



T.C
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**GAZİANTEP İLİ ŞEHİTKAMİL VE ŞAHİNBEY İLÇELERİ HALK
EĞİTİM MERKEZLERİ EL BECERİ BAYAN
KURSIYERLERİNDE KİLOFOBİ VE BENLİK SAYGISI İLİŞKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ
Sibel KIYMACI

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

DANIŞMAN
Yrd. Doç. Dr. Rabia SOHBET

Gaziantep
Temmuz 2017

T.C
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**GAZİANTEP İLİ ŞEHİTKAMİL VE ŞAHİNBEY İLÇELERİ HALK
EĞİTİM MERKEZLERİ EL BECERİ BAYAN
KURSIYERLERİNDE KİLOFOBİ VE BENLİK SAYGISI İLİŞKİSİ**

Sibel KIYMACI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

DANIŞMAN
Yrd. Doç. Dr. Rabia SOHBET

Gaziantep
Temmuz 2017

T.C.
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

GAZİANTEP İLİ ŞEHİTKAMİL VE ŞAHİNBEY İLÇELERİ HALK
EĞİTİM MERKEZLERİ EL BECERİ BAYAN
KURSIYERLERİNDE KİLOFOBİ VE BENLİK SAYGISI İLİŞKİSİ

Sibel KIYMACI

Tez savunma tarihi: 20/07/2017
Sağlık Bilimleri Enstitü onayı

Prof. Dr. Mehmet TARAKÇIOĞLU
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

Bu tez çalışmasının bir “Yüksek Lisans” derecesi için uygun ve yeterli bir çalışma olduğunu onaylıyorum.

Doç.Dr.Zeynep GÜNGÖRMÜŞ
Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanı

Bu tez tarafımca okunmuş, kapsamı ve niteliği açısından bir “Yüksek Lisans” tezi olarak kabul edilmiştir.

Yrd. Doç. Dr. Rabia SOHBET
Tez Danışmanı

Bu tez tarafımca okunmuş, kapsamı ve niteliği açısından bir “Yüksek Lisans” tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez jürisi
Doç. Dr. Birgül ÖZÇIRPICI
Yrd. Doç. Dr. Müyesser ERDEM
Yrd. Doç. Dr. Rabia SOHBET

İmza

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlamasından 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.

Sibel KIYMACI
TEMMUZ 2017

TEŞEKKÜR

Çalışmam süresince, yoğun çalışmalarına rağmen engin bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım, benden desteğini esirgemeyen, yetişmemde büyük emeği olan değerli hocam ve danışmanım Yrd. Doç. Dr. Rabia SOHBET'e;

Çalışmamın her aşamasında her türlü destek ve katkılarından dolayı eşim Ahmet Kıymacı'ya;

Her zaman yanımda olan ve çocuklarımla ilgilenen annem Sevim Altındaş ve babam Hayrullah Altındaş'a katkılarından dolayı sonsuz teşekkürler ediyorum.

Sibel KIYMACI
TEMMUZ 2017

İÇİNDEKİLER

Onay Sayfası	
Beyan	
Teşekkür.....	İ
İçindekiler	İi
Kısaltmalar Listesi	İv
Tablolar Listesi	V
Şekiller Listesi	Vi
Özet.....	Vii
Abstract.....	Viii
1. Giriş Ve Amaç	1
2. Genel Bilgiler.....	3
2.1. Obezitenin Tanımı ve Önemi.....	3
2.2. Obezitenin Sınıflandırılması	3
2.3. Obezitenin Değerlendirilmesi	7
2.4. Obeziteyi Etkileyen Etmenler	10
2.5. Obezitede Komplikasyonlar	12
2.6. Obezitede Tedavi	15
2.6.1. Tıbbi Beslenme (Diyet) Tedavisi.....	16
2.6.2. Egzersiz Tedavisi	16
2.6.3. İlaç Tedavisi.....	16
2.6.4. Davranış Tedavisi	17
2.6.5. Cerrahi Tedavi	17
2.7. Obezitenin Önlenmesi, Tedavi ve Kontrolünde Hemşirenin Rolü	18
3. GEREÇ ve YÖNTEM	20
3.1. Araştırmanın Tipi.....	20
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Tarihi.....	20
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	20
3.4. Veri Toplama Araçları	20
3.5. Verilerin Değerlendirilmesi	21
3.6. Araştırmanın Etiği.....	21
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	21

4. BULGULAR.....	22
5. TARTIŞMA	40
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	46
7. KAYNAKLAR	48
8. EKLER.....	53
ÖZGEÇMİŞ	60

KISALTMALAR LİSTESİ

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
BKB	: Borderline Kişilik Bozukluğu
BKİ	: Beden Kitle İndeksi
BKO	: Bel Kalça Oranı
CDC	: Hastalıkları Önleme ve Kontrol Merkezi
DKK	: Deri Kıvrım Kalınlığı
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
NCSS	: Number Cruncher Statistical System
NHCS	: National Center of Health Statistics
TYB	: Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu
TOHTA	: Türkiye Obezite ve Hipertansiyon Taraması
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
TURDEP	: Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması
CBSÖ	: Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği

TABLÖLAR LİSTESİ

Sayfa No

Tablo 1. Yetişkinlerde BKİ'ne Göre Zayıflık, Fazla Kiloluluk ve Obezitenin Sınıflandırılması ..4	
Tablo 2. Türkiye'de Obezite Sıklığının Bölgesel Dağılımı7	
Tablo 3. Kadınların Demografik Özellikleri Dağılımı22	
Tablo 4. Kadınların Evlilik, Gebelik ve Çocuk Sayısı Dağılımı.....23	
Tablo 5. Kadınların Beslenme Eğitimi ve İlaç Kullanma Dağılımı23	
Tablo 6. Kadınların Beslenme Özellikleri Dağılımı24	
Tablo 7. Kadınların Beslenme Alışkanlıkları ve Besin Tercihleri Dağılımı25	
Tablo 8. Kadınların Kiloları Hakkında Görüşleri ve Diyet Yapma Dağılımı26	
Tablo 9. Kadınların Kendini Değerlendirme Diyet Uygulama, Sıklık ve Uyum Dağılımı.....27	
Tablo 10. Kadınların Sağlık Problemi Varlığı Dağılımı28	
Tablo 11. Kadınların Günlük Aktiviteleri Dağılımı.....28	
Tablo 12. Kadınların Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği Dağılımı29	
Tablo 13. Kadınların Kilofobi Ölçeği Dağılımı29	
Tablo 14. Coopersmith Benlik Saygısı ve Kilofobi Ölçeği Dağılımı30	
Tablo 15. C.B.S.Ö. Puanı ile Kilofobi Ölçeği Puanı Dağılımı31	
Tablo 16. C.B.S.Ö. Puanına Göre Yaş, BKİ, Evlilik Yaşı ve Evlilik Süresi Dağılımı31	
Tablo 17. C.B.S.Ö. Puanına Göre Demografik Özellik Dağılımı33	
Tablo 18. C.B.S.Ö. Puanına Göre Eğitim Alma, Beslenme, Yemek-Ara Öğün Yeme Dağılımı 35	
Tablo 19. Kilofobi Ölçeği Puanına Göre Yaş, BKİ, Evlilik Yaşı ve Süresi Dağılımı36	
Tablo 20. Kilofobi Ölçeği Puanına Göre Demografik Özellikler Dağılımı37	
Tablo 21. Kilofobi Ölçeği Puan Göre Eğitim, Beslenme, Yemek-Ara Öğün Yeme Dağılımı39	

ŞEKİLLER LİSTESİ

	<u>Sayfa No</u>
Şekil 1. Coopersmith Benlik Saygısı Puanlarının Dağılımı	30
Şekil 2. Kilofobi Puanlarının Dağılımı	30
Şekil 3. Coopersmith Benlik Saygısı Puanına Göre Yaş Dağılımı	31
Şekil 4. Coopersmith Benlik Saygısı Puanı ile BKİ Dağılımı	32
Şekil 5. Coopersmith Benlik Saygısı Puanına Göre Evlilik Süresi Dağılımı	32
Şekil 6. Coopersmith Benlik Saygısı Puanına Göre Eğitim Dağılımı	33
Şekil 7. Coopersmith Benlik Saygısı Puanına Göre Evde Yaşayan Kişi Sayısı Dağılımı.	34
Şekil 8. Coopersmith Benlik Saygısı Puanına Göre Çocuk Sayısı Dağılımı	34
Şekil 9. Coopersmith Benlik Saygısı Puanına Göre Beslenme Eğitimi Alma Dağılımı	35
Şekil 10. Coopersmith Benlik Saygısı Puanına Göre Beslenmeyle İlgilenme Dağılımı	35
Şekil 11. Coopersmith Benlik Saygısı Puanına Göre Ara Öğün Yeme Dağılımı	36
Şekil 12. Kilofobi Ölçeği Puanına Göre Yaş Dağılımı	36
Şekil 13. Kilofobi Ölçeği Puanına Göre Aile Yapısı Dağılımı	37
Şekil 14. Kilofobi Ölçeği Puanına Göre Eğitim Dağılımı	38
Şekil 15. Kilofobi Ölçeği Puanına Göre Evde Yaşayan Kişi Sayısı Dağılımı	38
Şekil 16. Kilofobi Ölçeği Puanına Göre Ara Öğün Yeme Dağılımı	39

ÖZET
GAZİANTEP İLİ ŞEHİTKAMİL VE ŞAHİNBEY İLÇELERİ HALK EĞİTİM
MERKEZLERİ EL BECERİ BAYAN KURSİYERLERİNDE KİLOFOBİ VE
BENLİK SAYGISI İLİŞKİSİ

Sibel KIYMACI
HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI
HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI
Tez Danışmanı: Yrd. Doç. Dr. Rabia SOHBET
Temmuz 2017, 71 Sayfa

Bu çalışmada Gaziantep ilinde kadınların kilofobi ve benlik saygısı düzeylerinin ilişkisinin araştırılması amaçlanmıştır. Çalışmaya katılan 600 kadına Sosyodemografik özellikler anketi, Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği ve Kilofobi Ölçeği uygulanarak ekim-aralık 2012 arasında gözlem altında yapılmıştır. Veriler NCSS 2007 programı kullanılarak değerlendirmede, ort, standart sapma, frekans, ve Student's t, One-way ANOVA, Bonferroni Kruskal Wallis, Mann Whitney U, Pearson korelasyon analizi kullanıldı.

Kadınların yaşları, BKİ ölçümleri, evlilik süreleri arttıkça benlik saygısının azaldığı, eğitim düzeyinin yükseldikçe benlik saygısının da arttığı görülmüştür. Evde 2 – 4 kişi yaşayan ve çocuğu olmayan kadınların benlik saygılarının, evde 5 – 8 kişi yaşayan 4 ve üzeri çocuk sahibi kadınlardan daha yüksek saptanmıştır. Beslenme eğitimi alan, beslenme konularıyla ilgilenen ve ara öğün yemeyen kadınların benlik saygılarının, beslenme eğitimi almayan, beslenme konularıyla ilgilenmeyen ve ara öğün yiyen kadınlara göre daha yüksek saptanmıştır. Kadınların yaşları arttıkça kilofobilerinin arttığı, çekirdek aile yapısına sahip, eğitimi ilkökul ve altı olan, evde yaşayan kişi sayısı 2-4 arasında olan ve ara öğün yiyen kadınların, geniş aile yapısına sahip, eğitimi ortaokul olan, evde yaşayan kişi sayısı 5-8 arası ve ara öğün yemeyen kadınlardan daha fazla kilofobi yaşadıkları görülmüştür. Coopersmith Benlik Saygısı ile Kilofobi Puanı arasındaki negatif yönlü ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildir($p>0,05$).

Araştırmaya katılanların yaklaşık üçte biri beslenme eğitimi almış ve beslenme konularıyla ilgilenmektedir. Kadınların çoğu evlendikten sonra kilo aldığını, üçte biri kendilerinin biraz kilolu olduğunu belirtmiştir. Fiziksel sağlık ile benlik saygısı arasında ilişki vardır. Benlik saygısını yükseltmek için obeziteden kaçınma, bedenini hoşlanılan yönlerine odaklanma, bireyin kendisini başkaları ile karşılaştırmaktan kaçınması, sağlıklı gıdalar yemesi ve mümkün olduğu kadar günlük hayatta aktif bir yaşam sürmesi önerilerimiz arasındadır.

Anahtar Kelimeler: Kilofobi, Benlik Saygısı, Kadın Obezitesi

ABSTRACT
THE RELATIONSHIP BETWEEN THE FATPHOBIA AND THE SELF-ESTEEM IN FEMALES TRAINEES OF PUBLIC EDUCATION CENTER-HAND SKILLS COURSES IN ŞEHİTKAMİL AND ŞAHİNBEY, GAZİANTEP CITY

Sibel KIYMACI

Master Thesis

Department of Nursing Public Health Nursing Program

Thesis Consultant: Asst. Prof. Dr. Rabia SOHBET

Temmuz 2017, 71 pages

In this study, we aimed to investigate the relation between fat-phobia and self-esteem levels of women in the city of Gaziantep. The study was conducted between October-December 2012 with 600 women participants. Participants were asked to complete the sociodemographic form, the Coopersmith Self-Esteem Scale and the Fat-Phobia Scale under observation. Mean, standard deviation, frequency, Student's t, One-way ANOVA, Bonferroni Kruskal Wallis, Mann Whitney U. Pearson correlation analysis was performed using the NCSS 2007 program for statistical evaluation.

It was seen that in the participant women, increases in age, BMI and marital duration were associated with decreases in self esteem levels and as the education levels increased levels of self esteem increased. The self esteem of women with 2-4 family members and with non-children was found to be higher than women with 5-8 family members and with 4 and more children. Women who were educated about nutrition, who were interested in nutrition issues and who were not used to eat snacks were found to have higher self esteem levels than women who did not take nutrition education, did not care about nutrition issues and used to eat snacks. It was seen that; in the participant women as their ages increases, their levels of fat-fobia else increases and women with nucleer family, with education level of primary school or lower, with family of 2-4 members and used to eat snacks had higher levels of fat-phobia when compaired to women with extended family structure, with educational level of middle-school, with family of 5-8 members and not used to eat snacks. The negative correlation between Coopersmith Self-Esteem Score and Fat-Fobia Score was not statistically significant($p>0.005$).

Approximately one third of the participants had taken nutrition education and was interested in nutrition issues. Most of the women stated that they got weight after they got married, and the third one stated that they were a little overweight. There is a relationship between physical health and self-esteem. In order to raise self-esteem we suggest avoiding from obesity, shifting attention to pleasant aspects of the own-body, avoiding comparing the individual with others, eating healthy foods and living an active life as much as possible in daily life.

Keywords: Fatphobia, Self-Esteem, Women Obesity

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Obezite, hem gelişmiş ülkelerde hem de gelişmekte olan ülkelerde her geçen gün artış göstermektedir. Obezite; Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından "Sağlığı bozacak ölçüde vücutta anormal veya aşırı yağ birikmesi" olarak tanımlanmaktadır. Obezite, fazla miktarda yüksek enerji alınması, alınan enerjinin yetersiz harcanması ya da her iki durumun beraber uzun süre devamı ile enerji dengesizliği yaşanması sonucunda görülmektedir. Obezitenin belirlenmesi, kilonun boyun metrekaresine bölünmesi ile elde edilmekte ve elde edilen veriye Beden Kitle İndeksi (BKİ) denmektedir (1, 2).

Obezitenin etyolojisinde pek çok etken yer almaktadır. Aşırı ve yanlış beslenme, yüksek enerjili besinleri tüketme, hareketsiz yaşam tarzı, kişilik yapısı, yaş, genetik, hormonal dengesizlikler, çevresel, fizyolojik, psikolojik, biyokimyasal, sosyo-kültürel, nörolojik gibi çok fazla etken neden olmaktadır (3, 4).

Obezite, tüm dünyada artarken beraberinde pek çok kronik hastalıkları da getirmektedir. Bu sorunlar; diyabet, kalp ve damar hastalıkları, kanser, eklem rahatsızlıkları, solunum sıkıntısı ve psikiyatrik problemlerdir. Bu kronik hastalıkların yanında, yaşam kalitesini düşmesi, beden imajında bozulma, sosyal ilişkilerin bozulması gibi sorunlarında yaşanmasına yol açmaktadır. Bu sorunların yanında morbidite ve mortaliteyi de artırıcı etkisi bulunmaktadır (1, 5).

Obezite nedeniyle kişiler fizyolojik sorunlar yaşarken bununla beraber psikolojik ve sosyal sorunlar da yaşamaktadırlar. Vücut ağırlığı fazla olan kişilerin toplum içerisindeki davranışları sıkıntılı olabilmektedir. Örneğin, arkadaş edinme, sosyal faaliyetlere katılma, eş edinme gibi konularda çekimser davranmaktadırlar. Ayrıca toplum içerisindeki diğer kişilerin obez kişilere olan tutumları olumsuz olabilmektedir. Vücut ağırlığı fazla olan ya da obez kişilere karşı sergilenen bu olumsuz tutuma kilofobi olarak nitelendirilmekte ve obez kişiler kilofobi ile mücadele etmek zorunda kalmaktadır. Bir diğer sorun da iş bulmaktır. İşverenler, işe alım konusunda obez kişileri daha az tercih etmektedir (2, 6). Obeziteye bağlı en sık görülen psikolojik sorunlar ise klinik depresyon ve benlik saygısı düşüklüğüdür. Çünkü tüm bu yaşanan olumsuzluklar kişilerin benlik saygılarını olumsuz yönde etkilemektedir. Özellikle kadınlar ve genç kızlar televizyon ve magazin yayınlarının empoze ettiği zayıflığa ulaşamayınca kendilerine öz saygılarını yitirmekte ve depresyona açık hale gelmektedirler (7).

Benlik saygısı, "self-esteem"in kavramının Türkçe karşılığı olarak literatürde kullanılan kavramdır (8). Benlik saygısı, kişinin kendisini tanıyarak gerçekçi bir şekilde değerlendirmesidir. Bu değerlendirme sonucunda da mevcut yeteneklerini ve güçlerini fark eder ve benimser. Aynı zamanda kişinin kendisine karşı sevgi, saygı gibi duygularını belirtmektedir. Kişi kendini değerlendirmede olumlu bir tutum içinde ise, benlik saygısı yüksek, olumsuz bir tutum içinde ise, benlik saygısı düşük olarak kabul edilmektedir. Fazla kiloya sıklıkla benlik saygının azalması eşlik etmektedir (9, 10).

Günümüzde obezite dünyada ciddi bir şekilde, geniş boyutlu olarak ele alınan ve üzerinde araştırmalar yapılan bir konudur. Obezite ile ilgili ülkemizde yapılan çalışmaların çoğunluğu fizyolojik etkiler üzerinde durmakta, psikolojik etkiler göz ardı edilmektedir. Oysa, hemşirelik fizyolojik, psikolojik ve sosyolojik yönleriyle bireyi bir bütün olarak ele alan bir meslek olduğundan, hemşirelerin obezite gibi fizyolojik hastalık ya da bozuklukların gerisinde yatan ya da bunlara eşlik eden psikolojik sorunları bilmeleri, bütüncül bakım anlayışı ile obezitenin önlenmesi, tanı ve tedavisinde son derece önemlidir.

Bu çalışma, Gaziantep ilinde kadınların kilofobi ve benlik saygısı düzeylerinin ilişkisini saptamak amacıyla gerçekleştirilmiştir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Obezitenin Tanımı ve Önemi

Latince'de obezus sözcüğünden türemiş olan obezite iyi beslenmiş anlamına gelmektedir. İngilizce'de "obesity" şişmanlık, "obeze" çok şişman, "overweight" fazla ağırlık, tartıda fazla gelen miktar, anlamına gelmektedir (11). DSÖ obeziteyi; “sağlığı bozacak ölçüde yağ dokularında anormal veya aşırı miktarda yağ birikmesi” şeklinde tanımlamıştır (12). Yetişkin erkeklerde vücut ağırlığının ortalama %15-20'sini, kadınlarda %25-30'unu yağ dokusu oluşturmakta olup bu oranların artması obeziteye neden olmaktadır (13).

Dünya genelinde önemli bir halk sağlığı sorunu olan obezitenin temel ve gerçek nedeni kişinin harcadığından daha fazla enerji sağlayan yiyecekleri fazla tüketmesi olup, çok sayıda organ ve sistemi etkileyen, hem çocuk hem de erişkindeki prevelansı giderek artan klinik bir sendromdur. Vücut yağ kütlelerinin yağsız kütleye oranının aşırı artması sonucu, boy uzunluğuna göre vücut ağırlığının arzu edilen düzeyin üstüne çıkması, davranış, endokrin ve metabolik değişikliklerle karakterize kompleks, multifaktöryel bir hastalıktır (14).

2.2. Obezitenin Sınıflandırılması

Obezitenin sınıflandırması farklı şekillerde olabilmektedir. Vücutta yağ dokusunun dağılımı ve anatomik özelliklerine göre, obezitenin başlama yaşına göre ve obezitenin etiyojisine göre sınıflandırılabilir (15).

1. Vücutta yağ dokusunun dağılımı ve anatomik özelliklerine göre:

Vücutta yağ dokusunun dağılımına göre: yağın vücuttaki yerleşim yerlerine göre dört tipte obezite tanımlanmaktadır. Bunlar kısaca şöyledir (15);

- **Tip-I:** Vücuttaki yağ her bölgeye eşit olarak dağılmaktadır ve ovoid tip denmektedir.
- **Tip-II:** Deri altındaki yağ gövdede yoğun olarak birikmektedir ve android tip ya da elma tipi obezite denmektedir. Bu tipte insülin direnci ile ilişki tespit edilmiştir.
- **Tip-III:** Vücuttaki yağ çoğunlukla karın bölgesinde yoğun olarak birikmektedir. Glukoz intoleransı, hiperlipidemi ve hipertansiyon ile ilişkili bulunmuştur.
- **Tip-IV:** Vücuttaki yağın çoğunlukla uyluk ve kalçada depolanmaktadır ve armut tip obezite denmektedir.

Yağ hücresine göre: Obezitenin oluşumu ya vücuttaki yağ hücrelerinin sayısının artması (hiperplazi) ya da yağ hücrelerinin hacminin artması (hipertrofi) sonucu meydana gelmektedir (15).

BKİ'ne göre: DSÖ, obezitenin sınıflandırmasında BKİ'nin kullanılmasını önermekte ve yaygın olarak BKİ kullanılmaktadır. BKİ, vücut ağırlığının kilogram (kg) cinsinden değerinin, boy uzunluğunun metre (m) cinsinden karesine (kg/m^2) bölünmesiyle elde edilmektedir (16).

$$\text{BKİ} = \text{Vücut ağırlığı (kg)} / \text{Boy}^2 (\text{m}^2)$$

DSÖ'ye göre uluslararası obezite sınıflandırması Tablo 1'de gösterilmektedir (17).

Tablo1.Yetişkinlerde BKİ'ne Göre Zayıf,Fazla Kilolu ve Obezitenin Sınıflandırılması

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

Kaynak: World Health Organization. Obesity and Overweight Fact Sheet No: 311, Geneva,

WHO. <http://who.int/mediacentre/factsheets/fs3117en/print.html>. (17)

2. Obezitenin başlama yaşına göre:

- Çocukluk yaş grubunda başlayan obezite
- Erişkin dönemde başlayan obezite

3. Obezitenin etiyolojisine göre:

- Basit obezite (Eksojen obezite)
- Metabolik ve hormonal bozukluklara sekonder obezite
 - Endokrin
 - İlaçlar
- Genetik sendromlar ile birlikte olan obezite
 - Prader-Willi Sendromu
 - Bardet-Biedl Sendromu
 - Cohen Sendromu
 - Carpenter Sendromu

- Turner Sendromu
- Alström Sendromu

Obezitenin Epidemiyolojisi: Obezite tüm Dünyada sıklığı giderek artan bir halk sağlığı sorunu olarak görülmektedir. Türkiye’de de durum çok farklı değildir. Beslenme alışkanlıkları, hareketsiz yaşam tarzı, metabolik ve hormonal dengesizlikler gibi bir çok etken obezitenin daha fazla artmasına neden olmaktadır (1, 16).

Dünyadaki Durum:Obezitenin sıklığı ve dağılımı dünya genelinde farklılık göstermekte olup, DSÖ’nün 2008 verilerine göre; dünyada 1.4 milyar yetişkin fazla kiloludur. Bu fazla kiloluların 200 milyondan fazlası erkek, 300 milyon kadar kadın ise obezdir. Bu veriler ışığında dünyadaki yetişkinlerin %10’dan fazlasının obez olduğu söylenebilir (15). Bu sonuçlardan yola çıkarak kadın nüfusunda erkeklere göre daha fazla obezite görülmektedir.

Dünyada 1995 yılında 200 milyon obez yetişkin olduğu bildirilirken 2000 yılında bu sayının 300 milyona ulaştığı görülmüştür. Yapılan bir çalışmada da 2025 yılında obez yetişkin sayısının yaklaşık %50 artacağı tahmin edilmiştir (5, 19). Obezite oranının hızlı bir şekilde artması beraberinde obezite tedavi masraflarının da artmasını yol açmaktadır. Bu durum büyük miktarlarda maddi kayba neden olmaktadır.

Amerika Birleşik Devletleri’nde (ABD) 2003 - 2004 yıllarında etnik gruplarla gerçekleştirilen bir çalışmada 40 - 59 yaş grubundaki İspanyol olmayan siyah kadınların %53’ünün, beyaz kadınların %32’sinin ve Meksika orijinli kadınların ise %37’sinin obez olduğu belirlenmiştir. 12 – 19 yaş grubundaki çocuklarda da 1988 – 1994 ve 2003 – 2006 yıllarında İspanyol olmayan beyaz erkek çocukların %11.6-16’sının, , siyah erkek çocukların %10.7 – 22.9’unun ve Meksika orijinli erkek çocukların %14.1 – 21.1’nin obez olduğu görülmüştür. İspanyol olmayan beyaz kız çocuklarının %7.4-14.5’inin, siyah kız çocuklarının %13.2 – 27.7’sinin ve Meksika orijinli kız çocuklarının %9.2 – 19.9’unun obez olduğu saptanmıştır (16).

ABD’de 2007 yılında lise öğrencilerinin etnik grup ve cinsiyetlerine obezite durumlarına yönelik yapılan çalışmaya göre; Kız öğrencilerin %9.6’sının ve erkek öğrencilerin %16.4’ünün obez olduğu gözlenmiştir. Siyah öğrencilerin beyaz öğrencilere göre daha obez olduğu ve erkeklerin kızlara göre daha obez olduğu saptanmıştır (16).

NHCS (National Center of Health Statistics), 2009 – 2010 yılları arasında ABD’deki çalışmasında, 20 yaş ve üzerinde 41 milyon (%35.8) kadın ve 37 milyon

(%35.5) erkek olmak üzere toplamda 78 milyondan fazla (>%35) yetişkinin obez olduğunu bildirmiştir (20).

Kuzey Sırbistan’da öğrencilerle yapılan bir çalışmada; yaş ortalaması 22,9 olan öğrencilerin %1,1’inin obez, %21’inin ise pre-obez olduğu belirlenmiştir (21). Yapılan bir çok araştırma sonucunda, obezitenin sadece yetişkinleri değil aynı zamanda ergenlik dönemindeki gençler ve çocuklarda da önemli oranda artış olduğu gözlemlenmektedir.

Türkiye’deki Durum: Tüm dünyada obezitenin hızla artması önemli sorun olarak karşımıza çıkarken aynı sorun Türkiye için de geçerlidir. Ülkemizde 24.788 kişinin katılımıyla gerçekleştirilen Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması (TURDEP) I çalışmasına göre obezite oranı kadınlarda %30, erkeklerde %13 ve ülkenin genelinde %22.3 olarak belirlenmiştir. Obezite oranının 30’lu yaşlardan sonra artış gösterdiği, 45- 65 yaş arasında da en yüksek oranda olduğu görülmüştür. Bu çalışmanın devamı olarak gerçekleştirilen TURDEP II çalışmasında da ilerleyen zaman içerisinde kadınlarda obezite oranının 12 yılda %34, erkeklerde %107 olduğu belirlenmiştir (19).

Türkiye genelinde 20 yaş ve üzeri 23888 kişinin değerlendirildiği Türkiye Obezite ve Hipertansiyon Taraması (TOHTA) çalışmasında, obezite oranı kadınlarda %36,17, erkeklerde %21,56 toplamda %25,2 bulunmuştur (18). Türkiye Obezite Profili çalışmasına göre toplam prevalans %34.3, erkeklerde %16.9 ve kadınlarda %48.4’tür (22). Türkiye’de obezite görülme sıklığının bölgelere göre dağılımı Tablo 2’de gösterilmektedir.

Tablo 2. Türkiye’de Obezite Sıklığının Bölgesel Dağılımı

Bölgeler	Obezite Görülme Sıklığı (%)
İstanbul	33.1
Batı Marmara	30.7
Doğu Marmara	30.6
Ege	28.0
Akdeniz	30.1
Batı Anadolu	33.0
Orta Anadolu	32.9
Batı Karadeniz	31.3
Doğu Karadeniz	33.1
Kuzeydoğu Anadolu	23.5
Ortadoğu Anadolu	20.5
Güneydoğu Anadolu	22.9

Kaynak: Murathan, 2013 (18)

Ülkemizde 15 – 49 yaş grubundaki kadınlara yönelik 5 yılda bir yapılan Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) sonuçlarına göre; 1998 yılında yapılan çalışmada kadınlardaki fazla kilolu olma sıklığı %33.4 olarak belirlenmişken, 2003 yılında %34.2,

2008 yılında da %34.4 olduğu görülmüştür. Obezite sıklığı ise sırasıyla %18.8, %22.7 ve %23.9 olarak saptanmıştır. Bu sonuçlardan da görüldüğü üzere ülkemizde obezite kadın oranı her geçen gün artmakta, son 10 yılda %5.1 oranında artış gözlenmiştir (6).

Süzek ve arkadaşlarının (2005) Muğla'da 6-15 yaş grubu okul çocuklarıyla gerçekleştirdikleri çalışmada kızların %7.6'sının, erkeklerin de %9.1'nin obez olduğunu görmüşlerdir. Bu yaş grubunda bu kadar fazla oranda obezite görülme nedeni olarak televizyon başında uzun süre vakit geçirme, televizyon izlerken aperatif yiyecekler atıştırma, çalışan anne ve okuldayken en az bir öğünde tatlı besinlerle beslenme olduğu belirlenmiştir (23).

2.3. Obezitenin Değerlendirilmesinde Kullanılan Ölçüm Yöntemleri

Obezitenin değerlendirilmesinde vücuttaki yağ dokusunu miktarını ölçen yöntemlerden yararlanılmaktadır. Bu yöntemler doğrudan ve dolaylı ölçüm yöntemleridir.

Doğrudan Ölçüm Yöntemleri: Obeziteyi doğrudan ölçüm yöntemleri çoğunlukla araştırma yapma amacıyla kullanılmaktadır. Kullanımı pratikte zordur. Bu yöntemler kısaca şunlardır (24);

- Bilgisayarlı tomografi (BT)
- Toplam vücut suyu hesabı,
- Toplam vücut potasyum ölçümü,
- Manyetik rezonans görüntüleme (MRI),
- Dansitometri,
- Ultrasonografi (USG),
- Biyoelektriksel impedans analiz (BIA),
- Total vücut geçirgenliği (Total body electrical conductivity: TOBEC),
- Dual foton absorbsiyometre (DPA),
- Dual X ışını absorbsiyometre (DEXA).

Dolaylı Ölçüm Yöntemleri: Dolaylı ölçüm yöntemleri vücuttaki toplam yağ miktarı ve obezite hakkında tahmin etmekte kullanılmaktadır.

Beden Kitle İndeksi: BKİ ile vücuttaki yağ dokusu tahminen hesaplanmaktadır. BKİ yaklaşık 100 yıl önce Quetelet (1869) tarafından ortaya atılmıştır ve pratik bir yöntem olup, yaygın olarak kullanılmaktadır. Yetişkinlerde kullanımı kolay ve güvenilirdir. İngilizce karşılığı Body Mass Index (BMI) olan BKİ, kilogram cinsinden boy uzunluğunun karesine bölünmesi sonucunda hesaplanmaktadır (25,27).

BKİ farklı yazarlar farklı şekilde obezite ayırım sınırlarını ileri sürmüşlerdir. İleri sürülen farklı ayırım sınırları aşağıda özetlenmiştir. DSÖ tarafından 1997 oluşturulan ve kabul edilen uluslararası sınıflandırma (28).

- 25 – 29 kg/m² arası pre-obez (fazla kilolu)
- 30.0 – 34.9 kg/m² arası hafif obez,
- 35 – 39.9 kg/m² arası orta dereceli obez,
- 40 kg/m² ve daha üstü morbid obezitedir.

NHCS, BKİ’i erkeklerde 27.8 kg/m², kadınlarda 27.3 kg/m²,nin üzerinde olduğunda fazla kilolu, erkekte 31.1 kg/m², kadınlarda 32.3 kg/m²,nin üzerinde olduğunda da obez olarak belirtmiştir (28).

Van Itallie (1996), NHCS’nin bulgularına dayanarak obezite kriterlerini aşağıdaki şekilde belirtmiştir (28).

- BKİ < 25 kg/m² uygun ağırlık,
- 25 – 27 kg/m² arası sınırdan obez,
- 27 – 30 kg/m² arası hafif obez,
- 30 – 35 kg/m² arası orta derecede obez,
- 35 – 40 kg/m² arası ciddi obez,
- 40 kg/m² ve daha üstü ileri derecede obezitedir.

Bel – Kalça Oranı: Vücuttaki yağ miktarının önemli olduğu kadar bu yağ dokusunun vücudun hangi bölgesinde biriktiğini belirlemek de önemlidir. Karın bölgesinde yağ birikiminin fazla olması, kalça ve vücudun diğer bölümlerinde yağın birikmesinden sağlık açısından daha risklidir. Bel çevresi esnemeyen bir mezura aracılığıyla en alt kaburga kemiği ile krista iliyak kemik arası orta noktadan ölçülmektedir. Kalça çevresi esnemeyen bir mezura ile ölçülmektedir. Bel – kalça oranı (BKO), erkeklerde 0.9’un, kadınlarda ise 0.85’in üzerinde olması obezite olarak değerlendirilmektedir (9).

Deri Kıvrım Kalınlığı: Deri Kıvrım Kalınlığı (DKK), deri altındaki yağ dokusunun belirlenmesi için ölçülmektedir. DKK için vücuttaki on farklı noktadan ölçüm yapılmakta ve bu ölçüm sonuçları vücuttaki yağ miktarını doğrudan göstermektedir. DKK ölçümleri triseps, biceps, subskapular, suprailiyak gibi bölgelerden skinfold kalioper adı verilen aletle ve sol taraftan yapılmaktadır. Çalışma yapmak amacıyla yapılan DKK ölçümleri genellikle sol triseps ya da sol subskapula kullanılmaktadır. Her DKK için ortalama değerler, yaşa göre persentil değerleri belirlenmiştir (29, 30).

Vücut Ağırlığı ve Boy Uzunluğu: Obezite geleneksel olarak vücuttaki yağın depolanmasına bakılarak sınıflandırılmaktadır. Günümüzde, obezite yaşa ve boya göre olan standartlardan çok daha fazla kilolu olmak şeklinde tanımlanmaktadır. Boy standartlarına göre çok daha ağır olan bireylerin fazla miktarda vücut yağı depoladıkları kabul edilir. Obezitenin değerlendirmesinde kullanılan bu yöntem kas kitlesinin fazla olduğu atletlerde yanlış sonuçlar verebilmektedir. Bunun dışındaki kişilerde oldukça iyi sonuç vermektedir. (31). Yaşa göre ağırlık indeksi, yaşa göre boy uzunluğu ve boya göre ağırlık indekslerinin bileşik bir göstergesidir. Boya göre vücut ağırlığı, sadece vücut ağırlığının ölçülmesinden daha spesifik bir ölçümdür. Zayıflık ya da obezite olarak da ifade edilebilir. Boya göre ağırlık indeksi, vücut ağırlığını boy uzunluğuna göre değerlendirir ve ölçümün yapıldığı sıradaki beslenme durumunu tanımlar. Normal vücut yağ oranı erkeklerde %25, kadınlarda ise %35 kadardır.

2.4. Obeziteyi Etkileyen Etmenler

Obezite, vücuttaki yağ dokularının fazlalığı olarak tanımlanan kronik, kompleks, multifaktöriyel bir hastalıktır. Genetik, metabolik ve fizyolojik nedenlerle birlikte, psikolojik ve çevresel faktörlerin de obezite oluşumunda etkili olduğu bilinmektedir (28, 32).

Cinsiyet: Türkiye Diyabet Epidemiyoloji Çalışmasında; prevalans tüm yerleşim birimleri ve coğrafi bölgelerde kadınlarda erkeklerden (kadın %29,9; erkek %12,9) daha yüksektir. Kadınlarda evlilik, gebelik, multiparite ve menapoz dönemleri obezite olasılığını arttırmaktadır (28).

Yaş: Yaş ile birlikte obezite görülme sıklığı artar. Vücut yağ oranı yaş arttıkça, artış göstermektedir. 18 yaşından sonra erkeklerde vücut ağırlığının yaklaşık %15-17'sinin, kadınlarda %20-25'inin yağ dokusundan oluştuğu belirtilmektedir (32).

Mesleki Durumu: Türkiye Diyabet Epidemiyoloji Çalışmasında; aktif meslek gruplarında obezite daha seyrek iken emekli ve ev hanımlarında prevalans artmıştır (28).

Eğitim Düzeyi: Türkiye Diyabet Epidemiyoloji Çalışmasında; eğitim düzeyi düşük (okur-yazar olmayanlar %33,4), yüksekokul mezunları ve dar gelirli gruplarda obezite sıklığı daha yüksek bulunmuştur (28).

Sosyoekonomik Düzey: Yapılan bazı araştırmalar, sosyoekonomik düzey ile obezitenin birbiri ile ilişkili olduğunu göstermektedir. DSÖ'nün 2006 yılında yapılan HBSC (Okul Çağı Çocuklarında Sağlık Yaşam Davranışı) çalışmasında; yüksek

ekonomik gelirli ailelerden gelen gençlerin, daha düşük ekonomik gelirli ailelerden gelenlere göre obeziteye daha yatkın olduğu gösterilmiştir (28). Ülkenin gelişmişlik düzeyi arttıkça kadınlardaki obezite sıklığı gelir düzeyiyle doğru, eğitim düzeyiyle ters orantılı; erkeklerde ise sadece gelir düzeyiyle doğru orantılı hale gelmektedir. Monterio çalışması gelir düzeyinin eğitim düzeyine göre obezite üzerinde daha büyük etkisi olduğunu göstermiştir. Çünkü gelişmiş toplumlarda besine ulaşabilmek daha kolayken günlük enerji harcaması da daha azdır. Bir başka çalışma ise yüksek gelirin obezite için risk faktörü olduğunu göstermiştir (33).

Alkol ve Sigara Kullanımı: Türkiye Diyabet Epidemiyoloji Çalışmasında; sigara ve alkol kullanılan kişilerde obezite görülme sıklığı sigara ve alkol kullanmayan kişilere göre daha fazla görülmektedir (28).

Beslenme Alışkanlıkları: Yetersiz ve dengesiz beslenme, obezitenin primer nedeni olabilmektedir. Hızlı kentleşmenin etkisi ile birlikte, doymuş yağlar ve şeker açısından zengin olan fast-food tarzı yiyecek tüketiminde artış olmaktadır. Karbonhidrat ve yağlardan zengin, protein ve lifli gıdalardan fakir beslenme alışkanlığının obezite prevalansını arttırdığı bilinmektedir. Kentlerde yaşayan bir çok kişi, batı toplumunun yaşam tarzını ve sağlıklı olmayan beslenme alışkanlıklarını benimsemiştir. Beslenme biçimi ve beslenme alışkanlığı olarak yüksek kalorili yiyeceklerle beslenmede obezite daha kolay gelişmektedir. Toplumda obezite sıklığının artmasında besin alımı ve hatalı yeme davranışı önemlidir. En önemlisi ise aşırı yemek yeme davranışıdır (28).

Fiziksel Aktivite Yetersizliği ve Kentsel Yaşantı: Teknolojinin ilerlemesi, televizyon ve bilgisayar başında fazla zaman geçirme gibi durumlar, günlük yaşamda fiziksel aktiviteyi azaltmakta, bu durum beraberinde obezite riskini artırmaktadır. Yapılan bir çalışmada, 4 saat ve üzeri günlük televizyon ve bilgisayar karşısında oturma, BKİ üzerine anlamlı etkisi saptanmıştır. Adölesan grupta yapılan bir çalışma sonucuna göre, düzenli egzersiz yapmayanlarda yüksek oranda (%52.2) obezite saptanmış, kızların erkeklere göre daha sedanter olduğu belirlenmiştir. Fiziksel olarak inaktif /sedanter yaşam sürdürenlerde vücut ağırlığı, aktif olanlardan daha fazladır. Türkiye Diyabet Epidemiyoloji Çalışmasında; kentsel alanda yaşayanlarda santral tip obezite prevalansının kırsalda yaşayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Endüstrileşmiş ülkelerde obezite prevalansı teknolojik gelişmeler ve sedanter yaşam özelliklerine bağlı olarak düşük eğitim ve/veya düşük gelirli ülkelere göre daha yüksektir (32).

Psikolojik Etmenler: Kişilerin yaşadığı olaylar karşısında hissettikleri, psikolojik durumu yeme davranışını etkilemekte, bu durum obezite gelişme riskini artırmaktadır. Örneğin; ebeveyn ve çocuk arasında olumsuz ilişkilerin olması; çocuğun ruhsal yapısını etkilemekte aşırı yeme davranışı göstermesine neden olabilmektedir (34).

Genetik Etmenler: Genetik etkiler bazal metabolizma hızı üzerinde kişiden kişiye farklılık göstermektedir. Bundan dolayı bazı kişiler obeziteye daha yatkınlığı olabilmektedir (34, 35). Genetik yatkınlık, obeziteden kolaylıkla etkilenen duyarlı olan genlerden geçmektedir. Bu genler obeziteye yatkınlığı artırırlar ancak obezitenin oluşmasında tek kaynak değildirler. Obezitenin oluşumunu etkileyen pek çok etken olmakla birlikte; klinik çalışanları obezitenin oluşumunda insan iradesine bağlı etkenlerin daha büyük oranda olduğunu ve insan iradesinin dışındaki unsurların çok daha az oranda etkilediğini gözlemlemektedirler (28).

2.5. Obezitede Komplikasyonlar

Obezitede komplikasyonlar tıbbi, psikolojik komplikasyonlar olarak incelenebilir.

Tıbbi Komplikasyonlar: Obezite fizyolojik olarak beraberinde pek çok hastalığa neden olmakta ya da gelişebilecek hastalıklar riskini arttırmaktadır. Çoğunlukla koroner kalp hastalığı, tip 2 diyabet gibi kronik hastalıkları, bazı kanser türlerini ve hatta ölümü obezite tetiklemektedir (endometrium, meme, prostat, kolon) (36). Aynı zamanda DSÖ tarafından en riskli ilk 10 hastalıklardan biri olarak nitelendirilen obezitenin kanser ile yakın ilişkisi olduğu belirlenmiştir (37).

Psikolojik Komplikasyonlar: Obezite, kişilerde psikolojik sorunların gelişmesine yol açtığı ve psikiyatrik hastalıklarla ilişkili olduğu bazı çalışmalarda ortaya konmuştur. Obez kişilerde görülen psikolojik sorunların birbirleriyle ilişkili oldukları, bir sorunun diğer soruna zemin hazırladığı ve zaman zaman iç içe geçtikleri dikkati çekmektedir. Obezitenin benlik saygısı ve beden algısı üzerine de olumsuz etkileri vardır (36).

Benlik Saygısı: Benlik (ben, kendilik) bazı kaynaklarda kişilik, ego kavramlarıyla eş anlamlı olarak kullanılmakta olup, kişiyi diğer kişilerden ayıran duygu, tutum ve davranışların tamamını, örgütlenmiş bütünlüğünü ifade eden bir kavramdır (38).

Benlik saygısı, kişinin kendisini tanıması ve gerçekçi olarak değerlendirmesiyle mevcut yetenek ve güçlerini benimsemesi, fark etmesidir. Bunun sonucunda da

kendisine karşı sevgi, saygı ve güven duymasını, değerli hissetmesini, toplum tarafından kabul görme, beğenilme vb sağlamaktadır (36).

Benlik saygısı; yüksek, orta, düşük olarak gruplandırılmaktadır. Brown (1991); yüksek benlik saygısına sahip insanların mutlu, sağlıklı, üretken, başarılı olmak için eğilim gösterdiklerini, güçlükleri yenmek için daha uzun süre çaba harcadıklarını, düşük benlik saygısına sahip bireylerin ise, başarısızlığı beklediklerini söylemiştir. Sinirli olduklarını, daha az gayret gösterdiklerini, başarısız olduklarında kendilerine yeteneksiz gibi suçlamalarda bulunabileceklerini ve yaşamdaki önemli şeyleri göz ardı edebileceklerini belirtmektedir (39).

Kişi kendisiyle ilgili olumlu geribildirimler aldığında kendisini daha değerli hissetmekte ve kendisine karşı saygı duymaktadır. Böylece benlik saygısı artmaktadır. Ayrıca benlik saygısının gelişmesi, kişinin çevresi, toplum tarafından kabul edilmesi, değer verilmesi ile ilişkilidir (40).

Literatürde obezite ile benlik değeri arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalar bulunmaktadır. Obez kadınlarla yapılan bir çalışmada; obezlerin %42,5'inin depresif olduğu, %58,6'sının benlik saygısının düşük olduğu tespit edilmiştir (7). Obez bireylere karşı küçük görme, önyargı ve saygısızlık son derece yaygın olup, önyargı ve ayırım davranışları çocuklukta başlamaktadır. Sağlık personeli de obez kişilerin tembel, aptal ve değersiz olduğunu düşündüğü bazı çalışmalarda görülmektedir. Bu çalışmalarda gösterildiği üzere; obez bireyler toplumsal alanlarda etiketlenmektedir. Böylece benlik saygısı azalan obez bireylerin disforik ve depresif olma durumları artmaktadır(41).

Beden Algısı: Beden algısı, bireyin bedeni ile ilgili bilinçli ya da bilinç dışı duygu, düşünce ve algılarını içermektedir. Ayrıca işlev, duyu ve hareket algılayışını da içermektedir (42). Beden algısı olumlu olan kişiler, diğer kişilerle olan ilişkilerinde kendilerini daha güvenli hissederler, işlerinde daha başarılı olurlar. Buna karşılık beden algısı olumsuz olan kişileri kendilerinin çok fazla kusurlu yanlarının olduğunu düşünürler ve bu yüzden diğer kişilerle olan ilişkilerinde çekimser davranırlar, huzursuz, güvensiz ve değersizlik duyguları hissetmektedirler. Beden algısı, çocukluk çağında birinci yaştan itibaren oluşmaya başlayıp, yaşam boyu sürekli gelişerek değişir (36).

Bireyin kendi bedeni ile ilgili algıları subjektiftir. Her bireyin kendisiyle ilgili algısı da başkalarının algılarından farklı, uyumsuz olabilmektedir. Bu sebeple kişilerin beden algısıyla bahsedilen şeyin, kişinin gerçek (objektif) fiziksel görünüşünden ziyade, kendi bedeni hakkındaki görüşü ya da "zihinsel resmi" olduğu bilinmelidir (43). Birçok

obez kişi, kendi fiziki görüntüsünden hoşlanmamaktadır. Bu sebeple kilo vermeyi istemektedirler. Kilo vermenin kendi fiziki görüntülerini ve çekiciliklerini artıracadıını, sonuçta da kendilerini daha iyi hissedeceklerine inanmaktadırlar (36).

Aile İlişkilerinde Yaşanan Sorunlar ve Sosyal Uyum Sorunları: Ebeveynlerin davranışlarının  ocuk gelişimini her açıdan etkilediği ve  ocuk gelişimini şekillendirdiği yaygın olarak kabul edilmektedir. Örneğin diyet yapan genç kızların bu davranışı annelerinden öğrendiği, fazla kilolu kızlara annelerinin yeme davranışı ve yeme miktarı konusunda dış kontrol oluşturdukları görülmektedir. Anne bu kontrol davranışları ile kızının yediği yiyecek miktarını azaltmaktadır (2, 36).

Grilo ve Masheb'in (2001) yapmış oldukları çalışmada, obez hastaların çocukluk dönemlerinde yaşadıkları travmaları sorgulamışlardır. Bu  alışma sonucunda; büyük çoğunluğun çocuklukta kötü muamele gördükleri, çoğunluğunun duygusal istismara, fiziksel istismara, cinsel istismara, duygusal ihmale ve fiziksel ihmale maruz kaldıkları görülmüştür. Duygusal ihmale maruz kaldığını belirten kadın ve erkeklerin bedenlerinden daha fazla hoşnutsuzluk yaşadığını, depresyon düzeylerinin yüksek olduğu ve belirgin bir şekilde beden hoşnutsuzluklarının olduğu belirtilmiştir (44).

Obez kişiler sosyal yaşamda uyum sağlama sorunu yaşamaktadır. Obez bireyler, iş yaşamında daha az kalifiye eleman olarak değerlendirilmekte, çalışma alanında, diğer çalışanlarla ve sosyal yaşamdaki diğer kişilerle ilişkilerinde sorunlar yaşamaktadırlar. Prestijli okullara kayıt yaptırma ve en fazla tercih edilen mesleklere kabul edilme şansları obez olmayan kişilere göre daha azdır. Aynı zamanda evlenme, obez kişileri eş olarak seçme oranı da daha azalmaktadır (45).

Yeme Tutumu ve Yeme Bozuklukları: Yeme sadece biyolojik gelişimi sağlamak adına gerçekleştirilen fizyolojik bir gereksinim değildir. Kişinin motor, bilişsel, sosyal, duygusal gelişmelerin merkezi ve çevresel faktörler tarafından düzenlenmesiyle oluşan kompleks bir fenomendir (46).

Bazen yeme, yaşanılan birçok olaylar sonucunda oluşan duygulardan etkilenmektedir. Özellikle obez kişilerde aşırı yeme davranışı yaygın olarak görülmekte ve normal kilolu bireylere göre uyarılma eşikleri daha düşüktür. Obez bireyler normal kilolu bireylere göre ağrı stres ve diğer emosyonel uyaranlara karşı daha fazla bir uyarılma  rneği göstererek aşırı yeme davranışında bulunabilmektedirler (46).

Obezlerde yeme bozukluklarını araştıran çalışmalarda en çok vurgulanan tıknırcasına yeme bozukluğudur (TYB). TYB'nde bulimia nervozadakine benzer yeme atakları vardır. İlk kez Kornhaber tıknıma sendromu olarak tanımlamış, bu sendromun

hiperfaji, depresyon ve duygusal geri çekilme ile seyrettiğini belirtmiştir (2). TYB olan ve olmayan obez bireylerin yeme biçimi, ruhsal bozukluk sıklığı, aile öykülerini karşılaştıran çalışmalarda TYB olan obez bireylerin, TYB olmayan obez kişilerden aşırı yeme atakları ve bu ataklar sırasında denetimi yitirdikleri duygusuyla ayrıldıkları bildirilmektedir (36).

Obez Bireylerde Psikopatoloji: Obez kişilerde psikopatolojiyi değerlendiren çalışmalar az olmakla birlikte, ileri 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 TYB olan obez grupta, olmayan gruba göre daha fazla psikopatoloji bulunduğu yönündedir. Öyle ki son yıllardaki obezite ve psikopatoloji arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmalar TYB'a odaklanmıştır (2).

Konu ile ilgili Akalın ve arkadaşlarının (2001) obez erişkinlerle borderline kişilik bozukluğu (BKB) olan bireylerin gösterdikleri psikolojik belirtileri karşılaştırdıkları çalışmalarında; obez bireylerin sağlıklı bireylere göre daha fazla psikolojik belirti gösterdiğini, BKB olan bireylerle genel belirti dağılımlarının benzer olduğunu, ancak bazı alanlarda farklılıklar olduğunu saptamışlardır. 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 (47).

Kilofobi: Günümüzdeki teknolojiye yaşanan gelişmeler, fiziksel aktivitelerin azalmasına, makinelere olan bağımlılığın artmasına yol açmıştır. Fiziksel aktivitenin azalması, beslenme alışkanlıklarının ve düzeninin değişmesi insanların kilo almasını büyük ölçüde hızlandırmıştır (3).

Kilo ağırlığının artması ile kişilerin toplum tarafından olumsuz tutumlarla karşılaşmaya başlamıştır. Örneğin, obez kişilerin arkadaş edinmede, iş bulmada, kariyer sahibi olmada, eş bulmada zorluk çektikleri görülmektedir. Bu durum hem ülkemizde hem de tüm dünyada yaşanan önemli bir halk sağlığı sorunudur. Vücut ağırlığı fazla olan ya da obez kişilere karşı sergilenen olumsuz tutum “Kilofobi” (Fatphobia) olarak nitelendirilmektedir (3, 48).

2.6. Obezitede Tedavi

Günümüzde obezite tedavisi alınan enerjinin miktarını harcanan enerjinin altına indirmek üzerine odaklanmaktadır (37). Obezite tedavisinde davranış değişikliği tedavisi, ilaç tedavisi ve cerrahi girişimler uygulanmaktadır (49).

2.6.1. Tıbbi Beslenme (Diyet) Tedavisi

Tıbbi beslenme (diyet) tedavisinde, tedavi stratejileri beş grupta incelenmektedir. İlk grupta, düşük yağlı diyetler vardır. Bu diyet türünde kalori alımına değinmeden sadece yağ alımının sınırlandırılmasına odaklanılmaktadır. Düşük kalorili diyetlerde, yağları da içeren tüm makro besin miktarlarını azaltmaya odaklanmaktadır. Çok düşük kalorili diyetler, yağ ve karbonhidratı kısıtlamakta, normale yakın protein alımını koruyan bir diyet tedavisini açıklamaktadır. Karbonhidrat kısıtlı diyetler, iki seçenek sunmaktadır. Bunlar; karbonhidrat miktarında mütevazı bir kısıtlama ve protein alımında bir artış sağlanmasıdır. Bir diğeri de karbonhidrat alımında çok ciddi bir kısıtlama ve bununla birlikte protein ve yağ alımını arttırmaktır. Son olarak düşük glisemik indeksli diyetlerde karbonhidrat alımını sürdürmekte, fakat tüketilen karbonhidrat türü, daha düşük glisemik yüklemesi dağıtacak şekilde değiştirilmektedir(50).

2.6.2. Egzersiz Tedavisi

Diyet tedavisine ek olarak mümkün olduğunca egzersiz eklenmesi tedavinin başarısını arttırmaktadır. Ancak fiziksel egzersiz aktivitelere başlamadan önce mutlaka kalp ve solunum kontrollerinin dikkatli bir şekilde yapılması gereklidir. Hainer ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında bireylerin obezitetlerine eşlik eden hastalıklara dikkat edilmesi gerektiği, orta şiddette uygulanan fiziksel aktivitenin, egzersiz tedavisi süresince yeterli olacağı, haftada 5 gün ve 30 dakikalık fiziksel aktivitenin gerekli olduğu tavsiye edilmektedir (49)

2.6.3. İlaç Tedavisi

Obezite tedavisinde kullanılan ilaçlar ya tokluk oluşturarak ya da yağ emilimini azaltarak etkili olmaktadır (51). Obezite tedavisinde diyet ve egzersiz tedavisi yetersiz kaldığında, BKİ'si 30 kg/m^2 üzerinde olan ya da BKİ'si 27 kg/m^2 üzerinde olup diyabet, hipertansiyon, dislipidemi gibi hastalıkları olan kişilerde ilaç tedavisi tercih

edilmektedir (52). Tercih edilecek anti-obezite ajanı aşağıdaki özelliklere sahip olmalıdır (53);

- Kontrollü çalışmalarda kilo verdirici etkisinin belirgin olduğu saptanmış olmalı,
- Klinik kullanımda tolere edilebilir olmalı,
- Bağımlılık yapıcı özelliği olmamalı,
- Tüm tedavi boyunca aynı ölçüde etkili olmalı,
- Uzun süre uygulanmasına karşılık aynı etkiyi göstermeli,
- Etki mekanizması bilinmelidir.

2.6.4. Davranış Tedavisi

Davranış tedavisi, obeziteye sadece organik nedenlerin değil çevresel ve psikolojik nedenlerinde yol açtığı temeline dayanmaktadır. Yaşanan olumsuzluklar ve olumsuz düşünceler kişilerin aşırı yeme isteğini artırmakta ve yeme tutumunu olumsuz yönde etkilemektedir. Davranış tedavisi psikolog, davranış terapisti, diyetisyen ya da egzersiz fizyologu ile gerçekleştirilmektedir. Kişi tedavide kişiye düzenli ve dengeli yeme davranışı kazandırılmaya çalışılmaktadır (54).

Davranış tedavisi genellikle bir terapistin öncülüğünde her hafta 1 ile 2 saat süren 10 – 15 kişinin katıldığı yaklaşık 12 – 20 hafta süren oturumlar gerçekleştirilmektedir. Daha sonra ayda 1 – 2 defa olmak üzere yaklaşık iki yıl toplantılar yapılmaktadır. Davranış tedavisi diğer tedavi yöntemleriyle beraber uygulanmaktadır. Özellikle 4 ay – 1 yıl içinde hem diyet hem de egzersizle birlikte uygulanması kilo kaybını %10 kadar artırmaktadır. Davranış tedavisi bittikten sonra hastaların bazıları kaybettikleri kiloların 1/3'ünü geri almaktadır. Bu sebeple haftada iki defa düzenli olarak iletişim kurulması kilo kontrolünün uzun süre sağlanması yönünde yardımcı olmaktadır. Davranış tedavisi kişilerin kilo kontrolü açısından motivasyonunu olumlu yönde desteklemektedir (55).

2.6.5. Cerrahi Tedavi

Obeziteyi tedavi etmek amacıyla diyet, egzersiz, ilaç ve davranış değişikliği tedavileri yetersiz kaldığında cerrahi tedavi düşünülmektedir. Cerrahi tedavi ile ilgili olarak günümüzde yaşanan önemli gelişmeler hastaların hastanede yatış süresi ve morbidite oranı azalmaktadır (56).

Obez bireylere cerrahi tedavi uygulamasının yapılabilmesi için bazı kriterler vardır. Bu kriterler kısa aşağıda açıklanmaktadır (57).

- Bireyin BKİ'nin 40 kg/m² üzerinde olması ya da 35 kg/m² olup eşlik eden hastalıkların varlığı,
- Bireyin yaşının 18 – 50 yaş arasında olması,
- Şişmanlığın en az 5 yıldır var olması,
- Obeziteye neden olan hormonal bir bozukluğun olmaması,
- İlaç ve diyet tedavisiyle en az 1 yıl kilo verememesi,
- Alkol ve ilaç bağımlılığının olmaması,
- Uygulanacak cerrahi uygulamayı anlamalı ve cerrahi uygulama sonrasında yapması gerekenler konusunda bilinçli olması,
- Ameliyat riskinin kabul edilebilir düzeyde olmasıdır.

2.7. Obezitenin Önlenmesi, Tedavi ve Kontrolünde Hemşirenin Rolü

Obezitenin önlenmesi, tedavisi ve bireyin bakımı multidisipliner işbirliği gerektiren bir süreçtir (58). Hemşireliğin bir disiplin olarak; obezitenin önlenmesi, tedavisi, sürekli izlem ve korunması işlevlerinde önemli bir yeri vardır (59). Özellikle hemşirenin koruyucu sağlık hizmetleri açısından, obezitenin gelişimini önleyici tedbirleri alma ve tedavisi ile ilgili tüm girişimlerde önemli sorumluluğu bulunmaktadır (60). Obezite ile ilgili bakım planı bireyin fizyolojik, psikolojik ve sosyolojik özelliklerini birlikte değerlendiren bütüncül bir yaklaşım içermelidir.

Obez kişiye kilo artışına bağlı beden imajında bozulma olabilmektedir. Bu nedenle bireyin duygularını, kendini nasıl algıladığını ve kendi bakış açısını ifade etmesi için cesaretlendirilmeli, soru sorması için desteklenmelidir. Hemşirenin, şişman kişilerde kilo kontrolünün yönetimi, beslenme yönetimi, sağlığın korunması ve sürdürülmesi doğrultusunda eğitici ve danışmanlık rolleri vardır (61).

Obez bireye verilecek eğitim ve danışmanlığın ilk basamağı bireyin durumunun tanımlanmasıdır. Birey ile saygı ve güvene dayalı bir 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. BKİ'ine göre bireyin ideal kilosu belirlenir. Bireyin kilosunu etkileyebilecek tıbbi durumların varlığı araştırılır. Birey ile obezitenin riskleri mutlaka tartışılmalı ve neden zayıflaması gerektiği açıklanmalıdır. Bireyin zayıflamak için verdiği çabalar mutlaka övülmeli ve motivasyonu sağlanmalıdır. Bireyin uygulayabileceği fiziksel aktivite planı yapılmalıdır. Bireyin tekrar kilo alması engellenerek hedeflenen kiloyu korumak için riskler belirlenmeli ve önlemler

alınmalıdır (62). Obez bireylerin tedavi sürecinde yaşam kalitelerinin mümkün olan en iyi şekilde sürdürülmesi, sadece hastanın var olan kişiliğini korumakla değil ayrıca hastaya özgü bütüncü bir hemşirelik yaklaşımı ile mümkün olur ve yaşam kalitesini değerlendirmede hemşireler önemli bir role sahiptirler (63). Şişman hastaların yaşam kalitelerini değerlendiren çalışmalar, şişmanlığın bakım ve tedavisinde yeni gelişmelere olanak sağlamaktadır (45). Bu nedenle hemşirelerin obeziteyi önleme ve bakımına ilişkin rollerini yerine getirirken kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarından da faydalanmaları gerekmektedir.

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma Gaziantep ilinde kadınların kilofobi ve benlik saygısı düzeylerinin ilişkisini saptamak amacıyla tanımlayıcı olarak gerçekleştirilmiştir.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Tarihi

Araştırma Gaziantep İlinin Şahinbey ve Şehitkamil ilçelerinde Eylül–Aralık 2012 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. 2012 yılı verilerine göre Şehitkamil İlçesinin nüfusu 693 bin 901, Şahinbey İlçesi nüfusu 782 bin 899 kişidir. Şahinbey İlçesi, nüfusu ile Ankara'nın Keçiören ve Çankaya ilçelerinden sonra Türkiye'nin 3'üncü en büyük ilçesidir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Gaziantep İli Şehitkamil ve Şahinbey ilçeleri halk eğitim el beceri kurslarına katılan 1200 kursiyer oluşturmakta ancak kurslara devamsızlık yapan ve anketlere vakit ayıramamaları nedeniyle çalışmaya katılmaya gönüllü 600 kadın ile gerçekleştirilmiştir.

3.4. Veri Toplama Araçları

Veri toplamada anket formu, Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği ve Kilofobi Ölçeği kullanılmıştır.

Anket Formu: Anket formu, katılımcıların demografik özelliklerini ve beslenme alışkanlıklarını belirlemeye yönelik araştırmacı tarafından geliştirilen 52 sorudan oluşmaktadır.

Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği: Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği, 1986 yılında Coopersmith tarafından geliştirilmiştir. Ölçek, 25 maddeden oluşmakta ve iki basamaklı yanıt çizelgesi üzerinden değerlendirilmektedir. Ölçekten en düşük “0”, en yüksek puan “100” puan alınabilmekte ve alınan puanlar yükseldikçe benlik saygısı da yükselmektedir. Ölçeğin Türkiye'deki geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Turan ve Tufan tarafından 1987 yılında yapılmıştır (64).

Kilofobi Ölçeği: Kilofobi Ölçeği ilk kez 1993 yılında Robinson, Bacon ve O'Reilly tarafından 50 madde içerecek şekilde geliştirilmiştir. Sonradan 2001 yılında Bacon, Scheltema ve Robinson tarafından 14 maddelik kısa biçimi oluşturulmuştur. Ölçek 14 çift sıfattan oluşmakta ve 5'li likert tipindedir. 5'e yakın rakamlar yüksek

kilofobik tutumu, 1'e yakın rakamlar düşük kilofobik tutumu nitelemektedir. Kilofobi ölçeğinde değerlendirme 14 maddeden alınan toplam puanın 14'e bölünmesi ile yapılmaktadır (3).

3.5. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesi NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007 (Kaysville, Utah, USA) programı kullanıldı. Verileri değerlendirmede, ortalama, standart sapma, medyan, frekans, %, minimum, maksimum yanı sıra nicel verilerin karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren değişkenlerin iki grup karşılaştırmalarında Student's t test kullanıldı. Normal dağılım gösteren üç ve üzeri grup karşılaştırmalarında One-way ANOVA test ve farklılığa neden grup tespitinde Bonferroni test kullanıldı. Normal dağılım göstermeyen üç ve üzeri grupların karşılaştırmalarında Kruskal Wallis test ve farklılığa neden grup tespitinde Bonferroni düzeltmeli Mann Whitney U test kullanıldı. Değişkenler arası ilişki değerlendirilmesinde Pearson korelasyon analizi kullanıldı. Anlamlılık $p < 0.05$ düzeylerinde değerlendirildi.

3.6. Araştırmanın Etiği

Araştırmaya katılan kişilere araştırma hakkında bilgi verilerek sözel onamları alınarak çalışmaya katılmaları sağlanmıştır.

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma, Gaziantep İli Şehitkamil ve Şahinbey ilçeleri halk eğitim el beceri kurslarına katılan kadın kursiyerler ile gerçekleştirilmiş olup topluma genellenemez.

Araştırmanın verilerini toplamak amacıyla kullanılan anket formu, Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği ve Kilofobi Ölçeği soruları verileriyle sınırlıdır.

Araştırmaya katılan kadınların zaman ayırması ve okumasına ilişkin yaşanan sorunlarda, anket çoğu zaman karşılıklı soru cevap şeklinde yapılması zaman sorunu yaşanmasına neden olmuştur.

4. BULGULAR

Çalışma Gaziantep İli Şehitkamil ve Şahinbey ilçeleri halk eğitiminde yaşları 15 ile 71 yaş arasında değişmekte olan, ortalama 31.47 ± 11.49 yaş olan toplam 600 kadın ile yapılmıştır.

Tablo 3. Kadınların Demografik Özellikleri Dağılımı

Yaş		Sayı	%
	≤18 Yaş	109	18,2
	19-25 Yaş	105	17,5
	26-35 Yaş	173	28,8
	36-45 Yaş	131	21,8
	≥46 Yaş	82	13,7
Beden kitle indeksi	≤18,49 kg/m ²	30	5,0
	18,5-24,99 kg/m ²	264	44,0
	25,00-29,99 kg/m ²	185	30,8
	≥30 kg/m ²	121	20,2
Medeni Durum	Bekar	215	35,8
	Evli	385	64,2
Aile Yapısı	Çekirdek	492	82,0
	Geniş	108	18,0
Yaşanılan Yer	Köy-Kasaba	26	4,3
	Kent	574	95,7
Bölgedeki Durumu	Yerli	535	89,2
	Yurt İçi Göç	65	10,8
Eğitim Durumu	Okuryazar Değil	37	6,2
	Okuryazar	17	2,8
	İlkokul	166	27,7
	Ortaokul	82	13,7
	Lise	203	33,8
	Lisans ve üstü	95	15,8
Meslek	Ev Hanımı	524	87,3
	Çalışan	76	12,7
Gelir Durumu	Geliri Yok	510	85,0
	≤ 1000 TL	43	7,2
	1000-2000 TL	22	3,7
	2000-2500 TL	25	4,2
Evde Kalan Kişi	2-4 Kişi	288	48,0
	5-8 Kişi	300	50,0
	≥ 9 Kişi	12	2,0
Sigara	Hayır	449	74,8
	Evet	151	25,2
Alkol	Hayır	560	93,3
	Evet	40	6,7
	Toplam	600	100,0

Tablo 3'te araştırmaya katılanların, %18.2'sinin 18 yaş ve altında olduğu gözlenirken, %28.8'inin 26-35 yaş arasında, %13.7'sinin 46 yaş ve üzerinde olduğu gözlenmiştir. BKİ ölçüleri 16.33 ile 44.12 kg/m² arasında değişmekte olup, ortalama 25.66 ± 5.06 kg/m² olarak saptanmıştır. Katılanların %5'inin BKİ düzeyi 18.49 kg/m² ve altında olduğu gözlenirken, %44'ünün 18.5–24.99 arasında, %30.8'inde 25–29.99 arasında, %20.2'sinin 30 kg/m² ve üzerinde olduğu gözlenmiş, %64.2'sinin evlidir. Katılanların %82'sinin aile yapısı çekirdek aile olarak gözlenirken, %95.7'sinin kent olduğu, %89.2'sinin bölgedeki durumu yerli, Katılanların %27.7'sinin ilkokul mezunu, %33.8'inin lise mezunu olduğu, %87.3'ünün ev hanımı olduğu gözlenmiştir. Katılanların %85'inin herhangi bir geliri olmadığı, %48'i evde 2–4, %50'si 5-8 arası kişi kaldığını belirtmiş, %25.2'sinin sigara, %6.7'sinin alkol kullandığı gözlenmiştir.

Tablo 4. Kadınların Evlilik, Gebelik ve Çocuk Sayısı Dağılımı

		Sayı	%
Evlilik yaşı	Evli değil	204	34,0
	≤ 15 Yaş	29	4,8
	16 – 19 Yaş	164	27,4
	20 – 24 Yaş	152	25,3
	≥ 25 Yaş	51	8,5
Evlilik süresi	1 – 10 Yıl	116	29,2
	11 – 20 Yıl	148	37,4
	21 – 30 Yıl	85	21,5
	31 – 40 Yıl	36	9,1
	≥ 41 Yıl	11	2,8
Gebelik sayısı	Hamile kalmamış	206	34,3
	1 – 4 Kez	270	45,0
	4 – 7 Kez	106	17,7
	≥ 7 Kez	18	3,0
Çocuk sayısı	Çocuğu yok	206	34,3
	1 – 3 Arası	307	51,2
	≥ 4 Çocuk	87	14,5
	Toplam	600	100,0

Tablo 4’de çalışmaya katılanların evlilik yaşları 13 ile 32 yaş arasında değişmekte olup, ortalama 20.13 ± 3.59 yaş olarak saptanmıştır. Katılanların %34’ünün evli olmadığı gözlenirken, %4.8’inin 15 yaş ve altında, %27.3’ünün 16 – 19 yaş arasında evlendiği belirlenmiştir. Katılanların evlilik süreleri 1 ile 50 yıl arasında değişmekte olup, ortalama 17.18 ± 10.22 yıldır. Evli olanların %29.3’ünün 1–10 yıl arasında, %37.4’ünün 11–20 yıl arasında evli olduğu gözlenmiştir katılanların %34.3’ünün hiç gebe kalmadığı, %45.0’inin 1–4 kez gebe kaldığı gözlenmiştir. Katılanların %34.3’ünün hiç çocuğu olmadığı, %51.2’sinin 1–3 arası çocuğu olduğu gözlenmiştir.

Tablo 5. Kadınların Beslenme Eğitimi ve İlaç Kullanma Dağılımı

		Sayı	%
Beslenme Eğitimi Alma	Evet	203	33,8
	Hayır	397	66,2
Beslenme Konuları ile İlgilenme	Evet	464	77,3
	Hayır	136	22,7
Beslenme Konularını Takip Etme Yeri	TV	301	64,9
	İnternet	104	22,4
	Dergi, Gazete	15	3,2
	Diğer	44	9,5
Sürekli İlaç Kullanımı	Kullanmıyor	489	81,5
	Antihipertansif	32	5,3
	Antidiyabetik	14	2,3
	Tiroid	19	3,2
	Antidepresan	28	4,7
	Ağrı Kesici	5	0,8
	Astım İlaçları	2	0,3
	Anemi İlaçları	11	1,8
Evlendikten Sonra Kilo Alımı	Evet	348	87,9
	Hayır	48	12,1
	Toplam	600	100,0

Tablo 5'te çalışmaya katılanların %77.3'ünün beslenme konuları ile ilgilendiği, beslenme konuları ile ilgilenen 464 katılımcının %64.9'unun beslenme konularını televizyondan %22.4'ünün internetten takip ettiği gözlenmiştir. Katılanların %81.5'inin sürekli ilaç kullanmadığı, %5.3'ünün antihipertansif, %2.3'ünün antidiyabetik, %4.7'sinin antidepresan, ilaçları kullandığı gözlenmiştir. Katılanların %87.9'u evlendikten sonra kilo aldığını belirtmiştir.

Tablo 6. Kadınların Beslenme Özellikleri Dağılımı

		Sayı	%
Yemek Yeme Hızı	Yavaş	135	22,5
	Normal	311	51,8
	Hızlı	154	25,7
Ana Öğün Yeme Sayısı	1 Ana Öğün	7	1,2
	2 Ana Öğün	290	48,3
	3 Ana Öğün	303	50,5
Ara Öğün Yeme	Evet	320	53,3
	Hayır	280	46,7
Ara Öğünde Yeneler	Cips, Şekerleme	73	22,8
	Gazlı İçecek	16	5,0
	Meyve	195	60,9
	Diğer	36	11,3
Tuz Kullanımı	Tuzlu	127	21,2
	Tuzsuz	57	9,5
	Normal Tuzlu	416	69,3
*En Sık Tüketilen Gıda	Tahıl Grubu	215	35,8
	Et Ürünü	250	41,7
	Hamur İşi	112	18,7
	Sebze Tüğü	176	29,3
Günlük Kola Tüketimi	İçmiyor	401	66,8
	1-2 Bardak	169	28,2
	≥ 3 Bardak	30	5,0
Günlük Türk Kahvesi Tüketimi	İçmiyor	311	51,8
	1-2 Fincan	289	48,2
Günlük Çay Tüketimi	İçmiyor	54	9,0
	1-5 Bardak	321	53,5
	6-10 Bardak	175	29,2
	≥ 11 Bardak	50	8,3
Günlük Bitki Çayı Tüketimi	İçmiyor	482	80,3
	1-2 Fincan	92	15,3
	≥ 3 Fincan	26	4,3
Günlük Soda Tüketimi	İçmiyor	440	73,3
	1 Şişe	143	23,8
	≥ 2 Şişe	17	2,8
Diyet İçecek Tüketimi	İçmiyor	587	97,8
	1-2 Kutu	13	2,2
Hazır Meyve Suyu Tüketimi	İçmiyor	512	85,3
	1-2 Kutu	85	14,2
	≥ 3 Kutu	3	0,5
Öğün Atlama	Sabah	325	54,2
	Öğle	250	41,7
	Akşam	25	4,2
	Toplam	600	100,0

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Tablo 6'da çalışmaya katılanların %51.8'i yeme hızını normal belirtmiştir. Katılanların %48.3'ü 2 ana öğün yediğini %50.5'i 3 ana öğün yediğini, %53.3'ü ara öğün yediğini belirtmiştir. Ara öğün yiyenlerin %22.8'i cips, şekerleme, %60.9'u meyve yediğini belirtmiştir.

Katılanların %69.3'ü normal tuzlu yediğini belirtmiştir. Katılanların %35.8'inin en fazla tükettiği gıdanın tahıl grubu olduğu, %41.7'sinin et ürünü, %29.3'ünün sebze türü olduğu belirtmiştir. Katılanların %66.8'i kola içmediğini, %28.2'si günde 1–2 bardak kola içtiğini, %51.8'i Türk kahvesi içmediğini, %48.2'si 1–2 fincan içtiğini, %53.5'i günlük 1–5 bardak çay içtiğini belirtmiştir. Katılanların %80.3'ü bitkisel çay içmediğini, %73.3'ü soda içmediğini belirtmiştir. Katılanların %97.8'i diyet içecek tüketmediğini, Katılanların %54.2'si sabah öğününü, %41.7'si öğle öğününü atladığını belirtmiştir.

Tablo 7. Kadınların Beslenme Alışkanlıkları ve Besin Tercihleri Dağılımı

Gıda Türü	Her gün		Günaşırı		Haftada		15 günde		Ayda bir		Çok seyrek		Hiç	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Pilav	2	0,3	45	7,5	173	28,8	322	53,7	31	5,2	10	1,7	17	2,8
Nohut, fasulye	12	2,0	14	2,3	19	3,2	199	33,2	215	35,8	91	15,2	50	8,3
Süt	84	14,0	135	22,5	121	20,2	111	18,5	42	7,0	24	4,0	83	13,8
Yoğurt	11	1,8	395	65,8	109	18,2	48	8,0	15	2,5	3	0,5	19	3,2
Sütlü tatlı	27	4,5	37	6,2	23	3,8	130	21,7	165	27,5	88	14,7	130	21,7
Hamur tatlısı	37	6,2	36	6,0	15	2,5	106	17,7	145	24,2	119	19,8	142	23,7
Yumurta	29	4,8	188	31,3	181	30,2	138	23,0	15	2,5	11	1,8	38	6,3
Pizza, kumpir	205	34,2	33	5,5	7	1,2	30	5,0	43	7,2	51	8,5	231	38,5
Sandviç	224	37,3	48	8,0	15	2,5	59	9,8	24	4,0	35	5,8	195	32,5
Kola	77	12,8	109	18,2	132	22,0	133	22,2	34	5,7	20	3,3	95	15,8
Kırmızı et	17	2,8	58	9,7	167	27,8	281	46,8	36	6,0	19	3,2	22	3,7
Beyaz et	27	4,5	35	5,8	106	17,7	345	57,5	57	9,5	16	2,7	14	2,3
Cips	103	17,2	50	8,3	43	7,2	174	29,0	63	10,5	28	4,7	139	23,2
Hamur işi	35	5,8	42	7,0	46	7,7	235	39,2	93	15,5	55	9,2	94	15,7
Kızartma	13	2,2	29	4,8	68	11,3	294	49,0	92	15,3	50	8,3	54	9,0
Toplam	600	100,0	600	100,0	600	100,0	600	100,0	600	100,0	600	100,0	600	100,0

Tablo 7'de çalışmaya katılan kadınların hergün en fazla pizza, kumpir %34.2 ve sandviç %37.3 gıda türünü tercih ettiği, günaşırı en fazla yoğurt %65.8 ve yumurta %31.3 gıda türünü tercih ettiği görülmektedir. Haftada bir en fazla yumurta %30.2 ve pilav %28.8 gıda türünü, 15 günde bir en fazla beyaz et %57.5 ve pilav %53.7 gıda türünü, ayda bir en fazla nohut, fasulye %35.8 ve sütlü tatlı %27.5 gıda türünü, çok seyrek hamur tatlısı %19.8 ve nohut, fasulye %15.2 gıda türünü tercih ettiği belirlenmiştir. Araştırmaya katılan kadınların %38.5'inin pizza, kumpiri ve %32.5'inin sandviçi hiç tercih etmediği saptanmıştır.

Tablo 8. Kadınların Kiloları Hakkında Görüşleri ve Diyet Yapma Dağılımı

		Sayı (n)	%
Çocukken Şişman Olma	Evet	136	22,7
	Hayır	464	77,3
Obezite ile İlgili Görüşler	Önemsemem	58	9,7
	Önemli Sağlık Sorunu	452	75,3
	Dış Görünüş Kaygıları Ön Planda	90	15,0
Kilonuzu Nasıl Değerlendirirsiniz?	İdeal Kilodayım	202	33,7
	Zayıfım	46	7,7
	Biraz Kiloluyum	222	37,0
	Şişmanım	109	18,2
	Aşırı Şişmanım	21	3,5
Kilonuzu Neye Bağlıyorsunuz? (n=352)	Beslenme Tarzına	223	63,4
	Ailesel Yatkınlığa	38	10,8
	Çalışma Koşullarıma	5	1,4
	Psikolojik Durumuma	56	15,9
	Diğer	30	8,5
Diyet Yapma Durumu	Evet	208	34,7
	Hayır	392	65,3
Diyeti Öneren (n=208)	Diyetisyen	125	60,1
	İnternet	7	3,4
	TV	24	11,5
	Gazete, Dergi	7	3,4
	Diğer	45	21,6
Obezite Tedavisi Görme	Evet	36	6,0
	Hayır	564	94,0
	Toplam	600	100,0

Tablo 8’de katılanların %22.7’si çocukken şişman olduğunu belirtirken, %77,3’ü çocukken şişman olmadığını belirtmiştir.

Katılanların %9.7’si obeziteyi önemsemediğini belirtirken, %75.3’ü önemli sağlık sorunu olduğunu ve %15.0’i dış görünüş kaygıları ön planda olduğunu belirtmiştir.

Katılanların %33.7’si ideal kilosunda olduğunu belirtirken, %7.7’si zayıf, %37’si biraz kilolu olduğunu, %18.2’si şişman olduğunu ve %3.5’i aşırı şişman olduğunu belirtmiştir. Kilolu olduğunu düşünen 352 katılanın %63.4’ü kilosunun beslenme tarzına bağladığını belirtirken, %10.8’i ailesel yatkınlığa, %1.4’ü çalışma koşullarına, %15.9’u psikolojik durumuna ve %8.5’i diğer nedenlere bağlamaktadır.

Katılanların %34.7’sinin daha önce zayıflamak için diyet yaptığını belirtirken, %65.3’ü diyet yapmadığını belirtmiştir. Daha önce zayıflamak için diyet yapan 208 katılanın %60.1’ine diyeti diyetisyen önerirken, %3.4’ü internetten öneri aldığını, %11.5’i televizyon, %3.4’ü gazete, dergi %21.6’sı diğer kaynaklardan diyet önerisi aldığını belirtmiştir.

Katılanların %6.0’sı obezite tedavisi gördüğünü, %94.0’ü obezite tedavisi görmediğini belirtmiştir.

Tablo 9. Kadınların Kendini Değerlendirme Diyet Uygulama, Sıklık ve Uyum Dağılımı

		Sayı (n)	%
Ailede Obez Varlığı?	Evet	162	27,0
	Hayır	438	73,0
Araç Kullanım Durumu	Evet	126	21,0
	Hayır	474	79,0
Diyetisyene Başvurma	Evet	105	17,5
	Hayır	495	82,5
Kilonuzu Korumak İçin Diyet Yapma	Evet	75	12,5
	Hayır	237	39,5
	Bazen	288	48,0
Diyet Yapma Sıklığı (n=363)	Sürekli	34	9,4
	Kilo Aldığımı Hissettiğimde	211	58,1
	Nadiren, Ara Sıra	90	24,8
	Her Yaz Başı	16	4,4
	Diğer	12	3,3
	Kendim Hazırlarım	129	35,5
Diyet Programını Hazırlama Şekli (n=363)	Arkadaşlarımın Tavsiyelerini Uygularım	12	3,3
	Gazete, Dergileri Takip Ederim	9	2,5
	TV, Radyo Programı Takip Ederim	36	9,9
	Diyetisyene Gidiyorum	51	14,0
	Spor Salonlarına Gidiyorum	103	28,4
	Sağlık Merkezine Gidiyorum	2	0,6
	Diğer	21	5,8
	Evet	46	7,7
Diyet Ürün Kullanımı	Hayır	496	82,7
	Bazen	58	9,7
	Evet	46	7,7
Diyet Ürün Kullanmama Nedeni (n=554)	Pahalı Olması	69	12,5
	Yararlı Olduğunu Düşünüyorum	137	24,7
	Lezzetli Olmaması	12	2,2
	Kilomdan Memnunum	97	17,5
	Sağlıklı Değil	198	35,7
	Kullandığımda Rahatsızlık Vermesi	7	1,3
	Diğer	34	6,1
Çevreden Eleştiri Alma	Evet	127	21,2
	Hayır	285	47,5
	Bazen	188	31,3
En Çok Eleştiri Alınan Kişi (n=315)	Arkadaştan	73	23,2
	Aileden	162	51,4
	Akrabadan	53	16,8
	Doktordan	10	3,2
	Diğer	17	5,4
	Toplam	600	100,0

Tablo 9’da, katılanların %27.0’si ailesinde obez olduğunu belirtirken, %73.0’ü ailesinde obez olmadığını, %21.0’i araç kullandığını belirtmiştir. Kadınların %17.5’i diyetisyene başvurduğunu belirtmiştir. Kadınların %12.5’i kilosunu korumak için diyet yaptığını belirtirken, %39.5’i diyet yapmadığını belirtmiştir. Diyet yapanların %9.4’ü sürekli, %58.1’i kilo aldığını hissettiğinde, %24.8’i nadiren, %4.4’ü her yaz başında diyet yaptığını belirtmiştir. Kadınların %35.5’i diyet programını kendi hazırladığını belirtirken, %9.9’u televizyon, radyo programı takip ettiğini, %14.0’ü diyetisyene gittiğini, %28.4’ü spor salonlarına gittiğini belirtmiştir. Kadınların %7.7’si diyet ürün kullandığını, %82.7’si kullanmadığını belirtmiştir. Diyet ürün kullanmayan ve bazen kullanan 554 kişinin %12.5’i pahalı olduğunu, %24.7’si yararlı olduğunu düşünmediğini, %17.5’i kilosundan memnun olduğunu, %35.7’si sağlıklı olmadığını ve %6.1’i diğer sebeplerden dolayı diyet ürün kullanmadığını belirtmiştir

Katılanların %21.2'si çevresinden şişman olduğuna dair eleştiri aldığını %47.5'i eleştiri olmadığını belirtmiştir. Eleştiri alan 315 kadının %23.2'si arkadaşlarından, %51.4'ü ailesinden, %16.8'i akrabasından eleştiri almıştır.

Tablo 10. Kadınların Sağlık Problemi Varlığı Dağılımı

		Sayı	%
Yürüme Problemi	Yok	592	98,7
	Var	8	1,3
Depresyon	Yok	530	88,3
	Var	70	11,7
Anemi	Yok	534	89,0
	Var	66	11,0
Osteoproz	Yok	598	99,7
	Var	2	0,3
Böbrek Hastalığı	Yok	590	98,3
	Var	10	1,7
Psikolojik Bozukluk	Yok	562	93,7
	Var	38	6,3
Hipertansiyon	Yok	552	92,0
	Var	48	8,0
Kalp Hastalığı	Yok	591	98,5
	Var	9	1,5
Şeker Hastalığı	Yok	583	97,2
	Var	17	2,8
Hipotiroid	Yok	575	95,8
	Var	25	4,2
Toplam		600	100,0

Tablo 10'a göre katılanların %11.7'sinde depresyon, %11.0'inde anemi, %6.3'ünde psikolojik bozukluk, %8.0'inde hipertansiyon, %1.5'inde kalp hastalığı, %2.8'inde şeker hastalığı ve %4.2'sinde hipotiroidi gözlenmiştir.

Tablo 11. Kadınların Günlük Aktiviteleri Dağılımı

		Sayı (n)	%
Günlük Oturma	1-2 Saat	428	71,3
	3-4 Saat	125	20,8
	≥ 5 Saat	47	7,8
Günlük Oturarak İş Görme	1-4 Saat	546	91,0
	5-8 Saat	54	9,0
Günlük Ayakta İş Görme	1-4 Saat	370	61,7
	5-9 Saat	213	35,5
	≥ 10 Saat	17	2,8
Günlük Yürüme	1-2 Saat	581	96,8
	≥ 3 Saat	19	3,2
Günlük Dinlenme	1-2 Saat	472	78,7
	≥ 3 Saat	128	21,3
Günlük Uyku	≤7 Saat	101	16,8
	8-9 Saat	442	73,7
	≥ 10 Saat	57	9,5
Toplam		600	100,0

Tablo 11'de kadınların %71.3'ü günde 1–2 saat oturduğunu, %91.0'i günlük 1–4 saat arasında oturarak iş yaptığını, %61.7'si günde 1–4 saat arasında ayakta iş yaptığını belirtmiştir. Kadınların %96.8'i günlük 1–2 saat yürüdüğünü belirtmiştir. Kadınların %78.7'si günlük 1–2 saat dinlendiğini belirtmiştir. Kadınların %73.7'si 8–9 saat arasında uyuduğunu belirtmiştir.

Tablo 12. Kadınların Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği Dağılımı

COOPERSMİTH BENLİK SAYGISI ÖLÇEĞİ	Bana uygun (evet)		Bana uygun değil (hayır)	
	Sayı	%	Sayı	%
Sık sık keşke başka birisi olsam diye düşünürüm	219	36,5	381	63,5
Başkalarının önünde konuşmak bana zor gelir	259	43,2	341	56,8
Elimde olsaydı kendimde birçok şeyi değiştirmek isterdim	391	65,2	209	34,8
Karar vermede fazla zorluk çekmem	309	51,5	291	48,5
İnsanlar benimle olmaktan hoşlanırlar.	525	87,5	75	12,5
Evde kolayca moralim bozulur	402	67,0	198	33,0
Yeni şeylere kolay alışamam	342	57,0	258	43,0
Yaşıtlarım arasında sevilen birisiyim	537	89,5	63	10,5
Genellikle ailem benden birçok şey bekler	432	72,0	168	28,0
Ailem genellikle duygularıma örnek verir.	336	56,0	264	44,0
Başkalarının söylediklerini kolaylıkla kabul ederim	240	40,0	260	60,0
Benim yerimde olmak oldukça zordur	354	59,0	246	41,0
Hayatımın karmakarışık olduğuna inanıyorum	252	42,0	348	58,0
Genellikle başkaları düşüncemi kabul ederler	382	63,7	218	36,3
Kendimi yetersiz buluyorum	292	48,7	308	51,3
Sık sık evden uzaklaşmayı düşünürüm	234	39,0	366	61,0
Yaptığım işten çoğunlukla memnun olmam	147	24,5	453	75,5
Başkaları kadar güzel değilim	206	34,3	394	65,7
Söylenecek sözüm varsa söylemekten çekinmem	344	57,3	256	42,7
Ailem duygularımı anlar	343	57,2	257	42,8
Çok sevilen bir kimse değilim	109	18,2	491	81,8
Genellikle ailemin beni dışladığına inanıyorum	101	16,8	499	83,2
Yaptığım şeyler genellikle cesaretimi kırar.	125	20,8	475	79,2
Çevremde olup bitenlerden rahatsız olmam.	185	30,8	415	69,2
Güvenilir bir kişi olmadığımı düşünüyorum	82	13,7	518	86,3
Toplam	600	100,0	600	100,0

Tablo 12’de Kadınlar en fazla “Yaşıtlarım arasında sevilen birisiyim” %89.5, “İnsanlar benimle birlikte olmaktan hoşlanırlar” %87.5 ve “Genellikle ailem benden birçok şey bekler” %72.0 maddelerinin kendilerine uygun olduğunu belirtmişlerdir.

Tablo 13. Kadınların Kilofobi Ölçeği Dağılımı

SOL	ÇOK		BİRAZ		ORTA		BİRAZ		ÇOK		SAĞ
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Tembel	84	14,0	80	13,3	161	26,8	154	25,7	121	20,2	Çalışkan
İsteksiz	91	15,2	90	15,0	167	27,8	132	22,0	120	20,0	İstekli
Çekici	156	26,0	115	19,2	184	30,7	71	11,8	74	12,3	Çekici Olmayan
Özkontrol	184	30,7	107	17,8	155	25,8	79	13,2	75	12,5	Öz kontrolsüz
Hızlı	198	33,0	107	17,8	163	27,2	61	10,2	71	11,8	Yavaş
Dayanıklı	191	31,8	102	17,0	154	25,7	65	10,8	88	14,7	Dayanaksız
Hareketli	212	35,3	99	16,5	140	23,3	59	9,8	90	15,0	Hareketsiz
Güçsüz	79	13,2	85	14,2	240	40,0	67	11,2	129	21,5	Güçlü
Kendi İsteklerine Düşkün	66	11,0	71	11,8	177	29,5	93	15,5	193	32,2	Kendinden Ödün Veren
Yemekten Hoşlanmayan	291	48,5	87	14,5	133	22,2	43	7,2	46	7,7	Yemekten Hoşlanan
Biçimsiz (Vücudu)	68	11,3	66	11,0	176	29,3	88	14,7	202	33,7	Biçimli (Vücudu)
Az Yiyen	242	40,3	93	15,5	17	2,9	37	6,2	51	8,5	Çok Yiyen
Güven Duymayan	100	16,7	70	11,7	273	45,5	63	10,5	94	15,7	Kendine Güven Duyan
Özsaygısı Düşük	107	17,8	76	12,7	268	44,7	66	11,0	83	13,8	Özsaygısı Yüksek

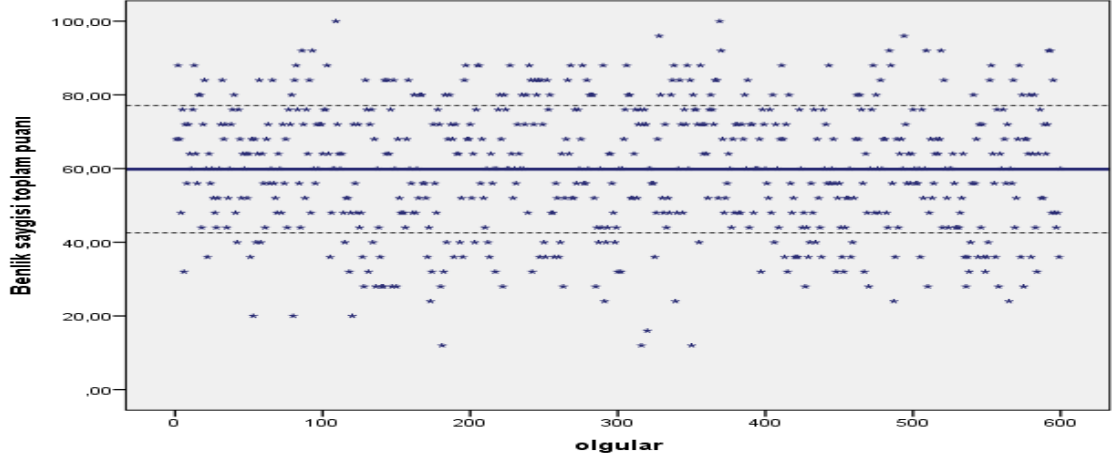
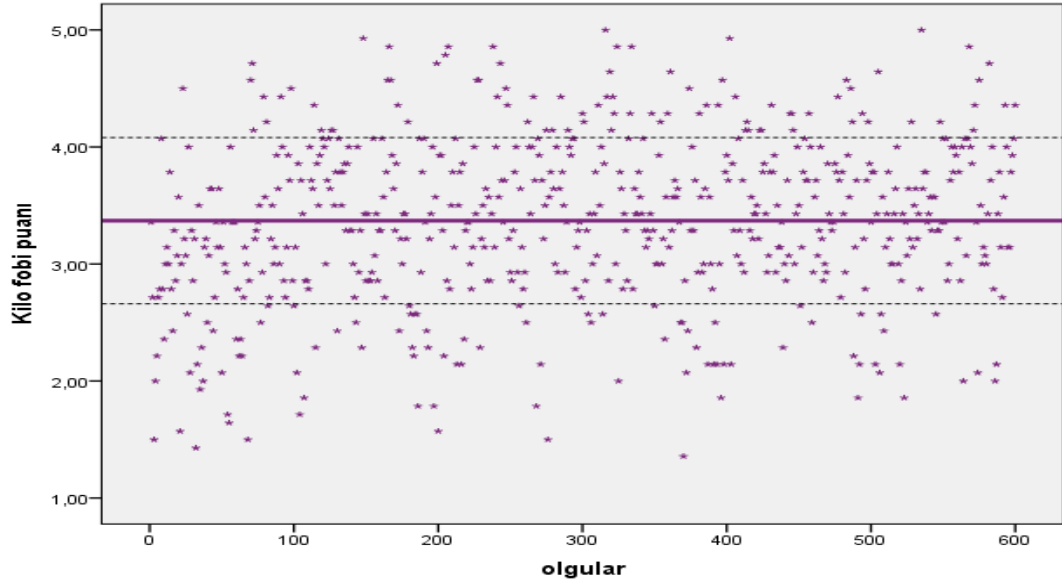
Tablo 13’te, kadınların tembel ve çalışkan olma %26.8, istekli ve isteksiz olma %27.8, çekici ve çekici olmayan %30.7, güçsüz ve güçlü olma %40.0, kendine güven duymayan ve güven duyan %45.5, özsaygısı düşük ve özsaygısı yüksek olma %44.7 konusunda orta düzeyde olduğu görülmektedir. Özkontrol %30.7, hızlı olma %33.0, dayanıklı olma %31.8, hareketli olma %35.3, yemekten hoşlanmama %48.5 ve az yeme %40.3 oranla çok olarak cevaplandırılmıştır.

Kendinden ödün verme %32.2 ve biçimli (vücudu) olma %33.7 oranla çok olarak cevaplandırılmıştır.

Tablo 14. Coopersmith Benlik Saygısı ve Kilofobi Ölçeği Dağılımı

	Min-Maks	Ort±Ss	Cronbach's Alpha
Coopersmith Benlik Saygısı	12 – 100	59,83±17,29	0,751
Kilofobi	1,36 – 5,00	3,37±0,71	0,809

Çalışmaya katılanların Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeğinden aldıkları puanlar 12 ile 100 arasında değişmekte olup ortalama $59,83 \pm 17,29$, iç tutarlılık sonucu $\alpha=0,751$ olarak belirlenmiştir. Kadınların Kilofobi Ölçeğinden aldıkları puanlar 1,36 ile 5 arasında değişmekte olup, ortalama $3,37 \pm 0,71$, iç tutarlılık sonucu $\alpha=0,809$ olarak saptanmıştır.

**Şekil 1. Coopersmith Benlik Saygısı Puanlarının Dağılımı****Şekil 2. Kilofobi Puanlarının Dağılımı**

Tablo 15. C.B.S.Ö. Puanı ile Kilofofi Ölçeği Puanı Dağılımı

	Coopersmith Benlik Saygısı Puanı	
	r	p
Kilofofi Puanı	-0,066	0,107

Çalışmaya katılan katılımcıların Coopersmith Benlik Saygısı Puanı ile Kilofofi Puanı arasındaki negatif yönlü (Benlik Saygısı puanı arttıkça Kilofofi puanı azalan) %6,6'lık zayıf ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

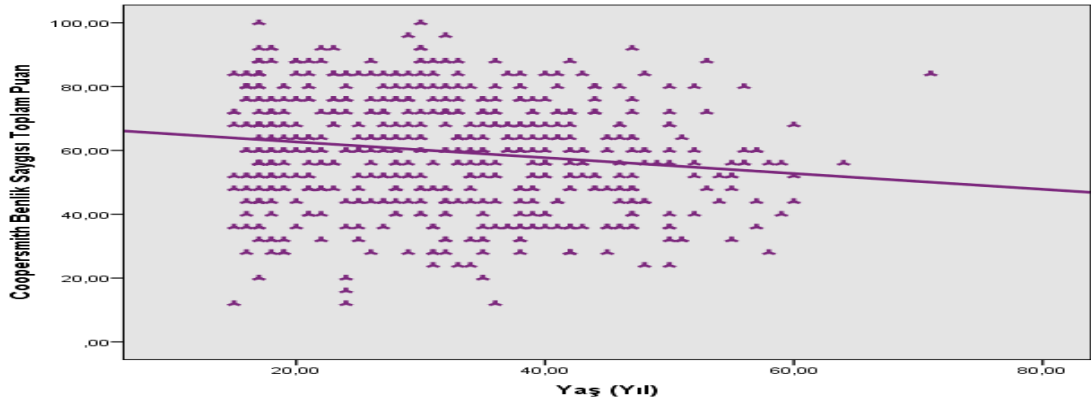
Tablo 16. C.B.S.Ö. Puanına Göre Yaş, BKİ, Evlilik Yaşı ve Evlilik Süresi Dağılımı

	Coopersmith Benlik Saygısı Puanı	
	r	p
Yaş (yıl)	-0,164	0,001**
BMI (kg/m ²)	-0,116	0,005**
Evlilik Yaşı (yıl)	-0,011	0,821
Evlilik Süresi (yıl)	-0,163	0,001**

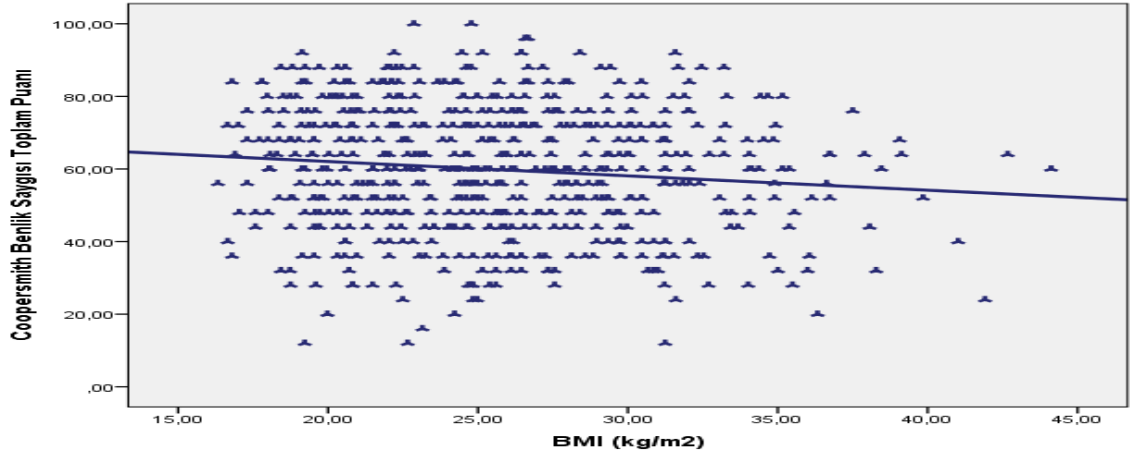
r =Pearson Korelasyon Katsayısı

** $p<0,01$

Katılımcıların yaşları ile Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeğinden aldıkları puan toplamaları arasında negatif yönlü (yaş arttıkça benlik saygısı puanı azalan) %16,4'lük zayıf ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş, bu anlamlılığın kişi sayısı kaynaklı olduğu söylenebilir ($r=0,164$; $p=0,001$).

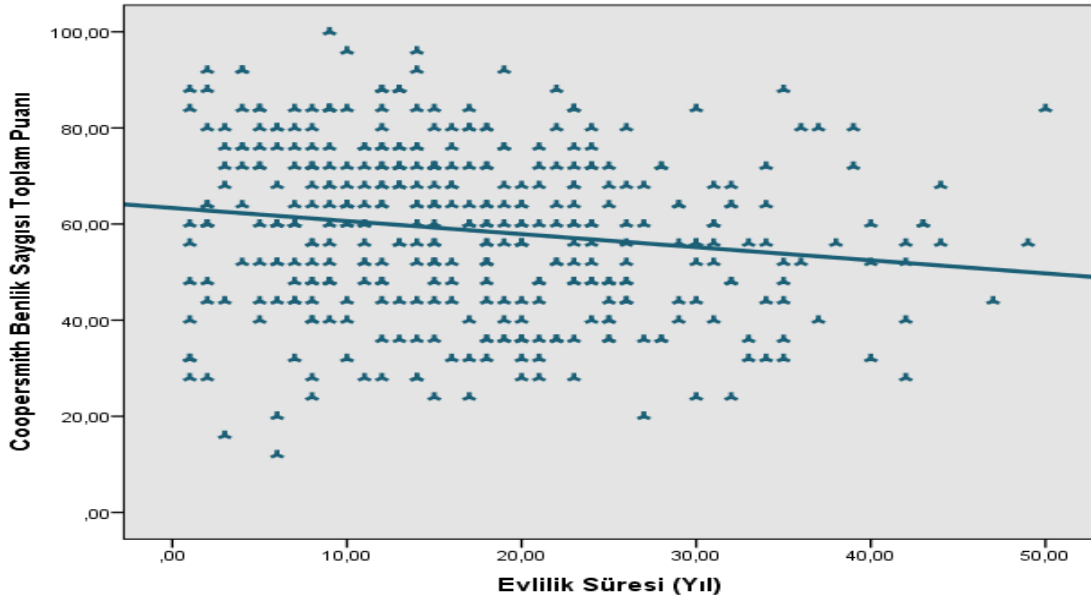
**Şekil 3. Coopersmith Benlik Saygısı Puanına Göre Yaş Dağılımı**

Katılımcıların BKİ ölçümleri ile Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeğinden aldıkları puan toplamaları arasında negatif yönlü (BKİ arttıkça benlik saygısı puanı azalan) %11,6'lık zayıf ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş olup, bu anlamlılığın kişi sayısından kaynaklı olduğu söylenebilir ($r=0,116$; $p=0,005$; $p<0,01$).



Şekil 4. Coopersmith Benlik Saygısı Puanı ile BKİ Dağılımı

Katılanların evlilik yaşı ile Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeğinden aldıkları puan toplamaları arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$). Katılanların evlilik süresi ile Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeğinden aldıkları puan toplamaları arasında negatif yönlü (evlilik süresi arttıkça benlik saygısı puanı azalan) %16.3'lük zayıf ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş olup, bu anlamlılığın kişi sayısından kaynaklı olduğu söylenebilir ($r=0.163$; $p=0.001$).



Şekil 5. Coopersmith Benlik Saygısı Puanına Göre Evlilik Süresi Dağılımı

Tablo 17. C.B.S.Ö. Puanına Göre Demografik Özellik Dağılımı

		Coopersmith Benlik Saygısı Puanı		Test Değeri; p
		Ort±Ss	Min-Maks (Medyan)	
Medeni Durum	Bekar (n=215)	61,58±17,59	12-100 (60)	t=1,861 ^a 0,063
	Evli (n=385)	58,85±17,07	12-100 (60)	
Aile Yapısı	Çekirdek (n=492)	60,35±17,31	12-100 (60)	t=1,583 ^a 0,114
	Geniş (n=108)	57,44±17,08	12-100 (60)	
Eğitim Durumu	≤İlkokul (n=220)	54,80±17,02	12-96 (56)	F=12,075 ^b 0,001**
	Ortaokul (n=82)	59,22±17,69	12-100 (62)	
	Lise (n=203)	63,15±16,59	20-100 (64)	
	≥Üniversite (n=95)	64,88±16,15	28-92 (64)	
Meslek	Ev Hanımı (n=524)	59,40±17,28	12-100 (60)	t=-1,572 ^a 0,117
	Çalışan (n=76)	62,74±17,24	28-92 (64)	
Gelir	Geliri Yok (n=510)	59,47±17,34	12-100 (60)	F=1,080 ^b 0,357
	≤1000 TL (n=43)	59,72±18,83	28-92 (60)	
	1001-2000 TL (n=22)	61,64±17,40	28-88 (62)	
	2001-2500 TL (n=25)	65,60±12,65	40-84 (68)	
Evde Yaşayan Kişi Sayısı	2-4 Kişi (n=288)	61,96±17,49	16-100 (64)	χ ² =9,126 ^c 0,010*
	5-8 Kişi (n=300)	57,69±17,03	12-100 (60)	
	≥9 Kişi (n=12)	62,00±13,48	40-88 (60)	
Çocuk Sayısı	Çocuğu Yok (n=206)	61,83±17,64	12-100 (60)	F=4,214 ^b 0,015*
	1-3 Çocuk (n=307)	59,73±17,13	12-100 (60)	
	≥4 Çocuk (n=87)	55,45±16,38	20-88 (56)	

^aStudent-t Test^bOnewayAnova Test^cKruskal Wallis Test

*p<0,05

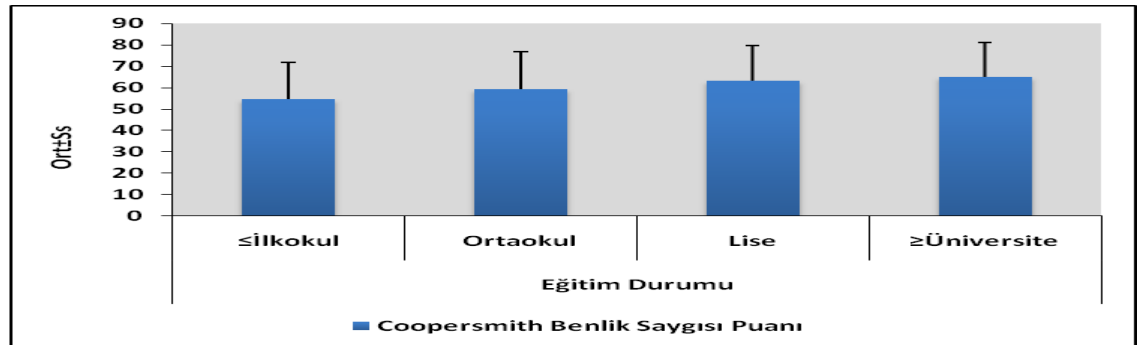
**p<0,01

Tablo 17’de, bekar katılımcıların Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeğinden aldıkları puan toplamları, evli katılımcılara göre istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte dikkat çekici düzeyde yüksek saptanmıştır (p=0.063; p>0.05).

Aile yapısına göre katılımcıların Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeğinden aldıkları puan toplamları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0.05)

Eğitim durumlarına göre katılımcıların Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeğinden aldıkları puan toplamları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0.001; p<0.01).

Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan Bonferroni test sonuçlarına göre; eğitim durumu ilkokul ve altı olan katılımcıların Coopersmith Benlik Saygısı puanı, eğitim durumu lise ve üniversite ve üzeri olan katılımcılara göre anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır (p=0.001; p=0.001; p<0.01)

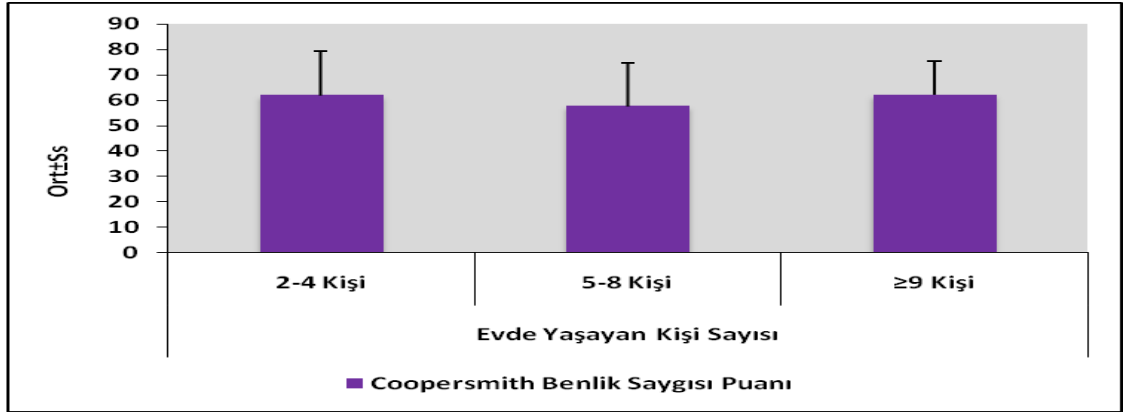
**Şekil 6. Coopersmith Benlik Saygısı Puanına Göre Eğitim Dağılımı**

Meslek durumuna göre katılımcıların Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeğinden aldıkları puan toplamları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0.05).

Gelir durumuna göre katılımcıların Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeğinden aldıkları puan toplamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

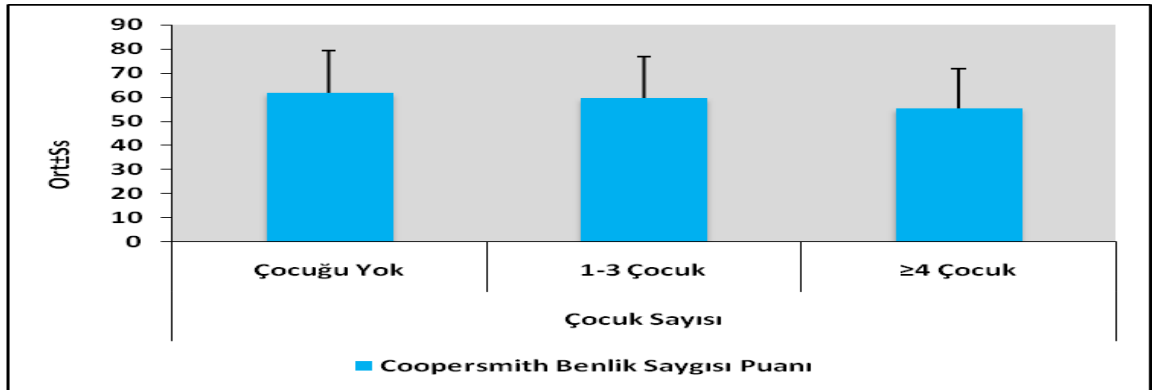
Evde yaşayan kişi sayısına göre katılımcıların Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeğinden aldıkları puan toplamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0.010$; $p<0.05$).

Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan Bonferroni Düzeltmeli Mann Whitney U test sonuçlarına göre; evde 2 – 4 kişi yaşayan katılımcıların Coopersmith Benlik Saygısı puanı, evde 5 – 8 kişi yaşayan katılımcılara göre anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p=0.008$; $p<0.01$).



Şekil 7. Coopersmith Benlik Saygısı Puanına Göre Evde Yaşayan Kişi Sayısı Dağılımı

Çocuk sahibi olma durumuna göre katılımcıların Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeğinden aldıkları puan toplamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0.015$; $p<0.05$). Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan Bonferroni test sonuçlarına göre; çocuğu olmayan katılımcıların Coopersmith Benlik Saygısı puanı, 4 ve üzeri çocuk sahibi olan katılımcılara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p=0.012$; $p<0.05$).



Şekil 8. Coopersmith Benlik Saygısı Puanına Göre Çocuk Sayısı Dağılımı

Tablo 18. C.B.S.Ö. Puanına Göre Eğitim Alma, Beslenme, Yemek-Ara Öğün Yeme Dağılımı

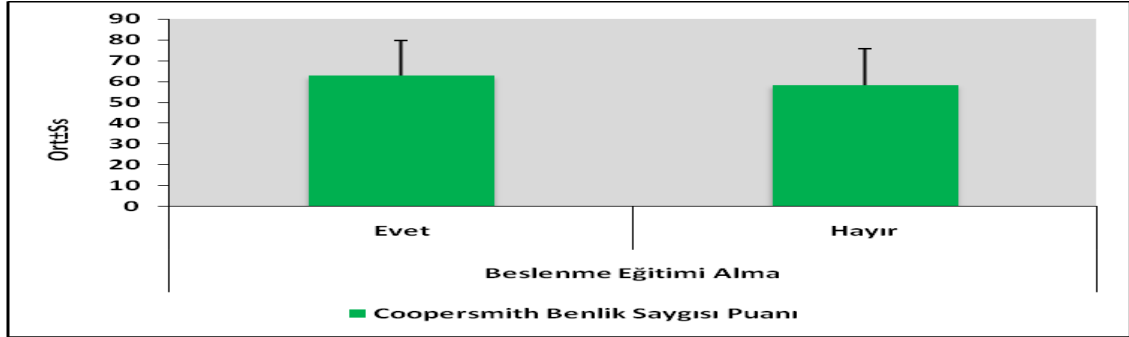
		Coopersmith Benlik Saygısı Puanı		Test Değeri; p
		Ort±Ss	Min-Maks (Medyan)	
Beslenme Eğitimi Alma	Evet (n=203)	62,72±17,01	16-100 (64)	t=2,948 ^a 0,003**
	Hayır (n=397)	58,35±17,27	12-100 (60)	
Beslenme Konuları ile İlgilenme	Evet (n=464)	60,74±17,05	12-100 (60)	t=2,403 ^a 0,017*
	Hayır (n=136)	56,71±17,82	12-96 (56)	
Yemek Yeme Hızı	Normal (n=311)	60,86±17,46	20-100 (60)	F=1,199 ^b 0,302
	Yavaş (n=135)	58,40±18,01	12-100 (60)	
	Hızlı (n=154)	58,99±16,27	12-96 (60)	
Ara Öğün Yeme	Hayır (n=280)	61,47±16,97	12-100 (64)	t=2,186 ^a 0,029*
	Evet (n=320)	58,39±17,48	12-100 (60)	

^aStudent-t Test^bOnewayAnova Test

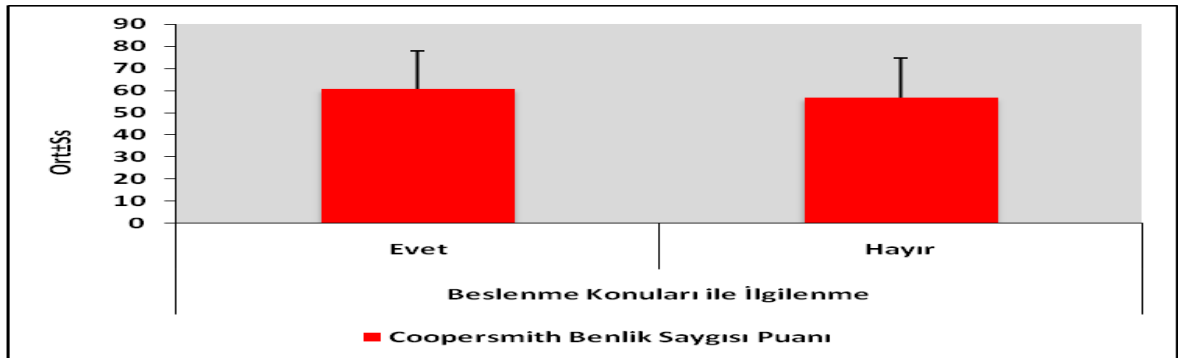
*p<0,05

**p<0,01

Tablo18’de; beslenme eğitimi alan katılımcıların Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeğinden aldıkları puan toplamaları, beslenme eğitimi almayan katılımcılara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (p=0,003; p<0,01)

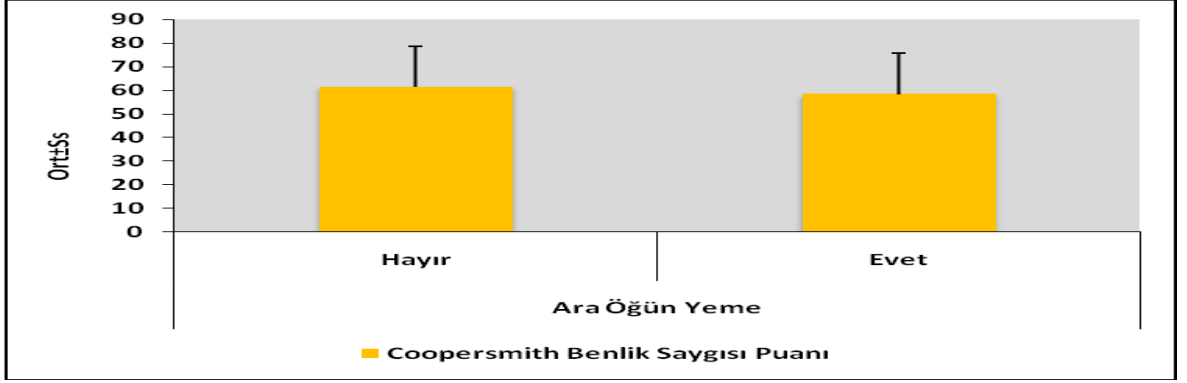
**Şekil 9. Coopersmith Benlik Saygısı Puanına Göre Beslenme Eğitimi Alma Dağılımı**

Beslenme konuları ile ilgilenen katılımcıların Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeğinden aldıkları puan toplamaları, beslenme konuları ile ilgilenmeyen katılımcılara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (p=0,017; p<0,05)

**Şekil 10. Coopersmith Benlik Saygısı Puanına Göre Beslenmeyle İlgilenme Dağılımı**

Yemek yeme hızına göre katılımcıların Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeğinden aldıkları puan toplamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0.05) (Tablo 3.16). Ara öğün yemeyen katılımcıların Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeğinden

aldıkları puan toplamaları, ara öğün yiyen katılımcılara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p=0.029$; $p<0.05$).



Şekil 11. Cooper's Benlik Saygısı Puanına Göre Ara Öğün Yeme Dağılımı

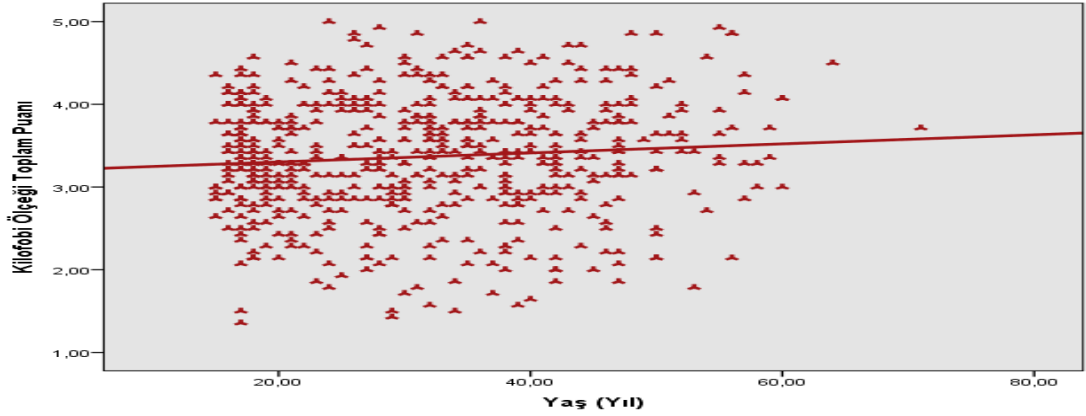
Tablo 19. Kilofobi Ölçeği Puanına Göre Yaş, BKİ, Evlilik Yaşı ve Süresi Dağılımı

	Kilofobi Puanı	
	r	p
Yaş (yıl)	0,089	0,030*
BMI (kg/m ²)	-0,056	0,174
Evlilik Yaşı (yıl)	0,018	0,726
Evlilik Süresi (yıl)	0,052	0,304

r =Pearson Korelasyon Katsayısı

** $p<0,01$

Kadınların yaşları ile Kilofobi Ölçeğinden aldıkları puan toplamaları arasında pozitif yönlü (yaş arttıkça kilofobi puanı artan) %8,9'luk zayıf ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş olup, bu anlamlılığın kişi sayısından kaynaklı olduğu söylenebilir ($r=0,089$; $p=0,030$; $p<0,05$)



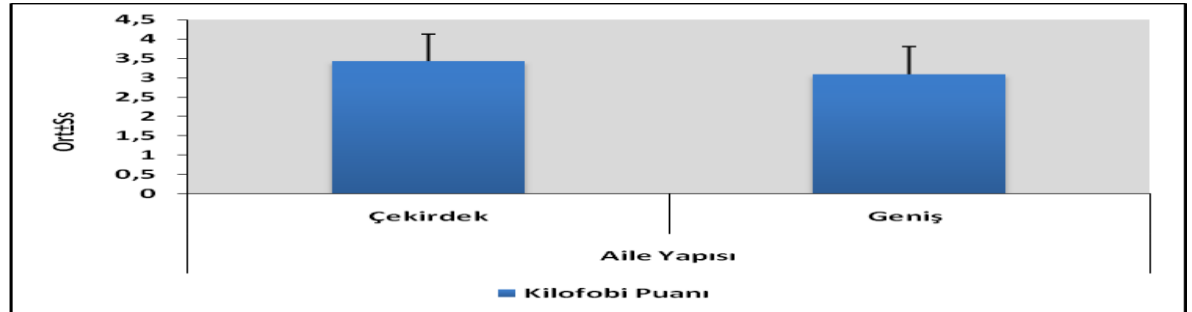
Şekil 12. Kilofobi Ölçeği Puanına Göre Yaş Dağılımı

Kadınların BKİ ölçümleri, evlilik yaşları ve evlilik süreleri ile Kilofobi Ölçeğinden aldıkları puan toplamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$)

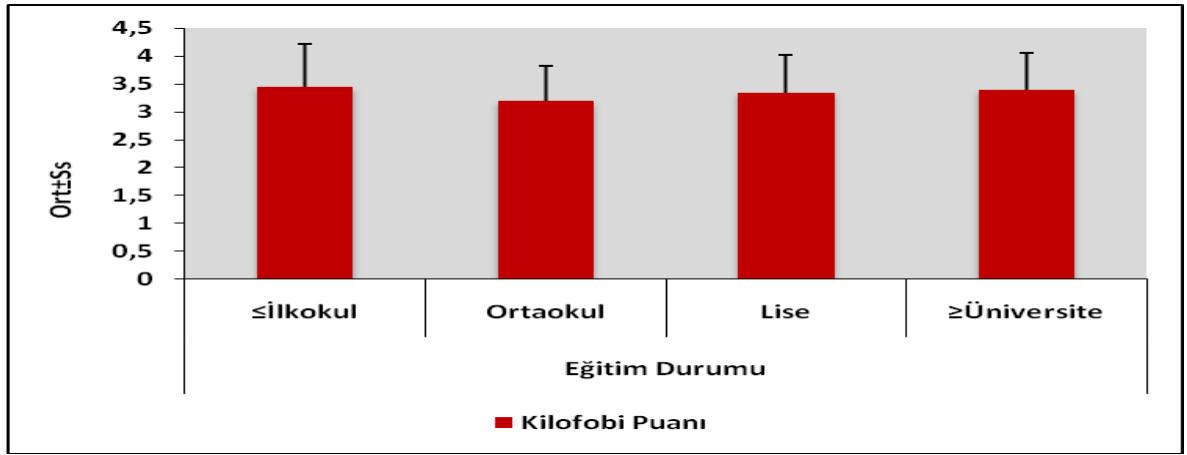
Tablo 20. Kilofobi Ölçeği Puanına Göre Demografik Özellikler Dağılımı

		Kilofobi Puanı		Test Değeri; p
		Ort±Ss	Min-Maks (Medyan)	
Medeni Durum	Bekar (n=215)	3,30±0,65	1,36-5,00 (3,29)	t=-1,589 ^a 0,113
	Evli (n=385)	3,40±0,74	1,43-5,00 (3,43)	
Aile Yapısı	Çekirdek (n=492)	3,43±0,69	1,43-5,00 (3,43)	t=4,552 ^a 0,001**
	Geniş (n=108)	3,09±0,72	1,36-4,93 (3,14)	
Eğitim Durumu	≤İlkokul (n=220)	3,44±0,77	1,57-5,00 (3,43)	F=2,898 ^b 0,036*
	Ortaokul (n=82)	3,19±0,63	1,36-4,71 (3,29)	
	Lise (n=203)	3,34±0,68	1,43-4,93 (3,43)	
	≥Üniversite (n=95)	3,39±0,67	1,86-5,00 (3,29)	
Meslek	Ev Hamımı (n=524)	3,37±0,70	1,36-5,00 (3,43)	t=0,509 ^a 0,611
	Çalışan (n=76)	3,33±0,74	1,71-5,00 (3,25)	
Gelir	Geliri Yok (n=510)	3,37±0,70	1,36-5,00 (3,43)	F=1,914 ^b 0,126
	≤1000 TL (n=43)	3,23±0,71	1,71-4,93 (3,29)	
	1001-2000 TL (n=22)	3,67±0,83	2,14-5,00 (3,68)	
	2001-2500 TL (n=25)	3,33±0,66	2,00-4,86 (3,14)	
Evde Yaşayan Kişi Sayısı	2-4 Kişi (n=288)	3,44±0,71	1,43-5,00 (3,50)	$\chi^2=8,362$ ^c 0,015*
	5-8 Kişi (n=300)	3,29±0,70	1,36-5,00 (3,29)	
	≥9 Kişi (n=12)	3,45±0,46	2,36-4,00 (3,46)	
Çocuk Sayısı	Çocuğu Yok (n=206)	3,30±0,64	1,36-5,00 (3,29)	F=1,599 ^b 0,203
	1-3 Çocuk (n=307)	3,41±0,71	1,43-5,00 (3,43)	
	≥4 Çocuk (n=87)	3,35±0,82	1,57-4,93 (3,36)	

Tablo 20'ye göre; medeni duruma göre katılımcıların Kilofobi Ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). Aile yapısı çekirdek aile olan katılımcıların Kilofobi Ölçeğinden aldıkları puanlar, aile yapısı geniş aile olan katılımcılara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p=0.001$; $p>0.01$)

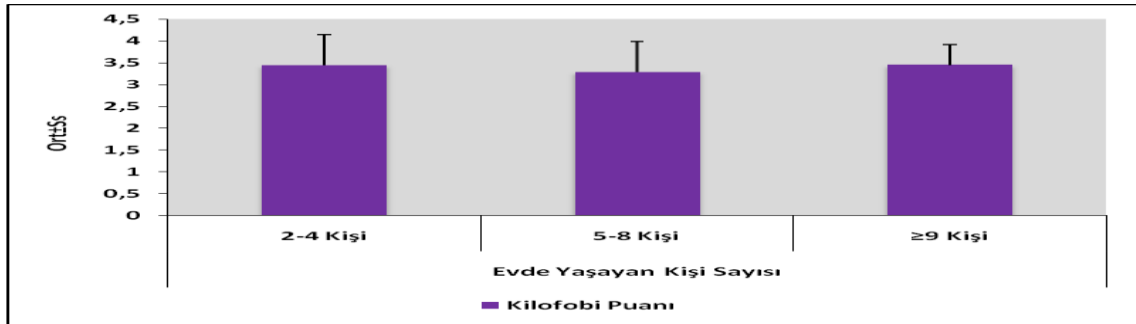
**Şekil 13. Kilofobi Ölçeği Puanına Göre Aile Yapısı Dağılımı**

Eğitim durumuna göre katılımcıların Kilofobi Ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,036$; $p<0,05$). Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan Bonferroni test sonuçlarına göre; eğitim durumu ilkököl ve altı olan katılımcıların kilofobi puanı, eğitim durumu ortaokul olan katılımcılara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p=0,038$; $p<0,05$).



Şekil 14. Kilofobi Ölçeği Puanına Göre Eğitim Dağılımı

Meslek durumuna göre katılımcıların Kilofobi Ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). Gelir durumuna göre katılımcıların Kilofobi Ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). Evde yaşayan kişi sayısına göre katılımcıların Kilofobi Ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0.015$; $p<0.05$). Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan Bonferroni düzeltmeli Mann Whitney U test sonuçlarına göre; evde yaşayan kişi sayısı 2 – 4 arası olan katılımcıların kilofobi puanı, evde yaşayan kişi sayısı 5–8 arası olan katılımcılara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p=0.013$; $p<0.05$).



Şekil 15. Kilofobi Ölçeği Puanına Göre Evde Yaşayan Kişi Sayısı Dağılımı

Çocuk sayısına göre katılımcıların Kilofobi Ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

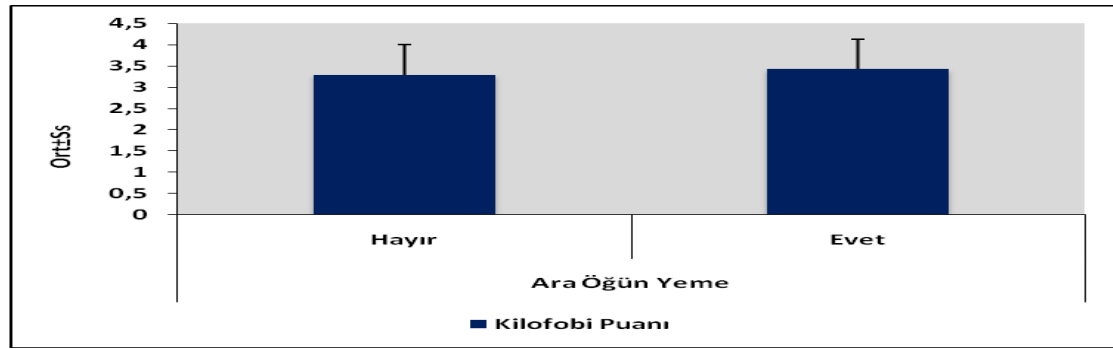
Tablo 21. Kilofobi Ölçeği Puanına Göre Eğitim, Beslenme, Yemek-Ara Öğün Yeme Dağılımı

		Kilofobi Puanı		Test Değeri; p
		Ort±Ss	Min-Maks (Medyan)	
Beslenme Eğitimi Alma	Evet (n=203)	3,38±0,64	1,43-4,93 (3,43)	t=0,299 ^a 0,765
	Hayır (n=397)	3,36±0,74	1,36-5,00 (3,36)	
Beslenme Konuları ile İlgilenme	Evet (n=464)	3,35±0,71	1,36-5,00 (3,36)	t=-0,931 ^a 0,352
	Hayır (n=136)	3,42±0,70	1,50-4,86 (3,43)	
Yemek Yeme Hızı	Normal (n=311)	3,34±0,72	1,36-5,00 (3,36)	F=0,689 ^b 0,503
	Yavaş (n=135)	3,42±0,73	1,86-5,00 (3,43)	
	Hızlı (n=154)	3,37±0,66	1,79-4,93 (3,32)	
Ara Öğün Yeme	Hayır (n=280)	3,29±0,72	1,43-5,00 (3,29)	t=-2,425 ^a 0,016*
	Evet (n=320)	3,43±0,69	1,36-5,00 (3,43)	

^aStudent-t Test^bOnewayAnova Test

*p<0,05

Tablo 21’de; beslenme eğitimi alma durumuna göre katılımcıların Kilofobi Ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır(p>0.05).Beslenme konuları ile ilgilenme durumuna göre katılımcıların Kilofobi Ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0.05).Yemek yeme hızına göre katılımcıların Kilofobi Ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0.05)

**Şekil 16. Kilofobi Ölçeği Puanına Göre Ara Öğün Yeme Dağılımı**

5. TARTIŞMA

Gaziantep ilinde kadınların kilofobi ve benlik saygısı düzeylerinin ilişkisini saptamak amacıyla gerçekleştirilen araştırmada, kadınların yaşları 15 ile 71 arasında değişmekte olup, ortalama 31.47 ± 11.49 yaştır. Araştırmaya katılanların %28.8'i 26-35 yaş arasındadır. Yücel'in (2008) aşırı kilolu ve obez kadınlarda benlik saygısını değerlendirmek amacıyla yapmış olduğu çalışmada kadınların yaş ortalaması 34.6'dır (8).

Araştırmaya katılanların BKİ ölçüleri 16.33 ile 44.12 kg/m^2 arasında değişmekte olup, ortalama $25.66 \pm 5.06 \text{ kg/m}^2$ olarak saptanmıştır. Araştırmaya katılanların %44'ünün BKİ düzeyi $18.5 - 24.99 \text{ kg/m}^2$ arasındadır.

Araştırmaya katılanların %64.2'si evli %82.0'sinin aile yapısı çekirdek aile olup, %50'si evde 5 - 8 kişi kalmaktadır. Tezcan'ın (2009) obez bireylerde benlik saygısı, beden algısı ve travmatik geçmiş yaşantıların obezite ile ilişkisini araştırdığı çalışmasında da katılımcıların çoğunluğu çekirdek aile yapısındadır (36).

Araştırmaya katılanların %95.7'sinin yaşadığı yer kent ve %89.2'sinin bölgedeki durumu yerlidir.

Araştırmaya katılanların %33.8'i lise mezunudur. Araştırmaya katılanların %87.3'ü ev hanımı olup, %85.0'inin herhangi bir geliri yoktur.

Araştırmaya katılanların %25.2'sinin sigara, %6.7'sinin alkol kullandığı gözlenmiştir.

Araştırmaya katılanların evlilik yaşları 13 ile 32 yaş arasında değişmekte olup, ortalama 20.13 ± 3.59 yaş olarak saptanmıştır. Araştırmaya katılanların %34'ünün evli olmadığı gözlenirken, %27.4'ünün 16 – 19 yaş arasında evlendiği gözlenmiştir.

Araştırmaya katılanların evlilik süreleri 1 ile 50 yıl arasında değişmekte olup, ortalama 17.18 ± 10.22 yıl olarak saptanmıştır. Evli olan katılımcıların %37.4'ünün 11 – 20 yıldır evli olduğu gözlenmiştir.

Araştırmaya katılanların %45.0'inin 1 – 4 kez gebe kaldığı belirlenmiştir.

Araştırmaya katılanların %51.2'sinin 1 – 3 arası çocuğu olduğu gözlenmiştir.

Araştırmaya katılanların %33.8'inin beslenme eğitimi aldığı ve %77.3'ünün beslenme konuları ile ilgilendiği, beslenme konuları ile ilgilenenlerin %64.9'unun da beslenme konularını televizyondan takip ettiği gözlenmiştir.

Araştırmaya katılanların %81.5'inin sürekli olarak herhangi bir ilaç kullanmadığı saptanmıştır. Araştırmaya katılanların %5.3'ünün ise antihipertansif ilaçları kullandığı görülmüştür. Araştırmaya katılanların %87.9'u evlendikten sonra kilo aldığını ifade etmiştir.

Araştırmaya katılanların %51.8'i yeme hızını normal olarak belirtmiştir. Çayır ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında ise çoğunluğun hızlı yemek yediği görülmüştür (22).

Araştırmaya katılanların %50.5'i 3 ana öğün yediğini, %53.3'ü ara öğün yediğini, ara öğün yediğini belirten katılımcıların %60.9'u da ara öğün olarak meyve yediğini belirtmiştir. Çayır ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında da katılımcıların çoğunluğu her gün 3 ana öğün yemektedir (22).

Araştırmaya katılanların %41.7'si en fazla tükettiği gıdanın et ürünü olduğunu ve %69.3'ü yemeğini normal tuzlu yediğini belirtmiştir

Araştırmaya katılanların %53.5'i günlük 1 – 5 bardak arasında çay içtiğini, %66.8'i kola içmediğini, %51.8'i Türk kahvesi içmediğini, %80.3'ü bitkisel çay içmediğini, %73.3'ü soda içmediğini, %97.8'i diyet içecek tüketmediğini belirtmiştir.

Araştırmaya katılanların %54.2'si sabah öğününü atladığını, %41.7'si öğle öğününü ve %4.2'si akşam öğününü atladığını belirtmiştir. Kzma'nın (2013), Yılmaz ve Özkan'ın (2007) üniversite öğrencileri ile yaptıkları çalışmalarda en fazla atlanan öğünün öğle yemeği olduğu görülmüştür (20, 65).

Araştırmaya katılanların çoğunluğu çocukken şişman olmadığını, obezitenin önemli bir sağlık sorunu olduğunu ve obezite tedavisi görmediğini belirtmiştir. Çayır ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında ise katılımcıların üçte birinin çocukluk çağında şişman olduğu ve bunların çoğunluğunun obezite tedavisi gördüğü saptanmıştır (22).

Araştırmaya katılanların %37'si biraz kilolu olduğunu ifade etmiştir. Hamurcu'nun (2014) BKİ durumuna göre obezitenin benlik saygısı ve beden algısı düzeylerine etkisini incelemek amacıyla yaptığı çalışmasında, BKİ'ne göre normal olan katılımcıların %48.63'ü kendisini kilolu, BKİ'ne göre obez olan katılımcıların %38.95'i kendisini aşırı kilolu olarak tanımladığı görülmüştür (42). Çalışmamızda, kilolu olduğunu düşünenlerin %63.4'ü kilosunun beslenme tarzına bağladığı olduğunu belirtmiştir.

Araştırmaya katılanların %65.3'ü diyet yapmadığını belirtmiştir. Daha önce zayıflamak için diyet yapanların %60.1'ine diyeti diyetisyen önermiştir. Tezcan'ın (2009) çalışmasında katılımcıların çoğunluğu diyet yapmadığını belirtmiştir (36).

Araştırmaya katılanların %73'ü ailesinde obez olmadığını belirtmiştir. Tezcan'ın (2009) ve Kazma'nın (2013) çalışmasında ise obez olan katılımcıların ailesinde obez bireylerin olduğu bildirilmiştir (20, 36).

Araştırmaya katılanların %48.0'i bazen diyet yaptığını, diyet yapanların %58.1'i kilo aldığını hissettiğinde diyet yaptığını, çok azının diyetisyene başvurduğu, yaklaşık üçte birinin diyet programını kendi hazırladığı saptanmıştır.

Araştırmaya katılanların %82.7'si diyet ürün kullanmadığını, diyet ürün kullanmayan ve bazen kullananların %35.7'si sağlıklı olmadığını ve %24.7'si yararlı olduğunu düşünmediğinden dolayı diyet ürün kullanmadığını belirtmiştir.

Araştırmaya katılanların %47.5'i çevresinden şişman olduğuna dair eleştiri almadığını, eleştiri alanların da %51.4'ü ailesinden eleştiri aldığını belirtmiştir.

Araştırmaya katılan kadınların çoğunluğu günde 1 – 2 saat oturduğunu, 1 – 2 saat yürüdüğünü, 1 – 2 saat dinlendiğini ve 8 – 9 saat arasında uyduğunu ifade etmiştir. Ayrıca günde 1 – 4 saat arasında oturarak iş yaptığını ve günde 1 – 4 saat arasında da ayakta iş yaptığını belirtmiştir.

Araştırmaya katılanların Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeğinden aldıkları puanlar 12 ile 100 arasında değişmekte olup ortalama 59.83 ± 17.29 olarak iç tutarlılık sonucu $\alpha=0,751$ olarak belirlenmiştir. Katılımcıların Kilofobi Ölçeğinden aldıkları puanlar 1.36 ile 5 arasında değişmekte olup, ortalama 3.37 ± 0.71 olarak iç tutarlılık sonucu $\alpha=0,809$ olarak saptanmıştır.

Araştırmaya katılanların Coopersmith Benlik Saygısı Puanı ile Kilofobi Puanı arasındaki negatif yönlü (Benlik Saygısı puanı arttıkça Kilofobi puanı azalan) %6.6'lık zayıf ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Araştırmaya katılanların yaşları ile Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeğinden aldıkları puan toplamaları arasında negatif yönlü (yaş arttıkça benlik saygısı puanı azalan) %16.4'lük zayıf ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş olup, bu anlamlılığın kişi sayısından kaynaklı olduğu söylenebilir ($r=0,164$; $p=0,001$; $p<0,01$). Yücel'in (2008) çalışmasında da ileri yaş gruplarında benlik saygısı daha düşük bulunmuştur.

Araştırmaya katılanların BKİ ölçümleri ile Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeğinden aldıkları puan toplamaları arasında negatif yönlü (BKİ arttıkça benlik saygısı puanı azalan) %11.6'lık zayıf ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş olup bu anlamlılığın kişi sayısından kaynaklı olduğu söylenebilir ($r=0,116$; $p=0,005$; $p<0,01$). Yücel'in (2008) çalışmasında aşırı kilolu – obez kadınlarda benlik saygısı normal kilolu kadınlara göre daha düşük olarak saptanmıştır. Ögden ve Evans'ın (1996), Tezcan'ın

(2009) ve Hamurcu'nun (2014), çalışmasında da obezite ve algılanan beden ağırlığı arttıkça benlik saygısının azaldığı görülmüştür (36, 66, 42). Galletly ve arkadaşlarının (1996) çalışmasında da kilo azaldıkça benlik saygısının arttığı belirlenmiştir (67).

Araştırmaya katılanların evlilik süresi ile Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeğinden aldıkları puan toplamaları arasında negatif yönlü (evlilik süresi arttıkça benlik saygısı puanı azalan) %16.3'lük zayıf ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş olup, bu anlamlılığın kişi sayısından kaynaklı olduğu söylenebilir ($r=0,163$; $p=0,001$; $p<0,01$).

Araştırmaya katılan bekar kadınların Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeğinden aldıkları puan toplamaları, evli kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte dikkat çekici düzeyde yüksek saptanmıştır ($p=0,063$; $p>0,05$). Yücel'in (2008) çalışmasında da evli kadınlarda benlik saygısı bekar kadınlara göre yüksek bulunmuştur.

Eğitim durumlarına göre katılımcıların Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeğinden aldıkları puan toplamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$). Eğitim durumu ilköğretim ve altı olan katılımcıların Coopersmith Benlik Saygısı puanı, eğitim durumu lise ve üniversite ve üzeri olan katılımcılara göre anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır ($p=0,001$; $p=0,001$; $p<0,01$). Değirmenci'nin (2006) çalışmasında da eğitim yılı ile benlik saygısı arasında pozitif yönde bir ilişki saptanmıştır (2).

Araştırmaya katılanların evlilik yaşına, aile yapısına, meslek durumuna, gelir durumuna, yemek yeme hızına göre katılımcıların Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeğinden aldıkları puan toplamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Evde yaşayan kişi sayısına göre katılımcıların Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeğinden aldıkları puan toplamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,010$; $p<0,05$). Evde 2 – 4 kişi yaşayan katılımcıların Coopersmith Benlik Saygısı puanı, evde 5 – 8 kişi yaşayan katılımcılara göre anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p=0,008$; $p<0,01$).

Çocuk sahibi olma durumuna göre katılımcıların Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeğinden aldıkları puan toplamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,015$; $p<0,05$). Çocuğu olmayan katılımcıların Coopersmith Benlik Saygısı puanı, 4 ve üzeri çocuk sahibi olan katılımcılara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p=0,012$; $p<0,05$).

Beslenme eğitimi alan katılımcıların Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeğinden aldıkları puan toplamaları, beslenme eğitimi almayan katılımcılara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p=0,003$; $p<0,01$).

Beslenme konuları ile ilgilenen katılımcıların Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeğinden aldıkları puan toplamaları, beslenme konuları ile ilgilenmeyen katılımcılara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p=0,017$; $p<0,05$).

Ara öğün yemeyen katılımcıların Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeğinden aldıkları puan toplamaları, ara öğün yiyen katılımcılara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p=0,029$; $p<0,05$).

Araştırmaya katılanların yaşları ile Kilofobi Ölçeğinden aldıkları puan toplamaları arasında pozitif yönlü (yaş arttıkça kilofobi puanı artan) %8.9'luk zayıf ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş olup, bu anlamlılığın kişi sayısından kaynaklı olduğu söylenebilir ($r=0,089$; $p=0,030$; $p<0,05$). Kadioğlu ve arkadaşlarının (2015) üniversite öğrencileri ile gerçekleştirdiği çalışmasında ise üniversite öğrencilerinin yaşları ile kilofobi puanları arasında ilişki bulunmamıştır (48).

Araştırmaya katılanların BKİ ölçümleri, evlilik yaşları ve evlilik süreleri ile Kilofobi Ölçeğinden aldıkları puan toplamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). Benzer şekilde Kadioğlu ve arkadaşlarının (2015) çalışmasında da üniversite öğrencilerinin BKİ ile kilofobi puanları arasında ilişki bulunmamıştır.

Aile yapısı çekirdek aile olan katılımcıların Kilofobi Ölçeğinden aldıkları puanlar, aile yapısı geniş aile olan katılımcılara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p=0,001$; $p>0,01$).

Eğitim durumuna göre katılımcıların Kilofobi Ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,036$; $p<0,05$). Eğitim durumu ilköğretim ve altı olan katılımcıların kilofobi puanı, eğitim durumu ortaokul olan katılımcılara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p=0,038$; $p<0,05$).

Evde yaşayan kişi sayısına göre katılımcıların Kilofobi Ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,015$; $p<0,05$). Evde yaşayan kişi sayısı 2 – 4 arası olan katılımcıların kilofobi puanı, evde yaşayan kişi sayısı 5 – 8 arası olan katılımcılara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p=0,013$; $p<0,05$).

Medeni durumuna, meslek durumuna, gelir durumuna, çocuk sayısına, beslenme eğitimi alma durumuna, beslenme konuları ile ilgilenme durumuna, yemek yeme hızına göre katılımcıların Kilofofi Ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Ara öğün yiyen katılımcıların Kilofofi Ölçeğinden aldıkları puan, ara öğün yemeyen katılımcılara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p=0,016$; $p<0,05$)

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Gaziantep ilinde kadınların kilofobi ve benlik saygısı düzeylerinin ilişkisini saptamak amacıyla gerçekleştirilen araştırmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- Kadınların yaşlarının ortalaması $31,47 \pm 11,49$ yaş ve BKİ ölçüleri ortalama $25,66 \pm 5,06$ kg/m² olarak saptanmıştır. Kadınların evlilik yaşları ortalama $20,13 \pm 3,59$ yaş olduğu, katılanların yaklaşık üçte birinin evli olmadığı, dörtte birinin 16 – 19 yaş arasında evlendiği ve evlilik sürelerinin ortalama $17,18 \pm 10,22$ yıl olduğu görülmüştür.
- Kadınların yaklaşık üçte biri beslenme eğitimi aldığı ve beslenme konuları ile ilgilendiği, beslenme konuları ile ilgilenenlerin çoğunluğunun da beslenme konularını televizyondan takip ettiği gözlenmiştir. Araştırmaya katılanların çoğunluğunun sürekli olarak herhangi bir ilaç kullanmadığı saptanmıştır.
- Kadınların çoğunluğunun evlendikten sonra kilo aldığını, yarısının yeme hızını normal olduğunu, 3 ana ve 3 ara öğün yediğini belirtmiştir. Ara öğün yediğini belirten katılımcıların çoğunluğu ara öğün olarak meyve yediğini belirtmiştir.
- Kadınların çoğunluğu yemeğini normal tuzlu yediğini, en fazla tükettiği gıdanın et ürünü olduğunu, günlük 1 – 5 bardak arasında çay içtiğini belirtmiştir. Sabah öğününü atladığını ve öğle öğününü atladığını belirtmiştir.
- Kadınların yaklaşık dörtte üçü çocukken şişman olmadığını ve obezitenin önemli bir sağlık sorunu olduğunu belirtmiştir. Kadınların üçte biri kendilerinin biraz kilolu olduğunu ifade etmiş olup, kilolu olduğunu düşünenlerin çoğunluğu kilosunun beslenme tarzına bağladığını belirtmiştir. Kadınların tamamına yakını obezite tedavisi görmediğini ve ailesinde obez olmadığı görülmüştür. Kadınların yaklaşık yarısı bazen diyet yaptığını, diyet yapanların da çoğunluğu kilo aldığını hissettiğinde diyet yaptığı ve yaklaşık üçte birinin diyet programını kendi hazırladığı saptanmıştır.
- Kadınların büyük çoğunluğu günlük 1 – 4 saat arasında oturarak iş yaptığını, 1 – 2 saat yürüdüğünü, 1 – 2 saat dinlendiğini ve 8 – 9 saat arasında uyduğunu belirtmiştir.
- Kadınların benlik saygısı puanı arttıkça kilofobi puanı azalan negatif yönlü zayıf ilişki istatistiksel olarak anlamlı olmayan bir ilişki bulunmuştur.
- Kadınların yaşları, BKİ ölçümleri, evlilik süresi arttıkça benlik saygısı puanının azaldığı zayıf ilişki saptanmıştır.

- Kadınların Eğitim durumu ilkokul ve altı olan kadınların benlik saygısı puanı, eğitim durumu lise ve üniversite ve üzeri olan kadınlara göre anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır.
- Kadınların Evde 2 – 4 kişi yaşayan benlik saygısı puanı, evde 5 – 8 kişi yaşayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır. Çocuğu olmayan kadınların benlik saygısı puanı, 4 ve üzeri çocuk sahibi olan kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır.
- Beslenme eğitimi alan, beslenme konuları ile ilgilenen ve ara öğün yemeyen kadınların benlik saygılarının, beslenme eğitimi almayan, beslenme konuları ile ilgilenmeyen ve ara öğün yiyen kadınlara göre daha yüksek saptanmıştır.
- Araştırmaya katılanların yaşlarının arttıkça kilofobilerinin de arttığı görülmüştür. Ayrıca çekirdek aile yapısına sahip, eğitim durumu ilkokul ve altı olan, evde yaşayan kişi sayısı 2 - 4 arasında olan ve ara öğün yiyen kadınların, geniş aile yapısına sahip, eğitim durumu ortaokul olan, evde yaşayan kişi sayısı 5 – 8 arası ve ara öğün yemeyen kadınlardan daha fazla kilofobi yaşadıkları görülmüştür.

Çalışmamızdan çıkan önerileri sıralarsak;

Fiziksel sağlık ile benlik saygısı arasında ilişki vardır. Benlik saygısını yükseltmek için obeziteden kaçınma, bedenini hoşlanılan yönlerine odaklanma, bireyin kendisini başkaları ile karşılaştırmaktan kaçınması, sağlıklı gıdalar yemesi ve mümkün olduğu kadar günlük hayatta aktif bir yaşam sürülmesi,

- Sağlıklı beslenme ve düzenli egzersiz yapılmasının gerekliliği ve önemi hakkında eğitimlerin yaygınlaştırılması,
- Sağlıklı beslenme, obeziteye yönelik tutum, günlük fiziksel aktivite gibi konularda televizyon gibi kitle iletişim araçlarında bilgilendirme yayınlarına daha sık yer verilmesi,
- Sadece kadınlara yönelik gerçekleştirilen bu çalışmanın her iki cinsiyete ve daha geniş gruplara uygulanması önerilerimiz arasındadır.

7. KAYNAKLAR

1. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Türkiye Obezite (Şişmanlık) ve Kontrol Programı, Ankara (2010-2014), 2010.
2. Değirmenci T, Kalkan Nalan: Obez Erişkinlerde Benlik Saygısı, Yaşam Kalitesi, Yeme Tutumu Depresyon ve Anksiyete, Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Uzmanlık Tezi, s.81, Denizli, 2006.
3. Yılmaz CY, Dinç ZF. Beden eğitimi ve spor yüksekokulunda öğrenim gören genç kadın ve erkek öğrencilerin kilofobi düzeylerinin karşılaştırılması, SPORMETRE Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi, 8 (1): s. 29-34, 2010.
4. Nazlıcan E, Demirhindi H: Adana İli Solaklı ve Karataş Merkez Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşayan 20-64 Yaş Arası Kadınlarda Obezite ve İlişkili Risk Faktörlerinin İncelenmesi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Uzmanlık Tezi, s.169 , Adana, 2008.
5. Durgun AG, Özyardımcı Ersoy C: Bursa İlinde Obezite Sıklığı ve İlişkili Faktörler. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi,Uzmanlık Tezi, s.57 , Bursa, 2012
6. Can N,Dindar İ: Çorlu Merkezdeki İlköğretim Çağındaki Çocuklarda Obezite Görülme Sıklığı, Risk Faktörleri ve Benlik Saygısı, Trakya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, s. 111 , Edirne, 2011.
7. Pınar R. Obezlerde depresyon, benlik saygısı ve beden imajı: Karşılaştırmalı bir çalışma. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi; 6 (1): s. 30-41, 2011.
8. Yücel N, Topuzoğlu A: Kilolu ve Obez Kadınlarda Obezite ve Benlik Saygısı İlişkisinin Değerlendirilmesi. 2008, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, s.84, İstanbul, 2008.
9. Efil S, Acartürk G: Sağlık Çalışanlarında Obezite Sıklığı ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, s. 58 , Afyon, 2006.
10. Cevher FN, Buluş M. Benlik kavramı ve benlik saygısı: Önemi ve geliştirilmesi. Akademik Dizayn Dergisi; 2:s. 52-64, 2007.
11. Ergül Ş, Kalkım A. Önemli bir kronik hastalık: Çocukluk ve ergenlik döneminde obezite. TAF Preventive Medicine Bulletin; 10 (2): s.223-230, 2011.
12. Bekar NÜ, Aycan S: Bir İlköğretim Okulu Öğrencisi 7-14 Yaş Grubu Çocuklarda Şişmanlık Görülme Sıklığı. Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi,s. 105 , Ankara, 2010
13. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Türkiye Sağlıklı Beslenme ve HareketliHayatProgramı(2014-2017),Ankara2013.

14. Yurt S, Yıldız A. Kilolu adolesanlara uygulanan motivasyon görüşmelerinin beslenme tutumu, davranışları ve kilo üzerine etkisi. Türkiye Klinikleri Halk Sağlığı Hemşireliği Özel Dergisi; 2 (1):s. 7-13. 2016.
15. Semin İ. Obezite fizyolojisi. Archives of Clinical Toxicology:s. 2-7. 2014.
16. Beyaz FB, Koç AA. Obezitenin ekonomisi: Güncel durum, mücadele politikaları ve ekonomik analizler. ECON Anadolu Uluslararası İktisat Kongresi Bildirisi: Eskişehir,17-19 Haziran 2009.
17. World Health Organization. Obesity and Overweight Fact Sheet No: 311, Geneva, WHO. <http://who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/print.html>.
18. Murathan F, Savucu Y: Üniversite Öğrencilerinde Obezite Sıklığı, Fiziksel Aktivite Düzeyi ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının İncelenmesi, Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi,s.121, Elazığ, 2013.
19. Tam AA, Çakır B. Birinci basamakta obeziteye yaklaşım. Ankara Medical Journal; 12 (1): s.37-41, 2012.
20. Kazma E, Özpınar H: Üniversite Öğrencileri Arasında Obezite Prevalansı ve Oluşum Nedenlerinin Saptanması., İstanbul Aydın Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi,s.81, İstanbul, 2013.
21. Crnobrnja V, Srdić B, Stokić E, Dujmović F, Andrejić B. Analysis of obesity prevalence in students from Novi Sad. Medicinski Pregled;p. 65 (3-4): 133-137, 2012.
22. Çayır A, Atak N, Köse SK. Beslenme ve diyet kliniğine başvuranlarda obezite durumu ve etkili faktörlerin belirlenmesi. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası; 64 (1): s.13-19. 2011.
23. Süzek H, Arı Z, Uyanık SB. Muğla’da yaşayan 6-15 yaş okul çocuklarında kilo fazlalığı ve obezite prevelansı. Turkish Journal of Biochemistry; 30 (4): s.290-295. 2005.
24. Yağbasan A, Özyardımcı EC: Farklı Obezite Evrelerinde Hipotalamo-Hipfizer-Adrenal ve Tiroid Hormon Akıllarının Obezite Parametreleri ve İnsülin Direnci İle İlişkisinin Değerlendirilmesi. Uludağ Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, s.55 , Bursa, 2009.
25. Dixon JB, Dixon ME. Combined strategies in the management of obesity. Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition; 15:p. 63-69, 2006.
26. Kabalak T. Obezite. İstanbul: Boyut Yayıncılık: p. 8-12,2005.
27. Yılmaz C, Yılmaz MR, Elbi H, Özgürbüz C, Duman E, Değirmenci C. Kilonuz mercek altında. Yılmaz C (Editör). İzmir: Ege Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Bilim Dalı Obezite Okulu Yayın Dizisi 1, 2003.

28. Özger İA, Açkurt F: Fazla Kilolu ve Obez Bireylerde Duygu Değişiklikleri ve Yeme Eğilimi İlişkisinin Değerlendirilmesi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi,s.99, İstanbul, 2012.
29. Sürücüoğlu MS, Özçelik AÖ. Antropometrik yöntemlerle beslenme durumunun değerlendirilmesi. 9. Ulusal Ergonomi Kongresi Bildirisi:s. 259-269, Aydın, 2003.
30. Kokino S, Özdemir F, Zater C. Obezite ve fiziksel tıp yöntemleri. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi; 23: s.47-54, 2006.
31. Wadden AT, Stundart JS. Obezite Tedavisi El Kitabı, 1. Baskı.: And Yayıncılık, İstanbul ,2003.
32. Akman M, Budak Ş, Kendir M. Genel dahiliye polikliniğine başvuran hastalarda obezite sıklığı ve ilişkili sağlık problemleri. Marmara Medical Journal; 17: s.113-120, 2004.
33. Yoon YS, Oh SW, Park HS. Socioeconomic status in relation to obesity and abdominal obesity in Korean adults: a focus on sex differences. Obesity; 14 (5): p.909-919, 2006.
34. Deveci A, Demet M. Obez hastalarda psikopatoloji, aleksitimi ve benlik saygısı. Anadolu Psikiyatri Dergisi; 6: s.84-91, 2005.
35. Eker E, Şahin M. Birinci basamakta obeziteye yaklaşım. STED; 11 (7): s.1-4, 2002
36. Tezcan B, Yalçınkaya Ural S: Obez Bireylerde Benlik Saygısı, Beden Algısı ve Travmatik Geçmiş Yaşantılar. TC Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. Psikiyatri Kliniği, Uzmanlık Tezi, s.76 , İstanbul, 2009.
37. Altunkaynak BZ, Özbek E. Obezite: Nedenleri ve tedavi seçenekleri. Van Tıp Dergisi; 13 (4): s.138-142, 2006.
38. Çağlayan N, Uçan Y: Bireysel ve Takım Spor Yapanlar ile Spor Yapmayan Bireylerin Benlik Saygısı Puanlarının Karşılaştırılması. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi,s. 67 , Bolu, 2011.
39. Sevinç M. Erken Çocuklukta Gelişim ve Eğitimde Yeni Yaklaşımlar. Morpa Kültür Yayınları: s. 330-334. İstanbul, 2003.
40. Parmaksız İ, Avşaroğlu S:Öğretmen Adaylarının Benlik Saygısı Düzeylerine Göre İyimserlik ve Stresle Başa çıkma Tutumlarının İncelenmesi. Selçuk Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, s.123 , Konya, 2011.
41. Balcıoğlu İ, Başer SZ. Obezitenin psikiyatrik yönü. Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar: Sempozyum Dizisi; 62:s. 341-348, 2008.

42. Hamurcu P, Öner C:Obez Bireylerde Benlik Saygısı ve Beden Algısının Değerlendirilmesi., İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, s. 102 , İstanbul, 2014.
43. Cooper Z, Fairburn C, Hawker D: Obezitenin Bilişsel Davranışçı Tedavisi. (Çev.: Çetin M, Sabancıoğlu F): Yıltan Matbaası, İstanbul, 2007.
44. Grilo CM, Masheb RM. Childhood psychological, physical and sexual maltreatment in outpatients with binge eating disorder: frequency and associations with gender, obesity and eating-related psychopathology. Obesity Research; 9(5): 320-325,2001.
45. Kolotkin RL, Crosby RD, Williams GR, Hartley GG, Nicol S. The relationship between health-related quality of life and weight loss. Obesity Research; 9 (9):p. 564-571, 2001.
46. Saygılı F. Obezite Komplikasyonları. (Ed: Yılmaz C). Obezite ve Tedavisi. Mart Matbaacılık: s. 41-57, İstanbul,1999.
47. Akalın A, Erol A, Yazcısı F. Obezite ve borderline kişilik bozukluğunda psikolojik belirtiler. Türkiye’de Psikiyatri 2001; 3:s. 88-93.
48. Kadioğlu BU, Uncu F, Nazik F, Sönmez M. İki farklı üniversitede eğitim gören üniversite öğrencilerinin kilofobi ve fiziksel aktivite düzeyleri. Adıyaman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi; 1 (2): s.77-86,2015.
49. Hainer V, Toplak H, Treatment modalities of obesity, what fits whom?. Diabetes Care; 31 (2): p.269-277, 2008.
50. Kahraman G, Baş T:Obeziteye Yönelik Tutum ve İnançların Geliştirilmesinde Sağlık Programlarının Etkisi. Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, s.103, Sakarya, 2014
51. Yılmaz C. Obezitenin medikal tedavisi. ANKEM Dergisi; 16 (3): s.333-336, 2002
52. Gülçelik NE, Gürlek A, Usman A. Obezitenin medikal tedavisi. Hacettepe Tıp Dergisi, 38: s.212-217, 2007
53. Sertkaya ÇA. Obezitenin Medikal Tedavisi ve Güncel Yaklaşımlar. (Ed: Orhan Y, Bozbora A). Obezite, Medikal ve Cerrahi Tedavisi. Medikal Yayıncılık: s.329-339, İstanbul, 2008.
54. Daniels SR. Regulation of body mass and management of childhood overweight. Pediatric Blood Cancer; 44 (7):s. 589-594, 2005.
55. Büyükkaba M, Karaman Ö: Obezlerde Bariatrik Cerrahi Sonrası Kilo Vermenin Anti-Müllerian Hormon Düzeyi Üzerine EtkisiBezmialem Vakıf Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, s.58 , İstanbul, 2015.

56. Bahçeci M, Tuzcu A, Arıkan Ş, Gökalp D. Hipertansiyon, obezite ve lipid metabolizması hekim için tanı ve tedavi rehberi. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği:s. 20-53, 2009.
57. Bozbora A. Obezite Cerrahisinde Hasta Seçimi. (Ed: Orhan Y, Bozbora A.). Obezite, Medikal ve Cerrahi Tedavisi. Medikal Yayıncılık, İstanbul, 2008.
58. Özarmağan S, Bozbora A. Obezitenin Tanımı ve Temel Bilgiler. (Ed: Orhan Y, Bozbora A). Obezite, Medikal ve Cerrahi Tedavisi. Medikal Yayıncılık: s. 289-299: İstanbul,2008.
59. Seal GJ. Integrating the transtheoretical model into the management of overweight and obese adults. Journal of the American Academy of Nurse Practitioners; 19:p. 63-71, 2007.
60. Freedman MR, Stern JS. The role of optimal healing environments in the management of childhood obesity. The Journal of Alternative and Complementary Medicine; 10 (1):p. 231-244, 2004.
61. Güler Y, Gönener HD, Altay B, Gönener A. Adölesanlarda obezite ve hemşirelik bakımı. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi; 4: s.165-180, 2009.
62. Özcan S, Akbayrak N, İlhan SE, Ançel G, Albayrak A. Obezite. (Ed: Akbayrak N, İlhan SE, Ançel G). Hemşirelik Bakım Planları: s. 473-477, Birlik Matbaası, Ankara, 2007.
63. Oksel E, Kolcu Z, Paşaoğlu Ş, Yorulmaz S. Obez bireylerde yaşam kalitesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2008; 24 (3):s. 115-123.
- 64.Yıldırım F, İlhan İÖ. Genel özyeterlilik ölçeği Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi; 21 (4):s. 301-308, 2010.
- 65.Yılmaz E, Özkan S. Üniversite öğrencilerinin beslenme alışkanlıklarının incelenmesi. V. Temel Sağlık Hizmetleri Sempozyumu, Manisa, 2007.
66. Ogden J, Evans C. The problem with weighting: effect on mood, self-esteem and body image. International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders; 20 (3):p. 272-277, 1996.
67. Galletly C, Clark A, Tomlinson L, Blaney F. A group program for obese, infertile women: weight loss and improved psychological health. Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology; 17 (2):p. 125-128, 1996.

8. EKLER

Ek 1: ANKET FORMU

1. Yaşınız.....

2. Medeni durumunuz ☐ Evli

☐ Bekar

☐ Dul

3. Aile yapınız ☐ Çekirdek ☐ Geniş aile

☐ Yalnız yaşıyor ☐ Aile aynı apartmanda

☐ Diğer

4. Yaşadığınız yer ☐ Köy ☐ Kasaba

☐ Kent

5. Bölgedeki durumunuz ☐ Yerli (3 yıl)

☐ Yurt içi göç

☐ Yurt dışı göç

6. Öğrenim durumunuz ☐ Okur yazar değil

☐ Okur yazar

☐ İlköğretim ☐ Ortaokul ☐ Lise ☐ Lisans ve üstü

7. Mesleğiniz?.....

8. Varsa aylık geliriniz?.....

9. Evinizde yaşayan kişi sayısı?.....

10. Öğreniminiz sırasında beslenme eğitimi aldınız mı? ☐ Evet

☐ Hayır

11. Beslenme konuları ile ilgilenir misiniz? ☐ Evet ☐ Hayır

12. Cevabınız evetse, beslenme konularını nereden takip ediyorsunuz? ☐ Televizyon ☐ İnternet ☐ Dergi, gazete ☐ Diğer

13. Boy uzunluğu: cm Bel çevresi: Cm Kalça çevresi cm Ağırlığı: kg BKİ:kg/m²

14. Evlendiğiniz yaşıınız:

15. Kaç yıldır evlisiniz?

16. Evlendikten sonra vücut ağırlığınızda artış oldu mu? ☐ Evet ☐ Hayır

17. Kaç kez gebe kaldınız? Kaç çocuğunuz var?

18. Kaç yıldır bu kilodasınız?

19. Çocukluk çağında şişman mıydınız? ☐ Evet ☐ Hayır

20. Obeziteye ilişkin görüşleriniz. ☐ Önemsemem ☐ Önemli bir sağlık sorunudur. ☐ Dış görünüş kaygılarım ön planda

21. Kilonuzu değerlendirmek isterseniz kendinizi nasıl tanımlarsınız? ☐ İdeal kilodayım ☐ Zayıfım ☐ Biraz kiloluym

☐ Şişmanım ☐ Aşırı şişmanım

22. Kilonuzun fazla olduğunu düşünüyorsanız bunu neye bağlıyorsunuz? ☐ Beslenme tarzıma ☐ Ailesel yatkınlığa

☐ Çalışma şartlarıma ☐ Psikolojik durumuma ☐ Diğer

23. Daha önce zayıflamak için hiç diyet yaptınız mı? Evetse ne diyeti yaptınız?.....

Yaptığınız diyeti kim önerdi? ☐ Diyetisyen ☐ İnternet ☐ Televizyon ☐ Gazete, dergi ☐ Diğer ☐ Hayır yapmadım

24. Daha önce obezite tedavisi gördünüz mü? ☐ Evet ☐ Hayır

25. Araba kullanıyor musunuz? ☐ Evet ☐ Hayır

26. Ailenizde obez olan var mı? ☐ Evetse kim?..... ☐ Hayır

27. Beslenme ve diyet bölümüne hiç başvurduğunuz mu? ☐ Evet ☐ Hayır

28. İdeal kilonuzu koruyabilmek veya kilo vermek için diyet yapıyor musunuz? ☐ Evet ☐ Bazen ☐ Hayır

29. Diyet yapıyorsanız hangi sıklıkla diyet yapıyorsunuz? ☐ Sürekli ☐ Kilo aldığımı hissettiğimde

☐ Nadiren / Arasıra ☐ Her yıl yaz başında ☐ Diğer

30. Diyet programınızı nasıl yaparsınız?

☐ Kendim hazırlıyorum ☐ Arkadaşlarımdan tavsiyelerini uyguluyorum

☐ Gazete ve dergilerdeki yayınları takip ediyorum ☐ Televizyon / radyo programlarını takip ediyorum

☐ Diyetisyene gidiyorum ☐ Spor salonlarına gidiyorum ☐ Sağlık merkezine gidiyorum ☐ Diğer...

31. Herhangi bir diyet ürün kullanır mısınız? ☐ Evet ☐ Bazen ☐ Hayır

Cevabınız hayırsa kullanmama nedeniniz nedir? ☐ Pahalı olması ☐ Yararlı olduğunu düşünmüyorum

☐ Lezzetli olmaması ☐ Kilomdan memnunum ☐ Sağlıklı değil ☐ Kullandığımda rahatsızlık vermesi ☐ Diğer....

32. Çevrenizden şişman olduğunuza dair eleştiri alıyor musunuz? ☐ Evet ☐ Kısmen ☐ Hayır

33. En çok kimden / kimlerden eleştiri alıyorsunuz? ☐ Arkadaştan ☐ Aileden ☐ Akrabadan ☐ Doktordan ☐ Diğer.....

34. Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü var mı? ☐ Var ☐ Yok

Kendinde psikiyatrik hastalık öyküsü var mı? ☐ Var ☐ Yok

35. Herhangi bir sağlık sorunuz var mı? ☐ Evet ☐ Hayır

Cevabınız evetse aşağıda belirtilen tabloda uygun seçeneği işaretleyiniz.

Sağlık sorunu	Var	Yok	Süresi
Hipertansiyon			
Kalp hastalığı			
Şeker hastalığı			
Hipertiroidi			
Anoreksia nervroza			
Yürüme problemi			
Depresyon			
Anemi			
Osteoporoz			
Böbrek hastalığı			
Psikolojik bozukluk			

36. Sürekli kullandığınız bir ilaç varsa belirtiniz

37. Menopozda mısınız? ☐ Evet yıldır ☐ Hayır

38. İştahınız nasıldır? ☐ İştahsız ☐ Normal ☐ Çok iştahlı

39. Günde kaç ana öğün yemek yiyorsunuz?

40. Ara öğün yiyor musunuz? ☐ Evet ise kaç ara öğün yiyorsunuz? ☐ Hayır

41. Ara öğünlerde genellikle neler yiyorsunuz? ☐ Cips, şekerleme ☐ Gazlı içecekler ☐ Meyve ☐ Diğer.....

Beslenme alışkanlıklarınız ve besin tercihleriniz ile ilgili aşağıda belirtilen tabloda uygun seçeneği işaretleyiniz.

Gıda Türü	Her gün	Gün aşırı	Haftada 1	15 günde 1	Ayda 1	Çok seyrek	Hiç
Pilav							
Nohut, fasulye							
Süt							
Yoğurt							
Sütlü tatlılar							
Hamur tatlısı							
Yumurta							
Pizza, kumpir							
Sandviç							
Kola vb							
Kırmızı et							
Beyaz et							
Cips vb							
Hamur işi							
Kızartma							

42. Öğün atlıyor musunuz? ☐ Evet ☐ Hayır

Cevabınız evetse hangi öğünü atlıyorsunuz? ☐ Sabah ☐ Öğle ☐ Akşam

43. Yemeği hangi hızda yersiniz? ☐ Normal ☐ Yavaş ☐ Hızlı

44. Yemeklerinizi tuzlu mu yersiniz? ☐ Tuzlu ☐ Tuzsuz ☐ Normal tuzlu

45. Sigara kullanıyor musunuz? ☐ Evet ☐ Hayır

Cevabınız evetse günde kaç adet? Kaç yıldır sigara kullanıyorsunuz?

46. Daha önce sigara kullanıp bıraktınız mı? ☐ Evet ☐ Hayır

Cevabınız evetse ne kadar zaman bıraktınız?

47. Sigarayı bıraktıktan sonra kilo aldınız mı? ☐ Evet ☐ Hayır

Cevabınız evetse kaç kilogram aldınız?

48. İçki içiyor musunuz? ☐ Hiç içmedim ☐ Ara sıra içiyorum ☐ Düzenli olarak içiyorum

49. İçki içiyorsanız kaç yıldır içiyorsunuz?

50. Ailenizde en sık hangi gıdalar pişirilir?

☐ Tahıl grupları (mercimek, nohut, fasulye vb)

☐ Et ve et grupları (tavuk, balık, kırmızı et vb)

☐ Hamur işleri (makarna, pilav, tatlı vb)

☐ Sebze yemekleri (pırasa, ıspanak, patates, biber vb)

51. Aşağıda verilenler ile ilgili günlük tüketim durumunuzu ve miktarlarını işaretleyiniz.

	Tüketmiyor	Günlük tüketilen miktar	Şeker kullanma durumu
Kolalı içecekler (su bardağı / gün)			
Çay (çay bardağı / gün)			
Kahve (fincan / gün)			
Türk kahvesi (fincan / gün)			
Bitkisel çay (fincan / gün)			
Soda (şişe / gün)			
Diyet içecekler (kutu / gün)			
Hazır meyve suyu (kutu / gün)			

52. Günlük aktiviteniz ile ilgili aşağıdaki tabloda belirtilen uygun seçeneği işaretleyiniz.

	Aktivite	Süre (saat / dakika)
Oturma		
Oturarak iş görme		
Ayakta iş görme		
Yürüyüş		
Uzanıp dinlenme		
Uyku / TV izleme		
TOPLAM	24 sa / 1440 dk	

COOPERSMITH BENLİK SAYGISI ÖLÇEĞİ

Aşağıda bazı cümleler bulunmaktadır. Kendinize uygun bulduğunuz cümleleri yanındaki “bana uygun” seçeneğine, kendinize uygun bulmadığınız cümlelerin yanındaki “bana uygun değil” seçeneğine (x) işareti koyarak cevaplayınız.

		Bana Uygun	Bana Değil	Uygun
1	Sık sık keşke başka birisi olsam diye düşünürüm.			
2	Başkalarının önünde konuşmak bana zor gelir.			
3	Eğer elimde olsaydı kendimde bir çok şeyi değiştirmek isterdim.			
4	Karar vermede fazla zorluk çekmem.			
5	İnsanlar benimle olmaktan hoşlanırlar.			
6	Evde kolayca moralim bozulur.			
7	Yeni şeylere kolay alışamam.			
8	Yaşıtlarım arasında sevilen biriyim.			
9	Genellikle ailem benden birçok şey bekler.			
10	Ailem genellikle duygularıma önem verir.			
11	Başkalarının söylediklerini kolaylıkla kabul ederim.			
12	Benim yerimde olmak oldukça zordur.			
13	Hayatımın karmakarışık olduğuna inanıyorum.			
14	Genellikle başkaları düşüncemi kabul ederler.			
15	Kendimi yetersiz buluyorum.			
16	Sık sık evden uzaklaşmayı düşünürüm.			
17	Yaptığım işten çoğunlukla memnun olmam.			
18	Başkaları kadar güzel/yakışıklı değilim.			
19	Söylenecek bir sözüm varsa onu söylemekten çekinmem.			
20	Ailem duygularımı anlar.			
21	Çok sevilen bir kimse değilim.			
22	Genellikle ailemin beni dışladığına inanıyorum.			
23	Yaptığım şeyler genellikle cesaretimi kırar.			
24	Çevremde olup bitenlerden rahatsız olmam.			
25	Güvenilir bir kişi olmadığımı düşünüyorum.			

KİLOFOBİ ÖLÇEĞİ (KFÖ)

Açıklama: Aşağıda liste halinde verilmiş 14 çift sıfat, bazen şişman insanları tanımlamak için kullanılır. Her bir çift sıfat için, duygu ve düşüncelerinizi en iyi şekilde tanımlayan sıfatın yanındaki rakamın üzerine (x) işareti koyunuz

☐ Sağ taraftaki boyuta en yakın olmayı ifade eder. ☐ Sol taraftaki boyuta en yakın olmayı ifade eder.

SOL	çok				çok	SAĞ
Tembel	☐	☐	☐	☐	☐	Çalışkan
İsteksiz	☐	☐	☐	☐	☐	İstekli
Çekici	☐	☐	☐	☐	☐	Çekici olmayan
Özkontrollü	☐	☐	☐	☐	☐	Özkontrollsüz
Hızlı	☐	☐	☐	☐	☐	Yavaş
Dayanıklı	☐	☐	☐	☐	☐	Dayanıksız
Hareketli	☐	☐	☐	☐	☐	Hareketsiz
Güçsüz	☐	☐	☐	☐	☐	Güçlü
Kendi isteklerine düşkün	☐	☐	☐	☐	☐	Kendinden ödün veren
Yemekten hoşlanmayan	☐	☐	☐	☐	☐	Yemekten hoşlanan
Biçimsiz (vücudu)	☐	☐	☐	☐	☐	Biçimli (vücudu)
Az yiyen	☐	☐	☐	☐	☐	Çok yiyen
Kendine güven duymayan	☐	☐	☐	☐	☐	Kendine güven yüksek
Özsaygısı düşük	☐	☐	☐	☐	☐	Özsaygısı yüksek

GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Gaziantep İli Şehitkamil Ve Şahinbey İlçeleri Halk Eğitim Merkezi El Beceri Kursiyerinde Kılıfobi Ve Benlik Saygısı İlişkisi			
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	318			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADISOYADI	Yrd. Doç. Dr. Rabia SOHBET			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı			
	DESTEKLEYİCİ				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ	FAZ 1	☐		
		FAZ 2	☐		
		FAZ 3	☐		
FAZ 4		☐			
ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Yeni Bir Endikasyon	☐			
	Yüksek Doz Araştırması	☐			
	Diğer ise belirtiniz:				
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☐	ULUSLARARASI ☐	

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe ☐	İngilizce ☐
HİGİYLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU				Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐
OLGU RAPOR FORMU				Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐
ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ				Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı		Açıklama			
	TÜRKÇE ETİK ÖRNEĞİ	☐				
	SİGORTA	☐				
	ARAŞTIRMA ÜDÜNCESİ	☐				
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐				
	HASTA KARTIĞI KLİNİK FİRİ	☐				
	ILAN	☐				
	YILLIK BİLDİRİM	☐				
	SONUÇ RAPORU	☐				
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐				
DİĞER	☐					

Sayfa 1

Elden teslim edildi
ŞİRKİ KURUCU

GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 04.09.2012 /318		Tarih: 04.09.2012	
	Yukarıda bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekeceği, amaç, yaklaşımı ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinin etik ve bilimsel anlamda bulunmadığına toplantıda katılan Etik Kurulu üyelerinin salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.			
	Sağlık Bakanlığına Bildirilecek	Evet ☐	Hayır	x ☒

GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Doç.Dr. Belgin ALAŞEHİRLİ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişkisi	Katılım *	İmza
Doç.Dr.Belgin ALAŞEHİRLİ	FARMAKOLOJİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof.Dr.Vahit DAVUTOĞLU	KARDİYOLOJİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐	
Doç.Dr. Feride SIVASLI	PEDİATRİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Doç.Dr.A. Mesut ONAT	İÇ HASTALIKLARI Romatizoloji	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☐	E ☒ H ☐	
Doç.Dr.Yasemin ZER	MİKROBİYOLJİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Yrd.Doç.Dr. Nejder ADANIR	DIŞ HEKİMLİĞİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Yrd.Doç.Dr. Beyhan CENGİZ	FİZYOLOJİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Yrd.Doç.Dr. Arif TÖRKMEN	Plastik Rekon. ve Est. Cerrahi	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Yrd.Doç.Dr. Sevil KILIÇ	BIYOSİSTATİSTİK	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Uzm.Dr. Cande ERFERHAN	FARMAKOLOJİ	Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Eylül ÇELİK	AVUKAT	Gaziantep Barosu	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Birsa Günhan GÜNGÖRDÜ	İNŞANİ (sivil Tıp)	GASAKİ	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	

* : Toplantıda Bulunan

Salı 17.10.2012

T.C.
GAZİANTEP ŞEHİTKAMİL İLÇE BELEDİYESİ
Sosyal Yardım İşleri Müdürlüğü

Sayı : M.27.6.ŞEİİ.0.35.00.00/..17/2012

16.10.2012

Konu : Tez Çalışması İzni

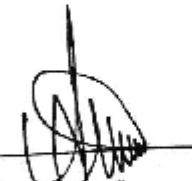
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsüne

İLGİ : 31.08.2012 tarih ve B.30.GZP.0.42.00.00/400 256-256 sayılı yazınız.

İlgi tarih ve sayılı yazınızda Enstitünüz Hemşirelik Anabilim Dalı Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans Programı öğrencisi Sibel KIYMACI'nın 01 Ekim 31 Aralık tarihleri arasında belediyemize bağlı el beceri kurslarında; Kadınlarda Kilofobi ve Benlik Saygısı ilişkisi konulu tez çalışması yapabilmesi için izin istenilmiştir.

Bu bağlamda enstitünüz öğrencisi Sibel KIYMACI'nın, ilgi yazınızda belirtilen tarihler arasında Belediyemize ait el beceri kurslarında, Kadınlarda Kilofobi ve Benlik Saygısı ilişkisi konulu tez çalışmasını yapması uygun görülmüştür.

Bilgilerinize rica ederim.


Abdülcebar ÖZKARA
Başkan a.
Başkan Yardımcısı

Yrd.Doç.Dr.Rahim SOHBET
Halk Sağ. Mer. Ad. Bşk

Salı 17.10.2012

236 17.10.2012

Gaziantep Şehitkamil Belediyesi
Sosyal Yardım İşleri Müdürlüğü

Ayrıntılı bilgi için İrtibat: Müddir Telefon: 0342) 3241727
A.KÖSE Yazışmalar ve Evrak İşleri Telefon: 0342) 3232727 Dahili: 1162 Fax: 0342) 3242601



T.C.
GAZİANTEP
ŞAHİNBİY BELEDİYE BAŞKANLIĞI
Kültür ve Sosyal İşler Müdürlüğü



Sayı : M.27.3.ŞAH.0.24 -622.01.03 - 1408 - 12 304
Konu : Tez Çalışma İzni

27.09.2012

GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
(Sağlık Bilimleri Enstitüsü)

İlgi : 31.08.2012 tarihli ve 201227223 sayılı yazınız.

İlgi yazınıza istinaden yüksek lisans öğrencisi Sibel KIYMACI'nın "Gaziantep Şahinbey İlçemizdeki El Beceri Kurslarındaki Kadınlarda Kilo fobi ve Benlik Saygısı İlişkisi" konulu tez çalışmasını 01 Ekim-31 Aralık 2012 tarihleri arasında Şahinbey Belediyemize bağlı El Beceri Kurslarında yapmanız uygun görülmüştür.
Bilgilerinize rica ederim.

Birrol ÜLGER
Başkan a.
Başkan Yardımcısı

Yrd.Doç.Dr.Rabia DOĞRUEK
Halk Sağ. Uzmanı ABD Bşk

709 03.10.2012

9.ÖZGEÇMİŞ

1982 yılında Ankara’da doğan araştırmacı, ilkokul, ortaokul ve lise öğrenimini Ankara’da tamamladı.

2001-2004 yılları arasında Gazi Üniversitesi Çorum Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümünde öğrenim gördü.

2004 yılında evlendi ve Gaziantep 25 Aralık Devlet Hastanesi’ne hemşire olarak atandı ve çalışmaya başladı.

2011 yılında Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği ABD’nda yüksek lisansa başladı

2013 yılında Ankara Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi’ne tayin oldu. Evli ve iki kız çocuğu sahibi olup hala Ankara Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde çalışmaktadır.

Uluslararası bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitabında (*Proceedings*) basılan bildiriler:

1.Sohbet R, Kıymacı S: Bir İlköğretim Okulu Öğrencilerinin Televizyon İzleme Alışkanlıkları , 16.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Antalya – 2013.

2.Sohbet R, Kıymacı S: Sağlık Çalışanlarının Hasta Haklarına Yönelik Düşünceleri, Sağlık Çalışanlarının Sağlığı 3.Ulusal Kongresi, Ankara 2012.

3. Sohbet R, Kıymacı S: Gaziantep Üniversitesi öğrencilerinin cep telefonu kullanma Alışkanlıkları, IASSR – International Association of Social Science Research European Conference of Social Science Research 2013.

4. Sohbet R, Kıymacı S: Gaziantep İli Şehitkamil ve Şahinbey ilçeleri Halk Eğitim Merkezleri El Beceri Bayan Kursiyerlerinde Kilofobi ve Benlik Saygısı İlişkisi, 2.Uluslararası Kadın ve Çocuk Sağlığı ve Eğitimi Kongresi, İstanbul, 5-6 Ekim 2017.