hipertansiyon ve obezite. Obezite 1999:1:16.

14. Rissanen A: Obezite ile İlgili Halk Sağlığı stratejileri ve ekonomik maliyet.Klinik Obezite (Kopelman PG and Stock M.Blackwell Sience Ltd 1998) Ed Uz Dr Arif Nihat Dursun Tekin Ciltevi, 2000:612.

15. Erol A., Toprak G, Yazıcı F. Üniversite Öğrencisi Kadınlarda Yeme Bozukluğu ve Genel Psikolojik Belirtileri Yordayan Etkenler Türk Psikiyatri Dergisi 2002:13 :48-57.

16. Koruk İ, Şahin T. K. Konya Fazilet Uluişik Sağlık Ocağı Bölgesinde 15-49 yaş grubu ev kadınlarında obezite prevalansı ve risk faktörleri Genel Tıp Dergisi 2005:15 :147-155.

17. Deveci A, Demet MM, Özmen B, Özmen Erol, Hekimsoy Z. Obez hastalarda psikopatoloji, alekstimi ve benlik saygısı Anadolu Psikiyatri Dergisi 2005;6: 84-91
18. World Health Organization(1998). Obesity: Preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation on obesity, Geneva, June 3-5, (Publication No WHO/NUT/NCD/98.1) Geneva: Author, 1997.
19. Bayraktar E, Obezitenin Psikolojik Yönleri, ed: Yılmaz C, Obezite, Nobel Tıp Kitapevleri, 1995:s:107-137.
20. Şarbat G, Demirkol M. Obesite, Ed:Ekşi A, Ben Hasta Değilim, Nobel Tıp Kitapevi, 1999:441-450.
21. WHO. Technical Report Series-854: Physical Status: The Use and Interpretation of Antropometry.1 Edition Geneva , WHO, 1995.
22. Lyznicki JM,Young DC, Riggs JA, Davis DM. Obesity: Assessment and management in primary care.AmFam Physician 2001;63: 2185-2196.
23. Sağlam F. Kadınlarda şişmanlığın Görülme Sıklığı ve Şişmanlık Oluşumunu Etkileyen Etmenler. Beslenme ve Diyet Dergisi. 1989;18:195-203.
24. Tucker LA, Bagwell M. Television Viewing and Obesity in Adult Females. Am J Public Health. 1991;81(/):908-11.
25. Özkahraman Ş,Kişioğlu AN, Öztürk M. Bir sağlık ocağı bölgesindeki 15-49 yaş evli kadınlarda obezite prevalansı ve yapılan eğitimin obezite ile ilgili bilgi, tutum, davranış ve prevalansa etkisi. 8.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kongre Kitabı 2, 2002:738-740.

26. Galuska DA, Serdula M, Pamuk E, Siegel BZ, Byers T. Trends in Overweight Among US Adults from 1987 to 1993: A Multistate Telephone Survey. *Am J Public Health*. 1996;86:1729-1735.
27. Lewis CE, Smith DE, Wallace DD, Williams OD, Bild DE, Jacobs DR, Jr. Seven Year Trends in Body Weight and Associations with Lifestyle and Behavioral Characteristics in Black and White Young Adults: The CARDIA Study. *Am J Public Health*. 1997;87:635-642.
28. Rabkin SW et al. Risk Factor Correlates of Body Mass Index. *Can Med Assoc J*. 1997;157:27-31.
29. Williamson FD. Descriptive Epidemiology of Body Weight and Weight Change in U.S.A. Adults. *Ann Intern Med*. 1993;119: 646-649.
30. Köksal O. Türkiye 1974 Beslenme, Sağlık ve Gıda Tüketimi Araştırması Hacettepe Üniversitesi, Ankara-(1977).
31. Tönük B., Gültük H., Güneşli U. ve ark. 1984 Gıda Tüketimi ve Beslenme Araştırması Ankara, 1987.
32. Sağlık Bakanlığı Ana ve Çocuk Sağlığı/Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Hacettepe Üniversitesi, Nüfus Etütleri Enstitüsü, MEASURE DHS+, Macro International Inc. 1993 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 1994:122-125.
33. Hacettepe Üniversitesi, Nüfus Etütleri Enstitüsü, MEASURE DHS+, Macro International Inc. 1998 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 1999:132-134.
34. Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Manisa Nüfus ve Sağlık Araştırması. 1999:95-97.

35. Aykut M, Öztürk Y, Özer A, Aslan Ayşegül. Erişkin Kadınlarda Şişmanlık Durumu ve Şişmanlığı etkileyen bazı faktörler. 8.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kongre Kitabı 2, 2002: 744-747.
36. Erkol A, Khorshid L Obezite; Predispozan Faktörler ve Sosyal Boyutun Değerlendirilmesi SSK Tepecik Hastanesi Dergisi, 2004:14 :101-109.
- 37.Bouchard, C.L. The genetics of human obesity: Recent progress. Bull Mem Acad R Med Belg156(10-12), 2001: 455-464.
38. Semerci C.N. Obeziteye Genetik Yatkınlık Gülhane Tıp Dergisi 2004:46 : 353 – 359.
39. Katzmarzyk, P.T., Perusse, L., Rao, D.C. et al. Familial risk of obesity and central adipose tissue distribution in the general Canadian population.Amer. J. Epidemiol. 1999: 149: 933-42.
40. Lee, J.H., Reed, D.R., Price, R.A. Familial risk ratios for extreme obesity: implications for mapping human obesity genes. Int J Obes Relat Metab Disord, 1997: 21: 935-940.
41. Kabalak T,Obezitenin diyetle tedavisi, Ed: Yılmaz C, Obezite, Nobel Tıp Kitapevleri , 1995: 107-137.
42. Shepard TY, Weil KM, Sharp TA, Grunwald GK, Bell ML, Hill JO, Eckel RH. Occasional physical inactivity combined with a high-fat diet may be Important in the development and maintenance of obesity in human subjects. Am J Clin Nutr 2001:73: 703-708.
43. Gedik O. Turkish Journal of Endocrinology and Metabolizm 2003:7: 5-11.

44. Odağ C. Nevrozlar 1 ,Halime Odağ Psikanaliz ve psikoterapi Vakfı Yayınları:1 s:27-36.İzmir,1999
45. Saygılı F. Obezite Komplikasyonları Ed: Yılmaz C, Obezite ve Tedavisi Mart matbaacılık, İstanbul, 1999: 41-57.
46. Lomax JW .Obesity in Comprehensive Textbook of Psychiatry,Ed: Kaplan Hİ, Sadock Bj, Williams& Wilkins, Baltimore, 1989: 1176-1186.
47. Wilson CP, Personality Structure and Psychoanalitic Treatment of Obesity, Ed:WilsonCP,Hogan CC,Mintz I,Psychodynamic Technique in the Treatment of the Eatig Disorders,Northvale, New Jersey, London, 1992:81-95.
48. Tüzün M, Obezitenin genel özellikleri, Ed: Yılmaz C, Obezite ve Tedavisi, Mart matbaacılık, İstanbul, 1999: 11-28.
49. Stunkard, A. J. ,& Wadden, T. A. Psychological aspects of severe obesity. American Journal of Clinical Nutrition 1992;5:524 -532.
50. Çuhadaroğlu F, Adolesanlarda benlik saygısı. Uzmanlık tezi. Ankara, 1986.
51. Yörükoğlu, A., Gençlik Çağı, Tisa Matbaası, Ankara, 1985.
52. French SA. Perry Cİ. Leon GR. Fulkerson JA. Self-esteem and change in BMI over three years in a cohort of adolescencts. Obes Res; 1996;4: 27-33.
53. Gortmaker SL., Must A;. Perrin JM,. Sobol AM,. Dietz WH. Social vand economic concequences of overweight in adolescence and young adulthood. N England J Med 1993: 329: 1008-12.
54. Telch CF, Agras WS. Obesity, binge eating and psychopathology: Are they related? Int J Eat Disord 1994: 5:53-61.

55. Bryan J, Tiggemann M. The effect of weight-loss dieting on cognitive performance and psychological well-being in overweight women. *Appetite* Apr 2001; 36:147-156.
56. Erikson, E.H., (Çev. Üstün B.T., Bar V.), *İnsanın Sekiz Çağı*, Sevinç Matbaası, Ankara, 1984.
57. Rosenberg, M., *Society and the Adolescent Self-image*, Princeton University Press, Princeton, 1965.
58. Wadden, T.A., Stunkard, A.J. The psychological and social complications of obesity. *Annals of Internal Medicine*, 1985;103:1062-1066.
59. Sarwer, D.B., Wadden, T.A., Foster, G.D. Assessment of body image dissatisfaction in obese women: Specificity, severity and clinical significance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1998;7: 101-104.
60. Cutting TM, Ficher JO, Grimm Thomas K, Birch LL. Like mother, like daughter: familial patterns of overweight are mediated by mothers' dietary disinhibition, *Am J Clinical Nutrition* , 1999;69: 608-13.
61. Lissau I, Sorensen TIA. Parental neglect during childhood and increased risk of obesity in young adulthood. *Lancet* 1994;343:324-327.
62. Pesa J. A. Psychosocial Differences Associated with Body Weight Among Female Adolescents: *Journal of Adolescent Health* 2000 :26: 330-337.
63. Grilo CM ve ark., Childhood psychological, physical and sexual maltreatment in outpatients with binge eating disorder, *Obes Res* 2001; 9: 320-5.
64. R.L. Kolotkin , K Meter, G.R. Williams Health related quality of life and obesity. *Obesity reviews* 2 , 2001: 219-229.

65. Hamburger WH: Emotional aspects of obesity . Med Clin Nort America 1951: 35:483-499.
66. Kornhaber A: The stuffing syndrome. Psychosomatics 1970: 11: 580 –584.
67. Aslan SH, Ünal M, Tıkıncasına Yeme Bozukluğu, Psycho Med 1995:4:145-149.
68. Spitzer RL ,Stunkard A, Yanovski S, Marcus MD, Wadden T,Wing R, Mitchell J, Hasin D.: Binge eating disorder should be included in DSM-IV:a reply to Fairburn et al. ‘ s “ The classification of recurrent overating : the binge eating disorder proposal “ . Int J Eat Disord 1993:13:161- 169.
69. Mills JK, Andrianopoulos GDThe relationship Between Childhood Onset Obesity and Psychopathology in Adulthood, The Journal of Psychology 1993:127: 547-551.
70. Black DW, Goldstein RB, Mason EE, Prevalence of mental disorder in 88 morbidly obese bariatric clinic patients, Am J Psychiatry 1992:149:227-234.
71. Castelnuovo- Tedesso P, Schievel D: Studies of super obesity,İ: psychological characteristics of super obese Patients. İnt Jpsychiatry Med 1975:6: 465-480.
72. Yanovski SZ, Nelson JE, Dubbert BK, Spitzer RL.Association of binge eating disorder and psychiatric comorbidity in obese subjects. Am J Psychiatry 1993:150: 1472-1479.
73. Akalın A, Erol A, Yazıcı F;Obezite ve borderline kişilik bozukluğunda psikolojik belirtiler, Türkiye’de Psikiyatri 2001: 3: 88-93.

74. Thomas A Wadden ,Suzette Osei Obezite Tedavisi Ed. Uz. Dr Arif Nihat Dursun Obezite Tedavi El Kitabı, 2003: 229-248.
75. Eser E, Fidaner H, Fidaner C, Eser SY, Elbi H, Göker. Yaşam kalitesinin ölçülmesi, WHOQOL-100 ve WHOQOL-Bref. 3P Dergisi 1999:7 : 5-13
76. Akdemir A, Örsel S, Dağ İ, İşcan N, Özbay H. Hamilton Depresyon derecelendirme Ölçeği'nin (HDDÖ) geçerliği-güvenirliği ve klinikte kullanımı. Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi 1996: 4:251-259.
77. Yazıcı MK, Demir B, Tanrıverdi N, Karağaoğlu E, Yolaç P. Hamilton anksiyete değerlendirme ölçeği, değerlendiriciler arası güvenilirlik ve geçerlik çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi 1998:9:114-117.
78. İkizoğlu M.Demokratik ve Otariter Ana-Baba Tutumlarının Lise Son Sınıf Örgencilerinin Benlik Saygısı Üzerine Etkisi.Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi. Ankara 1993.
79. Savaşır I, Erol NYeme Tutum Testi :Anoreksia Nervoza Belirtileri İndexi. Psikoloji Dergisi 1989:7 :19-25.
80. Pişkin, M. Türk ve İngiliz Lise Öğrencilerinin Benlik saygısı Yönünden Karşılaştırılması Ulusal Psikolojik Danışma ve Rehberlik Kongresi Kitabı. Adana: Çukurova Üniversitesi yayını. 1997: 3: 21-35.
81. Tüzün M, Kabalak T, Yılmaz C. Obezitenin genel özellikleri- tanım, sıklık, tanı, sınıflandırma, tipleri, dereceleri ve komplikasyonları. In: Yılmaz C, editör. Obezite ve Tedavisi. İstanbul: Mart Matbaacılık, 1999: 11-28.
82. Kopelman PG, Stock M. Clinical Obesity. Oxfort: Blackwell Science Ltd. 1998: 7-8.

83. Satman İ, Yılmaz MT. Dünyada ve Türkiye’de obezite epidemiolojisi. Aktüel Tıp Dergisi 2001: 6: 9-12.
84. Baugman, Logue E, Sutton K, Capers C, Jarjoura D, Smucker W: Biopsychosocial characteristics of overweight and obese primary care patients: do psychosocial and behavioral factors mediate sociodemographic effects, <http://alpha/130am/techprogram/paper46851htm>, 20.1.2004
85. Ultrich John et. Obesity Research 2005: 13:101-109.
86. Pi-Sunyer FX. NHLBI Obesity Education Initiative Expert Panel on the identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults-the evidence report. Obes Res 1998; 6(suppl 2):51S-209S)/(Lean ME. Pathophysiology of obesity. Proc Nutr Soc; 2000:59:331-336.
87. Comuzzie AG, Allison DB. The search for human obesity genes. Science; 1998:280: 1374-1377.
88. Kaplan HI, Sadock BJ. Eating disorders. HI Kaplan, BJ Sadock (eds), Synopsis of Psychiatry’de, VIII. Edition Baltimore, Williams and Wilkins, 1998: 720-736.
89. Sağlam F. Kadınlarda şişmanlığın görülme sıklığı ve şişmanlık oluşumunu etkileyen etmenler. Beslenme ve Diyet Dergisi 1989:18:195-203.
90. Koçoğlu G, Sümer H. Koyuncu sağlık ocağı bölgesindeki 20 yaş üzeri kadınlarda şişmanlık prevalansı ve bunu etkileyen faktörler. III: Ulusal Halk sağlığı Kongresi. Kongre Özet Kitabı. 1997.
91. Offer D, Ostrov E, Howard Kİ: Patterns of Adolescent selfimage. Jossey- Bass Inc., San Francisco 1984.

92. Bouchard,C.,Blair S.N. Rountable introduction:Introductory comments for the consensus on physical activity and obesity. *Medicine and Science in Sports and Exercise* 1999: 31 : 498- 501.
93. Blair S.N., Brodney,S. Effects of physical inactivity and obesity on morbidity and mortality: Current evidence and research issues. *Medicine and Science in Sports and Exercise* 1999: 31: 646- 662.
94. U.S. Department of Health and Human Services. Physical activity and health: A report of the Surgeon General. Atlanta,GA:Centers for Disease Control and Prevention. 1996.
95. Brownell KD, Wadden TA. Obesity. Psychological factors affecting medical conditions. *Comprehensive Textbook of Psychiatry, Seventh Edition*. BJSadock, VA Sadock (Eds). Lippincott Williams and Wilkins, Baltimore, 2000: 1787-1797
96. Gloria J. Kensinger, MS, RD;Maureen A.Murtaugh, PhD, RD; Simona K.Reichmann, PhD; Christine C. Tangney,PhD. Psychological symptoms are greater among weight cycling women with severe binge eating behavior. *Journal Of The American Dietetic Association* 1998: 98:863-868.
97. Isaac Greenberg, Frank Perna, Majory Kaplan and Mary Anna Sullivan Behavioral and Psychological Factors in the Assessment and Treatment of obesity surgery patients *Obesity Research* 2005:13: 244-249.
98. Budderberg-Fischer B, Klaghofer R,Sigrist S, Budderberg C. Impact of psychosocial stres and symptoms on indication for bariatric surgery and outcome in morbidly obese patients. *Obese Surgery* 2004: 14361-9
99. Robert E. Roberts, George A. Kaplan, Sarah J.Shema and William J. Strawbridge Are the Obese at Greater Risk for Depression? *American Journal Epidemiology* 2000:152:163-170

100. Roland Rosmond. Obesity and depression:same disease, different names?
Medical Hypotheses 2004:62: 976-979

101. Kenneth M.Carpenter, PhD, Deborah S.Hasin, PhD, David B.Allison, PhD,
and Myles S.Faith, PhD American Journal of Public Health 2000 : .90: 251-257.

102. Myres A, Rozen J C. Obesity stigmatization and coping: relation to mental
healthsymptoms, bodyimage, and self-esteem. Int J Obes Relat Metab Disord.
23:221-30, (1999).

103. Gerbrand Van H. Psychological profile of morbidly obese patients who are
candidates for bariatric surgery, IFSO Obesity Surgery, Congress, [http : //www 3.
parsec. info / congresos / web / IFSO /pcomunicaciones?creg=913](http://www.3.parsec.info/congresos/web/IFSO/pcomunicaciones?creg=913), 2004.

104. C Dong, LE Sanchez and RA Price International Journal of Obesity
2004:28: 790-795.

105. Fontaine KR, Barlett SJ. Estimating health-relted quality of life in Obeze
individuals. Dis Manage Health Outcomes 1998:3:61-70.

106. Fontaine KR, Cheskin LJ,Barofsky1.Health-related quality of life in Obeze
persons seeking treatment.Farm Pract. 1996:43: 265-270.

107. Fontaine KR ,Barlett SJ, Barofsky 1. .Health-related quality of life among
Obeze persons seeking and not currently seeking treatment.IntlJ Eat Dis
2000:27: 101-105.

108. Lean MEJ,Han TS,Seidell JC.Impairment of health and quality of life using
new US federal guidelines for the identification of obezityArch Int Med.
1999:159:837-843.

109. Fontaine KR , Barofsky, Cheskin LJ Predictors of quality of life for Obeze persons./Nerv. Men Dis. 1997:185:120-122.
110. Fine JT,Colditz GA,Coakley EH,Moseley G,MansonJE,Willett WC,Kawachi 1.A prospective study of weight change and health-related quality of life in women,JAMA 1999:282: 2136-2142.
111. John B.Dixon all.Depression in association with severe obesity Arch Intern Med 2003:163: 2058-2065.
112. De Zwaan M, Mitchell JE, Howell LM, Monson N, Swan Kremeier L, Roering JL, Kolotkin RL, Crosby RD. Two measures of Health-Related Quality of life in morbid obesity. Obesity Research 2002: 10 : 1143-1151.
113. Higgs ML,Wade T, Cescato M,Atchison M,Slavotinek A,Higgins B.Differences between treatment seekers in an Obeze population;medical intervention vs. dietary restriction./Behan Med. 1997: 20: 391-405
114. Foster GD, Kendall PC.The realistic treatment of obezity.Clin Psych 1994: :14:701-736.
115. Davis EM, Rovi S, Johnson MS. Mental health, family function and obesity in African-American women. J Natl Med Assoc. 2005: 97 :478-82.
116. Maddi SR, Khoshaba DM, Persico M, Bleecker F, VanArsdall G. Psychosocial correlates of psychopathology in a national sample of the morbidly obese. Obes Surg. 1997: 7 :397-404.
117. Lean, ME. Pathophysiology of obesity Proc Nutr Soc. 2000: 59: 331-336

118. Chrousos, GP. The role of stress and the hypothalamic-pituitary-adrenal axis in the pathogenesis of the metabolic syndrome: neuro-endocrine and target tissue-related causes *Int J Obes Relat Metab Disord.* 2000; 24: 50- 55

119. McEwen, BS. Mood disorders and allostatic load *Biol Psychiatry* 2003; 54: 200-207

XI. EKLER

EK-1. Hasta bilgi ve demografik veriler formu

EK-1a Demografik veriler formu

Adı Soyadı:

Yaşı:

Cins: 1) E 2) K

Dosya No:

BMI:

Meslek: 1) Öğrenci 2) İşsiz 3) Ev hanımı 4) Çiftçi 5) Memur 6) İşçi 7) Esnaf
8) Serbest Meslek 9) Özel sektörde ücretli 10) Emekli 11) Diğer

Eğitim Düzeyi: 1) Okur yazar değil 2) Okur yazar 3) 5 yıl 4) 8 yıl 5) 11 yıl 6) 12 yıl ve üstü

Yaşadığı Yer: 1) Köy 2) Kasaba 3) Kent

Bölgedeki Durumu: 1) Yerli(3yıl) 2) Yurt içi göç 3) Yurt dışı göç

Medeni Hali: 1) Bekar 2) Evli 3) Dul 4) Boşanmış-Ayrı yaşıyor

Eşin eğitimi, işi, çocuk sayısı:

Sosyal Güvence: 1) Emekli 2) Bağ-KUR 3) SSK 4) Yeşil Kart 5) Özel Sigorta 6) Yok

Aylık Gelir Düzeyi: 1)150 ve altı 2) 151-300 3) 301-500 4) 501-800 5) 801 ve üstü

Alkol Kullanımı: 1) Yok 2) Sosyal içici 3) Kötüye kullanım 4) Bağımlılık

Sigara: 1) Var 2) Yok Sayı(Günlük): Süre(Yıl):

Aile Yapısı: 1) Çekirdek 2) Geniş aile 3) Yalnız yaşıyor

Ailedeki Birey Sayısı:

Anne-Baba: 1) Beraber 2) Boşanmış 3) Ayrı yaşıyor 4) Anne ex 5) Baba ex 6) Anne üvey
7) Baba üvey 8) Her ikisi de ex

Ailede fiziksel hastalık öyküsü: 1) Var 2) Yok

Hangi hastalık: 1) HRT 2) DM 3) Romatizma 4) KAH 5) Osteoporoz 6) KY
7) KOAH 8) Anemi 9) Guatr 10) CA 11) Diğer

Ailede Psk hastalık öyküsü: 1)Var 2) Yok

Kendinde Psk hastalık öyküsü: 1)Var 2) Yok

Kendinde fiziksel hastalık öyküsü: 1)Var 2) Yok

Hangi hastalık: 1) HRT 2) DM 3) Romatizma 4) KAH 5) Osteoporoz 6) KY
7) KOAH 8) Anemi 9) Guatr 10) CA 11) Diğer

EK-1b. Hasta bilgi formu

Kaç yıldır var:

Kronik hastalık sayısı:

Sürekli ilaç sayısı:

Obezitenin ilk başladığı yaş:

İlk belirtileri başlatan stresör: 1)Var 2)Yok

Varsa:

Daha önce kullandığı ilaçlar ve süresi:

İlacı kesme nedenleri: 1) Fayda görmedi 2) Yan etki 3) Kendi istedi 4) Aile isteği
5) Ekonomik 6) Bilmiyor

Egzersiz/spor yapıyor mu? 1) Yapıyor 2) Yapmıyor 3) Yapmış-bırakmış

EK-2. WHOQOL-BREF (TR)

WHOQOL-BREF (TR)

SİZİNLE İLGİLİ;

Başlamadan önce kendinizle ilgili genel bir kaç soruyu cevaplamanızı istiyoruz. Lütfen doğru yanıtları yuvarlağa alınız ya da verilen boş yerleri doldurunuz.

Cinsiyetiniz nedir? Erkek Kadın

Doğum tarihiniz nedir? _____ / _____ / _____
GÜN / AY / YIL

Gördüğünüz en yüksek eğitim derecesi nedir? Hiç eğitim almadım
İlkokul-ortaokul
Lise veya eşdeğeri
Yüksek

Medeni durumunuz nedir? hiç evlenmemiş ayrılmış
evli boşanmış
evli gibi yaşıyor eşi ölmüş

Şu anda bir hastalığınız var mı? evet hayır
Eğer şu anda sağlığınızla ilgili yolunda gitmeyen bir durum varsa, sizce bu nedir?

hastalık / sorun

Açıklama

Bu anket sizin yaşamınızın kalitesi, sağlığınız ve yaşamınızın öteki yönleri hakkında neler düşündüğünüzü sorgulamaktadır. **Lütfen bütün soruları cevaplayınız.** Eğer bir soruya hangi cevabı vereceğinizden emin olamazsanız, **lütfen size en uygun görünen cevabı** seçiniz. Genellikle ilk verdiğiniz cevap en uygunu olacaktır.

Lütfen kurallarınızı, beklentilerinizi, hoşunuza giden ve sizin için önemli olan şeyleri sürekli olarak gözönüne alınız. Yaşamınızın **son iki haftasını** dikkate almanızı istiyoruz. Örneğin bir soruda son iki hafta kastedilerek şöyle sorulabilir:

	Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
İhtiyacımız olan desteği başkalarından alabiliyor musunuz?	1	2	3	4	5

Son iki hafta boyunca başkalarından aldığınız desteğin miktarını en iyi karşılayan rakamı yuvarlağa almalısınız.

Buna göre, eğer başkalarından çokça yardım aldıysanız, aşağıdaki gibi 4 rakamını yuvarlağa almanız gerekiyor:

	Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
--	-----	--------	---------------	-------	---------

İhtiyacınız olan desteği başkalarından alabiliyor musunuz?	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

Son iki hafta içinde, ihtiyacınız olan desteği başkalarından hiç alamadıysanız, 1 rakamını yuvarlağa almalısınız.

Lütfen her soruyu okuyunuz, duygularınızı değerlendiriniz ve her bir sorunun ölçeğinde size en uygun olan yanıtın rakamını yuvarlağa alınız.

		Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi, ne kötü	Oldukça iyi	Çok iyi
1 G1	Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?	1	2	3	4	5

		Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
2 G4	Sağlığınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorular son iki hafta içinde kimi şeyleri **ne kadar** yaşadığınızı soruşturmaktadır.

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
3 F1.4	Ağrılarınızın yapmanız gerekenleri ne kadar engellediğini düşünüyorsunuz?	1	2	3	4	5
4 F11.3	Günlük uğraşlarınızı yürütebilmek için herhangi bir tıbbi tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz?	1	2	3	4	5
5 F4.1	Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız?	1	2	3	4	5
6 F24.2	Yaşamınızı ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz?	1	2	3	4	5

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Son derecede
7 F5.3	Dikkatinizi toplamada ne kadar başarılısınız?	1	2	3	4	5
8	Günlük yaşamınızda	1	2	3	4	5

F16.1	kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?					
9 F22.1	Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorular son iki haftada kimi şeyleri ne ölçüde **tam olarak** yaşadığınızı ya da yapabildiğinizi soruşturmaktadır.

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
10 F2.1	Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?	1	2	3	4	5
11 F7.1	Bedensel görünüşünüzü kabullenir misiniz?	1	2	3	4	5
12 F18.1	İhtiyaçlarınızı karşılamaya yeterli paranız var mı?	1	2	3	4	5
13 F20.1	Günlük yaşantınızda size gerekli bilgi ve haberlere ne ölçüde ulaşabiliyorsunuz?	1	2	3	4	5
14 F21.1	Boş zamanları değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatınız olur?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorularda, son iki hafta boyunca yaşamınızın çeşitli yönlerini ne ölçüde **iyi ya da doyurucu** bulduğunuzu belirtmeniz istenmektedir.

		Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi, ne kötü	Oldukça iyi	Çok kötü
15 F9.1	Bedensel hareketlilik (etrafta dolaşabilme, bir yerlere gidebilme) beceriniz nasıldır?	1	2	3	4	5

		Hiç	Çok az	Ne	Epeyce	Çok hoşnut
--	--	-----	--------	----	--------	------------

		hoşnut değil	hoşnut	hoşnut, ne de değil	hoşnut	
16 F13.3	Uykunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
17 F10.3	Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
18 F12.4	İş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
19 F6.3	Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
20 F13.3	Aileniz dışındaki kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
21 F15.3	Cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
22 F14.4	Arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
23 F17.3	Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
24 F19.3	Sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
25 F23.3	Ulaşım olanaklarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki soru son iki hafta içinde bazı şeyleri **ne sıklıkta** hissettiğiniz ya da yaşadığınıza ilişkindir.

		Hiçbir zaman	Nadiren	Arasıra	Çoğunlukla	Her zaman
26	Ne sıklıkta hüznü,	1	2	3	4	5

F8.1	ümitsizlik, bunaltı, çökkünlük gibi olumsuz duygulara kapılırsınız?					
------	---	--	--	--	--	--

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
U. 27	Yaşamınızda size yakın kişilerle (eş, iş arkadaşı, akraba) ilişkilerinizde baskı ve kontrolle ilgili zorluklarınız ne ölçüdedir?	1	2	3	4	5

Bu formun doldurulmasında size yardım eden oldu mu?.....
Bu formun doldurulması ne kadar süre aldı?

Soru formu ile ilgili yazmak istediğiniz görüş var mı?

EK-3 . Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği

Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği

Aşağıda bazı cümleler bulunmaktadır. Kendinize uygun bulduğunuz cümleleri yanındaki “bana uygun” seçeneğine, kendinize uygun bulmadığınız cümleleri yanındaki “bana uygun değil” seçeneğine (x) işareti koyarak cevaplayınız

	Bana Uygun	Bana Uygun Değil
1. Sık sık keşke başka birisi olsam diye düşünürüm.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Başkalarının önünde konuşmak bana zor gelir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Eger elimde olsaydı kendimde bir çok şeyi değiştirmek isterdim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Karar vermede fazla zorluk çekmem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. İnsanlar benimle olmaktan hoşlanırlar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Evde kolayca moralim bozulur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Yeni şeylere kolay alışamam.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Yaşıtlarım arasında sevilen biriyim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Genellikle ailem benden birçok şey bekler.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ailem genellikle duygularıma önem verir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Başkalarının söylediklerini kolaylıkla kabul ederim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Benim yerimde olmak oldukça zordur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Hayatımın karmakarışık olduğuna inanıyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Genellikle başkaları düşüncemi kabul ederler.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Kendimi yetersiz buluyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Sık sık evden uzaklaşmayı düşünürüm.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Yaptığım işten çoğunlukla memnun olmam.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Başkaları kadar güzel/yakışıklı değilim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Söylenecek bir sözüm varsa onu söylemekten çekinmem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Ailem duygularımı anlar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Çok sevilen bir kimse değilim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Genellikle ailemin beni dışladığına inanıyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Yaptığım şeyler genellikle cesaretimi kırar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Çevremde olup bitenlerden rahatsız olmam.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Güvenilir bir kişi olmadığımı düşünüyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EK-4. HAMILTON DEPRESYON DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

Hastanın Adı, Soyadı:

Tarih:

Hastanın Yaşı ve Cinsiyeti:

Değerlendirici:

HAMILTON DEPRESYON DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

Lütfen her konu başlığı için puan verin

Puan

		Puan
1. DEPRESİF (ÇÖKKÜN) RUH HALİ	(1-5)	
2. ÇALIŞMA VE ETKİNLİKLER	(1-5)	
3. GENİTAL SEMPTOMLAR	(1-3)	
4. SOMATİK SEMPTOMLAR –GASTROİNTESTİNAL	(1-3)	
5. KİLO KAYBI		
A. ÖZGEÇMİŞİNİ DEĞERLENDİRİRKEN	(1-4)	
B. GERÇEK KİLO DEĞİŞİMİ	(1-4)	
6. UYKUSUZLUK (BAŞLARKEN)	(1-3)	
7. UYKUSUZLUK (ORTA)	(1-3)	
8. UYKUSUZLUK (GEÇ)	(1-3)	
9. SOMATİK BELİRTİLER (GENEL)	(1-3)	
10. SUÇLULUK DUYGULARI	(1-5)	
11. İNTİHAR	(1-5)	
12. PSİŞİK KAYGI	(1-5)	
13. SOMATİK KAYGI	(1-5)	
14. HİPOKONDİRİ	(1-5)	
15. İÇGÖRÜ	(1-3)	
16. YAVAŞLAMA	(1-5)	
17. AJİTASYON	(1-5)	
TOPLAM		

EK-5. HAMILTON ANKSİYETE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

Hastanın Adı, Soyadı:

Tarih:

Hastanın Yaşı ve Cinsiyeti:

Değerlendirici:

HAMILTON ANKSİYETE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (HADÖ)

Lütfen her konu başlığı için 0-4 arası bir puan verin

Puan

	Puan
1. ANKSİYETELİ MİZAÇ	
2. GERİLİM	
3. KORKULAR	
4. UYKUSUZLUK	
5. ENTELLEKTÜEL (kognitif)	
6. DEPRESİF MİZAÇ	
7. SOMATİK (muskuler)	
8. SOMATİK (duygusal)	
9. KARDİOVASKÜLER SEMPTOMLAR	
10. SOLUNUM SEMPTOMLARI	
11. GASTROİNTESTİNAL SEMPTOMLAR	
12. GENİTOÜRİNER SEMPTOMLAR	
13. OTONOMİK SEMPTOMLAR	
14. GÖRÜŞME SİRASINDAKİ DAVRANIŞ	

TOPLAM PUAN:

PSİŞİK (1,2,3,5,6)

SOMATİK (4,7,8,9,10,11,12,13,14)

EK-6. YEME TUTUMU TESTİ

Hastanın Adı, Soyadı:
Hastanın Yaşı:
Hastanın Cinsiyeti: E K
Boy:

Tarih:
Değerlendirici:
Eğitim:
Kilo:

YEME TUTUMU TESTİ

Bu anket sizin yeme alışkanlıklarınızla ilgilidir. Lütfen her bir soruyu dikkatlice okuyunuz ve size uygun gelen kutunun içine x işareti koyunuz. Örneğin “Çikolata yemek hoşuma gider” cümlesini okudunuz. Çikolata yemek hiç hoşunuza gitmiyorsa, “Hiçbir zaman” seçeneğine karşı gelen “f” kutucuğunu x ile işaretleyiniz; her zaman hoşunuza gidiyorsa “Daima” seçeneğine karşı gelen “a” kutucuğunu x ile işaretleyiniz.

a: Daima d: Bazen
b: Çok sık e: Nadiren
c: Sık sık f: Hiçbir zaman

	a	b	c	d	e	f
1. Başkaları ile birlikte yemek yemekten hoşlanırım.						
2. Başkaları için yemek pişiririm, fakat pişirdiğim yemeği yemem.						
3. Yemekten önce sıkıntılı olurum.						
4. Şişmanlamaktan ödüm kopar.						
5. Acıktığımda yemek yememeğe çalışırım.						
6. Aklım fikrim yemektir.						
7. Yemek yemeyi durduramadığım zamanlar olur.						
8. Yiyeceğimi küçük küçük parçalara bölerim.						
9. Yediğim yiyeceğin kalorisini bilirim.						
10. Ekmek, patates, pirinç gibi yüksek kalorili yiyeceklerden kaçınırım.						
11. Yemeklerden sonra şişkinlik hissedirim.						
12. Ailem fazla yememi bekler.						
13. Yemek yedikten sonra kusarım.						
14. Yemek yedikten sonra aşırı suçluluk duyarım.						
15. Tek düşüncem daha zayıf olmaktır.						
16. Aldığım kalorileri yakmak için yorulana dek egzersiz yaparım.						
17. Günde birkaç kere tartılırım.						
18. Vücudumu saran dar elbiselerden hoşlanırım.						
19. Et yemekten hoşlanırım.						
20. Sabahları erken uyanırım.						

	a	b	c	d	e	f
21. Günlerce aynı yemeği yerim.						
22. Egzersiz yaptığımda harcadığım kalorileri hesaplarım.						
23. Adetlerim düzenlidir.						
24. Başkaları çok zayıf olduğumu düşünür.						
25. Şişmanlama (vücudumun yağ toplayacağı) düşüncesi zihnimi meşgul eder.						
26. Yemeklerimi yemek başkalarınınkinden daha uzun sürer.						
27. Lokantada yemek yemeyi severim.						
28. Mshil kullanırım.						
29. Şekerli yiyeceklerden kaçınırım.						
30. Diyet (perhiz) yemekleri yerim.						
31. Yaşamımı yiyeceğin kontrol ettiğini düşünürüm.						
32. Yiyecek konusunda kendimi denetleyebilirim.						
33. Yemek konusunda başkalarının bana baskı yaptığını hissedirim.						
34. Yiyeceklerle ilgili düşünceler çok zamanımı alır.						
35. Kabızlıktan yakınırım.						
36. Tatlı yedikten sonra rahatsız olurum.						
37. Perhiz yaparım.						
38. Midemin boş olmasından hoşlanırım.						
39. Şekerli yağlı yiyecekleri denemekten hoşlanırım.						
40. Yemeklerden sonra içimden kusmak gelir.						