



T.C.  
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**OBEZ BİREYLERDE BEDEN ALGISI, BENLİK SAYGISI VE YAŞAM  
KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

H.GAMZE KARSLI  
YÜKSEK LİSANS TEZİ

BESLENME VE DİYETETİK

DANIŞMAN  
Prof. Dr. FİLİZ AÇKURT

İSTANBUL-2014

## SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

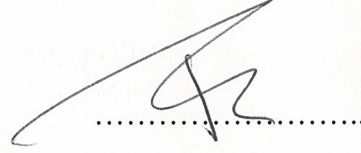
Beslenme ve Diyetetik Programı Yüksek Lisans Öğrencisi Halime Gamze KARSLI tarafından hazırlanan “*Obez Bireylerde Beden Algısı Benlik Saygısı ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi*” konulu çalışması jürimizce Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi : 09.07.2014

(Jüri Üyesinin Ünvanı, Adı, Soyadı ve Kurumu):

İmzası

Jüri Üyesi : Prof.Dr.Filiz AÇKURT  
: Haliç Üniv.SBYO (Danışman)



Jüri Üyesi : Yrd.Doç.Dr.Zeynep ÖZERSON  
: Haliç Üniv. SBYO



Jüri Üyesi : Yrd.Doç.Dr.Şule ŞAKAR  
: Arel Üniv. SBYO



Bu tez Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulunun kararıyla kabul edilmiştir.



Doç.Dr.Leman ŞENTURAN  
Sağlık Bilimleri Ens. Müdür V.

## I. Teşekkür

Aslında ben hayatın nerede döneceğini bilemedimve nerede duracağını da... Hep yüzersem bir yere mutlaka varacağımı sandım.Yorulan kollarım beni bırakınca anladım ki, ancak kendi ruhumuzla bulduğunda her şey bizim elimizde olabilirmiş; sevgi, mutluluk, başarı ve buna benzer birçok şey...

Yüksek Lisans tezi için yazıyor olduğum bu teşekkürü, bir sonraki aşamada Doktora tezi için yazacak olmanın hayalini taşıyorum içimde... Hayat çok garip, bir hayali gerçekleştirmek ve bunun daha da ötesini düşünmek. Bunu düşünmeme sebep olan çok değerli hocam, Prof. Dr. H. Hüsnü Gündüz 'e en derin saygı ve sevgilerimi sunarım. Hayatımın tüm dönemeçleri ve tüm açmazlarında yolumu aydınlattığı için minnettarım.

Tez danışmanım Prof. Dr. Filiz Açıktur'a tezimin her aşamasında sabırla yanımda olduğu için teşekkür ve saygılarımı sunarım.

Tezimin hazırlanma aşamasında yardımlarını esirgemeyen, ablam gibi sevdiğim, ıslıl ıslıl gözlerinin her daim aynı sıcaklıkta bana bakmasını temenni ettiğim Uzm. Pdr. Gülsüm Ertekin' e teşekkürü bir borç bilirim.

Ve tabi ki ailem... Attığım her adımda beni hiç yalnız bırakmayan, önemli olanın başkalarının ne söylediği değil, kendim olduğumu öğreten ve beni hayata karşı cesaretlendiren babam Zennur Karıslı 'ya, her türlü nazıma katlanan fedakar annem Meryem Karıslı 'ya, rolleri değiştiğimiz canım kardeşim Merve Karıslı 'ya ve kokusuyla büyüttüğü için babaannem Alime Karıslı 'ya, hayatımı yaşanılır kıldıkları, onlar yanımda olduğu müddetçe bana hiçbir zararın gelmeyeceğini hissettirdikleri için sonsuz teşekkürler, iyi ki varlar...

## II. İçindekiler

	Sayfa no.
I. Teşekkür .....	I
II. İçindekiler .....	II
III. Kısaltmalar ve Simgeler.....	IV
IV. Tabloların ve şekillerin listesi.....	V
Tabloların listesi .....	V
Şekillerin listesi.....	VI
1. ÖZET .....	1
2. SUMMARY .....	2
3. GİRİŞ ve AMAÇ .....	3
4. GENEL BİLGİLER .....	5
4.1. Obezitenin Tanımı .....	5
4.2. Obezitenin Prevalansı .....	5
4.3. Obezitede Patogenez.....	6
4.4. Obezite Nedenleri .....	6
4.5. Obezitede Risk Faktörleri .....	7
4.6. Obezite ve Fazla Kilolu Olmanın Sağlık Üzerine Etkileri ve Hastalık Yüğü .....	8
4.7. Obezitenin Tanısı.....	10
4.7.1. Obez Hastanın Bulgularının Değerlendirilmesi.....	10
4.7.2. Boy Uzunluğu, Vücut Ağırlığı, Bel evresi Hesaplamaları ve Önemi .....	11
4.7.3. Risk Durumunun Değerlendirilmesi.....	12
4.8. Toplumda Obeziteye Yol Açan Yeme Tutum ve Alışkanlıkları .....	13
4.9. Obezitenin Beden Algısı, Benlik Saygısı ve Yaşam Kalitesi Üzerine Olumsuz Etkileri .....	13
4.9.1. Beden Algısı .....	13
4.9.2. Benlik Saygısı .....	15

4.9.3. Yaşam Kalitesi .....	17
4.10. Kontrol ve Tedavi .....	18
4.10.1. Tıbbi Tedavi.....	19
4.10.2 Cerrahi Tedavi .....	19
4.10.3. Diyet Tedavisi.....	19
4.10.4. Aktivite .....	20
4.10.5. Psikiyatrik Tedavi .....	20
4.10.6. Kanıtlanmamış Yaklaşımlar .....	21
4.10.7. İzlem .....	21
5. GEREÇ ve YÖNTEM .....	22
6. BULGULAR.....	25
7. TARTIŞMA.....	36
8. SONUÇ ve ÖNERİLER .....	40
9. KAYNAKLAR .....	42
10. EKLER.....	45
Ek 1. Sosyodemografik Bilgi Formu .....	45
Ek 2. Beden Algısı Ölçeği .....	48
Ek 3. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği.....	50
Ek 4. Yaşam Kalitesi Formu (SF 36).....	51
Ek 5. İstanbul Medicine Hospital Başhekimliğinden Alınan İzin .....	56
Ek 6. Gönüllü Katılım Formu .....	57
10. ÖZGEÇMİŞ.....	58

### III. Kısaltmalar ve Simgeler

<b>BKİ</b>	Beden Kütle İndeksi
<b>DSÖ</b>	Dünya Sağlık Örgütü
<b>MONICA</b>	Kardiyovasküler Hastalıkta Belirleyicilerin ve Eğilimlerin Çokuluslu İzlenmesi
<b>ABD</b>	Amerika Birleşik Devletleri
<b>CDC</b>	Hastalıkları Önleme ve Kontrol Merkezi
<b>NHANES</b>	ABD-Ulusal Beslenme ve Sağlık Araştırması
<b>TURDEP</b>	Türkiye Diyabet, Obezite ve Hipertansiyon Epidemiyolojisi Araştırması
<b>TNSA</b>	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
<b>TBSA</b>	Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması
<b>BIA</b>	Bio Impadance Analisys
<b>BAÖ</b>	Beden Algısı Ölçeği
<b>PCS</b>	Fiziksel Bileşen Özeti
<b>MCS</b>	Ruhsal Bileşen Özeti
<b>SF-36</b>	Yaşam Kalitesi Ölçeği

#### IV. Tabloların ve şekillerin listesi

##### Tabloların listesi

	Sayfa no.
Tablo 1 : Beden kütle indeksine göre (BKİ-kg/m <sup>2</sup> )obezite sınıflaması.....	11
Tablo 2 : Demografik özelliklerin gruplara göre değerlendirilmesi .....	25
Tablo 3 : Aile yapısı ve anne-baba durumunun gruplara göre değerlendirilmesi .....	27
Tablo 4 : Sigara, alkol alışkanlığı ve egzersiz veya spor yapma durumlarının gruplara göre değerlendirilmesi .....	28
Tablo 5 : Obez grubun sosyal durumuna ilişkin parametrelerin dağılımı .....	29
Tablo 6 : Obezite hakkındaki düşünce ve ruh haline göre yeme davranışının gruplara göre değerlendirilmesi .....	31
Tablo 7 : Aile öyküsünün gruplara göre değerlendirilmesi .....	32
Tablo 8 : Yaşam kalitesi (SF-36), beden algısı, benlik saygısı ve depresif duygulanım puanlarının gruplara göre değerlendirilmesi .....	33

## Şekillerin listesi

### Sayfa no.

Şekil 1 : Bel çevresi ölçümü .....	12
Şekil 2 : Beden algısı puanlarının gruplara göre değerlendirilmesi.....	34
Şekil 3 : Benlik saygısı puanlarının gruplara göre değerlendirilmesi.....	34
Şekil 4 : Depresif duygulanım puanlarının gruplara göre değerlendirilmesi.....	35
Şekil 5 : Yaşam kalitesi (SF-36) puanlarının gruplara göre değerlendirilmesi .....	35



## 1.ÖZET

Bu çalışmada obez bireylerin obez olmayanlara göre bedenlerinden hoşnutsuzluklarının daha yüksek, benlik saygılarının daha düşük ve yaşam kalitelerinin düşük olma ihtimalinin daha fazla olacağı varsayımı araştırılmıştır. Çalışma Eylül 2013-Haziran 2014 tarihlerinde 30'u Obez, 30'u Kontrol grubu olmak üzere toplam 60 kadın birey ile gerçekleştirilmiştir. Obez grubu İstanbul Medicine Hospital Beslenme ve Diyet Polikliniğinde ayaktan izlenen ve obezite tanısı konulan olgular arasından rastgele seçilmiştir. Bireylerin yaşları 16 ile 51 yıl arasında değişmekte olup, ortalama yaş  $31.42 \pm 9.32$  yıldır. Obez grubun Beden Kütle İndeksi (BKİ) ortalaması  $34.89 \pm 4.25$   $\text{kg/m}^2$ , Kontrol grubunun da BKİ ortalaması  $21.46 \pm 3.85$   $\text{kg/m}^2$  dir. Çalışmaya alınan bireylerin ağırlık ve boy ölçümleri alınmış, BKİ' leri belirlenmiştir. Beden algısını değerlendirmek için "Beden Algısı Ölçeği", Benlik saygısını değerlendirmek için "Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği", yaşam kalitelerini değerlendirmek için "Yaşam Kalitesi Ölçeği" kullanılmıştır. Bulgular değerlendirildiğinde, Obez ve kontrol grupların Depresif Duygulanım puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Obez gruptaki Depresif Duygulanım olanların oranı kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ( $p < 0.01$ ). Gruplara göre Benlik Saygısı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Kontrol grubunda Benlik Saygısı yüksek olanların oranı Obez gruba göre yüksek, Obez grupta ise Benlik Saygısı orta ve düşük olanların oranı Kontrol grubuna göre yüksektir ( $p < 0.01$ ). Kontrol grubunun PCS (Fiziksel Bileşen Özeti) ve MCS (Ruhsal Bileşen Özeti) puanı ortalaması Obez gruptan istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksektir ( $p < 0.01$ ). Bu bulgular, obezite sorunu yaşayan bireylerin beden algısı, benlik saygısı ve yaşam kalitesinin normal ağırlıktaki bireylere kıyasla daha düşük olduğunu göstermektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Obezite, beden algısı, benlik saygısı, yaşam kalitesi

## **2.SUMMARY**

### **Evaluation of Obese Individuals' Body Image, Self-Esteem and Life Quality**

In this study it was hypothesized that obese individuals tend to have lower self-esteem and life quality and they tend to have higher body dissatisfaction compared to non-obese individuals. It was conducted on between September 2013 and June 2014 with a total of 60 patients including 30 obese and 30 control group. In this study, people who were diagnosed as having obesity were randomly selected as an obese group among the outpatients followed in İstanbul Medicine Hospital Nutrition and Dietetics Polyclinic. The average age was  $31.42 \pm 9.32$  years (16-51 years). The average BMI was  $34.89 \pm 4.25$  kg/m<sup>2</sup> among obese group and  $21.46 \pm 3.85$  kg/m<sup>2</sup> among controls. Weight and height of individuals participating in this study was measured and their BMI was calculated. In order to evaluate the self-esteem Rosenberg Self-Esteem Scale, to evaluate the body image Body Image Scale and to evaluate the life quality Quality of Life Scale was applied. In this study there is a statistically significant difference in depressive affect scores among both groups. People who were diagnosed as having obesity had a significantly higher scores of depressive affect compared with control group. In this study there is a statistically significant difference in self-esteem scores among groups. In this study it has been observed that the self-esteem of obese people is considerably lower ( $p < 0.01$ ). Control subjects had statistically significantly higher median score of physical component summary (PCS) and mental component summary (MCS) than obese people ( $p < 0.01$ ). Individuals who were diagnosed as having obesity had statistically significantly higher median score of physical component summary compared with control subjects ( $p < 0.01$ ). These findings suggested that individuals suffering from obesity had a lower self-esteem, body image and life quality compared within people normal BMI range.

**Key Words:** Obesity, body image, self-esteem, life quality

### **3.GİRİŞ ve AMAÇ**

#### **GİRİŞ**

Obezite, vücuda besinler ile alınan enerjinin, harcanan enerjiden fazla olmasından kaynaklanan ve vücut yağ kütesinin, yağsız vücut kütesine oranla artması ile karakterize olan kronik bir hastalıktır. Obezite, başta kardiovasküler ve endokrin sistem olmak üzere vücudun tüm organ ve sistemlerini etkileyerek çeşitli bozukluklara ve hatta ölümlere yol açabilen önemli bir sağlık problemidir.

Obezite bedendeki yağların aşırı birikimiyle karakterize bir durumdur. Obezitenin önemli bir tanımlaması da Beden Kütle İndeksinin (BKİ) hesaplanmasıdır. 30 kg/m<sup>2</sup> ve üzerinde bir değer obezite olarak tanımlanmaktadır (1). 25-29.9 kg/m<sup>2</sup> değeri aşırı kilo, 30.0-34.9 kg/m<sup>2</sup> sınıf I obezite, 35.0-39.9 kg/m<sup>2</sup> sınıf II obezite, 40 kg/m<sup>2</sup> ve üzeri sınıf III ya da aşırı obezite olarak sınıflandırılmıştır (2). Obezite ciddi sağlık sorunlarına yol açmaktadır. Obezitenin diabetes mellitus, sistemik hipertansiyon, dislipidemi, inme, myokard infarktüsü, koroner kalp hastalığı, konjestif kalp yetmezliği, uyku apnesi sendromu, safra kesesi taşı, böbrek taşı, hiperürisemi, osteoartrit, polikistik over sendromu, infertilite, karaciğer steatozu, pulmoner embolizm, venöz tromboz, solunum fonksiyonu bozuklukları, belirli kanser türleri (kolorektal, prostat, endometrium, meme, safra kesesi) gibi durumlara bağlı olarak mortalite ve morbiditeyi artırdığı gösterilmiştir (3,4). Psikolojik etmenlerin de obezite gelişimindeki rolü kesin kabul edilmekle birlikte söz konusu etmenlerin obeziteye nasıl yol açtığı bilinmemektedir. Çevresel etmenler, kültürel, aile ve psikodinamik etmenlerin obezitenin gelişiminde etkili olduğu gösterilmiştir (1).

Gelişmiş ülkelerdeki sağlık harcamalarının %2 ile %8'inden, hatta bazı ülkelerde %15'inden sorumlu olan obezite artık günümüzde kozmetik bir sorunun ötesinde bir hastalık olarak ele alınmaktadır. Obezite ile ilgili harcamaların çoğu obezitenin neden olduğu fiziksel ve psikolojik hastalıklar ile ilgilidir (5,6). Ayrıca toplumların obezlere yönelik önyargıları ve genel olumsuz bakış açısı bu grubun iş bulma güçlüğü yaşamasına, daha düşük ücretlerle çalışmak zorunda kalmalarına neden olarak obezitenin toplumsal maliyetini artırmaktadır (7,8). Obeziteyi, psikosomatik bir hastalık olarak değerlendirip, tedavisinde çok boyutlu bir terapi yaklaşımının gerekli olduğu ileri sürülmektedir (9).

Ülkemizde obezitenin psikososyal yönüyle ilgili, erişkinlerde yapılmış çalışmalara ilgi artmaktadır. Çalışmalar tedavi için başvuran grubun daha çok psikososyal desteğe ihtiyacı olduğunu göstermektedir (10). Obezite ile benlik değerinin azalması arasında doğrusal bir ilişki olduğuna dair araştırmalar vardır (11). Obeziteye karşı sosyal tutumların obezlerde olumsuz duyguların pekişmesine yol açtığı belirtilmektedir. Obeziteye ilişkin aşırı zihinsel uğraşlar bireyde benlik saygısının azalmasına ve olumsuz bir kendilik kavramının gelişmesine neden olmaktadır (12,13). Çeşitli çalışmalarda obez bireylerde beden ağırlıkları ile ilgili hoşnutsuzluktan ve olumsuz düşüncelerden kaynaklanan öfke ve düşük benlik saygısı tanımlanmıştır. Obezlerdeki beden algısı ile ilgili çalışmalara bakıldığında; BKİ'nin beden hoşnutsuzluğuna anlamlı düzeyde etkisi olduğu (14) ve obez grubun, obez olmayan grupla kıyaslanmasında obezlerin daha fazla beden hoşnutsuzluğuna sahip oldukları görülmektedir (15). Olumsuz beden algıları nedeni ile terapiye giden obez kadınlarla "Beden Dismorfik Bozukluk Ölçeği" ve "Beden Şekli Soru Listesi" kullanılarak yapılan bir araştırmada, % 80'den daha fazlasında olumsuz beden algısının olduğu saptanmıştır (16). Obez bireylerde gözlenen düşük benlik saygısının ve olumsuz beden algısının sebep mi yoksa sonuç mu olduğu konusunda tartışmalar sürmektedir. Yaşam kalitesi (Quality of life, QOL);kişinin yaşadığı kültür ve değer sistemleri çerçevesinde, amaçları, beklentileri, standartları ve ilgileri ile ilişkili olarak yaşamdaki pozisyonunu algılaması şeklinde tanımlanır(17).

Yaşam kalitesi, sağlık durumunun ve tedavilerin etkilerinin değerlendirilmesinde önemli bir sonuç ölçümüdür ancak farklı kişilere farklı şeyler ifade eden bir kavram olduğundan net bir tanım yapmak güçtür. Sadece hastalık olmaması değil, tam bir fiziksel, mental ve sosyal iyilik halidir (18). Kilo artışına paralel olarak sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin düştüğü bildirilmektedir (19).

## **AMAÇ**

Bu çalışmada obez bireylerin obez olmayanlara göre bedenlerinden hoşnutsuzlukları daha yüksek, benlik saygıları daha düşük ve yaşam kalitelerinin düşük olma ihtimali daha fazla olacağı varsayımının araştırılması amaçlanmıştır.

## **4.GENEL BİLGİLER**

### **4.1. Obezitenin Tanımı**

Obezite, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından “sağlığı bozacak ölçüde vücutta aşırı yağ birikmesi” olarak tanımlanmaktadır. Yetişkin erkeklerde vücut ağırlığının ortalama %15-20’sini, kadınlarda ise %25-30’unu yağ dokusu oluşturur. Erkeklerde bu oranın %25, kadınlarda ise %30’un üzerine çıkması durumu obezite olarak tanımlanır (20).

### **4.2. Obezite Prevalansı**

Obezite, tüm toplumlarda çok yaygın görülen bir sağlık sorunudur ve giderek küresel bir epidemi halini almaktadır. DSÖ tarafından Asya, Afrika ve Avrupa’nın 6 ayrı bölgesinde yapılan ve 12 yıl süren MONICA (Kardiyovasküler Hastalıkta Belirleyicilerin ve Eğilimlerin Çokuluslu İzlenmesi) çalışmasında obezite prevalansında 10 yılda %10-30 arasında bir artış olduğu bildirilmiştir. Obezitenin en sık görüldüğü Amerika Birleşik Devletleri’nde (ABD), Hastalıkları Önleme ve Kontrol Merkezi (CDC) tarafından yürütülen NHANES (ABD-Ulusal Beslenme ve Sağlık Araştırması) çalışmasına göre, 2003-2004 yıllarında obezite (Beden Kütle İndeksi=BKİ $\geq$ 30) prevalansı erkeklerde %31,1, kadınlarda %33,2, 2005-2006 yıllarında ise erkeklerde %33,3, kadınlarda %35,3 olarak saptanmıştır. Avrupa’da yetişkinler üzerinde yürütülen çeşitli çalışmalara göre fazla kilolu olma prevalansı erkeklerde %32-79, kadınlarda %28-78; obezite prevalansı ise erkeklerde %5-23, kadınlarda %7-36 arasında değişmektedir.

Türkiye’de de obezite prevalansı gelişmiş batılı ülkelerden aşağı kalmamakta, özellikle kadınlarda %30 gibi belirgin yüksek oranlara ulaşmaktadır. Toplam 24.788 kişinin tarandığı Türkiye Diyabet, Obezite ve Hipertansiyon Epidemiyolojisi Araştırması-I (TURDEP-I) çalışmasının sonuçları değerlendirildiğinde obezite prevalansı kadınlarda %30, erkeklerde %13, genelde ise %22,3 düzeylerinde tespit edilmiştir. Yaş dağılımına göre incelendiğinde prevalansın 30’lu yaşlarda arttığı, 45-65 yaşları arasında pik yaptığı görülmüştür. Obezite prevalansı kentsel alanda %23,8 iken kırsal alanda %19,6 olarak tespit edilmiştir. Ülke geneli değerlendirildiğinde doğu bölgelerinde daha az obeziteye rastlanmıştır. Santral obezite (bel çevresi kadında $>$ 88 cm, erkekte $>$ 102 cm) prevalansı kadınlarda %49, erkeklerde %17, genelde %35 olarak

tespit edilmiştir. TURDEP-I çalışmasından 12 yıl sonra yapılan TURDEP-II çalışmasında Türk erişkin toplumunda 1998'de %22,3 olan obezite prevalansının %40 artarak 2010'da %31,2'ye ulaştığı görülmüştür. Kadınlarda obezite prevalansı %44, erkeklerde ise %27 olarak saptanmış ve son 12 yılda prevalansın kadınlarda %34, erkeklerde ise %107 arttığı bildirilmiştir. Ülkemizde 5 yılda bir tekrarlanan 15-49 yaş grubu kadınların çalışma kapsamına alındığı Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) sonuçları incelendiğinde de obezitenin kadın nüfusta giderek arttığı görülmektedir. Bu araştırma sonuçlarına göre 15-49 yaş grubu kadınlarda fazla kiloluluk ( $BKİ=25-29,9$  kg/m<sup>2</sup>) prevalansı 1998, 2003 ve 2008 yılında sırasıyla %33,4, %34,2 ve %34,4, obezite ( $BKİ \geq 30$  kg/m<sup>2</sup>) prevalansı ise %18,8, %22,7 ve %23,9 olarak bulunmuştur. Görüldüğü gibi kadınlarda obezite sıklığında son 10 yılda %5,1 artış olmuştur. Son olarak Bakanlığımızca yapılan Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (TBSA- 2010) sonuçlarına göre obezite sıklığı; 19 yaş ve üzerinde bireylerde %30,3 iken bu oran erkeklerde %20,5 ve kadınlarda %41,0 olarak bulunmuş ayrıca fazla kilolu olma oranı ise %34,6 olarak tespit edilmiştir (20).

#### **4.3.Obezitede Patogenez**

Vücut ağırlığı çoğu insanda stabil seyrederek; çünkü enerji homeostazisi nedeniyle enerji alımı ve tüketimi uzun süre boyunca birbirini karşılar. Bu homeostatik sistem vücudu kilo almadan ziyade kilo kaybına karşı korur. Santral sinir sistemine vücut enerji depolarının durumu adipozite-ilişkili hormonlar olan leptin, insülin ve muhtemelen ghrelin gibi bazı gastrointestinal peptid hormonlar tarafından aktarılmaktadır. Enerji homeostazisinden sorumlu beyin merkezlerinin en önemlilerinden birisi hipotalamustur. Enerji dengesinde rol oynayan diğer organlar göz, burun, dil, gastrointestinal sistem, endokrin bezler, kas dokusu, yağ dokusu ve beynin diğer alanlarıdır. Bu dokuların her birinde oluşabilecek genetik ve çevresel bozukluklar obeziteye yol açar (20).

#### **4.4. Obezite Nedenleri**

Günümüzde obezitenin en önemli nedenleri enerji değeri yoğun gıdalara kolay ulaşılması ve durağan yaşamdır. Alınan enerji harcanan enerjiden fazla olursa enerji fazlası yağ şeklinde depolanır (20).

### **Obeziteye neden olan durumlar:**

\* **Dengesiz beslenme:** aşırı yeme, karbonhidrat ve yağdan zengin beslenme; fazla enerji almak.

#### \* **Yetersiz fiziksel aktivite**

#### \* **Bazı endokrin hastalıklar:**

- Metabolik Sendrom
- Diyabetes Mellitus
- Hipotiroidi
- PCOS (polikistik over sendromu)
- Cushing Sendromu
- Büyüme Hormonu yetmezliği
- Cinsiyet hormonlarında seks hormon azlığı
- Obezite ile seyirli genetik sendromlar

#### \* **İlaçlar:**

Metabolik kontrolü bozan ilaçlar: antipsikotikler, glukokortikoidler, anabolizan steroidler.

### **4.5. Obezitede Risk Faktörleri**

- Yaş
- Cinsiyet (kadın)
- Eğitim Düzeyi
- Evlilik
- Doğum sayısı ve doğumlar arası süre
- Beslenme alışkanlıkları
- Sigaranın bırakılması ve alkol alışkanlığı
- Sosyo-kültürel ve sosyo-ekonomik durum
- Genetik faktörler

## **4.6. Obezite ve Fazla Kilolu Olmanın Sağlık Üzerine Etkileri ve Hastalık Yükü**

Obezite; tedavi edilmediği takdirde yan etkileri ile yaşam süresini kısaltan, yaşam kalitesini bozan, doku ve organları olumsuz etkileyen kronik bir hastalıktır.

**Obezitenin Komplikasyonları:** Yağ hücresi endokrin bez gibi davranmaktadır. Bu hücreler salgıladıkları 80'e yakın adipokinlerle (TNF, IL6, leptin, adiponektin, anjiyotensinojen, rezistin vs.) obez kişilerde hem komplikasyonlara zemin hazırlarlar hem de obezitenin devamına ve artışına katkıda bulunurlar. Obezitenin tetiklediği komplikasyonlar şöyle sıralanabilir.

### **1. Kardiyovasküler Sistem Hastalıkları**

- Konjestif Kalp Yetersizliği
- Koroner Arter Hastalığı
- Hipertansiyon
- Periferik Damar Hastalıkları

### **2. Nörolojik Hastalıklar**

- İnme
- Subaraknoid Kanama
- Periferik ve Tuzak Nöröpatiler

### **3. Metabolik-Hormonal Komplikasyonlar**

- İnsülin Direnci, Hiperinsülinemi
- Tip 2 DM
- Dislipidemi
- Hipertansiyon
- Gut Hastalığı

### **4. Solunum Sistemi Hastalıkları**

- Obezite-Hipoventilasyon Sendromu
- Obstrüktif Uyku Apne Sendromu

## **5. Sindirim Sistemi Hastalıkları**

- Gastroözofagial Reflü Hastalığı
- Hiatal Herni
- Kolelitiazis ve Safra Kesesi Hastalığı
- Karaciğer Hastalığı: Yağlı Karaciğer, Hepatosteatoz ve Siroz

## **6. Genitoüriner Sistem Hastalıkları**

- Cinsel İşlev Bozuklukları
- Obstetrik Komplikasyonlar

## **7. Deri Hastalıkları**

## **8. Cerrahi Komplikasyonlar**

- Perioperatif Riskler: Anestezi, Yara Komplikasyonları, Enfeksiyonlar, İnsizyonal Herni

## **9. Kanser (özellikle hormona özgü kanserler)**

- Meme
- Kolon
- Serviks, Endometrium, Over
- Safra Kesesi
- Böbrek
- Prostat

## **10. Obezitenin Mekanik Komplikasyonları**

- Artrit, Artroz
- Düşmeye Eğilim

## **11. Psiko-sosyal Komplikasyonlar**

- Psikolojik Sorunlar
- Sosyal İzolasyon

**Obezitenin Hastalık Yüğü:** Türkiye Ulusal Hastalık Yüğü-Maliyet Etkililik 2004 çalışmasına göre; obezitenin önlenmesi ile ölümler erkeklerde %11,1, kadınlarda ise %15,8 azalır. Erkeklerde önlenebilecek hastalık yüğü %6,7 iken kadınlarda %7,9'dur (20).

#### **4.7. Obezitenin Tanısı**

##### **4.7.1. Obez Hastanın Bulgularının Değerlendirilmesi**

###### **Öykü:**

- Beslenme ve fiziksel aktivite öyküsü
- Ağırılık kazanma süreci (kilo almaya başladığı andan itibaren geçen süreç)
- Obezite ile ilişkili hastalıklarının değerlendirilmesi
- Kullanılan ilaçların değerlendirilmesi
- Obezite ile ilgili önceden yaptığı uğraşlar
- Kardiyovasküler risk faktörlerinin değerlendirilmesi
- Obezite ile ilişkili aile öyküsü

###### **Fizik muayene:**

- Tam bir fizik muayene
- Obezite tipinin belirlenmesi (boy uzunluğu, vücut ağırlığı ve bel çevresi ölçümü)
- İmkân olan yerlerde vücut yağ oranının ölçümü

###### **Laboratuvar:**

- Glukoz ölçümü (plazma glukozu)
- Total kolesterol, HDL, LDL kolesterol ve Trigliserid
- ALT ve Kreatinin ölçümü
- TSH, FT<sub>3</sub>, FT<sub>4</sub> ölçümleri
- Gerekirse eşlik eden hastalıklar için ileri tetkik istenir (Örn.: Kortizol vs).

#### 4.7.2. Boy Uzunluğu, Vücut Ağırlığı, Bel Çevresi Hesaplamaları ve Önemi

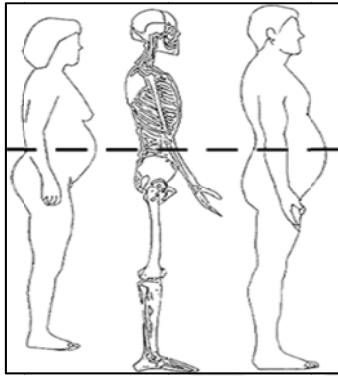
Jinoid (kadın, armut tipi) ve android (erkek, santral, elma tipi) obezite olarak ikiye ayrılır. Genelde tanı ve tip tayini için klinik uygulamalarda boy uzunluğu ve vücut ağırlığı ölçümü ile BKİ hesaplanması ve bel çevresi ölçümleri kullanılır. BKİ, kilogram olarak vücut ağırlığının, metre cinsinden boy uzunluğunun karesine bölünmesiyle hesaplanır (kg/m<sup>2</sup>). BKİ'ye göre obezite sınıflaması Tablo 1'de gösterilmiştir.

**Tablo 1.** Beden kütle indeksine göre (BKİ- kg/m<sup>2</sup>) obezite sınıflaması

Sınıflandırma	BKİ (kg/m <sup>2</sup> )	
	Temel kesişim noktaları	Geliştirilmiş kesişim noktaları
<b>Zayıf (düşük ağırlıklı)</b>	<b>&lt;18.50</b>	<b>&lt;18.50</b>
Aşırı düzeyde zayıflık	<16.00	<16.00
Orta düzeyde zayıflık	16.00 - 16.99	16.00 - 16.99
Hafif düzeyde zayıflık	17.00 - 18.49	17.00 - 18.49
<b>Normal</b>	<b>18.50 - 24.99</b>	<b>18.50 - 22.99</b>
		<b>23.00 - 24.99</b>
<b>Toplu, hafif şişman, fazla kilolu</b>	<b>≥ 25.00</b>	<b>≥ 25.00</b>
Şişmanlık öncesi (Pre-obez)	25.00 - 29.99	25.00 - 27.49
		27.50 - 29.99
<b>Şişman (Obez)</b>	<b>≥ 30.00</b>	<b>≥ 30.00</b>
Şişman I. Derece	30.00 - 34.99	30.00 - 32.49
		32.50 - 34.99
Şişman II. Derece	35.00 - 39.99	35.00 - 37.49
		37.50 - 39.99
Şişman III. Derece	≥ 40.00	≥ 40.00

*Kaynak Adapted from WHO, 1995, WHO, 2000 and WHO 2004.*

Android ve jinoid obezite tanımlaması bel çevresi ölçümü ile belirlenir. Bel çevresi ölçümü, iliak (spina iliaca anterior superior) çıkıntının tepe noktası ile palpe edilen en son kosta arasında kalan mesafenin orta noktasından geçecek şekilde ve normal ekspirasyon sonunda ölçülmesi önerilmektedir. Kişi ayakta, kollar yanda ve ayakların bitişik olması gerekir (Şekil 1). Bel çevresi kadınlarda  $\geq 88$  cm, erkeklerde  $\geq 102$  cm olması android obeziteyi yansıtır. Android obezite kardiyovasküler hastalıklar için risk faktörüdür. Bel çevresi değerlerinin kadınlarda  $<80$  cm, erkeklerde  $<94$  cm olması hastalık riskinin en aza indirilmesi için önerilmektedir.



Şekil 1. Bel çevresi ölçümü

#### 4.7.3. Risk Durumunun Değerlendirilmesi

##### A. Yüksek risk

- Kardiyovasküler Hastalıklar; Koroner Arter Hastalığı, Kalp Yetmezliği, Periferik Damar Hastalığı, Serebrovasküler Hastalıklar
- Tip 2 DM
- Uyku Apne Sendromu

##### B. Diğer risk faktörleri

- Sigara
- Hipertansiyon
- Dislipidemi (LDL  $>160$  mg/dL, HDL  $<35$  mg/dL)
- Prediyabet (IFG: Bozulmuş Açlık Glukozu, IGT: Bozulmuş Glukoz Toleransı)
- Ailede erken Koroner Arter Hastalık varlığı öyküsü (1. derece yakınında erkek  $<55$  yaş, kadın  $<65$  yaş)
- Yaş (erkek  $>45$ , kadın  $>55$  veya postmenopoz devre)

#### **4.8. Toplumda Obeziteye Yol Açan Yeme Tutum ve Alışkanlıkları**

Ağırlık sorunu için risk oluşturan, sorunun ortaya çıkışına ve sürdürülmesine yol açan biyolojik, psikolojik, sosyal ve kültürel etkenler bulunmaktadır. Sorun, bu faktörlerin etkileşimi ile ortaya çıkmakta ve sürmektedir. Psikolojik, sosyal ve kültürel faktörler, çocukluk çağlarından itibaren ağırlık sorununun oluşumunda ve sürdürülmesinde rol oynamaktadırlar. Çocukluk çağında edinilen alışkanlıklar, yetişkinlikte ağırlık kaybını engelleyen tutum ve davranışlar olarak karşımıza çıkmaktadır. Örneğin anne babanın şişman olması, ağırlık alımını kolaylaştırıcı yeme düzeninin olması, sağlıklı beslenme prensiplerine önem verilmemesi; “iyi anneliğin”, “gürbüz çocuk” yetiştirmekle eşdeğer tutulması vb. Çocuklukta kilo sorunu yaşanması, yetişkinlikteki ağırlık sorununun sürmesinde belirleyici olmaktadır. Yetişkinlikte olumsuz duygularla başa çıkma(kaygı, öfke, üzüntü vb.) yolu olarak yeme davranışının seçilmesi, ağırlık sorununun sürdürülmesindeki faktörlerden birisidir (20).

#### **4.9. Obezitenin Beden Algısı, Benlik Saygısı ve Yaşam Kalitesi Üzerine Olumsuz Etkileri**

##### **4.9.1. Beden Algısı**

Benlik saygısı ve beden algısı yakın ilişkisi olan kavramlardır ve sebep sonuç ilişkisi şeklinde birbirlerinden etkilenirler. Bireyin kendi bedenini ve beden parçalarını algılayarak onlara belli anlamlar vermesi kendilik algısı, kimlik ve kişilik kavramları ile ilişkilidir. Kendini fiziksel açıdan olumlu değerlendirenler, kişilerarası ilişkilerde daha güvenli ve işlerinde daha başarılı olurken, kendini beğenmeyen, kendinde birçok kusurlu yanın bulunduğunu düşünen insanlar ise yaşamlarının çeşitli dönemlerinde ya da sürekli olarak huzursuz, güvensiz ve değersizlik duyguları içindedirler. En yalın anlamıyla beden algısı, zihnimizde şekillendirdiğimiz kendi bedenimizin bize nasıl görüldüğüdür. Beden organlarının zihinsel tasarımlarının tümü olan beden algısı, “ben” fikrini oluşturur ve egonun sonraki biçimlenmesinde temel bir önemi vardır.

Beden algısı, çocuğun kendisini kendi olmayanlardan ayırt etmeye başladığı birinci yaştan itibaren ortaya çıkar ve yaşam boyu sürekli gelişerek değişir. Aslında birey fiziksel özelliklerin önemli olduğu görüşü ile çok erken yaşlarda karşılaşmaktadır. Çocuk öykü kitaplarındaki kahramanlar genellikle yakışıklı, güzel ve güçlü kişilerdir. İzlediğimiz filmlerdeki insanlar hep güzel bir fiziğe sahiptir. Sadece günümüzde değil

geçmişte de hemen tüm toplumların dış görünüşe, çekicilik, güzel ve yakışıklı olmaya verdikleri önem ister istemez hemen herkeste hoş ve beğenilir olma arzusunu yaratmış, insanlar daha güzel görünmek uğruna yoğun çabalar sarf etmeye başlamışlardır. Fiziki görünüşe verilen önem çoğunlukla kitle iletişim araçlarıyla tüm toplumlara, dolayısıyla da tek tek bireylere ulaştırılırken insanlar da bu tür görüş ve değerlendirmelere koşullanmışlardır.

Görünüşe verilen anlam ve görünüşle ilgili değerlendirmeler, içinde bulunulan zamana ve toplumun kültürüne göre değişebilmektedir. Eski çağlarda tanrıçalar aşırı kilolu olup bu halleriyle beğeni toplarken, günümüzde kadınlar ince ve narin bir beden yapısına özendirilmektedir. Bireyin kendi bedenini algılaması objektiften çok subjektiftir. Bir kişinin algısı diğerlerinin bakışlarıyla uyum göstermeyebilir, aslında çok sık olarak, başkalarının yargılarından daha olumsuzdur. Terapistler hastalara, beden algısıyla ima edilenin kişinin gerçek (objektif) fiziksel görünüşü olmasından çok, bedeni hakkında kendisinin görüşü veya "zihinsel resmi" olduğunu açıklamalıdır. Obezlerdeki beden algısı ile ilgili çalışmalara bakıldığında; BKİ' nin beden hoşnutsuzluğuna anlamlı düzeyde etkisi olduğunu (29) ve obez grubun, obez olmayan grupla kıyaslanmasında obezlerin daha fazla beden hoşnutsuzluğuna sahip oldukları görülmektedir (30).

Olumsuz beden algıları nedeni ile terapiye giden obez kadınlarla Beden "Dismorfik Bozukluk Ölçeği" ve "Beden Şekli Soru Listesi" kullanılarak yapılan bir araştırmada, % 80'den daha fazlasında olumsuz beden algısının olduğu saptanmıştır. Birçok obez birey görünüşlerinden hoşlanmaz ve bu, genellikle ağırlık kaybetmeyi istemelerinin başlıca sebebidir. Ağırlık kaybının görünüş ve çekiciliklerini artıracığına ve sonuç olarak kendileri hakkında daha iyi hissedeceklerine inanırlar. Obez bireylerin genel tedavisinde beden algısı üzerinde çalışmanın önemli bir yeri olduğu ileri sürülmektedir. Cash, çok düşük enerjili bir diyet kullanarak ağırlıklarını %24 azaltan obez kişilerin beden algısının bütün yönlerinde önemli iyileşmeler yaşadıklarını saptamıştır. Ancak, tek başına ağırlık kaybı özellikle de ağırlık kaybı hafif derecede ise bütün beden algısı sorunlarını yok etmemektedir. Örneğin Cash ve ark.nın, asla fazla kilolu olmamış orta kilolu kişiler, fazla kilolu olmuş orta kilolu kişiler ve o anda fazla kilolu olan kişiler olmak üzere üç grubu kıyasladıkları çalışmalarında; daha önce fazla kilolu olan deneklerin görünüşlerine olan tutumları, o an fazla kilolu olan gruptakilerle

benzer bulunmuştur. Asla fazla kilolu olmamış olanlarla kıyaslandıklarında bu kişilerin bedenlerinden daha az memnun oldukları ve kendilerini daha şişman olarak algıladıkları bulunmuştur. Bu çalışmada “Beden Algısı Terapisi” nin önemi vurgulanmıştır. Obez kadınlarda beden hoşnutsuzluğu şiddetinin gerçek beden ağırlığından çok, algılanan beden ağırlığıyla ilişkili olduğu gösterilmiştir. Başka bir çalışmada ise beden hoşnutsuzluğunun düşük benlik saygısı ve depresyon ile ilişkili olduğu, ancak algılanan beden ağırlığının düşük benlik saygısına neden olurken, gerçek beden ağırlığının düşük benlik saygısı ve depresyonla ilişkili olmadığı bildirilmiştir. Obezitenin başlangıç yaşının beden hoşnutsuzluğuna etkisini araştıran çalışmalarda, 16 yaşından önce obezitesi başlayan grupta erişkin dönemde daha fazla beden hoşnutsuzluğu ve daha düşük benlik saygısı bulunmuş, bu durum çocukluk döneminde bedeniyle ilgili alaylara hassasiyetin daha fazla olması ve başa çıkma becerilerinin henüz yeterince gelişmemiş olmasına bağlanmıştır. Grilo ve ark. tarafından yapılan çalışmalar da bu bulguları desteklemiştir. Grilo, çocukluk çağında obezitesi başlayanların olumsuz beden algısının, erişkin çağda obezitesi başlayanlara göre daha fazla olduğunu bildirmiştir (22).

#### **4.9.2. Benlik Saygısı**

Obez bireylerde gözlenen düşük benlik saygısının ve olumsuz beden algısının sebep mi yoksa sonuç mu olduğu konusunda tartışmalar sürmektedir. Bazı obez bireylerde etyolojik faktör olarak bulunurken, bazı obez bireylerde de obezitenin bir sonucu olarak bulunması olasıdır. Benlik saygısı, kişinin kendini tanıması ve gerçekçi olarak değerlendirmesi sonucunda kendi yetenek ve güçlerini olduğu gibi kabul edip benimsemesi şeklinde tanımlanmakta olup, kişinin kendisine karşı duyduğu sevgi, saygı ve güven duygularını ifade etmektedir. 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. 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 artırmada 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 yapılandırılmasının aynılık ve sürekliliği ile uyuşması sonucunda benlik kimliği duygusu gelişmektedir. Bu şekilde kimlik duygusuna yol açan benlik saygısı, çocukça bir benmerkezcilik duygusunun aksine, yetenekler ve sosyal teknikler, ego ideali ve sosyal rol ilkelerine dayanmaktadır.

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. Erişkinlerde obezite ile benlik saygısı arasındaki ilişkileri araştıran çalışmaların bazılarında benlik saygısı ile obezite ve BKİ arasında ters orantı olduğu (23), bir çalışmada ise ilişki olmadığı belirlenmiştir (24). Literatürde obezite ile benlik değerinin azalması arasında doğrusal bir ilişki olduğuna dair araştırmalar çoğunluktadır. Obezlerde depresyon ve benlik saygısı düzeylerini incelemek amacıyla gerçekleştirilen ve 87 obez kadınla yapılan bir çalışmada obezlerin %42.5'inin depresif olduğu, %58.6'sının benlik saygısının düşük olduğu tespit edilmiştir. Ogden ve Evans'ın çalışmasında da obez olgularda depresyonun daha fazla, benlik saygılarının daha düşük olduğu (25); Kartal'ın çalışmasında ise yine obezlerde benlik saygısının daha düşük olduğu saptanmıştır (26). Galletly ve ark.'nın 64 kadınla yaptıkları prospektif çalışmada kilo kaybedilmesi ile depresyon oranında azalma ve benlik saygısında artma kaydedilmiş (27); bir başka çalışmada ise benlik saygısı ile cinsel çekicilik arasında ilişki bulunmuştur (28).

Özellikle batı toplumlarında zayıflık kavramı beğeni toplarken, obez bireyler dışlanmakta ve çeşitli olumsuz etiketlere maruz kalmaktadırlar. Benlik saygısının kişiler arası ilişkilerden ve bireyin bu ilişkilere verdiği anlamdan etkilendiği düşünülürse, çevreden gelen olumsuz geri bildirimler bireyde benlik saygısının azalmasına neden olacaktır. Aşırı kilo nedeni ile eleştirilme ve sosyal dışlanma, okul ya da iş yaşamını, sosyal ilişkilerini ve fiziksel etkinliklere karşı tutumlarını olumsuz etkileyecektir. Obez bireylere karşı küçük görme, önyargı ve saygısızlık son derece yaygındır. Sobal ve

Stunkard bu duruma; “sosyal olarak kabul gören önyargı” demişlerdir. Sağlık personelinin bile obezlerin tembel, aptal ve değersiz olduğunu düşündüğü görülmüştür. Önyargı ve ayırım daha çocuklukta başlar. Yaklaşık 40 yıl evvel Stafferi 6 yaşındaki bir çocuğun, aşırı kilolu başka bir çocuğun görünüşünün “tembel, kirli, aptal, çirkin” olduğunu düşündüğünü saptamıştır. Obez bireyler toplumsal alanlarda “etiketlenirler”. Ayrımcılık onların özsayıgılarının azalmasına, depresyona açık duruma gelmelerine yol açar. Benlik saygısının azalması obez bireylerin disforik ve depresif olmalarına sebep olur. Obez kişiler çalışma hayatında da ayrımcılıkla karşılaşır. İşverenlerin %16’sı obez kadınlara iş vermemekte, %44’ü de ancak özel şartlarda bu tür bireyleri çalıştırmayı kabul etmektedir. Güvenlik güçleri, itfaiye birimleri ve havayolları obez bireyleri işe almamaktadır veya işten çıkarmaktadır. Rand ve Mcgregor, obez bireylerin önemli ölçüde önyargı ve ayırım ile karşılaştıklarını tespit etmişlerdir. 57 obez bireye operasyon öncesi ve sonrası (14 ay sonra) envanter uygulamışlardır. Obez bireyler operasyon öncesi kendisine ayrımcılık yapıldığını ve önyargılı davranıldığını belirtmişlerdir. Operasyondan sonra böyle bir yakınma dile getirmemişlerdir (22).

#### **4.9.3. Yaşam Kalitesi**

Yaşam kalitesi, bir kişinin görünürdeki fiziksel ve zihinsel zindelik durumudur. Birçok etmen yaşam kalitesine katkıda bulunabilir. Bunlar arasında yaşamın ”iyi” olması, kişinin mutluluğu ve başkalarına bağımlı olmadan işlerini yaparak yaşamın keyfini çıkarması sayılabilir. Kilo artışına paralel olarak sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin düştüğü bildirilmektedir. Kilo vermenin yaşam kalitesini artırdığını gösteren birçok çalışma mevcuttur (Foster ve diğ. 2004, Jensen ve diğ. 2004, Kaukua ve diğ. 2002, 2003, Kolotkin ve diğ. 2001, Malone ve diğ. 2005, Mathus-Vliegen ve diğ. 2004, Whelton ve diğ. 2002). Yaşam kalitesinin SF-36 ile değerlendirildiği bu çalışmaların bazılarında kilo vermenin yaşam kalitesinin fiziksel sağlık boyutunu (Jensen ve diğ. 2004), bazılarında mental sağlık boyutunu (Foster ve diğ. 2004); bazılarında ise her iki boyutunu da pozitif yönde etkilediği, kilo azaldıkça yaşam kalitesinin arttığı (Kaukua ve diğ. 2002, 2003, Malone ve diğ. 2005); kilo verme ile fiziksel fonksiyon, rol kısıtlanması-fiziksel (Jensen ve diğ. 2004, Kaukua ve diğ. 2003), ağrı (Kaukua ve diğ. 2002, 2003), enerji/canlılık (Foster ve diğ. 2004, Jensen ve diğ. 2004, Kaukua ve diğ. 2002, 2003), sosyal fonksiyon, rol kısıtlanması-emosyonel (Kaukua ve diğ. 2002), genel

sağlık anlayışı (Jensen ve diğ. 2004, Kaukua ve diğ. 2002, 2003) ve mental sağlık (Foster ve diğ. 2004, Kaukua ve diğ. 2002, 2003)alt boyutlarında pozitif anlamlı değişimlerin olduğu belirlenmiştir.

Yaşam kalitesinin diğer ölçeklerle değerlendirildiği çalışmalarda da benzer sonuçlar bulunmuştur (Kolotkin ve diğ. 2001, Mathus-Vliegen ve diğ. 2004, Whelton ve diğ. 2002). Kolotkin ve diğ. 161 obez hastaya, 12 hafta süren yaşam tarzı düzenlemeleri uygulamış, bir yıllık izlem sonunda fiziksel fonksiyon ve seksüel yaşamda anlamlı değişimler olduğunu; Mathus-Vliegen ve diğ. 50 morbid obez hastada gastrik band ile kilo vermenin yaşam kalitesinin arttığını göstermişlerdir. Yaşamkalitesine ilişkin yukarıdaki çalışmalar birlikte değerlendirildiğinde kilo kaybetmenin yaşam kalitesini artırdığı görülmektedir (29).

#### **4.10. Kontrol ve Tedavi**

Obezitenin kontrolü için hemen tüm sağlık problemlerinde olduğu gibi, sorunun belirlenmesi ve korunma öncelik taşımaktadır. Obezite tedavisi uzun olup çeşitli güçlükler içermektedir. Bu yüzden koruyucu yaklaşımların öncelik taşınmasına karşılık, yüksek prevalanslı ülkelerde tedavisi de önem kazanmaktadır. Toplum eğitiminde fazla beslenmenin az beslenme kadar olumsuz olduğu anlaşılır hale getirilmelidir. Toplumların besin tüketim alışkanlıkları değerlendirilmeli, yeterli ve dengeli beslenmenin sağlanabilmesi için besin politikaları da yeniden gözden geçirilmelidir. Tedavide temel nokta enerji alımının azaltılması, enerji harcamanın arttırılmasıdır. Bu noktada davranışların değiştirilmesi önem gösterir. Uzun ve güç olan tedavi sırasında diyet, egzersiz psikiatrik yardım ve sosyal destek kombinasyonu sağlanmalıdır. Ancak diyet, bilinçli yapılmadığında çeşitli sağlık riskleri olduğu da unutulmamalıdır(21). Obezite tanısı en kolay konan ancak tedavisi en güç hastalıklardan birisidir. Tedaviye uyumda hastanın motivasyonu önemli rol oynamaktadır. Tedavi için başvuran kişilere empatik, destekleyici, açıklayıcı, gerçekçi ve yol gösterici bir şekilde yaklaşılması tedaviye uyumu artırmaktadır (29).

#### **4.10.1. Tıbbi Tedavi**

Obezite tedavisi, yaşam boyu sürecek yeterli ve dengeli beslenme, artmış fiziksel aktivite ve davranış tedavilerini içeren bir kombinasyon tedavisidir. Temelde obezitenin tedavisi amacıyla başlangıçta ilaç tedavisi önerilmez. Ancak seçilmiş vakalarda (BKİ  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup> olan yüksek risk grubundaki hastalar) geçici bir süre için ilaç tedavisi (endokrinoloji uzmanı tarafından) uygulanabilir (20).

#### **4.10.2. Cerrahi Tedavi**

Besin alımı ve emiliminin yavaşlatılmasına yönelik cerrahi işlemlerdir. Morbid obezitesi olan hastalarda düşünülmelidir (29). Yaşam süresini kısaltan BKİ>40 kg/m<sup>2</sup> olan seçilmiş vakalarda bariyatrik cerrahi bir seçenek olabilir. Bariyatrik cerrahiye; endokrinolog, obezite cerrahisiyle ilgilenen cerrah, psikiyatrist, gastroenterolog ve kardiyologun bulunduğu bir konseyde karar verilmelidir. Bölgesel yağ alma cerrahi uygulamalarının (liposuction vs.) obezite tedavisinde yeri yoktur (20). Bu yöntemle belli bölgelerde oluşan yağlar alınmaktadır. Bireyin zayıflamaya yönelik davranış değişiklikleri olmadığı sürece yeniden bu bölgelerde yağ birikimi olduğu belirtilmektedir (29).

#### **4.10.3. Diyet Tedavisi**

Normal beslenme şekli hakkında bilgilendirilir.

Yemek zamanları ve ara öğün zamanları düzenlenir.

Aile ile birlikte yemek yemesi önerilir.

Yağlı yemekler, ek yağlar ve şekerler kısıtlanır.

Tahıllar, sebzeler ve meyveler artırılır,

Ekmek alımı sınırlanır, günde bir kez haşlanmış patates, pirinç veya makarna gibi işlenmemiş ürün önerilir.

Karbonhidratlı içecekler kısıtlanır.

Düşük enerjili margarinler, yoğurtlar, peynirler kullanılır (29).

#### **4.10.4. Aktivite**

Aktivite kas hacmini artırır, yağ miktarını azaltır ve net beden ağırlığında azalmaya neden olur. Düzenli egzersizin iştah azaltıcı etkileri de bilinmektedir. Kalori tüketimini artırır, bazal metabolizmayı hızlandırır. Ayrıca insulin duyarlılığı, HDL/LDL kolesterol oranını artırır (29).

#### **4.10.5. Psikiyatrik Tedavi**

Psikiyatrik tedavinin, obezitenin rutin tedavi programına alınmasının gerekliliğine olan inanç giderek artmaktadır. Çünkü diğer tedavi programlarında başarı sağlansa bile uzun vadede sonuçlar umut kırıcıdır. Obezitenin psikiyatrik tedavisi, kilo kaybını sağlayan ve sağlanan kilo kaybının korunmasını belirleyen yaklaşımlar şeklinde tasarlanmıştır. 1960'lerden bu yana uygulanmakta olan davranışçı terapilerin içeriğinde; yeme eylemi sırasında kendini izleme, yeme ve egzersizle ilgili spesifik davranışsal hedefler koyma, beslenme üzerine dersler; hem yaşam tarzı aktivitesini hem de planlı egzersizi artırma üzerine vurgu yapma, uyarın kontrol tekniklerinin kullanımı, sorun çözme eğitimi mevcuttur (29). Davranışçı terapi, nüks önlemede başarı oranının düşük olması nedeniyle son yıllarda yerini, tedaviye bilişsel faktörlerin de eklenmesiyle oluşan bilişsel davranışçı terapiye bırakmıştır. Bilişsel davranışçı terapi, obeziteyi başlatan ve devam ettiren süreçlerin bilişsel kavramsallaştırılması ve kalıcı değişim için gerekli olduğu düşünülen, varsayılan devam ettirici bilişsel ve davranışsal mekanizmaları değiştirmek için tasarlanmıştır. İki safhadan oluşmaktadır. Birinci safhada terapötik amaç sadece kilo kaybı değil, aynı zamanda kişisel olarak dikkat çeken diğer alanlarda (örneğin görünüşünü iyileştirme arzusu, kendine güven ve öz saygıyı artırma arzusu, ilişkilerin kalitesi, fiziksel zindelik ve daha aktif olma, sağlığını iyileştirme), bilişsel ve davranışsal değişime erişmek, tedavi sürecinde oluşan değişimleri fark etmek, onlara değer vermek ve değiştirilemeyecek şeyleri (örneğin beden oranlarını) kabul etmeyi öğrenmektir. Bu safhanın önemli bir özelliği, kilo kaybının önündeki engelleri ve beden algısı endişelerini ele almaktır. Kişinin kilo hedeflerini gerçekçi bir biçimde değerlendirmesi de hedeflenir. İkinci safhada amaç, hastaların etkili kilo kontrolü için gereken davranışsal becerileri ve bilişsel yanıtları edinmelerine ve sonra bunları uygulamalarına yardım etmektir. Bu safhada terapötik amaç kilonun sabit tutulması ve onu korumak için becerilerin edinilmesidir (30).

#### **4.10.6. Kanıtlanmamış Yaklaşımlar**

Gıda destek ürünleri adı altında pazarlanan ürünlerin obezite tedavisinde kanıtlanmış hiçbir yararı yoktur. Akupunktur ve ozon tedavisi gibi girişimlerin yararı kanıtlanmamıştır.

#### **4.10.7. İzlem**

Hastanın yaşam biçimi değişikliklerinin değerlendirilmesi için 1. ayda kontrole gelmesi önerilir. Hastanın bu süre içerisinde başarılı olduğuyönleri saptanır. Odaklanması gereken noktanın erken devrede kilo vermeküzerine olmaması, sağlıklı yaşam biçiminin sürdürülmesinin olması gerektiğivurgulanmalıdır.İlk yıl 3 ayda bir, sonraki yıllarda 6 ayda bir takip yapılmalıdır.Takipler genel muayene şeklinde olmalıdır. Laboratuvar tetkiklerinde ilkkontrolde normal olmayan tetkikleri tekrarlanarak değerlendirilmelidir (20).

## **5.GEREÇ ve YÖNTEM**

### **GEREÇ**

Çalışmaya alınan bireylerin boy ve ağırlık ölçümü yapılmış, obeziteyi belirlemek için Beden Kütle İndeksi kullanılmıştır. Bunun dışında Bio Impadance Analisis yöntemiyle vücut analizleri yapılmıştır. Bireyler vücut yağ, kas ve su oranları hakkında bilgilendirilmişlerdir.

### **YÖNTEM**

#### **Örneklem Grubu**

Bu çalışmada obez grubunu İstanbul Medicine Hospital Beslenme ve Diyet Polikliniği'ne başvuran hastalardan obezite tanısı konmuş olan rastgele 30 kadın birey, kontrol grubunu obez olmayan 30 kadın birey oluşturmaktadır.

#### **Sosyodemografik Bilgi Formu**

Her iki gruba BKİ' si, sosyodemografik durumu, sigara-alkol kullanımı, egzersiz ve diyet uygulaması, yeme davranışı ile ilişkilendirdiği duygu hali, aile yapısı, anne, baba ve kardeşlerinde obeziteyi sorgulayan anket formu uygulanmıştır. Ayrıca obez gruba obezite başlangıç yaşı, başlatıcı etmen varlığı, obezite nedeniyle psikiyatrik başvuru, obeziteyi önlemeye yönelik ilaç kullanımı, obeziteye ilişkin görüşleri, obezitenin sosyal yaşamı etkileme biçimini içeren sorular sorulmuştur (Ek 1). Ayrıca bireylere Beden Algısı Ölçeği (Ek 2), Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (Ek 3) ve Yaşam Kalitesi Formu (Ek 4) uygulanmıştır.

#### **Beden Algısı Ölçeği (BAÖ)**

BAÖ 1953 yılında Secord ve Jourand tarafından geliştirilmiş, 1989 yılında Hovardaoğlu(125) tarafından geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır. Ölçek 40 madde içermekte olup, her bir madde bir organ ya da bedenin bir bölümü (kol, bacak, yüz gibi) ya da bir işlevi (cinsel faaliyet düzeyi gibi) ile ilgilidir. Her bir madde için 1'den 5'e kadar değişen puanlar alan ve "Hiç beğenmiyorum", "Beğenmiyorum", "Kararsızım", "Beğeniyorum" ve "Çok beğeniyorum" şeklinde yanıt seçeneği bulunan ölçeğin toplam puanı 40 ile 200 arasındadeğişmekte olup, alınan puanın yüksekliği doyum düzeyinin

yüksekliğini göstermektedir.Ölçeğin kesme puanı 135 olup, 135 altında puana sahip olanlar beden algısı düşük grup olarak tanımlanmıştır (22,37).

### **Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği ( Rosenberg Self-esteem Scale)**

Araştırmada, benlik saygısı ölçümü için kullanılan bu ölçek, 1963 yılında Morris Rosenberg tarafından geliştirilmiştir. Amerika Birleşik Devletleri'nde güvenilirlik geçerlilik çalışması yapıldıktan sonra birçok araştırmada ölçüm aracı olarak kullanılmıştır. Ülkemizde ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Çuhadaroğlu tarafından yapılmış olup, geçerlilik kat sayısı  $r = 71$  olarak bulunmuştur. Test- tekrar test güvenilirlik yöntemi kullanılarak da güvenilirlik kat sayısı  $r = 75$  olarak saptanmıştır. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği, çoktan seçmeli 63 sorudan oluşan bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçek, oniki alt kategoriden oluşmaktadır. Araştırmanın amacı doğrultusunda benlik saygısını ölçmeye yönelik olarak, ölçeğin ilk "5" ve son "6" maddesi kullanılmıştır. 1, 2, 3, 4, 5. maddeler benlik saygısı değerlendirmesini sorgulamakta olup, 3'den 0'a kadar değişen puanlama yapılırken, 6, 7, 8, 9, 10, 11. maddeler depresif duygulanım değerlendirmesini sorgulamakta olup, 0'dan 3'e kadar değişen bir puanlama yapılmaktadır. Toplam puan aralığı 0-30 arasında olup, 15-25 arası alınan puan benlik saygısının yeterli olduğunu gösterirken, 15 puanın altı düşük benlik saygısını göstermektedir (22,37).

### **Yaşam Kalitesi Ölçeği(SF-36)**

SF-36 Ware tarafından 1987 yılında, bireylerin sağlık durumları ile yaşam kalitelerinin incelenmesinde kullanılmak üzere geliştirilmiş bir ölçektir.Otuz altı ifade içeren ölçek, iki ana başlık (fiziksel ve mental boyut) ve sekiz kavramı (fiziksel fonksiyon, rol kısıtlanması-fiziksel, ağrı, zindelik/yorgunluk, sosyal fonksiyon, rol kısıtlanması-emosyonel, mental sağlık, genel sağlık algısı) değerlendiren çok başlıklı skala şeklindedir.Ölçekteki her bir alt boyut ve iki ana boyutun puanı 0-100 arasında değişir.Pozitif puanlamaya sahip SF-36 her sağlık alanının puanı yükseldikçe sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi artacak şekilde puanlanmıştır. SF-36'nın Türkçe'ye uyarlanması, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 1995 yılında Pınar tarafından yapılmıştır (40).

## **Uygulama**

Obez hastalar, İstanbul Medicine Hospital Beslenme ve Diyet Polikliniğinde ayaktan izlenen ve obezite tanısı konulan kadın olgular arasından rastgele alınmıştır. Hastalara ilk muayeneleri tamamlandığında ulaşılmış, çalışmaya dâhil edilen hastalar ve kontrol grubundaki bireyler çalışmanın amacı ve özellikleri hakkında bilgilendirilmiştir. Konu hakkında bilgilendirilen tüm hastalar ve kontrol grubundaki bireyler çalışmaya katılmayı kabul etmişlerdir. Ölçeklerin doldurulması yüzyüze görüşme yöntemiyle yapılmıştır.

## **İstatistiksel Değerlendirme**

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için IBM SPSS Statistics 22.0 programı kullanılmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (Ortalama, Standart sapma) yanı sıra niceliksel verilerin karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren parametrelerin iki grup arası karşılaştırmalarında Student t test, niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Fisher's Exact test ve Continuity Correction (Yates) test kullanılmıştır. Anlamlılık  $p < 0.05$  düzeyinde değerlendirilmiştir.

## 6.BULGULAR

Çalışma Eylül 2013- Haziran 2014 tarihlerinde 30'u Obez, 30'u Kontrol grubu olmak üzere toplam 60 birey ile yapılmıştır. Bireylerin yaşları 16 ile 51 yıl arasında değişmekte olup, ortalama yaş  $31.42 \pm 9.32$  yıldır. Obez grubun BKİ ortalaması  $34.89 \pm 4.25$ , kontrol grubunun  $21.46 \pm 3.85$  kg/m<sup>2</sup> olarak hesaplanmıştır (Tablo 2).

**Tablo 2:** Demografik özelliklerin gruplara göre değerlendirilmesi

		Obez Grup	Kontrol Grup	Toplam	P
		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	
		n (%)	n (%)	n (%)	
<b>Eğitim</b>	<b>İlköğretim</b>	11 (%36,7)	1 (%3,3)	12 (%20)	<b>¥0,004**</b>
	<b>Ortaöğretim</b>	7 (%23,3)	4 (%13,3)	11 (%18,3)	<b>¥0,505</b>
	<b>Lisans</b>	10 (%33,3)	20 (%66,7)	30 (%50)	<b>¥0,377</b>
	<b>Lisansüstü</b>	2 (%6,7)	5 (%16,7)	7 (%11,7)	<b>f0,424</b>
<b>Meslek</b>	<b>Öğrenci</b>	3 (%10)	15 (%50)	18 (%30)	<b>¥0,002**</b>
	<b>İşsiz</b>	2 (%6,7)	2 (%6,7)	4 (%6,7)	<b>f1,000</b>
	<b>Ev hanımı</b>	20 (%66,7)	5 (%16,7)	25 (%41,7)	<b>¥0,004**</b>
	<b>Memur/işçi</b>	2 (%6,7)	3 (%10)	5 (%8,3)	<b>f1,000</b>
	<b>Özelde ücretli</b>	3 (%10)	5 (%16,7)	8 (%13,3)	<b>f0,706</b>
<b>Medeni durum</b>	<b>Bekar</b>	5 (%16,7)	18 (%60)	23 (%38,3)	<b>¥0,001**</b>
	<b>Evli</b>	22 (%73,3)	11 (%36,7)	33 (%55)	<b>¥0,009**</b>
	<b>Eşi vefat etmiş</b>	3 (%10)	1 (%3,3)	4 (%6,7)	<b>f0,612</b>
<b>Eşin eğitimi</b>	<b>İlköğretim</b>	4 (%18,2)	0 (%0)	4 (%12,1)	<b>f0,276</b>
	<b>Ortaöğretim</b>	7 (%31,8)	2 (%18,2)	9 (%27,3)	<b>f0,681</b>

<b>Eşin eğitimi</b>	<b>Lisans</b>	6 (%27,3)	6 (%54,5)	12 (%36,4)	<sup>f</sup> <b>0,149</b>
	<b>Lisansüstü</b>	5 (%22,7)	3 (%27,3)	8 (%24,2)	<sup>f</sup> <b>1,000</b>
<b>Eşin mesleği</b>	<b>İşsiz</b>	1 (%4,5)	0 (%0)	1 (%3)	<sup>f</sup> <b>1,000</b>
	<b>Memur/işçi</b>	3 (%13,6)	2 (%18,2)	5 (%15,2)	<sup>f</sup> <b>1,000</b>
	<b>Esnaf/serbest</b>	11 (%50)	2 (%18,2)	13 (%39,4)	<sup>f</sup> <b>0,132</b>
	<b>Özelde ücretli</b>	7 (%31,8)	6 (%54,5)	13 (%39,4)	<sup>f</sup> <b>0,270</b>
	<b>Emekli</b>	0 (%0)	1 (%9,1)	1 (%3)	<sup>f</sup> <b>0,333</b>
<b>Çocuk</b>	<b>Yok</b>	6 (%24)	8 (%66,7)	14 (%37,8)	<sup>f</sup> <b>0,027*</b>
	<b>1-3</b>	16 (%64)	4 (%33,3)	20 (%54,1)	<sup>y</sup> <b>0,162</b>
	<b>3'ten fazla</b>	3 (%12)	0 (%0)	3 (%8,1)	<sup>f</sup> <b>0,015*</b>

*t:Student t test*

*y:Continuity Correction (Yates) test*

*f:Fisher's Exact test*

\* $p<0.05$

\*\* $p<0.01$

Gruplara göre eğitim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır. Obez gruptaki ilköğretim mezunlarının oranı kontrol grubuna göre anlamlı şekilde yüksektir ( $p<0.01$ ). Diğer eğitim düzeyleri gruplara göre anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0.05$ ).

Meslekler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır. Kontrol grubundaki öğrencilerin oranı obez gruba göre anlamlı şekilde yüksekken ( $p<0.01$ ), obez gruptaki ev hanımlarının oranı kontrol grubuna göre anlamlı şekilde yüksektir ( $p<0.01$ ). Diğer meslekler gruplara göre anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0.05$ ).

Medeni durumlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır. Obez gruptaki evli olguların oranı kontrol grubuna göre anlamlı şekilde yüksektir ( $p<0.01$ ). Kontrol grubunda da bekâr olguların oranı obez gruba yüksektir ( $p<0.01$ ). Eşi vefat edenlerin oranı gruplara göre anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0.05$ ). Eşlerin eğitim durumları ve meslekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ( $p>0.05$ ).

Gruplara göre çocuk sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır. Obez grupta 3'ten fazla çocuk sahibi olguların oranı kontrol grubuna

göre anlamlı şekilde yüksektir ( $p<0.05$ ). Kontrol grubunda da çocuk sahibi olmayan olguların oranı obez gruba yüksektir ( $p<0.05$ ). 1-3 çocuk sahibi olan olguların oranı gruplara göre anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0.05$ ) (Tablo 3).

**Tablo 3:** Aile yapısı ve anne-baba durumunun gruplara göre değerlendirilmesi

		Obez Grup	Kontrol Grup	Toplam	P
		n (%)	n (%)	n (%)	
Aile Yapısı	Çekirdek	25 (%83,3)	26 (%86,7)	51 (%85)	<sup>f</sup> 1,000
	Geniş	3 (%10)	3 (%10)	6 (%10)	<sup>f</sup> 1,000
	Diğer	2 (%6,7)	1 (%3,3)	3 (%5)	<sup>f</sup> 1,000
Anne-Baba durumu	Berber	21 (%70)	24 (%85,7)	45 (%77,6)	<sup>y</sup> 0,551
	Boşanmış	2 (%6,7)	1 (%3,6)	3 (%5,2)	<sup>f</sup> 1,000
	Ayrı yaşıyor	1 (%3,3)	0 (%0)	1 (%1,7)	<sup>f</sup> 1,000
	Anne ölmüş	1 (%3,3)	1 (%3,6)	2 (%3,4)	<sup>f</sup> 1,000
	Baba ölmüş	1 (%3,3)	1 (%3,6)	2 (%3,4)	<sup>f</sup> 1,000
	Her ikisi de ölmüş	4 (%13,3)	1 (%3,6)	5 (%8,6)	<sup>f</sup> 0,353

y: Continuity Correction (Yates) test

f: Fisher's Exact test

Gruplara göre aile yapıları ve anne-baba durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4:** Sigara, alkol alışkanlığı ve egzersiz veya spor yapma durumlarının gruplara göre değerlendirilmesi

		Obez Grubu	Kontrol Grup	Toplam	p
		n (%)	n (%)	n (%)	
<b>Sigara</b>	<b>Kullanmıyor</b>	22 (%73,3)	26 (%86,7)	48 (%80)	<sup>y</sup> <b>0,333</b>
	<b>Ara sıra</b>	7 (%23,3)	2 (%6,7)	9 (%15)	<sup>f</sup> <b>0,145</b>
	<b>Düzenli</b>	1 (%3,3)	2 (%6,7)	3 (%5)	<sup>f</sup> <b>1,000</b>
<b>Alkol</b>	<b>Kullanmıyor</b>	24 (%80)	22 (%73,3)	46 (%76,7)	<sup>y</sup> <b>0,760</b>
	<b>Ara sıra</b>	5 (%16,7)	7 (%23,3)	12 (%20)	<sup>y</sup> <b>0,747</b>
	<b>Düzenli</b>	1 (%3,3)	1 (%3,3)	2 (%3,3)	<sup>f</sup> <b>1,000</b>
<b>Egzersiz/Spor</b>	<b>Yapıyor</b>	2 (%6,7)	9 (%30)	11 (%18,3)	<sup>y</sup> <b>0,045*</b>
	<b>Yapmıyor</b>	16 (%53,3)	19 (%63,3)	35 (%58,3)	<sup>y</sup> <b>0,600</b>
	<b>Yapmış bırakmış</b>	12 (%40)	2 (%6,7)	14 (%23,3)	<sup>y</sup> <b>0,006**</b>

*y: Continuity Correction (Yates) test      f: Fisher's Exact test      \*p<0.05*

**\*\*p<0.01**

Gruplara göre sigara ve alkol kullanım durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ( $p>0.05$ ) (Tablo 4).

Egzersiz-spor yapma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır. Kontrol grubunda egzersiz veya spor yapan olguların oranı obez gruba göre anlamlı şekilde yüksek olup ( $p<0.05$ ), obez grupta olgularda egzersiz veya spor yapmış ve bırakmış olguların oranı kontrol grubuna göre yüksektir. Egzersiz veya spor yapmayan olguların oranı gruplara göre anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0.05$ ).

**Tablo 5:** Obez grubun sosyal durumuna ilişkin parametrelerin dağılımı

		n	%
<b>Obeziteyi başlatan bir etmen olduğunu düşünme</b>	Evet	20	66,7
	Hayır	10	33,3
<b>Obeziteyi başlatan neden</b>	Abur cubur	2	10
	Ameliyat	1	5
	Çok yeme	3	15
	Doğum	5	25
	Düzensiz beslenme	2	10
	Hamur işi	1	5
	Hazır gıda	1	5
	Hormon hapları	1	5
	İlaçlar	1	5
	Kadın günü	1	5
	Üzüntü	1	5
	Yeme dürtüsü	1	5
<b>Obezitenin sosyal yaşamı etkileme biçimi</b>	Etkilemeyen	14	48,3
	Zorunlu olanlar dışında aktivitelere katılmak istemeyen	13	44,8
	Zorunlu olanlar da dahil aktivitelere hiç katılmayan	2	6,9
<b>Zayıflama diyeti uygulama</b>	Evet	15	50
	Hayır	15	50
<b>Obezite nedenli diyetisyene başvurma</b>	Evet	30	100
	Hayır	-	-

<b>Obezite nedenli psikiyatrik başvuru</b>	<b>Evet</b>	5	16,7
	<b>Hayır</b>	25	83,3
<b>Obeziteyi önlemeye yönelik ilaç kullanımı</b>	<b>Evet</b>	5	16,7
	<b>Hayır</b>	25	83,3

Obez olguların 20'si (%66.7) obeziteyi başlatan bir nedenin olduğunu düşünmektedir. Obeziteyi başlatan nedenlerin dağılımı Tablo 5'te gösterilmektedir.

Obezitenin sosyal yaşamı etkileme durumu incelendiğinde, 14'ünün (%48.3) etkilenmediği görülmektedir. Bununla birlikte zorunlu olanlar haricinde aktivitelere katılmak istemeyen 13 (%44.8) olgu, zorunlu olanlar da dâhil aktivitelere katılmayan 2 (%6.9) olgu bulunmaktadır.

Obez olguların 15'i (%50) zayıflama diyeti uygulamakta olup, 15'i (%50) uygulamamaktadır.

Obezite nedeniyle diyetisyene başvuran 30 (%100) olgu bulunmakta olup, psikiyatra başvuran 5 (%16.7) olgu bulunmaktadır.

Olguların 5'i (%16.7) obeziteyi önlemeye yönelik ilaç kullanmaktadır.

**Tablo 6:** Obezite hakkındaki düşünce ve ruh haline göre yeme davranışının gruplara göre değerlendirmesi

		Obez Grup	Kontrol Grup	Toplam	P
		n (%)	n (%)	n (%)	
<b>Obezite hakkındaki düşünce</b>	<b>Önemsemeyen</b>	1 (%3,3)	4 (%13,3)	5 (%8,3)	<b><sup>f</sup>0,353</b>
	<b>Önemli bir sağlık sorunu</b>	23 (%76,7)	21 (%70)	44 (%73,3)	<b><sup>y</sup>0,770</b>
	<b>Dış görünüşle ilgili kaygısı olan</b>	6 (%20)	5 (%16,7)	11 (%18,3)	<b><sup>y</sup>1,000</b>
<b>Ruh haline göre yeme davranışı</b>	<b>Yok</b>	3 (%10)	11 (%36,7)	14 (%23,3)	<b><sup>y</sup>0,033*</b>
	<b>Var</b>	27 (%90)	19 (%63,3)	46 (%76,7)	
	<b>Neşeliyken</b>	15 (%57,7)	17 (%85)	32 (%69,6)	<b><sup>y</sup>0,094</b>
	<b>Üzüntülüken</b>	19 (%70,4)	8 (%40)	27 (%57,4)	<b><sup>y</sup>0,074</b>
	<b>Endişeliyken</b>	18 (%66,7)	8 (%40)	26 (%55,3)	<b><sup>y</sup>0,128</b>
	<b>Öfkeliyken</b>	17 (%63)	8 (%40)	25 (%53,2)	<b><sup>y</sup>0,206</b>

*y: Continuity Correction (Yates) test      f: Fisher's Exact test      \*p<0.05*

Olguların obezite hakkındaki düşünceleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ( $p>0.05$ ).

Obez grupta ruh haline göre yeme davranışı ile ilişkilendirdiği ruh hali olduğunu belirten olguların oranı kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Fakat ruh halleri gruplara göre incelendiğinde hiçbir ruh halinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p>0.05$ ).

**Tablo 7:** Aile öyküsünün gruplara göre değerlendirmesi

		<b>Obez Grup</b>	<b>Kontrol Grup</b>	<b>Toplam</b>	<b>P</b>
		<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	
<b>Ailede Obezite</b>	<b>Yok</b>	7 (%23,3)	23 (%79,3)	30 (%50,8)	<b>0,001**</b>
	<b>Var</b>	23 (%76,7)	6 (%20,7)	29 (%49,2)	
<b>Obezite Olan Kişiler</b>	<b>Annede</b>	16 (%61,5)	6 (%40)	22 (%53,7)	<b>0,314</b>
	<b>Babada</b>	13 (%50)	0 (%0)	13 (%31,7)	<b>0,001**</b>
	<b>Kardeşte</b>	8 (%32)	1 (%6,7)	9 (%22,5)	<b>0,117</b>

y: Continuity Correction (Yates) test

f: Fisher's Exact test

\*\*p<0.01

Obez grupta ailesinde obezite görülen olguların oranı kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksektir ( $p<0.01$ ).

Annede obezite görülme durumu gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0.05$ ).

Obez grupta babasında obezite görülen olguların oranı kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksektir ( $p<0.01$ ).

Kardeşte obezite görülme durumu gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0.05$ ).

**Tablo 8:** Beden algısı, benlik saygısı, depresif duygulanım ve sf-36 puanlarının gruplara göre değerlendirmesi

		Obez Grup	Kontrol Grup	Toplam	P
		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	
<b>Beden Algısı</b>		110,63±31,83	158,50±19,21	134,47±35,52	<sup>t</sup> <b>0,001**</b>
	<b>Yüksek</b>	9 (%30)	29 (%96,7)	38 (%63,3)	<sup>y</sup> <b>0,001**</b>
<b>Benlik Saygısı</b>	<b>Orta</b>	11 (%36,7)	1 (%3,3)	12 (%20)	<sup>y</sup> <b>0,004**</b>
	<b>Düşük</b>	10 (%33,3)	0 (%0)	10 (%16,7)	<sup>y</sup> <b>0,002**</b>
		<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	
	<b>Yok</b>	0 (%0)	12 (%40)	12 (%20)	<sup>f</sup> <b>0,001**</b>
<b>Depresif</b>	<b>Az</b>	3 (%10)	18 (%60)	21 (%35)	<sup>y</sup> <b>0,001**</b>
<b>Duygulanım</b>	<b>Orta</b>	8 (%26,7)	0 (%0)	8 (%13,3)	<sup>f</sup> <b>0,005**</b>
	<b>Yüksek</b>	19 (%63,3)	0 (%0)	19 (%31,7)	<sup>y</sup> <b>0,001**</b>
<b>SF-36</b>	<b>PCS</b>	39,70±9,0	52,67±5,18	46,18±9,79	<sup>t</sup> <b>0,001**</b>
	<b>MCS</b>	33,59±9,87	47,91±8,31	40,75±11,57	<sup>t</sup> <b>0,001**</b>

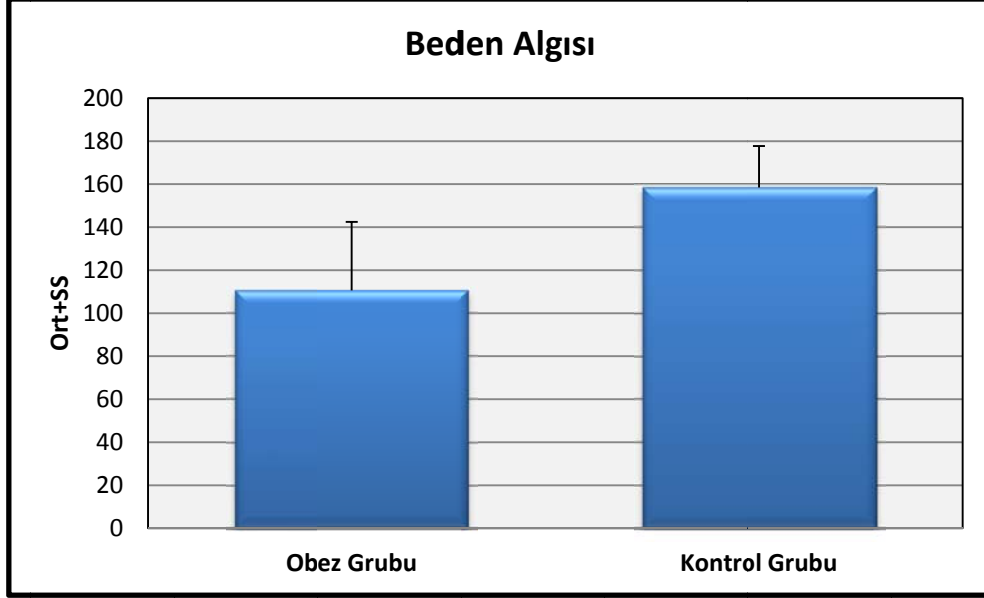
*t*: Student t test

*y*: Continuity Correction (Yates) test

*f*: Fisher's Exact test

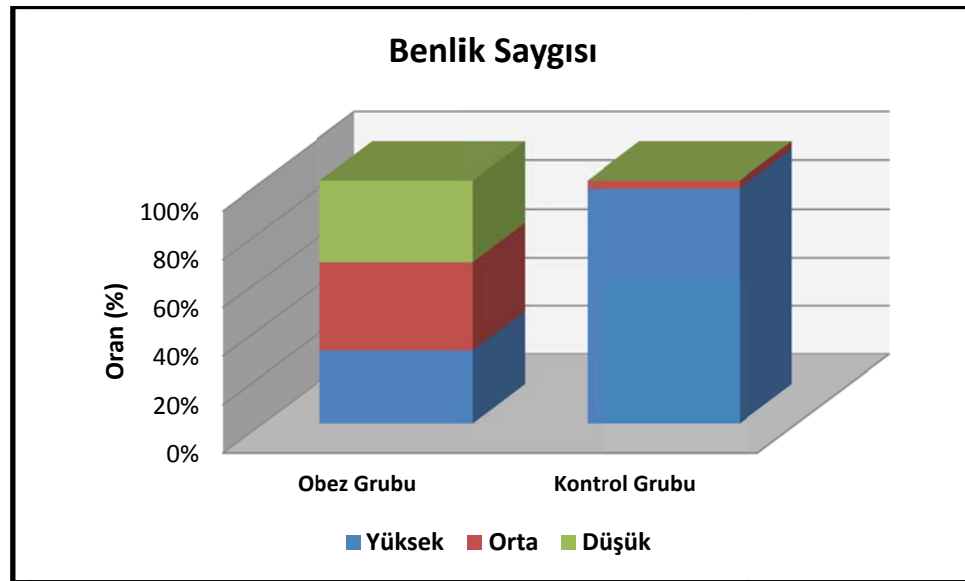
\*\**p*<0.01

Kontrol grubunun Beden Algısı puanı ortalaması Obez gruptan istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksektir ( $p<0.01$ ).



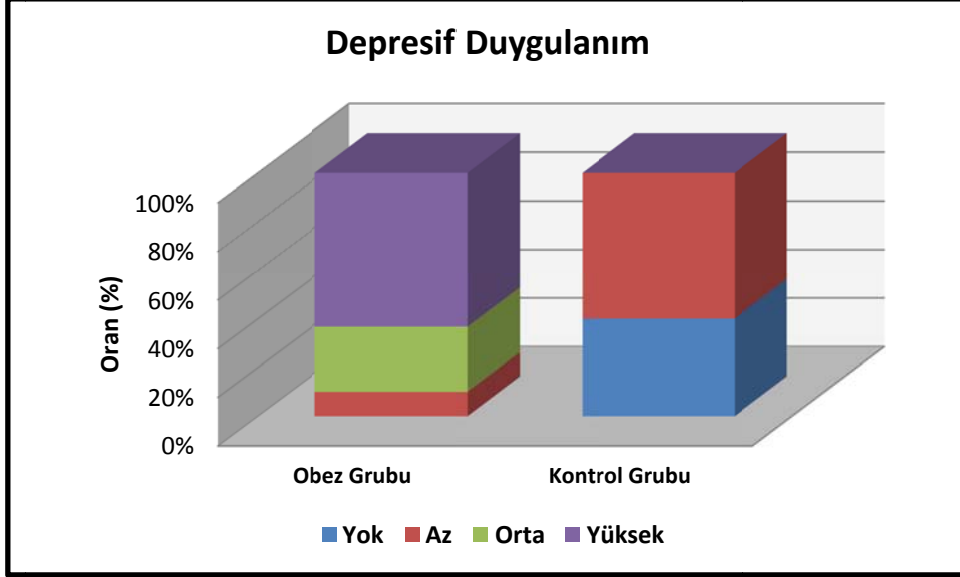
Şekil 2. Beden algısı puanlarının gruplara göre değerlendirilmesi

Gruplara göre Benlik Saygısı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır. Kontrol grubunda Benlik Saygısı yüksek olanların oranı obez gruba göre yüksek, obez grupta ise Benlik Saygısı orta ve düşük olanların oranı kontrol grubuna göre yüksektir ( $p<0.01$ ).



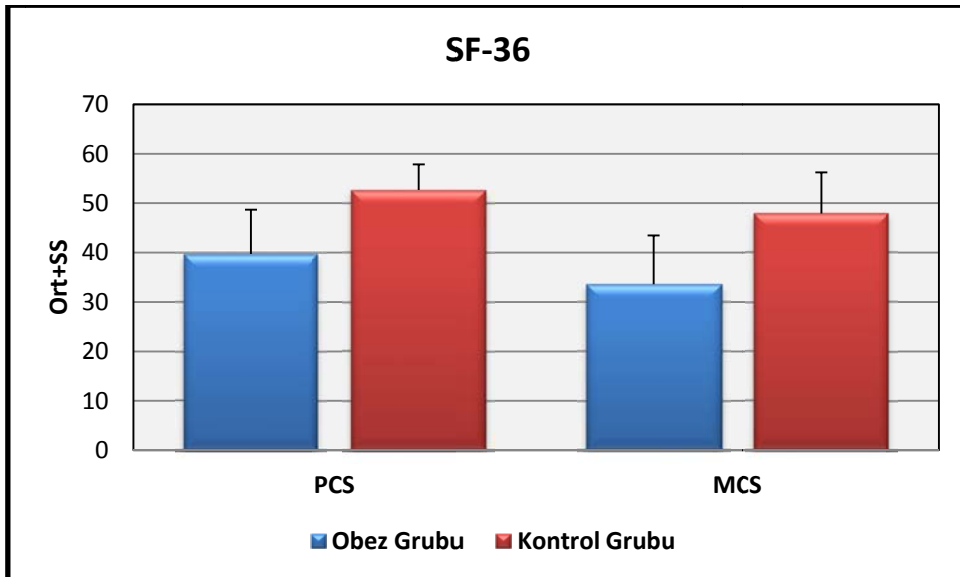
Şekil 3. Benlik saygısı puanlarının gruplara göre değerlendirilmesi

Depresif Duygulanım puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır. Kontrol grubunda Depresif Duygulanım olmayanlar ile az olanların oranı obez gruba göre yüksek, obez grupta ise Depresif Duygulanım orta ve yüksek olanların oranı kontrol grubuna göre yüksektir ( $p<0.01$ ).



Şekil 4. Depresif duygulanım puanlarının gruplara göre değerlendirilmesi

Kontrol grubunun PCS (Fiziksel Bileşen Özeti) ve MCS (Ruhsal Bileşen Özeti) puanı ortalaması obez gruptan istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksektir ( $p<0.01$ ).



Şekil 5. Yaşam kalitesi (SF-36) puanlarının gruplara göre değerlendirilmesi

## 7.TARTIŞMA

Bu çalışmada obez bireylerin obez olmayanlara göre bedenlerinden hoşnutsuzluklarının daha yüksek, benlik saygılarının daha düşük ve yaşam kalitelerinin düşük olma ihtimalinin daha fazla olacağı hipotezi araştırılmıştır. Çalışmaya 30 obez ve 30 kontrol olmak üzere toplam 60 kadın birey alınmıştır. Bireylerin yaşları 16 ile 51 yıl arasında değişmekte olup, ortalama yaş  $31.42 \pm 9.32$  yıldır. Obez grubun BKİ ortalaması  $34.89 \pm 4.25$ , Kontrol grubunun da BKİ ortalaması  $21.46 \pm 3.85$  kg/m<sup>2</sup> dir.

Gruplara göre eğitim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır. Obez gruptaki ilköğretim mezunlarının oranı Kontrol grubuna göre anlamlı şekilde yüksektir ( $p < 0.01$ ). Medeni durumlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır. Obez gruptaki evli olguların oranı Kontrol grubuna göre anlamlı şekilde yüksektir ( $p < 0.01$ ). Gruplara göre çocuk sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır. Obez grupta 3'ten fazla çocuk sahibi olguların oranı Kontrol grubuna göre anlamlı şekilde yüksektir ( $p < 0.05$ ). Kontrol grubunda da çocuk sahibi olmayan olguların oranı Obez gruba yüksektir ( $p < 0.05$ ). Dünya Sağlık Örgütü tarafından 1995 yılında yayınlanmış olan teknik raporda (33,34) ve 2002 yılında Özkahraman ve ark'nın 8. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi'nde sundukları çalışmada (33) düşük eğitim durumu, evli olma ve çalışmamanın obezite için risk faktörleri olduğu bildirilmiştir.

Egzersiz-spor yapma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır. Kontrol grubunda egzersiz veya spor yapan olguların oranı Obez gruba göre anlamlı şekilde yüksek olup ( $p < 0.05$ ), Obez grupta olgularda egzersiz veya spor yapmış ve bırakmış olguların oranı Kontrol grubuna göre yüksektir. Literatürde ise fiziksel inaktivite, obezite gelişmesinin en önemli nedeni olarak belirtilmektedir. Bray'in çalışmasında, obezitenin başlamasında fiziksel inaktivitenin sorumluluk payının %67.5 gibi çok önemli bir oran olduğu tespit edilmiştir (31). Wilson ve ark.nın çalışmasına göre erkekler arasında obeziteye en fazla sedanter hayat yaşayanlardarastlanırken, kadınlar için temel olayı hamilelik teşkil etmektedir (34). Bu çalışmada "fiziksel aktivitede azalmanın" obez grup için daha az önemli bir etken olarak görülmesi, toplumumuzda genel olarak spor yapmaya verilen önemin yetersizliğini gösteriyor olabilir. Obez grupta yeme davranışı (üzüntülü, neşeli, endişeli, öfkeli) ile ilişkilendirdiği ruh hali olduğunu belirten olguların oranı Kontrol grubuna

göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Literatüre bakıldığında da benzer şekilde emosyonel yemenin beden ağırlığı ile ilişkili olduğu birçok çalışmada gösterilmiştir (35). Canetti ve ark.nın çalışmasında sıkıntı, depresyon, yorgunluk sırasında yeme miktarında artma, korku, gerilim ve ağrı sırasında azalma olduğu (36), Ganley ve ark.nın çalışmasında ise öfke, depresyon, sıkıntı, anksiyete ve yalnızlık gibi negatif emosyonlarla emosyonel yeme davranışının ortaya çıktığı bildirilmektedir (35).

### **Obezitenin Beden Algısı İle İlişkisi**

Kontrol grubunun Beden Algısı puanı ortalaması Obez gruptan istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksektir ( $p<0.01$ ). Bu çalışmanın sonuçları literatüre bakıldığında çok sayıda çalışma ile benzer bulunmuştur. Caldwell ve ark.nın çalışması BKİ'nin beden hoşnutsuzluğuna anlamlı düzeyde etkisi olduğunu göstermektedir (29). Sarwer ve ark.nın çalışmasında obez grubun obez olmayan grupla kıyaslanmasında obezlerin daha fazla beden hoşnutsuzluğuna sahip oldukları görülmektedir (30). Olumsuz beden algıları nedeni ile terapiye giden obez kadınlarla Beden Dismorfik Bozukluk Ölçeği ve Beden Şekli Soru Listesi kullanılarak yapılan bir araştırmada, %80'den daha fazlasında olumsuz beden algısının olduğu saptanmıştır (16). Cash, çok düşük kalorili bir diyet kullanarak kilolarını %24 azaltan obez kişilerin beden algısının bütün yönlerinde önemli iyileşmeler yaşadıklarını bulmuştur (38). Bu çalışmada obezitede beden algısının olumsuz olmasına katkıda bulunan faktörler araştırılmamıştır. Özmen ve ark.nın çalışmasında, beden hoşnutsuzluğunun düşük benlik saygısı ve depresyon ile ilişkili olduğu, ancak algılanan beden ağırlığının düşük benlik saygısına neden olurken, gerçek beden ağırlığının düşük benlik saygısı ve depresyonla ilişkili olmadığı bildirilmiştir (39). Obezitenin başlangıç yaşının beden hoşnutsuzluğuna etkisini araştıran çalışmalarda, 16 yaşından önce obezitesi başlayan grupta, erişkin dönemde daha fazla beden hoşnutsuzluğu ve daha düşük benlik saygısı bulunmuş, bu durum çocukluk döneminde bedeniyle ilgili alaylara hassasiyetin daha fazla olması ve başa çıkma becerilerinin henüz yeterince gelişmemiş olmasına bağlanmıştır (8). Grilo ve ark. tarafından yapılan çalışmalar da bu bulguları desteklemiştir. Grilo, çocukluk çağında obezitesi başlayanların olumsuz beden algısının, erişkin çağda obezitesi başlayanlara göre daha fazla olduğunu bildirmiştir. Obez kadınlarda beden

hoşnutsuzluğu şiddetinin gerçek beden ağırlığından çok, algılanan beden ağırlığıyla ilişkili olduğu gösterilmiştir (30). Bu çalışmalara bakıldığında obez kişilerde beden algısının olumsuz olmasını etkileyen pek çok faktör olduğu görülmektedir. Bu sonuçlar, aynı zamanda “beden algısı terapisi”nin önemini de vurgulamaktadır (38).

### **Obezitenin Benlik Saygısı İle İlişkisi**

Gruplara göre Benlik Saygısı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır. Kontrol grubunda Benlik Saygısı yüksek olanların oranı Obez gruba göre yüksek, Obez grupta ise Benlik Saygısı orta ve düşük olanların oranı Kontrol grubuna göre yüksektir ( $p<0.01$ ). Literatürde obezite ile benlik değerinin azalması arasında doğrusal bir ilişki olduğuna dair araştırmalar çoğunluktadır. Obezlerde depresyon ve benlik saygısı düzeylerini incelemek amacıyla gerçekleştirilen ve 87 obez kadınla yapılan bir çalışmada obezlerin %42.5’inin depresif olduğu, %58.6’sının benlik saygısının düşük olduğu tespit edilmiş (37), Ogden ve Evans’ın çalışmasında da obez olgularda depresyonun daha fazla, benlik saygılarının daha düşük olduğu (25), Kartal’ın çalışmasında ise yine obezlerde benlik saygısının daha düşük olduğu saptanmıştır (26). Galletly ve ark.nın 64 kadınla yaptıkları prospektif çalışmada kilo kaybedilmesi ile depresyon oranında azalma ve benlik saygısında artma kaydedilmiştir (27). Bu çalışmanın sonuçları literatür ile benzer bulunmuştur. Ancak çalışmada obezlerde psikotik bozukluk dışında mevcut psikiyatrik bozukluğa bakılmamıştır. Bu yüzden obez grupta benlik saygısının daha düşük bulunmuş olmasının farklı sebeplerinin olması da mümkündür. Özellikle “depresif bozukluk” başta olmak üzere eşlik eden psikiyatrik bozukluklar, fiziksel hastalıklar ya da yaşam olayları gibi pek çok faktör benlik saygısında azalmaya yol açmış olabilir. Ayrıca düşük benlik saygısı aşırı yeme davranışında etyolojik bir neden olabilir. Düşük benlik saygısının obezitede neden mi sonuç mu, olduğuna dair tartışmalar halen sürmektedir. Bütün bunları değerlendirebilmek için daha ileri çalışmalara ihtiyaç olduğu görülmektedir.

### **Obezitenin Yaşam Kalitesi İle İlişkisi**

Kontrol grubunun PCS (Fiziksel Bileşen Özeti) ve MCS (Ruhsal Bileşen Özeti) puanı ortalaması Obez gruptan istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksektir ( $p<0.01$ ). Kilo artışına paralel olarak sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin düştüğü bildirilmektedir. Kilo vermenin yaşam kalitesini artırdığını gösteren birçok çalışma mevcuttur (Foster ve diğ. 2004, Jensen ve diğ. 2004, Kaukua ve diğ. 2002, 2003, Kolotkin ve diğ. 2001, Malone ve diğ. 2005, Mathus-Vliegen ve diğ. 2004, Whelton ve diğ. 2002). Yaşam kalitesinin SF-36 ile değerlendirildiği bu çalışmaların bazılarında kilo vermenin yaşam kalitesinin fiziksel sağlık boyutunu (Jensen ve diğ. 2004), bazılarında mental sağlık boyutunu (Foster ve diğ. 2004); bazılarında ise her iki boyutunu da pozitif yönde etkilediği, kilo azaldıkça yaşam kalitesinin arttığı (Kaukua ve diğ. 2002, 2003, Malone ve diğ. 2005); kilo verme ile fiziksel fonksiyon, rol kısıtlanması-fiziksel (Jensen ve diğ. 2004, Kaukua ve diğ. 2003), ağrı (Kaukua ve diğ. 2002, 2003), enerji/canlılık (Foster ve diğ. 2004, Jensen ve diğ. 2004, Kaukua ve diğ. 2002, 2003), sosyal fonksiyon, rol kısıtlanması-emosyonel (Kaukua ve diğ. 2002), genel sağlık anlayışı (Jensen ve diğ. 2004, Kaukua ve diğ. 2002, 2003) ve mental sağlık (Foster ve diğ. 2004, Kaukua ve diğ. 2002, 2003) alt boyutlarında pozitif anlamlı değişimlerin olduğu belirlenmiştir. Yaşam kalitesinin diğer ölçeklerle değerlendirildiği çalışmalarda da benzer sonuçlar bulunmuştur (Kolotkin ve diğ. 2001, Mathus-Vliegen ve diğ. 2004, Whelton ve diğ. 2002). Kolotkin ve diğ. 161 obez hastaya, 12 hafta süren yaşam tarzı düzenlemeleri uygulamış, bir yıllık izlem sonunda fiziksel fonksiyon ve seksüel yaşamda anlamlı değişimler olduğunu; Mathus-Vliegen ve diğ. 50 morbid obez hastada gastrik band ile kilo vermenin yaşam kalitesinin arttığını göstermişlerdir. Yaşamkalitesine ilişkin yukarıdaki çalışmalar birlikte değerlendirildiğinde kilo kaybetmenin yaşam kalitesini artırdığı görülmektedir (19).

## 8.SONUÇ ve ÖNERİLER

Obez bireylerin obez olmayanlara göre bedenlerinden hoşnutsuzlukları daha yüksek, benlik saygıları daha düşük ve yaşam kalitelerinin düşük olma ihtimali daha fazla olacağı amacıyla gerçekleştirilen çalışmada obez grubun BKI ortalaması  $34.89 \pm 4.25$ , kontrol grubunun  $21.46 \pm 3.85 \text{ kg/m}^2$  olarak hesaplanmıştır. Gruplara göre eğitim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır. Obez gruptaki ilköğretim mezunlarının oranı kontrol grubuna göre anlamlı şekilde yüksektir ( $p < 0.01$ ). Meslekler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır. Kontrol grubundaki öğrencilerin oranı obez gruba göre anlamlı şekilde yüksekken ( $p < 0.01$ ), obez gruptaki ev hanımlarının oranı kontrol grubuna göre anlamlı şekilde yüksektir ( $p < 0.01$ ). Medeni durumlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır. Obez gruptaki evli olguların oranı kontrol grubuna göre anlamlı şekilde yüksektir ( $p < 0.01$ ). Kontrol grubunda da bekâr olguların oranı obez gruba yüksektir ( $p < 0.01$ ). Gruplara göre çocuk sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır. Obez grupta 3'ten fazla çocuk sahibi olguların oranı kontrol grubuna göre anlamlı şekilde yüksektir ( $p < 0.05$ ). Kontrol grubunda da çocuk sahibi olmayan olguların oranı obez gruba yüksektir ( $p < 0.05$ ). Egzersiz-spor yapma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır. Kontrol grubunda egzersiz veya spor yapan olguların oranı obez gruba göre anlamlı şekilde yüksek olup ( $p < 0.05$ ), obez grupta olgularda egzersiz veya spor yapmış ve bırakmış olguların oranı kontrol grubuna göre yüksektir. Obez olguların 20'si (%66.7) obeziteyi başlatan bir nedenin olduğunu düşünmektedir. Obeziteyi başlatan nedenlerin dağılımı Tablo 5'te gösterilmektedir. Obezitenin sosyal yaşamı etkileme durumu incelendiğinde, 14'ünün (%48.3) etkilenmediği görülmektedir. Bununla birlikte zorunlu olanlar haricinde aktivitelere katılmak istemeyen 13 (%44.8) olgu, zorunlu olanlar da dâhil aktivitelere katılmayan 2 (%6.9) olgu bulunmaktadır. Obez olguların 15'i (%50) zayıflama diyeti uygulamakta olup, 15'i (%50) uygulamamaktadır. Obezite nedeniyle diyetisyene başvuran 30 (%100) olgu bulunmakta olup, psikiyatru başvuran 5 (%16.7) olgu bulunmaktadır. Olguların 5'i (%16.7) obeziteyi önlemeye yönelik ilaç kullanmaktadır. Obez grupta ruh haline göre yeme davranışı ile ilişkilendirdiği ruh hali olduğunu belirten olguların oranı kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı

şekilde yüksek saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Fakat ruh halleri gruplara göre incelendiğinde hiçbir ruh halinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p>0.05$ ). Obez grupta ailesinde obezite görülen olguların oranı kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksektir ( $p<0.01$ ). Obez grupta babasında obezite görülen olguların oranı kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksektir ( $p<0.01$ ).

Bu çalışmada obez kişilerin benlik saygılarının düşük olduğu, bu kişilerin kendilerini fiziksel açıdan beğenmedikleri tespit edilmiştir. Çalışmalar, obezitenin yaygınlığının bütün dünyada olduğu gibi ülkemizde de giderek arttığını göstermektedir. Obezite ruhsal ve fiziksel olmak üzere pek çok sağlık sorununa yol açmaktadır. Obez bireylerin yaşamlarının gerek sağlık sorunları gerekse sosyal açıdan pek çok zorluk nedeniyle kısıtlandığı görülmektedir. Bu nedenle obeziteye yol açan etmenler ve sonuçlarının çok boyutlu olarak ele alınması gerekmektedir. Obezite oluşumuna katkıda bulunan biyolojik, psikolojik ve sosyal etkenlerin araştırılması, obeziteyi önleme ya da sıklığını azaltmada yol gösterici olabilir. Bu yüzden obezitenin etyolojisine yönelik daha ileri çalışmalara gereksinim artmaktadır. Obezitenin önlenmesi için; toplum, hükümet, medya ve gıda endüstrisinin kilo artışını daha aza indirecek şekilde çevreyi değiştirmek için işbirliği içinde olması, özellikle çocuklar ve adölesanları da içeren bütün yaş gruplarında sağlıklı yaşam tarzlarını teşvik etmeye yönelmesi gerektiği düşünülmektedir. Obezite psikolojik açıdan değerlendirilmeli, çok boyutlu bir yaklaşımla tedavisi ele alınmalıdır.

## 9. KAYNAKLAR

1. Kaplan HI, Sadock BJ. Eating disorders. HI Kaplan, BJ Sadock (eds), Synopsis of Psychiatry'de, sekizinci baskı, Baltimore, Williams and Wilkins, 1998, s.720-736.
2. Pi-Sunyer FX. NHLBI Obesity education initiative expert panel on the identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults-the evidence report. Obes Res 1998, 6(suppl 2):51S- 209S.
3. National institute of health, national heart, lung and blood institute. practical guide, evaluation and treatment of overweight and obesity in adults. NIH Publications 2000:No 00-4084.
4. Lean ME. Pathophysiology of obesity. Proc Nutr Soc 2000; 59:331-336
5. Korugan Ü, Damcı T, Özbey N ve ark. Klinik obezite. Obezite çalışma grubu yayını, İstanbul, Roche yayınları.2000.
6. Brown DB. About obesity, International obesity task force. 2001.
7. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan&Sadock's Comprehensive textbook of psychiatry, philadelphia, baltimore, Lippincott Williams&Wilkins, 2000:1787-97.
8. Wardle J, Volzc C, Golding C. Social variation in attitudes to obesity in children, Int J Obes relat metab disord, 1995:19(8):562-569.
9. Resch M, Haasz P, Sido Z. Obesity as psychosomatic disease. Eur Psychiatry,1998:13: Sup 4, 315.
10. Deveci A, Demet MM, Özmen B, Özmen E, Hekimsoy Z. Obez hastalardapsikopatoloji, aleksitimi ve benlik saygısı. Anadolu psikiyatri dergisi 2005: 6: 84-91.
11. Telch CF, Agras WS. Obesity, binge eating and psychopathology: Are they related?.Int J Eat Disord. 1994: 5: 53-61.
12. Hamulu F. Obezite komplikasyonları. Yılmaz C, editör. Obezite ve tedavisi. 1. Baskı. İstanbul: Mart matbaacılık; 1999: 41-61.
13. Sobal J. Obesity and nutritional sociology: A model for coping with the stigma ofobesity. Clin Social Rev 1991: 9: 125-141.
14. Caldwell MB, Brownell KD, Wilfley DE. Relationship of weight, body dissatisfactionand self esteem in African American and white female dieters. International journal of eating disorders, 1997:22;127-130.

15. Sarwer DB, Wadden TA, Foster GD. Assesment of body image dissatisfaction of obese women: specificity, severity, and clinical significance. *Journal of consultingand clinical psychology*, 1998;66;651-654.
16. Rosen, JC, Orosan P, and Reiter J. Cognitive behaviour therapy for negative bodyimage in obese women. *Behaviour therapy*, 1995;26;25-42.
- 17) The WHOQOL Group. The development of the world health organisation quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: Orley J, Kuyken W, eds. *Quality of life assessment: International perspectives*. Heidelberg: springer verlag, 1994:41-57.
- 18) Stucki G, Kroeling P. Principles of rehabilitation. In: Hochberg MC, Silman AJ, Smolen JS, Weinblatt ME, Weisman MH, eds. *Rheumatology*. Toronto: Mosby, 2003:517-530.
- 19) Alıcı M, Pınar R. Obez hastalara verilen eğitimin etkinliğinin değerlendirilmesi, Prof. Dr. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi – 2008/2
- 20) TC. Sağlık Bakanlığı, Türk Halk Sağlığı Kurumu, Birinci basamakhekimler için obezite ile mücadele el kitabı, Ankara, 2013
- 21) Tanaka K, Nakanishi T. Obesity as a risk factor for various diseases: necessity of lifestyle changes for healthy aging. *Appl human sci*. 1996 Jul. 15(4).139-48
- 22) Tezcan B, Obez bireylerde benlik saygısı, beden algısı ve travmatik geçmiş yaşantılar, Uzmanlık tezi, İstanbul, 2009
- 23) French SA ve ark. Self-esteem and change in BMI over three years in a cohort of adolescencts. *Obes Res*; 1996;4;27-33.
- 24) Gortmaker SL ve ark. Social and economic concequences of overweight in adolescence and young adulthood. *N England J Med*; 1993;329;1008-1012.
- 25) Ogden J, Evans C. The problem with weighting:effects on mood, self-esteem and baody image. *Int J Obes Relat Metab Disord*; 1996;20(3);272-277.
- 26) Kartal ŞMA. Obesity and its psychological correlates: Appearance-esteem, Selfesteem and Loneliness. Unpublished Master Dissertation, Ankara, Ankara University. 1996.

- 27) Galletly C, Clark A, Tomlinson L ve ark. A group program for obese, infertile women: weight loss and improved psychological health. *J Psychosom Obstet Gynaecol*, 1996;17;125-128.
- 28) Thomas CD, Freeman RJ. The body esteem scale: constructive validity of the female subscales. *J Pers Ases*, 1990;54;1-2.
- 29) Wadden TA, Osei S; Obezite Tedavisi, ed. Arif Nihat Dursun, Obezite Tedavi El Kitabı, 2003:229-248.
- 30) Cooper Z, Fairburn C, Hawker D. (Çev. Çetin M, Sabancıoğlu F). *Obezitenin Bilişsel Davranışçı Tedavisi*, Yıltan Matbaası, İstanbul, 2007.
- 31) Bray GA. Classification and evolution of the obesities. *Med Clin North Am* 1989;73: 161-184.
- 32) WHO. Technical Report Series-854: Physical Status: The Use and Interpretation of Antropometry. 1 Edition Geneva, WHO, 1995.
- 33) Özkahraman Ş, Kişioğlu AN, Öztürk M. Bir sağlık ocağı bölgesindeki 15-49 yaş evli kadınlarda obezite prevalansı ve yapılan eğitimin obezite ile ilgili bilgi, tutum, davranış ve prevalansa etkisi. 8. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kongre Kitabı 2, 2002:738-740.
- 34) Wilson DJ, Foster DW, Kronenberg MH, Larsen PR. *Williams Textbook of Endocrinology 9th Edition*, WB. Saunders Company, Philadelphia, 1998.
- 35) Ganley RM. Emotion and eating in obesity: a review of the literature. *Int J Eat Disord*, 1989: 8;343-361
- 36) Canetti L, Bachar E, Berry EM. Food and emotion. *Behav Process*, 2002;60;157 164.
- 37) Pınar R. Obezlerde depresyon, benlik saygısı ve beden imajı: karşılaştırmalı bir çalışma. *C.Ü. hemşirelik yüksekokulu dergisi*; 2002;6(1); 30-41.
- 38) Cash TF. Body image and weight changes in a multisite comprehensive very low calorie diet program. *Behavior Therapy*, 1994;25;239-254.
- 39) Ozmen D. ve ark. The association of self-esteem, depression and body satisfaction with obesity among Turkish adolescents. *BMC Public Health*, 2007;7;80
- 40) Koltarla S. Taksim eğitim ve araştırma hastanesi sağlık personelinin yaşam kalitesinin araştırılması, İstanbul, 2008

## 10.EKLER

### Ek 1.Sosyodemografik Bilgi Formu

1. Adı Soyadı:

2. Yaşı:

3. Boy:

4. Ağırlık:

5. Eğitim düzeyi: 1. İlköğretim 2. Orta öğretim 3. Lisans4. Lisansüstü 5.Diğer

6. Meslek: 1. Öğrenci 2. İşsiz 3. Ev hanımı 4. Memur / işçi 5. Esnaf / Serbest meslek 6. Özel sektörde ücretli 7. Emekli

7. Medeni hali: 1. Bekâr2. Evli 3. Eşi vefat etmiş 4. Boşanmış-ayrı yaşıyor

8. Eşin eğitimi: 1. İlköğretim 2. Orta öğretim3. Lisans4. Lisansüstü 5.Diğer

9. Eşin mesleği: 1. Öğrenci 2. İşsiz 3. Ev hanımı 4. Memur / işçi 5. Esnaf / Serbest meslek 6. Özel sektörde ücretli 7. Emekli

10. Çocuk sayısı: 1. Çocuğu yok 2. 1-3 3. 3'ten fazla

11. Sigara kullanımı: 1. Kullanmıyor 2. Ara sıra 3. Düzenli kullanıyor 4. Bırakmış

12. Alkol kullanımı: 1. Kullanmıyor 2. Ara sıra 3. Düzenli kullanıyor 4. Bırakmış

13. Egzersiz veya spor yapıyor mu: 1. Yapıyor2. Yapmıyor 3. Yapmış-bırakmış

14. Yapıyorsa egzersiz veya sporun türü ve sıklığı:
15. Obezite başlangıç yaşı: 1. Var (yaş:.....) 2. Yok (Yoksa 23. soruya geçiniz.)
16. Obeziteyi başlatan bir etmen olduğunu düşünüyorum: 1. Evet 2.Hayır
17. Evet ise: .....
18. Obezitenin sosyal yaşamı etkileme biçimi:
1. Sosyal yaşamı etkilenmeyen
  2. Zorunlu olanlar dışında sosyal aktivitelere katılmak istemeyen
  3. Zorunlu durumlar dâhil sosyal aktivitelere hiç katılmayan
19. Zayıflama diyeti uyguluyor mu? 1. Evet 2. Hayır
20. Obezite nedeniyle Diyetisyene başvuru: 1. Var 2. Yok
21. Obezite nedeniyle psikiyatrik başvuru: 1. Var 2. Yok
22. Obeziteyi önlemeye yönelik ilaç kullanımı: 1. Var 2. Yok
23. Obeziteye ilişkin görüşleri:
1. Önemsemeyen
  2. Önemli bir sağlık sorunu olarak gören
  3. Dış görünüşü ile ilgili kaygıları ön planda olan
24. Yeme davranışı ile ilişkilendirdiği duygu hali:
1. Var 2. Yok (Yoksa 29. soruya geçiniz.)
25. Varsa; Neşeli olduğunda yemek yeme: 1. Var 2. Yok
26. Üzüntülü olduğunda yemek yeme: 1. Var 2. Yok

27. Endişeli olduğunda yemek yeme: 1. Var 2. Yok

28. Öfkeli olduğunda yemek yeme: 1. Var 2. Yok

29. Aile yapısı:

1. Çekirdek 2. Geniş aile 3. Yalnız yaşıyor 4. Aile aynı apartmanda 5. Diğer

30. Anne-baba: 1. Beraber 2. Boşanmış 3. Ayrı yaşıyor 4. Anne ölmüş

5. Baba ölmüş 6. Her ikisi de ölmüş

31. Ailede obezite varlığı: 1. Evet 2. Hayır

32. Evet ise; Annede obezite: 1. Var 2. Yok

33. Babada obezite: 1. Var 2. Yok

34. Kardeş(ler)de obezite: 1. Var 2. Yok

35. Diğer:.....

## Ek 2. Beden Algısı Ölçeği

Aşağıda çeşitli vücut özellikleri ve beğenip beğenmeme ifadeleri bulunmaktadır. Yapmanız gereken, bir vücut özelliğinin hakkındaki duygularınızı bu ifadelere göre değerlendirmektir. Örneğin bir vücut özelliğinizi çok beğeniyorsanız, bu özellik için “çok beğeniyorum” ifadesinin bulunduğu kutuya “X” işareti koyunuz. Herhangi bir vücut özelliğinizi genel olarak beğenip beğenmediğinize göre duygularınızı değerlendiriniz.

	Çok beğeniyorum	Oldukça beğeniyorum	Kararsızım	Pek beğenmiyorum	Hiç beğenmiyorum
1.Saçlarım					
2.Yüzümün rengi					
3.İştahım					
4.Ellerim					
5.Vücudumdaki kıl dağılımı					
6.Burnum					
7.Fiziksel gücüm					
8.İdrar-dışkı düzenim					
9.Kas kuvvetim					
10.Belim					
11.Enerji düzeyim					
12.Sırtım					
13.Kulaklarım					
14.Yaşım					
15.Çenem					
16.Vücut yapım					
17.Profilim					
18.Boyum					
19.Duyularımın keskinliği					
20.Ağrıya dayanıklılığım					

	Çok beğeniyorum	Oldukça beğeniyorum	Kararsızım	Pek beğenmiyorum	Hiç beğenmiyorum
21.Omuzlarımın genişliği					
22.Kollarım					
23.Göğüslerim					
24.Gözlerimin şekli					
25.Sindirim sistemim					
26.Kalçalarım					
27.Hastalığa direncim					
28. Bacaklarım					
29.Dişlerimin şekli					
30.Cinsel gücün					
31.Ayaklarım					
32.Uyku düzenim					
33.Sesim					
34.Sağlığım					
35.Cinsel faaliyetlerim					
36.Dizlerim					
37.Vücudumun duruş şekli					
38.Yüzümün şekli					
39.Kilom					
40.Cinsel organlarım					

### Ek 3. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği

**AÇIKLAMA:** Lütfen her soruyu dikkatli bir şekilde okuyup, kendinize en uygun şıkkı (X) ile işaretleyiniz.

1. Kendimi en az diğer insanlar kadar değerli buluyorum.  
a.Doğru                      b.Çok Doğru                      c.Yanlış                      d.Çok yanlış
2. Bazı olumlu özelliklerim olduğunu düşünüyorum  
a.Doğru                      b.Çok Doğru                      c.Yanlış                      d.Çok yanlış
- 3.Genelde kendimi başarısız biri olarak görme eğilimindeyim.  
a.Doğru                      b.Çok Doğru                      c.Yanlış                      d.Çok yanlış
4. Ben de diğer insanların birçoğunun yapabildiği kadar bir şeyler yapabilirim.  
a.Doğru                      b.Çok Doğru                      c.Yanlış                      d.Çok yanlış
5. Kendimde gurur duyacak fazla bir şey bulamıyorum.  
a.Doğru                      b.Çok Doğru                      c.Yanlış                      d.Çok yanlış
6. Genelde ne kadar mutlusunuzdur?  
a. Çok mutlu                      b. Mutlu                      c. Pek mutlu değil                      d. Çok mutsuz
7. Genelde oldukça mutlu bir kişi olduğumu düşünüyorum.  
a. Doğru                      b. Yanlış
8. 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
9. Hayattan çok zevk alıyorum.  
a. Doğru                      b. Yanlış
10. Bende mutlu gördüğüm diğer kişiler kadar mutlu olabilmeyi isterdim  
a. Doğru                      b. Yanlış
11. Kendinizi kederli ve karamsar hissettiğiniz olur mu?  
a. Çok sık                      b. Sık                      c. Ara sıra                      d. Nadiren                      e. Hiçbir zaman

#### Ek 4.Yaşam Kalitesi Formu (SF36)

1.Genel sağlığını nasıl değerlendirirsiniz?	Bir tanesini yuvarlak içine alınız.
Mükemmel	1
Çok iyi	2
İyi	3
Orta	4
Kötü	5

2. Geçen yıl ile karşılaştırıldığında, sağlığınızı şu an için nasıl değerlendirirsiniz?	Bir tanesini yuvarlak içine alınız.
Geçen seneden çok daha iyi	1
Geçen seneden biraz daha iyi	2
Geçen sene ile aynı	3
Geçen seneden biraz daha kötü	4
Geçen seneden çok daha kötü	5

3. Aşağıdaki tipik bir günümüzde yapmış olabileceğiniz bazı aktiviteler yazılmıştır. Sağlığınız bunları yaparken sizi sınırlandırmakta mıdır? Öyleyse ne kadar?	Bir tanesini yuvarlak içine alınız.		
Aktiviteler	Evet, çok kısıtlıyor	Evet, çok az kısıtlıyor	Hayır, hiç kısıtlamıyor
a. Kuvvet gerektiren aktiviteler, koşma, ağır eşyaları kaldırmak, zor sporlar	1	2	3
b. Orta aktiviteler, bir masayı oynatmak, elektrik süpürgesi ile süpürmek, bowling,golf	1	2	3
c. Sebze-meyveleri kaldırmak, taşımak	1	2	3

d. Pek çok katı çıkmak	1	2	3
e. Tek katı çıkmak	1	2	3
f. Çömelmek, diz çökmek, eğilmek	1	2	3
g. 1 kilometreden fazla yürüyebilmek	1	2	3
i. Bir mahalleden (sokak) değerine yürümek	1	2	3
j. Kendi kendine yıkanmak, giyinmek	1	2	3

4. Son 4 hafta içerisinde, fiziksel sağlığınız yüzünden günlük iş veya aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerle karşılaştınız mı?	Bir tanesini yuvarlak içine alınız.	
	EVET	HAYIR
a. İş ya da diğer aktiviteler için harcadığınız zamanda kesinti	1	2
b. İsteddiğinizden daha az miktar işin tamamlanması	1	2
c. İşin veya diğer aktivitelerin çeşidinde kısıtlama	1	2
d. İş veya diğer aktiviteleri yaparken zorluk olması	1	2

5. Son 4 hafta içerisinde, duygusal problemler (örnek-üzüntü ya da sınırlı hissetmek) yüzünden günlük iş veya aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerle karşılaştınız mı?	Bir tanesini yuvarlak içine alınız.	
	EVET	HAYIR
a. İş ya da diğer aktivitelere ayırdığınız süreden kesilme oldu mu?	1	2
b. İsteddiğinizden daha az kısım tamamlanması	1	2
c. İş veya diğer aktiviteleri eskisi gibi dikkatli yapamama	1	2

6. Geçen 4 hafta içinde, fiziksel sağlık veya duygusal problemler, aileniz, arkadaşınız, komşularınız veya gruplar ile olan normal sosyal aktivitelere ne kadar engel oldu?	Bir tanesini yuvarlak içine alınız.
Hiç	1
Çok az	2
Orta derecede	3
Biraz	4
Oldukça	5

7. Son 4 hafta içerisinde, ne kadar fiziksel acı (ağrı) hissettiniz?	Bir tanesini yuvarlak içine alınız.
Hiç	1
Çok az	2
Orta	3
Çok	4
İleri derecede	5
Çok şiddetli	6

8. Son 4 hafta içerisinde, ağrı normal işinize ne kadar engel oldu?	Bir tanesini yuvarlak içine alınız.
Hiç	1
Çok az	2
Orta	3
Çok	4
İleri derecede	5

9. Aşağıdaki sorular sizin son 4 hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğiniz ve işlerin nasıl gittiği ile ilgilidir. Lütfen her soru için hissettiğinize en yakın olan sadece 1 cevap verin.	Bir tanesini yuvarlak içine alınız.					
	Her zaman	Çoğu zaman	Bir kısım	Bazen	Çok nadir	Hiçbir zaman
a. Kendinizi capcanlı hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5	6
b. Çok sinirli bir kişi misiniz?	1	2	3	4	5	6
c. Kendinizi hiçbir şey güldürmeyecek kadar batmış hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5	6
d. Kendinizi sakin ve huzurlu hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
e. Çok enerjiniz var mı?	1	2	3	4	5	6
f. Kendinizi çökmüş ve karamsar hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
g. Yıpranmış hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
h. Mutlu bir insan mıydınız?	1	2	3	4	5	6
i. Yorulmuş hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6

10. Geçen 4 hafta içerisinde, fiziksel sağlık veya duygusal problemler, sosyal aktivitelerinize (arkadaşları, akrabaları ziyaret etmek gibi) ne kadar engel oldu?	Bir tanesini yuvarlak içine alınız.
Her zaman	1
Çoğu zaman	2
Bazı zamanlarda	3
Çok az zaman	4
Hiçbir zaman	5

11. Aşağıdaki cümleler sizin için ne kadar doğru ya da yanlış?	Bir tanesini yuvarlak içine alınız.					
	Tamamen Doğru	Çoğunlukla Doğru	Bilmiyorum	Çoğunlukla Yanlış	Tamamen Yanlış	
a. Diğer insanlardan biraz daha kolay hasta oluyorum	1	2	3	4	5	
b. Tanıdığım herkes kadar sağlıklıyım	1	2	3	4	5	
c. Sağlığımın kötüleşmesini bekliyorum	1	2	3	4	5	
d. Sağlığım mükemmel	1	2	3	4	5	

## Ek 5. İstanbul Medicine Hospital Başhekimliğinden Alınan İzin



### İSTANBUL MEDİCİNE HOSPİTAL BAŞHEKİMLİĞİ

15/07/2013

**Konu:** Anket Uygulaması

**HALIÇ ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ BESLENME VE DİYETETİK BÖLÜMÜ BAŞKANLIĞINA;**

Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Programı öğrencilerinden Dyt.H.Gamze Karşlıya “Obez Bireylerde Beden Algısı, Benlik Saygısı ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi” konulu tez çalışması ile ilgili olarak veri oluşturmak amacıyla, İstanbul Medicine Hospital Beslenme ve Diyet Polikliniğinde ayaktan izlenen bireylerde ekteki anket ve ölçekleri uygulaması için gereken izin verilmiştir.

## Ek 6.Gönüllü Katılım Formu

Bu çalışma, Dyt. H.Gamze KARSLI tarafından İstanbul Medicine Hospital' da yürütülen, lisansüstü tez çalışmasıdır. Çalışmanın amacı, katılımcıların obeziteye karşı duygu-durumlarıyla ilgili bilgi toplamaktır. Çalışmaya katılım tamimiyle gönüllülük temelinde olmalıdır. Ankette, sizden kimlik belirleyici hiçbir bilgi istenmemektedir. Cevaplarınız tamimiyle gizli tutulacak ve sadece araştırmacılar tarafından değerlendirilecektir; elde edilecek bilgiler bilimsel yayımlarda kullanılacaktır. Anket, genel olarak kişisel rahatsızlık verecek soruları içermemektedir. Ancak, katılım sırasında sorulardan ya da herhangi başka bir nedenden ötürü kendinizi rahatsız hissederseniz cevaplama işini yarıda bırakıp çıkmakta serbestsiniz. Böyle bir durumda anketi uygulayan kişiye, anketi tamamlamadığınızı söylemek yeterli olacaktır. Anket sonunda, bu çalışmayla ilgili sorularınız cevaplanacaktır. Bu çalışmaya katıldığınız için şimdiden teşekkür ederiz. Çalışma hakkında daha fazla bilgi almak için Dyt. H.Gamze KARSLI (Tel: 532 633 85 86; E-posta: h.gamzekarsli@hotmail.com) ile iletişim kurabilirsiniz.

***Bu çalışmaya tamamen gönüllü olarak katılıyorum ve istediğim zaman yarıda kesip çıkabileceğimi biliyorum. Verdiğim bilgilerin bilimsel amaçlı yayımlarda kullanılmasını kabul ediyorum.*** (Formu doldurup imzaladıktan sonra uygulayıcıya geri veriniz).

İsim Soyad

Tarih

İmza

----/----/-----

## 11. Özgeçmiş

### Kişisel Bilgiler

**Adı Soyadı:** H. Gamze KARSLI

