



T.C.  
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ  
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

OBEZ OLAN VE OBEZ OLMAYAN BİREYLERDE CİNSEL İŞLEV  
BOZUKLUĞU SIKLIĞININ KARŞILAŞTIRILMASI

Dr. Naciye KILIÇ AYDIN

UZMANLIK TEZİ

BURSA-2016



T.C.

ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ  
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

OBEZ OLAN VE OBEZ OLMAYAN BİREYLERDE CİNSEL İŞLEV  
BOZUKLUĞU SIKLIĞININ KARŞILAŞTIRILMASI

Dr. Naciye KILIÇ AYDIN

UZMANLIK TEZİ

Danışman: Prof. Dr. Aslı SARANDÖL

BURSA-2016

## İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER .....	i
ÖZET .....	iii
SUMMARY .....	iv
GİRİŞ VE AMAÇ .....	1
1. Obezite .....	3
1.A. Tanımlar .....	3
1.B. Obezitenin Epidemiyolojisi .....	4
1.C. Obezite Tipleri .....	5
1.C.a. Jinoid Tip .....	5
1.C.b. Android Tip .....	5
1.D. Obezitenin Etiyolojisi .....	5
1.D.a. Beslenme Alışkanlıkları ve Toplumdaki Riskler .....	5
1.D.b. Fiziksel Aktivitede Azalma .....	6
1.D.e. Çevresel Faktörler .....	7
1.D.f. İntrauterin Faktörler .....	7
1.D.g. Psikolojik Etmenler .....	7
1.D.h. Genetik .....	10
1.D.i. İştah ve Yiyecek Kontrolü .....	12
1.D.j. Psikotrop İlaçlar .....	12
1.D.k. Sigara .....	14
1.D.l. Stres .....	15
1.E. Obezitenin Sonuçları .....	15
1.F. Obezitede Tedavi Yaklaşımları .....	16
1.F.a. Diyet Tedavisi .....	16
1.F.b. Egzersiz .....	17
1.F.c. Davranış Tedavileri .....	17
1.F.d. Medikal Tedavi .....	18

1.F.e. Cerrahi Tedavi .....	18
1.G. Yaşam Kalitesi ve Obezite .....	19
1.H. Obezite ve Cinsel İşlev .....	20
1.H.a. Obezite ve Üreme Hormonları.....	20
1.H.b. Kilo ile İlişkili Komorbidite ve Cinsel İşlevler.....	21
1.H.c. Psikososyal Etkenler ve Cinsel İşlevler Arasındaki İlişki .....	23
1.I. Obezite ve Benlik Saygısı.....	24
GEREÇ VE YÖNTEM .....	28
2.A. Olgular .....	28
2.A.a. Çalışmaya Alma Ölçütleri .....	28
2.A.b. Çalışmadan Dışlama Ölçütleri .....	28
2.B. Çalışma Akış Şeması .....	29
2.C. Uygulanan Form ve Ölçekler.....	29
2.C.a. Sosyodemografik Bilgiler.....	29
2.C.b. Beck Depresyon Envanteri.....	30
2.C.c. Beck Anksiyete Envanteri .....	30
2.C.d. Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği .....	30
2.C.e. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği.....	31
2.C.f. DSM-5'e Göre Cinsel İşlev Bozukluğu Sınıflandırma Formu .....	31
2.D. İstatistiksel Analiz .....	32
BULGULAR.....	33
TARTIŞMA.....	44
KAYNAKLAR .....	53
EKLER.....	64
Ek-1: Sosyodemografik Veri Formu.....	64
Ek-2: Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği.....	67
Ek-3: Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği.....	68
Ek-4: Beck Depresyon Envanteri .....	70
Ek-5: Beck Anksiyete Ölçeği .....	73
TEŞEKKÜR.....	75
ÖZGEÇMİŞ .....	76

## ÖZET

Bu çalışmanın amacı, obez olan ve obez olmayan kişilerde cinsel işlev bozukluğu sıklığını karşılaştırmak, bu kişilerde beden kitle indeksi (BKİ) ile Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ) ve Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği (GR) arasındaki ilişkiyi araştırmaktır.

Çalışmaya 60 obez ve 60 obez olmayan gönüllü dahil edilmiştir. Kalp-damar hastalığı, diyabetes mellitus, regüle olmayan hipertansiyon, tedavi altında olmayan tiroid hastalığı, anksiyete ve depresyon bozukluğu tanısı olan olgular çalışmaya dahil edilmemiştir. Olguların sosyodemografik bilgileri alınmış, DSM-5'e göre cinsel işlev bozukluğu değerlendirmesi yapılmış, Beck Depresyon Envanteri (BDE), Beck Anksiyete Envanteri (BAE), RBSÖ ve GR uygulanmıştır.

Bu çalışmada obez kişilerde, obez olmayanlara göre cinsel işlev bozukluğunun daha sık görüldüğü, obezitenin kadında orgazm bozukluğu ile ilişkili olabileceği, RBSÖ puanlarının obez kişilerde daha düşük olduğu, aynı grupta RBSÖ ile GR toplam puanı arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulunduğu saptanmıştır.

Sonuç olarak, obezitenin cinsel işlev bozukluğu ve kadında orgazm bozukluğu ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür.

**Anahtar Kelimeler:** obezite, cinsel işlev bozukluğu, benlik saygısı

## SUMMARY

### COMPARISON OF FREQUENCY OF SEXUAL DYSFUNCTION IN OBESE AND NON-OBESE SUBJECTS

The aim of this study is to compare frequency of sexual dysfunction and investigate the relationship between body mass index (BMI) and Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES) and Golombok Rust Sexual Satisfaction Scale (GRS) in obese and non-obese subjects.

Sixty obese and 60 non-obese subjects were enrolled in the study. Volunteers who had known cardiovascular disorder, diabetes mellitus, uncontrolled hypertension, untreated thyroid disease, anxiety or depression disorders were not included into the study. After recording sociodemographic variables sexual dysfunction examination was investigated according to DSM-V criteria and Beck Depression Inventory (BDI), Beck Anxiety Inventory (BAI), RSES and GRS were applied to all subjects who were enrolled in the study.

It has been found that sexual dysfunction was more common in obese group and obesity was associated with female orgasmic disorder, RSES points were lower in the obese group than those of the non-obese group and There was a significant negative correlation between RSES and GR total points in obese group.

We conclude that obesity might be associated with sexual dysfunction and female orgasmic disorder.

**Keywords:** obesity, sexual dysfunction, self esteem

## GİRİŞ VE AMAÇ

Obezite 'besinlerle alınan enerjinin harcanan enerjiden fazla olması ve fazla enerjinin vücutta yağ olarak depolanması sonucu ortaya çıkan, yaşam kalitesini ve süresini olumsuz yönde etkileyen bir hastalık olarak tanımlanabilir. Erişkinlerde obezite beden kitle indeksinin (BKİ) 30 veya üzerinde olması şeklinde tanımlanır (1). Birçok yayında obezitenin, yaşam kalitesinde düşmeye sebep olduğu saptanmıştır. Bu çalışmalarda çoğunlukla genel sağlıkla ilişkili yaşam kalitesine odaklanılmıştır. Fakat yaşam kalitesi tıbbi ve ruhsal sağlık parametrelerini içeren genel bir kavramdır. Yaşam kalitesinin önemli parçalarından biri de, genelde obez kişilerde göz ardı edilen, cinsel işlev ve cinsel işlev bozukluklarıdır (2). Cinsel yanıtların hem biyolojik (damarsal, hormonal, nörolojik) hem de psikiyatrik etmenlerden etkilenen fizyolojik bir döngüsü vardır. Bu nedenle cinsel işlev bozuklukları, bireyin tatmin edici cinsel aktivite, cinsel birleşme ya da orgazm yaşamasını engelleyen fizyolojik, bilişsel, duygusal ya da davranışsal problemler olarak çok geniş bir spektrumda tanımlanabilir (3). Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı 5. Baskısı'nda (DSM-5) cinsel işlev bozuklukları geç boşalma, sertleşme bozukluğu, kadında orgazm bozukluğu, kadında cinsel ilgi/uyarıma bozukluğu, cinsel organlarda–pelviste ağrı/içerme bozuklukları, erkekte düşük cinsel istek bozukluğu, erken boşalma, maddenin/ilacın yol açtığı cinsel işlev bozukluğu, tanımlanmış diğer bir cinsel işlev bozukluğu, tanımlanmamış cinsel işlev bozukluğu şeklinde sınıflandırılmıştır (4). Erkeklerin %39'unda ve kadınların %41'inde cinsel işlev bozukluğu vardır ve sonuç olarak iyilik hali ve yaşam kalitesinde bir azalma ifade edilmektedir (5).

Obezite ve cinsel işlev arasındaki ilişki karmaşıktır ve aradaki bağlantıyı kurabilmek için obezitede cinsel işlev bozukluğuna sebep olabilecek, obezite ve üreme hormonları arasındaki ilişki, aşırı kilo ile ilişkili

tip 2 diabetes mellitus (DM) ve hipertansiyon (HT) gibi komorbiditenin etkisi ve depresyon ve beden algısında memnuniyetsizlik gibi psikososyal etmenlerin tek başlarına ya da bir arada değerlendirilmesine ihtiyaç vardır (2). Fransa' da 3651 normal kilolu kadın, 1010 kilolu kadın ve 411 obez kadın ile yapılan bir çalışmada obez kadınların son bir senede daha az sayıda cinsel partneri olduğu ve BKİ ile cinsel işlev bozukluğu arasında ilişki olmadığı, 30 yaşın altında obez kadınların daha az kontrasepsiyon için sağlık hizmeti aldığı ve istenmeyen gebelik oranlarının daha yüksek olduğu rapor edilmiştir (6). Obezite ve cinsel işlevlerin gözden geçirildiği, 11 adet çalışmanın meta-analizinde, obezitenin sertleşme bozukluğu ile doğrudan ilişkili olabileceği ve obezitenin sertleşme bozukluğunun şiddetinin artmasında önemli rolü olduğu; obezite ve kadın cinsel işlev bozukluğu arasındaki bağlantının seyrek olarak önemsendiği ve obezite ile kadın cinsel işlev bozukluğu arasındaki olası bağlantı hakkında daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulduğu belirtilmiştir (7).

İsveç'te yapılan bir çalışmada %18'i kilolu, %6'sı obez olan 18-49 yaş arasındaki 840 kadın ve %32'si kilolu %11'i obez olan 50-74 yaş arasındaki 426 kadın karşılaştırılmış; obez ve normal kilolu kadınların cinsel hayatlarından memnuniyetlerinde anlamlı bir fark saptanmamıştır. Ancak genç grupta kilo artıkça cinsel tatmin ve cinsel istekte azalma yönünde bir eğilim saptanmıştır (8). Obezite ve kadın cinsel işlev bozukluğu arasında ilişkiyi açıklamaya yönelik Esposito tarafından yapılan bir çalışmada, cinsel istek ve ağrı, BKİ ile ilişkili bulunmazken; uyarılma, vajinal kuruluk, orgazm ve cinsel tatminin BKİ ile ilişkili olduğu saptanmıştır (9). Blanker ve arkadaşlarının sertleşme bozukluğu ve boşalma bozukluklarını araştırdığı toplum taramasında, BKİ 30'un üzerinde olan erkeklerde sertleşme bozukluğunun daha sık görüldüğü saptanmıştır (10).

Obezite ve cinsel işlev bozukluğu arasındaki ilişkiyi gösteren çalışmalarda tutarsız bulguların elde edilmesi dikkat çeken bir konudur. Ayrıca ülkemizde bu konu ile ilgili psikiyatri alanında herhangi bir çalışmanın yapılmamış olması ciddi bir eksikliklerdir. Bu çalışmada obez olan ve obez olmayan bireylerde cinsel işlev bozukluğu sıklığı karşılaştırılacaktır. Elde



edilen bulgularla obez bireylerle obez olmayan bireylerdeki cinsel işlev bozukluğu sıklığının karşılaştırıldığı ve obez bireylerdeki cinsel işlev bozukluğu ile benlik saygısının karşılaştırıldığı öncü bir çalışma olabilmek amaçlanmıştır.

## 1. Obezite

### 1.A. Tanımlar

Obezite ve aşırı kilo, yağ dokunun sağlığı bozabilecek kadar aşırı ya da anormal birikimidir (11). BKİ, yaygın olarak kullanılan boy-ağırlık oranının basit göstergesidir. Bu oran kişinin kilogram (kg) cinsinden ağırlığının metrekare (m<sup>2</sup>) cinsinden boyunun karesine bölünmesiyle tanımlanmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre; 25'e eşit veya daha büyük BKİ değerleri aşırı kilolu, 30'a eşit veya daha büyük BKİ değerleri obezite, 40 ve üstü olan değerleri ise morbid obezite olarak tanımlanmaktadır (11). BKİ ölçümünün güvenilir, kolay ve tekrarlanabilir olması, yaygın olarak kabul görmesine yol açmış ve epidemiyolojik çalışmalarda obeziteyi değerlendirmede en çok tercih edilen parametre olmuştur (12).

Bir başka tanıma göre obezite, alınan enerji ile harcanan enerji arasındaki mevcut dengenin, alınan enerji tarafına doğru kayması ile ortaya çıkar (13). Obezite, vücuda besinlerle alınan enerjinin harcanan enerjiden fazla olmasından kaynaklanan ve vücut yağ kitlesinin yağsız vücut kitlesine oranla artmasıyla oluşan kronik bir hastalıktır (14).

Şişman anlamına gelen "obese" sözcüğü Yunanca "obere" sözcüğünden türeyen bir isim olup, çok yemek yiyen anlamına gelmektedir. Muhtemelen Türkçedeki obur sözcüğü de aynı kökten gelmektedir. Obezite, seyahat özgürlüğünün kısıtlanması ve işsiz kalma da dahil pek çok sosyal, psikolojik olumsuzluklara yol açabilen kronik ve ilerleyici bir hastalıktır (15). DSÖ tarafından en riskli 10 hastalıktan biri olarak kabul edilen obezite insanlığı etkileyen en yaygın hastalıklardan biridir (16). Tanınması en kolay ve tedavisi en zor tıbbi durum olarak tanımlanır (17). Tütün kullanımına bağlı

meydana gelen sağlık sorunlarından sonra önlenebilir ölümlerin ikinci en sık nedenidir (18).

Bazı araştırmacılar obezitenin, bir yeme bağımlılığının ötesinde bir ruhsal bozukluk olarak DSM-5'te yer almasını önermiştir (19). Karşıt görüş ise obezitenin çevresel etmenlere oldukça duyarlı olan, kalıtsal nörodavranışsal bir bozukluk olarak tanımlanmasının uygun olduğu yönündedir (20). Yeme bağımlılığı kavramının obezitedeki yeme davranışlarının tümünü açıklamaya yeterli olmadığı ancak bağımlılıkta ortaya çıkan birçok nörobiyolojik değişikliğin obez kişilerde de saptanmasının önemli bir bulgu olduğu belirtilmiştir (21). Avena ve Gold yeme bağımlılığı kavramının obezite epidemisi ile gündeme geldiğini, ancak hayatta kalmak için herkesin beslenmek zorunda olduğu ve besin maddelerinin bağımlılık yapıcı etkileri olan maddeler olarak tanımlamanın pek de uygun olmadığını belirtmişlerdir. Yiyecek, cinsellik, bakım verme gibi işlevlerin doğal ödüller olarak bilindiğini ve patolojik olan kumar, alkol ve madde bağımlılıklarından farklı bir yerde değerlendirilmesinin uygun olduğu ileri sürülmüştür. Her yiyecek maddesinin bağımlılık benzeri davranışlara neden olmadığı, özellikle tuzlu, yağlı, şekerli ve katkı maddeleri içeren besinlerin bu etkilerinin daha belirgin olduğuna vurgu yapılmıştır (22).

### **1.B. Obezitenin Epidemiyolojisi**

Dünyada obezite yaygınlığı 1980 yılından itibaren iki katından daha fazla artmıştır. 2014 yılında 18 yaş ve üzeri yaklaşık 19 milyar yetişkinin (%39; erkeklerin %38'i ve kadınların %40'ı) fazla kilolu, bunların 600 milyonunun (%13; erkeklerin%11'i ve kadınların %15'i) obez olduğu bildirilmiştir. Yüksek gelirli ülkelerin bir problemi sayılan obezite ve fazla kilo, şimdi düşük ve orta gelirli ülkelerde, özellikle şehirlerde artmaktadır (11).

1997-1998 yıllarında 540 merkezde gerçekleştirilen, 20 yaş ve üzeri yaklaşık 24788 kişinin incelendiği Türkiye Diyabet Prevalansı alışması'nda (TURDEP-I) obezite kadınlarda %30, erkeklerde %13, genel toplumda %22,3 düzeyinde bildirilmiştir (23). Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri (TEKHARF) alışmasında ise 1990'dan 2000 yılına ülkemizde obezite yaygınlığının kadınlarda %36, erkeklerde %75 oranında arttığı; 2000

yılında obezite yaygınlığının kadınlarda %44,1, erkeklerde %25,2 olduğu bildirilmiştir (24). 2002 yılında Türkiye Obezite ve Hipertansiyon Taraması (TOHTA) araştırmasında obezite prevalansı kadınlarda %50, erkeklerde %40 ve genel toplumda ise %44,4 olarak tespit edilmiştir (24).

TURDEP-I çalışmasından 12 yıl sonra, aynı merkezlerde 26500 erişkinin katılımı ile yapılan TURDEP-II çalışmasında (2010), kadınlarda obezite sıklığı %44, erkeklerde %27 ve genel toplumda %35 bulunmuştur. Bu çalışmanın sonuçları, TURDEP-I toplumun yaş grubu ve cinsiyet dağılımlarına göre düzenlendiğinde, Türkiye'de erişkinlerde obezite sıklığının 1998'deki %22,3'den %40 oranında artarak 2010'da %31,2'ye ulaştığı bulunmuştur. 12 yılda kadınlarda obezitenin %34, erkeklerde %107 oranında arttığı görülmektedir (23).

### **1.C. Obezite Tipleri**

#### **1.C.a. Jinoid Tip**

Gluteal ve femur üzerinde yağ toplanmasına jinoid tip, kadın tipi, periferik tip, armut tipi veya femoral obezite denilmektedir. Bu obezite tipi hiperplastik yani hücre sayısı artışı ile birlikte olan obezitedir (25).

#### **1.C.b. Android Tip**

Her iki cinste de batın bölgesinde yağ toplanması, android tip, abdominal, sentripedal, santral, elma tipi veya visseral obezite olarak adlandırılır. Android tip obezitede yağ hücreleri büyümüştür (26). DSÖ'ye göre bel/kalça oranı kadınlarda 0,85'den ve erkeklerde ise 1,0'den fazla ise android tip obezite olarak kabul edilmektedir.

Vücuttaki yağın bulunduğu bölge ve dağılımı hastalıkların morbidite ve mortalitesi ile ilişkilendirilmektedir. Tek başına bel çevresi ölçümü de karın bölgesindeki yağ dağılımı ve sağlığının bozulmasında önemli ve pratik bir gösterge olarak kullanılmaktadır (25).

### **1.D. Obezitenin Etiyolojisi**

#### **1.D.a. Beslenme Alışkanlıkları ve Toplumdaki Riskler**

Obezite temelde fiziksel hareketsizlik ve aşırı beslenmenin bir sonucu olmakla birlikte, bu iki faktörün ortaya çıkışını, dolayısıyla obezite oluşumunu kolaylaştıran bireysel ya da toplumsal olmak üzere pek çok

faktörün de katkıları vardır. Obezite prevalansında görülen artışın nedenleri, artan teknoloji ile beraber kolaylaşan yaşam biçimine bağlı fiziksel aktivitede azalma ve modern yaşamdaki beslenme alışkanlıklarındaki değişimdir (27). Modern toplum obezite için mükemmel bir ortam sağlar. Otomobil, televizyon, bilgisayar gibi enerji koruyan araçların bolluğu, enerjiden yoğun yiyecekleri bulma kolaylığı, fazla yeme ve sedanterlik (28), porsiyon miktarlarında ve yeme alışkanlıklarında değişme, sosyal etkinlikler çerçevesinde yemek yemenin zevk için yapılan hobi gibi bir aktivite haline gelmesi obeziteyi kolaylaştırmaktadır (27).

Yağ ve karbonhidratlardan sağlanan kalori miktarı artmış, protein göreceli olarak sabit kalmıştır. Yayınlarda insan ya da hayvanlarda kilo alımının diyetle yağ, şeker ya da her ikisinin birden alındığında arttığı görülmektedir. Yağlar lezzetli ve hoş bir kıvamdadır. Ek olarak diyetteki yağlar aynı kalori miktarına sahip yağlardan aynı miktardaki karbonhidratlara göre yaklaşık olarak %25 daha verimli vücut yağlarına dönüşür. Böylece kişide aynı kalori miktardaki karbonhidratlara göre daha fazla beden yağı oluşur (28).

Kahvaltı yapmama, akşam öğününe ağırlık verme, aralarda kalorisi yüksek yiyeceklerin tüketilmesi de obeziteye neden olabilen beslenme alışkanlıklarıdır (29). İştah, beslenme kültürü ile de ilişkilidir, bireyi alıştığı besini ve pişirme yöntemini seçmeye yöneltmektedir. Devamlı bir şeyler yeme, zoraki yeme, çok fazla yeme gibi davranışlara, obezlerin 2/3'ünde zayıflarınsa 1/3'ünde rastlanmıştır (30).

#### **1.D.b. Fiziksel Aktivitede Azalma**

Sedanter yaşam biçiminin bir uzantısı obezitedir. Obezite genellikle düşük fiziksel aktivite (FA) ile beraberlik göstermektedir (31). FA ile enerji harcaması arasındaki etkileşim obezitenin oluşmasında önemli rol oynar (32). Düşük düzeyde FA'nin obezitenin nedeni olmaktan çok sonucu olduğu da düşünülebilir. Fiziksel olarak inaktif bir yaşam sürdürenler ya da inaktif hale gelenler, genellikle aktif kişilere göre daha obezdir. Hareketsizlik, obezite nedeni olarak gözlenmekte, obezite ise hareket eksikliğine yol açarak kısır bir döngü oluşturmaktadır (31). Televizyon seyretmek ile obezite arasında vücut

yağ dağılımı ve total vücut yağı bakımından pozitif ilişki bulunmuştur. Televizyon reklamları, kişinin tükettiği gıdanın nitelik ve niceliklerini etkilemekte, obeziteye yol açan kötü diyet alışkanlıklarına yol açmaktadır. Televizyon seyretme süresi fazlalaştıkça kişinin oturma süresi artmakta, bu da BKİ' sinde artışa yol açmaktadır (33). Artmış otomobiller, asansörler, yürüyen merdivenler, cep telefonları, bilgisayarlar ve uzaktan kumadlı araçların hepsi obezitenin gelişimine katkıda bulunur (29).

#### **1.D.e. Çevresel Faktörler**

Obezlerin fazla yeme isteğinin ve beslenme biçiminin aile çevresinden edinilen bir alışkanlık olduğu ileri sürülmektedir (34). Çocuklar için, yeme genellikle sosyal bir durumdur, aileyi, diğer gençleri, akranları içeren diğer insanları gözlemleyerek kendi yeme davranışını ve tercihini oluştururlar. Çocukların yiyecek tercihleri, ailelerinin yeme davranışları ve yiyecek seçim tercihleri ile şekillenir (35). Gelişmiş ülkelerde şişmanlığın düşük sosyoekonomik gruplarda ve kalabalık ailelerde daha sık olması bu kesimde beslenme ve sağlıkla ilgili bilgi eksikliğinin daha yaygın oluşuna, aktivite azlığına, yüksek kalorili gıdaların ucuzluğuna ve uygun besin bulabilme olanaklarının kısıtlı olması nedeniyle kişileri tek yönlü beslenmeye yöneltmesine bağlanmaktadır (31,34,36,37).

#### **1.D.f. İntrauterin Faktörler**

İntrauterin dönemdeki maternal faktörlerin, postnatal obezitede etkili olduğu bugün bilinmektedir. Örneğin, İkinci Dünya Savaşı sırasında gebe olan ve gebeliğinin ilk iki trimestrinde ağır açlık yaşayan gebelerin doğan çocuklarında, 8 yaşında iken obezite sıklığı iki kat fazla bulunmuştur. Düşük doğum tartısının erişkin yaşlarda abdominal yağlanmaya neden olduğu da gösterilmiştir. Diyabetik annelerin çocuklarında 8 yaşlarında obezite oranı yüksek bulunmuştur (34).

#### **1.D.g. Psikolojik Etmenler**

Psikanalitik kurama göre fazla yeme, psikoseksüel gelişmenin oral dönemine bağlı kalmasından kaynaklanır. Yemek yeme, parmak emme gibi oral etkinlikler erken yaşamda yakınlığa ve sevgiye eşdeğerdir, daha sonraki yaşamda sevgi ve güvenliğe olan gereksinim doyurulmamışsa, oburluk

bunların yerine geçer. Yaşam üzücü ise, kişi yiyeceği duygularını doymak için kullanır. Çocuklarının her ağlama ve rahatsızlığına her zaman meme ya da biberonla cevap veren anneler, böylece onların oral doyum ve yaşantı açlığını koşullandırarak ileride stres altında kaldığında oral doyum aramasına neden olur (34). Psikoanalitik teorilerde aşırı yemenin güçlü kompulsif, motive edici özellikler taşıdığı kabul edilmekte ve aşırı yeme, depresyon ve anksiyete ile kötü uyumlu baş etme tepkisi olarak görülmektedir (38).

Güncel yaşamda birçok kişinin yedikleri zaman mutlu oldukları şeklinde tanımlamalarına rastlanmaktadır. Bu gözlemlerden yola çıkarak araştırmacılar yemenin olumlu duygulanıma neden olduğunu düşünen kişilerin yeme ile uyarılan ödül sisteminde bir anormallik olduğunu belirlemişlerdir. Bu gözlemi destekleyen bir klinik araştırmada, yemenin olumsuz duygulanımı azalttığı ve olumlu duygulanım geliştirdiğini düşünen ergenlerin 3 yıllık izlem süresince bu şekilde bir düşüncesi olmayanlara göre daha fazla tıknırcasına yeme davranışı geliştirdiği bulunmuştur (39). Öte yandan fazla kilolu olan ve tedavi arayışında bulunan gençlerde depresyon ve anksiyete gibi olumsuz duyguların varlığında yeme davranışı üzerinde kontrolü kaybetme ve emosyon düzenleyici olarak yemek yemenin ortaya çıktığı ve bu kişilerde depresyon oranlarının da daha yüksek olduğu saptanmıştır (38).

Öte yandan araştırmacıların bir kısmı, tıknırcasına yeme bozukluğu olan kişilerde depresyon ve anksiyete yaygınlığının yüksek olmasının olumsuz duygudurumların sıklıkla yaşanmasına ve bu olumsuz süreçlerin tıknırcasına yeme davranışının önemli tetikçilerinden biri olabileceğini belirtmektedirler (40).

Karbonhidrattan zengin besinlerin tüketiminden 1-2 saat sonra öfke ve gerilim gibi duyguların yatıştığı ve yüksek kan şekeri düzeylerinin azalmış gerilimle ilişkili olduğu da bu konuda yapılan ilk araştırmalarda saptanmıştır (41,42). Ayrıca obezitenin etiyopatogenezinde dürtüsellüğün önemli olduğu ve bu kişilerde ödül sistemindeki bozukluğun dürtüsel biçimde yemek yemeyle sonuçlandığı belirtilmektedir (43).

Aslında obezite ve etiyolojisini, yeme bağımlılığı tanımının ötesinde genetik, davranışsal ve çevresel faktörlerin bir arada etkili olduğu bir durum olarak tanımlamak şimdilik daha doğru görünmektedir (44).

Psikojenik faktörler de obezitenin nedenlerindedir. Ruhsal durumla yemek seçimi, yeme miktarı ve yeme sıklığı arasında, fizyolojik ihtiyaçlardan bağımsız bir ilişki mevcuttur. İnsanda yeme davranışının anksiyete, neşe, üzüntü, öfke, depresyon gibi farklı duygulara göre değiştiği yaygın olarak kabul edilmektedir. Emosyonel durumla bağlantılı olan yemek yeme davranışı emosyonel yeme olarak tanımlanmaktadır. Emosyonel yemenin beden ağırlığı ile ilişkili olduğu birçok çalışmada gösterilmiştir. Çalışmalarda sıkıntı, depresyon, yorgunluk sırasında yeme miktarında artma, korku, gerilim ve ağrı sırasında azalma olduğu bildirilmektedir. Bu durum üzüntü ve neşenin yeme davranışını etkilediğini göstermektedir (45,46).

Kısa sürede, kontrol dışı ve rahatsız oluncaya kadar yeme (binge eating) ve bilinçsiz diyet kısıtlamaları psikopatolojik yeme bozuklukları için önemli sorun kaynağıdır. Binge eating, Amerika ve gelişmiş batı ülkelerinde ergenlik çağındaki erkeklerde %7-32, kızlarda %17-32 olup, bazı araştırmalarda kızlarda %61,6'ya kadar yükselmektedir (47).

Obez bireyler diğer kişilerin kendilerinden tiksindiklerini ya da küçük gördüklerini düşünmektedirler. Obeziteye karşı olumsuz sosyal tutumlar obezlerde bu duyguların pekişmesine yol açmakta ve obeziteye ilişkin ağır zihinsel uğraşlar bireyde benlik saygısının azalmasına, olumsuz bir kendilik kavramının gelişmesine neden olmaktadır (48).

Ayrıca neredeyse tüm dünya uluslarında güzellik ince olmakla eş değer görülmekte, bedenlerine ve kilolarına dikkat edenlerin, bedenlerine bağlı olarak da benlik saygılarının yüksek olduğu düşünülmektedir. Tersine obezlerin çoğunlukla tembel, hatta aptal ve kötü oldukları düşünülmekte, birçok örneğinde de görüldüğü gibi, obezler toplumda alay konusu edilmektedir (49). Obez bireylerin toplumda farklı bir şekilde algılanmaları, benlik saygılarının ve kendine güvenlerinin azalmasına, dolayısıyla depresyona daha duyarlı olmalarına yol açabilmektedir (17).

Yapılan araştırmalarda, obez bireylerde depresyon, anksiyete, somatizasyon ve kişilik bozukluklarının yüksek oranda görüldüğü belirtilmiştir (50). Deveci ve arkadaşları obez bireylerin %41'inde en az bir psikiyatrik bozukluğun bulunduğunu saptamıştır (17). Eren ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada ise obez bireylerin %81,3'nde major depresif bozukluk, %22,6'sında sosyal fobi olduğu bildirilmiştir (51).

Obezite ve psikopatoloji ilişkisini inceleyen başka bir araştırmada, obez bireylerde depresif bozukluk, anksiyete bozuklukları özellikle travma sonrası stres bozukluğu, sigara bağımlılığı ve yeme bozukluklarının daha sık görüldüğü bildirilmiştir (52).

Bazı çalışmalarda obez bireylerde belirgin bir psikiyatrik bozukluk bulunmadığı, pasif agresif kişilik bozukluğu başta olmak üzere kişilik bozukluklarına daha fazla rastlandığı ileri sürülmüştür (53).

#### **1.D.h. Genetik**

Epidemiyolojik alışmalar vücut ağırlığındaki %30-70 oranındaki varyasyonların, genetik faktörlere bağlı olduğunu göstermiştir. Obezite multifaktöryel bir hastalık olup hem genetik hem de çevresel komponentleri vardır. Bugüne kadar yapılan çalışmalarda monogenik sendromlar dışında mutlaka obezite ile sonuçlanan tek bir genetik defekt veya mutasyon ortaya konamamıştır. Yani obezitenin çoğu polijeniktir. İnsan obezitesine neden olan major genler henüz bilinmemektedir (51).

Basit insan obezitelelerinde rol alan aday minör genlerde çok sayıda polimorfizm saptanmıştır. Çeşitli polimorfizm saptanan minör genler,  $\beta 3$  adreno reseptör, hormon sensitif lipaz, TNF- $\alpha$  olup, bu genlerde olan polimorfizm insülin sensitivitesini düzeltir ve adiposit apoptozisini azaltır. PPAR  $\gamma$ -2'nin genetik varyasyonları adiposit differansiasyonunu arttırır. UCP-1 ve  $\beta 3$  adreno reseptör polimorfizimi termogenezisi azaltır. LDL-R polimorfizimi adipoz dokuda lipid depolanmasını arttırır. Genetik kodlanmadaki bu varyasyonlar yağ akümülasyonunu arttırır (51).

Son zamanlarda yapılan geniş epidemiyolojik çalışmalar, obezitenin genetik faktörlerden etkilendiğini göstermektedir. Aşırı kilolu ebeveynlerin çocukları da aşırı kilolu olma eğilimindedir. Bu durumun, çocuklar biyolojik



ebeveynlerinden ayrı yetiştirildiklerinde de geçerli olması obezitenin genetik faktörlerine işaret eder (54).

Obez ebeveynlerin çocukları obez olmayanlarına nazaran daha fazla risk altındadırlar. Özellikle obez ebeveynlerin tek yumurta ikizleri obez olmayanlarına göre obez olmaya daha fazla yatkınlık gösterirler. Evlat edinilen çocukların BKİ konusunda biyolojik ebeveynlerine daha fazla benzedikleri ortaya konmuştur (55). Her iki ebeveyni obez olan çocuklarda obezite gelişme sıklığı %80, ebeveynlerinden birisi obez olanlar da %40, her iki ebeveyni de obez olmayanlarda ise %7 olarak tespit edilmiştir (54).

Kilo alma ile ilgili genler daha çok kilo almaya eğilimli ortamlara maruz kalan kişilerde kilo alma riskini artırırlar, kendileri direk olarak kilo almaya sebep olmazlar. Obezitenin genetik bağlantısı hakkında yapılan çalışmalarda obez fenotipi ile bağlantılı olabilecek bazı kromozomlar belirlenmiştir. Ancak son zamanlarda yapılan çalışmalar daha çok obezitenin gelişmesinde etken olabilecek tekil genler ve fonksiyonları üzerine yoğunlaşmıştır. Bu genlerden son dönemlerde popüler olanlar arasında leptin üretiminde görev alan ob geni vardır. Bu gen 1994 yılında keşfedilmiştir. Leptin adipositler tarafından kana verilir, plazma konsantrasyonu, vücutta bulunan yağ dokusu miktarı ile orantılıdır. Fakat henüz yağ kitlesinin mi yoksa yağ depolarındaki aktivitenin mi leptin sentez ve sekresyonunda etkili olduğu belirlenememiştir. Beyindeki leptin reseptörlerinin adipoz dokudan gelen bu sinyali yağ depolanmasına, enerji harcanmasını artırarak veya besin alımını azaltarak engel olan düzenleyici bazı süreçlere çevirdiği düşünülmektedir. Bu mekanizmalara göre leptine bağlı obezite gelişiminde leptin reseptörlerinde bir rezistans veya leptin üretiminde bir azalma söz konusu olmalıdır. İnsanlarda konjenital leptin eksikliği yakın zamanda gösterilmiştir (47).

Ghrelin, yalnızca iştah uyaran hormon olarak da bilinen büyüme hormon reseptörünün endojen ligandı olarak keşfedilmiştir. İnsanlarda yemek öncesi kanda dolaşan düzeyi keskin bir artış gösterir ve yemek sonrası keskin bir düşüş gösterir. Üstelik insanlarda ve rodentlerde ghrelin verildiğinde iştahı uyardığı gösterilmiştir. Ghrelin antagonisti verilmesinin

iştahu azaltacağı hipotezi son zamanlarda araştırma alanıdır. Kilo kaybı, obez bireylerde ghrelin seviyelerinde artışa yol açar, bu yanıt yeniden kilo artışına yatkınlık sağlayabilir. Leptin ve ghrelinin obezitenin patogenezi ve beden kilo kontrolünün önemli genetik belirleyicilerinden olan geniş bir gen ve genetik ürünlerden sadece ikisi olduğu açıktır. İnsan obezite fenotipine eşlik eden ya da bağlantılı genler, markırlar ve kromozomal bölgelerin sayısı 200'den fazladır (28).

### **1.D.i. İştah ve Yiyecek Kontrolü**

Yapılan klinik araştırmalar çoğunlukla beyin görüntüleme yöntemleri kullanılarak yapılmıştır. Lezzetli ve keyif verecek bir yemeği tatmaya hazırlanırken sıradan bir yiyeceği tüketirkenden farklı olarak orta beyin, ventral striatum ve posterior sağ amigdalada artmış dopaminerjik etkinlik ortaya çıkar (56). Keyif veren bir içecek beklentisi ise amigdala ve mediodorsal talamus etkinliğinde artışa neden olur (57).

Yapılan klinik deneylerde obez kişilere yiyecek resimleri gösterildiğinde sağ parietal ve temporal korteks etkinliklerinde artış saptanırken, obez olmayan kişilerde böyle bir artış gözlenmemiş ve gözlenen bu artış ile açlık derecesi arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur (58). Başka bir araştırmada, obez kişilere yüksek kalorili yiyecek resimleri gösterildiğinde dorsal striatumda aşırı artmış yanıt saptanmış ve BKİ ile insula, klastrum, singulat, postsentral girus ve lateral orbito-frontal korteks yanıtları arasında pozitif bir ilişki saptanmıştır. Sonuçlar beynin farklı bölgelerinin yiyeceklerin görüntüsüne farklı yanıtlar verdiği ve obez kişilerde farklı etkinliklerin ortaya çıktığı şeklinde yorumlanmıştır (59).

### **1.D.j. Psikotrop İlaçlar**

Uzun süreli psikotrop kullanımı belirgin kilo almaya yol açar (28). Trisiklik ve tetrasiklik antidepressanlar, iştah artışı ve karbonhidratlar ve şekerlere karşı şiddetli arzu ile ilişkilidir. Ek olarak antikolinerjik etkileri ağız kuruluğu yapar ve susuzluğu artırır, yüksek kalorili içecekler ve şekerlemelerin tüketiminin artışına yol açabilir. Tersine fluoksetin ve sertralin ve diğer seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSGİ) başlangıçta iştahu ve yiyecek isteğini azaltırlar ve başlangıçta haftada 0,5 kg vermelerine neden

olabilirler. Benzer olarak bupropion, zayıf bir dopamin inhibitörüdür, başlangıçta kilo almaktan çok ılımlı bir kilo kaybına eşlik ettiği görülür (28). Çalışmaların çoğu seratonin noradrenalin geri alım inhibitör (SNGİ) kullanımıyla istatistiksel ya da klinik açıdan anlamlı bir kilo artışı olmadığını bildirmektedir. Fakat SNGİ ler bu açıdan homojen değildir. Örneğin venlafaksin kilo alımıyla ilişkilidir. Bir yıllık tedavinin ertesinde, tedavi başlangıcına göre %7'den fazla kilo alan hastaların oranı venlafaksin için %17'dir ve SSGİ lerle olan oranlara benzerdir (60). Kilo artışı özellikle uzun süreli kullanımla ve yüksek doz ile ilişkilidir. Bir çalışmada obeziteye neden olabileceği ileri sürülmüştür (61). Desvenlafaksin kısa ya da uzun süre kullanımlarında kilo üzerine minimal bir etkisi olduğu, klinik çalışmalarda hastaların kilo kaybedebildikleri ve klinik olarak kilo alımı oranının %1'den daha az olduğu belirlenmiştir (62). Duloksetin ise iştah azalması yapmakta ve bazen 0,5-1 kg kadar kaybedilmesine yol açmaktadır. Yapılan bir çalışmada akut tedavi döneminde hastaların kilo almadıkları, 34 hafta içindeyse hastaların %11'nin kilo aldığı (vücut ağırlığının %7'si kadar) gözlenmiştir (63).

Atipik antipsikotik ilaç kullanımına ikincil gelişen kilo alımının doza bağımlı gibi görünmediği, daha düşük antipsikotik ilaç dozlarının daha az kilo artışına neden olduğu yönünde herhangi bir kanıt bulunmadığı belirtilmiştir (64). Atipik antipsikotik ilaç kullanımı süresince kilo artışının tedavinin ilk 4-12 haftasında gözlemlendiği, kilo artış hızının zamanla azalarak tedaviden bir yıl sonra platoya ulaştığı bildirilirken, klozapin ve olanzapin kullanımı ile kilo artışının çok daha uzun süreler devam ettiği ifade edilmiştir (65). Antipsikotik ilaçların kilo artışına neden olma eğilimleri farklı olmakla birlikte en fazla olanzapin ve klozapin kilo artışına neden olmaktadır (4 kg). Haloperidol ılımlı (yaklaşık 1-2 kg) kilo alımına neden olur. Tersine Ziprasidon ve Molindone kilo açısından nötraldir ya da kilo verdirir. Aripiprazole kilo açısından nötral ya da ılımlı bir kilo kaybına yol açıyor gibi gözükmektedir. Antipsikotiklerin yol açtığı kilo alma hem antiserotoninerjik hem de antikolinerjik etkilerine bağlıdır (28).

İki uçlu bozukluğu olan çoğu vakada topiramate, lityum, valproik asitte belirgin olarak ve karbamazepinle daha az görülen kilo alımı olmadan tedavi başarıyla sürdürülebilir (28).

Lityum kullanan hastaların da yaklaşık dörtte birinde kilo artışı olduğu bildirilmiştir (66). Yedi yıllık bir izlem çalışmasında ise koruyucu olarak lityum kullanan hastalarda kilo artışının özellikle tedavinin ilk 1-2 yılı içinde meydana geldiği sonrasında ise ağırlıklarının sabit kaldığı görülmüştür (67). Lityuma bağlı gelişen kilo artışı ilk 1-2 yıl içinde ortalama 5 kg; ikinci yıldan sonrasında 4,5 ile 15,6 kg arasında değişebilen miktarlarda olabilmektedir (68). Bunun üzerinde kilo alımı, eşlik eden bedensel hastalıklar (tip 2 DM gibi), ek psikotrop ilaçların kullanımı veya daha uzun süreli izlem ile ilişkilendirilmektedir (69).

Lityuma bağlı kilo artışı ile ilişkili olduğu kabul edilen risk faktörleri arasında genç yaş, kadın cinsiyet, lityum başlanmadan önce fazla kilolu olmak, daha fazla sayıda yağ hücresine sahip olmak ve ek olarak antidepressanların veya antipsikotiklerin kullanımı yer almaktadır. Kilo artışı ile birlikte tedaviye uyumun bozulması ve tedavinin bırakılmasının yanı sıra, tip 2 DM, HT, iskemik kalp hastalığı ve inme riskinde artış da söz konusudur (70).

Lityuma bağlı kilo artışının serum lityum düzeyi ile ilişkili olabileceği de düşünülmektedir. Serum lityum düzeyinin 0,8 mmol/l'nin altında olması durumunda kilo artışı daha az görülmektedir (71). Fakat düşük serum lityum düzeylerinin suboptimal olduğu düşünüldüğünde, kilo artışının önlenmesi amacıyla lityum dozunun azaltılmasının iyi bir seçenek olmadığı belirtilmektedir (70).

Valproik asit ile ağırlık artışı %3-20 oranında görülür. Çalışmalarda sağaltımın 3-12 aylık döneminde 1,3-11 kg arasında ağırlık artışı saptanmıştır (72). İştah artışının serum düzeyi 10 µg/ml'nin üzerinde olduğunda daha sık ortaya çıktığı görülmüştür (73).

#### **1.D.k. Sigara**

Sigara tüketimi vücut ağırlığını azaltır fakat sigaranın yeni bırakılması metabolik hızın azalmasına neden olarak obeziteye neden olmaktadır (49).

MONICA çalışmasında 35-64 yaş arasında kadın ve erkek her iki grupta sigara içenlerin BKİ'si içmeyenlere göre 2-3 kat daha az bulunmuştur (74).

### **1.D.I. Stres**

Emosyonel stres, depresyon ve ruhsal hastalıklar, ekonomik ve sosyal sorunların ortaya koyduğu bunalım ve gerginlikler kolay besin ve çabuk yemek yeme gibi yeme alışkanlığını olumsuz yönde etkileyerek obezite oluşumunda etkili olmaktadır (49,75,76).

### **1.E. Obezitenin Sonuçları**

Obezitenin tip 2 DM, HT, kalp hastalığı, inme, belirli tipte kanserler (endometrium, meme, prostat, kolon, vb.), dislipidemi, karaciğer ve safra kesesi hastalıkları, uyku apnesi ve diğer solunum sistemi problemleri, osteoartrit gibi hastalıklar ve tüm bu hastalıklara bağlı mortalitede artış, fertilitede azalma, duygusal gerginlik ve toplum tarafından damgalanma gibi çeşitli fiziksel ve psikolojik sonuçları bulunmaktadır (74).

Obezite kişinin bulunduğu yaştan daha ileri yaşlardaki sağlık sorunlarına maruz kalmasına neden olmaktadır. Kişilik, çevre, psikopatoloji, yaş, cinsiyet gibi etkenlerle karmaşık bağlantıları bulunan obezitenin psikososyal sorunların nedeni mi yoksa sonucu mu olduğunu söylemek zordur. Düşük akademik başarı ile ilişkili olduğu düşünülen obezite beyin atrofisi ve beyin hacminin azalmasıyla ilişkilendirilmiş, öğrenme, hafıza, dikkat, karar verme, planlama yargılama ve dürtü kontrolü işlevlerinden sorumlu olan beyin bölgelerinin etkilendiği belirtilmiştir (76).

Birçok obez bireyin kilo ile ilişkili ayrımcılık ve damgalanma hissettikleri bildirilmiştir. Kilo damgalanmasının büyük ölçüde obez bireyleri kilo vermeye motive edeceği düşünüldüğü halde, daha çok depresyon ve düşük benlik saygısına neden olmaktadır. Son zamanlardaki çalışmalar, damgalanmanın kilo vermeye olumlu etki değil, ters etki oluşturduğunu göstermektedir (77). Sağlık hizmetlerinde de ayrımcılık yapıldığı bilinen obezitenin, duygusal nedenlerden kaynaklandığı ve obez kişilerin kendilerini kontrol edememeleri sonucu kilo vermede başarısız, tembel insanlar oldukları önyargısı oldukça yaygındır (76).

## **1.F. Obezitede Tedavi Yaklaşımları**

Obezite sorunu olan veya aşırı kilolu yetişkin hastalar için beslenme, fiziksel aktivite, davranışçı terapi, farmakoterapi ve cerrahi tedavi yaklaşımları vardır (78). Tedavinin temelini diyet, egzersiz ve davranış tedavisini içeren yaşam tarzı değişikliği oluşturmakla birlikte kilo vermeyi sağlamada yaşam tarzı değişikliği yetersiz kalırsa veya komorbidite varsa ilaç tedavisi, morbid obezite durumunda ise obezite cerrahisi düşünülmektedir (79).

Kilonun öncelikle %10'unun verilmesi hedeflenerek başarı sağlandığında kilo verme işlemi altı aylık dönemlerde haftada 0,5-1 kg olacak şekilde uygulanmakta ve altı ayın sonunda hastanın o anki ağırlığı baz alınarak kilo verme hedefleri yeniden değerlendirilmektedir (74).

### **1.F.a. Diyet Tedavisi**

Ağırlık kaybı için birçok farklı diyet tipleri olmasına rağmen, hepsinin paylaştığı ortak amaç total enerji girişini azaltmaktır. Birçok diyet programı olmasına karşın, az sayıda sistematik çalışma bulunmaktadır. En popülerleri düşük kalori (örn, Weight Watchers International, Inc); çok düşük kalori; yüksek protein ve düşük karbonhidrat (örn; Atkins Nutritionals, Inc); ve düşük yağ diyetleridir (80). Çoğu beslenme programının uygulaması kuramsal olarak kolay olsa da en büyük sorun, uzun süreli istikrar gösterilememesidir. Bir haftada yağ dokusundan 1 kg vermek isteyen kişinin her gün aldığı enerjiden 1000 kcal daha az alması ya da daha fazla tüketmesi gerekmektedir. Bu şekilde altı aylık sürede hedeflenen %10 ortalama kilo kaybı ayda yaklaşık 4 kg sağlıklı kilo kaybıyla karşılanabilir (81).

Kişinin tıbbi ve sosyal öyküsünün bir uzmanla birlikte değerlendirilmesi gereken geleneksel düşük kalorili diyetlere göre, sabit olmayan oranlarda günlük toplam enerjinin %50-55'i karbonhidratlardan, %25-30'u yağlardan, %15- 20'si proteinlerden karşılanmalıdır (81). Beslenme programı, acıkmayı geciktirdiği, gereğinden fazla yemeyi önlediği, bir sonraki öğünde besin alımını azalttığı için günlük 4-6 öğün olacak şekilde sık aralıklarla planlanmalıdır (82).

### **1.F.b. Egzersiz**

Fiziksel aktivitenin tek başına kilo kaybını sağlamadaki sınırlı faydası Amerikan Spor Hekimliği Koleji'nin son dönem yazılarında raporlanmakla birlikte, obezitenin önlenmesinde ve tedavisinde egzersiz diğer tedavi öğelerine yardımcı, vazgeçilmez bir yöntemdir (12). Egzersizin organizmada kalıcı fizyolojik etkilerinin oluşabilmesi için egzersiz düzenli bir şekilde, uzun süreler yapılmalıdır. Haftada 1000 kcal enerji harcadığında yaklaşık 0,1 kg/hafta, 5000 kcal harcadığında ise 0,5 kg/hafta kilo kaybı sağlanabileceği gösterilmiştir (83).

Amerikan Spor Hekimliği Koleji haftada 4-5 gün 30-60 dakika arasında, ciddi sedanter yaşam varsa giderek artan ve her bölümü 10'ar dakika olacak şekilde üçe bölünerek yapılan egzersiz önermektedir (81). Obez hastaların bu aktiviteleri yavaş yapmaları önerilerek enerji harcamasının yüksek ve yaralanma riskinin en düşük olduğu egzersizlerle haftada en fazla 1 kg verilmesi amaçlanmalıdır (58).

### **1.F.c. Davranış Tedavileri**

Beslenme, egzersiz, kendini izleme (self-monitoring), uyarın kontrolü, kognitif yeniden yapılandırma, amaç belirleme, sosyal destek gibi bileşenleri içeren davranış tedavisinde vücut ağırlığının uzun süreli kontrolü, yeme ve fizik aktivite gibi davranışlarda kalıcı değişiklikler oluşturulmasına bağlıdır (84).

Uyarın kontrolü için atıştırılacak yiyeceklerden kaçınma, porsiyon kontrolü, tıknırcasına yemekten kaçınma önerilir; hastanın adım adım başarabileceği fiziksel aktivite ve beslenmeyle ilgili amaçlar belirlenir (84). Kendini izlemede günlük veya haftalık vücut ağırlıkları, diğer rutin antropometrik ölçümlerle birlikte hastaların ne zaman, nerede ve ne yediklerini günlük olarak ve yemek yemeye eşlik eden ortam değişiklikleri kaydedilir (84). Kişilere yemekleri oturarak yemeleri, sofrayı düzenli içinde yavaş bir şekilde her lokmanın tadına vararak yemeleri, uzun süre aç kalmamaları konularında bilgi verilir ve kişiler davranışlarını değiştirmeleri için cesaretlendirilir. Ayrıca bireyin uyum sağlayabileceği fizik aktivite düzeyini arttırmak için günlük yaşama uygun, pratik önerilerde (televizyon ve

bilgisayar başında geçirilen süreyi azaltmak, asansör yerine merdiven kullanımı, otobüsten bir durak önce inerek yürümek gibi) bulunulur (81).

#### **1.F.d. Medikal Tedavi**

BKİ'si 30 ve üzeri olan bireylerle, BKİ 27 ve üzeri olup, HT, tip 2 DM gibi komorbidite durumlarında diğer müdahaleler yetersizse farmakoterapi düşünülmektedir (82). İdeal bir obezite ilacı; uzun süre kullanmak için güvenilir olmalı, dozla ilişkili kilo kaybı sağlamalı, ulaşılan hedef kilonun devamlılığını sağlamalı, tolerans geliştirmemeli, kötüye kullanım ya da bağımlılık yapmamalıdır (23).

Bir anti obezite ilacın diğerine üstünlüğünü gösteren kesin kanıtlar bulunmamaktadır. Bu nedenle ilaç tedavisine karar verildiğinde ilk seçim hastanın tercihine, ilişkili kardiyovasküler risk etkilerine ve ilacın yan etki profiline bağlıdır. Kombinasyon tedavileri çok iyi araştırılmamıştır, var olan kanıtlar da monoterapiden üstün olduğunu göstermemektedir (77). Obezite ilaçlarından beklenen, alınan gıdayı azaltması veya enerji harcanmasını arttırmasıdır. Günümüzde enerji harcanmasını arttırıcı ilaç mevcut değildir. Enerji alımını azaltan ilaçlar iki gruba ayrılır: santral ve periferik etkili. Santral etkili olanlar sibutramin, rimonabant ve fentermindir. Periferik etkili olan orlistattır (74). Obezitenin uzun süreli tedavisi için Orlistat, Sibutramin ve Rimonabant kullanımı onaylanmıştır. Bu ilaçların kilo kaybına katkısı 5 kg'dan azdır. Bu ilaçların morbidite ve mortaliteye etkisi tam olarak belirlenmemiştir; fakat çalışmalar devam etmektedir. Orlistat bir gastrointestinal lipaz inhibitörüdür. Sibutramin merkezi etkili bir monoamin geri alım inhibitörüdür. Rimonabant ise bir endokanaboid reseptör antagonistidir (85).

#### **1.F.e. Cerrahi Tedavi**

Tanım olarak obezitenin nedeni, önlenmesi ve tedavisi için geliştirilen invaziv veya minimal invaziv tekniklerin hepsini içeren obezite ameliyatları ya da bariatrik cerrahi olarak adlandırılan obezite cerrahisi temel olarak, tüp mide, ayarlanabilir mide bandı, gastroplastiler gibi kısıtlayıcı girişimler ve gastrik by-pass, biliyopankreatikdiversiyon ve/veya duodonalswitch emilim gibi bozucu girişimler olarak ikiye ayrılmaktadır (12). Bariatrik cerrahinin geleneksel endikasyonları Ulusal Sağlık Enstitüsü' ne göre BKİ'si 40 ve üstü



olan hastaları, ya da BKİ'si 35'in üstü olan kardiyorespiratuar hastalıklar, metabolik sendrom, şiddetli hastalık birlikteliği, obeziteyle ilişkili psikolojik problemlerin varlığı gibi komorbiditesi ve konservatif durumların yetersizliği olan hastaları kapsamaktadır (86).

### **1.G. Yaşam Kalitesi ve Obezite**

“Yaşam Kalitesi” kavramının tarihi gerek sosyolojik gerek tıbbi alanda çok eski zamanlara kadar dayanmaktadır. Özellikle son yıllarda sosyal bilimlerde ve tıp bilimlerinde çok fazla kullanılmakla birlikte, “Yaşam Kalitesi” (YK) pek çok alanı kapsayan çok etmenli bir kavram olduğundan tanımlamak oldukça zordur (87). Ancak genel kabul gören kanıya göre YK ile ilgili temel kavramlar şunlardır: sağlık algılaması, işlevsel yeterlilik, hastalık ve tedavi ile ilişkili yakınmalar, psikolojik ve sosyal işlevlerde yeterlilik (87,88). Sağlık bakım hizmetlerinin bugünkü misyonu sadece hastalıkları iyileştirmek, işlevi geri döndürmek ve hastalığın etkilerini azaltmak değil ayrıca hastalığı önlemek ve sağlık durumunu iyileştirmektir. Özellikle DSÖ'nün 1946 yılında sağlığı “Yalnızca hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam iyilik hali” olarak tanımlamasından sonra sağlık bakım hizmetlerinin hedefi değişmeye başlamış ve YK kavramına karşı ilgi son yıllarda oldukça artmıştır (89). Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi (WHOQOL) grubu yaşam kalitesi'ni; “Hastanın, hem içinde yaşadığı kültürel yapı ve değerler sistemi bağlamında, hem de kendi amaçları, beklentileri, standartları ve endişeleri açısından, yaşamdaki durumu ile ilgili kişisel algısı” olarak tanımlamaktadır (90). Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi (SYK) bütüncül olarak yaşam kalitesinin bir alt bileşenidir. Bu yüzden bu iki kavram birbirleriyle yakından ilişkili kavramlardır. Bir görüşe göre YK ve SYK birbirinden ayrılarak incelenmeliyken diğer bir görüşe göre aslında yaşam kalitesinin tüm boyutları sağlıkla ilgili yaşam kalitesini de belirler ve bunları birbirlerinden ayırmak olanaksızdır. Genel yaşam kalitesinin içinde değerlendirilen ve sağlık sorunlarını belirleyen temel faktörlerden olan gelir düzeyini, sosyal olanakları, politik ortamı, çevre koşullarını ve kişisel inançları, sağlıkla ilgili yaşam kalitesinden ayrı düşünmek yanılgıya götürebilir (87).

Genel olarak yaşam kalitesi verileri sağlık hizmeti verenlere;

- Bir hastalığın toplam yükünün değerlendirilmesinde,
- Farklı tedavi seçeneklerinin etkilerinin ölçülmesinde,
- Morbidite, psikososyal sorunlar ve özel gereksinim belirlenmesinde,
- Bakım kalitesinin artırılmasında,
- Personel, hastalar ve ailelerin eğitilmesinde yardımcı olabilir (89).

Obezite, sağlık ve yaşam süresini önemli ölçüde olumsuz etkiler. Kardiyovasküler sistem hastalıkları, HT, insülin direnci riskinin artması ve tip 2 DM, safra taşları ve kolesistit, osteoartrit, bazı kanser türleri, solunum sistemi hastalıkları, uyku apne sendromu, cinsel sorunlar, bazı psikolojik sorunlar ve artmış mortalite ile ilişkilidir. Obezite eşlik eden sağlık sorunları ve komplikasyonları nedeniyle hem birey hem de ülke ekonomisini önemli oranda etkilemekte, sağlık bakım sistemine ilave yük getirmekte, bireyin yaşam kalite ve süresini azaltmaktadır (91).

### **1.H. Obezite ve Cinsel İşlev**

Yukarıda bahsedildiği gibi, YK bir dizi önemli tıbbi ve ruhsal sağlık parametrelerini içeren bir spekturumdan oluşur. YK'nın önemli bileşenlerinden biri, genelde obez kişilerde gözardı edilen, cinsel işlevlerdir. Cinsel işlev bozukluğuna genel toplumda sık rastlanır ve bozulmuş duygudurum ve azalmış hayat kalitesiyle ilişkilidir (92). Obezite ve cinsel işlevle ilgili ilişki karmaşıktır. Bu ilişkiyi anlayabilmek için obezite ve üreme hormonları arasındaki ilişki, obezite ve kiloyla ilişkili komorbid durumların (tip 2 DM ve HT) ilişkisi, obezite ve psikososyal faktörler arasındaki ilişkiyi ve hepsinin ayrı ayrı kombinasyonlarını anlamak gerekir (2).

#### **1.H.a. Obezite ve Üreme Hormonları**

Genel olarak obezite, özellikle kadınlarda, üreme işlevlerinde bozulmayla ilişkilidir (93). Özellikle fazla kilo infertilite, amenore, düzensiz menstrual siklus, yükselmiş androjen seviyeleri, Polikistik Over Sendromu (PKOS), gebelik ihtimalinde azalma, izleyen fertilitte tedavisi, abortus riskinde artış ve preterm travayla sonuçlanan gebelikle ilişkilidir (94). Bu sonuçların çoğunun, aşırı kilonun üreme hormonları üzerindeki etkisinin bir sonucu olduğuna inanılmaktadır. Kadınlarda, obezite, östrojen ve androjen

üretiminde artışla gider. Premenapozal dönemdeki kadınlarda serum östrojen ve andorjen seviyeleri, üreme hormonu bağlayıcı globülin (ÜHBG) miktarındaki düşmeye bağlı olarak yükselir ve obez kadınlarda, zayıf kadınlarla kıyaslandığında daha yüksek bulunmuştur (95). Sağlıklı postmenapozal dönemdeki kadınlarda BKİ yükselmiş östrojen, androjen, androstenedione ve düşmüş ÜHBG ile ilişkili bulunmuştur (96).

Erkeklerde obezite ile testosteron ve ÜHBG düzeylerinde azalma ve östradiolde artış arasında ilişki kurulmuştur (95). Androjenler, erkeklerde cinsel istek için şarttır ve sertleşme kapasitesine katkıda bulunurlar (97). Androjen eksikliği düz kas hücrelerinde apoptozise ve penisteki corporada kollajen üretiminde artışa neden olur (98). Serbest testosteron düzeyi ile sertleşme sırasındaki trabeküler düz kas gevşemesinin derecesi arasında güçlü bir pozitif korelasyon vardır (99).

### **1.H.b. Kilo ile İlişkili Komorbidite ve Cinsel İşlevler**

Tip 2 DM gibi obeziteyle ilişkili komorbiditeler hem erkek hem de kadınlarda cinsiyet hormonlarındaki değişimi de etkileyebilir. Çoğu durumda, tip 2 DM gelişiminden önce yıllarca insülin direnci ve hiperinsülinemi söz konusudur. Bu durumların her ikisinin, her iki cinsiyette de ÜHBG düzeylerini azalttığı, erkeklerde androjen düzeylerinde azalma eğilimine ve bazı kadınlarda ise androjen düzeylerinde artışa yol açabildiği tespit edilmiştir (100). Adipoz doku steroid hormon rezervuarıdır, androstenedionun östrojene ve östrodiolun östrona dönüşümünde rol oynar. Obez erkeklerde düşük testosteron seviyelerinin, insülin direnci ve DM den bağımsız olduğu tahmin edilmektedir (101).

Bu hormonal değişiklikler cinsel işlevlerdeki bozulmayla da ilişkili gibi görünmektedir. DM sertleşme bozukluğunun bilinen en yaygın sebebidir. DM hastalığına sahip erkeklerin yaklaşık %50'sinde hastalıkları boyunca sertleşme bozukluğu gelişmektedir ve DM, cinsel işlev bozukluğu için tedavi alan erkeklerin yaklaşık %25'inde görülmektedir (102).

Büyük bir klinik çalışmaya göre insülinle tedavi edilen erkeklerin %32'sinde, insülinle tedavi edilmeyen erkeklerin %46'sında cinsel işlev bozukluğu bildirilmiştir (102). Diyabetik erkeklerin, aynı yaş gurubunda

eşleştirilmiş diyabetik olmayan erkeklere göre 3 kat daha fazla sertleşme bozukluğu geliştirdiği ve başlangıç semptomunun 10-15 yıl önceden başladığı bildirilmiştir. Bozulmuş glikoz toleransı, yükselmiş HbA1C seviyesi ve düşük glisemik kontrol de sertleşme bozukluğu ile ilişkili bulunmuştur (103).

Bazı istisnalar dışında, tip 2 DM tanısı olan kadınlarda düşmüş ÜHBG ve yükselmiş serbest testesteron ve DHEA, DHEAS, androstenedione gibi hormonları kapsayan C19 steroid seviyeleri gösterilmiştir (104). Ayrıca tip 2 DM tanılı kadınlarda artmış adipoz dokuyla ilişkili olarak yükselmiş östrojen seviyeleri gösterilmiştir (105). İnsülin direnci ve hiperinsülinemik durumun, üreme steroid düzeylerindeki anormallikler ve PKOS ile güçlü ilişkisi vardır. Bozulmuş glikoz intoleransı ve tip 2 DM PKOS lu kadınlarda kontrol grubuna göre daha sık görülür (100). Diyabetli kadınlarda cinsel işlev bozukluğu araştıran sınırlı sayıdaki çalışmaya göre, istek ve vajinal kayganlıkta azalma gibi problemlerin daha yaygın olduğu görülmüştür ve bu sorunların nöropati varlığı ve hastalık süresiyle ilişkili olduğu izlenimi edinilmiştir (106).

Diyabet tedavisinin cinsel işlev bozukluğu ile ilişkisi hakkında az şey bilinmektedir. Bu alandaki öncü bir çalışmaya göre glikoz kontrolündeki akut değişiklikler sertleşme bozukluğundaki düzelmeye ilişkili bulunmuştur. Bu düzelmelerin olmadığı durumlarda oral erektojenik ajan kullanımı, intrakorporal enjeksiyon kullanımı ve penil protez ameliyatı diğer tedavi seçenekleri arasındadır (107). Her ne kadar etkililik düzeyi değişse de, bu tedavilerin her birinin riski ve yan etkileri vardır. Benzer şekilde çok az çalışmada diyabet tedavisinin kadın cinsel işlev bozukluğuna katkısı araştırılmıştır. Tip 1 DM tanısı olan 652 kadında cinsel işlev bozukluğunun prevalansını araştıran bir çalışmaya göre, katılımcıların %35,4'ünün tedavi çalışmasının tamamlanmasından 10 yıl sonra cinsel işlev bozukluğu yaşadıkları görülmüştür (108).

DM gibi HT ve periferik vasküler hastalıkları da kapsayan kardiyovasküler hastalıklar (KVH), cinsel işlev bozukluğu için artmış risk faktörüdür (109). Genelde hipertansiyonla ilişkili olan yorgunluk ve halsizlik, cinsel istek ve performans üzerinde olumsuz etkiye sahiptir. Penis ve

vajinaya giden kan akımındaki azalma kişilerin uyarılma ve cinsel birleşmeyi sağlayabilme yeteneklerini etkileyebilir (109). Sertleşme bozukluğuna sahip olguların %50'sinden fazlası HT ya da KVH'dan muzdariptirler. HT tanısı olan ve olmayan 211 kadının karşılaştırıldığı, retrospektif bir çalışmada; hipertansif kadınlarda azalmış uyarılma ve orgazm ile artmış ağrılı cinsel ilişki sıklığının daha fazla olduğu bildirilmiştir (110). Ne yazık ki, birçok antihipertansif tedavi normal cinsel fonksiyonla zıt ilişki göstermektedir (111).

### **1.H.c. Psikososyal Etkenler ve Cinsel İşlevler Arasındaki İlişki**

Psikososyal sebepler de obezite ve cinsel işlev bozukluğu ile ilişkili bulunmuştur. Depresyon, en sık düşünülen sebeplerdendir. Birçok çalışma BKİ ile depresyon arasındaki ilişkiyi tanımlamıştır (112). Yakın zamanda yapılan Ulusal Sağlık ve Beslenme İnceleme Anketi' ne göre BKİ'si 40'ın üzerinde olan kadınların normal kadınlardan dört kat daha fazla depresyonda olduğu gösterilmiştir (113). Bariyatrik cerrahi için başvuran morbid obez hastaların %15,6'sında yeni tanı duyudurum bozukluğu (DDB) olduğu, %45,5'indeyse hayat boyu DDB tanısının olduğu saptanmıştır (114). Obeziteden bağımsız olarak kadınlarda olduğu gibi erkeklerde de depresyon ve cinsel işlev bozukluğu arasında güçlü bir ilişki olmasına rağmen bazı vakalarda vücut ağırlığı, duyudurum ve cinsel işlev bozukluğu karmaşık bir şekilde beraberlik gösterir (115).

Resmi psikopatolojiye ek olarak, diğer psikososyal etkenler de cinsel davranışı olumsuz yönde etkileyebilir. Fiziksel görünüm ve vücut imajı, kadınlarda ve erkeklerde cinsel işlevlerle bağlantılıdır. Geçtiğimiz on yılda obezite ve vücut imajı arasındaki ilişki hakkında büyük çalışmalar yapılmıştır (116). Bu çalışmaların çoğunda kadınlara odaklanılmıştır. Aşırı kilolu ve obez kadınların, normal kilolu kadınlara göre, vücut imajlarından daha çok memnuniyetsiz olduğu tespit edilmiştir(117). Birçok çalışmada vücut imajından memnun olmama ve BKİ arasında ilişki bulunmuştur (118). Obez kadınlardaki vücut imajından memnun olmama depresif semptomlar ve düşük benlik algısıyla ilişkili bulunmuştur (119).

Vücut imajından memnun olmayan obez bir kişinin cinsel davranışa katılmada isteksiz olacağı öngörülebilir bir şeydir. Benzer şekilde, fiziksel

hareket kısıtlılığıyla giden morbid obez bir kişi için cinsel eylem zevksiz, zor, acılı ve imkansız olabilir. Ayrıca cinsel işlev bozukluğunun varlığı romantik ilişkinin kalitesini olumsuz yönde etkileyebileceği gibi; romantik ilişkideki diğer sorunlar da cinsel işlev bozukluğunun gelişmesine ya da kalıcı olmasına sebep olabilir (2).

### **1.1. Obezite ve Benlik Saygısı**

Benlik kavramının, benlik imgesinin beğenilip benimsenmesi, benlik saygısını oluşturur. Benlik saygısı benliğin duygusal yanıdır. Kişinin kendini değerlendirmesi sonunda ulaştığı, benlik kavramını onaylamasından doğan beğeni durumudur. Kişi kendinde eksikler bulabilir, kendini eleştirebilir, ancak kendini tümünden olumlu bulup beğenebilir de. Kişinin kendini beğenmesi, kendi benliğine saygı duyması için üstün nitelikleri olması da gerekmez. Çünkü benlik saygısı, kendini olduğundan aşağı ya da olduğundan üstün görmeksizin kendinden memnun olma durumudur. Kendini değerli, olumlu, beğenilmeye ve sevilmeye değer bulmaktır. Kendini olduğu gibi, gördüğü gibi kabullenmeyi, özüne güvenmeyi sağlayan olumlu bir ruh halidir (120). Benlik saygısı ya da diğer bir deyişle özdeğer duygusu, “self-esteem”in kavramsal karşılığı olarak Türkçede kullanılan bir terimdir. Benlik saygısı kişinin kendini tanıması ve gerçekçi olarak değerlendirmesi sonucunda kendi yetenek ve güçlerini olduğu gibi kabul edip benimsemesi şeklinde de tanımlanmakta olup, kişinin kendisine karşı duyduğu sevgi, saygı ve güven duygularını ifade etmektedir (121). Benlik saygısının duygusal, zihinsel, toplumsal ve dolaylı olarak da bedensel öğeleri vardır. Kendini değerli hissetme, yeteneklerini ortaya koyabilme, başarma, toplum içinde beğenilir olma, kabul görme, sevilme, kendi bedensel özelliklerini kabul ve benimseme, benlik saygısının oluşması ve gelişmesinde önde gelen etkenlerdir (120).

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

verdiği haz ve sosyal varlığının farkına varması, benlik saygısını gerçekçi olarak arttırmada da rol oynamaktadır. Erikson'un kuramında psikososyal gelişimin beşinci dönemi olan kimlik oluşumu sürecinde de benlik saygısının önemli rolü vardır. Daha erken dönemlerde benlik saygısının ortaya çıkmasını sağlayan aynılık ve süreklilik duygusunun bu dönemde, başkaları tarafından yapılan değerlendirmenin aynılık ve sürekliliği ile uyuşması sonucunda benlik kimliği duygusu gelişmektedir. Bu şekilde kimlik duygusuna yol açan benlik saygısı, çocukça bir ben merkezilik duygusunun aksine, yetenekler ve sosyal etkiler, ego ideali ve sosyal rol ilkelerine dayanır (122).

Rosenberg, benlik saygısını kişinin kendisine karşı, olumlu veya olumsuz tutumu olarak ele almıştır. Kişi kendini değerlendirmede olumlu bir tutum içinde ise, benlik saygısı yüksek, olumsuz bir tutum içinde ise, benlik saygısı düşük olarak kabul edilmektedir (123). Fazla kiloya sıklıkla benlik saygının azalması eşlik eder. Çalışmalar olumsuz vücut görüntüsünün çocuklukta ve adolesan dönemde obezitesi başlayanlarda, emosyonel rahatsızlığı olanlarda ve önemli kişilerce olumsuz değerlendirilenlerde daha sık olduğunu göstermiştir (124). Kilolu insanlara bakanlar sadece onların ağırlığına ve hacmine dayanarak çeşitli önyargılarda bulunmaktadır. Bu insanların tembel, uyuşuk, aptal ve kirli oldukları düşünülmektedir (125). Var olan önyargı erkeklerle karşılaştırıldığında kadınlara karşı daha kuvvetli görünmektedir. 1994 yılında yapılan bir çalışmada katılımcılara normal kilolu ve makyajla aşırı kilolu yapılan aktörlerin, videoya alınmış iş görüşmelerini değerlendirmeleri söylenmiştir. Başvuranın görünen kilosu işe almadaki en kuvvetli etken olduğu saptanmıştır. Başvuran, aşırı kilolu görüldüğünde ortalama kiloda görüldüğüne oranla önemli derecede daha az seçilmektedir. Bu önyargı aşırı kilolu görünen kadınlar için erkeklere göre daha kuvvetlidir. Oluşan önyargı, aşırı kilolu bir çocuğun görüntüsünü “tembel, pis, çirkin, aptal, üç kağıtçı ve yalancı” olarak nitelendiren 6 yaşındaki çocuklarda bile gözlenmektedir. Obez bir çocuğun ve elleri olmayan veya yüzü çirkin olan bir çocuğun siyah-beyaz çizimi gösterildiğinde hem çocuklar hem de erişkinler obez çocuğu en son oynayacakları çocuk olarak seçmişlerdir. Benzer bir çalışmada kolej öğrencileri, zimmetine para geçirenleri, kokain kullananları,

hırsızları ve körleri kendilerine aşırı kilolulardan daha uygun eş adayı olarak görmüşlerdir (126).

Obez bireylerin klinisyenler karşısında da ayırım yaşadıkları saptanmıştır. Bu bireylerin %78'i genelde klinisyenlerin kendilerine obeziteyi nedeniyle kaba davrandıklarını bildirmektedir. Obez bireylere karşı klinisyenlerin tutumlarını inceleyen çalışmalar bu hastaların bu tür algılarının doğru olabileceğini göstermektedir. 77 klinisyeni kapsayan bir çalışma, bu hekimlerin obez hastalarını hantal, beceriksiz, iradesiz olarak tanımladıklarını göstermiştir (48). Klinik olarak önemli olan depresyon ve anksiyeteye neden olmaktan başka, obezitenin en önemli psikolojik yan etkisi yaşam kalitesinin azalmasıdır. Genel popülasyonda yapılan bir çok çalışma ağrı, canlılıkta azalma, sosyal veya mesleki rollerde bozulma şikayetlerini ortaya koymuştur. Araştırmacılar kilo problemi olanların restoranlarda yemek yerken, yüzerken, yiyecek ve giyecek alışverişi yaparlarken utandıklarını ortaya çıkarmışlardır. Yayın çalışmalarında Friedman ve Brownell (1995) toplumdaki kontroller ve tedavi arayan obez bireyler arasında depresyon oranlarındaki fark açısından orta derecede bir etki büyüklüğü bulmuştur. Sarwer, Wadden ve Foster (1998) tarafından incelenen obez kadınlarda vücut şeklini beğenmeme durumu normal kilolu kontrollere göre daha fazla görülmüştür. Sarwer ve çalışma arkadaşları (1998) obez kadınların yaklaşık 1/3 ile yarıya yakının, görüntülerinin sosyal ilişkilerini etkilediğini bulmuşlardır. Vücut şeklini beğenmeyen bir grup hastanın vücutlarını "çirkin ve küçük düşürücü" bulduğu, diğerlerinin de kendilerine "nefret ve düşmanlıkla" bakıldığına inandıkları tanımlanmıştır. Bu duruma çocuklukta yaşitları tarafından kilo nedeniyle alaya alınmanın ve aile tarafından hor görülmenin de katkıda bulunduğu düşünülmektedir (126). Erişkinlerde obezite ile benlik saygısı arasındaki ilişkileri araştıran çalışmaların bazılarında benlik saygısı ile obezite ve BKİ arasında ters orantı olduğu (127), bir çalışmada da ilişki olmadığı belirlenmiştir (128).

Çuhadaroğlu, düşük benlik saygısının, yalnızca rahatsız edici bir duygu olarak kalmadığını, anksiyeteden psikoza değin değişik patolojik durumların görülmesinde önemli rol oynadığını belirtmiştir. Kohut, benlik



saygısındaki iniş çıkışların benlikte zedeleyici değişikliklere neden olduğunu ve bunun da anksiyete yarattığını, Öner ise düşük benlik saygısının, durumsal anksiyeteye neden olabileceğini, bu durumun da mantık dışı reddedilme korkularına, başarısızlığa ve eleştirilme kaygılarına, sosyal ve kişiler arası olaylarda felaket beklentisine yol açacağını belirtmektedirler (129). Obezitede beden imajı bozukluğu, damgalanmaya yatkınlık olduğu da bilinmektedir. Obez bireylerde fobik kaçınmanın, onlara insanların uzun bakışları ve fısıltı ile yorum yapmaları gibi sosyal etkenlerin sonucunda ortaya çıktığını speküle etmek mümkün olmakla birlikte başka faktörlerin de etkili olabileceği düşünölmelidir. Bu hastaların yaşadıkları toplum dışına itilme davranışı depresyon, anksiyete ve diğer bozuklukların gelişmesine katkıda bulunabilmektedir (51).

## GEREÇ VE YÖNTEM

### 2.A. Olgular

Çalışma grubu, 01.08.2015–01.01.2016 tarihleri arasında Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Endokrinoloji Bilim dalı Polikliniği'ne ve Beslenme ve Diyet Polikliniği'ne ayaktan başvuran BKİ'si 30 ve üzerinde olan kişiler arasından seçildi. Bunlar arasında 60 kişi (47 kadın, 13 erkek) hasta grubunu oluşturdu. Hastane personeli ve yakınları arasından BKİ'si 30'un altında olan 60 kişi (46 kadın, 14 erkek) kontrol grubunu oluşturdu. Çalışmaya katılmayı kabul eden her hasta ve gönüllü, araştırmanın amacı ile ilgili hem sözel olarak bilgilendirilmiş, hem de yazılı materyal (Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'nca onaylanmış olan "Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Anket Araştırmaları İçin)") okutulmuştur. Çalışma ile ilgili etik kurul onayı 30.06.2015 tarihinde 2015–13/16 karar numarası ile alınmıştır.

#### 2.A.a. Çalışmaya Alma Ölçütleri

Hasta grubu, 18–65 yaş arası, BKİ'si 30 ve üzerinde olan hastalar arasından seçildi.

Kontrol grubu, 18–65 yaş arası, BKİ'si 30'un altında olan ve cinsiyet bakımından uyumlu gönüllüler arasından seçildi.

#### 2.A.b. Çalışmadan Dışlama Ölçütleri

Hasta ve kontrol grubu için ölçüklerin uygulanmasına engel bir durumu bulunanlar (okuma yazması olmayanlar), organik beyin patolojisi olanlar, madde ve alkol kötüye kullanım/bağımlılık öyküsü ve zekâ geriliği bulunanlar, DM tip 1 ve tip 2 tanısı olanlar, dislipidemi tanısı olanlar, regüle olmayan hipertansiyon tanısı olanlar, tedavi ile kontrol altına alınmamış hipotiroidi ve hipertiroidi tanısı olan gönüllüler çalışmaya alınmamıştır.

## **2.B. Çalışma Akış Şeması**

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Endokrinoloji Bilim dalı Polikliniği'ne ve Beslenme ve Diyet Polikliniği'ne ayaktan başvuran olgular arasından, BKİ'si 30 ve üzerinde olan, çalışmaya alma ölçütlerini karşılayan ve dışlama ölçütlerini karşılamayan hastalardan onay alınarak çalışmaya başlandı. Hastaların psikiyatrik görüşmeleri yapıldı. Aynı gün içinde bir psikiyatrist tarafından psikiyatrik ölçekleri uygulandı.

Kontrol grubu, halen psikopatolojisi ve psikiyatrik hastalık öyküsü olmayan (klinik görüşmelerle doğrulanan), çalışmaya alma ölçütlerini karşılayan ve dışlama ölçütlerini karşılamayan hastane çalışanları ve hastane çalışanlarının yakınları arasından seçilerek oluşturuldu. Bu grubun aynı gün içinde bir psikiyatrist tarafından psikiyatrik görüşmeleri yapıldı, psikiyatrik ölçekleri uygulandı.

## **2.C. Uygulanan Form ve Ölçekler**

Çalışmaya gönüllü olan deneklerle DSM-5 cinsel işlev bozukluğu tanı kriterlerine göre klinik görüşme yapıldı. Çalışmaya alınan tüm deneklerin demografik bilgileri, çalışmayı yürüten kişi tarafından yüz yüze görüşülerek, bu çalışma için oluşturulmuş olan sosyodemografik bilgi formu doldurularak alındı. Bundan sonra tüm deneklere Beck Depresyon Derecelendirme Ölçeği (BDE) (Ek-1), Beck Anksiyete Derecelendirme Ölçeği (BAE) (Ek-2), Golombok Rust Cinsel Doyum Envanteri(Ek-3), Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ) (Ek-4) uygulandı.

### **2.C.a. Sosyodemografik Bilgiler**

Bu çalışma için geliştirilmiş olan Sosyodemografik Bilgi Formu ile tüm deneklerin demografik bilgileri, cinsiyeti, yaşı, eğitim durumu, mesleği, medeni durumu, cinsel partnerinin eğitim durumu, çocuk sayısı, kimlerle yaşadığı, anne ve babasının eğitim durumu, ilk cinsel bilgileri kimden edindiği, kullandığı kontrasepsiyon yöntemi, tıbbi/psikiyatrik hastalık öyküsü,

operasyon öyküsü olup olmadığı, kullandığı ilaçlar, boyu ve kilosu bilgisi alındı.

### **2.C.b. Beck Depresyon Envanteri**

Gönüllülerde depresyon yönünden riski belirlemek ve depresif belirtilerin düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek için kullanılan kendini değerlendirme ölçeğidir. Her madde 0-3 arasında puanlanır, toplan puan bunların toplanması ile elde edilir. Toplam 0-63 arasında değişir. Beck tarafından 1961 yılında geliştirilmiştir (130).

### **2.C.c. Beck Anksiyete Envanteri**

Bireyin yaşadığı anksiyete belirtilerinin sıklığını ölçmektedir. Toplam 21 maddeden oluşan, 0-3 arası puanlanan Likert tipi bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Toplam puanın yüksekliği kişinin yaşadığı anksiyetenin yüksekliğini gösterir. Beck ve ark. tarafından 1988 yılında geliştirilmiştir. Ülkemizde geçerlik ve güvenirlik çalışması Ulusoy ve ark. tarafından 1998 yılında yapılmıştır (131).

### **2.C.d. Golombok-Rust Cinsel Doyum Ölçeği**

Heteroseksüel bireyler için cinsel ilişkinin niteliği ve işlev kaybının şiddetini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Rust ve Golombok tarafından 1986 yılında geliştirilmiş, geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu yapılan analizler ile ortaya konulmuştur. Cinsel ilişkinin niteliğini ve cinsel işlevleri değerlendirmeye yönelik bir ölçüm aracıdır. Ölçek kadın ve erkekler için hazırlanmış iki form; 28 madde ve 7 alt boyuttan oluşmaktadır. Kadın formu alt boyutları: sıklık, iletişim, doyum, kaçınma, dokunma, vaginismus ve anorgazmdir. Erkek formu alt boyutları; sıklık, iletişim, doyum, kaçınma, dokunma, empotans ve erken boşalmadır. Maddelerin cevaplandırılması "hiçbir zaman", "nadiren", "bazen", "çoğunlukla", "her zaman" seçenekleri üzerinden yapılmakta; her soru için sırası değişen 0-1-2-3-4 olarak puanlandırılmaktadır. Ölçeğin değerlendirilmesinde hem toplam hem alt boyutlardan elde edilen puanlar kullanılabilir. Yüksek puanlar cinsel işlevlerdeki ve ilişkinin niteliğindeki bozulmaya işaret etmektedir. Elde edilen toplam puan ilişkinin niteliği ile ilgili genel bir fikir vermekte, alt boyut puanları ise ilişkinin çeşitli yönleri ile ilgili daha ayrıntılı bilgi ortaya koymaktadır.

Ülkemizde geçerlik ve güvenilirlik çalışması 1993 yılında Tuğrul ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. 5 ve üzerindeki puanlar cinsel soruna işaret etmektedir (132).

### **2.C.e. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği**

M.Rosenberg (1965) tarafından geliştirilen ölçek Füsun Çuhadaroğlu (1986) tarafından ülkemize uyarlanmıştır. 63 maddeden oluşan ölçeğin 12 alt testi vardır. Bu alt kategoriler benlik saygısı, kendilik kavramının sürekliliği, insanlara güvenme, eleştiriye duyarlılık, depresif duygulanım, hayalperestlik, psikosomatik belirtiler (uykuda süreklilik, ellerde titreme, sinirlilik, çarpıntı, tırnak yemek, nefes darlığı, ellerde terleme, baş ağrısı, kabus görmek), kişiler arası ilişkilerde tehdit hissetme, tartışmalara katılabilme, anne-baba ilgisi, babayla ilişki ve psişik izolasyon şeklinde adlandırılmıştır. Rosenberg istenildiği takdirde alt ölçeklerin araştırmalarda ayrı ayrı kullanılabilceğini belirtmiştir. Benlik saygısını ölçmeye yönelik olarak, ölçeğin ilk “10” maddesi kullanılmaktadır. Çalışmada benlik saygısını ölçmeye yönelik olarak ölçeğin ilk on sorusu kullanılmıştır. Bu on sorunun beşi pozitif ve beşi ise negatif ifadelerden oluşmaktadır. İfadeler 4'lü likert tipinde “çok doğru”, “doğru”, “yanlış” ve “çok yanlış” olarak cevaplanmaktadır. Ölçeğin değerlendirme sistemine göre olumlu kendilik değerlendirmesi sorgulanan sorularda 3'den 0'a kadar puanlama yapılırken; olumsuz kendilik değerlendirmesi sorgulanan ifadelerde 0'dan 3'e kadar puanlama yapılmaktadır. Toplam alınacak puan 0-30 arasında değişmektedir. On beş puan altı düşük benlik saygısını göstermektedir (121).

### **2.C.f. DSM-5'e Göre Cinsel İşlev Bozukluğu Sınıflandırma Formu**

DSM-5 tanı sistemine göre cinsel işlev bozuklukları sınıflandırıldı. DSM-V'de cinsel işlev bozuklukları 10 temel grupta listelenmiştir: (1) kadında cinsel ilgi/uyarıma bozuklukları, (2) geç boşalma, (3) sertleşme bozukluğu, (4) kadında orgazm bozukluğu, (5) cinsel organlarda-pelviste ağrı/içe girme bozukluğu, (6) erkekte düşük cinsel istek bozukluğu, (7) erken boşalma, (8) madde/ilacın yol açtığı cinsel işlev bozukluğu, (9) tanımlanmış diğer bir cinsel işlev bozukluğu, (10) tanımlanmamış cinsel işlev bozukluğu. Sendromlar, dört fazda değerlendirilen fizyolojik cinsel yanıt döngüsüyle ilişkilidir. Cinsel işlev

bozukluklarının temel özelliği, öznel olarak haz duyulmasında veya istekte bir bozulma ya da nesnel olarak performansta bir bozulma içerecek şekilde bu fazlardan birinde ya da daha fazlasında inhibisyon olmasıdır. Bozukluklar tek başına ya da diğeriyle birlikte görülebilir. Ancak klinik tablonun temel parçası olduğunda cinsel işlev bozuklukları tanısı konur. Bu bozukluklar yaşam boyu süren ya da sonradan edinilmiş tarzda, genelleşmiş ya da durumsal olabilir. Eğer sorun bir ilaç veya maddenin kullanımı ya da kötüye kullanımı ile daha iyi açıklanabiliyor ise maddenin / ilacın yol açtığı cinsel işlev bozukluğu tanısı konur. Eğer cinsel işlev bozukluğu başka bir tıbbi durum ile açıklanabiliyorsa psikiyatrik bir tanı konmaz (4).

## **2.D. İstatistiksel Analiz**

Sürekli verilerin normal dağılıp dağılmadığı shapiro-wilk testi ile araştırıldı. Normal dağılıma sahip sürekli veriler ortalama ve standart sapma ile normal dağılım özelliği göstermeyen sürekli veriler ise medyan ve minimum-maximum değerleri ile belirtildi. Normal dağılıma sahip verilerin iki grup karşılaştırmalarında Student t testi kullanılırken, normal dağılıma uygunluk göstermeyen veriler için ise Mann Whitney U test istatistiği kullanılmıştır. Diğer kategorik ve oransal veriler sayı ve yüzde ile belirtildi. Kategorik verilerin oransal sıklıklarının analizinde pearson ki-kare testi kullanıldı. Pearson ki-kare testinin uygun olmadığı durumlarda ise Fisher Freeman Halton Exact test, Fisher Exact test, Yates Düzeltmeli Kikare test kullanıldı. Normal dağılımı sahip sürekli veriler arasındaki koreleasyonu değerlendirmek için pearson koreleasyon katsayısı kullanılırken, normal dağılım özelliği göstermeyen sürekli verilerde korelasyon araştırmasında spearman korelasyon kat sayısı kullanılmıştır. İstatistiksel analizler IBM SPSS Statistics for Windows Version 22.0 ile yapılmıştır. Analizlerde p değerinin 0,05'in altında olması anlamlı olarak kabul edilmiştir.

## BULGULAR

Çalışmaya 18-65 yaş arası toplam 120 gönüllü dâhil edildi. Bunlardan 60'ı hasta grubunu, 60'ı kontrol grubunu oluşturdu. Gönüllülerin %77,5'i (n=93) kadınlardan ve %22,5'i (n=27) erkeklerden; obez gönüllü grubunun %78,3'ü (n=47) kadınlardan ve %21,7'si (n=13) erkeklerden; obez olmayan gönüllü grubunun ise %76,7'si (n=46) kadınlardan ve %23,3'ü (n=14) erkeklerden oluştu. Gruplar arasında cinsiyet açısından anlamlı bir farklılık tespit edilmedi.

Çalışmaya alınan obez olan ve obez olmayan gönüllülerin, cinsel işlev bozukluğu olan ve cinsel işlev bozukluğu olmayanların yaşları için medyan, minimum ve maximum değerleri Tablo-1'de verilmiştir. Obez gönüllüler ile obez olmayan gönüllüler arasında yaş bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardı ( $p<0,001$ ). Yaş ile cinsel işlev bozukluğu olup olmaması arasında anlamlı fark vardı, cinsel işlev bozukluğu olanların yaşları daha büyüktü ( $p<0,05$ ).

**Tablo-1:** Yaş medyan değeri

	Medyan	Min	Max
Obez Gönüllü	40	24	61
Obez Olmayan Gönüllü	33	24	49
Cinsel İşlev Bozukluğu Olan	39	24	61
Cinsel İşlev Bozukluğu Olmayan	34	25	57

Gönüllülerin %82,5'i (n=99) ilde, %17,5'i (n=21) ilçede yaşıyordu. Obez gönüllü grubunun %76,7'si (n=46) ilde, %23,3'ü (n=14) ilçede; obez

olmayan gönüllü grubunun %88,3'ü (n=53) ilde, %11,7'si (n=7) ilçede yaşıyordu. İki grup arasında yaşadıkları yer açısından anlamlı fark yoktu

Toplam gönüllü grubu, obez olan ve obez olmayan gönüllüler ile cinsel işlev bozukluğu olan ve cinsel işlev bozukluğu olmayan gönüllülerin eğitim durumu yüzdeleri ile ilişkili veriler Tablo-2'de verilmiştir. Hasta ile kontrol grubu arasında eğitim durumu arasında anlamlı fark vardı ( $p < 0,001$ ).

**Tablo-2: Eğitim durumu**

	Obez Gönüllü %(n)	Obez Olmayan Gönüllü %(n)	Toplam Gönüllü %(n)	Cinsel İşlev Bozukluğu Olan %(n)	Cinsel İşlev Bozukluğu Olmayan %(n)
İlkokul	%20 (12)	%6,7 (4)	%13,3 (16)	%21,6 (8)	%9,6 (8)
Ortaokul	%13,3 ( 8)	%3,3 (2)	%8,3 (10)	%5,4 (2)	%9,6 (8)
Lise	%28,3 (17)	%16,7 (10)	%22,5 (27)	%29,7 (11)	%19,3 (16)
Üniversite / Yüksek Okul	%36,7 (22)	%73,3 (44)	%55 (66)	%40,5 (15)	%61,4 (51)
Sadece okuma- yazması var	%1,7 (1)	%0 (0)	%0,8 (1)	%2,7 (1)	%0 (0)

Tablo-3'de obez olan ve obez olmayan gönüllülerin medeni durum yüzdeleri verilmiştir. Obez olan ve obez olmayan gönüllülerin medeni durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu.

**Tablo-3: Medeni durum**

	Obez Gönüllü %(n)	Obez Olmayan Gönüllü %(n)	Toplam Gönüllü %(n)
<b>Evli</b>	%100 (60)	%98,3 (59)	%99,2 (119)
<b>Partneri ile Birlikte Yaşıyor</b>	%0 (0)	%1,7 (1)	%0,8 (1)

Toplam gönüllü grubu, obez olan ve obez olmayan gönüllüler ile cinsel işlev bozukluğu olan ve cinsel işlev bozukluğu olmayan gönüllülerin evlenme şekli yüzdeleri Tablo-4'de verilmiştir. Obez gönüllüler ile obez olmayan gönüllüler arasında evlenme şekli arasında anlamlı fark vardı ( $p<0,05$ ).



**Tablo-4: Evlenme şekli**

	Obez Olan %(n)	Obez Olmayan %(n)	Toplam Gönüllü %(n)	Cinsel İşlev Bozukluğu Olan %(n)	Cinsel İşlev Bozukluğu Olmayan %(n)
<b>Görücü Usulü</b>	%15 (9)	%43,3 (26)	%29,2 (35)	%37,8 (14)	%25,3 (21)
<b>Tanışarak</b>	% 85 (51)	%56,7 (34)	%70,8 (85)	%62,2 (23)	%74,3 (62)
<b>P</b>	<b>p&lt;0,05.</b>			p=0,239	

Toplam gönüllü grubu, obez olan ve obez olmayan gönüllüler ile cinsel işlev bozukluğu olan ve cinsel işlev bozukluğu olmayan gönüllülerin tedavi altında hipotiroidi, regüle hipertansiyon, astım, anemi, psödötümör cerebri, mitral valv stenozu, psöriazis, ankilozan spondilit, reynaud hastalığı, hemofili A, reaktif hipoglisemi, cerebral palsi, romatoid artrit gibi sistemik hastalık tanılarının bulunma yüzdesi Tablo-5'de belirtilmiştir. Obez gönüllü grubu ile obez olmayan gönüllü grubu arasında sistemik hastalık bulunma oranı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ( $p<0,05$ ).

**Tablo-5: Sistemik hastalık bulunma oranı**

	Obez Olan %(n)	Obez Olmayan %(n)	Toplam Gönüllü %(n)	Cinsel İşlev Bozukluğu Olanlar %(n)	Cinsel İşlev Bozukluğu Olmayanlar %(n)
Yok	%61,7 (37)	%85 (51)	%73,3 (88)	%64,9 (24)	%77,1 (64)
Var	%38,3 (23)	%15 (9)	%26,7 (32)	%35,1 (13)	%22,9 (19)

Toplam gönüllü grubu, obez olan ve obez olmayan gönüllüler ile cinsel işlev bozukluğu olan ve cinsel işlev bozukluğu olmayan gönüllülerin çocuk sayılarının medyan, minimum ve maksimum değerleri Tablo-6'da belirtilmiştir. Hasta ile kontrol grubu arasında çocuk sayısı arasında anlamlı fark vardı ( $p<0,05$ ). Hasta grubunda çocuk sayısı daha fazla olma eğilimindeydi. Cinsel işlev bozukluğu olmasıyla çocuk sayısı arasında anlamlı ilişki vardı, cinsel işlev bozukluğu olanlarda çocuk sayısı daha fazlaydı ( $p<0,05$ ).

**Tablo-6:** Çocuk sayısı medyan değerleri

	Medyan	Min	Max	P
Obez Olan	2	0	4	<b>p&lt;0,05</b>
Obez Olmayan	1	0	3	
Cinsel İşlev Bozukluğu Olan	2	0	4	<b>p&lt;0,05</b>
Cinsel İşlev Bozukluğu Olmayan	1	0	3	

Tablo-7'de çalışma grubunun cinsel bilgilerini yeterli bulma durumu yüzdeleri verilmiştir.

**Tablo-7:** Cinsel bilgilerini yeterli bulma durumu

	<b>Obez Olan % (n)</b>	<b>Obez Olmayan % (n)</b>	<b>Toplam Gönüllü % (n)</b>
<b>Evet</b>	%65 (39)	%83,3 (50)	%74,2 (89)
<b>Hayır</b>	%35 (21)	%16,7 (10)	%21,7 (13)

Tablo-8'de obez gönüllüler ile obez olmayan gönüllülerin cinsel işlev bozukluğuna sahip olma yüzdeleri verilmiştir. Obez gönüllüler ile obez olmayan gönüllüler arasında cinsel işlev bozukluğu olması arasında anlamlı fark vardı ( $p<0,05$ ). Obez gönüllülerde cinsel işlev bozukluğu daha sık görülmektedir.

**Tablo-8:** Cinsel işlev bozukluğu olma durumu

	<b>Obez Grup %(n)</b>	<b>Obez Olmayan Grup %(n)</b>	<b>Toplam Gönüllü %(n)</b>
Var	%40,0 (24)	%21,7 (13)	%31,7 (37)
Yok	%60,0 (36)	%78,3 (47)	%68,3 (83)

Tablo-9'da cinsel işlev bozukluklarının genel çalışma grubu, obez gönüllüler ile obez olmayan gönüllülerdeki yüzdeleri ve sayıları verilmiştir. Genel çalışma grubunun %5'inde ( $n=6$ ) ikinci bir cinsel işlev bozukluğu, %2,5'inde ( $n=3$ ) ek üçüncü bir cinsel işlev bozukluğu tanısı vardı. Obez

gönüllü grubunun %6,7'sinde (n=4) ek ikinci bir cinsel işlev bozukluğu, %3,3'ünde (n=2) ek bir üçüncü cinsel işlev bozukluğu tanısı vardı. Obez olmayan grubun, %3,4'sinde (n=2) ek ikinci bir cinsel işlev bozukluğu, %1,7'sinde (n=1) ek bir üçüncü cinsel işlev bozukluğu tanısı vardı. Obez gönüllüler ile obez olmayan gönüllüler arasında orgazm bozukluğu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ( $p<0,05$ ), obez gönüllülerde orgazm bozukluğu daha sık görülmekteydi.

**Tablo-9:** Cinsel işlev bozukluğu oranları

	<b>Obez Grup % (n)</b>	<b>Obez Olmayan Grup % (n)</b>	<b>Toplam Gönüllü % (n)</b>	<b>p</b>
Kadınlarda İlgisi-Uyarılma Bozukluğu	%15 (9)	%6,7 (4)	%10,8 (13)	$p=0,270$
Cinsel organda pelviste ağrı içe girme bozukluğu	%1,7 (1)	%6,7 (4)	%4,2 (5)	$p=0,679$
Kadınlarda orgazm bozukluğu	%16,7(10)	%5 (3)	%10,8 (13)	<b><math>p=0,045</math></b>
Erken boşalma	%6,7 (4)	%3,3 (2)	%5 (6)	$p=0,679$
Normal Cinsel İşlev	%60 (36)	%78,3 (47)	%69,2 (83)	<b><math>p=0,048</math></b>

Obez gönüllüler ile obez olmayan gönüllülerin BDE ve BAE toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu.

Obez olan ve obez olmayan gönüllülere uygulanan ölçeklerin ve BKİ'nin medyan ve ortalama değerleri ile p değerleri Tablo-10'da verilmiştir. Obez olan ve obez olmayan gönüllülerin BKİ değeri ( $p<0,001$ ) ve Rosenberg Ölçeği Toplam Skoru (RÖTS) ( $p<0,05$ ) arasında anlamlı fark vardı.

**Tablo-10:** Obez olan ve obez olmayan gönüllere uygulanan ölçeklerin ve BKİ'nin medyan, ortalama değerleri ve p değerleri

	Obez Grup %(n)	Obez Olmayan Grup %(n)	p değeri
BKİ	35,2 (30,16-58,8)	23,59 (16,51- 29)	<b>p&lt;0,001</b>
GRS	3 (0- 8)	3 (0- 7)	p=0,231
GRİ	2 (0- 8)	2 (0- 8)	p=0,955
GRDy	4 (0- 12)	3 (0- 12)	p=0,079
GRK	2 (0- 16)	2 (0- 9)	p=0,152
GRDk	3 (0- 15)	2 (0- 11)	p=0,151
GRV/GRE	1 (0- 15)	1 (0- 11)	p=0,645
GRA/ GREB	5,5 (0- 16)	4 (0- 13)	p=0,132
GRTS	27,5 (6- 90)	25 (1- 69)	p=0,151
RÖTS	21 (9- 30)	22 (10- 30)	<b>p=0,024</b>
Beck Anx	3 (0- 4)	2 (0- 4)	p=0,996
Beck Dep	2 (0; 4)	2 (0; 4)	p=0,391

**BKİ:** Beden Kitle İndeksi **GRTS:** Golombok Rust Toplam Skoru **GRDy:** Golombok Rust Doyum **GRS:** Golombok Rust Sıklık **GRİ:** Golombok Rust İletişim **GRK:** Golombok Rust Kaçınma **GRDk:** Golombok Rust Dokunma **GRV:** Golombok Rust Vajinismus **GRA:** Golombok Rust Anorgazmi **GREB:** Golombok Rust Erken Boşalma **GRE:** Golombok Rust Empotans **RÖTS:** Rosenberg Benlik Saygısı Toplam Skoru

Obez olan ve obez olmayan kadınların RÖTS ortalama değerleri ve p değeri Tablo-11'de verilmiştir. Obez olan ve obez olmayan kadınlarda RÖTS (p<0,05) açısından anlamlı fark vardı.

**Tablo-11:** Kadınlar için Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği ortalama değerleri ve p değeri

	Ortalama değer	p değeri
Obez Olan	20,7±4,5	<b>p=0,021</b>
Obez Olmayan	22,9±4,5	

Obez olan ve obez olmayan kadınlarda; GRT puanı ve GR alt ölçekleri arasında anlamlı fark yoktu. Bu ölçeklerin medyan ve ortalama değerleri Tablo-12'de verilmiştir.

**Tablo-12:** Kadın gönüllülerde GRTS ve GR alt ölçeklerinin ortalama / ortanca değerleri ve p değeri

	GRDy	GRS	GRİ	GRK	GRDk	GRV	GRA	GRTS
Obez	4(0-12)	4(0- 8)	2(0- 8)	4(0-16)	3(0-15)	1(0-15)	6,1±3,5	32(6- 90)
Obez Olmayan	3,5(0- 2)	3(0- 7)	2(0- 8)	3(0- 9)	2,5(0-11)	1(0- 11)	5,1±3,2	25,5(1- 69)
p değeri	p=0,322	p=0,200	p=0,085	p=0,181	p=0,259	p=0,349	p=0,144	p=0,186

**GRTS:** Golombok Rust Toplam Skoru **GRDy:** Golombok Rust Doyum **GRS:** Golombok Rust Sıklık **GRİ:** Golombok Rust İletişim **GRK:** Golombok Rust Kaçınma **GRDk:** Golombok Rust Dokunma **GRV:** Golombok Rust Vajinismus **GRA:** Golombok Rust Anorgazmi

Kadın gönüllü grubunda, obez olmak ile cinsel işlev bozukluğu olması arasında anlamlı fark yoktu. DSM 5'e göre cinsel işlev bozuklukları sınıflandırıldığında; kadınlarda ilgi- uyarılma bozukluğu ve cinsel organda pelviste ağrı-içerme bozukluğu açısından obez olan ve olmayan kadınlarda istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu; orgazm bozukluğu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardı ( $p<0,05$ ). Obez gönüllerin %29,7'sinde ( $n=14$ ) kadında orgazm bozukluğu saptanırken, normal kilolu gönüllülerde bu oran %10,8 idi ( $n=5$ ).

Erkek obez gönüllere ve obez olmayan gönüllülere uygulanan ölçeklerin medyan/ortalama değerleri ve p değerleri Tablo-13'de belirtilmiştir.

Obez olan ve obez olmayan erkeklerde GRDy alt ölçeği ( $p<0,05$ ) açısından anlamlı fark vardı.

**Tablo-13:** Erkek gönüllülerde GRTS ve GR alt ölçeklerinin ortalama / ortanca değerleri ve p değeri

	Obez Grup %(n)	Obez Olmayan Grup %(n)	p değeri
GRS	2 (0- 3)	1 (0- 4)	$p=0,550$
GRI	$1,8 \pm 1,5$	$2,2 \pm 1,9$	$p=0,589$
GRDy	$4,5 \pm 2,5$	$2,5 \pm 2,3$	<b><math>p=0,045</math></b>
GRK	0 (0- 4)	0 (0- 3)	$p=0,550$
GRDk	1 (0- 6)	0,5 (0- 5)	$p=0,302$
GRE	2 (0- 7)	1 (0- 7)	$p=0,420$
GREB	3 (0-10)	2 (0-9)	$p=0,583$
GRTS	27,5 (6- 90)	25 (1-69)	$p=0,420$
RÖTS	21 (19- 29)	21,5 (15- 30)	$p=0,458$

**GRDy:** Golombok Rust Doyum **GRS:** Golombok Rust Sıklık **GRI:** Golombok Rust İletişim  
**GRK:** Golombok Rust Kaçınma **GRDk:** Golombok Rust Dokunma **GRE:** Golombok Rust Emptans  
**GREB:** Golombok Rust Erken Boşalma **GRTS:** Golombok Rust Toplam Skoru  
**RÖTS:** Rosenberg Benlik Saygısı Toplam Skoru

Erkek gönüllü grubunda, obez olmak ile cinsel işlev bozukluğu olması arasında anlamlı fark yoktu. DSM V'e göre cinsel işlev bozuklukları sınıflandırıldığında, erkeklerde obez olmakla erken boşalma arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu

Bu çalışmada tüm gönüllüler incelendiğinde BKİ ile cinsel işlev bozukluğu olup olmaması arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardı ( $p<0,05$ ). Cinsel işlev bozukluğu olmayan kişilerin BKİ medyan değeri 26,49 (min=17,57; 48,05) iken, cinsel işlev bozukluğu olan kişilerin BKİ medyan değeri 31,56 (min=16,51; max=58,08) idi.

Genel veri setine baktığımızda BKİ ile RÖTS arasında negatif yönde korelasyon ( $p=0,002$ ,  $r=-0,280$ ) varken; BKİ ile GRT ve GR alt ölçek puanları

arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon yoktu. GRTS ile RÖTS'ı arasında negatif yönde korelasyon ( $p<0,01$ ,  $r=-0,401$ ), RÖTS ile GRİ ( $p<0,001$ ,  $r=-0,410$ ), GRDk ( $p<0,001$ ,  $r=-0,348$ ), GRDy ( $p<0,001$ ,  $r=-0,398$ ) arasında negatif yönde bir korelasyon vardı. p ve r değerleri Tablo-14'de verilmiştir.

**Tablo-14:** Çalışmanın genel popülasyonunda BKİ–GRTS ve RÖTS arasındaki ilişki

	BKİ	GRTS	RÖTS
RÖTS	<b>p=0,002</b> <b>r=-0,280</b>	<b>p&lt;0,001</b> <b>r=-0,481</b>	-
GRTS	p=0,208 r=0,116	-	<b>p&lt;0,001</b> <b>r=-0,401</b>
GRDy	p=0,178 r=0,124	<b>p&lt;0,001</b> <b>r=0,731</b>	<b>p&lt;0,001</b> <b>r=-0,393</b>
GRS	p=0,597 r=0,049	<b>p&lt;0,001</b> <b>r=0,674</b>	p=0,052 r=-0,178
GRİ	p=0,802 r=0,023	<b>p&lt;0,001</b> <b>r=0,555</b>	<b>p&lt;0,001</b> <b>r=-0,410</b>
GRK	p=0,409 r=0,076	<b>p&lt;0,001</b> <b>r=0,662</b>	p=0,052 r=-0,178
GRDk	p=0,055 r=0,176	<b>p&lt;0,001</b> <b>r=0,759</b>	<b>p&lt;0,001</b> <b>r=0,348</b>

**BKİ:** Beden Kitle İndeksi **GRTS:** Golombok Rust Toplam Skoru **RÖTS:**Rosenberg Benlik Saygısı Toplam Skoru **GRDy:** Golombok Rust Doyum **GRS:** Golombok Rust Sıklık **GRİ:** Golombok Rust İletişim **GRK:** Golombok Rust Kaçınma **GRDk:** Golombok Rust Dokunma

Genel çalışma grubundaki erkek ve kadınların BKİ, RÖTS ve GRTS puanı arasındaki korelasyon incelendiğinde, kadın grubuna baktığımızda BKİ ile RÖTS arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönde korelasyon ( $p=0,002$ ,  $r=-0,314$ ) vardı. BKİ ile GRTS ve GR alt ölçekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon yoktu. RÖTS ile GRTS ( $p<0,01$ ,  $r=-$

0,409), GRİ (p<0,001, r=-0,457), GRDk (p=0,001, r=-0,349), GRV (p=0,036, r=-0,217), GRA (p<0,001, r=-0,394), GRDy (p<0,001, r=-0,451) arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon vardı. RÖTS ile GRS ve GRK arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon yoktu. p ve r değerleri Tablo-15'te verilmiştir.

**Tablo-15:** Kadınlarda BKİ, RÖTSve GRTS arasındaki korelasyon

	BKİ	GRTS	RÖTS
RÖTS	<b>p=0,02</b> <b>r=-0,314</b>	<b>p&lt;0,001</b> <b>r=-0,409</b>	-
GRTS	p=0,235 r=0,124	-	<b>p&lt;0,001</b> <b>r=-0,409</b>
GRDy	p=0,321 r=0,104	<b>p&lt;0,001</b> <b>r=0,779</b>	
GRS	p=0,744 r=0,034	<b>p&lt;0,001</b> <b>r=0,629</b>	p=0,253 r=-0,120
GRİ	p=0,091 r=0,388	<b>p&lt;0,001</b> <b>r=0,600</b>	<b>p&lt;0,001</b> <b>r=-0,457</b>
GRK	p=0,331 r=0,102	<b>p&lt;0,001</b> <b>r=0,645</b>	p=0,138 r=-0,155
GRDk	p=0,063 r=0,194	<b>p&lt;0,001</b> <b>r=0,769</b>	<b>p=0,001</b> <b>r=-0,349</b>
GRV	p=0,425 r=-0,084	<b>p&lt;0,001</b> <b>r=0,483</b>	<b>p=0,036</b> <b>r=-0,217</b>
GRA	p=0,263 r=0,117	<b>p&lt;0,001</b> <b>r=0,813</b>	<b>p&lt;0,001</b> <b>r=-0,394</b>

**BKİ:** Beden Kitle İndeksi **GRTS:** Golombok Rust Toplam Skoru **RÖTS:**Rosenberg Benlik Saygısı Toplam Skoru **GRDy:** Golombok Rust Doğum **GRS:** Golombok Rust Sıklık **GRİ:** Golombok Rust İletişim **GRK:** Golombok Rust Kaçınma **GRDk:** Golombok Rust Dokunma **GRV:** Golombok Rust Vajinismus **GRA:** Golombok Rust Anorgazmi



Erkek grubunda, BKİ ile uygulanan ölçekler arasında anlamlı bir korelasyon yoktu. RÖTS ile GRTS ve GR alt ölçekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon yoktu. RÖTS ile GRE-alt ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönde bir korelasyon vardı. ( $p=0,005$ ,  $r=-0,520$ ). P ve r değerleri Tablo-16'da verilmiştir.

**Tablo-16:** Erkeklerde BKİ, BKİ, RÖTS ve GRTS arasındaki korelasyon

	BKİ	GOLOMBOCK RUST GENEL TOPLAM	RÖTS
RÖTS	$p=0,368$ $r=-0,180$	$p=0,08$ $r=-0,342$	-
GRTS	$p=0,477$ $r=0,143$	-	$p=0,08$ $r=-0,342$
GRDy	$p=0,258$ $r=0,226$	<b><math>p&lt;0,001</math></b> <b><math>r=0,629</math></b>	$p=0,412$ $r=-0,164$
GRS	$p=0,216$ $r=0,246$	<b><math>p=0,021</math></b> <b><math>r=0,442</math></b>	$p=0,149$ $r=-0,286$
GRİ	$p=0,119$ $r=-0,307$	$p=0,101$ $r=0,323$	$p=0,509$ $r=-0,133$
GRK	$p=0,951$ $r=0,012$	$p=0,74$ $r=0,350$	$p=0,662$ $r=-0,088$
GRDk	$p=0,488$ $r=0,139$	<b><math>p=0,007</math></b> <b><math>r=0,504</math></b>	$p=0,082$ $r=-0,341$
GRE	$p=0,513$ $r=0,13$	<b><math>p&lt;0,001</math></b> <b><math>r=0,668</math></b>	<b><math>P=0,005</math></b> <b><math>r=-0,520</math></b>
GREB	$p=0,346$ $r=0,189$	<b><math>p&lt;0,001</math></b> <b><math>r=0,642</math></b>	$p=0,379$ $r=-0,176$

**BKİ:** Beden Kitle İndeksi **GRTS:** Golombok Rust Toplam Skoru **GRDy:** Golombok Rust Doyum **GRS:** Golombok Rust Sıklık **GRİ:** Golombok Rust İletişim **GRK:** Golombok Rust Kaçınma **GRDk:** Golombok Rust Dokunma **GRE:** Golombok Rust Emptans **GREB:** Golombok Rust Erken Boşalma

## TARTIŞMA

Obezite, yaşam kalitesi ve süresini olumsuz yönde etkileyen bir hastalık olup yüzyılımızın en önemli sağlık sorunudur (46). Bu çalışmada, DM, dislipidemi, anksiyete bozuklukları, depresyon bozuklukları gibi cinsel işlev bozuklukları için risk faktörlerini taşımayan obez kişilerdeki cinsel işlev bozukluğunun normal kilolu kişilerdeki cinsel işlev bozukluğu sıklığıyla karşılaştırmak ve bu kişilerdeki benlik saygısı ile cinsel işlev bozukluğu arasındaki ilişkiyi saptamak amaçlanmıştır. Bu çalışmada DM, dislipidemi, anksiyete bozuklukları, depresyon bozuklukları tanıları olmayan obez kişilerde cinsel işlev bozukluğunun, normal kilolu gruba göre daha sık görüldüğünü; obez kişilerde benlik saygısının daha düşük olduğunu ve benlik saygısı daha düşük olan kişilerde cinsel doyumun azaldığını, kadınlarda obezitenin orgazm bozukluğu için risk oluşturduğunu, erkeklerde obezitenin cinsel işlev bozukluğu için risk oluşturmadığını; kadınlarda BKİ arttıkça benlik saygısının düştüğünü, erkeklerde böyle bir korelasyonun bulunmadığı saptanmıştır.

Bu çalışmaya katılan obez gönüllülerin yaş medyan değeri 40 idi. Obez gönüllüler kontrol grubuna göre daha yaşlıydı. Bu bulgu yaş arttıkça obezite sıklığının arttığını gösteren yayınlarla paralellik göstermektedir (6,133,134).

Bu çalışmadaki obez gönüllü grubunun eğitim düzeyi daha düşüktü ve çocuk sayısı daha fazlaydı. Bu bulgu, gelişmiş ülkelerde şişmanlığın düşük sosyoekonomik gruplarda ve kalabalık ailelerde daha sık olmasına, bu kesimde beslenme ve sağlıkla ilgili bilgi eksikliğinin daha yaygın oluşuna, aktivite azlığına, yüksek kalorili gıdaların ucuzluğuna ve uygun besin

bulabilme olanaklarının kısıtlı olması nedeniyle kişileri tek yönlü beslenmeye yöneltmesine bağlanmakta olan yayınlarla uyumludur (31,34,37). Öğrenim düzeyi azaldıkça obezite prevalansının arttığını gösteren çalışmalardaki bulgularla, bu çalışmadaki bulgular paralellik göstermiştir (135-137). Bu çalışmadaki obez grupta çocuk sayısının daha fazla olması; Efil, Fouad, Aktener, Çayır'ın yaptığı çalışmalarındaki obez kişilerde çocuk sayısının daha çok olduğu bulgusuyla paralellik göstermektedir (137-140). Bu da kadınların doğum sayısı arttıkça, doğumdan sonra eski ağırlık değerlerine dönülemediğini düşündürebileceği gibi kontrol grubunun yaş medyan değerinin daha küçük olması çocuk sayısının bu grupta daha az olmasında etkili olabilir.

İnsan cinselliğiyle ilgili problemlere ilişkin ders kitaplarında da, obeziteden nadiren bir faktör olarak söz edilmektedir ve söz edilse bile, sebep-sonuç ilişkisini destekleyen veriler konusunda kaynak bildirilmemektedir (141). Kolotkin ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada obez kişilerin kilolarıyla alakalı daha sık cinsel güçlük yaşadıklarını bildirdikleri, yüksek BKİ' nin cinsel hayat kalitesinde daha fazla bozulmayla bağlantılı olduğu, obez olan kadınlarda cinsel hayat kalitesinin obez erkeklere göre daha fazla etkilendiği, gastrik bypass adaylarının diğer obez kişilere göre cinsel hayat kalitesinde daha fazla bozulma bildirdiği saptanmıştır (142). Yalnızca obeziteden kaynaklanan etkileri diğer sebeplerden ayırmak güçlük yaratabilmektedir, Zira dislipidemi, HT, DM ve depresyon gibi diğer tüm faktörlerin hem erkek hem de kadınlarda değişik derecelerde olsa da cinsel işlev bozukluğu ile doğrudan ilişkili oldukları bilinmektedir. Dolayısıyla obezitenin cinsel işlev bozukluğu üzerindeki etkilerine bu tür damarsal risk faktörlerinin aracılık etmesi de mümkündür (7). Dislipidemi, DM, anksiyete ve depresyon bozuklukları dışlandığında, obezitenin cinsel işlev bozukluğu üzerine etkisinin araştırıldığı bu çalışmada obez kişilerde cinsel işlev bozukluğu daha sık bulunmuştur. Obez kişilerdeki cinsel işlev bozukluğuyla ilgili yayınlar incelendiğinde, erkek ve kadın obez kişilerin cinsel işlev bozukluğu açısından ayrı ayrı değerlendirildiği gözlenmiştir. Bu çalışmada, erkeklerde obezite cinsel işlev bozukluğu açısından bir risk

oluşturmamaktaydı. Güncellenen sonuçlara göre obezite erkeklerde sertleşme bozukluğu ile ilişkili bulunmuştur. Bu bozukluğa nöronal, endotelyal, endokrin ve psikososyal faktörlerin katkıda bulunduğu düşünülmüştür (143,144). Bu çalışmada sertleşme bozukluğuna sahip erkek bulunmaması yayınlarla uyumlu değildi. Sertleşme bozukluğu tanısının olmaması çalışma grubundaki erkek sayısının az olmasına bağlı olabilir. Çalışma grubunda obez olan ve obez olmayan erkeklerde erken boşalma açısından istatistiksel açıdan anlamlı fark yoktu. Bu bulgumuz Anderson ve arkadaşlarının 3300 kişilik obez erkeklerde cinsel işlev bozukluğunun karşılaştırıldığı çalışmasıyla paralellik göstermektedir (145).

Bu çalışmada kadında ilgi-uyarılma bozukluğu ve cinsel organdapelveste ağrı-içerme bozukluğu açısından obezitenin bir risk faktörü oluşturmadığı; obez kadınlarda, DSM-5'e göre kadında orgazm bozukluğunun istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha sık görüldüğü saptanmıştır. Fransa'da yapılan bir çalışmada BKİ ile kadın cinsel işlev bozukluğu arasında bir ilişki saptanmamıştır (6). Esposito ve arkadaşları BKİ ile uyarılma, lumbrikasyon, orgazm ve tatmin arasında negatif korelasyon olduğunu, ağrı ve istekle ilişki olmadığını; Mozofari ve arkadaşları (146). BKİ ile cinsel tatmin, uyarılma ve orgazm bozukluğu arasında pozitif yönde bir korelasyon bildirmişlerdir (9). Bu çalışmada, istek ve uyarılmanın birleştirildiği DSM-5 kriterleri kullanıldığı ve nöropatiye bağlı uyarılma bozukluğu yapan DM (2) tanılı bireyler çalışmaya dahil edilmediği için obez kadınlarda, yayınlardan farklı olarak uyarılma bozukluğunda anlamlı olarak farklı bulunmamış, sadece kadında orgazm bozukluğu istatistiksel olarak anlamlı olarak daha sık görülmüş olabilir.

Morotti ve arkadaşları; klitoral damar akımını ölçtükleri çalışmalarında, obez kadınlarda kanlanmanın aşırı kilolu ve zayıf kadınlara göre daha kötü olduğu ve bu çalışmayla uyumlu olarak bu kadınlarda orgazm bozukluğu sıklığının daha yüksek olduğunu saptamışlardır (147). Orgazm ile ilgili önemli bir yanlış vajinal orgazmın klitoral orgazmdan kaliteli olduğu inancıdır. Freud'un orgazm ile ilgili görüşlerine dayanan bu inanış Masters ve Johnson'un 1970'li yıllardaki araştırmaları ile çürütülmüştür. Fizyolojik olarak

orgazm vajinal ve klitoral uyarıların klitoriste toplanması ile klitoris ve beyin arasında gerçekleşir, cinsel bölgelerden başlayarak tüm bedende hissedilir. Mastürbasyon ya da cinsel birleşme ile yaşanan orgazm fizyolojik açıdan aynıdır. Kadınlar için klitoral uyarının orgazmda önemli olduğu bilinmektedir. Kadında vajinanın içerdeki üçte ikilik kısmının sinir yapısı açısından fakir, dıştaki üçte birlik kısmının ise zengin olduğu bilinmektedir. Sinir yapısı açısından zengin olması dıştaki kısmın uyarılma açısından uygun olduğunu gösterir. Kadından kadına değişmekle birlikte orgazm öncesinde yeterli ön sevişme olmadığında ve yeterli klitoral uyarı yapılmadığında kadının orgazm evresine ulaşması güç olmaktadır. Kadınlar için uyarılma evresinde sıkıntıya neden olan bütün sorunlar orgazm evresinde de soruna neden olmaktadır. Klitoral uyarının yeterince yapılamadığı fiziksel rahatsızlıklar ve yapısal bozukluklarda da cinsel haz alma ve orgazm etkilenmektedir (148). Obez kadınlarda orgazm bozukluğunun daha sık görülmesi bu kadınlarda yeterli klitoral kanlanmanın olmamasına, cinselliğin ve klitoral uyarının bilinmediği ülkemizde, obezitenin sebep olduğu fiziksel aktivite kısıtlılığına bağlı cinsel birleşme sırasında klitoris uyarısının yetersiz kalmasına bağlı olabilir.

Bu çalışmada yayınlarla uyumlu olarak, obez gönüllülerde RÖTS normal kilolu gruba göre daha düşüktü. Yapılan çalışmaların önemli bir kısmında erişkinlerde BKİ ve benlik saygısı arasında ters bir ilişki olduğu gösterilmiştir (149,150), ancak böyle bir ilişki olmadığını gösteren çalışmalar da mevcuttur (124). Başka bir çalışmada, aşırı kilolu-obez olanların benlik saygısının, normal kiloda olanlara göre daha düşük olduğu, obez kişilerin benlik saygısı değerinin BKİ ile ilişkili bulunduğu ve BKİ arttıkça benlik saygısının azaldığı bildirilmiştir (151). Düşük benlik saygısının obezitenin sonuçlarından biri mi yoksa nedeni mi olduğu aydınlatılabilmiş değildir. Obez hastalarda özellikle depresyon ve kişilik bozukluklarının eşlik ettiği psikopatolojik durumların daha fazla olduğu gösterilmiştir (152). Bu çalışmada anksiyete ve depresyon bozukluklarına sahip gönüllüler çalışmaya dahil edilmemesine rağmen, obez kişilerin benlik saygısının daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Şemalar ve baş etme yollarının obezitesi olan bireylerin kaygı, depresyon, benlik saygısı ve intihar oranları üzerindeki

etkisinin şema kuramı açısından incelendiği bir çalışmada; aşırı kilolu ve obezitesi olan kişilerin erken dönem uyumsuz şemalardan duygusal yoksunluk, karamsarlık, iç içe geçme/bağımlılık ve ayrıcalıklılık /yetersiz öz denetim şemalarının benlik saygısı ile ilişkili değişkenler olduğu ve obezite ile düşük benlik saygısının korele olmadığı gösterilmiştir (153). Bu çalışmada benlik saygısı üzerine değişkenler araştırılmamıştır. Bu yüzden bu konu ile ilgili yorum yapmak mümkün değildir.

Çalışma grubunda kadınların benlik saygısının BKİ arttıkça düştüğü, erkeklerde benlik saygısının BKİ ile korelasyon göstermediği saptanmıştır. Bu bulgu, Özkan ve arkadaşlarının benlik saygısını belirleyen etkenler üzerine yaptığı, sağlıklı üniversite öğrencilerinin gönüllü olduğu çalışmasıyla çelişmektedir. Özkan kadınların benlik saygısının erkeklerden daha fazla olduğunu saptamıştır (154). Obez kişilerle yapılan benlik saygısıyla ilgili çalışmalarda, kadın cinsiyetin obez kişilerde düşük benlik saygısı riskini iki kat arttırdığı, erkeklerde böyle bir artışın söz konusu olmadığı saptanmıştır (155). Sadece kadınların çalışmaya dahil edildiği, obez ve normal kilolu kadınlardaki benlik saygısının incelendiği bir araştırmada obez kadınlarda benlik saygısı bu çalışmadaki gibi düşük bulunmuştur (156). Obez olmayan ve kronik bir hastalığı olmayan grupta benlik saygısı kadınlarda daha yüksekken, obezitede bu durumun tersine dönmesi durumuna aile tarafından hor görülmenin de katkıda bulunduğu düşünülmektedir (126). Bununla birlikte sağlıklı olma haline yüklenen yeni değerlerle beden görünümü önemli bir hal almıştır. Artık birey, yaşlanmayan, canlı, hareketli, formda ve zayıf olabilmek için zorlanmaktadır (157). Bu baskının kadın cinsiyet için daha fazla olması da kadınlarda benlik saygısındaki düşüklüğe katkıda bulunuyor olabilir. Obez olan kadınlara karşı sosyal etiketleme erkeklere oranla daha fazladır. Sosyal değerlerin kadın estetiğine erkeğinkinden daha çok önem vermesi bu etiketlemenin kadınlarda daha fazla olmasına sebep olmuş olabilir. Yayınlarda da belirtildiği gibi kadınlar estetik değerlere, erkekler toplumsal imaja daha çok önem vermektedirler (158).

Obez olan ve obez olmayan erkekler için GRDy hariç GRD alt puanı arasında istatistiksel olarak fark yoktu. Daha önceden belirtildiği gibi BKİ ile

RÖTS arasında negatif bir korelasyon vardı. Vücut görüntüsü kadın ve erkeklerin cinsel olarak kendine güvenmesine yardım etmektedir. Kadınlar vücut ağırlıkları ve şekli hakkında kaygılanırken, erkekler penis boyutu hakkında rahatsız olma eğilimindedir (159). Kadın güzelliğinin ve arzulanırlığının kültürden kültüre farklılık gösterdiği unutulmamalıdır. İncelik batı ülkelerinde sosyal olarak değerli iken, dünyanın diğer bölgelerinde daha dolgun kadınların cinsel olarak çekici olduğu düşünülmektedir (159). Faith ve Schare cinsel işlev ve bedensel görünüş üzerine kişilerin aşırı odaklanması arasındaki ilişkiye bakmış, olumsuz vücut görünüşünün cinsel tecrübenin daha az olduğu durumlarla ilişkili olduğu ve olumsuz beden imajının cinsel deneyimleri azalttığı sonucuna varmışlardır (160). Bu çalışmada kişilerin benlik saygısı ile cinsel doyum arasındaki ilişkiyi incelendiğinde; benlik saygısı daha düşük olan kişilerin GRDy, GRDk, GRİ alt puanlarının ve GRT puanının daha yüksek olduğunu saptanmıştır. Bu bulgu, benlik saygısı arttıkça cinsel doyumun arttığı ya da tam tersi olduğunu gösteren yayınlarla uyumludur (161-164). Bu çalışmayla benzer şekilde, Kılıç ve arkadaşları ostomi ameliyatının cinsel işlevler ve benlik saygısı arasındaki etkileşimi araştırdığı bir çalışmada, GR toplam skoru ile RBSÖ toplam puanı arasında ters yönde bir ilişki bulmuştur. Benlik saygısı yükseldikçe cinsel açıdan doyumun yükseldiği, kaçınmanın azaldığı, cinsel ilişki sıklığının arttığı, beden algısı düşük olan hastaların, cinsel olarak daha sık kaçınma ve dokunma sorunu yaşadığı tespit edilmiştir (165). Vücut imajından hoşnut olmayan obez bir bireyin benlik saygısında düşüklük olacağı ve cinsel eylemler konusunda çekinceler yaşayacağını düşünmek akla yatkındır. Kadın ve erkekler ayrı ayrı incelendiğinde erkeklerde benlik saygısıyla cinsel doyum arasında bir ilişki bulunmaz iken, kadınlarda RÖTS ile GRDk, GRTS, GRA ve GRİ arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönde bir korelasyon tespit edilmiştir. Bu çalışmayla benzer şekilde Kılıç ve arkadaşlarının çalışmasında da, kadın hastalarda cinsel işlevlerden dokunma, kaçınma, doyum ve genel olarak tüm cinsel işlevler açısından, erkeklere oranla daha fazla sorun saptanmıştır (165).

De Boer ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada düşük benlik saygısının sertleşme bozukluğu riskini 1,25 kat arttırdığı saptanmıştır. Capelleri ve ark. ile Atholf ve arkadaşları tarafından yapılan iki ayrı çalışmada sertleşme bozukluğunun tedavi edilmesi durumunda benlik saygısında artış olduğu saptanmıştır (166). Bu çalışmada DSM-5'e göre sertleşme bozukluğu tanısı alan hasta olmamasına rağmen GRE ile RÖTS arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı korelasyon vardı, bu bulgu yapılan diğer çalışmalarla uyumludur.

Çalışma grubundaki obez gönüllülerin evlenme şekli incelendiğinde, kontrol grubuna göre görücü usulü evlenme şeklinin daha sık olduğu saptandı. Bu çalışma grubunda depresyon bozuklukları ve anksiyete bozuklukları kapsamındaki obez bireyler her ne kadar çalışmaya dahil edilmese de, anksiyete ve depresyondan bağımsız olarak bu kişilerin benlik saygılarının, normal kilolu popülasyona göre, daha düşük olduğu saptanmıştır. Belki de bu yüzden, obez kişilerde kendilerinin daha geri planda kaldığı, ailelerin daha aktif görev aldığı görücü usulü evliliğin daha yaygın olabileceği yorumu yapılabilir. Obez kişilerin evlilik şeklinin araştırıldığı bir çalışmaya yayınlarda rastlanmamıştır. Fransa'da obez olan ve obez olmayan kadınların cinsel davranışlarının araştırıldığı bir çalışmada obez kadınların son 1 senede daha az sayıda cinsel partnerinin olduğu, 30 yaşın altında obez kadınların kontrasepsiyon için daha az sağlık hizmeti aldığı ve istenmeyen gebeliklerin daha sık görüldüğü saptanmıştır (6). Amerika'da yapılan bir çalışmaya göre obez kişilerin, obez olmayanlara göre, daha az cinsel parterinin olduğu saptanmıştır (167).

Obez kişiler ile normal kilolu kişilere cinsel bilgilerini yeterli bulma durumları sorulduklarında, obez grubun cinsel bilgilerini daha yetersiz buldukları saptandı. Bu durum obez grubun eğitim düzeyinin daha düşük olmasına bağlanabilirse de; iki grubun da ilk cinsel bilgi edinme şeklinin arkadaşlarından olması, eğitim sürecinin cinsel bilgi gereksinimini karşılamaktan uzak olduğunu da göstermektedir. Ülkemizde cinsel bilgisizlik, eğitim düzeyinden bağımsız olarak yaygındır. Toplumda cinsel sorunlar, cinsel işlev bozukluğu olgularından çok daha yaygındır. Bunun en önemli



nedeni cinsel bilgi eksikliği, yanlış bilgilenme ve yanlış inançlardır (168). Kocagöz'ün yaptığı çalışmada da ilk cinsel bilgilerin edinme şekli olarak arkadaş cevabı alınmıştır (169). Ülkemizde yapılan diğer çalışmalarda da benzer sonuçlar görülmektedir. Uğuz ve arkadaşlarının (170). çalışmasında erkeklerin çoğunluğu cinsel bilgilerini pornografik yayın ve filmlerden edinirken kızlar bu bilgilerini büyük oranda arkadaşlarından edindiklerini ifade etmişlerdir. Güleç ve arkadaşlarının (171) tıp fakültesi 1. ve 6. sınıf öğrencilerinde yaptıkları araştırmada; tüm öğrenciler %47,92'si cinsellik hakkındaki bilgilerinin ana kaynağı olarak arkadaşlarını, %24,48'i kitapları, %10,94'ü aile üyelerini, %8,85'i okulu, %7,81'i ise diğer kaynakları göstermiştir. Yayınlarla uyumlu olarak bu çalışmada Türk toplumunda ilk cinsel bilgi edinme kaynağının arkadaş olduğunu göstermektedir.

Bu çalışmanın kısıtlılıkları özetlendiğinde; hastalarda cinsel işlev bozukluğuna sebep olabilecek üreme steroidlerine bakılmamıştır, obezite üreme steroidlerinin düzeylerini değiştirmekte ve bu durum kadınlarda ve erkeklerde cinsel işlev bozukluğuna katkıda bulunuyor olabilmektedir. Diğer bir kısıtlılığımız hasta örneklem sayısının küçük olması, hastaların kesitsel olarak bir kere görülmesi, kilo kaybı sonrası cinsel işlevlerin değerlendirilmemesi ve obezitenin yaşam kalitesine etkisinin araştırılmamış olmasıdır. Kontrol grubumuzun olması, obez kişilerde cinsel işlev bozukluğu yapacak DM, dislipidemi, anksiyete bozuklukları, depresyon bozuklukları tanıları olan hastaların çalışmaya dahil edilmemiş olmaması; obezlerde benlik saygısının cinsel işlev bozukluklarına etkisinin ilk kez karşılaştırılmış olması çalışmamızın güçlü yanısıdır.

Obezite dünyada pandemi haline gelmesine rağmen, cinsel işlev bozukluğu ve obezitenin birlikteliğinden nadiren söz edilmektedir. Hem obez birey hem de partneri açısından kaygı uyandıran bu sorun sağlık profesyonelleri tarafından atlanabilmekte, obez bireyler tarafından dile getirilmemektedir. Obez bireylere, cinsel işlev bozuklukları hakkında başvuracakları yerler hakkında bilgilendirmenin yapılması; bireylere obeziteyle ilişkili cinsel işlevdeki yaşanan sorunlar hakkında bilgilendirme yapılması, toplumda bireylerin konuşmak istemedikleri kültürel, toplumsal,

dini ve sosyal etmenlerin etkisi ile bastırılmasından dolayı mahrem kabul edilen cinsel sorunların hekimler tarafından sorulması, cinsel işlev bozuklukları ve cinsel doyumla ilişkili gibi görünen ve obez bireylerde daha düşük olduğu saptanan, benlik saygısı temel alınarak yapılacak psikoterapötik girişimler bu hastaların tıbbi tedavisine yardımcı olabilir ve yaşam kalitesini arttırabilir.



## KAYNAKLAR

1. Forhan M. An analysis of disability models and the application of the ICF to obesity. *Disabil Rehabil* 2009;31:1382-8.
2. Sarwer DB, Lavery M, Spitzer JC et al. A review of the relationships between extreme obesity, quality of life, and sexual function. *Obesity surgery* 2012;22(4):668-76.
3. Çeri Ö. Cinsel İşlev Bozuklukları. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics* 2008;1(2):71-8.
4. Köroğlu E. DSM-5 Tanı Ölçütleri. Ankara: Boylam Psikiyatri Enstitüsü; 2013.
5. Sadock BJ, Sadock VA. Normal insan cinselliği, cinsel işlev ve cinsel kimlik bozuklukları. Aydın H, Bozkurt A (çeviri editörleri). Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 8. Baskı. Ankara: Güneş; 2007.1902-15.
6. Bajos N, Wellings K, Laborde C, Moreau C; CSF Group. Sexuality and obesity, gender perspective: results from French national random probability survey of sexualbehaviour. *BMJ*. 2010;340:c2573.
7. Larsen SH, Wagner G, Heitmann BL. Sexual function and obesity. *Int J Obes (Lond)* 2007;31:1189–98.
8. Adolfsson B, Eloffson S, Rossner S, Unden AL. Are sexual dissatisfaction and sexual abuse associated with obesity? A population-based study. *Obes Res* 2004;12:1702–9.
9. Esposito K, Ciotola M, Giugliano F et al. Association of body weight with sexual function in women. *International Journal of Impotence Research* 2007;19(4):353-57.
10. Blanker MH, Bohnen AM, Groeneveld FP et al. Correlates for erectile and ejaculatory dysfunction on older Dutch men: a community-based study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 2001;49(4): 436-42.
11. Çelebi C. Obezite Hastalarında Yeme Bağımlılığı, Psikopatoloji Ve Kişilik Özelliklerinin Değerlendirilmesi (Tıpta Uzmanlık Tezi). İstanbul: Marmara Üniversitesi;2015.
12. Sağlık teknolojisi Değerlendirme Daire Başkanlığı, Türkiye' de Obezite Tedavisinde Obezite Cerrahisinin Yeri, STD 2014.01/00, Ankara-2014.
13. Ünal G. Yetişkin kadınlarda yaşam koşullarının antropomerik ölçümler ve obezite ile ilişkisi (Yüksek Lisans Tezi). Ankara: Ankara Üniversitesi;2010.
14. Altunkaynak ZB, Özbek E, Obezite: Nedenleri ve Tedavi seçenekleri. *Dicle Tıp Dergisi* 2007;34(2):144- 9.
15. Özgür G, Gümüş AB, Palaz C. Obez bireylerin depresif belirti düzeylerinin ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2008;11:3.
16. World Health Organization. Obesity and overweight fact sheet No:311, Geneva:WHO. <http://who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html>. Erişim Ocak 2016.

17. Deveci A, Demet MM, Özmen B, Hekimsoy Z. Obez hastalarda psikopatoloji, aleksitimi ve benlik saygısı. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2005;6:84-9.
18. Mokdad AH, Marks JS, Stroup DF, Gerberding JL. Actual causes of death in the United States. 2000 JAMA 2004;291(10):1238-45.
19. Volkow ND, O'Brien CP. Issues for DSM-V: Should obesity be included as a brain disorder? Am J Psychiatry 2007;164:708-10.
20. O'Rahilly S, Farooqi IS. Human obesity: A heritable neurobehavioral disorder that is highly sensitive to environmental conditions. Diabetes 2008; 57:2905-10.
21. Devlin MJ. Is there a place for obesity in DSM-V? Int J Eat Disord 2007;40:83-88.
22. Avena NM, Gold MS. Food and addiction sugars, fats and hedonic overeating. Addiction 2011;106:1214-5.
23. Ertem M, Çan G (eds). Türkiye Sağlık Raporu. Edirne:Trakya Üniversitesi Matbaası; 2014.
24. Nazlıcan E. Adana ili solaklı ve Karataş merkez sağlık ocağı bölgesinde yaşayan 20-64 yaş arası kadınlarda obezite ve ilişkili risk faktörlerinin incelenmesi (Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi) Adana: Çukurova Üniversitesi; 1978.
25. Henry C. Methods for the assessment of human body composition: traditional and new. The American journal of clinical nutrition 1987;46(4):537-56.
26. Köksal E, Küçükerdönmez Ö. Şişmanlığı saptamada güncel yaklaşımlar. Baysal A ve Baş M(eds). Yetişkinlerde Ağırılık Yönetimi. Ankara;Türkiye Diyetisyenler Derneği Yayını ;2008. 35-70.
27. Bahçeci M. Obezite. In: Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği Obezite, Dislipidemi, Hipertansiyon Çalışma Grubu(eds). Hipertansiyon, Obezite, ve Lipid Metabolizması Tanı ve Tedavi Rehberi. Ankara: Miki Matbaacılık; 2011. 50-80.
28. Brownell KD, Wadden TA, Phelan S. Obezite. In:Aydın H, Bozkurt A (Çev Ed.) Kaplan&Sadock's comprehensive textbook of psyciatry. Ankara:Güneş Kitabevi 2007:2124-36.
29. Gorthmaker S, Dietz, W, Sobol A, Wehler C. Increasing pediatric obesity in the United States. AJDC. 1987;141:535-40.
30. Kömürcü A, Şişmanlığın oluşumunu etkileyen etmenlerin ve şişmanlığın düzeltilmesinde uygulanan zayıflama diyetlerinin etkinliğinin saptanması (Bilim Uzmanlığı Tezi). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi; 1978.
31. Durukan P, Fiziksel aktivite ve psikososyal faktörlerin obezite üzerine etkisinin değerlendirilmesi (Uzmanlık Tezi). Ankara: Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi; 2001.
32. Sothorn MS, Gordon ST . Prevention of obesity in young children: A Critical Challenge for Medical Professionals. Clinic Pediatri 2003;42:101-11.
33. Gedik O. Obezite ve çevresel faktörler. Turkish J of Endocrinology and Metabolism 2003;7(2):1-4.

34. Birch LL, Fisher JO. Development of eating behaviors among children and adolescents. *Pediatrics* 1998;101:539-49.
35. Özenoğlu A, Sabuncu T, Ünüvar E. Eksojen obesitesi olan adölesanların günlük diyetlerinde aldıkları ve besin öğelerinin dağılımı. *Endokrinolojide Yönelişler* 2000; 9(1):38-43.
36. Yiğit H, Ertekin V, Altınkaynak S. Çocukluk çağında obesite. *Sendrom* 2002;14:66-73.
37. Goossens L, Braet C, Van Vlierberghe L, Mels S. Loss of control over eating in overweight youngsters: the role of anxiety, depression and emotional eating. *Eur Eat Disord Rev* 2009;17:68-78.
38. Smith G, Simmons J, Flory K, Annus A, Hill K. Thinness and eating expectancies predict subsequent binge-eating and purging behavior among adolescent girls. *J Abnorm Psychol* 2007;116:188-97.
39. Womble LG, Williamson DA, Martin CK et al. Psychosocial variables associated with binge eating in obese males and females. *Int J Eat Disord* 2001;30:217-21.
40. Benton D, Owens D. Is raised blood glucose associated with the relief of tension? *J Psychosom Res* 1993;37:723-35.
41. Annagür BB. Obezitede çeşitli risk faktörleri ve dürtüsellik. *Psikiyatride güncel yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry* 2010;2:572-82.
42. Patel MS, Srinivasan M, Laychock SG. Metabolic programming: role of nutrition in the immediate postnatal life. *J Inherit Metab Dis* 2009;32:218-28.
43. Özata M. İnsan obezitesi genetiği ve türk obezlerde saptanılan genetik defektler. *Turkish Journal of Endocrinology and Metabolism* 2003;2:5-11.
44. Canetti L, Bachar E, Berry EM. Food and emotion. *Behav Processes*.2002;60:157-64.
45. Yücel N, Kilolu ve obez kadınlarda obezite ve benlik saygısı ilişkisinin değerlendirilmesi (Yüksek lisans Tezi ). İstanbul: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2008.
46. Arslan M, Başkal N, Çorakçı A. Ulusal Obezite Rehberi. İstanbul: Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği Yayını; 1999.
47. Lee WJ, Koh EH, Won JC, Kim MS, Park JY, Lee KU. Obesity: the role of hypothalamic AMP-activated protein kinase in body weight regulation. *The international journal of biochemistry & cell biology* 2005;37(11):2254-9.
48. Bayraktar E. Obezitenin Psikolojik Yönleri. Yılmaz C(eds). *Obezite. İstanbul Nobel Tıp Kitapevi*;1999. 107-37.
49. Sullivan M, Karlsson J, Sjostrom L et al. Swedish obese subjects (SOS) . an intervention study of obesity. Baseline evaluation of health and psychosocial functioning in the first 1743 subjects examined. *Int J Obes Relat Metab Disord* 1993;17:503-12.
50. Black DW, Goldstein RB, Mason EE. Prevalance of mental disorder in 88 morbidly obese bariatric clinic patients. *Am J Psychiatry* 1992;149: 227234.
51. Eren İ, Erdi Ö. Obez hastalarda psikiyatrik bozuklukların sıklığı. *Klinik Psikiyatri* 2003;6:152-7.

52. Şarbat G, Demirkol M. Obezite. Ekşi A(eds). Ben Hasta Değilim. Ankara: Nobel Tıp Kitapevi; 1999. 441-50.
53. Gürel FS, Gülten İ. Çocukluk Çağı Obezitesi Tanı Yöntemleri, Prevalansı ve Etiyolojisi. ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi 2001;2(3):39-46
54. O'Doherty JP, Deichmann R, Critchley HD, Dolan RJ. Neural responses during anticipation of a primary taste reward. Neuron 2002;33:815-26.
55. Small DM, Veldhuizen MG, Felsted J, Mak YE, McGlone F. Separable substrates for anticipatory and consummatory chemosensation. Neuron 2008;57:786-97.
56. Rothmund Y, Preuschhof C, Böhner G et al. Differential activation of the dorsal striatum by high-calorie visual food stimuli in obese individuals. Neuroimage 2007;37:410-21.
57. Fletcher GF, Grundy SM, Hayman LL (eds). Obesity Impact on Cardiovascular Disease. Wiley-Blackwell Press; 1999.3-46.
58. Baltacı G. Obezite ve Egzersiz. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları; 2008.
59. Çınar RK. Obezitenin Psikososyal Sonuçları ve Stigma: Yücel B., Akdemir A., Küey AG., Maner F., Vardar E. (eds). Yeme Bozuklukları ve Obezite.1. Baskı. Ankara : Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları; 2013. 321.
60. Papakostas GI. A meta-analysis of clinical trials comparing reboxetine, a norepinephrine reuptake inhibitor, with selective serotonin reuptake inhibitors for the treatment of major depressive disorder. European Neuropsychopharmacology 2008;18(2):122-7.
61. Patten SB. Major depression, antidepressant medication and the risk of obesity. Psychotherapy and psychosomatics 2009;78(3):182-6.
62. Perry R, Manoukathé C. Desvenlafaxine: a new serotonin-norepinephrine reuptake inhibitor for the treatment of adults with major depressive disorder. Clinical therapeutics 2009;31:1374-404.
63. Nelson JC, Pritchett YL, Martynov O, Yu JY, Mallinckrodt CH, Detke MJ. The safety and tolerability of duloxetine compared with paroxetine and placebo: a pooled analysis of 4 clinical trials. Primary care companion to the Journal of clinical psychiatry 2006;8(4):212.
64. Basson BR, Kinon BJ, Taylor CC, Szymanski KA, Gilmore JA, Tollefson GD. Factors influencing acute weight change in patients with schizophrenia treated with olanzapine, haloperidol, or risperidone. J Clin Psychiatry 2001;62:231-8.
65. Wetterling T. Bodyweight gain with atypical antipsychotics. A comparative review. Drug Saf 2001;24:59-73.
66. Silverstone T, Romans S. Long term treatment of bipolar disorder. Drugs 1996;51:367-82.
67. Vestergaard P, Poulstrup I, Schou M. Prospective studies on a lithium cohort: Tremor, weight gain, diarrhea, psychological complaints. Acta Psychiatr Scand 1988;78:434-41.
68. Baptista T, Teneud L, Contreras Q et al. Lithium and body weight gain. Pharmacopsychiatry 1995;28:35-44.

69. Livingstone C, Rampes H. Lithium: A review of its metabolic adverse effects. *J Psychopharmacol* 2006;20:347-55.
70. Eker ÖD, Eker Ç. Lityumun metabolik yan etkileri. *Psikiyatride güncel yaklaşımlar* 2010;1(2):26-51.
71. Sachs GS, Guille C. Weight gain associated with use of psychotropic medications. *J Clin Psychiatry* 1999;60(21):16-9.
72. Bowden CL. Valproate. *Bipolar disorders* 2003;5(3):189-202.
73. Bowden CL. A randomized, placebo-controlled 12-month trial of divalproex and lithium in treatment of outpatients with bipolar I disorder. *Archives of general psychiatry* 2000;57(5):481-9.
74. Gülçelik NE, Gürlek A, Usman A. Obezitenin medikal tedavisi. *Hacettepe Tıp Dergisi* 2007;38:212-7.
75. Giel KE, Zipfel S, Alizadeh M et al. Stigmatization of obese individuals by human resource professionals: an experimental study. *BMC public health* 2012;12:525.
76. Kaila B, Raman M. Obesity: a review of pathogenesis and management strategies. *Canadian Journal of Gastroenterology* 2008;22(1):525.
77. Türker F, Obezite Tedavisinde Tıbbi beslenme ve farmakolojik yaklaşımlar: Yücel B, Akdemir A, Küey AG, Maner F, Vardar E, (eds). *Yeme Bozuklukları ve Obezite.1. Baskı. Ankara; 2013. 337.*
78. Akbulut G Erişkinlerde Şişmanlığın Diyet Tedavisindeki Güncel Yaklaşımlar ve Fiziksel Aktivitenin Önemi. *Diyabet ve Obezite* 2010;23:86-90.
79. Wadden TA, Webb VL, Moran CH, Baile BA. Lifestyle Modification of Obesity. *Circulation* 2012;125:1157-70.
80. Schmidt SL, Harmon KA, Sharp TA, Kealey EH, Bessesen DH. The effects of overfeeding on spontaneous physical activity in obesity prone and obesity resistant humans. *Obesity* 2012;20(11):2186-93.
81. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Birinci Basamak Hekimler İçin Obezite İle Mücadele El Kitabı. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayın ;2013. 41-9.
82. Kang JG, Park CY. Anti-obesity drugs: a review about their effects and safety. *Diabetes & metabolism journal* 2012;36(1):13-25.
83. Serter R, Obezite Atlası. Ankara:2003. 94-8.
84. Seger JC, Horn DB, Westman EC et al. Obesity Algorithm, presented by the American Society of Bariatric Physicians. 2014.
85. Balcıoğlu İ, Başer SZ. Obezitenin psikiyatrik yönü. İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi 2008;62:341-8.
86. Sümer A. Definiton of obesity Current Indications for Obesity Surgery. *Eur J Endosc Laparosc Surg* 2014;4:144-50.
87. Müezzinoğlu T. Yaşam Kalitesi. *Üroonkoloji Bülteni* 2005;1:25-9.
88. Çıray NG. Obezilere Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenirliğinin İncelenmesi (Yüksek Lisans Tezi). İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği AD; 2008.

89. Sullivan M, Karlsson J, Sjöström L, Taft C. Obezite Hastalıklarının Tedavisinde Yaşam Kalitesi Ölçümleri Niçin Kullanılmalıdır. Björntorp, P (Ed.). International Textbook Of Obesity. İstanbul: AND Danışmanlık ve Yayıncılık; 2002. 488-505.
90. Bonomi AE, Patrick DL, Bushnell DM, Martin M. Validation of the United States" version of the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) Instrument. Journal of Clinical Epidemiology 2000;53:1-12.
91. Barth MM, Jenson CE. Postoperative nursing care of gastric bypass patients. American Journal Of Critical Care 2006;15(4):378-88.
92. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. JAMA 1999;281:537-4.
93. Allison KC, Lavery MA, Sarwer DB. Obesity and reproductive functioning: psychiatric considerations. Primary Psychiatry 2009;16:35-40.
94. Sarwer DB, Allison KC, Gibbons LM, et al. Pregnancy and obesity: a review and agenda for future research. J Womens Health 2006;15:720-33.
95. Strain GW, Zumoff B, Miller LK et al. Sex difference in the effect of obesity on 24-hour mean serum gonadotropin levels. Horm Metab Res. 2003;35:362-6.
96. Lukanova A, Lundin E, Zeleniuch-Jacquotte A et al. Body mass index, circulating levels of sex-steroid hormones, IGF-I and IGFbinding protein-3: a cross-sectional study in healthy women. Eur J Endocrinol. 2004;150(2):161-71.
97. Bancroft J, Wu CW. Changes in erectile responsiveness during androgen replacement therapy. Arch Sexual Behav. 1983;12:59-66.
98. Traish AT, Park K, Dhir V et al. Effects of castration and androgen replacement on erectile function in a rabbit model. Endocrinology 1999;140:1861-8.
99. Aversa A, Isidori AM, De Martino MU et al. Androgens and penile erection: evidence for a direct relationship between free testosterone and cavernous vasodilation in men with erectile dysfunction. Clin Endocrinol. 2000;53:517.
100. Ehrmann DA, Randall BB, Rosenfield RL et al. Prevalence of impaired glucose tolerance and diabetes in women with polycystic ovary syndrome. Diab Care. 1999;22:141-6.
101. Deslypere JP, Verdonck L, Vermeulen A. Fat tissue: a steroid reservoir and site of steroid metabolism. J Clin Endocrinol Metab. 1985;61(3):564-70
102. Johannes CB, Araujo AB, Feldman HA et al. Incidence of erectile dysfunction in men 40-69 years old: longitudinal results from the Massachusetts Male Aging Study. JUrol 2000;163:460-3.
103. De Berardis G, Franciosi M, Belfiglio M et al. Erectile dysfunction and quality of life in type2 diabetic patients: a serious problem too often overlooked. Diabetes Care 2002;25(2):284-91.



104. Phillips G, Tuck C, Jing TY et al. Association of androgen and hyperestrogenemia with type 2 diabetes in Hispanic postmenopausal women. *Diabetes care* 2000;23:74–9.
105. Longcope C, Baker R, Johnston CC. Androgen and estrogen metabolism: relationship to obesity. *Metabolism* 1986;35:235–7.
106. Liosin LG. Special problems in treatment of hypertension in the patient with diabetes mellitus. *Arch Int Med* 1984;144:1829–31.
107. Rendell MS, Rajfer J, Wicker MD et al. Sildenafil for treatment of erectile dysfunction in men with diabetes. *JAMA* 1999;281:421–6.
108. Enzlin P, Rosen R, Wiegel M et al. Sexual dysfunction in women with type 1 diabetes: long-term findings from the DCCT/EDIC Study cohort. *Diabetes Care* 2009;32(5):780–5
109. Bacon CG, Mittleman MA, Kawachi I et al. Sexual function in men older than 50 years of age: results from the health professionals follow-up study. *Ann Intern Med* 2003;139(3):161–8.
110. Duncan LE, Lewis C, Jenkins P et al. Does hypertension and its pharmacotherapy affect the quality of sexual function in women? *Am J Hypertens.* 2000;13(6):640–7.
111. Grimm Jr RH, Grandits GA, Prineas RJ et al. Long-term effects on sexual function of five antihypertensive drugs and nutritional hygienic treatment in hypertensive men and women. Treatment of Mild Hypertension Study (TOMHS). *Hypertension* 1997;29(1):8–14.
112. Kasen S, Cohen P, Chen H et al. Obesity and psychopathology in women: a three decade prospective study. *Int J Obes* 2008;32(3):558–66.
113. Keddie AM. Associations between severe obesity and depression: results from the National Health and Nutrition Examination Survey, 2005–2006. *Prev Chronic Dis.* 2011;8(3):A57.
114. Kalarchian MA, Marcus MD, Levine MD et al. Psychiatric disorders among bariatric surgery candidates: relationship too besity and functional health status. *Psychiatry* 2007;164(2):328–34.
115. Clayton AH. Sexual dysfunction related to depression and antidepressant medications. *Curr Womens Health Rep.* 2010;2(3):182–7.
116. Wiederman M. Body image and sexual functioning. In: Cash TF, Pruzinsky T(eds). *Body image: a handbook of theory, research, and clinical practice.* New York: Guilford; 2002. 287–94.
117. Schwartz MB, Brownell KD. Obesity and body image. *Body Image: Int J Res.* 2004;1:43–56.
118. Wadden TA, Sarwer DB, Arnold ME et al. Psychosocial status of severely obese patients before and after bariatric surgery. *Probl Gen Surg* 2000;17:13–22.
119. Dixon JB, Dixon ME, O'Brien PE. Depression in association with severe obesity: changes with weight loss. *Arch Intern Med* 2003;163:2058–65.
120. Yörükoğlu A. *Gençlik Çağı.* 1. Basım. Ankara: Türkiye İş Bankası Kültür Yay. 1986.

- 121.Çuhadaroğlu F. Adölesanlarda benlik saygısı (Uzmanlık Tezi). Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 1986.
- 122.Erikson EH, Üstün BT, Bar V(çev). İnsanın Sekiz Çağı.1.Basım. Ankara: Okuyan Us Yayınları; 2014.
- 123.Rosenberg M. Society and the Adolescent Self-image.Princeton: Princeton University Pres; 1965.
- 124.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;7:101-4.
- 125.Wadden TA, Stunkard AJ. The psychological and social complications of obesity. Annals of internal Medicine 1985;103:1062-6.
- 126.Wadden TA, Stunkard AJ, Obezite Tedavi El Kitabı,1.cilt. İstanbul: And Yayıncılık;2003.
- 127.French SA, Perry Cl, Leon GR, Fulkerson JA. Self esteem and change in BMI over three years in a cohort of adolescents. Obes Res 1996;4:27-33.
- 128.Gortmaker SL, Must A, Perin JM, Sobol AM, Dietz WH. Social and economic consequences of overweight in adolescence and young adulthood. N England J Med 1993;329:1008-12.
- 129.Karaarslan A. Benlik Saygısı: Genel Bir Gözden Geçirme. EÜ HYO Dergisi 1993;9(1):17-24.
- 130.Hisli N. Beck depresyon envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliliği ve güvenilirliği. Psikoloji Dergisi 1989;7:3-13.
- 131.Güleç H, Sayar K, Özkorumak E. Depresyonda bedensel belirtiler. Türk Psikiyatri Dergisi 2005;16:90-6.
- 132.Tuğrul C, Öztan N, Kabakçı E. Golombok-Rust cinsel doyum ölçeği'nin standardizasyon çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi 1993;4(2):83-8.
- 133.Kutlutürk F, Öztürk B, Yıldırım B ve ark. Obezite prevalansı ve metabolik risk faktörleri ile ilişkisi: Tokat ili prevalans çalışması. Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences 2011;31(1):156-63.
- 134.Arıkan H. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Çayyolu Semt Polikliniği Diyet Bölümüne Başvuruda Bulunan Hastalarda Obezite Durumunun Belirlenmesi. Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi 2013; 10(40):1651-5.
- 135.Bakhshi E, Eshraghian MR, Mohammad K et al. Sociodemographic and smoking associated with obesity in adult women in Iran: Results from the National Health Survey. J Public Health 2008;30:429-35.
- 136.Alvarez AG, Majem LS, Barba LR et al. Obesity and overweight trends in Catalonia, Spain (1992-2003): Gender and socio-economic determinants. Public Health Nutr 2007;10:1368-78.
- 137.Fouad MF, Rastam S, Ward KD, Maziak W. Prevalence of Obesity and Its Associated Factors in Aleppo, Syria. Prev Control 2006;2:85-94.

- 138.Çayır A, Atak N, Köse SK. Beslenme ve diyet kliniğine başvuranlarda obezite durumu ve etkili faktörlerin belirlenmesi. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası 2011;64(1):13-9
- 139.Efil S. Sağlık Çalışanlarında Obezite Sıklığı ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi (Yüksek Lisans Tezi).Afyon: İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı; 2005.
- 140.Aktener A, Dülger H, Erkayhan G, Görmeli G, Kafadar F. Yarı Kırsal Bir Bölgede 20-64 Yaş Üreme Çağı Ve Menopoz Sonrası Kadınlarda Şişmanlık Sıklığı. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2006;23:119-26.
- 141.Walczak MK, Lokhandwala N, Hodge MB et al. Prevalence of cardiovascular risk factors in erectile dysfunction. J Gend Specif Med. 2002;5(6):19–24.
- 142.Kolotkin RL, Binks M, Crosby RD, Østbye T, Gress RE, Adams TD. Obesity and sexual quality of life. Obesity 2006;14(3):472-9.
- 143.Esposito K, Giugliano F, Ciotola M, De Sio M, Giugliano D. Obesity and sexual dysfunction, male and female. Int J Impot Res 2008;20(4):358-65.
- 144.Ahmed A, Alnaama A, Shams K, Salem M. Prevalence and risk factors of erectile dysfunction among patients attending primary health care centres in Qatar. East Mediterr Health J 2011;17(7):587-92.
- 145.Andersen I, Wagner G, Heitmann B. Obesity and sexual dysfunction in younger Danish men. The journal of sexual medicine 2008;5(11):2735-45.
- 146.Mozafari M, Khajavikhan J, Jaafarpour M, Khani A, Direkvand-Moghadam A, Najafi F. Association of Body Weight and Female Sexual Dysfunction: A Case Control Study. Iranian Red Crescent Medical Journal. 2015;17:1.
- 147.Morotti E, Battaglia B, Paradisi R et al. Body mass index, Stunkard Figure Rating Scale, and sexuality in young Italian women: a pilot study. The journal of sexual medicine 2013;10(4):1034-43.
- 148.Yüksel Ş, Cindoğlu D(editörler). CETAD Bilgilendirme dosyası- 5 Kadın Cinselliği. Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Alanında Ulusal ve Yerel Medya Yoluyla Savunuculuk Projesi. İstanbul: 2007.
- 149.Tezcan B. Obez Bireylerde Benlik Saygısı, Beden Algısı ve Travmatik Geçmiş Yaşantılar (Basılmamış Uzmanlık Tezi). İstanbul: Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi; 2009.
- 150.Annis NM, Cash TF, Hrabosky JI. Body image and psychosocial differences among stable average weight, currently overweight, and formerly overweight women. Body Image 2004;1:155-67.
- 151.Hovardaoğlu S, Özdemir YD. Vücut Algısı Ölçeği'nin güvenilirlik ve geçerlik çalışması/Şizofrenik ve major depresif hastaların beden imgelerinden doyum düzeyleri (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Ankara: Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü;1990.
- 152.Kensinger GJ, Murtaugh MA, Reichmann SK, Tangney CC. Psychological symptoms are greater among weight cycling women with severe binge eating behavior. J Am Diet Assoc 1998;98(8):863-8.

153. Gürkan B. Şemalar ve Başetme Yollarının Obezitesi Olan Bireylerin Kaygı, Depresyon, Benlik Saygısı ve İntihar Oranları Üzerindeki Etkisinin Şemalar Kuramı Açısından İncelenmesi(Yüksek Lisans Tezi). Bursa: Uludağ Üniversitesi; 2012.
154. Özkan, İ. Benlik saygısını etkileyen etkenler. Düşünen Adam 1994;7(3):4-9.
155. Telatar B, Öner C, Hamurcu P, Yeşildağ Ş. Obezitenin benlik saygısı ve beden algısı üzerine etkisi. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi 2015;9(3): 122-9.
156. Yüksel N. Kilolu ve Obez Kadınlarda Obezite ve Benlik Saygısı İlişkisinin Değerlendirilmesi(Yüksek Lisans Tezi). İstanbul: Marmara Üniversitesi; 2008.
157. Öngören B. Sosyolojik Açıdan Sağlıklı Beden İmgesi. Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Dergisi. 2015;34:25-45.
158. Tan M, Karabulutlu E. Sürekli ayaktan periton diyalizi (SAPD) uygulanan hastaların benlik saygısı ve beden imajını algılayışları. A Ü Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2004;7:3.
159. Althof SE. Cinsel işlev ve işlev bozukluğunun psikolojik ve kişiler arası boyutları Kadıoğlu A. (Çev.). Seksüel tıp erkek ve kadında seksüel fonksiyon bozuklukları. İstanbul; İstanbul Tıp Kitapevi; 2005. 75-109.
160. Faith MS, Schare ML. The role of body image in sexually avoidant behavior. Archives of Sexual Behavior 1993;22:345-56.
161. Wolberg WH, Tanner MA, Romsaas EP ve ark. Factors influencing options in primary breast cancer treatment. J Clin Oncol 1987;5:68-74.
162. Carver CS, Pozo-Kaderman C, Price AA et al. Concern about aspects of body image and adjustment to early stage. Psychosom Med 1998;60:168-74.
163. Al-Ghazal SK, Followfield L, Blamey RW. Does cosmetic outcome from treatment of primary breast cancer influence psychosocial morbidity?. Eur J Surgical Oncology 1999;25:571-3.
164. Önen SÖ, Elbi MH, Noyan A, Alper M, Kapkaç M. Meme kanserinde ameliyat tipinin beden algısı, cinsel işlevler, benlik saygısı ve eş uyumuna etkileri: kontrollü bir çalışma. Türk Psikiyatri Dergisi 2004;15(4):264-75.
165. Kiliç E, Taycan O, Belli AK, Özmen M. Kalıcı Ostomi Ameliyanın Beden Algısı, Benlik Saygısı, Eş Uyumu ve Cinsel İşlevler Üzerine Etkisi. Türk Psikiyatri Dergisi 2007;18(4):302-10.
166. Yıldız H. Diyabetik Hastalarda Cinsel Disfonksiyonun Değerlendirmesi(Doktora Tezi). İstanbul: Türkiye Cumhuriyeti Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü;2008.
167. Nagelkerke NJ, Bernsen RM, Sgaier SK, Jha P. Body mass index, sexual behaviour, and sexually transmitted infections: an analysis using the NHANES 1999-2000 data. BMC Public Health 2006;6:199.
168. Sungur MZ, Tarcan Z (editörler). CETAD Bilgilendirme dosyası-6 Erkek cinselliği, Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Alanında Ulusal ve Yerel Medya Yoluyla Savunuculuk Projesi. İstanbul:2006.

- 169.Kocagöz S. Cinsel İşlev Bozuklukluğu Tipleri ve MitlerArasındaki İlişki(Uzmanlık Tezi).Bursa: Uludağ Üniversitesi; 2008.
- 170.Uguz S, Soylu L, Diler RS, Evlice YE. Psychosocial factors and sexual dysfunctions: A descriptive study in Turkish males. Psychopathology 2004;37:145-51.
- 171.Güleç G, Kılıç Y, Bilgiç S. ESOGÜ Tıp Fakóltesi birinci ve altıncı sınıf öğrencilerinde cinsel mitlerin karşılaştırılması. Osmangazi Tıp Dergisi 2007; 29(3):136-45.



## EKLER

### Ek-1: Sosyodemografik Veri Formu

#### SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

1-Cinsiyeti : 1.( ) E 2.( ) K

2-Yaşı:

3-Doğum Yeri : 1.( ) İl 2.( ) İlçe 3.( ) Köy

4-Oturduğu yer: 1.( ) İl 2.( ) İlçe 3.( ) Köy

5-Sosyal güvence :

1.( ) Yeşil kart 4.( ) Bağ-Kur  
2.( ) S.S.K. 5.( ) Emekli sandığı  
3.( ) Özel hayat sigortası 6.( ) Yok

6-Eğitim yılı : ( )

7-Son mezun olduğu okul :

1.( ) İlk 2.( ) Orta 3.( ) Lise  
4.( ) Üniversite/Yüksek Okul 5.( ) Okuma yazma yok 6.( ) Okur yazar

8-Mesleği :

1.( ) Ev Hanımı 6.( ) Çiftçi 11.( ) Polis 16.( ) Tıbbi mümessil  
2.( ) İşçi 7.( ) Emekli 12.( ) Emekli polis 17.( ) Mühendis  
3.( ) Memur 8.( ) İşsiz 13.( ) Doktor 18.( ) Hemşire  
4.( ) Serbest (Esnaf) 9.( ) Öğrenci 14.( ) Öğretmen 19.( ) Emekli hemşire  
5.( ) Sanayici-işadamı 10.( ) Diğer 15.( ) Emekli öğretmen 20.( ) Yönetici

9-Medeni durumu:

1.( ) Hiç evlenmemiş 4.( ) Boşanmış  
2.( ) Evli 5.( ) Eşi Ölmüş  
3.( ) Birlikte Yaşıyor

10-Evli ise evlenme şekli :

1.( ) Görücü usulü 2.( ) Tanışarak

Uludağ Üniversitesi  
Tıp Fakültesi  
Klinik Anesteziyoloji Etik Kurulu  
Sarımsaklıca Hastanesi  
Tarih : 09.07.2015  
Kamer No : 2015-13/16

*(Handwritten signature)*

**11-Cinsel partneri :**

1.( ) Var 2.( ) Yok

**12-Eşinin ( Cinsel partnerinin) eğitim yılı : ( )**

**13-Eşinin ( Cinsel partnerinin) son mezun olduğu okul :**

1.( )İlk 2.( ) Orta 3.( )Lise

4.( ) Üniversite/Yüksek Okul 5.( ) Okuma yazma yok 6.( )Okur yazar

**14-Çocuk sayısı: ( )**

**15-Çocuk dışında evde yaşayanlar :**

1.( )Anne 2.( )Baba 3.( )Kayınvalide 4.( )Kayınpeder 5.( ) Diğer 6.( )Anne-Baba  
7.( )Kayınvalide- kayınpeder

**16-Annesinin eğitim yılı : ( )**

**17-Annesinin son mezun olduğu okul :**

1.( )İlk 2.( ) Orta 3.( )Lise 4.( ) Üniversite/Yüksek Okul  
5.( ) Okuma yazma yok 6.( )Okur yazar

**18-Babasının eğitim yılı : ( )**

**19-Babasının son mezun olduğu okul :**

1.( )İlk 2.( ) Orta 3.( )Lise  
4.( )Üniversite/Yüksek Okul 5.( ) Okuma yazma yok 6.( )Okur yazar

**21-lik cinsel bilgileri edinme şekliniz:**

1.( )Aile 2.( )Okul 3.( )Arkadaş 4.( )Kitap-TV 5.( )Porno . 6.( )Bilgi edinmedim

7.( )Diğer, açıklayınız 8.( )Arkadaş+kitap-TV 9.( )Arkadaş+okul

10.( )Aile+arkadaş 11.( )Aile+arkadaş+kitap-TV 12.( )Eşinden

**22-Cinsel bilgisini yeterli bulması :**

Uludağ Üniversitesi  
Tıp Fakültesi  
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu  
Kararın onaylanmıştır  
Tarih: 05.07.2015  
Karar No: 2015-13/16

1 / 1

1.( ) Evet 2. ( ) Hayır

**23-Korunma yöntemi :**

1.( )Yok 2.( )Prezervatif 3.( )RİA 4.( )Oral Kontraseptif  
5.( )Vazektomi 6.( )Gerçekme yöntemi 7.( )Tubligasyon

**24-Menopoz varlığı :**

1.( ) Doğal menopoz 2.( )Yok 3.( ) Cerrahi menopoz

**25-Psikiyatrik Hastalık Öyküsü :**

1.( ) Var 2.( )Yok

**26-Sistemik Hastalık:**

1.( ) Var 2.( )Yok

Varsa isimlerini belirtiniz:

**27-Kullandığı ilaçlar: 1. ( ) Var 2.( )Yok**

Varsa isimlerini Belirtiniz:

**28.Boy:**

**29:Kilosu:**

**30.Operasyon Öyküsü:**

Uludağ Üniversitesi  
Tıp Fakültesi  
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu  
İzmir'den onaylanmıştır  
Tarih: 09.07.2015  
Karar No: 2015-13/16

1 / ✓



## Ek-2: Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği

### Ek. 6 Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği

Lütfen, her bir maddeyi dikkatlice okuyup düşüncelerinizi ve hislerinizi yansıtan şıkta yuvarlak içine alarak işaretleyiniz.

	Çok doğru	Doğru	Yanlış	Çok yanlış
1) Kendimi en az diğer insanlar kadar değerli buluyorum.				
2) Bazı olumlu özelliklerim olduğumu düşünüyorum.				
3) Genellikle kendimi başarısız bir kişi olarak görme eğilimindeyim.				
4) Ben de diğer insanların birçoğunun yapabildiği kadar bir şeyler yapabilirim.				
5) Kendimde gurur duyacak fazla bir şey bulamıyorum.				
6) Kendime karşı olumlu bir tutum içindeyim.				
7) Genel olarak kendimden memnunuz.				
8) Kendime karşı daha fazla saygı duyabilmeyi isterdim.				
9) Bazen kesinlikle kendimin bir işe yaramadığımı düşünüyorum.				
10) Bazen kendimin hiç de yeterli bir insan olmadığını düşünüyorum.				

### Ek-3: Golombok Rust Cinsel Doyum Ölçeği

#### EK-2 GOLOMBOK RUST CİNSEL DOYUM ENVANTERİ (GRISS)

- 1) Cinsel yaşama karşı ilgisizlik doyar mısınız ?  
a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Bazen d) Çoğu zaman e) Her zaman
- 2) Eşinize, cinsel ilişkinizle ilgili nelerden hoşlanıp, nelerden hoşlanmadığınızı sorar mısınız ?  
a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Bazen d) Çoğu zaman e) Her zaman
- 3) Bir hafta boyunca cinsel ilişkide bulunmadığınız olur mu ( adet günleri, hastalık gibi nedenler dışında) ?  
a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Bazen d) Çoğu zaman e) Her zaman
- 4) Cinsel yönden kolaylıkla uyarılır mısınız ?  
a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Bazen d) Çoğu zaman e) Her zaman
- 5) Sizce, sizin ve eşinizin ön sevişmeye (öpme, okşama gibi) ayırdığınız zaman yeterli mi ?  
a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Bazen d) Çoğu zaman e) Her zaman
- 6) Kendi cinsel organınızın, eşinizin cinsel organının giremeyeceği kadar dar olduğunu düşünür müsiniz ?  
a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Bazen d) Çoğu zaman e) Her zaman
- 7) Eşinizle sevişmekten kaçınır mısınız ?  
a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Bazen d) Çoğu zaman e) Her zaman
- 8) Cinsel ilişki sırasında doyum (orgazma) ulaşıyor musunuz ?  
a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Bazen d) Çoğu zaman e) Her zaman
- 9) Eşinize sarılıp, vücudunu okşamaktan zevk alar mısınız ?  
a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Bazen d) Çoğu zaman e) Her zaman
- 10) Eşinizle olan cinsel ilişkinizi tatminkar bulur musunuz ?  
a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Bazen d) Çoğu zaman e) Her zaman
- 11) Gerekirse rahatsızlık ve acı duymaksızın, parmağınızı cinsel organınıza içine sokabilir misiniz ?  
a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Bazen d) Çoğu zaman e) Her zaman
- 12) Eşinizin cinsel organına dokunup okşamaktan rahatsız olur musunuz ?  
a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Bazen d) Çoğu zaman e) Her zaman
- 13) Eşiniz sizinle sevişmek istediğinde rahatsız olur musunuz ?  
a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Bazen d) Çoğu zaman e) Her zaman
- 14) Sizin için doyum (orgazma) ulaşmanın mümkün olmadığını düşünür müsiniz ?  
a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Bazen d) Çoğu zaman e) Her zaman
- 15) Haftada iki defadan fazla cinsel ilişkide bulunur musunuz ?  
a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Bazen d) Çoğu zaman e) Her zaman
- 16) Eşinize, cinsel ilişkinizle ilgili olarak, nelerden hoşlanıp nelerden hoşlanmadığınızı söyleyebilir misiniz ?  
a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Bazen d) Çoğu zaman e) Her zaman
- 17) Eşinizin cinsel organı, sizin cinsel organınıza rahatsızlık vermeden girebilir mi ?  
a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Bazen d) Çoğu zaman e) Her zaman
- 18) Eşinizle cinsel ilişkinizde sevgi ve şefkatin eksik olduğunu hisseder misiniz ?  
a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Bazen d) Çoğu zaman e) Her zaman
- 19) Eşinizin, cinsel organınıza dokunup okşamadan zevk alır mısınız ?  
a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Bazen d) Çoğu zaman e) Her zaman
- 20) Eşinizle sevişmeyi reddettiğiniz olur mu?  
a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Bazen d) Çoğu zaman e) Her zaman
- 21) Ön sevişme sırasında eşiniz bızırınız (kitoris) uyardığında doyum (orgazma) ulaşıyor musunuz ?  
a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Bazen d) Çoğu zaman e) Her zaman
- 22) Sevişme boyunca, sadece cinsel birleşme için ayrılan süre sizin için yeterli mi ?  
a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Bazen d) Çoğu zaman e) Her zaman


- 23) Sevişme sırasında yaptıklarınızdan tiksinti duyar mısınız ?  
a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Bazen d) Çoğu zaman e) Her zaman
- 24) Kendi cinsel organınızın, eşinizin derine girmesini engelleyecek kadar dar olduğunu düşünür müsünüz ?  
a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Bazen d) Çoğu zaman e) Her zaman
- 25) Eşinizin sizi sevip okşamamasından hoşlanırsınız mı ?  
a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Bazen d) Çoğu zaman e) Her zaman
- 26) Sevişme sırasında cinsel organınızda ısıklık olur mu ?  
a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Bazen d) Çoğu zaman e) Her zaman
- 27) Cinsel birleşme anından hoşlanırsınız mı ?  
a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Bazen d) Çoğu zaman e) Her zaman
- 28) Cinsel birleşme anında doyuma (orgazma) ulaşır mısınız ?  
a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Bazen d) Çoğu zaman e) Her zaman

Uludağ Üniversitesi  
Tıp Fakültesi  
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu  
İzmir'den onaylanmıştır.

Tarih : 05.07.2015  
Karar No : 215-13/16

**ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ**  
**YÜKSEKÖĞRETİM KURULU**  
**DOĞRULAMA MERKEZİ**

## Ek-4: Beck Depresyon Envanteri

	<b>ÜÜ-SK RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI BECK DEPRESYON ENVANTERİ SORU FORMU</b>		
	Dok.Kodu : FR-HAD-03-429-10	İlk Yay.Tarihi : 02 Mart 2011	Sayfa : 1 / 3
Rev. No : 00	Rev.Tarihi :		

Hasta Adı/Soyadı: .....

Doğum Tarihi (gün/ay/yıl): ..... / ..... / .....

Protokol No: .....

Tarih:

Açıklama: Aşağıda kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Her madde, bir çeşit ruh durumunu anlatmaktadır. Her maddede o ruh durumunun derecesini belirleyen 4 seçenek vardır. Lütfen bu seçenekleri dikkatle okuyunuz. Son 1 hafta içindeki (şu an dâhil) kendi ruh durumunuzu göz önünde bulundurarak size en uygun olan ifadeyi bulunuz ve işaretleyiniz.

1. (a) Kendimi üzgün hissetmiyorum,  
(b) Kendimi üzgün hissediyorum,  
(c) Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum,  
(d) Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum.
2. (a) Gelecekte umutsuz değilim.  
(b) Gelecek konusunda umutsuzum.  
(c) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.  
(d) Benim için gelecek olmadığı gibi bu durum düzelmeyecek.
3. (a) Kendimi başarısız görmüyorum,  
(b) Herkesten daha fazla başarısızlıklarım oldu sayılır,  
(c) Geriye dönüp baktığımda, pek çok başarısızlığım olduğunu görüyorum,  
(d) Kendimi bir insan olarak tümüyle başarısız görüyorum.
4. (a) Her şeyden eskisi kadar doyum alabiliyorum (zevk alabiliyorum),  
(b) Her şeyden eskisi kadar doyum alamıyorum,  
(c) Artık hiçbir şeyden gerçek bir doyum alamıyorum,  
(d) Beni doyuran hiçbir şey yok, her şey çok sıkıcı.
5. (a) Kendimi suçlu hissetmiyorum,  
(b) Arada bir kendimi suçlu hissettiğim olur,  
(c) Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum,  
(d) Kendimi her an için suçlu hissediyorum.
6. (a) Cezalandırılıyormuşum gibi duygular içinde değilim,  
(b) Sanki bazı şeyler için cezalandırılabilirmişim gibi duygular yaşıyorum,  
(c) Cezalandırılacakmışım gibi duygular yaşıyorum,  
(d) Bazı şeyler için cezalandırılıyorum.
7. (a) Kendimi hayal kırıklığına uğratmadım,  
(b) Kendimi hayal kırıklığına uğrattım,  
(c) Kendimden hiç hoşlanmıyorum,  
(d) Kendimden nefret ediyorum.
8. (a) Kendimi diğer insanlardan daha kötü durumda görmüyorum,  
(b) Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum,  
(c) Kendimi hatalarım için her zaman suçluyorum,  
(d) Her kötü olayda kendimi suçluyorum.



ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
ÜÜ-SK RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI  
BECK DEPRESYON ENVANTERİ  
SORU FORMU

Dok.Kodu : FR-HAD-03-429-10	İlk Yay.Tarihi : 02 Mart 2011	Sayfa
Rev. No : 00	Rev.Tarihi :	2 / 3

9. (a) Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.  
(b) Bazen, kendimi öldürmeyi düşünüyorum ama böyle bir şeyi yapamam,  
(c) Kendimi öldürebilmeyi çok isterim,  
(d) Eğer bir fırsatını bulursam kendimi öldürürüm.
10. (a) Herkesten daha fazla ağladığımı sanmıyorum,  
(b) Eskisine göre şimdilerde daha çok ağlıyorum,  
(c) Şimdilerde her an ağlıyorum,  
(d) Eskiden ağlayabilirdim, şimdilerde istesem de ağlayamıyorum.
11. (a) Eskisine göre daha sinirli ve tedirgin sayılmam,  
(b) Her zamankinden biraz daha fazla tedirginim,  
(c) Çoğu zaman sinirli ve tedirginim,  
(d) Şimdilerde her an için tedirgin ve sinirliyim.
12. (a) Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim,  
(b) Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim,  
(c) Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim,  
(d) Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı.
13. (a) Eskisi gibi rahat ve kolay kararlar verebiliyorum,  
(b) Eskisine kıyasla şimdilerde karar vermeyi daha çok erteliyorum,  
(c) Eskisine göre karar vermekte oldukça güçlük çekiyorum,  
(d) Artık hiç karar veremiyorum.
14. (a) Eskisinden daha kötü bir dış görünüşüm olduğumu sanmıyorum,  
(b) Sanki yaşlanmış ve çekiciliğimi kaybetmişim gibi düşünüyorum ve üzülüyorum,  
(c) Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan ve beni çirkinleştiren değişiklikler olduğumu hissediyorum,  
(d) Çok çirkin olduğumu düşünüyorum.
15. (a) Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum,  
(b) Bir işe başlayabilmek için eskisine göre daha fazla çaba harcıyorum,  
(c) Ne iş olursa olsun yapabilmek için kendimi çok zorluyorum,  
(d) Hiç çalışmıyorum.
16. (a) Eskisi kadar kolay ve rahat uyuyabiliyorum,  
(b) Şimdilerde eskisi kadar rahat ve kolay uyuyamıyorum,  
(c) Eskisine göre 1 veya 2 saat erken uyanıyor ve tekrar uyumakta güçlük çekiyorum,  
(d) Eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.
17. (a) Eskisine göre daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum,  
(b) Eskisinden daha çabuk ve kolay yoruluyorum,  
(c) Şimdilerde neredeyse her şeyden kolay ve çabuk yoruluyorum,  
(d) Artık hiçbir şey yapamayacak kadar yoruluyorum.
18. (a) İştahım eskisinden pek farklı değil,  
(b) İştahım eskisi kadar iyi değil,  
(c) Şimdilerde iştahım epey kötü,  
(d) Artık hiç iştahım yok.

Bu doküman Uludağ Üniversitesi Rektörlüğü'ne aittir. Başkaları tarafından kullanılamaz ve çoğaltılamaz.




ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ  
Tıp Fakültesi  
Psikiyatri Anabilim Dalı  
BECK DEPRESYON ENVANTERİ  
SORU FORMU

Dok.Kodu : FR-HAD-03-429-10	İlk Yay.Tarihi : 02 Mart 2011	Sayfa
Rev. No : 00	Rev.Tarihi :	3 / 3

19. (a) Son zamanlarda pek fazla kilo kaybettiğimi sanmıyorum,  
(b) Son zamanlarda istemediğim halde iki buçuk kilodan fazla kaybettim,  
(c) Son zamanlarda beş kilodan fazla kaybettim,  
(d) Son zamanlarda yedi buçuk kilodan fazla kaybettim.
20. (a) Sağlığım beni pek endişelendirmiyor.  
(b) Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sıkıntılarım var.  
(c) Ağrı, sızı gibi bu sıkıntılarım beni epey endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zor geliyor,  
(d) Bu tür sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki artık başka bir şey düşünmüyorum.
21. (a) Son zamanlarda cinsel yaşamımda dikkatimi çeken bir şey yok.  
(b) Eskisine göre cinsel konularla daha az ilgileniyorum,  
(c) Şimdilerde cinsellikle pek ilgili değilim.  
(d) Artık cinsellikle hiçbir ilgim kalmadı.

## Ek-5: Beck Anksiyete Ölçeği

	<b>UÜ-SK RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI</b>			
	<b>BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ</b>			
Dok.Kodu	: FR-HAD-03-429-09	İlk Yay.Tarihi	: 02 Mart 2011	Sayfa 1 / 2
Rev.No	: 00	Rev.Tarihi	:	

Hasta Adı/Soyadı: .....  
Doğum Tarihi (gün/ay/yıl): ..... / ..... / .....  
Protokol No: .....

Tarih: .....

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

	Hiç	Hafif düzeyde Beni pek etkilemedi	Orta düzeyde Hoş değildi ama katlanabildim	Ciddi düzeyde dayanmakta çok zorlandım
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karın- calanma				
2. Sıcak, ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu				



UÜ-SK RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI  
BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ

Dok.Kodu : FR-HAD-03-429-09 İlk Yay.Tarihi : 02 Mart 2011 Sayfa  
Rev. No : 00 Rev.Tarihi : 2 / 2

12. Ellerde titreme				
13. Titreklilik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				

Beck Anksiyete Ölçeği

Toplam BECK-A skoru: .....



## TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve deneyimlerini benden esirgemeyen Prof. Dr. Selçuk Kırılı, Prof. Dr. Aslı Sarandöl, Doç. Dr. E. Yusuf Sivrioğlu, Prof. Dr. Cengiz Akkaya ve Doç. Dr. S. Saygın Eker'e, uzmanlık eğitimim boyunca beraber görev yaptığım tüm klinik psikoloğu arkadaşlarıma, rotasyonlarım süresince eğitimime katkısı bulunan öğretim üyelerine ve asistan arkadaşlarıma, tezimin verilerini titizlikle değerlendiren Biyoistatistik Anabilim Dalı öğretim üyesi ve asistanlarına, Psikiyatri kliniği ve polikliniğinin tüm hemşire ve personellerine,

Aynı yolda birlikte ilerlediğim Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda görevli çalışma arkadaşlarıma,

Hayatım boyunca desteklerini her zaman yanımda hissettiğim annem ve babama, her anımda sevgileriyle bana destek olan kardeőlerime

Her daim yanımda olan, hayatımı ve anılarımı zenginleőtiren ve güzelleőtiren eőime teşekkür ederim.

## ÖZGEÇMİŞ

1986 yılında ailemin ilk çocuğu olarak dünyaya geldim. Liseyi Malatya Anadolu Lisesi'nde bitirdikten sonra 2004 yılında Ankara Üniversitesi Tıp Fakóltesine başladım. 2011 yılında mezun olduktan sonra 4 ay kadar Diyarbakır Hani İlçe Devlet Hastanesi'nde pratisyen hekim olarak görev yaptım.

Şubat 2012'de Uludağ Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı'nda uzmanlık eğitime başladım. Uzmanlık eğitimim sırasında Bilişsel Davranışçı Terapi, Cinsel Terapi, Aile ve Eş Terapisi ve Bilişsel Davranışçı Hipnoterapi eğitimi almaya başladım ve halen devam etmekteyim.