



**T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI**

**İSTANBUL PROF. DR. CEMİL TAŞCIOĞLU ŞEHİR HASTANESİ**

**AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ**

**ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARININ  
ERİŞKİN DÖNEMDEKİ OBEZİTE İLE İLİŞKİSİ**

**Dr. Hatice BALCI**

**(TIPTA UZMANLIK TEZİ)**

**İSTANBUL, 2023**





**T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI**

**İSTANBUL PROF. DR. CEMİL TAŞCIOĞLU ŞEHİR HASTANESİ**

**AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ**

**ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARININ  
ERİŞKİN DÖNEMDEKİ OBEZİTE İLE İLİŞKİSİ**

**Dr. Hatice BALCI**

**Tez Danışmanı: Prof. Dr. Seçil ARICA**

**(TIPTA UZMANLIK TEZİ)**

**İSTANBUL, 2023**

## TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca mesleki bilgi ve becerilerini paylaŐan bana her daim yol gÖsteren, bilgisinden ve tecrübelerinden faydalandığım ve tez hazırlama süresince desteğini hissettiğim Aile Hekimliđi Anabilim Dalı BaŐkanımız sevgili hocam Prof. Dr. Sečil ARICA'ya,

Tez çalıŐmalarım sırasında desteğini ve çabalarını benden esirgemeyen, samimi ve yardımsever olan sevgili uzmanımız Uzm. Dr. Feyzanur ÖZEL ERDEM'e,

Hayatım boyunca desteklerini, dualarını esirgemeyen, eğitimimin her aŐamasında yanımda olan ve bugünlere gelmemi sağlayan, annem Fatma ÇETİNKAYA'ya, babam Nejdet ÇETİNKAYA'ya, canım kız kardeŐim Gülbahar BEKTAŐ'a,

Her daim yanımda olduğunu hissettiren, tez hazırlama süreci boyunca yardımlarını esirgemeyen varlığı ve desteğiyle hayatımı güzelleŐtiren sevgili eŐim Emre BALCI'ya,

En içten duygularımla teşekkür ediyorum.

Dr. Hatice BALCI

# İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
İÇİNDEKİLER .....	ii
KISALTMALAR .....	iv
TABLO VE ŞEKİL LİSTESİ .....	vi
ÖZET.....	viii
ABSTRACT.....	x
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER .....	4
2.1 OBEZİTE .....	4
2.1.1 Obezitenin Tanımı ve Sınıflandırılması.....	4
2.1.2 Obezitenin Epidemiyolojisi .....	5
2.1.3 Obezite Etiyolojisi .....	7
2.1.4 Obezitenin Patogenezi .....	8
2.2 ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI .....	12
2.2.1 Çocuk İstismarı ve İhmali.....	13
2.3 ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI VE OBEZİTE İLİŞKİSİ .....	16
3.GEREÇ VE YÖNTEM .....	17
3.1 Etik Kurul İzni.....	17
3.2 Çalışmanın Özellikleri.....	17
3.3 Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri.....	18

3.4 Çalışmaya Dahil Edilmeme Kriterleri .....	18
3.5 Çalışma Anketi .....	18
3.5.1 Sosyodemografik durum ve klinik verilerin toplanması.....	18
3.5.2 Katılımcıların çocukluk çağı travma durumunun belirlenmesi .....	19
3.6 Verilerin İstatistiksel Analizi.....	20
5. BULGULAR.....	21
5.TARTIŞMA .....	38
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	48
KAYNAKLAR .....	50
EKLER.....	55

## KISALTMALAR

<b>AB</b>	: Avrupa Birliği
<b>ABD</b>	: Amerika Birleşik Devletleri
<b>Ark.</b>	: Arkadaşları
<b>BKİ (BMI)</b>	: Beden Kitle İndeksi (Body Mass Index)
<b>ÇÇTÖ</b>	: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği
<b>ÇÇT</b>	: Çocukluk Çağı Travmaları
<b>DSÖ</b>	: Dünya Sağlık Örgütü
<b>DR.</b>	: Doktor
<b>DFA</b>	: Düşük Fiziksel Aktivite Düzeyi
<b>GI</b>	: Gastrointestinal
<b>KG</b>	: Kilogram
<b>M<sup>2</sup></b>	: Metrekare
<b>ÖRN</b>	: Örnek
<b>PROF.</b>	: Profesör
<b>SBÜ</b>	: Sağlık Bilimleri Üniversitesi
<b>SPSS</b>	: Statistical Package for the Social Sciences
<b>SD</b>	: Standart deviation (standart sapma)
<b>SED</b>	: Sosyoekonomik Düzey

**TURDEP** : Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalansı

**TOHTA** : Türkiye Obezite ve Hipertansiyon Taraması

**TEKHARF** : Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri Sıklığı

**VB** : Ve benzeri

**5-HT** : 5-hidroksitriptamin





## TABLO VE ŞEKİL LİSTESİ

Tablo 1 Obezitenin BKİ'ye göre sınıflandırılması .....	5
Tablo 2. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri .....	21
Tablo 3. Katılımcıların sosyal alışkanlıkları .....	22
Tablo 4. Katılımcıların obezite özellikleri .....	22
Tablo 5. Katılımcıların kronik ve psikiyatrik hastalık özellikleri .....	23
Tablo 6. Katılımcıların ÇÇTÖ yanıtları .....	23
Tablo 7. Katılımcıların akrabalarından obezitesi olanlar .....	25
Tablo 8. Katılımcıların tanı konmuş psikiyatrik hastalıkları .....	25
Tablo 9. Katılımcıların kronik hastalıkları.....	26
Tablo 10. Katılımcıların çocukluk döneminde yaşadığı diğer travmalar.....	26
Tablo 11. Katılımcıların yaş, boy, kilo, vki değerleri .....	27
Tablo 12. Katılımcıların ÇÇTÖ ve alt grup puanlarının değerlendirilmesi.....	27
Tablo 13. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile ÇÇTÖ puanının karşılaştırılması .....	28
Tablo 14. Katılımcıların alışkanlıkları ve obezite özellikleri ile ÇÇTÖ puanının karşılaştırılması .....	29
Tablo 15. Katılımcıların kronik ve psikiyatrik hastalık özellikleri ile ÇÇTÖ puanının karşılaştırılması .....	30
Tablo 16. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile obezite durumlarının karşılaştırılması .....	32
Tablo 17. Katılımcıların alışkanlıkları ile obezite durumunun karşılaştırılması.....	33

Tablo 18. Katılımcıların kronik ve psikiyatrik hastalık özellikleri ile obezite durumlarının karşılaştırılması .....	34
Tablo 19. Katılımcıların çocukluk döneminde obezite durumlarıyla ÇÇTÖ alt grup puanlarının karşılaştırılması .....	35
Tablo 20. Katılımcıların obezite durumlarıyla ÇÇTÖ alt grup puanlarının karşılaştırılması .....	36
Tablo 21. Katılımcıların obezite durumlarıyla çocukluk çağı travmalarının karşılaştırılması .....	36
Tablo 22. Bazı değişkenlerin ÇÇTÖ puanını yordamasına ilişkin lineer regresyon analizi .....	37
Şekil 1 TURDEP-1'den TURDEP-2'ye yaş grubu ve cinsiyete göre obezite prevalansının değişimi .....	6

## ÖZET

**AMAÇ:** Obezite dünya çapında görülen önemli bir halk sağlığı sorunudur. Multifaktöriyel ve kompleks bir hastalık olan obezitenin etiyolojisinde genetik ve çevresel faktörler rol oynamaktadır. Çalışmamız çevresel bir faktör olan çocukluk çağı travmaları ile obezite arasındaki ilişkinin değerlendirilmesini amaçlamıştır.

**GEREÇ ve YÖNTEM:** Çalışma kesitsel-tanımlayıcı anket çalışması olarak planlanmıştır. 01.07.2022 ile 01.08.2022 tarihleri arasında yapılan çalışmamız, Prof. Dr. Cemil Taşçıoğlu Şehir Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniği'ne başvuran 18 yaş üzeri, gebe olmayan 256 (163 kadın, 93 erkek) katılımcının onamı alındıktan sonra yüz yüze yapılan anket formuyla değerlendirilmiştir. Tüm bireylere Bernstein ve arkadaşları tarafından geliştirilen Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Şar ve arkadaşları (2012) tarafından yapılan 28 soruluk çocukluk çağı travma ölçeği formu ve araştırmacı tarafından hazırlanan katılımcıların boy, kilo sosyodemografik özellikleri, kronik hastalık ve tanıtıcı özelliklerini sorgulayan 25 soruluk anket uygulanmıştır. Çalışmadan elde edilen veriler SPSS statistics 21 programında analiz edildi ve  $p < 0.05$  anlamlı kabul edildi.

**BULGULAR:** Çalışmaya katılan 256 kişinin %63,67'si kadın, %36,33'ü erkektir. Katılımcıların yaş ortalaması  $38,53 \pm 14,61$ , BKİ ortalaması ise  $30,01 \pm 7,14$  olarak belirlendi. Katılımcıların BKİ'si (Beden Kitle İndeksi) değerlendirildiğinde %48,83'ünde obezite saptanmıştır. Çalışmaya katılanların şimdiki ve çocukluk dönemindeki obezite durumu değişkenleri ile ÇÇTÖ puanı arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p > 0,01$ ). Çalışmada ÇÇTÖ toplam puanı ortalaması  $36,92 \pm 11,88$ , duygusal istismar alt grubu  $7,05 \pm 3,07$ , fiziksel istismar  $6,21 \pm 2,95$ , fiziksel ihmal  $7,45 \pm 3,10$ , duygusal ihmal  $10,58 \pm 5,14$ , cinsel istismar  $5,64 \pm 1,98$ , minimizasyon  $0,91 \pm 1,07$  olarak belirlendi. Katılımcıların çocukluk döneminde yaşlıtlarına göre fazla kilolu/obezite problemiyle çocukluk ÇÇTÖ alt grup puanları arasında

istatistiksel anlamlı düzeyde bir ilişki saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). Katılımcıların %71,48'inin kardeş sayısı 3 ve üzerinde olduğu saptandı.

**SONUÇ:** Çalışmamızda erişkin dönem obezitesi ile ÇÇTÖ puanı arasında bir ilişki bulunamamıştır. Ancak ÇÇTÖ alt gruplarından duygusal istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal ile erişkin obezitesi arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Duygusal ihmal ve cinsel istismar ile erişkin dönem obezitesi arasında ilişki bulunamamıştır. Çocukluk çağında diğer travmaları (aile üyesinin evden ayrılması, anne-babanın boşanması, aile üyesinden birinin kaybı, ciddi bir hastalık veya ameliyat öyküsü, doğal afet vb.) yaşayanların obezite sıklığı da yüksek bulunmuştur. Katılımcıların çocukken yaşadığı travmalar incelendiğinde en sık rastlanan travma öyküsü “aile üyelerinden birinin kaybı” olarak öne çıktı. Çocukken üvey anne/baba ile yaşayanlarda öz anne ve babasıyla yaşayanlara göre erişkin dönem obezite sıklığı ve çocukluk çağı travmalarına maruz kalma ihtimali yüksek bulunmuştur. Elde ettiğimiz veriler, çocukluk çağında yaşanan herhangi bir travmanın erişkin dönem obezitesine neden olabileceğini düşündürmektedir. Konunun mekanizmalarının aydınlatılabilmesi için daha geniş kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır.

**ANAHTAR KELİMELER:** Obezite, Çocukluk çağı travmaları

# CHILDHOOD TRAUMA WITH ADULT OBESITY

## THE RELATIONSHIP BETWEEN

### ABSTRACT

**OBJECTIVE:** Obesity is a major public health problem worldwide. Genetic and environmental factors play a role in the etiology of obesity, which is a multifactorial and complex disease. The aim of our study was to investigate the association between childhood trauma, which is an environmental factor, and obesity.

**MATERIAL and METHOD:** The study was planned as a cross-sectional-descriptive survey study. Our study was conducted between 01.07.2022 and 01.08.2022. After obtaining informed consent from 256 non-pregnant participants (163 female, 93 male) over 18 years of age who presented to Prof. Dr.Cemil Taşcıoğlu City Hospital Family Medicine Outpatient Clinic., they were examined with a face-to-face questionnaire. All subjects were interviewed using a 28-item childhood trauma scale form developed by Sar et al. (2012), a Turkish validity and reliability study developed by Bernstein et al. and a researcher-prepared questionnaire with 25 questions about height, weight, sociodemographic characteristics, chronic diseases, and introductory characteristics of the participants. The data obtained from the study were analyzed in the SPSS statistics 21 program and  $p < 0.05$  was considered significant.

**RESULTS:** In our study, 63.67% of the 256 participants were female and 36.33% were male. The mean age of the participants was  $38.53 \pm 14.61$  years, and the mean BMI was  $30.01 \pm 7.14$ . When the BMI (body mass index) of the participants was evaluated, 48.83% were found to be obese. No statistically significant association was found between the variables of current and childhood obesity status of the study participants and their CTQ score ( $p > 0.01$ ). In the study, the mean CTQ total score was  $36.92 \pm 11.88$ , subgroup emotional abuse  $7.05 \pm 3.07$ , physical abuse

6.21±2.95, physical neglect 7.45±3.10, emotional neglect 10.58±5.14, sexual abuse 5.64±1.98, minimization 0.91±1.07. There was no statistically significant association between children's overweight/obesity problem and their childhood CTQ subgroup scores compared to their childhood peers ( $p > 0.05$ ). It was found that 71.48% of the participants had 3 or more siblings.

**CONCLUSION:** In our study, no association was found between adult obesity and CTQ score. However, a significant association was found between emotional abuse, physical abuse, physical neglect, and obesity in adults, which are subsets of CTQ. No association was found between emotional neglect and sexual abuse and obesity in adults. A high prevalence of obesity was also found among those who experienced other traumas in childhood (removal of a family member, divorce of parents, loss of a family member, serious illness or surgery in the past, natural disaster, etc.). When examining the trauma participants had experienced as children, the loss of a family member was the most common trauma story. The prevalence of obesity in adulthood and exposure to childhood trauma was found to be higher among those who lived with their stepparents as children than among those who lived with their birth parents. Our data suggest that any trauma experienced in childhood may lead to obesity in adulthood. Further comprehensive studies are needed to elucidate the mechanisms of this issue.

**KEY WORDS:** Obesity, childhood trauma

# 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Küresel boyutta önemli bir halk sağlığı sorunu olan obezitenin prevalansında, hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde önemli artış saptanmıştır. Yapılan araştırmalara göre 2010 yılında Türkiye’de 19 yaş ve üstü bireylerin % 34,6’sının fazla kilolu, %30,3’ünün ise obez olduğu bildirilmiştir. Dünya genelinde kronik bir hastalık olan obezite nedeniyle ortaya çıkan sağlık sorunlarına yapılan harcamalar tüm sağlık harcamaları ortalamasının %2-7’sidir[1]. Daha önce yapılan çalışmalar erişkin dönemde görülen obezitenin çocukluk çağında yaşanan travmalarla ilişkili olduğunu ortaya koymuştur.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ‘ne göre en riskli 10 hastalıktan biri olarak kabul edilen obezite, “sağlığa zarar verebilecek aşırı yağ birikimi” olarak tanımlanmaktadır. Obezitenin küresel prevalansı son zamanlarda çocuklarda %47,1’e, yetişkinlerde ise %27,5’e yükselmiştir [2].

Obezite; diyabet, osteoartrit, kardiyovasküler hastalık, metabolik sendrom, bazı kanser türleri, üreme bozuklukları, solunum ve sindirim sistemi hastalıkları, uyku apnesi ile ilişkili olduğu tespit edilen ciddi mortalite ve morbiditeye neden olan kişinin yaşam kalitesini negatif yönde etkileyen dünyada sıklığı giderek artan bir halk sağlığı sorunudur. Obezite ve fazla kilo ile ilişkili hastalıklar nedeniyle her sene 2.8 milyon insanın yaşamını kaybettiği DSÖ tarafından açıklanmıştır [1].

Yapılan istatistikler tüm dünyada obezitenin başlıca çocuklarda ve erişkinlerde görülme sıklığında uyarı vermeye başladığı ve gelecek nesillerde daha da artış olacağını bildirmektedir. Bu yüzden obezite epidemisine neden olan faktörler araştırılmalı, önlenebilir olanlar tespit edilip gerekli düzenlemelerin yapılması, tedavi yöntemlerinin belirlenmesi ve komplikasyonların önlenmesi elzemdir [1].

Obezitenin etiyolojisi karmaşıktır. Obezitenin oluşumunda etkili olan genetik faktörler ile dünyaya geliriz, çevresel faktörler de durumun ortaya çıkışını tetikler. Obezitenin başlıca risk etkenleri fiziksel aktivitede azalma, düzensiz beslenme alış-

kanlıkları, yaş, kadın cinsiyet, doğum sayısı, evlilik, menopoz, düşük eğitim düzeyi, ırksal etkenler, sigarayı yeni bırakmış olmak ve alkol alımıdır [3].

Erişkin obezitesinin gelişiminde sadece beslenme, genetik faktörler ve yaşam tarzı rol oynamaz. Aynı zamanda içinde bulunulan toplumun, ailenin sosyal ve çevresel özellikleri de önemli rol oynar. Yetişkinlikte obezite gelişiminin aile ile ilişkili başlıca faktörleri; kaygı, depresyon, öfke ve cinsel istismar, çocukluk çağı travmaları gibi olumsuz psikolojik durumlardır [2].

Epidemiyolojik çalışmalar, olumsuz çocukluk deneyimlerinin, daha kötü uzun vadeli sonuçları öngördüğünü göstermiştir. Erken dönemdeki olumsuzluklarla ilişkili sonuçlar arasında yüksek tip 2 diyabet, obezite, iskemik kalp hastalığı, kanserler, depresyon, bağımlılıklar ve erken ölüm riskinin yanı sıra işsizlik ve düşük eğitim düzeyi gibi sosyal sonuçlar yer alır [4].

Obezite gelişiminde etkili olan psikolojik faktörlerden olan çocukluk çağı travmalarından da bahsetmek gerekirse 'bireylerin 18 yaşından önce maruz kaldığı cinsel, fiziksel ve duygusal istismar ve ihmalin yanı sıra ebeveynin kaybı, ebeveyn-den ayrı kalma, boşanma, göç, şiddete tanıklık etme, kazalar ve doğal afetler şeklinde tanımlanabilir [5].

Birçok çalışma erişkin dönem obezitesi ile çocukluk çağında travmaya maruz kalma arasında yüksek oranda ilişki olduğunu göstermiştir. Bu tutarlı bulgulara rağmen çocukluk çağı travmalarından sonra gelişen obezite riskinin artmasına neden olan mekanizmalar henüz tam bilinmiyor. Psikolojik işlev bozukluğunun varlığı dahil olmak üzere düzensiz yeme davranışı artan yetişkin obezitesi riskini açıklayabileceği gösterilmiştir. Obezitenin gelişimsel bir kökene sahip olabileceğine dair kanıtlar mevcut olup aslen doğum öncesi maruziyetin olduğunu gösteren bir dizi çalışmadan sonra aşırı veya yetersiz beslenme, erken bebeklikte hızlı büyüme ve erken ergenlik gelişimi hepsi yetişkin obezite riskinin artmasıyla ilişkilidir. Çocukluk döneminde beslenme koşulları ve fizyolojik faktörlere odaklanan bu bulgulara paralel olarak, birçok çalışma gösteriyor ki çocukluk çağında stresli olumsuz duygusal deneyimler erişkin dönem obezitesi gelişimine neden olabilir [6].



Bu çalışmanın temel amacı, obez ve obez olmayan bireylerde çocukluk çağı travmatik yaşantılarının yaygınlığını değerlendirmek ve çocukluk çağı travmatik yaşantıları ile yetişkinlik çağı obezitesi arasındaki ilişkiyi belirlemektir. Hipotez çocukluk çağı travmalarının (ÇÇT) erişkin dönem obezitesi ile ilişkili olacaktır. Bu çalışma, ÇÇT'ları ile erişkin obezitesinin daha net anlaşılmasını hedeflemiştir. İdeal olarak sonuçlar gelecekteki araştırmaları desteklemenin yanında ÇÇT'ları ve erişkin dönem obezitesi yaşayan bireylerde fiziksel ve psikososyal sağlığını korumayı odaklayan klinik uygulama ve politikayı destekleyecektir. Bireyleri doğumundan ölümüne kadar takip etme fırsatı sağlayan 1. basamak aile hekimliği sisteminde koruyucu hekimlik kapsamında olası ÇÇT tespiti sonrası gerekli önlemler alınarak gelecekteki önemli bir kronik hastalık olan obezite önlenir.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1 OBEZİTE

#### 2.1.1 Obezitenin Tanımı ve Sınıflandırılması

Obezite, geleneksel olarak ideal ağırlığın  $\geq$  %20 üzerinde bir ağırlık olarak tanımlanır ve bu da belirli bir boy, cinsiyet ve yaştaki bireyler için en düşük ölüm oranına karşılık gelir [7]. Obezite ile ilgili kılavuzlarda DSÖ, kişinin kilogram cinsinden ağırlığının, metre cinsinden yüksekliğinin iki katına bölünmesi ile ortaya çıkan beden kitle indeksi (BKİ) olarak bilinen bir ölçümün kullanımını önermektedir [1]. BKİ değeri aşırı kilolu veya obezite aşamasını tanılamak için kullanılır ve böylece 25.9-29'de aşırı kilolu olarak kabul edilen sınırlı BKİ sabitlenirken, BKİ > 30 obeziteyi tanımlar [7].

Multifaktöriyel bir hastalık olan obezite, fazla enerji tüketimine ikincil olarak bedende aşırı yağ birikimi ile meydana gelir. Vücuttaki yağ oranlarının hesaplanması herkeste kolaylıkla kullanılabilir ulaşılabilir bir yöntemi bulunmaması nedeniyle obezite, vücuttaki yağ oranı ile değil fazla miktarda kilo ile ilişkilendirilir [8].

Diğer bir ifadeyle “erkek tipi obezite” olarak tanımlanan bel çevresinin kalça çevresine oranının erkeklerde 1'den kadınlarda 0,85'den büyük olması durumudur.[1] BKİ'nin hastalık riski sınıflandırmasının tahmini gücüne çok az katkıda bulunduğundan BKİ > 35 kg/m<sup>2</sup>'ye sahip bireylerde bel çevresini ölçmek gerekli değildir. Bel çevreleri bu değerlerden daha büyük olan kişiler, BKİ tarafından tanımlanan bir risk kategorisi olarak kabul edilmelidir [9].

DSÖ şuan artmakta olan dünya çapındaki epidemik obeziteyi küresel olarak tanımlamaktadır. Bu durum, obezite nedeniyle ortaya çıkabilecek hastalıkların, özellikle dünya genelinde ölümlerin başlıca nedeni olan kardiyovasküler hastalıkların giderek yaygınlaşması nedeniyle kritik önem taşıyor [7].

DSÖ tanımladığı beden kitle indeksine göre [BKİ= Ağırlık (kg) / Boy (m<sup>2</sup>)] obezitenin sınıflandırılması tablo 1 gösterilmiştir.

**Tablo 1 Obezitenin BKİ'ye göre sınıflandırılması**

Sınıflandırma	BKİ (kg/m <sup>2</sup> )	Komorbidite riski
Düşük kilolu	< 18.5	Düşük
Normal ağırlık	18.5- 24.9	Ortalama
Aşırı kilolu (ya da pre-obez)	25- 29.9	Arttırılmış
Obezite, sınıf - I	30- 34.9	Hafif
Obezite, sınıf - II	35- 39.9	Şiddetli
Obezite, sınıf - III	≥40	Çok şiddetli

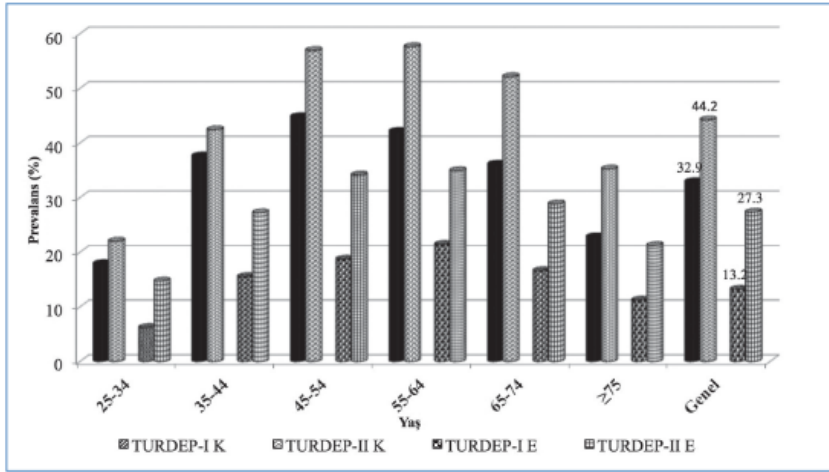
### 2.1.2 Obezitenin Epidemiyolojisi

Obezite Amerika Birleşik Devletinde (ABD) ve dünya çapında önemli bir halk sağlığı sorunudur. Önlenebilir morbidite ve mortalite nedenlerinden biri olan obezitenin, tüm dünyadaki prevalans değerlerinde artış devam etmektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde obez bireylerin yaygınlığı (beden kitle endeksi [BKİ]>30 kg/m<sup>2</sup>) son birkaç yılda önemli ölçüde artarak yetişkin nüfusun %38'ine ulaşmıştır. Mevcut eğilimler devam ederse, 2030 yılında ABD'deki iki yetişkinden biri obez olacak ve dört yetişkinden biri sınıf II veya daha yüksek obeziteye sahip olacaktır (BKİ> 35 kg/m<sup>2</sup>) [10]. 195 ülkeden gelen yakın tarihli bir veri analizi, 1980 yılından bu yana 70'den fazla ülkede obezite prevalansının iki katına çıktığını, 2015'de ise 600 milyondan fazla yetişkinin obez olduğunu ve BKİ'nin dünya çapında 4 milyon ölüme neden olduğunu ortaya çıkardı [11].

Ülkemizde obezite görülme sıklığında dünya çapındaki verilerle paralellik izlenmektedir. Türkiye'deki verilere göre yetişkin bireylerde görülen obezite oranı %30'lara ulaşmıştır. Kadınlarda görülen obezite oranı daha yüksek seyretmekle birlikte son yıllarda erkek bireylerde görülen obezite oranı artış hızının fazla olduğu tespit edilmiştir. Ülkemizde obezite prevalansı, 20 yaş ve üstü bireylerde Türkiye Diyabet Epidemiyoloji (TURDEP-I) çalışmasında elde edilen verilere göre %22,3

(kadın %30, erkek %13) olarak izlenmiştir. Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri (TEKHARF) araştırmasında 2000 yılında obezite oranı yetişkin kadınlarda %43 ve erkeklerde %21,1 olduğu; 2003 yılında ise kadınlarda %44,2 ve erkeklerde %25,2'ye çıktığı bildirilmiştir [8].

TURDEP-I çalışmasından 12 yıl sonra, yine eş merkezde yapılan TURDEP-II çalışmasında ise obezite prevalansı, genel toplumda %35 (kadın %44, erkek %27) bulunmuştur. 1998 ile 2010 yılı karşılaştırıldığında ülkemizde yetişkin bireylerde görülen obezite sıklığının %22,3'ten %31,2'ye çıktığı izlenmiştir. Obezite sıklığı kadınlarda %34, erkeklerde ise %107 kadar artış göstermiştir. İleri yaş grubunda azalma görülen obezite sıklığı, kadınlarda 45-74 yaş grubunda %50'yi ve erkeklerde 45-64 yaş grubunda %30'u geçmektedir (şekil-1) [8].



Şekil 1 TURDEP-1'den TURDEP-2'ye yaş grubu ve cinsiyete göre obezite prevalansının değişimi

Maalesef, mükemmel yaşam tarzı değiştirme tekniklerinin, kilo kaybı için ilk tercih çoklu ilaç seçeneklerinin, endoskopik kilo kaybı prosedürlerinin yanı sıra bariatrik cerrahi yaklaşımlarının bulunmasına rağmen, obezite prevalansında bu artış meydana gelmiştir [10].

### 2.1.3 Obezite Etiyolojisi

Multifaktöriyel ve kompleks bir hastalık olan obezitenin oluşumunda en önemli iki etken gelişen teknoloji ile beraber hayatı kolaylaştıran araçların kullanımına sekonder fiziksel aktivitede azalma ve düzensiz, fastfood beslenme nedeniyle enerji alımının fazla olmasıdır. Ayaküstü hızlı yenen besinler, yağ içeriği yüksek, karbonhidrattan zengin, lif içeriği düşük sağlıksız besinler obeziteye neden olmaktadır. Ayrıca anne sütü az tüketen çocuklarda ileri yaşlarda obezite görülme sıklığı artmıştır. Gün içindeki vaktin büyük bir çoğunluğunun cep telefonu, tablet, bilgisayar, televizyon gibi teknolojik araçların başında geçirilmesi sonucu enerji tüketimi azalmaktadır. Bu nedenle alınan enerji harcanan enerjiden fazla olmaktadır [8]. Son yıllarda, başta stres, travma ve çocukluk çağı travmaları olmak üzere tüm bunların 'biyolojik gömülü' olabildiği çeşitli sağlık sorunları nedeniyle obezitenin psikososyal risk faktörlerine de ilgi artmıştır [12].

Obezitenin oluşumuna neden olan faktörler aşağıda listelenmiştir [8].

- Fiziksel inaktivite
- Düzensiz aşırı beslenme alışkanlıkları
- Tütün ve alkol kullanımı
- Yerleşim yeri
- Düşük eğitim düzeyi
- Düşük gelir düzeyi
- Sosyal durum
- Yüksek doğum sayısı
- İlaç kullanımı (antidepresan vb.)
- Doğumlar arası sürenin az olması
- Psikolojik sorunlar
- Uzun laktasyon dönemleri
- Eşlik eden hipertansiyon ve diyabet gibi hastalıklar
- Genetik etkenler
- Cinsiyet

#### 2.1.4 Obezitenin Patogenezi

Vücudumuzdaki enerji homeostazını sağlayan ana mekanizmalar vücutta enerji girişi ile enerji harcamalarını kontrol ederek dengeyi sağlar. Ancak obezitenin patogenezi değerlendirildiğinde alınan ve kullanılan enerjilerin eşit olmadığı gözlenmiştir. Obezitenin nedenleri ve sonuçları arasındaki ayrım, bireyin özgeçmişi de dahil olmak üzere komorbiditelerin obeziteden bağımsız ve obeziteye bağlı patofizyolojisinin anlaşılmasının önemini yanı sıra dikkate alınmalıdır [11].

Obezite oluşumu epigenetik, davranışsal, çevresel, genetik, kültürel gibi birçok faktörden etkilenir. Obezite gelişiminde birçok gen rol oynar. Toksinlere maruziyet, yağ içeriği yüksek olan besinler obezite oluşumunu etkileyen genlerde metilasyon/asetilasyon meydana getirerek epigenetik yapıyı bozar ve yemek yemede artış ile birlikte adipoz dokusunda yükselmeye neden olur. Yağ dokusu, beyaz, kahverengi, bej olarak üç çeşittir. Enerji depolanmasından sorumlu olan yağ dokusu beyaz iken enerji harcanmasından sorumlu olan yağ dokusu kahverengi yağ dokusudur. Cilt altında bulunan yağ dokusu beyaz yağ dokusudur. Ancak ektopik olarak karaciğer, iskelet kası, kalp ve pankreasta beyaz yağ dokusu bulunabilir. Bu durum metabolik komplikasyonlar, insülin direnci ve inflamasyon oluşumuna yol açar [8].

Beyin öncelikle bir davranış olarak gıda alımını düzenliyor olsa da, yemek yeme veya yememe kararını vermek için vücudun geri kalanından ve çevreden gelen uyarılardan etkileniyor. 50 yıldan uzun bir süre önce yapılan çalışmalar, hipotalamusu açlığın saptanması ve yemek davranışlarının organizasyonu için önemli bir merkez olarak belirledi. O zamandan bu yana, hipotalamusun önemi doğrulandı [11].

Obezite oluşumunda ince bağırsaklarda bulunan mikrobiyatanın da etkili olduğu gösterilmiştir. İntestinal mikrobiyata gen ekspresyonlarını ve hormonal mekanizmaları uyararak faydalı metabolik etkileri ortaya çıkarabilir [8].

### 2.1.5 Obeziteye eşlik eden hastalıklar ve tedavi yöntemleri

Genel risk değerlendirmesinde, diğer risk faktörlerinin potansiyel varlığını hesaba katmalıdır. Obeziteyle ilişkili bazı hastalıklar veya risk faktörleri, hastaları daha sonra ölüm riski açısından yüksek bir risk altına alır; bunlar agresif yönetim gerektirir. Yüksek mutlak riski ifade eden hastalıklar veya koşullar koroner kalp hastalığı, diğer aterosklerotik hastalıklar, tip 2 diyabet ve uyku apnesi olarak tespit edilmiştir. Osteoartrit, safra taşları, stres inkontinansı ve amenore, menoraji gibi jinekolojik anormallikler riski artırır ancak genellikle hayatı tehdit eden bir durum değildir [9].

Obez bireylerde kardiyometabolik hastalık görülme ihtimalinin yüksek olduğu gösterilmiştir. İnsülin direnci ve adipokin yüksekliği nedeniyle endotel disfonksiyonu ve vasküler inflamasyon oluşabilir. Bununla beraber hipertansiyon ve ateroskleroz oluşumuna neden olur [8].

Aşağıdaki risk faktörlerinden üçü veya daha fazlası da yüksek mutlak risk oluşturur: Hipertansiyon, sigara içilmesi, yüksek düşük yoğunluklu lipoprotein kolesterol, düşük yüksek yoğunluklu lipoprotein kolesterol, bozulmuş açlık glikozu, erken kardiyovasküler hastalığının aile geçmişi ve yaş (erkek > 45 yıl, kadın > 55 yıl) [9].

Beden kitle endeksi ve ölüm arasındaki ilişki sigara içme durumuna ve hastalık öyküsü varlığına veya yokluğuna göre farklılık gösterir. Obezite, daha önce hiç sigara içmemiş ve hastalık geçmişi olmayan kişiler arasında ölüm riskinin artmasıyla büyük ölçüde ilişkilendirilirken en çok hastalık tarihi olan mevcut veya eski sigara içenler arasında ölüm riskinin artmasıyla ilişkilendirilmiştir. Hastalık geçmişi olmayan ve daha önce sigara içmeyenler ve hastalık geçmişi olanlar için bu düzen ara seviyedeydi [13].

Obezite tedavisinde, vücut ağırlığını azaltmak amacıyla derin yaşam tarzı değişiklikleri önerilerek sırasıyla erkekler veya kadınlar için toplam 500-1,500 veya 500-1,200 kaloriye sahip düşük kalorili bir diyet ile beslenme önerilir. Bu, tuz alımının kısıtlanması ve doymuş katı ve kolesterolü besinlerin daha az tüketilmesi yanı sıra su, meyve, taze ve çiğ sebze, balık, yağsız et, tam tahıl tercih edilmesi ve sürekli fiziksel aktivitenin yanı sıra yeterli gece uykusunu içerebilir. Bu alışkanlıklar ve ak-

tivitelerin amacı, kas kütlesinin artışı ve azalan yağ kütlesine karşı güçlendirilmesini içerir [7].

Aşırı kilolu hastaların tedavisi yalnızca iki veya daha fazla risk faktörü veya yüksek bel çevresi varsa önerilir. Obezitenin gelişmesini önlemek ve orta seviyede kilo kaybı oluşturmak için beslenme ve fiziksel aktivite düzenlerini değiştirmeye odaklanmalıdır. Obezite tedavisinde, uzun bir süre boyunca önemli ölçüde kilo kaybı sağlamaya odaklanmalıdır. Tedavi seçeneklerine karar verirken aşırı kiloda ve obez hastalarda komorbidite varlığı göz önünde bulundurulmalıdır [14].

Tedavinin hedefleri vücut ağırlığını azaltmak ve uzun vadede daha düşük vücut ağırlığını korumaktır; daha fazla kilo kazanımını önlemek minimum hedeftir. 6 ay içinde elde edilen vücut ağırlığının yüzde 10'i oranında bir ilk kilo kaybı önerilen bir hedeftir. Kilo kaybı oranı her hafta 1 ila 2 kg olmalıdır. Daha yüksek kilo kaybı oranları daha iyi uzun vadeli sonuçlar elde etmemektedir. İlk 6 aylık kilo kaybından sonra, öncelik diyet, fiziksel aktivitede ve davranışta dahili değişiklikler yapılarak ağırlık kontrolü yapılmalıdır [9]. Obez hastalarda tedaviye cevabın değerlendirilmesinde kullanılan başarı ölçütleri 3 ayda %5'ten az kilo kaybı yetersiz kabul edilmektedir. Eğer bu süreçte kilo kaybı %5'ten az ise verilen tedavi tekrar değerlendirilmeli ve tedavi değişikliğine gidilmelidir. Kilo kaybı > %15' ten fazla olan hastalarda mü-kemmel cevap olarak değerlendirilir. Obez hastalarda verilen tedavilerle kontrolsüz hızlı kilo kaybı olmamasına dikkat edilmelidir. Önemli olan hızlı kilo kaybı değil, verilen kiloları uzun süre koruyabilmek uzun vadede kilo kontrolünü sağlayabilmektir [8].

Diyet ve fiziksel aktivitelerdeki değişiklikleri pekiştirmek için uygulanan davranış terapileri obez yetişkinlerde, 4 aydan 1 yıla kadar taban ağırlığının yüzde 10'u aralığında kilo kaybına yol açar. Hasta beslenme ve fiziksel aktivite alışkanlıklarını değiştirmedikçe uzun dönemde kilo hedefinde başarılı olamaz. Kilo verme tedavisinden en yüksek başarı ihtimalini elde etmek için tedavi seçeneklerinin kombinasyonu ile beslenme içeriği düşük kalorili diyet, daha fazla fiziksel aktivite ve davranış terapisi gerekir [14].



İlaç tedavisi öncelikle BKİ 27-29,9 kg/m<sup>2</sup> aralığında olup komorbiditesi mevcut olan hastalar ve BKİ  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup> olup beslenme, davranış terapisi ve fiziksel aktivite gibi hayat tarzı değişikliklerine rağmen başarılı tedavi hedefini tutturamamış hastalarda endikedir [8]. Obezite ilaç tedavisinin geçmişi olumsuzluklarla dolu olsa da, artık çok sayıda uygulanabilir ajanı var ve artan klinik deneyim en verimli kullanımlarını yaşatmaya başlıyor. Geçmişte piyasaya çıkarılan bazı ilaçlar kalp kapağı hasarından şüphelenildiği ve kardiyovasküler olayların artan riski nedeniyle çekilmiştir. 1999 yılında piyasaya sürülen gastrointestinal (GI) lipaz inhibitörü orlistat, yakın zamana kadar ABD'de uzun süreli kullanım için onaylanmış tek obezite ilacı oldu. Ancak o zamandan bu yana dört yeni ajan daha kullanıma sunuldu; Fentermin/topiramet, lorkaserin, liraglutid, naltrekson/bupropion [15].

Obezite cerrahisi, daha az invazif kilo kaybı yöntemleri başarısız olduğunda ve hasta obezite ile ilişkili mortalite ve morbidite için yüksek risk teşkil ettiğinde klinik açıdan ciddi obeziteye sahip (BKİ $>40$  ya da BKİ $>35$  olup komorbiditesi mevcut ise) hastalarda bir seçenektir [14].

## 2.2 ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI

Çocukluk Hakları sözleşmesinin 1. Maddesine göre daha önce ergin olma durumu hariç 0-18 yaş aralığındaki bireyler çocuk olarak kabul edilmektedir [16]. ÇÇT'ları, yinelenen çocukluk kötü muamelesi (fiziksel, duygusal ve cinsel istismar ve ihmalkarlık), ebeveynler veya bakıcılar arasında şiddet olaylarına tanıklık etme, ebeveynlerin ayrılması, aile ferdinin kaçırılması veya madde istismarı, zihinsel hastalık ve aile üyesi tarafından intihar teşebbüsü veya intihar varlığı olarak tanımlanabilir ve bunların sonucunda çocuk istikrar, güvenlik ve gelişmesine olumsuz etkileri ortaya çıkmaktadır [17].

Çocukluk çağı travmaları görülen ailelerde, anne-babanın çocukluklarında istismar ile karşı karşıya kalmış olabildiği, anne-babada kaygı bozukluğu, şizofreni, alkolizm, depresyon gibi psikiyatrik bozukluklar izlenebilmektedir. Geniş aile yapısı, düşük sosyoekonomik düzey, göç, tek ebeveynli aile, düşük evlilik kalitesi, dar yaşam alanı, zayıf ebeveyn çocuk ilişkisi, düşük eğitim düzeyi ebeveynde madde kötüye kullanım öyküsü çocuğa yönelik ihmal ve istismarın ortaya çıkabileceği risk faktörlerindedir. Henüz büyümemiş duygusal olarak yetişkinlik olgunluğuna ulaşmamış bireylerde görülen erken ebeveynlik çocuk ihmal ve istismarı görülmesine zemin hazırlamaktadır. Boşanma, vefat, anne-baba yoksunluğu veya ayrı bir yerde çalışma nedeniyle parçalanmış aileler, çocuk istismarında ortaya çıkmasında risk faktörlerindedir. Ebeveynleri arasında şiddet yaşanan çocuklar, anne-babasız büyüyen ve ailesinde tarafından ihmal ve istismar edilen çocuklar yetişkinliklerinde taklit yoluyla kendi çocuklarını da istismar edebilmektedir [18].

Ülkemizde kayıtların yetersizliği, akademik çalışma eksikliği nedeniyle görülme sıklığı ile ilgili veriler yetersizdir [16]. Avrupa ve dünya çapındaki topluluk anketleri fiziksel (%22,9), duygusal (%29,1) ve cinsel (%9,6) istismar oranlarının yanı sıra fiziksel (%16,3) ve duygusal ihmal (%18,4) gibi yüksek baskın oranlar gösterdiğinden bu özellikle önemlidir. Maalesef bu sayılar muhtemelen yetersizdir ve yüksek sayıda bildirilmemiş vakayı hesaba katmadığı için sorunun gerçek boyutunu temsil etmez. ÇÇT'lı bireyler, ömür boyunca zihinsel ve somatik bozuklukların gelişimi için daha yüksek risk altında görünmektedir [19].

Fizyolojik ve biyomoleküler çalışmalar, çocukluk döneminde kronik strese maruz kalmasının sinir, endokrin ve bağışıklık sistemlerinin gelişmesini, bilişsel, sosyal ve duygusal işleyişini bozduğu ve kronik fizyolojik hasara yol açtığını giderek daha fazla göstermektedir. Bu nedenle, ÇÇT'ları olan bireyler, fizyolojik gelişim ve sağlığa zarar veren davranışların benimsenmesi ve devam etmesi konusundaki farklılıklar sayesinde hastalık gelişimine daha duyarlı olabilirler [20]. Çocukluk sıkıntıları, yoğun olumsuz duygusal deneyimle karakterize edilen çeşitli zihinsel sağlık sorunları için artan riskle ilişkilidir [6].

Yaşamın ilk yıllarında maruz kalınan travmatik deneyimler de beynin işlevini ve kapasitesini etkileyebilir. Nöroendokrin sisteminde, travmatik gerilim hipotalamik hipofiz adrenal eksenini etkiler ve bu da yetişkinlikte sağlık sorunlarına neden olur [2].

Erken dönemdeki olumsuz çocukluk deneyimleri ile ilişkili sonuçlar arasında yüksek tip 2 diyabet, obezite, iskemik kalp hastalığı, kanserler, depresyon, bağımlılıklar ve erken ölüm riskinin yanı sıra işsizlik ve düşük eğitim düzeyi gibi sosyal sonuçlar yer alır [4]. Dört veya daha fazla ÇÇT'sına maruz kalan bireylerin madde kullanım bozuklukları, depresyon ve intihar girişimleri ile ilgili risklerde 12 kat artış ve ciddi obezite (BKİ > 35) riskinde 1.4 ila 1.6 kat artış gösterilmiştir [21].

Ortaya çıkan araştırma sonuçları ÇÇT'sının iltihabi kolit ve Crohn hastalığı gibi iltihabi bağırsak hastalıklarının yanı sıra ilgili somatik patolojiyle veya olmadan anormal bir acı algısının gelişimiyle ilişkili olduğunu göstermektedir (örn. kronik ağrı ve çocuk doğumunda ağrı) [19].

### **2.2.1 Çocuk İstismarı ve İhmali**

Çoğunlukla çocuğa bakmakla yükümlü olan bir yetişkin tarafından gösterilen çocuğa zarar verici ya da uygunsuz davranışlar, çocuğun fiziksel ya da duygusal gelişimini negatif yönde etkileyecek fiil veya fiilsizlikler ve bunların sonucunda çocuğun fiziksel, duygusal, psikolojik ve cinsel açıdan zarara uğratılması ve sıhhatinin bozulmasıdır. Literatürlere göre çocukluk çağı travmaları çocuk istismarı ve ihmali kapsar [18].

Çocuk ihmal ve istismarına daha ayrıntılı şekilde bakacak olursak istismar ile ihmalin farkı, istismarın aktif, ihmalin ise pasif özellik taşımasıdır [5].

Bazı tavırların istismar veya ihmal olarak değerlendirilebilmesi için kişi tarafından şuurlu bir şekilde yapılıyor olması, tekrarlaması ve çocuğu menfi olarak etkilemiş olması gerekir. Bir diğer önemli nokta çocuk üzerindeki olumsuz etkilerin insan davranışları sonucunda ortaya çıkmış olması gerekir. Çocuğun sıhhatinin bozulmuş olması durumunda hem fiziksel zarardan hem de psikolojik zarardan söz edilir. Çocukluk çağı travmalarının etkileri tüm yaşam boyunca ortaya çıkmaktadır [18].

Çocuk istismar ve ihmeline maruz kalan biri olmak, hayatının ileri yıllarında daha yüksek ihtimalle yeniden mağdur olma riskiyle de karşı karşıya olmak demektir. Bu durum, koruyucu aile gibi kurumlarda yetiştirilen çocuklar için de geçerli gibi görünüyor [22].

Diğer bir ifadeyle çocuk ihmal ve istismarı; çocuğa kötü davranış ona bakım veren anne-baba, bakıcı ya da yakınında bulunan yabancı bir yetişkin tarafından istemsiz olarak, toplumsal kurallara göre çocuğa fiziksel, psikolojik, cinsel açıdan zarar verebilecek kasti ya farkında olmadan yapılan ya da çocuğun beslenme, bakım, ilgi gibi ihtiyaçlarını gidermek için yapılması gerekenlerin yapılmaması durumudur. ÇÇT sürekli maruz bırakılması, çoğunlukla çocuğun beraber yaşamak zorunda kaldığı, ilgisine ve sevgisine ihtiyaç duyduğu kişiler tarafından yapılması, uzun zaman sonra bile etkilerinin ortaya çıkması açısından tanımının yapılması ve etkilerinin iyileştirilmesi güç bir travmadır [18].

Dört farklı istismar türü bulunmaktadır. Bunlar fiziksel istismar, duygusal istismar, cinsel istismar ve ihmal şeklinde sıralanmaktadır [16]. Kısaca ifade edilecek olursak çocuğa zarar veren her türlü muamele istismar, yapılması gerekli olduğu halde yapılmayan her türlü davranış ihmal olarak ifade edilebilir.

1. **Fiziksel istismar:** Çocuğun yaptığı herhangi bir davranış sonrası ceza olarak veya nedensiz çocuğu cezalandırmak amacıyla çoğu zaman çocuğun vücudunda iz oluşturacak şiddette yapılan davranışları içerir [18]. En kapsamlı olarak ‘ço-

cuğun kaza olmadan yaralanması' olarak ifade edilebilir. En sık görülen ve fark edilmesi en kolay olan istismardır [16]. Dövme, hırpalama, fırlatma, sarsma, itip kakma, kemer ya da kayışla vurma, tekmeleme, ısırma, yakma, boğma, zehirleme, tokat atma, yumruk atma, vurma, yaralama ve benzerleri. İstemsiz uygulamalar dışında bu davranışların hepsi fiziksel istismardır [18].

2. **Duygusal istismar:** Çocukların ihtiyacı olan bakım, sevgi ve ilgiyi vermeme sonucunda çocuğun duygusal bütünlüğüne zarar verme durumudur [5]. Duygusal istismar olarak; aşağılama, aile içi şiddete tanık etme, aşırı koruma, çocuğu aile içi uyuşmazlıklarda taraf tutmaya zorlama, aşırı hoşgörü, korkutma, baskı, çocuğun yaşına ve özelliklerine uygun olmayan beklentiler içinde olma, reddetme, sevgiden ve uyarandan yoksun bırakma, suça yöneltme, yok sayma, yıldırma, suçlama, sürekli eleştiri, yalnız bırakma ve tehdit davranışlarını içerir [18]. Bu gibi durumlar nedeniyle duygusal ihtiyaçları sağlıklı bir şekilde giderilemeyen çocuklar sosyal ortamlara uyum ile ilgili sorunlar yaşar. Duygusal istismar değersizlik, içe kapanma, intihar girişimi, güvensizlik, bağımlılıklara yatkınlık ve zayıf benlik algısı oluşturmasından dolayı 'gömülü kalan yaralar' olarak bilinir [23].
3. **Cinsel istismar:** Çocuğu kandırarak veya gözü korkutarak yetişkin birinin cinsel ihtiyacını karşılamak için ortaya koyduğu davranışlardır. Davranışın cinsel istismar olabilmesi için çocuğun cinsel kimliğinin oluşmamış olması esastır ve temasın var olması elzem değildir [18]. Bu davranışların çocuğun bakımını üstlenen aile bireylerinden biri tarafından yapılması ensest olarak tanımlanmaktadır. Cinsel istismara maruz kalan bireylerde intihara meyil, uyku bozuklukları, aşırı sinirlilik, cinsel konulara fazla ilgi ya da ilgisizlik, arkadaş ilişkilerinde bozukluk, sosyal uyumda bozulma, disiplinsizlik vb. gibi tavırlar izlenebilir. Cinsel istismar, toplumsal yaklaşımlardan dolayı çocukların söylemekte zorlanması, durumu gizlemesi nedeniyle tespiti en zor istismar türüdür [23]. Bu yüzden cinsel istismar oranları yansıyan verilerden çok daha fazla olduğu düşünülmektedir. Bu oranların gerçekte kadınlarda %12-17, erkeklerde %5-8 olduğu tahmin edilmektedir [16].

4. **Çocuk ihmali:** Çocuğa doğrudan incitici bir davranışta bulunmak değil, çocuğun yararını gözetmemek, beslenme, giyinme, sağlık, barınma gibi ihtiyaçlarını karşılamamak şeklinde ifade edilebilir. Bunun sonucunda fiziksel, duygusal, ahlaki ve zihinsel gelişimi bozulabilir. İhmal kavramının üç farklı tipi mevcuttur. Bunlar duygusal, fiziksel ve cinsel ihmaldir. Çocuğu sevgiden mahrum bırakma duygusal, cinsel açıdan olabilecek tehlikelere karşı çocuğu korumamak, cinsel gelişimini dikkate almamak cinsel istismar, çocuğa sağlanabilecek fiziksel ortamın sağlanamaması fiziksel istismar olarak açıklanmaktadır [18].

### 2.3 ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI VE OBEZİTE İLİŞKİSİ

Çocukluk çağı travmaları ve obeziteyle ilgili mekanizmalar hakkında net bir bilgi yoktur. Hayatın başlarında psikolojik travmaya maruz kalmak, farklı mekanizmalarla obezite riskini artırabilecek çok yönlü durumlarla ilişkilidir. Yakın tarihli bir incelemede, travmatik bir deneyime yönelik düzensiz beslenme davranışı ve/veya psikolojik tepkiler nedeniyle yetişkin obezitesinin ilave riski ortaya konabileceği öne sürüldü [6].

Erken yaşlarda fiziksel şiddet ve cinsel istismar yeme bozukluklarına neden olarak obezite gelişimine katkıda bulunur. Çocukluk cinsel tacizi yaşayan kişiler kilo artışı sağlayacak bir yaşam tarzı benimser. Bu şekilde, aşırı kilolu veya obez bir kişi haline gelerek cinsel açıdan daha az cazip hale gelir, böylece gelecekte olası bir cinsel saldırıya karşı korunurlar. Diğer yandan, suistimal veya şiddete bağlı olarak, bireyler vücut ağırlığını bunlara karşı bir kalkan olarak kullanarak diğer dış faktörlerden korunur [2].

Çocukluk çağı travmalarına maruz kalan bireylerde stres hormonu olarak bilinen kortizol seviyelerinin yüksek olmasının obeziteye neden olabileceği tahmin edilmektedir. Travmanın beslenme düzenini etkileyen 5-hidroksitriptamin (5-HT), dopaminerjik sistem ve hipotalamik-hipofizer-adrenal aks ile ilişkili sistem üzerinde değişiklikler yaparak obeziteye neden olabileceği gösterilmiştir [3].

## 3.GEREÇ VE YÖNTEM

### 3.1 Etik Kurul İzni

Bu çalışma Sağlık Bilimleri Üniversitesi (SBÜ) İstanbul Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 23.05.2022 tarih ve 330 sayılı akademik kurul kararının onayı ile yapıldı.

### 3.2 Çalışmanın Özellikleri

Bu çalışma 01.07.2022 ile 01.08.2022 tarihleri arasında Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniği'ne başvuran 18 yaş üzeri, gebe olmayan ve çalışmayı kabul eden obez ve obez olmayan bireyler arasında tek merkezli olarak yapılmıştır. Çalışmamız kesitsel, tanımlayıcı tipte bir anket çalışması olarak yapıldı. Çalışmaya başlamadan önce obezitenin toplumda görülme sıklığı %35 olup bu değer üzerinden power analizi  $tpq/d2$  formülü ile hesaplandı. Aile hekimliği polikliniklerimize başvuran normal kilolu, kilolu ve obez en az 246 hastanın çalışmamıza alınmasına karar verildi ve çalışma 256 hasta ile gerçekleştirildi. Veriler; katılımcılara yüz yüze anket uygulama yöntemi uygulanarak toplandı. Çalışmaya alınan tüm bireylerden sözel ve yazılı onam alındı.

Tüm bireylere Bernstein ve arkadaşları tarafından geliştirilen Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Şar ve arkadaşları (2012) tarafından yapılan 28 soruluk çocukluk çağı travma ölçeği formu ve araştırmacı tarafından hazırlanan katılımcıların boy, kilo sosyodemografik özellikleri, kronik hastalık ve tanıtıcı özelliklerini sorgulayan 25 soruluk anket uygulanacaktır. Daha sonra çocukluk çağı travmalarının erişkin obezitesi üzerine etkisi değerlendirilecektir.

### **3.3 Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri**

1) Prof. Dr. Cemil Taşçıoğlu Şehir Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniği'ne 01.07.2022 ile 01.08.2022 tarihleri arasında başvuran; sözel olarak bilgilendirilmiş olup çalışmaya katılmayı kabul eden normal kilolu, kilolu ve obez bireyler

2) 18 yaş ve üzeri gebe olmayan bireyler

### **3.4 Çalışmaya Dahil Edilmeme Kriterleri**

1) Çalışmaya katılmayı kabul etmediğini sözel ya da yazılı olarak beyan edenler

2) 18 yaş altı bireyler

3) İletişim sorunu olanlar

4) Gebe olanlar

5) İntihar girişiminde bulunanlar

6) Antipsikotik ilaç kullananlar

### **3.5 Çalışma Anketi**

#### **3.5.1 Sosyodemografik durum ve klinik verilerin toplanması**

Çalışmaya katılma kriterlerini karşılayan 256 kişi çalışmamıza dahil edildi. Katılımcılara uygulanan anket formunda; yaş, boy, kilo, medeni durum, eğitim düzeyi, cinsiyet, çalışma durumu, aylık gelir, kardeş sayısı, kimle birlikte yaşadığı gibi sosyodemografik özellikleri içeren sorular ile, sigara ve alkol kullanım durumu, kronik hastalık, psikiyatrik hastalık varlığı gibi sorular yer almaktadır.



Katılımcıların intihar teşebbüsünde bulunup bulunmadığı sorgulandı. İntihar girişiminde bulunmuş olan katılımcılar riskli kabul edilip ankete devam edilmemiş ve bu kişiler çalışmaya dahil edilmemiştir. İntihar riski tespit edilen katılımcılar psikiyatriye yönlendirilmiştir.

Katılımcılara egzersiz alışkanlıkları soruldu. Egzersiz alışkanlıkları; haftada 1-2 gün, haftada 3-4 gün, haftada 5 gün ve daha fazla süren egzersiz olarak 3 kategoriye alındı.

### **3.5.2 Katılımcıların çocukluk çağı travma durumunun belirlenmesi**

Katılımcıların çocukluk çağı travmaları durumunu belirlemek amacıyla Bernstein ve arkadaşları tarafından geliştirilen Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Şar ve arkadaşları (2012) tarafından yapılan 20 yaş öncesi istismar ve ihmal yaşantılarını geriye dönük ve niceliksel olarak değerlendirmede yararlı olan 28 soruluk çocukluk çağı travma ölçeği formu uygulandı.

Bu ölçek çocukluk dönemi travmalarını geriye dönük olarak değerlendirmeyi amaçlar. Çocukluktaki duygusal, fiziksel ve cinsel kötüye kullanım ile fiziksel ve duygusal ihmali değerlendiren sorular içerir. Ayrıca olumlu ifade olmasına rağmen aldatıcı özellikte olan üç minimizasyon sorusu (madde 10, 16, ve 22) da vardır. Bu sorular sonuçların daha doğru olarak değerlendirilmesi amacıyla eklenmiştir. Bu maddelerin puanlarını ters çevirmeye gerek yoktur. Çünkü bu üç madde sadece travmanın inkarını ölçmekte ve toplam puanı etkilememektedir. Minimizasyon puanını hesaplamak için bu üç maddenin her birinden alınan sadece 5 puan (en yüksek) cevapları hesaba katılır ve bunları hepsi 1 puan olarak sayılır. Yanıt seçenekleri 1) hiçbir zaman, 2) nadiren, 3) zaman zaman, 4) sıklıkla, 5) çok siktir. Her soruya 1-5 arasında puan verilir. Aynı ayrı travmatik yaşantı alt ölçeklerinin ve toplam puanın hesaplanmasına olanak tanır. Alt ölçeklerin her biri 5-25 arasında puan alır. Ölçekten alınacak toplam puan 25-125 arasındadır.

Katılımcıların çocukluk döneminde yaşadığı diğer travmalar (ciddi hastalık, ameliyat öyküsü, aile üyesinin evden ayrılması, anne-babanın boşanması, aile üyele-

rinden birinin kaybı, trafik kazası, doğal afet) sorgulandı. Bunlardan en az birini işaretleleyenlerde travmatik dönem geçirdiği kabul edildi.

### **3.6 Verilerin İstatistiksel Analizi**

Araştırmamızda elde edilen bulgular değerlendirilirken SPSS 21 (Statistical Package for the Social Sciences, version 21) istatistik programı kullanıldı. Normal dağılımı Kolmogorov Smirnov testi ile değerlendirildi. Tanımlayıcı istatistikler sayısal değişkenler için minimum, maksimum, ortanca, ortalama, standart sapma; kategorik değişkenler için sayı ve yüzde olarak verildi. Ortalamaların karşılaştırılmasında Mann Whitney U Testi, Kruskal Wallis Testi, niteliksel verilerin karşılaştırılmasında Pearson Ki Kare, Fischer Exact Test kullanıldı. Bazı değişkenlerin ÇÇTÖ puanına etkisi Çok Değişkenli Lineer Regresyon Analizi (Method: Enter) ile test edildi.  $p < 0,05$  değeri anlamlı kabul edildi.

## 5. BULGULAR

Çalışmaya katılan 256 kişinin %63,67'si kadın, %60,94'ü evliydi. Katılımcıların yarısından fazlası en az üniversite mezunuydu. Katılımcıların %52,34'ü çalışmakta, %71,48'inin kardeş sayısı 3 ve üzerinde olduğu saptandı. %93,36'sı çocukken öz anne-baba ile yaşamıştı.

**Tablo 2. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri**

		N	%
<b>Yaş grubu</b>	<b>33 altı</b>	128	50,00
	<b>33 ve üzeri</b>	128	50,00
<b>Cinsiyet</b>	<b>Kadın</b>	163	63,67
	<b>Erkek</b>	93	36,33
<b>Medeni durum</b>	<b>Evli</b>	156	60,94
	<b>Bekar</b>	80	31,25
	<b>Boşanmış / dul</b>	20	7,81
<b>Eğitim durumu</b>	<b>Okur-yazar değil</b>	7	2,73
	<b>İlköğretim/ortaokul</b>	84	32,81
	<b>Lise</b>	34	13,28
	<b>Üniversite</b>	100	39,06
<b>Çalışıyor musunuz?</b>	<b>Yüksek lisans</b>	31	12,11
	<b>Hayır</b>	122	47,66
<b>Aylık geliriniz nedir?</b>	<b>Evet</b>	134	52,34
	<b>Düşük</b>	134	52,34
	<b>Orta</b>	28	10,94
<b>Çocukken kiminle yaşadınız?</b>	<b>Yüksek</b>	94	36,72
	<b>Öz anne ve babam ile</b>	239	93,36
	<b>Üvey anne/baba ile</b>	11	4,30
<b>Kardeş sayısı</b>	<b>Aile dışı kişilerle</b>	6	2,34
	<b>Yurtta</b>	0	0,00
	<b>Diğer</b>	0	0,00
	<b>3 altı</b>	73	28,52
	<b>3 ve üzeri</b>	183	71,48

Araştırmaya dahil edilenlerin %62,89'u sigara, %87,11'i alkol kullanmıyordu. Katılımcıların %54,69'u düzenli egzersiz yapmadığını ifade etti.

**Tablo 3. Katılımcıların sosyal alışkanlıkları**

		N	%
<b>Sigara kullanıyor musunuz?</b>	<b>Hayır</b>	161	62,89
	<b>Bıraktım/eski kullanıcı</b>	34	13,28
	<b>Evet</b>	61	23,83
<b>Alkol kullanıyor musunuz?</b>	<b>Hayır</b>	223	87,11
	<b>Evet</b>	33	12,89
<b>Düzenli tempolu yürüyüş / egzersiz yapma alışkanlığınız var mı?</b>	<b>Düzenli egzersiz yapmam.</b>	140	54,69
	<b>Evet-Haftada 1-2 gün</b>	59	23,05
	<b>Evet-Haftada 3-4 gün</b>	39	15,23
	<b>Evet-haftada 5 gün ve daha fazla</b>	18	7,03

Katılımcıların Beden Kitle İndeksleri değerlendirildiğinde %48,83'ünde obezite saptanmıştır. Kendi ifadelerine göre %20,70'inin çocukluk çağında fazla kilolu/obezite problemi vardı. %50,39'nun ise 1. Derece yakınları arasında obezitesi olan vardı.

**Tablo 4. Katılımcıların obezite özellikleri**

		N	%
<b>Obezite</b>	<b>Yok</b>	131	51,17
	<b>Var</b>	125	48,83
<b>Çocukluk döneminde yaşitlarınıza göre fazla kilolu olma/obezite probleminiz var mıydı?</b>	<b>Hayır</b>	203	79,30
	<b>Evet</b>	53	20,70
<b>Yakınlarınızda obezite var mı?</b>	<b>Hayır</b>	127	49,61
	<b>Evet</b>	129	50,39

Araştırmaya katılanların %24,61'inin tanı konmuş psikiyatrik hastalığı vardı. Katılımcıların %13,67'si halen psikiyatrik ilaç kullanmaktaydı. Katılımcılardan kronik hastalığı olanların oranı %39,84'tü.

**Tablo 5. Katılımcıların kronik ve psikiyatrik hastalık özellikleri**

		N	%
<b>Tanı konmuş bir psikiyatrik rahatsızlığınız var mı?</b>	Hayır	193	75,39
	Evet	63	24,61
<b>Kullandığınız psikiyatri ilacı/ilaçları var mı?</b>	Hayır	186	72,66
	Önceden kullanıyordum, bıraktım	35	13,67
	Evet şu an kullanıyorum.	35	13,67
<b>1. derece akrabalarınızda (anne-baba-çocuk) tanısı konmuş psikiyatrik hastalık/hastalıklar var mı?</b>	Hayır	212	82,81
	Evet	44	17,19
<b>Kronik hastalığınız var mı?</b>	Hayır	154	60,16
	Evet	102	39,84

Katılımcıların Çocukluk Çağı Travma Ölçeği (ÇÇTÖ) sorularına verdikleri yanıtların dağılımı tabloda gösterilmiştir.

**Tablo 6. Katılımcıların ÇÇTÖ yanıtları**

	Hiçbir zaman		Nadiren		Kimi zaman		Sık olarak		Çok sık	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1) Evde yeterli yemek olmadığında aç kalırdım.	191	74,61	25	9,77	21	8,20	8	3,13	11	4,30
2) Benim bakımı ve güvenliğimi üstlenen birinin olduğunu biliyordum.	14	5,47	14	5,47	27	10,55	44	17,19	157	61,33
3) Ailedekiler bana "salak" , "beceriksiz", ya da "tipsiz" gibi sıfatlarla seslenirdi.	179	69,92	44	17,19	18	7,03	7	2,73	8	3,13
4) Annem ve babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur ya da uyuşturucu alırdı.	242	94,53	6	2,34	3	1,17	0	0,00	5	1,95

5) Ailemde önemli ve özel biri olduğum duygusunu hissetmeme yardımcı olan biri vardı.	36	14,06	35	13,67	38	14,84	33	12,89	114	44,53
6) Yırtık, söküük ya da kirli giysiler içersinde dolaşmak zorunda kahrıldım.	201	78,52	19	7,42	22	8,59	5	1,95	9	3,52
7) Sevdiğimi hissediyordum	11	4,30	22	8,59	42	16,41	51	19,92	130	50,78
8) Anne ve babamın benim doğmuş olmamı istemediklerini düşünüyordum.	215	83,98	17	6,64	11	4,30	6	2,34	7	2,73
9) Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora ya da hastaneye gitmem gerekmişti.	225	87,89	15	5,86	8	3,13	6	2,34	2	0,78
10) Ailemde başka türlü olmasımı istediğim bir şey yoktu.	55	21,48	46	17,97	63	24,61	33	12,89	59	23,05
11) Ailemdelikler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı ya da sıyrıklar oluyordu.	213	83,20	24	9,38	9	3,52	1	0,39	9	3,52
12) Kayış, sopa, kordon ya da başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum	228	89,06	13	5,08	7	2,73	3	1,17	5	1,95
13) Ailemdelikler birbirlerine ilgi gösterirlerdi.	14	5,47	30	11,72	59	23,05	58	22,66	95	37,11
14) Ailemdelikler bana kırıcı ya da saldırganca sözler söylerlerdi.	153	59,77	53	20,70	29	11,33	11	4,30	10	3,91
15) Vücutça kötüye kullanılmış olduğuma (dövülme, itilip kakılma vb.) inanıyorum.	211	82,42	20	7,81	13	5,08	3	1,17	9	3,52
16) Çocukluğum mükemmeldi.	23	8,98	34	13,28	62	24,22	68	26,56	69	26,95
17) Bana o kadar kötü vuruluyor ya da dövülüyordum ki öğretmen, komşu ya da bir doktorun bunu farketdiği oluyordu.	242	94,53	9	3,52	2	0,78	1	0,39	2	0,78
18) Ailemde birisi benden nefret ederdi.	214	83,59	19	7,42	11	4,30	4	1,56	8	3,13
19) Ailemdelikler kendilerini birbirlerine yakın hissederlerdi.	20	7,81	29	11,33	41	16,02	53	20,70	113	44,14
20) Birisi bana cinsel amaçla dokundu ya da kendisine dokunmamı istedi.	233	91,02	13	5,08	7	2,73	2	0,78	1	0,39
21) Kendisi ile cinsel temas kurmadığım takdirde beni yaralamakla ya da benim hakkımda yalanlar söylemekle tehdit eden birisi vardı.	247	96,48	6	2,34	2	0,78	0	0,00	1	0,39
22) Benim ailem dünyanın en iyisiydi.	12	4,69	20	7,81	49	19,14	70	27,34	105	41,02
23) Birisi beni cinsel şeyler yapmaya ya da cinsel şeylere bakmaya zorladı.	238	92,97	10	3,91	6	2,34	1	0,39	1	0,39
24) Birisi bana cinsel tacizde bulundu.	229	89,45	14	5,47	9	3,52	0	0,00	4	1,56
25) Duygusal bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma (hakaret, aşağılama vb.) inanıyorum	188	73,44	26	10,16	22	8,59	8	3,13	12	4,69
26) İhtiyacım olduğunda beni doktora götürececek birisi vardı.	8	3,13	10	3,91	28	10,94	32	12,50	178	69,53
27) Cinsel bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum	237	92,58	10	3,91	3	1,17	5	1,95	1	0,39
28) Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi	11	4,30	16	6,25	28	10,94	53	20,70	148	57,81

Katılımcıların akrabalarında ki obezite durumu incelendiğinde sıklık durumuna göre anne/baba, hala/teyze/amca/dayı ve kardeş olarak sıralandığı gösterildi.

**Tablo 7. Katılımcıların akrabalarından obezitesi olanlar**

	Yanıtlar		Toplam %	
	N	%		
Akrabalardan obezitesi olanlar <sup>a</sup>	Anne / Baba	88	42,9	68,2
	Kardeş	48	23,4	37,2
	Çocuk	15	7,3	11,6
	Hala/Teyze/Amca/Dayı	54	26,3	41,9
<b>Toplam</b>		205	100,0	158,9

*a. Birden fazla seçenek işaretlenebilmiştir.*

Çalışmaya dahil edilenlerin tanı konmuş psikiyatrik hastalıkları sorgulandığında en sık depresyon, panik atak/kaygı bozukluğu olarak saptandı.

**Tablo 8. Katılımcıların tanı konmuş psikiyatrik hastalıkları**

	Yanıtlar		Toplam %	
	N	%		
Tanı konmuş psikiyatrik hastalıklarımız <sup>a</sup>	Depresyon	48	63,2	75,0
	Bipolar bozukluk	1	1,3	1,6
	Panik atak/ Kaygı bozukluğu	21	27,6	32,8
	Obsesif kompulsif bozukluk	5	6,6	7,8
	Diğer	1	1,3	1,6
<b>Toplam</b>		76	100,0	118,8

*a. Birden fazla seçenek işaretlenebilmiştir.*

Katılımcıların en sık sahip oldukları kronik hastalıklar hipertansiyon, diyabet olarak gösterildi.

**Tablo 9. Katılımcıların kronik hastalıkları**

	Yanıtlar		Toplam %	
	N	%		
<b>Kronik hastalıklarınız nelerdir?<sup>a</sup></b>	<b>Yüksek tansiyon</b>	52	28,0	50,5
	<b>Şeker hastalığı</b>	48	25,8	46,6
	<b>Kalp hastalığı</b>	18	9,7	17,5
	<b>Kolesterol yüksekliği</b>	24	12,9	23,3
	<b>Kanser</b>	4	2,2	3,9
	<b>Diğer</b>	40	21,5	38,8
<b>Toplam</b>	186	100,0	180,6	

a. Birden fazla seçenek işaretlenebilmiştir.

Katılımcıların çocukken yaşadığı travmalar incelendi. En sık rastlanan travma öyküsü “aile üyelerinden birinin kaybı” olarak öne çıktı. Onu “diğer travmatik olaylar”, “ciddi hastalık, ameliyat öyküsü” takip etti. Katılımcıların % 53,8’i ise belirtilen durumlardan hiçbirini yaşamadığını ifade etti.

**Tablo 10. Katılımcıların çocukluk döneminde yaşadığı diğer travmalar**

	Yanıtlar		Toplam %	
	N	%		
<b>Hangisi/hangilerini çocukken yaşadınız<sup>a</sup></b>	<b>Ciddi hastalık, ameliyat öyküsü</b>	31	11,1	12,6
	<b>Aile üyesinin evden ayrılması, anne-babanın boşanması</b>	22	7,9	8,9
	<b>Aile üyelerinden birinin kaybı</b>	41	14,7	16,7
	<b>Sürekli uyuşturucu kullanımı</b>	2	0,7	0,8
	<b>Diğer travmatik olaylar (trafik kazası, yangın, doğal afet, sakatlık/yaralanma)</b>	33	11,8	13,4
	<b>Yukarıdaki herhangi bir durumu yaşamadım.</b>	150	53,8	61,0



<b>Toplam</b>	279	100,0	113,4
---------------	-----	-------	-------

a. Birden fazla seçenek işaretlenebilmiştir

Katılımcıların yaş ortalaması  $38,53 \pm 14,61$ , BKİ ortalaması ise  $30,01 \pm 7,14$  olarak belirlendi.

**Tablo 11. Katılımcıların yaş, boy, kilo, BKİ değerleri**

	Min.	Maks.	Medyan	Ort.	St. Sapma
<b>Yaş</b>	18	71	33	38,53	14,61
<b>Boy(cm)</b>	145	190	167	166,56	9,42
<b>Kilo(kg)</b>	43	151	84	82,75	18,37
<b>BKİ</b>	17,63	49,95	29,18	30,01	7,14

Çalışmada ÇÇTÖ toplam puanı ortalaması  $36,92 \pm 11,88$ , duygusal istismar alt grubu  $7,05 \pm 3,07$ , fiziksel istismar  $6,21 \pm 2,95$ , fiziksel ihmal  $7,45 \pm 3,10$ , duygusal ihmal  $10,58 \pm 5,14$ , cinsel istismar  $5,64 \pm 1,98$ , minimizasyon  $0,91 \pm 1,07$  olarak belirlendi.

**Tablo 12. Katılımcıların ÇÇTÖ ve alt grup puanlarının değerlendirilmesi**

	Min.	Maks.	Medyan	Ort.	St. Sapma
<b>Duygusal istismar</b>	5	21	6	7,05	3,07
<b>Fiziksel istismar</b>	5	23	5	6,21	2,95
<b>Fiziksel ihmal</b>	5	21	6	7,45	3,10
<b>Duygusal ihmal</b>	5	25	9	10,58	5,14
<b>Cinsel istismar</b>	5	19	5	5,64	1,98
<b>Minimizasyon</b>	0	3	0	,91	1,07
<b>ÇÇTÖ toplam puanı</b>	25	83	33	36,92	11,88

Katılımcıların yaş grubu, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu ve kardeş sayısı değişkenleri ile ÇÇTÖ puanları arasında istatistiksel anlamlı düzeyde bir ilişki saptanmadı ( $p>0,05$ ).

Araştırmaya katılanlardan yüksek gelir düzeyine sahip olanların ÇÇTÖ puanının medyan değeri orta gelir düzeyine sahip olanlardan istatistiksel anlamlı düzeyde daha düşük saptandı ( $p<0,05$ ).

Araştırmaya katılanlardan öz anne ve babasıyla yaşayanların ÇÇTÖ puanının medyan değeri üvey anne/babası ile yaşayanlardan istatistiksel anlamlı düzeyde daha düşük saptandı ( $p<0,05$ ).

**Tablo 13. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile ÇÇTÖ puanının karşılaştırılması**

		ÇÇTÖ toplam puan					
		Min.	Maks.	Medyan	Ort.	St. Sapma	p
Yaş grubu	33 altı	25	73	33	35,20	9,62	<sup>a</sup> 0,127
	33 ve üzeri	25	83	34	38,63	13,59	
Cinsiyet	Kadın	25	83	33	37,30	12,88	<sup>a</sup> 0,797
	Erkek	25	73	34	36,25	9,91	
	Evli	25	83	34	37,95	12,99	<sup>b</sup> 0,533
Medeni durum	Bekar	25	71	33	34,96	8,93	
	Boşanmış / dul	25	70	33	36,70	12,62	
	Okur-yazar değil	25	81	29	41,43	21,31	<sup>b</sup> 0,144
Eğitim durumu	İlköğretim/ortaokul	25	83	36	40,39	14,83	
	Lise	25	53	33	34,91	7,81	
	Üniversite	25	73	34	35,52	9,48	
	Yüksek lisans	25	61	32	33,19	8,46	
Çalışıyor musunuz?	Hayır	25	83	35	38,78	14,17	<sup>a</sup> 0,296
	Evet	25	73	33	35,22	9,04	
Aylık geliriniz nedir?	Düşük	25	83	34	38,34	13,60	<sup>b</sup> 0,013*
	Orta	27	65	39	39,82	10,27	
	Yüksek	25	73	32	34,02	8,81	
Çocukken kiminle yaşadınız?	Öz anne ve babam ile	25	83	33	36,08	11,04	<sup>b</sup> 0,001**
	Üvey anne/baba ile	32	79	48	53,36	15,47	
	Aile dışı kişilerle	25	70	36	40,00	16,64	

<b>Kardeş sayısı</b>	<b>3 altı</b>	25	73	32	34,44	9,55	<sup>a</sup> 0,052
	<b>3 ve üzeri</b>	25	83	34	37,91	12,57	

<sup>a</sup>Mann Whitney U Test  $*p<0,05$

<sup>b</sup>Kruskal Wallis Test  $**p<0,01$

Çalışmaya katılanların sigara, alkol, egzersiz özellikleri, şimdiki ve çocukluk dönemindeki obezite durumu değişkenleri ile ÇÇTÖ puanı arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

Katılımcılardan yakınında obezite olanların ÇÇTÖ puanı medyan değeri olmayanlara göre istatistiksel anlamlı düzeyde daha yüksek saptanmıştır ( $p<0,05$ ).

**Tablo 14. Katılımcıların alışkanlıkları ve obezite özellikleri ile ÇÇTÖ puanının karşılaştırılması**

		<b>ÇÇTÖ toplam puan</b>					<b>p</b>
		<b>Min.</b>	<b>Maks.</b>	<b>Medyan</b>	<b>Ort.</b>	<b>St. Sap- ma</b>	
<b>Sigara kullanıyor musunuz?</b>	<b>Hayır</b>	25	81	33	35,67	10,78	<sup>b</sup> 0,123
	<b>Bıraktım/eski kullanıcı</b>	25	64	35	37,74	10,23	
<b>Alkol kullanıyor musunuz?</b>	<b>Evet</b>	25	83	35	39,75	14,80	<sup>a</sup> 0,563
	<b>Hayır</b>	25	83	33	37,22	12,20	
<b>Düzenli tempolu yürüyüş / egzersiz yapma alışkanlığınız var mı?</b>	<b>Evet</b>	25	73	33	34,91	9,27	<sup>b</sup> 0,288
	<b>Düzenli egzersiz yapmam.</b>	25	81	34	37,72	12,37	
	<b>Evet-Haftada 1-2 gün</b>	25	61	33	35,81	9,83	
<b>Obezite</b>	<b>Evet-Haftada 3-4 gün</b>	25	79	32	34,74	11,93	<sup>a</sup> 0,085
	<b>Evet-haftada 5 gün ve daha fazla</b>	25	83	37	39,00	13,86	
	<b>Yok</b>	25	73	33	35,24	9,85	
<b>Çocukluk döneminde yaşitlarınıza göre fazla kilolu olma/obezite probleminiz var mıydı?</b>	<b>Var</b>	25	83	34	38,67	13,50	<sup>a</sup> 0,789
	<b>Hayır</b>	25	83	33	37,02	12,24	
<b>Yakınlarınızda obezite</b>	<b>Hayır</b>	25	81	32	34,89	9,85	<sup>a</sup> <b>0,018*</b>

<b>var mı?</b>	<b>Evet</b>	25	83	35	38,91	13,32
----------------	-------------	----	----	----	-------	-------

<sup>a</sup>Mann Whitney U Test \* $p < 0,05$

<sup>b</sup>Kruskal Wallis Test

Katılımcılardan tanı konmuş psikiyatrik hastalığı olanların, 1. Derece yakınında psikiyatrik hastalığı olanların ÇÇTÖ puanının medyan değeri istatistiksel anlamlı düzeyde yüksek saptandı ( $p < 0,05$ ).

Psikiyatrik ilaç kullanmayanların ÇÇTÖ puanı, önceden kullanan ve şimdi kullananlara göre istatistiksel anlamlı düzeyde düşük saptandı ( $p < 0,05$ ).

**Tablo 15. Katılımcıların kronik ve psikiyatrik hastalık özellikleri ile ÇÇTÖ puanının karşılaştırılması**

		ÇÇTÖ toplam puan					p
		Min.	Maks.	Medyan	Ort.	St. Sapma	
<b>Tanı konmuş bir psikiyatrik rahatsızlığınız var mı?</b>	<b>Hayır</b>	25	83	32	34,46	9,52	<sup>a</sup> <b>0,000**</b>
	<b>Evet</b>	25	81	43	44,46	14,93	
<b>Kullandığınız psikiyatrik ilacı/ilaçları var mı?</b>	<b>Hayır</b>	25	83	32	34,45	9,42	<sup>b</sup> <b>0,000**</b>
	<b>Önceden kullanıyordum, bıraktım</b>	25	73	37	41,49	14,48	
<b>1. derece akrabalarınızda (anne-baba-çocuk) tanısı konmuş psikiyatrik hastalık/hastalıklar var mı?</b>	<b>Evet şu an kullanıyorum</b>	25	81	44	45,49	15,32	<sup>a</sup> <b>0,033*</b>
	<b>Hayır</b>	25	83	33	36,16	11,48	
<b>Kronik hastalığınız var mı?</b>	<b>Evet</b>	25	73	37	40,57	13,18	0,161
	<b>Hayır</b>	25	83	32	35,74	10,48	
	<b>Evet</b>	25	81	35	38,70	13,58	

<sup>a</sup>Mann Whitney U Test \* $p < 0,05$

<sup>b</sup>Kruskal Wallis Test \*\* $p < 0,01$

Araştırmaya katılanlardan 33 ve üzeri yaş grubunda kadınlarda, çalışmayanlarda, kardeş sayısı 3 ve üzerinde olanlarda obezite oranı istatistiksel anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ( $p<0,01$ ).

Katılımcılardan bekar olanlarda obezite görülme sıklığı evli ve boşanmış/dul olanlara göre istatistiksel anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır ( $p<0,01$ ).

Eğitim düzeyi üniversite ve yüksek lisans olan katılımcılarda obezite sıklığı diğer gruplara göre daha düşük olarak belirlendi. Lise mezunu olanlarda obezite sıklığı ilköğretim/ortaokul mezunu olanlara göre daha düşük saptandı. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı ( $p<0,01$ ).

Aylık geliri yüksek olanlarda obezite sıklığı düşük ve orta olanlara göre istatistiksel anlamlı düzeyde düşük saptandı ( $p<0,01$ ).

Çocukken üvey anne/baba ile yaşayanlarda obezite sıklığı öz anne ve babasıyla yaşayanlara göre istatistiksel anlamlı düzeyde yüksekti ( $p<0,01$ ).

**Tablo 16. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile obezite durumlarının karşılaştırılması**

		Obezite				p
		Yok		Var		
		N	%	N	%	
Yaş grubu	33 altı	112	87,50	16	12,50	<sup>a</sup> 0,000**
	33 ve üzeri	19	14,84	109	85,16	
Cinsiyet	Kadın	61	37,42	102	62,58	<sup>a</sup> 0,000**
	Erkek	70	75,27	23	24,73	
Medeni durum	Evli	61	39,10	95	60,90	<sup>b</sup> 0,000**
	Bekar	67	83,75	13	16,25	
	Boşanmış / dul	3	15,00	17	85,00	
	Okur-yazar değil	0	0,00	7	100,00	
Eğitim durumu	İlköğretim/ortaokul	9	10,71	75	89,29	<sup>b</sup> 0,000**
	Lise	15	44,12	19	55,88	
	Üniversite	80	80,00	20	20,00	
	Yüksek lisans	27	87,10	4	12,90	
Çalışıyor musunuz?	Hayır	34	27,87	88	72,13	<sup>a</sup> 0,000**
	Evet	97	72,39	37	27,61	
Aylık geliriniz nedir?	Düşük	40	29,85	94	70,15	<sup>b</sup> 0,000**
	Orta	8	28,57	20	71,43	
	Yüksek	83	88,30	11	11,70	
	Öz anne ve babam ile	128	53,56	111	46,44	
Çocukken kiminle yaşadınız?	Üvey anne/baba ile	1	9,09	10	90,91	<sup>b</sup> 0,006*
	Aile dışı kişilerle	2	33,33	4	66,67	
	3 altı	57	78,08	16	21,92	
Kardeş sayısı	3 ve üzeri	74	40,44	109	59,56	<sup>a</sup> 0,000*

<sup>a</sup>Pearson Ki Kare Test

\* $p < 0,05$

<sup>b</sup>Fischer Exact Test

\*\* $p < 0,001$

Katılımcılardan sigara içerenlerde obezite sıklığı eski kullanıcı/bırakmış olanlara göre istatistiksel anlamlı düzeyde daha düşük saptandı ( $p < 0,01$ ).

Alkol kullanmayanlarda, çocukluk döneminde obezite/fazla kilolu olma problemi olanlarda ve yakınlarında obezite olanlarda obezite sıklığı istatistiksel anlamlı düzeyde daha yüksek saptanmıştır ( $p<0,05$ ).

Katılımcıların egzersiz alışkanlıkları incelendiğinde haftada 1-2 gün egzersiz yapanlarda obezite sıklığı egzersiz yapmayanlara göre istatistiksel anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır ( $p<0,01$ ).

**Tablo 17. Katılımcıların alışkanlıkları ile obezite durumunun karşılaştırılması**

		Obezite				p
		Yok		Var		
		N	%	N	%	
Sigara kullanıyor musunuz?	Hayır	80	49,69	81	50,31	<b><sup>a</sup>0,007**</b>
	Bıraktım/eski kullanıcı	11	32,35	23	67,65	
Alkol kullanıyor musunuz?	Evet	40	65,57	21	34,43	<b><sup>a</sup>0,000**</b>
	Hayır	103	46,19	120	53,81	
Düzenli tempolu yürüyüş / egzersiz yapma alışkanlığınız var mı?	Evet	28	84,85	5	15,15	<b><sup>a</sup>0,021*</b>
	Düzenli egzersiz yapmam.	60	42,86	80	57,14	
	Evet-Haftada 1-2 gün	38	64,41	21	35,59	
	Evet-Haftada 3-4 gün	24	61,54	15	38,46	
Çocukluk döneminde yaşitlarınıza göre fazla kilolu olma/obezite probleminiz var mıydı?	Evet-haftada 5 gün ve daha fazla	9	50,00	9	50,00	<b><sup>a</sup>0,028*</b>
	Hayır	111	54,68	92	45,32	
Yakınlarınızda obezite var mı?	Evet	20	37,74	33	62,26	<b><sup>a</sup>0,000**</b>
	Hayır	83	65,35	44	34,65	
	Evet	48	37,21	81	62,79	

<sup>a</sup>Pearson Ki Kare Test

\* $p<0,05$

\*\* $p<0,01$

Kendisinde kronik hastalığı ya da tanı konmuş psikiyatrik hastalığı olanlarda, obezite sıklığı istatistiksel anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ( $p<0,01$ ).

Kendisinde kronik hastalığı ya da tanı konmuş psikiyatrik hastalığı olanlarda, obezite sıklığı istatistiksel anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ( $p<0,01$ ).

Psikiyatrik ilaç kullanmayanlarda obezite sıklığı önceden kullanan ve halen kullananlara göre istatistiksel anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır ( $p<0,01$ ).

**Tablo 18. Katılımcıların kronik ve psikiyatrik hastalık özellikleri ile obezite durumlarının karşılaştırılması**

		Obezite				p
		Yok		Var		
		N	%	N	%	
Tanı konmuş bir psikiyatrik rahatsızlığınız var mı?	Hayır	114	59,07	79	40,93	<sup>a</sup> 0,000*
	Evet	17	26,98	46	73,02	
Kullandığınız psikiyatrik ilacı/ilaçları var mı?	Hayır	116	62,37	70	37,63	<sup>a</sup> 0,000*
	Önceden kullanıyordum, bıraktım	9	25,71	26	74,29	
	Evet şu an kullanıyorum.	6	17,14	29	82,86	
1. derece akrabalarınızda (anne-baba-çocuk) tanı konmuş psikiyatrik hastalık/hastalıklar var mı?	Hayır	113	53,30	99	46,70	<sup>a</sup> 0,135
	Evet	18	40,91	26	59,09	
Kronik hastalığınız var mı?	Hayır	112	72,73	42	27,27	<sup>a</sup> 0,000*
	Evet	19	18,63	83	81,37	

<sup>a</sup>Pearson Ki Kare Test

\* $p<0,001$

Katılımcıların çocukluk döneminde yaşitlarına göre fazla kilolu/obezite problemiyle çocukluk ÇÇTÖ alt grup puanları arasında istatistiksel anlamlı düzeyde bir ilişki saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).



**Tablo 19. Katılımcıların çocukluk döneminde obezite durumlarıyla ÇÇTÖ alt grup puanlarının karşılaştırılması**

		Çocukluk döneminde yaşitlarınıza göre fazla kilolu olma/obezite probleminiz var mıydı?					
		Min.	Maks.	Medyan	Ort.	St. Sap- ma	p
<b>Duygusal istismar</b>	<b>Hayır</b>	5	21	6	6,89	2,93	<sup>a</sup> 0,103
	<b>Evet</b>	5	20	6	7,66	3,51	
<b>Fiziksel istismar</b>	<b>Hayır</b>	5	23	5	6,23	3,10	<sup>a</sup> 0,621
	<b>Evet</b>	5	15	5	6,13	2,30	
<b>Fiziksel ihmal</b>	<b>Hayır</b>	5	21	6	7,62	3,28	<sup>a</sup> 0,238
	<b>Evet</b>	5	14	6	6,79	2,20	
<b>Duygusal ihmal</b>	<b>Hayır</b>	5	25	9	10,66	5,36	<sup>a</sup> 0,828
	<b>Evet</b>	5	24	9	10,28	4,23	
<b>Cinsel istismar</b>	<b>Hayır</b>	5	19	5	5,64	1,93	<sup>a</sup> 0,723
	<b>Evet</b>	5	18	5	5,64	2,18	

<sup>a</sup>Mann Whitney U Test

Katılımcılardan obezitesi olanlarda ÇÇTÖ alt gruplarından duygusal istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal puanı medyan değeri istatistiksel anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ( $p < 0,05$ ).

**Tablo 20. Katılımcıların obezite durumlarıyla ÇÇTÖ alt grup puanlarının karşılaştırılması**

		Obezite					p
		Min.	Maks.	Medyan	Ort.	St. Sapma	
Duygusal istismar	Yok	5	16	5	6,68	2,67	<sup>a</sup> 0,037*
	Var	5	21	6	7,43	3,41	
Fiziksel istismar	Yok	5	14	5	5,59	1,62	<sup>a</sup> 0,000**
	Var	5	23	5	6,86	3,78	
Fiziksel ihmal	Yok	5	17	6	6,86	2,35	<sup>a</sup> 0,019*
	Var	5	21	7	8,06	3,64	
Duygusal ihmal	Yok	5	25	9	10,45	5,09	<sup>a</sup> 0,713
	Var	5	24	9	10,71	5,22	
Cinsel istismar	Yok	5	19	5	5,66	1,98	<sup>a</sup> 0,475
	Var	5	18	5	5,61	1,98	

<sup>a</sup>Mann Whitney U Test

\* $p < 0,05$  \*\* $p < 0,01$

Çocukluk çağında diğer travmaları yaşayanların obezite sıklığı istatistiksel anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ( $p < 0,01$ ).

**Tablo 21. Katılımcıların obezite durumlarıyla çocukluk çağı travmalarının karşılaştırılması**

		Obezite				p
		Var		Yok		
		N	%	N	%	
Çocukluk çağında diğer travmaları yaşama durumu	Var	61	60,40	40	39,60	<sup>a</sup> 0,006**
	Yok	62	42,76	83	57,24	

<sup>a</sup>Pearson Ki Kare Test

\* $p < 0,01$

Çeşitli değişkenlerin ÇÇTÖ puanını yordamasına ilişkin Lineer Regresyon Analiz sonuçları tabloda gösterilmiştir. Model sonuçları incelendiğinde çocukken kimle yaşadığı (üvey anne/baba) değişkeni ( $p = 0,044$ ), akrabada obezite durumu (var)

değişkeni ( $p=0,033$ ), tanı konmuş psikiyatrik hastalık (var) değişkeni ( $p<0,001$ ) ÇÇTÖ puanını istatistiksel anlamlı düzeyde yordamaktadır. Çocukken üvey anne/baba ile yaşamış olmak ÇÇTÖ puanını 11,137 puan, akrabalarında obezite olması 3,060 puan, tanı konmuş psikiyatrik hastalığı olması 7,806 puan arttırmaktadır. ÇÇTÖ puanına ait toplam varyansın %18,3'ü bu değişkenler tarafından açıklanabilmektedir.

**Tablo 22. Bazı değişkenlerin ÇÇTÖ puanını yordamasına ilişkin lineer regresyon analizi**

Model <sup>a</sup>	B	Std. Hata	Beta	t	P	%95 CI	
						Lower	Upper
Aylık gelir (yüksek)	-2,586	1,757	-0,105	-1,472	0,142	-6,047	,875
Aylık gelir (orta)	1,124	2,273	0,030	,495	0,621	-3,352	5,601
Çocukken kimle yaşadınız? (öz anne ve baba)	-1,536	4,497	-0,032	-,342	0,733	-10,393	7,320
Çocukken kimle yaşadınız? (üvey anne/baba)	11,137	5,491	0,191	2,028	<b>0,044</b>	,322	21,951
Obezite (var)	-1,893	1,717	-0,080	-1,103	0,271	-5,275	1,488
Akrabalarınızda obezite var mı? (var)	3,060	1,425	0,129	2,147	<b>0,033</b>	,253	5,868
Tanı konmuş bir psikiyatrik hastalık (var)	7,806	1,695	0,284	4,604	<b>0,000</b>	4,467	11,145
1. derece akrabalarınızda (anne-baba-çocuk) tanısı konmuş psikiyatrik hastalık (var)	1,910	1,824	0,061	1,047	,296	-1,682	5,502

*a.R=0,457, Adj. R<sup>2</sup>=0,183, F=8,141, p<0,001*

## 5.TARTIŞMA

Bu çalışma, Prof. Dr. Cemil Taşçıoğlu Şehir Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniği'ne başvuran 18 yaş üzeri, obez ve obez olmayan 256 katılımcıya uygulanarak erişkin dönem obezitesi ile çocukluk çağı travmaları arasındaki ilişki incelenmiştir. Günümüze kadar yapılan çalışmalar incelendiğinde erişkin dönem obezitesi ile çocukluk çağı travmaları arasında ilişki olduğu bildirilmiş ancak çalışmaların yetersiz kalması nedeniyle arasındaki ilişki hakkında net bir bilgi edinilememiştir.

Çalışmamızda beden kitle indeksi ortalaması  $30,01 \pm 7,14$  olarak belirlendi. Katılımcıların Vücut Kitle İndeksleri değerlendirildiğinde %48,83'ünde obezite saptanmıştır. Yapılan çalışmalar 1998 yılında, ABD'deki Ulusal Sağlık Enstitüsü (NIH) 97 milyon ABD'li yetişkinin (ABD nüfusunun %55'i) obez veya aşırı kilolu olarak kabul edildiğini ortaya koymuştur [24]. Amerika Birleşik Devletleri'nde obez bireylerin yaygınlığı (vücut kitle endeksi [BMI] $>30$  kg/m<sup>2</sup>) son birkaç yılda önemli ölçüde artarak yetişkin nüfusun %38'ine ulaşmıştır. Mevcut eğilimler devam ederse, 2030 yılında ABD'deki iki yetişkinden biri obez olacak ve dört yetişkinden biri sınıf II veya daha yüksek obeziteye sahip olacaktır (BMI $>35$  kg/m<sup>2</sup>) [10]. Ülkemizde obezite prevalansı, 20 yaş ve üstü bireylerde Türkiye Diyabet Epidemiyoloji (TURDEP-I) çalışmasında elde edilen verilere göre %22,3 (kadın %30, erkek %13) olarak izlenmiştir. TURDEP-I çalışmasından 12 yıl sonra, yine eş merkezde yapılan TURDEP-II çalışmasında ise obezite prevalansı, genel toplumda %35 (kadın %44, erkek %27) bulunmuştur. 1998 ile 2010 yılı karşılaştırıldığında ülkemizde yetişkin bireylerde görülen obezite sıklığının %22,3'ten %31,2'ye çıktığı izlenmiştir [8]. Bu durum çoğunlukla Türkiye'deki sedanter yaşam tarzı ve beslenme alışkanlıklarından kaynaklandığı düşünülebilir. Toplumsal değişiklikler ve teknolojik gelişmeler gibi diğer faktörler de etkili olabilir. Çalışmamızda obezite oranının yapılan çalışmalardan farklı olarak yüksek bulunmasının sebebi çocukluk çağı travmalarının tespitinde obez ve obez olmayan bireylerin sayılarının birbirine yakın tutulmasının amaçlanmasıdır.

Çalışmaya katılanların 163'ü (%63,37) kadın, 93'ü (%36,33) erkektir. Yaptığımız çalışmaya katılan kadınlardan 102 kişide (%62,58), erkeklerde ise 23

kişide (%24,73) obezite tespit edilmiştir. Ayrıca çalışmamızda kadınlarda obezite oranı istatistiksel anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır. ( $p<0,01$ ). TEKHARF araştırmasında 2003 yılında obezite oranı kadınlarda %44,2 ve erkeklerde %25,2'ye çıktığı bildirilmiştir. Daha önce 1990'da yapılan araştırmalara göre obez hasta sayısında %90 artış dikkati çekmektedir [25]. 1999 yılında İngiltere Sağlık Araştırmasında yetişkinlerde obezite ( $BMI>30 \text{ kg/m}^2$ ) prevalansı Pakistan'da kadınlarda %25,6 erkeklerde %12,6 saptanırken Hindistan'da kadınlarda %19,6 erkeklerde ise %11,9 olduğu tespit edilmiştir. Aynı çalışmada genel popülasyonda kadınlarda %20,9 iken erkeklerde %18,9 saptanmıştır [26]. Obezite kadınlarda erkeklere kıyasla daha sık izlenmektedir [27]. Yapılan çalışmalarda kadınlardaki obezite sıklığının erkeklerden yüksek olması çalışmamız ile örtüşmektedir.

Katılımcıların yaş ortalaması  $38,53\pm 14,61$  yıl olarak bulunmuştur. Araştırmaya katılanlardan 33 ve üzeri yaş grubunda, çalışmayanlarda obezite oranı istatistiksel anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ( $p<0,01$ ). Anadolu psikiyatri dergisinde yayınlanan bir çalışmada obezitenin 20 yaş ile 50 yaş arasına devamlı bir yükselme ile seyrettiği, 50 yaş sonrası ileri yaş grubunda azalma izlendiği gösterilmiştir [3].

2005 yılında İran'da yapılan bir araştırmaya göre ev hanımları arasında aşırı kilo ve obezitenin ağırlıklı prevalansı sırasıyla %34,5 ve %24,5' idi. Buna karşılık aşırı kilolu ve obez kadınlar çalışan kadınların %30,7'sinde ve %14,5'inde görüldü. Hem fazla kilolu hem de obezite prevalansı, çalışan kadınlar arasında ev hanımlarına göre yaklaşık %4 ve %10 daha az yaygındı. Yaş, fiziksel aktivite azlığı ve diğer sağlıksız yaşam tarzları gibi potansiyel risk faktörleri nedeniyle, ev hanımı olarak yaşamak, kadınlar arasında obezite için önemli bir bağımsız risk faktörü olmaya devam etmektedir. Ayrıca çalışmada yaşlanmanın, obezite olasılığını her 10 yılda %50 arttırdığı ortaya konulmuştur. Meslek grupları arasından sağlık çalışanları, çalışan kadınlardan yaklaşık 1,9 kat daha fazla obezite yaşamıştır. ( $P< 0,001$ ) [28]. 2014 yılında yapılan bir başka çalışmada ABD'li işçilerde obezite prevalansının erkek ve kadın işçiler arasında %45,1'ini oluşturduğunu göstermektedir. Genel obezite prevalansı hispanik olmayan siyahi kadın işçiler arasında en yüksek (%40,0) ve hispanik olmayan beyaz kadın işçiler arasında en düşük (%23,1) saptanmıştır. 23 ana meslek grubunda 2004-2007 ve 2008-2011 arasında yüzde olarak obezite değişiminde, en

yüksek obezite prevalansı sağlık desteğinde çalışan hispanik olmayan beyaz erkeklerde (%36,3) bulunmuş, ardından koruyucu hizmette (%34,3) ve nakliye ve malzeme taşımacılığı (%33,7) olarak tespit edilmiştir. Özetle bu çalışmanın sonuçları, sağlık çalışanlarının, bakım desteği, koruyucu servis, malzeme taşıma, yüksek düzeyde obez olduğu gösterilmiştir. Bu bulgular aynı zamanda önceki bir çalışmayla da uyumludur. Mimarlık, mühendislik, sağlık uygulayıcıları ve teknisyenler ile sanat/tasarım/eğlence/spor/medya çalışanları, cinsiyet ve ırk/etnik kökene bakılmaksızın diğer işçilerle karşılaştırıldığında nispeten daha düşük bir obezite oranına sahiptir[29].

Yaş, Türkiye nüfusunun BKİ'ini her iki cinsiyette de önemli ölçüde etkiler. Ancak bu etki Türk kadınlarında Türk erkeklerinden çok daha büyüktür. Türkiye'de kadınların ortalama evlilik yaşının 23,2 olması bu etkinin başlıca faktörlerinin evlilik ve çocuk doğumu olabileceğini düşündürmektedir. Bir diğer önemli faktör de, Türk kadınlarının çoğunun en çok çalışan Türk erkeklerine kıyasla fiziksel aktivitesi düşük olan ev hanımlarının olması olabilir. Türkiye İstatistik Enstitüsü'nün Ocak 2007 tarihli verilerine göre, çalışan sadece 5 619 000 kadın varken bu sayı erkeklerde 16 130 000 olduğu gösterilmiştir. Erem ve ark. araştırmasına göre, ev hanımlarında obezite oranı %33 iken, çalışan erkekler için sadece %14'tür. [30]

Çalışmaya katılanlardan 156 kişi (%60,94'ü) evliyken, 20 kişinin (%7,81'i) dul/boşanmış olduğu görülmüştür. Çalışmamızda medeni durum ile BKİ arasında ilişki olduğunu saptadık. Katılımcılardan bekar olanlarda obezite görülme sıklığı evli ve boşanmış/dul olanlara göre istatistiksel anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır ( $p<0,01$ ). Sobal ve ark. yaptığı bir çalışmada obeziteyi bağımlı bir değişken olarak inceleyen nihai lojistik regresyon modellerinden elde edilen olasılık oranları, evli erkeklerin obez olma olasılığının hiç evlenmemiş erkeklere göre yaklaşık iki kat daha fazla olduğunu, ancak daha önce evli erkeklerin hiç evlenmemiş erkeklere göre obez olma olasılığının eşit olduğunu göstermiştir. Daha önce evli erkekler artık hiç evlenmemiş erkeklerden önemli ölçüde farklı değildi. Bu, büyük ölçüde, yaş kontrol değişkeninin önemli ilişkisinden kaynaklanıyor gibi görünmektedir. Benzer şekilde kadınlar arasında, evli ve daha önce evli kadınların hiç evlenmemiş kadınlardan önemli ölçüde daha obez olduğu tespit edilmiştir. Değişkenlere göre, şu anda

evli kadınların, evli olmayan kadınlara göre obez olma olasılığı %32 ve daha önce evli kadınların, hiç evlenmemiş kadınlara göre %20 daha fazla obez olma olasılığı olduğunu göstermektedir [31]. Yapılan başka bir çalışmada benzer şekilde evli ve boşanmış/dul kadınlar, bekarlardan üç ila dört kat daha fazla obezite geliştirmeye eğilimliydi [28]. Özellikle evli kadınlarda obezitenin daha yüksek olmasının nedenlerini birçok faktör etkileyebilir. Doğum sayısı, doğum sonrası kilolardan kurtulamama, sorumluluklarının artması nedeniyle fiziksel aktiviteye zaman ayıramama, yaş, beslenme alışkanlıkları, düzensiz uyku alışkanlıkları bazı faktörlerdendir.

Çalışmamıza katılanların yarısından fazlası en az üniversite mezunuydu. Eğitim düzeyi üniversite ve yüksek lisans olan katılımcılarda obezite sıklığı diğer gruplara göre daha düşük olarak belirlendi. Lise mezunu olanlarda obezite sıklığı ilköğretim/ortaokul mezunu olanlara göre daha düşük saptandı. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı ( $p<0.01$ ). Bu bulgular daha önce yapılan çalışmalar ile uyumludur. Kim ve ark. 2020 yılında yaptıkları çalışmada eğitim seviyesi, BKİ ile negatif yönde ilişkili olduğunu; böylece ortalama BKİ, lise diplomasından üniversite eğitimi veya yüksek öğrenim öğrenimlerine sahip olmaya doğru hareket ettikçe azaldığını gösterilmiştir. Yalnızca lise eğitiminin aksine üniversite diplomasına sahip olmak, 0.7'lik BKİ azalmasıyla ilişkili bulunmuştur [32]. Ev hanımlarında yapılan çalışmada da kadın obezitesinin daha yüksek eğitim durumunda önemli ölçüde azaldığı görülmüştür. Ev hanımlarının çalışan gruba göre daha düşük eğitim düzeyine ve sosyoekonomik statüye sahip olduğunu bulunmuştur. Eğitim düzeyi, sağlıksız beslenme alışkanlıkları ve fiziksel aktivitelerle ters orantılıdır. Bu, ev hanımlarında daha yüksek obezite riskini kısmen açıklayabilir [28]. Yapılan başka bir araştırmada, beyazlar arasında, üniversite mezunlarının obez olma olasılığı liseden daha az eğitime sahip olanlara göre daha düşük bulunmuş ve siyahlar arasında lise mezunlarının, lise mezunu olmayanlara göre obez olma olasılığı daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Ek olarak, beyazlar arasında eğitim beklentileri ile obezite arasında bir ilişki olduğu ortaya çıkmış: üniversiteden mezun olmayı isteyenlerin obez olma olasılığı liseyi bitirmeyi isteyenlere ve liseden daha az eğitim almayı hedefleyenlere göre daha düşük bulunmuştur [33].

Katılımcıların aylık gelir düzeyleri %52,34'ünde düşük, %36,72'si yüksek olarak bulunmuştur. Aylık geliri yüksek olanlarda obezite sıklığı düşük ve orta olanlara göre istatistiksel anlamlı düzeyde düşük saptandı ( $p<0,01$ ). Ülkelerin gelişmişlik düzeyini dikkate alarak sosyoekonomik düzey (SED) ile obezite arasındaki ilişkiyi inceleyen bir araştırmada, çalışmaların yarısından biraz fazlası sosyoekonomik düzey ile obezite arasında pozitif bir ilişki olduğunu bildirmektedir. Ancak küçük örneklem kullanan ve büyük örneklemlili çalışmalar arasında sosyoekonomik düzey ve obezite arasındaki ilişkide anlamlı bir fark bulunamamıştır. Hem erkekler hem de kadınlar için, sosyoekonomik düzey göstergesi olarak gelir/servet kullanan çalışmaların çoğunluğu (yani erkekler için %69 ve kadınlar için %70), zenginlerin obez olma olasılığının daha yüksek olduğunu göstermiştir. Düşük gelirli ülkelerde, obezite, yüksek sosyoekonomik düzey grupları arasında (yani, daha yüksek gelir veya eğitim düzeyine sahip olanlar) alt gruplara göre daha yaygın tespit edilmiştir [34]. Paeratakul ve ark. Yaptığı bir çalışmada, düşük gelir ve düşük eğitimin hem obezite hem de obezite komorbiditeleri ile ilişkili olabileceğini göstermektedir. Farklı popülasyonlarda sosyoekonomik faktörler ile obeziteyi ilişkilendirilmiştir. Ancak bu ilişki karmaşıktır çünkü sosyoekonomik durum obeziteyi etkileyebilir, obezite sosyoekonomik durumu etkileyebilir veya ortak faktör(ler) hem obeziteyi hem de sosyoekonomik durumu etkileyebilir [35].

Katılımcıların egzersiz alışkanlıkları incelendiğinde haftada 1-2 gün egzersiz yapanlarda obezite sıklığı egzersiz yapmayanlara göre istatistiksel anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır ( $p<0,01$ ). Düşük fiziksel aktivite düzeyi (DFA), dünya çapındaki ölümlerin %6'sından sorumludur ve özellikle yetersiz DFA düşük sosyoekonomik düzey ile ilgilidir. Geçtiğimiz yıllarda DFA'deki azalmalar; daha az enerji harcamayı gerektiren meslek gruplarına yönelimin artması, bilgisayar, televizyon başında geçirilen zamanda artış, boş zamanlarında düşük aktivite modelleri, otobüs, taksinin en yaygın ulaşım araçları olarak kullanılması gibi çeşitli faktörlerle bağlantılıdır. Buna ek olarak, düşük DFA, yetersiz toplumsal tasarımları ve güvenli yürüyüş yolları, bisiklet yolları ve oyun alanlarının eksikliği gibi altyapı özellikleri ile de ilişkilidir. Afrika bölgelerinde görülen obezite salgını, 1980'lerin sonlarında olduğu gibi azalmış fiziksel aktivite seviyeleri ile en azından kısmen açıklanabilir [36]. Yapılan



başka bir çalışmada ev hanımlarında, çalışan kadınlara göre obezitenin daha çok görülme nedenleri arasında fiziksel aktivitenin azlığı olduğu düşünülmüştür [28].

Az sayıda çalışma yapılmış olsa da yetişkinler arasındaki SED-DFA ilişkisine ilişkin olarak, sosyoekonomik farklılıkların DFA'yi nasıl etkilediğine ve dolayısıyla vücut ağırlığı veya BKİ'ni nasıl etkilediğine dair birkaç makul açıklama önerilmiştir. İlk olarak, orta ve düşük SED mahallelerinde yeterli DFA uygulamak için önemli bir kaynak eksikliği, alt SED grupları tarafından karşılanamıyor [36]. Ayrıca kişinin SED'i arttıkça sağlık bilinci artar ve bu da davranışlarına ve BKİ'ye yansır [37]. Yüksek SED'li kadınlar çalışma dünyasında vücut görüntüsünü korumak için fiziksel aktiviteyi daha çok destekleyebilir.

Çalışmamızda kardeş sayısı 3 ve üzerinde olanlarda obezite oranı istatistiksel anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ( $p<0,01$ ). Bununla birlikte yapılan bir çalışmada kardeş sayısında artışın tek çocuk olanlara göre zayıflık için yüksek risk faktörü olduğunu göstermiştir [38]. Başka bir çalışmada kanıtlar, kardeşi olmayan çocukların (tek çocuklar), kardeşleri olan çocuklara göre fazla kilolu olma veya erişkin dönemde obeziteye sahip olma olasılığının daha yüksek olduğunu ve kardeşi olan çocuklar için, daha az kardeşi olanların sağlıklı beslenme alışkanlıkları geliştirme riskinin daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur [39]. Çalışmamızda kardeş sayısı arttıkça obezite riskinin yüksek çıkmasının nedeni kardeş sayısı çok olan çocukların çocukluk çağı kötü muamelelerine maruz kalma ihtimalinin artması ile ilişkili olabilir. Çalışmamızda çıkan sonuç ile önceki çalışmalar bu noktada uyuşmamaktadır. Kardeş sayısı ile obezite arasındaki ilişkinin incelenmesi için daha kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Yaptığımız çalışmada çocukluk döneminde obezite/fazla kilolu olma problemi olanlarda ve yakınlarında obezite olanlarda obezite sıklığı istatistiksel anlamlı düzeyde daha yüksek saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Present ve ark. yaptığı genom çapında ilişkilendirme çalışmasına dayalı veriler, obezite ile ilgili 140'tan fazla genetik kromozomal bölgenin tanımlanmasıyla obezite için genetik bir yatkınlık olduğunu düşündürmektedir [11]. Ek olarak, pediatrik obezite yetişkin obezitesinin yaklaşık üçte birine katkıda bulunduğundan, çocuklarda ve ergenlerde aşırı kilo konusuna biraz dikkat edilmesi gerekmektedir [14].

Dünya ve ülkemizdeki obezitedeki hızlı artış göz önüne alındığında, çocukluk travmatik deneyimlerinin yetişkinlikte diğer hastalıklarla birlikte obeziteyle ilişkili olduğu belirtiliyor. Bu nedenle, tedavisinde çok disiplinli yaklaşımlar gereklidir; bu açıdan, hem aile içi hem de çevresel eğitim modelleri aracılığıyla çocukluk fiziksel ve zihinsel travmalar azaltılabilir [2]. Bir bireyin stres ve olumsuz duygularla başa çıkamaması, yalnızca obeziteye yol açan düzensiz beslenme davranışıyla değil, aynı zamanda kilo kaybı veya kilo kazanımını önlemek için önerilen beslenme ve fiziksel aktivite planlarının uygulanacağı kapasiteyle de ilişkili olabilir [6].

Araştırmaya katılanlardan öz anne ve babasıyla yaşayanların ÇÇTÖ puanının medyan değeri üvey anne/babası ile yaşayanlardan istatistiksel anlamı düzeyde daha düşük saptandı ( $p<0,05$ ). Çalışmamızda üvey anne/baba ile yaşayanlarda obezite sıklığında anlamlı yükseklik olduğunu göz önünde bulundurursak, bu grupta ÇÇT'sına maruz kalımına bağlı olarak uzun süreli stres ile başa çıkamama sonucu yeme bozukluğu ile birlikte kilo artışı riski artmış olabilir.

Çalışmamızda çocukluk dönemindeki obezite durumu değişkenleri ile ÇÇTÖ puanı arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). Bunun nedeni ÇÇT'lerinin etkilerinin ortaya çıkabilmesi için bir inkübasyon süresi diyebileceğimiz bir süreye ihtiyaç olabilir. ÇÇT'lerinin etkileri erişkin dönemde ortaya çıkabilmektedir.

Katılımcılardan tanı konmuş psikiyatrik hastalığı olanların, 1. Derece yakınında psikiyatrik hastalığı olanların ÇÇTÖ puanının medyan değeri istatistiksel anlamlı düzeyde yüksek saptandı ( $p<0,05$ ). Son araştırmalar, çocukluk travmaları için başlıca risk faktörlerinin aile üyeleri arasında psikiyatrik bozukluklar, istenmeyen hamilelikler ve zihinsel, gelişimsel engellilik olduğunu göstermiştir [2]. Ayrıca çocukluk çağına yönelik kötü muamelenin bir biçimi olan duygusal istismar, daha fazla beden memnuniyetsizliği, daha yüksek depresyon ve daha düşük benlik saygısı ile önemli ölçüde ilişkili bulunmuştur. Duygusal istismar ile bu psikolojik değişkenler arasındaki ilişkiler hem erkeklerde hem de kadınlarda gözlenmiştir. Erkeklerde, bildirilen cinsel istismar, daha fazla vücut memnuniyetsizliği ile ilişkilendirilmiştir [40].

Lehman ve ark. 2005 yılında yaptıkları bir çalışmada çocukluk çağı travmaları ile erişkin obezitesi arasında bir ilişki bulamamışlardır [41]. Benzer şekilde çalışmamıza katılanların erişkin dönemindeki obezite durumu değişkenleri ile ÇÇTÖ puanı arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). Bu çalışmada bizim çalışmamıza benzer şekilde katılımcılara anket uygulanarak veriler toplanmıştır. Ancak kişi sayısı yüksek tutulan geniş çaplı bir araştırma olması ile farklılık gösterir.

Çocukluk çağı travmaları ile erişkin dönem obezitesini inceleyen 157 obez ve 157 obez olmayan toplam 314 kişi üzerinde yapılan başka bir çalışmada çocukluk çağı travmaları ile erişkin dönem obezitesi arasında ilişki saptanmıştır. Bu çalışma ayrıca çocukluk çağında cerrahi operasyon, ciddi hastalık, kronik hastalık, doğal afet, aile üyesinin evden ayrılması, anne-babanın boşanması, aile üyesinin kaybı (ölüm), diğer travmatik durumlar (trafik kazası, yangın, yaralanma) gibi travmalar yaşayan grupta, Rukiye (2002) ve Gabert ve ark. (2013) çalışmaları gibi diğer çalışmalarla uyumlu olarak, yetişkinlikte obezite gelişimi için artan riskin çocukluk çağı travmatik deneyimiyle önemli ölçüde ilişkili olduğunu göstermektedir [2]. Benzer şekilde çalışmamıza katılanlardan çocukluk çağında diğer travmaları (ciddi hastalık, ameliyat öyküsü, aile üyesinin evden ayrılması, anne-babanın boşanması, aile üyelerinden birinin kaybı, trafik kazası, doğal afet) yaşayanların obezite sıklığı istatistiksel anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ( $p<0,01$ ). 2009 yılında yapılan başka bir çalışmada, obez katılımcıların çok azı (%8) fiziksel ve/veya cinsel istismara maruz kalırken, çoğu (%56) ebeveynlerden birinden veya her ikisinden ayrılma veya ebeveynler arasındaki evlilik çatışması gibi, görünüşte daha az şiddetli erken travma türlerini yaşadığı gösterilmiştir [6]. Analiz eden çalışmaların tutarlı bulgularına rağmen, erken travma ile yetişkin obezitesi arasındaki ilişki, gelişimsel travmayı takiben artan obezite riskinin mekanizması bilinmemektedir.

Üniversite temelli aşırı yeme bozukluğu olan 145 kişide yapılan bir çalışmada herhangi bir kötü muamele biçiminin dağılımında cinsiyet farkı ve obezite durumuna göre farklılık gözlemlenmemiştir. BKİ 30'un üzerindeki ve altındaki aşırı beslenme bozukluğu olan hastaların, kötü muamele raporlarında benzer bulunmuştur [40].

Katılımcılardan obezitesi olanlarda ÇÇTÖ alt gruplarından duygusal istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal puanı medyan değeri istatistiksel anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Çocukluk fiziksel istismarı, 40 yaşındayken obezite ihtimalini %23 artırır. Ayrıca, 118,691 gözlemsel çalışmanın meta analizinde, ÇÇT'ları yetişkin obeziteileri arasında 1.46'lık bir orana sahip pozitif bir ilişki ve birden fazla ÇÇT'na maruz kaldıktan sonra yetişkin obezite ihtimalinin %46 olduğu gösterildi [17]. Benzer şekilde Bentley ve Widom'un çalışmasında fiziksel istismar ile obezite arasında anlamlı fark bulunmuştur [42]. Bir başka çalışma, her türlü istismar ile yetişkin obeziteileri arasındaki ilişkiyi doğrulayarak çocukluk sırasındaki duygusal istismarın obezitenin gelişiminde önemli bir rol oynadığını kanıtlar [43].

Çalışmamızda bulunan fiziksel ihmal puanının anlamlı yüksekliği başka bir çalışmada kadınlarda diyet kısıtlaması ile ilişkilendirildi. Aynı çalışmada duygusal istismarın, erkeklerde ve kadınlarda daha fazla vücut memnuniyetsizliği, daha yüksek depresyon ve daha düşük benlik saygısı ile anlamlı bir şekilde ilişkili olduğu saptanmıştır [40]. Bennet ve ark. yaptığı bir çalışmada fiziksel ihmal ile BKİ arasında bir ilişki bulunamamıştır. Yüksek BKİ'ler incelendiğinde, ihmal edilen çocuklar yalnızca 8 yaşında daha düşük obezite riski taşıdığı gösterilmiştir [44]. Fiziksel ihmale maruz kalan çocuklarda beslenme yetersizliği ön planda olacağından düşük BKİ görülmesi muhtemeldir. Ancak çalışmalar çocukların yaş aldıkça kilo aldığını düşündürür. Fiziksel ihmal görülen çocuklarda aynı zamanda diğer travma türleri (duygusal istismar vs.) birlikte görülmesi nedeniyle dolaylı olarak obeziteyi etkilediği düşünülebilir.

Cinsel istismara uğrayan kadınlar arasında obeziteyi inceleyen Wiederman ve ark. yaptığı bir çalışmada cinsel istismar ile obezite arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bununla birlikte, cinsel istismara uğramış obez kadınlar, istismara uğramamış obez kadınlara göre önemli ölçüde daha az vücut memnuniyetsizliği göstermiştir. Görünen o ki, cinsel istismar öyküsü olan obez kadınlar, istismara uğramamış obez akranlarına kıyasla vücut ağırlıklarında daha az dalgalanma göstermişti [45]. Hastane temelli bir kilo yönetimi programına kayıtlı cinsel istismara uğramış obez bireyler, istismara uğramamış akranlarından oluşan eşleştirilmiş bir örneklem grubuna göre kilo vermede daha az başarılıydı [46]. Felitti ve ark. çalışma-

sında cinsel istismar geçmişi olan bazı kadınlar kilo vermek için daha az istekli bulunmuştur. Birçok obez yetişkin kadının, çocuklukta cinsel istismardan kısa bir süre sonra obez hale geldiğini kaydetti. Bir diğerk olasılık, cinsel istismara uğramış bazı obez kadınların, erkeklerle fiziksel olarak yakın ilişkilere karşı bir savunma olarak obezden obez olmayan bir duruma geçmeye nispeten daha isteksiz olmalarıdır. Buna göre, bu kadınlar daha yüksek bir kiloda psikolojik olarak daha rahattı, ancak tipik olarak kendi 'engel ağırlıklarının' psikodinamik önemine dair içgörüden yoksundular [47]. Bizim alışmamızda farklı olarak obezitesi olanlar arasında ÇÇTÖ alt grubu olan cinsel istismar puanı ile anlamlı bir ilişki saptanamamıştır ( $p>0,05$ ). Bu durumda, toplumumuzda cinsel istismarı ifade etme konusundaki utanma, çekingenlik, damgalanma ve geleneksel yaşam biçimi nedeniyle sorulara doğru cevap verilmemiş olması ihtimali göz önünde bulundurulmalıdır.

Çalışmamızda obezite ile duygusal ihmal arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ( $p>0,05$ ). Pederson ve ark. 207 kadın üzerinde yaptıkları bir araştırmada obezite ile duygusal ihmal arasında ilişki saptanmış ancak diğerk çocukluk ağı travmalarının alt grupları ile obezite arasında ilişki bulunamamıştır [48].

Ayrıca, travmatik deneyimlerin etkisi göz önünde bulundurulduğunda, bireye özel çok disiplinli bir tedavi planına odaklanmak tedavinin başarısını artırabilir. Travmanın türü ve şiddeti bireylerin fiziksel ve zihinsel sağlığını özellikle etkilediğinden, çocukluk travması ve gerekli eğitimlerin planlanması ve uygulanması, obeziteye neden olan çeşitli faktörlerin önlenmesine ve çeşitli metabolik, sosyal ve psikolojik sağlık sorunlarının önlenmesine katkıda bulunur [2].

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızda katılımcıların şimdiki ve çocukluk dönemindeki obezite durumu değişkenleri ile ÇÇTÖ puanı arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Ancak katılımcılardan obezitesi olanlarda ÇÇTÖ alt gruplarından duygusal istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal puanı medyan değeri istatistiksel anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Bunların yanı sıra diğer çalışmalarda üzerinde daha az durulan çocukluk çağında diğer travmaları yaşayanların da (aile üyesinin evden ayrılması, anne-babanın boşanması, aile üyelerinden birinin kaybı, ciddi bir hastalık veya ameliyat öyküsü, doğal afet vs.) obezite sıklığı istatistiksel anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ( $p<0,01$ ). Katılımcıların çocukluk çağında yaşadıkları travmalar incelendiğinde en sık rastlanan travma öyküsü “aile üyelerinden birinin kaybı” olarak öne çıkmıştır.

Bu açıdan aile hekimliği çalıştığı hasta popülasyonu açısından hem çocuk hem de ailesini tanıma fırsatının olması nedeniyle olası bir çocuk istismar ve ihmali düşündürebilecek şüpheli bir durum açısından her zaman dikkatli olması önerilir. Alınan önlemler ile çocukluk çağı travmalarının hem diğer olumsuz etkileri hem de kronik bir hastalık olan obezitenin oluşumundaki etkisi azaltılmış olacaktır.

Kendisinde kronik hastalığı ya da tanı konmuş psikiyatrik hastalığı olanlarda, obezite sıklığı istatistiksel anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ( $p<0,01$ ). Obezitesi olan hastalarda diğer kronik hastalığın ortaya çıkma ihtimali artış gösterir. Katılımcıların en sık sahip oldukları kronik hastalıklar hipertansiyon, diyabet olarak gösterildi. Aile hekimliklerinde obezitesi olan hastaların diğer kronik hastalıklar açısından da yakın takip edilmesi önerilir. Obezite ile mücadelemizdeki başarı oranı arttıkça diyabet ve hipertansiyonun görülme oranlarında azalma izlenecektir. Ayrıca mevcut psikiyatrik hastalığı olan kişilerde obezite gelişmesi açısından yakın takip edilmesi önerilir.

Çocukken üvey anne/baba ile yaşayanlarda öz anne ve babasıyla yaşayanlara göre erişkin dönemde obezite sıklığı ve çocukluk çağı travmalarına maruz kalma ihtimali yüksek bulunmuştur. Öz anne babası dışındaki kişilerle yaşayan çocukların

takiplerinde çocukluk çağı travmalarına maruz kalabilme ihtimali akılda tutularak yakın takibi önerilir.

Katılımcılardan yakınında obezite olanların ÇÇTÖ puanı medyan değeri olmayanlara göre istatistiksel anlamlı düzeyde daha yüksek saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Katılımcılardan 1. Derece yakınında psikiyatrik hastalığı olanların ÇÇTÖ puanının medyan değeri istatistiksel anlamlı düzeyde yüksek saptandı ( $p<0,05$ ).

Çalışmamızda katılımcılardan bekar olanlarda obezite görülme sıklığı evli ve boşanmış/dul olanlara göre istatistiksel anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır ( $p<0,01$ ). Evlilik, özellikle kadınlarda obezite açısından risk oluşturmaktadır. Bu durumun oluşumunda doğum sayısı, doğum sonrası kilolardan kurtulamama, sorumluluklarının artması nedeniyle fiziksel aktiviteye zaman ayıramama gibi birçok faktör etkileyebilir. En önemli özelliklerinden biri koruyucu hekimlik olan aile hekimliklerinde evlilik için başvuran kadınlarda, hamile ya da yeni doğum yapmış kadınlarda yakın kilo takipleri, egzersiz ve diyet tavsiye edilerek önlem alınması önerilir.

Katılımcıların egzersiz alışkanlıkları incelendiğinde haftada 1-2 gün egzersiz yapanlarda obezite sıklığı egzersiz yapmayanlara göre istatistiksel anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır ( $p<0,01$ ). Dünya genelinde fiziksel aktivitede azalmalar obezite için risk oluşturmaktadır. Aile hekimliğine başvuran egzersiz yapmaya uygun hastalarda önerilerde bulunularak günlük hayattaki fiziksel aktivite düzeyinde artış yapılması hedeflenebilir.

Dünya ve ülkemizde, obezitedeki hızlı artış göz önüne alındığında, çocukluk travmatik deneyimlerinin yetişkinlikte diğer hastalıklarla birlikte obeziteyle ilişkili olduğu belirtiliyor. Bu nedenle, tedavisinde çok disiplinli yaklaşımlar gereklidir; bu açıdan, hem aile içi hem de çevresel eğitim modelleri aracılığıyla çocukluk fiziksel ve zihinsel travmalar azaltılabilir. Ancak çocukluk travmaları ve obezitesiyle ilgili mekanizmalar veya diğer ilgili rahatsızlıklar hakkında açık bir bilgi yoktur. Bu yüzden daha geniş çaplı araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Koruyucu hekimlik ve bütüncül yaklaşım temelli olan aile hekimliklerinde kronik bir hastalık olan obezitenin risk faktörlerinin tespit edilmesi ile gerekli önlemlerin alınması çok önemlidir.

## KAYNAKLAR

- [1] S. U. Hakan KAYAR, "Obezite ve Tedavisi[#207972]-182768.pdf." Mersin Üniv Sağlık Bilim Dergisi, p. 8, 2013.
- [2] H. Mutlu, V. Bilgiç, S. Erten, Ş. Aras, and M. Tayfur, "Evaluation of the Relationship between Childhood Traumas and Adulthood Obesity Development," *Ecol. Food Nutr.*, vol. 55, no. 4, 2016, doi: 10.1080/03670244.2016.1198791.
- [3] T. Yılmaz, A. Gülücü, and H. Demirci, "The role of childhood traumas in adult obesity," *Anatol. J. Psychiatry*, vol. 21, no. 0, p. 1, 2019, doi: 10.5455/apd.58955.
- [4] A. E. Berens, S. K. G. Jensen, and C. A. Nelson, "Biological embedding of childhood adversity: From physiological mechanisms to clinical implications," *BMC Med.*, vol. 15, no. 1, pp. 1–12, 2017, doi: 10.1186/s12916-017-0895-4.
- [5] G. F. Çelik Helvacı and Ç. Hocaoğlu, "Çocukluk Çağı Travmaları: Bir Gözden Geçirme Childhood Traumas: A Review Hitit Üniversitesi Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, Çorum 2 Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Rize Çiçek Hocaoğlu," vol. 8, no. 4, pp. 695–711, 2018, [Online]. Available: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/613400>
- [6] A. D. Argenio, C. Mazzi, L. Pecchioli, G. Di, A. Siracusano, and A. Troisi, "Physiology & Behavior Early trauma and adult obesity : Is psychological dysfunction the mediating mechanism ?," *Physiol. Behav.*, vol. 98, no. 5, pp. 543–546, 2009, doi: 10.1016/j.physbeh.2009.08.010.
- [7] S. H. U. Z. Jiang, W. E. N. Lu, X. U. E. F. Zong, H. Y. U. N. Ruan, and Y. I. Liu, "Obesity and hypertension ( Review )," pp. 2395–2399, 2016, doi: 10.3892/etm.2016.3667.
- [8] D. D. S. K. P. D. İ. S. D. V. Y. D. D. A. N. İ. E. Sabuncu, Prof. Dr. Tefik, Prof. Dr. Fahri Bayram, *OBEZİTE TANI ve TEDAVİ KILAVUZU 2019*. 2019.
- [9] N. Dr. Thomas Wadden, Dr. Walter Pories, Dr. Steven Blair, Dr. Van S. Hubbard, "The Practical Guide Identification , Evaluation , and Treatment of Overweight and Obesity in Adults sto," p. 628, 2000.
- [10] M. S. Mundi *et al.*, "Associations Between Experience of Early," *Mayo Clin. Proc.*, vol. 96, no. 2, pp. 408–419, 2021, doi: 10.1016/j.mayocp.2020.05.049.
- [11] T. H. E. Present, "Obesity Pathophysiology and Management," *J. Am. Coll. Cardiol.*, vol. 71, no. 1, 2018, doi: 10.1016/j.jacc.2017.11.011.



- [12] D. A. Wiss and T. D. Brewerton, "Adverse Childhood Experiences and Adult Obesity: A Systematic Review of Plausible Mechanisms and Meta-Analysis of Cross-Sectional Studies," *Physiol. Behav.*, vol. 223, no. November 2019, p. 112964, 2020, doi: 10.1016/j.physbeh.2020.112964.
- [13] T. N. England, "BODY-MASS INDEX AND MORTALITY IN A PROSPECTIVE COHORT," pp. 1097–1105, 1999.
- [14] R. J. G. F. Xavier Pi-Sunyer, F. Xavier Pi-Sunyer, Claude Bouchard, Richard A. Carleton, Graham A. Colditz, William H. Dietz, John P. Foreyt, "THE IDENTIFICATION , EVALUATION , AND TREATMENT OF OVERWEIGHT AND OBESITY IN ADULTS," *Natl. INSTITUTES Heal.*, vol. 228, 1998.
- [15] W. T. Cefalu *et al.*, "Advances in the Science , Treatment , and Prevention of the Disease of Obesity : Ref lections From a Diabetes Care Editors ' Expert Forum," vol. 38, no. August, pp. 1567–1582, 2015, doi: 10.2337/dc15-1081.
- [16] S. G. Yaşar Tıraşçı, "Çocuk İstismarı ve İhmali," *Dicle Tıp Derg.*, vol. 74, 2007.
- [17] W. W. en Chu and N. F. Chu, "Adverse childhood experiences and development of obesity and diabetes in adulthood—A mini review," *Obes. Res. Clin. Pract.*, vol. 15, no. 2, pp. 101–105, 2021, doi: 10.1016/j.orcp.2020.12.010.
- [18] S. Gel, M. Enst, D. Kl, S. Tez, and A. T. Dan, "OBEZ BİREYLERDE PROBLEMLİ YEME DAVRANIŞLARI VE ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ," *İstanbul Gelişim Üniversitesi Sos. Bilim. Enstitüsü*, p. 97, 2018.
- [19] J. I. Herzog and C. Schmahl, "Adverse childhood experiences and the consequences on neurobiological, psychosocial, and somatic conditions across the lifespan," *Front. Psychiatry*, vol. 9, no. SEP, pp. 1–8, 2018, doi: 10.3389/fpsyt.2018.00420.
- [20] K. Hughes *et al.*, "The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis," *Lancet Public Heal.*, vol. 2, no. 8, pp. e356–e366, 2017, doi: 10.1016/S2468-2667(17)30118-4.
- [21] D. A. Wiss and T. D. Brewerton, "Physiology & Behavior Adverse Childhood Experiences and Adult Obesity : A Systematic Review of Plausible Mechanisms and Meta-Analysis of Cross-Sectional Studies," *Physiol. Behav.*, vol. 223, no. May, p. 112964, 2020, doi: 10.1016/j.physbeh.2020.112964.
- [22] B. Lueger-schuster, M. Knepfel, T. M. Glück, R. Jagsch, V. Kantor, and D. Weindl, "Child Abuse & Neglect Child abuse and neglect in institutional settings , cumulative lifetime traumatization , and psychopathological long-term correlates in adult survivors : The Vienna

- Institutional Abuse Study,” *Child Abuse Negl.*, vol. 76, no. December 2017, pp. 488–501, 2018, doi: 10.1016/j.chiabu.2017.12.009.
- [23] İ. A. G. Özet Zeynep UĞURLU, “International Journal of Social and Educational Sciences Uluslararası Sosyal ve Eğitim Bilimleri Dergisi Cilt : 1 Sayı : 1 / Volume : 1 Sayı : 1,” *Int. J. Soc. Educ. Sci. Uluslararası Sos. ve Eğitim Bilim. Derg.*, pp. 1–24, 2014.
- [24] D. Kennedy, “The Obesity Epidemic,” vol. 304, no. June, 2004, doi: 10.1126/science.304.5676.1413.
- [25] A. V. Y. H. ONAT, *Tekharf 2017*. 2017.
- [26] K. L. Rennie and S. A. Jebb, “National Prevalence of Obesity Prevalence of obesity in Great Britain,” no. 5, pp. 11–12, 2005.
- [27] P. D. İ. Satman, “TURDEP-II: Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrin Hastalıklar Prevalans Çalışması,” *ürkiye Endokrinol. ve Metab. Hast. Kongresi.*, vol. 64, pp. 5–7, 2013.
- [28] O. Article, “Housewives ’ Obesity Determinant Factors in Iran ; National Survey - Stepwise Approach to Surveillance,” vol. 40, no. 2, pp. 87–95, 2011.
- [29] J. K. Gu *et al.*, “Prevalence of Obesity by Occupation Among US Workers,” *Natl. Heal. Interview Surv.*, vol. 56, no. 5, 2014, doi: 10.1097/JOM.0000000000000133.
- [30] N. Arslan, “Obesity in adults in Turkey : age and regional effects,” *Eur. J. Public Health*, vol. 19, no. 1, pp. 91–94, 2008, doi: 10.1093/eurpub/ckn107.
- [31] J. Sobal, “STATUS , FATNESS AND OBESITY,” vol. 35, no. 7, pp. 915–923, 1992.
- [32] Y. Kim, “Economics and Human Biology The long-run effect of education on obesity in the US,” *Econ. Hum. Biol.*, vol. 21, no. 2016, pp. 100–109, 2020, doi: 10.1016/j.ehb.2015.12.003.
- [33] A. K. Cohen, D. H. Rehkopf, J. Deardorff, and B. Abrams, “Social Science & Medicine Education and obesity at age 40 among American adults,” *Soc. Sci. Med.*, vol. 78, pp. 34–41, 2013, doi: 10.1016/j.socscimed.2012.11.025.
- [34] G. D. Dinsa, Y. Goryakin, E. Fumagalli, and M. Suhrcke, “Obesity and socioeconomic status in developing countries : a systematic review,” *Int. Assoc. Study Obes.*, no. November, pp. 1067–1079, 2012, doi: 10.1111/j.1467-789X.2012.01017.x.
- [35] S. Paeratakul, J. C. Lovejoy, D. H. Ryan, and G. A. Bray, “The relation of gender , race and socioeconomic status to obesity and obesity comorbidities in a sample of US adults,” pp. 1205–1210, 2002, doi: 10.1038/sj.ijo.0802026.

- [36] T. Bhurosy and R. Jeewon, "Overweight and Obesity Epidemic in Developing Countries : A Problem with Diet , Physical Activity , or Socioeconomic Status ?," vol. 2014, 2014.
- [37] A. M. Prentice, "The emerging epidemic of obesity in developing countries," no. December 2005, pp. 93–99, 2006, doi: 10.1093/ije/dyi272.
- [38] T. Yu *et al.*, "Association of number of siblings , birth order , and thinness in 3- to 12-year-old children : a population-based cross-sectional study in Shanghai , China," pp. 1–13, 2020.
- [39] C. Potter *et al.*, "Associations between number of siblings, birth order, eating rate and adiposity in children and adults," 2021, doi: 10.1111/cob.12438.
- [40] C. M. Grilo and R. M. Masheb, "Childhood Psychological , Physical , and Sexual Maltreatment in Outpatients with Binge Eating Disorder : Frequency and Associations with Gender , Obesity , and Eating-Related Psychopathology".
- [41] L. Angeles, L. Angeles, B. Veterans, A. Medical, L. Angeles, and C. T. Reading, "Relation of Childhood Socioeconomic Status and Family Environment to Adult Metabolic Functioning in the CARDIA Study," vol. 854, pp. 846–854, 2005, doi: 10.1097/01.psy.0000188443.48405.eb.
- [42] T. Bentley and C. S. Widom, "A 30-year Follow-up of the Effects of Child Abuse and Neglect on Obesity in Adulthood," *Obesity*, vol. 17, no. 10, pp. 1900–1905, 2009, doi: 10.1038/oby.2009.160.
- [43] F. Amianto *et al.*, "Childhood emotional abuse and neglect in obese patients with and without binge eating disorder : Personality and psychopathology correlates in adulthood .," *Psychiatry Res.*, vol. 269, no. November 2017, pp. 692–699, 2018, doi: 10.1016/j.psychres.2018.08.089.
- [44] D. S. Bennett, M. W. Sullivan, S. M. Thompson, and M. Lewis, "Early Child Neglect : Does It Predict Obesity or Underweight in Later Childhood ?," pp. 1–5, 2010, doi: 10.1177/1077559510363730.
- [45] M. W. Wiederman, R. A. Sansone, and L. A. Sansone, "Obesity Among Sexually Abused Women : An Adaptive Function for Some ? Obesity Among Sexually Abused Women : An Adaptive Function for Some ?," no. November 2014, pp. 37–41, doi: 10.1300/J013v29n01.
- [46] K. King and M. Clark, "History of sexual abuse and obesity treatment outcome teresa," vol. 21, no. 3, pp. 283–290, 1996.
- [47] V. Felitti, "CHILDHOOD SEXUAL ABUSE, DEPRESSION, AND FAMILY DYSFUNCTION IN ADULT OBESE PATIENTS."
- [48] C. L. Pederson, "Childhood emotional neglect related to posttraumatic stress disorder

symptoms and body mass index in adult women 1,2,” pp. 111–126, 2009, doi:  
10.2466/PRO.105.1.111-126.



## EKLER

### Ek 1 Kullanılan Anket

# ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARININ ERİŞKİN DÖNEMDEKİ OBEZİTE İLE İLİŞKİSİ

BU ÇALIŞMAYA 18 YAŞ ÜSTÜ GEBE OLMAYAN OBEZ/NORMAL KİLOLU KİŞİLER  
KATILABİLİR.

1) Bu çalışmaya katılmaya onam veriyorum.

Evet

2) Yaşınız?

.....

3) Cinsiyetiniz?

Kadın

Erkek

4) Kilonuz? (kg cinsinden)

.....

5) Boyunuz? (santimetre cinsinden ÖRN: 160 cm )

.....

6) Medeni durumunuz?

Evli

Bekar

Boşanmış / dul

7) Eğitim durumunuz?

Okur-yazar değil

İlköğretim/ortaokul

Lise

Üniversite

Yüksek lisans

8) Çalışıyor musunuz?

Evet

Hayır

9) Aylık geliriniz nedir?

0-4300 tl

4300-8000 tl

>8000 tl

10) Sigara kullanıyor musunuz?

- Evet  Bıraktım/eski kullanıcı  Hayır

11) Alkol kullanıyor musunuz?

- Evet  Hayır

12) Çocukken kiminle yaşadınız ?

- Öz anne ve babam ile  
 Üvey anne/baba ile ( anne veya babadan biri üvey ise bu seçeneği işaretleyiniz)  
 Aile dışı kişilerle  Yurtta  Diğer

13) Kaç kardeşsiniz?

.....

14) Tanı konmuş bir psikiyatrik rahatsızlığınız var mı ? ( cevabınız hayır ise 15. soruyu cevaplamayınız.)

- Evet  Hayır

15) Yukarıdaki soruya evet cevabını verdiyseniz hangi psikiyatrik hastalık/hastalıklar olduğunu lütfen işaretleyiniz.

- Depresyon  Bipolar bozukluk  Şizofreni  Panik atak/ Kaygı bozukluğu  
 Yeme bozuklukları (anoreksiya nervoza , bulimiya nervoza, tıknırcasına yeme bozukluğu)  
 Obsesif kompulsif bozukluk  Diğer

16) Kullandığınız psikiyatri ilacı/ilaçları var mı?

- Hayır  Önceden kullanıyordum, bıraktım  Evet şuan kullanıyorum

17) Hiç intihar teşebbüsünde bulundunuz mu ?

- Evet  Hayır

18) 1. derece akrabalarınızda (anne-baba-çocuk) tanısı konmuş psikiyatrik hastalık/hastalıklar var mı?

- Evet  Hayır

19) Kronik hastalığınız var mı? (cevabınız hayır ise 20. soruyu geçiniz.)

- Evet  Hayır

20) Kronik hastalığınız var ise lütfen işaretleyiniz.

- Yüksek tansiyon  Şeker hastalığı  Kalp hastalığı  
 Kolesterol yüksekliği  Kanser  Diğer:

21) Çocukluk döneminde yaşıtlarınıza göre fazla kilolu olma/obezite probleminiz var mıydı?

- Evet  Hayır

22) 1. derece akrabalarınızda obezite var mı?

- Anne / Baba  Kardeş  Çocuk  Hala/Teyze/Amca/Dayı  Yok

23) Düzenli tempolu yürüyüş / egzersiz yapma alışkanlığınız var mı ?

- Düzenli egzersiz yapmam.  Evet-Haftada 1-2 gün  
 Evet-Haftada 3-4 gün  Evet-haftada 5 gün ve daha fazla

24) Aşağıdakilerden birisi/birilerini ÇOCUKLUK DÖNEMİNDE yaşadıysanız lütfen işaretleyiniz. (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- Ciddi hastalık, ameliyat öyküsü  
 Aile üyesinin evden ayrılması, anne-babanın boşanması  
 Aile üyelerinden birinin kaybı  
 Sürekli uyuşturucu kullanımı  
 Diğer travmatik olaylar (trafik kazası, yangın, doğal afet , sakatlık/yaralanma)  
 Yukarıdaki herhangi bir durumu yaşamadım.

25) Üzütülü veya mutluyken yemek yeme durumunuz nasıldır?

	Hiçbir zaman	Bazen	Çok sık
1) Üzgünken iştahım azalır.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2) Üzgünken iştahım artar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3) Mutluyken iştahım azalır.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4) Mutluyken iştahım artar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5) Yemek yeme durumum ruh halimden etkilenmez.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

26) Bu sorular çocukluğunuzda ve ilk gençliğinizde (20 yaşından önce) başınıza gelmiş olabilecek bazı olaylar hakkındadır. Her bir soru için sizin durumunuza uyan rakamı işaretleyiniz. Sorulardan bazıları özel yaşamınızla ilgilidir; lütfen elinizden geldiğince gerçeğe uygun yanıt veriniz. Yanıtlarınız gizli tutulacaktır. 1-hiçbir zaman 2-Nadiren 3-kimi zaman 4- Sık olarak 5- Çok sık . ÇOCUKLUĞUMDA VE İLK GENÇLİĞİMDE ...

	Hiçbir Zaman	Nadiren	Kimi zaman	Sık olarak	Çok sık
1) Evde yeterli yemek olmadığında aç kalırdım.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2) Benim bakımımı ve güvenliğimi üstlenen birinin olduğunu biliyordum.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3) Ailedekiler bana "salak" , "beceriksiz" , ya da "tipsiz" gibi sıfatlarla seslenirlerdi.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4) Annem ve babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur ya da uyuşturucu alırlardı.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5) Ailemde önemli ve özel biri olduğum duygusunu hissetmeme yardımcı olan biri vardı.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



	Hiçbir Zaman	Nadiren	Kimi zaman	Sık olarak	Çok sık
6) Yırtık, sökük ya da kirli giysiler içerisinde dolaşmak zorunda kalırdım.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7) Sevdiğimi hissediyorum	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8) Anne ve babamın benim doğmuş olmamı istemediklerini düşünüyordum.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9) Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora ya da hastaneye gitmem gerekmişti.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10) Ailemde başka türlü olmasını istediğim bir şey yoktu.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11) Ailedekiler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı ya da sıyrıklar oluyordu.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12) Kayış, sopa, kordon ya da başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13) Ailedekiler birbirlerine ilgi gösterirlerdi.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14) Ailedekiler bana kırıcı ya da saldırganca sözler söylerlerdi.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15) Vücutça kötüye kullanılmış olduğuma (dövülme, itilip kakılma vb.) inanıyorum.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Hiçbir Zaman	Nadiren	Kimi zaman	Sık olarak	Çok sık
16) Çocukluğum mükemmeldi.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17) Bana o kadar kötü vuruluyor ya da dövülüyordum ki öğretmen, komşu ya da bir doktorun bunu fark ettiği oluyordu.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18) Ailemde birisi benden nefret ederdi.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19) Ailemdekiler Kendilerini Birbirlerine yakın hissederlerdi.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20) Birisi bana cinsel amaçla dokundu ya da kendisine dokunmamı istedi.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21) Kendisi ile cinsel temas kurmadığım takdirde beni yaralamakla ya da benim hakkımda yalanlar söylemekle tehdit eden birisi vardı.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22) Benim ailem dünyanın en iyisiydi.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23) Birisi beni cinsel şeyler yapmaya ya da cinsel şeylere bakmaya zorladı.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Hiçbir Zaman	Nadiren	Kimi zaman	Sık olarak	Çok sık
24) Birisi bana cinsel tacizde bulundu.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25) Duygusal bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma (hakaret, aşağılama vb.) inanıyorum.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26) İhtiyacım olduğunda beni doktora götürecek birisi vardı.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27) Cinsel bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28) Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

