



T.C.

ESKİŞEHİR OSMANGAZI ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

TIP TARİHİ ve ETİK ANABİLİM DALI

**OBEZ HASTALARDA YAŞAM KALİTESİNİN ÖZERKLİK
İLKESİ AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ŞENOL YILDIZ

DANIŞMAN

Doç. Dr. NURDAN KIRIMLIOĞLU

2020



T.C.

ESKİŞEHİR OSMANGAZI ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

TIP TARİHİ ve ETİK ANABİLİM DALI

**OBEZ HASTALARDA YAŞAM KALİTESİNİN ÖZERKLİK
İLKESİ AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ŞENOL YILDIZ

DANIŞMAN

Doç. Dr. NURDAN KIRIMLIOĞLU

2020

KABUL ve ONAY SAYFASI

Şenol YILDIZ'ın yüksek lisans tezi olarak hazırladığı "Obez Hastalarda Yaşam Kalitesinin Özerklik İlkesi Açısından Değerlendirilmesi" başlıklı bu çalışma Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliği'nin ilgili maddesi uyarınca değerlendirerek "**KABUL**" edilmiştir.

08 / 01 / 2020

Üye: Prof. Dr. Ömür ŞAYLIGİL

Üye: Prof. Dr. Serap ŞAHİNOĞLU KUŞ

Üye: Prof. Dr. Zeki YILDIZ

Üye: Doç. Dr. Nurdan KIRIMLIOĞLU (Danışman)

Üye: Doç. Dr. Nilüfer DEMİRSOY

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun ... / ... / tarih ve / sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. Özkan ALATAŞ
Enstitü Müdürü

Özet

OBEZ HASTALARDA YAŞAM KALİTESİNİN ÖZERKLİK İLKESİ AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

Amaç: Bu çalışmada, fiziksel, sosyal ve psikolojik yönleriyle önemli bir halk sağlığı sorunu olan obezitenin özerklik, özerkliğe saygı ilkesi (ÖSİ) ve yaşam kalitesi (YK) üzerindeki etkisi, başka bir ifade ile obez hastalar ile obez olmayan bireylerin özerklik, ÖSİ ve YK bakımından farklılaşıp farklılaşmadığının araştırılması amaçlanmıştır.

Kapsam: Çalışmanın evrenini Eskişehir Yunusemre Devlet Hastanesi, Eskişehir Devlet Hastanesi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Beslenme ve Diyet poliklinikleri ile Eskişehir Büyükşehir Belediyesi Kadın Danışma ve Dayanışma Merkezi Beslenme ve Diyet Birimi'ne başvuran ve araştırmaya katılmayı kabul eden hastalar ve danışanlar oluşturmuştur. Araştırmanın vaka grubunu beden kütle indeksi (BKİ) $\geq 30,00$ kg/m² olan 354 kişi; kontrol grubu ise, BKİ değeri 18,50-24,99 kg/m² arasında olan 354 kişi oluşturmuştur.

Yöntem: Vaka ve kontrol gruplarından oluşan kesitsel, çözümleyici ve tanımlayıcı özellikte planlanan çalışma, ilgili kurumlardan yazılı izin alındıktan sonra, Ağustos-Ekim 2018 tarihleri arasında yapılmıştır. Katılımcılara, çalışmanın amaçları göz önünde bulundurularak oluşturulan sosyodemografik bilgiler formu, özerklik ve ÖSİ'ne ilişkin soruların yer aldığı anket formu ile Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış Obezlere Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (OÖYKÖ) uygulanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler, Kolmogorov-Smirnov Testi, Mann Whitney U Testi, Kruskal Wallis H Testi, Ki-kare Bağımsızlık Analizi, Dunn's Çoklu Analiz Testi ve Spearman Korelasyon Analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Görüş ve düşüncelerini rahatlıkla açıklayabildiğini ifade eden obez hastalar ile görüş ve düşüncelerini rahatlıkla açıklayamadığını ifade eden obez hastalar arasında OÖYKÖ skoru

açısından görüş ve düşüncelerini rahatlıkla açıklayabildiğini ifade eden obez hastalar lehine istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,001$). Kendi bedeni ve sağlığıyla ilgili konularda kendisine de seçim hakkı verilmesini istediğini belirten obez hastalar ile kendi bedeni ve sağlığıyla ilgili konularda kendisine de seçim hakkı verilmesini istemediğini belirten obez hastalar arasında OÖYKÖ skoru açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p=0,961>0,05$). Karar ve eylemlerinde başkalarının düşüncelerinden etkilendiğini bildiren obez hastalar ile karar ve eylemlerinde başkalarının düşüncelerinden etkilenmediğini bildiren obez hastalar arasında OÖYKÖ skoru açısından karar ve eylemlerinde başkalarının düşüncelerinden etkilenmediğini bildiren katılımcılar lehine istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,001$). Çalışmamızda obezite ile OÖYKÖ skoru arasında istatistiksel olarak kontrol grubu lehine anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,001$).

Sonuç: Obez olmayan bireylerin daha iyi yaşam kalitesine sahip olduğu bulunmuşken obezitenin, hastaların özerk olmalarını, kendilerini özgür ve bağımsız hissetmelerini etkilemediği; özerk seçim yapmalarını, eylem özerkliklerini ve düşünce özerkliklerini olumsuz etkilediği; birey özerkliklerini, istek özerkliklerini ve ÖSİ'ni benimsemelerini olumlu etkilediği ifade edilebilir. Obez hastaların YK'lerinin özerklik ve ÖSİ çerçevesinde daha somut şekilde ele alınabilmesi için "Obez Hastalarda Algılanan Özerklik Ölçeği"nin hazırlanarak gelecek çalışmalarda her iki ölçeğin birlikte kullanılması önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: Özerklik ve özerkliğe saygı ilkesi, obezlere özgü yaşam kalitesi, sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, obezite.

Summary

EVALUATION OF THE QUALITY OF LIFE IN OBESE PATIENTS IN TERMS OF THE PRINCIPLE OF AUTONOMY

Objective: The aim of this study was to investigate the effect of obesity, an important public health problem in terms of physical, social and psychological aspects, on autonomy, the principle of respect for autonomy (PRA) and quality of life (QoL), in other words, whether obese and non-obese individuals differ in terms of autonomy, PRA, and QoL.

Scope: The universe of the study consisted of patients and counseles who were admitted to the Nutrition and Diet outpatient clinics of Eskisehir Yunusemre State Hospital, Eskisehir State Hospital, Eskisehir Osmangazi University Health Practice and Research Hospital and to the Nutrition and Diet Unit of Eskisehir Metropolitan Municipality Women's Counseling and Solidarity Center and who accepted to the participate in the study. The study group consisted of 354 individuals with a body mass index (BMI) of $\geq 30,00$ kg/m² and the control group consisted of 354 individuals with a BMI between 18.50 and 24.99 kg/m².

Method: This cross-sectional, analytical and descriptive study consisting of study and control groups was conducted between August and October 2018 after obtaining written approval from the relevant institutions. A sociodemographic information form created by considering the objectives of the study, a questionnaire including questions about autonomy and PRA, and Obesity and Weight Loss Quality of Life scale (OWLQOL), the Turkish validity and reliability study of which was performed, were administered to the participants were administered. Descriptive statistics, Kolmogorov-Smirnov test, Mann-Whitney U test, Kruskal-Wallis H Test, Chi-square Independence Analysis, Dunn's Test of Multiple Comparisons and Spearman Correlation Analysis were used to evaluate the data.

Results: There was a statistically significant difference between the obese patients stating that they could easily explain their opinions and thoughts and the obese patients stating that they could not easily explain their opinions and thoughts in terms of OWLQOL score in favor of the obese patients stating that they could easily explain their opinions and thoughts ($p < 0.001$). There was no statistically significant difference between the obese patients stating that they wanted to be given the right to choose about their own body and health and the obese patients stating that they did not want to be given the right to choose about their own body and health in terms of OWLQOL score ($p = 0.961 > 0.05$). There was a statistically significant difference between the obese patients reporting that they were affected by the opinions of others in their decisions and actions and the obese patients reporting that they were not affected by the opinions of others in their decisions and actions in terms of OWLQOL score in favor of the participants reporting that they were not affected by the opinions of others in their decisions and actions ($p < 0.001$). In our study, there was a statistically significant difference between obesity and OWLQOL score in favor of the control group ($p < 0.001$).

Conclusion: While it was found that non-obese individuals had a better quality of life, it can be speculated that obesity did not affect the autonomy of the patients and their feeling of being free and independent, negatively affected their autonomous choice, autonomy of action and autonomy of thought, and positively affected their individual autonomy, autonomy of desire and adoption of PRA. It is recommended that the “Scale of Perceived Autonomy in Obese Patients” be prepared and two scales be used together in future studies in order to be able to address the QoLs of obese patients in a more concrete manner within the framework of autonomy and PRA.

Keywords: Autonomy and the principle of respect for autonomy, obesity-specific quality of life, health-related quality of life, obesity.

İÇİNDEKİLER

KABUL ve ONAY SAYFASI	ii
Özet.....	iii
Summary	v
İÇİNDEKİLER.....	vii
Tablo Dizini	x
Şekil Dizini	xi
Simge ve Kısaltmalar Dizini	xii
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	6
2.1. Obezite	6
2.1.1. Obezite tanımı.....	6
2.1.2. Obezite kavramının tarihçesi.....	6
2.1.3. Obezite epidemiyolojisi	7
2.1.4. Obezite sınıflandırması	8
2.1.5. Obezite etiyolojisi.....	9
2.1.6. Obezite tedavisi.....	9
2.2. Özerklik ve Özerkliğe Saygı İlkesi	13
2.2.1. Özerklik	16
2.2.1.1. Özerklik tanımları	16
2.2.1.2. Özgürlük, bağımsızlık ve özerklik	19
2.2.1.3. İlişkili (ilişkisel) özerklik.....	23
2.2.1.4. Özerkliğin bileşenleri	25
2.2.1.4.1. Özerk birey.....	25
2.2.1.4.2. Özerk seçim.....	31
2.2.1.4.3. Özerk eylem	32
2.2.1.5. Düşüncede, istekte ve eylemde özerklik.....	33
2.2.1.6. Özerklik ve heteronomi	33
2.2.2. Özerkliğe saygı ilkesi.....	36
2.2.3. Obez hastalarda özerklik.....	41
2.3. Yaşam Kalitesi	44
2.3.1. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi.....	45
2.3.2. Obez hastalarda yaşam kalitesi.....	48
2.3.3. Özerklik, özerkliğe saygı ilkesi ve yaşam kalitesi	51

2.3.4. Obezite, özerklik, özerkliğe saygı ilkesi ve yaşam kalitesi	53
3. GEREÇ ve YÖNTEMLER	56
3.1. Araştırmanın Amacı	56
3.2. Araştırmanın Hipotezleri	56
3.3. Araştırmanın Tipi	58
3.4. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	59
3.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	59
3.6. Araştırmanın Uygulanması	61
3.7. Araştırmanın Değişkenleri.....	62
3.8. Verilerin Toplanması	62
3.8.1. Veri toplama araçları.....	63
3.8.1.1. Sosyodemografik bilgiler formu	63
3.8.1.2. Obezlere Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği	64
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	65
3.10. Verilerin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Yöntemler.....	65
3.11. Araştırmanın Etik Yönü.....	67
4. BULGULAR	69
4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı.....	69
4.2. Özerklik ve Özerkliğe Saygı İlkesine İlişkin Sorulara Verilen Yanıtların Dağılımı	76
4.2.1. Özerklik ve özerkliğe saygı ilkesine ilişkin sorulara verilen yanıtlar ile sosyodemografik özelliklerin değerlendirilmesi.....	81
4.2.2. Özerklik ve özerkliğe saygı ilkesine ilişkin sorulara verilen yanıtlar ile kilo vermek isteme nedenlerinin değerlendirilmesi	85
4.3. Obezlere Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği'ne Verilen Yanıtların Dağılımı.....	88
4.3.1. Obezlere Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği skoru ile sosyodemografik özelliklerin değerlendirilmesi.....	92
4.3.2. Kilo vermek isteme nedenleri ve OÖYKÖ skoru değişkenleri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi.....	93
4.4. Araştırma Hipotezlerine Ait Bulguların Değerlendirilmesi	96
5. TARTIŞMA.....	104
5.1. Sosyodemografik Özelliklerin Tartışılması.....	104
5.2. Obeziteye İlişkin Verilerin Tartışılması.....	115
5.3. Özerklik ve Özerkliğe Saygı İlkesine İlişkin Sorulara Verilen Yanıtların Tartışılması	117
5.3.1. Kendi inanç ve değerleri doğrultusunda davranma	118
5.3.2. Herhangi bir eylemde bulunurken kendi ilkelerini koruyabilme	119
5.3.3. Karar ve eylemlerinde kendi özgün görüşünü ifade etme.....	121

5.3.4. Karar ve eylemlerini belirlerken bir veya daha çoğu arasından belli birini veya birkaçını tercih edebilme	122
5.3.5. Özgür ve bağımsız olmayı önemseme	127
5.3.6. Görüş ve düşüncelerini rahatlıkla açıklayabilme	128
5.3.7. Karar ve eylemlerinde kendini özgür hissedebilme	130
5.3.8. Karar ve eylemlerinde kendi belirlediği hedef ve amaçlara ulaşmaya odaklanma 132	
5.3.9. Kendi belirlediği hedef ve amaçlara ulaşmak için çaba harcadığında diğer bireylerin haklarını da göz önünde bulundurup saygı gösterme	135
5.3.10. Kendi bedeni ve sağlığıyla ilgili konularda sorumluluğu kendisi alma	139
5.3.11. Kendi bedeni ve sağlığıyla ilgili konularda kendisine de seçim hakkı verilmesini isteme	144
5.3.12. Karar ve eylemlerinde başkalarının düşüncelerinden etkilenme	150
5.3.13. Diğer insanların hedeflerini kabul etmektense, kendi hedeflerini ve standartlarını belirlemeyi kendi tercih etme	152
5.4. Obezlere Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği'ne Ait Verilerin Tartışılması	155
5.5. Çalışmada Elde Edilen Bulgulara Bağlı Olarak Hipotezlerin Değerlendirilmesi ...	163
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	170
6.1. Sonuçlar	170
6.2. Öneriler	172
KAYNAKLAR DİZİNİ	174
EKLER DİZİNİ	211
Ek-1: Etik Kurul Onayı Sayfa-1	211
Ek-1: Etik Kurul Onayı Sayfa-2	212
Ek-1: Etik Kurul Onayı Sayfa-3	213
Ek-2: İl Sağlık Müdürlüğü İzni Sayfa-1	214
Ek-2: İl Sağlık Müdürlüğü İzni Sayfa-2	215
Ek-3: İl Sağlık Müdürlüğü Eskişehir Yunussemre Devlet Hastanesi İzni	216
Ek-4: İl Sağlık Müdürlüğü Eskişehir Devlet Hastanesi İzni	217
Ek-5: Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Başhekimliği İzni	218
Ek-6: Eskişehir Büyükşehir Belediyesi İzni	219
Ek-7: Sosyodemografik Bilgiler Formu	220
Ek-8: Özerklik ve Özerkliğe Saygı İlkesine İlişkin Soruların Yer Aldığı Form	223
Ek-9: Obezlere Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (OÖYKÖ)	224
ÖZGEÇMİŞ	225

Tablo Dizini

Tablo 2.1. BKİ Sınıflaması.....	8
Tablo 2.2. Özerklik ve Özerkliğe Saygı İlkesinin Gerekleri.....	38
Tablo 3.1. Araştırmanın Hipotezleri	
Tablo 3.2. Çalışmaya Başlamadan Önceki 3 Ay İçinde Eskişehir'deki Kamu Kurumlarının Beslenme ve Diyet Polikliniklerine Başvuran Hasta Sayıları.....	60
Tablo 3.3. Beslenme ve Diyet Polikliniklerinden Alınan Örneklem Büyüklükleri	61
Tablo 4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı	70
Tablo 4.2. Obez Hastaların Kilo Verme Kararı Almalarında Etkili Olan Nedenlerin ve OÖYKÖ Skorlarının Dağılımı	74
Tablo 4.3. Vaka ve Kontrol Gruplarının Özerklik ve Özerkliğe Saygı İlkesine İlişkin Sorulara Verdikleri Yanıtların Dağılımı.....	77
Tablo 4.4. Obezlere Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği Sorularına Verilen Yanıtların Dağılımı	89
Tablo 4.5. Obezlere Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği Skorunun Vaka ve Kontrol Grupları Arasındaki Dağılımı.....	91
Tablo 4.6. Obezite Derecelerine Göre OÖYKÖ Skor Ortalamalarının Dağılımı.....	93
Tablo 4.7. Katılımcıların Özerklik ve Özerkliğe Saygı İlkesine İlişkin Sorulara Verdikleri Yanıtlara Göre Obezlere Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği Skoru Bakımından Farklılığın Karşılaştırılması	97

Şekil Dizini

Şekil 2.1. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Tanımının Yapılmasında Etkili Olan Dinamikler	46
Şekil 2.2. Yaşam Kalitesi ile Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki.....	47
Şekil 2.3. Hastalık ve Yaşam Kalitesi Arasındaki Etkileşim	50



Simge ve Kısaltmalar Dizini

%	Yüzde
AB	Avrupa Birliği
ABD	Amerika Birleşik Devletleri
AİHS	Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi
ANOVA	Analysis of variance; varyans analizi
BKİ	Beden kütle indeksi
d	İstatistikte örneklem hatası
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
EDH	Sağlık Bakanlığı Eskişehir Devlet Hastanesi
H	Kruskal-Wallis H Testi üzerinde test istatistiği
İHEB	İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi
EBBKDDM	Eskişehir Büyükşehir Belediyesi Kadın Danışma ve Dayanışma Merkezi
kg/m ²	Kilogram/metrenin karesi, beden kütle indeksinin birimi
n	İstatistikte gözlem sayısı
OECD	İktisadi İşbirliği ve Gelişme Teşkilatı
ESOGÜ	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi
OÖYKÖ	Obezlere Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği
ÖSİ	Özerkliğe saygı ilkesi
P	İstatistikte gözlenme oranı
Q	İstatistikte gözlenmeme oranı
RG	Resmî Gazete
SİYK	Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi
SS	İstatistikte standart sapma
TCK	Türk Ceza Kanunu
TDK	Türk Dil Kurumu
TEMD	Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği
TMK	Türk Medeni Kanunu
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
U	Mann-Whitney U Testi üzerinde test istatistiği
WHO	World Health Organization; Dünya Sağlık Örgütü
x ²	Ki-kare test değeri
EYEDH	Sağlık Bakanlığı Eskişehir Yunusemre Devlet Hastanesi
YK	Yaşam kalitesi
z	Standart normal dağılım değeri

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Obezite; tüm yaş gruplarını ilgilendiren, sağlığı çeşitli yönlerden olumsuz şekilde etkileyen, prevalansı giderek artan, tedavi edilebilen, kronik, ilerleyici ve psikososyal yönleriyle önemsenmesi gereken bir halk sağlığı sorunudur (Venkat-Larkin, 2014; Kanlayanee, Tuicomepee, Kiamjarasrangsi & Sithisarankul, 2017). Obezite ile Mücadele Avrupa Tüzüğü (WHO, 2006a), iyimser bir şekilde obezite salgınının tersinir olduğunu ve 2015 yılına kadar salgının tersine döndürülebileceğinin mümkün olduğunu deklare etmesine rağmen obezite; günümüzde bulaşıcı olmayan hastalıklar arasında mortalite bakımından dördüncü sırada yer almaya devam etmektedir (Newdick, 2017).

Söz konusu insan bedeni ve insan yaşamı olduğundan tıp etiği, tıbbi uygulamalarda dikkatle gözetilmesi gereken önemli bir alandır (Sarı, 2007, s.133; Vatanoğlu Lutz, 2019, s.189). Zarar vermeme, yarar sağlama, adalet ile özerklik ve özerkliğe saygı ilkeleri; tıp etiğinin esasını teşkil eden (Sarı, 2007, s.140) dört temel ilkedir (Demirhan Erdemir, 2019a, s.46). Bir kişi veya topluluğun kendi yaşam biçimini belirleme ve karar verme özgürlüğünü ifade eden özerkliğin tıp etiğindeki kullanımı 'bireysel özerkliği' ifade etmektedir. Bireysel özerklik; insanı, diğer varlıklardan ayıran temel yetilerden biri olarak kabul edilmektedir (Schermer, 2002; Akyıldız, 2010; Devisch, 2018).

Alanyazınında özerkliğin çok yönlü şekilde bir çatı kavramı olarak ele alındığı; kendi kendini yönetme, kendini belirleme, özgürlük, bağımsızlık, karar verme ve insan onuru gibi kritik niteliklerin etrafında dönmekte olduğu görülmektedir (Devisch, 2010; Bieskova, 2018).

Tıbbın yıllar içinde en çok değişen temel değerlerinden biri olarak gösterilen özerklik, Dünya Tabipler Birliği tarafından da kişinin kendi kaderini yine kendisinin belirlemesi olarak tanımlanmaktadır (Dünya Tabipler Birliği, 2017, s.21-22). Kişinin kendi gereksinimlerini sağlama kapasitesi bağlamında özgüven, kişisel tercih ve isteklerini ifade etme kapasitesi; dürtülerini, kendi kararlarını ve seçimlerini gerçekleştirme yetisi, karar ve eylemlerinde kendi belirlediği hedef ve amaçlara ulaşmaya odaklanması (Bieskova, 2018) şeklinde tanımlanan özerklik, tıp etiğinde

vazgeçilmez bir değer olarak görülmektedir (Rodríguez-Prat, 2019).

Bireyin kendi başına düşünme, değerlendirme, kendisi hakkında özgürce karar alma ve eylemde bulunabilme; kendini yönetebilme yeterlik ve yetkinliğini ifade eden (Kadioğlu, 2019, s.527) özerklik, bir kişinin rol model alınması değil; süreç içinde içselleştirdiği yaşanmışlıkların, isteklerin ve koşulların deneyimlenmesi ile bireyin kendi kişiliği doğrultusunda edindiği gerçek özü olarak düşünölmelidir (Christman, 2015).

Özerkliğe saygı ilkesi; hastanın kendi tıbbi geleceği konusunda yine kendisinin karar verici olması ve sağlık profesyonelinin bunu sağlamakla yükümlü tutulmasıdır (Demirhan Erdemir, 2019a, s.56). Sağlık profesyonelince özerkliğe saygı ilkesinin (ÖSİ) uygulanması, tedavi esnasında hastanın haklarına özen gösterilmesini ve hastanın tedaviye katılımını sağlamaktadır. Bu şekilde hastanın uğrayabileceği zarara ait riskin azalacağı belirtilmektedir (Aydın, 2001).

Günümüzde pek çok bireyi etkileyen fiziksel, duygusal ve psikosozyal bir sorun olmaya devam ederken, radikal tedavi seçenekleri sınırlı (Perryman-Sidoti, 2015) olan obezite de dâhil olmak üzere sağlık araştırmalarının odağı özerkliktir (Devisch, 2018). Özerklik, kendi bedeninin sahibi olması yanında kimliği, seçimleri ve eylemleri konusunda da bireyin kendisinin belirleyici olmasıdır (Çörekçioğlu, 2016).

Amerikan Tabipler Birliği'nin obezitenin ciddi bir hastalık olduğu konusundaki açıklaması obezite tedavisinde tıp etiği ilkelerinden özerklik ve ÖSİ'ni ön plana çıkarmıştır (Holm, Nowicka, Farpour-Lambert, vd., 2014; Haynes, Hughes & Reidlinger, 2017). Obezitenin; bireysel düzeydeki faktörlerin, sosyal ağ faktörlerinin ve çevresel faktörlerin ekolojik bir yelpazesini kapsayan davranış kalıplarından etkilenen bir halk sağlığı sorunu olduğu belirtilirken (Mulvaney-Day, 2009) toplumda irade eksikliği ile eşleştirilen karmaşık bir tıbbi durum olduğu aktarılmaktadır (Venkat-Larkin, 2014). Ayrıca obez hastaları disiplinsiz ve öz denetimden uzak olarak gören arkaik ve yaftalayıcı görüşler bulunmaktadır (Craig-Finucane, 2018). Özerk bir obez hasta; kilolarını uzun süre başarılı bir şekilde yönetebilecek, diyet

uygulama ve fiziksel aktivite yapma konularında istikrarlı değişiklikler oluşturabilecek kişi olarak tanımlanmaktadır (Silva, Markland, Minderico & Vieira, 2008; Devisch, vd., 2015).

Obezite; hastanın kendisine dair kararlar almasına ve bu kararları uygulamasına engel teşkil ederek hastanın özerkliğini zedeleyen bir hastalıktır. Obezitenin radikal ya da semptomatik tedavisi ile özerkliğin yeniden kazanılmasına katkı sağlamak, tıbbı dūřen önemli bir görev olarak görölmektedir. Alanyazınında; obezitede bireysel tercih, sorumluluk ve özerklik kavramlarının uygulamasının zorluğunu vurgulanmakta (Çıray Gündüzoęlu, 2013; Nuffield Council on Bioethics, 2014); özerkliğin obez hastaların yanlış seğimler yapma özgürlüğünü de kapsadığı belirtilmektedir (Devisch, vd. 2015).

Obez hastalar açısından özerklik; hastanın öz değerleri, yargıları, inançları ve seçimleri doğrultusunda, bedenini ve sağlığını etkileyecek tıbbi uygulamalar konusunda kararları yine kendisinin vermesidir. Özerklik desteğinin kilo verme sonuçları ile ilişkili olup olmadığının incelendiği bir çalışmada özerklik desteği alan obez hastaların kaybettikleri ağırlıklar ile özerklik desteği arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Gorin, vd., 2014). Ayrıca özgür iradesi ile edindiği sağlığı bozucu davranışlar sonucu obez hale gelen bireyin; dış baskı aracılığı ile edindiği sağlığı bozucu davranışlar sonucu obez hale gelen bireyden daha özerk olduğu bildirilmektedir (Carter, Kerridge, Rychetnik & King, 2012).

Çevresi tarafından kilo vermesi yönünde desteklenen obez hasta, kendi inanç ve değerleri, hatta önyargıları doğrultusunda seçme özgürlüğünü kullanarak tedaviyi reddedebilir. Birey olarak obez hasta özerklik hakkını kullanmak isterken sağlık profesyoneli, yarar sağlama yükümlölüğünü yerine getirmek isteyebilmektedir. Obezite arttıka hastanın bireysel özerkliğinin azaldığı ve obez hastanın gereksinim duyacağı özerklik desteğinin arttığı belirtilmektedir (Mitra, 2013). Diğer kronik hastalıklardan farklı olarak obezite tedavisi, hastanın kendi kararlılığı, tedaviye etkin katılımı ve

özerkliğini kullanması ile başarılı olmaktadır (Buchanan, 2013; Çıray Gündüzoğlu, 2013).

Obez hastaların, obezite yönetiminde özerk olarak hareket etmeleri gerektiği ifade edilerek (Lutz, 2019) obezitenin, hastaların bireysel özerkliklerini zedelediği ancak obezitenin tedavi edilmesi ile birey özerkliğinin geri kazanılabileceği (House, 2018) belirtilmektedir. Obez hastaların obezite konusunda bilinçlendirilmeleri ve eleştirel düşünebilmeleri için özerkliklerinin aktif biçimde desteklenmesi gerekmektedir (Łuczyński, Olszewska & Bossowski, 2016). Obezite tedavisinde uzun vadeli başarı, hastaların hedefleri benimseme derecesine ve hedeflerin özerklik ve yetkinlik gereksinimlerini ne ölçüde karşıladığına bağlıdır (American Academy of Family Physicians, 2013).

Günümüz tıbbi uygulamalarının birincil amacı kişiyi hayatta tutmak ya da yaşam süresini artırmak değil yaşam kalitesini (YK) yükseltmektir (Karimi-Brazier, 2016).

DSÖ'nün 1948 yılında bütüncül bakış açısı ile yaptığı sağlık tanımı sonrası sağlık anlayışı, biyomedikal süreçten psikososyal sürece doğru ilerlediğinden sağlık alanında YK'nin önemi artırmıştır. Kişinin kendi yaşamından ve kişisel iyilik hali olarak ifade edilen durumdan aldığı doyumun bütün olarak belirtilmesi olan YK, yaşamın nicel değerlendirmesi yerine kişinin öznel olarak kendi yaşamından memnuniyetini, genel iyilik halini ve işlevselliğini yansıtmaktadır (Pinto, Fumincelli, Mazzo, Caldeira & Martins, 2017). Bu anlamda YK değerlendirilirken kişiye kendi yaşamı ile ilgili hissettikleri sorularak kişiyi tüm özellikleriyle bir bütün olarak ele almak hedeflenmektedir (Theilla, vd., 2017).

YK kavramının sosyokültürel, psikolojik ve ekolojik etmenlerle iç içe olması, tanımının net şekilde ortaya konmasını zorlaştırmaktadır (Salvador-Carulla, Lucas, Ayuso-Mateos & Miret, 2014; Boylu-Paçacıoğlu, 2016). YK'ne dair yapılmaya çalışılan tüm tanımların ortak yönü, insan faktörü ve insanın öznel değerlendirme sistemidir. Bu nedenle YK'nin tek bir tanımı bulunmayıp, araştırmacılara daima dinamik ve zengin içerikler sunmaktadır (Boylu-Paçacıoğlu, 2016; Sarı-Kındap, 2018).

Alanyazınında obez hastalarda YK ile ilgili pek çok çalışma bulunurken özerklik ve ÖSİ'ni de içine alan sınırlı sayıda çalışma bulunmuştur. Bu çalışmaların duygusal özerklik ve kendi kaderini tayin hakkı bağlamında değerlendirildiği görülmüştür. Obezite ile ilgili yapılan pek çok çalışma, YK (Bidadian, Bahramizadeh & Poursharifi, 2011; Ul-Haq, vd., 2013; Balsamo, vd., 2015, Magallares-Schomerus, 2015; Kolotkin-Andersen, 2017) ve özerklik (Jonas, 2010; Buchanan, 2013; Devisch, 2018) arasında ilişki olduğunu ortaya koymaktadır.

Obezite; morbidite ve mortalitenin önemsenmesi gereken bir nedeni, yaşam boyu devam eden bir epidemi (Çıray Gündüzoğlu, 2013; Roberts-Fowler, 2017), mali yükü artıran bir hastalık (Mitra, 2013), iş bulma, eğitim ve iş çevreleri tarafından kabul görme hususunda çekinceler yaşatan bir engel (Mulvaney-Day, 2009; Es, 2018) ve insan bedenine yönelik önyargı, ayrımcılık ve nefret söylemleri oluşturan bir hastalık olması nedeniyle bireylerin YK'lerini olumsuz etkileyebilmektedir.

Bu çalışmada obezitenin özerklik, ÖSİ ve YK üzerindeki etkisi, başka bir ifade ile obez hastalar ile obez olmayan bireylerin özerklik, ÖSİ ve YK bakımından farklılaşıp farklılaşmadığının araştırılması amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Obezite

2.1.1. Obezite tanımı

Obezite; gastrointestinal, endokrin, kardiyovasküler, solunum, genital, üriner, iskelet ve kas sistemleri üzerinde çoğunlukla geri dönüşsüz sağlık sorunlarına yol açarak kişinin sosyal ve psikolojik durumu üzerinde olumsuz etkiler yaratan bir halk sağlığı sorunudur (Baysal, 2009; Tyson-Frank, 2018). Obezite kavramı yalnızca hastalıklarla değil, benlik kontrolü ve vücut idealleri kavramları ile de yakından ilintilidir (Hoffman, 2010; Sutin, vd. 2018).

Kemikler, dişler, kaslar, organlar, sıvılar ve adipoz dokudan meydana gelen vücudun ağırlığı; büyüme, üreme, fiziksel aktivite ve yaş ile birlikte değişmektedir. Yetişkin vücut ağırlığının yaklaşık %60'ını oluşturan sıvılar, su tüketimine ve sıvı kaybına bağlı olarak 1-2 litre/gün değişebilmektedir. Kemik, diş ve kaslarda da yaşa bağlı olarak değişimler görülürken adipoz doku, fiziksel aktivite düzeyine ve enerji alımına bağlı olarak değişmektedir (Baysal, 2011; Venkat-Larkin, 2014).

Artmış adipoz doku kütlesi ile karakterize bir hastalık (Akbulut, 2016) olan obeziteyi Dünya Sağlık Örgütü: “*Vücut yağ miktarının, sağlığı bozacak şekilde aşırı ya da anormal oranda birikmesi*” olarak tanımlamaktadır (WHO, 2004a).

2.1.2. Obezite kavramının tarihçesi

Latince “şişman” anlamına gelen *obesus* kelimesinden türeyen obezite (Alphan, 2013), tarihsel süreç içerisinde neredeyse tüm topluluklarda sağlığın ve zenginliğin bir belirtisi olarak görülmüştür (Sağlık Bakanlığı, 2014a, s.11). Obezite, kimi zaman güç, kudret, hükümran ve heybetli gibi terimlerle ilişkilendirilirken kimi zaman da doğurganlık, bereket ve bollukla birlikte anılmıştır (Bozbora, 2002, s.1). İnsanlığın tarih boyunca açlık-kıtlık, felaket ve yoklukla savaştığı düşünüldüğünde bu türden bir algının oluşması doğal karşılanmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2014a, s.11).

İlkçağ tanrılarında obezite, gücün ve yaşamın devamlılığının simgesi olurken sanayi devrimi ile birlikte obezlerin toplum içindeki konumu tamamen değişmiştir. Günün hızlı çalışma temposuna adapte olabilecek nitelikteki insanların aranması; obezlerin hantal, yavaş, sorunlu ve sağlıksız kavramları ile bir arada anılmalarına yol açmıştır (Bozbora, 2002, s.1-2).

Sanayi devrimi öncesinde malnütrisyon ve bulaşıcı hastalıklar sıklıkla görülürken günümüzde bu hastalıkların yerini obezitenin aldığı belirtilmektedir. Obezite, ilk bakışta Amerika Birleşik Devletleri (ABD), Avrupa Birliği (AB) ve İktisadi İşbirliği ve Gelişme Teşkilatı (OECD) üyesi gelişmiş ülkelerin sağlık sorunu gibi görülürken gelişmekte olan ülkelerde de:

- Gelir düzeylerinin yükselmesi,
- Batı'ya özgü yaşam biçiminin benimsenmesi,
- Diyetle alınan enerjinin artması,
- Sedanter yaşamın tercih edilmesi,
- Kırsaldan kente göç olguları ile beraber kaçınılmaz olmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2014a, s.11).

Obezitenin ülkelerin konumundan, ekonomik durumlarından ve diğer pek çok etmenden bağımsız olarak hızlı bir artış gösterdiği belirtilmektedir.

2.1.3. Obezite epidemiyolojisi

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), yirmi birinci yüzyılın başlıca sağlık tehditleri arasında obeziteyi göstermektedir (WHO, 2004a). 1975 yılından sonra dünya genelinde obezite görülme sıklığı üç kat artmıştır (Ural vd., 2018). Obezite, gelişmiş ülkelerde önlenebilir ölüm nedenleri arasında ikinci sırada yer alırken DSÖ tarafından en riskli 10 hastalık içinde gösterilmektedir.

Türkiye'de erişkin obez hastaların oranı 2016 yılı verilerine göre %19,6 iken AB'nin en güncel çalışması olan 2014 yılı verilerinde bu oranın AB ülkelerinde ortalama %15,4 olduğu belirtilmektedir. İncelenen ülkeler içinde,

Malta ilk sırada yer alırken Letonya ve Macaristan'ı Türkiye izlemektedir (TÜİK, 2017).

2030 yılında obezite sıklığının %50'ye vararak bu artışın 2050 yılına kadar devam edeceği öngörülmektedir (Pérez-Ferrer vd., 2018). Yetişkin Amerikalı bireylerin %60'ından fazlasının kilolu veya obez olduğu bildirilmektedir (McCormick, 2010; Thaler-Sunstein, 2017, s.18). Türkiye'nin de dâhil olduğu Avrupa ülkelerinde de projeksiyonun benzer olacağı tahmin edilmektedir (TEMD, 2018, s.12).

2.1.4. Obezite sınıflandırması

Obezitenin sınıflandırılmasında en yaygın şekilde kullanılan yöntem 1835 yılında, Adolphe Quetelet tarafından tanımlanan Beden Kütle İndeksi (BKİ)'dir. Vücut ağırlığının (kg), boy uzunluğunun karesine (m²) bölünmesiyle elde edilen (TEMD, 2018, s.21) BKİ; vücut yağ oranını doğrudan ölçmemesine karşın yağ oranı tahmininin %90'ın üzerinde doğruluk payı ile yapılmasını sağlamaktadır (Akbulut, 2016; Çalışır, 2018).

Obez hastaların vücut ağırlıklarının değerlendirilmesinde pratik bir yöntem olan BKİ'nin sınıflaması Tablo 2.1'de verilmiştir.

Tablo 1.1. BKİ Sınıflaması (WHO, 2006a; Abalain-Castela, Becher, Boucher, Labojka & O'gorman, 2018; TEMD, 2018, s.11)

Sınıflama	BKİ (kg/m ²)
Zayıf	≤18,50
Ciddi düzeyde zayıf	≤16,00
Orta düzeyde zayıf	16,00-16,99
Hafif düzeyde zayıf	17,00-18,49
Normal	18,50-24,99
Hafif obez	≥25,00
Pre-obez (fazla kilolu, toplu)	25,00-29,99
Obez	≥30,00
Birinci derece obez	30,00-34,99
İkinci derece obez	35,00-39,99
Üçüncü derece obez (morbid obez)	40,00-49,99
Dördüncü derece obez (süper obez)	50,00-59,99
Beşinci derece obez (süper-süper obez)	60,00≥

Obezite tanımının farklı şekillerde yapılması, çalışmalardan elde edilen sonuçları karmaşık hale getirmektedir. *Fazla kilolu* ve *obez* kavramları bazen birbirleri yerine geçecek şekilde kullanılmaktadır. Fazla kiloluluk, BKİ'nin 25,00-29,99 kg/m² arasında olması iken obezite; BKİ değerinin 30,00 kg/m² ve üstünde olmasıdır.

2.1.5. Obezite etiyolojisi

Obeziteye neden olan mekanizmalar hakkında ortaya konulabilmiş kesin bilgi bulunamamakla beraber genetik, çevresel ve davranışsal faktörlerin karmaşık etkileşiminin obezitenin gelişiminde rol oynadığı belirtilmektedir (Voigt-Schmidt, 2011; Miri, vd., 2017).

Obezitenin günümüzde hızla artan bir sağlık sorunu olması, bazı hastalıkların dönemsel olarak tipik şekilde görülmesi teorisi ile ilişkilendirilmektedir (Devisch, 2012). Bu teoriyi, gelişen teknolojiye bağlı olarak hareketsiz yaşam biçimi ve hızlı hazır besin tüketimi desteklemektedir.

Hatalı beslenme alışkanlıkları, çevresel etmenler (kimyasal ve obezogenik çevre), ailesel ve etnik faktörler, yağ hücreleri, ilaçlar, stres, santral sinir sistemi hasarları, enfeksiyöz hastalıklar, endokrin ve metabolik hastalıklar, vücut ağırlığının regülasyonunda bozukluk ve intestinal mikrobiyotadaki değişiklikler; obezitenin nedenleri olarak gösterilmektedir (McCormick, 2010; Akbulut, 2016).

2.1.6. Obezite tedavisi

Kilo kaybı süresince vücut, ağırlık kaybını katabolik bir durum olarak algılayarak önlem almaya çalıştığından obezite tedavisi; kontrolsüz olarak yapılmaması gereken özellikli bir uygulamadır.

Obezitenin tedavisi, yetki ve sorumlulukları farklı olmakla birlikte bilgi ve deneyimlerin paylaşılması esasına dayanan multidisipliner bir ekip çalışmasını gerektirmektedir.

Obez hastaların hem göreceli hem de mutlak olarak YK'lerinin düştüğü ve sağlıklarının risk altında olduğu göz önünde bulundurulduğunda obez hastalara sağlık hizmetlerinde verilmesi gereken önem ve öncelik ortadadır

(Persson, 2014). Obezite tedavisinde farklı yöntemler uygulanmaktadır. Bunlar:

1. Tıbbi beslenme tedavisi
2. Egzersiz tedavisi
3. Sosyal, psikolojik destek ve davranış terapisi
4. Farmakolojik tedavi
5. Cerrahi tedavi
6. Geleneksel ve tamamlayıcı tedaviler

Obezitenin hastaya verebileceği zarar ile tedavi sırasında oluşabilecek riskler arasında denge gözetilerek tedavi seçiminin hastaya özgü olarak yapılması önerilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2017a; Sağlık Bakanlığı, 2017b; TEMD, 2018).

Obezite tedavisinde diyet ve fiziksel aktivite, yaşam biçimi değişikliklerini içermektedir. Yaşam biçimi değişiklikleri; geleneksel olması, yan etki profili barındırmaması, ekonomik ve güvenilir sonuçlar vermesi nedeniyle cerrahi tedaviden daha öncelikli şekilde düşünülmektedir (Persson, 2014). Yaşam biçimi değişiklikleri, obezite tedavisinin temel taşı olmakla birlikte, farmakolojik tedavi ve obezite cerrahisi her geçen gün daha da yaygınlaşmaktadır. Obezitenin de içinde bulunduğu sağlık sorunlarına yönelik olarak geleneksel ve tamamlayıcı tedaviler Sağlık Bakanlığı tarafından önerilmekte, pek çok sağlık kuruluşunda geleneksel ve tamamlayıcı tedavi poliklinikleri açılmaya başlamaktadır (Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği, 2014).

Obezite tedavisinde tıbbi beslenme anahtar rol oynamaktadır. Obezitenin önlenmesinde önemli rolleri ve sorumlulukları bulunan diyetisyenler, kanıta dayalı sağlık araştırmaları ışığında hasta ya da danışanına özgü tıbbi beslenme tedavisi uygulamaya yetkili sağlık profesyonelleridirler. Obez hastalarda tıbbi beslenme tedavisi:

- Vücut ağırlığını hedeflenen düzeye indirmeyi,

- Hastanın 50'den fazla besin ögesi gereksinimini yeterli ve dengeli biçimde karşılamayı,
- Hastaya hatalı beslenme alışkanlıkları yerine doğru beslenme alışkanlıkları kazandırmayı,
- Vücut ağırlığı istenen düzeye geldiğinde, tekrar ağırlık artışı engelleyerek vücut ağırlığının sürekli olarak hedeflenen aralıkta kalmasını hedeflemektedir.

Hastanın, beslenme tedavisine uyum sağlayabilmesi için yapılacak değişikliklerin lezzet ve uygulanabilirlik açısından kabul edilebilir olması gerekmektedir. Bu nedenle, beslenme tedavisinin dikkate alınması ve uygun aralıklarla hasta ve danışan kontrollerinin yapılması gerekmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2017a; Sağlık Bakanlığı, 2017b; TEMD, 2018).

Egzersiz ağırlık kaybı üzerindeki başarısı hakkında tartışmalar sürerken fiziksel aktivitenin abdominal obeziteyi azalttığı ve ağırlık kaybı sürecinde olası kas kütleindeki kayıpları önlediği kesin olarak kabul edilmektedir (Silva, vd., 2011).

Egzersiz enerji harcamasını artırmakla birlikte, enerji değeri kısıtlı diyetlerle birlikte yapıldığında olası yağsız doku kaybını azaltacağı belirtilmektedir. Bu nedenle Sağlık Bakanlığı, beslenme tedavisine fiziksel aktivitenin de dâhil edilmesini önermektedir. Yalnızca egzersiz yapan obez hastaların ideal vücut ağırlıklarına düşebildikleri fakat ulaştıkları bu ağırlıklarını korumayı başaramadıkları ortaya konulmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2017a; Sağlık Bakanlığı, 2017b; TEMD, 2018).

Düşünce sistemlerinin duygu ve davranışlara yön veren temel faktör olduğunu savunan bilişsel-davranışçı terapi yaklaşımına göre, psikolojik rahatsızlıklar, kişinin yaşadığı olayla ilintili hatalı düşünceleri doğrultusunda ortaya çıkmaktadır. Terapi içinde uyaran kontrolü, kendini izleme, pekiştirme ve güçlendirme, besin tüketim kontrolü, bilişsel yeniden yapılandırma ve fiziksel aktivite düzeyini artırma yer almaktadır.

Obezite tedavisinde yaşam biçiminin değiştirilmesi esas kural olarak görülmekte (Sturgiss, Elmitt, Haelser, Weel & Douglas, 2018), diyet ve fiziksel aktivite gibi yaşam biçiminde yapılan değişikliklerin bilişsel-davranışçı müdahalelerle birleştirilmesi obezite tedavisinin etkinliğini artırarak vücut ağırlığının korunmasını desteklemektedir.

Obezite tedavisinde cerrahi yöntemlerin, hızlı ve güvenilir olduğu kabul edilmekte ancak uzun dönem sonuçları ve YK üzerindeki etkileri hâlâ sorgulanmaktadır. ABD başta olmak üzere pek çok ülkede giderek artan oranda uygulanan bariatrik cerrahi, sosyal bir sorunun yol açtığı tıbbi sonuçlara cerrahi bir çözüm olarak görülmektedir (Persson, 2014; Gonzalez-Campoy, 2019).

Sağlık Bakanlığı, sağlığın korunması ve geliştirilmesine yönelik geleneksel ve tamamlayıcı tedavi yöntemlerini belirlemek, bu yöntemleri uygulayacak profesyonelin eğitim ve yetkilendirilmeleri ile bu yöntemlerin uygulanacağı sağlık kuruluşlarının usul ve esaslarını düzenlemek amacıyla 2014 yılında Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği'ni yayımlamıştır. Bu yönetmelikte 15 tedavi yöntemine yer verilmiştir. Bunlar: akupunktur, apiterapi, fitoterapi, hipnoz, sülük uygulaması, homeopati, kayropraktik, kupa uygulaması, larva tedavisi, ortaderi tedavisi, proloterapi, osteopati, ozon uygulaması, refleksoloji ve müzik terapidir (Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği, 2014). Bu uygulamalardan akupunktur ve hipnoz, eksojen obezite tanısı almış hastalarda beslenme tedavisine uyuma yardımcı olması amacıyla önerilmektedir.

2.2. Özerklik ve Özerkliğe Saygı İlkesi

Etik, karar ve eylemlerin ahlaki yönünü sistematik olarak değerlendiren disiplindir.

Etik, ahlak üzerine bilgiler ortaya koyarken, karar verme süreci ve eylemler üzerinde etkili olabilen (Özateş, 2010) etik sorunları ele alış ve etiğin ilgi alanlarına bakış biçimlerini ifade eden etik yaklaşımları merkeze almaktadır. Bu yaklaşımlar, etik standartların neler olduğunu, doğrunun, iyinin ve olması gerekenin ne olduğunu, kişinin istemelerinde belirleyicilerin neler olduğunu, eylemde bulunmak için nasıl karar verileceğine veya nasıl eylemde bulunulacağına ilişkin yanıt aramışlardır (Tevrüz, 2007, s.13; Özateş, 2010).

Davranışların değerlendirilmesini içeren erdem etiği, Kant'ın ödev etiği, utilitarianizm (faydacılık), altruizm (başkalarını düşünme), egoizmi içeren sonuçsalcı etik (teleolojik etik), feminist etik, anlatsal etik ve ilkeci etik başlıca etik yaklaşımlardandır (Şahinoğlu Kuş, 2017).

Etik, pratik felsefenin bir alt dalı olarak yüzyıllar boyunca teorik bir disiplin olmuş, yirminci yüzyılda yaşanan pek çok değişim ve gelişim etiği uygulamalı bir alan haline getirmiştir. Gelişim ve değişim süreçlerinde bazı alan ya da durumlarda yaşanan olumsuz sonuçlar uygulamalı etiğin doğmasına neden olmuştur.

Tıp etiği uygulamalı bir etik alanı olarak, tıp mesleğini gerçekleştirenlerin bilmesi ve uygulaması gereken en değerli ve en önemli bilgi olarak tanımlanmaktadır (Cevizci, 2015). Tıp etiği, tıbbi eylemler çerçevesinde sağlık profesyonellerinin iyi ve doğru davranmak adına neleri yapmaları ve nelerden kaçınmaları gerektiği hakkındadır (Faria, 2015; Savulescu, 2015).

Tıbbın tarihsel süreç içinde gelişmesi, yeni etik sorunları beraberinde getirmektedir. Tıbbın ilerlemesinde önemli katkıları olan ABD ve Avrupa ülkelerinin insanlar ve hayvanlar üzerinde yaptıkları deneylerdeki acımasız tutumları, tıp etiğinin giderek önem kazanmasının sebeplerinden biri olarak gösterilmektedir. Tıbbın 1970'li yıllardan sonra hızlı gelişimi, dinamik bir

yapıya sahip olan tıp etiğinin öneminin artmasını sağlamıştır (Sarı, 2007, s.139).

Söz konusu insan bedeni ve insan yaşamı olduğundan tıp etiği, tıbbi uygulamalarda dikkatle gözetilmesi gereken önemli bir alan olarak görülmektedir. Sağlık profesyonellerince tıbbın konusu olan insanın değeri ele alınarak insani değerlerin gözetilmesi önerilmektedir. Sağlık profesyonellerinin temel uğraşı olan insan ve insan bedeni, tamir edilmesi gereken birer materyal olarak görülmemekte; ayrı, biricik ve özel bir yapı olarak değerlendirilmektedir (Sarı, 2007, s.133; Vatanoglu Lutz, 2019, s.189).

Günümüz sağlık profesyonelleri, tıbbi ilişkinin seyrini belirlemede hastanın değerlerini, geçmişteki meslektaşlarına göre daha fazla öne çıkarmaktadır. Toplumsal beklenti ve yasal düzenlemeler de sağlık profesyonellerini, tıbbi kararları alırken hastalarının değerlerine özen göstermekle yükümlü kılmaktadır (Valero, 2019).

Herhangi bir etik yargıya varabilmek adına birtakım temel etik ilkelere ihtiyaç duyulmaktadır. Normatif çalışma alanı da olan etikte genel kurallardan özel bir yargıya ulaşabilmek adına çağlar boyunca tarih sahnesinde yer almış insan topluluklarının normlarından yararlanılmaktadır. Sağlık profesyonelleri, tıp etiği alanında karşılaştıkları problemleri çözerken temel etik ilkeleri kullanmaktadırlar.

Tıp etiği sorunlarının çözümünde çağdaş yaklaşım, rijit kuralları aynı kategoriden her olayda uygulamak değil, temel ilkeler doğrultusunda her bir özgün olay için en uygun yaklaşımı belirleyerek onu gerçekleştirmekten geçmektedir (Ersoy-Aydın, 1994). Tıp etiği temel ilkeleri, kuralların genel çerçevesini oluşturmanın yanında kurala bağlanmamış durumlara ilişkin karar almada da rehberlik etmektedir.

Kant'ın ödev etiğinden ve Mill'in yararçı etik yaklaşımından köken alan *ilkeci etik* (principalism), tıp etiği alanına özgü sorunların yine tıp etiği alanına özgü geliştirilecek ilkeler ışığında çözülebileceğini savunmaktadır (Emir, 2013). Günümüz biyomedikal etik alanının en gözde yaklaşımlardan biri

haline gelen ilkecilik, etik karar verme sürecinde uzlaşma temelli ve kullanışlı bir teori olarak görülmektedir (Namal, 2015).

Etik alanındaki çalışmaları ile tanınan İskoç filozof ‘Sir William David Ross’ bu yaklaşımları ilkesel ahlaki ödevler şeklinde derleyerek bunlara *Prima facie* ismini vermiştir. Bunlar; zarar vermeme, yararlılık, adalet, sadakat, minnettarlık, kendini geliştirme ve yanlış düzeltmedir (Frankena, 2007, s.21).

Tıp etiği ilkelerinin tıbbi uygulamalardaki öneminin altının çizilmesi olarak da tanımlanabilen (Demirhan Erdemir, 2019a, s.45) ilkeci tıp etiği, Georgetown Üniversitesi, Kennedy Etik Enstitüsü’nde görev yapan Tom L. Beauchamp ve James F. Childress tarafından 1979 yılında yayımlanan “Biyomedikal Etik Prensipleri” kitabı ile önem kazanmıştır (Namal, 2015). Beauchamp ve Childress, etik ilkelerden birinin diğerinden daha üstün olmadığını; vakaya göre etik ilkelerden birinin tercih edilebileceği (Demirhan Erdemir, 2019a, s.46) veya diğerinden vazgeçilebileceğini ifade ederek Ross’tan farkını ortaya koymuştur. Beauchamp ve Childress tarafından ortaya konulan etik yaklaşım, vaka temellidir ve liberal anlayışı öne çıkarmaktadır (Şahinoğlu Kuş, 2017).

İlkeci yaklaşıma göre biyomedikal etiğin esasını teşkil ederek (Sarı, 2007, s.140) *tıp etiğinin çağdaş değerleri* olarak da tanımlanan dört temel ilkesi bulunmaktadır. Bu ilkeler aşağıda verilmiştir:

- Zarar vermeme (önce zarar verme: ‘*primum non nocere*’),
- Yararlılık ilkesi (risklere karşı yararı dengeleme ve hastaya yararlı olma),
- Adalet (yarar, risk ve giderlerin dağıtımına ilişkin norm grubu),
- Özerklik ve özerkliğe saygı (Sokol, McFadzean, Dickson & Whitaker, 2011; Kasch, 2015; Demirhan Erdemir, 2019a, s.46).

Genel kabul gören etik ilkelerinden ve tıp geleneğinden türetilerek tanımlanan bu ilkeler durağan bir hiyerarşi içinde bulunmamakta, mevcut durum ve koşula göre birine öncelik verilebilmekte; ilkeler birbirini

önceleyebilmektedir. Bu yaklaşımda, ilkeler birbirleriyle çatıştığında hangisine öncelik tanınacağına ilişkin bağlayıcı bir kural da bulunmamaktadır (Namal, 2015).

Beauchamp ve Childress, sağlık profesyonelinin gözetmesi gereken ilkeleri *Georgetown mantrası* adında bir formülasyonda belirtmekte ve özerkliği bu dört ilke içinde göstermektedir (Baranzke, 2018, s.72). Ayrıca hastanın kişisel özerkliğinin *optima facie* (mutlak bir ilke) değil, *prima facie* olduğu belirtilmektedir (Naji, Zamani, Koutlaki & Salamati, 2016).

2.2.1. Özerklik

İngilizcede “özerklik” anlamında kullanılan *autonomy*, Eski Yunancada “kendi kendine” anlamına gelen ‘autos’ ile “yönetim, erk, kural, kanun, norm” anlamlarına gelen ‘nomos’ sözcüklerinin birleşmesinden oluşmuştur.

Özerklik kelimesinin bugünkü anlamda kullanılmasının tarihsel ilk örnekleri, Antik Yunan kültüründe şehir devletlerinin herhangi bir dış baskı altında kalmadan öz yönetime sahip olarak kendi kurallarını yapabilme anlamında kullanılmasına dayanmaktadır. Burada kullanılan özerklik kavramı, kolektif ve politik bir anlam taşıırken içinde felsefi düşünce barındırmamaktadır (Gracia, 2012).

Özerklik kavramı, pek çok alanyazınında *otonomi* şeklinde kullanılmaktadır. Çalışmamızda otonomi kavramı yerine Türkçe “kendi” anlamına gelen ‘öz’ ve “iktidar” anlamına gelen ‘erk’ sözcüklerinin birleşmesinden oluşan özerklik kavramı kullanılacaktır.

2.2.1.1. Özerklik tanımları

Alanyazınında özerkliğe ilişkin pek çok tanım görülmesine karşın kavramla ilgili ortak bir tanımlama yapılamamıştır (Walker, 2008; Morsünbül, 2012; Baranzke, 2018, s.71).

Amerikalı hukuk felsefecisi Joel Feinberg, özerkliğin; yeti, otorite, ideal ve realite olmak üzere en az dört anlama geldiğini belirtmektedir (Baranzke, 2018, s.71).

Alanyazınında özerkliğin çok yönlü şekilde bir çatı kavramı olarak ele alındığı; (Devisch, 2010; Morsünbül, 2012) kendi kendini yönetme, kendini belirleme, özgürlük, bağımsızlık, karar verme ve insan onuru gibi kritik niteliklerin etrafında dönmekte olduğu görülmektedir (Bieskova, 2018).

Felsefe Sözlüğüne göre özerklik; *“Kişinin kendi kendini belirlemesinden, yönlendirmesinden ve yönetmesinden oluşan tüm dış baskı ve zorlamalardan uzak şekilde belirlenen biçimi; kişinin kendi kendini belirleme gücü, kendisini bağlı olduğu bir ahlak yasasının koyucusu olarak görebilmesidir”* (Cevizci, 1999, s.665).

İnsanoğlunun varsayılan bir yetisi ve bireyin yapısal bir özelliği olarak görülen (Schermer, 2002; Baykara-Şahinoğlu Kuş, 2013; Yıldız, 2018) özerklik, bireyin fiziksel, bilişsel ve iradi yapısından köken almaktadır.

Özerklik, bireyin karar ve eylemlerde kendi belirlediği hedef ve amaçlara ulaşmaya odaklanması ile koşut iken aynı zamanda olgunluğa doğru önemli bir gelişme adımı olarak kabul edilmektedir (Carolyn, 2018).

Pratikte sınırlı olduğu kadar ahlaki anlamda da sınırlı (Jonas, 2010) olan özerklik, doktrinlerinden yola çıkarak Rousseau ve Kant tarafından şekillendirilmiştir. Modern tıp etiği bağlamında özerkliğin, sadece itaat edilmesi ya da onur duyulması gereken değil saygı duyulması gereken bir kavram (Enzo vd., 2019) olduğu belirtilmektedir.

İnsanın ahlaki ve akli açıdan dokunulmaz öz değerinin sahibi olduğunu ortaya koyan insanlık onuru (Şaylıgil-Demirhan Erdemir, 2019, s.140), Kantiyen özerklik nosyonu ile temellendirilmektedir (Baranzke, 2018). Kantiyen özerklik, kişinin kendini akıl ile yönetme iradesine sahip olması ve eylemlerin kişiye yüklenmesini gerektirmektedir. Bu bakımdan Kantiyen özerkliği, aşağıda yer alan maddelerdeki gibi açıklanabilmektedir:

- Ahlakın temeli, ahlaki görevlerin belirlenmesinde en temel ilke (Enzo, Okita & Asai, 2019).
- Kendi görevlerini bilme ve kendi kurallarına uyma iradi özgürlüğü (Baranzke, 2018, s.84-85).

- Bireylerde belirli bir zamanda daha fazla veya daha az derecede olması gereken bir kapasite değil, ahlaki temsilcilerin rehberliği için benimsemeleri gereken pratik bir akıl yürütme biçimi (Devisch, 2011; Devisch, Dierckx, Vandeveldt & Deveugele, 2015)
- Kişinin kendi içinde taşıdığı yönlendirici ilke ve öğretisi (Marshall, 2005, s.570).
- İrade ile eşanlamlı olarak görülmesi gereken bir kavram (Enzo vd., 2019).

Kantian özerkliğin, başka hiçbir sebepten kaynaklanmayan nedensel özerklik anlamına geldiği belirtilmektedir. Ayrıca bu özerklik anlayışının; bireylerin özerkliğinden ziyade, kişinin kendi koyduğu kurallara uyma özgürlüğünü ifade eden (Baranzke, 2018, s.75) irade özerkliğine atıfta bulunduğu aktarılmaktadır (Enzo vd., 2019).

Özgürlük ve bireysellikten bahsederek özerkliğe ulaşmayı hedefleyen Mill'e karşılık Kant, özerklik terimini açıkça kullanmaktadır (Krause-Boldt, 2018). Beauchamp ve Childress; Kantian etik teorisi ile Mill'in teorisini, ÖSİ'nin haklı bir temeli olarak görmektedir (Enzo vd., 2019).

Sosyolojide özerklik; rasyonel, kendi hedeflerini ve çıkarlarını gözetken bireye veya topluma denmektedir (Marshall, 2005, s.570).

Psikoloji alanyazınında; kendi seçimlerini yapabilme, kendi inanç ve değer yargıları doğrultusunda davranabilme ve bağımsızlık (Bakırcıoğlu, 2012) ile ilişkilendirilen özerklik çoğunlukla öz yönelimli karar verme kapasitesini ifade eden *algılanan özerklik* çerçevesinde değerlendirilmektedir (Schüz, vd., 2015).

Biyomedikal alanda hasta özerkliğine duyulan ilgi, 1960'ların sonlarından bu yana her geçen gün artmaktadır (Devisch, vd., 2015). Tıbbın yıllar içinde en çok değişen temel değerlerinden biri olarak gösterilen özerklik, Dünya Tabipler Birliği tarafından da kişinin kendi kaderini yine kendisinin belirlemesi olarak tanımlanmaktadır (Dünya Tabipler Birliği, 2017, s.21-22).

Biyoetik alanyazınında kullanılan özerkliğin karar özerkliğini ifade ettiği belirtilmektedir (Naik, vd., 2009).

Kişinin kendini belirlemesi, kendi kendini yönetmesi ve kendi kuralını kendisinin koyması anlamlarına gelen özerklik, özünde felsefi ve ahlaki bir kavramdır (Erdoğan, 2017). Davranışlarını onay aramadan, toplumsal baskılardan uzak ve içinden geldiği şekilde, kendi istediği için yapabilmesi olarak tanımlanan (Doğan, 2016) özerklik, özellikle teşvik edilmesi ve saygı duyulması gereken bir değer olarak kabul edilmektedir. Böyle bir özerklik kavramı, etik ve ilgili alanlardaki özerklik konusundaki çağdaş tartışmalara paralel olarak *bireysel özerkliği* öne çıkarmaktadır (Baykara-Şahinoğlu Kuş, 2013; Enzo vd., 2019).

Bireysel özerklik, kişinin öz değerlerinden yola çıkarak kendine dair kararlar almasıdır (Akyıldız, 2010; Valero, 2019). Bireyin kendisini güçlü taraflarının yanında eksik yanlarıyla gerçekçi şekilde tanımlaması ve tanınması, özerkliğin temelini oluşturmaktadır (Öksüz, 2001; Yıldız, 2018).

Başlangıçta yalnızca hastanın özerkliğini işaret edecek şekilde kullanılmaya başlayan bireysel özerklik, günümüz tıbbının çok öznel ve çok yönlü iletişimi sayesinde sağlık profesyonelinin, hasta yakınının hatta üçüncü şahısların özerkliğini de kapsayacak şekilde genişlemektedir (Akyıldız, 2010). Hasta (birey) özerkliği; sağlık hizmeti alıcısının, sağlık profesyoneli ile iletişimindeki özerkliği iken sağlık profesyoneli açısından özerklik, uzmanın mesleki sorumluluklarının farkında olarak mesleğini icra ederken karar vermelerine karşılık gelmektedir (Kadıoğlu-Kadıoğlu, 2019, s.78; Valero, 2019).

Biyomedikal etik alanında özerklik, vazgeçilmez bir model ve değer olarak görülmektedir (Rodríguez-Prat, 2019).

2.2.1.2. Özgürlük, bağımsızlık ve özerklik

Çalışmamızda, özerkliğin daha iyi açıklanabilmesi adına özerklik ile yakından ilişkili olan özgürlük ve bağımsızlık kavramlarına değinilecektir.

Biyoetik terimleri sözlüğüne göre özgürlük: “*Engellenmeme, serbest bırakılma, belirlenmeme ve kendisine karışılmaması isteği*” şeklinde tanımlanmaktadır (Oğuz, Tepe, Büken & Kucur, 2005). Özerkliğin sağlanmasının bir koşulu olduğu belirtilen (Beauchamp-Childress, 2017, s.154) özgürlük; kısıtlama ve zorlamaya bağlı olmaksızın düşünme veya eylemde bulunma, herhangi bir koşula bağlı olmama durumudur.

Kontrol edici uygulamalardan bağımsız veya istemli bağımlı (Timuçin, 2004, s.392) olma durumu olarak da tanımlanan özgürlük; kişinin kendi kendini belirlemesi, denetlemesi, yönlendirmesi ve düzenlemesi durumudur. Bireyin kendisini, dış baskı, etki ya da zorlamalardan bağımsız biçimde kendi ideallerine göre yönlendirmesidir. Kişinin, başkalarının buyruk ve isteklerine göre değil, kendi isteklerine göre davranabilme gücünü ifade etmektedir (Cevizci, 1999, s.667).

Özgürlük; ahlaki öznenin tercih yapabilme ve yaptığı tercihin gereğini yerine getirebilme yönüne vurgu yapmaktadır. Kant’a göre özgürlük, eylemde bulunan kişinin çıkarlarını gerçekleştirmek için kendisini ve başkalarını araç olarak görmeyerek eylemlerini insan olmanın bilinci doğrultusunda yapmasını ifade etmektedir (Oğuz, vd., 2005).

Bağımsızlık ise dışsal etkiye bağlı olmama ya da dış güçten destek almama durumunu ifade etmektedir. Bağımsız birey, belirli dışsal etkilerin ya da güçlerin kaçınılmaz ve sürekli şekilde düşüncelerini, kararlarını ve davranışlarını etkilememesiyle karakterizedir.

Felsefe ansiklopedisine göre bağımsızlık: “*Başka bir kişi ya da olguya bağlı olmama*” şeklinde bağımlılık ile ilişkili tüm terimlerin karşıtı olarak tanımlanmaktadır (Hançerlioğlu, 2013). Bireyin bağımsız olmaması, davranışlarında kendi iradesini ortaya koyamamasından kaynaklanabildiği gibi bağımsız olmasını engelleyen etmenlerin onu baskı altına tutmasından da kaynaklanabilmektedir. Bu durumda iki sorun ortaya çıkmaktadır:

- **Özerk olmak ile ilgili sorun:** Özerkliğin ön koşulu olan yeterliliğin bulunmamasından kaynaklanmaktadır.

- **Özgür olmak ile ilgili sorun:** Özgür olmayan bireyin “kendisine” odaklanmış bir bakış söz konusudur.

Gündelik kullanımda sıklıkla karıştırılan özgürlük ve özerklik kavramlarından özgürlük, daha çok sürece ket vurucu dış etkenler ile bağlantılı boyutu vurgularken özerklik, eylemde bulunan kişinin içsel olanaklarına vurgu yapmaktadır. İki kavramın da seçim veya karar sonucu eylemi ortaya koyma odaklı olduğu belirtilmektedir. Bireyin aklını kullanma yetisi ve bununla ilintili olarak kendi yaşamı hakkında söz sahibi olma ve karar verme yeteneği ne kadar yüksekse, kişi o denli özerk; ne kadar özerk ise o denli özgür olacaktır (Valero, 2019).

Özerklik, bireyin kendi başına düşünme, değerlendirme, kendisi hakkında özgürce karar verme ve eylemde bulunabilme, kendi kendini yönetme yeterlik ve yetkinliğini ifade etmektedir. Bireyin olgunluğunun ölçütü olan yetkinlik, çocukluk, ergenlik veya yetişkinlik dönemleri ile ilintilendirilirken yeterlik, bireyin yaşından bağımsız olarak karar ya da eyleme yönelik olarak kişinin gereken özellikleri taşıyıp taşımadığına dair hukuki bir kavramdır. Birey özerkliğinden söz etmek, bu kişinin serbestçe ve kendi öz yetileriyle seçim yapması ve eylemde bulunabilmesi anlamına gelmektedir (Kadıoğlu, 2019, s.527).

Özerklik kavramı, özgür irade kavramından daha kapsamlıdır. Birey, başkalarının kendisi ile ilgili olarak yapılanlara karışmasını kontrol edebiliyorsa özerk olarak nitelendirilmektedir. Özerklik kavramı, Alman felsefesinin kurucu isimlerinden biri olan ve felsefe tarihinin kendisinden sonraki dönemini belirleyici olarak etkileyen filozof Kant'ın (Geiger, 2009) ahlak felsefesinin en temel kavramlarının başında gelmektedir.

Kant, özerklik kavramını ahlaklı olmanın gereklerini yerine getirirken bir yandan da özgürlüğünü ve insan olma onurunu koruyabileceğini göstermek için kullanmaktadır (Cevizci, 1999, s.665).

Bağımsızlık, başkalarının müdahalesini beklemeden bireyin kendi yaşamını yine kendisinin kontrol edebilmesidir. Bununla beraber bireylerin her an birbirleri ile etkileşim içinde olmaları bağlamında bağımsızlığın insan

yaşamına özgü olmadığı, bağımsızlığın ancak devletlere özgü olabileceği yönünde görüşler bulunmaktadır.

Özgürlüğün sınırlarını sosyolojik düzen ile birlikte zarar vermeme ilkesinin çizdiği (Baykara-Şahinoğlu Kuş, 2013) aktarılırken Mill'e göre başkalarına zarar vermediği sürece gerçekleştirilen eylemlere saygı gösterilmesi gerektiği (Krause-Boldt, 2018) vurgulanmaktadır.

Kişinin kısıtlama, zorlama ve tehditten uzak olmasını gerektiren özerklik (Şaylıgil-Demirhan Erdemir, 2019, s.147); bireyin gelenek, görenek ve törelerin de kısıtlamalarından özgür olmasını gerektirmektedir (Erdoğan, 2017). Özgürlük düşüncüsü Mill'e dayanan bu anlayış, bireyselliğin içerdiği özerkliğe işaret etmektedir (Erdoğan, 2017). Özerklik, bireyin kendisine bağlı bir kavramken özgürlük kendisinin yanında başkalarına da bağlı bir kavram olarak görülmektedir (Baykara-Şahinoğlu Kuş, 2013).

Ayrıca özerklik; bir kişi veya topluluğun kendi yaşam biçimini belirleme ve karar verme özgürlüğünü ifade eden (Akyıldız, 2010); insanı diğer varlıklardan ayıran (Schermer, 2002; Akyıldız, 2010; Devisch, 2018), ona kişilik kazandıran ve bu temelde özgür olması yolunda ona eşlik eden bir kavramdır (Aldanmaz, 2010). Ahlaka sahip bir varlık olan insan, özgürlüğü sayesinde özerk eylem ve özerk seçimde bulunabilmektedir (Baykara-Şahinoğlu Kuş, 2013).

Tıpta özerklik konusunda genel bir fikir birliği bulunmamasına rağmen özerkliğin heteronomi, bağımlılık veya paternalizmin aksine; kendini gerçekleştirme, özgür seçim ve bağımsızlığı içerdiği konusunda hemfikir alanyazını bulunmaktadır (Devisch, 2011; Have, Heide, Mackenbach & Beaufort, 2012; Bieskova, 2018).

Özerklik, başta özgürlük ve bağımsızlık olmak üzere pek çok kavramla karışabilmekte ve bu kavramlar birbirleri yerine kullanılabilir (Baykara-Şahinoğlu Kuş, 2013). Özerkliğin bağımsız olarak yapılamayan eylemleri ve seçimleri tanımlama konusunda yaklaşımına dair tartışmalar sürerken (Walker, 2008) başkalarından bağımsız olmanın ve kendi kendini

yönetmenin, özerklik için temel teşkil ettiği kabul edilmektedir (Özdemir-Çok, 2011).

Toplumsal etkiler üzerinde duran ilişkisel özerkliğin, bağımsızlığı vurgulamadığı; karşılıklı şekilde bağımlılıkların düşünülmesini ve sosyal etki biçimlerinin sorgulanmasını teşvik ettiği (Entwistle vd., 2010) belirtilmektedir. Bağımsızlık hiçbir şeye bağımlı ve bağlantılı olmamak iken özerklik bireyin kendisini ilgilendiren konularda kararı yine kendisinin alabilmesi yeterliliği ve yetkinliğidir. Bağımsız, dış etkilerden arınmış değildir (Baykara-Şahinoğlu Kuş, 2013). Bu dış etkiler yasa ve dinsel buyruklar olabileceği gibi iyi niyet ve kişisel çıkarlar da olabilmektedir (Frolov, 1991, s.369).

Fransız filozof Jean-Paul Sartre; başkalarının özgürlüğünün başladığı yerde kendi özgürlük ve özerkliğinin bittiğini belirtmişse de başkalarının özgürlüğünün başladığı yerde özgürlük ve özerklik bitmek yerine yeniden başlamaktadır (Devisch, 2018).

Özerklik ve özgürlük arasındaki ilişki incelendiğinde, pek çok araştırmacı özgürlüğü pozitif ve negatif olarak ikiye ayırmakta; negatif özgürlüğe atıfta bulunarak özgürlük kavramını kullanırken bireyin kendi seçimlerini yapma ve yaşamını kendi amaçlarına göre yönlendirme kapasitelerine odaklanarak pozitif özgürlük anlamında özerklik kavramını kullanmaktadırlar (Schermer, 2002).

Özerkliğin özgürlük yönü, bireyin seçimler yapma ve bu konuda doğru şekilde bilgi alma fırsatına sahip olma yeteneğinde kendini göstermektedir. Ayrıca, bireye tanınan seçimlerin anlamlı olması gerekmektedir (Bieskova, 2018). Bireyin üstünde kapsayıcı bir kavram olan özgürlük bulunurken özerklik, kişiyi içine alan bir kavramdır (Baykara-Şahinoğlu Kuş, 2013).

2.2.1.3. İlişkili (ilişkisel) özerklik

Kişilerin davranış ve düşüncelerinde bağımsız olmaları, ABD ve Avrupa ülkelerinin siyasi ve ahlaki teorilerinin önemli bir bölümü olarak bireyselliği ön plana çıkarmaktadır (Beauchamp-Childress, 2017, s.153-161). Bu görüşe

göre eylemin iyi veya kötü olması özerk bireylerin tercihlerinden kaynaklanırken bireysellik, toplum ile gerilim içinde olabilmektedir.

Özerk eylemin, kanun ve devletle uyum göstermesi gerektiği vurgulanmaktadır. Kanunlara uygun olarak devlet otoritelerince yönetilmeyi kabul etmek özerkliği kaybetmek anlamına gelmemektedir. İnsanı yönlendiren güç, yasal bir kurum olabileceği gibi gelenek-görenekler, inanç sistemleri veya toplum olabilmektedir (Sarı, 2007, s.153; Çobanoğlu, 2009, s.75-76).

Yakın coğrafyalarda, benzer koşullarda yaşayan toplulukların birbirleri ile ilgilenmeleri; toplumun iyiliği ve YK adına çaba göstermeleri, toplum ahlakını korumak için önemli bir uğraş olarak görülmektedir.

İnsanın, toplum içinde sosyal bir varlık olduğu belirtilirken ahlakın, toplumdan yalıtılmış kişilerin koyduğu bireysel kodlar olmadığı vurgulanmaktadır (Yüksel, 2002). Kişilerin yaşamları üzerindeki etkileri göz ardı edilmemesi gereken ahlaki ilkelerin toplum içinde paylaşılması, bu ilkelerin herkes için bireyselleşmesini de engellemektedir (Sarı, 2007, s.153).

Birey, özerkliğini izlenecek meşru bir kılavuz olarak gördüğü topluluğun ya da geleneğin yaptırımlarına uymaktan yana kullanmışsa bu durum özerklik ve yaptırım kavramlarının çatışmadığını, aksine bu kavramların koşut olduğunu göstermektedir (Beauchamp-Childress, 2017, s.160).

Toplumsal ilişkilerin kişiler üzerindeki etkisi *ilişkili özerklik* kavramının ortaya çıkmasını sağlamıştır. İlişkisel özerkliğe göre dil, din, ırk, etnik köken, sınıf, cinsiyet ve cinsel yönelim gibi sosyal etmenler (Bentley, 2017) ile toplumsal etkileşimler, kişinin kimliğini oluşturmaktadır (Beauchamp-Childress, 2017, s.160).

Bireyin özerkliği, toplumu oluşturan diğer kişiler tarafından zedelenebilmektedir. Bu durumun nedeni insanların birbirine bağımlı olmaları sonucu istek, duygu ve eğilimlerin özerklik için gerekli olan yeti ve yetenekleri

baskılaması, engellemesi hatta sindirebilmesidir (Beauchamp-Childress, 2017, s.161).

İlişkisel özerklik; sağlık profesyoneline hasta özerkliğini teşvik etme olanağı sağlamaktadır (Stoljar, 2011).

2.2.1.4. Özerkliğin bileşenleri

Özerklik, her biri içerik bakımından birbirini tamamlayan *özerk birey*, *özerk seçim* ve *özerk eylem* bileşenlerinden oluşmaktadır (Büken, 2017).

2.2.1.4.1. Özerk birey

Tarihsel süreç içinde özerklik, insanın kendi kimliğinin ve bireyselliğinin farkında olmasını sağlayarak birey kavramının içine yerleşmiştir (Tekpınar, 2018). Özerk birey, belirlenmeye ve dış kontrole izin vermeden kendi yaşamını kendi elinde bulundurabilen bireyi tanımlamaktadır (Yazıcı, 2008). Bireyin özerk olması; özerk seçim yapabilmesi, eylemini bilinçli, amaçlı ve istekli şekilde gerçekleştirebilmesidir (Arda, 2004; Devisch, 2011; Çıray Gündüzoğlu, 2014).

Ronald Dworkin ve John Rawls ile birlikte liberal felsefenin üç sacayağından biri olarak kabul edilen Joseph Raz'a göre özerk birey, kendi hayatını kendi kuran kişidir (Erdoğan, 2017).

Dinlediğini ve okuduğunu anlayan, düşünme yeteneği gelişmiş, kendini etkili olarak anlatabilen, yaratıcı ve bireyleşme sürecini tamamlamış kişilerin özerk oldukları söylenebilmektedir (Arslan, 2016).

Özerk birey; kendi inanç, değer ve yaşam hedeflerini koruyarak içinde bulunduğu koşullara uygun biçimde, akılcı-özgür eylem ve seçimlerde bulunabilen bireydir (Rodríguez-Prat, 2019).

Eylemlerinin “özerk eylem” olup olmadığını ayırt eden birey, seçimlerini yaparken kararını şekillendiren, yönlendiren, baskılayan bir başka gücün etkisinden uzak kalabilmekte, davranışlarının nedenlerini gösterebilmekte (Billington, 2011, s.407) ve gerektiğinde bunlarla baş edebilmektedir (Metin, 2010; Valero, 2019).

Felsefede özerkliğin kişilerin eylemlerini mi, karakterlerini, kişiliklerini mi yoksa yaşamlarını mı nitelendirdiği konusunda tartışmalar devam ederken (Quante, 2011) çocukluk çağından başlayarak yaşanan tecrübelerin, geçirilen hastalıkların, ruhsal durum değişikliklerinin ve mental gelişimin bireylerin özerkliklerinin farklı seviyelerde gelişmesini sağladığı (Baykara-Şahinoğlu Kuş, 2013) belirtilmektedir.

İnsanın bireyselleşmesi ile gelen özdenetim ve kontrol, birey özerkliğini beraberinde getirmiştir (Tekpınar, 2018). Yasaları üzerinde serbest kontrol sergileyen özerk bir hükümet gibi, özerk birey de kendi özerk eylemleri üzerinde kontrolü sürdürme iradesine sahiptir. Kendi yetkisi dışında herhangi bir kişinin dışarıdan onu kontrol etme olasılığı bulunmamaktadır (Reach, 2014). Tam olarak “kendi kurallarını yürürlüğe koyma” anlamına gelen (Hewson, 2001) özerkliğin gücü ifade ettiği belirtilirken (Saraçoğlu, 2010) eylemde bulunduğu kendi ilkelerini koruyamayan bireyin özerk olmadığı vurgulanmaktadır (Snowdon, 2018).

Özerklik, geleneksel olarak yalnızca yeterli karar verme kapasitesine sahip bireylere atfedildiğinden, hastanın karar verme kapasitesinin, kendi ilkelerini korumaya yeterli olup olmadığının belirlenmesi önemli bir sorundur (Lindberg, Johansson & Broström, 2018).

Özerk bireyden söz edebilmek için kişinin serbestçe ve kendi aklı doğrultusunda davrandığı varsayılmaktadır. Özerk birey tartışması içerisinde en önemli unsurun *yeterlik* olduğu belirtilmektedir (Aydın, 2001; Beauchamp-Childress, 2017, s.174). Bireyin özerkliğinden bahsedilebilmesi için yeterliliğin bulunması şarttır.

Tek bir tanım ya da ölçütü bulunmayan (Beauchamp-Childress, 2017, s.174) yeterlik, Türk Dil Kurumu sözlüğünde: “*Bir işin yapılabilmesini sağlayan özel bilgi; görevini yerine getirme gücü*” olarak açıklanmaktadır (TDK, 2011, s.2584).

Yeterlik, dışsal baskıya maruz kalmadan serbestçe davranabilme yeteneği anlamına gelmekte; bireyin kendisiyle ilgili konularda karar

verebilme, çıkarlarını fark ederek kendini koruyabilme gücünü göstermektedir (Entwistle, Carter, Cribb & McCaffery, 2010).

Alanyazınında algılama, düşünme, değerlendirme, karar alma ve aldığı kararı uygulama yetilerinin yeterlik için önemli koşullar olduğu belirtilmektedir (Alan, 2005; Valero, 2019). Bu koşulları sağlayan bireyler yeterli bulduklarından bu bireylerin özerkliğinden söz edilebilmektedir.

Sağlık alanında özerklik, genellikle hastanın tıp ve araştırma uygulamaları bağlamında kendi kendini belirleme hakkı olarak anlaşılmaktadır (Schermer, 2002; Vogelstein, 2016). Richard Ryan ve Edward Deci tarafından geliştirilen, sosyal etkileşim sonucu sergilenen davranış ve tutumların güdülenme mekanizmaları aracılığıyla benimsendiğini savunan *Öz Belirleme Teorisi*; kişilik gelişiminde etkili olan içsel süreçlere odaklanmaktadır (Koole, Schlinkert, Maldei & Baumann, 2018). Bu bağlamda “kendi hayatını yaşamak” ve “kendi biyografisini yazmak” birey özerkliğini ifade etmektedir (Schermer, 2002).

Hasta özerkliği, sağlık profesyoneli tarafından hastaya gösterilmesi gereken bir saygı hakkı olduğu gibi hastanın böyle bir hakkının bulunup bulunmadığının anlaşılması için deneysel olarak ölçülecek karar verme yetisi ve zihinsel yeterliliği olarak tanımlanmaktadır (Baranzke, 2018, s.71-72).

Zihinsel yeterlik konusunda; *etkililik, yapılabirlik ve toplumca kabul edilebilirlik* gözetilerek kişinin zihinsel yeterliliğinin söz konusu olay doğrultusunda orantılanmasını ifade eden *kaydırmalı terazi stratejisi* önerilmektedir. Buna göre, tehlike barındırmayan bir olayda hastada aranan yetilerin çıtası düşürülmeliyken tehlike düzeyi arttıkça çitanın da yükseltilmesi gerektiği belirtilmektedir. Kişinin zihnen yeterli olduğunu gösteren kanıt miktarı risk düzeyine göre değişirken kişinin zihinsel yeterlik düzeyinin sabit kaldığı göz önünde bulundurulmalıdır (Beauchamp-Childress, 2017, s.180-183).

Özerk birey ile yeterlik ölçütleri arasında dikkat çekici bir benzerlik söz konusudur (Beauchamp-Childress, 2017, s.176). Kişinin özerk birey olarak değerlendirilebilmesi için:

- Ergin olması (18 yaşını doldurmuş),
- Ayırtım gücüne sahip olması,
- Kısıtlı olmaması gerekmektedir.

Türk Medeni Kanunu (TMK) md. 13'e göre *“Yaşının küçüklüğü yüzünden ya da akıl zayıflığı, akıl hastalığı, sarhoşluk veya buna benzer nedenlerden biriyle akla uygun olarak davranma yeteneğinden yoksun olmayan herkes, bu Kanuna göre ayırtım gücüne sahiptir.”*

Türk Medeni Kanunu açısından kısıtlılık, aşağıdaki dört şekilde mümkündür (TMK, 2001):

- Akıl hastalığı veya akıl zayıflığı (TMK, m. 405),
- Savurganlık, alkol veya uyuşturucu madde bağımlılığı, kötü yaşam biçimi, kötü yönetim (TMK, m. 406),
- Bir yıl veya daha uzun süreli özgürlüğü bağlayıcı bir cezaya mahkûm olma durumu (TMK, m. 407),
- İlgilinin geçerli nedenlere dayanan talebi (TMK, m. 408).

Bu özellikleri taşıyan kişiler kısıtlı sayıldığından bu kişilerin özerkliğinden söz edilememektedir. Özerk birey; anlayan, irdeleyen, akıl yürüten, bağımsız seçimler yapabilen ve zorluklarla baş edebilen kişidir (Beauchamp-Childress, 2017, s.154). Bu bağlamda kişinin özerk olup olmadığını anlamak için özerkliğin unsurlarına bakılması gerektiği belirtilmektedir:

- Durumu kavrama,
- Düzenli düşünerek akıl yürütme,
- Duruma yüzeyden bakmayıp derinliğine değerlendirme,
- Bağımsız tercih yapabilme öz yönetimi olan bireyin özerk olduğu söylenebilmektedir (Sarı, 2007, s.152; Çobanoğlu, 2009, s. 17).

Öz yönetim genellikle hastaların meslektaşları, arkadaşları ve aileleriyle olan ilişkilerini etkilemektedir. Öz yönetim, hastalık öncesi yaşamın yeniden değerlendirmelerini ve hayat planlarının yeniden yapılandırmasını gerektirebilmektedir (Enzo vd., 2019).

Özerk olmak; bir kişinin rol model alınması değil, süreç içinde içselleştirdiği yaşamışlıkların, isteklerin ve koşulların deneyimlenmesi ile bireyin kendi kişiliği doğrultusunda edindiği gerçek özü olarak düşünülmelidir (Christman, 2015). Söz konusu böyle özerk bir bireyin, özerk eylemde bulunabilmesi için;

- Kendi kendini yönetme,
- Herhangi bir eylemde bulunurken kendi ilkelerini koruyabilme,
- Tutum ve davranışlarında kendi özgün görüşünü ortaya koyabilme, yeteneklerine sahip olması beklenmektedir (Aydın, 2001).

Özerk birey, yasal sınırlar içerisinde özgür ve herhangi bir dış baskı altında kalmadan, bağımsız olarak kendi başına düşünebilme, kendine dair karar verebilme ve bu karara dayanan bir eylemde bulunabilme yeterlik ve yetkinliği içerisinde (Çobanoğlu, 2009, s.18). Bu yeterlik ve yetkinlik doğrultusunda yapılan eylem ve seçimler; yani özerk eylem ve seçimler, çağdaş dünya insanında bulunması beklenen bireysel değerlerin ön koşullarından biridir (Büken, 2017). Özerklik aynı zamanda yaşam için amaç ve idealler yaratabilme gücü olduğu kadar ahlaki bir içe bakış ve kendi öz yasalarını oluşturabilme yeterliliği olarak görülmektedir (Metin, 2010).

Özerkliği zedelenmiş bireyin; önemli konularda başkalarının denetimi altındayken kendi tasarımı ve istekleri doğrultusunda kendi içsel dinamiklerini harekete geçirerek eylemde bulunma yetisinden yoksun olduğu belirtilmektedir (Beauchamp-Childress, 2017, s.154).

Özerklik, başkalarından etkilenmemek değildir. Kişinin özerk bir özne konumunda olması düşünmeden hareket etmeyeceği anlamına gelmemektedir. Bu yüzden kişinin özerk olup olmadığına onun her bir eylemine tek tek

bakarak değil, belli durum ya da olaylar karşısında nasıl hareket edebileceği hesap edilerek karar verilmesi gerektiği belirtilmektedir (Sarı, 2007, s.152).

Özerkliği uçsuz bucaksız bir kâinat gibi değil, belli sınırları olan hatta çevresi sularla kaplı bir kıta gibi düşünmek gerekmektedir.

Özerklik, toplumun ortak iyiliği uğruna sınırlandırılabilir. Kişilerin özerklikleri, kendilerine verebilecekleri zararı engellemek için değil dışarıdan gelebilecek zararı önlemek adına engellenebilir. Özerklik bireylerin hatalı seçimler yapabilme özgürlüklerini de içinde barındırmaktadır (Devisch, 2011).

Bireyin anlayış ve kavrayışının yetersiz olması, seçimlerini anlamlı olarak yapmasını engellemektedir. Bu durum etik tartışmalara neden olabilmektedir. Özerk olabilmek için fiziksel ve psikolojik sınırlamalardan bağımsız olmak gerekirken bazı durumlarda özerklik kalıcı olarak sınırlanmaktadır. Bunlar:

- Kişinin ruhsal gelişimi,
- Kişinin kültürel yapısı,
- Kişinin istek ve dürtüleri,
- Kişinin yaşadığı toplumun sunduğu imkânlar,
- Örf ve adetler (İlgili, 2017),
- Uzun süreli ruhsal bozukluklar,
- İrreversible (geri dönüşsüz) hastalıklar,
- Ağır mental retardasyon, şeklinde ifade edilmektedir (Beauchamp-Childress, 2017, s.154).

Özerkliği azalmış birey, kendi istek ve planları doğrultusunda düşünememekte ve hareket edememektedir. Bu nedenle bireyi başkaları rahatlıkla denetleyebilmektedir. Özerkliğin geçici olarak sınırlandırıldığı durumlar:

- Koma,

- Senkop,
- Mahkûmiyet,
- Reşit olmama,
- Kısa süreli ruhsal bozukluklar,
- Reversible (geri dönüşlü) hastalıklar,
- Eğitim düzeyinin çok düşük olması veya hiç olmaması, şeklinde ifade edilmektedir (Çobanoğlu, 2009, s.123; İlgili, 2017).

Bazen kendi kendini yönetebilen, sağlık durumu hakkında bilinçli ve kontrollü olan özerk bireyler; dış baskılar, bilgisizlik, muhakeme ve seçim yapma yetisini bozacak koşullar, psikolojik bunalım ve hastalık durumlarında özerkliklerini kullanamamaktadırlar. Özerklik, tamamen olan veya hiç olmayan bir unsur değildir. Özerklik bazı açılardan tamken diğer açılardan zedelenmiş olabilmektedir (Valero, 2019).

Biyomedikal etik alanında, hastanın özerkliğini değerlendirirken derecelendirmek ve hastanın özerklik derecesine uygun biçimde özerkliğine saygı göstermek gerekmektedir. Özerkliği kalıcı şekilde sınırlanmış olsa dahi bu kişilere ahlaken saygı borcu hissedilerek kişilerin korunması önerilmektedir (Beauchamp-Childress, 2017, s.163).

2.2.1.4.2. Özerk seçim

Özerk seçim; bireyin, kendi yeterlik ve özgür koşulları içinde, özgün, akılcı karar ve eylemlerini belirlerken bir veya daha çoğu arasından belli birini veya birkaçını tercih edebilmesidir (Demirhan Erdemir, 2011, s.111-112; Büken, 2017).

Özerk seçimde, birey kendi istek ve planlarını gözeterek seçim yapmaktadır (Emir, 2013). Özerk birey her zaman özerk davranamayabilir. Birey bazen özerk seçim yeteneğini kullanmak istemeyebilir veya kullanamayabilir. Kendi seçimleri doğrultusunda davranmak istemeyebilir. Zorlama, bilgisizlik, hastalık ve bunalım gibi durumlarda kişinin kendi kendini yönetmesi aksamaktadır (Sarı, 2007, s.152; Devisch, 2011). İstek ve

tercihlerin nasıl ortaya çıktığı özerklik için önem arz etmektedir. Seçim özerkliğinde, kişinin kendisiyle özdeşleşmesinden çok tercihin nasıl oluştuğunun önemsenmesi gerektiği belirtilmektedir.

Günümüzde birçok sağlık profesyoneli, hastaları tedaviye dâhil ederek tedavi seçeneklerini anlamalarına yardımcı olmak ve sağlık hedeflerine ulaşmak için iş birliği içinde çalışmak istemektedir (Carolyn, 2018). Bu aşamada devreye giren özerk seçim, bireylerin kendi bedenleri ve sağlıkları konusundaki tartışmaların anahtarı olarak görülmektedir (Skalko-Cherry, 2016).

2.2.1.4.3. Özerk eylem

Özerk eylem; özerk bireyin, özerk seçimde bulunarak ortaya koyduğu fiil, hareket, aksiyon olarak tanımlanmaktadır. Burada söz konusu eylem istenilerek, sonuçları öngörülerek ve dışsal tüm etkenlerden bağımsız şekilde uygulanmaktadır (Emir, 2013).

Eylemin özerk olup olmadığını “anlayarak, bilerek, isteyerek ve etki altında kalmadan” yapılması belirlemektedir. Hastanın tedavi ile ilgili tüm detayları tam olarak anlaması ve hiçbir etki altında olmaması ütopik bir durumdur. Bu nedenle sağlık profesyoneli ile hasta iletişimde hastanın tam değil, *yeterince özerk* olması beklenmektedir (Sarı, 2007, s.152; Beauchamp-Childress, 2017, s.159).

Beauchamp ve Childress, özerk eylemleri; amaçlı eylemlerde bulunabilen, anlayarak ve seçimlerinde kendi iradesi dışında bir gücün etkisi altında olmayan insanlar üzerinde çözümlenmek gerektiğini belirtmektedir. Bu bağlamda özerk eylem; baskı, zorlama, aşırı etkileme, hileden uzak olmasının yanında amaçlı, bilinçli ve istekli olmalıdır (Beauchamp-Childress, 2017, s.157-158).

- Eylemin birey tarafından akılcı şekilde seçilerek planlanması gerekmektedir. Eylemin daima istenen bir eylem olması gerekmemektedir. Kimi zaman, seçilen eylem bireyin değer ve inançları ile çelişebilmektedir. Bu, eylemin özerkliğini ortadan kaldırmamaktadır. Çünkü eylem amaçlara uygundur ve söz konusu

birey akıl yürütme yeteneği sayesinde akılcı bir eylem ortaya koymuştur.

- Birey özerk bir eylemde bulunmadan önce amaçladığı eylemi idrak etmiş, kavramış olmalıdır. Aksi durumda eylem, özerk olma niteliğini kaybedecektir.
- Bireyin eylemlerinde; onu bu eyleme yönlendiren herhangi bir dış faktörün bulunmaması, bireyin kendi özgür seçimi dâhilinde eylemde bulunabilmesidir. Eylemin istekliliğini önlediğinden bireyin etki altında kalmaması gerektiği belirtilmektedir (Aydın, 2003).

2.2.1.5. Düşüncede, istekte ve eylemde özerklik

Zihinsel etkinlikler bakımından bireyin kendi geleceğini belirlemek adına ilgili konuyu anlamış şekilde eylemde bulunması düşüncede özerklik ile ilintilidir. Bireyin kararı ile ilgili inanç, estetik ve ahlak dayanaklarını da içinde barındırmaktadır.

Karar verme özgürlüğü ile yakından ilişkili olan istekte özerklik; bireyin kendi özgün görüşünü belirtmesi şeklinde açıklanmaktadır (Elçioğlu-Kırımhoğlu, 2003, s.35). Herkesin, her durumda kendi geleceğini belirleme olanağı bulunamamaktadır. Bireyi mental yönden etkileyen bazen de mobilizasyonunu kısıtlayan obezite gibi bazı hastalıklar, bu durumun biyomedikal alana yansımaları oluşturmaktadır (Devisch, vd., 2015).

Eylemde özerklik; bireyin düşünce ve istek özerkliğine bağlı olarak eylemlerini gerçekleştirmesidir. Bireyin düşündüklerini ve amaçladıklarını yaşama geçirmesi bu eylem sayesinde gerçekleşmektedir. Hastanın tedaviye dayanma gücünün tükendiğini hissettiği anda tedaviden vazgeçmesi, bireyin özerk eylemini ortaya koymaktadır (Tacir, 2011, s.109).

2.2.1.6. Özerklik ve heteronomi

Alanyazınında hastanın özerkliğini kullanmasının her durumda mümkün olmadığı (Reach, 2014), özerkliğin, mutlak özerklikten ideal bir özerkliğe veya sınırlı özerklikten kayıp bir özerkliğe derecelendirilebildiği (Keleş, 2013) ve çağdaş biyoetiğin dönüm noktası olarak kabul edilen özerklik

ve ÖSİ'nin, pratikte yarar sağlama ilkesiyle açıkça çeliştiği (Reach, 2014) belirtilmektedir.

Hasta özerkliğinin geçersiz kılınması, tıbbi paternalizmi oluşturmaktadır (Skalko-Cherry, 2016). Heteronominin, paternalizmden farklı olduğu; heteronominin bağımlılığı içerirken paternalizmin boyun eğdirmeyi ve insanların haklarının ellerinden alınmasını ifade ettiği belirtilmektedir (Slatman, Zeiler & Devisch, 2016). Pek çok kişi, özerkliğe değer vermeyerek heteronomik yaşamlarıyla mutlu olmaktadır. Geleneksel kurallara uymanın psikolojik güvenliği içinde seçim özerkliğini kullanmamanın tercih külfetinden kurtulmanın rahatlığı içinde yaşamlarını idame ettirmektedirler (Erdoğan, 2017).

Özerklik, kendini gerçekleştirme olarak anlaşıldığında, dayanılmaz bir heteronomi oluşumu olarak algılanan paternalizme karşı çıkmaktadır.

Devisch; günümüz tıp etiğinde geçerli olan Kantiyen özerkliğinin deneysel olduğunu, bu nedenle hâlâ heteronomi ve paternalizm tartışmalarının bir kısır döngü oluşturarak tartışılma yarattığını belirtmektedir. Bu kısır döngünün özerklik kavramının yanlış kullanımından kaynaklandığını ifade etmektedir (Devisch, 2010).

Özerk bireyin, dışardan etkilenerek pek çok yönden kendi iradesi doğrultusunda yanlış seçimler yapabilmesinin tıpta heteronomi karşısında yaygın olarak kabul edilen özerkliğin zıtlığını sorgulamanın geçerli bir nedeni olacağını belirterek (Devisch, 2011) temel (varoluşsal) düzeyde, heteronominin kaçınılmaz olduğunu ileri sürmektedir (Devisch, 2018).

Heteronominin insan yaşamına özgü olduğu (Slatman, Zeiler & Devisch, 2016), bir kısıtlama değil özerklik için temel teşkil ettiği (Devisch-Vanheule, 2014), özerkliğin ve heteronominin aynı madalyonun iki yüzüne benzetilerek bunların sadece zıt değil, iç içe geçmiş iki ilke olduğu belirtilmektedir (Devisch-Vanheule, 2014). Devisch'e göre: "*Heteronomi, özerkliğin bir koşuludur; özerkliğin engellenmesi ya da buna karşı bir duruş değildir*" (Devisch, 2018).

Fransız filozof Jean-Luc Nancy'ye göre "öz" veya "ben" daima dış etkilerce istila edilmektedir. Bu nedenle heteronomi olmadan özerkliğin mümkün olmadığını ileri sürmektedir (Devisch-Vanheule, 2014).

Tüm insanlar heteronomiye maruz kalmakta ve genetik aracılığıyla basit bir grip için bir antibiyotik, kan transfüzyonu veya farklı işlemlerle yaşam heteronomi yoluyla sürmektedir. Bu şekilde, insanlar kendileri dışında pek çok unsurdan etkilenmektedir (Devisch, 2018).

Bireyin heteronomiden kurtulması, içinde yaşadığı bağlam doğrultusunda eleştirel düşünmesi ile mümkündür (Çörekçioğlu, 2016). Özerklik ve heteronominin kaçınılmaz iç içe geçmişini ifade etmek için 'oughtonomy' terimi kullanılmaktadır (Slatman, Zeiler & Devisch, 2016). Fransız filozof Jacques Derrida, 'oughtonomy' kavramını 'difference' ve 'différance' arasındaki ayırmadan esinlenerek ortaya koymuştur (Devisch, 2010).

'Oughtonomy', özerklik ve heteronomi ya da mevcut diğer kategorilerle düşünilemeyen bir mantık ortaya koymaktadır. Mevcut teorik çerçevelerin veya kavramların çizgileri arasında kalan bir fikri ifade etmektedir. Genellikle, özerklik içsel bir süreç olarak algılanırken, heteronomi dışsal bir zorunluluk veya engel olarak karşılanmaktadır. 'Oughtonomy', özerklik ve heteronominin mevcut iç ve dışının birleşmesinden başlamaktadır (Devisch, 2011).

Özerkliğin daima en yüksek düzeyde kendini gerçekleştirme ve bağımsız olma anlamında kullanılması, kavramın yanlış anlaşılmasından kaynaklanmaktadır. Özerklik, ancak 'oughtonomy' kadar ulaşılabilir ve mümkündür (Devisch, 2011). Özerklik, heteronominin bittiği yerde başlamaz, ancak yalnızca heteronomi zaten mevcutsa başlayabilir. Bunu vurgulamak için 'oughtonomy' kavramı ortaya konulmuştur.

Özerkliğin çözemediği sorunlardan kaçmak yerine bu sorunlarla yüzleşmeye çalıştığı belirtilen (Devisch, 2010) 'oughtonomy'nin özü, "içeriden" alınan kararların her zaman "dışarıdan" gelenlerle iç içe geçmesidir. Bunun da özerkliğin ötekileşmesine neden olduğu belirtilmektedir. Kişi hiçbir zaman

salt özerk değildir. Çünkü özerk olduğunu hissettiğinde dahi aslında özerkliği istek ve sosyal zorunluluklar gibi başka etkilerle belirlenmiştir. Özerk birey, özerk seçim yaparken dahi dış etkilere maruz kalmaktadır. Bu durumda 'oughtonomy', özerklik ve heteronominin iç içe geçtiğinin farkına varılması gereken bir kavram olduğunu ortaya koymaktadır (Devisch, 2011).

Alanyazınına göre özerklik ve heteronomi, zıt iki kutbu temsil ederken 'oughtonomy'; bu kutuplar arasında ve bunların iç içe geçmesi ile diğer kavramlarla arasındaki farkı ortaya koymaktadır (Devisch, 2011; Devisch-Vanheule, 2014; Slatman, Zeiler & Devisch, 2016, Devisch, 2018).

Tıpta özerklik, heteronomi veya paternalizme karşıdır (Devisch-Vanheule, 2014). Obez hastaların kendi bedenleri ve sağlıkları hakkında özerk seçim yapmaları, paternalizme karşı özerkliklerini geliştirmelerini sağlayacaktır (Pratt, 2014). Özerkliğe saygı gösterilmediği sürece tedavi ve bakım, kolaylıkla paternalist bir hal alabilmektedir (Donchin, 2001).

Özerk olmayan bireylerde içsel yargı ve muhakeme gücü devreye girmemektedir (Aydın, 2015). Bireylerin, hükümetin ve toplulukların farklı çıkarları arasındaki dengeye, bireysel özerkliğe bazı sınırlamalar getirilmeden ulaşılamamaktadır. Başkalarının haklarını veya nüfusun çıkarlarını korumayı amaçlayan kısıtlamalar kabul edilebilmekte, gerekli ve uygun görülebilmektedir (Bieskova, 2018).

2.2.2. Özerkliğe saygı ilkesi

Bireysel özerkliğin, ÖSİ'nin uygulanması için yeterli olmadığı belirtilmektedir (Tekpınar, 2018). Bireylerin özerkliklerinin farkında olmaları, tarafların birbirlerine saygı duymalarını gerektirmekte ÖSİ bu durumda ortaya çıkmaktadır (Öksüz, 2001; Trachsel, 2013).

Kişinin hedeflerine ulaşmak için başkalarının özerk inançlarına ve eylemlerine müdahale etmekten kaçınmasını sağlayan ahlaki tutum olarak tanımlanan (Naik, Dyer, Kunik & McCullough, 2009) ÖSİ'nin gelişmesinde 1979 yılında ABD Ulusal komisyonunun Belmont Raporu'nu hazırlaması etkili olmuştur. Bu rapor, gönüllü katılımcılar ile yapılan araştırmalarda yararlı olma, adalet ve saygı vurgusu yapmaktadır (Taylan, 2009). ÖSİ, hastaları

sağlık profesyonelleri tarafından istenmeyen müdahaleye karşı koruyan, hastalar ve bakım verenler arasındaki etkileşimleri yönlendiren bir ilke haline gelen ahlaki bir rol olarak işlev görmektedir (Schermer, 2002; Quante, 2011).

Sağlık profesyoneli ile hasta iletişimine özerklik ve ÖSİ'nin yerleşmesi ve hasta hakları ile yakından ilişkili olması, tıp tarihinde önemli dönemeçlerden biri olarak anılmaktadır. Sağlık profesyoneli, hastasına biyomedikal yönden destek sağlamanın yanında hastasının özerk bir birey olmasından doğan haklarını da kullanabilme olanağı tanımaktadır.

ÖSİ, hastanın kendi tıbbi geleceği konusunda yine kendisinin karar verici olması ve sağlık profesyonelinin bunu sağlamakla yükümlü tutulmasıdır (Emir, 2013; Demirhan Erdemir, 2019a, s.56).

Özerklik, özerkliğe saygıdan farklıdır. Sağlık profesyoneli, hastasını bilgilendirdikten sonra hastasının alacağı karara saygı duyarak hasta özerkliğini, ÖSİ'ne dönüştürmektedir (Çobanoğlu, 2009, s.18).

Özerkliğe saygı, yalnızca saygılı bir tavır takınılarak değil saygının gereği olan davranışları da sergilemekten geçmektedir. Beauchamp-Childress, ÖSİ'nin, aşırı bireyci, mantık odaklı ve etikten çok hukuk temelli olduğu görüşlerinin gerçeği yansıtmadığını bildirmektedir (Beauchamp-Childress, 2017, s.153-161).

ÖSİ yanında özerkliğe saygı duymamanın da önemsenmesi gereken bir konu olduğu vurgulanmaktadır. Özerkliğe saygı duymama, başkalarının özerkliklerini önemsemeyen, bu haklarını görmezden gelen, aşağı gören ve küçümseyen davranışlar sergilemeyi içinde barındırmaktadır (Beauchamp-Childress, 2017, s.161).

Özerkliğe saygı, kişinin özerkliğini desteklemek ve seçimlerine yardım etmekten geçmektedir (Vogelstein, 2016).

Büyük ölçüde isteme ve yapma özgürlüğü ile ilgili olan (Carter, vd., 2012) özerkliğe saygı, sağlık profesyoneli ile hasta ilişkisinde merkezi değer olarak görülmektedir (Schermer, 2002). Kişisel özerkliğe saygı duymak, hastaların gerçekte özerk seçim yaptıklarını bilmeye dayanırken (Skalko-

Cherry, 2016) özerkliğe saygı doğasının doğru bir şekilde anlaşılması, birey özerkliğinin devamını sağlayacaktır (John, 2014).

Bireysel özerkliğe saygı göstermek ve bireylere özerklik için kapasitelerini geliştirme fırsatları sunmak günümüzde en temel yasal ve etik zorunluluk haline gelmiştir (Bieskova, 2018; Krause-Boldt, 2018). Özerkliğe saygı, bireylerin evrensel olarak özgür ve eşit olduğu konusunda farkındalığın oluştuğunu göstermektedir (Priest, 2015).

Kişinin kendi yaptığı seçimler ve aldığı kararlara dayanan eylemleri, basitçe “istek” olarak adlandırılırsa bireyin özerkliğine saygı duymak, o kişinin isteklerini yerine getirmek anlamına gelecektir (Vogelstein, 2016). Başkalarının özerkliğine yeterince saygı gösterilmediği sürece bakımın kolayca müdahaleci olabileceğini kabul eden genel bir özerklik anlayışına ihtiyacın bulunduğu belirtilmektedir (Donchin, 2001; Devisch, vd., 2015).

Sağlık profesyoneline ÖSİ'nin uygulanması, tedavi esnasında hastanın haklarına özen gösterilmesini ve hastanın tedaviye katılımını sağlamaktadır. Bu şekilde hastanın uğrayabileceği zarara ait riskin azalacağı belirtilmektedir (Aydın, 2001). Ayrıca sağlık profesyoneli ve hasta iletişimi içindeki hasta haklarının temellendirilmesi sağlanmış olacaktır. ÖSİ, hem pozitif hem de negatif bir yükümlülüktür. Bu yükümlülükler, Tablo 2.2'de ÖSİ'nin gerekleri şeklinde verilmiştir.

Tablo 2.2. Özerklik ve Özerkliğe Saygı İlkesinin Gerekleri

Pozitif yükümlülük	Yaptırıcı gereklerdir. Özerk eylemlerin başkalarının kısıtlamaları ile kontrol altına alınmamasını gerektirmektedir.
Negatif yükümlülük	Yasaklayıcı gereklerdir. Kişileri bilgilendirmeyi ve kararların özerkliğini olanaklı kılacak eylemleri gerçekleştirmeyi gerektirmektedir (Beauchamp-Childress, 2017, s.161).

Çeşitli durumlarda izlenebilecek pek çok ahlaki kural, ÖSİ'nin pozitif ve negatif gereklerine dayandırılabilir. Bu gerekler, ÖSİ dışında diğer temel etik ilkelerle de ilişkilendirilebilir. ÖSİ'nin gerçeği söylemek,

sözünde durmak, gizliliğe saygı duymak, başkalarının mahremiyetine saygı göstermek, aydınlatılmış onamı doğru şekilde uygulamak, önemli kararlar alınmasında başkalarına yardımcı olmak gibi ilkeleri bulunmaktadır (Kiious, 2016; Dive, 2017). ÖSİ'nin içselleştirilip uygulanabilmesi, sağlık profesyonelinin başlıca yükümlülüklerindedir. Bu ilke,

- Hastayı doğru şekilde dinleme,
- Hastanın sorularını sade bir dille yanıtlama,
- Hastalık ile ilgili bilgileri aktarma,
- Bu bilgiler doğrultusunda hastanın özerk seçim ve eylemine zemin hazırlamayı hedefleyen kılavuz niteliğindeki kurallar üretmektedir (Günay, Elçioğlu & Koç, 2000).

Bu kılavuz niteliğindeki kurallar, sağlık profesyonelinin uymakla yükümlü olduğu bir etik kod olabildiği gibi hukuk kuralı da olabilmektedir (Aydın, 2003). ÖSİ'nin sağlık profesyoneline doğru şekilde uygulanması:

- Tıbbi müdahale sırasında hastanın kişisel haklarına özen gösterilmesini sağlayacak,
- Hastanın tıbbi müdahaleden doğabilecek zarar riskini azaltacak,
- Tıbbi karar verme sürecine hastanın katılımını artıracak,
- Hasta ve hekim ilişkisi içerisindeki hasta haklarının temellendirilmesini sağlamış olacaktır (Ersoy-Aydın, 1994).

Bilgilendirme, özerklik ve ÖSİ'nin biyomedikal alandaki en önemli yansımasıdır (Devisch, 2011). Özerklik ve ÖSİ'ne koşut şekilde hastaya uygulanacak tanı ve tedavi yöntemlerinin içeriği, türü, süresi, yararları, olası istenmeyen sonuçları ve alternatifleri hakkında kavrayış düzeyine uygun olarak bilgilendirilmesi; bu bilginin ışığında uygulama hakkındaki son kararı hastanın kendisinin vermesi söz konusudur (Ahmetoğlu-Kotevoğlu, 2019, s.201). Bunun için bireyin anlama ve karar verme yeterliğine sahip olması, zorlama ve baskı olmaksızın gönüllü bir seçim yapması gerekmektedir (Valero, 2019).

Bilgilendirmenin birinci işlevi hastayı koruyarak hastanın özerk seçim yapmasını desteklemektir (Dikmen-Ersoy, 2016). Hastanın kişisel haklarına saygı duyularak tıbbi kararlarda söz sahibi olmasını sağlayan ÖSİ;

- Hastalığı ile ilgili bilgiyi hastayla eksiksiz ve dürüstçe paylaşmayı,
- Tıbbi sürecin yönünü belirleme konusunda onunla tam anlamıyla iş birliği içinde olmayı,
- Hastanın mahremiyetini ve sırlarını korumayı kapsamaktadır (Elçioğlu-Kırımlioğlu, 2003).

Alanyazınında sağlık profesyonellerinin hastaların hedeflerini destekleyen ve sağlıklarına ilişkin karar vermede özerkliklerini yansıtan seçimler yapma konusunda yardımcı olmaları gerektiği vurgulanmaktadır (Çıray Gündüzoğlu, Fadiloğlu & Yılmaz, 2014; Ubel, Scherr & Fagerlin, 2018). ÖSİ, sağlık profesyonellerine tıbbın etik yönlerini düşünmek için bir zemin hazırlamaktadır (Hain-Saad, 2016).

Saad'a göre: “ÖSİ, tarihsel süreç içinde paternalizme karşı bir ilaç olmuştur.” (Saad, 2018). ÖSİ ile hastanın kendini idare etme ve öz yönetim hakkı korunmaktadır.

Bireyi ön plana çıkartan düşünce akımları insan hakları kavramının tüzel metinlerde yer alması sürecini başlatırken, sağlık profesyoneli ile hasta ilişkisinde paternalist davranış modelinin sorgulanmasına da yol açmıştır. Bu sorgulama tıp etiğinde, ÖSİ'ni ön plana çıkarmaktadır. 10 Aralık 1948 tarihli İHEB ve 4 Kasım 1950 tarihli AIHS insan hakları kavramının uluslararası hukukun kapsamı içine alındığını gösteren en önemli iki metindir. Bu süreçte hasta hakları, insan haklarının biyomedikal alandaki yansıması olarak kabul görmüş ve bu süreçte sağlık profesyoneli-hasta ilişkileri farklı bir boyuta taşınmıştır (Kök, 2007).

Birtakım topluluklar, bireylerin görüş ve düşüncelerini etkilemenin yanında bu bireylerin sağlık alanındaki tutum ve davranışlarına da ciddi düzeyde yön verebilmektedir. Bu bireyler için *bağımlı özerklikten* söz edilebilmektedir. 1872'de Pennsylvania'da papaz Charles Russell tarafından

oluşturulan ve Yehova Şahitleri olarak bilinen inanç mensupları Yehova'nın Şahidi olduklarını ve herhangi bir tıbbi müdahale durumunda kan transfüzyonu yapılmamasını istediklerini belirten tıbbi belgeyi yanlarında taşımaktadırlar (Yasdıman, 2011, s.259-260). Bu durum sağlık profesyoneli-hasta ilişkisinde etik sorunlara yol açabilmesine karşın bu kişilerin özerkliklerini zedelememektedir. Çünkü bu kişilerin dini inançlarından dolayı özerkliklerini kullanamadıklarını söylemek, diğer tüm kurumsal yaptırımlar doğrultusunda gerçekleştirilen seçimlerin de özerkliğine gölge düşürmektedir (Beauchamp-Childress, 2017, s.160).

Koruyucu sağlık hizmetlerinde toplumun yararı açısından birey özerkliği göz ardı edilebilmektedir. Ayrıca tıbbi kararın hemen alınmasının gerekli olduğu acil vakalarda sağlık profesyonellerinin hasta yararı için ÖSİ'ni zedeleyici tutumları ve davranışları da ÖSİ ile ilgili özel durumlardandır.

2.2.3. Obez hastalarda özerklik

Karar verme, amaç belirleme ve problem çözme gibi yaşam becerilerinin temelini oluşturan (Özdemir-Çok, 2011) bireysel özerklik; kendi kendini yönetebilmek, kendi özgürlüğünü eline alabilmek ve ahlaki açıdan bağımsız olabilmekle ilintilendirilmektedir (Naji, vd., 2016).

Obez hastalar açısından özerklik; hastanın değerleri, yargıları, inançları ve seçimleri doğrultusunda, bedenini ve sağlığını etkileyecek tıbbi uygulamalar konusunda kararları yine kendisinin vermesidir.

Hastanın kendisi hakkında karar vererek bu kararları uygulamasına engel teşkil ederek hastanın özerkliğini zedeleyen bir hastalık olan obezitenin radikal ya da semptomatik tedavisi ile özerkliğin yeniden kazanılmasına katkı sağlamak, tıbbı düşen önemli bir görev olarak görülmektedir.

Özerklik, sağlık profesyoneli ile hastanın en sağlıklı ortak kararda buluşmalarını sağlamaktır (Doğan, 2007, s.159-163). Gerektiği oranda bu karar mekanizması içinde yer alabilmek, obez hastanın en temel hakkı olarak görülmektedir.

Çevresi tarafından kilo vermesi yönünde desteklenen obez hasta, kendi inanç ve değerleri, hatta önyargıları doğrultusunda seçme özgürlüğünü kullanarak tedaviyi reddedebilir. Birey olarak obez hasta özerklik hakkını kullanmak isterken sağlık profesyoneli, yarar sağlama yükümlülüğünü yerine getirmek isteyebilmektedir.

Sağlık profesyoneli ile hasta ilişkisi, önceki dönemlerde karşılıklı güven temeline dayanırken günümüzde bu anlayış yerini hastanın yararı için dahi olsa, hastanın “özgür iradesini” desteklemeye odaklanmaktadır. Hasta özerkliğini sınırlandıran hekimin davranışı paternalistik olarak nitelendirilmektedir (Beauchamp-Childress, 2017, s.326-327; Demirhan Erdemir, 2019b, s.64). Obez hastaların iradelerinin güçsüz olduğu, öz denetimden ve disiplinden uzak oldukları bu durumda kendi hastalıkları konusunda tam anlamıyla söz sahibi olamayacakları düşüncesi paternalizmi doğurmaktadır.

Paternalizm, Fransızca “koruyucu, kollayıcı ve babacıl” anlamlarına gelen *paternalisme* sözcüğünden alıntıdır. Paternalizm, başkalarının hayatını, onların iyiliği için, onların isteklerine ve düşüncelerine bakmaksızın düzenlemenin doğru olabileceği inancıdır. Paternalizmin karakteristik sloganı: “*Onu yapma, o senin için iyi değil!*” anlayışıdır (Üstün-Demirci, 2012).

Paternalizmin biyomedikal alana yansıması, hekimin hastanın isteği ve bilgisi dışında onun için neyin en iyi olduğuna karar vermesi ve tedaviyi bu doğrultuda uygulamasıdır (Demirhan Erdemir, 2019b, s.66). Hastaların;

- Tıbbi konularda karar vermek için yetersiz olduğu,
- Kendisi için en iyi tıbbi kararın ne olduğunu bilemeyeceği,
- Tıbbi konularda yetersiz olduğu,
- Tıbbi terminolojiyi bilmediği, bu nedenle söylenenleri anlamasının mümkün olmadığı durumlarda çoğunlukla uygulanmaktadır.

Geçmişteki tutum ve davranışlara değer biçerek gelecekteki tutum ve davranışlara yön vermek amacıyla geliştirilen kararlar (Kadioğlu-Kadioğlu, 2019, s.78) bilgiye dayandığı kadar, kişinin kendi ahlaki değerlerine de

dayanmaktadır. Bu gerekçe ile hekimin hastaları adına en iyi kararı verebilmesine kuşkuyla yaklaşılmaktadır. Hastalığı nedeniyle acı çeken, korku içinde olan hastaya tedavisinin tehlikeleri ve sonuçları hakkında bilgi vermenin, hastanın sıkıntılarını, belirsizliğini artırmak anlamına geleceği öne sürülmektedir. Hastanın sağlığı gözetilerek acısını azaltmaya yönelik en iyi uygulamanın gerektiği iddiası kabul görmesine rağmen bu amaca uygun olmayan yollarla ulaşılması tıp etiğine açık bir biçimde aykırı düşecektir (İlgili, 2017).

Geleneksel hekimlik anlayışıyla örtüşen paternalizm, çağdaş hekimliğin amacı dışına çıkmaktadır. Son 40 yıldır sağlık profesyonellerinin yetki ve sorumlulukları pekiştirilmektedir. Sağlık profesyoneli ile hasta arasındaki etik-hukuk çatışmasının çözümü, sağlık profesyonelinin iyi niyeti temel alınarak değil; yaptığı eylem temel alınarak değerlendirilmektedir (Sarı, 2007, s.136).

Tıp geleneğinde önemli bir yere sahip olan paternalizmin günümüzde tamamen terk edilmemesine karşın (Henzel-Kadıoğlu, 2012) özerkliğin her geçen gün paternalizmin yerini aldığı belirtilmektedir (Elbek-Adaş, 2012).

Tüm bunlara rağmen bazı hastalar, sağlık profesyonelinin paternalistik davranış modeline uygun davranmasını bekleyebilmekte ve sağlık profesyonelinin açıklama yapmak yerine kendileri adına bütün kararları vermesini isteyebilmektedirler. Bu tutum sağlık profesyoneline büyük bir sorumluluk yüklemektedir. Alanyazınında sağlık profesyonelinin hastanın yaşam biçimini ve değerlerini gözeterek hastası için neyin iyi ve yararlı olduğuna karar verebilmesi gerektiği belirtilmektedir (Çıray Gündüzoğlu, 2014; İlgili, 2017).

Obezite tedavisinde uzun vadeli başarı, hastaların hedefleri benimseme derecesine ve hedeflerin özerklik ve yetkinlik gereksinimlerini ne ölçüde karşıladığına bağlıdır (American Academy of Family Physicians, 2013).

Obez hastaların obezite konusunda bilinçlendirilmeleri ve eleştirel düşünebilmeleri için özerkliklerinin aktif biçimde desteklenmesi gerekmektedir (Łuczyński, Olszewska & Bossowski, 2016).

Ayrıca vücut ağırlığının denetimi süresince belli hedefleri başarmış ve ağırlık kaybetmiş obez hastaların, sağlık profesyoneline kamuoyuna duyurulması hasta sırrının korunması ilkesi ile çelişen bir davranış olduğu kadar hasta özerkliğine yönelik açık bir saldırı olarak değerlendirilmektedir.

2.3. Yaşam Kalitesi

Ele alınan nesne ya da durumun iyi veya kötü olma özelliğini ifade eden kalite, günlük yaşamda sık kullanılan ve çok eskilere dayanan bir kavramdır. Türk Dil Kurumu sözlüğü, kalite kelimesini “nitelik” ile eş anlamlı olarak göstermektedir (TDK, 2011, s.1281). Kalite aynı zamanda istenen kusursuzluk düzeyini ve iyiliğin derecesini gösteren nesnel bir kavramdır. İnsanların, nesnelere veya yaşamın nitelikçe hangi durumda olduğunu ve diğerlerinden üstün taraflarını ortaya koyan bir özelliktir.

Canlılarda doğumdan ölüme kadar gerçekleşen olgular bütünü veya bu olguların gerçekleştiği süre olarak tanımlanan yaşam, değişen ve gelişen bir süreci ifade etmektedir.

Yaşam kavramı, niteliği belirten kalite ve niceliği belirten kantite olarak iki boyutta incelenebilir. Yaşamın kantitesi, hayat süresi yani ömrü belirtirken YK, kişiyi çevresi, sağlığı ve sosyoekonomik durum gibi pek çok unsuru ile beraber ele almaktadır (Hignett, vd., 2018). Dolayısıyla yaşamın kaliteli olup olmadığı toplum, kültür ve insanlara göre farklılık göstermektedir.

Yaşam kalitesi kavramının sosyokültürel, psikolojik ve ekolojik etmenlerle iç içe olması, tanımının net şekilde ortaya konmasını zorlaştırmaktadır (Salvador-Carulla, Lucas, Ayuso-Mateos & Miret, 2014; Boylu-Paçacıoğlu, 2016).

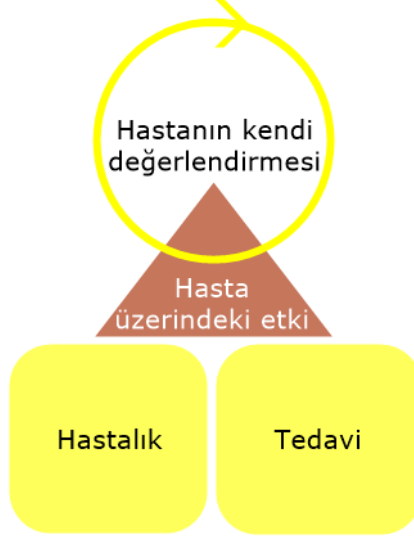
YK'ne dair yapılmaya çalışılan tüm tanımların ortak yönü, insan faktörü ve insanın öznel değerlendirme sistemidir. Bu nedenle YK'nin tek bir tanımı bulunmayıp, araştırmacılara daima dinamik ve zengin içerikler sunmaktadır (Boylu-Paçacıoğlu, 2016; Sarı-Kındap, 2018).

DSÖ'ye göre sağlık, yalnızca hastalık veya sakatlığın olmaması değil kişinin fiziksel, zihinsel, ruhsal ve sosyal açıdan tam bir iyilik hali içinde olmasıdır. Bu tanımda yer alan "iyilik hali" vurgusu YK ile yakından ilişkilidir. DSÖ Yaşam Kalitesi Grubu, YK'ni "*Kişinin beklentileri, standartları ve kaygılarıyla ilişkili olarak kültür ve değerler sistemi içinde hayattaki konumuyla ilgili öznel algısıdır*" şeklinde tanımlamaktadır (WHO, 1997).

Kişinin kendi yaşamından ve kişisel iyilik hali olarak belirtilen durumdan aldığı doyumun bütün olarak ifade edilmesi olan YK, yaşamın nicel değerlendirmesi yerine kişinin öznel olarak kendi yaşamından memnuniyetini, genel iyilik halini ve işlevselliğini yansıtmaktadır (Pinto, vd., 2017). Bu anlamda YK değerlendirilirken kişiye kendi yaşamı ile ilgili hissettikleri sorularak kişiyi bütün olarak ele almak hedeflenmektedir (Theilla, vd., 2017).

2.3.1. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi

SİYK, yaşam kalitesinin bir bileşenidir ve tıpkı YK kavramında olduğu gibi net bir tanımlaması yapılamamaktadır. Sağlığın geliştirilmesi, yaşam standartlarının yükseltilmesi bakımından önemlidir. Sağlığın ölçülmesinde artık morbidite-mortalite yaklaşımı ve beklenen yaşam süresi yerine SİYK kullanılmaktadır (Karimi-Brazier, 2016). SİYK, yaşamın iyi ve doyum sağlayan parçasıdır. YK tanımı özellikle sağlık ve hastalıktan etkilenen konu başlıklarına uygulanarak SİYK tanımı ortaya konulmuştur (Peterman, Rothrock & Cella, 2018). SİYK tanımının yapılmasında etkili olan dinamikler Şekil 2.1'de gösterilmiştir.



Şekil 2.1. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Tanımının Yapılmasında Etkili Olan Dinamikler

Hastalığın ve tedavisinin hastada oluşturduğu fonksiyonel etkilerin hasta tarafından öznel şekilde algılanışı olan SİYK, hastanın sahip olduğu hastalığın ve bu hastalığın tedavisinin hasta üzerinde yarattığı etkilerin yine hasta tarafından değerlendirilmesidir (McLellan, vd., 2018).

YK ve SİYK'ni birbirinden ayıran temel unsur işlevlerinin farklı olmasıdır. YK, gelir durumu, özgürlükler ve sosyal destek gibi konuları kapsarken SİYK yalnızca sağlığı kapsamaktadır. SİYK, hasta tarafından algılanan sağlık ve mutluluğa odaklanmaktadır. YK ile SİYK arasındaki ilişki Şekil 2.2'de verilmiştir.



Şekil 2.2. Yaşam Kalitesi ile Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki (Topal, 2014)

SİYK (health related quality of life, HRQoL) kavramı, bütüncül olarak YK kavramının bir alt bileşenidir. Bireyin sağlığını doğrudan etkileyecek durumlara odaklanan SİYK; ekonomi, maddi kaynaklar, politika, iklim ve güvenlik gibi konuları uğraş alanı dışında tutmaktadır (Peterman, Rothrock & Cella, 2018).

DSÖ, YK alanlarını, fiziksel sağlık, psikolojik durum, bağımsızlık düzeyi, sosyal ilişkiler, ekolojik özellikler ve maneviyat özellikleri olarak belirlemiştir. SİYK'nin öznel olması, bu kavramın davranış ve duygu faktörlerini de içermesini sağlamaktadır. Tetkik ve değerlendirmelerin, hastaların durumlarının yalnızca biyomedikal yönüne açıklık getirdiği düşünüldüğünde bu, SİYK'nin önemli bir üstünlüğü olarak kabul edilmektedir.

SİYK'nin fiziksel, sosyal ve psikolojik boyutları bulunmaktadır. Obezite tedavisi için sağlık kuruluşuna başvuran hastanın burada zaman geçirmesi, SİYK'nin fiziksel boyutunu açıklamaktadır. Sağlık kuruluşunda bulunan hastanın yaşadığı duygular, SİYK'nin psikolojik boyutunu açıklamaktadır. Hastanın; sağlık profesyoneli ve hasta yakınları ile ilişkileri, iletişimi ve paylaşımları ise SİYK'nin sosyal boyutunu ifade etmektedir.

Sağlık hizmetlerinin en önemli amacı, hastaların sağlıklarına kavuşmalarını sağlamanın yanında beden, zihnen, ruhen ve sosyal yönden

desteklenmelerine yardımcı olmaktır. Bu durum SİYK'ni artırmaya yönelik çalışmaların daha çok önemsenmesi ve sağlık uygulamalarının başarı oranını YK'ndeki artış oranına endekslenmesine neden olmaktadır (Karimi-Brazier, 2016). Bu sayede hastalık merkezli düşünce yerini hasta merkezli anlayışa bırakmaktadır (Güneş Özunal, 2019, s.341)

Sağlık profesyonellerinin birincil görevi, hastayı iyileştirip sağlığına kavuşturmadır. Bunun yanında sağlık alanında hizmet veren tüm profesyoneller:

- Hastanın hastalığı ile ilintili öznel duygularına ulaşmayı,
- Hastanın tedavisiyle ilgili beklentilerine nasıl ulaşacağını ortaya koymayı,
- Hastalığının günlük yaşamını ve faaliyetlerini nasıl etkilediğini kavramayı,
- Sağlık profesyonelinin tedavi ile ilgili beklentilerine nasıl ulaşacağını açıklayabilmeyi hedeflemektedir.

Bu hedefler doğrultusunda tedavinin hasta merkezli öznel bir yaklaşımla yönetilmesinde, YK ölçeklerine başvurulmaktadır (Okan, Doğan & Avdal, 2018).

2.3.2. Obez hastalarda yaşam kalitesi

Diyabet, hipertansiyon, kardiyovasküler hastalıklar, osteoartrit ve bazı kanser türlerine yönelik risk faktörlerini artıran obezite, hastaları fizyolojik, sosyolojik ve psikolojik açıdan olumsuz şekilde etkilemektedir (Sturgiss, vd., 2018).

Morbidite ve mortalitenin önemsenmesi gereken bir nedeni olan obezite, yaşam boyu devam eden bir epidemi olarak kabul edilmesi yönüyle hastaların YK'lerini önemli ölçüde düşürmektedir (Çıray Gündüzoğlu, 2013; Roberts-Fowler, 2017).

Obez hastaları etkileyen fiziksel, ruhsal, sosyal ve medikal işlevselliği konu alan YK, hastaların fiziksel sağlıklarını, sosyal ilişkilerini, psikolojik

durumlarını, kişisel beklentilerini, kendi inanç ve hedeflerini yansıtarak kendi bedenlerini ve sağlık durumlarını değerlendirmelerini sağlamaktadır (Chu, vd., 2019).

Bozulmuş YK ile bağlantılı olduğu belirtilen obezite (Giuli, vd., 2014), hastaların fiziksel ve psikolojik sorunlar yaşamalarına neden olmaktadır. Obez hastalar, fiziksel görünüşleri ve kiloları nedeniyle sosyalleşme konusunda zorluk çekerek kendilerini toplumdan yalıtılabilmektedirler. Bir süre sonra bu yalıtma davranışı bir yaşam biçimi şekline dönüşebilmekte bu da zaten fiziksel açıdan kısıtlanmış obez hastaları daha da sedanter yaşama iterek kısır döngü oluşturmakta ve obez hastaların YK'lerini gün geçtikçe bozmaktadır.

Mali yükü artıran bir hastalık olması yönüyle de obezite, hastaların YK'lerini düşürebildiği gibi (Çıray Gündüzoğlu, 2008; Mitra, 2013) eğitim ve iş çevreleri tarafından kabul görme hususunda çekinceler oluşturarak obez hastaların iş bulma konusunda zorluk yaşamaları ile bağlantılı olarak YK'lerini olumsuz etkileyebilmektedir (Mulvaney-Day, 2009; Es, 2018).

Toplumun obeziteye karşı gösterdiği tepki, hastalarda suçluluk duygusu, anksiyete ve psikosomatik yakınmalar oluşturabilmektedir. Bu durum, obez hastaları depresyon riskiyle karşı karşıya bırakarak YK'lerini bozmaktadır (Çıray Gündüzoğlu, 2013).

Sosyal medya üzerinden obez hastaya ve şişman bedene yönelik önyargı, ayrımcılık ve nefret söylemleri; obez hastaların YK'lerini olumsuz etkilemektedir.

Alanyazınında obezitenin de dahil olduğu kronik hastalıkların, YK'ni bozduğu ifade edilmektedir (Erenoğlu Son, 2014; Çıray Gündüzoğlu, 2014). Hastalık sonucu gelişen yetersizliklerin YK'ni etkileme biçimleri WHO modeli Şekil 2.3'te verilmiştir.



Şekil 2.3. Hastalık ve Yaşam Kalitesi Arasındaki Etkileşim (WHO, 1990)

Fizyolojik, psikolojik veya anatomik herhangi bir yitim veya anormalliğe denilen bozulma, etiyolojiye bağlı değildir. İşlev ya da yapı bozukluğunun oluşumunda nedensellik önemsense de nedenselliğin, ortaya çıkan işlev ya da yapı bozukluğuna açıklık getirebilmek için yeterli olmayabileceği belirtilmektedir (WHO, 2004b, s.8).

İşlev bozukluğu, fonksiyon kaybı, yapı bozukluğu, etkinlik sınırlılığı, katılım kısıtlılığı, işlev kaybı, engellilik veya disabilite şeklinde değerlendirilen (WHO, 2004b, s.5) yeti yitimi; sağlıklı birey için normal kabul edilebilecek bir etkinliği gerçekleştirebilmede kısıtlılık ve yetersizlik yaşanmasına denmektedir (Matos, Bernardes & Goubert, 2015).

Sakatlık; yaş, cinsiyet ve sosyokültürel faktörler doğrultusunda oluşturulmuş rollerin yerine getirilmesinde kısıtlamalara yol açan yetersizlik veya yeti yitiminin neden olduğu durumdur.

Bu unsurlar, bireyi başkalarına bağımlı duruma getirerek (Topal, 2014) bireyin özerkliğini zedelemektedir. Bu da YK'nde düşüşle sonuçlanmaktadır.

Alanyazınında obezitenin, YK üzerinde doğrudan etkisinin bulunduğu (Fonseca, Tolo, Sá & Arbex, 2017; Emre-Öner, 2018) belirtilerek obeziteye eşlik eden komplikasyonların obez hastaların mental sağlıklarını bozduğu ve obezitenin kronik hastalıklar ile girift ilişkisinin anlaşılabilir olarak obez hastaların YK'lerini iyileştirmeye yönelik çalışılmasının gerekliliği üzerinde durulmaktadır.

2.3.3. Özerklik, özerkliğe saygı ilkesi ve yaşam kalitesi

Bireyin kendi başına düşünme, değerlendirme, kendisi hakkında özgürce karar verme ve eylemde bulunabilme, kendi kendini yönetme yeterlik ve yetkinliği olan (Kadıoğlu, 2019, s.527) özerklik, bireylerin kendi yaşam tasarımlarını belirleme ve seçme kapasitelerine saygı duymayı vurgulamaktadır.

Bireylerin kendi yaşam planlarını takip etmeleri, yaşamlarının yönünü belirleme çabaları ile kendi inanç ve değerleri doğrultusunda karar verme girişimleri özerklik ve ÖSİ kapsamında değerlendirilmektedir (McCormick, 2010).

Özerk karar vermenin daha kalıcı ve tutarlı davranışlar, karar vermede daha fazla memnuniyet ve genel olarak daha büyük iyilik hali ile sonuçlandığı bulunmuştur (Fortune, vd., 2016).

Kişinin kendi yaşamından sağladığı doyumun bütün olarak ifade edilmesi şeklinde tanımlanan YK, aynı zamanda kişinin bedensel, zihinsel ve sosyal faaliyetlerini sürdürmedeki bağımsızlığı olarak tanımlanmaktadır (Pinto, vd., 2017).

Tıbbın en temel amacının, YK'ni yükseltmek olduğu belirtilmektedir (Karimi-Brazier, 2016). Yeterlik (Levy, 2019) ve kendini gerçekleştirme ile yakından ilişkili olan özerklik, YK ile de sıkı bir bağ kurmaktadır (Association for Psychological Science, 2012). YK ile özerklik arasındaki bu sıkı bağ, insanların kendi YK'leri hakkında en doğru bilgiye yine kendilerinin sahip olmalarından ileri gelmektedir (Schermer, 2002).

YK'ni yeterlik, özerklik ve ilişkili olma (sosyal çevrede diğer insanlarla sağlıklı ilişkiler kurabilme) belirlemektedir. Bu gereksinimlerin karşılanması YK'ni olumlu etkilerken, karşılanmaması YK'ni olumsuz etkilemektedir (Ryan, Soenens & Vansteenkiste, 2018). Bu bağlamda özerklik algılarının korumanın kaliteli bir yaşamın anahtarı olduğu belirtilmektedir (Schüz, Westland, Wurm, Tesch-Römer, Wolff & Warner, 2015).

Bireyin kendisini eksik ve güçlü yönleri ile gerçekçi olarak tanınması özerkliğini desteklemekte, iyi insan ilişkilerinin oluşmasını sağlayarak YK'ni iyileştirmektedir (Öksüz, 2001).

İdeal yaşamın iki unsurunun YK ve özerklik olduğu belirtilmektedir (Bieskova, 2018).

YK'nin ölçülmesinde hasta özerkliğinin önemsenmesi gereken bir faktör olduğu ifade edilmektedir (Cheng, Lin, Cheng, Huang, Chen, Hwang, vd., 2016). Hastaların YK'lerinin ortaya konulması adına özerklik ve öz yönetim kavramları üzerinde durulmaktadır (Rodríguez-Prat, 2019). Genel olarak başarılı bir öz yönetim, hastaların yaşam boyu davranış modellerini değiştirmelerini ve sıklıkla çalışma programlarına uymalarını gerektirdiğinden YK'lerinde iyileşme sağlamaktadır (Enzo vd., 2019).

Öte yandan bireylerin kendi menfaatlerini yanlış değerlendirdikleri durumlarda, özerk seçim yapmalarına izin vermenin YK'lerini iyileştirmeyeceğinin utulmaması gerektiği vurgulanmaktadır (Schermer, 2002).

ÖSİ, hastanın YK'ni yükseltmeye yönelik önemli bir adım olarak görülmektedir (Krause-Boldt, 2018). Özerklik desteklenmezse hastanın özerk eylemden uzaklaşarak bilinçsiz, taraflı, ezberlenmiş ve güdümlü davranışlar sonucu hatalı karar alması karar özerkliğini zedeleyerek hastanın YK'ni bozacağı bildirilmektedir (Devisch, vd., 2015; Arslan, 2016).

İletişim araçlarının çeşitlenmesiyle beraber hastalar sağlık profesyonellerine başvurmadan önce yakınmaları ile ilgili pek çok bilgiye rahatça ulaşabilmektedir. Bu durum sağlık profesyonelinin olası paternalistik yaklaşımını azaltmakta, hastanın özerkliğini destekleyerek hastaların görüş ve isteklerinin de göz önüne almasını gerekli kılmaktadır. Özerklik desteğinin içsel güdülenme ve iyi oluşu yordalayarak bireyler üzerinde pozitif etkiler oluşturarak YK'ne katkı sağladığı ortaya konulmaktadır (Özdemir-Çok, 2011).

2.3.4. Obezite, özerklik, özerkliğe saygı ilkesi ve yaşam kalitesi

DSÖ'nün obezitenin neden olduğu kronik hastalıkların gelecekte daha da artacağı yönündeki tahminleri, özerkliğin yalnızca YK üzerindeki etkilerinin değil sağlık üzerindeki etkisinin de göz ardı edildiğini açıkça göstermektedir (Newdick, 2017).

Obezitenin dünya genelinde hızla artarak pandemik oranlara ulaşmasında bireyin mi halk sağlığına yönelik politikaları nedeniyle hükümetin mi yoksa her iki tarafın da mı sorumlu olduğu tartışılmaktadır. Obezite ile birlikte ilişkilendirilen diyabet, hipertansiyon ve kanser türlerinin de prevalanslarındaki artış sağlık kuruluşlarına başvuru ve yatış oranlarına bağlı olarak kamu harcamalarının artmasına neden olmaktadır (Fonseca, vd., 2017). Öte yandan hızlı ve kolay kilo kaybı sağladığı iddia edilen popüler diyetlerin, uzun vadede ağırlık kaybı yerine ağırlık artışına neden olması sonucu bireyde gerçekleştirdiği yıkım (Wheeler, 2018) obez hastalarda onarılamayacak bedensel, zihinsel, ruhsal ve sosyal açıdan olumsuz etkiler bırakmaktadır.

Günümüzde obezitenin yalnızca toplumun karşılaştığı bir sorun değil aynı zamanda toplumun sebep olduğu bir sorun olduğunu öne süren kanıtlar bulunmaktadır (Jonas, 2010; Devisch, 2011). Obez dendiğinde; onurdan mahrum, yeme bağımlısı ve sağlık hizmetlerini manipüle eden kişiler akla gelmektedir (Aphramor, 2018). ABD'de yapılan bir çalışmada sağlık profesyoneli, obez hastalara karşı en az halk kadar önyargılı bulunmuştur. Araştırmaya katılan obez hastaların %24'ü hemşireleri tarafından dışlandığını belirtmiştir. Önyargının obezite tedavisine erişimi kısıtladığı, bu durumun obez hastaların özerkliğinde kabul edilemez bir ihlali başlattığı ortadadır (Craig-Finucane, 2018).

Obez hastalara saygı, sadece tedaviye rıza gösterme anlamına gelmemekte; hastaların kendi yaşamlarını yeniden yapılandırma, anlamlandırma, değerlerini keşfetme, kronik bir hastalık olan obezite ile mücadele etme (Enzo vd., 2019) ve bu süreçte hastalığı ile yaşamayı öğrenme çabalarına saygı göstermeyi ve onları desteklemeyi içermektedir. Özerklik

kapasitesini kaybettiği düşünülerek obez hastanın artık saygı görmeye değer olmadığı düşüncesinin yerini Kant'ın insana saygı ilkesine bırakması gerektiği belirtilmektedir (Enzo vd., 2019).

Küresel bir halk sağlığı sorunu olan obezitenin önüne geçmek için belirli besinlere veya davranışlara erişimi kısıtlamayı hatta yasaklamayı öngören politikalar, bireylerin özgürlüğünü ve özerkliğini kısıtlamaktadır. Obezite ile mücadelede takınılacak olası bir paternalistik tavır, sağlık maliyetlerini nedeni azaltacağı ise ayrı bir çalışma konusudur (Azevedo-Vartanian, 2015).

Son yıllarda özerklik ve ÖSİ'ne, yararlılık ilkesi dâhil olmak üzere diğer etik ilkelere göre önemli bir öncelik verildiği görülmektedir (Devisch, 2010). Alanyazınında tıp etiğinde kullanılan özerkliğin kavramsal olarak yeterli olmadığı ve tıp etiğinin temel kaygısı niteliğindeki konuları açıklamaya ve çözmeye çalışma konusunda pratik uygulamalara sahip olmadığına değinilmektedir (Walker, 2008; Devisch, 2010; Devisch, 2018). Bununla beraber obezite tedavisinde ÖSİ; yararlılık ve adalet ilkeleriyle çatışabilmektedir. Bu durumlarda sağlık profesyoneli açısından obez hastanın iyiliğini gözetmek temel ilke olarak görülmektedir. Ne sağlık profesyonelinin mesleki doğruları ne de toplumsal yarar hastanın iyiliğini zedelemelidir (Ataç, 2010).

İç motivasyon gerektiren yaşam biçimi değişikliği YK'ni yükseltmektedir. Ancak bu durum obez hastalar için kolay bir süreç değildir. Yaşam biçimi değişikliği konusunda obez hastaları teşvik eden hediyeler, çıkartmalar ve sürprizler ilk etapta heyecan verici ve çekici gelse de zamanla etkisinin azaldığı belirtilmektedir (Covington, 2019).

Obezite tedavisinde özerkliğin desteklenmesinin, paternalizm sonucu yükselbilecek YK olasılığından daha değerli olduğu bildirilmiştir (Gilbert, 2016).

Kilo verme girişimleri başarısız olan obez hastalar, kontrollerini kendi ellerinden kaybettiklerini hissetmektedirler (Covington, 2019). Sağlık profesyoneli, bu kontrol kaybını düzelterek hastanın YK'ni yükseltebilecek yetki ve yeterliktedir (Roberts-Fowler, 2017). Obez hastanın özerkliğini teşvik

ederek hastanın gücünü en iyi Şekilde kullanabilen sağlık profesyoneli, hastanın kendini gerŐekleŐtirme, hedef baŐarısını geliştirme ve YK'nin yükselmesini sağlayacaktır (Covington, 2019).

Obeziteye yönelik tedavi seÇenekleri arttıkÇa ve alanda kanıta dayalı araştırmalar devam ettikÇe sağlık profesyonelleri yalnızca fiziksel sağlığı değil aynı zamanda YK'ni de arttırmaya yönelik etik kararlar almak işin daha da donanımlı hale geleceklerdir (Perryman-Sidoti, 2015).

Obez hastaların eęitilmesi, hastalıkları hakkında davranıŐ deęiŐiklięi oluŐturabilecekleri bilgileri edindikleri bir sreŐ olduęundan bu durum obez hastaların özerkliklerini destekleyecek aynı zamanda YK'lerini yükseltecektir (Łuczyński, Glowinska-Olszewska & Bossowski, 2016).

3. GEREÇ ve YÖNTEMLER

3.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmada obezitenin özerklik, ÖSİ ve YK üzerindeki etkisi, başka bir ifade ile obez hastalar ile obez olmayan bireylerin özerklik, ÖSİ ve YK bakımından farklılaşıp farklılaşmadığının araştırılması amaçlanmıştır. Özerklik ve ÖSİ'ne ilişkin sorular, 'evet' ve 'hayır' seçeneklerinden oluşan anket şeklinde oluşturulmuştur. YK puanları ise Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış olan Obezlere Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (OÖYKÖ) kullanılarak elde edilmiştir.

3.2. Araştırmanın Hipotezleri

Araştırma hipotezleri, Ek-8'de yer alan özerklik ve ÖSİ'ne ilişkin soruların bulunduğu anket formu ile Ek-9'da yer alan OÖYKÖ soruları dikkate alınarak ve araştırma problemi göz önünde bulundurularak kurulmuştur.

Obezitenin özerklik, ÖSİ ve YK üzerinde etkisinin bulunup bulunmaması, araştırma problemini oluşturmaktadır.

Çalışmanın hipotezleri, vaka ve kontrol gruplarına göre ayrı ayrı test edilmiştir. Hipotezlere ilişkin olarak 2.2'nci bölümde özerklik ve ÖSİ ile ilgili verilen bilgiler doğrultusunda hazırlanan anket soruları ilkeye ilişkin tüm bilgileri kapsamakta olup oluşturulan hipotezler tamamıyla obez hastalar ve obez olmayan bireylerde özerklik, ÖSİ ve YK arasındaki farklılığın ortaya konulmasına yönelik olarak belirlenmiştir.

Vaka ve kontrol gruplarının özerklik, ÖSİ ve YK bakımından farklılaşıp farklılaşmadığını araştırmak üzere tasarlanan önermeler Tablo 3.1'de verilmiştir.

Tablo 3.1. Araştırmanın Hipotezleri

H _{1a}	Kendi inanç ve değerleri doğrultusunda davrandığını belirten obez hastalar ile kendi inanç ve değerleri doğrultusunda davranmadığını belirten obez hastalar arasında yaşam kalitesi puanları bakımından farklılık vardır.
H _{1b}	Kendi inanç ve değerleri doğrultusunda davrandığını belirten obez olmayan bireyler ile kendi inanç ve değerleri doğrultusunda davranmadığını belirten obez olmayan bireyler arasında yaşam kalitesi puanları bakımından farklılık vardır.
H _{2a}	Herhangi bir eylemde bulunurken kendi ilkelerini koruyabildiğini belirten obez hastalar ile herhangi bir eylemde bulunurken kendi ilkelerini koruyamadığını belirten obez hastalar arasında yaşam kalitesi puanları bakımından farklılık vardır.
H _{2b}	Herhangi bir eylemde bulunurken kendi ilkelerini koruyabildiğini belirten obez olmayan bireyler ile herhangi bir eylemde bulunurken kendi ilkelerini koruyamadığını belirten obez olmayan bireyler arasında yaşam kalitesi puanları bakımından farklılık vardır.
H _{3a}	Karar ve eylemlerinde kendi özgün görüşünü ifade edebildiğini belirten obez hastalar ile karar ve eylemlerinde kendi özgün görüşünü ifade edemediğini belirten obez hastalar arasında yaşam kalitesi puanları bakımından farklılık vardır.
H _{3b}	Karar ve eylemlerinde kendi özgün görüşünü ifade edebildiğini belirten obez olmayan bireyler ile karar ve eylemlerinde kendi özgün görüşünü ifade edemediğini belirten obez olmayan bireyler arasında yaşam kalitesi puanları bakımından farklılık vardır.
H _{4a}	Karar ve eylemlerini belirlerken bir veya daha çoğu arasından belli birini veya birkaçını tercih edebildiğini belirten obez hastalar ile karar ve eylemlerini belirlerken bir veya daha çoğu arasından belli birini veya birkaçını tercih edemediğini belirten obez hastalar arasında yaşam kalitesi puanları bakımından farklılık vardır.
H _{4b}	Karar ve eylemlerini belirlerken bir veya daha çoğu arasından belli birini veya birkaçını tercih edebildiğini belirten obez olmayan bireyler ile karar ve eylemlerini belirlerken bir veya daha çoğu arasından belli birini veya birkaçını tercih edemediğini belirten obez olmayan bireyler arasında yaşam kalitesi puanları bakımından farklılık vardır.
H _{5a}	Özgür ve bağımsız olmayı önemsemediğini belirten obez hastalar ile özgür ve bağımsız olmayı önemsemediğini belirten obez hastalar arasında yaşam kalitesi puanları bakımından farklılık vardır.
H _{5b}	Özgür ve bağımsız olmayı önemsemediğini belirten obez olmayan bireyler ile özgür ve bağımsız olmayı önemsemediğini belirten obez olmayan bireyler arasında yaşam kalitesi puanları bakımından farklılık vardır.
H _{6a}	Görüş ve düşüncelerini rahatlıkla açıklayabildiğini belirten obez hastalar ile görüş ve düşüncelerini rahatlıkla açıklayamadığını belirten obez hastalar arasında yaşam kalitesi puanları bakımından farklılık vardır.
H _{6b}	Görüş ve düşüncelerini rahatlıkla açıklayabildiğini belirten obez olmayan bireyler ile görüş ve düşüncelerini rahatlıkla açıklayamadığını belirten obez olmayan bireyler arasında yaşam kalitesi puanları bakımından farklılık vardır.
H _{7a}	Karar ve eylemlerinde kendini özgür hissedebildiğini belirten obez hastalar ile karar ve eylemlerinde kendini özgür hissedemediğini belirten obez hastalar arasında yaşam kalitesi puanları bakımından farklılık vardır.
H _{7b}	Karar ve eylemlerinde kendini özgür hissedebildiğini belirten obez olmayan bireyler ile karar ve eylemlerinde kendini özgür hissedemediğini belirten obez olmayan bireyler arasında yaşam kalitesi puanları bakımından farklılık vardır.
H _{8a}	Karar ve eylemlerinde kendi belirlediği hedef ve amaçlara ulaşmaya odaklandığını belirten obez hastalar ile karar ve eylemlerinde kendi belirlediği hedef ve amaçlara ulaşmaya odaklanmadığını belirten obez hastalar arasında yaşam kalitesi puanları bakımından farklılık vardır.
H _{8b}	Karar ve eylemlerinde kendi belirlediği hedef ve amaçlara ulaşmaya odaklandığını belirten obez olmayan bireyler ile karar ve eylemlerinde kendi belirlediği hedef ve amaçlara ulaşmaya odaklanmadığını belirten obez olmayan bireyler arasında yaşam kalitesi puanları bakımından farklılık vardır.
H _{9a}	Kendi belirlediği hedef ve amaçlara ulaşmak için çaba harcadığında diğer bireylerin haklarını da göz önünde bulundurup saygı gösterdiğini belirten obez hastalar ile kendi

	belirlediği hedef ve amaçlara ulaşmak için çaba harcadığında diğer bireylerin haklarını da göz önünde bulundurup saygı göstermediğini belirten obez hastalar arasında yaşam kalitesi puanları bakımından farklılık vardır.
H _{9b}	Kendi belirlediği hedef ve amaçlara ulaşmak için çaba harcadığında diğer bireylerin haklarını da göz önünde bulundurup saygı gösterdiğini belirten obez olmayan bireyler ile kendi belirlediği hedef ve amaçlara ulaşmak için çaba harcadığında diğer bireylerin haklarını da göz önünde bulundurup saygı göstermediğini belirten obez olmayan bireyler arasında yaşam kalitesi puanları bakımından farklılık vardır.
H _{10a}	Kendi bedeni ve sağlığı ile ilgili konularda sorumluluğu kendisinin aldığını belirten obez hastalar ile kendi bedeni ve sağlığı ile ilgili konularda sorumluluğu kendisinin almadığını belirten obez hastalar arasında yaşam kalitesi puanları bakımından farklılık vardır.
H _{10b}	Kendi bedeni ve sağlığı ile ilgili konularda sorumluluğu kendisinin aldığını belirten obez olmayan bireyler ile kendi bedeni ve sağlığı ile ilgili konularda sorumluluğu kendisinin almadığını belirten obez olmayan bireyler arasında yaşam kalitesi puanları bakımından farklılık vardır.
H _{11a}	Kendi bedeni ve sağlığı ile ilgili konularda kendisine de seçim hakkı verilmesini istediğini belirten obez hastalar ile kendi bedeni ve sağlığı ile ilgili konularda kendisine de seçim hakkı verilmesini istemediğini belirten obez hastalar arasında yaşam kalitesi puanları bakımından farklılık vardır.
H _{11b}	Kendi bedeni ve sağlığı ile ilgili konularda kendisine de seçim hakkı verilmesini istediğini belirten obez olmayan bireyler ile kendi bedeni ve sağlığı ile ilgili konularda kendisine de seçim hakkı verilmesini istemediğini belirten obez olmayan bireyler arasında yaşam kalitesi puanları bakımından farklılık vardır.
H _{12a}	Karar ve eylemlerinde başkalarının düşüncelerinden etkilendiğini belirten obez hastalar ile karar ve eylemlerinde başkalarının düşüncelerinden etkilenmediğini belirten obez hastalar arasında yaşam kalitesi puanları bakımından farklılık vardır.
H _{12b}	Karar ve eylemlerinde başkalarının düşüncelerinden etkilendiğini belirten obez olmayan bireyler ile karar ve eylemlerinde başkalarının düşüncelerinden etkilenmediğini belirten obez olmayan bireyler arasında yaşam kalitesi puanları bakımından farklılık vardır.
H _{13a}	Diğer insanların hedeflerini kabul etmektense, hedef ve standartlarını kendisi belirlemeyi tercih ettiğini belirten obez hastalar ile diğer insanların hedeflerini kabul etmelerindense, hedef ve standartlarını kendisi belirlemeyi tercih etmediğini belirten obez hastalar arasında yaşam kalitesi puanları bakımından farklılık vardır.
H _{13b}	Diğer insanların hedeflerini kabul etmektense, hedef ve standartlarını kendisi belirlemeyi tercih ettiğini belirten obez olmayan bireyler ile diğer insanların hedeflerini kabul etmelerindense, hedef ve standartlarını kendisi belirlemeyi tercih etmediğini belirten obez olmayan bireyler arasında yaşam kalitesi puanları bakımından farklılık vardır.
H ₁₄	Obez hastaların yaşam kalitesi puanları ile obez olmayan bireylerin yaşam kalitesi puanları arasında farklılık vardır.

3.3. Araştırmanın Tipi

Vaka ve kontrol gruplarından oluşan çalışmanın tipi; kesitsel, çözümleyici ve tanımlayıcıdır.

3.4. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Çalışma, Ağustos-Ekim 2018 tarihleri arasında EYEDH Beslenme ve Diyet Polikliniği, EDH Beslenme ve Diyet Polikliniği, ESOGÜ Beslenme ve Diyet Polikliniği ve EBBKDDM Beslenme ve Diyet Birimi'nde yapılmıştır.

3.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Çalışmanın vaka grubunu; 18 yaşını doldurmuş, polikliniğe ilk kez başvuran, $BKİ \geq 30,00$ kg/m² üstünde olan ve çalışmaya gönüllü olarak katılan obez hastalar oluştururken kontrol grubunu ise 18 yaşını doldurmuş, polikliniğe ilk kez başvuran, $18,50 \geq BKİ \geq 24,99$ kg/m² olan, çalışmaya gönüllü olarak katılan obez olmayan ve diğer sağlık sorunları nedeniyle danışmanlık hizmeti alan bireyler oluşturmuştur.

Eskişehir'deki kamu kurumlarında Beslenme ve Diyet polikliniklerine 2018 yılı ocak, şubat ve mart aylarında başvuran obez hasta sayıları ve toplam hasta sayıları Tablo 3.2'de verilmiştir.

Tablo 3.2. Çalışmaya Başlamadan Önceki 3 Ay İçinde Eskişehir'deki Kamu Kurumlarının Beslenme ve Diyet Polikliniklerine Başvuran Hasta Sayıları

Kamu Kurumu	Polikliniğe Başvuran Obez Hasta Sayısı	Polikliniğe Başvuran Toplam Hasta Sayısı
Sağlık Bakanlığı Eskişehir Yunusemre Devlet Hastanesi (EYEDH)	2968	4240
Sağlık Bakanlığı Eskişehir Devlet Hastanesi (EDH)	1692	2115
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi (ESOGÜ)	367	1415
Eskişehir Büyükşehir Belediyesi Kadın Danışma ve Dayanışma Merkezi (EBBKDDM)	302	583

Tablo 3.2'ye göre Eskişehir'de kamu kurum ve kuruluşlarında yer alan Beslenme ve Diyet polikliniklerine başvuran obez hastalar benzeşik bir grup olarak düşünülüp örneklem oluşturulmuştur. Yansız şekilde elde edilmesi beklenen örnekleme, kurumlara başvuran obez hasta sayıları birbirinden farklıdır. Bu nedenle her kamu kurumu evrenin alt tabakaları olarak düşünülerek ve her tabakadan belli sayıda obez hasta çekilerek örneklem oluşturulmuştur. Bu şekilde toplam örneklem içinde her kurum eşit düzeyde veya evrendeki oranı ölçüsünde temsil edilecektir. Böylelikle elde edilecek bulguların evreni temsil etme gücü de o ölçüde artacaktır. Saptanan alt tabakalardan örneklemler *basit tesadüfi örnekleme* yapılarak seçilmiştir.

Tablodaki veriler değerlendirilerek oluşturulan örneklem ile hangi kurumdan kaç kişiye ulaşılması gerektiği şu şekilde hesaplanmıştır:

- $N = 4240 + 2115 + 1415 + 583 = 8353$
- P (gözlenme oranı) = $(2968 + 1692 + 302 + 367 = 5329) / 8353 = 0,64$
- $Q = (1 - P)$ olduğundan, $Q = 1 - 0,64 = 0,36$
- Z_{α} hesabında $\alpha=0.05$ için 1.96 alınır.
- d (örneklem hatası) 0,05 alınacaktır.

$$n = \frac{N \cdot P \cdot Q \cdot Z_{\alpha}^2}{(N-1) \cdot d^2} \quad n = \frac{8353 \cdot 0,64 \cdot 0,36 \cdot 1,96^2}{8352 \cdot 0,05^2}$$

Buradan n=354 bulunur. Evren içindeki alt tabakaların varlığından yola çıkarak evren üzerinde çalışılacağından *tabakalı örnekleme* yapılmıştır. Beslenme ve Diyet polikliniklerinden alınan örneklem büyüklükleri Tablo 3.3'te verilmiştir.

Tablo 3.3. Beslenme ve Diyet Polikliniklerinden Alınan Örneklem Büyüklükleri

	EYEDH	EDH	ESOGÜ	EBBKDDM
Vaka	180	90	60	24
Kontrol	180	90	60	24
Toplam	360	180	120	48

Çalışmamızda EYEDH Beslenme ve Diyet Polikliniği'ne başvuran kişiler içinde vaka grubundan 180 ve kontrol grubundan 180 olmak üzere toplam 360 kişi yer almıştır. EDH Beslenme ve Diyet Polikliniği'ne başvuran kişiler içinde vaka grubundan 90 ve kontrol grubundan 90 olmak üzere toplam 180 kişi yer almıştır. ESOGÜ Beslenme ve Diyet Polikliniği'ne başvuran kişiler içinde vaka grubundan 60 ve kontrol grubundan 60 olmak üzere toplam 120 kişi yer alırken EBBKDDM Beslenme ve Diyet Birimi'ne başvuran kişiler içinde vaka grubundan 24 ve kontrol grubundan 24 olmak üzere toplam 48 kişi yer almıştır.

3.6. Araştırmanın Uygulanması

Araştırma, ilgili kurumlardan yazılı izin alınarak Ağustos-Ekim 2018 tarihleri arasında uygulanmıştır. Hazırlanan anket; vaka grubundan 10, kontrol grubundan 10 katılımcıya uygulanarak herhangi bir soru ya da sorun oluşup oluşmayacağı test edilmiştir. Anketler araştırmacı tarafından Beslenme ve Diyet polikliniklerine başvuran hastalara gerekli açıklamalar yapılarak, hastaların rızaları alındıktan sonra bireysel olarak yapılmıştır.

Hastalar, araştırma anketlerini araştırmacı gözetiminde doldurmuş, eksik bilgi içeren anketler araştırmacının kontrolü ile hasta tarafından tamamlanmıştır.

3.7. Araştırmanın Değişkenleri

Herhangi bir durumdan ötekine, bir gözlemden diğerine farklılık gösteren niteliklere denen değişkenler; neden ve sonuç ilişkisine göre bağımlı ve bağımsız olmak üzere ikiye ayrılmaktadır.

Katılımcıların cinsiyet, yaş, medeni durum, çocuk sayısı, eğitim düzeyi, çalışma durumu, meslek, aylık gelir miktarı, yaşamının büyük bir bölümünü geçirdiği yerleşim birimi, kilo sorunu yaşadığı süre, ağırlık değeri, boy uzunluğu, BKİ, obezite derecesi, daha önce diyetisyen gözetiminde diyet uygulayıp uygulamadığı, daha önce kilo vermek için spor yapıp yapmadığı, kronik hastalıkları ve kilo verme kararı alınmasında etkili olan nedenler araştırmanın bağımsız değişkenlerini oluşturmaktadır.

OÖYKÖ ile özerklik ve ÖSİ'ne ilişkin sorular araştırmanın bağımlı değişkenlerini oluşturmaktadır.

3.8. Verilerin Toplanması

Beslenme ve Diyet polikliniklerine başvuran hastalar, diyetisyen tarafından değerlendirilmiş, polikliniğe ilk kez başvuran hastalardan 18 yaşını doldurmuş ve BKİ değerleri istenen aralıkta bulunanlara çalışmanın amacı açıklanarak katılmak isteyenlere anket formu ve ölçek verilmiştir.

Çalışmada yer almayı kabul eden katılımcılardan anket formlarını doldurmaları istenmiştir. Katılımcıların boy uzunlukları ve vücut ağırlıkları, kurumların hepsinde araştırmacı tarafından stadiometre ve hassas tartı ile ölçülmüş, BKİ değerleri yukarıdaki formül ile hesaplanarak obezite dereceleri şu şekilde saptanmıştır:

- Birinci derece obezite: $30,00 \leq BKİ \leq 34,99$
- İkinci derece obezite: $35,00 \leq BKİ \leq 39,99$
- Üçüncü derece (morbid) obezite: $40,00 \leq BKİ \leq 49,99$

- Dördüncü derece (süper) obezite: $50,00 \leq \text{BKİ} \leq 59,99$
- Beşinci derece (süper süper) obezite: $60,00 \leq \text{BKİ}$

Vaka ve kontrol grupları için tüm kurumlarda vücut ağırlığı ile boy uzunluğu ayakkabı ve çorap çıkartılarak yalınayak şekilde yapılmıştır. Ölçümler sırasında hastaların ceplerini boşaltmaları istenmiş, üstlerinde çanta, mont, telefon ve cüzdan bulunmaması sağlanmıştır. Bu ölçümler sonrası hastalar kurumda görev yapan ilgili diyetisyen tarafından beslenme tedavisi veya diyet danışmanlığı almıştır.

3.8.1. Veri toplama araçları

Katılımcılara sosyodemografik özellikleri, özerklik ve ÖSİ'ne ilişkin soruların yer aldığı anket formu ve Obezilere Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (OÖYKÖ) uygulanmıştır.

Her bir katılımcı için boy uzunluğu ve vücut ağırlığı ölçümü yapılarak obeziteyi belirlemek için Dünya Sağlık Örgütü tarafından geliştirilen BKİ kullanılmıştır.

3.8.1.1. Sosyodemografik bilgiler formu

Sosyodemografik bilgiler formu; bireysel özellikler ile özerklik ve ÖSİ'ne ilişkin sorulardan oluşmaktadır.

Bu bölümde katılımcıların cinsiyet, yaş, medeni durum, çocuk sayısı, eğitim düzeyi, meslek, aylık gelir miktarı, yaşamının büyük bir bölümünü geçirdiği yerleşim birimi, kilo sorunu yaşadığı süre, vücut ağırlığı, boy uzunluğu, BKİ, obezite derecesi, daha önce diyetisyen gözetiminde diyet uygulayıp uygulamadığı, daha önce kilo vermek için spor yapıp yapmadığı, kronik hastalıkları ve kilo verme kararı alınmasında etkili olan nedenler sorgulanmıştır.

Bireysel özelliklerden eğitim düzeyi, meslek ve aylık gelir miktarı değişkenlerine ait sorular TÜİK verileri temel alınarak oluşturulmuştur.

Özerklik ve ÖSİ'ne ilişkin sorular ise araştırmaya özel olarak alanyazını taranarak hazırlanmıştır.

3.8.1.2. Obezlere Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği

Donald Lee Patrick, Donald M. Bushnell ve Margaret Rothman obezitenin YK üzerindeki etkisini ölçmek amacıyla, 2004 yılında '*Obesity and Weight Loss Quality of Life*' (OWLQOL) adlı ölçeği geliştirmişlerdir.

Çıray Gündüzoğlu ve arkadaşları tarafından ülkemizde obeziteye özgü yaşam kalitesi ölçeğinin olmayışından yola çıkarak 'Obezlere Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği' (OÖYKÖ) ismiyle bu ölçeği biyomedikal alana kazandırmışlardır (Çıray Gündüzoğlu, Fadıloğlu & Yılmaz, 2014).

Obez hastaların YK'lerini belirlemek için geliştirilen OÖYKÖ'nin Türk toplumu için geçerlik ve güvenilirliğini incelemek amacıyla Çıray Gündüzoğlu ve arkadaşları tarafından yapılan metodolojik çalışmada OÖYKÖ'nin güvenilirliğini gösteren Cronbach's alfa (α) katsayısı 0,90 olarak hesaplandığından (Çıray Gündüzoğlu, vd., 2014) ölçeğin Türkçe formunun iç tutarlılığının ve homojenliğinin yeterli olduğu görülmektedir.

OÖYKÖ, 17 maddeden oluşan yedili Likert tipinde (0- hiç, 1- hemen hemen hiç, 2- az, 3- orta derecede, 4- epeyce, 5- çok fazla, 6- aşırı derecede) bir yanıtlama anahtarına sahiptir (Patrick, Bushnell & Rothman, 2004).

Tek faktörlü olan ölçeğin alt alanları bulunmamaktadır. OÖYKÖ'nin maddelerinin tamamı toplanarak '*tek yaşam kalitesi puanı*' elde edilmektedir. Tüm puanlar toplanıp, elde edilen puandan 17 çıkartılmakta ve oluşan değer 102'ye bölünerek 100'le çarpılmaktadır. Oluşan ham puanlar, 0-100 arasında standardize edilmiş OÖYKÖ skoruna dönüştürülmektedir (Türkiye Ölçme Araçları Dizini, Erişim tarihi: 10.07.2019).

Patrick ve arkadaşları tarafından geliştirilen OÖYKÖ'nün geçerlilik ve güvenilirlik düzeyi yüksek bulunmuştur. Ayrıca ölçeğin Türk toplumundaki obez hastaların YK'ni değerlendirmede kullanılması ve daha sonraki çalışmalarda obez hastaların YK'lerini etkileyebilecek diğer değişkenlerin kapsamlı olarak incelenmesi önerilmiştir (Çıray Gündüzoğlu vd., 2014).

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırmada elde edilen veriler; sosyodemografik bilgiler formu, özerklik ve ÖSİ'ne ilişkin sorular ve OÖYKÖ'nden alınan sonuçlarla sınırlıdır. Sosyodemografik Bilgiler Formu'nun sonunda bulunan özerklik ve ÖSİ'ne ilişkin sorulara verilen yanıtlar, katılımcıların verdiği cevaplarla sınırlıdır.

Çalışma; EYEDH, EDH, ESOGÜ Beslenme ve Diyet polikliniklerine ve EBBKDDM Beslenme ve Diyet Birimi'ne başvuran kişiler üzerinde yapıldığı için elde edilen bulgular tüm obezlere mül edilemez; araştırmanın sonuçları yalnızca araştırmanın yapıldığı grup için geçerlidir ve topluma genellenemez.

Özerklik ve YK gibi soyut kavramların anket formlarında yer alan sorularla tam olarak ölçülebilmesinin güçlüğü, araştırmamızın sınırlılıkları arasında yer almaktadır. Özerklik ve ÖSİ'ne ilişkin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış bir ölçme aracının Türkçe formunun bulunmaması nedeniyle anket formunun kullanılması çalışmanın bir kısıtlılığı olarak değerlendirilmektedir.

Araştırmanın kısıtlılıklarından birisinin de kadın katılımcı oranının yüksek olmasıdır. Bu kısıtlılığın; kadınların ortalama yaşam sürelerinin yüksek olması, toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin yarattığı baskı ve kamusal alanda var olmalarına izin verilmeyen kadınların sağlık kuruluşlarını sosyalleşmenin bir aracı olarak kullanmalarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

3.10. Verilerin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Yöntemler

Araştırmadan elde edilen veriler, uygun istatistik paket programları kullanılarak %95 güven aralığında, $\alpha=0,05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir. Genel güvenilirlik için vaka ve kontrol grupları için ayrı ayrı *Cronbach's Alpha Katsayısı* hesaplanmıştır. Frekans, yüzde, ortalama ve standart sapma gibi tanımlayıcı analizlerin yapıldığı araştırma verilerinin Merkezi Limit Teoremi'ne göre normal dağılıma uygunluğunu tespit etmek (Mahmood, vd., 2019) için $n<50$ olduğunda *Shapiro-Wilk Testi*, $n>50$

olduğunda ise *Kolmogorov-Smirnov Testi* uygulanmıştır (Yıldız, vd., 2012, s.133-140; Özdamar, 2013a, s.359; Huang, Qiao, Liu, Dai & Liu, 2019).

Parametrik testlerin varsayımlarından en az biri sağlanmadığında bu parametrik testlerin alternatif testlerinin kullanılması gerekmektedir (Özdamar, 2013a, s.275-336).

Bağımsız iki grup ortalaması arasındaki farkın anlamlı olup olmadığını tespit etmek için t testinden yararlanılmaktadır (Özdamar, 2013a, s.288). Araştırmamızda incelemek istediğimiz hiçbir bağımsız iki grup verileri normal dağılım göstermediğinden t testinin nonparametrik alternatifi olan *Mann-Whitney U Testi* kullanılmıştır. Mann-Whitney U testi, bağımsız iki grubun aynı ortanca değerine sahip ana kütlelerden gelip gelmediğini saptamakta veya iki gruptan elde edilen verilerin istatistiksel açıdan anlamlı farklılık gösterip göstermediğini sınamaktadır. Bu test, verilerin birbirinden bağımsız olmasını ve incelenen bağımlı değişkenin de en azından sıralama ölçeğine sahip olmasını gerektirmektedir (Tekin, 2014; Özdamar, 2013a, s.363).

Bağımsız ikiden fazla grup ortalaması arasındaki farkın anlamlılığını belirlemek için *Varyans Analizi (ANOVA)* kullanılmaktadır (Mahmood, vd., 2019; Özdamar, 2013a, s.309-330). Araştırmak istediğimiz hiçbir bağımsız ikiden fazla gruba ait veriler normal dağılım göstermediğinden ANOVA'nın nonparametrik alternatifi olan *Kruskal Wallis H Testi* kullanılmıştır. Kruskal Wallis H testinde, bağımsız ikiden fazla grubun aynı ortanca değerine sahip ana kütlelerden gelip gelmediğini sınamak için kullanılmaktadır. Bu test, verilerin birbirinden bağımsız olmasını ve incelenen bağımlı değişkenin de en azından sıralama ölçeğine sahip olmasını gerektirmektedir (Tekin, 2014; Özdamar, 2013a, s.369). Kruskal Wallis H Testi'ne göre anlamlı çıkan sonuçlar, *Dunn's Testi* kullanılarak ikili şekilde karşılaştırılmaktadır.

Sıralı veya isimsel ölçekli verilerde bağımsızlık analizleri yapmak için *Ki-Kare Bağımsızlık Analizi* kullanılmaktadır (Yıldız, vd., 2012, s.206-208). Ki-Kare Bağımsızlık Analizleri 2×2 ya da $r \times c$ ($r > 2$ veya $c > 2$) boyutlu tablolar şeklinde sınıflandırılmaktadır (Özdamar, 2013a, s.335-337).

Ki-kare Bağımsızlık Analizi 2 x 2 tablolar üzerinde uygulandığında her bir hücre için hesaplanan teorik frekanslara göre kullanılacak yöntem değişebilmektedir. Minimum teorik frekans, 25'ten büyük olduğunda *Pearson Düzeltmesi*, 5 ile 25 arasında hesaplandığında *Yates' Düzeltmesi* (Continuity Correction), 5'ten küçük hesaplandığında ise *Fisher Exact Yöntemi* (Crinò vd. 2018) uygulanmıştır.

Kategori sayısı ikiden fazla olan iki değişkenin alt kategori sayılarını beraber gösteren r x c çapraz tablolarda elde edilen teorik frekansların 5 değerinden küçük olanların sayısının, tamamına oranına göre kullanılacak yöntem farklılık göstermektedir. Her bir hücre için hesaplanan teorik frekanslar içinde 5 değerinden küçüklerin oranı %20'den büyükse *Ki-Kare Exact (Kesinlik) Yöntemi*; küçükse *Pearson Düzeltmesi* kullanılmaktadır (Özdamar, 2013b).

Kategorik değişkenleri vaka ve kontrol grupları gibi belli bir tabaka ile bölümlenmek ve bunlar arasındaki ilişkileri ortaya koymak için ki-kare bağımsızlık analizi testleri üzerinde katman (kontrol) değişkeni oluşturulabilmektedir. Özerklik, ÖSİ ve OÖYKÖ soruları bakımından vaka ve kontrol grupları arasında anlamlı farklılık olup olmadığı Ki-Kare Bağımsızlık Analizi üzerinde *tabakalama* işlemi yapılarak bulunmuştur.

Değişkenler arasında var olan ilişkinin derecesi, yönü ve önemi *Korelasyon Analizi* ile ortaya konulmaktadır (Yıldız, vd., 2012, s.213-218). Araştırma değişkenleri aralıklı veya oransal ölçekle elde edilmesine karşın normal dağılıma uygunluk göstermediği için *Spearman Korelasyon Analizi* yapılmıştır.

3.11. Araştırmanın Etik Yönü

Çalışma; 2013 yılında Brezilya'da güncellenen Helsinki Deklarasyonu kararlarına, 2019 yılında güncellenen Hasta Hakları Yönetmeliği'ne ve 2015 yılında güncellenen İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu'na uygun olarak planlanmıştır.

EYEDH, EDH, ESOGÜ Beslenme ve Diyet poliklinikleri ve EBBKDDM Beslenme ve Diyet Birimi'ne Ağustos-Ekim 2018 tarihleri arasında obezitenin tıbbi beslenme tedavisi için başvuran obez hastalar ile beslenme ve diyet danışmanlığı için başvuran obez olmayan bireyler ile gerçekleştirilmiş olup bu kurumlarla ilişkili olarak Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (Ek-1), İl Sağlık Müdürlüğü'nden (Ek-2), İl Sağlık Müdürlüğü Eskişehir Yunusemre Devlet Hastanesi'nden (Ek-3), İl Sağlık Müdürlüğü Eskişehir Devlet Hastanesi'nden (Ek-4), Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Başhekimliği'nden (Ek-5) ve Eskişehir Büyükşehir Belediyesi'nden (Ek-6) gerekli izinler alınmıştır.

Araştırma verilerini toplamaya başlamadan önce katılımcıların araştırmadan diledikleri zaman çekilebilecekleri belirtilerek ÖSİ, kişisel bilgilerin araştırmacıyla paylaşıldıktan sonra korunacağı belirtilerek gizlilik, gizliliğin korunması ve insan onuruna saygı ilkeleri göz önünde bulundurularak katılımcıların bireysel haklarının korunması sağlanmıştır.

4. BULGULAR

4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı

Araştırmaya 354'ü vaka, 354'ü kontrol grubunda yer alan toplam 708 kişi katılmıştır. Vaka grubunun BKİ değeri 30,00 kg/m² ve üzerindeyken kontrol grubunun BKİ değeri 18,50-24,99 kg/m² aralığındadır.

Vaka ve kontrol gruplarında yer alan katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin dağılımı Tablo 4.1'de verilmiştir.



Tablo 4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı

Sosyodemografik Özellikler		Vaka Grubu Ortalama ± SS		Kontrol Grubu Ortalama ± SS		Toplam Ortalama ± SS	
Yaş (yıl)		43,71±13,93		39,26±13,60		41,48±13,94	
Vücut ağırlığı (kg)		89,45±18,46		61,90±8,92		75,68±20,00	
Boy uzunluğu (cm)		159,81±8,72		163,94±9,92		161,88±9,56	
Beden kütle indeksi (kg/m ²)		34,93±6,06		22,94±1,54		28,93±7,45	
Kilo sorunu yaşanan süre (yıl)		12,20±11,06				12,20±11,06	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Cinsiyet	Kadın	315	88,98	294	83,05	609	86,02
	Erkek	39	11,02	60	16,95	99	13,98
Medeni durum	Evli	257	72,60	153	42,22	410	57,91
	Bekâr	49	13,84	147	41,53	196	27,68
	Boşanmış	22	6,22	31	9,75	53	7,49
	Eşi vefat etmiş	26	7,34	23	6,50	49	6,92
Çocuk sayısı	Yok	60	16,95	156	44,07	216	30,51
	1	62	17,51	42	11,86	104	14,69
	2	161	45,48	90	25,42	251	35,45
	3	50	14,12	45	12,71	95	13,42
	4	15	4,24	17	4,80	32	4,52
	5 ve üstü	6	1,70	4	1,14	10	1,41
Eğitim düzeyi	Okuryazar değil	4	1,13	7	1,97	11	1,55
	Okuryazar	9	2,54	2	0,56	11	1,55
	İlkokul	125	35,31	42	11,86	167	23,59
	Ortaokul	38	10,73	55	15,54	93	13,14
	Lise	109	30,79	170	48,02	279	39,41
	Önlisans	22	6,21	22	6,21	44	6,21
	Lisans	38	10,73	48	13,56	86	12,15
Çalışma durumu	Lisansüstü	9	2,56	8	2,28	17	2,40
	Çalışıyor	81	22,88	145	40,96	226	31,92
Aylık gelir miktarı (₺)	Çalışmıyor	273	77,12	209	59,04	482	68,08
	1800 ve altı	137	38,70	177	50,00	314	44,35
	1801-2800	109	30,79	57	16,10	166	23,45
	2801-4300	85	24,01	85	24,01	170	24,01
Yerleşim birimi	4301 ve üzeri	23	6,50	35	9,89	58	8,19
	İlçe	29	8,19	28	7,91	67	9,30
Obezite derecesi	İl	325	91,81	326	92,09	651	91,95
	I. derece obez	228	64,41			228	64,41
	II. derece obez	76	21,47			76	21,47
	Morbid obez	32	9,04			32	9,04
Diyet uygulama	Süper obez	18	5,08			18	5,08
	Uygulayan	107	30,23	105	29,66	212	29,94
Spor yapma	Uygulamayan	247	69,77	249	70,34	496	70,06
	Yapan	172	48,58	154	43,50	326	46,05
Kronik hastalık durumu	Yapmayan	182	51,42	200	56,50	382	53,95
	Var	245	69,21	121	34,18	366	51,69
Sosyal çevrede destek olabilecek birileri	Yok	109	30,79	233	65,82	342	48,31
	Var	304	85,88	292	82,49	596	84,18
	Yok	50	14,12	62	17,51	112	15,82

Vaka grubunun yaş ortalaması $43,71\pm 13,93$ iken kontrol grubunun yaş ortalaması $39,26\pm 13,60$ 'tır. Vaka grubunun vücut ağırlığı ortalaması $89,45\pm 18,46$ kg iken kontrol grubunun vücut ağırlığı ortalaması $61,90\pm 8,92$ kg'dır. Vaka grubunun boy uzunluğu ortalaması $159,81\pm 8,72$ cm iken kontrol grubunun boy uzunluğu ortalaması $163,94\pm 9,92$ cm'dir. Vaka grubunun BKİ ortalaması $34,93\pm 6,06$ kg/m² kontrol grubunun BKİ ortalaması $22,94\pm 1,54$ kg/m²dir. Araştırmamıza katılan obez hastalar ortalama $12,20\pm 11,06$ yıldır kilo sorunu yaşadıklarını bildirmişlerdir.

Vaka grubunun 315'inin (%88,98) kadın, 257'sinin (%72,60) evli, 161'inin (%45,48) iki çocuk sahibi, 125'inin (%35,31) ilkokul mezunu, 273'ünün (%77,12) çalışmadığı, 137'sinin (%38,70) 1800 ₺ ve altında aylık gelire sahip olduğu, 325'inin (%91,81) yaşamının büyük bir bölümünü şehirde geçirdiği, 228'inin (%64,41) birinci derece obez olduğu, 247'sinin (%69,77) diyet uygulamadığı, 182'sinin (%51,42) spor yapmadığı, 245'inin (%69,21) kronik hastalığının olduğu ve 304'ünün (%85,88) sosyal destek gördüğü bulunmuştur.

Kontrol grubunun 294'ünün (%83,05) kadın, 153'ünün (%42,22) evli olduğu, 156'sının (%44,07) çocuk sahibi olmadığı, 170'inin (%48,02) lise mezunu olduğu, 209'unun (%59,04) çalışmadığı, 177'sinin (%50,00) 1800₺ ve altında gelire sahip olduğu, 326'sının (%92,09) yaşamının büyük bir bölümünü şehirde geçirdiği, 249'unun (%70,34) diyet uygulamadığı, 200'ünün (%56,50) spor yapmadığı, 233'ünün (%65,82) kronik hastalığının olmadığı ve 292'sinin (%82,49) sosyal destek gördüğü bulunmuştur.

Katılımcıların yaşları bakımından vaka ve kontrol grupları arasında vaka grubu lehine istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmuştur ($U=35299,5$ $Z=-10,058$ $p<0,001$). Gruplar arasında katılımcıların vücut ağırlıkları bakımından vaka grubu lehine istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($U=5816,5$ $Z=-20,890$ $p<0,001$).

Gruplar arasında katılımcıların medeni durumları bakımından bekâr katılımcılar lehine istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir

($\chi^2=77092$ $sd=3$ $p<0,001$). Vaka ve kontrol grupları arasında çocuk sayıları bakımından çocuğu olmayan katılımcılar lehine istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmıştır ($\chi^2=67385$ $sd=5$ $p<0,001$).

Vaka ve kontrol grupları arasında eğitim düzeyleri bakımından ilkokul mezunu katılımcılar lehine istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmuştur ($\chi^2=64190$ $sd=7$ $p<0,001$). Gruplar arasında çalışma durumu bakımından çalışmayan katılımcılar lehine istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=26622$ $sd=1$ $p<0,001$).

Çalışmamızın vaka ve kontrol grupları arasında katılımcıların aylık gelir miktarları bakımından 1800€'nin altında aylık geliri bulunan katılımcıların lehine istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmıştır ($\chi^2=23867$ $sd=3$ $p<0,001$).

Vaka ve kontrol grupları arasında katılımcıların daha önce diyet uygulamaları ($\chi^2=27$ $sd=1$ $p=0,087;>0,05$), spor yapmaları ($\chi^2=1842$ $sd=1$ $p=0,175;>0,05$) ve sosyal destek görmeleri ($\chi^2=1527$ $sd=1$ $p=0,217;>0,05$) bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Araştırmamızda yer alan kadın obez hastalar ($n=315$) ortalama $12,43\pm 10,99$ yıldır kilo sorunu yaşadıklarını ifade etmişken erkek obez hastalar ($n=39$) ortalama $10,31\pm 11,52$ yıldır kilo sorunu yaşadıklarını belirtmişlerdir. Cinsiyete göre katılımcıların kilo sorunu yaşadıkları yıl bakımından kadın obez hastalar lehine istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmuştur ($U=4870$ $Z=-2,121$ $p=0,034$).

Sosyal çevresinde, zor durumlarında kendisine destek olabilecek birilerinin bulunduğunu ifade eden obez hastalar ile sosyal çevresinde, zor durumlarında kendisine destek olabilecek birilerinin bulunmadığını ifade eden obez hastalar arasında kilo sorunu yaşadıkları yıl bakımından; destek olabilecek birilerinin bulunduğunu ifade eden katılımcılar lehine istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($U=5463$ $Z=-3,203$ $p=0,001$).

Çalışmamızda yer alan obez hastaların kilo sorunu yaşadıkları yıl ile yaşları arasında istatistiksel açıdan anlamlı, pozitif yönde zayıf bir ilişki bulunmuştur ($r=0,312$ $p<0,001$). Yaş artarken kilo sorunu yaşanan yılın da arttığı görülmektedir.

Cinsiyet grupları arasında vücut ağırlığı bakımından istatistiksel olarak erkekler lehine anlamlı farklılık bulunmuştur ($U=18245$ $Z=-6,305$ $p<0,001$).

Daha önce diyet uygulama bakımından vücut ağırlığına göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmamışken ($U=50855,5$ $Z=-0,69$ $p=0,490>0,05$), spor yapan ve spor yapmayan katılımcılar arasında vücut ağırlığı bakımından spor yapanların lehine istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur.

Sosyal çevresinde, zor durumlarında kendisine destek olabilecek birilerinin bulunduğunu ifade eden ve sosyal çevresinde, zor durumlarında kendisine destek olabilecek birilerinin bulunmadığını ifade eden katılımcılar arasında vücut ağırlığı bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($U=31121,5$ $Z=-1,135$ $p=0,256>0,05$).

Medeni durum değişkenine göre vücut ağırlığı bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($H=21914$ $sd=3$ $p<0,001$). Bu farklılık, Dunn's testine göre evli ve bekâr katılımcılardan ($p<0,001$) kaynaklanmaktadır.

Cinsiyet değişkenine göre BKİ ($U=28012,5$ $Z=-1,13$ $p=0,258>0,05$), diyet uygulama ($U=50720,5$ $Z=-0,744$ $p=0,457>0,05$), spor yapma ($U=59825,5$ $Z=-0,9$ $p=0,368>0,05$) ve sosyal destek görme ($U=30950$ $Z=-1,222$ $p=0,222>0,05$) bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmemiştir.

Sosyal çevresinde, zor durumlarında kendisine destek olabilecek birilerinin bulunduğunu ifade eden ve sosyal çevresinde, zor durumlarında kendisine destek olabilecek birilerinin bulunmadığını ifade eden katılımcılar arasında obezite derecesi bakımından birinci derece obez hastaların lehine istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($\chi^2=30180$ $sd=3$ $p<0,001$).

Obezite dereceleri arasında diyet uygulama bakımından ($\chi^2=4156$ $sd=3$ $p=0,245;>0,05$) ve obezite dereceleri arasında spor yapma bakımından ($\chi^2=5180$ $sd=3$ $p=0,159;>0,05$) istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Çalışmamızın vaka grubunda 245 kişinin (%69,21) kontrol grubunda ise 121 kişinin (%34,18) kronik hastalığı bulunmaktadır. Vaka ve kontrol grupları arasında kronik hastalıklar bakımından vaka grubu lehine anlamlı farklılık bulunmaktadır ($\chi^2=86970$ $sd=1$ $p<0,001$).

Obez hastaların kilo verme kararı almalarında etkili olduğunu ifade ettikleri nedenlerin dağılımı Tablo 4.2'de verilmiştir. Hastalara, istedikleri takdirde birden fazla neden belirtebilecekleri aktarılmıştır.

Tablo 4.2. Obez Hastaların Kilo Verme Kararı Almalarında Etkili Olan Nedenlerin ve OÖYKÖ Skorlarının Dağılımı

	n (%)	OÖYKÖ Skor Ortalaması ±SS
Sağlıkla ilgili yaşanan sorunlar	206 (26,86)	45,39±23,90
Hiçbir etki olmadan verilen karar	200 (26,07)	52,72±21,64
Yakın kişisel çevrenin kilo verme konusundaki tutum ve davranışları	169 (22,03)	39,52±22,91
Toplumun beden algısına yönelik düşünceleri (zayıf bedenlerin daha estetik ve sağlıklı olması vb.)	43 (5,61)	33,77±22,46
Kilodan memnun olunmasına karşın bedene uygun kıyafet bulma konusunda sorun yaşanması	38 (4,95)	43,37±21,21
Yakın kişisel ilişkilerde kilo nedeniyle yaşanan problem ya da problemler	37 (4,82)	26,60±18,92
Duygusal ilişkilerde beden imajı nedeniyle vermek zorunda kalınan bu nedenle de kişiyi olumsuz olarak etkileyen kararlar	31 (4,04)	21,16±16,11
Medyanın kullandığı zayıf beden figürlerinin beden algısı üzerinde yarattığı etki	30 (3,91)	30,88±23,41
Diğer nedenler	13 (1,69)	25,49±18,11

Sağlıkla ilgili yaşanan sorunlar (n=206, %26,86) ve hiçbir etki olmadan verilen karar (n=200, %26,07) kilo vermek isteme nedenlerinin başında

gelmektedir. Yakın kişisel çevrenin kilo verme konusundaki tutum ve davranışları, toplumun beden algısına yönelik düşünceleri (zayıf bedenlerin daha estetik ve sağlıklı olması vb.), kilodan memnun olunmasına karşın bedene uygun kıyafet bulma konusunda sorun yaşanması, yakın kişisel ilişkilerde kilo nedeniyle yaşanan sorunlar, duygusal ilişkilerde beden imajı nedeniyle vermek zorunda kalınan bu nedenle de kişiyi olumsuz olarak etkileyen kararlar ve medyanın kullandığı zayıf beden figürlerinin beden algısı üzerinde yarattığı etki de obez hastaların kilo vermek isteme nedenlerindedir.

Obez hastaların kilo vermek isteme nedenlerinden diğer seçeneği içinde; Aşırı terlemenin verdiği rahatsızlık (n=8), giyim ve satış danışmanlarının olumsuz tavırları (n=2), aile hekiminin yönlendirmesi (n=1), obezitenin kişinin psikolojik durumunu kötü yönde etkilemesi (n=1) ve boy uzunluğunun çok kısa olması (n=1, bu vakanın boy uzunluğu 143 cm olarak ölçülmüştür) gösterilmiştir.

Sağlıkla ilgili yaşanan sorunlar nedeniyle kilo vermek istediğini ifade eden obez hastaların OÖYKÖ skor ortalaması %45,39±23,90 iken hiçbir etki olmadan verilen karar sonucunda kilo vermek istediğini ifade eden obez hastaların OÖYKÖ skor ortalaması %52,72±21,64 olarak bulunmuştur.

Obez hastanın hiçbir etki olmadan kendi verdiği karar sonucu ağırlık kaybı sürecine başlamak üzere polikliniğe başvurmuş olması; bireyin isteklerini yerine getirmek için gerekli olan eylem üzerinde kontrolü kullanma kapasitesi bağlamında karar özerkliği açısından ve kendi kararlarını verebilen obez hastaların ancak kendi yasalarını pratiğine dökmeyi başardıklarında özerk olabileceklerini ifade etmesi bakımından önemli bir bulgudur.

4.2. Özerklik ve Özerkliğe Saygı İlkesine İlişkin Sorulara Verilen Yanıtların Dağılımı

Alanyazını taranarak araştırma için özel olarak özerklik ve ÖSİ'ne ilişkin 13 soru geliştirilmiştir. Katılımcıların özerklik ve ÖSİ konusunda görüşlerinin dağılımı Tablo 4.3'te verilmiştir.



Tablo 4.3. Vaka ve Kontrol Gruplarının Özerklik ve Özerkliğe Saygı İlkesine İlişkin Sorulara Verdikleri Yanıtların Dağılımı

	Vaka				Kontrol				İstatistik Test Verileri
	Evet		Hayır		Evet		Hayır		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Kendi inanç ve değerleriniz doğrultusunda davranır mısınız? *	326	92,09	28	7,91	308	87,01	46	12,99	$\chi^2=4889$ sd=1 p=0,027;<0,05
Herhangi bir eylemde bulunurken kendi ilkelerinizi koruyabilir misiniz?	313	88,42	41	11,58	303	85,59	51	14,41	$\chi^2=1249$ sd=1 p=0,264;>0,05
Karar ve eylemlerinizde kendi özgün görüşünüzü ifade eder misiniz?	304	85,88	50	14,12	318	89,83	36	10,17	$\chi^2=2594$ sd=1 p=0,107;>0,05
Karar ve eylemlerinizi belirlerken bir veya daha çoğu arasından belli birini veya birkaçını tercih edebilir misiniz? **	289	81,64	65	18,36	331	93,50	23	6,50	$\chi^2=22891$ sd=1 p<0,001
Özgür ve bağımsız olmak sizin için önemli midir?	328	92,66	26	7,34	332	93,79	22	6,21	$\chi^2=358$ sd=1 p=0,550;>0,05
Görüş ve düşüncelerinizi rahatlıkla açıklayabilir misiniz? **	252	71,19	102	28,81	279	78,81	75	21,19	$\chi^2=5492$ sd=1 p=0,019;<0,05
Karar ve eylemlerinizde kendinizi özgür hissediyor musunuz?	258	72,88	96	27,12	272	76,84	82	23,16	$\chi^2=1471$ sd=1 p=0,225;>0,05
Karar ve eylemlerinizde kendi belirlediğiniz hedef ve amaçlara ulaşmaya odaklanıyor musunuz?	317	89,55	37	10,45	325	91,81	29	8,19	$\chi^2=1069$ sd=1 p=0,301;>0,05
Kendi belirlediğiniz hedef ve amaçlara ulaşmak için çaba harcadığınızda diğer bireylerin haklarını da göz önünde bulundurup saygı gösteriyor musunuz? *	344	97,18	10	2,82	331	93,50	23	6,50	$\chi^2=5372$ sd=1 p=0,020;<0,05
Kendi bedeniniz ve sağlığınızla ilgili konularda sorumluluğu kendiniz alıyor musunuz?	309	87,29	45	12,71	319	90,11	35	9,89	$\chi^2=1409$ sd=1 p=0,235;>0,05
Kendi bedeniniz ve sağlığınızla ilgili konularda size de seçim hakkı verilmesini istiyor musunuz? *	331	93,50	23	6,50	315	88,98	39	11,02	$\chi^2=4525$ sd=1 p=0,033;<0,05
Karar ve eylemlerinizde başkalarının düşüncelerinden etkileniyor musunuz? *	201	56,78	153	43,22	159	44,92	195	55,08	$\chi^2=9969$ sd=1 p=0,002;<0,05
Diğer insanların hedeflerini kabul etmektense, kendi hedeflerinizi ve standartlarınızı kendiniz belirlemeyi tercih ediyor musunuz? *	312	88,14	42	11,86	267	75,42	87	24,58	$\chi^2=19195$ sd=1 p<0,001

* Vaka grubu lehine anlamlı farklılık bulunmuştur.

** Kontrol grubu lehine anlamlı farklılık bulunmuştur.

Vaka grubundan 326 kişi (%92,09), kontrol grubundan 308 kişi (%87,01) kendi inanç ve değerleri doğrultusunda davrandığını ifade etmiştir.

Çalışmamızın vaka grubundan 313 kişi (%88,42), kontrol grubundan 303 kişi (%85,59) herhangi bir eylemde bulunurken kendi ilkelerini koruyabildiğini belirtmiştir.

Araştırmamızın vaka grubundan 304 kişi (%85,88), kontrol grubundan 318 kişi (%89,83) karar ve eylemlerinde kendi özgün görüşünü ifade ettiğini bildirmiştir.

Vaka grubundan 289 kişi (%81,64), kontrol grubundan 331 kişi (%93,50) karar ve eylemlerini belirlerken bir veya daha çoğu arasından belli birini veya birkaçını tercih edebildiğini ifade etmiştir.

Çalışmamızın vaka grubundan 328 kişi (%92,66), kontrol grubundan 332 kişi (%93,79) özgür ve bağımsız olmayı önemseydiğini belirtmiştir.

Araştırmamızın vaka grubundan 252 kişi (%71,19), kontrol grubundan 279 kişi (%78,81) görüş ve düşüncelerini rahatlıkla açıklayabildiğini bildirmiştir.

Vaka grubundan 258 kişi (%72,88), kontrol grubundan 272 kişi (%76,84) karar ve eylemlerinde kendini özgür hissettiğini ifade etmiştir.

Çalışmamızın vaka grubundan 317 kişi (%89,55), kontrol grubundan 325 kişi (%91,81) karar ve eylemlerinde kendi belirlediği hedef ve amaçlara ulaşmaya odaklandığını belirtmiştir.

Araştırmamızın vaka grubundan 344 kişi (%97,18), kontrol grubundan 331 kişi (%93,50) kendi belirlediği hedef ve amaçlara ulaşmak için çaba harcadığında diğer bireylerin haklarını da göz önünde bulundurup saygı gösterdiğini bildirmiştir.

Vaka grubundan 309 kişi (%87,29), kontrol grubundan 319 kişi (%90,11) kendi bedeni ve sağlığı ile ilgili konularda sorumluluğu kendisinin aldığını ifade etmiştir.

Çalışmamızın vaka grubundan 331 kişi (%93,50), kontrol grubundan 315 kişi (%88,98) kendi bedeni ve sağlığı ile ilgili konularda kendisine de seçim hakkı verilmesini istediğini belirtmiştir.

Araştırmamızın vaka grubundan 201 kişi (%56,78), kontrol grubundan 159 (%44,92) kişi karar ve eylemlerinde başkalarının düşüncelerinden etkilendiğini bildirmiştir.

Vaka grubundan 312 kişi (%88,14), kontrol grubundan 267 kişi (%75,42) diğer insanların hedeflerini kabul etmektense, hedeflerini ve standartlarını belirlemeyi kendisinin tercih ettiğini ifade etmiştir.

Vaka ve kontrol grupları arasında herhangi bir eylemde bulunurken kendi ilkelerini koruyabilmeye ($\chi^2=1249$ sd=1 p=0,264;>0,05), karar ve eylemlerinde kendi özgün görüşünü ifade edebilmeye ($\chi^2=2594$ sd=1 p=0,107;>0,05), özgür ve bağımsız olmayı önemsemeye ($\chi^2=358$ sd=1 p=0,550;>0,05), karar ve eylemlerinde kendini özgür hissedebilmeye ($\chi^2=1471$ sd=1 p=0,225;>0,05), karar ve eylemlerinde kendi belirlediği hedef ve amaçlara ulaşmaya odaklanmaya ($\chi^2=1069$ sd=1 p=0,301;>0,05) ve kendi bedeni ve sağlığıyla ilgili konularda sorumluluğu kendisi almaya ($\chi^2=1409$ sd=1 p=0,235;>0,05) göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Kendi inanç ve değerleri doğrultusunda davranmaya ($\chi^2=4889$ sd=1 p=0,027;<0,05), karar ve eylemlerini belirlerken bir veya daha çoğu arasından belli birini veya birkaçını tercih edebilmeye ($\chi^2=22891$ sd=1 p<0,001), görüş ve düşüncelerini rahatlıkla açıklayabilmeye ($\chi^2=5492$ sd=1 p=0,019;<0,05), kendi belirlediği hedef ve amaçlara ulaşmak için çaba harcadığında diğer bireylerin haklarını da göz önünde bulundurup saygı göstermeye ($\chi^2=5372$ sd=1 p=0,020;<0,05), kendi bedeni ve sağlığıyla ilgili konularda kendisine de seçim hakkı verilmesini istemeye ($\chi^2=4525$ sd=1 p=0,033;<0,05), karar ve eylemlerinde başkalarının düşüncelerinden etkilenmeye ($\chi^2=9969$ sd=1 p=0,002;<0,05) ve diğer insanların hedeflerini kabul etmektense, kendi hedef ve standartlarını kendi belirlemeyi tercih etmeye ($\chi^2=19195$ sd=1 p<0,001)

göre vaka ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur.

Bu farklılık vaka grubunda; kendi inanç ve değerleri doğrultusunda davranma, kendi belirlediği hedef ve amaçlara ulaşmak için çaba harcadığında diğer bireylerin haklarını da göz önünde bulundurup saygı gösterme, kendi bedeni ve sağlığı ile ilgili konularda kendisine de seçim hakkı verilmesini isteme, karar ve eylemlerinde başkalarının düşüncelerinden etkilenme ve diğer insanların hedeflerini kabul etmektense hedef ve standartlarını kendisi belirlemeyi tercih etme yönündedir. Kontrol grubunda ise karar ve eylemlerini belirlerken bir veya daha çoğu arasından belli birini veya birkaçını tercih edebilme ile görüş ve düşüncelerinizi rahatlıkla açıklayabilme yönündedir.

Kendi belirlediği hedef ve amaçlara ulaşmak için çaba harcadığında diğer bireylerin haklarını da göz önünde bulundurup saygı gösterdiğini ifade eden obez hastaların oranının (n=344, %97,18), karar ve eylemlerinde başkalarının düşüncelerinden etkilendiğini ifade eden obez hastaların oranından (n=201, %56,78) yüksek bulunması; obez hastaların dışarıdan etkilendiklerini ve çevrelerine kayıtsız kalmadıklarını, bunun yanında diğer bireylerin haklarını da göz önünde bulundurup saygı göstererek ÖSİ'ni benimsediklerini düşündürmektedir.

Kendi bedeni ve sağlığı ile ilgili konularda sorumluluğu kendisinin aldığını bildiren obez hastaların oranının (n=309, %87,29), kendi bedeni ve sağlığı ile ilgili konularda kendisine de seçim hakkı verilmesini istediğini bildiren obez hastaların oranından (n=331, %93,50) düşük bulunması; obez hastaların kendi bedenleri ve sağlık durumları ile ilgilendiklerini, kendi hastalıkları ve olası tedavi yöntemleri konusunda seçenekler sunulmasını beklediklerini düşündürürken tıbbi gelecekleri hakkında sorumluluk alma noktasında nispeten geri durduklarını akla getirmektedir.

Karar ve eylemlerinde kendi belirlediği hedef ve amaçlara ulaşmaya odaklandığını belirten obez hasta oranının (n=317, %89,55), karar ve eylemlerini belirlerken bir veya daha çoğu arasından belli birini veya birkaçını

tercih edebildiğini belirten obez hasta oranından (n=289, %81,64) yüksek bulunması; obez hastaların, özgür koşulları ve kendi yeterlikleri içinde akılcı karar ve eylemlerini belirlerken yaptıkları seçimler hususunda sorun yaşadıklarını düşündürmektedir.

4.2.1. Özerklik ve özerkliğe saygı ilkesine ilişkin sorulara verilen yanıtlar ile sosyodemografik özelliklerin değerlendirilmesi

Kendi inanç ve değerleri doğrultusunda davranma bakımından cinsiyete ($\chi^2=4009$ sd=6 p=0,045;<0,05), çocuk sayısına ($\chi^2=14236$ sd=5 p=0,014;<0,05), eğitim düzeyine ($\chi^2=18705$ sd=7 p=0,013;<0,05), çalışmanın yapıldığı kuruma ($\chi^2=13076$ sd=3 p=0,004;<0,05), obezite derecelerine ($\chi^2=38708$ sd=3 p<0,001), spor yapma durumuna ($\chi^2=17707$ sd=1 p<0,001) ve sosyal destek görmeye ($\chi^2=61489$ sd=1 p<0,001) göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmuştur. Bu farklılık kendi inanç ve değerleri doğrultusunda davrandığını ifade eden katılımcıların; kadınlarda, lisansüstü eğitim alanlarda, ESOĞÜ kurumundan çalışmaya katılanlarda, birinci derece obez hastalarda, spor yapanlarda ve sosyal destek görenlerde ortalama fark değerlerinin yüksek oranda bulunmasından kaynaklanmaktadır.

Herhangi bir eylemde bulunurken kendi ilkelerini koruyabilme bakımından kilo sorunu yaşanan yıla (U=5139,5 Z=-2,083 p=0,037), çalışmanın yapıldığı kuruma ($\chi^2=10645$ sd=3 p=0,014;<0,05), eğitim düzeyine ($\chi^2=15280$ sd=7 p=0,033;<0,05), aylık gelire ($\chi^2=15704$ sd=3 p=0,001;<0,05), obezite derecesine ($\chi^2=49339$ sd=3 p<0,001) ve daha önce diyet uygulamaya ($\chi^2=9377$ sd=1 p=0,002;<0,05) göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmuştur. Bu farklılık herhangi bir eylemde bulunurken kendi ilkelerini koruyabildiğini ifade eden katılımcıların; ESOĞÜ kurumundan çalışmaya katılanlarda, lisansüstü eğitim alanlarda, 2801-4300₺ aylık gelire sahip olanlarda ve daha önce diyet uygulayanlarda ortalama fark değerlerinin yüksek oranda bulunmasından kaynaklanmaktadır.

Karar ve eylemlerinde kendi özgün görüşünü ifade edebilme bakımından kilo sorunu yaşanan yıla (U=6036,5 Z=-2,343 p=0,019), BKİ

değerine ($U=21814$ $Z=-2,774$ $p=0,006$), eğitim düzeyine ($\chi^2=25177$ $sd=7$ $p=0,001$; $<0,05$), aylık gelire ($\chi^2=16499$ $sd=3$ $p=0,001$; $<0,05$), çalışmanın yapıldığı kuruma ($\chi^2=14078$ $sd=3$ $p=0,003$; $<0,05$) ve daha önce diyet uygulamaya ($\chi^2=15654$ $sd=1$ $p<0,001$) göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmuştur. Bu farklılık karar ve eylemlerinde kendi özgün görüşünü ifade edebildiğini belirten katılımcılardan lisansüstü eğitim alanlar, 4300₺ ve üzerinde aylık gelire sahip olanlar, ESOGÜ kurumundan çalışmaya katılanlar ve daha önce diyet uygulayanlar yönündedir.

Karar ve eylemlerini belirlerken bir veya daha çoğu arasından belli birini veya birkaçını tercih edebilme bakımından yaşa ($U=20674$ $Z=-3,681$ $p<0,001$), medeni duruma ($\chi^2=12360$ $sd=3$ $p=0,006$; $<0,05$), BKİ değerine ($U=17993$ $Z=-5,173$ $p<0,001$), eğitim düzeyine ($\chi^2=22724$ $sd=7$ $p=0,002$; $<0,05$) ve obezite derecesine ($\chi^2=10065$ $sd=3$ $p=0,018$; $<0,05$) göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmuştur. Bu farklılık karar ve eylemlerini belirlerken bir veya daha çoğu arasından belli birini veya birkaçını tercih edebildiğini ifade eden katılımcılardan bekârlar, lisansüstü eğitim alanlar ve birinci derece obez hastalar yönündedir.

Özgür ve bağımsız olmayı önemseme bakımından yaşa ($U=13046$ $Z=-2,043$ $p=0,041$), çocuk sayısına ($\chi^2=13414$ $sd=5$ $p=0,020$; $<0,05$), çalışmanın yapıldığı kuruma ($\chi^2=9361$ $sd=3$ $p=0,025$; $<0,05$) ve daha önce diyet uygulamaya ($\chi^2=9359$ $sd=1$ $p=0,002$; $<0,05$) göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmuştur. Bu farklılık, özgür ve bağımsız olmayı önemsemediğini ifade eden katılımcılardan çocuk sahibi olmayanların, EYEDH kurumundan çalışmaya katılanların ve daha önce diyet uygulamayanların ortalama fark değerlerinin yüksek olmasından kaynaklanmaktadır.

Görüş ve düşüncelerini rahatlıkla açıklayabilme bakımından BKİ değerine ($U=39428,5$ $Z=-3,210$ $p=0,001$), çalışmanın yapıldığı kuruma ($\chi^2=11289$ $sd=3$ $p=0,010$; $<0,05$), çocuk sayısına ($\chi^2=15856$ $sd=5$ $p=0,007$; $<0,05$), eğitim düzeyine ($\chi^2=33740$ $sd=7$ $p<0,001$), aylık gelire ($\chi^2=15638$ $sd=3$ $p=0,001$; $<0,05$), yerleşim birimlerine ($\chi^2=9913$ $sd=3$

$p=0,019;<0,05$), obezite derecelerine ($\chi^2=34301$ $sd=3$ $p<0,001$) ve daha önce diyet uygulamaya ($\chi^2=15836$ $sd=1$ $p<0,001$) göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmuştur. Bu farklılık, görüş ve düşüncelerini rahatlıkla açıklayabildiğini ifade eden katılımcılardan ESOGÜ kurumundan çalışmaya katılanlar, dört çocuğu bulunanlar, lisansüstü eğitim almış olanlar, 4301₺ ve üzerinde aylık gelire sahip olanlar, şehirde yaşayanlar, birinci derece obez hastalar ve daha önce diyet uygulamayanlar yönünde olmuştur.

Karar ve eylemlerinde kendini özgür hissetme bakımından çalışmanın yapıldığı kurumlara ($\chi^2=9003$ $sd=3$ $p=0,029;<0,05$), medeni duruma ($\chi^2=7819$ $sd=3$ $p=0,0499;<0,05$), obezite derecelerine ($\chi^2=42184$ $sd=3$ $p<0,001$) ve daha önce diyet uygulamaya ($\chi^2=8374$ $sd=1$ $p=0,004;<0,05$) göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmuştur. Bu farklılık karar ve eylemlerinde kendini özgür hissettiğini belirten katılımcılardan; EYEDH kurumundan çalışmaya katılanlar, bekâr katılımcılar, birinci derece obez hastalar ve daha önce diyet uygulayanlar yönünde olmuştur.

Karar ve eylemlerinde kendi belirlediği hedef ve amaçlara ulaşmaya odaklanma bakımından çocuk sayısına ($\chi^2=11394$ $sd=5$ $p=0,044;<0,05$) göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmuştur. Bu farklılık, çocuk sahibi olmayan katılımcılar yönünde olmuştur.

Kendi belirlediği hedef ve amaçlara ulaşmak için çaba harcadığında diğer bireylerin haklarını da göz önünde bulundurup saygı gösterme bakımından eğitim düzeylerine ($\chi^2=25177$ $sd=7$ $p=0,004;<0,05$) ve çalışmanın yapıldığı kurumlara ($\chi^2=8331$ $sd=3$ $p=0,040;<0,05$) göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Bu farklılık, kendi belirlediği hedef ve amaçlara ulaşmak için çaba harcadığında diğer bireylerin haklarını da göz önünde bulundurup saygı gösterdiğini ifade eden katılımcılardan lisansüstü eğitim almış olanlar ve ESOGÜ kurumundan çalışmaya katılanlar yönünde olmuştur.

Kendi bedeni ve sağlığıyla ilgili konularda sorumluluğu kendisi alma bakımından cinsiyete ($\chi^2=6537$ $sd=6$ $p=0,011;<0,05$), BKİ değerine ($U=21326$

Z=-2,202 p=0,028), araştırmanın yapıldığı kurumlara ($\chi^2=15195$ sd=3 p=0,002;<0,05), eğitim düzeylerine ($\chi^2=18479$ sd=7 p=0,013;<0,05), aylık gelire ($\chi^2=21853$ sd=3 p<0,001), obezite derecelerine ($\chi^2=63385$ sd=3 p<0,001) ve daha önce diyet uygulamaya ($\chi^2=5387$ sd=1 p=0,020;<0,05) göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Bu farklılık, kendi bedeni ve sağlığıyla ilgili konularda sorumluluğu kendisi aldığını ifade eden katılımcılardan erkeklerin, ESOGÜ kurumundan çalışmaya katılanların, lisansüstü eğitim almış olanların, 4301₺ ve üzerinde aylık gelire sahip olanların, birinci derece obez hastaların ve daha önce diyet uygulamayanların yönünde olmuştur.

Çalışmamızda kendi bedeni ve sağlığıyla ilgili konularda kendisine de seçim hakkı verilmesini isteme bakımından yaşa (U=15194 Z=-3,142 p=0,002), cinsiyete ($\chi^2=22349$ sd=6 p=0,001;<0,05), çocuk sayısına ($\chi^2=33410$ sd=5 p<0,001), eğitim düzeyine ($\chi^2=23226$ sd=7 p=0,004;<0,05), sosyal destek görmeye ($\chi^2=16628$ sd=1 p<0,001) ve vücut ağırlığına (U=15983,5 Z=-2,628 p=0,009) göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Bu farklılık, kendi bedeni ve sağlığıyla ilgili konularda kendisine de seçim hakkı verilmesini istediğini ifade edenlerden kadınlar, çocuğu olmayanlar, lisansüstü eğitim almış olanlar, 1800₺ ve altında gelire sahip olanlar, birinci derece obez hastalar ve daha önce diyet uygulayanlar yönünde olmuştur.

Karar ve eylemlerinde başkalarının düşüncelerinden etkilenme bakımından kilo sorunu yaşanan yıla (U=13403,5 Z=-2,006 p=0,045), BKİ değerine (U=54458,5 Z=-2,949 p=0,003), çalışmanın yapıldığı kuruma ($\chi^2=20565$ sd=6 p=0,006;<0,05), aylık gelire ($\chi^2=10617$ sd=3 p=0,014;<0,05), obezite derecelerine ($\chi^2=7843$ sd=3 p=0,049;<0,05) ve daha önce diyet uygulamaya ($\chi^2=7601$ sd=1 p=0,006;<0,05) göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Bu farklılık, karar ve eylemlerinde başkalarının düşüncelerinden etkilendiğini ifade eden katılımcılardan EYEDH kurumundan çalışmaya katılanlar, 1800₺ ve altında aylık gelire sahip olanlar, süper obez hastalar ve daha önce diyet uygulamayanlar yönünde olmuştur.

Diğer insanların hedeflerini kabul etmektense, kendi hedef ve

standartlarını kendi belirlemeyi tercih etme bakımından cinsiyete ($\chi^2=3904$ sd=1 p=0,048;<0,05), BKİ değerine (U=32021,5 Z=-2,534 p=0,011), çalışmanın yapıldığı kurumlara ($\chi^2=19965$ sd=3 p<0,001), çocuk sayısına ($\chi^2=29492$ sd=5 p<0,001), eğitim düzeyine ($\chi^2=15539$ sd=7 p=0,030;<0,05), obezite derecelerine ($\chi^2=8663$ sd=3 p=0,034;<0,05) ve daha önce diyet uygulamaya ($\chi^2=12492$ sd=1 p<0,001) göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Bu farklılık, diğer insanların hedeflerini kabul etmektense, kendi hedef ve standartlarını kendi belirlemeyi tercih ettiğini ifade eden katılımcılardan erkekler, EYEDH kurumundan çalışmaya katılanlar, beş ve daha fazla sayıda çocuğu olanlar, lisansüstü eğitim almış olanlar, birinci derece obez hastalar ve daha önce diyet uygulamamış katılımcılar yönünde bulunmuştur.

4.2.2. Özerklik ve özerkliğe saygı ilkesine ilişkin sorulara verilen yanıtlar ile kilo vermek isteme nedenlerinin değerlendirilmesi

Hiçbir etki olmadan kendi verdiği kararı, kilo vermek isteme nedenlerinden biri olarak gördüğünü ifade eden ve hiçbir etki olmadan kendi verdiği kararı, kilo vermek isteme nedenlerden biri olarak görmediğini ifade eden obez hastalar arasında kendi inanç ve değerleri doğrultusunda davranma ($\chi^2=10550$ sd=1 p=0,001;<0,05), herhangi bir eylemde bulunurken kendi ilkelerini koruyabilme ($\chi^2=7443$ sd=1 p=0,006;<0,05) ve karar ve eylemlerini belirlerken bir veya daha çoğu arasından belli birini veya birkaçını tercih edebilme ($\chi^2=11056$ sd=1 p=0,001;<0,05) değişkenlerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur.

Kilosundan memnun olmasına karşın bedenine uygun kıyafet bulma konusunda sorunlar yaşanmasını kilo verme kararı almasında etkili nedenlerden biri olarak gördüğünü ve kilosundan memnun olmasına karşın bedenine uygun kıyafet bulma konusunda sorunlar yaşanmasını kilo verme kararı almasında etkili nedenlerden biri olarak görmediğini ifade eden obez hastalar arasında karar ve eylemlerinde kendi özgün görüşünü ifade edebilme (p=0,003;<0,05) ile özgür ve bağımsız olmayı önemseme ($\chi^2=37$ sd=1

$p=0,037;<0,05$) değişkenlerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur.

Sağlığı ile ilgili yaşadığı sorunları kilo verme kararı almasında etkili nedenlerden biri olarak gördüğünü ve sağlığı ile ilgili yaşadığı sorunları kilo verme kararı almasında etkili nedenlerden biri olarak görmediğini ifade eden obez hastalar arasında karar ve eylemlerini belirlerken bir veya daha çoğu arasından belli birini veya birkaçını tercih edebilme ($\chi^2=9665$ $sd=1$ $p=0,002;<0,05$), görüş ve düşüncelerini rahatlıkla açıklayabilme ($\chi^2=9941$ $sd=1$ $p=0,002;<0,05$) ve karar ve eylemlerinde başkalarının düşüncelerinden etkilenme ($\chi^2=8155$ $sd=1$ $p=0,004;<0,05$) değişkenlerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur.

Medyanın kullandığı zayıf beden figürlerinin beden algısı üzerinde yarattığı etkiyi kilo verme kararı almasında nedenlerden biri olarak gördüğünü ve medyanın kullandığı zayıf beden figürlerinin beden algısı üzerinde yarattığı etkiyi kilo verme kararı almasında nedenlerden biri olarak görmediğini ifade eden obez hastalar arasında herhangi bir eylemde bulunurken kendi ilkelerini koruyabilme ($p=0,001;<0,05$), karar ve eylemlerinde kendi özgün görüşünü ifade edebilme ($p<0,001$) ve kendi bedeni ve sağlığıyla ilgili konularda sorumluluğu kendisi alma ($p=0,001;<0,05$) değişkenlerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur.

Toplumun beden algısına yönelik düşüncelerini kilo verme kararı almasında etkili nedenlerden biri olarak gördüğünü ve toplumun beden algısına yönelik düşüncelerini kilo verme kararı almasında etkili nedenlerden biri olarak görmediğini ifade eden obez hastalar arasında karar ve eylemlerinde kendi özgün görüşünü ifade edebilme ($\chi^2=10656$ $sd=1$ $p=0,001;<0,05$), görüş ve düşüncelerini rahatlıkla açıklayabilme ($\chi^2=11299$ $sd=1$ $p=0,001;<0,05$) ve kendi bedeni ve sağlığıyla ilgili konularda sorumluluğu kendisi alma ($p<0,001$) değişkenlerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur.

Yakın kişisel ilişkilerinde kilosu nedeniyle yaşadığı sorunları kilo verme kararı almasında etkili nedenlerden biri olarak gördüğünü ve yakın kişisel ilişkilerinde kilosu nedeniyle yaşadığı sorunları kilo verme kararı almasında etkili nedenlerden biri olarak görmediğini ifade eden obez hastalar arasında kendi inanç ve değerleri doğrultusunda davranma ($p=0,046;<0,05$), herhangi bir eylemde bulunurken kendi ilkelerini koruyabilme ($p=0,044;<0,05$) ve görüş ve düşüncelerini rahatlıkla açıklayabilme ($\chi^2=10352$ $sd=1$ $p=0,001;<0,05$) değişkenlerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur.

Duygusal ilişkilerinde beden imajı nedeniyle vermek zorunda kaldığı bu nedenle de olumsuz olarak etkilendiği kararları kilo verme kararı almasında etkili nedenlerden biri olarak gördüğünü ve duygusal ilişkilerinde beden imajı nedeniyle vermek zorunda kaldığı bu nedenle de olumsuz olarak etkilendiği kararları kilo verme kararı almasında etkili nedenlerden biri olarak görmediğini ifade eden obez hastalar arasında görüş ve düşüncelerini rahatlıkla açıklayabilme ($\chi^2=12246$ $sd=1$ $p<0,001$), karar ve eylemlerinde kendini özgür hissedebilme ($\chi^2=9308$ $sd=1$ $p=0,002;<0,05$) ve kendi bedeni ve sağlığıyla ilgili konularda sorumluluğu kendisi alma ($p=0,005;<0,05$) değişkenlerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur.

Yakın kişisel çevrenin kilo verme konusundaki tutum ve davranışlarını kilo verme kararı almasında etkili nedenlerden biri olarak gördüğünü ve yakın kişisel çevrenin kilo verme konusundaki tutum ve davranışlarını kilo verme kararı almasında etkili nedenlerden biri olarak görmediğini ifade eden obez hastalar arasında kendi inanç ve değerleri doğrultusunda davranma ($\chi^2=23619$ $sd=1$ $p<0,001$), herhangi bir eylemde bulunurken kendi ilkelerini koruyabilme ($\chi^2=8532$ $sd=1$ $p=0,003<0,05$) ve karar ve eylemlerinde kendi özgün görüşünü ifade edebilme ($\chi^2=27771$ $sd=1$ $p<0,001$) değişkenlerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur.

4.3. Obezlere Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği'ne Verilen Yanıtların Dağılımı

Çalışmamızda kullanılan OÖYKÖ'nin Cronbach α değeri hem vaka ($\alpha=0,947$) ve kontrol ($\alpha=0,965$) gruplarında hem de araştırma genelinde ($\alpha=0,970$) yüksek güvenilirlikte bulunmuştur.

Katılımcıların OÖYKÖ sorularına verdikleri yanıtların yer aldığı frekans tablosu Tablo 4.4'te verilmiştir.



Tablo 4.4. Obezlere Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği Sorularına Verilen Yanıtların Dağılımı

	Hiç		Hemen Hiç		Az		Orta derecede		Epeyce		Çok Fazla		Aşırı Derecede		Madde Puan Ortalaması	
	Vaka n (%)	Kontrol n (%)	Vaka n (%)	Kontrol n (%)	Vaka n (%)	Kontrol n (%)	Vaka n (%)	Kontrol n (%)	Vaka n (%)	Kontrol n (%)	Vaka n (%)	Kontrol n (%)	Vaka n (%)	Kontrol n (%)	Vaka	Kontrol
Kilom yüzünden hatlarımı gizleyen giysiler giymeye çalışırım	29 (16,20)	150 (83,80)	17 (15,05)	96 (84,95)	50 (59,52)	34 (40,48)	100 (70,92)	41 (29,08)	70 (84,34)	13 (15,66)	56 (88,89)	7 (11,11)	32 (71,11)	13 (28,89)	3,30±1,62	1,28±1,57
Kilom yüzünden, daha az enerjim olmasından dolayı kendimi sınırlı hissediyorum	51 (23,39)	167 (76,61)	31 (20,95)	117 (79,05)	60 (75,00)	20 (25,00)	59 (71,95)	23 (28,05)	63 (84,00)	12 (16,00)	59 (92,19)	5 (7,81)	31 (75,61)	10 (24,39)	3,00±1,86	1,01±1,42
Kilom nedeniyle yediğim zaman suçluluk duyuyorum	21 (11,54)	161 (88,46)	14 (11,96)	103 (88,02)	47 (64,38)	26 (35,62)	56 (63,64)	32 (36,36)	76 (88,37)	10 (11,63)	82 (91,11)	8 (8,89)	58 (80,55)	14 (19,45)	3,78±1,68	1,17±1,57
Başkalarının kilom hakkında söylediklerinden rahatsız oluyorum	48 (21,82)	172 (78,18)	29 (18,83)	125 (81,17)	52 (74,28)	18 (25,72)	63 (74,12)	22 (25,88)	60 (89,55)	7 (10,45)	62 (96,88)	2 (3,12)	40 (83,33)	8 (16,67)	3,14±1,89	0,88±1,27
Kilom nedeniyle fotoğraf çekirtmemeye çalışıyorum	101 (34,59)	191 (65,41)	49 (29,52)	117 (70,48)	55 (71,43)	22 (28,57)	54 (83,08)	11 (16,92)	34 (87,18)	5 (12,82)	33 (100,00)	0 (0,00)	28 (77,78)	8 (22,22)	2,23±1,97	0,74±1,16
Kilom nedeniyle kişisel temizliğime çok dikkat etmek zorundayım	43 (21,61)	156 (78,39)	22 (13,93)	136 (86,07)	30 (57,69)	22 (42,31)	65 (77,38)	19 (22,62)	68 (93,15)	5 (6,85)	65 (95,59)	3 (4,41)	61 (82,43)	13 (17,57)	3,50±1,91	0,99±1,38
Kilom, yapmak istediklerimi yapmama engel oluyor	53 (22,36)	184 (77,64)	30 (20,98)	113 (79,02)	53 (65,43)	28 (34,57)	70 (83,33)	14 (16,67)	52 (92,86)	4 (7,14)	52 (98,11)	1 (1,89)	44 (81,48)	10 (18,52)	3,05±1,92	0,82±1,26
Kilomun bedenimde yarattığı fiziksel zorlanma yüzünden endişeliyim	40 (18,18)	180 (81,82)	22 (16,29)	113 (83,71)	38 (55,88)	30 (44,12)	79 (84,04)	15 (15,96)	59 (90,77)	6 (9,23)	65 (98,48)	1 (1,52)	51 (85,00)	9 (15,00)	3,40±1,85	0,85±1,26
Kilo yüzünden başkalarının yediğini yiyemekten dolayı kendimi sınırlı hissediyorum	66 (30,99)	147 (69,01)	42 (22,70)	143 (77,30)	52 (64,20)	29 (35,80)	67 (79,76)	17 (20,24)	40 (88,89)	5 (11,11)	41 (95,35)	2 (4,65)	46 (80,70)	11 (19,30)	2,79±2,00	0,98±1,30
Kilom yüzünden kendimi depresyonda hissediyorum	85 (40,09)	127 (59,91)	43 (20,88)	163 (79,12)	55 (70,51)	23 (29,49)	51 (67,10)	25 (32,90)	34 (91,89)	3 (8,11)	35 (94,60)	2 (5,40)	51 (82,26)	11 (17,74)	2,61±2,11	1,05±1,28
Kilom yüzünden kendimi çirkin hissediyorum	93 (39,58)	142 (60,42)	38 (20,21)	150 (79,79)	66 (70,97)	27 (29,03)	47 (74,60)	16 (25,40)	37 (88,09)	5 (11,91)	29 (93,55)	2 (6,45)	44 (78,57)	12 (21,43)	2,45±2,06	1,00±1,31
Kilom yüzünden gelecekte endişeliyim	33 (22,60)	113 (77,40)	26 (12,68)	179 (87,32)	58 (72,5)	22 (27,5)	53 (71,62)	21 (28,38)	66 (91,67)	6 (8,33)	54 (96,43)	2 (3,57)	64 (85,33)	11 (14,67)	3,44±1,88	1,09±1,28
Zayıf insanlara imreniyorum (gıpta ediyorum)	28 (23,73)	90 (76,27)	29 (18,01)	132 (81,99)	52 (64,20)	29 (35,80)	58 (53,70)	50 (46,30)	61 (75,31)	20 (24,69)	72 (91,14)	7 (8,86)	64 (71,11)	26 (28,89)	3,57±1,87	1,73±1,74
Kilom yüzünden insanların bana dikkatle baktıklarını hissediyorum	90 (34,09)	174 (65,91)	50 (28,90)	123 (71,10)	64 (73,56)	23 (26,44)	50 (75,76)	16 (24,24)	36 (87,80)	5 (12,20)	30 (90,91)	3 (9,09)	34 (77,27)	10 (22,73)	2,33±1,98	0,88±1,30
Kilom yüzünden bedenimi kabullenebilmekte güçlük çekiyorum	82 (39,42)	126 (60,58)	40 (20,95)	151 (79,05)	59 (69,40)	26 (30,60)	53 (67,95)	25 (32,05)	36 (81,82)	8 (18,18)	45 (88,24)	6 (11,76)	39 (76,47)	12 (23,53)	2,60±2,04	1,16±1,42
Verdiğim kiloları tekrar alacağımdan korkuyorum	14 (12,07)	102 (87,93)	11 (7,33)	139 (92,67)	34 (52,30)	31 (47,70)	47 (55,95)	37 (44,05)	69 (85,18)	12 (14,82)	71 (84,53)	13 (15,47)	108 (84,37)	20 (15,63)	4,23±1,67	1,54±1,68
Kilo vermeye çalışırken cesaretim kırılıyor	61 (33,55)	121 (66,45)	34 (22,08)	120 (77,92)	60 (65,94)	31 (34,06)	58 (58,00)	42 (42,00)	55 (78,57)	15 (21,43)	42 (84,00)	8 (16,00)	44 (72,13)	17 (27,87)	2,89±1,96	1,44±1,63

Vaka grubundan 56 kişi (%88,89), kontrol grubundan 7 kişi (%11,11) kiloları yüzünden hatlarını gizleyen giysiler giymeye “çok fazla” çalıştığını ifade etmiştir. Kiloları yüzünden daha az enerjisi olmasından dolayı kendisini “çok fazla” sınırlı hissettiğini bildirenlerin 59’u (%92,19) vaka grubundayken 5’i (%7,81) kontrol grubunda yer almıştır.

Çalışmamızın vaka grubundan 82 kişi (%91,11), kontrol grubundan 8 kişi (%8,89) kiloları nedeniyle yediğı zaman “çok fazla” suçluluk duyduğunu belirtmiştir. Vaka grubundan 62 kişi (%96,88), kontrol grubundan 2 kişi (%3,12) başkalarının kiloları hakkında söylediklerinden “çok fazla” rahatsız olduğunu ifade etmiştir.

Kiloları nedeniyle fotoğraf çektirmemeye “çok fazla” çalıştığını bildirenlerin tamamı (n=33, %100,00) vaka grubunda yer almıştır. Vaka grubundan 65 kişi (%95,59), kontrol grubundan 3 kişi (%4,41) kiloları nedeniyle kişisel temizliğine “çok fazla” dikkat etmek zorunda olduğunu ifade etmiştir. Kilolarının yapmak istediklerini yapmasına “çok fazla” engel olduğunu bildirenlerin 52’si (%98,11) vaka grubundayken 1’i (%1,89) kontrol grubunda yer almıştır.

Çalışmamızın vaka grubundan 65 kişi (%98,48), kontrol grubundan 1 kişi (%1,52) kilolarının bedeninde yarattığı fiziksel zorlanma yüzünden “çok fazla” endişeli olduğunu belirtmiştir. Kiloları yüzünden başkalarının yediklerini yiyememekten dolayı kendini “çok fazla” sınırlı hissettiğini ifade edenlerin 41’i (%95,35) vaka grubundayken 2’si (%4,65) kontrol grubunda yer almıştır.

Çalışmamızın vaka grubundan 35 kişi (%94,60), kontrol grubundan 2 kişi (%5,40) kiloları yüzünden kendisini depresyonda “çok fazla” hissettiğini belirtmiştir. Kiloları yüzünden kendini “çok fazla” çirkin hissettiğini ifade edenlerin 29’u (%93,55) vaka grubundayken 2’si (%6,45) kontrol grubunda yer almıştır. Araştırmamızın vaka grubundan 54 kişi (%96,43), kontrol grubundan 2 kişi (%3,57) kiloları yüzünden gelecekte “çok fazla” endişe duyduğunu bildirmiştir.

Vaka grubundan 72 kişi (%91,14), kontrol grubundan 7 kişi (%8,86)

zayıf insanlara “çok fazla” imrendiğini ifade etmiştir. Kiloları yüzünden insanların kendisine dikkatle baktıklarını “çok fazla” hissettiğini bildirenlerin 30’u (%90,91) vaka grubundayken 3’ü (%9,09) kontrol grubunda yer almıştır. Çalışmamızın vaka grubundan 45 kişi (%88,24), kontrol grubundan 6 kişi (%11,76) kiloları yüzünden bedenini kabullenebilmekte “çok fazla” güçlük çektiğini belirtmiştir.

Araştırmamızın vaka grubundan 11 kişi (%7,33), kontrol grubundan 139 kişi (%92,67) verdiği kiloları tekrar alacağından “hemen hemen hiç” korkmadığını bildirmiştir. Kilo vermeye çalışırken cesaretinin “çok fazla” kırıldığını ifade edenlerin 42’si (%84,00) vaka grubundayken 8’i (%16,00) kontrol grubunda yer almıştır.

Verdiği kiloları tekrar alacağından korktuğunu ifade eden katılımcılardan vaka grubunun madde puan ortalaması (n=354, 4,23±1,67) iken kontrol grubunun madde puan ortalaması (n=354, 1,54±1,68) bulunmuştur.

Kilosu nedeniyle fotoğraf çektirmemeye çalıştığını belirten katılımcılardan vaka grubunun madde puan ortalaması (n=354, 2,23±1,97) iken kontrol grubunun madde puan ortalaması (n=354, 0,74±1,16) bulunmuştur.

OÖYKÖ skorunun vaka ve kontrol gruplar arasındaki dağılımı Tablo 4.5’te verilmiştir.

Tablo 4.5. Obezlere Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği Skorunun Vaka ve Kontrol Grupları Arasındaki Dağılımı

		OÖYKÖ Skoru %±SS	
Vaka	48,71±23,34	U=1533,5 Z=-17,396 p<0,001	
Kontrol	81,74±18,85		

Araştırmamızın vaka grubunun (n=354) OÖYKÖ skor ortalaması %48,71±23,34; kontrol grubunun (n=354) skor ortalaması %81,74±18,85

bulunmuştur. OÖYKÖ skor ortalamasının vaka grubunda, kontrol grubuna göre düşük olması; obez hastalarda YK'nin, obez olmayan bireylerden daha düşük olduğunu göstermiştir ($p<0,001$).

4.3.1. Obezlere Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği skoru ile sosyodemografik özelliklerin değerlendirilmesi

OÖYKÖ skoru ile BKİ arasında negatif yönde yüksek bir ilişki ($r=-0,646$ $p<0,001$), vücut ağırlığı arasında negatif yönde orta şiddette bir ilişki ($r=-0,576$ $p<0,001$), kilo sorunu yaşanan yıl arasında negatif yönde zayıf bir ilişki ($r=-0,286$ $p<0,001$) ve yaş arasında negatif yönde zayıf bir ilişki ($r=-0,258$ $p<0,001$) ve bulunmuştur. BKİ, vücut ağırlığı, kilo sorunu yaşanan yıl ve yaş arttıkça YK düşmektedir.

Cinsiyet ($U=26172,5$ $Z=-2,106$ $p=0,035$), medeni durum ($H=53702$ $sd=3$ $p<0,001$), çocuk sayısı ($H=56525$ $sd=5$ $p<0,001$), eğitim düzeyi ($H=57440$ $sd=7$ $p<0,001$), yerleşim birimi ($H=12434$ $sd=3$ $p=0,006$), çalışmanın yapıldığı kurum ($H=15576$ $sd=3$ $p=0,001$) ve kronik hastalık durumu ($U=42830$ 5 $Z=-7,266$ $p<0,001$) değişkenlerine göre OÖYKÖ skorları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur.

Bu farklılık; erkek katılımcılar, çocuğu olmayanlar, okuryazar olmayanlar, teknisyen-tekniker ve yardımcı profesyoneller, şehirde yaşayanlar, ESOGÜ kurumundan çalışmaya katılanlar ve kronik hastalığı olmayanlar yönünde bulunmuştur.

Aylık gelir ($H=7467$ $sd=3$ $p=0,058$), meslek ($U=12010$ $p=0,100$), daha önce diyet uygulama ($U=48615$ $Z=-1,590$ $p=0,112$), daha önce spor yapma ($U=58564,5$ $Z=-1,365$ $p=0,172$) ve sosyal destek görme ($U=30417$ $Z=-1,490$ $p=0,136$) değişkenlerine göre YK puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Obezite derecelerine göre OÖYKÖ skor ortalamalarının dağılımı Tablo 4.6'da verilmiştir.

Tablo 4.6. Obezite Derecelerine Göre OÖYKÖ Skor Ortalamalarının Dağılımı

Obezite Derecesi	OÖYKÖ Skor Ortalaması %±SS
Birinci derece obez	56,26±20,01
İkinci derece obez	42,11±21,57
Morbid obez	32,11±20,77
Süper obez	10,46±9,61

Araştırmaya katılan birinci derece obez hastaların OÖYKÖ skor ortalamaları 56,26±20,01, ikinci derece obez hastaların OÖYKÖ skor ortalamaları 42,11±21,57, morbid obez hastaların OÖYKÖ skor ortalamaları 32,11±20,77 ve süper obez hastaların OÖYKÖ skor ortalamaları 10,46±9,61 bulunmuştur. Obezite derecesi arttıkça, YK'nin düştüğü görülmüştür.

Kronik hastalık durumu değişkenine göre ÖÖYKÖ skoru bakımından kronik hastalığı bulunmayan katılımcılar lehine istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (U=42830,5 Z=-7,266 p<0,001).

4.3.2. Kilo vermek isteme nedenleri ve OÖYKÖ skoru değişkenleri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi

Hiçbir etki olmadan kendi verdiği kararı, kilo vermek isteme nedenlerden biri olarak gördüğünü ifade eden ve hiçbir etki olmadan kendi verdiği kararı, kilo vermek isteme nedenlerden biri olarak görmediğini ifade eden obez hastalar arasında YK skoru bakımından kilo vermek isteme nedenlerden biri olarak hiçbir etki olmadan kendi verdiği kararı gören hastalar lehine istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (U=28446 Z=-9,126 p<0,001).

Kilosundan memnun olmasına karşın bedenine uygun kıyafet bulma konusunda sorunlar yaşamasını kilo verme kararı almasında etkili nedenlerden biri olarak gördüğünü ve kilosundan memnun olmasına karşın bedenine uygun kıyafet bulma konusunda sorunlar yaşamasını kilo verme kararı almasında etkili nedenlerden biri olarak görmediğini ifade eden obez hastalar arasında YK skoru bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (U=5048 Z=-1,604 p=0,109).

Sağlığı ile ilgili yaşadığı sorunları kilo verme kararı almasında etkili nedenlerden biri olarak gördüğünü ve sağlığı ile ilgili yaşadığı sorunları kilo verme kararı almasında etkili nedenlerden biri olarak görmediğini ifade eden obez hastalar arasında YK skoru bakımından sağlığı ile ilgili yaşadığı sorunları kilo verme kararı almasında etkili nedenlerden biri olarak görmediğini belirten obez hastalar lehine istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (U=12490,5 Z=-2,900 p=0,004).

Medyanın kullandığı zayıf beden figürlerinin beden algısı üzerinde yarattığı etkiyi kilo verme kararı almasında nedenlerden biri olarak gördüğünü ve medyanın kullandığı zayıf beden figürlerinin beden algısı üzerinde yarattığı etkiyi kilo verme kararı almasında nedenlerden biri olarak görmediğini ifade eden obez hastalar arasında YK skoru bakımından medyanın kullandığı zayıf beden figürlerinin beden algısı üzerinde yarattığı etkiyi kilo verme kararı almasında etkili nedenlerden biri olarak görmediğini belirten obez hastaların lehine istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (U=2571 Z=-4,269 p<0,001).

Toplumun beden algısına yönelik düşüncelerini kilo verme kararı almasında etkili nedenlerden biri olarak gördüğünü ve toplumun beden algısına yönelik düşüncelerini kilo verme kararı almasında etkili nedenlerden biri olarak görmediğini ifade eden obez hastalar arasında YK skoru bakımından toplumun beden algısına yönelik düşüncelerini kilo verme kararı almasında etkili nedenlerden biri olarak görmediğini belirten obez hastalar lehine istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (U=3910 Z=-4,415 p<0,001).

Yakın kişisel ilişkilerinde kilosu nedeniyle yaşadığı sorunları kilo verme kararı almasında etkili nedenlerden biri olarak gördüğünü ve yakın kişisel ilişkilerinde kilosu nedeniyle yaşadığı sorunları kilo verme kararı almasında etkili nedenlerden biri olarak görmediğini ifade eden obez hastalar arasında YK skoru bakımından yakın kişisel ilişkilerinde kilosu nedeniyle yaşadığı sorunları kilo verme kararı almasında etkili nedenlerden biri olarak

görmediğini ifade eden obez hastalar lehine istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($U=2381,5$ $Z=-5,914$ $p<0,001$).

Yakın çevresinin kilosu nedeniyle yaptığı yorumları, kilo verme kararı almasında etkili nedenlerden biri olarak gördüğünü ve yakın çevresinin kilosu nedeniyle yaptığı yorumları, kilo verme kararı almasında etkili nedenlerden biri olarak görmediğini ifade eden obez hastalar arasında YK skoru bakımından yakın çevresinin kilosu nedeniyle yaptığı yorumları, kilo verme kararı almasında etkili nedenlerden biri olarak görmediğini bildiren obez hastalar lehine istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($U=4441,5$ $Z=-4,404$ $p<0,001$).

Duygusal ilişkilerinde beden imajı nedeniyle vermek zorunda kaldığı bu nedenle de olumsuz olarak etkilendiği kararları kilo verme kararı almasında etkili nedenlerden biri olarak gördüğünü ve duygusal ilişkilerinde beden imajı nedeniyle vermek zorunda kaldığı bu nedenle de olumsuz olarak etkilendiği kararları kilo verme kararı almasında etkili nedenlerden biri olarak görmediğini ifade eden obez hastalar arasında YK skoru bakımından duygusal ilişkilerinde beden imajı nedeniyle vermek zorunda kaldığı bu nedenle de olumsuz olarak etkilendiği kararları kilo verme kararı almasında etkili nedenlerden biri olarak görmediğini belirten obez hastalar lehine istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($U=1436$ $Z=-6,561$ $p<0,001$).

Yakın kişisel çevrenin istek ve baskısının kilo verme kararı almasında etkili nedenlerden biri olarak gördüğünü ve yakın kişisel çevrenin istek ve baskısının kilo verme kararı almasında etkili nedenlerden biri olarak görmediğini ifade eden obez hastalar arasında YK bakımından yakın kişisel çevrenin istek ve baskısının kilo verme kararı almasında etkili nedenlerden biri olarak görmediğini ifade eden obez hastalar lehine istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($U=4220$ $Z=-5,870$ $p<0,001$).

Yakın kişisel çevrenin kilo verme konusunda motive etmesini kilo verme kararı almasında etkili nedenlerden biri olarak gördüğünü ve yakın kişisel çevrenin kilo verme konusunda motive etmesini kilo verme kararı almasında etkili nedenlerden biri olarak görmediğini ifade eden obez hastalar arasında

YK skoru bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (U=8742,5 Z=-0,872 p=0,383>0,05).

4.4. Araştırma Hipotezlerine Ait Bulguların Değerlendirilmesi

Katılımcıların özerklik ve ÖSİ'ne ilişkin sorulara verdikleri yanıtlar ile OÖYKÖ skoru arasındaki istatistiksel ilişkinin vaka ve kontrol grupları arasındaki dağılımı Tablo 4.7'de verilmiştir.



Tablo 4.7. Katılımcıların Özerklik ve Özerkliğe Saygı İlkesine İlişkin Sorulara Verdikleri Yanıtlara Göre Obezlere Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği Skoru Bakımından Farklılığın Karşılaştırılması

	Vaka	Kontrol
Kendi inanç ve değerleri doğrultusunda davranma	U=2587 Z=-3805 p<0,001*	U=7692,5 Z=941 p=0,347>0,05
Herhangi bir eylemde bulunurken kendi ilkelerini koruyabilme	U=3079 Z=-5417 p<0,001*	U=5133,5 Z=-3840 p<0,001*
Karar ve eylemlerinde kendi özgün görüşünü ifade edebilme	U=4171,5 Z=-5113 p<0,001*	U=2134 Z=-6177 p<0,001*
Karar ve eylemlerini belirlerken bir veya daha çoğu arasından belli birini veya birkaçını tercih edebilme	U=8785 Z=-815 p=0,415>0,05	U=1174,5 Z=-5554 p<0,001*
Özgür ve bağımsız olmayı önemseme	U=3977 Z=-571 p=0,568>0,05	U=1138,5 Z=-5415 p<0,001*
Görüş ve düşüncelerini rahatlıkla açıklayabilme	U=8483 Z=-5011 p<0,001*	U=10203 Z=-330 p=0,741>0,05
Karar ve eylemlerinde kendini özgür hissedebilme	U=884 Z=-4674 p<0,001*	U=10807 Z=-425 p=0,674>0,05
Karar ve eylemlerinde kendi belirlediği hedef ve amaçlara ulaşmaya odaklanma	U=4890 Z=-1655 p=0,098>0,05	U=2150,5 Z=-4859 p<0,001*
Kendi belirlediği hedef ve amaçlara ulaşmak için çaba harcadığında diğer bireylerin haklarını da göz önünde bulundurup saygı gösterme	U=1556,5 Z=-513 p=0,608>0,05	U=1227,5 Z=-5442 p<0,001*
Kendi bedeni ve sağlığıyla ilgili konularda sorumluluğu kendisi alma	U=3416 Z=-5515 p<0,001*	U=1933,5 Z=-6358 p<0,001*
Kendi bedeni ve sağlığıyla ilgili konularda kendisine de seçim hakkı verilmesini isteme	U=3829,5 Z=48 p=0,961>0,05	U=3348,5 Z=-4641 p<0,001*
Karar ve eylemlerinde başkalarının düşüncelerinden etkilenme	U=19237 Z=-4048 p<0,001*	U=14764,5 Z=-772 p=0,440>0,05
Diğer insanların hedeflerini kabul etmektense, kendi hedef ve standartlarını kendi belirlemeyi tercih etme	U=6372 Z=-289 p=0,772>0,05	U=11214,5 Z=-483 p=0,629>0,05

* İstatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmuştur.

Kendi inanç ve değerleri doğrultusunda davrandığını ifade eden ve kendi inanç ve değerleri doğrultusunda davranmadığını ifade eden obez hastalar arasında, OÖYKÖ skoru bakımından kendi inanç ve değerleri

doğrultusunda davrandığını ifade eden katılımcılar lehine istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($U=2587$ $Z=-3805$ $p<0,001$). **Bu sonuca göre araştırmanın H_{1a} hipotezi kabul edilmiştir.**

Kendi inanç ve değerleri doğrultusunda davrandığını ifade eden ve kendi inanç ve değerleri doğrultusunda davranmadığını ifade eden obez olmayan bireyler arasında, OÖYKÖ skoru bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($U=7692,5$ $Z=941$ $p=0,347>0,05$). **Bu sonuca göre araştırmanın H_{1b} hipotezi reddedilmiştir.**

Herhangi bir eylemde bulunurken kendi ilkelerini koruyabildiğini belirten ve herhangi bir eylemde bulunurken kendi ilkelerini koruyamadığını belirten obez hastalar arasında OÖYKÖ skoru açısından herhangi bir eylemde bulunurken kendi ilkelerini koruyabildiğini belirten katılımcılar lehine istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($U=3079$ $Z=-5417$ $p<0,001$). **Bu sonuca göre araştırmanın H_{2a} hipotezi kabul edilmiştir.**

Herhangi bir eylemde bulunurken kendi ilkelerini koruyabildiğini belirten ve herhangi bir eylemde bulunurken kendi ilkelerini koruyamadığını belirten obez olmayan bireyler arasında da OÖYKÖ skoru açısından herhangi bir eylemde bulunurken kendi ilkelerini koruyabildiğini belirten katılımcılar lehine istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($U=5133,5$ $Z=-3840$ $p<0,001$). **Bu sonuca göre araştırmanın H_{2b} hipotezi kabul edilmiştir.**

Karar ve eylemlerinde kendi özgün görüşünü ifade edebildiğini bildiren ve karar ve eylemlerinde kendi özgün görüşünü ifade edemediğini bildiren obez hastalar arasında OÖYKÖ skoru açısından karar ve eylemlerinde kendi özgün görüşünü ifade edebildiğini bildiren katılımcılar lehine istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($U=4171,5$ $Z=-5113$ $p<0,001$). **Bu sonuca göre araştırmanın H_{3a} hipotezi kabul edilmiştir.**

Karar ve eylemlerinde kendi özgün görüşünü ifade edebildiğini bildiren ve karar ve eylemlerinde kendi özgün görüşünü ifade edemediğini bildiren obez olmayan bireyler arasında OÖYKÖ skoru açısından karar ve eylemlerinde kendi özgün görüşünü ifade edebildiğini bildiren katılımcılar

lehine istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($U=2134$ $Z=-6177$ $p<0,001$). **Bu sonuca göre araştırmanın H_{3b} hipotezi kabul edilmiştir.**

Karar ve eylemlerini belirlerken bir veya daha çoğu arasından belli birini veya birkaçını tercih edebildiğini ifade eden ve karar ve eylemlerini belirlerken bir veya daha çoğu arasından belli birini veya birkaçını tercih edemediğini ifade eden obez hastalar arasında, OÖYKÖ skoru bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($U=8785$ $Z=-815$ $p=0,415>0,05$). **Bu sonuca göre araştırmanın H_{4a} hipotezi reddedilmiştir.**

Karar ve eylemlerini belirlerken bir veya daha çoğu arasından belli birini veya birkaçını tercih edebildiğini ifade eden ve karar ve eylemlerini belirlerken bir veya daha çoğu arasından belli birini veya birkaçını tercih edemediğini ifade eden obez olmayan bireyler arasında, OÖYKÖ skoru bakımından karar ve eylemlerini belirlerken bir veya daha çoğu arasından belli birini veya birkaçını tercih edebildiğini ifade eden katılımcılar lehine istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($U=1174,5$ $Z=-5554$ $p<0,001$). **Bu sonuca göre araştırmanın H_{4b} hipotezi kabul edilmiştir.**

Özgür ve bağımsız olmayı önemsemediğini belirten ve özgür ve bağımsız olmayı önemsemediğini belirten obez hastalar arasında OÖYKÖ skoru açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($U=3977$ $Z=-571$ $p=0,568>0,05$). **Bu sonuca göre araştırmanın H_{5a} hipotezi reddedilmiştir.**

Özgür ve bağımsız olmayı önemsemediğini belirten ve özgür ve bağımsız olmayı önemsemediğini belirten obez olmayan bireyler arasında da OÖYKÖ skoru açısından özgür ve bağımsız olmayı önemsemediğini belirten katılımcılar lehine istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($U=1138,5$ $Z=-5415$ $p<0,001$). **Bu sonuca göre araştırmanın H_{5b} hipotezi kabul edilmiştir.**

Görüş ve düşüncelerini rahatlıkla açıklayabildiğini bildiren ve görüş ve düşüncelerini rahatlıkla açıklayamadığını bildiren obez hastalar arasında OÖYKÖ skoru açısından görüş ve düşüncelerini rahatlıkla açıklayabildiğini bildiren katılımcılar lehine istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur

($U=8483$ $Z=-5011$ $p<0,001$). **Bu sonuca göre araştırmanın H_{6a} hipotezi kabul edilmiştir.**

Görüş ve düşüncelerini rahatlıkla açıklayabildiğini bildiren ve görüş ve düşüncelerini rahatlıkla açıklayamadığını bildiren obez olmayan bireyler arasında OÖYKÖ skoru açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($U=10203$ $Z=-330$ $p=0,741>0,05$). **Bu sonuca göre araştırmanın H_{6b} hipotezi reddedilmiştir.**

Karar ve eylemlerinde kendini özgür hissedebildiğini ifade eden ve karar ve eylemlerinde kendini özgür hissedemediğini ifade eden obez hastalar arasında, OÖYKÖ skoru bakımından karar ve eylemlerinde kendini özgür hissedebildiğini ifade eden katılımcılar lehine istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($U=884$ $Z=-4674$ $p<0,001$). **Bu sonuca göre araştırmanın H_{7a} hipotezi kabul edilmiştir.**

Karar ve eylemlerinde kendini özgür hissedebildiğini ifade eden ve karar ve eylemlerinde kendini özgür hissedemediğini ifade eden obez olmayan bireyler arasında OÖYKÖ skoru açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($U=10807$ $Z=-425$ $p=0,674>0,05$). **Bu sonuca göre araştırmanın H_{7b} hipotezi reddedilmiştir.**

Karar ve eylemlerinde kendi belirlediği hedef ve amaçlara ulaşmaya odaklandığını belirten ve karar ve eylemlerinde kendi belirlediği hedef ve amaçlara ulaşmaya odaklanmadığını belirten obez hastalar arasında OÖYKÖ skoru açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($U=4890$ $Z=-1655$ $p=0,098>0,05$). **Bu sonuca göre araştırmanın H_{8a} hipotezi reddedilmiştir.**

Karar ve eylemlerinde kendi belirlediği hedef ve amaçlara ulaşmaya odaklandığını belirten ve karar ve eylemlerinde kendi belirlediği hedef ve amaçlara ulaşmaya odaklanmadığını belirten obez olmayan bireyler arasında OÖYKÖ skoru açısından karar ve eylemlerinde kendi belirlediği hedef ve amaçlara ulaşmaya odaklandığını belirten katılımcılar lehine istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($U=2150,5$ $Z=-4859$ $p<0,001$). **Bu sonuca göre araştırmanın H_{8b} hipotezi kabul edilmiştir.**

Kendi belirlediği hedef ve amaçlara ulaşmak için çaba harcadığında diğer bireylerin haklarını da göz önünde bulundurup saygı gösterdiğini ifade eden ve kendi belirlediği hedef ve amaçlara ulaşmak için çaba harcadığında diğer bireylerin haklarını da göz önünde bulundurup saygı göstermediğini ifade eden obez hastalar arasında OÖYKÖ skoru açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($U=1556,5$ $Z=-513$ $p=0,608>0,05$). **Bu sonuca göre araştırmanın H_{9a} hipotezi reddedilmiştir.**

Kendi belirlediği hedef ve amaçlara ulaşmak için çaba harcadığında diğer bireylerin haklarını da göz önünde bulundurup saygı gösterdiğini ifade eden ve kendi belirlediği hedef ve amaçlara ulaşmak için çaba harcadığında diğer bireylerin haklarını da göz önünde bulundurup saygı göstermediğini ifade eden obez olmayan bireyler arasında OÖYKÖ skoru açısından kendi belirlediği hedef ve amaçlara ulaşmak için çaba harcadığında diğer bireylerin haklarını da göz önünde bulundurup saygı gösterdiğini ifade eden katılımcılar lehine istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($U=1227,5$ $Z=-5442$ $p<0,001$). **Bu sonuca göre araştırmanın H_{9b} hipotezi kabul edilmiştir.**

Kendi bedeni ve sağlığıyla ilgili konularda sorumluluğu kendisi aldığını bildiren ve kendi bedeni ve sağlığıyla ilgili konularda sorumluluğu kendisi almadığını bildiren obez hastalar arasında OÖYKÖ skoru açısından kendi bedeni ve sağlığıyla ilgili konularda sorumluluğu kendisi aldığını bildiren katılımcılar lehine istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($U=3416$ $Z=-5515$ $p<0,001$). **Bu sonuca göre araştırmanın H_{10a} hipotezi kabul edilmiştir.**

Kendi bedeni ve sağlığıyla ilgili konularda sorumluluğu kendisi aldığını bildiren ve kendi bedeni ve sağlığıyla ilgili konularda sorumluluğu kendisi almadığını bildiren obez olmayan bireyler arasında OÖYKÖ skoru açısından kendi bedeni ve sağlığıyla ilgili konularda sorumluluğu kendisi aldığını bildiren katılımcılar lehine istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($U= 12101$ $Z=-7,558$ $p<0,001$). **Bu sonuca göre araştırmanın H_{10b} hipotezi kabul edilmiştir.**

Kendi bedeni ve sağlığıyla ilgili konularda kendisine de seçim hakkı verilmesini istediğini belirten ve kendi bedeni ve sağlığıyla ilgili konularda kendisine de seçim hakkı verilmesini istemediğini belirten obez hastalar arasında OÖYKÖ skoru aēısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($U=3829,5$ $Z=48$ $p=0,961>0,05$). **Bu sonuca göre araştırmanın H_{11a} hipotezi reddedilmiştir.**

Kendi bedeni ve sağlığıyla ilgili konularda kendisine de seçim hakkı verilmesini istediğini belirten ve kendi bedeni ve sağlığıyla ilgili konularda kendisine de seçim hakkı verilmesini istemediğini belirten obez olmayan bireyler arasında OÖYKÖ skoru aēısından kendi bedeni ve sağlığıyla ilgili konularda kendisine de seçim hakkı verilmesini istediğini belirten katılımcılar lehine istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($U=3348,5$ $Z=-4641$ $p<0,001$). **Bu sonuca göre araştırmanın H_{11b} hipotezi kabul edilmiştir.**

Karar ve eylemlerinde başkalarının düşüncelelerinden etkilendiğini bildiren ve karar ve eylemlerinde başkalarının düşüncelelerinden etkilenmediğini bildiren obez hastalar arasında OÖYKÖ skoru aēısından karar ve eylemlerinde başkalarının düşüncelelerinden etkilenmediğini bildiren katılımcılar lehine istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($U=19237$ $Z=-4048$ $p<0,001$). **Bu sonuca göre araştırmanın H_{12a} hipotezi kabul edilmiştir.**

Karar ve eylemlerinde başkalarının düşüncelelerinden etkilendiğini bildiren ve karar ve eylemlerinde başkalarının düşüncelelerinden etkilenmediğini bildiren obez olmayan bireyler arasında OÖYKÖ skoru aēısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($U=14764,5$ $Z=-772$ $p=0,440>0,05$). **Bu sonuca göre araştırmanın H_{12b} hipotezi reddedilmiştir.**

Diğer insanların hedeflerini kabul etmektense, kendi hedef ve standartlarını kendi belirlemeyi tercih ettiğini ifade eden ve diğer insanların hedeflerini kabul etmektense, kendi hedef ve standartlarını kendi belirlemeyi tercih ettiğini ifade etmeyen obez hastalar arasında OÖYKÖ skoru aēısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($U=6372$ $Z=-289$

$p=0,772>0,05$). **Bu sonuca göre araştırmanın H_{13a} hipotezi reddedilmiştir.**

Diğer insanların hedeflerini kabul etmektense, kendi hedef ve standartlarını kendi belirlemeyi tercih ettiğini ifade eden ve diğer insanların hedeflerini kabul etmektense, kendi hedef ve standartlarını kendi belirlemeyi tercih ettiğini ifade etmeyen obez olmayan bireyler arasında OÖYKÖ skoru açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($U=11214,5$ $Z=-483$ $p=0,629>0,05$). **Bu sonuca göre araştırmanın H_{13b} hipotezi reddedilmiştir.**

Çalışmamızda obezite değişkenine göre OÖYKÖ skoru bakımından istatistiksel olarak kontrol grubu lehine anlamlı farklılık bulunmuştur ($U=1533,5$ $Z=-17,396$ $p<0,001$). Ayrıca vaka grubunun OÖYKÖ skor ortalaması $48,71\pm 23,36$ iken kontrol grubunun OÖYKÖ skor ortalaması $81,74\pm 18,85$ bulunmuştur. Araştırma sonuçları alanyazını ile paralellik göstermekte olup, obezitenin YK'ni düşürdüğü saptanmıştır. **Bu sonuca göre araştırmanın H_{14} hipotezi kabul edilmiştir.**

5. TARTIŞMA

Obezite ile Mücadele Avrupa Tüzüğü (WHO, 2006b), iyimser bir şekilde obezite salgınının önlenabilir olduğunu ve 2015 yılına kadar salgının tersine döndürülebileceğinin mümkün olduğunu deklare etmesine rağmen obezite, günümüzde bulaşıcı olmayan hastalıklar arasında ilk sıralarda yer almaya devam etmektedir (Newdick, 2017).

Son 20 yılda YK ile obezite başta olmak üzere diğer kronik hastalıklar arasındaki ilişki üzerine yapılan çalışmalar dünya genelinde ilgi uyandırmaktadır. Obezite ile ilgili yapılan pek çok çalışma, YK (Bidadian, Bahramizadeh & Poursharifi, 2011; Ul-Haq, vd., 2013; Balsamo, vd., 2015, Magallares-Schomerus, 2015; Kolotkin-Andersen, 2017) ve özerklik (Jonas, 2010; Buchanan, 2013; Devisch, 2018) arasında ilişki olduğunu ortaya koymaktadır.

Obeziteye yönelik halk sağlığı politikaları ile ilgili etik tartışmalar genellikle özerklik ve ÖSİ etrafında dönmektedir (ConscienHealth, 2017). Biyomedikal etik için esas olan özerklik, kendini belirleme ve bireysellik vurgusu yapmaktadır (Newdick, 2017). Başkalarına zarar vermenin başladığı yerde biten özerkliğin (Jonas, 2010) obezite ile ilgili halk sağlığı politikaları doğrultusunda desteklenmesi ya da kısıtlanması tartışmaları devam etmektedir (Newdick, 2017).

5.1. Sosyodemografik Özelliklerin Tartışılması

Obez hastalarda sosyodemografik özellikler ile YK arasında yakından bir ilişki olduğunu ortaya koyan çalışmalar bulunmaktadır (Wille, vd., 2010; Oldsberg, Forsman, Garellick, Nemes, 2018; Tan, Storm, Reinwand, Wienert, Vries & Lippke, 2018).

Obezite orta yaşın bir sorunu gibi görünmesine karşın her yaş grubunda ortaya çıkabilmektedir (Çıray Gündüzoğlu, 2013).

Park'ın 2017 yılında obezite ve YK ile ilgili yaptığı çalışmada vaka grubunun (n=11.060) yaş ortalaması kadınlarda 54,9±15,0, erkeklerde 48,5±14,7 iken kontrol grubunun (n=23.505) yaş ortalaması kadınlarda

48,2±16,8, erkeklerde 51,2±16,9 bulunmuştur (Park, 2017).

Keşer'in OÖYKÖ'ni kullandığı obezite araştırmasında vaka grubunun yaş ortalaması 39,40±7,43 iken kontrol grubunun yaş ortalaması 36,37±6,35 bulunmuştur (Keşer, 2016).

Çalışmamızın vaka grubunun yaş ortalaması 46,71±12,64 iken bu değer kadınlarda 47,43±12,16, erkeklerde ise 40,85±14,94 olarak bulunmuştur. Kontrol grubunun yaş ortalaması 36,26±13,20 iken bu değer kadınlarda 37,11±13,69, erkeklerde ise 32,07±9,55 olarak bulunmuştur.

Vaka grubumuzun yaş ortalaması Keşer'in araştırmasının yaş ortalamasından düşük bulunmuş iken kontrol gruplarının yaş ortalamalarının benzer olduğu görülmüştür. Çalışmamızın vaka ve kontrol gruplarında her iki cinsiyetin yaş ortalamaları Park'ın çalışmasının yaş ortalamalarından düşük bulunmuştur.

Obezite, her iki cinsiyette de görülmekle birlikte prevalansı dünya genelinde kadınlarda, erkeklerden daha yüksektir (Çıray Gündüzoğlu, 2013).

Katılımcılarımızın 609'unun (%86,02) kadın olması, polikliniklere kadınların daha fazla başvurduğunu gösterebilmektedir. Obezitenin kadınlarda daha sık görülmesi onların kilo verme konusunda daha motive olduklarını, tedavi arayışlarının daha yüksek olduğunu ve beden algılarının daha hassas olduğunu göstermektedir (Çalışır, 2018).

Amiri ve arkadaşlarının 2018 yılında obezite ile YK arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmalarının vaka grubunda 604 (%35,1) kadın, 274 (%23,7) erkek; kontrol grubunda 453 (%26,3) kadın, 339 (%29,3) erkek katılımcı yer almaktadır (Amiri, vd., 2018).

Erenoğlu Son'un obez hastalarda YK ile ilgili çalışmasının vaka grubunda 220 (%73,10) kadın, 81 (%26,90) erkek; kontrol grubunda 132 (%68,40) kadın, 61 (%31,60) erkek bulunmaktadır (Erenoğlu Son, 2014).

Araştırmamızın vaka grubunda 315 (%88,98) kadın, 39 (%11,02) erkek; kontrol grubunda 294 (%83,05) kadın, 60 (%16,95) erkek bulunmaktadır.

Çalışma bulgularımızın cinsiyet dağılımı bakımından diğer çalışmalar ile uyumlu olduğu görülmektedir.

Çayır ve arkadaşlarının 2011 yılında obezite oluşumunda etkili faktörlerin belirlenmesi ile ilgili çalışmalarının vaka grubunda 92 (%28,60) evli, 9 (%13,80) bekâr, 25 (%39,7) boşanmış veya eşi vefat etmiş; kontrol grubunda 101 (%31,40) evli, 38 (%58,50) bekâr, 14 (%22,20) boşanmış katılımcı bulunmaktadır (Çayır, Atak & Köse, 2011).

Han ve arkadaşlarının 2014 yılında medeni durum ve YK arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmalarında 405.879 (%68,31) evli, 88.345 (%14,87) bekâr bulunmaktadır (Han, vd., 2014).

Araştırmamızın vaka grubunda 257 (%72,60) evli, 49 (%13,84) bekâr, 22 (%6,22) boşanmış, 26 (%7,34) eşi vefat etmiş; kontrol grubunda 153 (%42,22) evli, 147 (%41,53) bekâr, 31 (%9,75) boşanmış, 23 (%60,50) eşi vefat etmiş kişi bulunmaktadır.

Medeni durum açısından çalışma bulgularımızın diğer çalışmalar ile uyumlu bulunduğu söylenebilir.

Ergen ve arkadaşlarının YK çalışmalarına katılan 110 kişiden 25 kişinin (%22,70) çocuğu bulunmazken tek çocuğu olan 43 (%39,10), iki çocuğu olan 26 (%23,60) ve üç çocuğu olan 16 kişi (%14,50) bulunmaktadır (Ergen, vd., 2011).

Eroğlu ve Parlar'ın çalışmaları, çocuk sayısına göre değerlendirildiğinde; katılımcıların 96'sı (28,70) bir çocuğa, 164'ü (%49,00) iki çocuğa, 59'u (%17,60) üç çocuğa, 12'si (%3,60) dört çocuğa, 4'ü (%1,20) beş ve üzeri çocuğa sahiptir (Eroğlu-Parlar, 2018).

Coşkun ve arkadaşlarının YK ile ilgili çalışmalarının vaka grubunda 42 kişinin (%46,70) çocuğu bulunmazken, 30 kişinin (%33,30) tek, 18 kişinin (%20,00) iki ve üstü sayıda çocuğu bulunmaktadır. Kontrol grubunda 49 kişinin (%54,40) çocuğu bulunmazken, 31 kişinin (%34,40) tek, 13 kişinin (%11,20) iki ve üstü sayıda çocuğu bulunmaktadır (Coşkun, Şarlak & Taştan, 2015).

Karşlı'nın çalışmasında vaka grubundan 6 kişinin (%24,00) çocuğu yokken 16 kişinin (%64,00) bir, iki veya üç; 3 kişinin (%12,00) dört ve üzeri sayıda çocuğu bulunmaktadır. Kontrol grubundan ise 8 kişinin (%66,67) çocuğu yokken 4 kişinin (%33,33) bir, iki veya üç çocuğu bulunmaktadır (Karşlı, 2014).

Araştırmamızın vaka grubunda 60 kişinin (%16,95) çocuğu yokken, 62 kişinin (%17,51) tek, 161 kişinin (%45,48) iki, 50 kişinin (%14,12) üç, 15 kişinin (%4,24) dört, 6 kişinin (%1,70) beş ve üstü sayıda çocuğu bulunmaktadır. Kontrol grubunda 156 kişinin (%44,07) çocuğu yokken, 42 kişinin (%11,86) tek, 90 kişinin (%25,42) iki, 45 kişinin (%12,74) üç, 17 kişinin (%4,80) dört, 4 kişinin (%1,14) beş ve üstü sayıda çocuğu bulunmaktadır.

Vaka grubunda çocuğu olmayan katılımcıların oranının yüksek olması, araştırmamızın Coşkun ve arkadaşlarının çalışmasından farklı olarak değerlendirilmesine neden olmuştur. Kontrol gruplarında ise çocuğu olmayan katılımcıların sayısının yüksek olması yönüyle Coşkun ve arkadaşlarının çalışması ile bulgularımızın benzerlik gösterdiği söylenebilir. Çalışmamızda çocuğu olmayan katılımcı bulunduğundan Eroğlu-Parlar'ın çalışmasından, tek çocuğu olan katılımcı sayısının düşük olması nedeniyle Ergen'in çalışmasından, vaka grubunda bir, iki ya da üç çocuğu olan katılımcı sayısının düşük olması ve kontrol grubunda dört, beş ve üzerinde çocuğu olan katılımcının bulunması nedeniyle Karşlı'nın çalışmasından farklı olarak değerlendirilmiştir.

Alanyazınında eğitim düzeyi düştükçe obezitenin arttığı belirtilmektedir (Güven 2014; Paşalak, 2016).

Temur ve arkadaşlarının obezite ile ilgili çalışmalarının vaka grubunda 3 kişi (%1,0) okuryazar değilken 44 kişi (%14,70) ilkokul mezunu, 15 kişi (%5,00) ortaokul mezunu, 25 kişi (%8,40) lise mezunu, 17 kişi (%5,70) önlisans veya lisans mezunudur. Kontrol grubunda 2 kişi (%0,70) okuryazar değilken 34 kişi (%12,00) ilkokul mezunu, 21 kişi (%7,00) ortaokul mezunu, 68 kişi (%22,70) lise mezunu, 68 kişi (%22,70) önlisans veya lisans mezunudur (Temur, vd., 2017).

Zileli ve arkadaşlarının obezite ile ilgili çalışmalarının vaka grubunda okuryazar olmayan bulunmazken 21 kişi (%26,60) ilkokul mezunu, 4 kişi (%5,10) ortaokul mezunu, 15 kişi (%19,00) lise mezunu, 9 kişi (%11,40) önlisans veya lisans mezunudur. Kontrol grubunda okuryazar olmayan bulunmazken 11 kişi (%13,90) ilkokul mezunu, 3 kişi (%3,80) ortaokul mezunu, 8 kişi (%10,10) lise mezunu, 8 kişi (%10,10) önlisans veya lisans mezunudur (Zileli, vd., 2016).

Türkiye’de 2017 yılı verilerine göre 2.336.847 kişi okuma-yazma bilmemektedir. Okuma-yazma bilmeyenlerin oranı Eskişehir’de %2,30, ülke genelinde %3,78 (TÜİK, 2017) olurken bu oran araştırmamızda (n=7, %0,99) olarak bulunmuştur.

Araştırmamızın vaka grubunda 4 kişi (%1,13) okuryazar değilken 9 kişi (%2,54) okuryazar, 125 kişi (%35,31) ilkokul mezunu, 38 kişi (%10,73) ortaokul mezunu, 109 kişi (%30,79) lise mezunu, 22 kişi (%6,21) önlisans, 38 kişi (%10,73) lisans mezunu, 9 kişi (%2,56) kişi lisansüstü eğitim almıştır. Kontrol grubunda 7 kişi (%1,97) okuryazar değilken 2 kişi (%0,56) okuryazar, 42 kişi (%11,86) ilkokul mezunu, 55 kişi (%15,54) ortaokul mezunu, 170 kişi (%48,02) lise mezunu, 22 kişi (%6,21) önlisans, 48 kişi (%13,56) lisans mezunu, 8 kişi (%2,28) kişi lisansüstü eğitim almıştır.

Vaka grubunda ilkokul mezunu sayısı yüksekken kontrol grubunda lise, önlisans ve lisans mezunu sayılarının yüksek olması nedeniyle Temur ve arkadaşlarının araştırması ile kontrol grubunda ilkokul mezunu sayısının yüksek olması yönüyle Zileli ve arkadaşlarının çalışması ile çalışma bulgularımız farklı olarak değerlendirilmiştir.

Çalışmamızda okuma-yazma bilmeyenlerin oranı, Eskişehir ve Türkiye genelinde okuma-yazma bilmeyenlerin oranlarından düşük bulunduğundan diğer çalışmalardan farklı değerlendirilmiştir.

Türkiye Sağlık Araştırması 2014 verilerine göre obezitenin gelir gruplarına göre dağılımına bakıldığında vaka grubundan 2197 kişinin (%11,50) 0-1.550 ₺, 700 kişinin (%3,70) 1.551-2.170 ₺, 637 kişinin (%3,30) 2.171-3.180 ₺, 594 kişinin (%3,10) 3.181 ₺ ve üzeri aylık geliri bulunmaktayken

kontrol grubundan 4.278 kişinin (%22,40) 1.550 ₺ ve altında, 1.329 kişinin (%6,90) 1.551-2.170 ₺, 1.460 kişinin (%7,60) 2.171-3.180 ₺, 1.302 kişinin (%6,80) 3.181 ₺ ve üzeri aylık geliri bulunmaktadır (Çukur-Erdem, 2017).

Karagöz ve arkadaşlarının araştırmalarında 243 kişinin (%48,60) 2.000 ₺, ve altında, 212 kişinin (%42,40) 2.001-3.000 ₺ aralığında, 44 kişinin (%8,80) 3.001-4.000 ₺ aralığında, 1 kişinin (%0,20) 4.001 ₺ ve üzerinde aylık geliri bulunmaktadır (Karagöz, Doğan & Koçyiğit, 2016).

Araştırmamızın vaka grubunda 137 kişinin (%38,70) 1.800 ₺ ve altında, 85 kişinin (%24,01) 2.801-4.300 ₺ aralığında, 109 kişinin (%30,79) 1.801-2.800 ₺ aralığında, 23 kişinin (%6,50) 4301 ₺ ve üzerinde aylık geliri bulunuyorken kontrol grubunda 177 kişinin (%50,00) 1.800 ₺ ve altında, 85 kişinin (%24,01) 2.801-4.300 ₺ aralığında, 57 kişinin (%16,10) 1.801-2.800 ₺ aralığında, 35 kişinin (%9,89) 4301 ₺ ve üzerinde aylık geliri bulunmaktadır.

Çalışma bulgularımız, Türkiye Sağlık Araştırması ile benzer değerlendirilmişken; 2.001-3.000 ₺ aralığındaki gelir oranının yüksek, 3.001-4.000 ₺, aralığındaki gelir oranının düşük olması nedeniyle Karagöz ve arkadaşlarının çalışmasından farklı olarak değerlendirilmiştir.

Alanyazınında şehirde yaşayanlarda obezitenin köyle yaşayanlardan daha yüksek oranda görüldüğü belirtilmektedir (Çıray Gündüzoğlu, 2008; Aktan, 2016).

Eriş'in YK çalışmasında 383 kişi (%72,40) şehir, 86 kişi (%16,30) ilçe, 18 kişi (%3,40) kasaba ve 42 kişi (%7,90) köyde yaşamının büyük bölümünü geçirmektedir (Eriş, 2012).

Onurlubaş ve arkadaşlarının çalışmasında 276 kişi (%63,00) büyükşehir, 121 kişi (%27,50) ilçe, 12 kişi (%2,70) kasaba ve 30 kişi (%6,80) köyde yaşamaktadır (Onurlubaş, Doğan & Demirkıran, 2015).

Araştırmamızın vaka grubunda 325 kişi (%91,81) şehirde ve 18 kişi (%5,08) ilçede yaşadığı, kontrol grubunda 326 kişi (%92,09) şehirde, 24 kişi (%6,78) ilçede yaşadığı görülmektedir.

Çalışmamız şehirde yaşayan katılımcı oranları bakımından Eriş'in çalışması ile uyumlu bulunmuşken, ilçede yaşayan katılımcı sayısı düşük bulunduğundan Onurlubaş ve arkadaşlarının çalışmasıyla uyumsuz olarak değerlendirilmiştir.

Martin'in obezite araştırmasında 87 kişi (%87,00) birinci derece, 12 kişi (%12,00) ikinci derece, 1 kişi (%1,00) üçüncü derece obezken, süper obez bulunmamıştır (Martin, 2018).

Dinçer'in obezite araştırmasında 290 kişi (%30,11) birinci derece, 218 kişi (%22,64) ikinci derece, 202 kişi (%20,98) üçüncü derece veya süper obez bulunmuştur (Dinçer, 2018).

Araştırmamızda 228 kişi (%64,41) birinci derece, 76 kişi (%21,47) ikinci derece, 32 kişi (%9,04) morbid obez ve 18 kişi (%5,08) süper obez bulunmuştur.

Çalışma bulgularımız Martin ve Dinçer'in araştırması ile uyumlu olarak değerlendirilmemiştir. Çalışmamızda birinci derece obez oranı Martin'in çalışmasından düşük, Dinçer'in çalışmasından yüksek bulunmuştur. Süper obez klasının araştırmalarda kullanılmadığı görülmektedir. Bunun nedeni olarak Türkiye'de süper obez hasta sayısının fazla olmaması ve bu yeni sınıflandırma basamağının alanyazınına yeterince yerleşememesi gösterilebilir. Morbid obezite ve altındaki obezite klasları için geçerli tanı ve tedavi yöntemlerinin süper obezite için geçerli olup olmadığı net değildir (Venkat-Larkin, 2014).

Yıldız'ın çalışmasına göre araştırmaya katılan 175 kişi (%81,01) daha önce kilo vermek için diyet uygulamamışken 41 kişi (%18,98) daha önce kilo vermek için diyet uygulamıştır (Yıldız, 2018).

Zileli ve arkadaşlarının obezite çalışmasına göre vaka grubundan 48 kişi (%60,80) daha önce kilo vermek için diyet uygulamamışken 1 kişi (%1,30) daha önce kilo vermek için diyet uygulamıştır. Kontrol grubundan 27 kişi (%34,20) daha önce kilo vermek için diyet uygulamamışken 3 kişi (%3,80) daha önce kilo vermek için diyet uygulamıştır (Zileli, vd., 2016).

Araştırmamızın vaka grubundan 247 kişi (%69,77) daha önce kilo vermek için diyet uygulamamışken 107 kişi (%30,23) daha önce kilo vermek için diyet uygulamıştır. Kontrol grubundan 249 kişi (%70,34) daha önce kilo vermek için diyet uygulamamışken 105 kişi (%29,66) daha önce kilo vermek için diyet uygulamıştır. Diyet uygulama açısından çalışma bulgularımız alanyazını ile uyumlu bulunmuştur.

Kaya Gündüz'ün obezite çalışmasına göre araştırmaya katılan 85 kişi (%82,50) daha önce spor yapmamışken 18 kişi (%17,50) daha önce spor yapmıştır (Kaya Gündüz, 2016).

Zileli ve arkadaşlarının obezite çalışmasında vaka grubundan 43 kişi (%54,40) daha önce spor yapmamışken 6 kişi (%7,60) daha önce spor yapmıştır. Kontrol grubundan 24 kişi (%30,40) daha önce spor yapmışken 6 kişi (%7,60) daha önce spor yapmamıştır (Zileli, vd., 2016).

Bolluk'un obez hastalarda YK çalışmasının vaka grubundan 52 kişi (%31,90) spor yapmıyorken 111 kişi (%68,10) spor yapmaktadır. Kontrol grubundan 34 kişi (%20,90) spor yapmıyorken 129 kişi (%79,10) spor yapmaktadır (Bolluk, 2017).

Araştırmamızın vaka grubundan 182 kişi (%51,42) daha önce spor yapmamışken 172 kişi (%48,58) daha önce spor yapmıştır. Kontrol grubundan 200 kişi (%56,50) daha önce spor yapmışken 154 kişi (%43,50) daha önce spor yapmamıştır.

Spor yapma açısından çalışma bulgularımız Kaya Gündüz ve Zileli'nin çalışmalarından yüksek, Bolluk'un çalışmasından düşük bulunmuştur. Obez hastaların YK'lerini yükseltmeleri adına spor yapmaları önemli bir bulgu olarak değerlendirilmektedir.

Aile, eş, arkadaşlar, ev dışı sosyal faaliyetler ve toplum temelli programlar obez hastanın çevresinde destek ağı oluşmasını sağlayarak tedavinin başarı şansını artırsa da (Çıray Gündüzoğlu, 2008) sosyal destek görme ile obezite tedavisinin başarısı arasındaki ilişki yeterince incelenmemiştir (Gorin, Powers, Koestner, Wing & Raynor, 2014).

TÜİK 2016 verilerine göre ciddi kişisel bir problemi olanların %5,70'inin sosyal yaşamlarında güvenebileceği kişiler olmamasına karşın %93,30'unun sosyal yaşamlarında güvenebileceği kişiler vardır (TÜİK, 2016).

Çabuk'un çalışmasının vaka grubunda 85 kişi (%65,89) kontrol grubunda ise 44 kişi (%34,11) sosyal açıdan destek görmektedir (Çabuk, 2014).

Sağlık Bakanlığı'na göre obez hastalar için aile üyelerinin desteğini artırmak, eş ya da arkadaşların tedaviye aktif olarak katkılarının sağlanmasının obez hasta üzerinde olumlu etki gösterdiği bildirilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2010). Alanyazınında sosyal destek gören obez hastaların tedavisinin daha başarılı olduğu ifade edilmektedir (Çıray Gündüzoğlu, 2013; Lutz, 2019).

Araştırmamızın vaka grubunda 304 kişi (%85,88) sosyal destek gördüğünü bildirirken 50 kişi (%14,12) sosyal destek görmediğini bildirmiştir. Kontrol grubunda ise 292 kişi (%82,49) sosyal destek gördüğünü belirtmişken 62 kişi (%17,51) sosyal destek görmediğini belirtmiştir.

Çalışmamızda sosyal destek görme oranı TÜİK'ten düşük, Çabuk'un çalışmasından yüksek bulunmuştur.

Dalgıç'ın obez hastalarda YK'ne yönelik çalışmasının vaka grubunun ağırlık ortalaması $83,43 \pm 13,38$ kg, kontrol grubunun $59,40 \pm 6,16$ kg bulunmuştur (Dalgıç, 2011).

Önlen'in obezite çalışmasının vaka grubunun (n=21) ağırlık ortalaması 88,4 kg, kontrol grubunun (n=34) ağırlık ortalaması 61,6 kg bulunmuştur (Önlen, 2018).

Araştırmamızın vaka grubunun vücut ağırlığı ortalaması $89,45 \pm 18,46$ kg, kontrol grubunun $61,90 \pm 8,92$ kg iken tüm katılımcıların (n=708) ağırlık ortalaması $75,68 \pm 20,00$ kg olarak bulunmuştur.

Vücut ağırlığı bakımından çalışma bulgularımız diğer çalışmalarla benzer değerlendirilmiştir.

Erbay'ın obezite çalışmasına göre vaka grubunun (n=40) BKİ ortalaması $33,10 \pm 2,8$ kg/m² iken kontrol grubunun (n=26) BKİ ortalaması $24,30 \pm 0,6$ kg/m² bulunmuştur (Erbay, 2012).

Genç'in obezite çalışmasına göre vaka grubunun (n=109) BKİ ortalaması $36,98 \pm 5,21$ kg/m² iken kontrol grubunun (n=103) BKİ ortalaması $22,71 \pm 3,50$ kg/m² bulunmuştur (Genç, 2018).

Dalgıç'ın obez hastalarda YK'ne yönelik çalışmasının vaka grubunda BKİ ortalaması $32,02 \pm 14,90$ kg/m², kontrol grubunda $22,49 \pm 1,96$ kg/m² bulunmuştur (Dalgıç, 2011).

Karslı'nın çalışmasında vaka grubunun (n=30) BKİ ortalaması $34,89 \pm 4,25$ kg/m² kontrol grubunun (n=30) BKİ ortalaması $21,46 \pm 3,85$ kg/m² olarak hesaplanmıştır (Karslı, 2014).

Önlen'in obezite çalışmasının vaka grubunda BKİ ortalaması (n=34) $34,5$ kg/m², kontrol grubunda (n=21) BKİ ortalaması $23,6$ kg/m² bulunmuştur (Önlen, 2018).

Araştırmamızın vaka grubunun BKİ ortalaması $34,93 \pm 6,06$ kg/m², kontrol grubunun $22,94 \pm 1,54$ kg/m² iken evrenin (n=708) BKİ ortalaması $28,93 \pm 7,45$ kg/m² olarak bulunmuştur.

Çalışma bulgularımız BKİ ortalaması açısından diğer çalışmalarla benzer olarak değerlendirilmiştir.

Usta'nın obezite ve YK çalışmasının vaka grubunda obezitenin başlangıç yaşı ortalama $18,92 \pm 10,73$ iken kontrol grubunda obezitenin başlangıç yaşı ortalama $18,19 \pm 13,24$ olarak bulunmuştur (Usta, 2018).

Çalışkan Tekdemir'in obezite polikliniğine başvuran obez hastaların vücut algılarına dair yaptığı araştırmaya göre obez hastaların 113'ü (%20,40) çocukluğundan bu yana, 231'i (%41,70) ergenlikten bu yana, 161'i (%29,10) geçirdiği bir hastalıktan bu yana, 49'u (%8,80) menopoz dönemine girmesinden bu yana kilo sorunu yaşadığını ifade etmiştir (Çalışkan Tekdemir, 2014).

Çalışır'ın OÖYKÖ kullanarak yaptığı araştırmasına katılan 4 kişi (%8,30) 5 yıldan daha az bir süredir, 16 kişi (33,30) 5-10 yıl arasında, 28 kişi

(%58,30) ise 10 yıldan daha fazla bir süredir kilo sorunu yaşadığını bildirmiştir (Çalışır, 2018).

Özdemir İlhan'ın çalışmasına katılan 55 kişiden 13'ü (%23,60) çocukluğundan bu yana, 16'sı (%29,10) ergenlik döneminin başlamasından bu yana, 5'i (%9,10) evliliğinden bu yana, 10'u (%18,20) hamileliğinden bu yana, 8'i (%14,50) aldığı sistemik bir hastalık tanısından bu yana, 3'ü (%5,50) yaşadığı psikolojik bir sorundan bu yana kilo problemi yaşadığını bildirmiştir.

Araştırmamızda yer alan obez hastalar $12,20 \pm 11,06$ yıldır kilo sorunu yaşadıklarını belirtmişlerdir.

Çalışma bulgularımızın obez hastaların kilo sorunu yaşama süreleri bakımından diğer çalışmalarla koştur olduğu söylenebilir.

Medyanın, zayıf ve ince bedeni sürekli olarak ön plana çıkarması, obezitenin psikososyal boyutuna dikkat çekilmesi gerektiğini hatırlatmaktadır. Medyanın etkisi, obez hastaların YK'lerini açık biçimde düşürmektedir (Çıray Gündüzoğlu, 2008).

Özdemir İlhan'ın obezite ve YK çalışmasına göre 32 kişi (%59,26) yaşadığı sağlık sorunu nedeniyle, 13 kişi (%24,07) dış görünüşünden duyduğu memnuniyetsizlik nedeniyle, 9 kişi (%16,67) de diğer birçok nedenden dolayı kilo vermek istediğini ifade etmiştir (Özdemir İlhan, 2018).

Usta'nın obezite ve YK çalışmasında vaka grubunun kilo vermek isteme nedenleri sırasıyla; 23 kişi (%92,00) ile sağlık sorunlarından kurtulmak, 9 kişi (%36,00) ile güzel görünmek ve 2 kişi (%8,00) ile çocuk sahibi olmak iken kontrol grubunun kilo vermek isteme nedenleri sırasıyla; 24 kişi (%92,30) ile sağlık sorunlarından kurtulmak, 10 kişi (%38,50) ile güzel görünmek ve 3 kişi (%11,50) ile çocuk sahibi olmak şeklinde belirtilmiştir (Usta, 2018).

Özkoca'nın obezite araştırmasına göre katılımcılardan 30'u (%23,10) sağlık sorunlarından kurtulmak, 27'si (%20,80) daha güzel fiziksel görünüme sahip olmak, 49'u (%37,70) iyi hissetmek ve 24'ü (%18,50) daha rahat hareket etmek için kilo vermek istediğini bildirmiştir (Özkoca, 2018).

Çalışmamızda yer alan 206 kişi (%26,86) sağlığı ile ilgili yaşadığı sorunlar, 200 kişi (%26,07), hiçbir etki olmadan verdiği bir karar, 65 kişi (%8,47) yakın kişisel çevresinin kilo verme konusunda kendisini motive etmesi, 56 kişi (%7,30) yakın kişisel çevresinin istek ve baskısı, 48 kişi (%6,26) yakın çevresinin kilosunu nedeniyle yapmış olduğu yorumlar ve 43 kişi (%5,61) toplumun beden algısına yönelik düşünceleri nedeniyle kilo vermek istediğini belirtmiştir.

Obez hastaların kilo vermek isteme nedenleri bakımından çalışma bulgularımızın alanyazını ile uyumlu bulunduğu söylenebilir.

5.2. Obeziteye İlişkin Verilerin Tartışılması

Epidemiyolojik araştırmalar; cinsiyet, yaş, meslek ve ekonomik durum gibi sosyodemografik özelliklerin obezitenin oluşmasında rol oynadığını ortaya koymaktadır (Aktan, 2016).

Yaş değişkeni bakımından vaka ve kontrol grupları arasında istatistiksel açıdan vaka grubu lehine anlamlı farklılık bulunmuştur ($U=35299,5$ $Z=-10,058$ $p<0,001$). Vaka grubunun yaş ortalaması ($43,71\pm 13,93$) kontrol grubunun yaş ortalamasından ($39,26\pm 13,60$) yüksek bulunmuştur. Bu bağlamda yaş daha yüksek olanlarda obezitenin görülme sıklığının arttığı söylenebilir.

Eğitim düzeyi arttıkça obezite görülme sıklığının azaldığı çalışmalarla ortaya konulmuştur (Devisch, 2013; Aktan, 2016). Eğitim düzeylerine göre vaka ve kontrol grupları arasında okuryazar olan katılımcılar yönünde anlamlı farklılık saptanmıştır ($\chi^2=64190$ $sd=7$ $p<0,001$). Bu bağlamda çalışma bulgularımızın alanyazını ile uyumlu olmadığı söylenebilir.

Alanyazınında obezite ve meslek grupları arasında ilişki olabileceği belirtilmektedir (Devisch, 2011; Aktan, 2016). Meslekler bakımından vaka ve kontrol grupları arasında teknisyen, tekniker ve yardımcı profesyonel katılımcılar yönünde anlamlı farklılık bulunmuştur ($\chi^2=17275$ $sd=7$ $p<0,016$).

Alanyazını, gelir düzeyi ile obezite arasında doğru (Aktan, 2016) veya ters (Devisch, 2013) bir orantının olduğunu belirtse de obezite ve gelir durumu

arasında yakından bir ilişki olduğu kesin olarak belirtilmektedir (Jonas, 2010). Araştırmamızda aylık gelir miktarları bakımından vaka ve kontrol grupları arasında 1801-2800₺ geliri olan katılımcıların yönünde istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=23867$ $sd=3$ $p<0,001$).

Obezite, yalnızca ağırlık artışı sonucu kişinin dış görünüşünü olumsuz etkilememekte aynı zamanda yol açtığı tıbbi komplikasyonlar yönüyle de kronik hastalıklara zemin hazırlamaktadır (Aktan, 2016). Çalışmamızın vaka ve kontrol grupları arasında kronik hastalıklar bakımından istatistiksel olarak vaka grubu lehine anlamlı farklılık bulunmuştur ($\chi^2=86970$ $sd=1$ $p<0,001$). Alanyazınında obezite ile sağlık sorunları arasındaki ilişki net şekilde ortaya konulmaktadır (Fonseca, Tolo, Sá & Arbex, 2017; Lutz, 2019). Ayrıca obezitenin, mortalite için yedinci, morbidite için sekizinci en önemli risk faktörü olduğu bildirilmektedir (Nuffield Council on Bioethics, 2014).

Alanyazınında obezitenin geleneksel tedavisinin, diyet uygulama ve spor yapmadan geçtiği belirtilirken diyet uygulama ve spor yapma ile obezite arasındaki ilişki irdelenmektedir (Jonas, 2010; Çıray Gündüzoğlu, 2013; Sağlık Bakanlığı, 2014b). Çalışmamızın vaka ve kontrol grupları arasında hem diyet uygulamaya ($\chi^2=2781$ $sd=1$ $p=0,095;>0,05$) hem de spor yapmaya ($\chi^2=1842$ $sd=1$ $p=0,175;>0,05$) göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmamıştır. Buna karşın her türlü epidemiyolojik korelasyonda olduğu gibi, obezitenin sağlık üzerindeki etkilerinin fiziksel aktivite eksikliği ve sağlıklı beslenme gibi diğer faktörlerin ilişkili etkilerinden ayrılmasının kolay olmadığı belirtilmektedir (Nuffield Council on Bioethics, 2014).

Obezitenin epidemik bir sorun haline gelmesi, tedavide fiziksel aktiviteye odaklanılmasını sağlamaktadır (Çıray Gündüzoğlu, 2008). Obezite, sedanter yaşam biçiminin bir sonucu olarak görülmektedir (Aktan, 2016). Yapılan bir araştırmaya göre fiziksel aktivite düzeyi ile obezite arasında zıt bir ilişki ortaya konulmuştur (Kortt-Dollory, 2011). Çalışmamızda vaka ve kontrol grupları arasında spor yapıp yapmamaya göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($\chi^2=1842$ $sd=1$ $p=0,175;>0,05$).

Fiziksel aktivitenin sağlık durumunu etkilediği bilinmesine karşın, obezite tedavisini ne derecede desteklediği henüz kanıtlanmamıştır. Araştırmalar; egzersiz süresinin ve sıklığının ne olması gerektiği ile düzenli egzersiz yaparak hangi hastalıklara ait risk faktörlerinin azalacağını henüz kesin bir şekilde gösterememiştir (Lupton, 2012).

İnsanoğlu; dış dünyayla, ailesi ve arkadaş ağlarıyla iletişim halindedir. Bu durum hasta özerkliğini giderek daha fazla etkilemekte ve hastaların tamamen bağımsız bireyler oldukları fikrinin geride bırakılmasına yol açarak ilişkili özerkliği doğurmaktadır (Devisch, 2012). Hem bireysel hem de çevresel yaklaşımlar mutlaka sosyal ağlardan önemli etkiler içerirken sosyal ağların davranış değişikliğini nasıl ve hangi koşullar altında etkilediği obezite alanyazınında açıkça gösterilmemektedir (Mulvaney-Day, 2009).

Lutz'un obezite yönetiminde özerkliği ele aldığı nitel çalışmasında, obezite tedavisinin aile içi iletişimin desteklenmesi ve aile bağlarının güçlendirilmesi ile kolaylaşabileceği belirtilmektedir (Lutz, 2019). Obez hastanın daha etkili kilo verebilmesi için, sosyal destek görmesinin şart olduğu ifade edilirken (Gorin, vd., 2014) çalışmamızın vaka ve kontrol grupları arasında sosyal destek görmeye göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmamıştır ($\chi^2=1527$ $sd=1$ $p=0,217$; $>0,05$).

5.3. Özerklik ve Özerkliğe Saygı İlkesine İlişkin Sorulara Verilen Yanıtların Tartışılması

Alanyazınında obez hastalarda YK ile ilgili çalışmalar bulunurken özerklik ve ÖSİ ile ilgili sınırlı sayıda çalışma bulunmuştur. Bu çalışmaların duygusal özerklik ve kendi kaderini tayin hakkı bağlamında değerlendirildiği görölmüştür.

Özerklik, doğrudan ölçülememektedir. Gelecekteki araştırmalar özerkliğin doğrudan nasıl ölçüleceği sorusunu ele alacaktır (Gandjour, 2015). Ulupınar'ın obez hastalarda Sosyotropi-Otonomi ölçeğini kullandığı çalışmasında vaka ve kontrol grupları arasında özerklik açısından anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$), (Ulupınar, 2004).

Obezite gibi kronik hastalıklar ile ilgili etik konular hakkındaki tartışmaların çoğu, hastaların kendi öz yönetim planlarını kullanma ve bakım düzeni hakkında kararlar alma kapasitelerine odaklanma eğilimindedir. Obezitede görülen küresel artış, bu hastalıkla ilgili etik sorunlara olan ilginin artmasına neden olmaktadır (Enzo vd., 2019).

Halk sağlığı açısından obezite ile mücadele konusunda ABD’de yapılan tartışmalar, bireysel özgürlüğü kısıtladığı gerekçesiyle motosiklet kaskı takma zorunluluğunun kaldırılması tartışmalarına benzetilmektedir (Buchanan, 2013).

Alanyazınında obez hastaların kilo vermek isteme nedenleri ile özerklikleri arasında ilişki olabileceği belirtilmektedir (Williams, Freedman & Deci, 1998; Silva, vd., 2011). Çalışmamızda obez hastaların kilo vermek isteme nedenleri ile özerklikleri arasındaki ilişki alanyazın ile uyumlu olarak değerlendirilmiştir.

5.3.1. Kendi inanç ve değerleri doğrultusunda davranma

Obezite ile mücadele konusunda özerklik, yalnızca tıp etiğinin bir parçası olarak değil, sosyal, politik ve ticari bağlamlarda daha geniş açıdan benimsenmektedir (Newdick, 2017).

Pollak ve arkadaşlarının çalışmasında kilo verebileceklerine daha fazla inanan ve kiloları hakkında daha rahat konuşabilen obez hastaların özerklikleri, kendi inanç ve değerleri doğrultusunda davranmaları, kendine daha az güvenen hastalara oranla daha yüksek bulunmuştur (Pollak, Alexander, Tulsy, Lyna, Coffman, Dolor, vd., 2011).

Lee ve arkadaşlarının çalışmasında özerklik desteği, kendi inanç ve değerleri doğrultusunda davranma ile önemli ölçüde ilişkili bulunmuştur (Lee, Piette, Heisler, Janevik & Rosland, 2019).

Bireyin kendisine yönelik inanç ve değerlerine öz yeterlik denmektedir (Arseven, 2016). Obezitede özerklik, obez hastanın kendi kaderini tayin hakkı ve kendi inanç ve değerlerine dayalı olarak tedavi konusunda karar verme kabiliyetini ifade etmektedir (Craig-Finucane, 2018).

Kendi inanç ve değerleri doğrultusunda davranma bakımından obezite derecesi ($\chi^2=38708$ $sd=3$ $p<0,001$) değişkenine göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmuştur. Bu farklılık kendi inanç ve değerleri doğrultusunda davrandığını bildiren katılımcılardan birinci derece obez hastalar lehinedir. Çalışmamız bu açıdan Pollak ve arkadaşlarının çalışması ve alanyazını ile uyumlu bulunmuştur.

Köy ve kasabada yaşayan kişilerin, öz yeterlik konusunda büyük şehirlerde yaşayan kişilere göre daha dezavantajlı görünmelerine karşın bu kişilerin büyük şehirlerde yaşayanlardan daha özerk oldukları bildirilmektedir (Özdemir-Çok, 2011). Çalışmamızda ise kendi inanç ve değerleri doğrultusunda davrandığını ifade eden ve kendi inanç ve değerleri doğrultusunda davranmadığını ifade eden katılımcılar arasında yerleşim birimi bakımından istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmamıştır ($\chi^2=5658$ $sd=3$ $p=0,132;>0,05$). Çalışmamız bu açıdan alanyazını ile uyumlu olarak değerlendirilmemiştir.

Kendi inanç ve değerleri doğrultusunda davranma değişkenine göre kontrol grubu lehine istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($\chi^2=4889$ $sd=1$ $p=0,027;<0,05$). Alanyazını ile uyumlu olarak değerlendirilen bu sonuç, obezitenin eylem özerkliği olumsuz etkilediğini düşündürmektedir.

OÖYKÖ skoruna göre kendi inanç ve değerleri doğrultusunda davranma bakımından istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmamıştır ($U=22588,5$ $Z=-0,522$ $p=0,601$). Bu sonuç, kendi inanç ve değerleri doğrultusunda davranmanın YK üzerinde etkisinin olmayabileceğini düşündürmektedir.

5.3.2. Herhangi bir eylemde bulunurken kendi ilkelerini koruyabilme

Yeterlik, bireyin özerkliğini kullanıp kullanamayacağını belirleyen bir açma-kapatma düğmesine benzetilirken (Baykara-Şahinoğlu Kuş, 2013) Beauchamp ve Childress, “yetkin” olmayan insanları, ÖSİ'nin korunmasından açıkça dışlamaktadır (Entwistle vd., 2010). Ancak ahlakiliği araştıran etik sorular sorabilme yetisine sahip birey, özerktir (Aydın, 2015). Kişi yeterli

kapasiteye sahipse ve kapasitesini yaşamı boyunca önemli ölçüde kullanabiliyorsa özerktir (Quante, 2011).

Genel alanyazını bilgisine göre özerk eylemin bilinçli şekilde yapılması gerektiği belirtilmektedir. Cheng ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, bilinç düzeyi ile özerkliğin anlamlı şekilde ilişkili bulunması (Cheng, vd., 2016) alanyazını bilgisini güçlendirmektedir. Ayrıca halk sağlığı politikalarının, obez hastaların kendi ilkelerini koruyabilmeleri için özerk eylemleri teşvik edecek şekilde genişletilmesi gerektiği vurgulanmaktadır (Owens, 2013).

Herhangi bir eylemde bulunurken kendi ilkelerini koruyabilme bakımından kilo sorunu yaşanan yıl ($U=5139,5$ $Z=-2,083$ $p=0,037$), çalışmanın yapıldığı kurum ($\chi^2=10645$ $sd=3$ $p=0,014$; $<0,05$), eğitim düzeyi ($\chi^2=15280$ $sd=7$ $p=0,033$; $<0,05$), aylık gelir ($\chi^2=15704$ $sd=3$ $p=0,001$; $<0,05$), obezite derecesi ($\chi^2=49339$ $sd=3$ $p<0,001$) ve daha önce diyet uygulama ($\chi^2=9377$ $sd=1$ $p=0,002$; $<0,05$) değişkenlerine göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmuştur. Bu farklılık herhangi bir eylemde bulunurken kendi ilkelerini koruyabildiğini ifade eden katılımcılardan ESOGÜ kurumundan çalışmaya katılanlar, lisansüstü eğitim almış olanlar, 2801-4300₺ aylık gelire sahip olanlar ve daha önce diyet uygulayan katılımcılar yönünde olmuştur.

Yaş ($U=27995$ $Z=-0,186$ $p=0,852$), cinsiyet ($\chi^2=0$ $sd=6$ $p=0,993$; $>0,05$), vücut ağırlığı ($U=27127,5$ $Z=-0,660$ $p=0,509$), BKİ ($U=28225$ $Z=-0,061$ $p=0,952$), kronik hastalık durumu ($\chi^2=10$ $sd=1$ $p=0,921$; $>0,05$), spor yapma ($\chi^2=1599$ $sd=1$ $p=0,206$; $>0,05$) ve sosyal destek görme ($\chi^2=561$ $sd=1$ $p=0,454$; $>0,05$) değişkenlerine göre herhangi bir eylemde bulunurken kendi ilkelerini koruyabildiğini belirten ve herhangi bir eylemde bulunurken kendi ilkelerini koruyamadığını belirten katılımcılar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Vaka ve kontrol grupları arasında herhangi bir eylemde bulunurken kendi ilkelerini koruyabilme bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamışken ($\chi^2=1249$ $sd=1$ $p=0,264$; $>0,05$), OÖYKÖ skoru bakımından herhangi bir eylemde bulunurken kendi ilkelerini koruyabildiğini ifade eden katılımcılar lehine istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmuştur.

($U=20154,5$ $Z=-4,472$ $p<0,001$). Çalışmamız obez hastaların kendi ilkelerini koruyarak eylemde bulduklarında özerk olarak nitelendirilecekleri konusundaki alanyazını bilgisiyle uyumlu olarak değerlendirilmiştir. Çalışmamızın bu sonucu, obezitenin özerkliği zedelediğinin bir göstergesi olarak kabul edilebilir.

5.3.3. Karar ve eylemlerinde kendi özgün görüşünü ifade etme

Kişisel değerler, isteme ve özgürlüğün bir arada olduğu süreçte kararlar alınıp uygulanması (Yıldız, 2018) olan özerklik; karar özerkliği ve yürütme özerkliği olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Karar özerkliği, özerk karar vermede kendini gösterirken yürütme özerkliği eylem özerkliği ile ilişkilidir (Naik, vd., 2009). Özerk eylem, fiilleri nitelemek için kullanılırken karar özerkliği bir insanın hayatının yapısını nitelemek için kullanılmaktadır (Quante, 2011).

Karar özerkliği, kişinin isteklerini yerine getirmek için gerekli olan eylem üzerinde kontrolü kullanma kapasitesidir (Devisch, 2011; Bieskova, 2018). Kendi kararlarını verebilen hastaların ancak kendi yasalarını pratiğine dökmeyi başardıklarında özerk olabilecekleri açıktır (Reach, 2014).

Hastanın karar ve eylemlerinde kendi özgün görüşünü ifade edebileceği şekilde karar özerkliğine odaklanması gerektiği belirtilmektedir (Naik, Carmel, Mark & Laurence, 2009; Krause-Boldt, 2018).

Her ne kadar karar ve eylemlerinde kendi özgün görüşünü ifade etme konusunda kadınların, erkeklerden daha dezavantajlı olabileceği (Fortune, Shotwell, Buccellato & Moran, 2016) belirtilmişse de çalışmamızda karar ve eylemlerinde kendi özgün görüşünü ifade edebilme bakımından cinsiyet değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($\chi^2=2000$ $sd=6$ $p=0,157;>0,05$).

Karar ve eylemlerinde kendi özgün görüşünü ifade edebilme bakımından kilo sorunu yaşanan yıl ($U=6036,5$ $Z=-2,343$ $p=0,019$), BKİ ($U=21814$ $Z=-2,774$ $p=0,006$), eğitim düzeyi ($\chi^2=25177$ $sd=7$ $p=0,001;<0,05$), aylık gelir ($\chi^2=16499$ $sd=3$ $p=0,001;<0,05$), çalışmanın yapıldığı kurum ($\chi^2=14078$ $sd=3$ $p=0,003;<0,05$) ve daha önce diyet uygulama ($\chi^2=15654$ $sd=1$

p<0,001) değişkenlerine göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmuştur. Bu farklılık karar ve eylemlerinde kendi özgün görüşünü ifade edebildiğini belirten katılımcılardan lisansüstü eğitim alanlar, 4300₺ ve üzerinde aylık gelire sahip olanlar, ESOGÜ kurumundan çalışmaya katılanlar ve daha önce diyet uygulayan katılımcılar lehine bulunmuştur.

Yaş (U=25186,5 Z=-0,878 p=0,380), medeni durum ($\chi^2=7319$ sd=3 p=0,062;>0,05) ve spor yapma ($\chi^2=1127$ sd=1 p=0,288;>0,05) değişkenlerine göre karar ve eylemlerinde kendi özgün görüşünü ifade edebildiğini belirten ve karar ve eylemlerinde kendi özgün görüşünü ifade edemediğini belirten katılımcılar arasında ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Vaka ve kontrol grupları arasında karar ve eylemlerinde kendi özgün görüşünü ifade edebilme bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamışken ($\chi^2=2594$ sd=1 p=0,107;>0,05), OÖYKÖ skoru bakımından karar ve eylemlerinde kendi özgün görüşünü ifade edebildiğini belirten katılımcılar lehine istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmuştur (U=13022 Z=-7,772 p<0,001). Genel kanının aksine obez hastaların karar ve eylemlerinde kendi özgün görüşünü ifade edebilme bakımından obez olmayan bireylerle farklılaşmaması obezitenin özerkliği zedelediğinin bir göstergesi olarak kabul edilebilir. Ayrıca karar ve eylemlerinde kendi özgün görüşünü ifade edebilmenin YK üzerinde de olumlu bir etkisinin olduğu söylenebilir.

5.3.4. Karar ve eylemlerini belirlerken bir veya daha çoğu arasından belli birini veya birkaçını tercih edebilme

Kant'a göre özerk olmak; deneysel alana ait her tür ilgi, istek ve eğilimden arınmış biçimde ve deneysel olanın etkisine kapılmadan istemeyi ve seçmeyi ifade etmektedir (Yazıcı, 2008). Özerklik genellikle kendi kendini belirleme ve kişinin bağımsız şekilde kendi kapasitesini ortaya koyması olarak tanımlanmaktadır. Özerkliğin; özgür ve rasyonel seçimler yapabilme yeteneği ile ilişkili olduğu gösterilmektedir (Rodríguez-Prat, 2019).

Bireyin kendi değerlerine ve işlevlerine dayanarak kendi bedenine ve imajına ilişkin deneysel ve bireysel seçimler oluşturması önemlidir (Fonseca, vd., 2017).

İkinci dereceden istekleri formüle etme ve etkileme yeteneği olan özerkliğin temel gereksinimleri karşılanan bireyin yapmayı hedeflediği tercih etme kapasitesi olduğu belirtilmektedir (Buchanan, 2013). Burada söz edilen tercih etme kapasitesinin gerçekte neyi oluşturduğunu tanımlamadaki güçlük göz önüne alındığında, yaşam biçimi seçimlerinin tıbbi karar verme sürecini nasıl şekillendirmesi gerektiği konusunda profesyonel rehberlik (Davis-Nielsen, 2017) sağlanarak kişinin seçimleri konusunda kendi kendini yönetmesinin (Powers, Koestner & Gorin, 2008) desteklenmesi önerilmektedir.

Sorgulayıcı, eleştirel ve kendi yaşamını tamamıyla kendi tercihleri doğrultusunda belirleyen (Erdoğan, 2017) bir hasta, kendi seçtiği bir plana göre serbestçe hareket edebilmektedir (Devisch, vd., 2015). Böylece hasta gerçek bir isteklilik duygusu eşliğinde, özerk seçim duygusuyla özerk eylemini gerçekleştirecektir (Silva, vd., 2008).

Hastaların bilgilendirilmemesi, seçim özgürlüğünün ve özerkliğin yaşama geçirilmesinin önünde büyük bir engeldir ve sağlık üzerinde olumsuz sonuçlar doğuracağı açıktır (Kasch, 2015). Karar ve eylemlerini belirlerken seçenekler arasında tercih yapabilen bireyin özerk (John, 2014) olduğu düşünüldüğünde hastanın bilgilendirilmemesi, özerk seçim yapmasını açık biçimde engelleyecektir.

Karar verme kapasitesi, hasta özerkliğinin kurulmasının temeli (Naik, vd., 2009) olarak görülmektedir. Hastaların algılarını bilmeden, algı düzeyi ve özerklik desteği arasındaki ilişkiyi telaffuz etmek, hastayı karar verme sürecinde en önemli kişi olarak görmemektir. Karar özerkliği, hastanın obezite başta olmak üzere diğer kronik hastalıkların yönetimi ile ilgili görevleri planlama, sıralama ve yürütme kapasitesine atıfta bulunan yürütme özerkliğinin aksine bilgileri anlama ve isteğe bağlı kararlar alma kabiliyetini ifade etmektedir (Naik, vd., 2009).

Alanyazınında karar özerkliği ile birlikte yürütme özerkliğini de içerecek şekilde hasta özerkliği kavramının genişletilmesi gerektiği vurgulanmaktadır (Naik, vd., 2009; Enzo vd., 2019).

“*What’s wrong with fat?*” isimli çalışmanın 2013 yılında yayımlanması ile Amerikan yaşam biçiminin obezite için risk faktörü oluşturmasının yanında özerk seçimleri gündeme getirdiği belirtilmektedir (Fonseca, vd., 2017). Bu bağlamda obezite ile mücadelenin geliştirilmesinde, uygulanmasında ve değerlendirilmesinde önemsenmesi gereken bir kavram olan özerkliği; obezite politikalarında hastalara yönelik seçeneklerin oluşturulması için çerçeve sağlamaktadır (Haynes, Hughes & Reidlinger, 2017). Aksi durumda obezite ile mücadelede halk sağlığı kampanyaları, bireylerin özerkliklerini geliştirmelerini engelleyecek, obez hastaların özerk seçimlerini geliştirerek davranış değişikliğini özerk eylem haline getirmelerini kısıtlayacak hatta engelleyecektir (MacKay, 2017).

Ellyn Satter Enstitüsü’ne göre; yaş ilerledikçe bireylere sağlanan özerklik desteğinin artırılması bireylerin özerk seçim yapmalarını geliştirerek obeziteden korunmalarını sağlayabilmektedir (Ellyn Satter Institute, 2019). Hasta yaşının, algılanan özerklik düzeylerini etkilediği görülmektedir. Algılanan özerklik, yaşlı hastalarda daha güçlü bulunmuştur (Devisch, vd., 2015).

Önceki kuşaklarla kıyaslandığında gençlerin aile, eğitim ve meslek konularında farklılaşan beklentilere koşut olarak daha fazla zorlanmalarla karşılaştıkları açıktır. Bu durum bireyleri iletişim yetenekleri, teknoloji okuryazarlığı ve yabancı dil yeterliliği gibi konularda eğitim ve gelişim göstermelerini gerektirdiği gibi özerklik ile ilgili bilgi ve becerilerin gelişmesini sağlamaktadır (Özdemir-Çok, 2011; Lutz, 2019). Bu bağlamda karar verme ve seçim yapma konularında gençlerin, yaşlılardan daha yüksek düzeyde özerklik göstermeleri beklenmektedir (Fortune, vd., 2016). Çalışmamızda karar ve eylemlerini belirlerken bir veya daha çoğu arasından belli birini veya birkaçını tercih edebildiğini belirten katılımcıların yaş ortalaması $40,73 \pm 13,89$ iken karar ve eylemlerini belirlerken bir veya daha çoğu arasından belli birini veya birkaçını tercih edemediğini belirten katılımcıların yaş ortalaması $46,75 \pm 13,17$ bulunmuştur. Karar ve eylemlerini belirlerken bir veya daha çoğu arasından belli birini veya birkaçını tercih edebildiğini belirten ve karar ve eylemlerini belirlerken bir veya daha çoğu

arasından belli birini veya birkaçını tercih edemediğini belirten katılımcılar arasında yaş değişkeni bakımından karar ve eylemlerini belirlerken bir veya daha çoğu arasından belli birini veya birkaçını tercih edemediğini belirten katılımcılar lehine istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (U=20674 Z=-3,681 p<0,001). Bu bakımdan çalışma bulgularımızın alanyazını ile uyumlu bulunduğu söylenebilir.

Erkeklerin özerkliklerinin kadınlardan daha çok desteklendiği yönünde genel bir kanı bulunmaktadır (Özdemir-Çok, 2011). Alanyazınında kadınların özerk seçimler yapmalarını desteklemenin, önemli bir ilke haline getirilmesi gerektiği vurgulanmaktadır (Murphy, 2016; Ellyn Satter Institute, 2019). Karar ve eylemlerini belirlerken bir veya daha çoğu arasından belli birini veya birkaçını tercih edebildiğini bildiren ve karar ve eylemlerini belirlerken bir veya daha çoğu arasından belli birini veya birkaçını tercih edemediğini bildiren katılımcılar arasında cinsiyet değişkeni bakımından istatistik açıdan anlamlı farklılık bulunmamıştır ($\chi^2=1366$ sd=6 p=0,242;>0,05),

Her ne kadar obez hastanın diyet uygulamaya başlamasının ve sürdürmesinin, bilinçli ve istekli seçimler yapabilmesi ile mümkün olduğu (Teixeira, Patrick & Mata, 2011) belirtilmişse de çalışmamızda karar ve eylemlerini belirlerken bir veya daha çoğu arasından belli birini veya birkaçını tercih edebilme bakımından diyet uygulayan ve diyet uygulamayan katılımcılar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmamıştır ($\chi^2=694$, sd=1, p=0,405;>0,05).

Müdahaleler sonucu özerklikte meydana gelen değişiklikleri araştıran Nuffield Council (2007) ve Griffiths-West (2015) çalışmalarında; hiçbir müdahale yapılmadan yalnızca izlemenin özerkliğe etkisine 0 puan verilmişken insanları korumak için seçenekleri daraltarak yapılan “kısıtlamanın” özerkliğe etkisi -3 puan olmuştur. (Örneğin, sağlıksız gıdaları raflardan toplatmak). Bireylerde davranış değişikliği oluşturacak seçenekler sunma yoluyla yapılan “etkinleştirmenin” ise özerkliğe etkisi +4 puan olmuştur (Haynes, Hughes & Reidlinger, 2017). [*Örneğin, bisiklet yolları yapmak, okul sütü projesi*].

Karar ve eylemlerini belirlerken bir veya daha çoğu arasından belli birini veya birkaçını tercih edebilme bakımından medeni durum ($\chi^2=12360$ sd=3 p=0,006;<0,05), BKİ (U=17993 Z=-5,173 p<0,001), eğitim düzeyi ($\chi^2=22724$ sd=7 p=0,002;<0,05) ve obezite derecesi ($\chi^2=10065$ sd=3 p=0,018;<0,05) değişkenlerine göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmuştur. Bu farklılık karar ve eylemlerini belirlerken bir veya daha çoğu arasından belli birini veya birkaçını tercih edebildiğini ifade eden katılımcılardan bekârlar, lisansüstü eğitim almış olanlar ve birinci derece obez hastalar lehine olmuştur.

Spor yapma ($\chi^2=332$ sd=1 p=0,565;>0,05), sosyal destek görme ($\chi^2=924$ sd=1 p=0,336;>0,05) ve kronik hastalık durumu ($\chi^2=3762$ sd=1 p=0,052;>0,05) değişkenlerine göre ise karar ve eylemlerini belirlerken bir veya daha çoğu arasından belli birini veya birkaçını tercih edebilme bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Vaka ve kontrol grupları arasında karar ve eylemlerini belirlerken bir veya daha çoğu arasından belli birini veya birkaçını tercih edebilme bakımından istatistiksel olarak kontrol grubu lehine anlamlı farklılık bulunmuştur ($\chi^2=22891$ sd=1 p<0,001). Çalışmamızdan elde ettiğimiz bu sonuç obezitenin özerk seçim yapabilme kapasitesini olumsuz etkilediğini düşündürmektedir.

Bireyin kendi YK'ne dair farkındalığı en iyi şekilde yine kendisi tarafından bilinmektedir (Schermer, 2002). Bu nedenle kişilerin kendi özerk seçimlerini yapmalarına izin vermenin, bireylerin kendi çıkarları için en doğru adım olacağı düşünülmektedir (Rodríguez-Prat, 2019; Enzo vd., 2019). Çalışmamızda karar ve eylemlerini belirlerken bir veya daha çoğu arasından belli birini veya birkaçını tercih edebildiğini bildiren ve karar ve eylemlerini belirlerken bir veya daha çoğu arasından belli birini veya birkaçını tercih edemediğini bildiren katılımcılar arasında OÖYKÖ skoru bakımından karar ve eylemlerini belirlerken bir veya daha çoğu arasından belli birini veya birkaçını tercih edebildiğini bildiren katılımcılar lehine anlamlı farklılık

bulunmuştur (U=15122,5 Z=-6,773 p<0,001). Özerk seçim yapabilme kapasitesinin YK'ni olumlu etkilediği ifade edilebilir.

5.3.5. Özgür ve bağımsız olmayı önemseme

Ülkemizde çocukluk döneminden yetişkinliğin önemli bir bölümüne kadar kişinin kendi başına yapabileceği davranışları onların adına başkasının yapması bir gelenek halinde devam etmektedir. Bu durumun bireylerin bağımsızlığını, özgürlüğünü ve özerkliğini aşırı korumacı tutumlar nedeniyle kısıtladığı kabul edilmektedir (Özdemir-Çok, 2011). Çalışmamızda özgür ve bağımsız olmayı önemseyeni bildiren ve özgür ve bağımsız olmayı önemsemediğini bildiren katılımcılar arasında yaş değişkeni bakımından özgür ve bağımsız olmayı önemseyeni bildiren katılımcılar lehine istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (U=13046 Z=-2,043 p=0,041). Bu sonuç, Özdemir-Çok'un çalışması ile paralellik göstermektedir.

Yüksek eğitim düzeyine sahip hastaların, düşük eğitim düzeyine sahip hastalardan özgür ve bağımsız olmayı daha çok önemseyeni belirtilmektedir (Fortune, vd., 2016). Çalışmamızda ise özgür ve bağımsız olmayı önemseme ile eğitim düzeyi arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmamıştır ($\chi^2=10004$ sd=7 p=0,183;>0,05).

Müdahaleler sonucu özerklikte meydana gelen değişiklikleri araştıran Nuffield Council (2007) ve Griffiths-West (2015) çalışmalarında; hiçbir müdahale yapılmadan yalnızca izlemenin özerkliğe etkisine 0 puan verilmişken seçimi tamamen ortadan kaldırarak yapılan "elemenin" özerkliğe etkisi -4 puan olmuştur (Haynes, Hughes & Reidlinger, 2017). [Örneğin, bulaşıcı hastalıklarda zorunlu izolasyon].

Özgür ve bağımsız olmayı önemseyeni belirten katılımcılar ile özgür ve bağımsız olmayı önemsemediğini belirten katılımcılar arasında yaş (U=13046 Z=-2,043 p=0,041), çocuk sayısı ($\chi^2=13414$ sd=5 p=0,020;<0,05), çalışmanın yapıldığı kurum ($\chi^2=9361$ sd=3 p=0,025;<0,05) ve daha önce diyet uygulama ($\chi^2=9359$ sd=1 p=0,002;<0,05) değişkenlerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Bu farklılık, özgür ve bağımsız olmayı önemseyeni belirten katılımcılardan çocuk sahibi olmayanlar, EYEDH kurumundan

çalışmaya katılanlar ve daha önce diyet uygulayan katılımcılar lehine olmuştur.

Cinsiyet ($\chi^2=881$ sd=6 p=0,348;>0,05), vücut ağırlığı (U=14883 Z=-0,700 p=0,484), BKİ (U=14078 Z=-1,288 p=0,198), kilo sorunu yaşanan yıl (U=3658,5 Z=-1,212 p=0,226) ve aylık gelir ($\chi^2=3089$ sd=3 p=0,378;>0,05) değişkenlerine göre istatistiksel açıdan özgür ve bağımsız olmayı önemseme bakımından anlamlı farklılık bulunmamıştır.

YK ölçümlerinin, obez hastanın tedavisi sırasında bağımsızlıklarının gelişmesini sağlayarak özerkliklerini destekleyen pek çok faktörle yakından ilişkili olduğu belirtilmektedir (Çıray Gündüzoğlu, 2008). Çalışmamızda özgür ve bağımsız olmayı önemsemediğini bildiren ve özgür ve bağımsız olmayı önemsemediğini bildiren katılımcılar arasında OÖYKÖ skoru bakımından özgür ve bağımsız olmayı önemsemediğini bildiren katılımcılar lehine istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (U=9370,5 Z=-4,730 p<0,001). Çalışma bulgularımız, Çıray Gündüzoğlu'nun çalışması ile uyumlu bulunmuştur.

Obezitenin, kendi yaşamının yönetiminden sorumlu olma konusunda yoksunluk yaşayan, özgür ve bağımsız olma hususunda zorlanan kişilerde daha fazla (Lutz, 2019) görüldüğü belirtilmesine rağmen çalışmamızın vaka ve kontrol grupları arasında özgür ve bağımsız olmayı önemseme bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($\chi^2=358$, sd=1, p=0,550;>0,05).

5.3.6. Görüş ve düşüncelerini rahatlıkla açıklayabilme

Toplumunu oluşturan bireylerin çıkarlarından ya da diğer önemli etik değerlerden ayrı tutulamayan (Newdick, 2017) özerklik ile bireyselleşme iç içe geçmiş iki kavramdır (Tekpınar, 2018).

Obez hasta, özerk bir birey olduğunda tedaviye etkin biçimde katılmakta; duygu, görüş ve düşüncelerini rahatlıkla açıklayabilmekte, sağlık profesyoneline güvensizlik duymamakta ve korku yaşamamaktadır.

Sağlık profesyoneli ve obez hasta, alternatif tedavi seçeneklerini tartışabilmekte, eleştiri, sorgulama ve değerlendirme özgürlüklerinin

bulduğunun farkında olarak tedavi seçimi yapmaktadırlar (Merry, 2012; Farrell, 2011). Bu bağlamda sağlık profesyoneli ile hasta iletişimi, yüksek kaliteli bakımın merkezi bir bileşenidir.

Araştırmalar, kaliteli iletişimin daha yüksek hasta memnuniyeti ve bağlılık ile ilişkili olduğunu ve yanlış tedavi uygulamalarının olasılığını düşürdüğünü göstermektedir (Michie, Miles & Weinman, 2003; Pollak, Alexander, Tulsy, Lyna, Coffman, Dolor, vd., 2011).

Alanyazınında kişinin sağlık durumu, kendi yaşamı üzerindeki kontrol yeteneği ve düşüncelerini ifade edebilmesi arasında önemli bir ilişki bulunduğu belirtilmişse de (Devisch, 2018; Lee, vd., 2019) çalışmamızda görüş ve düşüncelerini rahatlıkla açıklayabildiğini bildiren katılımcılar ile görüş ve düşüncelerini rahatlıkla açıklayamadığını bildiren katılımcılar arasında kronik hastalık durumu bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($\chi^2=1697$ sd=1 p=0,193;>0,05)

Görüş ve düşüncelerini rahatlıkla açıklayabilme bakımından BKİ (U=39428,5 Z=-3,210 p=0,001), çalışmanın yapıldığı kurum ($\chi^2=11289$ sd=3 p=0,010;<0,05), çocuk sayısı ($\chi^2=15856$ sd=5 p=0,007;<0,05), eğitim düzeyi ($\chi^2=33740$ sd=7 p<0,001), aylık gelir ($\chi^2=15638$ sd=3 p=0,001;<0,05), obezite derecesi ($\chi^2=34301$ sd=3 p<0,001) ve daha önce diyet uygulama ($\chi^2=15836$ sd=1 p<0,001) değişkenlerine göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmuştur. Bu farklılık, görüş ve düşüncelerini rahatlıkla açıklayabildiğini belirten katılımcılardan ESOGÜ kurumundan çalışmaya katılanlar, dört çocuğu bulunanlar, lisansüstü eğitim almış olanlar, yönetici olarak çalışanlar, 4301₺ ve üzerinde aylık gelire sahip olanlar, birinci derece obez hastalar ve daha önce diyet uygulamayanlar lehine olmuştur.

Yaş (U=43343,5 Z=-1,549 p=0,121), cinsiyet ($\chi^2=1$ sd=6 p=0,978;>0,05), medeni durum ($\chi^2=7662$ sd=3 p=0,054;>0,05), kilo sorunu yaşanan yıl (U=11993 Z=-0,990 p=0,322), spor yapma ($\chi^2=614$ sd=1 p=0,443;>0,05) ve sosyal destek görme ($\chi^2=1414$ sd=1 p=0,234;>0,05) değişkenlerine göre ise görüş ve düşüncelerini rahatlıkla açıklayabilme bakımından anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Alanyazınında görüş ve düşünceleri rahatlıkla açıklayabilen bireyin özerk olduğu belirtilmiştir (Devisch, 2011; Merry, 2012; Devisch, vd., 2015). Vaka ve kontrol grupları arasında görüş ve düşüncelerini rahatlıkla açıklayabilme bakımından kontrol grubu lehine istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($\chi^2=5492$ $sd=1$ $p=0,019$; $<0,05$). Obezitenin, hastanın görüş ve düşünceleri rahatlıkla açıklayabilmesini etkileyerek düşünce özerkliğini zedelediği söylenebilir.

Görüş ve düşüncelerini rahatlıkla açıklayabildiğini bildiren ve görüş ve düşüncelerini rahatlıkla açıklayamadığını bildiren katılımcılar arasında OÖYKÖ skoru açısından görüş ve düşüncelerini rahatlıkla açıklayabildiğini bildiren katılımcılar lehine istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($U=35740$ $Z=-4,777$ $p<0,001$). Görüş ve düşüncelerini rahatlıkla açıklayabilmenin, YK üzerinde olumlu etkisinin bulunduğu ifade edilebilir.

5.3.7. Karar ve eylemlerinde kendini özgür hissedebilme

Özerklik ve ÖSİ'nin, kişinin karar ve eylemlerinde kendini özgür hissetmesini sağlayarak kişi güvenliğini koruyan anayasal temel haktan kaynaklandığı belirtilmektedir (Demir, 2010).

Kanlayanee ve arkadaşları, kişinin karar ve eylemlerinde kendini özgür hissedebilmesi ile BKİ arasındaki ilişkinin yetersiz olduğunu ve kapsamlı çalışmalar ile bu ilişkinin ortaya konulması gerektiğini belirtmektedirler (Kanlayanee, vd., 2017). Karar ve eylemlerinde kendini özgür hissettiğini ifade eden katılımcılar ile karar ve eylemlerinde kendini özgür hissetmediğini ifade eden katılımcılar arasında BKİ bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($U=42739$ $Z=-1,877$ $p=0,061$).

Obezite yönetiminde fiziksel aktivitenin gerekliliği ortadayken obez hastalarda fiziksel aktivitenin başlatılması ve devamlılığı için içsel motivasyonun önemi üzerinde durulmaktadır. Obez hastaların severek yapabileceği, hastaların kendilerini yetkin hissedebilecekleri, özerklik duygularına olumlu katkıda bulunabilecek fiziksel aktivitelere katılmalarının desteklenmesi gerektiği belirtilmektedir (Silva, vd., 2008). Çalışmamızda ise karar ve eylemlerinde kendini özgür hissedebildiğini bildiren ve karar ve

eylemlerinde kendini özgür hissedemediğini bildiren katılımcılar arasında spor yapma bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($\chi^2=126$ sd=1 $p=0,723;>0,05$).

Silva ve arkadaşlarının kadın obez hastalarda fiziksel aktivite ve algılanan özerklik arasındaki ilişkiyi değerlendirdiği çalışmanın bir yıllık sonucunda katılımcıların algılanan özerklikleri yükselmiş, 2 yıllık sonucunda fiziksel aktivite konusunda gelişim gösterilirken özerklik düzeyleri yükselmeye devam etmiş ve 3 yıllık sonucunda katılımcıların vücut ağırlıkları üzerinde önemli kayıplar gözlenmiştir (Silva, Markland, Carraça, Vieira, Coutinho, Minderico, vd., 2011).

Fiziksel olarak aktif bir yaşam biçimi benimsemek için özerk motivasyonun önemini ortaya koyan Koponen ve arkadaşları, sağlık profesyonelinin sağladığı özerklik desteği ile fiziksel aktivite arasında üzerinde durulması gereken bir bağlantı bulunduğunu belirtmektedirler (Koponen, Simonsen & Suominen, 2017).

Kanlayane ve arkadaşlarının çalışmasının vaka ve kontrol gruplarında fiziksel aktivite yapmanın özerklik motivasyonu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$), (Kanlayane, vd., 2017).

Karar ve eylemlerinde kendini özgür hissetme bakımından çalışmanın yapıldığı kurum ($\chi^2=9003$ sd=3 $p=0,029;<0,05$), medeni durum ($\chi^2=7819$ sd=3 $p=0,0499;<0,05$), obezite derecesi ($\chi^2=42184$ sd=3 $p<0,001$) ve daha önce diyet uygulama ($\chi^2=8374$ sd=1 $p=0,004;<0,05$) değişkenlerine göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmuştur. Bu farklılık karar ve eylemlerinde kendini özgür hisseden katılımcılardan EYEDH kurumundan çalışmaya katılanlar, bekârlar, birinci derece obez hastalar ve daha önce diyet uygulayan katılımcılar lehine bulunmuştur.

Yaş ($U=45326$ $Z=-0,781$ $p=0,435$), cinsiyet ($\chi^2=210$ sd=6 $p=0,647;>0,05$), aylık gelir ($\chi^2=6384$ sd=3 $p=0,094;>0,05$), kilo sorunu yaşanan yıl ($U=11929,5$ $Z=-0,534$ $p=0,594$), sosyal destek görme ($\chi^2=455$ sd=1 $p=0,500;>0,05$) ve kronik hastalık durumu ($\chi^2=1466$ sd=1 $p=0,226;>0,05$) değişkenlerine göre karar ve

eylemlerinde kendini özgür hissetme bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Vaka ve kontrol grupları arasında karar ve eylemlerinde kendini özgür hissedebilme bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($\chi^2=1471$ sd=1 p=0,225;>0,05). Genel kanının aksine obez hastaların karar ve eylemlerinde kendilerini özgür hissedebilmeleri bakımından obez olmayan bireylerle farklılaşmaması obezitenin, hastanın kendisini özgür hissetmesini etkilemediğinin bir göstergesi olarak kabul edilebilir.

Karar ve eylemlerinde kendini özgür hissettiğini ifade eden ve karar ve eylemlerinde kendini özgür hissetmediğini ifade eden katılımcılar arasında OÖYKÖ skoru bakımından karar ve eylemlerinde kendini özgür hissettiğini ifade eden katılımcılar lehine istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (U=38068,5 Z=-3,856 p<0,001). Karar ve eylemlerinde kendini özgür hissetmenin YK'ni olumlu etkilediği ifade edilebilir.

5.3.8. Karar ve eylemlerinde kendi belirlediği hedef ve amaçlara ulaşmaya odaklanma

Bireyin, karar ve eylemlerinde kendi belirlediği hedef ve amaçlara ulaşmaya odaklanması karar ve yürütme özerklikleri ile ilgilidir. Karar özerkliğinin aksine, yürütme özerkliğindeki hafif bozulmaların klinik olarak daha önemli olabileceği belirtilmektedir (Naik, vd., 2009).

Özerklik; kendine güvenme, yani kişinin kendi ihtiyaçlarını sağlama kapasitesi, kişisel tercih ve isteklerini ifade etme kapasitesi; dürtülerini, kendi kararlarını ve seçimlerini gerçekleştirme yetisi, karar ve eylemlerinde kendi belirlediği hedef ve amaçlara ulaşmaya odaklanmadır (Bieskova, 2018).

Obez hastalar, özerk seçimlerini sağlıklı şekilde yapma konusunda mücadele ediyorlarsa, sağlık profesyoneli; alternatifler konusunda hastayı bilgilendirerek hastanın cezbedici sağlıksız seçeneklere karşı koymasına destek olabilmektedir (Devisch, 2012).

Obezite, hastaların kasıtlı olarak kilo almaya çalışması sonucu değil obezojenik çevreye hastaların karşı koyamamasından kaynaklanmaktadır.

Obezitenin çevre, obez hastaları güçlü bir şekilde etkilerken obez olmayan bireylerin bu çevreyi düzeltmeyi gerekli bulmadıkları belirtilmektedir (Plak, 2013).

Thaler-Sunstein, *'The Nudge'* (Dürtme) isimli kitaplarında davranışsal olma fikrini, paternalizmden sakınarak daha sağlıklı davranışların nasıl özendirilebileceğine dair teşvikin yaratılması olarak başlatmışlardır. Dürtme: *"Herhangi bir seçeneği yasaklamadan veya ekonomik teşviklerini önemli ölçüde değiştirmeden insanların davranışlarını öngörülebilir bir şekilde değiştiren seçim mimarisinin herhangi bir yönü"* (Thaler-Sunstein, 2017) olarak tanımlanmaktadır.

Obezite ile mücadele kapsamında sağlıksız besinlere yönelik olarak uygulanan verginin artırılması ve sağlıklı besinlere tamamlayıcı sübvansiyonların uygulanması, özerklik konusunda belirli maddeleri yasaklamaktan daha küçük bir kısıtlama getirmektedir (Azevedo-Vartanian, 2015). Dürtme, özerk kararlar alınsa dahi "dışarıdan gelen etkinin" farkındadır ve obez hastayı daha sağlıklı bir seçime teşvik etmek için fırsatlar aramaktadır (Devisch, 2012).

Devisch'e göre dürtme, obez hastanın yaşam biçimine yönelik paternalistik müdahaleleri örtülü olarak destekleyebilmektedir (Devisch, 2012). Günümüzde pek çok halk sağlığı programı, dürtme teorisini etik tavizler vermeden benimserken (Soled, 2018; Marteau, Ogilvie, Roland, Suhrcke & Kelly, 2011) özerk olmayan bireylere paternalistik muameleler yerine dürtmelerin uygulanmasının etik yönden doğru bir uygulama olacağı belirtilmektedir (Snowdon, 2018).

Powers ve arkadaşlarının çalışmasında ağırlık kaybı ile özerklik koşutluğu ortaya konulmuştur (Powers, Koestner & Gorin, 2008). Ailede gerçekleşen sağlık sorunları ve önemli olaylar hakkında karar verebilme oranının vücut ağırlığı ile ilişkili olabileceği belirtilmektedir (Mitra, 2013). Çalışmamızda ise karar ve eylemlerinde kendi belirlediği hedef ve amaçlara ulaşmaya odaklandığını bildiren katılımcılar ile karar ve eylemlerinde kendi belirlediği hedef ve amaçlara ulaşmaya odaklanmadığını bildiren katılımcılar

arasında vücut ağırlığı bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (U=19789,5 Z=-0,883 p=0,377).

Çalışmamızda ise karar ve eylemlerinde kendi belirlediği hedef ve amaçlara ulaşmaya odaklandığını bildiren katılımcılar ile karar ve eylemlerinde kendi belirlediği hedef ve amaçlara ulaşmaya odaklanmadığını bildiren katılımcılar arasında yaş bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (U=18788 Z=-1,516 p=0,129>0,05).

Karar ve eylemlerinde kendi belirlediği hedef ve amaçlara ulaşmaya odaklanma bakımından çocuk sayısı ($\chi^2=11394$ sd=5 p=0,044;<0,05) değişkenine göre çocuk sahibi olmayan katılımcılar lehine istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmuştur.

Cinsiyet ($\chi^2=689$ sd=6 p=0,606;>0,05), medeni durum ($\chi^2=3279$ sd=3 p=0,350;>0,05), eğitim düzeyi ($\chi^2=8914$ sd=7 p=0,246;>0,05), aylık gelir ($\chi^2=4868$ sd=3 p=0,182;>0,05), BKİ (U=19166,5 Z=-1,276 p=0,202), obezite derecesi ($\chi^2=7167$ sd=3 p=0,062;>0,05), kilo sorunu yaşanan yıl (U=5671,5 Z=-0,329 p=0,742), diyet uygulama ($\chi^2=1807$ sd=1 p=0,179;>0,05), spor yapma ($\chi^2=773$ sd=1 p=0,379;>0,05), sosyal destek görme ($\chi^2=822$ sd=1 p=0,365;>0,05) ve kronik hastalık durumu ($\chi^2=3169$ sd=1 p=0,075;>0,05) değişkenlerine göre ise karar ve eylemlerinde kendi belirlediği hedef ve amaçlara ulaşmaya odaklanma bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmemiştir.

Vaka ve kontrol grupları arasında karar ve eylemlerinde kendi belirlediği hedef ve amaçlara ulaşmaya odaklanma bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($\chi^2=1069$ sd=1 p=0,301;>0,05). Obez hastaların karar ve eylemlerinde kendi belirlediği hedef ve amaçlara ulaşmaya odaklanmaları bakımından obez olmayan bireylerle farklılaşmaması obezitenin özerkliği zedelediğinin bir göstergesi olarak kabul edilebilir.

Karar ve eylemlerinde kendi belirlediği hedef ve amaçlara ulaşmaya odaklandığını bildiren katılımcılar ile karar ve eylemlerinde kendi belirlediği hedef ve amaçlara ulaşmaya odaklanmadığını bildiren katılımcılar arasında OÖYKÖ skoru bakımından karar ve eylemlerinde kendi belirlediği hedef ve

amaçlara ulaşmaya odaklandığını bildiren katılımcılar lehine istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($U=13188$ $Z=-5,056$ $p<0,001$). Karar ve eylem özerkliğinin YK'ni olumlu etkilediği ifade edilebilir.

5.3.9. Kendi belirlediği hedef ve amaçlara ulaşmak için çaba harcadığında diğer bireylerin haklarını da göz önünde bulundurup saygı gösterme

Kişinin kendini özerk olarak ifade etmesi, özerklik için yeterli görülmeyle özerkliğin başkalarının da tanınması gerektiği ifade edilmiştir (Çörekçioğlu, 2016).

Hastalarına empati yapan ve hastalarını dinleyen sağlık profesyonelleri, hastaların özerkliklerine saygı duymakta ve özerkliklerini desteklemektedirler (Pollak, Alexander, Tulskey, Lyna, Coffman, Dolor, vd., 2011).

Hastaların tedavi aldıkları sağlık kuruluşlarında özerkliklerine saygı duyulması; hastaların özerklik duyguları ve hedef sağlık davranışlarını gerçekleştirmeleri ile ilişkili olduğu gösterilmektedir (Association for Psychological Science, 2012).

ÖSİ, genellikle hastaların hangi sağlık hizmetlerini alacakları veya almayacakları konusunda kendi kararlarını almalarına olanak tanımakla ilişkilendirilmektedir (Entwistle vd., 2010).

Küresel çapta hem kronik hastalık yönetimi hem de sağlığın teşviki ve geliştirilmesini etkileyen pek çok kamu program ve politikasında ÖSİ desteklenmektedir (Jonas, 2010; Enzo vd., 2019).

Özerkliğe saygı terimindeki “saygı”, müdahalede bulunmama veya yaptırmama gibi olumsuz görevlerin yanı sıra, bir hastanın özerkliğini geliştirmek ve teşvik etmek için olumlu görevler getirme eğilimindedir. Bu eğilim aynı zamanda, hastanın kendi kendini yönetmesinin obezite gibi kronik hastalıkların başarılı bir şekilde kontrol edilmesi ve hastanın YK'nin iyileştirilmesi için elzem olduğu gerçeğine odaklanmaktan da kaynaklanmaktadır (Enzo vd., 2019).

İlişkisel özerklik kavramını açıkça temel bir bileşen olarak benimsemenin, hasta merkezli bakımı daha tutarlı hale getireceği (Deveci, 2019, s.400-401), hastayı güçlendireceği ve sağlık profesyonelinin ÖSİ'ni daha iyi kullanmalarına yardımcı olabileceği savunulmaktadır (Ells, Hunt & Chambers-Evans, 2011).

ÖSİ'nin teleolojik veya sonuç olarak ortaya çıkan bir ilke olarak anlaşıldığı takdirde özerkliğe saygı duyulması bile paternalist müdahaleye yol açabilir. Bazı durumlarda sağlık profesyonelinin, gelecekteki özerkliğini teşvik etmek için hastanın mevcut özerkliğini kısıtlaması gerekebileceği belirtilmiştir. Örneğin, kendini ihmal eden, öz bakım yapmayan, yemek yemeyen veya sağlıklı beslenmeyen, temizlenmeyen, ilaçlarını almayan ve tedavide isteksiz davranan bir hasta için özerkliğin belli süre kısıtlanabileceği bildirilmiştir.

Belmont Raporu'nda belirtilen “insana saygı” ile ÖSİ arasında anlamlı bir fark bulunmaktadır. Belmont Raporunda, insanlara saygı ilkesi iki ayrı ahlaki gereksinime ayrılmıştır. Bunlardan biri “özerkliği onaylamak” ve diğeri “özerkliği azalan bireyleri korumak” şartıdır (Enzo vd., 2019).

Obezite, kişilerin çoğunlukla özerklik boşluğu yaşamaları sonucu ortaya çıkmaktadır (Plak, 2013). Özerklik boşluğu; bireylerin zorlu dış koşullar (obezojenik çevre) nedeniyle hedeflerine ulaşmalarını imkânsız buldukları durumlara denmektedir. Eğer hasta, obez olmak ve bu aşırı kiloları ile mutlu bir şekilde yaşamını sürdürmek istiyorsa sağlık profesyoneli ya da hükümetin halk sağlığına yönelik politikaları, obez hastaları yalnızca obezitenin ortaya çıkarabileceği sağlık riskleri hakkında bilgilendirebilir. Alanyazınında sağlık profesyoneli ya da hükümetin obez hastaların özerkliklerini zedeleyebilecek müdahalelerde bulunmaması gerektiği belirtilmiştir (Anderson, 2008; Merry, 2012; Plak, 2013).

Kendini olduğu gibi kabul ederek kendine saygı duyan bireyin kendini gerçekleştirme düzeyi yüksektir. Kendini gerçekleştirme düzeyi arttıkça kişi sosyal destek görmekte bu durum da özerklik düzeyinin yükselmesini sağlamaktadır (Öksüz, 2001). İlişkisel özerkliği tanımlayan güçlü ve zayıf

sosyal bağlar ile bu sosyal bağlara dayanan davranış değişiklikleri arasında ilişki bulunmaktadır (Mulvaney-Day, 2009).

İlişkisel özerklik anlayışları, bireylerin özerkliği için sosyal ilişkilerin hem olumlu hem de olumsuz etkilerini açıklamaya çalışmaktadır (Entwistle vd., 2010). Sosyal destek alınarak başkaları ile iyi ilişkiler kurmanın ilişkisel özerkliği geliştirdiği (Özdemir-Çok, 2011) belirtilmektedir.

Obez hasta ile aynı ortamı paylaşan kişilerin hastaya yönelik sosyal destekleri, obez hastanın özerkliğine saygı duymalarını sağlamaktadır (Powers, Koestner & Gorin, 2008). Kendi yaşam biçimi değişikliklerini yapmaları konusunda motive edilen obez hastalar, ağırlık kaybı sürecinde özerklikleri desteklendiği için kendilerini daha memnun hissetmekte ve gerçek anlamda kendileri için karar verebileceklerine inanmalarına neden olmaktadır. Bu durum, obez hastaların ağırlık kaybı süreçlerini kolaylaştırmaktadır (Pollak, Alexander, Tulsy, Lyna, Coffman, Dolor, vd., 2011).

Sosyal desteğin, toplum katılımına dönüşmesi, desteğin boyutunu genişletebilmektedir. Müdahaleler sonucu özerklikte meydana gelen değişiklikleri araştıran Nuffield Council (2007) ve Griffiths-West (2015) çalışmalarında; hiçbir müdahale yapılmadan yalnızca izlemenin özerkliğe etkisine 0 puan verilmişken olgunun toplum genelinde tartışılması ile ortaya çıkan sonucun uygulamaya konulması yoluyla yapılan “toplum katılımının” özerkliğe etkisi +5 puan olmuştur (Haynes, Hughes & Reidlinger, 2017). *[Örneğin, alkol satışlarının yerel olarak yasaklanması].*

Powers ve arkadaşlarının çalışmasına katılan obez hastalar, kilo verme konusunda özerkliklerine zarar vermeden aile üyeleri ve arkadaşları tarafından desteklendiğinde daha fazla ağırlık kaybetmişlerdir (Powers, Koestner & Gorin, 2008). Alanyazını, ilişkisel özerklik ile sosyal destek arasında güçlü bir ilişkinin bulunduğunu ortaya koymaktadır (Matos, Bernardes & Goubert, 2015; Enzo vd., 2019). Maia ve White'nin Sağlık Bakım İklim Anketi (HCCQ) kullanarak özerklik desteğini değerlendirdikleri

çalışmalarında, özerklik desteği ile sosyal destek arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$), (Maia-White, 2014).

Lee ve arkadaşlarının çalışması; kişinin ailesinden ve arkadaşlarından gördüğü özerklik desteğinin, aileden ve arkadaşlardan aldığı genel destekten daha önemli rol oynadığını göstermektedir (Lee, vd., 2019).

Gorin ve arkadaşları, özerklik ve sosyal desteğin kilo kaybı üzerindeki etkisini 201 katılımcı ve 201 partner (katılımcılarla aynı evi paylaşan kişi) üzerinde araştırmış, bir gruba bir gruba ($n=99$) direktif destek adı altında yalnızca beslenme eğitimi verilmişken diğer gruba ($n=102$) beslenme eğitiminin yanında, motivasyon desteği, güdüleyici ekipmanlar, porsiyon tanıtım kartları, besin replikaları, ölçek kapları, koşu bandı ve kendi değişimlerini izlemeleri için boy aynası verilmiştir. İlk grubun özerkliği zedelenmiş ve bir miktar ağırlık kaybı gözlenmişken ikinci grupta kilo kaybının yanında özerkliğin güçlendiği görülmüştür (Gorin, vd., 2014). Çalışmamızda ise kendi belirlediği hedef ve amaçlara ulaşmak için çaba harcadığında diğer bireylerin haklarını da göz önünde bulundurup saygı gösterme bakımından sosyal destek görme değişkenine göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmamıştır ($\chi^2=12$ $sd=1$ $p=0,914;>0,05$).

Kendi belirlediği hedef ve amaçlara ulaşmak için çaba harcadığında diğer bireylerin haklarını da göz önünde bulundurup onlara saygı gösterme; karar özerkliği olan hastaya, tıbbi bakımıyla ilgili neyin yapılacağına veya yapılmayacağına dair tam bir özerkliğin tanınmasını gerektirmektedir (Naik, vd., 2009; Ells, Hunt & Chambers-Evans, 2011).

Kendi belirlediği hedef ve amaçlara ulaşmak için çaba harcadığında diğer bireylerin haklarını da göz önünde bulundurup saygı gösterme bakımından eğitim düzeyi ($\chi^2=25177$ $sd=7$ $p=0,004;<0,05$) ve çalışmanın yapıldığı kurum ($\chi^2=8331$ $sd=3$ $p=0,040;<0,05$) değişkenlerine göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmuştur. Bu farklılık, kendi belirlediği hedef ve amaçlara ulaşmak için çaba harcadığında diğer bireylerin haklarını da göz önünde bulundurup saygı gösterdiğini bildiren katılımcılardan ESOGÜ kurumundan çalışmaya katılanlar lehinedir.

Yaş (U=10527,5 Z=-0,532 p=0,595), cinsiyet ($\chi^2=165$ sd=6 p=0,685;>0,05), medeni durum ($\chi^2=3345$ sd=3 p=0,352;>0,05), çocuk sayısı ($\chi^2=1424$ sd=5 p=0,931;>0,05), aylık gelir ($\chi^2=4673$ sd=3 p=0,197;>0,05), kilo sorunu yaşanan yıl (U=1636,5 Z=-0,263 p=0,792), BKİ (U=9016,5 Z=-1,849 p=0,064), obezite derecesi ($\chi^2=5174$ sd=3 p=0,180;>0,05), diyet uygulama ($\chi^2=3610$ sd=1 p=0,057;>0,05), spor yapma ($\chi^2=5$ sd=1 p=0,944;>0,05) ve kronik hastalık durumu ($\chi^2=143$ sd=1 p=0,705;>0,05) değişkenlerine göre kendi belirlediği hedef ve amaçlara ulaşmak için çaba harcadığında diğer bireylerin haklarını da göz önünde bulundurup saygı gösterme bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Vaka ve kontrol grupları arasında kendi belirlediği hedef ve amaçlara ulaşmak için çaba harcadığında diğer bireylerin haklarını da göz önünde bulundurup saygı gösterme bakımından vaka grubu lehine istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($\chi^2=5372$ sd=1 p=0,020;<0,05). Buradan yola çıkarak obez hastaların ÖSİ'ni benimsedikleri söylenebilir.

Hastanın kendi kendini yönetmesinin obezite gibi kronik hastalıkların başarılı bir şekilde kontrol edilmesinde hastanın YK'nin iyileştirilmesini sağlayacağı belirtilmektedir (Enzo vd., 2019). Çalışmamızda kendi belirlediği hedef ve amaçlara ulaşmak için çaba harcadığında diğer bireylerin haklarını da göz önünde bulundurup saygı gösterdiğini belirten katılımcılar ile kendi belirlediği hedef ve amaçlara ulaşmak için çaba harcadığında diğer bireylerin haklarını da göz önünde bulundurup saygı göstermediğini belirten katılımcılar arasında OÖYKÖ skoru bakımından kendi belirlediği hedef ve amaçlara ulaşmak için çaba harcadığında diğer bireylerin haklarını da göz önünde bulundurup saygı gösterdiğini belirten katılımcılar lehine istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (U=6976 Z=-3,628 p<0,001). ÖSİ'ni benimsemenin, YK'ni olumlu etkilediği ifade edilebilir.

5.3.10. Kendi bedeni ve sağlığıyla ilgili konularda sorumluluğu kendisi alma

Bireysel iradenin ahlaki gücünü maksimize ederek bireyin sorumluluk almasını amaçlayan (Newdick, 2017) özerklik, tarihsel süreçte hastanın kendi

bedeni ve sağlığı ilgili konularda kendi kararlarını alması anlamında “hasta özerkliği” kavramı ile sınırlıyken günümüzde sağlık profesyoneli veya diğer üçüncü kişilerin özerkliğini de içine alacak biçimde genişlemektedir (Keleş, 2013).

Çağdaş tıpta hasta eğitimi ve hasta özerkliği eşzamanlı olarak ortaya çıkmıştır (Reach, 2014). Hasta özerkliği ve ÖSİ, genellikle hastanın bilgilendirilmesi sayesinde pratiğe dökülmektedir (Nys, 2016). Yetersiz bilgi, doğruluk ve şeffaflık değerleri ile çeliştiği için etik olarak üzerinde durulması gereken bir konudur (Kasch, 2015).

Alanyazın; obezite artmaya devam ettikçe, tedavi yöntemlerinin de paralel olarak artacağını dolayısıyla obez hastalara yönelik eğitim ihtiyacının önemsenmesi gerektiğini göstermektedir (Devisch, 2011; Lowden-Crook, 2014). Obezite konusunda hastaların bilgilendirilmemesi doğruluk ve şeffaflık değerleriyle çelişmektedir. Bu da obez hastaların seçim özgürlüklerini (Thaler-Sunstein, 2017, s.324) ve özerkliklerini yaşama geçirmelerini engellemekte ve sağlık durumları üzerinde olumsuz sonuçlar yaratmaktadır (Have, vd., 2012).

Hastayı bilgilendirme, hastanın özerk seçimleri ile yakından ilgilidir. Hastanın kendi kaderini tayin etmesi, sağlık profesyoneli ile hasta arasındaki ilişkiyi karakterize etmektedir (Bieskova, 2018). Hasta bakımında ilişkişel özerklik anlayışına cevap vermeye çalışmak, sağlık profesyonelinin hastalarının özerkliğini geliştirmeleri için geniş bir yaklaşım yelpazesi sunmaktadır (Ells, Hunt & Chambers-Evans, 2011; Matos, Bernardes & Goubert, 2015; Enzo vd., 2019).

Obez hastalara uygulanacak tedavi öncesi hastanın rızasının alınmaması ve tedaviye yönelik alternatiflerin sunulmaması hastanın özerkliğini açık şekilde yaralamaktadır (Stevelos, 2017).

Her ne kadar Devisch’e göre özerk bireyin sağlığı ve yaşam biçimi hakkında rasyonel kararlar alması, gerçekçi görülmese de (Devisch, 2012) hasta özerkliğinin hastaların sağlık profesyoneli olmadan, kendi sağlığı ile ilgili karar verme hakkı olduğu ifade edilmektedir. Hasta özerkliği, sağlık

hizmeti sağlayıcılarının hastayı eğitmesine izin vermekte ancak sağlık hizmeti sağlayıcısının hasta adına karar almasına izin vermemektedir (Carolyn, 2018).

Hastanın kendi bedeni (kiloları) ve sağlık durumu (obezite) hakkında sorumluluğu aldığında; bu görevi sağlık profesyoneli ya da halk sağlığına yönelik politikaları nedeniyle hükümetin üstlenmeye çalışmaması gerektiği ifade edilmektedir (Devisch, 2013). Obezitenin önlenmesi konusunda sorumluluk ya bireylere ya da halk sağlığına yönelik politikaları nedeniyle hükümete yüklenmektedir. Sorumluluğu bireylere yükleyenler, obezitenin damgalayıcı yönünü güçlendirirken hükümeti sorumlu tutanlar obez hastaların özerkliğini zedelemektedir (Gilbert, 2016).

Herkesçe kabul edilen, hukuki açıdan destek bulan, kişinin kendi bedenine neler yapılabileceği üzerinde temellendirilen (Kadıoğlu, 2019, s.527) ÖSİ'nde; sağlık hakkı, yaşamın dokunulmazlığı ve insan onuru doğrultusunda kişinin kendi bedeni konusunda yalnız başına karar verici olması uygun görülmektedir. Tıbbi uygulamaların hedeflerinden biri de hastanın özerkliğini korumaktır.

Hastanın bedeni, tamir edilmesi gereken bir nesne değildir (Vatanoğlu Lutz, 2019, s.189). Özerk bireyler, kendi bedenleriyle ilgili saygınlıklarını ve mahremiyetini kendi kararlarına göre korumaktadırlar (Rodríguez-Prat, 2019). Hastaların, kendi bedenleri ve sağlıkları konusunda sorumluluk almalarını sağlamak, özerkliklerinin desteklenmesini sağlarken (Jonas, 2010) özerk olmayan bireylerin, kendi bedenlerinin ve sağlıklarının sorumluluğunu almadıkları (Doğan, 2016) ifade edilmektedir.

Tedavi sırasında kendi sağlığını yönetme sorumluluğunu üstlenen özerk hastanın klinik modeline dayanan (Lutz, 2019) obezite tedavisi alanında sağlık profesyoneli eğitildikçe hasta bilgilenecek bu yolla hasta özerkliği güçlendirebilecektir (Lowden-Crook, 2014).

ÖSİ, bireyin kendi bedensel bütünlüğü üzerinde karar verme hakkını ifade etmektedir (Emir, 2013). İdeal beden ve sağlık durumu, bir devlet kararı aracılığı ile değil; bireyin kendi değerler sistemi bağlamında analiz edilmesi sonucu ortaya çıkmaktadır (Fonseca, vd., 2017).

Hastaların kendi bedenlerinin ve sağlık durumlarının kontrolünü ellerinde tutma haklarını ifade eden (Bieskova, 2018) özerklik, bireyin kendi yaşamının direksiyonuna yine kendisinin geçmesidir. Bunu başarabilen birey, kendi yaşamının sorumluluğunu üstlenerek yaşamını ilgilendiren kararlarını kendisi almaktadır. Nerede, nasıl yaşayacağına ve hangi eylemleri gerçekleştireceğine kendisi karar vermektedir (Doğan, 2016).

Obezite tedavisine yönelik girişimler uygulanmadan önce hastanın sağlık profesyoneline bilgilendirilmesi gerektiği belirtilmektedir. Bunun etik ve yasal dayanağı, hastanın özerkliğine ve kendi yaşamını kontrol etme hakkına saygı duymaktan geçmektedir. Kişisel özerkliğin temel fikri, herkesin eylem ve kararlarının kendilerine ait olmasıdır. Bu nedenle, hasta kendi bedenine ve sağlığına ne olacağına karar verme hakkına sahiptir (Irish Hospice Foundation, 2013). Bu durum aynı zamanda obez bir hastanın kilo almayı sürdürme hakkı olduğu anlamına da gelmektedir (Wheeler, 2018).

Alanyazınında; obez hastaların özerklikleri desteklenerek (Nuffield Council on Bioethics, 2014; Devisch, 2018) davranış değişikliği tedavisine odaklanmanın obezite tedavisine katkı sağlayacağı belirtilmektedir (Mitra, 2013).

Müdahaleler sonucu özerklikte meydana gelen değişiklikleri araştıran Nuffield Council (2007) ve Griffiths-West (2015) çalışmalarında; hiçbir müdahale yapılmadan yalnızca izlemenin özerkliğe etkisine 0 puan verilmişken kamuoyuna doğru bilgi sağlama ve eğitme yoluyla yapılan “bilgi vermenin” özerkliğe etkisi +1 puan olmuştur (Haynes, Hughes & Reidlinger, 2017). [*Örneğin, sağlıklı beslenme eğitimi verilmesi*].

Silva ve arkadaşları; obez hastaların, diyet uygulama ve spor yapma davranışlarını dışardan gelen değişim taleplerine yönelik olarak değil kendi sorumluluklarını alarak davranış değişikliği oluşturdıklarında başarılı sonuçlar elde edildiğini belirtmektedir (Silva, vd., 2008). Çalışmamızda kendi bedeni ve sağlığıyla ilgili konularda sorumluluğu kendisi alma bakımından diyet uygulama ($\chi^2=5387$ $sd=1$ $p=0,020$; $<0,05$) değişkenine göre diyet uygulamayan katılımcılar lehine istatistiksel olarak anlamlı farklılık

bulunmuşken spor yapma ($\chi^2=266$ sd=1 p=0,606;>0,05) değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Kendi bedeni ve sağlığıyla ilgili konularda sorumluluğu kendisi alma bakımından cinsiyet ($\chi^2=6537$ sd=6 p=0,011;<0,05), BKİ (U=21326 Z=-2,202 p=0,028), araştırmanın yapıldığı kurum ($\chi^2=15195$ sd=3 p=0,002;<0,05), eğitim düzeyi ($\chi^2=18479$ sd=7 p=0,013;<0,05), aylık gelir ($\chi^2=21853$ sd=3 p<0,001), obezite derecesi ($\chi^2=63385$ sd=3 p<0,001) ve daha önce diyet uygulama ($\chi^2=5387$ sd=1 p=0,020;<0,05) değişkenlerine göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmuştur. Bu farklılık, kendi bedeni ve sağlığıyla ilgili konularda sorumluluğu kendisi aldığını bildiren katılımcılardan erkekler, ESOĞÜ kurumundan çalışmaya katılanlar, lisansüstü eğitim almış olanlar, 4301 ₺ ve üzerinde aylık gelire sahip olanlar, birinci derece obez hastalar ve daha önce diyet uygulamayanlar lehine bulunmuştur.

Yaş (U=24006,5 Z=-0,647 p=0,518), medeni durum ($\chi^2=866$ sd=3 p=0,834;>0,05), çocuk sayısı ($\chi^2=1730$ sd=5 p=0,885;>0,05), kilo sorunu yaşanan yıl (U=5972 Z=-1,536 p=0,124) ve vücut ağırlığı (U=22699,5 Z=-1,405 p=0,160) ve sosyal destek görme ($\chi^2=1184$ sd=1 p=0,277;>0,05) değişkenlerine göre kendi bedeni ve sağlığıyla ilgili konularda sorumluluğu kendisi aldığını bildiren ve kendi bedeni ve sağlığıyla ilgili konularda sorumluluğu kendisi almadığını bildiren katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Hastanın kendi bedeni üzerinde karar verme hakkı (Silva, vd., 2008; Kurt-Tunca, 2016) olan özerklik yalnızca tedaviyi kabul etme veya reddetme hakkını değil, aynı zamanda bilinen risk ve sonuçları olan faaliyetlerde bulunma (Akgün, 2019, s.207) ve sorumluluk almaya da uzanmaktadır (Hand, Robinson, & Creel, 2013). Kendi bedeni ve sağlığıyla ilgili konularda sorumluluğu kendisi alan hastanın özerkliğinin destekleneceği (Wheeler, 2018) gibi YK de artacaktır (Stoljar, 2011). Çalışmamızda kendi bedeni ve sağlığıyla ilgili konularda sorumluluğu kendisi aldığını ifade eden katılımcılar ile kendi bedeni ve sağlığıyla ilgili konularda sorumluluğu kendisi almadığını ifade eden katılımcılar arasında OÖYKÖ skoru bakımından kendi bedeni ve

sağlığıyla ilgili konularda sorumluluğu kendisi aldığını ifade eden katılımcılar lehine istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (U=12101 Z=-7,558 p<0,001).

Vaka ve kontrol grupları arasında kendi bedeni ve sağlığıyla ilgili konularda sorumluluğu kendisi alma bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($\chi^2=1409$ sd=1 p=0,235;>0,05). Obez hastaların kendi bedenleri ve sağlık durumları ile ilgili konularda sorumluluğu kendilerinin almaları bakımından obez olmayan bireylerle farklılaşmaması obezitenin özerkliği zedelediğinin ve genel kanının aksine obezitede paternalistik yaklaşımın beklenmediğinin bir göstergesi olarak kabul edilebilir.

5.3.11. Kendi bedeni ve sağlığıyla ilgili konularda kendisine de seçim hakkı verilmesini isteme

Hastanın kendi bedeni ve sağlık tercihleri hakkında kendi inançlarını dayatmak veya bu inançların tedaviyi etkilemesine izin vermek yasal değildir (Hand, Robinson & Creel, 2013). Obez hastalar için tedavi seçiminin kısıtlanması özerkliklerini bozmaktadır (Craig-Finucane, 2018).

Kişinin, kendi bedeni için neyin en iyi olduğuna karar verme özerkliğine sahip olması, insanlık onurunun bir parçasıdır (Rodríguez-Prat, 2019). Seçme özgürlüğü aynı zamanda tedaviyi reddetme gibi “yanlış” seçimler yapmayı da içermektedir (Bieskova, 2018). Birey özerk seçimler yaparken kendi hedeflerini belirleyerek başkalarının seçim ve amaçlarından etkilenmediğinde özerk olacaktır (Stoljar, 2011).

Joseph Raz, kişinin kendi yaşamını kurabilecek iradi ya da mental kapasiteye sahip olmadığında, bu kişiye takınılacak paternalist tutumun haklı olduğunu savunmaktadır (Erdoğan, 2017).

Sağlıklı bir diyet seçme ve sürdürme kapasitesini belirleyen biyolojik sınırlar bulunduğu, bu biyolojik gerçeklerin, paternalizmi güçlendirdiği ifade edilmektedir (Skipper, 2012). Alanyazınında bazı durumlarda hasta özerkliğinin ikinci planda bırakılması gerektiği belirtilmektedir (Weaver-Clark, 2015; Skalko-Cherry, 2016). Obezite araştırmacıları, beslenme davranışlarının özerk bir şekilde düzenleme kapasitesinde belirli sınırlamalar

olduğunu göstermektedir (Skipper, 2012). Ancak özerkliğe getirilen kısıtlamaların; sosyal, kültürel ve ekonomik hakları risk altında tutması gibi pek çok olumsuz etkileri bulunmaktadır (Bieskova, 2018).

Özerkliğin kaybedilebileceği durumlarda çözüm daha fazla özerklik sağlamaktan geçmektedir (Tekpınar, 2018). Çağdaş tıp anlayışı, hasta özerkliğinin desteklemesini savunarak hastaların müdahaleler konusunda bilgilendirilmesi hatta alınacak tıbbi kararlara ortak edilmesini önermektedir (Taylan, 2009).

Özerk bireyler kendi bedenleri ve sağlık durumları ile ilgili hedeflerine uygun özerk seçim yapmaktadırlar (Silva, vd., 2008). Özerkliğe saygı, bireylerin evrensel olarak özgür ve eşit olduğu konusunda farkındalığın oluştuğunu göstermektedir (Priest, 2015). Özerklik hakkı, hastanın kendini savunma hakkı olarak görülmektedir (Krause-Boldt, 2018).

Özerklik yalnızca ‘hayır’ deme hakkı değil aynı zamanda hastanın tedavi ile ilgili kararlara dâhil olmasını sağlayan pozitif bir haktır. Mutlak bir hak olmayan özerklik, ancak başka bir kişiye zarar vereceği durumda sınırlandırılabilir (Irish Hospice Foundation, 2013; İlgili, 2017).

Karar verme sürecinde hastanın özerkliğine daha az önem verilmesi gerektiğini savunanlar, hastanın sağlık durumu ve hastalıklar konusunda yeterli bilgiye sahip olmadığı gerekçesiyle karar verici olmaması yönünde görüş bildirmektedir (Fortune, vd., 2016). Obez hastaların özerkliklerinin korunması ve geliştirilmesi için davranış değişikliği tedavileri (Soled, 2018) ile paylaşılmış karar verme (Devisch, vd., 2015) önerilmektedir.

Davranış değişikliği programlarının; obez hastaları özerk seçimlerinin sonuçlarından sorumlu tutmak, hasta tarafından yapılan özerk seçimlere saygı duyulmasını sağlamak, hastaların özerk karar vermelerini engelleyecek dış bir etki olmadığından emin olmak, eylemlerin amaçlı, bilinçli ve istekli olarak gerçekleşmesi için dikkatli ve tarafsız karar verilmesini sağlayacak şekilde tasarlanması gerektiği belirtilmektedir (Soled, 2018)

Hasta özerkliğini desteklemek ve karar vermede hasta katılımını artırmak için bir iletişim aracı olarak geliştirilen (Devisch, vd., 2015)

paylaşılmış karar verme, sağlık profesyoneli ile hastanın karar alma sürecinde eşit olduğunu varsaymaktadır (Devisch, vd., 2015).

Davranış değişikliği yapmak isteyen obez hastalar için pek çok engel bulunmaktadır. İnsanların kişisel davranışları ve özerk seçimleri, çevreleri tarafından şekillendirilmektedir. Bu çevreyi yerel otoriteler, ulusal hükümet, sanayi ve diğer faktörler oluşturmaktadır. Bu nedenle yalnızca eğitime, bilgiye ve kişisel seçime dayalı politikaların obezite prevalansının azaltmada başarılı olması muhtemel değildir (Nuffield Council on Bioethics, 2014).

“Yemek seçmek en kişisel seçimlerden biridir. Bu kişisel seçim alanına siyasi müdahaleyi haklı göstermeye çalışmak doğru değildir. Her insanın yaşam biçimi kendine özgüdür ve tamamen özgür bir toplumda bireyler, uzmanların yanlış bir seçim olarak düşünebileceklerini seçmekte özgür olmalıdır. Yaşam biçimi seçimlerini telaffuz etmek hükümetin veya gerçekten de sağlık görevlilerinin sorumluluğu değildir.” Anon (Nuffield Council on Bioethics, 2014).

Obeziteye yönelik halk sağlığı mesajları kanıtlara dayanmazsa ve pratik olmaktan uzaksa halk nezdinde güvenilirliği düşük olmaktadır. Bu, insanları genel olarak sağlık önerilerine güvenmeme ve sağlık profesyonellerine diyet ve egzersiz yapma durumları hakkında gerçeği söylememeye itebilmektedir (Murphy, 2016).

Lutz'un obezite yönetiminde özerkliği ele aldığı nitel çalışmasında sağlık profesyonellerinin, hasta ve yakınlarını özerk bulmadıklarına değinilmiştir (Lutz, 2019). Oysaki özerk birey, kendi bedeni ve sağlığına ilişkin tüm kararlara katılması için gereken nitelikleri barındıran kişidir (Ataç, 2010).

Tıbbi gerekçeler çerçevesinde, kendi bedenine yönelik tıbbi girişimlere karşı tüm kararları yine kişinin kendisinin alması en temel özgürlüklerinden birisidir (Kurt-Tunca, 2016). Kişi kendi bedeni ve bireysel yaşam planlarının izlenmesi için yarar sağlayan bir araç olan sağlığı (Karadeniz, 2019, s.320) ile ilgili konularda seçim hakkını kendisi üstlenmekteyse özerk bir birey olmaktadır (Kniess, 2014).

Sağlık kuruluşuna başvuran obez hasta, doğası gereği savunmasız bir konumdadır. Bu nedenle yapabileceği özerk seçimlerin pek çoğunun doğal olarak sınırlandırıldığı belirtilmektedir (Irish Hospice Foundation, 2013). Mevcut araştırmalar, günümüz sağlık profesyonellerinin paternalist davranmadığını ancak hastaların özerkliklerini de tam olarak desteklemediklerini ortaya koymaktadır (Fortune, vd., 2016).

Hastaların hekimlerine duydukları güven, karar verme sürecini büyük ölçüde etkilemektedir. Hekimlerine güvenleri düşük olan hastalar özerklik için daha yüksek bir istek gösterirken, hekimlerine güvenleri yüksek olan hastalar özerklik için daha az istek duymaktadırlar (Fortune, vd., 2016).

Tıbbi kararlar ile ilgilenmek, daha iyi bir YK ile sonuçlanabilir. Ancak daha fazla tıbbi bilgi ve uzmanlık gerektiren durumlarda çok fazla özerkliğe sahip olmak da kötü tedavi seçeneklerine ve sağlık sonuçlarına yol açabilmektedir. Ayrıca, bu özerklik isteği, bireylerin ihtiyaç duyulduğunda koruyucu bakım yapmayı başaramadıklarını, bunun da birey için olduğu kadar toplumun tamamında da önemli etkileri olduğunu göstermektedir (Fortune, vd., 2016).

Alanyazını, geleneksel biyoetik içinde yer alan özerklik kavramının; hastaların kendi bedenleri ve sağlık durumlarına dâhil olma konusunda yetersiz olduğunu göstermektedir (Williamson, 2014; Enzo vd., 2019).

Devletin; obez hastaların özerkliğine, vücut ağırlığına ve sağlık davranışlarına müdahale etmemesi önerilmektedir. Bu bağlamda, 'dürtme'ye dayanan politikaların işlevsellik yaklaşımı gibi etik teorilere saygılı, en uygun ve etkili teori olduğu varsayılmaktadır. Bu bağlamda obezite kontrol politikalarının; hastaların özerk seçimlerini koruyarak bireyleri daha sağlıklı kararlar almaya hafifçe teşvik ederek, devletin ve insanların çıkarlarının daha adil şekilde karşılanması gerektiği belirtilmektedir (Fonseca, vd., 2017).

Obezite tedavisinde karşılaşılan pek çok sorun, özerklik ve heteronominin kesiştiği noktada yer almaktadır. İyi bilgilendirilmiş ve özerk hastaların neden sağlıksız yaşam biçimi seçimleri yaptıkları tartışılmaktadır. İnsanlar istediklerini özerk biçimde seçmezlerse, bu sadece karakter veya

yetenek eksikliğinden değil, aynı zamanda mutlak özerkliğin imkânsız olmasından da kaynaklanmaktadır. Bu durumu Devisch: “*Özerk bireyler, dışardan etkilenerek çok yönden kirletilmektedir*” sözüyle özetlemektedir (Devisch, 2012).

Ahlaki bir özne konumunda olan hastanın kendi bedeni ve sağlığı ile ilgili konularda seçim yapma hakkı, uygulamalı tıp etiği ile ilintili tüm sahalarda önemslenmektedir (Baranzke, 2018, s.83-90). Özerk bireyler; kendi yaşam biçimleri, bedenleri ve sağlıkları ile ilgili konularda kendilerine de seçim hakkı verilmesini istemektedir (Azevedo-Vartanian, 2015).

Devisch ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada kendi bedeni ve sağlığıyla ilgili konularda kendisine de seçim hakkı verilmesini isteyen yani tedaviye katılma konusunda hekimi ile birlikte karar vermek isteyen hastaların bu istekleri ile özerklikleri arasında bir ilişki olduğu saptanmıştır (Devisch, vd., 2015).

Müdahaleler sonucu özerklikte meydana gelen değişiklikleri araştıran Nuffield Council (2007) ve Griffiths-West (2015) çalışmalarında; hiçbir müdahale yapılmadan yalnızca izlemenin özerkliğe etkisine 0 puan verilmişken varsayılan politikaların farklılaştırılması yoluyla yapılan “değişikliklerin” özerkliğe etkisi yine 0 puan olmuştur (Haynes, Hughes & Reidlinger, 2017). [Örneğin, garnitür olarak cips vermek yerine cipse alternatif sunmak].

Toplum karşısında pek çok açıdan erkek bedeni ile eşit görülmeyen kadın bedeni; din, siyaset, gelenek ve görenekler tarafından şekillendirilerek katı toplumsal cinsiyet kalıpları yaratılmaktadır. Toplumun bilinçaltında yaratılan bu kadın imgeleri, kadının kendi bedeni ve sağlık durumu hakkında yalnız başına karar verici olmasını engelleyerek (Karakaya-Cihan, 2017) özerkliğini zedelemekte, aynı zamanda bedenini şekillendirmek ve ağırlık kaybetmek için de sağlık kuruluşlarına başvuru yapmaktadır (Moore, 2010). Çalışmamızdaki cinsiyet grupları arasında kendi bedeni ve sağlığıyla ilgili konularda kendisine de seçim hakkı verilmesini isteme bakımından erkek katılımcılar lehine istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmuştur ($\chi^2=6537$

sd=6 p=0,011;<0,05). Alanyazını ile uyumlu değerlendirilen bu sonuç, kadının kendi bedeni ve sağlık durumu hakkında yalnız başına karar verici olmasının önüne geçildiğini gösterebilmektedir.

Hastaların yaşadıkları yerin, özerk seçim yapmalarını etkilediği (Gorin, vd., 2014) belirtilmesine karşın çalışmamızda kendi bedeni ve sağlığıyla ilgili konularda kendisine de seçim hakkı verilmesini isteme bakımından yerleşim birimlerine göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmamıştır ($\chi^2=6130$ sd=3 p=0,105;>0,05).

Özerk seçim sonucu başlayan diyet ve sporun yaşam biçimi haline daha kolay getirilebildiği ve bu sağlıklı seçimin obez hastanın yaşamında daha kalıcı olduğu belirtilmektedir (Roberts-Fowler, 2017). Çalışmamızda kendi bedeni ve sağlığıyla ilgili konularda kendisine de seçim hakkı verilmesini isteme bakımından diyet uygulama değişkenine göre kendi bedeni ve sağlığıyla ilgili konularda kendisine de seçim hakkı verilmesini istediğini belirten katılımcılar lehine istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmuşken ($\chi^2=13304$ sd=1 p<0,001) kendi bedeni ve sağlığıyla ilgili konularda kendisine de seçim hakkı verilmesini isteme bakımından spor yapma değişkenine göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmamıştır ($\chi^2=2190$ sd=1 p=0,139;>0,05).

Çalışmamızda kendi bedeni ve sağlığıyla ilgili konularda kendisine de seçim hakkı verilmesini isteme bakımından yaş (U=15194 Z=-3,142 p=0,002), çocuk sayısı ($\chi^2=33410$ sd=5 p<0,001), eğitim düzeyi ($\chi^2=23226$ sd=7 p=0,004;<0,05), sosyal destek görme ($\chi^2=16628$ sd=1 p<0,001) ve vücut ağırlığı (U=15983,5 Z=-2,628 p=0,009) değişkenlerine göre anlamlı farklılık bulunmaktadır. Bu farklılık, kendi bedeni ve sağlığıyla ilgili konularda kendisine de seçim hakkı verilmesini istediğini ifade eden katılımcılardan kadınlar, çocuğu olmayanlar, lisansüstü eğitim almış olanlar, 1800₺ ve altında aylık gelire sahip olanlar, birinci derece obez hastalar ve daha önce diyet uygulamayanlar lehine olmuştur.

Medeni durum ($\chi^2=4419$ sd=3 p=0,211;>0,05), aylık gelir ($\chi^2=5160$ sd=3 p=0,160;>0,05), kilo sorunu yaşanan yıl (U=3704 Z=-0,217 p=0,828), BKİ

($U=18633,5$ $Z=-0,905$ $p=0,365$), obezite derecesi ($\chi^2=4401$ $sd=3$ $p=0,196$; $>0,05$) ve kronik hastalık durumu ($\chi^2=298$ $sd=1$ $p=0,585$; $>0,05$) değişkenlerine göre kendi bedeni ve sağlığıyla ilgili konularda kendisine de seçim hakkı verilmesini isteme arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Vaka ve kontrol grupları arasında kendi bedeni ve sağlığıyla ilgili konularda kendisine de seçim hakkı verilmesini isteme bakımından vaka grubu lehine istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($\chi^2=4525$ $sd=1$ $p=0,033$; $<0,05$). Obez hastaların kendi bedenlerini ve sağlık durumlarını ilgilendiren konularda kendilerine seçim hakkı verilmesini istediklerini gösteren bu sonuç, obez hastaların istek özerkliğini benimsediklerini düşündürmektedir.

Kendi bedeni ve sağlığıyla ilgili konularda kendisine de seçim hakkı verilmesini istediğini belirten ve kendi bedeni ve sağlığıyla ilgili konularda kendisine de seçim hakkı verilmesini istemediğini belirten katılımcılar arasında OÖYKÖ skoru bakımından kendi bedeni ve sağlığıyla ilgili konularda kendisine de seçim hakkı verilmesini isteyen katılımcılar lehine istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmuştur ($U=16316,5$ $Z=-2,412$ $p=0,016$). İstek ve seçim özerkliklerinin YK'ni olumlu etkilediği ifade edilebilir.

5.3.12. Karar ve eylemlerinde başkalarının düşüncelerinden etkilenme

Bireyin bağımsızlığını, kendine güvenmesini ve bağımsız şekilde karar verme yeteneğini ifade eden (Naik, vd., 2009) özerklik, başkalarının düşüncelerinden etkilenmemek değildir (Sarı, 2007, s.152).

Dış etki olmaksızın kendi kararlarını kontrol edebilmek ve kişinin kendi sorumluluğunu üstlenmesi (Carolyn, 2018) bağlamında özerklik; mutlak ve sınırsız değildir. Belli durumlarda azalabilen hatta yok olabilen bir yapıya sahiptir (Yıldız, 2018).

Hastalıklar, hastanın kendisi hakkında karar almasını ve kararların uygulanmasını engelleyerek özerkliği zedeleyebilmektedir (Taylan, 2009). Reach'e göre: "*Birey her zaman bir miktar özerk olabilir, bazı bireyler her zaman özerk olabilir ancak herkes her zaman özerk olamaz*" (Reach, 2014).

Hastalığın özerkliği zedelemesi aşamasında modern tıbbın hastalığı tedavi edici veya rehabilite edici rolünün bulunması, zedelenen özerkliğin yeniden kazanılmasını desteklemektedir (Taylan, 2009). Özerk birey, karar ve eylemlerinde başkalarının düşüncelerinden etkilense de sosyal baskılara karşı dirençlidir. Kendisine dayatılanları, sorgulamadan ham olarak doğru kabul etmemekte; eleştirerek akıl süzgecinden geçirmekte, sorgulamakta ve kendi yaşam biçimine uygun şekilde uygulamaya koymaktadır (Devisch, 2011; Devisch, vd., 2015; Doğan, 2016).

Özerkliğinin diğer bireylere bağlı olduğunun bilincinde (Arslan, 2016) olan özerk birey, ait olduğu toplumla sürekli olarak çatışma içinde gibi görünse de bu doğru değildir. Özerk birey, yaşadığı çevreye efektif şekilde adapte olmaktadır. İçinde yaşadığı, ait olduğu sosyal ortamdan etkilenirken bir yandan da toplumu etkileyerek değişim yaşanmasını sağlamaktadır (Doğan, 2016).

Karar ve eylemlerinde başkalarının düşüncelerinden etkilenebilmekle birlikte bireylerin özerk karar verme süreçlerinin uzlaşabildiği belirtilmektedir (Fonseca, vd., 2017).

Karar ve eylemlerinde başkalarının düşüncelerinden etkilenme bakımından kilo sorunu yaşanan yıl ($U=13403,5$ $Z=-2,006$ $p=0,045$), BKİ ($U=54458,5$ $Z=-2,949$ $p=0,003$), çalışmanın yapıldığı kurum ($\chi^2=20565$ $sd=6$ $p=0,006$; $<0,05$), aylık gelir ($\chi^2=10617$ $sd=3$ $p=0,014$; $<0,05$), obezite derecesi ($\chi^2=7843$ $sd=3$ $p=0,049$; $<0,05$) ve daha önce diyet uygulama ($\chi^2=7601$ $sd=1$ $p=0,006$; $<0,05$) değişkenlerine göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmuştur. Bu farklılık, karar ve eylemlerinde başkalarının düşüncelerinden etkilendiğini bildiren katılımcılardan EYEDH kurumundan çalışmaya katılanlar, 1800₺ ve altında aylık gelire sahip olanlar, süper obez hastalar ve daha önce diyet uygulamayanlar lehine bulunmuştur.

Yaş ($U=60689$ $Z=-0,655$ $p=0,513$), cinsiyet ($\chi^2=3520$ $sd=2$ $p=0,066$; $>0,05$), medeni durum ($\chi^2=10164$ $sd=6$ $p=0,173$; $>0,05$), eğitim düzeyi ($\chi^2=4263$ $sd=7$ $p=0,794$; $>0,05$), spor yapma ($\chi^2=408$ $sd=1$ $p=0,523$; $>0,05$), sosyal destek görme ($\chi^2=1039$ $sd=1$ $p=0,308$; $>0,05$) ve kronik hastalık durumu

($\chi^2=1412$ $sd=1$ $p=0,235;>0,05$) değişkenlerine göre karar ve eylemlerinde başkalarının düşüncelerinden etkilenme bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Vaka ve kontrol grupları arasında karar ve eylemlerinde başkalarının düşüncelerinden etkilenme bakımından vaka grubu lehine istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($\chi^2=9969$ $sd=1$ $p=0,002;<0,05$). Obez hastaların, çevrelerine karşı kayıtsız kalmayarak diğer bireylerden etkilendikleri söylenebilir.

Karar ve eylemlerinde başkalarının düşüncelerinden etkilendiğini bildiren ve karar ve eylemlerinde başkalarının düşüncelerinden etkilenmediğini bildiren katılımcılar arasında OÖYKÖ skoru açısından karar ve eylemlerinde başkalarının düşüncelerinden etkilenmediğini bildiren katılımcılar lehine istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmuştur ($U=52560,5$ $Z=-3,649$ $p<0,001$). Karar ve eylemlerde başkalarının düşüncelerinden etkilenmenin, YK'ni olumsuz etkilediği ifade edilebilir.

5.3.13. Diğer insanların hedeflerini kabul etmektense, kendi hedeflerini ve standartlarını belirlemeyi kendi tercih etme

Bireyin yaşamını kendi isteklerine uygun biçimde amaçları, tercihleri, değerleri ve planları ile uyum içinde yaşaması (Vogelstein, 2016) anlamına gelen özerklik aynı zamanda fiziksel fonksiyon kaybı veya günlük yaşam aktiviteleri üzerindeki kontrol, kişisel kimlik, değer ve inanç sistemleri ile de ilişkili bir kavramdır. Özerklik, aynı zamanda kontrol deneyiminin aracılık ettiği saygınlık algısı (Rodríguez-Prat, 2019) ve bireyin kendi yaşamı hakkında inanç ve değerlerine dayanarak seçimler yapma yeteneğidir (Irish Hospice Foundation, 2013).

Özerk birey, güdü ve tutkuların yön verdiği değil aklın ve sorgulamanın yön verdiği kişi olarak tanımlanmaktadır (Erdoğan, 2017). Özerkliğin sağlanması; bireyin fiziksel, ekonomik, psikolojik ve hukuksal açıdan her türlü baskıdan arınması ile mümkündür (Ataç, 2010). Ahlak felsefesi ve biyoetik alanındaki özerklik kavramı, insanın kendi kaderini tayin etme kapasitesini tanımakta ve insanların özerkliğine saygı gösterilmesi gereken bir ilkeyi

ortaya koymaktadır (Naik, vd., 2009). Kendi kaderini tayin etme, özellikle hukuki tartışmalarda kullanılan özerklik kavramının bir başka ifadesidir (Irish Hospice Foundation, 2013).

Kişinin kendi kararlarını verme yeteneği olan kendi kaderini tayin etme yaygın olarak klinik etiğin temel taşı olarak kabul edilmektedir (Lindberg, Johansson & Broström, 2018). Kendi kaderini tayinin, birey özerkliğine yönelik destekte bulunarak özerk düzenlemenin içselleştirilmesini kolaylaştırdığı öne sürülmektedir (Gorin, vd., 2014).

Ahlak, siyaset ve hukuk felsefesi profesörü Gerald Dworkin'e göre özerklik birey ile toplum arasında çok çeşitli farklı ilişkilere rahatça uyum sağlayabilmektedir (Newdick, 2017). Mill'e göre kişinin kendi planlarını yaparak topluma hâkim olan düşünce ve kanaatlere teslim olmaması, bireyselliğinin en önemli göstergesidir (Erdoğan, 2017). Özerk birey, toplumsal baskılara boyun eğmemektedir (Doğan, 2016).

Obez hastaları disiplinsiz ve öz denetimden uzak olarak gören arkaik ve yaftalayıcı görüşler bulunmaktadır (Craig-Finucane, 2018). ÖSİ; sağlık profesyonelinin, hastasının bilinçli olarak verdiği kararları onurlandırmasını zorunlu kılmaktadır (Trachsel, 2013). Devisch, insanoğlunun her zaman kendisinin yasa koyucusu olmadığını bunun da temel (varoluşsal) düzeyde heteronomiyi beraberinde getirdiğini belirtmektedir (Devisch, 2011).

Obezitede özerklik, hastaların bağımsız olarak kendi kendilerini yönetme ve kendi isteklerine göre seçenekleri belirleme haklarına olanak tanımaktadır (Perryman-Sidot, 2015). Hasta ve sağlık profesyoneli arasında obezite tedavisi süresince özel bir etkileşim gerçekleşmektedir. Bu etkileşimin temelinde özerkliğe saygı gösterilmesini bekleme, güven ve hastanın kendi geleceğini belirleme hakkı yatmaktadır (Yenerer Çakmut, 2010). Hastaların kendi kaderini tayin haklarına saygı duyulması gerektiği belirtilmektedir (Devisch, vd., 2015).

Alanyazınında her ne kadar hastanın, özerk bir birey olarak kendi kaderini belirleme hakkına sahip olduğu (Sarıman, 2019, s.363) ve hâkim görüşüne ters düşmemek adına kendi ilkelerinden vazgeçmemesi gerektiği

(Doğan, 2016) belirtilmişse de kişi çevresinin bekletileni, gerçekleştirilmesi gereken birer dev olarak algılayıp, kendisi yerine çevresini tatmin etmek için hareket etmekte bu da sosyal beceri eksikliği, güvensizlik duygusu ve zedenmiş bir özerkliği beraberinde getirmektedir (ksz, 2001). Ülkemizde kişiler, genellikle kendileri için değil başkaları için yaşamakta, yakınlarının ihtiyaç ve istekleri kişiler için oldukça önemsenmektedir.

Geleneksel toplumlarda kişileri ilgilendiren kararların kendilerinden çok yakınlarının aldığı ortadadır (zdemir-çok, 2011). Çalışmamızda ise diğer insanların hedeflerini kabul etmektense, kendi hedef ve standartlarını kendi belirlemeyi tercih etme bakımından yerleşim birimleri arasında istatistik açıdan anlamlı farklılık bulunmamıştır ($\chi^2=6326$ $sd=3$ $p=0,097;>0,05$).

Diğer insanların hedeflerini kabul etmektense, kendi hedef ve standartlarını kendi belirlemeyi tercih etme bakımından cinsiyet ($\chi^2=3904$ $sd=1$ $p=0,048;<0,05$), BKİ ($U=32021,5$ $Z=-2,534$ $p=0,011$), çalışmanın yapıldığı kurum ($\chi^2=19965$ $sd=3$ $p<0,001$), ocuk sayısı ($\chi^2=29492$ $sd=5$ $p<0,001$), eğitim düzeyi ($\chi^2=15539$ $sd=7$ $p=0,030;<0,05$), obezite derecesi ($\chi^2=8663$ $sd=3$ $p=0,034;<0,05$) ve daha önce diyet uygulama ($\chi^2=12492$ $sd=1$ $p<0,001$) değişkenlerine göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmuştur. Bu farklılık, diğer insanların hedeflerini kabul etmektense, kendi hedef ve standartlarını kendi belirlemeyi tercih ettiğini ifade eden katılımcılardan erkeklerin, EYEDH kurumundan çalışmaya katılanlar, 5 ve daha fazla çocuğu olanlar, lisansüstü eğitim almış olanlar, birinci derece obez hastalar ve daha önce diyet uygulamamış olanlar lehine bulunmuştur.

Yaş ($U=33865$ $Z=-1,657$ $p=0,097$), medeni durum ($\chi^2=6834$ $sd=3$ $p=0,077;>0,05$), aylık gelir ($\chi^2=327$ $sd=3$ $p=0,955;>0,05$), kilo sorunu yaşanan yıl ($U=5922$ $Z=-1,017$ $p=0,309$), spor yapma ($\chi^2=6$ $sd=1$ $p=0,938;>0,05$) ve sosyal destek görme ($\chi^2=3094$ $sd=1$ $p=0,079;>0,05$) değişkenlerine göre diğer insanların hedeflerini kabul etmektense, kendi hedef ve standartlarını kendi belirlemeyi tercih etme bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Vaka ve kontrol grupları arasında diğer insanların hedeflerini kabul etmektense, kendi hedef ve standartlarını kendi belirlemeyi tercih etme bakımından vaka grubu lehine istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($\chi^2=19195$ $sd=1$ $p<0,001$). Bu sonuç, obez hastaların birey özerkliğini benimsediklerini gösterebilir.

Diğer insanların hedeflerini kabul etmektense, kendi hedef ve standartlarını kendi belirlemeyi tercih ettiğini ifade eden ve diğer insanların hedeflerini kabul etmektense, kendi hedef ve standartlarını kendi belirlemeyi tercih etmediğini ifade eden katılımcılar arasında OÖYKÖ skoru bakımından istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmamıştır ($U=34328,5$ $Z=-1,437$ $p=0,151$). Birey özerkliğinin YK'nden etkilenmediği ifade edilebilir.

5.4. Obezlere Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği'ne Ait Verilerin Tartışılması

Araştırmada yer yerilen OÖYKÖ'ne ait yanıtların tutarlılığı, en temel güvenilirlik analizi olarak kabul edilen Cronbach's alfa (α) ile ölçülmektedir. Cronbach's alfa katsayısı; Çıray Gündüzoğlu'nun çalışmasında 0,90 (Çıray Gündüzoğlu, vd., 2014), özgün ölçekte 0,93 ve Avrupa'daki obez popülasyonda 0,94 (Patrick, Bushnell & Rothman, 2004) olarak hesaplanmıştır. Çalışmamızda kullanılan OÖYKÖ'nin α değeri hem vaka ($\alpha=0,947$) ve kontrol ($\alpha=0,965$) gruplarında hem de araştırma genelinde ($\alpha=0,970$) yüksek güvenilirlikte (Kılıç, 2016) bulunmuştur.

Patrick ve arkadaşlarının Amerikalı obez hastalar üzerinde yaptıkları araştırmada OÖYKÖ skor ortalaması ($n=1.477$, %61,5) bulunmuşken Avrupalı obez hastalar üzerinde yapılan araştırmada skor ortalaması ($n=2.952$, %64,9) bulunmuştur (Patrick, vd., 2004).

Çıray Gündüzoğlu'nun OÖYKÖ'nin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında OÖYKÖ skor ortalaması ($n=170$, %33,72 \pm 12,15) bulunmuştur (Çıray Gündüzoğlu, 2008). Keşer'in araştırmasının vaka grubunun OÖYKÖ skor ortalaması ($n=32$, %33,37 \pm 11,65); kontrol grubunun skor ortalaması ($n=32$, %32,78 \pm 13,02) bulunmuştur (Keşer, 2016).

Aktan'ın çalışmasında OÖYKÖ skor ortalaması (n=29, %35,04±12,33) bulunmuştur (Aktan, 2016). Açık'ın çalışmasına katılan obez hastaların OÖYKÖ skor ortalaması 49,0±10,4 bulunmuştur (Açık, 2017). Çalışır'ın araştırmasına katılan obez hastaların OÖYKÖ skor ortalaması (n=48, %37,58±8,13) bulunmuştur (Çalışır, 2018).

Araştırmamızın vaka grubunun OÖYKÖ skor ortalaması (n=354, %48,71±23,34); kontrol grubunun skor ortalaması (n=354, 81,74±18,85) bulunmuştur. OÖYKÖ skoru bakımından araştırma bulgularımız Açık'ın bulgularına benzer değerlendirilmiş; Çıray Gündüzoğlu, Aktan ve Çalışır'ın YK skor ortalamalarından yüksek bulunmuş, Patrick'in ABD ve Avrupa skor ortalamalarından düşük bulunmuşken Keşer'in YK skor ortalamasından yüksek bulunmuştur.

Tanımlamaları her ne kadar kişinin yaşamıyla ilintili sübjektif algıları odağında yapılırsa da YK, objektif ve sübjektif olmak üzere iki yönden de incelenebilmektedir (Boylu-Paçacıoğlu, 2016). Sübjektif göstergeler; kişinin olanaklarından ulaştığı doyum ve duyduğu hazı ifade ederken objektif göstergeler; sağlık durumu, gelir düzeyi, eğitim durumu, konut, iş ve meslek gibi somut konuları ele almaktadır.

Yapılan bir araştırmaya göre; kadınların, kronik hastalığı olanların, günlük yaşam aktivitelerinde özerk olamayanların, ekonomik durumu düşük olanların, yalnız yaşayanların, geçmişten pişmanlık duyanların ve geleceği konusunda umutsuzluk yaşayanların öncelikli risk grubunda olduğu ve bu bireylerin YK'lerinin düşük olduğu belirtilmektedir (Özerdoğan, Yüksel, Çelik, Oymak & Bakar, 2018).

YK ile yaş arasında önemsizmesi gereken bir ilişki bulunduğu belirtilmektedir (Tan, vd., 2018). Yaşları ilerledikçe obez hastaların fiziksel açıdan etkilenmelerinin de arttığı, bu durumun obez hastaların YK'lerini düşürdüğü bildirilmiştir (Aktan, 2016). Rio de Janeiro'da yaşayan obez hastalarda yapılan araştırmada yaşın YK üzerinde anlamlı etkisi (p<0,05) olduğu gösterilmiştir (Mello, vd., 2010). Giddens'e göre yaş ilerledikçe kişinin özerkliğini ve YK'ni koruması güçleşmektedir (Giddens, 2012, s.227).

Çalışmamızda yaş değişkeni ile OÖYKÖ skoru arasında istatistiksel açıdan anlamlı, negatif yönde zayıf bir ilişki bulunmuştur ($r=-0,258$ $p<0,001$). Yaş arttıkça YK'nin azaldığı görülmüştür.

YK ile cinsiyet arasında özellikle objektif YK ölçümlerinde göze çarpan güçlü bir bağ bulunmaktadır. Gelişmemiş ülkelerde kadınların iş yaşamına katılma oranlarının düşük olması ve ekonomik anlamda eşlerine bağımlı olmaları YK'lerini düşürdüğü gibi özerkliklerini de zedelediği ifade edilmektedir (Oldsberg, vd., 2018).

Sübjektif YK ile cinsiyet ilişkisinin daima koşut olmadığı ifade edilmektedir. Yapılan çalışmalarda katılımcıların yaşlarının, sosyal durumlarının, yaşadıkları coğrafyaların ve ekonomik durumlarının farklı olması sonuçları çeşitlendirmektedir (Boylu-Paçacıoğlu, 2016).

Kadın olmak, obezitedeki psikososyal riskin belirleyicisi olarak kabul edilmektedir (Çalışır, 2018). Obezite, kadınlarda ruhsal etkilenme ile ilintili olarak YK'ni daha çok düşürmektedir (Aktan, 2016).

Cinsiyet değişkenine bağlı olarak yapılan çalışmalardan bazıları kadınların YK'lerinin erkeklerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük olduğunu (Çıray Gündüzoğlu, 2008; Vural, Eler & Güzel, 2010), bazıları daha yüksek olduğunu (Gülmez, 2013; Eriş, 2012), bazıları da cinsiyetle YK arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olmadığını ortaya koymaktadır (Ergen, Tanrıverdi, Kumbasar, Arslan & Atmaca, 2011; Magiera, vd., 2018).

Çalışmamızda yer alan katılımcıların cinsiyetleri bakımından OÖYKÖ skoruna göre erkek katılımcılar lehine anlamlı farklılık saptanmıştır ($U=26172,5$ $Z=-2,106$ $p=0,035<0,05$).

Yapılan çalışmalarda daha çok YK ile iş doyumunu arasındaki ilintiye odaklanılmıştır (Saygılı-Çelik, 2011). Alanyazınında YK ile iş doyumunu arasında pozitif yönde ve güçlü bir korelasyon bulunduğu bildirilmiştir (Akgündüz, 2013; Aşan-Erenler, 2013). Çalışmamızda meslek değişkenine göre OÖYKÖ skoru bakımından anlamlı farklılık tespit edilmemiştir ($H=12010$ $sd=7$ $p=0,100>0,05$).

Boylu-Paçacıoğlu, medeni durum ile YK ilişkisinde eşin vefat etmiş ya da boşanmış olmasının önemsenmesi gerektiğini belirtmektedir (Boylu-Paçacıoğlu, 2016).

Geliřmiř ÷lkelerde evli ya da bekâr olmak önemsenmezken gelişmemiş ve gelişmekte olan ÷lkelerde eřin vefat etmiş olması ya da boşanma toplumsal cinsiyet eşitsizliği ile bir araya getirilerek eři vefat etmiş ya da boşanmış kadınlar toplumsal olarak dışlanmaktadır. Bu durum kadınların YK'lerini dūřürmektedir (Sarpkaya, 2012; Özar-Çakar, 2012; Boylu-Öztop, 2013). Medeni durum değişkenine göre OÖYKÖ skoru bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($H=53702$ $sd=3$ $p<0,001$). Bu durum, Dunn's testine göre evli-bekâr ($p<0,01$), eři vefat etmiş-bekâr ($p=0,01<0,05$) ve boşanmış-bekâr ($p=0,023<0,05$) gruplar arasındaki farklılıktan kaynaklanmaktadır.

Eşle beraber yaşamanın ya da evli olmanın; sosyoekonomik destek sağlaması ve yalnızlık duygusunu azaltması nedeniyle YK'ni önemli ölçüde artırdığı belirtilmektedir (Boylu-Paçacıoğlu, 2016). Bu durum aynı zamanda kişiye sosyal destek de sağlamaktadır.

Bireyin kendisini geliştirmesinde ve kariyer sahibi olmasında eğitimin önemli ortadadır. Eđitim düzeyi dūřük olanların dūřük maař, ekonomik yoksulluk, sosyal olanaklardan yararlanamama, sağlıksız çalışma koşulları, kaygı, yetersiz ve dengesiz beslenme hatta işsizlik nedenleri ile YK'lerinin dūřük olduğu bilinmektedir (Skevington-Böhnke, 2018). Çalışmamızda eğitim durumu değişkenine göre OÖYKÖ skoru bakımından anlamlı farklılık bulunmuştur ($H=57440$ $sd=7$ $p<0,001$). Bu durum, Dunn's testine göre ilkokul-lise ($p<0,001$), ilkokul-lisans ($p<0,001$), ilkokul-ortaokul ($p=0,009<0,05$) ve ilkokul-okuryazar olmayan ($p=0,014<0,05$) gruplar arasındaki farklılıktan kaynaklanmaktadır.

Gelir; kişinin sosyal durumunu, sağlığını, iş ve çalışma hayatındaki başarı durumunu ve tatminini doğrudan etkileyerek YK'ni şekillendirmektedir. Boylu-Paçacıoğlu, ekonomik özgürlüğün en önemli kaynağının gelir düzeyi olabileceğini belirtmektedir (Boylu-Paçacıoğlu, 2016).

Gelir düzeyi ile YK'nin koşut olduğu herkesçe kabul edilmektedir. Fakat gelir düzeyi, YK'nin tek faktörlü değişkeni değildir. Bu bağlamda; gelir düzeyi yüksek olan fiziksel engelli bir bireyin ya da yeterli zamanı olmayan sağlıklı bir bireyin YK'nin yüksek olmayacağı ortadadır. Bireyin kendisinden ya da gelirinden bağımsız olarak; yaşanılan bölgede genel suç oranının yüksek olması; eğitim, sağlık ve güvenlik hizmetlerinin yetersiz olması, kişi başına düşen yeşil alanın az olması, trafik, kalabalık ve çevre kirliliği gelirden bağımsız şekilde kişinin YK'ni azaltmaktadır (Demirkıran, 2012; Çıray Gündüzoğlu, Fadıloğlu & Yılmaz, 2014).

Çalışmamızda aylık gelir miktarı değişkenine göre OÖYKÖ skoru bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($H=7467$ $sd=7$ $p=0,058>0,05$).

Kişilerin; zihinsel, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden iyilik hali YK'nin önemli bir göstergesidir (Aghaei, Khayyamnekouei & Yousefy, 2013). YK, kronik hastalıkların kişiyi ne derece etkilediğinin ölçülmesi bakımından önem taşımaktadır.

Açık'ın çalışmasına katılan ve kronik hastalığı bulunmayan obez hastaların OÖYKÖ skor ortalaması $49,0\pm 10,4$ iken kronik hastalığı bulunan obez hastaların OÖYKÖ skor ortalaması $47,3\pm 8,4$ bulunmuştur (Açık, 2017). Çalışmamızda ise kronik bir hastalığı bulunmayan obez hastaların OÖYKÖ skor ortalaması $72,32\pm 25,09$ iken kronik hastalığı olan obez hastaların skor ortalaması $58,59\pm 26,83$ bulunmuştur. Çalışma bulgularımız, Açık'ın araştırması ile paralellik göstermesine karşın OÖYKÖ skor ortalaması, Açık'ın araştırmasından daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca kronik hastalığı bulunan ve kronik hastalığı bulunmayan gruplar arasında OÖYKÖ skor ortalaması bakımından kronik hastalığı bulunmayan katılımcılar lehine istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($U=42830,5$ $Z=-7,266$ $p<0,001$).

Kişinin aile, arkadaş, akraba, komşu ve diğer sosyal çevresiyle olan ilişkisi, YK ile ilişkilendirilmektedir. Bireyin aidiyet duygusu içinde kendini gerçekleştirebileceği destekleyici bir çevre, YK'ni yükseltecektir (Özmete, 2010).

Yapılan bir çalışmada, arkadaş sahibi olmanın ve aktivitelerde bulunmanın YK'ni artırdığı bulunmuştur (Kabasakal-Baş, 2013). Zor durumda kalındığında sosyal çevrelerinde destek olacak birileri olan ve zor durumda kalındığında sosyal çevrelerinde destek olacak birileri olmayan katılımcılar arasında OÖYKÖ skoru bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmemiştir ($U=30417$ $Z=-1,490$ $p=0,136>0,05$). Bu açıdan çalışma bulgularımız alanyazını ile uyumlu bulunmamıştır.

Sağlıkla ilgili en önemli objektif YK göstergesi, yürüme, doğrulma, eğilme, merdiven çıkma ve koşma gibi hareket yeteneği gerektiren faaliyetler olan mobilizasyonunun devamı ve kişisel sağlık bakımının gerçekleştirilebilmesidir (Aghaei, Khayyamnekouei & Yousefy, 2013).

Vural'ın çalışmasında kronik hastalıkların önlenmesinde en önemli faktörlerden birisi olan fiziksel aktivitenin YK'ni artırdığı saptanmıştır (Vural, 2010). Yapılan bir araştırmaya göre fiziksel aktivite düzeyi yüksek olan kişilerin YK'lerinin de yüksek olduğu belirtilmektedir (Kortt-Dollory, 2011). Çalışmamızda, daha önce kilo vermek için spor yapan ve daha önce kilo vermek için spor yapmayan katılımcılar arasında OÖYKÖ skoru bakımından istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmamıştır ($U=58564,5$ $Z=-1,365$ $p=0,172>0,05$).

Fiziksel açıdan aktif bir yaşam sürdürmenin; öz bakımın önemli bir göstergesi olduğu ve YK'ni yükselteceği kabul edilmektedir (Koponen, Simonsen & Suominen, 2017).

Gelişmiş toplumlarda fertlerin YK'nin de önemsenerak garanti altına alınması gerektiği belirtilmektedir. BKİ'nin YK üzerindeki önemi, çalışmalarla gösterilmektedir (Karlı, 2014; Aktan, 2016).

Alanyazınında BKİ arttıkça, YK'nin azaldığı ifade edilmektedir (Bottone, Hawkins, Musich, Cheng, Ozminkowski, Migliori & Yeh, 2013; Karlı, 2014). Aktan'ın obezitede YK çalışmasına göre artan BKİ, YK'ni önemli ölçüde azaltmaktadır (Aktan, 2016). Bu azalış hastanın eklemlerine binen yükün artmasıyla başlamakta; ağrı ve hareket kaybı ile devam etmektedir.

Aktan'ın 33 kilolu birey ve 29 obez hastayı ele aldığı YK çalışmasında OÖYKÖ skor ortalamaları, obez hastalarda anlamlı biçimde ($p<0,05$) daha düşük bulunmuştur. Artan BKİ'nin, YK'ni önemli ölçüde düşürdüğü belirtilmektedir (Aktan, 2016).

Çalışmamızda BKİ ile OÖYKÖ skoru arasında istatistiksel açıdan anlamlı, negatif yönde yüksek bir ilişki saptanmıştır ($r=-0,646$ $p<0,001$). BKİ arttıkça OÖYKÖ skoru düşmektedir.

Obezitenin; fiziksel kapasiteyi, özgüveni, benlik saygısını, iletişim yeteneklerini, depresyonu ve ağrı eşiğini etkileyerek (Keşer, 2016) pek çok sağlık sorununun doğrudan ya da dolaylı nedenini oluşturduğu ve obez hastanın YK'sini düşürdüğü kanıtlanmıştır (Jia-Lubetkin, 2005; Çıray Gündüzoğlu, 2008; Eroğlu-Samur, 2012; Miri, vd., 2017; Es, 2018).

İngiltere'de her yıl 30.000 ölümün obeziteye bağlı olarak gerçekleştiği ve obezitenin YK'ni azalttığı gibi ortalama yaşam süresini 9 yıl düşürdüğü bilinmektedir (Nuffield Council on Bioethics, 2014). Magiera ve arkadaşlarının çalışmasında obezite ile düşük YK arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (Magiera, vd., 2018).

Obezitenin YK ile negatif yönde ilişkili olduğu çalışmalarla ortaya konulmuştur (Jia-Lubetkin, 2005; Kortt-Dollory, 2011). Karşlı'nın çalışmasında kontrol grubunun OÖYKÖ skor ortalaması, vaka grubunun skor ortalamasından istatistiksel açıdan anlamlı derecede ($p<0,001$) yüksek bulunmuştur (Karşlı, 2014).

Obezite derecesi düştükçe YK'nin yükseldiği çalışmalarla gösterilmektedir (Kortt-Dollory, 2011; Karşlı, 2014). Çalışmamızda obezite derecesi değişkenine göre OÖYKÖ skoru bakımından anlamlı farklılık bulunmuştur ($H=84580$ $sd=3$ $p<0,001$). Bu durum, Dunn's testine göre birinci derece obez-ikinci derece obez ($p<0,001$), birinci derece obez-morbid obez ($p<0,001$), birinci derece obez-süper obez ($p<0,001$), ikinci derece obez-süper obez ($p<0,001$) ve morbid obez-süper obez ($p=0,043<0,05$) gruplar arasındaki farklılıktan kaynaklanmaktadır.

Vaka ve kontrol grupları arasında; kiloları nedeniyle hatlarını gizleyen kıyafet giymeye çalışma ($\chi^2=250037$ sd=6 p<0,001), kilo nedeniyle daha az enerjisi olmasından dolayı kendini sınırlı hissetme ($\chi^2=238501$ sd=6 p<0,001), kilo nedeniyle yediğinde suçluluk duyma ($\chi^2=326374$ sd=1 p<0,001), kilosuna hakkında başkalarının söylediklerinden rahatsız olma ($\chi^2=285535$ sd=1 p<0,001), kilo nedeniyle fotoğraf çektirmemeye özen gösterme ($\chi^2=163859$ sd=6 p<0,001), kilo nedeniyle temizliğine dikkat etmek zorunda kalma ($\chi^2=314875$ sd=6 p<0,001), kilosunun yapmak istediklerini yapmasına engel teşkil etmesi ($\chi^2=277259$ sd=6 p<0,001), kilosunun bedeninde yarattığı fiziksel zorlanma yüzünden endişe duyma ($\chi^2=329623$ sd=6 p<0,001), kilosuna nedeniyle başkalarının yediğini yiyememekten dolayı kendisini sınırlı hissetme ($\chi^2=206322$ sd=6 p<0,001), kilo nedeniyle kendisini depresyonda hissetme ($\chi^2=181458$ sd=6 p<0,001), kilo nedeniyle kendini çirkin hissetme ($\chi^2=174732$ sd=6 p<0,001), kilosuna nedeniyle gelecekte endişe duyma ($\chi^2=323823$ sd=6 p<0,001), zayıf insanlara imrenme ($\chi^2=195321$ sd=6 p<0,001), kilo nedeniyle insanların kendisine dikkatle baktıklarını hissetme ($\chi^2=152989$ sd=6 p<0,001), kilo nedeniyle bedenini kabullenebilmekte güçlük yaşama ($\chi^2=158614$ sd=6 p<0,001), verdiği kiloları tekrar alacağından korkma ($\chi^2=317973$ sd=6 p<0,001) ve kilo vermeye çalışırken cesaretin kırılması ($\chi^2=137536$ sd=6 p<0,001) değişkenlerine göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmuştur. Bu farklılıkların tamamı vaka grubu lehine olmuştur.

Obez hastanın kiloları hakkında konuşulması, obez hastaya dikkatle bakılması, obez hastanın kiloları nedeniyle istediklerini yapmasının engellenmesi, kilosuna nedeniyle depresyona itilmesi, gelecekte endişe duymasına yönelik davranışlar ve obez hastanın cesaretinin kırılmasının ırkçılık kadar yaygın bir ayrımcılık olduğu (Devisch, 2011; Hand, Robinson & Creel, 2013) belirtilmektedir. Obez hastalara yönelik bu davranışlar; sosyal ilişkilerde, eğitimde, istihdamda ve sağlık hizmetlerinde olumsuz etkilere neden olmakla birlikte obez hastanın özerkliğini zedelemekte (Hand, Robinson & Creel, 2013) ve YK'sini bozmaktadır (Çıray Gündüzoğlu, 2013).

Obezitenin tedavi edilmesi ile YK'nin yükseldiği, çalışmalarla gösterilmiştir (Kolotkin, 2008; Es, 2018). OÖYKÖ dışındaki ölçümler

kullanılarak obezitede YK'nin irdelendiği diğer pek çok çalışmada da obezite ile YK arasında negatif yöndeki ilişki gösterilmektedir (Karlı, 2014; iflik Bolluk, 2017).

Fiziksel, duygusal, psikolojik ve diğer pek çok açıdan savunmasız duruma gelen obez hastaların, incinebilir grupta yer aldığı dşunlmektedir. Toplumda obez hastalara yönelik oluşturulan ayrımcılık nedeniyle obez hastaların özgüvenlerini kaybederek saygınlıklarını azalmış hissetmelerinin önüne geçebilmek adına obez hastaların doğuştan onurlarının olduğu hatırlanarak bilgilendirilmeleri, özerkliklerinin desteklenmesi bakımından önemsenmektedir.

5.5. Çalışmada Elde Edilen Bulgulara Bağlı Olarak Hipotezlerin Değerlendirilmesi

OÖYKÖ skoru bakımından kendi inanç ve değerleri doğrultusunda davrandığını ifade eden obez hastalar lehine istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunarak ($U=2587$ $Z=-3805$ $p<0,001$) araştırmanın H_{1a} hipotezi kabul edilmiştir. Buradan yola çıkararak obez hastaların, kendi inanç ve değerleri doğrultusunda davrandıklarında YK'lerinin daha iyi olacağı söylenebilir.

Kendi inanç ve değerleri doğrultusunda davrandığını ifade eden obez olmayan bireyler ile kendi inanç ve değerleri doğrultusunda davranmadığını ifade eden obez olmayan bireyler arasında OÖYKÖ skoru bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadığından ($U=7692,5$ $Z=941$ $p=0,347>0,05$) araştırmanın H_{1b} hipotezi reddedilmiştir. Obez olmayan bireylerin davranışlarını kendi inanç ve değerleri doğrultusunda şekillendirmelerinin YK'leri üzerinde etkili olmadığı ifade edilebilir

OÖYKÖ skoru açısından herhangi bir eylemde bulunurken kendi ilkelerini koruyabildiğini belirten obez hastalar lehine istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunarak ($U=3079$ $Z=-5417$ $p<0,001$) araştırmanın H_{2a} hipotezi kabul edilmiştir. Eylemlerini, kendi ilkeleri doğrultusunda ortaya koyan obez hastaların YK'lerinin daha iyi bulunacağı söylenebilir.

OÖYKÖ skoru açısından herhangi bir eylemde bulunurken kendi ilkelerini koruyabildiğini belirten obez olmayan bireyler lehine istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunarak ($U=5133,5$ $Z=-3840$ $p<0,001$) araştırmanın H_{2b} hipotezi kabul edilmiştir. Kendi ilkeleri doğrultusunda eylemde bulunan obez olmayan bireylerin YK'lerinin daha iyi bulunacağı ifade edilebilir.

OÖYKÖ skoru açısından karar ve eylemlerinde kendi özgün görüşünü ifade edebildiğini bildiren obez hastalar lehine istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunarak ($U=4171,5$ $Z=-5113$ $p<0,001$) araştırmanın H_{3a} hipotezi kabul edilmiştir. Aldığı kararlarda ve eylemlerinde kendine özgü görüşler ortaya koyabilen obez hastaların YK'lerinin daha iyi olduğu söylenebilir.

OÖYKÖ skoru açısından karar ve eylemlerinde kendi özgün görüşünü ifade edebildiğini bildiren katılımcılar lehine istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunarak ($U=2134$ $Z=-6177$ $p<0,001$) araştırmanın H_{3b} hipotezi kabul edilmiştir. Karar ve eylemlerinde kendine özgü görüşler ortaya koyabilen obez olmayan bireylerin YK'lerinin daha iyi olduğu söylenebilir.

Karar ve eylemlerini belirlerken bir veya daha çoğu arasından belli birini veya birkaçını tercih edebildiğini ifade eden obez hastalar ile karar ve eylemlerini belirlerken bir veya daha çoğu arasından belli birini veya birkaçını tercih edemediğini ifade eden obez hastalar arasında, OÖYKÖ skoru bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadığından ($U=8785$ $Z=-815$ $p=0,415>0,05$) araştırmanın H_{4a} hipotezi reddedilmiştir. Obez hastaların karar ve eylemlerini belirlerken seçim yapabilmelerinin YK'leri üzerinde etkili olmadığı ifade edilebilir.

OÖYKÖ skoru bakımından karar ve eylemlerini belirlerken bir veya daha çoğu arasından belli birini veya birkaçını tercih edebildiğini ifade eden katılımcılar lehine istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunarak ($U=1174,5$ $Z=-5554$ $p<0,001$) araştırmanın H_{4b} hipotezi kabul edilmiştir. Obez olmayan bireylerin karar ve eylemlerini belirlerken seçim yapabilmelerinin YK'lerini daha iyi kılacağı söylenebilir.

Özgür ve bağımsız olmayı önemsemediğini belirten obez hastalar ile özgür ve bağımsız olmayı önemsemediğini belirten obez hastalar arasında OÖYKÖ

skoru açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadığından ($U=3977$ $Z=-571$ $p=0,568>0,05$) araştırmanın H_{5a} hipotezi reddedilmiştir. Obez hastaların özgür ve bağımsız olmayı önemsemelerinin YK'leri üzerinde etkili olmayabileceğini akla getirmektedir.

OÖYKÖ skoru açısından özgür ve bağımsız olmayı önemseyemediğini belirten obez olmayan bireyler lehine istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunduğundan ($U=1138,5$ $Z=-5415$ $p<0,001$) araştırmanın H_{5b} hipotezi kabul edilmiştir. Obez olmayan bireylerin, özgür ve bağımsız olmayı benimsemelerinin YK'leri üzerinde olumlu etki yaratacağı söylenebilir.

OÖYKÖ skoru açısından görüş ve düşüncelerini rahatlıkla açıklayabildiğini bildiren obez hastalar lehine istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunarak ($U=8483$ $Z=-5011$ $p<0,001$) araştırmanın H_{6a} hipotezi kabul edilmiştir. Düşüncelerini ve bir konu hakkındaki görüşlerini zorlanmadan ifade edebilen obez hastaların YK'lerinin daha iyi olacağı söylenebilir.

Görüş ve düşüncelerini rahatlıkla açıklayabildiğini bildiren obez olmayan bireyler ile görüş ve düşüncelerini rahatlıkla açıklayamadığını bildiren obez olmayan bireyler arasında OÖYKÖ skoru açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadığından ($U=10203$ $Z=-330$ $p=0,741>0,05$) araştırmanın H_{6b} hipotezi reddedilmiştir. Obez olmayan bireylerin, düşüncelerini ve görüşlerini rahatlıkla açıklayabilmelerinin YK'leri üzerinde etkili olmadığı ifade edilebilir.

OÖYKÖ skoru bakımından karar ve eylemlerinde kendini özgür hissedebildiğini ifade eden obez hastalar lehine istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunarak ($U=884$ $Z=-4674$ $p<0,001$) araştırmanın H_{7a} hipotezi kabul edilmiştir. Aldıkları kararlarda kendilerini özgür hisseden ve özgürce eylemde bulunan obez hastaların YK'lerinin daha iyi bulunabileceği söylenebilir.

Karar ve eylemlerinde kendini özgür hissedebildiğini ifade eden ve karar ve eylemlerinde kendini özgür hissedemediğini ifade eden obez olmayan bireyler arasında OÖYKÖ skoru açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadığından ($U=10807$ $Z=-425$ $p=0,674>0,05$) araştırmanın H_{7b} hipotezi

reddedilmiştir. Obez olmayan bireylerin, karar ve eylemlerinde kendilerini özgür hissedebilmelerinin YK'lerini etkilemeyeceği ifade edilebilir.

Karar ve eylemlerinde kendi belirlediği hedef ve amaçlara ulaşmaya odaklandığını belirten obez hastalar ile karar ve eylemlerinde kendi belirlediği hedef ve amaçlara ulaşmaya odaklanmadığını belirten obez hastalar arasında OÖYKÖ skoru açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadığından ($U=4890$ $Z=-1655$ $p=0,098>0,05$) araştırmanın H_{8a} hipotezi reddedilmiştir. Obez hastaların, aldıkları kararlarda ve ortaya koydukları eylemlerde kendi hedeflerine ulaşmaya odaklanmalarının YK'leri üzerinde etkisinin bulunmadığı söylenebilir.

OÖYKÖ skoru açısından karar ve eylemlerinde kendi belirlediği hedef ve amaçlara ulaşmaya odaklandığını belirten obez olmayan bireyler lehine istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunarak ($U=2150,5$ $Z=-4859$ $p<0,001$) araştırmanın H_{8b} hipotezi kabul edilmiştir. Aldıkları kararlarda ve ortaya koydukları eylemlerde kendi hedeflerine ulaşmaya odaklanan obez olmayan bireylerin, YK'lerinin daha iyi bulunduğu ifade edilebilir.

Kendi belirlediği hedef ve amaçlara ulaşmak için çaba harcadığında diğer bireylerin haklarını da göz önünde bulundurup saygı gösterdiğini ifade eden ve kendi belirlediği hedef ve amaçlara ulaşmak için çaba harcadığında diğer bireylerin haklarını da göz önünde bulundurup saygı göstermediğini ifade eden obez hastalar arasında OÖYKÖ skoru açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadığından ($U=1556,5$ $Z=-513$ $p=0,608>0,05$) araştırmanın H_{9a} hipotezi reddedilmiştir. Obez hastaların ÖSİ'ni benimsemenin YK üzerinde etkisinin bulunmadığı söylenebilir.

OÖYKÖ skoru açısından kendi belirlediği hedef ve amaçlara ulaşmak için çaba harcadığında diğer bireylerin haklarını da göz önünde bulundurup saygı gösterdiğini ifade eden obez olmayan bireyler lehine istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunarak ($U=1227,5$ $Z=-5442$ $p<0,001$) araştırmanın H_{9b} hipotezi kabul edilmiştir. Obez olmayan bireylerin ÖSİ'ni benimsemelerinin YK'lerini daha iyi duruma getireceği ifade edilebilir.

OÖYKÖ skoru açısından kendi bedeni ve sağlığıyla ilgili konularda sorumluluğu kendisi aldığını bildiren obez hastalar lehine istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunarak ($U=3416$ $Z=-5515$ $p<0,001$) araştırmanın H_{10a} hipotezi kabul edilmiştir. Obez hastaların kendi bedenleri ve sağlık durumlarına dair sorumluluk almalarının YK'leri üzerinde olumlu etki yaratacağı söylenebilir.

OÖYKÖ skoru açısından kendi bedeni ve sağlığıyla ilgili konularda sorumluluğu kendisi aldığını bildiren obez olmayan bireyler lehine istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($U= 12101$ $Z=-7,558$ $p<0,001$). Bu sonuca göre araştırmanın H_{10b} hipotezi kabul edilmiştir. Obez olmayan bireylerin, kendi bedenleri ve sağlık durumlarına dair sorumluluk almalarının YK'leri üzerinde olumlu etki yaratacağı söylenebilir.

Kendi bedeni ve sağlığıyla ilgili konularda kendisine de seçim hakkı verilmesini istediğini belirten ve kendi bedeni ve sağlığıyla ilgili konularda kendisine de seçim hakkı verilmesini istemediğini belirten obez hastalar arasında OÖYKÖ skoru açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadığından ($U=3829,5$ $Z=48$ $p=0,961>0,05$) araştırmanın H_{11a} hipotezi reddedilmiştir. Obez hastaların kendi bedenleri ve sağlık durumlarını ilgilendiren olası sonuçlar içinde özerk seçim yapmak istemeleri, YK'lerini olumlu etkilemektedir.

OÖYKÖ skoru açısından kendi bedeni ve sağlığıyla ilgili konularda kendisine de seçim hakkı verilmesini istediğini belirten obez olmayan bireyler lehine istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunarak ($U=3348,5$ $Z=-4641$ $p<0,001$) araştırmanın H_{11b} hipotezi kabul edilmiştir. Obez olmayan bireylerin kendi bedenleri ve sağlık durumlarını ilgilendiren olası sonuçlar içinde özerk seçim yapmak istemeleri, YK'lerini olumlu etkilemektedir.

OÖYKÖ skoru açısından karar ve eylemlerinde başkalarının düşüncelerinden etkilenmediğini bildiren obez hastalar lehine istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunarak ($U=19237$ $Z=-4048$ $p<0,001$) araştırmanın H_{12a} hipotezi kabul edilmiştir. Obez hastaların karar ve eylemlerinde

başkalarından düşüncelerinden etkilenmemelerinin YK'leri üzerinde olumlu etkisinin bulunduğu ifade edilebilir.

Karar ve eylemlerinde başkalarının düşüncelerinden etkilendiğini bildiren obez olmayan bireyler ile karar ve eylemlerinde başkalarının düşüncelerinden etkilenmediğini bildiren obez olmayan bireyler arasında OÖYKÖ skoru açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadığından ($U=14764,5$ $Z=-772$ $p=0,440>0,05$) araştırmanın H_{12b} hipotezi reddedilmiştir. Obez olmayan bireylerin, karar ve eylemlerinde başkalarının düşüncelerinden etkilenmelerinin YK'leri üzerinde etkisinin bulunmadığı söylenebilir.

Diğer insanların hedeflerini kabul etmektense, kendi hedef ve standartlarını kendi belirlemeyi tercih ettiğini ifade eden obez hastalar ile diğer insanların hedeflerini kabul etmektense, kendi hedef ve standartlarını kendi belirlemeyi tercih etmeyen obez hastalar arasında OÖYKÖ skoru açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadığından ($U=6372$ $Z=-289$ $p=0,772>0,05$) araştırmanın H_{13a} hipotezi reddedilmiştir. Obez hastaların, başkalarının hedefleri yerine kendi hedef ve standartlarını belirlemeyi tercih etmelerinin YK'leri üzerinde etkisi bulunmadığı ifade edilebilir.

Diğer insanların hedeflerini kabul etmektense, kendi hedef ve standartlarını kendi belirlemeyi tercih ettiğini ifade eden ve diğer insanların hedeflerini kabul etmektense, kendi hedef ve standartlarını kendi belirlemeyi tercih etmeyen obez olmayan bireyler arasında OÖYKÖ skoru açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadığından ($U=11214,5$ $Z=-483$ $p=0,629>0,05$) araştırmanın H_{13b} hipotezi reddedilmiştir. Obez olmayan bireylerin, başkalarının hedefleri yerine kendi hedef ve standartlarını belirlemeyi tercih etmelerinin YK'leri üzerinde etkisi bulunmadığı ifade edilebilir.

Çalışmamızda obezite değişkenine göre OÖYKÖ skoru bakımından istatistiksel olarak kontrol grubu lehine anlamlı farklılık bulunmuştur ($U=1533,5$ $Z=-17,396$ $p<0,001$). Araştırma sonuçları alanyazını ile paralellik

göstermekte olup, obezitenin YK'ni düşürdüğü saptanarak araştırmanın H₁₄ hipotezi kabul edilmiştir.



6. SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Sağlık Bakanlığı Eskişehir Yunusemre Devlet Hastanesi, Sağlık Bakanlığı Eskişehir Devlet Hastanesi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Beslenme ve Diyet poliklinikleri ile Eskişehir Büyükşehir Belediyesi Kadın Danışma ve Dayanışma Merkezi Beslenme ve Diyet Birimi'ne başvuran ve araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden obez hastalar ile gerçekleştirilen araştırmamızda ulaşılan sonuçlar aşağıdaki gibidir:

1. Obez hastaların daha kötü yaşam kalitesine sahip oldukları bulunmuştur.
2. Kendi inanç ve değerleri doğrultusunda davrandıklarını ifade eden obez hastalar lehine saptanan bulgu, obezitenin eylem özerkliğini olumsuz etkilediğini düşündürmektedir.
3. Herhangi bir eylemde bulunurken kendi ilkelerini koruyabilme bakımından obez hastalar ile obez olmayan bireyler arasında farklılığın bulunmaması, obezitenin özerkliği zedelediğinin bir göstergesi olarak kabul edilebilir.
4. Karar ve eylemlerini belirlerken bir veya daha çoğu arasından belli birini veya birkaçını tercih edebildiğini ifade eden obez olmayan bireyler lehine saptanan bulgu, obezitenin özerk seçim yapabilme kapasitesini olumsuz etkilediğini düşündürmektedir.
5. Karar ve eylemlerinde kendi özgün görüşünü ifade edebilme bakımından obez hastalar ile obez olmayan bireyler arasında farklılığın bulunmaması, obezitenin özerkliği zedelediğinin bir göstergesi olarak kabul edilebilir.
6. Görüş ve düşüncelerini rahatlıkla açıklayabilme bakımından obez olmayan bireyler lehine saptanan bulgu, hastaların görüş ve düşünceleri rahatlıkla açıklayabilmelerini etkileyen obezitenin hastaların düşünce özerkliklerini zedelediğini gösterebilir.

7. Karar ve eylemlerinde kendi belirlediği hedef ve amaçlara ulaşmaya odaklanma bakımından obez hastalar ile obez olmayan bireyler arasında farklılığın bulunmaması, obezitenin özerkliği zedelediğinin bir göstergesi olarak kabul edilebilir.
8. Kendi belirlediği hedef ve amaçlara ulaşmak için çaba harcadığında diğer bireylerin haklarını da göz önünde bulundurup saygı gösterme bakımından obez hastalar lehine saptanan bulgu, obez hastaların ÖSİ'ni benimsediklerini akla getirmektedir.
9. Kendi bedeni ve sağlığıyla ilgili konularda sorumluluğu kendisi alma bakımından obez hastalar ile obez olmayan bireyler arasında farklılığın bulunmaması, obezitenin özerkliği zedelediğinin ve genel kanının aksine obezitede paternalistik yaklaşımın beklenmediğinin bir göstergesi olarak kabul edilebilir.
10. Kendi bedeni ve sağlığıyla ilgili konularda kendisine de seçim hakkı verilmesini isteme bakımından obez hastalar lehine saptanan bulgu, obez hastaların istek özerkliğini benimsediklerini düşündürmektedir.
11. Diğer insanların hedeflerini kabul etmektense, kendi hedef ve standartlarını kendi belirlemeyi tercih etme bakımından obez hastalar lehine saptanan bulgu, obez hastaların birey özerkliğini benimsediklerini gösterebilir.

6.2. Öneriler

Araştırmamızdan elde edilen sonuçlara göre; sağlık hizmeti sunan sağlık profesyonellerini ve hizmet alan hasta gruplarını da kapsayacak şekilde;

1. Kendi bedenleri ve yaşamları üzerinde kontrol duygularının gelişmesini sağlayacak eleştirel düşünme, sorumluluk alma, seçim yapma, bağımsız şekilde karar verme ve problem çözme konularında obez hastalara danışmanlık verilerek özerklik desteği sağlanmalıdır.
2. Obezite tedavisi süresince hastanın ne istediği ve neyi düşlediği göz ardı edilerek tedavi sürecini planlamak, hasta üzerinde baskı oluşturarak özerkliğini zedeleyecektir. Obez hasta, dış baskılardan kurtularak tedavisini bağımsız şekilde belirleyebilmeli ve ahlaki özgürlüğünü kullanarak kendi özerkliğini eline almalıdır.
3. Obez hastaya gerçekten ağırlık kaybetmek isteyip istemediği, obezite tedavisinin gerçek anlamda kendisinin bir önceliği olup olmadığı, ağırlık kaybetmeye ne kadar hazır olduğu, obez olmanın neleri gerçekleştirmesini engellediği, ağırlık kaybetmenin kendisine ne gibi yararları olacağı, yaşam kalitesinin ağırlık kaybı ile nasıl değişeceği, ağırlık kaybetmek için neler yapmaya hazır olduğu ve ağırlık kaybederken nelerden vazgeçemeyeceği sorularak tedavi kararını dış bir baskıya uğramadan gönüllü olarak kendisinin verip vermediği öğrenilmelidir.
4. Sağlık profesyoneli; obezitenin yol açtığı sağlık sorunlarına karşın obez hastayı bakımın merkezine alarak hastanın kendisini iyi hissetmesini, görüş ve düşüncelerini rahatlıkla ortaya koymasını ve YK'sini daha iyi duruma getirecek günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmesini desteklemelidir.
5. Obeziteye yönelik hiçbir müdahalede bulunmamak yerine bireysel özerkliğin geliştirilmesi ve obezojenik çevrenin düzenlenmesi sağlanarak obez hastaların diyet ve fiziksel aktivite konularında özerk seçim yapmaları desteklenmelidir.

6. Obez hastaların ağırlık değerlerine (sayılara) odaklanmak yerine özerklikleri ile bağlantılı olarak yaşam biçimlerini ne denli değiştirebildiklerine odaklanılmalıdır.
7. Gelecekte obeziteye yönelik uygulanacak halk sağlığı politikaları; dayatma odaklı teknik prosedürler yerine fırsat eşitliği sunan, sorumluluk, adalet, özerklik ve ÖSİ'ni kapsayan uygulamalar olmalıdır.
8. Obez hastaların YK'lerinin özerklik ve ÖSİ çerçevesinde daha somut şekilde ele alınabilmesi için "Obez Hastalarda Algılanan Özerklik Ölçeği" hazırlanarak gelecek çalışmalarda OÖYKÖ ile birlikte kullanılmalıdır.



KAYNAKLAR DİZİNİ

- Abalain-Castela, C., Becher, S., Boucher, J., Labojka, D. & O'gorman, A. (2018). *Obesity the health challenge of the 21st century*. Scor Art & Science of Risk, pp. 3-4.
- Açık, M. (2017). *Metabolik olarak sağlıklı ve sağlıklı olmayan obezlerde diyet kalitesinin, fiziksel aktivite durumunun ve yaşam kalitesinin belirlenmesi*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara
- Aghaei, A., Khayyamnekouei, Z. & Yousefy, A. (2013). *General health prediction based on life orientation, quality of life, life satisfaction and age*. Procedia Social and Behavioral Sciences, 84, pp. 569-573
- Ahmetoğlu, H., Kotevoğlu, N. (2019). *Fiziksel tıp ve rehabilitasyonda etik*. (Ed.), *Çağdaş klinik etik (21. yüzyılda olgu örnekleriyle)* içinde (s.199-203). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri
- Akbulut, G. (2016). *Vücut ağırlığı denetimi: Obezite ve yeme bozukluklarında tıbbi beslenme tedavisi*, Tıbbi beslenme tedavisinde güncel uygulamalar VII, Ankara Nobel Tıp Kitabevleri, Ankara: Neyir Matbaacılık
- Akgün, F.S. (2019). *Acil tıpta etik*. (Ed.), *Çağdaş klinik etik (21. yüzyılda olgu örnekleriyle)* içinde (s.205-211). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri
- Akgündüz, Y. (2013). *Konaklama işletmelerinde iş doyumu, yaşam doyumu ve öz yeterlilik arasındaki ilişkinin analizi*. Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 11(1), 180-204, Manisa
- Aktan, R. (2016). *Obez ve preobez bireylerde solunum fonksiyonlarının fiziksel aktivite düzeyinin ve yaşam kalitesinin karşılaştırılması*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam ediyor)

- Akyıldız, S. (2010). *Kısırlaştırma operasyonlarında hekimin aydınlatma yükümlülüğü*, Ankara Barosu Üçüncü Sağlık Hukuku Kurultayı, 7-8 Mayıs 2010, Koza Matbaacılık: Ankara
- Alan, S. (2005). *Adana'da eğitim hastanelerinde sağlık hizmetini alanlar ile verenerin özerkliğe saygı ve paternalizme yatkınlıkları*. Yayımlanmamış doktora tezi, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Adana
- Aldanmaz, O. (2010). *İnsan onuru ışığında kişisel özerklik ve yerellik ilkesi*. Erzincan Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi, Cilt: 14, Sayı: 1-2, s.79-109
- Alphan, M.E.T. (2013). *Hastalıklarda beslenme tedavisi*, Birinci baskı, Ankara: Hatiboğlu Yayınevi
- American Academy of Family Physicians (2013). *Diagnosis and management of obesity, topline information for today's family physician*. AAFP Diagnosis and Management of Obesity
- Amiri, S., Behnezhad, S. (2018). *Body mass index and risk of suicide: A systematic review and meta-analysis*. Journal of Affective Disorders Volume 238, 1 October 2018, Pages 615-625
- Anderson, J. (2008). *Autonomy gaps as a social pathology: Ideologiekritik beyond paternalism*. Utrecht University Database
- Aphramor, L. (2018). *Terms of belonging: words, weight and ethical autonomy*. Health Digest Magazine February 2018- Issue 131
- Arda, B. (2004). *Tıbbi etik: temel kavramlar ve meslek sorunlarımız*. Türk Toraks Derneği 1. Mesleki Gelişim Kursu
- Arseven, A. (2016). *Öz yeterlilik: bir kavram analizi*. Journal of Turkish Studies.11. 63-63. 10.7827/TurkishStudies.10001.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam ediyor)

Arslan, C. (2016). *Özerk benlikli birey yetiştirme sürecinde çağdaş dil ve edebiyat öğretimi ortamlarının (Türkçe/Türk dili ve edebiyatı) önemi*. Elementary Education Online, 2016; 15(3): 723-741, İlköğretim Online, 15(3), 723-741, 2016. (DOI: 10.17051/io.2016.79445)

Association for Psychological Science (2012). *Supporting patient autonomy is critical to improving health*. psychologicalscience.org/news/releases/supporting-patient-autonomy-is-critical-to-improving-health.html, Erişim tarihi: 02.07.2019

Aşan, Ö. ve Erenler, E. (2013). *İş tatmini ve yaşam tatmini ilişkisi*, Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 13(2), 207-216

Ataç, A. (2010). *Tıp Etiği Açısından Kastrasyon*, Ankara Barosu Üçüncü Sağlık Hukuku Kurultayı, 7-8 Mayıs 2010, Ankara: Koza Matbaacılık

Aydın, E. (2001). *Tıp etiğinde temel ilkeler* (Ed.) içinde *I. Ulusal Uygulamalı Etik Kongresi Kitabı*, 12-13 Kasım 2001 Ankara: ODTÜ

Aydın, E. (2003). *Tıp etiğinde hasta özerkliğine saygı ilkesi*, Erciyes Tıp Dergisi (Erciyes Medical Journal), 25 (2) 92-97

Aydın, H. (2015). *Etik, ahlakilik ve özerklik*. Eğitim Dergisi, Sayı: 45, Ocak 2015. ISSN: 1307-1785

Azevedo, S.M., Vartanian, L.R. (2015). *Ethical issues for public health approaches to obesity*. Current Obesity Rep. 4: 324- 329. (DOI: 10.1007/s13679-015-0166-7)

Bakırcıoğlu, R. (2012). *Ansiklopedik eğitim ve psikoloji sözlüğü*. ISBN 978-605-5213-11-4. Ankara: Anı Yayıncılık

Balsamo M, Carlucci L, Sergi M.R., Klein Murdock, K., Saggino, A. (2015). *The mediating role of early maladaptive schemas in the relation between co-*

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam ediyor)

ruminaton and depression in young adults. PLoS One. 2015;10(10): e0140177. Published 2015 Oct 21. (DOI: 10.1371/journal.pone.0140177)

Baranzke, H. (2018). *Batı'daki biyomedikal etik tartışmalarda özerklik ve insan onuru*. (Çev. Temel, M.K.) BETİM Beşikçizade Tıp ve İnsani Bilimler Merkezi. ISBN: 978-605-82308-2-8. Elma Basım: İstanbul

Baykara, Z.G., Şahinoğlu Kuş, S. (2013). *Hemşirelikte mesleki özerklik kavramının incelenmesi*. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2013; 16: 3

Baysal, A. (2009). *Beslenme*, 12. Baskı, Ankara: Hatipoğlu Basım ve Yayım

Baysal, A. (2011). *Diyet el kitabı*, 6. Baskı, Ankara: Hatiboğlu Basım ve Yayım

Beauchamp, T.L. Childress, J.F. (2017), (Çev.) *Biyomedikal etik prensipleri*. M. Kemal Temel (Çevirmen), 7. Edisyon, ISBN: 978-6058695764, İstanbul: BETİM Yayınevi

Bentley, D. (2017). *Quantitative assessment of psycho-social factors associated with alcoholics anonymous involvement*. Walden Dissertations and Doctoral Studies, Walden Dissertations and Doctoral Studies Collection, Washington

Bidadian, M., Bahramizadeh, H. & Poursharifi, H. (2011). *Obesity and quality of life: The role of early maladaptive schemas*. Procedia-Social and Behavioral Sciences. 30 993-998. (DOI: 10.1016/j.sbspro.2011.10.193)

Bieskova, M. (2018). *Autonomy in the AAL-between law and ethics*. MDP in Law and Information Society, Faculty of Law, University of Turku

Billington, R. (2011). *Felsefeyi yaşamak*. (Çev.), Yılmaz, A., İkinci baskı, ISBN 975-539-187-8, İstanbul: Ayrıntı Yayıncılık

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam ediyor)

- Bolluk, A. Ç. (2017). *Obez bireylerde duygusal zekâ, yaşam kalitesi ve sağlık algısı*. Yayınlanmamış tıpta uzmanlık tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İzmir
- Bottone, F.G., Hawkins, K., Musich, S., Cheng, Y., Ozminkowski, R.J., Migliori, R.J., Yeh, C.S. (2013). *The relationship between body mass index and quality of life in community-living older adults living in the United States*. *J Nutr Health Aging*. 2013;17(6):495-501. (DOI: 10.1007/s12603-013-0022-y)
- Boylu, A.A., Öztop, H. (2013). *Tek ebeveynli aileler: sorunlar ve çözüm önerileri*, Sosyoekonomi Dergisi, 1, 207-220
- Boylu, A.A., Paçacıoğlu, B. (2016). *Yaşam kalitesi ve göstergeleri*. Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi, Cilt: 8, Sayı: 15, s. 137-150.
- Bozbora, A. (2002). *Obezite ve tedavisi*, ISBN: 975-420-132-3. Ankara: Nobel Tıp Kitabevi
- Buchanan, D. (2013). *Ethical standards to guide the development of obesity policies and programs*. *International Journal of Health Policy and Management*, 1(4), 313- 315
- Büken, N.Ö. (2017). *Etik, biyoetik, biyoteknoloji: tıp etiği ile ilgili temel kavramlar; Türkiye'deki genel durum*. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı, Asistan Etik Eğitimi, deontoloji.hacettepe.edu.tr/ekler/pdf/aset_bahar_18/etik,biyoetik,temelkavramlar.pdf, Erişim tarihi: 07.11.2018
- Carolyn, A. (2018). *Take control of your health care (exert your patient autonomy)*. health.harvard.edu/blog/take-control-of-your-health-care-exert-your-patient-autonomy-2018050713784

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam ediyor)

- Carter, S.M., Kerridge, I., Rychetnik, L. & King, L. (2012). *The ethical implications of intervening in bodyweight*. A Modern Epidemic, pp. 191-206
- Cevizci, A. (1999). *Felsefe sözlüğü*, 8. Paradigma kitabı, Felsefe dizisi 6. Kitap, İstanbul: Engin Yayıncılık
- Cevizci, A. (2015). *Felsefeye giriş*. 4. Baskı, Paradigma Yayınları, İstanbul
- Cheng, S.Y., Lin, W.Y., Cheng, Y.H., Huang, C.H., Chen, C.Y., Hwang, S.J., Tsai, S.T. & Chiu, T.Y. (2016). *Cancer patient autonomy and quality of dying—a prospective nationwide survey in Taiwan*. *Psycho-Oncology* 25: 179–186 (2016). (DOI: 10.1002/pon.3901)
- Christman, J. (2015). *Autonomy in moral and political philosophy*. plato.stanford.edu/entries/autonomy-moral, Erişim tarihi: 07.04.2018
- Chu, D., Nguyet, N.T.M., Nga, V.T., Lien, N.V.T., Vo, D.D., Lien, N., Ngoc, V.T.N., vd. (2019). *An update on obesity: Mental consequences and psychological interventions*. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*, Volume 13, Issue 1, pp. 155-160. (DOI: 10.1016/j.dsx.2018.07.015).
- ConscienHealth (2017). *Why is respecting patient autonomy so hard?* conscienhealth.org/2017/10/why-is-respecting-patient-autonomy-so-hard, Erişim tarihi: 20.04.2019
- Coşkun, S., Şarlak, K. & Taştan, H. (2015). *Psikiyatri hemşirelerinde öğrenilmiş güçlülük düzeyi ve iş yaşamı kalitesi: Karşılaştırmalı Bir Çalışma Uygulamaları*. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, Arşiv Cilt 4, Sayı 1
- Covington, M. (2019). *Empowering patients through motivational interviewing*. Obesity Medicine Association, obesitymedicine.org/motivational-interviewing

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam ediyor)

- Craig, H., Finucane, F. (2018). *Our treatment of patients with severe obesity is unethical-but why?* irishtimes.com/life-and-style/health-family/our-treatment-of-patients-with-severe-obesity-is-unethical-but-why-1.3553438
- Crinò, S.F., Bellocchi M. C. C., Bernardoni, L., Manfrin, E., Parisi, A., Amodio, A., Pretis, N. D., Frulloni, L., Gabbrielli, A. (2018). *Pancreas Diagnostic yield of EUS-FNA of small (≤ 15 mm) solid pancreatic lesions using a 25-gauge needle*, Hepatobiliary & Pancreatic Diseases International 17 (2018) 70–74
- Çabuk, E. (2014). *İdyopatik jeneralize ve mezyal temporal lob epilepsili olgularda sağlıklı kontrol grupla karşılaştırmalı olarak depresyon, algılanan sosyal destek ve benlik saygısı düzeylerinin karşılaştırılması*. Yayımlanmamış yüksek lisans tezi, Okan Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul
- Çalışır, S. (2018). *Obezite nedeniyle bariatrik cerrahi uygulanan hastalarda cerrahi öncesi ve sonrası psikiyatrik değerlendirme*. Yayımlanmamış tıpta uzmanlık tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Konya
- Çalışkan Tekdemir, Ş. (2014). *Bir eğitim ve araştırma hastanesinin obezite polikliniğine başvuran obez bireylerin beden algularının benlik saygısı üzerine etkisinin değerlendirilmesi*. Yayımlanmamış yüksek lisans tezi, Marmara üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul
- Çayır, A., Atak, N. & Köse, S. K. (2011). *Beslenme ve diyet kliniğine başvuranlarda obezite durumu ve etkili faktörlerin belirlenmesi*, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası 2011, 64(1), (DOI: 10.1501/Tıpfak_000000779)
- Çıray Gündüzoğlu, N. (2008). *Obezlere Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin geçerlilik ve güvenilirliğinin incelenmesi*. Yayımlanmamış yüksek lisans tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam ediyor)

- Çıray Gündüzoğlu, N. (2013). *Obezite yönetiminde koşluğun yaşam kalitesi benlik saygısı ve metabolik parametreler üzerine etkisi*. Yayınlanmamış doktora tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir
- Çıray Gündüzoğlu, N., Fadiloğlu, Ç. & Yılmaz, C. (2014). *Obezilere Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirliğinin incelenmesi*. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2014; 15:63-68, (DOI: 10.5455/apd.39822)
- Çiflik Bolluk, A. (2017). *Obez bireylerde duygusal zekâ, yaşam kalitesi ve sağlık algısı*. Yayınlanmamış tıpta uzmanlık tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İzmir
- Çobanoğlu, N. (2009). *Kuramsal ve uygulamalı tıp etiği*. 1. Baskı. Ankara: Eflatun Yayınevi
- Çörekçioğlu, H. (2016). *Otonomi sorunu: eleştirel mesafe ve düşünüm*. *ETHOS: Felsefe ve Toplumsal Bilimlerde Diyaloglar*. Ocak/January 2016, 9(1), 97-105. ISSN 1309-1328
- Çukur, A., Erdem, İ. A. (2017). *Obezite vergilerinin obezite ile mücadelede yeri: Türkiye için bir değerlendirme*. *Sayıştay Dergisi*, sayı 106.
- Dalgıç, K. (2011). *Fibromiyalji sendromlu hastalarda obezitenin yaşam kalitesi ve hastalık aktivasyonuna etkisi*. Yayınlanmamış tıpta uzmanlık tezi Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Edirne
- Davis, O., Nielsen, M. (2017). Lifestyle choice should not influence clinical decisions. *The Royal College of Surgeons of England* (DOI: 10.1308/rcsbull.2017.308)
- Demir, M. (2010). *Hasta Tasarrufları ve Tıbbi Kayıt: Alman Hukukunda Konuya İlişkin Yasal Düzenleme*, Ankara Barosu Üçüncü Sağlık Hukuku Kurultayı, 7-8 Mayıs 2010, Koza Matbaacılık: Ankara
- Demirhan Erdemir, A. (2011). *Tıpta etik ve deontoloji (yirmi birinci yüzyılda)*, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam ediyor)

Demirhan Erdemir, A. (2019a). *Klinik uygulamalarda etik ilkeler ve önemi*. (Ed.), *Çağdaş klinik etik (21. yüzyılda olgu örnekleriyle)* içinde (s.45-61). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri

Demirhan Erdemir, A. (2019b). *Klinik uygulamalarda hasta-hekim ilişkileri*. (Ed.), *Çağdaş klinik etik (21. yüzyılda olgu örnekleriyle)* içinde (s.63-76). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri

Demirkıran, S. (2012). *Yaşam kalitesi ve sağlık çalışanları*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul

Deveci, U. (2019). *Cerrahi etik*. (Ed.), *Çağdaş klinik etik (21. yüzyılda olgu örnekleriyle)* içinde (s.397-411). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri

Devisch, I. (2010). *Oughtonomy in healthcare. A deconstructive reading of Kantian autonomy*. *Med Health Care and Philos* (2010) 13:303–312, (DOI: 10.1007/s11019-010-9258-z)

Devisch, I. (2011). *Progress in medicine: autonomy, 'oughtonomy' and nudging*. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, ISSN 1365-2753

Devisch, I. (2012). *Nudging and obesity: How to get rid of paternalism?* *Journal of Nursing Education and Practice*, May 2012, Vol. 2, No. 2, (DOI: 10,5430/ jnep. v2n2p89)

Devisch, I. (2013). *Food taxes: A new holy grail?* Kerman University of Medical Sciences. *International Journal of Health Policy and Management*, 2013, 1(x), 1-3

Devisch, I. (2018). *Are there really two cultures in the health debate? Towards a new understanding of autonomy*. *APORIA*, Vol. 3, Numéro 1 / Vol.3, Issue 1.

Devisch, I., Dierckx, K., Vandeveld, D., De Vriendt, P. and Deveugele, M. (2015). *Patient's perception of autonomy support and shared decision*

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam ediyor)

making in physical therapy. Open Journal of Preventive Medicine, 5, 387-399. (DOI: 10.4236/ojpm.2015.59043)

Devisch, I., Vanheule, S. (2014). *Singularity and medicine: is there a place for heteronomy in medical ethics?* Journal of Evaluation in Clinical Practice 20 (2014) 965- 969.

Dikmen, K., Ersoy, E. (2016). *Obezite cerrahisi ve etik*. Türkiye Klinikleri J Med Ethics Law Hist-Special Topics;1(3)

Dinçer, D. (2018). *Obez ve preobez hastalarda kardiyovasküler risk faktörlerinin antropometrik ve metabolik parametrelerle ilişkisi*. Yayımlanmamış tıpta uzmanlık tezi, Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, Düzce

Dive, L. (2017). *Autonomy, information, and paternalism in clinical communication*, The American Journal of Bioethics, 17:11, 50-52, (DOI: 10.1080/15265161.2017.1378769)

Doğan, H. (2007). *Aydınlatılmış onam* (Ed.), *Tıp tarihi ve tıp etiği ders kitabı* içinde (s.159- 163). İstanbul: İstanbul Üniversitesi Matbaası

Doğan, T. (2016). *Öz-gürleşmek ve kurban psikolojisinden kurtulmak*. tayfundogan.net/2016/12/14/oz-gurlesmek-ve-kurban-psikolojisinden-kurtulmak. (Erişim tarihi: 23.07.2019)

Donchin, A. (2001). *Understanding Autonomy Relationally: Toward a Reconfiguration of Bioethical Principles*. Journal of Medicine and Philosophy 0360-5310/01/2604-365\$16.00. Vol. 26, No. 4, pp. 365-386

Dünya Tabipler Birliği (2017). *Tıp etiği el kitabı*, (Çev. Civaner, M.), 3. Baskı, ISBN-978-605-9665-17-9.

Elbek, O., Adaş, O.B. (2012). *Hekimlere / sağlık çalışanlarına yönelik şiddet*, Değişen dünyada biyoetik, Türkiye Biyoetik Derneği Yayını No: XVIII,

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam ediyor)

Published by the Turkish Bioethics Association, ISBN: 978-975-7041-15-3, İstanbul: Ege Reklam ve Basım

Elçioğlu, Ö., Kırımhoğlu, N. (2003). *Tıp Etiği İlkeleri* (Ed.), Çağdaş tıp etiği içinde (s. 26-41). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri

Ells, C., Hunt, M.R. & Chambers-Evans, J. (2011). *Relational autonomy as an essential component of patient-centered care*. International Journal of Feminist Approaches to Bioethics.Vol. 4, No. 2 (2011), pp. 79-101

Ellyn Satter Institute (2019). *Self control vs autonomy*. ellynsatterinstitute.org/self-control-vs-autonomy. Erişim tarihi: 14.06.2019

Emir, M. (2013). *Hukuki ve etik yönleri ile biyotıp araştırmalarında biyobankalar*. Yayınlanmamış doktora tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara

Emre, N., Öner, M. (2018). *Kırsalda yaşayan kadınlarda obezite, yaşam kalitesi ve ruhsal durum ilişkisi*. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi 2018; 22(4): 176-184.

Entwistle, V.A., Carter, S.M., Cribb, A. & McCaffery, K. (2010). *Supporting patient autonomy: the importance of clinician-patient relationships*. J Gen Intern Med. 2010 Jul; 25(7): 741–745.

Enzo, A., Okita, T., & Asai, A. (2019). *What deserves our respect? Reexamination of respect for autonomy in the context of the management of chronic Conditions*. *Medicine, Health Care and Philosophy* (2019) 22:85–94 (DOI: 10.1007/s11019-018-9844-z)

Erbay, E. (2012). *Obez ve obez olmayan postmenapozal kadınlarda, serum osteoprotegerin, reseptör aktivatör nükleer kappa b ligand ve bazı kemik turnover parametreleri (kalsiyum, fosfor, deoksiyridinolin, osteokalsin, kemik-*alp*, *n-telopeptid*) ile kemik mineral dansitesinin araştırılması,*

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam ediyor)

Yayımlanmamış uzmanlık tezi, Konya Necmettin Erbakan Üniversitesi,
Konya

Erdoğan, M. (2017). *Bireysel özerklik ve liberalizm*. Erdoganmustafa.org/
bireysel-ozerklik-ve-liberalizm. Erişim tarihi: 24.07.2019

Erenoğlu Son, N. (2014). *Obez ve obez olmayan bireylerde etik açıdan beden algısı ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi*. Yayımlanmamış doktora tezi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Eskişehir

Ergen, A., Tanrıverdi, O., Kumbasar, A., Arslan, E. ve Atmaca, D. (2011). *Sağlık personelinin yaşam kalitesi üzerine kesitsel bir çalışma*, Haseki Tıp Bülteni, 49, 14-19

Eriş, H.M. (2012). *Üniversite öğrencilerinin yaşam kalitesi düzeylerinin bazı değişkenlere göre incelenmesi*. Yayımlanmamış yüksek lisans tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara

Eroğlu, F., Parlar, H. (2018). *Evli kadın ve erkeklerde psikolojik iyi oluşun ebeveyn tutumuna etkisinin incelenmesi*, İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, Yıl:17 Sayı:33 Bahar 2018/1 s. 89-101 89

Eroğlu-Samur, G. (2012). *Obezite ve genetik*. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü. Sağlık Bakanlığı Yayınları

Ersoy, N., Aydın, E. (1994). *Tıbbi etikte özerklik ve özerkliğe saygı ilkesi*, T Klin Tıbbi Etik 1994, 2

Es, B. (2018). *Obezitenin gebelik boyunca yaşam kalitesine etkisi*. Yayımlanmamış yüksek lisans tezi, Celal Bayar Üniversitesi, Manisa

Faria, M.A. (2015). *Bioethics-should they encourage the killing of unwanted newborn infants?* Surg Neurol Int. 2015; 6: 184, Published

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam ediyor)

online 2015 Dec 8. PMID: 26677418 (DOI: 10.4103/2152-7806.171253)

Farrell, A. (2011). *Fat shame: Stigma and the fat body in American culture*. New York: NYU Press.

Fonseca, P.R., Toloi, A.M.A., Sá, L.B.P.C. & Arbex, A.K. (2017). *The role of states in controlling the obesity epidemic, and a personal autonomy to decide*. Open Journal of Endocrine and Metabolic Diseases, 7, 35- 43. (DOI: 10.4236/ojemd.2017.71004)

Fortune, E.E., Shotwell, J.J., Buccellato, K. & Moran, E. (2016). *Factors predicting desired autonomy in medical decisions: Risk-taking and gambling behaviors*. Health Psychology Open January-June 2016: 1-10

Frankena, W. (2007). *Etik*, (Çev. Azmi Aydın), İmge Kitabevi, Ankara.

Frolov, I. (1991). *Felsefe sözlüğü*. Çalışlar, A. (Çev.), Bilimler Akademisi, İstanbul: Cem Yayınevi

Gandjour, A. (2015). *Resource allocation in health care and the role of personal autonomy*. Gesundheitswesen. 2015 Mar;77(3): e44-50. (DOI: 10.1055/s-0034-1384542)

Geiger, M. (2009). *Kant'ın dünyası*, 1. Baskı, biyografi dizisi 7, ISBN-13: 978-975-05-0669-7, İstanbul: İletişim Yayıncılık

Geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları yönetmeliği (2014). *Resmî Gazete* (Sayı: 29158). resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/10/20141027-3.htm. Erişim tarihi: 26.11.2019

Genç, L. S. (2018). *Obezite tanılı kadın hastalarda bağlanma stilleri, aile işlevselliği ile dürtüsellik ilişkisinin incelenmesi*. Yayımlanmamış yüksek lisans tezi, Nişantaşı Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam ediyor)

- Giddens, A. (2012). *Sosyoloji*. İkinci baskı, ISBN: 978-975-9169-41-X, İstanbul: Kırmızı Yayınları
- Gilbert, S. (2016). *The nudge factor: paternalism, autonomy, and the fight against obesity*. Honors Thesis Collection. 393
- Giuli, C., Papa, R., Bevilacqua, R., Felici, E., Gagliardi, C., Marcellini, F., Boscaro, M., De Robertis, M., Mocchegiani, E., Faloia, E., Tirabassi, G. (2014). *Correlates of perceived health related quality of life in obese, overweight and normal weight older adults: an observational study*. BMC Public Health. (DOI: 10.1186/1471-2458-14-35)
- Gonzalez-Campoy J.M. (2019). *Bariatric procedures*. In: Gonzalez-Campoy J., Hurley D., Garvey W. (eds) Bariatric Endocrinology. Springer, Cham
- Gorin, A. A., Powers, T. A., Koestner, R., Wing, R. R., & Raynor, H. A. (2014). *Autonomy support, self-regulation, and weight loss*. Health Psychology, 33(4), 332-339, (DOI: 10.1037/a0032586)
- Gracia, D. (2012). *The many faces of autonomy*, Theor Med Bioeth. 33(1): 57-64. (DOI: 10.1007/s11017-012-9208-2)
- Griffiths, P.E., West, C.A. (2015). *Balanced intervention ladder: Promoting autonomy through public health action*. Public Health. 2015; 29: 1092-98.
- Gülmez, H. (2013). *Çalışanların yaşam kalitesini etkileyen faktörler*, Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care, 7(4), 74-82
- Günay, Y., Elçioğlu, Ö. & Koç, S. (2000). *Hasta ve hekim hakları açısından hasta rızası*, Türkiye Klinikleri J Med Ethics 2000;8(1):46-50
- Güneş Özunal, Z. (2019). *Farmakoloji ve etik* (Ed.), *Çağdaş klinik etik (21. yüzyılda olgu örnekleriyle)* içinde (s.341-346). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam ediyor)

- Güven, P.S. (2014). *Obezitenin temel boyutları. Diyarbakır'da obezite ve obeziteye karşı alınması gereken önlemler*. Yayımlanmamış yüksek lisans tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul
- Hain, R., Saad, T. (2016). *Foundations of practical ethics*. *Medicine*, 44: 578–582
- Han, K., Park, E., Kim, J. (2014). *Is marital status associated with quality of life?* *Health Qual Life Outcomes* 12, 109 (DOI: 10.1186/s12955-014-0109-0)
- Hançerlioğlu, O. (2013). *Felsefe ansiklopedisi*, 2. Baskı, ISBN: 9751403407, İstanbul: Remzi Kitabevi Neşriyat Sanayi ve Ticaret
- Hand, W.B., Robinson, J. C., & Creel, E. (2013). *Ethical issues surrounding weight bias and stigma in healthcare*. *Online Journal of Health Ethics*, 8(2). (DOI: 10.18785/ojhe.0802.04)
- Have, M., Heide, A., Mackenbach, J.P. & Beaufort, I.D. (2012). *An ethical framework for the prevention of overweight and obesity: a tool for thinking through a programme's ethical aspects*. Oxford University Press on behalf of the European Public Health Association. *European Journal of Public Health*, Vol. 23, No. 2, 299-305.
- Haynes, E., Hughes, R. & Reidlinger, D. P. (2017). *Obesity prevention advocacy in Australia: an analysis of policy impact on autonomy*. *Obesity and Food Availability*. (DOI: 10.1111/1753-6405.12660)
- Henzel, Z.O., Kadioğlu, S. (2012). *Türk ve Fransız hekimlerde hasta kavramı*, Türkiye Biyoetik Derneği Yayını No: XVIII Published by the Turkish Bioethics Association ISBN: 978-975-7041-15-3, İstanbul: Ege Reklam ve Basım
- Hewson, B. (2001). *Reproductive autonomy and the ethics of abortion*. *Journal of Medical Ethics* 2001;27 suppl II: ii10–ii14

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam ediyor)

- Hignett, S., Lang, A., Pickup, L., Ives, C., Fray, M., McKeown, C., Tapley, S., Woodward, M. & Bowie, P. (2018). *More holes than cheese. What prevents the delivery of effective, high quality and safe health care in England?* Ergonomics, 61:1, 5-14, ISSN: 0014-0139 (DOI: 10.1080/00140139.2016.1245446)
- Hoffman, B. (2010). *Stuck in the middle: The many moral challenges with bariatric surgery*, The American Journal of Bioethics, 10(12): 3-11, ISSN: 1526-5161-1536-0075, (DOI: 10.1080/15265161.2010.528509)
- Holm, Nowicka, Farpour-Lambert, O'Malley, Hassapidou, Weiss, vd., (2014). *The ethics of childhood obesity treatment-from the childhood obesity task force (cotf) of european association for the study of obesity (easo)*. Obes Facts 2014; 7:274–281. (DOI: 10.1159/000365773)
- House, C. (2018). *The power of autonomy in recovery*. cielo.house.com/power-autonomy-recovery. Erişim tarihi: 14.06.2019
- Huang, K.W., Qiao, M., Liu, X., Dai, M. & Liu, S. (2019). *Computer Vision and Metrics Learning for Hypothesis Testing: An Application of Q-Q Plot for Normality Test*, Cornell University Archive: 1901.07851
- Irish Hospice Foundation (2013). *Patient autonomy in law and practice*. Irish Hospice Foundation Module 4
- İlgili, Ö. (2017). *Aydınlatılmış onam (informed consent)*, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Asistan Etik Eğitimi, deontoloji.hacettepe.edu.tr/faaliyet/2017/0428_ASET/Slaytlar/onderilgili_aydinlatilmisonam.pdf, Erişim tarihi: 16.10.2019
- İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi (1948, 10 Aralık). *Resmî Gazete* (Sayı: 217-(A)III). tbmm.gov.tr/komisyon/insanhaklari/pdf01/203-208.pdf, Erişim tarihi: 15.11.2019

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam ediyor)

- Jia, H., Lubetkin, E.I. (2005). *The impact of obesity on health-related quality-of-life in the general adult US population*. Journal of public health, 2005; 27(2): 156-64
- John, S. (2014). *Patient preference predictors, apt categorization, and respect for autonomy*. Journal of Medicine and Philosophy, 39: 169-177, 2014. (DOI:10.1093/jmp/jhu008)
- Jonas, M. (2010). *Obesity, autonomy and the harm principle*. Journal of Primary Health Care Vol. 2, No. 4
- Kabasakal, Z., Baş, A.U. (2013). *Öğretmen adaylarında yaşam doyumunun yordayıcısı olarak problem çözme becerileri*, Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi, 2(1), 27-35
- Kadioğlu, G. (2019). *Diş hekimliği etiği*. (Ed.), *Çağdaş klinik etik (21. yüzyılda olgu örnekleriyle)* içinde (s.523-537). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri
- Kadioğlu, G., Kadioğlu, S. (2019). *Klinik uygulamalarda etik karar verme süreci*. (Ed.), *Çağdaş klinik etik (21. yüzyılda olgu örnekleriyle)* içinde (s.77-94). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri
- Kanlayanee, N. Tuicomepee, A. Kiamjarasrangsi, W. & Sithisarankul, P. (2017). *Can the weight reduction program improve obese Thai adolescents' body mass index and autonomous motivation?* J Nepal Paediatr Soc 2017;37(1):10-20.
- Karadeniz, A. (2019). *İnfeksiyon hastalıklarında etik*. (Ed.), *Çağdaş klinik etik (21. yüzyılda olgu örnekleriyle)* içinde (s.319-331). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri
- Karagöz, Y., Doğan, A. & Koçyiğit, S. (2016). *Gelir düzeyinin hayat kalitesi ve memnuniyetine etkisi: Sivas ilinde amprik bir uygulama*. C.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, Cilt 17, Sayı 1, 2016

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam ediyor)

- Karakaya, H., Cihan, Ü. (2017). *Toplumsal yapı, iktidar ve kadın bedeninin kurgulanışı*. Munzur Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi (MÜSBİD). Cilt 6, Sayı 11
- Karimi, M., Brazier, J. (2016). *Health, health-related quality of life, and quality of life: what is the difference?* Pharmacoeconomics. 2016 Jul;34(7):645-9. (DOI: 10.1007/s40273-016-0389-9)
- Karlı, H.G. (2014). *Obez bireylerde beden algısı benlik saygısı ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi*. Yayımlanmamış yüksek lisans tezi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul
- Kasch, F. (2015). *The paradigm shift in obesity research and its ethical and cultural implications*. Osaka University Knowledge Archive (DOI: 10.18910/55681)
- Kaya Gündüz, G. (2016). *Obezite tanısı almış kadınların obezite dereceleri ile problemleri yeme davranışları arasındaki ilişki*. Yayımlanmamış yüksek lisans tezi, İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul
- Keleş, Ş. (2013). *Genetik, insanın özgür ve özerk oluş konumunu tehdit eder mi?* Türkiye Klinikleri J Med Ethics 2013;21(1)
- Keşer, E. (2016). *Pender'in sağlığı geliştirme modelinin obez bireylerde bazı parametrelere etkisi*. Yayımlanmamış yüksek lisans tezi, Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Gaziantep
- Kılıç, A.F. (2016). *Uyum analizi (correspondence analysis)*, YBS Ansiklopedi, Cilt 3, Sayı 1, Mart 2016
- Kılıç, S. (2016). *Cronbach's alfa güvenirlik katsayısı*. Journal of Mood Disorders.6.1.10.5455/jmood.20160307122823.
- Kious, B.M. (2016). *Respect for autonomy: deciding what is good for oneself*, J Med Ethics 2016;42:769-775. (DOI:10.1136/medethics-2015-10 3340)

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam ediyor)

Kniess, J. (2014). *Obesity, paternalism and fairness*. JME Online First, published on August 17, 2015 as 10.1136/medethics-2014-102537

Kolotkin, R.L., Andersen, J.R. (2017). *A systematic review of reviews: exploring the relationship between obesity, weight loss and healthrelated quality of life*. Clin Obes 2017; 7: 273-289

Koole, S.L., Schlinkert, C., Maldei, T. & Baumann, N. (2018). *Becoming who you are: An integrative review of self-determination theory and personality systems interactions theory*. Special Issue Manuscript, (DOI: 10,1111/jopy.12380)

Koponen, A.M., Simonsen, N. & Suominen, S. (2017). *Determinants of physical activity among patients with type 2 diabetes: the role of perceived autonomy support, autonomous motivation and self-care competence*. Psychology, Health & Medicine, 22:3, 332-344. (DOI: 10.1080/13548506.2016.1154179)

Kortt, M.A., Dollery B. (2011). *Association between body mass index and health-related quality of life among an Australian sample*. Clinical therapeutics, 2011; 33(10): 1466-74

Kök, A.N. (2007). *Adli hekimlikte hasta hakları*. Sağlık hakkı özel sayısı, Hasta hakları, Türk-Alman Tıp Hukuku Sempozyumu, 2007;3:45-50

Krause, F., Boldt, J. (2018). *Care in healthcare reflections on theory and practice*. ISBN 978-3-319-61290-4 ISBN 978-3-319-61291-1. (DOI: 10.1007/978-3-319-61291-1)

Kurt, E., Tunca, Y. (2016). *Temel etik ilkeler çerçevesinde gebeliğin sonlandırılmasındaki etik ikilemlere bir bakış*. Med Bull Haseki 2016;54: 57-61. (DOI: 10.4274/haseki.2850)

Lee, A.A., Piette, J.D., Heisler, M., Janevik, M.R., Rosland, A.M. (2019). *Diabetes self-management and glycemic control: the role of autonomy*

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam ediyor)

- support from informal health supporters.* Health Psychology. American Psychological Association 2019, Vol. 38, No. 2, 122–1320278-6133/19/\$12.00. (DOI: 10.1037/hea0000710)
- Levy, N. (2019). *Taking responsibility for responsibility.* Public Health Ethics. Volume 12. Number 2. 2019, 103-113
- Lindberg, J., Johansson, M. & Broström, L. (2018). *Temporising and respect for patient self-determination.* J Med Ethics. (DOI: 10.1136/medethics-2018-104851)
- Lowden-Crook, C.L. (2014). *The "globesity" trend: exploring the ethical concerns of registered nurses caring for bariatric surgery patients.* The University of Notre Dame Australia ResearchOnline@ND
- Łuczyński, W., Olszewska, B.G., & Bossowski, A. (2016). *Empowerment in the treatment of diabetes and obesity.* Journal of Diabetes Research, Volume 2016, Article ID 5671492, 9, (DOI: 10.1155/2016/5671492)
- Lupton, D. (2012). *Is being fat bad for your health? Obesity sceptics disagree,* simplysociology.wordpress.com/2012/06/13/is-being-fat-bad-for-your-health-obesity-sceptics-disagree, Erişim tarihi: 20.04.2019
- Lutz, A.G. (2019). *Patients' autonomy as a negotiated order: an ethnographic perspective on the clinical management of childhood obesity.* Sociology of Health & Illness Vol. xx No. xx 2019 ISSN 0141-9889, pp. 1–17. (DOI: 10.1111/1467-9566.12863)
- MacKay, K. (2017). *A feminist analysis of anti-obesity campaigns: manipulation, oppression, and autonomy.* International Journal of Feminist Approaches to Bioethics 10(2):61-78 (DOI: 10.3138 / ijfab.10.2.61)

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam ediyor)

- Magallares, A., Schomerus, G. (2015). *Mental and physical health related quality of life in obese patients before and after bariatric surgery: a meta-analysis*. Psychol Health Med 2015; 20: 165–176.
- Magiera, A., Sochacka-Tatara, E., Sowa, A., Jacek, R., Pac, A. (2018). *Body weight and quality of life among adolescents in Krakow*. Dev Period Med. 2018;22(2):160-170
- Mahmood, S., Tuyl, L., Schoonmade, L.J., Landewé, R., Heijde, D., Twisk, J. & Boers, M. (2019). *Systematic review of rheumatoid arthritis clinical studies: Suboptimal statistical analysis of radiological data*, Seminars in Arthritis and Rheumatism, PII: S0049-0172(18)30507-9, (DOI: 10.1016/j.semarthrit. 2019.02.009)
- Maia, A., White, A. (2014). *Supporting autonomy in a nutrition intervention for overweight/obese children using self-determination theory with motivational interviewing*. The FASEB Journal 2015 29:1_supplement
- Marshall, G. (2005). *Sosyoloji sözlüğü*, Akınhay, O. & Kömürcü, D. (çev.), ISBN: 975-7298-43-3, Ankara: Bilim ve Sanat Yayınları
- Marteau, T.M., Ogilvie, D., Roland, M., Suhreke, M., Kelly, M.P. (2011). *Judging nudging: can nudging improve population health?* BMJ. 2011, 342: d228
- Martin, H. (2018). *35-45 yaş arası obez kadınlarda bitkisel zayıflama ürünleri kullananlar ve kullanmayanların antropometrik ölçümler açısından değerlendirilmesi*. Yayımlanmamış yüksek lisans tezi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul
- Matos, M., Bernardes, S.F. & Goubert, L. (2015). *The relationship between perceived promotion of autonomy/ dependence and pain-related disability in older adults with chronic pain: the mediating role of self-reported physical functioning*. J Behav Med. 2016 Aug;39(4):704-15. (DOI: 10.1007/s10865-016-9726-x. Epub 2016 Feb 27)

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam ediyor)

- McCormick, D. (2010). *Obesity-related legislation meets American individualism*. American Medical Association Journal of Ethics April 2010, Volume 12, Number 4: 305-308
- McLellan, C., Frey, M.P., Thiboutot, D., Layton, A., Chren, M. & Tan, J. (2018). *Development of a comprehensive quality-of-life measure for facial and torso acne*, Journal of Cutaneous Medicine and Surgery 22(3), (DOI: 10.1177/1203475418756379)
- Mello, D., Luiz P. Verdini, M., Dantas, Estélio, G., Tania, F., Maria, E., Rogério, H. (2010). *Impact of obesity on quality of life in the elderly*. Medicina Sportiva. 14. 63-66. 10.2478/v10036-010-0012-7.
- Merry, M.S. (2012). *Paternalism, obesity, and tolerable levels of risk*. Democracy & Education, Vol 20, No 1.
- Metin, S. (2010). *Biyo-tıp etiği ve hukuk*, I. Baskı, İstanbul: On İki Levha Yayıncılık
- Michie, S., Miles, J., Weinman, J. (2003). *Patient-centeredness in chronic illness: what is it and does it matter?* Patient Educ Couns 2003;51: 197–206
- Miri, S.F., Javadi, M., Lin, C.Y., Irandoost, K., Rezazadeh, A. & Pakpour, A.H. (2017). *Health related quality of life and weight self-efficacy of life style among normal-weight, overweight and obese Iranian adolescents: a case control study*. Int J Pediatr 2017; 5(11): 5975-84. (DOI: 10.22038/ijp.2017.25554.2173)
- Mitra, S. (2013). *Decision making autonomy, a catalyst of nutrition level of women in Bangladesh: a case study of Dhaka*. International Union for the Scientific Study of Population
- Moore, S.E.H. (2010). 2010, *Is the healthy body gendered? Toward a feminist*

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam ediyor)

critique of the new paradigm of health. SAGE Vol. 16(2): 95–118; (DOI: 10.1177/1357034X10364765)

Morsünbül, Ü. (2012). *Özerklik ve ruh sağlığına etkisi*. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry* 2012; 4(2):260-278. (DOI:10.5455/cap.20120416)

Mulvaney-Day, N. (2009). *Obesity, Identity and Community: Leveraging Social Networks for Behavior Change in Public Health*. *Public Health Ethics*. Volume 2. Number 3. 2009, 250-260

Murphy, M. (2016). *Maternal autonomy*. *British Journal of Midwifery* Vol. 24, No. 5 (DOI: 10.12968/bjom.2016.24.5.371)

Naik, A.D., Dyer, C.B., Kunik, M.E. & McCullough, L.B. (2009). *Patient autonomy for the management of chronic conditions: a two-component reconceptualization*. *The American Journal of Bioethics*, 9(2): 23-30, 2009. Taylor & Francis Group, LLC. ISSN: 1526-5161/1536-0075. (DOI: 10.1080/15265160802654111)

Naji, Z., Zamani, Z., Koutlaki, S.A. & Salamati, P. (2016). *Personal autonomy in health settings and Shi'i Islamic Jurisprudence: a literature review*. *Med Health Care Philos*.2017 Sep;20(3):435-441. (DOI: 10.1007/s11019-016-9738-x)

Namal, A. (2015). *Etik teorileri ışığında tıpta etik ikilemler ve etik karar verme süreci*, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Öğrenci Ağı, istanbultip.istanbul.edu.tr/ogrenci/wp-content/uploads/2015/01/T%C4%B1bb%C4%B1n-%C4%B0lk-D3-424-Prpf.-Dr.-F.-Ar%C4%B1n-Namal-Etik-Vakalar-3.pdf, Erişim tarihi: 17.09.2018

Newdick, C. (2017). *Health equality, social justice and the poverty of autonomy*. *Health Economics, Policy and Law*, page 1 of 23. Cambridge University Press 2017. (DOI: 10.1017/S1744133117000093)

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam ediyor)

- Nuffield Council on Bioethics (2007). *Public health: ethical issues*. London (UK): Nuffield Council. nuffieldbioethics.org/project/public-health, Erişim tarihi: 26.11.2019
- Nuffield Council on Bioethics (2014). *Case study-obesity*. Public health: ethical issues. Chapter 5
- Nys, T. (2016). *Autonomy, trust, and respect*. Journal of Medicine and Philosophy, 41: 10–24, 2016. (DOI: 10. 1093/jmp/jhv036)
- Oğuz, N.Y., Tepe, H., Büken, N.Ö., Kucur, D.K. (2005). *Biyoetik terimleri sözlüğü*, 1. Baskı, ISBN: 975-7748-31-1, Ankara: Türkiye Felsefe Kurumu Yayınları
- Okan, T., Doğan, Z. & Avdal, E. Ü. (2018). *Tip 1 diabetes mellitus'lu çocuklarda yaşam kalitesi, önemi ve hemşirenin rolü: olgu sunumu*, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2018; 3(3)
- Oldsberg, L., Forsman, C., Garellick, G., Nemes, S. (2018). *The association between sex, education and health-related quality of life after total hip replacement: a national cohort of 39,141 Swedish patients*, European Journal For Person Centered Healthcare, Vol.6, No.2, (DOI: 10.5750/ejpch. v6i2.1479)
- Onurlubaş, E., Doğan, H. G., & Demirkıran, S. (2015). *Üniversite öğrencilerinin beslenme alışkanlıkları*, Gaziosmanpaşa Üniversitesi Ziraat Fakültesi Dergisi, 32(3),6169
- Owens, J. (2013). *Beyond choice and individualism: understanding autonomy for public health ethics*. Public Health Ethics Volume 6, Num. 3. 2013, 262–271
- Öksüz, Y. (2001). *Duyguları açabilme- özerklik ilişkisi*. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi. Cilt 13, Sayı 1, Sayfalar 46-52

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam ediyor)

- Önlen, E. (2018). *Obez olan ve obez olmayan polikistik over sendromu tanılı hastalarda il-17a düzeyinin karşılaştırılması*. Yayınlanmamış tıpta uzmanlık tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul
- Özar, Ş., Çakar, Y.B. (2012). *Aile, devlet ve piyasa kıskacında boşanmış kadınlar*. Kültür ve Siyasette Feminist Yaklaşımlar Dergisi, 16, 1-12
- Özateş, Ö.S. (2010). *Sosyal hizmet etiğinin felsefi temelleri*. Toplum ve Sosyal Hizmet, 21(1):85-97
- Özdamar, K. (2013a). *Paket programlar ile istatistiksel veri analizi*, 9. Baskı, 2. Cilt, Eskişehir: Nisan Kitabevi
- Özdamar, K. (2013b). *SPSS ile Biyoistatistik*. 9. Baskı, ISBN: 978-975-6428-57-3, Nisan Kitabevi: Ankara
- Özdemir İlhan, B. (2018). *Obezite cerrahisinin benlik saygısı ve yaşam kalitesine etkisi*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Maltepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul
- Özdemir, Y., Çok, F. (2011). *Ergenlikte özerklik gelişimi*. Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi 2011, 4 (36), 152-164
- Özdoğan, Ö., Yüksel, B., Çelik, M., Oymak, S.& Bakar, C. (2018). *Yaşlılarda yaşam kalitesini etkileyen faktörler*. Turk J Public Health 2018;16(2)
- Özkoca, Ö. (2018). *Obez bireylerde yeme tutumu, algılanan sosyal destek ile psikopatolojilerinin değerlendirilmesi ve motivasyonel süreç yönünden ilişkisi*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Işık Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul
- Özmete, E. (2010). *Aile yaşam kalitesi dinamikleri: Aile iletişimi, ebeveyn sorumlulukları, duygusal, duygusal Refah, fiziksel/materyal refahın algılanması*. Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi, 3(11), 455-465

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam ediyor)

- Park, S. (2017). *Pathways linking obesity to health-related quality of life*. Qual Life Res. 2017 Aug;26(8):2209-2218. (DOI: 10.1007/s11136-017-1565-x)
- Paşalak, İ.Ş. (2016). *Yüksek riskli gebelik nedeniyle hastanede yatak istirahatinde olan gebelerin gebeliğe uyum düzeyleri ve etkileyen bazı faktörlerin belirlenmesi*. Yayımlanmamış yüksek lisans tezi, Koç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul
- Patrick, D.L., Bushnell, D.M. & Rothman, M. (2004). *Performance of two self-report measures for evaluating obesity and weight loss*. Obesity Research Vol. 12
- Pérez-Ferrer, C., Jaccard, A., Knuchel-Takano, A., Retat, L., Brown, M. Riaucioniene, V. & Webber, L. (2018). *Inequalities in smoking and obesity in Europe predicted to 2050: Findings from the EConDA Project*, Scandinavian Journal of Public Health, 2018; 46: 530-540
- Perryman, M.L., Sidoti, K.A. (2015). *Ethical considerations in the treatment of childhood obesity*. Medicolegal and Bioethics.2015:5 17-26
- Persson, K. (2014). *Why bariatric surgery should be given high priority: An argument from law and morality*. Health Care Anal (2014) 22:305–324, (DOI 10.1007/s10728-012-0216-1)
- Peterman, A.H., Rothrock, N., Cella, D. (2018). *Evaluation of health-related quality of life (HRQL) in patients with a serious life-threatening illness*. Up-to-date
- Pinto, S., Fumincelli, L., Mazzo, A., Caldeira, S., Martins, J. C. (2017). *Comfort, well-being and quality of life: discussion of the differences and similarities among the concepts*. Porto Biomedical Journal, Volume 2, Issue 1, Pp. 6-12, ISSN 2444-8664, (DOI: 10.1016/j.pbj.2016.11.003)
- Plak, M.F. (2013). *Obesity, libertarian paternalism, and autonomy*. Utrecht University, The Netherlands

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam ediyor)

- Pollak, K.I., Alexander, S.C., Tulsy, J.A., Lyna, P., Coffman, C.J., Dolor, R.J. vd., (2011). *Physician empathy and listening: associations with patient satisfaction and autonomy*. J Am Board Fam Med. JABFM November-December 2011 Vol. 24 No. 6 (DOI: 10.3122/jabfm.2011.06.110025)
- Powers, T.A., Koestner, R. & Gorin, A.A. (2008). *Autonomy support from family and friends and weight loss in college women*. Families, Systems, & Health. American Psychological Association. 2008, Vol. 26, No. 4, 404-416
- Pratt, K. (2014). *The limits of anti-obesity public health paternalism: another view*. LOYOLA Legal Studies Paper No. 2015-0646 Connecticut L. Rev. 1903
- Priest, M. (2015). *Paternalism, autonomy, & food regulation*. Public Affairs Quarterly. Vol. 29, No. 3 (July 2015), pp. 327-343
- Quante, M. (2011). *In defence of personal autonomy*. J Med Ethics 2011; 37:597e600. (DOI: 10.1136/jme.2010.035717)
- Reach, G. (2014). *Patient autonomy in chronic care: solving a paradox*. Patient Preference and Adherence 2014:8 15-24
- Roberts, J.L., Fowler, L.R. (2017). *How assuming autonomy may undermine wellness programs*, 27 Health Matrix: The Journal of Law-Medicine, Vol. 27, Iss.1 (2017)
- Rodríguez-Prat, A. (2019). *A philosophical view on the experience of dignity and autonomy through the phenomenology of illness*. Journal of Medicine and Philosophy, 44: 279–298, 2019 (DOI: 10.1093/jmp/jhz001)
- Ryan, R.M., Soenens, B. & Vansteenkiste, M. (2018). *Reflections on self-determination theory as an organizing framework for personality psychology: Interfaces, integrations, issues, and unfinished business*. Special Issue Manuscript. (DOI: 10,1111/jopy.12440)

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam ediyor)

- Saad, T.C. (2018). *The history of autonomy in medicine from antiquity to principlism*. Med Health Care and Philos (2018) 21.125–137, (DOI: 10.1007/s11019-017-9781-2)
- Sağlık Bakanlığı (2010). *Türkiye obezite (şişmanlık) ile mücadele ve kontrol programı* (2010-2014), ISBN: 978-975-590-311-8
- Sağlık Bakanlığı (2014a). *Türkiye’de obezite cerrahisinin obezite tedavisindeki yeri*, T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Daire Başkanlığı, STD 2014.01/00, Ankara: ISBN: 978-975-590-500-6, T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 950, Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü Yayın No: SB-SAG-2014/6
- Sağlık Bakanlığı (2014b). *Türkiye fiziksel aktivite rehberi*. ISBN: 978-975-590-492-4, Sağlık Bakanlığı Yayın No: 940, Ankara: Anıl Matbaa
- Sağlık Bakanlığı (2017a). *Diyetisyenler için hasta izlem rehberi ağırlık yönetimi el kitabı*. ISBN: 978-975-590-659-1, Sağlık Bakanlığı Yayın No: 1081, Ankara: CNR Sistem Bilişim Teknolojileri
- Sağlık Bakanlığı (2017b). *Obezitenin tedavisi*. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Dairesi Başkanlığı: Ankara
- Salvador-Carulla, L., Lucas, R., Ayuso-Mateos, J.L. & Miret, M. (2014). *Use of the terms "Wellbeing" and "Quality of Life" in health sciences: A conceptual framework*, The European Journal of Psychiatry versión impresa ISSN 0213-6163, Eur. J. Psychiat. Vol.28 no.1 Zaragoza ene./mar. 2014 (DOI: 10.4321/S0213-61632014000100005)
- Saraçoğlu, E. (2010). *Hemşirelerin mesleki otonomi ve profesyonel uygulamalarına ilişkin görüşlerinin belirlenmesi*. Yayımlanmamış yüksek lisans tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul
- Sarı, N. (2007). *Tıp etiğinin tanımı ve gereği* (Ed.), *Tıp tarihi ve tıp etiği ders kitabı* içinde (s.133- 158). İstanbul: İstanbul Üniversitesi Matbaası

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam ediyor)

Sarı, V.İ., Kindap, A. (2018). *Türkiye’de kentsel yaşam kalitesi göstergelerinin analizi*. Sayıştay Dergisi, Sayı:108, Ocak-Mart 2018, s. 39-72

Sarıman, N. (2019). *Göğüs hastalıkları ve etik*. (Ed.), *Çağdaş klinik etik (21. yüzyılda olgu örnekleriyle)* içinde (s.359-365). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri

Sarpkaya, A.O. (2012). *Boşanmış kadınlarda kimlik dönüşümü ve toplumsal baskıya direnme stratejileri: Van ili örneği*. Yayımlanmamış yüksek lisans tezi, Yüzüncü Yıl Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Van

Savulescu, J. (2015). *Bioethics: why philosophy is essential for progress*. J Med Ethics 2015; 41:28–33. (DOI:10.1136/medethics-2014-102284)

Saygılı, M., Çelik, Y. (2011). *Çalışma ortamına ilişkin algı ile iş doyumunu düzeyleri arasındaki ilişki*. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, C. 14, S.1, s.41- 42

Schermer, M. (2002). *The different faces of autonomy. A study on patient autonomy in ethical theory and hospital practice*. Springer-Science+Business Media, B.V.

Schüz, B., Westland, J.N., Wurm, S., Tesch-Römer, C., Wolff, J.K., Warner, L.M. & Schwarzer, R. (2015). *Regional resources buffer the impact of functional limitations on perceived autonomy in older adults with multiple illnesses*. American Psychological Association 2016, Vol. 31, No. 2, 139-148 0882-7974/16/\$12.00. (DOI: 10.1037/pag0000064)

Silva, M.N., Markland, D., Carraça, E.V., Vieira, P.N., Coutinho, S.R., Minderico, C.S.vd., (2011). *Exercise autonomous motivation predicts 3-yr weight loss in women*. Med. Sci. Sports Exerc., Vol. 43, No. 4, pp. 728-737

Silva, M.N., Markland, D., Minderico, C.S.& Vieira, M.M. (2008). *A randomized controlled trial to evaluate self determination theory for exercise adherence and weight control: rationale and intervention*

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam ediyor)

description. BMC Public Health 2008, 8:234 (DOI: 10.1186/1471-2458-8-234)

Skalko, J., Cherry, M.J. (2016). *Bioethics and moral agency: on autonomy and moral responsibility*. Journal of Medicine and Philosophy, 41: 435-443, 2016 (DOI: 10.1093/jmp/jhw022)

Skevington, S.M., Böhnke, J.R. (2018). *How is subjective well-being related to quality of life? Do we need two concepts and both measures?* Social Science & Medicine 206 (2018) 22–30, (DOI: 10.1016/j.socscimed.2018.04.005)

Skipper, R.A. (2012). *Obesity: towards a system of libertarian paternalistic public health interventions*. Public Health Ethics. Volume 5. Number 2. 2012, 181-191

Slatman, J., Zeiler, K. & Devisch, I. (2016). *Can you restore my “own” body? a phenomenological analysis of relational autonomy*. The American Journal of Bioethics, 16:8, 18-20, (DOI: 10.1080/15265161.2016.1187219)

Snowdon, C. (2018). *Paternalism, nudging and liberty*. Institute of Economic Affairs. Economic Affairs, Volume 38, Number 1

Sokol, D.K, McFadzean, W.A., Dickson, W.A. & Whitaker, L.S. (2011). *Ethical dilemmas in the acute setting: a framework for clinicians*. BMJ Volume 343. 674-675

Soled, D. (2018). *The ethics of public health nudges libertarian paternalism and the manipulation of choice*. 20th Annual Henry K. Beecher Prize in Medical Ethics

Stevelos, J. (2017). *Ethical issues in treating childhood obesity*. psychologytoday.com/us/blog/children-the-table/201704/ethical-issues-in-treating-childhood-obesity, Erişim tarihi: 07.11.2019

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam ediyor)

- Stoljar, N. (2011). *Informed consent and relational conceptions of autonomy*. Journal of Medicine and Philosophy, 36: 375–384, 2011. (DOI: 10.1093/jmp/jhr029)
- Sturgiss, E.A., Elmitt, N., Haesler, E., Weel, C., Douglas, K.A. (2018). *Role of the family doctor in the management of adults with obesity: a scoping review*. BMJ Open. 2018 Feb 16;8(2): e019367, (DOI: 10.1136/bmjopen-2017-019367)
- Sutin, A.R., Boutelle, K., Czajkowski, S.M., Epel, E.S., Green, P.A., Hunter, C.M. (2018). *Accumulating data to optimally predict obesity treatment (adopt) core measures: psychosocial domain*, Obesity Journal, (DOI:10.1002/oby.22160)
- Şahinoğlu Kuş, S. (2017). *Tıp, etik, biyoetik*. Ankara Üniversitesi Açık Erişim Sistemi, acikarsiv.ankara.edu.tr/browse, erişim tarihi: 05.09.2018
- Şaylıgil, Ö., Demirhan Erdemir, A. (2019). *Klinik uygulamalarda bir temel etik yükümlülük: insan onurunun korunması-aydınlatılmış onam ilişkisi*. (Ed.), *Çağdaş klinik etik (21. yüzyılda olgu örnekleriyle)* içinde (s.139-151). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri
- Tababet ve Şuabatı San'atlarını Tarzı İcrasına Dair Kanun (2010). *Resmî Gazete* (Sayı: 1219), resmigazete.gov.tr/eskiler/2010/12/20101222-1.htm, Erişim tarihi: 26.11.2019
- Tacir, H. (2011). *Hastanın kendi geleceğini belirleme hakkı*, ISBN 978-605439648-1, İstanbul: On İki Levha Yayıncılık
- Tan, S.L., Storm, V., Reinwand, D.A., Wienert, J., Vries, H. & Lippke, S. (2018). *Understanding the positive associations of sleep, physical activity, fruit and vegetable intake as predictors of quality of life and subjective health across age groups: a theory based, cross-sectional web-based study*, Front. Psychol., 18 June 2018, (DOI: 10.3389/fpsyg.2018.00977)

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam ediyor)

- Taylan, S. (2009). *Özerklik ilkesi çerçevesinde hemşirenin bağımsız rolleri*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Adana
- Teixeira, P.J., Patrick, H. & Mata, J. (2011). *Why we eat what we eat: the role of autonomous motivation in eating behaviour regulation*. Nutrition Bulletin (DOI: 10.1111/j.1467-3010.2010.01876.x)
- Tekin, V. N. (2014). *SPSS uygulamalı istatistik teknikleri: klasik ve bilgisayarlı çözümler*. Seçkin Yayıncılık: Ankara
- Tekpınar, L. (2018). *Sağlık hizmetlerinde genişletilmiş özerklik ilkesine doktor ve hemşirelerin bakışı: bir alan araştırması*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya
- Temur, M., Çift, T., Balcı, U. G., Güçlü, Y. A., Öngel, K. & Yılmaz, Ö. (2017). *Kadın yaşamında obezitenin jinekolojik etkileri*. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fak Derg 2017:24(4):153-158 (DOI: 10.17343/sdutfd.302057)
- Tevrüz, S. (2007). *Etik yaklaşımlar ve iş ahlakı*. s.1-42, İstanbul: Marmara Üniversitesi Yayınları
- Thaler, R.H., Sunstein, C.R. (2017). *Dürtme (nudge)*. Günsel, E. (çev). 3. Baskı. ISBN: 978-605-343-042-1. İstanbul: Pegasus Yayınları
- Theilla, M., Kagan, I., Chernov, K., Cohen, J., Kagan, I., & Singer, P. (2017). *Self-evaluation of quality of life among patients receiving home parenteral nutrition: A validation study*. Journal of Parenteral and Enteral Nutrition, 014860711770481 (DOI:10.1177/0148607117704812)
- Timuçin, A. (2004). *Felsefe sözlüğü*. 5. Baskı, ISBN: 975-8295-11-X, Bulut Yayınları: İstanbul

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam ediyor)

Topal, K. (2014). *Yaşam kalitesini ölçmede kullanılan ölçekler*, Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics 2014;5(3):9-14

Trachsel, M. (2013). *Advance directives between respect for patient autonomy and paternalism*. ResearchGate, 258804453

Türk Dil Kurumu (2011). *Türkçe sözlük*, 11. Baskı, Haz. Şükrü Halûk Akalın, vd., ISBN: 975-16-0070-7, Atatürk Kültür Dil ve Tarih Yüksek Kurumu Türk Dil Kurumu Yayınları, Ankara: Saray Matbaacılık

Türk Diyabet Cemiyeti (2013). *TURDEP-2 sonuçlarının özeti*. diabetcemiyeti.org/c/turdep-2-sonuclarinin-ozeti, Erişim tarihi: 10.05.2019

Türk Medeni Kanunu (2001, 8 Kasım). *Resmî Gazete* (Sayı: 24607). mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.4721.pdf, Erişim tarihi: 26.11.2019

Türkiye Cumhuriyeti Anayasası (1982, 7 Kasım). *Resmî Gazete* (Sayı: 17863, Mükerrer). mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.2709.pdf, Erişim tarihi: 26.11.2019

Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (2018). *Obezite tanı ve tedavi kılavuzu*, ISBN: 978-605-4011-31-5, Ankara: BAYT Bilimsel Araştırmalar Basın Yayın ve Tanıtım

Türkiye İstatistik Kurumu (2017). *Türkiye’de obez bireylerin oranı %19,6 oldu*. Basın Odası Haberleri, Sayı: 31/2017

Türkiye Ölçme Araçları Dizini (2019). *Obezlere Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği*. toad.halileksi.net/olcek/obezlere-ozgu-yasam-kalitesi-olcegi. Erişim tarihi: 10.07.2019

Tyson, N., Frank, M. (2018). *Childhood and adolescent obesity definitions as related to BMI, evaluation and management options*, Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology 48, 158-164, (DOI: 10.1016/j.bpobgyn.2017.06.003)

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam ediyor)

- Ubel, P.A., Scherr, K.A. & Fagerlin, A. (2018). *Autonomy: what's shared decision making have to do with it*, The American Journal of Bioethics, 18.2, W11-W12, (DOI: 10.1080/15265161.2017.1409844)
- Ul-Haq Z, Mackay DF, Fenwick E, Pell JP. (2013). *Meta-analysis of the association between body mass index and health-related quality of life among adults*, assessed by the SF-36. *Obesity*. 2013;21: E322-7
- Ulupınar, Y. (2004). *Obez hastaların bağımlı-özerk kişilik özelliklerinin ve problem çözme yeteneklerinin değerlendirilmesi*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afyonkarahisar
- Ural, D., Kılıçkap, M., Göksülük, vd. (2018). *Türkiye’de obezite sıklığı ve bel çevresi verileri: Kardiyovasküler risk faktörlerine yönelik epidemiyolojik çalışmaların sistematik derleme, meta-analiz ve meta-regresyonu*. *Türk Kardiyol Dern Ars* 2018;46(7):577-590, (DOI: 10.5543/tkda.2018.62200)
- Usta, E. (2018). *Bariyatrik cerrahi hastalarında hemşirelik danışmanlığının beden imajı, depresyon, yeme özellikleri, yaşam kalitesi ve konfor düzeyi üzerine etkisi*. Yayınlanmamış doktora tezi, Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sakarya
- Üstün, Ç., Demirci, N. (2012). *Kişilik hakkı ve hasta güvenliği kültürü açısından bir değerlendirme*, Türkiye Biyoetik Derneği Yayını No: XVIII Published by the Turkish Bioethics Association, ISBN: 978-975-7041-15-3, İstanbul: Ege Reklam ve Basım
- Valero, A.I. (2019). *Autonomies in interaction: dimensions of patient autonomy and non-adherence to treatment*. *Front Psychol*. 2019; 10:1857. (DOI: 10.3389/fpsyg.2019.01857)
- Vatanoğlu Lutz, E. (2019). *Sağlıkta ticarileşme ve etik*. (Ed.), *Çağdaş klinik etik (21. yüzyılda olgu örnekleriyle)* içinde (s.187-196). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam ediyor)

Venkat, A., Larkin, G.L. (2014). *Ethical dilemmas posed in the care of obese patients in the emergency department*. Online Journal of Health Ethics, 10(1). (DOI: 10.18785/ojhe.1001.05)

Vogelstein, E. (2016). *Autonomy and the moral authority of advance directives*. Journal of Medicine and Philosophy, 41: 500-520. (DOI:10.1093/jmp/jhw019)

Voigt, K., Schmidt, H. (2011). *Gastric banding: ethical dilemmas in reviewing body mass index thresholds*, Mayo Clin Proc., 2011;86(10):999-1001, (DOI:10.4065/mcp.2011.0262)

Vural, Ö., Eler, S. & Güzel, A.N. (2010). *Masa başı çalışanlarda fiziksel aktivite düzeyi ve yaşam kalitesi ilişkisi*. Spormetre Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi, 8(2), 69-75

Walker, R.L. (2008). *Medical ethics needs a new view of autonomy*. Journal of Medicine and Philosophy, 33: 594–608, 2009. (DOI: 10.1093/jmp/jhn033)

Weaver, M., Clark, C. (2015). *Balancing beneficence and autonomy*. American Journal of Bioethics 15:62-3

Wheeler, B. (2018). *I believe in body autonomy and I believe in informed consent and full disclosure*. Wheelernutrition.org/blog/2018/12/7/i-believe-in-body-autonomyand-i-believe-in-informed-consent-and-full-disclosure, Erişim tarihi: 29.12.2018

WHO (1990). *Internationale classification of impairments, disabilities and handicaps: a manual of classifications relating to the consequences of disease*. Geneva: WHO

WHO (1997). *Measuring quality of life*. Programme on mental health. WHO/MSA/MNH/PSF/97.4. who.int/mental_health/media/en/68.pdf, Erişim tarihi: 02.12.2019

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam ediyor)

WHO (2004a). *Obesity: preventing and managing the global epidemic*. WHO Technical Report Series 894. ISSN 0512-3054

WHO (2004b). *International classification of functioning, disability and health, İşlevsellik, Yetiyitimi ve Sağlığın Uluslararası Sınıflandırması: ICF*, (Çev. Elif Kabakçı, Ahmet Göğüş), WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, ISBN 975-19-3672-1, Ankara: Bilge Matbaacılık

WHO (2006a). *BMI classification: Global database on body mass index*, Last update: 17.11.2006

WHO (2006b). *Constitution of the world health organization*, Basic Documents, 45th edition, Supplement, October 2006, This text replaces that on pages 1-18 of the Forty-fifth edition, adopted by the Fifty-first World Health Assembly

Wille, N., Bullinger, M., Holl, R., (2010). *Health-related quality of life in overweight and obese youths: results of a multicenter study*. Health Qual Life Outcomes. 2010; 8:36 (DOI:10.1186/1477-7525-8-36)

Williams, G.C., Freedman, Z.R. & Deci, E.L. (1998). *Supporting autonomy to motivate patients with diabetes for glucose control*. Diabetes Care 1998 Oct; 21(10): 1644-1651. (DOI: 10.2337/diacare.21.10.1644)

Williamson, L. (2014). *Patient and citizen participation in health: the need for improved ethical support*, The American Journal of Bioethics, 14:6, 4-16, (DOI: 10.1080/15265161.2014.900139)

Yasdıman, H.Ş. (2011). *Türkiye’de Yehova’nın şahitleri: Tarihçe, teşkilat, inanç, ibadet ve uygulamalar*, ISBN: 978-9944-172-81-3, İzmir: Tidyan Yayıncılık

Yazıcı, A. (2008). *Kantçı ve feminist etik kuramlarda bireysel özerklik tartışması*. Academia, s.77-90

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam ediyor)

- Yenerer Çakmut, Ö. (2010). *Tıbbî Uygulamalarda Ebelerin Cezai Sorumluluğu*, Ankara Barosu Üçüncü Sağlık Hukuku Kurultayı, 7-8 Mayıs 2010, Koza Matbaacılık: Ankara
- Yıldız, A. (2018). *Etik açıdan karar verme kapasitesinin değerlendirilmesi*. 54. Ulusal Psikiyatri Kongresi Konuşma Metinleri Kitabı. Türkiye Psikiyatri Derneği
- Yıldız, Z., Yılmaz, V., Çelik, H. E., Aktaş, C., Bal, C., Özmen, A. (2012). *Tıbbi İstatistik*, Anadolu Üniversitesi Yayınları, 1. Baskı, ISBN: 978-975-06-1208-4, Anadolu Üniversitesi, Eskişehir: Web-Ofset
- Yüksel, M. (2002). *Modernleşme bağlamında hukuk ve etik ilişkisine sosyolojik bir bakış*, Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi, Cilt: 57, Sayı: 1, s.177-195
- Zileli, R., Şemşek, Ö., Özkamçı, H., Diker, G. (2016). *Bilecik ilinde yaşayan kadınlarda spora katılım, obezite prevalansı ve risk faktörleri*, Marmara Üniversitesi Spor Bilimleri Dergisi, Cilt 1, Sayı 1, Haziran 2016, ISSN 2536-5150, ss. 85-98, (DOI: 10.22396/sbd.2016.8)

EKLER DİZİNİ

Ek-1: Etik Kurul Onayı Sayfa-1



T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı



Sayı : 25403353-050.99-E.64240
Konu : 2018 - 140 Karar

13/06/2018

Sayın Dr. Öğr. Üy. Nurdan KIRIMLIOĞLU
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi
Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı

Sorumlu Araştırmacısı olduğunuz *“Obez Hastalarda Yaşam Kalitesinin Özerklik İlkesi Açısından Değerlendirilmesi”* başlıklı çalışma hakkında alınan karar ilişikte gönderilmiştir. Bilgilerinizi ve gereğini saygı ile rica ederim.

Prof. Dr. Ömür ŞAYLIGİL
Etik Kurul Başkanı

Bu evrak 5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu'na göre elektronik olarak imzalanmıştır. Evrak doğrulama adresi:
<https://ebysnetm.ogu.edu.tr/Home/Dogrulama/dc0cfa0-e0c7-4837-bb95-89c43ed85d75>

Adres	: Meselik Kampüsü PK:26480 Odunpazarı	Ayrıntılı Bilgi	: Aysun SERTTAŞ - Bilgisayar İşletmeni
Telefon	: 0222 2392979-4690	Faks	: 222 239 37 72
E-Posta	: aserttas@ogu.edu.tr	Elektronik Ağ	: http://girisimselolmayanetikkurul.ogu.edu.tr/
		KEP Adresi	: esk.osmangaziunirek@hs01.kep.tr

Ek-1: Etik Kurul Onayı Sayfa-2



ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU BAŞKANLIĞI

Prof.Dr.Ömür ŞAYLIGİL
(Başkan)
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı

Doç.Dr.Ömer KILIC
(Başkan Yardımcısı)
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
Anabilim Dalı /
Çocuk Enfeksiyon Hast. Bilim Dalı

Doç.Dr.Özlem ÖRSAL
(Raportör)
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Halk Sağ. Hemşireliği Anabilim Dalı

Doç.Dr.Uğur BİLGE
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Prof.Dr.Setenay DİNÇER ÖNER
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Biyostatistik Anabilim Dalı

Prof.Dr.Hilmi ÖZDEN
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Anatomi Anabilim Dalı

Prof.Dr.Varol ŞAHİNTÜRK
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Histoloji ve Embriyoloji Anabilim
Dalı

Prof.Dr.Timuçin KAŞIYOĞLU
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Tıp Fakültesi
İç Hastalıkları Anabilim Dalı /
Romatoloji Bilim Dalı

Doç.Dr.Batu Can YAMAN
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Diş Hekimliği Fakültesi
Restoratif Diş Tedavisi
Anabilim Dalı




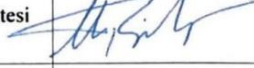


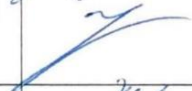


Prof.Dr.Bekir YAŞAR
Genel Cerrahi Uzmanı

Av. Önder CAN
Avukat

Etik Kurul Sekreterliği
Aysun SERTTAŞ
Makbule SARİÇİÇEK
Tel: 0 222 239 29 79 / 4690

KARAR FORMU	
Başvuru Tarihi: 15.05.2018	Çalışmanın Başlığı: "Obez Hastalarda Yaşam Kalitesinin Özerklik İlkesi Açısından Değerlendirilmesi" Çalışmacılar: Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı - Dr.Öğr.Üy.Nurdan KIRIMLIOĞLU (Yüksek Lisans Tez Danışmanı), Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı - Yüksek Lisans Öğrencisi Şenol YILDIZ (Yüksek Lisans Tez Sahibi)
Çalışmanın değerlendirildiği ilk toplantı tarihi: 05.06.2018	Sonuç: <ol style="list-style-type: none">1982 Anayasasına "Özel hayatın gizliliği" başlıklı 20.madde ve eklenen 3.fıkra ile kişisel veriler koruma altına alınmıştır. Herkes kendisi ile ilgili kişisel verilerin korunmasını isteme hakkına sahiptir. Ayrıca Türk Medeni Kanunu'nda kişilik haklarının korunmasını düzenleyen 23 ve 24.madde uyarınca kişisel veriler korunmaktadır. Kişisel sağlık verilerinin işlenmesinde "Kişisel Sağlık Verilerinin İşlenmesi ve Mahremiyetin Sağlanması Hakkındaki Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik" şartlarına uyum esastır.Hasta haklarına uyum zorunludur.Bilgi gizliliğinin sağlanması gereken en önemli durumlardan biri görüşmeler esnasındaki gizliliklidir.Gönüllünün sağlığına ve diğer kişilik haklarına zarar verilmemesi için gereken bütün tedbirler alınmalıdır.Araştırmacılar İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu (2015), Dünya Tıp Birliği Helsinki Bildirgesi (2013)'ni imzalamış bu imza ile sorumluluğu kabul ettiklerini beyan etmişlerdir.Araştırmacıların yetkin ve bu araştırma için yeterli oldukları anlaşılmaktadır.
Karar Tarihi: 05.06.2018 Karar No: 19	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı Dr.Öğr.Üy.Nurdan KIRIMLIOĞLU (Yüksek Lisans Tez Danışmanı) sorumluluğunda yürütülen "Obez Hastalarda Yaşam Kalitesinin Özerklik İlkesi Açısından Değerlendirilmesi" başlıklı çalışmanın yapılmasının etik açıdan uygun olduğuna oy birliğiyle karar verilmiştir. Araştırmacılara başarılar dileriz.

Ek-1: Etik Kurul Onayı Sayfa-3

ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU		
Unvanı/Adı/Soyadı	Kurumu	İmza
1 Prof. Dr. Ömür ŞAYLIGİL (Başkan)	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı	
2 Doç. Dr. Ömer KILIÇ (Başkan Yardımcısı)	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı/ Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı	
3 Doç. Dr. Özlem ÖRSAL (Raportör)	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Eskişehir Sağlık Bilimleri Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı	
4 Doç. Dr. Uğur BİLGE	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı	
5 Prof. Dr. Setenay DİNÇER ÖNER	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyostatistik Anabilim Dalı	
6 Prof. Dr. Hilmi ÖZDEN	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Anatomi Anabilim Dalı	
7 Prof. Dr. Varol ŞAHİNTÜRK	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Histoloji ve Embriyoloji Anabilim Dalı	
8 Prof. Dr. Timuçin KAŞIFOĞLU	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı / Romatoloji Bilim Dalı	
9 Doç. Dr. Batu Can YAMAN	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Restoratif Diş Tedavisi Anabilim Dalı	
10 Prof. Dr. Bekir YAŞAR	Genel Cerrahi Uzmanı	
11 Av. Önder CAN	Hukuk	

Ek-2: İl Sağlık Müdürlüğü İzni Sayfa-1



T.C
ESKİŞEHİR VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 28345694-604.02
Konu : Bilimsel Araştırma İzni / Şenol
YILDIZ

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi : a) 10/07/2018 tarihli ve 22205031-799-303 sayılı yazı.
b) 12/07/2018 tarihli ve 56761182-799-116 sayılı yazı.

Eskişehir Osmangazi Üniversitesinden Şenol YILDIZ'ın "Obez Hastalarda yaşam Kalitesinin Özerklik İlkesi Açısından Değerlendirilmesi" konulu çalışma talebi Müdürlüğümüz Bilimsel Araştırma Komisyonunca değerlendirilmiştir, Eskişehir Yunus Emre Devlet Hastanesi ve Eskişehir Devlet Hastanesinde yapılması uygun görülmüştür.
Bilgi ve Gereğini rica ederim.

e-izmalıdır.
Ömer Faruk ÜRESİN
İl Sağlık Müdürü a.
Personel ve Destek Hizmetleri
Başkanı V.

Eklere:
1- Şenol YILDIZ Komisyon Kararı
2- Şenol YILDIZ Protokol

Dağıtım:
Eskişehir Devlet Hastanesi
Eskişehir Yunus Emre Devlet Hastanesi

Kırmızı Toprak Mahallesi Atatürk Caddesi No:59 (Yunus Emre Devlet Hastanesi İki Eylül Binası) 26000 Odunpazarı /Eskişehir
Faks No:02223351540

e-Posta:Murat.Pekozcan@saglik.gov.tr İnt.Adresi: Bilgi için: M.PEKÖZCAN Tel: 02223351510


Evrakin elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden c1e1c596-a7e9-427e-808d-5c6a786e3377 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için:Murat PEKÖZCAN

Unvan:Mühendis

Telefon No:

Ek-2: İl Sağlık Müdürlüğü İzni Sayfa-2

 Sağlık Bakanlığı	ESKİŞEHİR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ BİLİMSEL ARAŞTIRMA TALEPLERİ DEĞERLENDİRME FORMU	Doküman No	EGT.FR. 18
		Yayın Tarihi	02.05.2014
		Revizyon Tarihi	01.12.2017
		Revizyon No	01
		Sayfa No/Sayfa Sayısı	1/1

Araştırma Sahibinin	Adı-Soyadı	. Şenol YILDIZ
	Kurumu	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Danışman		Dr. Nurdan Kuruluoğlu
Araştırma Yapılacak İl/İller		Eskişehir
Araştırmanın Yapılacağı Sağlık Tesisi		Eskişehir Yunus Emre Devlet Hastanesi ve Eskişehir Devlet Hastanesi
Araştırmanın Konusu		“Obez Hastalarda yaşam Kalitesinin Özerklik İlkesi Açısından Değerlendirilmesi”
Araştırmanın Statüsü		Yüksek Lisans Tezi
Ön İzin Formu		() Var / (X) Yok
Başvuru Evrakları	Kurum Talep Yazısı	: (X) Var / () Yok
	Başvuru Formu	: (X) Var / () Yok
	Araştırma Yöntemi Örneği:	(X) Var / () Yok
	Araştırma Detay Formu	: (X) Var / () Yok
	Etik Kurul Kararı	: (X) Var / () Yok
	Kurumsal Kimlik Belgesi	: (X) Var / () Yok
Araştırmanın Evreni/Örnekleme		Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Eskişehir Büyükşehir Belediyesi Kadın Danışma ve Dayanışma Merkezi, S.B. Eskişehir Devlet Hastanesi ve S.B. Eskişehir Yunus Emre Devlet Hastanesinde Beslenme ve Diyet Polikliniği'ne başvuran ve araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden hastalar ile yüzyüze görüşülerek gerçekleştirilecektir. Evren içindeki alt tabakaların varlığından yola çıkarak evren üzerinde çalışacağından tabakalı örnekleme yapılacaktır.
Veri Toplama Yöntemleri		Veriler Beslenme ve Diyet Polikliniklerine başvuran hastalardan, Sosyodemografik Bilgiler Formu, Özerklik Tespit Formu ve Obeziteye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği doldurularak elde edilecektir..
Araştırmanın Yapılacağı Tarih Aralığı		Ağustos 2018- Ekim 2018
KOMİSYON GÖRÜŞÜ		
Eskişehir İl Sağlık Müdürlüğü ve Araştırma Sahibi. Şenol YILDIZ arasında “Araştırmanın Yürütülmesine İlişkin Protokol” imzalanmasını takiben araştırmanın yapılmasına müsaade edilmiştir. Araştırma sonucunun bir örneği Eskişehir İl Sağlık Müdürlüğü'ne teslim edilecektir.		
Komisyon Kararı	Oybirliği / Oyçokluğu ile alınmıştır.	
Muhalif Üyenin Adı ve Soyadı:	Gerekçesi:	

.i.ö./09/2018

KOMİSYON

Komisyon Başkanı
Doç. Dr. Uğur BİLGE
İl Sağlık Müdürü

Üye

Dr. Gökhan ÖZBOZ

Halk Sağlığı Başkan Yardımcısı

Üye

Dr. Mına AKBAY

Acil Sağlık Hizmetleri İlaç Eczacılığı

Üye

Uzm. Dr. M. Emin ÇANAKÇI

Kamu Hastaneleri Başkan Yardımcısı

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanununa göre güvenli elektronik imza ile onaylanmıştır.

Ek-3: İl Sağlık Müdürlüğü Eskişehir Yunusemre Devlet Hastanesi İzni



T.C.
ESKİŞEHİR VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Eskişehir Yunus Emre Devlet Hastanesi

ESKİŞEHİR YUNUS EMRE DEVLET HASTANESİ -
ESKİŞEHİR YEDH EĞİTİM BİRİMİ
12/07/2018 17:05 / 56761182 / 799 / 116



Sayı : 56761182-799
Konu : ŞENOL YILDIZ(TC:18319701808)
Bilimsel Araştırma Hakkında

ESKİŞEHİR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

ESOGÜ Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı Yüksek Lisans programı öğrencisi olan Şenol YILDIZ' ın "Obez Hastalarda Yaşam Kalitesinin Özerklik İlkesi Açısından Değerlendirilmesi" konulu araştırmasının ESOGÜ Etik kurul onayı alınmış ve anket çalışmasını hastanemizde yapmak istediğine dair talebi tarafımızca uygun görülerek ön izin verilmiştir.

Bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır.
Uzm.Dr. Semra CAN MAMUR
Başhekim Yardımcısı

EKLER
1.Bilimsel Araştırma Ön İzin Formu
2.Kimlik Fotokopisi
3.ŞENOL YILDIZ (PDF)
Hastane Yöneticiliğine Başvuru Dilekçesi
Araştırma Detay Formu
Etik Onay
Bilimsel Araştırma Çalışmaları Başvuru Formu
Anket
Gönüllü Olur Formu
Kimlik Fotokopisi

YEDH Eğitim Birimi
Faks No:
e-Posta:gulten.tarhan@saglik.gov.tr İnt.Adresi:

Bilgi için:Gülten TARHAN
Unvan:HEMŞİRE
Telefon No:6222

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden c1e1c596-a7e9-427e-808d-5c6a786e3377 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek-4: İl Sağlık Müdürlüğü Eskişehir Devlet Hastanesi İzni



T.C.
ESKİŞEHİR VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Eskişehir Devlet Hastanesi

ESKİŞEHİR DEVLET HASTANESİ - ESKİŞEHİR DH
EĞİTİM BİRİMİ
10/07/2018 12:53 / 22205031 / 799 / 303



Sayı : 22205031-799
Konu : Bilimsel Araştırma İzni-Şenol
YILDIZ

ESKİŞEHİR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE

(Arge Birimi)

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Şenol YILDIZ'ın "Obez Hastalarda Yaşam Kalitesinin Özerklik İlkesi Açısından Değerlendirilmesi" konulu çalışma talebi tarafımızdan değerlendirilmiştir. Gerekli iznin verilebilmesi için çalışmanın değerlendirilerek tarafımıza bilgi verilmesi hususunda;

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır.
Serkan CEYHAN
Başhekim a.
Başhekim Yardımcısı

EKLER: Bilimsel Araştırma Ön İzin Formu
Bilimsel Araştırma Çalışmaları Başvuru Formu
Araştırma Detay Formu
Çalışma Anketi
Kurum Kimlik Fotokopisi
Aydınlatılmış Onam Formu
Etik Kurul Yazısı
Kurum Üst Yazısı

eskişehir devlet hastanesi
Faks No:02222376134

e-Posta:sengul.tatoglu@saglik.gov.tr İnt.Adresi: sengul.tatoglu

Bilgi için:Şengül TATOĞLU
Unvan:MEMUR

Telefon No:02222374800

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden c1e1c596-a7e9-427e-808d-5c6a786e3377 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek-5: Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Başhekimliği İzni



ESKİŞEHİR OSMANGAZI ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık, Uygulama ve Araştırma Hastanesi

Konu :Araştırma İzni Hk. (Şenol YILDIZ)

22/06/2018

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

İlgi: 20/06/2018 tarih ve 65881 sayılı yazınız.

İlgi yazınız gereği, Enstitünüz Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı Yüksek Lisans programı öğrenci Şenol YILDIZ'ın "Obez Hastalarda Yaşam Kalitesinin Özerklik İlkesi Açısından Değerlendirilmesi" adlı tez çalışmasının gelişimi için araştırma uygulamasını, Hastanemiz Beslenme ve Diyetetik Polikliniğine başvuran hastalar üzerinde yapma talebi gönüllülük esaslı katılım koşuluyla Başhekimliğimizce uygun görülmüştür.
Bilgilerinize arz ederim.

Doç.Dr.Haluk Hüseyin GÜRSOY
Başhekim a.
Başhekim Yardımcısı


Doç. Dr. Haluk Hüseyin GÜRSOY
Başhekim a.
Başhekim Yardımcısı

Ek-6: Eskişehir Büyükşehir Belediyesi İzni



T.C.
ESKİŞEHİR BÜYÜKŞEHİR BELEDİYE BAŞKANLIĞI
Sosyal Hizmetler Dairesi Başkanlığı

Sayı : 50358583-813.99-940
Konu : Araştırma İzni

06.07.2018

ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
(Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü)

İlgi: 31186237-300-E.65884 sayılı yazınız.

İlgi yazı gereği; Kurumunuz Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı Yüksek Lisans programına kayıtlı 521620170002 numaralı öğrenci Şenol YILDIZ'ın "Obez Hastalarda Yaşam Kalitesinin Özerklik İlkesi Açısından Değerlendirilmesi" adlı tez çalışmasının uygulamasını, Belediyemize bağlı faaliyet göstermekte olan Kadın Danışma ve Dayanışma Merkezinde, gönüllülük esası üzerine çalışmayı kabul edecek araştırma kriterlerine uygun obez hastalar üzerinde çalışma yapabilmesi için gerekli izin verilmiştir.

Bilgilerinize arz ederim.

Hale KARGIN KAYNAK
Sosyal Hizmetler Dairesi Başkanı

Ek-7: Sosyodemografik Bilgiler Formu

Anket No

Bu araştırma, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı dahilinde yürütülmekte olan "Obez Hastalarda Yaşam Kalitesinin Özerklik İlkesi Açısından Değerlendirilmesi" konusunda yüksek lisans tezi için yapılmaktadır. Kimlik bilgileriniz ile verdiğiniz bilgilerin hiçbir surette başka bir amaçla kullanılmayacağı ve üçüncü şahıslara verilmeyeceği teminatımız altındadır.

Sizden ricamız anket sorularını eksiksiz ve görüşlerinize uygun olarak doldurmanızdır. Tamamen gönüllülük esasına dayalı katılımınız ve samimi görüşleriniz için teşekkür ederiz.

1. Cinsiyetiniz

Kadın Erkek

2. Yaşınız

Lütfen belirtiniz

3. Medeni durumunuz

Bekâr Eşi vefat etmiş
 Evli Boşanmış

4. Çocuk sayınız

Yok 3
 1 4
 2 5 ve üstü

5. Eğitim düzeyiniz

Okuryazar değil Lise
 Okuryazar Ön lisans
 İlkokul Lisans
 Ortaokul Lisansüstü

6. Çalışma durumunuz

Evet, çalışıyorum
 Hayır, çalışmıyorum (8. soruya geçiniz)

7. Mesleğiniz

Yönetici
 Profesyonel meslek mensubu
 Teknisyen, tekniker, yardımcı profesyonel
 Büro hizmetinde çalışan eleman
 Sanatkâr ve ilgili işlerde çalışan eleman
 Hizmet ve satış elemanı
 Nitelikli tarım, orman ve su işlerinde çalışan eleman
 Tesis, makine operatörü veya montajcı
 Nitelik gerektirmeyen işlerde çalışan eleman
 Diğer (lütfen belirtiniz)

8. Aylık gelir miktarınız

- 1800 ₺'nin altı 2801-4300 ₺
 1801-2800 ₺ 4301 ₺ ve üzeri

9. Yaşamınızın büyük bir bölümünü geçirdiğiniz yerleşim birimi

- Köy veya kasaba İl
 İlçe Büyükşehir

10. Ne kadar süredir kilo problemi yaşıyorsunuz?

Lütfen belirtiniz yıl

Bu bölüm diyetisyen (araştırmacı) tarafından doldurulacaktır.

11. En son tartımda ağırlık değeri

Lütfen belirtiniz kg

12. Boy uzunluğu

Lütfen belirtiniz cm

13. Beden kütle indeksi

Lütfen belirtiniz kg/m²

14. Obezite derecesi

- I. Derece obez Morbid obez
 II. Derece obez Süper morbid obez

15. Daha önce diyetisyen gözetiminde diyet uyguladınız mı?

- Evet Hayır

16. Daha önce kilo vermek için spor yaptınız mı?

- Evet Hayır

17. Herhangi bir kronik hastalığınız var mı? (Sahip değilseniz boş bırakınız)

- Diyabet
 Hipertansiyon
 Kalp ve damar hastalıkları
 Kemik ve eklem hastalıkları
 Uyku apnesi
 Polikistik over sendromu
 Psikolojik hastalıklar
 Tiroid hastalıkları
 Diğer (lütfen belirtiniz)

18. **Kilo verme kararı almanızda etkili olan nedenler nelerdir?** (Bir ya da birden fazlasını işaretleyebilirsiniz)

- Hiçbir etki olmadan kendi verdiğim bir karar
- Kilomdan memnunum ancak bedenime uygun kıyafet bulma konusunda sorunlar yaşıyorum
- Sağlığım ile ilgili yaşadığım sorunlar
- Medyanın kullandığı zayıf beden figürlerinin beden algım üzerinde yarattığı etki
- Toplumun beden algısına yönelik düşünceleri (zayıf bedenlerin daha estetik ve sağlıklı olması vb.)
- Yakın kişisel ilişkilerimde kilom nedeniyle yaşadığım problem / problemler
- Yakın çevremde kilom nedeniyle yapmış olduğu yorumlar
- Duygusal ilişkilerimde beden imajım nedeniyle vermek zorunda kaldığım bu nedenle de olumsuz olarak etkilendiğim kararlar
- Yakın kişisel çevremde istek ve baskısı
- Yakın kişisel çevremde kilo verme konusunda motive etmesi
- Diğer (lütfen belirtiniz)

19. **Sosyal çevrenizde, zor durumlarınızda size destek olabilecek birileri var mı?**

- Evet Hayır

Ek-8: Özerklik ve Özerkliğe Saygı İlkesine İlişkin Soruların Yer Aldığı Form

Aşağıdaki soruları evet ya da hayır seçeneklerinden yalnızca bir tanesini ile işaretleyerek cevaplayınız.

No	Soru	Evet	Hayır
20	Kendi inanç ve değerleriniz doğrultusunda davranır mısınız?		
21	Herhangi bir eylemde bulunurken kendi ilkelerinizi koruyabilir misiniz?		
22	Karar ve eylemlerinizde kendi özgün görüşünüzü ifade eder misiniz?		
23	Karar ve eylemlerinizi belirlerken bir veya daha çoğu arasından belli birini veya birkaçını tercih edebilir misiniz?		
24	Özgür ve bağımsız olmak sizin için önemli midir?		
25	Görüş ve düşüncelerinizi rahatlıkla açıklayabilir misiniz?		
26	Karar ve eylemlerinizde kendinizi özgür hisseder misiniz?		
27	Karar ve eylemlerinizde kendi belirlediğiniz hedef ve amaçlara ulaşmaya odaklanır mısınız?		
28	Kendi belirlediğiniz hedef ve amaçlara ulaşmak için çaba harcadığınızda diğer bireylerin haklarını da göz önünde bulundurup saygı gösterir misiniz?		
29	Kendi bedeniniz ve sağlığınızla ilgili konularda sorumluluğu kendiniz alır mısınız?		
30	Kendi bedeniniz ve sağlığınızla ilgili konularda size de seçim hakkı verilmesini ister misiniz?		
31	Karar ve eylemlerinizde başkalarının düşüncelerinden etkilenir misiniz?		
32	Diğer insanların hedeflerini kabul etmektense, kendi hedeflerinizi ve standartlarınızı kendiniz belirlemeyi tercih eder misiniz?		

Ek-9: Obezlere Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (OÖYKÖ)

Kilonuz İle İlgili Duyularınız

Aşağıda, fazla kilolu olma ve kilo vermeye çalışma ile yaşamınızın kalitesi arasındaki ilişki hakkındaki ifadelerden oluşan bir liste vardır. Aşağıdaki her bir ifade için, su anda cevabınızı en iyi tanımlayan kutucuklardan birini ile işaretleyiniz.

		Hiç	Hemen hemen hiç	Az	Orta derecede	Epeyce	Çok fazla	Aşırı Derecede
1	Kilom yüzünden hatlarımı gizleyen giysiler giymeye çalışırım	0	1	2	3	4	5	6
2	Kilom yüzünden, daha az enerjim olmasından dolayı kendimi sınırlı (üzgün) hissediyorum	0	1	2	3	4	5	6
3	Kilom nedeniyle yediğim zaman suçluluk duyuyorum	0	1	2	3	4	5	6
4	Başkalarının kilom hakkında söylediklerinden rahatsız oluyorum	0	1	2	3	4	5	6
5	Kilom nedeniyle fotoğraf çekilmemeye çalışıyorum	0	1	2	3	4	5	6
6	Kilom nedeniyle kişisel temizliğime çok dikkat etmek zorundayım	0	1	2	3	4	5	6
7	Kilom, yapmak istediklerimi yapmama engel oluyor	0	1	2	3	4	5	6
8	Kilomun bedenimde yarattığı fiziksel zorlanma yüzünden endişeliyim	0	1	2	3	4	5	6
9	Kilo yüzünden başkalarının yediğini yiyememekten dolayı kendimi sınırlı/üzgün hissediyorum	0	1	2	3	4	5	6
10	Kilom yüzünden kendimi depresyonda (moral bozukluğu içinde) hissediyorum	0	1	2	3	4	5	6
11	Kilom yüzünden kendimi çirkin hissediyorum	0	1	2	3	4	5	6
12	Kilom yüzünden gelecekte endişeliyim	0	1	2	3	4	5	6
13	Zayıf insanlara imreniyorum (gıpta ediyorum)	0	1	2	3	4	5	6
14	Kilom yüzünden insanların bana dikkatle baktıklarını hissediyorum	0	1	2	3	4	5	6
15	Kilom yüzünden bedenimi kabullenebilmekte güçlük çekiyorum	0	1	2	3	4	5	6
16	Verdiğim kiloları tekrar alacağımdan korkuyorum	0	1	2	3	4	5	6
17	Kilo vermeye çalışırken cesaretim kırılıyor	0	1	2	3	4	5	6

Lütfen, cevapladığınız sorulara geri dönerek boş bıraktığınız soru olup olmadığından emin olunuz. Soruları yanıtladığınız için teşekkür ederiz.

ÖZGEÇMİŞ

Bireysel Bilgiler

Adı-soyadı	Şenol YILDIZ
Doğum tarihi ve doğum yeri	7 Kasım 1991, Osmangazi/Bursa
Uyruğu	Türkiye Cumhuriyeti, Bulgaristan Cumhuriyeti
Medeni durumu	Bekâr
İletişim adresleri	+90 534 022 5012 Büyükşehir Belediyesi Kadın Danışma Merkezi İstiklal Mh. Şair Fuzuli Cd. 40/5 Diyetisyen.senol.yildiz@gmail.com

Eğitim Durumu

İlköğretim	Alaşar İlköğretim Okulu
Ortaöğretim	Ovaakça İlköğretim Okulu
Lise	Nilüfer Milli Piyango Anadolu Lisesi (2006-2010)
Lisans	Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik (2010-2014)
Önlisans	Anadolu Üniversitesi, Açıköğretim Fakültesi Sağlık Kurumları İşletmeciliği (2014-2016)
Önlisans	Anadolu Üniversitesi, Açıköğretim Fakültesi Aşçılık (2019-Devam ediyor)
Yüksek lisans	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Tıp Tarihi ve Etik (2017-2020)
Yabancı diller	İngilizce (Orta), Almanca (Temel), Bulgarca (Temel)

Mesleki Deneyim

Diyetisyen	Bakara İlaç ve Tıbbi Malzemeler (2014-2015)
Diyetisyen	Eskişehir Büyükşehir Belediyesi (2015-Devam ediyor)
Üye Olunan Bilimsel Kuruluşlar	Tarım ve Gıda Etiği Derneği (Üye) Türkiye Diyetisyenler Derneği (Eskişehir bölge temsilci yardımcısı) Türk Diyabet Cemiyeti (Üye)

Bilimsel Etkinlikler

Yayımlar	Yıldız, Ş. (2019). <i>Türkiye’de diyetisyenliğin tarihsel süreçte geçirdiği aşamalar</i> . Türk Dünyası Uygulama ve Araştırma Merkezi Tıp Tarihi ve Etik Dergisi, cilt 3, sayı 3 (2018), s.17-27
Kurslar ve Eğitim Programları	Psikodiyet Eğitimi, İstinye Üniversitesi (2019) Fitoterapi Eğitimi, Fitovision Natural (2018) Hijyen Eğitimi, Millî Eğitim Bakanlığı (2014) Aşçılık, Millî Eğitim Bakanlığı (2014)

