



1993

T.C.

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**BEDEN KİTLE İNDEKSİNİN YEME BAĞIMLILIĞI, DÜRTÜSELLİK,
DEPRESYON VE ANKSİYETE İLE İLİŞKİSİ**

UZMANLIK TEZİ

DR. CEYDA OKTAY

Ankara – 2015



1993

T.C.

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**BEDEN KİTLE İNDEKSİNİN YEME BAĞIMLILIĞI, DÜRTÜSELLİK,
DEPRESYON VE ANKSİYETE İLE İLİŞKİSİ**

Dr. Ceyda OKTAY

UZMANLIK TEZİ

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Nilgün TAŞKINTUNA

Ankara – 2015

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince psikiyatriye dair, hayata dair, insan ruhuna dair pek çok şey öğrendiğim, bundan sonra da bir telefon kadar uzakta olacağını bildiğim ve “İyi ki tanıdım, iyi ki asistanı oldum.” dediğim, mesleki ve kişisel anlamda gelişimime büyük katkı sağlayan, tezimin oluşması ve yürütülmesi sürecinde ilgisini ve desteğini sınırsız sunan tez danışmanım *Sayın Prof. Dr. Nilgün Taşkıntuna’ya*,

Uzmanlık eğitimimin süresince bilgisini, desteğini hiç esirgemeyen değerli Hocam *Sayın Doç. Dr. Gamze Özçürümez Bilgili’ye*,

Tezim süresince veri toplanmasıyla ilgili gerekli koşulları sağlayan ve desteğini esirgemeyen *Sayın Doç. Dr. Aslı Nar’a*,

Bu yolculukta bana hekimlik ünvanını kazandıran üniversite bünyesinde, asistanlık eğitimimin başında bana kapılarını açan ve psikiyatrist olarak elimden tutup ilk adımlarımı attıran TC. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri ABD’nin değerli öğretim üyeleri *Sayın Prof. Dr. Aslı Kuruoğlu, Sayın Prof. Dr. Behçet Coşar, Sayın Prof. Dr. Ender Taner, Sayın Prof. Dr. Nevzat Yüksel, Sayın Prof. Dr. Selçuk Aslan, Sayın Prof. Dr. Selçuk Candansayar, Sayın Prof. Dr. Zehra Arıkan, Sayın Doç. Dr. Aslıhan Dönmez ve Sayın Doç. Dr. Burhanettin Kaya* ile birlikte bütün asistan, hemşire ve personel arkadaşlarıma,

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ruh Sağlığı ile Başkent Üniversitesi Nöroloji Ana Bilim Dalı’nın değerli öğretim üyeleri ve asistan arkadaşlarıma,

Eğitim hayatım süresince bilgilerini ve desteklerini cömertçe sunan, soru işaretiyle biten bütün cümlelerimi büyük bir sabırla yanıtlayan ve her defasında yeni bir cümle kurmam konusunda beni cesaretlendiren, “siyahı beyazıyla, sıcak ayazıyla” mesleğe, psikiyatriye, hayata dair pek çok şey öğrendiğim değerli uzmanlarım *Sayın Yar. Doç. Dr. Burcu Akın Sarı’ya, Sayın Öğr. Gör. Dr. Güler Alpaslan’a, Sayın Öğr. Gör. Dr. Nurhak Çağatay Birer’e ve tezim süresince de desteğini esirgemeyen Sayın Öğr. Gör. Dr. Özgün Karaer Karapıçak’a*,

Asistanlığa başladığım ilk günden itibaren her soruma bıkmadan usanmadan cevap veren, örnek aldığım ve yollarından ilerlediğim değerli kıdemlilerim *Sayın Uzm. Dr. Ali Ercan Altınöz’e, Sayın Uzm. Dr. Selvi Ceran’a ve Sayın Uzman Dr. Hasan Talha Yurdakul’a*, asistanlık sürecinde birlikte çalışmaktan hep keyif aldığım, sevgisini hep hissettiğim, “takım

ruhunu” yaşıyan ve yaşatan değerli dostum *Sayın Dr. Berna Bulut Çakmak’a* ve Başkent Üniversitesi Psikiyatri ABD’de birlikte çalışma fırsatı bulduğum değerli araştırma görevlisi arkadaşlarım *Sayın Dr. Özkan Göncüoğlu’na*, *Sayın Dr. Nadide Elmas Gülcü Ok’a* ve *Sayın Zeynep Kolcu’ya*,

Bu süreçte birlikte birçok şey paylaştığımız ve bundan sonra da paylaşacağımıza inandığım, sevgisini kucak dolusu sunan ve “takım ruhunun” bir başka neferi olan sevgili dostum *Sayın Hemş. Sevgi Özel’e* ve “Varol Apartmanı’nın Sakinleri” olarak birlikte çalışma fırsatı bulduğum *Sayın Nurcihan Koparal’a*,

Tezim süresince desteklerini esirgemeyen *Dr. Eslem İnce Yılmaz*, *Sayın Dr. Ayşegül Tosuner Sevinç* ile her zaman desteğini hissettiğim *Sayın Koray Yanık’a*,

Hayallerimi gerçekleştirmem için beni yuvamdan nazikçe itip kendi kanatlarımla uçmamı sağlayan, bununla birlikte her zaman sıcak, güvenli ve sevgi dolu hissettiren, bana adaletli olmayı öğreten, “takım ruhu” nu çekirdekten öğrendiğim sevgili ailem annem *Sayın Faika Oktay’a*, babam *Sayın Hasan Yaşar Oktay’a* ve ablam *Sayın Beyza Oktay’a* teşekkür ederim.

Dr. Ceyda OKTAY

ÖZET

BEDEN KİTLE İNDEKSİNİN YEME BAĞIMLILIĞI, DÜRTÜSELLİK, DEPRESYON ve ANKSİYETE İLE İLİŞKİSİ

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD, Tıpta Uzmanlık Tezi. Ankara, 2015

Bu çalışmada, Beden Kitle İndeksinin (BKİ) yeme bağımlılığı, dürtüsellik, depresyon ve anksiyete ile ilişkisinin saptanması amaçlanmıştır.

Bu araştırmaya Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara Hastanesi Endokrinoloji Polikliniğinde muayene olan 48 obezitesi olan hasta ile hastane personelinden oluşturulan 55 fazla kilolu ve 43 normal kilolu kişi dahil edilmiştir. Katılımcılara Uluslararası Bileşik Tanı Görüşmesi 2.1 (CIDI 2.1) uygulandıktan Sosyodemografik ve Klinik Bilgi Formu, Yale Yeme Bağımlılığı Ölçeği, UPPS Dürtüsel Davranış Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği ile Beck Anksiyete Ölçeğini doldurmaları istenmiştir.

Çalışma sonuçlarına göre yeme bağımlılığı obez bireylerde anlamlı olarak yüksek bulunmuş, ayrıca yeme bağımlılığı olan obez bireylerde dürtüsellik ve depresyon sık bulunmuştur. Bu ilişki kadınlarda daha anlamlıdır.

Sonuç olarak yeme bağımlılığı, birçok faktörden etkilendiği bilinen obezitenin önemli bir alt türü olabilir. Ayrıca yeme bağımlılığı, dürtüsellik, depresyon gibi eşlik eden psikiyatrik bozukluklar da göz önüne alındığında psikiyatrik değerlendirmenin obezite tedavisinin önemli bir parçası olduğu düşünülmüştür.

Anahtar Sözcükler: Beden kitle indeksi, yeme bağımlılığı, dürtüsellik, depresyon, anksiyete

SUMMARY

INTERRELATIONSHIPS BETWEEN BODY MASS INDEX, FOOD ADDICTION, IMPULSIVITY, DEPRESSION AND ANXIETY

**Baskent University, Faculty of Medicine, Department of Psychiatry, Dissertation Thesis.
Ankara, 2015**

The aim of the present study is to investigate the interrelationship between body mass index, food addiction, impulsivity, depression, and anxiety.

The obese group consisted of 48 patients who were examined at the Outpatient Endocrinology Clinics at Baskent University Ankara Hospital (BMI>30). The normal weight group (BMI between 18.5 and 24.99, N=43) and the overweight group (BMI between 25 and 29.99, N= 55) were chosen among the Başkent University Hospital staff. All three groups were evaluated by Composite International Diagnostic Interview (CIDI). “The Socio-demographic Information Survey”, “Yale Food Addiction Scale”, “UPPS Impulsive Behavior Scale”, “Beck Depression Inventory (BDI)”, “Beck Anxiety Inventory (BAI)” were given to each of the participants, as well.

The results of the study showed that food addiction is more common among the obese participants. We also found that food addicts are more impulsive and more depressive. This relationship seems to be stronger at women.

Finally, we can say that food addiction may be an important subtype of obesity which is multidimensional. The results of the study imply that consideration of the psychiatric disorders or syndromes such as food addiction, impulsivity, depression and anxiety is important in the treatment and assessment of obesity. Considering all the comorbid psychiatric disorders such as food addiction, impulsivity, depression and anxiety, psychiatric evaluation is of great importance in the assesment and treatment of obesity.

Key Words: Body mass index, food addiction, impulsivity, depression, anxiety

İçindekiler Tablosu

Teşekkürler.....	İİİ
Özet	İV
Summary	Vİ
Kısaltmalar	İX
Tablolar Dizini	X
1.Giriş.....	1
2.Genel Bilgiler	3
2.1. Obezite	3
2.1.1.Obezitenin Tarihçesi	3
2.1.2. Obezitenin Tanımı Ve Sınıflandırılması	3
2.1.3. Obezitenin Epidemiyolojisi.....	5
2.1.4. Obezitenin Etiyolojisi.....	6
2.1.5. Obeziteye Eşlik Eden Psikiyatrik Komorbiditeler	16
2.1.6 Obezite, Yeme Tutumu Ve Yeme Bozuklukları	20
2.1.7. Obezite Ve Psikososyal Sorunlar	24
2.1.8. Obezitenin Kompikasyonları.....	26
2.1.9. Obezitenin Tedavisi.....	26
3. Gereç Ve Yöntem.....	30
3.1.Örnekleme.....	30
3.2 Değerlendirme Ölçekleri Ve Uygulama.....	30
3.3 İstatistik	32
4.Bulgular	34

4.1.Katılımcıların Demografik Özellikleri	34
4.2.Değişkenler Arasındaki İlişkileri Gözlemek İçin Yapılan Analizler	45
5.Tartışma.....	56
6. Sonuç Ve Öneriler.....	60
7.Kaynaklar	62
8. Ekler	81

KISALTMALAR

BKİ: Beden kitle indeksi

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği

BAÖ: Beck Anksiyete Ölçeği

YB: Yeme Bağımlılığı

TYB: Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu

TOHTA: Türkiye Obezite ve Hipertansiyon Araştırması

TURDEP: Türkiye Diyabet, Obezite ve Hipertansiyon Epidemiyolojisi

DM: Diabetes Mellitus

DEHB: Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu

PET: Pozitron Emisyon Tomografisi

YYBÖ: Yale Yeme Bağımlılığı Ölçeği

PT: Psikiyatrik Tanı

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Yağ miktarlarına göre kadın ve erkeklerde obezite kriterleri	4
Tablo 2. Beden Kitle İndeksi değerlerine göre obezite sınıflaması.....	5
Tablo 3. Psikiyatride kullanılan bazı ilaçlara bağlı kilo alımı.....	11
Tablo 4. Katılımcıların cinsiyet ve BKİ'ye göre PT Dağılımı	39
Tablo 5. Gruplar Arası Farkların Anlaşılması İçin Kullanılan Varyans Analizlerinde (ANOVA ve MANOVA) Bağımsız Değişken Olarak Kullanılan Değişkenlere Göre Katılımcıların Dağılımı	40
Tablo 6. Yaşın Cinsiyet ve BKİ Açısından Karşılaştırılması	41
Tablo 7. Yaşın YB ve BKİ Açısından Karşılaştırılması.....	41
Tablo 8. Yaşın Psikiyatrik Tanı ve BKİ Açısından Karşılaştırılması.....	42
Tablo 9. Kategorik Demografik Değişkenlerin Cinsiyet ve BKİ Açısından Karşılaştırılması	43
Tablo 10. Kategorik Demografik Değişkenlerin PT ve BKİ Açısından Karşılaştırılması	44
Tablo 11. Kategorik Demografik Değişkenlerin YB ve BKİ Açısından Karşılaştırılması	45
Tablo 12. Psikiyatrik Tanı ve BKİ Değişkenleri Arasındaki İlişkiyi Gözlemek İçin Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları (ANOVA, BKİ Bağımlı Değişken)	46
Tablo 13. Psikiyatrik Tanı ve BKİ Değişkenleri Arasındaki İlişkiyi Gözlemek İçin Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları (ANOVA, BKİ Bağımlı Değişken)	46
Tablo 14. Çocuklukta Kilo Sorunu, Ailede Kilo Sorunu ve BKİ Değişkenleri Arasındaki İlişkiyi Gözlemek İçin Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları (ANOVA, BKİ Bağımlı Değişken)	47
Tablo 15. BKİ, Cinsiyet, PT, YB Değişkenlerinin Bağımsız, BDÖ Toplan Puan Ortalamalarının Bağımlı Değişken Olduğu Tek Yönlü Varyans Analizi	47
Tablo 16. BKİ ve PT Değişkenlerinin BDÖ Puanları Üzerindeki Ortak Etkisini Belirlemek İçin Yapılan Post-Hoc Analizde Oluşturulan Grupların BDÖ Puanı Ortalamaları.....	48
Tablo 17. BKİ ve YB Tanısı Değişkenlerinin BDÖ Puanları Üzerindeki Ortak Etkisini Belirlemek İçin Yapılan Post-Hoc Analizde Oluşturulan Grupların BDÖ Puanı Ortalamaları	49
Tablo 18. Beden Kitle İndeksi, Cinsiyet, PT, YB Değişkenlerinin Bağımsız, BAÖ Toplan Puan Ortalamalarının Bağımlı Değişken Olduğu Tek Yönlü Varyans Analizi	50

Tablo 19. BKİ ve Cinsiyet Değişkenlerinin BAÖ Puanları Üzerindeki Ortak Etkisini Belirlemek İçin Yapılan Post-Hoc Analizde (Tukey) Oluşturulan Grupların BAÖ Puanı Ortalamaları.....	51
Tablo 20. BKİ, Cinsiyet ve PT Değişkenlerinin BAÖ Puanları Üzerindeki Ortak Etkisini Belirlemek İçin Yapılan Post-Hoc Analizde Oluşturulan Grupların BAÖ Puanı Ortalamaları	52
Tablo 21. Cinsiyet, PT ve YB Tanısı Değişkenlerinin Bağımsız, BKİ'nin Bağımlı Değişken Olduğu Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları	52
Tablo 22. BKİ Cinsiyet ve YB Değişkenlerinin BKİ Ortalamaları Üzerindeki Ortak Etkisini Belirlemek İçin Yapılan Post-Hoc Analizde (Tukey) Oluşturulan Grupların BKİ Ortalamaları	53
Tablo 23. Cinsiyet, BKİ, YB ve PT'nin Bağımsız, UPPS Dürtüsel Davranış Ölçeğinin Dört Alt Ölçeğinin İlişisini Değerlendirmek İçin Yapılan Çok Yönlü Varyans Analizi (MANOVA) Sonuçları	54

1.GİRİŞ

BKİ obezite çalışmalarında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından kabul edilen antropometrik bir ölçüm metodu olup vücut ağırlığı ve boy ölçümlerinden elde edilen, kolay ulaşılabilen, cinsiyet ayırımı yapılmadan, tüm bireylere uygulanabilen, en yaygın ve geçerli boy-ağırlık indeksi olarak kabul edilmektedir (1).

Obezite toplumun bütün kesimlerini ilgilendiren bir halk sağlığı sorunu olup vücut yağ miktarının sağlığı bozacak şekilde aşırı veya anormal birikmesi olarak tanımlanmaktadır. Dünyada 1.6 milyar yetişkinin fazla kilolu; 400 milyon yetişkinin obez olduğu tahmin edilmekte; 2015 yılında obez kişi sayısının 700 milyon, fazla kilolu kişi sayısının ise 2.5 milyar olması beklenmektedir (2). Bu durum daha önce gelir düzeyi yüksek ülkelerin halk sağlığı sorunu olarak kabul edilirken şimdi gelir düzeyi orta hatta düşük ülkelerde de sorun haline gelmiştir.

Obezitenin nedenleri biyolojik yatkınlıktan toplumsal-çevresel etkiye kadar uzanan geniş bir yelpazedir ancak sebep ne olursa olsun bütün bunların sonucunda saptanan şey obez bireylerin ihtiyacı olandan fazla kalori almakta olduklarıdır. Kronik olarak ihtiyacı olandan fazla kalori alımının en temel sebepleri sedanter yaşam tarzı, fiziksel etkinlik azlığıdır.

Obezitenin nedenleri arasında yeme bağımlılığı (YB) gıda tüketiminin madde bağımlılığı kriterlerini klinik olarak karşılayan yeni bir fenotipi olarak son yıllarda literatürde sıkça kullanılan bir tanı olmuştur. Lezzetli yiyeceklerin ve kötüye kullanılan maddelerin dopamin ve opiat sistemi üzerine benzer etkileri olduğu, obez bireylerde bağımlılarda olduğu gibi düşük D2 aktivitesi saptanması gibi yiyeceklerin bağımlılık yaptığına dair kanıtlar bulunmuştur(3, 4).

YB'ye ve obeziteye eşlik eden bir başka muhtemel mekanizma da dürtüsel davranış örüntüsüdür. Bağımlılık ve dürtüsel davranış örüntüsünün ilişkili olduğu bilinmektedir. Ayrıca önceki araştırmalarda tıknırcasına yeme bozukluğu olan fazla kilolu bireylerde YB ve dürtüsel davranış örüntüsünün ilişkili olduğu tespit edilmiştir (5).

Depresyon ve anksiyete anormal yeme davranışlarına ve obeziteye eşlik ettiği bilinen bir başka psikiyatrik hastalık grubudur. Yapılan birçok araştırmada depresyon, anksiyete ve somatizasyon bozukluklarının obez bireylerde sıklıkla görüldüğü saptanmıştır (6, 7).

Aynı zamanda birçok yayında çökkün duygudurum, abdominal obezite ve kötü beslenmeyle ilişkilendirilmiştir. Bu araştırmanın amacı BKİ ile YB arasındaki ilişkiyi

belirlemek, dürtüsel davranış örüntüsü ve duygudurum bozukluklarının BKİ ve YB üzerine etkisini incelemektir.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. OBEZİTE

2.1.1.Obezitenin Tarihçesi

“Obedere” latin kökenli bir sözcük olup yemek yeme anlamına gelmektedir. “Obesus” obedere'nin di'li geçmiş zaman halidir (8). Obezite tarih boyunca kimi zaman güçlülük, kudret, heybetlilik gibi terimlerle adlandırılırken kimi zaman da bereket, bolluk ve doğurganlık şeklinde nitelendirilmiştir (9). Yunan ve Roma tarihinde Afrodit ve Venüs gibi öne çıkan ideal kadın figürlerinin tombul ve yuvarlak hatları bu dönemin şişmanlık anlayışını yansıtmaktadır. Yine 17 ve 18.yy ile birlikte obezite pek çok ünlü ressamın resimlerine yansıyarak dolgunluk ve yuvarlak hatlar resmedilmiştir. Bu bağlamda obezitenin ilk dönemlerde, toplumsal olarak makbul görülen bir durum olduğu söylenebilir (10).

Toplumdaki şişman kavramı sanayi devrimiyle birlikte değişmeye başlamış ve obez bireylerin toplumsal konumları farklılaşmıştır. Süratli çalışma temposuna normal kilolu kişilere göre ayak uydurmakta zorluk çeken obez bireyler yavaş, sorunlu ve sağlıksız algılanmaya başlanmıştır (9, 11). Zaman içinde güzellik ve zayıf olma kavramı daha yaygın olarak benimsenmeye başlanmıştır. Yunan tıbbında bağırsak sistemini bozan, idrar çıkımını arttıran bitkilerden bahsedilmiş; Hipokrat ise zayıflama egzersizinin önemi üzerinde durmuştur (12). Rönesans dönemi ve sonrasında ideal beden şekli “kum saati” olarak tanımlanmış ve obezite sosyoekonomik düzeyi düşük kesimlerin sorunu olarak adlandırılmıştır (12). Bunun sonrasında insanlar bedenleriyle daha çok ilgilenip zayıflama eğilimine girmiş, zayıflık özellikle genç kadınlarda tercih edilir duruma gelmiştir. 1960 ve sonrası ince bedene ilginin en çok arttığı dönemler olarak bilinmektedir (12). Dünya Savaşı sonrasındaki dönemde; gıdaların varlığının ve erişilebilirliğinin artması ile aşırı yemek yeme tekrar başlamıştır (13). Bu yıllarda şişmanlık korkutucu bir tehdit haline gelmiş ve araştırmalarda şişman insanların bireysel kontrolü zayıf, mutsuz kişiler olduğu gösterilmiştir (12). Günümüzde kentleşmeye paralel olarak daha az hareket edilen, yüksek kalorili yiyecek tüketimine rağmen daha az enerji harcanan yaşam tarzlarına ek olarak sosyokültürel, ekonomik ve sağlık alanındaki koşulların değişimi sonucunda obezite sıklığı ve yaygınlığı gittikçe artan ciddi bir sağlık sorunu olarak kabul edilmektedir (12).

2.1.2. Obezitenin Tanımı ve Sınıflandırılması

Obezite (şişmanlık) kişinin beden yağ doku oranının ve buna paralel olarak beden ağırlığının aşırı şekilde artması şeklinde tanımlanmaktadır.

Beden yağ dokusunun ideal kilolu erkeklerde normal vücut ağırlığının %12-20'si; kadınlarda ise %20-30'u oranında normal kabul edildiği; obez bireylerde ise daha yüksek saptandığı bilinmektedir. Bu oranlar Tablo 1'de gösterilmiştir (9).

Tablo 1. Yağ oranına göre kadın ve erkeklerde obezite kriterleri

	ERKEK	KADIN
Normal	%12-20	%20-30
Fazla Kilolu	%21-25	%31-33
Obez	>%25	>%33

Obezitede yağ hücrelerinin büyüklüğü de önemlidir. Buna göre obezite sınıflandırılması;

- 1- Hipertrofik obezite:** Yaygın olarak erişkin dönemde ortaya çıkan santral yerleşimli büyümüş ve lipit içeriği artmış yağ hücrelerinin birikimi söz konusudur (14).
- 2- Hipersellüler obezite:** Çocukluk çağında görülen, periferik yerleşimli artmış yağ hücresi sayısı ile karakterizedir (15).

Erişkin bireylerde obezite ayrıca yağ dokunun yerleşim yerine göre “**periferik obezite**” ve “**santral obezite**” olarak da sınıflandırılmaktadır.

Obezite aynı zamanda başlangıç yaşına göre de sınıflandırılmaktadır. Buna göre “çocukluk çağında başlayan obezite” erişkinlikte yaşanacak obezitenin öncüsü olarak kabul edilirken “erişkin dönemde başlayan obezite” de kişinin özgeçmiş ve soygeçmiş öyküsünde obezitenin yüksek olasılıkla saptandığı belirtilmiştir (16).

Obezite ile ilgili en doğru ölçümlerin organizmadaki yağ dokusunu doğrudan ölçen yöntemler olduğu bilinse de bunların pahalı ve uygulaması zor yöntemler olması sebebiyle günümüzde obezite kilogram cinsinden ağırlığın metre cinsinden boyun metrekaresine bölünmesiyle (kg/metrekaresine) elde edilen BKİ ile değerlendirilmektedir (17). DSÖ tarafından BKİ'ye göre obezite sınıflaması Tablo 2'de gösterilmiştir (16).

Tablo 2. Beden Kitle İndeksi değerlerine göre obezite sınıflaması

BKİ	Sınıflama
>18.5 kg/m ²	Düşük kilolu
18.5-24.9 kg/m ²	Normal kilolu
25-29.9 kg/ m ²	Fazla kilolu
30-34.9 kg/ m ²	Sınıf 1 obezite
35-39,9 kg/ m ²	Sınıf 2 obezite
40 kg/ m ² ve üzeri	Sınıf 3 obezite (morbid obezite)

2.1.3. Obezitenin Epidemiyolojisi

Obezite, neredeyse bütün toplumlarda rastlanılan bir sağlık problemi olup hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde epidemi olarak nitelendirilecek bir hızla artmaktadır. Dünya genelinde obezite görülme sıklığını etkileyen faktörler arasında; yaş, cinsiyet, genetik faktörler, beslenme alışkanlıkları ve tüketilen besinler ile yaşam tarzı yer almaktadır (18). DSÖ dünyada obezite sıklığının 1995-2000 yılları arasında %50 arttığını ve toplam rakamın 300 milyona ulaştığını bildirmiştir. Güncel verilere göre dünyada bugün 1,6 milyardan fazla kişinin fazla kilolu olduğu 400 milyonun üzerinde de obez birey bulunduğu bilinmektedir. Bu rakamın 2015 yılı itibariyle 2,3 milyar ve 700 milyona ulaşacağı tahmin edilmektedir (18). Obezitenin dünya çapında yaygınlığı günümüzde %8.2 olarak hesaplanmaktadır. Samoa'da %75 olan bu oran Çin ve Japonya'da %5'e kadar düşmektedir (19). Dünya çapında obezite sıklığının 2025 yılında yaklaşık %50 olacağı tahmin edilmektedir (20).

ABD Ulusal Sağlık İstatistikleri Merkezi (US National Center for Health Statistics) 2009-2010 yılları arasında Amerika'da 20 yaş ve üzeri 78 milyondan fazla kişinin (>35) obez olduğu bunun 37 milyonunun (%35.5) erkek; 41 milyonunun (%35.8) kadın olduğunu bildirmektedir (21). Obezite sıklığı konusunda Avrupa'da yapılan en kapsamlı araştırma olan WHO MONICA çalışmasında obezite sıklığı kadınlarda %22, erkeklerde %15 olarak saptanmıştır. Yapılan başka bir çalışmada İspanya, İtalya, İngiltere dahil olmak üzere bir çok Avrupa ülkesinde obezite oranının %20'nin üzerinde olduğu bildirilmiştir (22, 23).

Ülkemizde Türk Kardiyoloji Derneği tarafından 3681 kişiyi kapsayan TEKHARF çalışması yapılmış buna göre 30 yaş ve üzeri erkeklerin %25.2'sinin kadınların ise neredeyse

yarısının (%44.2) obez olduğu tespit edilmiştir. Obezite sıklığının zamanla arttığı da bildirilmiştir (24). Türkiye Obezite ve Hipertansiyon Araştırması (TOHTA) tarafından 1999-2000 yılları arasında yapılan bir başka çalışmada 23.888 erişkin değerlendirilmiş buna göre 20 yaş üstü kadınlarda obezite sıklığı %35.4 olarak saptanmış ve obezite riskinin erkeklere kıyasla 1.8 kat fazla olduğu bildirilmiştir (25). Türkiye Diyabet, Obezite ve Hipertansiyon Epidemiyolojisi (TURDEP) Çalışması adı altında 20 yaş üzeri 24.788 birey üzerinde yapılan bir başka çalışmaya göre, obezite sıklığı erkeklerde %12.9, kadınlarda %29.9, olarak belirlenmiştir (26). TURDEP-2 çalışmasında ise Türkiye’de 12 yıl içinde obezite artışı toplamda %32 olarak belirtilmiştir (27).

2.1.4. Obezitenin Etiyolojisi

Obezite pek çok faktöre bağılı olarak gelişmektedir. Bu faktörler birlikte veya ayrı ayrı enerji alım ve tüketim dengesini alım yönünde bozmakta mevcut enerji fazlası da yağ olarak depolanmaktadır. Obezite ile mücadele etmede veya tedavi kararının verilmesinde altta yatan mekanizmaların anlaşılması büyük önem taşımaktadır (28).

Nöroendokrin Nedenler

Nöroendokrin sebepler en az rastlanılan ancak altta yatan bozukluğun tedavisi obezitenin de düzelmesine yol açtığı için önem taşıyan durumlardır. Hipotalamusun ventromediyal çekirdeği tokluk merkezi, lateral çekirdeği ise açlık merkezi olarak bilinmektedir (29, 30). Hipotalamusun paraventriküler, dorsomedial ve arkuat çekirdekleri de beslenme düzenlenmesinde rol oynar. Örneğin dorsomedial çekirdek lezyonları genellikle yeme davranışını baskılayarak paraventriküler çekirdeklerin lezyonları sıklıkla aşırı beslenmeye neden olur (31, 32). Cushing sendromu, hiperinsülinizm durumu, hipotiroidi gibi birçok hormonal metabolik bozukluk ve ventromedial bölgedeki lezyonlar (örn., tümör, travma) obeziteye neden olur (33). Cushing sendromunda santral tipte obezite olur.

Hiperinsülinizm durumunda insülin, yağ hücrelerinin (adipositler) enerji kaynağı olarak kullanımını engelleyerek obeziteye yol açar. Hipotiroidi durumunda metabolizma yavaşlar ve miksödem gelişir buna paralel olarak kilo artar. Serotonin sisteminin mizaç, dürtü kontrolü, iştahın düzenlenmesi, motor aktivite, obsesif davranışlar ve ödül sistemleri gibi yeme bozukluklarında da görülen durumlarla ilişkisi bilinmektedir (30). Diğer yeme bozuklukları gibi obezitede de serotonin sisteminde bozukluklar olduğu gösterilerek merkezi sinir sisteminde serotoninini arttıran ilaçlarla tedavide iyi yanıt alındığı gözlenmiştir (33).

Obezite etiyolojisini açıklayan bir başka nöroendokrin mekanizma da leptindir. İlk kez 1994 yılında keşfedilen leptin yağ kitlesi ile ilişkilidir. Leptin yiyecek alımı davranışını inhibe eder ve enerji tüketimini uyarır. Leptini sentezleyen ob genindeki mutasyonların deney farelerinde hiperfaji ve morbid obezite oluşturduğu gösterilmiştir (34). Ayrıca hipokampal leptin yetersizliğinin obezite kaynaklı depresyona neden olduğu ve leptinin antidepresan etkisinin de bulunduğu söylenmektedir (35).

Genetik Nedenler

Obezite sıklığında genetik faktörlerin de etkili olduğu düşünülmektedir. Tek yumurta ikizlerinde BKİ'nin incelendiği bir çalışmada ikizlerden biri obez olduğunda diğerinde obezite görülme riskinin çift yumurta ikizlerine göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (36). Ayrıca çocuklardaki yağ oranı ile ailelerindeki yağ oranının benzer olduğu ve obez bir kişinin çocuklarının obez olma olasılığının, obez olmayanlara göre 2-3 kat daha fazla olduğu saptanmıştır (37). Evlat edinilmiş çocuklar ve ikizlerle yapılan çalışmalarda çekirdek ailede obezite geçişi %30-50; evlat edinilmiş çocuklarda %10-30; ikizlerde ise %50-80 oranda saptanmıştır. Obezite nedenleri arasında en önemli faktörlerden biri obez ebeveyn varlığıdır. Öyle ki her iki ebeveyni obez olan çocuklarda obezite gelişme sıklığı %80; ebeveynlerden birisi obez olanlarda %40, her iki ebeveyni normal kiloda olanlarda ise %7 olarak tespit edilmiştir (38).

Çevresel Faktörler

Obezite göz önünde bulundurulduğunda genetik faktörlerin tek başına şişmanlama nedeni olmadığı; ihtiyacından fazla enerji alınmayan ya da az kalori alıp yeterli fizik aktivitede bulunulan koşullarda yağ dokusunun artmadığı belirtilmiştir (8). Bu bağlamda rahimiçi ortam, beslenme durumu, fiziksel aktivitede azalma, yaş, cinsiyet, aile faktörü ve psikososyal faktörler gibi çevresel faktörler de obezite gelişiminde önem kazanmaktadır.

- **Rahimiçi Hayat**

Annenin sağlık durumu, beslenme alışkanlıkları, yaşam tarzı ve metabolik özellikleri fetusu etkilemekte olup bu dönemde aşırı glikozlu bir ortamda kalan veya uzun ve ağır beslenme yetersizliği açlık çeken fetusun metabolik programlanmasını etkilenmekte ve bu durum obezite için risk oluşturmaktadır (39). Yine gebelik döneminde tip 1 Diabetes Mellitus (DM), tip 2 DM veya gebelik diyabeti görülen annelerin çocuklarında yağ oranı fazla olmakta ve bu çocuklarda erişkin dönemde obezite gelişimine sık rastlanmaktadır (40). Annede

obezite, gebelikte aşırı ağırlık artışı, sigara içilmesi ve D vitamini eksikliği de obezite oluşumuna yol açabilen doğum öncesi faktörlerdir (40).

- **Beslenme**

Obeziteyi arttıran bir başka neden de beslenme alışkanlıklarının değişimidir (41). Günümüz toplumunda yüksek kalorili gıdalara kolay ulaşım, porsiyon miktarlarında ve yeme alışkanlıklarında değişme ve yemek yemenin zevk için yapılan sosyal bir aktivite haline gelmiş olması obezite gelişimini kolaylaştırmaktadır (41). Günümüzde artan enerji alımı ile azalan enerji tüketimi arasındaki dengesizlik “obesojenik (obezite gelişimine yol açan) çevre” denen kavramı doğurmuştur (42, 43) Son zamanlarda gelişen ve bütün dünyayla birlikte ülkemizi de etkileyen beslenme alışkanlığının hazır gıdalara kayması ve “fast food” kültürü denilen yüksek şeker ve yağ içerikli gıdaların ayak üstü tüketilmesiyle ihtiyaç olandan çok daha fazla kalori alınmaktadır (10, 44-47)

Süt çocukluğu döneminde yapay gıdalarla beslenen bebeklerde obezite riski artarken anne sütüyle beslenenlerin obeziteye karşı korunduğu bildirilmiştir. Yapılan bir çalışmada kilo ve boy persentili 90 ve üzerinde olan bebeklerin %36’sının erişkin dönemde obez olduğu, bunun yanında normal ve zayıf bebeklerde obezite sıklığı %14 olarak bildirilmiştir (48).

Öğün sıklığı ve düzeni de obezite oluşumunu etkilemekte olup günde üç veya daha fazla öğün düzenli beslenen bireylerde, öğün atlayıp düzensiz beslenen kişilere göre daha az sıklıkta obezite saptanmaktadır (49, 50). Kahvaltının atlanması, akşam yemeğine ağırlık verilmesi ve öğün aralarında tüketilen yüksek kalorili yiyeceklerin de obeziteye neden olduğu belirtilmektedir (51).

- **Fiziksel Etkinlik**

Az ya da yetersiz fiziksel etkinliğin obeziteye yatkınlık oluşturduğu bilinmektedir. Obez bireylerin hayatlarının genelinde fiziksel etkinliklerden yoksun oldukları gözlenmiştir. Teknolojik gelişim obezite artışından sorumlu tutulmakta; kalorili yiyeceklerin göreceli ucuz, egzersiz yapmanın daha pahalı olmaya başlamasıyla bireylerin daha çok yemek tüketip daha az egzersiz yapmayı tercih ettikleri belirtilmektedir (52). Ayrıca endüstrinin makineleşmesi, ev işlerinin çeşitli aletlerle yapılması, elektronik aletlerin çoğalması, ulaşım kolaylıkları, araba kullanımının ve televizyon izlemenin yaygınlaşması, fiziksel etkinliğin ve enerji harcanmasının azalmasına yol açmaktadır (53). Bir çalışmada yetersiz fiziksel etkinliğin obezite oluşumuna etki düzeyi %67.5 olarak gösterilmiştir (54).

- **Sosyoekonomik Düzey**

Obezitenin sosyoekonomik düzey ile ilişkisi bilinen bir faktör olup gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde farklılık göstermektedir. Az gelişmiş veya gelişmekte olan ülkelerde obezite halkın karbonhidrattan zengin besinlerin aşırı tüketilmesi, öğün atlanması ve bazı öğünlerde çok yenilmesi, yani düzensiz beslenme şeklinden olabilmektedir. Gelişmiş ülkelerde ise sağlıklı beslenme bilincinin yerleşmediği düşük sosyoekonomik gruplarda yanlış beslenmenin yanı sıra teknolojik gelişmelerin doğrudan doğruya pek çok işin makinelerle yapılması sonucu hareket azlığı da şişmanlığın oluşmasında önemli bir etken olarak belirtilmektedir (55, 56).

Yapılan bir çalışmada, gelir düzeyi arttıkça, obezite sıklığının arttığı, öğrenim düzeyi arttıkça ise azaldığı; bir başka çalışmada ise gelişmiş toplumlarda öğrenim düzeyi ve gelir azaldıkça obezite sıklığının arttığı saptanmıştır (57, 58).

- **Yaş**

Obezitenin gelişiminde riskli dönemler doğum öncesi dönem, 5-7 yaş arası ve ergenlik dönemi olarak bilinmektedir. Çocukluk ve ergenlik döneminde başlayan obezitenin erişkin dönemde de devam etme ihtimali fazladır. Bebeklik döneminde ağırlığı 90 percentilin üzerinde olanların %60'ı çocukluk döneminde, %36'sı erişkinlik döneminde obez olmaktadır (16, 59).

Kız çocuklarda yağlanma erkeklerden daha çok olup, araştırmalar yetişkin obez kadınların %30'unun ergenlik dönemlerinde şişman olduklarını göstermektedir (16). Yaş arttıkça obezite sıklığı artmaktadır. Her iki cinsiyet için en fazla kilo artışının saptandığı yaş aralığı 24-35 yaş arasındadır (9).

- **Cinsiyet**

Obezite her iki cinsiyette de görülmekle birlikte birçok araştırmada kadınlarda daha yüksek oranda saptanmıştır (9). Gebelik boyunca alınan kiloların doğumdan sonra verilememesi, art arda gebelikler ve menopoz döneminde oluşan hormon dengesizlikleri gibi etkenler kadınlarda daha yüksek oranda obeziteye rastlanmasına neden olmaktadır (9).

- **Meslek**

Obezite ve meslek ilişkisini inceleyen birçok çalışmada kişinin çalışma durumu ve obezite arasında anlamlı ilişki tespit edilmiş olup; çalışanlar ve çalışmayanların

karşılaştırıldığı bir çalışmada çalışmayanların boş vakitlerinin çalışanlara göre daha fazla olduğu ve BKİ değerlerinin istatistiksel olarak daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (60-62). Bir diğer çalışmada katılımcılar “çalışanlar” “emekliler” ve “diğerleri” şeklinde gruplandırılarak kilo değişimleri değerlendirilmiş ve emeklilerin diğer gruplara göre uzun süre kilo artışının ve vücut yağ yüzdesinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (61).

- **Medeni Durum**

Obezite ve medeni durum ilişkisi ile ilgili pek çok çalışma yapılmış ve çelişkili sonuçlar elde edilmiştir (63-65). Çelişkili sonuçlara rağmen yapılan çalışmaların çoğunda özellikle erkeklerde evlilik ve obezite arasında doğrusal ilişki gösterilmiştir (66-69). Obeziteye eşlik eden risk faktörleri ve obezite yaygınlığının incelendiği bir çalışmada, erken yaşta evliliğin obezite açısından risk taşıdığı gösterilmiştir (68).

- **İlaçlar ve Sigara**

Sigara kullanımı veya bırakılmasının obezite ile ilişkili olduğu söylenmekte ayrıca bazı ilaçların duyarlı kişilerde obeziteye ve bununla ilişkili ek hastalıklara neden olduğu bildirilmektedir.

Sigaranın özellikle kadınlar arasında kilo kontrol yöntemi olarak kullanıldığını gösteren çalışmalar mevcuttur (70-72). WHO tarafından yürütülen MONICA çalışmasında sigara içenlerin beden ağırlığının içmeyenlere göre daha düşük olduğu saptanmıştır (73). Sigaranın bırakılmasıyla birlikte öğünlerde yüksek yağ ve karbonhidrat içeren gıdaların tüketildiği (74, 75); bir başka çalışmada da sigara bırakılmasıyla birlikte abur cubur tüketiminde anlamlı bir artış olduğu gösterilmiştir (76).

Bazı ilaçların da obeziteye neden olduğu bilinmektedir. Bu ilaçların obezite yapma mekanizmaları arasında serotonin ve dopamin etkinliğinde azalma, yağ asitlerinin beta oksidasyonunun bozulması ve substrat oksidasyonundaki diğer değişiklikler, sempatik sinir sistemi etkinliğinin azalması, enerji harcanmasının azalması, sedasyon, ağız kuruması ve kalorili içeceklerin alımının artmasına neden olan antikolinergik yan etkiler, hipotalamik leptin ve nöropeptid Y etkinliğinde değişiklik yer almaktadır (77). Psikiyatride kullanılan bazı ilaçların kilo alımına etkisi bir araştırmada 1966-2010 arası MEDLINE taraması sonuçlarına göre değerlendirilmiş ve Tablo 3’te özetlenmiştir (78):

Tablo 3. Psikiyatride kullanılan bazı ilaçlara bağlı kilo alımı

İLAC	KİLO ALIMI MİKTARI	SÜRE
Olanzapin	2.3 kg/ay, toplam 12 kg	
Ketiyapin	1,8 kg/ay, toplam 4.1-5.6 kg	
Risperidon	1 kg/ay	
Ziprasidon	0.8 kg/ay	
Asenapin	0.9 kg	3 hafta
Paliperidon	0	52 hafta
Aripiprazol	Toplam 0,5-0,9 kg	
Klozapin	1.7 kg/ay, toplam 2,4-31.3 kg	
İmipramin	3-4 kg	
Amitriptilin	2 kg	
Trazodon	0,5-1.1 kg	
Fluoksetin	2-2,5 kg	Uzun Dönem
Sitalopram	1-1,5 kg	1 yıl
Fluvoksamin	0	
Duloksetin	0,6 kg	8 ay
Lityum	6,3-10 kg	
Divalproex	0,9-14 kg	
Karbamazepin	15 kg	
Lamotrijin	-2-0,6 kg	

Obeziteye neden olan diğer ilaçlar arasında antimitigren ve antihistaminikler (siproheptadin, flunarizin, pizotifen), antidiyabetikler (sülfonüreler, bütün insülin preparatları, glitazonlar), glikokortikoidler, betablokörler, seks hormonları (yüksek doz östrojen, megestrol asetat, tamoksifen) ve bazı antineoplastik ajanlar yer almaktadır (77).

Psikolojik Etmenler

Son yıllarda obezite etiyolojisinde psikolojik faktörler önem kazanmış; obez çocuklar üzerine kapsamlı çalışmalar yapan Hilde Bruch olguların çoğunun hormonal olmaktan çok psikojenik kaynaklı olduğunu belirtmiştir (79).

- **Ruhsal Durum ve Yeme Davranışı Arasındaki İlişki**

Yeme davranışı psikiyatri çerçevesinden incelendiğinde yalnızca beslenme değildir öyle ki yaşamın ilk günlerinde açlık en erken “acı çekme” nedeni iken, doymak en erken

“rahatlama” sebebidir. Yemek seçimi, miktarı ve sıklığı arasında fizyolojik ihtiyaçlardan bağımsız bir ilişki mevcuttur. İnsanda yeme davranışının anksiyete, neşe, üzüntü, öfke gibi farklı duygulara göre değiştiği yaygın kabul görmektedir. Duygu durumu ile bağlantılı olarak yemek yeme davranışı “emosyonel (coşkusal) yeme” olarak tanımlanmış ve birçok çalışmada beden ağırlığıyla ilişkisi gösterilmiştir (80). Öfke, mutsuzluk, bunaltı, kaygı ve yalnızlık gibi olumsuz duygularla coşkusal yeme davranışının ortaya çıktığı bildirilmektedir (81).

- **Travma ve Obezite**

Son yıllarda yapılan çalışmalarda çocukluk ve ergenlik döneminde travmatik olaylara maruz kalan bireylerin erişkin dönemde obezite açısından risk taşıdıklarını göstermektedir (82). Grilo ve arkadaşları 145 obez hastanın çocukluk çağı travmalarını sorguladıkları bir çalışmada bu hastaların %89’unun bir alanda kötü muamele ile karşılaştıklarını ayrıca %59’unun duygusal istismara, %36’sının fiziksel istismara, %30’unun cinsel istismara, %69’unun duygusal ihmale, %49’unun fiziksel ihmale maruz kaldıklarını belirlemişlerdir (83).

Çocukluk çağı travması ve obezite riskinde artış arasındaki ilişki net olmamakla birlikte olaya verilen psikolojik reaksiyonlar ve/veya yeme davranışındaki bozulmanın bundan sorumlu olduğu düşünülmektedir (84). Tıkınırcasına yeme davranışının sıklıkla çocukluk çağında cinsel kötüye kullanım öyküsü ile birlikte bulunduğu, bunun da erişkin dönem obezitesine yol açtığı gösterilmiştir (85). Ayrıca çocukluk çağı travma öyküsü olanlarda sık rastlanan depresyon, travma sonrası stres bozukluğu ve diğer anksiyete bozuklukları ile yeme davranışında bozulma ve kilo artışı arasında bir ilişki olduğu bulunmuştur (86).

Çocukluk çağı cinsel kötüye kullanımı olan bireylerin aşırı kilolu ya da obez bireyler haline gelerek daha az çekici olduklarını düşündükleri ve bu sayede kendilerini olabilecek potansiyel cinsel kötüye kullanım durumlarından korumaya çalışıyor olabilecekleri belirtilmektedir (87).

- **Psikanalitik Kurama Göre Obezite**

Obeziteye ilişkin psikanalitik teoriler obez bireylerin çözümlenmemiş bağımlılık gereksinimleri olduğunu ve aşırı bir iyimserlik veya karamsarlık, oburluk, hırs, bağımlılık ve sabırsızlık ile karakterize tipik bir kişilik yapısı oluşturan psikoseksüel gelişimin oral dönemine saplanmış halde olduklarını vurgulamaktadır. Freud belirli yaş dilimlerinde belirli

dürtülerin yoğunlaşmasından yola çıkarak oral, anal ve genital dönemleri tanımlamıştır. Bu bağlamda obezite ve yeme davranışı arasında en çok bağ kurulan dönem doğum sonrası ilk bir yılı kapsayan “oral dönem”dir. Bu evrede doyum sağlayan, haz veren bölge ağız ve çevresidir. Emme, çiğneme ve yutma eylemlerinde belirginleşen içe alım, bu bölgenin ve evrenin egemen işlevidir (88).

Bebeklerin 70’li yıllara dek alıcı, bağımlı ve nesnelere ayrımlaşmamış olduğu düşünülmekte iken, son zamanlarda süt çocukları üzerinde yapılan gözlem ve araştırmalar, bebeklerin sevgi nesnesinden belirli bir oranda ayrımlaştığını ve çevreyi sanılandan daha çok algılayarak anne karşısında edilgin olmayan bir yapıda olduklarını göstermektedir. Sadece tek yönlü bir “alış”tan çok, yaşamın erken dönemlerinde başlayan bir “alışveriş” insan ilişkilerinin özgül özelliklerinden biridir. Bu alışverişte çocuğun veren ya da alan bir kişi olarak gelişmesini annenin alıcı ve verici özellikleri belirler. Verebilen bir anne almasını bilen bir çocuğun gelişmesine olanak sağlarken güçsüz, kuşkulu, veremeyen ve kendi gereksinimleri peşinde koşan bir anne, çocuğun sağlıklı bir biçimde almasını engeller ve bu durum çocuğun vermektan çok almayı düşündüğü nesne tasarımlarının gelişmesine ve çevreyle ilişkilerinin bozulmasına neden olabilir (89).

Oral dönemde bu alışverişteki dengesizlik yalnızca veren (özgeci) ya da yalnızca almayı düşünen (bencil) bir kişiliğin gelişmesine neden olabilir. İştah ve yeme bozukluklarının çoğunda bu dengesizliğin izlerine rastlanır. Bu alışverişini bir güç gösterisine dönüştüren annelerin çocukları, bu tutum sonucunda almayı güçlülük, vermeyi ise güçsüzlük olarak algılayabilir. Obezitenin 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, alışverişini duygu ve cinsiyet alanlarının dışına kaydırarak sevginin yerine yemek, hediyeler, para ya da oyuncakları, cinselliğin yerini de giyim, işte verimlilik ve yaşamdaki başarıyı koyabilir. Umutsuz ve karamsar olan anneler, çocuklarının geleceğe dair umut etme yetilerini, sevemeyen anneler ise çocuklarının kendilerini sevilir varlıklar olarak algılamalarını engellerler. Bu nedenle oral dönemin umudun, inancın, temel güven duygusu ve sevginin belirleyicisi olduğu düşünülmektedir (89).

Levy, erişkin yaşta rastlanan obezitenin sebebini, anne sevgisine ve anne çocuk ilişkisinde ilgilenilmekle ilgili diğer duygulara olan açlığın tanımı olarak da nitelendirdiği duygu açlığı (affect hunger) olarak belirtmiştir. Levy’ye göre obez bireyler için yemek anne

figürünün somutlaştırılmış formu haline gelmekte, bu bağlamda yemek yemek kendilerini güvende hissettirip içlerindeki boşluğu doldurarak bir nevi ebeveynlik görevi görmektedir (90).

Psikanalitik araştırmalarda obezite psikosomatik bir belirti kümesi olarak kabul edilmiş olup böyle bir “bilinç dışı psikosomatik belirti kümesi” seçiminde genetik, biyokimyasal, nörolojik, endokrinolojik ve sosyolojik faktörlerden birisinin ya da birkaçının katkıda bulunduğu belirtilmiştir. Obez hastalar arasında çok geniş ve dinamik yapısal farklılıklar var olup bu hastaların ego yapılarında sadece oral döneme saplanmaya dair belirtiler yoktur. Üstbenlik yapıları kısıtlayıcı ve bulimik anorektik hastalarinki kadar mükemmeliyetçi ve kontrol edici değildir. Analiz edilen birçok obez hastanın ailesinde savunmacı biçimde zafer düşlemleri ile beslenen, toplumsal başarılarından ötürü sürekli hayran olunmayla korunan, haset uyandıran kişilere yönelik ağır değersizleştirmelerle desteklenen bir kendilik algısı ve bu kendilik algısının altında rahatsız edici değersizlik duyguları, özgüvensizlik can sıkıntısının yattığı narsisistik kişilik örüntüsü tespit edilmiş ve bu yapının kendisini dürtü kontrolünde yetersizlik olarak gösterdiği düşünülmüştür (80, 91).

Savit, bütün şişman hastalarda şişman olma korkusunun tetiklediği karakteristik psikodinamik çatışmalar olduğunu ileri sürmüştür. Obez hastaların ego çatışmalarını anorektik hastalar gibi içgüdüsel aşırı kontrol ile değil, içgüdüsel zevkle kontrol etmeye çalıştığını ayrıca suçluluk duygularını açlık, kusma ya da laksatif kullanarak değil; bunun yerine dürtülerini kontrol edememenin sorumluluğunu inkar etme yolunu tercih ederek dengelemeye çalışmaktadırlar. Zayıf benlikleri sebebiyle obezlerin sonu gelmeyen diyet girişimleri genellikle kendini kontrol etme yetersizliğinin bir göstergesi olup sonuç olarak psikanalitik kurama göre obezite, kişilik bozukluklarının çoğuna eşlik edebilen bir belirti kümesi olarak tanımlanmakta ve psikiyatrik ya da psikodinamik tanı ne olursa olsun şişmanlığın altta yatan dürtü kontrol bozukluğunun bir belirtisi olduğu savunulmaktadır (80).

Psikanalitik literatürde, şişman hastalarla ilgili değişik psikodinamik ve bilinçdışı çatışmalar tanımlanmış olduğu görülmektedir. Dişiliği inkar etme, Oidipus nitelikli rekabetten vazgeçme, erkeksi saldırganlığa karşı korunma, fallusun içe alınması gibi düşlemler, kaybedilmiş bir nesneyi tekrar kazanma düşüncesiyle yemek, masturbasyon dürtülerinin yukarı doğru yer değiştirmesi, can sıkıntısına karşı yemek, depresyona karşı yemek, anne sevgisini yerine koymak için yemek, diğer psikosomatik belirtilerden şişmanlığa kayış, teşhircilik bu çatışmalardan bazılarıdır (80).

Ayrıca obez kişilerde yemek yemenin cinsel hayatı engellemek için kullanılan bir araç olabileceği belirtilmektedir. Yapılan bir araştırmada bekâr obez kadınların bir erkekle yakınlaşma ihtimalleri olduğunda “şişman ve çirkin görünmek için” daha fazla yemek yedikleri saptanmıştır. Boşanmış obez kadınlar incelendiğinde yemek yemenin cinsel isteklerini azalttığı, libidonun bir bütün kek ya da 1,5 kiloluk dondurmayla alt edildiği belirtilmiştir. Ayrıca evli obez erkekler de değerlendirilmiş; birçoğunun yemek yiyerek yatağa gitme vaktini ertelediği, sonrasında da seks yapabilmek için “çok dolu” hissettiği saptanmıştır (92).

Şişman hastaların beden algılarına ilişkin yapılan çalışmalarda BKİ ne olursa olsun şişman hastaların anoreksik hastalara benzer bir şekilde, şişman olma korkusu ve zayıf olabilme takıntısı ile yaşadıklarına dikkat çekmekte; şişmanlıklarından rahatsız olmadıklarını söyleyen hastaların aslında aşırı bir inkar içinde ve çözemeyecekleri bir problemi mantığa uydurma eğiliminde oldukları bildirilmiştir (80).

Obezitesi olan bireylerin aile dinamiklerinde dikkat çeken bir özellik, belirli normal ebeveyn rollerinin büyük oranda ihmal edildiğidir. Çocuğun yemek yemeyi seçmesi aşırı ilgi ile değil ebeveynlerin ilgisizliği ile oluşmaktadır. Çocukluk çağında, obeziteye yol açan bazı aile davranışlarının, gelişimsel çatışmaların olduğu ve çocuğun özdeşleşim sorunları bulunduğu dikkati çekmektedir (80).

Psikanalitik açıdan obeziteyi inceleyen araştırmalarda üzerinde durulan bir başka alan obezitenin bağımlılık ve çocukluk çatışmalarıyla ilişkisidir. Wilson (1992) bir çalışmasında şişman hastaları etkili bir şekilde tedavi etmek için genellikle başlıca neden olan dürtü kontrol bozukluğunu, bağımlı kişilik yapısını ve çocukluk alışkanlıklarını anlamak gerektiğini ifade etmektedir. Obezitenin bağımlılık olduğunu ve parmak emme, tırnak yeme, saç yolma, enkoprezis, enürezis gibi dürtü kontrol bozukluklarıyla sıklıkla birlikte bulunduğu dikkat çekmiştir. Bununla beraber bazı hastaların aşırı uyumlu bir çocukluk öyküsü anlattıklarını ve bu hastaların terapileri sırasında izole edilmiş isyankârlık dönemleri olduğunu belirtmiştir. Ayrıca benliğin yeme bozukluklarında kullandığı savunma mekanizmalarını, çocukluktaki alışkanlıkları ve dürtü bozukluklarıyla da mücadele ederken kullandığını ve şişman hastaların benlik yapısında inkâr, bölünme, yer değiştirme, dışsallaştırma ve bilinçten uzak tutma ve yalan söyleme gibi savunmaların önemli yer tuttuğunu ifade etmiştir (80).

Psikanalize giren obezitesi olan bireylerin serbest çağrışım yapamadığı; bilinç dışı olarak terapist dahil herkesi potansiyel “eleştiren ebeveyn” olarak algılama eğiliminde

oldukları bildirilir. Bu yansıtımlı özdeşimin bir şeklidir. Şişmanlardaki inkar savunması çok katıdır ve diğer savunmalarla bağlantılıdır. Kendi kendine alay etme, komiklik, şaka yapma diğer insanlardan gelecek eleştirilere karşı bir savunmadır (80).

2.1.5. Obeziteye Eşlik Eden Psikiyatrik Komorbiditeler

Obezite ve psikopatoloji arasındaki ilişkiyi ele alan araştırmaların çoğu obezlerde psikopatolojiye sık rastlandığını öne sürmüştür. Crisp ve Guinness (1976) 339 obez erkek ve 400 obez kadınla yaptıkları bir çalışmada "Jolly fat" (neşeli şişman) hipotezini öne sürmüş, orta yaş grubu obez kadınlarda anksiyetenin, erkeklerde hem anksiyetenin hem depresyonun düşük saptandığı bildirilmiştir (93). Ancak bundan sonra yapılan çalışmaların çoğunda obezlerde depresyon ve anksiyete gibi psikolojik belirtilerin normal kilolu kişilere göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (94, 95).

- **Obezite ve Duygudurum Bozuklukları**

Duygudurum bozuklukları ataklar halinde seyreden, kişinin işlevselliğini ileri derecede bozan, seyrinde hastanın duygu durumunda her zaman bir artmaya sebep olarak döngüsel veya dönemsel biçimde tekrarlayan sendromlar şeklinde tanımlanmaktadır (96).

Obezitenin duygudurum bozuklukları ile ilişkisine dair son yıllarda birçok araştırma yapılmış, bu ilişkinin tek yönlü bir ilişki olmadığı sonucuna varılmıştır. Bu iki durumun arasında nedensellik ilişkisi olup olmadığı ve serotonin eksikliği ile giden aynı iki hastalığın farklı şekilleri mi olduğu sorularına cevap aranmıştır (97-99).

Duygudurum bozuklukları ve obezite yaygınlığı hem genç hem erişkin nüfusta gittikçe artmakta (100, 101); böylelikle obezite ve duygudurum bozukluklarının birlikte ortaya çıkma olasılığı tek başına ortaya çıkma olasılığından daha yüksek olmaktadır. Ayrıca duygudurum bozuklukları ve obezite ortak kalıtsal patojenik etkenleri sıklıkla paylaşabilmektedir (98). Duygudurum bozukluklarında kullanılan bazı ilaçların kilo alımına sebep olması bununla birlikte glukokortikoidler gibi genel sağlık için kullanılan bazı ilaçların da hem depresyon hem obeziteye neden olması bu iki durumun birlikte görülme riskini arttırmaktadır (78, 102).

Bazı çalışmalar depresyon ve obezitenin iki farklı bozukluk olduğunu düşündürmesine rağmen deneysel çalışmalar aynı hastalığın farklı klinikleri olabileceğini göstermekte; obezitenin depresyonun bir alt tipi olan atipik depresyonla ilişkili olduğu bildirilmektedir (103). Ortak nedensel heterojenite modeline göre obezite ve major depresif epizodun (MDE) bu özel formu ortak patojenik faktörlere sahiptir. MDE'nin diğer formlarının ise bu özelliği

yoktur (104). Ayrıca obez bireylerde kadın cinsiyet, beden ağırlığındaki artış, iyi sosyoekonomik durum, çocukluk çağında istismar öyküsü depresyon sıklığını arttırmaktadır (99).

Bipolar bozukluk ve obezite ilişkisine gelince bipolar bozukluğu olan hastaların 6 ay süresince izlendiği bir çalışmada kontrolsüzce yemek yiyenlerin diğerlerine göre daha fazla obez olma riski taşıdıkları, yeme bozukluğu bulgularının bipolar bozuklukta sık görüldüğü ve bu grup hastalarda yeme bozukluğunun hem obezite hem de madde kötüye kullanımı atipik depresif semptomlar gibi diğer psikiyatrik koşullarla ilişkili olduğu saptanmıştır (105). Bipolar I ve II Bozukluk obez kadınlarda daha sık görülürken, distimik bozukluk hem kadın hem erkek obezlerde daha sık saptanmış ve obezite ile ilişkisi gösterilmiştir (106).

- **Obezite ve Anksiyete**

Anksiyete; nedeni bilinmeyen, belirsiz, korku, kaygı, sıkıntı, kötü bir şey olacakmış endişesi ile yaşanan, yaşamı tehdit eden ya da tehdit şeklinde algılanan bir çeşit alarm duygusu olarak tanımlanmaktadır (107). Normal anksiyete bir korunma sistemi olup organizmayı tehdit eden bir olayın varlığında kaçma veya olay ile savaşmayı sağlarken ortada tehlike oluşturacak bir durum yokken de ortaya çıkıp uzun sürüyor ve sonlandırılmıyorsa anormal kabul edilip anksiyete bozukluğu olarak tanımlanmaktadır (108).

Obezite ve anksiyete bozuklukları her iki cinsiyette de ilişkili bulunmuştur (109). Barry ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında anksiyete bozukluğu ve fobinin kadın ve erkek obezlerde daha sık görüldüğü saptanmış, kadınlarda özellikle sosyal fobinin daha sık görüldüğü ve fazla kilonun kadında sosyal fobi ve özgül fobi için riski arttırdığı bildirilmiştir (106).

Panik bozukluğunun ise fazla kilolu erkeklerde daha sık görüldüğü bildirilmekte ve bu durumun fazla kiloyla ilişkili tıbbi komplikasyonlarla (kardiyovasküler hastalık, DM tip II) panik nöbetin fiziksel belirtileri arasındaki ortak belirtilerden kaynaklandığı düşünülmektedir (Çarpıntı, terleme, nefes kesilmesi, göğüs ağrısı gibi...) (104).

Türkiye’de 2003’te gerçekleştirilen bir çalışmada obezlerde en sık görülen tanılardan biri sosyal fobi olarak gösterilmiştir (110).

- **Obezite ve Somatoform Bozukluklar**

Bedenselleştirme, bireylerin duydukları rahatsızlıkla bunun gerçek nedeni arasındaki ilişkiyi fark etmediği, strese ruhsal değil de bedensel yolla tepki verilen ve çoğu kez bu belirtilerin organik bir hastalığın kanıtı olarak görülüp, tıbbi gereksinimde olduğuna inanılan bir süreç olarak tanımlanmaktadır (111).

Morbid obezlerin öz saygı ve dürtü kontrollerinin düşük, pasif bağımlı ve pasif agresif eğilimli olmalarının yanı sıra somatizasyon ve problemleri inkar etmeye yatkın olduğunu bildiren çalışmalar vardır (112).

- **Obezite ve Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB)**

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) dikkati sürdürmede yetersizlik, dürtüsellik ve hiperaktivite ile karakterize olan ve çoğunlukla 7 yaş civarında tanı koyulan bir gelişimsel bozukluk olup yaygınlığı çocuklarda %3-7; erişkinlerde ise yaklaşık %4 olarak bildirilmektedir (113).

Yapılan çalışmalarda obez bireyler arasında hem çocuk hem erişkin gruplarında yüksek oranda DEHB tanısı saptandığı bildirilmiştir (114-116). DEHB ve obezite ilişkisini açıklamaya çalışan çeşitli varsayımlar mevcuttur. DEHB'deki inhibitör kontrolün yetersizliği (davranış alanında, gelecek planlamasında yetersizlik ve kişinin davranışlarını etkili olarak yönetmedeki yetersizlik) aşırı beslenmenin nedeni olabilir (117). Örneğin günlük kalori alımına dikkati vermede görece eksiklik veya dürtüsel yapı ile uyumlu yiyecek tüketimini sınırlama konusundaki yetersizlik ve hızlı yeme, aç değilken bile yeme inhibitör kontrol yetersizliği ile ilgili olabilir (118). Bir başka varsayım dürtüsellik ve dikkat eksikliğinin mezolimbik dopamin sistemi ile bağlantılı bir genetik özellik olarak ertelemeyi kaçınma şeklinde kendini göstermesidir (119). Bu kişiler hemen elde edebilecekleri küçük bir ödül daha sonra elde edebilecekleri büyük bir ödüle tercih etmekte; bu ertelemeyi kaçınma özelliği de hızlı temin edilip hızla tüketilen yüksek kalorili, fast food türü yiyeceklere eğilimi artırmaktadır (120, 121). Üçüncü bir varsayım da bu kişilerde dopaminerjik ödül yolağında bir yetersizlik olduğu, yüksek kalorili diyetlerle kendi kendilerini tedavi arayışında oldukları şeklindedir (121). Bu verilerden yola çıkılarak obez kişilerin tedavisinde dopaminerjik uyarıyı sağlamanın önemi vurgulanmakta; DEHB'de kullanılan stimülanların çocukluk çağı obezitesi ve DEHB'nin birlikte görüldüğü durumlarda obeziteyi azaltıcı etkisinin kullanılabileceği belirtilmektedir (122, 123).

- **Obezite ve Dürtüsellik**

Dürtüsellik, insan hayatının her alanını potansiyel olarak etkileyebilen davranışsal, bilişsel ve nörofizyolojik yönleri olan çok yönlü bir kavram olup plansızlık, risk alma, tepki engelleme gibi birçok kavram ile ilişkilendirilmiştir (124).

Literatüre bakıldığında dürtüsellüğün farklı yönlerini içeren çeşitli tanımlamalar mevcuttur. Ho ve arkadaşları (1999) dürtüsellığı istemli olarak verilen cevabı erteleme ya da ketleme güçlüğü, kısa yanıt eşiği, derinlemesine düşünme eksikliği (lack of reflection) ve dikkat sorunları gibi çeşitli bilişsel ve davranışsal eğilimler olarak tanımlamıştır (125). Barratt ve Patton'a (1983) göre dürtüsellik nörofizyolojik temele dayanmakta, davranışın bağlam ile sonuçlarına uymada yetersizlik olarak tanımlanmaktadır (126). Moeller (2011) ise dürtüsellığı uyaranlara bilgi işlenmesi tamamlanmadan önce hızlı plansız tepki verme, uzun dönem sonuçlara önem vermeme ve davranışın olumsuz sonuçlarına duyarsızlaşma olarak tanımlamıştır (127).

Dürtüsellik antisosyal ve sınırdaki kişilik bozuklukları, şizofreni, bipolar bozukluk, DEHB, yeme bozuklukları, madde kullanım bozuklukları ayrıca dürtü kontrol bozuklukları arasında sayılan patolojik kumar oynama, aralıklı patlayıcı bozukluk, piromani, kleptomani ve trikotillomaninin temel belirtileri arasında yer almaktadır (128).

Dürtüsel kişilerin yeme davranışı üzerindeki kontrollerini sağlayamadıkları ve lezzetli, yüksek kalorili besinlere karşı ilgilerinin fazla olduğuna ilişkin yayınlar vardır (129, 130). Ayrıca yeme bozukluğu olan kişilerde de dürtü denetim problemleri olduğu tespit edilmiş, özellikle tıknırcasına yiyen bireylerin ailelerinde madde kullanım bozukluğu, madde kötüye kullanımı ve özkıym gibi dürtüsellikle ilişkili durumlar yüksek oranda bulunmuştur. Yeme bozukluklarında yeme davranışı üzerinde bir kontrol bozukluğu vardır ve dürtüsellüğün yeme bozukluklarının seyrini olumsuz etkilediği bilinmektedir (131).

Literatürde obezite ve dürtüsellik ilişkisini araştıran çalışmalar da mevcuttur (132). Yapılan birkaç çalışmada normal kilolu kadınlarda dürtüsellüğün aşırı yemek tüketimi ile ilişkisi saptanmış bu bağlamda dürtüsellüğün obez olmayanlarda obezite gelişimi için risk etkeni olduğu bildirilmiştir (133-135) Nederkoorn ve arkadaşları (2006) dürtüsellüğün obez kadınlarda sağlıklı kontrol grubundan daha yüksek oranda bulunduğunu saptamıştır (136). Ayrıca dürtüsellik obezite tedavisinde yinelemenin olası bir öngörücüsü olarak görülmektedir. Dürtüsel kişilerin yeme tutumunu kontrol edemedikleri ve lezzetli, yüksek kalorili besinlere

karşı ilgilerinin fazla olduğunu bildirmişlerdir. Dürtüsellik ayrıca tedaviyi yarıda bırakma için de risk faktörü olarak görülmektedir (129, 137)

Tıkınırcasına yeme bozukluğu (TYB) olan obez hastalarda dürtüsellik, TYB'si olmayan obez hastalar ve sağlıklı kontrollerden daha yüksek bulunmuştur (138-141). Ayrıca bir başka çalışmada TYB'si olan morbid obez hastaların dürtüsellik derecesi morbid olmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur (142).

Obezlerde dürtüsellığe eşlik eden bir başka mekanizma da YB'dir. Davis ve arkadaşları tarafından 2013'te TYB'si olan fazla kilolu bireylerle yapılan bir çalışmada YB kriterlerini karşılayanların karşılamayanlara göre daha dürtüsel olduğu bulunmuştur (5). Ayrıca yapılan bir başka çalışmada dürtüsellüğün acelecilik ve sebat etmede güçlük olarak adlandırılan iki alt ölçeğinin YB ile doğrudan ilişkili olduğu bu durumun da yemek tüketimini arttırarak dolaylı olarak BKİ artışına neden olduğu saptanmıştır (143).

Çocuklarla yapılan çalışmalarda, dürtüsellığı gösteren ödül bağımlılığı ve baskın olan yanıtın inhibisyonundaki yetersizlikler normal kilolu çocuklarda aşırı yeme ve kilo alımı ile (144), obez çocuklarda ise aşırı kilo ve kötü tedavi motivasyonu ile ilişkili bulunmuştur (145-147).

2.1.6 Obezite, Yeme Tutumu ve Yeme Bozuklukları

Yeme davranışı motor, bilişsel, sosyal, duygusal gelişmelerin merkezi ve çevresel faktörler tarafından düzenlenen çok yönlü bir davranış örüntüsüdür. Yeme sadece biyolojik gelişim ve fizyolojik fonksiyonların gereksinimini sağlayan bir araç değil anne bebek ilişkisinden itibaren bütün sosyal ilişkilerin oluşumuyla ilgili haz ya da acı veren yaşantılarla ilişkili bir durumdur (148).

Obezitenin etiolojisine bakıldığında çok etkenli olduğu ve obez bireylerin sadece bir kısmının kilolu oluşlarında yeme davranışlarının sorumlu olduğu bilinse de obez kişiler arasında aşırı yemenin yaygın olduğu kabul edilmektedir. Obez bireylerin normal kilolu bireylere göre uyarılma eşiklerinin daha düşük olduğu, dış uyaranlara daha fazla yanıt verdikleri ve ağır stres ve diğer duygusal uyaranlara karşı daha fazla bir uyarılma örneği gösterdikleri bilinmektedir. Bu bireylerdeki düşük uyarılma eşiği dış uyaranlara yanıt vermedeki artışla birleşince bu durum aşırı yeme ile sonuçlanmakta ve bu kişiler yiyecek uyaranlarının bulunduğu ortamlarda diğer bireylere göre daha hızlı ve yoğun yanıt vermektedirler (148).

- **Duygusal Yeme Davranışı**

Psikosomatik kuram, duygusal yemek yemenin obezitenin etiyolojisinde etkin rol oynadığını öne sürmekte, obez kişiler önceden öğrenilmiş deneyimler nedeniyle duygusal stresi azaltmak için besinleri kullandığı bilinmektedir (79, 149).

Birçok çalışmada obez ve normal bireylerin stres ve anksiyete yaratan durumlarda yeme yanıtlarını karşılaştırılmış ve sonucunda obez katılımcıların duygusal yeme puanlarının yüksek olduğunu saptanmıştır (150-152).

Depresyon ile duygusal yeme davranışlar arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalarda depresif belirtiler yeme davranışıyla ilişkili bulunmuş, yoğun depresif belirtileri olan bireylerin yüksek kalorili yiyecekleri daha fazla tükettiği ve BKİ'lerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (153-158).

- **Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu**

TYB ilk kez Stunkard tarafından tanımlanmış olup 1994 yılında Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından belirli bir zaman içinde, benzer koşullarda ve benzer sürede çoğu kişinin yiyebileceğinden daha fazla miktarda yemek şeklinde tanımlanmıştır (159). DSM IV-TR'de tıkınırcasına yeme ortalama olarak 6 aylık sürede en az haftada iki gün ortaya çıkar denilmekte iken DSM-5'te bu süre 3 aylık sürede en az haftada bir kez olarak düzenlenmiştir (160).

TYB yaygınlığı genel toplumda % 0.7-2 olarak bildirilmiştir (161). Obezlerin yaklaşık %8'inin TYB kriterlerini karşılamakta olduğu, kilo verme programına katılan obez kişiler arasında yaygınlığının %30 civarında saptandığı bildirilmiştir (161-163). Başlangıcı genellikle 20 yaş civarındadır ve kadınlarda daha fazla görülür (162).

TYB'si olan ve TYB'si olmayan obez bireylerin değerlendirildiği çalışmalarda TYB'si olan kişilerin kontrolü yitirdikleri yeme ataklarının daha sık olduğu, daha erken yaşlarda kilo almaya başladıkları ve buna bağlı olarak daha erken yaşlarda gerçekleşmesi olanaksız diyetlere yöneldikleri ve ek psikiyatrik hastalıklarla takip edildikleri bildirilmektedir (163-165).

- **Yemek Kısıtlama (Diyet Yapma)**

Birçok araştırmada diyet yapma ile kilolu olma arasında güçlü bir ilişki bulunmuştur. Ergenlerde aşırı yemek yemeyle ilişkili bulunan diyet tarzında istemli olarak diyet kısıtlaması,

açlık belirtilerini inkâr ederek kişinin aç olmasına rağmen öğün atlaması ya da yemekten erken kalkması gibi davranış örüntüleri yer almaktadır (166). Sınırlı yemek yemenin tokluk/açlık işaretlerini zayıflatarak tıknırcasına yemek yemeye yol açtığı düşünülmekte aynı zamanda diyet ile aşırı kilo kaybının gelecekte obez olmanın bir öngörücüsü olduğu ve diyetin kilo almayı başlattığı bildirilmektedir (167).

Diyet yapma ile aşırı kilo alma arasındaki ilişkiyi açıklayan olası mekanizmalardan biri diyet ile metabolik etkinlikte artış olması ve diyet yapanların az kalori ile kilolarını sürdürüp normal diyete döndüklerinde görece olarak kilo almalarıdır. İkinci bir mekanizma düşük kalorili diyeti genellikle tıknırcasına yemenin takip ettiği bir döngünün oluşmasıdır.

Bir başka muhtemel mekanizma da diyet yapanlarda tüketilen karbonhidratlardan olağan kalorilerinden çok daha yüksek kalori alınmasına neden olan bir fizyolojik yapılanma oluşması şeklinde açıklanmaktadır (138, 168).

- **Yeme Bağımlılığı**

YB (food addiction) ilk olarak Randolph tarafından 1956'da öne sürülmüş ancak son yıllarda obezitenin yaygınlaşmasıyla daha çok üzerinde durulan bir kavram haline gelmiştir (169). Tanım olarak bazı kişilerde belirli yiyeceklerin aşırı tüketiminin klinik olarak kilo alımına ve obeziteye neden olduğu bir bağımlılık türü olarak nitelendirilmektedir. Yiyeceklerin kötüye kullanılan maddelerin aksine hayatta kalmak için ihtiyaç duyulan gereçler olması ve ne noktada bağımlılık denebileceği hala tartışılmakta olsa da işlenmiş, yağ ve karbonhidrat içerikli gıdaların ihtiyaç olunandan çok daha fazla tüketilmesi doygunluk hissinden ziyade ödül ihtiyacını çağrıştırmakta ve bu bağlamda YB kavramını güçlendirmektedir (170). Ayrıca belirli yiyeceklere tolerans gelişmesi ve yoksunluk belirtilerinin olması gibi biyodavranışsal belirtiler ve ortabeyinde endojen opioid ve dopamin aktivitesi olması gibi nörofizyolojik belirtilerin ışığında YB'nin bazı bireyler için geçerli ve ileri araştırmayı gerektiren bir konu olduğu belirtilmektedir (171-175).

Yürütülen prelinik çalışmalarda beslenmenin homeostatik ve homeostatik olmayan yönü ve birbiriyle ilişkileri incelenmiştir. Yeme tutumunu homeostatik ve hedonik olmak üzere iki farklı sistem tarafından düzenlendiğini tanımlayan bir çalışmada beslenmenin sadece homeostatik sistemler tarafından kontrol edildiği koşullarda herkesin ideal kilosunda olacağı ve beslenmenin tıpkı nefes almak gibi yaşamsal bir ihtiyaç gibi algılanacağı ancak beyin ödül sisteminin lezzet ve haz alma süreci ile olan ilişkisiyle birlikte hedonik sistemin devreye

girdiğini ve bunun sonucunda bazı besin maddelerinin aşırı tüketildiği belirtilmiştir (176, 177).

YB'nin araştırıldığı hayvan çalışmalarında madde bağımlılığı için kullanılan biyodavranışsal modeller kullanılmış ve bazı yiyeceklerin ödül merkezi için önemli olduğu bilinen nukleus akkumbenste dopamin salınımına neden olduğu tespit edilmiştir (177-180). Bu araştırmalarda saptanan ortak bulgu lezzetli yiyeceklerin (sukrozdan ve glukozdan zengin) tüketilmesi sonucunda beyin ödül sisteminin aktive olduğu özellikle ventral striatum, prefrontal korteks ve amigdalanın duyarlı olduğu belirtilmiştir (181). Bu maddelerin aşırı tüketiminin, singulat, hipokampus, nucleus akkumbens ve locus seruleustan dopamin salınımını ve hipotalamus arkuat çekirdeğinde yer alan endojen bir opioid olan dinorfininin gen ekspresyonunu arttırdığı saptanmıştır (182). Bir ay boyunca her gün 12 saat boyunca yüksek şekerli solüsyonla beslenen ratların incelendiği bir çalışmada hayvanların tıpkı bağımlılar gibi aşırı miktarda besin tükettiği (tıkınırcasına yemek yeme) ve solüsyon verilmediğinde tıpkı opiat yoksunluğunda olduğu gibi anksiyete, depresyon ve aşerme belirtileri gösterdiği saptanmıştır (182-185).

YB'yle ilgili yapılan klinik araştırmalarda çoğunlukla beyin görüntüleme yöntemleri kullanılmış ve lezzetli bir yiyeceği tüketirken diğer besinlerden farklı olarak orta beyin, ventral striatum ve posterior sağ dopaminerjik etkinliğin arttığı bulunmuştur (186). Yapılan bir başka araştırmada obez kişilerin düşük kilolu olanlara göre striatum D2 reseptör yoğunluğunun az olduğu, aynı zamanda D2 reseptörleri ve somatosensorial korteks metabolizması arasında ilişkinin yiyeceklerin pekiştirici özelliklerini düzenlediğini göstermişlerdir. Ayrıca azalmış D2 reseptör işlevinin alkol ve madde bağımlılarına paralel şekilde prefrontal korteks etkinliğinde azalma ile ilişkili olduğu bulunmuştur (187). Pozitron Emisyon Tomografisi (PET) araştırmalarında, obez bireylerde yiyecek tüketimine orta dorsal insula, orta beyin ve posterior hipokampus yanıtında anormallikler saptanmış ve yanıtın obezite riskini arttırdığı düşünülmüştür (188, 189).

YB'ye ilişkin yapılan genetik araştırmalar ağırlıklı olarak ödül sisteminde temel rolü olan dopamin ile ilişkili olup; bu araştırmalarda ödül geni olarak bilinen Taq1A DRD2 gen polimorfizmi ile bağlantılı olarak A1 alelinin olduğu durumlarda, %30-40 daha az striatal D2 reseptörünün olduğu gösterilmiştir (3). Bağımlılıkla ilgili yapılan birçok genetik araştırmada homojen ve heterojen örneklerde A1 aleli artmış obesite riski ve tıkınırcasına yeme bozukluğu gibi farklı yeme bozuklukları ile ilişkili bulunmuştur (190-192). Ayrıca yapılan

başka çalışmalarda, DAT geninde bozulmanın lezzetli yiyecek tüketiminde artış ve yüksek BKİ ile ilişkili olduğu saptanmıştır (193, 194).

YB'ye ilişkin yapılan bütün bu araştırmalardaki ortak bulgu ,BKİ ile ilişkili olmadığını bildiren yayınlara rağmen (195, 196), obez kişilerde düşük kilolu olanlara göre yağlı ve şekerli yiyeceklerin ödül etkisinin daha fazla olduğu ve bu nedenle daha çok tüketildiği ve obez kişilerin YB'ye daha yatkın olduğu şeklindedir (189).

2.1.7. Obezite ve Psikososyal Sorunlar

Obezitenin gelişiminde psikososyal faktörlerin rolü kabul edilmektedir. Bu grupta obez olmayanlara göre daha çok psikososyal rahatsızlık görülmektedir. Yapılan araştırmalarda obezitenin sosyal zorluklar için bir risk etmeni olduğu bildirilmektedir (197).

- **Benlik Saygısı**

Benlik saygısı genel anlamda kişinin kendisine karşı duyduğu sevgi, saygı ve güven duygularını ifade etmesi olup kişinin kendini tanıyıp gerçekçi bir biçimde değerlendirerek mevcut yetenek ve güçlerini olduğu gibi kabul edip benimsemesi şeklinde tanımlanmaktadır (198). Rosenberg, benlik saygısını kişinin kendisine karşı tutumunun belirlediğini buna göre kişi kendini değerlendirmede olumlu bir tutum içinde ise, benlik saygısı yüksek, olumsuz bir tutum içinde ise, benlik saygısı düşük olarak kabul edilmektedir (199). Benlik saygısının duygusal, zihinsel, toplumsal ve dolaylı olarak da bedensel öğeleri vardır. Bu bağlamda kendini değerli hissetme, yeteneklerini ortaya koyabilme, başarılı olma, toplum içinde beğenilir olma, kabul görme, sevilme, kendi bedensel özelliklerini kabul etme ve benimseme, benlik saygısının oluşması ve gelişmesinde önemli faktörler olarak kabul edilmektedir (198).

Obez bireylerde düşük benlik saygısı ve olumsuz beden algısı olduğu bilinmekte ancak bunun sebep mi yoksa sonuç mu olduğu konusunda tartışmalar sürmektedir. Galletly ve arkadaşları doğurganlık çağındaki 64 kadınla yaptıkları ileriye dönük bir çalışmada kilo kaybedilmesi ile depresyon oranında azalma ve benlik saygısında artma olduğunu bildirmiş; Thomas ise benlik saygısı ile cinsel çekiciliğin ilişkili olduğunu saptamıştır (200, 201). Obezite ve benlik saygısının değerlendirildiği çalışmalarda genel olarak obez kişilerde düşük benlik saygısı olduğu saptanmıştır (202-204)

Günümüzde zayıflık değer kazandıkça obez bireyler dışlanmakta ve çevreden gelen bu olumsuz geri bildirimler benlik saygılarında azalmaya yol açmaktadır (38). Sobal ve Stunkard'ın "sosyal olarak kabul gören önyargı" (the last socially acceptable form of

prejudice) olarak tanımladığı şekliyle obez bireylere karşı küçük görme, önyargı ve saygısızlık son derece yaygın olduğu sağlık personellerinin de obezleri tembel, aptal ve değersiz olarak nitelendirdiği saptanmıştır (205, 206) .

Yaklaşık 40 yıl evvel Stafferi 6 yaşındaki bir çocuğun, aşırı kilolu başka bir çocuğun görünüşünün “tembel, kirli, aptal, çirkin” olduğunu düşündüğünü saptayarak ön yargının çocukluktan başladığını gözler önüne sermiştir. Obez bireyler toplumsal alanlarda damgalanmaktadır. Ayrımcılık benlik saygılarının azalmasına; benlik saygılarının azalması da disforik ve depresif duyguduruma sebep olmaktadır (206). Ayrıca obez kişiler çalışma hayatında da ayrımcılıkla karşılaşmakta, yapılan değerlendirmelerde işverenlerin %16’sının obez kadınlara iş vermediği, %44’ünün özel şartlarda bu tür bireyleri çalıştırmayı kabul ettiği, güvenlik güçleri, itfaiye birimleri ve havayollarının ise obez bireyleri işe almadığı veya işten çıkardığı belirtilmektedir (206).

- **Beden Algısı**

Benlik saygısı ve beden algısı yakın ilişkili kavramlar olup sebep sonuç çerçevesinde birbirlerini etkilemektedir. Beden algısı, bireyin zihninde şekillenen beden kendisine nasıl görüldüğü olup, tüm yaşam boyunca, benlik saygısı ve ruhsal sağlığının önemli bir yönünü oluşturmaktadır (207). Beden algısı doyumsuzluğu ise ideal ve algılanan beden görüntüsü arasındaki uyumsuzluk olarak tanımlanmakta ve benlik saygısını olumsuz yönde etkilemektedir (208-212).

Obezlerde beden algısı ile ilgili yapılan çalışmalarda, BKİ’nin beden hoşnutsuzluğuna anlamlı düzeyde etkisi olduğu ve obez grubun, obez olmayan gruba göre daha fazla beden hoşnutsuzluğuna sahip olduğu gösterilmiştir (213, 214). Terapiye giden obez kadınlarla yapılan bir araştırmada, %80’den daha fazlasında olumsuz beden algısının olduğu saptanmıştır (215). Obez bireylerin kilo kaybının görünüş ve çekiciliklerini artıracığına ve sonuç olarak kendileri hakkında daha iyi hissedeceklerine inandıkları bilinmektedir (216). Obez kadınlarda beden hoşnutsuzluğu şiddetinin gerçek beden ağırlığından çok, algılanan beden ağırlığıyla ilişkili olduğu, algılanan beden ağırlığının düşük benlik saygısına neden olurken, gerçek beden ağırlığının düşük benlik saygısı ve depresyonla ilişkili olmadığı bildirilmiştir (214, 217). Ayrıca çocukluk çağında obezite problemi başlayan bireylerin erişkin dönemde başlayanlara göre beden hoşnutsuzluğunun daha fazla olduğu bildirilmiştir (214, 218).

- **Aile İlişkilerinde Yaşanan Sorunlar**

Ebeveyn davranışının çocuk gelişimi üzerine etkileri bilinen bir durumdur. Kilolu kız çocuklarının anneleri kızlarının ne kadar ve nasıl yemeleri ile ilgili daha müdahaleci olmakta ve kendi diyet kısıtlamalarıyla paralel olarak kızlarının yiyecek alımını kısıtlamaktadır (219). Sosyal ve fiziksel çevrelerindeki yetersizliklerin erişkinlikteki obezite ile bağlantılı olduğu düşünülmekte, ebeveynlerinden yeterli destek alamayan çocukların erişkinlikte diğerlerinden yedi kat daha fazla obezite riski altında olduğu bildirilmektedir (220).

- **Damgalanma**

Kiloyla ilgili damgalanma obezlerin çok farklı alanlarda ve sık karşılaştıkları bir durumdur. Toplumda obez kişilerin kendilerini kontrol edemedikleri için kilo veremeyen başarısız, tembel insanlar oldukları önyargısı yaygındır. Yapılan bir çalışmada aşırı kilolu ve obez kişilere sağlık hizmetinde ayrımcılık yapıldığı, iş bulma olasılıklarının daha az olduğu, işe alınsalar bile tembel ve disiplinsiz olarak algılandıkları için daha düşük maaş verildiği bildirilmiştir (221).

BKİ yükseldikçe damgalanma artmakta ve daha fazla psikolojik sıkıntı yaşanmaktadır (222, 223). Ayrıca kiloya bağlı damgalanmanın tıknırcasına yeme davranışına neden olduğu bildirilmektedir (224, 225).

2.1.8. Obezitenin Kompikasyonları

Kilo artışı pek çok komplikasyona neden olmaktadır (226). Yapılan çalışmalarda obezitenin kalp damar sistemi, solunum sistemi, mide-bağırsak sistemi, hormonal sistem, sinir sistemi, üriner sistem ve deri üzerinde birçok hastalığa neden olduğu gösterilmiş; hipertansiyon, koroner arter hastalığı, akut miyokard enfarktüsü, serebrovasküler hastalıklar, derin ven trombozu, solunum güçlüğü, uyku apnesi, uykuya bağlı hipoventilasyon, safra kesesi hastalığı, yağlı karaciğer ve siroz, dislipidemi, tip 2 DM, hiperürisemi, insülin direnci, polikistik over sendromu, meme kanseri, osteoartrit, sinir sıkışması, proteinüri, endometrium kanseri, prostat kanseri, stres inkontinansı, ter döküntüleri, lenfödem ve bazı psikolojik hastalıklara obezlerde daha sık rastlandığı belirtilmiştir (226-228).

2.1.9. Obezitenin Tedavisi

Obezite tedavisinde genel amaçlar; vücut ağırlığının azaltılması ve uzun dönemde azalan vücut ağırlığının korunması, daha fazla kilo alınmasının önlenmesi ve kilo alınmasıyla ortaya çıkabilecek diğer hastalık risk etmenlerinin kontrolü olarak sayılabilir (229). Obezite

tedavisinde kullanılan yöntemler Diyet ve Egzersiz, Davranış Değişimi, Psikoterapi, Farmakolojik Tedavi ve Cerrahi Tedavi olmak üzere beş başlık altında incelenecektir.

- **Diyet ve Egzersiz**

Günümüzde obezite tedavisinde altın standart diyet, egzersiz ve yaşam tarzı değişikliği olarak sıralanmaktadır (230). Fiziksel etkinlikle birlikte düşük kalorili ve dengeli bir diyet ilk tedavi seçeneği olmaktadır. Başlangıç için hedeflenen mevcut ağırlığın %10'unun kaybıdır (231, 232).

Günlük alınması gereken besinlerin dağılımı %50-55 karbonhidrat, %15-20 protein ve %25-30 yağ şeklinde olmalıdır. Alınan enerjiyi azaltmak, mide boşalmasını geciktirerek tokluğu arttırmak ve bağırsak hareketlerini düzenlemek için diyet yeterli posa (25-30 g/gün) içermelidir. Alkol, şeker içeriği yüksek besinler ile yağdan zengin gıdalar az tüketilmelidir (231, 233).

Aerobik egzersiz, zayıflama programının en önemli bileşenlerindedir. Vücuttaki yağ kütesini azaltarak bazal metabolizma hızının düşmesini engeller, insülin duyarlılığını artırır, abdominal yağlanmayı azaltır, kardiyorespiratuar kapasiteyi artırır ayrıca ruhsal ve fiziksel yönden iyilik hali yaratır. Genellikle hafta da 3-5 kez 30-45 dakika olacak şekilde orta derece egzersiz önerilir (231, 232).

- **Davranış Değişimi**

Çok yönlü obezite programında hayat tarzı değişikliği önemli bir faktör olup fazla kilolu kişilerin hareketsiz yaşamlarını ve uygun olmayan yeme alışkanlıklarını tanımak ve değiştirmeyi amaçlamaktadır (40). Şekerli içeceklerin alımının sınırlandırılması, TV seyretmenin kısıtlanması, sedanter hayatın değiştirilmesi fiziksel etkinliğin artırılması temel hedefler olup uygun yöntemin seçimi hastanın ihtiyaçlarına ve özelliklerine göre ayarlanmaktadır (40).

- **Farmakolojik Tedavi**

Amerikan Gıda ve İlaç İdaresi (FDA) tarafından kilo verme tedavisinde kullanılması onaylanan ilaçların tümü BKİ 30 ve üzerinde (obez) veya BKİ 27 ve üzerinde (fazla kilolu) olan ve kiloyla ilişkili yüksek tansiyon, tip 2 diyabetes mellitus, dislipidemi gibi en az bir ek hastalığı olan erişkin hastalara kilo kontrolünde düşük kalorili diyet ve artmış fiziksel

egzersize ek olarak önerilmektedir. Bu ilaçlar arasında fentermin, uzun salınlı fentermin/topiramet, fendimetrazin, dietilpropion, orlistat ve lorcaserin sayılabilir (234-236).

Ayrıca topiramet, zonisamid, metformin ve amfetamin gibi esas etkisi kilo verdirme olmayan ancak yan etki olarak kilo verdiren ilaçlar da kilo verdirme amaçlı kullanılmaktadır (237, 238).

- **Psikoterapi**

Obezitenin psikoterapi ile tedavisi kilo kaybını sağlayan ve sağlanan kilo kaybının korunmasını belirleyen yaklaşımlar şeklinde tasarlanmıştır. Davranışçı terapileri 1960'lardan beri uygulanmakta olup içeriğinde yeme eylemi sırasında kendini izleme, yeme ve egzersizle ilgili davranışsal hedefler koyma, beslenme üzerine dersler; hem yaşam tarzı aktivitesini hem de planlı egzersizi artırma üzerine vurgu yapma, uyarın kontrol tekniklerinin kullanımı, sorun çözme eğitimi mevcuttur (227).

Davranışçı terapi son yıllarda yerini tedaviye bilişsel faktörlerin de eklenmesiyle oluşan bilişsel davranışçı terapiye bırakmıştır. Bilişsel davranışçı terapi obeziteyi başlatan ve devam ettiren süreçleri kavramsallaştırılması ve kalıcı değişim için varsayılan devam ettirici bilişsel ve davranışsal mekanizmaları değiştirmek için tasarlanmıştır. İki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde amaç sadece kilo kaybı değil, aynı zamanda kişisel olarak dikkat çeken diğer alanlarda (örneğin daha iyi görünme beklentisi, kendine güven ve öz saygıyı artırma, ilişkilerin kalitesi, fiziksel zindelik ve daha aktif olma, sağlığını iyileştirme), bilişsel ve davranışsal değişime erişmek, tedavi sürecinde oluşan değişimleri fark etmek, onlara değer vermek ve değiştirilemeyecek şeyleri (örneğin beden oranlarını) kabul etmeyi öğrenmektir. Bu safhanın önemli bir özelliği, kilo kaybının önündeki engelleri ve beden algısı endişelerini ele almaktır. Kişinin kilo hedeflerini gerçekçi bir biçimde değerlendirmesi de hedeflenir. İkinci bölümde amaç, hastaların etkili kilo kontrolü için gereken davranışsal becerileri ve bilişsel yanıtları edinmelerine ve sonra bunları uygulamalarına yardım etmektir. Burada amaç kilonun sabit tutulması ve onu korumak için becerilerin edinilmesidir (239, 240).

- **Cerrahi Tedavi**

Obezitede cerrahi girişimler genel olarak 18 yaş veya üzerinde, BKİ'si 40 kg/m² üzerinde olan obez bireylerde ve BKİ'si 35-40 kg/m² olup ek hastalığı olanlarda düşünülmelidir (49, 206). Bu yöntemler arasında intestinal bypass, parsiyel biliopankreatik

bypass, gastroplasti, ayarlanabilir silikon mide bandı takılması, laparoskopik gastrik bant uygulaması, daha az invaziv olan ve endoskopik olarak uygulanan bir yöntem olarak gastrik balon uygulaması sayılabilir (241).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu araştırma, Başkent Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu ve Etik Kurulu tarafından onaylanmış (Proje No: KA14/330, Araştırma Kurul Onay Tarihi: 24.12.2014, Etik Kurul Onay Tarihi: 07.01.2015) ve Başkent Üniversitesi Araştırma Fonunca desteklenmiştir.

3.1.ÖRNEKLEM

Bu araştırmaya Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara Hastanesi Endokrinoloji Polikliniğine 07.01.2015 -30.03.2015 tarihleri arasında muayene ve tedavi amacıyla başvuran BKİ'ye göre 48 obez kişi ile hastane personelinden oluşturulan 55 fazla kilolu kişi ve 43 normal kilolu kişi dahil edilmiştir

Araştırmaya alınma ölçütleri:

1. Değerlendirme araçlarını yanıtlayabilecek zihinsel kapasiteye sahip olmak,
2. 18-64 yaşları arasında olmak,
3. Okuryazar olmak,
4. BKİ'nin 18,5'in üstünde olması
5. Araştırmaya katılmayı kabul etmek
- 6-Diyabet tanısı olanların HbA1c değeri 7'nin altında ve hipotirodi tanısı olanların değerlendirme esnasında ötiroid olması olarak saptanmıştır.

Araştırmadan dışlama ölçütleri:

1. Değerlendirme ölçeklerini yanıtlayabilecek zihinsel kapasiteye sahip olmamak,
2. Alkol ve madde bağımlılığı olması
3. BKİ'nin 18,5'in altında olması
4. Obeziteye neden olabilecek mevcut halinde ötiroid olmayan hipotirodi, cushing gibi organik bir hastalığının bulunması olarak saptanmıştır.

3.2 Değerlendirme Ölçekleri ve Uygulama

Her üç gruptaki katılımcılara araştırmacı tarafından çalışma ve ölçekler hakkında bilgi verildikten sonra ağırlıkları boylarının metrekaresine bölünerek BKİ'leri hesaplandı ve Uluslararası Bileşik Tanı Görüşmesi 2.1 (CIDI 2.1) uygulandı. Daha sonra katılımcılardan Sosyodemografik ve Klinik Bilgi Formu, Yale Yeme Bağımlılığı Ölçeği (YYBÖ), UPPS

Dürtüsel Davranış Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ve Beck Anksiyete Ölçeğini (BAÖ) doldurmaları istendi.

Beden Kitle İndeksi: Hastaların boy ve ağırlıkları Seca marka boy ve kilo ölçer ile ölçülmüştür. Kilogram cinsinden vücut ağırlığı, metre cinsinden boyun karesine bölünerek BKİ hesaplanmıştır.

Uluslararası Bileşik Tanı Görüşmesi 2.1 (CIDI 2.1) (Composite International Diagnostic Interview): DSÖ tarafından geliştirilen tam yapılandırılmış bir görüşme ölçeğidir. Kılıç ve Göğüş tarafından (1997) Türkçeye çevrilmiştir (242). DSM-IV ve ICD-10 tanı sistemlerine göre tanı konabilecek biçimde tasarlanmıştır. CIDI mantık zincirine dayalı, denek yönelimli ve ölçüt tabanlı soruların yer aldığı bölümlerden oluşmaktadır. Her tanı bölümündeki ‘evet’ ya da ‘hayır’ diye yanıtlanabilen soruların denekler tarafından yanıtlanması sonucu ruhsal bozukluk tanıları konabilir. Alınan yanıtlara göre, belirti yoksa 1, var ama klinik olarak önemli düzeyde değilse 2, ilaç ya da madde kullanımına bağlı ise 3, fiziksel hastalık ya da yaralanmaya bağlı ise 4, var ve nedeni ruhsal ise 5 olarak işaretlenir.

Araştırmanın amacına yönelik olarak CIDI’nin depresyon, anksiyete ve psikosomatik hastalıklar bölümleri kullanılmıştır. Uygulama süresi yaklaşık 30 dakika sürmüştür (Ek-1).

Sosyodemografik ve Klinik Bilgi Formu: Araştırmanın amacına uygun olarak sosyodemografik ve klinik verileri toplamaya yönelik araştırmacılar tarafından geliştirilmiş bilgi toplama aracıdır. Yaş, cinsiyet, medeni durum, öğrenim düzeyi, ekonomik gelir düzeyi, alışkanlıkları, kullandığı ilaçlar, eşlik eden ruhsal ve bedensel hastalık öyküsü, ailede ruhsal hastalık ve obezite öyküsü, çocukluk çağı obezitesi ile diyet ve egzersiz alışkanlıkları sorgulanmıştır (Ek-2).

Yale Yeme Bağımlılığı Ölçeği (YYBÖ): Gearhardt ve arkadaşları (2009) tarafından geliştirilmiş yeme tutumunu madde bağımlılığı belirtileri ile (tolerans, yoksunluk, kontrol kaybı vs.) değerlendiren 27 maddelik bir ölçektir (243). İki puanlama yöntemi mevcut olup; YB kriterlerini karşılar demek için semptomlardan en az birini karşılamalı; YB tanısı koymak için ise son bir yılda semptomlardan 3 veya daha fazlasını karşılamalı ve klinik olarak bozulma eşlik etmelidir. Ülkemizde Bayraktar ve ark tarafından (2012) geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (244) (Ek-3).

UPPS Dürtüsel Davranış Ölçeği (UPPS): Lynam ve Whiteside (2001) tarafından geliştirilen, toplam 45 sorudan oluşan, dürtüsellığe ait dört özelliği ölçmek amacıyla

geliştirilmiş bir ölçektir. “Acelecilik”, “Önceden Tasarlama”, “Azim” ve “Heyecan Arayışı” olmak üzere dört alt ölçeği mevcuttur. Acelecilik Alt Ölçeği, sıklıkla olumsuz etkenlerin bulunduğu koşullarda güçlü tahrik altında kalma eğilimine; Önceden Tasarlama Alt Ölçeği, bir şeyi yapmadan önce olası sonuçları üzerine derinlemesine düşünme eğilimine; Azim Alt Ölçeği, bireyin sıkıcı ya da zor olan bir işe odaklanabilme becerisine; Heyecan Arayışı Alt Ölçeği ise, iki şeye; 1) heyecan verici etkinliklerden keyif alma ve böyle etkinlikler yapma, 2) tehlikeli olan ya da olmayan yeni deneyimlere açık olma eğilimlerine gönderme yapmaktadır Ölçeğin puanlaması 1-4 arasında likert tipi yapılmaktadır. “Bana hiç uymuyor” seçeneği 1 ve “Bana çok uyuyor” seçeneği 4 puan alır. Ortalama değerler, acelecilik için 29.15; önceden tasarlama eksikliği için 24.44; azim eksikliği için 20.28 ve heyecan arayışı için 34.74 olarak bildirilmiştir (245). Bu ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışması Yargıç ve arkadaşları (2011) tarafından yapılmış ve saptanan bulgularla UPPS Dürtüsel Davranış Ölçeğinin Türkçe formunun iyi bir geçerliliği olduğu ve dürtüsellikle ilgili özellikleri taramada başarılı olduğu bildirilmiştir (246) (Ek-4).

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ): Beck ve arkadaşları (1961) tarafından geliştirilmiştir. Depresyonda görülen bedensel, duygusal, bilişsel ve motivasyonel belirtileri ölçmektedir. Ölçeğin amacı depresyon tanısı koymak değil, depresyon belirtilerinin şiddetini belirlemektir. Yirmi bir belirti kategorisini içermektedir. Her madde 0 ile 3 arasında puan alır. Toplam puanın yüksek oluşu, depresyon düzeyinin ya da şiddetinin yüksekliğini gösterir (247). Hisli (1988) tarafından ülkemizde geçerlilik güvenilirlik çalışması yapılmıştır (248). (Ek-5)

Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ): Beck ve arkadaşları (1988) tarafından geliştirilmiştir. Bireylerin yaşadığı anksiyete belirtilerinin sıklığının belirlenmesi için kullanılır. Yirmi bir maddeden oluşan, 0-3 arası puanlanan Likert tipi bir ölçektir. Ölçekten alınan puanların yüksekliği, bireyin yaşadığı anksiyetenin şiddetini göstermektedir (249). Ulusoy ve arkadaşları (1998) tarafından ülkemizde geçerlilik güvenilirlik çalışması yapılmıştır (250). (Ek-6).

3.3 İstatistik

Bu araştırmada katılımcılarda elde edilen verilerin analizleri SPSS 20.00 programı kullanılarak yapılmıştır. Katılımcılardan elde edilen demografik veriler, tanımlayıcı istatistiksel yöntemler kullanılarak tablolastırılmıştır. Çalışmada önemli olan cinsiyet, BKİ, PT ve YB değişkenlerine göre gruplandırılmalar yapılmıştır. Tablolardaki gruplar arası karşılaştırmalar için t-testi ve chi-kare testi kullanılmıştır. Araştırma kapsamında, cinsiyet, PT

(PT), YB ve BKİ ile depresyon düzeyi arasındaki ilişkiyi gözlemek için tek yönlü varyans analizi (ANOVA) yapılmıştır. Benzer şekilde cinsiyet, PT, YB ve BKİ ile anksiyete düzeyi arasındaki ilişkiyi gözlemek için tek yönlü varyans analizi (ANOVA) yürütülmüştür. Cinsiyet, PT, YB ve Beden Kitle İndeksi BKİ ile dürtüsellik arasındaki ilişkiyi gözlemek için ise çok yönlü varyans analizi (MANOVA) kullanılmıştır. Cinsiyet, PT ve YB tanısının BKİ üzerindeki araştırma için tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanılmıştır.

4.BULGULAR

4.1.Katılımcıların Demografik Özellikleri

Araştırmaya toplam 146 kişi katılmış olup BKİ hesaplamasına göre 48'i obez (%32,9), 55'i fazla kilolu (%37,7) ve 43'ü (%29,4) normal kilolu olarak gruplanmıştır. Araştırmaya katılan 146 kişinin boy ortalaması 1.69 metre (ort.=1.69±0.094); ağırlık ortalaması 82.83 kg (ort.=82.83±6,40); BKİ ortalaması 28.90 (ort.=28.90±6.40) ve yaş ortalaması 36.40 (ort.=36,4±10,2) olarak belirlenmiştir. Yapılan analizlerde anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Katılımcılar gruplar halinde incelendiğinde obez grubundaki katılımcıların boy ortalaması 1.68 m (ort.=1,68±0,93), ağırlık ortalaması 100,3 kg (ort.=100,3±20,6), BKİ ortalaması 35,6 kg/m² (ort.=35,6±6,4), yaş ortalaması 39,2 (ort.=39,2±11,4); fazla kilolu grup incelendiğinde boy ortalaması 1.70 m (ort.=1,70±0.08), ağırlık ortalaması 80,6 kg (ort.=80,6±9,4), BKİ ortalaması 27,7 kg/m² (ort.=27.7±1,37), yaş ortalaması 36,6 (ort.=36,6±10,08); normal kilolu katılımcıların ise boy ortalaması 1.69 m (ort.=1,69±0,1), ağırlık ortalaması 66 kg (ort.=66±11,0), BKİ ortalaması 28,9 kg/m² (ort.=28,9±1,6), yaş ortalaması 36,4 (ort.=36,4±7,9) olarak hesaplanmıştır. Yapılan analizlerde anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Katılımcıların sosyodemografik özellikleri alışkanlıkları ve tıbbi öyküleri incelendiğinde 146 katılımcının 79'u kadın (% 54,1) 67'si erkek (%45,9) olarak rapor edilmiş olup obez grubunda 30 kadın (%38,0) 18 erkek (%26,8); fazla kilolu grupta 26 kadın (%32,9) 29 erkek (%43,2) ve normal kilolu grupta 23 kadın (%29,1) ve 20 erkek (%29,8) katılımcı çalışmaya dahil edilmiştir.

Medeni durumlarına bakıldığında 146 katılımcıdan 90'nın evli (%61,6), 3'ünün boşanmış (%2,1) ve 53'ünün hiç evlenmemiş olduğu (%36,3) bildirilmiştir. Obez grubundan 35 katılımcı evliyken (%72,9) 13 katılımcının hiç evlenmemiş olduğu (%13) buna karşılık fazla kilolu grupta 36 katılımcının evli (%36,5), 1 katılımcının boşanmış (%1) ve 18 katılımcının hiç evlenmemiş (%32,7) olduğu bildirilmiştir. Normal kilolu grupta ise 19 katılımcı evli (%44,7), 2 katılımcı boşanmış (%4,2) ve 22 katılımcı hiç evlenmemiş (%51,7) olarak rapor edilmiştir. Yapılan analizlerde gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Eğitim düzeyleri değerlendirildiğinde 146 katılımcının 99'u üniversite (%67,8), 36'si lise (%24,7), 4'ü ortaokul (%2,7), 5'i ilkokul mezunu (%3,4) olarak bildirilmiştir. Obez grubunda 30 kişi üniversite (%62,5), 12 kişi lise (%25,0), 2 kişi ortaokul (%4,2) 3 kişi ilkokul

(%6,3) mezunu; fazla kilolu grupta 38 kişi üniversite (%69,1), 13 kişi lise (%23,6), 1 kişi ortaokul (%1,8), 2 kişi ilkokul mezunu (%3,6) ve normal kilolu grupta 31 kişi üniversite (%72,1), 11 kişi lise (%25,6) ve 1 kişi ortaokul mezunu (%2,3) olarak rapor edilmiştir. Yapılan analizlerde gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Çalışma durumları incelendiğinde 146 katılımcının 95'inin hala çalıştığı (%65,1), 8'inin emekli olduğu (%5,5), 5'inin işten ayrıldığı (%3,4), 4'ünün aralıklı olarak çalıştığı (%2,7), 21'inin öğrenci olduğu (%14,4), 10 kişinin ise hiç çalışmadığı (%6,8) rapor edilmiştir. Obez grubunun 28'inin hala çalıştığı (%58,3), 6'sının emekli olduğu (%12,5), 3'ünün işten ayrıldığı (%6,3), 2'sinin aralıklı olarak çalıştığı (%4,2), 4'ünün öğrenci olduğu (%8,3), 4 kişinin ise hiç çalışmadığı (%8,3) rapor edilirken; fazla kilolu grup incelendiğinde bu grubun 39'unun hala çalıştığı (%70,9), 1'inin işten ayrıldığı (%1,8), 1'inin aralıklı olarak çalıştığı (%1,8), 8'inin öğrenci olduğu (%14,5), 5 kişinin ise hiç çalışmadığı (%6,8) bildirilmiştir. Normal kilolu katılımcılar incelendiğinde ise 28 kişinin hala çalıştığı (%65,1), 2 kişinin emekli olduğu (%4,7), 1 kişinin işten ayrıldığı (%2,3), 1 kişinin aralıklı olarak çalıştığı (%2,3), 9 kişinin öğrenci olduğu (%20,9), 1 kişinin ise hiç çalışmadığı (%2,3) rapor edilmiştir. Katılımcıların yaptıkları işler incelendiğinde 39'unun (%26,7) işçi, 28'inin memur (%19,2) olduğu, 20'sinin serbest meslekle (%13,7) ve uğraştığı (%6,2) rapor edilmiştir. Grup olarak bakıldığında obezlerin 11'i işçi (%22,9), 7'si memur (%14,6), 6'sı serbest meslek (%12,5) sahibi iken ; fazla kilolu grupta 13 kişi işçi (%23,6), 11 kişi memur (%20,0), 10 kişi serbest meslek sahibi (%18,2) olarak rapor edilmiştir. Normal kilolu katılımcılar incelendiğinde 15 kişinin işçi (%34,9), 10 kişinin memur (%23,3) 4 kişinin serbest mesleği olduğu (%9,3) rapor edilmiştir. Yapılan analizlerde gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Katılımcıların gelir durumu incelendiğinde 146 katılımcıdan 40 kişinin gelirinin 4000 TL ve üzeri olduğu (%27,4), 53 kişinin gelirinin 2000-4000 TL arasında olduğu (%36,3), 30 katılımcının gelirinin 1000-2000 TL arasında olduğu (%20,5), 12 kişinin gelirinin ise 0-1000 TL arasında olduğu (%8,2) rapor edilmiştir. Obez katılımcıların 14'ünün geliri 4000 TL ve üzeri (%29,2), 17'sinin geliri 2000-4000 TL arası (%35,4), 12 katılımcının geliri 1000-2000 TL arası (%25), 1 kişinin geliri ise 0-1000 TL arasında olarak (%2,1); fazla kilolu katılımcıların 13'ünün geliri 4000 TL ve üzeri (%23,6), 23'ünün geliri 2000-4000 TL arası (%41,8), 12 katılımcının geliri 1000-2000 TL arası (%21,8), 5 kişinin geliri ise 0-1000 TL arasında olarak (%9,1) olarak; normal kilolu katılımcıların 13'ünün geliri 4000 TL ve üzeri

(%30,2), 13'ünün geliri 2000-4000 TL arası (%30,2), 6 katılımcının geliri 1000-2000 TL arası (%14,0), 6 kişinin geliri ise 0-1000 TL arasında olarak (%14,0) olarak rapor edilmiştir. Yapılan analizlerde gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Alişkanlıkları incelendiğinde 146 katılımcıdan 31 kişi sigara (%21,2), 26 kişi alkol (%17,8), 2 kişi madde (%1,4), 21 kişi sigara ve alkol (%14,4), 2 kişi hepsini tüketirken (%1,4); 60 kişi hiçbirini tüketmiyor olarak rapor edilmiştir. Gruplar incelendiğinde obez grubunda 14 kişi sigara (%29,2), 5 kişi alkol (%10,4), 1 kişi madde (%2,1), 4 kişi sigara ve alkol (%8,3) ve 1 kişi hepsini tüketirken (%2,1) 23 kişi ise hiçbirini tüketmiyor (%47,9); fazla kilolu grupta ise 12 kişi sigara (%21,8), 10 kişi alkol (%18,2), 1 kişi madde (%1,8), 6 kişi sigara ve alkol (%10,9) ve yine 1 kişi hepsini tüketirken (%1,8) 22 kişi hiçbirini tüketmiyor (%40) olarak rapor edilmiştir. Normal kilolu grup incelendiğinde 5 kişi sigara (%11,6), 11 kişi alkol (%25,6), 11 kişi sigara ve alkol tüketirken (%25,6) 15 kişinin hiçbir madde kullanmadığı (%34,9) belirtilmiştir. Yapılan analizlerde gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Obez grubundan 24 kişi (%50,0), fazla kilolu grubundan 14 (%25,5) kişi ve normal kilolu grubundan 5 kişi (%11,6) olmak üzere katılımcıların 43'ünün (%29,5) fiziksel bir hastalığa sahip olduğu bildirilmiştir. Düzenli ilaç kullanan hastalara bakıldığında obezlerin 28'i (%58,3), fazla kiloluların 16'sı (%29,1) ve normal kiloluların 6'sı (%14,0) olmak üzere 146 katılımcıdan toplam 50 katılımcının (%34,2) düzenli ilaç kullandığı rapor edilmiştir. Yapılan analizlerde gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Psikiyatrik özgeçmişler değerlendirildiğinde katılımcıların (N=146) 21'inde (%14,4) şimdi psikiyatrik bir hastalık olduğu; 35'inde geçmişte psikiyatrik hastalık (%24,0) ve 39'unda (%26,7) geçmişte psikiyatrik ilaç kullanma öyküsü olduğu rapor edilmiştir. Obez katılımcıların 13'ünde (%27,1) şimdi psikiyatrik bir hastalık olduğu; 22'sinde geçmişte psikiyatrik hastalık (%41,7) ve 22'sinde geçmişte psikiyatrik ilaç kullanma öyküsü olduğu rapor edilmiştir. Benzer şekilde fazla kilolu katılımcıların 5'inde (%9,1) şimdi psikiyatrik bir hastalık olduğu; 10'unda geçmişte psikiyatrik hastalık (%18,2) ve 12'sinde (%21,8) geçmişte psikiyatrik ilaç kullanma öyküsü olduğu bildirilirken normal kilolu katılımcıların 3'ünde (%7,0) şimdi psikiyatrik bir hastalık olduğu, 5'inde geçmişte psikiyatrik hastalık (%11,5) ve yine 5'inde (%11,5) geçmişte psikiyatrik ilaç kullanma öyküsü varlığı bildirilmiştir. Yapılan analizlerde gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Katılımcıların psikiyatrik aile öyküleri göz önüne alındığında 17 obez katılımcının (%35,4), 8 fazla kilolu katılımcının (%14,5) ve 10 normal kilolu katılımcının (%23,3) ailelerinde ruhsal hastalık var olup toplamda 146 katılımcıdan 35'inin (%24,0) ailesinde ruhsal hastalık varlığı bildirilmiştir. Ruhsal hastalık gruplar olarak incelendiğinde ailelerden anne, baba, kardeş, çocuk birinci derece akraba; annenin kardeşi babanın kardeşi büyükanne büyükbaba ikinci derece akraba kabul edilmiş; buna göre obez gruptan 15 kişinin birinci derece akrabalarında (%31,4), 1 kişinin hem birinci derece hem ikinci derece akrabasında (%2,1); fazla kilolu katılımcılardan 7 kişinin (%12,7) birinci derece akrabasında ve normal kilolu katılımcılardan 4'ünün birinci derece akrabasında (%9,3), 4 kişinin ikinci derece akrabasında (%9,3) ruhsal hastalık varlığı olarak rapor edilmiştir. Yapılan analizlerde gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Ailesel kilo problemi incelendiğinde obezitesi olan katılımcıların 39'unun (%81,3), fazla kilolu katılımcıların 29'unun (%52,7), normal kilolu katılımcıların 13'ünün (%30,2) olmak üzere toplam 81 katılımcının (%55,5) ailesinde kilo problemi varlığı tespit edilmiştir. Ailede kilo problemi gruplar olarak obez katılımcılardan 35'inin birinci derece akrabasında (%69), 5'inin hem birinci hem ikinci derece akrabasında (%10,5); 24 fazla kilolu katılımcının birinci derece (%43,7), 1 fazla kilolu katılımcının ikinci derece (%1,8) ve 2 fazla kilolu katılımcının hem birinci hem ikinci derece akrabasında (%3,6) kilo problemi tespit edilmiştir. Normal kilolu katılımcıların aileleri incelendiğinde 7 kişinin birinci derece (%16,3), 1 kişinin ikinci derece (%2,3) ve 2 kişinin hem birinci hem ikinci derece akrabasında (%4,6) kilo problemi tespit edilmiş olup buna göre 146 katılımcıdan 64'ünün birinci derece akrabasında (%43,8), 2'sinin ikinci derece akrabasında (%1,3) ve 9'unun hem birinci hem ikinci derece akrabasında (%6,1) kilo problemi rapor edilmiştir. Yapılan analizlerde gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Katılımcıların 25'i obez (%52,1); 10'u fazla kilolu (%18,2) ve 6'sı normal kilolu (%14,0) gruptan olmak üzere 41'inin (%28,1) çocukluk çağında kilo problemi var olup; 15'i obez (%31,3), 3'ü fazla kilolu (%5,5) gruptan olmak üzere 146 katılımcıdan toplam 18 kişinin (%12,3) daha önce obezite tedavisi aldığı tespit edilmiştir. Yapılan analizlerde çocukluk çağında kilo problemi varlığı gruplar arasında anlamlı bulunmuştur.

Katılımcıların çalışmaya alındıkları süreçte diyet yapıp yapmadıkları sorgulandığında 15'i obez (%31,3), 17'si fazla kilolu (%30,9), 7'si normal kilolu (%16,3) olmak üzere toplam 39 katılımcının (%26,7) diyet yaptığı; yapılan diyet türü sorgulandığında 12'si obez (%25,0), 13'ü fazla kilolu (%23,6) ve 3'ü normal kilolu (%7,0) olmak üzere toplam 28 kişinin (%19,2) zayıflama diyeti, 1'i obez (%2,1), 3'ü fazla kilolu (%5,5) ve 4'ü normal kilolu (%9,3) toplam 8 kişinin (%5,5) kilo koruma diyeti yaptığı ve 3'ü obez (%6,3), 1'i fazla kilolu (%1,8) olmak üzere toplam 4 kişinin de (%2,7) diyabetik diyet yaptığı bildirilmiştir.

Egzersiz alışkanlıkları sorgulandığında 24'ü obez (%50,0), 27'si fazla kilolu (%49,1) ve 20'si normal kilolu (%46,5) olmak üzere toplam 71 katılımcının (%48,6) egzersiz yaptığı bildirilmiştir. Egzersiz sıklığı sorgulandığında 7'si obez, (%14,6), 6'sı fazla kilolu (%10,9) ve 4'ü normal kilolu (%9,3) grupta olan toplam 17 katılımcının (%11,6) her gün; 11'i obez (%22,9), 17'si fazla kilolu (%30,9) ve 10'u normal kilolu olmak üzere toplam 38 katılımcının (%26,0) haftanın birkaç günü; 12'si obez (%25,0), 9'u fazla kilolu (%16,4) ve 9'u normal kilolu (%20,9) olmak üzere toplam 30 katılımcının da (%20,5) nadiren egzersiz yaptığı bildirilmiştir.

Cinsiyet ve BKİ'ye göre CIDI uygulaması sonucunda elde edilen veriler Tablo 4'te gösterilmiştir. Buna göre kadın katılımcılardan (N=79) 10'u obez (%33,3) 2'si fazla kilolu (%7,7) 3'ü normal kilolu (%13,0) olmak üzere 15 kişide depresyon (%19,0), 4'ü obez (%13,3), 2'si fazla kilolu (%7,7) 2'si normal kilolu (%7,7) olmak üzere 11 kişide anksiyete bozukluğu (%10,1), 5'i obez (%16,7), 3'ü fazla kilolu (%11,5), 1'i normal kilolu (%4,3) olmak üzere toplam 9 kişide hem anksiyete bozukluğu hem depresyon (%11,4), 1'i obez (%3,3) 2'si fazla kilolu (%7,7) olmak üzere 3 kişide hem depresyon hem somatizasyon bozukluğu (3,8) saptanırken; 10'u obez (%33,3), 17'si fazla kilolu (%65,4) 17'si normal kilolu (%73,9) olmak üzere toplam 44 (%55,7) kişi hiçbir tanı almamıştır. Buna karşılık erkek katılımcılar incelendiğinde (N=67) anksiyete bozukluğu tanısı alan 1'i obez (%5,6) 2'si fazla kilolu (%6,9) olmak üzere toplam 3 kişi (%4,5), depresyon tanısı alan 3'ü obez (%16,7) 1'i normal kilolu (%5,0) olmak üzere toplam 4 kişi (%6,0), hem anksiyete bozukluğu hem depresyon tanısı alan 3'ü obez (%16,7) 3'ü normal kilolu (%15,0) olmak üzere toplam 6 kişi (%9,0), hiçbir tanı almayan 11'i obez (%61,1), 27'si fazla kilolu (%93,1) ve 16'sı normal kilolu (%80,0) olmak üzere toplam 54 kişi (%80,6) bulunmaktadır.

Tablo 4: Katılımcıların cinsiyet ve BKİ'ye göre PT Dağılımı

PT		Obez	Fazla Kilolu	Normal Kilolu	Obez	Fazla Kilolu	Normal Kilolu
Anksiyete	N	4	2	2	1	2	0
	%	13,3	7,7	8,7	5,6	6,9	0,0
Depresyon	N	10	2	3	3	0	1
	%	33,3	7,7	13,0	16,7	0,0	5,0
Diğer Hastalıklar	N	6	5	1	3	0	3
	%	20,0	19,2	4,3	16,7	0,0	15,0
Hiçbiri	N	10	17	17	11	27	16
	%	33,3	65,4	73,9	61,1	93,1	80,0
Hepsi	N	0	0	0	0	0	0
	%	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Toplam	N	30	26	23	18	29	20
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Aşağıdaki tablolarda, yukarıda aktarılan bilgiler özetlenmektedir. Tabloların anlaşılır olması için sadece araştırma için temel değişkenler gösterilmiştir. Tablolarda araştırma için önemli olan cinsiyet, BKİ, PT ve YB değişkenlerine göre gruplandırmalar yapılmıştır. Tablolardaki gruplar arası karşılaştırmalar için t-testi ve chi-kare testi kullanılmıştır. Her tabloda kullanılan testle ilgili bilgi verilmektedir.

Tablo 5'te gruplar arası farkların anlaşılması için kullanılan varyans analizlerinde (ANOVA ve MANOVA) bağımsız değişken olarak kullanılan değişkenlere göre katılımcıların dağılımı özetlenmiştir.

Tablo 5. Gruplar Arası Farkların Anlaşılması İçin Kullanılan Varyans Analizlerinde (ANOVA ve MANOVA) Bağımsız Değişken Olarak Kullanılan Değişkenlere Göre Katılımcıların Dağılımı

		Kadın								Erkek							
		Obez		Kilolu		Normal		Toplam		Obez		Kilolu		Normal		Toplam	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Çocuklukta kilo problemi	Var	17	56,7	6	23,1	5	21,7	28	35,4	8	44,4	4	13,8	2	10,0	14	20,9
	Yok	13	43,3	20	76,9	18	78,3	51	64,6	10	55,6	25	86,2	18	90,0	53	79,1
Ailede kilo problemi	Var	26	86,7	15	57,7	7	30,4	48	60,8	13	72,2	14	48,3	6	30,0	33	49,3
	Yok	4	13,3	11	42,3	16	69,6	31	39,2	5	27,8	15	51,7	14	70,0	34	50,7
YB	Var	17	56,7	20	76,9	21	91,3	58	73,4	10	55,6	29	100,0	20	100,0	59	88,1
	Yok	13	43,3	6	23,1	2	8,7	21	26,6	8	44,4	0	0,0	0	0,0	8	11,9
PT	Var	20	66,7	9	34,6	6	26,1	35	44,3	7	38,9	2	6,9	4	20,0	13	19,4
	Yok	10	33,3	17	65,4	17	73,9	44	55,7	11	61,1	27	93,1	16	80,0	54	80,6

Yukarıda da aktarıldığı gibi, bu bölümde, çeşitli demografik değişkenler açısından, araştırmanın temel araştırma değişkenleri olan cinsiyet, BKİ, psikiyatri tanısı ve yeme bağımlılığı grupları arasında fark olup olmadığı aktarılmaktadır. Burada konu edilen demografik değişkenler arasında fark olmaması, bu gruplar arasında yürütülen istatistiksel analizlerin anlamlılığını güçlendirmektedir. Çünkü bulunan farkların bu bölümde irdelenen demografik değişkenlerden değil, araştırmanın temel değişkenlerinden kaynaklandığı desteklenmektedir.

Tablo 6. Yaşın Cinsiyet ve BKİ Açısından Karşılaştırılması

Kadın						Erkek						
Obez		Kilolu		Normal		Obez		Kilolu		Normal		
Ort.	SD	Ort.	SD	Ort.	SD	Ort.	SD	Ort.	SD	Ort.	SD	
Yaş	39,80 _a	11,83	38,81 _a	10,47	33,39 _a	7,90	38,33 _a	10,93	34,66 _a	9,49	32,45 _a	8,11

Not: Aynı satırdaki ortalamaların yanındaki harfler farklı ise $p < .05$ düzeyinde anlamlı farklılık bulunmuştur (iki uçlu ortalamalar arası karşılaştırma). Uygulanan t-testi eşit varyans olduğunu varsaymaktadır. Her satırdaki karşılaştırmalarda Bonferroni düzeltmesi yapılmıştır

Tablo 6'dan da görüleceği gibi, yaş açısından gruplar birbiri arasında karşılaştırılmış ve fark bulunmamıştır. Bu durum grupların istatistiksel olarak karşılaştırılmasını olanaklı kılmaktadır. Çünkü örneklemin irdelenen demografik değişkenler açısından aynı evrene ait olduğu desteklenmektedir.

Tablo 7. Yaşın YB ve BKİ Açısından Karşılaştırılması

YB yok						YB var						
Obez		Kilolu		Normal		Obez		Kilolu		Normal		
Ort.	SD	Ort.	SD	Ort.	SD	Ort.	SD	Ort.	SD	Ort.	SD	
Yaş	40,74 _a	12,39	37,12 _{a,b}	10,35	33,22 _b	8,00	37,33 _a	9,97	32,50 _a	6,98	27,50 _a	3,54

Not: Aynı satırdaki ortalamaların yanındaki harfler farklı ise $p < .05$ düzeyinde anlamlı farklılık bulunmuştur (iki uçlu ortalamalar arası karşılaştırma). Uygulanan t-testi eşit varyans olduğunu varsaymaktadır. Her satırdaki karşılaştırmalarda Bonferroni düzeltmesi yapılmıştır.

Tablo 7'den de görüleceği gibi, yaş açısından gruplar arasında fark olmaması grupların istatistiksel olarak karşılaştırılmasını olanaklı kılmaktadır.

Tablo 8. Yaşın Psikiyatrik Tanı ve BKİ Açısından Karşılaştırılması

PT Yok						PT Var						
Obez		Kilolu		Normal		Obez		Kilolu		Normal		
Ort.	SD	Ort.	SD	Ort.	SD	Ort.	SD	Ort.	SD	Ort.	SD	
Yaş	39,81 _a	12,53	37,00 _{a,b}	9,70	32,48 _b	7,92	38,81 _a	10,68	35,09 _a	11,91	34,50 _a	8,11

Not: Aynı satırdaki ortalamaların yanındaki harfler farklı ise $p < .05$ düzeyinde anlamlı farklılık bulunmuştur (iki uçlu ortalamalar arası karşılaştırma). Uygulanan t-testi eşit varyans olduğunu varsaymaktadır. Her satırdaki karşılaştırmalarda Bonferroni düzeltmesi yapılmıştır.

Tablo 8'den de görüleceği gibi, yaş açısından, Psikiyatrik tanısı olmayan gruptaki kilolu katılımcıların yaş ortalaması diğer iki gruba göre daha yüksektir. Ayrıca Psikiyatrik tanısı olmayan obez grubunun yaş ortalaması, psikiyatrik tanısı olmayan normal kilolu gruba göre daha yüksektir. Başka bir fark gözlenmemiştir. Ortaya çıkan bu farkın yapılan analiz sonuçlarının etkilemesi düşük bir olasılıktır çünkü yaş ortalamaları farklı olsa da, ortalamalara bakıldığında bir kuşak farkı gözlenmemiştir (39.81, 37.00 ve 32.48 aynı kuşakta nitelendirilebilir). Yine de ilerdeki araştırmalarda bu durum irdelenmelidir.

Tablo 9. Kategorik Demografik Değişkenlerin Cinsiyet ve BKİ Açısından Karşılaştırılması

		Kadın						Erkek					
		Obez		Kilolu		Normal		Obez		Kilolu		Normal	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Aile tipi	Çekirdek aile	29	96,6	21	80,8	21	95,5	18	100,0	26	92,9	19	95,0
	Geniş aile	1	3,3	4	15,4	1	4,5	0	0,0	0	0,0	1	5,0
	Parçalanmış aile	0	0,0	1	3,8	0	0,0	0	0,0	2	7,1	0	0,0
Medeni durumu	Evli	22	73,3	21	80,8	11	47,8	13	72,2	15	51,7	8	40,0
	Dul	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Ayrı yaşıyor	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Boşanmış	0	0,0	0	0,0	2	8,7	0	0,0	1	3,4	0	0,0
	Hiç evlenmemiş	8	26,7	5	19,2	10	43,5	5	27,8	13	44,8	12	60,0
Eğitim durumu	Okuryazar değil	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	İlkokul	3	10,0	1	3,8	0	0,0	0	0,0	1	3,4	0	0,0
	Ortaokul	0	0,0	1	3,8	0	0,0	2	11,1	0	0,0	1	5,0
	Lise	8	26,7	10	38,5	4	17,4	5	27,8	4	14,7	7	35,0
	Yüksekokul-üniversite	19	63,3	14	53,8	19	82,6	11	61,1	24	82,8	12	60,0
Çalışma durumu	Hiç çalışmamış	3	10,3	4	16,0	0	0,0	1	5,6	1	3,4	1	5,3
	Öğrenci	2	6,9	3	12,0	5	21,7	2	11,1	5	17,2	4	21,1
	Aralıklı çalışmış	2	6,9	1	4,0	1	4,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	İşten ayrılmış	3	10,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,4	1	5,3
	Emekli	4	13,8	0	0,0	1	4,3	2	11,1	0	0,0	1	5,3
	Malulen emekli	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Halen çalışıyor	15	51,7	17	68,0	16	69,6	13	72,2	22	75,9	12	63,2
Gelir durumu	0-1000	1	3,6	3	11,5	1	5,0	0	0,0	2	7,4	5	27,8
	1000-2000	7	25,0	7	26,9	2	10,0	5	31,2	5	18,5	4	22,2
	2000-4000	14	50,0	12	46,2	10	50,0	3	18,8	11	40,7	3	16,7
	4000 ve üzeri	6	21,4	4	15,4	7	35,0	8	50,0	9	33,3	6	33,3

Tablo 9’da, Chi Kare yapılarak yürütülen analizlerde, sadece kadın grubunda, medeni durum açısından bir fark gözlenmiştir (Chi kare=9.547i df=4, p<.05). Gruplar arasında anlamlı başka bir fark bulunmamıştır (p<.05). Sadece tek bir değişken açısından, tek bir alt grupta fark gözlenmesi, grupların karşılaştırılabilir olduğunu göstermektedir

Tablo 10. Kategorik Demografik Değişkenlerin PT ve BKİ Açısından Karşılaştırılması

		PT Yok						PT Var					
		Obez		Kilolu		Normal		Obez		Kilolu		Normal	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Aile tipi	Çekirdek aile	20	95,2	37	86,0	31	93,9	26	96,3	10	90,9	9	100,0
	Geniş aile	1	4,8	4	9,3	2	6,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Parçalanmış aile	0	0,0	2	4,7	0	0,0	0	0,0	1	9,1	0	0,0
Medeni durumu	Evli	16	76,2	29	65,9	15	45,5	19	70,4	7	63,6	4	40,0
	Dul	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Ayrı yaşıyor	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Boşanmış	0	0,0	1	2,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	20,0
	Hiç evlenmemiş	5	23,8	14	31,8	18	54,5	8	29,6	4	36,4	4	40,0
Eğitim durumu	Okuryazar değil	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	İlkokul	1	4,8	2	4,5	0	0,0	2	7,4	0	0,0	0	0,0
	Ortaokul	1	4,8	1	2,3	1	3,0	1	3,7	0	0,0	0	0,0
	Lise	6	28,6	9	20,5	8	24,2	6	22,2	4	36,4	3	30,0
	Yüksekokul-üniversite	13	61,9	31	70,5	24	72,7	17	63,0	7	63,6	7	70,0
Çalışma durumu	Hiç çalışmamış	2	9,5	5	11,6	1	3,1	2	7,7	0	0,0	0	0,0
	Öğrenci	2	9,5	5	11,6	8	25,0	2	7,7	3	27,3	1	10,0
	Aralıklı çalışmış	0	0,0	1	2,3	1	3,1	2	7,7	0	0,0	0	0,0
	İşten ayrılmış	2	9,5	1	2,3	1	3,1	1	3,8	0	0,0	0	0,0
	Emekli	4	19,0	0	0,0	1	3,1	2	7,7	0	0,0	1	10,0
	Malulen emekli	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Halen çalışıyor	11	52,4	31	72,1	20	62,5	17	65,4	8	72,7	8	80,0
Gelir durumu	0-1000	1	5,3	3	7,1	6	21,4	0	0,0	2	18,2	0	0,0
	1000-2000	2	10,5	9	21,4	3	10,7	10	40,0	3	27,3	3	30,0
	2000-4000	8	42,1	19	45,2	12	42,9	9	36,0	4	36,4	1	10,0
	4000 ve üzeri	8	42,1	11	26,2	7	25,0	6	24,0	2	18,2	6	60,0

Tablo 10'da, PT ve BKİ açısından gruplar karşılaştırılmaktadır. Chi-kare testi kullanılarak yapılan analizlerde gruplar arasında bir fark gözlenmemiştir ($p < .05$ düzeyinde).

Tablo 11. Kategorik Demografik Değişkenlerin YB ve BKİ Açısından Karşılaştırılması

		YB yok						YB var					
		Obez		Kilolu		Normal		Obez		Kilolu		Normal	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Aile tipi	Çekirdek aile	26	96,3	42	87,5	38	95,0	20	95,2	5	83,3	2	100,0
	Geniş aile	0	0,0	3	6,2	2	5,0	1	4,8	1	16,7	0	0,0
	Parçalanmış aile	0	0,0	3	6,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Medeni durumu	Evli	20	74,1	31	63,3	18	43,9	15	71,4	5	83,3	1	50,0
	Dul	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Ayrı yaşıyor	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Boşanmış	0	0,0	1	2,0	2	4,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Hiç evlenmemiş	7	25,9	17	34,7	21	51,2	6	28,6	1	16,7	1	50,0
Eğitim durumu	Okuryazar değil	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	İlkokul	1	3,7	2	4,1	0	0,0	2	9,5	0	0,0	0	0,0
	Ortaokul	1	3,7	0	0,0	1	2,4	1	4,8	1	16,7	0	0,0
	Lise	5	18,5	11	22,4	11	26,8	7	33,3	2	33,3	0	0,0
	Yüksekokul-üniversite	20	74,1	35	71,4	29	70,7	10	47,6	3	50,0	2	100,0
Çalışma durumu	Hiç çalışmamış	1	3,8	5	10,4	1	2,5	3	14,3	0	0,0	0	0,0
	Öğrenci	3	11,5	8	16,7	8	20,0	1	4,8	0	0,0	1	50,0
	Aralıklı çalışmış	1	3,8	1	2,1	1	2,5	1	4,8	0	0,0	0	0,0
	İşten ayrılmış	0	0,0	1	2,1	1	2,5	3	14,3	0	0,0	0	0,0
	Emekli	5	19,2	0	0,0	2	5,0	1	4,8	0	0,0	0	0,0
	Malulen emekli	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Halen çalışıyor	16	61,5	33	68,8	27	67,5	12	57,1	6	100,0	1	50,0
Gelir durumu	0-1000	0	0,0	5	10,6	5	13,9	1	5,3	0	0,0	1	50,0
	1000-2000	7	28,0	10	21,3	6	16,7	5	26,3	2	33,3	0	0,0
	2000-4000	9	36,0	20	42,6	12	33,3	8	42,1	3	50,0	1	50,0
	4000 ve üzeri	9	36,0	12	25,5	13	36,1	5	26,3	1	16,7	0	0,0

Tablo 11’de, yeme bağımlılığı tanısı ve BKİ açısından gruplar karşılaştırılmaktadır. Chi-kare testi kullanılarak yapılan analizlerde gruplar arasında bir fark gözlenmemiştir ($p < .05$ düzeyinde).

4.2. Değişkenler Arasındaki İlişkileri Gözlemek İçin Yapılan Analizler

Psikiyatrik tanı ve BKİ arasındaki farkı daha iyi analiz edebilmek için, psikiyatrik tanı bağımsız, BKİ bağımlı değişken olmak kaydıyla tek yönlü varyans analizi (ANOVA) yürütülmüştür. Sonuçlar Tablo 12’de görülmektedir. Bu analize göre, gruplar arasındaki fark neredeyse anlamlıdır ($p = .059$). Muhtemelen daha fazla katılımcının olduğu bir grupta bu fark

anlamli olacaktır. Tanı grupları arasında katılımcı sayılarının farklı olması da bu analizin gücünü düşürmektedir. Genel model anlamlı olmadığı için post-hoc testler yürütülmemiştir.

Tablo 12. Psikiyatrik Tanı ve BKİ Değişkenleri Arasındaki İlişkiyi Gözlemek İçin Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları (ANOVA, BKİ Bağımlı Değişken)

Kaynak	Tip III Kareler	df	Ortalama	F	Anlamlılık	(Kısmi Eta) ²
	Toplamı		Kare		Düzeyi	
PT	368,320	4	92,080	2,327	,059	,062
Hata	5578,365	141	39,563			

Katılımcıların gruplara eşit dağılmaması nedeniyle, psikiyatrik tanı “anksiyete”, “depresyon” “diğer tanı grubu” ve “tanı almayan” grup olarak 4’e bölünmüş ve analiz tekrarlanmıştır. Psikiyatrik tanı değişkeni ve BKİ arasındaki ilişkiyi daha iyi gözlemek için ek bir tek yönlü varyans analizi (ANOVA) yapılmış ve bu analizde psikiyatrik tanı “anksiyete”, “depresyon” “diğer tanı” ve “tanı yok” olmak üzere dört kategoriye bölünmüştür. Bu analizde, gruplar arasında fark gözlenmiştir ($F(3, 142)=2.765, p<.05$). Gruplar arasındaki farkı gözlemek için yapılan post-hoc analizde (Tukey) ise bir fark gözlenememiştir. Anlamli olmaya yaklaşan ortalamalar depresyon grubundakilerle tanı almayan grup arasındadır ($p=.109$). Muhtemelen daha fazla katılımcının olduğu bir grupta bu farklar anlamlı olacaktır. İleriki analizlerde, psikiyatrik tanı “var” ve “yok” şeklinde kategorize edilerek analizlere sokulmuştur. Sonuçlar Tablo 13’te görülmektedir.

Tablo 13. Psikiyatrik Tanı ve BKİ Değişkenleri Arasındaki İlişkiyi Gözlemek İçin Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları (ANOVA, BKİ Bağımlı Değişken)

Kaynak	Tip III Kareler	df	Ortalama	F	Anlamlılık	(Kısmi Eta) ²
	Toplamı		Kare		Düzeyi	
PT	328,261	3	109,420	2,765	,044	,055
Hata	5618,424	142	39,566			

Çocuklukta kilo sorunu ve ailede kilo sorunu değişkenleriyle BKİ arasındaki ilişkiyi gözlemek için, tek yönlü varyans analizi (ANOVA) yapılmıştır. Bu analizde, çocuklukta kilo sorunu olmasının BKİ ile ilişkili olduğu gözlenmiştir ($F(1,142)=13.877, p<.05$). Gruplar arası ortalamalar karşılaştırıldığında, çocuklukta kilo sorunu olanların BKİ ortalamaları ($BKİ_{ort}=32,5358\pm 8,32551$), çocuklukta kilo sorunu olmayanlara göre ($BKİ_{ort}=27,4347\pm 4,75243$) daha yüksektir. Sonuçlar Tablo 14’te görülmektedir.

Tablo 14. Çocuklukta Kilo Sorunu, Ailede Kilo Sorunu ve BKİ Değişkenleri Arasındaki İlişkiyi Gözlemek İçin Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları (ANOVA, BKİ Bağımlı Değişken)

Kaynak	Tip III Kareler Toplamı	df	Ortalama Kare	F	Anlamlılık Düzeyi	(Kısmi Eta) ²
Ailede kilo sorunu	67,488	1	67,488	1,953	,164	,014
Çocuklukta kilo sorunu	479,569	1	479,569	13,877	,000	,089
Aile kilo * Çocuk kilo	38,772	1	38,772	1,122	,291	,008
Hata	4907,415	142	34,559			

Psikiyatrik tanının ikiye gruplanmış hali (tanı var, tanı yok) , ailede ruhsal bozukluk hikâyesi, daha önce obezite tedavisi, daha önce diyet yapılıp yapılmadığı ve fiziksel hastalığın BKİ ile ilişkisini gözlemek için tek yönlü varyans analizi (ANOVA) yürütülmüştür. Bu analizde sadece daha önce obezite tedavisi görmeyenlerin BKİ üzerinde etkisi olduğu gözlenmiştir ki bu beklendik bir etkidir ($F(1,107)=10.835, p<.05$). Bu grupla arasındaki ortalamalara bakıldığında obezite tedavisi görenlerin BKİ ortalaması ($BKİ_{ort}=35.8069, SD=5.71980$), obezite tedavisi görmeyenlere göre daha yüksektir ($BKİ_{ort}=27.9709, SD=5.90003$).

Değişkenler arasındaki ilişkileri gözlemek için yapılan ve BDÖ toplam puanlarının bağımlı değişken olduğu tek yönlü varyans analizinde (ANOVA), PT değişkeninin anlamlı etkisi gözlenmiştir ($F(1,118)=14.292, p<.05$). Yani, PT'sı olanların BDÖ toplam puanlarının ($BDÖ_{ort}=12.8864\pm 10.10921$), PT'si olmayanlara göre daha yüksek olduğu gözlenmiştir ($BDÖ_{ort}=5,5269\pm 5.80216$). Ayrıca BKİ ve PT değişkenlerinin BDÖ puanları üzerinde ortak etkisi gözlenmiştir ($F(2,118)=3.528, p<.05$). Benzer şekilde BKİ ve YB değişkenlerinin ortak etkisi de gözlenmiştir ($F(2,118)=4.613, p<.05$). Tüm bu bulgular Tablo 15'te sunulmuştur.

Tablo 15. BKİ, Cinsiyet, PT, YB Değişkenlerinin Bağımsız, BDÖ Toplam Puan Ortalamalarının Bağımlı Değişken Olduğu Tek Yönlü Varyans Analizi

Kaynak	Tip III Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi (df)	Ortalama Kare	F	Etkililik Düzeyi ($p<.05$)	(Kısmi Eta) ²
BKİ	96,360	2	48,180	1,007	,368	,017
Cinsiyet	54,429	1	54,429	1,138	,288	,010
PT	683,763	1	683,763	14,292	,000	,108
YB	100,505	1	100,505	2,101	,150	,017
BKİ* Cinsiyet	198,806	2	99,403	2,078	,130	,034
BKİ * PT	337,536	2	168,768	3,528	,033	,056
BKİ * YB	440,453	2	220,226	4,603	,012	,072
Cinsiyet * PT	85,501	1	85,501	1,787	,184	,015
Cinsiyet * YB	107,501	1	107,501	2,247	,137	,019
PT * YB	3,566	1	3,566	,075	,785	,001
BKİ * Cinsiyet * PT	202,567	2	101,283	2,117	,125	,035
BKİ * Cinsiyet *YB	,000	0	.	.	.	,000

Tablo 15. (Devam)

Kaynak	Tip III Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi (df)	Ortalama Kare	F	Etkililik Düzeyi (p<.05)	(Kısmi Eta) ²
BKİ* PT * YB	9,868	1	9,868	,206	,651	,002
Cinsiyet * PT * YB	96,488	1	96,488	2,017	,158	,017
BKİ *Cinsiyet *PT * YB	,000	0	.	.	.	,000
Hata	5645,510	118	47,843			

BKİ ve PT değişkenlerinin ortak etkisinin hangi gruplar arasında ortaya çıktığını gözlemek için Post-Hoc analizler yapılmıştır. Tek Yönlü Varyans Analizi ile gruplar arasındaki farkı gözlemek için yapılan bu analizde Tip I hatayı önlemek için Bonferroni düzeltmesi yapılmış ve etkililik düzeyi $p<.05/7$ (yani .007) olarak belirlenmiştir (7 grup arası karşılaştırması yapıldığı için p değeri 7'ye bölünmüştür). Tablo 2'de oluşturulan gruplar görülmektedir. Bu gruplara bakıldığında, 1 ve 4, 2 ve 5, 3 ve 6, 1 ve 2, 1 ve 3, 2 ve 3, 4 ve 5 ile 5 ve 6. gruplar arasında karşılaştırma yapmanın anlamlı olduğu görülmektedir. Ancak örneğin 1 ve 6. Gruplar arasındaki karşılaştırma her iki değişkenin (BKİ ve PT) farklı olması nedeniyle uygun değildir. Yapılan Post-Hoc analiz sonucunda, normal BKİ ve PT'si olmayan grupta, normal BKİ ve PT'si olan grup arasında (yani grup 1 ve grup 4 arasında), BDÖ puan ortalamaları açısından fark vardır ($p<.007$). Diğer gruplar arasında fark bulunmamıştır. Bu sonuç, normal BKİ grubundaki kişiler için PT'nin önemini vurgulamaktadır. Grupların BDÖ Puanı ortalamaları Tablo 16'da sunulmuştur.

Tablo 16. BKİ ve PT Değişkenlerinin BDÖ Puanları Üzerindeki Ortak Etkisini Belirlemek İçin Yapılan Post-Hoc Analizde Oluşturulan Grupların BDÖ Puanı Ortalamaları

Grup	Gruptaki Katılımcıların Özellikler	Ortalama	SD	Gruptaki Katılımcı Sayısı
1	Normal BKİ, PT yok	4,4194	4,92459	31
2	Kilolu, PT yok	6,1860	5,72487	43
3	Obez, PT yok	5,8421	7,20542	19
4	Normal BKİ, PT var	15,5000	9,81212	10
5	Kilolu, PT var	9,0000	7,85812	9
6	Obez, PT var	13,2400	10,85234	25
Toplam		7,8905	8,18417	137

BKİ ve YB değişkenlerinin ortak etkisinin gözlenmesi için de benzer şekilde Post-Hoc analizler yapılmıştır. Tek Yönlü Varyans Analizi ile gruplar arasındaki farkı gözlemek için

yapılan bu analizde Tip I hatayı önlemek için Bonferroni düzeltmesi yapılmış ve etkililik düzeyi $p < .05/7$ (yani .007) olarak belirlenmiştir (7 grup arası karşılaştırması yapıldığı için p değeri 7'ye bölünmüştür). Tablo 4'te oluşturulan gruplar görülmektedir. Bu gruplara bakıldığında, 1 ve 4, 2 ve 5, 3 ve 6, 1 ve 2, 1 ve 3, 2 ve 3, 4 ve 5 ile 5 ve 6. gruplar arasında karşılaştırma yapmak anlamlı olduğu görülmektedir. Ancak örneğin 1 ve 6. gruplar arasındaki karşılaştırma her iki değişkenin (BKİ ve YB) farklı olması nedeniyle uygun değildir çünkü bu iki grup farklı evrenlerin alt kümeleridir. Yapılan Post-Hoc analiz sonucunda, obez ve YB tanısı olmayan grupla, obez ve YB tanısı olan grup arasında (yani grup 3 ve grup 6 arasında), BDÖ puan ortalamaları açısından fark vardır ($p < .001$). Bu sonuç, obezlerde PT'nin ortaya çıkmasında YB'nin önemini vurgulamaktadır. Diğer gruplar arasında fark bulunmamıştır. Grupların BDÖ ortalamaları Tablo 17'de aktarılmaktadır.

Tablo 17. BKİ ve YB Tanısı Değişkenlerinin BDÖ Puanları Üzerindeki Ortak Etkisini Belirlemek İçin Yapılan Post-Hoc Analizde Oluşturulan Grupların BDÖ Puanı Ortalamaları

Grup	Gruptaki Katılımcıların Özellikleri	Ortalama (SD)	Gruptaki Katılımcı Sayısı
1	Normal BKİ, YB Yok	7,3846 (8,05447)	39
2	Kilolu, YB Yok	6,3617 (6,02324)	47
3	Obez, YB Yok	6,0000 (6,86173)	25
4	Normal BKİ, YB Var	2,0000 (1,41421)	2
5	Kilolu, YB Var	9,6000 (7,30068)	5
6	Obez, YB Var	15,3684 (11,24085)	19
Toplam		7,8905 (8,18417)	137

Değişkenler arasındaki ilişkileri gözlemek için yapılan ve BAÖ toplam puanlarının bağımlı değişken olduğu tek yönlü varyans analizinde (ANOVA), Beden Kitle İndeksi ve cinsiyetin BAÖ puanları üzerinde ortak etkisi gözlenmiştir ($F(1,119)=4.636$, $p < .05$). Ayrıca BKİ, cinsiyet ve PT değişkenlerinin BAÖ puanları üzerinde ortak etkisi gözlenmiştir ($F(2, 119)=4.679$, $p < .05$). Bu bulgular Tablo 18'de gösterilmiştir.

Tablo 18. Beden Kitle İndeksi, Cinsiyet, PT, YB Değişkenlerinin Bağımsız, BAÖ Toplan Puan Ortalamalarının Bağımlı Değişken Olduğu Tek Yönlü Varyans Analizi

Kaynak	Tip III Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi (df)	Ortalama Kare	F	Etkililik Düzeyi (p<.05)	(Kısmi Eta) ²
BKİ	7,541	2	3,771	,067	,936	,001
Cinsiyet	78,165	1	78,165	1,380	,242	,011
PT	193,790	1	193,790	3,422	,067	,028
YB	4,813	1	4,813	,085	,771	,001
BKİ * Cinsiyet	525,089	2	262,545	4,636	,012	,072
BKİ * PT	213,710	2	106,855	1,887	,156	,031
BKİ*YB	211,731	2	105,866	1,869	,159	,030
Cinsiyet *PT	27,087	1	27,087	,478	,491	,004
Cinsiyet * YB	6,279	1	6,279	,111	,740	,001
PT* YB	210,089	1	210,089	3,710	,056	,030
BKİ * Cinsiyet * PT	529,986	2	264,993	4,679	,011	,073
BKİ * Cinsiyet * YB	,000	0	.	.	.	,000
BKİ * PT * YB	186,563	1	186,563	3,294	,072	,027
Cinsiyet * PT * YB	12,687	1	12,687	,224	,637	,002
BKİ * Cinsiyet * PT*	,000	0	.	.	.	,000
YB						
Hata	6739,507	119	56,635			

Gözlenen ortak etkilerin anlaşılması için Post-Hoc analizler yapılmıştır. Tek Yönlü Varyans Analizi ile gruplar arasındaki farkı gözlemek için yapılan bu analizde Tip I hatayı önlemek için Bonferroni düzeltmesi yapılmış ve etkililik düzeyi $p<.05/7$ (yani .007) olarak belirlenmiştir (7 grup arası karşılaştırması yapıldığı için p değeri 7'ye bölünmüştür). Tablo 6'da oluşturulan gruplar görülmektedir. Bu gruplara bakıldığında, 1 ve 4, 2 ve 5, 3 ve 6, 1 ve 2, 1 ve 3, 2 ve 3, 4 ve 5 ile 5 ve 6. gruplar arasında karşılaştırma yapmak anlamlı olduğu görülmektedir. Ancak örneğin 1 ve 6. gruplar arasındaki karşılaştırma her iki değişkenin (BKİ ve Cinsiyet) farklı olması nedeniyle uygun değildir çünkü bu iki grup farklı evrenlerin alt kümeleridir. BKİ ve cinsiyetin BAÖ puanları üzerinde ortak etkisinde hangi gruplar arasında fark olduğunun anlaşılması için yapılan tek yönlü varyans analizinde (ANOVA), gruplar arasında bir fark gözlenememiştir. Genel model içinde gözlenen bu farkın (Tablo 20), Post-Hoc analizde (Tablo 19) gözlenememesini yorumlamak kolay değildir. Gruplar arası Tukey yöntemiyle yapılan Post-Hoc karşılaştırmada, anlamlı etkililik düzeyine yaklaşan ($p=.088$) farklılık kilolu kadınlarla kilolu erkekler arasındaki farktır. Bu fark muhtemelen daha fazla katılımcı sayısının olduğu bir grupta anlamlı olacaktır.

Tablo 19. BKİ ve Cinsiyet Değişkenlerinin BAÖ Puanları Üzerindeki Ortak Etkisini Belirlemek İçin Yapılan Post-Hoc Analizde (Tukey) Oluşturulan Grupların BAÖ Puanı Ortalamaları

Grup	Gruptaki Katılımcıların Özellikleri	Ortalama BAÖ Puanları (SD)	N
1	Normal BKİ, Kadın	9,6364 (6,57952)	22
2	Kilolu, Kadın	11,3750 (9,92499)	24
3	Obez, Kadın	10,1724 (9,95730)	29
4	Normal BKİ, Erkek	8,3333 (7,87401)	18
5	Kilolu, Erkek	5,3448 (4,09944)	29
6	Obez, Erkek	8,8750 (9,50701)	16
Toplam		8,8913 (8,28743)	138

Tablo 20'den de görüleceği gibi, BKİ, cinsiyet ve PT değişkenlerinin BAÖ puanları üzerinde ortak etkisi gözlenmiştir. Bu ortak etkinin hangi gruplar arasında olduğunu gözlemlemek için tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanılarak Post-Hoc testler yapılmıştır. En az bir değişkenin (BKİ, cinsiyet veya PT) ortak olduğu 30 karşılaştırma yapıldığı için anlamlılık derecesi Bonferroni düzeltmesi yapılarak $p=.05/30$ (yani .0016) olarak alınmıştır. Bu anlamlılık derecesi göz önüne alındığında gruplar arasında bir farklılık gözlenmemiştir. Ancak kilolu, kadın ve PT'si olan grubun ($BAÖ_{ort}=16,6667\pm 12,80625$) kilolu, erkek ve PT'si olan gruba göre ($BAÖ_{ort}=4,5000\pm 2,12132$) BAÖ puanları anlamlılık düzeyine yakın olacak şekilde yüksek olduğu ($p=.011$) gözlenmiştir. Benzer şekilde obez, erkek ve PT'si olan grubun ($BAÖ_{ort}=17,1667\pm 10,83359$) kilolu, erkek ve PT'si olmayan gruba göre ($BAÖ_{ort}=5,4074\pm 4,22683$) daha yüksek ortalama BAÖ puanları olduğu ve bu farkın anlamlılık derecesine yaklaştığı görülmüştür ($p=.042$). Ayrıca, obez, erkek ve PT'si olan grubun BAÖ ortalama puanları ($BAÖ_{ort}=17,1667\pm 10,83359$), obez, erkek ve PT'si olmayan gruba ($BAÖ_{ort}=3,9000\pm 3,47851$) göre daha yüksektir ve bu fark anlamlılık derecesine yaklaşmıştır ($p=.048$). Muhtemelen tüm bu farklar, daha kalabalık bir örneklem grubunda anlamlılık kriterini karşılayacaktır. Bu analizde karşılaştırılan grupların BAÖ puan ortalamaları Tablo 20'de görülmektedir.

Tablo 20. BKİ, Cinsiyet ve PT Değişkenlerinin BAÖ Puanları Üzerindeki Ortak Etkisini Belirlemek İçin Yapılan Post-Hoc Analizde Oluşturulan Grupların BAÖ Puanı Ortalamaları

Grup	Gruptaki Katılımcıların Özellikleri	Ort. BAÖ Puanları (SD)	N
1	Normal BKİ, kadın, PT yok	9,8235 (7,04659)	17
2	Kilolu, kadın, PT yok	8,2000 (6,27011)	15
3	Obez, kadın, PT yok	7,3000 (7,18099)	10
4	Normal BKİ, kadın, PT var	9,0000 (5,29150)	5
5	Kilolu, kadın, PT var	16,6667 (12,80625)	9
6	Obez, kadın, PT var	11,6842 (11,02045)	19
7	Normal BKİ, erkek, PT yok	6,8667 (5,97455)	15
8	Kilolu, erkek, PT yok	5,4074 (4,22683)	27
9	Obez, erkek, PT yok	3,9000 (3,47851)	10
10	Normal BKİ, erkek, PT var	15,6667 (13,42882)	3
11	Kilolu, erkek, PT var	4,5000 (2,12132)	2
12	Obez, erkek, PT var	17,1667 (10,83359)	6
Toplam		8,8913 (8,28743)	138

Cinsiyet, YB ve PT değişkenleriyle BKİ arasındaki ilişkileri gözlemek için yapılan tek yönlü varyans analizinde (ANOVA), cinsiyetin BKİ üzerinde anlamlı etkisi olduğu görülmüştür ($F(1, 138)=4.091, p<.05$). Ortalamalara bakıldığında, kadınların ortalama BKİ'sinin ($BKİ_{ort}=29.0886\pm 7.31187$), erkeklere göre ($BKİ_{ort}=28.6823\pm 5.17943$) daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Benzer şekilde, YB değişkeni de anlamlı şekilde BKİ ile ilişkili bulunmuştur ($F(1, 138)=37.741, p<.05$). Yeme bağımlısı olanların ortalama BKİ'leri ($BKİ_{ort}=34.5295\pm 8.74889$), yeme bağımlısı olmayanlara göre ($BKİ_{ort}=27.5074\pm 4.78641$) daha yüksek olduğu görülmüştür. Ayrıca cinsiyet ve YB'nin BKİ üzerinde ortak etkisi olduğu gözlenmiştir ($F(1,138)=6.914, p<.05$). Tüm bu sonuçlar Tablo 21'de görülmektedir.

Tablo 21. Cinsiyet, PT ve YB Tanısı Değişkenlerinin Bağımsız, BKİ'nin Bağımlı Değişken Olduğu Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları

Kaynak	Tip III Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi (df)	Ortalama Kare	F	Anlamlılık Derecesi	(Kısmi Eta) ²
Cinsiyet	130,321	1	130,321	4,091	,045	,029
PT	36,077	1	36,077	1,132	,289	,008
YB	1202,342	1	1202,342	37,741	,000	,215
Cinsiyet * PT	4,408	1	4,408	,138	,710	,001
Cinsiyet * YB	220,273	1	220,273	6,914	,010	,048
PT * YB	1,916	1	1,916	,060	,807	,000
Cinsiyet * PT * YB	27,329	1	27,329	,858	,356	,006
Hata	4396,354	138	31,858			

Cinsiyet ve YB'nin BKİ üzerindeki ortak etkisini araştırmak için Tukey yöntemi kullanılarak Post-Hoc analizler yapılmıştır. Bu analizlerde, dört adet karşılaştırma yapıldığı için, anlamlılık düzeyi .05/4 olarak alınmıştır (yani .0125). Yapılan inceleme sonucunda, Kadın YB olan grubun BKİ ortalamasının ($BKİ_{ort.}=32,8208\pm9,23538$) kadın YB olmayan gruba göre ($BKİ_{ort.}=27,7373\pm6,02026$) daha yüksek olduğu gözlenmiştir ($p<.0125$). Benzer şekilde erkek YB olan grubun BKİ ortalaması ($BKİ_{ort.}=39,0147\pm5,54346$), erkek YB olmayan gruba göre ($BKİ_{ort.}=27,2813\pm3,17740$) daha yüksektir. Kadın ve YB olan grubun BKİ ortalamaları, erkek YB olan gruba göre daha yüksektir ve bu fark neredeyse anlamlıdır ($p=.047$). Muhtemelen daha fazla katılımcının olduğu bir grupta bu fark da anlamlı olacaktır. Post-Hoc analizde karşılaştırılan grupların özellikleri Tablo 22'de görölmektedir.

Tablo 22. BKİ Cinsiyet ve YB Değişkenlerinin BKİ Ortalamaları Üzerindeki Ortak Etkisini Belirlemek İçin Yapılan Post-Hoc Analizde (Tukey) Oluşturulan Grupların BKİ Ortalamaları

Grup	Gruptaki Katılımcıların Özellikleri	Ortalama (SD)	Gruptaki Katılımcı Sayısı
1	Kadın, YB Yok	27,7373 (6,02026)	58
2	Kadın, YB Var	32,8208 (9,23538)	21
3	Erkek, YB Yok	27,2813 (3,17740)	59
4	Erkek, YB Yok	39,0147 (5,54346)	8
Toplam		28,9022 (6,40403)	146

Cinsiyet, BKİ, YB ve PT'nin, UPPS'in dört alt ölçeğiyle (önceden tasarlama, acelecilik, heyecan arayışı ve azimlilik) ilişkisini değerlendirmek için çok yönlü varyans analizi (MANOVA) kullanılmıştır. Bu analizde Cinsiyet, BKİ, YB ve PT bağımsız değerşkenler, UPPS'nin dört alt ölçeği bağımlı değerşkenler olmuştur.

Tablo 23'teki sonuçlardan da görüleceği gibi, UPPS Heyecan Arayışı puanları üzerinde cinsiyetin etkili olduğu gözlenmiştir ($F(1,118)=7.256$, $p<.05$). Ortalamalara bakıldığında, kadınların ortalama puanlarının (UPPS Heyecan Arayışı $_{ort.}=35.4000\pm8.29034$), erkeklerin ortalama puanlarına göre (UPPS Heyecan Arayışı $_{ort.}=30.5231\pm7.53348$) daha yüksek olduğu anlaşılmaktadır. Benzer şekilde, PT'nin UPPS Acelecilik alt ölçeği ortalama puanları üzerindeki etkisi olduğu görölmektedir ($F(1,118)=5,744$, $p<.05$). Ortalamalara bakıldığında, PT'si olan grubun ortalama UPPS Acelecilik puanları (UPPS Acelecilik $_{ort.}=31.2813\pm5.46896$), PT'si olmayan gruba göre (UPPS Acelecilik $_{ort.}=27.2609$, $SD=6.76736$) daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Son olarak YB'nin, UPPS Acelecilik alt ölçeği ortalama puanları üzerinde etkisi olduğu bulunmuştur ($F(1,118)= 8,393$, $p<.05$). Ortalamalara bakıldığında, YB'si olmayan grubun ortalama UPPS Acelecilik alt ölçeği

puanlarının (UPPS Acelecilik_{ort.}=31.0877±5.83787), YB olan gruba göre (UPPS Acelecilik_{ort.}=25.4643±5.58757) daha yüksek olduğu görülmüştür.

Tablo 23. Cinsiyet, BKİ, YB ve PT'nin Bağımsız, UPPS Dürtüsel Davranış Ölçeğinin Dört Alt Ölçeğinin İlişisini Değerlendirmek İçin Yapılan Çok Yönlü Varyans Analizi (MANOVA) Sonuçları

Kaynak	Bağımlı Değişken UPPS	Tip III Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi (df)	Ortalama Kare	F	Anlamlılık Düzeyi (p<.05)	(Kısmi Eta) ²
BKİ	Önceden Tasarlama	22,788	2	11,394	,281	,755	,005
	Acelecilik	15,758	2	7,879	,250	,780	,004
	Azımlilik	16,977	2	8,489	,359	,699	,006
	Heyecan	88,990	2	44,495	,789	,457	,014
	Arayışı						
Cinsiyet	Önceden Tasarlama	4,570	1	4,570	,113	,737	,001
	Acelecilik	17,030	1	17,030	,540	,464	,005
	Azımlilik	12,348	1	12,348	,522	,472	,005
	Heyecan	409,037	1	409,037	7,256	,008	,061
	Arayışı						
PT	Önceden Tasarlama	15,159	1	15,159	,375	,542	,003
	Acelecilik	181,300	1	181,300	5,744	,018	,049
	Azımlilik	19,648	1	19,648	,830	,364	,007
	Heyecan	35,998	1	35,998	,639	,426	,006
	Arayışı						
YB	Önceden Tasarlama	56,839	1	56,839	1,404	,239	,012
	Acelecilik	264,902	1	264,902	8,393	,005	,070
	Azımlilik	20,359	1	20,359	,860	,356	,008
	Heyecan	37,578	1	37,578	,667	,416	,006
	Arayışı						
BKİ *Cinsiyet	Önceden Tasarlama	20,602	2	10,301	,254	,776	,005
	Acelecilik	59,366	2	29,683	,941	,393	,017
	Azımlilik	18,612	2	9,306	,393	,676	,007
	Heyecan	56,599	2	28,299	,502	,607	,009
	Arayışı						
BKİ * PT	Önceden Tasarlama	17,774	2	8,887	,220	,803	,004
	Acelecilik	14,553	2	7,277	,231	,794	,004
	Azımlilik	1,251	2	,626	,026	,974	,000
	Heyecan	190,449	2	95,224	1,689	,189	,029
	Arayışı						
BKİ * YB	Önceden Tasarlama	8,935	2	4,468	,110	,896	,002
	Acelecilik	19,563	2	9,782	,310	,734	,006
	Azımlilik	19,036	2	9,518	,402	,670	,007
	Heyecan	194,116	2	97,058	1,722	,183	,030
	Arayışı						

Tablo 23. (Devam)

Kaynak	Bağımlı Değişken UPPS	Tip III Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi (df)	Ortalama Kare	F	Anlamlılık Düzeyi (p<.05)	(Kısmi Eta)²
Cinsiyet * PT	Önceden	32,714	1	32,714	,808	,371	,007
	Tasarlama						
	Acelecilik	4,560	1	4,560	,144	,705	,001
	Azımlilik	29,356	1	29,356	1,240	,268	,011
	Heyecan Arayışı	104,656	1	104,656	1,857	,176	,016
Cinsiyet * YB	Önceden	3,178	1	3,178	,079	,780	,001
	Tasarlama						
	Acelecilik	,353	1	,353	,011	,916	,000
	Azımlilik	6,323	1	6,323	,267	,606	,002
	Heyecan Arayışı	7,993	1	7,993	,142	,707	,001
PT * YB	Önceden	5,470	1	5,470	,135	,714	,001
	Tasarlama						
	Acelecilik	36,756	1	36,756	1,165	,283	,010
	Azımlilik	,453	1	,453	,019	,890	,000
	Heyecan Arayışı	20,797	1	20,797	,369	,545	,003
BKİ * Cinsiyet * PT	Önceden	30,121	2	15,060	,372	,690	,007
	Tasarlama						
	Acelecilik	3,745	2	1,873	,059	,942	,001
	Azımlilik	,087	2	,043	,002	,998	,000
	Heyecan Arayışı	28,113	2	14,057	,249	,780	,004
BKİ * Cinsiyet * YB	Önceden	,000	0	.	.	.	,000
	Tasarlama						
	Acelecilik	,000	0	.	.	.	,000
	Azımlilik	,000	0	.	.	.	,000
	Heyecan Arayışı	,000	0	.	.	.	,000
BKİ * PT * YB	Önceden	,609	1	,609	,015	,903	,000
	Tasarlama						
	Acelecilik	7,800	1	7,800	,247	,620	,002
	Azımlilik	,000	1	,000	,000	1,000	,000
	Heyecan Arayışı	1,335	1	1,335	,024	,878	,000
Cinsiyet * PT * YB	Önceden	,517	1	,517	,013	,910	,000
	Tasarlama						
	Acelecilik	6,104	1	6,104	,193	,661	,002
	Azımlilik	22,717	1	22,717	,960	,329	,008
	Heyecan Arayışı	39,752	1	39,752	,705	,403	,006
BKİ * Cinsiyet * PT * YB	Önceden	,000	0	.	.	.	,000
	Tasarlama						
	Acelecilik	,000	0	.	.	.	,000
	Azımlilik	,000	0	.	.	.	,000
	Heyecan Arayışı	,000	0	.	.	.	,000
Hata	Önceden	4533,333	112	40,476			
	Tasarlama						
	Acelecilik	3534,814	112	31,561			
	Azımlilik	2650,738	112	23,667			
	Heyecan Arayışı	6313,358	112	56,369			

5.TARTIŞMA

BKİ düzeyi arttıkça YB, depresyon ve anksiyete puanlarının artacağı ve YB saptanan bireylerde dürtüsel davranış örüntüsünün daha yüksek olduğu hipotezinin araştırıldığı bu çalışmada pek çok anlamlı bulgu elde edilmiştir.

Bu çalışmanın önemli bulgularından biri cinsiyetin BKİ üzerine anlamlı etkisi olduğu ve kadınlarda obezitenin erkeklere oranla anlamlı olarak daha yüksek görülmesi olmuştur. Ülkemizde ve dünyada yapılan birçok çalışmada buna benzer sonuçlar saptanmıştır. (25-27, 251). Yapılan çalışmalarda kadınlarda ergenlik çağından itibaren yağ oranının erkeklere oranla daha yüksek oluşu ayrıca gebelik, emzirme ve çocuk sahibi olunmasının obezite ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (14, 252). Ülkemizde özellikle gebelik döneminde “Çift canlısın ona göre ye!” ile emzirme döneminde “Tatlı yemezsen sütün kesilir.”, “Az yersen sütün kesilir.” gibi sosyokültürel mitler kadınların ihtiyaçlarından fazla yiyecek tüketmesine ve kilo almalarına neden oluyor olabilir. Ayrıca obeziteyle ilgili söylemler erkekler için bir sağlık sorunu olarak ele alınırken kadınlar için daha çok estetik bir sorun olarak tartışılmakta; bu bağlamda kadınlar belli bir beden ölçüsü gerekliliğine koşullandırılmaktadırlar. Böylece kadınlar makbul görülen bedene ulaşmak için uygunsuz diyetler yapmakta, beslenme alışkanlıklarını değiştirmekte ve bunun sonucunda yeme tutumlarında bozukluklar görülerek fazla kilo almaktadırlar (253).

BKİ düzeyi arttıkça YB'nin daha sık görüleceğinin ön görüldüğü bu çalışmada YB'nin BKİ ile ilişkisi anlamlı bulunmuş; obez bireylerde YB'nin daha sık görüldüğü saptanmıştır. Bu bulgular her iki cinsiyet için anlamlı bulunmuş kadın YB'si olanların YB'si olmayanlara göre; erkek YB'si olanların YB'si olmayanlara göre daha yüksek BKİ düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir. Literatürle uyumlu olan bu sonuçlar pek çok nedenden kaynaklanıyor olabilir. (243, 254-256). Obezlerin bir kısmında beyin ödül yollarının tıpkı madde veya alkol bağımlıları gibi şeker ve yağ oranı yüksek yiyeceklere duyarlı olduğunu gösteren yayınlar mevcuttur (182, 183). Bizim çalışmamızda da kişilerin bir kısmı daha çok haz almak için belirli gıdaları tüketiyor olabilir. Dünyanın bazı bölgelerinde olduğu gibi ülkemizde de kutlama gibi haz verici etkinlikler yemeklerle özdeşleştirilmektedir. Ülkemizde doğum günü, altın günü, işe başlama, işe veda kutlamaları hep yüksek yağ ve şeker içerikli gıdalar eşliğinde gerçekleştirilmekte olup bu da yiyeceklerin haz verici mekanizmasını pekiştiriyor olabilir. Ayrıca karbonhidrat, tuz ve yağ oranı yüksek işlenmiş gıdaların duygudurum düzenlenmesi üzerinde önemli bir etkisi vardır (170). Tıpkı alkol veya maddenin depresyon, anksiyete

bozukluğu gibi psikiyatrik hastalığı olan kişilerde kendini tedavi etme yöntemi olarak kullanıldığı gibi lezzetli yiyecekler de olumsuz duygularla baş etmeye yardımcı araçlar olarak tüketiliyor olabilir. Ayrıca YB tıpkı bir alkol ya da sigara bağımlısının başarısız maddeyi bırakma girişimleri gibi obez bireylerin başarısız diyet girişimlerinin nedeni olabilir.

Bu araştırmada YB'nin cinsiyetle bir ilişkisi olduğu, bağımlılığın kadınlarda erkeklere oranla anlamlı olarak daha sık rastlandığı saptanmıştır. Literatürde de TYB, bulimia nervosa, anoreksiya nervozada olduğu gibi YB'nin de kadınlarda daha sık görüldüğü bildirilmiştir (256, 257). Bu durum bağımlılık potansiyelinin yüksek olduğu düşünülen yüksek şeker içerikli gıdaların kadınlar tarafından daha sık tüketilmesiyle açıklanabilir. Ayrıca ülkemizde kültürel olarak toplumun bir kesiminde kadınların alkol ya da sigara kullanması uygun karşılanmadığından bağımlılığa yatkın kadın bireyler ulaşabilecekleri en kolay şey olan yiyeceklere bağımlılık geliştiriyor olabilir. Kadınların premenstrüel dönemde ve gebelik döneminde YB'nin belirtilerinden olan aşermeyi özellikle çikolata gibi gıdalara karşı yoğun olarak hissettikleri bildirilmiştir (258). Özellikle premenstrüel sendrom belirtilerini yoğun yaşayan kadınlar bu dönemde hissettikleri olumsuz duygularla baş etmek için karbonhidrat ve şeker içeren gıdaları aşırı tüketip kendi kendini tedavi ederek YB'ye zemin oluşturabilirler. Yiyeceklerin kendi kendine tedavi metodu olarak kullanıldığı bir başka psikiyatrik hastalık da travma sonrası stres bozukluğudur. Mason ve arkadaşları (2014) 49.408 kadın katılımcıyı travma sonrası stres bozukluğu ve YB kriterlerini karşılamaları açısından incelemiş ve bu iki durumun anlamlı derecede birbiriyle ilişkili olduğu sonucuna ulaşmıştır. Çalışmalarında travma ne kadar erken yaşta olursa YB tanısı o kadar sıklıkla saptanmıştır (259). Ülkemizde de kadınların uğradıkları travmaları çeşitli sebeplerle dile getirmekte güçlük çekebileceği anlaşılabilir bir şeydir.

Obezite ve YB'ye eşlik ettiği bilinen bir başka mekanizma da dürtüselliştir. Bu çalışmada literatürdeki çoğu yayının aksine BKİ ve dürtüsellik alt ölçekleri arasında doğrudan bir ilişki bulunmazken, literatürle uyumlu olarak psikopatoloji saptanan bireylerde ve YB'si olan bireylerde anlamlı olarak acelecilik alt ölçeğinin yüksek olduğu bildirilmiştir. Mizaç ve Karakter Envanteri kullanılan çalışmalarda obez kişilerin ve bağımlıların yenilik arayışı ve ödüle duyarlılığını gösteren "heyecan arayışı" alt ölçeği puanlarının yüksek; kendini kabul, sorumluluk, hedefe yönelme gibi özellikler gösteren "kendine yöneltme" alt ölçeğinin ise düşük olduğu vurgulanmıştır (260, 261). Ayrıca yine benzer çalışmalarda obez ve fazla kilolu kişilerde dürtüsel özellikler olduğu bildirilmiştir (13, 138, 139). Dürtüsellik, obezitesi olan bireyler ve bağımlılığı olan kişilere benzer şekilde YB'si olanlarda da belirgin bir örüntü

olarak nitelendirilmektedir (5). Yapılan çalışmalarda özellikle acelecilik alt ölçeğinden yüksek puan alan kişilerin madde kötüye kullanımı, yeme tutumu bozuklukları ve diyetle kısıtlamaya bağlı kilo dalgalanmaları için risk teşkil ettiğini gösteren yayınlar vardır (262-266). Murphy ve arkadaşları (2013) UPPS'nin ve "acelecik" ve "azim" alt ölçeklerinin YB ile ilişkili olduğunu bildirmişlerdir (143). Bu çalışmayı oluşturan örneklem grubu düşünüldüğünde acelecilik alt ölçeğinin özelliklerine paralel olarak YB'si olan katılımcıların olumsuz duygulara karşı verilen ani tepkilerden biri de kuşkusuz bağımlılık yapıcı yiyeceklere yönelmek, markete gitmek ya da kendini buzdolabının önünde bulmak olabilir. Karbonhidrat ve yağ içeriği fazla olan işlenmiş gıdaların geçici iyi hissettirme hali tıpkı sigara ya da uyarıcı maddeler gibi kişileri onlara bağımlı hale getiriyor olabilir. Obezitenin bir alt grubu olarak kabul edilebilecek olan YB'si olan kişiler duygusal olarak uyarılara açık ve daha dürtüsel olarak kabul edilebilir.

Bu çalışmada BKİ ile depresyon, anksiyete bozukluğu ve somatizasyon bozukluğunun ilişkisi incelenmiş ancak anlamlı bir bulgu saptanmamıştır. Literatürde obezite ve psikopatoloji ilişkisini inceleyen çalışmaların bazılarında obezite ile duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, yeme bozuklukları, kişilik bozuklukları, sigara bağımlılığı ve alkol kötüye kullanımı ilişkili bulunurken (206, 267, 268) bazılarında bu araştırmaya benzer şekilde ilişki bulunmamıştır (217, 269, 270). Bu araştırmada katılımcıların asıl başvuru yeri psikiyatri polikliniği olmadığı ve ülkemizde psikiyatriye ve psikiyatrik hastalıklara karşı olan önyargı ve damgalanma korkusu göz önünde bulundurulduğunda katılımcıların bir kısmı psikiyatr ile karşılaşma ve yapılan yapılandırılmış psikiyatrik görüşmede savunucu yanıtlar vermiş olabilir ve bu nedenle psikopatoloji ve BKİ ilişkisi anlamlı bulunmamış olabilir.

Tüm örneklem incelendiğinde PT'si olan kişilerde depresyon puanları anlamlı olarak yüksek saptanmış olup BKİ ve PT'nin BDÖ puanına etkisi incelendiğinde bu ilişki üç grup arasından sadece normal kilolu kişilerde anlamlı bulunmuştur. Bu enterasan bir bulgu olup fazla kilolu ve obez kişilerdeki katı inkâr savunmasının sonucu olabilir. Bireyler kendi kendileriyle alay etme, şaka yapma yolu ile diğer insanlardan gelecek olumsuz eleştirilere ve kendi olumsuz duygularına karşı bir savunma mekanizması kullanıyor olabilir. Bu nedenle depresif duygudurum sadece normal kilolu bireylerde anlamlı çıkmış olabilir.

BDÖ puanlarının YB ve BKİ ile ilişkisi incelendiğinde YB'si olan obez bireylerin YB'si olmayan obez bireylere kıyasla anlamlı olarak BDÖ puanları yüksek bulunmuştur. Literatürde YB'nin depresyon, negatif duygudurum ve duygusal dalgalanmayla ilişkisini

gösteren yayınlar mevcuttur (271-274). Bu anlamda mevcut bulgu literatürle uyumludur. YB'si olanlar her olumsuz durumla yemek yiyerek başa çıkmaya çalışmakta, bağımlılık geliştikçe yiyecekler haz verici özelliklerini yitirdikleri için daha fazla tüketmekte ve bu kısır döngü içinde gittikçe çökkünleşmekte olabilir. Öte yandan bağımlılıkla birlikte devam eden başarısız diyet girişimleri bu kişileri umutsuzluğa sürüklüyor olabilir. Bütün bu nedenler depresyonu YB'si olan bireylerde üzerinde durulması gereken bir psikopatoloji haline getiriyor olabilir.

Anksiyete düzeyi ile BKİ ilişkisi incelendiğinde anlamlı fark bulunmamıştır. Cinsiyet ve BKİ'nin anksiyete üzerine etkisi incelendiğinde ise sadece obez erkeklerde PT'si olanların BAÖ puanı PT'si olmayanlara göre anlamlı olarak yüksek bulunmuş diğer gruplarda kayda değer bir ilişki saptanmamıştır. Anksiyete YB ile de ilişkili bulunmamıştır. Bu araştırmada obez grubunda örnekleme alınan katılımcıların büyük kısmı endokrinoloji polikliniğine diğer endokrinolojik hastalıkları nedeniyle başvurmuş kişiler olup obezite nedeniyle tedavi arayışında olmayan bireylerdir -halihazırda obeziteye özel hizmet veren bir poliklinik yoktur-. Bu bireyler obeziteyi hastalık olarak kabul etmediğinden –belki cehaletlerinden ya da inkar ettiklerinden, belki “Şişmanlık sağlıktır.” kültürel inancından- obezitenin neden olabileceği diğer hastalıklar ve olumsuz duygulara duyarsız kalıyor ve bu nedenle kaygı düzeylerinde bir değişim saptanmıyor olabilir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu çalışma bildiğimiz kadarıyla Türkiye’de klinik örnekler üzerinden YB, dürtüsellik, depresyon ve anksiyete ilişkisini araştıran ilk çalışmadır. Bulgular, YB’nin obezitenin bir alt türü olabileceği düşündürmüştür ki bu önemli bir sonuçtur. Ayrıca yeme bağımlılarının daha çok kadın olduğu, dürtüsel olduğu, olumsuz durumlara ani ve düşünmeden tepki verdiği ve özellikle depresif nöbet geçirme riski taşıdığı çalışmanın önemli bulguları arasındadır. Bu obezitenin sadece metabolik bir hastalık olmadığı ve psikiyatrik değerlendirmenin obezite tedavisinde ne kadar önemli olduğu konusunda bizlere fikir verebilir.

Obezitesi olan bireylerin psikiyatri kliniklerinde değerlendirilirken YB açısından da gözden geçirilmesi, belirli yiyeceklere karşı tolerans, yoksunluk gibi bağımlılık belirtilerinin sorgulanması tanı ve etkin tedavi düzenlenmesi açısından büyük önem taşımaktadır. Ayrıca obez çocuklar ve ergenler ileride YB ve diğer madde bağımlılığına yatkınlık geliştirebilmeleri bakımından dikkatle incelenmeli; yakın izlem ve davranışçı önerilerle ileride oluşabilecek bağımlılık örüntüsünün önüne geçilebileceği göz önünde bulundurulmalıdır. YB, özellikle Amerikan basınında son dönemlerde sıkça yer bulurken ülkemizde yeni yeni gündemde olan bir konudur. Günümüzde bağımlılık yapabileceği söylenen gıdaların ucuz olması, “fast food” zincirleri, marketler, pastaneler gibi yerlerden kolayca ulaşılabilmesi ve bir oturuşta ihtiyaç olandan çok fazla kalori alınması YB’ye ve obeziteye zemin hazırlıyor olabilir. Bu bağlamda belki diğer bağımlılık yapıcı maddelere uygulanan caydırıcı politikalar ile özellikle çocuklar olmak üzere insanların bağımlılık yapma potansiyeli olan, yağ ve şeker oranı yüksek işlenmiş gıdalara ulaşılabilirliğine dair önlemler alınabilir.

Günümüzde en fazla damgalanmaya ve önyargıya maruz kalan hasta gruplarından biri de obezlerdir. Bu koşullarda bir de YB tanısı almış olmak bireylerin benlik saygısını daha da olumsuz yönde etkileyip daha da damgalanmış hissetmelerine neden olabilir. Bu çalışma çerçevesinde üzerinde durulan tüm psikiyatrik koşullarla birlikte damgalanma da göz önüne alındığında obezite tedavisinde psikiyatrinin önemi bir kere daha gözler önüne serilmektedir. Bu hasta gruplarıyla ilgili obezitenin metabolik sonuçlarıyla ilgilenen bilim dalları ve psikiyatrinin iş birliği tedavide büyük önem taşır. Çalışmanın en başında bahsedildiği üzere obezitenin etiyolojisinde birçok etken sorumlu iken psikiyatrik nedenler hem hastalar hem hekimler tarafından zaman zaman göz ardı edilebilir, bu bağlamda ilgili bölümlerde görev yapan sağlık personelinin hastaların psikiyatrik yardıma ihtiyacını dikkate alıp psikiyatriye

yönlendirmeleri sağaltıma katkı sağlayabilir. Bu sayede psikiyatri çerçevesinde değerlendirilen hastalar eşlik eden psikiyatrik komorbiditeleri ve eşlik eden davranış örüntüleriyle ilgili hem medikal olarak hem de grup terapileri, destekleyici psikoterapiler, motivasyonel görüşmeler ile tedavi edilebilir. Ayrıca bağımlılık tedavisinde de uygulanan 12 adım programının obezler için uygulanan formu “Anonymous Overeaters- Adsız Oburlar” ile “Foodaddicts Anonymous- Adsız Yeme Bağımlıları” gibi kişisel yardım gruplarının yaygınlaşması hem tedavide hem de bireylerin mevcut durumlarını kabullenip bununla yaşamayı öğrenmelerine faydalı olabilir. Sonuç olarak obezite tedavisinde hastalar kadar hekimlerin de iş birliğinin gerekli olduğu ve hem metabolik hem psikiyatrik tedavi ile etkili sağaltımın sağlanabileceği söylenebilir.

Bu çalışmanın yukarıda belirtilen üç ayrı örneklem grubu üzerinde BKİ, YB, dürtüsellik, depresyon ve anksiyete ilişkisini incelemesi, Türkiye’de klinik örnekler üzerinden YB’yi inceleyen ilk yayın olması gibi avantajlarının yanı sıra bazı kısıtlılıkları mevcuttur. Örneğin örneklem sayısı özellikle psikopatolojiler bakımından alt grupları grup içi ve gruplararası değerlendirmede yetersiz kalmıştır bu bağlamda daha geniş örneklemelerin kullanıldığı araştırmalar YB BKİ ve diğer psikopatolojilerin ilişkisinin daha iyi anlaşılmasını sağlayacaktır. Ayrıca bu çalışmada YB ile örtüşen tarafları olduğu bilinen TYB’ye değinilmemiştir. TYB, YB ve BKİ ilişkisini daha geniş örneklemle inceleyen araştırmalar bu ayrımın anlaşılmasında yol gösterici olabilir. Dolayısıyla daha geniş örneklem gruplarında obezite üzerine psikopatolojilerle birlikte hem YB hem TYB etkisini inceleyecek araştırmalara ihtiyaç vardır.

7. KAYNAKLAR

1. Booth M, Hunter C, Gore C, Bauman A, Owen N. The relationship between body mass index and waist circumference: implications for estimates of the population prevalence of overweight. *International journal of obesity and related metabolic disorders: journal of the International Association for the Study of Obesity*. 2000;24(8):1058-61.
2. Organization WH. Obesity: preventing and managing the global epidemic: World Health Organization; 2000.
3. Johnson PM, Kenny PJ. Dopamine D2 receptors in addiction-like reward dysfunction and compulsive eating in obese rats. *Nature neuroscience*. 2010;13(5):635-41.
4. Wang G-J, Volkow ND, Logan J, Pappas NR, Wong CT, Zhu W, et al. Brain dopamine and obesity. *The Lancet*. 2001;357(9253):354-7.
5. Davis C. Compulsive overeating as an addictive behavior: overlap between food addiction and binge eating disorder. *Current Obesity Reports*. 2013;2(2):171-8.
6. Maddi SR, Khoshaba DM, Persico M, Bleecker F, VanArsdall G. Psychosocial correlates of psychopathology in a national sample of the morbidly obese. *Obesity surgery*. 1997;7(5):397-404.
7. Sullivan M, Karlsson J, Sjöström L, Backman L, Bengtsson C, Bouchard C, et al. Swedish obese subjects (SOS)--an intervention study of obesity. Baseline evaluation of health and psychosocial functioning in the first 1743 subjects examined. *International journal of obesity and related metabolic disorders: journal of the International Association for the Study of Obesity*. 1993;17(9):503-12.
8. Ersoy R, Çakır B. Obezite. *Turkish Medical Journal*. 2007;1:107-15.
9. Bozbora A, Özarmağan S. Obezitenin tanımı ve temel bilgiler. İçinde: Bozbora A. Ed. *Obezite ve Tedavisi*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri Ltd Şti; 2002. 1-13 p.
10. Aslan D, Atilla S. Önemli Bir Sağlık Sorunu: Şişmanlık. *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi (Sted)*. 2002;11(5):169-71.
11. N. E. Şişmanlık (obezite) ve Sağlıklı Beslenme: Denizli Bilal ofset ve matbaacılık; 2005.
12. Uğur MM. Yeme Bozukluklarının Tarihçesi. *Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatry Special Topics*. 2008;1(1):1-7.
13. Alp D. Obez Hastaların Obsesif-Kompulsif Belirtileri İle Yeme Tutumları Ve Dürtüsellik Arasındaki İlişkinin Araştırılması [uzmanlık tezi]. Ankara: Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2013.

14. Ünal G. Yetişkin Kadınlarda Yaşam Koşullarının Antropometrik Ölçümler Ve Obezite İle İlişkisi [Yüksek Lisans Tezi]. Ankara: Türkiye Cumhuriyeti Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü 2010.
15. Leung A, Robson W. Childhood obesity. *Postgraduate medicine*. 1990;87(4):123-30, 33.
16. Dietz WH. Critical periods in childhood for the development of obesity. *The American journal of clinical nutrition*. 1994;59(5):955-9.
17. Lung NH, Institute B. Obesity Education Initiative Expert Panel on the Identification, Evaluation, and Treatment of Overweight and Obesity in Adults. Clinical guidelines on the identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults: the evidence report. *Obes Res*. 1998;6:S51-S210.
18. Akbulut G, Özmen M, Besler H. Obezite. *Bilim ve Teknik Dergisi*. 2007;372.
19. Seidell JC, Deerenberg I. Obesity in Europe. *Pharmacoeconomics*. 1994;5(1):38-44.
20. Kuczmarski RJ, Flegal KM, Campbell SM, Johnson CL. Increasing prevalence of overweight among US adults: the National Health and Nutrition Examination Surveys, 1960 to 1991. *Jama*. 1994;272(3):205-11.
21. Ogden CL, Statistics NCFH. Prevalence of obesity in the United States, 2009-2010. US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics; 2012.
22. Molarius A, Seidell JC, Sans S, Tuomilehto J, Kuulasmaa K. Varying sensitivity of waist action levels to identify subjects with overweight or obesity in 19 populations of the WHO MONICA Project. *Journal of clinical epidemiology*. 1999;52(12):1213-24.
23. Berghöfer A, Pischon T, Reinhold T, Apovian CM, Sharma AM, Willich SN. Obesity prevalence from a European perspective: a systematic review. *BMC public health*. 2008;8(1):200.
24. Müdürlüğü TSHG. Türkiye Obezite (Şişmanlık) İle Mücadele Ve Kontrol Programı. Sağlık Bakanlığı Yayınları. 2010(773).
25. Hatemi H, Turan N, Arık N, Yumuk V. Türkiye obezite ve hipertansiyon taraması sonuçları (TOHTA). *Endokrinolojide Yönelişler Dergisi*. 2002;11(1).
26. Satman I, Yılmaz T, Sengül A, Salman S, Salman F, Uygur S, et al. Population-based study of diabetes and risk characteristics in turkey results of the Turkish diabetes epidemiology study (TURDEP). *Diabetes care*. 2002;25(9):1551-6.
27. Satman I, Grubu T-İÇ. TURDEP-II Sonuçları. Türk Endokronoloji ve Metabolizma Derneği [homepage on the Internet] Available from: http://www.turkendokrin.org/fi/les/fi/le/TURDEP_II_2011.pdf Last access: 16th May. 2011.
28. Hüsamettin K, ÖZÇELİK O. Tıp Öğrencilerinde Bir Yılda Vücut Kompozisyonlarında Meydana Gelen Değişimlerin Belirlenmesi. *Fırat Tıp Dergisi*. 2005;10(4):164-8.

29. Mengi E, Yurdakoş M. Beslenmenin Hormonal ve Sinirsel Düzenlenmesi. *Turkiye Klinikleri Journal of Psychiatry Special Topics*. 2008;1(1):8-12.
30. Savrun BM. Yeme Bozukluklarının Biyolojisi. *Turkiye Klinikleri Journal of Psychiatry Special Topics*. 2008;1(1):13-6.
31. Johnson LR. *Essential medical physiology*: Academic Press; 2003.
32. Berne R, Levy M, Koeppen B, Stanton B. *Physiology*. 2004. Mosby. Elsevier, St. Louis, MO. p. 566-76.
33. Aksoy C, Balcıoğlu İ. Obezite ve Değişik Şekilleri. *Turkiye Klinikleri Journal of Psychiatry Special Topics*. 2008;1(1):27-31.
34. Kishi T, Elmquist J. Body weight is regulated by the brain: a link between feeding and emotion. *Molecular psychiatry*. 2005;10(2):132-46.
35. Chowen Julie A, Argente J. Leptin and the brain. *Hormone Molecular Biology and Clinical Investigation* 2011. p. 351.
36. Cummings DE, Schwartz MW. Genetics and pathophysiology of human obesity. *Annual Review of Medicine*. 2003;54(1):453-71.
37. Çayır A. Beslenme ve Diyet Kliniğine Başvuranlarda Obezite Sıklığı ve Etkili Faktörlerin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniv Sağlık Bilimleri Enstitüsü. 2009.
38. Tezcan B. Obez bireylerde benlik saygısı, beden algısı ve travmatik geçmiş yaşantılar [Uzmanlık Tezi]. İstanbul: Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi; 2009.
39. Cinaz P, Bideci A, Günöz H, Öcal G, Yordam N, Kurtoğlu S. Obezite. *Pediatric Endokrinoloji*(1 Baskı) Ankara: Kalkan Matbaacılık. 2003:487-505.
40. Alemzadeh R, Rising R, Lifshitz F. Obesity in children. *Pediatric Endocrinology* Lifhsitz F (editor) New York, Informa Healthcare. 2007;1:1-36.
41. Kaya A, Gedik VT, Bayram F, Bahçeci M, Sabuncu T, Tuzcu A, et al. Hİpertansiyon, Obezİte Ve Lİpİd Metabolİzmasi Hekİm İÇİN Tani Ve Tedavİ Rehberİ. 2009.
42. Bell CG, Walley AJ, Froguel P. The genetics of human obesity. *Nature Reviews Genetics*. 2005;6(3):221-34.
43. Devlin MJ. Is there a place for obesity in DSM-V? *International Journal of Eating Disorders*. 2007;40(S3):S83-S8.
44. Gedik O. Obezite ve çevresel faktörler. *Turkish Journal of Endocrinology and Metabolism*. 2003;2:1-4.
45. Marcus MD, Wildes JE. Obesity: is it a mental disorder? *International Journal of Eating Disorders*. 2009;42(8):739-53.

46. Schrauwen P, Westerterp KR. The role of high-fat diets and physical activity in the regulation of body weight. *British Journal of Nutrition*. 2000;84(04):417-27.
47. Burger KS, Kern M, Coleman KJ. Characteristics of self-selected portion size in young adults. *Journal of the American Dietetic Association*. 2007;107(4):611-8.
48. Bouchard C. The genetics of human obesity: recent progress. *Bulletin et mémoires de l'Académie royale de médecine de Belgique*. 2000;156(10-12):455-62; discussion 63-4.
49. Değirmenci T. Obez erişkinlerde benlik saygısı, yaşam kalitesi, yeme tutumu, Depresyon ve Anksiyete: Pamukkale Üniversitesi; 2006.
50. Kayaalp ML, Karaçetin G. Çocukluk Obezitesi ile Çocuklardaki Diğer Yeme Bozuklukları. *Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatry Special Topics*. 2008;1(1):32-44.
51. Gortmaker SL, Dietz WH, Sobol AM, Wehler CA. Increasing pediatric obesity in the United States. *American Journal of Diseases of Children*. 1987;141(5):535-40.
52. Lakdawalla D, Philipson T. The growth of obesity and technological change: a theoretical and empirical examination. *National Bureau of Economic Research*, 2002.
53. Baysal A. *Sisman Kisilerin Beslenmesi, Genel Beslenme Bilgisi*. Ankara: Hatipoğlu Yayınevi; 1988.
54. Bray G. Classification and evaluation of the obesities. *The Medical Clinics of North America*. 1989;73(1):161-84.
55. Memiş E. Üniversite öğrencilerinde şişmanlık (obezite) durumu ve diyet ürünleri kullanmaları üzerinde bir araştırma. Ankara: Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Aile Ekonomisi Ve Beslenme Ana Bilim Dalı (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). 2004.
56. Hamurcu P. *Obez Bireylerde Benlik Saygısı Ve Beden Algısının Değerlendirilmesi*: İstanbul Bilim Üniversitesi; 2014.
57. Atkinson RL. Etiologies of obesity. *The management of eating disorders and obesity*: Springer; 2005. p. 105-18.
58. Malnick SD, Knobler H. The medical complications of obesity. *Qjm*. 2006;99(9):565-79.
59. Poskitt E. The fat child. *Clinical Pediatric Endocrinology*. 1995;3.
60. Wagner A, Simon C, Ducimetiere P, Montaye M, Bongard V, Yarnell J, et al. Leisure-time physical activity and regular walking or cycling to work are associated with adiposity and 5 y weight gain in middle-aged men: the PRIME Study. *International journal of obesity and related metabolic disorders: journal of the International Association for the Study of Obesity*. 2001;25(7):940-8.
61. Lahmann P, Lissner L, Gullberg B, Berglund G. Sociodemographic factors associated with long-term weight gain, current body fatness and central adiposity in Swedish women.

International journal of obesity and related metabolic disorders: journal of the International Association for the Study of Obesity. 2000;24(6):685-94.

62. Van Lenthe F, Droomers M, Schrijvers C, Mackenbach J. Socio-demographic variables and 6 year change in body mass index: longitudinal results from the GLOBE study. International journal of obesity and related metabolic disorders: journal of the International Association for the Study of Obesity. 2000;24(8):1077-84.

63. Kahn HS, Williamson DF, Stevens JA. Race and weight change in US women: the roles of socioeconomic and marital status. American journal of public health. 1991;81(3):319-23.

64. Noppa H, Bengtsson C. Obesity in relation to socioeconomic status. A population study of women in Göteborg, Sweden. Journal of epidemiology and community health. 1980;34(2):139-42.

65. Braddon F, Rodgers B, Wadsworth M, Davies J. Onset of obesity in a 36 year birth cohort study. BMJ. 1986;293(6542):299-303.

66. Sobal J, Rauschenbach BS, Frongillo EA. Marital status, fatness and obesity. Social Science & Medicine. 1992;35(7):915-23.

67. Averett SL, Sikora A, Argys LM. For better or worse: relationship status and body mass index. Economics & Human Biology. 2008;6(3):330-49.

68. Hajian-Tilaki K, Heidari B. Prevalence of obesity, central obesity and the associated factors in urban population aged 20–70 years, in the north of Iran: a population-based study and regression approach. Obesity reviews. 2007;8(1):3-10.

69. Amini M, Rezvani H, Gouya M-M, Delavari A, Alikhani S, Mahdavi A. Association of body mass index and abdominal obesity with marital status in adults. Archives of Iranian medicine. 2008;11(3):274-81.

70. Klesges RC, Klesges LM. Cigarette smoking as a dieting strategy in a university population. International Journal of Eating Disorders. 1988;7(3):413-9.

71. Camp DE, Klesges RC, Relyea G. The relationship between body weight concerns and adolescent smoking. Health psychology. 1993;12(1):24.

72. Gerend MA, Boyle RG, Peterson CB, Hatsukami DK. Eating behavior and weight control among women using smokeless tobacco, cigarettes, and normal controls. Addictive behaviors. 1998;23(2):171-8.

73. Molarius A, Seidell JC, Kuulasmaa K, Dobson AJ, Sans S. Smoking and relative body weight: an international perspective from the WHO MONICA Project. Journal of Epidemiology and Community Health. 1997;51(3):252-60.

74. Hall SM, McGee R, Tunstall C, Duffy J, Benowitz N. Changes in food intake and activity after quitting smoking. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1989;57(1):81.

75. Spring B, Wurtman J, Gleason R, Wurtman R, Kessler K. Weight gain and withdrawal symptoms after smoking cessation: a preventive intervention using d-fenfluramine. *Health Psychology*. 1991;10(3):216.
76. Gilbert RM, Pope MA. Early effects of quitting smoking. *Psychopharmacology*. 1982;78(2):121-7.
77. Björntorp P. *International textbook of obesity*: John Wiley & Sons Ltd; 2001.
78. Nihalani N, Schwartz TL, Siddiqui UA, Megna JL. Obesity and psychotropics. *CNS neuroscience & therapeutics*. 2012;18(1):57-63.
79. Bruch H. Psychological aspects of overeating and obesity. *Psychosomatics*. 1964;5(5):269-74.
80. Wilson C. Personality structure and psychoanalytic treatment of obesity. Ed: Wilson, CP, Hogan, CC, Mintz, I *Psychodynamic technique in the treatment of the eating disorders* Northvale, New Jersey, London. 1992:81-95.
81. Ganley RM. Emotion and eating in obesity: A review of the literature. *International Journal of Eating Disorders*. 1989;8(3):343-61.
82. Marti A, Moreno-Aliaga M, Hebebrand J, Martinez J. Genes, lifestyles and obesity. *International Journal of Obesity*. 2004;28:S29-S36.
83. Grilo CM, Masheb RM. Childhood Psychological, Physical, and Sexual Maltreatment in Outpatients with Binge Eating Disorder: Frequency and Associations with Gender, Obesity, and Eating-Related Psychopathology. *Obesity Research*. 2001;9(5):320-5.
84. Gustafson T, Sarwer D. Childhood sexual abuse and obesity. *Obesity reviews*. 2004;5(3):129-35.
85. De Zwaan M. Binge eating disorder and obesity. *International journal of obesity and related metabolic disorders: journal of the International Association for the Study of Obesity*. 2001;25:S51-5.
86. Arnow BA. Relationships between childhood maltreatment, adult health and psychiatric outcomes, and medical utilization. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2004;65:10-5.
87. Wiederman MW, Sansone RA, Sansone LA. Obesity among sexually abused women: an adaptive function for some? *Women & health*. 1999;29(1):89-100.
88. Lomax JW. *Obesity in Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Baltimore: Williams and Wilkins; 1989.
89. Odağ C. *Nevrozlar-1*. Ege Üniversitesi Basım Evi, İzmir. 1999:49-60.
90. Levy DM. Primary affect hunger. *The American Journal of Psychiatry*. 1937.
91. Akhtar S. *Ağır Kişilik Bozuluklarının Tanı ve Sağaltımı İçin Başvuru Kitabı Eğrilmez A*, editor. izmir: Halime Odağ Psikanaliz ve Psikoterapi Vakfı Eğitim Notları; 2009.

92. Rand CS, Stunkard AJ. Psychoanalysis and obesity. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*. 1977.
93. Crisp AH, McGuinness B. Jolly fat: relation between obesity and psychoneurosis in general population. *BMJ*. 1976;1(6000):7-9.
94. Onyike CU, Crum RM, Lee HB, Lyketsos CG, Eaton WW. Is obesity associated with major depression? Results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *American journal of epidemiology*. 2003;158(12):1139-47.
95. Heo M, Pietrobelli A, Fontaine KR, Sirey JA, Faith M. Depressive mood and obesity in US adults: comparison and moderation by sex, age, and race. *International Journal of Obesity*. 2006;30(3):513-9.
96. Öztürk MO, Uluşahin A. Ruh sağlığı ve bozuklukları: Nobel Tıp Kitapları; 2011.
97. Carpenter KM, Hasin DS, Allison DB, Faith MS. Relationships between obesity and DSM-IV major depressive disorder, suicide ideation, and suicide attempts: results from a general population study. *American Journal of Public Health*. 2000;90(2):251.
98. Faith MS, Matz PE, Jorge MA. Obesity–depression associations in the population. *Journal of psychosomatic research*. 2002;53(4):935-42.
99. Stunkard AJ, Faith MS, Allison KC. Depression and obesity. *Biological psychiatry*. 2003;54(3):330-7.
100. Wietlisbach V, Marques-Vidal P, Kuulasmaa K, Karvanen J, Paccaud F. The relation of body mass index and abdominal adiposity with dyslipidemia in 27 general populations of the WHO MONICA Project. *Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases*. 2013;23(5):432-42.
101. Kessler RC, Avenevoli S, Costello EJ, Georgiades K, Green JG, Gruber MJ, et al. Prevalence, persistence, and sociodemographic correlates of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *Archives of general psychiatry*. 2012;69(4):372-80.
102. Kenna HA, Poon AW, de los Angeles CP, Koran LM. Psychiatric complications of treatment with corticosteroids: review with case report. *Psychiatry and clinical neurosciences*. 2011;65(6):549-60.
103. Rosmond R. Obesity and depression: same disease, different names? *Medical hypotheses*. 2004;62(6):976-9.
104. Pickering RP, Grant BF, Chou SP, Compton WM. Are overweight, obesity, and extreme obesity associated with psychopathology? Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *The Journal of clinical psychiatry*. 2007;68(7):998-1009.
105. Wildes JE, Marcus MD, Fagiolini A. Prevalence and correlates of eating disorder comorbidity in patients with bipolar disorder. *Psychiatry research*. 2008;161(1):51-8.

106. Barry D, Pietrzak RH, Petry NM. Gender differences in associations between body mass index and DSM-IV mood and anxiety disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Annals of epidemiology*. 2008;18(6):458-66.
107. Sadock B. Kaplan and Saddock's Comprehensive Textbook of Psychiatry (çeviri ed) Aydın H, Bozkurt A. 8. baskı. İstanbul, Güneş Kitabevleri.1559-800.
108. Uzbay İT. Anksiyetenin nörobiyolojisi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 2002;5.
109. Simon GE, Von Korff M, Saunders K, Miglioretti DL, Crane PK, van Belle G, et al. Association between obesity and psychiatric disorders in the US adult population. *Archives of general psychiatry*. 2006;63(7):824-30.
110. Eren İ, Erdi Ö. Obez hastalarda psikiyatrik bozuklukların sıklığı. *Klinik Psikiyatri*. 2003;6:152-7.
111. Lipowski ZJ. Somatization: the concept and its clinical application. *Am J Psychiatry*. 1988;145(11):1358-68.
112. Lykouras L. Psychological profile of obese patients. *Digestive diseases (Basel, Switzerland)*. 2007;26(1):36-9.
113. Kavakcı Ö, Demirel Y, Kuğu N, Nur N, Doğan O. Dikkat eksikliği/hiperaktivitenin, dürtüsellik ve obezite ile ilişkisi üzerine bir çalışma. *Cumhuriyet Medical Journal (CMJ)*. 2011;33(4):413-20.
114. Holtkamp K, Konrad K, Müller B, Heussen N, Herpertz S, Herpertz-Dahlmann B, et al. Overweight and obesity in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *International journal of obesity*. 2004;28(5):685-9.
115. Altfas JR. Prevalence of attention deficit/hyperactivity disorder among adults in obesity treatment. *BMC psychiatry*. 2002;2(1):9.
116. Waring ME, Lapane KL. Overweight in children and adolescents in relation to attention-deficit/hyperactivity disorder: results from a national sample. *Pediatrics*. 2008;122(1):e1-e6.
117. Cepeda NJ, Cepeda ML, Kramer AF. Task switching and attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 2000;28(3):213-26.
118. Smith C, Williamson D, Bray G, Ryan D. Flexible vs. rigid dieting strategies: Relationship with adverse behavioral outcomes. *Appetite*. 1999;32(3):295-305.
119. Sergeant JA, Geurts H, Huijbregts S, Scheres A, Oosterlaan J. The top and the bottom of ADHD: a neuropsychological perspective. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2003;27(7):583-92.
120. Banaschewski T, Hollis C, Oosterlaan J, Roeyers H, Rubia K, Willcutt E, et al. Towards an understanding of unique and shared pathways in the psychopathophysiology of ADHD. *Developmental science*. 2005;8(2):132-40.

121. Liu L-L, Li B-M, Yang J, Wang Y-W. Does dopaminergic reward system contribute to explaining comorbidity obesity and ADHD? Medical hypotheses. 2008;70(6):1118-20.
122. Arnsten AF. Stimulants: Therapeutic actions in ADHD. Neuropsychopharmacology. 2006;31(11):2376-83.
123. Wilens TE. Mechanism of action of agents used in attention-deficit/hyperactivity disorder. Journal of Clinical Psychiatry. 2006;67:32.
124. Arce E, Santisteban C. Impulsividad: una revisión. Psicothema. 2006;18(2):213-20.
125. Ho M-Y, Mobini S, Chiang T-J, Bradshaw C, Szabadi E. Theory and method in the quantitative analysis of "impulsive choice" behaviour: implications for psychopharmacology. Psychopharmacology. 1999;146(4):362-72.
126. Barratt ES, Patton JH. Impulsivity: Cognitive, behavioral, and psychophysiological correlates. Biological bases of sensation seeking, impulsivity, and anxiety. 1983;77:116.
127. Moeller FG, Barratt ES, Dougherty DM, Schmitz JM, Swann AC. Psychiatric aspects of impulsivity. 2011.
128. Özdemir PG, Selvi Y, Aydın A. Dürtüsellik ve Tedavisi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry. 2012;4(3):293-314.
129. Annagür BB. Obezitede çeşitli risk faktörleri ve dürtüsellik. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2010;2(4).
130. Terracciano A, Sutin AR, McCrae RR, Deiana B, Ferrucci L, Schlessinger D, et al. Facets of personality linked to underweight and overweight. Psychosomatic medicine. 2009;71(6):682.
131. Kısa C, Yıldırım S, Göka E. Ataklık ve ruhsal bozukluklar. Turk Psikiyatri Derg. 2005;16(1):46-54.
132. Sarısoy G, Atmaca A, Ecemiş G, Gümüş K, Pazvantoğlu O. Obezite hastalarında dürtüsellik ve dürtüsellikğin beden algısı ve benlik saygısı ile ilişkisi. Anadolu Psikiyatri Derg. 2013;14:53-61.
133. Yeomans MR, Leitch M, Mobini S. Impulsivity is associated with the disinhibition but not restraint factor from the Three Factor Eating Questionnaire. Appetite. 2008;50(2):469-76.
134. Guerrieri R, Nederkoorn C, Jansen A. How impulsiveness and variety influence food intake in a sample of healthy women. Appetite. 2007;48(1):119-22.
135. Guerrieri R, Nederkoorn C, Schrooten M, Martijn C, Jansen A. Inducing impulsivity leads high and low restrained eaters into overeating, whereas current dieters stick to their diet. Appetite. 2009;53(1):93-100.
136. Nederkoorn C, Smulders FT, Havermans RC, Roefs A, Jansen A. Impulsivity in obese women. Appetite. 2006;47(2):253-6.

137. Hjördis B, Gunnar E. Characteristics of Drop-outs from a long-term behavioral treatment program for obesity. *International Journal of Eating Disorders*. 1989;8(3):363-8.
138. Nasser JA, Gluck ME, Geliebter A. Impulsivity and test meal intake in obese binge eating women. *Appetite*. 2004;43(3):303-7.
139. Galanti K, Gluck ME, Geliebter A. Test meal intake in obese binge eaters in relation to impulsivity and compulsivity. *International Journal of Eating Disorders*. 2007;40(8):727-32.
140. Mobbs O, Crépin C, Thiéry C, Golay A, Van der Linden M. Obesity and the four facets of impulsivity. *Patient education and counseling*. 2010;79(3):372-7.
141. Fassino S, Leombruni P, Pierò A, Abbate-Daga G, Rovera GG. Mood, eating attitudes, and anger in obese women with and without binge eating disorder. *Journal of psychosomatic research*. 2003;54(6):559-66.
142. Arias HF, Sánchez RS, Gorgojo MJ, Almódovar RF, Fernández RS, Llorente MF. [Clinical differences between morbid obese patients with and without binge eating]. *Actas españolas de psiquiatria*. 2005;34(6):362-70.
143. Murphy CM, Stojek MK, MacKillop J. Interrelationships among impulsive personality traits, food addiction, and body mass index. *Appetite*. 2014;73:45-50.
144. Guerrieri R, Nederkoorn C, Jansen A. The interaction between impulsivity and a varied food environment: its influence on food intake and overweight. *International Journal of Obesity*. 2008;32(4):708-14.
145. Nederkoorn C, Jansen E, Mulkens S, Jansen A. Impulsivity predicts treatment outcome in obese children. *Behaviour research and therapy*. 2007;45(5):1071-5.
146. Nederkoorn C, Braet C, Van Eijs Y, Tanghe A, Jansen A. Why obese children cannot resist food: the role of impulsivity. *Eating behaviors*. 2006;7(4):315-22.
147. Epstein LH, Dearing KK, Temple JL, Cavanaugh MD. Food reinforcement and impulsivity in overweight children and their parents. *Eating behaviors*. 2008;9(3):319-27.
148. F. S. Obezite Komplikasyonları. C. Y, editor. İstanbul: Mart Matbaacılık; 1999. 41-57 p.
149. Kaplan HI, Kaplan HS. The psychosomatic concept of obesity. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 1957.
150. Oliver G, Wardle J, Gibson EL. Stress and food choice: a laboratory study. *Psychosomatic medicine*. 2000;62(6):853-65.
151. Fay SH, Finlayson G. Negative affect-induced food intake in non-dieting women is reward driven and associated with restrained–disinhibited eating subtype. *Appetite*. 2011;56(3):682-8.

152. Adriaanse MA, de Ridder DT, Evers C. Emotional eating: Eating when emotional or emotional about eating? *Psychology and Health*. 2011;26(1):23-39.
153. Ouwens MA, van Strien T, van Leeuwe JF. Possible pathways between depression, emotional and external eating. A structural equation model. *Appetite*. 2009;53(2):245-8.
154. De Lauzon B, Romon M, Deschamps V, Lafay L, Borys J-M, Karlsson J, et al. The Three-Factor Eating Questionnaire-R18 is able to distinguish among different eating patterns in a general population. *The Journal of nutrition*. 2004;134(9):2372-80.
155. Kontinen H, Silventoinen K, Sarlio-Lähteenkorva S, Männistö S, Haukkala A. Emotional eating and physical activity self-efficacy as pathways in the association between depressive symptoms and adiposity indicators. *The American journal of clinical nutrition*. 2010;92(5):1031-9.
156. De Lauzon-Guillain B, Basdevant A, Romon M, Karlsson J, Borys J-M, Charles MA. Is restrained eating a risk factor for weight gain in a general population? *The American journal of clinical nutrition*. 2006;83(1):132-8.
157. Keskitalo K, Tuorila H, Spector TD, Cherkas LF, Knaapila A, Kaprio J, et al. The Three-Factor Eating Questionnaire, body mass index, and responses to sweet and salty fatty foods: a twin study of genetic and environmental associations. *The American journal of clinical nutrition*. 2008;88(2):263-71.
158. Van Strien T, Frijters JE, Bergers G, Defares PB. The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) for assessment of restrained, emotional, and external eating behavior. *International Journal of Eating Disorders*. 1986;5(2):295-315.
159. Stunkard AJ. Eating patterns and obesity. *Psychiatric Quarterly*. 1959;33(2):284-95.
160. Birgegård A, Clinton D, Norring C. Diagnostic issues of binge eating in eating disorders. *European Eating Disorders Review*. 2013;21(3):175-83.
161. Ramacciotti CE, Coli E, Bondi E, Burgalassi A, Massimetti G, Dell'Osso L. Shared psychopathology in obese subjects with and without binge-eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*. 2008;41(7):643-9.
162. Striegel-Moore RH, Franko DL. Epidemiology of binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*. 2003;34(S1):S19-S29.
163. Ricca V, Mannucci E, Moretti S, Di Bernardo M, Zucchi T, Cabras P, et al. Screening for binge eating disorder in obese outpatients. *Comprehensive psychiatry*. 2000;41(2):111-5.
164. Spitzer RL, Stunkard A, Yanovski S, Marcus MD, Wadden T, Wing R, et al. Binge eating disorder should be included in DSM-IV: A reply to Fairburn et al.'s "The classification of recurrent overeating: The binge eating disorder proposal". *International Journal of Eating Disorders*. 1993;13(2):161-9.
165. Mills JK, Andrianopoulos GD. The relationship between childhood onset obesity and psychopathology in adulthood. *The Journal of psychology*. 1993;127(5):547-51.

166. Huon GF. Dieting, binge eating, and some of their correlates among secondary school girls. *International Journal of Eating Disorders*. 1994.
167. Emül HM, Güler Ö. Ergenlerde Obezite. *Turkiye Klinikleri Journal Of Psychiatry Special Topics*. 2008;1(1):45.
168. Field AE, Austin S, Taylor C, Malspeis S, Rosner B, Rockett HR, et al. Relation between dieting and weight change among preadolescents and adolescents. *Pediatrics*. 2003;112(4):900-6.
169. Randolph TG. The descriptive features of food addiction; addictive eating and drinking. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*. 1956;17(2):198-224.
170. D'Addario C, Di Bonaventura MM, Pucci M, Romano A, Gaetani S, Ciccocioppo R, et al. Endocannabinoid signaling and food addiction. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2014;47:203-24.
171. Blumenthal DM, Gold MS. Neurobiology of food addiction. *Current Opinion in Clinical Nutrition & Metabolic Care*. 2010;13(4):359-65.
172. Cocores JA, Gold MS. The Salted Food Addiction Hypothesis may explain overeating and the obesity epidemic. *Medical hypotheses*. 2009;73(6):892-9.
173. Corsica JA, Pelchat ML. Food addiction: true or false? *Current opinion in gastroenterology*. 2010;26(2):165-9.
174. Pelchat ML. Food addiction in humans. *The Journal of nutrition*. 2009;139(3):620-2.
175. Umberg EN, Shader RI, Hsu LG, Greenblatt DJ. From disordered eating to addiction: the "food drug" in bulimia nervosa. *Journal of clinical psychopharmacology*. 2012;32(3):376-89.
176. Saper CB, Chou TC, Elmquist JK. The need to feed: homeostatic and hedonic control of eating. *Neuron*. 2002;36(2):199-211.
177. Hajnal A, Smith GP, Norgren R. Oral sucrose stimulation increases accumbens dopamine in the rat. *American Journal of Physiology-Regulatory, Integrative and Comparative Physiology*. 2004;286(1):R31-R7.
178. Rada P, Avena N, Hoebel B. Daily bingeing on sugar repeatedly releases dopamine in the accumbens shell. *Neuroscience*. 2005;134(3):737-44.
179. Liang N-C, Hajnal A, Norgren R. Sham feeding corn oil increases accumbens dopamine in the rat. *American Journal of Physiology-Regulatory, Integrative and Comparative Physiology*. 2006;291(5):R1236-R9.
180. Yakovenko V, Speidel ER, Chapman CD, Dess NK. Food dependence in rats selectively bred for low versus high saccharin intake. Implications for "food addiction". *Appetite*. 2011;57(2):397-400.

181. Lutter M, Nestler EJ. Homeostatic and hedonic signals interact in the regulation of food intake. *The Journal of nutrition*. 2009;139(3):629-32.
182. Levine AS, Kotz CM, Gosnell BA. Sugars and fats: the neurobiology of preference. *The Journal of Nutrition*. 2003;133(3):831S-4S.
183. Colantuoni C, Rada P, McCarthy J, Patten C, Avena NM, Chadeayne A, et al. Evidence that intermittent, excessive sugar intake causes endogenous opioid dependence. *Obesity research*. 2002;10(6):478-88.
184. Avena NM, Long KA, Hoebel BG. Sugar-dependent rats show enhanced responding for sugar after abstinence: evidence of a sugar deprivation effect. *Physiology & behavior*. 2005;84(3):359-62.
185. Avena NM, Rada P, Hoebel BG. Evidence for sugar addiction: behavioral and neurochemical effects of intermittent, excessive sugar intake. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2008;32(1):20-39.
186. O'Doherty JP, Deichmann R, Critchley HD, Dolan RJ. Neural responses during anticipation of a primary taste reward. *Neuron*. 2002;33(5):815-26.
187. Volkow ND, Wang G-J, Telang F, Fowler JS, Thanos PK, Logan J, et al. Low dopamine striatal D2 receptors are associated with prefrontal metabolism in obese subjects: possible contributing factors. *Neuroimage*. 2008;42(4):1537-43.
188. DelParigi A, Chen K, Salbe AD, Reiman EM, Tataranni PA. Sensory experience of food and obesity: a positron emission tomography study of the brain regions affected by tasting a liquid meal after a prolonged fast. *Neuroimage*. 2005;24(2):436-43.
189. Öyekçin DG, Deveci A. Yeme Bağımlılığının Etyolojisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2012;4(2).
190. Davis C, Levitan RD, Kaplan AS, Carter J, Reid C, Curtis C, et al. Reward sensitivity and the D2 dopamine receptor gene: A case-control study of binge eating disorder. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*. 2008;32(3):620-8.
191. Epstein LH, Temple JL, Neaderhiser BJ, Salis RJ, Erbe RW, Leddy JJ. Food reinforcement, the dopamine D₂ receptor genotype, and energy intake in obese and nonobese humans. *Behavioral neuroscience*. 2007;121(5):877.
192. Van Strien T, Snoek HM, Van der Zwaluw CS, Engels RC. Parental control and the dopamine D2 receptor gene (DRD2) interaction on emotional eating in adolescence. *Appetite*. 2010;54(2):255-61.
193. South T, Huang X-F. High-fat diet exposure increases dopamine D2 receptor and decreases dopamine transporter receptor binding density in the nucleus accumbens and caudate putamen of mice. *Neurochemical research*. 2008;33(3):598-605.
194. Chen PS, Yang YK, Yeh TL, Lee I-H, Yao WJ, Chiu NT, et al. Correlation between body mass index and striatal dopamine transporter availability in healthy volunteers—a SPECT study. *Neuroimage*. 2008;40(1):275-9.

195. Lent MR, Swencionis C. Addictive personality and maladaptive eating behaviors in adults seeking bariatric surgery. *Eating behaviors*. 2012;13(1):67-70.
196. Gearhardt AN, Yokum S, Orr PT, Stice E, Corbin WR, Brownell KD. Neural correlates of food addiction. *Archives of general psychiatry*. 2011;68(8):808-16.
197. Karlsson J. Health-related quality of life in obesity: University of Gothenburg; 2003.
198. Çuhadaroğlu F. Adölesanlarda benlik saygısı. Uzmanlık tezi Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara. 1986.
199. Rosenberg M. Society and the adolescent self-image: Princeton University Press Princeton, NJ; 1965.
200. Galletly C, Clark A, Tomlinson L, Blaney F. A group program for obese, infertile women: weight loss and improved psychological health. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 1996;17(2):125-8.
201. Thomas CD, Freeman RJ. The Body Esteem Scale: Construct validity of the female subscales. *Journal of Personality Assessment*. 1990;54(1-2):204-12.
202. Telch CF, Agras WS. Obesity, binge eating and psychopathology: are they related? *International Journal of Eating Disorders*. 1994;15(1):53-61.
203. Bryan J, Tiggemann M. The effect of weight-loss dieting on cognitive performance and psychological well-being in overweight women. *Appetite*. 2001;36(2):147-56.
204. Kartal Ş. Obesity and Its Psychological Correlates: Appearance-Esteem, Self-Esteem and Loneliness. Unpublished Master Dissertation, Ankara, Ankara University. 1996.
205. Sobal J, Stunkard AJ. Socioeconomic status and obesity: a review of the literature. *Psychological bulletin*. 1989;105(2):260.
206. Balcıoğlu İ, Başer SZ. Obezitenin psikiyatrik yönü. İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi. 2008;62:341-8.
207. Harter S. Developmental differences in the nature of self-representations: Implications for the understanding, assessment, and treatment of maladaptive behavior. *Cognitive therapy and research*. 1990;14(2):113-42.
208. Koff E, Rierdan J, Stubbs ML. Gender, body image, and self-concept in early adolescence. *The Journal of Early Adolescence*. 1990;10(1):56-68.
209. Kostanski M, Gullone E. Adolescent body image dissatisfaction: relationships with self-esteem, anxiety, and depression controlling for body mass. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 1998;39(2):255-62.
210. Pesa JA, Syre TR, Jones E. Psychosocial differences associated with body weight among female adolescents: the importance of body image. *Journal of Adolescent Health*. 2000;26(5):330-7.

211. Rosen GM, Ross AO. Relationship of body image to self-concept. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1968;32(1):100.
212. Usmiani S, Daniluk J. Mothers and their adolescent daughters: Relationship between self-esteem, gender role identity, body image. *Journal of youth and adolescence*. 1997;26(1):45-62.
213. Caldwell MB, Brownell KD, Wilfley DE. Relationship of weight, body dissatisfaction, and self-esteem in African American and white female dieters. *International Journal of Eating Disorders*. 1997;22(2):127-30.
214. Sarwer DB, Wadden TA, Foster GD. Assessment of body image dissatisfaction in obese women: specificity, severity, and clinical significance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1998;66(4):651.
215. Rosen JC, Orosan P, Reiter J. Cognitive behavior therapy for negative body image in obese women. *Behavior therapy*. 1996;26(1):25-42.
216. Fairburn CG, Brownell KD. *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook*: Guilford Press; 2005.
217. Ozmen D, Ozmen E, Ergin D, Cetinkaya AC, Sen N, Dundar PE, et al. The association of self-esteem, depression and body satisfaction with obesity among Turkish adolescents. *BMC Public Health*. 2007;7(1):80.
218. Wardle J, Waller J, Fox E. Age of onset and body dissatisfaction in obesity. *Addictive behaviors*. 2002;27(4):561-73.
219. Cutting TM, Fisher JO, Grimm-Thomas K, Birch LL. Like mother, like daughter: familial patterns of overweight are mediated by mothers' dietary disinhibition. *The American journal of clinical nutrition*. 1999;69(4):608-13.
220. Lissau I, Sorensen TI. Parental neglect during childhood and increased risk of obesity in young adulthood. *The Lancet*. 1994;343(8893):324-7.
221. Puhl R, Brownell KD. Stigma, discrimination, and obesity. *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook*. 2002:108-12.
222. Myers A, Rosen JC. Obesity stigmatization and coping: relation to mental health symptoms, body image, and self-esteem. *International journal of obesity*. 1999(23):221-30.
223. Puhl RM, Brownell KD. Confronting and coping with weight stigma: an investigation of overweight and obese adults. *Obesity*. 2006;14(10):1802-15.
224. Puhl RM, Andreyeva T, Brownell KD. Perceptions of weight discrimination: prevalence and comparison to race and gender discrimination in America. *International journal of obesity*. 2008;32(6):992-1000.
225. Puhl R, Heuer C, Sarda V. Framing messages about weight discrimination: impact on public support for legislation. *International Journal of Obesity*. 2011;35(6):863-72.

226. Arslan M, Başkal N, Çorakçı A, Görpe U, Korugan Ü, Orhan Y, et al. Ulusal obezite rehberi. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği Yayını. 1999.
227. Wadden A. Obezite tedavi el kitabı türkçesi, 1. Baskı, And Yayıncılık, İstanbul. 2003.
228. Bozbora A. Obezite ve tedavisi: Nobel Tıp Kitabevleri; 2002.
229. Eker E, Şahin M. Birinci basamakta obeziteye yaklaşım. Sürekli Tıp Eğitim Dergisi. 2002;11(7):246.
230. Aronne LJ. Treating obesity: a new target for prevention of coronary heart disease. Progress in cardiovascular nursing. 2001;16(3):98-115.
231. Laquatra I. Nutrition for weight management. Mahan LK, Escott-Stump S Krause's food, nutrition and diet therapy 11th ed Philadelphia. 2004.
232. Alberti K, Zimmet P, Shaw J. Metabolic syndrome—a new world-wide definition. A consensus statement from the international diabetes federation. Diabetic medicine. 2006;23(5):469-80.
233. Özenoğlu A. Beslenme Bozukluklarında Diyet ile Tedavi. Turkiye Klinikleri Journal of Psychiatry Special Topics. 2008;1(1):81-7.
234. Colman E, Golden J, Roberts M, Egan A, Weaver J, Rosebraugh C. The FDA's assessment of two drugs for chronic weight management. New England Journal of Medicine. 2012;367(17):1577-9.
235. Garvey WT. Phentermine and topiramate extended-release: a new treatment for obesity and its role in a complications-centric approach to obesity medical management. Expert opinion on drug safety. 2013;12(5):741-56.
236. Sjöström L, Rissanen A, Andersen T, Boldrin M, Golay A, Koppeschaar HP, et al. Randomised placebo-controlled trial of orlistat for weight loss and prevention of weight regain in obese patients. The Lancet. 1998;352(9123):167-72.
237. Antel J, Hebebrand J. Weight-reducing side effects of the antiepileptic agents topiramate and zonisamide. Appetite Control: Springer; 2012. p. 433-66.
238. Lee A, Morley JE. Metformin Decreases Food Consumption and Induces Weight Loss in Subjects with Obesity with Type II Non-Insulin-Dependent Diabetes. Obesity research. 1998;6(1):47-53.
239. Sertöz ÖÖ, Mete HE. Obezite Tedavisinde Bilişsel Davranışçı Grup Terapisinin Kilo Verme, Yaşam Kalitesi ve Psikopatolojiye Etkileri: Sekiz Haftalık izlem Çalışması. BCP. 2005;15(3):119-26.
240. Beck JS. The Beck diet solution: Weight loss workbook: Oxmoor House; 2007.
241. Orzano AJ, Scott JG. Diagnosis and treatment of obesity in adults: an applied evidence-based review. The Journal of the American Board of Family Practice. 2004;17(5):359-69.

242. Kılıç C, Göğüş A. Composite International Diagnostic Interview: CIDI (Turkish version). Ankara: Nurol Press(Turkish). 1997.
243. Gearhardt AN, Corbin WR, Brownell KD. Preliminary validation of the Yale food addiction scale. *Appetite*. 2009;52(2):430-6.
244. Bayraktar F, Erkman F, Kurtuluş E. Adaptation Study of Yale Food Addiction Scale. *Bulletin of Clinical Psychopharmacology*. 2012;22(1):S38.
245. Whiteside SP, Lynam DR. The five factor model and impulsivity: Using a structural model of personality to understand impulsivity. *Personality and individual differences*. 2001;30(4):669-89.
246. Yargıç İ, Ersoy E, Oflaz SB. UPPS Dürtüsel Davranış Ölçeği ile Psikiyatri Hastalarında Dürtüsellik Ölçümü. *Bulletin of Clinical Psychopharmacology*. 2011;21(2):139-46.
247. Beck AT, Ward C, Mendelson M. Beck depression inventory (BDI). *Arch Gen Psychiatry*. 1961;4(6):561-71.
248. Hisli N. Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenilirliği. *Psikoloji dergisi*. 1989;7(23):3-13.
249. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of consulting and clinical psychology*. 1988;56(6):893.
250. Ulusoy M, Sahin NH, Erkmen H. Turkish version of the Beck Anxiety Inventory: psychometric properties. 1998.
251. Nishida C, Mucavele P. Monitoring the rapidly emerging public health problem of overweight and obesity: the WHO Global Database on Body Mass Index. *SCN news*. 2005(29):5-11.
252. Styne DM. Childhood and adolescent obesity: prevalence and significance. *Pediatric Clinics of North America*. 2001;48(4):823-54.
253. Polat A, Turan HS. Yeme Bozuklukları ve Obezite Tanı ve Tedavi Kitabı içinde Obezite: Tanı, Sınıflandırma ve Epidemiyoloji. Alkın T, editor. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği; 2013. 291-8 p.
254. Barry D, Clarke M, Petry NM. Obesity and its relationship to addictions: is overeating a form of addictive behavior? *The American Journal on Addictions*. 2009;18(6):439-51.
255. Meule A. Food addiction and body-mass-index: a non-linear relationship. *Medical hypotheses*. 2012;79(4):508-11.
256. Pedram P, Wadden D, Amini P, Gulliver W, Randell E, Cahill F, et al. Food addiction: its prevalence and significant association with obesity in the general population. *PLoS One*. 2013;8(9):e74832.

257. Herzog DB, Eddy KT. Diagnosis, epidemiology, and clinical course of eating disorders. *Clinical manual of eating disorders*. 2007:1-29.
258. Rozin P, Levine E, Stoess C. Chocolate craving and liking. *Appetite*. 1991;17(3):199-212.
259. Mason SM, Flint AJ, Roberts AL, Agnew-Blais J, Koenen KC, Rich-Edwards JW. Posttraumatic stress disorder symptoms and food addiction in women by timing and type of trauma exposure. *JAMA psychiatry*. 2014;71(11):1271-8.
260. Sullivan S, Cloninger C, Przybeck T, Klein S. Personality characteristics in obesity and relationship with successful weight loss. *International Journal of Obesity*. 2007;31(4):669-74.
261. Hosák L, Preiss M, Halíř M, Čermáková E, Csémy L. Temperament and character inventory (TCI) personality profile in metamphetamine abusers: a controlled study. *European psychiatry*. 2004;19(4):193-5.
262. Fischer S, Anderson KG, Smith GT. Coping with distress by eating or drinking: role of trait urgency and expectancies. *Psychology of Addictive Behaviors*. 2004;18(3):269.
263. Littlefield AK, Sher KJ, Wood PK. Is “maturing out” of problematic alcohol involvement related to personality change? *Journal of abnormal psychology*. 2009;118(2):360.
264. Fischer S, Settles R, Collins B, Gunn R, Smith GT. The role of negative urgency and expectancies in problem drinking and disordered eating: Testing a model of comorbidity in pathological and at-risk samples. *Psychology of Addictive Behaviors*. 2012;26(1):112.
265. Fischer S, Smith G. Binge eating, problem drinking, and pathological gambling: Linked by common pathways to impulsive behavior. *Personality and Individual Differences*. 2008;44:789-800.
266. Mobbs O, Ghisletta P, Van der Linden M. Clarifying the role of impulsivity in dietary restraint: A structural equation modeling approach. *Personality and Individual Differences*. 2008;45(7):602-6.
267. Mather AA, Cox BJ, Enns MW, Sareen J. Associations of obesity with psychiatric disorders and suicidal behaviors in a nationally representative sample. *Journal of psychosomatic research*. 2009;66(4):277-85.
268. Petry NM, Barry D, Pietrzak RH, Wagner JA. Overweight and obesity are associated with psychiatric disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychosomatic medicine*. 2008;70(3):288-97.
269. Kim O, Kim K. Body weight, self-esteem, and depression in Korean female adolescents. *ADOLESCENCE-SAN DIEGO*-. 2001;36:315-22.
270. Montserat Martinez M, Anke Bonnewyn M, Josep Maria Haro M. The relation between body mass index, mental health, and functional disability: a European population perspective. *Canadian Journal of Psychiatry*. 2008;53(10):679-88.

271. Gearhardt AN, White MA, Masheb RM, Morgan PT, Crosby RD, Grilo CM. An examination of the food addiction construct in obese patients with binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*. 2012;45(5):657-63.
272. Burmeister JM, Hinman N, Koball A, Hoffmann DA, Carels RA. Food addiction in adults seeking weight loss treatment. Implications for psychosocial health and weight loss. *Appetite*. 2013;60:103-10.
273. Davis C, Curtis C, Levitan RD, Carter JC, Kaplan AS, Kennedy JL. Evidence that 'food addiction' is a valid phenotype of obesity. *Appetite*. 2011;57(3):711-7.
274. Imperatori C, Innamorati M, Contardi A, Continisio M, Tamburello S, Lamis DA, et al. The association among food addiction, binge eating severity and psychopathology in obese and overweight patients attending low-energy-diet therapy. *Comprehensive psychiatry*. 2014;55(6):1358-62.

8. EKLER

EK.1 Uluslararası Bileşik Tanı Görüşmesi 2.1 (CIDI 2.1)

BÖLÜM C: SOMATİZASYON

AŞAĞIDAKİ SORULARIN KODLAMALARI İÇİN KULLANIM KLAVUZUNA VE SORU AKIŞ ŞEMASINA BAKINIZ. HASTA OLUMLU YANIT VERDİYSE, SON AY İÇİNDE OLUP OLMADIĞINI SORUNUZ, EVET İSE 6 KODLAYINIZ. 5 VEYA 6 KODLANAN HER BELİRTİ İÇİN KESİN BİR TIBBİ AÇIKLAMA VAR MI. VARSA "TIBBİ AÇIKLAMA" (4) KODLAYINIZ. BU KODLAMA İÇİN TIP EĞİTİMİ ALMIŞ OLMAK GEREKİR. AKSİ HALDE "DR" VEYA "BAŞKA"YI DOLDURUNUZ VE KODLAMANIN KONTROLÜNÜ İSTEYİNİZ.

KODLAMA: 1: HAYIR, YOK
2: VAR, EŞİK ALTI
3: TIBBİ AÇIKLAMASI VAR
4: EVET, SON ZAMANA AİT DEĞİL
5: ŞİMDİ VAR, (SON ZAMANA AİT)

Şimdi yaşamınız boyunca herhangi bir anda başınıza gelmiş olabilecek bazı sorunlarla ilgili sorular sormak istiyorum.

- C1. Hiç çok fazla karın ağrısı çektiğiniz oldu mu? (Menstrüasyon dönemleri hariç.)
DR:..... BAŞKA:..... 1 2 5 6
TIBBİ AÇIKLAMA (TA) 4
- C2. Çok fazla bel ağrısı, sırt ağrısı çektiğiniz oldu mu?
DR:..... BAŞKA:..... 1 2 5 6
TA 4
- C3. Hiç eklem (mafsal) ağrıları oldu mu?
DR:..... BAŞKA:..... 1 2 5 6
TA 4
- C4. Eklemeleriniz dışında, kollarınızda, bacaklarınızda hiç ağrı oldu mu?
DR:..... BAŞKA:..... 1 2 5 6
TA 4
- C5. Hiç göğsünüzde ağrı veya baskı hissi oldu mu?
DR:..... BAŞKA:..... 1 2 5 6
TA 4
- C6. Çok baş ağrısı çektiğiniz oldu mu?
DR:..... BAŞKA:..... 1 2 5 6
TA 4
- C7. Saydıklarımızdan başka bir yerinizde hiç ağrınız oldu mu? YALNIZ C1-C6 ARASINDA SAYILAN YERLERDE AĞRIDAN SÖZEDİYORSA 1 KODLAYINIZ.
DR:..... BAŞKA:..... 1 2 5 6
TA 4

AĞRIYAN BÖLGE:

- C8. C1-C7'DEN EN AZ BİRİ 6 KODLANDI MI ? HAYIR...C9'A GEÇİN..1 EVET.....
A. Son 12 ay içinde 6 ay ya da daha fazla süreyle çoğu zaman (C1-C7'DE 6 ya da 5 KODLANAN AĞRILAR)'ı çektiniz mi ? HAYIR.....1 EVET.....5

EVET İSE HASTA İZLEME FORMUNA İŞARETLEYİNİZ.

BŞ: İlk kez ne zaman bu ağrıları çekmeye başladınız. 1 2 3 4 5 6 BŞ YAŞI: _____

- C9. (Hamile değilken) çok fazla kustuğunuz oldu mu?
DR:..... BAŞKA:..... 1 2 5 6
TA 4
- C10. Hiç uzun süren mide bulantısı yakınmanız (kusma olmadan) oldu mu?
TAŞIT TUTMASI FİZİKSEL BİR DURUM SAYILIYOR.
DR:..... BAŞKA:..... 1 2 5 6
TA 4

11. Dilinizin pas tutması ya da ağızınızda kötü bir tad duyma gibi yakınmalarınız oldu mu
DR:..... BAŞKA:..... 1 2 5 6 TA 4
- C12. Yutma güçlüğü, boğazınızda tıkanıklık, sıkışma hissi gibi yakınmalarınız oldu mu
YALNIZ AĞLAMAKLI OLDUĞU ZAMAN OLUYORSA 1 KODLAYINIZ.
DR:..... BAŞKA:..... 1 5 6 TA 4
- C13. Hiç çok fazla ishal yakınmanız oldu mu?
DR:..... BAŞKA:..... 1 2 5 6 TA 4
- C14. Aşırı gaz, mide şişkinliği ya da geçirmeden çok fazla yakındığınız oldu mu?
DR:..... BAŞKA:..... 1 2 5 6 TA 4
- C15. Sizi hasta ettiği için yiyemediğiniz çeşitli yiyecekler oldu mu?
DR:..... BAŞKA:..... 1 5 6 TA 4
- C16. Sizi yoracak birşey yapmadığınız halde nefes darlığınız hiç oldu mu?
DR:..... BAŞKA:..... 1 2 5 6 TA 4
- C17. Hiç çarpıntınız (kalbinizin şiddetle attığını duyduğunuz) oldu mu?
HAYIRSA 1 KODLAYINIZ, EVETSE A'YI SORUNUZ. 1 2 5 6 TA 4
- A. Çarpıntınız kendinizi yordüğünüz zamanlar dışında da olur mu? OLMAZ.....1
DR:..... BAŞKA:..... OLUR.....SRŞ
- C18. Hiç başdönmesi, sersemlik haliniz oldu mu?
DR:..... BAŞKA:..... 1 2 5 6 TA 4
- C19. Hiç çift görme yakınmanız oldu mu?
DR:..... BAŞKA:..... 1 2 5 6 TA 4
- C20. (Gözlük gereksinimi ya da gözlük değiştirmekle ilgisi olmaksızın) bir süre devam eden bulanık görmeniz oldu mu?
DR:..... BAŞKA:..... 1 2 5 6 TA 4
- C21. Bir ya da iki gözünüzde birkaç saniye ya da daha uzun süreyle görmeme oldu mu?
DR:..... BAŞKA:..... 1 5 6 TA 4
- C22. Kulaklarınızda ya da kafanızın içinde çınlama ve uğultu hiç oldu mu?
DR:..... BAŞKA:..... 1 5 6 TA 4
- C23. (Üzerine yatıp da uyşmuş olması dışında) Kolunuzda ya da bacağınızda duyu kaybı (hissetmeme) oldu mu? HAYIRSA A'YI SORUNUZ, EVETSE SORUŞTURUNUZ.
- A. Başka bir yerinizde duyu kaybı oldu mu? HAYIR.....1 EVET.....SRŞ
DR:..... BAŞKA:..... 1 2 5 6 TA 4
- C24. Hissizlik, uyuşukluk, keçeleşme, karıncalanma gibi hoş olmayan hislerden çok yakındığınız oldu mu?
DR:..... BAŞKA:..... 1 2 5 6 TA 4
- C25. Bedeninizin herhangi bir yerinde ürperme ya da birşey dokunuyormuş gibi bir his his oldu mu? DR:..... BAŞKA:..... 1 2 5 6 TA 4
- C26. Bedeninizin herhangi bir parçasını ağırlaşmış ya da hafiflemiş hissettiğiniz hiç oldu mu? DR:..... BAŞKA:..... 1 2 5 6 TA 4

- C27. Hiç yürüme gücünüz oldu mu? 1 2 5 6 TA 4
DR: BAŞKA:.....
- C28. Daha önceden kaldırabildiğiniz ya da oynatabildiğiniz eşyaları kaldıramayacak, oynatamayacak ölçüde gücsüz olduğunuz dönemler oldu mu? 1 2 5 6 TA 4
DR:..... BAŞKA:.....
- C29. Hiç felç (bir süre için bedeninizin bir tarafını oynatamama) geçirdiniz mi? 1 5 6 TA 4
DR:..... BAŞKA:.....
- C30. Hiç (30 dakika ya da daha uzun süreyle) sesinizin çıkmadığı, yalnız fısıltıyla konuşabildiğiniz oldu mu? 1 5 6 TA 4
DR:..... BAŞKA:.....
- C31. Tüm bedeninizde' ya da bedeninizin bazı yerlerinde birkaç dakika süren titreme nöbetleriniz oldu mu? 1 5 6 TA 4
DR:..... BAŞKA:.....
- C32. Hiç kendinizi gücsüz ya da kötü hissedip kendinizden geçtiğiniz, bayıldığınız oldu mu? DR:..... BAŞKA:..... 1 5 6 TA 4
- C33. Yaşamınızda birkaç saat ya da gün boyunca ne olduğunu anımsayamadığınız unutma dönemleri oldu mu? DR:..... BAŞKA:..... 1 5 6 TA 4
- C34. (Başka) herhangi bir nedenle bilincinizi kaybettiğiniz oldu mu? KONVÜLSİYON (C31), BELLEK YİTİMİ (C33) YA DA BAYILMAYA (C32) BAĞLIYSA 1 KODLAYINIZ. ANESTEZİYE BAĞLI BİLİNÇ YİTİMİ 4 KODLANIR. DR:..... BAŞKA:..... 1 5 6 TA 4
- C35. Hiç derinizde lekeler, renk değişiklikleri oldu mu? 1 2 5 6 TA 4
DR:..... BAŞKA:.....
- C36. Çok sık idrar yapmaktan yakındığınız oldu mu? 1 2 5 6 TA 4
DR:..... BAŞKA:.....
- ERKEKLER İÇİN C40'A GEÇİNİZ.
- C37. Adetinizin başladığı yıl dışında, adet düzensizliğiniz oldu mu? YALNIZ ZORLU EGZERSİZ YA DA MENAPOZA GİRERKEN OLMUŞSA 1 KODLAYINIZ. 1 2 5 6 TA 4
DR:..... BAŞKA:.....
- C38. Aşırı kanamalı adet gördüğünüz oldu mu? YALNIZ MENAPOZ DÖNEMİNDEKİ İKİ YIL İÇİNDE OLMUŞSA 1 KODLAYINIZ. 1 2 5 6 TA 4
DR:..... BAŞKA:.....
- C39. Adet dönemlerinizde aşırı ağrıdan yakındığınız oldu mu? 1 2 5 6 TA 4
DR:..... BAŞKA:.....
- C40. Şimdi size cinsel yaşamınızla ilgili sorular soracağım. Cevap vermek istemezseniz bu soruları geçebiliriz. Cinsel yaşamınız sizin için önemli mi yoksa olmasa da olur mu? ÖNEMLİ.....1* OLMASA DA OLUR.....5 CİNSEL DENEYİMİ YOK.....8
- C41. CİNSEL DENEYİMİ OLMAMIŞ. EVET...(C46'YA GEÇİN)..5 HAYIR.....1
- C42. CİNSELLİKLE İLGİLİ SORULARI RED EDİYOR. EVET...(C46'YA GEÇİN)..5 HAYIR.....1
- C43. Cinsel ilişki sırasında canınızın yandığı oldu mu ? 1 2 5 6 TA 4
DR:..... BAŞKA:.....

- C44. (Acı duymasanız bile) birkaç ay süreyle cinsel ilişkinin size zevk vermediği oldu mu?
DR:..... BAŞKA:..... 1 2 5 6 TA 4
- C45. (Başka) Cinsel sorunlarınız oldu mu ?(ERKEKLER İÇİN:2 ay ya da daha uzun süreyle
organınızda sertleşme oldu mu?)
DR:..... BAŞKA:..... 1 2 5 6 TA 4
- C46. Yaşamınızın büyük bölümünde sağlığınız yerinde miydi, yoksa hastalıklı mıydınız?
OLDUKÇA SAĞLIKLI.....1
KRONİK BİR BEDEN HASTALIĞI VAR.....4
ÇÖZÜ ZAMAN HASTALIKLI.....5
- C47. C1'DEN BAŞLAYARAK 6 KODLANAN KAÇ SORU VAR? _____ EŞİK:04
EŞİĞE ULAŞTIYSA İZLEME FORMUNA İŞARETLEYİN VE BŞ'Yİ SORUN.
- BŞ:İlk kez ne zaman (C1-C46 ARASINDA 5-6 KODLANANLAR) oldu ? 1 2 3 4 5
YAŞ:_____

HİPOKONDRIYAZİS (YALNIZ SON 12 AY)

- C48. Son 12 ay içerisinde, 6 ay ya da daha uzun süreyle ciddi bir bedensel hastalığınızı
olduğundan büyük bir kaygı duydunuz mu ?
HAYIR...NA'İ'E GEÇ.....1 EVET.....5
Hangi hastalıktan kaygı duyuyordunuz? _____
YALNIZ FİZİKSEL HASTALIĞI ALINIZ. BİRDEN ÇOK HASTALIKTAN SÖZEDİYORSA 1 KODLAYINI
DR:..... BAŞKA:..... 1 2 5 6 TA
1-4 KODLANDIYSA VEYA DOKTORA BAŞVURMAMIŞSA NA'İ'E GEÇİNİZ.
- C49. (HASTALIK) hakkında kaygılanmanız bu süre (6 ay) içinde yaşamınızı çok aksattı mı
HAYIR.....1 EVET.....5
- C50. Hastalık kaygınız yüzünden doktorunuza birkaç kez (3'ten çok) gittiğiniz ya da doktora
doktor dolaştığınız oldu mu? HAYIR.....1 EVET.....
- C51. Doktorlar hastalık kaygınız nedeniyle en az birkaç tetkik yaptırıyorlar mı?
HAYIR.....1 EVET.....5
- C52. Doktorunuzun hastalığınızı iyi inceleyip ele aldığını düşünüyor musunuz, yoksa bunda
tatmin olmadığınız mı? İYİ ELE ALINDI...1 ALINMADI.....
- C53. Doktorunuzun hastalığınızın nedeni, koyduğu tanı ya da yapılması gerekenler konusunda
yanıldığını sık sık düşündünüz mü? HAYIR.....1
BAZEN.....2
EVET.....5
- C54. C48-C53 ARASINDA 5 KODLANAN KAÇ SORU VAR? _____ EŞİK: 03
EŞİĞE ULAŞTIYSA İZLEME FORMUNA İŞARETLEYİN VE BŞ'Yİ SORUN.
- BŞ: ilk kez ne zaman bu hastalıkla ilgili endişeleriniz sizi rahatsız etmeye başladı?
BŞ: 1 2 3 4 5 6
BŞ YAŞI: _____

NEVRASTENİ:

- NA1. Geçen ay boyunca kendinizi sürekli yorgun hissediyor muydunuz ? 1 2 6 TA 4
(KESİN TANI ALMIŞ FİZİKSEL BİR HASTALIK VARSA 4 KODLAYIP CA1'E GEÇİN)
DR:..... BAŞKA:.....
- NA2. Günlük işlerinizi yaparken kolayca yorulur musunuz ? 1 2 6 TA 4
DR:..... BAŞKA:.....
- NA3. En küçük bir iş bile bitkin düşmenize neden olur mu ? 1 2 6 TA 4
DR:..... BAŞKA:.....
- NA1-NA2-NA3'DEN BİRİ '6' KODLANDIYSA SORUN.
- NA4. Dinlendiğinizde bitkinliğinizin, yorgunluğunuzun geçmesi güç oluyor mu ?
HAYIR.....1 EVET.....6
- A. NA1-NA4 ARASINDA KAÇ 6 KODU VAR ? ____ EŞİK: 3
EŞİĞE ULAŞTIYSA İZLEME FORMUNA İŞARETLEYİNİZ VE BŞ'Yİ SORUN.
- BŞ: Bu yorgunluk ve bitkinlik dönemi ne zaman başladı ? 1 2 3 4 5, 6 BŞ YAŞI: ____

ŞİMDİKİ BUNALTI

Son 4 haftada kendinizi nasıl hissettiğinize ilişkin bazı sorular sormak istiyorum. GEÇEN AY İÇİNDE ZAMANIN YARIDAN FAZLASINDA VAR OLAN BELİRTİLERİ KODLAYINIZ. HASTA EVET DEDIĞİNDE ALTI ÇİZİLİ KİSMİ YİNELEYİP "ZAMANIN YARIDAN FAZLASINDA MI" DIYE SORUNUZ.

- CA1. Geçen ay içinde kendinizi kaygılı/endişeli hissediyor muydunuz?
HAYIRSA CA5'E GEÇİNİZ. EVETSE BELİRTİNİN GEÇEN AY İÇİNDE ZAMANIN YARIDAN FAZLASINDA OLUP OLMADIĞINI SORUNUZ. HAYIR.....1 EVET.....6
- CA2. Sağlığınızdan çok kaygı duyuyor muydunuz ? SORUNLARIN AĞIRLIĞIYLA ORANTILI ENDİŞE...4
HAYIR.....1 EVET.....6
- CA3. Kaygılandığınız zamanlar, birden çok kaygınız olur mu ?
HAYIR.....1 EVET.....6
- CA4. Olmayacak ya da önemsiz şeyler için kaygılanıyor muydunuz?
HAYIR.....1 EVET.....6
- CA5. Sinirli ve bunaltılı hissediyor muydunuz ?
EVETSE BELİRTİNİN GEÇEN AY İÇİNDE ZAMANIN YARIDAN FAZLASINDA OLUP OLMADIĞINI SORUNUZ. HAYIR.....1 EVET.....6
- CA6. CA1 YA DA CA5 6 KODLANDIYSA: Zamanın çoğunda bunaltılı ya da kaygılı hissetmeniz ne kadar sürdü ? ____ hafta
96 HAFTADAN FAZLAYSA 96 KODLAYINIZ.

47. Geçtiğimiz 4 hafta boyunca sayacağım sorunlardan çoğu zaman var olanları söyleyiniz
VAR OLANLAR İÇİN ÇOĞU ZAMAN VAR OLUP OLMADIĞINI SORUNUZ.

1. Başınızda sıkışma hissi	1	6
2. Serserlik, başdönmesi	1	6
3. Ağız kuruluğu (ilaca bağlı olmayan)	1	6
4. Boğazınızda tıkanma	1	6
5. Yutma güçlüğü, boğulma hissi	1	6
6. Nefes alma güçlüğü	1	6
7. Soğuk veya sıcak terleme, ateş basması	1	6
8. Kalp çarpıntısı	1	6
9. Göğüs veya karın ağrısı (ya da rahatsızlığı)	1	6
10. Kaslarda gerginlik veya acı	1	6
11. Rahatlayamama	1	6
12. Huzursuz hissetme	1	6
13. Kolay irkilme, ürkme	1	6
14. Titreme, sarsılma	1	6
15. Sürekli sinirli hissetme	1	6
16. Kaygılarınız yüzünden dikkatini toplayamama	1	6
17. Kaygılarınız yüzünden uykuya dalma güçlüğü	1	6
18. Ruhsal gerginlik	1	6
19. Kontrolünü kaybedeceğinden korkma	1	6
20. Gerçek olmadığınız hissi (rüyada gibi)	1	6
21. Kötü birşey olacağından korkma (ölüm gibi)	1	6

CA8.A. (CA7'DEKİ 6 KODLARINI SAYIN) gibi yakınmalarınız ne zamandır var ? ____ hafta

26 HAFTADAN ÇOKSA SORUN.

B. Bu sorunlarınız ilk kez ne zaman başladı ? BŞ YAŞI: ____

CA8.A 4 YA DA DAHA FAZLA KODLANDIYSA.

C. CA7 1-21 ARASI KAÇ 6 KODU VAR ? ____ EŞİK: 04

EŞİĞE ULAŞTIYSA İZLEME FORMUNA İŞARETLEYİNİZ.

BUNALTI/PANİK

Şimdi yine yalnız geçen aya ilişkin değil tüm yaşamınıza ilişkin sorular soracağım.

D1 Başkalarının korku ya da bunaltı duymayacakları durumlarda birdenbire kendinizi çok korkmuş, bunaltili ve çok tedirgin hissettiğiniz nöbetleriniz oldu mu ?

HAYIR... (D2'YE GEÇİNİZ)...1
EVET.....5

D2 Bu, toplulukta dikkatin üzerinize toplandığı veya tehlikede olduğunuz durumlar dışında oldu mu ?

EVET İSE SORUŞTURMADAN ÖNCE SORUN.

Bana böyle bir nöbetinizi anlatabilir misiniz ?

1 2 5 6
TA 4

ÖRNEK :.....

DR: BAŞKA:

D2 1 OLARAK KODLANDIYSA D20'YE GEÇİNİZ.

D4 Ani ve şiddetli korku ve tedirginlik hissettiğiniz en kötü nöbetlerinizden birinde şimdi sayacağım şikayetlerden var olanları söyleyiniz. HER BELİRTİYİ OKUYUNUZ VE HER BELİRTİYİ "EVET" YA DA "HAYIR" OLARAK KODLAYINIZ. GEREKTİKÇE "Bu nöbet sırasında"YI YINELEYİNİZ.

1. nefes darlığı, nefes alma güçlüğü,	H	E
2. çarpıntı,	1	5
3. başdönmesi, sersemlik hissi,	1	5
4. göğsünüzde/midenizde, baskı, sıkışma, ağrı, rahatsızlık	1	5
5. ellerinizde ya da ayaklarınızda karıncalanma, uyuşma	1	5
6. boğazınızda tıkanma, yutma güçlüğü,	1	5
7. baygınlık hissi	1	5
8. terleme,	1	5
9. titreme,	1	5
10. ateş basması, üşüme,	1	5
11. kendinizin ya da çevrenizdeki şeylerin gerçek olmadığı duygusu,	1	5
12. ölüm korkusu,	1	5
13. çılgın gibi, deli gibi davranma korkusu	1	5
14. bulantı,	1	5
15. karın ağrısı,	1	5
16. boğulma hissi,	1	5
17. ağız kuruluğu	1	5

D5 D4'DE 5 KODLANMIŞ BİRDEN FAZLA SORU VAR MI ?

HAYIR..D20'YE GEÇ.1
EVET.....5

D6 (D4'DE 1-17 ARASINDA 5 KODLANMIŞ BELİRTİLERDEN SÖZ EDEREK)gibi sorunlarınızın olduğu korku ya da bunaltı nöbetleriniz (ilk/son) kez ne zaman oldu ?
SN 1 VEYA 2 KODLANDIYSA SORUN.

BŞ:1 2 3 4 5 6
BŞ YAŞI: _/_/
SN:1 2 3 4 5 6
SN YAŞI: _/_/

A. Geçen ay böyle kaç nöbet geçirdiniz ? _/_/ EŞİK: 03

D7 Bir ay ya da daha uzun süre her hafta böyle en az 4 nöbet geçirdiğiniz oldu mu ?

H.....1
E.....5

D8 4 Haftalık bir süre içinde bunun gibi 4 nöbet geçirdiniz mi ?

H.....1
E.....5

D9 Bir nöbet geçirdikten sonra bir ay ya da daha uzun süre yeni bir nöbet gelecek diye sürekli korkunuz oldu mu ?

H.D10'A GEÇİN.1
E.....5

A. Geçen ay içinde böyle bir nöbet geçireceğinizden sürekli korktunuz mu ?
D6A 3 YA DA DAHA FAZLA KODLANDIYSA VEYA D9A 5 KODLANDIYSA HASTA İZLEME ÇALIŞMASINA ALINACAKTIR. İZLEME FORMUNA İŞARETLEYİNİZ.

HAYIR.....1
EVET.....5

D10 Nöbetler sırasında (D4'DE 5 KODLANMIŞ EN FAZLA 4 BELİRTİYİ SAYARAK) birden başlayıp ilk birkaç dakika içinde kötüleşiyor mu ?

H.....1
E.....5

D20

Bazı insanlar kalabalıkta, yalnız dışarı çıktıklarında, otobüs, otomobil ya da tren gibi taşıtlarda, köprüden geçerken, mantıksızca, büyük bir korkuya kapılırlar ve bu yüzden bu gibi durumlardan kaçınırlar. Siz de böyle bir durumda olmaktan her zaman çok korktuğunuz bir dönem hiç yaşadınız mı ?

H..E1'E GEÇ....1
E.....5

A.Şu durumlarda böyle bir korku hissettiniz mi ?

- 1) kalabalıkta ya da kuyrukta beklerken
- 2) evden ayrılırken veya evden uzakta yalnızken
- 3) çarşıda, pazarda
- 4) araba, otobüs, tren ya da uçakta
- 5) köprüden geçerken

HAYIR	EVET
1	5
1	5
1	5
1	5
1	5

HERHANGİ BİRİ 5 KODLANDIYSA ÖRNEK İSTEYİNİZ:

HEPSİ 1 KODLANDIYSA 21'E , DEĞİLSE 22'YE GEÇİNİZ.

D21 Sizi her zaman çok korkutan bir durumdan söz ederken nasıl bir durum düşünmüştünüz ?

Ör!.....

YUKARDAKİLERİN
HİÇBİRİ..E1'E
GEÇİNİZ.....1
BAŞKA.....5

D22 Bu durumda iken,

1. baş dönmesi
2. terleme
3. titreme
4. ağız kuruluğu
5. kalp çarpıntısı oldu mu ?

HAYIR	EVET
1	5
1	5
1	5
1	5
1	5

A. Bu sırada mide ya da göğsünüzde bir rahatsızlık, soluk alma güçlüğü, boğulma hissi, kontrolünüzü kaybedecek ya da delirecekmışsiniz gibi bir duygu oldu mu ?

HAYIR.....1
EVET.....5

D23 Bu açıklanamayan güçlü korku sırasında, kimse yardım etmese ve kaçamasanız, bayılmaktan, ya da güçsüz kalacağınız, utanacağınız bir duruma düşmekten korktunuz mu ?

HAYIR.....1
EVET.....5

D24 Korkunuz nedeniyle bu durumlardan kaçındığınız oldu mu?

HAYIR.....1
EVET.....5

D25 BŞ/SN: (ilk/son) kez ne zaman (D20 A'DA 5 KODLANAN YA DA D21'DE SÖZ EDİLEN DURUMLAR)'dan mantıksızca büyük bir korkunuz oldu ?

BŞ: 1 2 3 4 5 6
BŞ YAŞI: /
SN: 1 2 3 4 5 6
SN YAŞI: /

D26 D22(1-5, D22A'DAN BİRİ) VE D24 "5" kodlandı mı ?

HAYIR..E1'E GEÇ..
EVET.....

D27 Bu korkularınızı bir doktora anlattınız mı ?

HAYIR.....
EVET..2'YE GEÇİN.

1. Bu korkularınız nedeniyle başka (profesyonel) kişilere başvurduğunuz mu ?

HA....1 EV....

2. Bu korkular nedeniyle birden çok kez ilaç aldınız mı?

HA....1 EV....

3. Bu korkular günlük yaşamınızı ve faaliyetlerinizi çok aksattı mı ?

HA....1 EV....

D28 Bu korkular nedeniyle yolculuğa çıkamadığınız oldu mu?

HA....1 EV....

D29	Bu korkular nedeniyle bütün bir gün evden çıkamadığınız oldu mu ?	HA....1	EV.....
D30	D2 deki PANİK NÖBETİ 2-5 KODLANDI MI ?	HAYIR...E1'E GEÇİN...1	EVET.....5
D31	Kendinizi birdenbire bunaltılı ya da rahatsız hissedip (D4 de 5 KODLANANLARDAN EN ÇOK 3 TANESİNİ SAYARAK) gibi belirtiler ortaya çıktığından söz ettiniz. Bu korkular yalnızca (D20 de 5 KODLANAN YA DA D21'DE SÖZ EDİLEN DURUMLARI SAYARAK) mı ortaya çıkıyordu ? Yoksa başka zamanlarda da oldu mu ?	NÖBETLER . YALNIZ FÖBİK DURUMLARDA...	FÖBİK DURUMLAR DIŞINDA NÖBETLER...

E BÖLÜMÜ:DEPRESYON E1-E49

E1-E31 ARASINDA BELİRTİNİN SON 4 HAFTA İÇİNDE OLUP OLMADIĞINI DA (6) KODLAYINIZ. 2 HAFTA SÜRELİ SORULARDA 6 KODU İÇİN BELİRTİNİN VARLIĞI YETERLİDİR.

E1	Yaşamınızda iki hafta ya da daha uzun süreyle hemen her gün kendinizi üzüntülü, kederli, çökkün hissettiğiniz oldu mu?	1	5 6
E2	Yaşamınızda 2 yıl ya da daha uzun süreyle arada kendinizi iyi hissetseniz de çoğu gün kederli, çökkün oldunuz mu?	HA..E7'YE GEÇİN...1	EV..A'YI SORUN....5
A.	Böyle bir dönem (arada 2 ay iyilik hali olmadan) kesintisiz iki yıl sürdü mü ? 5 KODLANMADIYSA E7'YE GEÇİN.	1 2	5
BŞ/SN:	Kendinizi en az iki yıl, zamanın çoğunda üzüntülü, kederli hissettiğiniz dönemlerin (ilki/sonuncusu) ne zaman başladı/bitti ?	BŞ : 1 2 3 4 5 6 BŞ YAŞI : ___/___ SN : 1 2 3 4 5 6 SN YAŞI : ___/___	
E3	Bu dönem boyunca sık sık ağlar mıydınız ?	HA.....1	EV.....5 6
E4	Bu dönemde kendinizi sıklıkla umutsuz hisseder miydiniz?	HA.....1	EV.....5 6
E5	Bu iki yıl ya da daha uzun süreli dönemde günlük yaşamla ve sorumluluklarınızla baş edemediğinizi hissettiniz mi?	HA.....1	EV.....5 6
E6	Bu dönemde yaşamınızın her zaman kötü olduğunu ve daha iyiye de gitmediğini hisseder miydiniz ?	HA.....1	EV.....5 6

E01 ARASINDA KOŞELI PARANTEZ İÇİNDKİLERİ ATLAYINIZ. KODLAMANIZI BİRİNCİ KOLONDA YAPINIZ

		I YAŞAM BOYU	5* 6*	II EN KÖTÜ DÖNEM	
				H	E
E7	iki hafta ya da daha uzun süreyle <u>iştahınızı</u> [kaybettiniz mi ?] <u>kaybettiğiniz</u> hiç oldu mu ? BESLENME NORMAL OLSA BİLE POZİTİF OLABİLİR. DR:..... BAŞKA:..... 5 KODLANMADIYSA E8'E GEÇİN. (Bu dönemde/bu dönemlerden birinde) <u>iştahınızı</u> tümüyle kaybettiniz mi ?	1 4	5* 6*	1	5
A.		HAYIR.....1 EVET.....5 6		1	5
E8	Zayıflamaya çalışmadığınız halde birkaç hafta süreyle haftada 1 kilo ya da toplam 4.5 [kilo verdiniz mi ?] <u>kilo</u> <u>verdiğiniz</u> hiç oldu mu ? DR:..... BAŞKA:..... 5 KODLANMADIYSA E9'A GEÇİN. (Bu dönemde/bu dönemlerden birinde) kaç kilo kaybettiniz ?	1 4	5* 6*	1	5
A.		KG: _____		KG: _____	
E9	Büyüme dönemi (ya da hamilelik) dışında en az 2 hafta süreyle [iştahınız arttı mı ?] <u>iştahınızda</u> <u>artma</u> oldu mu ? DR:..... BAŞKA:.....	1 4	5* 6*	1	5
E10	Çok fazla yiyerek <u>birkaç</u> hafta süreyle haftada 1 kilo (ya da toplam 4.5 kilo)[aldınız mı ?] <u>aldığınız</u> bir dönem oldu mu ? MALNUTRİSYON SONRASI İSE 1 KODLAYIN. DR:..... BAŞKA:..... 5 KODLANMADIYSA E11'E GEÇİN.	1 4	5* 6*	1	5
A.	(Bu dönemde/ bu dönemlerden birinde) en fazla kaç kilo aldınız ?	KG: _____		KG: _____	
E11	iki hafta ya da daha uzun süreyle hemen her gece <u>uykuya dalmakta güçlük</u> [çektiniz mi ?] <u>çektığınız</u> oldu mu ? DR:..... BAŞKA:..... 5 KODLANMADIYSA E12'YE GEÇİN.	1,4	5* 6*	1	5
A.	iki hafta ya da daha uzun süreyle hemen her gece en az iki saat <u>uykuya dalamadığınız</u> [dalamadınız mı ?] bir dönem oldu mu ?	HAYIR....1 EVET.....5 6		1	5
E12	iki hafta ya da daha uzun süreyle hemen her gece [uykunuz bölündü mü ?] <u>uykunuzda bölünmeler</u> oldu mu? DR:..... BAŞKA:..... 5 KODLANMADIYSA E13'E GEÇİN.	1 4	5* 6*	1	5
A.	iki hafta ya da daha uzun süreyle hemen her gece bir saatten fazla yatakta uyanık [durdunuz mu ?] <u>durduğunuz</u> oldu mu ?	HAYIR.....1 EVET.....5 6		1	5

E13	iki hafta ya da daha uzun süreyle hemen her sabah <u>çok erken</u> [uyandınız mı?] <u>uyuma</u> sorunuz oldu mu? DR: BAŞKA: 5 KODLANMIYSA E14'E GEÇİN.	1 4 5* 6*	1	5
A.	iki hafta ya da daha uzun süreyle hemen her sabah <u>istediğinizden en az 2 saat erken</u> [uyandınız mı?] <u>uyduğunuz</u> bir dönem oldu mu?	HAYIR.....1 EVET.....5 6	1	5
E14	iki hafta ya da daha uzun süre hemen her gün <u>çok fazla</u> [uyuyor muydunuz?] <u>uyduğunuz</u> oldu mu? DR: BAŞKA:	1 4 5* 6*	1	5
E15	iki hafta ya da daha uzun süreyle <u>çok çalışmadığınız</u> halde kendinizi <u>yorgun, halsiz</u> [hissettiniz mi?] <u>hissettiğiniz</u> bir dönem oldu mu? DR: BAŞKA: 5 KODLANMADIYSA E16'YA GEÇİN.	1 4 5* 6*	1	5
A.	iki hafta ya da daha uzun süreyle <u>gücünüzün</u> tümüyle <u>tükenmiş</u> olduğunuzu hissettiniz mi?	HAYIR....1 EVET.....5 6	1	5
E16	iki hafta ya da daha uzun süreyle <u>sabahları</u> kendinizi <u>çok kötü hissedip</u> gün içinde daha [iyileştiniz mi?] <u>iyileştirdiğiniz</u> oldu mu? DR: BAŞKA:	1 4 5* 6*	1	5
E17	iki hafta ya da daha uzun süreyle hemen her gün normalden <u>yavaş konuştuğunuz</u> , ya da <u>yavaş hareket</u> [ettiniz mi?] <u>ettirdiğiniz</u> oldu mu? DR: BAŞKA: 5 KODLANMADIYSA E18'E GEÇİN.	1 4 5* 6*	1	5
A.	(Bu dönemde/bu dönemlerden birinde) bir başkası sizin <u>yavaş konuştuğunuzu</u> ya da <u>yavaş hareket</u> ettiğinizi fark etti mi?	HAYIR....1 EVET.....5 6	1	5
E18	iki hafta ya da daha uzun süreyle hemen her gün bir <u>asağı</u> bir <u>vukarı</u> gidip geldiğiniz, yerinizde <u>duramadığınız</u> [duramayıp], <u>sürekli hareket</u> [ettiniz mi?] <u>ettirdiğiniz</u> oldu mu? DR: BAŞKA:	1 4 5* 6*	1	5
E19	<u>Cinsel isteğinizin</u> [Cinsel isteğiniz] <u>her zamankinden çok az</u> [maydı?] <u>aldığı</u> birkaç haftalık bir dönem oldu mu? DR: BAŞKA: HIÇ İSTEĞİ OLMAMIŞSA 2 KODLAYIP E20'YE GEÇİN. 5 KODLANMADIYSA E20'YE GEÇİN.	1 2 4 5* 6*	1	5
A.	Cinsel isteğinizin <u>hiç tümüyle kaybolduğu</u> oldu mu? [Cinsel isteğiniz tümüyle kayboldu mu?]	HAYIR....1 EVET.....5 6	1	5
E20	iki hafta ya da daha uzun süreyle işinize ya da hoşunuza giden <u>şeylere</u> <u>ilginizi</u> [kaybettiniz mi?] <u>kaybettiğiniz</u> oldu mu? DR: BAŞKA: 5 KODLANMADIYSA E21'E GEÇİN.	1 3 5* 6*	1	5

	işinize ya da hoşladığınız şeylere ilginizi tümüyle [kaybettiniz mi ?] kaybetmediğiniz hiç oldu mu ?	HAYIR.....1 EVET.....5 6	1	5
E21	iki hafta ya da daha uzun süreyle yaşadığınız güzel şeyler karşısında (birşey kazanmak, övülmek gibi)[sevinemediniz mi ?] sevinemediğiniz oldu mu?	HAYIR.....1 EVET.....5 6	1	5
E22	iki hafta ya da daha uzun süreyle hemen her gün kendinizi :1. <u>değersiz</u> 2. <u>günahkar</u> 3. <u>suçlu</u> [hissettiniz mi ?] hissettiğiniz oldu mu ?	HAYIR EVET 1 5* 6* 1 5 1 5* 6* 1 5 1 5* 6* 1 5		
	5 VARSA SORUNUZ: Kendinizi (değersiz/ günahkar/ suçlu) hissetmeniz için bir neden var mıydı ? ÖRNEK: <u>DEĞERSİZLİK 1 KODLANDIYSA E23'E GEÇİN.</u>			
A.	Bir hafta ya da daha uzun süreyle kendinizi tümüyle değersiz [hissettiniz mi ?] hissettiğiniz oldu mu ?	HAYIR....1 EVET.....5 6	1	5
E23	iki hafta ya da daha uzun süreyle <u>başka insanlardan aşağı olduğunuzu</u> [hissettiniz mi ?] hissettiğiniz oldu mu ?	1 5* 6*	1	5
E24	iki hafta ya da daha uzun süreyle hiç bir konuda fikrinizi söyleyemeyecek kadar <u>kendinize</u> [güveniniz azaldı mı ?] <u>güveninizin azaldığı</u> oldu mu ?	1 5* 6*	1	5
	5 KODLANMADIYSA E25'E GEÇİNİZ.			
A.	iki hafta ya da daha uzun süreyle <u>kendinize</u> <u>güveninizi</u> tümüyle [kaybettiniz mi ?] <u>kaybettiğiniz</u> oldu mu ?	HAYIR....1 EVET.....5 6	1	5
E25	iki hafta ya da daha uzun süreyle hemen her gün <u>dikkatinizi toplamakta güçlük</u> [çektiniz mi ?] <u>çektığınız</u> oldu mu ?			
	DR: BAŞKA:	1 4 5* 6*	1	5
A.	iki hafta ya da daha uzun süreyle dikkatinizi veremediğiniz için televizyon, film izleyemediğiniz, <u>ilginizi çeken konularda okuyamadığınız</u> oldu mu ?	HAYIR....1 EVET.....5 6	1	5
E26	iki hafta ya da daha uzun süreyle hemen her gün <u>düşüncelerinizin yavaşlamış</u> ya da <u>karişikmiş</u> gibi [geldi mi ?] <u>geldiği</u> oldu mu ?	1 4 5* 6*	1	5
	DR: BAŞKA:			
E27	iki hafta ya da daha uzun süreyle hemen her gün sıradan <u>kararları vermekte güçlük</u> [çektiniz mi ?] <u>çektığınız</u> oldu mu ?	1 4 5* 6*	1	5
	DR: BAŞKA:			
	5 KODLANMADIYSA E28'E GEÇİN.			
A.	(iki hafta ya da daha uzun süreyle) sıradan konularda <u>karar verebilme gücünüzü</u> tümüyle [kaybettiniz mi ?] <u>kaybettiğiniz</u> oldu mu ?	HAYIR....1 EVET.....5 6	1	5

E28	İki hafta ya da daha uzun süreyle <u>ölümü</u> çok[düşündünüz mü ?] <u>düşündüğünüz</u> oldu mu ? (kendinizinkini, başkalarınınkini ya da genel olarak ölümü)	1	5*	6*	1	5
E29	İki hafta ya da daha uzun süreyle <u>ölmevi</u> [istediniz mi ?] <u>istediğiniz</u> oldu mu ?	1	5*	6*	1	5
E30	Hiç <u>intihar etmeyi düşündüğünüz</u> oldu mu ? [intihar etmeyi düşündünüz mü ?]	1	5*	6*	1	5
E31	Hiç <u>intihar girişiminde bulundunuz</u> mu ? [intihar girişiminde bulundunuz mu ?]	1	5*	6*	1	5
E32	E7'DEN BU YANA 3 YA DA DAHA FAZLA KUTUDA 5* YA DA 6* KODU VAR MI?	HAYIR.....1 EVET.....5				
A.	E7-E31 ARASINDA 6* KODLARINI SAYINIZ	/ / EŞİK: 04				
EŞİĞE ULAŞILDIYSA HASTA İZLEME ÇALIŞMASINA ALINACAKTIR. İZLEME FORMUNU DOLDURUN. E32 1 KODLANDIYSA E38A'YA GEÇİN.						
E33	E1(ÜZGÜN YA DA ELEMLİ) YA DA E20(İLGİ KAYBI) 5 YA DA 6 KODLANDI MI ?	HAYIR...E36'YA GEÇİN...1 EVET.....5				
E34	E7-E31'DE 5* / 6* KODLARI VE E1 YA DA E20 BİRLİKTE Mİ ORTAYA ÇIKMIŞ ?	HAYIR...E38A'YA GEÇ...1 BELİRSİZ.....2 EVET....E37'YE GEÇİN...5				
E36	(E7-E31 ARASINDA 5* KODLANANLARI SAYARAK) gibi sorunlarınızın olduğu dönemlerden söz ettiniz. Bu sorunlar hiç birlikte (aynı ay içinde) oldu mu ?	HAYIR..E38A'YA GEÇİN...1 EVET.....5				
A.	Bu sorunlarınız varken kendinizi iyi mi yoksa çökkün, herşeye karşı ilgisiz mi hissediyordunuz?	İYİ..E38A'YA GEÇİN....1 ÜZGÜN.....5				
E37	(İlk/son) kez ne zaman, 2 hafta ya da daha uzun süreyle bu sorunlarınızın yanı sıra kendinizi çökkün (YA DA EŞDEĞERİ) hissettiniz ?	BŞ: 1 2 3 4 5 6 BŞ YAŞI : / / SN: 1 2 3 4 5 6 SN YAŞI : / /				
E38	Kendinizi çökkün (YA DA EŞDEĞERİ) hissettiğiniz ve aynı zamanda saydığımız sorunların da bulunduğu en uzun dönem ne kadar sürdü ?	_____ HAFTA				
TÜM YAŞAM YA DA 19 YILDAN FAZLA İSE 996 KODLAYIN. 52xYIL= HAFTA, 4xAY= HAFTA.						
1-10 GÜN ARASINDA İSE 001 KODLAYIP A-D'Yİ SORUN VE MO'YA GEÇİN. 2 HAFTADAN ÇOK İSE E41'E GEÇİN.						
A.	Bir günden uzun 2 haftadan kısa çökkünlük dönemleriniz oldu mu ?	HAYIR...MO'A GEÇ...1 EVET.....5				
B.	Geçen yıl, hemen her ay ayda bir iki kez böyle dönemleriniz oldu mu ?	HAYIR.....1 HER AY DEĞİL.....2 EVET.....5				

C.	Doktorunuza bu daha kısa süren çökkünlük dönemlerinden söz ettiniz mi ?	HAYIR.....1 EVET.....5
D.	Bu kısa çökkünlük dönemleri yaşamınızı çok aksattı mı ?	HAYIR.....1 EVET.....5
E41	Şimdi size (ÇÖKKÜN/EŞDEĞERİ) olduğunuz ve (E7-E)1 ARASINDA 9*/0* KODLANAN BİRKAÇ MADDEYİ SAYARAK) gibi sorunlarınızın olduğu dönemleri sormak istiyorum. Yaşamınız boyunca, 2 hafta ya da daha uzun süren böyle kaç dönem oldu ? 96 YA DA DAHA FAZLA İSE 96 KODLAYIN. YALNIZ BİR TANEYSE E42'YE GEÇİN.	_____ NÖBET
A.	Bu dönemler arasında en az birkaç ay süreyle kendinizi iyi hissediyor muydunuz ?	HAYIR..(E42'YE GEÇİN)...1 EVET.....5
B.	Bu dönemler arasında tüm kapasitenizle çalışabiliyor muydunuz, başka insanlarla birlikte olmaktan hoşlanabiliyor muydunuz ?	HAYIR..(E42'YE GEÇİN)...1 EVET.....5
C.	Aradaki bu "normal" dönem en az 6 ay sürdü mü ?	HAYIR.....1 EVET.....5
D.	Bu dönem en az iki ay sürdü mü ?	HAYIR.....1 EVET.....5
E42	Kendinizi (çökkün/EŞDEĞERİ) hissettiğiniz dönem(ler) yüzünden hiç hastaneye (gündüz ya da tam gün hastası olarak) yattınız mı ?	HAYIR.....1 EVET...(E44'F GEÇİN)...5
E43	Bu dönem(ler)den bir doktora söz ettiniz mi ?	HAYIR.....1 EVET...(2'YE GEÇİN)...5
	1. Bu dönem(ler)den bir başka (profesyonel) kişiye söz ettiniz mi ?	HAYIR.....1 EVET.....5
	2. Bu dönem(ler)de birden çok kez ilaç kullandınız mı ?	HAYIR.....1 EVET.....5
	3. Bu dönem(ler) yaşamınızı, işinizi ve uğraşlarınızı önemli ölçüde aksattı mı ?	HAYIR.....1 EVET.....5
	4. Böyle bir dönem çalışmanızı, dost ve akrabalarınızı görmenizi engelleyecek ölçüde ağır oldu mu ?	HAYIR.....1 EVET.....5
E44	GEÇEN YIL NÖBET VARSA (E37:1-5) SORUN: Geçen yılki (bu dönem/dönemlerden biri) bir yakınınızın ölümünden hemen sonra mı oldu ? ÖLÜMDEN 2 AY GEÇTİKTE SONRA BAŞLAMISSA 1 KODLAYIP E45'E GEÇİN.	HAYIR...(E45'E GEÇİN)...1 EVET.....5
A.	Bu nöbetiniz yakınınızın ölümüne mi bağlıydı ?	EVET, ÖLÜME BAĞLI..... HAYIR, YALNIZ ÖLÜME BA DEĞİL.....
E45	E41'DE KODLANAN NÖBET SAYISI 1'DEN FAZLA MI ?	HAYIR..... EVET...(E47'YE GEÇİN)... EVET...MO'A GEÇİN..... HAYIR.....
A.	BAŞLANGICI SON AY İÇİNDE Mİ ? (E37 BŞ 1 YA DA 2 KODLANDI MI ?)	HAYIR..... EVET.....
E46	EN UZUN NÖBET 52 HAFTADAN UZUN MU ? (E38)	HAYIR...(E48'E GEÇİN)... EVET.....

E17 Şimdi, en az iki hafta süreyle kendinizi (çökkün /EŞDEĞERİ) hissettiğiniz ve daha önce saydığımız sorunlarınızın en çok olduğu zamanı öğrenmek istiyorum. O zaman kaç yaşındaydınız ? (SEÇEMİYORSA KÖTÜ NÖBETLERDEN BİRİNİ ALIN.) YAŞ : ___/___

A. ŞİMDİKİ EN KÖTÜ NÖBET Mİ ? EVET...E49'A GEÇ...5
HAYIR.....1

E48 ___/___ yaşınızda ortaya çıkan ve kendinizi (çökkün/EŞDEĞERİ) hissettiğiniz 1 nöbetinizde sayacağım şikayetlerden hangileri vardı ? (E7'YE DÖNÜN. [] İÇİNDEKİ SÖZLERİ KULLANARAK E7-E31 ARASINDA 5 KODLANAN HER SORUYU OKUYUN.) BELİRTİ BU DEPRESYON NÖBETİNDE VARSA İKİNCİ KOLONDA 5 KODLAYIN. YOKSA İKİNCİ KOLONDA 1 KODLAYIN.

TEK NÖBET VARSA MO'A GEÇİNİZ.
E49 Kendinizi (çökkün/EŞDEĞERİ) hissettiğiniz birden fazla nöbetiniz olduğumu söylediniz. Başka nöbetlerinizde şimdi söz ettiğimiz nöbetteki kadar çok şikayetiniz oldu mu ? HAYIR.....1
EVET, EN AZ BİR TANESİNDE.....5

M BÖLÜMÜ: BELLEK

M0 Unutkanlığınız var mı ? HAYIR...10'A GEÇ...1
EVET5

A. BU BÖLÜMÜN KULLANILMA NEDENİ:
HASTANIN BİLİŞSEL DURUMU GÖRÜŞMEYİ SÜRDÜRMEYİ OLANAKSIZ KILIYOR...1
HASTA BELLEK SORUNLARINDAN SÖZ EDİYOR.....2

M1 Unutkanlığınızdan bir doktora söz etme fırsatı buldunuz mu ? HAYIR....1
EVET.....5

Şimdi size dikkatinizi ve hafızanızı ölçecek sorular sormak istiyorum.

YANITLI YAZIP KODLAYINIZ. DOĞRU YANLIŞ

M2	Hangi yıldayız ?	_____	1	5
M3	Yılın hangi mevsimindeyiz ?	_____	1	5
M4	Bugün günlerden ne ?	_____	1	5
M5	Hangi aydayız ?	_____	1	5
M6	(Şimdi nerede olduğumuzu söyleyebilir misiniz ?)			
	Örneğin; hangi ildeyiz ?	_____	1	5
M7	Hangi şehir/kasabadayız ?	_____	1	5
M8	Burası neresi ?	_____	1	5
M9	Size 3 isim söyleyeceğim ve bunları tekrarlamamızı isteyeceğim. Bunları aklınızda tutmaya çalışın; birkaç dakika sonra neler olduklarını soracağım.			
	elma masa para			
	Tekrarlayabilir misiniz ?		1	5
			1	5
			1	5

UÇU DE GÖRENİLENE DEK TEKRARLAYINIZ .

Ek 2. Sosyodemografik ve Klinik Bilgi Formu

Tarih:

Boy:

Kilo:

Bki: Obez (Bki: 30 ve üzeri kg/m²) (1)

Fazla kilolu(Bki:25-29.9 kg/ m²) (2)

Normal kilolu (Bki: 18,5-24.9 kg/ m²) (3)

Ad – Soyad :

Protokol No:

Adres ve telefon:

Yaş:

Doğum Yeri:

Cinsiyet:

Kadın 1

Erkek 2

Medeni Durumu:

Evli 1

Dul 2

Ayrı yaşıyor 3

Boşanmış 4

Hiç evlenmemiş 5

Aile Tipi:

Çekirdek aile 1

Geniş aile 2

Parçalanmış Aile 3

Eğitim durumu:

Okuryazar değil	1
İlkokul	2
Ortaokul	3
Lise	4
Y.okul-Üniv.	5

Çalışma durumu:

Hiç çalışmamış	1
Öğrenci	2
Aralıklı çalışmış	3
İşten ayrılmış	4
Emekli	5
Malulen emekli	6
Halen çalışıyor	7

Halen çalışıyorsa ne iş yaptığı:

İşçi	1
Memur	2
Serbest meslek	3
Diğer (yazınız):.....	

Gelir durumunuz nedir?

0-1000 TL	1
1000-2000 TL	2
2000-4000 TL	3
4000 ve üzeri	4

Sigara veya alkol kullanıyor musunuz?

Sigara	1
--------	---

Alkol	2
Madde	3
Hiçbiri	4
Hepsi	5

Bilinen fiziksel rahatsızlığınız var mı?

Var	1
Yok	2

Varsa yazınız.....

Her gün düzenli kullandığınız ilaç var mı?

Var	1
Yok	2

Varsa yazınız.....

Şu anda tedavi gördüğünüz bir ruhsal rahatsızlığınız var mı?

Evet	1
Hayır	2

Varsa tanıyı yazınız.....

Geçmişte tedavi gördüğünüz herhangi bir ruhsal rahatsızlığınız var mı?

Evet	1
Hayır	2

Evetse tanıyı yazınız.....

Geçmişte kullandığınız psikiyatrik herhangi bir ilaç var mı ?

Evet	1
Hayır	2

Evetse isimlerini yazınız.....

Ailenizde ruhsal hastalığı olan var mı ?

Var	1
-----	---

Yok 2

Ailenizde ruhsal hastalığı olan varsa kim ?

.....

Ailenizde kilo problemi yaşayan kimse var mı?

Var 1

Yok 2

Ailenizde kilo problemi yaşayan varsa kim?

.....

Çocukluk çağında kilo probleminiz oldu mu?

Var 1

Yok 2

Daha önce obezite tedavisi gördünüz mü?

Evet 1

Hayır 2

Daha önce diyet yaptınız mı?

Evet 1

Hayır 2

Daha önce diyet yaptıysanız türü nedir?

Zayıflama diyeti 1

Kilo koruma diyeti 2

Diabetik diyet 3

Şu anda diyet yapıyor musunuz?

Evet 1

Hayır 2

Œu anda diyet yapıyorsanız türü nedir?

Zayıflama diyeti 1

Kilo koruma diyeti 2

Diabetik diyet 3

Egzersiz yapıyor musunuz?

Evet 1

Hayır 2

Egzersiz yapıyorsanız ne sıklıkta yapıyorsunuz?

Her gün 1

Haftanın birkaç günü 2

Nadiren 3

Ek 3. Yale Yeme Bağımlılığı Ölçeği (YYBÖ)

Bu ankette yer alan sorular, geçen bir yıla dair yeme alışkanlıklarınızı öğrenmeyi amaçlamaktadır. İnsanlar bazen belirli yiyeceklerin tüketimini kontrol etmekte zorlanırlar:

- Dondurma, çikolata, kurabiye, pasta, şeker gibi tatlılar
- Beyaz ekmek, makarna, pirinç gibi nişastalı gıdalar
- Cips, kraker gibi tuzlu atıştırmalar
- Biftek, hamburger, pizza, patates kızartması gibi yağlı yiyecekler
- Kola ve şekerli içecekler

Aşağıdaki sorularda “BELİRLİ YİYECEKLER” ifadesini gördüğünüzde listedeki yiyecekler ya da benzerlerini, ya da geçen bir yıl içinde sorun yaşadığınız bir yiyecek türünü düşünün

SON 12 AYDIR:	Hiç	Ayda bir kez	Ayda 2-4 kez	Haftada 2- kez	Haftada 4'ten fazla ya da her gün
1. Belirli yiyecekleri yemeye başladıktan sonra planladığımdan daha fazla yediğimi fark ettim	0	1	2	3	4
2. Açlığım geçmesine rağmen kendimi belirli yiyecekleri tüketmeye devam ederken buluyorum	0	1	2	3	4
3. Fiziksel olarak rahatsız hissedene kadar yiyorum	0	1	2	3	4
4. Belirli yiyecekleri yemeyi bırakmak ya da tüketimini azaltmak beni endişelendiriyor	0	1	2	3	4
5. Zamanımın büyük kısmını çok fazla yediğimden dolayı kendimi miskin ve yorgun hissederek geçiriyorum	0	1	2	3	4
6. Kendimi belirli yiyecekleri gün boyunca sürekli yerken buluyorum	0	1	2	3	4
7. Belirli yiyecekler elimin altında olmadığında, dışarı çıkıp temin etmeye çalışıyorum. Örneğin, evde başka seçeneklerim olsa bile markete gidip satın alırım.	0	1	2	3	4
8. Öyle anlar oluyor ki, çok sık ve çok fazla yemek yediğim için çalışmaya, ailem ve arkadaşlarımla vakit geçirmeye, benim için önemli ya da eğlenceli faaliyetleri yapmaya vakit ayıramıyorum.	0	1	2	3	4
9. Öyle anlar oluyor ki, çok sık ve çok fazla yemek yediğim için hissettiğim olumsuz duygularla baş etmeye çalışmaktan çalışmaya, ailem ve arkadaşlarımla vakit	0	1	2	3	4

geçirmeye, benim için önemli ya da eğlenceli faaliyetleri yapmaya vakit ayıramıyorum.					
10. Öyle anlar oluyor ki, çok fazla yemekten korktuğum için belirli yiyeceklerin bulunabileceği profesyonel ve sosyal ortamlardan kaçınıyorum.	0	1	2	3	4
11. Öyle anlar oluyor ki, belirli yiyecekleri yiyemeyeceğim bazı profesyonel ve sosyal ortamlardan kaçınıyorum.	0	1	2	3	4
12. Belirli yiyecekleri azalttığımda ya da bıraktığımda endişe, kaygı ya da fiziksel yoksunluk belirtileri yaşıyorum. (lütfen kahve, kola, çay, enerji içeceği gibi kafeinli içecekleri azaltmanın yarattığı belirtileri dahil etmeyin)	0	1	2	3	4
13. Gelişen endişe, kaygı ya da fiziksel yoksunluk belirtilerini önlemek için belirli yiyecekleri tüketiyorum. (lütfen kahve, kola, çay, enerji içeceği gibi kafeinli içecek tüketimini dahil etmeyin)	0	1	2	3	4
14. Belirli yiyecekleri azalttığımda ya da bıraktığımda onları tüketme isteğimin arttığını fark ediyorum.	0	1	2	3	4
15. Yemeklerle ve yemek yemekle ilgili davranışlarım beni önemli ölçüde rahatsız ediyor.	0	1	2	3	4
16. Yemekler ve yemek yemek yüzünden verimli iş yapma konusunda önemli sıkıntılar yaşıyorum (ünlük hayat, iş/okul, sosyal faaliyetler, aile faaliyetleri, sağlık sorunları)	0	1	2	3	4

	EVET	HAYIR
17. Yemek tüketimin yüzünden depresyon, kaygı, kendimden nefret etme, suçluluk gibi önemli psikolojik sorunlar yaşıyorum.	0	1
18. Yemek tüketimim önemli fiziksel sorunlara yol açıyor ya da var olan sorunları kötüleştiriyor.	0	1
19. Duygusal ve/veya fiziksel sorunlar yaşamama rağmen aynı tipte ya da aynı miktarda yemek tüketmeye devam ediyorum.	0	1
20. Zaman içinde, daha az olumsuz duygu ya da daha çok haz gibi istediğim duyguları elde etmek için daha fazla yemek yemeye ihtiyacım olduğunu fark ediyorum.	0	1
21. Aynı miktarda yemeğin, eskisi gibi olumsuz duyguları azaltmadığını ya da hazzı arttırmadığını fark ettim.	0	1
22. Belirli yiyecekleri azaltmak ya da yemeyi bırakmak istiyorum.	0	1
23. Belirli yiyecekleri azaltmaya ya da yemeyi bırakmaya çalıştım	0	1

24. Bu yiyecekleri azaltmayı ya da yemeyi bırakmayı başardım	0	1
--------------------------------------------------------------	---	---

25. Geçen bir yıl içerisinde belirli yiyecekleri azaltmayı ya da bırakmayı kaç kere denediniz?	1 kere	2 kere	3 kere	4 kere	5 ya da daha fazla
------------------------------------------------------------------------------------------------	--------	--------	--------	--------	--------------------

26. Aşırı yeme isteği uyandırdığı için ve/veya aşırı yemekten dolayı sorun yaşadığınız her yiyeceği işaretleyiniz:

Dondurm	Çikolata/gofret	Elma	Donat/Tatlı Çörek	Karnabahar	Kurabiye/Bisküvi	Pasta/kek	Şeker/Şekerleme
Ekmek	Poğaç/Açma	Marul	Makarna	Çilek/Kiraz/Üzüm	Pilav	Kraker	Cips
Simit	Patates kızartması	Havuç	Kırmızı Et	Muz	Pastırma/Sucuk/Salam	Hamburger	Tost/Peynirli Sandviç
Pizza/Lahmacun Döner	Kola/Gazoz	Peynir(Beyaz peynir, kaşar,vs .)	Yukarıdaki lerin hiçbiri				

27. Listedekiler dışında aşırı yeme isteği uyandırdığı için ve/veya aşırı yemekten dolayı sorun yaşadığınız yiyecekler varsa belirtiniz.

Ek 4. UPPS Dürtüsel Davranış Ölçeği (UPPS):

Aşağıda kişilerin kendilerini tanımlarken kullandıkları birtakım ifadeler verilmiştir. Lütfen her bir maddeyi okuyarak o maddede yer alan ifadenin sizi ne kadar iyi tanımladığına, size ne derece uygun olduğuna karar veriniz. Verdiğiniz karara göre yandaki bölme (X) işareti koyunuz.

UPPS	Bana Çok Uyuyor	Bana Uyuyor	Bana Uymuyor	Bana Hiç Uymuyor
1. İhtiyatlı ve tedbirli biriyimdir.				
2. Düşüncelerim ölçülü ve bir amaca yöneliktir.				
3. Düşünmeden konuşan biri değilim.				
4. Harekete geçmeden önce biraz durup yapacağım şey üzerine düşünürüm.				
5. Nasıl yürüteceğimi tam olarak bilmediğim bir projeye başlamak istemem.				
6. Karşılaştığım sorunları mantıklı bir biçimde değerlendirerek “makul” bir yaklaşımda bulunma eğilimindeyim.				
7. Kararlarımı genellikle dikkatlice enine boyuna düşünerek veririm.				
8. İhtiyatlı biriyimdir.				
9. Yeni bir durumun içine girmeden önce, o durumun bana neler kazandırabileceğini bilmek isterim.				
10. Herhangi bir şey yapmadan önce genellikle iyice düşünürüm.				
11. Bir konuyla ilgili karar vermeden önce tüm avantaj ve dezavantajları hesaba katarım.				
12. Dürtülerimi kontrol etmede sorun yaşarım.				
13. Şiddetli isteklerime direnç göstermede sorun yaşarım. (örneğin, yemek, sigara içmek vb.)				
14. Kendimi çoğu kez, sonradan pişman olup da kurtulmak istediğim işlerin içine sokarım.				
15. Kendimi kötü hissettiğimde, çoğu kez o anda iyi hissettiren fakat sonradan yaptığıma pişman olduğum şeyler yaparım.				
16. Kendimi kötü hissettiğim bazı zamanlarda, kendimi kötü hissettirse bile yapmakta olduğum şeyi durduramam.				
17. Üzgün olduğum zamanlarda çoğu kez düşünmeden hareket ederim.				
18. Reddedildiğimi hissettiğim zamanlarda, çoğu kez sonradan pişman olduğum şeyler söylerim.				

19. Duygularıma göre hareket etmemin önüne geçemiyorum.				
20. Sorunlarla karşılaştığımda onları çoğu kez içinden çıkılmaz bir hale getiririm çünkü üzgün olduğum zamanlarda düşünmeden hareket ederim				
21. Bir tartışmanın en ateşli anında, çoğu kez sonradan pişman olduğum sözler söylerim.				
22. Duygularımı her zaman kontrol altında tutmayı başarabilirim.				
23. Bazen aklıma eseni yapar ve sonra pişman olurum.				
24. Genellikle yeni ve heyecan verici deneyimler ve duygular ararım.				
25. Bu hayatta her şeyi bir kere deneyeceğim.				
26. Bir sonraki hamlenin çabuk yapıldığı spor ve oyunlardan hoşlanırım.				
27. Su kayağı yapmaktan keyif alabilirim.				
28. Risk almaktan hoşlanırım.				
29. Paraşütle atlamak hoşuma gidebilir.				
30. Biraz korkutucu ya da gelenekdışı dahi olsalar, yeni deneyimler ve duygular yaşamaya açığımdır.				
31. Uçak kullanmayı öğrenmek hoşuma gidebilir.				
32. Ara sıra biraz korkutucu işler yapmaktan keyif alırım.				
33. Yüksek bir dağın tepesinden aşağıya hızla kayarken hissedilen duygular bana keyif verebilir.				
34. Hava tüpü olmadan dalış yapmak hoşuma gidebilir.				
35. Arabayı hızlı sürmek hoşuma gidebilir.				
36. Genellikle olayları sonuna kadar takip etmeyi severim.				
37. Kolayca pes etme eğiliminde olan biriyim.				
38. Bitmemiş, yarım kalan işler canımı sıkır.				
39. Bir şey yapmaya başladığımda, durmaktan nefret ederim.				
40. Kolaylıkla konsantre olabilirim.				
41. Başladığım işi bitiririm.				
42. İşleri zamanında bitirebilmek için belirli bir düzen içinde çalışma konusunda oldukça iyiyimdir.				
43. Ben her zaman yapacak bir işi olan üretken biriyim.				
44. Başladığım hemen hemen her işin sonunu getiririm.				
45. Yapılması gereken küçük işleri bazen hiç umursamam.				

Ek 5. Beck Depresyon Ölçeği

Aşağıda gruplar halinde cümler verilmektedir. Öncelikle her gruptaki cümleri dikkatle okuyarak, bugün dahil geçen hafta içinde kendinizi nasıl hissettiğinizi en iyi anlatan cümleyi seçiniz.

- 1 (0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.
(1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
(2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
(3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.
- 2 (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
(1) Gelecek için karamsarım.
(2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
(3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
- 3 (0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.
(1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.
(2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
(3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.
- 4 (0) Her şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
(1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
(2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
(3) Her şeyden sıkılıyorum.
- 5 (0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.
(1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
(2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.

- (3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- 6 (0) Kendimden memnunum.
- (1) Kendimden pek memnun değilim.
- (2) Kendime kızgınım.
- (3) Kendimden nefrete ediyorum.
- 7 (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
- (1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğunu düşünmüyorum.
- (2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.
- (3) Her şeyi yanlış yapıyormuşum gibi geliyor ve hep kendimde kabahat buluyorum.
- 8 (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.
- (1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.
- (2) Kendimi öldürmek isterdim.
- (3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
- 9 (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.
- (1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
- (2) Çoğu zaman ağlıyorum.
- (3) Eskiden ağlayabilirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 10 (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkkın ve sinirli değilim.
- (1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.
- (2) Her şey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.
- (3) Canımı sıkın şeylere bile artık kızamıyorum.
- 11 (0) Başkalarıyla görüşme, kon uşma isteğimi kaybetmedim.

- (1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.
- (2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.
- (3) Artık çevremde hiç kimseyi istemiyorum.
- 12 (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.
- (1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
- (2) Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.
- (3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.
- 13 (0) Her zamankinden farklı göründüğümü sanmıyorum.
- (1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.
- (2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.
- (3) Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 14 (0) Eskisi kadar iyi iş güç yapabiliyorum.
- (1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.
- (2) Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.
- (3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.
- 15 (0) Uykum her zamanki gibi.
- (1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.
- (2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.
- (3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.
- 16 (0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.
- (1) Eskiye oranla daha çabuk yoruluyorum.
- (2) Her şey beni yoruyor.

- (3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.
- 17 (0) İştahım her zamanki gibi.
- (1) Eskisinden daha iştahsızım.
- (2) İştahım çok azaldı.
- (3) Hiçbir şey yiyemiyorum.
- 18 (0) Son zamanlarda zayıflamadım.
- (1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.
- (2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.
- (3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim.
- 19 (0) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.
- (1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.
- (2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermekte zorlanıyorum.
- (3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.
- 20 (0) Sekse karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok.
- (1) Eskisine oranla sekse ilgim az.
- (2) Cinsel isteğim çok azaldı.
- (3) Hiç cinsel istek duymuyorum.
- 21 (0) Cezalandırılması gereken şeyler yapığımı sanmıyorum.
- (1) Yaptıklarımın dolaylı olarak cezalandırılabilirliğimi düşünüyorum.
- (2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.
- (3) Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.

EK 6. Beck Anksiyete Ölçeği

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

	Hiç	<i>Hafif Düzeyde</i> Beni pek Etkilemedi	<i>Orta Düzeyde</i> Hoş değildi ama Katlanabildim	<i>Ciddi Düzeyde</i> Dayanmakta çok zorlandım
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma				
2. Sıcak/ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12. Ellerde titreme				
13. Titreklik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				

19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				