



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KİLOLU VE OBEZ KADINLARDA
OBEZİTE VE BENLİK SAYGISI İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

NEVRA YÜCEL
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Yrd.Doç. Dr. AHMET TOPUZOĞLU

İSTANBUL -2008

TEZ ONAYI

Kurum : Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Programın seviyesi : Yüksek Lisans (x) Doktora ()

Anabilim Dalı : Halk Sağlığı

Tez Sahibi : Nevra YÜCEL

Tez Başlığı : Kilolu ve Obez Kadınlarda Obezite ve Benlik Saygısı İlişkisinin Değerlendirilmesi

Sınav Yeri : Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Haydarpaşa Kampüsü

Sınav Tarihi : 22 Mayıs 2008

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans/Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

Danışman (Unvan, Adı, Soyadı)

Yrd.Doç.Dr. Ahmet TOPUZOĞLU

Kurumu

Marmara Üniversitesi Tıp
Fakültesi

İmza



Sınav Jüri Üyeleri (Unvan, Adı, Soyadı)

Prof.Dr. Melda KARAVUŞ

Marmara Üniversitesi Tıp
Fakültesi

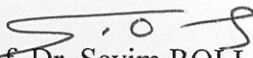


Prof.Dr. Selma KARABEY

İstanbul Üniversitesi Çapa Tıp
Fakültesi



Yukarıdaki jüri kararı Enstitü yönetim Kurulu'nun 19/06/2008 tarih ve 4. sayılı kararı ile onaylanmıştır.


Prof. Dr. Sevim ROLLAS

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

22 Mayıs 2008

Nevra YÜCEL (İmza)

TEŐEKKÜR

Bu çalışmanın planlanmasından sonuçlanmasına kadar geçen süreç boyunca değerli katkılarını hiçbir zaman esirgemeyen danışman hocam, Sayın Yrd.Doç.Dr. Ahmet Topuzoğlu'na, Anabilim Dalı Baőkanımız Sayın Prof.Dr. Melda Karavuş'a ve daima beni destekleyen aileme teőekkürlerimi sunuyorum.

Çalışma döneminin çeşitli aőamalarında doğrudan ya da dolaylı katkısını gördüğüm tüm klinik arkadaőlarıma da içtenlikle teőekkür ediyorum.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa no
1. ÖZET.....	1
2. SUMMARY.....	2
3. GİRİŞ ve AMAÇ.....	3
4. GENEL BİLGİLER.....	5
4.1. Aşırı Kilo ve Obezitenin Tanımı.....	5
4.2. Obezite tipleri.....	5
4.3. Obezitenin epidemiyolojisi.....	6
4.4. Obezitenin Etiyolojisi.....	9
4.4.1. Genetik.....	10
4.4.2. Beslenme alışkanlıkları.....	12
4.4.3. Fiziksel aktivite.....	14
4.4.4. Sosyoekonomik-kültürel düzey.....	15
4.4.5. Yaş.....	15
4.4.6. Cinsiyet.....	16
4.4.7. İlaçlar.....	16
4.4.8. Sigara.....	16
4.4.9. Stres.....	16
4.4.10. Psikolojik durum.....	17
4.5. Obezitenin değerlendirilmesinde kullanılan ölçüm yöntemleri.....	19
4.5.1. Vücut ağırlığı ve boy uzunluğu.....	19
4.5.1.1. Beden kitle indeksi (BKI).....	20
4.5.1.2. Vücut ağırlığı ve yaş.....	20
4.5.2. Vücut yağının saptanması.....	21
4.5.2.1. Deri kıvrım kalınlığının (DKK) ölçülmesi.....	21
4.5.2.2. Üst orta kol yağ alanının saptanması.....	21
4.5.2.3. Bel-kalça oranının saptanması.....	21
4.5.2.4. Bel çevresi ölçümü.....	22
4.5.2.5. Labratuvar yöntemlerle vücut bileşiminin saptanması.....	22
4.5.3. Yağsız vücut kitlesinin saptanması.....	24
4.6. Obezitede komplikasyonlar.....	24

4.6.1. Mortalite	25
4.6.2. Morbidite	25
4.7. Benlik saygısı ve obezite	26
4.7.1. Benlik kavramı	26
4.7.2. Benlik değeri	28
4.7.3. Benlik saygısı	28
4.8. Erişkin obezitesinde tedavi	33
4.8.1. Diyet tedavisi	33
4.8.2. Davranış tedavisi	34
4.8.3. Egzersiz tedavisi	35
4.8.4. İlaç tedavisi	36
4.8.5. Cerrahi tedavi	37
4.9. Obezitenin önlenmesi	37
5. YÖNTEM	39
5.1. Örneklem Grubu	39
5.2. Gereç	40
5.3. Uygulama	42
5.4. İstatistiksel değerlendirme	42
6. BULGULAR	43
7. TARTIŞMA ve SONUÇ	50
8. EKLER	57
9. KAYNAKLAR	64
10. ÖZGEÇMİŞ	73
11. ETİK KURUL ONAYI	76

KISALTMALAR ve SİMGELER

Kısaltmalar

Açıklama

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
BIA	Biyoelektriksel Empedans Analizi
BKİ	Beden Kitle İndeksi
BT	Bilgisayarlı Tomografi
CART	Kokain ve Amfetamin ile Regüle Transkript
DEXA	Dual Enerji X-Işın Absorbsiyometresi
DM	Diyabetes mellitus
DPT	Devlet Planlama Teşkilatı
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
HDL	Yüksek Dansiteli Lipoprotein
HT	Hipertansiyon
KKH	Koroner Kalp Hastalığı
LDL	Düşük Dansiteli Lipoprotein
MRG	Magnetik Rezonans Görüntüleme
NHANES	National Health and Nutrition Examination Survey (Ulusal Sağlık ve Beslenme İnceleme Kurulu)
TEKHARF	Türkiye’de Erişkinlerde Kalp Hastalığı Risk Faktörleri
TNSA	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
TOBEC	Total Vücut Elektrik Geçirgenliği
TURDEP	Türkiye Diyabet Epidemiyolojisi Çalışması

Simgeler

Açıklama

P<0.05

İstatistiksel anlamlılık

TABLolar LİSTESİ

	Sayfa no
Tablo1: Amerika’da 20-74 yas arası, NHANES II-III ve NHANES1999-2002 yılı Aşırı Kilolu ve Obezite ile Obezite Prevalansı.....	7
Tablo2: Obeziteye neden olan etiyojik faktörler.....	10
Tablo3: Yetişkinlerde Beden Kitle İndeksine Göre Vücut Ağırlığının Değerlendirilmesi	20
Tablo4: Cinsiyete Göre Bel Çevresi Ölçümü Risk Düzeyleri	22
Tablo5: Kadın ve Erkeklerde Vücut Yağ Miktarına Göre Obezite Kriterleri .	23
Tablo6: Katılımcıların medeni hallerinin, sosyoekonomik statülerinin ve yaş gruplarının aşırı kilolu-obez olmalarına göre dağılımı.....	43
Tablo7: Katılımcıların sosyoekonomik statüleri ve benlik puanlarına göre dağılımı.....	44
Tablo8: Katılımcıların yaş grupları ve benlik puanlarına göre dağılımı.....	44
Tablo9: Katılımcıların medeni durumları ve benlik puanlarına göre dağılımı...	45
Tablo10: Katılımcıların normal ve aşırı kilolu-obez olmaya göre benlik puanlarının dağılımı	45
Tablo11: Katılımcıların kendilik kavramı sürekliliğinin, güven duygusunun, eleştiriye duyarlılığının, depresif duygulanımının, hayalperestliğinin ve tehdit hissetme duygusunun aşırı kilolu-obez olmalarına göre dağılımı.....	46
Tablo12: Katılımcılarda anne-baba ilgisinin aşırı kilolu-obez olmalarına göre dağılımı.....	47
Tablo13: Katılımcılarda baba ilgisinin aşırı kilolu-obez olmalarına göre dağılımı.....	47
Tablo14: Katılımcılarda psişik izolasyonun aşırı kilolu-obez olmalarına göre dağılımı.....	48
Tablo15: Katılımcıların psikosomatik puanlarının aşırı kilolu-obez olmalarına göre dağılımı.....	48

ŞEKİLLER LİSTESİ

	Sayfa no
Şekil 1. Normal ve aşırı kilolu.....	45
Şekil 2. Normal ve aşırı kilolu.....	49

1. ÖZET

Obezite, yaşam kalitesi ve süresini olumsuz yönde etkileyen bir hastalık olup yüzyılımızın en önemli sağlık sorunudur. Obezitenin tedavisinde psikososyal iyilik halinin etkili olduğu düşünülmektedir. Bu araştırmada aşırı kilolu ve obez kadınlarda benlik saygısının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Çalışmaya 86 aşırı kilolu-obez ($BKİ>25$) ve 84 normal kiloda ($BKİ=20-25$) olmak üzere toplam 170 kadın alınmıştır. Araştırmaya alınan kadınlara sosyodemografik anket formu ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği uygulanmıştır. Benlik saygısını ölçmeye yönelik olarak, ölçeğin ilk "10" maddesi kullanılmaktadır. Ancak katılımcılara 63 soruluk anket formu doldurtturularak benlik saygısı ile beraber diğer alt kategoriler hakkında da bilgi edinilmiştir.

Bu çalışmanın sonuçlarına bakıldığında evli olmak ($p<0,001$), alt sosyoekonomik statüde bulunmak ($p<0,001$), ileri yaşta olmak ($p<0,001$) aşırı kilo-obezitesi olanlarda normal kilolulara göre anlamlı bir farkla daha fazla gözleniyordu. Bununla beraber evli olan ($p=0,027$), alt sosyoekonomik statüde bulunan ($p<0,001$) aşırı kilolu-obez olanlarda benlik saygısı anlamlı bir farkla daha düşüktü. Aşırı kilolu-obez olanlarda benlik saygısı ($p<0,001$), kendilik kavramı sürekliliği ($p=0,009$) normal kiloda olanlara göre daha düşük görülürken; eleştiriye duyarlılık ($p=0,001$), tehdit hissi hissetme ($p=0,005$) ve psikosomatik belirtiler ($p=0,002$) daha yüksek görülmüştür. Güven duygusunun düşük veya yüksek olması, hayalperestlik, anne-baba ilgisinin varlığı, baba ilgisinin varlığı ve psişik izolasyon ile kilo durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur.

Sonuç olarak bu çalışmada aşırı kilolu-obez kadınlarda benlik saygısı normal kiloda olan kadınlara göre daha düşük bulunmuştur. Obezite tedavisinde esas olarak psikolojik yaklaşım güncelleştirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Beden Kitle İndeksi, Benlik saygısı, Davranış Tedavisi, Obezite, Psikolojik Belirtiler.

2. SUMMARY

Evaluation of Relation Between Self Esteem and Obesity in Obese and Overweight Women

The obesity is the most important health problem that has negative effects on life quality and life span. As a treatment of obesity has been thought that psychosocial well being is effective. In aim of this study is to evaluate the self esteem in overweight and obese women.

86 overweight-obese women (BMI>25) and 84 normal weight women (BMI=20-25) were recruited in to study. A sosyodemographic questionnaire and Rosenberg Self Esteem Scale were administered to all participants. First “10” statements of the scale was used for determining the self esteem. In this context, other part of questionnaire was also administered to collect data about different behavioral subcategories in addition to self esteem.

In this study we found statistically significant relation between being married ($p<0,001$), lower socioeconomic status ($p<0,001$), increased age and overweight-obesity. There was also a significant relation between being married, lower socioeconomic status and low self esteem. In overweight-obese women's self esteem ($p<0,001$) and self conception consistency ($p=0,009$) were lower than that in normal weight women, although sensitivity to criticism ($p=0,001$), feeling of threat ($p=0,005$) and psychosomatic symptoms frequency ($p=0,002$) were higher in overweight-obese group. There was no statistically significant relation between weight and self confidence, daydreaming, parents' care, father's care, psychic isolation.

In conclusion, the self esteem was found lower in overweight-obese women than the normal weight women. Psychological approach in obesity treatment must be updated.

Key Words: Behavioral Treatment, Body Mass Index, Obesity, Psychological Symptoms, Self Esteem.

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Obezite kelimesinin karşılığı olarak halk dilinde “şişmanlık“ terimi kullanılmaktadır (1). Obezite enerji alımı ve tüketimi arasındaki kronik dengesizlik sonucu gelişir (2). Tarih obez bireylere karşı var olan önyargının, yalnızca zayıflığa adeta tapınan bugünün toplumuna özgü bir özellik olmadığını göstermektedir. 12. yüzyılda bile Budistler obeziteyi ahlaki zaafın bir sonucu olarak damgalamışlardır (3). Aşırı kilo ve obezite terimleri bilimsel literatürde ve günlük yazışmalarda genellikle birbirlerinin yerine kullanılsa da, bu iki kavram farklıdır. Aşırı kilo boyuna ve yaşına göre standarttan daha kilolu olanları belirtirken, obezite aşırı vücut yağını belirtmektedir. Obezite düzeyi genellikle boyun karesine (metre olarak) göre normalleştirilen kilo (kg olarak) ölçümleri (beden kitle indeksi, BKİ) ile hesaplanmaktadır. $BKİ > 30 \text{ kg/m}^2$ olan erişkin obezitesi morbitide ve mortalite artışı ile ilişkilidir (4,5). Obezite ve fazla kilo erişkinlerde kardiyovasküler hastalıklar, bazı kanserler, diyabet ve mortalite için risk faktörleridir. Aşırı kilo ayrıca hipertansiyon, osteoartrit gibi bir çok kronik hastalığı da şiddetlendirir. Fiziksel sorunların yanı sıra birçok psikolojik ve psikososyal etkilerde yol açar. Psikolojik ve psikososyal faktörler en sonunda sağlığı ve genel durumu etkileyeceğinden obezitenin sosyal etkisi çok daha ileri boyutlardadır (6).

Obezite aynı zamanda mali yükü arttıran bir hastalıktır. Toplumun şişmanlığa karşı gösterdiği reaksiyon nedeniyle kişilerde anksiyete, depresyon, suçluluk duygusu, nefret ve somatik yakınmalar gelişebilir. Ayrıca, iş bulma güçlüğü, okul ve iş çevrelerince reddedilme gibi sosyal sorunlara neden olur (7). Obezitenin önlenmesi halk sağlığında öncelikli konular arasında olmalıdır (8).

Günümüzde beden ve ruh sağlığının bir bütün olduğu bilinmektedir. Genellikle obezitesi olan bireylerin tedaviye uyumunda ve kilo vermelerinde çeşitli zorluklarla karşılaşmaktadır. Bu güçlüklerde hastaların yaşadıkları psikososyal sorunların da etkili olduğu düşünülmektedir (9,10).

Fazla kilonun erkek ve kadınlarda genel popülasyondan farklı psikososyal etkilere yol açtığı görülmüştür (11). Özellikle kadınlar ve genç kızlar televizyon ve magazin yayınlarının empoze ettiği zayıflığa ulaşamayınca kendilerine öz saygılarını yitirmekte ve depresyona açık hale gelmektedirler (12).

Ülkemizde obezitenin psikososyal yönüyle ilgili erişkinlerde yapılmış çalışmalara ilgi artmaktadır. Çalışmalar tedavi için başvuran grubun daha çok psikososyal desteğe ihtiyacı olduğunu göstermektedir (13).

Bu çalışma ile kilolu ve obez kadınlarla normal vücut ağırlığına sahip kadınlar benlik saygısı bakımından değerlendirilmek istenmiş ve obezite ile benlik saygısı arasındaki ilişkinin tanımlanması amaçlanmıştır.

Diyet polikliniğine başvuran kilolu ve obez kadınların benlik saygısı yönünden kontrol grubuyla karşılaştırılması planlanmıştır.

Bu araştırmada:

Aşırı kilo ve obezite tedavisi için diyet polikliniğine başvuran kilolu ve obez kadınların, normal vücut ağırlığına sahip kadınlara göre daha düşük benlik saygısına sahip olacağı varsayımı araştırılmıştır.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. Aşırı Kilo Ve Obezitenin Tanımı

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) obeziteyi global bir epidemi olarak nitelemiştir (14). Obezite kültürel, sosyal, genetik, fizyolojik, davranışsal ve psikolojik faktörlerin kompleks etkileşimi sonucu oluşmaktadır (15) ve en basit ifade ile vücuttaki trigliserit formunda depolanan yağ fazlalığı olarak tanımlanabilir (16). Klinik olarak obeziteyi tanımlamak için erişkinlerde beden kitle indeksi (BKİ) kullanılır. 1997 yılında DSÖ, BKİ 25 üzerinde olanları aşırı kilolu, 30'un üzerinde olanları ise obez olarak tanımlamıştır (17).

Obezite; yaşam kalitesini bozucu nitelikte, birçok hastalığın oluşmasına sebep olan, kalıtsal ve toplumsal öneme sahip bir hastalıktır (18). Kronik hastalıkların gelişiminde ve ölüm oranlarında etkili olması nedeniyle sağlığı tehdit eden, mutlaka önlenmesi ve tedavi edilmesi gereken bir hastalık olarak kabul edilir (19,20).

Genellikle eş anlamlı kullanılsa da kilolu olmakla şişman olmak birbirinden farklı kavramlardır. Kilo, vücuttaki kas, kemik ve yağ dokusunun dahil olduğu toplam vücut ağırlığını ifade ederken, şişmanlık; özellikle vücudun yağ dokusundaki artışı tanımlamaktadır (21).

4.2. Obezite tipleri

Vücuttaki yağ birikimine göre iki tip obezite tanımlanmıştır:

1-Jinoid tip obezite

Gluteal ve femur üzerinde yağ toplanmasına jinoid tip, kadın tipi, periferik tip, armut tipi veya femoral obezite denilmektedir (22). Bu obezite tipi hiperplastik yani yağ hücre sayısı artışı ile birlikte olan obezitedir. Jinoid obezite ile venöz dolaşım bozuklukları arasında anlamlı bir ilişki varken, obeziteden kaynaklanan diğer komplikasyonlar ile arasında herhangi bir anlamlılık yoktur (23).

2-Android tip obezite

Her iki cinste de batın bölgesinde yağ toplanması (göbeklenme); android tip, erkek tipi, santral, abdominal, sentripedal, elma tipi veya visseral obezite olarak adlandırılır (22). Android obezitede yağ hücreleri büyümüştür. Yani hipertrofik bir

obezite tipidir (24). Hareketsizliliğin de etkisiyle Türk kadınlarında yağlanma hem basen bölgesinde hem de göbek çevresinde meydana gelmektedir (25).

4.3. Obezitenin epidemiyolojisi

Obezite erişkinleri ve çocukları etkileyen kronik bir hastalıktır. Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde obezite ve komplikasyonları sağlık problemlerinin başında gelmektedir. İnsan tarihi boyunca fazla kilo refah, sıhhat ve zenginlik belirtisi olarak kabul edilmiştir. Bununla birlikte günümüzde, yaşam standartlarının gittikçe yükselmesi, kişileri daha hareketsiz ve düzensiz bir yaşam tarzına yöneltmiş; yeryüzündeki tüm toplumlar için gittikçe büyüyen bir sağlık tehdidi olmasına yol açmıştır. Risk faktörlerinin önlenmesi ve tıbbi bakımdaki gelişmeler sonucu bu problemler azaltılabilmektedir. Risk faktörleri bireyin ve toplumun beslenme durumunun, sağlığı bozan faktörlerin saptanması ile ortaya çıkmaktadır (26).

Son yıllarda yapılan bazı çalışmalar, çocukluk çağı obezitesi prevalansının artmakta olduğunu göstermiştir. Ancak bu konuda beklenenden daha az veri bulunmaktadır ve bunun birinci nedeni, çocuklarda vücut yağı düzeylerinin basit ve kesin olarak belirlenmesinin güç olmasıdır (27).

Obezite her yaşta görülmektedir. Ancak tüm toplumlar için kabul edilen gerçek, yaşla birlikte obezitenin arttığı ve kadınlarda erkeklere oranla daha fazla görüldüğüdür (14). Obezite, her toplumun özelliklerine göre farklılık göstermektedir. Toplumun yeme alışkanlıkları, içinde yaşanılan ortam, çalışma koşulları ve genetik faktörler epidemiyolojiye etki eden faktörlerdir (28,29,30). Diğer taraftan “ince olma” ve beden görünümüne ilişkin zihinsel uğraşlar, batılı toplumların kültürel etkileri ve yeme bozukluklarının görülme oranlarının artması da obezitenin oluşumunda kısmen sorumludur (30).

DSÖ verilerine göre obezite prevalansı Batı Samoa ve Pasifik adalarında yüksek, Avrupa ülkelerinde ve Amerika Birleşik Devletlerinde (ABD) ise orta seviyededir. Daha az gelişmiş bölgelerde (Çin, Brezilya, Asya ülkelerinde) ise obezite prevalansı düşüktür (31).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), ulusal çalışmalardan elde ettiği en son verilere göre, Avrupa ülkelerinde obezite prevalansının erkeklerde %10-20, kadınlarda %10-25

arasında değiştiğini, ABD’de ise tüm kadınların %25’inin tüm erkeklerin ise %20’sinin obez olduğunu bildirmiştir (32).

İtalyan Ulusal Sağlık takibinde Avrupa’ daki obezite prevalansı erkeklerde %6-20, kadınlarda %6-30 aralığındadır. En yüksek oranlar doğuda Rusya, Doğu Almanya ve Çek Cumhuriyeti’nde, en düşük oranlar Orta Avrupa ve Akdeniz lkelerindedir. Kuzey Amerika’ da erkeklerin %20’ si, kadınların %25’ i obezdir. Kanada’da 1991 yılında bütün yetişkinlerin %15’i obezdir. İtalya 1994 yılında Avrupa’ daki en düşük obezite düzeyine sahip ülkedir. Japonya’ da 1993 yılında endüstrileşmiş bir ülke olarak obezite prevalansı %3’ n altındadır. Rusya’ da özellikle kadınlar arasında 1996 da nüfusunun %28’ i obezdir. İngiltere’ de 1980’den sonra obezite prevalansı erkeklerde %6’ dan %17’ ye, kadınlarda %6’ dan %20’ ye artış göstermiştir (33).

NHANES III (1988-1994) National Health and Nutrition Examination Survey (Ulusal Sağlık ve Beslenme İnceleme Kurulu) verilerine göre Amerika’ da 20-74 yaş arasında %59.3 fazla kilolu, %19.9 obez tespit edilmiştir (34).

Tablo 1: Amerika’ da 20-74 yaş arası NHANES II-III ve NHANES1999-2002 yılı Aşırı Kilolu ve Obezite ile Obezite Prevalansı

	Aşırı Kilolu ve Obezite %	Obezite %
NHANES II	47	15
NHANES III	56	23
NHANES 1999-2002	65	31

Ulusal sağlık ve gıda araştırma çalışmaları 1997 yılı verilerine göre Amerikalı erişkinlerin %55’ inin kilolu (BKİ>25), %22.5’ inin obez (BKİ>30) olduğunu açıklamıştır. Batı Avrupa’da orta yaşlı obezite prevalansı %15-20, Doğu Avrupa da bazı ülkelerde %40-50 kadar yüksek oranlarda grlmektedir (35). Amerika’da 1999 yılında 80 milyon şişman vardır. Bunların 60 milyonu erişkin, 15-20 milyonu ocuk ve adlesandır (19).

Amerika’da Hastalıkları nleme ve Kontrol Merkezinin(CDC) Davranış Risk Etmeni Srveyans Sistemi (Behavioral Risk Factor Surveillance System-BRFSS) alışması 1985 yılında birkaç eyalette sürdürülürken, 1990’da dört eyalette şişmanlık prevelansı %15-19 olarak bulunmuş ve %20’nin üzerinde prevelansa ise

rastlanmamıştır. 1995 yılında 50 eyalette prevalans % 20'den az iken, 2000 yılında 28 eyalette prevalans % 20'nin altında bulunmuştur. 2005 yılında ise sadece 4 eyalette prevalans % 20'nin altında, 17 eyalette \geq % 25 ve bunlardan 3'ünde (Louisiana, Mississippi ve West Virginia) \geq % 30 belirlenmiştir (36).

Ülkemizde de rakamlar obezitenin önemli bir sorun olmaya yüz tuttuğunu göstermektedir. 1998 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması'na göre kadınların % 33,4'ü hafif şişman-kilolu, % 18,8'i şişman bulunmuştur. 2003 TNSA sonuçlarına göre ise hafif şişman ve şişman olan kadınların sıklığı sırasıyla % 34,3 ve % 22,7'dir (36). Ülkemizde obezite sıklığı ile ilgili yapılmış çalışmalarda, sanayileşmiş ülkelerden bildirilen rakamlara yakın oranlar tesbit edilmiş ve obezite konusuna dikkat çekilmiştir (37).

Türkiye'deki obezite prevalansına ilişkin en geniş kapsamlı araştırma Türk Kalp Vakfı tarafından 1991 yılında yapılan 'Türkiye'de Erişkinlerde Kalp Hastalığı Risk Faktörleri (TEKHARF) çalışmasıdır. Bu çalışmanın bir bölümü olarak yürütülen obezite taramasında prevalans kadınlarda %28,5 , erkeklerde %9 olarak bulunmuş; 1995 yılında yapılan takip çalışmasında 25-44 yaş grubundaki kadınlarda ve 25-35 yaş grubundaki erkeklerde BKİ'nin önemli ölçüde artış gösterdiği saptanmıştır (38).

Obezite Araştırma Derneği ve TEK HARF'in 1997-1998 yıllarındaki çalışmalarında toplumumuzda BKİ >25 olanların oranı erkeklerde %18-20, kadınlarda %27-34 olarak bulunmuştur. BKİ >30 kg/m olan obezlerin oranı ise erkeklerde %24, kadınlarda %32 gibi yüksek değerler olarak tespit edilmiştir (19).

Kesitsel ve topluma dayalı olarak yürütülen bir çalışmada (TURDEP-Türkiye Diyabet Epidemiyolojisi Çalışması) yirmi yaş üzeri 24 788 kişide şişmanlık prevalansı %22,3 (Erkek: %12,9; Kadın: %29,9) oranında saptanmıştır. Bel çevresi > 80 cm ve üzerinde olan kadınların oranı % 49,2; bel çevresi >102 cm olan erkeklerin oranı ise % 17,2'dir (36). Ülkemizde 2000 yılında Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) Sağlık Özel İhtisas komisyonunun bölgesel araştırmalara dayalı olarak hazırladığı raporda yetişkin kadınların %33'ünün kilolu, %19'unun şişman, erkeklerin ise % 10'unun kilolu ya da obez olduğu bildirilmiştir (39).

Amerika Birleşik Devletlerinde obezitenin doğrudan maliyetinin 70 milyar dolar olduğu veya sağlık harcamalarının %7 sini kapsadığı tahmin edilmektedir. Diğer ülkelere bakıldığında Fransa ve Avustralya'da sağlık harcamalarının %2'sini,

Hollanda'da %4'ünü kapsamaktadır; ve obezite artık günümüzde kozmetik bir sorunun ötesinde bir hastalık olarak ele alınmaktadır (6).

Obezite ile ilgili harcamaların çoğu obezitenin neden olduğu fiziksel ve psikolojik hastalıklar ile ilgilidir ki bunların başında koroner kalp hastalıkları, diyabet, hipertansiyon ve bazı kanserler gelmektedir. Obeziteye bağlı en sık görülen psikolojik sorunlar ise klinik depresyon ve benlik saygısı düşüklüğüdür. Ayrıca toplumların obezlere yönelik önyargıları ve genel olumsuz bakış açısı bu grubun iş bulma gücünü yaşamasına, daha düşük ücretlerle çalışmak zorunda kalmalarına neden olarak obezitenin toplumsal maliyetini arttırmaktadır (40).

4.4. Obezitenin etiyolojisi

Bireyin sağlığının iyi olabilmesi için vücut bileşiminin kabul edilebilir vücut sınırları içinde tutulması gerekir. Bunun için enerji alımıyla harcanan enerji dengede olmalıdır. Enerji alımı harcanan enerjiden fazla olur ya da harcama azalırsa vücut ağırlığı artarak obezite meydana gelmektedir. Bunun tersine, enerji alımı harcanandan az olduğunda kilo kaybı görülmektedir (41).

Obezite temelde fiziksel inaktivite ve aşırı beslenmenin bir sonucu olmakla birlikte, bu iki faktörün ortaya çıkışını, dolayısıyla obezite oluşumunu kolaylaştıran bireysel ya da toplumsal olmak üzere pek çok faktörün de katkıları vardır. Çok sayıda epidemiyolojik çalışma yaş, cinsiyet, etnik köken, sosyo-kültürel faktörler (eğitim düzeyi, gelir, medeni durum), biyolojik faktörler, davranışsal faktörler (diyet, sigara, alkol tüketimi, fiziksel aktivite) gibi faktörlerin fazla kilo ve obezite gelişiminde rol oynadıklarını göstermiştir (42). Tüketilenden daha fazla enerji alınması obezitenin başlıca nedenidir. Obezitenin eşlik ettiği birçok hastalık ve sendromlar vardır. Bu hastalıkların bir bölümü hipotalamik ve hormonal kökenlidir. Bir diğer bölümünde aktivite azlığı sorumlu tutulmakta, bir çoğunda ise patogeneze bilinmemektedir (43). Obeziteye neden olan etiyolojik faktörler tabloda gösterilmiştir (36).

Tablo2: Obeziteye neden olan etiyolojik faktörler

Yatrojenik nedenler	Diyyete bağlı obezite	Nöroendokrin obezite
*İlaçlar ve hormon tedavileri *Hipotalamus cerrahisi	*Bebeklik döneminde yeme bozukluğu *İlerleyici hiperfajik obezite *Sık yemek yeme *Yağ içeriği yüksek yemekler *Aşırı yemek yeme	*Hipotalamik sendrom *Cushing sendromu *Hipotroidizm *İnsülinoma *Polikistik over sendromu *Hipogonadizm *Growth hormon yetmezliği *Psödohipoparatroidizm *Gece yeme sendromu *Binge eating (aşırı yeme epizodları)
Sosyal ve davranışlara bağlı	Psikolojik faktörler	Sedanter yaşam
*Sosyoekonomik faktörler *Etnik durum	*Mevsime bağlı duygusal bozukluklar *Emosyonel stres *Anksiyeteye bağlı aşırı yeme *Erken yaşta anne-baba kaybı	*Postoperatif inaktivite
Genetik obezite	Yaşlılık	
*Otozomal resesif *Otozomal dominant geçiş *X'e bağlı geçici ve kromozom anormallikleri	*Virüsler(?)	

4.4.1. Genetik

Son zamanlarda yapılan geniş epidemiyolojik çalışmalar, obezitenin genetik faktörlerden etkilendiğini göstermektedir. Aşırı kilolu ebeveynlerin çocukları da aşırı kilolu olma eğilimindedir. Bu durumun, çocuklar biyolojik ebeveynlerinden ayrı yetiştirildiklerinde de geçerli olması obezitenin genetik faktörlerine işaret eder (44).

Şişman ebeveynlerin çocukları şişman olmayanlarınkine nazaran daha fazla risk altındadırlar. Özellikle obez ebeveynlerin tek yumurta ikizleri obez olmayanlarınkine göre obez olmaya daha fazla yatkınlık gösterirler. Evlat edinilen çocukların BKİ konusunda biyolojik ebeveynlerine daha fazla benzedikleri ortaya konmuştur (45). Her iki ebeveyni obez olan çocuklarda obezite gelişme sıklığı %80, ebeveynlerinden birisi obez olanlar da %40, her iki ebeveyni de obez olmayanlarda ise %7 olarak

tespit edilmiştir (44). Birinci derece akrabalarda, obezite ya da aşırı kilo olduğunda obez olma riski "lambda coefficient" diye adlandırılan istatistik metotla hesaplanabilmektedir. Bu yöntem, biyolojik akraba obez olduğunda, diğer bireylerdeki obez olma risk oranını popülasyondaki risk ile karşılaştırmaktadır. Bu konuda yapılan bir araştırmada, 840 obez bireyin 2349 birinci derece akrabasından elde edilen risk oranlarının toplumdakinden iki kat fazla olduğu gösterilmiştir (46).

Kilo alma ile ilgili genler daha çok kilo almaya eğilimli ortamlara maruz kalan kişilerde kilo alma riskini artırırlar, kendileri direk olarak kilo almaya sebep olmazlar. Obezitenin genetik bağlantısı hakkında yapılan çalışmalarda obez fenotipi ile bağlantılı olabilecek bazı kromozomlar belirlenmiştir. Ancak son zamanlarda yapılan çalışmalar daha çok obezitenin gelişmesinde etken olabilecek tekil genler ve fonksiyonları üzerine yoğunlaşmıştır. Bu genlerden son dönemlerde popüler olanlar arasında Leptin üretiminde görev alan ob geni vardır. Bu gen 1994 yılında keşfedilmiştir. Leptin adipositler tarafından kana verilir, plazma konsantrasyonu vücutta bulunan yağ dokusu miktarı ile orantılıdır. Fakat henüz yağ kitlesinin mi yoksa yağ depolarındaki aktivitenin mi leptin sentez ve sekresyonunda etkili olduğu belirlenememiştir. Beyindeki leptin reseptörlerinin adipoz dokudan gelen bu sinyali yağ depolanmasına, enerji harcanmasını arttırarak veya besin alımını azaltarak engel olan düzenleyici bazı süreçlere çevirdiği düşünülmektedir. Bu mekanizmalara göre leptine bağlı obezite gelişiminde leptin reseptörlerinde bir rezistans veya leptin üretiminde bir azalma söz konusu olmalıdır. İnsanlarda konjenital leptin eksikliği yakın zamanda gösterilmiştir. Yakın zamanda yapılan başka bir araştırmada leptin tarafından regüle edilen ve tokluk hissi yaratan bir protein tanımlanmıştır. Bu proteine kokain ve amfetamin ile regüle transkript (CART) denilmektedir. Rekombinan teknoloji ile oluşturulan CART proteininin farelerde intraserebroventriküler enjeksiyonu, hem normal hem de açlıkla uyarılmış beslenmeyi ve neuropeptide Y (NPY) beslenme ile uyarılmış beslenme tepkisini tamamen bloke etmiştir. İleride yapılacak çalışmalar bu peptidin obezite tedavisinde kullanılmasını sağlayabilir. Leptin dışında prohormone convertase (PC1) geni, peroxisome proliferator-activated receptor α 2 geni (PPAR α 2), β 3-adrenerjik reseptörü, uncoupling protein (UCP) genleri ve insülin reseptör sustrat-1 (IRS-1) geni gibi genler üzerinde çalışmalar sürdürülmektedir. Ancak aile çalışmalarından

elde edilen sonuçlar obezite fenotipinin en fazla %30-50 oranında kalıtımla geçebileceğini ve vücut yağ kitlesine etki eden majör faktörlerden enerji alımı ve enerji sarfiyatına genetik temellerin etki ettiğini ve diyet değişikliklerine verilen cevabın genetik faktörlerle belirlendiğini gösterse de genetik nedenlerin obezitede görülen prevalans artışını açıklamaları zordur. Çünkü dünyada var olan gen havuzu göreceli olarak sabit kalmıştır. Son yirmi yılda obezitenin prevalansında meydana gelen artış ancak çevresel faktörlerle açıklanabilir. Çevresel faktörlerden kasıt en yakın çevre olan aile, arkadaş çevresi ve televizyondur. İnsanlar çevresel faktörlere anne karnından itibaren maruz kalmaya başlarlar. Bu nedenle obeziteyi etkileyen çevresel faktörleri de bu en erken dönemden itibaren incelemek doğru olacaktır. Prenatal dönem obezite gelişiminde kritik ve duyarlı bir dönemdir. Annenin diyabetik veya obez olması ve hamilelik sırasında aldığı kilo obezite riskini arttırmaktadır. Erken hamilelik döneminde malnütrisyona maruz kalan annelerin çocukları hayatın ilerleyen dönemlerinde daha fazla obez olma riskine sahiptirler. Benzer şekilde intrauterin dönemde hiperglisemiye maruz kalan çocuklar da çocukluk döneminde glukoz intoleransı geliştirirler ve obez olma riskleri artar. Bu değişikliklerin mekanizmaları tam anlaşılmamıştır (45).

4.4.2. Beslenme alışkanlıkları

Genetik yatkınlıkla beraber beslenme alışkanlıklarındaki değişiklikler son yıllarda üzerinde en çok durulan faktörlerdir. Bebeklik döneminde diyetin (ve özellikle aşırı beslemenin) ileride obezite riski taşıdığı hipotezi sık olarak düşünülmüştür, ancak erken diyetin çocukluk çağı sonrasında obezite gelişimine etkisini gösteren çok az sayıda çalışma vardır (47). Bu konudaki bir çalışmada Charney ve ark. bebekken 90. persantilin üzerindeki bebeklerin %36'sının erişkin hayatta obez olduğunu, bunun yanında normal ve zayıf bebeklerde bu oranın %14'te kaldığını göstermişlerdir (48). Bununla birlikte, erken enerji veya besin alımının ileride obezite gelişimi üzerine etkisi hala ispatlanamamıştır. Vücut bileşimini erken diyet ile programlama araştırmaları esas olarak anne sütü ile beslemenin erişkin obezitesini azaltıp azaltmadığı üzerine odaklanmıştır. Mama ile beslenen çocuklar anne sütü ile beslenenlere göre daha şişmandır, ama bunun ileride obezite gelişimine katkısı tartışmalıdır. Bazı küçük çalışmalar anne sütü ile geç dönem obezite arasında ilişki

gösterememişse de (47), birkaç büyük kohort çalışmasında anne sütü ile beslenen bebeklerin ileride obeziteye daha az maruz kaldıkları gösterilmiştir (49).

Öğün sıklığı ve düzeni de vücut ağırlığını etkileyen önemli faktörlerdendir. Günde üç veya daha fazla kez beslenen, öğünlerini düzenli tüketen kişilerde, günde bir veya iki kez düzensiz beslenen kişilerden daha az sıklıkta obeziteye rastlanmaktadır (50). Fast food şekli beslenme ve abur-cubur atıştırmalar, çabuk yemek yeme gibi yanlış yeme alışkanlıkları, besinlere ulaşımın kolaylaşması obezite oluşumunda etkili olmaktadır (19,20,34,39).

Topbaş ve ark.(2000) yaptıkları çalışmada şişmanların günlük enerji ve yağ tüketimlerinin daha fazla olduğunu belirtmişlerdir. Başka bir çalışmada da, gece uykudan uyanıp yeme alışkanlığının fazla kilolularda (%18) normal kilolulara (%4) göre önemli düzeyde yüksek ($p<0.05$) olduğu bulunmuştur.

Becker(1999)'ın İsviçre'de 15-74 yaşlar arasındaki besin tüketimi üzerinde yaptığı çalışmada karbonhidrattan gelen enerji yüzdesi ve diyet posası içeriğinin önerilenden düşük, yağ ve özellikle doymuş yağ oranının önerilenden yüksek olduğu belirlenmiştir. Sebze ve meyve tüketimleri düşük olan kadınların toplam ve doymuş yağ alımlarının daha yüksek, karbonhidrat ve posa alımlarının daha düşük olduğu saptanmıştır (51).

Yapılan bir diğer çalışmada da Danimarka'da yetişkinlerin besin tüketim biçimleri incelenmiş; araştırma kapsamına alınan 15-80 yaşlarındaki bireylerden elde edilen verilere göre özellikle doymuş yağ asitleri olmak üzere yağ tüketiminin önerilenden yüksek olduğu, patates dışındaki sebze ve meyve tüketimlerinin ise düşük olduğu belirlenmiştir.

Çalışan ve çalışmayan kadınların diyet (light) ürün tercihleri ve bu konudaki görüşlerinin incelendiği araştırma sonucunda, kadınların her zaman kullandıkları diyet ürünler; % 78.9 kepekli kraker, %61.4 tatlandırıcılar ve diyet margarinler, %54.3 kepekli bisküvi, % 50.8 yoğurt olduğu belirlenmiştir. Kadınların diyet ürünleri çok kullanmalarına karşın yeterince tanımadıkları, yarar ve zararlarını bilmedikleri, diyet ürünlerin kilo aldirmayacağı görüşünde oldukları tespit edilmiştir.

Fisher ve ark.(2002) ebeveynlerin kendi beslenme alışkanlıkları ve çocuklarına baskı uygulamaları gibi faktörlerin 5 yaşındaki kız çocuklarının sebze ve meyve tüketimleri üzerindeki etkilerini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada 191

aileyi incelemişlerdir. Sonuçta sebze ve meyve tüketiyor olmalarının çocuklarında da benzer tüketim özellikleri görülmesine yol açtığı, ebeveyn baskısının ise çocukların sebze ve meyve tüketimini azaltıcı etki yaptığı, sebze ve meyve tüketiminin artmasıyla mikro besin elementleri alımının da arttığı, yağ alımının ise azaldığı tespit edilmiştir (51).

4.4.3. Fiziksel aktivite

Fiziksel aktivitedeki azalmanın obeziteye neden olduğu bildirilmektedir (52). Televizyon, elektronik oyunlar ve bilgisayar başında harcanan zaman sedanter yaşamı meydana getirmekte (53) ve sedanter yaşam obezitenin bir risk faktörü olabileceği gibi eşlik eden bir durum da olabilmektedir. Sedanter yaşam tarzının çocuklarda yaygın olması sosyal, çevresel ve psikolojik nedenlerle açıklanabilir. Endüstrinin makineleşmesi, evlerde iş kolaylaştırma aletlerinin çoğalması, ulaşım kolaylıkları, araba kullanımının ve televizyon izlemenin yaygınlaşması, aktivitenin ve enerji harcanmasının azalmasına yol açmaktadır (54). Televizyon izleme, sedanter yaşam ve seyirle beraber yeme aktivitesi nedeni ile obezite riskini arttıran bir faktördür. Televizyon izlerken atıştırma davranışı ve televizyon izlerken yenilen besinlerin yüksek yağ, şeker ve tuz içermesi enerji alımı ve harcanması arasındaki dengesizliği arttırmaktadır (51). Son zamanlarda yapılan çalışmalarda, çocukluk çağı ve adölesan dönemde televizyon izlemenin erken erişkinlik döneminde fazla ağırlık, düşük kardiyorespiratuar sağlık, artmış serum kolesterolü ve sigara kullanımı ile ilişkili olduğu saptanmıştır. 1000 kişi ile yapılan bir prospektif çalışmada hafta içi günde 2 saatten fazla televizyon izlemenin 26 yaşında %17 fazla ağırlık, %15 düşük form, %15 artmış serum kolesterol düzeyleri ve %17 sigara içiminden sorumlu olduğu gösterilmiştir (55).

Hu ve ark.(2003)'nın yaptıkları çalışmada kadınların televizyon seyretme ve diğer hareketsiz yaşam tarzı alışkanlıkları ile şişmanlık arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla BKİ'yi 30'un altında olan 50277 kadını araştırma kapsamına almışlar ve 1992-1998 yılları arasında izlemişlerdir. Araştırma sonunda kadınların %7,5'inde şişmanlık geliştiği, TV seyredilen sürede günde 2 saatlik her artışın şişmanlık riskinde %23, oturarak yapılan iş süresinde günde 2 saatlik her artışın da %5'lik

artıŖa neden olduğu, günde 1 saatlik sıkı yuruyuŖ seanslarının ise ŖiŖmanlık riskinde %24'luk azalma sağladığı ortaya ıkarılmıŖtır (51).

Ülkemizde yapılan alıŖma verilerine göre, 20-29 yaŖ kadınların % 50'sinin aktivitesi çok hafif ve hafif, %45'nin orta ve ancak % 5'nin aktivite düzeyi orta üzerinde bulunmuŖtur. Erkeklerin fiziksel aktivitesi daha fazla ise de aktivite düzeyi yaŖ ilerledikçe azalmaktadır (36).

4.4.4. Sosyoekonomik-kültürel düzey

Sosyoekonomik düzey ve obezite arasında deđiŖken sonuçlar bulunmuŖtur. Bu sonuçların bazıları yüksek sosyoekonomik düzeyde ve bazıları da dŖk sosyoekonomik düzeyde obezite prevalansının arttığı grŖndedir. Ancak geliŖmekte olan ülkelerde yapılan obezite prevalans araŖtırmalarında 50 ülkeden 32'sinde obezite prevalansının %2,3'n altında olduğu ve bu ülkeler için obezitenin bir sorun teŖkil etmediği ifade edilmiŖtir. Ebeveynin eğitim durumu ve meslek sahibi olmaları ile obezite arasındaki iliŖki için de farklı iddialar olsa da, zor yaŖam Ŗartlarında ve kötü ortamlarda büyüyen çocukların obezite riskleri daha yüksektir (56). Az geliŖmiŖ veya geliŖmekte olan ülkelerde ŖiŖmanlık, halkın daha çok doygunluk isteğinin tatmin edilmesine bağlı olarak karbonhidrattan zengin besinlerin aŖırı tkutilmesi, oğn atlanması ve bazı oğnlerde çok yenilmesi, yani düzensiz beslenme Ŗeklinden olabilmektedir. GeliŖmiŖ ülkelerde ise sağlıklı beslenme bilincinin yerleŖmediđi dŖk sosyoekonomik gruplarda yanlıŖ beslenmenin yanı sıra teknolojik geliŖmelerin doğrultusunda pek çok iŖin makinelerle yapılması sonucu hareket azlığı da ŖiŖmanlıđın oluŖmasında önemli bir etkidir (51). Ülkemizde obezitenin sosyoekonomik olarak orta düzeydeki ailelerde görülmesi ülkemizdeki orta sosyoekonomik düzeydeki insanların geliŖmiŖ ülkelerdeki yoksul kesim gibi beslendiğini dŖndrmektedir (43).

4.4.5. YaŖ

Vücuttaki yağ dokusunun hacmi, yağ hücrelerinin sayıları ve büyüklükleri ile iliŖkilidir. Yağ hücrelerinin sayısı doğum öncesi ve doğumu izleyen ilk yıllarda artma gösterir. Bu artıŖ ergenliğe kadar devam etmektedir. Çocukluk ağı ŖiŖmanlıđı büyük oranda eriŖkinlik dönemine sarkmaktadır. Bu nedenle yaŖam boyu ŖiŖmanlıđın

önlenmesi için çocukluk ve ergenlik çağında şişmanlığa dikkat edilmelidir. Yaş ilerledikçe bazal metabolizma hızı yavaşlamakta ve enerji harcaması azalmaktadır (51). Yaşın artmasına bağlı olarak, obezite prevalansında artış görülür. Her iki cinsiyette en yüksek kilo artışı 24-35 yaş arasında olmaktadır (39).

4.4.6. Cinsiyet

Şişmanlık her iki cinste de görülebilmektedir. Kadınlar erkeklere oranla daha fazla yağ depoladıkları için, kadınlarda obezite prevalansı erkeklere oranla daha yüksektir (35,39). Yapılan bir çalışmada şişmanlık oranının erkeklerde %21, kadınlarda %34 olduğu saptanmıştır. Hacimusaoğulları (2003)'nın Bulgaristanda yaptıkları bir çalışmada ise erkeklerin %40,5'inin, kadınların %50,4'ünün şişman olduğu belirlenmiştir (51).

4.4.7. İlaçlar

Antipsikotikler, antidepresanlar, antiepileptikler, steroidler ve antidiabetikler gibi bazı ilaçların obezite oluşumunda etkili oldukları bilinmektedir (19,20,39).

4.4.8. Sigara

Sigara tüketimi vücut ağırlığını azaltır fakat sigaranın yeni bırakılması metabolik hızın azalmasına neden olarak obeziteye neden olmaktadır (19,20). MONICA (Monitoring of Trends and Determinants in Cardiovascular Disease) çalışmasında 35-64 yaş arasında kadın erkek her iki popülasyonda sigara içenlerin BKİ'si içmeyenlere göre 2-3 kat daha az bulunmuştur (34).

4.4.9. Stres

Emosyonel stres, depresyon ve mental hastalıklar, ekonomik ve sosyal sorunların ortaya koyduğu bunalım ve gerginlikler kolay besin ve çabuk yemek yeme gibi yeme alışkanlığını olumsuz yönde etkileyerek obezite oluşumunda etkili olmaktadır (19,20).

4.4.10. Psikolojik durum

Psikojenik faktörler de obezitenin nedenlerindedir (57). Psikanalitik araştırmalarda obezite kişilik bozukluğunun psikosomatik bir semptom kompleksi olarak kabul edilmiştir (58). Obez hastalar arasında çok geniş ve dinamik yapısal farklılıklar olmasına karşın bu hastaların ego yapıları belirgin olarak anoreksi hastalarından ayırt edilebilmektedir. Obez hastaların ailesinde patolojik narsistik aile şekli tespit edilmiştir. Obez hastaların ego çatışmalarını anorektik hastalar gibi içgüdüsel aşırı kontrol ile değil, içgüdüsel zevkle kontrol etmeye çalıştıkları belirtilmiştir. Ayrıca şişman hastalar suçluluk duygularını açlık, kusma ya da laksatif kullanarak değil; bunun yerine dürtülerini kontrol edememenin sorumluluğunu inkar etme yolu ile kompanse ederler. Etkisiz egoları sebebiyle şişmanların sonu gelmeyen diyet girişimleri genellikle bireysel kontrolünün yetersizliğinin bir göstergesidir.

Psikanalize giren hastaların verileri incelendiğinde, bilinç dışı olarak terapist dahil herkesi potansiyel “eleştiren ebeveyn” olarak algılama eğiliminde oldukları bildirilir. Bu yansıtımalı özdeşimin bir şeklidir. şişmanlardaki inkar savunması çok katlıdır ve diğer savunmalarla bağlantılıdır. Kendi kendine alay etme, komiklik, şaka yapma diğer insanlardan gelecek eleştirilere karşı bir savunmadır (58).

Aşırı kilolu insanlar genellikle neşeli olarak düşünürlürler ama eşit derecede depresif ve endişelidirler de (6).

Ruhsal durumla yemek seçimi, yeme miktarı ve yeme sıklığı arasında, fizyolojik ihtiyaçlardan bağımsız bir ilişki mevcuttur. İnsanda yeme davranışının anksiyete, neşe, üzüntü, öfke, depresyon gibi farklı duygulara göre değiştiği yaygın olarak kabul edilmektedir. Emosyonel durumla bağlantılı olan yemek yeme davranışı emosyonel yeme olarak tanımlanmaktadır. Emosyonel yemenin beden ağırlığı ile ilişkili olduğu birçok çalışmada gösterilmiştir. Çalışmalarda sıkıntı, depresyon, yorgunluk sırasında yeme miktarında artma, korku, gerilim ve ağrı sırasında azalma olduğunu bildirilmektedir. Bu durum üzüntü ve neşenin yeme davranışını etkilediğini göstermektedir (59).

Yapılan bir çalışmada yetişkin kadınların %83,8’inin üzüntülü ve stresli olduklarında, %49.6’sının sevinçli ve heyecanlı olduklarında besin alımlarında değişiklik yaptıkları, üzüntülü ve stresli olduklarında daha çok ve sık yemek

yiyeenlerin BKI değerlerinin, değişiklik yapmayan ve besin alımlarını azaltan kadınlardan önemli düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur.

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

Şişmanlığın estetik yönden olumsuz değerlendirilmesi, özellikle ergenlik çağındaki kızlarda psikolojik sorunlara yol açmaktadır. Yeme bozukluğu ve depresyon gibi bazı ruhsal sorunlar, şişman kişilerde normal kiloda olanlara oranla daha sık görülmektedir. Diğer yandan ruhsal hastalıklar da yeme davranışının ve egzersiz alışkanlıklarının değişmesine yol açarak şişmanlığın gelişmesine etkiye bulunabilmektedir (51).

Obez bireyler diğer kişilerin kendilerinden tiksindiklerini ya da küçük gördüklerini düşünmektedirler. Obeziteye karşı olumsuz sosyal tutumlar obezlerde bu duyguların pekişmesine yol açmakta ve obeziteye ilişkin ağır zihinsel uğraşlar bireyde benlik saygısının azalmasına, olumsuz bir kendilik kavramının gelişmesine neden olmaktadır (20). Beden imajından hoşnutsuzluğun somut ölçüsü ise “aynadan kaçmak” tır (60).

Yapılan bazı prospektif çalışmalarda çocuklarda obezitenin gelişiminde anksiyete ve depresyonun rol oynamadığı saptanmış, bu nedenle anksiyete ve depresyonun obezite nedeninden çok obezitenin sonucu olabileceği bildirilmiştir. Ayrıca neredeyse tüm dünya uluslarında güzellik ince olmakla eş değer görülmekte, bedenlerine ve kilolarına dikkat edenlerin bedenlerini ve kendilerini sevdikleri, buna bağlı olarak ta benlik saygılarının yüksek olduğu düşünölmektedir. Tersine obezlerin çoğunlukla tembel, hatta aptal ve kötü oldukları düşünölmekte, birçok örneğinde de göröldüğü gibi, obezler toplumda alay konusu edilmektedir (40). Yukarıda sayılan nedenler ve medyanın ince insan imajını sürekli gündeme getirmesi gibi birçok faktörün etkisiyle obezlerin sosyal ön yargılara maruz kaldıkları; iş, eş ya da arkadaş bulma sorunlarının olduğu, daha az eğitim aldıkları ve daha az gelir getiren işlere sahip oldukları belirtilerek obezitenin psikososyal boyutuna dikkat çekilmektedir.

Tüm bunlar obezlerin, beden imajı doyumlarının yanı sıra benlik saygısını ve sonuçta yaşamlarının kalitesini etkilemektedir (61).

4.5. Obezitenin değerlendirilmesinde kullanılan ölçüm yöntemleri

Antropometrik ölçümler beslenme durumunun saptanmasında protein ve yağ deposunun göstergesi olmaları nedeniyle önem taşır. Büyüme ve vücut bileşimi (vücut yağı ve yağsız vücut dokusu) antropometrik ölçümlerle saptanabilmektedir. Tek bir ölçüm (yaşa göre ağırlık, yaşa göre boy uzunluğu, yaşa göre kol çevresi) veya boy uzunluğu ve vücut ağırlığı, deri kıvrım kalınlıkları ve/veya çevre ölçümleri birlikte kullanılarak değerlendirilir. Antropometrik ölçümler sürekli ve düzenli olarak kullanıldığında bireyin beslenme durumu sağlıklı olarak değerlendirilebilmektedir.

Sıklıkla kullanılan yöntemler şu başlıklar altında incelenebilir:

- Vücut ağırlığı ve boy uzunluğu
- Vücut yağının saptanması
- Yağsız vücut kütlesinin saptanması

4.5.1.Vücut ağırlığı ve boy uzunluğu:

Vücut ağırlığı ölçümü beslenme durumunun göstergesi olarak sıklıkla kullanılır. Vücut ağırlığı protein kütlesinin ve enerji deposunun dolaylı bir göstergesidir. Ağırlık vücuttaki toplam yağ, protein, su ve kemiklerin toplamıdır. Travma, yanık, enfeksiyon veya sepsis, tümör gelişimi, organ büyümeleri nedeniyle hastanede yatan hastalarda beslenme durumunun saptanması amacıyla vücut ağırlığının ölçümü uygun değildir. Ağır bir yaralanmanın katabolik fazında beslenme desteği alan, yüksek dozda kortikosteroid terapisi gören ve hiperalimentasyon alan hastalarda, aşırı zayıf yaşlı hastalarda, şişman iken ani ağırlık kaybı olmasına karşın halen şişman olan bireylerde üst kol kas alanının saptanması daha uygundur. Çünkü vücut ağırlığı yukarıda verilen durumlarda etkilenebilmektedir.

Vücut yapısı kemik, eklem ve iskelet genişliğinden oluşur; ince, orta ve iri şeklinde kişisel yoruma dayalı olarak tanımlanmıştır. Frisancho 1984 yılında vücut yapısı değerlerini dirsek genişliğine göre 15. ve 85. persentillere dayalı olarak 15. persentil altını ince, 15.-85. persentil arasını orta ve 85. prsentil üzerini iri olarak yayınlamıştır.

4.5.1.1. Beden kitle indeksi (BKİ):

BKİ'nin saptanması şişmanlığın değerlendirilmesi amacıyla kullanılmaktadır. BKİ total vücut yağı ile de iyi bir korelasyon göstermektedir. Uygulanması kolay ve ucuz bir yöntem olması nedeniyle sıklıkla tercih edilmektedir (62). DSÖ tarafından geliştirilen aşırı kilo ve obezitenin ölçülmesinde, ağırlığın boyun karesine bölünmesinden oluşan indekstir (19,35,39).

Tablo3:Yetişkinlerde Beden Kitle İndeksine Göre Vücut Ağırlığının Değerlendirilmesi

Yetişkin(DSÖ,1998)	BKİ (kg/m ²)	Vücut Ağırlığının Durumu
	20.0-24.9	Normal
	25.0-29.9	Hafif şişman
	30.0-34.9	1. derece şişman
	35.0-39.9	2. derece şişman
	>40.0	3.derece(Morbid) şişman

Yapılan son araştırmalar, etnik özelliklere bağlı olarak, BKİ ile vücut yağ yüzdesi arasındaki ilişkinin farklılık gösterdiği yönündedir. Örneğin Avrupalılar ile bazı Asya (Çin, Hong Kong, Endonezya, Japonya, Singapur, Tayvan) halkları karşılaştırıldığında aynı BKİ, yaş ve cinsiyetteki Asya halkı % 3-5 kadar daha fazla vücut yağına sahiptirler. Bu farklılıklar, vücut yapısındaki ve vücut ölçülerindeki farklılıklardan kaynaklıdır. Daha küçük yapıda olan, aynı BKİ'ndeki halkın bireylerinin vücut ağırlığı daha fazladır (36).

4.5.1.2. Vücut ağırlığı ve yaş:

Vücut ağırlığı ve vücut kompozisyonu genetiğin, sağlık durumunun, bazal metabolik faktörlerin, diyetin, fizik aktivitenin, ırkın ve hormonal faktörlerin fonksiyonudur. Kilo değişiminin veya obezitenin, başlangıcının (çocukluk, adölesan veya erişkin) ve süresinin sağlık üzerinde önemli etkileri olabilir. Zaman içinde bazal metabolik faktörlerdeki, hormonlardaki, diyetteki ve fizik aktivitedeki değişimler vücut ağırlığı ve kompozisyonunda değişikliklere yol açar. BKİ kilo açısından genç ve orta yaşlı insanları sınıflandırmada iyi bir görev yapsa da yaşlı bireylerde kullanımı daha az güvenilirdir. Yaşla birlikte genellikle yağsız vücut

ağırlığında bir düşüş ve vücut yağının dağılımında değişim olur. Bundan dolayı yaşlılarda vücut ağırlığı ve hastalık riski değerlendirilirken hem BKİ hem de bel çevresi ölçümü kullanılmalıdır (6).

4.5.2. Vücut yağının saptanması:

4.5.2.1. Deri kıvrım kalınlığının ölçülmesi:

Şişmanlıkta yağın bir kısmı deri altında toplanmaktadır. Ölçüm kaliper adı verilen aletle yapılmakta (51) olup sıklıkla triseps ve subskapular deri kıvrım kalınlığı ölçümleri kullanılmaktadır. Eğer deri kıvrım kalınlığından vücut yağ miktarı ve yağsız vücut kitlesi bulunacaksa, o koşullarda triseps ve subskapular deri kıvrım kalınlığına ek olarak biceps ve suprailiak deri kıvrım kalınlıkları da ölçülür (62). Deri altı yağ dokusu üst üste ölçümler yapılarak ve bunların ortalamaları alınarak bulunur. Kadınlar için 52mm, erkekler için 38mm üst sınırdır (19,33).

4.5.2.2. Üst orta kol yağ alanının saptanması:

Üst kol yağ alanı üst orta kol çevresi ve triseps deri kıvrım kalınlığı ölçümlerine dayalıdır (62).

4.5.2.3. Bel/Kalça oranının saptanması:

Obezitenin tipini belirlemede kullanılan başka bir antropometrik ölçüm yöntemi olan bel/kalça oranı ilk defa Vague tarafından ortaya atılmıştır ve obezitenin tipini göstermede iyi bir göstergedir (63).

Yetişkinlerde bel/kalça oranının kronik hastalıklarla ilişkisi epidemiyolojik araştırmalarla gösterilmiştir. Android ve jineoid şişmanlığı tanımlar. Bel/kalça oranı erkeklerde 1.0, kadınlarda 0.8 üzerine çıkmamalıdır. Çünkü android şişmanlığın ve şişmanlığa bağlı kronik hastalıkların görülmesinde riskin göstergesidir (62).

Abdominal yağ miktarını yansıtan basit yöntemlerden bir tanesi ve en çok kullanılanı olan bel/kalça oranında payda bulunan bel çevresi değeri başlıca visceral organlar ve abdominal yağ dokusunu yansıtmakta, paydada yer alan kalça çevresi ölçümü ise adale kitlesi ve iskelet dokusundan oluşmaktadır (36).

4.5.2.4. Bel çevresi ölçümü:

Karın sagittal çapın ölçülmesidir. İntra-abdominal yağlanmanın işaretidir (19,33). Han ve McLean sadece bel çevresi ölçümüne dayanan ve abdominal yağ miktarı bakımından risk taşıyan hastaları belirleyecek iki kriter tanımlamışlardır: Uyarı sınırı ve eylem sınırı. Bu sınırları saptamak için bel/kalça oranı android şişman sınırlarında olan hastalarda BKİ ile bel çevresi arasındaki ilişkiyi yansıtan denklemler elde edilmiş, daha sonra bu ilişki denklemlerinde BKİ yerine 25 ve 30 kg/m² değerleri konularak bunlara uyan bel çevresi düzeyleri bulunmuştur (36). Aşağıdaki tabloda bel çevresi ölçümüne göre obezite riskleri gösterilmiştir.

Tablo4: Cinsiyete Göre Bel Çevresi Ölçümü Risk Düzeyleri

Bel çevresi	Risk(cm)	Yüksek Risk(cm)
Erkek	>94	>102
Kadın	>80	>88

Bel/kalça oranı ve bel çevresi ölçümü, vücuttaki yağ dağılımının belirlenmesi için en sık kullanılan antropometrik yöntemlerdir. Ayrıca bu ölçümlerin masrafsız olması ve hastaların kendileri tarafından da belirlenebilmesi klinikte oldukça yaygın kullanılmalarına neden olmaktadır (36).

4.5.2.5. Labratuvar yöntemlerle vücut bileşiminin saptanması:

Ultrason, bilgisayarlı tomografi, magnetik rezonans görüntüleme (MRG), dual enerji X ışın absorpsiyometresi (DEXA), total vücut elektrik geçirgenliği (TOBEC) ve biyoelektriksel empedans analizi (BIA) kullanımı son yıllarda vücut bileşiminin saptanmasında kullanılmaktadır (62).

4.5.2.5.1. Bioelektrik empedans(BIA):

Bu yöntem dokuların (yağ, kas, kemik) farklı elektriksel iletkenliğe sahip olmaları esasına dayanır. Vücut yağ/su oranını gösterir (19,20). Vücut yağının ideal kilolu kişilerde oranı, kadınlarda %20-30, erkeklerde %12-18 olmalıdır (39). Tablo 5’de kadın ve erkeklerde vücut yağ miktarına göre obezite kriterleri gösterilmiştir.

Tablo 5: Kadın ve Erkeklerde Vücut Yağ Miktarına Göre Obezite Kriterleri

	Vücut yağ miktarı	
	Erkek	Kadın
Normal	%12-20	%20-30
Kilolu	%21-25	%31-33
Obez	> %25	>%33

BIA yönteminin doğruluğu ölçüm hatalarına yol açan etmenlerin kontrol edilmesine bağlıdır. Bu nedenle bireyin standardize edilmiş test sürecini aynen uygulaması son derece önemlidir (36).

4.5.2.5.2. Bilgisayarlı tomografi ve manyetik rezonans görüntüleme:

BT (Bilgisayarlı tomografi) ve MRG (Manyetik rezonans görüntüleme) bölgesel yağ dağılımı konusunda fikir vermektedir. Bilgisayarlı tomografi ile x-ışını radyasyon kullanılır ve 1 cm kesitlerle vücudu tarayabilir. Ancak fazla radyasyon vermemek için çalışmaların çoğunda L4-L5 pozisyonunda tek kesit alınarak değerlendirme yapılmaktadır (51). Yağsız doku, yağ dokusu ve kemik arasında kesin ayırım sağlayan bir yöntemdir (36). MRG'nin riski yoktur, ancak tomografiye göre işlem daha uzun sürmektedir (51). Manyetik bir alana yatırılan hasta radyo dalgaları ile taranır. MRG sırasında güçlü bir manyetik alana yerleştirilen vücuttan çıkan sinyaller, vücudun tümünün veya belirli bölgelerinin enine kesit dilim görüntülenmesinde kullanılır. MRG, BT'ye oranla daha avantajlıdır. Çünkü birey radyasyona maruz kalmamaktadır. Bireyin herhangi bir hareketi, hatta abdominal bölgenin görüntülenmesi sırasında intestinal sistemdeki bir hareket bile görüntülemenin kalitesini düşürebilmektedir. BT'den elde edilen görüntüler ile birleştirilerek toplam vücut bileşimi hakkında bilgi edinilir.

4.5.2.5.3. Dual enerji X-ışın absorpsiyometresi (DEXA):

Dual Enerji X-Işın Absorpsiyometresi (DEXA) kemik, yağ, yağsız yumuşak doku ve tüm vücut suyu ölçümlerinde kullanılmaktadır. DEXA yönteminde röntgen ışınları yer almaktadır. DEXA analizi yüksek enerji düzeyindeki x ışını sinyallerinin kemik tarafından azaltılması, yumuşak doku bölgelerinde ise sinyalin direkt olarak geçmesi

prensibine dayanır. Total ve lokal yağ miktarının hesaplanmasında doğru ve kesin bir yöntemdir. Bu yöntem çok çabuk, kolaylıkla gerçekleştirilmektedir ve bireyden çok az şey istenmektedir. Tarayıcının küçük olması nedeni ile şişman bireylerde kullanımı zordur (36).

4.5.2.5.4 Total vücut elektriksel geçirgenliği (TOBEC):

Yağsız dokunun elektrik enerjisini daha iyi iletmesi sistemine dayanır. İçi boşken ve hasta varken oluşan manyetik alan ölçülerek aralarındaki farktan yağsız doku miktarı hesaplanır. Çabuk ve kullanılması kolay bir yöntemdir. Cihazın pahalı olması ve taşınmaması yaygınlaşmasını engellemektedir (36).

4.5.3. Yağsız vücut kitlesinin saptanması:

- Üst orta kol çevresi
- Üst orta kol kas alanı
- Üst orta kol kas çevresi
- Deri kıvrım kalınlığı yöntemleri ile hesaplanabilmektedir(62).

4.6. Obezitede komplikasyonlar

Kilo artışı pek çok komplikasyona neden olmaktadır (20). Epidemiyolojik çalışmalar da obez kişilerde bazı hastalıkların daha fazla görüldüğü yönündedir (19). Obezite, kalp damar sistemi, solunum sistemi, mide-bağırsak sistemi, hormonol sistem, sinir sistemi, üriner sistem ve deri üzerinde birçok hastalığa neden olmaktadır. Hipertansiyon, koroner kalp hastalığı, akut myokard enfarktüsü, serebrovasküler hastalıklar, derin ven trombozu, solunum güçlüğü, uyku apnesi, uykuya bağlı hipoventilasyon, safra kesesi hastalığı, yağlı karaciğer ve siroz, dislipidemi, tip2 diabetes, hiperürisemi, insülin direnci, polikistik over sendromu, meme kanseri, osteoartrit, sinir sıkışması, proteinüri, endometrium kanseri, prostat kanseri, stres inkontinansı, ter döküntüleri, lenfödem ve psikolojik rahatsızlıklar görülmektedir (20,35,39,).

4.6.1. Mortalite

Aşırı kilo özellikle kardiyovasküler hastalıklara bağlı olmak üzere ölüm riskini arttırmaktadır.

4.6.2. Morbidite

Aşırı kilolu veya obez olan genç ve orta yaşlı erkekler ve kadınlar kalp hastalığı geliştirmeye daha zayıf olan akranlarına göre daha yatkındırlar. Obez insanların sadece koroner kalp hastalığı (KKH) geliştirme riski fazla olmayıp aynı zamanda bundan ölme olasılıkları da artmıştır. Obezite ve kilo alımının KKH riskini arttırmasının birkaç mekanizması vardır. Hiperlipidemi bunlardan birisidir. BKİ ile trigliserid ve HDL (High Density Lipoprotein) arasında ilişki vardır. Düşük HDL düzeyleri kalp hastalığı olma riskini yüksek total kolesterole göre daha iyi göstermektedir. Böylece obezite kısmen trigliserid düzeylerini arttırarak ve HDL / LDL oranını düşürerek kalp hastalığı riskini arttırır.

Hem kilo hem de kilo alımı hipertansiyon gelişimi ile pozitif ilişkilidir. Aşırı kilo alımı insülin direncine yol açarak Tip 2 diyabet riskini de arttırmaktadır. Obezitenin primer olarak hormonlar üzerinde yaptığı etkiyle kanser riskini arttırdığı düşünülmektedir. Meme kanseri tanısı alan kadınlarda obezite daha yüksek mortalite oranları ile ilgili bulunmuştur (6).

Aşırı kilolularda hipertansiyon (HT) riski obezlerde 3 kat fazla, morbid obezlerde 6 kat fazla, koroner kalp hastalığı (KKH) riski 2 kat fazla, hormonlarla ilgili kanserler, özefagus, mide ve kolon kanserleri obez erişkinlerde zayıflara göre 16 kat fazla, safra taşı gelişme riski obezlerde 3 kat daha fazla, osteoartrit gelişme riski obezlerde 2 kat fazladır. Diyabetes mellitus (DM) oluşumunda kilo %90 etkilidir. Bel çevresi 92 cm olanlarda 67 cm olanlara göre 5 kat fazla obezite görülmektedir (35).

Aşırı obezitesi olan bireylerin obezitenin psikolojik komplikasyonları açısından da en yüksek riske sahip olduğundan şüphelenilmektedir. Bu durumun da daha fazla önyargıya ve ayrımcılığa maruz kalmalarından veya obezite ile ilişkili olarak daha fazla medikal komplikasyon yaşamalarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Pensilvanya Üniversitesi kliniğinde kilo vermeye çalışan BKİ'i < 40 kg/m² olanlarla BKİ'i > 40 kg/m² olanlar depresyon ve özsaygı açısından karşılaştırılmıştır. İlk gruptaki hastalara farmakolojik tedavi uygulanırken, ikinci

gruptakiler bariatrik cerrahiye adaydırlar. BKİ'i > 40 kg/m² olan hastalarda depresyon semptomları ciddi oranda daha fazla ve özsaygıları da ciddi oranda daha düşük bulunmuştur. BKİ > 40 kg/m²'yi geçince bu bireylerin işte ve evde fonksiyonlarını kısıtlayıcı sağlık komplikasyonlarına yakalanma riski artmakta, böylece depresyon ve istenmeyen psikolojik reaksiyonlar başlamaktadır (6).

4.7. Benlik saygısı ve obezite

Benlik kavramı:

Benlik, fenomenal algı alanında "bana ait" diyebileceğimiz yaşantılar bütünüdür. Bir kimsenin benlik bilinci onun kendisiyle ilgili düşüncelerini, algılamalarını ve kanaatlerini içerir (64). Harter, benlik saygısını "bir birey olarak kişi kendisini ne ölçüde sevmekte, kabul etmekte ve kendisine ne ölçüde saygı duymakta" sorusu ile açıklamaya çalışmıştır (65). Harter benlik saygısına ilişkin iki farklı kuramsal görüş sunmaktadır. Bunlardan birincisi, William Cames'in görüşüdür ki burada benlik saygısı bireyin belirli bir alanda algılanan başarısının oranı olarak görülmektedir. İkinci kuramsal görüş C. Horton Cooley'in olup, bu görüşe göre benlik saygısı kişinin kendisi için önemli olan kişilerin kendisini nasıl gördüğüne ilişkin algısıdır (65,66). Yörükoğlu (1986), "benlik" ile "benlik kavramı"nın birbiri üstüne konmuş bir çember ile bir dikdörtgene benzetir. Çember benliği, dikdörtgen de onun üstüne konmuş benlik kavramını simgeler. Her ikisinin çakıştığı alan benlik ile benlik kavramının uygunluk gösterdiği alandır. Dikdörtgenin çemberden taşan köşeleri ise benlik kavramının benliğe uymadığı alandır. Dikdörtgenin çemberde örtmediği alan ise benliğin kavranamayan, algılanamayan bölümleridir. Dikdörtgenin köşelerinin çemberden taşan parçaları ise kişinin kendini olduğundan değişik algıladığı bölümleri belirtir (67). Benlik kavramı bir seferde gelişmez. Ergenlikte ve ilk yetişkinlikte son derece önemli olan dinamik ve yaşam boyu süren bir süreç içinde gelişir. Diğer insanlarla etkileşimden ya da kendi duygularımızla ve düşüncelerimizle iç diyalogumuzdan ortaya çıkar. Disiplin ve sevgi aracılığıyla anne babadan, uygun davranışı gösterme baskısıyla yaşitlardan, başarı ya da başarısızlıkla okul yaşantılarından ve bir yığın başka olaydan etkilenir. Buna karşılık ruh ve beden sağlığımızı, başkalarıyla ilişkileri, akademik başarıları ve meslek seçimini etkileyebilir. Eğer her şey yolunda giderse (çoğunluk için böyledir) çeşitli parçalar

birbirleriyle harmanlanır ve kapsayıcı bir benlik kavramı oluşur. Aksi takdirde, sonuç uyumsuzluk ve benlik kavramını terapiyle değiştirme girişimleri olabilir (68).

Özoğlu (1976), benlik kavramının üç ayrı biçimde düşünülebileceğini belirtir. Bunlar :

- Bireyin “algıladığı benliği”
- Başkalarının onu nasıl değerlendirdiklerine dair inanışlarını içeren “başkalarının gözündeki benliği”
- Gelecekte olmak istediği “ideal benliği” (69).

Başkalarının bizi değerlendirişi ile kendi kendimizi algılayışımız çok ayrı da olabilir, birbirine çok yakın da düşebilir. Benliğin değerlendirilişi çok değişik ise ortaya uyumsuzluk ve sorunlar çıkar. Benlik kavramı genellikle süreklilik ve tutarlılık gösterirse de belli bir esnekliği vardır. Katı bir benlik kavramı kişiyi tökezletip hayal kırıklığına uğratabilir. Esnek benlik kavramı ise gelişmeye açıktır.

Her insanın ulaşmak istediği bir benlik kavramı vardır. Kişi özlediği kendine yakıştırdığı bu ideal benlik kavramını geliştirmeğe çabalar. İdeal bene yaklaştıkça mutlu olur. Kimi zaman bu ideal ben, bir düş bir özlem olarak kalır. Kimi insan için bu ideal benliği gerçekleştirmek bir ölüm kalım sorunu olur. Kişi bu amaca ulaşmak için çalışır çabalar, ulaşamazsa mutsuz olur, kendisine saygısını yitirir. İdeal benliğin gerçek dışı olduğu durumlarda kişi bunalıma düşer. Kendi kendinden beklentisi çok yüksek olan kişi, genellikle bilinçdışı dürtülerin ve tutkuların buyruğundan çıkamayan kişidir. Anne babasının sevgisini ayakta tutabilmek için onları umut kırıklığına uğratmamak için başarıdan başarıya koşmalıdır. Başka bir deyişle, benliğe saygısını yitirmemek için hep çalışmak, tıpkı düşmemek için sürekli pedal çeviren bir bisiklet sürücüsü gibi çabalamak zorundadır (67).

Gençlik çağı benlik kavramının öne geçtiği çağdır. Genç, çocukluğunda dışa dönük olan antenlerini kendi içine çevirmeye başlar. Duygularını inceler, bedenini inceler, nasıl bir kişi olduğunu düşünür, ne olmak istediği konusunda kafa yormaya başlar. Bunlar benlik arayışının belirtileridir. Kendisini aşağı görmekle yüceltmek arasında gider gelir. Adını beğenmez, yüzünü beğenmez, yürüyüşünü, duruşunu beğenmez. Çünkü bedeni algılayışı (beden imgesi) ile benlik kavramı arasında sıkı bir ilişki vardır. Kısacası benliği ergenin baş uğraşı, düşüncelerinin odağı olmuştur. Bu çağda benlik kavramı sürekli iniş, çıkış ve dalgalanma gösterir. Çünkü genç kendine

yakışacak bir kimlik aramaktadır. Kendisini sürekli tartmakta, değerlendirmekte, eleştirmektedir. Kendisini anne babasından ve başkalarından ayıran özelliklerini öne çıkarmakta, benliğini yeni baştan düzenlemeye uğraşmaktadır.

Benlik değeri:

Benlik değeri, benliğin duygusal ve değerlendirilebilir boyutudur. Anne - babanın ve arkadaşlarının ergenle olan ilişkisi, ergenin benlik değerine katkıda bulunur. Özellikle ebeveyn desteği çocukların ve ergenlerin kendilerini önemli ve değerli algılamaları için önemli bir faktördür. Ergenin benlik değerini arttırmak için yeterli oldukları ve başarılı olacakları alanların onlara tanıtılması ve bu alandaki başarıların teşvik edilmesi, duygusal destek ve sosyal onay vererek ergenlerin güven duygularının pekiştirilmesi önerilmektedir (69).

Benlik saygısı:

Benlik kavramının, benlik imgesinin beğenilip benimsenmesi, benlik saygısını oluşturur. Benlik saygısı benliğin duygusal yanıdır. Kişinin kendini değerlendirmesi sonunda ulaştığı, benlik kavramını onaylamasından doğan beğeni durumudur. Kişi kendinde eksikler bulabilir, kendini eleştirebilir, ancak kendini tümünden olumlu bulup beğenebilir de... Kişinin kendini beğenmesi, kendi benliğine saygı duyması için üstün nitelikleri olması da gerekmez. Çünkü benlik saygısı, kendini olduğundan aşağı ya da olduğundan üstün görmeksizin kendinden memnun olma durumudur. Kendini değerli, olumlu, beğenilmeye ve sevilmeye değer bulmaktır. Kendini olduğu gibi, gördüğü gibi kabullenmeyi, özüne güvenmeyi sağlayan olumlu bir ruh halidir (67).

Benlik saygısı ya da diğer bir deyişle özdeğer duygusu, “self-esteem”in kavramsal karşılığı olarak Türkçe’de kullanılan bir terimdir. Benlik saygısı kişinin kendini tanıması ve gerçekçi olarak değerlendirmesi sonucunda kendi yetenek ve güçlerini olduğu gibi kabul edip benimsemesi şeklinde de tanımlanmakta olup, kişinin kendisine karşı duyduğu sevgi, saygı ve güven duygularını ifade etmektedir (70).

Benlik saygısının duygusal, zihinsel, toplumsal ve dolaylı olarak da bedensel öğeleri vardır. Kendini değerli hissetme, yeteneklerini ortaya koyabilme, başarma, toplum içinde beğenilir olma, kabul görme, sevilme, kendi bedensel özelliklerini kabul ve benimseme, benlik saygısının oluşması ve gelişmesinde önde gelen etkenlerdir (71).

Erikson, benlik saygısının kökenini, psikososyal gelişim basamaklarının birinci döneminde temel güven duygusuyla kazanılan, aynılık ve süreklilik duygusuna bağlamıştır. İkinci dönemde çocuğun işeme dışkılama kasları üzerinde kontrol sağlaması ve benlik saygısı desteği ile kendi kendini denetleyebilmesi, özerklik duygusunun kazanılmasını sağlamaktadır. Çocuğun kendisi üzerinde kontrol kurduğunu fark etmesinin verdiği haz ve sosyal varlığının farkına varması, benlik saygısını gerçekçi olarak arttırmada da rol oynamaktadır. Erikson'un kuramında psikososyal gelişimin beşinci dönemi olan kimlik oluşumu sürecinde de benlik saygısının önemli rolü vardır. Daha erken dönemlerde benlik saygısının ortaya çıkmasını sağlayan aynılık ve süreklilik duygusunun bu dönemde, başkaları tarafından yapılan değerlendirmenin aynılık ve sürekliliği ile uyuşması sonucunda benlik kimliği duygusu gelişmektedir. Bu şekilde kimlik duygusuna yol açan benlik saygısı, çocukça bir ben merkezlik duygusunun aksine, yetenekler ve sosyal etkiler, ego ideali ve sosyal rol ilkelerine dayanır (72). Rosenberg, benlik saygısını kişinin kendisine karşı, olumlu veya olumsuz tutumu olarak ele almıştır. Kişi kendini değerlendirmede olumlu bir tutum içinde ise, benlik saygısı yüksek, olumsuz bir tutum içinde ise, benlik saygısı düşük olarak kabul edilmektedir (73). Fazla kiloya sıklıkla özsaygının azalması eşlik eder. Çalışmalar negatif vücut görüntüsünün çocuklukta ve adolesan dönemde obezitesi başlayanlarda, emosyonel rahatsızlığı olanlarda ve önemli kişilerce negatif değerlendirilenlerde daha sık olduğunu göstermiştir (74). Kilolu insanlara bakanlar sadece onların ağırlığına ve hacmine dayanarak çeşitli önyargılarda bulunmaktadır. Bu insanların tembel, uyuşuk, aptal ve kirli oldukları düşünülmektedir (75). Var olan önyargı erkeklerle karşılaştırıldığında kadınlara karşı daha kuvvetli görünmektedir. 1994 yılında yapılan bir çalışmada katılımcılara normal kilolu ve makyajla aşırı kilolu yapılan aktörlerin, videoya alınmış iş görüşmelerini değerlendirmeleri söylenmiştir. Başvuranın görünen kilosu işe almadaki en kuvvetli kriterdir ve değişkenliğin %35'inden sorumludur. Başvuran, aşırı kilolu görüldüğünde ortalama kiloda görüldüğüne oranla önemli derecede daha az seçilmektedir. Bu önyargı aşırı kilolu görünen kadınlar için erkeklere göre daha kuvvetlidir. Averett ve Korenman (1996) tarafından yapılan longitudinal bir araştırmada ise, obez Avrupa kökenli Amerikalı kadınların ücretlerinin normal kilolu akranlarına göre daha düşük olduğu bulunmuştur.

İşyerlerinde obezlere karşı uygulanan üzücü ayırım, kanıtlarla ortaya konmuş olmasına rağmen, bu durum federal yasalara aykırı görünmemektedir.

Oluşan önyargı, aşırı kilolu bir çocuğun görüntüsünü “tembel, pis, çirkin, aptal, üçkağıtçı ve yalancı” olarak nitelendiren 6 yaşındaki çocuklarda bile gözlenmektedir. Obez bir çocuğun ve elleri olmayan veya yüzü çirkin olan bir çocuğun siyah-beyaz çizimi gösterildiğinde hem çocuklar hem de erişkinler obez çocuğu en son oynayacakları çocuk olarak seçmişlerdir. Benzer bir çalışmada kolej öğrencileri, zimmetine para geçirenleri, kokain kullananları, hırsızları ve körleri kendilerine aşırı kilolulardan daha uygun eş adayı olarak görmüşlerdir. Bir diğer çalışmada obez ve aşırı kilolu genç kızlar sözlü tacize uğradıklarını bildirmişlerdir (6).

Obez bireylerin klinisyenler karşısında da ayırım yaşadıkları saptanmıştır. Bu bireylerin % 78'i genelde klinisyenlerin kendilerine obeziteyi nedeniyle kaba davrandıklarını bildirmektedir. Obez bireylere karşı klinisyenlerin tutumlarını inceleyen çalışmalar bu hastaların bu tür algılarının doğru olabileceğini göstermektedir. 77 klinisyeni kapsayan bir çalışma, bu hekimlerin obez hastalarını hantal, beceriksiz, iradesiz olarak tanımladıklarını göstermiştir (60).

Klinik olarak önemli olan depresyon ve anksiyeteye neden olmaktan başka, obezitenin en önemli psikolojik yan etkisi yaşam kalitesinin azalmasıdır. Genel popülasyonda yapılan bir çok çalışma ağrı, canlılıkta azalma, sosyal veya mesleki rollerde bozulma şikayetlerini ortaya koymuştur. Araştırmacılar kilo problemi olanların restoranlarda yemek yerken, yüzerken, yiyecek ve giyecek alışverişi yaparlarken utandıklarını ortaya çıkarmışlardır.

Literatür çalışmalarında Friedman ve Brownell (1995) popülasyondaki kontroller ve tedavi arayan obez bireyler arasında depresyon oranlarındaki fark açısından orta derecede bir etki büyüklüğü bulmuştur.

Sarwer, Wadden ve Foster (1998) tarafından incelenen obez kadınlarda vücut şeklini beğenmeme durumu normal kilolu kontrollere göre daha fazla görülmüştür. Sarwer ve çalışma arkadaşları (1998) obez kadınların yaklaşık 1/3 ile yarıya yakının, görüntülerinin sosyal ilişkilerini etkilediğini bulmuşlardır. Vücut şeklini beğenmeyen bir grup hastanın vücutlarını “çirkin ve küçük düşürücü” bulduğu, diğerlerinin de kendilerine “nefret ve düşmanlıkla” bakıldığına inandıkları tanımlanmıştır. Bu

duruma çocuklukta yaşlıları tarafından kilo nedeniyle alaya alınmanın ve aile tarafından hor görülmenin de katkıda bulunduğu düşünülmektedir (6).

Erişkinlerde obezite ile benlik saygısı arasındaki ilişkileri araştıran çalışmaların bazılarında benlik saygısı ile obezite ve BKİ arasında ters orantı olduğu (76), bir çalışmada ilişki olmadığı belirlenmiştir (77).

Benlik kavramının çarpıtıldığı durumlarda benlik saygısı da gerçekçi olmaz. Kendini en üstün, en güzel, en güçlü gören ve bu nedenle kıskanıldığını sanan bir kişide benlik saygısı çok yüksek olabilir. Büyüklük sanrıları olan bir paranoid kişideki benlik saygısı aslında yalancı bir benlik saygısıdır. Bu saygı benlik kavramının abartılmasından kaynaklanmıştır. Temel güvensizliğini kapatmak amacıyla şişirilmiş bir balondur, delinmeğe mahkumdur. Tam tersi bir örnek: Benlik kavramını değersiz ve yetersiz bulan kişinin benliğine saygısı düşer. Örneğin; ruhsal çöküntü (depresyon) içinde olan kişi kendini o denli değersiz bulabilir ki, canına kıyarak bu değersiz benlikten kurtulmaya çalışır. İnsanların çoğu bu iki aşırı uç arasında yer alır (78).

Benlik saygısının, kişinin geldiği aile, anne - baba, eğitim düzeyi, meslekleri, ekonomik durumları, gibi daha pek çok etkenle ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Araştırmalar yapılmıştır. Benlik saygısını olumlu veya olumsuz etkileyen durumları inceleyen araştırmalar sonucunda şu sonuçlara varılmıştır:

- Anne-babanın ilgisi ile gencin benlik saygısı arasında ilişki vardır. Aile köylü olsun kentli olsun, üst veya alt sınıftan olsun, gencin benlik saygısı anne babasının ilgisi oranında yükselmektedir. Gencin sözel ifadesine dayanılarak yapılan soruşturmadan çıkan ilginç bulgu şudur: Anne - babanın çocuğa ilgisiz davranışı, onun benlik saygısını baskıcı ve cezalandırıcı bir tutumdan daha çok düşürmektedir. Bu da anlamlı bir sonuçtur. İlgisizlik demek çocuğa değer vermeme, sevmeme ve desteksiz bırakma demektir. Bu da umutsuzluğa, kendini değersiz görmeye yol açmaktadır. Oysa cezalandıran baba bir bakıma çocuğunun iyiliğini isteyen, kendince onu düzeltmeye çalışan ilgili babadır. Hiç kuşkusuz benlik saygısı, insanın en çok değer verdiği anne babasının, kendine verdiği değere sıkı sıkıya bağlıdır. Anne babanın ittiği, değersiz bulduğu, umursamadığı bir çocuğun kendine saygı beslemesi beklenemez (67). Lissau ve ark.'nın yapmış olduğu çalışma ebeveynlerinden yeterli destek alamayan çocukların erişkinlikte diğerlerinden yedi kat daha fazla obezite

riski altında olduğunu göstermektedir (79). Aşırı kilolu olmak, aile fonksiyonları zayıf yalnız genç olmakla açıkça bağlantılı olmasa da olumsuz beden algısına sahip genç kızların daha düşük düzeyde aile ilişkileri bildirdikleri dikkati çekmiştir (80).

- Okul yaşamında serbest zaman etkinliklerine katılan ve spor yapan öğrencilerin benlik tasarım düzeyleri yapmayanlarınkine göre daha yüksektir. Aynı zamanda dernek ve kulüplere giren gençlerin benlik saygısı da genellikle yükselmektedir.

- Anne-baba ile ilgili durumlar gençlerin benlik saygısını etkilemektedir. Anne babanın ayrılmış olması gencin benlik saygısında biraz düşmeye neden olmaktadır. Buna karşılık anne, babasından birinin ölmüş olması benlik saygısını düşürmemektedir. Ayrılmış eşlerin çocuklarında daha çok bunaltı belirtileri ve psikosomatik hastalıklar gözlenmektedir.

- Aile içinde kardeş sayısı ve doğum sırası ile benlik saygısı arasında ilişki vardır. Tek çocukların, kardeşleri olan çocuklara göre daha yüksek benlik saygıları vardır. Şayet tek çocuk erkekse, benlik saygısı yükselmektedir. Bu sonuç kuşkusuz tek çocuğa, hele tek erkek çocuğa ailede verilen ilgi ve değerle orantılıdır. Bunun gibi kardeşleri hep kız olan bir genç erkek de, hep erkek kardeşi olan bir genç erkekten daha yüksek benlik saygısı göstermektedir (67).

Çuhadaroğlu, düşük benlik saygısının, yalnızca rahatsız edici bir duygu olarak kalmadığını, anksiyeteden psikoza değin değişik patolojik durumların görülmesinde önemli rol oynadığını belirtmiştir. Kohut, benlik saygısındaki iniş çıkışların benlikte zedeleyici değişikliklere neden olduğunu ve bunun da anksiyete yarattığını, Öner ise düşük benlik saygısının, durumsal anksiyeteye neden olabileceğini, bu durumun da mantık dışı reddedilme korkularına, başarısızlığa ve eleştirilme kaygılarına, sosyal ve kişiler arası olaylarda felaket beklentisine yol açacağını belirtmektedirler (81). Obezitede beden imajı bozukluğu, stigmatizasyona yatkınlık olduğu da bilinmektedir. Obez bireylerde fobik kaçınmanın, onlara insanların uzun bakışları ve fisıltı ile yorum yapmaları gibi sosyal etkenlerin sonucunda ortaya çıktığını speküle etmek mümkün olmakla birlikte başka faktörlerin de etkili olabileceği düşünülmelidir. Bu hastaların yaşadıkları toplum dışına itilme davranışı depresyon, anksiyete ve diğer bozuklukların gelişmesine katkıda bulunabilmektedir.

Araştırmacılar, beden ağırlığı ile aşırı uğraş ve bozulmuş beden imajının obez hastaların önemli özelliklerinden olduğu konusunda hemfikirdirler (59).

4.8. Erişkin obezitesinde tedavi

Obezite tedavisinde amaçlanan, ideal vücut ağırlığına ulaşmaktan çok, kilo kaybı hedeflerinin bireyselleştirilerek obezitenin derecesinin azaltılması ve en önemlisi de ulaşılan vücut ağırlığının korunmasıdır. Ağırlıkta % 10'luk bir kilo kaybı ile kan basıncı kontrolünde, dislipidemi ve diyabet regülasyonunda anlamlı azalmalar bildirilmiştir (82).

Tedavi yöntemleri sırasıyla;

- Diyet Tedavisi
- Davranış Tedavisi
- Egzersiz Tedavisi
- İlaç Tedavisi
- Cerrahi Tedavi'dir (83).

4.8.1. Diyet tedavisi

Kilo vermenin sağlanabilmesi için yaşa ve cinsiyete göre belirlenen kalori gereksiniminden daha düşük kalorili bir rejim uygulanması esastır. Enerji gereksinimi gerçek ağırlığın kilogramı başına 22 kcal. üzerinden hesaplanabilir.

Zayıflama sırasında kas dokusu gibi yağsız dokuların değil, yağ dokusunun kaybedilmesi önemlidir. Bu yüzden zayıflama diyetlerinde temel ilke alınan enerjinin kısıtlanması, ancak vücudun ihtiyaç duyduğu besin öğelerinin yeterli miktarda alınmasıdır (51). Diyet kompozisyonu %20-30 yağ, %15 protein ve % 55-60 karbonhidrat içermelidir (20). Kısa sürede fazla kilo verdiren diyet programlarının yarar yerine zarar verdiği, diyet programlarının durdurulmasından sonra verilen kiloların fazlasıyla geri alındığı anlatılmalıdır. Eğitim ve psikoterapi ile, obezlerin kendi sağlık şartlarına uygun olan ve diyetisyen tarafından düzenlenen, doktor kontrolündeki sağlıklı beslenme programlarının çok uzun süreler uygulanmasının gerekliliği öğretilmelidir (84). Öğün atlamamaya özen gösterilmeli, şeker ve yağ içeriği yüksek besinlerden uzak durulmalıdır. Hastanın günlük aldığı yiyecek ve kalori miktarının belirlenmesi için en az 3 gün boyunca yediklerini çizelge halinde

yazması istenmektedir. Hastaların çoğu yediklerini az göstermek çabası içinde olabileceğinden bu çizelgelerin değerlendirilmesinde dikkatli olunmalıdır (6).

4.8.2. Davranış tedavisi

Şişmanlık sadece şişman kişiyi değil, çevresindekileri yani toplumu da etkileyen ve ayrıca fizyolojik, organik, sistemik, hormonal, metabolik, estetik, psikolojik ve sosyal sorunlara yol açan bir hastalıktır.

Emosyonel stres, depresyon ve mental hastalıklar gibi durumların varlığında davranış bozuklukları yeme alışkanlığını olumsuz yönde etkilemektedir.

Şişmanlığın tedavisinde enerjisi kısıtlanmış diyetler ve fiziksel aktivite uygulamaları şarttır ancak bu çoğu zaman yeterli olmayabilir. Bu tezi destekler bir çalışmada BKİ'si 32,8 olan 36 şişman erkeğe 2 ay süresince çok düşük enerjili diyet ve fiziksel egzersiz uygulanmıştır. Sonrasında 6 ay boyunca koruma programına alınan denekler, daha sonra aylık takiplerle toplam 2 yıl süresince izlenmişlerdir. Diyet boyunca az yağlı ve lifli besinler tüketen grubun zamanla eski tüketim alışkanlıklarına döndüğü, yağlı ve şekerli besin tüketimlerinin arttığı izlenmiştir. Sonuçta, yeme davranışlarındaki değişikliklerin korunmasına yönelik tedavinin yapılması gerekliliği ileri sürülmüştür.

Bir başka çalışmada ise 43'ü kadın, 7'si erkek olmak üzere 50 birey üç gruba ayrılmıştır. Birinci gruba 2 ay çok düşük kalorili diyet, sonraki 6 ay ise 1200 kcal/gün diyet uygulanmıştır. İkinci gruba sadece davranış terapisi, üçüncü gruba ise çok düşük kalorili diyet ve davranış terapisi kombinasyonu 6 ay boyunca haftalık görüşmelerle uygulanmıştır. Bir yıl sonra ağırlık kazanımları incelendiğinde üçüncü gruptaki bireylerin kaybettikleri ağırlığın 1/3'nü geri kazandıkları, birinci grupta ise bu oranın 2/4 olduğu bulunmuştur. Sonuç olarak davranış modifikasyonu tedavisinin kaybedilen ağırlığın geri kazanımını önemli ölçüde azalttığı belirlenmiştir.

Ağırlık kaybetmede yaş önemli bir unsur olarak görünse de uygulanacak tedavi yöntemleri bu faktörün önemini azaltabilmektedir. Bu amaçla yapılan bir çalışmada hasta grubu yaşlarına göre ikiye ayrılmış, bir gruba sadece diyet verilirken, yaşlı olan diğer gruba egzersiz ve davranış modifikasyonu tedavisi beraberce uygulanmıştır. Sonuçta üçlü tedavi gören grubun daha yaşlı olmasına rağmen, daha başarılı oldukları görülmüştür.

Ağırlığın denetiminde davranış modifikasyonu, fazla ağırlık kazanımına neden olan yemek yeme ve fiziksel aktivite ile ilgili olumsuz davranışları olumlu yönde değiştirmeyi veya azaltmayı, olumlu davranışları ise pekiştirerek yaşam biçimi haline gelmesini amaçlayan bir tedavi şeklidir (36).

Obezite tanısı en kolay konan ancak tedavisi en güç hastalıklardan birisidir ve tedaviye uyumda hastanın motivasyonu önemli rol oynar. Tedavi için başvuran kişilere empatik, destekleyici, açıklayıcı, gerçekçi ve yol gösterici bir şekilde yaklaşılması tedaviye uyumu arttırmaktadır (85).

Değerlendirme sürecinde ayrıntılı öykü alınması çok önemlidir. Tercih edilen yemek çeşitleri, tatlılara eğilim, aşırı yeme dönemlerinin ortaya çıktığı zaman, iştahın uyarıldığı çevresel koşullar, gece atıştırma, sosyal baskılar, stres etkenleri, eşlik eden depresyon ve diğer psikiyatrik bozukluklar ile ilgili ayrıntılı öykü alınması gereklidir. Önemli olan aşırı yeme davranışını özendiren çevresel etkenleri kontrol edebilmektir. Standart davranışçı tedavi şu aşamaları içerir:

1. Yaşa uygun kalori/günlük diyetin uygulanması, öğün atlanmaması,
2. Tüketilen yiyeceklerin (yapabiliyorsa hasta tarafından) düzenli bir şekilde kaydedilmesi,
3. Haftalık kilo takibi,
4. Yemekleri evde yemek ve bu sırada televizyon, radyo veya kitap okumak gibi dikkati başka yöne çeken uyaranların bulunmaması,
5. Yiyecekler arası atıştırmayı yasaklama,
6. Fiziksel aktivitenin artırılması,
7. Kilo kaybettikçe ödül uygulaması (86).

Davranış modifikasyonunda görüşme sıklığı da dikkat edilmesi gereken bir unsurdur. Tedavi başlangıcında ilk ay haftada 2-3 kez, sonrasında ayda en az 2 kez, koruma döneminde ise daha seyrek görüşmeler başarı için önemlidir. Bu konuda yapılan çalışmalarda, eşli terapi uygulanan tedavilerde ağırlık kayıplarının ve korunma süresinin daha uzun olduğuna ilişkin veriler elde edilmiştir (36).

4.8.3. Egzersiz tedavisi

Şişmanlık alınan kalori ile harcanan arasındaki dengesizlik sonucunda ortaya çıktığı için, alınan kalorinin kısıtlanması ile birlikte harcanan enerjinin artırılması

tedavide çok önemli rol oynamaktadır. Uzun süreli diyet ve egzersizin birlikte uygulanması, sadece diyet uygulanmasına göre daha başarılı sonuç sağlamaktadır.

Şişman ve fazla kilolu hastaların birçoğunun egzersiz toleransı düşüktür. Bu nedenle egzersize kısa süreli, düşük yoğunluklu aktivitelerle başlayarak, süreyi ve yoğunluğu kademeli olarak arttırmak gerekir. Hasta haftada 3 kez 10 dk. düşük hızla yürüyerek başlayabilir. Bu sürecin sonunda hastalar haftada 3-5 kez 30-45 dk. orta derecede aktiviteye teşvik edilmelidir. Daha sonra her gün 30-60 dk. aktiviteye geçilmelidir. Böylece fazla kiloların verilmesi ve bu durumun korunması sağlanabilir.

Egzersiz; ucuz, basit ve güvenli bir tedavi yöntemidir. Düzenli egzersiz vücut ağırlığında, toplam kan kolesterolünde, serum trigliseritlerinde, düşük yoğunluklu lipoprotein kolesterolünde ve hipertansiyonu olan hastaların kan basıncında azalma sağlamaktadır (51). Çok yoğun ve ağır egzersizlere gerek yoktur. Yürüme ve bisiklete binme gibi egzersizler yeterlidir (20). Obezite tedavisinde fiziksel aktivitenin rolünü belirlemek için 22 araştırmanın değerlendirildiği bir metaanaliz çalışmasında, BKİ >25 olan bireylerde haftalık 2200 kalorilik egzersize bağlı enerji harcamasının, vücuttaki yağ miktarında azalmalara sebep olduğu saptanmıştır. Sedanter şişman olan 120 birey üzerinde yapılan bir çalışmada, diyet kısıtlaması olmadan 8 aylık farklı türdeki tüm egzersizlerin, kontrol grubuna göre vücut ağırlığında, yağ kitlesinde ve abdominal obezitede etkili olduğu bulunmuştur (36).

4.8.4. İlaç tedavisi

Medikal beslenme, davranış tedavileri ve fiziksel aktivite obezite tedavisinde en yaygın metodlar olmalarına rağmen, bazı bireylerde istenen sonuçlara ulaşılamamaktadır. Daha da önemlisi obez bireyler gerçek hayatta mümkün olandan iki üç kat fazla ağırlık kaybetmek isterler. Ayrıca yeme ve davranışta uzun süreli değişimler yapmak pek çok hasta için olağanüstü zordur. Bu yüzden ağırlık kaybı ve korunmasında farmakolojik tedavide tercih edilmektedir (36).

İlaç tedavisi diyet, egzersiz ve davranış tedavisi ile birlikte 3 ayda % 10 kilo kaybını sağlar. BKİ >30 olan kişilerde uygulanır. Tıbbi olarak başka bir hastalık nedeniyle kilo vermesi gereken kişilerde de (BKİ >25) kullanılabilir (20). Obezite tedavisinde uzun dönem için kabul edilen ilaçlar sibutramine ve orlistattır.

Sibutramine doyunluk hissini ve metabolik hızı arttırarak ağırlık kaybı sağlayan bir serotonin ve noradrenalin geri alım inhibitörüdür. Orlistat ise gastrik ve pankreatik lipaz inhibisyonu ile yağ emilimini inhibe ederek ağırlık kaybı yaratır (36).

4.8.5. Cerrahi tedavi

Morbid obezitesi olan hastalarda düşünölmelidir. Mide-barsak by-pass'ı, mide kapasitesinin azaltılmasına yönelik girişimlerdir.

Yağların estetik amaçlı olarak cerrahi yöntemlerle vücudun bazı bölgelerinden aldirılması (liposuction) da uygulanmaktadır. Bu yöntemle belli bölgelerde oluşan yağlar alınmaktadır, ancak bireyde zayıflamaya yönelik davranış değışikliğı olmadığı sürece bu bölgelerde yağ birikimi tekrarlayacaktır (85).

4.9. Obezitenin önlenmesi

Korumadaki amaç obezitenin neden olduğu kısa ve uzun dönemde görölebilecek problemleri engellemektir. Ulusal veya çevresel sağlık önlemleri uygun yaklaşım olarak görölmektedir. Birçok Avrupa ölkesinde sadece genel popölasyonda değil medikal popölasyon için de önlem programlarının gerekliliğı konusunda farkındalık söz konusudur. Obezite sorununda efektif tedavi programlarına yönlenmek yerine daha fazla farkındalık ve bilinç topluma genellendirilmelidir.

Obezlerdeki tedavi programları uzun dönem kilo kontrolü, ağırlığın düzeltilmesi ve vücut yağ miktarının düzenlenmesini amaçlamalıdır. Obezlerde ve obezite gelişmek üzere olanlarda yeme ve egzersiz davranışları ile beraber sağlıklı yaşam stilleri modifiye edilmelidir. Geçici beslenme davranışı ve fiziksel egzersiz yerine kalıcı davranışsal öğeleri içermelidir.

Yemek aralarında yapılan "atıştırmaların" kontrol edilmesi, yüksek kalorili gıdalar içeren "fast-food" yiyeceklerden uzak durulması alınabilecek en basit önlemler arasındadır (87).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 57. Dünya Sağlık Asamblesinde diyet, fiziksel aktivite ve sağlık üzerine global stratejileri belirlemiştir. Bu doğrultudaki hedef ve amaçlar:

- Sağlıksız diyet ve fiziksel aktiviteden kaynaklanan kronik hastalıklar için risk etmenlerinin gerekli halk sağlığı eylemleri ile önlenmesi, azaltılması ve sağlığın geliştirilmesi

- Diyetin ve fiziksel aktivitenin sağlık üzerine etkisinin ve koruyucu m¼dahalelerin olumlu etkisinin toplumda bilinmesi, toplum bilinç düzeyinin yükseltilmesi
- Küresel, bölgesel, ulusal ve toplum bazında sürdürülebilir, kapsamlı; sivil toplum, özel sektör ve medyayı içeren tüm sektörlerin aktif katılımlarının sağlandığı politikalar, eylem planları ile diyetin geliştirilmesi ve fiziksel aktivitenin artırılması
- Gerekli alanlarda müdahale programlarını da kapsayan araştırmaların desteklenmesi; bu alanda sağlığın sürdürülmesi ve geliştirilmesi için gerekli insan kaynaklarının güçlendirilmesidir.

Obezite ile mücadele için DSÖ Avrupa Bakanlar Toplantısı 15-17 Kasım 2006 tarihinde İstanbul'da yapılmıştır. Toplantının amacı; obezite sorununu halk sağlığı ve politik ajandada üst düzeye yerleştirmek, farkındalık ve yüksek düzeyde politik kararları eyleme dönüştürmek, uluslararası ve sektörlerarası işbirliğini geliştirmektir. Bu doğrultuda “Obezite ile Mücadele Avrupa Şartı” imzalanmıştır.

Şişmanlık tekrarlama riski çok yüksek olan ve uzun vadede tedavi gerektiren bir olgu olduğu için multidisipliner bir yaklaşım gerektirmektedir. Doktor, diyetisyen, psikolog, fizyoterapist veya egzersiz uzmanını içeren bir ekip tedavi için önemlidir. Bu ekibe bireyin aile ve yakın çevresinin de katılması, şişman bireye gösterecekleri destek ile başarıyı arttıracaktır (36).

5. YÖNTEM

5.1. Örneklem Grubu

Araştırmamızda, Üsküdar Devlet Hastanesi Diyet Polikliniğine başvuran beden kitle indeksi (BKİ)=25 üzerindeki kilolu ve obez kadınlar ile BKİ=20-25 arasındaki normal ağırlıktaki kadınlar örneklem gruplarını oluşturmaktadır. Olgu-Kontrol araştırması yapılmıştır. Normal kilolu bireylerde benlik saygısında düşüklük %15 görüldüğünde, kilolu ve obezlerde benlik saygısında düşüklük 3 kat daha fazla gözükür ise %95 güven aralığı ile ve %80 güç ile olgu ve kontrol grubuna 85 kontrol ve 85 hasta alınması öngörülmüştür. Çalışmaya 84 kontrol ve 86 hasta alınmıştır.

- Obez grubu oluşturma kriterleri;
 - Üsküdar Devlet Hastanesi diyet polikliniğine başvurmuş olmak
 - Beden kitle indeksi(BKİ)=25 üzerinde olmak
 - 18 yaş üstünde olmak
 - Çalışmaya katılmak için gönüllü olmak
 - Klinik olarak normal zeka düzeyinde olmak
- Dışlama kriterleri;
 - Psikotik bir bozukluğa sahip olmak
 - Demans durumunun varlığı
 - Fiziksel bir sakatlığa sahip olmak
 - Alkol ve ilaç bağımlısı olmak
 - Hamile olmak
- Kontrol grubunu oluşturma kriterleri;
 - Üsküdar Devlet Hastanesi diyet polikliniğine başvurmuş olmak
 - BKİ=20-25 arasında olmak
 - 18 yaş üstünde olmak
 - Çalışmaya katılmak için gönüllü olmak
 - Klinik olarak normal zeka düzeyinde olmak
- Dışlama kriterleri;
 - Psikotik bir bozukluğa sahip olmak
 - Demans durumunun varlığı
 - Fiziksel bir sakatlığa sahip olmak

- Alkol ve ilaç bağımlısı olmak
- Hamile olmak

5.2. Gereç

Hastaların kilo-boy ölçümleri için hastanemiz diyet polikliniğindeki dijital tartı ve boy ölçer kullanılarak, beden kitle indeksleri hesaplanmıştır. Katılımcılara uyguladığımız anket formları hastanemiz fotokopi hizmetleri tarafından çoğaltılmıştır.

Araştırmada kullanılan formlar,

a-) Sosyodemografik anket formu;

Araştırmaya katılanların; yaş, boy, kilo, medeni durum, meslek, eğitim, evde bulunan araç sahipliği ve yaşanılan bölge bilgileri ile sosyodemografik özellikleri öğrenilmek istenmiştir.

b-) Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği;

M.Rosenberg (1965) tarafından geliştirilen ölçek Füsun Çuhadaroğlu (1986) tarafından ülkemize uyarlanmıştır. 63 maddeden oluşan ölçeğin 12 alt testi vardır. Bu alt kategoriler benlik saygısı, kendilik kavramının sürekliliği, insanlara güvenme, eleştiriye duyarlılık, depresif duygulanım, hayalperestlik, psikosomatik belirtiler (uykuda süreklilik, ellerde titreme, sinirlilik, çarpıntı, tırnak yemek, nefes darlığı, ellerde terleme, baş ağrısı, kabus görmek), kişiler arası ilişkilerde tehdit hissetme, tartışmalara katılabilme, anne-baba ilgisi, babayla ilişki ve psişik izolasyon şeklinde adlandırılmıştır. Rosenberg istenildiği takdirde alt ölçeklerin araştırmalarda ayrı ayrı kullanılabilmesini belirtmiştir. Benlik saygısını ölçmeye yönelik olarak, ölçeğin ilk "10" maddesi kullanılmaktadır. Sayısal ölçümlerle yapılan karşılaştırmalarda benlik saygısı, yüksek (0-1 puan), orta (2-4 puan) ve düşük (5-6 puan) olarak değerlendirilmektedir. Puanın yüksek olması benlik saygısının düşük, az olması ise benlik saygısının yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçeğin geçerlik katsayısı 71, güvenirlik katsayısı 75 olarak bulunmuştur (88).

Araştırmamızda katılımcılara 63 soruluk anket formu doldurtturularak benlik saygısı ile beraber diğer alt kategoriler hakkında da bilgi edinilmiştir.

İlk 10 soruda 0-3 puan arası puanlanan sorulardan elde edilen toplam puanlar benlik saygısı puanı olarak sürekli değişken olarak değerlendirildi. Alınan toplam puan arttıkça benlik saygısının azaldığı yönünde yorum yapıldı.

Benlik saygısı puanlama sistemi dışındaki bölümlerin değerlendirilmesi için standart bir öneri bulunmuyordu. Ölçeğin bu bölümünden konularına göre her bölümden alınan puanlardan tepe noktası kesim noktası alınarak soruların yönü de dikkate alınarak, niteliksel veri dönüşümü yapıldı. Psikosomatik bulgulardan alınan puanlarda niteliksel dönüşüm yapılması tercih edilmedi, yüksek puanlar psikosomatik bulguların artışı göstermekteydi. Ayrıntılı olarak niteliksel dönüşüm kesim noktaları aşağıda açıklanmaktadır:

Kendilik kavramının sürekliliği; 11-15. sorulardan alınan puanlara göre 10 puandan düşük puan alanlar kendilik kavramı sürekliliği düşük, 10 ve 10 puandan yüksek ise kendilik kavramı sürekliliği yüksek olarak nitelendirilmiştir.

İnsanlara güvenme; 16-20. soru aralığındaki sorulardan elde edilen puanlardan, 6 puanın altındakiler güven duygusu düşük, 6 ve üzerinde alanlar güven duygusu yüksek olarak değerlendirilmiştir.

Eleştiriye duyarlılık; 21-23. sorulardan alınan puanlardan 6 puanın altındakiler eleştiriye duyarlı, 6 ve üzerinde alanlar eleştiriden etkilenmiyor şeklinde değerlendirilmiştir.

Depresif duygulanım; 24-29. sorulardan alınan puanlar 12 puanın altındakilerde depresif duygu durumu yok, 12 ve üzerinde alanlarda depresif duygu durumu var olarak nitelendirilmiştir.

Hayalperestlik; 30-33. sorulardan alınan puanlardan, 7 puanın altında alanlar hayalperest, 7 ve üzerinde olanlar hayalperest değil şeklinde nitelendirilmiştir.

Psikosomatik bulgular; 34-43. sorular üzerinden alınan puanlardan, psikosomatik bulguların yoğunluğu niteliksel veriye dönüştürülmeyip sürekli değişken olarak alınmıştır.

Kişiler arası ilişkilerde tehdit hissetme; 44-46. sorular üzerinden alınan puanlardan 5'in altında alanlar kişiler arası ilişkilerde tehdit hissediyor, 5 ve üzerinde alanlar kişiler arası ilişkilerde tehdit hissetmiyor şeklinde nitelendirilmiştir.

Tartışmalara katılım; 47-48. sorulardan oluşmaktadır. Bu sorular obezite ile ilgili analizlerde kullanılmamıştır.

Anne baba ilgisi; 49-55. sorulardan elde edilen puanlardan, 10 ve altında alanlar anne ve babası ilgili, 10'dan yüksek olanlar anne babası ilgisiz şeklinde nitelendirilmiştir.

Baba ilgisi; 56-61. sorulardan elde edilen puanlardan, 17 ve altında puan alanların babası ilgili, 17 üzeri alanların babası ilgisiz şeklinde nitelendirilmiştir.

Psşik izolasyon; 62-63. sorulardan alınan puanlardan 3 ve daha az puan alanlar yalnız, 3'ten yüksek alanlar yalnız değil şeklinde nitelendirilmiştir.

c-) Hasta bilgilendirme formu;

Üsküdar Devlet Hastanesi diyet polikliniğine başvuran, çalışmaya alınma kriterlerine uygun kadınlara tez çalışmasıyla ilgili bilgi verilerek, uygulanacak anket formu anlatılmıştır.

d-)Hasta onay formu;

Hasta bilgilendirme formunu okuduktan sonra çalışmaya katılmayı kabul eden kadınlar için kullanılmıştır.

5.3. Uygulama

Üsküdar Devlet Hastanesi diyet polikliniğine başvuran kadınların boy ve kilo ölçümleri yapılarak BKİ'leri hesaplanmıştır. Çalışmaya alınma kriterlerine uygun olan kadınlar, tez çalışması hakkında bilgilendirilmiş ve onayları alınarak olgu ya da kontrol grubu olarak çalışmaya dahil edilmiştir. Öncelikle hasta bilgilendirme formu ve hasta onay formu imzalatılmış, daha sonra sosyodemografik özellikleri belirleyici anket formu ve 63 sorudan oluşan Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği uygulanmıştır.

5.4. İstatistiksel değerlendirme

Ki-kare analizi, bağımsız gruplarda t-testi, Mann Whitney U testi, tek yönlü ANOVA ve çok yönlü ANOVA (MANOVA) analizleri yapıldı. Çoklu ANOVA'da benlik saygısı puanı, medeni durum, sosyoekonomik statü, yaş grupları ve obez olma normal kiloda olma açısından birlikte benlik puan ortalamasını nasıl etkilediği incelendi. Çoklu ANOVA'da (MANOVA) gruplar arası varyansların homojen olduğu Levene testi ile gösterildi.

6. BULGULAR

Araştırmamıza katılan kadınların yaş ortalaması 34,6; benlik puan ortalaması 8,5 tir. Araştırmanın Üsküdar Devlet Hastanesi diyet polikliniğinde yapılmasından dolayı katılımcıların çoğu (%45,9) ortanın altı sosyoekonomik statüdedir. Araştırmamızdaki kadınların %48,8'i ev hanımıdır. Çalışan kadınların %18,2'si memur,%17,6'sı işçidir.

Tablo 6:Katılımcıların medeni hallerinin,sosyoekonomik statülerinin ve yaş gruplarının aşırı kilolu-obeze olmalarına göre dağılımı.

	<u>Normal kilolu</u>		<u>Aşırı kilolu - obez</u>		<u>Toplam</u>		<u>p</u>
	<u>n</u>	<u>(%)</u>	<u>n</u>	<u>(%)</u>	<u>n</u>	<u>(%)</u>	
Medeni hali							
Bekar	46	(76,7)	14	(23,3)	60	(100,0)	<0,001
Evli	38	(34,5)	72	(65,5)	110	(100,0)	
Sosyoekonomik statü							<0,001
Alt SES	9	(18,0)	41	(82,0)	50	(100,0)	
Ortanın altı SES	39	(50,0)	39	(50,0)	78	(100,0)	
Orta SES	17	(85,0)	3	(15,0)	20	(100,0)	
Ortanın üstü SES	11	(78,6)	3	(21,4)	14	(100,0)	
Üst SES	8	(100,0)			8	(100,0)	
Yaş grup							<0,001
18-27	47	(78,3)	13	(21,7)	60	(100,0)	
28-37	25	(52,1)	23	(47,9)	48	(100,0)	
38-47	8	(25,8)	23	(74,2)	31	(100,0)	
48+	4	(12,9)	27	(87,1)	31	(100,0)	
Toplam	84	(49,4)	86	(50,6)	170	(100,0)	

Evli kadınların % 65,5'i aşırı kilolu ve obez iken, bekar olanlarda bu oran % 23,3 tü. Her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ($p<0,001$).

Sosyoekonomik statü ile kilo durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardı ($p<0,001$). Alt sosyoekonomik statüdekilerin % 82,0'ı aşırı kilolu-obez iken üst sosyoekonomik statüdekilerin hiçbiri aşırı kilolu-obez değildi.

18-27 arası yaş grubunun % 21,7'si aşırı kilolu-obez iken 48 ve üzeri yaş grubunun % 87,1'i aşırı kilolu-obezdi. İleri yaş grubunda aşırı kilo-obezite oranı istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,001$).

Tablo 7: Katılımcıların sosyoekonomik statüleri ve benlik puanlarına göre dağılımı.

SES	N	Benlik Puan Ortalaması (+/- sd)	
Alt SES	50	10,7	(4,1)
Ortanın altı SES	78	8,1	(3,9)
Orta SES	20	6,3	(4,6)
Ortanın üstü SES	14	6,7	(4,3)
Üst SES	8	6,8	(3,5)
Toplam	170	8,5	(4,3)

($p<0,001$)

Alt sosyoekonomik statüde bulunanların benlik puanları diğer gruplarda bulunanlardan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksekti ($p<0,001$). Benlik puanı değerlendirmesine göre alt sosyoekonomik statüde bulunanların benlik saygısı düşük bulundu.

Tablo 8: Katılımcıların yaş grupları ve benlik puanlarına göre dağılımı.

Yaş grup	n	Benlik Puan Ortalaması (+/- sd)	
18-27	60	7,7	4,8
28-37	48	8,7	3,9
38-47	31	8,8	4,0
48+	31	9,3	4,0
Toplam	170	8,5	4,3

($p>0,05$)

İleri yaş gruplarında benlik saygısı puanı ortalaması daha yüksek olarak bulundu.

Ancak istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p>0,05$).

Tablo 9:Katılımcıların medeni durumları ve benlik puanlarına göre dağılımı.

Medeni durum	n	Benlik Puan Ortalaması (+/- sd)
Bekar	60	7,5 (4,5)
Evli	110	9,0 (4,1)
Toplam	170	

(p=0,027)

Evli olan katılımcılarda benlik puanı 9,0 iken ;bekar olan katılımcılarda benlik puanı 7,5 ti. Her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı (p=0,027). Evli olanlarda benlik saygısı düşük bulundu.

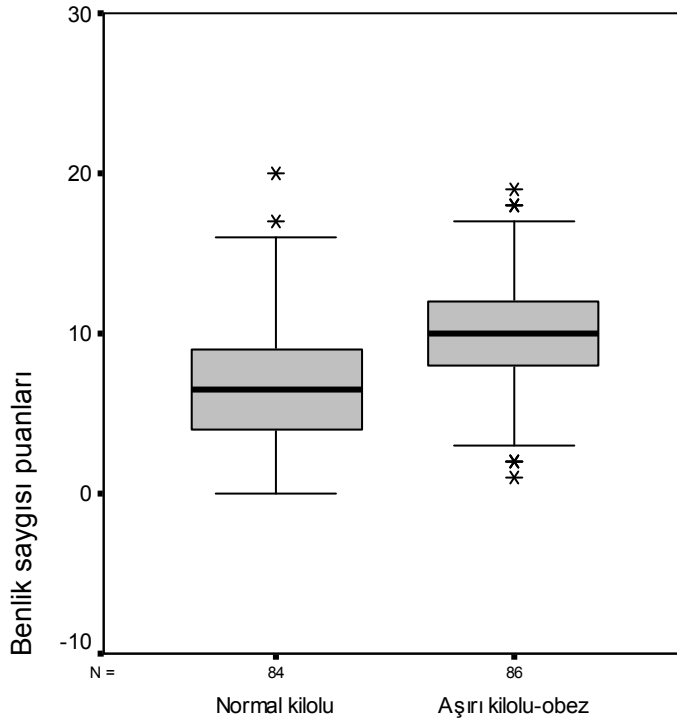
Tablo 10:Katılımcıların normal ve aşırı kilolu-obez olmaya göre benlik puanlarının dağılımı

Kilo durumu	n	Benlik Puan Ortalaması (+/- sd)
Normal	84	6,8 (4,2)
Aşırı kilolu-Obez	86	10,1 (3,8)
Toplam	170	8,5 (4,3)

(p<0,001)

Aşırı kilolu-obez olanlarda benlik puanı ortalaması normal kiloda olanlara göre daha yüksekti ve bu yükseklik istatistiksel olarak anlamlıydı (p<0,001).

Şekil 1. Normal ve aşırı kilolu-obez olmaya göre benlik puanlarının dağılımı.



Grafikte gözlendiği gibi, aşırı kilolu ve obezlerde benlik saygısı puanları daha yüksektir. Bu durum benlik saygısının bu grupta daha düşük olduğuna işaret etmektedir.

Tablo 11: Katılımcıların kendilik kavramı sürekliliğinin, güven duygusunun, eleştiriye duyarlılığının, depresif duygulanımının, hayalperestliğinin ve tehdit hissetme duygusunun aşırı kilolu-obeze olmalarına göre dağılımı.

	<u>Normal kilolu</u>		<u>Aşırı kilolu-Obez</u>		<u>Toplam</u>		<u>p</u>
	<u>n</u>	<u>(%)</u>	<u>n</u>	<u>(%)</u>	<u>n</u>	<u>(%)</u>	
Kendilik kavramı sürekliliği							
Düşük	30	(38,5)	48	(61,5)	78	(100,0)	0,009
Yüksek	54	(58,7)	38	(41,3)	92	(100,0)	
Güven duygusu							0,361
Düşük	43	(53,1)	38	(46,9)	81	(100,0)	
Yüksek	41	(46,1)	48	(53,9)	89	(100,0)	
Eleştiriye duyarlılık							0,001
Yüksek	41	(39,0)	64	(61,0)	105	(100,0)	
Etkilenmiyor	43	(66,2)	22	(33,8)	65	(100,0)	
Depresif duygulanım							0,088
Mutlu	51	(55,4)	41	(44,6)	92	(100,0)	
Depresif	33	(42,3)	45	(57,7)	78	(100,0)	
Hayalperestlik							0,518
Hayalperest	19	(54,3)	16	(45,7)	35	(100,0)	
Hayalperest değil	65	(48,1)	70	(51,9)	135	(100,0)	
Tehdit hissetme duygusu							0,005
Var	27	(37,0)	46	(63,0)	73	(100,0)	
Yok	57	(58,8)	40	(41,2)	97	(100,0)	
Toplam	84	(49,4)	86	(50,6)	170	(100,0)	

Kendilik kavramı sürekliliği düşük olanlarda aşırı kilo-obeze oranı (%61,5), kendilik kavramı sürekliliği yüksek olanlara oranla (%41,3) istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksekti (p=0,009).

Güven duygusunun düşük veya yüksek olması ile kilo durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktu (p=0,361).

Eleştiriyeye duyarlılığı yüksek olanların %61,0'ı aşırı kilolu-obez iken, eleştiriden etkilenmeyenlerin %33,8'i aşırı kilolu-obezdi. Bu iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardı (p=0,001).

Depresif olanlarda aşırı kilo-obezite oranı, mutlu olanlara göre daha yüksekti. Ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildi (p=0,088).

Hayalperestlik ve kilo durumu arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktu (0,518).

Tehdit hissedenden katılımcıların % 63,0'ı aşırı kilolu-obez iken, tehdit hissetmeyen katılımcıların %41,2'si aşırı kilolu-obezdi ve istatistiksel olarak anlamlıydı (p=0,005).

Tablo 12:Katılımcılarda anne-baba ilgisinin aşırı kilolu-obez olmalarına göre dağılımı.

Anne-Baba ilgisi	Normal kilolu		Aşırı kilolu-Obez		Toplam	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
İlgili	40	(51,3)	38	(48,7)	78	(100,0)
İlgisiz	42	(47,2)	47	(52,8)	89	(100,0)
Toplam	82	(49,1)	85	(50,9)	167	(100,0)

(p=0,598)

Katılımcılarda anne-baba ilgisinin varlığı ile kilo durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktu (p=0,598).

Tablo 13:Katılımcılarda baba ilgisinin aşırı kilolu-obez olmalarına göre dağılımı.

Baba ilgisi	Normal kilolu		Aşırı kilolu-Obez		Toplam	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
İlgili	44	(51,2)	42	(48,8)	86	(100,0)
İlgisiz	40	(47,6)	44	(52,4)	84	(100,0)
Toplam	84	(49,4)	86	(50,6)	170	(100,0)

(p=0,644)

Katılımcılarda baba ilgisinin varlığı ile kilo durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktu (p=0,644).

Tablo 14:Katılımcılarda psişik izolasyonun aşırı kilolu-obez olmalarına göre dağılımı.

Psişik izolasyon	Normal kilolu n (%)	Aşırı kilolu-Obez n (%)	Toplam n (%)
İzole	30 (50,0)	30 (50,0)	60 (100,0)
İzole değil	54 (49,1)	56 (50,9)	110 (100,0)
Toplam	84 (49,4)	86 (50,6)	170 (100,0)

(p=0,910)

Katılımcılarda psişik izolasyon ile kilo durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktu (p=0,910).

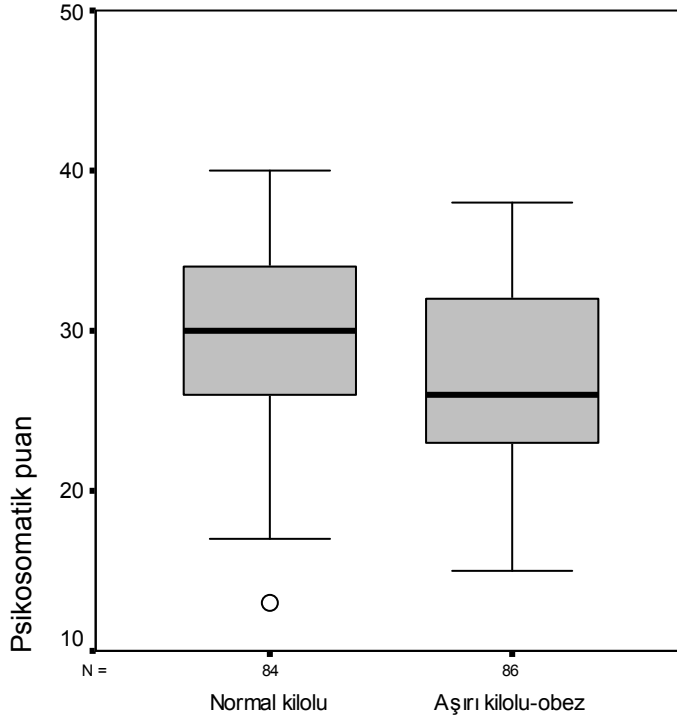
Tablo 15:Katılımcıların psikosomatik puanlarının aşırı kilolu-obez olmalarına göre dağılımı.

Kilo durumu	n	Psikosomatik puan ortalaması (+/- sd)
Normal	84	29,8 (5,4)
Aşırı kilolu-Obez	86	27,2 (5,3)
Toplam	170	

(p=0.002)

Aşırı kilolu-obez olanlarda psikosomatik puan durumu, normal kiloda olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüktü (p=0,002). Bunun ölçeğe göre anlamı psikosomatik belirtilerin aşırı kilolu-obez olanlarda daha yüksek görüldüğüdür.

Şekil 2. Normal ve aşırı kilolu-obez olmaya göre psikosomatik puan dağılımı.



Çoklu Anova incelemesinde medeni durum ve yaş grupları kontrol edilerek, benlik puanı ortalamaları üzerine etkileyen faktörler birlikte incelendiğinde sosyoekonomik statü ve aşırı kilolu-obez olma açısından istatistiksel olarak anlamlı fark gözlemlendi (Sırasıyla $p=0,042$, $p=0,001$). Sosyoekonomik durumun düşük olması ve aşırı kilolu-obez olmak benlik saygısı puan ortalamalarını arttırmaktaydı. Bu her iki durumun benlik saygısını azalttığı anlamına geliyordu.

7. TARTIŞMA ve SONUÇ

Obezite, yaşam kalitesi ve süresini olumsuz yönde etkileyen bir hastalık olup yüzyılımızın en önemli sağlık sorunudur (20). Dünyanın bir kısım ülkelerinde açlık ve yetersiz beslenme sonucu malnutrisyon ve komplikasyonları insan sağlığını olumsuz yönde etkilerken, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde ise obezite ve komplikasyonları mortalite ve morbiditeyi arttırmaktadır (19). Zayıflama yönünde toplumsal baskı olmasına ve diyet/kilo verme teknolojisinin artmasına rağmen obezite prevalansı artmaya devam etmektedir (35). Artan obezite prevalansı tıbbi komplikasyonlar ve mortalite artışıyla bağlantılı bir halk sağlığı problemidir (89).

Portekiz’de yapılan bir çalışmanın sonucu BKİ’i yüksek kişilerin beden imajından memnuniyetsizliğini, onların ince bir vücuda sahip olma isteğinden kaynak aldığını ileri sürmektedir (90). Obez olan kadınlara karşı sosyal etiketleme erkeklere oranla daha fazladır. Sosyal değerlerin kadın estetiğine erkeğinkinden daha çok önem vermesi bu etiketlemenin kadınlarda daha fazla olmasına sebep olur (36). Bizim çalışmamızda da BKİ’i yüksek olan kadınlarda benlik saygısı değeri düşük bulunmuş ve bu kadınlarla yapılan poliklinik görüşmesinde diyetisyene gelme nedenlerinin sağlık riskleri değil ince görünüp, daha güzel olma kaygısından kaynaklandığı belirlenmiştir. Çalışmamıza göre evli olan kadınlarda bekar olan kadınlara göre daha yüksek bulunan BKİ, eşleri tarafında beğenilmeme korkusu taşıyan ve çoğu kez de şişmansın diye yargılanan kadınların ince bir bedene sahip olma isteklerini bize yansıtmaktadır.

Medeni durumun obezite üzerine etkileri ile ilgili çalışmalara bakıldığında evli olan yetişkinlerin anlamlı olarak daha obez olduğu bildirilmiştir (91). Bizim çalışmamızda da evli kadınlarda benzer sonuca ulaşılmıştır. Evlilik sonrası yaşam alışkanlıklarında değişme ve gebelik kilo almaya zemin hazırlayan etmenler arasında sayılabilir.

Satman ve Yılmaz’ın çalışmasında, dar gelirli gruplarda ve kentsel alanlarda yaşayanlarda obezite daha fazla bulunmuştur (92). Bizim çalışmamızda da alt sosyoekonomik statüde aşırı kilo-obezite (%82,0) istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,001$). Bu durum, yoksul kesimde beslenmenin ekmek, makarna, bulgur gibi karbonhidrattan zengin besinlere dayanmasına bağlanabilir.

Ülkemizde, obez ve normal kilolu bireylerin obeziteden etkilenme biçimlerine ilişkin az sayıda çalışma bulunmaktadır. Obezite orta yaşta doruk düzeye ulaşmakta ve kadınlarda erkeklere oranla daha sık görülmektedir (43). Yaş arttıkça BKİ'nin arttığı değişik çalışmalarla gösterilmiştir (82). Bizim çalışmamızda yaş arttıkça BKİ'nin arttığı, diğer çalışmalara paralel olarak bulunmuştur. 48 ve üzeri yaş grubunun % 87,1'i aşırı kilolu-obez bulunarak istatistiksel olarak anlamlı derecede yükseklik görülmüştür ($p<0,001$). Şişmanlığın bu yaş grubunda sık görülmesinin nedeni gençlik yıllarına göre daha hareketsiz olmalarına bağlanabilir. Tahran'da yetişkinlerde yapılan bir çalışmada yağdan gelen enerji alımı ile BKİ; 10-18, 19-24, 25-50 ile 51+ yaş grubundaki erkeklerde ve 19-24, 25-50 ile 51+ yaş grubundaki kadınlarda pozitif yönde ilişkili bulunmuştur. Ancak 10-18 yaş grubu genç kadınlarda yağ tüketimi ile BKİ ilişkili bulunmamıştır. Aynı zamanda protein ve karbonhidrat tüketimi ile BKİ arasında da ilişki gözlenmemiştir. Bu çalışmaya göre yetişkin obezitesinde yağdan gelen enerjinin etkili olduğu görülmüştür (93). Bizim çalışmamızda ileri yaş bayanlarda anlamlı derecede yüksek görülen obezite, belki de hayat sürecindeki koşuşturması azalmış, çoğunlukla ev hanımı olan bayanların, gündüz gezmelerinin artması ve bu gezmelerde özellikle margarin şeklindeki yağ oranı yüksek hamur işi tüketiminin sıklıkla daha yoğun olmasından kaynaklandığı düşünülebilir.

İtalya'da yapılmış olan bir çalışmada ise yaşlı bireylerde artmış obezite prevalansı; kas kitlesi veya gücündeki azalma ve aşırı kilonun kombinasyonu (sarkopenik obezite) ile açıklanmış, vücut kompozisyonundaki değişiklikler ise yaş ile bağlantılı bulunmuştur. Sarkopenik obezitenin yaş ile artmakta olduğu belirtilmiştir (94).

Zagreb'de yapılan bir çalışmada BKİ ve vücut memnuniyetsizliği arasında güçlü bir ilişki olduğu, psikososyal sağlık üzerinde beden imajının güçlü etkisinin olduğu gösterilmiştir. Elde edilen sonuçlarda kültür içi farklılıklar sosyoekonomik statü ile ilişkilendirilmiştir (95). Teksas'da yapılan bir başka çalışmada düşük gelirli adölesan kızlarda benlik saygısının demografik, fiziksel ve davranışsal değişkenlerden etkilendiği belirtilmektedir (96). Bizim çalışmamızda da sosyoekonomik statü ile benlik saygısı arasında korelasyon mevcuttur. Alt sosyoekonomik statüde bulunanların benlik puanları diğer gruplarda bulunanlardan istatistiksel olarak

anlamli derecede yuksektir ($p<0,001$). Benlik puanı değerlendirmesine göre alt sosyoekonomik statüde bulunanların benlik saygısı düşük bulunmuştur.

Amerika’da yapılmış bir çalışmada mutlu evlilik ile depresyon ve anksiyete negatif iliőekli iken benlik saygısı pozitif iliőekli görülmüştür (97). Yine Amerika’da yapılmış farklı bir çalışmada ise anlaőmazlıkların yaőandığı evlilik ile depresyon, düşük yaşam memnuniyeti ve düşük benlik saygısı iliőekli bulunmuştur (98). Bizim alıőmamızda evli ve bekar olan grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmüő ($p=0,027$), evli olanlarda benlik saygısı düşük bulunmuştur. Araştırmamıza katılan kadınların bir kısmı diyet polikliniğine baővurma isteklerinin evde kocası tarafından küçük görülme, őıőmanlıęı yüzünden eőı tarafından beğenilmeme olduğunu dile getirmiőtir.

Obez hastaların daha düşük benlik saygısına sahip olduğunu bildiren araştırmalarda, psikopatolojik durumların daha fazla gözlendiği, özellikle kişilik bozukluklarının ve psikososyal stresörlerin sıklıkla eşlik ettiği bildirilmektedir (40). Benlik saygısı ile diğer deęiőkenler arasındaki iliőekiler yoğun olarak araőtırılmıőtir. Düşük benlik saygısı, düşük yaşam tatmini, yalnızlık, depresyon, anksiyete, alınganlık ve sinirlilikle iliőeklidir (99). Bizim alıőmamızda da obezlerde psikosomatik semptomlarda obez olmayanlara göre bir artış gözlenmektedir. Kilolu ocuklarda; erken adolesan dönem, kız cinsiyette olmak ve kendisiyle alay edilmesi düşük benlik saygısı için risk oluşturmaktadır (100). Obezite, özellikle kızlarda çocukluktan adolesan döneme geçiőte benlik algısını etkilemektedir (101). Diyet yapan kilolu, diyet yapmayan kilolu ve kilosunu normal olan kadınlarla yapılan araştırmada, diyet yapmayan kilolu grup diğer iki gruba göre daha nörotik ve daha az giriőken bulunurken, benlik saygısı bu grupta düşük bulunmuőtir (102). Bizim alıőmamızda ise aşırı kilolu-obez olanlarda benlik puanı ortalaması normal kiloda olanlara göre daha yuksektir ve bu yukseklik istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,001$). Obez kişilerin benlik değerinin BKİ ile iliőekli olduğu ve BKİ arttıķça benlik değerinde bir azalma olduğu gösterilmiştir.

Bizim araştırmamızda; Rosenberg Benlik Saygısı leğinin alt ölçekleri olan düşük kendilik kavramı sürekliliği, eleştiriye duyarlılık, tehdit hissi ve psikosomatik belirtiler obez olanlarda obez olmayanlara göre anlamlı bir farkla daha fazla gözlenmiőtir.

Çalışmamızda kendilik kavramı sürekliliğinin düşük olması aşırı kilolu-obez olanlarda (%61,5) istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Bu bulgunun yorumu için iki farklı görüş bulunmaktadır. Birinci görüşe göre, düşük kendilik saygısı, yeme sorunlarını başlatan önemli etkenlerden biridir ve diyet yapma davranışları ile yeme sorunları düşük kendilik saygısının dışavurumudur. İkinci görüşte ise bu görüşün tersi yer almaktadır. Özellikle gelişmiş ülkelerde kız ergenler ve genç yaştaki kadınlarda diyet yaparak kiloları, dolayısıyla bedenleri üzerindeki kontrolü sağlayabilme kendilik saygısını artırmakta, ama bu konudaki başarısızlık düşük kendilik saygısıyla sonlanmaktadır (103). Obeziteye ilişkin aşırı zihinsel uğraşlar bireyde benlik saygısının azalmasına ve olumsuz bir kendilik kavramının gelişmesine neden olmaktadır (57).

Aşırı kilolu ve obez kadınlarda normal kiloda olan kadınlara göre tehdit hissi hissetmenin yüksek olması BKİ yüksek olan kadınların güçsüzlük algısından kaynaklanabilir ve aynı zamanda zayıf benlik saygısı ile de birlikte olabilir. Bu güçsüzlük duygusunu azaltmak üzere kişi daha fazla yeme davranışına başvurabilir. Bu grupta bulunan kadınlarda yemek güçlenmenin bir yolu da olabilir. Eleştiriye duyarlılık tüm bunlara eşlik edebilir ya da beden imgesinin bozulması ile bu duyarlılık artmış olabilir. Her iki duruma psikoterapi ile müdahale obezite tedavisinde önemli rol oynayabilir.

İnsanda ruhsal durum ve yeme davranışı arasında karşılıklı etkileşim sözkonusudur. Ruhsal durumla yemek seçimi, yeme miktarı ve yeme sıklığı arasında, fizyolojik ihtiyaçlardan bağımsız bir ilişki mevcuttur. İnsanda yeme davranışının anksiyete, neşe, üzüntü, öfke, depresyon gibi farklı duygulara göre değiştiği yaygın olarak kabul edilmektedir. Emosyonel durumla bağlantılı olan yemek yeme davranışı emosyonel yeme olarak tanımlanmaktadır. Emosyonel yemenin beden ağırlığı ile ilişkili olduğu birçok çalışmada gösterilmiştir. Çalışmalarda sıkıntı, depresyon, yorgunluk sırasında yeme miktarında artma, korku, gerilim ve ağrı sırasında azalma olduğunu bildirilmektedir (59). Obezite gelişimini etkileyen önemli faktörlerden biri de çevre koşullarıdır. Çünkü obezite çoğu kez öğrenilmiş bir yeme davranışının sonucu olup birey ve ailenin yeme alışkanlıkları, öğün düzeni, en fazla tüketilen besinler ve egzersiz gibi yaşam tarzı ile ilgili faktörlerden ve kültürel faktörlerden etkilenir (104). Ayrıca ailede başka obezlerin olması, genetik etkilerin yanı sıra

bireyin kabul gördüğü bir çevre de yaratarak obeziteyi tetikleyebilir (105). Kaybedilen kiloların uzun dönem korunmasını sağlamak için stratejiler geliştirilmiş ve obezite tedavisinden sonra devamlı profesyonellerle (terapistlerle) ilişki, beceri eğitimi, sosyal destek ve fiziksel aktiviteden oluşan çok yönlü programların kilo kaybının uzun dönemde korunmasına katkıda bulunacağı gösterilmiştir (106). Sıklıkla obez bireyler ve terapistler obeziteyi bireylerin kendi yaşantısı ile ilgili bir problem olarak değerlendirmezler. Bu nedenle tedavi bireylerin davranış değiştirmesi yerine sadece kilo verme şeklindedir. Yetişkin bireylerdeki obezite tedavisinde esas olarak psikolojik yaklaşım güncelleştirilmelidir (107). Obezitenin koruyucu sağlık sistemi içinde, diğer kompleks hastalıklar gibi; önyargısız olarak empati ile tedavi edilmesine gerek duyulmaktadır. Hastalar obezite tedavisinin yaşam boyu süreceğini bilmelidir. Bunun yanı sıra antiobezite ilaçları kilo vermeyi kolaylaştırırken obezite ile bağlantılı sağlık risklerinin gelişmesine de katkıda bulunmaktadır. Antiobezite ilaçları ile kısa dönemde kilo kaybı kolaylıkla başarılabilir. Ancak uzun dönemde kilonun korunması sıklıkla uyumsuzluk ve başarısızlık ile ilişkili olarak değerlendirilmiştir. Düzenli fiziksel aktivite, yaşam tarzında bilişsel-davranışsal düzenlemeler kilo kaybının korunmasında önemlidir (108).

Kilo kaybı tedavisi sonrası kişilere sosyal destek sağlamak için yapılan sosyal etkileşim programlarında amaç, yol gösterme (rehberlik) ve emosyonel desteği sağlamaktır. Bunun için çift eğitim, arkadaş sistemi, kendi kendine yardım grubu ve telefon ağı gibi metodlar kullanılır. Yapılan bir çalışmada, kilo kaybı tedavisi sonrası kilo kaybının devamı için kişiler birbirleriyle düzenli olarak buluşarak; birbirlerinin kilolarını izlemişler, kilo kaybı bulunduğunda övme ve teşvik etme yöntemlerini uygulamışlar, bir kişi kilo kaybetmede sorun ile karşılaştığında grup sorun çözme yollarını kullanmışlardır. Bunlara ek olarak kişi terapistle haftada bir mektupla diyet detaylarını gönderirken terapist de haftada bir kişiyi telefonla arayarak yönlendirmiştir. Sonuç olarak, sosyal destek ve terapist görüşmesini içeren multikomponent bir programın kilo kaybını korumada etkili olduğu gösterilmiştir. Bu strateji, kişilere davranış değişikliğini ve kilo kaybını korumada yardımcı olmak için oluşturulmuş metodları kombine eden çok komponentli programları içerir. Amaç, çoklu metodların etkinliğini, çoklu stratejilerin fayda değerlerini ve kişiye uygun stratejiler için bilgi eksikliğinin giderilmesini sağlamaktır (106).

Bu çalışmanın sonuçlarına bakıldığında evli olmak, alt sosyoekonomik statüde bulunmak, ileri yaşta olmak ile aşırı kilo-obeziye arasında anlamlı düzeyde fark vardır. Bununla beraber aşırı kilolu-obezi olanlarda benlik saygısı, kendilik kavramı sürekliliği normal kiloda olanlara göre daha düşük görülürken; eleştiriye duyarlılık, tehdit hissi hissetme ve psikosomatik belirtiler daha yüksek görülmüştür. Güven duygusunun düşük veya yüksek olması, hayalperestlik, anne-baba ilgisinin varlığı, baba ilgisinin varlığı ve psikik izolasyon ile kilo durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur.

Obezite ve psikolojik belirtiler arasındaki ilişkinin, obezite tedavisindeki rolünün, hem klinik, hem de toplum tabanlı müdahale çalışmalarında ayrıntılı incelenmesi obezite tedavi başarısının artışına katkıda bulunabilir.

Bu bulgular sonucunda;

- Aşırı kilolu-obezi bireylere, obezitenin fiziksel ve psikososyal sorunlara yol açan ciddi ve kronik bir sağlık sorunu olduğu yönünde bilgi verilmesi
- Benlik saygısının artırılması, kendilik kavramı sürekliliğinin sağlanması, çevresel tehdit algısının düzenlenmesi, eleştiri ile başa çıkma yollarının geliştirilmesi ve eşlik eden psikosomatik bozuklukların düzeltilmesi için gerekli tedavilerin obezite destek tedavisi için kullanılması
- Evlilik sonrası değişen yaşam alışkanlıkları içinde beslenmenin yeterli ve dengeli olmasına, öğün atlanmamasına ve aktif yaşam şeklinin benimsenmesine özen gösterilmesi için çiftlere gerekli eğitimlerin yapılması
- Sağlıklı seçim yapmak hususunda daha fazla kısıtlama ve sınırlandırmalar ile karşı karşıya kalan düşük sosyo-ekonomik nüfus gruplarında sağlıklı seçimlerin sağlanabilmesine yönelik erişimin artırılması ve bunların uygun fiyatlı olmasının sağlanması
- İleri yaşta artan obezitenin engellenmesi amacıyla bireylerin günlük fiziksel aktivitelerini arttırmaları için yönlendirilmesi, fiziksel aktivite artışı için mutlaka spor salonuna gitmenin gerekli olmadığı, düzenli olarak yapılan yürüyüşlerin yeterli olacağı konusunda bilinçlendirmenin sağlanması
- Evli çiftlerde kilo problemi yaşayan bireyin eşi tarafından küçük görülmesinin motivasyon azaltıcı ve psikososyal sıkıntı yaratacağının

bilinmesi ve obezitenin tedavisinde partner desteğinin öneminin vurgulanması

- Medya tarafından zayıflığın ideal kadın olarak gösterilmemesi ve bireye özgü (cinsiyet, yaş, boy, kronik hastalık vb.) ideal kilonun uzmanlarca değerlendirilmesi
- Obezite tedavi programlarında uzun dönemde kilo kontrolü, ağırlığın düzeltilmesi ve vücut yağ miktarının düzenlenmesi amaçlanarak, obezlerde ve obezite gelişmek üzere olanlarda yeme ve egzersiz davranışları ile beraber sağlıklı yaşam stilleri modifiye edilmesi, geçici beslenme davranışı ve fiziksel egzersiz yerine kalıcı davranışsal öğeleri içermesi
- Obezite tedavisinde yeme şeklinin uzun süreli bir davranış değişikliği şeklinde gerçekleştirilmesi yerine, bazen açlık seviyesinde az yenip daha sonra kilolu olduğu dönemdeki yeme şekli ve miktarına geri dönülmesi gibi yanlış beslenme davranışlarının önlenmesi için belirli aralıklarla davranış değişikliği oluşturacak beslenme eğitimlerinin düzenlenmesi, bireylerin bilinçlendirilmesi
- Toplumun her kesiminin yeterli ve dengeli beslenme konusunda bilinçlenmesini sağlamak amacıyla bireylerin besin seçimi, hazırlama, koruma, tüketim ve beslenme alışkanlıklarının iyileştirilmesine yönelik bölgesel ve/veya ulusal düzeyde beslenme politikaları ve programları geliştirilmesi, uygulanması
- Görev alanına giren konularla ilgili olarak sağlık personelinin hizmet içi eğitim ihtiyacının saptanması, sağlık personeli ve halka yönelik olarak eğitim programları ve projelerinin geliştirilmesi, eğitim materyalleri hazırlanması ve hedef kitleye ulaşımının, kullanılabilirliğinin sağlanması gerekmektedir.

8. EKLER

Ek:1

KİLOLU VE OBEZ KADINLARDA BENLİK SAYGISI ARAŞTIRMASI ANKET FORMU

AD-SOYAD :
Yaş :
Boy-Kilo :
BMI :
Medeni durum :
Meslek :

Kişinin yaşadığı hanede çalışanların çalışma biçimi :

İşveren (6 veya daha fazla işçi çalıştıran)
Serbest Meslek Sahibi (Yüksek öğrenimle elde edilip yapılan meslek)
Yönetici (6 dan fazla kişiden sorumlu)
Yönetici (en fazla beş kişiden sorumlu)
İşveren (en fazla 5 işçi çalıştıran)
Çiftçi (2 veya daha fazla işçi çalıştıran)
Memur
Kendi başına çalışan (Esnaflık)
İşçi
Emekli
Çiftçi (en fazla bir işçi çalıştıran)
İşsiz/ev kadını ve diğer

Eğitim :

Yüksekokul bitirmiş kişi
Lise bitirmiş kişi
Ortaokul
İlkokul
Hiçbir okulu bitirmemiş
Lise ya da yüksek okul öğrencisi

Araç sahipliği :

Araba
Bilgisayar
Bulaşık makinası
Otomatik çamaşır makinası
VCD/DVD
Müzik seti
Fotoğraf Makinesi

Ev sahipliği :

Yaşanılan yer : İlçe, Cadde, Sokak

RBSÖ

Lütfen her soruyu dikkatli bir şekilde okuyup, kendinize en uygun seçeneği (X) ile işaretleyiniz. Lütfen tüm soruları cevaplayınız.

1. Kendimi en az diğer insanlar kadar değerli buluyorum.
a. Çok doğru b. Doğru c. Yanlış d. Çok yanlış
2. Bazı olumlu özelliklerim olduğunu düşünüyorum.
a. Çok doğru b. Doğru c. Yanlış d. Çok yanlış
3. Genelde kendimi başarısız bir kişi *olumsuz bir kişilik* olarak görme eğilimindeyim.
a. Çok doğru b. Doğru c. Yanlış d. Çok yanlış
4. Ben de diğer insanların bir çoğunun yapabildiği kadar bir şeyler yapabilirim.
a. Çok doğru b. Doğru c. Yanlış d. Çok yanlış
5. Kendimle gurur duyacak fazla bir şey bulamıyorum.
a. Çok doğru b. Doğru c. Yanlış d. Çok yanlış
6. Kendime karşı olumlu bir tutum içindeyim.
a. Çok doğru b. Doğru c. Yanlış d. Çok yanlış
7. Genel olarak kendimden memnunum.
a. Çok doğru b. Doğru c. Yanlış d. Çok yanlış
8. Kendime karşı daha fazla saygı duyabilmeyi isterdim.
a. Çok doğru b. Doğru c. Yanlış d. Çok yanlış
9. Bazen kesinlikle kendimin işe yaramadığımı düşünüyorum.
a. Çok doğru b. Doğru c. Yanlış d. Çok yanlış
10. Bazen kendimin hiç de yeterli bir insan olmadığımı düşünüyorum.
a. Çok doğru b. Doğru c. Yanlış d. Çok yanlış
11. Kendiniz hakkındaki düşünceleriniz değişkenlik gösterir mi, yoksa her zaman aynı mıdır?
a. Çok değişir b. Zaman zaman değişir
c. Çok az değişir d. Hiç değişmez
12. Hiç kendiniz hakkında bir gün bir görüşe, başka bir gün daha farklı bir görüşe sahip olduğunuzu fark ettiğiniz olur mu?
a. Evet, sık sık olur b. Evet, bazen olur
c. Evet nadiren olur d. Hayır hiç olmaz
13. Kendim hakkındaki görüşlerimin çok çabuk değiştiğini fark ettim.
a. Doğru b. Yanlış
14. Kendim hakkında bazı günler olumlu, bazı günlerse olumsuz düşünceler sahip oluyorum.
a. Doğru b. Yanlış
15. Şu günlerde kendim hakkındaki görüşlerimi hiçbir şeyin değiştiremeyeceğini düşünüyorum.
a. Doğru b. Yanlış
16. Başınıza gerçekten bir şey geldiğinde kimse sizin durumunuzla pek ilgilenmeyecektir.
a. Doğru b. Yanlış
17. İnsan doğasında yardımlaşma gerçekten vardır.
a. Doğru b. Yanlış

18. Bazı kişiler insanların büyük çoğunluğunun güvenilebilir olduğunu, bazıları ise insanlarla ilişkilerinde çok güvenilemeyeceğini söylerler. Siz bu konuda ne düşünüyorsunuz?
a. İnsanların çoğuna güvenilebilir b. İnsanlarla ilişkilerde çok güvenilmez
19. Dikkatli davranmazsanız insanlar sizi kullanacaklardır.
a. Doğru b. Yanlış
20. İnsanlar daha çok başkalarına yardım etmeye mi, yoksa kendi çıkarlarını düşünmeye mi eğilimlidirler?
a. Başkalarına yardım etmeye b. Kendi çıkarlarını düşünmeye
21. Eleştiriye karşı ne kadar hassassınızdır?
a. Çok fazla hassas b. Oldukça hassas c. Az hassas d. Hassas değil
22. Eleştiri ya da azarlama beni çok fazla incitir.
a. Doğru b. Yanlış
23. Yanlış yaptığınız bir şey için biri size güldüğünde veya suçladığında ne kadar rahatsız olursunuz?
a. Çok fazla rahatsız olurum b. Oldukça rahatsız olurum c. Rahatsız olmam
24. Genelde ne kadar mutlusunuzdur?
a. Çok mutlu b. Mutlu c. Pek mutlu değil d. Çok mutsuz
25. Genelde oldukça mutlu bir kişi olduğumu düşünüyorum.
a. Doğru b. Yanlış
26. Genel olarak kendinizi neşeli bir ruh hali içinde mi, yoksa neşesiz bir ruh hali içinde mi hissedersiniz?
a. Çok neşeli ruh halinde b. Oldukça neşeli ruh halinde
c. Ne neşeli ne de neşesiz ruh halinde d. Oldukça neşesiz ruh halinde
27. Hayattan çok zevk alıyorum.
a. Doğru b. Yanlış
28. Ben de mutlu gördüğüm diğer kişiler kadar mutlu olabilmeyi isterdim.
a. Doğru b. Yanlış
29. Kendinizi kederli ve karamsar hissettiğiniz olur mu?
a. Çok sık b. Sık c. Ara sıra d. Nadiren e. Hiçbir zaman
30. Çoğu zaman başka bir şey yapmaktansa oturup hayal kurmayı tercih ediyorum.
a. Doğru b. Yanlış
31. Bana hayalperest denilebilir.
a. Doğru b. Yanlış
32. Zamanın büyük kısmını hayal kurmakla geçiririm.
a. Doğru b. Yanlış
33. Gelecekte nasıl bir insan olacağınız konusunda hayal kurar mısınız?
a. Çok sık b. Bazen c. Nadiren veya hiçbir zaman
34. Hiç uykuya dalma ya da uykunun sürekliliği açısından sorunuz olur mu?
a. Çok sık b. Bazen c. Nadiren d. Hiçbir zaman
35. Hiç ellerinizin sizi rahatsız edecek kadar titrediği olur mu?
a. Çok sık b. Bazen c. Nadiren d. Hiçbir zaman
36. Hiç sizi rahatsız edecek kadar sinirliliğiniz olur mu?
a. Çok sık b. Bazen c. Nadiren d. Hiçbir zaman
37. Hiç sizi rahatsız edecek kadar çarpıntı hissettiğiniz olur mu?
a. Çok sık b. Bazen c. Nadiren d. Hiçbir zaman

38. Hiç sizi rahatsız edecek kadar başınızın içinde basınç hissettiğiniz olur mu?
a. Çok sık b. Bazen c. Nadiren d. Hiçbir zaman
39. Şu sıralarda hiç tırnak yiyor musunuz?
a. Çok sık b. Bazen c. Nadiren d. Hiçbir zaman
40. Egzersiz veya çalışma zamanları dışında hiç sizi rahatsız edecek kadar nefes darlığı hissettiğiniz olur mu?
a. Çok sık b. Bazen c. Nadiren d. Hiçbir zaman
41. Hiç sizi rahatsız edecek kadar ellerinizde terleme olur mu?
a. Çok sık b. Bazen c. Nadiren d. Hiçbir zaman
42. Hiç rahatsız edici baş ağrıları çeker misiniz?
a. Çok sık b. Bazen c. Nadiren d. Hiçbir zaman
43. Hiç rahatsız edici kabuslar görür müsünüz?
a. Çok sık b. Bazen c. Nadiren d. Hiçbir zaman
44. Ulusal veya uluslar arası önemli olan bir konuda görüşünüzü belirttiğinizde biri size gülerse ne hissedersiniz?
a. Çok incinirim ve rahatsız olurum b. Biraz incinir ve rahatsız olurum
c. Beni pek fazla etkilemez
45. Ulusal veya uluslar arası sorunlar tartışıldığında genellikle kötü izlenim bırakacak bir şey söylemektense hiçbir şey söylememeyi tercih ederim.
a. Doğru b. Yanlış
46. Toplumsal konularla ilgili tartışmalarda insanları kızdıracak bir şey söylemektense hiçbir şey söylememeyi tercih ederim.
a. Doğru b. Yanlış
47. Uluslar arası konuları tartışır mısınız?
a. Pek çok b. Oldukça c. Çok az d. Hiçbir zaman
48. Arkadaşlarınızla birlikte uluslar arası konuları tartıştığınız zaman tutumunuz nasıl olur?
a. Sadece dinlerim b. Arada bir görüş belirtirim
c. Konuşmaya eşit oranda katılırım d. Diğerlerini ikna etmeye çalışırım
49. Siz 10-11 yaşlarındayken anneniz arkadaşlarınızı tanır mıydı?
a. Hepsini tanırdı b. Çoğunu tanırdı
c. Bazılarını tanırdı d. Hemen hemen hiçbirini tanımazdı
50. Bu dönemde babanız arkadaşlarınızı tanır mıydı?
a. Hepsini tanırdı b. Çoğunu tanırdı
c. Bazılarını tanırdı d. Hemen hemen hiçbirini tanımazdı
51. 5-6. sınıflardayken karneniz iyi olduğunda anneniz çoğu zaman ilgilenmezdi.
a. Doğru b. Yanlış
52. 5-6. sınıflardayken karneniz iyi olduğunda babanız çoğu zaman ilgilenmezdi.
a. Doğru b. Yanlış
53. 5-6. sınıflardayken karneniz kötü olduğunda anneniz çoğu zaman ilgilenmezdi.
a. Doğru b. Yanlış
54. 5-6. sınıflardayken karneniz kötü olduğunda babanız çoğu zaman ilgilenmezdi.
a. Doğru b. Yanlış
55. Sizce diğer aile bireyleri sizin söylediğiniz şeylerle ne kadar ilgilenirler?
a. Çok ilgilenirler b. Oldukça ilgilenirler c. İlgilenmezler

56. Büyümekte olduğunuz dönemde babanızın en çok tuttuğu çocuğu kim di?
a. Ben b. Ağabeyim c. Ablam d. Erkek kardeşim
e. Kız kardeşim f. Bildiğim kadarıyla en çok tuttuğu birisi yoktu
g. Değişik zamanlarda değişik çocuklar
57. Bu dönemde babanız arkadaşlarınızı tanır mıydı?
a. Hepsini tanırdı b. Çoğunu tanırdı
c. Bazılarını tanırdı d. Hiç birini tanımazdı
58. Anne ve babanızın hangisi ile daha rahat konuşabiliyorsunuz?
a. Babamla çok daha fazla b. Babamla biraz daha fazla
c. Her ikisi ile eşit oranda d. Annemle biraz daha fazla
e. Annemle çok daha fazla
59. Anne ve babanızdan hangisi sizi daha çok över?
a. Babam çok daha fazla b. Babam biraz daha fazla
c. Her ikisi ile eşit oranda d. Annem biraz daha fazla
e. Annem çok daha fazla
60. Anne ve babanızdan hangisi size daha çok şefkat gösterir?
a. Babam çok daha fazla b. Babam biraz daha fazla
c. Her ikisi ile eşit oranda d. Annem biraz daha fazla
e. Annem çok daha fazla
61. Anne ve babanız anlayamadıkları zaman siz genellikle hangisinden yana olursunuz?
a. Çok daha fazla olarak babadan yana b. Biraz daha fazla olarak babadan yana
c. Eşit oranda her ikisinden yana d. Biraz daha fazla olarak anneden yana
e. Çok daha fazla olarak anneden yana
62. Yalnız bir insan olmaya eğilimli misinizdir?
a. Evet b. Hayır
63. İnsanların çoğu sizin nasıl bir kişi olduğunuzu bilirler mi, yoksa çoğunun sizi gerçekten tanımadıklarını mı düşünürsünüz?
a. Çoğu benim nasıl biri olduğumu bilir b. Çoğu beni gerçekten tanımaz

HASTA BİLGİLENDİRME FORMU

PROJENİN ADI: Kilolu ve obez kadınlarda,obezite ve benlik saygısı ilişkisinin değerlendirilmesi

Değerli Hastamız;

Marmara Üniversitesi Halk Sağlığı A.B.D. tarafından yürütülen yüksek lisans tez çalışmam için Üsküdar Devlet Hastanesi diyet polikliniğine başvuran kilolu ve obez kadınlar ile normal kiloda olan kadınlar araştırmamıza alınacaktır.Araştırmaya katılan kadınlara rosenberg benlik saygısı ölçeği(anket formu) uygulanacak ve bilgileriniz gizli tutulacaktır.Bu form sizi bilgilendirmek amacıyla hazırlanmıştır.

Saygılarımla
Dyt.Nevra YÜCEL

HASTA ONAY FORMU

PROJENİN ADI: Kilolu ve obez kadınlarda,obezite ve benlik saygısı ilişkisinin değerlendirilmesi

Yukarıdaki bilgilendirme formunu okudum,anladım.Araştırma programına katılmayı kabul ediyorum.

Araştırmacının Adı-Soyadı: Dyt. Nevra YÜCEL

Hasta Adı- Soyadı:

İmza:

Tanık adı-Soyadı:

İmza:

9. KAYNAKLAR

1. Yılmaz C., Obeziteye Giriş, Obezite ve Tedavisi,s:7-10, Mart Matbaacılık, İstanbul, 1999.
2. Stunkard A.J., Haris J.R., Pedersen N.L.,& McClearn G.E. The body mass index of twins who have been reared apart. *New England Journal of Medicine*, 322, 1483-1487, 1990.
3. Stunkard A.J., LaFleur W. R.,& Wadden T.A. Stigmatization of obesity in medieval times: Asia and Europe. *International Journal of Obesity*, 22, 1141-114, 1998.
4. Pi-Sunyer F.X., Health implications of obesity. *American Journal of Clinical Nutrition*, 53:1595-1603, 1991.
5. Pi-Sunyer F.X., Obesity Research The North American Association for the Study of Obesity, 10:97-104,2002.
6. Wadden T.A., Stunkard A.J., Obezite Tedavi El Kitabı,1.cilt,s:4, And Yayıncılık, İstanbul, 2003.
7. Hubbert H, Feinleb M, Mc Namara P,Castelli W:Obesity as an independent risk factor for kardiyovasküler disease: a 26 year follow-up of participants in the Framingham study. 67:968, 1983.
8. Blair S.N., & Brodney S.,Effects of physical inactivity and obesity on morbidity and mortality:Current evidence and research issues.*Medical Science in Sports and Exercise*, 31, 646-662, 1999.
9. Erol A., Toprak G., Yazıcı F. Üniversite Öğrencisi Kadınlarda Yeme Bozukluğu ve Genel Psikolojik Etkileri Yordayan Etkenler, *Türk Psikiyatri Dergisi* 13:48-57, 2002.
10. Koruk İ., Şahin T.K. Konya Fazilet Uluişik Sağlık Ocağı Bölgesinde 15-49 yaş grubu ev kadınlarında obezite prevalansı ve risk faktörleri.*Genel Tıp Dergisi*, 15:147-155, 2005.
11. Striegel-Moore R.J,Etiology of binge eating:A developmental perspective. In.C.G.Fairburn & G.T. Wilson(Eds), *Binge Eating: Nature, assessment and treatment*,Guilford Pres, NewYork, s: 144-172, 1993.

12. Wadden T.A., Foster G.D., Stunkard A.J.,& Linowitz J.R. Dissatisfaction with weight and figure in obese girls: Discontent but not depression. *International Journal of Obesity*, 13, 89-97, 1989.
13. Deveci A, Demet MM, Özmen B, Özmen E,Hekimsoy Z.,Obez hastalarda psikopatoloji, alekstimi ve benlik saygısı, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 6:84-91, 2005.
14. WHO:Obesity Preventing and Managing The Global Epidemic.Report of a WHO Conculcation.WHO Technical Report Series 894.Geneva:World Health Organization, 2000.
15. Atalay A, Haşçelik H.Z. Obezite.Hacettepe Tıp Dergisi , 31 (4):320-329, 2000.
16. Babaoğlu K, Hatun Ş.Çocukluk çağında Obezite.STED, 11(1):8-10, 2002.
17. WHO.Physical status:The use and interpretation of antropometry.Report of a WHO expert committee. Geneva: World Health Organization, 1995.
18. Yılmaz,Candeğer, M.R. Yılmaz, H.Elbi, C. Özgürbüz, E. Duman ve C. Değirmenci, “Kilonuz Mercek Altında”, *Ege Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Bilim Dalı Obezite Okulu*,Yayın dizisi 1, , s:1-4(Edt: Candeğer Yılmaz), İzmir ,2003.
19. Bağrıaçık N., Görpe U., Yiğit H., Karaoğlu N.,Oğuz A., Yumuk V., Yıldız C., Kaynak H., Arslan , P.:Diyabet ve Obezite Eğitim Kursu Notları. *Türk Diyabet Cemiyeti-Türkiye Obezite Araştırma Derneği Türk Diyabet ve Obezite Vakfı*, s.117-177, İstanbul, Eylül 2003.
20. Arslan M., Başkal N., Çorakçı A., Görpe U., Korugan Ü., Orhan Y., Özbey N., Özer E.: *Ulusal Obezite Rehberi*.Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği Çalışma Grubu, Knoll Alman İlaç ve Ecza Tic. Ltd. Şt, s:1-24-40, İstanbul,1999.
21. Kavas Aysel, ”Sağlıklı Yaşam İçin Doğru Beslenme” İstanbul, 5-148, 2005.
22. HC: Methods for the assesment of human body composition. *Tranditional and new. Am J C LİN Nutr* 46: 537-556,1987.
23. Kssebah AH, et al: Health risks of obesty. *Med Clin North Am* 73:111-138,1989.
24. Hartz AJ, Rupley DC, Rimm AA: The association of girth measurements with disease in 32856 women. *Am J Epidemiol* 119: 71-80, 1984.
25. Ergün Necdet, “Şişmanlık ve Sağlıklı Beslenme”,*Bilal Matbaacılık*,s:146,2005.
26. Bjorntorp P., The Fat Cell and Human Adipose Tissue, In Brodoff N., Bleicher J. (eds) *Diabetes Mellitus and Obesity*, U.S.A., 29:261-267, 2002.

27. Takahashi E.,Eiko Takahashi, Katsumi Yoshida, Hiroki Sugimori, Michiko Miyakawa, Takashi Izuno, Takashi Yamagami, and Sadanobu Kagamimori. Influence Factors on the Development of Obesity in 3-Year-Old Children Based on the Toyama Study Preventive Medicine 28,293-296, 1999.
28. Buruk Ş, Bulca Z, Çiloğlu F, Peker İ, Egzersiz Biyokimyas- ve Obezite. Nobel Tıp Kitabevi, s:83-164, İstanbul, 2000.
29. Yılmaz C Endokrinolojide Tanı Basamakları. Güven Kitabevi, s:139-140,2002.
30. Yılmaz C Obezite. Savaş Cilt Evi, s:1-107,1995.
31. Flegal KM. The obesity epidemic in children and adults: Current evidence and research issues. Med Sci Sports Exerc 31:509-14, 1999.
32. Bal Ö, Özgür G, Babacan Gümüş A; Obez Bireylerin Stresle Başa Çıkma Yöntemleri; C.Ü.Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 10(3), 2006.
33. Björntorp,P.:International Textbook of Obesity.John Wiley and Sons Ltd.,s:3-71, 2001.
34. Fletcher G.F.,Grundy S.M.,Hayman L.L.,Obesity:Impact on Cardiovascular Disease. American Heart Association. Futura Publishing Company, Armonk NY, s.3-46, 1999.
35. Wadden T.A., Stunkard A.J.: Obezite Tedavisi El Kitabı. And Yayıncılık, s:4-193, İstanbul, 2002.
36. Prof. Dr. Ayşe Baysal, Doç.Dr. Murat Baş, Yetişkinlerde Ağırlık Yönetimi 1. basım, s:5-19, 49-67, 158-160, Ekspress Baskı A.Ş., İstanbul, 2008.
37. Sünter A.T. DündarC.,Sancak R.,Samsun ili kırsal ve kentsel bölgelerinde yaşayan 9-16 yaş grubu çocuklarda obezite sıklığı ve obezite üzerine etkili faktörler.V.Halk Sağlığı Kongresi (Beslenme ve Yasal Durum), Bildiri Özet Kitabı,s.108, Isparta, 8-10 Eylül 1997.
38. Onat A, Şurdum-Avcı G, Şenocak M ve ark. Türkiye’ de erişkinlerde kalp hastalığı ve risk faktörleri sıklığı taraması. Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi, 19:178-185, 1995.
39. Bozbora A.: Obezite ve Tedavisi., s:1-11, Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul, 2002.
40. Sadock BJ, Sadock VA Kaplan & Sadock’s Comprehensive Textbook Of Psychiatry, Philadelphia, Baltimore, Lippincott Williams & Wilkins, s.1787-97, 2000.

41. Yanovski J., Rapid Weight Gain During Infancy as a Predictor of Adult Obesity In American Society for Nutritional Sciences, 2003.
42. Han TS, Bijnen FCH , Lean MEJ and Seidell JC, Seperate associations of waist and hip circumference with lifestyle factors, 27:422-430, 1998.
43. Tüzün M, Obezitenin genel özellikleri, Ed:Yılmaz C, Obezite ve Tedavisi, s:11-28. Mart Matbaacılık, İstanbul, 1999.
44. Şarbat G, Demirkol M.Obezite, Ed:Ekşi A, Ben Hasta Değilim, s:441-450, Nobel Tıp Kitapevi, 1999.
45. ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi; 2(3) : 39 – 46,Derleme , Çocukluk Çağı Obezitesi Tanı Yöntemleri, Prevalansı ve Etyolojisi, 2001.
46. Lee J.H., Reed D.R.,Price R.A. Familial risk ratios for extreme obesity: implications for mapping human obesity genes.Int J Obes Relat Metab Disord, 21:935-940, 1997.
47. Parsons TJ, Power C, Logan S, Summerbell CD. Childhood predictors of adult obesity: a systematic review. Int.J.Obes 23: 1-107, 1999.
48. Charney E, Goodman HC, McBride M, Lyon B, Pratt R. Childhood antecedents of adult obesity. Do chubby infants become obese adults? N Engl J Med 295: 6-9, 1976.
49. Von Kries R, Koletzko B, Sauerwald T, et al. Breast feeding and obesity; cross sectional study. BMJ; 319: 147-150, 1999.
50. Kabalak T, Obezitenin diyetle tedavisi, Ed:Yılmaz C,Obezite,s:107-137, Nobel Tıp Kitapevleri, 1995.
51. Esra Memiş Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Yüksek Lisans Tezi, Üniversite Öğrencilerinde Şişmanlık (Obezite) Durumu ve Diyet Ürünleri Kullanmaları Üzerinde Bir Araştırma, Ankara, 2004.
52. Baur L.A.Child and adolescent obesity in the 21st century:an Australian perspective.Asia Pac J Clin Nutr. 11(3):524-8, 2002.
53. Gedik O.Turkish Journal of Endocrinology and Metabolizm 7:5-11, 2003.
54. Baysal A. Şişman kişilerin beslenmesi, genel beslenme bilgisi. Hatipoğlu Yayınevi, Ankara, 1988.

55. Hancox RJ, Milne BJ, Poulton R. Association between child and adolescent television viewing and adult health: a longitudinal birth cohort study.; 364:257-262, 2004.
56. Gnani R, Spagnoli TD, Galotto C, Pugliese E, Carta A, Cesari L. Socioeconomic status, overweight and obesity in prepuberal children: a study in an area of Northern Italy. *Eur J Epidemiol*;16:797-803, 2000.
57. Arslan M, Başkal N, orakı M. Ulusal Obezite Rehberi. s.1-40, Knoll Alman İla ve Ecza Tic. Ltd. Őti., İstanbul,1999.
58. Wilson CP, Personality Structure and Psychoanalytic Treatment of Obesity, Ed: Wilson CP, Hogan CC, Mintz I, Psychodynamic Technique in Treatment of the Eating Disorders, Northvale, New Jersey, s:81-95, London, 1992.
59. Klinik Psikiyatri, Obez Hastalarda Psikiyatrik Bozuklukların Sıklığı; İbrahim Eren, Özlem Erdi, 6:152-157, 2003.
60. Bayraktar E. Obezitenin Psikolojik Yönleri. s.107-137, ed.Yılmaz C, Obezite. Nobel Tıp Kitapevi, İstanbul,1999.
61. Wardle J, Volzc C, Golding C Social variation in attitudes to obesity in children, *Int J Obes Relat Metab Disord*, 19(8):562-569,1995.
62. Baysal A., Bozkurt N., Pekcan G., Besler T., Aksoy M., Diyet El Kitabı, Hatiboğlu Yayınevi, Dördüncü baskı, Ankara, 2002.
63. Bağrıaçık, Nazif."Diabet ve Metabolizma Hastalıkları", Türk Diabet ve Obezite Vakfı Yayınları, No:1, s:43, İstanbul, 1999.
64. Cüceloğlu D., İnsan ve Davranışı 7. Baskı, s:428, Remzi Kitabevi., İstanbul ,1997.
- 65.Harter S, Self and identity development. At The Threshold: The Developing Adolescent, SS Feldman and GR Elliot (eds.) Cambridge: HarvardUniversity Press. s:352-388, 1990.
- 66.Harter S, Processes underlying adolescent self-concept formation, From Childhood to Adolescence: A Transitional Period? R Montemayor, GR Adams and TP Gullotta (eds.) California: Sage Publications, Inc. s:205-240,1990.
- 67.Yörükoğlu Atalay . "Gençlik ağı" , s:90-95, Türkiye İş Bankası Kültür Yay., Ankara,1986.

68. Gander , Mary – Gardiner, Harry . “Çocuk ve Ergen Gelişimi”, (Çev. Bekir Onur) İmge Kitabevi, Ankara,1995.
69. Kulaksızoğlu Adnan . “Ergenlik Psikolojisi”, İstanbul: Remzi Kitabevi, s:100, 1998.
70. Çuhadaroğlu F, Adölesanlarda benlik saygısı.Uzmanlık tezi. ,Ankara, 1986.
71. Yörükoğlu A., Gençlik Çağı, Tisa Matbaası, Ankara, 1985.
72. Erikson, E.H.,(Çev.Üstün B.T., Bar V.), İnsanın Sekiz Çağı, Sevinç Matbaası, Ankara, 1984.
73. Rosenberg M., Society and the Adolescent Self-image, Princeton University Pres, Princeton, 1965.
74. Sarwer D.B., Wadden T.A., Foster G.D. Assessment of body image dissatisfaction in obese women: Specificity, severity and clinical significance. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 7:101-104, 1998.
75. Wadden T.A., Stunkard A.J. The psychological and social complications of obesity. Annals of internal Medicine, 103:1062-1066, 1985.
76. French S.A., Perry C.İ., Leon G.R., Fulkerson J.A. Self esteem and change in BMI over three years in a cohort of adolescents. Obes Res; 4:27-33, 1996.
77. Gortmaker S.L., Must A., Perin J.M., Sobol A.M., Dietz W.H. Social and economic consequences of overweight in adolescence and young adulthood. N England J Med 329:1008-12, 1993.
78. Orvin A. , George H . “Ergenlik Çağındaki Çocuğunuzu Anlamanın Yolları”, s:93 HYB Yayıncılık , Ankara, 1997.
79. Lissau I Sorensen TIA. Parental neglect during childhood and increased risk of obesity in young adulthood. 343:324-327, 1994.
80. Pesa J.A. Psychosocial Differences Associated with Body Weight Among Female Adolescents: Journal of Adolescent Health 26:330-337, 2000.
81. Karaarslan A. “Benlik Saygısı: Genel Bir Gözden Geçirme”, EÜ HYO Dergisi, s. 17-24. Cilt: 9, Sayı:1, Ocak-Nisan 1993.
82. Han T.S., Seidell J.C., Currall J.E., Morrison C.E., Deurenberg P., Lean M.E. The influences of height and age on waist circumference as an index of adiposity in adults. Int J Obes Relat Metab Disord. 21(1):83-9,1997.

83. Björntorp P.: International Textbook of Obesity. s:351-444. John Wiley and Sons Ltd., 2001.
84. Wendelboe AM, Hegmann KT, Biggs JJ, Cox CM, Portmann AJ, Gildea JH, et al. Relationships between body mass indices and surgical replacements of knee and hip joints. *Am J Prev Med* ,25:290-5, 2003.
85. Thomas A Wadden, Suzette Oseı Obezite Tedavisi Ed.Uz .Dr. Arif Nihat Dursun Obezite Tedavi El Kitabı, s: 229-248, 2003.
86. Pehlivan Türk B. Çocuk ve ergenlerdeki obezitenin psikososyal yönleri. *Katkı Pediatri Dergisi*; 21(4); 574-581, 2000.
87. Daniels SR. Regulation of body mass and management of childhood overweight. *Pediatr Blood Cancer*. 2005 Feb 7.
88. Balat G., Akman B., Farklı Sosyo-Ekonomik Düzeydeki Lise Öğrencilerinin Benlik Saygısı Düzeylerinin İncelenmesi. *F.Ü. Sosyal Bilimler Dergisi*, 14 (2):175-183, 2004.
89. *Obes Res*. 2001 Oct; 9(10):647-50. Gender differences in the relationship between personality dimensions and relative body weight. Faith MS, Flint J, Fairburn CG, Goodwin GM, Allison DB. Obesity Research Center, St. Luke's-Roosevelt Hospital Center, Columbia University College of Physicians and Surgeons, New York, New York 10025, USA.
90. *Rev Saude Publica*. 2006 Jun;40(3):497-504. Epub 2006 Jun ,Relationship between body mass index and self-perception among university students. Kakeshita IS, de Sousa Almeida S. Departamento de Psicologia e Educação, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil.
91. Nyaruchuca CN, Achen JH, Msuya JM, Shayo NB, Kulwa KB (2003). Prevalence and awareness of obesity among people of different age groups in educational institutions in Morogoro, Tanzania. *East Afr Med J*. 80(2):68-72.
92. Satman İ, Yılmaz MT. Dünyada ve Türkiye’de obezite epidemiyolojisi. *Aktüel Tıp Dergisi* ,6:9-12, 2004 .
93. *Asia Pac J Clin Nutr*. 2006; 15(2):224-30 Diet composition and body mass index in Tehranian adults. Mirmiran P, Esmailzadeh A, Azizi F. Endocrine Research Center, Shaheed Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, I.R. Iran.

94. *Nutr Metab Cardiovasc Dis.* 2008 Apr 3 [Epub ahead of print]Sarcopenic obesity: A new category of obesity in the elderly.Zamboni M, Mazzali G, Fantin F, Rossi A, Di Francesco V.Geriatric Medicine, Cattedra di Geriatria, University of Verona, Ospedale Maggiore, Piazzale Stefani 1, 37126 Verona, Italy.
95. *Coll Antropol.* 2007 Mar;31(1):123-30. A cross-cultural study of adolescents BMI, body image and psychological well-being.Sujoldzić A, De Lucia A.Institute for Anthropological Research, Zagreb, Croatia.
96. *J Adolesc Health.* 2007 Dec;41(6):566-70. Epub 2007 Sep 29. Demographic, behavioral, and physical correlates of body esteem among low-income female adolescents.Kornblau IS, Pearson HC, Breitkopf CR.Department of Obstetrics & Gynecology, University of Texas Medical Branch, Galveston, Texas 77555-0587, US
97. *Psychol Aging.* 2006 Sep;21(3):600-10. Marital closeness, functional disability, and adjustment in late life.Mancini AD, Bonanno GA.Department of Counseling and Clinical Psychology, Teachers College, Columbia University, New York, NY 10001, USA.
98. *Psychol Aging.* 2006 Sep;21(3):626-31. Marital discord and well-being in older adults: is the association confounded by personality? Whisman MA, Uebelacker LA, Tolejko N, Chatav Y, McKelvie M.Department of Psychology, University of Colorado at Boulder, 80309-0345, USA.
99. Rosenberg M Self-concept from middle childhood through adolescence. *Psychological Perspective on the Self* , J Suls and AG Greenwald (eds.) Hillsdale,N.J.: Erlbaum. s:182-205, 1986.
100. *J Pediatr Psychol.*2007 Jun 20; The Effects of Weight Management Programs on Self-Esteem in Pediatric Overweight Populations. Lowry KW, Sallinen BJ, Janicke DM.Department of Clinical and Health Psychology, University of Florida, FL, USA.
101. *Pediatrics.* 2006 Dec; 118(6):2481-7.Obesity and risk of low self-esteem: a statewide survey of Australian children. Franklin J, Denyer G, Steinbeck KS, Caterson ID, Hill AJ.Metabolism and Obesity Services, Royal Prince Alfred Hospital, Sydney, Australia.

102. *Eat Behav.* 2006 Nov;7(4):355-61. Epub 2005 Dec 19. The big five and self-esteem among overweight dieting and non-dieting women. Rubinstein G. Netanya Academic College, Netanya, Israel.
103. Pesa, J Psychosocial factors associated with dieting behaviors among female adolescents. *J Sch Health*, 69:196-201,1999.
104. Flatt JP Importance of nutrient balance in body weight regulation, *Diabetes Metab Rev*, 4: 571-581,1988.
105. Kopelman PG, Finer N, Fox KR ve ark.ASO Concensus statement on obesity, *Int J Obesity*,18 (4):189-191,1994.
106. Perri MG, Sears SF, Clark JE. Strategies for Improving Maintenance of Weight Loss. *Diabetes Care* 16: 200- 209, 1993.
107. *Med Clin (Barc)*. 2007 Sep 22; 129(10):387-91. [Psychological treatment for obesity][Article in Spanish]Larrañaga A, García-Mayor R.Psicóloga. Sección de Nutrición. Hospital Universitario de Vigo. Vigo. Pontevedra. España.
108. *Diabetes Care*. 2008 Feb; 31 Suppl 2:S269-77. Treatment modalities of obesity: what fits whom?Hainer V, Toplak H, Mitrakou A.Institute of Endocrinology, Narodni 8, 116 94 Prague 1, Czech Republic.

10. ÖZGEÇMİŞ

DÜZENLEME TARİHİ : 12.04.2008
ADI SOYADI : NEVRA YÜCEL
DOĞUM TARİHİ-YERİ : 21.08.1983- SAMSUN
YAZIŞMA ADRESİ : Koşuyolu Tophanelioğlu Cad. Murat Sit. L Blok 100/12
Üsküdar/İSTANBUL
TELEFON : Ev: (0216) 340 36 79
: Cep: 0 505 546 71 72

EĞİTİM DURUMU

Öğrenim Durumu	Derece	Üniversite	Öğrenim Alanı
2006-2008	Yüksek Lisans	Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi	Halk Sağlığı
2001-2005	Lisans	Erciyes Üniversitesi Atatürk Sağlık Yüksek Okulu	Beslenme ve Diyetetik
1997-2001	Ortaöğretim	Haydarpaşa (Süper) Lisesi	Sayısal

TEZ ÇALIŞMASI

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde Yatan Hastaların Malnütrisyon Durumunun NRI (Nutrition Risk Index) ile Saptanması

YAPTIĞI STAJLAR

- Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Yetişkin Hasta Stajı
- Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Pediatri Stajı
- Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Hastanesi Yetişkin Hasta Stajı
- Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Onkoloji Hastanesi Yetişkin Hasta Stajı
- Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji Hastanesi Yetişkin Hasta Stajı
- Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi ve Öğrenci Yemekhanesi Kurum Stajı
- Özel İbni-Sina Sağlık Merkezi Poliklinik Stajı
- “Kayseri ve İlçelerinde Sosyo Ekonomik Düzeylerine Göre Besin Tüketim Durumlarının Saptanması ve Değerlendirilmesi” konulu yaz stajı

İŞ DENEYİMİ

- İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi (Çapa) Çocuk Kliniği (01.07.2005 – 28.02.2006)
- Sports International- Beslenme Danışmanlığı (01.09.2005 –12.04.2007)
- Dr. Siyami Ersek Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi (06.03.2006 – 26.09.2006)
- Metin Sabancı Baltalimanı Kemik Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi (26.09.2006 – 01.07.2007)
- Üsküdar Devlet Hastanesi (10.07.2007)

HAZIRLADIĞI SEMİNERLER VE ARAŞTIRMALAR

- Disfaji’de Beslenme
- Personel Hijyeni
- Periton Diyalizi ve Hemodiyaliz Tedavisinde Beslenme
- Kayseri’deki Sosyo-ekonomik düzeyi orta seviyede olan yerleşim birimlerinde iyotlu tuz kullanımı ve Çocuklarda İyot Yetersizliği Araştırması
- İ.Ü İ.T.F Enez Sosyal Tesisleri’nde Diyabetik Çocuk Kampına Katılan 10-18 yaş Grubu Çocukların Tatlandırıcı Kullanım Düzeylerinin Araştırılması

BİLGİSAYAR DENEYİMİ

Windows İşletim Sistemi, MS- Office (Word, Excel, Power Point), SPSS (İstatistik Programı), Beslenme Bilgi İşletim Sistemi (BEBİS)

YABANCI DİL İngilizce (iyi)

KATILDIĞI KONFERANSLAR ve KAMPLAR

- KEPAN (Enteral ve parenteral Nutrition) - Kayseri
- Prof. Dr. Ayşe Baysal ile Sağlıklı Beslenme -Kayseri
- Prof. Dr. Türkan Merdol ile Beslenmenin Tarihi – Kayseri
- Obezite Kontrol Konferansı – Kayseri
- Doç. Dr. Muazzez Garipağaoğlu ile Karbonhidrat Sayımı Eğitimi - İstanbul
- İ.Ü İ.T.F Enez Sosyal Tesisleri’nde Çocuk ve Adölesan Diyabet Kampı – Temmuz 2005
- İ.Ü İ.T.F Enez Sosyal Tesisleri’nde Çocuk ve Adölesan Diyabet Kampı – Temmuz 2006

ALDIĞI ÖDÜL

Nevra Öztürk (Yücel) , Burcu Görez, Hatice Koçak, Kudret Alçınar, Yelda Kahvecioğlu, Nurten Budak, Betül Çiçek. Sağlıklı Beslenme Bilincinin Davranışa Yansıması ve Etkileyen Etmenler
Ayşe Baysal Beslenme Eğitimi ve Araştırmaları Vakfı 2006 Yılı Araştırma Teşvik Ödülü

VERDİĞİ EĞİTİMLER

- İlköğretim Çocuklarında Beslenme Yer: Beykoz Rüzgarlı Bahçe İlköğretim Okulu
- Yeterli ve Dengeli Beslenme Yer: Göztepe KASDER
- Gebe Eğitimi Yer: İstanbul Tıp Fakültesi Aile Planlaması Merkezi

DİĞER BECERİLERİ

- Yüzme 1998 –1999 Marmara Spor Klubü
- Tenis 1998 - 1999 Aden Tenis Klubü
- Voleybol 1997 –1998 Beşiktaş Jimnastik Klubü

KİŞİSEL ÖZELLİKLER

Yaratıcı, disiplinli, grup çalışmasına yatkın...

REFERANSLAR

- * Yrd. Doç. Dr. Nurten Budak
E.Ü.A.S.Y.O. Beslenme ve Diyetetik Bölümü Kurucu Başkanı
Tel (İş Yeri): 0 352 437 4901 - 42 652
- * Doç. Dr. Muazzez Garipağaoğlu
Çapa Çocuk Kliniği Öğretim Üyesi
Tel (İş Yeri): 0 212 414 20 00 – 32 347