

AFYON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

OBEZ HASTALARIN BAĞIMLI- ÖZERK KİŞİLİK ÖZELLİKLERİNİN VE PROBLEM
ÇÖZME YETENEKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Yüksek Hemşire:Yasemin ULUPINAR

İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANA BİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Yrd. Doç. Dr. Serap DEMİR

Tez No:2004 - 0021

2004 - AFYON

OBEZ HASTALARIN BAĞIMLI-
ÖZERK KİŞİLİK ÖZELLİKLERİNİN
VE PROBLEM ÇÖZME
YETENEKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Yasemin ULUPINAR

DANIŞMAN
Yrd. Doç. Dr. Serap DEMİR

2004 AFYON

ÖNSÖZ

Tez çalışmam süresince bana rehberlik eden değerli hocam Sayın Yrd. Doç. Dr. Serap Demir' e ,

Çalışmamdaki istatistikleri sabırla sonuçlandıran, emeği geçen Ar. Gör. Sinan Saraçlı' ya,

Tüm hayatım boyunca olduğu gibi eğitimim ve tez çalışmam boyunca da bana destek olan değerli aileme,

Araştırmam süresince özellikle anket çalışmalarımnda yardımlarından kaynaklandığım Afyon Kocatepe Üniversitesi Ahmet Necdet Sezer Rektörlük Uygulama ve Araştırma Hastanesi tüm çalışanlarına ve sahada anket çalışmamı uyguladığım katılımcılara,

Teşekkür ve şükranlarımı sunarım.

Yasemin ULUPINAR

İÇİNDEKİLER

Kabul ve Onay.....	II
Önsöz.....	III
İçindekiler.....	IV
Tablolar.....	V
Kısaltmalar.....	VI
ÖZET.....	1
SUMMARY.....	2
1. GİRİŞ VE AMAÇLAR.....	4
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1.Obezitenin Tanımı.....	5
2.2.Obezitede Sınıflandırma.....	7
2.3.Obeziteni Komplikasyonları.....	8
2.4.Obezitenin Tedavisi.....	9
3. MATERYAL VE METOD.....	14
3.1.Araştırmanın Şekli.....	14
3.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	14
3.3.Evren Ve Örneklem.....	15
3.4.Anket Formunun Uygulanması.....	15
3.5.Verilerin Değerlendirilmesi.....	15
3.6.Soru Kağıdının Hazırlanması.....	16
Sosyotropi-Otonomi Ölçeği (Sosotö).....	16
Problem Çözme Envanteri (Pçe).....	20
4. BULGULAR.....	23
5. TARTIŞMA.....	41
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....	50
6.1.Sonuçlar.....	50
6.2.Öneriler.....	52
7. KAYNAKLAR.....	53
Ek 1. ANKET SORULARI.....	58
Ek 2. SOSOTÖ VE PÇE SORULAR.....	59

TABLULAR

Tablo 1. Olguların Demografik özellikleri.....	24
Tablo 2. Obeziteyi Etkilediği Düşünülen Değişkenlerin ‘Ortalama \pm Standart Sapma ve P Değerleri’nin Dağılımı.....	26
Figür 1. Obeziteyi Etkileyen Değişkenlerin Genel Olarak İncelenmesi.....	28
Figür 2. Evli olan Olgularda Obeziteyi Etkileyen Durumlar.....	29
Figür 3. Bekar Olan Olgularda Obeziteyi Etkileyen Durumlar.....	30
Figür 4. Erkek Olgularda Obeziteyi Etkileyen Durumlar.....	31
Figür 5. Bayan Olgularda Obeziteyi Etkileyen Durumlar.....	33
Figür 6. Çalışmayan Olgularda Obeziteyi Etkileyen Durumlar.....	35
Figür 7. Aktif Çalışan Olgularda Obeziteyi Etkileyen Durumlar.....	37
Figür 8. Ortaokul- Lise Mezunu Olgularda Obeziteyi Etkileyen Durumlar.....	39
Figür 9. Üniversite Mezunu Olgularda Obeziteyi Etkileyen Durumlar.....	40

KISALTMALAR

VKI ; Vücut Kitle İndeksi

SOSOTÖ ; Sosyotropi-Otonomi Ölçeği

PÇE ; Problem Çözme Envanteri

Cat ; Kategori

N ; Olgu sayısı

X ; Ortalama değer

σ ; Standart sapma

ÖZET

Obez Hastaların Bağımlı- Özerk Kişilik Özelliklerinin ve Problem Çözme Yeteneklerinin Değerlendirilmesi

Obezite kişinin duygu durumunu, kendi vücut imajını algılamasını, sosyal hayatını, kişilik yapısını etkileyen önemli bir hastalıktır. Bu nedenle bu çalışma ile tüm bu etkilerin altında obez kişilerin normal vücut kitle indeksine sahip kontrol grubu ile karşılaştırmalı olarak bağımlı-özerk kişilik özelliklerinin ve problem çözme yetenekleri konusunda kendilerini nasıl algıladıkları değerlendirilmiş ve yaş, cinsiyet, medeni hal, eğitim düzeyi, gelir düzeyi, çocuk sayısı gibi faktörler bu açıdan araştırılmış ve yine bu faktörler obezite riski yönünden incelenmiştir.

Bu çalışma Eylül 2002-2003 tarihleri arasında Afyon merkez ve ilçelerinde yaşayan rastgele 152 kişi üzerinde yapılmıştır. 152 kişi 3 gruba ayrılmış 1. grup obez, 2. grup fazla kilolu, 3. grup normal kilolu kişilerden oluşturulmuştur. Bu gruplama vücut kitle indeksine (VKİ) göre yapılmıştır. VKİ > 30 kg/m² olan olgular obez , 25-29,9 kg/m² arasındakiler fazla kilolu , 18-24,9 kg/m² arasında olanlar normal kilolu olarak kabul edilmiştir. Çalışmaya katılan 152 kişi obezite dışında ek hastalığı olmayan, sağlıklı kişilerden seçilmiş olup, herhangi bir hastalığı olanlar çalışma dışında bırakılmıştır.

Çalışmaya katılan kişiler yaş, çocuk sayısı, medeni hal, cinsiyet, çalışma durumu, eğitim düzeyi, obezite tedavisi alıp almadığı durumuna göre incelenmiştir. Olguların bağımlı-özerk kişilik özellikleri ve problem çözme yetenekleri konusunda kendilerini nasıl algıladıkları sırasıyla sosyotropi- otonomi ölçeği ve problem çözme envanteri (pçe) ile değerlendirilmiştir.

Çalışma sonucunda obez ve normal kilolu kişiler arasında sosyotropi- otonomi ve pçe puanları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (p>0,05). Yaş, cinsiyet, medeni hal ve çalışma durumunun obezite için birer risk faktörü olduğu (p<0,05) , fakat eğitim düzeyi ve çocuk sayısının risk oluşturmadığı saptanmıştır (p>0,05). Bayanların erkeklere göre, evli olanların bekarlara göre, aktif bir işte çalışmayanların çalışanlara göre obezite oluşumu açısından risk taşıdığı tespit edilmiştir.

Sonuç olarak obezitenin daha önceki çalışmalarda bildirildiği gibi depresyon, anksiyete, öz sevgi/saygı azlığı, vücut tatminsizlikleri, hor görülme ve dışlanma duygusuna neden olmakla birlikte kişilerin bağımlı –özerk kişilik özellikleri ve problem çözme konusunda kendilerini nasıl algıladıkları üzerinde bir etkisi olmadığı kanısına varılmıştır.

Anahtar Sözcükler: Obezite, Problem Çözme, Karakter Analizi, Yeterlilik, Sosyotropi-Otonomi Skalası.

SUMMARY

Evaluation of dependent- autonomous personality characteristics and problem solving ağabeylity of obeze patients.

Obesity is important illness, affecting the mood, body image perception, social life and personality structure of the people. Therefore the obese people were evaluated as to how they perceive themselves as compared with the control group who have normal body-mass index in terms of their problem-solving abilities and dependent autonomous personality structure under all these parameters through this study. To this end age, gender, marital status, educational level, number of children and similar factors have been examined from the point of the obesity risk.

The present study was carried cut on a random sample of 152 persons living in Afyon province and townships between September 2002-2003. This random sample of 152 persons was divided into 3 groups. Amongst these 1st group was composed of obese people, 2nd group was composed of people of excessive weight and the 3rd group was composed of people of normal weight. This grouping was carried out according to body mass index. The cases where VKI > 30 kg/m² were considered to be excess of weight and those cases where VKI ranges from 18 to 24,9 kg/m² were considered to be normal weight. 152 persons participating the study were selected from the healthy people who do not have any disorder other than obesity and those who have any disease were left out of the study.

The persons participating the study were examined as to the age, number of children they have, marital status, employment state, educational level and as to the fact whether they received obesity treatment or not. The cases were examined in terms of dependent – autonomous personality -personality patterns and their problem-solving abilities according to the socio-tropy-autonomy scale and problem-solving inventory (pçe).

As a result of the study a significant difference was not detected among the socio-tropy, autonomy and pçe points between obese and normal weight people ($p>0,05$). Age, gender, marital status and employment situation were considered to be a risk factor for obesity ($p>0,05$) while educational level and number of children they have did not constitute a risk

factor ($p < 0,05$). The female people carry a risk compared with males; married people carry a risk compared with single people and people with no active job carry a risk compared with people with active job in terms of the formation of the obesity.

As a result, it has been concluded that obesity triggers depression, anxiety, lack of self-love/self-respect, body dissatisfactions, humiliation and a sense of ostracism as have been reported in previous studies. But it has no discernible effect on how they perceive themselves as to the dependant-autonomous personality patterns and their problem-solving abilities.

Key Words: Obesity, Problem Solving, Character Analysis, Self- efficacy, Sociotrophy
Autonomy Scale.

1-GİRİŞ VE AMAÇLAR

Şişmanlık (**obezite**) vücutta aşırı yağ dokusu oranının yükselmesi ile oluşan vücut ağırlığının artışı olarak tanımlanmaktadır. Şişmanlık; klinik gözlemler, boy ve ağırlık ölçülerinin ilgili standartlarla karşılaştırılması, deri kıvrım kalınlığının ölçülmesi gibi yöntemlerle saptanır.Vücutta yağ birikimi sonucu fazla ağırlık kazanılması, vücuttaki hayati organların daha fazla çalışmasına, vücudun gereksiz bir yükü taşımasına, yorulmasına neden olmakta, belirti vermeyen hastalıkların belirgin hale gelmesine ve bazı dokularda yapısal bozukluklara yol açmaktadır (1-3,4).

Uzun ve kaliteli bir yaşamın anahtarı sağlıklı yaşam şekli ve doğru beslenmedir. Ne kadar sağlıklı olunduğunu; beslenme, nasıl yemek yenildiği, çalışma şekli, uyku düzeni, yapılan fiziksel aktiviteler, çevre koşulları, iklim ve kalıtım belirlemektedir (5,6).

Obezite ilk bakışta estetik bir problem gibi görülebilir, ama en önemli nokta bunun gözle görülebilir bir hastalık olmasıdır.Tarihsel gelişim içinde atalarımızı, Taş Devri insanlarını incelersek hepsinin yapılı, yağ dokuları çok fazla, vücudu savunmaya, alınan enerjiyi depolamaya yönelik içgüdüsel bir yaklaşımla iri yapılı, obez insanlar olduklarını görürüz. Fiziksel yapıları güç, iktidar ve kuvvetin göstergesi olmuştur. Günümüzün koşulları ise o dönemden çok farklıdır, çünkü o zamanlarda obezitenin sağlığa zararları bilinmiyordu (7).

Gıda tüketimi alışkanlıkları yönünden çevresel faktörler kültürel etki altındaki gıda tercihlerini, yemek hazırlama şeklini ve ayrıca gıdaya ulaşımdaki değişkenlikleri içerir. Fast-food restoranlarının ve süpermarketlerin varlığı gibi semtle ilişkili faktörler ve süpermarketlerde bulunan gıda tipleride etkili birer faktördür (8-10).

Obezite kültüre bağlı bir sendromdur; yalnızca spesifik bir kültürde ve o kültürün temel anlamlarını ve davranışsal normlarını özetleyen ve sembolize eden bir etyoloji içinde anlaşılabilir (11).

Obezite kişinin duygu durumunu, kendi vücut imajını algılamasını, sosyal hayatını, kişilik yapısını etkileyen önemli bir hastalıktır (12-16). Bu nedenle bu çalışma ile tüm bu etkilerin altında obez kişilerin normal vücut kitle indeksine sahip kontrol grubu ile karşılaştırmalı olarak bağımlı-özerk kişilik özelliklerinin ve problem çözme yetenekleri konusunda kendilerini nasıl algıladıklarının değerlendirilmesi ve yaş, cinsiyet, medeni hal, eğitim düzeyi, gelir düzeyi, çocuk sayısı gibi faktörlerin bu özellikler ve obezite gelişimi üzerindeki etkilerinin araştırılması amacı ile yapılmıştır.

2-GENEL BİLGİLER

2.1.Obezitenin Tanımı;

Obezite,vücutta aşırı yağ depolanması sonucu normal ağırlığın %15 ini aşkın bir kilo fazlalığıyla vücut kitle indeksinin 30 kg/m² nin üzerine çıkması ile karakterize bir hastalıktır (1-5). Enerji dengesinin bozulması sonucunda, kişilerde alınan enerjinin tüketilen enerjiyle karşılanamadığı koşullarda vücudun savunma mekanizması olarak yağ hücreleri (adipoz hücreler) enerji fazlalığını trigliserid halinde depolar. Bu depolanma belli bir miktarın üzerine çıktığı zaman yağ hücreleri genişlemeye başlar veya sayıca artar. Sonuçta şekil bozukluğu ve gözle görülür bir hastalık, yani obezite ortaya çıkar (7).

Özellikle çok yemek yeme alışkanlığı olan ailelerde, bütün aile fertleri ve orada yetişen çocuklar şişmandırlar (1,3,4). Otomobil, apartman hayatı, asansör, telefon, televizyon gibi konfor malzemeleri arttıkça insan enerjisinden tasarruf da artmakta, fakat kalori alımı aynı oranda azaltılamamaktadır (1,3). Toplum olarak refah içinde olan zengin ülkelerde şişmanlık en önemli sağlık sorunlarının başında gelmektedir (7). Obezite prevalansının, görülme sıklığının erkeklerde %10-20 dolayında, kadınlarda ise %25'e varan oranda olduğu gösterilmiştir. Pratik olarak şu rakam verilebilir; erkeklerin %15 i, kadınların da %22 sinin obez olduğu bilinmektedir. Obezite kadınlarda daha fazla görülen bir problemdir (4,17).

Şişmanlığın çeşitli sebepleri varsa da, hepsinde mekanizma vücuda normal ihtiyacından fazla kalori alınmasıdır. Yani şişmanlık sarf ettiğiinden fazla enerji almak ve aşırı yemekten olur. Örneğin, insan günde ihtiyaç fazlası olarak bir dilim ekmek yese 50 cal. fazladan enerji alacak demektir. Bu, yılda 3,5 kg, 10 yıl sonra ise 35 kg eder ki, kişi aşırı şişman hale gelir.

Kalıtım ve hormon bozukluğuna bağlı şişmanlıklar varsa da diğerlerine göre azdır. Genellikle rastlanan şişmanlığın sebepleri şunlardır; (1-4)

-Sosyal ve ailevi adet ve ananeler,

-Ruhsal Faktörler; Şişmanların çoğunun, çocukluğunda yeteri kadar sevgiye doymamış kimseler olduğu ve bu sevgi eksikliğini, yemekle gidermek istedikleri öne sürülmüştür.

Yine çoğu insanın günlük sıkıntı ve huzursuzluklardan yemeğe sığındığı bildirilmiştir.

-Hareket azlığı ve tembel yaşam, konforun ve refahın artışı,

-Besin bolluğu,

- Gebelik ve doğumlar,
- İlaçlar,
- Nörolojik olarak; doygunluk sinyallerine duyarsızlık, artmış nöropeptid Y, azalmış

leptin reseptörleri, azalmış glukagon benzeri peptid-1,

- Adipoz doku farklılaşmasına artmış uyarı/yanıt, artmış lipoprotein lipaz aktivitesi, azalmış hormona duyarlı lipaz, azalmış leptin sekresyonu,
- İnsülin direnci/hiperinsülinemi,
- Endokrin, kalıtsal faktörler ve yeme davranışı bozukluğu .

Şişmanlığın ailesel olduğunu kanıtlayan çalışmalar vardır. Bir araştırmada ağırlıkları normal olan ana ve babaların çocukları arasında şişmanlık oranı %8-9 iken, anne ve babadan birisinin şişman olması ile bu oranın %40'a, her ikisinin de şişman olması durumunda ise %80'e çıktığı görülmüştür. Ancak bu durumun genetik bir değişiklikten çok ailenin beslenme alışkanlığından kaynaklandığı sanılmaktadır. Kalıtım faktörünü aile içi ortam faktöründen ayırmak güçtür (1-4,7,18-20).

2.2.Obezitede Sınıflandırma

Obezite basit bir estetik problem değildir. Estetik, yani dış görünüş bu hastalık için bir uyarıdır. Obeziteyi asıl değerlendirme yolu, yağ dokusunun oranıyla yapılır, fakat bu pratik bir yöntem değildir. Vücudun kompozisyonunda yağ dokusu, yağsız beden kitlesi ve sıvı komponenti vardır. Dolayısıyla ideal olan, tartıldığınız zaman, o anki vücut ağırlığınızın ne kadarının yağ dokusundan oluştuğunun gösterilmesidir. Bilimsel verilere göre bir insanın vücut ağırlığı erkeklerde %25 ine kadar, kadınlarda da %33 üne kadar yağ dokusundan oluşabilir (7). Değerler bunların üstüne çıkmışsa bu kişiler obez sınıfına girerler. Bu yöntem pratik değildir, çünkü vücut kompozisyonunu belirleyen özel aletlerle yapılır. Özellikle obeziteyle ilgilenen birimlerin olduğu yerlerde bu değerlendirmeler yapılır. Dünya genelinde de aynı sorun yaşandığı için daha pratik bir metod bulunmuştur. Bu metod "Vücut kitle indeksidir (VKİ) (7,18).

VKI= Ağırlık/Boy² (kg/m²) formülü ile hesaplanabilir (18-21).

Vücut kitle indeksine göre obezite sınıflandırması aşağıdaki gibi yapılmaktadır (18-20).

<u>Sınıflama</u>	<u>VKI(kg/m²)</u>
Zayıf	<19,9
Normal	20-24,9
Fazla kilolu	25-29,9
Obez	30-39,9
Aşırı obezite	> 40

Obezitede vücudun şekil farklılığı dikkat çeker. İnsanlarda yağ dokusu vücudun belli bölgelerinde aşırı miktarda toplanmıştır. Bazı kişilerin üst tarafında, bazılarının vücudunun alt bölgesinde , bazılarında da tüm vücutta yaygın olarak toplanmıştır. Araştırmacılar obeziteyi meyvelere benzetmişlerdir. Eğer göbekte çok fazla yağ dokusu toplanmış ise buna “elma tipi obezite” demişler, kalçalarda, basende aşırı miktarda yağ dokusu toplanmış ise buna da “armut tipi obezite” adını vermişlerdir. Elma tipi obezite android tip veya erkek tipi, armut tipi obezite ise jinekoid tip veya kadın tipi obezite olarak da adlandırılır. Bu obezite tiplerinin içerisinde yaşamı riske sokan, komplikasyonlara zemin hazırlayan tip, elma tipi obezitedir yani üst kısım obezitesidir: yağ toplanması göbekte bel çevresinde olmaktadır. Kadınlarda bel çevresi 80 cm’yi, erkeklerde de 94 cm’yi aşmamalıdır. Kadınlar için 80 cm’den sonra uyarı başlamakla birlikte bel çevresi 88 cm’yi aşmışsa tehlikelidir. Erkeklerde ise bel çevresi 102 cm’yi aşmışsa çok tehlikelidir (2,7,18,19).

2.3. Obezitenin Komplikasyonları :

Klinik olarak aşırı obezitede kardiyorespiratuar problemler ön plana çıkar. Kronik hiperventilasyon sık görülür ve hiperkapni, pulmoner hipertansiyon ve sağ kalp yetersizliğine sebep olur. Hipertansiyon ve/veya hipervolemiye bağlı sol ventrikül disfonksiyonu gelişebilir. Ağır epizodik hipoksi aritmilere sebep olabilir ve aşırı obezite durumunda ani ölüme on kat

daha fazla rastlanır (1-4,7,18). Picwick Sendromu (gündüz hipoventilasyonu,polisitemi ve korpulmanale ile karakterize) obezitenin neden olduğu bir hastalıktır. Obezite konjestif kalp yetmezliği, nefrotik sendrom ve renal ven trombozu için bir risk faktörüdür (18-21). Hipertansiyon, normal kilolarında olanlara oranla obez kişilerde daha sık görülür. Bu durum sempatik hiperaktiviteye veya hiperinsülinemiye bağlı olabilir, ancak her iki mekanizma da açıkça ortaya konmamıştır. Kilo fazlalığında Tip 2 Diyabetes Mellitus (DM) açığa çıkabilir veya şiddetlenebilir. Bu orta düzeydeki obezitenin en önemli tıbbi komplikasyonları arasındadır. Görünürdeki sebep insülin direncidir, ancak çoğu obez şahısta hiçbir zaman hiperglisemi gelişmez. Özellikle hafif glikoz intoleransı varlığında yüksek trigliserid ve düşük HDL konsantrasyonları söz konusu olup atheroskleroz riski artar. Obezite ayrıca, kolelitiyasis ve endometrium kanseri riskini belirgin şekilde artırır. Özellikle obezitenin, yağ hücresi ve aromatik enzim kaynağı olması nedeniyle hormon bağımlı kanserleri; kadınlarda meme, erkeklerde prostat, kolon, rektum ve gastrointestinal sistemle ilgili diğer malignitelerin riskini artırdığına dair veriler vardır (1-5,7,18-21). Kanserle ilgili çalışmalar çelişkili olup obezitenin açık bir sonucu olarak kabul edilmesine yeterli değildir.

Şişmanlık, kas- iskelet sistemini de olumsuz yönde etkiler. Düztabanlık, diz ve kalça hastalıkları, varis ve fitik oluşması kolaylaşır. Obez kişiler ev, iş ve sokak kazalarına (trafik) hareketlerin güçleşmesi ve yavaşlaması sonucu daha fazla maruz kalırlar. Şişmanlık gut hastalığına yatkınlık yaratır. Cilt problemleri, özellikle kıvrım yerlerinde, koltuk altı, meme altı, kasıklardaki cilt enfeksiyonları obez kişilerde daha çok olmaktadır. Bunların dışında bütün istatistiklere göre, şişmanların ömür süreleri daha kısadır. (1-5,7,18,19-21).

Bir diğer çok önemli nokta ise, hastalığın psikososyal sonuçlarıdır. Özgüven ve vücut imajı bozulmuştur, hareketlerin kısıtlanması sonucu iş gücü ve aktiviteler engellenir; olağan ölçülere, mobilyaya, ulaşım araçlarına ve giysilere sığmamak, her gün yaşanan kişi için utanç verici kabul edilen durumlardır (7,18). Obezite depresyon ve agresif davranışlarla komplike

olabilir. Bu durum bir kısır döngüye neden olabilir, çünkü depresif kişilik daha fazla yemek yeme arzusu ve sosyal izolasyona yol açabilir (5,7,18,19).

2.4.Obezitenin Tedavisi:

Bütün kronik hastalıklarda klasik tedavi metodları vardır ve bu tedaviler yaşam boyu sürer. Obezite tedavisinde eğitim ve olayın önemini anlamak, ayrıca enerji dengesini bozmayacak doğru beslenmeyi öğrenmek çok önemli ve temel noktalardır. Diyetler geçici şeyler değildir, o nedenle yaşam boyu sürecek bir alışkanlık haline getirilmelidir. Çünkü obezitenin en güzel tanımlaması yeme davranışı bozukluğudur. O halde yeme davranışı bozukluğunu değiştirip doğru beslenmeyi yaşam boyu bir alışkanlık haline getirmek gerekir. Bu nedenle diyet yerine artık medikal beslenme tedavisi denilmektedir ve bu beslenme biçimi ömür boyu sürmelidir. İlk denenecek yöntem, ciddi kalori kısıtlamasıdır. Tedaviye anorektik (iştah kesici) ilaçlar eklenebilir. Bu yaklaşımda başarısız olma riski %90 a kadar yüksek rakamlara ulaşabilmektedir. Kırkbeş kg. ın üzerinde fazlası olan ve medikal tedaviyle başarı sağlanamamış hastalarda mideyi küçültmek amacıyla gastroplastik ve gastrik bypass tekniği gibi cerrahi girişimler uygulanabilir. Genel olarak hastalar bu ameliyatlardan sonra ilk yılda fazla kilolarının % 40-50 sini kaybeder, fakat bazıları kaloriden zengin sıvılar tüketerek tekrar kilo alır. Bu girişimlerin uzun dönemdeki güvenilirliği ve etkinliği tam olarak bilinmemektedir. Eskiden bu hastaların tedavisinde kullanılan barsak bypass ameliyatı, uzun dönemde görülen komplikasyonlar nedeniyle terkedilmiştir (22,23).

Kilo vermenin başlatılması kararı hastanın kilo verme gereksinimlerinin değerlendirilmesine ve bireyin kilo verme için davranışsal olarak hazır olma durumuna dayandırılmalıdır. Tedavinin seçimi sadece VKİ ne ve bireyin sağlık risklerine göre

belirlenmemeli, aynı zamanda hastanın geçmişteki zayıflama çabaları da göz önüne alınmalıdır (24).

Diyette özellikle yağ oranları %30 un altında olmalıdır. Katı yağlar kısıtlanmalı ve %7 yi aşmamalıdır ama her besin ögesi alınmalıdır. Proteinler %10-20, karbonhidratlar %50-60 oranlarında olmalı ve düşük kaloriyle beraber kişiye özel bir şekilde medikal beslenme programı ayarlanmalıdır. Karbonhidratlar lifli ve kompleks, proteinler yüksek kalitede ve bitkisel orijinli, yağlar ise tekli doymamış yağ ağırlıklı ve esansiyel yağ asidi içeren balık ve tavuk destekli olmalıdır. Ortalama günlük 500 cal. eksik ile haftada 450 gr. kilo kaybı olmaktadır. Günde 5 öğün beslenme tercih edilmelidir. Ekipte hekimle birlikte görev alacak bir diyet uzmanı bulunmalıdır. Ayrıca egzersiz programı olmalı, aerobik egzersizler hastaya anlatılmalı ve öğretilmelidir. Tempolu bir yürüyüş yapıldığı zaman nabız sayısının ortalama dakikada 110 un üzerine çıkması gerekir. Nabız sayısı 110/dak. nin üzerine çıkınca enerji tüketimi başlar. Egzersizde maksimum kalp hızının %50 ile %80 ine ulaşmak hedeflenir. Sürekli ve düzenli olarak egzersiz yapan bireyler daha az kilo almaktadırlar ve verilen kilolarını koruyabilmektedirler (22,23).

Diyet ve egzersiz birlikte kilo vermede daha etkili olmasına rağmen sadece diyetle karşı diyet ve egzersiz birlikteliğinin çok anlamlı bir üstünlüğü olmadığını ileri süren çalışmalarda vardır (25). Evde yapılan programlı egzersizler uzun vadeli kilo vermede grup toplantılarında yapılan egzersiz seanslarına göre daha etkilidir (26).

İlaçlar, diğer yaşam tarzı değişikliklerinin, beslenme alışkanlıklarının, egzersizin tamamlayıcısıdır. Bir ayda ortalama iki kilo verilebilir veya kişinin kilo durumuna göre bu rakam maksimum 4-5 kg. olabilir. İlk 3-6 ayda mevcut vücut ağırlığının %5-10 unu kaybettirmek hedeflenir. İkinci 3-6 ayda amaç ikinci bir %5-10 kilo kayıptır. Ulaşılmak istenen sonuç uzun vadede istikrarlı ve kalıcı kilo kaybıdır (1,3,7,18-20,27-30).

Obezitenin ilaçla tedavisindeki önemli konulardan bir tanesi, ilaçlar kesildiği zaman hastaların kilo alması nedeniyle ilaçların etkisiz olduğunun sanılmasıdır. VKİ, fazla kilolu hastanın risk/fayda değerlendirmesinde yol gösterici olabilir. VKİ>30 kg/ m² olan hastalar ilaç tedavisinin potansiyel adaydırlar. Dislipidemi, hipertansiyon, diyabet veya bozulmuş glikoz toleransı, semptomatik osteoartrit veya uyku apnesi gibi komorbid durumlar ilaçla tedavi kararının VKİ=27-30 kg/m² olanlara kadar inmesine yol açar (31,32).

Verilen kiloların iyi korunamaması fizyolojik, çevresel ve psikolojik faktörlerin kompleks ve değişken etkileşimlerinden kaynaklanmaktadır. Azalmış metabolik hız, adaptif termogenez ve adipoz doku lipoprotein lipaz aktivitesinin artması gibi fizyolojik faktörler daha önce obez olan bireylerin kaybettikleri kiloyu almalarına zemin hazırlar. Lezzetli, yüksek yağlı ve kalorili yiyeceklerden zengin bir çevreyle, diyet sonucu yiyeceklere karşı artan bir duyarlılıkla beraber sürekli karşı karşıya kalmak bu bireylerin diyet kontrollerini daha da zorlaştırmaktadır (32,35-40). Çoğu fazla kilolu birey böyle bir çevre ve biyoloji ile baş etmekte zorlanmaktadır. Hatta zayıflama tedavisini takip eden periyotta, diyet ve aktivitedeki değişimlerle bağlılığı koruyan destekler daha azdır. Bu durum tipik olarak aktif tedavinin sonlandırılmasına yol açmaktadır. Sonuçta hastalar ek olarak kilo vermezken sürekli devam eden diyet kontrolü ile yüksek bir bedel ödediklerini düşünmektedirler. Böylece düşük kırıklıkları sıkça yaşanmaktadır. Tedavi sonrası gerçekleşen küçük kilo alımları genellikle kişisel yetersizlik duygusuna yol açmakta ve bu negatif duyguları ve ümitsizliği tetikleyerek bazen kilo verme çabalarını yasaklamaya kadar gidebilmektedir (35,46). Ağırılık tedavisi sırasında duygu durumu ve genel psikiatrik durumun değerlendirilmesi çelişkili sonuçlar ortaya çıkarmıştır. Kilo kaybının, kilo kaybından önce ve hemen sonra duygu durumu üzerindeki etkilerini inceleyen daha önceki çalışmalar, duygu durumunda olumsuz bir değişiklik gösterme eğilimindedirler. Çelişkili sonuçlar kısmen, standardize edilmiş değerlendirme yöntemlerinden çok, klinik düşünceye dayalı değerlendirme yöntemlerinin kullanılmasına, kilo kaybı öncesi ve sonrasında bir tek ölçümün yapılması yerine çok sayıda ölçüm yapılmasına bağlıdır. Çalışmada yer alan kişiler sıklıkla deprese olduğu için ve mental durumda radikal gelişmeler göstermeye daha az eğilimli olduklarından, kaydedilen düzelmelerin derecesi de değişkendir. Genellikle kilo katbetme isteği ve sürekli diyet yapmanın görünürdeki başarısızlığının (ya da orta dereceli kilo kayıplarının değerinin taktir edilmemesi

), birçok fazla kilolu kişide öz saygının ve kişinin kendisine verdiği değerin daha da azalmasına neden olacağı ileri sürülmüştür (42).

Obezite tedavisinin odaklandığı temel nokta ağırlık ve ağırlık ile ilişkili risk faktörleri olmasına karşın, genel bir psikolojik değerlendirme, tedavi programını etkileyebilecek olan psikolojik faktörleri göz önüne almalıdır. Yapılan bir çalışmada obez kişilerde, depresyon, zedelenmiş öz saygı, düşünce ve hakkını savunma güçlükleri, kişiler arası ilişki kurma yada cinsel ilişki zorlukları ile karşı karşıya oldukları görülmüştür (43).

Obez kişilerde vücut görüntüsü tatminsizliğinin tedavisi ağırlıklı olarak psikofenotipinin kognitif- davranışsal modellerinden gelmiştir. Bu tür yaklaşımların etkinliği için artan sayıda kanıt olmasına rağmen, tedavinin başarısı için en kritik olan tedavi komponentleri hakkında az sayıda çalışma vardır (33,34). Davranışa bağlı stratejilerin (sakınılan durumlara maruz kalınması gibi) veya tedavinin kognitif elemanlarının (kognitif yeniden yapılanma gibi) tedavi sonucuna etkisi tam açık değildir. Davranışsal tedavinin birçok bileşeni vardır; bunlar öz kontrol, uyarı kontrolü, problem çözme, kognitif yeniden yapılanma, sosyal destek, beslenme eğitimi, fizik aktivite ve destekleyici beklenmedik olayların kullanımını içerir (33,34). Bu stratejilerin ayırıcı etkinlik çalışmaları vücut görüntüsü tatminsizliğinin tedavisinde önemli bilgiler sağlayabilir (44). Obezitede kullanılan basit psikolojik tedavilerin beklenen başarıya ulaşamaması, inanılması güç olmakla birlikte, toplumdaki psikopatoloji düzeylerinin, artan obezite prevalansını açıklayacak ölçüde fazla artış göstermesi ile açıklanmaktadır. Tersine, obezite tedavisinde, yeme alışkanlıklarını, bu alışkanlıkların kökenine bakılmaksızın değiştirmek amacıyla uygulanan davranışsal yöntemlerde başarı elde edilmiştir (45). Etkili ağırlık tedavisine engel olan psikolojik nedenlere karşı davranış terapisinin kullanılması birçok terapist tarafından benimsenmiştir. Davranış tedavisinin kullanılmasının olasılıkla kilo kaybedilmesine karşı var olan psikolojik engelleri aşmak için pratik stratejiler sunduğu için en azından daha konvansiyonel diyet yaklaşımları kadar etkili olduğu düşünülmektedir (42). Gerçekçi olmayan kilo azaltma hedefleri, zayıf başatma ve problem çözme yetenekleri ve düşük kişisel yarar gibi bir dizi psikolojik faktörlerin, kaybedilen kiloları koruma ve şişmanlığın yeniden tekrar etmesine sebep olacak davranışlarda önemli etkileri vardır. Ancak çok daha az dikkat gösterilen bir nokta ise bu elde edilen kiloda kalma davranışlarına devam etme yada bırakmaya sebep olan psikolojik faktörlerin araştırılması gereğidir. Bu konuda daha fazla çalışma yapılması gerekmektedir (46,47).

Doğal destek ve deneysel destek olarak iki tip sosyal desteğin yalnız ve arkadaşlarıyla katılan iki gruba uygulandığı çalışma sonucunda arkadaşları ile katılanlar

yalnız katılanlara göre daha iyi kilo vermişlerdir. Hem katılma durumu hem de sosyal destek girişimi verilen kilonun korunmasını 4. aydan 10. aya kadar etkilemiştir. Yalnız katılıp, standart davranış tedavisi verilen gruptan sadece %24 ü tüm 6 aylık takipte verdikleri kiloyu koruyabilmiştir. Bu bulgular, sosyal desteğe daha fazla önem verilmesinin kilo kaybını uzun süreli korumayı iyileştirebileceğini düşündürmektedir (48). Kilo verme konusunda motivasyon görüşmeleri yapılan grubun tedavi programına bağlılığı (yani daha iyi katılım, kişisel gözlem, egzersiz ve kan şekeri izlemi) standart davranış tedavisi alan gruba göre daha iyidir (25). 4-6 ay süren haftalık grup tedavilerinden sonra, hastalar tipik olarak başlangıç kilolarının %8-10 unu kaybetmektedir. Randomize çalışmalarla kontrol edilmese bile, yine de klasik davranışsal girişimler çoğu ticari programlardan daha çok kilo kaybına yol açıyor görünmektedir (24,33). Motivasyon artırmanın bir yolu hastaların verdikleri kilolar nedeniyle hissettikleri tatmini artırmaktır. Ne yazık ki zayıflama programlarına giren çoğu birey bu programların sağlayabileceğinden daha fazla kiloyu vermeyi arzu etmekte ve tedaviyi tatmin olmadan bitirmektedir. Zayıflama programlarına giren çoğu birey sağlıklarını ve/veya görünümünü iyileştirme arzusu ile motive olduklarından eğer tedaviler katılımcıların bu arzularını başarmak için (daha iyi sağlık ve/veya görünüm) değiştirilirse, katılımcıların verdikleri kilolardan daha çok tatmin olacakları öne sürülmektedir (25).

Kilo verme esnasındaki duygusal problemler, aşırı şişmanlık için birleştirilmiş davranış tedavisi ve antidepresan ilaç tedavisinin avantajları ile ilgili çalışmada diyetle başladıktan sonra ortaya çıkan duygusal stres ve semptomların tedavisinde antidepresan ilaçların kullanımının faydalı olduğu ve kilo verme konusunda pozitif etkiye sahip olduğu sonucuna varılmıştır (49). Ancak bu düşüncenin aksine antidepresan ilaçlar, özellikle trisiklik antidepresanlar ve fenotiyazinler genellikle iştahı artırarak, kilo alınmasına neden olurlar düşüncesi de mevcuttur (42). Bu konu hakkında daha fazla araştırma yapılması gerektiği düşünülmektedir.

İlk tedavide başarılı değişimleri korumak için özel dizayn edilmiş stratejilerin sağlanması uzun dönemdeki sonuçları düzeltebilir. Bunu sağlamak için farklı yaklaşımlar değerlendirilmiştir. Bunların arasında; tedavinin uzatılması, relaps önleme çalışmaları, para teşvikleri, yiyecek verilmesi, telefon motivasyonları, arkadaş desteği, egzersiz, fizik aktivite ve multikomponent tedavi sonrası programlar gösterilebilir (35).

Temel yaşam koşulları, yeme ve aktivite uygulamaları ve ilişkili tavırlar etnik gruplar arasında değişkenlik göstermekte ve tedavi programlarının uygulanma yolları ve bu programa bağlı kalma oranlarında farklılıklara yol açmaktadır. Tedaviye uyum zorluğu büyük ölçüde diyetin bazı yönlerindeki değişikliklerin psikososyal kabulünün daha az olması, vücut

görüntüsü kabullerinin farklı olması, önerilen gıdalar ve davranışlarla edinilmiş alışkanlıklar arasındaki uyumsuzluk ve düşük kalori ile beslenme veya fizik aktiviteyi artırmak için sosyal desteğin ve toplumsal desteğin az olmasına bağlı olabilir (50).

3-MATERYAL VE METOD:

3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma, Afyon ili merkezinde 2 nolu sağlık ocağı çevresinde yaşayan kişilerde obez hastaların bağımlı- özerk kişilik özelliklerinin ve problem çözme yeteneklerinin değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer Ve Özellikleri

Bu çalışma Eylül 2002-2003 tarihleri arasında Afyon ili merkezinde 2 nolu sağlık ocağı çevresinde yaşayan rastgele 152 kişi üzerinde yapılmıştır.152 kişi 3 gruba ayrılmış 1. grup obez, 2. grup fazla kilolu, 3. grup normal kilolu kişilerden oluşturulmuştur. Bu gruplama VKI ne göre yapılmıştır. VKI $> 30 \text{ kg/m}^2$ olan olgular obez, $25-29,9 \text{ kg/m}^2$ arasındakiler fazla kilolu, $18-24,9 \text{ kg/m}^2$ arasında olanlar normal kilolu olarak kabul edilmiştir. Çalışmaya katılan 152 kişi obezite dışında ek hastalığı olmayan, sağlıklı kişilerden seçilmiş olup, herhangi bir hastalığı olanlar çalışma dışında bırakılmıştır.

3.3. Evren Ve Örneklem

Afyon ili merkez 2 nolu sağlık ocağı çevresinde yaşayan kişilerin tümü araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. Örneklem grubunu ise anket formunu doldurarak araştırmaya katılan gönüllüler oluşturmaktadır.

3.4. Anket Formunun Uygulanması

Bu çalışma Eylül 2002-2003 tarihleri arasında Afyon il merkezi 2 nolu sağlık ocağı çevresinde yaşayan rastgele 152 kişi üzerinde yapılmıştır.152 kişi 3 gruba ayrılmış 1. grup obez, 2. grup fazla kilolu, 3. grup normal kilolu kişilerden oluşturulmuştur.Yaş,çocuk sayısı, medeni hal, cinsiyet, çalışma durumu, eğitim düzeyi, obezite tedavisi alıp-almama durumları yönünden birbirleri ile uyumlu obez, fazla kilolu ve normal vücut ağırlığındakiler olmak üzere 3 grup, sosyotropi-otonomi skalası (51) ve problem çözme envanterinde (52) verilen sorular aracılığı ile bağımlı özerk kişilik özellikleri ve problem çözme yeteneklerini algulamaları

yönünden kıyaslamalı olarak incelenmiştir. Olguların yaş, çocuk sayısı, medeni hal, cinsiyet, çalışma durumu, eğitim düzeyi özelliklerinin obezite üzerine etkisi araştırılmıştır.

3.5. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirmesi bilgisayarda SPSS (Statistical Package of Science) programında gerçekleştirilmiştir.

İstatistiksel analizinde Chaid analizi, Varyans analizi, Serelolik regresyon analizi, Ordinal lojistik regresyon analizi, Chaid analizinde ki-kare testi kullanılmıştır. Veriler “ortalama \pm standart sapma” şeklinde gösterilmiştir.

3.6. Soru Kağıdının Hazırlanması

Obez hastaların bağımlı- özerk kişilik özelliklerinin ve problem çözme yeteneklerinin değerlendirilmesi amacıyla araştırmacı tarafından konuya ilişkin kaynaklardan (51,52) yararlanılarak soru kağıdı hazırlanmıştır.

Soru kağıdı üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde kişileri tanıtan bilgilere ilişkin sorular, ikinci bölümde sosyotropi-otonomi ölçeği (sosotö) soruları, üçüncü bölümde problem çözme envanteri (pçe) soruları yer almaktadır. Soru kağıdı toplam 114 soru içermektedir. Sorular ekte verilmektedir.

SOSYOTROPİ-OTONOMİ ÖLÇEĞİ (SOSOTÖ)

Tanıtım :

Ölçtüğü nitelik : İnsanlara bağımlı ve insanlardan özerk kişilik özellikleri.

Ölçek türü : Kendini değerlendirme ölçeği.

Kimlere

Uygulanabileceği : Ergen ve yetişkinlere uygulanır.

Uygulama süresi : Zaman sınırlaması yoktur.

Kapsamı : Altmış maddeden oluşan bir ölçektir.Otuz madde sosyotropi alt ölçeğine,30 madde otonomi alt ölçeğine aittir.

Materyal : Soru formu (cevaplar,soru formu üzerinde işaretlenir).

Uygulama İçin Pratik Bilgiler

Uygulanışı : Bireylerin kendi kendilerine uygulayabilecekleri bir ölçektir.

Yönergesi : Formun başında nasıl yanıtlanacağıyla ilgili bilgi vardır.

Yanıtlanması : Her bir madde için “sizi ne kadar tanımlıyor?” sorusuna karşılık “Hiç tanımlamıyor”dan başlayıp,”çok iyi tanımlıyor”a kadar giden yanıt seçenekleri vardır.

Puanlanması : Maddelere verilen yanıtlara “Hiç tanımlamıyor” için 0, “biraz tanımlıyor” için 1, “oldukça tanımlıyor” için 2,“İyi tanımlıyor” için 3 ve “çok iyi tanımlıyor” için 4 puan verilir. 2 alttestten 2 toplam puan elde edilir. Sosyotropi puanı için

1,4,5,7,8,11,15,17,18,19,24,26,27,29,31,33,34,35,38,40,44,46,47,49,50,52,53,56,58

Ve 59. maddeler toplanır. Otonomi puanı için de 2,3,6,9,10,12,13,14,16,20,21,22,23,25,28,30,36,37,39,41,42,43,45,48,51,54,55,57 ve 60. maddeler toplanır.Bir alt ölçekten alınabilecek en yüksek puan (30 maddeden) 120 puandır.

Yorumlanması : Yüksek puanlar Sosyotropi alttestinde yüksek sosyotropik kişilik özelliklerine işaret eder. Otonomi alttestinden alınan yüksek puanlar yüksek düzeydeki otonom özelliklerini göstermektedir.

Uygulayıcının nitelikleri : Bu tür ölçeklerin sınırlılıklarını bilen araştırmacıların yada uygulayıcıların kullanması uygundur.

ÖZGÜN FORM

Genel bilgi :

Özgün adı : Sociotropy-autonomy Scale (SAS)

Geliştirenler : A.T.Beck, N.Epstein, R.P.Harrison ve J.emery, (1983)

Kaynak : Beck, A.T.,Epstein, N., arrison,R.P.,& emery,J.(1983).Development of the Sociotropy-Autonomy Scale: A measure of personelty factors in psychopathology.Philadelpia: University of Pennsylvania.

Teknik Değerlendirme :

Geliştirilmesi : Sosyotropi-Otonomi Ölçeği, Beck ve arkadaşları tarafından 1983 yılında geliştirilmiştir.Ölçek, iki farklı kişilik özelliğini ölçmeye yönelik olarak oluşturulmuştur.

Güvenirlik : İç tutarlık: Ölçeğin iç tutarlığı oldukça yüksek olarak bildirilmiştir.

(Sosyotropi için .89 ile .94 ranjında, Otonomi için .83 ile .95 ranjında).

Test-tekrar güvenirliği: Sosyotropi için .65 ile .88 ranjında, Otonomi için .66 ile .75 ranjında bildirilmiştir.(Beck ve arkadaşları., 1983)

Geçerlik : Ölçüt bağıntılı geçerlik: Değişik çalışmalarda Beck Depresyon Envanteri ile Sosyotropi Ölçeği arasındaki korelasyon, .01 ile .60 arasında, otonomi

alt ölçeği ile -.01 ve .28 arasında bulunduğu gözlenmiştir.(Aktaran:şahin,Ulusoy ve şahin, 1993)

Yapı geçerliği: Faktör analizi sonuçlarına göre, her iki boyut için üçer faktör bulunmuştur. Sosyotropi Alt ölçeğinde; Onaylanmama kaygısı (11,17,18,24,27,29,33,38,44,50), Ayrılık kaygısı (Concern over Separation) (4,8,19,26,31,34,35,40,47,49,53,58,59) ve başkalarını

memnun etme (Pleasingothers) (1,5,7,15,46,52,56) faktörleri belirlenmiştir.Otonomi Alt ölçeğindeKişisel başarı (2,3,9,12,14,20,30,32,39,45,48,60) , Özgürlük (6,13,21,22,23,28,36,41,43,54,55,57) ve yalnızlıktan hoşlanma (10,16,25,37,42,51) faktörleri bulunmuştur.

TÜRKİYE UYARLAMASI

Genel bilgi :

Türkçe Formu : Sosyotropi- Otonomi Ölçeği (SOSOTÖ)

Uyarlayanlar : Nesrin H. Şahin, Mustafa Ulusoy ve Nail Şahin. (1993)

Kaynak : Şahin, N.H., Ulusoy M., Şahin, N.(1993).Exploring the sociotropy autonomy dimensios in a sample of Turkish psychiatric inpatients. Journal of Clinical Psychology, 49, (6), 751-763.

Teknik değerlendirme :

Çeviri : Ölçek iki araştırmacı tarafından Türkçe'ye çevrildikten sonra, iki ayrı kişi tarafından çeviriler gözden geçirilmiş ve orijinalini en iyi temsil eden çeviri maddeleri seçilmiştir.

Güvenirlilik : İç tutarlık: Sosyotropi-Otonomi Ölçeğinin hasta grubu verileri üzerinde elde edilmiş Cronbach Alfa katsayıları Sosyotropi ve Otonomi için sırasıyla,.70 ve .81 olarak hesaplanmıştır.Öğrenci grubunun Cronbach Alfa katsayıları ise sırasıyla, .83 ve .81 olarak bulunmuştur.

Geçerlilik : Ölçüt bağıntılı geçerlik: Sosyotropi-Otonomi ölçeği, Beck Depresyon Envanteri ve Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği, 189 üniversite öğrencisine ve 70 yatan hastaya uygulanmıştır.Beck depresyon envanteri ile Sosyotropi alt ölçeği arasındaki korelasyonlar .05 ve .16 arasında Otonomi alt ölçeğiyle, BDE arasındaki korelasyonlar ise -.05 ve .03 arasında bulunmuştur.Bu ölçekler arasında korelasyon, istatistiksel olarak anlamlı değildir. Ancak Sosyotropi boyutunun “Onaylanma isteği” alt ölçeği ile Beck Depresyon

Envanteri arasındaki korelasyon ($r=.28, p<.01$) anlamlı bulunmuştur. Sosyotropi ve Otonomi boyutlarının diğer alt ölçekleriyle, Beck Depresyon Envanteri puanları arasındaki korelasyonlar ise anlamlı bulunmamıştır.

Fonksiyonel olmayan tutumlar ölçeği (FOTÖ) ile Sosyotropi-Otonomi Ölçeği arasındaki ilişkiye bakıldığında, Sosyotropi alt ölçeği ile FOTÖ puanları arasındaki korelasyon $.37$ ($p<.001$) olarak hesaplanmıştır. Ancak FOTÖ ile Otonomi alt ölçeği arasındaki korelasyon istatistiksel olarak anlamlı değildir. ($r= -.03$). 540 lise ve üniversite öğrencisi üzerinde yapılan çalışmada Beck Depresyon Envanteri ve Sosyotropi ölçeği arasındaki korelasyon $r=.18$ ($p<.001$) olarak çıkmıştır. Bu ölçeğin alt ölçeklerinden “on ay görmeme korkusu” ve BDE korelasyonu $.26$ $p<.001$, “Diğerlerini Mutlu etmeye çalışma” ve BDE korelasyonu ise $r= p<.001$ çıkmıştır. Otonomi ölçeği ile korelasyonlar ise anlamlı değildir. (Şahin, N. Ve Şahin, N., 1992)

Yapı geçerliği: Hasta ve öğrenci grupları Sosyotropi-Otonomi Ölçeği’nden aldıkları puanlar açısından karşılaştırılmıştır. Sosyotropi Alt ölçeği hasta ve normal grupları birbirinden ayırt ederken ($t=6.82, p<.01$), otonomi alt ölçeğinin ayırt etmediği görülmüştür. Sonuç olarak her iki alt boyutun geçerliği üzerinde ek çalışmalar yapılmasının uygun olacağı kararı verilmiştir. Sosyotropi ölçeği depresyonla daha yakından ilişkili bulunmuştur. Otonomi alt ölçeğinin depresyondaki yatınlığa karşı duyarlılığını artırmaya yönelik çalışmalara gerek duyulmaktadır.

PROBLEM ÇÖZME ENVANTERİ (PÇE)

Tanıtım:

Ölçtüğü nitelik : Bireyin problem çözme becerileri kendini algılayışı.

Ölçek türü : Kendini değerlendirme türü bir ölçek. Grup olarak uygulanabilir.

Kimlere uygulanabileceği : Ergen ve yetişkinlere uygulanır.

Uygulama süresi : Zaman sınırlaması yoktur.

Kapsamı : 35 maddeden oluşan, 1-6 arası puanlanan Likert tipi bir ölçektir.

Materyal : Soru formu (cevaplar soru formu üzerine işaretlenir)

Uygulama için pratik bilgiler:

Uygulanışı : Bireylerin kendi kendilerine cevaplandırabilecekleri,uygulanışı kolay bir ölçektir.

Yönergesi : Formun başında nasıl yanıtlanacağıyla ilgili bilgi vardır.

Yanıtlanması : Her madde için kişilere kendilerinin hangi sıklıkta ölçek maddelerindeki gibi davrandıkları sorulmaktadır.Seçenekler:”Her zaman böyle davranırım”, “Çoğunlukta böyle davranırım”, “Sık sık böyle davranırım”, “Arada sırada böyle davranırım”, “Ender olarak böyle davranırım” ve “Hiçbir zaman böyle davranmam” şeklindedir.

Puanlanması : Verilen cevaplara 1 ile 6 arasında değişen puanlar verilir.Puanlama esnasında 9,22. ve 29. maddeler puanlama dışı tutulur. 1,2,3,4,11,13,14,15,17,21,25,26,30. ve 34. maddeler ters olarak puanlanan maddelerdir.Bu maddelerin yeterli problem çözme becerilerini temsil ettiği varsayılır.puan ranjı 32-192 dir.

Yorumlanması : Ölçekten alınan toplam puanların yükseldiği, bireyin problem çözme becerileri konusunda kendini yetersiz olarak algıladığını gösterir.

Uygulayıcının nitelikleri : Bu tür ölçeklerin sınırlamalarını bilen araştırmacıların uygulayıcıların kullanması uygundur.

ÖZGÜN FORM

Genel bilgi :

Özgün adı : Problem Solving Inventory, Form-a (PSI-A)

Geliştirenler : P.P Heppner ve C.H Petersen (1982)

Kaynaklar : Heppner, P.P. and Petersen, C.H. (1982). The development and implications of a personal problem solving inventory. Journal of Counseling Psychology,29, 66-75
Heppner, P.P. (1986). Manual for The Problem Solving Inventory (PSI). Paper presented at The Annual Meeting of the American Psychological Association, Washinton,D.C.

Teknik değerlendirme :

Geliştirilmesi : Çeşitli araştırmalar sonucunda ortaya çıkan, genel yönelim (general orientation), Problemin tanımı (Problem definition) Alternatif üretme (generation of alternatives), Karar Verme (decision making), ve değerlendirme (Evaluation) gibi problem çözme aşamaları göz önünde bulundurularak 35 maddelik bir ölçek geliştirilmiştir. Bu ölçek 150 kişiden oluşan bir öğrenci örneğine uygulanmış ve üç faktör bulunmuştur.

Güvenirlik : İç tutarlık: Yapılan çalışmalar sonucunda ölçeğin tümü için elde edilen Cronbach Alfa iç tutarlık katsayısı .90 alt ölçekler için elde edilen katsayılar ise .72 ile .85 arasında bulunmuştur. Ölçeğin madde-toplam puan korelasyonlarının ranjı ise .25 ile .71 arasında değişmektedir.

Test-tekrar test güvenilirliği: Ölçeğin alt ölçeklerinin test tekrar test güvenilirlik katsayıları $r=.83$ ile $r=.89$ arasında değişmektedir.

Geçerlik : Ölçüt bağımlı geçerlik: Ölçeğin toplam puanı ve üç alt ölçekten elde edilen puanların, öğrencilerin problem çözme becerilerinin düzeyi ile korelasyonları sırasıyla -.46, -.44, -.29 ve -.43'tür. Ölçeğin, öğrencilerin problem çözme becerilerinden memnuniyet dereceleri ile korelasyonları ise -.42, .42, -.24 ve -.39 olarak bildirilmektedir. Ölçeğin SAT toplam puanı ile korelasyonu -.28, SAT sözel puanı ile -.19, SAT matematik puanı ile -.31 olarak bulunmuştur.

Yapı geçerliği: Yapıların çalışmalar sonucunda ölçeğin “problem çözme yeteneğine güven”(5,10,11,12,19,23,24,27,33,34. ve 35. maddeler, $\alpha=0.85$), “Yaklaşma-kaçınma”(1,2,4,6,7,8,13,15,16,17,18,20,21,28,30. ve 31. Maddeler, $\alpha=0.84$) ve “Kişisel kontrol” (3,14,25,26. ve 32. Maddeler, $\alpha=0.72$) olmak üzere üç faktörden oluştuğu belirtilmektedir. Bu üç faktör arasındaki korelasyon katsayılarının ranjı ise 0.38 ile 0.49 arasında değişmektedir.

TÜRKİYE UYARLAMASI

Genel bilgi:

Türkçe formu : Problem çözme Envanteri –A Formu (PÇE).

Uyarlayanlar : Nail Şahin, Nesrin H. Şahin v Paul Heppner (1993).

Kaynak : Şahin, N., Şahin, N. H., & Heppner, P. P. (1993). Psychometric properties of the Problem Solving Inventory in a group of Turkish university students. *Cognitive therapy and Research*, 17(4), 379-396.

Teknik değerlendirme:

Çeviri : Ölçeğin orijinal formu çalışmayı gerçekleştiren ilk iki araştırmacı tarafından ayrı ayrı çevrilmiş daha sonra ise ters çevirme işlemi yapılmıştır. Sonuçta orijinal maddeleri en iyi temsil ettiği düşünülen ifadeler seçilerek Türkçe formu oluşturulmuştur.

Güvenirlilik : İç tutarlık: Toplam 244 üniversite öğrencisi üzerinde yapılan çalışmada ölçeğin Cronbach Alfa güvenirlilik kat sayısı .88 olarak bulunmuştur. Yarıya bölme güvenirliliği: Tek ve çift sayılı maddeler ayrılarak, yarıya bölme tekniği ile elde edilen güvenirlilik katsayısı ise $r=.81$ olarak bulunmuştur.

Geçerlik : Ölçüt bağımlı geçerlik: Ölçeğin toplam puanı ile Beck Depresyon Envanteri arasındaki korelasyon kat sayısı .33 ve STAI-T toplam puanı arasındaki korelasyon kat sayısı ise .45 olarak bulunmuştur.

Yapı geçerliği: Ölçeğin; Beck Depresyon Envanteri ve STAI-T den alınan puanlara göre oluşturulan uç grupları anlamlı olarak ayırdedebildiği belirtilmektedir. Yapılan diskriminant analizi sonucunda ise ölçeğin disforik ve disforik olmayan grupları, ait oldukları gruplara %94 ve %55 oranlarında; anksiyeteli ve anksiyeteli olmayan grupları ise %90 ve %80 oranlarında doğru olarak sınıflandırabildiği ortaya çıkmıştır.

Yapılan faktör analizi sonucunda ölçeğin “Aceleci Yaklaşım” (13,14,15,17,21,25,26,30 ve 32. maddeler, $\alpha=0.78$), “Düşünen Yaklaşım” (18,20,31,33 ve 35. maddeler, $\alpha=0.76$), “Kaçınan Yaklaşım” (1,2,3 ve 4.maddeler, $\alpha=0.74$), “Değerlendirici Yaklaşım” (6,7 ve 8. maddeler, $\alpha=0.69$), “Kendine Güvenli Yaklaşım” (5,23,24,27,28 ve 34.maddeler, $\alpha=0.64$), “Planlı Yaklaşım” (10,12,16 ve 19.maddeler, $\alpha=0.59$) olmak üzere 6 faktör bulunmuştur.

4- BULGULAR:

Çalışmaya katılan kişiler yaş, çocuk sayısı, medeni hal, cinsiyet, çalışma durumu, eğitim düzeyi, obezite tedavisi alıp almadığı durumuna göre incelenmiştir. Olguların demografik verileri Tablo 1. de verilmiştir. Tablo 1.de ayrıca her grupta için daha sonraki figürlerde görülecek olan kodları belirtilmiştir. Olgular yaşlarına göre 20-29 yaş arası, 30-39 yaş ve 40 yaş üzeri şeklinde üç gruba ayrılmıştır. Yaşları 20-29 yıl birinci grup, 30-39 yıl olanlar ikinci grup, 40 ve üzeri olanlar üçüncü grubu oluşturmaktadır. Ancak istatistiksel açıdan genel inceleme yapılması gereken durumlarda yaş grupları birleştirilmiş ve 20-67 yıl arasında alınmıştır. Çocuk sayısı beş grupta incelenmiştir çocuğu olmayanlar birinci grup, bir çocuğu olanlar ikinci grup, iki çocuğu olanlar üçüncü grup, üç çocuğu olanlar dördüncü grup, dört ve üzeri sayıda çocuğu olanlar beşinci grubu oluşturmuştur. Medeni hal yönünden olgular iki gruba ayrılmış; evli olanlar birinci grup, bekar olanlar ikinci grubu oluşturmuştur, boşanmış ve dul olanlar ikinci grupta incelenmiştir. Cinsiyet iki grupta incelenmiş erkekler birinci grubu, bayanlar ikinci grubu oluşturmuştur. Çalışma durumu iki grupta incelenmiş, aktif bir işte çalışmayanlar birinci grupta (emekli, ev hanımı ve öğrenciler) incelenmiştir, aktif bir işte çalışanlar ikinci grupta yer almıştır. Figürlerde çalışma durumu meslek olarak gösterilmiştir. Olgular eğitim düzeyi yönünden 3 grupta incelenmiş, okuma yazma bilmeyenler ve ilkokul mezunları birinci grubu oluşturmakta, ortaokul- lise mezunları ikinci grubu, üniversite mezunları üçüncü grubu oluşturmuştur. Tedavi görme durumu üç grupta incelenmiştir, diyet ve davranış tedavisi görenler birinci grup, ilaç tedavisi görenler ikinci grup ve tedavi görmeyenler üçüncü grup olarak incelenmiştir.

Tahmin Edici	Grup	Düzyey Tanımı	Birim sayısı - %	
OBESİTE (Bağımlı Değişken)	3	1- Obes	43	% 28.49
		2- Fazla Kilolu	56	% 36.84
		3- Normal	53	% 34.87
YAŞ GRUBU	3	1- 20-29	75	% 49.34
		2- 30-39 Chaid için [20-67]	46	% 30.26
		3- 40+	31	% 20.40
ÇOCUK SAYISI	5	1- 0	75	% 49.34
		2- 1	18	% 11.84
		3- 2	34	% 22.37
		4- 3	16	% 10.53
		5- 4+	9	% 5.92
MEDENİ HAL	2	1- Evli	88	% 57.89
		2- Bekar	64	% 42.11
CİNSİYET	2	1- Erkek	59	% 38.82
		2- Bayan	93	% 61.18
EĞİTİM DÜZEYİ	3	1- İlkokul Mezunu	20	% 13.16
		2- Ortaokul-Lise Mezunu	38	% 25
		3- Üniversite Mezunu	94	% 61.84
TEDAVİ DURUMU	3	1- Diyet Davranış Tedavisi	15	% 9.87
		2- İlaç Tedavisi	3	% 1.97
		3- Tedavi Görmeyen	134	% 88.16

Tablo 1. Olguların demografik özellikleri.

Çalışmaya alınan obez olguların ortalama VKİ'i $33,9 \pm 4,44 \text{ kg/m}^2$, yaşları ortalama $40,9 \pm 9,7$ yıl; fazla kiloluların ortalama VKİ'i $26,75 \pm 1,38 \text{ kg/m}^2$, yaş ortalaması $31,2 \pm 6,53$ yıl ve normal kiloluların ortalama VKİ'i $21,5 \pm 1,79 \text{ kg/m}^2$, yaşları $25,9 \pm 4,66$ yıldır. Toplam 152 kişinin ortalama VKİ'i $26,94 \pm 5,61 \text{ kg/m}^2$ ve yaş ortalaması $32,1 \pm 9,21$ yıl olarak bulundu.

Olgular sosyotropi- otonomi testi ve problem çözme envanteri (PÇE) ile ayrı ayrı değerlendirildi. Obez kişilerin otonomi puanı ortalama $77,1 \pm 15,93$, sosyotropi puanı $72,0 \pm 20,01$, pçe puanı ise $87,7 \pm 23,72$ idi. Fazla kiloluların otonomi puanı ortalama $72,6 \pm 16,09$, sosyotropi puanı $70,8 \pm 17,94$, pçe puanı $85,8 \pm 2,0$ ve normal kiloluların otonomi puanı ortalama $74,7 \pm 13$, sosyotropi puanı $63,6 \pm 15,49$, pçe puanı ise $84,8 \pm 21$ olarak

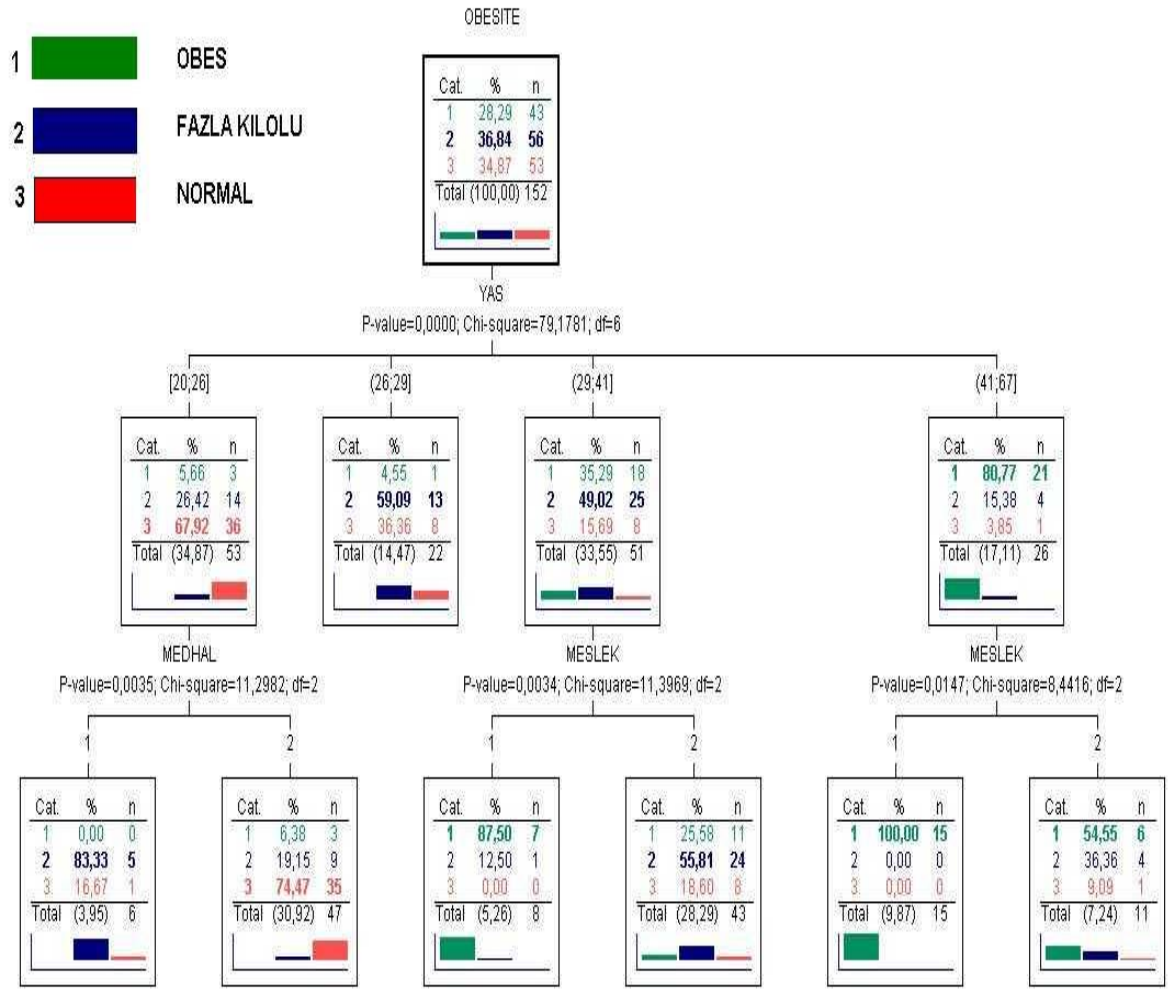
bulundu. Elimizdeki verilere çok değişkenli istatistiksel analiz tekniklerinden birisi olan sıralı lojistik regresyon analizi uygulanıp değişkenlerin tümü ortak değişken olarak ele alındığında, obez, fazla kilolu, normal kilolu olgular arasında sosyotropi, otonomi ve pçe puanları açısından anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

Obezite yaş, cinsiyet, medeni hal, çalışma durumu ile ilgili olup ($p<0,05$), eğitim düzeyi ve çocuk sayısının obezite ile ilgisi olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Tablo 2. Yine elimizdeki verilere sıralı lojistik regresyon analizi uygulanıp, gruplar ayrı ayrı incelendiğinde sosyotropi, otonomi ve pçe puanları arasında cinsiyet, medeni hal, çalışma durumu, eğitim düzeyi ve yaşanan yerin etkili olmadığı bulunmuş, fakat yaşın etkisi anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Olgular yaş dağılımlarına göre ayrı ayrı incelendiğinde ise erkeklerin bayanlara göre, evlilerin bekarlara göre, çalışmayanların çalışanlara göre obezite açısından risk altında olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Eğitim düzeyinin ve çocuk sayısının ise obezite üzerine etkisinin olmadığı sonucuna varılmıştır ($p>0,05$).

		OBEZ N=43	FAZLA KİLOLU N=56	NORMAL KİLOLU N=53	GENEL N=152	P
VKİ		33,9±4,44	26,75±1,38	21,5±1,79	26,9±5,61	P>0,05
OTONOMİ X ±σ		77,1±15,93	72,6±16,09	74,7±13	74,6±15,04	P>0,05
SOSYAL X±σ		72,0±20,01	70,8±17,94	63,6±15,49	68,6±18,03	P>0,05
PÇE X±σ		83,7±23,72	85,8±20	84,8±21	86±21,34	P>0,05
YAŞ X±σ		40,9±9,7	31,2±6,53	25,9±4,66	32,1±9,21	P<0,05
CİNSİYET	E	17	27	15	59	P<0,05
	K	26	29	38	93	
MEDENİ HAL	B	36	41	11	88	P<0,05
	E	7	15	42	64	
ÇALIŞMA DURUMU	1	24	7	7	38	P<0,05
	2	19	49	46	114	
EĞİTİM DÜZEYİ	1	16	4	0	20	P>0,05
	2	14	15	9	38	
	3	13	37	44	94	
ÇOCUK SAYISI	0	8	23	44	75	P>0,05
	1	2	13	3	18	
	2	16	14	4	34	
	3	9	5	2	16	
	4+	8	1	0	9	

Tablo 2 . Obeziteyi etkilediği düşünülen değişkenlerin ‘ortalama ± standart sapma ve P değerleri’ nin dağılımı.

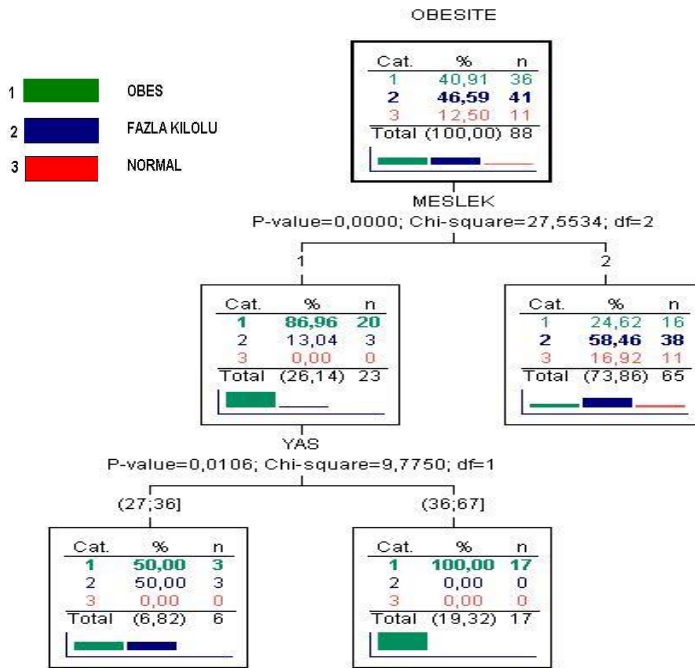
Genel olarak bakıldığında çalışmaya katılan 152 olguda yaşın obezite için en önemli risk faktörünü oluşturduğu tespit edildi ($p<0,05$). Yaşları 20-26 yıl arasında olan gruptaki 53 olgunun 3' ünün obez (%5,66), 14' ünün fazla kilolu (%26,42) ve 36' sının normal kilolu (%67,92) olduğu saptanmıştır. Bu yaş grubuna da medeni hal risk faktörü oluşturmaktadır ($p<0,05$). Evli olan 6 olgunun hiç birisi obez değil (%0,00), 5'i fazla kilolu (%83,33), 1'i normal kilolu (%16,67), bekar olan 47 olgunun 3' ünün obez (%6,38), 9'unun fazla kilolu (%19,15), 35' inin normal kilolu (%74,47) olduğu tespit edilmiştir. Yaşları 26-29 yıl arasında olan 22 olgunun 1' inin obez (%4,55), 13' ünün fazla kilolu (%59,09), 8' inin normal kilolu (%36,36) olduğu tespit edilmiştir. Yaşları 29-41 yıl arasında değişen 51 olgunun 18'i obez (%35,29), 25' inin fazla kilolu (%49,02) ve 8' inin normal kilolu (%15,69) olduğu saptanmıştır. 29-41 yaş grubunda çalışma durumu majör risk faktörü olarak etki göstermiştir ($p<0,05$). Çalışmayan 8 olgunun 7' si obez (%87,50), 1'i fazla kilolu iken (%12,50) hiç birisi normal kilolu değildi (%0,00). Aktif çalışan 43 olgunun 11'i obez (%25,58), 34' ü fazla kilolu (%55,81), 8'i normal kilolu (%18,60) idi. Yaşları 41-67 yıl arasında olan 26 olgunun 21'i obez (%80,77), 4' ü fazla kilolu (%15,38), 1'i normal kilolu (%53,85) olarak tespit edildi ve bu grubu da çalışma durumunun majör risk faktörü olarak etkilediği görüldü ($p<0,05$). Çalışmayan 15 olgunun 15' inin de obez (%100,00) olduğu saptanıp, fazla kilolu ve normal kilolu olgu bulunamamıştır (%0,00) ve çalışan 11 olgunun 6' sının obez (%54,55), 4' ünün fazla kilolu (%36,36), 1' inin normal kilolu (%9,09) olduğu tespit edilmiştir (Figür 1).



Figür 1.Obesiteyi etkileyen değişkenlerin genel olarak incelenmesi.

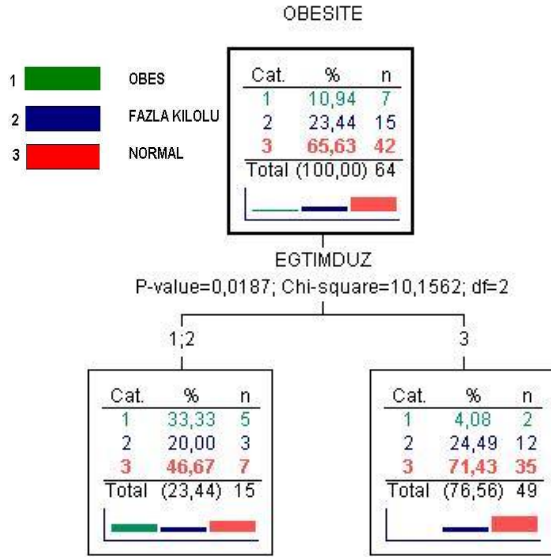
Gruplar ayrı ayrı yaş, çocuk sayısı, medeni hal, cinsiyet, çalışma durumu, eğitim düzeyi, tedavi durumu yönünden incelendiğinde çocuk sayısı ve eğitim düzeyinin obezite için risk faktörü oluşturmadığı ortaya çıkmıştır ($p>0,05$).

Evli olan 88 olgunun 36'sı obez (%40,91), 41'i fazla kilolu (%46,59), 11'i normal kilolu (%12,50) olarak tespit edilmiştir. Bu grupta çalışma durumu obeziteyi majör risk faktörü olarak etkilemektedir ($p<0,05$). Çalışmayan 23 olgunun 20 si obez (%86,96), 3'ünün fazla kilolu olduğu (%13,04), ancak hiç birisinin normal kiloda olmadığı (%0,00) saptanmıştır. Çalışmayanlarda yaşın etkisinin ön plana çıktığı izlenmiştir ($p<0,05$). Çalışmayan 27-36 yaşlarındaki 6 olgunun 3'ünün obez (%50,00), 3'ünün fazla kilolu olduğu (%50,00), hiç birisinin ise normal kilolu olmadığı (%0,00) saptanmıştır. Yaşları 36-67 arasındaki 17 olgunun tümünün obez (%100,00) olduğu görülmüştür. Çalışan 65 kişilik olguların da 16'sı obez (%24,62), 38'i fazla kilolu (%58,46), 11'i normal kilolu (%16,92) olarak saptanmıştır ($p<0,05$) (Figür 2).



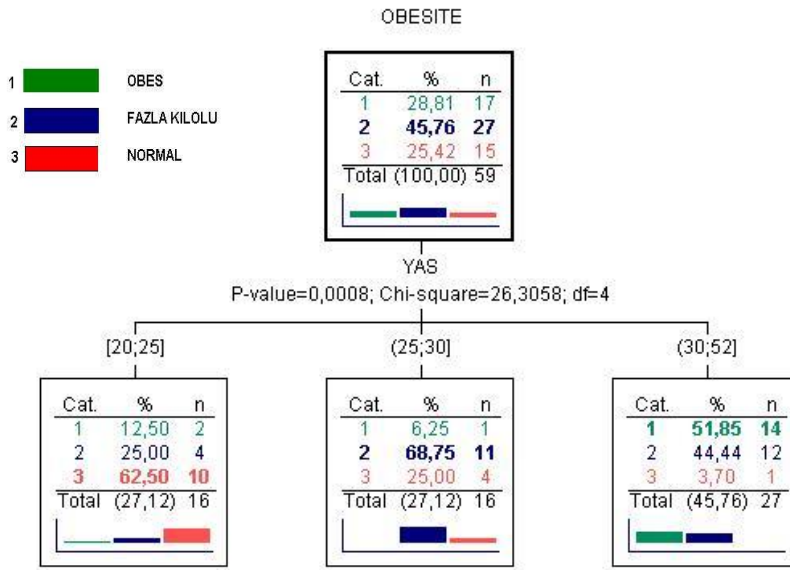
Figür 2. Evli olan olgularda obeziteyi etkileyen durumlar.

Bekar olan 64 olgunun 7'sinin obez (%10,94), 15'inin fazla kilolu (%23,44), 42'sinin normal kilolu (%65,63) olduğu tespit edildi. Bekar olan olgularda eğitim düzeyinin obeziteyi majör risk faktörü olarak etkilediği eğitim düzeyi arttığında obezite riskinin azaldığı saptandı. İlkokul mezunu ve ortaokul- lise mezunu 15 olgunun 5'inin obez (%33,33), 3'ünün fazla kilolu (%20,00), 7'sinin normal kilolu (%46,67) olduğu saptandı, üniversite mezunu 49 olgunun ise 2'sinin obez (%4,08), 12'sinin fazla kilolu (%24,49), 35'inin normal kilolu (%71,43) olduğu saptandı ($P<0,05$) (Figür 3).



Figür 3. Bekar olan olgularda obeziteyi etkileyen durumlar.

Obezite ile cinsiyet arasındaki ilişki incelendiğinde erkek 59 olgunun 17'si obez (%28,81), 27'si fazla kilolu (%45,76), 15'i normal kilolu (%25,42) olarak saptandı ve bu grupta ileri yaşın obeziteyi olumsuz yönde etkilediği izlendi ($P<0,05$). Yaşları 20-25 arasındaki 16 olgunun 2'si obez (%12,50), 4' ü fazla kilolu (%25,00), 10'u normal kilolu (%62,50) olarak tespit edildi. Yaşları 25-30 yıl arasındaki 16 olgunun 1'i obez (%6,25), 11'i fazla kilolu (%68,75), 4'ü normal kilolu (%25,00) ve yaşları 30-52 yıl arasındaki 27 olgunun 14'ü obez (%51,85), 12'si fazla kilolu (%44,44), 1'i normal kilolu (%3,70) idi (Figür 4).

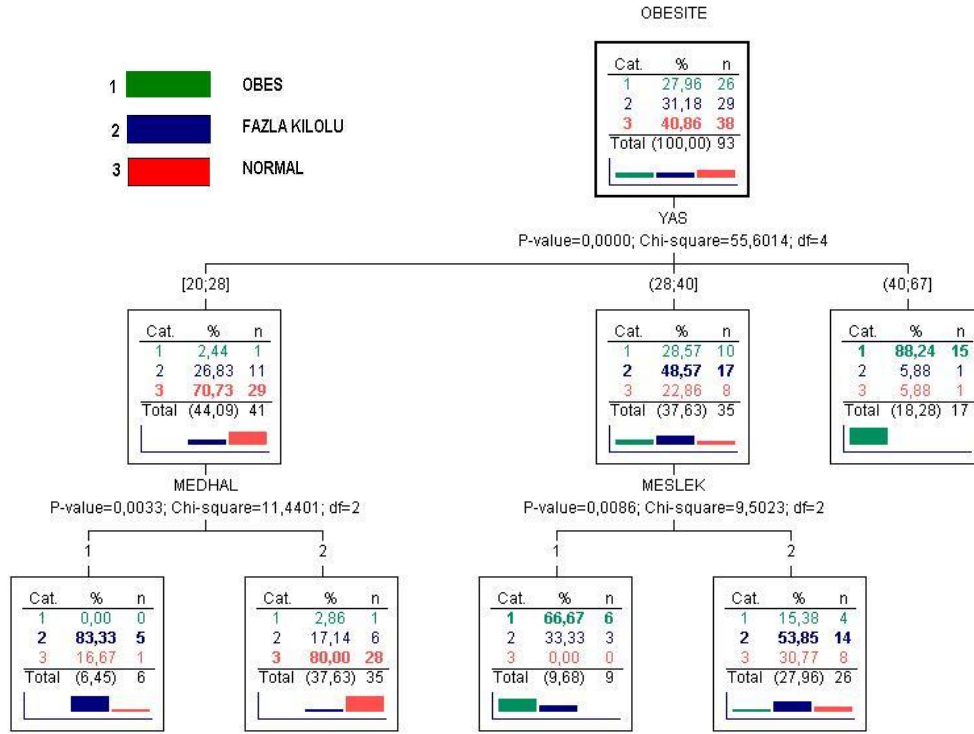


Figür 4. Erkek olgularda obeziteyi etkileyen durumlar.

Bayan grubunda yer alan 93 olgunun 26'sının obez (%27,96), 29'unun fazla kilolu (%31,18), 38'inin normal kilolu (%40,86) olduğu saptandı. Bu grupta da erkeklerde olduğu gibi ileri yaşın obezite için risk oluşturduğu tespit edildi ($P<0,05$). Yaşları 20-28 yıl arasında olan 41 bayan olgunun 1'i obez (%2,44), 11'i fazla kilolu (%26,83), 29'u normal kilolu (%70,73) olarak saptandı. Yaş grubu 20-28 yıl arasında olan olgularda medeni halin obezite riskini artırdığı izlendi ($p<0,05$). Evli olan 6 olgunun hiç birisi obez değilken (%0,00), 5'i fazla kilolu (% 83,33), 1'i normal kilolu (%16,67) saptandı, bekar olan 35 olgunun 1'i obez (%2,86), 6'sı fazla kilolu (%17,14), 28'i normal kilolu (%80,00) olarak tespit edildi.

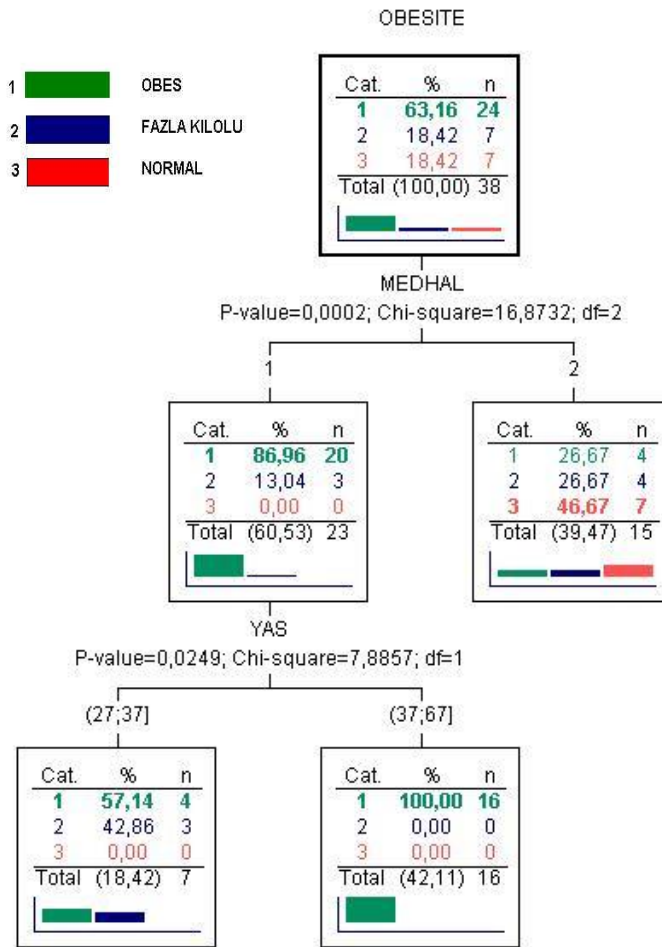
Yaşı 28-40 yıl arasında olan 35 olgunun 10'u obez (%28,57), 17'si fazla kilolu (%48,57), 8'i normal kilolu idi (%22,86). Bu yaş grubunda çalışma durumunun obezite için majör risk faktörü oluşturduğu saptandı ($p<0,05$). Çalışmayan 9 olgunun 6'sı obez (%66,67), 3'ü fazla kilolu (%33,33), normal kilolu olmadığı (%0,00) ve çalışan 26 olgunun 4'ü obez (%15,38), 14'ü fazla kilolu (%53,85), 8'i normal kilolu (%30,77) olarak saptandı.

Yaş grubu 40-67 yıl arasında olan 17 olgunun 15'i obez (%88,24), 1'i fazla kilolu (%5,88), 1'i normal kilolu (%5,88) olarak saptandı. Bu grupta obezite için ön plana çıkan ön plana çıkan majör bir risk faktörü tespit edilmedi (Figür 5).



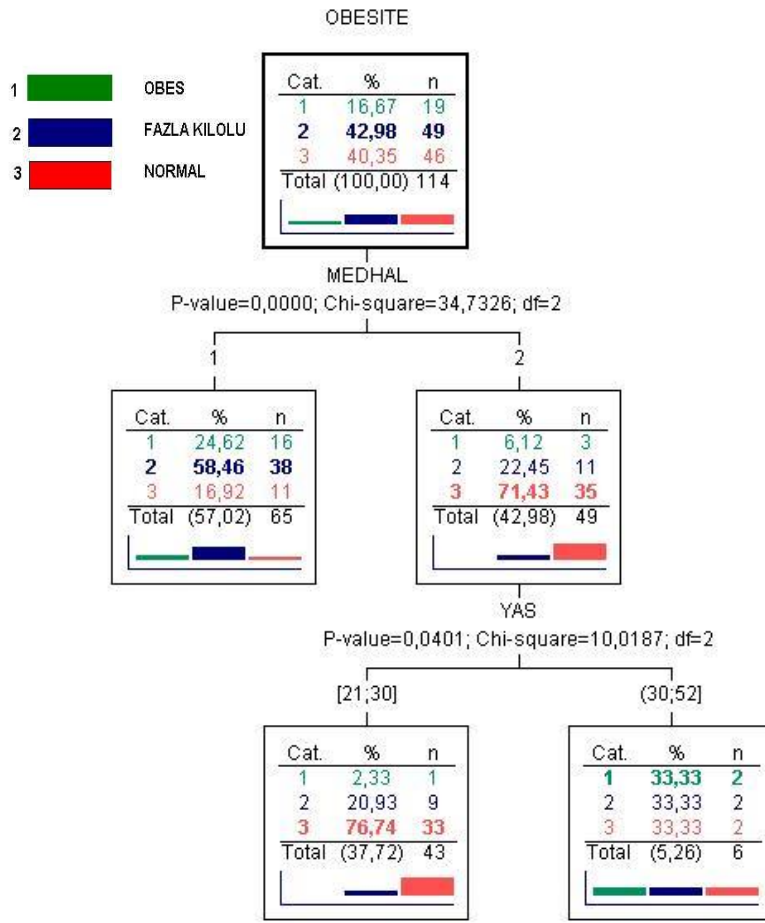
Figür 5. Bayan olgularda obeziteyi etkileyen durumlar.

Obezite ile çalışma durumu arasındaki ilişki incelendiğinde çalışmayan 38 olgunun 24'ü obez (% 63,16), 7'si fazla kilolu (%18,42), 7'si normal kilolu (%18,42) olarak saptandı. Bu grupta medeni halin obeziteyi majör risk faktörü olarak etkilediği belirlendi ($p<0,05$). Evli olan 23 olgunun 20'si obez (%86,96), 3'ünün fazla kilolu (%13,04) olduğu saptandı, normal kilolu olgu ise yoktu (%0,00). Evli olan bu kişiler için yaşın ilerlemesi obezite için risk faktörü oluşturmakta idi ($p<0,05$). Yaşları 27-37 yıl arasında olan 7 olgunun 4'ü obez (%57,14), 3'ü fazla kilolu (% 42,86), normal kilolu olgu olmadığı (%0,00), yaşları 37-67 yıl arasında olan 16 olgunun 16'sının da obez (%100) olduğu saptandı. Bekar olan 15 olgunun ise 4'ü obez (%26,67), 4'ü fazla kilolu (%26,67), 7'si normal kilolu (%46,67) olarak saptandı. Bekar olgular için öne çıkan bir risk faktörü tespit edilmedi (Figür 6).



Figür 6. Çalışmayan olgularda obeziteyi etkileyen durumlar.

Aktif alışan grupta 114 olgunun 19'u obez (%16,67), 49'u fazla kilolu (%42,98) ve 46'sı normal kilolu (%40,35) olarak saptandı. Bu grupta obeziteyi medeni halin majör risk faktörü olarak etkilediği evli olanlarda obezite görölme oranının daha fazla olduğu tespit edildi ($p<0,05$). alışan ve evli olan 65 olgunun 16'sı obez (%24,62), 38'i fazla kilolu (%58,46), 11'i normal kilolu (%16,92) olarak saptandı. alışan ve bekar olan 49 olgunun 3'ünün obez (%6,12), 11'inin fazla kilolu (%22,45), 35'inin normal kilolu (%71,43) olduğu tespit edildi (Figür 7). alışan ve bekar grupta yaşın ilerlemesi obeziteyi majör risk faktörü olarak etkilemektedir. 21-30 yaşları arasındaki 43 olgunun 1'i obez (%2,33), 9'u fazla kilolu (%20,93), 33'ü normal kilolu (%76,74) olarak saptanmıştır. Yaş ilerledikçe 30-52 arasında olan 6 olgunun 2'si obez (%33,33), 2'si fazla kilolu (%33,33), 2'si normal kilolu (%33,33) olarak saptanmıştır (Figür 7).

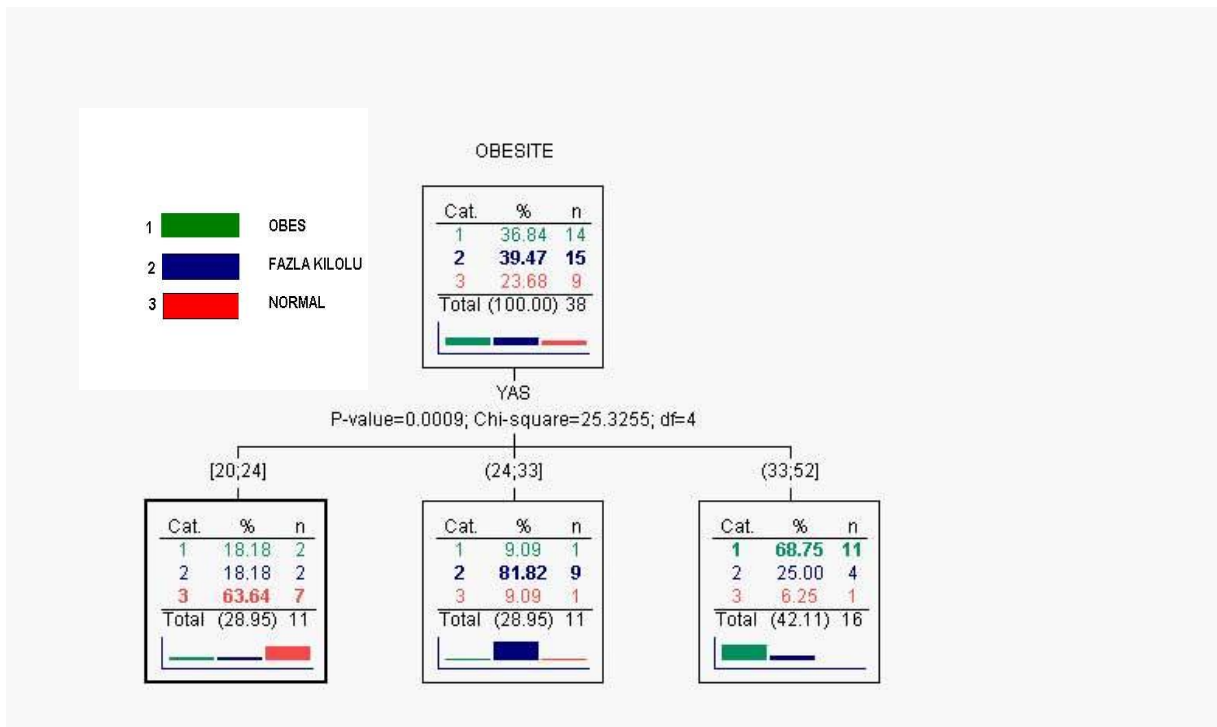


Figür 7. Aktif çalışan olgularda obeziteyi etkileyen durumlar.

Eğitim d¼zeyi ile obezite arasındaki ilişki incelendiğinde eğitim d¼zeyinin etkili olmadığı bulundu fakat her grup tekrar ayrı ayrı incelendiğinde ,ilkokul mezunu 20 olgunun 16'sının obez (%80,00), 4'ünün fazla kilolu (%20,00) olduğu ve bu grupta obeziteyi etkileyen herhangi bir risk fakt¼r¼ bulunmadığı g¼r¼ld¼. Ortaokul- lise mezunu grubunda ve üniversite mezunu grubunda bu veriler göz önünde bulundurulduğunda eğitim d¼zeyi arttıkça obezite oranının azaldığı g¼r¼lmekte idi. Fakat eğitim d¼zeyi yönünden her grup ayrı ayrı incelendiğinde farklı başka fakt¼rlerin de obezite yönünden eğitim d¼zeyi yanı sıra etkili olduğu bulundu. İlkokul mezunu grupta herhangi bir ek fakt¼r tespit edilmezken, ortaokul- lise mezunu grupta yaşla birlikte obezite oranının arttđđı (fig¼r 8), üniversite mezunu grupta evli olanlarda obezite oranının daha fazla olduğu (fig¼r 9) izlenmiştir.

Ortaokul- lise mezunu 38 olgunun 14'ü obez (%36,84), 15'i fazla kilolu (%39,47), 9'u normal kilolu idi (%23,68). Bu grupta ileri yaşın obeziteyi majör risk faktörü olarak etkilediği saptandı ($p<0,05$).

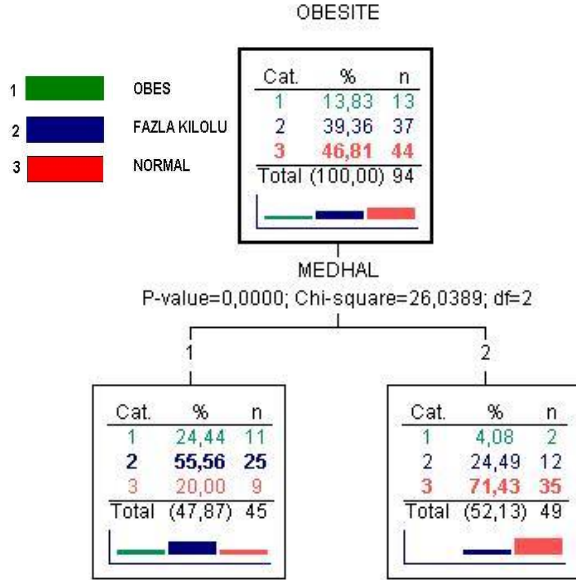
Yaşları 20-24 yıl arasında olan 11 olgunun 2'si obez (%18,18), 2'si fazla kilolu (%18,18), 7'si normal kilolu idi (%63,6), yaşları 24-33 yıl arasında olan 11 olgunun 1'i obez (%9,09), 9'u fazla kilolu (%81,82), 1'i normal kilolu (%9,09) ve yaşları 33-52 yıl arasında olan 16 olgunun 11'inin obez (%68,75), 4'ünün fazla kilolu (%25,00), 1'inin normal kilolu (%6,25) olduğu tespit edildi ($P<0,05$) (Figür 8).



Figür 8.Ortaokul- lise mezunu olgularda obeziteyi etkileyen durumlar.

Üniversite mezunu 94 olgunun 13'ünün obez (%13,83), 37'sinin fazla kilolu (%39,36), 44'ünün normal kilolu (%46,81) olduğu saptandı. Bu grupta obeziteyi medeni halin majör risk faktörü olarak etkilediği görüldü.

Evli olan 45 olgunun 11'inin obez (%24,44), 25'inin fazla kilolu (%55,56), 9'unun normal kilolu (%20,00) olduğu saptandı. Bekar olan 49 olgunun 2'sinin obez (%4,08), 12'sinin fazla kilolu (%24,49), 35'inin normal kilolu (%71,43) olduğu tespit edildi (P<0,05) (Figür 9).



Figür 9. Üniversite mezunu olgularda obeziteyi etkileyen durumlar.

5. TARTIŞMA

Hem kesitsel hem de longitüdünel çalışmalar vücut kitle indeksi (VKİ) yada bel çevresi ölçümü ile belirlenen kilo fazlalığı ile vücudun çoğu sistemini etkileyen durumlar arasında güçlü ve tutarlı ilişkiler olduğunu göstermiştir. Bu ilişkiler nedensel bağlantılara işaret etsin yada etmesin,ağırlık kaybının hem akut olarak, hem de hastalık gelişiminin uzun süreci boyunca hastalık yükünü azaltma potansiyeli bulunmaktadır.(53)

Obezite kişinin duğu durumunu, kendi vücut imajını algılamasını, sosyal hayatını, kişilik yapısını da etkileyen önemli bir hastalıktır (12-16). Brownell ve Rodin, ağırlık döngüsü ile ilgili henüz yanıtlanmamış olan çok sayıda soru yöneltmiş ve normal ya da artmış vücut ağırlığına sahip erkeklerde ve kadınlarda ağırlık döngüsü prevelansının eşit olduğunu öne sürmüşlerdir. Ağırlık döngüsünün yaşam tarzı üstünde olumsuz psikolojik ve davranış ile ilgili etkileri olabileceğini de öne sürmüşlerdir ki buna neden olan temel etkenler abartılı yeme, depresyon ve yaşamdan tatmin olmamadır. Ağırlık döngüsü davranışı ile psikolojik özellikler arasında ilişki kuran tutarlı bulgular elde edilememiştir; ancak çok az sayıda tamamlanmış çalışma bulunmaktadır. Ağırlık döngüsü öyküsü olan bireylerin BMI den bağımsız olarak, stabil ağırlığı olan kişilere göre daha fazla psikopatoloji gösterdiği belirlenmiştir (80,81).

Beden imgesinin ve bedenle ilgili tasvirlerin bebeklik ve erken çocukluk dönemlerinde bakım veren kişilerin eşduyumsal iletileri sonucunda sağlıklı bir biçimde gelişebileceği ileri sürülmektedir. Bu eşduyumsal iletiler, temel olarak dokunma, okşama, kucağa alma, kucağında tutma, güven verir biçimde sarılma gibi fiziksel yollarla ifade edilmektedir ve dokunsal beslenme olarak tanımlanmaktadır. alışmalar beden imgesi ve yeme bozukluğu olan hastaların gerek çocukluk gerekse erişkin yaşamlarında ‘dokunma yoksunluğu’ gösterdiğini ortaya koymaktadır. Yeme bozukluğu olan hastalardaki zayıflıkla aşırı uğraşıp durmanın sıklıkla fiziksel kendilik duygusunda derin bir yetersizliğin sonucu olduğu bildirilmektedir. Yaşamın ilk yıllarındaki ilgi, sevgi, okşanma yetersizliğinin yarattığı boşluk duygusu sonradan doldurulamamakta, bu kişilerin yaşam boyu duyumsadıkları ilgi açlığının kişinin kendisiyle aşırı uğraşmasıyla sonuçlandığı belirtilmektedir. Bu bulgular, sağlıklı bir fiziksel kendilik duygusunun gelişmesinde çocukluktaki dokunsal beslenmenin önemini ortaya koyduğu kadar, sağlıklı bir beden imgesinin sürdürülmesinde erişkin yaşamda da bu davranışlarının önemli olduğunu ortaya koymaktadır.çalışmalar erkeklerdeki dokunsal beslenmenin kadınlara oranla beden imgesini daha az etkilediğini bildirmektedir (82).

Bazı çalışmalar cinsel kötüye kullanım ile yeme davranışı bozuklukları arasında doğrudan bir ilişki olduğunu ileri sürmektedir. Ancak genelde cinsel kötüye kullanım, yeme bozukluklarının biyopsikososyal gelişim kuralı içinde bir risk etkeni olarak görülmektedir (82,83).

Düşüncelerle ilgili olarak yapılan bir çalışmada bariyatrik cerrahi geçiren 47 erkek ve kadına eski kilolarına geri dönmeyi mi tercih edecekleri yoksa, körlük, sağırılık, konuşma bozukluğu, diyabet, kalp hastalığı, şiddetli akne veya bir bacağına olmaması gibi bir durumu mu tercih edecekleri sorulduğunda. Aslında normalde böyle bir soru sorulan çoğu insan yeni bir özürden ziyade kendi hastalığını (bu durumda obezite) seçecektir. Bu çalışmadaki hiçbir hasta obeziteye dönüşü seçmemiştir, ama sağırılığı, kötü konuşmayı, diyabeti şiddetli akneyi veya kalp hastalığını tercih etmiştir. Beş hasta obeziteyi kör olmaya ve dört hasta da obeziteyi bir bacağına olmamasına tercih etmiştir (44).

Fazla kiloyla birlikte özsaygının azalmasının çeşitli sebepleri vardır. Bunlar, çoğu kişinin (diyet endüstrisi dahil),kilolu insanların öz saygılarının düşük olduğuna ve ancak kilo verilmesiyle özsaygının, özgüvenin ve öz beğenin kazanılabileceğine olan inancı, kilolu insanların kişisel disiplinden yoksun oldukları ve kendilerine veya görünümüne dikkat etmedikleri ön yargısı, diyet ile ilgili başarısızlıkları kendi başarısızlığı gibi görme eğilimi, güzelliğin ve çekiciliğin kültürel tanımları (şişman kelimesi diğer negatif sıfatlarla adeta yapışıktır), hacim ayrımcılığı (medyada sürekli olarak şişmanlık karşıtı mesajların verilmesi, başkaları tarafından yapılan eleştiriler ve suçlamalar, sosyal rejeksiyon, kiloyla ilgili iş ayrımcılığı ve komedyenlerin şişmanlık fıkralarının hepsi kilolu insanların özsaygısına ağır bir yük getirmektedir.Grup nefreti (şişman insanlar için en üzücü durumlardan birisi de diğer şişman kişilerle tanışmama eğilimidir, kişisel nefret grup nefretine dönüşmektedir) (69). Özsaygının düşük olmasının kilolu insanlar için önemli ve zararlı sonuçları vardır. Bunların bazıları; yaşamın ertelenmesi, kötü seçimler ve kararlar, iyi ilişkilerin sabotajı (özsaygısı bozulmuş kilolu bir eş sosyal toplantılarda kocasına eşlik etmek istemeyebilir), paspas sendromu (birçok kilolu şahıs diğer insanların kendisinden hoşlanması amacıyla “insanları memnun etmeye çalışan” birisi olabilir. Bazıları için kendilerinden fedakarlık ederler ve kendi ihtiyaçları konusunda ısrarcı olmazlar) (69).

Bu nedenle bu çalışma tüm bu etkilerin altında obez kişilerin normal VKİ ne sahip kontrol grubu ile karşılaştırmalı olarak (bağımlı- özerk kişilik özelliklerinin ve) problem çözme yetenekleri konusunda kendilerini nasıl algıladıklarının değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır ve obez, fazla kilolu, normal kilolu kişiler arasında bu yönlerden anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Standart tavrısal tedavi, uzatılmış şişmanlığın yeniden oluşmasını önleme eğitimi ve problem çözme terapisi programları uygulanan kişiler karşılaştırıldığında, problem çözme terapisi programına katılanların, standart tavrısal tedavi alanlara oranla daha fazla kilo verebildikleri görölmüştür. Problem çözme katılımcılarının önemli bir çoğunluğu klinik açasından önemli sayılabilecek %10 ve daha fazla bir oranda kilo vermeyi başarıırken, standart tavrısal tedavi alanların yalnızca %6 sı bunu başarabilmişlerdir (54,55). Bunun yanında ek olarak yaş, cinsiyet, medeni hal, eğitim düzeyi, gelir düzeyi, çocuk sayısı değişkenlerinin obezite için risk faktörü oluşturabileceği düşüncesiyle bunların obezite üzerine etkisi incelenmiştir.

Toplumlardaki VKİ dağılımları arasındaki büyük farklılıkların etkenleri hakkında bilinenler sınırlıdır. Fazla kilo, uzun süreli pozitif enerji dengesinin sonucudur. Fazla kilonun yalnızca fiziksel aktivite eksikliğine veya fazla miktarda besin tüketimine bağlı olduğunu düşünmek, durumu fazla basite indirger (18).

Çalışma sonucumuza göre yaşın ilerlemesinin obezite için risk faktörü oluşturduğu görölmektedir. Bunun sebepleri ilerleyen yaş ile metabolizmanın yavaşlaması, evlenme ve beraberinde bayanlarda doğum /doğumların olması, hormonal değişiklikler nedeniyle daha çok bayanlarda görölen eklem rahatsızlıkları ve buna bağlı olarak çalışma veya hareket etme potansiyelinde azalma ve sedanter yaşam olabilir. Erkeklerde ve bayanlarda, en azından 50-60 yaşlarına kadar artan yaşa bağlı olarak, obezite prevalansında artış görölür (43,56). Obezitenin erken yaşlarda başlamasının (16 yaş ve öncesi) kişide daha yüksek bir vücut tatminsizliği oluşturduğu ve öz saygıyı azalttığı düşünölmektedir (44,57,58). Ergenlikte depresyon ve yetişkin obezitesinin değerlendirilmesi ile ilgili bir çalışmada majör depresyonun erken ergenlikte %7 (11-15 yaşlarında), 18-21 yaşlarında %27, 26 yaş civarında ise %12 oranında göröldüğu bulunmuştur. Ergenliğe geç girmiş kızlarda, diğer eşdeğer koşullardaki kişilere göre şişmanlık oranının iki kat daha fazla olduğu saptanmıştır. Sonuçta genç ergenlikteki depresyonun obezite ile ilişkili olduğu fakat bu durumun sadece kızlar için anlamlı olduğu öne sürölmüştür. Bu durumun sebepleri üzerine çalışmalar artırılmalıdır (44,59,60).VKİ nin yüksek olması özellikle bayanlarda, eğitim düzeyi düşük olanlar ve yaşı genç olanlarda diabet, depresyon ve kognitif bozukluk için risk faktörü oluşturmaktadır (11). Erken yaşta obez olanlardaki vücut duruşu bozukluğu ve memnuniyetsizliğinin, yetişkinlere göre daha fazla olduğu gösterilmiştir (61).

Çalışma sonucumuza göre bayanların erkeklere göre obezite oluşumu açasından daha fazla risk altında olduğu tespit edilmiştir. Bayanlar içerisinde de evli olma, ev hanımı olma ve ileri yaşın bu riski artırdığı, erkeklerde ise yalnızca yaşın bir risk faktörü oluşturduğu

görülmüştür. Çalışmamızı destekler şekilde, bir başka çalışmada, bayanlarda obezite prevalansının erkeklere göre, özellikle de 50 yaşın üstünde daha yüksek olduğu bulunmuştur (18). Batı kültüründe, kadınlar arasında, vücut görüntüsü ile ilgili tatminsizlik obezite ile neredeyse eş anlamlı kullanılmaktadır. Kötü vücut görüntüsünün öz saygının azalmasına katkıda bulunduğu ve bu nedenle kişisel etkinlik üzerinde karşıt etkisinin bulunduğu dair görüş giderek hakimiyet kazanmaktadır. Ayrıca ağırlığı ne olursa olsun kadınların, erkeklere göre daha fazla tatminsizlik yaşadığı bildirilmekte ve bu açıdan cinsiyetler arasında belirgin bir fark bulunmaktadır. Anlamlı bir önyargı daha vardır ki bu şişman insanların alay, hor görülme, utanç ve ayrımcılık sonucu dışlanma ile karşılaştıkları düşüncesidir (44,62). Erkekler ve kadınlar için vücut duruşu, görünüşü memnuniyeti, aşırı kilolu olma derecesiyle depresyon/ öz sevgi arasında anlamlı bir etkileşim vardır (63). Vücut görüntüsü ile ilgili daha olumlu bir düşünceye ulaşma, kültürel güzellik ideallerine uymamasına karşın kişinin kendi dış görünüşünü kabullenmesini ve fazla kilolu olmanın damgalanmışlığı ile baş edebilmeyi gerektirmektedir (62). Yetişkin kadınlarda obezite, kişisel karakter ve diyet, fazla kilo arasındaki ilişki ile ilgili bir çalışmada gelişigüzel diyet yapanların aşırı kilolu, depresif, endişeli ve düşük öz sevgiye sahip kişiler olduğu görülmüştür. Zihin kontrollü diyet yapanların ise depresif ve endişeli olmadığı, pozitif öz sevgilerinin yanı sıra aşırı kilolu da olmadıkları tespit edilmiştir. Her iki grup arasındaki en önemli değişkenin egzersiz olduğu saptanmıştır. Tedaviye başlamadan önce her olgunun kilo ve yemeyle ilgili hisleri ve inançları gözden geçirilmeli ve bunun yanı sıra depresyon, anksiyete, öz sevgi konularına da aynı hassasiyet gösterilmelidir. Hastalar davranış, zihinsel değişiklikler, spor, egzersiz çalışmalarına katılma ve karşılaşacakları sorunlar konusunda bilgilendirilmelidirler (64,65).

Evli kadınlarda obezitenin daha sık görülmesinin bir diğer nedeninin gebelikler olabileceği düşünülmüştür. Hamilelikte alınan fazla kilolar ile ilgili bir çalışmada hamilelik sırasında tavsiye edilenden daha az kilo almış olanların daha kolay kilo verdiği, tavsiye edilenden daha fazla kilo almış olanların kilo verme konusunda problem yaşadıkları izlenmiştir. Fazla kilo alma ve doğum sonrası kilo vermedeki başarısızlık uzun vadeli şişmanlığa sebep olan önemli ve teşhis edilebilir bir belirtidir. Çocuğu emzirme ve egzersiz yapmanın uzun vadeli kilo sorununu kontrol etmede yararlı olduğu ileri sürülmüştür (66). Çocuk sayısı çalışmamızda obezite üzerinde risk faktörü oluşturmamaktadır. Literatürlere göre gebelikte alınan kiloların doğumdan sonra ilk zamanlarda verilmesi ile obezite için risk faktörü ortadan kalkmaktadır (56). VKİ nin artan çocuk sayısına bağlı olarak artış gösterdiği öne sürülmüşse de yakın zamanlı veriler, doğum sayısının ortalama katkısının, gebelik başına 1 kg den az olmak üzere düşük bir değer gösterdiğini düşündürmektedir. Çoğu çalışmaların

yapısı yaşlanma ve parite ile ortaya çıkan ağırlık değişikliklerini karmaşık hale getirmektedir (56). Kilo vermeye çalışan obez kadınların genel vücut görüntüsünden ziyade daha spesifik ilgilerinin olduğu öne sürülmektedir. 79 obez kadından oluşan bir örnek de hemen yarısı (%47) bellerinden ve karınlarından tatminsizlik duyduğunu, öbür yandan sadece %10 unun genel olarak vücutlarından tatminsizlik duyduğunu bildirmiştir. İlginç bir şekilde normal kilolu kontrol grubunun da %42 si bellerinden ve karınlarından tatminsizlik duyduğunu bildirmiştir (44). Aşırı vücut ağırlığı diğer daha karışık davranışları da etkiliyor görünmektedir. 1997 Vücut Görüntüsü Araştırması sigara içen erkeklerin yaklaşık %30 unun ve kadınların %50 sinin bunu kilolarını kontrol etmek amacıyla yaptığını bulmuştur. Araştırmadaki bazı kadınlar kiloları ile ilgili düşüncelerinin çocuk sahibi olma kararlarını etkilediğini bildirmiştir. Hepsinden önemlisi insanların istedikleri kiloya gelebilmek için nelerini verebileceklerini söylemesidir. Kadınların %24 ü ve erkeklerin %17 si istedikleri kiloya ulaşmak için hayatlarının 3 yılından daha fazlasını verebileceklerini bildirmiştir (44). Tedavi arayan obez kadınlar ile yapılan üç çalışma vücut görüntüsü tatmininin azalması ile azalmış öz saygı ve depresyon semptomlarının artışı arasında ilişki bulmuştur (44). Çok yönlü vücut- kişisel ilişkiler anketi ve Rosenberg özsaygı skalası (RSE) nın kullanıldığı bir çalışmada görünüm değerlendirme skalası ölçümü ve RSE arasında $r=.63$ lük korelasyon bulunmuştur (daha yüksek skorlar sırasıyla daha büyük vücut görüntüsü tatminini ve özsaygıyı yansıtır). Aynı ölçümler ve beraberinde Beck Depresyon Envanterini (BDI) kullanarak yapılan başka bir çalışmada vücut görüntüsü ve özsaygı arasında $r=.34$ korelasyon ve vücut görüntüsü, depresif semptomlar arasında ise $r=.39$ korelasyon bulunmuştur. Böylece obez kadınlar içinde vücut görüntüsü tatminsizliği ve artmış psikolojik semptomlar arasında ilişki olduğu görünmektedir (44,67).

Bir başka çalışma sonucuna göre vücut görüntüsü tatminsizliği ve psikolojik semptomlar arasındaki ilişkinin obezite derecesinden bağımsız oluşabileceği de düşünülmektedir. Obez ve obez olmayan kadınların vücut görüntüsü tatminsizliğinde farklı olsalar da, kişisel bildirimli depresif semptomlarda veya özsaygıda farklı olmadıkları bulunmuştur (44). Aşırı vücut görüntüsü tatminsizliği bulguları olan vakalarda vücut dismorfik bozukluk incelemesi ile ileri araştırmalar düşünülmesi uygun olacaktır (68). Özsaygısı düşük olanların kendilerine bakma motivasyonları da azdır. Bazı çalışmalar öz saygısı yüksek kadınların kilolarını kontrol etmede öz saygısı düşük kadınlara göre daha başarılı olduğunu bulmuştur (69).

Çalışma sonucumuza göre medeni hal ile obezite arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Buna göre evlilik obezite gelişimi için bir risk faktörü oluşturmaktadır. Evli

olanlarda da çalışmama ve yaşı ilerlemesi obezite oluşumunda etkili olmaktadır. Evli olanlarda obezite görülme sıklığının artışına, evlilikle birlikte zamanla yaşı ilerlemesi ve düzenli bir ev hayatına geçilmesi, doğumlarda alınan kiloların verilememesinin neden olabileceği düşünülebilir. Evlilik sonrası dönemde obezite prevelansındaki artışın diğer çalışmalarda da olduğu görülmüştür (18). Diyet uygulama çalışmalarının düzenli bir ev hayatına geçilmesi ile ilgili olarak düzenli ve düzensiz yemek yiyen bayanlardaki etkileri ile ilgili çalışmada, düzensiz yemek yeme alışkanlığı olan bayanlarla, sınırlı yemek yeme alışkanlığı olan bayanlar arasında uygulanan diyetle öz fayda açısından benzerlik görülmüştür. Bunun yanında kişinin kendi uygulamaları da varsa kilo verme daha başarılı olmuştur (70). Düzensiz yemek yeme alışkanlıkları olan yada olmayan obez kadınların psikopatolojisiyle ilgili çalışmada düzenli yemek yeme alışkanlığı olan denekler daha yüksek etkili yaşam oranına sahiptirler. Düzensiz yemek yeme alışkanlığı olan deneklerin yüksek depresyon oranlarının bulunması diğer çalışmalarla tutarlık içerisindedir ve tedavilerin psikososyal yöneme yönelmesi gereğinden bahsedilmektedir (71).

Çalışma sonucumuza göre çalışma durumu ile obezite arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Buna göre aktif bir işte çalışmayanlar çalışanlara oranla obezite oluşumu konusunda daha fazla risk taşımaktadırlar. Aktif bir işte çalışmayanları ise ileri yaşı olumsuz etkilediği saptanmıştır.

Aktif bir işte çalışmayanlarda obezite oluşması yeterli egzersiz yapılmamasına dolayısıyla alınan enerjinin harcanan enerjiden yüksek olmasına ve zamanla bunun depolanmasıyla obezite oluşmasına bağlı olabilir. Buna yaşı ilerlemesinin de eşlik etmesiyle alınan kiloların verilmesinin zor bir hal aldığı düşünülmektedir (1-5). Ayrıca iş yaşamının verdiği stresin bazı insanlarda iştah azalmasına neden olabileceği düşünülmektedir, ancak aşağıda anlatılan bunun aksini iddia eden çalışmalarda vardır.

Fiziksel aktivite ve rutin egzersizler obeziteyi dolayısıyla bir çok kronik hastalığı engelleyebilir, o nedenle korunmada ilk olarak ele alınmaları gerekir (74). Kalıtsal özelliğin yanı sıra, kişisel ve kişiler arası yönleriyle yaşam tarzı şişmanlığın etyolojisini belirler. Psikojenik şişmanlık yani psikiyatrik sorunların yeme egzersiz bozukluklarına yol açtığı şişmanlık, pozitif enerjinin yani kilonun birikimi olarak ortaya çıkar (65,68,73). Depresyon sıklıkla kilo fazlalığına atfedilmektedir ve zayıflama rejimlerini kullanan kilo kaybına yönelik girişimler ve fiziksel aktivite depresyonun üstesinden gelmek amacıyla kullanılmaktadır. Diğer taraftan, starvasyonun, apatiye ve depresyona neden olduğu, hastaların depresyonu yenmek için yediği de bilinmektedir. Bunun için hastaları aç bırakmamaya dikkat edilmeli, uygulayamayacakları ağır diyetler verilmemelidir (42). Normal kilolu insanlarda, şiddetli

psikolojik stres glikoz alımı oranını etkilemekte ve GİS e geçiş zamanında gecikmeye sebep olmaktadır (74). King ve arkadaşları (2000) orta yaşlı ve yaşlı kadınlardan oluşan bir multi-etnik örnekte fiziksel hareketsizlikle ilişkili kişisel ve çevresel faktörleri değerlendirmiştir. Afrika kökenli Amerikalılar (n=745), Amerikalı Yerli/Alaska Yerlisi (n=738), İspanyol kökenli (n=660) beyaz ırk (n=769) 40 yaş ve üzerindeki kadınlarda Afrika kökenli Amerikalı kadınlarda daha çok aktif olmakla ilişkili olan değişkenler sıklıkla çevresindeki insanların egzersiz yaptığını gözlemlemek olduğunu içermiştir. Çocuk bakımı sorumlulukları daha az aktif olmakla ilişkili bulunmuştur. Amerikalı Yerli/Alaska Yerlisi kadınlarda yapılan analizler eğitimin ve sağlık durumunun iyi olmamasının daha az aktif olmakla ilişkili olduğunu ve fiziksel görünüm hakkında daha bilinçli olmanın daha aktif olmakla ilişkili olduğunu göstermiştir. İspanyol kökenli kadınlarda eğitim, motive edilmeme ve çok yorgun olmak daha az aktif olmakla ilişkili bulunmuştur. Beyaz ırk karşılaştırma grubu için olgular ileri yaş ve bitkinliği daha az aktif olmakla ilişkili ve eğitimi daha aktif olmakla ilişkili olduğunu bulmuşlardır (75). Düzenli egzersiz, çok sayıda farklı metabolik etkinin yanı sıra psikolojik destek de sağlar. Egzersiz yapan kişilerin neden kilo kaybetmeye ve bunu idame ettirmeye daha yatkın oldukları ile ilgili çok sayıda olası açıklama vardır. Kognitif tasarımlar duygu durumunun modülasyonunu, stresin azaltılmasını, kendi kendine yeterliliğin geliştirilmesini, öz saygı ve iyimserliğe karşı kötümserlik gibi etkenler üzerine olumlu etkidedir. Egzersizin, beden şekli ve ağırlık ile ilgili tatmini artırdığı ve kadınlarda vücut görüntüsüne bakış açısını olumlu yönde etkilediği düşünülmektedir (76).

Eğitim düzeyi kişinin sosyoekonomik durumu, bilinçli sağlıklı beslenme, obezite ile ilgili oluşabilecek hastalıklar konusunda bilgili olmasını belirlediği düşüncesiyle eğitim düzeyinin obeziteyi etkileyebileceği düşünülmüştür. Ancak çalışmamızda eğitim düzeyi ile obezite arasında bir ilişki bulunamamıştır. Bunun aksini iddia eden yayınlar da vardır.

Endüstrileşmiş ülkelerde obezite prevalansı, düşük eğitim düzeyli ve/veya gelirli ülkelere göre daha yüksektir (18). Psikolog Thomas Cash şöyle diyor “isteksizlik, ümitsizlik ve kötüye kullanım yerine öncelikle mükemmel olmayan vücudumuzla pozitif bir ilişki kurmayı öğrenerek, fazla kilolardan kurtulma yeteneği kuvvetlendirilebilir”. Vermont Üniversitesi araştırmacıları, obez hastalarla yaptıkları grup vücut görüntüsü terapi programını çalışırken, kilo verilmeksizin katılımcıların vücutları hakkındaki hislerinde önemli iyileşmeler olduğunu bulmuşlardır (77). Başka bir 12 haftalık grup vücut görüntüsü programı da aynı pozitif sonuçları göstermiştir. Katılımcılara, kiloyla ilgili kültürel konuların araştırılmasının ve normal yeme ve vücut ağırlığı eşik değerleri hakkında bilgi verilmesinin, davranışların ve eğilimlerin değiştirilmesinde en büyük etkiye sahip olduğunu göstermişlerdir (8). Gelişmekte

olan toplumlarda sosyoekonomik durum ve obezite arasındaki ilişki hakkındaki literatürün bir incelemesinde kadınlarda tutarlı bir ters ilişki bulunmuş fakat erkeklerde aynı ilişki bulunamamıştır. Yani sosyoekonomik durumu daha düşük olan kadınlar daha şişman olma eğilimi göstermektedir (10).

Fazla kilolu hastaların çoğu depresyon özelliklerini gösterirler ve araştırmaların obez kişilerin psikometrik testlerle değerlendirildiğinde obez olmayan kişilerden farklı olmadığını göstermesine karşın, fazla kilolu kişilerde düzenli olarak klinik depresyon tablosu ortaya çıktığı belirtilmiştir (42). Bazı fazla kilolu kişilerde depresyon ve öz saygı azalmasının, fazla kilolu olanlara karşı olumsuz bir düşünce tarzını benimseyen bir toplumda yaşamanın sonucu olabileceği öne sürülmüştür (77). Vücut duruş bozukluğunun fazla kilodan kaynaklanan vücut memnuniyetsizliği ve normal insanlardan farklı görünüşten kaynaklandığı düşünülmektedir. Bunun sebebinin ise zayıf olma yönündeki kültürel baskının olabileceği düşünülmüştür (61).

Kilo kaybı ve yeniden alımı, insanların evrim boyunca iyi uyum sağladıkları bir mekanizmadır. Besin kaynağındaki dalgalanmalar sonucu ortaya çıkan 'ağrlık döngüsü' , obezitenin güncel koşullarından ve epizodik diyet kısıtlaması ile birlikte aktivite azlığından farklı bir durum olabilir. Ağrlık azaltıcı bir diyet uygulayan erişkinlerin sayısı ile ilgili güncel istatistikler uyarıcıdır (42). İngiltere için verilen rakamlar, erişkinlerin %35 e varan bir oranının herhangi bir zamanda bir çeşit zayıflama çabasına girdiğini göstermektedir (78). Bu sayı A.B.D de erişkin kadınlar için %40, erişkin erkekler için %20 dir (79). İngiliz toplumunun giderek daha fazla kilolu hale geldiği bilindiğine göre, bu kanıtlar çok sayıda erişkinin yaşamlarında tekrar tekrar zayıflayıp kilo alarak ağrlık döngüsüne girdiği konusunda uyarmaktadır (42).

Afyon il merkezi çevresinde yaşayan kişilere yaptığımız çalışma sonucuna göre 152 kişilik çalışma grubundan 43'ü (%28,49) obez, 56'sı (%36,84) fazla kilolu ve 53'ü (%34,84) normal kiloludur. Obez ve fazla kilolu 99(%100) kişi olmasına rağmen diyet ve davranış tedavisi gören 15 (%15) olgu, ilaç tedavisi gören 3 (%3,33) olgu tespit edildi. Bu da göstermektedir ki yöremizde yaşayan kişiler için obezite ve fazla kilolu olmak tedavi yolu araştırmaya itecek kadar önemli bir problem teşkil etmemektedir.

6-SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Obezite vücuttaki hayati organların daha fazla çalışmasına, vücudun gereksiz bir yükü taşımasına, yorulmasına neden olmakta, belirti vermeyen hastalıkların belirgin hale gelmesine ve bazı dokularda yapısal bozukluklara yol açmaktadır.

Kişinin duygu durumunu, kendi vücut imajını algılamasını, sosyal hayatını, kişilik yapısını etkileyen önemli bir hastalık olduğu bir çok çalışma ile gösterilmiştir.

Çalışmamızda obez, fazla kilolu, normal kilolu olgularda sosyotropi- otonomi testi, pçe puanları ortalaması arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Çalışmamızda ek olarak yaş, cinsiyet, medeni hal, eğitim düzeyi, gelir düzeyi, çocuk sayısı değişkenlerinin obezite için risk faktörü oluşturabileceği düşüncesiyle bunların obezite üzerine etkisi incelenmiştir. Bu çalışma sonucuna göre;

Erkeklerde ve bayanlarda yaşın ilerlemesinin obezite için risk faktörü oluşturduğu görülmektedir. Bunun sebepleri ilerleyen yaşa metabolizmanın yavaşlamasının, evlenme ve beraberinde bayanlarda doğum /doğumların olması, hormonal değişiklikler nedeniyle yine bayanlarda eklem rahatsızlıkları buna bağlı olarak çalışma veya hareket etme potansiyelinde azalma ve sedanter yaşamın eşlik edebileceği düşünülmektedir. Özellikle erken yaşta başlayan obezite daha ileri yaşlardaki obezlere göre kişi üzerinde daha fazla depresyon, öz saygı azalması, kognitif bozukluk, vücut duruşu bozukluğu ve tatminsizliği oluşmasında etkili olmaktadır.

Çalışma sonucumuza göre bayanların erkeklere göre obezite oluşumu açısından daha fazla risk altında olduğu tespit edilmiştir. Bayanlar içerisinde de evli olma, ev hanımı olma ve ileri yaşın bu riski artırdığı, erkeklerde ise yalnızca yaşın bir risk faktörü oluşturduğu görülmüştür. Bayanların vücut yağ oranlarının erkeklerden daha fazla, boy olarak erkeklerden kısa olmaları, kilo fazlalığının bayanlarda basen ve göbek bölgesinde toplanmasının obezite için risk faktörü oluşturabileceği düşünülmektedir. Bayanlar psikolojik olarak erkeklerden daha fazla bu durumdan etkilenmekte ve bayanlarda vücut görüntüsü tatminsizliği (tatminsizlik genellikle bel, basen ve göbek kısmında kilo almaktan kaynaklanmaktadır), depresyon, anksiyete, öz sevgide azalma, dışlanma ve hor görülme duygusu oluşmaktadır. Bazı durumlarda kilo almamak için bayanların sigara içtiği, çocuk yapmama kararı aldıkları ve kendilerine bakma motivasyonlarının az olduğu görülmektedir.

Bulgularımıza göre medeni hal ile obezite arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. Buna göre evlilik obezite üzerinde risk faktörü oluşturmaktadır. Evli olanlarda

aktif bir işte çalışmama ve yaşın ilerlemesi obezite oluşumunda etkili olmaktadır. Evli olanlarda obezite görülme sıklığının artışına, evlilikle birlikte zamanla yaşın ilerlemesi ve düzenli bir ev hayatına geçilmesi, doğumlarda alınan kiloların verilememesinin neden olabileceği düşünülmektedir. Doğumlarda alınan kilolar verilebildiği sürece risk oluşturmamaktadır. Düzenli bir yaşam ve düzenli yemek yeme alışkanlığı kişinin kilo alma eğilimini artırabilmektedir.

Çalışma sonucumuza göre çalışma durumu ile obezite arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Buna göre aktif bir işte çalışmayanlar çalışanlara oranla obezite gelişimi konusunda daha fazla risk oluşturmaktadırlar. Aktif bir işte çalışmayanları ileri yaş olumsuz yönde etkilemektedir. Aktif bir işte çalışmayanlarda obezite oluşması yeterli egzersiz yapılmamasına dolayısıyla alınan enerjinin harcanan enerjiden yüksek olmasına ve zamanla bunun depolanmasıyla obezite oluşmasına bağlıdır. Buna yaşın ilerlemesinin de eşlik etmesiyle alınan kiloların verilmesinin zor bir hal aldığı düşünülmektedir. Ayrıca iş yaşamının verdiği stresin bazı insanlarda iştah azalmasına neden olabileceği düşünülmektedir, ancak bunun aksini iddia eden çalışmalarda vardır. Düzenli egzersiz, çok sayıda farklı metabolik etkinin yanı sıra psikolojik destek de sağlar. Egzersiz yapan kişilerin neden kilo kaybetmeye ve bunu idame ettirmeye daha yatkın oldukları ile ilgili çok sayıda olası açıklama vardır. Kognitif tasarılar duygu durumunun modülasyonunu, stresin azaltılmasını, kendi kendine yeterliliğin geliştirilmesini, öz saygı ve iyimserliğe karşı kötümserlik gibi etkenler üzerine olumlu etkidedir. Egzersizin, beden şekli ve ağırlık ile ilgili tatmini artırdığı ve özellikle bayanlarda vücut görüntüsüne bakış açısını olumlu yönde etkilediği düşünülmektedir.

Eğitim düzeyi kişinin sosyoekonomik durumunu, bilinçli sağlıklı beslenmesini, obezite ile ilgili oluşabilecek hastalıklar konusunda bilgili olmasını sağladığı düşüncesiyle obeziteyi etkileyebileceği düşünülmüştür. Çalışmamızda eğitim düzeyi ile obezite arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Bunun aksini iddia eden literatürler vardır. Kiloyla ilgili kültürel konuların araştırılmasının ve normal yeme ve vücut ağırlığı eşik değerleri hakkında bilgi verilmesinin, davranışların ve eğilimlerin değiştirilmesinde büyük etkiye sahip olabileceği düşünülmektedir.

Sonuç olarak, yöremizde obezitenin literatürde işaret edilenin aksine kişilerde sosyotropi- otonomi kişilik özelliklerinin ve problem çözme becerisi üzerine etkisi olmadığı görülmüştür. Bunun nedeni yukarıda da tartışıldığı üzere olguların obeziteyi algılama ve tutumlarının diğer toplumlardan daha farklı olmasına ve negatif tutuma sebep olmaması olabilir. Obez olguların %88,16 sının tedavi için daha önce hiçbir başvuruda bulunmaması ise dikkat çekicidir. Bu konuda en önemli etken ise kanaatimizce eğitim eksikliğidir.

6.2. Öneriler

Yöremizde obezitenin ne olduğu, yol açabileceği sağlık problemleri ve bunların çözüm yolları hakkında özellikle çalışmamızda obezite için riskli grup oluşturduklarını tespit ettiğimiz topluluğa da ulaşabilecek şekilde ciddi bir eğitim programına ihtiyaç vardır.

Eğitim programının her kesime ulaşabilmesi için kitle iletişim araçlarının (radyo, televizyon, gazete) kullanılması hem özendirici, motive edici hem de daha fazla katılım sağlayacağı düşünölmektedir.

Özellikle ailelere bilinçli beslenme alışkanlığı konusunda eğitim verilmesi, çocuklarında bu yönde beslenme alışkanlığı kazanması açısından önemli olduğu kanatındeyiz.

Verilen eğitimin hayata geçirilebilmesi için kişilere çeşitli alternatiflerin sunulabildiği spor salonları açılıp, fiziksel egzersiz teknikleri öğretilmelidir.

7. KAYNAKLAR

1. Saygılı S. (1997) Metabolizma rahatsızlıkları. Aile Sağlığı Ansiklopedisi 1. İstanbul, Feza Gazetecilik A.Ş. 175-179.
2. Baysal A. (1997). Şişmanlık. Beslenme 7. Baskı, Ankara. Hatipoğlu Yayınevi. 463-470
3. Aykut M. (1995) Şişmanlık. In : Öztürk Y. Günay O (Eds). Aile Sağlığı El Kitabı. Kayseri, Erciyes Üniversitesi Yayınları. 313-316
4. Altuğ Özsoy S. (1994). Halk sağlığı stajyerleri 15 yaş üzeri kadınlarda şişmanlığın görülme sıklığı ve şişmanlığın oluşumunu etkileyen etmenler. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* **10 (2)**, 37-47
5. Ersoy S. (1995). Sağlıklı yaşam ve doğru beslenme. *Actuel Medicine* **3 (4)**, 46-49
6. Baysal A. (1997). Beslenme ve Sağlık. Beslenme. 7. Baskı, Ankara, Hatipoğlu Yayınevi. 9-17
7. Başkal N. (2002) Obesite ve tedavi ilkeleri. *Actuel Medicine*, **10 (9)** : 77-84
8. Canol Jhonson. Iobesite, kilo tedavisi ve özsaygı: In: Thomas A. Wadden, Albert J. Stunkard (Eds). Obezite El Kitabı 2. Roche. 480-483
9. Adami, G.F., Gandolfo, P., Compostano, A., Meneghelli, A., Rovera, G., & Scorpinaro, N. (1998). Body image and body weight in obese patients. *International Journal of Eating Disorders* **24**, 299-306
10. Ramirez, E.M., & Rosen, J. C. (2001) A. Comparison of weight control and weight control plus body image therapy for obese men and women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* **69**, 440-446
11. Ciliska, D. (1998). Evaluation of two nondieting interventions for obese women. *Western Journal of Nursing Research* **20**, 119-135.
12. Friedman K.E., Reichmann S.K., Costanzo P.R., Musante G.S. (2002). Body image partially mediates the relationship between obesity and psychological distress. *Obes Res* **10(1)**, 33-41
13. Wardle J., Waller J., Rapoport L. (2001). Body dissatisfaction and binge eating in obese women: the role of restraint and depression *Obes Res* **9 (12)**, 778-787
14. Sorbara M., Geliebter A. (2002). Body image disturbance in obese outpatients before and after weight loss in relation to race, gender, binge eating, and age of onset of obesity *Int J Eat Disord* **31 (4)**, 416-423.
15. Watkins J.A., Sargent R. G., Miller P.M., Ureda J.R. Drane W.J., Richler D.L. (2001). A study of the attribution style, self-efficacy, and dietary restraint in female binge and non-binge eaters. *Eat Weight Disord* **6 (4)**, 188-196
16. Kern, P.A. (1997). Potential role of TNF- α and lipoprotein lipase as candidate genes for obesity. *Journal of Nutrition* **127 (9)**, 1911-1922 s.
17. Steven N. Blair, Elizabeth A. Leermakers. Egzersiz ve kilo tedavisi. In: Thomas A. Wadden, Albert J. Stunkard (Eds.). Obezite Tedavisi El Kitabı 2. Roche. 283-300
18. Jacob C. Seidell. (2000). Epidemiyoloji : Obesitenin tanımı ve sınıflandırması. In : Peter G. Kopelman ., Michael J. Stock (Eds). Klinik Obezite Tekin Cilt evi. Roche . 1-17
19. Peter N. Herbert, M. D. (2000) Beslenme Bozuklukları. Tuzcu M (Ed). Cecil Essentials Of Medicine. 4. Baskı, Çevik Matbaası. 445-449
20. George A. Bray. Obesity. TR. Herreson. WR. Resnick., M.M. Wintrobe., G.W. Thorn., R.D. Adams., P.B. Beeson ., (Ed). Harrison's Principles of Internal Medicine (1). 14. Baskı. 454-462
21. Cheng A., Braunstein J.B., Dennison C., Nass C., Blumenthal R.S. (2002) Reducing global risk for cardiovascular disease: using lifestyle changes and pharmacotherapy *Chin Cardiol*, **25 (5)**: 205-212.

22. Williamson, D.F., Madans, J., Anda, R.F., Kleinman, J.C., Kahn, H.S., & Byers, T. (1993). Recreational physical activity and ten-year weight change in a us national chort. *International Journal of Obesity* **17** (5), 279-289
23. French, S.A., Jeffery, R.W., Forster, J.L., Mc Govern, P.G., Kelder, S.H., & Baxter, J.E. (1994). Pedictors of weight charge over two years among a population of working adults: The Healthy Worker Project. *International Journal. Of. Obesity* **18** (3), 145-154
24. Thomas A. Wadden., Suzette Osel. Obesite Tedavisi: Genel bir gözden geçirme. In: Thomas A. Wadden, Albert J. Stunkard (Eds). *Obezite El Kitabı 2. Roche.* 229-248
25. Rena R. Wing. Davranışsal kilo kontrolü. In: Thomas A. Wadden, Albert J. Stunkard (Eds.) *obezite Tedavi El Kitabı 2. Roche.* 301-316
26. Perr, M. G., Martin, A.D., A.D., Leermarkers, E.A., Sears, S.F., & Notelovitz, M. (1997). Effects of group-versus home – based exercise in the treatment of obesity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* **65**, 278-285
27. Chakravarthy M.V., Joyner M.J, Booth F.W. (2002). An obligation for primary care physicians to prescribe physical activity to sedentary patietns to reduce the risk of chironic health conditions. *Mayo Clin Proc.*, **77** (2): 165-173
28. Vainio H., Kaaks R., Bianchini F. (2002). Weigt control and physical activity in cancer prevention : international evaluation of the evidence. *Eur J. Cancer Prev* **11** (12) : 94-100
29. Terra J.L. (1997). The psychiatrist's point of view on the treatment of morbid obesity by gastroplasty. *Ann Chir* **51** (2) : 177-182
30. Briazgovnov IP. (1988).The role of physical activity in the prevention and treatment of noncommunicable diseases.*World Health Stato* **41** (3-4) : 242-250
31. Pearle M.S., Nakada S.Y., Womack J.S., Kryger J.V. (1998). Outcomes of contemporary percutaneous nephrostolithotomy in morbidity obese patients. *J. Ural* **160**, 669-673
32. George A. Bray. Obezitenin ilaçla tedavisi. In: Thomas A. Wadden, Albert J. Stunkard (Eds). *Obezite El Kitabı 2. Roche.* 317-338
33. Wing R.R. (1998). Behavioral approaches to the treatment of obesity. In G.A. Bray, C. Bouchard, & W.P.T. James (Eds.), *Handbook of obesity* (PP. 855-873)
34. Wadden T.A., Brownell, K.D., & Foster, G.D. (in press). Obesity: Responding to the global epidemic. *Journal of Consulting and clinical Psychology*
35. Michael G. Peri, Joyce A. Corsica. Obezite de davranış tedavisi ile verilen kilonun korunmasının iyileştirilmesi. In: Thomas A. Wadden, Albert J. Stunkard (Eds). *Obezite El Kitabı 2. Roche.* 357-379
36. Leibel, R.L., Rosenbaum, M., & Hirsch, J. (1995). Changes in energy expenditure resulting from altered from altered body weight. *New England Journal Of Medicine* **332** (10), 673-674
37. Kern, P.A. (1197). Potential role of TN Folpha and lipopratin lipose as candiate genes for obesity. *Jounal of Nutrition* 127 (9), 1971 s – 1922 s.
38. Kern, P.A., Ong, S.N., Saffari, B.,& Carty, J. (1990). The effects of weight loss on the activity and expression of adipose – tissue lipoprotein lipose in very obese humans. *New England Journal Of Medicine* **322** , 1053-1059
39. Hill. J.O., & Peters, J.C. (1998). Enviromental contributions to the obesity epidemic. *Science* **280**, 1371-1374
40. Rodin J.,Schank, D., & Striegel – Moore, R. (1989). Psychological features of obesity. *Medical Clinics of North America* **73**, 44-66.
41. Money J.P., Burling T.A., Hartman W.M., Brenner- Liss D. (1992). The abstinence violation effect and very low calorise diet success. *Addict Behav* **17** (4), 319-324

42. Wilson, S.T. (1993) Relation of dieting and voluntary weight loss to psychological functioning and binge eating. *Annals of Internal Medicine* **119**, 727-730
43. Sullivan, M., Karlsson, J., Sjöstrom, L. *etal.* (1993). Swedish Obese Subjects (SOS) – an intervention study of obesity. Baseline evaluation of health and psychosocial functioning in the first 1743 subjects examined. *International Journal. Of Obesity* **17**, 503-512
44. David B. Sarwer, J. Kevin Thompson. Obezite ve vücut görüntüsü rahatsızlığı. In: Thomas A. Wadden, Albert J. Stunkard (Eds). Obezite El Kitabı 2. Roche. 447-464
45. Peter G. Kopelman. Michael J. Stock (Eds) (2000). Giriş. Klinik Obezite. Tekin Ciltevi. Roche. VIII-XVI
46. Byrne S.M. (2002). Psychological aspects of weight maintenance and relapse in obesity. *J. Psychosom Res* **53**, 1029-1036
47. Byrne S.M. (2002). Psychological aspects of weight maintenance and relapse in obesity. *J. Psychosom Res* **53**, 1029-1036
48. Wing , R.R., & Jeffry, R.W. (1999). Benefits of recruiting participants with friends and increasing social support for weight loss maintenance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* **67** (1), 132-138
49. Nunzinger D.O., Çayıroğlu S., Sachs G. Zapotoczky H.G. (1985). Emotional problems during weight reduction: advantages of a combined behavior therapy and antidepressive drug therapy for obesity. *J.Behav Ther Exp. Psychiatry* **16**, 217-221
50. Şırık K. Kumanyika. Azınlıklarda obezite tedavisi. In: Thomas A. Wadden, Albert J. Stunkard (Eds). Obezite El Kitabı 2. Roche. 416-446
51. Sosyotropi-Otonomi Ölçeği (Sosotö) (1997). In: Savaşır 1., Şahin N.H. (Eds.). Bilişsel – Davranışçı Terapilerde Değerlendirme : Sık Kullanılan Ölçekler. Ankara. 54-60
52. Problem Çözme envanteri (Pçe) (1997). In: Savaşır 1., Şahin N.H. (Eds). Bilişsel-Davranışçı Terapilerde Değerlendirme: Sık Kullanılan Ölçekler. Ankara. 79-85
53. Michael E. J. Lean., Catherine R. Hankey. Ağırlık kaybının faydaları ve riskleri: Obezite ve ağırlık döngüsü. In : Peter G. Kopelman., Michael J. Stock (Eds). Klinik Obezite. Tekin Ciltevi. Roche. 576-611
54. Perri M.G., Nezu A.M. Me Kelvey W.F., Shermer R.L., Renjilion D.A., Viegner B.J. (2001). Relapse prevention training and problem-solving therapy in the long-term management of obesity. *J. Consult Clin Psychol* **69**, 722-726
55. Epstein L.H., Paluch R.A., Gordy C.C., Saelens B.E., Ernst M.M. (2000). Problem solving in the treatment of childhood obesity. *J. Consult Clin Psychol* **68**, 717-721
56. Williamson, D.F. Madans, J., Pamuk, E., Flegal, K.M., Kendrick, J.S. & Serdula, M.K. (1994) A Prospective study of child bearing and 10. year weight gain in US white women 25 to 40 years of age. *Intentional Journal Of Obesity* **18**, 561-569
57. Wardle J, Waller J, Fox E. (2002) Age of onset and body dissatisfaction in obesity. *Addict Behav* **27**, 561-573.
58. Wardle J., Waller J. Rapoport L. (2001). Body dissatisfaction and binge eating in obese women : the role of restraint and depression. *Obes Res* **12**, 778-787
59. Wadden T.A., & Foster, G.D. (2002). Behavior therapy for obesity. *Medical Clinics of North America* **84**, 441-461
60. Adami, G.F., Gandolfo, P., Compostano, A., Meneghelli, A., Rovera, G., & Scorpinaro, N. (1998). Body image and body weight in obese patients. *International Journal of Eating Disorders* **24**, 299-306

61. Sorbara M. Geliebter A. (2002) Body image disturbance in obese outpatients before and after weight loss in relation to race, gender, binge eating, and age of onset of obesity. *Int J Eat Disord* **31**, 416-423.
62. Jane Wardle, Lorna Rapoport. Obezitenin Kognitif – Davranış Tedavisi. In : Peter G. Kopelman., Michael J. Stock (Eds). Klinik Obezite. Tekin Ciltevi. Roche. 414-434
63. Friedman K.E., Reicmann S.K., Castanzo P.R., Mustante G.I. (2002) Body image partially mediates the relationship between obesity and psychological distress. *Obes Res* **10**, 33-41
64. Schwartz F. (1993) Obesity in adult females : the relationship among personality characteristics, dieting and weight. *A OHN* **41**, 504-509
65. Irving L.M., Nevmark-Sztainer D. (2002). Integrating the Prevention of eating disorders and obesity : feasible *Prev Med* **34**, 299-309
66. Rooney B.L., Schouberger C.W. (2002). Excess pregnancy weight gain and long-term obesity : one decade later. *Obstet Gynecol* **100** (2), 245-252
Obstet Gynecol **100**, 245-252
67. Riskind J. H., Beck A.T., Berc hick R.J., Brown G. Ster R.A. (1987). Reliability of DSM-III diagnoses for major depression and generalized anxiety disorder using the structured clinical interview for DSM – III. *Arch Gen Psychiatry* **44** (9), 817-820
68. Rasen, J.C., & Reiter, J. (1996). Development of the Body Dysmorphic Disorder Examination. *Behaviour Research and Therapy* **34**, 755-766
69. Canol Jhonson. Obezite, kilo tedavisi ve özsuygü: In: Thomas A. Wadden, Albert J. Stunkard (Eds). Obezite El Kitabı 2. Roche. 480-483
70. Watkins J.A., Sargent R.B., Miller P.M., Ureda J.R., Dnane W.J., Richler D.L. (2001). A study of the attribution style, self-efficacy, and dietary restraint in female binge *Eat Weight Disord* **6**, 188-196
71. Specker S., de Zwaan M., Raymond N., Mitchell S. (1994). Psychopathology in subgroups of obese women with and without binge eating disorder. *Compr Psychiatry* **35**, 185-190
72. Richardson L.P., Davis R., Poulton R., Mc Cauley E., Moffitt T.E., Caspi A. Connell F. (2003) A longitudinal evaluation of adolescent depression and adult obesity *Arch Pediatrics Adolescent Med.* **157**, 739-745
73. Herpertz s., Saller B. (2001) Psychosomatic aspect of obesity. *Psychather Psychosom Med Psychol* **51**, 336-349
74. Wing R.R., Blair E.H., Epstein L.H., Mc Dermott M.D. (1990). Psychological stress and glucose metabolism in obese and normal – weight subjects: a possible mechanism for differences in stress – induced eating. *Health Psychol* **9**, 693-700
75. King, A.C., Castro, C., Eyler, A.A., Wilcox, S.Sallis, J. & Brownson, R.C. (2000). Personal and environmental factors associated with physical activity among different racial/ethnic groups of U.S. middle-aged and older – aged women. *Health Psychology* **19**, 354-364
76. Marleen A. Van Baak, Wim H.M. Saris. Egzersiz ve Obezite In: Peter G. Kopelman., Michael J. Stock (Eds). Klinik Obezite. Tekin Ciltevi. Roche. 435-475
77. Ramirez, E.M., & Rosen, J. C. (2001) A. Comparison of weight control and weight control plus body image therapy for obese men and women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* **69**, 440-446
78. Kent, A. & Bowyer, C. (1992) When weight gets out of control. *Doctor May*, 48-49

79. Williamson, D.F. , Serdula , M.K., Anda, R.F., Levy, A.&Byers, T.(1992) Weight lass attempts in adults, goals, dunation, and rote of weight lass. *Amerikan Journal Of Public Healt* **82**, 1251-1257
80. Foreyt, J.B., Brunner, R.L., Goodrick., S.K., Cutter, G., Bronwell, K.D. St Jeor, S.T. et al. (1995) Psychological carrelates of weight fluctuation. *Interbational Journal of fating Disorders* **17**, 263-275
81. National Task Force on the Prevention and Treatment of Obesity (1994) Weight cycling. *Journal of Amerikan Medical Association* **272**, 1196-1202
82. Aslan H. (2000) Algılanan dokuma yoksunluğu ile yeme davranışı ve beden imgesi sorunları arasındaki ilişki. *Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* **25 (2)**, 90-47
83. Aslan H. (2000). Dokunma ve yeme davranışı sorunları ile cinsel kötüye kullanım ilişkisi: dört olgu. *Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* **25 (4)**, 177-184

Ek 1.

ANKET SORULARI

AÇIKLAMA:Aşağıdaki isim,adres ve telefon bilgileri araştırmacı dışında hiç kimseye ve kuruluşa bildirilmeyecektir.

Hemşire:Yasemin ULUPINAR

*Adı-Soyadı:

*Medeni Hali:

*Yaş :

*Adres :

*Cinsiyet :

*Boy-Kilo :

*Telefon :

*Mesleği :

*Sosyal Gvenceniz:

*ocuk Sayınız:

*Eğitim Düzeyiniz

1-)Okuma yazma bilmiyor

2-)İlkokul mezunu

3-)Ortaokul-Lise mezunu

4-)niversite mezunu

*Gelir Düzeyi ,Aylık Miktar(.....)TL

1-)Kötü

2-)İyi

3-)ok iyi

*Yaşadığı Yer

1-)Köy

2-)Kasaba

3-)İlçe

4-)İl

*Bilinen (varolan) kronik bir hastalığınız varmı?

1-)Evet

2-)Hayır

(Nedir?.....)

*Kilonuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?

1-)Normal

2-)Zayıf

3-)Hafif kilolu

4-)şışman

*şışmanlık için tedavi grdnzmi?

1-)Evet

2-)Hayır

*Cevabınız evet ise nasıl?

1-)Diyet ve davranış tedavisi ile

2-)İlaç ile

3-)Ameliyat ile

*Tedavi ile kaç kilo verdiniz?

.....kg

*Siz şışmanlık tedavisinden fayda grdnzmi?

1-)Evet

2-) Hayır

SOSOTÖ

Bu ölçek, insanların insanlarla olan etkileşim/tarzını belirlemek amacıyla hazırlanmıştır. Lütfen aşağıdaki cümlelerin her birini okuduktan sonra, o cümlenin sizin kişiliğinizi ne ölçüde tanımladığını değerlendirin ve yandaki uygun yeri işaretleyin. Bu davranışların “doğru” ya da “yanlış” diye bir değerlendirilmesi yoktur. Sözü edilen davranışlar tipik insan davranışlarıdır. Yanıtlarınızı aşağıdaki ölçeğe göre değerlendirin.

0. Hiç tanımlamıyor 2. Oldukça iyi tanımlıyor 4. Çok iyi tanımlıyor
1. Biraz tanımlıyor 3. İyi tanımlıyor

Sizi ne kadar tanımlıyor?

	Hiç				Çok İyi
1. Kendimi diğer insanlara hep iyi davranmak zorundaymış gibi hissediyorum.	0	1	2	3	4
2. Özgür ve bağımsız olmak benim için çok önemlidir	0	1	2	3	4
3. İyi bir iş yaptığımda bunu benim bilmem başkalarının bilmesinden daha önemlidir.	0	1	2	3	4
4. Yaşadığım güzel olayları başka insanlarla paylaştığımda o olaylar bana daha güzel gelir.	0	1	2	3	4
5. Diğer insanların duygularını incitmekten korkarım	0	1	2	3	4
6. İnsanlar benim davranışlarımı ya da yaptığım işleri yöneltmeye kalkarlarsa rahatsız olurum	0	1	2	3	4
7. İnsanlara “hayır” demek bana zor gelir	0	1	2	3	4
8. Hafta sonlarında başkalarıyla birlikte olacağım bir etkinlik planlamazsam kendimi kötü hissederim.	0	1	2	3	4
	Sizi ne kadar tanımlıyor?				
	Hiç				Çok iyi
9. Bir grubun üyesi olmaktansa, kendine özgü bir birey olmayı daha değerli görürüm	0	1	2	3	4
10. Kendimi hasta hissettiğim zaman yalnız kalmayı tercih ederim.	0	1	2	3	4
11. İnsanlar zayıf yönlerimi, hatalarımı bilirlerse beni sevme yecekler diye endişelenirim.	0	1	2	3	4

12. Bir konuda kendimi haklı görüyorsam, başkalarının hoş una gitmese de düşünce ve duygularımı açıkça söylemek ten çekinmem. 0 1 2 3 4

13. Misafirlikteyken sadece oturup konuşmaktan rahatsız ol urum. Bunun yerine kalkıp bşeyler yapmayı isterim 0 1 2 3 4

14. Bir işte insanın kendi amaçlarına ve standartlarına ulaş ması, diğer insanların koyduğu standartlara ulaşmasından daha önemlidir. 0 1 2 3 4

15. Diğerlerini memnun etmek için kendime ters düşen işler yapmam. 0 1 2 3 4

16. Yalnız başıma uzun yürüyüşler yapmaktan hoşlanırım 0 1 2 3 4

17. Diğer insanların beni sevmeleri önemli başarılar elde et memden daha önemlidir. 0 1 2 3 4

18. Bir lokantada kendi başıma akşam yemeği yemek beni rahatsız eder. 0 1 2 3 4

19. Hayatımdaki bir insanın bana gerçekten ilgi duyduğunu hissetmezsem yaptığım işlerden zevk almam. 0 1 2 3 4

20. Bir şey yapmaya karar verirken başka insanların düşün celerinden etkilenmem. 0 1 2 3 4

21. Kalkıp istediğim yere gidebilme özgürlüğüne sahip olmak Benim için çok önemlidir. 0 1 2 3 4

22. İşimde başarılı olmak benim için arkadaş edinmekten daha önemlidir. 0 1 2 3 4

23. Duygularımı kontrol altında tutmanın önemli olduğuna inanırım 0 1 2 3 4

Sizi ne kadar iyi tanımlıyor?

Hiç

Çok iyi

24. Diğer insanların yanındayken, benden ne beklediklerin den emin olmazsam rahatsız olurum. 0 1 2 3 4

25. Diğer insanlara yardım etmeyi,onların bana yardım et melerinden daha rahat kabul ederim. 0 1 2 3 4

26. İlk defa gideceğim bir yeri tek başıma ziyaret etmek ben 0 1 2 3 4

im için eğlenceli olmaz

39. Bir işi bitirmek insanların o konuda nasıl tepki gös
tereceklerini düşünüp endişelenmekten daha iyidir. 0 1 2 3 4

28. Diğer insanlarla yakın ilişkiler içinde oluktansa,sürekli
çalışıp iş çıkarmak benim için daha önemlidir. 0 1 2 3 4

29. Beni sevmediklerini bildiğim insanların yanında rahatsız
olurum. 0 1 2 3 4

30. Bir amaç benim için önemli ise, diğer insanları rahatsız
etse bile o amaca ulaşmaya çalışırım. 0 1 2 3 4

31. Sevdiğim insanlarda ayrı olmak benim için zordur. 0 1 2 3 4

32. Bir amaca ulaştığım zaman insanlardan gelecek övgüler
den çok, o amaca ulaşmaktan ötürü memnuluk duyarım 0 1 2 3 4

33. Diğer insanların hoşlanmayacağını düşünerek söyleyece
ğim şeyleri dikkatlice seçerim. 0 1 2 3 4

34. Geceleri evde tek başıma kaldığımda, kendimi yalnız
hissederim 0 1 2 3 4

35. Sık sık ailemi ya da arkadaşlarımı düşündüğümü farke
derim. 0 1 2 3 4

36. Kendi planlarımı kendim yapmayı tercih ederim.
Böylece diğerleri tarafından kontrol edilmem. 0 1 2 3 4

37. Çevremde başka insanların olmasına ihtiyaç duymadan
bütün bir rahatça kendi naşıma kalabilirim. 0 1 2 3 4

38. Biri benim dış görünüşümü eleştirdiğinde diğer insanlar
nda beni çekici bulmayacaklarını düşünürüm. 0 1 2 3 4

Sizi ne kadar tanımlıyor?

Hiç Çok iyi

40. Boş zamanlarımı diğer insanlarla birlikte geçirmekten
hoşlanırım. 0 1 2 3 4

41. Özel hayatıma karışıldığını düşündüğüm için, özel sorularını yanıtlamayı sevmem 0 1 2 3 4
42. Bir sorunun olduğunda, başkalarının beni etkilemelerine izin vermektense, sorunu kendi başıma düşünüp bir çözüm bulmayı tercih ederim. 0 1 2 3 4
43. İnsanlar kişiler arası ilişkilerde genellikle birbirinden çok şey beklemektedir. 0 1 2 3 4
44. Yeni tanıştığım bir kişinin beni beğendiğini ya da sevdiğini anlayamazsam rahatsız olurum. 0 1 2 3 4
45. Diğer insanların hedeflerini kabul etmektense, kendi hedeflerimi ve kendi standartlarımı belirlemeyi tercih ederim. 0 1 2 3 4
46. Başkalarını rahatsız ettiğimi düşünmek bana kaygı verir. 0 1 2 3 4
47. Diğerleri tarafından beğenilip/sevilmek benim için önemlidir. 0 1 2 3 4
48. Bir işi bitirmek bana göre o iş için verilecek ödülde daha zevklidir. 0 1 2 3 4
49. Diğer insanlarla yakın ilişkiler kurduğumda kendimi emniyette hissedirim. 0 1 2 3 4
50. Diğer insanlarla beraber olduğumda, onların benimle birlikte olmaktan hoşlanıp hoşlanmadıklarını anlamak için ipuçları ararım. 0 1 2 3 4
51. Yalnız başıma uzaklara gidip yeni yerler keşfetmeyi ararım. 0 1 2 3 4
52. Herhangi bir kişinin bana kızdığını düşünsem de özür dilemek istemem. 0 1 2 3 4
53. Başıma tatsız bir olay gelirse başvuracağım bir yakınım olduğundan emin olmak isterim. 0 1 2 3 4
- Sizi ne kadar tanımlıyor?
- Hiç Çok iyi
54. Uzun bir toplantıda sonuna kadar oturmak zorunda kalırsam. 0 1 2 3 4
55. İnsanların benim hayatıma ait konularda soru sormalarından ya da fikir vermelerinden hoşlanmam. 0 1 2 3 4

56. Diğerlerinden farklı olmak beni rahatsız eder. 0 1 2 3 4

57. Bence bir hapisanede bulunmanın en zor yanı özgürce dolaşamamaktır. 0 1 2 3 4

58. Yaşlanmanın en kötü yanı yalnız kalmaktır. 0 1 2 3 4

59. Sevdiğim bir insanın öleceğini düşünerek endişelenirim 0 1 2 3 4

60. Diğer insanlar beni reddedecek olsa bile haklarımı savunmaya devam edirim. 0 1 2 3 4

PÇE*

Bu envanterin amacı, günlük yaşantınızdaki problemlerinize (sorunlarınıza) genel olarak nasıl tepki gösterdiğinizi belirlemeye çalışmaktır. Sözü ettiğimiz bu problemler, matematik ya da fen derslerindeki alışmış olduğumuz problemlerden farklıdır. Bunlar, kendini karamsar hissetme, arkadaşlarla geçinememe, bir mesleğe yönelme konusunda yaşana belirsizlikler ya da boşanıp boşanmama gibi kara verilmesi zor konularda ve hepimizin başına gelebilecek türden sorunlardır. Lütfen aşağıdaki maddeleri elinizden geldiğince samimiyetle ve bu tür sorunlarla karşılaştığınızda tipik olarak nasıl davrandığınızı göz önünde bulundurarak cevaplandırın.

Cevaplarınızı, bu tür problemlerin nasıl çözülmesi gerektiğini düşünerek değil, böyle sorunlarla karşılaştığınızda gerçekten ne yaptığınızı düşünerek vermeniz gerekmektedir. Bunu yapabilmek için kolay bir yol olarak her soru için kendinize şu soruyu sorun: “Burada sözü edilen davranışı ben ne sıklıkla yaparım?”

Yanıtlarınızı aşağıdaki ölçeğe göre değerlendirin:

1. Her zaman böyle davranırım.
2. Çoğunlukla böyle davranırım.
3. Sık sık böyle davranırım.
4. Arada sırada böyle davranırım.
5. Ender olarak böyle davranırım.
6. Hiçbir zaman böyle davranmam.

Ne kadar sıklıkla böyle davranırsınız?

12. Genellikle kendimle ilgili kararları verebilirim ve bu kararlardan hoşnut olurum. 1 2 3 4 5 6

13. Bir sorunla karşılaştığımda onu çözmek için genellikle aklıma gelen ilk yolu izlerim. 1 2 3 4 5 6

14. Bazen durup sorunlarımın üzerine düşünmek yerine gelişimi güzel sürüklenip giderim. 1 2 3 4 5 6

15. Bir sorunla ilgili olası bir çözüm yolu üzerinde karar vermeye çalışırken seçeneklerimin başarı olasılığını tek tek değerlendiririm. 1 2 3 4 5 6

16. Bir sorunla karşılaştığımda başka konuya geçmeden önce durur ve o sorun üzerinde düşünürüm. 1 2 3 4 5 6

17. Genellikle aklıma ilk gelen fikir doğrultusunda hareket ederim. 1 2 3 4 5 6

18. Bir karar vermeye çalışırken her seçeneğin sonuçlarını ölçer, tartar, birbiriyle karşılaştırır, sonra karar veririm. 1 2 3 4 5 6

19. Bir sorunumu çözmek üzere plan yaparken o planı yapabileceğime güvenirim. 1 2 3 4 5 6

20. Belli bir çözüm planını uygulamaya koymadan önce, nasıl bir sonuç vereceğini tahmin etmeye çalışırım. 1 2 3 4 5 6

Ne kadar sıklıkla böyle davranırsınız?
Her zaman Hiç bir zaman

21. Bir soruna yönelik olası çözüm yollarını düşünürken çok fazla seçenek üretmem. 1 2 3 4 5 6

22. Bir sorunumu çözmeye çalışırken sıklıkla kullandığım bir yöntem; daha önce başıma gelmiş benzer sorunları düşünmektir. 1 2 3 4 5 6

23. Yeterince zamanım olur ve çaba gösterirsem karşılaştığım sorunların çoğunu çözebileceğime inanıyorum. 1 2 3 4 5 6

24. Yeni bir durumla karşılaştığımda ortaya çıkabilecek sorunları çözebileceğime inancım vardır. 1 2 3 4 5 6

25. Bazen bir sorunu çözmek için çabaladığım halde, bir tür lü esas konuya giremediğim ve gereksiz ayrıntılarla uğraştığım duygusunu yaşarım. 1 2 3 4 5 6

26. Ani kararlar verir ve sonra pişmanlık duyarım. 1 2 3 4 5 6

27. Yeni ve zor sorunları çözebilme yeteneğime güveni yorum. 1 2 3 4 5 6

28. Elimdeki seçenekleri değerlendirirken ve karar verirken kullandığım sistematik bir yöntem vardır. 1 2 3 4 5 6

29. Bir sorunla başa çıkma yollarını düşünürken çeşitli fikirleri birleştirmeye çalışmam. 1 2 3 4 5 6

30. Bir sorunla karşılaştığımda bu sorunun çıkmasında katkısı olabilecek benim dışındaki etmenleri genellikle dikkate almam. 1 2 3 4 5 6

31. Bir konuyla karşılaştığımda, ilk yaptığım şeylerden biri, durumu gözden geçirmek ve konuyla ilgili olabilecek her türlü bilgiyi dikkate almaktır. 1 2 3 4 5 6

32. Bazen duygusal olarak öylesine etkilenirim ki, sorunu başa çıkma yollarından pek çoğunu dikkate bile almam. 1 2 3 4 5 6

Ne kadar sıklıkla
böyle davranırsınız?
Her zaman Hiçbir zaman

33. Bir karar verdikten sonra ortaya çıkan sonuç genellikle benim beklediğim sonuca uyar. 1 2 3 4 5 6

34. Bir sorunla karşılaştığımda, o durumla başa çıkabileceğimden genellikle pek emin değilimdir. 1 2 3 4 5 6

35. Bir sorunun farkına vardığımda, ilk yaptığım şeylerden biri, sorunun ne olduğunu anlamaya çalışmaktır. 1 2 3 4 5 6

