



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**BİR EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİNİN OBEZİTE
POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN OBEZ BİREYLERİN BEDEN
ALGILARININ BENLİK SAYGISI ÜZERİNE ETKİSİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

ŞAFİYE ÇALIŞKAN TEKDEMİR
YÜKSEK LİSANS TEZİ

PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Yrd. Doç. Dr. Gül Ünsal

İSTANBUL-2013

TEZ ONAYI

Kurum : Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Programın seviyesi : Yüksek Lisans
Anabilim Dalı : Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı
Tez Sahibi : Şafiye Çalışkan Tekdemir
Tez Başlığı : Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinin Obezite Polikliniğine Başvuran
Obez Bireylerin Beden Algılarının Benlik Saygısı Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi
Sınav Yeri : Hemşirelik Bölümü
Sınav Tarihi : 13.11.2013

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

Danışman

Yrd.Doç.Dr. Gül Ünsal Barlas

Kurumu

Marmara Üniversitesi

İmza



Sınav Jüri Üyeleri

Doç.Dr.Sıdıka Oğuz

Marmara Üniversitesi



Yrd.Doç.Dr.Bilgi Gülseven

Marmara Üniversitesi



Yukarıdaki jüri kararı Enstitü Yönetim Kurulu'nun **02./01./2014** tarih ve **21** sayılı kararı ile onaylanmıştır.



Prof. Dr. Feyza ARICIOĞLU
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

BEYAN

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

Tarih

(İmza)



İÇİNDEKİLER

1. ÖZET	1
2. SUMMARY	2
3. GİRİŞ ve AMAÇ	3
4. GENEL BİLGİLER	6
4.1. Obezitenin Tanımı	6
4.2. Obezitenin epidemiyolojisi	7
4.3. Obezitenin Etiyolojisi	8
4.3.1. Genetik	10
4.3.2. Beslenme şekli, fiziksel aktivite ve çevresel faktörler	11
4.3.3. İlaçlar ve sigara	12
4.3.4. Psikolojik etmenler	13
4.3.4.1. Öğrenme kuramına göre obezite	14
4.3.4.2. Psikanalitik kurama göre obezite	15
4.4. Obezitenin klinik özellikleri	20
4.5. Obezitede komplikasyonlar	21
4.5.1. Tıbbi komplikasyonlar	21
4.5.2. Psikolojik komplikasyonlar	21
4.5.2.1. Benlik saygısı ve beden algısı üzerine olumsuz Etkiler	21
4.5.2.2. Aile ilişkilerinde yaşanan sorunlar ve sosyal uyum orunları	26
4.5.2.3. Yeme tutumu ve yeme bozuklukları	27
4.5.2.4. Obez bireylerde psikopatoloji	29
4.6. Obezitenin tedavisi	31
4.6.1. Motivasyon	31
4.6.2. Zayıflama işleminde genel yaklaşımlar	31
4.6.2.1. Diyet	31
4.6.2.2. Aktivite	31
4.6.2.3. İlaçlar	31

4.6.2.4.	Cerrahi	32
4.6.2.5.	Psikiyatrik tedavi	33
4.7.	Obezite ve hemşirelik bakımı	34
5.	GEREÇ- YÖNTEM	35
5.1.	Araştırmanın Tipi	35
5.2.	Araştırmanın Uygulandığı Yer ve Zaman	35
5.3.	Araştırmanın Evren ve Örneklemi	35
5.4.	Veri Toplama Yöntemi	35
5.5.	Veri Toplama Araçları	36
5.6.	Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi	37
5.7.	Etik Boyut	38
5.8.	Araştırmanın Sınırlılıkları	39
6.	BULGULAR	40
6.1.	Araştırmaya Katılan Obez Bireylerin Kişisel Özellikleri	40
6.2.	Araştırmaya Katılan Obez Bireylerin Vücut Algılarının Benlik Saygısı Üzerine Etkisine İlişkin Bulgular	43
6.3.	Araştırmaya Katılan Obez Bireylerin Benlik Saygısı İle İlgili Bulgular	44
6.4.	Araştırmaya Katılan Obez Bireylerin Vücut Algısına İlişkin Bulgular	49
7.	TARTIŞMA	
7.1.	Obez Bireylerin Benlik Saygısına İlişkin Bulguların Tartışması	53
7.2.	Araştırmaya Katılan Obez Bireyleri Vücut Algısına İlişkin Bulguların Tartışması	58
7.3.	Araştırmaya Katılan Obez Bireylerin Vücut Algılarının Benlik Saygısı Üzerine Etkisine ilişkin Bulguların Tartışması	61
8.	SONUÇLAR VE ÖNERİLER	64
9.	KAYNAKLAR	66
10.	EKLER	77
11.	ÖZGEÇMİŞ	84

TABLO DİZİNİ

Tablo 1. Ölçeklere İlişkin Güvenilirlik Analizi

Tablo 2. Kişisel Özelliklerinin Dağılımı

Tablo 3. Boy Kilo İndeksi Ortalaması

Tablo 4. Beslenme Biçimini Etkileyen Faktörlere Göre Dağılımı

Tablo 5. Vücut Algısının Benlik Saygısı ile Karşılaştırılması

Tablo 6. Obez hastalarda Benlik Saygısı Düzeyleri

Tablo 7. Kişisel Özelliklerine Göre Benlik Saygısının Değerlendirilmesi

Tablo 8. Beslenme Biçimini Etkileyen Faktörlere Göre Benlik Saygısının Değerlendirilmesi

Tablo 9. Kişisel Özelliklerine Göre Vücut Algısının Değerlendirilmesi

Tablo 10. Beslenme Biçimini Etkileyen Faktörlere Göre Vücut Algısının Değerlendirilmesi

KISALTMALAR

BKİ	Beden Kitle İndeksi
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
USBİK	Ulusal Sağlık ve Beslenme İnceleme Kurulu
TEKHARF	Türk Erişkinlerde Kalp Sağlığı, Risk Profili ve Kalp Hastalığı Çalışması
TURDEP	Türkiye’de Diabetes Mellitus, Obezite ve Hipertansiyon Epidemiyolojisi Projesi
BT	Bilgisayarlı Tomografi
MRI	Manyetikrezonans Görüntüleme
TYB	Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu
BYB	Borderline Kişilik Bozukluğu
SPSS	Statistical Package For Social Science
BS	Benlik Saygısı
Bİ	Beden İmajı

1. ÖZET

Araştırma, İstanbul ilinde bir eğitim ve araştırma hastanesinin obezite polikliniğine başvuran obez bireylerin beden algılarının benlik saygıları üzerine etkisini değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel bir çalışma olarak gerçekleştirildi. Araştırmanın evreni dört ay boyunca obezite polikliniğine başvuran obez bireyler oluşturdu. Haziran–Eylül 2011 tarihleri arasında obezite polikliniğine başvuran obez bireylerden çalışmaya katılmayı kabul eden 605 kişiden anketi eksiksiz dolduran 554 kişi örnekleme oluşturdu. BKİ hesaplaması hastanenin obezite polikliniğinde dijital tartı ve boy ölçer kullanılarak yapılmıştır. Araştırmanın verileri, araştırmacı tarafından literatür biligilerine dayanarak oluşturulan Kişisel Bilgi Formu, Vücut Algısı Ölçeği ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Veriler SPSS programında analiz edilmiştir. Bu analizde t testi, tek yönlü anova ve Pearson Kolerasyon testi tekniği kullanılmıştır. Elde edilen veriler doğrultusunda vücut algısı düşük olan obez bireylerin benlik saygıları düşükken vücut algısı yüksek olanların benlik saygılarının da yüksek olduğu bulundu. Çalışmaya göre; obez bireylerin benlik saygısı ile yaş, öğrenim durumu, ekonomik durumu, kilo sorunu yaşamaya başladığı dönem, kilo vermek için denediği yöntem, fazla kilonun yarattığı sorunu fiziksel ve psikolojik olarak değerlendirme arasında anlamlı ilişki bulundu. Vücut algısı ile yaş, medeni durum, ekonomik durum, fazla kilonun yarattığı sorunu psikolojik değerlendirme, spor yapma ve birinci derece yakınlarında obez bireylerin olması değişkenleri ile anlamlı ilişki bulundu. Sonuç olarak kişinin benlik saygısını geliştirmesi ve bedeni ile ilgili olumlu bir algı geliştirmesi için ağırlık kontrolünün yanısıra psikolojik destek alması gerekmektedir.

Anahtar kelimeler: benlik saygısı, obezite, vücut algısı

2. SUMARRY

The Evaluatin Of The Effects Of Body İmage Of Obese İndividuals Who Apply İn Obesty Clinic Of an Education and Research Hospital

The research was performed as a descriptive and cross-sectional study to asses the impact of perception of body image of the obese individuals who applied to an education and research hospital in İstanbul on their self-esteem. The population of the study was consisted of people who applied for the obesity clinic in last four months. The sample were created with 554 people from the indivuals who consulted between the period of June-September 2011 to obesity clinic who accepted to involve into the study. BMI calculation was performed using a digital scale and height gauges. The data was generated by the researcher using Personal Information Form, Body Image Scale and Rosenberg Self-Esteem Scale which are based on literature. These datas were analayzed by SPSS. In this analysis, t-test, one-way ANOVA and Pearson Correlation test technique were used. In accordance with the results, obese individuals with low body perception have low self-esteem while the others with high body perception have a higher self-esteem. According to the study, there is a correlation between the self-esteem of obese individuals and their age, educational level, time for beginning of weight problems, the methods for losing weight, the evaluation of the physical and psychological impacts of excess weight. Also there is a correlation between the body perception and age, marital status, economic status, psychological evaluation of excess weight, exercise and the fact that there are obese people in relatives. As a result, in order to develop self-esteem and create a positive perception about the body, it is necessary to take psychological support along the weight control.

Key words: self-esteem, obesity, body perception,

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Obezite kelimesinin karşılığı olarak halk dilinde “şişmanlık” terimi kullanılmaktadır (130). Obezite enerji alımı ve tüketimi arasındaki kronik dengesizlik sonucu gelişir (111). Tarih obez bireylere karşı var olan önyargının, yalnızca zayıflığa adeta tapınan bugünün toplumuna özgü bir özellik olmadığını göstermektedir. 12. yüzyılda bile Budistler obeziteyi ahlaki zaafın bir sonucu olarak damgalamışlardır (112). Aşırı kilo ve obezite terimleri bilimsel literatürde ve günlük yazışmalarda genellikle birbirlerinin yerine kullanılsa da, bu iki kavram farklıdır. Aşırı kilo boyuna ve yaşına göre standarttan daha kilolu olanları belirtirken, obezite aşırı vücut yağını belirtmektedir. Obezite düzeyi genellikle boyun karesine (metre olarak) göre normalleştirilen kilo (kg olarak) ölçümleri (beden kitle indeksi, BKİ) ile hesaplanmaktadır. $BKİ > 30 \text{ kg/m}^2$ olan erişkin obezitesi morbitide ve mortalite artışı ile ilişkilidir (89,90).

Obezite, kısaca yağ dokusunda artış olarak tanımlanır. Bu depolanma, fazladan alınan her 9.3 kalori için 1 gram yağ olarak gerçekleşir. Sonuç olarak, obezite temelde harcanandan daha fazla kalori alınması sonucu gelişir (1).

Obezite tek başına çeşitli sağlık sorunlarına yol açabilir veya beraberinde var olan bir sağlık sorununu ağırlaştırabilir. Özellikle hipertansiyon, koroner kalp hastalığı, diabetes mellitus (tip 2) gelişimi veya bazı malignitelerin insidansında artıştan sorumlu tutulmaktadır. Ayrıca obezite osteoartrit, uyku apnesi, solunum problemleri, safra kesesi hastalıkları, inme gibi sağlık sorunları ile ilişkili morbiditeyi artıran bir durum olarak kabul edilmektedir (65). Önemli morbitide ve mortalite nedeni olan obezitenin, hayat boyu süren, tehlikeli epidemiyeye dönüşen bir hastalık olduğu kabul edilir (126, 51).

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 (65, 19). 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 (100,122).

Günümüzde beden ve ruh sağlığının bir bütün olduğu bilinmektedir. Genellikle obezitesi olan bireylerin tedaviye uyumunda ve kilo vermelerinde çeşitli zorluklarla karşılaşmaktadır. Bu güçlüklerde hastaların yaşadıkları psikososyal sorunların da etkili olduğu düşünülmektedir. Batı toplumunda kadının değerinin ince ve çekici kalmasına bağlı olduğu vurgulanmaktadır. İdeal beklentiler medya aracılığıyla bombardıman tarzında gönderilmektedir. (39,66).

Ülkemizde obezitenin psikososyal yönüyle ilgili, erişkinlerde yapılmış çalışmalara ilgi artmaktadır. Çalışmalar tedavi için başvuran grubun daha çok psikososyal desteğe ihtiyacı olduğunu göstermektedir (35).

Obezite ile benlik değerinin azalması arasında doğrusal bir ilişki olduğuna dair araştırmalar vardır (114). 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 (50). Çeşitli çalışmalarda obez bireylerde beden ağırlıkları ile ilgili hoşnutsuzluktan ve olumsuz stigmalarından kaynaklanan öfke ve düşük benlik saygısı tanımlanmıştır.

Obezlerdeki beden algısı ile ilgili çalışmalara bakıldığında; BKİ'nin beden hoşnutsuzluğuna anlamlı düzeyde etkisi olduğu (22) ve obez grubun, obez olmayan grupla kıyaslanmasında obezlerin daha fazla beden hoşnutsuzluğuna sahip oldukları görülmektedir (102). 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 (98). Obez bireylerde gözlenen düşük benlik saygısının ve olumsuz beden algısının sebep mi yoksa sonuç mu olduğu konusunda tartışmalar sürmektedir (72).

Bu alışma, hastanenin obezite polikliniğine başvuran obez bireylerin bedenlerinin asıl algıladıkları ve bunun benlik saygıları üzerinde nasıl bir etkisinin olduğunu değerlendirmek amacıyla planlanmıştır.

Obezite tedavisi için hastaneye başvuran farklı sosyodemografik özelliklere sahip bireylerin vücut algısı beğerlisi azaldıkça düşük benlik saygısına sahip olacağı varsayımı araştırılmıştır.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. Obezitenin Tanımı

Obezite; bireyin ağırlık, boy, cinsiyet ve ırksal özelliklerine göre belirlenmiş olan ideal değerlerin üzerinde olduğu, ciddi ve kronik bir hastalıktır (5,38). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)' ne göre obezite; "Sağlığı bozacak ölçüde yağ dokularında anormal ve aşırı miktarda yağ birikmesidir".

Klinik olarak obeziteyi tanımlamak için erişkinlerde beden kitle indeksi (BKİ) kullanılır. 1997 yılında DSÖ, BKİ 25 üzerinde olanları aşırı kilolu, 30'un üzerinde olanları ise obez olarak tanımlamıştır (127).

DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü), çeşitli Avrupa epidemiyolojistlerince ufak değişiklikler dışında kabul edilen bir uluslararası sınıflandırma geliştirmiştir (63):

BKİ(kg/m²)	DSÖ Sınıflandırması	Genel tanım
<18.5	Düşük kilo	Zayıf
18.5-24.9	Normal	Sağlıklı, normal
25.0-29.9Pre-obez	Fazla kilolu	
30.0-39.9Obez	Şişman	
≥40	Morbidobez	Aşırı şişman

Aşırı kilo ve obezitenin sağlık riskleri BKİ:25'den itibaren progresif olarak artıyor gözükmemektedir ve en azından endüstrileşmiş ülkelerde BKİ: 20-22'ye yakın bir ölçüm değerinin beden sağlığı açısından bir kriter olarak yararlı olacağı kanıtlanmıştır (15).

Obezite; yaşam kalitesini bozucu nitelikte, birçok hastalığın oluşmasına sebep olan, kalıtsal ve toplumsal öneme sahip bir hastalıktır (131). Kronik hastalıkların gelişiminde ve ölüm oranlarında etkili olması nedeniyle sağlığı tehdit eden, mutlaka önlenmesi ve tedavi edilmesi gereken bir hastalık olarak kabul edilir (8, 6).

4.2. Obezitenin Epidemiyolojisi

Yıllardır obezite epidemiyolojisinin incelenmesi çok zor olmuştur, çünkü birçok ülke aşırı kilonun farklı derecelerinin sınıflandırılması için kendine özgü kriterler kullanmıştır. 1990'larda BKİ aşamalı olarak evrensel kabul gören bir aşırı kiloluluk ölçütü olmuştur ve artık denk sınır değerler önerilmektedir (91).

Obezite prevalansını etkileyen en önemli faktörler yaş, cins ve ırk olmakla birlikte sosyokültürel düzey, ailede obez bireylerin varlığı ve beslenme alışkanlıklarının da prevalans üzerinde etkili olduğu bilinmektedir (113). Obezite oluşumunda risk faktörlerinin bilinmesi korunma ve tedavi için gereklidir. Düşük eğitim durumu, evli olma ve çalışmama obezite için risk faktörleri olarak bulunmuştur (127,82). Kadınların gebelik sayısı arttıkça şişmanlık riski artmaktadır (127). Yine sigara, alkol, spor gibi alışkanlıklar şişmanlık ile ilişkilidir (127). Yakın akrabada şişmanlık, obezite için genetik bir risk faktörü olarak değerlendirilmektedir (127).

Dünya Sağlık Örgütü tarafından yapılan çalışmalar ile dünyada obezite yaygınlığının erkeklerde %10-20, kadınlarda ise %10-25 olduğu ve yıllar içinde bu oranın daha da arttığı gösterilmiştir. Amerika Birleşik Devletleri'nde obezite hızıyla ilgili olarak yapılan bir çalışmada; erişkinlerin 2000 yılında %20'sinin, 2015 yılında %30'unun, 2025 yılında ise %40'ının obez olacağı öngörülmektedir (11). USBİK III'e (3. Ulusal Sağlık ve Beslenme İnceleme Kurulu) göre ise, ABD'nde erişkinlerin %32'si aşırı kilolu, %22.5'u obezdir (119). Afrika kökenli Amerikalılar'da ve İspanyollar arasında prevalans çok daha yüksektir. Afrika kökenli Amerikan ve İspanyol kökenli erişkin kadınların yaklaşık %67'si aşırı kilolu ve obezdir. İspanyol kökenli olmayan beyaz kadınlarda ise bu oran %46 bulunmuştur (91).

Ülkemizde yapılan geniş kapsamlı TEKHARF (Türk Erişkinlerde Kalp Sağlığı, Risk Profili ve Kalp Hastalığı) çalışmasında 1997/1998 kohortunun bütününde BKİ:30 kg/m²'nin üzerinde olanların prevalansı erişkin erkeklerde %18.7, erişkin kadınlarda %38.8 olarak bulunmuştur. Bu oranlar 1990'dan bu yana geçen 8 yılda %15'lik nüfus artışına göre ayarlandığında, obez kişi sayısının erkeklerde 1.5 milyon, kadınlarda 4 milyon olacağı öngörülmüştür. Oysa 1997/1998 taramasına göre yaklaşık 2.5 milyon erkek ve 5.3 milyon kadında obezite olduğu tahmin edilmektedir. Bu da obez sayısında 1990'lı yıllar boyunca kadınlarda %30,

erkeklerde %65 oranında artışı ifade etmektedir (79). TURDEP çalışması (Türkiye’de DiabetesMellitus, Obezite ve Hipertansiyon Epidemiyolojisi): DSÖ gözetiminde İstanbul Üniversitesi Çapa Tıp Fakültesi Diyabet Bilim Dalı tarafından 1997’de rastgele 15 ilden 20 yaş üstünde 24788 kişi (%55.3 kadın, %44.7 erkek) üzerinde gerçekleştirilmiştir. Çalışmada BKİ:30 kg/m²’den büyük olduğu durumdaki obezite sıklığı ülke genelinde %22.3, kadınlarda %29.9, erkeklerde %12.9 olarak saptanmıştır (101). İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi tarafından T.C. Sağlık Bakanlığı’nın sahada lojistik işbirliği ile gerçekleştirilen ‘Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması-II (TURDEP-II Çalışması)’nın saha araştırması Ocak 2010-Haziran 2010 tarihleri arasında 15 ilden 540 merkezde tamamlanmıştır. Çalışmaya bölgenin nüfus yapısına uygun olarak rastgele seçilip davet edilen 20 yaş ve üzerinde 26 499 kişi katılmış ve çalışma %92 katılım oranı ile bitirilmiştir. TURDEP-I’den itibaren geçen 12 yıllık süreçte erişkin nüfusumuzun yaş ortalaması 4 yıl artmıştır. Ortalama kadın ve erkek boyu 1’er cm artmış; kadınlarda kilo 6 kg, bel çevresi 6 cm, kalça çevresi 7 cm; erkeklerde ise kilo 8 kg, bel çevresi 7 cm, kalça çevresi 2 cm artmıştır. Çalışmamıza göre Türkiye’de obezite sıklığı %32 bulunmuştur. Erkeklerde kilo fazlalığının, kadınlarda ise obezitenin daha yaygın olduğu dikkati çekmektedir. Genel olarak erişkin yaşlardaki Türk toplumunun 2/3’ü kilolu veya obezdir. Kentsel ve kırsal obezite oranları birbirine yakındır. Sonuç olarak 1998’de yapılan TURDEP-I’e göre, yeni tamamlanan TURDEP-II çalışmasında Türkiye’de obezite %44 artmıştır (103).

Obezite prevalansının hem zengin batı ülkeleri hem de yoksul ülkelerde olmak üzere, dünyanın bütün bölgelerinde tehlikeli boyutta arttığı görülmektedir. 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 (91).

4.3. ObeziteninEtyolojisi

Tüketilenden daha fazla enerji alınması obezitenin başlıca nedenidir. Bu tip obezite ekzojen obezite olarak adlandırılır ve sismanların büyük çoğunluğu bu gruba girmektedir. Ekzojen obezite dışında, obezitenin eşlik ettiği birçok hastalık ve

sendromlar vardır. Bu hastalıkların bir bölümü hipotalamik ve hormonal kökenlidir. Bir diğer bölümünde aktivite azlığı sorumlu tutulmakta, bir çoğunda ise patogeneze bilinmemektedir (117).

Patolojik obezite nedenleri:

I. Endokrin nedenler:

Hipotiroidizm

Büyüme hormon eksikliği

Cushing sendromu

Pseudohipoparatiroidizm tip 1

Hiperinsülinizm

Polikistikover sendromu

II. Kraniofarenjioma

III. Hipotalamik sendromlar:

A. Fröhlich sendromu

B. Laurant-Moon Biedl sendromu

IV. Diğer sendromlar:

A. Turner sendromu

B. Down sendromu

C. Klinefelter sendromu

D. Cohen sendromu

E. Carpenter sendromu

Obezite kalori alımı ile kullanımı arasındaki dengesizlik sonucu ortaya çıkar. Bununla birlikte ekzojen obezite etyolojisinde etkili faktörler çeşitlidir.

4.3.1. Genetik

Son zamanlarda yapılan genis epidemiyolojik çalışmalar, obezitenin genetik faktörlerden etkilendiğini göstermektedir. Asırı kilolu ebeveynlerin çocukları da asırı kilolu olma eğilimindedir. Bu durumun çocuklar biyolojik ebeveynlerinden ayrı yetistirildiklerinde de geçerli olması obezitenin genetik faktörlerine işaret eder (113).

İkizler ve evlat edinilmiş çocuklarla yapılan çalışmalarda çekirdek ailede obezite geisinin %30-50, evlat edinilmiş çocuklarda %10-30, ikizlerde ise %50-80 arasında olduğu gösterilmiştir. Obezite etyolojisindeki en önemli faktörlerden birisi ebeveynlerin obez olmasıdır. Her iki ebeveyni obez olan çocuklarda obezite gelişme sıklığı %80, ebeveynlerinden birisi obez olanlar %40, her iki ebeveyni de obez olmayanlarda ise %7 olarak tespit edilmiştir (113).

Kilo alma ile ilgili genler daha çok kilo almaya eğilimli ortamlara maruz kalan kişilerde kilo alma riskini arttırırlar, kendileri direk olarak kilo almaya sebep olmazlar. Obezitenin genetik bağlantısı hakkında yapılan çalışmalarda obez fenotipi ile bağlantılı olabilecek bazı kromozomlar belirlenmiştir. Ancak son zamanlarda yapılan çalışmalar daha çok obezitenin gelişmesinde etken olabilecek tekil genler ve fonksiyonları üzerine yoğunlaşmıştır. Bu genlerden son dönemlerde popüler olanlar arasında Leptin üretiminde görev alan ob geni vardır. Bu gen 1994 yılında keşfedilmiştir (2). Esas olarak beyaz yağ dokusunda üretilmekte olup, ayrıca plasenta, iskelet kası ve mide fundusu ilave sentez alanları olarak belirtilmektedir. Serum leptin düzeyleri ile yağ doku kitlesi arasında güçlü bir korelasyon vardır (125). Vücuttaki birçok dokuda bulunurlar, ancak doygunluk etkisi hipotalamusdaki reseptörler yoluyla sağlanmaktadır (43). Leptin, beyin omurilik sıvısına etkin biçimde geçmektedir (125). Kadınlarda leptin seviyesi daha yüksektir. Enerji alımının artması ve diyetdeki karbonhidrat miktarının yüksek olması halinde leptin seviyesi artmaktadır. Bunun aksine karbonhidrat alımını azaltan veya diyet yapan hastalarda leptin seviyesi düşmektedir. Bu düşüş diyetle devam etmenin niçin zorlaştığını açıklayabilir. Zaman içerisinde insanlar leptin sinyaline aldırmmayı öğrenmiş olabilirler ancak diyet sonucunda leptindeki düşüş iştahın artmasına yol açabilir (26).

Obezite veya aşırı kilo ile birçok genetik polimorfizm arasında ilişki kurulmuştur. Buna rağmen metabolizma hızı ile yağ ve karbonhidrat metabolizmasındaki değişiklikler konusunda yapılan araştırmalara rağmen ilişkili genlerin hangi mekanizma ile obeziteye neden olduğu bilinmemektedir. Obeziteyle ilgili genler gereklilik (orada bulunmaları şart) veya duyarlılık genleridir. İnsanda obezite çoğunlukla aşırı yağ birikmesine yol açan çeşitli genlerin etkisinin bir araya gelmesi sonucu meydana gelmektedir (26).

Obeziteyle ilgili genlerin etkisini vücudun enerji kullanımını, iştahı veya vücudun besinleri dağıtma şeklini (bu durum substrat paylaşımı olarak adlandırılabilir) değiştirerek gösterdiği sanılmaktadır (26).

4.3.2. Beslenme Şekli, Fiziksel Aktivite ve Çevresel Faktörler

Anne karnında olduğu dönemden itibaren bebeğin beslenme şekli, yaşamın daha sonraki dönemlerindeki beslenme alışkanlığını etkilemektedir. Süt çocukluğu dönemindeki karışık ya da yapay beslenme obezite riskini artırırken, anne sütüyle beslenme obeziteye karşı koruyucu etki göstermektedir. Öğün sıklığı ve düzeni de vücut ağırlığını etkileyen önemli faktörlerdendir. Günde üç veya daha fazla beslenen öğünlerini düzenli tüketen kişilerde, günde bir veya iki kez düzensiz beslenen kişilerden daha az sıklıkta obeziteye rastlanmaktadır (56).

Enerji alımını ve enerji tüketimi arasındaki ilişki pozitif veya negatif enerji balansını ortaya çıkararak beden ağırlığını değiştirmektedir. Erişkinler yılda ortalama 1 milyon k/cal tüketirler. Burada enerji alımında tüketimine karşı yapılacak %5'lik bir hatanın beden ağırlığında ortalama 7 kg kadar değişime neden olduğu belirtilmektedir. O halde obezite yalnızca enerji alımının, enerji tüketimini aştığı zaman olmaktadır. Bugünkü çevremiz limitsiz olarak kolaylıkla elde edilebilen, oldukça ucuz, çok lezzetli ve enerji yüklü gıdalarla doludur. Buna düşük fiziksel aktiviteli yaşam stili de eklenmiştir. Bu çevresel koşullar, yüksek enerji alımına ve düşük enerji kullanımına neden olmaktadır. Pozitif enerji balansı ile beden kitlesi artmaktadır (106).

Obezlerin fazla yeme isteğinin, aile çevresinden edinilen bir alışkanlık olabileceği ileri sürülmektedir. Fiziksel etkinlik eksikliği, aşırı televizyon seyretme,

bilgisayarlarla aşırı ilgilenme gibi kişiyi hareketsiz kılan alışkanlıklar da çoğu kez aile yaşamı ile ilişkilidir. Obez aileler tarafından evlat edinilmiş çocuklarda da obezitenin sık görülmesi, aile çevresinin etkisini kanıtlayan bir bulgudur (67).

Fiziksel inaktivite, obezite gelişmesinin en önemli nedenini oluşturmaktadır. Modern toplumlarda daha az enerji harcanarak işlerin yürütülme imkanı, vücudun kullanamadığı enerjiyi yağ olarak biriktirmesine neden olmaktadır (18). Yapılan bir çalışmada obezitenin başlamasında fiziksel inaktivitenin sorumluluk payının %67.5 gibi çok önemli bir oranda olduğu tespit edilmiştir (18). Epidemiyolojik çalışmalara göre erkekler arasında kilo fazlalığına en fazla sedanter hayat yaşayanlarda rastlanmaktadır (123).

Sosyoekonomik düzeyi yüksek olan ailelerin çocukları aşırı beslenme nedeniyle şişmanlarken, sosyoekonomik düzeyi düşük ve kalabalık ailelerin çocukları dengesiz beslenmeye bağlı olarak şişmanlamaktadır. Dengeli beslenme alışkanlığı kazanmamış özellikle okul çağındaki çocuklar ve gençlerin yağ ve şeker içeriği yüksek, hızlı, hazır yemek türü gıdalarla beslenmeye eğilimleri daha fazla olmaktadır (81).

4.3.3. İlaçlar ve Sigara

Kilo artışı, yaygın kullanılan birçok ilacın sık fakat genellikle gözden kaçan bir yan etkisi olarak ortaya çıkabilmektedir. Duyarlı kişilerde kilo artışı klinik olarak anlamlı obeziteyle ve ilişkili komorbiditeleri ile sonuçlanabilir. Obeziteye neden olan ilaçlar aşağıda özetlenmiştir (15):

Antidepresanlar: Amitriptilin, doksepin, mirtazapin, imipramin, nortriptilin, fenelzin, SSRI'lar

Duygudurum düzenleyicileri: Lityum, valproik asit, karbamazepin

Antipsikotikler: Klorpromazin, klozapin, tioridazin, olanzapin, sertindol, risperidon, trifluoperazin, flufenazin

Antimigren ve antihistaminikler: Siproheptadin, flunarizin, pizotifen

Antidiyabetikler: Sülfonürelere, bütün insülin preparatları, glitazonlar

Glikokortikoidler: Farmakolojik dozları

Beta blokörler: Non spesifik (örnek: propranolol)

Seks hormonları: Östrojen (yüksek doz), megestrol asetat, tamoksifen

Diğer: Bazı antineoplastik ajanlar.

İlaç nedenli obezitede yer alan teorik mekanizmalar ise; Serotonerjik ve dopaminerjik aktivitede azalma, yağ asitlerinin beta oksidasyonunun bozulması ve substrat oksidasyonundaki diğer değişiklikler, sempatik sinir sistemi aktivitesinin azalması, enerji sarfiyatının azalması, sedasyon, ağız kuruması ve kalorili içeceklerin alımının artmasına neden olan antikolinerjik yan etkiler, hipotalamikleptin ve nöropeptid Y aktivitesinde değişiklik şeklinde özetlenebilir (15).

Obezitenin sigara kullanımı ve bırakılması ile de bağlantısı olduğu düşünülmektedir. Sigaranın bırakılmasını izleyerek iştah artar. Sigara, Tiroid Stimulan Hormon (TSH) aktivitesini ve metabolizmasını artırır. Sigara bırakıldığı zaman bunlar normale döner. Sigara içenlerde tiroid aktivitesindeki artış enerji harcamasının artmasına, böylece obeziteden korunmaya neden olabilir. Bununla birlikte sigara içmek bir zayıflama yöntemi değildir (107).

Öte yandan psikodinamik açıdan tütün bağımlılığı olanlarda bağımlılık, güvensizlik, yetersizlik, güçsüzlük, edilgenlik duyguları ile “oralite”, çekingenlik, utangaçlık, suçluluk, günahkarlık duyguları ile “ödüpal” özelliklerin daha çok olduğu ileri sürülür. Bu nedenle sigarayı bırakanların oral doyum amacıyla sigara yerine besin (özellikle besleyici değeri yüksek besinler) almaları obeziteye yol açabilir (118).

4.3.4. Psikolojik Etmenler

Obezite gelişebilmesi için yeme davranışı ile alınan enerjinin etkinlikler yoluyla tüketilen enerji miktarından fazla olması gerektiği, bilimsel olarak ortaya konmuş bir gerçektir. Bu aşamada yeme davranışının fazlalığı üzerine odaklanılabilir. Yeme davranışı psikolojik açıdan incelendiğinde yalnızca beslenme olayını ifade etmemektedir. Yeme tutumunun altında farklı psikodinamik süreçler bulunmaktadır (69).

4.3.4.1. Öğrenme Kuramına Göre Obezite

Erken çocukluktaki deneyimler yaşam boyunca yeme alışkanlıklarını, çok etkilemektedir. Şişman anne babalar belli şişmanlıkta çocuk isterler, zayıf çocuk sahibi olmak onları sıklıkla rahatsız eder. Aynı zamanda kaygılı aileler, kendi kaygılarını gidermek için çocuklarını fazla beslerler. Bazı aileler şişman çocukların daha sağlıklı ve mutlu olduğunu düşünür. Çoğu çocuk ailesini hoşnut etmek için fazla yer. Ana-babalar çocuklarına fazla miktarda yiyecek tüketmeleri konusunda sözlü ya da sözsüz iletiler verir. Böylece çocuklar fazla yemeyi öğrenir ve böyle yaptıkça da ödüllendirilir. “Biraz daha ye” sıklıkla duyulur ve yediği için çocuk övülür. Şişman çocuklar ödülün ertelenmesini, özellikle yiyecek ödülllerinin ertelenmesini kabullenemezler ve bu zevkli ödülleri erteleyememe sonuça aşırı yemeye neden olur. Ödül almanın ertelenmesi, çocukların belirli bilişsel ve toplumsal gelişme döneminde kazandıkları bir beceridir. Eğer ana-babalar çocuklarının kendi kendilerini ayarlama yeteneklerini göz ardı edip, yeme davranışları üzerine baskı ya da aşırı bir denetim kurmaya çalışırsa, çocuk bu beceriyi kazanamaz ve yeme işlemi üzerinde içsel ve kişisel denetimler geliştiremez. Ailenin denetimi ortadan kalktığında, bu çocukların kendilerini denetlemeleri yetersiz kalır ve iştah uyandırıcı bol yiyeceğin bulunduğu bir ortamda aşırı yeme önlenemez. Çünkü şişman çocuklar, iç açlık uyaranlarına değil, dış yiyecek uyaranlarına yanıt vermeyi öğrenmişlerdir. Yemeği ya da yemeği hatırlatan uyaranları ne kadar çok görürse o kadar fazla yer (109).

Çocuklarının her ağlama ve rahatsızlığına hemen her zaman meme ya da biberonla yanıt veren anneler böylece onların oral doyum ve yaşantı açlığını koşullandırarak ilerde stres altında kaldığında oral doyum aramasına neden olur (105). Kişi açlık ve keyifsizlik duygularını ayırt edemez. Yemekler aracılığıyla avunur. Yemek anlık rahatlık sağlar, fakat şişmanlık olumsuz beden imgesine, kendi kendine kızmaya, başkaları tarafından çirkin ve zevksiz görünmeye, kendini yalnız ve mutsuz hissetmeye neden olur. Tüm bunlar fazla yemeye yol açar. Yiyecekler sevginin simgesi olmuştur. Yemek yeme rahatlık kaynağı olarak gerçek yaşamdan zevk almanın yerine geçer. Böylece şişmanlık kısır bir döngü haline gelir (109).

Şişmanların yeme alışkanlıkları benzerlik gösterir: Yemeyi durduramamaktan yakınır, çevrelerinde yiyecek bir şeyler atıştırmaya ve yiyecekleri tatmaya eğilimlidirler, açlık ve keyifsizlik duygularını ayırt edemezler (110).

Şişman ana-babaları örnek alarak öğrenme de sıktır. Aileler güçlü birer örnektir. Şişman ana-babaların şişmanlığa yol açan yaşam biçimlerini benimseyen şişman çocukları vardır. Fazla miktarda ve yanlış tipte yiyecek tüketimi tipiktir. Şişmanlatıcı yiyecekler şişman aile yaşantısının bir parçasıdır.

Şişman ailelerde yürümek, koşmak, yüzmek gibi etkinlikler sık yapılmazken, beraberce yemek yemek sık yapılan ve hoş giden bir etkinliktir. Yetersiz egzersiz de erken çocuklukta öğrenilen bir alışkanlık olabilir (109).

4.3.4.2. Psikanalitik Kurama Göre Obezite

Obeziteye ilişkin psikanalitik teorilerde obez bireylerin çözümlenmemiş bağımlılık gereksinimleri bulunduğu ve bu kişilerin psikoseksüel gelişimin oral dönemine fıkse oldukları vurgulanır. Bu döneme fiksasyon; aşırı bir iyimserlik veya karamsarlık, oburluk, hırs, bağımlılık ve sabırsızlık ile karakterize tipik bir kişilik yapısını oluşturur. Oral karakter yapısı etyolojik olarak önemlidir ve obezite ile güçlü bir ilişkisi vardır. Freud'un libido kuramına göre libido, belirli gelişim evrelerinde belirli beden bölgelerine daha çok yatırılır. Bu bölgeler önce ağız, dudaklar ve dil, sonra anüs ve kalın barsak, daha sonra ise genital organlardır. Freud belirli yaş dilimlerinde belirli dürtülerin yoğunlaşmasından yola çıkarak oral, anal ve genital dönemleri tanımlamıştır. Bu bağlamda obezite ve yeme davranışı arasında en çok bağ kurulan dönem “oral dönem”dir. Oral dönem doğum sonrası ilk bir yılı kapsar. Bu evrede libido ağız, dudak ve dile daha çok yatırılır yani bu evrede doyum sağlayan, haz veren bölge ağız ve çevresidir. Emme, çiğneme ve yutma eylemlerinde belirginleşen içe alım, bu bölgenin ve evrenin egemen işlevidir (69).

Ruh çözümlemesinde 70’li yıllara kadar bebeklerin tümgüçsüz, alıcı, bağımlı ve nesnelerden ayrılaşmamış olduğu düşünülmekte iken, son zamanlarda süt çocukları üzerinde yapılan gözlem ve araştırmalar, bebeklerin sevgi nesnesinden belirli bir oranda ayrılaşmış, çevreyi sanılandan daha çok algılayan ve anne karşısında pasif olmayan bir yapıda olduklarını göstermektedir. Bu evrede bebeklerin davranışlarında

içe alım ve doyum önceliklidir. Ancak bu gözlemler bebeklerin alma ile verme arasında dalgalandıklarını da göstermiştir. Sadece doyum amaçlı tek yönlü bir “alış”tan çok, yaşamın erken dönemlerinde başlayan bir “alışveriş” insan ilişkilerinin özgül özelliklerinden biridir. Bu alışverişte annenin kişisel özelliklerinin büyük önemi vardır. Çocuğun veren ya da alan bir kişi olarak gelişmesini annenin alıcı ve verici özellikleri belirler. Verebilen bir anne almasını bilen bir çocuğun gelişmesine olanak sağlar. Almayı öğrenmek verebilmenin de ön koşuludur. Güçsüz, kuşkulu, veremeyen ve kendi gereksinimleri peşinde koşan bir anne, çocuğun sağlıklı bir biçimde almasını engeller. Böyle bir anne çocukta vermekten çok almayı düşünen nesne tasarımlarının gelişmesine ve çevreyle ilişkilerinin bozulmasına neden olabilir (76).

Oral dönemde alışverişteki dengesizlik yalnızca veren (özgeci) ya da yalnızca almayı düşünen (bencil) bir kişiliğin gelişmesine neden olabilir. İştah ve yeme bozukluklarının çoğunda bu dengesizliğin izlerine rastlanır. Dediğim dedik anneler bu alışverişi bir güç gösterisine dönüştürebilirler. Çocuk bu tutum sonucu almayı güçlülük, vermeyi ise güçsüzlük olarak algılayabilir. Aşırı şişmanlığın dinamiğinde ebeveynin çocuğa “senin ne zaman acıkacağını ve ne zaman doyacağını ben bilirim ve ben belirlerim” gibi bir yaklaşımın etkisi çokça vurgulanmıştır. Duygusal sorunları olan ya da cinsellikten korkan anneler, alışverişi duygu ve cinsiyet alanlarının dışına kaydırırlar. Böyle durumlarda sevginin yerini yemek, hediyeler, para ya da oyuncaklar, cinselliğin yerini de giyim, işte verimlilik ve yaşamdaki başarı alabilir. Umutsuz ve karamsar anneler, çocuklarında geleceğin umut içerdiği inancının gelişmesini, sevmeyen anneler ise çocuklarının kendilerini sevilir varlıklar olarak algılamalarını engellerler. Bu nedenle bu dönemin umudun, inancın, temel güven duygusu ve sevginin belirleyicisi olduğu düşünülmektedir (76).

Psikanalistler obeziteye karşı yeterince ilgi duymamışlardır. Psikanaliz hastalarının yalnızca küçük bir bölümü obezdir ve bunların da çok az bir bölümü obezite nedeniyle tedavi isteğinde bulunmuşlardır (69,104).

Psikanalitik teorilerde aşırı yeme, depresyon ve anksiyete ile uyuma yönelik olmayan veya uyumu bozan bir baş etme tepkisi olarak görülmektedir. Obez bireylerin aşırı yemek suretiyle anksiyete ile baş etmeyi öğrendikleri ve bu bireylerin edilgen

bağımlı özelliklerinin bu kişileri alternatif baş etme becerileri geliştirmekten alıkoyduğu öne sürülmektedir.

Psikanalitik araştırmalarda obezite kişilik bozukluğunun psikosomatik bir semptom kompleksi olarak kabul edilmiştir. Şişmanlık gibi “bilinç dışı psikosomatik bir semptom kompleksi” seçiminde genetik, biyokimyasal, nörolojik, endokrinolojik ve sosyolojik faktörlerden birisinin ya da birkaçının katkıda bulunduğu belirtilmektedir. Bu konudaki veriler genellikle yetişkin hastalarla ilgili olup, obez hastaların genellikle şişmanlık sorunları nedeniyle değil, depresyon ve fobi gibi nörotik semptomlarla analiste başvurdıkları belirtilmektedir (124).

Obez hastalar arasında çok geniş ve dinamik yapısal farklılıklar olmasına karşın, bu hastaların ego yapıları belirgin olarak anoreksi hastalarından ayırt edilebilmektedir. Obez hastaların ego yapılarında sadece oral dürtülerde değil tüm dürtülerde defekt vardır. Süperego yapıları kısıtlayıcı ve bulimikanorektik hastalarinki kadar mükemmeliyetçi ve kontrol edici değildir. Analiz edilen birçok obez hastanın ailesinde patolojik narsistik aile şekli tespit edilmiş ve bu yapının kendisini impuls kontrolünde yetersizlik olarak gösterdiği düşünülmüştür (124).

Yeme bozuklukları üzerine yapılan bir araştırmada toplumda çok yaygın bir şekilde şişmanlık korkusu bulunduğu saptanmıştır. Bu korku nedeniyle kompulsif özellikleri olan bireyler yiyecekten fobik bir şekilde uzak dururlar. Böyle hastalar kısıtlayıcı anorektik olarak teşhis edilir. Farklı ego yapısı olan diğer hastalar açlığa yenik düşerler, kendilerini kontrol edemezler ve aşırı yeme dürtüsüne kendilerini bırakırlar. Kaybettikleri kontrolü kusarak ya da laksatif kullanarak ele geçirmeye çalışırlar. Bu hastalar da bulimikanoreksik olarak teşhis edilirler (124).

Savit, bütün şişman hastalarda şişman olma korkusunun tetiklediği karakteristik psikodinamik çatışmalar olduğunu ileri sürmüştür. Obez hastaların ego çatışmalarını anorektik hastalar gibi içgüdüsel aşırı kontrol ile değil, içgüdüsel zevkle kontrol etmeye çalıştıklarını belirtmiştir. Ayrıca şişman hastalar suçluluk duygularını açlık, kusma ya da laksatif kullanarak değil; bunun yerine dürtülerini kontrol edememenin sorumluluğunu inkar etme yolu ile kompanse ederler. Etkisiz egoları sebebiyle şişmanların sonu gelmeyen diyet girişimleri genellikle self kontrolünün yetersizliğinin bir göstergesidir.

Sonuç olarak psikanalitik görüŖe göre obezite, kiŖilik bozukluklarının çoğuna eşlik edebilen bir semptom kompleksidir. Psikiyatrik ya da psikodinamik tanı ne olursa olsun şişmanlık altta yatan dürtü kontrol bozukluğunun bir belirtisidir (124).

Bu konuda yapılan çalışmalar incelendiğinde; Psikanalitik literatürde şişman hastalarla ilgili değışik psikodinamik ve bilinçaltı çatışmalar tanımlanmış olduğı görölmektedir. Dişiliğı inkar etme, ödipal rekabetten vazgeçme, erkeksi saldırganlığa karşı korunma, fallusun içe alınması gibi fanteziler, kaybedilmiş bir nesneyi tekrar kazanma düşüncesiyle yemek, mastürbasyon dürtülerinin yukarı doğru yer değıştirmesi, can sıkıntısına karşı yemek, depresyona karşı yemek, anne sevgisini yerine koymak için yemek, diğeri psikosomatik belirtilerden şişmanlığa kayış, teşhircilik bu çatışmalardan bazılarıdır (124).

Genel kanı gelişme ve olgunlaşma seviyelerindeki her türlü çelişkinin inkar edilip, bölündüğü ya da şişmanlık korkusu kompleksi ile yeme ya da yememe şeklinde dışsallaştırıldığı şeklindedir.

Şişman hastaların beden algılarına ilişkin çalışmalarda, ağırlık düzeyleri ne olursa olsun şişman hastaların anoreksik hastalara benzer bir şekilde, şişman olma korkusu ve zayıf olabilme takıntısı ile yaşadıkları dikkat çekmektedir. Şişmanlıklarından rahatsız olmadıklarını söyleyen hastalar aslında aşırı bir inkar içindedirler ve çözemeyecekleri bir problemi rasyonelize etmektedirler (124).

Aile dinamikleri araştırıldığında şişmanların ebeveynlerinin aile içindeki tavırlarında herhangi bir karakteristik gruplaşma olmadığı görölmüştür. Anorektiklerin ailesinde belirgin olarak gözlenen mükemmeliyetçilik, duyguların bastırılması, diyet yapma ve şişmanlık korkusu, teşhircilik, ebeveyn çatışmaları gibi özellikler, şişman vakaların ailelerinde aynı oranda gözlenmemektedir. Şişmanların ailelerinde dikkati çeken bir özellik, belirli normal ebeveyn rollerinin büyük oranda ihmal edildiğidir. Çocuğun şişmanlığı seçmesi aşırı ilgi ile değıl ebeveynlerin ilgisizliği ile oluşmaktadır. Çocukluk çağında, obeziteye yol açan bazı aile davranışlarının, gelişimsel çatışmaların olduğı ve çocuğun özdeşim sorunları bulunduğı dikkati çekmektedir (124).

Şişmanlığın bağımlılık ve çocukluk alışkanlıklarıyla ilişkisi psikanalitik açıdan obeziteyi inceleyen araştırmalarda üzerinde durulan bir başka alanı oluşturmaktadır.

Wilson, şişman hastaları etkili bir şekilde tedavi etmek için genellikle şişmanlığın başlıca nedeni olan dürtü kontrol bozukluğunu, bağımlı kişilik yapısını ve çocukluk alışkanlıklarını anlamak gerektiğini ifade etmektedir. Şişmanlığın bağımlılık olduğunu ve parmak emme, tırnak yeme, saç yolma, enkoprezis, enürezis gibi dürtü kontrol bozukluklarıyla sıklıkla birlikte bulunduğu dikkat çekmiştir. Bununla beraber bazı hastaların aşırı uyumlu bir çocukluk öyküsü verdiklerini ve bu hastaların terapileri sırasında izole edilmiş isyankarlık dönemleri olduğunu belirtmişlerdir. Yazarlar, egonun yeme bozukluklarında kullandığı savunma mekanizmalarını, çocukluktaki alışkanlıkları ve dürtü bozukluklarıyla da mücadele ederken kullandığını ve şişman hastaların ego yapısında inkar, bölünme, yer değiştirme, dışsallaştırma ve bilinçten uzak tutma ve yalan söyleme gibi savunmaların önemli yer tuttuğunu ifade etmiştir (124).

Psikanalize giren hastaların verileri incelendiğinde, analiz sırasında obez hastaların serbest çağrışımları yapamadıkları gözlenmiştir. Bu kişiler genellikle suçlu hissetmeye karşı kat kat savunma oluşturmuşlardır. Bilinç dışı olarak terapist dahil herkesi potansiyel “eleştiren ebeveyn” olarak algılama eğiliminde oldukları bildirilir. Bu yansıtma özdeşimin bir şeklidir. Şişmanlardaki inkar savunması çok katlıdır ve diğer savunmalarla bağlantılıdır. Kendi kendine alay etme, komiklik, şaka yapma diğer insanlardan gelecek eleştirilere karşı bir savunmadır (124).

Bu savunmalar analiz edildiğinde depresyon ortaya çıkar. Aynı zamanda yansıtma özdeşimin ortaya çıkış şekli olan irritabilite, kavgacılık, karşı koyma da görülür. Şişman hastalar kendilerini hoş görme konusunda suçluluk hissederler. Bunun fark edilmesi durumunda kızgınlık ve kuşku duyguları oluşur. Böyle bir durumda davranışlarını sorgulayan insanları şaşırtırlar. Onları çocukluklarındaki eleştiren ebeveynleri ile karıştırırlar (124).

Bazı obez bireylerde depresif kişilik özellikleri görülebilir. Depresif kişilik yapısı gelişiminde psikoseksüel gelişim basamaklarının rolü büyüktür. Oral dönemin en etkin işlevi içe alım ve en belirgin davranışı bağımlılık ve edilgenlik ise bu döneme saplanmaların bu özelliklerin gelecekteki kişilik yapısında etkili olması doğaldır. Oral

dönemin beslenme, alma verme, haz alabilme, yaşama kıvancı, umut ve iyimserlik gibi temel nitelikleri ve bunlarla ilgili sorunlar depresif kişilik yapısının temel belirleyicileridir. Depresif kişilik yapısında yasak, yargı ve cezalandırmalar; beslenme, doyum ve haz alma, umutlanma, bencillik ve yaşama isteklerine karşıdır. Beslenme ile ilgili kontrolsüzlük ya da sapmalar üst benliğin o kişiyi değersizleştirmesine neden olur (124).

Obezlerin tipik kişilik özellikleri sabırsızlık, büyüsel düşünceye inanma, kararsızlık, doymak bilmezliktir. Herhangi bir başarıyla omnipotens yaşarlar fakat başarısızlık ve engellenme karşısında çok çabuk bir şekilde açlık korkusuna dönerler (124).

Bu veriler ışığında ekzojen obezite etyolojisinin tek bir nedenle açıklanamadığı görülmektedir. Genetik, beslenme şekli, sosyoekonomik durum ve psikolojik etkenlerin bazen birisinin bazen birden fazlasının etkisi sonucunda oluştuğu kabul edilebilir.

4.4. Obezitenin Klinik Özellikleri

Obezite tanısının konması klinikte önemli bir konudur. Kisinin sisman olup olmadığına, yalnızca bakarak da karar verilebilir. Ancak tanının objektif ölçütlerle kanıtlanması gerekir (117).

Bedendeki yağ miktarının klinik olarak ölçümü güçtür. Beden yağını ölçmek için çeşitli laboratuvar yöntemleri geliştirilmiştir. Fakat bunların hiç birisi klinik kullanım için elverişli değildir. Yeni teknolojik tanı yöntemlerinden olan bilgisayarlı tomografi (BT) ve manyetikrezonans görüntüleme (MRI) yöntemi gerçeğe oldukça yakın sonuçlar verebilmektedir. Ancak bu yöntemlerin çok pahalı olması ve yaygın olarak bulunmayışı geniş çaplı epidemiyolojik çalışmalarda kullanımını kısıtlamaktadır (54).

Günümüzde obeziteyi belirlemek için Dünya Sağlık Örgütü tarafından 1988’de Garrow’ca tanımlanan tartı ve boy parametrelerinden yararlanılarak geliştirilen “beden kitle endeksi” (BKİ) kullanılmaktadır. Buna BMI (Body MassIndex) veya Quetelet indeksi de denmektedir (126).

4.5. Obezitede Komplikasyonlar

4.5.1. Tıbbi Komplikasyonlar

Obezite birçok hastalığa neden olabilir, alevlendirebilir ya da riskini arttırabilir. Obeziteye en sık eşlik eden durumlar koroner kalp hastalığı, tip 2 diyabet, hipertansiyon, dislipidemi, inme, safra kesesi hastalıkları, uyku apnesi, solunum problemleri, ağırlık taşıyan eklemlerde osteoartrit ve bazı kanserlerdir (endometrium, meme, prostat, kolon). Obezite ile ölüm arasında da açık bir bağ vardır. Kardiyovasküler hastalıklar ölümlerin birinci nedenidir(104, 100).

4.5.2. Psikolojik Komplikasyonlar

Obezitenin psikolojik faktörler ve psikiyatrik hastalıklarla ilişkisi birçok çalışmada gösterilmiştir. Obez bireylerde görülen psikolojik sorunlar dört ana başlık altında toplanabilir. Bu sınıflamada tüm grupların birbirleriyle bağlantılı oldukları, birinin diğerine zemin hazırladığı ve zaman zaman iç içe geçtikleri dikkati çeken bir başka konudur.

4.5.2.1. Benlik Saygısı ve Beden Algısı Üzerine Olumsuz Etkiler

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 (33).

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 (33).

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 (132).

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 yapılan değerlendirmenin aynılık ve sürekliliği ile uyuşması sonucunda benlik kimliği duygusu gelişmektedir. Bu şekilde kimlik duygusuna yol açan benlik saygısı, çocukça bir ben merkezlik duygusunun aksine, yetenekler ve sosyal teknikler, ego ideali ve sosyal rol ilkelerine dayanmaktadır (37).

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 (97).

Houser, kişinin kendine verdiği değer üzerinde durmuş ve benlik saygısını, kişinin kendi değerinin, kendi düşünce ve duygularına verdiği önemin değerlendirilmesi olarak tanımlamıştır (33).

Chrzarowski, benlik saygısının en geniş anlamıyla kişinin yetenek ve güçlerinin iyi bir değerlendirmesine dayanan, kendisiyle ilgili olumlu imgesi olduğu görüşündedir. Benlik saygısının bazı yönleri, zeka, görünüm, beden yapısı gibi kişinin doğal özelliklerinin üzerinde gelişir. Yaşam deneyimleri, kültür, toplum, aile ve tüm çevresel faktörler bu materyalin üstüne yapılanmada rol oynar (33).

Benlik saygısı kişinin yaşamı boyunca sürer ve çevredeki bazı değişkenlerden, bazı insanlarla ilişkilerden, kişinin iş ve özel yaşamından etkilenebilir (32).

Copersmith (1967), benlik saygısını kişiliğin önemli bir boyutu ve olumlu bir kişilik özelliği olarak kabul ederken, bireyin kendini yetenekli, önemli, başarılı ve değerli

olarak algılama derecesi şeklinde tanımlamaktadır. Benlik saygısının gelişimine katkıda bulunan 4 temel etkenden bahsetmiştir:

1. Kişinin yaşamında önemli bir yere sahip olan insanlardan gördüğü ilgi, kabul edici ve saygılı davranışların miktarı bu konudaki temel etkenlerden biridir.
2. Kişinin başarıları ve sahip olduğu statü de bir başka etkendir.
3. Kişinin başkaları tarafından kendisi için konulan ve kendi istediği amaçlara ulaşmış olması gerekir. Kişinin başarılarını ve gücünü kendi ölçütleri açısından değerlendirmesi benlik saygısının gelişmesiyle ilgili temel bir etken oluşturur.
4. Kişinin başkaları tarafından yapılan değerlendirmelere de nasıl karşılık verdiği de bir başka etken olarak gösterilmektedir.

Copersmith aynı zamanda benlik saygısının ana bileşeninin yeterlilik duygusu, önemlilik, erdem ve yetenek olduğunu savunur (48).

Erişkinlerde obezite ile benlik saygısı arasındaki ilişkileri araştıran çalışmaların bazılarında benlik saygısı ile obezite ve BKİ arasında ters orantı olduğu (42), bir çalışmada ise ilişki olmadığı belirlenmiştir (46). Literatürde obezite ile benlik değerinin azalması arasında doğrusal bir ilişki olduğuna dair araştırmalar çoğunluktadır (114,21). 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 (88). Ogden ve Evans'ın çalışmasında da obez olgularda depresyonun daha fazla, benlik saygılarının daha düşük olduğu (78); Kartal'ın çalışmasında ise yine obezlerde benlik saygısının daha düşük olduğu saptanmıştır (57). Galletly ve ark.'nın 64 kadınla yaptıkları prospektif çalışmada kilo kaybedilmesi ile depresyon oranında azalma ve benlik saygısında artma kaydedilmiş (44); bir başka çalışmada ise benlik saygısı ile cinsel çekicilik arasında ilişki bulunmuştur (116).

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.(12, 107).

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 aysonra) envanter uygulamışlardır. Obez bireyler operasyon öncesi kendisine ayrımcılık yapıldığını ve önyargılı davranıldığını belirtmişlerdir. Operasyondan sonra böyle bir yakınma dile getirmemişlerdir (12).

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”fkrini oluşturur ve egonun sonraki biçimlenmesinde temel bir önemi vardır (134).

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 ve 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 (30).

Obezlerdeki beden algısı ile ilgili çalışmalara bakıldığında; BKİ'nin beden hoşnutsuzluğuna anlamlı düzeyde etkisi olduğunu (22) ve obez grubun, obez olmayan grupla kıyaslanmasında obezlerin daha fazla beden hoşnutsuzluğuna sahip oldukları görülmektedir (102). 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 (98). Birçok obez birey görünüşlerinden hoşlanmaz ve bu, genellikle kilo kaybetmeyi istemelerinin başlıca sebebidir. Kilo kaybının görünüş ve çekiciliklerini artıracığına ve sonuç olarak kendileri hakkında dahaiyi hissedeceklerine inanırlar (99).

Obez bireylerin genel tedavisinde beden algısı üzerinde çalışmanın önemli bir yeri olduğu ileri sürülmektedir (30). Cash, çok düşük kalorili bir diyet kullanarak kilolarını %24 azaltan obez kişilerin beden algısının bütün yönlerinde önemli iyileşmeler yaşadıklarını saptamıştır. Ancak, tek başına kilo kaybı bütün beden algısı sorunlarını yok etmemektedir, özellikle de kilo kaybı hafif derecede ise (23). 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 görüşlerine 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 (24).

Obez kadınlarda beden hoşnutsuzluğu şiddetinin gerçek beden ağırlığından çok, algılanan beden ağırlığıyla ilişkili olduğu gösterilmiştir (102). Başka bir çalışmada, 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 (83).

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 (121). 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 (102).

4.5.2.2. Aile İlişkilerinde Yaşanan Sorunlar ve Sosyal Uyum Sorunları

Yaygın olarak kabul edildiği gibi ebeveyn davranışları çocuk gelişimini pek çok açıdan şekillendirmektedir. Diyet yapan genç kızların bu davranışları annelerinden öğrendikleri görülmüştür. Kilolu kızların anneleri çocuklarının ne kadar ve nasıl yemeleri ile ilgili daha fazla dış kontrol uygulamaktadır. Bu anne kontrolünün odak noktası, yiyecek alımını azaltmaktır. Kızlarının yiyecek alımını sınırlayan annelerin ifadeleri kendi diyet kısıtlamaları ile bağlantılı bulunmuştur (31).

Sosyal ve fiziksel çevrelerindeki yetersizliklerin erişkinlikteki obezite ile bağlantılı olduğu düşünülmektedir. Lissau ve ark.’nın çalışması ebeveynlerinden yeterli destek alamayan çocukların erişkinlikte diğerlerinden yedi kat daha fazla obezite riski altında olduğunu göstermektedir (68).

Olumsuz beden algısına sahip genç kızların daha zayıf aile ilişkileri bildirdikleri dikkati çekmektedir (87).

Obezitenin gelişiminde psikososyal faktörlerin rolü kabul edilmektedir. Bu grupta obez olmayanlara göre daha çok psikososyal rahatsızlık görülmektedir. Tedavi için başvuran obez kişilerin psikolojik rahatsızlık ve yeme sorunlarının olma olasılığı, tedavi için başvurmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Amerika Birleşik Devletleri ve diğer gelişmiş ülkelerde, obezite prevalansının azınlık gruplarında, düşük sosyoekonomik sınıflarda ve eğitim düzeyi düşük kitlelerde daha yüksek olduğu gösterilmiştir. Obez bireyler çalışma yaşamında daha az kalifiye olarak değerlendirilmekte, çalışma alışkanlıklarının daha kötü, duygusal ve kişilerarası ilişkilerinin daha sorunlu olduğu düşünülmektedir. Obez bireylerin prestijli okullara kayıt olma ve daha çok tercih edilen mesleklere kabul edilme şanslarının daha düşük olduğu belirtilmektedir. Astım, diyabet ve kas-iskelet deformiteleri gibi diğer kronik fiziksel hastalıklarla beraber obezite sıklıkla daha düşük evlilik oranı gibi negatif sosyal ve ekonomik sonuçlar da doğurmaktadır (61).

Bu araştırmalar obezitenin sosyal zorluklar için bir risk etmeni olduğunu düşündürmektedir.

4.5.2.3. Yeme Tutumu ve Yeme Bozuklukları

Yeme davranışı motor, bilişsel, sosyal, duygusal gelişmelerin merkezi ve çevresel faktörler tarafından düzenlenmesiyle oluşan kompleks bir fenomen olarak görülür. Yeme sadece biyolojik gelişim ve fizyolojik fonksiyonların gereksinimini sağlamak için değildir. Anne bebek ilişkisinden itibaren bütün sosyal ilişkilerin oluşumuyla da ilgilidir. Yeme çok çeşitli haz veren ve acı veren yaşantılarla ilişkilendirilmektedir (104).

Obez kişilerin tümünün kilolu oluşlarında yeme davranışlarının sorumlu olmadığı bilinmektedir. Bununla birlikte obez bireyler arasında aşırı yemenin yaygın olduğu kabuledilir. Obez bireylerin normal kilolu bireylere göre uyarılma eşiklerinin daha düşük olduğu bilinmektedir. Bu kişiler dış uyaranlara daha rahat ve fazla yanıt verirler. Bu bireyler normal kilolu bireylere göre ağrı stres ve diğer emosyonel uyaranlara karşı daha fazla bir uyarılma örneği gösterirler. Bu bireylerdeki

uyarılabilirlik eşiğinin düşük oluşu, dış uyaranlara yanıt vermedeki artışla birleşince bu durum aşırı yeme ile sonuçlanabilir. Uyarılabilirlik eşiği düşük olan bireyler yiyecek uyaranlarının bulunduğu ortamda diğer bireylere göre bu uyaranlara daha kolay ve daha yoğun yanıt vermektedirler (104).

Obezlerde anksiyete düzeyleri ve yeme tutumları arasında ilişki olduğu düşünülmüştür. Çalışmalar obez bireylerin, anksiyete yaratan durumlarla karşılaştıklarında normal kilolu bireylere kıyasla anlamlı şekilde daha fazla yemek yediklerini göstermiştir. Obez bireylerin yaklaşık %10'unda günlük stresörlerle ortaya çıkan sabahları iştahsızlık, uykusuzluk ve gece yeme davranışı saptanmıştır. Bu tür davranış stres altında ortaya çıkar ve stres geçinceye kadar sürer. Açlık dürtüsü olmadan ortaya çıkan yeme atağı sırasında kontrolü kaybetme duygusu yaşanır ve aşırı miktarda gıda tüketilir. Bu şekilde yeme paterni olan obez grubun obezite tanı kategorisi içinde farklı bir alt grup olduğunu düşünenler çoğunluktadır (69, 104).

Obez hastalarda yeme bozukluklarını araştıran çalışmaların sayısı oldukça kısıtlı olup bu konuda en çok vurgulanan tıknırcasına yeme bozukluğudur.

Başka türlü adlandırılmayan yeme bozuklukları içinde yer alan, bazı yazarlarca“tıknırcasına yeme bozukluğu” (TYB) olarak adlandırılan klinik tablo, obezite ile bağlantısı açısından dikkati çekmektedir. Bu bozuklukta bulimia nervozadakine benzer yeme atakları olup kusma ve aşırı yemeyi kompanse edici diğer davranışlar bulunmamaktadır.

Hamburger (49), şişman kişilerde tıknırcasına yeme davranışından söz etmiş ve şişman hastalarda özellikle çikolata, şeker, dondurma gibi tatlılara karşı denetlenemeyen, karşı konulamaz bir davranış biçimini, “kompulsif yeme” olarak adlandırmıştır. İlk kez Kornhaber (64) tıknıma sendromu olarak ayrı bir klinik görünüm tanımlamış, bu sendromun hiperfaji, depresyon ve duygusal geri çekilme ile seyrettiğini belirtmiştir. Bu konuda yapılan çalışmalar son zamanlara kadar bulimia nervozalı hastalarla sınırlı kalmıştır.

Kimi araştırmacılar fazla yemekten söz ederken bir aşırı yeme atağı sırasında belli bir kaloriden fazlasını ölçüt olarak almanın araştırmaların düzenlenmesinde daha çok

yardımcı olacağını bildirmekte, kimi araştırmacılar ise yenilen yiyeceğin miktarından çok kişinin denetimi yitirdiği duygusunun temel ölçüt olduğunu ileri sürmektedir (7).

TYB yaygınlığı toplumda %2 olarak bildirilmiştir. Sıklıkla şişmanlıkla birlikte ve kadınlarda daha fazla görülmektedir. Kilo verme programına katılan şişman kişilerin % 23-46'sında TYB olduğu belirlenmiştir.

Tıkınırcasına yeme bozukluğu olan ve olmayan obez bireylerin yeme biçimi, ruhsal bozukluk sıklığı, aile öykülerini karşılaştıran çalışmalar vardır. Bu çalışmalarda TYB olan obez bireylerin, TYB olmayan obez kişilerden aşırı yeme atakları ve bu ataklar sırasında denetimi yitirdikleri duygusuyla ayrıldıkları bildirilmektedir. TYB olan obez kişilerde şişmanlık, TYB olmayanlara göre daha erken yaşlarda ortaya çıkmaktadır. Bu kişiler ağır ve gerçekleşmesi olanaksız sıkı diyetler yapmaya daha erken yaşlarda başlamaktadırlar (73). Ayrıca TYB olan bireylerde disfori, düşük benlik saygısı, yetersizlik duyguları, kendilerini etkisiz bulma ve borderline kişilik özelliklerine TYB olmayan obez kişilerden ve normal kilolulardan daha sık rastlanmaktadır (7).

4.5.2.4. Obez Bireylerde Psikopatoloji

Klinik popülasyonlara ilişkin yetişkin hastalarla yapılan çalışmalarda obez bireylerde psikopatoloji düzeylerinin yüksek olduğu belirlenmiş olmakla birlikte; bu psikopatoloji düzeyi, medikal ve cerrahi hastalarında saptanandan daha yüksek bulunmamıştır (11).

Klinik ortamlarda obez bireylerin depresyon puanlarının orta derecede yükselmiş olduğu saptanırken genel popülasyondan seçilen aşırı obez ve normal beden ağırlığına sahip deneklere ilişkin çalışmalarda obezlerin normal kilolu bireylere göre depresyon, anksiyete, global psikolojik uyum ve standart kişilik ölçümlerinde daha fazla psikiyatrik ve emosyonel bir bozukluk göstermedikleri saptanmıştır. Hatta bir çalışmada depresyon ve obezitenin şiddetinin ters orantılı olduğu bildirilmiştir (73).

Castelnuovo-Tedesco (25) ağır obezitesi olan 20 kadın olguyu incelediği çalışmasında; belirgin bir psikiyatrik bozukluk saptamamış ancak pasif agresif kişilik bozukluğu basta olmak üzere kişilik bozukluklarına daha fazla rastladığını bildirmiştir. Olguların depresif özellikleri olmasına rağmen şiddetli olmadığını ve

yiyecek alımının tipik bir şekilde duygusal yoksunluğu yatırtmak için kullanıldığını ileri sürmüştür.

İleri derecede obez bireylere kıyasla daha az obez bireylerdeki psikopatolojiyi değerlendiren çalışmalarda psikolojik bozukluğun arttığına ilişkin bulgular azdır. Bazı obez bireylerde gözlenen benlik saygısında düşüklük, depresyon, anksiyete bozukluğu gibi psikopatolojilerin sebep mi, yoksa sonuç mu olduğu konusundaki tartışmalar sürmekteyken; bir başka yaklaşım tıknırcasına yeme davranışı olan obez grubta, olmayan gruba göre daha fazla psikopatoloji bulunduğu yönündedir. Öyleki son yıllardaki obezite ve psikopatoloji arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmalar TYB'a odaklanmıştır. Yapılan çalışmalarda TYB olan bireylerde disfori, düşük benlik saygısı, yetersizlik duyguları, kendilerini etkisiz bulma ve borderline kişilik özelliklerine TYB olmayan obez kişilerden ve normal kilolulardan daha sık rastlanmaktadır (7).

Yanovski ve arkadaşlarının çalışmasında TYB olan obez hastalarda majör depresyon ve panik bozukluğun daha fazla olduğu, obsesif kompulsif bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu, basit fobi ve sosyal fobi açısından fark bulunmadığı TYB olanların II. eksende özellikle sınır ve kaçınan kişilik bozuklukları tanımlarını daha fazla aldıklarını saptamışlardır. Ayrıca TYB olanların ailelerinde daha fazla madde kötüye kullanımının olduğu belirlenmiştir (129).

Yurdumuzda bu alanda yapılan çalışmalar sınırlı olmakla birlikte, Akalın ve arkadaşlarının obez erişkinlerle borderline kişilik bozukluğu (BKB) olan bireylerin gösterdikleri psikolojik belirtileri karşılaştırdıkları çalışmalarında; obez grubun sağlıklı bireylere göre daha fazla psikolojik belirti gösterdiği ve BKB olan bireylerle genel belirti dağılımlarının benzer olduğu ancak bazı alanlarda farklılıklar olduğu saptanmıştır (96). BKB grubunda depresif, obsesif kompulsif belirtiler ve paranoid-psikotik eğilimler obezlere göre daha yüksek, obez grupta ise benlik saygısı, somatik belirtiler ve yeme patolojisinin BKB grubuna göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (3).

4.6. Obezitenin Tedavisi

4.6.1. Motivasyon

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 (120).

4.6.2. Zayıflama İşleminde Genel Yaklaşımlar

4.6.2.1. Diyet

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 (120).

4.6.2.2. 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 (120).

4.6.2.3. İlaçlar

Obezite, yaşam kalitesini bozan bir hastalık olarak kabul edilmesi nedeniyle bazı durumlarda ilaçla tedavisi üzerinde durulmaktadır. İlaç uygulamasında aşağıdaki kriterler dikkate alınmalıdır:

1. Belirli bir hastalık veya cerrahi müdahale için zayıflaması gerekli görülen bireyler
2. En az 6 ay düşük enerjili diyet, egzersiz ve davranış değişikliği uygulandığında yanıt alınamayan bireyler
3. Aşırı şişman olan bireyler (BKİ>40)

Tedavide kullanılan ilaçların pek çoğu zaman içerisinde başarısız olmuş, bağımlılık yaratmış veya ölüme kadar götürebilen yan etkiler nedeniyle yaygın kullanım alanı bulmamışlardır. Halen dünyada obezite tedavisinde kullanılan ve faz III çalışmalarını tamamlayarak piyasaya sürülmüş az sayıda ilaç vardır. Obezite tedavisinde kullanılan ilaçlar etki mekanizmalarına göre;

1. Gıda alımını azaltan ilaçlar
2. Metabolizmayı etkileyen ilaçlar (yağ emilimini, emilim sonrası metabolizmayı etkileyen ilaçlar)
3. Enerji harcamasını artıran ilaçlar diye gruplandırılabilir.

İlaç tedavisinin yararlı olabilmesi davranış değişikliğine bağlıdır. İlaçla belli bir ağırlık düzeyine gelen bireyler ilacın kesilmesiyle kısa bir sürede eski durumuna dönerler. Bunun önlenmesi için ilaçla birlikte davranış değişikliğini de içeren diyet tedavisi gereklidir (120).

4.6.2.4. Cerrahi

Besin alımı ve emiliminin yavaşlatılmasına yönelik cerrahi işlemlerdir. Morbid obezitesi olan hastalarda düşünülmelidir. Mide-barsak by-pass'ı, mide kapasitesinin azaltılmasına yönelik girişimlerdir. Yağların estetik amaçlı olarak cerrahi yöntemlerle vücudun bazı bölgelerinden aldırılması (liposuction) da uygulanmaktadır. Bu yöntemle belli bölgelerde oluşan yağlar alınmaktadır. Bireyin zayıflamaya yönelik davranış değişiklikleri olmadığı sürece yeniden bu bölgelerde yağ birikimi oluştuğu belirtilmektedir (120).

4.6.2.5. 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'lardan 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, uyaran kontrol tekniklerinin kullanımı, sorun çözme eğitimi mevcuttur (120). 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).

4.7. Obezite ve Hemşirelik Bakımı

Obez bireye verilecek eğitim ve danışmanlık hizmetinin ilk basamağı bireyin durumunun tanımlanmasıdır. Birey ile saygı ve güvene dayanan ilişki kurularak bireyin değişmiş olan beslenme davranışları tanımlanır. Bireyin beslenme planını yaparken içinde bulunduğu yaşamsal dönem, yaşam şekli, eski beslenme alışkanlıkları ve ekonomik durumu tespit edilir. Bireyin ideal kilosu belirlenir. Bireyin kilosunu etkileyebilecek tıbbi durumların varlığı araştırılır. Bireyin kilo almasını etkileyebilecek alışkanlıkları, gelenekleri, kültürel ve genetik etkenleri araştırılır. Birey ile obezitenin riskleri tartışılır. Bireyin beslenme durumundaki değişiklik için gerçekçi, kısa ve uzun vadeli hedefler oluşturulur. Bireyin hedeflere ulaşmak ile ilgili endiselerini ve duygularını ifade etmesi sağlanır. Bireyin çabaları övülerek motivasyonu sağlanır. Bireyin uygulayabileceği aktivite planı yapılır. Bireyin tekrar kilo alması engellenerek hedeflenen kiloyu korumak için riskler belirlenerek önlem alınır (80).

5. GEREÇ VE YÖNTEM

5.1.Araştırmanın Tipi

Araştırma, İstanbul ilinde bir eğitim ve araştırma hastanesinin obezite polikliniğine başvuran obez bireylerin beden algılarının benlik saygıları üzerine etkisini değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel bir çalışma olarak gerçekleştirildi.

5.2. Araştırmanın Uygulandığı Yer ve Zaman

Araştırma, Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesinin Obezite Polikliniğinde Haziran-Eylül 2011 tarihleri arasında gerçekleştirildi.

5.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evreni 4 ay boyunca obezite polikliniğine başvuran obez bireyler oluşturdu. Haziran–Eylül 2011 tarihleri arasında obezite polikliniğine başvuran obez bireylerden çalışmaya katılmayı kabul eden 605 kişiden anketi eksiksiz dolduran 554 kişi örneklemi oluşturdu.

Çalışmaya alınma kriterleri

- BKİ'sinin 30 ve üzeri olması
- 20 yaş ve üzeri olması
- Okur-yazar olması

Çalışmadan çıkarılma kriterleri

- Çalışmada kullanılacak anketin eksik doldurulması

5.4. Veri Toplama Yöntemi

BKİ hesaplaması hastanenin obezite polikliniğinde dijital tartı ve boy ölçer kullanılarak yapılmıştır. Anketler birebir görüşme yöntemi ile uygulanmıştır.

5.5. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri, araştırmacı tarafından literatür bilgilerine dayanarak oluşturulan Kişisel Bilgi Formu (Ek 2), Vücut Algısı Ölçeği (Ek 3), Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (Ek 4) kullanılarak toplanmıştır.

5.5.1. Kişisel Bilgi Formu

Literatür bilgisi doğrultusunda araştırmacı tarafından hazırlanmış ve uzman görüşü alınmış 25 sorudan oluşan anket formu'nda demografik özellikler ve beslenme biçimini etkileyen faktörler sorgulanmıştır.

5.5.2. Vücut Algısı Ölçeği

Secord ve Jourard(1953) geliştirilen vücut algısı ölçeği, kişilerin bedenlerindeki çeşitli kısımlardan ve çeşitli beden işlevlerinden ne kadar hoşnut olduklarını ölçmeyi amaçlar. Ölçeğin ülkemizdeki geçerlik çalışması 1989 yılında Hovardaoğlu tarafından gerçekleştirilmiştir. Ölçekte 40 madde yer almaktadır. Olumsuz madde ya da kesme noktası olmayan ölçeğin toplam puanı 40 ile 200 arasında değişmektedir. Alınan yüksek puanlar çeşitli beden kısımlarından ve işlevlerinden hoşnut olma derecesinin yükseldiğine işaret etmektedir. Hovardaoğlu, Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısını 0.91 ($p<0.01$) olarak bulmuştur (100). Bu çalışmada Cronbach alfa değeri 0.76 olarak bulunmuştur.

5.5.3. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği

Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği; 1963'de Morris Rosenberg tarafından geliştirilmiştir. ABD'de geçerlik ve güvenirlik çalışmaları (Rosenberg 1965) yapıldıktan sonra birçok araştırmada araç olarak kullanılmıştır (97).

Ülkemizde, ölçeğin güvenirlik ve geçerlilik çalışmaları, 1986 yılında Füsün Çuhadaroğlu tarafından yapılmış olup, geçerlilik katsayısı 0,71 olarak bulunmuştur. Test -tekrar test güvenirlik yöntemi kullanılarak da güvenirlik katsayısı 0,75 olarak saptanmıştır.

Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği, çoktan seçmeli 63 sorudan oluşan bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçek, on iki alt kategoriden oluşmaktadır. Bu alt kategoriler benlik saygısı, kendilik kavramının sürekliliği, insanlara güvenme, eleştiriye duyarlılık,

depresif duygulanım, hayalperestlik, psikosomatik belirtiler, kişiler arası ilişkilerde tehdit hissetme, tartışmalara katılabılme, anne-baba ilgisi, babayla ilişki ve psişik yalıtma şeklinde adlandırılmıştır. Rosenberg istenildiği takdirde alt ölçeklerin araştırmalarda ayrı ayrı kullanılabileceğini belirtmiştir. Araştırmanın amacı doğrultusunda benlik saygısını ölçmeye yönelik olarak, ölçeğin ilk ‘‘10’’maddesi kullanılmıştır.

Benlik Saygısı Alt Ölçeği: Sayısal ölçümlerle yapılan karşılaştırmalarda benlik saygısı yüksek (0-1) puan, orta (2-4) puan, düşük (5-6) puan olarak değerlendirilmektedir. Ölçekte işaretli maddeler puan aldırılmaktadır. Test verilirken maddelerin yanında işaretleri bulunmamaktadır. Madde I için 3 sorudan 2’sinde işaretli cevabı seçerse 1 puan, Madde II ve Madde VI, için 2 sorudan 1’inde işaretli cevabı seçmesi 1 puan alması için yeterli olacaktır. Diğer maddelerde ise her işaretli cevap 1 puan değerindedir.

Ölçeğin kendi içindeki değerlendirme sistemine göre denekler, 0 ile 6 puan arasında puan almaktadır. Ölçekten alınan puanın yükselmesi, benlik saygısı düzeyinin düşmesine işaret etmektedir.

0-1 puan: Yüksek düzeyde benlik saygısı

2-4 puan: Orta düzeyde benlik saygısı

5-6 puan: Düşük düzeyde benlik saygısı olarak değerlendirilmiştir.

Ankette yer alan soruların beş tanesi (1, 2, 4, 6, 7) kişinin kendisi ile ilgili olumlu duygular içerisinde olduğuna dair ifadeler olduğu için değerlendirmeye aynen katılmış, geri kalan beş soru (3, 5, 8, 9, 10) kişinin kendisi ile ilgili olarak olumsuz ifadelerle yer verdiği için likert tipi derecelendirmeleri ters çevrilerek değerlendirmeye tabi tutulmuş ve sonunda her birey için toplam skorlar elde edilerek analize tabi tutulmuştur.

5.6. Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS 17.0 İstatistik paket programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotların (Frekans, Yüzde, Ortalama, Standart sapma) yanı

sıra normal dağılımın incelenmesi için Kolmogorov-Smirnov dağılım testi kullanıldı. Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında iki grup durumunda, gruplar arası karşılaştırmalarında Bağımsız örnekler (Independentsamples) t testi kullanıldı. İki den fazla grup durumunda parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Tek yönlü (Oneway) Anova testi ve farklılığa neden olan grubun tespitinde Bonferroni testi kullanıldı. Ölçekler arası ilişkileri saptamak için Pearson Korelasyon analizi kullanıldı. Genel güvenilirlik için Cronbach's Alpha katsayısı hesaplandı. Cronbach's Alpha Katsayısının değerlendirilmesinde kullanılan değerlendirme kriteri;¹

$0.00 \leq \alpha < 0.40$ ise ölçek güvenilir değildir.

$0.40 \leq \alpha < 0.60$ ise ölçek düşük güvenilirliktedir.

$0.60 \leq \alpha < 0.80$ ise ölçek oldukça güvenilirdir.

$0.80 \leq \alpha < 1.00$ ise ölçek yüksek derecede güvenilir bir ölçektir.

Tablo 1. Ölçeklere İlişkin Güvenilirlik Analizi

	Cronbach's Alpha	Madde Sayısı
Benlik Saygısı Ölçeği	0.79	10
Vücut Algısı Ölçeği	0.91	40

Benlik Saygısı Ölçeği güvenilirlik değeri 0.79 olarak bulunmuştur. Vücut Algısı Ölçeği güvenilirlik değeri 0.91 olarak bulunmuştur.

Sonuçlar % 95 güven aralığında, $p < 0,05$ anlamlılık düzeyinde ve $p < 0,01$ ileri anlamlılık düzeyinde değerlendirildi.

5.7. Etik Boyut

Çalışma için araştırmanın yapıldığı hastanenin etik kurulundan ve kurumdan gerekli izinler alındıktan sonra uygulamanın yapılacağı bireylere çalışma hakkında bilgi verilmiş ve yazılı onamları (Ek 1) alınmıştır.

5.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma, İstanbul İl Merkezi'inde yataklı tedavi kurum niteliğinde bir hastane ile sınırlıdır. Çalışmanın yapıldığı tarih aralığına yaz tatilinin, Ramazan ayı ve bayramının denk gelmesi obezite polikliniğine başvuran kişi sayısını azaltmıştır.

6. BULGULAR

Bu bölümde, hastaların kişisel özellikleri ve beslenme biçimini etkileyen faktörlere ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

6.1. Araştırmaya Katılan Obez Bireylerin Kişisel Özellikleri:

Tablo 2. Kişisel Özelliklerinin Dağılımı

Özellikler		n	%	Ort
Yaş	min - max. : 20 – 72	554		36.54
Cinsiyet	Kadın	520	93.9	
	Erkek	34	6.1	
Medeni Durum	Bekar	85	15.3	
	Evli	443	80	
	Dul	26	4.7	
Çocuk Varlığı	Var	434	78.3	
	Yok	120	21.7	
Çocuk Sayısı	1	70	16.1	
	2	180	41.5	
	3	108	24.9	
	4 ve üstü	76	17.5	
Öğrenim Durumu	Öğrenimi Yok	15	2.7	
	İlköğretim	327	59	
	Ortaöğretim	140	25.3	
	Yükseköğretim	72	13	
Çalışma Durumu	Çalışıyor	103	18.6	
	Çalışmıyor	451	81.4	
Ekonomik Durum	İyi	56	10.1	
	Orta	459	82.9	
	Düşük	39	7	

Kiminle yaşıyorsunuz?	Yalnız	7	1.3
	Eş ve/veya çocuk	454	81.9
	Anne ve/veya baba	92	16.6
	Arkadaş	1	0.2
Bölgeye Göre	Karadeniz	69	12.5
	Ege	5	0.9
	Marmara	427	77.1
	Güneydoğu Anadolu	11	2
	İç Anadolu	22	4
	Doğu Anadolu	15	2.7
	Akdeniz	5	0.9

Tablo 3. Boy Kilo İndeksi Ortalaması

	Ort ± SS	Min-Max
Boy	160.06 ± 6.47	145-187
Kilo	92.29 ± 13.60	62-150
BKİ	36.18 ± 4.91	30-58.9

Araştırmaya katılan bireylerin yaş ortalamasının 36.54, % 93.9'unun kadın, % 80'ininevli, % 78.3'ünün çocuğu olduğu,% 59'unun ilköğretim mezunu, % 81.4'ünün çalışmadığı, % 82.9'unun orta ekonomik düzeyde, % 81.9'unun eş ve/veya çocuğu ile yaşadığı ve % 77.1'inin Marmara bölgesinde yaşadığı belirlendi.

Araştırmaya katılan bireylerin Boy ortalaması 160 cm; Kilo ortalaması 92.29 kg; BKİ ortalaması 36.18'dur.

Tablo 4. Beslenme Biçimini Etkileyen Faktörlere Göre Dağılımı

Faktörler		n	%
Yemek alışkanlıklarınız nasıldır?	Evde kendim pişiririm	393	70.9
	Dışarıda fastfood	25	4.5
	Zeytinyağlı sebze yemekleri	87	15.7
	Et yemekleri	49	8.8
Ne zamandan beri kilo sorunu yaşıyorsunuz?	Çocukluk	113	20.4
	Ergenlik	231	41.7
	Hastalık	161	29.1
	Menopoz	49	8.8
Kilo vermek için hangi yöntemleri denediniz?	Diyetisyen	223	22.2
	Spor yapma	164	29.6
	İlaç kullanma	74	13.4
	Bölgesel zayıflama	29	5.2
	Diğer	163	29.4
Kilo sizin için nasıl bir sorun yaratıyor?	Fiziksel	364	65.7
	Psikolojik	321	57.9
	Sosyal	117	21.1
Kronik hastalığınız var mı?	Var	160	28.9
	Yok	394	71.1
Egzersiz yapıyor musunuz?	Evet	115	20.8
	Hayır	439	79.2
Birinci derece yakınlarınızda obez olan var mı?	Var	241	43.5
	Yok	313	56.5
Sizce obez olmanızın sebebi nedir?	Genetik	73	13.2
	Hastalık	79	14.3
	Beslenme şeklim	247	44.6
	Hareketsizlik	140	25.3
	Diğer	10	1.8

Araştırmaya katılan bireylerin % 70.9'u yemeğini evde kendi pişirdiğini, % 41.7'si ergenlik döneminden beri kilo sorunu yaşadığını, % 29.4'ü diğer zayıflama yöntemleri olan karboksipunktur, akapunktur v.s denediğini, % 65.7'si kilosunun fiziksel sorun yarattığını, % 28.9'u kronik hastalığının olduğunu, %79.2'si egzersiz yapmadığını, % 43.5'i birinci derece yakınlarında obez bireylerin olduğunu, % 44.6'sı obez olma sebebinin beslenme şekli olduğunu belirtti.

6.2. Araştırmaya Katılan Obez Bireylerin Vücut Algılarının Benlik Saygısı Üzerine Etkisine İlişkin Bulgular

Tablo 5. Vücut Algısının Benlik Saygısı ile Karşılaştırılması

		N	Ort	SS	*F	P
Vücut Algısı		554	129.87	24.72		
Benlik Saygısı	Yüksek	271	139.62	22.00	58.93	0.000
	Orta	240	122.92	22.64		
	Düşük	43	107.16	24.43		

*tek yönlü varyans analizi

Araştırmaya katılan hastaların vücut algısı puanları ortalamalarının benlik saygısı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu. ($F=58.935$; $p=0.000$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla yapılan tamamlayıcı post-hoc Bonferroni analizi sonucunda; benlik saygısı yüksek olan hastaların vücut algısı puanları, benlik saygısı orta ve düşük olan hastaların vücut algısı puanlarından yüksek bulundu. Benlik saygısı orta olan hastaların vücut algısı puanları, benlik saygısı düşük olan hastaların vücut algısı puanlarından yüksek bulundu.

6.3. Araştırmaya Katılan Obez Bireylerin Benlik Saygısı İle İlgili Bulgular:

Tablo 6. Obez Hastalarda Benlik Saygısı Düzeyleri

	N	Ort $\pm$ Ss	Min –Max
Benlik saygısı	554	1.83 $\pm$ 1.53	0 – 6

Tablo 7. Kişisel Özelliklere Göre Benlik Saygısının Değerlendirilmesi

Özellikler	Grup	N	Ort	SS	* F/**t	P
Yaş		554	36.5	9.96	*** $r=-0.094$	0.027
Cisiyet	Kadın	520	1.85	1.53	$t = 1.18$	0.23
	Erkek	34	1.52	1.37		
Medeni Durum	Bekar	85	2	1.68	$F = 0.85$	0.42
	Evli	443	1.78	1.48		
	Dul	26	2	1.64		
Çocuk Varlığı	Var	434	1.77	1.48	$t = -1.71$	0.08
	Yok	120	2.04	1.65		
Öğrenim Durumu	Öğrenimi Yok	15	2.2	1.85	$F = 3.33$	0.01
	İlköğretim	327	1.83	1.5		
	Ortaöğretim	140	2.02	1.56		
	Yükseköğretim	72	1.36	1.38		
Çalışma Durumu	Çalışıyor	103	1.67	1.52	$t = -1.18$	0.23
	Çalışmıyor	451	1.86	1.52		
Ekonomik Durum	İyi	56	1.19	1.38	$F = 6.48$	0.02
	Orta	459	1.87	1.51		
	Düşük	39	2.23	1.67		
Bölgeye Göre	Karadeniz	69	2.014	1.649	$F = 1.735$	0.111
	Ege	5	1.200	1.304		
	Marmara	427	1.794	1.515		
	Güneydoğu	11	1.545	1.864		
	Anadolu					
	İç Anadolu	22	2.636	1.364		
	Doğu Anadolu	15	1.467	1.060		
	Akdeniz	5	1.200	1.095		

*tek yönlü varyans analizi

**t-testi

***kolerasyon analizi

Yaş ile benlik saygısı arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında 0.094 düzeyinde negatif yönde anlamlı ilişki bulundu. ($r=-0.094$; $p=0.027$). Buna göre yaş arttıkça, benlik saygısı puanı azalmaktadır. Yaş arttıkça, benlik saygısı artmaktadır.

Araştırmaya katılan bireylerin cinsiyet ($t=1.187$; $p=0.236$), medeni durum ($F=0.857$; $p=0.425$), çocuk varlığı ($t=-1.717$; $p=0.08$), çalışma durumu ($t=-1.183$; $p=0.237$) ve bölge değişkeni ($F=1.735$; $p=0.111$) benlik saygısı puanları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunamadı.

Araştırmaya katılan bireylerin öğrenim durumuna göre benlik saygısı puanları ortalamaları arasında farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($F=3.336$; $p=0.019$). Farklılığın kaynaklarını belirlemek amacıyla yapılan tamamlayıcı post-hoc Bonferroni analizi sonucunda; ortaöğretim mezunu olan hastaların benlik saygısı puanları, yükseköğretim mezunu olan hastaların benlik saygısı puanlarından yüksek bulundu.

Araştırmaya katılan hastaların ekonomik durumuna göre benlik saygısı puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulundu ($F=6.484$; $p=0.002$). Farklılığın kaynağını belirlemek amacıyla yapılan tamamlayıcı post-hoc Bonferroni analizi sonucunda; ekonomik durumu iyi olanların benlik saygısı puanları, ekonomik durumu orta olanların ve ekonomik durumu düşük olanların benlik saygısı puanlarından düşük bulundu.

Tablo 8. Beslenme Biçimini Etkileyen Faktörlere Göre Benlik Saygısının Değerlendirilmesi

Faktörler		n	Ort	SS	*F/**t	P
Ne zamandan beri kilo sorunu yaşıyorsunuz?	Çocukluk	113	2.08	1.58	F = 3.21	0.023
	Ergenlik	231	1.92	1.63		
	Hastalık	161	1.62	1.31		
	Menopoz	49	1.46	1.40		
Kilo vermek için hangi yöntemleri denediniz?	Diyetisyen	223	1.67	1.39	F = 3.42	0.005
	Spor yapma	164	1.90	1.44		
	İlaç kullanma	74	2.43	1.89		
	Bölgesel zayıflama	29	1.51	1.50		
	Diğer	163	1.64	1.46		
Kilo sizin için nasıl bir sorun yaratıyor?	Fiziksel değil	190	2.03	1.59	t = 2.31	0.021
	Fiziksel	364	1.72	1.48		
	Psikolojik değil	233	1.56	1.37	t = -3.56	0.000
	Psikolojik	321	2.02	1.59		
	Sosyal değil	437	1.79	1.5	t = -1.08	0.280
	Sosyal	117	1.96	1.58		
Kronik hastalığınız var mı?	Var	160	1.88	1.49	t = 0.56	0.575
	Yok	394	1.8	1.54		
Egzersiz yapıyor musunuz?	Evet	115	1.73	1.57	t = -0.72	0.472
	Hayır	439	1.85	1.51		
Birinci derece yakınlarınızda obez olan var mı?	Var	241	1.91	1.56	t = 1.17	0.241
	Yok	313	1.76	1.49		
Sizce obez olmanızın sebebi nedir?	Genetik	73	1.86	1.75	F = 0.39	0.811
	Hastalık	79	1.86	1.55		
	Beslenme şeklim	247	1.76	1.44		
	Hareketsizlik	140	1.87	1.54		
	Diğer	10	2.30	1.70		

*tek yönlü varyans analizi

**t-testi

Araştırmaya katılan hastaların benlik saygısı puanları ortalamalarının ne zamandan beri kilo sorunu yaşadığı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova)

sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($F=3.211$; $p=0.023$). Çocukluk döneminden beri obez olan hastaların benlik saygısı puanları, hastalık döneminden beri obez olan hastaların benlik saygısı puanlarından yüksek bulundu. Çocukluk döneminden beri obez olan hastaların benlik saygısı puanları, menopoz döneminden beri obez olan hastaların benlik saygısı puanlarından yüksek bulundu.

Araştırmaya katılan hastaların benlik saygısı puanları ortalamalarının kilo vermek için denenen yöntemler değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($F=3.422$; $p=0.005$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla yapılan tamamlayıcı post-hoc Bonferroni analizi sonucunda; diyetisyen yöntemini deneyen hastaların benlik saygısı puanları, ilaç kullanma yöntemini deneyen hastaların benlik saygısı puanlarından düşük bulundu. İlaç kullanma yöntemini deneyen hastaların benlik saygısı puanları, diğer yöntemleri deneyen hastaların benlik saygısı puanlarından yüksek bulundu. İlaç kullanma yöntemini deneyen hastaların benlik saygısı puanları, bölgesel zayıflama yöntemlerini deneyen hastaların benlik saygısı puanlarından yüksek bulundu.

Araştırmaya katılan hastaların benlik saygısı puanları ortalamalarının fiziksel sorun değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($t=2.31$; $p=0.021$). Kilonun yarattığı sorun fiziksel olan hastaların benlik saygısı puanları, kilonun yarattığı sorun fiziksel olmayan benlik saygısı puanlarından düşük bulundu.

Araştırmaya katılan hastaların benlik saygısı puanları ortalamalarının psikolojik sorun değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($t=-3.56$; $p=0.000$). Kilonun yarattığı sorun psikolojik olan hastaların benlik saygısı puanları, kilonun yarattığı sorun psikolojik olmayan benlik saygısı puanlarından yüksek bulundu.

Araştırmaya katılan hastaların benlik saygısı puanları ortalamalarının sosyal sorun ($t=-1.081$; $p=0.280$), kronik hastalık ($t=0.562$; $p=0.575$), spor yapma ($t=-0.720$; $p=0.472$), birinci derece yakınlarında obez varlığı ($t=1.174$; $p=0.241$) ve obez olma sebebi değişkenine ($F=0.397$; $p=0.811$) göre grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunamadı.

6.4. Araştırmaya Katılan Obez Bireylerin Vücut Algısına İlişkin Bulgular:

Tablo 9. Kişisel Özelliklerine Göre Vücut Algısının Değerlendirilmesi

Özellikler		N	Ort	SS	*F/**t	P
Yaş		554	36.5	9.96	***r=-0.005	0.901
Cinsiyet	Kadın	520	129	24.69	t = -3.23	0.001
	Erkek	34	143	21.38		
Medeni Durum	Bekar	85	127.32	27.4	F = 3.552	0.029
	Evli	443	131	24.28		
	Dul	26	118.8	19.85		
Çocuk Varlığı	Var	434	130.21	24.35	t = 0.61	0.53
	Yok	120	128.63	26.05		
Öğrenim Durumu	Öğrenimi Yok	15	124.53	23.41	F = 0.72	0.53
	İlköğretim	327	129.78	24.92		
	Ortaöğretim	140	128.95	24.03		
	Yükseköğretim	72	133.16	25.47		
Çalışma Durumu	Çalışıyor	103	132.71	26.32	t = 1.29	0.19
	Çalışmıyor	451	129.21	24.32		
Ekonomik Durum	İyi	56	142.55	25.6	F = 10.46	0.000
	Orta	459	129.07	24		
	Düşük	39	121	25.97		
Bölgeye Göre	Karadeniz	69	124.52	25.01	F = 1.93	0.074
	Ege	5	131.2	19.18		
	Marmara	427	131.01	24.18		
	Güneydoğu	11	132.63	24.65		
	Anadolu					
	İç Anadolu	22	117.22	27.5		
	Doğu Anadolu	15	134.13	32.11		
	Akdeniz	5	140.8	18.64		

*tek yönlü varyans analizi

**t-testi

***kolerasyon analizi

Araştırmaya katılan hastaların vücut algısı puanları ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($t=-3.23$; $p=0.001$). Erkek hastaların vücut algısı puanları, kadın hastaların vücut algısı puanlarından yüksek bulundu.

Araştırmaya katılan hastaların vücut algısı puanları ortalamalarının medeni durum değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($F=3.552$; $p=0.029$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla yapılan tamamlayıcı post-hoc Bonferroni analizi sonucunda; evli hastaların vücut algısı puanları, dul hastaların vücut algısı puanlarından yüksek bulundu.

Araştırmaya katılan hastaların vücut algısı puanları ortalamalarının ekonomik durum değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($F=10.468$; $p=0.000$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla yapılan tamamlayıcı post-hoc Bonferroni analizi sonucunda; ekonomik durumu iyi olanların vücut algısı puanları, ekonomik durumu orta ve düşük olanların vücut algısı puanlarından yüksek bulundu.

Araştırmaya katılan bireylerin vücut algısı puanları ortalamaları ile yaş ($r=-0.005$; $p=0.901$), çocuk varlığı ($t=0.618$; $p=0.537$), öğrenim durumu ($F=0.725$; $p=0.537$), çalışma durumu ($t=1.298$; $p=0.195$) ve bölge değişkenine ($F=1.933$; $p=0.074$) göre grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunamadı.

Tablo 10. Beslenme Biçimini Etkileyen Faktörlere Göre Vücut Algısının Değerlendirilmesi

Faktörler		n	Ort	SS	*F/**t	P
Ne zamandan beri kilo sorunu yaşıyorsunuz?	Çocukluk	113	126.69	22.65	F = 1.94	0.122
	Ergenlik	231	128.66	26.51		
	Hastalık	161	132.45	23.04		
	Menopoz	49	134.36	25.11		
Kilo vermek için hangi yöntemleri denediniz?	Diyetisyen	223	131.65	23.95	F = 1.77	0.117
	Spor yapma	164	132.92	25.29		
	İlaç kullanma	74	123.67	24.39		
	Bölgesel zayıflama	29	129.41	23.98		
	Diğer	163	128.61	24.46		
Kilo sizin için nasıl bir sorun yaratıyor?	Fiziksel değil	190	127.77	25.6	t = -1.44	0.151
	Fiziksel	364	130.95	24.2		
	Psikolojik değil	233	135.36	24.36	t = 4.54	0.000
	Psikolojik	321	125.87	24.23		
	Sosyal değil	437	130.92	24.67	t = 1.94	0.053
	Sosyal	117	125.94	24.58		
Kronik hastalığınız var mı?	Var	160	126.67	24.86	t = -1.94	0.053
	Yok	394	131.16	24.57		
Egzersiz yapıyor musunuz?	Evet	115	134.2	27.68	t = 2.12	0.034
	Hayır	439	128.73	23.78		
Birinci derece yakınlarınızda obez olan var mı?	Var	241	126.81	25.32	t = -2.56	0.011
	Yok	313	132.21	24.01		
Sizce obez olmanızın sebebi nedir?	Genetik	73	127.27	25.27	F = 0.64	0.63
	Hastalık	79	128.83	23.94		
	Beslenme şeklim	247	131.51	25.03		
	Hareketsizlik	140	129.17	24.72		
	Diğer	10	124.7	24		

*tek yönlü varyans analizi

**t-testi

Araştırmaya katılan hastaların vücut algısı puanları ortalamalarının psikolojik sorun değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($t=4.54$; $p=0.000$). Kilonun psikolojik sorun yarattığını ifade eden hastaların vücut algısı puanları, kilonun yarattığı sorun psikolojik olmayan vücut algısı puanlarından düşük bulundu.

Araştırmaya katılan hastaların vücut algısı puanları ortalamalarının egzersiz yapma değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($t=2.12$; $p=0.034$). Egzersiz yapan hastaların vücut algısı puanları, egzersiz yapmayan hastaların vücut algısı puanlarından yüksek bulundu.

Araştırmaya katılan hastaların vücut algısı puanları ortalamalarının birinci derece yakınlarında obez varlığı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($t=-2.56$; $p=0.011$). Birinci derece yakınlarında obez olmayanların vücut algısı puanları, birinci derece yakınlarında obez var olanların vücut algısı puanlarından yüksek bulundu.

Araştırmaya katılan hastaların vücut algısı puanları ortalamalarının ne zamandan beri kilo sorunu yaşadığı ($F=1.940$; $p=0.122$), kilo vermek için denenen yöntemler ($F=1.772$; $p=0.117$), fiziksel sorun ($t=-1.439$; $p=0.151$), sosyal sorun ($t=1.940$; $p=0.053$), kronik hastalık ($t=-1.943$; $p=0.053$) ve obez olma sebebi değişkenine ($F=0.642$; $p=0.633$) göre grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunamadı.

7. TARTIŞMA

Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinin obezite polikliniğine başvuran obez bireylerin beden algılarının benlik saygıları üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılan araştırmaya ilişkin elde edilen bulgular üç ana başlık altında incelendi.

- Obez bireylerin benlik saygısına ilişkin bulguların tartışması
- Obez bireylerin vücut algısına ilişkin bulguların tartışması
- Obez bireylerin vücut algısının benlik saygısı üzerine etkisine ilişkin bulguların tartışması

7.1. Obez Bireylerin Benlik Saygısına İlişkin Bulguların Tartışması

Benlik saygısı doğumla gelişmeye başlayan erişkinlik döneminde gelişimini sürdüren, erişkinlik ve daha sonraki dönemlerde ise hayat olaylarından etkilenen ruhsal, toplumsal ve bedensel bir olgudur (60). Benlik saygısı kavramının gelişmesi yaşla birlikte kendi hakkındaki gerçeğin dışarıdan geleceği yerine, kendinden geleceği inancına kayar (95). Yücel (2008) yapmış olduğu çalışmada ileri yaş gruplarında; benlik saygısı puanı ortalamasını daha yüksek bulmuştur. Değirmeci (2006)'nin Obez Erişkenlerde Benlik Saygısı, Yaşam Kalitesi, Yeme Tutumu, Depresyon ve Anksiyete'yi incelediği çalışmada; erişkinlerde görülen yeme bozukluklarının düşük benlik saygısı ile ilişkili olduğunu saptamıştır. Pınar (2002) yapmış olduğu araştırmada yaş ile Benlik saygısı ve Beden imajı arasında anlamlı ilişki bulamamıştır. Bu çalışmada, yaş artıkça, benlik saygısının arttığı saptandı. Bunun nedeni olarak, çalışma kapsamındaki bireylerin yaş ortalamalarının 36 olması nedeni ile bedensel görünümün önemli olduğu ergenlik dönemini bitmesi bunun yerine iş ve özel yaşamlarına daha çok önem verdikleri söylenebilir.

Bu çalışmada eğitim düzeyi artıkça benlik saygısının arttığı saptandı (Tablo7). Düşük eğitim düzeyinin fazla kilolu olma üzerine etkisi olduğu yapılan araştırmalarda gösterilmiştir (Adams et al.2006; Arslan ve ark. 2007). Regidor, Gutierrez-Fisac, Banegas ve ark.larının (2004) araştırmasında, düşük eğitim düzeyinin BKİ ve bel çevresini olumsuz etkilediği bulunmuştur.

Baugman ve ark.'nın (2004) yaptığı I. Basamak sağlık hizmetlerine başvuran , fazla kilolu veya obez 665 hastanın incelendiği bir araştırmada,düşük eğitim düzeyinin yüksek beden kitle indeksi ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Almanya'da yapılan 18-64 yaş arası 4063 kişiyi içeren çalışmada da bireylerin beden kitle indeksleri arttıkça eğitim düzeylerinin düştüğü bildirilmiştir (89). Yapılan diğer bir çalışmada; eğitim yılının, benlik saygısı düzeyi ile negatif ilişkili olduğu bulunmuştur (53). Pınar'ın (2002) yaptığı obez ve non-obez bireyler arasındaki karşılaştırmalı çalışmada, gruplar benlik saygısı puanı açısından incelendiklerinde öğrenim düzeyinin artmasına paralel olarak benlik saygısı puanının arttığı belirlenmiştir. Sadock ve Sadock (2000) yaptıkları çalışmada, öğrenim düzeyi düşük olan kadınlarda, daha yüksek olan kadınlara göre obezite oranının 6 kat daha fazla olduğu bildirilmektedirler. Gortmaker, Must, Perrin ve ark.'nın (1993) yaptığı çalışmada obez adölesanların obez olmayanlara göre daha az öğrenim gördükleri belirlenmiştir. Çalışmamıza katılanların yarısından fazlasının ilköğretim mezunu olduğu belirlendi (Tablo.2). Bu bulgu obezitenin ve benlik saygısının öğrenim düzeyi ile ilişkili olduğunu gösteren literatür bilgisi ile uyum içindedir.

Çalışmada (Tablo7) bireylerin ekonomik durumu iyileştikçe benlik saygısının arttığı görüldü. Ekonomik durumun obeziteyi etkilediği bilinmektedir. Endüstrileşme ve istihdam olanaklarında ve ekonomik gelirden artmaya paralel olarak insan yaşamına kolaylıklar getirmiştir. İstenen gıdaya ulaşma,teknolojinin getirdiği kolaylıklar, sağlık sektöründeki yeniliklerden yararlanma imkanının artması, bireyleri egzersiz olanaklarından uzaklaştırmış ve daha az hareket edip daha çok tüketir hale getirmiştir (56). Medyanın ince insan imajını sürekli gündeme getirmesi gibi birçok faktörün etkisiyle obezlerin sosyal ön yargılara maruz kaldıkları; iş, eş ya da arkadaş bulma sorunlarının olduğu, daha az eğitim aldıkları ve daha az gelir getiren işlere sahip oldukları belirtilerek obezitenin psikososyal boyutuna dikkat çekilmektedir (Canning ve Mayer 1966, Sobal 1991, Gortmaker, Must, Perrin ve ark. 1993). Pınar (2002) ve Yücel (2008) çalışmalarında, ekonomik durum ile benlik saygısı arasında pozitif yönde anlamlı ilişki saptamıştır. Bu bulgular bizim çalışmamızda elde ettiğimiz bulgularla uyumludur. Ekonomik durumun artışına paralel olarak benlik saygısının artması öğrenim düzeyi ve benlik saygısı arasındaki ilişki ile açıklanabilir.

Araştırmaya katılan hastaların benlik saygısı düzeylerinin **kilo sorunu yaşadığı dönemlere göre** incelendiğinde; çocukluk döneminden itibaren obez olan hastaların benlik saygısı düzeyleri, hastalık ve menapoz döneminden itibaren obez olan hastaların benlik saygısı düzeylerinden düşük bulundu. Bebeklik döneminde oluşan obezitenin yaş ilerledikçe kendiliğinden düzelmesi mümkünken, çocukluk ve adolesan dönemde oluşan obezitenin erişkin dönemde de devam etme olasılığı yüksektir (Öztora, 2005). Yapılan bir çalışmada çocukluk ve ergenlik döneminde kilolu olmak, düşük benlik saygısı için risk oluşturduğu bildirilmiştir (55). Çocukluk çağında obezitenin, çocukta benlik saygısının zedelenmesine yol açabildiği, obez olmasından dolayı kendini suçlayan ve bu nedenle sosyal etkileşimden uzaklaşan çocuklarda benlik saygısı düzeyinin giderek daha da düştüğü bildirilmektedir (Başbakkal, Muslu,Akçay, Bolışık, 2007). Kilolu çocuklarda; erken adölesan dönem, kız cinsiyette olmak ve kendisiyle alay edilmesi düşük benlik saygısı için risk oluşturmaktadır (55). 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 (117). Grilo ve ark. (1993) tarafından yapılan çalışmada, çocukluk çağında obezitesi başlayanların olumsuz beden algısının,erişkin çağda obezitesi başlayanlara göre daha fazla olduğunu bildirmiştir. Araştırma bulguları literatür bulgularını destekler niteliktedir.

Bu çalışmaya katılan obez bireylerin Benlik saygısı düzeyleri **kilo vermek için denedikleri yöntemler** değişkenine göre incelendiğinde; ilaç kullanan hastaların benlik saygısı düzeyleri diyetisyene giden, spor yapan ve bölgesel zayıflama yöntemlerini deneyen bireylerin benlik saygısı düzeylerinden düşük bulundu.

Özkahraman ve dig. (2002) yaptıkları toplum taramasında bireylerin %66,3'ünün zayıflamak istediğini ve %25,3'ünde bir zayıflama yöntemi kullandığını saptamışlardır. Zayıflama yöntemi kullananların da %38,7'sinin diyet , %24'ünün egzersiz ve %37,3'ünün de diyet + egzersiz uyguladığı ortaya çıkmıştır. İçen'in (2005) araştırmasına katılan bireylerin %98,7'si kilo vermek istiyorken, %1,3'ü kilo vermek istemediğini belirtmiştir. Yine bu doğrultuda %19,3'ü herhangi bir kilo

verme girişiminde bulunmamışken, %69,2'si diyet, %22,1'i egzersiz, %11'i ilaç, %9,4'ü bitkisel yöntemler ve %2,9'u akupunktur yöntemlerini kullandıklarını ifade etmişlerdir. Bu çalışmada ise %22,2' si diyet, %29,6'sı egzersiz, %13,4'ü ilaç, %5,2'si bölgesel zayıflama, %29,4'ü ise bitkisel yöntem, korboksipunktur, akupunktur gibi diğer yöntemleri denediklerini ifade etmişlerdir. Diyet yapan kilolu, diyet yapmayan kilolu ve kilosu normal olan kadınlarla yapılan araştırmada, diyet yapmayan kilolu grup diğer iki gruba göre daha nörotik ve daha az girişken bulunurken, benlik saygısı bu grupta düşük bulunmuştur (36). Obezitenin bireylere yaşattığı sıkıntılar kilo vermeyi zorunlu hale getirmektedir. Bu durum kilo vermekte güçlük çeken bireylerde kolay ulaşılabilir olması ve sağlıklı kilo kaybedilmesini sağlayan fakat kalıcı bir çözüm olmayan ilaç kullanımına iterek, ilacın bırakılması ile kaybedilen kilonun daha da fazlasının geri alınmasının bir sonucu olarak yaşadıkları stresle baş edememelerine neden olduğu için benlik saygılarını düşüren bir yöntem olabileceğini söyleyebiliriz.

Benlik saygısı puanları **fiziksel sorun** değişkenine göre incelendiğinde; kilonun yarattığı rahatsızlığı fiziksel olarak değerlendiren bireylerin benlik saygısı puanları, kilonun yarattığı rahatsızlığı fiziksel sorun olarak değerlendirmeyen bireylerden düşük bulundu.

Obezite hipertansiyon, kalp hastalıkları, diyabet, kas-eklem ağrıları ve hatta kanser gibi fiziksel sorunları (Colditz, Willet, Stampfer ve ark. 1990, Rissanen, Heliovaara, Knekt ve ark. 1990, Modan, Halkin, Almog ve ark. 1994, Moler, Mellemegaard, Lindvig ve ark. 1994, Quesenberry, Caan ve Jacobsen 1998, Sadock ve Sadock 2000, Brown 2001, Bozbora 2002, De Zwaan ve ark 2002), depresyon, düşük benlik saygısı (Brown 2001) ve düşük beden imajı doyum düzeyi (Popkess-Vawter ve Banks 1992, Sadock ve Sadock 2000) gibi psikolojik sorunları beraberinde getiren ciddi bir sağlık sorunu, hatta tek başına bir hastalıktır. Ayrıca neredeyse tüm dünya uluslarında güzellik ince olmakla eş değer görülmekte, bedenlerine ve kilolarına dikkat edenlerin bedenlerini ve kendilerini sevdikleri, buna bağlı olarak benlik saygılarının yüksek olduğu düşünülmektedir. Tersine obezlerin çoğunlukla tembel, hatta aptal ve kötü oldukları düşünülmekte obezler toplumda alay konusu edilmektedir (Staffieri 1967, Maddox, Back ve Liederman 1998, Sadock ve sadock 2000). BKİ artışının fiziksel hastalıkların gelişimine zemin hazırladığını gösteren

alışmalara litaratürde rastlanmaktadır (59). Kadınlar üzerinde yapılan prospektif kilo değişikliği ve yaşam kalitesi çalışmasında, kilo kaybı yaşam kalitesinin mental bileşenlerinden çok,fiziksel fonksiyonu ve vücut ağırlığını daha iyi hale getirmiştir (40). Bal ve ark.'nın (2006)'da yapmış oldukları araştırmaya katılan bireylerin %40.8.i fizik sağlığını orta, %40'ı iyi., %9.2'si kötü. olarak belirtmiştir. alışmalarına katılan bireylerin fizik sağlığını “iyi” ve “orta” olarak değerlendirmesi obeziteyi fiziksel bir hastalık olarak değerlendirmedikleri sonucuna varmıştır. Fakat bu çalışmaya katılan bireylerin fazla kilolarının onlara ençok fiziksel olarak rahatsızlık verdiği bulunmuştur. Çalışma bulgularımız litarürle uyumludur.

Bu çalışmada benlik saygısı puanları **psikolojik sorun** değişkenine göre incelendiğinde; kilonun yarattığı sorun psikolojik olan bireylerin benlik saygısı puanları, kilonun yarattığı sorun psikolojik olmayanlardan yüksek bulundu.

Obez hastaların daha düşük benlik saygısına sahip olduğunu bildiren araştırmalarda, psikopatolojik durumların daha fazla gözlendiği,özellikle kişilik bozukluklarının ve psikososyal stresörlerin sıklıkla eşlik ettiği bildirilmektedir (98). Benlik saygısı ile diğer değişkenler arasındaki ilişkiler yoğun olarak araştırılmıştır. Düşük benlik saygısı,düşük yaşam tatmini, yalnızlık, depresyon, anksiyete, alınganlık ve sinirlilikle ilişkilidir (96). Düşük benlik saygısı yalnızca rahatsız edici bir duygu olarak kalmamakta,anksiyeteden psikoza kadar değişik psikopatolojik durumların ortaya çıkmasında rol oynamaktadır (77). Yanovskive ark (1993), Wardle, Volzc ve Golding (1995), Ogden ve Evans (1996), Kartal (1996), Gloria ve ark (1998), Brownel ve ark (2000), Pınar'ın (2002), yapmış oldukları çalışmalarda obez hastaların daha düşük benlik saygısına sahip olduklarını bildirmişlerdir. Bu durumun psikopatolojik sorunlara sıklıkla eşlik ettiğini saptamışlardır. Gallomlietly, Clark, Tomlinson ve ark. (1996) 64 kadında yaptıkları prospektif çalışmada kilo kaybedilmesi ile benlik saygısında artış kaydedilmiştir. Baska bir çalışmada asırı obezitenin (eşlik eden kronik fiziksel hastalık, ailesel depresyon, demografik risk faktörlerin kontrol edilmesine rağmen) psikiyatrik hastalık riskini artırdığı bulunmuştur (27). Resch ve ark. (1998) obeziteyi, psikosomatik bir hastalık olarak değerlendirip, tedavisinde çok boyutlu bir terapi yaklaşımının gerekli olduğunu ileri sürmektedirler. Litaratürde, obez bireylerle normal vücut ağırlığına sahip olanlar arasında psikopatoloji açısından anlamlı fark olmadığı gösteren araştırma bulguları

yanında (Telch ve Agras 1994), obez bireylerin daha düşük benlik değerine sahip olduğunu, psikopatolojik durumların daha fazla gözlemlendiğini gösteren araştırmalarda bulunmaktadır (Sullivan ve ark. 1993, Maddi ve ark. 1997, De Chouly De Lenclave ve ark. 2001). Deveci ve ark. (2004) obez bireylerin %41 inde en az bir psikiyatrik bozukluğun bulunduğunu saptamıştır. Eren ve Erdi (2003) tarafından yapılan çalışmada ise obez bireylerin %83.3 ünde major depresif bozukluk, %22.6 sında sosyal fobi olduğu bildirilmiştir. Black ve arkadaşları (1992) ağır obezitesi olan yetişkin hastalarda duygu durum bozukluğu, anksiyete bozukluğu, sigara bağımlılığı ve bulimia nervozanın daha fazla görüldüğünü saptamıştır (14). Pınar'ın (2002) obezlerde depresyon ve benlik saygısı düzeylerini incelemek için yaptığı 87 obez kadınla gerçekleştirilen çalışmada ise obez bireylerin %42.5' inin depresif olduğu, %58.6' sının benlik saygısının düşük olduğu, %54.4' ünün beden imajının bozuk olduğu belirlenmiştir. Yücel (2008) de yaptığı çalışmada obez bireylerin benlik saygısı obez olmayanlara göre anlamlı oranda düşük bulunmuştur. Düşük benlik saygısının obezitede neden mi sonuç mu,olduğuna dair tartışmalar halen sürmektedir. Obezitenin neden olduğu fiziksel hastalıklar ya da olumsuz yaşam olayları obezlerin psikolojik olarak çökkünlük yaşamasına ve bu da benlik saygısında azalmaya yol açmış olabilir.

7.3. Araştırmaya Katılan Obez Bireyleri Vücut Algısına İlişkin Bulguların Tartışması

Araştırmaya katılan hastaların vücut algı puan ortalamaları **cinsiyet** değişkenine göre istatistiksel açıdan anlamlı bulundu.

Fakat araştırmaya katılan bireylerin büyük bir kısmının kadın olduğu göz önüne alındığında, cinsiyet bakımından daha eşit dağılımlı örneklemelerde bu sonuçların değişebileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada vücut algısı puanları **medeni durum** değişkenine göre incelendiğinde; evli hastaların vücut algısı puanları, dul hastaların vücut algısı puanlarından yüksek bulundu. Fakat çalışmaya katılan bireylerin %80'inin evli ve %4.7'sinin dul olması bu dağılımın heterojen olduğunu ve medeni durum değişkeninin vücut algısı ile ilişkisinin daha homojen örneklemelerde incelenmesi ile farklı sonuçların elde

edilebileceğini düşündürmektedir. Çünkü araştırmamıza katılan kadınların bir kısmı obezite polikliniğine başvurma sebeplerinin evde kocası tarafından küçük görülme, şişmanlığı yüzünden eşi tarafından beğenilmeme ve alay edilme olduğunu dile getirmiştir. Diğer yandan dul olan obez bireylerin ise genel toplum görüşüne göre aktif cinsel yaşamlarının olmaması karşı cins tarafından beğenilmediklerini düşünmelerine ve dolayısıyla çeşitli beden kısımlarından ve işlevlerinden memnuniyetlerini azaltmış olabilir.

Bu çalışmada vücut algısı puanları **ekonomik durum** değişkenine göre incelendiğinde; ekonomik durumu iyi olanların vücut algısı puanları, ekonomik durumu orta ve düşük olanların vücut algısı puanlarından yüksek bulundu. Pagan ve Davila'nın (1997) düşük gelirli iş yerlerinde çalışan kadınlar ve erkekleri karşılaştırdıkları çalışmada prestijli ve toplumda talep edilen meslek kollarında kilo bazlı ayrımcılığın yapıldığı ve kariyer ilerlemesinde zorluklar yaşadıkları bulunmuştur. Düşük gelirli bireylerin beslenme, aktivite ve obezite hakkında daha az bilgiye sahip oldukları ve obez olma eğilimlerinin daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Sobal ve ark. (2002) tarafından yapılan endüstrileşme sonrası çalışmayan ev hanımlarını çalışan kadınlarla karşılaştırdığı araştırmada, çalışmayan ev hanımlarının obez olma eğilimlerinin daha fazla olduğu; kadınların çalıştığı yüksek statülü iş kollarının beden ağırlığı ile ters orantılı olduğu gösterilmiştir. Bu çalışmaya katılan bireylerin %81.4'ü çalışmazken %82.9'u ekonomik durumunu "orta" olarak değerlendirmektedir. Bununla beraber elde edilen bu sonuç bireylerin öznel değerlendirmeleridir ve kendi bireysel algılarını yansıtmaktadır. Satman ve Yılmaz'ın (2004) çalışmalarında, dar gelirli gruplarda ve kentsel alanlarda yaşayanlarda obezite daha fazla bulunmuştur. Zagreb'de yapılan bir çalışmada BKİ ve vücut memnuniyetsizliği arasında güçlü bir ilişki olduğu, psikososyal sağlık üzerinde beden imajının güçlü etkisinin olduğu gösterilmiştir. Elde edilen sonuçlarda kültür içi farklılıklar sosyoekonomik statü ile ilişkilendirilmiştir (29). Pınar'ın (2002) 'de yaptığı çalışmada beden imajı açısından tüm grupta ekonomik durumu orta ve kötü olanlar arasında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı farkın olduğu belirtilmiştir. Bulgularımız lüteratür bulguları ile uyumludur.

Vücut algısı puanları **psikolojik değişkenine** göre incelendiğinde; kilonun yarattığı sorun psikolojik olan hastaların vücut algısı puanları, kilonun yarattığı sorun

psikolojik olmayanlardan düşük bulundu. Bal (2006)'ın yapmış olduğu çalışmaya göre, obezitenin bireylerde beden imajıyla ilgili sorunların ötesinde, çeşitli fiziksel ve psikolojik hastalıklara neden olması, bireylerde kilo vermeyi zorunlu hale getirmektedir. Bu durum ise kilo vermekte güçlük çeken bireylerde daha fazla zorlanmaya yol açarak, kendilerine olan güvenlerinin azalmasına ve stresle etkili baş edememelerine neden olabileceği sonucuna varmıştır. Yapılan bir araştırmada öğrencilerin %15,2'si kendini şişman olarak tanımlamış ve %47,2'si beden imajından memnun olmadığını belirtmiştir. Erkeklerdeki fazla kilolularının %40,7'si, kilolu olmayanların %3,1'i kendini şişman olarak görürken, kızlarda fazla kilolu olanlarının %77,8'i, kilolu olmayanların %17,3'ü kendini şişman olarak görmekteydi. Bu çalışmanın bulgularına göre adölesanlardaki psikolojik sağlamlık, gerçek ya da farkedilebilir fazla kiloya değil kişinin beden imajından hoşnutluğuna bağlıdır (83). Kendini şişman olarak tanımlayan öğrencilerin özsaygılarının ve beden imajı memnuniyetlerinin daha düşük olduğu görülmüştür (83). Fazla kilolu olan bireylerin kilolarından rahatsızlık duymaları ve çeşitli beden kısımlarından hoşnut olmamaları beklenen bir sonuçtu ve literatür bilgileri ile uyumludur.

Bu çalışmada vücut algısı puanları **egzersiz yapma değişkenine** göre incelendiğinde; egzersiz yapan hastaların vücut algısı puanları, egzersiz yapmayan hastaların vücut algısı puanlarından yüksek bulundu. Obezite temel olarak enerji alımının enerji harcanmasından fazla olduğu durumlarda ortaya çıkan fazla yağ birikimidir. Enerji harcanmasında ise en önemli faktör egzersizdir (Flatt 1988, Ravussin, Lillioja, Knowler ve ark. 1988, Grilo, Shiffman ve Wing 1993). Bray'in (1989) çalışmasında, obezitenin başlamasında fiziksel inaktivitenin sorumluluk payının %67.5 gibi çok önemli bir oran olduğu tespit edilmiştir(19) . Wilson ve ark.nın (1998) çalışmasına göre erkekler arasında obeziteye en fazla sedanter hayat yaşayanlarda rastlanırken, kadınlar için temel olayı hamilelik teşkil etmektedir (119). Çalışmamıza katılan obez bireylerin %78.3'ü çocuk sahibi olduklarını belirtmiştir. Pınar'ın (2002)'de yaptığı obezler ve non-obezler üzerindeki karşılaştırmalı çalışmada beden imajı puanları her iki grupta egzersiz yapanlarda daha düşük olduğu bulunmuştur. Bu çalışmada "hareketsizliğin" obez olma sebepleri arasında %25.3 gibi bir değerle daha az önemli bir etken olarak görülmesi, toplumumuzda genel olarak egzersiz yapmaya verilen önemin yetersizliğini gösteriyor olabilir. Sadece

çalışmaya katılan obez bireylerin % 79.2'sinin egzersiz yapmıyor olması da bu düşünceyi desteklemektedir. Egzersiz yaparken serotonin ve oksitosin gibi anistres hormonlarının salgılanması kişinin kendini daha iyi hissetmesine neden olduğu için kişi bedenine daha pozitif yaklaşımda bulunuyor olabilir.

Vücut algısı puanları **birinci derece yakınlarında obez varlığı** değişkenine göre incelendiğinde; birinci derece yakınlarında obez olmayanların vücut algısı puanları, birinci derece yakınlarında obez var olanların vücut algısı puanlarından yüksek bulundu (Tablo10). Aile öyküsü obezite açısından en önemli risk faktörlerinden biri olarak gösterilmektedir. Ailesinde obezite hikayesi olan kişilerde obezite riski iki-üç kat artar (Altunkaynak ve ark 2006; Öztora ve ark. 2006). Saraç ve ark. (2007) çalışmasında, obez kadınların birinci derece yakınlarında obezite riskini 1.8 kat fazla olarak saptamıştır. Obezite gelişimini etkileyen önemli faktörlerden biri de çevre koşullarıdır. Çünkü obezite çoğu kez öğrenilmiş bir yeme davranışının sonucu olup birey ve ailenin yeme alışkanlıkları, öğün düzeni, en fazla tüketilen besinler ve egzersiz gibi yaşam tarzı ile ilgili faktörlerden ve kültürelenden etkilenir (Flatt 1988, Bouchard 1994). Çalışmamızdaki bireylerin %81.9'u ailesiyle birlikte yaşadıklarını,%70.9'u yemeğini evde kendi pişirdiğini belirtmelerine rağmen pişirilen yemeğin yüksek kalorili gıdalardan yapıldığı düşünülmektedir. Ayrıca ailede başka obezlerin olması, genetik etkilerin yanı sıra (Kopelman, Finer, Fox ve ark. 1994) bireyin kabul gördüğü bir çevre de yaratarak obeziteyi tetikleyebilir. Kopelman, Finer, Fox ve ark.larının çalışmasında (1994) obezitenin %40 oranı ile genetik geçiş gösterdiği bulunmuştur. Bouchard'ın (1994) çalışmasında da ebeveyn ve çocukların obezitesi arasında anlamlı korelasyon bulunmuştur. Çalışmamıza katılan bireylerin de % 43.5'inin birinci derece yakınlarında obez olduğu bulundu (Tablo4). Aile bireylerindeki obez olması kişinin kabul görmesi ve kilosunu olağan algılanmasına sebep olabilirken gelecekte karşılaşılabileceği yaşamsal problemleri yakından görmesine ve bedenini beğenmemesine neden olabilir.

7.4.Araştırmaya Katılan Obez Bireylerin Vücut Algılarının Benlik Saygısı Üzerine Etkisine ilişkin Bulguların Tartışması

Bu çalışmada **çeşitli beden kısımlarından veya işlevlerinden hoşnut olma derecesi yükseldiğinde benlik saygılarının da arttığı** bulundu. Benlik saygısı ve beden

imgesi arasında karmaşık bir ilişki vardır. Kadınların bazılarında düşük benlik saygısı kısmen olumsuz beden imgesinden kaynaklanırken; bazılarında önce düşük benlik saygısı ardından olumsuz beden imgesi gelir. Bunlarda benliğe ilişkin olumsuz soyut duygular somut bedene yönelmektedir. Kadın “Ben değersizim”, “Ben mutsuzum” demek yerine “Şişmanım”, “Çirkinim” demektir. Böylece acısı ve kendine duyduğu nefret bulanıklaşır, kadın ters bir avuntu bulur ve daha önemlisi denetim duygusu kazanır. Soyut duygularla bas etmek yerine somut bedenine yönelir. Doğru olamayan ona göre bedenidir ve bedeni daha iyi olursa yaşamı da daha iyi olacaktır (Kavas 2002). Obez hastaların daha düşük benlik saygısına sahip oldukları, psikopatolojik durumların daha fazla gözlemlendiği, özellikle depresyon ve kişilik bozukluklarının bulunduğu araştırmalarda bulunmaktadır (Deveci ve ark.2005). Özmen ve ark.nın (2007) 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. Tezcan (2009)’da yapmış olduğu çalışmada obez kişilerin benlik saygısının düşük olduğu, bu kişilerin kendilerini fiziksel açıdan beğenmediklerini bulmuştur. Pınar (2002)’de obez ve non-obezlerle yapmış olduğu çalışmada benlik saygısı ve beden imajı arasında pozitif anlamlı ilişki bulmuştur. Ogden ve Evans’ın (1996) çalışmasında da obez olgularda depresyonun daha fazla olduğu ve obezlerin BS’nın daha düşük olduğu; Kartal’ın (1996) çalışmasında ise obezlerde BS’nın daha düşük olduğu saptanmıştır. Galletly, Clark, Tomlinson ve ark.larının (1996) 64 kadında yaptıkları prospektif çalışmada kilo kaybedilmesi ile depresyon oranında azalma ve BS’nda artma kaydedilmiş; Thomas ve Freeman’ın (1990) yaptıkları bir başka çalışmada BS ile cinsel çekicilik arasında ilişki bulunmuştur. Van Hout ve ark. (2004) morbit obezitenin benlik saygısını düşürmesinin yanında, düşük benlik saygısının da obezitenin artmasına katkıda bulunduğunu ileri sürmektedir. Hill ve ark. (1998) Morbit obez hastalarda morbit olmayanlara göre daha fazla beden algısı bozukluğu saptamıştır. Sarısoy ve ark.(2012) obezite hastalarında dürtüsellik ve dürtüsellüğün beden algısı ve benlik saygısı ile ilişkisini araştırdıkları çalışmada hem morbid, hemde morbid olmayan obez hastalarda beden alanları ve işlevleri ile ilgili hoşnutsuzluk saptamışlardır. Obezite ile ilgili aşırı zihinsel uğraşlar bireyde benlik saygısının azalmasına neden

olmaktadır (6). Kişinin özgüvenini geliştirmesi ve bedeni ile ilgili olumlu bir algı geliştirmesi için ağırlık kontrolünün yanısıra psikolojik destek gerekmektedir. Böylece birkaç kilonun geri alınması halinde kişinin başarısızlık hissine kapılıp yemeğe sığınması engellenmiş olacaktır (4). Obez bireylerde beden algısının benlik saygısına etkisinin pozitif anlamlı olması beklenen bir bulgu idi. Çalışma bulgularımız literatür bilgisi ile uyum içindedir.

8. SONUÇ ve ÖNERİLER

Obez bireylerin benlik saygısına ilişkin sonuçlar:

- Yaş artıkça, benlik saygısının arttığı saptandı.
- Eğitim düzeyi artıkça benlik saygısının arttığı saptandı.
- Bireyin ekonomik durumu iyileştikçe benlik saygısının arttığı görüldü.
- Çocukluk döneminden itibaren obez olan hastaların benlik saygısı düzeyleri, hastalık ve menapoz döneminden itibaren obez olan hastaların benlik saygısı düzeylerinden düşük bulundu.
- İlaç kullanan hastaların Benlik saygısı düzeyleri diyetisyene giden, egzersiz yapan ve bölgesel zayıflama yöntemlerini deneyen bireylerin benlik saygısı düzeylerinden düşük bulundu.
- Kilonun yarattığı rahatsızlığı fiziksel olarak değerlendiren bireylerin Benlik saygısı puanları, kilonun yarattığı rahatsızlığı fiziksel sorun olarak değerlendirmeyen bireylerden düşük bulundu.
- Kilonun yarattığı sorun psikolojik olan bireylerin Benlik saygısı puanları, Kilonun yarattığı sorun psikolojik olmayanlardan yüksek bulundu.

Obez bireyleri vücut algısına ilişkin sonuçlar:

- Araştırmaya katılan hastaların Vücut algısı puanları ortalamalarının **cinsiyet** değişkenine göre istatistiksel açıdan anlamlı bulundu.
- Evli hastaların Vücut algısı puanları, Dul hastaların Vücut algısı puanlarından yüksek bulundu.
- Ekonomik durumu iyi olanların Vücut algısı puanları, ekonomik durumu orta ve düşük olanların Vücut algısı puanlarından yüksek bulundu.
- Kilonun yarattığı sorun psikolojik olan hastaların Vücut algısı puanları, Kilonun yarattığı sorun psikolojik olmayanlardan düşük bulundu.

- Egzersiz yapan hastaların Vücut algısı puanları, egzersiz yapmayan hastaların Vücut algısı puanlarından yüksek bulundu.
- Birinci derece yakınlarında obez olmayanların Vücut algısı puanları, birinci derece yakınlarında obez var olanların Vücut algısı puanlarından yüksek bulundu.

Obez bireylerin vücut algılarının benlik saygısı üzerine etkisine ilişkin sonuç:

- Bu çalışmada çeşitli beden kısımlarından veya işlevlerinden hoşnut olma derecesi yükseldiğinde benlik saygılarının da arttığı bulundu.

ÖNERİLER:

Çalışmamızdan elde edilen sonuçlara dayanarak araştırma ile ilgili aşağıdaki önerilerde bulunabiliriz.

- Obezitenin sadece fiziksel sonuçlarıyla ele alınması ya da diyetisyenlere yapılan başvurularda sadece kilo vermeye odaklanılan yeme programlarının düzenlenmesi, bu bireylerin obezite nedeniyle yaşadıkları psikolojik ve sosyal sorunların, ayrıca obeziteye neden olabilecek psikolojik etmenlerin göz ardı edilmesine neden olmaktadır. Obezitenin biyopsikososyokültürel açıdan değerlendirilmesi gerekmektedir.
- Psikoterapötik tedavi girişimlerinin çalışmamızda elde ettiğimiz beden hoşnutsuzluğu ve düşük benlik saygısını tetikleyen değişkenler göz önünde bulundurularak yapılması bu hastaların tıbbi tedavisine yardımcı olacağı gibi tedavinin başarı oranını da artıracakı düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

1. Adas M, Özbey N, Kazancıoğlu R, Metin N, Yarasır H, Molvalılar S, Sencer E, Orhan Y: Sisman kadınlarda diabetes mellitus ve bozulmuş açlık glikozu sıklığı ve metabolik risk göstergeleri ile ilişkisi. İst Tıp Fak Mecm 2000: 63:19.
2. ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi; 2(3) : 39 – 46, Derleme , Çocukluk Çağı Obezitesi Tanı Yöntemleri, Prevalansı ve Etiyolojisi, 2001.
3. Akalın A, Erol A, Yazıcı F; Obezite ve borderline kişilik bozukluğunda psikolojik belirtiler, Türkiye’de Psikiyatri
4. Aladag, N., 2004, Birinci Basamakta Eriskin Obezitenin Yönetimi. Tıp Bilimleri Dergisi., 24;5.
5. Altunkaynak, B.Z., Özbek, E. (2006), Obezite: nedenleri ve tedavi seçenekleri. Van Tıp Dergisi, 13 (4), 138-142.
6. Arslan M, Başkal N, Çorakçı M. Ulusal Obezite Rehberi. s.1-40, Knoll Alman İlaç ve Ecza Tic. Ltd. Şti., İstanbul, 1999. 2001: 3: 88-93.
7. Aslan SH, Ünal M. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu, Psycho Med, 1995;4;145-149.
8. Bağrıaçık N., Görpe U., Yiğit H., Karaoğlu N., Oğuz A., Yumuk V., Yıldız C., Kaynak H., Arslan , P.: Diyabet ve Obezite Eğitim Kursu Notları. Türk Diyabet Cemiyeti-Türkiye Obezite Araştırma Derneği Türk Diyabet ve Obezite Vakfı, s.117-177, İstanbul, Eylül 2003.
9. Bal Ö, Özgür G, Babacan Gümüş A; Obez Bireylerin Stresle Başa Çıkma Yöntemleri; C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 10(3):22-28, 2006.
10. Baugman, Logue E, Sutton K, Capers C, Jarjoura D, Smucker W: Biopsychosocial characteristics of overweight and obese primary care patients: do psychosocial and behavioral factors mediate sociodemographic effects, <http://alpha/130am/techprogram/paper46851htm>, 20.1.2004
11. Bayraktar E, Obezitenin Psikolojik Yönleri, ed: Yılmaz C, Obezite, Nobel Tıp Kitapevleri, 1995:s:107-137.
12. Balcıoğlu İ, Başer SZ. Obezitenin Psikiyatrik Yönü. Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar: Sempozyum Dizisi, 2008:62;341-348.

13. Başbakkal, Z; Karayağız, G; Akçay, N; Bolışık B;(2007). “Obezite Çocuklarda Düşük Benlik Saygısına Neden Oluyor Mu?”. Ege Pediatri Bülteni, 14(3): 151-156.
14. BlackDW, Goldstein RB, Mason EE, Prevalence of mental disorder in 88 morbidly obese bariatric clinic patients, Am J Psychiatry 1992;149:227-234.
15. Björntorp P. International Textbook of Obesity. Türkçe, 1. baskı, And Yayıncılık, İstanbul, 2002.
16. Bouchard C (1994) The Genetics of Obesity, Philadelphia, CRC Press, s.245.
17. Bozbora A.: Obezite ve Tedavisi., s:1-11, Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul, 2002.
18. Bray GA. Classification and evolution of the obesities. Med Clin North Am 1989;73: 161-184.
19. Brown DB. About Obesity, International Obesity Task Force. 2001.
20. Brownell KD, Wadden TA. Obesity. Psychological factors affecting medical conditions. Comprehensive Textbook of Psychiatry, Seventh Edition. BJSadock, VA Sadock (Eds). Lippincott Williams and Wilkins, Baltimore, 2000: 1787-1797
21. Bryan, J, Tiggemann M. The effect of weight-loss dieting on cognitive performance and psychological well-being in overweight women. Appetite Apr; 2001;36;147-156.
22. Caldwell MB, Brownell KD, Wilfley DE. Relationship of weight, body dissatisfaction and self esteem in African American and white female dieters. International Journal of Eating Disorders, 1997;22;127-130.
23. Cash TF. Body image and weight changes in a multisite comprehensive very low calorie diet program. Behavior Therapy, 1994;25;239-254.
24. Cash TF, Counts B, Huffine CE. Current and vestigal effects of overweight among women: Fear of fat, attitudinal body image and eating behaviors. Journal of Psychopathology, 1990;12;157-167.
25. Castelnovo- Tedesso P, Schievel D: Studies of super obesity, _: psychological characteristics of super obese Patients. _nt Jpsychiatry Med 1975;6: 465-480.

26. Caterson ID., Brom J., “Pocket Picture Guide Obesity 1th edition”, 20-47 (2001).
27. C Dong, LE Sanchez and RA Price _nternational Journal of Obesity 2004;28: 790-795.
28. Colditz GA, Willet WC, Stampfer MJ ve ark. (1990) Weight as a risk factor for clinical diabetes in women, Am J Epidemiol, 132(3):501-513.
29. Coll Antropol. 2007 Mar;31(1):123-30. A cross-cultural study of adolescents BMI, body image and psychological well-being.Sujoldzić A, De Lucia A.Institute for Anthropological Research, Zagreb, Croatia.
30. Cooper Z, Fairburn C, Hawker D. (Çev. Çetin M, Sabancıoğlu F). Obezitenin Bilişsel Davranışçı Tedavisi, Yıltan Matbaası, İstanbul, 2007.
31. Cutting TM, Ficher JO, Grimm Thomas K, Birl LL. Like mother, like daughter: familial patterns of overweight are mediated by mothers’ dietary disinhibition. Am J Clinical Nutrition, 1999;69:608-613.
32. Çağlar G A. *Kekemelerde Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeğinin Değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 1993.
33. Çuhadaroğlu F. Adolesanlarda benlik saygısı. Uzmanlık tezi. Ankara,1986.
34. Değirmenci T. 2006, Obez Erişkinlerde Benlik Saygısı, Yaşam Kalitesi, Yeme Tutumu, Depresyon ve Anksiyete, PAÜ Psikiyatri Anabilim Dalı, Uzmanlık tezi
35. Deveci, A; Demet, M; Özmen, B; Özmen, E; Hekimsoy, Z;(2005) “ Obez Hastalarda Psikopatoloji, Aleksitimi ve Benlik Saygısı”. Anadolu Psikiyatri Dergisi; 6:84-91.
36. Eat Behav. 2006 Nov;7(4):355-61. Epub 2005 Dec 19. The big five and self-esteem among overweight dieting and non-dieting women. Rubinstein G.Netanya Academic College, Netanya, Israel.
37. Erikson EH. (Çev. Üstün B.T., Şar V.), İnsanın Sekiz Çağı, Sevinç Matbaası, Ankara,1984.
38. Erkol, A., Khorshid, L. (2004). Obezite; predispozan faktörler ve sosyal boyutun değerlendirilmesi. SSK Tepecik Hast Derg, 14 (2), 101-107.

39. Erol A., Toprak G, Yazıcı F. Üniversite Öğrencisi Kadınlarda Yeme Bozukluğu ve Genel Psikolojik Belirtileri Yordayan Etkenler Türk Psikiyatri Dergisi 2002;13 :48-57.
40. Fine JT,Colditz GA,Coakley EH,Moseley G,MansonJE,Willett WC,Kawachi 1.A prospective study of weight change and health-related quality of life in women,JAMA 1999;282: 2136-2142.
41. Flatt JP Importance of nutrient balance in body weight regulation, Diabetes Metab Rev, 4: 571-581,1988.
42. French SA ve ark. Self-esteem and change in BMI over three years in a cohort of adolescents. Obes Res; 1996;4;27-33.
43. Funahashi H, Yada T, Suzuki R, Shioda S. “Distribution, function, and properties of leptin receptors in the brain”, Int Rev Cytol, 224:1-27 (2003).
44. 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.
45. Gloria J. Kensinger, MS, RD;Maureen A.Murtaugh, PhD, RD; Simona K.Reichmann, PhD; Christine C. Tangney,PhD. Psychological symptoms are greater among weight cycling women with severe binge eating behavior. Journal Of The American Dietetic Association 1998: 98:863-868.
46. Gortmaker SL ve ark. Social and economic consequences of overweight in adolescence and young adulthood. N England J Med; 1993;329;1008-1012.
47. Grilo CM, Shiffman S,Wing RR (1993) The Metabolic and Psychological Importance of Exercise in Weight Control: Obesity: Theory and Therapy, AJ Stunkard, TA Wadden (Eds), New York, Raven Press, s.253-273.
48. Gür A. *Ergenlerde Depresyon ve Benlik Saygısı Arasındaki İlişki*. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 1996.
49. Hamburger WH. Emotional aspects of obesity. Med Clin Nort America, 1951;35:483- 499.
50. Hamulu F. Obezite Komplikasyonları. Yılmaz C, editör. Obezite ve Tedavisi. 1. Baskı. İstanbul: Mart Matbaacılık; 1999: 41-61.
51. Hatemi HH: Hipertansiyon ve obezite. Obezite 1999;1:16.

52. Hill AJ, Williams J. Psychological health in a nonclinical sample of obese women. *Int J Obes Relat Metab Disord* 1998; 22:578-583.
53. İçen S. (2005) ,Obez Bireylerde Beslenme, Fiziksel Aktivite ve Sosyal Özelliklerin Değerlendirilmesi, İ.Ü Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi
54. Jakicic JM, Donnelly JE, Jawad AE. Association between blood lipids and different measures of body fat distributions: Effect of BMI and age. *Int J Obes* 1993;17;131- 137.
55. J Pediatr Psychol.2007 Jun 20; The Effects of Weight Management Programs on Self-Esteem in Pediatric Overweight Populations. Lowry KW, Sallinen BJ, Janicke DM.Department of Clinical and Health Psychology, University of Florida, FL, USA.
56. Kabalak T,Obezitenin diyetle tedavisi, Ed:Yılmaz C, Obezite, Nobel Tıp Kitapevleri , 1995: 107-137.
57. Kartal ŞMA (1996) Obesity and Its Psychological Correlates: Appearance-Esteem, Self- Esteem and Loneliness. Unpublished Master Dissertation, Ankara, Ankara University.
58. Kavas, E;(2002) Benlik Saygısı, Örgüt Psikolojisi Ders Ödevi
59. Kenneth M.Carpenter, PhD, Deborah S.Hasin, PhD, David B.Allison, PhD, and Myles S.Faith, PhD *American Journal of Public Health* 2000 : .90: 251-257.
60. Kohut H: The analysis of the self. New York, International Universities Press, 1971.
61. Kolotkin RL, Meter K, Williams GR. Health related quality of life and obesity. *Obesity reviews* 2, 2001:219-229.
62. Kopelman PG, Finer N, Fox KR ve ark.ASO Consensus statement on obesity, *Int J Obesity*,18 (4):189-191,1994.
63. Kopelman PG, Dunitz M. Obezite ve İlişkili Hastalıkların Tedavisi, 1. Baskı, And Yayıncılık, İstanbul, 2003.
64. Kornhaber A. The stuffing syndrome. *Psychosomatics*, 1970;11;580-584.
65. Korugan Ü, Damcı T, Özbey N ve ark. Klinik Obezite. Obezite Çalışma Grubu Yayını, İstanbul, Roche Yayınları.2000.

66. Koruk __, Sahin T. K. Konya Fazilet Uluisık Saglık Ocagı Bölgesinde 15-49 yas grubu ev kadınlarında obezite prevalansı ve risk faktörleri Genel Tıp Dergisi 2005;15 :147-155.
67. Kurdoğlu G. Obezite. Ed: Neyzi O, Ertuğrul T, Pediatri 1, Nobel Tıp Kitapevi, 1989: 378-382.
68. Lissau I, Sorensen TIA. Parental neglect during childhood and increased risk of obesity in young adulthood. Lancet, 1994;343; 324-327.
69. Lomax JW .Obesity in Comprehensive Textbook of Psychiatry,Ed: Kaplan H_, Sadock Bj, Williams& Wilkins, Baltimore, 1989: 1176-1186.
70. Maddi SR, Khoshaba DM, Persico M, Bleecker F, VanArsdall G. Psychosocial correlates of psychopathology in a national sample of the morbidly obese. Obes Surg. 1997; 7 :397-404.
71. Maddox GL, Back KW, Liederman WR (1998) Overweight as social deviance and disability, J Health Soc Behav, 9(4):287-298.
72. Marti A, Moreno M, Hebebrand J, Martinez J. Genes, lifestyle and obesity. International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders. 2004;28;29-34.
73. Mills JK, Andrianopoulos GD. The relationship Between Childhood Onset Obesity and Psychopathology in Adulthood, The Journal of Psychology 1993;127: 547-551.
74. Modan M, Halkin H, Almog S ve ark. (1994) Hyperinsulinaemia: a link between obesity and glucose intolerance, J Clin Invest, 75(3):809-817.
75. Moler H, Mellemgaard A, Lindvig K ve ark. (1994) Obesity and cancer risk: a Danish recordlinkage study, Eur J Cancer, 304(3):344-350.
76. Odağ C. Nevrozlar 1, Halime Odağ Psikanaliz ve Psikoterapi Vakfı Yayınları:1, İzmir.1999:27-36.
77. Offer D, Ostrov E, Howard K_: Patterns of Adolescent selfimage. Jossey-Bass _nc., San Francisco 1984.
78. 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.
79. Onat A, Sansoy V, Soydan İ ve ark. Türk erişkinlerde kalp sağlığı, risk profili ve kalp hastalığı (Tek harf çalışması) 2000:62-72.

80. Özcan, S., Akbayrak, N.(Ed.), İlhan, SE.(Ed.), Ançel, G.(Ed.), Albayrak, A.(2007).”Obezite”,Hemsirelik Bakım Planları, Birlik Matbaası, Ankara. S: 473– 475-476-477
81. Özenoğlu A, Sabuncu T, Ünüvar E, Ekzojen Obezitesi Olan Adolesanların Günlük Diyetlerinde Aldıkları Enerji ve Besin Öğelerinin Dağılımı, Endokrinolojide Yönelişler, 1998:9:1;38-42.
82. 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.
83. Ozmen D, Ozmen E, Ergin D, Çakmakçı ÇA, Şen N, Erbay DP, Taşkın EO. (2007). The association of self-esteem, depression and body satisfaction with obesity among Turkish adolescents. *BMC Public Health*, 7(80):1-7
84. Öztora, S. (2005).”İlköğretim Çağındaki Çocuklarda Obezite Prevalansının Belirlenmesi ve Risk Faktörlerinin Arastırılması”, **Uzmanlık Tezi**, İstanbul.
85. Quesenberry CP, Caan B, Jacobsen A (1998) Obesity, health services use and health care costs among members of a health maintenance organization, *Arch Int Med*, 158(5):466-472.
86. Pagan J.A., Davila A.: Obesity, occupational attainment and earnings. *Soc Sci Quart*, 78:756-770, 1997. In: *International Textbook of Obesity*. Ed: Björntorp P. 1. Baskı, s. 310-311, And Danışmanlık, İstanbul, 2002.
87. Pesa JA. Psychosocial Differences Associated with Body Weight Among Female Adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 2000;26;330-337.
88. Pınar R. Obezlerde depresyon, benlik saygısı ve beden imajı: karşılaştırmalı bir çalışma. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi; 2002;6(1); 30-41.
89. Pi-Sunyer F.X., Health implications of obesity. *American Journal of Clinical Nutrition*, 53:1595-1603, 1991.
90. Pi-Sunyer F.X., Obesity Research The North American Association for the Study of Obesity, 10:97-104,2002.
91. Popkin BM. The nutrition transition in low-income countries: An emerging crisis. *Nutrition Review* 1994;52:285-298.

92. Popkess-Vawter S, Banks N (1992) Body image measurement in overweight females, Clin Nurs Res, 1(4):402-417.
93. Prof. Dr. Ayşe Baysal, Doç.Dr. Murat Baş, Yetişkinlerde Ağırlık Yönetimi 1. basım, s:5-19, 49-67, 158-160, Ekspress Baskı A.Ş., İstanbul, 2008.
94. Ravussin E, Lillioja S, Knowler WC ve ark. (1988) Reduced rate of energy expenditure as a riskfactor for body weight gain, New Engl J Med, 318(8):467-472.
95. Rev Saude Publica. 2006 Jun;40(3):497-504. Epub 2006 Jun ,Relationship between body mass index and self-perception among university students.Kakeshita IS, de Sousa Almeida S.Departamento de Psicologia e Educação, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil
96. Rissanen A, Heliovaara M, Knekt P ve ark. (1990) Risk of disability and mortality due to overweight in a Finnish population, BMJ, 301:835- 837.
97. Rosenberg M. Society and the Adolescent Self-image, Princeton University Pres, Princeton,1965.
98. Rosen, JC, Orosan P, and Reiter J. Cognitive Behaviour Therapy for negative body image in obese women. Behaviour Therapy, 1995;26;25-42.
99. Rosen JC. Obesity and body image. In C.G. Fairburn and K.D. Brownell (eds.), Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook, Newyork:Guilford, 2002:399-402.
100. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan&Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, Philadelphia, Baltimore, Williams and Wilkins, Türkçe baskı, 2007: 2126.
101. Sarısoy G, Atmaca A, Ecemiş G, Gümüş K, Pazvantaoğlu O. 2013, Obezite hastalarında dürtüsellik ve dürtüsellüğün beden algısı ve benlik saygısı ile ilişkisi. Anadolu Psikiyatri Derg 2013; 14:53-61
102. Sarwer DB, Wadden TA, Foster GD. Assesment of body image dissatisfaction of obese women: specificity, severity, and clinical significance. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1998;66;651-654.

103. Satman İ, Şengül AM, Uygur S, Salman F, Baştar İ, Sargın M, Tütüncü Y, Karşıdağ K, Dinçağ N, Özcan C, Yılmaz MT, and TURDEP Group. Population-based study of diabetes and risk characteristics: Final results of the TURDEP. *Diabetologia* 2000; 43: A111, 433.
104. Saygılı F. Obezite Komplikasyonları, Ed: Yılmaz C, Obezite ve Tedavisi. Mart Matbaacılık, İstanbul. 1999:41-57.
105. Schecter DE. Infant development, *American Handbook of Psychiatry*, Ed. S. Arieti, 1985:269-270.
106. Shepard TY, Weil KM, Sharp TA, Grunwald GK, Bell ML, Hill JO, Eckel RH. Occasional physical inactivity combined with a high-fat diet may be important in the development and maintenance of obesity in human subjects. *Am J Clin Nutr* 2001;73:703-708.
107. Sims EA. Storage and Expenditure of Energy in Obesity and Their Implications for Management. *The Medical Clinics of North America*, 1989;73:1;97-110.
108. Sobal J.: Obezite Üzerindeki Sosyal Ve Kültürel Etkiler. In: *International Textbook of Obesity*. Ed: Björntorp P. 1. Baskı, s. 305-22, And Danışmanlık, İstanbul, 2002.
109. Sobal J, Stunkard AJ. Socioeconomic status and obesity: a review of the literature. *Psychol Bull*, 1989;105:260-275.
110. Stunkard AC. Obesity in *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Ed: Kaplan HI, Sadock BJ. Baltimore: Williams and Wilkins. 1985.
111. Stunkard A.J., Haris J.R., Pedersen N.L., & McClearn G.E. The body mass index of twins who have been reared apart. *New England Journal of Medicine*, 322, 1483-1487, 1990.
112. Stunkard A.J., LaFleur W. R., & Wadden T.A. Stigmatization of obesity in medieval times: Asia and Europe. *International Journal of Obesity*, 22, 1141-114, 1998.
113. Şarbat G, Demirkol M. Obezite. Ed: Ekşi A. Ben Hasta Değilim, Nobel tıp Kitapevi, 1999:441-450.
114. Telch CF, Agras WS. Obesity, binge eating and psychopathology: Are they related? *Int J Eat Disord*. 1994; 5: 53-61.

115. Tezcan B. (2009), Obez Bireylerde Benlik Saygısı, Beden Algısı ve Travmatik Geçmiş Yaşantılar, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul
116. Thomas CD, Freeman RJ. The body esteem scale: constructive validity of the female subscales. J Pers Ases, 1990;54;1-2.
117. Tüzün M, Obezitenin genel özellikleri, Ed: Yılmaz C, Obezite ve Tedavisi, Mart matbaacılık, İstanbul, 1999: 11-28.
118. Ünal M. Sigara Bağımlılığı-Ruhsal Toplumsal Yönleriyle-Ç.Ü.Tıp Fakültesi Dergisi, 19
119. Wadden AT, Stunkard JA. Obezite Tedavi El Kitabı Türkçesi, 1. Baskı, And Yayıncılık, İstanbul.2003. 88:4;595-600.
120. Wadden TA, Osei S; Obezite Tedavisi, ed. Arif Nihat Dursun, Obezite Tedavi El Kitabı, 2003:229-248.
121. Wardle J, Waller Jo, Fox E. Age of onset and body dissatisfaction in obesity. Addictive Behaviors, 2002;27;561-573.
122. 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.
123. Wilson DJ, Foster DW, Kronenberg MH, Larsen PR. Williams Textbook of Endocrinology 9th Edition, WB. Saunders Company, Philadelphia, 1998.
124. Wilson CP. Personality Structure and Psychoanalytic Treatment of Obesity. Ed:Wilson CP, Hogan CC, Mintz I, Psychodynamic Technique in the Treatment of the Eating Disorders. Northvale, New Jersey, London. 1992:81-95.
125. Wolf G, Sheldon C, Dong CH, Fuad NZ. “Leptin and renal disease”, American Journal of Kidney Diseases, Vol 39, No 1, 1-11 (2002).
126. World Health Organization. WHO Monica Project: Geographical variation in the major risk factors o coronary heart disease in men and women aged 35-64 years. The WHO Monica Project. World Health Statistics Quarterly 1988: 41:115.
127. WHO.Physical status:The use and interpretation of antropometry.Report of a WHO expert committee. Geneva: World Health Organization, 1995.

128. van Hout GC, van Oudheusden I, van Heck GL. Psychological profile of the morbidly obese. *Obes Surg* 2004; 14:579-588.
129. Yanovski SZ, Nelson JE, Dubbert BK, Spitzer RL. Association of binge eating disorder and psychiatric comorbidity in obese subjects. *Am J Psychiatry* 1993;150: 1472-1479.
130. Yılmaz C., Obeziteye Giriş, Obezite ve Tedavisi,s:7-10, Mart Matbaacılık, İstanbul, 1999.
131. Yılmaz,Candeğer, M.R. Yılmaz, H.Elbi, C. Özgürbüz, E. Duman ve C. Değirmenci, “Kilonuz Mercek Altında”, Ege Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Bilim Dalı Obezite Okulu,Yayın dizisi 1, , s:1-4(Edt: Candeğer Yılmaz), İzmir ,2003.
132. Yörükoğlu A. Gençlik Çağı, Tisa Matbaası, Ankara,1985.
133. Yücel N. 2008, Kilolu ve Obez Kadınlarda Obezite ve Benlik Saygısı İlişkisinin Değerlendirilmesi, MÜ Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yüksek lisans tezi, İstanbul (Yrd. Doç. Dr Ahmet Topuzoğlu)
134. Ziyalar A. Beden İmajı Kavramı. Yeni Sempozyum, 1983:1-2;31-37.

10. EKLER

Ek 1. Bilgilendirilmiş Onam Formu

Ek 2. Kişisel Bilgi Formu

Ek 3. Vücut Algısı Ölçeği

Ek 4. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği

EK:1

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

“Bir eğitim ve araştırma hastanesinde obezite polikliniğine başvuran obez bireylerin beden algılarının benlik saygıları üzerine etkisinin değerlendirilmesi” başlıklı çalışmanın amacı hastanenin obezite polikliniğine başvuran obez bireylerin bedenlerini nasıl algıladıkları ve bunun benlik saygıları üzerinde nasıl bir etkisinin olduğunu değerlendirmektir. Beden algısı ve benlik saygısı değerlendirme ölçekleri ve literatür bilgisi doğrultusunda hazırlanmış bir bilgi formundan oluşan anketler uygulanacaktır. Elde edilen tüm bilgiler gizli tutulacaktır.

Bu çalışmaya katılma, katılmama veya istediğiniz zaman çalışmayı bırakma hakkına sahipsiniz. Çalışma ile ilgili bana yapılan açıklamaları dinledim. Bu çalışmaya katılmayı kabul ediyorum.

Tarih:

Adı-soyadı:

İmza:

EK: 2

BİLGİ FORMU

Değerli Katılımcı;

Bu araştırma, *Bir eğitim ve araştırma hastanesinde obezite polikliniğine başvuran obez bireylerin beden algılarının benlik saygıları üzerine etkisinin değerlendirilmesi* amacıyla yapılmıştır. Formda yer alan sorulara düşüncenizi doğru yansıtabilecek şekilde cevap verilmesi ve boş bırakılmaması, sonuçların güvenilirliği açısından önemlidir. Elde edilen veriler gizli kalacaktır. Araştırmanın dışında herhangi bir kişi ya da kuruluşa verilmeyecektir. Araştırmanın gerçekleştirilmesindeki katkılarınız ve desteğiniz için teşekkür ederim.

SAFİYE ÇALIŞKAN TEKDEMİR

M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Psikiyatri Hemşireliği Ana Bilim Dalı

Yüksek Lisans Öğrencisi

1. Yaşınız:

2. Cinsiyetiniz:

a.kadın

b.erkek

3.

a.Boy

b.Kilo

c.BKİ.:

4. Medeni durumunuz:

a. Bekar

b.Evli

c.Dul

5. Çocuk var mı?

a. evet

b. Hayır

6. Yanıtınız evet ise kaç tane?

7. Öğrenim durumunuz:
- a. Öğrenimi yok
b. İlköğretim
c. Ortaöğretim
d. Yükseköğretim
8. Çalışıyor musunuz?
- a. Evet
b. Hayır
9. Ekonomik durumunuz:
- a. İyi
b. Orta
c. Kötü
10. Kiminle yaşıyorsunuz?
- a. Yalnız
b. Eş ve/veya Çocuk
c. Anne ve/veya baba
d. Arkadaş
11. Türkiye'nin hangi bölgesindensiniz:
- a. Karadeniz
b. Ege
c. Marmara
c. Güneydoğu Anadolu
d. İç Anadolu
e. Doğu Anadolu
f. Akdeniz
12. Burda kaç yıl yaşadınız?
13. Yemek alışkanlıklarınız nasıldır?
- a. Evde kendim pişiririm
b. Dışarıda fastfood ağırlıklı
c. Zeytinyağlı sebze yemekleri ağırlıklı
d. Et yemekleri ağırlıklı
14. Obezite polikliniğine ilk kez ne zaman başvurdunuz?
15. Başvuru nedeniniz?
16. Ne zamandan beri kilo sorunu yaşıyorsunuz?
- a. Çocukluk
b. Ergenlik
c. Hastalık
d. Menopoz

- 81

EK: 3**VÜCUT ALGISI ÖLÇEĞİ (BODY CATHEXİS SCALE)**

Aşağıdaki sorularda bir vücut özelliğinin hakkındaki duygularınızı en iyi anlatan ifadenin altında 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 görünümüm					
8.İdrar dışkı düzenim					
9.Kas kuvvetim					
10.Belim					
11.Enerji düzeyim					
12.Sırtım					
13.Kulaklarım					
14.Başım					
15.Çenem					
16.Vücut yapım					
17.Profilim					
18.Boyum					
19.Duyularımın keskinliği					
20.Ağrıya dayanıklılığım					
21.Omuzlarımın genişliği					
22.Kollarım					
23.Göğüslerim					
24.Gözlerimin şekli					
25.Sindirim sistemi					
26.Kalçalarım					
27.Hastalığa direncim					
28.Bacaklarım					
29.Dişlerimin şekli					
30.Cinsel gücüm					
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 4:

ROSENBERG BENLİK SAYGISI ENVANTERİ

Lütfen aşağıda yer alan ifadelerin size ne ölçüde uygun olduğunu, aşağıdaki ölçeği dikkate alarak ifadenin yanındaki bölmede işaretleyin. Teşekkürler.

1.Kendimi en az diğer insanlar kadar değerli buluyorum.

- a) Çok doğru c) Yanlış
b) Doğru d) Çok yanlış

2.Bazı olumlu özelliklerim olduğunu düşünüyorum.

- a) Çok doğru c) Yanlış
b) Doğru d) Çok yanlış

3.Genelde kendimi başarısız bir kişi olarak görme eğilimindeyim.

- a) Çok doğru c) Yanlış
b) Doğru d) Çok yanlış

4.Ben de diğer insanların birçoğunun yapabildiği kadar bir şeyler yapabilir.

- a) Çok doğru c) Yanlış
b) Doğru d) Çok yanlış

5.Kendimde gurur duyacak fazla bir şey bulamıyorum.

- a) Çok doğru c) Yanlış
b) Doğru d) Çok yanlış

6.Kendime karşı olumlu bir tutum içindeyim.

- a) Çok doğru c) Yanlış
b) Doğru d) Çok yanlış

7.Genel olarak kendimden memnunum.

- a) Çok doğru c) Yanlış
b) Doğru d) Çok Yanlış

8.Kendime karşı daha fazla saygı duyabilmeyi isterdim.

- a) Çok doğru c) Yanlış
b) Doğru d) Çok Yanlış

9.Bazen kesinlikle bir işe yaramadığımı düşünüyorum.

- a) Çok doğru c) Yanlış
b) Doğru d) Çok yanlış

10. Bazen hiç de iyi bir insan olmadığımı düşünüyorum.

- a) Çok doğru c) Yanlış
b) Doğru d) Çok yanlış

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Şafiye	Soyadı	Çalışkan Tekdemir
Doğum Yeri	Bulgaristan	Doğum Tarihi	24-05-1984
Uyruğu	T.C.	TC Kimlik No	15625609880
E-mail	caliskansafiye@hotmail.com	Tel	544-5573902

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Doktora/Uzmanlık		
Yüksek Lisans	Marmara Üniversitesi	2013
Lisans	Marmara Üniversitesi	2007
Lise	Karadeniz Ereğli Anadolu Lisesi	2002

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1.	Hemşire	Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi	3(2010-
2.	Hemşire	Ereğli Anadolu Hastanesi	1.5(2008-2010)
3.	Hemşire	Özel Koşuyolu Diyaliz Merkezi	1.5(2007-2008)

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*
İngilizce	Orta	Orta	Orta

* Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

Yabancı Dil Sınav Notu #								
KPDS	ÜDS	IELTS	TOEFL IBT	TOEFL PBT	TOEFL CBT	FCE	CAE	CPE

Başarılmış birden fazla sınav varsa, tüm sonuçlar yazılmalıdır

KPDS: Kamu Personeli Yabancı Dil Sınavı; ÜDS: Üniversitelerarası Kurul Yabancı Dil Sınavı; IELTS:

International English Language Testing System; TOEFL IBT: Test of English as a Foreign Language-Internet-

Based Test TOEFL PBT: Test of English as a Foreign Language-Paper-Based Test; TOEFL CBT: Test of English

as a Foreign Language-Computer-Based Test; FCE: First Certificate in English; CAE: Certificate in Advanced

English; CPE: Certificate of Proficiency in English

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
LES Puanı			
(Diğer) Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Microsoft office	Orta

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

Uluslararası ve Ulusal Yayınları/Bildirileri/Sertifikalari/Ödülleri/Diğer

- Aile Danışmanlığı Sertifikası (Ocak-Haziran 2013)
- NRP Eğitimi Sertifikası (Mart 2013)
- Bir İlköğretim Okulundaki Öğrencilerin Aile Tutumlarının Çocukların Benlik Saygıları Üzerine Etkilerinin İncelenmesi, Ünsal G, Tanşu A, Şener M, Kaçmaz N, Taşkiran Ö, **Tekdemir SÇ**, Poster Sunumu, IV. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi, Samsun, Türkiye, 2010
- Diyaliz Hemşireliği Sertifikası (Ekim-Aralık 2007)

T.C
SAĞLIK BAKANLIĞI
Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği

SAYI : B.10.4.ISM.4.34.25.28-250/ 7596
KONU: KAEDK / 2011-1 nolu Proje

.../05/2011

Sayın: Yard. Doç. Dr. Gül Ünsal BARLAS
(Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı)

Klinik Araştırma Etik Değerlendirme Komisyonumuzca onaylanan proje onay yazısı
yazımız ek'inde sunulmuştur.

Görüş ve bilgilerinize arz olunur



Prof. Dr. Ahmet Yaser MÜSLÜMANOĞLU
Başhekim

Ek: 1 adet



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
BAĞCILAR EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
KLİNİK ARAŞTIRMA ETİK DEĞERLENDİRME KOMİSYONU

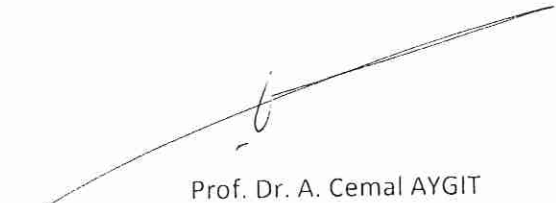
Sayı: 2011/ 2

Tarih: 29.03.2011

Konu: KAEDK / 2011-1 nolu Proje
1. Kurul Toplantısı

Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Başhekimliği'ne

Kurulumuz çoğunluğun katılımı ile toplantısını yaparak,
Yard. Doç. Dr. Gül Ünsal BARLAS'nın (Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı) yürütücüsü olduğu "Bir eğitim ve araştırma hastanesinde obezite polikliniğine başvuran obez bireylerin beden algılarının benlik saygıları üzerine etkisinin değerlendirilmesi" isimli araştırma dosyası Klinik Araştırma Etik Değerlendirme Komisyonunca müzakere edilmiş olup, oy birliği ile uygun olduğuna karar verilmiştir.
Bilgilerinizi ve durumun adı geçen kuruma bildirilmesini arz ederim.


Prof. Dr. A. Cemal AYGIT
Klinik Araştırma Etik Değerlendirme Komisyon Başkanı

PROF. DR. ATILLA SEMERCİÖZ (Başkan Yard.)
Üroloji Klinik Şefi

DOÇ. DR. MUSTAFA HAKAN DİNÇKAL (Üye)
Kardiyoloji Klinik Şefi

DOÇ. DR. AYŞİN ALAGÖL (Üye)
Anestezi ve Reanimasyon Klinik Şefi

DOÇ. DR. MEHMET FARUK OKTAY (Üye)
Kulak Burun Boğaz Klinik Şefi

UZM. DR. ÖZGÜL YİĞİT (ÜYE)
Çocuk Sağlığı ve Hast. Klinik Şef Yard.