



**T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ANKARA BİLKENT ŞEHİR HASTANESİ**

AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

**BİRİNCİ BASAMAKTA OBEZİTE FARKINDALIĞI VE
BEDEN ALGISI İLİŞKİSİ: KESİTSEL BİR ÇALIŞMA**

Dr. Kübra DOYGUN

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Ankara, 2025



**T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ANKARA BİLKENT ŞEHİR HASTANESİ**

AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

**BİRİNCİ BASAMAKTA OBEZİTE FARKINDALIĞI VE
BEDEN ALGISI İLİŞKİSİ: KESİTSEL BİR ÇALIŞMA**

Dr. Kübra DOYGUN

**Tez Danışmanı
Doç. Dr. Aylın BAYDAR ARTANTAŞ**

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Ankara, 2025

TEŞEKKÜR

Aile hekimliği uzmanlık eğitimim süresince bilgilerinden ve deneyimlerinden yararlandığım, tecrübeleriyle yol gösteren, hiçbir zaman desteğini esirgemeyen hekimlik sorumluluğunu layıkıyla yerine getirebilmemiz için önderlik eden saygıdeğer hocam Prof. Dr. Adem ÖZKARA'ya,

Uzmanlık eğitimimde ve tez yazım sürecimde her daim hoşgörü ve sabır gösteren, vermiş olduğu güven ve destekle rehberlik edip yol gösteren tez danıőmanım değerli hocam Doç. Dr. Aylin BAYDAR ARTANTAŞ'a,

Uzmanlık eğitimim süresi boyunca deneyimleri ve destekleri ile yol gösteren değerli hocalarım Prof. Dr. Ahmet Keskin, Doç. Dr. İsmail KASIM, Doç. Dr. Basri Furkan DAĞCIOĞLU, Doç. Dr. Tuğba Yılmaz, Dr. Öğr. Üyesi Erhan ŐİMŐEK, Dr. Öğr. Üyesi İrep KARATAŐ ERAY, Dr. Öğr. Üyesi Ebru UĐRAŐ, Dr. Öğr. Üyesi Ayfer ŞAHİN'e ve tüm hocalarıma,

Asistanlık ve bu değerli öğrenme sürecimde mutluluklarımızı, hüzünlerimizi yaőanılan zorlu anlarımızı paylaőıp birbirimize destek olduğumuz güzel anlarıma eşlik eden değerli meslektaőlarım asistan arkadaşlarıma,

Bugünlere gelmemi sağlayan, verdiğim her kararında sevgi ve destekleri ile her zaman yanımda olan ve olacağını bildiğim sevgili anne ve babama, Sonsuz saygı, sevgi ve teőekkürlerimi sunuyorum...

Dr. Kübra DOYGUN

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
İÇİNDEKİLER	ii
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	iv
TABLolar LİSTESİ.....	v
ŞEKİLLER LİSTESİ	viii
ÖZET.....	ix
ABSTRACT.....	xi
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
2.1.3. Obezite Etyolojisi	8
2.1.4. Obezite Tanısı ve Sınıflandırılması	10
2.1.5. Obezite Komplikasyonları	12
2.2. OBEZİTE FARKINDALIĞI	15
2.3. BEDEN ALGISI	16
2.3.1. Beden Algısı Tanımı.....	16
2.3.2. Beden Algısını Etkileyen Faktörler	18
2.3.3. Beden Algısının Obezite ile İlişkisi.....	19
2.4. AİLE HEKİMLİĞİNDE OBEZİTE.....	19
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	24
3.1. ETİK KURUL ONAYI.....	24
3.2. ARAŞTIRMANIN YERİ VE TARİHİ.....	24
3.3. ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	24
3.4. ARAŞTIRMANIN EVRENİ, ÖRNEKLEM SEÇİMİ.....	24
3.5. ARAŞTIRMAYA DAHİL EDİLME VE DIŞLANMA KRİTERLERİ	25
3.5.1. Dahil Edilme Kriterleri	25
3.5.2. Dışlama Kriterleri	25
3.6. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI VE VERİLERİN ELDE EDİLMESİ	25

3.6.1. Verilerin Toplanması	25
3.6.2. Veri Toplama Araçları	26
3.7. İSTATİSTİKSEL ANALİZ	27
4. BULGULAR	29
4.1. SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER, YAŞAM TARZI VE YEME ALIŞKANLIKLARI İLE ANTROPOMETRİK ÖLÇÜMLERE İLİŞKİN BULGULAR	29
4.2. FİGÜR DERECELENDİRME ÖLÇEĞİNE İLİŞKİN BULGULAR	36
4.3. OBEZİTE FARKINDALIĞI VE İÇGÖRÜ ÖLÇEĞİNE İLİŞKİN BULGULAR.....	46
4.4. ANTROPOMETRİK ÖLÇÜMLER, BEDEN ALGISI VE OBEZİTE FARKINDALIĞI VE İÇGÖRÜ PUANLARININ KARŞILAŞTIRMALARI	52
5. TARTIŞMA.....	56
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	73
7. KAYNAKLAR.....	78
8. ÖZGEÇMİŞ.....	88
9. EKLER	89
EK-1: ETİK KURUL ONAYI.....	89
EK-2: ANKARA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ'NDEN ALINAN İZİN	91
EK-3: BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU.....	92
EK-4: SOSYODEMOGRAFİK FORM	93
EK-5: FİGÜR DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ	97
EK-6: OBEZİTE FARKINDALIĞI VE İÇGÖRÜ ÖLÇEĞİ.....	98
EK-7: ANTROPOMETRİK ÖLÇÜMLER	100

SİMGELER VE KISALTMALAR

BÇ	: Bel Çevresi
BKİ	: Beden Kitle İndeksi
BKO	: Bel Kalça Oranı
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EOSS	: Edmonton Obesity Staging System (Edmonton Obezite Evreleme Sistemi)
FDÖ	: Figür Derecelendirme Ölçeği
GÖR	: Gastroözofageal Reflü
HT	: Hipertansiyon
KÇ	: Kalça Çevresi
KVH	: Kardiyovasküler Hastalık
KOAH	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
MASLD	: Metabolik Disfonksiyon İlişkili Steatotik Karaciğer Hastalığı
NICE	: National Institute for Health and Care Excellence (Birleşik Krallık Ulusal Sağlık ve Bakım Mükemmelliği Enstitüsü)
OECD	: Organisation for Economic Co-operation and Development
OFİ	: Obezite Farkındalığı ve İçgörü
OSA	: Obstrüktif Uyku Apnesi
SHBG	: Seks Hormon Bağlayıcı Globulin
TABED	: Tıbbi Araştırmalar Bilimsel ve Etik Değerlendirme Kurulu
TEMĐ	: Türkiye Endokrin ve Metabolizma Derneği
TOHTA	: Türkiye Obezite ve Hipertansiyon Araştırması
TURDEP	: Türkiye Diyabet Epidemiyoloji Çalışması
T2DM	: Tip 2 Diyabetes Mellitus

TABLolar LİSTESİ

Tablo 2.1.	Obezite Sınıflandırılması	11
Tablo 4.1.	Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri.....	29
Tablo 4.2.	Katılımcıların cinsiyetlerine göre yaş dağılımı.....	30
Tablo 4.3.	Katılımcıların Yaş Ortalamaları.....	30
Tablo 4.4.	Katılımcıların Kronik Hastalıkları ve İlaç Kullanım Durumları.....	30
Tablo 4.5.	Katılımcıların Kendilerini Tanımlaması ve Sosyal Çevre Özelliklerinin Dağılımı	32
Tablo 4.6.	Katılımcıların Yaşam Tarzı Alışkanlıkları Dağılımı	33
Tablo 4.7.	Günlük ortalama uyku süresi ve su tüketim miktarı	34
Tablo 4.8.	BKİ Sınıflaması Dağılımı	34
Tablo 4.9.	Cinsiyete Göre Antropometrik Ölçümlerin Dağılımı	35
Tablo 4.10.	Bireylerin Yeme Eğilimleri Sorularına Verdikleri Yanıtların Dağılımı	35
Tablo 4.11.	Sınıf içi korelasyon katsayısı değerleri	36
Tablo 4.12.	Figür Derecelendirme Ölçeği Sınıflaması Dağılımı	36
Tablo 4.13.	Figür Derecelendirme Ölçeği Sınıflamasına Göre Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması.....	38
Tablo 4.14.	Katılımcıların Figür Derecelendirme Ölçeği Sınıflaması ile Kronik Hastalık Durumu ve İlaç Kullanım Durumlarının Karşılaştırılması	39
Tablo 4.15.	Katılımcıların Figür Derecelendirme Ölçeği Sınıflaması ile Kilo Durumları Hakkındaki Görüşlerinin Karşılaştırılması.....	40
Tablo 4.16.	Katılımcıların Figür Derecelendirme Ölçeği Sınıflamasına Göre Sosyal Çevreleri ve Yaşam Tarzı Alışkanlıkları Durumlarının Karşılaştırılması	41
Tablo 4.17.	Figür Derecelendirme Ölçeği Sınıflamasına Göre Yeme Eğilimleri Sorularına Verdikleri Yanıtların Karşılaştırılması.....	43
Tablo 4.18.	“Sizce Hangi Tanımlama Size Uygun?” Sorusuna Verilen Yanıtlara Göre BKİ Karşılaştırılması	44

Tablo 4.19. Katılımcıların Figür Derecelendirme Ölçeği Sınıflamasına göre Kilosunu Değerlendirme Uyumu.....	45
Tablo 4.20. Katılımcıların Figür Derecelendirme Ölçeği Sınıflamasına göre BKİ Değerlendirme Uyumu.....	45
Tablo 4.21. Katılımcıların BKİ Sınıflamasına göre Kilosunu Değerlendirme Uyumu	46
Tablo 4.22. Bireylerin Obezite Farkındalığı ve İçgörü (OFİ) Ölçek Puanlarının Dağılımı.....	46
Tablo 4.23. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri ve Kronik Hastalık Durumları ile Obezite Farkındalığı ve İçgörü Ölçeği (OFİ) Toplam Puanlarının Karşılaştırılması (BKİ ≥ 25 Olan Bireylerde)	47
Tablo 4.24. Katılımcıların Vücut Ağırlığı Hakkındaki Görüşleri ile Obezite Farkındalığı ve İçgörü Ölçeği (OFİ) Toplam Puanlarının Karşılaştırılması (BKİ ≥ 25 Olan Bireylerde).....	48
Tablo 4.25. Katılımcıların Sosyal Çevre Özellikleri ve Yaşam Tarzı Alışkanlıklar ile Obezite Farkındalığı ve İçgörü Ölçeği (OFİ) Toplam Puanlarının Karşılaştırılması (BKİ ≥ 25 Olan Bireylerde)	49
Tablo 4.26. Katılımcıların Yeme Eğilimleri ile Obezite Farkındalığı ve İçgörü Ölçeği (OFİ) Toplam Puanlarının Karşılaştırılması (BKİ ≥ 25 Olan Bireylerde)	50
Tablo 4.27. OFİ Toplam Puanı İkili Karşılaştırmaları.....	51
Tablo 4.28. OFİ Toplam Puanı ile Yaş, Günlük Ortalama Uyku, Günlük Su Tüketimi Arasındaki İlişki (BKİ ≥ 25 Olan Bireylerde).....	51
Tablo 4.29. Figür Derecelendirme Ölçeği Sınıflamasına göre bireylerin Obezite Farkındalığı ve İçgörü (OFİ) Toplam Puanlarının Karşılaştırılması (BKİ ≥ 25 Olan Bireylerde).....	52
Tablo 4.30. OFİ Toplam Puanı Figür Derecelendirme Ölçeği Sınıflaması İkili Karşılaştırmaları	52
Tablo 4.31. Figür Derecelendirme Ölçeği Sınıflamasına Göre BKİ Sınıflaması Karşılaştırılması.....	53

Tablo 4.32. Figür Derecelendirme Ölçeği Sınıflamasına Göre Antropometrik Ölçümlerin Karşılaştırılması	54
Tablo 4.33. Bel çevresi, Kalça çevresi, Bel/Kalça Oranı Figür Derecelendirme Ölçeği Sınıflaması İkili Karşılaştırmaları	54
Tablo 4.34. OFİ Toplam Puanı ile BKİ, Bel çevresi, Kalça çevresi, Bel/Kalça Oranı Arasındaki İlişki ($BKİ \geq 25$ Olan Bireylerde)	55



ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2.1.	15+ Yaş Kadınların vücut kitle indeksi dağılımı, 2008-2022.....	7
Şekil 2.2.	15+ Yaş Erkeklerin vücut kitle indeksi dağılımı, 2008-2022.....	7
Şekil 4.1.	Katılımcıların BKİ Sınıflamasına Göre Dağılımı.....	34
Şekil 4.2.	Figür Derecelendirme Ölçeği Sınıflaması Dağılımı.....	37



ÖZET

BİRİNCİ BASAMAKTA OBEZİTE FARKINDALIĞI VE BEDEN ALGISI İLİŞKİSİ: KESİTSEL BİR ÇALIŞMA

Amaç: Bu çalışmanın amacı, birinci basamak sağlık hizmetlerinden yararlanan 18–65 yaş arası yetişkin bireylerde obezite farkındalığı ile beden algısı arasındaki ilişkiyi değerlendirmektir. Çalışma, bireylerin obeziteye yönelik farkındalık düzeyleri ile öznel beden algılarını karşılaştırarak, birinci basamakta yürütülecek önleyici sağlık hizmetlerine katkı sağlamayı hedeflemektedir.

Gereç ve Yöntem: Bu araştırma 07.03.2025-30.04.2025 tarihleri arasında Ankara Çayyolu Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'nde yapılmıştır. Belirtilen tarihler arasında çeşitli nedenlerle Çayyolu Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran, 18–65 yaş aralığında ve dahil edilme kriterlerine uygunluk gösteren gönüllü bireyler çalışmaya dahil edilmiştir. Katılımcılar, sosyodemografik bilgi formu, Stunkard Figür Derecelendirme Ölçeği ve Obezite Farkındalığı ve İçgörü Ölçeği'nden oluşan anket formunu yardımcı araştırmacının gözetiminde doldurmuş, ardından antropometrik ölçümleri alınarak çalışmanın verileri kaydedilmiştir.

Bulgular: Çalışmamızda kullandığımız örnekleme katılımcıların %1,7'si zayıf, %45,7'si normal kilolu, %34,3'ü fazla kilolu, %18,3'ü ise obezdi. Kadınların ortalama BKİ değeri $24,55 \pm 4,31$, erkeklerin ortalama BKİ değeri $28,61 \pm 5,09$ idi. Beden algısı görsel değerlendirmesi erkeklerde daha fazla oranda fazla kilolu, obez ve morbid obez şeklindedir, kadınlarda ise daha fazla oranda zayıf ve normal kilolu şeklindedir. Çalışmamızda bireylerin obezite farkındalığı ve içgörü düzeyinin genel olarak orta seviyede olduğu belirlenmiştir. İstatistiksel olarak anlamlı bulunmasa da kadın katılımcıların obezite farkındalık seviyesi erkek katılımcılardan fazla bulundu. Beden algısı görsel değerlendirmesi normalden morbid obeze doğru gittikçe obezite farkındalığı ve içgörü seviyelerinde artış olduğu gözlemlendi. Vücut ağırlığı algıları morbid obez olanların obezite farkındalığı ve içgörü seviyeleri fazla kilolu ve normal olanlara kıyasla anlamlı derecede yüksek bulundu. Yine vücut ağırlığı algıları obez

olanların obezite farkındalık düzeyleri fazla kilolu ve normal olanlara kıyasla anlamlı derecede yüksek bulundu. Katılımcıların bel çevresi, kalça çevresi, bel kalça oranı, beden kitle indeksi değerleri arttıkça obezite farkındalığı ve içgörü puanlarında artış gözlemlendi. Beden algısı sözel değerlendirmesi ile hesaplanan beden kitle indeksi değerleri katılımcıların yalnızca %57'sinde tutarlıydı. %39,7'si vücut ağırlığını olduğundan daha az değerlendirdi, %3,3'ü ise olduğundan daha fazla değerlendirdi. Alt gruplara bakıldığında en tutarlı değerlendirmeyi yapanların normal kilolu katılımcılar olduğu görüldü (%87,6). Bunu sırasıyla zayıf katılımcılar (%60), fazla kilolu katılımcılar (%38,8) ve obez katılımcılar (%14,5) izledi. Fazla kilolu ve obez bireyler arasında sözel beden algıları vücut ağırlığını hafife alma eğiliminde olan bireylerin obezite farkındalık düzeylerinin anlamlı derecede düşük olduğu belirlendi.

Sonuç: Bu çalışmanın bulguları doğrultusunda, beden algısının obezite farkındalığı üzerinde belirleyici bir rol oynadığı gözlemlenmiştir. Bu nedenle obeziteyle mücadeleye yönelik yaklaşımlarda yalnızca bireyin beden kitle indeksi gibi fiziksel ölçütlerine odaklanmak yerine, beden algısının da klinik değerlendirme süreçlerinde dikkate alınmasının yararlı olabileceği düşünülmektedir. Özellikle vücut ağırlığını olduğundan düşük değerlendirme eğiliminin sık görülmesi, bireylerin sağlık risklerini fark etmelerini geciktirebileceğinden, bu durumun sağlık eğitimi programlarında göz önünde bulundurulması gerektiğini ortaya koymaktadır.

Anahtar Kelimeler: Ağırlık Algılaması, Beden İmajı, Farkındalık, Obezite

ABSTRACT

RELATIONSHIP BETWEEN OBESITY AWARENESS AND BODY PERCEPTION IN PRIMARY CARE: A CROSS-SECTIONAL STUDY

Aim: The aim of this study is to evaluate the relationship between obesity awareness and body image among adults aged 18–65 who benefit from primary healthcare services. By comparing individuals' levels of obesity awareness with their subjective body perceptions, the study aims to contribute to preventive health services to be implemented at the primary care level.

Materials and Methods: This study was conducted between March 7 and April 30, 2025, at the Çayyolu Training Family Health Center in Ankara. During the specified period, volunteer individuals aged 18–65 who applied to the center for various reasons and met the inclusion criteria were recruited. Participants completed a questionnaire under the supervision of the co-investigator, which included a sociodemographic information form, the Stunkard Figure Rating Scale, and the Obesity Awareness and Insight Scale. Following this, anthropometric measurements were taken, and the study data were recorded.

Results: In our sample, 1.7% of the participants were underweight, 45.7% were of normal weight, 34.3% were overweight, and 18.3% were classified as obese. The mean BMI was 24.55 ± 4.31 for women and 28.61 ± 5.09 for men. Based on the visual body image assessment, men more frequently perceived themselves as overweight, obese, or morbidly obese, whereas women more often perceived themselves as underweight or of normal weight. Overall, the participants' levels of obesity awareness and insight were found to be moderate. Although not statistically significant, female participants had higher levels of obesity awareness compared to male participants. As the visually perceived body size increased from normal to morbidly obese, a corresponding increase in obesity awareness and insight levels was observed. Participants who perceived themselves as morbidly obese had significantly higher awareness and insight scores than those who perceived themselves as

overweight or normal. Similarly, those who perceived themselves as obese had significantly higher awareness levels compared to the overweight and normal perception groups. A positive correlation was observed between obesity awareness and participants' waist circumference, hip circumference, waist-to-hip ratio, and BMI. Only 57% of participants' verbal body image assessments were consistent with their calculated BMI. While 39.7% underestimated their body weight, 3.3% overestimated it. Among subgroups, participants with normal weight had the highest rate of correct self-perception (87.6%), followed by underweight (60%), overweight (38.8%), and obese individuals (14.5%). Among overweight and obese participants, those who underestimated their body weight had significantly lower obesity awareness levels.

Conclusion: Based on the findings of this study, body image appears to play a determining role in obesity awareness. Therefore, in approaches to combat obesity, it may be beneficial to consider body image in clinical assessments rather than focusing solely on physical indicators such as body mass index. In particular, the frequent tendency to underestimate one's body weight may delay individuals' recognition of health risks, highlighting the importance of addressing this issue in health education programs.

Key Words: Awareness, Body Image, Obesity, Weight Perception

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Obezite, başta kardiyovasküler hastalıklar, tip 2 diyabet, bazı kanser türleri ve psikososyal problemler olmak üzere birçok sağlık sorununa yol açan; yaşam kalitesini düşüren ve yaşam süresini kısaltan ciddi bir sağlık sorunudur. Obezitenin gelişiminde yanlış beslenme ve fiziksel inaktivite temel belirleyiciler olup; genetik, hormonal, çevresel ve sosyokültürel faktörler de rol oynamaktadır. Toplum sağlığı üzerindeki etkilerine ek olarak, yaygınlığı giderek artan obezite, aynı zamanda ülkeler için büyük bir ekonomik yük oluşturmaktadır. Türkiye’de obezite prevalansının 2035 yılına kadar erişkin nüfusun %55’ine ulaşacağı ve bunun yıllık sağlık harcamalarına yansıyan maliyetinin 5,2 milyar doları aşacağı öngörülmektedir. Hiçbir müdahalede bulunulmadığı takdirde, fazla kiloluluk ve obezitenin küresel maliyetlerinin 2030 yılına kadar yılda 3 trilyon dolara, 2060 yılına kadar ise 18 trilyon doların üzerine çıkması beklenmektedir. Bu tablo karşısında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tüm ülkelere ulusal düzeyde eylem planları geliştirme çağrısı yapmış; Türkiye de bu doğrultuda 2025-2028 Obezite ile Mücadele ve Fiziksel Aktivite Eylem Planı’nı oluşturmuştur. Söz konusu plan; sağlıklı yaşam ortamlarının teşviki, birinci basamak sağlık hizmetlerinde erken tanı ve müdahalenin güçlendirilmesi ile dezavantajlı grupların desteklenmesini içeren bütüncül stratejilerle obeziteyle mücadeleyi hedeflemektedir (1,2).

Obeziteyle etkili bir mücadele için, bireylerin yalnızca hastalığa dair bilgi sahibi olmaları değil, aynı zamanda kendi beden ağırlıklarını doğru algılamaları ve bu durumun sağlık sonuçlarının farkında olmaları gerekmektedir. Bu farkındalık, bireysel düzeyde davranış değişikliklerinin başlaması açısından kritik öneme sahiptir. Farkındalık kavramı, bireyin kendi durumu hakkında bilgi sahibi olması ve bu bilgiye dayalı olarak tutum geliştirmesi sürecini ifade eder. Sağlık alanında farkındalık, kişinin mevcut sağlık durumu hakkında bilgi sahibi olması, belirtileri tanınması, riskleri anlaması ve gerektiğinde profesyonel yardıma yönelmesi gibi boyutları kapsar. Bu bağlamda obezite farkındalığı, bireyin sahip olduğu vücut ağırlığını değerlendirmesi, obezitenin sağlık üzerindeki etkilerini bilmesi ve bu bilgiler doğrultusunda harekete geçme motivasyonu taşıması anlamına gelir. Obeziteye özgü farkındalık yalnızca bireyin kilosunun fazla olduğunu bilmesiyle sınırlı değildir; aynı zamanda bu durumun

sağlık açısından ne anlama geldiğini kavramayı ve yaşam tarzı değişikliği yapma gerekliliğini içermektedir. Obez bireylerin önemli bir kısmı, kilolarını olduğundan daha düşük değerlendirmekte veya bu durumun ciddiyyetini fark edememektedir (3,4).

Literatürde, bireylerin beden ağırlıklarına ilişkin algılarının gerçek durumu yansıtmeması, obezite farkındalığını azaltan başlıca etkenlerden biri olarak tanımlanmaktadır. Bu algı bozukluğu, bireylerin gerekli sağlık hizmetlerine başvurma oranlarını ve yaşam tarzı değişikliği yapma motivasyonlarını azaltmaktadır (5,6).

Obezite, bireylerin kendi durumlarını fark etmeleri ve uygun yaşam tarzı değişikliklerine yonelmeleriyle önlenebilir ya da yonetilebilir bir hastalıktır. Bu süreçte birinci basamak sağlık hizmetleri, özellikle de aile hekimliği uygulamaları büyük önem taşımaktadır. Aile hekimleri, bireyleri yaşamlarının her döneminde izleme ve danışmanlık sağlama avantajına sahiptir. Bu sayede, fazla kiloluluk veya obezite riski taşıyan bireylerde erken dönemde farkındalık oluşturulması, doğru beden algısının desteklenmesi ve gerekli yaşam tarzı değişikliklerinin teşvik edilmesi mümkün olmaktadır. Aile hekiminin kişiye tanıma, iletişim kurma ve sürekli izlem yapma olanakları, obezite ile mücadelede farkındalık temelli müdahaleleri ön plana çıkarmaktadır. Bu çalışmanın amacı; birinci basamak sağlık hizmetlerinden faydalanan bireylerde obezite farkındalığını, beden algısı ile ilişkisi bağlamında değerlendirmek ve aile hekimliği açısından önemini ortaya koymaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. OBEZİTE

2.1.1. Obezitenin Tanımı

Obezite anormal yağ dokusu birikimi nedeniyle sağlığı bozan, erken yaşta morbidite ve mortaliteye neden olan kronik, tekrarlayıcı ve ilerleyici bir hastalıktır. Normalin üzerinde yağ dokusu birikimi yaşam kalitesini bozar ve tüm sistemleri olumsuz yönde etkiler; tip 2 diabetes mellitus (T2DM), hipertansiyon (HT), dislipidemi, aterosklerotik kardiyovasküler hastalıklar (KVH), astım, kanser ve osteoartrit gibi kronik bulaşıcı olmayan hastalıklara yakalanma riskini artırır ve beklenen yaşam süresini kısaltır (7). Uyku kalitesinde bozulma, hareket kabiliyetinde azalma gibi yaşam kalitesini bozan olaylara sebep olur (2).

Yetişkinlerde obezitenin tanısı ve sınıflandırması için en sık kullanılan, en basit boy-ağırlık indeksi beden kitle indeksidir (BKİ). BKİ, bir kişinin kilogram cinsinden vücut ağırlığının metre cinsinden boyunun karesine (kg/m²) bölünmesiyle hesaplanır. BKİ ≥ 30 kg/m² obezite olarak tanımlanır (7).

Fazla kiloluluk ve obezitenin temel nedeni, enerji alımı (beslenme) ve enerji harcaması (fiziksel aktivite) arasındaki dengesizliktir (2). Vücuda alınan fazla enerji trigliseritlere çevrilip yağ dokularında birikir; bu da yağ dokusunun büyümesine, vücut yağ oranının ve kilonun artmasına neden olur. Obezitenin ortaya çıkışında ise yalnızca fizyolojik etkenler değil, genetik yatkınlık, çevresel maruziyet, sosyokültürel alışkanlıklar ve bireyin yaşam tarzı seçimleri de belirleyici rol oynamaktadır (8).

2.1.2. Obezitenin Epidemiyolojisi

DSÖ verilerine göre, dünya genelinde obezite sıklığı son yıllarda önemli ölçüde artmış ve küresel bir sorun haline gelmiştir (9). 2022 yılında dünya çapında 18 yaş ve üzerindeki 2,5 milyar yetişkin aşırı kiloluydu; bunların 890 milyondan fazlası obezdi. Bu durum, 18 yaş üstü yetişkinlerin %43'ünün aşırı kilolu ve yaklaşık

%16'sının obez olduğu anlamına gelmektedir. 1990 yılında bu oran %25'ti. Böylece obezite yaygınlığı 1990'dan bu yana iki kattan fazla artmıştır. Aşırı kilonun yaygınlığı, coğrafi bölgelere göre değişmektedir; örneğin Güneydoğu Asya ve Afrika Bölgeleri'nde %31 civarındayken, Amerika Bölgesi'nde %67'ye ulaşmaktadır. Bir zamanlar yalnızca yüksek gelirli ülkelerle ilişkilendirilen obezite, artık düşük ve orta gelirli ülkelerde, özellikle de düşük sosyo-ekonomik gruplarda artış göstererek küresel bir halk sağlığı sorunu haline gelmektedir (2).

5-19 yaş aralığında ise 2022 yılında 390 milyondan fazla çocuk ve ergen fazla kiloluydu. Bu yaş grubunda fazla kiloluluk yaygınlığı 1990'daki %8 seviyesinden 2022'de %20'ye yükselmiştir. Bu artış, kız çocuklarında %19 ve erkek çocuklarında %21 oranında gerçekleşmiştir. 5 yaş altı çocuklarda ise 2024 yılı itibariyle 35 milyonunun aşırı kilolu olduğu tahmin edilmektedir. Özellikle Afrika'da, bu yaş grubundaki aşırı kilolu çocuk sayısı 2000'den bu yana %12,1 artmıştır. Ayrıca, bu çocukların neredeyse yarısı Asya kıtasında yaşamaktadır (2).

OECD ülkelerinin çoğunda, bireylerin kendi beyanlarına dayalı boy ve kilo verileri temel alındığında, 2021 yılında yetişkinlerin ortalama %54'ünün fazla kilolu veya obez olduğu, %18'inin ise obez olduğu bildirilmektedir. Erkeklerde obezite oranları kadınlara göre daha yüksek bulunmuş, bu fark bazı ülkelerde %20 puana kadar çıkmıştır. Ancak, ölçülen boy ve kilo verileri dikkate alındığında (16 ülke verisi), obezite oranı %26'ya kadar yükselmekte ve fazla kilolu/obez bireylerin oranı %60'a ulaşmaktadır (10).

Obezite, dünyada olduğu gibi Türkiye'de de halk sağlığını önemli ölçüde tehdit eden ve sıklığı giderek artan bir sorundur (7). OECD raporunda Türkiye'ye ait veriler arasında, yetişkin nüfusun yaklaşık %35'inin fazla kilolu, %21'inin obez olduğu belirtilmiştir. Bu oranlarla Türkiye, OECD ve Avrupa ülkeleri arasında en yüksek obezite prevalansına sahip ülkelerden biri olarak öne çıkmaktadır (10). DSÖ'nün 2022'de yayınladığı raporda ülkemizde obezite prevalansının %30'un üzerinde olduğu ortaya koyulmuş, Avrupa'da obeziteli ve fazla kilolu bireylerin oranı en yüksek olan ülke konumunda yer aldığımız belirtilmiştir (11).

Türkiye’de obeziteyle ilgili yapılmış çok sayıda araştırma mevcuttur. Bunlardan biri olan ve 1997-98 yıllarında gerçekleştirilen “Türkiye Diyabet Epidemiyoloji (TURDEP-I) Çalışması”nda, 20 yaş ve üzeri yetişkinlerde obezite prevalansının %22,3 (kadınlarda %30, erkeklerde %13) olduğu bildirilmiştir (12). Bu çalışmaya yakın tarihlerde yapılan “Türkiye’de Erişkinlerde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri (TEKHARF, 1997-1998) Araştırması”nda yetişkinlerde obezite prevalansı %28,6 (kadınlarda %38,8, erkeklerde %18,7) ve “Türkiye Obezite ve Hipertansiyon (TOHTA, 1999-2000) Araştırması”nda ise obezite prevalansı %19,4 (kadınlarda %24,6, erkeklerde %14,4) bulunmuştur (13,14).

TURDEP-I çalışmasından 12 yıl sonra aynı merkezlerde tekrarlanan TURDEP-II Çalışması”nda ise obezite prevalansının, genel toplumda %35’e (kadın %44, erkek %27) yükseldiği görülmüştür. Çalışmada, TURDEP-I’den itibaren aradan geçen 12 yıl içinde obezite sıklığındaki artışın erkeklerde (%107) kadınlara (%34) göre çok daha fazla olduğu saptanmıştır (15).

TURDEP-I ve TURDEP-II çalışmaları arasında geçen 12 yıl içinde ülkemizde normal BKİ (18,5-24,9 kg/m²) değerlerine sahip bireylerin oranı %41’den %26’ya düşmüş, fazla kiloluların (BKİ 25-29,9 kg/m²) oranı %35’den %36,7’ye çıkmış ve obeziteli (BKİ \geq 30 kg/m²) bireylerin oranı ise %22’den %35,9’a yükselmiştir. TURDEP-II çalışması evre 3 obezite (BKİ \geq 40 kg/m²) sıklığının ise %1’den %3,1’e yükseldiğini göstermiştir (7).

Türkiye’de obezite sıklığını araştıran bir başka çalışma bakanlığımızca 2010 yılında tamamlanan “Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması”dır (TBSA-2010). Bu çalışmanın sonuçları da TURDEP-II sonuçlarına benzer bulunmuş olup 19 yaş ve üzeri yetişkinlerde obezite prevalansı %30,3 (kadınlarda %41, erkeklerde %20,5), evre 3 obezite sıklığı %2,9 (kadınlarda %5,3, erkeklerde %0,7), fazla kilolu olma prevalansı ise %34,6 olarak tespit edilmiştir (9).

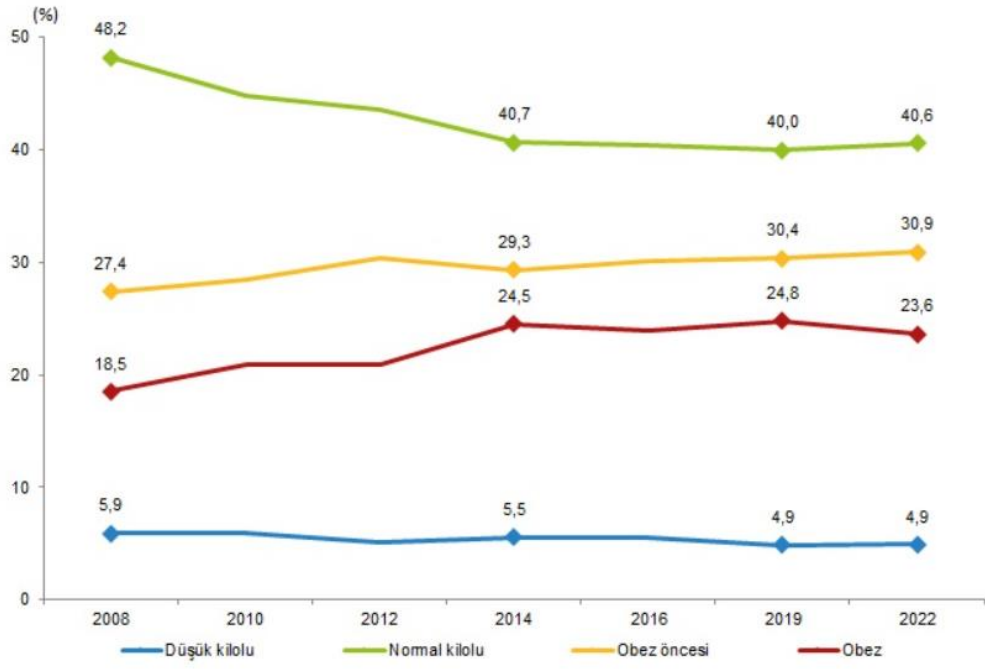
TBSA-2017 çalışmasında 19 yaş ve üzeri toplumun %36,6 sınıın fazla kilolu ve %34,1’inin obeziteli (evre 1+2 obezite %30, evre 3 obezite %4,1) olduğu ortaya koyulmuştur. Bu çalışmada erkeklerin %43,4’ü fazla kilolu ve %26,3’ü obeziteli (evre

1+2 obezite %24,9, evre 3 obezite %1,4); kadınların ise %29,2'si fazla kilolu ve %42,6'sı obeziteli (evre 1+2 obezite %35,6, evre 3 obezite %7) olarak değerlendirilmiştir (7).

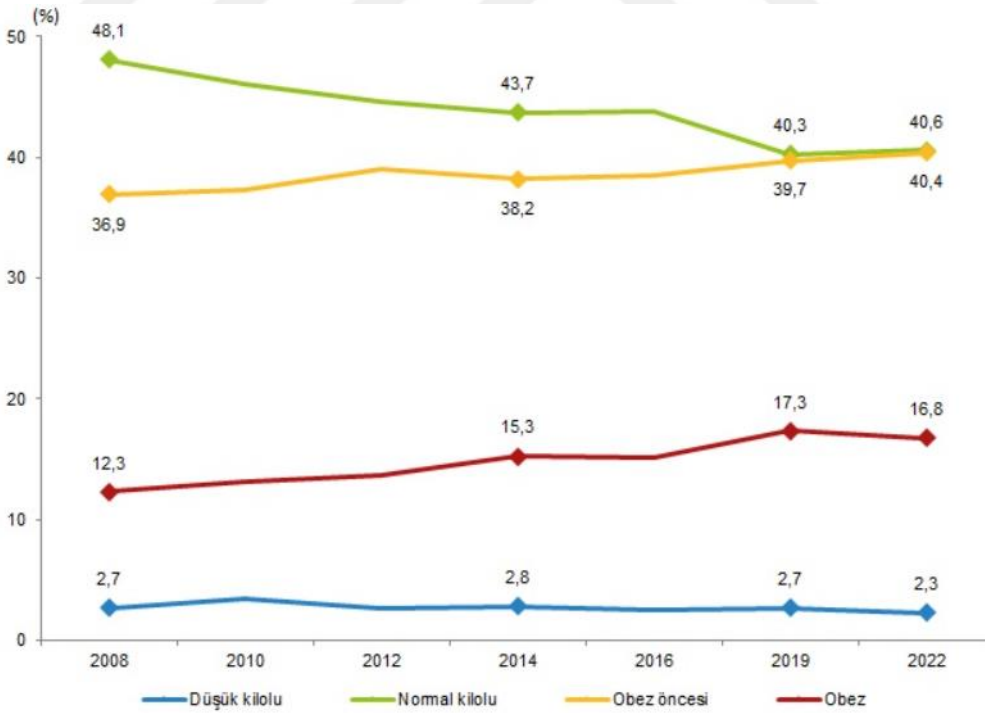
TBSA-2017 ile aynı dönemde yapılan DSÖ tarafından yapılan "Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması: Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri 2017" çalışmasında 15 yaş ve üzeri katılımcıların %35,6'sı fazla kilolu ve %28,8'i ise obezitelidir. Erkeklerde bu oranların sırası ile %41,2 ve %21,8; kadınlarda ise %30,1 ve %35,9 olduğu bildirilmiştir (16).

Türkiye İstatistik Kurumu(TÜİK)'nun 2022 yılında gerçekleştirdiği Türkiye Sağlık Araştırması sonuçlarına göre, 15 yaş ve üzeri bireylerde obezite oranı %20,2 olarak hesaplanmıştır. Bu oran, 2019 yılında %21,1 olarak bildirilmişti. Cinsiyet bazında değerlendirildiğinde, kadınların %23,6'sının obez ve %30,9'unun fazla kilolu, erkeklerin ise %16,8'inin obez ve %40,4'ünün fazla kilolu durumda olduğu görülmüştür (17).

Dünya genelinde obezite prevalansının 1975'ten bu yana yaklaşık üç kat arttığı bildirilmektedir. Günümüzde yaklaşık 800 milyon insan obezite ile yaşamaktadır. Avrupa Bölgesi özelinde, 2020-2035 döneminde çocukluk ve ergenlik dönemindeki obezite oranlarının artmaya devam edeceği öngörülmektedir. 2035 yılı itibarıyla kız çocuklarının %14'ünün ve erkek çocuklarının %21'inin obezite ile karşı karşıya kalacağı, erişkin nüfusun ise kadınlarda %35'inin, erkeklerde %39'unun obez olacağı tahmin edilmektedir. Ayrıca, 2030 yılı itibarıyla dünya genelinde 5 yaş altı fazla kilolu çocuk sayısının 40 milyona, 5-19 yaş arası obeziteli çocuk sayısının ise 250 milyona ulaşması beklenmektedir (1).



Şekil 2.1. 15+ Yaş Kadınların vücut kitle indeksi dağılımı, 2008-2022 (17)



Şekil 2.2. 15+ Yaş Erkeklerin vücut kitle indeksi dağılımı, 2008-2022 (17)

2.1.3. Obezite Etyolojisi

Fazla kiloluluk ve obezite esasen alınan enerji ile harcanan enerji arasındaki dengesizlikten kaynaklanır (2). Obezitenin oluşmasında en önemli nedenler olarak aşırı ve yanlış beslenme ile fiziksel aktivite yetersizliği belirtilmekle birlikte, yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, gelir durumu, sosyokültürel ve psikolojik etmenler, hormonal, genetik ve metabolik etmenler, sık aralıklarla çok düşük enerjili diyetler uygulama, sigara-alkol kullanımı, kullanılan bazı ilaçlar, doğum sayısı vb. obezitenin oluşmasında etkisi olduğu düşünülen diğer nedenlerdir (18).

Genetik yatkınlık obezitede tek başına sorumlu değildir, genetik faktörlerin etkisi yaklaşık %15 oranındadır; geri kalan %85'lik kısım ise çevresel faktörlerle ilişkilidir (8,19). Obeziteye katkıda nadir genetik mutasyonlar tipik olarak erken başlangıçlı şiddetli obeziteye (< 10 yaş) neden olur (20).

Obezitenin birçok başka nedeni olmasına rağmen, kötü beslenme önemli bir risk faktörüdür. Bir çalışma, sağlıksız beslenme kalıplarını, dünya çapında diğer tüm risk faktörlerini geride bırakarak, birincil ölüm nedeni olarak belirlemiştir. Sağlıksız beslenme alışkanlıkları; sodyum, trans yağ asitleri, şekerle tatlandırılmış içecekler ve kırmızı ya da işlenmiş et açısından yüksek, buna karşılık lif, kalsiyum, sebze, meyve, tam tahıl, baklagil, kuruyemiş, tohum, deniz ürünleri, sağlıklı yağlar (çoklu doymamış ve omega-3 yağ asitleri) ve süt bakımından yetersiz diyetleri kapsamaktadır (21). İnsanların diyet tercihleri çeşitli kültürel, çevresel, davranışsal ve sosyoekonomik faktörlerden etkilenir (8). Özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerdeki çocuklar genellikle daha düşük maliyetli ancak besin kalitesi de daha düşük olan yüksek yağlı, yüksek şekerli, yüksek tuzlu, enerji yoğun ve mikro besin açısından fakir gıdalara maruz kalmaktadırlar (2).

Fiziksel aktivite, obezite için önemli bir değiştirilebilir risk faktörüdür (22). Düzenli fiziksel aktivite her yaştan insanda zihinsel ve fiziksel sağlığı destekler. Kalp hastalığı, felç, diyabet ve meme ve kolon kanseri gibi bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesine ve tedavisine yardımcı olduğu kanıtlanmıştır. Ayrıca HT, aşırı kilo ve obezitenin önlenmesine yardımcı olur ve ruhsal sağlığı, yaşam kalitesini ve refahı

iyileştirebilir (23). Yetersiz fiziksel aktivite veya hareketsiz bir yaşam tarzı, metabolik bozukluklar, dahil olmak üzere obezite ve kiloyla ilişkili sağlık sorunlarının artmış riskiyle ilişkilidir (24).

Televizyon izleme, video izleme ve cep telefonu kullanımı giderek daha hareketsiz bir yaşam tarzıyla pozitif olarak ilişkilidir (25). Uzun süre oturma ve aşırı ekran süresi gibi hareketsiz davranışlar, modern yaşam tarzları ve teknolojik gelişmeler nedeniyle giderek daha yaygın hale gelmiştir (26). Bu hareketsiz davranışlar, fiziksel aktivite seviyelerinin azalmasına ve obezite riskinin artmasına katkıda bulunur (24).

Obezitenin bir başka nedeni de psikolojik etmenlerdir. En yaygın psikiyatrik bozukluklardan ikisi olan depresyon ve anksiyete, obeziteyle güçlü bir şekilde ilişkilidir. Önceki araştırmalar obeziteyi depresyon ve anksiyeteye ilişkilendirmiştir (27). Ancak bazı çalışmalar vücut yağ dağılımının ve uyku davranışının bu ilişkide daha da büyük bir rol oynayabileceğini öne sürmektedir (28). Depresyon, özellikle yüksek kalorili rahatlatıcı yiyeceklere karşı artan iştaha yol açabilir. Düzensiz kortizol seviyeleri (stres hormonu) gibi hormonal ve nörokimyasal değişiklikler, yağ, şeker ve karbonhidrat açısından zengin yiyeceklere olan tercihin artmasına katkıda bulunabilir (29). Ayrıca, depresyon genellikle uykusuzluk veya hipersomni gibi uyku bozukluklarıyla birlikte görülür ve bunların her ikisi de iştah düzenlemesini ve enerji dengesini etkileyebilir (30). Azalmış uyku süresi veya kalitesi leptin ve ghrelin seviyelerini etkileyebilir²⁰⁸, artan açlık ve yüksek kalorili yiyeceklere duyulan istekle sonuçlanarak kilo alımına katkıda bulunabilir (31). Tersine, aşırı uyku hali veya hipersomni düzenli yemek programlarını bozabilir, düzensiz yeme düzenlerine ve daha büyük öğünler tüketme veya sık sık atıştırma olasılığının artmasına neden olabilir (32).

Duygusal veya stres kaynaklı yeme, anksiyeteli bireyler arasında yaygındır, çünkü duygusal sıkıntıyla başa çıkmak için yemeğe yönelebilirler. Bazı kişiler kaygının arttığı dönemlerde iştahsızlık yaşarken, diğerleri kaygıya yanıt olarak aşırı yemeye başvurur. Bu, zamanla aşırı kalori alımına ve kilo alımına yol açabilir (33).

Gelir ve sosyoekonomik durum, gıda ortamı ve sosyal çevre özellikleri, eğitim, sağlık okuryazarlığı ve sosyal ve kültürel faktörler iç içedir ve bir bireyin obezite riskini şekillendirmede önemli roller oynar. Birçok çalışma, özellikle düşük gelirli ülkelerde; düşük gelir ve daha yüksek obezite oranları arasında güçlü bir ilişki bulmuştur (34). Sınırlı mali kaynaklara sahip bireyler genellikle daha yüksek maliyetleri nedeniyle taze meyveler, sebzeler ve yağsız proteinler gibi sağlıklı gıda seçeneklerine erişmekte zorluklarla karşılaşmaktadır. Sonuç olarak, kalorisi yüksek ve besin değeri düşük olan daha ucuz, enerjiden yoğun işlenmiş gıdalara güvenme olasılıkları daha yüksektir (35).

Sosyal ve kültürel faktörler de obezite oranlarına katkıda bulunur. Akran etkisi, sosyal normlar ve kültürel uygulamalar bireylerin yiyecek ve fiziksel aktiviteye yönelik tutumlarını şekillendirebilir (36). Örneğin, bazı kültürel kutlamalar ve gelenekler, bol ve zengin içerikli öğünlere odaklandığı için fazla kalori alımını teşvik edebilir (37). Bireylerin beslenme ve fiziksel aktivite alışkanlıkları, içinde buldukları sosyal ortamdan büyük ölçüde etkilenmektedir. Sosyal destek eksikliği veya sağlıksız davranışların normal kabul edildiği çevreler, obezitenin ortaya çıkmasına ve kalıcı hale gelmesine katkıda bulunabilir (38).

2.1.4. Obezite Tanısı ve Sınıflandırılması

Aşırı kilo ve obezitenin sınıflandırılmasında en yaygın başvuru ölçütü, beden kitle indeksidir (BKİ). DSÖ, bu indekse ek olarak bel çevresi (BÇ) ölçümü ve bel/kalça oranı (BKO) hesaplamasının da birlikte değerlendirilmesini önermektedir. BKİ; kişilerin kilogram cinsinden vücut ağırlığının, metre cinsinden boy uzunluğunun karesine bölünmesiyle hesaplanmaktadır (2). Obezitenin BKİ'ye göre sınıflandırılması Tablo 2.1'de gösterilmiştir (39).

Tablo 2.1. Obezite Sınıflandırılması

Sınıflama	BKİ
Zayıf	< 18,5 kg/m ²
Normal	18,5 – 24,9 kg/m ²
Fazla Kilolu	25 – 29,9 kg/m ²
Obez	≥ 30 kg/m ²
1.Derece Obez	30 – 34,9 kg/m ²
2.Derece Obez	35 – 39,9 kg/m ²
3.Derece Obez	≥ 40 kg/m ²

BKİ vücutta aşırı yağ miktarını göstermekle birlikte fazla yağın dağılımı hakkında bilgi vermez. Son yıllarda vücuttaki toplam yağ miktarından çok yağın vücutta bulunduğu bölge ve dağılımının önemli olduğu ve bu durumun hastalıklar ve ölümlerle ilişkili olduğu vurgulanmaktadır. Bu nedenle BÇ, BKO gibi ölçümler vücuttaki aşırı yağın dağılımını sınırlı da olsa anlamak için kullanılabilen basit değerlendirme yöntemleridir (7,18). BÇ ölçümü özellikle visseral obeziteyi, tespit etmek, dolayısıyla kardiyovasküler hastalık morbiditesi ve mortalitesini öngörmek açısından BKİ'ne göre daha duyarlıdır ve yaş, cinsiyet ve kas kitlesi gibi faktörlerden etkilenmez. Bel çevresi ölçümünün abdominal obezite için tanısal değeri BKİ'nin 25-35 kg/m² arasındaki değerleri için geçerlidir. BKİ≥35 kg/m² olan bireylerde BÇ ölçülmesinin yararı yoktur (7).

DSÖ, Amerikan toplumu için bel çevresinin erkeklerde ≥102 cm, kadınlarda ≥88 cm olmasını abdominal obezite olarak kabul etmiştir ancak belirlenen kesme değerler etnisiteye göre çeşitlilik gösterebilmektedir. Türk toplumu için yapılan çalışmalardan elde edilen sonuçlardan yola çıkarak yayımlanmış TEMD obezite-lipid metabolizması-hipertansiyon çalışma grubunun verilerine göre erkeklerde ≥100 cm, kadınlarda ≥90 cm olması abdominal obezite kriteri olarak sunulmuştur (7). BKO için DSÖ tarafından belirlenen kesme değerler ise erkekler için 1 üzeri, kadınlar için ise 0,85 üzeri olarak belirlenmiştir (40).

2.1.5. Obezite Komplikasyonları

Fazla kiloluluk ve obezitenin neden olduğu sağlık riskleri giderek daha iyi belgelenmekte ve anlaşılmaktadır. 2021 yılında, optimalin üzerindeki BKİ'nin kardiyovasküler hastalıklar, diyabet, kanserler, nörolojik bozukluklar, kronik solunum yolu hastalıkları ve sindirim sistemi bozuklukları gibi bulaşıcı olmayan hastalıklara yol açarak tahmini 3,7 milyon ölüme neden olduğu düşünülmektedir (2).

Obezitenin, diğer faktörlerden bağımsız olarak, HT, T2DM, metabolik sendrom ve dislipidemi dahil glikoz anormallikleri ve ayrıca artmış inflamasyon seviyeleri gibi neredeyse tüm bulaşıcı olmayan hastalık risk faktörlerinin oranını önemli ölçüde artırdığı bulunmuştur (41).

Obezite ile T2DM'nin başlangıcı arasındaki ilişki, obezite ile ilişkili artan insülin direnci nedeniyle yaygın olarak kabul edilmektedir. İnsülin direnci, T2DM gelişmesi açısından yatkınlık oluşturmaktadır (42). Çeşitli çalışmalara göre, 30-35 kg/m²'lik BKİ'ye sahip bireylerde kadınlarda diyabet geliştirme riski 20 kat, erkeklerde ise 10 kat artmıştır (43). Ek olarak, abdominal obezite varlığı, bireyin genel obezite seviyesinden bağımsız olarak T2DM gelişimi için önemli bir risk faktörü oluşturmaktadır (44). Ayrıca obezite, diyabetli hastalarda ölüm oranını ve mikrovasküler komplikasyon riskini artırmaktadır (45).

Obezite durumu, kalbin morfolojisi ve ventriküllerinin işleyişi üzerinde olumsuz etkilere sahip olabilecek bir dizi metabolik, nörohormonal ve hemodinamik değişiklik üretme potansiyeline sahiptir (41). Özellikle kalp yetmezliği, atriyal fibrilasyon, koroner kalp hastalığı, hipertansiyon ve çok sayıda başka KVH formu olmak üzere KVH riskinin artmasıyla güçlü bir şekilde ilişkilidir (46).

Genellikle obezite nedeniyle oluşan boyun ve dilin yumuşak dokuları etrafında artan yağ birikimi, üst solunum yolu tıkanıklığına önemli ölçüde katkıda bulunabilir. Bu, farinkste ekstralüminal basınçlarda artışa yol açabilir, bu da kritik kapanma basıncını yükseltebilir ve nihayetinde hava yolu çökmesi olasılığını artırabilir (47). Son yıllarda obezite oranlarındaki küresel artış, özellikle faringeal hava yolu

çökmeleriyle seyreden obstrüktif uyku apnesinin (OSAS) de benzer şekilde daha yaygın hale gelmesine neden olmuştur. OSAS, çeşitli KVVH'ler ve metabolik komorbiditelerle ilişkisi nedeniyle en belirgin uyku bozukluğu olarak kabul edilir. Uyku bozukluklarının kilo alımının patogeneğinde nedensel bir rol oynadığı düşünülürken, obezite OSAS'ın başlangıcı ve ilerlemesi için en etkili demografik risk faktörü olarak kabul edilir (48).

Obezite, astım, efor dispnesi, OSAS, obezite hipoventilasyon sendromu ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) gibi solunum rahatsızlıklarını etkileyen önlenemez bir risk faktörüdür. Ayrıca KOAH alevlenmesi riskini ve solunum yolu enfeksiyonlarına karşı duyarlılığı artırır. Solunum yolu hastalığı olan obez hastaların hastaneye yatış oranları da sağlıklı kiloya sahip olanlara kıyasla yüksektir (49).

Obezite, çeşitli neoplazmlar için bağımsız bir risk faktörü olarak tanımlanmıştır ve endometriyal kanserler, menopoz sonrası meme kanseri ve kolorektal kanserler obeziteyle ilişkili malignitelerin %60'ından fazlasını oluşturmaktadır (50).

Kapsamlı araştırmalar, obezite ile beyin yapısı ve bilişsel yetenekler üzerindeki etkileri arasındaki ilişkiyi araştırmıştır. Çalışmalar, obezitenin bilişsel işlevleri etkileyebileceğini, hafıza, öğrenme ve diğer bilişsel süreçlerde değişikliklere yol açabileceğini göstermektedir sonuçta da obezitenin hafif bilişsel bozukluk ve Alzheimer hastalığı riskini artırmasıyla güçlü bir şekilde ilişkilendirilmiştir (51).

Kolelitiazisin normal popülasyonda sıklığı %10-20 civarındayken BKİ'nde artışa bağlı olarak sıklık artar. Obeziteli hastalarda kolelitiazisin sık görülme nedenlerinin başında safra kesesi motilitesinin azalması, safrada kolesterol süpersaturasyonu, insülin direnci ile ilişkili mekanizmaların geldiği düşünülmektedir (7).

Obezitede gastroözofageal reflü (GÖR) ve ilişkili hastalıklarda (eroziv özefajit, Barrett özefagusu ve adenokarsinom) artış görülür. Obezitenin kendisinin reflü için risk oluşturması dışında BÇ'ye bağlı değişiklikler de GÖR'e yol açabilir (7).

Metabolik disfonksiyon ilişkili steatotik karaciğer hastalığı (MASLD) prevalansı dünya genelinde ortalama %30 olarak bildirilmektedir. Obezite, MASLD'nin patofizyolojisinde önemli bir rol oynamaktadır ve obezite prevalansındaki artışa paralel olarak MASLD prevalansı da artmaktadır. Metabolik disfonksiyon ilişkili steatotik karaciğer hastalığı sıklığının fazla kilolu ve obeziteli bireylerde %57-98 oranında değiştiği bildirilmektedir (7).

Obezite, fibromiyalji, osteoartrit, osteoporoz, inflamatuvar artrit, gut, kronik bel ağrısı, lomber omurga ve yumuşak doku rahatsızlıkları ve pelvik ağrı dahil olmak üzere çeşitli kronik kas iskelet sistemi rahatsızlıklarıyla ilişkilendirilmiştir (52,53). Diz osteoartriti görülme sıklığı obez bireylerde obez olmayan bireylere göre dört kat daha fazladır (54).

Obezitenin depresyona sebep olduğu net olarak ortaya konmamış olsa da yapılan çalışmalarda şiddetli obezitesi olan bireylerin, ortalama kiloya sahip olanlara göre önemli bir depresif dönem geçirme olasılığının yaklaşık beş kat daha fazla olduğu bulunmuştur (55). Batı toplumlarında zayıflık, estetik bir norm olarak kabul edildiğinden, şiddetli obezitesi olan bireylerin sosyal ortamlarda artan düzeyde anksiyete yaşaması da şaşırtıcı değildir (56).

Hem ergenlikte hem de erişkin dönemde vücut ağırlığının artışı ile oligo-amenore prevalansı artar. Obezitesi olan her 3 erişkin kadından birinde menstrüel problemler mevcuttur ve BKİ arttıkça nulliparite oranları yükselir. Normal ağırlıklı kadınlara göre kilo fazlalığı ya da obezitesi olan kadınlarda doğurganlık oranları %50'ye varan oranda azalmış ve ilk doğuma kadar geçen süre uzamıştır (7,57).

Yine yapılan çalışmalar, obez bireylerde yaş fark etmeksizin serbest, biyoyararlanabilir ve total testosteron düzeylerinin azaldığını göstermektedir. Özellikle bel çevresi arttıkça, plazma testosteron ve seks hormon bağlayıcı globulin (SHBG) seviyelerinde düşüş gözlenmiştir. Ayrıca testosteron düzeyinin azalmasıyla birlikte, bireylerin bel çevresi ve vücut kitle indeksinde de artış eğilimi ortaya çıkmıştır (58).

Direkt bir neden sonuç kurulamamış olsa da genel olarak santral obeziteye bağılı olarak intraabdominal basınç artışı, mesane basıncında ve üretra mobilitesinde artış olması nedeniyle obez bireylerde inkontinans ve mesane problemlerinin daha fazla görülebileceği düşünülmektedir (7).

2.2. OBEZİTE FARKINDALIĞI

Farkındalık kavramı Kabat-Zinn tarafından, yargılamadan, bilerek ve isteyerek şimdiki ana dikkat ederek ortaya çıkan bir durum olarak tanımlanmıştır (59). Bishop ve diğerleri benzer şekilde farkındalığı, mevcut deneyimin ayrıntılı olmayan bir farkındalığına ulaşmak için dikkatin kendi kendini düzenlemesi olarak tanımlamıştır (60). Bu nedenle, farkındalık bir durumdur, ancak böyle bir farkındalık durumunu geliştirmek, şimdiki ana yargılamadan katılmayı bilinçli ve isteyerek pratik yapmaktan oluşan bir uygulama gerektirir. Farkındalık durumunun uygulanmasının birçok faydası vardır ve obezitede kilo kontrolü bunlardan bir tanesidir (61).

Hastalık farkındalığı günümüzde süreklilik gösteren çok boyutlu bir yapı olarak anlaşılmaktadır ve 4 temel alanı içermektedir; genel hastalık farkındalığı (örnek: "Aşırı kiloluyum"), hastalığa doğru semptom atfı (örnek: "Kilo nedeniyle düzenli olarak sırt ağrım oluyor"), tedaviye ihtiyaç farkındalığı (örnek: "Sağlıklı beslenmekten fayda görebilirim") ve olumsuz sonuçların farkındalığı (örnek: "Kilo vermezsem diyabet geliştirebilirim") (62).

Obezite için öznel hastalık farkındalığı, kişinin obeziteye sahip olduğunu, bununla ilişkili semptomları, olumsuz sağlık sonuçlarını ve obezite hakkındaki bilgi derecesinden bağımsız olarak yaşam tarzı değişikliklerine ihtiyaç duyduğunu kabul etmesi anlamına gelir (63).

Kişinin fazla kilolu olduğunu veya obeziteye sahip olduğunu kabul etmemesi, sağlıklı yaşam tarzı değişikliklerine bir engel olarak kabul edilir ve olumsuz klinik sonuçlara katkıda bulunur (64). Obez yetişkinler arasında vücut ağırlığının öz farkındalığı ile gerçek vücut ağırlığı arasında dikkat çekici bir tutarsızlık vardır. Obezitenin bir halk sağlığı problemi olarak daha çok gündeme gelmesine rağmen,

bireylerin kendi kilolu ya da obez durumlarını fark etme oranı zamanla azalmıştır (5). Bu bağlamda bozulmuş obezite farkındalığı yaşam tarzı değişikliklerinin önündeki önemli bir engel olabilir (65). Doğru kilo algısı ise kilo kontrolü arayışıyla pozitif ilişkilidir (64).

Obezite farkındalığını değerlendirmeye yönelik ilk ölçek, 2011 yılında Allen tarafından çocuklar ve gençler için geliştirilen Obezite Farkındalığı Ölçeği (Obesity Awareness Scale - OAS) olmuştur. Bu 23 maddelik ölçek, obezite farkındalığını üç alt boyutta - obezite bilgisi, beslenme bilgisi ve fiziksel aktivite bilgisi - ölçmeyi hedeflemiştir. OAS, erken yaş gruplarındaki bireylerin obeziteye yönelik bilgi ve tutum düzeylerini değerlendiren ilk sistematik araç olarak literatüre girmiştir (66).

Erişkin bireylerde kullanılan ilk çok boyutlu ölçek ise, 2018 yılında Gerretsen ve arkadaşları tarafından geliştirilen Obezite Farkındalığı ve İçgörü Ölçeği (Obesity Awareness and Insight Scale - OASIS) olmuştur. OASIS, bireyin obeziteyi hastalık olarak tanıma, semptomları kendisine atfetme, tedaviye ihtiyaç duyduğunu fark etme ve olumsuz sonuçları değerlendirme gibi içgörü temelli bileşenlerle yapılandırılmış olan ilk güvenilir ölçek olarak öne çıkmaktadır. Bu iki ölçek, obezite farkındalığı değerlendirmesinde en yaygın ve geçerli araçlar olarak kabul edilmektedir. Allen'in OAS'i erken yaş gruplarında genel bilgi düzeyini değerlendirirken, OASIS erişkinlerde içgörüyü esas alan kapsamlı bir yaklaşım sunmaktadır. Böylece literatürdeki ilk uygulamadan (OAS) erişkinlerde çok boyutlu içgörüyü (OASIS) geçiş, obezite farkındalığı araştırmalarının gelişimini ve metodolojik çeşitliliğini yansıtmaktadır (67,68).

2.3. BEDEN ALGISI

2.3.1. Beden Algısı Tanımı

Beden algısı insanların kendi vücutlarını deneyimleme biçimini ifade eder. Bu yapı, fiziksel görünüm, vücut işlevi ve vücut bütünlüğüyle ilgili inançlara, düşüncelere ve duygulara dayanır (69).

Beden algısı genel olarak iki ana başlıkta değerlendirilir: algısal ve tutumsal bileşenler. Algısal bileşen, bir kişinin kendi vücut büyüklüğünü, şeklini ve ağırlığını ne kadar doğru bir şekilde algıladığını, yani fiziksel gerçekliğe ne kadar uygun bir mental imajı olduğunu ifade eder. Tutumsal bileşen de 4 ana bileşenden oluşur. Bunlardan birincisi afektif (duygusal) bileşen; bireyin kendi vücuduna karşı hissettiği duyguları ifade eder. Bu duygular, kişinin çevresindeki olayları, nesnelere veya durumları değerlendirme ve yorumlama biçiminin bir sonucu olarak ortaya çıkar ve memnuniyet, memnuniyetsizlik, kaygı veya utanç gibi çeşitli duygusal tepkileri içerebilir. İkinci bileşen olan bilişsel bileşen; bireyin kendi vücudu hakkında taşıdığı düşünce ve inançları kapsar. Bu düşünceler, genellikle kişinin kendi vücuduna yönelik yoğun eleştiriler şeklinde ortaya çıkabilir ve vücut görünümüne dair olumsuz içsel diyalogları yansıtır. Üçüncüsü, davranışsal bileşendir ve beden algısıyla ilişkili olumsuz duygusal veya bilişsel deneyimleri (beden algısı ağrısı) tetikleyebilecek durumlardan kaçınma davranışlarını ifade eder. Bu, kişinin vücudunu sergilemekten veya belirli sosyal ortamlarda bulunmaktan kaçınması gibi davranışsal tepkileri içerir. Dördüncü ve son bileşen ise küresel subjektif memnuniyetsizliktir ve bu, bireyin kendi vücudundan duyduğu derin ve genel bir hoşnutsuzluk halini tanımlar. Vücudun belirli bir bölgesine yönelik olmaktan ziyade, kişinin kendi bedenine karşı duyduğu kapsamlı bir memnuniyetsizliği ifade eder (70).

Beden algısını değerlendirmeye yönelik geliştirilmiş çeşitli ölçekler bulunmaktadır. Bu ölçekler, bireylerin bedenlerine ilişkin düşünsel, duygusal ve davranışsal boyutları bir arada ele alarak çok yönlü değerlendirmeler yapmayı hedeflemektedir. Ancak bu tür ölçekler genellikle bedenle ilgili genel memnuniyet düzeyini, görünüme yönelik tutumları ve kimi zaman cinsel çekicilik, fiziksel işlevsellik ya da görünüşten duyulan haz gibi alt boyutları da kapsamaktadır (71). Bu çalışmada beden algısı kavramı, bireylerin vücut ağırlıklarına ilişkin öznel değerlendirmeleri olan vücut ağırlığı algısı odağında ele alınmıştır. Kapsamlarının oldukça geniş olması sebebiyle obezite farkındalığı ile vücut ağırlığı algısı arasındaki ilişkiyi incelemeyi amaçlayan bu çalışmada söz konusu ölçekler kullanılmamış, onun yerine beden algısı görsel ve sözel değerlendirme yöntemleriyle ele alınmıştır. Beden algısı görsel değerlendirmesi için Stunkard Figür Derecelendirme Ölçeği

kullanılmıştır. Sözel değerlendirme kapsamında ise anket formunda katılımcılara “Sizce hangi tanımlama size uygun?” sorusu yöneltilmiş ve “zayıf, normal, fazla kilolu, obez” seçeneklerinden yaptıkları tercih dikkate alınmıştır. Literatürde de beden algısının değerlendirilmesinde bu yaklaşımların yaygın olarak tercih edildiği görülmektedir (72–74).

2.3.2. Beden Algısını Etkileyen Faktörler

Beden algısı, bireyin kendi vücudunu nasıl deneyimlediğine dair oldukça subjektif ve kişiye özgü bir değerlendirme olup, sadece fiziksel görünümünden ibaret değildir. Bu karmaşık yapının oluşumunda ve şekillenmesinde fizyolojik, sosyolojik ve psikolojik boyutlar birlikte ele alınmalıdır. Zira, bireyin içinde büyüdüğü aile ortamı, mensubu olduğu toplumun kültürel ve estetik standartları, içinde yaşanan dönemin genel eğilimleri ve medya temsilleri gibi çok sayıda dışsal faktör, beden algısı üzerinde belirleyici bir etkiye sahiptir. Bu denli çeşitli ve kişiye özel koşullar, her birey için benzersiz bir beden algısı ve dolayısıyla farklı benlik kavramları oluşturmaktadır. Dolayısıyla, bireylerin kendi bedenleriyle kurdukları ilişkiyi anlamak, bu etkileşimli faktörler ağının incelenmesini gerektirir (75).

Cinsiyetin beden algısı üzerindeki etkisi incelendiğinde, kadınların beden algısının olumsuz yönde etkilenme olasılığının erkeklere kıyasla daha fazla olduğu görülmektedir. Bu durum, hamilelik, doğum ve menopoz gibi fizyolojik dönem noktalarının yanı sıra, toplumsal güzellik standartları, medyanın yarattığı idealize edilmiş beden imajları ve aile içi beklentiler gibi çok yönlü baskılardan kaynaklanmaktadır (76).

Beden algısının şekillenmesindeki önemli faktörlerden biri de, özellikle çocukluk dönemindeki gelişim sırasında, ebeveynlerin vücut hakkındaki tutumlarıdır. Önceki çalışmalar, diyet ve kilo kontrolü davranışlarına özel dikkat gösteren ebeveynlerin, çocukların beden algısı üzerinde önemli etkileri olduğunu göstermiştir (77).

İdeal vücut hakkındaki sosyal tutumlar, beden algısının şekillenmesinde önemli bir rol oynayabilir. Bu bağlamda, akranlar beden algısında belirgin bir etkiye sahiptir. Örneğin, ergenlik döneminde, zayıf arkadaşlara sahip genç bireylerin, bunu bir hedef olarak algılamaları nedeniyle kendi beden algılarının olumsuz yönde etkilenme ve benlik saygılarının düşme eğiliminde olduğu belirtilmiştir (77).

Bireylerin beden algısı üzerindeki en belirgin etkilerden biri de vücut ağırlığı değişimidir. Pek çok obez birey, beden algılarını iyileştirmenin anahtar yolunun kilo vermek olduğuna inanmaktadır. Bu düşünce, bilimsel çalışmalarla da desteklenmektedir. Nitekim kilo verme programları öncesi ve sonrası yapılan değerlendirmeler, bireylerin kilo kaybettikçe beden algılarında genellikle iyileşme olduğunu ortaya koyarken, kilo alımı durumunda ise beden algısında kötüleşme gözlemlenmiştir (78).

2.3.3. Beden Algısının Obezite ile İlişkisi

Vücut ağırlığı algısı beden algısının önemli bir parçasıdır. Vücut ağırlığı algısının doğruluğu, bireyin vücut ağırlığı algısının (normal kilolu, fazla kilolu veya düşük kilolu) gerçek vücut ağırlığıyla karşılaştırılması ile kavramsallaştırılır. Vücut ağırlığının doğru bir şekilde algılanması, mevcut kilo durumunun farkındalığını sağlamakla birlikte optimal vücut ağırlığı kontrolü ve kilo ile ilişkili hastalıkların önlenmesi için gereklidir (68).

Fazla kilolu bireylerin vücut ağırlık durumlarını doğru bir şekilde belirleyememesi, etkisiz kilo yönetimi ve yaşam kalitesinin olumsuz etkilenmesi açısından ciddi risk faktörleri olarak vurgulanmaktadır (79).

2.4. AİLE HEKİMLİĞİNDE OBEZİTE

Obezite bir küresel tehdittir. Bu nedenle obeziteyle mücadeleyi bir halk sağlığı girişimi olarak görüp herkese böyle yaklaşmak gerekir. Kategorik olarak gebeler, bebekler, çocuklar, gençler, erişkinler ve hatta yaşlılar obezitenin sonuçları açısından tehdit altındadır. Obezite ve kilo fazlalığının en pratik değerlendirme ölçütleri olan

BKİ ve BÇ ölçümlerini yaygınlaştırmak ve vatandaşın bu konuda farkındalığını sağlamak önemlidir. Ayrıca sağlık merkezlerine herhangi bir nedenle başvuran her hastanın fizik muayenesi kapsamında BÇ, boy ve vücut ağırlığı ölçülmektedir. Bu sayede kilo kontrolü ihtiyacı olan kilolu ve obeziteli kişilerin belirlenmesi mümkün olmaktadır. Yapılan toplumsal çalışmalar, normal olarak tanımlanan BKİ ve BÇ değerlerinin üzerine çıktığı zaman obeziteye bağlı sorunların ortaya çıkmaya başladığını göstermektedir. TEMD'e göre obezite ile ilgili tıbbi danışmanlık sadece ileri düzeyde obezitesi olanları değil, kilo fazlalığı olanları ve hatta kilo alma kaygısı yaşayan normal kilolu insanları da içermelidir (7).

Obezite ve neden olduğu hastalıklar, sağlık hizmeti kullanımını artırmakta, birinci basamak sağlık kuruluşlarına kilo kontrolü amacıyla başvuran bireylerin sayısı giderek artmaktadır. Bu durum, sağlık kaynaklarının etkin kullanımını sağlamak adına “önlemek, iyileştirmekten daha kolaydır” ilkesi doğrultusunda, aile hekimlerinin koruyucu hekimlik ve danışmanlık rollerini ön plana çıkarmaktadır. Obezitenin ilk tanısı çoğunlukla birinci basamak hekimi tarafından konulmakta olup, ülkemizde bu hizmetler aile hekimliği uygulaması kapsamında sunulmaktadır. Aile hekimleri, yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin yanı sıra teşhis, tedavi ve rehabilite edici hizmetleri de yürütmekle yükümlüdür. Bu bağlamda, obezitenin tanı, tedavi, takip ve korunmasında aile hekimlerinin önemli avantajları bulunmaktadır. Aile hekimliği uygulaması kapsamında, obezite açısından yüksek risk taşıyan bireyler, sağlıklı vücut ağırlığı konusundaki bilgi düzeylerinin artırılması ve kilo kontrolü bilincinin yerleştirilmesi açısından önemli bir hedef grubu oluşturmaktadır. Birinci basamak düzeyinde yürütülen bu hizmetlerde, bireylerin yaşam tarzlarına dair farkındalıklarının artırılması ve davranışsal değişim süreçlerinin desteklenmesi, obezite ile mücadelede etkinliği artıran temel unsurlar arasında yer almaktadır (80).

Birleşik Krallık Ulusal Sağlık ve Bakım Enstitüsü (NICE), ülke genelinde sağlık ve sosyal bakım alanında yüksek standartların sağlanmasına rehberlik eden önemli kurumlardan biridir. NICE tarafından güncellenen 2025 tarihli obezite rehberi, bireylerin vücut ağırlığı yönetimine yönelik bütüncül, kişiselleştirilmiş ve kanıtla

dayalı bir çerçeve sunmaktadır. Rehberde, obezitenin yalnızca fiziksel bir sağlık sorunu olmadığı; aynı zamanda sosyal bağlam, psikolojik iyilik hâli, damgalanma ve sağlık hizmetlerine erişim gibi çok boyutlu etmenlerle ilişkili olduğu vurgulanmıştır. Bireylerin kilo ve bel-boy oranı gibi antropometrik ölçütlerle değerlendirilmesi, bu değerlere göre uzun vadeli sağlık risklerinin belirlenmesi ve kişinin bireysel ihtiyaçlarına uygun müdahale düzeyinin saptanması önerilmektedir. Müdahale seçiminde bireysel tercihler, eşlik eden hastalıklar, sosyokültürel engeller, psikososyal durum ve önceki deneyimler dikkate alınmalıdır. Obezite yönetiminde davranışsal müdahaleler, diyet ve fiziksel aktivite yaklaşımları, farmakoterapi ve cerrahi seçeneklerin yanı sıra sosyal reçeteleme, dijital sağlık araçları ve topluluk temelli destekler de önerilmektedir. Ayrıca sağlık çalışanlarının bireyleri yalnızca tıbbi parametrelerle değil, aynı zamanda karar sürecine katılım düzeyleri ve içsel motivasyonlarıyla birlikte değerlendirmeleri gerektiği belirtilmektedir. Kılavuzda doğrudan birinci basamak sağlık hizmetlerinden söz edilmemekle birlikte, tüm önerilerin, ilk temas noktası olan aile hekimliğinde bireye özgü müdahale planlaması ve yönlendirme süreçlerine uygulanabilir olduğu açıktır (81).

Amerikan Aile Hekimleri Akademisi (AAFP) tarafından 2024'te yayımlanan obezite yönetimi kılavuzuna göre, birinci basamak hekimleri bu süreçte çok yönlü bir rol üstlenmektedir. Yetişkin bireylerde beden kitle indeksi (BKİ) ve gerekirse bel çevresi ölçümleriyle tarama yapılması; $BKİ \geq 30 \text{ kg/m}^2$ ya da $\geq 27 \text{ kg/m}^2$ olup eşlik eden hastalığı bulunan bireylerde müdahale planlanması önerilmektedir. Müdahale düzeyi belirlenirken hastanın kardiyometabolik riski, önceki kilo yönetimi deneyimi ve kişisel özellikleri dikkate alınır. Davranışsal danışmanlık en az ayda üç kez önerilmekte; hedef belirleme, öz-kayıt tutma ve stres yönetimi gibi teknikler kullanılmaktadır. Sürdürülebilir diyet değişiklikleri ve haftalık 150 dakikayı aşan fiziksel aktivite önerileri temel yaklaşımlardandır. Gerekli durumlarda farmakoterapi (örneğin orlistat, GLP-1 agonistleri) ya da vücut kitle indeksine ve eşlik eden hastalıklara bağlı olarak bariatrik cerrahi yönlendirmesi yapılabilir. Tüm müdahaleler uzun vadeli takip ile desteklenmeli, %5–10'luk kilo kaybının dahi sağlık çıktıları üzerinde belirgin iyileşmeler sağladığı unutulmamalıdır. AAFP kılavuzu, birinci basamak hekimlerinin

yalnızca ilk tanıyı koymakla kalmayıp, tedavi, danışmanlık ve uygun zamanda yönlendirme gibi bütüncül bir yaklaşımı benimsemelerini önermektedir (82).

Türkiye’de 2021’den bu yana Aile Sağlığı Merkezlerinde kullanılmakta olan Hastalık Yönetim Platformu (HYP), obezite de dahil olmak üzere kronik hastalıkları tarayıp yönetmek için sistematik bir yaklaşım sunar. Yüksek BKİ (≥ 30 kg/m²) ile obezite tanısı alan bireyler taranarak ilk yıl 1., 4., 7. ve 10. aylarda, daha sonra her 6 ayda bir izlenir. Muayene sırasında ağırlık, bel çevresi, kan basıncı, nabız, beslenme ve fiziksel aktivite durumu değerlendirilirken, laboratuvar verileri (açlık kan şekeri, serum lipid profili, karaciğer ve tiroid testleri vb.) de düzenli aralıklarla kontrol edilir. HYP, obezite yönetiminde Edmonton Obezite Evreleme Sistemi’ne (Edmonton Obesity Staging System, EOSS) dayalı klinik değerlendirmeleri esas alarak, obezite merkezlerine sevk kriterlerini belirlemektedir (örneğin, BKİ ≥ 40 veya evre 3–4 obezite gibi). EOSS, obeziteye bağlı sağlık risklerini daha kapsamlı biçimde sınıflandırmayı amaçlayan çok boyutlu bir sistem olup; yalnızca antropometrik ölçümleri değil, aynı zamanda metabolik bozukluklar, ruhsal durum ve yaşam kalitesi gibi klinik parametreleri de göz önünde bulundurarak obeziteyi beş evre halinde tanımlar. HYP kapsamında hekimler; yaşam tarzı değişikliklerini planlama, bireysel motivasyonu destekleme ve gerektiğinde sürece diğer sağlık profesyonellerini dahil etme sorumluluğuna sahiptir. Kayıt ve takip işlemleri dijital platforma entegre edilmiştir. Böylece yönlendirme, müdahale ve izlem süreçleri elektronik olarak takip edilebilmekte; hasta geçmişi ile müdahale sırasında karşılaşılan güçlükler sistematik biçimde kaydedilebilmektedir (83).

Bu süreçte aile hekimleri, WONCA tarafından tanımlanan çekirdek yeterlilik alanları kapsamında hareket etmektedir. Örneğin; “Kapsamlı ve sürekli bakım sunmak” ilkesi, bireyin sadece mevcut kilosu değil, metabolik riski, ruhsal durumu ve sosyal bağlamı dikkate alınarak uzun vadeli planlamaların yapılmasını; “Kişi merkezli yaklaşım” ilkesi, danışanın değerleri, inançları, motivasyonu ve tercihlerine uygun kişiselleştirilmiş müdahale seçeneklerinin sunulmasını; “Sağlığın teşviki ve hastalıkların önlenmesi” ilkesi ise risk altındaki bireylere koruyucu bilgilendirme ve yaşam tarzı değişikliği desteği sağlanmasını kapsamaktadır. Ayrıca, “Karar alma

sürecine hastayı katmak” ilkesi doğrultusunda, obez bireyin bakım sürecine aktif katılımının sağlanması da aile hekiminin temel rollerindedir (84).

HYP sistemi, yapısı itibariyle bireye özgü müdahale planlarının oluşturulmasına ve izlem süreçlerinin düzenli biçimde yürütülmesine olanak tanımaktadır. NICE ve AAFP gibi uluslararası kılavuzlarda tanımlanan bireyselleştirilmiş bakım modelleriyle yapısal benzerlikler göstermektedir.



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ETİK KURUL ONAYI

Araştırmamız 15/01/2025 tarihinde Ankara Bilkent Şehir Hastanesi 1 Nolu Tıbbi Araştırmalar Bilimsel ve Etik Değerlendirme Kurulu (TABED) tarafından TABED 1-25-901 araştırma protokol numarası ile etik kurul onayı almıştır. Etik kurul onam formu Ek-1'de yer almaktadır. Çalışmanın Çayyolu Eğitim ASM'de yapılabilmesi için Ankara Çankaya İlçe Sağlık Müdürlüğü'nün 06.03.2025 tarih ve 38418 sayılı izni Ek-2'de yer almaktadır.

3.2. ARAŞTIRMANIN YERİ VE TARİHİ

Bu araştırma 07.03.2025-30.04.2025 tarihleri arasında Ankara Çayyolu Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'nde yapılmıştır. Belirtilen tarihler arasında herhangi bir sebeple Çayyolu Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran ve katılmaya gönüllü olan 18-65 yaş aralığındaki yetişkin bireyler çalışmaya dahil edilmiştir.

3.3. ARAŞTIRMANIN TÜRÜ

Bu tez çalışması kesitsel tipte bir araştırmadır.

3.4. ARAŞTIRMANIN EVRENİ, ÖRNEKLEM SEÇİMİ

Araştırmaya 18-65 yaş aralığında Ankara Çayyolu Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı olup, herhangi bir sebeple Çayyolu Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran kişilerin katılması planlanmıştır. Aralık 2024 itibarıyla Çayyolu Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı olan 12090 kişi popülasyon büyüklüğü olarak belirlenmiştir. G Power 3.1.9.7 programı ile yapılan çalışma öncesi minimum örneklem büyüklüğü tespitinde; orta etki büyüklüğü, iki taraflı kıyaslama sonucu, 0.05 hata payı ve %95 güç için eşdeğer gruplarda toplam 210 kişi çıkmış ve %10 kayıp öngörülerek 230 kişiye ulaşılması hedeflenmiştir.

G Power 3.1.9.7 programı ile yapılan post-hoc güç tespiti analizinde; orta etki büyüklüğü, iki taraflı kıyaslama sonucuna göre, 0.05 hata payı ve verilen grup büyüklüklerine göre ulaşılan güç %98.7 olarak tespit edilmiştir.

3.5. ARAŞTIRMAYA DAHİL EDİLME VE DIŞLANMA KRİTERLERİ

3.5.1. Dahil Edilme Kriterleri

- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak
- 18-65 yaş aralığında olmak
- Türkçe okuma yazma bilmek
- Gebe olmamak

3.5.2. Dışlama Kriterleri

- 18-65 yaş aralığında olmamak
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmamak
- Gebe olmak
- Anket sorularını cevaplamaya engel olabilecek fiziki veya ruhsal bir durumun bulunması
- Türkçe okuma yazma bilmiyor olmak

3.6. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI VE VERİLERİN ELDE EDİLMESİ

3.6.1. Verilerin Toplanması

Ankara Çayyolu Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı olup herhangi bir şikayetle başvuran kişilerden çalışmaya katılmaya gönüllü olanlar çalışmaya davet edilmiştir. Araştırmacılar tarafından hazırlanan anket verilir doldurulması istenerek araştırmamızın verileri toplanmıştır. Her katılımcı anketi yardımcı araştırmacı gözetiminde doldurmuş olup katılımcının anketi doldurmasının ardından yardımcı araştırmacı tarafından antropometrik ölçümler alınmıştır.

3.6.2. Veri Toplama Araçları

Bu tez araştırmada kullanılan veri toplama araçları aşağıda sıralanmıştır.

Sosyodemografik özellikler anketi: Sosyodemografik veriler içeren sorular (yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, çalışma durumu, gelir düzeyi, eğitim durumu) ve sağlık ve genel yaşam tarzı alışkanlıkları (kronik hastalıklar, uyku düzeni, su tüketimi, beslenme alışkanlıkları, fiziksel aktivite, yeme eğilimleri, sosyal medya kullanım süresi) olmak üzere toplam 30 sorudan oluşmaktadır.

Obezite Farkındalığı ve İlgörü Ölçeği (OFİ): Philip Gerretsen ve arkadaşları tarafından 2018 yılında geliştirilmiştir. Ülkemizde ise 2021 yılında Yılmaz ve arkadaşları tarafından geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Ölçek, genel hastalık farkındalığı, semptomların farkındalığı, tedavi ihtiyacı farkındalığı ve olumsuz sonuçların farkındalığı dahil olmak üzere, obezitede hastalık bilincinin temel alanlarını ölçer. OFİ, subjektif obezite farkındalığını güvenilir ve kapsamlı bir şekilde ölçen ilk onaylanmış, obeziteye özgü araçtır. Her ölçek ögesi, farkındalıktaki küçük farklılıkları yakalamak için 10 puanlık bir Likert ölçeğinden oluşur. 8 maddeden oluşan bu ölçekte madde 1 semptomların farkındalığını değerlendirirken madde 2, madde 4 ve madde 7, katılımcının genel hastalık farkındalığını, yani katılımcının fazla kilolu veya obez olduğu bilincini değerlendirir. Madde 3, madde 5 ve madde 8, katılımcının tedavi gereksinimi farkındalığını, yani yaşam tarzı değişikliği ihtiyacı (fiziksel aktivite ve diyet değişiklikleri) veya tedavi ihtiyacı konusundaki farkındalığını değerlendirir. Madde 6, özellikle, yüksek kolesterol, hipertansiyon, diyabet, kalp hastalığı, depresyon dahil olmak üzere katılımcının obeziteye atfettiği olumsuz sonuçların farkındalığını değerlendirir. Her bir farkındalık kategorisinden elde edilen puanlar ayrı ayrı hesaplanmış, ardından bu puanların toplamı kategori sayısına bölünerek ortalama toplam puan elde edilmiştir (67,68).

Stunkard Figür Derecelendirme Ölçeği (FDÖ): 1983'de Stunkard tarafından geliştirilen bu ölçek bireyin kendi vücut ağırlığını nasıl algıladığını belirlemeyi amaçlamıştır. Ölçekte her iki cinsiyet için 1'den 9'a kadar sırasıyla, en zayıftan en

şışmana doğru sıralanmış 9 figür yer almaktadır. Figürlerin ifade ettiği vücut tipleri şu şekildedir:

- 1-2: Zayıf
- 3-4: Normal
- 5 : Fazla kilolu
- 6-7: Obez
- 8-9: Morbid obez

Katılımcılardan, kendilerini en iyi yansıttığını düşündükleri figürü seçmeleri istenmiş, böylece vücut ağırlığına ilişkin algıları görsel düzeyde değerlendirilmiştir (85). Bu ölçek hem kadınlarda hem erkeklerde, büyük ve çeşitli popülasyonlarda geçerli ve güvenilir bir değerlendirme aracı olarak kabul edilir (86).

Antropometrik Ölçümler: Boy uzunluğu, vücut ağırlığı, bel çevresi, kalça çevresi ölçümleri alınarak not edilmiştir. Vücut ağırlığı, katılımcılar hafif giysiler giyerken ve ayakkabı giymemişken, 0,1 kg'a duyarlı yıllık kalibrasyonu yapılmış bir dijital terazi (Seca) kullanılarak ölçülmüştür. Boy uzunluğu, ayakkabı kullanılmadan ve katılımcılar serbest ayakta dururken, 0,1 cm'ye duyarlı Seca terazisinin ayrılmaz bir parçası kullanılarak ölçülmüştür. BÇ, esnek olmayan bir mezura kullanılarak ölçülmüş ve ölçüm sonucu 0,1 cm hassasiyetle kaydedilmiştir. BÇ, alt kaburganın hemen altından geçtiği varsayılan transvers düzlem ile her iki iliak çıkıntının tepe noktasını birleştiren transvers düzlem arasında kalan alanın tam ortasından ölçülmüştür. Tüm ölçümler tek bir araştırmacı tarafından yapılmış ve elde edilen verilerden yola çıkarak BKİ ve BKO hesaplamaları yapılarak not edilmiştir (87).

3.7. İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Demografik bilgilerde bireylerin dağılımını göstermede sayı (n) ve yüzde (%) değerleri kullanıldı.

Çalışmada yer alan sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu grafiksel olarak ve Shapiro-Wilks testi ile değerlendirildi. Değişkenlerin tanımlayıcı

istatistiklerinin gösteriminde Ortalama \pm SS (standart sapma) ve Medyan (Minimum-Maksimum) değerleri verildi.

FDÖ sınıflamasına göre kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında çapraz tablolar oluşturuldu, sayı (n), yüzde (%) ve ki kare test istatistiği verildi.

Eğitim düzeyi, gelir durumu, yaşama ortamı gibi ikiden fazla kategorik değişkenlere göre bireylerin OFİ toplam puanlarının karşılaştırılmasında Kruskal Wallis non-parametrik varyans analizine başvuruldu. İekli karşılaştırmalarda bonferroni düzeltmesi yapılarak analiz sonuçları verildi.

Cinsiyet, medeni durum gibi iki gruplu değişkenlerin OFİ toplam puanlarının karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi kullanıldı.

OFİ toplam puanı ile yaş, BKİ, bel çevresi, kalça çevresi, bel/kalça oranı değerleri arasında yapılan korelasyon analizinde spearman non-parametrik korelasyon katsayısı verildi.

İstatistiksel analizler ve hesaplamalar için IBM SPSS Statistics 21.0 (IBM Corp. Released 2012. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21.0. Armonk, NY: IBM Corp.) ve MS-Excel 2024 programları kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER, YAŞAM TARZI VE YEME ALIŞKANLIKLARI İLE ANTROPOMETRİK ÖLÇÜMLERE İLİŞKİN BULGULAR

Çalışmaya 300 kişi dahil edilmiştir. Bireylerin %61'i (n=183) kadın, %39'u (n=117) erkektir. Genel yaş ortalamasının 37,68±12,41 yıl olduğu belirlenmiştir. Katılımcılara ait sosyodemografik özellikler Tablo 4.1'de; yaş ile ilgili istatistikler Tablo 4.2 ve Tablo 4.3'te sunulmuştur.

Tablo 4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

		n (%)
Cinsiyet	Kadın	183 (61)
	Erkek	117 (39)
Medeni Durum	Evli	174 (58)
	Bekar	126 (42)
Çocuk sahibi olma durumu	Evet	141 (47)
	Hayır	159 (53)
Eğitim Düzeyi	İlkokul mezunu	6 (2)
	Ortaokul mezunu	5 (1,7)
	Lise mezunu	47 (15,7)
	Üniversite ve üstü mezunu	242 (80,6)
Çalışma Durumu	Çalışıyor	208 (69,3)
	Çalışmıyor	92 (30,7)
Gelir Durumu	Geliri giderinden az	42 (14)
	Geliri giderine eşit	139 (46,3)
	Geliri giderinden fazla	119 (39,7)
Kiminle Yaşadığı Bilgisi	Eşi ve/veya çocukları ile	177 (59)
	Annesi ve/veya babası ile	55 (18,3)
	Yalnız	42 (14)
	Arkadaşları ile	14 (4,7)
	Kardeşiyle	5 (1,7)
	Yurtta	4 (1,3)
	Nişanlısıyla	1 (0,3)

Tablo 4.2. Katılımcıların cinsiyetlerine göre yaş dağılımı

Yaş Grupları	Kadın	Erkek	Tüm Olgular
	n (%)	n (%)	n (%)
18-35 yaş	96 (52,5)	61 (52,1)	157 (52,3)
36-45 yaş	37 (20,2)	23 (19,7)	60 (20)
46-55 yaş	29 (15,8)	17 (14,5)	46 (15,3)
56-65 yaş	21 (11,5)	16 (13,7)	37 (12,3)
Toplam	183 (100)	117 (100)	300 (100)

Tablo 4.3. Katılımcıların Yaş Ortalamaları

Yaş	Kadın	Erkek	Toplam
Ort±SS	37,5±12,26	37,97±12,69	37,68±12,41
Medyan (Min-Max)	34 (18-65)	35 (18-64)	35 (18-65)

Katılımcılar arasında en az bir kronik hastalığı bulunan 96 (%32) kişi, düzenli olarak günde en az bir ilaç kullanan 106 kişi (%35,3) saptanmıştır. Katılımcıların kronik hastalıkları ve kullandıkları ilaçlar ile ilgili bilgiler Tablo 4.4'te sunulmuştur.

Tablo 4.4. Katılımcıların Kronik Hastalıkları ve İlaç Kullanım Durumları

		n (%)
Kronik Hastalık Durumu	Var	96 (32)
	Yok	204 (68)
*Kronik Hastalıklar	HT	28 (29,2)
	Hipotiroidi	24 (25)
	DM	18 (18,8)
	Hiperlipidemi	11 (11,5)
	Gastrointestinal sistem hastalıkları	10 (10,4)
	Astım/KOAH	9 (9,4)
	Vitamin ve mineral yetersizlikleri	8 (8,3)
	Romatolojik hastalık	8 (8,3)
	Kardiyovasküler sistem hastalıkları	7 (7,3)
	Psikiyatrik hastalıklar	4 (4,2)
	Kanser	4 (4,2)
	Dermatolojik hastalık	3 (3,1)
	Diğer**	11 (11,5)

Tablo 4.4. (Devamı) Katılımcıların Kronik Hastalıkları ve İlaç Kullanım Durumları

		n (%)
Sürekli İlaç Kullanımı	Var	106 (35,3)
	Yok	194 (64,7)
*Sürekli Kullanılan İlaçlar	Antihipertansifler	30 (28,3)
	Tiroid Hormonu	25 (23,6)
	Antidiyabetikler	16 (15,1)
	Psikiyatrik İlaçlar	15 (14,2)
	Antihiperlipidemikler	10 (9,4)
	Antitrombotik ve Antiagregan İlaçlar	10 (9,4)
	Lökotrien reseptör antagonisti ve/veya antihistaminik	7 (6,6)
	Astım KOAH İlaçları	6 (5,7)
	Vitamin -Mineral	4 (3,8)
	PPI ve Diğerleri	4 (3,8)
	Antineoplastik	3 (2,8)
	Antiromatizmal ilaç	4 (3,8)
	Diğer İlaçlar***	15 (15,1)

*Birden fazla seçenek işaretlenebilmiştir.

** 1 Hepatit B, 1 venöz yetersizlik, 1 alerjik rinit, 1 kronik böbrek yetmezliği, 1 multipl skleroz, 1 huzursuz bacak sendromu, 1 obstrüktif uyku apnesi

***2 barsak antiinflamatuarı, 2 vazoprotektif, 2 immünsupresif ilaç, 2 akne ilacı, 1 polinöropati ilacı, 1 oral kontraseptif, 1 gut ilacı, 1 kalsiyum bağlayıcı, 1 üriner antispazmodik, 1 alfa adrenoreseptör antagonisti, 1 dopamin antagonisti

Katılımcılara kendileri için “zayıf-normal-fazla kilolu-obez” tanımlamalarından hangisinin uygun olduğu sorulduğunda; %4,3’ü (n=13) zayıf, %63,7’si (n=191) normal, %29’u (n=87) fazla kilolu, %3’ü (n=9) obez yanıtını vermiştir. “Şu anki vücut ağırlığınızdan memnun musunuz?” sorusuna 131 birey (%43,7) evet yanıtını vermiştir. Katılımcıların aile veya sosyal çevrelerinde fazla kilolu/obez bireylerin olup olmadığı ile ilgili sorulara verdikleri yanıtlar Tablo 4.4’te sunulmuştur.

Tablo 4.5. Katılımcıların Kendilerini Tanımlaması ve Sosyal Çevre Özelliklerinin Dağılımı

		n (%)
Katılımcının Kendini Tanımlama Şekli	Zayıf	13 (4,3)
	Normal	191 (63,7)
	Fazla kilolu	87 (29)
	Obez	9 (3)
Şu Anki Vücut Ağırlığından Memnuniyet Durumu	Evet	131 (43,7)
	Hayır	169 (56,3)
Ailesinde veya Sosyal Çevresinde Fazla Kilolu Biri Var Mı?	Evet	185 (61,7)
	Hayır	115 (38,3)
*Evet ise Bu Fazla Kilolu Kişi Kim/Kimler?	Anne ve/veya babası	85 (45,9)
	Akrabaları	57 (30,8)
	Arkadaş/sosyal çevresi	53 (28,6)
	Kardeşleri	38 (20,5)
	Eşi ve/veya çocukları	28 (15,1)
Ailenizde veya Sosyal Çevrenizde Obez Biri Var Mı?	Evet	98 (32,7)
	Hayır	202 (67,3)
*Evet ise Bu Obez Kişi Kim/Kimler?	Akrabaları	39 (39,8)
	Arkadaş/sosyal çevresi	35 (35,7)
	Anne ve/veya babası	16 (16,3)
	Kardeşleri	15 (15,3)
	Eşi ve/veya çocukları	9 (9,2)

**Birden fazla seçenek işaretlenebilmiştir.*

Katılımcıların yaşam tarzı alışkanlıklarıyla ilgili fiziksel aktivite sıklıkları, düzenli fiziksel aktivite yapanların ne tür fiziksel aktiviteler yaptıkları, günlük ortalama su tüketimleri, günlük ortalama uyku saatleri ve günlük ortalama sosyal medya kullanım süreleri sorulmuştur. Katılımcıların bu sorulara verdiklere cevaplara dair dağılımlar Tablo 4.6 ve 4.7’de sunulmuştur.

Tablo 4.6. Katılımcıların Yaşam Tarzı Alışkanlıkları Dağılımı

		n (%)
Ne Sıklıkta Fiziksel Aktivite/Egzersiz/Spor Yapıyorsunuz?	Her gün	15 (5)
	Haftada 3-4 gün	49 (16,3)
	Haftada 2-3 gün	44 (14,7)
	Haftada 1-2 gün	66 (22)
	15 günde bir	39 (13)
	Yapmıyorum	87 (29)
*Fiziksel Aktivite Yapılıyorsa Türü	Yürüyüş	156 (73,2)
	Fitness/Pilates	60 (28,2)
	Yüzme	39 (18,3)
	Koşu	30 (14,1)
	Koşu bandı, bisiklet gibi aletlerle yapılan aktiviteler	30 (14,1)
	Futbol/voleybol/basketbol	19 (8,9)
	Tenis	5 (2,3)
	Dans	4 (1,8)
	Dövüş sanatları	3 (1,4)
	Diğer**	2 (0,9)
	Sosyal Medyada Geçirilen Süre Durumu	Ortalamanın altında
Ortalamanın üstünde		120 (40)

*Birden fazla seçenek işaretlenebilmiştir.

**1 ip atlama, 1 bölgesel inceleme

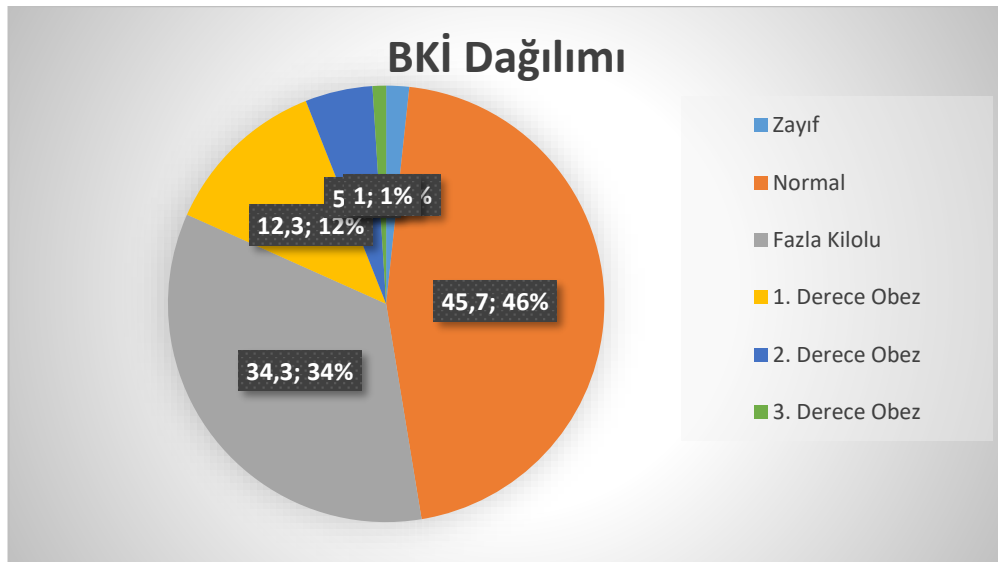
Tablo 4.7. Günlük ortalama uyku süresi ve su tüketim miktarı

Günlük Ortalama Uyku (saat)	<i>Ort±SS</i>	7,08±1,17
	<i>Medyan (Min-Max)</i>	7 (4-10)
Günlük Ortalama Su Tüketimi (bardak)	<i>Ort±SS</i>	7,91±3,9
	<i>Medyan (Min-Max)</i>	8 (1-20)

BKİ sınıflamasına göre bireylerin zayıf, normal, fazla kilolu, 1.derece obez, 2.derece obez, 3.derece obez (morbid obez) gruplarındaki dağılımı Tablo 4.8 ve Şekil 4.1’de gösterilmiştir.

Tablo 4.8. BKİ Sınıflaması Dağılımı

BKİ Sınıflaması	n (%)
Zayıf	5 (1,7)
Normal	137 (45,7)
Fazla kilolu	103 (34,3)
1.derece obez	37 (12,3)
2.derece obez	15 (5)
3.derece obez	3 (1)



Şekil 4.1. Katılımcıların BKİ Sınıflamasına Göre Dağılımı

Bireylerin boy, kilo, BKİ, BÇ, KÇ, BKO ortalamaları Tablo 4.9'da gösterilmiştir.

Tablo 4.9. Cinsiyete Göre Antropometrik Ölçümlerin Dağılımı

Antropometrik Ölçümler	KADIN		ERKEK	
	Ort±SS	Medyan (Min-Max)	Ort±SS	Medyan (Min-Max)
Boy (cm)	162,88±5,61	163,2 (146-175,9)	176,24±7,24	176,8 (159,5-200)
Kilo (kg)	65,08±11,22	64 (42-107,2)	88,76±16,03	87,4 (59,6-164,4)
BKİ (kg/m ²)	24,55±4,31	23,9 (16,5-39,3)	28,61±5,09	27,9 (18,3-52)
Bel çevresi (cm)	79,04±11,21	77,5 (60-115)	98,28±12,86	95 (68-139)
Kalça çevresi (cm)	102,12±8,56	101 (84-140,3)	108,18±9,18	107 (89-155)
Bel/Kalça Oranı	0,77±0,07	0,76 (0,63-0,98)	0,9±0,07	0,9 (0,75-1,09)

Çalışmaya katılan bireylerin yeme davranışları hakkında yönelttiğimiz sorulara verilen yanıtların dağılımı Tablo 4.10'da gösterilmiştir.

Tablo 4.10. Bireylerin Yeme Eğilimleri Sorularına Verdikleri Yanıtların Dağılımı

	Evet	Hayır	Bazen
	n (%)	n (%)	n (%)
Kilo aldığımızı düşündüğünüzde her zamankinden daha az yer misiniz?	135 (45)	80 (26,7)	85 (28,3)
Ne yiyeceğinize karar verirken kilonuzu hesaba katar mısınız?	83 (27,7)	120 (40)	97 (32,3)
Yapacak bir şeyiniz olmadığında yemek yemek ister misiniz?	95 (31,7)	104 (34,7)	101 (33,6)
Herhangi bir konuda kaygılı, endişeli olduğunuz zaman yemek yemek ister misiniz?	81 (27)	141 (47)	78 (26)
Herhangi bir konuda üzgün, kırgın ya da hayal kırıklığına uğramış olduğunuzda yemek yemek ister misiniz?	66 (22)	161 (53,7)	73 (24,3)

Bireylerin yapılan gerçek ölçümler sonucu hesaplanan BKİ değerleri ile hastaların öz bildirim verileri kullanılarak hesaplanan BKİ değerleri için sınıf içi korelasyon katsayısı hesaplanmıştır. Sınıf içi korelasyon katsayılarında tutarlılık (consistency) değerleri kullanılmıştır. BKİ değeri için sınıf içi korelasyon katsayısının 0,965 (mükemmel uyum) olduğu belirlenmiştir ($p < 0,001$) (Tablo 4.11).

Tablo 4.11. Sınıf içi korelasyon katsayısı değerleri

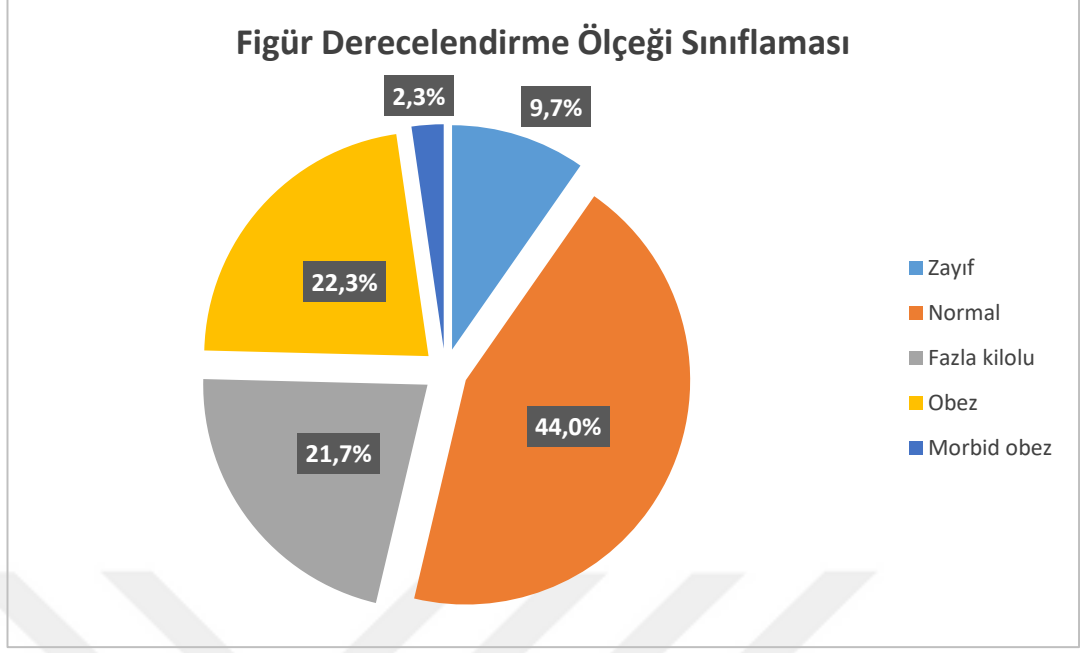
	Sınıf içi Korelasyon Katsayısı (Intraclass Correlation Coefficient)	P
BKİ	0,965	<0,001

4.2. FİGÜR DERECELENDİRME ÖLÇEĞİNE İLİŞKİN BULGULAR

Katılımcılara zayıftan morbid obeze doğru “zayıf, normal, fazla kilolu, obez, morbid obez” olarak sıralanmış 9 silüetten oluşan figür derecelendirme ölçeği gösterilerek hangisinin kendi vücut şekline daha yakın olduğu sorulmuştur ve işaretledikleri silüetin hangi tanımlamayı ifade ettiği araştırmacı tarafından veri toplama formuna kaydedilmiştir (Tablo 4.12 ve Şekil 4.2).

Tablo 4.12. Figür Derecelendirme Ölçeği Sınıflaması Dağılımı

	n (%)
FDÖ Sınıflaması	
Zayıf	29 (9,7)
Normal	132 (44)
Fazla kilolu	65 (21,7)
Obez	67 (22,3)
Morbid obez	7 (2,3)



Şekil 4.2. Figür Derecelendirme Ölçeği Sınıflaması Dağılımı

Katılımcıların FDÖ sınıflamasına göre kendilerini nitelendirdikleri durumlarla sosyodemografik özellikleri karşılaştırıldığında; yaş ve cinsiyet değişkenleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. (sırasıyla $p=0,001$, $p<0,001$) Yaş değerleri bakımından FDÖ sınıflaması ikili karşılaştırmasında kendini zayıf olarak nitelendiren bireylerin obez ve morbid obez olarak nitelendiren bireylere kıyasla anlamlı derecede daha genç oldukları görülmüştür ($p=0,005$, $p=0,018$). Cinsiyet açısından değerlendirildiğinde; kadın bireylerin FDÖ’de kendini zayıf ve normal görme oranı erkeklere göre daha yüksektir. Erkek bireylerde ise FDÖ’de kendini obez ve morbid obez görme oranı kadınlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.13).

Tablo 4.13. Figür Derecelendirme Ölçeği Sınıflamasına Göre Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması

Sosyodemografik Özellikler	FIGÜR DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ SINIFLAMASI						Test istatistiği	
	Zayıf (n=29)	Normal (n=132)	Fazla Kilolu (n=65)	Obez (n=67)	Morbid Obez (n=7)	Toplam	χ^2	p
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)		
Yaş								
Ort±SS	31,69±9,85	37,3±12,46	36,72±12,88	40,87±11,58	48,14±12,84			
Medyan	29	35	31	39	49	* $\chi^2=18,310$	0,001	
(Min-Max)	(18-64)	(18-65)	(18-64)	(23-64)	(33-65)			
Yaş Grup								
18-35 yaş	22 (14)	70 (44,6)	37 (23,6)	27 (17,2)	1 (0,6)	157 (100)	$\chi^2=17,285$	0,139
36-45 yaş	4 (6,7)	26 (43,3)	11 (18,3)	17 (28,4)	2 (3,3)	60 (100)		
46-55 yaş	2 (4,3)	19 (41,4)	9 (19,6)	14 (30,4)	2 (4,3)	46 (100)		
56-65 yaş	1 (2,7)	17 (45,9)	8 (21,7)	9 (24,3)	2 (5,4)	37 (100)		
Cinsiyet								
Kadın	24 (13,2)	106 (57,9)	32 (17,5)	20 (10,9)	1 (0,5)	183 (100)	$\chi^2=63,977$	<0,001
Erkek	5 (4,3)	26 (22,2)	33 (28,2)	47 (40,2)	6 (5,1)	117 (100)		
Medeni Durum								
Evli	14 (8)	76 (43,7)	34 (19,5)	46 (26,4)	4 (2,3)	174 (100)	$\chi^2=5,126$	0,275
Bekar	15 (11,9)	56 (44,4)	31 (24,6)	21 (16,7)	3 (2,4)	126 (100)		
Eğitim Düzeyi								
İlkokul/							$\chi^2=10,538$	0,229
Ortaokul mezunu	0 (0)	6 (54,5)	2 (18,2)	2 (18,2)	1 (9,1)	11 (100)		
Lise mezunu	6 (12,8)	19 (40,4)	15 (31,9)	7 (14,9)	0 (0)	47 (100)		
Üniversite ve üstü mezunu	23 (9,5)	107 (44,2)	48 (19,8)	58 (24)	6 (2,5)	242 (100)		
Çocuk Sahibi Olma Durumu								
Evet	11 (7,8)	61 (43,3)	31 (22)	34 (24,1)	4 (2,8)	141 (100)	$\chi^2=1,669$	0,796
Hayır	18 (11,3)	71 (44,7)	34 (21,4)	33 (20,8)	3 (1,9)	159 (100)		
Çalışma Durumu								
Çalışıyor	19 (9,1)	88 (42,3)	45 (21,6)	51 (24,5)	5 (2,4)	208 (100)	$\chi^2=2,106$	0,716
Çalışmıyor	10 (10,9)	44 (47,8)	20 (21,7)	16 (17,4)	2 (2,2)	92 (100)		
Gelir Durumu								
Geliri giderinden az	5 (11,9)	19 (45,2)	9 (21,4)	8 (19)	1 (2,4)	42 (100)	$\chi^2=0,852$	0,999
Geliri giderine eşit	13 (9,4)	60 (43,2)	32 (23)	31 (22,3)	3 (2,2)	139 (100)		
Geliri giderinden fazla	11 (9,2)	53 (44,5)	24 (20,2)	28 (23,5)	3 (2,5)	119 (100)		

χ^2 :Ki kare Testi, *p: Kruskal Wallis Testi

Kronik hastalık durumuna göre FDÖ sınıflaması karşılaştırılmasında kronik hastalığı olan bireylerin kronik hastalığı bulunmayanlara kıyasla kendilerini obez olarak değerlendirme oranları daha fazla bulunmuştur. İstatistiksel olarak da anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=16,167$, $p=0,003$). Buna paralel şekilde günde en az bir ilaç kullanan katılımcıların da hiç ilaç kullanmayanlara kıyasla kendilerini obez olarak değerlendirme oranları daha fazladır ve istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($\chi^2=18,548$, $p=0,001$). (Tablo 4.14)

Tablo 4.14. Katılımcıların Figür Derecelendirme Ölçeği Sınıflaması ile Kronik Hastalık Durumu ve İlaç Kullanım Durumlarının Karşılaştırılması

	FİGÜR DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ SINIFLAMASI						Test istatistiği	
	Zayıf (n=29)	Normal (n=132)	Fazla Kilolu (n=65)	Obez (n=67)	Morbid Obez (n=7)	Toplam	χ^2	p
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)		
Kronik Hastalık Durumu								
Var	5 (5,2)	39 (40,6)	16 (16,7)	31 (32,3)	5 (5,2)	96 (100)	$\chi^2=16,167$	0,003
Yok	24 (11,8)	93 (45,6)	49 (24)	36 (17,6)	2 (1)	204 (100)		
Sürekli İlaç Kullanımı								
Var	7 (6,6)	44 (41,5)	16 (15,1)	33 (31,1)	6 (5,7)	106 (100)	$\chi^2=18,548$	0,001
Yok	22 (11,3)	88 (45,4)	49 (25,3)	34 (17,5)	1 (0,5)	194 (100)		

Katılımcıların kendilerini nasıl tanımladıkları (zayıf, normal, fazla kilolu, obez) ile FDÖ’de seçtikleri kendi bedenlerini en iyi ifade ettiğini düşündükleri figürün karşılaştırması yapıldığında; istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=239,472$, $p<0,001$). Kendini fazla kilolu olarak tanımlayanların FDÖ’de kendini obez görme oranı, kendini obez ve normal olarak tanımlayanlardan daha yüksektir.

Şu anki vücut ağırlığından memnun olma durumuna göre FDÖ sınıflaması karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=80,336$, $p<0,001$). Vücut ağırlığından memnun olan bireyler, memnun olmayanlara kıyasla FDÖ’de kendilerini daha az oranda fazla kilolu ve obez olarak tanımlamışlardır (Tablo 4.15).

Tablo 4.15. Katılımcıların Figür Derecelendirme Ölçeği Sınıflaması ile Kilo Durumları Hakkındaki Görüşlerinin Karşılaştırılması

Kilo Durumları Hakkındaki Görüşleri	FİGÜR DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ SINIFLAMASI						Test istatistiği	
	Zayıf (n=29)	Normal (n=132)	Fazla Kilolu (n=65)	Obez (n=67)	Morbid Obez (n=7)	Toplam	χ^2	p
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)			
Sizce Hangi Tanımlama Size Uygun?								
Zayıf	11 (84,6)	2 (15,4)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	13 (100)	$\chi^2=239.472$	<0,001
Normal	18 (9,4)	124 (64,9)	38 (19,9)	11 (5,8)	0 (0)	191 (100)		
Fazla kilolu	0 (0)	6 (6,9)	27 (31)	52 (59,8)	2 (2,3)	87 (100)		
Obez	0 (0)	0 (0)	0 (0)	4 (44,4)	5 (55,6)	9 (100)		
Şu Anki Vücut Ağırlığınızdan Memnun Musunuz?								
Evet	21 (16)	85 (64,9)	21 (16)	4 (3,1)	0 (0)	131 (100)	$\chi^2=80,336$	<0,001
Hayır	8 (4,7)	47 (27,8)	44 (26)	63 (37,3)	7 (4,1)	169 (100)		

Katılımcıların sosyal çevresi ve yaşam tarzı alışkanlıkları ile FDÖ seçimleri karşılaştırıldı. Yaşama ortamına göre FDÖ sınıflaması karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=39,912$, $p=0,001$). Eşi ve/veya çocukları ile yaşayanların FDÖ’de kendini zayıf görme oranı yalnız yaşayanlardan ve anne ve/veya babası ile yaşayanlardan daha düşüktür (Tablo 4.16).

Ayrıca fiziksel aktivite/egzersiz/spor yapma durumuna göre FDÖ sınıflaması karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=35,391$, $p=0,018$). Her gün fiziksel aktivite/egzersiz/spor yapanların FDÖ’de kendini zayıf görme oranı haftada 3-4 gün, haftada 2-3 gün, haftada 1-2 gün, 15 günde bir spor yapanlara ve spor yapmayanlara göre daha yüksektir (Tablo 4.16).

Tablo 4.16. Katılımcıların Figür Derecelendirme Ölçeği Sınıflamasına Göre Sosyal Çevreleri ve Yaşam Tarzı Alışkanlıkları Durumlarının Karşılaştırılması

Sosyal Çevreleri ve Yaşam Tarzı Alışkanlıkları	FİGÜR DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ SINIFLAMASI						Test istatistiği	
	Zayıf (n=29)	Normal (n=132)	Fazla Kilolu (n=65)	Obez (n=67)	Morbid Obez (n=7)	Toplam	χ^2	p
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)		
Yaşama Ortamı								
Yalnız	8 (19)	12 (28,6)	14 (33,3)	6 (14,3)	2 (4,8)	42 (100)	$\chi^2=39,912$	0,001
Eşim ve/veya çocuklarım ile	10 (5,6)	81 (45,8)	36 (20,3)	46 (26)	4 (2,3)	177 (100)		
Annem ve/veya babam ile	10 (18,2)	24 (43,6)	10 (18,2)	11 (20)	0 (0)	55 (100)		
Arkadaşlarım ile	0 (0)	9 (64,3)	5 (35,7)	0 (0)	0 (0)	14 (100)		
Diğer	1 (8,3)	6 (50)	0 (0)	4 (33,3)	1 (8,3)	12 (100)		
Ailenizde veya Sosyal Çevrenizde Fazla Kilolu Biri Var Mı?								
Evet	18 (9,7)	78 (42,2)	39 (21,1)	47 (25,4)	3 (1,6)	185 (100)	$\chi^2=3,536$	0,472
Hayır	11 (9,5)	54 (47)	26 (22,6)	20 (17,4)	4 (3,5)	115 (100)		
Ailenizde veya Sosyal Çevrenizde Obez Biri Var Mı?								
Evet	10 (10,2)	39 (39,8)	21 (21,4)	26 (26,5)	2 (2)	98 (100)	$\chi^2=1,833$	0,766
Hayır	19 (9,4)	93 (46)	44 (21,8)	41 (20,3)	5 (2,5)	202 (100)		
Ne Sıklıkta Fiziksel Aktivite Yapıyorsunuz?								
Her gün	4 (26,7)	6 (40)	3 (20)	2 (13,3)	0 (0)	15 (100)	$\chi^2=35,391$	0,018
Haftada 3-4 gün	3 (6,1)	26 (53,1)	15 (30,6)	5 (10,2)	0 (0)	49 (100)		
Haftada 2-3 gün	2 (4,5)	25 (56,8)	9 (20,5)	8 (18,2)	0 (0)	44 (100)		
Haftada 1-2 gün	7 (10,6)	30 (45,5)	15 (22,7)	14 (21,2)	0 (0)	66 (100)		
15 günde bir	3 (7,7)	11 (28,2)	8 (20,5)	15 (38,5)	2 (5,1)	39 (100)		
Yapmıyorum	10 (11,5)	34 (39,1)	15 (17,2)	23 (26,4)	5 (5,7)	87 (100)		

Tablo 4.16. (devam) Katılımcıların Figür Derecelendirme Ölçeği Sınıflamasına Göre Sosyal Çevreleri ve Yaşam Tarzı Alışkanlıkları Durumlarının Karşılaştırılması

Günlük Ortalama Uyku (saat)						
<i>Ort±SS</i>	7,24±1,02	7,06±1,09	7,2±1,19	6,98±1,28	6,57±1,62	
<i>Medyan (Min-Max)</i>	7 (5-9)	7 (4-10)	7 (4-10)	7 (4-10)	6 (4-9)	* $\chi^2=3,290$ 0,510
Günlük Ortalama Su Tüketimi (bardak)						
<i>Ort±SS</i>	7,65±3,55	7,97±4,13	8,03±3,47	7,63±4,03	9,14±4,14	
<i>Medyan (Min-Max)</i>	8 (1-18)	7 (1-20)	8 (2-15)	8 (2-20)	8 (5-15)	* $\chi^2=1,387$ 0,846
Sosyal Medyada Geçirilen Süre Durumu						
Ortalamanın altında	17 (9,4)	80 (44,4)	39 (21,7)	38 (21,1)	6 (3,3)	180 (100)
Ortalamanın üstünde	12 (10)	52 (43,3)	26 (21,7)	29 (24,2)	1 (0,8)	120 (100)
						$\chi^2=2,273$ 0,686

χ^2 :Ki kare Testi, **p*:Kruskal Wallis Testi

Katılımcıların yeme eğilimleri ile FDÖ sınıflaması karşılaştırıldığında; “Kilo aldığınızı düşündüğünüzde her zamankinden daha az yer misiniz?” sorusuna evet yanıtı veren bireylerin FDÖ’de kendini normal görme oranı hayır ve bazen yanıtı verenlere göre daha yüksektir ($\chi^2=19,505$, $p=0,012$).

“Ne yiyeceğinize karar verirken kilonuzu hesaba katar mısınız?” sorusuna hayır yanıtı veren bireylerin FDÖ’de kendini obez görme oranı, evet yanıtı verenlere göre daha yüksektir ($\chi^2=18,796$, $p=0,016$).

“Herhangi bir konuda kaygılı, endişeli olduğunuz zaman yemek yemek ister misiniz?” sorusuna hayır yanıtı verenlerin FDÖ’de kendini zayıf ve normal görme oranı, evet ve bazen yanıtı verenlere göre daha yüksektir ($\chi^2=27,345$, $p=0,001$).

Ayrıca “Herhangi bir konuda üzgün, kırgın ya da hayal kırıklığına uğramış olduğunuzda yemek yemek ister misiniz” sorusuna hayır yanıtı verenlerin FDÖ’de kendini zayıf ve normal görme oranı evet ve bazen yanıtı verenlere göre daha yüksektir ($\chi^2=16,811$, $p=0,032$) (Tablo 4.17).

Tablo 4.17. Figür Derecelendirme Ölçeği Sınıflamasına Göre Yeme Eğilimleri Sorularına Verdikleri Yanıtların Karşılaştırılması

Yeme Eğilimleri	FİĞÜR DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ SINIFLAMASI						Test istatistiği	
	Zayıf (n=29)	Normal (n=132)	Fazla Kilolu (n=65)	Obez (n=67)	Morbid Obez (n=7)	Toplam	χ^2	p
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)		
Kilo aldığınızı düşündüğünüzde her zamankinden daha az yer misiniz?								
Evet	11 (8,1)	68 (50,4)	28 (20,7)	27 (20)	1 (0,7)	135 (100)	$\chi^2=19,505$	0,012
Hayır	15 (18,8)	32 (40)	13 (16,3)	17 (21,3)	3 (3,8)	80 (100)		
Bazen	3 (3,5)	32 (37,6)	24 (28,2)	23 (27,1)	3 (3,5)	85 (100)		
Ne yiyeceğinize karar verirken kilonuzu hesaba katar mısınız?								
Evet	9 (10,8)	38 (45,8)	21 (25,3)	14 (16,9)	1 (1,2)	83 (100)	$\chi^2=18,796$	0,016
Hayır	19 (15,8)	48 (40)	19 (15,8)	30 (25)	4 (3,3)	120 (100)		
Bazen	1 (1)	46 (47,4)	25 (25,8)	23 (23,7)	2 (2,1)	97 (100)		
Yapacak bir şeyiniz olmadığında yemek yemek ister misiniz?								
Evet	7 (7,4)	33 (34,7)	22 (23,2)	30 (31,6)	3 (3,2)	95 (100)	$\chi^2=10,974$	0,203
Hayır	13 (12,5)	48 (46,2)	20 (19,2)	21 (20,2)	2 (1,9)	104 (100)		
Bazen	9 (8,9)	51 (50,5)	23 (22,8)	16 (15,8)	2 (2)	101 (100)		
Herhangi bir konuda kaygılı, endişeli olduğunuzda yemek yemek ister misiniz?								
Evet	4 (4,9)	28 (34,6)	22 (27,2)	23 (28,4)	4 (4,9)	81 (100)	$\chi^2=27,345$	0,001
Hayır	19 (13,5)	75 (53,2)	17 (12,1)	29 (20,6)	1 (0,7)	141 (100)		
Bazen	6 (7,7)	29 (37,2)	26 (33,3)	15 (19,2)	2 (2,6)	78 (100)		
Herhangi bir konuda üzgün, kırgın ya ya hayal kırıklığına uğramış olduğunuzda yemek yemek ister misiniz?								
Evet	3 (4,5)	25 (37,9)	15 (22,7)	19 (28,8)	4 (6,1)	66 (100)	$\chi^2=16,811$	0,032
Hayır	19 (11,8)	80 (49,7)	27 (16,8)	33 (20,5)	2 (1,2)	161 (100)		
Bazen	7 (9,6)	27 (37)	23 (31,5)	15 (20,5)	1 (1,4)	73 (100)		

χ^2 :Ki kare Testi

“Sizce hangi tanımlama size uygun?” sorusuna verilen yanıtlara göre bireylerin BKİ değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=148,246$, $p<0,001$). “Sizce hangi tanımlama size uygun?” sorusuna verilen yanıtların ikili karşılaştırmasında zayıf bireylerin normal, fazla kilolu ve obez bireylere kıyasla anlamlı derecede daha düşük BKİ değeri oldukları görülmüştür ($p=0,001$, $p<0,001$, $p<0,001$). Ayrıca normal kilolu bireylerin fazla kilolu ve obez bireylere kıyasla anlamlı derecede daha düşük BKİ değeri bulunmaktadır ($p<0,001$, $p<0,001$) (Tablo 4.18).

Tablo 4.18. “Sizce Hangi Tanımlama Size Uygun?” Sorusuna Verilen Yanıtlara Göre BKİ Karşılaştırılması

		BKİ		Test İstatistiği	
		Ort±SS	Medyan (Min-Max)	χ^2	p
Sizce Hangi Tanımlama Size Uygun?	Zayıf	19,45±1,99	18,9 (16,5-22,4)	$\chi^2=148,246$	<0,001
	Normal	24,19±3,08	24 (18-33,2)		
	Fazla kilolu	30,14±3,65	29,6 (23,7-39,3)		
	Obez	38,39±8,22	36,7 (27,4-52)		

χ^2 :Kruskal Wallis Testi

Kilosunu değerlendirme ile FDÖ sınıflaması uyumu kappa (κ) istatistiği ile değerlendirilmiştir. Elde edilen κ değerleri 0,01-0,2 önemsiz düzeyde, 0,21-0,4 zayıf düzeyde, 0,41-0,6 orta düzeyde, 0,61- 0,8 iyi düzeyde ve 0,81-1 çok iyi düzeyde uyuma göre sınıflandırılarak yorumlanmıştır.

Bireylerin kilosunu değerlendirme ile FDÖ sınıflaması arasındaki uyum zayıf düzeydedir ($\kappa=0,334$, $p<0,001$). Bireylerin %57’si ($n=171$) kilosunu FDÖ’ye göre doğru değerlendirmiştir (Tablo 4.19).

Tablo 4.19. Katılımcıların Figür Derecelendirme Ölçeği Sınıflamasına göre Kilosunu Değerlendirme Uyumu

FİGÜR DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ SINIFLAMASI						
	Zayıf (n=29)	Normal (n=132)	Fazla Kilolu (n=65)	Obez (n=67)	Toplam	kappa (κ)
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Size Hangi Tanımlama Size Uygun?						
Zayıf	11 (84,6)	2 (15,4)	0 (0)	0 (0)	13 (100)	
Normal	18 (9,4)	124 (64,9)	38 (19,9)	11 (5,8)	191 (100)	
Fazla kilolu	0 (0)	6 (6,9)	27 (31)	54 (62,1)	87 (100)	0,334
Obez	0 (0)	0 (0)	0 (0)	9 (100)	9 (100)	

Bireylerin BKİ sınıflaması ile FDÖ sınıflaması arasındaki uyumu orta düzeydedir. ($\kappa=0,406$, $p<0,001$). Bireylerin %60,3'ü (n=181), BKİ sınıflaması FDÖ sınıflamasına göre doğru değerlendirmiştir (Tablo 4.20).

Tablo 4.20. Katılımcıların Figür Derecelendirme Ölçeği Sınıflamasına göre BKİ Değerlendirme Uyumu

FİGÜR DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ SINIFLAMASI							
	Zayıf (n=29)	Normal (n=132)	Fazla Kilolu (n=65)	Obez (n=67)	Morbid Obez (n=7)	Toplam	kappa (κ)
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
BKİ Sınıflaması							
Zayıf	4 (80)	1 (20)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	5 (100)	
Normal	24 (17,5)	98 (71,5)	15 (10,9)	0 (0)	0 (0)	137 (100)	
Fazla kilolu	1 (1)	31 (30,1)	40 (38,8)	31 (30,1)	0 (0)	103 (100)	0,406
Obez	0 (0)	2 (3,8)	10 (19,2)	36 (69,2)	4 (7,7)	52 (100)	
Morbid obez	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	3 (100)	3 (100)	

Bireylerin kilosunu değerlendirme ile BKİ sınıflaması arasındaki uyumun düzeyi zayıf düzeydedir. ($\kappa=0,287$, $p<0,001$). Bireylerin %57'si (n=171) kilosunu değerlendirmesinin BKİ sınıflamasına göre doğru değerlendirmiştir (Tablo4.21).

Tablo 4.21. Katılımcıların BKİ Sınıflamasına göre Kilosunu Değerlendirme Uyumu

BKİ SINIFLAMASI						
	Zayıf (n=5)	Normal (n=137)	Fazla Kilolu (n=103)	Obez (n=55)	Toplam	kappa (κ)
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Sizce Hangi Tanımlama Size Uygun?						
Zayıf	3 (23,1)	10 (76,9)	0 (0)	0 (0)	13 (100)	
Normal	2 (1)	120 (62,8)	62 (32,5)	7 (3,7)	191 (100)	
Fazla kilolu	0 (0)	7 (8)	40 (46)	40 (46)	87 (100)	0,287
Obez	0 (0)	0 (0)	1 (11,1)	8 (88,9)	9 (100)	

4.3. OBEZİTE FARKINDALIĞI VE İÇGÖRÜ ÖLÇEĞİNE İLİŞKİN BULGULAR

Çalışmamızda BKİ ≥ 25 kg/m² olan 158 bireye Obezite Farkındalığı ve İçgörü (OFİ) Ölçeği uygulanmıştır. OFİ Ölçeği toplam puanı ve ölçek alt grup puanları Tablo 4.22’de sunulmuştur.

Tablo 4.22. Bireylerin Obezite Farkındalığı ve İçgörü (OFİ) Ölçek Puanlarının Dağılımı

	Ort±SS	Medyan (Min-Max)
OFİ Toplam Puan	5,35±2,36	5,4 (0,2-10)
OFİ Genel Hastalık Farkındalığı	5,61±2,57	5,7 (0-10)
OFİ Semptomları Katkılarının Farkındalığı	4,52±3,58	5 (0-10)
OFİ Tedavi Gereksinimi Farkındalığı	5,15±2,24	5,2 (0-10)
OFİ Olumsuz Sonuçların Farkındalığı	6,02±3,23	6 (0-10)

Sosyodemografik özellikler ve kronik hastalık/ilaç kullanımı durumlarının OFİ ölçek puanları ile karşılaştırması yapılmış olup istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar saptanmamıştır ($p>0,05$). Yapılan karşılaştırma Tablo 4.23’te sunulmuştur.

Tablo 4.23. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri ve Kronik Hastalık Durumları ile Obezite Farkındalığı ve İçgörü Ölçeği (OFİ) Toplam Puanlarının Karşılaştırılması (BKİ \geq 25 Olan Bireylerde)

Sosyodemografik Özellikler ve Kronik Hastalık Durumu		OFİ TOPLAM PUANI		Test İstatistiği	
		Ort \pm SS	Medyan (Min-Max)	z; χ^2	p
Cinsiyet	Kadın	5,48 \pm 2,09	5,64 (1,3-9,6)	z=0,576	0,565
	Erkek	5,24 \pm 2,55	5,27 (0,2-10)		
Yaş Grup	18-35 yaş	5,40 \pm 2,28	5,81 (0,2-9,6)	$\chi^2=6,992$	0,072
	36-45 yaş	5,34 \pm 2,32	5,17 (1,3-10)		
	46-55 yaş	6,03 \pm 2,58	6,44 (0,67-9,6)		
	56-65 yaş	4,47 \pm 2,21	4,22 (0,2-9,8)		
Medeni Durum	Evli	5,47 \pm 2,34	5,5 (0,2-10)	z=0,824	0,410
	Bekar	5,08 \pm 2,40	5,22 (0,2-9,8)		
Çocuk Sahibi Olma Durumu	Evet	5,14 \pm 2,35	5 (0,2-10)	z=1,601	0,109
	Hayır	5,62 \pm 2,36	6 (0,2-9,6)		
Eğitim Düzeyi	İlkokul/Ortaokul mezunu	4,91 \pm 2,79	5,08 (1,5-9,5)	$\chi^2=5,892$	0,053
	Lise mezunu	4,59 \pm 1,92	4,25 (1,3-9,5)		
	Üniversite ve üstü mezunu	5,55 \pm 2,41	5,78 (0,2-10)		
Çalışma Durumu	Çalışıyor	5,53 \pm 2,22	5,5 (0,3-10)	z=1,368	0,171
	Çalışmıyor	4,88 \pm 2,64	5,12 (0,2-9,8)		
Gelir Durumu	Gelir giderimden az	4,88 \pm 2,28	4,58 (1,6-9,5)	$\chi^2=2,054$	0,358
	Gelir giderime eşit	5,55 \pm 2,36	5,76 (0,2-10)		
	Gelir giderimden fazla	5,27 \pm 2,41	5,14 (0,2-9,6)		
Kronik Hastalık Durumu	Var	5,77 \pm 2,18	6 (1,4-10)	z=1,615	0,106
	Yok	5,05 \pm 2,45	5,22 (0,2-9,6)		
Sürekli İlaç Kullanımı	Var	5,69 \pm 2,19	5,87 (1,4-10)	z=1,398	0,162
	Yok	5,06 \pm 2,46	5,33 (0,2-9,6)		

z:Mann Whitney U Testi, χ^2 :Kruskal Wallis Testi

Katılımcıların vücut ağırlıkları hakkındaki ifadeleri ile OFİ toplam puanları karşılaştırıldığında “Normal” – “Fazla kilolu” arasında, “Normal” – “Obez” arasında, “Fazla kilolu” – “Obez” arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. Buna göre kendini obez olarak değerlendiren bireylerin, fazla kilolu veya normal kilolu olarak değerlendiren bireylere göre obezite farkındalığı daha yüksektir.

Şu anki vücut ağırlığından memnun olmayanların OFİ toplam puan ortalaması vücut ağırlığından memnun olanlardan anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur ($z=7,242$, $p<0,001$), (Tablo 4.24).

Tablo 4.24. Katılımcıların Vücut Ağırlığı Hakkındaki Görüşleri ile Obezite Farkındalığı ve İçgörü Ölçeği (OFİ) Toplam Puanlarının Karşılaştırılması (BKI ≥ 25 Olan Bireylerde)

Katılımcıların Vücut Ağırlığı Hakkındaki Görüşleri		OFİ TOPLAM PUANI		Test İstatistiği	
		Ort \pm SS	Medyan (Min-Max)	z; χ^2	p
Sizce Hangi Tanımlama Size Uygun?	Normal	3,59 \pm 1,71	3,67 (0,2-7)	$\chi^2=78,272$	<0,001
	Fazla kilolu	6,46 \pm 1,77	6,47 (1,9-9,6)		
	Obez	8,88 \pm 0,89	9 (7,4-10)		
Şu Anki Vücut Ağırlığınızdan Memnun Musunuz?	Evet	2,71 \pm 1,67	2,33 (0,2-6)	$z=7,242$	<0,001
	Hayır	6,09 \pm 1,96	6,11 (1,6-10)		

z:Mann Whitney U Testi, χ^2 :Kruskal Wallis Testi

Katılımcıların sosyal çevresi ve yaşam tarzı alışkanlıkları ile OFİ toplam puanlarının karşılaştırılmasında;

- Çevresinde fazla kilolu biri bulunan bireylerin OFİ toplam puanları olmayanlara göre anlamlı derece fazla bulunmuştur ($p<0,001$). Ayrıca çevresinde obez biri bulunan bireylerin OFİ toplam puanları olmayanlara göre anlamlı derece fazla bulunmuştur ($p=0,044$).

- Genel olarak egzersiz sıklığı azaldıkça OFİ toplam puan ortalamalarının arttığı gözlemlendi ve “Her gün” – “Yapmıyorum” arasında (p=0.009), “Haftada 3-4 gün” – “15 günde bir” arasında (p=0.018), “Haftada 3-4 gün” – “Yapmıyorum” arasında (p<0.001) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. (Tablo 4.25)

Tablo 4.25. Katılımcıların Sosyal Çevre Özellikleri ve Yaşam Tarzı Alışkanlıkları ile Obezite Farkındalığı ve İlgörü Ölçeği (OFİ) Toplam Puanlarının Karşılaştırılması (BKI \geq 25 Olan Bireylerde)

Sosyal Çevre Özellikleri ve Yaşam Tarzı Alışkanlıkları	OFİ TOPLAM PUANI		Test İstatistiği		
	Ort±SS	Medyan (Min-Max)	z; χ^2	p	
Yaşama Ortamı	Yalnız	5,01±2,02	5 (1,9-9,8)	$\chi^2=1,290$	0,863
	Eşim ve/veya çocuklarım ile	5,42±2,36	5,44 (0,2-10)		
	Annem ve/veya babam ile	5,14±2,95	5,67 (0,2-9,5)		
	Arkadaşlarım ile	4,74±1,99	5,11 (2,1-6,7)		
	Diğer	5,98±1,32	6,14 (3,7-7,8)		
Ailenizde veya Sosyal Çevrenizde Fazla Kilolu Biri Var mı?	Evet	5,81±2,26	6,11 (0,9-9,6)	z=3,487	<0,001
	Hayır	4,53±2,34	4,44 (0,2-10)		
Ailenizde veya Sosyal Çevrenizde Obez Biri Var mı?	Evet	5,86±2,44	6,11 (0,9-9,6)	z=2,013	0,044
	Hayır	5,09±2,29	5,17 (0,2-10)		
Ne Sıklıkta Fiziksel Aktivite/Egzersiz/Spor Yapıyorsunuz?	Her gün	3,27±2,31	3,33 (0,2-6,8)	$\chi^2=30,690$	<0,001
	Haftada 3-4 gün	3,77±2,04	3,57 (0,2-8,7)		
	Haftada 2-3 gün	4,82±1,80	4,44 (1,6-8,1)		
	Haftada 1-2 gün	5,34±2,24	5,83 (1,3-9,2)		
	15 günde bir	5,88±2,07	6 (1,5-9)		
Yapmıyorum	6,48±2,23	6,33 (0,9-10)			
Sosyal Medyada Geçirilen Süre Durumu	Ortalamanın altında	5,38±2,4	5,33 (0,2-10)	z=0,229	0,819
	Ortalamanın üstünde	5,29±2,32	5,47 (0,2-9,5)		

z:Mann Whitney U Testi, χ^2 :Kruskal Wallis Testi

Katılımcıların yeme eğilimleri ile OFİ puanlarının karşılaştırılmasında (Tablo 4.26); “Yapacak bir şeyiniz olmadığında yemek yemek ister misiniz?” sorusuna “Evet” yanıtı verenlerin OFİ toplam puanları “Hayır” yanıtı verenlere ve “Bazen” yanıtı verenlere kıyasla anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur. “Herhangi bir konuda kaygılı, endişeli olduğunuz zaman yemek yemek ister misiniz?” sorusuna “Hayır” yanıtı verenlerin OFİ toplam puanları “Evet” yanıtı verenlere ve “Bazen” yanıtı verenlere kıyasla anlamlı derecede daha düşük bulunmuştur. “Herhangi bir konuda üzgün, kırgın ya da hayal kırıklığına uğramış olduğunuzda yemek yemek ister misiniz?” sorusuna “Hayır” yanıtı verenlerin OFİ toplam puanları “Evet” yanıtı verenlere ve “Bazen” yanıtı verenlere göre anlamlı ölçüde daha düşük bulunmuştur.

Tablo 4.26. Katılımcıların Yeme Eğilimleri ile Obezite Farkındalığı ve İçgörü Ölçeği (OFİ) Toplam Puanlarının Karşılaştırılması (BKI ≥ 25 Olan Bireylerde)

Yeme Eğilimleri		OFİ TOPLAM PUANI		Test İstatistiği	
		Ort \pm SS	Medyan (Min-Max)	z; χ^2	p
Kilo aldığınızı düşündüğünüzde her zamankinden daha az yer misiniz?	Evet	5,01 \pm 2,04	5 (0,7-9,5)	$\chi^2=3,310$	0,191
	Hayır	5,67 \pm 2,61	5,83 (0,2-10)		
	Bazen	5,52 \pm 2,53	6 (0,2-9,8)		
Ne yiyeceğinize karar verirken kilonuzu hesaba katar mısınız?	Evet	4,92 \pm 1,93	5 (1,2-8,8)	$\chi^2=5$	0,082
	Hayır	5,16 \pm 2,84	5,33 (0,2-10)		
	Bazen	5,87 \pm 2,07	5,95 (1,1-9,8)		
Yapacak bir şeyiniz olmadığında yemek yemek ister misiniz?	Evet	6,16 \pm 2,25	6,42 (0,3-10)	$\chi^2=13,541$	0,001
	Hayır	4,53 \pm 2,52	4,22 (0,2-9,8)		
	Bazen	5,34 \pm 2	5,25 (1,1-9,5)		
Herhangi bir konuda kaygılı, endişeli olduğunuz zaman yemek yemek ister misiniz?	Evet	6 \pm 2,38	6,25 (1,2-10)	$\chi^2=8,422$	0,015
	Hayır	4,79 \pm 2,34	4,67 (0,2-9,8)		
	Bazen	5,51 \pm 2,22	5,83 (0,3-9,5)		
Herhangi bir konuda üzgün, kırgın ya da hayal kırıklığına uğramış olduğunuzda yemek yemek ister misiniz?	Evet	6,26 \pm 2,28	6,44 (1,2-10)	$\chi^2=12,133$	0,002
	Hayır	4,77 \pm 2,35	4,67 (0,2-9,8)		
	Bazen	5,64 \pm 2,18	5,92 (0,3-9,5)		

z:Mann Whitney U Testi, χ^2 :Kruskal Wallis Testi

Tablo 4.27. OFİ Toplam Puanı İkili Karşılaştırmaları

Sizce Hangi Tanımlama Size Uygun?	p*
Normal—Fazla kilolu	<0,001
Normal—Obez	<0,001
Fazla kilolu—Obez	0,019
**Ne Sıklıkta Fiziksel Aktivite/Egzersiz/ Spor Yapıyorsunuz?	p*
Her gün—Yapmıyorum	0,009
Haftada 3-4 gün—15 günde bir	0,018
Haftada 3-4 gün—Yapmıyorum	<0,001
Yapacak Bir Şeyiniz Olmadığında Yemek Yemek İster Misiniz?	p*
Hayır—Evet	<0,001
Hayır—Bazen	0,724
Evet—Bazen	0,001
Herhangi Bir Konuda Kaygılı, Endişeli Olduğunuz Zaman Yemek Yemek İster Misiniz?	p*
Hayır—Evet	0,014
Hayır—Bazen	0,258
Evet—Bazen	1
Herhangi Bir Konuda Üzgün, Kırgın Ya Da Hayal Kırıklığına Uğramış Olduğunuzda Yemek Yemek İster Misiniz?	p*
Hayır—Evet	0,003
Hayır—Bazen	0,127
Evet—Bazen	0,854

*Bonferroni Düzeltmeli p değerleri, **sadece anlamlı değerler verilmiştir

OFİ toplam puanı ile yaş, günlük ortalama uyku ve günlük ortalama su tüketimi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.28).

Tablo 4.28. OFİ Toplam Puanı ile Yaş, Günlük Ortalama Uyku, Günlük Su Tüketimi Arasındaki İlişki (BKI ≥ 25 Olan Bireylerde)

	OFİ TOPLAM PUAN	
	r	p
Yaş	-0,011	0,890
Günlük Ortalama Uyku (saat)	-0,060	0,451
Günlük Ortalama Su Tüketimi (bardak)	-0,036	0,658

r:Spearman İlişki Katsayısı

4.4. ANTROPOMETRİK ÖLÇÜMLER, BEDEN ALGISI VE OBEZİTE FARKINDALIĞI VE İÇGÖRÜ PUANLARININ KARŞILAŞTIRMALARI

Figür derecelendirme ölçeği sınıflamasına göre bireylerin OFİ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=45,228$, $p<0,001$) (Tablo 4.29).

Tablo 4.29. Figür Derecelendirme Ölçeği Sınıflamasına göre bireylerin Obezite Farkındalığı ve İçgörüsü (OFİ) Toplam Puanlarının Karşılaştırılması (BKI ≥ 25 Olan Bireylerde)

		OFİ TOPLAM PUANI		Test İstatistiği	
		Ort \pm SS	Medyan (Min-Max)	χ^2	p
Figür Derecelendirme Ölçeği Sınıflaması	Normal	3,73 \pm 1,95	3,56 (0,2-8)	$\chi^2=45,228$	<0,001
	Fazla kilolu	4,53 \pm 2,13	4,71 (0,3-9,6)		
	Obez	6,49 \pm 1,95	6,44 (0,9-9,5)		
	Morbid obez	8,03 \pm 1,90	8,08 (5-10)		

χ^2 :Kruskal Wallis Testi

Katılımcıların OFİ toplam puanları bakımından FDÖ sınıflaması ikili karşılaştırmasında Normal—Obez, Normal—Morbid obez, Fazla kilolu—Obez, Fazla kilolu—Morbid obez arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 4.30).

Tablo 4.30. OFİ Toplam Puanı Figür Derecelendirme Ölçeği Sınıflaması İkili Karşılaştırmaları

Figür Derecelendirme Ölçeği Sınıflaması	p*
Fazla kilolu—Normal	0,774
Fazla kilolu—Obez	<0,001
Fazla kilolu—Morbid obez	0,002
Normal—Obez	<0,001
Normal—Morbid obez	<0,001
Obez—Morbid obez	0,791

*Bonferroni Düzeltmeli p değerleri

Katılımcıların FDÖ'deki seçimleri ile antropometrik ölçümler sonucu hesaplanan BKİ değerleri ve abdominal obezite durumları karşılaştırılmıştır. Bizim çalışmamızda, yayınlanmış TEMD çalışması değerleri abdominal obezite için kıstas (kadınlarda ≥ 90 cm, erkeklerde ≥ 100 cm) kabul edilmiştir.

FDÖ sınıflamasına göre BKİ sınıflaması açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=269,814$, $p<0,001$). BKİ sınıflamasına göre fazla kilolu olan bireylerin, 1.derece obez olanlara kıyasla FDÖ'ye göre kendilerini obez olarak değerlendirme oranları daha fazladır (Tablo 4.31).

FDÖ sınıflamasına göre abdominal obezite açısından da istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=138,149$, $p<0,001$). (Tablo 4.31). Abdominal obezitesi olan bireyler, abdominal obezitesi olmayanlara kıyasla FDÖ'de kendilerini daha fazla oranda fazla kilolu ve obez olarak tanımlamışlardır.

Tablo 4.31. Figür Derecelendirme Ölçeği Sınıflamasına Göre BKİ Sınıflaması Karşılaştırılması

	FİGÜR DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ SINIFLAMASI					Test istatistiği	
	Zayıf (n=29)	Normal (n=132)	Fazla Kilolu (n=65)	Obez (n=67)	Morbid Obez (n=7)	χ^2	p
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)		
BKİ Sınıflaması							
Zayıf	4 (13,8)	1 (0,8)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	$\chi^2=269,814$	<0,001
Normal	24 (82,4)	98 (74,2)	15 (23,1)	0 (0)	0 (0)		
Fazla kilolu	1 (3,4)	31 (23,5)	40 (61,5)	31 (46,3)	0 (0)		
1.derece obez	0 (0)	1 (0,8)	9 (13,8)	27 (40,3)	0 (0)		
2.derece obez	0 (0)	1 (0,8)	1 (1,5)	9 (13,4)	4 (57,1)		
3.derece obez	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	3 (42,9)		
Toplam	29 (100)	132 (100)	65 (100)	67 (100)	7 (100)		
Abdominal Obezite							
Yok	29 (100)	126 (95,5)	44 (67,7)	17 (25,4)	0 (0)	$\chi^2=138,149$	<0,001
Var	0 (0)	6 (4,5)	21 (32,3)	50 (74,6)	7 (100)		
Toplam	29 (100)	132 (100)	65 (100)	67 (100)	7 (100)		

χ^2 :Ki kare Testi

FDÖ sınıflamasına göre bireylerin BÇ, KÇ, BKO değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p<0,001$) (Tablo 4.32).

Tablo 4.32. Figür Derecelendirme Ölçeği Sınıflamasına Göre Antropometrik Ölçümlerin Karşılaştırılması

Antropometrik Ölçümler	FİGÜR DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ SINIFLAMASI					Test istatistiği	
	Zayıf (n=29)	Normal (n=132)	Fazla Kilolu (n=65)	Obez (n=67)	Morbid Obez (n=7)	χ^2	p
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)		
Bel çevresi (cm)							
<i>Ort±SS</i>	70,29±7,96	78,38±9,31	90,23±8,82	102,27±9,81	123±11,31		
<i>Medyan (Min-Max)</i>	68,5 (60-93)	77,5 (61,5-109)	90 (69,5-115)	103 (79-124,5)	122 (103-139)	$\chi^2=182,01$	<0,001
Kalça çevresi (cm)							
<i>Ort±SS</i>	94,33±5,28	100,33±5,43	107,15±5,19	111,82±8,23	129,9±12,97		
<i>Medyan (Min-Max)</i>	93,5 (84-104,5)	100 (87-119)	107 (98,5-120)	110 (99-140,3)	126,3 (115,5-155)	$\chi^2=153,225$	<0,001
Bel/Kalça Oranı							
<i>Ort±SS</i>	0,74±0,05	0,78±0,07	0,84±0,08	0,91±0,08	0,94±0,07		
<i>Medyan (Min-Max)</i>	0,73 (0,67-0,88)	0,77 (0,63-1,03)	0,84 (0,67-1,01)	0,94 (0,72-1,09)	0,96 (0,83-1,03)	$\chi^2=121,157$	<0,001

χ^2 :Kruskal Wallis Testi

BÇ değerleri bakımından FDÖ sınıflaması ikili karşılaştırması, KÇ değerleri bakımından FDÖ sınıflaması ikili karşılaştırması ve BKO bakımından FDÖ sınıflaması ikili karşılaştırmasında elde edilen p değerleri Tablo 4.33’de sunulmuştur.

Tablo 4.33. Bel çevresi, Kalça çevresi, Bel/Kalça Oranı Figür Derecelendirme Ölçeği Sınıflaması İkili Karşılaştırmaları

Figür Derecelendirme Ölçeği Sınıflaması	Bel çevresi	Kalça çevresi	Bel/Kalça Oranı
	p*	p*	p*
Zayıf—Fazla kilolu	<0,001	<0,001	<0,001
Zayıf—Normal	0,034	0,008	0,260
Zayıf—Obez	<0,001	<0,001	<0,001
Zayıf—Morbid obez	<0,001	<0,001	<0,001
Normal —Fazla kilolu	<0,001	<0,001	<0,001
Normal—Obez	<0,001	<0,001	<0,001
Normal—Morbid obez	<0,001	<0,001	<0,001
Fazla kilolu—Obez	<0,001	0,241	0,001
Fazla kilolu—Morbid obez	0,018	0,042	0,140
Obez—Morbid obez	1	0,599	1

*Bonferroni Düzeltmeli p değerleri

OFİ toplam puanı ile BKİ, BÇ, KÇ değerleri arasında orta düzeyde, pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($p < 0,001$, $p < 0,001$, $p < 0,001$). OFİ toplam puanı ile Bel/Kalça Oranı değerleri arasında zayıf düzeyde, pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($p = 0,002$) (Tablo 4.34).

Tablo 4.34. OFİ Toplam Puanı ile BKİ, Bel çevresi, Kalça çevresi, Bel/Kalça Oranı Arasındaki İlişki (BKİ ≥ 25 Olan Bireylerde)

	OFİ TOPLAM PUAN	
	r	p
BKİ	0,478	<0,001
Bel çevresi	0,429	<0,001
Kalça çevresi	0,411	<0,001
Bel/Kalça Oranı	0,245	0,002

r: Spearman İlişki Katsayısı

5. TARTIŞMA

Çalışmamızda, Ankara'nın Çankaya ilçesinde bulunan Çayyolu Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran bireylerin obeziteye ilişkin farkındalık düzeyleri ile beden algıları arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Obezite, çağımızın önemli halk sağlığı sorunlarından biri olarak hem bireysel hem toplumsal düzeyde etkiler yaratmaktadır. Obeziteyle mücadelede farkındalık düzeyi ve bireyin bedenini nasıl algıladığı gibi psikososyal faktörler, önleyici sağlık davranışlarının geliştirilmesinde kritik rol oynamaktadır. Bu nedenle elde edilen bulgular, hem bireysel sağlık davranışlarını hem de halk sağlığı politikalarını yönlendirme açısından önemli ipuçları sunmaktadır.

TÜİK'in 2022 yılında gerçekleştirdiği Türkiye Sağlık Araştırması sonuçlarına göre, 15 yaş ve üzeri bireylerde obezite oranı %20,2 olarak hesaplanmıştır (17). Çalışmamızda obeziteli bireylerin oranı %18,3 olarak bulunmuş olup bu oran TÜİK verileriyle oldukça benzerlik göstermektedir. Bu durum, örneklem seçiminin toplumun genel yapısını yansıtacak biçimde temsil gücü taşıdığını ve çalışmamızın dış geçerliliğinin güçlü olduğunu göstermektedir.

Çalışmamızda kadınların BKİ ortalaması $24,55 \pm 4,31$, erkeklerin BKİ ortalaması ise $28,61 \pm 5,09$ olarak hesaplanmıştır. Katılımcıların kendi beyan ettikleri boy ve ağırlık değerlerine göre hesaplanan BKİ ile, araştırmacı tarafından yapılan doğrudan ölçümlerle hesaplanan BKİ arasında yüksek düzeyde uyum bulunmuştur. Bu, bireylerin beden ölçülerine dair öz farkındalıklarının güçlü olduğunu ve öz bildirim temelli verilerin bu çalışmada oldukça güvenilir olduğunu göstermektedir. Stunkard ve Albaum'un, yaş, cinsiyet ve kilo çeşitliliği gösteren 1302 kişiden oluşan Amerikan örnekleminde, bireylerin beyan ettikleri kiloların ölçülen kilolarla yüksek düzeyde örtüştüğü gösterilmiştir (88). Çalışmamızda elde edilen 0,965'lik korelasyon da bu uluslararası bulguyu doğrulamakta, özellikle eğitim düzeyi yüksek popülasyonlarda öz bildirimlerin obezite çalışmaları için güvenilir bir veri kaynağı olabileceğini göstermektedir. Aynı zamanda bu durum, beden algısı ile ilgili değerlendirmelerin geçerliliğini destekleyen önemli bir bulgudur.

Çalışmamızda yaş değişkeni ile beden algısı arasındaki ilişki incelendiğinde, FDÖ'ye göre kendini zayıf figürle eşleştiren bireylerin, obez ve morbid obez figürle eşleştiren bireylere kıyasla anlamlı derecede daha genç oldukları bulunmuştur. Bu bulgu, genç bireylerin hem gerçek kilosunun daha düşük olabileceğini hem de zayıf bedene sahip olma isteği ya da algısının daha baskın olduğunu düşündürmektedir. Bhapkar ve arkadaşlarının Hindistan'da yürüttüğü çalışmada da benzer şekilde, 127 kadın katılımcı 18–28 ve 35–45 yaş olmak üzere iki gruba ayrılmış; genç gruptaki kadınların daha zayıf figürleri tercih ettikleri, ileri yaş grubundakilerin ise daha kilolu figürleri beden ideali olarak benimsedikleri bildirilmiştir (89).

Yaşla birlikte metabolik yavaşlama, yaşam tarzı değişiklikleri ve fiziksel aktivite düzeyindeki azalma kilo artışına yol açabilirken, aynı zamanda beden algısında da farklılaşmalar görülebilmektedir. Genç bireyler dış görünüşe karşı daha duyarlı ve eleştirel olabilirken, yaş ilerledikçe bedensel değişimlere karşı kabullenici bir tutum gelişebilmektedir. Nitekim bazı araştırmalarda, ileri yaşlardaki bireylerin ideal beden algısının daha kilolu figürlere kaydığı bildirilmiştir; bu durum, kilo artışına karşı daha yüksek kabul ya da kayıtsızlıkla ilişkili olabilir. Pruis ve Janowsky'nin çalışmasında da bu durum desteklenmiş; genç ve yaşlı kadınların benzer düzeyde beden memnuniyetsizliği yaşadıkları, ancak genç kadınların zayıflık arzularının daha güçlü olduğu ve beden algılarının toplumsal etkilerden daha fazla etkilendiği rapor edilmiştir (90).

Vücut ağırlığından memnun olan bireylerin, FDÖ'de kendilerini daha az oranda fazla kilolu ve obez figürle tanımlamaları, beden memnuniyeti ile beden algısı arasında bir ilişki olabileceğini göstermektedir. Ancak bu ilişki yönsel olmaktan çok eşzamanlıdır; memnuniyet hissi bireyin kendini daha düşük kilo kategorisinde algılamasına katkı sağlıyor olabileceği gibi, bireyin kendini daha zayıf ya da normal kiloda görmesi de memnuniyeti artırıyor olabilir. Bu nedenle, beden algısı ve memnuniyet düzeyleri arasındaki karşılıklı etkileşim dikkate alınmalı; sadece fiziksel ölçümlere değil, bireyin öznel değerlendirmelerine de odaklanılmalıdır.

Çalışmamızda, kadın bireylerin kendilerini FDÖ'de zayıf ve normal kilolu figürlerle tanımlama oranlarının, erkek bireylere kıyasla anlamlı derecede daha yüksek

olduğu; buna karşılık, erkek bireylerde obez ve morbid obez figürleri işaretleme oranlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu durum, cinsiyete bağlı beden algısının farklılık gösterdiğini ortaya koyuyor olabilir. Ancak, kadın katılımcıların BKİ ortalamasının $24,55 \pm 4,31$, erkeklerin ise $28,61 \pm 5,09$ olduğu da bu bulgularla uyumludur ve kadınların daha hafif beden tiplerini tercih etme eğiliminin gerçek ölçümlerle paralel olduğunu göstermektedir.

Literatürde fazla kiloluluk ve obezitenin kadınlarda daha fazla görüldüğu bildirilmektedir. ABD’de özellikle morbid obezite oranları kadınlarda daha yüksek seviyededir (11). Wells ve arkadaşları tarafından 68 ÷lke üzerinde yapılan bir incelemeye göre, her 2 obez erkeğe karşılık 3 obez kadın bulunmaktadır (91). Türkiye’de de TÜİK verilerine göre de kadınlarda obezite insidansı erkeklere göre daha yüksektir (17). Bizim çalışmamız gibi bu genel dağılımdan farklı olarak erkeklerde obezite oranının daha fazla olduğunu gösteren az sayıda çalışma da mevcuttur. Bunlardan biri Kuzey İsveç’te Yusuf ve arkadaşları tarafından yapılan ve “İsveç Eşit Şartlarda Sağlık” anket verilerine dayanan 20855 kişilik bir analiz çalışmasıdır. Yapılan çalışmada erkek katılımcıların %64’ünde fazla kiloluluk ve obezite mevcutken bu oran kadın katılımcılar için %52 olarak hesaplanmıştır ve bu farkın çoğunlukla davranışsal değişkenlerle alakalı olduğu bulunmuştur (92).

Eğitim düzeyi açısından incelendiğinde, literatürde eğitim düzeyinin daha sağlıklı beden imajı ve daha gerçekçi beden değerlendirmesi ile ilişkili olduğu vurgulanmaktadır (93,94). İsveç’te yapılan bir diğer çalışmada eğitim seviyesi arttikça, aşırı kilolu olma prevalansının azaldığı ve aşırı kilolu olma prevalansının erkeklerde kadınlara kıyasla daha fazla olduğu bildirilmiştir (95). Sart ve arkadaşlarının yaptığı bir diğer çalışmaya göre ise; eğitim düzeyi yükseldikçe hem kadın hem de erkeklerde obezite prevalansının uzun vadede azalmakta olduğu ve bu etkinin kadınlarda daha güçlü olduğu vurgulanmıştır (96). Helsinki Sağlık Çalışması verilerine göre de eğitim seviyesi yüksek olan kadınların obezitenin sonuçlarının daha iyi farkında olduğu ve düzenli egzersiz gibi koruyucu sağlık davranışlarına erkeklerden daha fazla katılma olasılıklarının olduğu ortaya konmuştur (97). Kadınların zayıf olma arzusu literatürde güçlü biçimde yer almaktadır. Genç kadınların toplumda yaygın olarak ideal kabul edilen zayıf vücut formunu

benimsemesi, kendi ideali haline getirmesi ve hatta bu ideale kişisel anlamda bağ kurarak kendini o bedende görmeye çalışması sıklıkla rapor edilmektedir (98). Literatür örneklerinde olduğu gibi bizim çalışmamızda da eğitim düzeyinin artmasının kilo kontrolü açısından olumlu etkisinin olduğu söylenebilir. Çalışma grubumuzun eğitim düzeyinin yüksek olması, kadın bireylerin zayıf beden ideallerine ulaşma konusundaki davranışsal çabalarını desteklemiş ve ideal olarak gördükleri beden tipine daha yakın bir BKİ değerine sahip olmalarına olanak tanımış olabilir.

Çalışmada, bireylerin kendi kilo durumlarına ilişkin tanımlamaları ile FDÖ'de seçtikleri figürler karşılaştırıldığında, dikkat çekici bir dağılım gözlenmiştir. Özellikle, kendini fazla kilolu olarak tanımlayan bireylerin önemli bir kısmı, FDÖ'de obez figürü işaretlemiştir. Bu durum ilk bakışta algı sapması gibi görünse de, bireylerin obez kavramını yalnızca çok ileri düzey kilolara karşılık gelen bir durum olarak değerlendirmiş olabileceklerini de göstermektedir. Başka bir bakış açısıyla, bireylerin kendi kilo durumlarını tanımlarken daha yumuşatılmış terimler kullanma eğiliminde oldukları, obez kavramından kaçınarak fazla kilolu ifadesini tercih ettikleri şeklinde yorumlanabilir. Benzer şekilde, kendini obez olarak tanımlayan bireylerin yarısından fazlasının morbid obez figürünü işaretlemiş olması da, obezite kavramının kişisel algılarda daha uç bir görünümle özdeşleştirildiğini düşündürmektedir. Bu bulgular, beden algısının sadece görsel temsillerle değil, bireyin kavramsal çerçevesi ve obeziteyi tanımlama biçimiyle de şekillendiğini ortaya koymaktadır. Bu da, obeziteyle ilgili bilgi düzeyinin ve toplumsal çağrışımların beden algısı üzerindeki etkisine işaret etmektedir.

Katılımcıların öznel kilo tanımları ile ölçülen beden kitle indeksi (BKİ) değerleri karşılaştırıldığında, genel bir paralellik gözlenmekle birlikte, bazı gruplarda dikkat çekici algı sapmaları ortaya çıkmıştır. Özellikle fazla kilolu olduğunu ifade eden bireylerin ortalama BKİ değeri $30,14 \pm 3,65$ olarak bulunmuş olup, bu değer DSÖ sınıflamasına göre obezite eşiğini aşmaktadır ($BKİ \geq 30$). Bu durum, klinik olarak obez sınıfta yer alan bireylerin kendilerini yalnızca fazla kilolu olarak tanımladıklarını ve obeziteyi daha ileri düzey bir kilo durumu olarak algıladıklarını göstermektedir.

Benzer şekilde, kendini obez olarak değerlendiren bireylerin ortalama BKİ değeri $38,39 \pm 8,22$ olup, bu bireylerin çoğunluğunun teknik olarak 2. derece (BKİ 35–39,9) ya da 3. derece (morbid) obezite (BKİ ≥ 40) sınırlarında yer aldığı anlaşılmaktadır. Bu bulgu, obeziteye ilişkin algının toplumda genellikle sadece ileri düzey beden ölçüleriyle özdeşleştirildiğine ve bireylerin obezite eşliğini, gerçek klinik sınıflamanın çok ötesinde bir görünümle tanımladığına işaret etmektedir.

Literatürde de Birleşik Krallık örneğinde geniş bir ulusal temsili anketten elde edilen 2013 verilerini kullanan yakın tarihli bir çalışmada, yetişkin erkeklerin %55'i ve kadınların %31'i fazla kilolu kilo durumlarını tanımlamada başarısız olmuştur (72). Benzer şekilde Yaesmire ve ark. 16.000'den fazla katılımcının yer aldığı ulusal temsili bir ABD çalışmasının verilerini incelemişlerdir. Katılımcıların objektif kilo durumları fazla kilolu olanlar arasında kilo durumunun önemli ölçüde hafife alındığını bildirmektedir (%48 erkek ve %23 kadın) (64). Aşırı kilolu bireylerle karşılaştırıldığında, daha küçük ancak yine de dikkate değer bir oranda obez birey (BMI ≥ 30) de kilo durumlarının yaklaşık olarak doğru olduğuna inanmaktadır (64,72). Ayrıca, çoğu durumda, obez bireyler kendilerini fazla kilolu olarak tanımlasalar bile, çok sayıda bireyin kilolarının ciddiyetini fark edemediğine dair kanıtlar vardır (99,100). Bununla uyumlu olarak, yakın zamanda yapılan bir nüfusa dayalı anket, İngiltere'deki obez yetişkinlerin çoğunun fazla kilolu olduklarını tespit edemediğini ve %10'dan azının obez olduklarını doğru bir şekilde tespit ettiğini göstermiştir (101).

Çalışmamızda katılımcıların yalnızca %57'si vücut ağırlığı durumunu doğru değerlendirmiştir. %39,7'si vücut ağırlığını olduğundan daha az değerlendirmiş, %3,3'ü ise olduğundan daha fazla değerlendirmiştir. Alt gruplara bakıldığında en tutarlı değerlendirmeyi yapanların normal kilolu katılımcılar olduğu görülmüştür (%87,6). Bunu sırasıyla zayıf katılımcılar (%60), fazla kilolu katılımcılar (%38,8) ve obez katılımcılar (%14,5) izlemiştir.

Güven ve arkadaşlarının Türkiye'de 250 kişinin katılımıyla yaptığı bir araştırmada katılımcılara sözel olarak zayıf, normal kilolu, fazla kilolu, hafif obez ve ciddi obez seçenekleri arasından hangi tanımlamanın kendisine uygun olduğu

sorulduğu ve görsel bir vücut ölçü kılavuzu kullanılarak kendilerine en çok benzeyen görseli işaret etmelerinin istendiği çalışmada, bireylerin yaklaşık yarısının kendilerini olduğundan daha zayıf gördüğü ve yüksek yaş, yüksek BKİ, ilkokul mezunu olmak ve bekar olmamanın (evli veya boşanmış/dul olmak) bununla ilişkilendirildiği bildirilmiştir. Aynı çalışmada gerçek BKİ ile hem görsel kilo algısı hem de sözel kilo algıları arasındaki uyumun kötü olduğu da saptanmıştır (73).

Polonya’da 744 kişinin katılımıyla gerçekleştirilen bir çalışmada, obezitesi olan bireylerin yarısından fazlası, kilo durumlarını olduğundan daha düşük olarak değerlendirmiştir. Bu durumun, yalnızca bireylerin vücut ölçülerini doğru algılayamamalarından değil, aynı zamanda “obezite” gibi terimlere ilişkin bilgi ve farkındalıklarının yetersiz olmasından da kaynaklanabileceği belirtilmiştir (74). Çalışmamızda, literatüre benzer şekilde sözel ve görsel olmak üzere iki tür kilo durumu değerlendirmesi kullanıldı. Ayrıca analize dahil edilen tüm katılımcıların valide yöntemlerle antropometrik ölçümleri yapıldı.

Yayınlanan diğer çalışmalar bu yanlış değerlendirmenin sebebinin popülasyonda fazla kilolu ve obeziteli olma sıklığının artması ve kişinin kendisini çevresindeki 'ortalama' bir kişiyle karşılaştırmasıyla ilişkili olabileceğini öne sürmüştür (102). Bu fenomenin “görsel normalizasyon teorisi” ile açıklanması da faydalıdır; obeziteye maruz kalma, kendi algılanan kilo durumu, ebeveynler tarafından algılanan çocukların kilo durumu ve başkalarında algılanan kilo durumu açısından daha büyük vücut boyutunun normalleşmesiyle sonuçlanır (103). Kişinin beden algısındaki bu bozulmalar, obezitenin tanı ve tedavi sürecinde gecikmelere ya da yetersizliklere yol açabilir. Nitekim Duncan ve arkadaşları, bireyin vücut ölçülerine ilişkin öz algısının, kilo verme motivasyonunu tıbbi tanıdan daha güçlü bir şekilde etkilediğini göstermiştir (6). Bu nedenle, obezite tedavisinin etkinliğini artırmak için, fazla kilolu ve obez bireylerde vücut ağırlığı algısının ve beden algısının analiz edilmesi gerekmektedir.

Yukarıda belirtildiği gibi obezitenin kendi kendine teşhisi çok streslidir, bu nedenle obeziteli hastalar kendilerini aşırı kilolu olarak tanımlamayı tercih ederler (104). Puhl ve ark. kilo sorunu ve sağlıksız kilo gibi daha az olumsuz terimlerin, aşırı

kilo veya obezite tanısından daha fazla kilo verme motivasyonu sağladığını göstermiştir (105). Bu konuda yapılan bir çalışmada Robinson vd. aşırı kilolu veya obez olduğunuzu bilmenin mi yoksa bilmemenin mi daha iyi olduğu sorusunu kapsamlı bir şekilde tartışmışlardır. Bilmemenin obezite tedavisi almanın önünde bir engel olduğu belirtilmiştir (104,106). Bununla birlikte, Essayli vd. insanlara aşırı kilolu olduklarını söylemenin olumsuz etkiyi artırdığını ve öz saygıyı düşürdüğünü bulmuşlardır (107). Dolayısıyla, hem psikolojik hem de tıbbi açıdan bu çok zor bir sorundur. Bir hasta için, teşhis bir damgaya dönüşebilirken, teşhis konulamaması ve tedavi eksikliği obezite komplikasyonlarının gelişmesine neden olabilir.

Çalışmamızda, eşi ve/veya çocukları ile birlikte yaşayan bireylerin, FDÖ'de kendilerini zayıf olarak değerlendirme oranlarının, yalnız yaşayanlardan ve anne/babasıyla yaşayanlardan daha düşük olduğu bulunmuştur. Bu bulgu, bireyin yaşam düzeni, sosyal sorumlulukları ve ailevi rolleri ile beden algısı arasında bir ilişki olabileceğini düşündürmektedir. Evlilik ve çocuk sahibi olmanın getirdiği günlük sorumluluklar, beden farkındalığına ayrılan zihinsel kaynakları azaltabilir veya dış görünüşün önceliğini geri plana itebilir. Aynı zamanda evli bireylerin, eşli yaşamın görece daha güvenli ve kabullenici doğası içinde beden imajlarına yönelik daha az baskı hissetmeleri de olasıdır. Bu durum, beden algısının yalnızca fizyolojik ya da psikolojik değil, sosyokültürel bağlamla da şekillendiğini göstermektedir. Bu, literatürde evli bireylerin kilo alma eğiliminde olduklarına ve bunun beden algısında değişikliğe yol açabildiğine dair bulgularla örtüşen bir sonuçtur. Turnik ve arkadaşlarının 105 çalışmayı dahil ederek yaptığı meta analiz çalışmasında; obezite olasılığı, bekar, boşanmış ve dul bireylerle karşılaştırıldığında evli bireylerde daha yüksek olduğu gösterilmiştir ve obezite riskini belirlemede medeni durumun dikkate alınmasının önemini doğrulamaktadır (108).

Çalışmamızda, her gün fiziksel aktivite/egzersiz yapan bireylerin, FDÖ'de kendilerini zayıf figürle tanımlama oranlarının, daha az sıklıkla egzersiz yapanlara ve hiç yapmayanlara kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu bulgu, düzenli fiziksel aktivite yapan bireylerin bedenlerine dair algılarının daha olumlu olabileceğini düşündürmektedir. Fiziksel aktivitenin sadece fiziksel iyilik hâlini değil, aynı zamanda beden imajını ve benlik algısını da olumlu etkilediği

literatürde sıkça vurgulanmaktadır. Bu durum, düzenli egzersizin yalnızca fizyolojik değil, psikolojik düzeyde de kilo algısını biçimlendirebileceğini göstermektedir. Öte yandan bu algı, her zaman objektif ölçütlerle uyumlu olmayabilir; bireyler kendilerini daha zayıf hissettikleri için algılarını o yönde şekillendirebilirler.

Çalışmamızda, kronik hastalığı bulunan bireylerin, kronik hastalığı olmayanlara kıyasla, FDÖ'de kendilerini obez figürle tanımlama oranlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu sonuç, kronik hastalıkların bireylerde obeziteye dair farkındalığı artırıcı bir etkisi olabileceğini düşündürmektedir. Obezite ile ilişkili hipertansiyon, diyabet, dislipidemi gibi birçok kronik hastalık; bireyin kilosunun sağlığı üzerindeki etkilerini daha somut şekilde deneyimlemesine neden olabilir. Bu da kilo algısının daha gerçekçi veya daha duyarlı biçimde şekillenmesine katkı sağlayabilir. Dolayısıyla bu bulgu, klinik deneyimin ve sağlıkla ilgili yaşam durumlarının beden farkındalığını güçlendirebileceğini göstermekte ve obezite farkındalığı çalışmalarında kronik hastalık varlığının önemli bir değişken olarak ele alınması gerektiğini ortaya koymaktadır.

Çalışmamızda, bireylerin yeme davranış biçimlerinin beden algılarıyla yakından ilişkili olduğu görülmüştür. Kısıtlayıcı yeme davranışı gösteren bireylerin, FDÖ'de kendilerini normal kilolu olarak değerlendirme oranları, bu davranışı göstermeyenlere kıyasla daha yüksek bulunmuştur. Bu durum, kısıtlayıcı yeme davranışı olan bireylerin bedenleri üzerinde daha fazla kontrol algısına sahip olduklarını ve bu nedenle kendi kilolarını normalize etme eğiliminde olduklarını düşündürmektedir. Kısıtlama, hem fiziksel hem bilişsel düzeyde ideal kiloya ulaşma hedefiyle ilişkilendirilmekte; bu bireyler kendilerini hedefe yakın görmek isteyebilirler. Öte yandan, kısıtlayıcı davranış göstermeyen bireylerin kendilerini obez figürlerle tanımlama oranlarının daha yüksek olması, bu bireylerin hem beden farkındalıklarının daha gerçekçi olabileceğini, hem de yeme davranışı üzerindeki kontrol eksikliğinin beden imajına yansıdığını göstermektedir. Buna karşın, Çin'de üniversite öğrencileri ile yapılan bir çalışmada, BKİ'si daha yüksek olan bireylerin kısıtlayıcı yeme davranışı gösterme olasılıklarının daha yüksek olduğu bulunmuştur ve bu şekilde pozitif yönlü bir ilişki diğer çalışmalarla da desteklenmiştir (109). Bu sonuçlar için farklı açıklamalar yapılabilir. Aşırı kilolu olmak genellikle kısıtlı

yemenin sonucu olarak kabul edilir: Kısıtlama teorisi, yiyecek alımını bilişsel olarak kontrol etmeye çalışan diyet yapanların diyetleri üzerindeki kontrolünü kaybetmeye ve hatta bilişsel süreçleri bozulduğunda aşırı yemeye yönelmeye eğilimli olduğunu öne sürer (disinhibisyon fenomeni) (110). Disinhibisyonun dışında, bu durum kısmen daha kilolu insanların diyet yapma olasılığının daha yüksek olması gerçeğiyle de açıklanabilir (111). Çalışmalar, daha yüksek bir BKİ'nin diyet kısıtlamasını öngördüğünü, diyet kısıtlamasının ise gelecekteki kilo değişimini öngörmediğini göstermiştir. Bu nedenle kısıtlı yeme, gelecekteki kilo alımının bir nedeni olmaktan çok geçmişteki kilo alımının bir göstergesidir (112).

Bunlara ek olarak, çalışmamızda duygusal yeme davranışı göstermeyen bireylerin, FDÖ'de kendilerini daha çok zayıf ya da normal kilolu olarak değerlendirmeleri, bu bireylerin bedenlerine dair daha olumlu ve dengeli algılar geliştirdiğini düşündürmektedir. Bu nedenle, duygusal yeme davranışının düşük olduğu bireylerde beden algısının daha olumlu olması anlamlıdır. Öte yandan, çalışmamızda FDÖ'de kendilerini zayıf olarak tanımlayan bireylerin büyük çoğunluğunun gerçekte de zayıf ya da normal kilolu olması, duygusal yemenin fazla kilo veya obeziteye etkisini ortaya koymaktadır. Bu durum, literatürde sıkça dile getirilen duygusal yemenin sonucunun aşırı kilo olması yönündeki ilişkiyi desteklemektedir. Cezayir'de 200 kişinin katılımıyla yapılan çalışmada duygusal yeme davranışının, sıklıkla dışsal yeme ile birlikte ortaya çıktığı görülmüştür. Bu çalışmada yapılan korelasyon analizleri, önceki literatürle uyumlu biçimde, BKİ ile hem duygusal hem de dışsal yeme arasında pozitif yönde ilişkiler olduğunu ortaya koymuştur (113).

Çalışmamızda, bireylerin duygusal durumlara bağlı yeme davranışları ile obezite farkındalığı ve içgörüsü arasındaki ilişki incelendiğinde, duygusal yeme davranışı gösteren bireylerin OFİ puanlarının daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Bu bulgu, duygusal yeme davranışı gösteren bireylerin, yeme tutumlarıyla ilgili içgörülerinin daha gelişmiş olabileceğini düşündürmektedir. Yani bu bireyler, yeme davranışlarının duygusal nedenlere dayandığını fark etmekte ve bu farkındalık, obeziteyle ilgili genel içgörü düzeyini de artırıyor olabilir. Bu da, yüksek farkındalık

düzeşinin her zaman sağlıklı yeme davranışlarıyla örtüşmediği, aksine bireyin kendi problemine dair farkındalığının bir göstergesi olabileceği şeklinde yorumlanabilir.

Bu sonuçlar, obezite farkındalığına yönelik müdahale programlarının sadece bilgi vermektan öte, duygusal yeme gibi psikolojik yönleri de kapsamasa gerektiğini ortaya koymaktadır. Yeme davranışı yalnızca fiziksel açlıkla değil, kişinin duygusal dünyasıyla da sıkı ilişki içindedir. Dolayısıyla, içgörüsü yüksek olan bireylerde bile davranış değişiminin sağlanması için, psikoeğitim ile davranışsal yaklaşımların bir arada kullanıldığı bütüncül sağlık yaklaşımları benimsenmelidir.

Çalışmamızda obezite farkındalığı ve içgörüsünü ölçen OFİ toplam puanı ile cinsiyet, yaş grubu, medeni durum, çocuk sahibi olma, eğitim düzeyi, çalışma durumu, gelir düzeyi, kronik hastalık varlığı ve sürekli ilaç kullanımı gibi sosyodemografik özellikler karşılaştırıldığında, hiçbir değişkenle istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Güneş ve arkadaşlarının 2024 yılında Türkiye’de kadın katılımcılarla yaptığı çalışmada yapılan analizde, farkındalık puanları farklı sınıf obezite grupları arasında anlamlı farklılık gösterirken; yaş, eğitim düzeyi, medeni durum gibi demografik faktörlerle istatistiksel olarak korelasyon bulunmamıştır (114). Bu sonuç, obeziteye ilişkin farkındalık ve içgörü düzeylerinin toplumun farklı demografik alt gruplarında benzer düzeyde olduğunu, yani bu konudaki bilişsel farkındalığın homojen şekilde dağıldığını düşündürmektedir. Filipinler’de yapılan başka bir çalışmada ise obezite farkındalığını ve bilgi düzeyini ortaya koymayı amaçlayan benzer bir ölçek kullanılmış ve yaş, cinsiyet, medeni durum, günlük çalışma saati ve günlük fiziksel aktivite miktarının obezite farkındalığı üzerinde etkisinin olmadığı görülmüş ancak yüksek eğitim düzeyi ve yüksek sosyoekonomik statünün daha yüksek obezite farkındalık puanları ile ilişkili olduğu bulunmuştur (115). Dolayısıyla bu sonuç, obeziteye dair bireysel farkındalık oluşturma çabalarının yalnızca belirli risk gruplarına değil, toplumun tamamına yönelik olarak planlanması gerektiğini ortaya koymaktadır.

Farkındalık düzeylerinin bu tür bireysel demografik değişkenlerden ziyade, bireyin yaşadığı çevre, kültürel normlar, medyaya maruziyet ve kişisel sağlık deneyimleriyle daha güçlü ilişki içinde olabileceği de göz önünde bulundurulmalıdır.

Bizim çalışmamızda obezite farkındalığı ve içgörüsü düzeyinin, bireylerin çevresel ve davranışsal özelliklerle ilişkili olduğu gözlenmiştir. Özellikle çevresinde fazla kilolu ya da obez birey bulunan katılımcıların OFİ puanlarının daha yüksek olması, bireyin yakın çevresinde bu duruma tanıklık etmesinin farkındalık düzeyini artırabileceğini göstermektedir. Başka bir ifadeyle, obezite ile doğrudan ya da dolaylı temas halinde olmak, bireylerin bu duruma yönelik bilgi düzeyini, dikkatini ve içgörüsünü geliştirmiş olabilir. Bu bulgu, obezite farkındalığının yalnızca bireyin kendi bedenine ilişkin değil, sosyal çevresinden gelen gözlemlerle de şekillendiğini düşündürmektedir.

Bununla birlikte, düzenli egzersiz yapan bireylerin OFİ puanlarının daha düşük olması da dikkat çekicidir. Egzersiz sıklığı azaldıkça farkındalık düzeyinin artması, obezite farkındalığının yalnızca sağlıklı davranışlarla değil, aynı zamanda bu davranışların eksikliğiyle de ilişkili olabileceğini göstermektedir. Egzersiz yapmayan bireylerin obeziteye dair daha yüksek farkındalığa sahip olmaları, kendilerinde ya da çevrelerinde obezite riski ile daha fazla karşılaşmalarıyla bağlantılı olabilir. Bu da farkındalık düzeyinin, her zaman davranışa dönüşmediğine, yani farkındalığın yüksek olmasının sağlıklı yaşam tarzı alışkanlıkları ile birebir örtüşmeyebileceğine işaret etmektedir. Bu bulgular, obezite farkındalığına yönelik eğitim ve müdahale programlarının yalnızca bireyin bilgi düzeyini artırmakla sınırlı kalmaması, aynı zamanda bu bilginin davranış değişikliğine dönüşmesini destekleyecek stratejilerle bütünleştirilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır.

OFİ ölçeği yalnızca fazla kilolu ve obez bireylerde uygulandığında, beden algısı ile farkındalık düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olduğu gözlenmiştir. Gerçekte fazla kilolu veya obez olduğu ölçümlerle belirlenen bireyler arasında, kendi kilosunu normal olarak değerlendirenlerin OFİ puanları, kilosunu fazla kilolu ya da obez olarak tanımlayanlara kıyasla daha düşük bulunmuştur. Bu bulgu, beden algısındaki sapmanın obezite farkındalığını da azaltabileceğini düşündürmektedir. Yani birey, kilosunu olduğundan daha düşük algıladıkça, obeziteye dair farkındalık ve içgörü düzeyi de orantılı olarak düşmektedir. Bu da bireyin kilo kontrolü ihtiyacını fark etmesini ve değişim sürecine adım atmasını engelleyebilir. Bu ilişki ters yönde de olabilir; bireyin obeziteye dair farkındalık düzeyinin düşük olması, beden algısında

sapmaya neden olarak kişinin kilosunu olduğundan farklı değerlendirmesine yol açabilir. Bu nedenle, beden algısı ile farkındalık arasındaki ilişkinin çift yönlü olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

Öte yandan, kendini obez olarak tanımlayan bireylerin OFİ puanlarının, fazla kilolu olarak tanımlayan bireylerden daha yüksek olması, bireyin kendi durumunu daha gerçekçi tanımlamasının, daha gelişmiş bir içgörü düzeyiyle ilişkili olduğunu göstermektedir. Bu durum, bireysel farkındalığın sadece kilo düzeyinden değil, kilo algısının doğruluğundan da etkilendiğini ortaya koymaktadır.

Benzer biçimde, mevcut vücut ağırlığından memnun olmayan bireylerin OFİ puanlarının daha yüksek olması, beden memnuniyetsizliğinin farkındalık düzeyini artırabileceğini düşündürmektedir. Memnuniyetsizlik, kişinin kendi bedenine yönelik daha fazla değerlendirme yapmasına, bu da obeziteye dair bilgi ve içgörünün artmasına yol açabilir. Ancak bu farkındalığın her zaman sağlıklı yaşam davranışlarına dönüşüp dönüşmediği tartışmalıdır; bazı bireyler yüksek farkındalığa rağmen değişim başlatamayabilir. Güneş ve arkadaşlarının kadın obez bireyleri kapsayan çalışmasında, beden memnuniyetsizliği ile obeziteye dair içgörü arasında pozitif bir ilişki olduğu; ancak içgörü arttıkça sedanter davranışın arttığı gözlemlenmiştir (114). Bu bulgular, obezite farkındalığını etkileyen temel etkenlerden birinin beden algısının doğruluğu olduğunu ve farkındalığın, yalnızca fiziksel ölçümlere değil, bireyin bedenine dair öz değerlendirmesine de bağlı olarak değişebileceğini göstermektedir.

Bu çalışmada, OFİ toplam puanı ile yaş, günlük ortalama uyku süresi ve günlük ortalama su tüketimi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bu sonuç, obezite farkındalığı düzeyinin söz konusu bireysel yaşam tarzı değişkenlerinden bağımsız olabileceğini düşündürmektedir. Literatürde, özellikle uyku süresi ve su tüketimi gibi yaşam tarzı alışkanlıklarının obeziteyle ilişkisi sıkça vurgulansa da, bu çalışmada farkındalık düzeyi ile bu değişkenler arasında doğrudan bir bağlantı saptanmamıştır. Bu durum, farkındalığın yalnızca bilgi düzeyine ya da bilişsel algılara dayanabileceği ve bireysel alışkanlıklarla her zaman paralel seyretmeyebileceği şeklinde yorumlanabilir. Bununla birlikte, farklı yaş gruplarındaki bireylerde farkındalık düzeylerinin değişkenlik göstermemesi de, yaşın tek başına

belirleyici bir etmen olmayabileceğine işaret etmektedir. Bu bulgu, obezite farkındalığını artırmaya yönelik müdahalelerde sadece yaşam tarzı faktörlerinin değil, bireyin algı, tutum ve bilgi düzeyinin de dikkate alınması gerektiğini göstermektedir.

Çalışmamızda gerçek ölçümlerde fazla kilolu veya obez sınıfına giren katılımcılara uygulanan OFİ ölçeği, bireylerin algılanan beden kategorilerine göre anlamlı farklılık göstermiştir. Kişilerin algıladıkları kilo miktarı arttıkça OFİ toplam puanlarının arttığı görülmüştür. Karşılaştırmaya dahil edilen bu alt gruptaki bireylerin tamamı objektif ölçümlere göre fazla kilolu ya da obez olmasına rağmen, bu bireylerden FDÖ’de normal figürü seçen alt grup, gerçekte kilo fazlası olmasına karşın kilosunu hafife almaktadır. Bu grupta OFİ puanlarının en düşük düzeyde kalması, ağırlık algısındaki sapmanın obezite farkındalığını (bilgi, risk algısı, öz-endişe) bastırması olabileceğini düşündürmektedir. Literatürde, kilosunu hafife alan bireylerin sağlıklı davranışları benimsemesi konusunda çok çeşitli bulgular rapor edilmiştir. ABD’de fazla kilolu ve obez ergenlerle yapılan bir çalışmada kilosunu yanlış algılayanların günde en az iki kez %100 meyve suyu ve sebze tüketme, anketten önceki haftada beş veya daha fazla gün en az 60 dakika fiziksel aktivitede bulduklarını bildirme, geçen yıl en az bir spor takımına katılma ve okul gecesi ortalama sekiz veya daha fazla saat uyuma olasılıkları daha yüksek bulunmuştur. Ancak kilo kaybı amacıyla egzersiz yaptıklarını bildirme olasılıklarının daha düşük olduğu bulunmuştur. Bu sonuçlar, kilo vermeye çalıştıklarını bildirmenin, ergenlerin sağlıklı kilo ile ilgili davranışlarda bulunup bulunmadıklarını ölçmek için zayıf bir gösterge olabileceğini öne sürmektedir (116). Kilo vermeye çalıştıklarını bildirme olasılığının daha düşük olması, düzensiz yeme riski, yeme bozukluğu gelişimi ve BKİ’de daha büyük artışlar dahil olmak üzere kasıtlı kilo kaybı veya diyetle ilişkili çok sayıda olumsuz sağlık sonucu nedeniyle yararlı olabilir (117,118). Yapılan diğer çalışmalarda ise kilosunu yanlış algılayan fazla kilolu ve obez bireylerin daha az fiziksel aktivite yaptıkları, daha az kilo verme amacı olduğu, daha sağlıksız ve düzensiz beslendikleri bulunmuştur (6,119–121).

Bizim çalışmamızda da fazla kiloludan obez ve morbid obeze doğru gidildikçe OFİ puanlarının basamaklı biçimde artması, bedenini daha yüksek kilo kategorisinde algılayan bireylerin obeziteyle ilişkili sağlık risklerinin ve sosyal/psikolojik sonuçların

daha çok farkında olabileceğine işaret eder. Bu durum, bireysel algının sağlık farkındalığı üzerinde belirleyici bir rol oynadığını gösterir. Bununla birlikte en yüksek OFİ puanının morbid obez algısında görülmesi, farkındalığın artmasının her zaman davranış değişikliğine yol açmadığı gerçeğini de akla getirir; müdahalelerde yalnızca bilişsel farkındalığı değil, davranışsal stratejileri de hedeflemek önemlidir.

FDÖ sonuçları, katılımcıların ölçülen BKİ sınıfları ile algılanan beden imajları arasında belirgin bir tutarsızlık olduğunu göstermektedir. Bulguların özeti şöyledir: Zayıf figürü işaretleyenlerin yalnızca %13,8'i gerçekten zayıf iken büyük çoğunluğu (%82,4) normal kilolu, hatta küçük bir bölümü (%3,4) fazla kiloludur. Benzer şekilde, kendini normal kilolu figürle tanımlayan katılımcıların yaklaşık olarak dörtte biri (%23,5) objektif olarak fazla kilolu veya obez sınıftadır. Buna karşılık, fazla kilolu figürü seçenlerin yaklaşık olarak dörtte biri (%23,1) gerçekte normal kilolu, obez figürü seçenlerin ise yaklaşık yarısı (%46,3) fazla kilolu düzeyindedir. Bu çapraz dağılım, kilo algısının iki farklı yönde sapabildiğini ortaya koyar; abartılı algı (over-estimation) ve hafife alma (under-estimation).

Ölçülen BKİ sınıfına göre bakıldığında, zayıf bireylerin %80'i doğru görsel algıya sahipken, normal kiloluların %71,5'i kendini normal figürle eşleştirebilmiştir; geri kalanlar kilolarını olduğundan daha az veya daha çok görmüştür. Fazla kilolu bireylerin yalnızca %38,8'i kendini fazla kilolu figür ile tanımlamış, kalan çoğunluk ya kilosunu hafife almış (normal figür) ya da abartmıştır (obez figür). 1. derece obez bireylerin %27'si kilosunu hafife almış ve 2. derece obez bireylerde dahi katılımcıların küçük bir kısmı normal ve fazla kilolu figürü seçerken, 3. derece obez bireylerde (BKİ>40) katılımcıların tamamı FDÖ'de kendini morbid obez figür ile tanımlamıştır (%100 tutarlı). Çalışmamızda dikkat çeken bir diğer bulgu ise, BKİ'ye göre fazla kilolu olan bireylerin, 1. derece obez bireylere kıyasla, kendi bedenlerini FDÖ'de obez figürle eşleştirme oranlarının istatistikel olarak anlamlı derecede daha yüksek olmasıdır. Bu durum, objektif olarak daha düşük kiloda olan bireylerin bedenlerini daha kilolu algıladığını; buna karşın obez bireylerin ise kilosunu olduğundan daha düşük değerlendirme eğiliminde olduğunu göstermektedir. Bu ters orantılı algı, olası psikolojik savunma mekanizmalarıyla açıklanabilir. Fazla kilolu bireyler, obezite sınırına yaklaştıkça bu durumun ağırlığını daha çok hissedip kendilerini daha kilolu

görmeye başlayabilirken; obez bireylerde, kilo alımının sürekliliği ve kontrolsüzlüğü karşısında gelişen uyumsal bir inkar veya normalleştirme eğilimi oluşabilir. Bu bireyler, benlik saygısını koruyabilmek ya da çaresizlik duygusuyla baş edebilmek için, kendi vücut ağırlıklarının o kadar da kötü olmadığını düşünmeye yönelebilir. Dolayısıyla, obez bireylerde farkındalık değil, savunma ağırlıklı bir algı sistemi devreye girebilir.

Bu konudaki literatür incelendiğinde; DSÖ'nün okul çağındaki çocukların sağlık davranışlarını gözlemlemeyi amaçladığı uluslararası anketin 2002-2018 arası verilerinden yararlanılarak 41 ülke veya bölgeden 746.121 ergenin dahil edildiği bir çalışmada aşırı kilo ve obezite yaygınlığında artış olan hemen hemen tüm ülkelerde kilo durumunun hafife alınmasında artış ve kilo durumunun aşırı tahmin edilmesinde azalma görülmüştür (122). Şili'de yapılan başka bir çalışmada katılımcıların yarısı mevcut vücut ağırlığı durumunu doğru algılayarak, neredeyse yarısı olduğundan düşük, çok küçük bir kısmı da olduğundan yüksek tahmin etmiştir. Tüm örneklem için BKİ tabanlı ve algılanan vücut ağırlığı arasında orta düzeyde uyuma saptanmıştır ve alt grupların analizinde, daha yüksek uyuma düzeyine sahip katılımcıların en yüksek eğitim derecesine sahip olanlar oldukları saptanmıştır. Katılımcıların kilo algıları ile mevcut kiloları arasındaki doğruluğun analizinde veriler, BKİ'lerine göre normal kiloda sınıflandırılan katılımcıların, zayıf, fazla kilolu ve obez olarak sınıflandırılanlara göre daha yüksek bir doğruluk yüzdesi gösterdiği ve obez katılımcıların %82,5'inin mevcut vücut ağırlıklarını hafife aldığı rapor edilmiştir (123).

Bulgular, beden algısının yalnızca bir yönde değil, hem aşırı endişeyle (normal kilolularda abartılı algı) hem de inkâr yoluyla (obez bireylerde hafife alma) bozulabileceğini ortaya koymaktadır. Bu durum, FDÖ'nün yalnızca algıyı ölçmekle kalmayıp, davranışsal riskleri öngörmede de işlevsel olduğunu göstermektedir. Bu çerçevede iki temel strateji öne çıkar: İlki, farkındalığın fazlalığı da eksikliği kadar sorun yaratabileceğinden, her iki uçta da destekleyici müdahaleler gerekir. İkincisi ise, bireyin gerçek kilo durumuna göre değil, algısal sapmalarına göre hedeflenen iletişim stratejileri geliştirilmelidir.

Çalışmada elde edilen sonuçlar, abdominal obezitesi olan bireylerin, abdominal obezitesi olmayanlara kıyasla kendilerini FDÖ’de daha yüksek oranda fazla kilolu ve obez figürlerle tanımladıklarını ortaya koymuştur. Kendini fazla kilolu figürle eşleştirenlerin %76,8’inin ve obez figürle eşleştirenlerin tamamının objektif olarak fazla kilolu ya da obez olması, bu algının gerçeklikle büyük ölçüde örtüştüğünü göstermektedir. Bu durum, abdominal obezitenin daha görünür ve fark edilir bir yağlanma formu olması nedeniyle, bireylerin kendi bedenlerine ilişkin farkındalıklarını artırabileceğini düşündürmektedir. Görsel olarak dikkat çeken vücut şekli değişimlerinin, bireyin kilosunu olduğundan az görme eğilimini azalttığı ve daha isabetli bir beden algısına katkı sağladığı söylenebilir. Bu bulgu, özellikle içsel farkındalığın sınırlı olduğu bireylerde, görsel ve dışavurumcu ipuçlarının farkındalığı tetikleyici rolüne işaret etmektedir.

Çalışmamızda, OFİ toplam puanı ile BKİ, bel çevresi ve kalça çevresi arasında orta düzeyde, pozitif yönlü ve anlamlı ilişkiler saptanmıştır. Bu bulgu, beden ölçüleri büyüdükçe bireylerin obeziteye yönelik farkındalıklarının da arttığını göstermektedir. Özellikle bel çevresindeki artış, abdominal obeziteye işaret eden ve dışarıdan kolayca fark edilen bir durum olduğundan, bireyin kendi kilosuna dair algısını güçlendiren bir unsur olabilir.

Buna karşın, OFİ toplam puanı ile bel/kalça oranı arasında yalnızca zayıf düzeyde pozitif bir ilişki bulunması, bu oransal göstergenin bireylerce doğrudan fark edilmesinin zor olabileceğine işaret etmektedir. Bel çevresi gibi hacimsel değişimler birey tarafından daha kolay algılanabilirken, bel/kalça oranı gibi teknik ölçütler bireysel farkındalıkla daha sınırlı ilişkilidir. Bu bulgular birlikte değerlendirildiğinde, görsel olarak dikkat çeken beden değişimlerinin (örneğin abdominal genişleme) farkındalığı artırdığı; ancak ölçümlere dayalı teknik oranların farkındalıkla her zaman örtüşmediği anlaşılmaktadır.

Çalışmamızda bireylerin obezite farkındalığı ve içgörü düzeyinin genel olarak orta seviyede olduğu belirlenmiştir. Bu bulgu, toplumda obeziteye dair bilgi düzeyinin ve içgörünün henüz ideal seviyeye ulaşmadığını göstermektedir. Obezitenin uzun

vadeli sađlık riskleri dűşünűldűđűnde, bu dűzeydeki farkındalık bireylerin ۆnleyici sađlık davranıřlarına yۆnelmesinde yetersiz kalabilir.



6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Çalışmamızda kullandığımız örnekleme katılımcıların %1,7'si zayıf, %45,7'si normal kilolu, %34,3'ü fazla kilolu, %18,3'ü ise obezdi. Kadınların ortalama BKİ değeri $24,55 \pm 4,31$, erkeklerin ortalama BKİ değeri $28,61 \pm 5,09$ idi. Beden algısı görsel değerlendirmesi erkeklerde daha fazla oranda fazla kilolu, obez ve morbid obez şeklindedir, kadınlarda ise daha fazla oranda zayıf ve normal kilolu şeklindedir.

Çalışmamızda bireylerin obezite farkındalığı ve içgörü düzeyinin genel olarak orta seviyede olduğu belirlenmiştir. İstatistiksel olarak anlamlı bulunmasa da kadın katılımcıların obezite farkındalık seviyesi erkek katılımcılardan fazla bulunmuştur.

Beden algısı görsel değerlendirmesi normalden morbid obeze doğru gittikçe obezite farkındalığı ve içgörü seviyelerinde artış olduğu gözlemlendi. Vücut ağırlığı algıları morbid obez olanların obezite farkındalığı ve içgörü seviyeleri fazla kilolu ve normal olanlara kıyasla anlamlı derecede yüksek bulundu. Yine vücut ağırlığı algıları obez olanların obezite farkındalık düzeyleri fazla kilolu ve normal olanlara kıyasla anlamlı derecede yüksek bulundu.

Katılımcıların bel çevresi, kalça çevresi, bel kalça oranı, beden kitle indeksi değerleri arttıkça obezite farkındalığı ve içgörü puanlarında artış gözlemlendi.

Beden algısı görsel değerlendirmesi ile sözel değerlendirmesi arasındaki uyum zayıf düzeyde bulundu.

Hesaplanan beden kitle indeksi ile görsel ağırlık algısı arasındaki uyum orta düzeyde, beden algısı sözel değerlendirmesi arasındaki uyum ise zayıf düzeyde bulundu.

Beden algısı sözel değerlendirmesi ile hesaplanan beden kitle indeksi değerleri katılımcıların yalnızca %57'sinde tutarlıydı. %39,7'si vücut ağırlığını olduğundan daha az değerlendirdi, %3,3'ü ise olduğundan daha fazla değerlendirdi. Alt gruplara bakıldığında en tutarlı değerlendirmeyi yapanların normal kilolu katılımcılar olduğu

görüldü (%87,6). Bunu sırasıyla zayıf katılımcılar (%60), fazla kilolu katılımcılar (%38,8) ve obez katılımcılar (%14,5) izledi.

Fazla kilolu ve obez bireyler arasında sözel beden algıları vücut ağırlığını hafife alma eğiliminde olan bireylerin obezite farkındalık düzeylerinin anlamlı derecede düşük olduğu belirlendi.

Sözel vücut ağırlık algıları fazla kilolu, obez ve morbid obez olan katılımcıların beden memnuniyetleri daha düşük bulundu. Ayrıca vücut ağırlığından memnun olmayan katılımcıların obezite farkındalığı ve içgörü seviyesi anlamlı olarak yüksek bulundu.

Egzersiz/fiziksel aktivite sıklığı azaldıkça obezite farkındalığı ve içgörü seviyelerinde artış gözlemlendi.

Çevresinde obez ya da fazla kilolu bireyler bulunan katılımcıların obezite farkındalığı ve içgörü seviyeleri daha yüksek bulundu.

Duygusal yeme özelliği gösteren katılımcıların obezite farkındalığı ve içgörü seviyeleri daha yüksek bulundu.

Katılımcıların sosyodemografik özellikleri, kronik hastalık varlığı ve ilaç kullanım durumları, uyku miktarları, su tüketim miktarları ve sosyal medya kullanım süreleri ile obezite farkındalığı seviyeleri arasında ilişki saptanmadı.

Eşi ve/veya çocukları ile yaşayan bireylerin görsel beden algıları, diğer katılımcılara göre daha az oranda zayıf şeklindeydi.

Düzenli olarak her gün fiziksel aktivite ya da egzersiz yapanların görsel vücut ağırlığı algıları daha az fiziksel aktivite yapanlara ya da hiç yapmayanlara kıyasla daha fazla oranda zayıf şeklindeydi.

Kısıtlayıcı yeme özelliği gösteren katılımcıların vücut ağırlığı görsel değerlendirilmesi daha fazla oranda normal kilolu şeklindeydi, kısıtlayıcı yeme özelliği göstermeyen katılımcıların değerlendirilmesi ise daha fazla oranda obez şeklindeydi. Duygusal yeme özelliği göstermeyen katılımcıların vücut ağırlığı görsel değerlendirilmesi daha fazla oranda zayıf ve normal kilolu şeklindeydi.

Beden algısı görsel değerlendirmesinde zayıftan morbid obeze doğru gidildikçe yaş ortalamasında artış olduğu görüldü.

Kronik hastalığı olan ve/veya düzenli ilaç kullanan katılımcıların beden algısı görsel değerlendirmesinin daha fazla oranda obez şeklinde olduğu görüldü.

Abdominal obezitesi olan bireylerin beden ağırlığı görsel değerlendirilmesi, abdominal obezitesi olmayanlara kıyasla daha fazla oranda fazla kilolu ve obez şeklindeydi. Ayrıca beden algısı görsel değerlendirilmesi zayıftan morbid obeze doğru gidildikçe bel çevresi, kalça çevresi, bel kalça oranı değerlerinde artış gözlemlendi.

Katılımcıların çevresinde fazla kilolu veya obez bireylerin bulunması durumu ile beden algısı görsel değerlendirmeleri arasında ilişki saptanmadı.

Yaş grupları, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, eğitim seviyesi, aktif bir işte çalışıp çalışmama durumu, gelir düzeyleri, günlük uyku saati, günlük su tüketim miktarı, sosyal medyada geçirilen süre ile beden algısı görsel değerlendirilmesi arasında ilişki saptanmadı.

Çalışmanın uygulandığı Aile Sağlığı Merkezi'nin bulunduğu bölgenin sosyoekonomik ve eğitim düzeyi açısından genel toplum ortalamasının üzerinde olması, elde edilen bulguların toplumun tamamını yansıtmada sınırlılık oluşturabilir. Bu durum, sonuçların daha düşük sosyoekonomik düzeydeki bireyler için doğrudan genellenmesini güçleştirebilir.

Öte yandan, çalışmada beden kitle indeksi hesaplamalarında öz bildirim dayalı veriler yerine doğrudan ölçüm yöntemi tercih edilmiş, tüm antropometrik

ölçümler tek elden ve standart bir yöntemle gerçekleştirilmiştir. Bu yaklaşım, verilerin güvenilirliği ve iç tutarlılığı açısından çalışmaya nesnel bir katkı sunmaktadır. Ayrıca, kilo durumu değerlendirmesinde literature uygun şekilde hem sözel (öz değerlendirme), hem görsel (figür ölçeği) hem de doğrudan ölçüme dayalı yöntemlerin birlikte kullanılmış olması, beden algısı ile gerçek kilo durumu arasındaki ilişkinin çok boyutlu ve karşılaştırmalı olarak incelenmesine olanak sağlamıştır. Bu metodolojik yaklaşım, çalışmanın üstünlükleri arasında yer almaktadır.

Öneriler: Bu çalışmanın bulguları doğrultusunda, beden algısının obezite farkındalığı üzerinde belirleyici bir rol oynadığı gözlemlenmiştir. Bu nedenle obeziteyle mücadeleye yönelik yaklaşımlarda yalnızca bireyin beden kitle indeksi gibi fiziksel ölçütlerine odaklanmak yerine, beden algısının da klinik değerlendirme süreçlerinde dikkate alınmasının yararlı olabileceği düşünülmektedir.

Birinci basamak sağlık hizmetleri, bireyin beden algısı ve farkındalık düzeyini erken dönemde tanımlamak için ideal temas noktasıdır. Aile hekimlerinin, yalnızca fiziksel ölçümlerle (BKİ, BÇ) değil, aynı zamanda beden algısı ve yeme davranışları gibi psikososyal faktörlerle de değerlendirme yapmaları teşvik edilmelidir.

Aile Sağlığı Merkezlerinde, beden algısını ve obezite farkındalığını ölçen kısa tarama araçları rutin izlem formuna entegre edilebilir. Böylece, farkındalığı düşük bireyler erken dönemde tanınarak uygun yönlendirme ve danışmanlık süreçleri başlatılabilir.

Obezitenin yönetiminde yalnızca bireysel bilgi aktarımı yeterli olmamakta; beden algısını hedef alan davranışsal müdahaleler gereklilik arz etmektedir. Aile hekimlerinin, görsel figür skalaları gibi araçları kullanarak beden algısı üzerine çalışmaları teşvik edilmelidir.

Aile hekimliğinin biyopsikososyal yaklaşımı gereği hekimler, yalnızca ölçümsel değerlere değil, aynı zamanda bireyin sağlık davranışlarını şekillendiren bilişsel, duygusal ve tutumsal yapısına da odaklanmalıdır. Özellikle vücut ağırlığını olduğundan düşük değerlendirme eğilimindeki bireylerde bu yaklaşım, sağlık

riklerinin fark edilmesini hızlandırabilir. Bu doğrultuda, aile hekimlerine yönelik eğitim programlarına beden algısı, farkındalık ölçekleri ve yeme davranış bozuklukları konularının entegre edilmesi, birinci basamak düzeyinde müdahale kalitesini artıracaktır.

Obeziteyle mücadelede etkili iletişim ve davranış değişikliği sağlamada kanıta dayalı bir yöntem olan motivasyonel görüşmenin, özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde tedaviye uyumu ve yaşam tarzı değişikliğini desteklemedeki rolü dikkate değerdir. Bu nedenle, aile hekimlerinin hizmet içi eğitim programlarına motivasyonel görüşme tekniklerinin sistematik biçimde dahil edilmesi önerilmektedir. Böylece obezite yönetiminde daha bütüncül ve hasta merkezli bir yaklaşımın benimsenmesi mümkün olacaktır.

Ayrıca, obeziteyle mücadelede bireylerin doğru bilgilendirilmesi ve yaşam tarzı değişikliklerinin sürdürülebilir kılınabilmesi için, aile hekimlerine yönelik eğitim programlarına sağlıklı beslenme ilkeleri eğitiminin de eklenmesi gerekmektedir. Bu eğitim kapsamında; besin gruplarının temel özellikleri, porsiyon kontrolü, enerji dengesi, yaş ve cinsiyete göre beslenme farklılıkları, kronik hastalıklarla ilişkili beslenme kısıtlamaları ve güncel beslenme rehberlerinin yorumlanması gibi içeriklerin yer alması, hekimlerin danışanlarını daha bilinçli ve etkili şekilde yönlendirmelerine olanak sağlayacaktır.

Sonuç olarak, çalışmamızın bulguları, obezite farkındalığını artırmaya yönelik toplum temelli stratejilerin aile hekimliği aracılığıyla yapılandırılmasının hem erişilebilirlik hem de süreklilik açısından önemli fırsatlar sunduğunu göstermektedir.

7. KAYNAKLAR

1. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Türkiye Obezite ile Mücadele ve Fiziksel Aktivite Eylem Planı 2025–2028 [Internet]. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2025 [a.yer 15 Temmuz 2025]. Erişim adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr>
2. Obesity and Overweight [Internet]. [a.yer 09 Mayıs 2025]. World Health Organization. Erişim adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
3. Swift JA, Glazebrook C, Macdonald I. Validation of a brief, reliable scale to measure knowledge about the health risks associated with obesity. *Int J Obes*. Nisan 2006;30(4):661-8.
4. Alasmari HD, Al-Shehri AD, Aljuaid TA, Alzaidi BA, Alswat KA. Relationship Between Body Mass Index and Obesity Awareness in School Students. *J Clin Med Res*. Haziran 2017;9(6):520-4.
5. Johnson-Taylor WL, Fisher RA, Hubbard VS, Starke-Reed P, Eggers PS. The change in weight perception of weight status among the overweight: comparison of NHANES III (1988–1994) and 1999–2004 NHANES. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 12 Şubat 2008;5(1):9.
6. Duncan DT, Wolin KY, Scharoun-Lee M, Ding EL, Warner ET, Bennett GG. Does perception equal reality? Weight misperception in relation to weight-related attitudes and behaviors among overweight and obese US adults. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 22 Mart 2011;8:20.
7. Obezite Tanı ve Tedavi Kılavuzu. 11. bs. ANKARA: Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği; 2024.
8. Kolahi AA, Safiri S. Obesity: Global Epidemiology, Trends, Risk Factors, and Clinical Aspects. *Int J Agin*. 01 Aralık 2024;2.
9. Birinci Basamak Sağlık Kurumları İçin Obezite ve Diyabet Klinik Rehberi. C. 1070. ANKARA: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu; 2017.
10. OECD [Internet]. 2023 [a.yer 16 Temmuz 2025]. Overweight and obesity. Erişim adresi: https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-2023_7a7afb35-en/full-report/overweight-and-obesity_590d3909.html
11. WHO European Regional Obesity Report 2022. Copenhagen: World Health Organization; 2022. 1 s.
12. Satman I, Yılmaz T, Sengül A, Salman S, Salman F, Uygur S, vd. Population-based study of diabetes and risk characteristics in Turkey: results of the Turkish diabetes epidemiology study (TURDEP). *Diabetes Care*. Eylül 2002;25(9):1551-6.
13. Demiray G, Yorulmaz F. Halk Sağlığı Bakışıyla Obezite Yönetimi. *Sağlık Bilimlerinde Değer*. 20 Ocak 2023;13(1):147-55.

14. Onat A, Keleş İ, Çetinkaya A, Başar Ö, Yıldırım B, ERER B, vd. Prevalence of Coronary Mortality and Morbidity in the Turkish Adult Risk Factor Study: 10-year Follow-up Suggests Coronary “Epidemic”. *Archives of the Turkish Society of Cardiology*. 2001;29(1):8-19.
15. Satman İ. Türkiye’de Obezite Sorunu. *Türkiye Klinikleri J Gastroenterohepatol-Special Topics*. 2016;9(2):1-11.
16. Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri 2017 [İnternet]. [a.yer 19 Mayıs 2025]. Erişim adresi: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kronik-hastaliklar-ve-yasli-sagligi-db/Dokumanlar/Raporlar/turkey-risk-factors-tur_STEPS-2017.pdf
17. TÜİK Türkiye Sağlık Araştırması [İnternet]. 2022 [a.yer 14 Mayıs 2025]. Erişim adresi: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turkiye-Saglik-Arastirmasi-2022-49747>
18. Koleva N. Türkiye’de Obezite ve Kronik Hastalıkların Kadınlar Üzerinde Etkenleri ve Riskleri Araştırması. 2016;
19. Lusis AJ, Attie AD, Reue K. Metabolic syndrome: from epidemiology to systems biology. *Nat Rev Genet*. Kasım 2008;9(11):819-30.
20. Loos RJF, Yeo GSH. The genetics of obesity: from discovery to biology. *Nat Rev Genet*. Şubat 2022;23(2):120-33.
21. Afshin A, Sur PJ, Fay KA, Cornaby L, Ferrara G, Salama JS, vd. Health effects of dietary risks in 195 countries, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*. 11 Mayıs 2019;393(10184):1958-72.
22. Madjd A, Taylor MA, Shafiei Neek L, Delavari A, Malekzadeh R, Macdonald IA, vd. Effect of weekly physical activity frequency on weight loss in healthy overweight and obese women attending a weight loss program: a randomized controlled trial. *The American Journal of Clinical Nutrition*. 01 Kasım 2016;104(5):1202-8.
23. WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour [İnternet]. World Health Organization; 2020 [a.yer 20 Mayıs 2025]. Erişim adresi: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240015128>
24. Park JH, Moon JH, Kim HJ, Kong MH, Oh YH. Sedentary Lifestyle: Overview of Updated Evidence of Potential Health Risks. *Korean J Fam Med*. Kasım 2020;41(6):365-73.
25. Fennell C, Barkley JE, Lepp A. The relationship between cell phone use, physical activity, and sedentary behavior in adults aged 18–80. *Computers in Human Behavior*. 01 Ocak 2019;90:53-9.
26. Jochem C, Schmid D, Leitzmann MF. Introduction to Sedentary Behaviour Epidemiology. İçinde: Leitzmann MF, Jochem C, Schmid D, editörler. *Sedentary Behaviour Epidemiology* [İnternet]. Cham: Springer International Publishing; 2018 [a.yer 20 Mayıs 2025]. s. 3-29. Erişim adresi: https://doi.org/10.1007/978-3-319-61552-3_1

27. Preiss K, Brennan L, Clarke D. A systematic review of variables associated with the relationship between obesity and depression. *Obesity Reviews*. 2013;14(11):906-18.
28. Moreira RO, Marca KF, Appolinario JC, Coutinho WF. Increased waist circumference is associated with an increased prevalence of mood disorders and depressive symptoms in obese women. *Eat Weight Disord*. 01 Mart 2007;12(1):35-40.
29. Witek K, Wydra K, Filip M. A High Sugar Diet Consumption, Metabolism and Health Impacts with a Focus on the Development of Substance Use Disorder: A Narrative Review. *Nutrients*. Ocak 2022;14(14):2940.
30. Wilson S, Nutt D. *Sleep Disorders (Oxford Psychiatry Library)*. OUP Oxford; 2013. 119 s.
31. Caroleo M, Carbone EA, Primerano A, Foti D, Brunetti A, Segura-Garcia C. The role of hormonal, metabolic and inflammatory biomarkers on sleep and appetite in drug free patients with major depression: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*. 01 Mayıs 2019;250:249-59.
32. Moitra P, Madan J, Shaikh NI. Eating habits and sleep patterns of adolescents with depression symptoms in Mumbai, India. *Maternal & Child Nutrition*. 2020;16(S3):e12998.
33. Singh M. Mood, food, and obesity. *Front Psychol* [Internet]. 01 Eylül 2014 [a.yer 21 Mayıs 2025];5. Erişim adresi: <https://www.frontiersin.org/journals/psychology/articles/10.3389/fpsyg.2014.00925/full>
34. Wang Y, Beydoun MA. The Obesity Epidemic in the United States—Gender, Age, Socioeconomic, Racial/Ethnic, and Geographic Characteristics: A Systematic Review and Meta-Regression Analysis. *Epidemiologic Reviews*. 01 Ocak 2007;29(1):6-28.
35. Luiggi M, Rey O, Travert M, Griffet J. Overweight and obesity by school socioeconomic composition and adolescent socioeconomic status: a school-based study. *BMC Public Health*. 11 Ekim 2021;21(1):1837.
36. Aceves-Martins M, López-Cruz L, García-Botello M, Godina-Flores NL, Gutierrez-Gómez YY, Moreno-García CF. Cultural factors related to childhood and adolescent obesity in Mexico: A systematic review of qualitative studies. *Obesity Reviews*. 2022;23(9):e13461.
37. Dao MC, Thiron S, Messer E, Sergeant C, Sévigné A, Huart C, vd. Cultural Influences on the Regulation of Energy Intake and Obesity: A Qualitative Study Comparing Food Customs and Attitudes to Eating in Adults from France and the United States. *Nutrients*. Ocak 2021;13(1):63.
38. Powell K, Wilcox J, Clonan A, Bissell P, Preston L, Peacock M, vd. The role of social networks in the development of overweight and obesity among adults: a scoping review. *BMC Public Health*. 30 Eylül 2015;15(1):996.
39. Baltacı G. *Obezite ve Egzersiz*. 2. bs. ANKARA: T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 730; 2012.

40. Watson RR. Ethnicity and Cut-Off Values in Obesity. İçinde: Nutrition in the Prevention and Treatment of Abdominal Obesity. 2. bs Tucson, AZ, United States; 2019.
41. Wong C, Marwick TH. Obesity cardiomyopathy: pathogenesis and pathophysiology. *Nat Rev Cardiol*. Ağustos 2007;4(8):436-43.
42. Bray GA. Handbook of Obesity -- Volume 1: Epidemiology, Etiology, and Physiopathology, Third Edition. CRC Press; 2014. 712 s.
43. Must A, Spadano J, Coakley EH, Field AE, Colditz G, Dietz WH. The Disease Burden Associated With Overweight and Obesity. *JAMA*. 27 Ekim 1999;282(16):1523-9.
44. Boyko EJ, Fujimoto WY, Leonetti DL, Newell-Morris L. Visceral adiposity and risk of type 2 diabetes: a prospective study among Japanese Americans. *Diabetes Care*. 01 Nisan 2000;23(4):465-71.
45. Bonora E, Targher G, Formentini G, Calcaterra F, Lombardi S, Marini F, vd. The Metabolic Syndrome is an independent predictor of cardiovascular disease in Type 2 diabetic subjects. Prospective data from the Verona Diabetes Complications Study. *Diabetic Medicine*. 2004;21(1):52-8.
46. Lavie CJ, Sharma A, Alpert MA, De Schutter A, Lopez-Jimenez F, Milani RV, vd. Update on Obesity and Obesity Paradox in Heart Failure. *Progress in Cardiovascular Diseases*. 01 Ocak 2016;58(4):393-400.
47. Patil SP, Schneider H, Marx JJ, Gladmon E, Schwartz AR, Smith PL. Neuromechanical control of upper airway patency during sleep. *Journal of Applied Physiology*. Şubat 2007;102(2):547-56.
48. Pillar G, Shehadeh N. Abdominal Fat and Sleep Apnea: The chicken or the egg? *Diabetes Care*. 01 Şubat 2008;31(Supplement_2):S303-9.
49. Murugan A, Sharma G. Obesity and respiratory diseases. *Chron Respir Dis*. 01 Kasım 2008;5(4):233-42.
50. Lega IC, Lipscombe LL. Review: Diabetes, Obesity, and Cancer—Pathophysiology and Clinical Implications. *Endocrine Reviews*. 01 Şubat 2020;41(1):33-52.
51. Dye L, Boyle NB, Champ C, Lawton C. The relationship between obesity and cognitive health and decline. *Proceedings of the Nutrition Society*. Kasım 2017;76(4):443-54.
52. Larsson SC, Burgess S. Causal role of high body mass index in multiple chronic diseases: a systematic review and meta-analysis of Mendelian randomization studies. *BMC Med*. 15 Aralık 2021;19(1):320.
53. Anandacoomarasamy A, Caterson I, Sambrook P, Fransen M, March L. The impact of obesity on the musculoskeletal system. *Int J Obes*. Şubat 2008;32(2):211-22.

54. Anderson JJ, Felson DT. Factors Associated With Osteoarthritis of The Knee in The First National Health and Nutrition Examination Survey (HANES I): Evidence For an Association With Overweight, Race, and Physical Demands of Work. *American Journal of Epidemiology*. 01 Temmuz 1988;128(1):179-89.
55. Onyike CU, Crum RM, Lee HB, Lyketsos CG, Eaton WW. Is Obesity Associated with Major Depression? Results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *American Journal of Epidemiology*. 15 Aralık 2003;158(12):1139-47.
56. Sarwer DB, Moore RH, Spitzer JC, Wadden TA, Raper SE, Williams NN. A pilot study investigating the efficacy of postoperative dietary counseling to improve outcomes after bariatric surgery. *Surgery for Obesity and Related Diseases*. 01 Eylül 2012;8(5):561-8.
57. Rich-Edwards JW, Spiegelman D, Garland M, Hertzmark E, Hunter DJ, Colditz GA, vd. Physical Activity, Body Mass Index, and Ovulatory Disorder Infertility. *Epidemiology*. Mart 2002;13(2):184.
58. Kelly DM, Jones TH. Testosterone and obesity. *Obesity Reviews*. 2015;16(7):581-606.
59. Kabat-Zinn J. Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2003;10(2):144-56.
60. Bishop SR, Lau M, Shapiro S, Carlson L, Anderson ND, Carmody J, vd. Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2004;11(3):230-41.
61. Mantzios M, Wilson JC. Mindfulness, Eating Behaviours, and Obesity: A Review and Reflection on Current Findings. *Curr Obes Rep*. 01 Mart 2015;4(1):141-6.
62. David AS. Insight and Psychosis. *The British Journal of Psychiatry*. Haziran 1990;156(6):798-808.
63. Cooke MA, Peters ER, Kuipers E, Kumari V. Disease, deficit or denial? Models of poor insight in psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2005;112(1):4-17.
64. Yaemsiri S, Slining MM, Agarwal SK. Perceived weight status, overweight diagnosis, and weight control among US adults: the NHANES 2003–2008 Study. *Int J Obes*. Ağustos 2011;35(8):1063-70.
65. Johnson F, Beeken RJ, Croker H, Wardle J. Do weight perceptions among obese adults in Great Britain match clinical definitions? Analysis of cross-sectional surveys from 2007 and 2012. *BMJ Open*. 01 Kasım 2014;4(11):e005561.
66. Allen A. Effects of Educational İntervention on Children’s Knowledge of Obesity Risk Factors [Doktora Tezi]. Carroll College; 2011.
67. Gerretsen P. OASIS: The Obesity Awareness and Insight Scale. Mart 2018;(9):38-44.

68. Yılmaz M, Uyanık G, Kundakçı GA, Pamuk BÖ, Pamuk G. Obezite Farkındalığı ve İçgörüsü Ölçeği: Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması.
69. Caputo Ferreira ME, Correa DT, Ferreira LK, Hudson TA, Neves CM, Morgado FF. Body image evaluation: a systematic review of figural drawing scales. JPES. 30 Kasım 2020;20(Supplement issue 6):3160-8.
70. Thompson JK, Van Den Berg P. Measuring Body Image Attitudes among Adolescents and Adults. İçinde: Body image: a handbook of theory, research, & clinical practice. The Guilford Press; 2002.
71. Thomas F. Cash: A multidimensional innovator in the measurement of body image; Some lessons learned and some lessons for the future of the field | Request PDF. ResearchGate [İnternet]. [a.yer 15 Temmuz 2025]; Erişim adresi: https://www.researchgate.net/publication/335055012_Thomas_F_Cash_A_multidimensional_innovator_in_the_measurement_of_body_image_Some_lessons_learned_and_some_lessons_for_the_future_of_the_field
72. Robinson E, Oldham M. Weight status misperceptions among UK adults: the use of self-reported vs. measured BMI. BMC Obes. 26 Nisan 2016;3:21.
73. Güven AT, Özdede, Murat, and Eroğlu BÇ. Weight Misperception is Prevalent Among Turkish Adults and Associated with Higher Age, Body Mass Index and Lower Education Status. Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity. 31 Aralık 2024;17:2831-43.
74. Gruszka W, Owczarek AJ, Glinianowicz M, Bąk-Sosnowska M, Chudek J, Olszanecka-Glinianowicz M. Perception of body size and body dissatisfaction in adults. Sci Rep. 27 Ocak 2022;12(1):1159.
75. Oktan V, Şahin M. Kız ergenlerde beden imajı ile benlik saygısı arasındaki ilişkinin incelenmesi. 2010;
76. Body Image: A Handbook of Theory, Research, and Clinical Practice, edited by Thomas F. Cash and Thomas Pruzinsky, New York: Guilford Press, 2002, 530 pages, \$60.00.: Eating Disorders: Vol 11, No 3 - Get Access [İnternet]. [a.yer 31 Mayıs 2025]. Erişim adresi: <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/10640260390218738>
77. Shoraka H, Amirkafi A, Garrusi B. Review of Body Image and some of Contributing Factors in Iranian Population. International Journal of Preventive Medicine. 2019;10(1):19.
78. Schwartz MB, Brownell KD. Obesity and body image. Body Image. 01 Ocak 2004;1(1):43-56.
79. Romano E, Haynes A, Robinson E. Weight Perception, Weight Stigma Concerns, and Overeating. Obesity. Temmuz 2019;7(27):1207-9.
80. Obezite ile Mücadele El Kitabı. Yayın No: 904. Ankara: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu; 2013.

81. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Overweight and Obesity Management-Guidance-NICE [Internet]. NICE; 2025 Oca [a.yer 20 Temmuz 2025]. Report No.: NG246. Erişim adresi: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng246>
82. American Academy of Family Physicians. Management of Obesity: Office-Based Strategies. *afp*. Ağustos 2024;110(2):145-56.
83. Hastalık Yönetim Platformu (HYP) Tarama ve Takip Kılavuzu [İnternet]. [a.yer 22 Temmuz 2025]. Erişim adresi: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/aile-hekimligi-uygulama-ve-gelistirme-db/Dokumanlar/Yonerge/Ek_Hastalik_Yonetim_Platformu_HYP_Tarama_ve_Takip_Kilavuzu_1.pdf?utm_source=chatgpt.com
84. WONCA Europe. The European Definition of General Practice / Family Medicine. Brussels: WONCA Europe; 2023.
85. Conti MA, Ferreira MEC, de Carvalho PHB, Kotait MS, Paulino ES, Costa LS, vd. Stunkard Figure Rating Scale for Brazilian men. *Eat Weight Disord*. 01 Eylül 2013;18(3):317-22.
86. Cardinal TM, Kaciroti N, Lumeng JC. The Figure Rating Scale as an Index of Weight Status of Women on Videotape. *Obesity*. 2006;14(12):2132-5.
87. Weinsier RL, Hunter GR, Zuckerman PA, Redden DT, Darnell BE, Larson DE, vd. Energy expenditure and free-living physical activity in black and white women: comparison before and after weight loss¹²³. *The American Journal of Clinical Nutrition*. 01 Mayıs 2000;71(5):1138-46.
88. Stunkard AJ, Albaum JM. The accuracy of self-reported weights. *The American Journal of Clinical Nutrition*. 01 Ağustos 1981;34(8):1593-9.
89. Bhapkar V, Giramkar S, Bhalerao S. Differences in Perception of Body Image among Young and Older Adult Women from Pune City, Maharashtra: A Cross-Sectional Study. *Journal of Ayurveda*. Mart 2024;18(1):28.
90. Assessment of Body Image in Younger and Older Women. ResearchGate [Internet]. [a.yer 23 Haziran 2025]; Erişim adresi: https://www.researchgate.net/publication/45706221_Assessment_of_Body_Image_in_Younger_and_Older_Women
91. Wells JCK, Marphatia AA, Cole TJ, McCoy D. Associations of economic and gender inequality with global obesity prevalence: Understanding the female excess. *Social Science & Medicine*. 01 Ağustos 2012;75(3):482-90.
92. Yusuf FM, San Sebastián M, Vaezghasemi M. Explaining gender inequalities in overweight people: a Blinder-Oaxaca decomposition analysis in northern Sweden. *International Journal for Equity in Health*. 22 Ağustos 2023;22(1):159.

93. Rosenqvist E, Konttinen H, Berg N, Kiviruusu O. Development of Body Dissatisfaction in Women and Men at Different Educational Levels During the Life Course. *Int J Behav Med*. Ekim 2024;31(5):718-29.
94. Winter VR, O'Neill E, Cook M. An Investigation of Socioeconomic Status and Body Image Among Hook-Up App Users. *Journal of the Society for Social Work and Research*. Aralık 2021;12(4):789-801.
95. Yusuf FM, San Sebastián M, Vaezghasemi M. Explaining gender inequalities in overweight people: a Blinder-Oaxaca decomposition analysis in northern Sweden. *International Journal for Equity in Health*. 22 Ağustos 2023;22(1):159.
96. Sart G, Bayar Y, Danilina M. Impact of educational attainment and economic globalization on obesity in adult females and males: Empirical evidence from BRICS economies. *Front Public Health* [Internet]. 14 Şubat 2023 [a.yer 04 Ağustos 2025];11. Erişim adresi: <https://www.frontiersin.org/journals/public-health/articles/10.3389/fpubh.2023.1102359/full>
97. Laaksonen M, Sarlio-Lähteenkorva S, Lahelma E. Multiple dimensions of socioeconomic position and obesity among employees: The Helsinki Health Study. *Obes Res*. Kasım 2004;12(11):1851-8.
98. Kidd C, Loxton NJ, Uhlmann LR, Seeto CJ, Donovan CL. Thin Ideal Internalization Assessment (THIINA): Development and Psychometric Validation of a New Measure of Female Body Image. *Body Image*. 01 Eylül 2023;46:395-405.
99. Jones M, Grilo CM, Masheb RM, White MA. Psychological and Behavioral Correlates of Excess Weight: Misperception of Obese Status among Persons with Class II Obesity. *Int J Eat Disord*. 01 Kasım 2010;43(7):628-32.
100. Gregory CO, Blanck HM, Gillespie C, Maynard LM, Serdula MK. Health perceptions and demographic characteristics associated with underassessment of body weight. *Obesity (Silver Spring)*. Mayıs 2008;16(5):979-86.
101. Johnson F, Beeken RJ, Croker H, Wardle J. Do weight perceptions among obese adults in Great Britain match clinical definitions? Analysis of cross-sectional surveys from 2007 and 2012. *BMJ Open*. 05 Kasım 2014;4(11):e005561.
102. Robinson E, Kersbergen I. Overweight or about right? A norm comparison explanation of perceived weight status. *Obes Sci Pract*. Mart 2017;3(1):36-43.
103. Robinson E. Overweight but unseen: a review of the underestimation of weight status and a visual normalization theory. *Obes Rev*. Ekim 2017;18(10):1200-9.
104. Robinson E, Haynes A, Sutin A, Daly M. Self-perception of overweight and obesity: A review of mental and physical health outcomes. *Obes Sci Pract*. Ekim 2020;6(5):552-61.

105. Puhl RM, Peterson JL, Luedicke J. Parental perceptions of weight terminology that providers use with youth. *Pediatrics*. Ekim 2011;128(4):e786-793.
106. Johnson F, Cooke L, Croker H, Wardle J. Changing perceptions of weight in Great Britain: comparison of two population surveys. *BMJ*. 10 Temmuz 2008;337:a494.
107. Essayli JH, Murakami JM, Wilson RE, Latner JD. The Impact of Weight Labels on Body Image, Internalized Weight Stigma, Affect, Perceived Health, and Intended Weight Loss Behaviors in Normal-Weight and Overweight College Women. *Am J Health Promot*. Kasım 2017;31(6):484-90.
108. Nikolic Turnic T, Jakovljevic V, Strizhkova Z, Polukhin N, Ryaboy D, Kartashova M, vd. The Association between Marital Status and Obesity: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Diseases*. Temmuz 2024;12(7):146.
109. Yong C, Liu H, Yang Q, Luo J, Ouyang Y, Sun M, vd. The Relationship between Restrained Eating, Body Image, and Dietary Intake among University Students in China: A Cross-Sectional Study. *Nutrients*. 19 Mart 2021;13(3):990.
110. Mela DJ. *The Psychology of Overeating*. İçinde: *Food, Diet and Obesity*. Toronto, Kanada; 2005.
111. Hill AJ. Does dieting make you fat? *Br J Nutr*. Ağustos 2004;92 Suppl 1:S15-18.
112. Snoek HM, van Strien T, Janssens JMAM, Engels RCME. Restrained eating and BMI: a longitudinal study among adolescents. *Health Psychol*. Kasım 2008;27(6):753-9.
113. Benbaibeche H, Saidi H, Bounihi A, Koceir EA. Emotional and external eating styles associated with obesity. *Journal of Eating Disorders*. 02 Mayıs 2023;11(1):67.
114. Güneş SB, Aytutuldu GK, Akıncı B. Obesity awareness insight is inversely associated with body composition and physical activity behaviour in women with obesity at the admission to a lifestyle modification program. *Journal of Public Health [Internet]*. Haziran 2024 [a.yer 30 Haziran 2025]; Erişim adresi: https://www.researchgate.net/publication/381881386_Obesity_awareness-insight_is_inversely_associated_with_body_composition_and_physical_activity_behaviour_in_women_with_obesity_at_the_admission_to_a_lifestyle_modification_program
115. Gatillo JL, Corpuz A, Leyco T, Ponce A. Obesity Awareness and its Relationship to Sociodemographic Characteristics of Filipino Adults: A Survey among Work-From-Home Employees in Metro Cebu, Philippines. *Journal of the ASEAN Federation of Endocrine Societies*. 2023;38(1):29-36.
116. Hahn SL, Borton KA, Sonnevile KR. Cross-sectional associations between weight-related health behaviors and weight misperception among U.S. adolescents with overweight/obesity. *BMC Public Health*. 18 Nisan 2018;18(1):514.
117. Gusella J, Goodwin J, van Roosmalen E. "I want to lose weight": Early risk for disordered eating? *Paediatr Child Health*. Şubat 2008;13(2):105-10.

118. Stice E, Marti CN, Durant S. Risk factors for onset of eating disorders: evidence of multiple risk pathways from an 8-year prospective study. *Behav Res Ther.* Ekim 2011;49(10):622-7.
119. Skinner AC, Weinberger M, Mulvaney S, Schlundt D, Rothman RL. Accuracy of Perceptions of Overweight and Relation to Self-Care Behaviors Among Adolescents With Type 2 Diabetes and Their Parents. *Diabetes Care.* 01 Şubat 2008;31(2):227-9.
120. Forman M, Trowbridge F, Gentry E, Marks J, Hogelin G. Overweight adults in the United States: the behavioral risk factor surveys. *The American Journal of Clinical Nutrition.* 01 Eylül 1986;44(3):410-6.
121. Edwards NM, Pettingell S, Borowsky IW. Where Perception Meets Reality: Self-Perception of Weight in Overweight Adolescents. *Pediatrics.* 01 Mart 2010;125(3):e452-8.
122. Geraets AFJ, Cosma,Alina, Fismen,Anne-Siri, Ojala,Kristiina, Pierannunzio,Daniela, Kelly,Colette, vd. Cross-national time trends in adolescent body weight perception and the explanatory role of overweight/obesity prevalence. *Child and Adolescent Obesity.* 31 Aralık 2023;6(1):2218148.
123. Nazar G, Alcover CM, Lanuza F, Labraña AM, Ramírez-Alarcón K, Troncoso-Pantoja C, vd. Association between bodyweight perception, nutritional status, and weight control practices: A cross-sectional analysis from the Chilean Health Survey 2016–2017. *Front Psychol [Internet].* 27 Eylül 2022 [a.yer 01 Temmuz 2025];13. Erişim adresi: <https://www.frontiersin.org/journals/psychology/articles/10.3389/fpsyg.2022.984106/full>

8. ÖZGEÇMİŞ

I- Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı : Kübra DOYGUN

Doğum yeri ve tarihi Uyuğu :

Medeni durumu : Bekâr

Yabancı dili :

E-posta adresi :

II- Eğitimi

2022- : Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Şehir Hastanesi Aile Hekimliği

2011-2017: Dumlupınar Üniversitesi Tıp Fakültesi

III- Ünvanları

2022-2025: Asistan Hekim

2017-2022: Pratisyen Hekim

IV- Mesleki Deneyimi

2022- : Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği – Asistan Hekim

2020-2021: Niğde İl Ambulans Servisi Komuta Kontrol Merkezi – Pratisyen Hekim

2019-2020 : Niğde 1 Nolu Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonu – Pratisyen Hekim

2017-2019 : Kütahya 2 Nolu Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonu – Pratisyen Hekim

9. EKLER

EK-1: ETİK KURUL ONAYI



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Ankara Bilkent Şehir Hastanesi

1 NOLU
TIBBİ ARAŞTIRMALAR BİLİMSEL VE ETİK DEĞERLENDİRME KURULU
(TABED) BAŞKANLIĞI

Sayı : TABED 1-25- 901

Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği'nde yapılması planlanan "Birinci Basamakta Obezite Farkındalığı ve Beden Algısı İlişkisi: Kesitsel Bir Çalışma" konulu çalışma incelenmiş olup, Etik açıdan oy birliğiyle uygun görülmüştür.

15/01/2025 A

1 NÖLÜ

TIBBİ ARAŞTIRMALAR BİLİMSEL VE ETİK DEĞERLENDİRME KURULU (TABED) KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Birinci Basamakta Obezite Farkındalığı ve Beden Algısı İlişkisi Çalışma
-----------------------	---

TIBBİ ARAŞTIRMALAR BİLİMSEL VE ETİK DEĞERLENDİRME KURULU (TABED)

BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:		Prof. Dr. Hürrem BODUR				
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişki		Katılım *
Prof. Dr. Hürrem BODUR	Enf. Hast.ve Kl.Mikrobiyoloji	Ankara Bilkent Şehir Hastanesi	E	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Seyhan YAĞAR	Anestezi ve Reanimasyon	Ankara Bilkent Şehir Hastanesi	K	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Fahriye Tuğba KÖŞ	Tıbbi Onkoloji	Ankara Bilkent Şehir Hastanesi	K	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Defne KALAYCI	Göz Hastalıkları	Ankara Bilkent Şehir Hastanesi	K	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Hesna BEKTAŞ	Nöroloji	Ankara Bilkent Şehir Hastanesi	K	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Nuran SÜNGÜ	Patoloji	Ankara Bilkent Şehir Hastanesi	K	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Hayrettin Levent MAVIOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	Ankara Bilkent Şehir Hastanesi	E	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Servet KOCAÖZ	Genel Cerrahi	Ankara Bilkent Şehir Hastanesi	E	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Ali YAVUZCAN	Kadın Doğum	Ankara Bilkent Şehir Hastanesi	E	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Ali Ulaş TUĞCU	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları (Neonatoloji)	Ankara Bilkent Şehir Hastanesi	E	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Uzm. Dr. Dilek KANYILMAZ	Halk Sağlığı	Ankara Bilkent Şehir Hastanesi	K	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	

EK-2: ANKARA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ'NDEN ALINAN İZİN



T.C.
ÇANKAYA KAYMAKAMLIĞI
İlçe Sağlık Müdürlüğü



Sayı : E-84480573-771-270822614
Konu : Araştırma İzni Hk. (Doç. Dr. Aylin
BAYDAR ARTANTAŞ- Dr. Kübra
DOYGUN)

10.03.2025

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi : 06.03.2025 tarihli ve 38418 sayılı yazı.

Ankara Bilkent Şehir Hastanesi'nde görevli Doç. Dr. Aylin BAYDAR ARTANTAŞ sorumluluğunda ve yardımcı araştırmacı Dr. Kübra DOYGUN tarafından yapılmak istenen "Birinci Basamakta Obezite Farkındalığı ve Beden Algısı İlişkisi: Kesitsel Bir Çalışma" başlıklı araştırma izin talebi, Ankara İl Sağlık Müdürlüğü'nün "AHSHB Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Alanında Yapılacak Olan Araştırma Talepleri Değerlendirme Komisyonu" tarafından görüşülerek çalışmanın uygun bulunduğu Müdürlüğümüze bildirilmiştir.

Aile Sağlığı Merkezinde yapılması planlanan araştırma bittikten sonra sorumlu araştırmacının düzenleyeceği araştırma sonuç raporunun 2 (iki) nüsha halinde Müdürlüğümüz Eğitim Birimine resmi yazı ile bildirilmesi hususunda;

Bilginizi ve gereğini rica ederim.

Dr. Nuran İÇÖZ KILIÇARSLAN
İlçe Sağlık Müdürü

Dağıtım:
0607265 Nolu Aile Hekimliği Birimi
0607266 Nolu Aile Hekimliği Birimi
0607267 Nolu Aile Hekimliği Birimi
0607268 Nolu Aile Hekimliği Birimi
0607269 Nolu Aile Hekimliği Birimi
0607270 Nolu Aile Hekimliği Birimi

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge doğrulama kodu: BF11C050-605C-49E5-943C-43E405E5A293

Belge doğrulama adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys>

Hacettepe, Talatpaşa Blv No:44, 06420 Altındağ/Ankara 06420

Telefon No: 03125084000

e-Posta: ankara.cankayasm@saglik.gov.tr İnternet Adresi: <https://www.saglik.gov.tr>

Keş Adresi: ankaraisaglik@hs01.kep.tr

Bilgi için: Mehtap Şerife KARAKUŞ

Telefon No: 03125084291



EK-3: BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

BİRİNCİ BASAMAKTA OBEZİTE FARKINDALIĞI VE BEDEN ALGISI İLİŞKİSİ: KESİTSEL BİR ÇALIŞMAISIMLI ÇALIŞMANIN BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Ankara Bilkent Şehir Hastanesi doktorlarından Doç. Dr. Aylin BAYDAR ARTANTAŞ sorumluluğunda yürütülecek olan “Birinci Basamakta Obezite Farkındalığı ve Beden Algısı ilişkisi: Kesitsel Bir Çalışma” başlıklı bu araştırmaya davet edilmiş bulunuyorsunuz. Saygıdeğer Katılımcı; Yapmayı planladığımız bu anket çalışmasının amacı toplumdaki obezite farkındalığı düzeyleri hakkında güncel bilgiye ulaşmaktır. Bu amaçla anket sorularımızı cevaplamanızı beklemekteyiz. Anket sorularını cevaplamak yaklaşık 15 dakikanızı alacaktır. Sonrasında araştırmacı tarafından boyunuz, vücut ağırlığınız, bel çevreniz ve kalça çevreniz ölçülecektir. Çalışmaya katılmayı kabul etmesi halinde gönüllüler anket sorularını okuyup kendileri için en doğru olan seçeneği işaretlemekle sorumludurlar. Bu araştırmaya katılan gönüllülerin maruz kalacağı bir risk öngörülmemektedir. Araştırmaya katılım isteğe bağlıdır. Gönüllü istediği zaman herhangi bir cezaya veya yaptırıma maruz kalmaksızın, hiçbir hakkını kaybetmeksizin araştırmaya katılmayı reddedebilir, araştırmadan çekilebilir. Gönüllünün kimliğini ortaya çıkaracak kayıtlar gizli tutulacak olup kamuoyuna açıklanmayacak; araştırma sonuçlarının yayımlanması halinde dahi gönüllünün kimliği gizli kalacaktır. İzleyiciler, yoklama yapan kişiler, araştırmacılar, etik kurul, kurum ve diğer sağlık otoritelerinin gönüllünün orijinal tıbbi kayıtlarına doğrudan erişimleri bulunabilecektir ancak bu bilgiler gizli tutulacaktır. Yazılı Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu’nun imzalanmasıyla gönüllü veya yasal kanuni temsilcisinin söz konusu erişime izin vermiş olacaktır. Çalışma ile ilgili gönüllüden veya bağlı olduğu sosyal güvenlik kurumundan herhangi bir ücret alınmayacaktır. Çalışmaya katılmayı kabul etmesi halinde gönüllüye herhangi bir ücret verilmeyecektir. Bu çalışmaya 1 Nolu Tıbbi Araştırmalar Bilimsel ve Etik Değerlendirme Kurulu 15.01.2025 tarih ve TABED 1-25-901 sayılı kararı ile gerekli izin vermiştir.

Bilgilendirilmiş gönüllü olur formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gereçeli veya gereçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum. Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllü Ad Soyad: Yardımcı Araştırmacı Ad Soyad:

Tarih / saat: Tarih /Saat:

İmza: İmza:

EK-4: SOSYODEMOGRAFIK FORM

i.Sosyodemografik Bilgiler

1. Cinsiyetiniz nedir?

Kadın Erkek

2. Kaç yaşındasınız?

.....

3. Medeni durumunuz nedir?

Evli Bekar

4. Çocuğunuz var mı?

Evet Hayır

5. Eğitim Düzeyiniz Nedir? (Lütfen mezun olduğunuz eğitim düzeyini belirtiniz)

Okuma yazma biliyor İlkokul Ortaokul Lise Üniversite ve üstü

6. Aktif bir işte çalışıyor musunuz?

Evet Hayır

7. Gelir gider durumunuza göre ekonomik durumunuzu nasıl tanımlarsınız?
(Ailenizle beraber yaşıyorsanız genel olarak ailenizin ekonomik durumunu düşünerek cevaplayınız.)

Gelirim giderimden az Gelirim giderime eşit Gelirim giderimden fazla

ii.Sağlık ve Yaşam Tarzı Alışkanlıkları Hakkındaki Sorular

8. Kronik bir hastalığınız/hastalıklarınız var mı? (kronik: sürekli devam eden)

Evet Hayır

9. Yukarıdaki soruya cevabınız evet ise kronik hastalığınız /hastalıklarınız nedir?

- Hipertansiyon
- Diyabet (şeker hastalığı)
- Kanser (varsa türünü belirtiniz.....)
- Hipotiroidi
- Hipertiroidi
- Vitamin ve mineral yetersizlikleri (Demir, B12, D vitamini yetersizliği vb.)
- Ruhsal sorunlar (depresyon, anksite, panik atak, bipolar vb.)
- Koroner arter hastalığı
- Astım, KOAH
- Hiperlipidemi (kolesterol yüksekliği)
- Osteoartrit (Eklemlerde kireçlenme)
- Gastrit
- Diğer (lütfen belirtiniz.)

10. Sürekli kullandığınız bir ilaç var mı ?

- Evet Hayır

11. Varsa ilaçların isimlerini lütfen yazınız

.....

12. Vücut ağırlığınızı yazınız.

..... kg

13. Boy uzunluğunuzu yazınız.

.....cm

14. Sizce hangi tanımlama size uygun?

- Zayıf Normal Fazla kilolu Obez

15. Şu anki vücut ağırlığınızdan memnun musunuz?

- Evet Hayır

16. Kiminle yaşıyorsunuz?

- Yalnız

- Eşim ve/veya çocuk(larım) ile
- Annem ve/veya Babam ile
- Arkadaş(lar)ım ile
- Diğer (lütfen belirtiniz).....

17. Ailenizde veya sosyal çevrenizde fazla kilolu biri var mı ?

- Evet Hayır

18.Cevabınız evet ise bu kişi kim/kimler?

.....

19. Ailenizde veya sosyal çevrenizde obez biri var mı?

- Evet Hayır

20. Cevabınız evet ise bu kişi kim/kimler?

.....

21. Ne sıklıkta fiziksel aktivite/egzersiz/spor yapıyorsunuz?

- Her gün
- Haftada 3-4 gün
 - Haftada 2-3 gün
 - Haftada 1-2 gün
 - 15 günde bir
 - Yapmıyorum

22. Fiziksel aktivite yapıyorsanız hangi aktiviteyi/aktiviteleri yapıyorsunuz?
(birden fazla şıkkı işaretleyebilirsiniz)

- Yürüyüş
- Koşu
- Futbol/Voleybol/Basketbol
- Yüzme
- Koşu bandı, bisiklet gib aletlerle yapılan aktiviteler
- Aerobik/step
- Diğer (lütfen belirtiniz)

23. Günde ortalama kaç saat uyuyorsunuz?

.....

24. Günde ortalama kaç bardak su tüketiyorsunuz?

.....

25. Kilo aldığınızı düşündüğünüzde her zamankinden daha az yer misiniz ?

Evet Hayır Bazen

26. Ne yiyeceğinize karar verirken kilonuzu hesaba katar mısınız?

Evet Hayır Bazen

27. Yapacak bir şeyiniz olmadığında yemek yemek ister misiniz?

Evet Hayır Bazen

28. Herhangi bir konuda kaygılı, endişeli olduğunuz zaman yemek yemek ister misiniz ?

Evet Hayır Bazen

29. Herhangi bir konuda üzgün, kırgın ya da hayal kırıklığına uğramış olduğunuzda yemek yemek ister misiniz?

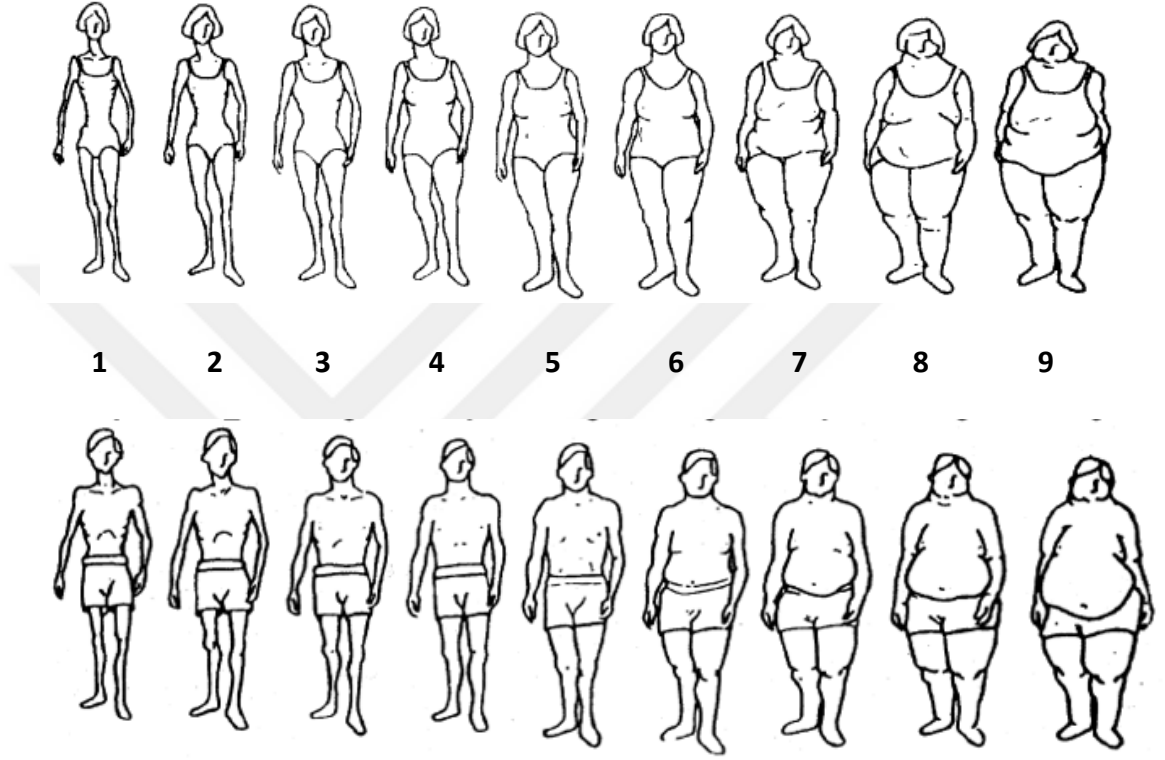
Evet Hayır Bazen

30. Türkiye’de günlük sosyal medya kullanımı ortalama 2 saat 44 dakikadır. Sizin sosyal medyada geçirdiğiniz süreye uyumlu olanı işaretleyiniz.

Ortalamanın altında Ortalamanın üzerinde

EK-5: FİGÜR DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ

Lütfen aşağıdaki numaralandırılmış figürlerden kendi bedeninizi en iyi ifade eden şekli işaretleyiniz.



EK-6: OBEZİTE FARKINDALIĞI VE İÇGÖRÜ ÖLÇEĞİ

Sağlığınızla ilgili kendi inançlarınızla ilgileniyoruz. Başkalarının inandığı veya inanmanızı isteyebileceği şeylerle ilgilenmiyoruz.

Kilonuz ile ilgili düşüncelerinizi öğrenmek istiyoruz. Aşağıdaki soruları okuyarak, sağlıkla ilgili sorunlardan herhangi birini geçirdiyseniz “Evet” geçirmediyseniz “Hayır” kutucuğunu işaretleyin.

	Evet	Hayır
A. Özellikle hareket ettiğinizde (yürüyüş, koşma, merdiven çıkma, vb.) sürekli olarak nefes almakta zorluk çekiyor musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Geceleri sürekli olarak uyumakta zorluk çekiyor musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Sürekli olarak nefessiz kalarak uyanıyor musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Sürekli olarak yorgun musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. Kendinizi sürekli olarak keyifsiz ya da depresyonda hissediyor musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. Çevrenizdeki diğer insanlardan kaçınıyor musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G. Sürekli olarak acınız ya da ağrınız var mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H. Özellikle hareket ederken (yürüyüş, koşma, merdiven çıkma, vb.) sıklıkla göğüs ağrınız oluyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
İ. Bazen idrar kaçırdığınız oluyor mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J. Diğer:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...		

Yukarıdakilerin tümüne yanıtınız "**HAYIR**" ise, aşağıdaki soruyu cevaplamayın. Lütfen arka sayfaya geçiniz.

Yukarıdakilerden herhangi birine yanıtınız "**EVET**" ise sağlıkla ilgili deneyimlerinizi göz önünde bulundurarak, aşağıda verilen ifadelere şu anda ne derece katıldığınızı uygun sayıyı işaretleyerek belirtiniz.

1) Yaşadıklarım fazla kilolu ya da obez olmamdan kaynaklanıyor.

0.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....9.....10
Kesinlikle Kısım Nispeten Kararsız Nispeten Kısım Kesinlikle
Katılmıyorum Katılmıyorum Katılmıyorum Katılıyorum Katılıyorum Katılıyorum

Lütfen aşağıdaki ifadelerden her biri için uygun sayıyı işaretleyerek şu anda katıldığınız veya katılmadığınız dereceyi belirtin.

2) Aşırı miktarda vücut yağım var.

0.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....9.....10
Kesinlikle Kısım Nispeten Kararsız Nispeten Kısım Kesinlikle
Katılmıyorum Katılmıyorum Katılmıyorum Katılıyorum Katılıyorum Katılıyorum

3) Diyetimi düzenlemek ve egzersiz miktarımı arttırmak için sağlıklı yaşam biçimi değişiklikleri yapmaya veya sürdürmeye ihtiyacım var.

0.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....9.....10
Kesinlikle Kısım Nispeten Kararsız Nispeten Kısım Kesinlikle
Katılmıyorum Katılmıyorum Katılmıyorum Katılıyorum Katılıyorum Katılıyorum

4) Vücut ağırlığım sağlıklı bir seviyede.

0.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....9.....10
Kesinlikle Kısım Nispeten Kararsız Nispeten Kısım Kesinlikle
Katılmıyorum Katılmıyorum Katılmıyorum Katılıyorum Katılıyorum Katılıyorum

5) Şu anki yaşam biçimimi güvenli bir şekilde sürdürebilirim (örneğin şu anda yaptığım gibi yeme, içme, egzersiz).

0.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....9.....10
Kesinlikle Kısım Nispeten Kararsız Nispeten Kısım Kesinlikle
Katılmıyorum Katılmıyorum Katılmıyorum Katılıyorum Katılıyorum Katılıyorum

6) Vücut ağırlığım olumsuz sağlık sonuçlarına sebep oluyor ya da olabilir. (örneğin yüksek kolesterol, yüksek tansiyon, diyabet, kalp hastalığı, depresyon vb.)

0.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....9.....10
Kesinlikle Kısım Nispeten Kararsız Nispeten Kısım Kesinlikle
Katılmıyorum Katılmıyorum Katılmıyorum Katılıyorum Katılıyorum Katılıyorum

7) Ben fazla kilolu ya da obezim. (Beden Kütle İndeksinin 25'ten yüksek olması= fazla kilolu; Beden Kütle İndeksinin 30'dan yüksek olması=obez)

0.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....9.....10
Kesinlikle Kısım Nispeten Kararsız Nispeten Kısım Kesinlikle
Katılmıyorum Katılmıyorum Katılmıyorum Katılıyorum Katılıyorum Katılıyorum

8) Kilo vermek için tedaviye ihtiyacım var.

0.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....9.....10
Kesinlikle Kısım Nispeten Kararsız Nispeten Kısım Kesinlikl
Katılmıyor Katılmıyor Katılmıyor zım Katılıyor Katılıyorum e Katılıyorum
um um um um um

EK-7: ANTROPOMETRİK ÖLÇÜMLER

Aşağıdaki alanlar araştırmacı tarafından doldurulacaktır.

Bel çevresi : cm

Kalça çevresi :.....cm

Bel/Kalça oranı :

Boy uzunluğu :cm

Vücut ağırlığı : kg

Beden Kütle İndeksi: kg/m²