



T.C. SAğLIK BAKANLIğI
SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
HAMİDİYE ULUSLARARASI TIP FAKÜLTESİ
KARTAL DR.LÜTFİ KIRDAR ŞEHİR HASTANESİ

AİLE HEKİMLİğİ ANABİLİM DALI

AİLE HEKİMLİğİ POLİKLİNİğİNE BAŞVURAN OBEZ BİREYLERDE
KİLOYA İLİŞKİN KENDİLERİNİ DAMGALAMA DURUMU VE İLİŞKİLİ
FAKTÖRLERİN DEğERLENDİRİLMESİ

Dr. Çağatay KURT

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

İSTANBUL-2022



T.C. SAğLIK BAKANLIğI
SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
HAMİDİYE ULUSLARARASI TIP FAKÜLTESİ
KARTAL DR. LÜTFİ KIRDAR ŞEHİR HASTANESİ

AİLE HEKİMLİğİ ANABİLİM DALI

AİLE HEKİMLİğİ POLİKLİNİğİNE BAŞVURAN OBEZ BİREYLERDE
KİLOYA İLİŞKİN KENDİLERİNİ DAMGALAMA DURUMU VE İLİŞKİLİ
FAKTÖRLERİN DEğERLENDİRİLMESİ

Dr. Çağatay KURT

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Engin Ersin ŞİMŞEK

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

İSTANBUL-2022

BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında zgn olduğunu, Tez Danışmanım Doç. Dr. Engin Ersin şİMşEK kontrolünde tarafımdan retildeğini ve eğitimlerde aldığım Tez Yazım Yönergesine göre yazıldığını beyan ederim.

Dr. Çağatay KURT

TEŞEKKÜR

Bizlere sunmuş olduğu çalışma ortamından dolayı S.B.Ü. Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi Başhekimini Prof. Dr. Recep DEMİRHAN'a,

Aile hekimliği uzmanlık eğitimim boyunca bilgi birikimi ve tecrübeleri ile yol gösteren, tezimin her aşamasında bana destek olan, tez danışmanım saygıdeğer hocam Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Uluslararası Tıp Fakóltesi Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanı, Aile Hekimliği Kliniđi Eğitim Sorumlusu ve Aile Hekimliği Kliniđi İdari Sorumlusu Doç. Dr. Engin Ersin ŞİMŞEK'e,

Eğitim süreci boyunca her sorunumuza çözüm bulan, desteğini bizlerden esirgemeyen, birlikte çalışmaktan onur ve mutluluk duyduğum saygıdeğer hocam Doç. Dr. Can ÖNER'e,

Birlikte çalışmaktan onur duyduğum değerli hocalarım Dr. Öğr. Üyesi Hüseyin ÇETİN'e ve Doç. Dr. Sabah TÜZÜN'e

Tez döneminde desteğini her zaman hissettiğim Uzm. Dr. Nazlı HACIAĞAOĞLU'na,

Eğitimim süresince yardım ve desteklerini esirgemeyen Uzm. Dr. Hatice Esin TEMİZ'e

Asistanlığım boyunca her türlü konuda desteğini sunan Aile Hekimliği Kliniği sekreteri Feyza ARSLAN'a,

Asistanlık sürecinin zorluklarını ve keyfini paylaştığım başta Dr. Yasemin Şeyma SEMERKANT KUZUCU, Dr. Zarif Çağla ARSLAN ve Dr. Sıtkı Berat TANFER olmak üzere tüm doktor arkadaşlarıma,

Emekleri, fedakarlıkları ve sevgileriyle beni her daim destekleyen annem Seviye KURT, babam Metin KURT ve abim Erdiñ KURT'a,

Sevgisi ve desteğiyle her zaman yanımda olan en yakın arkadaşım, kıymetli eşim, can yoldaşım Esra YILMAZ KURT'a,

Sonsuz teşekkür ederim.

Dr. Çağatay KURT

İÇİNDEKİLER

BEYAN	i
TEŞEKKÜR	ii
İÇİNDEKİLER	iii
TABLO LİSTESİ	v
ŞEKİL LİSTESİ	vi
KISALTMALAR	vii
ÖZET	viii
ABSTRACT	x
1.GİRİŞ VE AMAÇ	1
2.GENEL BİLGİLER.....	3
2.1.OBEZİTE	3
2.1.1.Obezitenin Tanımı	3
2.1.2.Obezitenin Epidemiyolojisi	3
2.1.4.Obezite Tanı Ve Ölçüm Yöntemleri.....	6
2.1.4.1.Doğrudan Ölçüm Yöntemleri.....	6
2.1.4.2.Dolaylı Ölçüm Yöntemleri	6
2.1.4.2.1.Beden Kitle İndeksi (BKİ)	6
2.1.4.2.2.Bel çevresi ve Bel/Kalça oranı	7
2.1.4.2.3.Deri Kıvrım Kalınlığı	8
2.1.5.Obezite İle İlişkili Hastalıklar	8
2.1.5.1.Obezite ve Metabolik Sendrom.....	8
2.1.5.2.Obezite ve Tip 2 Diabetes Mellitus	8
2.1.5.3.Obezite ve Dislipidemi	9
2.1.5.4.Obezite ve Hipertansiyon	9
2.1.5.5.Obezite ve Kardiyovasküler Hastalıklar	10
2.1.5.6.Obezite ve Serebrovasküler Hastalıklar	10

2.1.5.7.Obezite ve Solunum Sistemi Hastalıkları	11
2.1.5.8.Obezite ve Sindirim Sistemi Hastalıkları	11
2.1.5.9.Obezite ve Genitoüriner Sistem Hastalıkları	11
2.1.5.10.Obezite ve Kas İskelet Sistemi Hastalıkları	12
2.1.5.11.Obezite ve Kanserler	12
2.1.5.12.Obezite ve Psikiyatrik Hastalıklar	12
2.1.6. Obezitenin Yönetimi Ve Tedavisi	13
2.1.6.1.Diyet Tedavisi.....	13
2.1.6.2.Egzersiz	14
2.1.6.3.Davranış Değişikliği.....	14
2.1.6.4.FarmakolojikTedavi	15
2.1.6.5.Cerrahi Tedavi	16
2.2.KİLO DAMGALAMASI	17
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER.....	22
3.1. ÇALIŞMA TÜRÜ VE EVRENİ	22
3.2. ÇALIŞMAYA DAHİL EDİLME VE DIŞLANMA KRİTERLERİ	22
3.3. ÇALIŞMADA KULLANILAN VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	22
3.4. ÇALIŞMA HİPOTEZİ VE DEĞİŞKENLERİ	23
3.5. ÇALIŞMA VERİLERİNİN ANALİZİ	23
3.6. ÇALIŞMANIN ETİK BOYUTU	24
3.7. ÇALIŞMANIN KISITLILIKLARI	24
4.BULGULAR.....	25
5.TARTIŞMA.....	36
6.SONUÇ VE ÖNERİLER.....	42
7.KAYNAKÇA.....	44
8.EKLER	51
EK 3: AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU	51
EK 4: VERİ TOPLAMA FORMU.....	52
EK 5: ÖLÇEK KULLANIM İZNİ.....	57

TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Beden kitle indeksine göre obezitenin sınıflandırılması	7
Tablo 2. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri	25
Tablo 3. Katılımcıların tıbbi durumları	26
Tablo 4. Katılımcıların antropometrik özellikleri	27
Tablo 5. Katılımcıların KKDÖ puanı ile sosyodemografik ve tıbbi özellikleri arasındaki ilişki	28
Tablo 6. Katılımcıların kendini aşağı çekme alt boyutundan aldıkları puan ile sosyodemografik ve tıbbi özellikleri arasındaki ilişki.....	29
Tablo 7. Katılımcıların içselleştirilmiş damgalanma korkusu alt boyutundan aldıkları puan ile sosyodemografik ve tıbbi özellikleri arasındaki ilişki.....	30
Tablo 8. Katılımcıların çocukluk çağı obezitesi ve ailede obez birey varlığı ile ölçek puanları arasındaki ilişki.....	31
Tablo 9. Katılımcıların beslenme ve fiziksel aktivite özellikleri ile ölçek puanları arasındaki ilişki	32
Tablo 10. Katılımcıların antropometrik değerleri ile ölçek puanları arasındaki korelasyon ilişkisi.....	34
Tablo 11. Katılımcıların BKİ sınıfları ile ölçekten aldıkları puanlar arasındaki ilişki	35

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1. TURDEP-I'den TURDEP-II'ye yaş grubu ve cinsiyete göre obezite prevalansının değişimi.	5
Şekil 2. TURDEP-I ve TURDEP-II Çalışmalarında Türkiye'deki Yetişkin Toplumunda BKİ Grupları Dağılımı.	5
Şekil 3. Katılımcıların yaş ve ölçek total puanı saçılma eğrisi	33
Şekil 4. Katılımcıların yaş ve İDK puanı saçılma eğrisi	34



KISALTMALAR

ABD:	Amerika Birleşik Devletleri
ACT:	Kabul ve Kararlılık Terapisi
ATP III :	Erişkin Tedavi Paneli III
BKİ:	Beden Kitle İndeksi
BKO:	Bel/Kalça Oranı
DEXA:	Dual Enerji X-Işını Absorptiometrisi
DM:	Diabetes Mellitus
DSÖ:	Dünya Sağlık Örgütü
GÖRH:	Gastroözofageal Reflü Hastalığı
GSH-E:	Kendi Kendine Yardım Kitabı ve E-posta İstemi
GSH-P:	Kendi Kendine Yardım Kitabı ve Telefon Koçluğu
IWS:	İçselleştirilmiş Ağırlık Damgası
İDK:	İçselleştirilmiş Damgalanma Korkusu
KAÇ:	Kendini Aşağı Çekme
KCAL:	Kilokalori
KİD:	Kiloya İlişkin Damgalanma
KKDÖ:	Kiloya İlişkin Kendini Damgalama Ölçeği
KVH:	Kardiyovasküler Hastalık
NASH:	Non-Alkolik Steatohepatit
NAYKH:	Non-Alkolik Yağlı Karaciğer Hastalığı
NCEP:	Ulusal Kolesterol Eğitim Programı
NHANES:	Ulusal Sağlık ve Beslenme Değerlendirme Çalışması
TEKHARF:	Türk Erişkinlerde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri
TEMD:	Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği
TOAD:	Türkiye Obezite Araştırma Derneği
TURDEP:	Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması
WBIS:	Ağırlık Damgası İçselleştirme Ölçeği
WEB-SG:	Bedenle İlgili Utanç ve Suçluluk Ölçeği

ÖZET

Amaç: Obezite, fizyolojik, metabolik ve psikososyal birçok sağlık sorununu beraberinde getiren, tüm dünyada ciddi boyutlara ulaşan morbidite ve mortalite sebebi olan önemli bir sağlık sorunudur. Obezitenin tedavi başarısını etkileyen en önemli etkenlerden birisi de obez bireyin ruhsal durumudur. Birinci basamak sağlık hizmeti obezitenin yönetimi açısından önemli bir yere sahiptir. Çalışmamızdaki amaç, birinci basamakta obez bireylerin kiloya ilişkin kendilerini damgalama durumunu ve etki eden faktörleri değerlendirmek ve bu durum için yapılması gerekenleri belirlemektir.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel ve tanımlayıcı nitelikte olan çalışmamıza S.B.Ü. Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniğine başvuran, obez 386 hasta dahil edilmiştir. Hastalar araştırmacı tarafından aile hekimliği polikliniklerinde görülmüş olup sosyodemografik özellikleri, antropometrik özellikleri, tıbbi durumları, beslenme ve fiziksel aktivite özellikleri gibi genel özellikleri sorgulanmış ve gerekli ölçümler yapılmıştır. Hastalara 12 sorudan oluşan Kiloya İlişkin Kendini Damgalama Ölçeği uygulanmıştır.

Bulgular: Katılımcıların %64.8(n=250)'si kadındır. Katılımcıların antropometrik özellikleri incelendiğinde bel çevresi 111.8 ± 12.7 cm, beden kitle indeksi (BKİ) 34.2 ± 3.3 kg/m²'dir. BKİ'ne göre katılımcıların %68.1(n=263)'i hafif obez, %25.1(n=97)'i orta derecede obez ve %6.7(n=26)'si ise morbid ve süper obezdir. Katılımcıların BKİ sınıflarına göre kiloya ilişkin kendini damgalama ölçeğinden aldıkları puanlar; hafif obezlerde 36.5 ± 8.2 , orta derece obezlerde 43.4 ± 9.1 , morbid ve süper obezlerde 49.2 ± 8.8 'dir. Hafif obezden süper obeze doğru gidildikçe puanların anlamlı olarak arttığı görülmüştür. Obez hastaların sahip oldukları bel çevresi ile kiloya ilişkin kendini damgalama ölçeğinden aldıkları puanlar arasında da istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Ayrıca katılımcıların ölçek total puanı ve alt ölçek toplam puan ortalamaları ile psikiyatrik hastalık varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır.

Sonuç: Kiloya ilişkin kendini damgalama durumu obeziteyle birlikte sıklığı artan ve bireyin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen önemli bir sağlık problemidir. Kilo damgalaması obez bireyin kilo vermesini zorlaştıran, obezite tedavisinin başarısını düşüren bir etkidir. Birinci basamakta obez hastaların kilo açısından kendilerini

damgalama durumunu ve etki eden faktörleri değerlendirmek ve bu durum için yapılması gerekenleri belirlemeyi amaçladığımız çalışmamızda; birinci basamakta bütüncül yaklaşımı benimseyen aile hekimliğinde obez hastaların biyopsikososyal olarak değerlendirilmesinin, bireyin kendini damgalaması mevcutsa buna çözüm yolları aranmasının, gerekiyorsa fizyolojik, metabolik ve psikiyatrik problemleri için ilgili branşlara yönlendirilmesinin ve hastanın süreç içinde takip edilerek obezite tedavisinin uygulanmasının faydalı olabileceği sonucuna varılmıştır. Bireyin kendini damgalamasının önüne geçilmesi ile kilo verme başarısı artacak ve kilo verme arttıkça da kendini damgalama daha da azalacaktır. Kiloya ilişkin kendini damgalama ölçeği, bireyin kiloya ilişkin kendini damgalama durumu hakkında fikir sahibi olmakta birinci basamakta da kolayca uygulayabileceğimiz bir yöntemdir.

Anahtar Kelimeler: Aile hekimliği, Beden kitle indeksi, Biyopsikososyal, Kiloya ilişkin kendini damgalama ölçeği, Obezite

ABSTRACT

Aim: Obesity is an important health problem that brings with it many physiological, metabolic and psychosocial health problems and causes serious morbidity and mortality all over the world. One of the most important factors affecting the success of treatment of obesity is the mental state of the obese individual. Primary health care has an important place in the management of obesity. The aim of our study is to evaluate the self-stigmatization of regarding weight of obese individuals and the affecting factors in primary care and to determine what needs to be done for this situation.

Materials and Methods: In our study, which is cross-sectional and descriptive, 386 obese patients who applied to S.B.Ü. Kartal Dr. Lütfi Kırdar City Hospital Family Medicine Outpatient Clinic were included. The patients were seen by the researcher in family medicine outpatient clinics, and their general characteristics such as sociodemographic characteristics, anthropometric characteristics, medical conditions, nutrition and physical activity characteristics were questioned and necessary measurements were made. The Self-Stigma Scale for Weight, consisting of 12 questions, was administered to the patients.

Results: 64.8% (n=250) of the participants were women. When the anthropometric characteristics of the participants were examined, the waist circumference was 111.8 ± 12.7 cm, and the body mass index (BMI) was 34.2 ± 3.3 kg/m². According to BMI, 68.1% (n=263) of the participants were mildly obese, 25.1% (n=97) were moderately obese, and 6.7% (n=26) were morbid and super obese. The scores of the participants from the self-stigmatization scale for weight according to BMI classes; it was 36.5 ± 8.2 in mildly obese, 43.4 ± 9.1 in moderately obese, 49.2 ± 8.8 in morbid and super obese. It was observed that the scores increased significantly from slightly obese to super obese. A statistically significant relationship was also found between the waist circumference of obese patients and the scores they got from the self-stigmatization scale for weight. In addition, a statistically significant relationship was found between the scale total score and subscale total score averages of the participants and the presence of psychiatric illness.

Conclusion: Self-stigmatization related to weight is an important health problem that increases in frequency with obesity and negatively affects the quality of life of

the individual. Weight stigma is a factor that makes it difficult for the obese individual to lose weight and reduces the success of obesity treatment. In our study, that we aimed to evaluate the self-stigmatization of obese patients in terms of weight and the factors affecting them in primary care and to determine what should be done for this situation; It was concluded that in family medicine, which adopts a holistic approach in primary care, biopsychosocial evaluation of obese patients, seeking solutions for self-stigmatization of the individual, referral to relevant branches for physiological, metabolic and psychiatric problems if necessary, and applying obesity treatment by following the patient in the process. With the prevention of self-stigma, the success of losing weight will increase and as weight loss increases, self-stigmatization will decrease. The self-stigmatization scale related to weight is a method that we can easily apply in the primary health care in gaining an idea about the self-stigmatization status of the individual.

Keywords:Family medicine, Body mass index, Biopsychosocial, Self-stigmatization scale for weight, Obesity

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Obezite, vücutta yağ dokusunun olması gerekenden fazla birikmesiyle oluşan, mortalite riskini ve morbidite riskini artıran, biyolojik, genetik, psikolojik, çevresel ve sosyokültürel gibi birçok faktörün rol oynadığı bir durumdur(1). Dünya sağlık örgütü(DSÖ), kilo fazlalığı ve obezite tanımını beden kitle indeksine ($BKİ=kilogram(kg)/metre^2(m^2)$) göre yapmaktadır. BKİ'nin değerinin $30 kg/m^2$ ve üzerinde olmasını obezite olarak tanımlamaktadır(2). Obezite, önlenbilir ölümlerin sigaradan sonraki en sık nedenidir ve DSÖ'ne göre ise yüzyılımızın en büyük sağlık sorunudur (3,4). Geçmişin ve şuanda bulunduğumuz yüzyılın ciddi boyutlarda mortalite ve morbidite ile sonuçlanan ve dolayısıyla önemli sağlık sorunlarından bir tanesi olan obezite birçok bedensel ve psikiyatrik problemi beraberinde getirmektedir. Anatomik ve metabolik sağlık sorunlarının yanında anksiyete, kişilik değişikliği ve bozukluğu, yeme bozuklukları, depresyon gibi başlıca ruhsal sağlık sorunları da obezitenin yol açtığı sağlık sorunları arasında yer almaktadır (5).

"Damga" (stigma) terimi, sosyal olarak değeri düşük olan fiziksel veya karakteristik özellikleri işaretlemidir. Damgalama ise genelde sebebinin önyargıların olduğu bir kişiye karşı aşağılayıcı, hor görücü, gözden düşürücü davranış sergilemektir (6). Fazla kilolu ve obez bireyler fazla kiloları sebebiyle genelde özensiz, tembel, uyumsuz, disiplinsiz, motivasyonsuz gibi damgalanmalarla karşılaşır. Bu damgalanma fazla kilolu ve obez bireylerde eğitim hayatında, iş hayatında, sağlık hizmetlerinde, arkadaş çevresinde kısacası yaşamın her alanında eşitsizliklere dönüşmektedir. Toplumda bu kişilere karşı olan adaletsizlik, hor görme gibi durumlar bireylerin yaşam kalitesinde düşüşe sebep olmaktadır (7).

Kilo damgası toplumda yaşadığı negatif durumlardan dolayı içselleştirilebilir ve kendini damgalamanın oluşmasına yol açabilir. Kiloyla ilişkili damgalanma durumu hem kişinin kendisini damgalaması şeklinde hem de toplumun bireyi damgalaması şeklinde kavramsallaştırılabilir. Kişinin çevresiyle yani hayat içinde başkalarıyla kurduğu ilişkiler, eğitim hayatı, iş hayatı gibi konularda ayrımcılığa uğrama deneyimini yaşatır. Bu durum başkaları tarafından damgalanmadır. Kişinin kendini damgalaması ise, kişinin kendisinden utanmasını, kendisini değerlendirirken

olumsuz olmasını yani kendisine karşı yaptığı ayrımcılığı ve adaletsizliği yansıtmaktadır (8).

Kiloyla ilişkili damgalanmanın sonuçları olarak bulimia nervoza, anoreksiya nervoza gibi yeme bozuklukları, beden dismorfik bozukluğu, depresif duygudurum, anksiyete ve özgüven eksikliği ortaya çıkmaktadır (9).

Aile Hekimliği birinci basamakta, hastaya bütüncül yaklaşan bir tıp alanıdır (10). Obezite toplumda olduğu gibi birinci basamak sağlık hizmetine başvuran hastalarda da sıklıkla görülen sağlık problemlerinden birisidir. Obezite uzun vadede fiziksel, metabolik ve psikolojik birçok sağlık sorununa sebep olabilmektedir. Obezite ile mücadelede obez bireyin kilo kontrolü ile ilgili bilincini artırmak ve obeziteye sebep olabilecek durumları belirlemek tedavi başarısını yükseltmektedir. Çalışmamızdaki amaç, birinci basamak aile hekimliğinde obez bireylerin kilo açısından kendilerini damgalama durumunu ve etki eden faktörleri değerlendirmek ve bu durum için yapılması gerekenleri belirlemektir.

2.GENEL BİLGİLER

2.1.OBEZİTE

2.1.1.Obezitenin Tanımı

Obezite, vücuda alınan kalori düzeyinin artışı veya vücudun kalori harcama düzeyinin azalmasına bağlı olarak, vücuttaki yağ yüzdesinin ve miktarının olumsuz sonuçlara sebep olacak derecede artması olarak tanımlanabilen, dünya genelinde salgın boyutuna erişmiş bir durumdur (11,4).

Klinik pratikte obezite tanısı için birçok yöntem kullanılır. Bunlardan pratikte en çok kullanılanı beden kitle indeksidir. Beden kitle indeksi (BKİ) kişinin kilogram (kg) cinsinden ağırlığının, metre (m) cinsinden uzunluğunun karesine bölünmesiyle elde edilir ve DSÖ'nün sınıflamasına göre 30 kg/m² ve üzeri olan değerler obez olarak değerlendirilir (12).

Obezite tanısı koymak için kullanılan bir diğer yöntem de bel çevresi ölçümüdür. National Cholesterol Education Program (Ulusal Kolesterol Eğitim Programı - NCEP) Adult Treatment Panel III (Yetişkin Tedavi Paneli - ATP III) tanımına göre bel çevresinin erkek bireylerde 102 cm, kadın bireylerde 88 cm'den fazla olması abdominal obezite olarak tanımlanır. Bu değer tüm dünyada kabul gören bir değer değildir, farklı ülkelerce değişiklik göstermektedir (13).

Biyoelektrik empedans analizi yöntemi ve DEXA (Dual Enerji X-ışını Absorptiometrisi) yöntemi ile vücuttaki yağ oranı da ölçülebilmektedir ve bu yöntemler de obezite tanısı koymak için kullanılmaktadır. DSÖ obezite tanısı koymak için vücuttaki yağ yüzdesini erkek bireylerde %25 ve üzeri, kadın bireylerde ise %35 üzeri olarak belirlemiştir (14).

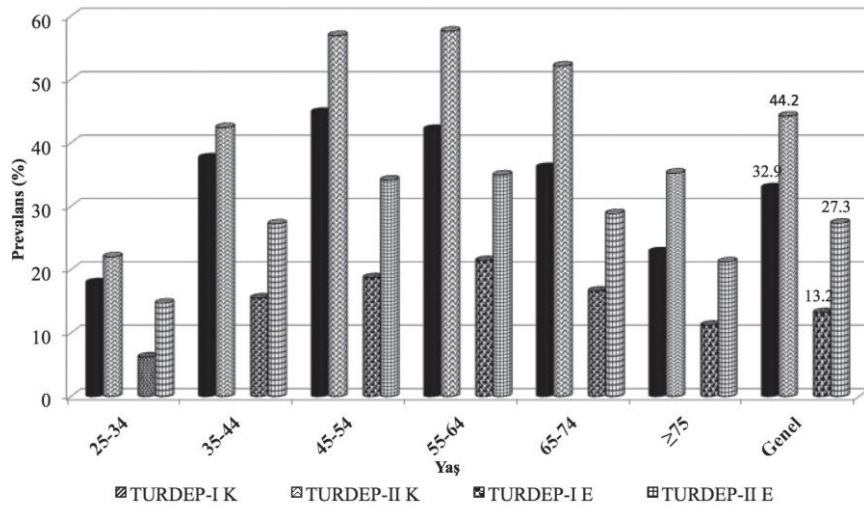
2.1.2.Obezitenin Epidemiyolojisi

Dünya genelinde halk sağlığını tehdit eden nedenlerin başında gelen obezite, tüm dünyada katlanarak artan uzun seyirli bir durumdur (15). DSÖ verilerine göre; dünyada obezite 1975-2016 yılları arasındaki 41 yıllık sürede yaklaşık olarak 3 katına ulaşmıştır. 2016 yılında dünyadaki erişkin nüfusun yaklaşık %39'unun beden kitle indeksi 25 kg/m² ve üzerinde yani fazla kilolu, %13'ünün (erkeklerin %11'inin,

kadınların %15'inin) ise beden kitle indeksinin 30 kg/m^2 ve üzerinde bir değerde yani obez olduğu ortaya konulmuştur (3).

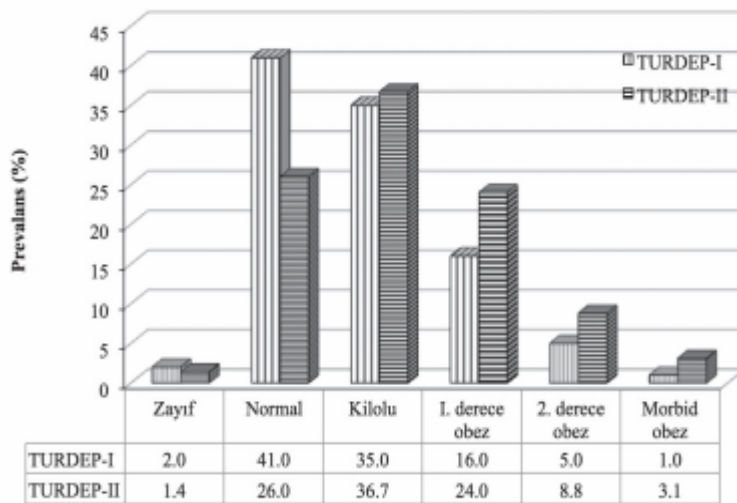
Amerika Birleşik Devletleri'nde Ulusal Sağlık ve Beslenme Değerlendirme Çalışması (NHANES) verilerine göre yaşa göre obezite yüzdesi 1988'de %22,9, 2000'de %30,5, 2016'da %39,6 şeklinde hızlı bir şekilde yükselmiştir. 2015-2016 yılları arasında, kadınlarda obezite %41,1, erkeklerde obezite %37,9 olarak hesaplanmıştır (16,17).

Türkiye'de yapılan araştırmalara örnek verecek olursak 1997-98 yıllarında 15 ilde 540 merkezde yapılan, 20 yaş ve üstü 24788 yetişkin bireyin dahil edildiği TURDEP-I (Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması-I) çalışmasında, obezite genel ortalama %22,3 olarak görülmüştür. TEKHARF (Türk Erişkinlerde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri) çalışmasında ise 2000 yılında obezitenin toplumdaki yüzdesine bakılmıştır ve yetişkin kadınlarda %43 ve erkeklerde %21,1 olarak görüldüğü; 2003 yılında ise kadınlarda %44,2 ve erkeklerde %25,2 olarak görüldüğü bildirilmiştir. 2010 yılında TURDEP-I çalışmasından 12 yıl sonra TURDEP-I çalışmasının yapıldığı merkezlerde 20 yaş ve üstü 24499 yetişkin bireyin dahil edildiği TURDEP-II (Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması-II) çalışmasında ise obezite sıklığı, genel toplumda %32 olarak saptanmıştır. Sonuç olarak 1998'de yapılan TURDEP-I'e göre, yeni tamamlanan TURDEP-II çalışmasında Türkiye'de 12 yılda obezite %44 oranında artmıştır. TURDEP-I'den TURDEP-II'ye yaş grubu ve cinsiyete göre obezite prevalansının değişimi Şekil 1'de gösterilmiştir (4).



Şekil 1.TURDEP-I'den TURDEP-II'ye yaş grubu ve cinsiyete göre obezite prevalansının değişimi.

TURDEP-I çalışmasında normal beden kitle indeksine sahip kişilerin oranı %41 iken, 12 yıl sonra yapılan TURDEP-II çalışmasında genel toplumda normal beden kitle indeksine sahip kişilerin oranı %26'ya düşmüş, fazla kiloluların yani BKİ $25-30\text{kg/m}^2$ olan kişilerin yüzdesi çok değişmemiş iken ek sağlık problemleri oluşturabilecek hafif obez oranı %16'dan %24'e, orta derece obez oranı %5'den %8,8'e, morbid obez oranı ise %1'den %3,1'e çıkmıştır.TURDEP-I ve TURDEP-II çalışmalarında Türkiye'deki BKİ'ne göre bireylerin dağılımı Şekil 2 ile gösterilmiştir(4).



Şekil 2.TURDEP-I ve TURDEP-II Çalışmalarında Türkiye'deki Yetişkin Toplumunda BKİ Grupları Dağılımı.

Obeziteye neden olan durum ne olursa olsun obezitenin oluşmasına sebep olan en önemli etken, metabolizmanın harcadığından daha fazla enerjinin besin yoluyla alınması bir başka deyişle vücuda giren kalori miktarının harcanan kalori miktarından fazla olması durumudur (18). Doğru beslenme alışkanlığının olmayışı, metabolizmanın harcadığından fazla kalori alımı ve hareketsiz yaşam tarzı obeziteye sebep olan en önemli etkenlerden olmakla birlikte çevresel, fizyolojik, genetik, nörolojik, sosyokültürel, psikolojik ve biyokimyasal gibi birçok faktör obezitenin oluşmasında ve devamında rol oynayan etkenlerdir. Çevresel faktörler obezite sebeplerinin ufak bir yüzdesini kapsar, ancak değiştirilebilir etken olmaları sebebi ile obezite ile mücadele açısından önemli hedeflerdendir (19,20).

2.1.4.Obezite Tanı Ve Ölçüm Yöntemleri

Obezitenin tanısında doğrudan ölçüm yöntemleri ve dolaylı ölçüm yöntemleri olarak 2 sınıf ölçüm yöntemi kullanılmaktadır.

2.1.4.1.Doğrudan Ölçüm Yöntemleri

Vücuttaki yağ oranını ve miktarını doğrudan ölçen yöntemler maliyet etkin olmadığı ve klinikte kullanılırken pratik olmadığı için pek tercih edilen yöntemler değildir. Doğrudan ölçüm yöntemleri olarak sualtı tartımı ile vücut dansitesinin hesaplanması, total vücut suyunun izotop dilüsyonu ile saptanması, total vücut potasyum miktarının ölçülmesi, nötron aktivasyonu, vücutun biyoelektriksel iletkenliğinin saptanması, bilgisayarlı tomografi, manyetik rezonans görüntüleme, ultrasonografi gibi radyolojik görüntüleme yöntemleri, biyoelektriksel impedans ölçümü, dual enerji absorpsiyonu ölçülmesi sayılabilir.

2.1.4.2.Dolaylı Ölçüm Yöntemleri

Dolaylı ölçüm yöntemleri, klinik pratikte obezitenin tanısında ve değerlendirmesinde en çok başvurulanan yöntemlerdir.

2.1.4.2.1.Beden Kitle İndeksi (BKİ)

Obezitenin tanısında ve takibinde maliyet etkin, uygulanması kolay ve güvenilirliği yüksek olan bir yöntem kullanmak önemlidir. BKİ'ni düşünecek olursak ucuz, kolay uygulanabilen ve güvenilirliği yüksek olan ve dünyada obezite tanısında

en çok başvuru alan ölçüm yöntemidir. BKİ vücuttaki yağın dağılımı ile ilgili bilgi vermemektedir (21). BKİ, kilogram olarak vücut ağırlığının, metre cinsinden boy uzunluğunun karesine bölünmesiyle hesaplanır (kg/m^2) (22). BKİ'ne göre obezitenin sınıflandırılması Tablo 1'de izlenmektedir (4).

Tablo1.Beden kitle indeksine göre obezitenin sınıflandırılması

Sınıflandırma	BKİ
Zayıf	< 18,50
Normal	18,5-24,99
Fazla Kilolu	25-29,99
Obez	$\geq 30,00$
Hafif Obez	30-34,99
Orta Derecede Obez	35-39,99
Morbid Obez	40-49,99
Süper Obez	≥ 50

2.1.4.2.2.Bel çevresi ve Bel/Kalça oranı

Vücuttaki total yağ miktarından daha önemli olan faktör yağın vücuttaki dağılımı ve bulunduğu bölgedir. Bu faktör obezitenin yol açtığı hastalıklarla ve bu hastalıkların neden olduğu mortalite ve morbidite ile ilişkilendirilmektedir.

Bel çevresinin ölçümü abdominal bölgedeki yağ dokusu hakkında bilgi veren önemli bir parametredir(23).

DSÖ'nün verilerine göre bel çevresi değerinin erkeklerde 102 cm, kadınlarda 88 cm üzerinde bir değerde olması durumu abdominal obeziteyi göstermektedir. DSÖ'nün bu sınır değerleri Amerika toplumu için kabul görmektedir. Türk toplumunun abdominal obezite için belirlenen sınır değerleri ise TEMD (Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği) obezite-lipid metabolizması-hipertansiyon çalışma grubunun verilerine göre erkeklerde ≥ 100 cm, kadınlarda ≥ 90 cm olarak belirtilmiştir(4).

Obezitede bel/kalça oranı (BKO) metabolik ve kardiyak risk açısından oldukça önemli bir parametredir (24). BKİ değerlerinden ve sınıflamasından bağımsız olarak tip-2 diyabetes mellitus ve kardiyovasküler hastalık nedeni

mortalitenin BKO ile ilişkisi olduğu görülmüştür (25). BKO'nın kadınlarda 0.9 değerinden, erkeklerde ise 1 değerinden fazla olması obezitenin yol açtığı sağlık problemleri ve bu sağlık problemlerinin yol açtığı komplikasyonları ciddi oranda arttırmaktadır (26).

2.1.4.2.3.Deri Kıvrım Kalınlığı

Deri kıvrım kalınlığının ölçümlerinde amaç cilt altı yağ dokusunun büyüklüğünü saptamak ve bu değerden yola çıkarak vücuttaki total yağ miktarını hesaplamaktır.

2.1.5.Obezite İle İlişkili Hastalıklar

2.1.5.1.Obezite ve Metabolik Sendrom

Amerikan Ulusal Kolesterol Eğitim Programı Yetişkin Tedavi Paneli-III uzlaşısı verilerine göre metabolik sendrom; santral obezite, trigliserid yüksekliği, HDL düşüklüğü, tansiyon yüksekliği ve vücudun insüline resistansı durumlarından en az üç tanesinin olması olarak tanımlanmıştır. Başka bir tanımlama Uluslararası Diyabet Vakfı verilerine göre santral obeziteye trigliserid yüksekliği, HDL düşüklüğü, tansiyon yüksekliği ve insülin resistansı durumlarından en az iki tanesinin eşlik etmesi olarak tanımlanmıştır. Bel çevresi ölçümü, BKİ ile karşılaştırıldığında kardiyometabolik hastalık riski artışıyla daha iyi ilişkilidir. Bu sebepten dolayı obez bireylerde BKİ ile birlikte bel çevresi de ölçülmelidir (4).

Yapılan bir araştırmaya dayanarak erkek bireylerde BKİ normal kabul edilen aralıkta olan grupta metabolik sendromun yüzdesi %4,6, preobez yani aşırı kilolu grupta metabolik sendrom yüzdesi %22,4, obez bireylerin olduğu grupta metabolik sendromun yüzdesi %59,6 gibi giderek artan oranlarda bulunmuştur. Kadın bireylerde ise metabolik sendrom yüzdesi BKİ normal kabul edilen aralıkta olan grupta %6,2, aşırı kilolu grupta %28,1, obez bireylerin bulunduğu grupta ise %50 gibi giderek artan oranlarda bulunmuştur (27).

2.1.5.2.Obezite ve Tip 2 Diabetes Mellitus

Obezite, Tip 2 diabetes mellitus (Tip 2 DM)'la yüksek oranlarda birlikte görülen ve fazla kilolu ve obez bireylerde hayat kalitesi ve çeşitli sağlık

problemlerini beraberinde getiren önemli bir faktördür (28). Tip 2 diyabetes mellitusun oluşması, hastalığın kendisinin ve diyabet hastalığına bağlı olan komplikasyonlarının kötü seyri abdominal obezite ile ilişkilidir (29). Ayrıca obez hastalarda ağırlık kaybının sağlanması ve fiziksel aktivitenin artırılması gibi yaşam tarzındaki olumlu değişiklikler ile Tip 2 diyabet hastalığının önüne geçilebilmekte veya hastalığın oluşumu geciktirilebilmektedir (30). DSÖ araştırmalarına göre, Avrupa'daki Tip 2 diyabet hastalığı olan bireylerin %80 oranında obez olduğu gösterilmiştir (1). Prediyabet aşamasında olan obez bireylerin %5 kadar kilo kaybı bile Tip 2 diyabet oluşumunu engellemede etkili olmaktadır (31).

2.1.5.3.Obezite ve Dislipidemi

Obezite, özellikle android tip obezite, yağ metabolizmasında kötü yönde değişikliklerle bağlantılıdır. Obezite ile ilişkili olumsuz etkiler arasında total kolesterol yüksekliği, VLDL, trigliserid ve LDL düzeyinin yüksekliği ve HDL düzeyi düşüklüğü vardır (32). HDL değerinin düşüklüğü hipertrigliseridemi ile kıyaslandığında kardiyovasküler hastalık riskin artmasında daha değerlidir. Yağ dokunun hipertrofisi organellerin fonksiyonlarının bozulmasına, hormon parametrelerinin bozulmasına, serbest yağ asit miktarındaki artışa ve yağ dokusunun aşırı depolanmasına ayrıca başka karaciğer, pankreas ve kas dokusu olmak üzere birçok organda yağ metabolizmasındaki bozukluğa bağlı patolojik etkilere sebep olmaktadır (33). NHANES (1999-2002) çalışması verilerine dayanarak çalışmaya katılanlarda dislipidemi görülme oranları; BKİ $<25 \text{ kg/m}^2$ ise %38, BKİ $25-26,9 \text{ kg/m}^2$ ise %53, BKİ $27-29,9 \text{ kg/m}^2$ ise %62, BKİ $30-34,9 \text{ kg/m}^2$ ise %68, BKİ $35-39,9 \text{ kg/m}^2$ ise %68, BKİ $\geq 40 \text{ kg/m}^2$ ise %63 olarak raporlanmıştır (33).

2.1.5.4.Obezite ve Hipertansiyon

Obezite ile birlikte kalbin dakikada pompaladığı kan miktarında artış bir başka ifade ile kardiyak output ve sistemik vasküler direnç değerinde artış olmaktadır. Pankreastan salgılanan bir hormon olan insülin damarlarda gevşeme yapan bir hormondur. Vücudun insüline karşı direnç göstermesi, sempatik sistem fonksiyonundaki artış, damar endotelindeki disfonksiyon, damarlardaki kas tabakasındaki hipertrofi ve böbrekte fonksiyon bozukluğuna yol açarak hipertansiyon oluşumuna neden olabilmektedir (4).

Framingham çalışmasında obezite faktörünün hipertansiyonla bağlantısı araştırılmıştır. Bu çalışmaya göre obezite durumunun hipertansiyona etkisi erkek katılımcılarda %78, kadın katılımcılarda %64 olarak görülmüştür. Obez kadın bireylerde yaş gurubu aynı olan obez olmayan kadın bireylerle kıyaslandığında tansiyon yüksekliğinin görülme durumu yaklaşık sekiz katı kadardır. Çalışmanın sonucuna göre total vücut yağ dokusundaki artış sistolik ve diastolik kan basıncında artış için önemli bir risk faktörüdür (34).

2.1.5.5.Obezite ve Kardiyovasküler Hastalıklar

Obezite, kalp ve damar sisteminin yapısı ve fonksiyonları üzerinde çeşitli değişikliklere sebep olabilmektedir. Obezite, kardiyovasküler sistem üzerinde yaptığı etkilerle tek başına bile bir risk faktörüdür (35). Obezite, yağ metabolizma bozukluklarına ve bunun sonucu olarak dislipidemi durumuna, insülin direncine ve sonrasında oluşabilecek tip 2 diabetes mellitus hastalığına, fibrinojen düzeylerinde artışa ve CRP düzeylerinde artışa neden olmaktadır ve tüm bunların sonucu olarak obezite kardiyovasküler hastalık(KVH) için çok önemli bir risk artışı meydana getirmektedir. Dünyayı kapsayan bir metanaliz çalışması sırasında katılımcılarda meydana gelen kardiyovasküler hastalık durumları incelenmiş ve katılımcıların beden kitle indekslerinde 5 birimlik bir artışın kardiyovasküler olarak %29 oranında bir artışı beraberinde getirdiği görülmüştür. Bu metaanaliz çalışması sırasında meydana gelen KVH durumları bize obezite durumunun KVH riskinde önemli bir bağımsız değişken olduğunu göstermiştir (36).

2.1.5.6.Obezite ve Serebrovasküler Hastalıklar

Serebrovasküler hastalıklar, bir beyin bölgesinin iskemi veya kanama sonucu kalıcı ya da geçici olarak etkilenmesi ve/veya beyni ilgilendiren bir ya da daha fazla kan damarının primer patolojik hasarındır. Obezite faktörü veya obezite olmadan bile kişinin kilo alması serebrovasküler hastalık oluşma riskinde artışla gitmekle birlikte; obezite olsun ya da olmasın kişinin kilo vermesi de Serebrovasküler hastalık oluşma riskini azaltmaktadır (37).

2.1.5.7.Obezite ve Solunum Sistemi Hastalıkları

Obezite hem anatomik olarak hem de metabolik sendrom, damarsal patolojiler için bir risk oluşturmaları nedeniyle solunum sistemi ile ilgili hastalıklarla ilişkilidir. Obezite ile birlikte astım, pnömoni, obstrüktif uyku apnesi sendromu, pulmoner hipertansiyon, akut respiratuar distres sendromu, obezite hipoventilasyon sendromu ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı gibi solunum sistemi hastalıkları görülme sıklığı artmaktadır (38).

2.1.5.8.Obezite ve Sindirim Sistemi Hastalıkları

Obezite ile birlikte özofagus, mide, barsak, pankreas, karaciğer, safra kesesiyle ilgili hastalıkların sıklığı artmaktadır. Örnek vermek gerekirse Gastroözofageal reflü hastalığı (GÖRH), pankreatit, metabolik ilişkili yağlı karaciğer hastalığı, kolelitiazis gibi sindirim sistemi problemleri obeziteyle birlikte artış göstermektedir (50). Obezitenin risk faktörü olduğu sindirim sistemi hastalıklarından GÖRH ilerleyerek premalign lezyona, daha ilerisi maligniteye ve metabolik ilişkili yağlı karaciğer hastalığının ilerleyerek siroza neden olması mortalite riskinde artışla sonuçlanmaktadır (4,39).

2.1.5.9.Obezite ve Genitoüriner Sistem Hastalıkları

Kilo fazlalığı ve obezite hormon değerlerinde bozukluklara ve bunun sonucunda kadınlarda polikistik over sendromuna, adet düzensizliklerine, yine kadın ve erkek bireylerde libido ile ilgili sorunlara ve infertiliteye neden olabilmektedir (40). Obez erkek bireylerde düşük testosteron düzeyleri bulunabilmekte ve hipogonadizme bağlı olarak bulgular görülebilmektedir (4). Obezite gebelik döneminde de hem anne için hem de bebek için artmış komplikasyon riskiyle birlikte. Bu risk artan kilo miktarıyla birlikte artmaktadır (41). Obez erkek bireylerde erektil disfonksiyon obez olmayan erkek bireylere göre daha fazladır (42). Obezite böbrek fonksiyon bozukluğuna neden olabilmektedir. Ayrıca obezite durumu kronik böbrek hastalığına da zemin hazırlamaktadır (43). Obezitenin derecesi arttıkça hipertansiyon oranı artar ve bu da hipertansif nefroskleroza neden olabilmektedir. Ayrıca obezite ile birlikte glomerüler skleroz, tübülointerstisyel fibrozis ve fokal segmental glomeruloskleroz gibi patolojilerin görülme sıklığı artmaktadır (42). Fazla kilonun zemin hazırladığı glomerulopatiler kilo verme ile gerileyebilmektedir.

Obezite ile birlikte nefrolitiazis görülme sıklığı da artmaktadır (44). Yine obez kadın bireylerde üriner inkontinans görülme sıklığı artmaktadır (42).

2.1.5.10.Obezite ve Kas İskelet Sistemi Hastalıkları

Yapılan bir çalışmada osteoartrit görülme sıklığı fazla kilolu ve obez kategorisinde olan bireylerde normal kilolu bireylere kıyasla anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Obezitenin derecesi arttıkça diz osteoartritinin görülme olasılığının arttığı görülmüştür (45). Türkiyede yapılmış bir araştırmada lumbalji şikayetinin obez olmayan popülasyonda görülme sıklığı <%60 oranında, obez popülasyonda görülme sıklığı ise %80,6 oranında saptanmıştır (46).

2.1.5.11.Obezite ve Kanseler

Obezite malignitelerle de ilişkili olabilmektedir. Özellikle özefagus, meme, endometrium, kolon ve böbrek kanserleri görülme sıklığı obezite ile birlikte artmaktadır (47). Ayrıca obezite over kanserleri, tiroid kanserleri, malign melanom, nonhodgkin lenfoma, lösemi, safra kesesi kanserleri gibi malignitelerinde görülme sıklığını arttırmaktadır (48). Obezite hem kanserin oluşumunu artırmakta hem de kansere bağlı mortaliteyi arttırmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'ndeki bir çalışmanın sonucuna göre; kanser hastalığına sahip BKİ $\geq$ 40 olan erkek hastalarda normal ağırlıklı kanser hastalığına sahip erkek hastalara kıyasla kanser kaynaklı mortalite %52 daha fazla görülmüştür. Kadın hastalarda ise bu oran %62 olarak tespit edilmiştir (49).

2.1.5.12.Obezite ve Psikiyatrik Hastalıklar

Obezite psikiyatrik problemleri de beraberinde getirmektedir. Obezite özellikle erken yaş ve kadın bireylerde görülmek üzere depresif duygu durum halinin görülmesini arttırmaktadır (50). Obez bireyler hem kendilerini damgalayabilir hem de toplum tarafından damgalanabilirler. Obez bireyler toplum tarafından da ayrımcılık ve daha zor kabul görme gibi durumlarla karşı karşıya kalabilmektedir. Bu durum bireyin yaşamını sürdürdüğü her alanda karşısına çıkabilmektedir. Bu obezite damgalaması olarak isimlendirilir. Obezite damgalaması ve obez bireylerin kiloya ilişkin kendini damgalama durumu kilo damgalaması başlığı altında daha detaylı bahsedilmiştir.

2.1.6. Obezitenin Yönetimi Ve Tedavisi

Obezitenin yönetiminde ve tedavisinde amaç obez bireye gerçekçi bir zaman tanıyarak ideal kiloya ulaşmasının sağlanması ve bu kilo düzeyinin korumasının sağlanması, sonuç olarak obez olan bireyin hayat kalitesinin yükseltilmesi, obezite durumunun beraberinde getirdiği hastalıkların ve bunlara bağlı oluşan morbidite ve mortalitenin azaltılmasıdır.

Obezitenin yönetiminde ve tedavisinde başvurulan yöntemler sırasıyla; diyet, egzersiz, davranış değişikliği, ilaçla tedavi ve cerrahi tedavidir.

2.1.6.1.Diyet Tedavisi

Diyet tedavisindeki amaç besin ile vücuda giren kalori miktarının azaltılarak gerçekçi zaman, gerçekçi hedefler koyarak yavaş ve istikrarlı bir biçimde ideal kiloya ulaşmaktır. Sağlıklı şekilde kilo vermek için günlük 500-1000 kilokalori (kcal) açığı oluşturma hedeflenir ve bu kalori açığı 1 haftalık zaman diliminde 500 gram-1000 gram (0.5 kg-1 kg) arasında kilo kaybı sağlar. İlk 6 aylık süreçte vücut ağırlığının %5 ila %10'u arasında ağırlık kaybı olması amaçlanır. Günlük alınacak kalori miktarı erkek bireyler için 1200-1600 kcal olacak şekilde, kadın bireyler için ise 1000-1200 kcal olacak şekilde diyet tedavisi ayarlanmalıdır. Diyetteki besinlerin %55-60 kadarı karbonhidrattan, %25-30 kadarı yağdan, %15 kadarı ise proteinden oluşmalıdır (51,52). Düşük karbonhidratlı diyet, yüksek proteinli diyet gibi karbonhidrat, yağ ve proteinin olması gereken oranlarda olmadığı diyet türleri sağlık açısından uygun olmayan diyetlerdir. Kalori miktarının olması gerekenden çok daha düşük olan diyetler vücuttaki nitrojen dengesinde bozulmaya sebebiyet verir ve vücut kas kitlesinde istenmeyen azalmalara neden olur. Bu katı diyet rejimleri hızlı ve vücudun azalmasının istenmediği kompartmanlarından kilo verme şeklinde sonuç verdiği için ek sağlık problemlerine yol açabilmektedir (53).

Diyetten alınan enerji, bazal metabolizmanın harcadığı enerjinin en az %10 kadar üzerinde olmalıdır. Diyet tedavisinde uyulması gereken kurallar olmakla birlikte her birey için özel diyet programı hazırlanmalıdır. Bunun sebebi diyet uygulanacak kişinin kadın ya da erkek oluşu, genç ya da yaşlı oluşu, yaşam tarzı, alışkanlıkları, obezite ile birlikte ek hastalığı olup olmadığına göre diyet tedavisinin düzenlenmesi gerekliliğidir (54).

Diyet yaparken enerji miktarı fazla olan hazır yiyeceklerden ve içeceklerden kaçınılmalı, akşam belli bir saatten sonra yemek yenilmemesi, yemeklerin porsiyonlarının küçültülmesi ve kahvaltının mutlaka yapılması gerekir (55).

2.1.6.2.Egzersiz

Bireyin besinlerle aldığı kalori fazla olmasa dahi, fiziksel aktivite düzeyinin az olması vücudun aldığı kalori miktarının harcadığı kalori miktarından fazla olmasına sebep olabilir. Bu da kilo alımına ve obeziteye neden olur. Bu şekilde oluşan obezitede sorun besinlerle alınan kalori miktarında değil harcanan kalori miktarındaki düşüklüktür. Fakat buna rağmen sadece egzersiz yaparak kilo vermek çok etkili bulunmamıştır (56).

Obezitede egzersizlere başlangıç olarak haftada 3 gün 15-20 dakika ile başlanmalı sonra kademeli olarak artırılarak mümkünse haftanın her günü ve 30-60 dakika yapılmalıdır. Egzersiz ile günlük 100-200 kcal, hafta da ise yaklaşık 1000 kcal harcanması hedeflenir. Sağlıklı kiloya ulaşmak için egzersiz programı mutlaka bir diyet programıyla birlikte yapılmalıdır. Obez bireylerin yapabileceği ve çoğu hastanın en kolay uyum sağlayacağı fiziksel aktivite tempolu yürüyüştür. Yaşam tarzı değişikliği mutlaka olmalı, kısa mesafelere araçla gitmek yerine yürüyüş tercih edilmeli, asansör kullanımı ve yürüyen merdiven kullanımı yerine merdiven kullanmaları gibi değişiklikler yapmaları önerilmelidir (56).

2.1.6.3.Davranış Değişikliği

Davranış değişikliği oluşturmadaki amaç kişinin kilo alımına sebep olan alışkanlıklarını bırakmasını ve sağlıklı kiloya gelmek ve o düzeyde kalmak için alışkanlıklar kazanmasını sağlamaktır (57).

Yapılan çalışmalarda davranış değişikliği tedavisinin süresi ne kadar uzun olursa sağlıklı kiloya ulaşma ihtimalinin daha fazla olduğu ve mevcut kilonun korunma süresinin uzadığı görülmüştür (58). Obez bireylerde dikkat edilmesi gereken konulardan birisi de davranış değişikliği tedavisinde hasta ile birlikte ulaşılabilecek gerçekçi hedefler koymaktır (59). Ayrıca kilo vermede hızlı olunmamalı, yavaş ve sağlıklı bir şekilde kilo verilmesi sağlanmalı ve hastaya bu bilinç yerleştirilmelidir. Hedef haftada 0.5-1 kg kadar olmalıdır (58,60). Davranış değişikliği tedavisinde, obez bireylere destek olmak çok önemlidir. Tedavinin

bütününde terapistle görüşme esastır ve tedavi başlangıcında ilk ay içinde haftada 2-3 kez, ikinci ayında haftada bir, daha sonrasında giderek seyrekleştirilerek obez bireyin tedaviye uyumuna göre gerek duyuldukça terapistle görüşme yapılmalıdır (60,61).

Obez bireyler obezite tedavisi başlangıcında obezite konusunda ve tedavi süreci konusunda bilgilendirilmelidir. Hastaya yapılan bu bilgilendirmeler bireyin motivasyonunu ve tedaviye uyumunu artırmaktadır. Genellikle davranış değişikliği tedavisinde, kilo alımına yol açan faktörlerden kaçınma, kilo vermeye yönelik davranışlar edinme, gerçekçi hedefler belirleme, kendi kendini takip etme ve ödüllendirme, sosyal destek ve bilişsel terapi gibi yöntemler kullanılır (57).

2.1.6.4.FarmakolojikTedavi

Obezite tedavisinde diyet düzenlemesi, egzersiz ve davranış değişikliği tedavileriyle başarı sağlanamadığı durumlarda ilaçla tedaviye geçilebilir (62). Farmakolojik tedavi; hastanın BKİ'nin en az 30 kg/m² olması veya BKİ'nin minimum değerinin 27kg/m² olması yanında obezite ile ilgili hastalıkların ve komplikasyonlarının en az bir tanesinin varlığı durumunda uygulanabilmektedir (63). Medikal tedavi başarısı için 3 aylık bir bekleme daha sağlıklı olacaktır. 3 ay ile 6 ay arasındaki dönemde vücut ağırlığında %5'lik kayıp sağlandıysa ilaç tedavisi başarılı kabul edilmektedir ve %5'lik kilo kaybı sağlayan tedaviler devam edilmelidir. Tedavide 3-6 aylık dönemde %5'lik kilo kaybı sağlanamazsa ilaç tedavisi kesilmelidir (4).

Ülkemizde obezitenin medikal tedavisinde kullanılan preperatlar orlistat ve liraglutiddir. Orlistat gastrik ve pankreatik lipazı inhibe edici etki gösterir. Barsaklardan yağ emilimini azaltır. Oral yolla kullanılır. Orlistat barsaklardan yağ emilimini engelleyerek etki gösterdiği için yağda eriyen vitaminlerin emiliminin azalması, karın ağrısı, nefropati, steatore gibi yan etkiler gösterebilir (64).

Liraglutid ise GLP-1 agonistidir ve subkutan yolla uygulanır. Liraglutid, kan şekeri yükseldiğinde pankreatik beta hücrelerinden insülin salınımına yol açar. Bu insülin salınımı kan şekeri dengeye gelene kadar devam eder. Aynı zamanda glukoz bağımlı glukagon salgılanmasını azaltır ve gastrik boşalmayı geciktirerek iştahı azaltır. Liraglutid tedavisine başlanacak hastaların alınan anamnezinde pankreatit ve medüller tiroid kanseri olmaması gereklidir.

2.1.6.5.Cerrahi Tedavi

Obezitenin tedavisinde bir yöntem de cerrahi tedavidir. Obezite cerrahisi ile obezite ile birlikte görülen metabolik ve anatomik birçok problem de iyileşmektedir.

Bariyatrik cerrahi endikasyonları; $BKİ \geq 40 \text{ kg/m}^2$ olması ya da $BKİ \geq 35 \text{ kg/m}^2$ olması ve uyku-apne sendromu, obezite hipoventilasyon sendromu, dislipidemi, tip2 diyabetes mellitus, hipertansiyon, non-alkolik yağlı karaciğer hastalığı (NAYKH), non-alkolik steatohepatit (NASH), GÖRH, astım, pickwick sendromu, psödotümör serebri, PKOS, osteoartrit gibi diyabetle birlikte görülen komirbiditelerden en az bir tanesinin varlığıdır.

Obezite cerrahisi (Bariyatrik cerrahi) yöntemleri; emilim bozucu yöntemler, alımı kısıtlayıcı yöntemler ve kombine yöntemler olarak sınıflandırılabilir (65). Günümüzde obezite cerrahisinde uygulanmakta olan dört adet ameliyat şekli vardır (65). Bunlar; ayarlanabilir gastrik band, sleeve gastrektomi, roux-en-y gastrik bypass, biliopankreatik diversiyon± duedonal switch olarak isimlendirilmiştir.

Hasta diyet, egzersiz, davranış değişikliği ve ilaç tedavisi ile başarılı bir kilo kaybı sağladıysa başarılı olan tedavi devam edilir ve operasyon ertelenebilir hatta operasyon kararından vazgeçilebilir. Cerrahi kararı alınmadan önce hasta hem diğer yöntemlerin tedavi başarısını görmek, hem de hastanın bariyatrik cerrahi uygunluğuna karar vermek için 6 ay süresince endokrinoloji tarafından takip edilmelidir (65).

2.2.KİLO DAMGALAMASI

Kilo damgalaması, obez bireylerin fazla kiloları ve görünüşleri sebebiyle toplum tarafından değersiz görülmeleri ve daha aşağıda görülmeleridir (66). Bireylerin kiloya ilişkin kendilerini damgalaması, yaşam kalitesinin ve sağlığın bozulmasına neden olan yaygın bir sorundur (67).Obez bireylere disiplinsiz, açgözlü, sürekli yemek yemeyi düşünen, yakışıklı olmayan veya güzel olmayan, iş beceremeyen, yetkin olmayan, iradesi sağlam olmayan, aptal, sorumluluk sahibi olamayan, çalışkan olmayan, ter kokan, mide bulandıran gibi olumsuz sıfatlar yüklenmektedir (68).

Obez bireyler çocukluk çağında, genç erişkinen, okulda, iş hayatında, günlük aktiviteleri sırasında ve arkadaş ortamı gibi birçok ortamda ayrımcılığa uğrarlar. Her türlü sosyal ortamda obez bireylere yapılan bu ayrımcılıktan dolayı obezite durumu, “sosyal bir damgalama” olarak düşünülebilir (69). Himmelstein ve arkadaşlarının Tip2 DM hastalarında kiloya ilişkin ve diyabet hastalığına ilişkin damgalanmasıyla ilgili yaptıkları çalışmada bireylerin sağlık hizmeti alırken damgalandıkları sonucuna varılmıştır. Bireylerin daha iyi bir sağlık hizmeti alması için damgalanmanın önüne geçilmesi vurgulanmıştır (70). İsrail’de yapılan beden kitle indeksi 25 kg/m²’nin üzerinde olan 1697 katılımcının dahil olduğu bir çalışmada katılımcıların %59’u sık sık saygısız yaklaşım deneyimleri bildirilmiş ve %48,6’sı aşırı kiloyla ilgili olarak optimal olmayan tedavi gördüğünü belirtmiştir. Aşağılayıcı, duyarsız ve yargılayıcı yorumlar %58 oranında farklı sağlık disiplinlerinden kaynaklanırken, %29,3’ü sağlık hizmeti ekipmanlarının kilolu kişiler için uygun olmadığını belirtmiştir. Gerekli bir tıbbi randevudan kaçınma, sağlık sisteminde geçmişteki olumsuz kilo damgalama deneyimleriyle önemli ölçüde ilişkili olarak %40.5 oranında rapor edilmiştir. Çalışmaya katılanlar, sağlık personelinin eğitimi, obezitenin kapsamlı bir şekilde araştırılması ve aşırı kilolu hastalara yaklaşım için özel kılavuzların oluşturulması dahil olmak üzere mevcut durumu iyileştirmek için çok sayıda öneride bulunmuştur (71).

Obez kişiler “pasaklı”, “özgüveni eksik”, “üşengeç”, “tembel”, “güçsüz”, “sağlığına dikkat etmeyen”, “tembel” olarak görülmektedir (7). Bu sıfatlar oldukça sık kullanılır ve obez kişilerin toplum içinde hor görülmesine, aşağılanmasına ve okul hayatı, iş hayatı, sağlık kurumları gibi sosyal ortamlarda adaletsizliğe,

haksızlığa uğramasına sebebiyet vererek obezlerin hayat kalitesini düşürmektedir (69).

Fazla kilolularla ve obezlerle ilgili bu önyargılar, kilolu olmamanın ve inceliğin ideal olarak görülmesiyle daha da beslenmektedir. Bu konuda yapılan bir araştırmada, fit bir görünümde olmak için yıllarını verebileceklerini söyleyen bireyler, eğer ince olacaksa infertil olmayı kabul eden bireyler, alkol bağımlısı olmayı ve hatta obez olmaktansa engelli bir birey olmayı tercih edebileceklerini beyan eden bireyler görülmüştür (72).

Kiloya ilişkin damgalanmanın (KİD) ruh ve sinir hastalıkları üzerindeki etkisini gözlemleyen çalışmalarda depresif duygu durum, benlik saygısının düşük olması, anksiyete, asosyallik, madde bağımlılığı, bulimia nervroza ve anoreksiya nervroza gibi yeme bozuklukları, kişinin bedeninden memnun olmaması, suicid düşünceleri gibi sağlık sorunlarının artmış olduğu görülmüştür (7).

Obez bireylerin kiloya ilişkin damgalamaya karşı en sık başvurduğu başa çıkma yöntemleri, kişilerden ve toplumdan gelen olumsuz durumlardan, yaftalamalardan sakınmak, kendisi hakkında olumlu özbildirim yapmak, yemek yemeyi artırmak ve sosyal olarak ayrımcılığa ve önyargıya maruz kalmayacağı bir sosyal destek göreceği ortam aramak gibi yöntemlerdir (73).

Kiloya ilişkin damgalama, fazla kilolu ve obez bireylerin kilo vermesinin önündeki en önemli etkenlerden birisidir. Kiloya ilişkin damgalama; obez bireylerin kilo verme tedavilerindeki uyumunun azalmasına, tıbbi olarak kendisine yardımı olacak sağlık hizmetlerinden kaçınmasına ve böylece kilo vermenin başarısız olmasına hatta mevcut kilonun artmasına sebep olduğu görülmüştür (74). Literatürde bu konuyla ilgili Lillis ve arkadaşlarının kiloya ilişkin damgalanmanın kilo kaybı üzerine etkisine dair yaptığı çalışmaya 188 birey dahil edilmiştir. 188 katılımcı 3 aylık kilo verme programına katılmıştır. 3 ayın sonunda kiloya ilişkin damgalanması olan bireylerin fazla kiloları vermede, kiloya ilişkin damgalanması olmayan bireylere göre başarısız olduğu görülmüştür (75). Lillis ve arkadaşlarının yaptığı bir başka çalışmada 24 aylık bir kilo verme programına fazla kilolu ve obez bireyler dahil edilmiş ve 6. 12. 18. ve 24. aylarda katılımcılar değerlendirilmiştir. Yine benzer şekilde kiloya ilişkin damgalanmanın bireyin kilo vermesinin önünde bir etken olduğu sonucuna varılmıştır (76).

Fazla kilolu ve obez bireylerde kilolarından ötürü kendilerinden utanma, yapılacak eleştirilerden kaçma ve özsaygısını yitirme gibi durumlar olabilmektedir. Bu gibi durumlarda bireyin sosyal ilişkilerini olumsuz yönde etkiler. Obezler toplum tarafından damgalandıkça kendilerini de damgalamaya başlarlar.

Kiloya ilişkin damgalamaya maruz kalan obezlerin sürekli stres altında olmaları biyolojik yapılarını da etkilemektedir. Derinin altındaki yağ dokunun stres faktörünü arttırması dolayısıyla obez bireylerde sürekli hale gelen kaygı ve stres durumu olur. Bu durum açlık hissini arttırarak gıda alımını arttırmaktadır (77).

Kiloya ilişkin damgalama durumunu açıklamak için kullanılan ölçekler vardır. Bugüne kadar, üç doğrulanmış içselleştirilmiş ağırlık damgası (IWS) ölçümü yayınlanmıştır (78).

IWS'nin doğrulanmış ölçülerinden biri, bizim de çalışmamızda Türkçe dil geçerliliği alınmış halini kullandığımız “Kiloya İlişkin Kendini Damgalama Anketidir” (WSSQ-KKDÖ) (8). WSSQ, kendini aşağı çekme ve içselleştirilmiş damgalanma korkusu arasında ayırım yapan iki alt ölçekten oluşur. Kendini aşağı çekme alt ölçeği, suçluluk, utanç ve kendini suçlamayı vücut ağırlığına göre değerlendirir ve “Kilo sorunlarım yüzünden suçlu hissediyorum” ve “Kilo sorunlarıma ben sebep oldum” gibi maddeleri içerir. İçselleştirilmiş damgalanma korkusu alt ölçeği, kilo nedeniyle başkaları tarafından damgalanmayla ilgili endişeleri değerlendirir, örneğin, “Başkaları kilom yüzünden etrafımda olmaktan utanç duyarlar” ve “Başkaları kilo sorunlarım nedeniyle kendini denetleme eksikliğim olduğunu düşünecek”. O halde, ölçeğin yazarları bu alt ölçeği “içselleştirilmiş damgalanma korkusu” olarak belirtmiş olsalar da, alt ölçeğin ağırlık damgası beklentisi, yani reddedilme korkusu ve diğer faktörler nedeniyle aşağılık duyguları olarak da nitelendirilebileceği belirtilmelidir. Bu yönüyle diğer bir IWS ölçümü olan ağırlık ve Bedenle İlgili Utanç ve Suçluluk Ölçeği (WEB-SG)'nin Utanç alt ölçeği ile önemli ölçüde örtüşür. Damgalanmış bir özellik nedeniyle kendini değersizleştirmenin, başkalarının da aynı şeyi yapacağı beklentisine yol açabileceği iddia edilebilir, ancak bu gerekli bir ön koşul değildir (79). Yine de, Almenara ve arkadaşları, WSSQ'yu kullanarak, kendini değersizleştirmenin, ancak damgalanma korkusunun değil, yüksek kilolu kadınlarda yeme ve kilo endişeleri ile ilişkili olduğunu bildirmiştir (80). Bu nedenle, bu ölçümleri kullanan çalışmalar bize

ağırlıkla ilgili öz inançlar, sağlık ve davranışsal sonuçlar arasındaki ilişki hakkında bir şeyler söylerken, bu bulguların yorumlanması, yapının teorik temelleri üzerinde net bir anlaşmanın olmaması nedeniyle sınırlıdır.

Resmi olarak IWS'nin bir ölçüsü olarak gösterilmese de, Ağırlık ve Bedenle İlgili Utanç ve Suçluluk Ölçeği (WEB-SG; Conradt ve arkadaşları, 2007), kişinin kilosuna ilişkin utanç duygularını ve kilo verme konusunda davranış değişikliği yapmamasına dair suçluluk duygularını değerlendirir. WEB-SG'nin Utanç alt ölçeğindeki altı maddenin çoğu, özellikle başkaları tarafından beklenen reddedilmeye atıfta bulunur. Her iki alt ölçek de beden kabulü, depresif belirtiler ve benlik saygısı puanlarında yemeye ilgili utanç ve suçluluk açıklanır (81).

IWS'nin üçüncü doğrulanmış ölçüsü, Ağırlık Önyargısı İçselleştirme Ölçeği'dir (WBIS; Durso ve Latner, 2008). WBIS, görünüşle ilgili tutumlar, sosyal statü, başkaları tarafından damgalanma korkusu, damgalanma farkındalığı, ağırlık damgasının haklılığına dair algı, kilo durumunun duygusal etkisi, değişim arzusu dahil olmak üzere kiloyla ilgili kendini damgalamanın çeşitli potansiyel yönlerini kapsayan 19 maddelik orjinal bir havuzdan geliştirilmiştir. Bu maddeler çoğunlukla görünüm, damgalanma korkusu, duygulanım ve değişim arzusu ile ilgili tutumları değerlendirir. Özellikle, kendini suçlama, damgalanma farkındalığı ve ağırlık damgasının haklılığına dair algı ile ilgili tüm maddeler ve benlik değeri ile ilgili birkaç madde son ölçekten çıkarılmış ve 11 maddelik nihai ölçek olarak WBIS-11 oluşturulmuştur (82).

Potts ve arkadaşlarının yaptığı randomize kontrollü çalışmada, kiloya ilişkin kendini damgalama oranı yüksek 55 fazla kilolu ve obez yetişkin için diyet ile birlikte kabul ve kararlılık terapisi (ACT) rehberliğinde bireylerin kendi kendine yardımı değerlendirilmiştir. Katılımcıların 17'si, ACT kendi kendine yardım kitabı ve telefon koçluğu (GSH-P; n=17), katılımcılardan 20'si, kendi kendine yardım kitabı ve e-posta istemleri (GSH-E; n=20) ve katılımcılardan 18'i de bir bekleme listesi koşuluna (n=18) randomize edilmiştir. Katılımcıların başlangıçta ve tedavi sonrası 8. haftada çevrimiçi öz bildirim değerlendirmeleri alınmıştır. GSH-P ve GSH-E katılımcıları arasında hiçbir fark olmaksızın, ACT kendi kendine yardım kitabıyla yüksek memnuniyet oranları ve katılım bildirilmiştir. Hem GSH-P hem de GSH-E, bekleme listesine göre kendi kendine damgalanmayı daha fazla

iyileştirmiştir. GSH-P katılımcılarında, sağlıklı beslenme davranışları ve genel fiziksel aktivite daha fazla gelişme gösterilmiştir, ancak GSH-E katılımcılarında bekleme listesinden daha fazla gelişme gösterilmemiştir (67). Bu çalışma terapistle iletişim halinde olmanın kiloya ilişkin kendini damgalamanın üzerindeki olumlu etkisini göstermiştir.

Yeterli fiziksel aktiviteye sahip sağlıklı bir yaşam tarzı kilo yönetimine katkıda bulunabilir. Yine de, birçok insan sağlıklı bir yaşam tarzı sürdürmez. Sağlıklı bir yaşam tarzını teşvik etmek için sağlık hizmeti sağlayıcıları, hastalarının kiloyla ilgili endişelerine uygun farklı öneriler veya müdahaleler sağlamalıdır (83). Saffari M. ve arkadaşlarının yaptığı akıllı telefon bağımlılığının ağırlık damgası ve fiziksel aktivite arasındaki ilişki üzerindeki düzenleyici etkisi konulu çalışmasında, hem kilo damgasının hem de akıllı telefon bağımlılığının olumsuz etkilerini ele alacak müdahaleler tasarlamının, kadın üniversite öğrencilerinde fiziksel aktiviteyi iyileştirmeye yardımcı olabileceği düşünülmüştür (84). Bu da bize süreçte kontrolü sağlayacak sağlık hizmeti sağlayıcısı ile görüşmenin gerekliliğini gösterir.

Obezite bireysel bir sorundan ziyade çevresel bir sorun olarak tanımlandığı zaman, obeziteyle ilgili damgalayıcı olmayan politikalara yönelik desteğin daha yüksek olduğu görülmüştür (85).

Novo Nordisk Türkiye ve Türkiye Obezite Araştırma Derneği (TOAD) ile beraber yapılan ‘‘Hadi Birlikte’’ kampanyası ile toplumdaki obezleri bilinçlendirmek ve obezlerin maruz kaldığı damgalamanın engellenmesi amaçlanmıştır (86). Obez bireylerin damgalanma durumunda nasıl davranmaları gerektiği ve toplumdaki bireylerin obez bireylere nasıl davranması gerektiğine dair bilinçlendirme sağlanması amaçlanmıştır.

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1. ÇALIŞMA TÜRÜ VE EVRENİ

Kesitsel ve tanımlayıcı nitelikte bir çalışma olarak planlanan bu çalışmaya S.B.Ü. Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniğine 01 Mart 2021-31 Mayıs 2021 tarihleri arasında başvuran, dahil olma kriterlerine uyan, aydınlatılmış onam formu imzalayarak çalışmaya katılmayı kabul eden, konu hakkındaki önceki çalışmalar incelendiğinde bilinmeyen evrende %50 görülme sıklığı, %95 güven aralığı, %5 hata payı ve %10 fire payı ile 386 hasta dahil edilmiştir.

3.2. ÇALIŞMAYA DAHİL EDİLME VE DIŞLANMA KRİTERLERİ

Dahil edilme kriterleri:

1. Çalışmamıza 01 Mart 2021-31 Mayıs 2021 tarihleri arasında Aile Hekimliği Polikliniğine başvuran, 18 yaş ve üzeri
2. $BMI \geq 30 \text{ kg/m}^2$
3. Çalışmaya katılmayı tam bir gönüllülükle kabul eden hastalar dahil edilmiştir.

Dışlanma Kriterleri:

1. Gebe olan
2. Emziren
3. $BMI < 30 \text{ kg/m}^2$ olan
4. <18 yaş olan hastalar çalışmamıza dahil edilmemiştir.

3.3. ÇALIŞMADA KULLANILAN VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Aile Hekimliği Polikliniğine ilk kez başvuran hastalarda Aile Hekimliği polikliniğinde rutin olarak bakılan boy, kilo, beden kitle indeksi, bel çevresi gibi antropometrik özellikler, eşlik eden hastalıklar, kadınlarda menapoz durumu, sigara ve alkol kullanım durumu gibi tıbbi durumlar, beslenme ve fiziksel aktivite özellikleri sorgulanmıştır. Katılımcıların bel çevresi ölçümü cm cinsinden umblikus hizasından mezura ile araştırmacı tarafından yapılmıştır. Katılımcıların boy ve kilo

ölçümleri polikliniklerde bulunan Desis marka kilo ve boy ölçüm cihazıyla araştırmacı kontrolünde yapılmıştır. Katılımcıların beden kitle indeksi ölçümü boy ve kilo ölçümü yapıldıktan sonra vücut ağırlığının kg cinsinden değerinin boyun metre cinsinden değerinin karesine bölümüyle hesaplanmıştır. Katılımcılara 12 sorudan oluşan kilo açısından kendini damgalama ölçeği uygulanmıştır.

Çalışmaya dahil edilebilen hastaların kabul onamları alındıktan sonra sosyodemografik özellikleri, antropometrik özellikleri, tıbbi durumları, beslenme ve fiziksel aktivite özellikleri ile ilgili soruların olduğu anket ve kilo açısından kendini damgalama ölçeği araştırmacı tarafından uygulanmıştır.

“Kiloya ilişkin kendini damgalama ölçeği(KKDÖ)”Lillis ve ark. tarafından geliştirilmiş, 5’li likert tipinde, 12 madde ve 2 alt boyuttan oluşmaktadır (Kendini aşağıya çekme 1-6, İçselleştirilmiş damgalama korkusu 7-12. maddeler). KKDÖ Türkçe dil geçerliliği ise Satı DOĞAN ve ark. Tarafından yapılan geçerlilik ve güvenirlik çalışması ile alınmıştır (87).

3.4. ÇALIŞMA HİPOTEZİ VE DEĞİŞKENLERİ

Çalışmanın temel hipotezi;

H0: Obez bireylerde kiloya ilişkin kendilerini damgalama yoktur.

H1: Obez bireylerde kiloya ilişkin kendilerini damgalama vardır.

Çalışmanın bağımsız değişkenleri cinsiyet, eğitim durumu, yaş, çalışma durumu, menapoz durumu, sigara ve alkol kullanım durumu, kronik hastalıklar, boy, kilo, BKİ, bel çevresi, kiloya ilişkin kendini damgalama puanıdır.

3.5. ÇALIŞMA VERİLERİNİN ANALİZİ

Çalışma verileri SPSS 15,0 programında analiz edilmiştir. Analizlerde tanımlayıcı ölçütlerden frekans, sıklık, yüzde, ortalama, standart sapma, ortanca, minimum ve maksimum değerler kullanılmıştır. Normal dağılım gösteren sürekli değişkenlerde Student t testi, ANOVA test, Pearson korelasyon analizi kullanılırken, anormal dağılım gösteren değişkenlerin değerlendirilmesinde Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır. Tüm analizler sonucunda p değerinin 0,05 altında olması anlamlı olarak kabul edilmiştir.

3.6. ÇALIŞMANIN ETİK BOYUTU

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kartal Dr. Lutfi Kırdar Şehir Hastanesi Etik Kurulu'ndan 24.02.2021 tarihli ve 514/196/12 numaralı alınan etik kurul karar formu Ek-1 ile sunulmuştur. Tez onay formu Ek-2 ile sunulmuştur. Çalışmaya katılmaya gönüllü olan katılımcılara çalışmayla ilgili bilgi verilmiş ve tüm katılımcılar Aydınlatılmış Onam Formunu (Ek-3) okuyarak imzalamışlardır.

3.7. ÇALIŞMANIN KISITLILIKLARI

Çalışmamızda kadın katılımcıların yüksek oranda olması, katılımcıların yaş ortalamasının genel toplum yaş ortalamasından yüksek olması, katılımcıların kronik hastalık oranlarının yüksek olması, çalışmamızın önemli bir kısmının aile hekimliğine bağlı kaynarca diyabet merkezinde yapılmış olması, çalışmaya sadece obez hastaların dahil edilmesi başlıca kısıtlılıklardandır.

4.BULGULAR

Çalışmaya toplam 386 obez birey dahil edilmiştir. Katılımcıların %64.8 (n=250)'si kadın, %35.2 (n=136)'sı erkektir. Katılımcıların yaş ortalaması 52.8±12.1 yıldır. Katılımcıların %61.2 (236)'sı çalışmıyordu. Katılımcıların %93.5 (361) ailesiyle yaşıyordu ve %84.5 (n=326)'sı evliydi. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri Tablo 2'de verilmiştir.

Tablo 2. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

		Kadın % (n)	Erkek % (n)	Toplam % (n)
Yaş		52.6±12.7	53.3±11.0	52.8±12.1
	<35 yaş	8.8(22)	3.7(5)	7.0(27)
	35-64 yaş	74.0(185)	78.7(107)	75.6(292)
	≥65 yaş	17.2(43)	17.6(24)	17.4(67)
Eğitim Durumu	Okur yazar değil	17.6(44)	0.0(0)	11.4(44)
	≤ 8 yıl	67.2(168)	72.1(98)	68.9(266)
	≥ 9 yıl	15.2(38)	27.9(38)	19.7(76)
Medeni Durum	Evli	82.0(205)	89.0(121)	84.5(326)
	Bekar	4.4(11)	3.7(5)	4.1(16)
	Dul/ Boşanmış	13.6(34)	7.4(10)	11.4(44)
Çalışma Durumu	Çalışmıyor	78.0(195)	30.1(41)	61.2(236)
	Çalışıyor	22.0(55)	69.9(95)	38.9(150)
Yaşama Ortamı	Tek Başına	7.2(18)	5.1(7)	6.5(25)
	Ailesiyle	92.8(232)	94.9(129)	93.5(361)
Sigara	Var	11.2(28)	56.6(77)	27.2(105)
	Yok	88.8(222)	43.4(59)	72.8(281)
Alkol	Var	2.4(6)	25.0(34)	10.4(40)
	Yok	97.6(244)	75.0(136)	89.6(346)

Katılımcıların %33.9 (n=131)'inde hipertansiyon, %68.4(n=264)'ünde diyabet ve %39.1(n=151)'inde dislipidemi mevcuttu. Psikiyatrik hastalık bulunan katılımcı oranı ise %6 (n=23)'dür. Katılımcıların %35.8 (n=138)'inin çocukluk çağında obezitesi mevcuttu. Ailesinde obez birey olan katılımcı oranı

%52.3(n=202)'dir. Kadın katılımcıların %61.1(154)'ü menapozdaydı. Katılımcıların tıbbi durumları Tablo 3 ile gösterilmiştir.

Tablo 3. Katılımcıların tıbbi durumları

		Kadın % (n)	Erkek % (n)	Toplam % (n)
Hipertansiyon	Var	33.2 (83)	35.3 (48)	33.9 (131)
	Yok	66.8 (167)	64.7 (88)	66.1 (255)
Diyabet	Var	65.6 (164)	73.5 (100)	68.4 (264)
	Yok	34.4 (86)	26.5 (36)	31.6 (122)
Dislipidemi	Var	37.6 (94)	41.9 (57)	39.1 (151)
	Yok	62.4 (156)	58.1 (79)	60.9 (235)
Psikiyatrik Hastalık	Var	7.2 (18)	3.7 (5)	6.0 (23)
	Yok	92.8 (232)	96.3 (131)	94.0 (363)
Menapoz Durumu	Var	61.1(154)		
	Yok	38.9(98)		
Ailede Obezite	Var	52.8 (132)	51.5 (70)	52.3 (202)
	Yok	47.2 (118)	48.5 (66)	47.7 (184)
Çocuklukta Obezite	Var	36.4 (91)	34.6 (47)	35.8 (138)
	Yok	63.6 (159)	65.4 (89)	64.2 (248)

Katılımcıların antropometrik özellikleri incelendiğinde boy ortalamalarının 163.8 ± 7.9 cm, kilo ortalamalarının 91.9 ± 11.0 kg, bel çevrelerinin 111.8 ± 12.7 cm olduğu görülmüştür. Katılımcıların ortalama beden kitle indeksi 34.2 ± 3.3 kg/m²'dir. Beden kitle indekslerine göre katılımcıların %68.1 (n=263)'ü hafif obez, %25.1(n=97)'si orta derece obez ve %6.7 (n=26)'sı morbid ve süper obezdir. Katılımcıların antropometrik özellikleri Tablo 4'de gösterilmiştir.

Tablo 4. Katılımcıların antropometrik özellikleri

	Kadın	Erkek	Toplam
Boy	159.5±5.0	171.9±5.7	163.8±7.9
Kilo	88.5±10.1	98.2±9.7	91.9±11.0
Bel çevresi	111.1±13.2	113.2±11.8	111.8±12.8
BKİ	34.8±3.6	33.2±2.4	34.2±3.3
Hafif obez	59.6(149)	83.8(114)	68.1(263)
Orta derecede obez	31.6(79)	13.2(18)	25.1(91)
Morbid ve süper obez	8.8(22)	2.9(4)	6.7(26)

Katılımcıların fiziksel aktivite durumları sorgulanmış ve katılımcıların %66.3(n=256)'sının haftada 3 defa 30 dakikadan az egzersiz yapmış olduğu, %30.6 (n=118)'inin haftada 3-4 gün en az 30 dakika egzersiz yaptığı görülmüştür. Haftada en az 5 defa 30 dakika egzersiz yapan katılımcı oranı %3.1(n=12)'dir.

Katılımcıların beslenme durumunu değerlendirmek için ana öğün sayıları, ara öğün durumları ve gece atıştırması sorgulanmıştır. Katılımcıların ana öğün sayıları sorgulanmış ve katılımcıların %47.7(n=187)'sinin 2 ana öğün, %52.3 (n=202)'sinin ise 3 ana öğün yaptığı görülmüştür. Katılımcıların ara öğün durumları sorgulanmış ve katılımcıların %48.4 (n=126)'sının ara öğün aldığı görülmüştür. Katılımcıların gece atıştırması yapma durumları sorgulanmış ve katılımcıların %32.6(n=126)'sının gece atıştırması yaptığı görülmüştür.

Katılımcıların kiloya ilişkin kendini damgalama ölçeğinden almış oldukları toplam puan ortalaması 39.1±9.3'tür. Katılımcılar ölçekten en az 18 en çok 60 puan almışlardır. Katılımcıların ölçek toplam puan ortalamaları, cinsiyet, yaş, kadınların menapoz durumu ve psikiyatrik hastalık varlığına göre anlamlı farklılık göstermekteydi. Katılımcıların KKDÖ puanı ile sosyodemografik ve tıbbi özellikleri arasındaki ilişki Tablo 5'te verilmiştir.

Tablo 5. Katılımcıların KKDÖ puanı ile sosyodemografik ve tıbbi özellikleri arasındaki ilişki

		Ortalama±SS	P
Cinsiyet	Kadın	40.6±9.7	0.000
	Erkek	36.5±8.1	
Yaş	<35 yaş	44.4±10.3	0.000
	35-64 yaş	39.3±9.3	
	≥65 yaş	36.2±8.1	
Eğitim durumu	Okur yazar değil	37.8±9.4	0.433
	≤ 8 yıl	39.0±9.4	
	≥ 9 yıl	40.1±9.3	
Medeni durum	Evli	39.2±9.5	0.114
	Bekar	43.0±9.4	
	Dul/ Boşanmış	37.3±7.8	
Sosyal güvence	SGK	39.2±9.3	0.255
	Diğer	34.8±8.4	
Çalışma Durumu	Çalışıyor	39.5±9.0	0.483
	Çalışmıyor	38.8±9.6	
Yaşama Ortamı	Tek Başına	39.1±7.9	0.997
	Ailesiyle	39.1±9.4	
Menapoz Durumu	Var	38.6±9.5	0.000
	Yok	43.6±9.3	
Psikiyatrik hastalık	Var	44.6±9.7	0.004
	Yok	38.8±9.3	
Sigara Kullanımı	Var	39.4±8.5	0.710
	Yok	39.0±9.6	
Alkol Kullanımı	Var	36.8±7.0	0.096
	Yok	39.4±9.5	

Bağımsız gruplarda T testi, tek yönlü anova testi

Katılımcıların kiloya ilişkin kendini damgalama ölçeği alt boyutlarından kendini aşağı çekme boyutundan almış oldukları toplam puan ortalaması 21.3 ± 4.9 'dur. Katılımcılar ölçek alt boyutundan en az 10 en çok 30 puan almışlardır. Katılımcıların alt ölçek toplam puan ortalamaları psikiyatrik hastalık varlığı ve cinsiyet durumuna göre anlamlı farklılık göstermekteydi. Katılımcıların kendini aşağı çekme alt boyutundan aldıkları puan ile sosyodemografik ve tıbbi özellikleri arasındaki ilişki Tablo 6'da verilmiştir.

Tablo 6. Katılımcıların kendini aşağı çekme alt boyutundan aldıkları puan ile sosyodemografik ve tıbbi özellikleri arasındaki ilişki

		Ortalama±SS	P
Cinsiyet	Kadın	21.7±5.2	0.029
	Erkek	20.5±4.3	
Yaş	<35 yaş	23.3±5.8	0.062
	35-64 yaş	21.3±4.9	
	≥65 yaş	20.6±4.4	
Eğitim durumu	Okur yazar değil	20.9±5.1	0.772
	≤ 8 yıl	21.4±4.9	
	≥ 9 yıl	21.2±4.8	
Medeni durum	Evli	21.3±5.0	0.589
	Bekar	22.1±4.6	
	Dul/ Boşanmış	20.7±4.4	
Sosyal güvence	SGK	21.3±4.9	0.359
	Diğer	19.5±5.3	
Çalışma Durumu	Çalışıyor	21.2±4.7	0.861
	Çalışmıyor	21.3±5.0	
Yaşama Ortamı	Tek Başına	21.8±4.5	0.575
	Ailesiyle	21.3±4.9	
Menapoz Durumu	Var	21.2±5.0	0.056
	Yok	22.5±5.3	
Psikiyatrik hastalık	Var	23.9±4.7	0.010
	Yok	21.1±4.9	
Sigara Kullanımı	Var	21.6±4.4	0.532
	Yok	21.2±5.1	
Alkol Kullanımı	Var	20.3±3.9	0.093
	Yok	21.4±5.0	

Bağımsız grupta T testi, tek yönlü anova testi

Katılımcıların kiloya ilişkin kendini damgalama ölçeği alt boyutlarından içselleştirilmiş damgalanma korkusu alt boyutundan almış oldukları toplam puan ortalaması 17.8±5.3'dür. Katılımcılar ölçek alt boyutundan en az 6 en çok 30 puan almışlardır. Katılımcıların alt ölçek toplam puan ortalamaları cinsiyet, yaş, medeni

durum, psikiyatrik hastalık varlığı ve kadınlarda menapoz durumuna göre anlamlı farklılık göstermekteydi. Katılımcıların içselleştirilmiş damgalanma korkusu alt boyutundan aldıkları puan ile sosyodemografik ve tıbbi özellikleri arasındaki ilişki Tablo 7’de verilmiştir.

Tablo 7. Katılımcıların içselleştirilmiş damgalanma korkusu alt boyutundan aldıkları puan ile sosyodemografik ve tıbbi özellikleri arasındaki ilişki

		Ortalama±SS	P
Cinsiyet	Kadın	18.8±5.5	0.000
	Erkek	15.9±4.6	
Yaş	<35 yaş	21.0±5.1	0.000
	35-64 yaş	18.0±5.3	
	≥65 yaş	15.5±4.6	
Eğitim durumu	Okur yazar değil	16.9±5.3	0.096
	≤ 8 yıl	17.6±5.3	
	≥ 9 yıl	18.9±5.3	
Medeni durum	Evli	17.8±5.4	0.025
	Bekar	20.8±5.7	
	Dul/ Boşanmış	16.5±4.3	
Sosyal güvence	SGK	17.8±5.3	0.255
	Diğer	15.3±5.5	
Çalışma Durumu	Çalışıyor	18.3±5.2	0.167
	Çalışmıyor	17.5±5.4	
Yaşama Ortamı	Tek Başına	17.2±4.4	0.663
	Ailesiyle	17.8±5.4	
Menapoz Durumu	Var	17.4±5.3	0.000
	Yok	21.1±5.0	
Psikiyatrik hastalık	Var	20.7±5.8	0.008
	Yok	17.6±5.3	
Sigara Kullanımı	Var	17.8±5.1	0.941
	Yok	17.8±5.4	
Alkol Kullanımı	Var	16.5±4.5	0.066
	Yok	17.9±5.4	

Bağımsız gruplarda T testi, tek yönlü anova testi

Katılımcıların çocukluk çağı obezitesi olma durumuna göre ölçekten aldıkları puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık mevcuttur. Çocukluk çağı obezitesi olan katılımcıların KKDÖ toplam puanı ve alt boyut puanları anlamlı olarak yüksektir. Şöyle ki çocukluk çağı obezitesi olan katılımcıların ölçekten aldıkları toplam puan 44.0 ± 8.8 iken çocukluk çağı obezitesi olmayanlarda ölçek toplam puanı 36.4 ± 8.5 'dir. Benzer şekilde ailesinde obez birey olan katılımcıların ölçek toplam puanı, alt boyutlardan aldıkları puan ortalamaları ailesinde obez birey bulunmayanlara göre anlamlı olarak yüksektir. Şöyle ki ailesinde obez birey olanların ölçek toplam puanı 41.0 ± 9.7 iken ailesinde obez birey olmayanların ölçekten aldıkları puan 37.0 ± 8.4 'tür. Katılımcıların çocukluk çağı obezitesi ve ailede obez birey varlığı ile ölçek puanları arasındaki ilişki Tablo 8 ile gösterilmiştir.

Tablo 8. Katılımcıların çocukluk çağı obezitesi ve ailede obez birey varlığı ile ölçek puanları arasındaki ilişki

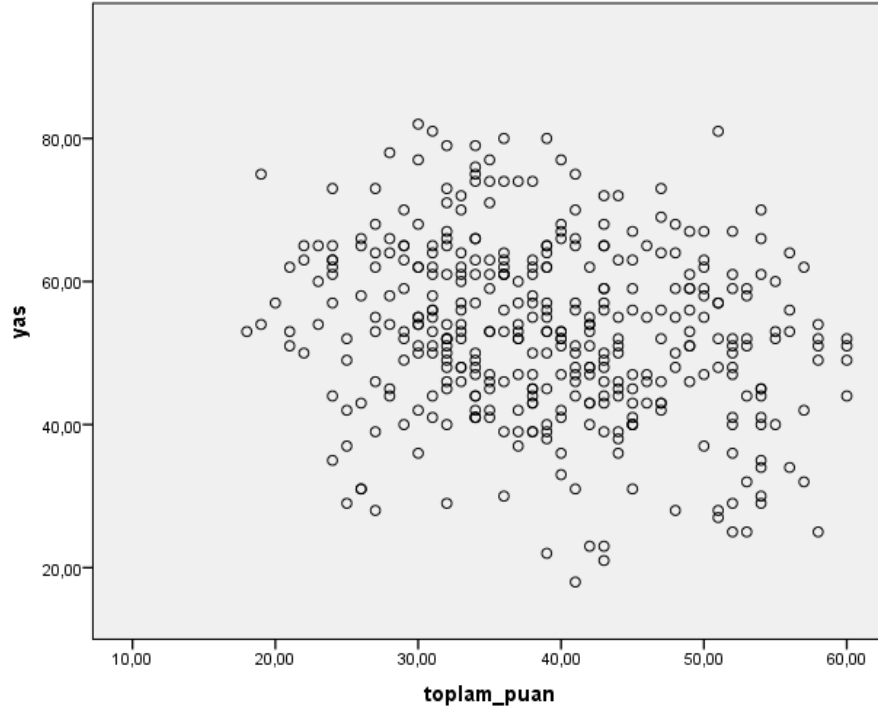
		Ölçek toplam puanı	KAÇ puanı	İDK puanı
Çocukluk çağı obezitesi	Var	44.0 ± 8.8	23.4 ± 4.8	20.6 ± 5.1
	Yok	36.4 ± 8.5	20.1 ± 4.6	16.2 ± 4.8
	P değeri	0.000	0.000	0.000
Ailede obez birey varlığı	Var	41.0 ± 9.7	22.0 ± 5.1	19.0 ± 5.4
	Yok	37.0 ± 8.4	20.5 ± 4.6	16.5 ± 5.0
	P değeri	0.000	0.002	0.000

Katılımcıların egzersiz durumları ve ölçekten aldıkları puanlar incelendiğinde her üç ölçek puanı için de haftalık olarak egzersiz yapma oranı arttıkça ortalama puan anlamlı olarak azalmaktadır. Katılımcılardan gece atıştırması olanların toplam puanları, KAÇ puanı ve İDK puanları gece atıştırması olmayanlara göre anlamlı olarak yüksektir (sırasıyla 41.6 ± 9.4 vs 37.9 ± 9.1 ; 22.5 ± 4.7 vs 20.7 ± 4.9 ; 19.1 ± 5.2 vs 17.1 ± 5.3). Katılımcılardan 2 ana öğün yapanların aldıkları KAÇ puanı 3 öğün yapanlara göre anlamlı olarak yüksektir. Katılımcıların beslenme ve fiziksel aktivite özellikleri ile ölçek puanları arasındaki ilişki Tablo 9 ile verilmiştir.

Tablo 9. Katılımcıların beslenme ve fiziksel aktivite özellikleri ile ölçek puanları arasındaki ilişki

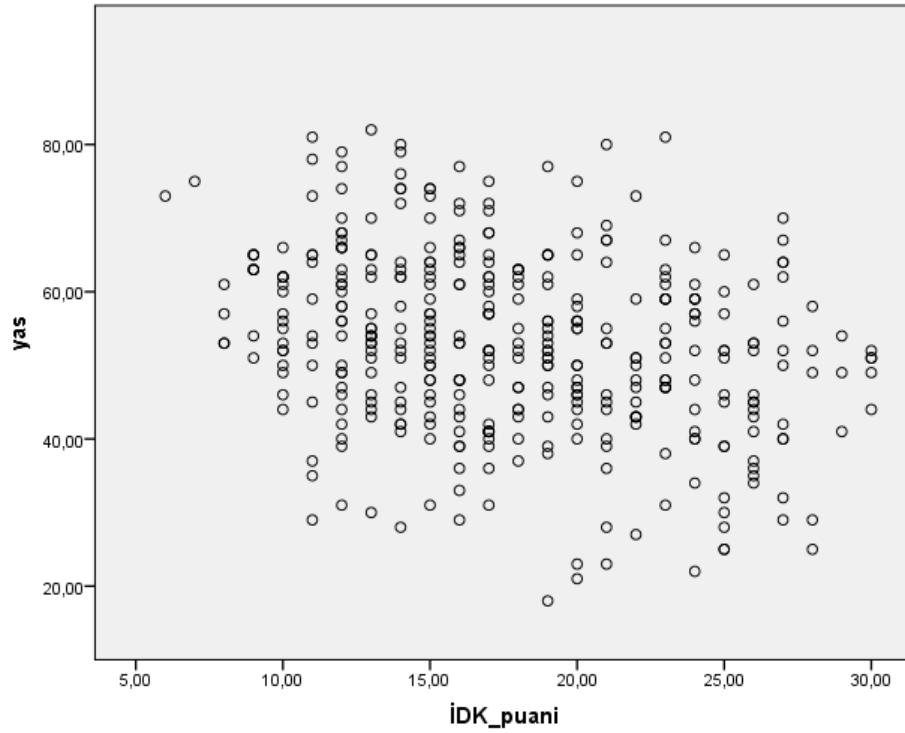
		Toplam puanı	KAÇ puanı	İDK puanı
Egzersiz durumu	Haftada 3 kez 30 dakikadan az	40.4±9.5	22.1±4.8	18.3±5.5
	Haftada 3-4 kez 30 dakika	36.7±8.5	19.7±4.7	16.9±5.0
	Haftada en az 5 kez 30 dakika	34.6±7.1	19.0±4.4	15.6±4.2
	P değeri	0.000	0.000	0.033
Gece atıştırması	Var	41.6±9.4	22.5±4.7	19.1±5.2
	Yok	37.9±9.1	20.7±4.9	17.1±5.3
	P değeri	0.000	0.001	0.001
Ana öğün sayısı	2 öğün	40.0±9.7	21.8±5.0	18.1±5.5
	3 öğün	38.3±9.0	20.8±4.8	17.5±5.2
	P değeri	0.085	0.036	0.287
Ara öğün	Var	39.7±9.2	21.3±4.9	17.9±5.3
	Yok	39.0±9.5	21.3±4.9	17.7±5.4
	P değeri	0.829	0.983	0.721

Katılımcıların yaş ve ölçek toplam puanı saçılma eğrisi Şekil 3 ile verilmiştir. Katılımcıların yaşı ile ölçek toplam puanı arasında negatif yönde zayıf anlamlı bir korelasyon mevcuttur ($r=-0,217$; $p=0,000$; $R=0.004$).



Şekil 3. Katılımcıların yaş ve ölçek total puanı saçılma eğrisi

Katılımcıların yaş ve İDK puanı saçılma eğrisi Şekil 4’de verilmiştir. İDK puanı ile negatif yönde zayıf anlamlı bir korelasyon mevcuttur ($r=-0.289$; $p=0,000$; $R=0,083$). Öte yandan katılımcıların yaşı ile KAÇ puanları arasında anlamlı bir korelasyon saptanamamıştır.



Şekil 4. Katılımcıların yaş ve İDK puanı saçılma eğrisi

Katılımcıların antropometrik değerleri ve ölçek puanları arasındaki korelasyon ilişkisi Tablo 10’da verilmiştir. Tablo izlendiğinde ölçeğin puanlarının boy dışında bütün antropometrik ölçülerle zayıf-orta anlamlı korelasyon gösterdiği görülmüştür.

Tablo 10. Katılımcıların antropometrik değerleri ile ölçek puanları arasındaki korelasyon ilişkisi

	Toplam puanı	KAÇ puanı	İDK puanı
Boy	$r=-0.064$ $p=0.211$	$r=-0.056$ $p=0.268$	$r=-0.059$ $p=0.245$
Kilo	$r=0.330$ $p=0.000$	$r=0.285$ $p=0.000$	$r=0.314$ $p=0.000$
Bel çevresi	$r=0.374$ $p=0.000$	$r=0.344$ $p=0.000$	$r=0.336$ $p=0.000$
BKI	$r=0.473$ $p=0.000$	$r=0.409$ $p=0.000$	$r=0.448$ $p=0.000$

Katılımcıların BKİ sınıfları ile ölçekten aldıkları puanlar arasındaki ilişki Tablo 11’de verilmiştir.Tablo izlendiğinde tüm puanlar için hafif obezden süper obeze giderken puanlar anlamlı olarak artmaktadır.

Tablo 11. Katılımcıların BKİ sınıfları ile ölçekten aldıkları puanlar arasındaki ilişki

		Toplam puanı	KAÇ puanı	İDK puanı
BKİ	Hafif obez	36.5±8.2	20.1±4.5	16.4±4.8
	Orta derece obez	43.4±9.1	23.5±4.8	19.9±5.2
	Morbid ve süper obez	49.2±8.8	25.5±4.7	23.7±5.2
	P değeri	0.000	0.000	0.000

5.TARTIŞMA

Obezite anatomik ve metabolik birçok hastalığı beraberinde getirdiği gibi psikiyatrik problemleri de beraberinde getirir. Obez bireyler hem kendilerini damgalayabilir hem de toplum tarafından damgalanabilirler. Obez bireyler toplum tarafından da ayrımcılık ve daha zor kabul görme gibi durumlarla karşı karşıya kalabilmektedir. Bu durum bireyin yaşamını sürdürdüğü her alanda karşısına çıkabilmektedir. Bu durum obezite damgalaması olarak isimlendirilir (50). Kilo damgalaması, obez bireylerin fazla kiloları ve görünüşleri sebebiyle toplum tarafından değersiz görülmeleri ve daha aşağıda görülmeleridir (66). Kiloya ilişkin kendini damgalama anketi; obez bireylerin anatomik ve metabolik bozukluklarının yanı sıra ruhsal durumu hakkında fikir sahibi olunup, gerekli desteği alması için yönlendirilmesi açısından önemlidir.

Çalışmamıza Aile Hekimliği Polikliniği'ne başvuran, 18 yaş ve üzerinde, $BMI \geq 30 \text{ kg/m}^2$ olan, çalışmaya katılmayı tam bir gönüllülükle kabul eden toplam 386 obez birey dahil edilmiştir. Katılımcıların %64.8 (n=250)'si kadın, %35.2 (n=136)'sı erkektir. Katılımcıların yaş ortalaması 52.8 ± 12.1 yıldır. Katılımcıların büyük çoğunluğu ilkokul (%40.4; n=156) mezunu ve %84.5 (n=326)'sı evliydi. Katılımcıların cinsiyet temelli olarak genel özellikleri incelendiğinde eğitim düzeyleri ve çalışma durumları arasında anlamlı farklılık mevcuttu. Kadın katılımcıların %17.6 (n=44)'ü okuryazar değilken erkek katılımcılarda okuryazar olmayan katılımcı yoktu. Benzer şekilde kadın katılımcıların %78 (n=195)'i çalışmaz iken bu oran erkek katılımcılarda %30.1 (n=41)'dir. Çalışmaya katılan obez bireylerin kilo açısından kendini damgalama ölçeği toplam puanı, ölçek alt boyutlarından kendini aşağı çekme ve içselleştirilmiş damgalanma korkusu puanı ile sosyodemografik özellikler, çocukluk çağı obezitesi, ailede obezite varlığı, egzersiz durumu, gece atıştırması, ana öğün sayısı, ara öğün varlığı, psikiyatrik hastalık varlığı karşılaştırılmıştır. Çocukluk çağı obezitesi, ailede obezite varlığı, gece atıştırmasının olması, psikiyatrik hastalık ve kadın cinsiyet ile kendini damgalama arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Egzersiz süresi ve yaş ile kendini damgalama arasında negatif ilişki saptanmıştır. Çalışmaya dahil edilen tüm

katılımcılar karşılaştırıldığında obezite derecesi arttıkça ölçeklerden aldıkları toplam puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır.

Literatür incelendiğinde Yaşar ve arkadaşlarının kilo alımında kendini damgalama ve duygusal yeme arasındaki ilişkinin saptanması ile ilgili 18 yaş üstü 211 obez bireyle yaptığı çalışmada bireylerin %80,6 (n=170)'i kadın, %19,4(n=41)'i erkek bulunmuştur. Katılımcıların yaş ortalaması $42,7 \pm 11,6$ yıldır. Çalışmadaki bireylerin %73 (n=154)'ü evli, %14,2 (n=30)'u bekar, %12,8 (n=27)'si dul veya boşanmıştır. Bizim yaptığımız çalışmaya toplam 386 obez birey dahil edilmiştir. Katılımcıların %64.8 (n=250)'si kadın, %35.2 (n=136)'sı erkektir. Katılımcıların yaş ortalaması 52.8 ± 12.1 yıldır. Katılımcıların %84,5 (n=326)'sı evli, %4,1 (n=16)'sı bekar, %11.4 (n=44)'ü dul veya boşanmıştır. Yaşar ve arkadaşlarının yaptığı çalışmadaki bireylerde; evlilere göre evli olmayanlarda İDK puanı istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur (88). Bizim çalışmamızdaki bireylerde İDK puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Bu farkın iki çalışmaya dahil edilen katılımcıların cinsiyet ve yaşları arasındaki farktan kaynaklanabileceği düşünülmüştür.

Demiral ve arkadaşlarının obez bireylerde kiloyla ilişkili kendini damgalamanın erken dönem uyumsuz şemalarla ilişkisinin incelenmesine ilişkin %92 (n=243)'ü kadın, %8 (n=21)'i erkek 18 yaş üstü 264 obez bireyle yaptığı çalışmada katılımcıların %72,4 (n=191)'i evli, %27,6 (n=73)'ü boşanmış, dul veya bekardır. Demiral ve arkadaşlarının çalışmasında medeni durum ile kiloya ilişkin kendini damgalama ölçeği toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (9). Yaptığımız çalışmaya dahil ettiğimiz 386 obez bireyin %64.8 (n=250)'si kadın, %35.2 (n=136)'sı erkek olup, bunların %84,5 (n=326)'sı evli, %4,1 (n=16)'sı bekar, %11.4 (n=44)'ü dul veya boşanmış olarak saptanmış ve kiloya ilişkin kendini damgalama ölçeği toplam puanı ile medeni durum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Damgalanmaya en sık eşler veya aileler tarafından maruz kalındığı ileri sürülmüştür (73). Bunun aksine bekarların evlilere göre damgalamaya daha fazla maruz kaldığını gösteren çalışmalar da mevcuttur (89). Fark bulunamamasının sebebi bekarların da arkadaşları veya ailesiyle yaşıyor olması olabilir (9). Çalışmamızda yalnız yaşayanlar ve

yaşamayanlar arasında kendini damgalama açısından anlamlı fark bulunamamıştır, katılımcıların kiminle yaşadığı ayrıca sorulmamıştır.

Fung C. ve arkadaşlarının yaptığı genç yetişkinlerde kilo durumuna göre fiziksel aktivite üzerine kiloya ilişkin kendini damgalama durumu ve ilişkili psikososyal faktörlere dair 18-30 yaş arası 325 yetişkinin dahil edildiği bir çalışmada fazla kilosu olmayan kişiler ve fazla kilolu kişilerin fiziksel aktivite için farklı düşüncelere sahip olduğu ve kiloya bağlı kendini damgalamanın, fiziksel aktiviteye katılım üzerinde olumsuz etkisi olduğu sonucuna varılmıştır (83). Saffari M. ve arkadaşlarının kilo ile ilişkili kendini damgalama ve akıllı telefon bağımlılığının üniversiteli kız öğrencilerin fiziksel aktivite düzeylerine etkisi üzerine 391 üniversiteli kız öğrenciyi dahil ettiği çalışmanın sonucunda fiziksel aktif ve aktif olmayan gruplar arasında kilo durumu, akıllı telefon bağımlılığı ve ağırlık damgası açısından anlamlı farklılıklar olduğu ve akıllı telefon bağımlılığının ağırlık damgası ile fiziksel aktivite arasındaki ilişkide düzenleyici rolü olduğu bulunmuştur (84). Bizim çalışmamıza ise 386 obez olan birey dahil edilmiştir. Katılımcıların egzersiz durumları ve ölçekten aldıkları puanlar incelendiğinde her üç ölçek puanı (Toplam ölçek puanı, KAÇ puanı ve İDK puanı) için de haftalık olarak egzersiz yapma oranı arttıkça ortalama puanlar anlamlı olarak azalmaktadır. Bu da bize Fung C. ve arkadaşlarının varmış olduğu sonuca benzer şekilde, bireyin kendini damgalama durumu ile fiziksel aktiviteye katılım durumu arasında negatif ilişki olduğunu düşündürmektedir. Saffari M. ve arkadaşlarının çalışması da göz önünde bulundurulduğunda kişinin yaşam tarzının kendini damgalamada etkili olduğu düşünülmektedir.

Chan ve arkadaşlarının yaptığı Hong Kong'daki fazla kilolu olan ve olmayan çocuklar arasında kiloyla ilgili kendini damgalama ve zihinsel sağlık koşullarının farklılıklarının test edildiği bir çalışmada fazla kilolu çocukların daha yüksek düzeyde kendini damgalama eğiliminde olduğu; kiloyla ilgili kendini damgalama düzeyi daha yüksek olanların daha fazla zihinsel sağlık sorunu ile başvurduğu bulunmuştur (90). Bizim çalışmamıza ise 18 yaş üzeri obez bireyler dahil edilmiştir; katılımcıların çocukluk çağı obezitesi olma durumuna göre ölçekten aldıkları puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık mevcuttur. Çocukluk çağı obezitesi olan katılımcıların ölçek toplam puanı ve alt boyut puanları anlamlı olarak yüksektir. Bu

sonuçlar bize çocukluk çaėında olan obezitenin yařam boyu kendini damgalamada etkili olduėunu dűřűndűrmektedir.

Kaya ve arkadaşlarının yaptığı obez kadınlarda cinsel işlev ile kilo açısından kendini damgalama arasındaki ilişkinin incelenmesine ilişkin yaptığı çalışmaya vűcút kitle indeksi 30 ve űzerindeki, aktif cinsel yaşamı olan 140 kadın katılmıştır. Çocuklukta obezite varlığının katılımcıların %50 (n=70)'inde olduğu gűrűlműřtűr. Kaya ve arkadaşlarının çalışmasında kiloya ilişkin kendini damgalama ۆleėi toplam puanı ile çocukluk çağında obezite varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (91). Bizim alışmamızda ise katılımcıların %64.8 (n=250)'si kadın, %35.2 (n=136)'sı erkekti ve katılımcıların %35.8 (n=138)'inde çocukluk ağı obezitesi mevcuttu. Bizim alışmamızda da kiloya ilişkin kendini damgalama ۆleėi toplam puanı ile çocukluk ağı obezitesi arasında anlamlı istatistiksel fark vardır. Bu durum; obezitenin çocukluk çağında olmasının, erken yaşta toplumsal ayrımcılığa ve damgalamaya maruz kalmaya ve bunun sonucunda kendini damgalamanın artmasına yol açtığını dűřűndűrmektedir. Kilo ile ilgili ayrımcılığın çocukluk dűneminden itibaren başladığını, uzun zaman ayrımcılığa maruz kalan kişilerin benlik saygısının azaldığını ifade eden çalışmalar literatűrde mevcuttur (92). Kaya ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada tűm katılımcılar kadın iken, çalışmamıza erkek bireylerin de dahil edilmesine rağmen sonuçların benzer olması; cinsiyetle ilişkili olmadan, çocukluk çağında olan obezitenin kiloya ilişkin kendini damgalamayı etkilediğini dűřűndűrmektedir.

Kaya ve arkadaşlarının yaptığı çalıřmada ailede obezite varlıėı %58 (n=82) olarak gűrűlműř ve ailede obezite varlıėı ile kiloya iliřkin kendini damgalama ۆleėi toplam puanı arasında anlamlı fark saptanmıřtır (91). Bizim alıřmamızda ailesinde obez birey olan katılımcı oranı %52.3 (n=202) olarak gűrűlműřtűr ve hem toplam ۆlek puanında, hem KAÇ puanında, hem de İDK puanında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıřtır. Bu sonuç bize ailenin diėer obez űyesinin maruz kaldıėı toplumsal ayrımcılık ve damgalanmanın obez bireyde de etki gűsterdiėini dűřűndűrmektedir. Fakat literatűrde ailede obezite varlıėının kendini damgalamayla iliřkili olmadıėını sűyleyen çalıřmalar da mevcuttur (9,93).

Prunty ve arkadaşlarının genel popülasyonda dahil ettiği 3821 yetişkin bireyle yaptığı çalışmada kiloya ilişkin damgalamanın fazla kilolu ve obez olmayan bireylerin de dahil olduğu genel popülasyonda %57 gibi yüksek bir oranda görüldüğü ve fazla kilolu ve obez bireylerde bu oranın arttığı görülmüştür (94). Yine Puhl ve arkadaşlarının çalışmasında, BKİ'nin artması ile birlikte kiloya ilişkin damgalama ve içselleştirilmiş damgalamanın arttığını göstermektedir (95). Bizim çalışmamızda da BKİ arttıkça kiloya ilişkin damgalama ve içselleştirilmiş damgalamanın istatistiksel olarak anlamlı arttığı görülmüştür. Ancak, Kanada'da Fransız dili konuşan BKİ $\geq$ 30 olan 156 ergen katılımcı ile gerçekleştirilen çalışmada ise kiloya ilişkin kendini damgalama ölçeği alt ölçek puanları olan kendini aşağıya çekme ve içselleştirilmiş damgalama durumu puanları ile BKİ arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki görülmemiştir (96). Bu farkın sosyokültürel farklılık ve yaş grubundaki farklılık dolayısıyla olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda yaş ile, kiloya ilişkin kendini damgalama ölçeği toplam puanı ve içselleştirilmiş damgalama durumu alt boyutu arasında negatif olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Fakat yaş ile kendini aşağıya çekme alt boyutu arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir (Yaş SD=52.8 $\pm$ 12.1). Lillis ve arkadaşlarının kiloya ilişkin kendini damgalama anketine dair 169 katılımcı ile yaptığı çalışmada yaş ile ilişki bulunamamıştır (Yaş SD=47 $\pm$ 12.4)(8). Sevinçer ve arkadaşlarının çalışmasında yaş ile ölçeklerin hiçbirisinin arasında anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir (Yaş SD=37 $\pm$ 12) (97). Bu farka çalışmalara katılanların yaş ortalamalarındaki farklılığın sebep olabileceği düşünülmektedir.

Lillis ve arkadaşlarının kiloya ilişkin kendini damgalama anketine dair yaptığı çalışmada 169 katılımcının %68 (n=115)'i kadın, %32 (n=54)'ü erkektir. Kiloya ilişkin kendini damgalama anketi ile cinsiyet ilişkisi; kadın cinsiyette kendini damgalamanın daha fazla olduğu yönünde istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (8). Bizim çalışmamızdaki 386 katılımcının %64.8 (n=250)'si kadın, %35.2 (n=136)'sı erkektir. Çalışmamızda kiloya ilişkin kendini damgalama anketi verileri kadın cinsiyette kendini damgalamanın daha fazla olduğu yönünde istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Toplumda kadına dair olan güzellik algısının kilo ile ters

orantılı olmasının ve kadınların bu konuda daha fazla ayrımcılığa uğramasının kendini damgalamaya daha fazla sebep olabileceği düşünülmüştür.

Çalışmamızdaki katılımcıların %11.4 (n=44)'ü okuryazar değildir, %68.9 (n=266)'sının toplam eğitim süresi 8 yıl ve altı, %19.7 (n=76)'sının toplam eğitim süresi 9 yıl ve üzeridir. Kendini damgalama ile eğitim düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır. Demiral ve arkadaşlarının obez bireylerde kiloyla ilişkili kendini damgalamanın erken dönem uyumsuz şemalarla ilişkisinin incelenmesine ilişkin çalışmada kendini damgalama açısından eğitim düzeyleri arasında fark bulunmamıştır (9). Literatürde farklı sonuçlar da mevcuttur. Puhl ve arkadaşları eğitim düzeyi ile kendini damgalama arasında negatif ilişki olduğunu bulmuştur (69). Çalışmamızda bulduğumuz sonuç katılımcıların sosyokültürel farklılığından, yaşadığı çevreden kaynaklanıyor olabilir. Ayrıca obezitenin her düzeyde eğitim kurumunda da damgalanmaya sebep olduğu ileri sürülmüştür (69). Bu sebeple her eğitim düzeyinde karşılaşılan ayrımcılığın kendini damgalamaya sebep olabileceği ve bunun bireyin sosyokültürel özelliklerine göre de değişebileceği düşünülmektedir.

Débora Godoy-Izquierdo ve arkadaşlarının aşırı kilolu veya obez İspanyol yetişkinler arasında vücut memnuniyeti, ağırlık damgası, pozitiflik ve mutluluk üzerine yaptığı bir çalışmada kilo ve mutluluk arasındaki ilişkiye kişinin beden memnuniyeti ve pozitifliğinin aracılık ettiği görülmüştür. Ayrıca bireyin pozitif düşünce yapısında olmasının damgalanmanın öznel iyi oluş üzerindeki olumsuz etkisini azalttığı görülmüştür (98). Zainab Alimoradi ve arkadaşlarının ağırlıkla ilgili damgalanma ve psikolojik strese ilişkin yaptığı bir meta-analiz çalışmasının sonuçları hem kiloya ilişkin kendini damgalamanın hem de kiloyla ilgili algılanan damgalanmanın psikolojik sıkıntı ile ilişkili olduğunu göstermiştir (99). Bizim çalışmamızda da psikiyatrik hastalık varlığında kiloya ilişkin kendini damgalama ölçeği ve alt boyut puanlarının daha fazla olduğu görülmüştür ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Bu sonuçlar sosyal damgalamayla mücadele eden ve yaşam için pozitifliği artıran obezite yönetimi eylemlerini destekler (98).

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

Obezite tüm dünyada salgın haline gelmiş önemli bir sağlık problemidir. Obezite birçok hastalığı beraberinde getirir. Bu sağlık sorunları bedensel olabileceği gibi ruh sağlığı ile ilgili de olabilir. Obez bireyler hem toplum tarafından damgalanabilir hem de kendilerini damgalayabilirler.

Çalışmamızda obez bireylerin kendilerini damgalama durumunu test etmek için kiloya ilişkin kendini damgalama ölçeği kullanılmıştır. Kiloya ilişkin kendini damgalama ölçeği 12 sorudan oluşmakta ve 1-6 sorular kendini aşağı çekme, 7-12 sorular içselleştirilmiş damgalama korkusu alt boyutlarını göstermektedir. Bu toplam ölçek puanı ve alt boyutları ile hastaların cinsiyeti, yaşı, eğitim durumu, medeni durumu, çalışma durumu, yaşama ortamı, menapoz durumu, psikiyatrik hastalık varlığı, sigara kullanım durumu, alkol kullanım durumu, çocukluk çağı obezitesi, ailede obez birey varlığı, egzersiz durumu, gece atıştırması, ana öğün sayısı, ara öğün durumu ve obezite dereceleri istatistiksel olarak karşılaştırılmıştır.

Çalışmamızda çıkan sonuçlara göre ölçek ve ölçek alt puanları BKİ ve obezite dereceleri ile ilişkili bulunmuştur. Bu da bize obezite durumu arttıkça kendini damgalama durumunun arttığını göstermektedir. Egzersiz durumu ve ölçek karşılaştırıldığında ve egzersiz yapma düzeyi arttıkça damgalama durumunun azaldığı gözlenmiştir. Diyet ve egzersiz gibi yaşam tarzı değişiklikleri kişilerin kilo vermelerine katkı sağlamanın yanında ruhsal durumlarında da iyileşme sağlayarak kişilerin kendilerini damgalama durumunu azaltmaktadır. Bu nedenle öncelikle yaşam tarzı değişikliklerinin kişilere benimsetilmesi obezite tedavisinin en önemli adımıdır. Kendini damgalamayan kişilerin egzersiz alışkanlıklarının da daha düzenli olduğu görülmüştür. Kilo verme sürecinin sağlık profesyonelleri tarafından yönetilmesi ve takip edilmesi durumunda kişilerin kilo vermelerinin daha fazla olduğu görülmüştür.

Obezitenin tedavisi çok yönlü olması gereken bir tedavidir. Obezitenin tedavisinde diyet, egzersiz, yaşam tarzı değişiklikleri, farmakolojik tedavi ve cerrahi tedavi seçenekleri vardır. Bu tedavi rejimlerine ilaveten obez bireyin kilo vermesi

için kendini damgalamasının önüne geçmek gereklidir. Obez birey hem kendi tarafından damgalanır hem de toplum tarafından damgalanır. Toplum tarafından damgalanma obez bireyin kendini damgalamasını daha da arttırmaktadır. Obez bireylerin kendini damgalama durumu ve psikiyatrik hastalık durumları olduğunda kilo vermedeki başarısı azalmaktadır. Obez bireyin toplum tarafından damgalanmasını azaltacak politikalara yer verilmesi halinde obez bireyin kendi kendini damgalaması da azalacaktır. Birinci basamak aile hekimliğinde obez bireylerin bütüncül şekilde değerlendirilmesi tedavi başarısı için oldukça önemlidir. Sosyal yaşamın her alanında damgalamaya yönelik tedbirlerin alınması ve obez bireyin ruhsal durumunun takibi ve tedavisi obezite tedavisinin başarısını attıracaktır.

Kiloya ilişkin kendini damgalama durumu ve ilişkili faktörlerin aydınlatılması ve obezitenin psikiyatrik problemlerinden kendini damgalama durumunu belirlemede kiloya ilişkin kendini damgalama ölçeğinin önemini belirlemek için daha çok çalışmaya ihtiyaç duyulduğunu düşünmekteyiz.

7.KAYNAKÇA

1. World Health Organisation. Global Database on Body Mass Index 2016.
2. Kaplan, H., Sadock, B. J., & Grebb, J. K. (1998). Sadocks. Synopsis of psychiatry 8th ed.
3. Obesity: Preventing And Managing The Global Epidemic. Report Of A WHO Consultation. World Health Organ Tech Rep Ser, 2000. 894: P. I-Xii, 1-253.
4. Obezite Tanı Ve Tedavi Kılavuzu. Ankara : TEMD, 2019.
5. Alaçam, H., Karadağ, R., & Şengül, A. (2013). Obezite ve psikiyatri Türkiye Klinikleri J Endocrin-Special Topics.
6. Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. Annual review of Sociology, 27(1), 363-385.
7. Puhl, R., & Suh, Y. (2015). Stigma and eating and weight disorders. Current psychiatry reports, 17(3), 1-10.
8. Lillis, J., Luoma, J. B., Levin, M. E., & Hayes, S. C. (2010). Measuring weight self-stigma: the weight self-stigma questionnaire. Obesity, 18(5), 971-976.
9. Demiral, V. (2020). Obez bireylerde kiloyla ilişkili kendini damgalamanın erken dönem uyumsuz şemalarla ilişkisinin incelenmesi (Master's thesis, İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü).
10. Ketten, Hamit Sırrı, et al. "Birinci Basamakta Çalışan Aile Hekimlerinin Aile Hekimliği Uzmanlık Sürecine Bakışları." Cukurova Medical Journal 39.2 (2014): 298-304.
11. Dönder, Emir, And Erhan Önalın. "Obezitenin Tanımı, Epidemiyolojisi Ve Klinik Değerlendirmesi." Fırat Tıp Dergisi, 2018: P. (Özel Sayı/Supp) 1-4.
12. <https://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle/body-mass-index-bmi/> (erişim tarihi: 03.03.2022). [Online]
13. Huang PL. A comprehensive definition for metabolic syndrome. Dis Model Mech. 2009;2(5-6):231-237. doi:10.1242/dmm.001180.
14. Romero-Corral A, Somers VK, Sierra-Johnson J, et al. Accuracy of body mass index in diagnosing obesity in the adult general population. Int J Obes (Lond). 2008;32(6):959-966. doi:10.1038/ijo.2008.11.
15. Ma, X., Chen, Q., Pu, Y., Guo, M., Jiang, Z., Huang, W., ... & Xu, Y. (2020). Skipping breakfast is associated with overweight and obesity: A systematic review and meta-analysis. Obesity research & clinical practice, 14(1), 1-8.
16. Hales, C. M., Fryar, C. D., Carroll, M. D., Freedman, D. S., & Ogden, C. L. (2018). Trends in obesity and severe obesity prevalence in US youth and adults by sex and age, 2007-2008 to 2015-2016. Jama, 319(16), 1723-1725.

17. Ward, Z. J., Bleich, S. N., Cradock, A. L., Barrett, J. L., Giles, C. M., Flax, C., ... & Gortmaker, S. L. (2019). Projected US state-level prevalence of adult obesity and severe obesity. *New England Journal of Medicine*, 381(25), 2440-2450.
18. Akin, G. T. D., & Ünal, G. Y. Yetişkin kadınlarda yaşam koşullarının antropometrik ölçümler ve obezite ile ilişkisi (Doctoral dissertation, Türkiye Cumhuriyeti Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Antropoloji (Fizik Antropoloji) Anabilim Dalı).
19. Taber, D. R., Chriqui, J. F., Powell, L., & Chaloupka, F. J. (2013). Association between state laws governing school meal nutrition content and student weight status: implications for new USDA school meal standards. *JAMA pediatrics*, 167(6), 513-519.
20. Plachta-Danielzik, S., Kehden, B., Landsberg, B., Rosario, A. S., Kurth, B. M., Arnold, C., ... & Müller, M. J. (2012). Attributable risks for childhood overweight: evidence for limited effectiveness of prevention. *Pediatrics*, 130(4), e865-e871.
21. Ersoy, R., & Çakır, B. (2007). Obezite. *Turkish Medical Journal Dergisi*.
22. Yeşil, E., Özdemir, M., Arıtcı, G., & Aksoydan, E. (2019). Bel/boy oranı ve diğer antropometrik ölçümlerin kronik hastalık riski ile ilişkisinin değerlendirilmesi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, (2), 241-246.
23. Lauria, M. W., Moreira, L. M. P., Machado-Coelho, G. L. L., do Nascimento Neto, R. M., Soares, M. M. S., & Ramos, A. V. (2013). Ability of body mass index to predict abnormal waist circumference: receiving operating characteristics analysis. *Diabetology &*
24. Smith, S., & Madden, A. M. (2016). Body composition and functional assessment of nutritional status in adults: a narrative review of imaging, impedance, strength and functional techniques. *Journal of human nutrition and dietetics*, 29(6), 714-732.
25. Lapidus, L., Bengtsson, C., Larsson, B. O., Pennert, K., Rybo, E., & Sjöström, L. (1984). Distribution of adipose tissue and risk of cardiovascular disease and death: a 12 year follow up of participants in the population study of women in Gothenburg, Swed.
26. Kissebah, A. H., & Peiris, A. N. (1989). Biology of regional body fat distribution: relationship to non-insulin-dependent diabetes mellitus. *Diabetes/metabolism reviews*, 5(2), 83-109.
27. Park, Y. W., Zhu, S., Palaniappan, L., Heshka, S., Carnethon, M. R., & Heymsfield, S. B. (2003). The metabolic syndrome: prevalence and associated risk factor findings in the US population from the Third National Health and Nutrition Examination Survey, 1.
28. Özdoğan, E., Özdoğan, O., Altunoglu, E. G., & Köksal, A. R. (2015). Tip 2 Diyabet Hastalarında Kan Lipid Düzeylerinin HbA1c ve Obezite ile İlişkisi. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 49(4), 248.
29. Mıstık, S., Oruç, S., Şahin, H., & Kütük, S. (2017). Aile Hekimliği'nde Obezite Yönetimi ve Takip Sıklığı. *Eurasian Journal of Family Medicine*, 6(1), 18-24.
30. American Diabetes Association. (2004). Screening for type 2 diabetes. *Diabetes care*, 27(suppl_1), s11-s14.
31. Astrup, A., & Finer, N. (2000). Redefining type 2 diabetes: 'diabesity' or 'obesity dependent diabetes mellitus'?. *obesity reviews*, 1(2), 57-59.

32. Poirier P, Giles TD, Bray GA, Hong Y, Stern JS, Pi-Sunyer FX, et al. Obesity and cardiovascular disease: Pathophysiology, evaluation, and effect of weight loss. *Arterioscler Thromb Vasc Biol* 2006; 26(5): 968-76.
33. Bays, H. E., Toth, P. P., Kris-Etherton, P. M., Abate, N., Aronne, L. J., Brown, W. V., ... & Samuel, V. T. (2013). Obesity, adiposity, and dyslipidemia: a consensus statement from the National Lipid Association. *Journal of clinical lipidology*, 7(4), 304-.
34. Garrison, R. J., Kannel, W. B., Stokes III, J., & Castelli, W. P. (1987). Incidence and precursors of hypertension in young adults: the Framingham Offspring Study. *Preventive medicine*, 16(2), 235-251.
35. Onat A, Can G, Yüksel H, Ademoğlu E, Erginel-Ünaltuna N, Kaya A ve ark. TEKHARF 2017 (Tıp Dünyasının Kronik Hastalıklara Yaklaşımına Öncülük). Logos Yayıncılık Tic. A.Ş. İstanbul; 2017. <http://file.tkd.org.tr/PDFs/TEKHARF-2017.pdf>.
36. Bogers, R. P., Bemelmans, W. J., Hoogenveen, R. T., Boshuizen, H. C., Woodward, M., Knekt, P., ... & BMI-CHD Collaboration Investigators. (2007). Association of overweight with increased risk of coronary heart disease partly independent of blood pressure .
37. Midi, İ., & Afşar, N. (2010). İnme risk faktörleri. *Klinik Gelişim*, 10(1), 1-14.
38. Zammit, C., Liddicoat, H., Moonsie, I., & Makker, H. (2010). Obesity and respiratory diseases. *International journal of general medicine*, 3, 335.
39. Kalan, I., & Yeşil, Y. (2010). Obezite ile ilişkili kronik hastalıklar. *Diyabet ve obezite*, 78.
40. Rich-Edwards, J. W., Goldman, M. B., Willett, W. C., Hunter, D. J., Stampfer, M. J., Colditz, G. A., & Manson, J. E. (1994). Adolescent body mass index and infertility caused by ovulatory disorder. *American journal of obstetrics and gynecology*, 171(1), 17.
41. Brewer, C. J., & Balen, A. H. (2010). Focus on obesity. *Reproduction*, 140(3), 347-364.
42. Perreault, L., & Laferrère, B. (2018). Overweight and obesity in adults: Health consequences. Waltham: UpToDate.
43. Kramer, H., Luke, A., Bidani, A., Cao, G., Cooper, R., & McGee, D. (2005). Obesity and prevalent and incident CKD: the Hypertension Detection and Follow-Up Program. *American journal of kidney diseases*, 46(4), 587-594.
44. Taylor, E. N., Stampfer, M. J., & Curhan, G. C. (2005). Obesity, weight gain, and the risk of kidney stones. *Jama*, 293(4), 455-462.
45. Reyes, C., Leyland, K. M., Peat, G., Cooper, C., Arden, N. K., & Prieto-Alhambra, D. (2016). Association between overweight and obesity and risk of clinically diagnosed knee, hip, and hand osteoarthritis: a population-based cohort study. *Arthritis & Rheum*.
46. Öz, B., Karataş, A., Akar, Z. A., & Koca, S. S. (2018). Obezite ve kas-iskelet sistemi. *Fırat Med J*, 23, 42-47.
47. Vainio, H., & Bianchini, F. (Eds.). (2002). Weight control and physical activity (Vol. 6). Iarc.
48. Renehan, A. G., Tyson, M., Egger, M., Heller, R. F., & Zwahlen, M. (2008). Body-mass index and incidence of cancer: a systematic review and meta-analysis of prospective observational studies. *The lancet*, 371(9612), 569-578.

49. Calle, E. E., Rodriguez, C., Walker-Thurmond, K., & Thun, M. J. (2003). Overweight, obesity, and mortality from cancer in a prospectively studied cohort of US adults. *New England Journal of Medicine*, 348(17), 1625-1638.
50. Dixon, J. B., Dixon, M. E., & O'Brien, P. E. (2003). Depression in association with severe obesity: changes with weight loss. *Archives of internal medicine*, 163(17), 2058-2065.
51. Pate, R. R. (1995). Physical activity and health: dose-response issues. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 66(4), 313-317.
52. Erdoğan, M., & AG, Ö. (2005). Obezite tedavisinde farmakolojik olmayan tedavi ilkeleri. *Türkiye Klinikleri J Int Med Sci*, 1(37), 72-84.
53. Yanovski, J. A., & Yanovski, S. Z. (2003). Treatment of pediatric and adolescent obesity. *Jama*, 289(14), 1851-1853.
54. Bayraktaroğlu, T. (2008). Şişmanlık ve Diyet Tedavisi. İçinde Orhan, Y., Bozbora, A. Obezite, Medikal ve Cerrahi Tedavisi.
55. Efil, S. (2006). Sağlık çalışanlarında obezite sıklığı ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi (Master's thesis, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
56. Akkurt, S. (2012). Obezite ve egzersiz tedavisi. *Spor Hekimliği Dergisi*, 47(4), 123-130.
57. Erge, S. (2003). Obezitede diyet tedavisini destekleyen davranışsal tedavi. *Turkish Journal of Endocrinology and Metabolism*, 2, 75-82.
58. Cowburn, G., Hillsdon, M., & Hankey, C. R. (1997). Obesity management by life-style strategies. *British medical bulletin*, 53(2), 389-408.
59. Fairburn, C. G., & Cooper, Z. (1996). New perspectives on dietary and behavioural treatments for obesity. *International journal of obesity*, 20, S9-S13.
60. Blundell, J. E. (1984). Behaviour modification and exercise in the treatment of obesity. *Postgraduate medical journal*, 60, 37-49.
61. Levitz, L. S., & Stunkard, A. J. (1974). A therapeutic coalition for obesity: Behavior modification and patient self-help. *American Journal of Psychiatry*, 131(4), 423-427.
62. Altunkaynak, B. Z., & Özbek, E. (2006). Obezite: nedenleri ve tedavi seçenekleri. *Van Tıp Dergisi*, 13(4), 138-142.
63. Abbas, T. A. M., & Çakır, B. (2012). Birinci basamakta obeziteye yaklaşım. *Ankara Medical Journal*, 12(1), 37-41.
64. Larsen, K. T., Huang, T., Ried-Larsen, M., Andersen, L. B., Heidemann, M., & Møller, N. C. (2016). A multi-component day-camp weight-loss program is effective in reducing BMI in children after one year: a randomized controlled trial. *PloS one*, 11(6), e015.
65. Bariyatrik Cerrahi Klavuzu. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, Ankara, 2019.
66. Tomiyama, A. J. (2014). Weight stigma is stressful. A review of evidence for the Cyclic Obesity/Weight-Based Stigma model. *Appetite*, 82, 8-15.

67. Potts, S., Krafft, J., & Levin, M. E. (2022). A pilot randomized controlled trial of acceptance and commitment therapy guided self-help for overweight and obese adults high in weight self-stigma. *Behavior Modification*, 46(1), 178-201.
68. Goodman, N., Dornbusch, S. M., Richardson, S. A., & Hastorf, A. H. (1963). Variant reactions to physical disabilities. *American Sociological Review*, 429-435.
69. Puhl, R. M., & Heuer, C. A. (2009). The stigma of obesity: a review and update. *Obesity*, 17(5), 941.
70. Himmelstein, M. S., & Puhl, R. M. (2021). At multiple fronts: diabetes stigma and weight stigma in adults with type 2 diabetes. *Diabetic Medicine*, 38(1), e14387.
71. Sagi-Dain, L., Echar, M., & Paska-Davis, N. (2022). Experiences of weight stigmatization in the Israeli healthcare system among overweight and obese individuals. *Israel journal of health policy research*, 11(1), 1-8.
72. Schwartz, M. B., Vartanian, L. R., Nosek, B. A., & Brownell, K. D. (2006). The influence of one's own body weight on implicit and explicit anti-fat bias. *Obesity*, 14(3), 440-447.
73. Puhl, R. M., & Brownell, K. D. (2006). Confronting and coping with weight stigma: an investigation of overweight and obese adults. *Obesity*, 14(10), 1802-1815.
74. Puhl, R. M., Andreyeva, T., & Brownell, K. D. (2008). Perceptions of weight discrimination: prevalence and comparison to race and gender discrimination in America. *International journal of obesity*, 32(6), 992-1000.
75. Lillis, J., Thomas, J. G., Levin, M. E., & Wing, R. R. (2020). Self-stigma and weight loss: The impact of fear of being stigmatized. *Journal of Health Psychology*, 25(7), 922-930.
76. Lillis, J., Thomas, J. G., Olson, K., & Wing, R. R. (2019). Weight self-stigma and weight loss during behavioural weight loss intervention. *Obesity science & practice*, 5(1), 21-27.
77. Gee, G. C., Ro, A., Gavin, A., & Takeuchi, D. T. (2008). Disentangling the effects of racial and weight discrimination on body mass index and obesity among Asian Americans. *American journal of public health*, 98(3), 493-500.
78. Meadows, A., & Higgs, S. (2019). The multifaceted nature of weight-related self-stigma: validation of the two-factor weight bias internalization scale (WBIS-2F). *Frontiers in psychology*, 10, 808.
79. Link, B. G., Wells, J., Phelan, J. C., & Yang, L. (2015). Understanding the importance of "symbolic interaction stigma": How expectations about the reactions of others adds to the burden of mental illness stigma. *Psychiatric rehabilitation journal*, 38(2),.
80. Almenara, C. A., Aimé, A., Mañano, C., Ejova, A., Guèvremont, G., Bournival, C., & Ricard, M. M. (2017). Weight stigmatization and disordered eating in obese women: The mediating effects of self-esteem and fear of negative appearance evaluation. *European .*
81. Conradt, M., Dierk, J. M., Schlumberger, P., Rauh, E., Hebebrand, J., & Rief, W. (2007). Development of the Weight-and Body-Related Shame and Guilt Scale (WEB-SG) in a nonclinical sample of obese individuals. *Journal of personality assessment*, 88(3), 317-.

82. Durso, L. E., & Latner, J. D. (2008). Understanding self-directed stigma: development of the weight bias internalization scale. *Obesity*, 16(S2), S80-S86.
83. Fung, X. C., Pakpour, A. H., Wu, Y. K., Fan, C. W., Lin, C. Y., & Tsang, H. W. (2020). Psychosocial variables related to weight-related self-stigma in physical activity among young adults across weight status. *International Journal of Environmental Resear*.
84. Saffari, M., Chen, J. S., Wu, H. C., Fung, X. C., Chang, C. C., Chang, Y. L., ... & Lin, C. Y. (2022). Effects of weight-related self-stigma and smartphone addiction on female university students' physical activity levels. *International Journal of Environ*.
85. Hill, B., Bergmeier, H., Incollingo Rodriguez, A. C., Barlow, F. K., Chung, A., Ramachandran, D., ... & Skouteris, H. (2021). Weight stigma and obesity-related policies: A systematic review of the state of the literature. *Obesity Reviews*, 22(11), e13333.
86. "Hadi Birlikte Kampanyası", <https://www.hadibirlikte.com/> (Erişim Tarihi: 03.02.2022).
87. Doğan, S., & Çıray Gündüzoğlu, N. (2017). Kiloya ilişkin kendini damgalama ölçeğinin (kkdö) Türkçeye uyarlanması: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Adnan Menderes Üniversitesi 1. Uluslararası Sağlık Bilimleri Kongresi*, (ss. 131). Aydın: Adnan Menderes Üniv.
88. Yaşar, B. (2020). Obez bireylerde kendini damgalama ve duygusal yeme arasındaki ilişki (Master's thesis, İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü).
89. Hatzenbuehler, M. L., Keyes, K. M., & Hasin, D. S. (2009). Associations between perceived weight discrimination and the prevalence of psychiatric disorders in the general population. *Obesity*, 17(11), 2033-2039.
90. Chan, K. L., Lee, C. S., Cheng, C. M., Hui, L. Y., So, W. T., Yu, T. S., & Lin, C. Y. (2019). Investigating the relationship between weight-related self-stigma and mental health for overweight/obese children in Hong Kong. *The Journal of nervous and mental*.
91. Kaya, A. (2019). Obez kadınlarda cinsel işlev ile kilo açısından kendini damgalama arasındaki ilişkinin incelenmesi (Master's thesis, İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü).
92. Balcıoğlu, İ., & Başer, S. Z. (2008). Obezitenin psikiyatrik yönü. *İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi*, 62(1), 341-348.
93. Eisenberg, M. H., Street Jr, R. L., & Persky, S. (2017). "It runs in my family...": The association of perceived family history with body dissatisfaction and weight bias internalization among overweight women. *Women & Health*, 57(4), 478-493.
94. Prunty, A., Clark, M. K., Hahn, A., Edmonds, S., & O'Shea, A. (2020). Enacted weight stigma and weight self stigma prevalence among 3821 adults. *Obesity Research & Clinical Practice*, 14(5), 421-427.
95. Puhl, R. M., Himmelstein, M. S., & Quinn, D. M. (2018). Internalizing weight stigma: prevalence and sociodemographic considerations in US adults. *Obesity*, 26(1), 167-175.
96. Maïano, C., Aimé, A., Lepage, G., & Morin, A. J. (2019). Psychometric properties of the Weight Self-Stigma Questionnaire (WSSQ) among a sample of overweight/obese French-speaking adolescents. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Ob*.

97. Sevinçer, G. M., Kaya, A., Akın, E., Bozkurt, S., & Kose, S. (2017). Reliability, Validity, and Factorial Structure of the Turkish Version of the Weight Self Stigma Questionnaire. *Klinik Psikofarmakoloji Bulteni*, 27, 71.
98. Godoy-Izquierdo, D., González-Hernández, J., Rodríguez-Tadeo, A., Lara, R., Ogallar, A., Navarrón, E., ... & Arbinaga, F. (2020). Body satisfaction, weight stigma, positivity, and happiness among Spanish adults with overweight and obesity. *International J.*
99. Alimoradi, Z., Golboni, F., Griffiths, M. D., Broström, A., Lin, C. Y., & Pakpour, A. H. (2020). Weight-related stigma and psychological distress: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Nutrition*, 39(7), 2001-2013.



8.EKLER

EK 3: AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

AYDINLATILMIŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Bu katıldığınız çalışma bir tez çalışması olup adı ‘Obez Bireylerde Kiloya İlişkin Kendilerini Damgalama Durumu ve İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi’dir.

Obezite hem çocuklarda hem yetişkinlerde önemli bir sağlık sorunudur. Beraberinde birçok hastalık eşlik edebilir. Çalışmayı kabul etmeniz halinde size bazı demografik sorular yöneltilecek, ardından ilaç kullanım öykünüz, şeker, yüksek tansiyon, yüksek kolesterol gibi kronik hastalıklarınızın varlığı, sigara kullanıp kullanmadığınız sorgulanacaktır. Size kilo açısından kendini damgalama ölçeği uygulanacak. Çalışmaya katılmakla parasal yük altına girmeyeceksiniz ve size bir ödeme yapılmayacaktır. Çalışma sonuçları çalışma bitiminde tıbbi ve akademik amaçlı kullanılacak, tıbbi literatürde yayınlanabilecektir ancak kimlik bilgileriniz açıklanmayacak, çalışmayı değerlendiren kişiler dışında hiç kimse ile paylaşılmayacaktır.

Uygun gördüğünüz takdirde sizi çalışmamıza dâhil etmek isteriz.

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum veya sözlü olarak dinledim. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı veya sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi biliyorum. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı veya sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

Katılımcının Adı ve Soyadı:

Tarih:

İmza:

Sorumlu Araştırmacı Adı ve Soyadı:

Tarih:

İmza:

Onam Alma İşleminde Hazır Bulunan Birim Görevlisinin Adı ve Soyadı:

İmza:

EK 4: VERİ TOPLAMA FORMU

HASTA TAKİP FORMU

Ad Soyad:

Yaş:

Cinsiyet:

- ☐ Kadın
- ☐ Erkek

Kadınlarda menapoz:

- ☐ Var
- ☐ Yok

Medeni Hal:

- ☐ Evli
- ☐ Bekar
- ☐ Dul
- ☐ Boşanmış

Çocuk Sayısı:

En Son Tamamlanan Eğitim Durumu:

- ☐ Okur Yazar Değil
- ☐ İlkokul
- ☐ Ortaokul
- ☐ Lise
- ☐ Üniversite
- ☐ Yüksek Lisans
- ☐ Doktora

Sosyal Güvence:

- ☐ SGK
- ☐ Özel Sigorta
- ☐ Yeşil Kart
- ☐ Yok

Meslek:

- ☐ Ev hanımı
- ☐ İşçi
- ☐ Esnaf/ Kendi adına çalışan
- ☐ Memur
- ☐ Özel Sektör Çalışan
- ☐ İşsiz/Çalışmıyor
- ☐ Öğrenci
- ☐ Diğer.....(Belirtiniz)

Sigara kullanıyor musunuz?

- ☐ Evet (Günde kaç adet sigara tüketiyorsunuz?.....)
- ☐ Hayır

Alkol kullanıyor musunuz?

- ☐ Evet (Haftada kaç bardak alkol tüketiyorsunuz?)
- ☐ Hayır

Yaşama Ortamı:

- ☐ Tek Başına
- ☐ Ailesiyle

Çocuk Yaşta Obezite:

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

Ailede Obezite:

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

Gelir:

- ☐ Asgari ücret altı
- ☐ Asgari ücret- Asgari ücretin 2 katı arası

- Asgari ücretin 2 katı- Asgari ücretin 3 katı arası
- Asgari ücretin 3 katı ve üzeri

Kronik Hastalıklar:

- Hipertansiyon
- Diyabet
- Dislipidemi
- Psikiyatrik Hastalık
- Diğer:

Kullandığı İlaçlar:

Boy:

Kilo:

Beden Kitle İndeksi:

Bel Çevresi:

Egzersiz Alışkanlığı:

- Haftada 3 kez 30 dakikadan az
- Haftada 3-4 kez 30 dakika
- Haftada en az 5 kez 30 dakika

Beslenme Alışkanlığı:

❖ Ana öğün sayısı:

❖ Ara Öğün:

- Var
- Yok

❖ Gece Atıştırması:

- Var
- Yok

KİLO AÇISINDAN KENDİNİ DAMGALAMA ÖLÇEĞİ

Aşağıda bir dizi ifade bulacaksınız. Lütfen her ifadenin sizin için ne kadar uygun olduğunu derecelendiriniz. Seçiminizi yaparken aşağıdaki ölçeği kullanınız.

	Hiç katılmıyorum	Çoğu kez katılmıyorum	Ne katılıyorum ne de katılmıyorum	Çoğu kez katılıyorum	Tümüyle katılıyorum
1. Aşırı kilolu halime her zaman geri döneceğim.	1	2	3	4	5
2. Kilo sorunlarıma ben sebep oldum.	1	2	3	4	5
3. Kilo sorunlarım yüzünden suçlu hissediyorum.	1	2	3	4	5
4. Zayıf bir kişiliğim olduğu için aşırı kiloluyum.	1	2	3	4	5
5. Eğer daha güçlü biri olsaydım kilomla ilgili asla sorunlarım olmazdı.	1	2	3	4	5
6. Sağlıklı bir kiloda kalmak için yeterince iradeli değilim.	1	2	3	4	5
7. Başkalarının benim hakkımda düşüncelerinde n dolayı güvensiz hissederim.	1	2	3	4	5
8. Kilo sorunlarım olduğu için insanlar bana karşı ayrımcılık yapıyorlar.	1	2	3	4	5

9. Kilo sorunları olmamış insanların benimle ilişki kurması zordur.	1	2	3	4	5
10. Başkaları kilo sorunlarım nedeniyle kendini denetleme eksikliğim olduğunu düşünecek.	1	2	3	4	5
11. İnsanlar kilo sorunlarım için suçlanacak kişinin ben olduğunu düşünüyor.	1	2	3	4	5
12. Başkaları kilom yüzünden etrafımda olmaktan utanç duyarlar.	1	2	3	4	5

EK 5: ÖLÇEK KULLANIM İZNI

12.05.2022 11:56

Gmail - Tez Çalışması İçin Ölçek Kullanım İzni



çağatay kurt <drogty.kurt@gmail.com>

Tez Çalışması İçin Ölçek Kullanım İzni

2 İletti

çağatay kurt <drogty.kurt@gmail.com>

11 Şubat 2021 10:35

Alıcı: "sati.dogan@ege.edu.tr" <sati.dogan@ege.edu.tr>

Sayın hocam,

Ben Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi Alle Hekimliği Kliniğinden Asistan Doktor Çağatay KURT. "Alle Hekimliği Polikliniğine Başvuran Obez Hastalarda Kilo Açısından Kendini Damgalama Durumu ve Etki Eden Faktörlerin Değerlendirilmesi" konulu uzmanlık tez çalışmam için kiloya ilişkin kendini damgalama ölçeğini kullanmak istiyorum

Gereği için izninizi arz ederim.

Saygılarımla

Sati Dogan <sati.dogan@ege.edu.tr>

18 Şubat 2021 13:25

Alıcı: çağatay kurt <drogty.kurt@gmail.com>

Merhaba Çağatay Bey,

Ölçeği bizi referans göstererek kullanabilirsiniz. Çalışmanızda başarılar dilerim. Sonuçları paylaşırsanız memnun oluruz.

Kimden: "çağatay kurt" <drogty.kurt@gmail.com>

Kime: "Sati Dogan" <sati.dogan@ege.edu.tr>

Gönderilenler: 11 Şubat Perşembe 2021 9:35:49

Konu: Tez Çalışması İçin Ölçek Kullanım İzni

DİKKAT: Bu e-posta kurum dışından gönderilmiştir. Zararlı dosya veya bağlantılar (link) içeriyor olabilir. Kaynağından emin olmadığınız dosyaları açmayınız, bağlantılara (link) tıklamayınız. Şüpheli durumlarda lütfen Bilgi İşlem Daire Başkanlığı nyg.yardim@mail.ege.edu.tr adresine bilgi veriniz.

[Ayrıntıların metin gözetildi]

EGE ÜNİVERSİTESİ

Bu elektronik posta ve onunla iletilen bütün dosyalar sadece göndericisi tarafından alması amaçlanan yetkili gerçek ya da tüzel kişinin kullanımı içindir. Eğer söz konusu yetkili alıcı değilseniz bu elektronik postanın içeriğini açıklamaz, kopyalamaz, yönlendirmez ve kullanmanız kesinlikle yasaktır ve bu elektronik postayı derhal silmeniz gerekmektedir.

EGE ÜNİVERSİTESİ bu mesajın içerdiği bilgilerin doğruluğu veya eksiksiz olduğu konusunda herhangi bir garanti vermemektedir. Bu nedenle bu bilgilerin ne şekilde olursa olsun içeriğinden, iletilmesinden, alınmasından ve saklanmasından sorumlu değildir.

Bu mesajdaki görseller yalnızca gönderen kişiye aittir ve EGE ÜNİVERSİTESİ'nin görsellerini yansıtmayabilir.