



BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
BESLENME VE DİYETETİK ANABİLİM DALI

ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARININ ERİŞKİN
DÖNEM OBEZİTESİ İLE İLİŞKİSİNİN BELİRLENMESİ

Dyt. Hayrettin MUTLU

DOKTORA TEZİ

ANKARA

2015



BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

BESLENME VE DİYETETİK ANABİLİM DALI

**ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARININ ERİŞKİN
DÖNEM OBEZİTESİ İLE İLİŞKİSİNİN BELİRLENMESİ**

DOKTORA TEZİ

HAZIRLAYAN

Dyt. Hayrettin MUTLU

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Muhittin TAYFUR

ANKARA, 2015

T.C
BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Beslenme ve Diyetetik Doktora Programı çerçevesinde Hayrettin Mutlu tarafından yürütülmüş olan bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

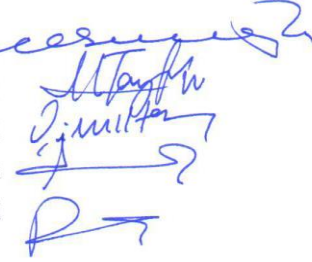
Tez Savunma Tarihi: 04/06/2015

Tez Konusu: "Çocukluk Çağı Travmalarının Erişkin Dönem Obezitesi İle İlişkisinin Belirlenmesi"


TEZ DANIŞMANI : Prof. Dr. Muhittin TAYFUR

TEZ JÜRİSİ ÜYELERİ

Prof. Dr. Metin Saip Sürücüoğlu	Ankara Üniversitesi
Prof. Dr. Muhittin Tayfur	Başkent Üniversitesi
Prof. Dr. Gül Kızıltan	Başkent Üniversitesi
Doç. Dr. Mendane Saka	Başkent Üniversitesi
Yrd. Doç. Dr. Perim Türker	Başkent Üniversitesi



ONAY: Bu tez, Başkent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulunun 05/06./2015 tarih ve 0.76... Karar Sayısı ile kabul edilmiştir.


Prof. Dr. Rengin ERDAL
Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Tezimin tüm aŐamalarında her konuda yol gösteren, kolaylaŐtıran, destekleyen Tez DanıŐmanım Prof. Dr. Muhittin TAYFUR Hocam'a

Başkent Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Bölüm Başkanı Prof. Dr. Gül KIZILTAN Hocam'a

Hayatın her anında yanımda olan, her konuda desteğini esirgemeyen EŐim Esra MUTLU'ya

Varlığıyla hayatı renklendiren Kızım Meyra MUTLU'ya

Annem ve Babam baŐta olmak üzere tüm aileme

Destekleri için; Dr. Abdullah KERETLİ, Dr. Ömer Faik SAGUN, Dt. Mehmet COŐKUN, Adem MELEKE, Dt. Mustafa USTA, Dr. Sabahattin ERTEN ve ailelerine.

Yardımları için; Prof. Dr. İlyas AKDEMİR, Prof. Dr. Bülent GÜRLER. Prof. Dr. Mustafa GÜDEN, Prof. Dr. Ömer ETLİK, Dr. İsmail Hakkı TEKİNER, Dyt. Sinem DEMİRCİ, Dyt. Zeynep ERDEM ve Dyt. Elif DÖNMEZ'e

TeŐekkürlerimi sunarım.

ÖZET

Hayrettin Mutlu, Çocukluk çağı travmalarının erişkin dönem obezitesiyle ilişkisinin değerlendirilmesi. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı, Doktora Tezi, 2015. Bu çalışmaya, Eylül 2014 ile Aralık 2014 tarihleri arasında, Fatih Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Beslenme ve Diyetetik Polikliniği'ne başvuran, beden kütle indeksine (BKİ) göre obez olan ($BKİ \geq 30$) 157 (111 kadın - 46 erkek) birey çalışma grubu, BKİ'ye göre normal ($BKİ = 18.5-25.0$) vücut ağırlığında olan 157 (122 kadın-35 erkek) birey kontrol grubu olmak üzere toplam 314 birey katılmıştır. Çalışmada erişkin dönem obezitesi ve çocukluk çağı travmaları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Bireylerin, vücut ağırlığı, boy uzunluğu, bel çevresi, kalça çevresi ölçümü antropometrik ölçüm tekniklerine uygun yapılmıştır. Sosyo-demografik veri formu yüz yüze anket yöntemiyle uygulanmıştır. Çocukluk çağı travmalarını belirlemek için, 20 yaş öncesi istismar ve ihmal yaşantılarını geriye dönük nicelik olarak değerlendirmede kullanılan, Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği gösterilmiş öz bildirim dayalı Çocukluk Çağı Travma Ölçeği (CTQ-28) kullanılmıştır. Obezite ile benlik saygı düzeylerini değerlendirmek için de Rosenberg Benlik Saygısı ölçeği uygulanmıştır. Çalışma grubunun yaş ortalaması 31.5 ± 7.2 yıl ve kontrol grubunun 30.2 ± 7.8 yıl olarak belirlenmiştir ($p > 0.05$). Ortalama BKİ değeri, çalışma grubunda 34.3 ± 6.4 kg/m² kontrol grubunda 22.7 ± 2.9 kg/m² olarak belirlenmiştir ($p < 0.05$). Çalışma grubunun CTQ ortalama puanı 42.6 ± 10.5 kontrol grubu ise 37.2 ± 6.6 bulunmuştur ($p < 0.05$). Çalışma grubunda fiziksel istismar, fiziksel ihmal, duygusal istismar, duygusal ihmal, cinsel istismar bildirme sıklığı sırasıyla %26.1, %80.3, %59.2, %89.8, %31.2, kontrol grubunda %13.1 %69.4 %42.7 %86.6 %21.7 olarak bulunmuştur. Fiziksel istismar, fiziksel ihmal, duygusal istismar ve cinsel istismar bildirme sıklıkları çalışma grubunda anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p < 0.05$). Duygusal ihmal bildirme sıklığında ise gruplar arası anlamlı fark yoktu ($p > 0.05$). Çalışma grubu için travmatik bir deneyime maruz kalma sıklığı %68.8 iken, kontrol grubunda %38.8 olarak belirlenmiştir ($p < 0.05$). Obez bireylerde düşük benlik saygısı bildirme sıklığı obez olmayan bireylere göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p < 0.05$).

Anahtar kelimeler: Obezite, Çocukluk çağı Travması, İstismar, Benlik Saygısı.

ABSTRACT

Hayrettin Mutlu, Assesment of the relationships between childhood traumas and adult obesity. Başkent University Institute of Health Sciences Nutrition and Dietetics Department Doctoral Thesis, 2015. In this study, a total of 314 individuals (111 female and 46 male with a BMI ≥ 30 ; 122 female and 35 male (n=157) with a BMI between 18.5 and 25) were attended among those who applied to the Nutrition and Dietetics Department of Fatih University Medical School Hospital from September 2014 to December 2014. The aim of this study was to assess the relationships between childhood traumas and adult obesity. The body weight, height, waist circumference and hip circumference measurements of the participants were completed based by anthropometric measurement techniques. Socio-demographic data form was conducted by face to face interview technique. The CTQ-28 method, also known as the self report childhood trauma scale to evaluate retrospectively the quantity of abuse and neglect experiences before 20 yr-old was used to determine the childhood trauma. The level of self-esteem was determined by the Rosenberg Self-Esteem Scale. The mean age and BMI were found to be as 31.5 ± 7.2 and 34.3 ± 6.4 in the experimental group, and 30.2 ± 7.8 and 22.7 ± 2.9 in the control group, respectively. The mean CTQ rate was determined 42.6 ± 10.5 for the experimental group while it was 37.2 ± 6.6 for the control group. The frequencies of physical abuse, physical neglect, emotional abuse, emotional neglect and sexual abuse were 26.1%, 0.3%, 59.2%, 89.8% and 31.2% for the experimental group, and 13.1%, 69.4%, 42.7%, 86.6% and 21.7%, respectively. Especially, the frequencies of physical abuse, physical neglect, emotional abuse, emotional neglect and sexual abuse in the experimental group were significantly high ($P < 0.05$) whereas there was no significant difference between both of the groups based on frequency of emotional neglect reporting ($p > 0.05$). The frequency of exposure to having a traumatic experience was 68.8% for the experimental group. However, it was 38.8% for the control group ($p < 0.05$). In the same manner, the frequency of low self-esteem reporting in the obese individuals was considerably higher than non-obese individuals ($P < 0.05$).

Keywords : Obesity, childhood trauma, abuse, self-esteem.

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI	<i>iii</i>
TEŞEKKÜR	<i>iv</i>
ÖZET.....	<i>v</i>
ABSTRACT	<i>vi</i>
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	<i>ix</i>
TABLolar DİZİNİ	<i>xi</i>
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1 Obezitenin Tanımı ve Sınıflandırılması	3
2.2 Obezitenin Epidemiyolojisi.....	4
2.3 Etiyoloji.....	6
2.3.1 Genetik ve nutrigenomik	6
2.3.2 Beslenme şekli.....	7
2.3.3 Yetersiz fiziksel aktivite ve çevresel diğer etmenler.....	7
2.3.4 İlaçlar ve sigara.....	8
2.3.5 Psikolojik etmenler ve stres.....	8
2.4 Patofizyoloji ve Patogenez	9
2.5 Obezitenin Komplikasyonları	10
2.6 Obezitenin Tedavisi.....	12
2.6.1 Tıbbi beslenme tedavisi.....	12
2.6.2 Farmakolojik tedavi.....	12
2.6.3 Egzersiz	13
2.6.4 Davranış değişimi tedavisi	13
2.6.5 Cerrahi tedavi	14
2.7 Travma ve Ruhsal Travma	14
2.7.1 Çocukluk çağı travmaları	15
2.7.1.1 Fiziksel istismar.....	15
2.7.1.2 Cinsel istismar	15
2.7.1.3 Duygusal istismar	16
2.7.1.4 İhmal	16
2.7.2 Epidemiyoloji	17

2.4.3 Çocukluk çağı travmalarının komplikasyonları	19
2.4.4 Çocukluk çağı travmaları ve erişkin dönem obezitesi.....	20
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	23
3.1 Araştırma Yeri, Zamanı ve Örneklem Seçimi.....	23
3.2 Araştırma Planı.....	23
3.2.1 Bilimsel kurul ve etik kurul onayı	23
3.2.2 Antropometrik ölçümler	23
3.3 Veri Toplama Araçları	24
3.3.1 Sosyodemografik veri formu	24
3.3.2 Çocukluk çağı travma ölçeği (CTQ-28).....	24
3.3.3 Rosenberg benlik saygısı ölçeği	25
3.4 İstatistiksel değerlendirme.....	25
4. BULGULAR	27
5. TARTIŞMA	39
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	44
7. KAYNAKLAR	49
8. EKLER	
8.1 Ek 1: Gönüllü Olur Formu	
8.2 Ek 3: Etik Kurul Onayı	
8.3 Ek 4: Sosyodemografik Bilgi Formu	
8.4 Ek 5: Çocukluk Çağı Travma Ölçeği CTQ-28	
8.5 Ek 6: Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği	

KISALTMALAR DİZİNİ

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
ACE	Adverce Childhood Experience
AgRP	Aguti Related Peptid
BECAN	Balkan Epidemiological Study on Child Abuse and Neglect
BKİ	Beden Kütle İndeksi
BKO	Bel/Kalça Oranı
CTQ	Childhood Trauma Questionary
CRP	C Reaktif Protein
COSI-TUR	Türkiye Çocukluk Çağı (7-8 yaş) Obezite Araştırması
Çİİ	Çocuk İhmal ve İstismarı Epidemiyolojik Çalışması
DEXA	Dual Energy X-Ray Absorptiometry
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
HPA	Hipotalamik-Hipofizer-Adrenal Aks
ICD-10	International Classification of Diseases – 10
IL6	İnterlökin-6
Kg	Kilogram
Kkal	Kilokalori
KOAH	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
m ²	Metrekare
MONICA	Multinational Monitoring of Trends and Determinants in Cardiovascular Disease

NCCAG	National Center of Child Abuse and Neglect
NHANES	National Health and Nutrition Examination Survey
NHSII	Nurses Health Study II
NPY	Peptid Nörotransmitter Nöropeptid Y
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
POMC	Pro-opiomelanokortin
SPSS	Statistical Package for The Social Sciences
TBSA	Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması
TC	Türkiye Cumhuriyeti
TNF	Tümör Nekroz Faktör
TSH	Tiroid Stimulan Hormon
TURDEP	Türkiye Diyabet Epidemiyoloji Çalışması
TV	Televizyon

TABLolar DİZİNİ

Tablo 2.1: Uluslararası BKİ'ye göre obezite sınıflaması.....	3
Tablo 2.2: Obezitenin sınıflandırılmasında kullanılan diğer tanımlamalar	4
Tablo 2.3: Obeziteye neden olan davranışa ilişkin etmenler	7
Tablo 2.4: Obezitenin çeşitli komplikasyonları	11
Tablo 4.1: Sosyodemografik özelliklere ilişkin bilgiler.....	27
Tablo 4.2: Grupların diğer genel demografik özellikleri	28
Tablo 4.3: Antropometrik ölçüm değerlerin karşılaştırılması.....	28
Tablo 4.4: Grupların genel aktivite durumlarının karşılaştırılması.....	29
Tablo 4.5: Aile özelliklerine ilişkin bilgilerin karşılaştırılması	30
Tablo 4.6: Obezite ve diyetle ilişkin deneyim ve düşüncelerin gruplara göre karşılaştırılması	31
Tablo 4.7: Grupların tütün, alkol ve madde kullanımlarının karşılaştırılması.....	32
Tablo 4.8: Duygu durumuna göre yemek yeme davranışında meydana gelen değişimlerin gruplara göre karşılaştırılması.....	33
Tablo 4.9: Yemek sırası ve sonrasındaki duygu durumlarının gruplara göre karşılaştırılması	34
Tablo 4.10: 20 Yaş öncesi travmatik deneyim yaşama durumlarının karşılaştırılması	35
Tablo 4.11: Bildirilen travma türlerinin gruplara göre karşılaştırılması sınıflaması	36
Tablo 4.12: Çocukluk çağı travma ölçeği bulgularının karşılaştırılması	36
Tablo 4.13: Çalışma grubunda travma alt ölçek puanlarının cinsiyete göre karşılaştırılması	37
Tablo 4.14: Grupların benlik saygıları yönünden karşılaştırılması.....	38

1. GİRİŞ

Obezite ülkemizde ve tüm dünyada hızla artmaktadır. Obeziteyi Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ‘sağlığı bozacak ölçüde vücutta aşırı yağ birikimi’ olarak tanımlamaktadır (1). Obezitenin tanımlanmasında birçok yöntem kullanılmakla birlikte en çok başvurulan yöntem beden kütle indeksidir (BKİ). BKİ vücut ağırlığının (kg), boy uzunluğunun metrekaresine (m^2) bölümü olarak belirlenmektedir ($BKİ=kg/m^2$). DSÖ’ye göre BKİ 30 kg/m^2 ve üzerinde olan kişi obez olarak sınıflandırılır (2-3).

Dünyada 1980 ile 2013 yılı arasında fazla kiloluluk ve obezite prevalansı çocuklarda %47.1 ve erişkinlerde %27.5 artarak 857 milyon kişiden 2.1 milyar kişiye ulaştığı belirtilmektedir (4). Günümüze kadar bu rakamın 2.3 milyara ulaşmış olduğu tahmin edilmektedir (2).

Türkiye’ de obezite prevalansını belirlemeye yönelik çalışmalar obezitedeki bu artışın Türkiye için de geçerli olduğunu ortaya koymaktadır (5). Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü ve Hacettepe Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü ortaklığında 2010 yılında yapılan Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması’na göre; ülkemizde yetişkinlerde obezite prevalansı %30.3 ve 6-18 yaş grubu çocukların %22.5’i obez ve preobezdir (6).

Amerika Birleşik Devletleri(ABD)’nde 1970’ten bu yana obezitenin iki kat artış gösterdiği, obezite ve fazla kilolu sıklığının erişkinlerde yaklaşık % 69.0 çocukluk çağında ise %32.0 olduğu, siyah ırkta sıklığın daha fazla olduğu bildirilmiştir(7). İngiltere’de ise erkeklerde %67.0, kadınlarda %57.0 sıklığında görüldüğü, çocuklukta görülme sıklığı ise erkeklerde %26.0 ve kızlarda %29.0 olarak bildirilmiştir (8).

Beslenme, yaşam tarzı, çevre koşulları ve kalıtım obeziteye sebep olan başlıca etkenlerdir (9, 10). Diyabet, hipertansiyon, hepatosteatoz, bazı kanser türleri, kalp-damar hastalıkları ve psikiyatrik hastalıkların görülmesinde obezite büyük etkiye sahiptir (11-13).

Aile çevresinin çocukluk ve adölesan çağı obezite gelişiminde en önemli role sahip olduğu düşünülmektedir. Ancak, erişkin dönem obezitesi ile çocukluk ve adölesan dönemlerin etkilerinin incelendiği çalışmalara fazla rastlanmamaktadır (14).

Son yıllarda yapılan araştırmalarda, erişkin dönem obezite gelişimi üzerine etki eden faktörler olarak; anksiyete, depresyon, kızgınlık, cinsel istismar gibi olumsuz psikolojik durumlar da gösterilmektedir (15).

Çocukluk ve ergenlik dönemi psikolojik travmaları ile obezite gelişimi arasındaki ilişkinin mekanizması tam olarak açıklanamamıştır. Çeşitli teorilerde psikolojik travmalara verilen olağan savunma mekanizmalarıyla açıklanamayan psikolojik tepkilerin veya yeme davranışında meydana gelen bozulmaların obezite gelişimine neden olabileceği düşünülmektedir (16).

Ülkemizde çocukluk ağı fiziksel travmalarına ilişkin prevalans çalışmaları bulunurken, çocukluk ağı psikolojik travmalarının prevalansına ilişkin çalışmaya ulaşılamamıştır. Çeşitli araştırmalarda prevalansın %15-75 arasında değiştiği bildirilmektedir (17-19).

Toplumda fiziksel ve psikolojik travma kavramı farklı algılanmakta olup, bazı durumlarda fiziksel şiddetin gerekli olabileceği ve istismar olarak değerlendirilmediği bildirilmiştir. İstismarcının yakın aile çevresinden olması ve istismara maruz kalan çocuk ve ailenin bu yönden baskı altında olması istismarın gizlenmesine neden olmaktadır (20,21). İstismara uğrayan çocuk ve ailenin bu durumdan utanmasının, gizleme eğilimini arttırdığı bildirilmektedir (22).

Bu tez çalışması ile çocuk ve ergen dönemlerde yaşanan travmatik durumların erişkin dönem obezitesi ile ilişkisinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. Obezitenin Tanımı ve Sınıflandırması

Obezite en genel anlamıyla vücut ağırlığının istenilen düzeyden fazla olmasını ifade etmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ise obeziteyi “Sağlığı bozacak derecede yağ dokularında anormal veya aşırı miktarda yağ birikmesi” olarak tanımlamaktadır (1). Obezite, enerji alımının enerji tüketiminden fazla olduğu durumlarda yağ dokusunun artmasıyla meydana gelen sosyal, psikolojik ve ciddi tıbbi sorunlara neden olabilen önemli bir sağlık problemidir (2,3).

Obezitenin tanımlanmasında birçok yöntem kullanılmakla beraber en çok başvurulan yöntem beden kütle indeksidir (BKİ). BKİ vücut ağırlığının (kg), boy uzunluğunun metrekaresine (m²) bölümü olarak belirlenmektedir (BKİ=kg/m²). BKİ yağ miktarını direkt olarak ölçmediği halde birçok kişide vücut yağını belirlemede Dual Energy X-ray Absorptiometry (DEXA) ölçümlerine göre koreledir. DSÖ’ne göre BKİ 30 kg/m² ve üzerinde olan kişi obez olarak sınıflandırılır (3,23-26). BKİ’ne göre obezite sınıflaması Tablo 2.1’de gösterilmiştir (27-29).

Tablo 2.1: Uluslararası BKİ’ye göre obezite sınıflaması (1,3).

	BKİ(kg/m²)	*Sonradan Eklenmiş Kesişim Değerleri
	Genel aralık	
Zayıf	<18.50	<18.50
İleri derece	<16.00	<16.00
Orta	16.00 - 16.99	16.00 - 16.99
Hafif	17.00 - 18.49	17.00 - 18.49
Normal Aralık	18.50 - 24.99	18.50 - 22.99
		23.00 - 24.99
Yüksek Ağırlık	≥25.00	≥25.00
Pre-obez	25.00 - 29.99	25.00 - 27.49
		27.50 - 29.99
Obezite	≥30.00	≥30.00
Obezite I Düzey	30.00 - 34.99	30.00 - 32.49
		32.50 - 34.99
Obezite II Düzey	35.00 - 39.99	35.00 - 37.49
		37.50 - 39.99
Obezite III. Düzey	≥40.00	≥40.00

* DSÖ Asyalılar için sağlıklı BKİ değerini 23 kg/m² olarak kabul etmekte, 23.00-24.99 kg/m² arası BKİ düzeylerinde daha fazla kilo almamaları önerilmekte ve 25 kg/m²'nin üstü pre-obez olarak kabul edilmektedir.

Obezite birçok farklı şekilde sınıflandırılmaktadır (30). Obezitenin sınıflandırılmasında kullanılan tanımlar Tablo 2.2’de özetlenmiştir (30).

Tablo 2.2. Obezitenin sınıflandırılmasında kullanılan diğer tanımlamalar.

Yağ dokusunun dağılımına göre	-Hiperselüler obezite -Hipertrofik obezite
Anatomik özelliklerine göre	-Android tip obezite -Jinekoid tip obezite
Başlama yaşına göre	-Çocukluk döneminde başlayan obezite -Erişkin dönemde başlayan obezite
Etiyolojiye göre	-Ekzojen obezite/Basit şişmanlık -Metabolik ve hormonal bozukluklara sekonder obezite a-Endokrin nedenler b-İlaçlar -Genetik sendromlar

2.2. Obezitenin Epidemiyolojisi

Washington Üniversitesi Global Sağlık Eğilimleri ve İstatistikleri Enstitüsü’nün 2013 yılında yapmış olduğu 188 ülkeyi kapsayan 33 yıllık global BKİ değişiminin tespitine ilişkin ‘Çocuk ve erişkinlerde fazla kiloluluk ve obezitenin 1980 ile 2013 yılları arasında global bölgesel ve ulusal prevalansı: Global hastalık yükü çalışması için sistematik analiz’ araştırmasına göre 1980 yılında 857 milyon kişi obez ve pre-obez iken bu sıklık 2013 yılında çocuklarda %47.1 ve erişkinlerde %27.5 artarak 2,1 milyar kişiye ulaşmıştır (4). Son 33 yılda neredeyse hiçbir ülkede BKİ’nde dikkat çekici bir düşüş yoktur. Hem gelişmiş hem gelişmekte olan ülkeler açısından da obezite artışı paralellik göstermektedir. DSÖ tarafından, Asya, Afrika ve Avrupa bölgelerinden 21 ülkeyi kapsayan, yaşları 25 ve 64 arasında değişen 10 milyon erkek ve kadının üzerinde yürütülen Çokuluslu Kardiyovasküler Hastalıkta Belirleyicilerin ve Eğilimlerin İzlenmesi (MONICA – Multinational Monitoring of Trends and Determinants in Cardiovascular Disease) çalışmasına göre obezite prevalansının son 10 yılda % 10–30 arasında artış gösterdiği bildirilmektedir (31). Diğer bir çalışmaya göre ise tüm dünyada her 10 yılda BKİ 0.4 kg/m² artmaktadır (32).

ABD Ulusal Beslenme ve Sağlık Araştırması (National Health and Nutrition Examination Survey- NHANES) 2009-2010 sonuçlarına göre, ABD’de 78 milyondan fazla yetişkin obezdir. Obezite (BKİ ≥ 30) prevalansı erkeklerde %35.5, kadınlarda %35.8, genel toplamda %35.7’dir. Ayrıca Amerika’da çocuklarda ve adolesanlarda obezite prevalansı erişkinlerle paralel olarak artmaktadır (4,33).

Ülkemizde obezite prevalansının tespitine yönelik çalışmalar resmi kurumlar ve yükseköğretim kurumlarının ilgili disiplinleri tarafından halk sağlığını korumak amacıyla yapılmaktadır. Elde edilen sonuçlar DSÖ tarafından diğer dünya ülkelerinde tespit edilen obezite prevalansı artışı gerçeğinin, Türkiye için de geçerli olduğunu ortaya koymaktadır (2-5). Türkiye’de son 12 yılda ortalama vücut ağırlığı, boy uzunluğu, bel-kalça çevresi ölçümleri erkeklerde sırasıyla 8 kg, 1 cm, 7 cm ve 3 cm; kadınlarda da sırasıyla 6 kg, 1 cm, 6 cm, 7 cm artmıştır (34).

Türkiye Diyabet Epidemiyolojisi Çalışması (TURDEP) 1997-1998 yıllarında ilki yapılmış olup 2010 yılında da ikincisi aynı yöntem ile tekrarlanmıştır. Ülkemizdeki en büyük araştırmalardan biri olup 26.499 kişi üzerinde %92 katılım sağlanmıştır. Bu çalışmada 12 yıllık değişim incelenmiştir. Çalışmaya göre pre-obez ve obez sıklığı %36.0 ve %37.0’dir ve obezite TURDEP-I’e göre %40.0 kadar artmıştır. Ayrıca BKİ’deki artışla birlikte diyabetli sayısının %90 arttığı bildirilmiştir (2).

T.C Sağlık Bakanlığı ve Hacettepe Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Bölümünün birlikte yürüttüğü ülkemizdeki son yıllarda yapılmış en kapsamlı araştırma olan Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (TBSA) 2010 sonuçlarına göre; obezite ve kilolu olma sıklığı sırasıyla %30.3, %34.0’ olarak belirtilmiştir. Ülkemizde yetişkin erkek bireylerin sadece %38.6’sı ve kadınların %26.6’sı normal BKİ değerine sahiptir. Kadınlarda kilolu olma ve obezite sıklığı %70.7, erkeklerde %59.6’dır. Çocukluk çağı obezitesi sıklığı %13-16 arasındadır (6).

T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2013 verilerine göre ise ülkemizde obezite sıklığı 15 yaş ve üzeri nüfusta %17.3’tür (35). Ayrıca 20 ülkede yürütülen, ülkemizin de 2013 yılında katıldığı Türkiye Çocukluk Çağı (7-8 yaş) Obezite Araştırması (COSI-TUR) 2013 verilerine göre ilgili yaş grubunda pre-obez ve obezite sıklığı %14.2 ve %8.3’tür (36). İzmir’de 2009 öğrenci ile yapılan çalışmaya

göre kızlarda obezite sıklığı %8.4, erkeklerde %13.1, kilo fazlalığı ise kızlarda %12.1, erkeklerde %15.1 olarak bulunmuştur (37). Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (OECD - Organisation for Economic Co-operation and Development) Obezite Güncellenmiş 2012 verilerine göre ülkemizde 5-17 yaş arası fazla kilolu olma ve obezite sıklığının erkek çocuklarda %11.3, kız çocuklarında ise %10.3 olarak bildirilmektedir (38). Ülkemizde obezitenin hızla arttığı ve bunun küresel artışla paralel olduğu ortadadır (6,32).

2.3. Etiyoloji

Obezite ve insan beslenme yaşantısını etkileyen Avrupa Endüstri Devrimi'dir. Bu dönemde değişime ve evrimine başlayan insan beslenmesi ev dışına çıkmaya başlamıştır. Endüstrileşmenin önemli etkisi yiyeceklerin ev dışında tüketilmesinin yanında gelişen teknoloji ile yiyeceklerin işlenmesi, endüstriyel üretim teknikleriyle yiyeceğe ulaşma imkanını kolaylaştırmıştır (39).

Obeziteye sebep olan başlıca faktörler ise beslenme tarzı, yaşam tarzı, çevre koşulları ve kalıtsal yatkınlık belirtilmektedir (9). Diğer yandan araştırmalara göre yetişkinlerde obezitenin temel sebeplerinden biri çocukluk döneminde kilolu ya da obez olunmasıdır. Obez olan çocuk ya da adölesanların %70-80'i ileriki yaşlarda da obez olarak kalmaktadır (10). Çocukluk çağında görülen kilo fazlalığı ve obezite, ileriki yaşlarda diyabet, kalp hastalıkları, hipertansiyon, astım gibi birçok hastalıklara sebebiyet verebilmekte, ortalama yaşam süresinin azalmasına neden olmakta ve yaşam kalitesini olumsuz olarak etkilemektedir (40-42).

2.3.1. Genetik ve nutrigenomik

Beden ağırlığının regülasyonunda etkili hormonal ve nörolojik faktörler kalıtsaldır. Yeme davranışını etkileyen kısa ve uzun sinir iletileri, yağ hücrelerinin sayısı, büyüklüğü ve vücut dağılımı ile dinlenme halindeki metabolik hız kalıtımla ilişkilidir. Y dışındaki bütün kromozomlarda obeziteyle ilgili genlerin olduğu bildirilmektedir. Özellikle Ob gen ve B-3 adrenoreseptör geni bireyin ağırlık kazanmasında etkilidir. Bu gen; dinlenme metabolik hızı ve yağ oksidasyonunu denetler. Kalıtımın BKİ'ye etkisinin %33-70 arasında olduğu tahmin edilmektedir (10,40).

2.3.2. Beslenme şekli

Yüksek yağ içerikli besin tüketimi ile obezite arasında pozitif ilişki tespit edilmiştir. Aynı şekilde tüketilen besinlerin basit karbonhidrat oranının yüksek olması beslenme şeklinin obeziteye etkilerinden kabul edilmektedir. Hatalı beslenme davranışları obezitenin temel nedeni olarak bildirilmektedir. Obeziteye neden olan davranışa ilişkin etmenler Tablo 2.3'te gösterilmiştir (9,43,44)

Tablo 2.3: Obeziteye neden olan davranışa ilişkin etmenler.

-
- Aşırı miktarda besin tüketme,
 - Hazır ve enerji yoğunluklu yüksek besinleri tercih etme,
 - Akşam enerji yoğunluğu yüksek atıştırmalık tüketimi.
 - Hızlı yemek, yiyecekleri özenle çiğnememe,
 - Öğün düzeni sağlanamaması, ara öğün alışkanlığının oluşturulamaması,
 - Yemek yerken başka aktivite yapmak (sohbet etmek, TV seyretmek, okumak vb.),
 - Uzun süre yemek masasında kalmak,
 - Sıkıntılı, stresli ve öfkeli durumlarda aşırı yemek,
 - Ziyaret ve davetlerin sıklığı ve ikramları reddedememek,
 - Akşam yemeğinden sonra enerji yoğunluğu yüksek atıştırmalıklar,
 - Gece uykudan uyanıp yemek yemek,
 - Su içmemek veya az içmek, yerine yüksek enerjili içecekleri tercih etmek.
-

2.3.3. Yetersiz fiziksel aktivite ve çevresel diğer etmenler

Obezitede kalıtımın yanı sıra çevresel faktörler de etkilidir (10). Obezlerin fazla yeme isteğinin aile çevresinden edinilen bir alışkanlık olduğu ileri sürülmektedir (44). Bunun yanı sıra fiziksel aktivite eksikliği, aşırı televizyon izleme, bilgisayar kullanma gibi çocuğu hareketsizliğe iten alışkanlıkların çoğu aile yaşamı ile ilgilidir (45,46).

Türkiye'de sosyoekonomik durum ile obezite sıklığı arasında pozitif korelasyon görülürken, Amerika ve gelişmiş Avrupa ülkelerinde bu durum negatif ilişkilidir (10,44). Çocuk ve adölesanlar arasında kışın obezite görülme oranı daha yaygındır. Yetersiz park ve spor alanları, dikey yaşam, okul ulaşımında servis aracının

kullanımı, internet, video, bilgisayar oyunları ve televizyon izlemenin artması ile çocuklar sedanter yaşam ile erken tanışmakta ve bu tarz ile yetişmektedir. Yetersiz fiziksel aktivite ile birlikte sedanter yaşam biçimi obezite gelişimi ve devamlılığında önemli rol oynamaktadır (47-49). Bir araştırmaya göre günde 4 saatten fazla televizyon izleyenlerin vücut yağı ve BKİ değeri günde 2 saatten az televizyon izleyenlere göre daha fazladır. Uyku süresi obezite gelişimi için bağımsız bir faktör olarak belirtilmektedir (50).

2.3.4. İlaçlar ve sigara

İlaçların obezite oluşumuna etkisi her ilaç için tam olarak açıklanmamıştır. Fakat birçok ilaç yiyecek tüketimini veya vücut ağırlığını artırıcı etki veya yan etkiye sahiptir. Glukokortikoid türevleri kullanımı birçok bireyde yağ hücrelerinde yağ oluşumunu artırmaktadır. Diyabetik hastalarda insülin ve oral antidiyabetikler, kilo kazanımını ve yağ dokusunda artış meydana getirmektedir. Fenotiazinler, atipik anti psikotik ajanlar ve bazı antidepresanlar özellikle serotonin döngüsü inhibitörleri kilo alımına neden olabilmektedir. Ciproheptadin ve valproik asit bazı hastalarda obezite nedeni olarak değerlendirilmiştir. Ayrıca adrenerjik antagonistler sempatik sinir aktivitesini azaltarak kilo alımına artırmakta veya kilo vermeyi zorlaştırmaktadır. Obezitenin sigara kullanımı ve bırakılması ile de bağlantısı olduğu düşünülmektedir (51). Sigaranın bırakılmasının ardından iştah artar. Sigara, Tiroid Stimulan Hormon (TSH) aktivitesini ve metabolizmasını artırır. Sigara bırakıldığı zaman bunlar normale döner. Sigara içenlerde tiroid aktivitesindeki artış enerji harcamasının artmasına, böylece obeziteden korunmaya neden olabilir. Bununla birlikte sigara içmek bir zayıflama yöntemi değildir. Sigara bırakanlarda obezite görülmesi çok sıktır (52). Araştırmaya göre sigara içmeyenlere göre sigarayı bırakanlarda obezite görülme oranı 2 kat artmaktadır (53).

2.3.5. Psikolojik etmenler ve stres

Psikoanalitik kurama göre; fazla yeme, psikoseksüel gelişmenin oral dönemine bağlı kalmasından kaynaklanır. Yemek yeme, parmak emme gibi oral etkinlikler yaşamın erken dönemlerinde yakınlığa ve sevgiye eşdeğerdir, daha sonraki yaşamda sevgi ve güvenliğe olan gereksinim doyurulmamışsa, oburluk bunların yerine geçer. Yaşam üzücü ise, kişi yiyeceği duygularını doyurmak için kullanır. Çocuklarının her

ağlama ve rahatsızlığına her zaman meme ya da biberonla cevap veren anneler, böylece onların oral doyum ve yaşantı açlığını koşullandırarak ileride stres altında kaldığında oral doyum aramasına neden olurlar (54).

Çeşitli stres etmenleri obeziteye neden olabilmektedir, üzerinde en çok çalışılan konu alt başlığın ise emasyonel stres olduğu düşünülmektedir. Depresyon %10-20 kilo artışı ile ilişkilendirilmiştir. Ayrıca dönemsel depresyonun kilo alımıyla ilişkili olduğu bildirilmektedir. Birçok hasta obezitesinin başlangıcında yaşamış oldukları ciddi duygusal stresli olayları neden göstermiştir. Tonsillektomi gibi bazı ameliyatlardan sonra ameliyat olmayan kişilere oranla obezite sıklığının arttığını bildirilmektedir (51).

2.4. Patofizyoloji ve Patogenez

Vücut ağırlığı; çoğu insanda stabil seyreder çünkü enerji homeostazisi nedeniyle enerji alımı ve tüketimi uzun süre boyunca birbirini dengeler. Bu homeostatik sistem vücudu kilo almadan ziyade kilo kaybına karşı korumaktadır. Santral sinir sistemine vücut enerji depolarının durumu adipozite-ilişkili hormonlar olan leptin, insülin ve muhtemelen ghrelin gibi bazı gastrointestinal peptid hormonlar tarafından aktarılmaktadır. Enerji homeostazisinden sorumlu beyin merkezlerinin en önemlilerinden birisi hipotalamustur. Enerji dengesinde rol oynayan diğer organlar göz, burun, dil, gastrointestinal sistem, endokrin bezler, kas dokusu, yağ dokusu ve beynin diğer alanlarıdır. Bu dokuların her birinde oluşabilecek genetik ve çevresel bozukluklar obeziteye yol açabilmektedir (55).

Hipotalamustaki Arkuat çekirdek, vücutta besin alımı ve enerji harcaması arasındaki dengenin sağlandığı ana merkezdir. Arkuat çekirdek, birbiri ile zıt yönde faaliyet gösteren 2 ayrı nöron sistemine sahiptir. Peptid nörotransmitter nöropeptid Y (NPY) ve Aguti ilişkili peptid (AgRP) aktivasyonu iştahı artırır ve metabolizmayı yavaşlatır. Pro-opiomelanokortin (POMC)/kokain ve Amfetamin ile regüle edilmiş transkript nöronlar, melanosit stimüle edici hormon serbestleşmesine neden olur ve iştahı azaltır. Ghrelin ve peptid YY günlük beslenme sıklığını ve miktarını belirleyen sindirim sisteminde üretilen kısa süreli beslenme ile ilişkili iki hormondur. Ghrelin iştahı pozitif yönde etkilemektedir. Midede üretilen ghrelin NPY/ AgRP nöronlarını aktive eder. Peptid YY tokluk için önemlidir, POMC nöronlarını aktive ederken NPY/

AgRP nöronlarını inhibe eder. Vücut ağırlığın uzun süreli dengelenmesi ise insülin ve leptin ile sağlanmaktadır. Yağ depolandığı ve leptin azaldığı zaman NPY/ AgRP nöronları aktive edilmiş ve POMC nöronları inhibe edilmiştir. Vücut yağının artışı ile leptin düzeyindeki artış arasındaki ilişki zıt yöndedir (56).

2.5. Obezitenin Komplikasyonları

Obezite; tip 2 diyabet, hipertansiyon, kan lipid düzeyinde değişikliğin yanı sıra birçok hastalığın riskini artırmaktadır. Yağ hücresi endokrin bez gibi davranmaktadır. Bu hücreler salgıladıkları 80'e yakın adipokinlerle (TNF, IL6, leptin, adiponektin, anjiyotensinojen, rezistin vs.) obez kişilerde hem komplikasyonlara zemin hazırlar hem de obezitenin devamına ve artışına katkıda bulunmaktadır. Obezitenin komplikasyonları Tablo 2.4'te belirtilmiştir (29,30,42,57-59).

Tablo 2.4: Obezitenin Çeşitli Komplikasyonları.

Kardiyovasküler sistem hastalıkları	Konjestif kalp yetersizliği Koroner arter hastalığı, Hipertansiyon Periferik damar hastalıkları
Nörölojik hastalıklar	İnme, Subaraknoid kanama, Periferik ve tuzak nöropatiler
Metabolik-hormonal komplikasyonlar (Metabolik sendrom)	İnsülin direnci, Hiperinsülinemi, Tip 2 Diyabet, Dislipidemi, Hipertansiyon, Gut, Uyku bozuklukları
Metabolik-hormonal komplikasyonlar (Hormon ve diğer dolaşım faktörü anomalileri)	Sitokinler, Ghrelin, Büyüme Hormonu (BH), Hipotalamik-hipofizer-adrenal (HPA) aks, leptin, Rennin-anjiyotensin sistemi
Solunum sistemi hastalıkları	Obezite-Hipoventilasyon Sendromu Obstrüktif Uyku Apne Sendromu
Sindirim sistemi hastalıkları	Gastroözofajial reflü, Hiatal herni, Kolelitiazis ve safra kesesi hastalığı, Hepatosteatoz ve Siroz
Genitoüriner sistem hastalıkları	Cinsel işlev bozuklukları Obstetrik komplikasyonlar Hormonal komplikasyonlar
Sinir sistemi	Adiposis dolorosa, Psödötümör serebri
Cerrahi komplikasyonlar	Perioperatif riskler: anestezi, yara komplikasyonları, enfeksiyonlar, insizyonel herni
Kanser (özellikle hormona özgü kanserler)	Meme, Kolon, , Safra kesesi, Böbrek, Prostat
Obezitenin mekanik komplikasyonları	Dişi türeme: Serviks, Endometrium, Over Artrit, artroz, Düşmeye eğilim, Artmış karın içi basıncı
Psiko-sosyal komplikasyonlar	Psikolojik sorunlar, Sosyal izolasyon, Ekonomik etki
Diğer	Deri hastalıkları, İmmün sistem disfonksiyonu, Göz hastalıkları, Sinir sistemi hastalıkları

2.6. Obezitenin Tedavisi

Obezite için tedavi seçenekleri; tıbbi beslenme tedavisi, egzersiz tedavisi, davranış değişikliği tedavisi, ilaç tedavisi ve cerrahi tedavidir. Başlangıçta kişiye özgü diyet, egzersiz ve davranış tedavi yöntemleri tercih edilir, ilaç ve cerrahi yöntemler ise sonraki tercih olmalıdır. Obezitenin tedavisindeki temel amaç; gerçekçi bir vücut ağırlığı kaybı hedeflenerek, obeziteye ilişkin hastalık ve ölüm risklerini azaltmak, bireye yeterli ve dengeli beslenme alışkanlığı kazandırmak ve yaşam kalitesini yükseltmektir (9,60). Obezite tedavisi; hekim, diyetisyen, psikolog, fizyoterapistten oluşan bir ekip tarafından düzenlenmelidir. Tedavi başarısında konulan hedeflerin gerçekçi olmasının önemi büyüktür. Ağırlık kaybı programındaki hastaların, hayal ettikleri ağırlık ile verdikleri ağırlık kıyaslanınca, hiçbir hastanın ideallerindeki kiloya erişemediği ve verdikleri kilolardan mutlu olmadıkları gösterilmiştir (61).

2.6.1. Tıbbi beslenme tedavisi

Obezitenin tedavisinde beslenme tedavisi ve fiziksel aktivitenin artırılması ile birlikte davranış değişikliği tedavisi de kesinlikle gereklidir (9,43). Beslenme tedavisi ve egzersizin davranış değişikliği tedavisi ile birlikte kullanıldığı “multidisipliner tedaviler” ağırlık kaybını sağlamada ve kaybedilen ağırlığın korunmasında başarıyı artırmaktadır (62,63). Bireyin yaşına, cinsiyetine, fiziksel aktivite durumuna, yaşam şekline ve fizyolojik durumuna uygun besin ögesi gereksinimlerini yeterli ve dengeli bir şekilde sağlanacak şekilde ve var olan beslenme alışkanlıkları ve besin tüketimi durumu değerlendirilerek kişiye özel beslenme programı planlanmalıdır (10,60-62).

Tıbbi beslenme tedavisi ile çoğunlukla bireyin haftada 0.5–1 kg ağırlık kaybını sağlayacak şekilde günlük alması gereken enerjisinden 500-1000 kcal’lik azaltma yapılmaktadır. Günlük belirlenen enerjinin %12-15’i protein, %25–30’u yağ, %55-60’ı karbonhidratlardan sağlanmalıdır (64). Beslenme programı günlük 4-6 öğün olarak planlanmalıdır (9,65).

2.6.2. Farmakolojik tedavi

İlaç tedavisi; diyet, egzersiz ve yaşam tarzı değişikliğine ilave olarak fazla kilolu ve obez hastaların tedavisinde kullanılabilir. Ancak ilaçların etkinliği, güvenilirliği, tedavi sırasında kilo vermenin yavaşlaması ve plato yapması, ilaç

kesilince tekrar kilo alınması gibi sorunlar, obezitede ilaç tedavisinin kısıtlayıcı noktalarıdır. İlaç tedavisi; BKİ \geq 30 kg/m² olanlar, BKİ=27-29.9 kg/m² olup ilave morbiditesi olanlar ve gastrointestinal bypass cerrahisi planlanan hastalarda yararlı olabilir (10). İlaç tedavisi ile obezitede küratif bir sonuç sağlanamaz. Tedavi sırasında maksimal tedavi yanıtı sağlandıktan sonra kilo verme durur. İlaç tedavisi kesildikten sonra tekrar kilo alımı ortaya çıkabilir. Beraberinde diyabet, depresyon, kardiovasküler hastalıkları olan obez hastalara; mevcut bu rahatsızlıkları için ilaç tedavisi planlanırken, kilo alımından çok kilo verdirici etkisi olan tedavilerin seçilmesi önerilmelidir (66-68).

2.6.3. Egzersiz

Egzersiz obezitenin önlenmesi için önerilen önemli bir strateji ve obezite tedavisinde etkili bir yardımcı yöntemdir. Tanım olarak, hafif-orta düzeyde bir fiziksel aktivitenin, haftanın en az be gününde yapılması ve en az 30 dakika sürdürülmesi en sık  nerilendir ve ayda 0.5-1 kg'lık kilo kaybı sağlayabilecek enerji harcaması meydana getirdiği bildirilmektedir (69). Düzenli egzersiz ile amaçlanan sedanter yaşamdan uzaklaşılması ve kardiyovasküler riskin azaltılmasıdır. Yüksek yoğunluktaki aktivitenin, egzersiz yapılan kaslara sürekli karbonhidrat desteği gerektirdiği, buna karşılık düşük yoğunluktaki egzersizin, yağ asitlerinin oksidasyonu ile uzun süre devam ettirebildiği bilinmektedir. Yaşam tarzı stratejisi için, yağ oksidasyon hızını en yüksek düzeye çıkaran, düşük yoğunluktaki aktivitelerin daha yararlı olacağı bildirilmektedir (70-72).

2.6.4. Davranış değişimi tedavisi

Eğitim ve davranış tedavisini içeren yaşam tarzı değişikliği zayıflama ve ideal ağırlığın korunması için kullanılan en yaygın yaklaşımlardandır (73). Kognitif davranışsal stratejiler kullanan obezite tedavi prosedürleri kabul edilebilir miktarda vücut ağırlığın azaltmak isteyen hastalarda yardımcı olmada etkilidir. Kognitif davranışsal tedavi yaklaşık 10-18 hafta sürmektedir. Ortalama ağırlık kayıpları yaklaşık 9 kg'dır. Hastaların tedaviyi bırakma oranı düşük olmakta ve 1 yıllık kilo kaybının üçte ikisini korumaktadır. Güncel kognitif davranışsal tedavi girişimleri tipik olarak hastalar diyetsel bir rejime ve bir fizik aktivite programına bağlı kalmaları için

bir takım strateji içermektedir. Kendi kendini takip bütün davranış girişimlerinin en önemlisidir (74).

2.6.5. Cerrahi tedavi

Obezite tedavisi için uygulanan cerrahi girişimler anlamlı ve uzun süreli vücut ağırlığı kaybını sağlayan yaklaşımlar olarak değerlendirilmektedir. Cerrahi tedavinin mutlak endikasyonları; BKİ'nin 40 kg/m² ve üzerinde olması, genel anestezi için kontrendikasyon olmaması ve diğer terapötik yaklaşımların tekrarlayan başarısızlığıdır. Hastanın önceden bilgilendirilmesi ve psikiyatrist onayı şarttır. BKİ 35-40 kg/m² arasında olan hastalarda tip 2 diyabet, hipertansiyon, pulmoner yetersizlik, trompoembolizm, uyku apne sendromu, hareketi kısıtlayan dejeneratif eklem hastalığı gibi vücut ağırlık kaybı ile hafifletilebilecek hastalıkların bulunması halinde hasta cerrahi tedavi için aday olarak kabul edilir (43,75,76). Cerrahi mortalite sıklığı; tüm etkenler göz önünde bulundurulduğunda %2-10 arasında olduğu bildirilmektedir (77,78).

2.7. Travma ve Ruhsal Travma

Kişinin ruhsal durumunda özgül etkiler bırakan olağan savunma düzenekleri ve baş etme yolları ile üstesinden gelinemeyecek denli ağır olan ve stres boyutlarını aşan sarsıcı yaşantılar travma olarak adlandırılabilir ve ruhsal travma, doğal afet ya da kaza sonucu meydana gelebileceği gibi insan eliyle de meydana gelmiş olabilir. Bireyin gerçek bir ölüm veya ölüm tehdidi, ağır yaralanma, kendisinin veya başkalarının fiziksel beden bütünlüğüne bir tehdit olayı yaşamış, böyle bir olaya tanıklık etmiş veya böyle olayla karşı karşıya gelmiş olması yine travma olarak değerlendirilebilir. Birey bu olay ve olaylar karşısında çaresizlik dehşet ve korku gibi duyguları şiddetli bir biçimde yaşamıştır (79-81). Uluslararası Hastalık Sınıflandırması 10 (International classification of diseases ICD-10)'da travma, kişiyi tehdit eden ya da yıkıcı nitelikte olağandışı stresli bir olay ya da duruma karşı, gecikmiş ya da uzamış olarak ortaya çıkan uzun ya da kısa süreli bir yanıttır. Bu olay veya olaylar herkeste ciddi problemlere yol açabilir (82).

2.7.1. Çocukluk çağı travmaları

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) çocuk istismarını ‘bir yetişkin tarafından bilerek veya bilmeyerek yapılan ve çocuğun sağlığını, fiziksel ve psikososyal gelişimini olumsuz yönde etkileyen davranışlar’ olarak değerlendirmektedir. Tam olarak tanımı ‘Çocuklara bir yetişkin, toplum, devlet veya başka bir çocuk tarafından, bilinçli, veya bilinçsiz olarak; bedensel, duygusal, zihinsel veya sosyal gelişimlerini olumsuz etkileyen çocuğun istismar veya şiddet olarak algılamadığı veya yetişkinlerin istismar olarak kabul etmediği davranışları da içine alan bir davranış uygulanmasıdır. DSÖ raporlarına göre aile içinde gelişen travmalar 4 ana başlıkta incelenir bunlar ihmal, fiziksel, cinsel ve duygusal istismardır (83).

2.7.1.1. Fiziksel istismar

En genel anlamda 18 yaşından küçük bir çocuğun, bakım ve huzurundan sorumlu olan bir kişi tarafından fiziksel olarak kaza dışı yaralanmasıdır (84). Çocuğun kendisinden en az beş yaş büyük bir kişi ya da kendisinden iki yaş büyük bir aile bireyi tarafından saldırıya uğraması olarak da tanımlanmaktadır (85). Çocuğun vücuduna elle veya ayakla vurmak, haşlamak, yakmak, boğmak gibi davranışlar ayrıca aktarılan yapay bozukluk (münchhausen by proxy sendromu) ve sarsılmış bebek sendromu fiziksel istismar türlerine örnek verilebilir. Aktarılan yapay bozukluk ise aileler ya da çocuğa bakmakla yükümlü kimselerin çocukta hastalık yaratması ya da uydurması şeklinde özel bir çocuk istismarı türüdür. Çocuk doktora götürülmekte ve doktorlar bu duruma gereksiz girişimsel muayeneleri ve incelemeleri yaparak ya da çeşitli ilaçları reçete ederek istemeden katılmaktadırlar (83).

2.7.1.2. Cinsel istismar

Cinsel istismar; 18 yaşından önce, kendisinden en az beş yaş büyük bir kişi ya da kendisinden en az iki yaş büyük bir aile bireyiyle okşamadan cinsel ilişkiye kadar değişen herhangi bir derecede cinsel yakınlığa girme olarak tanımlanmaktadır. Bağımlı, gelişimsel olarak olgunlaşmamış çocukla erişkin arasındaki, çocuğun tam olarak anlayamadığı, rıza gösterebilmesinin mümkün olmadığı ve ailedeki rollerle ilgili sosyal tabuları ihlal eden cinsel etkinliği ifade etmektedir (84-86). Çocuğun bir yetişkin tarafından; cinsel uyarı ve doyum için kullanılması, fuhuşa zorlanması, pornografi gibi suçlarda cinsel nesne olarak kullanılması, çocuğun genital bölgelerine

dokunma, teşhircilik, cinselliğe teşvik eden konuşmalardan cinsel ilişkiye kadar çok geniş yelpazedeki tüm davranışları kapsamaktadır (87).

2.7.1.3. Duygusal istismar

Duygusal kötüye kullanım olarak da ifade edilmektedir. “genç bir kişiye, duygusal ya da ruhsal sağlığını tehlikeye atacak derecede sözlü tehdit, alay ya da küçük düşürücü yorumlarda bulunulması olarak tanımlanmaktadır. Ailelerin çocuktan, yeteneklerinin üstünde beklentiler içerisinde olmaları ve çocuk için güvenli bir ortam hazırlamamalarını kapsamaktadır. Çocuğa bağırma, reddetme, aşağılama, küfretme, yalnız bırakma, yanılma, korkutma, yıldırma, tehdit etme, duygusal gereksinimlerini karşılamama, yaşın üzerinde sorumluluklar bekleme, kardeşler arasında ayırım yapma, değer vermeme, önemsememe, küçük düşürme, alaylı konuşma, lakap takma, aşırı baskı ve baskı kurma gibi davranışlar örnek olabilir. Ayrıca aile içinde kestirilemeyen yanıtlar, devamlı negatif duygulanım ve uyumsuzluğun olması, çift mesaj içeren iletişimin olması, ebeveynlerin kabul, sevgi, şefkat ve güven hislerini sağlayamamaları da buna dahildir. Klinisyenler tarafından tespit edilmesi en zor olan travmalardan birisidir. Duygusal istismarı tanımlamak daha güçtür (85,88).

2.7.1.4 İhmal

En genel anlamda, bir çocuğun beslenme, güvenlik, eğitim, tıbbi bakım gibi fiziksel bakımının ya da sevgi, destek, ilgi, duygusallık, terbiye, bağlanma gibi duygusal bakımının yapılmaması çocuğa bakım veren kişinin veya kişilerin bu yükümlülüklerini yerine getirmemeleri; çocuğun fiziksel, tıbbi, eğitimsel ve duygusal gereksinimlerin karşılanmaması durumudur. Çocuğa bakım veren kişinin veya kişilerin bu yükümlülüklerini yerine getirmemeleri; çocuğun fiziksel (beslenme, emniyet), tıbbi, eğitimsel ve duygusal (sevgi, şefkat, destek, ilgi) gereksinimlerin karşılanmaması durumudur (85). Fiziksel ihmal çocuğun beslenme, barınma, giyinme gibi temel gereksinimlerini karşılamada yetersizlik, duygusal ihmal çocuğa sevgi ve ilgi gösterilmesinde yetersizlik, eğitim ihmali okul çağında okula göndermemek, özel eğitim ihtiyaçlarına ilgisiz kalmak, kronik devamsızlık davranışına izin vermek, okuldaki sorunları ya da başarısızlıkları ile ilgilenilmemesi, sağlık ihmali çocuğun hasta olduğunda hekime getirilmemesi ya da geç getirilmesi, aşılarının yaptırılmaması

ve tedavi önerilerine uyulmaması gibi konulardır. Evden kovma, evden kaçmış olan çocuğu kabul etmeme ve benzeri durumlar ihmali yansıtmaktadır (86,89).

2.4.2. Epidemiyoloji

İstismar kavramı dünyada uzun yıllardır sanat yapıtlarında ve bilimsel kaynaklarda yer almıştır. Tüm dünya ülkelerinde sıklıkla görülmesine rağmen, farklı sosyal nedenlerle gizli kalmakta ve vakaların yalnızca % 15.0'inin ortaya çıkarıldığı bilinmektedir (90,91).

Çocukluk çağı istismarının yaygınlığı ile ilgili olarak tam bir görüş birliği sağlanamamıştır. İstatistiksel sonuçların farklı olmasının nedeni olarak istismar kavramının çeşitli tanımlarından, örnek grupları ve bölgesel farklılıklardan kaynaklandığı belirtilmektedir. Dünyada pek çok ülkede yapılan çalışmalar çocukların çok farklı ortamlarda farklı kişiler tarafından istismar edildiğini göstermektedir (87).

Tüm dünyadaki yetişkinlerin yaklaşık çeyreği çeşitli şekilde çocuk istismarına maruz kalmıştır, fiziksel istismar sıklığı %36.3, duygusal istismar %16.3, fiziksel ihmâl %16.3 olarak bildirilmiş olup cinsiyet arasında anlamlı farkın olmadığı bildirilmektedir (92). Tüm yaşam dönemini kapsayan cinsel istismarda ise cinsiyet farkı vardır ve bu durum kızlarda %18.0 erkeklerde %7.6 olarak bildirilmektedir. Çocuğa şiddete yönelik yapılan ulusal çalışmalara göre Afrika kıtasında istismarın tüm türleri dünya sıklığının üzerindedir (93-96).

Cinsel istismarın nüfustaki yaygınlığı ile ilgili olarak, kadınlar için %6.0'dan %62.0'ye, erkekler için %3.0'den %16.0'ya kadar değişen sıklıklar ileriye sürülmüştür (87). Bulgulara göre; kızların erkeklere göre daha yüksek sıklıklarda cinsel istismara maruz kaldıklarını ve bunu yapan kişilerin daha çok aile içinden çıktığını göstermektedir. Erkek çocukların ise yabancılar tarafından, akrabalara oranla daha yüksek sıklıkta istismara uğradığı belirtilmektedir (97-100).

Dünyada her yıl 300.000 çocuk cinsel istismara uğramaktadır. On sekiz yaşına gelmeden önce dünya üzerindeki kadınların %30-45'inin, erkeklerin ise %13-16'sının cinsel istismara uğradıkları yasal otoriteler tarafından raporlanmaktadır (89). Cinsel istismar suçlarının sadece %15-20'sinin rapor edildiği göz önüne alınacak olursa, toplumda bu tür istismarın yaygınlığı hakkındaki sayıların bildirilenlerin çok üstünde

olması beklenir (101,102). Afrika'daki epidemiyolojik bilgilere göre, Kenya %18 erkek, %32.0 kız, Tanzania'da %13.0 erkek %28.0 kız, Swaziland %38.0, Zimbabwe %9.0 erkek, %33.0 kız çocukları cinsel istismara maruz kalmaktadır (103-106).

ABD Çocukluk çağı istismarı insidansında dramatik bir artış tespit edilmiştir. Ulusal Çocuk İstismar ve İhmal Merkezi'ne göre (National Center of Child Abuse and Neglect) 1980 yılında yeni görülen vaka sayısı 44.700 iken 1987'de 150.000-200.000'e, 1993-1994'de 300.000'e, 1997'de 1.000.000'a ulaşmıştır. Vakaların %54.0'ünde ihmal, %22.0'sinde fiziksel istismar, %8.0'inde cinsel istismar, %4.0'ünde de duygusal istismara rastlanmaktadır. ABD'de cinsel istismara uğrama prevalansının kadınlar için %22.3 ve erkekler için %8.5 olduğu bildirilmiştir.(79,82,87). Genel olarak cinsel istismar prevalansı kızlarda %10-25, erkeklerde %2-10 arasındadır. Cinsel ilişkiyi içeren ciddi istismar vakalarının sıklığı daha düşüktür (kızlarda %5.6, erkeklerde %1.4). Tüm çalışmalarda, çocukluk çağı cinsel istismarı kızlarda daha fazladır. İnsidans ise kızlarda %6-62 ve erkeklerde %3-31 gibi çok geniş bir aralıktadır. Genellikle erkek istismarı daha az bilinmekte, kliniğe daha az yansımaktadır. İstismarın erkeklerde daha az görülmesine karşın, cinsel temas göreceli olarak erkeklerde daha ciddidir. Cinsel istismara en yüksek sıklıkta (%34.4) Afrika'da rastlanırken, Avrupa ülkelerinde bu sıklık %9.2, Asya %10.1 ve Amerika'da %23.9 olarak tespit edilmiştir (87,96).

Çocukluk çağı istismarı ülkemizde 18 yaş altı tüm çocukların %11-27'sini etkileyen çok ciddi bir mediko-sosyal problemdir (107-110).

Ülkemizdeki çocukların travmatik deneyimlerine ilişkin en kapsamlı çalışma olarak değerlendirebileceğimiz 10.353 evli kadın üzerinde yürütülen Türkiye'de kadına yönelik aile içi şiddet raporuna göre kadınların %39.0'u fiziksel şiddet ve %15.0'i cinsel şiddet davranışlarıyla karşı karşıyadır. Her iki şiddet davranışından en az birini yaşama sıklığı %42.0'dir. Bu çalışmada 15 yaşından önce cinsel istismar yaşama sıklığı %7.2 olarak belirtilmiştir. Yüz yüze anket yöntemine göre ise bu sıklık %4.4 olarak belirtilmiştir (110). Çalışma sonuçlarına göre katılımcıların çocukluk çağı travmaları veya olumsuz deneyimlere bakış farklılığı söz konusudur. Kadınların %35.0'i bazı durumlarda çocuğun dövülmesi gerektiğini (kent:%31.1 kır:%47.0) belirtmiştir (110).

Ülkemizde 2010 yılında yapılan Türkiye Çocuk İstismarı ve aile içi şiddet araştırma raporuna göre ise 7-18 yaş arası çocukların %51.0'i duygusal istismar, %43.0'ü fiziksel istismar, %25.0'i ihmal %3.0'ü cinsel istismara maruz kalmakta ve yine aynı yaş grubu çocukların %56.0'sı fiziksel, %49.0'u duygusal ve %10'unun cinsel istismara tanık olduğu belirtilmiştir (111).

Arnavutluk, Bosna Hersek, Bulgaristan, Hırvatistan, Makedonya, Yunanistan, Romanya, Sırbistan ve Türkiye'de Balkan Epidemiological Study on Child Abuse and Neglect(BECAN) Çocuk İhmal ve İstismarı (Çİİ) Epidemiyolojik Çalışması sonuçlarına göre yaşam boyu ruhsal olumsuz çocukluk çağı deneyim sıklığı %70.4, fiziksel istismar sıklığı %58.1 ve ihmal sıklığı da %42.4 olarak bildirilmiştir. Son bir yıl içindeki sıklıklar ise sırasıyla %62.7, %46.0 ve %37.5 olarak bildirilmiştir. En yaygın görülen fiziksel istismar davranışları çimdikleme, acı biber sürme, kulak çekme (35.0%), tokat atmak (29.0%)'tır. En yaygın görülen duygusal istismar davranışları bağırma, aşağılama, kendini kötü hissetme yüzünden çocuğu suçlama, diğer çocuklarla karşılaştırma ve hayalet, öcü ve benzeri varlıkları çağırma ile korkutma olarak saptanmıştır. İhmal olarak çocukların kendilerini önemsiz hissetmeleri (%31.0) en yaygın kategori olarak bildirilmiştir. Aile içi şiddete tanık olan çocukların sıklığı %30.9'dur. Katılımcıların %50.0'si üç veya daha fazla kez duygusal veya fiziksel şiddete maruz kaldıklarını belirtmiştir (112). Yerleşim yerinin ve anne baba eğitim düzeyinin aile içi şiddete tanık olma üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmamıştır (113,114).

2.4.3. Çocukluk Çağı Travmalarının Komplikasyonları

Çocukluk çağındaki olumsuz yaşantılara ait ruhsal etkiler uzun süre devam etmektedir. Meydana gelen travmanın beyin fonksiyonlarını etkileyebildiği ve bu deneyimlerin sıklığı ve şiddetinin, psikopatolojinin çeşitliliği ve sıklığını artırdığı bildirilmektedir (96). İleri yaşlarda ortaya çıkabilen psikiyatrik bozukluklar başlıca; disosiyatif bozukluklar, kişilik bozuklukları, alkol-madde kullanımı ile ilgili bozukluklar, duygu durum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, somatoform bozukluklar, travma sonrası stres bozukluğu ve çeşitli yeme bozukluklarıdır. Ayrıca kendine fiziksel zarar verme davranışı ve intihar girişiminin de sık olduğu belirtilmektedir (115-117).

Çocukluk çağı ruhsal travmaları ile erişkin dönem obezitesi, sigara tüketimi, fiziksel hareketsizlik gibi risk etmeleri ve kalp, akciğer, karaciğer hastalıkları, tip 2 diyabet ve depresyon sıklığı arasında ilişki olduğu belirtilmektedir (118-120). Bu konuda yapılan büyük çalışmalardan olan Olumsuz Çocukluk Çağı Deneyimleri (ACE-Adverse Childhood Experience) çalışması bulgularına göre, olumsuz çocukluk çağı deneyimleri ve ev içi yetersizliklerin erişkin dönem ölümle sonuçlanabilir risk etmenleri ile güçlü ilişkisi bulunmaktadır (121).

Çeşitli çalışmalarda çocukluk çağı travmaları ile cinsel işlev bozukluğu, çocukluk ve adölesan dönem ve erişkin dönem depresyonu, bozulmuş yeme tutumu ve yeme bozuklukları, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), iskemik kalp hastalığı, karaciğer hastalıkları arasında ilişki olduğu belirtilmektedir (122-128).

Başka bir araştırmada biseksüel (çoğunlukla lezbiyen) kadınların heteroseksüel kadınlara göre daha yüksek oranda çocukluk çağı ihmali ve çocukluk çağı cinsel istismarına maruz kaldığı belirlenmiştir. Çocukluk çağında yaşanan bu deneyimlerin cinsel kimlik algılarını etkilediği düşünülmektedir (129).

2.4.4. Çocukluk Çağı Travmaları ve Erişkin Dönem Obezitesi

Hayatlarının erken dönemlerinde yaşadıkları stresin insanların nöroendokrin sistem patofizyolojisinde değişikliğe, psikolojik semptomlara ve çocuklukta davranış değişikliklerine etkisi bilinmektedir. Bu durum bireyin obez veya kilolu olma durumu için risk etmeni olabilmektedir (131-133).

Tepkisel Yeme Bozukluğu ve Gece Yeme Sendromunun obeziteye sebep olduğu bilinmektedir. Bunların dışında erken yaşlardaki fiziksel şiddet ve cinsel tacizinde obeziteye sebep olduğu belirtilmektedir (134). Çocukluk çağı cinsel kötüye kullanımı olan bireyler kilo artışına yol açan bir yaşam şeklini benimsemektedirler. Böylece aşırı kilolu ya da obez bir birey durumuna gelerek cinsel olarak daha az çekici olup, kendilerini ileride olabilecek potansiyel cinsel kötüye kullanım durumlarından korumaya çalıştıkları belirtilmektedir. Diğer yanda istismara veya şiddete bağlı olarak birey aşırı vücut ağırlığını vücudunu dış etkenlerden koruyan bir zırh olarak görme eğilimindedir (135).

Bariatrik cerrahi yapılan 187 morbid obez bireyin katıldığı çalışmaya göre katılımcıların %61.0'i çocukluk çağı kötüye kullanımı bildirirken benzer bir çalışmada cinsel istismar sıklığının %21.8 olduğu rapor edilmiştir (124,136).

Çocukluk dönemi travmatik yaşantı deneyimlerinin obeziteye etkisini araştıran bir çalışmada, erkeklerde fiziksel istismar sıklığı %31.0, obez olmayanlarda %9.0 ve duygusal istismar obez bireylerde %17.0, obez olmayanlarda %2.0 olarak bulunmuştur (137). Başka bir çalışmada ise genç erkek erişkinlerde; çocukluk çağı travmalarının kilolu olma ve obezite riskini artırdığı belirtilmiştir. Kadınlarda ise yeme problemi ve yeme davranışı bozukluğu prevalansının yüksek olduğu bildirilmiştir (138). Ulusal Hemşire Sağlık Araştırması II (Nurses Health Study II- NHSII)'ye göre istismar yaşayanların sıklığı %8.0'dir ve %5.3'ü cinsel istismardır. Fiziksel ve cinsel istismar yaşayanların diğer katılımcılara göre yeme bağımlılığı sıklığının %90.0 yüksek olduğu tespit edilmiştir (139). Travmanın türüne yönelik bazı araştırmalarda ise fiziksel istismarın cinsel istismara göre daha çok mevcut depresyonla ilişkili bulunmuştur. İhmal gibi travmatik deneyimlere göre fiziksel ve cinsel istismarın hem obezite hem depresyon gelişimiyle daha güçlü ilişkili bulunmuştur (140).

Çocukluk çağı travmalarının obezite ve diğer sağlık problemleri için etki mekanizması tam olarak açıklanamamıştır. Fizyolojik araştırmalar; travmatik deneyimlerin etkisiyle beyin yapısının hacmini ve fonksiyonlarını etkilediğini belirtirken, nöroendokrin mekanizma ise travmatik stresin hipotalamik pituar adrenal aksise etkiyerek ilerleyen yaşamda sağlık problemlerine yol açtığı yönündedir (16).

Başka bir araştırmada ise yüksek Çocukluk Çağı Travma Ölçeği (CTQ- Childhood Trauma Questionnaire) puanı mevcut depresyon ve artmış kortizon düzeyleriyle ilişkili bulunmuştur. Diğer yandan çocukluk çağı istismarı olan çocuklarda leptin seviyeleri düşük ve C reaktif protein (CRP) düzeyleri anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Travmatik deneyimler erişkin dönem kronik inflamasyon ve yağ doku artışıyla ilişkilendirilmiştir (141).

Çeşitli araştırmalarda; ciddi ekonomik güçlükler, çok çocuklu aile, üvey ebeveyn, alkol ve uyuşturucu madde bağımlısı anne-baba, kendisi istismar görmüş kimseler, çok genç anne, eğitim düzeyi, ailede içi geçimsizlik, aile işi şiddet ve diğer çocuklarında istismara uğraması, ailede psikiyatrik hastalık, istenmeyen gebelik

sonrası doğan çocuk, çocuğun kendinden kaynaklanan özellikleri (sakatlık, prematüre veya düşük doğum ağırlığı, hiperaktivite) çocukluk çağı travmaları için risk etmenleri olarak belirtilmiştir (142). Olumsuz Çocukluk Çağı Deneyimleri (ACE-Adverse Childhood Experiences) araştırmasına göre; herhangi bir tür travmaya maruz kalan çocuğun ikinci bir başka tür travmaya maruz kalma riskinin 2 ila 18 kat arttığı belirtilmiştir. Cinsel istismarın ise özellikle aile gelirinin düşüklüğüyle güçlü ilişkili olduğu belirtilmektedir (143,144).

Obez bireylerde obezite ile benlik saygısı azalması arasında doğrusal ilişki bulunmuştur ve travmatik deneyim yaşayanlarda da benlik saygısı düşüklüğü bildirilmektedir (145). Benlik saygısı düşüklüğü ve klinik depresyon obeziteye bağlı en sık rastlanan psikolojik sorun olarak görülmektedir. Yapılan araştırmalarda; obez bireylerin %58,6'sının benlik sayılarının düşük olduğu, travmatik deneyim yaşayanlarda da benlik saygısının kontrol edilemediği bildirilmiştir (146-148).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırma Yeri, Zamanı ve Örneklem Seçimi

Bu araştırmada İstanbul Fatih Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Beslenme ve Diyetetik Kliniklerine Eylül-Kasım 2014 döneminde başvuran tüm bireyler araştırmaya davet edilmiştir. Araştırmaya katılmayı kabul edenler dahil edilme kriterleri yönünden değerlendirilmiş ve uygun olan 157 kişi araştırma grubunu oluşturmuştur. Kontrol grubunu araştırma grubuna benzer yaş, cinsiyet ve kontrol grubu dahil edilme kriterlerine uygun 157 hastane personeli oluşturmuştur. Araştırma ve kontrol grupları çalışma öncesinde sözlü ve yazılı olarak bilgilendirilmiş ve bilgilendirilmiş gönüllü olur formu alınmıştır (EK 1). Çalışma grubu dahil edilme kriterleri; 20-45 yaş arasında olmak, BKİ değeri 30 kg/m² ve üzerinde olup okur yazar olmak, dışlanma kriterleri ise 20 yaşından küçük 45 yaşından büyük, BKİ değeri 30 kg/m²'den küçük olmak şeklinde belirlenmiştir. Kontrol grubu dahil edilme kriterleri; 20-45 yaş arası, BKİ değeri 18.5-25 kg/m² arasında olup okur yazar olmak, dışlanma kriterleri ise 20 yaşından küçük 45 yaşından büyük olmak, BKİ değeri 25.0 kg/m²'ten büyük ve 18.5 kg/m²'ten küçük olmak şeklinde belirlenmiştir.

3.2.Araştırma Planı

3.2.1.Bilimsel Kurul ve Etik Kurul Onayı

Bu çalışma Başkent Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu'nun onayı ile yürütülmüştür. Araştırma kuruluna başvuru öncesinde gerekli Etik Kurul izni, Fatih Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 03-07-2014 (Karar No:1) tarihinde vermiştir (EK 2).

3.2.2.Antropometrik Ölçümler

Antropometrik ölçümler için katılımcıların ayakkabısız ve ince tek kat giysi ile olmaları istenmiş, kalibrasyonu düzenli yapılan baskül+stadiometre (SECA 220 Marka) ile Frankfort düzlemde iken boy uzunluğu ve vücut ağırlığı tespiti yapılmıştır (149). BKİ değerleri vücut ağırlığı ve boy uzunlukları kullanılarak aşağıdaki formüle hesaplanmıştır (149).

$$BKİ(kg/m^2) = \text{Vücut Ağırlığı (kg)} / \text{Boy Uzunluğu (m}^2\text{)}.$$

Bel çevresi en alt kaburga kemiği ile kristailiyak arası bulunarak, orta noktadan geçen çevre esnek olmayan mezür ile ölçülmüş (149,150) ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün belirlediği değerlere göre (kadın için bel çevresi <88 ve ≥ 88 cm olarak, erkekler için bel çevresi <102 cm ve ≥ 102 cm) değerlendirilmiştir (151). Kalça çevresi bireyin yan tarafında durularak, esnek olmayan mezür, iliak altında ve kalça üzerinde en geniş kısımda konumlandırılarak ölçüm yapılmıştır (149-151).

Bel/kalça oranı aşağıdaki formül ile hesaplanmıştır (150).

Bel/kalça oranı (BKO)= Bel çevresi (cm) / Kalça çevresi (cm)

DSÖ'nün belirlediği değerlere (kadınlar için bel/kalça oran <0.85 ve ≥ 0.85 , erkekler için <0.90 ve ≥ 0.90) göre değerlendirilmiştir (151).

3.3. Veri Toplama Araçları

Anket ve ölçeklerin uygulaması özel hayata gizlilik soruları içerdiği için hastalardan açık kimlik ve irtibat bilgileri istenmemiştir. Araştırmaya katılan tüm bireylere anketi doldurduktan sonra kilitli tutulan ve yalnızca bu araştırma için tahsis edilmiş olan bir anket kutusuna atmaları istenmiştir.

3.3.1 Sosyodemografik Veri Formu

Cinsiyet, yaş, eğitim durumu, çalışma, anne babanın birliktelik durumu, kardeş sayısı, sigara-alkol-madde kullanım durumu, yemek öncesi sonrası duygu durumu, egzersiz, tv, uyku, kitap okuma süreleri, geçmişte travmatik bir olaya maruz kalma durumu (düşme, yaralanma, ameliyat, doğal afet, kronik hastalık, ailede kayıp, ailede ayrılık vb.) gibi sosyo-demografik bilgileri sorgulayan çoktan seçmeli ve açık uçlu soruların olduğu bölümdür ve yüz yüze anket yöntemiyle uygulanmıştır (EK 3).

3.3.2.Çocukluk Çağı Travma Ölçeği (CTQ-28)

Özgün biçimi 1995 yılında David P. Bernstein tarafından geliştirilmiş olan bu ölçek 1996 yılında Vedat Şar (152) tarafından Türkçeye uyarlanmıştır. Geçerilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış olan beşli likert tipi bir öz bildirim ölçeğidir. Çocuklukta duygusal, fiziksel, cinsel istismar ve sözlü şiddeti değerlendiren sorular içeren ölçeğin fiziksel, duygusal, cinsel istismar ve fiziksel, duygusal ihmal olmak üzere beş faktörü bulunmaktadır (EK 4). Yanıt seçenekleri 1) hiçbir zaman, 2) nadiren,

3) zaman zaman, 4) sıklıkla, 5) çok sık olarak verilmektedir. Her soruya 1-5 arasında puan verilir. Aynı ayrı travmatik yaşantı alt ölçeklerinin ve toplam puanın hesaplanmasına olanak tanır. Hesaplamadan önce olumlu ifadelerin puanları ters çevrilmektedir (1 iken 5, 2 iken 4 vb. şekilde) bu maddeler sırası ile 2,5,7,13,19,26,28 numaralı olanlardır. 5 adet alt puanın toplamı toplam CTQ-28 puanını verir. Alt puanlar 5-25, toplam puan 25-125 arasındadır. Çözüm formülü Duygusal istismar: (3+8+14+18+25), Fiziksel taciz: (9+11+12+15+17), Fiziksel ihmal: (1+3+6+2+26), Duygusal ihmal: (5+7+13+19+28, Cinsel taciz: (20+21+23+24+27).

Ölçeğin iç tutarlılığını gösteren Cronbach alfa değeri Türkçe uyarlama ve geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında tüm katılımcılardan oluşan grup için (N=123) 0.93 olarak bulunurken, Guttman yarım test katsayısı ise 0.97 olmuştur. Ölçeğin toplam puanının 2 hafta ara ile klinik olan ve olmayan katılımcılar üzerinde yapılan test tekrar test korelasyon katsayısı 0.90 (p=000.1) bulunmuştur. Çalışmamızda sorulara ‘nadiren, zaman zaman, sık, çok sık’ olarak yanıt verenler kategorik olarak kodlanmış ve istismar/ihmal gruplarına alınmıştır (153,154).

3.3.3.Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (Rosenberg Self-esteem Scale)

Bu ölçek, Morris Rosenberg tarafından 1963 yılında geliştirilmiştir (155). Ülkemizde ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliği 1989 yılında Çuhadaroğlu (156) tarafından yapılmış, geçerlilik kat sayısı $r=0.71$ olarak bulunmuştur. Test-tekrar test güvenilirlik yöntemi kullanılarak da güvenilirlik kat sayısı $r=0.75$ olarak saptanmıştır. Ölçek 12 alt ölçeği kapsayan 63 sorudan oluşmaktadır. Araştırmamız kapsamında benlik saygısının ölçen ilk 10 maddesi kullanılmıştır (EK 5). 1, 2, 4, 6, 7. maddeler olumlu kendilik değerlendirmesini sorgulamakta olup, 3’den 0’a kadar değişen puanlama yapılırken, 3, 5, 8, 9, 10. maddeler olumsuz kendilik değerlendirmesini sorgulamakta olup, 0’dan 3’e kadar değişen bir puanlama yapılmaktadır. Toplam puan aralığı 0-30 arasında olup, 15-25 arası alınan puan benlik saygısının yeterli olduğunu gösterirken, 15 puanın altı düşük benlik saygısını göstermektedir (157).

3.4. İstatistiksel Değerlendirme

Tüm istatistiksel değerlendirmeler için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versiyon 18.0 yazılım programı kullanılmıştır. Elde edilen sürekli

değişkenler (nicel değişkenler) ortalama (\bar{x}), standart sapma (ss) değerleri ile sunulmuş ve grupların karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren parametrelerde İki Ortalama Arasındaki Farkın Anlamlılık Testi (bağımsız gruplar t testi) , normal dağılım göstermeyen parametrelerde ise Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Kategorik değişkenlerin sunumu için ise sayı (S), ve yüzde (%) değerleri kullanılmış Pearson Ki-kare testi ve Fisher Exact testi ile değerlendirilmiştir. Önemlilik düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Çalışmaya 157 obez, 157 kontrol grubu olmak üzere toplam 314 birey katılmıştır. Katılımcıların %74.4'ü kadın (n=233) ve %25.8'i erkektir. Çalışma ve kontrol grubunda kadın birey sıklığı sırasıyla %70.7 (n=111) %77.7(n=122), erkek birey sıklığı sırasıyla %29.3 (n=46) ve 25.8 (n=35)'dir. Cinsiyet dağılımı yönünden gruplar arası anlamlı fark bulunmamıştır (p=0.156). Araştırmaya katılan bireylerin genel sosyodemografik bilgileri Tablo 4.1'de gösterilmiştir.

Tablo 4.1: Sosyodemografik özelliklere ilişkin bilgiler

Sosyodemografik özellikler		Çalışma grubu (n=157)		Kontrol grubu (n=157)		P
		Sayı	%	Sayı	%	
Cinsiyet	Kadın	111	70.7	122	77.7	0.156*
	Erkek	46	29.3	35	22.3	
Medeni Durum	Evli	110	70.1	74	47.1	0.000*
	Bekar	40	25.5	79	50.3	
	Ayrılmış	7	4.4	4	2.5	
Eğitim	Okuryazar	1	0.6	1	0.6	0.006**
	İlköğretim	16	10.2	15	9.6	
	Lise	32	20.4	52	33.1	
	Üniversite	83	52.9	77	49.0	
	Lisansüstü	26	16.6	9	5.7	
Meslek	Öğrenci	26	16.6	34	21.7	0.000**
	İşsiz	3	1.9	4	2.5	
	Ev Hanımı	40	25.5	11	7.0	
	Memur, İşçi	66	42.0	99	63.1	
	Esnaf	22	14.0	9	5.7	
Gelir	0-500 TL	12	7.6	11	7.0	0.003*
	500-1000 TL	22	14.0	42	26.8	
	1000-2000 TL	47	29.9	56	35.7	
	2000-5000 TL	54	34.4	40	25.5	
	5000 Üzeri	22	14.0	8	5.1	

*p<0.05, Ki-kare **p<0.05 Fisher Exact test

Araştırma grubunun ortalama yaşı 30.2±7.8 yıl, çalışma grubunun 31.5±7.2 yıl olup gruplar arası anlamlı fark yoktur (p=0.928). Çalışma grubunun ortalama çocuk sayısı 1.08±1.23 kontrol grubun ise 0.72±0.97 olarak bulunmuştur (p=0.004). Kardeş

sayısı çalışma grubunda 3.44±2.02, kontrol grubunda 3.384±1.89 olarak bulunmuştur (p=0.782). Diğer genel demografik özellikler Tablo 4.2’de gösterilmiştir.

Tablo 4.2. Grupların diğer genel demografik özellikleri.

Genel özellikler	Çalışma Grubu	Kontrol grubu	P
	(n=157)	(n=157)	
	\bar{x} ss	\bar{x} ss	
Yaş (yıl)	31.5±7.21	30.24±7.83	0.928
Doğum ağırlığı (g)	3291.4±511.32	3128.24±510.82	0.005**
Çocuk sayısı	1.08±1.23	0.7264±0.97	0.004*
Kardeş sayısı	3.44±2.02	3.384±1.89	0.782

*p<0.05 Independent T test, **p<0.05 Fisher Exact test

Çalışma grubunun ortalama boy uzunluğu 165.9±10.4 cm, kontrol grubunun 165.8±8.2 cm. tespit edilmiştir (p=0.108). Çalışma grubunun BKİ ortalaması 34.3±6.4 kg/m², kontrol grubunun ise 22.7±2.9 kg/m² olarak bulunmuştur (p=0.001). Grupların antropometrik ölçüm değerlerinin karşılaştırılması Tablo 4.3’te gösterilmiştir.

Tablo 4.3: Antropometrik ölçüm değerlerin karşılaştırılması

Antropometrik	Çalışma Grubu	Kontrol grubu	p
	(n=157)	(n=157)	
	\bar{x} ss	\bar{x} ss	
Boy uzunluğu (cm)	165.9±10.44	165.8±8.21	0.108**
Vücut ağırlığı (kg)	95.0± 22.32	62.6±11.25	0.000*
BKİ (kg/m ²)	34.3± 6.41	22.7±2.91	0.000**
Bel çevresi (cm)	103.3±14.13	81.3±12.31	0.000*
Kalça çevresi (cm)	113.8±11.14	101.3±25.91	0.000*
Bel/kalça oranı	0.91±0.09	0.81± 0.10	0.000*

*p<0.05 Independent T test, **p<0.05 Fisher Exact test

Çalışma grubunun günlük uyku süresi ortalama 7.4±1.32 saat, kontrol grubunun ise 6.9±1.82 saat olarak bulunmuştur (p=0.007). Egzersiz ve televizyon

izleme süreleri karşılaştırıldığında gruplar arası anlamlı fark bulunmamaktadır. Grupların genel aktivite yönünden karşılaştırılması Tablo 4.4'te gösterilmektedir.

Tablo 4.4: Grupların genel aktivite durumlarının karşılaştırılması.

Aktivite bilgileri	Çalışma Grubu	Kontrol grubu	
	(n=157)	(n=157)	
	\bar{x} ss	\bar{x} ss	P
Egzersiz (dk/gün)	23.4±13.5	23.5±17.81	0.974
İnternette geçirilen süre (s/gün)	2.15±2.64	1.4±1.76	0.004*
Televizyon izleme (s/gün)	1.51±1.43	1.3±1.10	0.222
Kitap okuma süresi (dk/gün)	58.3±66.7	40.4±49.7	0.007*
Uyku süresi (s/gün)	7.4±1.32	6.9±1.82	0.007

*p<0.05 Fisher Exact test

Ailelere yönelik bilgiler incelendiğinde, anne kaybı sıklığı çalışma grubunda %12, kontrol grubunda % 3 olup gruplar arası fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0.015). Ailede başka kilolu bireyin varlığına bakıldığında, çalışma grubunun %35.0'i bir kişi, %28.7'i 2 ve daha fazla, %29.3'ü ise kilolu başka kimsenin olmadığını belirtirken, kontrol grubunda bu sıklıklar sırasıyla %31.8'i bir kişi, %10.2 2 ve daha fazla, %44.6'sı başka kilolu bireyin olmadığı bulunmuş olup gruplar arası fark anlamlı bulunmuştur (p=0.001). Diğer aile özelliklerine ilişkin bilgilerin karşılaştırılması Tablo 4.5'te gösterilmiştir.

Tablo 4.5: Aile özelliklerine ilişkin bilgilerin karşılaştırılması.

Aileye ilişkin bilgiler		Çalışma grubu		Kontrol grubu		P
		(n=157)		(n=157)		
		Sayı	%	Sayı	%	
Anne	Sağ	145	92.4	154	98.1	0.015**
	Vefat Etmiş	12	7.6	3	1.9	
Anne	Ayrı/Eşi vefat etmiş	37	23.6	22	14.0	0.051*
	Birlikte yaşıyor	120	76.4	135	86.0	
Anne	Üvey	10	6.4	2	1.3	0.086
	Öz	147	93.6	155	98.7	
Baba	Sağ	128	81.5	135	86.0	0.284
	Vefat etmiş	29	18.5	22	14.0	
Baba	Birlikte	119	75.8	136	86.6	0.014*
	Ayrı/Eşi vefat etmiş	38	24.2	21	13.4	
Baba	Üvey	21	13.4	18	11.5	0.468
	Öz	136	86.6	139	88.5	
Ailede ağırlık problemi olan kişiler	1 kişi	55	35.0	50	31.8	0.001*
	2 ve üstü	45	28.7	21	13.4	
	Cevap yok	11	7.0	16	10.2	
	Yok	46	29.3	70	44.6	

*p<0.05, Ki-kare **p<0.05 Fisher Exact test

Obezite nedeniyle diyetisyene başvurma sıklığı çalışma grubunda %66.9, kontrol grubunda %28.7 bulunmuştur (p=0.001). Çalışma grubunun mevcut kilolarından şikayetçi olma sıklığı %88.5 iken kontrol grubunda bu sıklık %11.5 olarak bulunmuştur. Her iki grupta da diyet ile ilgili bilgi edinmek için sadece doktor veya diyetisyene başvurma sıklığı %13.1 olarak bildirilmiştir. Obezite ve diyete ilişkin deneyim ve bilgi kaynakları Tablo 4.6'da gösterilmiştir.

Tablo 4.6: Obezite ve diyetle ilişkin deneyim ve düşüncelerin gruplara göre karşılaştırılması

Düşünce ve deneyimler		Çalışma grubu (n=157)		Kontrol grubu (n=157)		P
		Sayı	%	Sayı	%	
Diyet için psikiyatriste başvurma	Evet	6	3.8	4	2.5	0.375**
	Hayır	151	96.2	153	97.5	
Diyetisyene başvurma	Evet	105	66.9	45	28.7	0.001*
	Hayır	52	33.1	112	71.3	
Zayıflama deneyimi	Evet	72	45.9	56	35.7	0.042*
	Hayır	85	54.1	101	64.3	
Egzersiz	Evet	73	46.5	73	46.5	1.000
	Hayır	84	53.5	84	53.5	
Zayıflama ilacı kullanma	Evet	34	21.7	9	5.7	0.001*
	Hayır	123	78.3	148	94.3	
Şu an diyet yapma durumu	Evet	69	43.9	25	15.9	0.001*
	Hayır	88	56.1	132	84.1	
Kilo şikayet durumu	Evet	139	88.5	73	11.5	0.001*
	Hayır	18	11.5	84	53.5	
Kilo sosyal yaşamı etkileme durumu	Evet	103	65.6	54	34.4	0.001*
	Hayır	54	34.4	103	65.6	
Daha önce diyet deneyimi	Diyetisyen	35	22.3	16	10.2	0.001*
	Deneyim Yok	68	43.3	112	71.3	
	Diğer ¹	35	34.4	22	24	
	Birden fazla ²	19	12.1	7	4.5	
Diyet ile ilgili bilgi kaynakları	Sadece internet	17	10.8	20	13.2	0.067
	Sadece doktor /diyetisyen	20	13.1	20	13.1	
	2 farklı ²	96	61.1	77	51.1	
	3 faktör ³	10	6.4	25	16.6	

*p<0.05, Ki-kare **p<0.05 Fisher Exact test ¹Dukan, Karatay, Atkins, Doktor takibi, Akupunktur. ²Birden fazla diyet metodunu uygulayanlar (diyetisyen, doktor, dukan, karatay, akunktur) ³Doktor diyetisyen, internet, kitap, gazete en az ikisini ve daha fazlasını kullananlar.

Çalışma ve kontrol grubunda tütün ve ürünleri kullanma sıklığını sırasıyla %25.5 ve %22.3 (p=0.306), alkol kullanım sıklığı %17.1 ve %5.7 (p=0.001), madde kullanımı sıklığı %14.6 ve %1.3 (p=0.001) olarak bulunmuştur. Grupların tütün, alkol ve madde kullanım sıklıkları Tablo 4.7’de gösterilmiştir.

Tablo 4.7: Grupların tütün, alkol ve madde kullanımlarının karşılaştırılması.

Tütün, alkol, madde kullanım durumları	Çalışma grubu (n=157)		Kontrol grubu (n=157)		P
	Sayı	%	Sayı	%	
Tütün kullanım	40	25.5	35	22.3	0.306
Alkol kullanım	28	17.8	9	5.7	0.001*
Madde kullanım	23	14.6	2	1.3	0.000**

*p<0.05, Ki-kare **p<0.05 Fisher Exact test

Yemek yemeye neden olan duygu durumlarına bakıldığında, çalışma ve kontrol grubunda neşeli-mutlu iken yemek yeme isteğinin arttığını belirtme sıklığı sırasıyla %39.5 ve %36.9, azaldığını belirtme sıklığı %44.6 ve %12.1 olarak bulunmuştur (p=0.445). Kontrol grubunda neşeli-mutlu olmanın yemek yeme isteklerine etkisinin az olduğu görülmektedir. Üzüntülü durumda yemek yeme isteğinin arttığını bildirme sıklığı çalışma grubunda %39.5, kontrol grubunda %21 olarak bulunmuştur (p=0.001). Çalışma grubunun endişeliyken yemeğe yönelme sıklığı %29.9 iken kontrol grubunda bu sıklık %14.0 olup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0.002). Öfkeli-kızgın iken yemek yeme açısından her iki grup arasında anlamlı bir fark gözlenmemiştir (p=0.088). Duygu durumuna göre yemek yeme davranışında meydana gelen değişimlerin gruplara göre karşılaştırılması Tablo 4.8’de gösterilmiştir.

Tablo 4.8: Duygu durumuna göre yemek yeme davranışında meydana gelen değişimlerin gruplara göre karşılaştırılması.

	Değişim	Çalışma grubu (n=157)		Kontrol grubu (n=157)		P
		Sayı	%	Sayı	%	
	Artar	62	39.5	58	36.9	
Neşeli	Azalır	70	44.6	19	12.1	0.445
Mutlu	Değişmez	25	15.9	80	51.0	
	Artar	62	39.5	33	21.0	
Üzüntülü	Azalır	67	42.7	93	59.2	0.001*
	Değişmez	28	17.8	31	19.7	
	Artar	47	29.9	22	14.0	
Endişeli	Azalır	61	38.9	82	52.2	0.002*
	Değişmez	49	31.2	53	33.8	
Öfkeli-	Artar	52	33.1	35	22.3	
Kızgın	Azalır	61	38.9	75	47.8	0.088
	Değişmez	44	28.0	47	29.9	

*p<0.05, Ki-kare

Yemek sırasında hissedilen duygu durumlarına bakıldığında obez grupta suçluluk hissetme sıklığı %14.6 iken kontrol grubunda bu oran sadece %2.5'tir (p=0.001). Yemek sonrası suçluluk hissetme sıklığı çalışma ve kontrol grubunda sırasıyla %48.4 ve 26.8 olarak bulunmuştur (p=0.001). Yemek sonrası mutluluk hissetme sıklığı çalışma grubunda %39.5 ve kontrol grubunda %54.1 olmak üzere çalışma grubunda anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p=0.001). Yemek yeme hızları yönünden gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Yemek sırasında ve yemek sonrası duygu durumlarına ilişkin bulgular Tablo 4.9'da gösterilmiştir.

Tablo 4.9: Yemek sırası ve sonrasında duyu durumlarının gruplara göre karşılaştırılması.

		Çalışma grubu		Kontrol grubu		
Yemek sırası ve sonrası duyu durumları		(n=157)		(n=157)		P
		Sayı	%	Sayı	%	
Yemek sırasındaki duyu durumu	Mutluluk	122	77.7	122	77.7	0.001**
	Suçluluk	23	14.6	4	2.5	
	Diğer	12	7.6	31	19.7	
Yemek sonrası duyu durumu	Mutluluk	62	39.5	85	54.1	0.001*
	Suçluluk	76	48.4	42	26.8	
	Diğer	19	12.1	30	19.1	
Yemek yeme hızı	3-5kez	85	54.1	80	51.0	0.363
	15-10 kez	50	31.8	62	39.5	
	Çiğneme hızı 10-15 kez	19	12.1	14	8.9	
	15 den fazla	3	1.9	1	0.6	

*p<0.05, Ki-kare **p<0.05 Fisher Exact test

Travmatik yaşantılar yönünden bakıldığında cerrahi operasyon geçirme sıklığı çalışma ve kontrol grubunda sırasıyla %36.3 ve %19.1 olmak üzere çalışma grubunda anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p=0.001). Aileden birinin kaybını yaşama sıklığı çalışma grubunda %26.8, kontrol grubunda %14.6 olarak bulunmuştur (p=0.012). Ciddi hastalık geçirme, doğal afet yaşama, aileden birinin evi terk etmesi, anne baba ayrılık yaşaması, kronik hastalık ve sürekli ilaç kullanımları yönünden çalışma ve kontrol grupları arasında anlamlı fark bulunamamıştır. Sorgulanan herhangi bir travmatik olay yaşamış olma bildirim sıklığı; obez grupta %68.8 iken kontrol grubunda %45.1 olmak üzere anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur (0.001). Grupların 20 yaş öncesi travmatik deneyim yaşama durumları Tablo 4.10'da gösterilmiştir.

Tablo 4.10: 20 Yaş öncesi travmatik deneyim yaşama durumlarının karşılaştırılması.

20 Yaş öncesi yaşanan travmatik deneyimler	Çalışma grubu (n=157)		Kontrol grubu (n=157)		P
	Sayı	%	Sayı	%	
Cerrahi operasyon geçirme	57	36.3	30	19.1	0.001*
Ciddi Hastalık	20	12.7	13	8.3	0.198
Doğal afet yaşama	22	14.0	15	9.6	0.220
Aileden birinin evi terk etmesi	6	3.8	7	4.5	0.500
Anne-baba ayrılık yaşaması	10	6.4	11	7.0	0.821
Aileden birisinin kaybı (ölüm)	42	26.8	23	14.6	0.012*
Travmatik olay (trafik kazası, yangın, yaralanma)	41	26.1	29	18.5	0.104
Kronik hastalık	22	14.0	13	8.3	0.107
Sürekli kullanılan ilaç	24	15.3	16	10.2	0.176
Yukarıdaki travmatik olaylardan herhangi birini 20 yaşından önce yaşama durumu	108	68.8	71	45.2	0.001*

*p<0.05, Ki-kare

Çalışmaya katılan tüm bireylerde fiziksel istismar bildirme sıklığı %19.7'dir. Çalışma grubunda bu sıklık %26.1 ve kontrol grubunda %13.1'dir (P=0.003). Fiziksel ihmal sıklığı çalışma grubunda %80.3 ve kontrol grubunda %69.4 olmak üzere çalışma grubunda anlamlı şekilde yüksekti (p=0.037). Çalışma grubunda %59.2. kontrol grubunda %42.7 olmak üzere araştırmaya katılan tüm katılımcıların duygusal istismar bildirme sıklığı %51'dir (0.05). Duygusal ihmal bildirme sıklığı çalışma grubunda %89.8 ve kontrol grubunda %86.6 olmak üzere her iki grupta da yüksek olup gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (p=0.0252). Cinsel istismar bildirme sıklığı obez grupta %31.2 iken kontrol grubunda %12.1 olarak belirlenmiştir (p=0.001). Bildirilen travma türünün gruplara göre karşılaştırılması Tablo 4.11'de gösterilmiştir.

Tablo 4.11: Bildirilen travma türlerinin gruplara göre karşılaştırılması.

İstismar türü	Çalışma grubu (S=157)		Kontrol grubu (S=157)		Toplam (S=314)		P
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Fiziksel istismar	41	26.1	21	13.1	62	19.7	0.003*
Fiziksel ihmal	126	80.3	109	69.4	235	74.8	0.037*
Duygusal istismar	93	59.2	67	42.7	160	51	0.05*
Duygusal ihmal	141	89.8	136	86.6	277	88.2	0.252
Cinsel istismar	49	31.2	19	12.1	68	21.7	0.001*

*p<0.05, Ki-kare

Çocukluk çağı travma ölçeği (CTQ) bulgularına bakıldığında; toplam CTQ puanı, çalışma grubunda ortalama 42.6±10.5 ve kontrol grubunda 37.2±6.61 olup çalışma grubunda anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p=0.001). CTQ alt puanlarından fiziksel istismar puanı çalışma grubunda 5.9±1.94 ve kontrol grubunda 5.4±1.30 olarak belirlenmiştir (p=0.008). Diğer CTQ alt puanları çalışma grubunda kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. CTQ puanların ilişkin veriler Tablo 4.12’de gösterilmiştir.

Tablo 4.12: Çocukluk çağı travma ölçeği bulgularının karşılaştırılması.

CTQ puanları	Çalışma grubu (n=157)		Kontrol grubu (n=157)		P
	\bar{x}	ss	\bar{x}	ss	
Toplam CTQ	42.6±10.51		37.2±6.61		0.001
Fiziksel istismar	5.9±1.94		5.4±1.30		0.008
Fiziksel ihmal	8.8±3.68		7.2±2.33		0.001
Duygusal istismar	7.3±2.60		6.3±2.37		0.001
Duygusal ihmal	12.0±9.95		9.9±4.18		0.001
Cinsel istismar	6.8±5.57		5.5±1.80		0.001

*p<0.05 Independent T test, **p<0.05 Fisher Exact test

Araştırma grubunda travmanın cinsiyete göre değerlendirilmesine bakıldığında; cinsel istismar puanı erkeklerde 7.3±5.57, kadınlarda 6.5±4.54 olmak

üzere erkeklerde daha yüksek bulunmuştur (p=0.019). Cinsiyete göre diğer travma alt türlerine ilişkin CTQ puanları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Cinsiyete göre travma ve alt türlerine ilişkin puanlar Tablo 4.13'te gösterilmiştir.

Tablo 4.13: Çalışma grubunda travma alt ölçek puanlarının cinsiyete göre karşılaştırılması.

Çalışma grubu (n=157)	Cinsiyet	Sayı	Ortalama Puan	P
Fiziksel istismar	Kadın	111	5.9±1.92	0.136
	Erkek	46	5.7±1.98	
Fiziksel ihmal	Kadın	111	8.7±3.66	0.341
	Erkek	46	8.8±3.65	
Duygusal istismar	Kadın	111	7.0±2.60	0.122
	Erkek	46	7.8±2.73	
Duygusal ihmal	Kadın	111	11.7±9.95	0.054
	Erkek	46	12.7±6.95	
Cinsel istismar	Kadın	111	6.5±4.54	0.019*
	Erkek	46	7.3±5.57	
Toplam CTQ	Kadın	111	42.6±10.51	0.651
	Erkek	46	43.7±8.6	

*p<0.05, Ki-kare

Çalışma grubunun benlik saygısı puan ortalaması 10.3±4.15, kontrol grubunda bu değer 11.6±4.81 bulunmuştur (p=0.014). Benlik saygısı puanınının 15'ten küçük olması düşük benlik saygısını ifade ederken çalışma grubunda bu sıklık %86.4 olarak belirlenmiştir (p=0.007). Kontrol grubunun ise %25.0'i yüksek benlik saygısı değer aralığındadır (p=0.001). Benlik saygıları yönünden grupların karşılaştırılması Tablo 4.14'de gösterilmektedir.

Tablo 4.14: Grupların benlik saygıları yönünden karşılaştırılması.

	Çalışma Grubu (n=157)		Kontrol Grubu (n=157)		P
	Sayı	%	Sayı	%	
Düşük benlik saygısı puanı	136	86.6	117	74.5	0.007*
Yüksek benlik saygısı puanı	21	13.4	40	25.5	

*p<0.05, Ki-kare

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada; Fatih Üniversitesi Tıp Fakültesi hastanesi Beslenme ve Diyetetik Polikliniği'ne başvuran bireylerin çocukluk dönemlerinde yaşamış oldukları fiziksel ve ruhsal travmaları değerlendirilmiştir. Çalışmaya Fatih Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Beslenme ve Diyetetik Polikliniğine başvuran dahil edilme kriterlerini taşıyan 20-45 yaş arası 157 birey katılmıştır. Kontrol grubunu aynı hastanede çalışan ve kontrol grubu dahil edilme kriterlerini sağlayan 157 sağlık personeli oluşturmuştur. Erişkin dönem obezitesiyle çocukluk çağı travmalarını inceleyen araştırmamız beslenme ve diyetetik bilim dalı gözetiminde yapılmış ülkemizdeki ilk araştırmadır.

Çalışmada araştırma ve kontrol grubunun yaş ortalamaları açısından benzerlik gözlenmiştir. Çocukluk çağı travmalarının etkilerine ilişkin çalışmalar 18 yaş öncesi bireylerde araştırıldığı gibi erişkin dönem bireylerde de araştırılmaktadır. Araştırmada erişkin dönem bireyler için geliştirilmiş olan Türkçe geçerliliği ve güvenilirliği kanıtlanmış ölçek ile çocukluk çağı travmaları değerlendirmiştir. Çalışma grubunun eğitim düzeyi, kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksektir. Bu durumun kontrol grubunu oluşturan bireylerin hastane personeli, dolayısıyla eğitim durumlarının çoğunlukla lisans ve ön lisans düzeyinde olması düşünülmüştür.

Bu çalışmada gelir seviyesi arttıkça obezitede anlamlı bir artış bulunmuştur. 0-500 TL gelire sahip kişilerde obez kişi sıklığı % 12 ± 7.6 iken, geliri 2000-5000TL olan obez kişilerde sıklık % 54 ± 34.4 olarak artış göstermektedir. Çalışma ve kontrol grupları arasında gelir düzeyi açısından anlamlı fark saptanmıştır. Başka bir araştırmaya göre obezite ile gelir seviyesi arasında negatif ilişki belirtilmiştir (158). Bu farklılık kontrol grubu bireylerin hastane çalışanlarından ve gelirlerinin ortalama bir düzeyde olmasından kaynaklanabilir. Beslenme ve diyetetik poliklinikleri devlet hastaneleri dışında ücrete tabi hizmet verdiği için araştırmaya katılan bireylerin genel olarak gelir düzeylerinin yüksek olduğu gözlenmiştir.

Bu araştırmada tütün ürünleri kullanım durumuna göre; çalışma ve kontrol grupları arasında anlamlı fark bulunamazken, alkol ve madde kullanımı araştırma grubunda anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Çocukluk çağı travma puanına göre

travmatik deneyim durumu karşılaştırıldığında ise anlamlı fark belirlenmemiştir. Çocukluk çağı travmalarının erişkin dönemde uyuşturucu madde, alkol ve sigara kullanımını artırdığına ilişkin araştırmalar bulunmaktadır (159-161). Bu araştırmada böyle bir fark belirlenmemesi daha az sayıda denek üzerinde yürütülmüş olması, alkol ve madde kullanımının gizlenmek istenmesi olarak düşünülmüştür.

Besinleri özenle çiğnemenin enerji alımını azalttığı, obez bireylerin yemek yeme ve çiğneme yeterli özen göstermedikleri bildirilmektedir (162). Araştırmamızda yemek yeme hızları arasında anlamlı bir fark belirlenmemiştir. Bunun nedeni kontrol grubumuzu oluşturan sağlık çalışanlarının, çalışma şartları gereği hızlı olmayı alışkanlık haline getirmiş olabilecekları düşünülmüştür.

Çeşitli araştırmalarda; ciddi ekonomik güçlükler, çok çocuklu aile, üvey ebeveyn, alkol ve uyuşturucu madde bağımlısı anne-baba, kendisi istismar görmüş kimseler, çok genç anne, eğitim düzeyi, ailede içi geçimsizlik, aile işi şiddet ve diğer çocuklarında istismara uğraması, ailede psikiyatrik hastalık, istenmeyen gebelik sonrası doğan çocuk, çocuğun kendinden kaynaklanan özellikleri (sakatlık, prematüre veya düşük doğum ağırlığı, hiperaktivite) çocukluk çağı travmaları için risk etmenleri olarak belirtilmiştir (142). Araştırmamızda bu tür travmatik deneyimlerin çalışma grubunda anlamlı derecede yüksek olup benzer çalışmalarla örtüşmektedir (143,144). Çocukluk döneminde anne babanın ayrı yaşaması, anne ve babanın öz olup olmama durumları açısından gruplar arasında anlamlı bir ilişki bulunamasa da, annenin ölümü ($p=0.015$) ve babanın evi terk etmesi veya ayrılması ($p=0,014$) araştırma grubunda anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Cerrahi operasyon geçirme ($p=0.001$), aileden birisinin kaybı (ölümü) ($p=0.012$) gruplar arası anlamlı bulunmuştur. Ciddi hastalık geçirme, doğal afet yaşama, aileden birinin evi terk etmesi, anne baba ayrılığı, travmatik olay yaşama (trafik kazası, yangın ve yaralanma), kronik hastalık ve sürekli ilaç kullanımı yönüyle gruplar arası anlamlı bir fark belirlenmemiştir. Bu deneyimlerden en az birini yaşamış olma durumu çalışma grubunda %68.8 ve kontrol grubunda %45.2'dir, anlamlı fark belirlenmiştir ($p=0,001$). Erişkin dönem obez bireylerde herhangi bir travmaya maruz kalmış olma ihtimalinin daha yüksek olduğu literatürle benzer şekilde bulunmuştur.

Bu çalışmada CTQ-28 çocukluk çağı travma ölçeği kullanılmıştır. Bu ölçek, 20 yaş öncesi travmatik deneyimler için tarama aracı, klinik değerlendirmede daha ayrıntılı bilgi sağlamak için geliştirilmiştir (152). Araştırmaya katılan tüm bireylere uygulanmıştır. Araştırmaya katılan obez bireylerin %89.2'si bir alanda kötü muamele ile karşılaştığını bildirmektedir. Şar ve ark.(163) yaptığı başka bir çalışmada benzer (%88.6) sıklık bildirilmiştir. Grillo ve ark (164) 145 obez birey üzerinde yürüttükleri başka bir çalışmada yine benzer şekilde bu sıklığı %89,0 olarak bildirmektedir. Çalışmamızın kontrol grubunda travmatik deneyim bildirme sıklığı anlamlı derecede düşük bulunmuştur ($p=0.001$). Çalışmalarla örtüşen bu veriler çocukluk çağı travmatik deneyimlerin erişkin dönem obezitesi için risk oluşturabileceği görülmektedir.

Çalışmamızda %59.2 duygusal istismar bildirirken, başka bir çalışmada bu sıklık %59.0 olarak bildirilmiştir (165). Ülkemizde yapılan bir diğer çalışmada ise %51.0 olarak bildirilmektedir (111). Başka bir çalışmada ise %61.0'olarak bildirilmiştir (166). Çalışmamızın sonuçları bu yönüyle diğer çalışmalarla benzerlik göstermiştir. Kontrol grubumuzda da bu istismar alt puanının anlamlı derece düşük olması duygusal istismarın da erişkin dönem obezitesi için risk faktörü olabileceğini göstermektedir.

Bu çalışmada %26.1 fiziksel istismar bildirilirken benzer bir çalışmada bu sıklığın %36.0 olduğu bildirilmektedir (165). Ülkemizin de yer aldığı 18 yaş altı popülasyonda yapılan uluslararası bir çalışmaya göre ise fiziksel istismar sıklığı %58.1 (111) benzer başka bir çalışmaya göre de %43 olarak çalışmamızdan daha yüksek sıklık bildirilmiştir (112). Sonuçların bu yönden örtüşmemesinin nedeni çalışmamızın 20 yaş üzeri bireylerde yapılmış olmasıdır. Travmatik deneyimlerin unutulmuş ya da gizlenmiş olabileceğini akla getirmektedir.

İstismar mağdurlarının, fazla kilolu veya obez olmalarının cinsel olarak daha az çekici olacakları inancıyla potansiyel istismarcılardan korunmak için yaşam tarzı değişikliği ile kilo alabildikleri, artan stres düzeyleri nedeniyle değişen hormon profili veya gelişen psikopatoloji sonrasında kilo alabildikleri, anksiyete düzeylerini azaltmaya yönelik davranış olarak yemek yemek sonrasında kilo alabildikleri bildirilmiştir. Çalışma grubumuzda istismar bildirme sıklığının anlamlı derece yüksek olması diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Bu çalışmada obez grupta cinsel

istismar sıklığı % 31.2 belirlenmiştir, başka bir çalışmada ise bu sıklık %30.0 olarak bildirilmiştir (165). Bariatrik cerrahi programına alınan 500 obez birey üzerinde yürütülen bir çalışmada ise bu sıklık %21.8 olarak bildirilmiştir (144). Bulgularımız bazı çalışmalarla örtüşmekte bazı çalışmalarla da örtüşmemektedir. Ülkemizde cinsel istismardan etkilenme sıklığı %11-27 olarak bildirilmektedir. Çalışmamız cinsel istismar sıklığı yönünden bu aralıkta bulunmakta ve diğer sonuçlarla örtüşmektedir. Ülkemizde 2010 yılında yayımlanan Türkiye Çocuk İstismarı ve Aile İçi Şiddet araştırma raporuna göre ise 7-18 yaş arası çocukların cinsel istismar bildirme sıklığı %3.0 olarak belirtilmiştir (110). Ancak cinsel istismara tanık olma sıklığı aynı grupta %10.0'dur. Travma tanımlamalarında, travmatik deneyimlerin yanında şahit olmayı da kapsamaktadır (82). Bu çalışmada diğer çalışmaya göre daha yüksek bir sıklık belirlenmiştir. Bunun nedeni ise diğer araştırmanın 18 yaş altı popülasyonda yürütülmüş olması, dolayısıyla istismarı belirtirken güçlük çekiyor olabileceği, çekiniyor veya korkuyor olabileceği düşünülmüştür. Ayrıca bizim çalışmamıza katılan bireylerin erişkin olması, korku ve endişe ile gizlenme sıklığının daha düşük olmasını da akla getirmektedir. Olumsuz Çocukluk Çağı Deneyimleri (Adverse Childhood Experiences-ACE) çalışmasına göre ise %21.0 olarak bildirilen bu sıklık bizim araştırmamızın sonuçları ile benzer bulunmuştur (167). Cinsel istismar bildirimlerinin ve bildirim güçlükleri göz önünde bulundurulunca popülasyonda %20.0 gibi yüksek bir sıklığın olması dikkat çekicidir. Ayrıca çeşitli çalışmalarda çeşitli sıklıklarla bildirilen cinsel istismar İslam dininin yaygın yaşandığı ve dini gereklilik nedeniyle yasaklanmış bir davranışın toplumda yaygınlığı diğer bir dikkat çekici yöndür (106-109).

Çalışmada %89.8 duygusal ihmal bildirilirken diğer bir çalışmada %69.0 olarak bildirilmiştir (165). En sık olarak bildirilen istismar türü her iki çalışmada da duygusal ihmaldir. Fakat bizim araştırmamızda daha yüksek bulunması diğer çalışmaya göre katılımcı sayımızın az olması düşünülmüştür. Yapılan bir çalışmada en yaygın duygusal ihmal davranışı 'kendisini kötü hissettirme' olarak belirtilmiştir (110).

Bu çalışmada %80.0 fiziksel ihmal bildirilmiştir. Diğer bir çalışmada ise fiziksel ihmal sıklığının genel popülasyonda %49.0 olduğu yönündedir (168).

Ülkemizde yapılan bir çalışmada bu sıklık %71.0 olarak bildirilmiştir (111). Obez grubunun fiziksel ihmal bildirme sıklığının yüksek olmasının yanı sıra toplumda da yaygın görülmesi dikkat çekmektedir. Çalışma grubumuzun gelir durumunun yüksekliği farklılığın nedeni olabilir.

Çalışma grubumuzun anne ve/veya babadan ayrı yaşama sıklığı (ölüm, ayrılık) %24.2'dir. Olumsuz Çocukluk Çağı Deneyimleri (ACE) çalışmasında da bu sıklık bizim araştırmamızla benzerdir (167). Özellikle anne kaybı, çalışma grubunda anlamlı derecede yüksektir. Çocukluk döneminde annenin rolünün daha etkin olması, babanın anne düzeyinde ilgilenememesi akla gelebilir. Diğer yandan araştırmamızda baba kaybı yönünden gruplar arası fark tespit edilmemesi de bunu desteklemektedir.

Obez bireylerde; obezite ile benlik saygısı azalması arasında doğrusal ilişki bulunmuştur ve travmatik deneyim yaşayanlarda da benlik saygısı düşüklüğü bildirilmektedir. Benlik saygısı düşüklüğü ve klinik depresyon obeziteye bağlı en sık rastlanan psikolojik sorun olarak görülmektedir. Yapılan araştırmalarda obez bireylerin %58.6'sının benlik saygılarının düşük olduğu, travmatik deneyim yaşayanlarda da benlik saygısının kontrol edilemediği bildirilmiştir (145-148). Bizim çalışmamızda bu sıklık %86.6 olup gruplar arası anlamlı fark belirlenmiştir. Çalışmalar arasındaki fark araştırmamıza katılan bireylerin yüksek ekonomik gelir seviyesinden kaynaklanabileceğini düşündürmektedir.

Obezitenin tüm dünyada ve ülkemizde hızla artışı göz önünde bulundurularak; çocukluk çağı travmatik deneyimlerin erişkin dönemde birçok hastalıkla birlikte obeziteyle ilişkili olabileceği, tedavisinde multidisipliner yaklaşıma ihtiyaç duyulduğu, çocukluk çağı fiziksel ve ruhsal travmaların yaygınlığının azaltılması için hem aile içi hem çevresel eğitim modelleriyle önlenebileceği belirtilmektedir (2,4,7,61,62,169).

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu çalışmada, Fatih Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Beslenme ve Diyetetik Polikliniği'ne başvuran, Dünya Sağlık Örgütü'nün belirlemiş olduğu Beden Kütle İndeksi (BKİ) değeri 30 kg/m^2 ve üzerinde olan 157 obez birey ve aynı sayıda Dünya Sağlık Örgütü'nün belirlemiş olduğu BKİ değerlerine göre normal vücut ağırlığında bulunan 157 hastane personeli olmak üzere 314 birey; sosyodemografik verileri, antropometrik ölçümleri ile çocukluk çağı travma ölçek puanı ve benlik saygısı ölçek puanı arasındaki ilişki incelenmiştir ve sonuçlar aşağıda özetlenmiştir.

1. Çalışmaya 157 çalışma, 157 kontrol grubu olmak üzere toplam 314 birey katılmıştır.
2. Çalışmaya katılanların %74.4'ü kadın (n=233), %25.8'i (n=81) erkektir. Çalışma grubunu %70.7'si (n=111) kadın, %29.3'ü (n=46) erkek, kontrol grubunun %77.7'si (n=122) kadın, 25.8'i (n=35) erkektir. Çalışma grubunun yaş ortalaması 30.2 ± 7.8 yıl, kontrol grubunun 31.5 ± 7.2 yıl olarak bulunmuştur. Cinsiyet dağılımı ve yaş ortalaması yönünden gruplar arası anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0.05$).
3. Çalışma grubunun ortalama çocuk sayısı 1.08 ± 1.23 , kontrol grubunun 0.72 ± 0.97 olarak bulunmuştur. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0.05$).
4. Kardeş sayısı çalışma grubunda 3.44 ± 2.02 , kontrol grubunda 3.384 ± 1.89 olup gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0.05$).
5. Lisans ve lisansüstü eğitim durumu; çalışma grubunda %69.5, kontrol grubunda %54.7 olarak bulunmuştur. Eğitim düzeyi açısından gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0.05$).
6. Çalışma grubu aylık gelirin 2000 TL'den daha yüksek bildirme sıklığı %48.4, kontrol grubunda %30.6'dır. Gruplar arası aylık gelir yönüyle istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0.05$).
7. Çalışma grubu ortalama boy uzunluğu 165.9 ± 10.4 cm, kontrol grubu 165.8 ± 8.2 cm. tespit edilmiştir. Boy uzunluğu yönünden gruplar arası istatistiksel anlamlı fark bulunmamıştır ($p < 0.05$).

8. Çalışma grubunun BKİ ortalaması 34.3 ± 6.4 kg/m², kontrol grubunun ise 22.7 ± 2.9 kg/m² olarak bulunmuştur. Gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0.05$).
9. Çalışma grubunun günlük uyku süresi ortalama 7.4 ± 1.32 saat, kontrol grubunun 6.9 ± 1.82 saat, kitap okuma süresi çalışma grubunda 58.3 ± 66.7 dakika, kontrol grubunda 40.4 ± 49.7 dakika olarak bulunmuştur. İnternette geçirilen süre çalışma grubunda 2.15 ± 2.64 saat, kontrol grubunda 1.4 ± 1.76 saat olarak bulunmuştur. Gruplar arası günlük uyku süresi, kitap okuma süresi ve internette geçirilen süre karşılaştırıldığında gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur.
10. Çalışma grubunda anne kaybı sıklığı %12, kontrol grubunda bu sıklık %3 olup gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0.05$).
11. Ailede başka kilolu bireyin varlığına bakıldığında, çalışma grubunun %35.0'i bir kişi, %28.7'i 2 ve daha fazla, %29.3'ü ise kilolu başka kimsenin olmadığını belirtirken, kontrol grubunda bu sıklıklar sırasıyla %31.8'i bir kişi, %10.2 2 ve daha fazla, %44.6'sı başka kilolu bireyin olmadığı bulunmuştur. Gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0.05$).
12. Obezite nedeniyle diyetisyene başvurma sıklığı çalışma grubunda %66.9 kontrol grubunda %28.7 bulunmuştur. Gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0.05$).
13. Çalışma grubunun mevcut kilolarından şikayetçi olma sıklığı %88.5 kontrol grubunda bu sıklık %11.5 olarak bulunmuştur. Gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0.05$).
14. Her iki grupta da diyet ile ilgili bilgi edinmek için sadece doktor veya diyetisyene başvurma sıklığı %13.1 olarak bildirilmiştir. Gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0.05$).
15. Çalışma ve kontrol grubunda tütün ve ürünleri kullanma sıklığı sırasıyla %25.5 ve %22.3, alkol kullanım sıklığı %17.1 ve %5.7, madde kullanımı sıklığı %14.6 ve %1.3 ($p = 0,001$) olarak bulunmuştur. Gruplar arası alkol ve madde kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0.05$).
16. Çalışma ve kontrol grubunda tütün ve ürünleri kullanma sıklığını sırasıyla %25.5 ve %22.3 olup istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0.05$).

17. Çalışma ve kontrol grubunda neşeli mutlu iken yemek yeme isteğinin arttığını belirtme sıklığı sırasıyla %39.5 ve %36.9, azaldığını belirtme sıklığı %44.6 ve %12.1 olarak bulunmuştur. Gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0.05$).
18. Üzüntülü durumda yemek yeme isteğinin arttığını bildirme sıklığı çalışma grubunda %39.5, kontrol grubunda %21.0 olarak belirtilmiştir. Üzüntülü durumda yemek yeme isteğinin artması gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$).
19. Öfkeli-kızgın iken yemek yeme isteğinin arttığını bildirme sıklığı çalışma grubunda % 33.1, kontrol grubunda %22.3'tür. Gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$).
20. Çalışma grubunda yemek sırasında suçluluk duygusu hissetme sıklığı %14.6, kontrol grubunda %2.5'tir. Yemek sonrası suçluluk hissetme sıklığı çalışma grubunda %48.4 ve kontrol grubunda %26.8 olarak bulunmuştur. Yemek sırasında ve sonrasında suçluluk hissetme durumlarına göre gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$).
21. Yemek sonrası mutluluk hissetme sıklığı çalışma grubunda %39.5 ve kontrol grubunda %54.1 olmak üzere çalışma grubunda anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).
22. Yemek yeme hızları yönünden gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$).
23. Cerrahi operasyon geçirme sıklığı çalışma ve kontrol grubunda sırasıyla %36.3 ve %19.1, aileden birinin kaybını yaşama sıklığı çalışma grubunda %26.8, kontrol grubunda %14.6 olarak bulunmuştur. Cerrahi operasyon geçirme ve aileden birinin kaybını yaşama durumlarına göre gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$).
24. Ciddi hastalık geçirme, doğal afet yaşama, aileden birinin evi terk etmesi, anne baba ayrılık yaşaması, kronik hastalık ve sürekli ilaç kullanımlar yönünden çalışma ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0.05$).
25. Cerrahi operasyon geçirme, ciddi hastalık yaşama, doğal afet yaşama, aileden birinin evi terk etmesi, aileden birin kaybı, anne baba ayrılık yaşaması, kronik

hastalık ve sürekli ilaç kullanımlarından herhangi birinin bildirim sıklığı çalışma grubunda %68,8, kontrol grubunda %45.1 olarak bulunmuştur. Gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$).

26. Çalışmaya katılan tüm bireylerde fiziksel istismar bildirme sıklığı %19.7'dir. Çalışma grubunda bu sıklık %26.1 ve kontrol grubunda %13.1'dir. Gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$).
27. Çalışma grubunda fiziksel ihmal bildirme sıklığı %80.3, kontrol grubunda %69.4'dir ve gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$).
28. Çalışma grubunda %59.2 ve kontrol grubunda %42.7 olmak üzere araştırmaya katılan tüm katılımcıların duygusal istismar bildirme sıklığı %51.0 olarak tespit edilmiştir. Gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$).
29. Duygusal ihmal bildirme sıklığı çalışma grubunda %89.8 ve kontrol grubunda %86.6 olmak üzere her iki grupta da yüksek olup gruplar arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0.05$).
30. Cinsel istismar bildirme sıklığı çalışma grubunda %31.2 iken kontrol grubunda %12.1 olarak belirlenmiştir. Gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$).
31. Toplam CTQ puanı çalışma grubunda ortalama 42.6 ± 10.5 ve kontrol grubunda 37.2 ± 6.61 olup çalışma grubunda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).
32. Travma alt türü puan ortalamalarına göre, çalışma ve kontrol grubunda sırasıyla fiziksel istismar 5.9 ± 1.94 ve 5.4 ± 1.30 , fiziksel ihmal 8.8 ± 3.68 ve 7.2 ± 2.33 , duygusal istismar 7.3 ± 2.60 ve 6.3 ± 2.37 , duygusal ihmal 12.0 ± 9.95 ve 9.9 ± 4.18 , cinsel istismar 6.8 ± 5.57 ve 5.5 ± 1.80 olarak belirlenmiştir. Tüm travma alt tür puanları yönünde gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$).
33. Cinsel istismar alt puanı erkeklerde 7.3 ± 5.57 , kadınlarda 6.5 ± 4.54 olarak bulunmuştur ($p<0.05$).
34. Cinsiyete göre diğer travma alt türlerine ilişkin CTQ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

35. Çalışma grubunun benlik saygısı puan ortalaması 10.3 ± 4.15 . kontrol grubunda bu değer 11.6 ± 4.81 bulunmuştur. Gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0.05$).

Sonuç olarak; obez bireylerin çocukluk çağı fiziksel ve ruhsal travma yaşamış olma olasılıklarının yüksek olduğunu bu çalışma desteklemektedir. Diyet uzmanı bu ihtimali ilk değerlendirme ve takip boyunca göz önünde tutmalıdır.

Obez bireylerin çocukluk dönemlerinde düşme, ameliyat olma, yangından kaçma, doğal afet yaşama, ailede ayrılık, aileden birisini kaybı gibi travmatik olaylar yaşamış olma ihtimali yüksek olduğunu bu çalışma desteklemektedir. Bu tür travmatik deneyimlerin bireyin ruhsal sağlığını etkileyebileceği buna bağlı yeme problemleri yaşayabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

Obezite multidisipliner tedavi ve takip gerektiren bir hastalıktır. Obezitenin birçok nedenini olduğu bilinmekle birlikte geçmişte yaşanmış olan fiziksel ve ruhsal travmatik deneyimlerden kaynaklanabileceği unutulmamalıdır.

Obezitenin multidisipliner tedavisinde diyetisyen lider rolü üstlenmelidir. Lider rol üstlenecek diyetisyen hastanın anamnezini ayrıntılı şekilde almalı ve gereken sağlık profesyonelleri ile sıkı işbirliği içinde olmalıdır.

Obezitenin önemli bir nedeni olarak aile içi şiddet de araştırmalarda gösterilmektedir. Özellikle obezitenin önlenmesinde bireyin aile ve yaşam çevresinin düzenlenmesi önem arz etmektedir. Şiddetin şiddete neden olduğu aşikârdır. Aile içi şiddete yönelik geniş kapsamlı araştırmalar ve önlemeye yönelik çalışmalar planlanmalıdır.

Travma ve alt türleri için risk faktörleri, obeziteye sebep olan etki mekanizmalarını belirlemeye yönelik daha büyük örneklem üzerinde klinik ve deneysel çalışmalar gerekmektedir.

KAYNAKLAR

1. Controlling the global obesity epidemic, 2014, Erişim: (<http://www.who.int/nutrition/topics/obesity/en/>). Erişim tarihi: 15/12/2014.
2. Satman I, Omer B, Tutuncu Y, *et al.* Twelve-year in the prevalence and risk factors of diabetes and prediabetes in Turkish adults. *Eur J Epidemiol Feb*; 28(2):169-80, 2013.
3. Physical status: The use and interpretation of anthropometry. 1995, Erişim: (http://www.who.int/childgrowth/publications/physical_status/en/1995), Erişim tarihi: 15/12/2014.
4. Ng M, Fleming T, Robinson M, *et al.* Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980–2013: A systematic analysis for the global burden of disease study, *Lancet* 384 (9945): 766–781, 2014.
5. Türkiye sağlıklı beslenme ve hareketli hayat programı 2013-2017, Sağlık Bakanlığı 773 Ankara, 2014, Erişim: (http://beslenme.gov.tr/content/files/home/turkiye_saglikli_beslenme_ve_hareketli_hayat_programi.pdf), Erişim tarihi: 15/12/2015.
6. Türkiye beslenme ve sağlık araştırması 2010 –TBSA- Yayın No: SB-SAG-2014/0 Ankara, 2014, Erişim: (http://www.sagem.gov.tr/TBSA_Beslenme_Yayini.pdf), Erişim tarihi: 14/02/2015.
7. Ogden CL, Carroll MD, *et al.* Prevalence of childhood and adult obesity in the united states, 2011–2012, *JAMA* 311 (8): 806–814, 2014.
8. May AL, Freedman D, Sherry B, *et al.* 1999–2010 Morbidity and Mortality Weekly Report, *Obesity*, 62(3): 120–128, 2013.
9. Baysal A, Aksoy M, Besler HT, ve ark. Diyet El Kitabı, 6.baskı, Ankara, Hatipoğlu Kitapevi, Türkiye, 2011.
10. Mahan LK, Stump SE, Raymond JL. Krauses’s food and the nutrition care process, Missouri, USA, 2012.
11. Koç S. Obez adolesanlarda metabolik sendromun ve alkolik olmayan karaciğer yağlanması araştırılması, aralarındaki ilişkinin değerlendirilmesi, Yayımlanmamış uzmanlık tezi, T.C. Sağlık Bakanlığı Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul, 2006.
12. Kalan I, Yeşil Y. Obezite ile ilişkili kronik hastalıklar, *Mised*, 23–24:78-81, 2010.
13. Dolgun E, Yavuz M. Aşırı Şişmanlık Cerrahisinde Hemşirelik Bakımı, *Maltepe Üniv Hem Bilim Sanat Der* 3(1): 85-92, 2010.
14. Williamson DF, Thompson TJ, Anda RF, *et al.* Body weight and obesity in adults and self-reported abuse in childhood, *Inter J Obesity* 26(8):1075–1082, 2002.
15. Hawkins MA, Stewart JC. Do negative emotional factors have independent associations with excess adiposity?, *J Psychosomatic Res* 73(4):243-50, 2012.
16. Gustafson T, Sarwer D. Childhood sexual abuse and obesity, *Obes Rev* 5:129-135, 2004.
17. Study Adverse childhood experiences survey among university student in Turkey. Erişim:(http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/267472/Adverse-childhood-experiences-survey-among-university-students-in-Turkey-Eng.pdf?ua=1). Erişim tarihi: 10/02/2015.
18. Oral ÜK, Engin P, Büyükyazıcı Z. Türkiye’de çocuk istismarı ve aile içi şiddet araştırması özet raporu, 2011, Erişim:

(<http://www.unicef.org.tr/files/bilgimerkezi/doc/cocuk-istismari-raporu-tr.pdf>).

Erişim tarihi: 15/12/2014.

19. Özer E, Bütün C, Beyaztaş E, ve ark. Çorum Adli Tıp Şube Müdürlüğü'ne 2006-2007 yıllarında başvuran cinsel istismar mağduru çocuk olgularının değerlendirilmesi, C.Ü. Tıp Derg, 29 (2): 51-55, 2007.
20. Güner S, Güner Ş. Çocuklarda sosyal ve medikal bir problem: İstismar, Van Tıp Derg, 17(3):108-113, 2010.
21. Koçak C, Büyükgönenç L. Toplumdaki bireylerin çocuk istismarı ve ihmaline yönelik bilgi ve görüşleri, Hitit Üniv Sosyal Bilim Enst Derg 4:(1), 89-104, 2011.
22. Celbis O, Ozdemir B, Kaya A. Examination of sexually assaulted child. Turk Ped Arch; 46: 104-10F, 2011.
23. Baysal A. Beslenme, 5. Baskı, Ankara, 2011.
24. Clinical guidelines on the identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults – the evidence report, 1998. September, Erişim: (http://www.nhlbi.nih.gov/files/docs/guidelines/ob_gdlns.pdf). Erişim tarihi: 15/02/2015.
25. Mei Z, Grummer-Strawn LM, *et al.* Validity of body mass index compared with other body-composition screening indexes for the assessment of body fatness in children and adolescents. Am J Clin Nutr 75:97–985, 2002.
26. Garrow JS, Quetelet WJ. Quetelet's index (W/H²) as a measure of fatness. Int J Obesity 9:147–153, 1985.
27. Physical status: The use and interpretation of anthropometry - Report of a WHO expert committee. Geneva, 1995. Erişim: (http://www.who.int/childgrowth/publications/physical_status/en/). Erişim tarihi: 05/02/2014.
28. Obesity: Preventing and managing the global epidemic. Report WHO Technical Report Series 894. Geneva, 2000. Erişim: ([http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO TRS 894/en/](http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_894/en/)). Erişim tarihi: 05/02/2014.
29. Redefining obesity and its treatment. Australia, 2000. Erişim: (<http://www.maso.org.my/spom/chap3.pdf>). Erişim tarihi: 04/02/2015.
30. Kandemir N. Obezitenin sınıflandırması ve klinik özellikleri. Katkı Ped Derg 21(4): 500-506, 2000.
31. Monica project: Geographical variation in the major risk factors of coronary heart disease in men and women aged 35-64 years, 2013. Erişim: (<http://www.thl.fi/monica/>) Erişim tarihi: 04/01/2013.
32. Finucane MM, Stevens GA, Cowan MJ, *et al.* National, regional, and global trends in body-mass index since 1980: Systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 960 country-years and 9.1 million participants. Lancet, 377(9765):557-67, 2012.
33. Control Diseases Center. NCHS 2009-2010, Data Brief No:82, 2012 Erişim: (<http://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db82.pdf>). Erişim tarihi: 15/12/2014.
34. Bağrıaçık N, Onat H, İlhan B, ve ark. Obesity profile in Turkey, Int J Diabetes Metab 17:5-8, 2009.
35. Sağlık İstatistikleri Yıllığı. Ankara, 2013. Erişim: (<http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/sa%C4%9Fl%C4%B1k%20istatistikleri%20y%C4%B1ll%C4%B1%C4%9F%C4%B1%202013.pdf>). Erişim tarihi: 15/12/2014.

36. Türkiye çocukluk çağı (7-8 yaş) şişmanlık araştırması (COSI-TUR) 2013 temel bulgular, Ankara, 2014. Erişim: (http://beslenme.gov.tr/content/files/yayinlar/kitaplar/diger_kitaplar/cosi_temel_bulgular.pdf). Erişim tarihi: 15/12/2014.
37. Daştan İ. İzmir İlinde 7-18 yaş arası öğrencilerde obezite ve fazla kilo prevalansı Bakırköy Tıp Derg 10:139-146, 2014.
38. Organisation for economic co-operation and development –OECD- ,2014. Erişim: (<http://www.oecd.org/health/health-systems/49716427.pdf>). Erişim tarihi: 16-/2/2014.
39. Tayfur M. Diyetisyen çalışma rehberi, Ankara, Hatipoğlu Yayınları, 2014.
40. Chung WK, Leibel RL. Considerations regarding the genetics of obesity. Obesity (Silver Spring), 16:33–9, 2008.
41. Whitaker RC, Wright JA, Pepe MS, *et al.* Predicting obesity in young adulthood from childhood and parental obesity. N England J Med; 337: 926-927, 1997.
42. Biro FM, Wien M. Childhood obesity and adult morbidities. Am J Clin Nutr 91(suppl):1499–1505, 2010.
43. Obezite tanı ve tedavi klavuzu 2014. Erişim:(http://www.turkendokrin.org/files/file/OBEZITE_TTK_web.pdf). Erişim tarihi: 16-12-2014.
44. Chaput JP, Pérusse L, Després JP. *et al.* Findings from the Quebec Family Study on the etiology of obesity: Genetics and Environmental Highlights. Curr Obes Rep 3:54-66,2014.
45. Livingstone B. Epidemiology of childhood obesity in Europe. Euro J Ped, 159 (Suppl) 1:14-34. 48, 2000.
46. Wechsler LR, Galuska D, Fulton JE, *et al.* Television viewing and its association with overweight, sedentary lifestyle, and insufficient consumption of fruits and vegetables among US high school students: differences by race, ethnicity, and gender, J School Health,72(10):413-21, 2002.
47. Cinaz P, Çamurdan M, Maral I, *ve ark.* 6-16 yaş arası 12.589 çocukta obezite sıklığı ve risk faktörleri. VIII. Ulusal Pediatrik Endokrinoloji Kongresi Özet Kitabı , Erzurum, 2003.
48. Günöz H, Neyzi O, Ertuğrul T. Şişmanlık, Nobel Tıp Kitabevi, 2000.
49. Obesity: Preventing and managing the global epidemic, 2013. Erişim:(http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_894/en/). Erişim tarihi: 03/12/2014.
50. Robinson TN. Television viewing and childhood obesity. Pediatr Clin North Am, 48(4):1017-27, 2001.
51. Atkinson RL, Goldstein DJ. Etiologies of obesity, goldstein, The management of eating disorders and obesity, (3), Sec.Edi. Humana Press Totowa, NJ. 77-81, 2005.
52. Sims EA. Storage and expenditure of energy in obesity and their implications for management. Med Clin North Am 73:1;97-110, 1989.
53. Arslan M. Obezite. Koloğlu endokrinoloji temel ve klinik (Erdoğan G, ed). 2.baskı. Ankara, MN Medikal ve Nobel, 16: 785-803, 2005.
54. Köksal G, Gökmen ÖH, çocukluk ve ergenlik döneminde obezite. 1.Basım, S.B Yayın No: 729, 2008.
55. Birinci basamak hekimler için obezite ile mücadele el kitabı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2013.

56. Morton GJ, Cummings DE, Baskin DG. Central nervous system control of food intake and body weight. *Nature*, 443:289-295, 2006.
57. Hajshafiha M, Ghareaghaji R. Association of body mass index with some fertility markers among male partners of infertile couples. *Int J Gen Med* 6:447-451, 2013.
58. Erdemir F. The evaluation of the relationship between obesity and male infertility, *Clin Analytical Med* 4(1): 76-82, 2013.
59. Türkiye’de obezite tedavisinde obezite cerrahisinin yeri. Ankara, 2014. Erişim: (<http://www.hta.gov.tr/pdf/Obezite%20Cerrahisi%20Rapor%2025%2004%202014.pdf>). Erişim tarihi: 10/02/2014.
60. Mercanlıgil SM, Şişmanlığın tedavi yöntemleri doğrular ve yanlışlar, 2008. Erişim: (<http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-36601/h/d-3-sismanligin-tedavi-yontemleri-dogrular-ve-yanlislar.pdf>). Erişim tarihi: 10/02/2014.
61. Foster GD, Wadden TA, Vogt RA, *et al.* What is a reasonable weight loss? Patients’ expectations and evaluations of obesity treatment outcomes. *J Consult Clin Psychology* 65:793, 1997.
62. Baysal A. Yetişkinlerde Ağırlık Yönetimi, Birinci Basım, Baş M (Eds). Ekspress Baskı A.Ş., 2008.
63. Akbulut G, Rakıcioğlu N. Şişmanlığın beslenme tedavisinde güncel yaklaşımlar. *Gen Tıp Derg* 20:35-40, 2010.
64. Merdol TK. Obezitede diyet tedavisi temel ilkeleri ve eğitim. *Turk Endocrin Metab*, 7(2): 33-38, 2003.
65. Türkiye’ye Özgü Beslenme Rehberi, Ankara, 2007. Erişim: (http://beslenme.gov.tr/content/files/yayinlar/kitaplar/diger_kitaplar/beslenme_rehberi.pdf). Erişim tarihi: 10/02/2014.
66. Knowler WC, Barret-Connor E, Fowler SE. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *New Eng J Med* 346:393, 2002.
67. Douketis JD, Macie C, Thabane L, *et al.* Systematic review of long-term weight loss studies in obese adults: Clinical significance and applicability to clinical practice. *Int J Obesity* 29:1153-1167, 2005.
68. Yanovski ZS, Yanovski AJ. Long-term drug treatment for obesity: A systematic and clinical review. *JAMA* 3(11):74-86, 2014.
69. Dunitz M. Obezite ve İlişkili Hastalıkların Tedavisi. 1. Baskı, İstanbul, AND Yayıncılık, 2001.
70. Bray GA, Davies SW, Despres JP. Klinik obezite. 1. Baskı, Blackwell Scianse Limited, Oxford, 1998.
71. Clinical guidelines on the identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults – The evidence report, *Obes Res* 6:51S-209S, 1998. Erişim: (http://www.nhlbi.nih.gov/files/docs/guidelines/ob_gdlns.pdf). Erişim tarihi: 15/12/2014.
72. Jakicic JM. Exercise in the treatment of obesity. *Endoc Metab Clin North Am* 32:967-80, 2003.
73. Foreyt JP, Paschali AA. Davranış tedavisi ve obezite ve ilişkili hastalıkların tedavisi 1. Baskı, AND Yayıncılık 8: 165-178, 2003.
74. Yılmaz M. Beslenme eğitiminin obez hastalarda ağırlık kaybı üzerine etkisi. *Turkish J Endocrin Metab* 7 (2): 83-85, 2003.
75. Flier JS, Braunwald E, Fauci AS, *et al.* Obezite. *Harrison’s principles of internal medicine*, 77: 479-486 McGraw-Hill, 2004.

76. Boztepe H. Obezitenin medikal ve cerrahi tedavisi. *J Int Med Sci*, 1(37): 85-88, 2005.
77. Yorgancı K, Tırnaksız BM. Morbid Obezitenin Cerrahi Tedavisi, *Hacettepe Tıp Derg*, 38:218-222, 2007.
78. Poulouse BK, Griffin MR, Moore DE. Risk factors for post-operative mortality in bariatric surgery. *J Surg Res* 127:1-7, 2005.
79. Gustafson T, Sarwer D. Childhood sexual abuse and obesity. *Obes Rev* 5:129-135, 2004.
80. Köroğlu E(ed.), DSM-IV. Amerikan Psikiyatri Birliği Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1994.
81. Köroğlu E(ed.), DSM-V. Amerikan Psikiyatri Birliği Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2000.
82. Öztürk MO, Uluğ B, (ed). ICD-10 Ruhsal ve davranışsal bozuklukların sınıflandırılması. Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği Yayınları, Medikomat. Ankara, 1992.
83. Kırımsoy E, Acar H, Sevik HY, ve ark. Sosyal çalışma görevlileri için eğitim kitabı, Ankara, 2013.
84. Kara B, Biçer Ü, Gökalp AS. Çocuk istismarı. *Çocuk Sağ Hast Derg*, 47: 140-151, 2004.
85. Şar V. Kötüye kullanım ve ihmal ile ilişkili sorunlar, Psikiyatri temel kitabı. (Güleç C, Köroğlu E.), Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 823-833, 1998.
86. Child abuse and neglect by parents and other caregivers, 2002. Erişim:(http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/chapters/en/). Erişim tarihi:10/02/2014.
87. Jacobi G, Dettmeyer R, Banaschak S, *et al*. Child abuse and neglect: Diagnosis and management. *Deut Ärzteblatt Int* 107(13):231-39, 2010.
88. Faleiros JM, Matias AS, Bazon MR. Violence against children in the city of Ribeirão Preto, São Paulo State, Brazil: Child abuse prevalence estimated from school system data. *Cad Saude Publica* 25(2):337-48, 2009.
89. Preventing child maltreatment: A guide to taking action and generating evidence, 2006. Erişim:(http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241594365_eng.pdf). Erişim tarihi: 10/02/2014.
90. Akyüz E. Ulusal ve uluslararası hukukta çocuğun haklarının ve güvenliğinin korunması. İnsan hakları eğitim dizisi: 2, Milli eğitim baskı evi, Adli Tıp, DR Yayınları Ankara, 2000.
91. Taner Y, Bahar G. Çocuk istismarı ve ihmali: Psikiyatrik yönleri. *Hacettepe Tıp Derg* 35:82-86, 2004.
92. Global status report on violence prevention, 2014. Erişim: (http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/status_report/2014/en/). Erişim tarihi: 15/02/2014.
93. Stoltenborgh M, Bakermans-Kranenburg MJ, Van Ijzendoorn MH. *et al*. Cultural-geographical differences in the occurrence of child physical abuse? A meta-analysis of global prevalence. *Int J Psychology* 48(2):81-94, 2013
94. Stoltenborgh M, Bakermans-Kranenburg MJ, Van Ijzendoorn MH, *et al*. The universality of childhood emotional abuse: A meta-analysis of worldwide prevalence. *J Aggres*, 21(8), 2012.

95. Stoltenborgh M, Bakermans-Kranenburg MJ, Van Ijzendoorn MH. The neglect of child neglect: A meta-analytic review of the prevalence of neglect. *Soc Psych Psych Epid* 48(3):345–55, 2013.
96. Stoltenborgh M, Van Ijzendoorn MH, Euser EM. *et al.* A global perspective on child sexual abuse: Meta-analysis of prevalence around the world. *Child Maltreatment*, 16(2):79–101, 2011.
97. Euser EM, Van Ijzendoorn MH, Prinzie P, *et al.* The Prevalence of Child Maltreatment in the Netherlands. *Child Maltreat*. 3, 2009.
98. Chen J, Dunne MP, Han P. Child sexual abuse in China: A study of adolescents in four provinces. *Child Abuse Negl*, 28(11):1171-86, 2004.
99. Wong WCW, Leung PWS, Tang CSK, *et al.* To unfold a hidden epidemic: Prevalence of child maltreatment and its health implications among high school students in Guangzhou, China. *Child Abuse Negl*, Jul;33(7):441-50.
100. Şahiner ÜM, Yurdakök K, Kavak US, Çetin İ. Tıbbi açıdan çocuk istismarı. *Katki Ped Derg* 22(3):276-285,2001.
101. Reza A, Breiding MJ, Gulaid J, *et al.* Sexual violence and its health consequences for female children in Swaziland: A cluster survey study. *Lancet*, 373(9679):1966–72, 2018.
102. Violence against children in Tanzania: Findings from a national survey, 2009. Erişim:(http://www.unicef.org/media/files/VIOLENCE_AGAINST_CHILDREN_IN_TANZANIA_REPORT.pdf). Erişim tarihi:14/12/2014.
103. Violence against children in Kenya. Findings from a 2010 national survey. Nairobi, Kenya, 2012. Erişim:(http://www.unicef.org/esaro/VAC_in_Kenya.pdf). Erişim tarihi: 14/10/2014.
104. National baseline survey on life experiences of adolescents report, 2011. Erişim:(http://www.togetherforgirls.org/wp-content/uploads/UNICEF_NBSLEA-Report-23-10-13.pdf)Erişim tarihi: 14/10/2014.
105. Smith M, Bentovim A. Sexual abuse. Rutter M, Taylor E and Hersov Leditors. *Child and Adolescent Psychiatry Modern Approaches* inn Blackwell Science, s230, 1994
106. Alikasifoglu M, Erginoz E, Ercan O, ve ark. Sexual abuse among female high school students in Istanbul, Turkey. *Child Abuse Negl* 30:247–55, 2006.
107. Atamer A, Asli T, Lawrence GE. Characteristics of childhood sexual abuse among Turkish university students. *Bogazici Univ Press, Istanbul*, 3: 35–40,1998.
108. Orsel S, Karadag H, Karaoglan-Kahilogullari A, ve ark. The frequency of childhood trauma and relationship with psychopathology in psychiatric patients. *Anatolian J Psychiatr* 12:130–6, 2011
109. Türkiye’de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet, 2009. Erişim: (<http://www.hips.hacettepe.edu.tr/TKAA2008-AnaRapor.pdf>). Erişim tarihi: 15/02/2015.
110. Türkiye’de çocuk istismarı ve aile içi şiddet araştırması raporu 2010, Erişim: (<http://www.unicef.org.tr/files/bilgimerkezi/doc/cocuk-istismari-raporu-tr.pdf>) Erişim tarihi:14/10/2014.
111. Çocuk İhmal ve İstismarı (Çİİ) Epidemiyolojik Çalışması Türkiye Örneklemi, BECAN, 2014 Erişim: ([http://www.becan.eu/sites/default/files/uploaded_images/WP3%20National%20Report%20Turkey%20\(Turkish\).doc](http://www.becan.eu/sites/default/files/uploaded_images/WP3%20National%20Report%20Turkey%20(Turkish).doc)) Erişim tarihi: 10/01/2015.

- 112.Sofuoğlu Z, Oral R, Aydın F, ve ark. Türkiye'nin üç ilinde olumsuz çocukluk çağı deneyimleri epidemiyolojik çalışması. *Türk Ped Arş*, 49: 47-56, 2014.
- 113.Akco S, Dağlı T, Inanci MA, ve ark. Child abuse and neglect in Turkey: Professional, governmental and nongovernmental achievements in improving the national child protection system, *Ped Int Child Health* 33(4):289-301, 2013.
- 114.Katerndahl D, Burge S, Kellogg N. Predictors of development of adult psychopathology in female victims of childhood sexual abuse. *J Nerv Ment Dis*, 193;258-264, 2005
- 115.Bryer JB, Nelson BA, Miller JB, *et al.* Childhood sexual and physical abuse as factors in adult psychiatric illness. *Am J Psychiatry* 144:1426-30,1987.
- 116.Van der Kolk C, Perry JC, Herman JL. Childhood origins of self destructive behavior. *Am J Psychiatry* 148;1665-1671, 1991.
- 117.Anda RF, Brown DW, Felitti VJ, *et al.* Adverse childhood experiences and prescription drug use in a cohort study of adult HMO patients. *BMC Public Health*, 8: 198, 2008.
- 118.Williamson DF, Thompson TJ, Anda RF, *et al.* Body weight and obesity in adults and self-reported abuse in childhood. *Int J Obes Relat Metab Disord*, 26: 1075-82, 2002.
- 119.Anda RF, Croft JB, Felitti VJ. Adverse childhood experiences and smoking during adolescence and adulthood. *JAMA*, 282: 1652-8, 1999.
- 120.Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults, *Am J Prev Med* 14: 245-58, 1998.
- 121.Atagün MG, Atagün Z, Doğan S, ve ark. Fibromiyaljisi olan kadın hastalarda cinsel işlev bozuklukları çocukluk çağı travmalarıyla ilişkilidir. *Anatol J Psychi* 14:200-9, 2013
- 122.Katherine MM, Sabina S, Tarnopolsky M, *et al.* Association of depression & health related quality of life with body composition in children and youth with obesity. *J Affec Disord* 172.18–23, 2015.
- 123.Jessica KS, Genna FH, Dina V, *et al.* Childhood abuse, adult interpersonal abuse, and depression in individuals with extreme obesity, *Child Abuse Negl*, 38:425–433, 2014.
- 124.Lewis DO. From abuse to violence: Psychophysiological consequences of maltreatment. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 31: 383-91, 1992.
- 125.Anda RF, Brown DW, Dube SR, *et al.* The relationship of adverse childhood experiences to the prevalence, incidence of hospitalization, and rates of prescription drug use of obstructive pulmonary disease in a cohort of adults. *Am J Prevent Med* 32: 389–94, 2009.
- 126.Dong M, Giles WH, Felitti VJ, *et al.* Insights into causal pathways for ischemic heart disease: Adverse childhood experiences study. *Circulation* 110: 1761-66, 2004.
- 127.Dong M, Dube SR, Anda RF, *et al.* Adverse Childhood experiences and self-reported liver disease: new insights into a causal pathway. *Arch Intern Med* 163: 1949-56, 2003.
- 128.Lanius RA, Vermetten E, Pain C. The impact of early life trauma on health and disease: The hidden epidemic. Cambridge Univ Press 1:14, 2010.
- 129.Lisa M, Alvy TL, Hughes AF, *et al.* Sexual identity group differences in child abuse and neglect, *J Interpersonal Violence*, 1:14-15, 2013.

130. Goodkin K, Baldewicz TT, Blaney NT, *et al.* Physiological effects of bereavement and bereavement support group interventions; Handbook of Bereavement Research (in Stroebe M.S, Hansson R.O, Stroebe W, Schut H, (eds)) Washington DC, Am Psychologic Assoc 2:671–704, 2001.
131. Webb NB. Helping Bereaved Children. Second Edition, New York, Guilford Press, 2002.
132. D'Argenio A, Mazzi C, Pecchioli L, *et al.* Early trauma and adult obesity: Is psychological dysfunction the mediating mechanism?, *Physiol Behav* 98: 543–546, 2009.
133. Baysal A. ve Baş M. Yetişkinlerde Ağırlık Yönetimi s.195 İstanbul, 2008.
134. Wiederman MW, Sansone RA, Sansone LA. Obesity among sexually abused women: An adaptive function for some? . *Women Health* 29;89-100, 1999.
135. Danielle LG, Sumit RM, Arya MS, *et al.* Prevalence and Predictors of self-reported sexual abuse in severely obese patients in a population-based bariatric program, *J Obes* 2:43-45, 2013.
136. Mamun A, Lawlor D, Callaghan M, *et al.* Does childhood sexual abuse predict young adult's bmi? A birth cohort study, *Obesity* 15;2103-10, 2007.
137. Bernard FF, Eric D, F. J.McC, *et al.* Adverse childhood events are associated with obesity and disordered eating: Results from a U.S. population-based survey of young adults, *J Trauma Stress*, 22(4): 329–333, 2009.
138. Susan MM, Alan JF, Alison EF, *et al.* Abuse victimization in childhood or adolescence and risk of food addiction in adult women obesity, 21(28):775–781, 2013.
139. Paul R, Laura I, Gregory ES, *et al.* Associations of child sexual and physical abuse with obesity and depression in middle-aged women. *Child Abuse Negl* 32(9): 878–887, 2008.
140. Claudia B, Larger AV. After childhood trauma associated with depression and cortisol response to psychosocial stress in adulthood, *Eur J Psychotraumatology* 1(Supp.1):10-11, 2012.
141. Şahin F. Çocuk istismarı ve ihmalinin önlenmesinde hekimin rolü, *Sürekli Tıp Eğ Derg* 10(7):246, 2001.
142. Dong M, Anda RF, Felitti VJ, *et al.* The interrelatedness of multiple forms of childhood abuse, neglect, and household dysfunction, *Child Abuse Negl* 28:771–784, 2004.
143. Danielle LG, Sumit RM, Arya MS, *et al.* Prevalence and Predictors of self-reported sexual abuse in severely obese patients in a population-based bariatric program. *Obesity* 2(1):42-46, 2013.
144. Rukiye P. Obezlerde Depresyon, benlik saygısı ve beden imajı: Karşılaştırmalı Bir çalışma, *Hemşirelik Yüksekokulu Derg*, 6(1):10, 2002.
145. Telch CF, Agras WS. Obesity, binge eating and psychopathology: Are they related? *Int J Eat Disord*, 15:53-61,1994.
146. Bryan J, Tiggemann M. The effect of weight-loss dieting on cognitive performance and psychological well-being in overweight women. *Appetite* Apr, 36:147-156, 2001.
147. Levitt JL. Treating eating disorder patients who have had traumatic experiences: A self-regulatory approach. *Eat Disord* 15:359–372, 2007.

148. Bernstein DP, Stein JA, Newcomb MD, *et al.* Development and validation of a brief screening version of the childhood trauma questionnaire. *Child Abuse Negl*, 27:169-190, 2003.
149. Pekcan G. Beslenme Durumunun Saptanması. *Diyet El Kitabı*. 5. Baskı. Ankara, Hatipoğlu Yayınları. 90-119, 2008.
150. Pekcan G, Yıldız AK, Küçükerdönmez Ö. Klinikte ve sahada beslenme durumunun saptanması el kitabı. *Abott nutrition*. 41-43, 2000.
151. Annex A. Current uses of waist circumferences and waist-hip ratios, and recommended cut-off points, 2008. Erişim: (http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501491_eng.pdf). Erişim Tarihi: 15-04-2015.
152. Şar V, Öztürk E. ve İkikardeş E. Çocukluk Çağı ruhsal travma ölçeğinin türkçe uyarlanmasının geçerlilik ve güvenilirliği, *J Med Sci*, 32(4):1054-63, 2012.
153. Tyrka RT, Wyche MC, Kelly MM, *et al.* Childhood maltreatment and adult personality disorder symptoms: Influence of maltreatment type. *Psychiatry Res*, 165:281-287, 2009.
154. Aydemir Ö, Köroğlu E *Psikiyatride kullanılan klinik ölçekler*. Ankara, HYB Basım Yayın, s. 655-661, 2012.
155. Rosenberg M. *Society and the adolescent self-image*, Princeton, NJ: Princeton University Pres, 1965.
156. Çuhadaroğlu F. *Adolesanlarda benlik saygısı, Yayınlanmamış Doktora Tezi*, Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 1986.
157. Öner, N. 2006. Türkiye’de kullanılan psikolojik testlerden örnekler. *Bir Başvuru Kaynağı*, 2. Baskı. Boğaziçi Üniversitesi Yayınevi, 2:839-840, İstanbul, 2006
158. Çayır A, Atak N, Köse SK. Beslenme ve diyet kliniğine başvuranlarda obezite durumu ve etkili faktörlerin belirlenmesi. *Ankara Üniv Tıp Fak Mec* 64(18):34-38, 2011.
159. Robert FA, Janet BC, Vincent JF, *et al.* Adverse childhood experiences and smoking during adolescence and adulthood, *Dergi adı* 282(17):1652-58, 1999.
160. Dube SR, Felitti VJ, Dong M, *et al.* Childhood abuse, neglect, and household dysfunction and the risk of illicit drug use: The adverse childhood experiences study. *Pediatrics*, 111(3):564-72, 2003.
161. Shanta RD, Jacqueline WM, David WB, *et al.* Adverse childhood experiences and the association with ever using alcohol and initiating alcohol use during adolescence. *J Adoles Health* 38(10):4,444–448, 2006.
162. Li J, Zhang N, Hu L, *et al.* Improvement in chewing activity reduces energy intake in one meal and modulates plasma gut hormone concentrations in obese and lean young Chinese men, *Am J Clin Nutr* 94:709–16, 2011.
163. Şar V, Tutkun H, Yargıç Lİ. Kronik karmaşık dissosiyatif bozukluklarda çocukluk çağı cinsel travma öyküsünün doğrulanma düzeyi. *Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları* 4: 95-108, 1999.
164. Robin M, Masheb A, Grilo CM. Childhood psychological, physical and sexual maltreatment in outpatients with binge eating disorder. *Obes Res* 9:320-325, 2001.
165. D’Argenio A, Mazzi C, Pecchiolo L, *et al.* Early trauma and adult obesity: Is psychological dysfunction the mediating mechanism?, *Physiology Behav*, 98:543–546, 2009.
166. Anda RF, Felitti VJ. *ACE Reporter Volume 1 Number 1 April*.s5, 2003.
167. Felitti VJ. Childhood sexual abuse, depression, and family dysfunction in adult obese patients: A case control study. *South Med J* 86: 732–736, 1993.

168. Akcol S, Dagli T, Inanici MA, ve ark. Child abuse and neglect in Turkey: Professional, governmental and nongovernmental achievements in improving the national child protection system. *Child Health* 33:4,301, 2013.
169. Örsel S, Karadağ H, Kahiloğulları AK, ve ark. The frequency of childhood trauma and relationship with psychopathology in psychiatric patients. *Anadolu Psikiyatri Derg*, 12(2): 130-136, 2011.

8. EKLER

8.1 Ek 1: Bilgilendirilmiş gönüllü olur formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Bu çalışma Diyetisyen Hayrettin Mutlu'nun doktora tezi kapsamında bilimsel bir araştırmadır.

Araştırmanın amacı; Çocukluk çağı travmaları ile erişkin dönem obezitesi arasındaki ilişkinin incelenmesidir.

Araştırma süresinde ve sonrasında, araştırmayla ilgili her türlü bilgi için ulaşılabilecek kişi ve iletişim bilgileri: **Hayrettin MUTLU Cep: 0505 353 5536 Email: hmutlu@fatih.edu.tr**

Çalışmada gönüllü bireylerin boy, kilo, bel çevresi ve kalça çevresi yapılacak olup sonrasında iki kısımdan oluşan anket uygulanacaktır.

Anket bölümünün ilk kısım sosyodemografik(boy, kilo, bki, yaş, cinsiyet, v.b) bilgilere ilişkin sorulardan oluşmaktadır.

ikinci bölümde ise Prof. Dr. Vedat Şar tarafından Türkçeye uyarlanan ve geçerlilik-güvenilirliği kanıtlanmış olan CTQ28 (Childhoodtrauma Questionary 28/Çocukluk çağı travma testi 28) testi sorularını içermektedir. Anket Uygulaması yaklaşık 10 dk sürmektedir.

Araştırmamıza Dahiliye, Kardiyoloji ve Beslenme ve Diyet Polikliniklerimize 1 Temmuz-31 Kasım 2014 tarihleri arasında başvuran ve araştırmaya dahil edilme kriterlerini taşıyan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan herkes kabul edilecektir. Tahmini sayı 300 dür.

Kontrol grubu olarak hastanemizde çalışan sağlıklı gönüllüler araştırmaya kabul edilecektir. Tahmini kontrol grubu sayısı 300 dür.

Araştırmaya katılmak gönüllüğe dayanmaktadır. Hiçbir neden göstermeksizin araştırmaya katılmayı reddedebilirsiniz. Anket uygulamasını tamamlamak istemezseniz hiçbir açıklama ve gerekçe sunmadan çalışmadan ayrılabilirsiniz.

Çalışmadan ayrılmanız veya bu araştırmaya katılıp katılmamanız kesinlikle doktorunuzun ve/veya diyetisyeniniz takip ve tedavisini etkilemeyecektir.

Gönüllülerin kimlik ve kişisel bilgileri kesinlikle gizli tutulacaktır, hiçbir şekilde kamuoyuna açıklanmayacak ve hatta araştırma sonuçlandıktan sonra dahi tüm gönüllülerin kimlikleri gizli kalacaktır.

Araştırmadan elde edilen bilgiler kesinlikle kanuni otorite olan kurumlar (Etik Kurul, Fatih Üniversitesi ve diğer Sağlık otoriteleri) dışında kimse ve üçüncü kişilerle paylaşılmayacaktır.

Gönüllünün dahil edilme kriterlerini taşımadığı anlaşıldığı takdirde araştırmaya katılımı sona erdirilir

Gönüllü olur formunu onaylamanız yukarıda belirtilen durumları kabul ettiğiniz anlamını taşımaktadır.

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama yukarıda adı belirtilen kişi tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum

Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllü Ad Soyad:

Tarih:





8.2. Ek 2: Etik Kurul Onayı


	FATİH ÜNİ.TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARAR FORMU
-----------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Çocukluk Çağı Travmaları ile Erişkin Dönem Obezitesi Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ				Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama				
	SIGORTA	<input type="checkbox"/>				
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>				
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>				
	İLAN	<input type="checkbox"/>				
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>				
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>				
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>				
DIĞER:	<input type="checkbox"/>					
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:1	Tarih: 03.07.2014				
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gereke, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.					

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Diyetsiyen Hayrettin Mutlu

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof.Dr.Bülent Gürler	Göz hastalıkları		E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Orhan Şencan	Tıbbi Onkoloji		E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Ferah Armutcu	Biyokimya		E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Yusuf Büyükkay	Özel Hukuk		E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Adem Kırış	Radyodiagnostik		E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Alparslan Tonbul	Çocuk Sağlığı		E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: *Orhan Şencan, Doç. Dr.*
İmza: 

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.



**FATİH ÜNİ.TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL
KARAR FORMU**

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Çocukluk Çağı Travmaları ile Erişkin Dönem Obezitesi Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	
	AÇIK ADRESİ:	Fatih Üniveritesi Tıp Fakültesi Hastanesi
	TELEFON	0216 458 90 00
	FAKS	0212 352 83 59
	E-POSTA	etikkurul@fatih.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Diyetisyen Hayrettin Mutlu			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Beslenme ve Diyetetik			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Fatih Üniversitesi			
	DESTEKLEYİCİ				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 4	<input type="checkbox"/>		
		Gözlemsel ilaç çalışması	<input type="checkbox"/>		
İlaç dışı klinik araştırma		<input checked="" type="checkbox"/>			
	Diğer ise belirtiniz				
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>	

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı:
İmza:

Yorhan Sercan Doğan Dr.

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

8.3 Ek 3: Sosyo -Demografik bilgi toplama formu

Bu anket çalışması Hayrettin Mutlu'nun doktora tezi kapsamında yapılmaktadır. Anketin hiçbir bölümünde isminiz veya kişisel bilgileriniz istenmemektedir. Bu ankette elde edilen bilgiler sadece bilimsel amaçla toplanmaktadır ve üçüncü kişilerle paylaşılmayacaktır. Katılmak gönüllülüğe dayanmaktadır. Bu ankete katılıp katılmamanız kesinlikle doktorunuzun/diyetisyeninizin takip ve tedavisine etki etmeyecektir.

19 yaş ve altı araştırma kapsamı dışında tutulmaktadır.

Sosyal Demografik Bilgiler

1. Yaşınız:.....
2. Cinsiyet: K E
3. Medeni Durum: Evli Bekar Eşi vefat etmiş Boşanmış\ayrı yaşıyor
4. Boy Uzunluğu:..... Vücut Ağırlığı:..... Bel Çevresi:..... Kalça Çevresi:.....
5. Doğum kilonuz :..... Doğum şekliniz: Normal Sezaryen
6.

6.		Sağ	Vefat etmiş	Birlikte yaşıyor	Boşanmış	Öz	Üvey
7.	ANNE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	BABA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Eğitim Durumunuz: Okuryazar İlköğretim Lise Üniversite Yüksek Lisans Doktora
10. Eşinizin Eğitim Durumu: Okur Yazar İlköğretim Lise Üniversite Yüksek Lisans Doktora
11. Mesleğiniz: Öğrenci İşsiz Ev hanımı Memur/İşçi Esnaf /Serbest Meslek
12. Eşinizin Mesleği Öğrenci İşsiz Ev hanımı Memur/İşçi Esnaf /Serbest Meslek
13. Aylık geliriniz: 0-500 tl 501-1000 tl 1001-2000 tl 2001- 5000 tl 5001tl ve üzeri
14. Çocuk sayınız:.....

15. Kardeş Sayınız:.....
16. Aile Yapınız: Çekirdek Geniş Aile Yalnız Yaşıyor Aile Apartmanı
Diğer
17. Egzersiz yapıyor musunuz? Hayır Evet (Evet ise aşağıdaki bölümü lütfen belirtiniz)
- a. Egzersiz Tipi: Yürüyüş Spor salonu Yüzme
Diğer:.....
- b. Ne Sıklıkla Günde.....dk
Haftada.....gün
18. Tütün Kullanımı: İçmiyorum İçiyorum:yıl,.....adet/gün içiyorum.
Başlama yaşınız:..... Bıraktım:yıl,.....adet/gün
içtim,.....yıldır içmiyorum.
Kullandığımız tütün türü: Sigara Nargile Puro Pipo
19. Alkol kullanım durumu: Hayır Evet Günde.....
Haftada.....Ayda.....
20. Uyuşturucu Madde kullanım durumu: Hayır Evet Günde.....
Haftada.....Ayda.....

Soru	Evet /Nedir?	Hayır	Tarih veya o dönemki yaşınız
21. Önceden geçirdiğiniz cerrahi operasyon var mı?			
22. Önceden geçirdiğiniz ciddi bir hastalık var mı?			
23. Önceden doğal bir felakete maruz kaldınız mı?			
24. Siz veya Ailenizden herhangi biri evi terk etti mi?			
25. Anne babanız bir ayrılık yaşadı mı?			
26. Aile bireylerinden birini kaybettiniz mi?			

27. Travmatik bir olay yaşadınız mı? (kavga, trafik kazası, yüksekten düşme vb)				
28. Kronik hastalığınız var mı?				
29. Sürekli kullandığınız ilaç var mı?				
30. Duygu durumunuza göre yemek yemek davranışınızda nasıl bir değişiklik olur?				
Neşeli-Mutlu iken	<input type="checkbox"/> Artar	<input type="checkbox"/> Değişmez	<input type="checkbox"/> Azalır	<input type="checkbox"/> Bilmiyorum
Üzüntülü iken	<input type="checkbox"/> Artar	<input type="checkbox"/> Değişmez	<input type="checkbox"/> Azalır	<input type="checkbox"/> Bilmiyorum
Endişeliyken	<input type="checkbox"/> Artar	<input type="checkbox"/> Değişmez	<input type="checkbox"/> Azalır	<input type="checkbox"/> Bilmiyorum
Öfkeli-Kızgın iken	<input type="checkbox"/> Artar	<input type="checkbox"/> Değişmez	<input type="checkbox"/> Azalır	<input type="checkbox"/> Bilmiyorum

31. Yemek yerken genellikle ne hissedersiniz? Mutluluk Suçluluk Diğer.....

32. Yemek yedikten sonra genellikle ne hissedersiniz ? Mutluluk Suçluluk Diğer.....

33. Bir lokmayı kaç kez çiğnersiniz? 3-5 kez 5-10 kez 10-15 kez 15den fazla

34. Ailenizde kilo problemi olan (şişman) başka biri var mı? (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

Yok Anne Baba Kardeş Diğer.....

35. *Kilo almanızı başlatan sebep sizce nedir?(birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)

Yağlı yemek yemek Sigarayı bırakma Sporu bırakmak
veya aktivitenin azalması Ameliyat veya hastalık geçirme Gebelik
 Ergenlik dönemine girme Menopoza girme Yeni bir iş veya arkadaş ortamına girme Evlenme, boşanma, yakınından ayrılma
 Diğer:..... Aşırı yemek yeme

36. Şişmanlık nedeniyle psikiyatri doktoruna başvurduunuz mu? Evet Hayır
37. Şişmanlık nedeniyle diyetisyene başvurduunuz mu? Evet Hayır
38. İlk zayıflama deneyiminiz ne dir? Hayır yok Evet var (O dönemdeki yaşınız veya tarih.....)
39. Zayıflamaya yönelik ilaç kullandınız mı? Hayır Evet
40. Şu an Diyet yapıyor musunuz? Evet Hayır
41. *Daha önceki diyet deneyimleriniz?(birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)
- Yok Dukan Karatay Kan grubu Atkins Diyetisyen Takibi
- Doktor Takibi Akupunktur Diğer.....
42. Kilonuzdan şikâyetçi misiniz? Evet Hayır
43. Kilonuzun sosyal yaşamı etkilediğini düşünüyor musunuz? Evet Hayır
44. Günlük internette geçirdiğiniz süre?
45. Günlük Tv izleme süreniz?
46. Günlük Kitap okuma süreniz?
47. Günlük Uyuma süresiniz ?
48. Diyet İle ilgili bilgilere nereden ulaşıyorsunuz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)
- İnternet Televizyon Radyo Gazete Dergi Kitap Televizyon Komşu
- Aile/Akraba Doktor/Diyetisyen

8.4. Ek 4: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği

ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI ÖLÇEĞİ

Bu sorular çocukluğunuzda ve ilk gençliğinizde (20 yaşından önce) başınıza gelmiş olabilecek bazı olaylar hakkındadır. Her bir soru için sizin durumunuza uyan rakamı daire içersine alarak işaretleyiniz. Sorulardan bazıları özel yaşamınızla ilgilidir; lütfen elinizden geldiğince gerçeğe uygun yanıt veriniz. Yanıtlarınız gizli tutulacaktır.

Çocukluğumda ya da ilk gençliğimde...

1. Evde yeterli yemek olmadığından aç kalırdım.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

2. Benim bakımımı ve güvenliğimi üstlenen birinin olduğunu biliyordum.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

3. Ailedekiler bana “salak”, “beceriksiz” ya da “tipsiz” gibi sıfatlarla seslenirlerdi.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

4. Anne ve babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur ya da uyuşturucu alırlardı.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

5. Ailemde önemli ve özel biri olduğum duygusunu hissetmeme yardımcı olan biri vardı.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

6. Yırtık, sökükle ya da kirli giysiler içersinde dolaşmak zorunda kalırdım.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

7. Sevildiğimi hissediyordum.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

8. Anne ve babamın benim doğmuş olmamı istemediklerini düşünüyordum.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

9. Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora ya da hastaneye gitmem gerekmişti.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

10. Ailemde başka türlü olmasını istediğim bir şey yoktu.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

11. Ailedekiler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı ya da sıyrıklar oluyordu.

- 1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık
12.Kayış, sopa, kordon ya da başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum.
1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık
13.Ailemdelikiler birbirlerine ilgi gösterirlerdi.
1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık
14.Ailemdelikiler bana kırıcı ya da saldırganca sözler söylerlerdi.
1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık
15.Vücutça kötüye kullanılmış olduğuma (dövülme, itilip kakılma vb.) inanıyorum.
1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık
16.Çocukluğum mükemmeldi.
1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık
17.Bana o kadar kötü vuruluyor ya da dövülüyordum ki öğretmen, komşu ya da bir doktorun bunu farketdiği oluyordu.
1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık
18.Ailemde birisi benden nefret ederdi.
1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık
19.Ailemdelikiler kendilerini birbirlerine yakın hissederlerdi.
1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık
20.Birisi bana cinsel amaçla dokundu ya da kendisine dokunmamı istedi.
1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık
21.Kendisi ile cinsel temas kurmadığım takdirde beni yaralamakla ya da benim hakkımda yalanlar söylemekle tehdit eden birisi vardı.
1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık
22.Benim ailem dünyanın en iyisiydi.
1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık
23.Birisi beni cinsel şeyler yapmaya ya da cinsel şeylere bakmaya zorladı.
1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık
24.Birisi bana cinsel tacizde bulundu.
1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık
25.Duygusal bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma (hakaret, aşağılama vb.) inanıyorum.
1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

26.İhtiyacım olduğunda beni doktora götürececek birisi vardı.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

27.Cinsel bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

28.Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi.

1.Hiç Bir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

İngilizce özgün biçimi 1995 yılında David P. Bernstein tarafından geliştirilmiş olan bu ölçek 1996 yılında Prof. Dr. Vedat Şar tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır. Her hakkı mahfuzdur. Çoğaltılamaz, basılamaz, satılamaz. Ancak kaynak gösterilerek bilimsel araştırmalarda kullanılabilir

8.5. Ek 5: Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği

ROSENBERG BENLİK SAYGISI ÖLÇEĞİ

AÇIKLAMA

Lütfen her soruyu dikkatli bir şekilde okuyup, kendinize en uygun şıkkı işaretleyiniz.

1. Kendimi en az diğer insanlar kadar değerli buluyorum.
a.Doğru b.Çok Doğru c.Yanlış d.Çok yanlış
2. Bazı olumlu özelliklerim olduğunu düşünüyorum
a.Doğru b.Çok Doğru c.Yanlış d.Çok yanlış
- 3.Genelde kendimi başarısız biri olarak görme eğilimindeyim.
a.Doğru b.Çok Doğru c.Yanlış d.Çok yanlış
4. Ben de diğer insanların birçoğunun yapabildiği kadar bir şeyler yapabilirim.
a.Doğru b.Çok Doğru c.Yanlış d.Çok yanlış
5. Kendimde gurur duyacak fazla bir şey bulamıyorum.
a.Doğru b.Çok Doğru c.Yanlış d.Çok yanlış
6. Kendime karşı olumlu bir tutum içerisindeyim.
a.Doğru b.Çok Doğru c.Yanlış d.Çok yanlış
7. Genel olarak kendimden memnunum.
a.Doğru b.Çok Doğru c.Yanlış d.Çok yanlış
8. Kendime karşı daha fazla saygı duyabilmeyi isterdim.
a.Doğru b.Çok Doğru c.Yanlış d.Çok yanlış
9. Bazen kesinlikle kendimin bir işe yaramadığımı düşünüyorum.
a.Doğru b.Çok Doğru c.Yanlış d.Çok yanlış
10. Bazen kendimin hiç de yeterli olmadığını düşünüyorum.
a.Doğru b.Çok Doğru c.Yanlış d.Çok yanlış