



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

**OBEZİTESİ OLAN ERGENLERDE ALGILANAN DUYGU DIŞAVURUMU,
BENLİK SAYGISI, PSİKOPATOLOJİK ÖZELLİKLER VE YEME
TUTUMUNUN İNCELENMESİ**

Dr. Merve ÇOLPAN

UZMANLIK TEZİ

BURSA-2015



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

**OBEZİTESİ OLAN ERGENLERDE ALGILANAN DUYGU DIŞAVURUMU,
BENLİK SAYGISI, PSİKOPATOLOJİK ÖZELLİKLER VE YEME
TUTUMUNUN İNCELENMESİ**

Dr. Merve ÇOLPAN

UZMANLIK TEZİ

Danışman: Doç. Dr. Ayşe Pınar VURAL

BURSA-2015

İÇİNDEKİLER

Özet.....	ii
İngilizce Özet.....	iii
Giriş.....	1
Gereç ve Yöntem.....	23
Bulgular.....	28
Tartışma ve Sonuç.....	46
Kaynaklar.....	59
Ekler.....	69
Teşekkür.....	78
Özgeçmiş.....	80

ÖZET

Obezite, tıbbi ve psikolojik komplikasyonlara neden olduğundan yalnızca biyolojik açıdan incelenmemesi gereken kronik bir hastalıktır. Obezitesi olan ergenler değerlendirildiğinde bir çok psikopatoloji karşımıza çıkmaktadır. Bizim çalışmamızda, obezitesi olan ve obezitesi olmayan ergenlerin; sosyodemografik özellikleriyle birlikte, duygu dışavurumu, benlik saygısı, yaşadıkları duygusal, davranışsal sorunlar, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, akran ilişkileri, sosyal beceriler ve yeme tutum özellikleri araştırılmaktadır. Tüm bu özellikler, obezitesi olan ergenlerde cinsiyet farklılıkları açısından da değerlendirilmiştir.

Çalışmanın araştırma grubunu, obezitesi olan ve obezitesi olmayan ergenler oluşturmuştur. Araştırmanın verileri, Sosyodemografik Veri Formu, Kısaltılmış Duygu Dışavurum Ölçeği (KDDÖ), Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ), Güçler Güçlükler Anketi-Ergen Formu, Kısaltılmış (GGA), Yeme Tutumu Testi (YTT) kullanılarak toplanmıştır.

Algılanan duygu dışavurum ve alt maddeleri olan duygusal destek yokluğu, müdahalecilik ve sinirlilik ile benlik saygısı, duygusal, davranışsal sorunlar, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, akran ilişkilerindeki sorunlar ve sosyal beceriler açısından obezitesi olan ergenler olmayanlara göre olumsuz anlamda etkilenirken, yeme tutumları açısından değerlendirildiğinde gruplar arasında farklılık gözlenmemiştir. Bu veriler cinsiyet değişkenlerine göre incelendiğinde anlamlı farklılığın oluşmadığı ancak obezite oluşumuyla mevcut patolojilerin karşımıza çıktığı dikkat çekmiştir.

Ergenlerde obezitenin varlığı ile duygu dışavurumu, benlik saygısı olumsuz etkilenirken kişilerde psikopatoloji oluşma riski de artmaktadır. Duygu durumu kavramının önemi göz önüne alındığında, hastalıkların önlenmesinde ve tedavisinde yön gösterici olabileceği düşünülmüştür. Bu çalışma obezitesi olan ergenlerde, duygu dışavurumu ile psikopatolojiyi araştıran ilk çalışma olma özelliği taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: obezite , duygu dışavurumu, benlik saygısı, psikopatoloji.

SUMMARY

Investigation of Obese Adolescents Perceived Expressed Emotion, Self-esteem, Psychopathological Features and Eating Attitudes

Since causing medical and psychological complications, obesity is a chronic disease which should not be considered only in biological terms. Many psychopathological conditions are seen when adolescents with obesity are evaluated. In our study, expressed emotion, self-esteem, emotional and behavioral problems they encounter, attention deficit hyperactivity disorder, peer relationships, social skills and eating attitudes characteristics of adolescents with and without obesity are investigated. All these characteristics were also evaluated in terms of sex differences in adolescents with obesity.

The sample of the study comprised adolescents with and without obesity. The data of the research were obtained by using Sociodemographic Data Form, Shortened Level of Expressed Emotion Scale (EE), Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES), Strength and Difficulties Questionnaire-Adolescent Form (SDQ) and Eating Attitudes Test (EAT).

In terms of perceived expressed emotion and its subscales such as lack of emotional support, intrusiveness and irritability with self-esteem, emotional and behavioral problems, attention deficit hyperactivity disorder, problems in peer relationships, and social skills, adolescents with obesity were affected negative compared with adolescents without obesity; while there was no significant difference between groups in respect of eating attitudes. When these data were studied in respect of sex differences, it was pointed that there was no significant difference but the existing pathologies occurred with obesity.

While expressed emotion and self-esteem are affected negative with the presence of obesity in adolescents, the risk of psychopathology

occurrence increases. Given the importance of the mood concept, it was considered that it may have been a guiding light in respect of prevention and treatment of diseases. This study bears the distinction of being the first study which investigates expressed emotion and psychopathology in adolescents with obesity.

Keywords: obesity, expressed emotion, self-esteem, psychopathology.

GİRİŞ:

Obezite Latince “obesus” sözcüğünden türetilmiştir. Şişman karşılığı olarak kullanılan “obesus”, “iyi beslenmiş” anlamına gelir. Türkçe’de şişman sözcüğü “kabarıklık”, “ur” anlamına gelen “şiş” kökünden türetilmiştir. MÖ IV. yy. da Platon, insanın gelişim evrelerini tanımlarken ergenlik döneminden bahsetmiştir. Bu yönde çalışmalara Aristo, önemli fikirleri ile katkıda bulunmuş ve ergenlik döneminin seçim yapabilme yeteneğinin geliştiği bir evre olduğunu öne sürmüştür (1). Hall ise, yirminci yüzyılın başında (1904) ergenlik konusunda yazmış olduğu iki ciltlik “Adolescence” kitabını yayımlayarak bilimsel çalışmaların öncülüğünü yapmıştır. Hall'a göre ergenlik döneminin tipik özelliği “fırtınalı” ve “stresli” olmasıdır (1). Kimlik krizlerinin sıklıkla yaşandığı bu dönem, yetişkinlik hazırlığı gibi kabul edilmekte, çözümlenmediği durumlarda ise yetişkinliğe taşındığı bilinmektedir (2).

Tanımlama ve Sınıflandırma:

Obezite, genetik ve çevresel etmenlerin etkileşimiyle ortaya çıkan, vücut yağ dokusunun aşırı birikimiyle seyreden metabolik bir bozukluktur. Yaşamı ciddi olarak etkileyen biyolojik, ruhsal ve sosyal komplikasyonları mevcuttur. Obezite, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından; “Sağlığı bozacak ölçüde, yağ dokularında anormal veya aşırı miktarda yağ birikmesidir” şeklinde tanımlanmıştır (3,4).

Tanı Yöntemleri:

Boya göre ağırlık: Yaş ve cinsiyete göre düzenlenmiş boy ve ağırlık değerlerini gösteren çizelgelerden yararlanılarak çocuğun boy yaşına (boyunun 50. persentilde olduğu yaş) göre olması gereken ideal ağırlık hesaplanır. Hastanın ağırlığı x 100 / ideal ağırlık formülü ile rölatif ağırlık

bulunur. Rölâtif ağırlık %110-120 arasında ise fazla tartılı (overweight), %120'nin üzerindeyse obezite olarak kabul edilir (5).

Vücut kitle indeksi (VKİ): Vücut bileşimini en iyi yansıtan indekstir. Ağırlık (kg) / boy (m²) formülüyle hesaplanır. VKİ vücut yağı ile korelasyon gösterir. Yaş ve cinsiyete göre belirlenmiş çizelgelerde 85. ve 95. persentil arası fazla tartılı, 95. persentil üzeri ise obezite olarak tanımlanır (6).

Bu temel yöntemler dışında tanı koyarken US (Ultrasonografi), DEXA (Kemik dansitometre), BT (Bilgisayarlı tomografi), MR (Manyetik rezonans), TOBEC (Total body electrical conductivity), biyoelektrik empedans, vücut dansitesi ölçümü, deri kıvrımı kalınlığı, bel/kalça oranı ölçümünden yararlanılabilir ancak birinci basamak sağlık merkezlerinde kolay uygulanabilirliği ve güvenilirliği nedeniyle obezite tanısını belirlerken VKİ veya boya göre ağırlık ölçümlerinin kullanılması kaçınılmazdır (5).

Etyoloji:

1. Primer Obezite (Eksojen Obezite / Basit Obezite)

2. Sekonder Obezite

A) Endokrin Nedenler

- Cushing Sendromu
- Hiperinsülinizm
- Büyüme Hormonu Eksikliği
- Hipotiroidi
- Psödohipoparatiroidi
- Hipogonadal sendromlar (Turner, Klinefelter, Kallmann send. vb)

B) Hipotalamik Bozukluklar:

- Tümörler (kraniofaringeoma)
- Enfeksiyon (ensefalit, tüberküloz)
- Travma

- İnfiltrasyon (lösemi, histiositoz)
- Frochlic Sendromu

C) Genetik Sendomlar

- Prader Willi Sendromu
- Laurence- Moon- Biedl Sendromu
- Down Sendromu
- Cohen Sendromu
- Carpenter Sendromu vs.

D) İlaçlar

- Glukokortikoidler vs.
- Trisiklik antidepresanlar
- Siproheptadin
- Antitiroid ilaçlar
- Fenotiazin, Sodyum valproat
- Östrojen, Progesteron
- Lityum

Obezite olgularının büyük bir bölümünde altta yatan patoloji bulunmaz ve mevcut durum eksojen obezite veya primer obezite veya basit obezite olarak adlandırılır (7). Obezite oluşumunda; genetik, çevresel, beslenme, psikolojik faktörler etkindir. Genetik etmenleri inceleyen çalışmalarda çocuğun obez olma riskinin; her iki ebeveyn obez ise %80, sadece biri obez ise %40, her ikisi de obez değilse %14 olduğu saptanmıştır (8). Obezite prevalansı(VKİ \geq 30) obez ailelerde toplumdan iki kat daha fazla bulunmuştur. Yapılan ikiz çalışmalarında ise ikizlerden biri obez ise diğerinde obezite görülme riskinin, monozigotlarda dizigotlara göre daha fazla olduğu saptanmıştır. Monozigot ve dizigot ikizlerde 3-17 yaş vücut yağı dağılımının genetik etki ile belirlendiği gösterilmiştir (9). Evlatlık verilen çocuklarda obezite görülme riski, biyolojik anne ve babanın obezitesi ile paralellik göstermektedir (10). Genetik etmenler dışında eksojen obezite oluşumunda

etkili bulunan faktörler, sosyokültürel ve ekonomik düzey, gebelikte annenin sigara içmesi, düşük ya da iri doğum ağırlığı, kişinin anne sütü alma süresinin az oluşu, hızlı yeme, fast food tarzı beslenme, kalori yoğunluğu yüksek içecekler, çocuğun aktivasyon derecesi, televizyon seyredilmesine ayrılan süre ve aile içi olumsuz ilişkilerdir. Kalıtımın etkisini psikososyal etmenlerden ayırmak güçtür. Bu nedenle genetik predispozisyonu olan kişilerde çevresel faktörlerin etkisi ile obezitenin ortaya çıktığı görüşü kabul edilmektedir (11).

Çocuklarda obezite için en riskli 3 dönem tanımlanmıştır. Bunlar; yaşamın ilk yılı, 4-6 yaş arası ve pubertal dönemdir. Obezitenin etkisinin, obez olarak devam edilen yaşam süresi ile ilişkili olduğu bilinmektedir. Bu nedenle çocukluk çağlarında başlayan obezite, mortalite ve morbiditenin artmasına, sağlığın kötü yönde etkilenmesine neden olmaktadır (5).

Epidemiyoloji:

Obezite, çocukluk çağının da en sık görülen kronik hastalıklarından biri olup, çocuk ve ergenlerin yaklaşık %25-30'unu etkileyen önemli bir halk sağlığı sorunudur. Çocukluk çağındaki obezite ile ilgili yapılan çalışmalar; bu yaş grubunda obezite prevalansının tüm ülkelerde artma eğiliminde olduğunu göstermektedir (12). Amerika'da yapılan National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) çalışmasına göre, obezite prevalansı, yaş gruplarına göre değişmekle birlikte ortalama %20-40 oranındadır (13). Avrupa'da 2003 yılında 9 ülkede yürütülen ve 11 yaşındaki çocukları kapsayan "The Pro Children" araştırmasının sonuçlarına göre, fazla kiloluluk prevalansı, erkeklerde (%17) kızlardan (%14) daha fazladır. Avrupa'da okul çağı çocuklarında fazla kilolu olma prevalansı en yüksek olan ülkeler İspanya (%35) ve Portekiz (%32), en düşük olan ülkeler ise Slovakya (%15), Fransa (%18), İsviçre (%18) ve İzlanda (%18) olarak bulunmuştur. 2001-2002 yıllarında 41 ülkede 11, 13 ve 15 yaş grubunda yürütülen "Health Behaviour in School- Aged Children Survey" çalışmasında 13 yaş grubunda kızların %24, erkeklerin %34'ünün fazla kilolu; 15 yaş grubunda ise kızların

%31, erkeklerin %28'inin fazla kilolu olduğu görülmüştür. Obezite oranı ise 13 ve 15 yaş kızlarda %5, erkeklerde %9 olarak saptanmıştır (14).

Obezite sadece gelişmiş ülkelerin sorunu olmayıp, gelişmekte olan ülkelerde de küreselleşmenin bir sonucu olarak karşımıza çıkmaktadır. Ülkemizde de bu alanda yapılmış çalışmalar vardır. İstanbul, Ankara ve İzmir illerinde 12-13 yaş grubunda 1044 adolesan üzerinde yapılan bir çalışmada çocukların %12'si fazla kilolu ve %2'si obez olarak saptanmıştır (14). Kayseri'de 11-17 yaş grubunda 2671 çocukta yürütölen bir çalışmada çocukların %10,6'sının fazla kilolu ve %1,6'sının obez olduğu belirtilmiştir (15). Muğla'da 6-15 yaş arasında 4260 çocuk obezite açısından değerlendirilmiş ve kızların %7,6'sinin, erkeklerin %9,1'inin obez olduğu gösterilmiştir (16). Samsun merkez ilçede toplam 4120 ortaokul ve lise öğrencisi taranarak yapılan bir çalışmada obezite prevalansı kızlarda %7,3 erkeklerde %4 olmak üzere toplamda %5,5 olarak saptanmıştır (17). Çocukluk çağı obezitesinin sıklığının giderek artması, yetişkinlik çağında da devam etmesi ve bir çok alanda komplikasyonlara neden olmasından dolayı erken dönemde obezite ile mücadelenin ne kadar önemli olduğu açıkça göze çarpmaktadır.

Obezitede Komplikasyonlar:

Obezite, kişinin mortalite ve morbiditesini artıran kronik bir hastalıktır ve vücuttaki tüm sistemleri etkilediği için neden olduğu bozukluklar da sistemlere göre de sıralanabilir (18). Kardiyovasküler komplikasyonlar arasında hipertansiyon, artmış LDL, dislipidemi, artmış VLDL, hiperkolesterolemi, azalmış HDL, hipertrigliseridemi vb. patolojiler olabilmektedir (18). Obez çocukların %10-30'unda hipertansiyon tanımlanmıştır. Hem kilo fazlalığı olan kişilerde hem de normal kilolu bireylerde kilo vermek kan basıncını düşürmektedir. Obezite ile VLDL kolesterol düzeylerinin pozitif, HDL kolesterol düzeylerinin negatif yönde korele olduğu gösterilmiştir (19). Endokrinolojik komplikasyonlar arasında hiperinsülinemi ve insülin rezistansı, tip 2 diabetes mellitus vardır. Cinsiyetler

için bakıldığında bu komplikasyonlar dışında kadınlarda; fertilitede azalma, erken menarş, erken menopoz, menstrüel bozukluklar, polikistik over hastalığı görülebilirken; erkeklerde ise azalmış testosteron, artmış östradiol ve östron, oligospermi görülmektedir. Bunlar dışında görülen komplikasyonlar; gastrointestinal (kolelitiazis, hepatik steatoz vb.), immünolojik (azalmış hücrel immünite vb.), kas iskelet sistemi (genu varum ve valgus deformiteleri, femur başı epifiz kayması, tibia vara, gut, osteoarthritis vb.), dermatolojik (akantozis nigrikans, fragilis kutis inguinalis vb.), neoplastik (kadınlarda: meme, serviks, endometrium, safra kesesi, over ,erkeklerde: kolon, rektum, prostat vb.) nörolojik (Psödotümör serebri vb.) olabilmektedir. Obezite artmış intraabdominal basınç plevral ve kardiak dolum basıncında artışa, bu da serebral venlerde karşı dirence bağlı psödotümör serebriye neden olur (20). Pulmoner komplikasyonlardan Pick-Wick Sendromu, obstrüktif uyku apnesi, primer alveoler hipoventilasyon, pulmoner fonksiyon bozuklukları gibi problemler görülebilmektedir. Pediatrik yaş grubunda obezite komplikasyonları arasında yer alan ve potansiyel olarak hayatı tehdit eden en önemli komplikasyon uyku apnesidir (5).

Ergenlik Dönemi ve Obezite:

Ergenlerde anne babadan ayrışma, farklı bir birey olma, bu ayrışma durumunu anne babaya kabul ettirme çabaları belirgin olarak gözlenir. Karşı cins ile yakınlaşma, riskleri olduğundan daha az görme, kendilerini her şeyi yapabilir olarak algılamaları, otonomi istemeleri, anne babaları ile çatışmalarına sebep olmaktadır.

Aileden ayrışma ihtiyacında olan bu grup akranlarına yaklaşır. Çoğu zaman kendilerini akranlarının gözüyle görme eğiliminde olurlar. Görünüm tarzı, giyimleri ve davranışlarının akranları tarafından onaylanmaması, benlik saygılarında azalmaya sebep olabilir. Bu bağlamda bazı değişiklikler yaşanır. Akranlarının beğenisini kazanmak amacıyla rahat hissetmedikleri gruplara dahil olma, riskli etkinliklere katılma, beğenilen vücut ölçülerine erişmek için, hızlı büyüme ve gelişme ile birlikte artan kalori ihtiyacına rağmen bilinçsiz

diyet uygulama, değişikliklerle başa çıkmak için yapılan davranışların başında gelmektedir (21). Bu değişiklerin yanında artan teknolojik değişimlerin günlük yaşantıya dahil oluşu ve yaşantıyı kolaylaştırmasıyla ortaya çıkan hareketsizlik, sosyal ve çevresel faktörler, yanlış beslenme alışkanlıklarını tetiklemekte ve bireylerin psikolojik yapılarına bağlı olarak gelişen obezite, ergenlik döneminde önemli bir problem olarak karşımıza çıkar (22-24).

Öğrenme Kuramına göre Obezite:

Bebeklik ve süt çocukluğu döneminde, çocuklarının her ağlama ve rahatsızlığına hemen her zaman meme ya da biberonla yanıt veren anneler vardır. Böyle davranışları olan anneler çocuklarının oral doyum ve yaşantı açlığını koşullandırarak ilerde stres altında kaldığında oral doyum aramasına neden olur (25). Kişi açlık ve keyifsizlik duygularını ayırt edemez. Yemekler aracılığıyla avunur. Yemek yemek keyifsizlik anlarında kısa süreli rahatlık sağlar, fakat yeme davranışı nedeniyle çocuk giderek kilo almaya başlar. Bu süreçte gelişen obezite olumsuz beden imgesine, kendi kendine kızmaya, başkaları tarafından çirkin ve zevksiz görünmeye, kendini yalnız ve mutsuz hissetmeye neden olur. Tüm bunlar yeniden fazla yemeye yol açar. Yiyecekler sevginin simgesi olmuştur. Yemek yeme rahatlık kaynağı olarak gerçek yaşamdan zevk almanın yerine geçer. Böylece obezite kısır bir döngü haline gelir (26).

Erken çocukluktaki deneyimler yaşam boyunca yeme alışkanlıklarını çok etkilemektedir. Kaygılı aileler ve/veya obez anne babalar belirli bir kiloda çocuk isterler, zayıf çocuk sahibi olmak onları sıklıkla rahatsız eder. Aynı zamanda bu aileler, kendi kaygılarını gidermek için çocuklarını daha fazla beslemeye ihtiyaç duyarlar (26). Bunun dışında bazı aileler obez çocukların daha sağlıklı ve mutlu olduğunu düşünür. Çocuklardan bir çoğu da ailesini hoşnut etmek için fazla yeme davranışı sergiler. Anne ve babalar çocuklarına fazla miktarda yiyecek tüketmeleri konusunda sözlü ya da sözsüz iletiler verir. Böylece çocuklar fazla yemeyi öğrenir ve böyle yaptıkça da

ödüllendirilir. “Biraz daha ye” sıklıkla duyulur ve yediği için çocuk övülür. Bu sayede zaman geçtikçe obez çocuklar ödülün ertelenmesini, özellikle yiyecek ödülllerinin ertelenmesini kabullenemezler ve bu zevkli ödülleri erteleyememe, sonuçta aşırı yemeye neden olur (18). Ödül almanın ertelenmesi, çocukların belirli bilişsel ve toplumsal gelişme döneminde kazandıkları bir beceridir. Eğer anne babalar çocuklarının kendi kendilerini ayarlama yeteneklerini göz ardı edip, yeme davranışları üzerine baskı ya da aşırı bir denetim kurmaya çalışırsa, çocuk bu beceriyi kazanamaz ve yeme işlemi üzerinde içsel ve kişisel denetimler geliştiremez. Ailenin denetimi ortadan kalktığında, bu çocukların kendilerini denetlemeleri yetersiz kalır ve iştah uyandırıcı bol yiyeceğin bulunduğu bir ortamda aşırı yeme önlenemez. Çünkü obez çocuklar, iç açlık uyarılarına değil, dış yiyecek uyarılarına yanıt vermeyi öğrenmişlerdir. Yemeği ya da yemeği hatırlatan uyarılarına ne kadar çok görürse o kadar fazla yeme davranışı sergiler (26).

Psikanalitik Kurama göre Obezite:

Freud belirli yaş dilimlerinde belirli dürtülerin yoğunlaşmasından yola çıkarak oral, anal ve genital dönemleri tanımlamıştır. Bu bağlamda obezite ve yeme davranışı arasında en çok bağ kurulan dönem “oral dönem”dir. Oral dönem, doğum sonrası ilk bir yılı kapsar. Bu evrede libido ağız, dudak ve dile daha çok yatırılır yani bu evrede doyum sağlayan, haz veren bölge ağız ve çevresidir. Emme, çiğneme ve yutma eylemlerinde belirginleşen içe alım, bu bölgenin ve evrenin temel görevidir (27).

Obeziteye ilişkin psikanalitik teorilerde obez bireylerin çözümlenmemiş bağımlılık gereksinimleri bulunduğu ve bu kişilerin psikoseksüel gelişimin oral dönemine fiske oldukları vurgulanır. Bu döneme fiksasyon; aşırı bir iyimserlik veya karamsarlık, oburluk, hırs, bağımlılık ve sabırsızlık ile karakterize tipik bir kişilik yapısını oluşturur. Oral karakter yapısı etyolojik olarak önemlidir ve obezite ile güçlü bir ilişkisi vardır.

Ruh çözümlemesinde 70’li yıllara kadar bebeklerin alıcı, bağımlı ve nesnelere ayrılmamış olduğu düşünülmekte iken, son zamanlarda süt

çocukları üzerinde yapılan gözlem ve araştırmalar, bebeklerin sevgi nesnesinden belirli bir oranda ayrılmış, çevreyi sanılandan daha çok algılayan ve anne karşısında pasif olmayan bir yapıda olduklarını göstermektedir. Bu evrede bebeklerin davranışlarında içe alım ve doyum önceliklidir. Ancak bu gözlemler bebeklerin alma ile verme arasında dalgalandıklarını da göstermiştir. Sadece doyum amaçlı tek yönlü bir “alış”tan çok, yaşamın erken dönemlerinde başlayan bir “alışveriş” insan ilişkilerinin özgül özelliklerinden biridir. Bu alışverişte annenin kişisel özelliklerinin büyük önemi vardır. Çocuğun veren ya da alan bir kişi olarak gelişmesini annenin alıcı ve verici özellikleri belirler. Verebilen bir anne almasını bilen bir çocuğun gelişmesine olanak sağlar. Almayı öğrenmek verebilmenin de ön koşuludur. Gücsüz, kuşkulu, veremeyen ve kendi gereksinimleri peşinde koşan bir anne, çocuğun sağlıklı bir biçimde almasını engeller. Böyle bir anne çocukta vermekten çok almayı düşünen nesne tasarımlarının gelişmesine ve çevreyle ilişkilerinin bozulmasına neden olabilir (28).

Oral dönemde alışverişteki dengesizlik, yalnızca veren ya da yalnızca almayı düşünen bir kişiliğin gelişmesine neden olabilir. İştah ve yeme bozukluklarının çoğunda bu dengesizliğin izlerine rastlanır. Dediğim dedik anneler bu alışverişi bir güç gösterisine dönüştürebilirler. Çocuk bu tutum sonucu almayı güçlülük, vermeyi ise güçsüzlük olarak algılayabilir. Morbid obezitenin dinamiğinde ebeveynin çocuğa “senin ne zaman acıkacağını ve ne zaman doyacağını ben bilirim ve ben belirlerim” gibi bir yaklaşımın etkisi çokça vurgulanmıştır. Duygusal sorunları olan anneler, alışverişi duygusal alanların dışına kaydırırlar. Böyle durumlarda sevginin yerini yemek, hediyeler, para ya da oyuncaklar, cinselliğin yerini de giyim, işte verimlilik ve yaşamdaki başarı alabilir (28).

Psikanalitik teorilerde aşırı yeme, depresyon ve anksiyete ile uyuma yönelik olmayan veya uyumu bozan bir baş etme tepkisi olarak görülmektedir. Obez bireylerin aşırı yemek suretiyle anksiyete ile baş etmeyi öğrendikleri ve bu bireylerin edilgen bağımlı özelliklerinin bu kişileri alternatif baş etme becerileri geliştirmekten alıkoyduğu öne sürülmektedir. Obez çocukların ailelerinde dikkati çeken bir özellik, belirli normal ebeveyn rollerinin

büyük oranda ihmal edilmiştir. Çocuğun obeziteyi seçmesi aşırı ilgi ile değil ebeveynlerin ilgisizliği ile oluşmaktadır (29).

Obez hastaların etkili bir şekilde tedavi edilebilmesi için genellikle obezitenin başlıca nedeni olan dürtü kontrol bozukluğunu, bağımlı kişilik yapısını ve çocukluk alışkanlıklarını anlamak gerekmektedir. Obezitesi olan kişilerde parmak emme, tırnak yeme, saç yolma, enkoprezis, enürezis gibi dürtü kontrol bozuklukları da eştanı olarak karşımıza çıkmaktadır. Yazarlar, egonun yeme bozukluklarında kullandığı savunma mekanizmalarını, çocuklukta alışkanlıkları ve dürtü bozukluklarıyla da mücadele ederken kullandığını ve obez hastaların ego yapısında inkar, bölünme, yer değiştirme, dışsallaştırma ve bilinçten uzak tutma ve yalan söyleme gibi savunmaların önemli yer tuttuğunu ifade etmiştir (30).

Obez bireylerin tipik kişilik özellikleri sabırsızlık, büyüsel düşünceye inanma, kararsızlık, doymak bilmezliktir. Herhangi bir başarıyla omnipotens yaşarlar fakat başarısızlık ve engellenme karşısında çok çabuk bir şekilde açlık korkusuna dönerler (30).

Sonuç olarak psikanalitik görüşe göre obezite, kişilik bozukluklarının çoğuna eşlik edebilen bir semptom kompleksidir. Psikiyatrik ya da psikodinamik tanı ne olursa olsun obezite altta yatan dürtü kontrol bozukluğunun bir belirtisidir (30).

Bu veriler ışığında ekzojen obezite etyolojisinin tek bir nedenle açıklanamadığı görülmektedir. Obezite oluşumunda genetik, beslenme şekli, çevresel faktörler, sosyoekonomik durum, psikolojik etkenler gibi faktörlerin çoklu etkisi olduğu kabul edilmektedir (18).

Obezitede Duygusal, Davranışsal Sorunlar ve Psikopatoloji:

Obezite, tıbbi ve psikolojik komplikasyonlara neden olduğundan yalnızca biyolojik açıdan incelenmemesi gereken kronik bir hastalıktır. Obezite oluşumunda tıbbi etmenler dışında ruhsal etmenlerin rolü de çok önemlidir. Anne, baba ve çocuk arasındaki ilişkiler, ev ortamındaki problemler, arkadaş grupları tarafından kabul edilmeme, derslerdeki

başarısızlıklar bireyin ruhsal yapısını etkileyerek beslenme bozukluklarına neden olabilmektedir. Obez çocuk ve ergenlerde özellikle puberte döneminde arkadaş edinememe, grup faaliyetlerine katılmama gibi ortaya çıkan ruhsal bozukluklar çocuğun obezite derecesini arttırmaktadır (31,32).

Obezitesi olan bireylerde yeme bozukluklarına ait birtakım ruhsal belirtiler gözlenmektedir. Bu belirtiler impulsivite, düşük özdeğerlilik, vücut şeklinden hoşnut olmama, mükemmeliyetçi tutum ve disinhibisyon olarak sıralanabilir (33,34). Yeme davranışında bozukluk ve dürtüsellik ile ilgili yapılan çalışmalarda; obez kişilerin zayıf olanlara göre daha dürtüsel oldukları gösterilmiştir. Özellikle tıknırcasına yeme bozukluğu olanlarda impulsif özellikler yüksek bulunmuştur (35). İmpulsif kişiler, yeme davranışı üzerindeki kontrollerini sağlayamadıklarını, lezzetli ve yüksek kalorili besinlere karşı ilgilerinin fazla olduğunu belirtmişlerdir. İmpulsivite ayrıca tedaviyi yarıda bırakma için de öngörücü bir etmen olarak gösterilmiştir (36).

Obezite ve impulsivite ilişkisini güçlendiren bir diğer konu da DEHB olan çocuklardaki obezitedir. Obezite tedavisi gören çocukların büyük bir kısmında (%58) DEHB saptanmıştır (37). DEHB olan çocukların VKİ'leri, kontrol grubununkiler ile kıyaslandığında daha yüksek olarak saptanmıştır (37).

Son yıllarda obezite ve psikopatoloji alanında yapılan çalışmalar hız kazanmıştır. Anderson ve ark. nın toplum genelinde yaptıkları bir obezite araştırmasında, kilo ve duygudurum bozukları arasındaki ilişkiye dikkat verme ve anlama hedeflenmiş, kilo alma, depresyon ve anksiyete arasında istatistiksel anlamda güçlü bir korelasyon bulunmuştur (38). Duygudurum bozukları gelişim boyunca yaygınlık gösterirken, yapılan son araştırmalar, artan kilonun çocukluk döneminde, depresif ve anksiyete semptomları ile korelasyonda olduğu ve yükselen beden kitle indeksi ile kendini ortaya koyduğunu göstermektedir (38). Ergenlerde obezite ile davranış sorunları, benlik saygısı, depresyon düzeyi ve yeme tutumları arasındaki ilişkiyi araştıran bir çalışmada ise; 12-16 yaşları arasında, tedavi için hastaneye başvuran 30 obez olgu, hastaneye başvurmayan 30 obez olgu ve 30 obez olmayan sağlıklı olgu karşılaştırılmıştır. Çalışmanın sonucunda; obez

gençlerde kontrol grubuna göre etkinlik ve sosyallik skorlarının daha düşük olduğu; anksiyete, depresyon, sosyal sorunlar, somatik yakınmalar, sosyal içe çekilme, içe yönelik davranışlar skorlarının daha yüksek olduğu, yine obez gençlerde kontrol grubuna göre depresif belirtilerin daha fazla bulunduğu, yeme tutumlarında daha fazla sorun olduğu saptanmış, obezitenin gençlerde psikopatoloji ile birlikteliğinin sık olduğu ve gençlerin multidisipliner bir yaklaşımla değerlendirilmesi gerektiği vurgulanmıştır (39).

Obezite tanılı ergenlerin, sosyal çevresi içerisinde ayrımcılığa uğrayabildikleri ve sosyal iletişim kurmakta güçlük çektikleri bilinmektedir (40). Çocukluk ve ergenlik çağı obezitesinin davranış problemleri ile ilgili olup olmadığının araştırıldığı bir çalışmada; olguların hem ebeveynleri hem de öğretmenleri ile görüşülmüş, obezitesi olan olgularda normal kilolu olgulara göre daha fazla davranışsal sorun olduğu saptanmıştır (41).

Başka bir çalışmada obezite grubunda, depresyon, öz saygının yitirilmesi, başkaları tarafından küçük görülme, nefret edilme gibi bozuk beden imajı ile ilgili ruhsal rahatsızlıkların, normal sağlıklı gruba göre daha sık görüldüğü saptanmıştır (42). Bireylerin kilo artışı ile birlikte, kendilerine saygı düzeylerinin, sosyal uyum düzeylerinin, kişiler arası ilişkilerdeki başarı ve tatmin oranlarının, özgüvenlerinin, sosyal olaylara ve ortamlara katılımlarının ve yaşam kalitelerinin giderek azaldığı öne sürülmektedir. Ayrıca kilo artışı ile paralel olarak; depresyon, anksiyete bozukluğu gibi psikopatolojilerin giderek arttığı belirtilmektedir (43,44).

Obezitede Benlik Algısı ve Beden Algısı:

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 (45). Obez bireylerde gözlenen düşük benlik saygısının ve olumsuz beden algısının sebep mi yoksa sonuç mu olduğu konusunda tartışmalar sürmektedir. Düşük benlik saygısı bazı

obez bireylerde etyolojik faktör olarak bulunurken, bazı obez bireylerde de obezitenin bir sonucu olarak bulunması olasıdır. Benlik saygısı, kişinin kendini tanıması ve gerçekçi olarak değerlendirmesi sonucunda kendi yetenek ve güçlerini olduğu gibi kabul edip benimsemesi şeklinde tanımlanmakta olup, kişinin kendisine karşı duyduğu sevgi, saygı ve güven duygularını ifade etmektedir (46).

Benlik saygısı ve beden algısı yakın ilişkili kavramlardır. Sebep sonuç ilişkisi şeklinde birbirlerinden etkilenirler. Bireyin kendi bedenini ve beden parçalarını algılayarak onlara belli anlamlar vermesi; kendilik algısı, kimlik ve kişilik kavramları ile ilişkilidir. Beden algısı, çocuğun kendisini, kendi olmayandan ayırt etmeye başladığı birinci yaştan itibaren erken yaşlarda ortaya çıkar ve yaşam boyu sürekli gelişerek değişir. Beden algısı temelde, zihnimizde şekillendirdiğimiz kendi bedenimizin bize nasıl göründüğüdür. Beden organlarının zihinsel tasarımlarının tümü olan beden algısı, “ben” fikrini oluşturur ve egonun sonraki biçimlenmesinde temel bir önemi vardır. Kendini fiziksel açıdan olumlu değerlendirenler, kişilerarası ilişkilerde daha güvenli ve işlerinde daha başarılı olurken, kendini beğenmeyen, kendinde birçok kusurlu yanın bulunduğunu düşünen insanlar ise yaşamlarının çeşitli dönemlerinde ya da sürekli olarak huzursuz, güvensiz ve değersizlik duyguları içindedirler (47).

Bu gelişim ve değişim sırasında ergenlik döneminde kişinin karşılaştığı en önemli değişimlerden biri beden imajındaki farklılaşmadır. Beden yapısı, beden deneyimleri ve duyumlarındaki değişiklikler o güne kadar algılanan beden imajını bozar. Kendi bedenini kabul eden ergenin, olumlu bir beden imajına sahip olması beklenir. Kendi bedenini kabulü sağlamanın amacı, beden biçimi ne olursa olsun bireyin kendi bedenine karşı gerçekçi bir bakış açısı geliştirmesini ve bununla mutlu olmasını sağlamaktır. Bu gelişim görevi ile ilgili en yoğun sorunlar ergenlik döneminde yaşanmaktadır. Ergen, dış görüntüsü ile içsel benlik imajının özellikleri arasında karmaşa yaşar. En çok değişimin olduğu orta ergenlik döneminde ise; düşük benlik algısına ve depresif duygulara rastlanır (48).

Obezitesi olan bireylerde depresyon, benlik saygısının incelendiği bir çalışmada; kilo sorunu olan bireylerde depresyon görülme oranı %42,5 olarak saptanmış, bireylerin %58,6'sında düşük benlik saygısı olduğu bildirilmiştir (49). Başka bir çalışmada; obez bireylerin, olumsuz bir kendilik imgesi oluşturabildikleri, benlik saygılarının düşük olduğu, kişiler arası ilişkilerde daha güvensiz oldukları, damgalanmayla baş etmek için büyük çaba harcadıkları ve bu nedenle çeşitli ruhsal sorunlar yaşadıkları saptanmıştır (50).

Obezitenin başlangıç yaşının beden hoşnutsuzluğuna etkisini araştıran çalışmalarda ise, 16 yaşından önce obezitesi başlayan grupta erişkin dönemde daha fazla beden hoşnutsuzluğu ve daha düşük benlik saygısı bulunmuş, bu durum çocukluk döneminde bedeniyle ilgili alaylara hassasiyetin daha fazla olması ve başa çıkma becerilerinin henüz yeterince gelişmemiş olmasına bağlanmıştır (51).

Obezitede Yeme Tutumu:

Yeme davranışı; motor, bilişsel, sosyal, duygusal etmenlerin merkezi ve çevresel faktörler tarafından düzenlenmesiyle oluşur. Yemek yeme, sadece biyolojik gelişim ve fizyolojik fonksiyonların gereksinimini sağlamak için değildir. Anne bebek ilişkisinden itibaren bütün sosyal ilişkilerin oluşumuyla da ilgilidir. Yeme çok çeşitli haz veren ve acı veren yaşantılarla ilişkilendirilmektedir (28). Yaşamın ilk günlerinde bile açlık en erken “acı çekme” iken, doymak en erken “rahatlamadır”. Ruhsal durumla yemek seçimi, yeme miktarı ve yeme sıklığı arasında, fizyolojik ihtiyaçlardan bağımsız bir ilişki mevcuttur. İnsanda yeme davranışının anksiyete, neşe, üzüntü, öfke gibi farklı duygulara göre değiştiği yaygın kabul görmektedir. Emosyonel durumla bağlantılı olan yemek yeme davranışı “emosyonel yeme” olarak tanımlanmaktadır. Emosyonel yemenin beden ağırlığı ile ilişkili olduğu birçok çalışmada gösterilmiştir (52). Ayrıca sıkıntı, depresyon, yorgunluk, öfke, sıkıntı, anksiyete ve yalnızlık gibi negatif emosyonlarla emosyonel yeme davranışının ortaya çıktığı bildirilmektedir (52). Yaşam ödüksüz ve

üzücü ise, kişilerin yiyeceği, duygularını doyurmada kullandığı belirtilmektedir.

Beslenme alışkanlıkları, çevresel faktörler, ailenin beslenme tutumları, ergenin psikolojisi ile değişkenlik gösterebilen bir durumdur (53). Bebeklik dönemindeki beslenme şekli, çocuğun ileriki yıllarda beslenme alışkanlığını etkiler. Anne sütü ile beslenmenin obezite oluşumunu önleyici etkisi iyi bilinmektedir (54). Okul çağı çocukları arasında yapılan bir araştırmaya göre, süt çocukluğu döneminde anne sütü almamış çocuklarda, anne sütü almış çocuklara kıyasla obezite oluşma riski 2 kat daha fazla olarak saptanmıştır (55). Süt çocukluğu döneminde mama ile beslemenin ve zamanından önce ek gıdaya geçilmesinde obeziteyi kolaylaştırıldığı gösterilmiştir (56).

Çocuklar yemek yeme davranışlarını ve yiyecek tercihlerini, diğer kişileri (aile, akrabalar, diğer çocuk ve ergenler) gözlemleyerek oluştururlar. Çocukların yiyecek tercihleri, büyük oranda ailelerinin davranışları ve yiyecek seçim tercihleri ile belirlenir (57-59). Yeme alışkanlıkları incelendiğinde, hızlı ve fazla yeme davranışının obezitede önemli faktörlerden biri olduğu ve kilolu olanların fazla yeme isteğinin ve beslenme biçiminin aile çevresinden edinilen bir alışkanlık olduğu ileri sürülmektedir (11).

Ergenlerde, sağlıksız beslenme, zihinsel ve bilişsel gelişim bozukluğuna, davranışsal ve ruhsal problemlere ve obezite gibi sorunlara yol açmaktadır (60). Günümüzde her alanda olduğu gibi gıda üretimi ve tüketiminde de küreselleşmenin etkileri gözlenmektedir. Fast food ve hazır gıdalar, geleneksel yemeklerin önüne geçmektedir. Bu durum yiyeceklerde standartlaşmaya ve tek düze beslenme alışkanlığına yol açmaktadır (53).

Yapılan çok sayıdaki araştırma, özellikle ergenlik döneminde, beslenme alışkanlıkları ile ilgili ciddi sorunların yaşandığını göstermektedir. Bu çalışmalar gençlerin, bilinçsiz besin tüketimlerini ve beslenmedeki bozuklukların vücut algısı, benlik algısı, cinsiyet rolleri vb. psikolojik etmenlerle ilişkilerini ortaya koymuştur (61,62).

Obez bireylerde anksiyete düzeyleri ve yeme tutumları arasında ilişki olduğu düşünülmüştür. Çalışmalar obez bireylerin, anksiyete yaratan durumlarla karşılaştıklarında normal kilolu bireylere kıyasla anlamlı şekilde

daha fazla yemek yediklerini göstermiştir. Obez bireylerin yaklaşık %10'unda günlük stresörlerle ortaya çıkan, sabahları iştahsızlık, uykusuzluk ve gece yeme davranışı saptanmıştır. Bu tür davranış stres altında ortaya çıkar ve stres geçinceye kadar sürer. Açlık dürtüsü olmadan ortaya çıkan yeme atağı sırasında kontrolü kaybetme duygusu yaşanır ve aşırı miktarda gıda tüketilir (63,28).

Obez bireylerin normal kilolu bireylere göre uyarılma eşiklerinin daha düşük olduğu bilinmektedir (28). Bu kişiler dış uyaranlara daha rahat ve fazla yanıt verirler. Bu bireyler normal kilolu bireylere göre ağır stres ve diğer emosyonel uyaranlara karşı daha fazla bir uyarılma örneği gösterirler. Bu bireylerdeki uyarılabilirlik eşiğinin düşük oluşu, dış uyaranlara yanıt vermedeki artışla birleşince bu durum aşırı yeme ile sonuçlanabilir. Uyarılabilirlik eşiği düşük olan bireyler yiyecek uyaranlarının bulunduğu ortamda diğer bireylere göre bu uyaranlara daha kolay ve daha yoğun yanıt vermektedirler (28).

Obez hastalarda yeme bozukluklarını araştıran çalışmalarda en çok karşılaşılan tanı tıknırcasına yeme bozukluğudur. İlk kez Kornhaber "tıknıma sendromu" olarak ayrı bir klinik görünüm tanımlamış, bu sendromun hiperfaji, depresyon ve duygusal geri çekilme ile seyrettiğini belirtmiştir (64). Günümüzde, "Tıknırcasına Yeme Bozukluğu (TYB)" DSM-5'te 'Beslenme ve Yeme Bozuklukları' bölümünde ayrı bir tanı olarak tanımlanmıştır (65). TYB'de bulimia nervozadakine benzer yeme atakları olup, kusma ve aşırı yemeyi kompanse edici diğer davranışlar bulunmamaktadır. Obez kişilerde tıknırcasına yeme davranışına ek olarak özellikle çikolata, şeker, dondurma gibi tatlılara karşı denetlenemeyen, "kompulsif yeme" olarak adlandırılan karşı konulamaz bir davranış biçimi de gözlenmektedir (66).

TYB yaygınlığı toplumda %2 olarak bildirilmiştir. Sıklıkla obezite ile birlikte ve kadınlarda daha fazla görülmektedir (67). Tıknırcasına yeme bozukluğu olan ve olmayan obez bireylerin yeme biçimi, ruhsal bozukluk sıklığı, aile öykülerini karşılaştıran çalışmalar gözden geçirildiğinde, bu çalışmalarda TYB olan obez bireylerin, TYB olmayan obez kişilerden, aşırı yeme atakları ve bu ataklar sırasında denetimi yitirdikleri duygusuyla

ayrıldıkları bildirilmektedir. TYB olan obez kişilerde obezite, TYB olmayanlara göre daha erken yaşlarda ortaya çıkmaktadır. Bu kişiler ağır ve gerçekleşmesi olanaksız sıkı diyetler yapmaya daha erken yaşlarda başlamaktadırlar (68,69). Ayrıca TYB olan bireylerde disfori, düşük benlik saygısı, yetersizlik duyguları, kendilerini etkisiz bulma ve borderline kişilik özelliklerine TYB olmayan obez kişilerden ve normal kilolulardan daha sık rastlanmaktadır (67).

Obezitede Algılanan Duygu Dışavurumu (DD):

Duygu dışavurumu (DD) literatürde, aile sistemindeki çevresel değişikliklerin, aile üyelerinin ruh sağlığı ile güçlü bir şekilde ilişkisi olması nedeniyle oluşturulan ve evdeki duygusal iklimin göstergesi olarak kabul edilen, deneysel olarak türetilmiş bir kavramdır (70). Tarihsel olarak DD kavramı, Brown ve arkadaşlarının 1950'lerde Londra'da başlatmış oldukları bir seri çalışmaya dayanır (71). Bu çalışmada, taburcu olduktan sonra ailesinin yanında yaşayan şizofreni hastalarının, bir kurumda yaşayanlara göre daha kötü bir gidiş gösterdikleri saptanmıştır. Benzer bir çalışma, 1 yıl izlem sonrası nüks oranlarını tespit etmek amacıyla yapılmıştır. Bu çalışmada ailesinin yanında yaşayan hastaların nüks oranlarının bir kurumda yaşayanlara göre daha yüksek olduğu gösterilmiştir (72). Bu araştırmalar sonucunda, hasta yakınlarından, hastalara karşı yönelen duyguların ne kadar önemli olduğu ortaya çıkmıştır (73).

DD, hasta hakkında aile üyeleri tarafından yapılan eleştirel yorumların sayısını, düşmancıl tutumların var olup olmadığını, müdahaleciliğin düzeyini, aşırı duygusal koruyuculuk/kollayıcılığı da içeren iletişim tarzları ile karakterize olan evdeki çevresel stresin bir ölçüsüdür (74). DD'nun, bir dizi psikolojik ve fiziksel bozuklukta, relapsın önemli ve güçlü bir yordayıcısı olabileceği de gösterilmiştir (75). Relaps ve DD arasında basit tek yönlü bir ilişkiden çok, hasta ve ailesi arasındaki etkileşim nedeniyle çift yönlü bir durum göze çarpmaktadır (76). Aile ve sosyal çevre faktörlerinin major psikiyatrik bozuklukların seyrini etkilediği ya da en azından yordadığı kabul

gören bir yaklaşımdır (77). Hastalık seyrini etkilediği düşünölen aile faktörlerinin önemli bir kısmı, "DD" kavramı içinde incelenmektedir (78). Yüksek DD, hastaya karşı yüksek şiddette 'eleştirelilik', 'düşmancıl oluş', 'aşırı müdahalecilik' ya da 'duygusal aşırı ilgi'yi kapsar. Yüksek DD, aile işlevlerinde bozulma ile ilişkili görünmektedir (79). Bu konuda yapılan bir çalışmada Ebrinç ve ark., şizofreni hastaları ve ailelerini incelemişler ve düşük DD olan hastaların ailelerinde, aile işlevlerinin daha az bozulduğunu tespit etmişlerdir (80).

DD, çocuk ve ergen psikopatolojisinde kötü prognoz ile de ilişkilendirilmiştir (81). Hibbs ve ark. yıkıcı davranış bozuklukları ve obsesif kompulsif bozuklukları olan çocukların ailelerinde, psikiyatri dışı bir karşılaştırma grubuna göre yüksek DD değerlerinin daha yaygın olduğunu önermişlerdir (82). Stubbe ve ark., yüksek DD'li anneleri olan çocuklarda herhangi bir tanı olasılığının, düşük DD'li anneleri olan çocuklara göre beş kat daha yüksek olduğunu saptamıştır (83). Fristad ve ark. ise yüksek DD'nin çocuk ve ergenlerde, depresyon başlangıcı ve seyri ile bağlantılı olabileceğini öne sürmektedir (84).

Hasta ve hasta yakınlarının etkileşimleriyle ilgili çalışmalar birlikte değerlendirildiğinde; 'düşmancıl tutum'u belirgin olan hasta yakını, önemli bir konu hakkında hasta ile etkileşime girdiğinde 'eleştirel' davranarak problem çözmeye odaklanmak yerine hastayı suçlamaktadır (85,86). Bu durumun hastayı nasıl etkilediği ile ilgili en kabul edilen hipotez, yüksek DD'nin bir stresör olarak işlev gördüğü ve yatkınlığı olan hastanın semptomlarını artırdığı yönündedir (87,88).

Asarnow, ergenlerin ailelerine hala bağımlı olduğunu ve bu nedenle, özellikle de sağlıksız bir aile ortamının olumsuz etkilerine karşı savunmasız olduğunu önermektedir (89). Çocuk ve ergenlerin "yüksek ebeveyn duygu dışavurumunun zararlı etkilerine erişkinlere göre daha duyarlı" olabileceği ileri sürölmüştür (90). Bu durum da, daha genç popölasyonlarda DD ölçümlerinin uygunluğunun göz önüne alınmasına yol açmıştır (91,92).

Obezitenin Tedavisi:

Obezitenin tedavisi oldukça zordur. Başarılı bir tedavi için, sebepler doğru olarak tespit edilmeli ve iyi bir ekip çalışması uygulanmalıdır. Obezitenin tedavisinde tek bir yol değil kişiye özgü multidisipliner bir yaklaşımın izlenmesi gerekir (93). Tedaviye uyumda hastanın motivasyonu önemli rol oynamaktadır. Tedavi için başvuran kişilere empatik, destekleyici, açıklayıcı, gerçekçi ve yol gösterici bir şekilde yaklaşılması tedaviye uyumu artırmaktadır (94).

Obezitenin tedavisinde normal beslenme şekli açısından kişi bilgilendirilir. Kişinin ana öğün ve ara öğün zamanları düzenlenir. Yağlı yemekler, ek yağlar, şekerler ve karbonhidratlı içecekler kısıtlanır. Tahıllar, sebzeler ve meyveler artırılır. Ekmek alımı sınırlanır, günde bir kez haşlanmış patates, pirinç veya makarna gibi işlenmemiş ürün önerilir. Düşük enerjili yoğurt, peynir gibi besleyici ürünler kullanılması istenir. Sağlıklı kilo verilmesi için yapılan diyetin yanında, yapılması gereken fiziksel aktiviteden bahsedilir. Fiziksel aktivite; kas hacmini artırır, yağ miktarını azaltır ve net beden ağırlığında azalmaya neden olur. Düzenli egzersizin iştah azaltıcı etkileri de bilinmektedir. düzenli egzersiz; kalori tüketimini artırır, bazal metabolizmayı hızlandırır. Ayrıca insülin duyarlılığı, HDL/LDL kolesterol oranını artırır (94).

İlaç tedavisi:

Obezitesi olan ancak en az 6 ay düşük enerjili diyet, egzersiz ve davranış değişikliği uygulandığında yanıt alınamayan bireyler, belirli bir hastalık veya cerrahi müdahale için zayıflaması gerekli görülen kişiler, morbid obez olanlar (ergenler için VKİ 97'in üzerinde olması) için obezite tedavisinde diyet ve egzersize ek olarak ilaç tedavisi üzerinde durulmaktadır. Tedavide kullanılan ilaçların da pek çoğu, zaman içerisinde başarısız olmuş, bağımlılık yaratmış veya ölüme kadar götürebilen yan etkiler nedeniyle yaygın kullanım alanı bulmamışlardır. Halen dünyada obezite tedavisinde kullanılan ve faz IV çalışmalarını tamamlayarak piyasaya sürülmüş az sayıda ilaç vardır. İlaç

tedavisi ile belli bir ağırlık düzeyine gelen birçok kişi, ilacın kesilmesiyle kısa bir sürede eski durumuna dönerler. Bu kilo kaybının kalıcı olabilmesi için ilaçla birlikte davranış değişikliğini de içeren diyet tedavisi gereklidir (94).

Cerrahi Tedavi:

Besin alımı ve emiliminin yavaşlatılmasına yönelik cerrahi işlemlerdir. Morbid obezitesi olan hastalarda düşünülmelidir. Mide-barsak by-pass'ı, mide kapasitesinin azaltılmasına yönelik girişimlerdir. Yağların estetik amaçlı olarak cerrahi yöntemlerle vücudun bazı bölgelerinden aldırılması (liposuction) da uygulanmaktadır. Bu yöntemle belli bölgelerde oluşan yağlar alınmaktadır. Bireyin zayıflamaya yönelik davranış değişiklikleri olmadığı sürece yeniden bu bölgelerde yağ birikimi oluştuğu belirtilmektedir (94).

Psikiyatrik Tedavi :

Obezitenin rutin tedavisinde psikiyatrik desteğin olması gerekliliği gün geçtikçe kabul görmektedir. Çünkü diğer tedavi programlarında başarı sağlansa bile uzun vadede sonuçlar yüz güldürücü olmamaktadır. Obezitenin psikiyatrik tedavisi, kilo kaybını sağlayan ve sağlanan kilo kaybının korunmasını belirleyen yaklaşımlar şeklinde tasarlanmıştır. Davranışçı terapilerin içeriği; yeme eylemi sırasında kendini izleme, yeme ve egzersizle ilgili özgül davranışsal hedefler koyma, beslenme üzerine dersler; hem yaşam tarzı aktivitesini hem de planlı egzersizi artırma üzerine vurgu yapma, uyarıcı kontrol tekniklerinin kullanımı, sorun çözme eğitiminden oluşmaktadır (94). Davranışçı terapi, nüks önlemede başarı oranının düşük olması nedeniyle son yıllarda yerini, tedaviye bilişsel faktörlerin de eklenmesiyle oluşan bilişsel davranışçı terapiye bırakmıştır.

Bilişsel davranışçı terapi, obeziteyi başlatan ve devam ettiren süreçlerin bilişsel kavramsallaştırılması ve kalıcı değişim için gerekli olduğu düşünülen, varsayılan devam ettirici bilişsel ve davranışsal mekanizmaları değiştirmek için tasarlanmıştır. İki safhadan oluşmaktadır. Birinci safhada

terapötik amaç sadece kilo kaybı değil, aynı zamanda kişisel olarak dikkat çeken diğer alanlarda (örneğin görünüşünü iyileştirme arzusu, kendine güven ve öz saygıyı artırma arzusu, ilişkilerin kalitesi, fiziksel zindelik ve daha aktif olma, sağlığını iyileştirme), bilişsel ve davranışsal değişime erişmek, tedavi sürecinde oluşan değişimleri fark etmek, onlara değer vermek ve değiştirilemeyecek şeyleri (örneğin beden oranlarını) kabul etmeyi öğrenmektir. Bu safhanın önemli bir özelliği, kilo kaybının önündeki engelleri ve beden algısı endişelerini ele almaktır. Kişinin kilo hedeflerini gerçekçi bir biçimde değerlendirmesi de hedeflenir. İkinci safhada amaç, hastaların etkili kilo kontrolü için gereken davranışsal becerileri ve bilişsel yanıtları edinmelerine ve sonra bunları uygulamalarına yardım etmektir. Bu safhada terapötik amaç kilonun sabit tutulması ve onu korumak için becerilerin edinilmesidir (95).

Bizim çalışmamızdaki amaç, obezitesi olan ergenleri cinsiyetleri başta olmak üzere tüm sosyodemografik verileri ve algılanan duygu durumu, benlik saygısı, psikopatolojik özellikleri ve yeme tutumu açısından obezitesi olmayan ergenlerle karşılaştırmaktır. Bu çalışma obezitesi olan ergenlerde algılanan duygu dışavurumun normal kilolu ergenlerle karşılaştırılması açısından ilk olma özelliği taşımaktadır .

GEREÇ VE YÖNTEM

1.Yöntem:

Bu çalışmada, obezitesi ergenlerde, algılanan duygu dışavurumu, benlik saygısı, psikopatolojik özellikler ve yeme tutumunu incelemek ve elde edilen verileri obezitesi olmayan sağlıklı ergenlerle karşılaştırmak amaçlanmıştır. Bu amaçla Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı genel poliklinik ve endokrin polikliniklerine başvuran hastalar çalışmaya dahil edilmiştir. Araştırmanın veri toplama aşamasına geçmeden önce Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan 14 Ekim 2014 tarihli 2014-19/5 onay numaralı yasal izin ve onay alınmıştır. Çalışmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan primer obezitesi olan (VKİ 95 persentilin üzerinde) 50 ergen, obezitesi olmayan (VKİ 10-95 persentil arasında) sağlıklı 50 ergen olmak üzere, çalışmaya toplam 100 kişi alınmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul eden her hasta ve velisi araştırmanın amacıyla ilgili hem sözel, hem de yazılı materyal ile bilgilendirilmiştir. "Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu" hastanın ebeveyni tarafından imzalandıktan sonra uygulama yapılmıştır. Araştırmanın verileri, Çalışma, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı ve Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Endokrinoloji Bilim Dalı tarafından yürütülmüştür.

2.Gereç:

Obezite nedeniyle Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Endokrinoloji Bilim Dalı'nın takibinde olan, 12-18 yaş arası ergenlerden çalışmaya katılmayı kabul edenler ve velisi/vasisi onay verenler, klinik olarak mental retardasyonu olmayanlar, epilepsi ve nöbet öyküsü, bilinç kaybının olduğu kafa travması ve kronik diğer bir nörolojik bozukluğu olmayanlar, alkol ve/veya madde kötüye kullanımı ve bağımlılığı

olmayanlar, belirgin işlev kaybına yol açan fiziksel bir rahatsızlığa sahip olmayanlar çalışmaya dahil edilmiştir. İlk değerlendirmede bu kriterlerden birini dahi karşılamadığı tespit edilen hastalar çalışma dışı bırakılmıştır.

Kontrol grubu ise VKİ'i 10-85 percentil arasında olan, klinik olarak mental retardasyonu olmadığı tespit edilen 12-18 yaş arasındaki ergenlerden oluşturulmuştur. Kontrol grubunun çalışmaya dahil edilemeyeceği durumlar ise; klinik olarak kişide mental retardasyon varlığı, epilepsi ve/veya nöbet öyküsü, kronik diğer bir nörolojik bozukluk, alkol ve/veya madde kötüye kullanım/bağımlılığın olması, belirgin işlev kaybına yol açan fiziksel bir rahatsızlığının olması olarak belirlenmiştir.

Yapılan görüşmelerde çalışmaya alma ölçütlerini karşılayan ve onamı alınan hastalara Sosyodemografik Veri Formu, Kısaltılmış Duygu Dışavurumu Ölçeği (DDDÖ), Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ), Yeme Tutumu Testi (YTT), Güçler ve Güçlükler Anketi (GGA) uygulanmıştır.

2.1. Sosyodemografik Veri Formu

Hastanın yaşı, cinsiyeti, doğum yeri, kardeş sayısı, anne ve babanın eğitimi, anne ve babanın mesleği, ailenin gelir düzeyi, kendisinin ve ailedeki diğer bireyleri sağlık durumlarının kaydedildiği, bu çalışma için geliştirilmiş olan bir veri formudur.

2.2. Ergenlerde Kısaltılmış Duygu Dışavurum Ölçeği (DDDÖ)

Nelis ve ark. (96) tarafından geliştirilen ölçek, Vural ve ark. (97) tarafından 2012 yılında Türkçeye uyarlanmıştır. Ölçek güvenilirliği incelendiğinde, Cronbach alfa katsayısı 0.90, test-tekrar test güvenilirliği ise 0.81 ($p < 0,001$) bulunmuştur. Yapı geçerliliği incelendiğinde, "Kısaltılmış Duygu Dışavurumu Düzeyi Ölçeği" için doğrulayıcı faktör analizi sonucunda, 3 faktörlü modelin uygun olduğu görülmüştür. Sosyoekonomik durumlar bakımından ölçek bütünü ve duygusal destek yokluğu alt ölçeği, cinsiyet bakımından ise duygusal destek yokluğu, sinirlilik, müdahalecilik alt ölçekleri

farklılıkları belirleme yetisindedir ($p<0,05$). Ölçek son üç ay içinde, katılımcının hayatındaki en etkili kişinin algılanan duygu dışavurumunu ölçen 33 maddeden oluşmaktadır. KDDD ölçeğinin üç alt ölçeği duygusal destek yokluğu, sinirlilik ve müdahaleciliktir. Yüksek skorlar, yüksek düzeyde duygu dışavurumuna işaret eder. Ölçek ergenin kendisi tarafından okunarak doldurulur. Ölçekte dört maddeli Likert yanıtları (doğru değil, kısmen doğru, büyük ölçüde doğru, doğru) kullanılmıştır. Ölçekte 1-15 arasındaki maddeler ile 31. ve 33. maddeler ters yüklü maddelerdir.

2.3.Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ)

Ölçek, Rosenberg tarafından özellikle ergen yaş grubunda benlik saygısını değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir (98). On iki alt testi olan ölçeğin, benlik saygısı alt testi 10 maddeden oluşmaktadır. Ölçekte çoktan seçmeli 'çok doğru', 'doğru', 'yanlış' ve 'çok yanlış' şeklinde seçenekleri olan, olumlu ve olumsuz anlam taşıyan maddeler yer almaktadır. "Benlik Saygısı" alt testinde 0 –1 puan alanların "yüksek"; 2–4 puan alanların "orta" ve 5–6 puan alanların "düşük" benlik saygısına sahip oldukları kabul edilir. Ölçeğin ülkemizdeki gençlerde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Çuhadaroğlu tarafından yapılmış ve geçerlilik katsayısı 0,71, güvenilirlik katsayısı 0,75 olarak bulunmuştur (46).

2.4. Yeme Tutumu Testi (YTT)

Yeme bozukluğu olan hastaların yemek yeme ile ilgili davranış ve tutumlarını; normal bireylerde var olan yeme davranışlarındaki olası bozuklukların belirtilerini ölçer. Garner ve Garfinkel (1979), YTT'yi anoreksiya nervoza semptomlarını ölçmek için geliştirmişlerdir (99). YTT birçok çalışmada, normal popülasyonlardaki anormal yeme tutum ve davranışlarını saptamak için de kullanılmıştır (100,101). YTT'nin içsel geçerlilik çalışmasında, anorektik hastalar için .79 alfa değeri, anorektik hastalar ve kontrol grubu için toplam alfa değeri .94'dur. YTT Türkçe'ye ilk kez Savaşır

ve Erol tarafından çevrilmiştir (102). İçsel geçerlilik ve test-tekrar test güvenilirliği çalışmaları yapılmıştır. Kırk dört üniversite öğrencisine bir ay ara ile yapılan uygulamadan elde edilen ölçek puanlarının Pearson Momentler Çarpımı korelasyonu .65 düzeyinde bulunmuştur. Testin iç tutarlılığı Cronbach alfa katsayısı ile incelenmiş ve .70 olarak bulunmuştur. Faktör analizi sonucunda, şişmanlama kaygısı, diyet yapma, sosyal baskı ve zayıf olmaya aşırı önem verme faktörleri bulunmuştur. YTT'de 40 madde bulunmaktadır ve 6'lı ölçek üzerinden değerlendirilmektedir. Katılımcılar, her bir madde için "daima", "çok sık", "sık sık", "bazen", "nadiren" veya "hiçbir zaman" cevaplarından birini işaretlemektedirler. Anorektik yönde verilen her cevap (1., 18., 19., 23. ve 39. maddelerde "hiçbir zaman" cevabı ve geriye kalan sorularda verilen "her zaman" cevabı) 3 puan olarak hesaplanmakta, bitişindeki seçenekler ise sırayla 2 puan ve 1 puan olarak hesaplanmaktadır. Anormal yeme tutum ve davranışları için toplam puan, her bir madde için verilen cevabın puanlarının toplamı olarak hesaplanmaktadır. Olası puan aralığı 0-120 şeklindedir. Anormal yeme tutumları için ayırım puanı 30'dur (102).

2.5. Güçler ve Güçlükler Anketi-Ergen Formu (GGA)

Çocuk ve gençlerde ruhsal sorunların taranmasında kullanılan bir başka ölçek ise 1997 yılında Robert Goodman tarafından geliştirilen Güçler ve Güçlükler Anketi (GGA) (Strengths and Difficulties Questionnaire-SDQ)'dir (103). GGA bazıları olumlu bazıları olumsuz davranış özelliklerini sorgulayan 25 soru içerir. Bu sorular kendi içinde; duygusal sorunlar, davranış sorunları, hiperaktivite, akran sorunları, sosyal davranışsal beceri olmak üzere 5 alt başlıkta toplanmıştır. Her başlık kendi içinde değerlendirildiği gibi ilk dört başlığın toplamı "toplam güçlük puanı"nı vermektedir (103). Sosyal davranışsal beceri alt ölçeğinin dışında yüksek puan, o alan için sorun olduğunu gösterir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Güvenir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (104). Ölçeğin iç tutarlılığına ilişkin güvenilirlik çalışmalarında Cronbach alfa katsayısı toplam güçlük puanı için

0,73, dikkat eksikliği ve sosyal puan için 0,70, duygusal puan için 0,70, aşırı hareketlilik alt puanı için 0,54, davranış puanı için 0,50, akran ilişkisi puanı için 0,22 olarak bulunmuştur. Bu çalışma için Cronbach alfa katsayısı 0,667 olarak bulunmuştur. Ölçekte kesme noktaları toplam güçlük puanında 6-19 puan, duygusal sorunlar puanında 6, davranış sorunları puanında 4, dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik puanında 6, akran sorunları puanında 4-5, sosyal davranışlar puanında 5 puandır.

BULGULAR:

1. Örneklemin Değerlendirilmesi:

Çalışmamıza, eksojen obezitesi olan 50 hasta ve 50 sağlıklı kontrol olmak üzere toplam 100 olgu alınmıştır.

1.1. Cinsiyet

Örnekleminizdeki olgular, eksojen obezite grubunda %52 (n=26) kız, %48 (n=24) erkek ve kontrol gruplarında ise %56 (n=28) kız, %44 (n=22) erkek cinsiyet olarak dağılım göstermiştir. Grupların cinsiyete göre dağılımında anlamlı farklılık bulunmamıştır (p=0,841).

1.2. Yaş

Çalışmamıza, 12-18 yaş aralığında, yaş ortalamaları 14,50 (12-18) olan, toplam 100 olgu alınmıştır. Olguların yaş ortalaması, eksojen obezite grubunda 14 (12-18), kontrol grubunda 15 (12-18) olarak saptanmış, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (p=0,175).

1.3. Doğum Yeri

Olgular doğum yerleri açısından incelendiğinde, eksojen obezitesi olan olguların %54'ünün (n=27) ilde, %34'ünün (n=17) ilçede, %4'ünün (n=2) kasabada, %8'inin (n=4) köyde doğduğu öğrenilmiştir. Kontrol grubunda ise bu oranlar; ilde doğanlarda %76 (n=38), ilçede doğanlarda %12 (n=6), kasabada doğanlarda %8 (n=4), köyde doğanlarda ise %4 (n=2) olarak bulunmuş ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır (p=0,035). Obez ve kontrol gruplarının doğum yerleri, kendi aralarında karşılaştırıldığında, obezite sıklığı ilçede doğanlarda daha fazla

bulunurken, ilde doğanlarda kontrol grubunun daha fazla olduğu saptanmıştır. Karşılaştırılan bu gruplar arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır (p=0,015)

Tablo-1: Grupların doğum yerine göre dağılımı

Doğum yeri	Köy n (%)	Kasaba n(%)	İlçe n(%)	İl n(%)	Toplam n(%)	p değeri
Obez grup	4(%8)	2(%4)	17(%34)	27(%54)	50(%100)	p=0,035
Kontrol grubu	2(%4)	4(%8)	6(%12)	38(%76)	50(%100)	
Toplam	6(%6)	6(%6)	23(%23)	65(%65)	100(%100)	
İkili karşılaştırmalarda anlamlı p değerleri; İlçe-il: p=0,015*						

1.4. Kardeş Sayısı

Obezitesi olan grup incelendiğinde, tek çocuk olanların oranı %16 (n=8), iki kardeş olanların oranı %58 (n=29) olarak saptanmıştır. Üç kardeş olanlarda ise bu oran %26 (n=13) olarak bulunmuştur. Kontrol grubunda ise bu oranlar tek çocuk olanlarda %40 (n=20), iki kardeş olanlarda %48 (n=24), üç kardeş olanlarda ise %12 (n=6) olarak bulunmuştur ve ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır (p=0,017). Obez ve kontrol grupları kardeş sayıları açısından kendi aralarında karşılaştırıldığında tek çocuk ve iki kardeş olmakla, tek çocuk ve üç kardeş olmak arasında anlamlı farklılık saptandığı görülmüştür (p=0,044, p=0,016).

Tablo-2: Grupların kardeş sayısına göre dağılımı

Kardeş sayısı	Bir n (%)	iki n (%)	Üç n (%)	Toplam n (%)	p değeri
Obez grup	8 (%16)	29 (%58)	13 (%26)	50 (%100)	p=0,017
Kontrol grubu	20 (%40)	24 (%48)	6 (%12)	50 (%100)	
Toplam	28 (%28)	53 (%53)	19 (%19)	100 (%100)	
İkili karşılaştırmalarda anlamlı p değerleri; Toplam bir ve toplam iki kardeş olma: p= 0,044* Toplam bir ve toplam üç kardeş olma: p= 0,016*					

1.5. Kaçınıcı Kardeş Olduğu

Obezitesi olan olguların %54'ü (n=27) ilk çocuk, %40'ı (n=20) ikinci çocuk, %6'sı (n=3) ise üçüncü çocuk olarak bulunmuşken, kontrol grubunda bu oranlar sırasıyla %76 (n=38), %20 (n= 10), %4 (n=2) olarak tespit edilmiştir. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (p=0,079).

1.6. Eğitim Durumu

Obezitesi olan olguların %4'ünün (n=2) okula gitmediği, %46'sının (n=23) ilköğretime, %50'si (n=25) liseye devam ettiği bulunmuştur. Kontrol grubunda okula gitmeyen olgu bulunmazken, bu olguların %40'ının (n=20) ilköğretime, %60'sının (n=30) liseye gittiği öğrenilmiştir. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (p=0,320).

1.7. Kiminle Birlikte Yaşadığı

Obezitesi olan olguların %96'sının (n=48) anne ve babası ile, %4'ünün (n=2) ise sadece annesiyle birlikte yaşadığı saptanmıştır, kontrol grubunda ise anne ve babasıyla birlikte yaşayanların oranı %94 (n=47) olarak bulunurken, sadece annesiyle birlikte yaşayanların oranı %6 (n=3) olarak tespit edilmiştir. Çalışmaya alınan olgular arasında sadece babasıyla yaşayan veya akrabalarının yanında kalan veya kurumda kalan kimse bulunmamaktadır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (p=1,000).

1.8. Annenin Eğitim Durumu:

Obezitesi olan olguların annelerinde okuma yazma bilmeyen hasta olmadığı, okuma yazması olan ancak ilkokula gitmeyen olguların oranının %2 (n=1) , ilkokul mezunu olanların oranının %40 (n=20), ortaokul mezunu

olanların oranının %14 (n=7), lise mezunu olanların oranının %30 (n=15), yüksekokul/üniversite mezunu olanların oranının ise %14 (n=7) olduğu saptanmıştır. Kontrol grubu incelendiğinde annelerde okuma yazma bilmeyenlerin oranının %6 (n=3), okuma yazması olan ancak ilkokula gitmeyen olguların oranının %10 (n=5) , ilkokul mezunu olanların oranının %12 (n=6), ortaokul mezunu olanların oranının %16 (n=8), lise mezunu olanların oranının %28 (n=14), yüksekokul/üniversite mezunu olanların oranının ise %28 (n=14) olduğu saptanmıştır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur (p=0,006).

Obez ve kontrol grubundaki olguların annelerinin eğitim durumları kendi aralarında karşılaştırıldığında annelerin ilkokul mezunu olması ve okuma yazması olmaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır (p=0,023). Obez ve kontrol grubundaki olguların annelerinin okuma yazması olup ilkokul mezunu olmamaları ile ilkokul mezunu olmaları arasında da istatistiksel anlamlı bir fark bulunmuştur (p=0,011). Obez ve kontrol grubundaki olguların annelerinin ilkokul mezunu olmaları ve yüksekokul/üniversite mezunu olmaları arasında da anlamlı bir fark saptantığı görülmüştür (p=0,007).

1.9. Baba Eğitim Durumu

Obezitesi olan olguların babaları eğitim durumları açısından incelendiğinde okuma yazma bilmeyenlerin olmadığı, okuma yazması olan ancak ilkokula gitmeyen olguların oranının %2 (n=1), ilkokul mezunu olanların oranının %26 (n=13), ortaokul mezunu olanların oranının %18 (n=9), lise mezunu olanların oranının %34 (n=17), yüksekokul/üniversite mezunu olanların oranının ise %20 (n=10) olduğu saptanmıştır. Kontrol grubu incelendiğinde okuma yazma bilmeyenlerin ve okuma yazması olup da ilkokula gitmeyenlerin olmadığı, ilkokul mezunu olanların oranının %4 (n=2), ortaokul mezunu olanların oranının %20 (n=10), lise mezunu olanların oranının %36 (n=18), yüksekokul/üniversite mezunu olanların oranının ise

%40 (n=20) olduğu saptanmıştır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur (p=0,006).

Obez ve kontrol gruplarındakilerin babalarının eğitim durumları kendi aralarında karşılaştırıldığında, ilkokul mezunu ve ortaokul mezunu olma arasında, ilkokul mezunu ve lise mezunu olma arasında ve ilkokul mezunu yüksekokul/üniversite mezunu olma arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,043), (p=0,027), (p=0,002).

Tablo-3: Grupların eğitim durumuna göre dağılımı

Eğitim durumları		Okuma yazma yok n (%)	Okuma yazma var n (%)	İlkokul mezunu n (%)	Ortaokul mezunu n (%)	Lise mezunu n (%)	Yüksekokul /üniversite mezunu n (%)	Toplam n (%)	P değeri
Anne eğitim	Obez grup	0(%0)	1(%2)	20(%40)	7(%14)	15(%30)	7 (%14)	50 (%100)	p=0,006
	Kontrol grubu	3(%6)	5(%10)	6 (%12)	8(%16)	14(%28)	14 (%28)	50 (%100)	
	Toplam	3(%3)	6(%6)	26(%26)	15(%15)	29(%29)	21 (%21)	100(%100)	
Baba eğitim	Obez grup	0(%0)	1(%2)	13(%26)	9(%18)	17(%34)	10 (%20)	50 (%100)	p=0,014
	Kontrol grubu	0(%0)	0(%0)	2 (%4)	10(%20)	18(%36)	20 (%40)	50(%100)	
	Toplam	0(%0)	1(%1)	15(%15)	19(%19)	35(%35)	30 (%30)	100(%100)	

Anne eğitim ve baba eğitim için ikili karşılaştırmalarda sırasıyla anlamlı p değerleri;
Okuma yazma yok-ilkokul mezunu: **p=0,023***
Okuma yazma var-ilkokul mezunu: **p=0,011***, p=1,000
İlkokul mezunu-ortaokul mezunu: p=0,104, **p=0,043***
İlkokul mezunu- lise mezunu: p=0,097, **p=0,027***
İlkokul mezunu- üniversite mezunu: **p=0,007***, **p=0,002***

1.10. Anne İş:

Obezitesi olan olguların anneleri meslek grupları açısından değerlendirildiğinde, oranlar; çalışmayanlar % 42 (n=21), işçi olanlar %36 (n=18), memur olanlar %10 (n=5), emekliler %2 (n=1), serbest çalışanlar %10 (n=5) olarak bulunmuştur. Kontrol grubundakilerin anneleri meslek grupları açısından değerlendirildiğinde ise annelerden işçi olan kimse bulunmamakla birlikte, çalışmayan % 76 (n=38), memur olan %6 (n=3), emekli %8 (n=4), serbest çalışan grup ise %10 (n=5) olarak bulunmuştur. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur

($p < 0,001$). Obez ve kontrol grubundaki olguların annelerinin meslekleri kendi aralarında karşılaştırıldığında, işçi ve memur olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p = 0,022$).

Olguların annelerinin meslekleri kendi aralarında karşılaştırıldığında işçi ve emekli olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p = 0,001$). Olguların annelerinin meslekleri kendi aralarında karşılaştırıldığında işçi olanlar ve serbest meslek sahibi olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p = 0,003$).

1.11. Baba iş:

Obezitesi olan olguların babaları meslekleri açısından incelendiğinde, babalardan çalışmayanların bulunmadığı, babalarının %44'ünün ($n = 22$) işçi olduğu, %18'inin ($n = 9$) memur olarak görev yaptığı, %8'inin ($n = 4$) emekli olduğu, %30'unun ($n = 15$) serbest meslekle ilgilendiği saptanmıştır. Kontrol grubundaki olguların babalarının, meslekleri araştırıldığında ise babalardan çalışmayanın bulunmadığı, babaların %16'sının ($n = 8$) işçi olduğu, %18'inin ($n = 9$) memur olarak çalıştığı, %8'inin ($n = 4$) emekli olduğu, %58'sinin ($n = 29$) serbest meslekle uğraştığı öğrenilmiştir. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p = 0,013$).

Obez ve kontrol grubundaki olguların babalarının meslekleri kendi aralarında karşılaştırıldığında, işçi olanlar ve serbest meslek sahibi olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p = 0,003$).

Tablo-4: Grupların meslek gruplarına göre dağılımı

Meslek grupları		Çalışmıyor n (%)	İşçi n (%)	Memur n (%)	Emekli n (%)	Serbest meslek n (%)	Toplam n (%)	p değeri
Anne iş	Obez grup	21(%42)	18(%36)	5 (%10)	1 (%2)	5 (%10)	50 (%100)	p<0,001
	Kontrol grubu	38(%76)	0 (%0)	3 (%6)	4 (%8)	5 (%10)	50 (%100)	
	Toplam	59(%59)	18(%18)	8 (%8)	5 (%5)	10(%10)	100 (%100)	
Baba iş	Obez grup	0 (%0)	22(%44)	9 (%18)	4 (%8)	15(%30)	50 (%100)	p=0,013
	Kontrol grubu	0 (%0)	8 (%16)	9 (%18)	4 (%8)	29(%58)	50 (%100)	
	Toplam	0 (%0)	30(%30)	18(%18)	8 (%8)	44(%44)	100 (%100)	

Anne iş ve Baba iş için ikili karşılaştırmalarda sırasıyla anlamlı p değerleri:
Çalışmıyor- İşçi: **p<0,001***
İşçi-Memur: **p=0,222***, p=0,185
İşçi-Emekli: **p=0,001***, p=0,232
İşçi-Serbest meslek: **p=0,003***, **p=0,003***

1.12. Ailenin Ortalama Gelir Düzeyi:

Obezitesi olan olguların ailelerinin ortalama gelir düzeyine bakıldığında, olguların %20'sinin (n=10) 1000tl ve altında , %52'sinin (n=26) 1000-3300 tl arasında, %28'inin (n=14) ise 3300 tl ve üzerinde gelir düzeyleri olduğu öğrenilmiştir. Kontrol grubunda ise bu sonuçlar farklılık göstermektedir. Kontrol grubundaki olguların %4'ünün (n=2) 1000-3300 tl arasında, %42'sinin (n=21) 1000-3300 tl arasında, %54'ünün (n=27) 3300 tl ve üzerinde gelir düzeyleri olduğu saptanmıştır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur (p=0,007).

Obez ve kontrol grubundaki olguların gelir düzeyleri kendi aralarında karşılaştırıldığında aylık gelir düzeyi 1000 tl ve altında olanlarla, 3300 tl ve üzerinde olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptamıştır (p=0,007).

Tablo-5: Grupların gelir düzeyine göre dağılımı

Gelir düzeyi	1000 tl ve altı n (%)	1000-3300 tl n (%)	3300 tl ve üzeri n (%)	Toplam n (%)	p değeri
Obez grup	10 (%20)	26 (%52)	14 (%28)	50 (%100)	p=0,007
Kontrol grubu	2 (%4)	21 (%42)	27 (%54)	50 (%100)	
Toplam	12 (%12)	47 (%47)	41 (%41)	100 (%100)	

Gelir düzeylerinin ikili karşılaştırmalarında bulunan p değerleri;
1100 tl ve altı-1100-3300tl: p=0,103
1100 tl ve altı-3300 tl ve üzeri: **p=0,007***
1100-3300 tl arası-3300 tl ve üzeri: p=0,076

1.13. Ailede Kronik Fiziksel Hastalık

Obezitesi olan olguların ailelerinde (anne, baba, kardeş ve diğer akrabalarında) kronik fiziksel bir hastalık (diabetes mellitus, hipertansiyon, kardiyovasküler hastalık, epilepsi, astım, anemi yaratan durumlar vb.) görülme sıklığı %51,1 (n=23) olarak bulunurken, kontrol grubunun ailelerinde bu oranlar %60,9 (n=14) olarak bulunmuştur. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir (p=0,612).

1.14. Ailede Ruhsal Hastalık

Obezitesi olan olguların ailelerinde (anne, baba, kardeş ve diğer akrabalarında) psikiyatrik bir hastalık görülme sıklığı %17,1 (n=7) olarak bulunurken, kontrol grubunun ailelerinde bu oranlar %11,1 (n=1) olarak bulunmuştur. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir (p=1,000).

2.ÖLÇEK PUANLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

2.1. Algılanan Duygu Dışavurum Ölçeği (KDDÖ)

Tüm olgulara evdeki iklimin anlaşılabilirliği açısından algılanan duygu durum ölçeği uygulanmıştır. Bu ölçeğe göre kişi ne kadar fazla puan alırsa ailedeki duygu dışavurumu o kadar yüksek olarak düşünülmektedir. Buna göre; obezitesi olan olgular ile kontrol grubu, KDDÖ alt gruplarından olan “duygusal destek yokluğu”, “sinirlilik”, “müdahalecilik” açısından değerlendirildiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p<0,001$), ($p<0,001$), ($p<0,001$).

2.2. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ)

Tüm olgular RBSÖ'ne göre değerlendirilmiştir. Buna göre; obezitesi olan olgularla kontrol grubu karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0,001$).

2.3. Yeme Tutumu Testi (YTT)

Tüm olgulara YTT yapılmıştır. Buna göre; obezitesi olan olgularla kontrol grubu karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p=0,070$).

2.4. Güçler ve Güçlükler Anketi (GGA)

Tüm olgulara GGA uygulanmıştır. GGA'nın “duygusal problemler”, “davranış problemleri”, “hiperaktivite”, “akran ilişkileri” ni araştıran alt ölçeklerinde obez grup ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık varken. GGA'nın “sosyal davranış becerileri”ni araştıran alt ölçeğinde

obez grup ile kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p<0,001$), ($p<0,001$), ($p=0,001$), ($p<0,001$) ($p=0,075$).

Tablo-6: Grupların ölçek puanlarının değerlendirilmesi

KDDÖ		Ortalama (En düşük-En yüksek puan)		p değeri
KDDÖ toplam puan	Obez grup	98,7(38-132)	$p<0,001$	
	Kontrol grubu	56,1(37-101)		
Duygusal destek yokluğu	Obez grup	44,5(17-60)	$p<0,001$	
	Kontrol grubu	24(15-46)		
Sinirlilik	Obez grup	35(12-48)	$p<0,001$	
	Kontrol grubu	18,4(12-36)		
Müdahalecilik	Obez grup	19(7-24)	$p<0,001$	
	Kontrol grubu	13,5(8-24)		
RBSÖ		Obez grup	3,37(0,92-5,75)	$p<0,001$
		Kontrol grubu	0,79(0,25-2,33)	
YTT		Obez grup	23(12-36)	$p=0,077$
		Kontrol grubu	21,5(8-59)	
GGA	Duygusal problemler	Obez grup	5,5(0-10)	$p<0,001$
		Kontrol grubu	2(0-6)	
	Davranış problemleri	Obez grup	4(1-8)	$p<0,001$
		Kontrol grubu	2(0-5)	
	Hiperaktivite	Obez grup	6(2-10)	$p=0,001$
		Kontrol grubu	5(0-10)	
	Akran ilişkileri	Obez grup	6(2-10)	$p<0,001$
		Kontrol grubu	2(0-6)	
	Sosyal davranış becerileri	Obez grup	8(0-10)	$p=0,75$
		Kontrol grubu	9(3-10)	
KDDÖ: Algılanan Duygu Dışavurum Ölçeği				
RBSÖ: Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği				
YTT: Yeme Tutumu Testi				
GGA: Güçler Güçlükler Anketi				

3. Ölçek Puanlarının Cinsiyet Değişkenleri Açısından İncelenmesi

3.1. KDDÖ'nin Cinsiyet Değişkenleri ile İlişkisinin İncelenmesi

Cinsiyet değişkenleri ile KDDÖ puanları karşılaştırıldığında; KDDÖ genel değerlendirme , “duygusal destek yokluğu” , “sinirlilik” ve “müdahalecilik” alt ölçeklerinde sırasıyla, kızlar ve erkekler arasında istatistiksel anlamda farklılık saptanmadığı görülmüştür($p=0,259$), ($p=0,420$), ($p=0,129$), ($p=0,241$).

3.2. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ)'nin Cinsiyet Değişkenleri ile İlişkisinin İncelenmesi

Cinsiyet değişkenleri, RBSÖ puanları ile karşılaştırıldığında; kızlar ve erkekler arasında istatistiksel anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p=0,491$).

3.3. Yeme Tutumu Testi (YTT)'nin Cinsiyet Değişkenleri ile İlişkisinin İncelenmesi

Cinsiyet değişkenleri, YTT puanları ile karşılaştırıldığında; kızlar ve erkekler arasında istatistiksel anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p=0,887$).

3.4. Güçler ve Güçlükler Anketi (GGA)'nin Cinsiyet Değişkenleri ile İlişkisinin İncelenmesi

GGA toplam puan ve GGA 'nin alt ölçek puanları ile cinsiyet değişkenleri karşılaştırıldığında; Cinsiyetler arasında “davranışsal problemler” ve “sosyal davranışsal beceri” alt ölçeklerinde anlamlı istatistiksel fark saptanmıştır ($p=0,001$, $p=0,041$). Yapılan istatistiksel analizler sonucunda erkeklerde kızlara göre davranış sorunlarının daha fazla olduğu ve yine kızlara oranla erkeklerde sosyal davranış becerilerinin daha yetersiz olduğu saptanmıştır.

Tablo-7: Ölçek Puanlarının Cinsiyet Değişkenleri Açısından İncelenmesi

Ölçek Puanları / Cinsiyet Değişkenleri	Ortalama(en düşük-en yüksek)	p değeri	
KDDÖ toplam	Kız	63,5 (38-126)	
	Erkek	88,5 (37-132)	
KDDÖ	DDY	Kız	30,5 (15-60)
		Erkek	35,5(15-60)
	Sinirlilik	Kız	19(12-45)
		Erkek	32(12-48)
	Müdahalecilik	Kız	15,5 (7-24)
		Erkek	17,5(8-24)
RBSÖ	Kız	1,74(0,25-5,34)	
	Erkek	1,83(0,25-5,75)	
YTT	Kız	22(8-59)	
	Erkek	25(23-31)	
GGA	Duygusal problemler	Kız	3(0-10)
		Erkek	3,5(0-10)
	Davranışsal problemler	Kız	3(0-7)
		Erkek	4(1-8)
	Hiperaktivite	Kız	6(0-8)
		Erkek	6(0-10)
	Akran ilişkileri	Kız	3(0-9)
		Erkek	5(0-10)
	Sosyal davranışsal beceri	Kız	9(0-10)
		Erkek	8(0-10)

KDDÖ: Algılanan Duygu Dışavurum Ölçeği

RBSÖ: Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği

YTT: Yeme Tutumu Testi

GGA: Güçler Güçlükler Anketi

4. Ölçek Puanlarının Cinsiyet Değişkenlerinde, Obezitesi Olan Olgular ve Kontrol Grubu Açısından İncelenmesi

4.1. KDDÖ Puanlarının Cinsiyet Değişkenlerinde, Obezitesi Olan Olgular ve Kontrol Grubu Açısından İncelenmesi

Cinsiyet değişkenleri ile KDDÖ puanları karşılaştırıldığında “duygusal destek yokluğu”, “sinirlilik”, “müdahalecilik” alt gruplarında obez kızlar, kontrol grubundaki kızlarla; obez erkeklerle kontrol grubundaki erkeklerle karşılaştırıldığında istatistiksel anlamda farklılık saptandığı görülmüştür ($p<0,001$), ($p<0,001$), ($p<0,001$).

4.2. RBSÖ Puanlarının, Cinsiyet Değişkenlerinde Obezitesi Olan Olgular ve Kontrol Grubu Açısından İncelenmesi

Cinsiyet değişkenleri, RBSÖ ile değerlendirildiğinde, obez kızlar kontrol grubundaki kızlarla; obez erkeklerle kontrol grubundaki erkeklerle karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel anlamda farklılık saptanmıştır ($p<0,001$), ($p<0,001$).

4.3. Yeme Tutumu Testi (YTT)'nin Cinsiyet Değişkenlerinde, Obezitesi Olan Olgular ve Kontrol Grubu Açısından İncelenmesi

Cinsiyet değişkenleri, YTT ile değerlendirildiğinde, obez kızlar, kontrol grubundaki kızlarla; obez erkeklerle kontrol grubundaki erkeklerle karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p=0,125$), ($p=0,359$).

4.4. Güçler ve Güçlükler Anketi(GGA)'nin Cinsiyet Değişkenlerinde, Obezitesi Olan Olgular ve Kontrol Grubu Açısından İncelenmesi

Tüm olgular GGA'nin alt ölçekleri ile değerlendirilmiştir. “duygusal problemler”, “davranışsal problemler”, “hiperaktivite”, “akran ilişkileri”, “sosyal davranış becerileri” alanlarında cinsiyet değişkenleri içinde obez ve grubu açısından karşılaştırıldığında; kızlar arasında GGA ölçekleri alt gruplarının hepsinde anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,001$), ($p<0,001$), ($p=0,001$), ($p<0,001$), ($p=0,004$). Erkekler içinde obez ve kontrol grupları arasında ise alt ölçeklerden “duygusal sorunlar”, “davranışsal sorunlar”, “akran ilişkileri” alt grupları arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.001$), ($p<0.001$), ($p<0,001$).

Tablo-8: Ölçek Puanlarının Cinsiyet Değişkenlerinde, Obezitesi Olan Olgular ve Kontrol Grubu Açısından İncelenmesi

Ölçek Puanları ile Cinsiyet Değişkenlerine göre Gruplar Arasındaki İlişki				Ortalama (en düşük-en yüksek)/ Ortanca değer ± SS	p değeri
KDDÖ	DDY	Kız	Obez grup	48.5(18-60)	p<0,001
			Kontrol grubu	20.5(15-38)	
		Erkek	Obez grup	49(17-60)	p<0,001
			Kontrol grubu	23(15-46)	
	Sinirlilik	Kız	Obez grup	41(12-45)	p<0,001
			Kontrol grubu	16(12-34)	
		Erkek	Obez grup	41(12-48)	p<0,001
			Kontrol grubu	18(12-36)	
	Müdahalecilik	Kız	Obez grup	20(7-24)	p<0,001
			Kontrol grubu	13(9-19)	
		Erkek	Obez grup	21(11-24)	p<0,001
			Kontrol grubu	13(8-24)	
RBSÖ	Kız	Obez grup	3.75(0.92-5.34)	p<0,001	
		Kontrol grubu	0.5(0.25-2.33)		
	Erkek	Obez grup	3.42±1.26*	p<0,001	
		Kontrol grubu	0.95±0.51*		
YTT	Kız	Obez grup	23.5(12-35)	p=0,125	
		Kontrol grubu	21(8-59)		
	Erkek	Obez grup	23,16±5.99*	p=0,359	
		Kontrol grubu	21.40±6.86*		
GGA	Duygusal problemler	Kız	Obez grup	5(1-10)	p<0,001
			Kontrol grubu	2(0-6)	
		Erkek	Obez grup	6(0-10)	p<0,001
			Kontrol grubu	2(0-5)	
	Davranışsal problemler	Kız	Obez grup	4(1-7)	p<0,001
			Kontrol grubu	1.5(0-5)	
		Erkek	Obez grup	5(1-8)	p<0,001
			Kontrol grubu	3(1-5)	
	Hiperaktivite	Kız	Obez grup	6.5(4-8)	p=0,001
			Kontrol grubu	4(0-8)	
		Erkek	Obez grup	6 ± 2.10*	p=0,132
			Kontrol grubu	4.95 ± 2.51*	
	Akran ilişkileri	Kız	Obez grup	6(3-9)	p<0,001
			Kontrol grubu	2(0-5)	
		Erkek	Obez grup	7(2-10)	p<0,001
			Kontrol grubu	2(0-6)	
Sosyal davranışsal beceri	Kız	Obez grup	8.5(0-10)	p=0,004	
		Kontrol grubu	9(6-10)		
	Erkek	Obez grup	8(0-10)	p=0,746	
		Kontrol grubu	8(3-10)		

KDDÖ: Algılanan Duygu Dışavurum Ölçeği
RBSÖ: Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği
YTT: . Yeme Tutumu Testi
GGA: Güçler Güçlükler Anketi

5. Ölçek puanlarının, obezitesi olan olgular ve kontrol grubunda cinsiyet farklılıkları açısından incelenmesi

5.1. KDDÖ Puanlarının Obez ve Kontrol Gruplarında, Cinsiyet Değişkenleri Açısından İncelenmesi

Obez ve kontrol gruplarında, DDDÖ puanları açısından , “duygusal destek yokluğu”, “sinirlilik” , “müdahalecilik” alanlarında her grup kendi içinde cinsiyet değişkenleri açısından incelendiğinde; her iki grupta da istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p=0,755$), ($p=0,334$), ($p=0,187$), ($p=0,512$), ($p=0,213$), ($p=0,768$).

5.2. RBSÖ Puanlarının, Obez ve Kontrol Gruplarında, Cinsiyet Değişkenleri Açısından İncelenmesi

Obez ve kontrol gruplarında; RBSÖ'ne göre her grup kendi içinde cinsiyet değişkenleri açısından incelendiğinde, her iki grupta da istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p=0,797$), ($p=0,255$).

5.3. Yeme Tutumu Testi (YTT)'nin Obez ve Kontrol Gruplarında, Cinsiyet Değişkenleri Açısından İncelenmesi

Obez ve kontrol gruplarında; YTT'ye göre her grup kendi içinde cinsiyet değişkenleri açısından incelendiğinde, her iki grupta da istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p=0,695$), ($p= 0,807$).

5.4. Güçler ve Güçlükler Anketi (GGA)'nin Obez ve Kontrol Gruplarında, Cinsiyet Değişkenleri Açısından İncelenmesi

Tüm olgular GGA'nin alt ölçekleri ile değerlendirilmişlerdir. Obez ve kontrol gruplarında “duygusal problemler”, “davranışsal problemler”, “hiperaktivite”, “akran ilişkileri”, “sosyal davranış becerileri” alt ölçeklerine

göre her grup kendi içinde cinsiyet değişkenleri açısından incelendiğinde, obez grupta davranışsal sorunlar alanında kızlar ve erkekler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,014$). Bu sonuca göre obez erkeklerde daha fazla davranışsal sorun olduğu düşünülmüştür. Obez grup cinsiyet değişkenleri açısından “duygusal problemler”, “hiperaktivite”, “akran ilişkileri”, “sosyal davranış becerileri” alanlarında incelendiğinde ise cinsiyet değişkenleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p=0,778$), ($p=0,467$), ($p=0,462$), ($p=0,921$).

GGA'nin “duygusal problemler”, “davranışsal problemler”, “hiperaktivite”, “akran ilişkileri”, “sosyal davranış becerileri” alt ölçeklerine göre kontrol grubundakiler cinsiyet değişkenleri açısından incelendiğinde ise kontrol grubunda “davranışsal sorunlar” ve “sosyal davranışsal beceri” alanlarında kızlar ve erkekler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,003$), ($p=0,005$). Bu sonuçlara göre kızlarla karşılaştırıldığında kontrol grubundaki erkeklerde, davranışsal sorunların daha fazla yaşandığı ve sosyal davranış becerilerinin kızlara göre daha yetersiz olduğu düşünülmüştür. “Duygusal problemler”, “hiperaktivite”, “akran ilişkileri” alanlarında ise kontrol grubu cinsiyet değişkenleri açısından incelendiğinde cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p=0,858$), ($p=0,373$), ($p=0,151$).

Tablo-9: Ölçek puanlarının, obezitesi olan olgular ve kontrol grubunda cinsiyet farklılıkları açısından incelenmesi

Obez ve kontrol grubunda ölçek puanları ile, cinsiyet değişkenleri arasındaki ilişki				Ortalama(en düşük- en yüksek) /Ortanca değer ± SS	p değeri
KDDÖ	DDY	Obez grup	Kız	48,5(18-60)	p=0,755
			Erkek	49(17-60)	
		Kontrol grubu	Kız	20,5(15-38)	p=0,512
			Erkek	23(15-46)	
	Sinirlilik	Obez grup	Kız	41(12-45)	p=0,334
			Erkek	41(12-48)	
		Kontrol grubu	Kız	16(12-34)	p=0,213
			Erkek	18(12-36)	
	Müdahalecilik	Obez grup	Kız	20(7-24)	p=0,187
			Erkek	21(11-24)	
		Kontrol grubu	Kız	13(9-19)	p=0,768
			Erkek	13(8-24)	
RBSÖ	Obez grup	Kız	3,51±1,28	p=0,797	
		Erkek	3,42±1,26		
	Kontrol grubu	Kız	0,5(0,25-2,33)	p=0,255	
		Erkek	0,9(0,25-2)		
YTT	Obez grup	Kız	23,8±5,52	p=0,695	
		Erkek	23,16±5,99		
	Kontrol grubu	Kız	21(8-59)	p=0,807	
		Erkek	21,5(11-38)		
GGA	Duygusal problemler	Obez grup	Kız	5,53±2,31	p=0,778
			Erkek	5,75±2,93	
		Kontrol grubu	Kız	2(0-6)	p=0,858
			Erkek	2(0-5)	
	Davranışsal problemler	Obez grup	Kız	3,88± 1,53	p=0,014
			Erkek	5,16±1,99	
		Kontrol grubu	Kız	1,5(0-5)	p=0,003
			Erkek	3(1-5)	
	Hiperaktivite	Obez grup	Kız	6,5(4-8)	p=0,467
			Erkek	6 (2-10)	
		Kontrol grubu	Kız	4,35±2,18	p=0,373
			Erkek	4,95±2,51	
	Akran ilişkileri	Obez grup	Kız	5,96±1,82	p=0,462
			Erkek	6,37±2,12	
		Kontrol grubu	Kız	2(0-5)	p=0,151
			Erkek	2(0-6)	
Sosyal davranışsal beceri	Obez grup	Kız	8,5(0-10)	p=0,921	
		Erkek	8(0-10)		
	Kontrol grubu	Kız	9(6-10)	p=0,005	
		Erkek	8(3-10)		
KDDÖ: Algılanan Duygu Dışavurum Ölçeği					
RBSÖ: Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği					
YTT: . Yeme Tutumu Testi					
GGA: Güçler Güçlükler Anketi					

TARTIŞMA

Ergenlik döneminde görülen obezite, bireyin tüm yaşamını etkilemesi açısından önemli bir sağlık sorunudur. Günümüzde ergenlerde, obezitenin tıbbi nedenlerini ve komplikasyonlarını araştıran çok fazla çalışma yapılmışken, ergenlerde obezite ile psikiyatrik eş tanılar görece daha az araştırılmıştır. Bu konuda ergenlerde yapılan çalışmaların sayısı oldukça kısıtlıdır. Bu çalışmada, obez ergenlerin ailesel iklimlerinin göstergelerinden olan algılanan duygu dışavurumu, benlik saygısı, yeme tutumları, eşlik eden duygusal davranışsal problemlerin, akran sorunlarının, hiperaktivitenin varlığı ve sosyal davranış becerileri açısından olguların araştırılması planlanmıştır.

Araştırmada kullanılan ölçeklerin genel geçerlik ve güvenilirliğinin ergenlik yaş grubunda olması nedeniyle olguların 12-18 yaş aralığında seçilmesi planlanmıştır. Bu çalışmada yaş ortalaması, obezitesi olan grupta 14 (12-18), kontrol grubunda ise 15 (12-18) olarak saptanmıştır. Gruplar arasında yaş açısından istatistiksel anlamlı farklılık saptanmamıştır. Bu durum sonuçların daha güvenilir olabilmesi amacıyla ve dağılımın uygunluğu açısından olguların 12-18 yaş aralığındaki her yaştan seçilmeye çalışılmış olmasına bağlanabilir.

Olgulara cinsiyet dağılımı açısından bakıldığında ise obez grupta 26 kız , 24 erkek, kontrol grubunda ise 28 kız, 22 erkek olmak üzere çalışmaya toplamda 100 olgu dahil edilmiştir. Gruplar arasında cinsiyet açısından istatistiksel anlamlı farklılık saptanmamıştır. Obezitede cinsiyet dağılımını araştıran çalışmalara bakıldığında çok çeşitli verilere rastlanmaktadır. Bu durum ülkelere göre değişkenlik göstermekle birlikte birtakım kültürel farklılıklar göstermektedir. Kanada (105), İran (106) ve Arabistan (107)'da yapılan araştırmalara göre obezite oranları kızlarda daha fazla olarak bulunmuştur. Ancak literatürdeki diğer çalışmalara bakıldığında; Öner ve ark'nın (108) yaptığı çalışmada obezitesi olan ergenlerde cinsiyet açısından farklılık saptanmamıştır. Yine yapılan diğer iki araştırmada da obez

ergenlerde cinsiyet değişkenleri açısından belirgin bir fark gösterilememiştir (109,110). Bizim çalışmamızda da cinsiyet değişkenleri açısından çıkan sonuçlar, literatür verileriyle uyumlu olarak bulunmuştur. Bu durum, cinsiyet farklılığıyla, obezite gelişimi arasında belirgin bir ilişki olmadığını göstermektedir.

Sosyodemografik verilerden kardeş sayısı ile obezite ilişkisine bakılması planlanmıştır. Çalışmamızda olgular kardeş sayılarına göre incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Bu farklılığın anlaşılabilmesi açısından gruplar kendi aralarında karşılaştırıldığında tek çocuk olma ve iki kardeş olma ile tek çocuk olma ve üç kardeş olma arasında anlamlı farklılık saptanmıştır. Bu durum, daha fazla kardeşe sahip ergenler arasında obezite sıklığının arttığı, toplam kardeş sayısı azaldıkça da toplumda görülen obezite sıklığının azaldığı yönünde yorumlanabilir. Daha kalabalık olan ailelerde, obezite sıklığının daha fazla olması daha düşük sosyoekonomik gelire sahip olmalarından kaynaklanıyor olabilmekle birlikte, ülkemizde çocuk sayısı az olan ailelerin sosyoekonomik düzeylerinin yüksek olmasına bağlı olarak ergenlerde obezitenin daha az ortaya çıktığı şeklinde yorumlanabilir.

Olgular birlikte yaşadıkları kişilere göre değerlendirildiğinde obezitesi olan olguların 48'inin anne ve babası ile, 2'sinin sadece annesiyle birlikte yaşadığı, normal kilodaki ergenlerin ise 47'sinin anne ve babası ile, 3'ünün sadece annesiyle birlikte yaşadığı öğrenilmiştir. Yapılan istatistiksel analize göre gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Bu konuda dünyada yapılan çalışmalarda çeşitli sonuçlar bulunmaktadır. Kanada'da yapılan bir çalışmada tek ebeveynli ailelerde yaşayan ergenlerde obezite sıklığının arttığı saptanmış ancak bu durumun tek ebeveynli ailelerin daha düşük ekonomik gelire sahip olmasından kaynaklanıyor olabileceği vurgulanmıştır (111). Ülkemizde yapılan bir çalışmada ailede yaşayan kişi sayısı ile ergenlikte görülen obezite arasında ilişki saptanmadığı bildirilmiştir (112). Çalışmamızdaki veriler, bir ergen için, birlikte yaşadığı kişilere bakılarak obezitenin yordanamayacağını göstermektedir. Bunun dışında çalışmaya

alınan olgu sayısının artırılmasıyla da elde edilen sonuçların değişebileceği düşünülmüştür.

Olgular eğitim durumlarına göre incelendiğinde obezitesi olan grubun 25'inin liseye, 23'ünün ilköğretime devam ettiği, 2'sinin okula gitmediği , normal kilodaki ergenlerde ise 30'unun liseye , 20'sinin ilköğretime gittiği, okula gitmeyen kimsenin olmadığı öğrenildi. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. Bu durum araştırmada kullanılan ölçeklerin genel geçerlik ve güvenilirliğinin ergenlik yaş grubunda olması nedeniyle olguların 12-18 yaş aralığında seçilmesine ve bu nedenle ergenlerin eğitim düzeylerinin fazlaca değişkenlik göstermesinin mümkün olmamasına bağlanılabilir.

Obeziteyi etkileyen unsurlardan birinin de olguların annelerinin ve babalarının eğitim durumları olduğu düşünülmüştür. Obezitesi olan ergenlerin anneleri; daha sıklıkla ilköğretim mezunu iken, kontrol grubundaki anneler ise obezite grubuna göre daha fazla sıklıkta yüksekokul/üniversite mezunu olarak saptanmışlardır. Bu durum, ergenlerde; annelerin eğitim seviyesi yükseldikçe, obezite görülme sıklığının azalması şeklinde yorumlanabilir. Olguların babalarının eğitim durumu incelendiğinde, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Obez ve kontrol grubundaki olguların babalarının eğitim durumları kendi aralarında karşılaştırıldığında; obezitesi olan ergenlerin babalarının eğitimleri daha sıklıkla lise mezunu düzeyinde olmakla birlikte, kontrol grubundakilerin babalarının eğitimleri daha sıklıkla yüksekokul/üniversite mezunu düzeyinde saptanmıştır. Bu durum, ergenlerde; babaların eğitim seviyesi yükseldikçe, obezite görülme sıklığının azalması şeklinde yorumlanabilir. Bu konuda yapılan bir çalışmada yüksek eğitim düzeyine sahip annelerin ve babaların çocuklarına göre; düşük eğitim düzeyine sahip anneler ve babaların çocuklarında obezite sıklığında artış olduğu gösterilmiştir (113). Sorenson'un obezitede sosyal faktörleri araştırmak amacıyla yaptığı çalışmada hem anne hem de baba eğitim düzeyi ile obezite arasındaki ilişkinin önemli olduğu, anne ve baba eğitim düzeyi yükseldikçe, obezite oranının azaldığı gösterilmiştir (49). NHANES 3 çalışmaları sonuçlarına göre yine anne baba

eğitim düzeyi arttıķa fazla tartılı ve obez ocuk ve ergen oranı azaldığı bildirilmiştir (16,114). Bizim alışmamızdaki veriler de, bu konuda yapılan çalışmalarda çıkan sonuçlarla uyumlu bulunmuştur.

Olguların anneleri meslek grupları açısından değerlendirildiğinde obez ve kontrol grubu açısından anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Her bir grup kendi içinde karşılaştırıldığında ise olguların annelerinin ev hanımı olması ve işçi olması arasında, işçi ve memur olması arasında, işçi ve emekli olması arasında ve işçi ve serbest meslek sahibi olması arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur. ıkan bu sonuçlar sayesinde; işçi veya memur olarak çalışan, emekli olan ve serbest meslek sahibi olan annelerin çocuklarında ev hanımı olanlarınkine göre obezite sıklığı daha fazla gözlenmektedir diye düşünülebilir. Olguların babaları meslek grupları açısından değerlendirildiğinde obez ve kontrol grubu açısından yine anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Bu çıkan farklılık, olguların babalarının işçi veya serbest meslek sahibi olmalarından kaynaklanmaktadır. Bu durum, işçi olarak çalışan babaların çocuklarında, serbest meslek sahibi olan babaların çocuklarına göre obezitenin daha sıklıkla gözlendiği şeklinde yorumlanabilir. Literatürde anne ve baba meslekleri ile obezite ilişkisini araştıran çalışmalarda çok çeşitli sonuçlara rastlanmaktadır. Korkmaz'ın araştırmasında obez olmayan grubun %76.9'unun annesi ev hanımı olarak saptanmıştır (115). Süzek ve ark.(16), ıtırık'ın (116) ve Bilici'nin (117) alışmalarında da çalışan annelerin çocukları ile obezite arasındaki ilişki bu çalışma ile benzerlik göstermiştir. Bu çalışmalardan farklı olarak; Shrewsbury ve Wardle, ocukluk ağı obezitesi ile ailenin sosyoekonomik özellikleri arasındaki ilişkiyi araştırdıkları derleme çalışmasında, ebeveynlerin eğitim düzeyleri ile çocuklarda obezite görülmesi arasında anlamlı ve tutarlı bir ilişki saptandığını, ancak ebeveynlerin işsiz olması ile çocukların obezite durumu arasında ise elde edilen bulguların çelişkili olduğunu bildirmişlerdir (118). Anne ve babanın meslek sahibi olduğu alan ile çocukların obez olması arasındaki ilişki için farklı görüşler olsa da, aile ortamı ve yaşam koşulları göz önüne alındığında, zor şartlarda ve kötü bir ortamda büyüyen çocuklarda obezite görülme riski daha yüksek olacağı düşünülmektedir (119-121). Bizim alışmamızda da literatürdeki verilerle

uyumlu sonuçlar elde edilmiştir. Çalışmayan anne ve babaların, çalışanlara göre kendilerine ve çocuklarına daha kötü yaşam koşulları sağlaması, bu çocukların zor şartlar altında büyütülmesi söz konusu olacağından çocuklarda obezite oranlarının da daha yüksek olması beklenebilir. Bunlar dışında çalışmamızda; çalışan anne ve babaların çocuklarında obezite oranının yüksek olmasının nedeni düzensiz beslenme ile birlikte ebeveynlerin geleneksel yemek düzenine ayıracak vaktin olmamasına bağlı olarak gelişen dondurulmuş ve hazır gıda tüketiminin artmış olmasıyla da ilişkilendirilebilir.

Çalışmamızda ailelerin gelir durumları 1000 TL ve altı, 1000-3300 TL, 3300 TL ve üzeri olmak üzere 3 ana gruba ayrılmıştır. Buna göre obez ve kontrol grubu arasında gelir düzeyinin 1000 TL ve altı olması ile 3300 TL ve üzeri olması arasında anlamlı farklılık saptanmıştır. Bu sonuçlar; ailelerin gelir düzeyleri düştükçe, ergenlerde obezite riskinin arttığını göstermektedir. Sosyoekonomik düzey ile obezite arasındaki ilişkiyi inceleyen pek çok çalışma bulunmaktadır. Ülkemizde yapılan çalışmaların çoğunluğunda orta ve yüksek sosyoekonomik düzeydeki ailelerin çocuklarında obezite sıklığının arttığı belirtilmiştir (39,122,123,20). Meksika ve Mısır gibi gelişmekte olan ve ülkemizle benzer sosyoekonomik özelliklere sahip ülkelerde yapılan çalışmalarda, bizim çalışmamızın sonuçlarından farklı olarak, obez çocukların ailelerinin daha yüksek sosyoekonomik düzeye sahip oldukları bildirilmiştir (124). Ancak Mısırlıoğlu ve ark.nın Kırıkkale ilinde biri düşük diğeri yüksek sosyoekonomik düzeydeki iki farklı okulda okuyan çocukları karşılaştırdıkları çalışmada, çocuklar arasında obezite sıklığı açısından bir fark saptamadıklarını bildirmişlerdir (125). İzmir'de yapılan bir çalışmada ise obezitesi olan olguların gelir düzeylerinin, kontrol grubundakilerden belirgin olarak düşük olduğu gösterilmiştir (126). Bizim çalışmamızdaki veriler çıkan bu sonuçlar ile uyumludur. Gelişmiş ülkelerde obezitenin düşük sosyoekonomik gruplarda ve kalabalık ailelerde daha sık olması, bu kesimde sağlıklı beslenme ve sağlıklı yaşamla ilgili bilgi eksikliğinin daha yaygın oluşuna, fiziksel aktivitenin azlığına, yüksek kalorili gıdaların ucuzluğuna ve uygun besin bulabilme olanaklarının kısıtlı olması nedeniyle kişileri tek yönlü beslenmeye yönelmesine bağlanmaktadır (127-129). Genel olarak çocukluk

çağı obezitesinin gelişmiş ülkelerde düşük sosyoekonomik düzeye sahip ailelerde, gelişmekte olan ülkelerde ise orta ve yüksek sosyoekonomik düzeydeki ailelerde görüldüğü bildirilmektedir (127). Çalışmamızın yapıldığı bölgenin sosyoekonomik açıdan ülkemiz normalini yansıtmaması ve gelişmiş ülkelerin standartlarına daha yakın olması bu duruma neden olmuş olabilir.

Olgular obezitenin oluşumunu etkilediğini düşündüğümüz faktörlerden biri olan doğum yerleri açısından incelendiğinde obezlerden 27 sinin ilde, 17 sinin ilçede, 2'sinin kasabada, 4'ünün de köyde doğduğu, kontrol grubundaki ergenlerin ise 38'inin ilde, 6'sının ilçede, 4'ünün kasabada, 2'sinin köyde doğduğu öğrenilmiştir. Doğum yerleri açısından obez ve kontrol grubu karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır. Her bir yerleşim yeri kendi aralarında karşılaştırıldığında bu farklılığın ilçe ve ilde doğmuş olmaktan kaynaklandığı gösterilmiştir. Bu verilere göre obezitesi olan ergenlerin kontrol grubundakilere göre, daha sıklıkla ilçede doğdukları ve kontrol grubundakilerin de obez ergenlere göre daha sıklıkta ilde doğdukları sonucuna varılabilir. Bu durumun olguların ebeveynlerinin eğitim düzeyleri, meslekleri ve gelir düzeyleriyle ilgili olduğu düşünülmüştür. Buna göre; çalışmamızda daha önceki verilere dayanarak ebeveyn eğitim düzeyleri düştükçe, ebeveyn mesleklerinde de serbest meslekten babalarda çalışmamaya annelerde ise ev hanımlığına doğru gidildikçe, ailelerin gelir düzeylerinin düştüğü söylenebilir. Çalışmamızda obezite sıklığı gelir düzeyi düşük ailelerde daha fazla olarak tespit edildiğinden ilçede yaşayanlarda obezite sıklığı bu sebeplerden ötürü ilde doğanlara göre daha yüksek olarak bulunmuş olabilir.

Obezite ile ilişkili olabileceğini düşündüğümüz bir diğer ailesel özellik ise ebeveynlerin genel tıbbi ve ruhsal sağlık durumlarıdır. Bu konuda yapılan çalışmalara baktığımızda Can'ın yaptığı çalışmada ailelerinde kronik hastalığı olan ergenlerde obezite oranları yüksek olarak bulunmuş (130). Korkmaz'ın (115) yapmış olduğu bir araştırmaya göre obez kızların ve erkeklerin ailelerinde kronik hastalık oranları sırasıyla %21.2, %52.9 olarak saptanmıştır, bu çalışmada özellikle kızlarda obezite ile ailede kronik fiziksel hastalık arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Çalışmamızda tüm olguların

ailelerindeki kronik fiziksel (diabetes mellitus, hipertansiyon, kardiyovasküler hastalık, epilepsi, astım vb.) ve ruhsal hastalıklar araştırıldığında her iki olgu grubu arasında anlamlı bir farklılık tespit edilememiştir. Bu durum çalışmaya alınan örneklem sayısının az olmasına veya seçtiğimiz örneklem grubundaki ebeveynlerin kendi tıbbi ve ruhsal sağlıkları açısından sürekli kontrol altında olması, herhangi bir tanı konulduğunda da tedaviye uyum gösteriyor olmasına bağlanabilir.

Kişilerin karşılaştığı ilk sosyal çevre, ailesi ve kurduğu ilk sosyal ilişki ailesiyedir. Aile yapısı, ailenin çocuğa yönelik ilgi ve tutumları ve onlarla sürdürülen olumlu ilişkiler kişilerin yetişkin olduğu dönemde olumlu ve tutarlı bir kişilik gelişimine zemin hazırlar. Bu amaçla obez ergenlerin ailesel ortam ve tutumlarının araştırılması amacıyla olgulara duygu dışavurum ölçeği (KDDÖ) uygulanmıştır. KDDÖ, kişi hakkında aile üyeleri tarafından yapılan eleştirel yorumların sayısını, düşmanlı tutumların var olup olmadığını, müdahaleciliğin düzeyini, aşırı duygusal koruyuculuk/kollayıcılığı da içeren iletişim tarzları ile karakterize olan evdeki çevresel stresin bir ölçüsüdür (74). Literatürde obezitesi olan ergenlerde KDDÖ ile yapılmış bir çalışma bulunmamaktadır. Ancak obezite ve aile işlevselliğini değerlendiren çalışmalara baktığımızda, Beck ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada obez ergenlerin aileleri, kendilerini, daha az bağımsız ve sosyal aktivitelere daha az ilgili olarak tanımlamışlardır (131). Hill ve ark. ise obez çocukları olan ailelerin, obez çocukları olmayanlara göre daha disfonksiyonel olduklarını belirtmişlerdir (132). Kingston ve ark. tarafından yapılan çalışmada ise, sıklıkla ebeveynler arasında öfke ve obez çocuğa karşı açık eleştirilerin var olduğu vurgulanmıştır (133). KDDÖ'nin Tip 1 DM olan ergenlerde uygulandığı bir çalışmaya göre özellikle "müdahalecilik" alt grubunun bu gençlerde kötü metabolik kontrolle ilişkilendirildiği bildirilmiş (134). Depresif ergenlerde, eşlik eden psikiyatrik bozukluk ve sosyal fonksiyonların araştırıldığı bir çalışmada düşük KDDÖ skorları olan ergenlerin, yüksek KDDÖ skorları olanlara göre sosyal fonksiyonlarının daha iyi olduğunu gösterilmiş (81). Çocukluk çağındaki olumsuz yaşam koşulları ile yeme bozukluğu ve obezite ilişkisini araştırıldığı bir çalışmada uygunsuz

anne ve baba tutumlarının, anormal yeme davranışlarının oluşumunu ve obezite riskini artırdığı saptanmıştır (135). İtalya'da bu konuda yapılan diğer bir çalışmada yeme bozukluğu tanısı olan ergenlerde daha yüksek KDDÖ skorları olduğu gösterilmiştir (136). Annedeki müdahalecilik, eleştirelilik ile çocuklardaki dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu semptomlarının ilişkisini araştıran bir izlem çalışmasında; annenin eleştireliliği arttıkça çocuklarda karşıt olma karşı gelme bozukluğu ve davranım bozukluğu semptomlarında artış olduğu saptanmıştır (137). 2014 yılında New York'ta yapılan başka bir araştırmada, maternal eleştirelilik arttıkça ergenlerde dışa vurum semptomlarının, duygusal sorunların arttığı ortaya çıkarılmıştır (138). Çocukluk çağı bozuklukları oluşumunda ailenin etkilerinin araştırıldığı bir çalışmada ailedeki eleştirelilik, çocukluk çağında birçok medikal ve psikiyatrik tanılarının kötü prognozlarıyla ilişkilendirilmiş (139).

Bizim çalışmamızda obezitesi olan ergenlerin toplam KDDÖ skorları ve KDDÖ'nün alt gruplarından olan duygusal destek yokluğu, sinirlilik, müdahalecilik alanlarında hem obez kız, hem de obez erkek ergenlerin aldığı puanlar, kontrol grubuna göre anlamlı yüksek olarak tespit edilmiştir. Kızlarda obez ve kontrol grubu, erkeklerde de obez ve kontrol grupları kendi aralarında karşılaştırıldığında anlamlı farklılık saptanmıştır. Tüm örneklem alınarak cinsiyet değişkenlerine göre bakıldığında kızlar ve erkekler arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Bu durum aile içi etkileşimlerin, ebeveyn tutumlarının, anne babanın duygusal destek yokluğunun, eleştireliliğinin ve müdahaleciliğinin cinsiyetler arasında farklılık yaratmadığı ancak obez veya normal kilolu olmak ile ilişkili olduğunu düşündürmüştür. Bulgularımızdan yola çıkarak obezitede hem kızlarda hem de erkeklerde ailesel stresör faktörlerinin, aile içi etkileşimin eksojen obezite oluşumunda ve sürdürülmesinde önemli rol oynadığı düşünülebilir.

Obezitesi olan ergenlerde araştırılmasını planladığımız diğer bir durum benlik saygısıdır. Benlik saygısı, kişinin kendini tanıması ve gerçekçi olarak değerlendirmesi sonucunda kendi yetenek ve güçlerini olduğu gibi kabul edip benimsemesi şeklinde tanımlanmakta olup, kişinin kendisine karşı duyduğu sevgi, saygı ve güven duygularını ifade etmektedir (46). Günümüzde çocuk

ve ergenler kalorisi çok olan ancak besin değeri düşük olan yiyeceklerin tüketimine teşvik edilmektedir. Hatta anne ve babalar çocuklarına ödül olarak bu beslenme şeklini sunmaktadırlar. Bununla birlikte; popüler olmak, çevre tarafından ilgi görmek ve iyi görünmenin ince ve uzun olmak ile sağlanabileceği gibi gizli mesajların toplumsal olarak çeşitli kanallar ile aktarılıyor olması çocuk ve ergenler için kaygı uyandıran bir durumdur (140). Toplumun yüksek beklentileri, ergenlerin hayattan tatmin olma duygusunu kitlemektedir, dolayısıyla çevresindekilerin beklentilerini karşılayamayan obez çocuk ve ergen kolaylıkla öz saygısını yitirebilmektedir.

Literatürde bu konu hakkında yapılan araştırmalarda çeşitli veriler olmakla birlikte çoğunlukla obez ergenlerde benlik saygısı değerlerinin azaldığı belirtilmiştir (141,142). Strauss ve ark.'nın 1520 olgu ile yaptığı 4 yıllık bir izlem çalışmasında, 13-14 yaş grubundaki obez kızlarda ve obez erkeklerde benlik saygısının anlamlı düzeyde düşük olduğu saptanmıştır (143). Yapılan başka bir çalışmada obez olgularda, obez olmayanlara göre depresyon puanlarının yüksek olduğu ve benlik saygısının daha düşük olduğu saptanmıştır (144). Son zamanlarda yapılan iki çalışmada obez çocuk ve ergenlerin obez olmayanlara göre daha düşük benlik saygısına sahip oldukları sonuçları yeniden gösterilmiştir (145,146). Ayrıca bu çalışmalardan birinde obez kızların obez erkeklere göre fiziksel görünüm memnuniyeti ve benlik saygılarının daha düşük olduğu saptanmıştır (146). 2010 yılında 446 lise öğrencisi ile yapılan bir çalışmada yeme bozukluğu belirtileri ile benlik saygısı arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (147). Eremiş ve ark. 'nın yaptığı araştırmada ise tedaviye başvuran obezlerde, tedaviye başvurmamış obezler ve obez olmayan kontrol gruplarına göre anlamlı oranda düşük benlik saygısı saptanmıştır (39). Obezitede benlik saygısını araştıran bir çalışmada; obezitesi olan kişilerde obez olmayan kişilere göre benlik saygısında düşük değerler saptanmış olmakla birlikte cinsiyetlere göre benlik saygısı açısından anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir (148). Bizim yaptığımız çalışmada da tüm örneklem alınarak cinsiyet değişkenlerine göre bakıldığında kızlar ve erkekler arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Obez grup içinde kızlar erkeklerle, kontrol grubu içinde de kızlar erkeklerle kıyaslandığında yine

anlamli fark ortaya cikmamistir. Bununla birlikte obezler ile kontrol grubu arasinda benlik saygisi acisindan hem kizlarda hem de erkeklerde anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Elde ettiğimiz bulgular cinsiyet farklılığından bağımsız olarak obez olmanın, benlik saygısı üzerindeki etkisini ortaya çıkarmıştır. Çalışmamızdaki sonuçlar literatür verileriyle uyumlu olarak bulunmuştur. Tüm bu araştırmalar obezlerin, toplumun ideal beden standartlarına uymayan fiziksel görünüşlerini ve görünüşleri ile ilgili bu olumsuz değerlendirmelerin kişilerin benlik saygılarını da olumsuz yönde etkilediğini göstermiştir.

Obezitenin başlamasında ve sürdürülmesinde önemli olduğunu düşündüğümüz diğer bir etken de kişilerin yeme alışkanlıklarıdır. Bireyin kendi ailesi içinde, o ailenin düzen ve alışkanlıklarını sürdürme eğilimi gösterdiği bilinmektedir. Kültürel olarak beslenme konusunda fazla beslenmenin pekiştirildiği, 'tombul çocuk, sağlıklı çocuktur' bakış açısı ile yetiştirilen bireylerin, yeterli ve özenli beslenme konusunda bilgi eksikliği nedeniyle bu kişilerde fazla kalori alımı gözlenebilmektedir (4). Aile tutumları ve duygusal yemek yeme arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada, düşük anne desteği, düşük davranış kontrolü ve aile içinde yüksek psikolojik denetim varlığında ergenlerde duygusal olarak yemek yeme davranışında artış olduğu gösterilmiştir (149). Literatüre bakıldığında bu konuda yapılmış birçok çalışmada obez çocukların, tüm besin gruplarını içeren beslenme şekilleri yerine bol karbonhidratlı fast food tarzı yemekler tercih ettikleri gözlenmiştir. Decaluwe ve ark.nın yaptığı bir çalışmada obez çocukların özellikle hayvansal yağ ve proteinleri aşırı tükettikleri bildirilmiştir (150). Maffei ve ark. nın yaptıkları bir diğer çalışmada obezite tanılı çocukların , obez olmayan çocuklara göre daha fazla anormal yeme davranışı gösterdikleri vurgulanmıştır (151). Ülkemizde, obez ergenlerde yeme tutumları ile benlik saygısı ilişkilerini araştıran bir çalışmada, obez ergenlerin yeme tutumlarında anormallik olduğu ve ergenlerde yeme tutumu puanları yükseldikçe, benlik saygısında azalma olduğu gösterilmiştir (152).

Çalışmamızda olguların yemek yeme ile ilgili davranış ve tutumlarını değerlendirmek amacıyla YTT kullanılmıştır. Ölçeğin kesim puanı 30 olarak

belirlenmiştir. Örneklemimizdeki olgular, YTT puanlarına göre değerlendirildiğinde obez olguların, kontrol grubundakilere göre daha yüksek puan aldığı ancak her iki grubun da ölçeğin kesim puanının altında kaldıkları gözlenmiştir. Çalışmamızda, kızlar ve erkekler YTT puanları açısından karşılaştırıldığında erkeklerin kızlara göre daha yüksek puan aldığı ancak her iki grubunda kesim puanı altında puan aldıkları görülmüştür. Kızlar; obez ve kontrol grubu olarak ve erkekler de obez ve kontrol grupları olarak kendi aralarında YTT puanları açısından karşılaştırıldığında da anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu durum; obez grubun, UÜTF Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Endokrinoloji Polikliniği ve diyetisyenler tarafından takipte ve tedavi altında olan ergenlerden seçilmesiyle ve bu ergenlerin yemek yeme davranışlarında değişiklikler oluşmaya başlamasıyla ilişkilendirilebilir. Bu nedenler dışında ortaya çıkan bu sonuçlar; çalışmaya katılan ergenlerle terapötik ilişkiden ziyade, çalışma amaçlı bir kez görüşülmüş olmasına bağlı olarak ergenlerin anormal yeme davranışları konularında savunucu tutum sergilemeleri ile ilişkilendirilebilir ve bu sonuçlar örneklem sayısının artırılması sayesinde de değişkenlik gösterebilir.

Obez ve kontrol gruplarına GGA uygulanarak kişilerin duygusal, davranışsal sorunları, hiperaktivite, akran sorunları ve sosyal davranış becerileri karşılaştırılmıştır. Çıkan sonuçlara göre; obez ve kontrol grupları arasında duygusal problemler, davranışsal problemler, hiperaktivite ve akran ilişkileri alt gruplarında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Buna göre; obezitesi olan grupta, bu alanlarda kontrol grubuna göre daha fazla sorunlar yaşanmaktadır. Obez olanlar içinde cinsiyet değişkenlerine göre GGA ölçeği uygulandığında ise obez kızlar ve obez erkekler arasında sadece davranışsal sorunlar alanında anlamlı farklılık ortaya çıkmıştır, yani obez erkeklerde, obez olan kızlara göre daha fazla davranış problemi olduğu ortaya çıkmıştır. Örneklem grubundaki kızlar ve erkekler birbirleriyle karşılaştırıldığında erkeklerde kızlara göre davranışsal sorunların daha fazla yaşandığı ve erkeklerin sosyal davranış becerilerinin yetersiz olduğu sonucuna varılmıştır. Kızlar kendi içlerinde obez ve kontrol grupları olarak GGA ölçeği ile değerlendirildiğinde kontrol grubuna göre obez kızlarda GGA'nın tüm alt

gruplarında anlamlı farklılık tespit edilirken, erkeklerde obez ve kontrol grupları kendi aralarında değerlendirildiğinde ise obez olan erkeklerde duygusal, davranışsal sorunlar, akran sorunları alanlarında anlamlı farklılık saptanmıştır. Buna göre obez kızlarda, kontrol grubundaki kızlara göre, duygusal, davranışsal sorunlar, hiperaktivite, akran sorunları ve sosyal davranış becerilerinde yetersizlik daha sıklıkla görülürken, obez erkeklerde ise kontrol grubundaki erkeklere göre; duygusal, davranışsal sorunlar ve akran sorunlarının daha fazla yaşanmakta olduğu ortaya çıkmıştır.

Literatüre baktığımızda; GGA kullanılarak yapılan üç ayrı çalışmada dürtüsellik ve dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) semptomları ile obezite arasında bir ilişki olduğu gösterilmiştir (153-155). Bu konuda uzunlamasına yapılan çalışmalarda anksiyete, depresyon, DEHB ve davranış bozuklukları obezitesi olan çocuk ve ergenlerde daha sık bulunmuştur (156-158). Brezilya'da 4325 ergen ile yapılan çalışmada obez gençlerin GGA ölçeğine göre akranları ile daha çok sorun yaşadığı vurgulanmıştır (159). Odent ve ark.nın yaptıkları bir çalışmada obezite tedavisi gören çocukların yarısından fazlasında DEHB saptandığı belirtilmiştir (160). Drukker ve ark.nın 13-14 yaşlarındaki 614 ergen üzerindeki yaptıkları ve GGA uyguladıkları bir çalışmada obezitesi olan olguların, normal kilodakilere göre daha fazla akran sorunları yaşadığı ve daha düşük sosyal davranış becerileri gösterdikleri bildirilmiştir (161). Pitrou ve ark. nın yaptığı çalışmada obezitesi olan çocuklarda sosyal işlevselliğin daha düşük olduğu ortaya çıkmıştır (162). Genişletilmiş bir çalışmada; obez gençlerde etkinlik, sosyallik, sosyal yeterlilik puanlarının sağlıklı kontrollerden düşük olduğu, somatizasyon, sosyal sorun, dikkat sorunu ve toplam sorun puanlarının sağlıklı kontrollerden yüksek olduğu saptanmıştır (93). Ergenlerde obezite ve davranış sorunları, depresyon düzeyi ile ilgili yapılan bir çalışmada obezite tanılı grupta kontrol grubuna göre etkinlik ve sosyallik skorlarının daha düşük olduğu, duygusal ve sosyal sorunlar, somatik yakınmalar, sosyal içe çekilme skorlarının yüksek olduğu, yine obez ergenlerde kontrol grubuna göre duygusal sorunların daha fazla bulunduğu saptanmıştır (39). Ergenlerde obezitenin cinsiyet değişkenlerine göre duygusal sorunlarla ilişkisini araştıran bir çalışmada,

obez kızlarda obezitenin duygusal sorunları belirgin olarak arttırdığı gösterilirken, obez erkeklerde böyle bir ilişki kurulamamış (38).

Çalışmamızda çıkan sonuçlar obezite ile duygusal davranışsal sorunlar, akran sorunları, hiperaktivite ve sosyal davranışsal becerilerin ilişkisini araştıran çalışmaların sonuçlarıyla büyük oranda benzerlik göstermiştir. Günümüzde çok fazla üzerinde durulmayan sosyal etkiler, obeziteyle ilgili başta gelen sorunlardandır. Vücut şekline ve görüntüsüne verilen önem göz önüne alındığında, obezitesi olan gençlerin normal kiloda olanlara göre arkadaş ilişkilerinde daha fazla zorluk yaşaması ve akranları tarafından reddedilmesi sıkça görülen sorunlardandır. Bunun dışında akademik başarısızlık, daha az iş imkanı ve kilo kaybetmeyi başaramamanın neden olduğu azalmış özgüven, aşırı kiloluluğun getirdiği fiziksel komplikasyonlar nedeniyle sosyal aktivitelere daha az katılmaları obez çocuk ve gençlerin yalnız ve izole bir hayat sürmelerine neden olur. Bu yalnızlık, depresyon başta olmak üzere diğer sorunlar için önemli bir risk faktörüdür. Ayrıca duygusal sorunlar ve obezite birlikteliği birtakım sosyal ve biyolojik risk faktörleriyle etkileşerek birbirini agra ve edebilmektedir (163). Bu sonuçlar bize hem duygusal sorunları olan çocuklarda obezite açısından tetikte olmamızı, hem de obezitesi olan çocukların duygusal ve diğer alanlardaki psikopatolojiler açısından taranması gerektiğini göstermektedir.

KAYNAKLAR

1. Aydın B. Çocuk ve Ergenlik Psikolojisi. Nobel Yayınları 2009:171-3.
2. Göksan B. Ergenlerde Beden İmajı ve Beden Disformik Bozukluğu. Şişli Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi, 2007.
3. Curran JS, Barness LA. Nelson Textbook of Pediatrics, 16th Edition, W.B. Saunders Company 2000:172-6.
4. Günöz H. Çocuk ve adolesan yaşlarda obezite. XXXVII Türk Pediatri Kongresi, İzmir 2001:156-61.
5. Hasanoğlu E, Düşünsel R, Bideci A. Temel Pediatri (Türkiye Milli Pediatri Derneği), 2010.
6. Öçal G. Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi, Obezite Özel Sayısı 2012;1(2):7-14
7. Aksakal S. Obez Lise Öğrencilerinin Yalnızlık Düzeyleri, Yüksek Lisans Tezi, Samsun 2008.
8. Babaoğlu K, Hatun Ş. Çocukluk Çağında Obezite 2002;11(1):8-10.
9. Stunkard AJ, Sorensen TA, Harris C, et al. An adoption study of human obesity. N. Engl. J. Med. 1986;314,193-8.
10. Garn SM, Sullivan TV, Hawthorne VM. Fatness and obesity of the parents of obese individuals. Am J Clin Nutr 1989;50(6):1308-13.
11. Parlak A, Çetinkaya Ş. Çocuklarda Obezitenin Oluşumunu Etkileyen Faktörler. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2007;5:24-35.
12. Schonfeld-Warden N, Warden CH. Pediatric obesity. The Pediatric Clinics of North America 1997;44:339-61.
13. Hedley AA, Ogden CL, Johnson CL et al. Prevalence of Overweight and Obesity Among Adults, National Center for Health Statistics. United States, NHCS 1999-2002.
14. Sur H, Kolotourou M, Dimitriou M. et al. Biochemical and behavioral indices related to BMI in school children in urban Turkey. Prev Med 2005;41(2):614-21.
15. Krassas GE, Tsamatis C, Baleki V et al. Balkan Group for the study of obesity. Prevalence of overweight and obesity among children and adolescents in Thessaloniki- Greece and Kayseri-Turkey. Pediatr Endoc Rev 2004:460-4.
16. Süzek H, Arı Z, Uyanık BS. Muğla'da yaşayan 6-15 yaş okul çocuklarında kilo fazlalığı ve obezite prevalansı. Türk Biyokimya Dergisi 2005;30(4):290-5.
17. Sancak R, Totan M, Küçüköyük Ş ve ark. Ortaokul ve lise öğrencilerinde obezite prevalansı ve predispozan faktörler. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Dergisi, 1999;16(1):19-24.
18. Tezcan B. Obez Bireylerde Benlik Saygısı, Beden Algısı ve Travmatik Geçmiş Yaşantılar (Uzmanlık Tezi) İstanbul: T.C Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi; 2009.
19. Bundak R, Neyzi O, Günöz H ve ark. Türk Çocuklarında Vücut Ağırlığı, Boy Uzunluğu, Baş Çevresi ve Vücut Kitle İndeksi Referans Değerleri. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2008;51:1-14.

20. Kayhan R. Çocukluk Çağında Obezite Tanısı Alan Hastaların Klinik ve Antropometrik Özellikleri ve Metabolik Sendrom Sıklığı (Uzmanlık Tezi) Samsun. T.C. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2012.
21. Derman O. Ergenlerde Psikososyal Gelişim. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Adölesan Sağlığı II Sempozyum Dizisi 2008;63:19-21.
22. Ersoy İ. Adölesan Çağı. Türkiye Klinikleri Pediatri Ders Notları 1.Cilt, Ankara 2000;86.
23. Coşansu G, Demirezen E, Erdogan S. Adölesanlarda Obezite Sıklığı ve İlişkili Faktörler, Hemşirelik Forumu 2005;2-5
24. Gümüşler A. Rize İli Çayeli ilçesindeki Lise Öğrencilerinde Obezite Sıklığı ve Beslenme Alışkanlıkları. Karadeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi Trabzon 2006.
25. Arieti S, Schecter DE. Infant development. American Handbook of Psychiatry 1985:269-70.
26. Schaeter DE. Eating Disorders. H.L. Millman Van Nostrand Reineold Company 1981:201-16.
27. Lomax JW. Obesity in Comprehensive Textbook of Psychiatry, Ed: Kaplan Hİ, Sadock BJ. Baltimore: Williams and Wilkins.1989:1176-86.
28. Odağ C. Nevrozlar Halime Odağ Psikanaliz ve Psikoterapi Vakfı Yayınları 1 İzmir 1999;27-36.
29. Wilson CP. Personality Structure and Psychoanalytic Treatment of Obesity. Psychodynamic Technique in the Treatment of the Eating Disorders. Northvale New Jersey London 1992;81-95.
30. Saygılı F. Obezite Komplikasyonları. Obezite ve Tedavisi. Mart Matbaacılık. İstanbul 1999:41-57.
31. Fiore H, Travis S, Whalen A, Auinger P, Ryan S. Potentially protective factors associated with healthful body mass index in adolescents with obese and non-obese parents: a secondary data analysis of the third national health and nutrition examination survey, 1988–1944. Journal of American Dietetic Association 2006;106; 55-64.
32. Parlak A, Çetinkaya Ş. Çocuklarda obezitenin oluşumunu etkileyen faktörler. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2007;2(5):24-35.
33. De Zwaan M, Mitchell E, Seim C et al. Eating related and general psychopathology in obese females with binge eating disorder. International Journal of Eating Disorders 1994;15(1):43-52.
34. Jackson TD, Grilo CM, Masheb RM. Teasing history, onset of obesity, current eating disorder psychopathology, body dissatisfaction, and psychological functioning in binge eating disorder. Obesity Research 2000;8(6):451- 8.
35. Davis C, Strachan S, Berkson M. Sensitivity to reward: implications for overeating and overweight. Appetite, 2004;42(2):131-8.
36. Hjördis B, Gunnar E. Characteristics of Drop-outs from a long-term behavioral treatment program for obesity. International Journal of Eating Disorders, 1989;8(3):363-8.
37. Odent M. Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and obesity: Two facets of the same disease?. Medical hypotheses 2010;74(1):139-41.

38. Anderson E, Cohen P, Naumova N, Must A. Assosiation of depression and anxiety disorders with weight change in prospective community based study of children followed up into adulthood. Arch Pediatr Adolesc Med 2006;160(3):285-91.
39. Erermis S, Çetin N, Tamar M ve ark. Is obesity a risk factor for psychopathology among adolescents? Pediatrics International 2004;46(3):296-301.
40. Baltacı G. Ergenlerde Sağlıklı Beslenme, Hareketli Yaşam, Sistem Matbaacılık. Ankara 2006
41. Datar A, Sturm R. Childhood overweight and parent and teacher reported behavior problems: evidence from a prospective study of kindergartners. Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine 2004;158(8):804.
42. Pehlivan Türk B. Çocuk ve ergenlerdeki obezitenin psikososyal yönleri, Katkı Pediatri Dergisi 2000;21(4):574-81.
43. Eren İ, Erdi Ö. Obez hastalarda psikiyatrik bozuklukların sıklığı. Klinik Psikiyatri, 2003;6:152-7.
44. Deveci A, Demet MM, Özmen B, Özmen E, Hekimsoy Z. Obez hastalarda psikopatoloji, aleksitimi ve benlik saygısı. Anatolian Journal of Psychiatry 2005;6,84-91.
45. Yörükoğlu A. Gençlik Çağı. Tisa Matbaası. Ankara 1985.
46. Çuhadaroğlu F. Adolesanlarda benlik saygısı. Uzmanlık tezi. Ankara 1986
47. Ziyalar A. Beden İmaji Kavramı. Yeni Sempozyum Dergisi 1983;1:31-7.
48. Çelen N. Ergenlik ve Genç Yetişkinlik. Papatya Yayıncılık. İstanbul 2007: 22-4
49. Pınar R. Obezlerde depresyon, benlik saygısı ve beden imajı: Karşılaştırmalı bir çalışma. CÜ Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2002;6(1):30-41.
50. Erkol A, Khorshid L. Obezite, predispozan faktörler ve sosyal boyutun değerlendirilmesi. SSK Tepecik Hastanesi Dergisi 2004;14(2):101-97.
51. Wardle J, Waller J, Fox E. Age of onset and body dissatisfaction in obesity. Addictive Behaviors, 2002;27(4):561-73.
52. Ganley RM. Emotion and eating in obesity: a review of the literature. Int J Eat Disord 1989;8(3):343-61.
53. Türk M, Gürsoy ŞT, Ergin İ. Kentsel Bölgede Lise Birinci Sınıf Öğrencilerinin Beslenme Alışkanlıkları. Genel Tıp Dergisi 2007;17(2):81-7.
54. Armstrong J, Reilly JJ, Child Health Information Team. Breastfeeding and lowering the risk of childhood obesity. Lancet 2002;359(9322):2003-4.
55. Von Kries R, Koletzko B, Sauerwald T, Von Mutius E. Does breast-feeding protect against childhood obesity? Adv Exp Med Biol 2000;478:29-39
56. Bonuck KA, Kahn R. Prolonged bottle use and its association with iron deficiency anemia and overweight:a preliminary study. Clin Pediatr(Phila) 2002;41(8):603-7.
57. Birch LL, Fisher JO, Davison KK. Learning to overeat: maternal use of restrictive feeding practices promotes girls eating in the absence of hunger. Am J Clin Nutr 2003;78(2):215-20.
58. Davison KK, Birch LL. Weight status, parent reaction, and self-concept in five years old girls. Pediatrics 2001;107(1):46-53.

59. Birch LL, Davison KK. Family environmental factors influencing the developing behavioral controls of food intake and childhood overweight. *Pediatr Clin North Am* 2001;48(4):893-907.
60. Petrillo J, Meyers PF. Adolescent dietary practices a consumer health perspective. *Clearing House* 2002;75(6): 293-6.
61. Heşemina T, Çalışkan D, Işık A. Ankara'da Yüksek Öğretim Öğrenci Yurtlarında Kalan Öğrencilerin Beslenme Sorunları. *İbni Sina Tıp Dergisi* 2002;7:155-66.
62. Worobey J. Eating attitudes and temperament attributes of normal and overweight college students. *Eating Behaviors* 2002;3(1):85-92.
63. Stunkard AC, Kaplan HI, Sadock BJ. *Obesity in Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Baltimore: Williams and Wilkins 1985.
64. Kornhaber A. The stuffing syndrome. *Psychosomatics* 1970;11(6):580-4.
65. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition*, by American Psychiatric Association, 2014
66. Hamburger WH. Emotional aspects of obesity. *Med Clin Nort America* 1951;35:483-99.
67. Aslan SH, Ünal M. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu. *Psycho Med* 1995;4:145-9.
68. Spitzer RL, Stunkard A, Yanovski S et al. Binge eating disorder should be included in DSM-IV: a reply to Fairburn et al's. The classification of recurrent overeating: the binge eating disorder proposal. *Int J Eat Disord* 1993;13(2):161-9.
69. Mills JK, Andrianopoulos GD. The relationship between childhood onset obesity and psychopathology in adulthood. *The Journal of Psychology*, 1993;127(5):547-51.
70. Asarnow JR, Tompson M, Hamilton EB, Goldstein MJ, Guthrie D. Family expressed emotion, childhood onset depression, and childhood onset schizophrenia spectrum disorders: is expressed emotion a nonspecific correlate of child psychopathology or a specific risk factor for depression? *J Abnorm Child Psychol* 1994;22(2):129-46.
71. Bland R. Understanding family variables in outcome research in schizophrenia. *Australian and New Zealand J. Psychiatry* 1989; 23: 396-402
72. Brown GW, Monck EM, Carstairs GM, Wing JK. Influence of family life on the course of schizophrenic illness. *British J. Preventive Soc. Med.* 1962;16(2):55-68.
73. Berksun O. Dışavurulan Duygulanım Ölçeği: Ölçek uyarlama üzerine bir pilot çalışma. *Türk Psikoloji Dergisi* 1993;29:10-5.
74. Brown GW, Birley JLT, Wing JK. Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: A replication. *Br J Psychiatry* 1972;121(562):241-58.
75. Wearden AJ, Tarrier N, Barrowclough C, Zastowny TR, Rahill AA. A review of expressed emotion research in health care. *Clinical Psychology Review* 2000;20(5):633-66.
76. Hooley JM, Richters JE. *Expressed emotion: a developmental perspective. Emotion, Cognition and Representation*. University of Rochester Press, New York 2005;6:133-66.

77. Teresa L, Simoneau DJ, Milkowitz and Rakshhanda Saleem. Expressed emotion and interactional patterns in the families of bipolar patients. *Journal of Abnormal Psychiatry* 1998;107(3):497-507.
78. Berksun OE. Şizofrenide aile faktörü: expressed emotion (EE) ölçek geliştirme ve uyarılama denemesi. Ankara Üniversitesi yayınlanmamış uzmanlık tezi 1982.
79. Kavanagh DJ. Recent developments in expressed emotion and schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1992;160:601-20.
80. Ebrinç S, Çetin M, Başoğlu C ve ark. Şizofren hasta ve ailelerinde aile işlevselliği, sosyal destek ve duygudışavurumunun incelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2001;2(1):5-14.
81. McCleary L, Sanford M. Parental expressed emotion in depressed adolescents: prediction of clinical course and relationship to comorbid disorders and social functioning. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines* 2002;43:587-95.
82. Hibbs ED, Hamburger SD, Lenane M, et al. Determinants of expressed emotion in families of disturbed and normal-children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines* 1991;32:757-70.
83. Stubbe DE, Zahner GEP, Goldstein MJ, Leckman JF. Diagnostic specificity of a brief measure of expressed emotion- a community study of children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines* 1993;34(2):139-54.
84. Fristad MA, Gavazzi SM, Centolella DM, Soldano KW. Psychoeducation: A promising intervention strategy for families of children and adolescents with mood disorders. *Contemporary Family Therapy* 1996;18(3):371-83.
85. Chambless DL, Bryan AD, Aiken LS, Steketee G, Hooley JM. Predicting expressed emotion: A study with families of obsessive-compulsive and agoraphobic outpatients. *J Family Psychology* 2001;15:225-40.
86. Renshaw K, Chamless D, Steketee G. The relationship of relatives attributions to their expressed emotion and patient's improvement in treatment for anxiety disorders. *Behavior Therapy* 2006;37:159-69.
87. Chambless DL, Floyd FJ, Rodebaugh TL, Steketee GS. Expressed emotion and familial interaction: A study with agoraphobic and obsessive-compulsive patients and their relatives. *Journal of Abnormal Psychology* 2007;116(4):754-61.
88. Hooley JM, Gotlib IH. A diathesis stress conceptualization of expressed emotion and clinical outcome. *Applied and Preventive Psychology* 2000; 9:135-51.
89. Asarnow JR, Tompson M, Woo S, Cantwell DP. Is expressed emotion a specific risk factor for depression or a nonspecific correlate of psychopathology? *Journal of Abnormal Child Psychology* 2001;29:573-83.
90. Weintraub P, Wamboldt MZ. Expressed emotion in child psychiatry: a risk factor for psychopathology and treatment resistance? *Current Opinion in Psychiatry* 1996;9:241-6.
91. Nelis SM, Rae G, Liddell C. Factor analyses of the family emotional involvement and criticism scale in adolescents. *Education & Psychological Measurement* 2006;66(4):676–86.

92. Hale WW, Raaijmakers QAA, Gerlsma C, Meeus W. Does the level of expressed emotion questionnaire have the same factor structure for adolescents as it has for adults? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2007;42(3):215–20.
93. Perçinel İ. Anorexia Nervosa ve Eksijen Obezite Tanılı 11-18 Yaş Arası Olguların Sosyal Bilişsel Becerilerinin Değerlendirilmesi. İzmir Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, 2013.
94. Wadden TA, Osei S. Obezite Tedavi El Kitabı, 2003:229-48.
95. Cooper Z, Fairburn C, Hawker D. Obezitenin Bilişsel Davranışçı Tedavisi, Yıltm Matbaası, İstanbul, 2007.
96. Nelis SM, Rae G, Liddell C. The level of expressed emotion scale: a useful measure of expressed emotion in adolescents? *J Adolesc* 2011;34(2):311-8.
97. Vural P, Sığırlı D, Eray Ş, Ercan İ, Kılıç EZ. Ergenlerde kısaltılmış Duygu Dışavurum Ölçeği Güvenirlik ve Geçerlilik Çalışması. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi* 2013:191-9.
98. Rosenberg M. Society and Adolescent Self-Image. Princeton, Princeton University Press, 1965.
99. Garner DM, Garfinkel PE. The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychol Med* 1979;9:273-9.
100. Tyrka AR, Waldron I, Graber JA, Brooks-Gunn J. Prospective predictors of the onset of anorexic and bulimic syndromes, *International Journal of Eating Disorders* 2002;32(3):282-90.
101. Pumariega AJ, LaBarbera JD. Eating attitudes and personality variables in a nonclinical sample, *International Journal of Eating Disorders*; 1986;5(2):285-94.
102. Savaşır I, Erol N. Yeme Tutum Testi: Anoreksiya nervoza belirtileri indeksi. *Psikoloji Dergisi* 1989;7:19-25.
103. Goodman R. The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1997;38(5):581-86.
104. Güvenir T, Özbek A, Baykara B, ve ark. Güçler ve Güçlükler Anketi ergen formunun Türkçe çevirisinin geçerlik ve güvenilirlik çalışması. 15. Ulusal Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Kongresi Poster Bildiri İstanbul 2004.
105. Young TK, Dean HJ, Flett B, Steiman PW. Childhood obesity in a population at high risk for type 2 diabetes. *J Pediatr* 2000;136:365-9.
106. Mohammadpour-Ahranjani B, Rashidi A, Karandish M, et al. Prevalence of overweight and obesity in adolescent Tehrani students, 2000-2001: An epidemic health problem. *Public Health Nutr* 2004;7:645-8.
107. El-Hazmi MAF, Warsy AS. The prevalence of obesity and overweight in 1-18 year old Saudi children. *Ann Saudi Med* 2002;22:303-7.
108. Öner N, Vatansver Ü, Sari A ve ark. Prevalence of underweight, overweight and obesity in Turkish adolescents. *Swiss Med Wkly* 2004;134:529–33.
109. Cook S, Weitzman M, Auinger P, Nguyen M, Dietz WH. Prevalence of a metabolic syndrome phenotype in adolescents: findings from the third National Health and Nutrition Examination Survey 1994;157:821-27.

110. Atabek ME, Pirgon O, Kurtoglu S. Prevalence of metabolic syndrome in obese Turkish children and adolescents. *Diabetes Res Clin Pract* 2006;72(3):315-21.
111. Tremblay MS, Willms JD. Is The Canadian Childhood Obesity Epidemic Related To Physical Inactivity?, *International Journal Of Obesity* 2003;27(9): 1100-05.
112. Gözü A. Mardin İli İlköğretim Okullarında 6-15 Yaş Grubu Öğrencilerde Kilo Fazlalığı ve Obezite Prevalansı, *Tıp Araştırmaları Dergisi* 2007;5(1)31-5.
113. Lazzeri G, Pammolli A, Pilato V, Giacchi MV. Relationship between 8-9 year old school children BMI, parents BMI and educational level: a cross sectional survey. *Nutr J* 2011;10:76.
114. Akyol N. Okul öncesi ve ilköğretim çocuklarında obezite prevalansının belirlenmesi, obezlerde psikolojik bozuklukların tespiti, serum lipid ve askorbik asit düzeyleri ile kan basıncı arasındaki ilişkinin araştırılması (tez) Ankara, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Nütrüsyon ve Metabolizma Programı, 1995.
115. Korkmaz A. Kocaeli ili Gebze ilçesindeki ilköğretim II.basamak öğrencilerinde obezite sıklığı ve beslenme davranışları (tez). Konya, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Çocuk Gelişimi ve Ev Yönetimi Anabilim Dalı Beslenme Eğitimi Bilim Dalı; 2008.
116. Çıtırak D. Kahramanmaraş il merkezindeki ilköğretim öğrencilerinde obezite prevalansı (tez). Kahramanmaraş: Kahramanmaraş Sütçü İmam Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı; 2008.
117. Bilici E. 6-16 Yaş Okula Giden Çocuklarda Beslenme Alışkanlıklarının Büyüme gelişme ve Obezite Üzerine Etkileri (tez). Ankara: Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Koordinatörlüğü 2006.
118. Shrewsbury V, Wardle J. Socioeconomic Status and Adiposity in Childhood: A Systematic Review of Cross-sectional Studies 1990–2005. *Obesity* 2008;16:275-84.
119. Gürel S, İnan G. Çocukluk çağı obezitesi tanı yöntemleri, prevalansı ve etiyolojisi. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi* 2001;2:39-46.
120. Öztora S. İlköğretim Çağındaki Çocuklarda Obezite Prevalansının Belirlenmesi ve Risk Faktörlerinin Araştırılması. *Bakırköy Tıp Dergisi* 2006;2:11-4.
121. Babaoğlu K, Hatun S. Çocukluk Çağında Obesite. *STED* 2002;11:8-10.
122. Ozmen D, Ozmen E, Ergin D et al. The association of self esteem, depression and body satisfaction with obesity among Turkish adolescents. *BMC Public Health* 2007;7:80.
123. Keskin Y, Moschonis G, Dimitriou M, et al. Prevalence of iron deficiency among schoolchildren of different socio-economic status in urban Turkey, *EJCN* 2005;59:64-71.
124. Salazar–Martinez E, Allen B, Fernandez–Ortega C et al. Overweight and obesity status among adolescents from Mexico and Egypt. *Arch Med Res* 2006;37:535–42.
125. Mısırlıoğlu ED, Çakır B, Albayrak M, Evliyaoğlu O. Okul çocuklarında beslenme bozuklukları: boy kısalığı ve obezite. *KÜ Tıp Fak Derg* 2007;9(1): 7-10.

126. E. Üney, Obezitesi Olan 11-18 Yaşlarındaki Çocuk ve Ergenlerde Yürütücü İşlevlerin Değerlendirilmesi., Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanlık Tezi. İzmir 2014.
127. Alikashiöğlu A, Yordam N. Obezitenin tanımı ve prevalansı. *Katkı Pediatri Dergisi* 2000;21(4):475-81.
128. Klein-Platat C, Wagner A, Haan MC et al. Prevalence and sociodemographic determinants of overweight in young French adolescents. *Diabetes Metab Res Rev* 2003;19:153-8.
129. O'Dea JA, Caputi P. Association between socioeconomic status, weight, age and gender, and the body image and weight control practices of 6 to 19 year old children and adolescents. *Health Educ Res* 2001;16:521-32.
130. Can N. Çorlu Merkezdeki İlköğretim Çağındaki Çocuklarda Obezite Görülme Sıklığı, Risk Faktörleri ve Benlik Saygısı. Yüksek Lisans Tezi Edirne 2011.
131. Beck S, Terry KA. comparison of obese and normal-weight families' psychological characteristics. *The American Journal of Family Therapy* 1985; 13(3):55-9.
132. Hill AJ, Lissau I. Psychosocial factors. *Childhood and Adolescent Obesity: Causes and Consequences, Prevention and Management* 2002;109-27.
133. Kinston W, Miller L, Loader P, Wolff OH. Revealing sex differences in childhood obesity by using a family systems approach. *Family Systems Medicine* 1990;8(4):371.
134. Liakopoulou M, Alifieraki T, Katideniou A, et al. Maternal expressed emotion and metabolic control of children and adolescents with diabetes mellitus. *Psychother Psychosom* 2001;70:78-85.
135. Johnson JG, Cohen P, Kasen S. Childhood adversities associated with risk for eating disorders or weight problems during adolescence or early adulthood. *The American Journal of Psychiatry* 2002;159(3):394-400.
136. Di Paola F, Faravelli C, Ricca V. Perceived expressed emotion in anorexia nervosa, bulimia nervosa, and binge-eating disorder. *Compr Psychiatry*. 2010;51(4):401-5.
137. Richards JS, Vásquez AA, Rommelse NN et al. A follow-up study of maternal expressed emotion toward children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD): relation with severity and persistence of ADHD and comorbidity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2014;53(3):311-9.
138. Han ZR. A Shaffer Maternal Expressed Emotion in Relation to Child Behavior Problems: Differential and Mediating Effects *Journal of Child and Family Studies* 2014;23(8):1491-500.
139. Wamboldt MZ, Wamboldt FS. Role of the family in the onset and outcome of childhood disorders: selected research findings. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000;39(10):1212-9.
140. Erden D. Farklı Yetiştirme Koşullarının Aleksitimi, Depresyon ve Psikiyatrik Belirtilerle İlişkisi, *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2005;8:60-6.
141. Telch CF, Agras WS. Obesity, binge eating and psychopathology: Are they related? *Int J Eat Disord* 1994;15:53-61.

142. Kodama K, Nada S. Binge-eating in simple obesity. *Nippon Rinsho* 2001;59:586-90.
143. Strauss RS. Childhood Obesity and Self-Esteem. *Pediatrics* 2000; 105:1-5.
144. Demir T, Demir DE, Kayaalp L, Büyükkal B, Ergenlerde depresif bozukluğun yaygınlığı ve depresif bozukluğu olan ergenlerin özellikleri, *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 1999; 6(1):3-11.
145. Wang F, Wild TC, Kipp W, Kuhle S, Veugelers PJ. The influence of childhood obesity on the development of self-esteem. *Health Reports* 2009; 20:21-7.
146. Franklin J, Denyer G, Steinbeck KS, Caterson ID, Hill AJ. Obesity and Risk of Low Self-esteem: A Statewide Survey of Australian Children. *Pediatrics* 2006;118:2481-7.
147. Tanrıverdi D, Savaş E, Gönüllüoğlu N, Kurdal E, Balık G. Lise öğrencilerinin yeme tutumları, yeme davranışları ve benlik saygılarının incelenmesi, *Gaziantep Medical Journal* 2011;17(1):33-39.
148. Cengiz Y. Obez Ergenlerde Beden Algısı, Benlik Saygısı ve Ruhsal Durum Değerlendirilmesi Uzmanlık Tezi. İstanbul 2011.
149. Snoek HM, Engels RC, Janssens JM, van Strien T. Parental behaviour and adolescents' emotional eating Original Research Article *Appetite* 2007;49(1):223-30.
150. Decaluwé V, Braet C. Assessment of eating disorder psychopathology in obese children and adolescents: Interview versus self-report questionnaire. *Behaviour research and therapy* 2004;42(7),799-811.
151. Maffei S, Provera S, Filippi L et al. Distribution of food intake as a risk factor for childhood obesity. *International Journal of Obesity* 2000; 24(1):75-80.
152. Tekyaprak N. Correlation of Self-Esteem Eating Attitudes and Obesity Among Adolescents. Near East University Graduate School of Social Sciences Applied Psychology Master Program Master Thesis 2013.
153. Waring ME, Lapane KL. Overweight in children and adolescents in relation to attention-deficit/hyperactivity disorder: results from a national sample. *Pediatrics* 2008;122(1):1-6.
154. Lam LT, Yang L. Overweight/obesity and attention deficit and hyperactivity disorder tendency among adolescents in China. *Int J Obes* 2007;31(4):584-90.
155. Erhart M, Herpertz-Dahlmann B, Wille N et al. Examining the relationship between attention-deficit/hyperactivity disorder and overweight in children and adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2012;21(1):39-49.
156. Hasler G, Pine DS, Kleinbaum DG et al. Depressive symptoms during childhood and adult obesity: the Zurich Cohort Study. *Mol Psychiatry* 2005;10:842-50.
157. Lumeng JC, Gannon K, Cabral HJ, Frank DA, Zuckerman B. Association between clinically meaningful behavior problems and overweight in children. *Pediatrics* 2003;112(5):1138-45.
158. Carey WB, Hegvik RL, McDevitt SC. Temperamental factors associated with rapid weight gain and obesity in middle childhood. *J Dev Behav Pediatr* 1988;9(4):194-8.

159. Assunção MCF, Muniz LC, Schäfer AA et al. Can teenage obesity affect mental health? *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro 2013;29(9):1859-66.
160. Odent M. Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and obesity: Two facets of the same disease? *Medical hypotheses* 2010;74(1):139-41.
161. Drukker M, Wojciechowski F, Feron FJ, Mengelers R, Van OJ. A community study of psychosocial functioning and weight in young children and adolescents. *Int J Pediatr Obes* 2009;4(2):91-7.
162. Pitrou I, Shojaei T, Wazana A, Gilbert F, Kovess-Masfety V. Child overweight, associated psychopathology, and social functioning: a French school-based survey in 6- to 11-year-old children. *Obesity (Silver Spring)* 2010;18(4):809-17.
163. Rofey DL, Kolko RP, Losif AM et al. A longitudinal study of childhood depression and anxiety in relation to weight gain. *Child Psychiatry and Human Development* 2009;40(4):517-26.

EK-1

SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

- 1. Cinsiyetiniz:** () Kız () Erkek
- 2. Doğum tarihiniz:**/...../.....
- 3. Doğum yeri:** () Köy () Kasaba () İlçe () İl
- 4. Kaç kardeşsiniz?**
() 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ve üzeri
- 5. Siz ailenizin kaçınıcı çocuğusunuz?**
() 1. çocuk () 2. çocuk () 3. çocuk () 4. çocuk
() 5. çocuk ve üzeri
- 6. Öğrenim durumunuz nedir?**
() Okula gitmiyor () İlköğretim(1-8. Sınıf) () Lise
- 7. Kiminle/kimlerle yaşıyorsunuz?**
() Anne ve baba ile birlikte () Anne ile () Baba ile
() Akrabaların yanında () Kurumda
- 8. Anne ve babanız birlikte mi?** () Evet () Hayır
- 9. Anne/Babanızın eğitim durumu:**
- | | Anne | Baba |
|------------------------------|------|------|
| Okuma yazması yok | () | () |
| Okuma yazması var | () | () |
| İlkokul mezunu | () | () |
| Ortaokul mezunu | () | () |
| Lise mezunu | () | () |
| Yüksekokul/üniversite mezunu | () | () |
- 10. Anne/Babanızın mesleği :**
- | | Anne | Baba |
|----------------|------|------|
| Çalışmıyor | () | () |
| İşçi | () | () |
| Memur | () | () |
| Emekli | () | () |
| Serbest meslek | () | () |

11. Aylık ortalama gelir düzeyiniz:

() 1000 tl ve altı () 1000-3300tl () 3300 tl üzeri

12. Ailenizde kronik bir fiziksel hastalığı(örn: şeker hastalığı, yüksek tansiyon, kalp hastalığı, kanser, epilepsi, astım, kansızlık) ya da fiziksel özrü(örn: görme, işitme, konuşma engelli ya da tekerlekli sandalye kullanan) olan var mı? Açıklayınız.

() **Evet, var:**

() **Hayır yok.**

() Annem.....

() Babam.....

() Kardeşim.....

() Diğer.....

13. Ailenizde bir psikiyatristten (ruh sağlığı uzmanı) tanı aldığını bildiğiniz ruhsal hastalığı(örn: şizofreni, bipolar bozukluk, depresyon, zeka geriliği, otizm) olan var mı? Açıklayınız.

() **Evet, var:**

() **Hayır yok.**

() Annem.....

() Babam.....

() Kardeşim.....

() Diğer.....

14. Sizin kronik bir fiziksel hastalığınız(astım, alerji, şeker hastalığı v.b) var mı? Açıklayınız.

() **Evet, var:**

() **Hayır yok.**

.....

15. Sizin ruhsal bir hastalığınız var mı? Açıklayınız.

() **Evet, var:**

() **Hayır yok**

EK-2

Ergenlerde Kısaltılmış Duygu Dışavurum Ölçeği (KDDÖ)

Aşağıda, başkalarının size karşı davranma biçimlerini açıklayan çok sayıda açıklama bulunmaktadır. Her açıklamayı dikkatli bir şekilde okuyunuz ve **hayatınızdaki en etkili kişinin/ailenin** son 3 ay içinde size karşı bu şekilde davranıp davranmadıklarını aşağıdaki dört seçenek üzerinden değerlendirerek işaretleyiniz.

1- Doğru değil.

2- Kısmen doğru.

3- Büyük ölçüde doğru.

4-Doğru.

1. Moralim bozuk olduğu zaman beni sakinleştiriyor. 1 2 3 4

2. Hasta veya moralim bozuk olduğu zaman bana karşı sempattir. 1 2 3 4

3. Ona çok sorun yarattığımı hissetmiyor. 1 2 3 4

4. Bir kişi olarak kendimi değerli hissetmemi sağlıyor. 1 2 3 4

5. Stresli durumlarda kontrollü olmayı başarır. 1 2 3 4

6. Moralim bozuk veya hasta olduğum zaman kendimi daha iyi hissetmemi sağlamaya çalışıyor. 1 2 3 4

7.Yapabileceklerim ve yapamayacaklarım hakkında gerçekçidir. 1 2 3 4

8. Beni sonuna kadar dinliyor. 1 2 3 4

9.Yakınımda olduğu zaman rahatlamış hissetmemi sağlıyor. 1 2 3 4

10. İşler iyi gitmese bile bana iyi davranır, beni zorlamaz. 1 2 3 4

11. Hasta veya moralim bozuk olduğu zaman düşüncelidir. 1 2 3 4

12. İhtiyacım olduğu zaman beni destekler. 1 2 3 4

13. Kendimi iyi hissetmediğim zaman durumumu anlamak için daha fazla bilgi toplamaya isteklidir. 1 2 3 4

14. Ben bir hata yapsam bile anlayışlı davranır. 1 2 3 4

15. Kendimi kötü hissettiğimde bana güven vermeye çalışır. 1 2 3 4

16. İyî olmadığımı söylediğim zaman sadece dikkat çekmek istiyorsun der. 1 2 3 4
17. Beklentilerini gerçekleştiremediğimde beni aşağılar. 1 2 3 4
18. Moralim bozuk olduğu veya kötü hissettiğim zaman bana yardımcı olmaz. 1 2 3 4
19. Beklentilerine uygun bir şekilde yaşamazsam beni eleştirir. 1 2 3 4
20. Kendimi iyi hissetmediğim zaman duygularımla nasıl baş edeceğini bilmiyor 1 2 3 4
21. İşler yolunda gitmediğinde bana kızar. 1 2 3 4
22. İyî olmadığım zaman beni durumu abartmakla suçlar. 1 2 3 4
23. İşler yolunda gitmediği zaman meseleleri daha da kötüleştirir. 1 2 3 4
24. Kendimi iyi hissetmediğim zaman beni, olayları uydurmakla suçlar. 1 2 3 4
25. Bir işi iyi yapmadığım zaman çılına döner. 1 2 3 4
26. İşler yolunda gitmediği zaman gergin hale gelir. 1 2 3 4
27. Kendimi iyi hissetmediğim zaman aynı düzeyde çaba bekler. 1 2 3 4
28. Her zaman işlerime burnunu sokar. 1 2 3 4
29. Her zaman, hakkımdaki her şeyi bilmek zorundadır. 1 2 3 4
30. Özel meselelerime burnunu sokar. 1 2 3 4
31. Hayatıma burnunu sokmaz. 1 2 3 4
32. Benden çok fazla şey bekler. 1 2 3 4
33. Çok fazla kişisel soru sormaz. 1 2 3 4

EK-3

ROSENBERG BENLİK SAYGISI ÖLÇEĞİ (RBSÖ)

D – 1

MADDE 1

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

MADDE 2

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

MADDE 3

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

MADDE 4

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

MADDE 5

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

MADDE 6

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

EK-4

GÜÇLER VE GÜÇLÜKLER ANKETİ (SDQ-Tür)

E 11-17

Her cümle için, Doğru Değil, Kısmen Doğru, Tamamen Doğru kutularından birini işaretleyiniz. Kesinlikle emin olamazsanız ya da size anlamsız görünse de elinizden geldiğince tüm cümleleri yanıtlamanız bize yardımcı olacaktır. Lütfen yanıtlarınızı son 6 ay içindeki durumunuzu göz önüne alarak veriniz.

Adınız:

Kız / Erkek

Doğum Tarihi:

	Doğru Değil	Kısmen Doğru	Kesinlikle Doğru
İnsanlara karşı iyi davranmaya çalışırım. Onların duygularını önemserim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uzun süre kıpırdamadan oturamam, huzursuz olurum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Çok fazla baş ağrım, karın ağrım ya da bulantım olur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Genellikle başkalarıyla paylaşırım (Örn. Yiyeceklerimi, oyunlarımı, kalemimi v.s.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Çok öfkelenirim ve sıkça kontrolümü kaybederim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Genellikle kendi başıyım. Genelde yalnız oynarım ya da başkalarıyla birlikte olmaktan kaçınırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Genellikle bana söyleneni yaparım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Çok endişelenirim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eğer birisi incinmiş, morali bozulmuş ya da kendini kötü hissediyor ise ona yardım ederim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sürekli, ellerim ve ayaklarım kıpır kıpırdır, ya da oturduğum yerde kıpırdanıp dururum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En az bir yakın arkadaşım var.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Çok kavga ederim. Diğer insanlara istediğimi yaptırabilirim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sıkça mutsuz, kederli yada ağlamaklıyım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yaşıtlarım genelde beni sever.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dikkatim kolayca dağılır, dikkatimi toplamakta güçlük çekerim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yeni ortamlarda gerginim. Kendime güvenimi kolayca kaybederim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kendimden küçüklere iyi davranırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sıkça hile yapmak ya da yalan söylemekle suçlanırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diğer çocuklar ya da gençler bana takarlar ya da benimle alay ederler.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sıkça başkalarına (anne baba, öğretmen, çocuklar) yardım etmeye istekli olurum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bir şeyi yapmadan önce düşünürüm.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ev, okul ya da başka bir yerden benim olmayan şeyleri alırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erişkinlerle yaşıtlarımdan daha iyi geçinirim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pek çok korkum var. Kolayca ürkerim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yaptığım işleri bitiririm. Dikkatim iyidir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Belirtmek istediğiniz başka düşünce ya da duygunuz var mı?

Lütfen sayfayı çeviriniz - arka sayfada birkaç soru daha var

Genel olarak aşağıdaki alanların birinde ya da daha fazlasında güçlüklerinizin olduğunu düşünüyor musunuz: Duygular, dikkati toplama, davranışlar, başkaları ile geçinebilme?

Hayır	Evet-Biraz	Evet-Oldukça Ciddi	Evet-Çok Ciddi
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Eğer yanıtınız "evet" ise, lütfen aşağıdaki bu güçlüklerle ilişkin soruları yanıtlayınız.

- Bu güçlükler ne zamandır var?

1 aydan az	1 - 5 ay	6 - 12 ay	Bir yıldan fazla
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Bu güçlükler seni ne kadar sıkıntıya sokuyor ya da ne kadar moralini bozuyor mu?

Kesinlikle Hayır	Biraz	Oldukça Fazla	Çok Fazla
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Bu güçlükler aşağıdaki alanlarda, günlük yaşamını etkiliyor mu?

	Kesinlikle Hayır	Biraz	Oldukça Fazla	Çok Fazla
Ev yaşamı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arkadaş ilişkileri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sınıf içi öğrenme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Boş zaman etkinlikleri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Bu güçlükler çevrendeki insanların(aile, arkadaşlar, öğretmenler vb.) hayatını zorlaştırıyor mu?

Kesinlikle Hayır	Biraz	Oldukça Fazla	Çok Fazla
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

İmza:

Tarih:

Yardımmız için teşekkür ederiz

© Robert Goodman, 2005

EK-5

YEME TUTUMU TESTİ

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

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

1. Başkaları ile birlikte yemek yemekten hoşlanırım. (a) (b) (c) (d) (e) (f)
2. Başkaları için yemek pişiririm, fakat pişirdiğim yemeği yemem. (a) (b) (c) (d) (e) (f)
3. Yemekten önce sıkıntılı olurum. (a) (b) (c) (d) (e) (f)
4. Şişmanlamaktan ödüm kopar. (a) (b) (c) (d) (e) (f)
5. Acıktığımda yemek yememeğe çalışırım. (a) (b) (c) (d) (e) (f)
6. Aklım fikrim yemektedir. (a) (b) (c) (d) (e) (f)
7. Yemek yemeyi durduramadığım zamanlar olur. (a) (b) (c) (d) (e) (f)
8. Yiyeceğimi küçük küçük parçalara bölerim. (a) (b) (c) (d) (e) (f)
9. Yediğim yiyeceğin kalorisini bilirim. (a) (b) (c) (d) (e) (f)
10. Ekmek, patates, pirinç gibi yüksek kalorili yiyeceklerden kaçınırım. (a) (b) (c) (d) (e) (f)
11. Yemeklerden sonra şişkinlik hissederim. (a) (b) (c) (d) (e) (f)
12. Ailem fazla yememi bekler. (a) (b) (c) (d) (e) (f)
13. Yemek yedikten sonra kusarım. (a) (b) (c) (d) (e) (f)
14. Yemek yedikten sonra aşırı suçluluk duyarım. (a) (b) (c) (d) (e) (f)
15. Tek düşüncem daha zayıf olmaktır. (a) (b) (c) (d) (e) (f)

16. Aldığım kalorileri yakmak için yorulana dek egzersiz yaparım. (a) (b) (c) (d) (e) (f)
17. Günde birkaç kere tartılırım. (a) (b) (c) (d) (e) (f)
18. Vücudumu saran dar elbiselerden hoşlanırım. (a) (b) (c) (d) (e) (f)
19. Et yemekten hoşlanırım. (a) (b) (c) (d) (e) (f)
20. Sabahları erken uyanırım. (a) (b) (c) (d) (e) (f)
21. Günlerce aynı yemeği yerim. (a) (b) (c) (d) (e) (f)
22. Egzersiz yaptığımda harcadığım kalorileri hesaplarım. (a) (b) (c) (d) (e) (f)
23. Adetlerim düzenlidir. (a) (b) (c) (d) (e) (f)
24. Başkaları çok zayıf olduğumu düşünür. (a) (b) (c) (d) (e) (f)
25. Şişmanlama (vücudumun yağ toplayacağı) düşüncesi zihnimi meşgul eder. (a) (b) (c) (d) (e) (f)
26. Yemeklerimi yemek başkalarınınkinden daha uzun sürer. (a) (b) (c) (d) (e) (f)
27. Lokantada yemek yemeyi severim. (a) (b) (c) (d) (e) (f)
28. Müshil kullanırım. (a) (b) (c) (d) (e) (f)
29. Şekerli yiyeceklerden kaçınırım. (a) (b) (c) (d) (e) (f)
30. Diyet (perhiz) yemekleri yerim. (a) (b) (c) (d) (e) (f)
31. Yaşamımı yiyeceğin kontrol ettiğini düşünürüm. (a) (b) (c) (d) (e) (f)
32. Yiyecek konusunda kendimi denetleyebilirim. (a) (b) (c) (d) (e) (f)
33. Yemek konusunda başkalarının bana baskı yaptığını hissederim. (a) (b) (c) (d) (e) (f)
34. Yiyeceklerle ilgili düşünceler çok zamanımı alır. (a) (b) (c) (d) (e) (f)
35. Kabızlıktan yakınırım. (a) (b) (c) (d) (e) (f)
36. Tatlı yedikten sonra rahatsız olurum. (a) (b) (c) (d) (e) (f)
37. Perhiz yaparım. (a) (b) (c) (d) (e) (f)
38. Midemin boş olmasından hoşlanırım. (a) (b) (c) (d) (e) (f)
39. Şekerli yağlı yiyecekleri denemekten hoşlanırım. (a) (b) (c) (d) (e) (f)
40. Yemeklerden sonra içimden kusmak gelir. (a) (b) (c) (d) (e) (f)

TEŞEKKÜR

Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları uzmanlık eğitimim boyunca, bilgisini ve deneyimlerini istek ve özveriyle paylaşan, her an desteğini yanımda hissettiğim değerli hocam Doç. Dr. Ayşe Pınar VURAL'a ve uzmanlık eğitimim sürecinde katkılarından dolayı Yrd. Doç. Dr. Yeşim TANELİ'ye içtenlikle teşekkür ederim.

Her ihtiyaç duyduğumda bilgi ve tecrübelerini paylaşan Psikiyatri AD. öğretim üyeleri Prof. Dr. Selçuk KIRLI, Prof. Dr. Aslı SARANDÖL, Doç. Dr. Yusuf SİVRİOĞLU, Doç. Dr. Cengiz AKKAYA, Doç. Dr. Saygın EKER'e ve tüm psikiyatri kliniği çalışanlarına teşekkürü bir borç bilirim.

Çocuk Nörolojisi rotasyonumda bilgilerinden faydalandığım, Prof. Dr. Mehmet Sait OKAN ve tüm nöroloji çalışanlarına çok teşekkür ederim.

Tezimin her aşamasında yardımlarını esirgemeyen Prof. Dr. Halil SAĞLAM ve Doç. Dr. Erdal EREN'e çok teşekkür ederim.

Asistanlığım boyunca beraber çalışıp, her zaman desteklerini aldığım ve çok güzel anılar biriktirdiğim değerli meslektaşlarım, dört yılın en değerli kazanımı olan asistan arkadaşlarıma en içten teşekkürlerimi sunarım.

Çocuk psikiyatrisi bünyesinde bir ekip ruhu ile çalışma fırsatı bulduğum psikolog, hemşire, personel, sekreter ve bilgi işlem memuru arkadaşlarıma teşekkür ederim

Hastanemizde birlikte çalışma fırsatı bulduğum bütün uzmanlara, asistan arkadaşlara, hemşirelere ve tüm personele teşekkür ederim.

Her anımda yanımda hissettiğim, hayatı birlikte omuzladığım en büyük destekçim değerli eşim Gökhan ÇOLPAN'a teşekkürü bir borç bilirim. Beni sonsuz özveri ve emeklerle bugünlere getiren, her başım sıkıştığında yanında soluk aldığım annem Figen KILIÇ, babam Hüseyin Avni KILIÇ, neşe kaynağım canım kardeşim Meriç KILIÇ ve dünyama güneş gibi doğan canım minik kızım İlke ÇOLPAN'a ayrıca çok teşekkür ederim.

Merve ÇOLPAN

ÖZGEÇMİŞ

1987 yılında, Ankara'da ailemin ilk çocuğu olarak dünyaya geldim. İlkokulu Özel Arı Kolejinde, ortaokul'u Özel Altın Kolejinde ve liseyi Özel Fen Lisesi'nde tamamladıktan sonra 2004 yılında Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesine başladım. 2010 yılında mezun olduktan sonra Şubat 2011'de Uludağ Üniversitesi Çocuk ve Ergen Psikiyatri Anabilim Dalı'nda uzmanlık eğitimime başladım. Uzmanlık eğitimim boyunca Kognitif Davranışçı Terapiler Derneğinin Bilişsel Davranışçı Terapiler eğitiminin 200 saatlik ilk iki modülünü tamamladım.

Dr. Merve ÇOLPAN

