



**T.C.**  
**KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ**  
**TIP FAKÜLTESİ**  
**AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**ZAYIFLAMA İSTEĞİ İLE SAĞLIK KURULUŞUNA BAŞVURAN BİREYLERDE  
BENLİK SAYGISININ VE DEPRESİF BELİRTİ VARLIĞININ  
DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Dr. Ümit ASLAN**  
**TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**DANIŞMAN**  
**Doç. Dr. Mustafa Haki SUCAKLI**

**KAHRAMANMARAŞ-2016**



**T.C.**  
**KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ**  
**TIP FAKÜLTESİ**  
**AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**ZAYIFLAMA İSTEĞİ İLE SAĞLIK KURULUŞUNA BAŞVURAN BİREYLERDE  
BENLİK SAYGISININ VE DEPRESİF BELİRTİ VARLIĞININ  
DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Dr. Ümit ASLAN**  
**TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**DANIŞMAN**  
**Doç. Dr. Mustafa Haki SUCAKLI**

**KAHRAMANMARAŞ-2016**

# İÇİNDEKİLER

## Sayfa No

ÖNSÖZ.....	i
ÖZET.....	ii
SUMMARY.....	iv
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	vi
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Obezite .....	3
2.1.1. Obezitenin Tanımı ve Sınıflandırması.....	3
2.1.2. Obezitenin Epidemiyolojisi .....	3
2.1.3. Obezitenin Etiyolojisi .....	5
2.1.4. Obezitenin Komplikasyonları.....	13
2.1.5. Obezitenin Tedavisi. ....	19
2.2. Benlik Saygısı.....	22
2.2.1. Tanım .....	22
2.2.2. Benlik Saygısının Boyutları.....	23
2.2.3. Benlik Saygısının Gelişimi.....	24
2.2.4. Benlik Saygısını Etkileyen Faktörler.....	25
2.3. Obez Bireylerde Psikopatoloji .....	27
3. GEREÇ VE YÖNTEM .....	28
3.1. Çalışma Dizayını.....	28
3.2. Örneklem Grubu.....	28
3.3. Verilerin Elde Edilmesi.....	30
3.4. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği.....	31
3.5. Beck Depresyon Ölçeği.....	31
3.6. İstatistiksel Değerlendirilme.....	31
4. BULGULAR.....	33
5. TARTIŞMA.....	40
6. SONUÇ .....	45

7. KAYNAKLAR.....	46
8. TABLOLAR VE ŐEKİLLER DİZİNİ.....	58
9. EKLER.....	59
Ek-1. Sosyodemografik Özellikler Anket Formu.....	59
Ek-2. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği.....	59
Ek-3. Beck Depresyon Ölçeği .....	60

## ÖNSÖZ

Araştırma görevlisi olarak 3 yıl görev yaptığım bu kurumda, bana ve arkadaşlarıma emek veren, yol gösteren, bilgi ve deneyimleriyle ışık tutan, başta değerli Ana Bilim Dalı Başkanımız Prof. Dr. Mustafa ÇELİK hocama, Tez danışmanım Doç. Dr. Mustafa Haki SUCAKLI hocama ve Yrd. Doç. Dr. Yaşar KOŞAR hocama şükranlarımı sunarım.

Birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum değerli asistan arkadaşlarıma yaşanan tüm güzel günler için tek tek teşekkür ederim. Umarım yaşanılacak günler, herkesin gönlüne göre şekillenir.

Rotasyonlarım sırasında bizleri kliniklerinde misafir eden hocalarıma ve asistan arkadaşlarıma teşekkürü borç bilirim.

Herzaman yanımda olan, sevgisini ve desteğini hiçbir zaman esirgemeyen, tez yazım dönemimde gösterdiği özveri nedeniyle değerli eşim, aynı zamanda iş arkadaşım Dr. Şeydanur ASLAN'a ve güzel kızım Özge'ye her zaman daha iyi hissetmemi sağladıkları için çok teşekkür ederim.

Dr. Ümit ASLAN

ŞUBAT-2016

**ZAYIFLAMA İSTEĞİ İLE SAĞLIK KURULUŞUNA BAŞVURAN BİREYLERDE  
BENLİK SAYGISININ VE DEPRESİF BELİRTİ VARLIĞININ  
DEĞERLENDİRİLMESİ  
(TIPTA UZMANLIK TEZİ)**

**Dr. Ümit ASLAN**

**KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI  
Şubat-2016**

**ÖZET**

Çalışmamızda, zayıflama isteğiyle sağlık kuruluşuna başvuran bireylerde düşük benlik saygısı ve depresif belirti görülme sıklığını belirlemeyi amaçladık. Çalışmaya 01.05.2015-30.10.2015 tarihleri arasında Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Polikliniğine zayıflama isteğiyle başvuran, bilinen kronik ve psikiyatrik bir hastalığı olmayan 50 obez birey, başka herhangi bir sebeple polikliniğe başvuran 50 obez birey ve Beden Kitle İndeksi normal olan 50 birey alındı. Çalışma konusunda bilgilendirilmeleri sonrası onamları alındı. Katılımcılara sosyodemografik özelliklerini sorgulayan anket formu, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği formu ve Beck Depresyon Ölçeği formu uygulandı. Zayıflama isteğiyle başvuran obez grupta %68 oranında düşük benlik saygısı belirlendi. Diğer sebeplerle gelen obez grupta düşük benlik saygısı %50 ve kontrol grubunda %28 bulundu. Zayıflama isteğiyle başvuran obez grupta depresif belirti sıklığı %50 bulundu. Başka bir sebeple başvuran obez bireylerde %10 ve kontrol grubunda ise %14 bulundu. Obez bireylerde düşük benlik saygısı ve depresif belirti sıklığı, Beden Kitle İndeksi normal olan gruba göre anlamlı şekilde yüksek bulundu. Düşük benlik saygısına yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, kilo değişimi gibi faktörlerin de etkisi olduğu görüldü. Zayıflama isteğiyle başvuran obezlerin tüm obez popülasyonunda bir alt grup olduğu ve bu grubun psikososyal olarak daha ayrıntılı incelenmesi gerektiği bilinmelidir.

Obezitenin oluşumunda katkıda bulunan biyolojik, psikolojik ve sosyal etkenlerin araştırılması Aile Hekimliği disiplinindeki koruyuculuk ilkesinin bir gereği olarak görülmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Zayıflama isteği, Obezite, Benlik Saygısı, Depresif Belirti, Aile Hekimliği

**Sayfa Adedi:** 65

**Danışman:** Doç. Dr. Mustafa Haki SUCAKLI

**EVALUATION OF SELF-ESTEEM AND THE PRESENCE OF DEPRESSIVE  
SYMPTOMS IN THE INDIVIDUALS WHO ADMITTED TO A HEALTH  
FACILITY WITH WEIGHT LOSS REQUEST**

**(SPECIALIZATION THESIS)**

**MD. Ümit ASLAN**

**KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM UNIVERSITY**

**FACULTY OF MEDICINE**

**February-2016**

**SUMMARY**

We aimed to determine the prevalence of depressive symptoms and low self-esteem in individuals that admitted to a health facility with weight loss request. Fifty obese individuals according to body mass index without any known chronic and psychiatric diseases who admitted to Kahramanmaraş Sütçü İmam University Faculty of Medicine Family Medicine Clinic in the period from 1st of May to 30th of October, 2015 participated. Also, fifty obese individuals who admitted to Family Medicine Clinic for any other reason and fifty normal subjects according to body mass index included. The consents were attained after the participants were informed. The survey forms, improved by researchers, which contains sociodemographic informations about the patients, Rosenberg Self-Esteem Scale form and Beck Depression Inventory form. The obese group that had weight loss request was identified low self-esteem by %68. The other obese group that had recourse to any other reason and the control group included normal subjects were seen self-esteem by %50 and %28, respectively. The presence of depressive symptoms in the obese group that had weight loss request was found by %50. Proportions in the other obese individuals and the control group were found by %10 and %14, respectively. A statistically significant increase in the frequency of depression and low self-esteem was reported compared to the control group. The features such as age, marital status, education level, weight change affects low self-esteem. The obese group having weight loss request is a subgroup in all obese. The detailed review from



psychosocial perspective is needed for this group. Biological, psychological and social factors for obesity should be investigated and this investigation is seen on a protection policy on the discipline of Family Medicine.

**Keywords:** Weight Loss Request, Obesity, Self-esteem, Depressive Symptoms, Family Medicine

**Page Number:** 65

**Advisor:** Assoc. Prof. Mustafa Haki Sucakli

## **SİMGELER VE KISALTMALAR**

<b>DSÖ</b>	:Dünya Sağlık Örgütü
<b>BKİ</b>	:Beden Kitle İndeksi
<b>VMH</b>	:Ventromedial Hipotalamus
<b>TYB</b>	:Tıkanırçasına Yeme Bozukluğu
<b>RBSÖ</b>	:Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği
<b>BDÖ</b>	:Beck Depresyon Ölçeği
<b>BKB</b>	:Borderline Kişilik Bozukluğu

## 1.GİRİŞ

Obezite; alınan enerjinin, harcanan enerjiden fazla olmasından kaynaklanan ve beden yağ kitlesinin artması ile karakterize olan kronik bir hastalıktır (1). Aşırı kilo ve obezite terimleri bilimsel literatürde ve günlük yazışmalarda genellikle birbirlerinin yerine kullanılsa da bu iki kavram farklıdır. Aşırı kilo boyuna ve yaşına göre standarttan daha kilolu olanları belirtirken, obezite aşırı vücut yağını belirtir. Obezite genellikle boyun karesine (metre olarak) göre normalleştirilen kilo (kg olarak) ölçümleri (beden kitle indeksi, BKİ) ile hesaplanır.  $BKİ > 30 \text{ kg/m}^2$  erişkin obezitesi morbidite ve mortalite artışı ile ilişkilidir (2,3).

Obezite Latince “obesus” sözcüğünden türetilmiştir. Şişman karşılığı olarak kullanılan “obesus”, “iyi beslenmiş” anlamına gelir. Türkçe’de şişman sözcüğü “kabarıklık”, “ur” anlamına gelen “şiş” kökünden türetilmiştir.(4) İngilizce’de ise ‘obesity’ şişmanlık, fazla yükleme anlamına gelmektedir (5)

Şişmanlık halk dilinde tarihsel süreç içinde bazen sağlığın ve doğurganlığın simgesi olarak övgü için; bazen de hantallık, yaşlılık, bakımsızlık, oburluk ve görgüsüzlük anlamında yergi için kullanılmıştır (5).

Obezite tek başına çeşitli sağlık sorunlarına yol açabilir veya beraberinde var olan bir sağlık sorununu ağırlaştırabilir. Özellikle hipertansiyon, koroner kalp hastalığı, diabetes mellitus (Tip 2) gelişimi veya bazı malignitelerin insidansında artıştan sorumlu tutulmaktadır. Ayrıca obezite osteoartrit, uyku apnesi, solunum problemleri, safra kesesi hastalıkları, inme gibi sağlık sorunları ile ilişkili morbiditeyi artıran bir durum olarak kabul edilmektedir (6,7). Önemli morbidite ve mortalite nedeni olan obezitenin, hayat boyu süren, tehlikeli epidemiyeye dönüşen bir hastalık olduğu kabul edilir (8,9).

Obezite aynı zamanda mali yükü arttıran bir hastalıktır (8,10). Gelişmiş ülkelerdeki sağlık harcamalarının %2 ile %8’inden, hatta bazı ülkelerde %15’inden sorumlu olan obezite, artık günümüzde kozmetik bir sorunun ötesinde bir hastalık olarak ele alınmaktadır. Obezite ile ilgili harcamaların çoğu obezitenin neden olduğu fiziksel ve psikolojik hastalıklar ile ilgilidir (11,12). Ayrıca toplumların obezlere yönelik önyargıları ve genel olumsuz bakış açısı bu grubun iş bulma güçlüğü yaşamasına, daha düşük ücretlerle çalışmak zorunda kalmalarına neden olarak obezitenin toplumsal maliyetini artırmaktadır (13,14)

Toplumun şişmanlığa karşı gösterdiği reaksiyon nedeniyle kişilerde anksiyete, depresyon, suçluluk duygusu, nefret ve somatik yakınmalar gelişebilir. Ayrıca, iş bulma güçlüğü, okul ve iş çevrelerince reddedilme gibi sosyal sorunlara neden olur (8). Obeziteyi, psikosomatik bir hastalık olarak değerlendirip, tedavisinde çok boyutlu bir terapi yaklaşımının gerekli olduğu düşünülmektedir (15).

Obezite ile benlik değerinin azalması arasında doğrusal bir ilişki olduğuna dair araştırmalar vardır (16). Obeziteye ilişkin aşırı zihinsel uğraşlar bireyde benlik saygısının azalmasına ve olumsuz bir kendilik kavramının gelişmesine neden olmaktadır (17).

Ülkemizde obezitenin psikososyal yönüyle ilgili, erişkinlerde yapılmış çalışmalara ilgi artmaktadır. Çalışmalar tedavi için başvuran grubun daha çok psikososyal desteğe ihtiyacı olduğunu göstermektedir (18).

Obezitenin tedavisinde psikolojik desteği de içeren çok boyutlu bir yaklaşımın geliştirilebilmesi için obezitenin sebep ve sonuçlarının anlaşılması gerekmektedir. Genellikle obezitesi olan bireylerin tedaviye uyumunda ve kilo vermelerinde çeşitli zorluklarla karşılaşmaktadır. Bu güçlüklerde hastaların yaşadıkları psikososyal sorunların da etkili olduğu düşünülmektedir (19,20).

Bu çalışmada, zayıflama isteği ile sağlık kuruluşuna başvuran obez bireylerdeki benlik saygısı ve depresyon varlığının, obez ancak zayıflama isteği dışında herhangi bir sebeple sağlık kuruluşuna başvuran bireylerdeki benlik saygısı ve depresif semptom varlığıyla karşılaştırılması amaçlanmıştır. Ayrıca bu bireylerin psikososyal özelliklerinin kontrol grubuyla karşılaştırılması planlanmıştır.

Bu araştırmanın varsayımı:

Obezite tedavisi için hastaneye başvuran obez bireylerin benlik saygısı, herhangi bir sebeple sağlık kuruluşuna başvuran obez bireylere göre daha düşük, depresif belirti skorları daha yüksek ve bu iki grubun benlik saygısı kontrol grubuna göre daha düşük ve depresif belirti skorları daha yüksektir.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Obezite

#### 2.1.1. Obezitenin Tanımı ve Sınıflandırması

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından obezite, ‘yağ dokusunun sağlıkla ilgili olumsuz sonuçlara yol açacak ölçüde artması’ olarak tanımlanmaktadır (21).

DSÖ, çeşitli Avrupa epidemiyolojistlerince ufak değişiklikler dışında kabul edilen bir uluslararası sınıflandırma geliştirmiştir (22):

**Tablo.1 DSÖ Beden Kitle İndeksi (BKİ) Sınıflandırması**

BKİ (kg/m <sup>2</sup> )	DSÖ Sınıflandırması	Genel Tanım
<18.5	Düşük kilo	Zayıf
18.5-24.9	Normal	Sağlıklı, normal
25.0-29.9	Pre-obez	Fazla kilolu
30.0-39.9	Obez	Şişman
≥40	Morbid obez	Aşırı şişman

Aşırı kilo ve obezitenin sağlık riskleri BKİ:25 kg/m<sup>2</sup>'den itibaren progresif olarak artıyor gözükmemektedir ve endüstrileşmiş ülkelerde BKİ:20-22 kg/m<sup>2</sup>'ye yakın bir ölçüm değerinin beden sağlığı açısından bir kriter olarak yararlı olacağı kanıtlanmıştır (23).

#### 2.1.2. Obezitenin Epidemiyolojisi

Yıllardır obezite epidemiyolojisinin incelenmesi çok zor olmuştur, çünkü birçok ülke aşırı kilonun farklı derecelerinin sınıflandırılması için kendine özgü kriterler kullanmıştır. 1990'larda BKİ aşamalı olarak evrensel kabul gören bir aşırı kiloluluk ölçütü olmuştur ve artık denk sınır değerler önerilmektedir (1).

Obezite modern toplumlarda en sık görülen sağlık sorunlarından biri olup, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde ve ülkemizde, epidemik boyutlara ulaşan ve sıklığı giderek artan önlenebilir bir sorun olarak kalmayıp, küresel ölçekte önemli bir halk sağlığı sorunu olarak ortaya çıkmaktadır (24).

DSÖ verilerine göre, dünyada 400 milyondan fazla obez ve 1,6 milyar civarında fazla kilolu kişi bulunmakta olup, bu sayının 2015 yılında sırayla 700 milyon ve 2,5 milyara çıkması beklenmektedir (25). Obezite prevalansı ülkeden ülkeye ve bölgeden bölgeye değişmektedir (26-28) Erişkin popülasyonda obezite prevalansı %15-60 olup, ABD’de erişkinlerin %65’i, Hollanda’da %34’ü obezdir (29,30). 2010 yılında yayınlanan Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik hastalıklar Prevelans çalışması-2 (TURDEP-2) verilerine göre Türkiye’de obezite prevalansı erişkin yaş grubunda %32’ye ulaşmıştır (Erkeklerde %22, kadınlarda % 38) ve 1998 yılında yapılan TURDEP-1 çalışması verilerine kıyasla, ülkemizde obezite %44 artmıştır (31). Yine Türk Kardiyoloji Derneği tarafından yapılan ve 3681 kişiyi kapsayan TEKHARF çalışmasında  $BKİ \geq 30 \text{ kg/m}^2$  obezite olarak tanımlanmış ve 30 yaşını aşkın Türk erkeklerinin dörtte birinde (%25.2), kadınların da yarıya yakınında (%44.2) obezite tespit edilmiştir. Orta yaşlı (31-49 yaş) ve yaşlı (50 yaş ve üzeri) gruplarda ayrı ayrı ele alındığında, bu prevalansın erkeklerde anlamlı biçimde değişmediği (%24.8 ve %25.7), kadınlarda ise önemli ölçüde arttığı (sırasıyla %38.0 ve %50.2) bildirilmiştir. Obezite prevalansının zamanla yükseldiği, 1990’da benzer yaşta erkeklerde % 12.5 iken iki kat arttığı, 50 yaş ve üzerindeki kadınlarda ise prevalansın %40’tan düşük iken %50’ye yükseldiği belirtilmiştir (32).

Araştırmalar, obezitenin yetişkinlerde olduğu kadar çocuklar ve ergenlik dönemindeki gençler arasında da önemli artış gösterdiğini bildirmektedir. Obezite, her yaşta görülmekle beraber özellikle çocuk ve adolesanlarda alarm verici boyutlara ulaşmıştır (33). Özellikle çocuklarda 1970’lerdeki değerinden 10 kat fazla olduğu bildirilmektedir (34).

Obezite prevalansını etkileyen en önemli faktörler yaş, cinsiyet ve ırk olmakla birlikte sosyokültürel düzey, ailede obez bireylerin varlığı ve beslenme alışkanlıklarının da prevalans üzerinde etkili olduğu bilinmektedir (35). Obezite oluşumundaki risk faktörlerinin bilinmesi korunma ve tedavi için gereklidir. Düşük eğitim durumu, evli olma ve çalışmama, obezite için risk faktörleri olarak bulunmuştur (36-40). Kadınların gebelik sayısı artıça şişmanlık riski artmaktadır (38). Yine sigara, alkol, spor gibi alışkanlıklar şişmanlık ile ilişkilidir (41-43).

Obezitenin %30-70'inden genetik faktörler sorumlu tutulsa da yüksek kalori içeren diyet tüketimi, değişen yaşam biçimi ve davranışlar, azalmış fiziksel aktiviteye yol açarak enerji tüketiminin düşmesine ve gelişmiş toplumlar başta olmak üzere obezitenin artmasına neden olmaktadır (44,45).

### **2.1.3. Obezitenin Etiyolojisi**

Obezite, temelde fiziksel inaktivite ve aşırı beslenmenin bir sonucu olarak oluşmakla birlikte, bu iki faktörün ortaya çıkışını, dolayısıyla obezite oluşumunu kolaylaştıran bireysel ya da toplumsal olmak üzere pek çok faktörün de katkısı vardır. Çok sayıda epidemiyolojik çalışma yaş, cinsiyet, etnik köken, sosyo-kültürel faktörler (eğitim düzeyi, gelir, medeni durum), biyolojik faktörler, davranışsal faktörler (diyet, sigara, fiziksel, aktivite) gibi faktörlerin fazla kilo ve obezite gelişiminde rol oynadıklarını göstermiştir (46). Yine santral sinir sistemi zedelenmeleri ve diğer nöroendokrin nedenlere, kromozom anomalisi nedeniyle oluşan çeşitli sendromlara ve otozomal resesif genetik etmenlere bağlı olarak gelişebilir. Ancak olguların çok azında obezite için özgül bir neden saptanabilir. Birçoğunda patogeneze bilinmemektedir. Son görüşler obezitenin çok nedenli (multifaktöriyel) bir sorun olduğu yönündedir (47).

En basit deyimle obezite bir enerji bozukluğudur. Enerji girişi ya da kalori alımı, enerji çıkışını ya da fiziksel aktiviteyi aşarsa, gerekenden fazla enerji, yağ depolarında trigliseridler formunda depolanır ve beden ağırlığında bir artış olur. Bu tip obezite, ekzojen obezite olarak adlandırılır ve obezitenin büyük çoğunluğu bu gruba girmektedir (4)

#### **2.1.3.1. Santral Sinir Sistemi Zedelenmesi ve diğer Nöroendokrin Nedenler**

İştah ile ilgili merkezler hipotalamustadır. Ventromedial hipotalamusta (VMH) tokluk merkezi, ventrolateral hipotalamusta ise iştah merkezi bulunur. Tokluk merkezi, yakınında bulunan iştah merkezi üzerine inhibitör etki göstermektedir. İnhibitör merkezin yani ventromedial merkezin zedelenmesi diğer merkezin serbest kalmasına ve oburlukla beraber hipotalamik obeziteye neden olmaktadır. VMH'un travma, tümör ya da enfeksiyonu sonucu hipotalamik obezite görülür. Kafa travmaları, menenjit, meningoensefalit ve beyin tümörü sonucu insanlarda obezite bildirilmiştir (48).

Hipotalamusla başlayıp gonadlarla biten tüm endokrin sistem obezitenin nedeni bakımından incelenmiştir. Fakat endokrin nedenli obezite çok ender görülür (49).

Hipotalamik sendromlardan Fröhlich sendromu ve Lorraine-Moon Biedl sendromunda, hipofiz yetmezliğine neden olan Sheehan sendromu, hipofiz tümörleri (kraniofarenjioma), hipofiz operasyonları ve ışınlamaları, sarkoidoz, tüberküloz, sifiliz, bazal menenjit gibi hastalıklarda, hipotiroidi, büyüme hormonu eksikliği, Cushing sendromu, insülinoma ve hiperinsülinizm, psödohipoparatiroidizm tip 1, hipogonadizm ve polikistik over sendromu gibi endokrin bozukluklarda obezite görülür (49).

### 2.1.3.2. Genetik nedenler

Son zamanlarda yapılan geniş epidemiyolojik çalışmalar, obezitenin genetik faktörle ilişkisini göstermektedir. Aşırı kilolu ebeveynlerin çocukları da aşırı kilolu olma eğilimindedir. Bu durumun çocuklar biyolojik ebeveynlerinden ayrı yetiştirildiklerinde de geçerli olması obezitenin genetik faktörlerine işaret etmektedir (35). Bununla birlikte genetik faktörler özel bir çevresel bağlamla işlev görür ve bu şekilde fenotipik sonuçlar ortaya çıkar. Kilo almaya genetik yatkınlık birey özel bir çevreye maruz kaldığında kendini gösterir (50,51).

İkizler ve evlat edinilmiş çocuklarla yapılan çalışmalarda çekirdek ailede obezite geçişinin %30-50, evlat edinilmiş çocuklarda %10-30, ikizlerde ise %50-80 olduğu gösterilmiştir. Obezite etyolojisindeki en önemli faktörlerden birisi ebeveynlerin obez olmasıdır. Her iki ebeveyni obez olan çocuklarda obezite gelişme sıklığı %80, ebeveynlerden birisi obez olanlarda %40, her iki ebeveyni de obez olmayanlarda ise %7 olarak tespit edilmiştir (35).

Obezitenin ailesel birikim gösterdiği bilinmektedir. Ancak obezitenin eşlik ettiği bazı nadir hastalıklar hariç, obez bireylerin büyük bir çoğunluğu tam bir Mendeliyen kalıtım göstermemektedir. Obezitenin kalıtılabilirlik düzeyi ikiz çalışmaları, evlatlık ve aile çalışmaları ile saptanmıştır. BKİ temel alınarak yapılan çalışmalarda, aynı yumurta ikizleri ve ayrı yumurta ikizleri ya da ayrı yetiştirilmiş aynı yumurta ikizlerinin BKİ varyasyonunda %70 düzeyinde birikme göstererek yüksek kalıtılabilirlik düzeyi oluşturdukları saptanmıştır. Evlat edinilmiş çocuklarla yapılan çalışmalar %30 ve daha az kalıtılabilirlik düzeyi göstermiştir. Aile çalışmaları ise genellikle ikiz ve evlat edinilmiş çocuklarla yapılan



çalışmalar arasında orta düzeyde bir kalıtılabilirlik göstermiştir. Bazı çalışmalarda ise, BKİ için kalıtılabilirlik düzeyi %25-40 olarak bildirilmiştir (52,53).

Birinci derece akrabalarda, obezite ya da aşırı kilo olduğunda obez olma riski “lambda coefficient” diye adlandırılan istatistik metotla hesaplanabilmektedir. Bu yöntem, biyolojik akraba obez olduğunda, diğer bireylerdeki obez olma risk oranını, popülasyondaki risk ile karşılaştırmaktadır. Bu konuda yapılan bir araştırmada, 840 obez bireyin 2349 birinci derece akrabasından elde edilen risk oranlarının toplumdakinden iki kat fazla olduğu gösterilmiştir. Ayrıca o bireydeki obezitenin ciddiliğine bağlı olarak da risk artmaktadır. Aşırı obezite riski (BKİ>45 kg/m<sup>2</sup>), aşırı obez kişilerin ailelerinde 8 kat daha yüksek bulunmuştur. Kanada’da 15245 kişiyle yapılan bir çalışmada, obezitenin ailesel riskinin obezlerin akrabalarında, genel topluma göre 5 kat daha yüksek olduğu gösterilmiştir (54,55)

### 2.1.3.3. Beslenme şekli

Ülkemiz, beslenme durumu yönünden hem gelişmekte olan, hem de gelişmiş ülkelerin sorunlarını birlikte içermektedir. Türkiye’de halkın beslenme durumu bölgelere, mevsime, sosyoekonomik düzeye ve kentsel-kırsal yerleşim yerlerine göre değişmektedir. Bu durumun temel nedenlerinin başında gelir dağılımındaki dengesizlik gelmektedir. Beslenme sorunlarının niteliği ve görülme sıklığı değişmektedir. Ayrıca beslenme konusundaki bilgisizlik, hatalı besin seçimine, yanlış hazırlama, pişirme ve saklama yöntemlerinin uygulanmasına neden olmakta, beslenme sorunlarının boyutlarının artmasına yol açmaktadır (56).

Anne rahminde olduğu dönemden itibaren bebeğin beslenme şekli, yaşamın daha sonraki dönemlerindeki beslenme alışkanlığını etkilemektedir. Süt çocukluğu dönemindeki karışık ya da yapay beslenme obezite riskini artırırken, anne sütüyle beslenme obeziteye karşı koruyucu etki göstermektedir. Öğün sıklığı ve düzeni de beden ağırlığını etkileyen önemli faktörlerdendir. Günde üç veya daha fazla beslenen, öğünlerini düzenli tüketen kişilerde, günde bir veya iki kez, düzensiz beslenen kişilerden daha az sıklıkta obeziteye rastlanmaktadır (57).

Genetik yatkınlıkla beraber beslenme alışkanlıklarındaki değişiklikler son yıllarda üzerinde en çok durulan faktörlerdir. Bebeklik döneminde aşırı beslemenin ileride obezite riski taşıdığı hipotezi sık olarak düşünülmüştür, ancak erken diyetin çocukluk çağı sonrasında obezite gelişimine etkisini gösteren çok az sayıda çalışma vardır (4).

Charney ve ark. bebekken 90. persantilin üzerindeki bireylerin %36'sının erişkin hayatta obez olduğunu, bunun yanında normal ve zayıf bebeklerde bu oranın %14'te kaldığını göstermişlerdir (52).

Enerji alımını ve enerji tüketimi arasındaki ilişki pozitif veya negatif enerji balansını ortaya çıkararak beden ağırlığını değiştirmektedir. Erişkinler yılda ortalama 1 milyon k/cal tüketirler. Burada enerji alımında tüketimine karşı yapılacak %5'lik bir hatanın beden ağırlığında ortalama 7 kg kadar değişime neden olduğu belirtilmektedir. O halde obezite yalnızca enerji alımının, enerji tüketimini aştığı zaman olmaktadır. Bugünkü çevremiz limitsiz olarak, kolaylıkla elde edilebilen, oldukça ucuz, çok lezzetli ve enerji yüklü gıdalarla doludur. Buna düşük fiziksel aktiviteli yaşam stili de eklenmiştir. Bu çevresel koşullar, yüksek enerji alımına ve düşük enerji kullanımına neden olmaktadır. Pozitif enerji balansı ile beden kitlesi artmaktadır (58).

Sık sık ve az miktarda yeme durumunda insülin salgısı kısmen az olur, ancak az sayıda ve çok miktarda yeme ile insülin salgısı daha fazla olur ve obeziteye eğilim artar. Özellikle diyetle yağ alımının artmasının obezite ile birlikte olduğuna dikkat çekilmiştir. Yağ içeriği yüksek gıdaların daha lezzetli olması aşırı tüketime neden olmaktadır. Yeme davranış bozuklukları da aşırı ve dengesiz beslenme nedeniyle obeziteye neden olur. Sebze ve meyve tüketiminin azalması, ev dışı iş yemeklerinin sıklaşması, hızlı yemek yeme ve gece yemek yeme alışkanlığı obeziteye neden olan diğer faktörler olarak karşımıza çıkmaktadır (59).

Ebeveynlerin kendi beslenme alışkanlıkları ve çocuklarına baskı uygulamaları gibi faktörlerin 5 yaşındaki kız çocuklarının sebze ve meyve tüketimleri üzerindeki etkilerini belirlemek amacıyla yapılan bir araştırmada 191 aile incelenmiştir. Sonuçta sebze ve meyve tüketiyor olmalarının çocuklarında da benzer tüketim özellikleri görülmesine yol açtığı, ebeveyn baskısının ise çocukların sebze ve meyve tüketimini azaltıcı etki yaptığı, sebze ve meyve tüketiminin artmasıyla mikro besin elementleri alımının da arttığı, yağ alımının ise azaldığı tespit edilmiştir (60).

#### 2.1.3.4. Fiziksel aktivite

Fiziksel inaktivite, obezite gelişmesinin en önemli nedenini oluşturmaktadır. Modern toplumlarda daha az enerji harcanarak işlerin yürütülme imkanı, vücudun kullanmadığı enerjiyi yağ olarak biriktirmesine neden olmaktadır (61-63). Yapılan bir çalışmada

obezitenin başlamasında fiziksel inaktivitenin sorumluluk payının %67.5 gibi çok önemli bir oranda olduğu tespit edilmiştir (61). Epidemiyolojik çalışmalara göre erkekler arasında kilo fazlalığına daha çok sedanter hayat yaşayanlarda rastlanmaktadır (64).

Televizyon, elektronik oyunlar ve bilgisayar başında harcanan zaman sedanter yaşamı meydana getirmekte ve sedanter yaşam obezitenin bir risk faktörü olabileceği gibi eşlik eden bir durum da olabilmektedir. Sedanter yaşam tarzının çocuklarda yaygın olması sosyal, çevresel ve psikolojik nedenlerle açıklanabilir. Endüstrinin makineleşmesi, evlerde iş kolaylaştırma aletlerinin çoğalması, ulaşım kolaylıkları, araba kullanımının ve televizyon izlemenin yaygınlaşması, aktivitenin ve enerji harcanmasının azalmasına yol açmaktadır (65). Televizyon izleme, sedanter yaşam ve seyirle beraber yeme aktivitesi nedeni ile obezite riskini arttıran bir faktördür. Televizyon izlerken atıştırma davranışı ve televizyon izlerken yenen besinlerin yüksek yağ, şeker ve tuz içermesi enerji alımı ve harcanması arasındaki dengesizliği arttırmaktadır (66).

1000 kişi ile yapılan bir prospektif çalışmada hafta içi günde 2 saatten fazla televizyon izlemenin 26 yaşında %17 fazla ağırlık, %15 düşük form, %15 artmış serum kolesterol düzeyleri ve %17 sigara içiminden sorumlu olduğu gösterilmiştir (67).

Ülkemizde yapılan çalışma verilerine göre, 20-29 yaş kadınların % 50'sinin aktivitesi çok hafif ve hafif, %45'nin orta ve ancak % 5'nin aktivite düzeyi orta üzerinde bulunmuştur. Erkeklerin fiziksel aktivitesi daha fazla ise de aktivite düzeyi yaş ilerledikçe azalmaktadır (68).

#### 2.1.3.5. Sosyoekonomik-Kültürel Etmenler

Az gelişmiş veya gelişmekte olan ülkelerde şişmanlık, halkın daha çok doygunluk isteğinin tatmin edilmesine bağlı olarak karbonhidrattan zengin besinlerin aşırı tüketilmesi, öğün atlanması ve bazı öğünlerde çok yenilmesi, yani düzensiz beslenme şeklinden olabilmektedir. Gelişmiş ülkelerde ise sağlıklı beslenme bilincinin yerleşmediği düşük sosyoekonomik gruplarda yanlış beslenmenin yanı sıra teknolojik gelişmelerin doğrultusunda pek çok işin makinelerle yapılması sonucu hareket azlığı da şişmanlığın oluşmasında önemli bir etkidir (60).

Son 20 yılda, modern batı ülkelerinde olduğu gibi ülkemizde de, sosyoekonomik durum ve yiyecek alışkanlıklarının değişmesi ile birlikte obezite oranlarında artış görülmüştür. Yaş, sosyoekonomik durum ve ırka bağlı olarak farklılık görüle bile, 20 – 55

yaş grubu arasındaki kadınlarda obezite oranlarında 2 kat artış görülmektedir. Bu artış özellikle düşük sosyoekonomik düzeydeki kadınlarda, üst düzey gelir grubundakilere göre 2,5 kat daha fazla olmuştur (69).

Yapılan bir çalışmada, gelir düzeyi arttıkça, obezite sıklığı artmakta; buna karşılık, öğrenim düzeyi arttıkça obezite sıklığı azalmaktadır sonuçlarına ulaşılmıştır (66). Bir başka çalışmada; gelişmiş toplumlarda öğrenim düzeyi ve gelir azaldıkça obezite oranlarında artış görüldüğü sonucuna ulaşılmıştır (59).

#### 2.1.3.6. Yaş ve cinsiyet

Vücuttaki yağ dokusunun hacmi, yağ hücrelerinin sayıları ve büyüklükleri ile ilişkilidir. Yağ hücrelerinin sayısı doğum öncesi ve doğumu izleyen ilk yıllarda artış gösterir. Bu artış ergenliğe kadar devam etmektedir. Çocukluk çağı şişmanlığı büyük oranda erişkinlik dönemine sarmaktadır. Bu nedenle yaşam boyu şişmanlığın önlenmesi için çocukluk ve ergenlik çağında şişmanlığa dikkat edilmelidir. Yaş ilerledikçe bazal metabolizma hızı yavaşlamakta ve enerji harcaması azalmaktadır (66).

Yaşın ilerlemesiyle birlikte obezite prevalansında artış görülür. En yüksek vücut ağırlığı artışı her iki cinsiyette de 25-34 yaş arasında olur. Kadınlar erkeklere göre daha çok vücut yağı depolarlar ve erkeklere göre obez olma eğilimleri daha yüksektir (59). 18 yaşındaki erkeklerin vücut ağırlığının % 15-18'ini, kızların % 20-25'ini yağ dokusu oluşturmaktadır. Kadınlardaki yağ oranı erkeklerden fazladır (66).

Kızlarda puberteden sonra kilo alımı erkeklere oranla daha fazladır. Gebelik ve emzirme dönemlerinde alınan kilolar da verilememekte ve obezitenin görülme sıklığı yükselmektedir. Yaşın ilerlemesi her iki cinsiyette de aktivite azalması sonucu, enerji harcanmamasına neden olmaktadır (70).

#### 2.1.3.7. İlaçlar

Kilo artışı, yaygın kullanılan birçok ilacın sık fakat genellikle gözden kaçan bir yan etkisi olarak ortaya çıkabilmektedir. Duyarlı kişilerde kilo artışı klinik olarak anlamlı obeziteyle ve ilişkili komorbiditeleri ile sonuçlanabilir. Obeziteye neden olan ilaçlar aşağıda özetlenmiştir (22):

- ✓ Antidepresanlar: Amitriptilin, doksepin, mirtazapin, imipramin, nortriptilin, fenelzin, SSRI'lar.
- ✓ Duygudurum düzenleyicileri: Lityum, valproik asit, karbamazepin
- ✓ Antipsikotikler: Klorpromazin, klozapin, tioridazin, olanzapin, sertindol, risperidon, trifluperazin, flufenazin
- ✓ Antimigren ve antihistaminikler: Siproheptadin, flunarizin, pizotifen
- ✓ Antidiyabetikler: Sülfanilüreler, bütün insülin preparatları, glitazonlar
- ✓ Glikokortikoidler: Farmakolojik dozları
- ✓ Beta blokörler: Non spesifik (örnek: propranolol)
- ✓ Seks hormonları: Östrojen (yüksek doz), megestrol asetat, tamoksifen

İlaç nedenli obezitede yer alan teorik mekanizmalar ise; Serotoninerjik ve dopaminerjik aktivitede azalma, yağ asitlerinin beta oksidasyonunun bozulması ve substrat oksidasyonundaki diğer değişiklikler, sempatik sinir sistemi aktivitesinin azalması, enerji sarfiyatının azalması, sedasyon, ağız kuruması ve kalorili içeceklerin alımının artmasına neden olan antikolinergik yan etkiler, hipotalamik leptin ve nöropeptid Y aktivitesinde değişiklik şeklinde özetlenebilir (66).

#### 2.1.3.8. Sigara

Obezitenin sigara kullanımı ve bırakılması ile de bağlantısı olduğu düşünülmektedir. Sigaranın bırakılmasını izleyerek iştah artar. Sigara, Tiroid Stimulan Hormon (TSH) aktivitesini ve metabolizmasını artırır. Sigara bırakıldığı zaman bunlar normale döner. Sigara içenlerde tiroid aktivitesindeki artış enerji harcamasının artmasına, böylece obeziteden korunmaya neden olabilir. Bununla birlikte sigara içmek bir zayıflama yöntemi değildir (67).

Sigarayı bırakanlarda vücut ağırlığında artışa çok fazla rastlanmaktadır. Araştırmalara göre sigarayı bırakma obezite oranını, sigara içmeyenlere göre ortalama iki kat artırır (59).

MONICA (Monitoring of Trends and Determinants in Cardiovascular Disease) çalışmasında 35-64 yaş arasında kadın erkek her iki popülasyonda sigara içenlerin BKİ'si içmeyenlere göre 2-3 kat daha az bulunmuştur (46).

Öte yandan psikodinamik açıdan tütün bağımlılığı olanlarda bağımlılık, güvensizlik, yetersizlik, güçsüzlük, edilgenlik duyguları ile “oralite”, çekingenlik, utangaçlık, suçluluk, günahkarlık duyguları ile “ödipal” özelliklerin daha çok olduğu ileri sürülür. Bu nedenle

sigarayı bırakanların oral doyum amacıyla sigara yerine besin (özellikle besleyici değeri yüksek besinler) almaları obeziteye yol açabilir (4).

#### 2.1.3.9. Psikolojik durum ve stres

Obez bireylerin psikolojik durumları ile kilo almaları arasında sıkı bir bağlantı vardır. Stres, anksiyete, depresyon gibi çeşitli psikiyatrik davranış değişiklikleri hipotalamik merkezleri etkileyerek yeme alışkanlıklarını değiştirmekte ve obeziteye sebep olabilmektedir (59).

Psikanalitik araştırmalarda obezite kişilik bozukluğunun psikosomatik bir semptom kompleksi olarak kabul edilmiştir. Obez hastalar arasında çok geniş ve dinamik yapısal farklılıklar olmasına karşın bu hastaların ego yapıları belirgin olarak anoreksi hastalarından ayırt edilebilmektedir. Obez hastaların ailesinde patolojik narsistik aile şekli tespit edilmiştir. Obez hastaların ego çatışmalarını anorektik hastalar gibi içgüdüsel aşırı kontrol ile değil, içgüdüsel zevkle kontrol etmeye çalıştıkları belirtilmiştir. Ayrıca şişman hastalar suçluluk duygularını açlık, kusma ya da laksatif kullanarak değil; bunun yerine dürtülerini kontrol edememenin sorumluluğunu inkar etme yolu ile kompanse ederler. Etkisiz egoları sebebiyle şişmanların sonu gelmeyen diyet girişimleri genellikle bireysel kontrolünün yetersizliğinin bir göstergesidir (46).

Ruhsal durumla yemek seçimi, yeme miktarı ve yeme sıklığı arasında, fizyolojik ihtiyaçlardan bağımsız bir ilişki mevcuttur. İnsanda yeme davranışının anksiyete, neşe, üzüntü, öfke, depresyon gibi farklı duygulara göre değiştiği yaygın olarak kabul edilmektedir. Çalışmalarda sıkıntı, depresyon, yorgunluk sırasında yeme miktarında artma, korku, gerilim ve ağrı sırasında azalma olduğu bildirilmektedir. Bu durum üzüntü ve neşenin yeme davranışını etkilediğini göstermektedir (72).

Yapılan bir çalışmada yetişkin kadınların %83,8'inin üzüntülü ve stresli olduklarında, %49,6'sının sevinçli ve heyecanlı olduklarında besin alımlarında değişiklik yaptıkları, üzüntülü ve stresli olduklarında daha çok ve sık yemek yiyenlerin BKİ değerlerinin, değişiklik yapmayan ve besin alımlarını azaltan kadınlardan önemli düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur (66).

Şişmanlığın estetik yönden olumsuz değerlendirilmesi, özellikle ergenlik çağındaki kızlarda psikolojik sorunlara yol açmaktadır. Yeme bozukluğu ve depresyon gibi bazı ruhsal sorunlar, şişman kişilerde normal kiloda olanlara oranla daha sık görülmektedir. Diğer

yandan ruhsal hastalıklar da yeme davranışının ve egzersiz alışkanlıklarının değişmesine yol açarak şişmanlığın gelişmesine etkiye bulunabilmektedir (60).

Obez bireyler diğer kişilerin kendilerinden tiksindiklerini ya da küçük gördüklerini düşünmektedirler. Obeziteye karşı olumsuz sosyal tutumlar obezlerde bu duyguların pekişmesine yol açmakta ve obeziteye ilişkin ağır zihinsel uğraşlar bireyde benlik saygısının azalmasına, olumsuz bir kendilik kavramının gelişmesine neden olmaktadır. Beden imajından hoşnutsuzluğun somut ölçüsü ise “aynadan kaçmak”tır (46).

Neredeyse tüm dünya uluslarında güzellik ince olmakla eş değer görülmekte, bedenlerine ve kilolarına dikkat edenlerin bedenlerini ve kendilerini sevdikleri, buna bağlı olarak da benlik saygılarının yüksek olduğu düşünülmektedir. Tersine obezlerin çoğunlukla tembel, ve kötü oldukları düşünülmekte, birçok örneğinde de görüldüğü gibi, obezler toplumda alay konusu edilmektedir. Yukarıda sayılan nedenler ve medyanın ince insan imajını sürekli gündeme getirmesi gibi birçok faktörün etkisiyle obezlerin sosyal ön yargılara maruz kaldıkları; iş, eş ya da arkadaş bulma sorunlarının olduğu, daha az eğitim aldıkları ve daha az gelir getiren işlere sahip oldukları belirtilerek obezitenin psikososyal boyutuna dikkat çekilmektedir. Tüm bunlar obezlerin, beden imajı doyumlarının yanı sıra benlik saygısını ve sonuçta yaşamlarının kalitesini etkilemektedir (14).

#### **2.1.4. Obezitenin komplikasyonları**

##### **2.1.4.1. Metabolik Komplikasyonlar**

Obezite birçok hastalığa neden olabilir, alevlendirebilir ya da riskini arttırabilir. Obeziteye en sık eşlik eden durumlar koroner kalp hastalığı, tip 2 diyabet, hipertansiyon, dislipidemi, inme, safra kesesi hastalıkları, uyku apnesi, solunum problemleri, ağırlık taşıyan eklemlerde osteoartrit ve bazı kanserlerdir (endometrium, meme, prostat, kolon) Obezite ile ölüm arasında da açık bir bağ vardır. Kardiyovasküler hastalıklar ölümlerin birinci nedenidir (73,74).

#### 2.1.4.2. Psikolojik Komplasyonlar

Obezitenin psikolojik faktörler ve psikiyatrik hastalıklarla ilişkisi birçok çalışmada gösterilmiştir. Obez bireylerde görülen psikolojik sorunlar dört ana başlık altında toplanabilir. Bu sınıflamada tüm grupların birbirleriyle bağlantılı oldukları, birinin diğerine zemin hazırladığı ve zaman zaman iç içe geçtikleri dikkati çeken bir başka konudur (4).

#### 2.1.4.3. Benlik Saygısı üzerine olumsuz etkiler

Benlik saygısı, kişinin kendini tanıması ve gerçekçi olarak değerlendirmesi sonucunda kendi yetenek ve güçlerini olduğu gibi kabul edip benimsemesi şeklinde tanımlanmakta olup, kişinin kendisine karşı duyduğu sevgi, saygı ve güven duygularını ifade etmektedir (75).

Benlik saygısının duygusal, zihinsel, toplumsal ve dolaylı olarak da bedensel öğeleri vardır. Kendini değerli hissetme, yeteneklerini ortaya koyabilme, başarma, toplum içinde beğenilir olma, kabul görme, sevilme, kendi bedensel özelliklerini kabul ve benimseme, benlik saygısının oluşması ve gelişmesinde önde gelen etkenlerdir (76).

Rosenberg, benlik saygısını kişinin kendisine karşı, olumlu veya olumsuz tutumu olarak ele almıştır. Kişi kendini değerlendirmede olumlu bir tutum içinde ise, benlik saygısı yüksek, olumsuz bir tutum içinde ise, benlik saygısı düşük olarak kabul edilmektedir (77).

Erişkinlerde obezite ile benlik saygısı arasındaki ilişkileri araştıran çalışmaların bazılarında benlik saygısı ile BKİ arasında ters orantı olduğu (78), bir çalışmada ise ilişki olmadığı belirlenmiştir (79). Literatürde obezite ile benlik değerinin azalması arasında doğrusal bir ilişki olduğuna dair araştırmalar çoğunluktadır (16,80). Obezlerde depresyon ve benlik saygısı düzeylerini incelemek amacıyla gerçekleştirilen ve 87 obez kadınla yapılan bir çalışmada obezlerin %42.5'inin depresif olduğu, %58.6'sının benlik saygısının düşük olduğu tespit edilmiştir (81). Ogden ve Evans'ın çalışmasında da obez olgularda depresyonun daha fazla, benlik saygılarının daha düşük olduğu (82); Kartal'ın çalışmasında ise yine obezlerde benlik saygısının daha düşük olduğu saptanmıştır (83).

Galletly ve ark.'nın 64 kadınla yaptıkları prospektif çalışmada kilo kaybedilmesi ile depresyon oranında azalma ve benlik saygısında artma kaydedilmiştir (84). Bir başka çalışmada ise benlik saygısı ile cinsel çekicilik arasında ilişki bulunmuştur (85).



Özellikle batı toplumlarında zayıflık kavramı beğeni toplarken, obez bireyler dışlanmakta ve çeşitli olumsuz etiketlere maruz kalmaktadırlar. Benlik saygısının kişiler arası ilişkilerden ve bireyin bu ilişkilere verdiği anlamdan etkilendiği düşünülürse, çevreden gelen olumsuz geri bildirimler bireyde benlik saygısının azalmasına neden olacaktır. Aşırı kilo nedeni ile eleştirilme ve sosyal dışlanma, okul ya da iş yaşamını, sosyal ilişkilerini ve fiziksel etkinliklere karşı tutumlarını olumsuz etkileyecektir (4)

Obez bireylere karşı küçük görme, önyargı ve saygısızlık son derece yaygındır. Sobal ve Stunkard bu duruma; “sosyal olarak kabul gören önyargı” demişlerdir. Sağlık personelinin bile obezlerin tembel, aptal ve değersiz olduğunu düşündüğü görülmüştür (86,87).

Önyargı ve ayırım daha çocuklukta başlar. Yaklaşık 40 yıl evvel Stafferi 6 yaşındaki bir çocuğun, aşırı kilolu başka bir çocuğun görünüşünün “tembel, kirli, aptal, çirkin” olduğunu düşündüğünü saptamıştır. Ayrımcılık obez bireylerin özsaygılarının azalmasına, depresyona açık duruma gelmelerine yol açar. Benlik saygısının azalması obez bireylerin disforik ve depresif olmalarına sebep olur (86).

Obez kişiler çalışma hayatında da ayrımcılıkla karşılaşır. İşverenlerin %16’sı obez kadınlara iş vermemekte, %44’ü de ancak özel şartlarda bu tür bireyleri çalıştırmayı kabul etmektedir. Güvenlik güçleri, itfaiye birimleri ve havayolları obez bireyleri işe almamaktadır veya işten çıkarmaktadır. Rand ve Mcgregor, obez bireylerin önemli ölçüde önyargı ve ayırım ile karşılaştıklarını tespit etmişlerdir. 57 obez bireye operasyon öncesi ve sonrası (14 ay sonra) envanter uygulamışlardır. Obez bireyler operasyon öncesi kendisine ayrımcılık yapıldığını ve önyargılı davranıldığını belirtmişlerdir. Operasyondan sonra böyle bir yakınma dile getirmemişlerdir (86)

#### 2.1.4.4. Beden Algısı üzerine olumsuz etkiler

Benlik saygısı ve beden algısı yakın ilişkisi olan kavramlardır ve sebep sonuç ilişkisi şeklinde birbirlerinden etkilenirler. Bireyin kendi bedenini ve beden parçalarını algılayarak onlara belli anlamlar vermesi kendilik algısı, kimlik ve kişilik kavramları ile ilişkilidir. Kendini fiziksel açıdan olumlu değerlendirenler, kişilerarası ilişkilerde daha güvenli ve işlerinde daha başarılı olurken, kendini beğenmeyen, kendinde birçok kusurlu yanın bulunduğunu düşünen insanlar ise yaşamlarının çeşitli dönemlerinde ya da sürekli olarak huzursuz, güvensiz ve değersizlik duyguları içindedirler (4).

En yalın anlamıyla beden algısı, zihnimizde şekillendirdiğimiz kendi bedenimizin bize nasıl görüldüğüdür. Beden organlarının zihinsel tasarımlarının tümü olan beden algısı, “ben” fikrini oluşturur ve egonun sonraki biçimlenmesinde temel bir önemi vardır (88).

Bireyin kendi bedenini algılaması objektiften çok subjektiftir. Bir kişinin algısı diğerlerinin bakışlarıyla uyum göstermeyebilir, aslında çok sık olarak, başkalarının yargılarından daha olumsuzdur. Terapistler hastalara, beden algısıyla ima edilenin kişinin gerçek (objektif) fiziksel görünüşü olmasından çok, bedeni hakkında kendisinin görüşü veya “zihinsel resmi” olduğunu açıklamalıdır (89).

Obezlerdeki beden algısı ile ilgili çalışmalara bakıldığında; BKİ'nin beden hoşnutsuzluğuna anlamlı düzeyde etkisi olduğunu (90) ve obez grubun, obez olmayan grupla kıyaslanmasında obezlerin daha fazla beden hoşnutsuzluğuna sahip oldukları görülmektedir (91). Olumsuz beden algıları nedeni ile terapiye giden obez kadınlarla Beden Dismorfik Bozukluk Ölçeği ve Beden Şekli Soru Listesi kullanılarak yapılan bir araştırmada, % 80'den daha fazlasında olumsuz beden algısının olduğu saptanmıştır (92). Birçok obez birey görünüşlerinden hoşlanmaz ve bu, genellikle kilo kaybetmeyi istemelerinin başlıca sebebidir. Kilo kaybının görünüş ve çekiciliklerini artıracığına ve sonuç olarak kendileri hakkında daha iyi hissedeceklerine inanırlar (93).

Obez bireylerin genel tedavisinde beden algısı üzerinde çalışmanın önemli bir yeri olduğu ileri sürülmektedir (89). Cash, çok düşük kalorili bir diyet kullanarak kilolarını %24 azaltan obez kişilerin beden algısının bütün yönlerinde önemli iyileşmeler yaşadıklarını saptamıştır. Ancak, tek başına kilo kaybı bütün beden algısı sorunlarını yok etmemektedir, özellikle de kilo kaybı hafif derecede ise (94). Örneğin Cash ve ark.nın, asla fazla kilolu olmamış orta kilolu kişiler, fazla kilolu olmuş orta kilolu kişiler ve o anda fazla kilolu olan kişiler olmak üzere üç grubu kıyasladıkları çalışmalarında; daha önce fazla kilolu olan deneklerin görünüşlerine olan tutumları, o an fazla kilolu olan gruptakilerle benzer bulunmuştur. Asla fazla kilolu olmamış olanlarla kıyaslandıklarında bu kişilerin bedenlerinden daha az memnun oldukları ve kendilerini daha şişman olarak algıladıkları bulunmuştur. Bu çalışmada “beden algısı terapisi” nin önemi vurgulanmıştır (94).

Obez kadınlarda beden hoşnutsuzluğu şiddetinin gerçek beden ağırlığından çok, algılanan beden ağırlığıyla ilişkili olduğu gösterilmiştir (91). Başka bir çalışmada, beden hoşnutsuzluğunun düşük benlik saygısı ve depresyon ile ilişkili olduğu, ancak algılanan beden ağırlığının düşük benlik saygısına neden olurken, gerçek beden ağırlığının düşük benlik saygısı ve depresyonla ilişkili olmadığı bildirilmiştir (95).

Obezitenin başlangıç yaşının beden hoşnutsuzluğuna etkisini araştıran çalışmalarda, 16 yaşından önce obezitesi başlayan grupta erişkin dönemde daha fazla beden hoşnutsuzluğu ve daha düşük benlik saygısı bulunmuş, bu durum çocukluk döneminde bedeniyle ilgili alaylara hassasiyetin daha fazla olması ve başa çıkma becerilerinin henüz yeterince gelişmemiş olmasına bağlanmıştır (91). Yapılan çalışmalar da bu bulguları desteklemiştir. Çocukluk çağında obezitesi başlayanların olumsuz beden algısının, erişkin çağda obezitesi başlayanlara göre daha fazla olduğu bildirilmiştir (96).

#### 2.1.4.5. Aile İlişkilerinde Yaşanan Sorunlar ve Sosyal Uyum Sorunları

Yaygın olarak kabul edildiği gibi ebeveyn davranışları çocuk gelişimini pek çok açıdan şekillendirmektedir. Diyet yapan genç kızların bu davranışları annelerinden öğrendikleri görülmüştür. Kilolu kızların anneleri çocuklarının ne kadar ve nasıl yemeleri ile ilgili daha fazla dış kontrol uygulamaktadır. Bu anne kontrolünün odak noktası, yiyecek alımını azaltmaktır. Kızlarının yiyecek alımını sınırlayan annelerin ifadeleri kendi diyet kısıtlamaları ile bağlantılı bulunmuştur (97).

Sosyal ve fiziksel çevrelerdeki yetersizliklerin erişkinlikteki obezite ile bağlantılı olduğu düşünülmektedir. Lissau ve ark.'nın çalışması ebeveynlerinden yeterli destek alamayan çocukların erişkin dönemde diğerlerinden yedi kat daha fazla obezite riski altında olduğunu göstermektedir (98).

Olumsuz beden algısına sahip genç kızların daha zayıf aile ilişkileri bildirdikleri dikkati çekmektedir (99).

Obezitenin gelişiminde psikososyal faktörlerin rolü kabul edilmektedir. Bu grupta obez olmayanlara göre daha çok psikososyal rahatsızlık görülmektedir. Tedavi için başvuran obez kişilerin psikolojik rahatsızlık ve yeme sorunlarının olma olasılığı, tedavi için başvurmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Amerika Birleşik Devletleri ve diğer gelişmiş ülkelerde, obezite prevalansının azınlık gruplarında, düşük sosyoekonomik sınıflarda ve eğitim düzeyi düşük kitlelerde daha yüksek olduğu gösterilmiştir. Obez bireyler çalışma yaşamında daha az kalifiye olarak değerlendirilmekte, çalışma alışkanlıklarının daha kötü, duygusal ve kişilerarası ilişkilerinin daha sorunlu olduğu düşünülmektedir. Obez bireylerin prestijli okullara kayıt olma ve daha çok tercih edilen mesleklere kabul edilme şanslarının daha düşük olduğu belirtilmektedir. Astım, diyabet ve

kas-iskelet deformiteleri gibi diğer kronik fiziksel hastalıklarla beraber obezite sıklıkla daha düşük evlilik oranı gibi negatif sosyal ve ekonomik sonuçlar da doğurmaktadır (100).

#### 2.1.4.6. Yeme Tutumu ve Yeme Bozuklukları

Yeme davranışı motor, bilişsel, sosyal, duygusal gelişmelerin merkezi ve çevresel faktörler tarafından düzenlenmesiyle oluşan kompleks bir fenomen olarak görülür. Yeme sadece biyolojik gelişim ve fizyolojik fonksiyonların gereksinimini sağlamak için değildir. Anne bebek ilişkisinden itibaren bütün sosyal ilişkilerin oluşumuyla da ilgilidir. Yeme çok çeşitli haz veren ve acı veren yaşantılarla ilişkilendirilmektedir (73).

Obez kişilerin tümünün kilolu oluşlarında yeme davranışlarının sorumlu olmadığı bilinmektedir. Bununla birlikte obez bireyler arasında aşırı yemenin yaygın olduğu kabul edilir. Obez bireylerin normal kilolu bireylere göre uyarılma eşiklerinin daha düşük olduğu bilinmektedir. Bu kişiler dış uyaranlara daha rahat ve fazla yanıt verirler. Bu bireyler normal kilolu bireylere göre ağrı stres ve diğer emosyonel uyaranlara karşı daha fazla bir uyarılma örneği gösterirler. Bu bireylerdeki uyarılabilirlik eşiğinin düşük oluşu, dış uyaranlara yanıt vermedeki artışla birleşince bu durum aşırı yeme ile sonuçlanabilir. Uyarılabilirlik eşiği düşük olan bireyler yiyecek uyaranlarının bulunduğu ortamda diğer bireylere göre bu uyaranlara daha kolay ve daha yoğun yanıt vermektedirler (73).

Obezlerde anksiyete düzeyleri ve yeme tutumları arasında ilişki olduğu düşünülmüştür. Çalışmalar obez bireylerin, anksiyete yaratan durumlarla karşılaştıklarında normal kilolu bireylere kıyasla anlamlı şekilde daha fazla yemek yediklerini göstermiştir. Obez bireylerin yaklaşık %10'unda günlük stresörlerle ortaya çıkan sabahları iştahsızlık, uykusuzluk ve gece yeme davranışı saptanmıştır. Bu tür davranış stres altında ortaya çıkar ve stres geçinceye kadar sürer. Açlık dürtüsü olmadan ortaya çıkan yeme atağı sırasında kontrolü kaybetme duygusu yaşanır ve aşırı miktarda gıda tüketilir. Bu şekilde yeme paterni olan obez grubun obezite tanı kategorisi içinde farklı bir alt grup olduğunu düşünenler çoğunluktadır (73,101).

Hamburger WH, şişman kişilerde tıknırcasına yeme davranışından söz etmiş ve şişman hastalarda özellikle çikolata, şeker, dondurma gibi tatlılara karşı denetlenemeyen, karşı konulamaz bir davranış biçimini, "kompulsif yeme" olarak adlandırmıştır (102). İlk kez Kornhaber 'Tıknıma Sendromu' olarak ayrı bir klinik görünüm tanımlamış, bu sendromun hiperfaji, depresyon ve duygusal geri çekilme ile seyrettiğini belirtmiştir (103).

Kimi araştırmacılar fazla yemekten söz ederken bir aşırı yeme atağı sırasında belli bir kaloriden fazlasını ölçüt olarak almanın araştırmaların düzenlenmesinde daha çok yardımcı olacağını bildirmekte, kimi araştırmacılar ise yenilen yiyeceğin miktarından çok kişinin denetimi yitirdiği duygusunun temel ölçüt olduğunu ileri sürmektedir (104).

Tıkınırcasına yeme bozukluğu (TYB) olan ve olmayan obez bireylerin yeme biçimi, ruhsal bozukluk sıklığı, aile öykülerini karşılaştıran çalışmalar vardır. Bu çalışmalarda TYB olan obez bireylerin, TYB olmayan obez kişilerden aşırı yeme atakları ve bu ataklar sırasında denetimi yitirdikleri duygusuyla ayrıldıkları bildirilmektedir. TYB olan obez kişilerde şişmanlık, TYB olmayanlara göre daha erken yaşlarda ortaya çıkmaktadır. Bu kişiler ağır ve gerçekteşmesi olanaksız sıkı diyetler yapmaya daha erken yaşlarda başlamaktadırlar (105,106). Ayrıca TYB olan bireylerde disföri, düşük benlik saygısı, yetersizlik duyguları, kendilerini etkisiz bulma ve borderline kişilik özelliklerine TYB olmayan obez kişilerden ve normal kilolulardan daha sık rastlanmaktadır (104).

### **2.1.5. Obezitenin Tedavisi**

#### **2.1.5.1 Motivasyon**

Obezite tanısı en kolay konan ancak tedavisi en güç hastalıklardan biridir. Tedaviye uyumda hastanın motivasyonu önemli rol oynamaktadır. Tedavi için başvuran kişilere empatik, destekleyici, açıklayıcı, gerçekteşçi ve yol gösterici bir şekilde yaklaşılması tedaviye uyumu artırmaktadır (107).

#### **2.1.5.2 Diyet**

- ✓ Normal beslenme hakkında bilgilendirilir.
- ✓ Yemek zamanları ve ara öğün zamanları düzenlenir.
- ✓ Aile ile birlikte yemek yemesi önerilir.
- ✓ Yağlı yemekler, ek gıdalar, şekerler kısıtlanır.
- ✓ Tahıllar, sebzeler, meyveler arttırılır.
- ✓ Ekmek kısıtlanır.
- ✓ Karbonhidratlı içecekler kısıtlanır.
- ✓ Düşük enerjili yoğurt ve peynir kullanımı önerilir (107).

### 2.1.5.3. Aktivite

Aktivite kas hacmini artırır, yağ miktarını azaltır ve net beden ağırlığında azalmaya neden olur. Düzenli egzersizin iştah azaltıcı etkileri de bilinmektedir. Kalori tüketimini artırır, bazal metabolizmayı hızlandırır. Ayrıca insulin duyarlılığı, HDL/LDL kolesterol oranını artırır. (107).

### 2.1.5.4 İlaçlar

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

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

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

Obezite tedavisinde kullanılan ilaçlar etki mekanizmalarına göre;

1. Gıda alımını azaltan ilaçlar.
2. Metabolizmayı etkileyen ilaçlar (Yağ emilimini ve emilim sonrası metabolizmayı etkileyen ilaçlar).
3. Enerji harcanmasını arttıran ilaçlar şeklinde gruplandırılabilir.

İlaç tedavisinin yararlı olabilmesi davranış değişikliğine bağlıdır. İlaçla belli bir ağırlık düzeyine gelen bireyler ilacın kesilmesiyle kısa bir sürede eski durumuna dönerler. Bunun önlenmesi için ilaçla birlikte davranış değişikliğini de içeren diyet tedavisi gereklidir (107).

#### 2.1.5.5. Cerrahi

Besin alımı ve emiliminin yavaşlatılmasına yönelik cerrahi işlemlerdir. Morbid obezitesi olan hastalarda düşünülmelidir. Mide-barsak by-pass'ı, mide kapasitesinin azaltılmasına yönelik girişimlerdir.

Yağların estetik amaçlı olarak cerrahi yöntemlerle vücudun bazı bölgelerinden aldırılması (liposuction) da uygulanmaktadır. Bu yöntemle belli bölgelerde oluşan yağlar alınmaktadır. Bireyin zayıflamaya yönelik davranış değişiklikleri olmadığı sürece yeniden bu bölgelerde yağ birikimi oluştuğu belirtilmektedir (107).

#### 2.1.5.6. Psikiyatrik Tedavi

Psikiyatrik tedavinin, obezitenin rutin tedavi programına alınmasının gerekliliğine olan inanç giderek artmaktadır. Çünkü diğer tedavi programlarında başarı sağlansa bile uzun vadede sonuçlar umut kırıcıdır.

Obezitenin psikiyatrik tedavisi, kilo kaybını sağlayan ve sağlanan kilo kaybının korunmasını belirleyen yaklaşımlar şeklinde tasarlanmıştır.

1960'lardan bu yana uygulanmakta olan davranışçı terapilerin içeriğinde; yeme eylemi sırasında kendini izleme, yeme ve egzersizle ilgili spesifik davranışsal hedefler koyma, beslenme üzerine dersler; hem yaşam tarzı aktivitesini hem de planlı egzersizi artırma üzerine vurgu yapma, uyaran kontrol tekniklerinin kullanımı, sorun çözme eğitimi mevcuttur (107). Davranışçı terapi, nüks önlemede başarı oranının düşük olması nedeniyle son yıllarda yerini, tedaviye bilişsel faktörlerin de eklenmesiyle oluşan bilişsel davranışçı terapiye bırakmıştır.

Bilişsel davranışçı terapi, obeziteyi başlatan ve devam ettiren süreçlerin bilişsel kavramsallaştırılması ve kalıcı değişim için gerekli olduğu düşünülen, varsayılan devam ettirici bilişsel ve davranışsal mekanizmaları değiştirmek için tasarlanmıştır. İki safhadan oluşmaktadır. Birinci safhada terapötik amaç sadece kilo kaybı değil, aynı zamanda kişisel olarak dikkat çeken diğer alanlarda (örneğin görünüşünü iyileştirme arzusu, kendine güven ve öz saygıyı artırma arzusu), davranışsal değişime erişmek, tedavi sürecinde oluşan değişimleri fark etmek, onlara değer vermek ve değiştirilemeyecek şeyleri (örneğin beden oranlarını) kabul etmeyi öğrenmektir. Bu safhanın önemli bir özelliği, kilo kaybının önündeki engelleri ve beden algısı endişelerini ele almaktır. Kişinin kilo hedeflerini gerçekçi

bir biçimde değerlendirmesi de hedeflenir. İkinci safhada amaç, hastaların etkili kilo kontrolü için gereken davranışsal becerileri ve bilişsel yanıtları edinmelerine ve sonra bunları uygulamalarına yardım etmektir. Bu safhada terapötik amaç kilonun sabit tutulması ve onu korumak için becerilerin edinilmesidir (89).

## **2.2. Benlik Saygısı**

### **2.2.1. Tanım**

Benlik saygısı ya da diğer bir deyişle özdeğer duygusu, “self-esteem”in kavramsal karşılığı olarak Türkçe’de kullanılan bir terimdir. Benlik saygısı kişinin kendini tanıması ve gerçekçi olarak değerlendirmesi sonucunda kendi yetenek ve güçlerini olduğu gibi kabul edip benimsemesi şeklinde tanımlanmakta olup, kişinin kendisine karşı duyduğu sevgi, saygı ve güven duygularını ifade etmektedir (108). Benlik saygısı kavramı; öğrenilmiş bir yaşantıdır, yaşam boyu devam eden bir süreçtir (109).

Benlik saygısının duygusal, zihinsel, toplumsal ve dolaylı olarak da bedensel öğeleri vardır. Kendini değerli hissetme, yeteneklerini ortaya koyabilme, başarma, toplum içinde beğenilir olma, kabul görme, sevilme, kendi bedensel özelliklerini kabul ve benimseme, benlik saygısının oluşması ve gelişmesinde önde gelen etkenlerdir (4).

Benlik Saygısı, kişinin kendini değerlendirmesi sonunda ulaştığı, benlik kavramını onaylamasından doğan beğeni durumudur. Kişi kendinde eksikler bulabilir, kendini eleştirebilir, ancak kendini tümünden olumlu bulup beğenebilir de. Kişinin kendini beğenmesi, kendi benliğine saygı duyması için üstün nitelikleri olması da gerekmez. Çünkü benlik saygısı, kendini olduğundan aşağı ya da olduğundan üstün görmeksizin kendinden memnun olma durumudur. Kendini değerli, olumlu, beğenilmeye ve sevilmeye değer bulmaktır. Kendini olduğu gibi, gördüğü gibi kabullenmeyi, özüne güvenmeyi sağlayan olumlu bir ruh halidir (110).

Benlik Saygısı, kişinin kendisini nasıl değerlendirdiğini gösteren bir yargıdır. Fontane ve Coopersmith benlik saygısının, bireyin kendisi hakkında sürekliliği olan bir dizi değerlendirici tutumundan oluştuğunu belirtmektedir. Buna göre benlik saygısı, kişinin kendisini olduğundan aşağı ya da üstün görmeksizin, kendinden memnun olması ve kendini değerli, olumlu, beğenilmeye ve sevilmeye değer görmesidir. Böylece, benlik saygısı kendini olduğu gibi kabullenmeyi ve özüne güvenmeyi sağlayan olumlu bir ruh halidir (111).



Tafarodi ve Swann (1995) ise benlik saygısını kendini sevme ve öz-yeterlik olmak üzere iki boyutlu bir yapı olarak ele almışlardır. Kendini sevme boyutu bireyin kendisini öznel olarak değerlendirmesini, sosyal bir varlık olarak değerli görmesini, onaylamasını ifade etmektedir. Bir başka deyişle kendini sevme, bireyin iyi ya da kötü bir insan olarak kendine değer biçmesi anlamına gelmektedir (112).

Rosenberg'e göre, benlik saygısı, bireyin kendisine atfedilen değerlendirici tutumların bir dizgesi ya da bireyin kendi değeri hakkındaki algılamaları olarak düşünülebilir (77).

### **2.2.2. Benlik Saygısının Boyutları**

Benlik saygısını yüksek seviyede ve tutarlı olarak sürdüren normal sağlıklı kişiler, canlılık ve enerjilikle özdeşleşirler. Bu kişiler kendilerine güvenen kişiliktedirler. Zayıf yapılanmış benlik saygısına sahip kişiler ise canlılık ve enerjilerini kaybetmiş, kendilerine güvenmeyen, hatta kendini utanç verici değersiz ve çaresiz hisseden, başarı ve becerileri azalmış kişilerdir (113).

Benlik saygısı “ben” ve “diğerleri” olmak üzere iki temel kaynaktan oluşmaktadır. Burada ilk amaç, diğerlerinin saygısını kazanmak ve kişiliğin sevilmesidir. Bireye karşı diğer bireylerin sevgisinin azalması ve çevresi tarafından başarısız görülmesi durumunda benlik saygısı düşmekte; sevgi yeniden kazanıldığında ve kişi diğerleri tarafından beğenildiğinde ve övüldüğünde benlik saygısı yeniden yükselmektedir (114).

Sağlıklı bir benlik kavramı olan bir birey çevreden yansıtılan değerlendirmelerle, kendisinin güçlü ve güçsüz yönlerini kavrayabilir ve kabullenir (115). Yüksek benlik saygısı olan bireyler, kendilerini hatalarına ve kusurlarına rağmen değerli hissederler. Bu bireyler, belirledikleri amaçlara gerçekçi olarak nasıl ulaşabileceklerini bilirler ve kendi yaptıklarının sorumluluğunu kabullenirler. Başarısız olduklarında, başa çıkma yollarını yeniden değerlendirir ve başka bir yöntem seçerler. Başarısızlığı, tümüyle bir hata olarak değil, kendilerini geliştirmek için bir olanak olarak değerlendirirler (110).

Benlik saygısı yüksek bireylerin insan ilişkilerinde daha toleranslı olduğu, grup etkileşimlerinin daha fazla olduğu, yaşamı daha anlamlı buldukları, daha iyi öğrenci oldukları, daha az anksiyetik ve depresif oldukları ve yarışmaya açık oldukları kabul edilir. Tersine benlik saygısı düşük olan kişilerin yaşamlarında mutsuz olmaları olasıdır ve ruhsal dengesizlik görülebilir (115).

Yapılan araştırmalar, düşük benlik saygısı olan bireylerin, alkol bağımlılığı ve yeme patolojileri için (Anoreksiya nervoza ve Blumia nervoza) önemli bir risk faktörü olduğunu göstermektedir (116).

Rosenberg, benlik saygısını kişinin kendisine karşı, olumlu veya olumsuz tutumu olarak ele almıştır. Kişi kendini değerlendirmede olumlu bir tutum içinde ise, benlik saygısı yüksek, olumsuz bir tutum içinde ise, benlik saygısı düşük olarak açıklamıştır (77).

Çuhadaroğlu, düşük benlik saygısının, yalnızca rahatsız edici bir duygu olarak kalmadığını, anksiyeteden psikoza değin değişik patolojik durumların görölmesinde önemli rol oynadığını belirtmiştir (75). Kohut, benlik saygısındaki iniş çıkışların benlikte zedeleyici değişikliklere neden olduğunu ve bunun da anksiyete yarattığını, Öner ise düşük benlik saygısının, durumsal anksiyeteye neden olabileceğini, bu durumun da mantık dışı reddedilme korkularına, başarısızlığa ve eleştirilme kaygılarına, sosyal ve kişiler arası olaylarda felaket beklentisine yol açacağını belirtmektedirler (110).

### **2.2.3. Benlik Saygısının Gelişimi**

Benlik saygısı doğumdan hemen sonra gelişir. Bebekler dereceli olarak bedenlerinin farkına varmaya başlarlar. Bu kendini algılamanın temelini oluşturmalarına yardımcı olur (110).

Bebek, doğumdan itibaren kendisinin merkez olduğu anlayışından kurtulup, uyumlu bir yetişkin olmaya doğru gelişme gösterir. Toplumsallaşma, bebeğin başka insanlara tepki vermesi ile başlar ve ömür boyu devam eder. Yetişkinin davranışları ile bebeğin tepkileri arasında bir ilişki vardır (111).

Gelişim teorilerine göre çocuk, benlik saygısını iki yaş civarında farklı düzeylerde deneyimlemeye başlar. Bu yaşlarda çocuğun benlik saygısının oluşmaya başlamasının ilk belirtileri, anne-baba ile zıtlaşması, bağımsız olma ve çevresini keşfetme isteğidir (111).

Çocuk 6-7 yaşlarına geldiğinde benlik saygısı, kendini başkaları ile karşılaştırma ve rekabet etme ile ilişkilidir. Benlik saygısının yüksek olması için başarı duygusunun, önemli olma duygusunun, yeterlilik duygusunun, güç duygusunun yaşanması gereklidir (111).

Benlik saygısının kökeni çocuklukta başlamakta, fakat ergenlik döneminde örgütlenip bireyin yaşamını etkileyen kalıcı bir faktör olmaktadır (111). Bu çağ insan yaşamının en fırtınalı, en değişken dönemlerinden biridir. Bu dönemdeki birey, hızlı büyüme-gelişme içinde olduğu gibi, bireysel, toplumsal ve evrensel değerleri fark etme ve

kimlik oluşturma çabası içindedir (117). Ergenlik dönemine gelindiğinde yüksek benlik saygısı kazanılmışsa, bu dönemin zorluk ve güçlükleri ile daha kolay baş edilebilir. Ergenlik dönemi, guvensizliğin ve benlik kavramlarında değişikliklerin yaşandığı bir dönemdir. Bu açıdan bakıldığında, ergenlik dönemi benlik saygısı ile ilgili önemli değişikliklerin ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Bu dönemde benlik saygısı, ergenin yaşantılarına, içinde bulunduğu aile ve arkadaş ortamına göre yükselme ya da düşme gösterir. Demokratik ailelerdeki yapı benlik saygısını yükseltmektedir. Benlik saygısı ergenin gelecek yaşamındaki düşüncelerini, duygularını ve davranışlarını belirleyecek olan kimliğinin çekirdeğini oluşturur (111). Ergenlerde benlik saygısı, büyük ölçüde beden imajı ile belirlenir. Bir başka deyişle beden imajı, benlik saygısının fiziksel karşılığıdır. Beden, bireyin hiçbir zaman terk edemeyeceği bir parçasıdır. Bu nedenle bireyin kendisiyle ilgili olarak hissettikleri, bedeniyle ilgili hissettiklerine bağlıdır (118).

Yetişkinlik dönemindeki bir birey; daha gerçekçi, yetersizlikleri ile baş etmeyi renmiştir, güçlü olan yönlerinin farkındadır ve bunları ifade eder. Benlik saygısı yüksek olan bireyler yaşamı daha anlamlı bulur ve yaşama önem verirler. İnsanlar günlük yaşantıları içinde benlik saygılarını tehdit edici durumlarla karşılaşırlar. Bireyin, benlik saygısının etkilenme düzeyi, bu durumda kullandığı baş etme mekanizmasına, yaşanılan durumla daha önceden karşılaşıp karşılaşmamaya bağlıdır (111).

Yaşamın daha sonraki yıllarında, yaşlanma süreci ile ortaya çıkan değişiklikler ve toplumsal normlar nedeni ile benlik saygısı ile ilgili sorunlar tekrar ortaya çıkar. Yaşlılıkla ilgili olarak ortaya çıkan bu sorunlar yeni baş etme davranışları gerektirir (111).

#### **2.2.4. Benlik Saygısını Etkileyen Faktörler**

Benlik saygısının duygusal, zihinsel ve dolaylı olarak da bedensel ögeleri vardır. Kendini değerli hissetme, yeteneklerini, bilgi ve becerilerini ortaya koyabilme, başarma, başarıları ile övünme, toplum içinde beğenilir olma, kabul görme, sevilen olma ve kendi bedensel özelliklerini kabul ve benimseme, benlik saygısının oluşması ve gelişmesinde önde gelen etkenlerdir (113).

Bireyin beden imajında değişim yaratan hastalık durumları ya da gençlik, yaşlılık gibi dönemsel durumlar benlik saygısını da etkiler. Ayrıca bireyin rol değişimleri, yaşadığı kayıplar da benlik saygısını etkileyebilir. Benlik kavramındaki değişimlerin ve kayıpların buykluğundan çok bireyin kendisini nasıl algıladığı benlik saygısını etkiler (111).

Benlik saygısının, kişinin geldiği aile, anne-baba, eğitim düzeyi, meslekleri, ekonomik durumları, gibi daha pek çok etkenle ilişkili olabileceği düşünülerek araştırmalar yapılmıştır. Benlik saygısını olumlu veya olumsuz etkileyen durumları inceleyen araştırmalarda şu sonuçlara varılmıştır:

- ✓ Anne-babanın ilgisi ile gencin benlik saygısı arasında ilişki vardır. Aile köylü veya kentli olsun, üst veya alt sınıftan olsun, gencin benlik saygısı anne babasının ilgisi oranında yükselmektedir. Gencin sözel ifadesine dayanılarak yapılan soruşturmada çıkan ilginç bulgu şudur: Anne-babanın çocuğa ilgisiz davranışı, onun benlik saygısını baskıcı ve cezalandırıcı bir tutumdan daha çok düşürmektedir.
- ✓ Okul yaşamında serbest zaman etkinliklerine katılan ve spor yapan öğrencilerin benlik tasarım düzeyleri yapmayanlarınkine göre daha yüksektir. Aynı zamanda dernek ve kulüplere giren gençlerin benlik saygısı da genellikle yükselmektedir.
- ✓ Anne-baba ile ilgili durumlar gençlerin benlik saygısını etkilemektedir. Anne babanın ayrılmış olması gencin benlik saygısında biraz düşmeye neden olmaktadır. Buna karşılık anne, babasından birinin ölmüş olması benlik saygısını düşürmemektedir. Ayrılmış eşlerin çocuklarında daha çok bunaltı belirtileri ve psikosomatik hastalıklar gözlenmektedir.
- ✓ Aile içinde kardeş sayısı ve doğum sırası ile benlik saygısı arasında ilişki vardır. Tek çocukların, kardeşleri olan çocuklara göre daha yüksek benlik saygıları vardır. Şayet tek çocuk erkekse, benlik saygısı yükselmektedir. Bu sonuç kuşkusuz tek çocuğa, hele tek erkek çocuğa ailede verilen ilgi ve değerle orantılıdır. Bunun gibi kardeşleri hep kız olan bir genç erkek de, hep erkek kardeşi olan bir genç erkekten daha yüksek benlik saygısı göstermektedir (46).

Benlik saygısı kişinin kendisiyle ilgili duyguları ve kendine verdiği değerdir. Kendisini ne kadar önemli bulduğuyla ölçülür. Benlik saygısı kalıcı değildir, günlük olarak değişebilir. Aynı kişide dışsal olaylar, çevreden alınan tepkiler, hastalık gibi bütünlüğü bozan durumlar benlik saygısını etkileyebilir. Fiziksel hastalıklar kişinin kendisiyle ilgili düşüncelerinde sürekli değişmelere neden olur ve sonuçta benlik saygısında düşme meydana gelebilir (111).

### 2.3. Obez Bireylerde Psikopatoloji

Obezite ve psikopatoloji arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmaların sonuçları oldukça çelişkilidir. Obezite ve diğer sağlık sorunları nedeniyle tedavi olanağı arayan bireylerde depresyon ve anksiyete puanlarının orta derecede artmış olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlar, disfori, anksiyete, depresyon gibi psikopatolojik bulguların obeziteye neden olmaktan çok obezitenin sonuçları olarak ortaya çıktığını düşündürmektedir (119).

Klinik ortamlarda obez bireylerin depresyon puanlarının orta derecede yükselmiş olduğu saptanırken genel populasyondan seçilen aşırı obez ve normal beden ağırlığına sahip deneklere ilişkin çalışmalarda obezlerin normal kilolu bireylere göre depresyon, anksiyete, global psikolojik uyum ve standart kişilik ölçümlerinde daha fazla psikiyatrik ve emosyonel bir bozukluk göstermedikleri saptanmıştır. Hatta bir çalışmada depresyon ve obezitenin şiddetinin ters orantılı olduğu bildirilmiştir (106).

Black ve ark.'nın ileri düzeyde obezitesi olan yetişkin hastalarla yaptıkları çalışmada, duygudurum bozukluğu, anksiyete bozukluğu, sigara bağımlılığı ve bulimia nervozanın daha fazla görüldüğü saptanmıştır. Ayrıca kadınlarda ileri düzey obezitenin etyolojisinde post travmatik stres bozukluğunun da rol oynadığını, özellikle fiziksel ve cinsel istismara maruz kalmanın daha sık görüldüğünü ileri sürmüşlerdir (120).

Castelnuovo-Tedesso, ağır obezitesi olan 20 kadın olguyu incelediği çalışmasında; belirgin bir psikiyatrik bozukluk saptamamış ancak pasif agresif kişilik bozukluğu başta olmak üzere kişilik bozukluklarının daha fazla olduğunu tespit etmiştir. Olguların depresif özellikleri olmasına rağmen şiddetli düzeyde olmadığını ve yiyecek alımının tipik bir şekilde duygusal yoksunluğu yatıştırmak için kullanıldığını ileri sürmüştür (121).

Ülkemizde bu alanda yapılan çalışmalar sınırlı olmakla birlikte, Akalın ve arkadaşlarının obez erişkinlerle Borderline Kişilik Bozukluğu (BKB) olan bireylerin gösterdikleri psikolojik belirtileri karşılaştırdıkları çalışmalarında; obez grubun sağlıklı bireylere göre daha fazla psikolojik belirti gösterdiği ve BKB olan bireylerle genel belirti dağılımlarının benzer olduğu ancak bazı alanlarda farklılıklar olduğu saptanmıştır. BKB grubunda depresif, obsesif kompulsif belirtiler ve paranoid-psikotik eğilimler obezlere göre daha yüksek, obez grupta ise benlik saygısı, somatik belirtiler ve yeme patolojisinin BKB grubuna göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (122).

### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1.Çalışma Dizaynı

Bu çalışmaya 01.05.2015 ile 30.10.2015 tarihleri arasında Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniğine zayıflama isteğiyle başvuran, yapılan boy ve kilo ölçümleri neticesinde BKİ:30 kg/m<sup>2</sup>'den büyük saptanan, öncesinde bilinen kronik ve psikiyatrik bir hastalığı olmayan 50 hasta (**Obez A**) ile herhangi bir sebeple polikliniğimize başvuran, BKİ:30 kg/m<sup>2</sup>'den büyük saptanan, öncesinde bilinen kronik ve psikiyatrik bir hastalığı olmayan 50 hasta (**Obez B**) dahil edildi. Kontrol grubu ise aynı tarihler arasında polikliniğimize herhangi bir sebeple başvuran, yapılan boy ve kilo ölçümü sonrasında BKİ normal aralıkta (18.5-24.9 kg/m<sup>2</sup>) olan, bilinen herhangi bir kronik ve psikiyatrik hastalığı olmayan 50 kişiden (**Kontrol**) oluşturuldu.

Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan çalışma için gerekli izinler alındı.

Çalışma kesitsel tipte bir anket çalışması olarak planlandı. Katılımcıların çalışma konusunda bilgilendirilmeleri sonrasında onamları alındı.

#### 3.2. Örneklem Grubu

##### 1.Zayıflama isteğiyle başvuru yapan obez grup (Obez.A)

##### Araştırmaya dahil edilme kriterleri

- a. BKİ 30 (kg/m<sup>2</sup>) ve üzerinde olma
- b. Çalışmaya katılmak için gönüllü olma
- c. 18-65 yaş arasında olma
- d. En az ilkokul mezunu olma

##### Dışlama kriterleri

- a. Endokrin bir bozukluğa bağlı obezitesi olma
- b. Kronik bir hastalığı olma ve sürekli ilaç kullanıyor olma
- c. Obeziteye neden olabilecek ilaç kullanıyor olma (Antidepresan, antipsikotik, duygudurum düzenleyici, antimigren, antihistaminik, antidiyabetik, glukokortikoid)

- d. Bipolar affektif bozukluk, manik atak, şizofrenik bozukluk ve diğer psikotik doğall bir bozukluğa sahip olma
- e. Demans, deliryum, diğer amnestik bozukluklar, epilepsi ve nöbet öyküsü, bilinç kaybının da olduğu kafa travması, diğer nörolojik bozukluklar ve mental retardasyonun olması
- f. Belirgin iřlev kaybına yol ačan fiziksel bir rahatsızlıęa sahip olma

## **2.Zayıflama isteği dışında herhangi bir sebeple başvuru yapan obez grup (Obez B)**

### **Araştırmaya dahil edilme kriterleri:**

- a. BKİ 30 ve üzerinde olma
- b. Çalışmaya katılmak için gönüllü olma
- c. 18-65 yaş arasında olma
- d. En az ilkokul mezunu olma

### **Dışlama kriterleri:**

- a. Endokrin bir bozukluğa bağlı obezitesi olma
- b. Kronik bir hastalığı olma ve sürekli ilaç kullanıyor olma
- c. Obeziteye neden olabilecek ilaç kullanıyor olma (Antidepresan, antipsikotik, duygudurum düzenleyici, antimigren, antihistaminik, antidiyabetik, glukokortikoid)
- d. Bipolar affektif bozukluk, manik atak, şizofrenik bozukluk ve diğer psikotik doğall bir bozukluğa sahip olma
- e. Demans, deliryum, diğer amnestik bozukluklar, epilepsi ve nöbet öyküsü, bilinç kaybının da olduğu kafa travması, diğer nörolojik bozukluklar ve mental retardasyonun olması
- f. Belirgin iřlev kaybına yol ačan fiziksel bir rahatsızlıęa sahip olma

### 3.Kontrol Grubu (Kontrol)

#### Araştırmaya dahil edilme kriterleri:

- a. Herhangi bir kronik, fiziksel hastalığı olmama
- b. BKİ 18.5-24.9 arasında (normal kilolu) olma
- c. Çalışmaya katılmak için gönüllü olma
- d. 18-65 yaş arasında olma
- e. En az ilkokul mezunu olma

#### Dışlama kriterleri:

- a. Kronik veya sürekli ilaç kullanımı gerektiren bir hastalığın olması
- b. Bipolar affektif bozukluk manik atak, şizofrenik bozukluk ve diğer psikotik doğallı bir bozukluğa sahip olma
- c. Demans, deliryum, diğer amnestik bozukluklar, epilepsi ve nöbet öyküsü, bilinç kaybının da olduğu kafa travması, diğer nörolojik bozukluklar ve mental retardasyonun olması
- d. Belirgin işlev kaybına yol açan fiziksel bir hastalığa sahip olma

### 3.3. Verilerin elde edilmesi

Çalışmaya alınan bireylerin boy ve kilo ölçümü yapılmış, obeziteyi belirlemek için Dünya Sağlık Örgütü tarafından 1988'de tanımlanan tartı ve boy parametrelerinden yararlanılarak geliştirilen Beden Kitle İndeksi (BKİ) kullanılmıştır.

Anketin ilk bölümünde her üç gruba yaşı, cinsiyet, boy, kilo, eğitim düzeyi, mesleği, medeni hali, ekonomik durumu, sigara, alkol, uyuşturucu kullanımı, egzersiz uygulaması ve ilaç kullanımını sorgulayan form uygulanmıştır. İkinci bölümde ise Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ) ve Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) yer almaktadır. Çalışmada kullanılan anket ve ölçek formları **EK**'ler bölümünde mevcuttur.



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

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

### **3.5. Beck Depresyon Ölçeği (Beck Depression Inventory)**

Depresif belirti varlığını belirlemek için Beck depresyon Ölçeği (BDÖ) kullanılmıştır. Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olup ülkemizde geçerlik güvenilirlik çalışması Hisli (1988) tarafından yapılmıştır. BDÖ formunda 21 soru yer almaktadır. Her bir soru 4 seçenekten oluşmakta ve kişilerin uygulama günü de dahil son bir hafta kendini nasıl hissettiğini en iyi ifade eden cümleyi seçerek işaretlemesi istenmektedir. Her madde 0 ile 3 arasında puan almaktadır. Toplam puan 0-63 arasında değişir. Toplam puanın yüksek oluşu depresyon düzeyinin veya şiddetinin yüksek oluşunu gösterir. BDÖ toplam puanının 17 ve üzerinde olması depresif belirti olarak kabul edilmiştir. (123)

### **3.6. İstatistiksel Değerlendirme**

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için IBM SPSS Statistics 22.0 programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel (frekans, Yüzdeler dağılımlar, Ortalama, Standart sapma) ve grupların oranlarının

karşılaştırılması amacı ile  $X^2$  (Ki-kare) analizi kullanılmıştır. Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren parametrelerin iki grup arası karşılaştırmalarında t testi kullanılmıştır. Üç ve üstü grupların farklılığının araştırılması için de varyans analizi (ANOVA) kullanılmıştır. Varyans analizi farklı tespit edilen grupların incelenmesi adına Sidak İkili karşılaştırma testi uygulanmıştır. Tüm analizler için anlamlılık seviyeleri  $p=0,05$  olarak belirlenmiştir

#### 4. BULGULAR

Bu bölümde araştırmadan elde edilen temel bulgular özetlenmiştir. Her üç gruba sosyodemografik özellikleri sorgulayan form uygulanmış aynı zamanda alışkanlıkları, egzersiz durumu, son bir yıldaki kilo değişimi gibi sorular yöneltilmiş, ardından Rosenberg Benlik Saygısı ölçeği ve Beck Depresyon ölçeği uygulanmıştır. Sosyodemografik verilerin dağılımı Tablo.2’de gösterilmiştir.

**Tablo.2 Katılımcıların sosyodemografik özellikleri**

<b>Cinsiyet</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Kadın	131	87
Erkek	19	13
Total	150	100
<b>Medeni Hal</b>		
Bekar	64	43
Evli	86	57
Total	150	100
<b>Eğitim Durumu</b>		
İlköğretim	25	17
Lise	64	43
Üniversite Ve Üzeri	61	41
Total	150	100
<b>Meslek</b>		
Ev Hanımı	58	39
Öğrenci	28	19
Memur	37	25
İşçi	19	13
Esnaf	8	5
Total	150	100
<b>Yaş Grubu</b>		
18-25 Yaş	47	31
26-30 Yaş	46	31
31-35 Yaş	32	21
36 Yaş Ve Üstü	25	17
Total	150	100

Tüm katılımcıların %87'sinin kadın bireylerden oluştuğu, %43'ünün bekar ve %57'sinin evli olduğu görülmüştür. Katılımcıların %17'si ilköğretim, %43'ü lise ve %41'i üniversite ve üzerinde düzeyde eğitim aldıkları tespit edilmiştir. Meslek gruplarına bakıldığında %39'unun ev hanımı, %19'unun öğrenci, %25'inin memur, %13'ünün işçi ve %5'inin esnaf olduğu görülmüştür.

Tedavi olmak amacıyla hastaneye başvuran obez bireylerin (Obez A) yaş ortalaması 31,60±8,24, başka herhangi bir sebeple hastaneye başvuran obez grubun (Obez B) yaş ortalaması 28,68±4,99, kontrol grubunun yaş ortalaması ise 28,62±4,75 bulunmuş olup, obez A'nın yaş ortalaması diğer iki gruba göre anlamlı şekilde yüksekti ( $p<0,05$ ).

**Tablo.3 Katılımcıların medeni hallerinin gruplar arası dağılımı**

		Medeni Hal		$X^2$	P
		Bekar	Evli		
Obez A	n	15	35	6,03	0,04
	%	30,0	70,0		
Obez B	n	27	23		
	%	54,0	46,0		
Kontrol	n	22	28		
	%	44,0	56,0		

Obez A grubunun %70'i evliyken, Obez B'nin %46'sı, kontrol grubunun %56'sı evliydi. Obez A'da evli olma yüzdesi diğer iki gruba göre anlamlı düzeyde yüksekti ( $p<0,05$ ). (Tablo.3)

**Tablo.4 Katılımcıların eğitim durumunun gruplar arası dağılımı**

		Eğitim			$X^2$	P
		İlköğretim	Lise	Üniversite Ve Üzeri		
Obez A	n	14	20	16	10,82	0,03
	%	28,0	40,0	32,0		
Obez B	n	9	20	21		
	%	18,0	40,0	42,0		
Kontrol	n	2	24	24		
	%	4,0	48,0	48,0		

Grupların eğitim düzeyi incelendiğinde Obez A’da ilköğretim mezunu bireylerin oranı diğer iki gruba göre anlamlı şekilde yüksekti ( $p<0,05$ ). (Tablo.4)

Katılımcıların zararlı alışkanlık durumunun gruplar arasında anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir ( $p=0,70$ ). Gruplar arası zararlı alışkanlık oranları benzer düzeyde bulunmuştur. Tablo.5’de grupların zararlı alışkanlık dağılımı gösterilmiştir.

**Tablo.5 Zararlı Alışkanlıkların gruplar arası dağılımı**

		Zararlı Alışkanlık			$X^2$	<b>P</b>
		Sigara	MO	Alkol		
Obez A	n	15	4	0	0,15	0,70
	%	78,9	21,1	0,0		
Obez B	n	19	2	1		
	%	86,4	9,1	4,5		
Kontrol	n	11	2	1		
	%	78,6	14,3	7,1		

MO: Maraş otu

Katılımcıların egzersiz yapma tutumları incelendiğinde, Obez A’da bu oran %14, Obez B’de %36 ve kontrol grubunda %26 bulunmuştur. Obez A’da egzersiz yapma yüzdesi diğer iki gruba göre anlamlı düzeyde düşük bulundu ( $p=0,04$ ). (Tablo.6)

**Tablo.6 Katılımcıların egzersiz yapma tutumlarının gruplar arası dağılımı**

		Egzersiz		$X^2$	<b>P</b>
		Evet	Hayır		
Obez A	n	7	43	6,41	0,04
	%	14,0	86,0		
Obez B	n	18	32		
	%	36,0	64,0		
Kontrol	n	13	37		
	%	26,0	74,0		

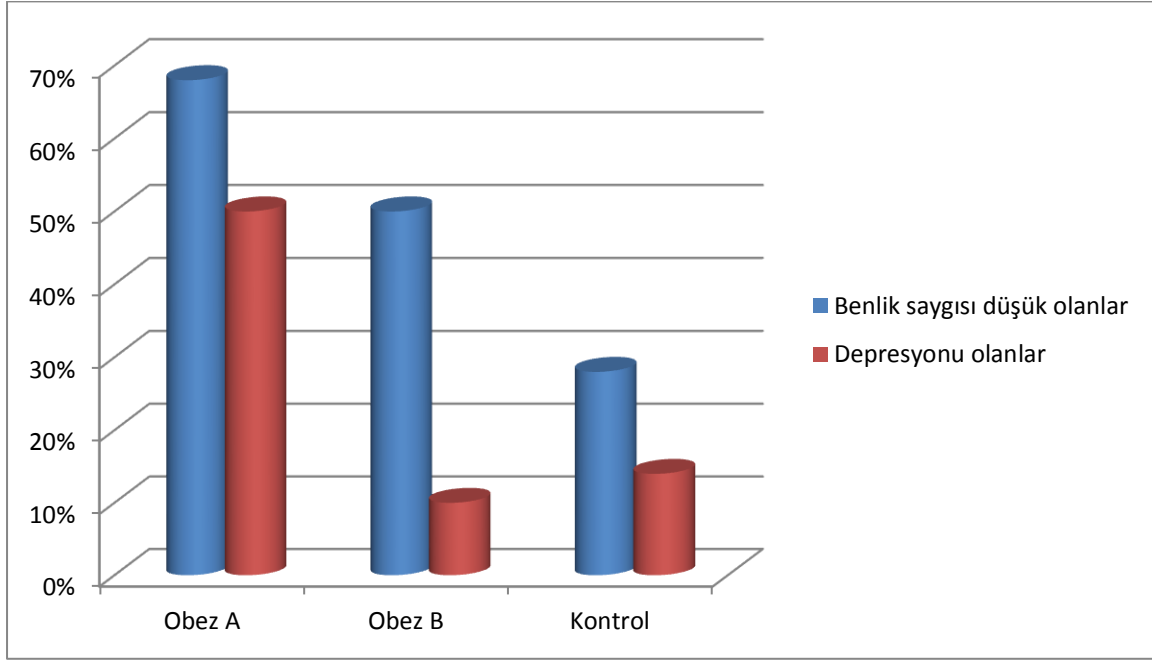
Katılımcıların son bir yıldaki kilo değişimlerine bakıldığında, Obez A ve Obez B’de kilo alanların yüzdesi sırasıyla %74 ve %80 iken bu oran kontrol grubunda %46 tespit edildi. Kilo değişimi olmayanların yüzdesi Obez A ve Obez B’de sırasıyla %14 ve %2 iken, kontrol grubunda %42 bulundu ve bu oran diğer iki gruba göre anlamlı derecede yüksekti ( $p<0,05$ ). (Tablo.7)

**Tablo.7 Katılımcıların son bir yıldaki kilo değişimlerinin gruplar arası dağılımı**

		Kilo Durumu			$X^2$	P
		Son Bir Yılda Kilo Değişimi Olmamış	Son Bir Yılda Kilo Almış	Son Bir Yılda Kilo Vermiş		
Obez A	n	7	37	6	27,59	0,01
	%	14,0	74,0	12,0		
Obez B	n	1	40	9		
	%	2,0	80,0	18,0		
Kontrol	n	21	23	6		
	%	42,0	46,0	12,0		

Benlik saygısı düşük olan bireylerin gruplardaki dağılımlarına bakıldığında Obez A’daki bireylerde düşük benlik saygısı görülme sıklığı %68, Obez B’de %50 ve kontrol grubunda %28 bulunmuş olup, Obez A’da düşük benlik saygısı olan bireylerin yüzdesi diğer iki gruba göre anlamlı şekilde yüksekti. ( $p<0,05$ ). (Şekil.1)

Depresif belirtileri olan bireylerin gruplardaki dağılımına bakıldığında, Obez A’da bu oran %50, Obez B’de %10 ve kontrol grubunda %14 bulunmuş olup, Obez A’daki depresif belirtileri olan bireylerin yüzdesi diğer iki gruba göre anlamlı şekilde yüksek bulundu ( $p<0,05$ ). (Şekil.1)



**Şekil.1 Benlik Saygısı düşük bireylerin ve Depresif belirtileri olan bireylerin gruplardaki dağılımı**

Elde edilen sonuçlara göre düşük benlik saygısı olan bireylerin yaş ortalaması  $30,85 \pm 5,68$  ve benlik saygısı yeterli olan grubun yaş ortalaması  $28,48 \pm 6,70$  olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p=0,02$ ).

Tüm katılımcıların cinsiyetleri ile benlik saygısı arasında anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir ( $p=0,11$ ). Erkek ve kadın katılımcıların benlik saygısı düzeyleri birbirine benzer düzeyde bulunmuştur.

Tüm katılımcıların medeni durumları ile benlik saygısı arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. ( $p=0,01$ ). Bekarlarda düşük benlik saygısı görülme oranı %34,4 iken bu oran evlilerde %59,3 bulunmuştur.

Sonuçlara göre katılımcıların eğitim düzeyleri ile düşük benlik saygısı arasında anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ( $p=0,01$ ). Lise ve altı eğitim alan bireyler arasında düşük benlik saygısı görülme oranı % 60,7 iken bu oran üniversite ve üzeri eğitim alanlarda %31,1 bulunmuştur.

Çalışmayan kadınların (ev hanımlarının) arasında düşük benlik saygısı görülme oranı %67,2 iken bu oran çalışan kadunlarda % 45,7 bulunmuş olup aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p=0,01$ ).

Katılımcıların sigara içme durumunun, benlik saygısıyla arasında anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir ( $p=0,53$ ). Tüm gruplar ele alındığında sigara içenler ve içmeyenlerin benlik saygısı düzeyleri benzer bulunmuştur.

Egzersiz yapanlar arasında düşük benlik saygısına sahip bireylerin oranı %26,3 iken egzersiz yapmayanlarda bu oran %56,3 bulundu. İki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı (p=0,00).

Katılımcıların kilo değişimleri ile benlik saygısı arasında anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir (p=0,03). Son bir yılda kilo verenlerde yeterli benlik saygısı görülme oranının, son bir yılda kilo değişimi olmamış ve son bir yılda kilo almış olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo.8)

**Tablo.8 Kilo değişiminin benlik saygısına etkisi**

Kilo değişimi		Rosenberg Skoru Anlamı		X <sup>2</sup>	p
		Düşük Benlik Saygısı	Benlik Saygısı Yeterli		
Son Bir Yılda Kilo Değişimi Olmamış	n	13	16		
	%	44,8	55,2		
Son Bir Yılda Kilo Almış	n	55	45		
	%	55,0	45,0	6,97	0,03
Son Bir Yılda Kilo Vermiş	n	5	16		
	%	23,8	76,2		

Elde edilen sonuçlara göre düşük benlik saygısı olan bireylerin BKİ ortalaması 32,49±5,43, benlik saygısı yeterli olan grubun BKİ ortalaması 28,27±6,41 bulunmuştur. İki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu. (p=0,03). (Tablo.9)

**Tablo.9 Beden kitle indeksinin benlik saygısına etkisi**

	n	BKİ Ortalama	s.sapma	t	p
<b>Düşük Benlik Saygısı</b>	73	32,49	5,43		
<b>Yeterli Benlik Saygısı</b>	77	28,27	6,41	6,23	0,03



Depresif belirtileri olan bireylerin BKİ ortalaması  $32,86 \pm 5,58$  iken, depresif belirtileri olmayan grubun BKİ ortalaması  $29,49 \pm 6,31$  bulunmuş olup iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı ( $p=0,01$ ). (Tablo.10)

**Tablo.10** Beden kitle indeksinin depresif belirti varlığına etkisi

Beck Depresyon Skoru	n	BKİ Ortalama	s.sapma	t	p
Depresyon belirti yok	113	29,49	6,31	4,40	0,01
Depresyon belirti var	37	32,86	5,58		

## 5.TARTIŞMA

Obezite yüzyılımızın önemli halk sağlığı sorunlarından. Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde morbidite ve mortalite oranları üzerine olumsuz etkileri bulunmaktadır. Zayıflama yönünde toplumsal baskıya ve diyet/kilo verme teknolojilerindeki artışa rağmen obezitenin prevalansı artmakta ve önemi devam etmektedir (124,125).

Bu çalışmada, tedavi arayışında olan obez bireylerin kliniğine, düşük benlik saygısı ve depresif belirtiler gibi psikolojik komplikasyonların diğer bireylere göre daha sık eşlik ettiğini ve bu bireylerin psikososyal desteğe daha çok ihtiyacı olduğunu düşündüğümüz bir hipotezi araştırdık.

Bu çalışmaya ardışık olarak rastgele alınan 100 obez hastanın %88'inin kadın olması, grubun sınırlı sayıda olmasına rağmen ülkemizde obezitenin kadınlarda daha yaygın olduğunu ve bunun nedenlerinin daha kapsamlı çalışmalarla incelenmesinin uygun olacağını düşündürmektedir. Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik hastalıklar Prevelans çalışması-2 (TURDEP-2) verilerine göre Türkiye'de obezite prevalansı erişkin yaş grubunda %32'ye ulaşmıştır (Erkeklerde %22, kadınlarda % 38) ve 1998 yılında yapılan TURDEP-1 çalışması verilerine kıyasla, ülkemizde obezite %44 artmıştır (31). Yine Türk Kardiyoloji Derneği tarafından yapılan ve 3681 kişiyi kapsayan TEKHARF çalışmasında  $BKİ \geq 30 \text{ kg/m}^2$  obezite olarak tanımlanmış ve 30 yaşını aşkın Türk erkeklerinin dörtte birinde (%25.2), kadınların da yarıya yakınında (%44.2) obezite tespit edilmiştir (32) Dünya Sağlık Örgütü tarafından yapılan çalışmalarda ise dünyada obezite yaygınlığı erkeklerde %10-20, kadınlarda ise % 10-25 arasında bulunmuştur (119).

Çalışmaya alınan obez kişilerin %23'ünün eğitim düzeyinin sekiz senelik ilköğretim ile sınırlı olduğu, kontrol grubunda ise ilköğretim mezunu bireylerin oranının %4 olduğu görülmüştür. Çalışmamızda obez grupların eğitim düzeyinin kontrol grubuna göre anlamlı şekilde daha düşük olduğu görülmüştür. Classen, obez ve fazla kilolu kadınların akranlarından daha az eğitim gördüğünü, ancak kilo durumunun erkeklerde eğitim durumunu etkileyen bir durum olmadığını ortaya koymuştur (126). Yapılan bir çalışmada okur-yazar olmayanlarda obezite oranı %64.0; yüksek okul ve üniversite mezunu olanlarda %17.2 bulunmuş olup eğitim düzeyi arttıkça obezite oranının azaldığı görülmüştür (56). Çeşitli çalışmalarda da benzer olarak öğrenim düzeyi arttıkça obezite prevalansının azaldığı görülmüştür. (26,127,128). Almanya'da yapılan 18-64 yaş arası 4063 kişiyi içeren çalışmada

bireylerin BKİ arttıkça eğitim düzeylerinin düştüğü bildirilmiştir (92). Baugman ve ark.'nın yaptığı, fazla kilolu veya obez birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran 665 hastanın incelendiği bir araştırmada, düşük eğitim düzeyinin yüksek BKİ ile ilişkili olduğu saptanmıştır (129). Yapılan bir başka çalışmada obez grupta eğitim yılı azaldıkça BKİ'nin arttığı saptanmıştır (108). Türkiye'nin 7 bölgesini içeren ve 3080 kilolu 688 obez bireyin katılımıyla gerçekleştirilen bir çalışmada da eğitim düzeyleri yüksek olanların düşük olanlara göre daha düşük BKİ'ne sahip oldukları tespit edilmiştir (130). Literatürde öğrenim düzeyi düşük olan kadınlarda, daha yüksek olan kadınlara göre obezite oranının 6 kat daha fazla olduğu bildirilmektedir (13).

Çalışmamızda obez grubun %58'inin evli olduğu, %43'ünün ev hanımı olduğu görülmüştür. Kontrol grubunda ise bireylerin %56'sının evli ve %30'unun ev hanımı olduğu görülmüştür. Yapılan çalışmalarda, evlilerin bekarlara göre daha yüksek oranda obez olduğu saptanmıştır (128,131). Dünya Sağlık Örgütü tarafından 1995 yılında yayınlanmış olan teknik raporda (36) ve 2002 yılında Özkahraman ve ark.'nın 8. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi'nde sundukları çalışmada düşük eğitim durumu, evli olma ve çalışmamanın obezite için risk faktörleri olduğu bildirilmiştir (40).

Obezlerde depresyon ve benlik saygısı düzeylerini incelemek amacıyla gerçekleştirilen ve 87 obez kadınla yapılan bir çalışmada obezlerin %42.5'inin depresif olduğu, %58.6'sının benlik saygısının düşük olduğu tespit edilmiş (81), Ogden ve Evans'ın çalışmasında da obez olgularda depresyonun daha fazla, benlik saygılarının daha düşük olduğu (82), Kartal'ın çalışmasında ise yine obezlerde benlik saygısının daha düşük olduğu saptanmıştır (83). Obez hastaların daha düşük benlik saygısına sahip olduğunu bildiren araştırmalarda, psikopatolojik durumların daha fazla gözleendiği, özellikle depresyon, kişilik bozukluklarının ve psikososyal stresörlerin sıklıkla eşlik ettiği bildirilmektedir (132-134). Literatürde, obez hastalarda benlik saygısı ile ilgili araştırmalarda benlik değerlerinin azaldığı görülmektedir. (135) Bizim çalışmamızda tedavi arayışında olan obezlerde, tedavi arayışında olmayan obez gruba ve kontrol grubuna göre daha yüksek oranda düşük benlik saygısı görüldüğü tespit edilmiştir.

Obezite ile ilgili en önemli psikolojik sorun depresyondur (14) Birçok araştırmada obez hastalarda başta depresyon olmak üzere psikiyatrik bozuklukların yüksek oranlarda görüldüğü bildirilmektedir. Rica ve ark.'nın 84 obez ve 217 obez olmayan kişi üzerinde yaptığı karşılaştırmalı araştırmada psikiyatrik görüşme ve psikometrik testler sonucunda depresyon oranının kontrol grubuna göre anlamlı şekilde yüksek olduğu belirlenmiş (136) Başka bir

araştırmada obezite tedavisi gören 66 hasta ile başka bir tıbbi tedavi gören 52 hastanın karşılaştırılması sonucunda obezite tedavisi gören hasta grubunda daha yüksek oranda depresif semptomatoloji ve psikososyal yetersizlik gösterilmiştir (137). Bir çalışmada depresyon tanılarına, yüksek anksiyete ve depresyon ölçek puanlarının eşlik ettiği, bu tanıların obez bireylerde artan BKI, kişilik özellikleri ve stresörlere uyum ile ilişkili olduğu bulunmuştur Bu sonuçlar obez bireylerde gözlenen depresyonun daha çok obezite ile ilişkili sorunlara ikincil geliştiği ve reaktif özellikte olabileceği biçiminde yorumlanmaktadır (138). Obezlerin anksiyete ve depresyona yanıt olarak fazla yedikleri, obezite gibi yeme hastalığı olanların yaklaşık %50'sinde klinik depresyon olduğu belirtilmektedir (14). Ancak yapılan bazı prospektif çalışmalarda çocuklarda obezitenin gelişiminde anksiyete ve depresyonun rol oynamadığı saptanmış, bu nedenle anksiyete ve depresyonun obezite nedeninden çok obezitenin sonucu olabileceği bildirilmiştir (13). Obezite nedeniyle tedavi olanağı arayan bireylerde depresyon ve anksiyete puanlarının orta derecede artmış olduğu çeşitli çalışmalarda belirtilmiştir (119). Yapılan çeşitli çalışmalar tedavi için başvuran grubun daha çok psikososyal desteğe ihtiyaı olduğunu da göstermektedir (18). Bizim alışmamızda da literatürle uyumlu olarak tedavi arayışında olan obezlerde, düşük benlik saygısına depresif belirtiler gibi psikolojik komplikasyonların eşlik etme sıklığının da diğer iki gruba göre yüksek olduğu grlmştir. Aynı Şekilde depresyon puanlarının da diğer gruplara göre daha yüksek olduğu grlmştir.

Erişkinlerde BKI ile benlik saygısı arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmaların birinde benlik saygısı ile obezite ve BKI arasında ters ilişki olduğu (78), bir çalışmada ise ilişki olmadığı belirlenmiştir (79). Literatürde obezite ile benlik değerinin azalması arasında doğrusal bir ilişki olduğuna dair araştırmalar çoğunluktadır (139-141). Türkiye'de yapılan bir çalışmada obez kişilerin benlik saygısı, obez olmayanlara göre anlamlı oranda düşük bulunmuştur (4). Başka bir çalışmada, aşırı kilolu-obez olanların benlik saygısının, normal kiloda olanlara göre daha düşük olduğu belirtilmiştir (46) Yaptığımız bu çalışmada benlik saygısı düşük bireylerin BKI ortalamasının, benlik saygısı yeterli olan bireylere göre daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Yaşlılar ile ilgili bir araştırmada 50-69 yaş obez kadınların beden kitle indeksi 25 kg/m<sup>2</sup> altındaki yaşlı gruptan daha fazla depresyon belirtilerine sahip olduğu bulunmuştur (142) Aynı Şekilde bizim çalışmamızda da depresif belirtileri olanların BKI ortalaması depresif belirtileri olmayan bireylerin BKI ortalamasından anlamlı derecede yüksekti.

Yapılan bir çalışmada obez kızların, obez erkeklere göre fiziksel görünüm memnuniyeti ve benlik saygılarının daha düşük olduğu bulunmuştur (143). Başka bir çalışmada obez grupta cinsiyetlere göre benlik saygısı açısından anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir (144). Çalışmamızda tüm gruplar ortak ele alındığında kadın ve erkek katılımcılarda benlik saygısı düzeyleri benzer bulunmuştur.

Yaşın benlik saygısına etkisini araştıran bir çalışmada üniversite öğrencileri arasında yaş ilerledikçe benlik saygısının arttığı sonucuna varılmıştır (111). Ancak obez bireylerde yaşın ilerlemesi ile benlik saygısının azaldığı çeşitli çalışmalarda vurgulanmaktadır (145). Çalışmamızda tüm gruplar ele alındığında, düşük benlik saygısı görülen bireylerin yaş ortalaması, benlik saygısı yeterli olan bireylerin yaş ortalamasından anlamlı düzeyde yüksek saptanmış olup yaş ile benlik saygısı düzeyi arasında ters bir orantı olduğu görülmüştür.

Medeni durumun benlik saygısına etkisini araştıran bir çalışmada gerek normal kilolularda, gerekse obezlerde bekar olanların evli olanlara göre benlik saygısı düzeylerinin daha düşük olduğu ve bekar olmanın benlik saygısı üzerine olumsuz etkisi olabileceği düşünülmüştür (146). Bizim çalışmamızda ise evli olanlarda düşük benlik saygısı görülme sıklığı bekar olanlara göre daha yüksek düzeyde bulunmuştur.

Yapılan bir çalışmada eğitim düzeyinin benlik saygısı üzerine anlamlı etkisinin olduğu, düşük eğitim seviyesinin benlik saygısını olumsuz yönde etkilediği düşünülmüştür (146). Çalışmamızda katılımcı tüm gruplar ele alındığında lise ve altı eğitim gören bireylerde, üniversite ve üzeri eğitim alan bireylere göre benlik saygısı düzeylerinin anlamlı ölçüde düşük olduğu görülmüştür.

Çalışmamızda tüm gruplara bakıldığında, çalışmıyor olmanın benlik saygısı düzeyine olumsuz etkisi olduğu sonucuna varılmıştır. Ev hanımlarının arasında düşük benlik saygısı görülme sıklığı, çalışan kadınlara oranla anlamlı düzeyde yüksek saptandı. Bu konuda yapılan bir çalışmada, bizim çalışmamıza benzer olarak çalışmıyor olmanın düşük benlik saygısı için bir risk olabileceği düşünülmüştür (146)

Yapılan bir çalışmada sigara kullanımının, obez ve obez olmayan kişilerde benlik saygısı düzeyinde düşmeye neden olduğu (81) başka bir çalışmada da sigara içimiyle benlik saygısı arasında bir ilişki olmadığı görülmüştür (146). Bizim çalışmamızda tüm gruplarda sigara içen ve içmeyen kişilerde benlik saygısı düzeyi benzer bulunmuştur.

Obezite temel olarak enerji alımının enerji harcanmasından fazla olduğu durumlarda ortaya çıkan fazla yağ birikimidir. Enerji harcanmasında ise en önemli faktör egzersizdir. Bu nedenle kilo kontrolünde ve obezitenin önlenmesinde düzenli egzersiz yapılması son derece

önemlidir (147). Sporun önemli bir sosyalizasyon aracı olduğu, topluma uyumu sağladığı ve kişiler arası ilişkileri düzelttiği belirtilmektedir. Sporun ve fiziksel aktivitenin beden sağlığı üzerindeki olumlu etkilerinin yanı sıra ruh sağlığı açısından yararları da bilinmektedir. Spor ve fiziksel etkinliklerle stres, kaygı ve depresyon düzeyi arasında ters orantılı; benlik saygısı ve kendilik algısı ile doğru orantılı bir ilişki olduğunu saptayan birçok çalışma vardır (148-150). Çalışmamızda spor/egzersiz yapma alışkanlıkları açısından gruplar arasında anlamlı düzeyde fark olduğu görülmüştür. Tedavi arayışındaki bireylerin egzersiz yapma durumu diğer gruplara göre çok düşük bulundu. Kontrol grubundaki bireylerin de egzersiz yapma alışkanlıkları yeterli düzeyde değildi. Düzenli spor/egzersiz yapan bireylerde benlik saygısı düşük olma oranı ve depresif belirti görülme oranı, spor/egzersiz yapmayanlara göre anlamlı düzeyde düşük saptandı.

Galletly ve ark.nın 64 kadınla yaptıkları prospektif çalışmada kilo kaybedilmesi ile depresyon oranında azalma ve benlik saygısında artma kaydedilmiştir (84). Bir başka çalışmada ise benlik saygısı ile cinsel çekicilik arasında ilişki bulunmuştur (85). Bizim çalışmamızda da bu çalışma sonuçlarına benzer olarak son bir yılda kilo verebilmiş bireylerde, kilo değişimi olmamış ve kilo almış bireylere göre benlik saygısı düzeyinin anlamlı düzeyde yüksek olduğu gözlemlenmiştir.

## 6. SONUÇ

Dünyada ve ülkemizde obezite, artan teknolojiye ve kilo verme-diyet programlarına rağmen artmaya devam eden önemli bir halk sağlığı sorunudur. Obez bireylerin yaşamlarının gerek fiziksel sağlık sorunları gerekse psikolojik ve sosyal açıdan pek çok zorluk nedeniyle kısıtlandığı görülmektedir. Sağlık kuruluşları bünyesinde tedavi arayışında olan obez bireylerin tüm obez popülasyonu içerisinde bir alt grup olduğu, çeşitli psikiyatrik komplikasyonların bu grupta daha çok görüldüğü ve bu hastaların psikososyal açıdan daha ayrıntılı ele alınması gerektiği düşünülmektedir.

Yaptığımız çalışmada tedavi olmak amacıyla sağlık kuruluşuna başvuran obez bireylerde düşük benlik saygısı ve depresif belirtiler gibi iki önemli sorunun çok daha fazla eşlik ettiği görülmüştür. Çalışma grubunun küçük olması, örneklem seçiminde olguların gelişimsel özelliklerinin dikkate alınmaması sonuçların genellenmesinde güçlük yaratabilir. Ancak bu sınırlı örneklem ile elde edilen veriler bile, obezitenin fizyolojik ve psikolojik sonuçları konusunda ipuçları vermektedir. Ayrıca pek çok çalışmada gösterildiği gibi, obez bireylerin beden algılarının olumsuz, benlik saygılarının düşük olması, tedavide ele alınması gereken önemli bir durum olarak görülmektedir.

Yapılan başvurularda sadece kilo vermeye odaklanan beslenme programlarının düzenlenmemesi, bu bireylerin obezite nedeniyle yaşadıkları psikolojik ve sosyal sorunların, ayrıca obeziteye neden olabilecek psikolojik etmenlerin, biz hekimlerce göz ardı edilmemesi gerekmektedir.

Obezitenin oluşumuna katkıda bulunan biyolojik, psikolojik ve sosyal etkenlerin araştırılması, aile hekimliği disiplinindeki koruyuculuk ilkesinin bir gereği olarak görülmelidir. Bunların yanı sıra, zayıflama isteğiyle polikliniğimize gelen obez hastalarımıza yaşam tarzı değişikliklerini önermek ve takibini yapmak birinci basamak hekimi olarak üzerinde durmamız gereken bir konudur. Hastalarımızın BKİ'lerini normal aralıkta tutabilmeleri için yapacağımız her gayret, biyopsikosozyal açıdan sağlıklı bir toplum oluşabilmesi için son derece önemlidir. Bu konuda özellikle birinci basamakta görev yapan hekimlerin bilgi ve ilgi eksikliklerini giderecek gerekli müdahaleler yapılmalıdır.

## 7. KAYNAKLAR

1. Prevention and management of the global epidemic of obesity. Report of the WHO Consultation on Obesity. Geneva, June, 3-5, 1997. Geneva: WHO
2. Pi-Sunyer, F.X. Health implications of obesity. American Journal of Clinical Nutrition, 1991; 53:1595-1603.
3. Pi-Sunyer, F.X. Obesity Research The North American Association for the Study of Obesity, 2002:10:97-104.
4. Tezcan B. Obez Bireylerde Benlik Saygısı, Benlik Algısı ve Travmatik Geçmiş Yaşantılar. Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri, Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2009
5. Yılmaz C, Obeziteye giriş, Ed: Yılmaz C, Obezite ve Tedavisi, Mart matbaacılık, İstanbul, 1999:7-10.
6. National Institute of Health, National Heart, Lung and Blood Institute. Clinical Guidelines on Identification, Evaluation and Treatment of Overweight and Obesity in Adults. Evidence Report: NIH Publications 1998:No 98-4083.
7. National Institute of Health, National Heart, Lung and Blood Institute. Practical Guide, Evaluation and Treatment of Overweight and Obesity in Adults. NIH Publications 2000:No 00-4084.
8. Hubbert H, Feinleb M, Mc Namara P, Castelli W: Obesity as an independent risk factor for cardiovascular disease: a 26 year follow-up of participants in the Framingham study. Circulation 1983; 67:968.
9. Hatemi HH: Hipertansiyon ve Obezite. Turkiye Klinikleri J Int Med Sci 2006;2(20):1-3
10. Rissanen A. Obezite ile İlgili Halk Sağlığı stratejileri ve ekonomik maliyet. Klinik Obezite (Kopelman PG and Stock M. Blacwell Sience Ltd 1998) Ed Uz Dr Arif Nihat Dursun Tekin Ciltevi, 2000:612.
11. Korugan Ü, Damcı T, Özbey N ve ark. Klinik Obezite. Obezite Çalışma Grubu Yayını, İstanbul, Roche Yayınları. 2000.
12. Brown DB. About Obesity, International Obesity Task Force. 2001.
13. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan&Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, Philadelphia, Baltimore, Lippincott Williams&Wilkins, 2000:1787-97.



14. Wardle J, Volzc C, Golding C. Social variation in attitudes to obesity in children, *Int J Obes Relat Metab Disord*, 1995;19(8):562-569.
15. Resch M, Haasz P, Sido Z. Obesity as psychosomatic disease. *Eur Psychiatry*, 1998;13: Sup 4, 315.
16. Telch CF, Agras WS. Obesity, binge eating and psychopathology: Are they related?. *Int J Eat Disord*. 1994; 5: 53-61.
17. Hamulu F. Obezite Komplikasyonları. Yılmaz C, editör. *Obezite ve Tedavisi*. 1. Baskı. İstanbul: Mart Matbaacılık; 1999: 41-61.
18. Deveci A, Demet MM, Özmen B, Özmen E, Hekimsoy Z. Obez hastalarda psikopatoloji, aleksitimi ve benlik saygısı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2005; 6: 84-91.
19. Erol A, Toprak G, Yazıcı F. Üniversite Öğrencisi Kadınlarda Yeme Bozukluğu ve Genel Psikolojik Belirtileri Yordayan Etkenler *Türk Psikiyatri Dergisi* 2002;13:48-57.
20. Koruk İ, Şahin T. K. Konya Fazilet Uluişik Sağlık Ocağı Bölgesinde 15-49 yaş grubu ev kadınlarında obezite prevalansı ve risk faktörleri *Genel Tıp Dergisi* 2005;15:147-155.
21. Who Expert Consultacion (2004) Appopriate Body-Mass Index for Asian Populations and its Implications for Policy and Intervention Strategies. *The Lancet*, 157-163
22. Kopelman PG, Dunitz M. *Obezite ve İlişkili Hastalıkların Tedavisi*, 1. Baskı, And Yayıncılık, İstanbul, 2003.
23. Björntorp P. *International Textbook of Obesity*. Türkçe, 1. Baskı, And Yayıncılık, İstanbul, 2002.
24. Insel P, Turner E, Ross DS *Energy Balance, Body Composition and Weight Management*. *Nutrision Third Edicion* 2007;329-79
25. The World Health Organization. *Preventing Chronic disease: a vital invesment: Who Global Report*, Genova: Who, 2005:56.
26. Bakhshi E, Eshraghian MR, Mohammad K, Foroushani AR, Zeraati H, Fotouhi A et al. Sociodemographic and smoking associated with obesity in adult women in Iran: Results from the National Health Survey. *J Public Health* 2008;30:429-35.

27. World Health Organisation. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation on Obesity. Geneva 3-5 June 1997, Switzerland: World Health Organisation, 1998.
28. The Who Monica Project. Geographical Variation in The Major Risk Factors of Coronary Heart Disease in Men and Women Aged 35-64 Years. Wld Hlth Statist Quart 1988; 41:115-40.
29. Alvarez AG, Majem LS, Barba LR, Castell C, Faz M, Uauy R et al. Obesity and overweight trends in Catalonia, Spain (1992-2003): Gender an socio-economic determinants. Public Health Nutr 2007;10:1368-78.
30. Duerenberg-Yap M, Chew SK, Deurenberg P. Elevated body fat percentage and cardiovascular risks at low body mass index levels among Singaporean Chinese, Malays and Indians. Obes Rev 2002;3:209-15
31. Satman I. The TURDEP Group. Diabetologia 2000; 43: 433
32. Türkiye Obezite (Şişmanlık) ile Mücadele Ve Kontrol Programı (2010-2014), T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara, 2010.
33. Sucaklı MH, Çelik M. Obezite Etiyolojisi ve Epidemiyolojisi. Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics 2015;6(3):1-6
34. Kazma E. Üniversite Öğrencileri Arasında Obezite Prevalansı ve Oluşum Nedenlerinin Saptanması. İstanbul Aydın Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Gıda Mühendisliği Bölümü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2013.
35. Şarbat G, Demirkol M. Obesite, Ed:Ekşi A, Ben Hasta Değilim, Nobel Tıp Kitapevi, 1999:441-450.
36. WHO. Technical Report Series-854: Physical Status: The Use and Interpretation of Antropometry. 1 Edition Geneva , WHO, 1995.
37. Lyznicki JM, Young DC, Riggs JA, Davis DM. Obesity: Assessment and management in primary care. Am Fam Physician 2001;63: 2185-2196.
38. Sağlam F. Kadınlarda şişmanlığın Görülme Sıklığı ve Şişmanlık Oluşumunu Etkileyen Etmenler. Beslenme ve Diyet Dergisi. 1989;18:195-203.
39. Tucker LA, Bagwell M. Television Viewing and Obesity in Adult Females. Am J Public Health. 1991;81(/):908-11.

40. Özkahraman Ş, Kişioğlu AN, Öztürk M. Bir sağlık ocağı bölgesindeki 15-49 yaş evli kadınlarda obezite prevalansı ve yapılan eğitimin obezite ile ilgili bilgi, tutum, davranış ve prevalansa etkisi. 8. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kongre Kitabı 2, 2002:738-740.
41. Galuska DA, Serdula M, Pamuk E, Siegel BZ, Byers T. Trends in Overweight Among US Adults from 1987 to 1993: A Multistate Telephone Survey. *Am J Public Health*. 1996;86:1729-1735.
42. Lewis CE, Smith DE, Wallace DD, Williams OD, Bild DE, Jacobs DR.Jr. Seven Year Trends in Body Weight and Associations with Lifestyle and Behavioral Characteristics in Black and White Young Adults: The CARDIA Study. *Am J Public Health*. 1997;87:635-642.
43. Rabkin SW et al. Risk Factor Correlates of Body Mass Index. *Can Med Assoc J*. 1997;157:27-31.
44. Hajian-Tilaki KO, Heidari B. Prevalence of obesity, central obesity and the associated factors in urban population aged 20-70 years, in the North of Iran: A population-based study and regression approach. *Obes Rev* 2007;8:3-10.
45. Akbulut G, Ozmen M, Besler T. Çağın Hastalığı Obezite. *Bilim ve Teknik Dergisi, Yeni Ufuklar Eki* 2007; Mart:1-15.
46. Yücel N. Kilolu ve Obez Kadınlarda Obezite ve Benlik Saygısı Değişiminin Değerlendirilmesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2008.
47. Kiess W, Galler A, Reich A, ve ark. Clinical aspects of obesity in childhood and adolescence, *obesity reviews*. 2001;2:29-36.
48. Devrim S. Şişmanlık. *Endokrin ve Metabolik Hastalıklar*. Düzenleyen E. Sencer, İstanbul Tıp Fakültesi Ders Kitapları, Sermet Matbaası, İstanbul. 1976:248-258.
49. Frawley TF. Obesity and Endocrine System. *The Psychiatric Clinics of North America*, 1984;7:2:299-306.
50. Cutting P. ve ark. Anxiety, depression, hunger and body composition: III. Their relationship in obese patients, *Eat Weight Disord* 1999; 4(3):115-120.
51. Sorenson TIA, Host C, Stunkard AJ. Childhood body mass index: genetic familial environment influences assessed in a longitudinal adoption study. *Int J Obes Relat Metab Disord* 1992;16:705-714.

52. Bouchard CL. The genetics of human obesity: Recent progress. Bull Mem Acad R Med Belg 156(10-12), 2001:455-464.
53. Semerci C.N. Obeziteye Genetik Yatkınlık Gülhane Tıp Dergisi 2004;46;353-359.
54. Katzmarzyk PT, Perusse L, Rao D.C. ve ark. Familial risk of obesity and central adipose tissue distribution in the general Canadian population. Amer J Epidemiol 1999;149;933-942.
55. Lee JH, Reed DR, Price RA. Familial risk ratios for extreme obesity: implications for mapping human obesity genes. Int J Obes Relat Metab Disord, 1997;21;935-940.
56. Çayır A. Beslenme ve Diyet Kliniğine Başvuranlarda Obezite Sıklığı ve Etkili Faktörlerin Belirlenmesi. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Eğitimi Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2009.
57. Kabalak T. Obezitenin Diyetle Tedavisi. In: Obezite. Ed: Yılmaz C. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri, 1995:107-137.
58. Shepard TY, Weil KM, Sharp TA, Grunwald GK, Bell ML, Hill JO, Eckel RH. Occasional physical inactivity combined with a high-fat diet may be important in the development and maintenance of obesity in human subjects. Am J Clin Nutr 2001;73;703-708.
59. Doğan R. Eskişehir Büyükdere Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Gebelerde Obezite Sıklığının ve Obezitenin Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir, 2012.
60. Memiş E. Üniversite Öğrencilerinde Şişmanlık (Obezite) Durumu ve Diyet Ürünleri Kullanmaları Üzerinde Bir Araştırma. Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Gelişimi ve Ev Yönetimi Eğitimi Anabilim Dalı, Aile Ekonomisi ve Beslenme Eğitimi Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2004.
61. Bray GA. Classification and evolution of the obesities. Med Clin North Am 1989;73:161-184.
62. Taras HL, Sallis JF, Patterson TL ve ark. Television's influence on children's diet and physical activity. J Devel Behav Pediatr 1989;10;176-180.
63. Buchowski M.S, Sun M. Energy expenditure, television viewing and obesity. Int J Obes 1996;20:236-244.

64. Wilson DJ, Foster DW, Kronenberg MH, Larsen PR. Williams Textbook of Endocrinology 9th Edition, WB. Saunders Company, Philadelphia, 1998.
65. Baysal A. Şişman Kişilerin Beslenmesi, Genel Beslenme Bilgisi. Ankara, Hatipoğlu Yayınevi, 1988.
66. Atkinson RL. The management of eating disorders and obesity. In: Etiologies of Obesity. Ed:DJ. Goldstein. Totowa, NJ, Humana Press Inc., 2005.
67. Sims EA. Storage and expenditure of energy in obesity and their implications for management. The Medical Clinics of North America. 1989, 73(1):97-110.
68. Hancox RJ, Milne BJ, Poulton R. Association between child and adolescent television viewing and adult health: a longitudinal birth cohort study. Lancet. 2004, 364:257-262.
69. Baysal A, Baş M. Yetişkinlerde Ağırılık Yönetimi. İstanbul, Ekspres Baskı A.Ş., 2008.
70. Malnick SDH, Knobler H. The medical complications of obesity. Q J Med. 2006, 99:565-579.
71. Kokino S, Özdemir F, Zateri C. Obezite ve fiziksel tıp yöntemleri. Trakya Univ Tıp Fak Derg. 2006, 23(1):47-54.
72. Eren D, Erdi Ö. Obez hastalarda psikiyatrik bozuklukların sıklığı. Klinik Psikiyatri. 2003, 6:152-157.
73. Saygılı F. Obezite Komplikasyonları, Ed: Yılmaz C, Obezite ve Tedavisi. Mart Matbaacılık, İstanbul. 1999:41-57.
74. Wilson CP. Personality Structure and Psychoanalytic Treatment of Obesity. Ed: Wilson CP, Hogan CC, Mintz I, Psychodynamic Technique in the Treatment of the Eating Disorders. Northvale, New Jersey, London. 1992:81-95.
75. Çuhadaroğlu F. Adolesanlarda benlik saygısı. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD Uzmanlık tezi. Ankara, 1986
76. Yörükoğlu A. Gençlik Çağı, Tisa Matbaası, Ankara, 1985.
77. Rosenberg M. Society and the Adolescent Self-image, Princeton University Pres, Princeton, 1965.
78. French SA ve ark. Self-esteem and change in BMI over three years in a cohort of adolescents. Obes Res; 1996;4:27-33.
79. Gortmaker SL ve ark. Social and economic consequences of overweight in adolescence and young adulthood. N England J Med; 1993;329:1008-1012.

80. Bryan, J, Tiggemann M. The effect of weight-loss dieting on cognitive performance and psychological well-being in overweight women. *Appetite* Apr; 2001:36;147-156.
81. Pınar R. Obezlerde depresyon, benlik saygısı ve beden imajı: karşılaştırmalı bir çalışma. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*; 2002:6(1); 30-41.
82. Ogden J, Evans C. The problem with weighting: effects on mood, self-esteem and body image. *Int J Obes Relat Metab Disord*; 1996:20(3);272-277.
83. Kartal ŞMA. Obesity and its psychological correlates: Appearance-esteem, Self-esteem and Loneliness. Unpublished Master Dissertation, Ankara, Ankara University.1996.
84. Galletly C, Clark A, Tomlinson L ve ark. A group program for obese, infertile women: weight loss and improved psychological health. *J Psychosom Obstet Gynaecol*, 1996:17;125-128.
85. Thomas CD, Freeman RJ. The body esteem scale: constructive validity of the female subscales. *J Pers Ases*, 1990:54;1-2.
86. Balcıoğlu İ, Başer SZ. Obezitenin Psikiyatrik Yönü. Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar: Sempozyum Dizisi, 2008:62;341-348.
87. Sobal J, Stunkard AJ. Socioeconomic status and obesity: a review of the literature. *Psychol Bull*, 1989:105;260-275.
88. Ziyalar A. Beden İmajı Kavramı. Yeni Sempozyum, 1983:1-2;31-37.
89. Cooper Z, Fairburn C, Hawker D. (Çev. Çetin M, Sabancıoğlu F). Obezitenin Bilişsel Davranışçı Tedavisi, Yıltan Matbaası, İstanbul, 2007.
90. Caldwell MB, Brownell KD, Wilfley DE. Relationship of weight, body dissatisfaction and self esteem in African American and white female dieters. *International Journal of Eating Disorders*, 1997:22;127-130.
91. Sarwer DB, Wadden TA, Foster GD. Assessment of body image dissatisfaction of obese women: specificity, severity, and clinical significance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1998:66;651-654.
92. Rosen, JC, Orosan P, and Reiter J. Cognitive Behaviour Therapy for negative body image in obese women. *Behaviour Therapy*, 1995:26;25-42.
93. Rosen JC. Obesity and body image. In C.G. Fairburn and K.D. Brownell (eds.), *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook*, Newyork:Guilford, 2002:399-402.

94. Cash TF, Counts B, Huffine CE. Current and vestigial effects of overweight among women: Fear of fat, attitudinal body image and eating behaviors. *Journal of Psychopathology*, 1990;12;157-167.
95. Ozmen D. ve ark. The association of self-esteem, depression and body satisfaction with obesity among Turkish adolescents. *BMC Public Health*, 2007;7;80.
96. Wardle J, Waller Jo, Fox E. Age of onset and body dissatisfaction in obesity. *Addictive Behaviors*, 2002;27;561-573.
97. Cutting TM, Ficher JO, Grimm Thomas K, Birl LL. Like mother, like daughter: familial patterns of overweight are mediated by mothers' dietary disinhibition. *Am J Clinical Nutrition*, 1999;69;608-613.
98. Lissau I, Sorensen TIA. Parental neglect during childhood and increased risk of obesity in young adulthood. *Lancet*, 1994;343;324-327.
99. Pesa JA. Psychosocial Differences Associated with Body Weight Among Female Adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 2000;26;330-337.
100. Kolotkin RL, Meter K, Williams GR. Health related quality of life and obesity. *Obesity reviews* 2, 2001;219-229.
101. Lomax JW. Obesity in *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Ed: Kaplan Hİ, Sadock BJ. Baltimore: Williams and Wilkins.1989;1176-1186.
102. Hamburger WH. Emotional aspects of obesity. *Med Clin Nort America*, 1951;35:483-499.
103. Kornhaber A. The stuffing syndrome. *Psychosomatics*, 1970;11;580-584.
104. Aslan SH, Ünal M. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu, *Psycho Med*, 1995;4;145-149.
105. Spitzer RL ve ark. Binge eating disorder should be included in DSM-IV: a reply to Fairburn et al.'s "The classification of recurrent overeating: the binge eating disorder proposal". *Int J Eat Disord*, 1993;13;161-169.
106. Mills JK, Andrianopoulos GD. The relationship between childhood onset obesity and psychopathology in adulthood. *The Journal of Psychology*, 1993;127;547-551.
107. Wadden TA, Osei S; *Obezite Tedavisi*, ed. Arif Nihat Dursun, *Obezite Tedavi El Kitabı*, 2003;229-248.
108. Değirmenci T. *Obez Erişkinlerde Benlik Saygısı, Yaşam Kalitesi, Yeme Tutumu, Depresyon ve Anksiyete*. Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Denizli, 2006.

109. Karadağ G, Güner Đ, Çuhadar D, Uçan Ö. Gaziantep Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu hemşirelik öğrencilerinin benlik saygıları. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi. 2008, 3(7): 29-42.
110. Polat A. Düzce ilindeki Hemodiyaliz Hastalarının Beden İmajı ve Benlik Saygısı Düzeylerinin Belirlenmesi. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Düzce, 2007.
111. Harputlu D. Kadın Mahkumlarda Benlik Saygısı ve Kendi Kendine Meme Muayenesi İlişkisi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2005.
112. Tafarodi, R.W.& Swann, W. B. (1995). Self-liking and self-competence as dimensions of global self-esteem: Initial validation of a measure. *Journal of Personality Assessment*, 65, 322–342.
113. Özkan B. Benlik saygısını etkileyen etmenler. *Düşünen Adam Dergisi*. 1994, 7(3):4-9.
114. Kumari A. Self-concept and academic achievement of students at the higher secondary level. *Journal of Sociological Research*. 2013, 4(2):105-113.
115. Küçük N. Talasemi Majörlü Adölesanlarda Beden imajının Benlik Saygısına Etkisi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2007.
116. Çelik S, Demirbaş H, İlhan DÖ, Doğan YB. Alkol bağımlılarında intihar olasılığı ile depresyon, anksiyete ve kişilik bozukluğu ek tanıları arasındaki ilişki. *Bağımlılık Dergisi*. 2002, 3(1):17-20.
117. Altunay A, Öz F. Hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin benlik kavramı. *Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2006:46-59.
118. Kaner S. Ortopedik engelli ve engelli olmayan erkek ergenlerde benlik saygısı ve beden imajı. *Özel Eğitim Dergisi*. 2000, 2(4):13-22.
119. Bayraktar E. Obezitenin Psikolojik Yönleri, ed: Yılmaz C, Obezite. Nobel Tıp Kitabevleri, 1995:107-137.
120. Black DW, Goldstein RB, Mason EE. Prevalence of mental disorder in 88 morbidly obese bariatric clinic patients. *Am J Psychiatry*, 1992:149;227-234.
121. Castelnovo-Tedesco P, Schievel D. Studies of super obesity: psychological characteristics of super obese patients. *Int J Psychiatry Med*, 1975:6;465-480.
122. Akalın A, Erol A, Yazıcı F. Obezite ve borderline kişilik bozukluğunda psikolojik belirtiler, *Türkiye’de Psikiyatri*, 2001:3;88-93.



123. Hisli N: Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliği güvenilirliği. *Psikiyatri Dergisi* 1989;7-3-13.
124. World Health Organization. *Global Strategy On Diet, Physical Activity And Health*. France, 2004.
125. Arslan M, Başkal N, Çorakçı A, Görpe U, Korugan Ü, Orhan Y, Özbey N, Özer E. *Ulusal Obezite Rehberi*. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği Çalışma Grubu, Knoll Alman İlaç ve Ecz. Tic. Ltd. Şt, İstanbul, 1999.
126. Classen TJ. Childhood Influences on Youth Obesity. *Economics&Human Biology* 2006;3:165-87.
127. Maskarinec G, Takata Y, Pagano I, Carlin L, Goodman M, Marchand L, Nomura A. Trends and Dietary Determinants of Overweight and Obesity in A Multiethnic Population. *Obesity* 2006;14:717-26.
128. Folsom AR, Kushi LH, Anderson EK, Mink PJ, Olson JE. Associations of General and Abdominal Obesity with Multiple Health Outcomes in Older Women. *Arch Intern Med* 2000; 160:2117-28.
129. Baugman K, Logue E, Sutton K, Capers C, Jarjoura D, Smucker W. Biopsychosocial characteristics of overweight and obese primary care patients: do psychosocial and behavioral factors mediate sociodemographic effects? *Preventive Medicine*. 2003, 37:129–137.
130. Tanyolaç S, Sertkaya C, Cıkmış A, Doğan A, Orhan Y. Correlation between educational status and cardiovascular risk factors in an overweight and obese Turkish female population. *Anadolu Kardiyol Derg*. 2008, 8:336-341.
131. Efil S. Sağlık Çalışanlarında Obezite Sıklığı ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. *İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi*. Afyon 2005;S:57.
132. Yanovski SZ, Nelson JE, Dubbert BK, Spitzer RL. Association of binge eating disorder and psychiatric comorbidity in obese subjects. *Am J Psychiatry* 1993;150: 1472-1479.
133. Brownell KD, Wadden TA. Obesity. Psychological factors affecting medical conditions. *Comprehensive Textbook of Psychiatry, Seventh Edition*. BJSadock, VA Sadock (Eds). Lippincott Williams and Wilkins, Baltimore, 2000: 1787-1797
134. Gloria J. Kensinger, MS, RD;Maureen A.Murtaugh, PhD, RD; Simona K.Reichmann, PhD; Christine C. Tangney,PhD. Psychological symptoms are greater among weight cycling women with severe binge eating behavior. *Journal Of The American Dietetic Association* 1998: 98:863-868.

135. Kodama K, Noda S. Binge-eating in simple obesity. *Nippon Rinsho* 2001; 59:586-590.
136. Ricca V, Mannucci E, Di Bernardo M, Mezzani B, Carrara S, Rizello SM ve ark. Psychopathological and clinical features among the ambulatory population of obese patients. *Minerva Psichiatr* 1996; 37:53-58.
137. Goldstein LT, Goldsmith SJ, Anger K, Leon AC. Psychiatric symptoms in clients presenting for commercial weight reduction treatment. *Int J Eat Disord* 1996; 20:191-197.
138. Maddi SR, Khoshaba DM, Persico M, Bleecker F, VanArsdall G. Psychosocial correlates of psychopathology in a national sample of the morbidly obese. *Obes Surg.* 1997;7:397-404.
139. Werrij MQ, Mulkens S, Hospers HJ, Jansen A. Overweight and obesity: the significance of a depressed mood. *Patient Educ Couns.* 2006, 62:126-131.
140. Annis NM, Cash TF, Hrabosky JI. Body image and psychosocial differences among stable average weight, currently overweight, and formerly overweight women. *Body Image* 2004, 1:155-167.
141. Mond J, van den Berg P, Boutelle K, Hannan P, Neumark-Sztainer D. Obesity, body dissatisfaction, and emotional well-being in early and late adolescence: findings from the project EAT study. *J Adolesc Health.* 2011, 48:373-378.
142. Palinkas LA, Wingard DL, Barrett-Connor E. Depressive symptoms in overweight and obese older adults: A test of the "Jolly Fat" hypothesis. *J Psychosom Res* 1996; 40:59-66.
143. Franklin J, Denyer G, Steinbeck KS, Caterson ID, Hill AJ, Obesity and Risk of Low Self-esteem: A Statewide Survey of Australian Children. *Pediatrics*, 2006;118:2481-2487.
144. Cengiz Y. Obez Ergenlerde Beden Algısı, Benlik Saygısı ve Ruhsal Durum Değerlendirilmesi İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2011
145. Strauss RS, Childhood Obesity and Self-Esteem. *Pediatrics*, 2000; 105:1-5
146. Hamurcu P. Obez Bireylerde Benlik Saygısı ve Beden Algısının Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme ve Diyetetik Yüksek Lisans Programı, İstanbul, 2014

147. Ravussin E, Danforth E (1999) Beyond slothphysical activity and weight gain, New Engl J Med, 283:184-185.
148. Karakaya, I., Coşkun A., Ağaoğlu B.(2006). “Yüzücülerin Depresyon, Benlik Saygısı ve Kaygı Düzeylerinin Değerlendirilmesi” Anadolu Psikiyatri Dergisi, 7: 162-166.
149. Garry JP., Morrissey SL.(2000). “Team Sports Participation and Risk-taking Behaviours Among a Biracial Middle School Population”. Clin. J. Sport Med; 10:185-190.
150. Çam, O., Khorshid, L., Altuğ, Özsoy, S. (2000). “Bir Hemşirelik Yüksekokulundaki Benlik Saygısı Düzeylerinin İncelenmesi” Hemşirelikte Araştırma Dergisi, 1: 33-40.

## 8. TABLOLAR VE ŐEKİLLER DİZİNİ

### TABLolar

### Sayfa No

<b>Tablo 1.</b> DSÖ Beden Kitle İndeksi Sınıflandırması.....	3
<b>Tablo 2.</b> Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri.....	33
<b>Tablo 3.</b> Katılımcıların medeni hallerinin gruplar arası dağılımı.....	34
<b>Tablo 4.</b> Katılımcıların eğitim durumunun gruplar arası dağılımı .....	34
<b>Tablo 5.</b> Zararlı alışkanlıkların gruplar arası dağılımı .....	35
<b>Tablo.6</b> Katılımcıların egzersiz yapma tutumlarının gruplar arası dağılımı.....	35
<b>Tablo 7.</b> Katılımcıların son bir yıldaki kilo değişimlerinin gruplar arası dağılımı .....	36
<b>Tablo 8.</b> Kilo değişiminin benlik saygısına etkisi .....	38
<b>Tablo 9.</b> Beden kitle indeksinin benlik saygısına etkisi .....	38
<b>Tablo 10.</b> Beden kitle indeksinin depresif belirti varlığına etkisi .....	39

### ŐEKİLLER

<b>Şekil 1.</b> Benlik saygısı düşük bireylerin ve depresyonu olan bireylerin gruplar arası dağılımı .....	37
--	----

## 9.EKLER

### EK-1 Sosyodemografik Özellikler Anket Formu

YAŞ :	CİNSİYET: ( ) Kadın ( ) Erkek	MEDENİ DURUM: ( ) Bekar ( ) Evli
EĞİTİM DURUMU: ( ) ilköğretim ( ) lise ( ) üniversite ve üzeri		
MESLEK: ( ) ev hanımı ( ) öğrenci ( ) memur ( ) işçi ( ) esnaf		
BOY:	KİLO:	BKİ:
DÜZENLİ EGZERSİZ YAPAR MISINIZ: ( ) evet ( ) hayır		
SON 1 YILDAKİ KİLO DEĞİŞİMİ: ( ) değişim yok ( ) artma [.....kg] ( ) azalma [.....kg]		
ALİŞKANLIKLARINIZ: ( ) sigara ( ) maraş otu ( ) alkol		

### Ek.2 Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği

1. Kendimi en az diğer insanlar kadar değerli buluyorum.	a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
2. Bazı olumlu özelliklerim olduğunu düşünüyorum.	a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
3. Genelde kendimi başarısız bir kişi olarak görme eğilimindeyim.	a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
4. Ben de diğer insanların birçoğunun yapabildiği kadar birşeyler yapabilirim.	a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
5. Kendimde gurur duyacak fazla birşey bulamıyorum.	a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
6. Kendime karşı olumlu bir tutum içindeyim.	a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
7. Genel olarak kendimden memnunum.	a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
8. Kendime karşı daha fazla saygı duyabilmeyi isterdim.	a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
9. Bazen kesinlikle kendimin bir işe yaramadığımı düşünüyorum.	a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
10. Bazen kendimin hiç de yeterli bir insan olmadığımı düşünüyorum.	a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

### Ek.3 Beck Depresyon Ölçeği

## Beck Depresyon Ölçeği

DİKKAT !

Aşağıda gruplar halinde bazı cümleler yazılıdır. Her gruptaki cümleleri dikkatle okuyunuz. BUGÜN DAHİL GECEN HAFTA içinde kendinizi nasıl hissettiğinizi en iyi anlatan cümleyi seciniz. Seçtiğiniz cümlenin yanındaki numarayı daire içine alınız. Bir grupta, durumunuzu tanımlayan birden fazla cümle varsa, her birini daire içine alarak işaretleyiniz. Seçiminizi yapmadan her gruptaki cümlelerin hepsini dikkatle okuyunuz.

A  0 Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.

A  1 Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.

A  2 Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.

A  3 O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.

B  0 Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.

B  1 Gelecek hakkında karamsarım.

B  2 Gelecekte beklediğim hiç bir şey yok.

B  3 Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiç bir şey düzelmeyecekmiş geliyor.

- C  0 Kendimi basarisiz bir insan olarak görüyorum.
- C  1 Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
- C  2 Geçmişime baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
- C  3 Kendimi tümüyle basarisiz bir kişi olarak görüyorum.
- D  0 .birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
- D  1 Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
- D  2 artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
- D  3 her şeyden sikiliyorum
- E  0 Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.
- E  1 Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
- E  2 Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
- E  3 Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- F  0 Kendimden memnunum.
- F  1 Kendi kendimden pek memnun değilim.
- F  2 Kendime çok kızıyorum.
- F  3 Kendimden nefret ediyorum.

G  0 Başkalarından daha kotu olduğumu sanmıyorum.

G  1 Zayıf yanlarım ya da hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.

G  2.Hatalarımdan dolayı her zaman kendimi kabahatli bulurum.

G  3 Her aksilik karşısında kendimi kabahatli bulurum.

H  Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.

H  1 Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor fakat yapmıyorum.

H  2 Kendimi öldürmek isterdim.

H  3 Fırsatımı bulsam kendimi öldürürüm

I  0 Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.

I  1 Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.

I  2 Çoğu zaman ağlıyorum

I  3 Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.

J  0 Simdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.

J  1 Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.

J  2 Simdi hep sinirliyim.

J  3 Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.



K<sup>□</sup> 0 Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.

K<sup>□</sup> 1 Başkaları ile eskisinden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.

K<sup>□</sup> 2 Başkaları ile konuşma, görüşme isteğimi kaybettim

K<sup>□</sup> 3 hiç kimseyle konuşmak, görüşmek istemiyorum.

L<sup>□</sup> 0 Eskiden olduğu kadar kolay karar verebiliyorum.

L<sup>□</sup> 1 Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.

L<sup>□</sup> 2 Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.

L<sup>□</sup> 3 artık hiç karar veremiyorum.

M<sup>□</sup> 0 Aynada kendime baktığımda bir değişiklik görmüyorum.

M<sup>□</sup> 1 Daha yaslanmışım ve çirkinleşmişim gibi geliyor.

M<sup>□</sup> 2 Görünüşümün çok değiştiğini ve daha çirkinleştiğimi hissediyorum.

M<sup>□</sup> 3 Kendimi çok çirkin buluyorum.

N<sup>□</sup> 0 Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.

N<sup>□</sup> 1 Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermek gerekiyor.

N<sup>□</sup> 2 Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.

N<sup>□</sup> 3 hiç bir şey yapamıyorum.

- O  0 Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.
- O  1 Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.
- O  2 Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
- O  3 Her zamankinden çok daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.

- P  0 Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.
- P  1 Her zamankinden daha çabuk yoruyorum.
- P  2 Yaptığım hemen herşek beni yoruyor.
- P  3 Kendimi hiçbirşey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.

- R  0 İştahım her zamanki gibi.
- R  1 İştahım eskisi kadar iyi değil.
- R  2 İştahım çok azaldı.
- R  3 artık hiç iştahım yok.

- S  0 Son zamanlarda kilo vermedim.
- S  1 İki kilodan fazla kilo verdim.
- S  2 Dört kilodan fazla kilo verdim.
- S  3 Altı kilodan fazla kilo verdim.
- S  4 Daha az yiyerek kilo vermeye çalışıyorum.
- S  5 Daha az yiyerek kilo vermeye çalışmıyorum.

- T  0 Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.
- T  1 Ağrı,sancı, mide bozukluğu gibi rahatsızlıklar beni endişelendiriyor.
- T  2 Saęlıęım beni endiřelendirdięi için bařka Őeyleri dūřunmek zorlařıyor.
- T  3 Saęlıęım hakkında o kadar endiřeleniyorum ki bařka hicbirsey dūřunemiyorum.

- U  0 Son zamanlarda cinsel konulara olan ilginde bir değişme fark etmedim.
- U  1 Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.
- U  2 Cinsel konularla simdi çok daha az ilgiliyim.
- U  3 Cinsel konulara olan ilgimi tamamen kaybettim.

- V  0 Bana cezalandırılmışım gibi gelmiyor.
- V  1 Cezalandırılabilceğimi seziyorum.
- V  2 Cezalandırılmayı bekliyorum.
- V  3 Cezalandırıldığımı hissediyorum.