

T.C.  
ESKİŞEHİR OSMANGAZI ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
TIP TARİHİ VE ETİK ANABİLİM DALI

OBEZ VE OBEZ OLMAYAN BİREYLERDE  
ETİK AÇIDAN  
BEDEN ALGISI VE YAŞAM KALİTESİNİN  
DEĞERLENDİRİLMESİ

DOKTORA TEZİ

NAZAN ERENOĞLU SON

PROF. DR. ÖMÜR ELÇİOĞLU

OCAK-2014



T.C.  
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
TIP TARİHİ VE ETİK ANABİLİM DALI

OBEZ VE OBEZ OLMAYAN BİREYLERDE  
ETİK AÇIDAN  
BEDEN ALGISI VE YAŞAM KALİTESİNİN  
DEĞERLENDİRİLMESİ

DOKTORA TEZİ

NAZAN ERENOĞLU SON

PROF. DR. ÖMÜR ELÇİOĞLU

OCAK-2014

## KABUL VE ONAY SAYFASI

Nazan Erenoğlu Son'un Doktora Tezi olarak hazırladığı "Obez ve Obez Olmayan Bireylerde Etik Açıdan Beden Algısı ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi" başlıklı bu çalışma Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliği'nin ilgili maddesi uyarınca değerlendirerek "KABUL" edilmiştir.

Tarih  
08-01-2014

Üye : Prof.Dr.Ömür ELÇİOĞLU (Danışman)



Üye : Prof.Dr.Zeki YILDIZ



Üye : Prof.Dr.Belgin EFE



Üye : Prof.Dr.Hilmi ÖZDEN



Üye : Prof.Dr.Yasemin YAZAN



Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun .10/01/2014 tarih ve ...384../4573. sayılı kararı ile onaylanmıştır.

  
Prof Dr. Kazım ÖZDAMAR  
Enstitü Müdürü

# **OBEZ VE OBEZ OLMAYAN BİREYLERDE ETİK AÇIDAN BEDEN ALGISI VE YAŞAM KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

## **ÖZET**

Obezite yaşam kalitesini ve süresini olumsuz yönde etkileyen psikolojik, sosyal ve tıbbi sorunlara neden olabilen kronik bir hastalık olup, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin en önemli sağlık sorunlarından biridir.

Bu çalışma Ağustos 2011-Kasım 2012 tarihleri arasında Eskişehir ilinde bir Özel Hastane ve Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Hastanesi Endokrin ve Metabolizma Hastalıkları Kliniğine başvuran, obez tanısı alan araştırmaya katılmayı kabul eden bireylerle yapılmıştır.

Çalışma için Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'dan 2011/242 protokol nolu onay alınmıştır. Obez tanısı alan bireylerle ilk ve 6 ay sonrası olmak üzere 2 kez, kontrol grubu ile bir kez görüşülmüştür. Obez hastalara ilk görüşmeden sonra multidisipliner yaklaşımlı zayıflama programı uygulanmıştır. Araştırmaya obez hasta olarak; 18-64 yaş grubunda BKİ'si  $30 \geq$   $\text{kg/m}^2$  olan çalışmaya katılmaya gönüllü olan bireyler dahil edilmiştir. Çalışmanın başlangıcında 355 obez hasta ile görüşülmüş, 6. ay kontrolde 301 kişiye ulaşılarak, cevaplılık oranı % 84,7 olarak gerçekleştirilmiştir. Kontrol grubu ise 18-64 yaş grubunda BKİ'si 18.5-24.9  $\text{kg/m}^2$  arası olan gönüllü 193 kişiden oluşmuştur.

Veri toplama aracı olarak; hastalara Bireysel Özelliklerin Sorgulandığı Veri Tanılama Formu, Biyokimyasal Parametrelerin Sorgulandığı Veri Tanılama Formu, Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Form (SF-36), Sürekli Kaygı Ölçeği, Durumluk Kaygı Ölçeği, Çok Yönlü Beden Self İlişkileri Ölçeği(MBSRQ),

ZunkAnksiyete Değerlendirme Ölçeği ve Zunk Depresyon Değerlendirme Ölçeği kullanılmıştır.

Obez katılımcıların 220'si(%73,1) kadın, 81'i(%26,9) erkektir. Kontrol grubunun 132'si(%68,4) kadın, 61'i(%31,6) erkektir.

Çalışmanın sonucunda obez hastaların kontrol grubuna göre daha depresif, daha kaygılı, beden algıları düşük ve yaşam kaliteleri kötü bulunmuştur. Obez hastaların fazla kilolarına bağlı yaşadıkları toplumsal önyargılar sosyal yaşamlarını da olumsuz etkilemektedir.

Obez hastaların tedavisinde multidisipliner yaklaşımlar çok önemlidir. Bu bakımdan Anlatılar ayrı bir öneme sahiptir. Sağlık, sosyal, kültürel ve ekonomik alanda çözüm önerilerinin detaylandırılmasında hem nicel veriler hem de nitel veriler birlikte değerlendirilmelidir.

**Anahtar Kelimeler:**Obezite, Depresyon, Anksiyete, Kaygı, Yaşam Kalitesi, Beden İmajı, Beslenme, Etik.

# OBESE AND NON-OBESE INDIVIDUALS' QUALITY OF LIFE AND BODY PERCEPTION EVALUATION FROM THE ETHICAL POINT OF VIEW

## SUMMARY

Obesity is a chronic disease that has a negative impact on the quality and length of life; causing psychological, social, and medical problems; and constituting a major health problem in developed and developing countries.

This study was conducted with patients who had been diagnosed as obese and agreed to participate in the current research, in a private hospital and the Endocrine and Metabolic Diseases Clinic at Eskisehir Osmangazi University Hospital, both in Eskisehir, between August 2011 and November 2012.

For the current study, the ethical approval of the Ethics Committee of the Faculty of Medicine at Eskisehir Osmangazi University with the protocol no: 2011/242 was received. The individuals diagnosed as obese were interviewed for two times, mainly in the first and sixth months of the study; while the individuals in the control group were interviewed for once. The obese patients were given a slimming program with a multidisciplinary approach. Volunteer individuals with in the age group of 18 and 64, whose BMI's (Body Mass Index) were  $\geq 30 \text{ kg/m}^2$  were involved as obese patients, in this study. At the beginning of the study and after 6 months, 355 and 301 obese patients were interviewed, respectively, indicating a 84,7% answering rate. The control group was consisted of 193 individuals with in the age group of 18 and 64, whose BMI's were with in 18,5- and 24,9.

The tools used for the data collection from the patients as well as the control group can be listed as: Data Identification Form for questioning individual characteristics, Data Identification Form for questioning biochemical parameters, Short Form of the Quality of Life Scale (SF-36), State-Trait Anxiety Inventory 1

and 2, Multi dimensional Body-Self Relations Questionnaire (MBSRQ), Zunk Anxiety and Depression Assessment Scales.

220 (73,1%) of the obese patients and 132 (68,4%) of the control group were female; while 81 (26,9%) of the obese patients and 61 (31,6%) of the control group were male.

With the light of the findings of the current study, it can be concluded that, obese patients were more depressive and anxious, and had poorer body perception and quality of life, in comparison with the control group. The social bias that the obese patients face because of their overweight has a negative impact on their social lives.

Multidisciplinary approaches are very important for the treatment of obese patients, and in that sense, narratives are of great importance. When studying the solution proposals in health, social, cultural, and economical fields in detail, evaluation of both qualitative and quantitative data should be done simultaneously.

**KeyWords:** Obesity, Depression, Anxiety, Concern, LivingQuality, Body Image, Nutrition, Ethics



## İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	i
SUMMARY.....	iii
İÇİNDEKİLER.....	v
TABLO DİZİNİ.....	ix
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	xiv
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	xv
1.GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Obezite.....	3
2.1.1. Obezitenin Tanımı.....	3
2.1.2. Obezitenin Sınıflandırılması.....	4
2.1.3. Obezite Belirteçleri ve Vücut Yağ Bileşiminin Ölçülmesi.....	5
2.1.4. Obezitenin Epidemiyolojisi.....	6
2.1.5. ObeziteninEtyolojisi.....	9
2.1.6. Obezite ile İlişkili Hastalıklar.....	11
2.1.7. Obezitede Tedavi Yaklaşımları.....	16
2.2. İnsan ve Beden Algısı.....	23
2.2.1. İnsan Nedir?.....	23
2.2.2. İnsan Bedeni.....	24
2.2.3. Benlik Kavramı.....	26
2.2.4. Kimlik.....	26
2.2.5. Beden Algısı.....	28
2.2.6. Beden İmajı.....	31

## İÇİNDEKİLER(devam ediyor)

2.2.7. Beden İmajı ve Beden Algısının Gelişimi.....	32
2.2.8. Beden İmajı ve Beden Algısının Bozulması ve Sonuçları...	34
2.2.9. Obezite, Beden Algısı ve Beden İmajı İlişkisi.....	35
2.3. Yaşam Kalitesi.....	38
2.3.1. Obezite ve Yaşam Kalitesi.....	43
2.3.2. Yaşam Kalitesi Ölçekleri.....	47
2.4. Etik Kavramı ve İçeriği.....	47
2.4.1. Ahlak ve Etik Kelimesinin Köken ve Anlamları.....	48
2.4.2. Ahlak ile Etik İlişkisinin İrdelenmesi.....	51
2.4.3. Etik ve Değer İlişkisi.....	54
2.4.4. Beden ve Etik.....	57
2.4.5. Beden Algısı, Obezite ve Etik.....	63
2.5. Anlatisallık Kavramı.....	67
2.5.1. Anlatisallık ve Anlatisal Etik Kavramları.....	68
2.5.2. Anlatisal Etiğin Tıp Alanında Uygulamaları.....	69
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	72
3.1. Araştırmanın Evreni.....	72
3.2. Verilerin Toplanması.....	73
3.2.1. Veri Toplama Araçları.....	74
3.2.1.1. Veri Tanılama Formu.....	74
3.2.1.1.1. Bireysel Özellikler.....	74
3.2.1.1.2. Metabolik Özellikler.....	74
3.2.1.2. Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Form (SF-36)(QOL).....	74

## İÇİNDEKİLER(devam ediyor)

3.2.1.3. Sürekli Kaygı Ölçeği ve Durumluk Kaygı Ölçeği.....	75
3.2.1.3.1. Durumluk Kaygı Ölçeği(STAI-1).....	76
3.2.1.3.2. Sürekli Kaygı Ölçeği(STAI-2).....	76
3.2.1.4. Çok Yönlü Beden Self İlişkileri Ölçeği.....	76
3.2.1.5. ZunkAnksiyete ve Depresyon Ölçekleri.....	77
3.2.1.5.1. ZunkAnksiyete Ölçeği.....	77
3.2.1.5.2. Zunk Depresyon Ölçeği.....	77
3.2.1.6. Anlatsallık.....	78
3.3.Verilerin Analizi.....	79
4. BULGULAR.....	80
4.1. Tablolar.....	80
4.2. Anlatı.....	131
5. TARTIŞMA.....	143
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	188
7. KAYNAKLAR.....	193
8. EKLER.....	223
8.1.Bireysel özellikler Anket Formu.....	223
8.2. Metabolik özellikler Anket Formu.....	224
8.3. Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Form (SF-36)(QOL).....	225
8.4. Sürekli Kaygı Ölçeği ve Durumluk Kaygı Ölçeği.....	228
8.4.1. Durumluk kaygı ölçeği(STAI-1).....	228
8.4.2. Sürekli kaygı ölçeği(STAI-2).....	229
8.5. Çok Yönlü Beden Self İlişkileri Ölçeği.....	230

## İÇİNDEKİLER(devam ediyor)

8.6. ZunkAnksiyete ve Depresyon Ölçekleri.....	232
8.6.1. ZunkAnksiyete Ölçeği.....	232
8.6.2. Zunk Depresyon Ölçeği.....	233
8.7. Etik Kurul Onayı.....	234
9. ÖZGEÇMİŞ.....	236

## TABLolar DİZİNİ

Tablo 1:Dünya Sağlık Örgütü Obezite Sınıflaması.....	4
Tablo 2:Obezite Komplikasyonları.....	12
Tablo 3: Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri.....	81
Tablo 4: Katılımcıların Egzersiz Yapabileceklerine Olan İnançlarının Dağılımı.....	82
Tablo 5: Katılımcıların Her Seferinde En Az 30 Dakikalık Yürüyüşü Kapsayan Egzersiz Yapma Konusundaki Görüşlerinin Dağılımı.....	83
Tablo 6: Katılımcıların Her Seferinde En Az 30 Dakikalık Yürüyüşü Kapsayan Egzersiz Yapma Sorusuna “Evet” Cevabını Verenlerin Bu Aktiviteyi Haftalık Yapma Sıklıklarının Dağılımı.....	84
Tablo 7: Katılımcıların Her Seferinde En Az 30 Dakikalık Yürüyüşü Kapsayan Egzersiz yapma Durumlarının Cinsiyetlerine Göre ChiSquare Testi ile Dağılımı.....	85
Tablo 8: Katılımcıların Her Seferinde En Az 30 Dakikalık Yürüyüşü Kapsayan Egzersiz yapma Durumlarının Yaş Gruplarına Göre ChiSquare Testi ile Dağılımı.....	86
Tablo 9: Katılımcıların Her Seferinde En Az 30 Dakikalık Yürüyüşü Kapsayan Egzersiz yapma Sorusuna “Evet” Cevabını Verenlerin Bu Aktiviteyi Haftalık Yapma Sıklıklarının Eğitim Gruplarına Göre ChiSquare Testi ile Dağılımı.....	87

## TABLolar DİZİNİ(Devam Ediyor)

Tablo 10: Katılımcıların Her Seferinde En Az 30 Dakikalık Yürüyüşü Kapsayan Egzersiz yapma Sorusuna “Evet” Cevabını Verenlerin Bu Aktiviteyi Haftalık Yapma Sıklıklarının Yaş Gruplarına Göre ChiSquare Testi ile Dağılımı.....	88
Tablo 11: Katılımcıların Obeziteye Eşlik Eden Hastalıklarının Dağılımı.....	90
Tablo 12: Katılımcıların Ailelerinde Obez Kişi veya Kişilerin Varlığına İlişkin Verdikleri Bilgilerin Dağılımı.....	91
Tablo 13: Katılımcıların Günlük Tükettikleri Ana Öğün Yemek Sayılarına İlişkin Bildirimlerinin Dağılımı.....	92
Tablo 14: Katılımcıların Ara Öğün Tüketme Alışkanlığı Olanların Tercih Ettikleri Besin Türlerinin Dağılımı.....	93
Tablo 15: Katılımcıların Kiloları Açısından Kendilerini Nasıl Algıladıklarına İlişkin Görüşlerinin Dağılımı.....	94
Tablo 16: Katılımcıların Bedenlerinde Beğenmedikleri Bölümlere İlişkin Yanıtlarının Dağılımı.....	95
Tablo 17: Katılımcıların Beden Yapılarına İlişkin Ölçüm Özelliklerinin Mann Whitney U ve Wilcoxon Signed Rank Testi Sonuçları.....	97
Tablo 18: Katılımcıların Biyokimyasal Parametrelerinin Mann Whitney U ve Wilcoxon Signed Rank Testi Sonuçları.....	99
Tablo 19: Katılımcılara Uygulanan Yaşam Kalitesi Ölçeğinin(SF-36) Mann Whitney U ve Wilcoxon Signed Rank Testi Sonuçları.....	101

## TABLolar DİZİNİ(Devam Ediyor)

Tablo 20: Katılımcılara Uygulanan Yaşam Kalitesi Ölçeğinin (SF-36) Mann-Whitney U Testi ile Cinsiyetlere Göre Sonuçları.....	103
Tablo 21: Katılımcılara Uygulanan Yaşam Kalitesi Ölçeğinin (SF-36) Kruskal Wallis Testi ile Yaş Gruplarına Göre Sonuçları.....	105
Tablo 22: Katılımcılara Uygulanan Kalitesi Ölçeğinin(SF-36) Kruskal Wallis Testi ile Eğitim Durumlarına Göre Sonuçları.....	108
Tablo 23: Katılımcılara Uygulanan Durumluk Kaygı Ölçeğinin Mann Whitney U ve WilcoxonSignedRank Testi Sonuçları.....	109
Tablo 24: Katılımcılara Uygulanan Sürekli Kaygı Ölçeğinin Mann Whitney U ve WilcoxonSignedRank Testi Sonuçları.....	110
Tablo 25: Katılımcılara Uygulanan Sürekli ve Durumluk Kaygı Ölçeğinin Mann-Whitney U Testi ile Cinsiyetlere Göre Sonuçları.....	111
Tablo 26: Katılımcılara Uygulanan Sürekli ve Durumluk Kaygı Ölçeğinin Yaş Gruplarına Göre Kruskal-Wallis Testi Sonuçları.....	112
Tablo 27: Katılımcılara Uygulanan Sürekli ve Durumluk Kaygı Ölçeğinin Eğitim Durumlarına Göre Kruskal-Wallis ve OneWay Analysis of Variance Testi Sonuçları.....	113
Tablo 28: Katılımcılara Uygulanan Çok YönlüBeden-Self İlişkisi Ölçeğinin (MBSRQ) Mann Whitney U ve WilcoxonSignedRank Testi Sonuçları.....	115

## TABLolar DİZİNİ(Devam Ediyor)

Tablo 29: Katılımcılara Uygulanan Çok Yönlü Beden-Self İlişkileri Ölçeğinin(MBSRQ) Cinsiyetlere Göre Mann Whitney U Testi Sonuçları.....117

Tablo 30: Katılımcılara Uygulanan Çok Yönlü Beden-Self İlişkileri Ölçeğinin(MBSRQ)Yaş Gruplarına Göre Kruskal Wallis Testi Sonuçları.....119

Tablo 31: Katılımcılara Uygulanan Çok Yönlü Beden-Self İlişkileri Ölçeğinin(MBSRQ) Eğitim Durumlarına Göre Kruskal Wallis Testi Sonuçları.....122

Tablo 32: Katılımcılara Uygulanan ZunkAnksiyete Ölçeğinin Mann Whitney U ve WilcoxonSignedRank Testi Sonuçları.....123

Tablo 33: Katılımcılara Uygulanan ZunkAnksiyete Ölçeğinin Cinsiyetlere Göre ChiSquare Testi ile Dağılımı.....124

Tablo 34: Katılımcılara Uygulanan ZunkAnksiyete Ölçeğinin Yaş Gruplarına Göre ChiSquare Testi ile Dağılımı.....125

Tablo 35:Katılımcılara Uygulanan ZunkAnksiyete Ölçeğinin Eğitim Durumlarına Göre ChiSquare Testi ile Dağılımı.....126

Tablo 36: Katılımcılara Uygulanan Zunk Depresyon Ölçeğinin Mann Whitney U ve WilcoxonSignedRank Testi Sonuçları.....127

Tablo 37: Katılımcılara Uygulanan Zunk Depresyon Ölçeğinin Cinsiyetlere Göre ChiSquare Testi ile Dağılımı.....128



## **TABLolar DİZİNİ(Devam Ediyor)**

Tablo 38: Katılımcılara Uygulanan Zunk Depresyon Ölçeğinin Yaş Gruplarına Göre ChiSquare Testi ile Dağılımı.....129

Tablo 39: Katılımcılara Uygulanan Zunk Depresyon Ölçeğinin Eğitim Durumlarına Göre ChiSquare Testi ile Dağılımı.....130

## ŞEKİL DİZİNİ

Şekil 1:WHO'nun 2005 verilerine göre Avrupa bölgesinde Ülke ve cinsiyetlere göre obezite durumları.....	7
---------------------------------------------------------------------------------------------------------	---

## SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ

Simge ve Kısaltma	Açıklama
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
BKİ	Beden Kitle İndeksi
ABD	Amerika Bileşik Devletleri
NHANES	The National Health and Nutrition Examination Survey
BRFSS	The Behavioral Risk Factor Surveillance System
CDC	The Centers for Disease Control and Prevention
WHO	World Health Organization
TURDEP	Türkiye Diyabet Prevalans Çalışmaları
SF-36	Yaşam Kalitesi Ölçeği
MBSQR	Çok Yönlü Beden Self İlişkileri Ölçeği
STAI-1	Durumluk Kaygı Ölçeği
STAI-2	Sürekli Kaygı Ölçeği
ZDÖ	Zunk Depresyon Ölçeği
ZAÖ	Zunk Anksiyete Ölçeği
%	Yüzde
Kg/m <sup>2</sup>	Kilogram/metre kare
P	Anlamlılık Düzeyi
Cm	Santimetre
Mg/dl	Miligram/desilitre



## 1.GİRİŞ VE AMAÇ

Obezite, yaşam kalitesini ve süresini olumsuz yönde etkileyen psikolojik, sosyal ve tıbbi sorunlara neden olabilen kronik bir hastalık olup, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin en önemli sağlık sorunlarından biridir. Son yıllarda obezite prevalansı tüm yaş ve sosyoekonomik gruplarda, çok hızlı şekilde artmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü(DSÖ) verilerine göre dünyada 400 milyonun üzerinde obez ve 1.6 milyar fazla kilolu kişi bulunmaktadır. 2015 yılında bu rakamların 700 milyon obez ve 2.3 milyar civarında fazla kilolu insan olacağı yönünde tahmin edilmektedir. Bir çok ülkede obezitenin artışını önlemeye ve var olan obeziteyi tedavi etmeye yönelik çalışmalar başlatılmıştır (131,180,238,218,30).

Obezite, sadece mortalite ve morbiditeyi etkileyen küresel boyutta bir halk sağlığı problemi olmakla kalmayıp, eşlik eden hastalıklarla beraber ülke ekonomilerine ağır yük getirmektedir. Obezite ile ilgili sağlık harcamaları gelişmiş ülkelerde tüm sağlık harcamalarının %2-7'sini oluşturmaktadır(30,38,48,55,131,180,238,218).

Obezite etiyojisi tam olarak bilinmemekle birlikte alınan ve harcanan enerji arasındaki dengesizlik nedeniyle enerji fazlasının vücutta yağ dokularında depolanmasıdır. Beden kitle indeksinin(BKİ)  $30 \geq \text{kg/m}^2$  olması ile tanımlanan obezite bir risk faktörü olarak insan vücudundaki tüm sistemleri etkileyerek çeşitli komplikasyonlar ortaya çıkarabilmektedir. Aynı zamanda psikososyal bozukluklara neden olarak kişilerin yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilemektedir (10,100).

Geçmişte insan ömrünün çok uzun olmadığı dönemlerde obezite; güç, refah, sağlık göstergesi iken, günümüzde tedavi edilmesi gereken bir hastalık olmakla birlikte ideal olan beden algısı fit görünmektir(28). Reklamlarda, medyada, masallarda hep fit insan resimleri gösterilmekte veya anlatılmaktadır.

Görselliğin bu kadar ön plana çıkması obez kişilerde psikososyal bozukluklarda artışa neden olmaktadır. Sosyal yaşamdan izolasyon, aşağılık duygusu, işsizlik, kendine güvende azalma, sıkıntı, depresyon ve evlilikle ilgili uyumsuzluk sorunlarına neden olabildiği yapılan çalışmalarla gösterilmiştir. Obezite sosyal boyutuyla ele alındığında insan bedeni ön plana çıkmakta ve kişilerin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Negatif yaşam kalitesiyle birlikte olumsuz beden algısı gelişen obez bireyler psikolojik sorunlarla yüz yüze gelebilmektedir (100,218).

Yiyecek sektörünün çok hızlı gelişmesinin yanı sıra hızla gelişen teknoloji fiziksel aktivitenin daha da azalmasına neden olacağı aşikardır. Bu durum toplumlarda obezite boyutlarının daha çok artacağı endişesini doğurmaktadır (180).

Bu çalışmada obez tanısı almış ve obez olmayan bireylerde beden algısı ve yaşam kalitesinin etik açıdan değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Obezite

#### 2.1.1. Obezitenin tanımı

Obezite, DSÖ tarafından “sağlığı bozacak ölçüde vücutta anormal ve aşırı ölçüde yağ birikmesi” olarak tanımlanır(231,224,204,157). 17yy. başlarında obezite kelimesi Fransızcada “obdere” den türeyerek (ob= çok, fazla +edere=yemek) kullanılmaya başlamış, geçmişte bir hastalık olarak görülmezken, günümüzde tedavi edilmesi gereken bir hastalık olarak kabul edilmektedir(159). Obezite fazla kilolu olmakla eş anlamlı değildir. Kemik, kas ve yağ ağırlıklarının toplamı vücut ağırlığını verir. Ağırlık normalin üzerinde olmasına rağmen yağ kitlesi normalin üzerinde değilse bu kişi obez değildir (157,204). Bu tanımlar, obeziteyi hem sağlık hem de vücut yağ miktarı ile ilişkilendirmektedir. Örneğin zayıf fakat kaslı bireylerde yağ dokusu artışı olmadan standartların üzerinde vücut ağırlığı gözlenebilir.

Erişkin vücut kitlesinin erkeklerde % 15- 18’i kadınlarda ise % 20-25’ini yağ dokusu oluşturmaktadır. Eğer yağ oranı erkeklerde vücut kitlesinin % 25, kadınlarda % 35’unu geçerse obeziteden sözedilir (157).

Obezitenin derecesini belirlemek için bir çok yöntem olmasına rağmen en sık Beden Kitle İndeksi (BKİ) kullanılmaktadır. Dünya Sağlık Örgütünün kabul ettiği BKİ kriterleri Tablo1’de yer almaktadır(28,100,157,159,204,224,).

**Tablo 1: Dünya Sağlık Örgütü Obezite Sınıflaması\***

Grup	BKİ (kg/m <sup>2</sup> )
Zayıf	<18,5
Normal	18,5-24,9
Fazla kilolu	25.0-29,9
Sınıf-1 (orta) obez	30 .0 – 34,9
Sınıf-2 (şiddetli) obez	35.0 - 39,9
Sınıf-3 (çok şiddetli) morbid obez	>=40

\*Bray, AG., 1998, Obezitenin tanı ve tedavisi (28).

### **2.1.2. Obezitenin sınıflandırılması**

Obezitenin birçok tipi bulunmaktadır. Sınıflandırma genellikle yağ dağılımına göre yapılmaktadır ve şöyledir:

- 1- Abdominal, erkek tipi, visseral, kemer üstü, elma tipi obezite.
- 2- Subkutanöz, kadın tipi, kemer altı, armut tipi obezite.

Yağ dağılımı bel kalça oranı ile, visseral yağ ise bel çevresi ile değerlendirilebilir. Diğer bir sınıflama ise şu şekilde yapılabilir:



1- Hiperplastik obezite: Çocukluk çağında adipoz hücre sayısının artması ile karakterizedir.

2- Hiperplastik obezite: Erişkinlerde adipoz hücre hacminin artması ile karakterizedir(204).

### 2.1.3. Obezite belirteçleri ve vücut yağ bileşiminin ölçülmesi

Obezite tanısında kullanılan kriterler daha çok hastalık oluşturan vücut ağırlığının belirlenmesine yöneliktir. Son yıllarda BKİ hesaplanması standart bir ölçüm yöntemi olarak kullanılmaktadır. Obezite tanısında kullanılan birçok belirteç olmasına rağmen BKİ ve bel çevresi ölçümü obezite tanısı için yeterlidir. Ayrıca obezite tanısında kullanılan diğer yöntemler aşağıda sıralanmıştır(10,28,48,190).

- Klasik referans yöntemler
- Vücut yoğunluğu
- Toplam vücut suyu
- Toplam vücut potasyumu
- İn vitro nötron aktivasyon analizi
- Dual-enerjili x ışını absorpsiyometrisi
- Görüntüleme
- Üretim teknikleri
- Ağırlık\boy indeksleri
- Deri kıvrım kalınlığı
- Bel çevresi ve bel kalça oranı
- Biyoelektrik impedans(157,204).

BKİ; kilogram olarak vücut ağırlığının, metrekare olarak boya bölünmesi ile hesaplanır.  $BKİ = \frac{\text{vücut ağırlığı(kg)}}{\text{boy(m}^2\text{)}}$ . BKİ'nin önemli bir eksikliği obezitenin çok önemli komplikasyonları ile ilişkili olan vücut yağ dağılımı

hakkında bir fikir vermemesidir. Bu nedenle vücut yağ dağılımını yansıtan belirteçlerden bel\kalça oranı ve bel çevresi ölçümü çok yaygın olarak kullanılmaktadır. Bel\kalça oranının kadınlarda 0,9'un, erkeklerde 1'in üzerinde olması ve bel çevresinin kadınlarda 88 cm'yi, erkeklerde 102 cm'yi geçmesi durumu santral obeziteyi işaret etmektedir. Bu durum insülin direnci ve kardiyovasküler hastalık riskiyle ilişkilidir(48,174).

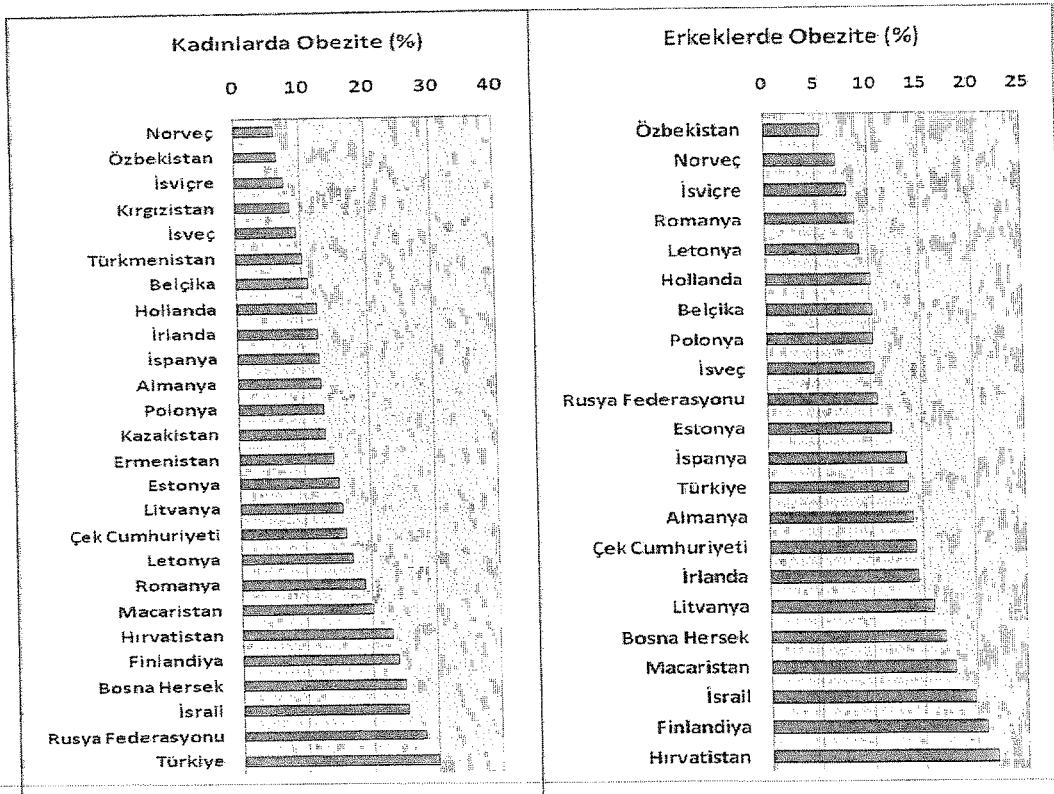
#### **2.1.4. Obezitenin epidemiyolojisi**

Dünyadaki epidemiyolojisi; Gelişmiş ülkeler başta olmak üzere tüm dünyada obezite prevalansı gittikçe artmaktadır.

Obezitede dramatik bir şekilde artış gösteren ülkelerin başında Amerika Bileşik Devletleri(A.B.D) gelmektedir. A.B.D'de yapılan bazı çalışmalar durumun ne kadar ciddi boyutlara ulaştığını göstermektedir. 2007–2008 National Health and Nutrition Examination Survey(NHANES) çalışması sonuçları A.B.D'de erişkin erkek popülasyonunun %32,2'sinin, erişkin kadın popülasyonunun ise %35,5'inin obez olduğu açıklanmıştır. Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS) of the Centers for Disease Control and Prevention (CDC)'nin yaptığı çalışmalar 2007-2009 yılları arası obezitenin; yetişkinler arasında ulusal olarak % 1,1 arttığını açıklamıştır. Obezite bu hızla artmaya devam ederse 2050 yılında A.B.D'de yaşayanların neredeyse % 100'ünün obez olacağı tahmini bildirilmiştir (161,206,217).

Diğer gelişmiş ülkeler de obezite rakamlarında A.B.D.'yi yakından izlemektedir. İngiltere'de 1980 yılından 1991'e hem erkeklerde, hem de kadınlarda fazla kiloluluk prevalansı yaklaşık % 25, obezite prevalansı ise yaklaşık % 100 artmıştır. Hollanda da ise 1976 ile 1997 yılları arasında obezite prevalansı 37-43 yaş arası erkeklerde % 4,9'dan % 8.5'a, kadınlarda ise % 6,2'den % 9,3'e çıkmıştır. İsveç'te sırasıyla erkeklerde ve kadınlarda % 7 ve % 9, en

yüksek değerler gösteren Litvanya'da erkeklerde ve kadınlardaki % 22 ve % 45 aralığında olduğunu göstermektedir. Avrupa'daki ortalamalar erkeklerde ve kadınlarda sırasıyla yaklaşık % 15 ve % 20'dir. Bu veriler Avrupa'nında ABD'den geri kalmadığını göstermektedir (21,82,96).Dünyanın diğer bölgelerinde de obezite görülme sıklığı hızla artmaktadır.



Şekil 1: WHO'nun 2005 verilerine göre Avrupa bölgesinde Ülke ve cinsiyetlere göre obezite durumları(27).\*

\*Branca, F., ve arkadaşları, 2007, Avrupanın farklı bölgelerinde değişen obezite sıklığı (27).

Ülkemizde de obezite prevelans çalışmaları yapılmıştır ve sonuçlar çarpıcıdır. "Türkiye Diabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar

Prevalans Çalışması-II (TURDEP-II Çalışması)”nın saha araştırması Ocak 2010-Haziran 2010 tarihleri arasında 15 ilden 540 merkezde tamamlanmıştır. TURDEP çalışması ülkemizde obezite prevalansını etkileyen faktörlerin belirlenmesi açısından yol gösteren bir çalışma olmuştur. Çalışmaya bölgenin nüfus yapısına uygun olarak rastgele seçilip davet edilen 20 yaş ve üzerinde 26 499 kişi katılmış ve çalışma %92 katılım oranı ile bitirilmiştir(227).

TURDEP-II çalışması, 1997-98 yıllarında yapılan TURDEP-I çalışmasının tekrarı niteliğinde planlanmış olup aynı yöntem kullanılarak aynı merkezlerde gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya katılan kişilere ayrıntılı bir yaşam tarzı anketi uygulanmış ve açlık venöz kan örnekleri alındıktan sonra uygun kişilere Oral Glukoz Tolerans Testi(OGTT) yapılmıştır.

Diabet, Obezite ve Hipertansiyon bölümlerinin veri girişleri tamamlanan TURDEP-II çalışmasının ön sonuçlarına göre:

TURDEP-I’den itibaren geçen 12 yıllık süreçte erişkin nüfusumuzun yaş ortalaması 4 yıl artmıştır. Ortalama kadın ve erkek boyu 1’er cm artmış; kadınlarda kilo 6 kg, bel çevresi 6 cm, kalça çevresi 7 cm; erkeklerde ise kilo 8 kg, bel çevresi 7 cm, kalça çevresi 2 cm artmıştır.

---

TURDEP-II’ye göre Türk erişkin toplumunda diyabet sıklığının % 13,7’ye ulaştığı ifade edilmiş ve Türkiye’de obezite sıklığı %32 olarak bulunmuştur.

Erkeklerde kilo fazlalığının, kadınlarda ise obezitenin daha yaygın olduğu dikkati çekmektedir. Genel olarak erişkin yaşlardaki Türk toplumunun 2/3’ü kilolu veya obezdir. Kentsel ve kırsal obezite oranları birbirine yakındır.

Sonuç olarak 1998’de yapılan TURDEP-I’e göre, yeni tamamlanan TURDEP-II çalışmasında Türkiye’de 12 yılda diyabet sıklığı %90, obezite ise %44 artmıştır.

Sonuçlar, ülkemizde obezite ve diyabetin en önemli toplum sağlığı sorunları olduğuna işaret etmektedir. Gelecek kuşaklarda bu sorunların azaltılabilmesi için obezite ve diyabeti önlemeye yönelik yaşam tarzını özendirici acil bir eylem planı oluşturulması ve derhal uygulamaya konulması gerekmektedir(227).

### 2.1.5. Obezitenin etyolojisi

Obezitenin etyolojisi tam olarak bilinmemekle beraber vücutta mutlak bir enerji dengesizliği mevcuttur. Vücutta enerji alımı ve enerjinin harcanması belli bir denge içinde olmalıdır. Bu dengenin pozitif yönde bozulması obeziteyi oluşturmaktadır. Obeziteyi etkileyen faktörler şöyle sıralanabilir(48,55,96).

Yaş: Obezite her yaşta görülebilir. Her iki cinste de ilerleyen yaşta artar.

Cinsiyet: Her iki cinste de görülmekle birlikte kadınlarda görülme sıklığı daha yüksektir.

Endokrin Etmenler: Obezitenin endokrin nedenleri arasında azalmış büyüme hormonu salgılanması vücut yağ miktarında ki artma ile karakterizedir. Replasman tedavisi ile yağ miktarı azalabilir. Endokrin hastalıklar içinde kortizol fazlalığı (cushing sendromu) obezite ile birlikte görülür. Hipotiroidide metabolik hızın yavaşlaması nedeniyle kilo alımına neden olur. Hipogonadizm de obeziteye neden olabilir(157).

Genetik Etmenler: Obezitede kalıtımın önemi yapılan çalışmalarla ortaya konmuştur. Epidemiyolojik çalışmalar vücut ağırlığındaki % 30-50 değişimin genetik etmenlere bağlı olduğunu göstermiştir. Tek gen mutasyonuna bağlı obezite sadece leptin gen defektine bağlı oluşmaktadır (48,55,163).

Nörolojik Etmenler: Açlık ve tokluk merkezleri hipotalamus tarafından kontrol edilmektedir. Bu merkezde oluşabilecek defekt, travma, inflamasyon yeme alışkanlığını değiştirebilir. Ayrıca bazı hormonlar ve nörotransmit maddeler bu merkezce yönetilir. Gıda alımı davranışı beyin ve metabolik duruma göre santral ve periferik nörokimyasal sinyallerin santral sinir sistemi ile entegrasyonu sonucu ortaya çıkan kompleks bir davranıştır. Gıda alımının başlaması, devamı ve sonlanması bu sinyallerin etkileşimiyle olur. Sonuç olarak gıda alımı olumlu veya olumsuz etkileyebilir (22,220).

Psikolojik Etmenler: Çeşitli psikiyatrik davranış değişiklikleri, anksiyete, depresyon yeme davranışlarında bozukluklara neden olabilir. Bu durum obeziteyi tetikleyebilir.

Davranışsal Etmenler: Düzenli ve dengeli beslenme alışkanlıklarının olmaması obeziteyi tetikleyen önemli bir yeme davranış bozukluğudur. Besin değeri olmayan ancak yüksek enerji içeren yağlı, şekerli atıştırmalıkları fazla tüketen kişiler obeziteyle yüz yüze gelmektedir. Günümüzde hızlı çalışma temposu kolay ulaşılması ve hazırlanması sebebiyle fast food besin tüketiminin artmasına zemin hazırlamıştır. Fast food besinler daha fazla enerji içermekle birlikte genellikle porsiyon olarak büyüktür. Yapılan çalışmalarda yeme tercihi olarak fast food beslenmeyi alışkanlık haline getiren popülasyonlarda obezite prevalansı daha yüksek bulunmuştur. Sebze ve meyve tüketiminin azalması, ev dışı ortamda çok yemek yenilmesi, televizyon-bilgisayar başında yemek yenilmesi, gazlı ve asitli içeceklerin fazla tüketilmesi ve gece yeme davranışları obeziteyi tetikleyen diğer davranışsal faktörleri oluşturmaktadır(22,46,70,180).

Teknoloji: Teknolojik gelişmeler birçok alanda insan gücünün yerini makinaların almasını sağlamıştır. Bu durum beraberinde hareketsizliği ve sedanter yaşamı artırmıştır. Obezitenin hızlı artışında ki en temel sorunlardan bir tanesi fiziksel inaktivitedir(70,131).

İlaçlar: Birçok ilacın kullanımı sırasında yaygın olarak obezite görülebilir. Tedavi amaçlı kullanılan ilaçların birçoğu iştah merkezindeki nörotrasmitterleri etkileyerek iştahı açar.

Obeziteye neden olan ilaçlar:

- 1- Antidepresanlar
- 2- Antikonvülzanlar
- 3- Glukokortikoidler
- 4- Antihistaminikler
- 5- Antimigrenler
- 6- Bazı hormon replasmanları
- 7- Beta blokerler
- 8- Antipsikotikler
- 9- Serotonin antagonistleri
- 10- Antidiabetikler (157,204).

Diğer Etmenler: Hareketsizlik başta olmak üzere, etnik köken, sosyo ekonomik durum, yaşanan coğrafya, evlilik, doğum sayısı, emeklilik, menopoz, alkol alımının artması obeziteyi etkileyen diğer faktörlerdir.

---

### **2.1.6. Obezite ile ilişkili hastalıklar**

Obezitenin oluşturduğu sağlık riskleri, onu tedavi edilme zorunluluğu olan bir hastalığa dönüştürmüştür. Tablo-2'de obezite komplikasyonları yer almaktadır(131,157,177,204,218).

**Tablo 2: Obezite Komplikasyonları\***

1. Metabolik- hormonal komplikasyonlar 1.1. Metabolik sendrom Tip 2 diabet İnsülin direnci, hiperinsülinemi Dislipidemi Hipertansiyon Gut Uyku bozuklukları 1.2. Hormon ve diğer dolaşım faktörü anomalileri Sitokinler Ghrelin Büyüme hormonu Hipotalamik- hipofizer- adrenal aks Leptin Renin- anjiyotensin sistemi	8. Kanser Meme Kolon Dişi üreme: serviks, endometrium, over Safra kesesi Böbrek Prostat
2. Üreme sistemi anomalileri Hormonal komplikasyonlar: dişi Hormonal komplikasyonlar: erkek Obstetrik komplikasyonlar	9. Sinir sistemi Adiposis dolorosa Psödötümör serebri
3. Solunum sistemi hastalıkları Obezite- hipovantilasyon sendromu Uyku apne	10. Sindirim sistemi hastalıkları Safra kesesi hastalığı Karaciğer hastalığı
4. İmmün sistem disfonksiyonları	11. Deri hastalıkları
5. Obezitenin mekanik komplikasyonları Artrit Artmış karın içi basıncı	12. Psiko-sosyal komplikasyonlar Psikolojik komplikasyonlar Sosyal komplikasyonlar Ekonomik etki
6. Kardiyovasküler sistem hastalıkları Serebrovasküler hastalık Konjestif kalp yetersizliği Koroner kalp hastalığı Hipertansiyon Tromboembolik hastalık	13. cerrahi komplikasyonlar Perioperatif riskler Anestezi Yara komplikasyonları Enfeksiyonlar
7. Göz hastalıkları	

\*Pi- Sunyer, X., 2009, Obezitenin medikal riskleri (177).



Obezite ve Diabet: Obeziteye bağlı gelişen en yaygın hastalık diabetes mellitus'dur. Özellikle Tip-2 diabetli hastaların % 80' inin obez olması diabetle obezitenin ilişkisini güçlendirmektedir. Obez hastalarda insülin direnci gelişiminin de yüksek olması tedavi maliyetlerini artırmaktadır. Obezlerde abdominal yağlanmanın fazla olması bu riski daha çok artırır. Obez tanılı Tip-2 diabetli hastalarda yapılan çalışmalar; % 10'luk kilo kaybı ile açlık kan şekerinde 20-30mg arasında iyileşme sağlandığı yönündedir. Ülkemizde yapılan TURDEP-1 ve TURDEP-2 çalışmaları arasındaki obezite artışı, diyabetli hasta sayısında artışla paralellik arz etmektedir. Bu durum da obezite ile Tip-2 diabetin yakın ilişkisinin bir göstergesidir(147,177,199).

Obezite ve Koroner Hastalıklar: Obezite, kalbin yapısında ve fonksiyonunda çeşitli değişikliklere yol açabilir. Obezite kalp üzerinde yaratmış olduğu yapısal değişiklikler nedeni ile tek başına kardiyovasküler riski artırır. Obez kişilerin kalbinde iletim dokusunda yağ infiltrasyonu, özellikle santral obezitede sol ventrikül hipertrofisi ve sol atrial genişleme sık bir bulgudur. Obezitenin klasik risk faktörlerinden bağımsız olarakta ateroskleroz riskini artırdığı gösterilmiştir. Obezlerde koroner arterlerin kompensatör olarak genişlediğı ve pasajı daraltmadan aterosklerotik plağı büyüttükleri saptanmıştır. Bu durum aterosklerozun ilk evresini temsil etmekle birlikte bu tür plaklar koroner hastalıklarda ciddi risk oluşturan yapılardır. Obezite ve hipertansiyonun birlikte bulunması kalbin yapısı ve fonksiyonu üzerine olan etkinin çok daha şiddetli olmasına yol açar(166,177,198,210).

Obezite ve Dislipidemi: Obeziteye koroner kalp hastalığı gelişimine zemin hazırlayan çok sayıda dislipidemi tablosu eşlik eder. Bunlar arasında hiperkolesterolemi, açlık ve tokluk trigliserid düzeyleri yüksekliğı, HDL kolesterol düzeyi düşüklüğü ve LDL kolesterol düzeyi yüksekliğı sayılabilir. Ağırılıkta meydana gelen her % 10'luk artış kan kolesterol düzeyini 10-15 mg/dL arttırmaktadır. Obez bireylerin lipit profillerindeki bozulmalar koroner kalp hastalığı gelişme riskini artırır(177).

Obezite ve hipertansiyon: Hipertansiyona neden olan en önemli risk faktörlerinden birisi obezitedir. Diğer risk faktörleri alkol, besinlerle alınan sodyum ve hareketsiz yaşam sayılabilir. Obezite ve hipertansiyon arasındaki ilişkiyi gösteren çalışmalarda BKİ değeri  $30 \text{ kg/m}^2$ 'nin üzerinde olan obez bireylerin hipertansiyon risklerinin, fazla obez olmayan bireylerden üç kat daha yüksek olduğu gösterilmiştir (28). Beden ağırlığı olması gerekenin % 20 üzerinde olanlarda hipertansiyon sıklığı normal ağırlıktakilerin 2 katıdır (29). Özellikle bel/kalça oranı kan basıncı ile önemli korelasyon göstermektedir(147,166,177,210,248).

Obezite ve Eklem Hastalıkları: Osteoartrit insidansı obezitede artmıştır. Aşırı vücut ağırlığına bağlı olarak büyük eklemler olan diz ve ayak bileğinde osteoartrit sık görülmektedir. Bununla birlikte osteoartritin ağırlık taşımayan eklemlerde görülmesi obezitenin kemik ve kartilaj metabolizmasını da değiştirerek etkili olabileceğini düşündürmektedir. Vücut ağırlığındaki her 1 kg artışın radyolojik olarak diz ve karpometakarpal eklemlerde osteoartrit risk artışı ile birlikte olduğu gösterilmiştir. Kilo kaybı ile osteoartrit riskinde azalma olmaktadır. Obezitede topuk diken ve gut hastalığı da fazla görülmektedir(177,194).

Obezite ve Sosyal Sorunlar: Günümüzde popüler olan beden algısı ince ve fit görünmektir. Bu nedenle şişman bir görüntü günümüzde geçerli olan beden ölçüsü normlarına uymamaktadır. Bu durum kişilerde çok boyutlu sorunlara neden olmaktadır. Çevresi tarafından eleştirilen, alay edilen kişilerde durum daha da büyüyerek patolojik boyutlara ulaşabilmektedir. Şişmanlıkla damgalanmak obezlerin ortak sorunudur ve ruhsal bir çöküntüde yaratır. Obezlerde sosyal yaşamdan izolasyon, aşağılık duygusu, işsizlik, kendine güvende azalma, sıkıntı, depresyon, evlilikle ilgili uyumsuzluklarda görülebilir(48,131,238,185).

Obezite ve Davranış Bozuklukları: Obezitenin yarattığı sosyal sorunlar olarak saydığımız bir veya birçok faktörü yaşayan kişilerde anksiyete, depresyon,

öz güven kaybı ve/veya kaygı bozukluğu daha sık görülmektedir. Bazı obez kişilerin yaşadıkları travma düzeyine bağlı olarak ribant etkiyle gece yeme sendromu veya daha fazla yemek yeme sendromları gelişmektedir. Bu kısır döngü ile bireyler yedikçe kilo almakta, kilo aldıkça sağlıkları ve psikolojileri daha çok bozulmaktadır. Depresyonda olan olguların bir kısmında yeme bozuklukları sonucu obeziteye eğilim görülürken, yaşam kalitesini etkileyen obezitesi olan kişilerde de depresyona eğilim vardır. Bazı obez hastalarda yemek yeme alışkanlıkları psikolojik stres periyotları ile birlikte. Ayrıca kişi can sıkıntısı, yalnızlık veya endişe çektiği zamanlarda çok yemek yiyebilir. Aşırı yemek yeme ve aktivite azalması bazı çevresel ve emosyonel streslere bir cevap olarak da ortaya çıkabilir. Sevdiği bir kimsenin ölümü, ailenin dağılması, okul veya iş başarısızlıkları bunlardan bazıları olabilir.

Obezlerde dikkat çeken psikiyatrik bozuklukların başında depresyon, bulimik davranış, beden imajı algısına bağlı ruhsal sorunlar ve uyku bozuklukları gelmektedir. Obezlerdeki psikososyal riskin belirleyicisi olarak kadın olma ve ergenlik dikkat çekmektedir (105,185).

Obezite ve Solunum Yolu Hastalıkları: Obezite dispne ve ortopneye neden olabilir. Bronşiyal astım riskini artırır. Solunum fonksiyon testinde bir takım değişikliklere sebep olabilir. İnterkostal kasların yağlanması solunum güçlüğüne neden olur. Obez hastalarda en sık görülen uykuda solunum bozuklukları obstrüktif uyku apne sendromu ve obezite hipoventilasyon sendromudur. Horlama, tanıklı apne, gün boyu aşırı uyku hali obstrüktif uyku apne sendromu tanısını düşündüren temel bulgulardır. Obez hastalarda sabah başağrıları, sürekli uyku hali, hiperkapni, polisitemi, kor pulmonale ve pulmoner hipertansiyon obezite hipoventilasyon sendromunu düşündürmelidir. Aşırı obezite(morbid obez) durumunda ani ölüme on kat daha fazla rastlanıldığı bildirilmektedir(66 ).

Obezite İle İlişkili Diğer Hastalıklar: Bir çok kanser türü, karaciğer yağlanması, safra taşı oluşumunun hızlanması gibi pek çok hastalıkla obezitenin ilişkisi yapılan çalışmalarla gösterilmiştir(48, 52,90,133,203).

### 2.1.7. Obezite de tedavi yaklaşımları

Obezite, tedavisi zorunlu bir hastalık olarak benimsenmiştir. Pahalı bir sağlık hizmeti olan obezitenin tedavisi, teorik olarak basit gibi görünse de pratikte oldukça güçtür. Tedavinin başarılı olabilmesi hastanın inancı, isteği ve olaya doğrudan katılması ile tedavinin o hastaya özgü olmasına bağlıdır. Vücut ağırlığı kaybı doktorun ve hastanın tek kaygısı olmamalıdır. Amaç davranış ve yaşam stili değişikliği olmalıdır.

Yüzde onluk vücut ağırlığı kaybı ile hipertansiyon, diyabet, kolesterol yüksekliği ve eklem ağrılarının düzelmesinde yarar sağlayacaktır. Tedaviye başlamadan önce varsa obeziteye neden olabilecek, tedavi edilebilir hastalıkları saptamalı ve tedavi süreci doktor, diyetisyen, hemşire, psikolog ve mümkünse bir hareket terapisti ile birlikte yönetilmelidir.

Tedavinin hedefleri, obezitenin sonuçlarına bağlı riskleri azaltarak, obez hastanın sağlığını düzeltmek yani yaşam kalitesini artırmaktır. Hastaların verdikleri kiloları korumalarında diğer önemli bir noktadır(10,48,55,131,132,160,218,238).

Obezite tedavisinde obezitenin şiddetine bağlı çeşitli yöntemler uygulanmaktadır. Bu yöntemler şu şekilde sıralanabilir.

- Davranış ve yaşam tarzı değişikliği
- Tıbbi beslenme tedavisi(diyet yapmak)
- Egzersiz(sedanter yaşamı azaltma)
- İlaçlar
- Cerrahi

Davranış ve Yaşam Tarzı Değişikliği: Eğitim ve davranış tedavisini içeren yaşam tarzı değişikliği günümüzde zayıflama ve idamesi için kullanılan en yaygın yaklaşımlardan biri olarak kabul edilmektedir. Davranışsal yaklaşım psikolojik öğrenme teorilerine dayanır. Teoriler, davranışların primer olarak klasik ve enstrümental şartlanma ile öğrenildiğini ileri sürer. Dolayısı ile şartlanma stratejileri yeni davranışların öğrenilmesinde, eskilerinin unutulmasında ve sağlıklı olanların değiştirilmesinde kullanılabilir. Davranış tedavisi kişinin motivasyonunu artırır. Zayıflama tedavisinde yaşam tarzı değiştirme bir sorun olduğundan tüm zayıflama programlarının sağlanmasında hasta motivasyonunun sağlanması esastır. Psikologlar genellikle 'değişimin aşamaları' modelini kullanmaktadır. Başarılı bir sonuç için hasta merkezli yaklaşım hastanın istek ve yeteneklerini göz önüne almak gerekir. Kişinin ekonomik, sosyal, psikolojik durumunun belirlenmesi ve beslenme alışkanlıklarının incelenmesi, uygulamalarının belirlenmesi, gerçekten değişiklik yapma gereksinimi olup olmadığının saptanması gerekir. Davranış değişikliğinde sıklıkla izlenen yolu şöyle sıralayabiliriz.

- Sık hasta ziyaretleri yapmak: Kişinin beslenme öyküsü, alışkanlıklar, obezitesinin nasıl başladığının sorgulanma süreçleri.
- Hasta ile bir ortak nokta oluşturmak: Hedeflerin belirlenmesi ve izlenecek yol konusunda ortak noktada buluşmak.

- Kendi kendini izleme: Kişilerin uyum sürecinde yediklerini ve aktivitelerini kaydetmeleri.
- Uyarı denetimi: Kişinin ne zaman ve hangi koşullarda yeme isteğinin arttığını belirlemesi.
- Negatif düşünce: Başarısız olacağı düşüncesi ile savaşıma.
- Stresin tedavisi: Yapılan çalışmalar stres, depresyon, anksiyetenin yeme isteğini tetiklediği yönündedir. Kişileri strese sokan odaklar tedavi edilmeli.
- Problemi çözme: Obezite için uygulanacak tedavi basamakları birlikte çözümlenmeli.
- Davranış hedefleri belirlenmesi: Ulaşılabilir hedefler seçilmeli, aksi halde hayal kırıklıkları ve özgüven kaybı süreci olumsuz yönde tetikleyebilir.
- Vücut biçiminin değiştirilmesi ve adaptasyon süreci: Aile, arkadaş, çevre desteği sağlanmalı, grup eğitimleri de olabildiğince sürece katılmalıdır.
- Yeme tarzında bozukluk ve farkında olma: Yeme bozukluğu varsa tedavi edilmelidir.
- Pekiştirme ve güçlendirme: Pekiştirme davranışı görüşmelerin sıklığı ve süresi ile ilişkilidir. Örneğin hedeflere ulaşıldıkça ödüllendirmeler olabilmelidir(1,22,93).

Tedavi eğitimi veren kişi hastalara tedavilerinin durumlarına ve gelişmelerine ilişkin açık ve anlaşılır bilgi vermeli, kaygılarını açığa çıkarabilecekleri bir iletişim ortamı sağlayabilmelidir.

Hastanın diyet ve davranış değiştirme programına ne derece uyduğu periyodik kontroller ile izlenir. İzlenmeyen veya izleme sırasında belirlenen aksaklıkların giderilmediği tedavilerden başarı beklenmemelidir.

Kognitif davranışsal stratejiler kullanan obezite tedavi girişimleri makul miktarlarda vücut ağırlığını azaltmak isteyen hastalara yardımcı olmada etkindir. Kognitif davranışsal tedavi girişimleri yaklaşık 18 hafta sürer. Ortalama vücut

ağırlığı kayıpları yaklaşık 9 kg'dır. Bırakma oranları genellikle %18'in altındadır. Hastalar ortalama 1 yıllık takip boyunca kayıplarının yaklaşık üçte ikisini korurlar fakat tedavi sürdürülmediğinde ortalama 4 yıl içinde eski kilolarına dönebilirler.

Davranış tedavisi stratejileri, mevcut obezite tedavi programlarına destek vermektedir. Obezlerin tedavisinde hedef sadece vücut ağırlığı kaybı değil, davranış ve yaşam tarzı değişikliği olmalıdır.

Obezite kliniğine başvuran hastaların çoğunun gerçekçi olmayan amaçlarının olduğu ve bu başarısızlığında, hayal kırıklığına, tedaviyi erken bırakmaya neden olabildiği bilinmektedir.

Tıbbi Beslenme Tedavisi: kişilerin günlük alması gereken kalorinin altında kalori vererek tedavinin planlanmasıdır. Çok düşük kalorili veya düşük karbonhidrat diyetler başlangıçta büyük vücut ağırlığı kaybı sağlasalar da, uzun vadeli sonuçlar bunların ortalama bir kalori kısıtlaması yapan diyetlerden daha iyi olmadığını göstermiştir(30,131,163,173,180,238).

Diyette enerji alımının enerji sarfiyatından düşük olması, diyet kompozisyonunun proteinler, vitaminler, mineraller ve esansiyel yağ asitleri gibi bileşenler açısından yeterli olması, bir doyma etkisi sağlaması, sosyal olarak kabul görebilen, güncel kullanıma uygun ve majör komplikasyonlara neden olmaksızın uzun dönemli bir yaşam tarzına dönüştürülebilmesi, kişilerin damak tadı alışkanlıklarını tatmin edebilmesi, kabul edilebilir uzun dönemli diyetle tedavi programının temel nitelikleri olarak özetlenebilir. Tıbbi beslenme tedavisinde, kalori kısıtlamasının yanında öğünler arasındaki dağılım da önemli rol oynar. Çoğu obez hastanın, gün içi öğünleri atlayarak toplam enerji alımını azaltmaya çalıştıkları bilinen bir gerçektir. Oysa bu durum günün kalan bölümlerinde açlık duyusunun daha çok uyarılmasına ve daha çok yemek yenilmesine neden olur. Obez hastalar düzenli aralıklar ile besin alarak tok tutulmalıdırlar (163).

Birçok diyet programı kısa vadeli vücut ağırlığı kayıpları sağlamasına karşın diyet tedavisi yaşam tarzı değişikliği önermeli ve diğer diyet kuralları ile uyumlu olmalıdır. İnsanların beşte biri azaltılan vücut ağırlığını sürdürebilir. Belirgin vücut ağırlığı azalmış ve bunu en az bir yıl koruyabilmiş olanların porsiyonlarını azaltmak, bazı yiyeceklerden uzak durmak, düşük enerji almak ve düşük yağ diyeti kullanmak gibi değişik stratejiler kullandıkları belirlenmiştir. Obezite tedavisinde sık kullanılan diyet yaklaşımları:

**Düşük Kalorili Diyetler:** Kilo kaybı stratejileri için güvenlidir. Diyet planı hakkında hastaya bilgi verilmeli porsiyonlar büyüklükleri ve değişim listeleri anlatılmalıdır. Yüksek lif içermeli ve düşük glisemik indeksli besinler seçilerek glisemi kontrol etmesi sağlanmalıdır.

**Düşük Karbonhidratlı Diyetler(yüksek protein içeren):** Diyetin karbonhidrat miktarının azaltılması, diyetin içeriğinin protein ve yağdan zengin olması ile karakterizedir. Yüksek protein içeren besinler aynı zamanda yüksek yağ içerir. Proteinden zengin diyetler tokluk hissi sağlar vetermogenezi artırır. Daha kısa sürede daha hızlı kilo kaybı sağlar. Ancak özellikle hayvansal kaynaklı proteinlerin fazla tüketimi vücutta üre, amonyak miktarında yükselmeye, böbrek solit yükünün artmasına ve lipit profilinde olumsuz değişikliklere neden olabilir.

---

**Çok Düşük Kalorili Diyetler(800 cal/gün'den daha düşük kalori içeren):** Genellikle çok hızlı kilo kayıpları için önerilir. Uzun süre uygulanmamalı ve mutlak hekim kontrolünde yapılmalıdır. Negatif azot dengesi ve elektrolit dengesizliği oluşabilir. Uzun süreli uygulamalarda yorgunluk, halsizlik, ortostatik hipotansiyon, kas krampları, gastrointestinal rahatsızlıklar oluşabilir. Çok hızlı verilen kiloların korunmasının çok zor olduğu, düşük kalori tüketimine bağlı olarak vücutta enerji adaptasyonu gelişebileceği göz ardı edilmemelidir. Sıklıkla verilen kilo fazlası ile alınacağı için çok önerilen bir diyet modeli değildir.



Düşük Yağlı Diyetler: bu grup diyet özellikle koroner sorunu olan hastalarda uygulanır. Besinlerden alınan kaloringin en yüksekği yağlardan gelir. 1 gram karbonhidrat yada 1 gram protein 4 kalori verirken, 1 gr yağ 9 kalori verir. Diyetin yağının kısıtlanması kilo kaybına olumlu katkı vererek ılımlı kilo kaybını sağlar.

Fiziksel Aktiviteyi Artırmaya Yönelik Tedaviler: Obezitenin en iyi bilinen nedeni fiziksel aktivite yetersizliğidir. Son otuz yıldır fiziksel aktivitenin önemine dair bilgiler artmasına karşın sedanter yaşam artmaktadır. Egzersiz; davranışsal vücut ağırlığı kontrol çalışmalarının önemli bir komponentidir ve vücut ağırlığı kontrolünde en efektif etkiyi enerji alımı modifikasyonu ile kombine edildiğinde sağlar. Egzersiz diyet ile birleştirildiğinde yağ kaybı artırmakta ve yağsız doku kitlesini korumaktadır. Daha çok egzersiz daha fazla vücut ağırlığı kaybı sürekliliğini sağlar(122,173).

Egzersizin enerji harcanmasına olan etkisi, egzersizin süresine, sıklığına ve şiddetine bağlıdır. Sadece egzersiz ile anlamlı vücut ağırlığı kaybı sağlanabilen obez hastalar vardır. Egzersizin istenen etkilerinden birisi de vücut kompozisyonundaki değişikliklerdir. Yağ dokusu kaybı artışı yanında yağsız vücut dokusu kaybının az olması ile bazal metabolizma hızı düşüşü azalmaktadır.

---

Egzersizin bütün formları için yavaşça başlamak ve hedef aktivite düzeyine kontrollü olarak ulaşmak en iyisidir. Egzersizin yoğunluğuna göre sınıflanması:

Düşük: örn: yavaş yürüme

Orta: örn: hızlı yürüme

Yüksek: örn: hafif koşu şeklinde yürüme

Yapılacak olan fiziksel aktivite kişiye uygun seçilmelidir.

İlaç Tedavisi: Maalesef obezitenin ilaç ile tedavisi nadiren etkilidir. Kısa dönem getirilerine karşın ilaç ile vücut ağırlığı kaybı ve ilacın kesilmesinden

sonra kaybedilen vücut ağırlığının tepkisel geri alımı, ilaca bağlı yan etkiler ve ilaç bağımlılığı potansiyeli tedavi ile sıklıkla ilişkilidir.

İlaçlar yemek alımını azaltabilir, metabolizmayı değiştirebilir ve enerji harcanmasını artırabilir. Potansiyel ilaç tedavilerinde bu yaklaşımlar kullanılmaktadır. Obezite tedavisinde kullanılan ilaç grupları:

Orlistat: Orlistat gastrointestinal lipazı bağlar. Alınan yağın ince bağırsakta hidrolizini engelleyerek emilimi parsiyel olarak önler. Bu şekilde yaklaşık olarak alınan yağın 3'de 1'ini engeller (28).

Sibutramin: Sibutramin merkezi sinir sisteminde noradrenalinin, serotoninin ve daha düşük oranda da dopaminin geri alınımını inhibe etmektedir. Böylece doyma hissini arttırmakta ve termogenezi uyarmaktadır(bu grup ilaç yan etkileri nedeniyle tüm dünyada yasaklanmıştır) (29).

Fentermin: Fenterminin adrenerjik ve serotoninergik transmisyonu etkileyen merkezi sinir sistemi üzerine etkili ilaçlardır. Yan etkileri nedeniyle yasaklanmıştır (28).

Metformin: Son yıllarda Tip-2 diabetes mellituslu hastalarda kilo alımını engellemek adına kullanılmaktadır (204).

Cerrahi Yaklaşımlar: Obezitenin tedavisi için uygulanan cerrahi girişimler anlamlı ve uzun süreli vücut ağırlığı kaybını sağlayan yaklaşımlardır. Obezitenin cerrahi yöntemlerinin uygulandığı morbid obez hastalarda tedavi sonrası kilo kaybı ile yaşam kalitelerinin arttığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Cerrahi tedavinin mutlak endikasyonları;

BKİ  $\geq 40$  olması, genel anestezi için kontrendikasyon olmaması ve diğer terapötik yaklaşımların tekrarlayan başarısızlığıdır. Hastanın önceden bilgilendirilmesi, onam alınması ve psikiyatrist onayı şarttır. Uygulanan cerrahi

yöntemler iki grupta toplanabilir. Bunlar mideyi daraltıcı girişimler ve malabsorbsiyon oluşturan intestinal drenaj girişimleridir(107,108,136,140,144,239).

Gastrik rezeksiyon yöntemleri;

- Horizontal gastroplasti
- Vertikal bantlı gastroplasti
- Gastrik bantlama
- Malabsorbsiyon yapan yöntemler;
- Jejenoileal by pass
- Retrokolik loop by-pass
- Roux-en Y gastric by pass'dır.

## 2.2. İnsan veBeden Algısı

### 2.2.1. İnsan nedir?

İnsan: Nasıl Tanımlanıyor?Güvenç'e göre: "insanın ne'liği, kimliği zor bir sorudur". Her sözlükte en az bir tane insan tanımı(maddesi) bulunur ama; onlarla yetinmediğimiz için bu soru üzerinde öğrenmeye, sorup sormaya devam ediyoruz.

Türkçe "insan" Arapça ünsiyet(yakınlık, tanışlık, aşinalık) kökünden türetilmiş bir sözcüktür. Çevresi ile ilişki kuran, konuşan, anlaşılan yakın olan varlık anlamına gelir. Üns(uyum), Ünsa(dişi), Ünna(halk) hatta nüfus, nefis, ve nefes gibi Türkçe sözcüklerin de aynı kökten geldiği sanılmaktadır (91).

Canlı varlıkların bilimsel yada biyolojik sınıflamasında yer alan bir organizmadır. Bu organizmayı diğer canlılardan ayıran; "düşünen bir varlık" olmasıdır. İnsan: sosyal, kendini koruyan, korumak için yaşam savaşı veren, enerji

üreten, enerji harcayan, akılsal, tasarımcı, inanan, değerleri olan, bugünü yapan, yarını düşünen bir varlıktır (91).

O bir homo simbolikus, soyutlama, simgeleştirme cambazıdır. Değerler anlamlar yaratır. Her imgeyi, her simgeyi her dile yükleyebilir. Her simgeyi çok çeşitli biçim ve anlamlar da söyleyebilir.

O kendi türü ile uzlaşır. Çünkü o bir homo rasyonalis (akıllı- fikirli insan) dir. Akılla övünür. Akılsızca davranışlara son derece akıllı gerekçeler bulur. İnsanın değişme gücünü görenler ona homo historikus (tarihi insan) derler. Değişen ve son derece değişken bir varlıktır. Tarihi bir varlık olmakla övünen insan kendi tarihini de değiştirebilir. İnsan özünde bir homo rebellus (baş kaldıran varlık) tır. Kuşkuyla sorar. Çünkü özünde bir homo curiosità (meraklı izci) dir. Yolunu, yönünü kendi çizer.

Bütün çelişki ve sürtüşmelere, deneme ve yanılmalara karşın homo esperans olarak kalır. Umudunu yitirmez. Tüm tanımlardan anlaşılacağı gibi insanın bu çok boyutlu varlığını sürdürebilmesi için sağlıklı olması gerekir. O halde sağlık nedir? Sağlık; insanın beden, ruhen ve sosyal olarak iyilik halidir. Mutlak bir iyilikten bahsedebilmek için bu üç komponentinde sağlanması gerekir.

---

### 2.2.2. İnsan bedeni

Kelime anlamı olarak vücut, insan veya hayvanın görünen dış yüzeyi olarak tanımlanmaktadır (18). Vücut insanın sahip olduğu iç ve dış organları kapsarken, beden dışarıdan görünen kısmı kapsamaktadır. Türkçe’de beden; canlı varlıkların maddi bölümü, vücut, vücudun, baş, kol ve bacak dışında kalan bölümü, gövde, kale duvarı olarak tanımlanmaktadır.

Bir başka anlatımla, İnsan bedenine ilişkin gelişen ya da değişen kavrayışlar, tıbbi araştırmaların doğasından etkilendiği gibi, bireysel/toplumsal

değer sisteminin nasıl şekilleneceği de etkilenmektedir; bedenın sorunları ile tıp ilgilenirken ruhun sorunları ile tıp yanında toplumsal bilimlerde ilgilenme durumundadır. Bunun için zorunlu olarak insan bedeninin ele alınış tarzı çağdan çağa önemli değişikliklere uğramış, bireysel ve toplumsal yaşamın nasıl olması gerektiği sorusunun temelini oluşturmuştur. İnsan bedeninden neler anlaşıldığı, beden-sağlık ilişkileri ve bedenın klasik tanımları dışında günümüzde nasıl ele alındığına yani post-modernizm ile beden arasındaki ilişkilere yer vermek gerekir (40).

Beden insanı farklı kılar mı? İnsan bedeni ile bireyselleşmez. Asıl bedeni, kendisine, kişiye ait olması bakımından bütün öteki bedenlerden ayrılır. İnsanları birbirinden ayıran onların bilinç içeriklerinin kendi içerisinde çeşitli oluşu da değildir. Sadece; kişileri çeşitli yapan onların kendine göre olan özellikleridir, onların şöyle ya da böyle oluşlarıdır.

Günümüzde beden üzerindeki toplumsal değerler kısa zaman içerisinde öyle farklılaşmaktadır ki kimi kuramcılar, araştırma düzeyi olarak toplumsal değil, daha küçük birimleri seçmektedirler. Bu durumda, bedene ilişkin düşüncelerin bireyin içinde bulunduğu sınıfa göre de değiştiği belirtilebilir. Örneğin, orta sınıftakiler zinde olmayı tercih ederlerken, alt sınıftakiler güçlü bir vücuda sahip olmayı tercih edebilmektedirler. Bu noktada, beden, tüketim toplumunu temsil ettiği kadar, sınıflar arası farkı dile getiren bir araçta olmaktadır(100).

Bedene ilişkin düşüncelere bakıldığında insanın kendine bakış açısının ne olduğu ortaya çıkmaktadır. Burada insanın kendi bedenini nasıl algıladığı önemli olmaktadır. Yani bizler bedene ne zaman, nasıl not vermeye başladık. Beden bizler için neden önemli? Bedenimizi ne olarak algılıyoruz? Bedenimiz kötü mü görünüyor? Bu durum bizi nasıl etkiliyor? Çevre, sosyo kültürel yapı, yaşadığımız günlük ilişkiler bizi nasıl etkiliyor ve bedenimizi değerlendirirken bu durumları ne kadar göz önüne alıyoruz? Bedenimiz mi bizi değiştiriyor yoksa benliğimiz mi?

### 2.2.3. Benlik Kavramı

İnsan doğum öncesi dönemden başlamak üzere hem kendi bedeninden hem de dış dünyadan uyarılar alır. Bu uyarımları duyum ve izlenimleriyle yorumlayarak anlamlı bütünlüklere dönüştürür. Böylece insan yaşamının ilk dönemlerinden başlayarak kendisi ve çevresi hakkında izlenimler edinir. İnsanın içsel varlığı yani öz ben'i yaşamının ilk yıllarında kendini annenin bir parçası gibi algılamak üzere ilerleyen dönemlerde ayrı birer varlık olduğunu fark etmeye başlar. Bu durum yeni bir birliktelik arayışı ile birlikte insanın kimliğinin oluşmaya başlamasıdır. Kendini tanımlamaya başlar. İnsanın kimliğinin oluşmasında sosyal ve fiziksel çevresi, kendi ilişkileri, huyu gibi birçok faktör rol oynar. İlerleyen yıllarda bu faktörler arasına geçmiş deneyimleri, tutumu, zeka düzeyi, algısı, yetenekleri de eklenir(100,101).

İnsanın kişiliğinin temelinde "ben" yer alır, böylece bireylerin davranışları, kişiliğin temelinde yer alan "benlik" kavramının oluşturur. Kendisini açıklarken ve davranışlarını gerçekleştirirken referans merkezi olarak kullandığı benlik algı sistemi tarafından belirlenir. Bireyin birbirinden farklı ve çok sayıdaki özellikleri ile ilgili izlenim ve yargıları (basit ben kavramları) çok sayıda ben kavramını oluşturur, bu çok sayıdaki ben kavramı bir araya gelerek ben kavramları sistemi ya da benlik algısını meydana getirir.

---

Benlik kavramı; kişinin kendisi ile ilgili bilgi, düşünce, algı ve inançlarının toplamıdır. Bir başka ifade de; "insanın kendini görüş ve algılayış biçimidir" şeklinde tanımlanmaktadır. İnsanın kimliğini ifade eder (39).

### 2.2.4. Kimlik

Bugünün dünyasında "kimlik" en büyüleyici ve en ilgi çekici kavramlardan biridir. Kimlik, bir özellik, bir nitelik belirtisidir. Birer özellik, birer nitelik gösteren kimlikler her şeyden önce farklılıkları da ortaya koyar. Kimliğe

yüklenebilecek anlam ise bir sınıflama işlemidir ve bu işlem farklılıkları belirtir. En geniş anlamıyla, bireyin tüm özelliklerini kapsar; hem kişinin kendisini nasıl gördüğü, hem de toplum tarafından nasıl görüldüğü, kimlik kavramıyla açıklanabilir. Birey, kimlikler aracılığıyla toplumsal çevreye uyum sağlar.

Psikolojide kimlik, benlik ve kişilik ile birlikte ele alınmakta, çözümlenmekte ve öyle tanımlanmaktadır(22,101,105). Psikologlara göre kimlik; bireyi, diğer bireylerden ayırt eden tutarlı ve yapılanmış göstergeler olarak tanımlanmaktadır.

Sosyolojik kimlik; toplumsal cinsiyet ve sınıf belirlemelerinde kullanılan bir kavram olup, bireyin sosyal durumunu ifade eder. Felsefede kimlik; öznenin varoluşunun ontik, epistemik, etik ve estetik gibi belirlemeleri sonucu oluşmuş olan gerçekliklerdir.

Öznelci yaklaşıma göre; kimlik tutarlı ve yaşam boyunca az çok aynı kalan gerçek bir bendir (özdür).

Nesnelci yaklaşıma göre kimlik; organizmanın iç dinamikleri yanında bütün bir dış çevresiyle birlikte karşılıklı etkileşimler ve iletişim sonucu oluşmuş olan bir bütünlük, bir tutarlılık ve sürekliliktir.

Sosyal Kimlik Kuramı; bireyin üyesi olduğu sosyal grupların, bireyin duygu, düşünce ve davranışlarını belirlemede önemli bir etkisi olduğunu öne sürer.

Erikson ise; toplum ile birey arasında bir ilişki kurarak, kimliği bireyin çekirdeğinde, aynı zamanda kendi komünal kültürünün çekirdeğinde yerleşmiş bir süreç olarak görmüştür.

Kimlik ve benlik farklı kavramlar olmasına karşın her ikisinde kişinin kendini nasıl gördüğü ve etrafa nasıl yansıttığı ile ilgilidir. Ben ve kim kavramları benlik algısı olarak açıklanabilir. Kişinin kendini nasıl algıladığı benlik algısıdır. Birçok kaynak benlik algısını beden algısı olarak ele almakta ve açıklamaktadır (132).

### 2.2.5. Beden algısı

Beden algısı, çocuğun kendisini kendi olmayanlardan ayırt etmeye başladığı birinci yaştan itibaren ortaya çıkar ve yaşam boyu sürekli gelişerek değişir (26). Beden algısı; “kendi bedenimizin zihnimize biçimlendirdiğimiz resmidir.” O bedenın kendimize görünen kısmını söylemektedir (26,40).

Hemen bütün toplumlarda bireyler için insan bedeni yalnızca “fiziksel” bir organizma olma anlamı taşır. Beden algısı kavramı içinde, bireylerin kendi bedenleri ile ilgili deneyimleri, tutumları ve duyguları gibi pek çok kavram yer almaktadır. Bunların yanı sıra, bireylerin kendi bedenlerinde ve diğer kişilerin bedenlerinde olan değişiklikleri fark etmelerinde ve bu değişimleri yorumlamalarında kültürün de etkisi olduğu bilinmektedir (134).

Görünüşe verilen anlam ve görünüşle ilgili değerlendirmeler, içinde bulunulan zamana ve toplumun kültürüne göre değişebilmektedir. Doğu toplumlarında etine dolgunluk, şişmanlık; refah, rahatlık, sağlık işareti olarak değerlendirilmiştir. Örneğin Çinliler bunu başarı ve uzun yaşamla ilgili almışlar, tanrılarını da şişman insan figürleriyle simgelemişlerdir. Pencaplı bir Hintli sizi selamlarken ‘bu gün ne güzel şişman ve taze görünüyorsunuz’ diyerek iltifat eder. Arap kültüründe ise tombulluk, verimlilik, doğurganlık ve dişilik işareti olarak alınarak sıksa bir kadın beğenilmez. Eski çağlarda da tanrıçalar aşırı kilolu ve bu halleriyle beğeni toplarken; günümüzde kadınlar ince ve narin bir beden yapısına sahip olmaya özendirilmektedir (1).



Kişilerin bedenlerine ilişkin tercihleri daha çok içinde bulunulan dönemle bağlantılı olmaktadır. Bu durum, o günler için farklı bir fizik yapı içerisinde olan kişilerin kendilerini beğenmemelerine ve her fırsatta öne çıkarılan fiziksel özelliklere sahip olabilmek için olanaklarının tümünü kullanmaya çalışmalarına yol açmaktadır. Fiziki durumlarında herhangi bir değişime gidemeyenler ise özgüvenlerini yitirmiş, kendilik algılarında değişme ve benlik saygılarında düşüş yaşamışlardır. Çeşitli psikolojik sorunlar içinde benlik algısı bozulan kişiler giderek kendilerini beğenmez ve sevmez olmuşlardır.

Geçmişte de hemen tüm toplumların dış görüntüğe, çekicilik, güzel ve yakışıklı olmaya verdikleri önem ister istemez hemen herkeste hoş ve beğenilir olma arzusunu yaratmıştır. Bu nedenle de insanlar sağlıklarının tehdit edilmediği durumlarda dahi daha güzel görünmek uğruna mücadele vermişlerdir (26,40,134).

Günümüzde toplumlar insanların fizik görünüşleriyle eskiden olduğundan daha fazla ilgilenmektedir. Birçok toplumda gençlik, güzellik, çekicilik gibi özellikler kimi zaman en önemli bireysel özellikler olarak değerlendirilebilmektedir. Bireylerin bu özelliklerin önemi ile karşılaşmaları çok erken yaşlarda başlar (26,39,40,101,134,214).

Çocuk öykü ve masal kitapları yoksul-varsıl, güzel-çirkin gibi nitelikler sunan karakterler taşır. Kahramanlar genellikle yakışıklı veya güzel, iyi, erdemli karakterlerdir. Kitle iletişim araçları da güzellikleri ön plana çıkaran örnekler sunmaktadır. Çekici ve cazip bir bedene sahip olmak, fit görünmek herkesin rüyalarını süslemektedir (243).

Kendilerine sunulan ideal ölçülere göre bedenleriyle ilgili duygu ve tutum geliştiren insanlarda İdeal ölçülerden sapma, bireyin kendilik değerlendirmesinde değişmeye yol açmaktadır. Bireyin kendi bedenini ve beden parçalarını algılayarak onlara belli anlamlar vermesi kendine güven, kendine saygı, kendilik algısı, kimlik ve kişilik kavramları ile yakından ilişkilidir. Kendini fiziksel açıdan olumlu değerlendirenler kişiler arası ilişkilerde daha güvenli ve işlerinde daha

başarılı olurken, kendini beğenmeyen, kendinde bir çok kusurlu yanın bulunduğunu düşünen insanlar ise yaşamlarının çeşitli dönemlerinde sürekli olarak huzursuz, güvensiz ve değersizlik duyguları içindedirler (26,214,243).

Batı toplumlarında 1960'lı yıllardan bu yana zayıflığın kültürel olarak ideal görünüm haline getirilmesi özellikle kadınlar arasında yaygınlaşmaya başlamıştır. Kişiler standart değerlendirmelere göre şişman olup olmadıklarını dikkate almaksızın, kendilerini şişman olarak algılamakta, buna bağlı olarak da gereksiz olan durumlarda bile zayıflamak için istenmeyen bazı davranışlar içine girmektedirler. Gelişmekte olan ülkelerde özellikle televizyon, gazete gibi toplumun alışkanlıklarını çok yakından etkileyen basın ve yayın organlarında sağlık açısından doğru olmayan pek çok diyet, zayıflama reçeteleri, vb. yeme bozukluklarını (anoreksia nervosa, bulimia nervosa gibi) tetikleyebilmektedir. Yeme davranışı bozukluğu aynı zamanda dengesiz beslenmeyi de beraberinde getirir. Yani aşırı zayıflığa neden olabildiği gibi aşırı kilo almaya da neden olabilir (211,243).

Bireyin beden algısının gelişiminde bedenle ilgili eski ve yeni tüm duygu, tutum ve algıları kadar başkalarının ya da başkasının bakış açısı da önem taşır. Bu algı, zaman içerisinde değişikliğe uğrayabilir, sosyokültürel değerler beden algısına yansıtılabilir ve beden algısı kişinin gerçek yapısıyla uyumlu olabileceği gibi uyumsuz da olabilir. Örneğin zayıf olduğu halde kendisini kilolu olarak gören ya da vücudunda herhangi ciddi bir kusur olmadığı halde yine de kendini kusurlu bulup beğenmeyen kişiler olabilir. Hemen herkesin beden parçalarına ve onların işlevlerine verdiği anlam ve değer farklıdır. Bu nedenle de bireyin kendi beden algısı kavramıyla başkalarının onun bedeniyle ilgili değerlendirmeleri farklı olabilir. Bireyler bunu önemser veya önemsemez(122).

## 2.2.6. Beden imajı

Beden imajı: Bedenin öznel ve bireysel algısı olup kişiliğin temel bileşenlerinden biridir. Bireyin fiziksel kendiliğinin zihinsel bir resmi olup kendilik algısıyla bağlantılı değerlendirilmektedir. Beden imajı bireyin kendi bedenini biçim olarak algılama ve zihinsel düzeyde canlandırma şeklidir. Bu anlayış beden bütünlüğü ile yakından ilgilidir.

Beden imajı insanın kendi kişiliği, değeri, diğer insanlarla ilişkilerinin ayrılmaz bir parçası olarak benlik kavramının temel öğelerinden biridir. Kısaca kişinin bedeninin ve bedenine ait duygularının, duyularının, beden bütünlüğünün zihinde canlandırılması, resmidir. Bedenin herhangi bir bölümünün hastalanması, küçük yada büyük bir cerrahi girişim, bedenin her zaman ki görüntüsünde meydana gelen değişiklik beden bütünlüğünün kaybolduğu yada bozulduğu duygusunu yaratır. Özellikle bazı beden bölgelerinin taşıdığı anlamlar bu duyguları yoğunlaştırabilir (122,251).

Normal beden imajının oluşumu ve sürdürülmesinde gerekli 3 komponent vardır.

Beden realitesi: vücudun gerçek görünümü ile sınırlıdır.

Beden ideali: diğer insanların bizi nasıl görmesini istediğimize ilişkin düşüncelerimizdir.

Beden prezantasyonu: sosyal dünya ile ilgili olarak vücut görüntümüzün nasıl olduğudur.

Sağlığını kaybeden veya bir organı hastalanan bireyin kendi benliğini algılayışı değişeceğinden ortaya koyacağı tepkiler farklılaşır. Beden imajı üzerinde derin etkiler yaptığını düşündüğümüz obezite, yanık ve cerrahi girişimler

sonrasında hastaların kendi beden imajlarını değerlendirmeleri, yeni durumlarına adapte olmaları, sağlıklı bir yaşam sürdürmeleri tıp ve etik açıdanda önemlidir. Günümüzde pek çok disiplin beden imajı kavramından yararlanmakta ve bu konuda çalışmalar yürütmektedir.

### **2.2.7. Beden imajı ve beden algısının gelişimi**

Beden imajı ve ben kavramı bebeklik sürecinden itibaren gelişmeye başlar, yaşam ve deneyimlerle şekil alır. Süt çocuğu fiziksel beden algısını bilmez ancak anneden ve çevreden aldığı duyularıyla öz güveni gelişmeye ve olumlu-olumsuz beden imajı edinmeye başlar. Gelecekte olumlu beden imajının oluşmasında aile ve çevre yaklaşımı son derece önemli rol oynar. Çocuğun beden imajı kavramı, kişilik oluşumu ve egobütünlüğünün en önemli göstergesidir. Çocukluk sürecinden sonra adölesan dönemi başlar(134,220,243).

Adölesan dönembedensel büyümenin en hızlı olduğu ve bedende en çok farklılaşmanın olduğu süreçtir. Bu durum beden imajında da farklılaşmaları beraberinde getirir. Kişilerin en çok aynaya baktığı ve beğenilme duygusunun en yoğun yaşandığı süreçtir. Yapılan araştırmalar kişilerin ideallerini belirlerken aile, arkadaş, öğretmenler gibi çevresel etkenlerden, yapılan sosyal kıyaslamalardan ve medyadan etkilendiklerini göstermektedir. Magazin ve televizyon programları sürekli olarak ideal beden imajı ile ilgili mesajlar vermektedir (88,134,243).

Beden imajı ve ben kavramı sosyal değişimden etkilenir ve biçimlenir. Bunlarla birlikte yaş, kültür, cinsiyet, teknoloji, geçmiş olumlu olumsuz deneyimlerle oluşan kendine ve kendi bedenine verdiği değer de beden imajını etkileyen faktörlerdendir.

Sosyal kıyaslamalar erkeklerde bazı sağlıksız yöntemlerle kas dokusunu artırmaya yönelik arayışları, kadınlarda ise daha çok zayıflamaya yönelik diyet uygulamaları ile kendini göstermektedir.

Kişilerin kendi bedenleriyle barışık olması ve olumlu beden imajı özgüveni yüksek benlik algısını sağlar. Özgüveni yüksek olan kişiler, kendilerini yeterli, iyi ve güçlü hissetmeleri sonucu çevreyle olan ilişkilerinde daha başarılıdır.

Kendisine yönelik olumlu algılamalara sahip olanların karşındakilerin de kendisiyle ilgili olumlu düşündüğünü ve beğenildiğini düşünmesi beklenmektedir. Bireyin kendi vücuduyla ilgili olumlu imaj algısına sahip olması ve başkalarınca beğenildiğini düşünmesi içinden geldiği gibi davranabilme isteğini artıracaktır. Yani, beden imajından memnun olanlar, daha özgüvenli davranarak daha rahat bir duruş sergileyecektir. Bu rahatlık, bireyin düşünebilme, düşündüğünü karşındakine anlatabilme yani kendini ifade etmede özerk davranabilme gücünü artıracaktır. Öz güveni eksik kişilerin toplumsal görevlerini yerine getirmede ve kendini ifade etmede sıkıntı yaşadıkları yapılan çalışmalarla ortaya konmuştur (60).

Beden algılamalarındaki memnuniyetsizlik derecesi arttıkça memnuniyetsizlikten kurtulmak için kullanılan yöntemler daha sağlıksız ve tehlikeli olmaktadır (32).

Yetişkin bireyler adölesanlaragöre bedenlerini ve yaşa bağlı bedenlerinde oluşan fizyolojik değişiklikleri daha çok kabul etmişlerdir ve daha az idealistlerdir. Genç erişkinlerde beden imajı hala hayatın odak noktasını oluştururken, yaşamınortasına rastlayan yıllarda fizyolojik ve psikolojik değişiklikler; kadınlarda menopoza girme, erkeklerde yaşa bağlı saç dökülmeleri gibi kişilerin bedenlerinde gençliklerindeki olumlu beden imajlarının yavaş yavaş kaybolup olumsuz beden imajının artığı süreçlerdir. Orta yaş kişiler bu durumun yaşam döngüsünün evrelerinden biri olduğunu bilir ve duruma daha kolay adapte olarak, olumsuz beden imajını çabukça kabullenirler (134).

Gençlik, yaşlılık, ideal kilonun üzerinde kiloya sahip olmak, morbid obezite, hamilelik, doğum gibi fizyolojik değişiklikler, yaralanma, akut hastalıklar, yanıklar, organ kaybı, amputasyon, depresyon, ruhsal bozukluklar, yakınıleiden birinin kaybı da beden imajı bozulmalarına yol açan bazı değişikliklerdendir. Beden imajı yapısı bireyin görünümü, duygusal deneyimleri, aileyapısı, ailenin tutum ve davranışları, toplumun bireyselliğe etkisi ve bireyin toplumdan gelen tepkileri yorumlaması gibi sosyolojik faktörlerden de etkilenir ve şekillenir. Etkilenen beden algısı bireyin tüm ruhsal durumunu etkiler. Bu duruma tepki olumsuz davranışlar geliştirebilir.

Kişilerin olumsuz beden imajı geliştirmelerine neden olan en önemli faktörlerden biri ideal beden ölçülerinden farklı olmalarıdır. Günümüzün de geçerli olan ideal beden imajı ve beden algısı fit görünmektir. Erkekler kendi beden görünüşleriyle daha az ilgilenirken, kadınlar dış görünüşleriyle daha çok ilgilenmektedirler. Obezitesi olan kadınlar beden imajı ile ilişkili kişilerin maruz kalmış olduğu ön yargı ve/ya davranışsal – sözel aşağılamalara daha çok hedef olmaktadır. Bunlara bağlı gelişen ruhsal ve psikolojik sorunları da daha fazla yaşamaktadırlar. Beden imajı bozulmasına bağlı kişiler bazı bireysel yanıtlar geliştirebilmektedir (32).

#### **2.2.8. Beden İmajı ve Beden Algısının Bozulması ve Sonuçları:**

Bozulmuş veya negatif beden imajına sahip kişilerde sık görülen endikasyonları şöyle sıralanmaktadır.

- Beden bölgelerine bakma veya dokunmanın reddi,
- Bedenin saklanması veya aşırı sergilenmesi,
- Bedenin yapı ve fonksiyon değişikliklerini kabullenememe,
- Sosyal ilişkilerinin bozulması,
- Evden çıkmak istememe,
- Yeni insanlarla tanışmaktan kaçınma,

- Beden hakkında negatif düşünceler,
- Ümitsizlik fikirlerinin ifade edilmesi,
- Reddedilme korkusu(özellikle iş ile ilişkili),
- Depresyona eğilim,
- Ruhsal bozukluklar,
- Yeme davranış bozuklukları,
- Kendine zarar verme,
- İntihar girişimleri,
- Kendini aşağılama,
- Kendini aşırı önemseme olarak sayılabilir(26,70,134,243).

#### **2.2.9. Obezite, beden algısı ve beden imajı ilişkisi.**

Obezite ve obezitenin neden olduğu hastalıkların tedavisinde çok pahalı olup ülke ekonomilerine ağır yük getirmektedir. Obezitenin neden olduğu negatif beden algısı veya negatif beden imajı ve bunlara bağlı gelişen ruhsal sorunlar, hastalıklar, obezlerin yaşadığı sosyal sıkıntılar son yıllarda pek çok meslek disiplininin obezite ve beden imajına odaklanmasına neden olmuştur (70,201).

Beden imajı kavramı, psikoloji, tıp, psikiyatri, psikanaliz, felsefe, Kültür ve feminist çalışmalarda dahil olmak üzere birçok disiplinde kullanılır. Terim, medyada da sık sık kullanılır. Bu disiplinler ve medya arasında hiçbir uzlaşma tanımı yoktur.

Hemen bütün toplumlarda obez bireyler vücut görüntüleri nedeniyle olumsuz beden algısına sahiptir. Görünüşe yüklenen anlam ve değerlendirmeler, içinde bulunulan zamana ve toplumun kültürel yapısına göre değişiklik gösterebilir. Ancak bu değişikliklerin toplumların yapısına ve bu yapıyı etkileyen etmenlere göre birbirinden ayrıştığı dikkat çekmektedir. “Güzellik” kavramı, fiziksel ve bedenin yüzeyi ile ilgili yapılan değişiklikleri yakından etkiler. Güzelliğin toplumda ifade ettiği şeye göre bireyler bedenlerini değiştirmeye

çalışmaktadırlar. Günümüzde kabul gören fit bedenlerdir. Estetik kaygılar ile kullanılan kozmetikler, yapılan diyetler, başvuru alan kimi meslek grupları (estetik cerrahi, ortodonti, kuaförler, vb) bireylerin bedenlerini “güzel” olarak algılama konusunda başvurdukları arama yolları arasında yer almaktadır. Bu sayede bireyler “ideal vücut ölçüleri”ne sahip olacaklarını düşünmektedirler. Kişiler günümüzün geçerli olan beden imajı normlarına uymadığı veya uyamadığı zaman bunu kendine itiraf etmese de bu bir sorundur. Kendilerine sunulan ideal ölçülere göre bedenleriyle ilgili duygu ve tutum geliştiren bireylerde ideal ölçülerden sapma, bireyin kendilik değerlendirmesinde değişmeye yol açmaktadır. Çünkü bireyin kendi bedenini ve beden parçalarını algılayarak onlara belli anlamlar vermesi kendine güven, kendine saygı, kendilik algısı, kimlik ve kişilik kavramları ile yakından ilişkilidir (134,201,243).

Obez kişilerin düşük benlik yada beden algısına sahip olduğu yapılan birçok çalışma ile ortaya konmuştur. Obezitesine bağlı beden imajı düşük olan kişiler psikolojik hastalıklardan ve yeme bozukluğu hastalıklarından daha çok acı çekerler. Aynı zamanda ruhsal sorunlar obezite tedavisinin uygulanmasında güçlükler yaşanmasına neden olabilmektedir. Bazı kaynaklarda; obez kişilerin obezitetlerinin derecesine bağlı sosyal baskıya, önyargıya, ayırimcılığa maruz kaldıkları ve bunların sonucunda ruhsal sorunlar, yeme bozuklukları gibi birtakım psikososyal bozukluklar yaşadıkları bildirilmektedir (184).

Birçok çalışma kilo kaybetme ile olumlu beden algısının artışı arasında anlamlı bir ilişki olduğu yönündedir. Bu durumda obez kişilerin negatif beden algısına sahip oldukları görüşünü güçlendirmektedir. Obezitenin beden imajı üzerine risk faktörleri;

Fiziksel risk faktörleri:

İçinde bulunulan kilo: BKİ'nin derecesinin artması beden imajının olumsuz yönde artışına, neden olmaktadır.



Sahip olunan kilonun korunumu: Kilo verme programına başlandıktan bir süre sonra rebound etki ile tekrar küçük bir miktar kilo kazanımı olabilir. Bu durum kişilerin moralini bozarak, programı bırakmalarına neden olabilmektedir. Hemen arkasından başaramama duygusu ile aşırı yemek yeme davranışı gelişebilmektedir. Kişilerin kilo vermeye çalışırken kilo alması kendilerine olan güvenlerinin sarsılmasına, psikolojilerinin bozulmasına ve hatta bazen bulimia'ya (tedavisi güç psikiyatrik bir hastalık olup kişilerin aşırı yemek yemesi ve arkasından yediklerini kusmasıdır.) yakalanmalarına neden olabilmektedir(150,201).

Kişisel ve kültürel risk faktörleri:

Cinsiyet: Yapılan çalışmalar kadınların erkeklere göre vücutlarından daha memnuniyetsiz olduklarını ortaya koymuştur. Kadınlar ve erkekler olarak gruplandırılarak, BKİ'leri derecelendirilerek yapılan çalışmada aynı BKİ'ye sahip erkekler vücutlarından memnun olduklarını belirtirken kadınların memnuniyetsiz olduğu bildirilmiştir(125). Kadınların erkeklere göre kilo konusunda daha takıntılı olduğu söylenebilir.

Etnik köken: Etnik gruplar arasında kiloyu kabulleniş farklılık göstermektedir. ~~Afrikalı Amerikalılar, Asyalı Amerikalılar ve Hispaniklerin yer aldığı~~ Obez ve morbid obez kadınlarda yapılan bir çalışmada Amerikalı beyaz kadınların kilolarından ve bedenlerinden dolayı olumsuz beden imajına sahip olduğu, diğer grupların rahatsız olmadığı yönünde sonuçlar bildirilmiştir. Bu ve benzeri çalışmalar etnik kökenin beden imajı algısını olumlu yada olumsuz etkilediğini göstermektedir(225).

Obezitenin başlama yaşı: Çocukluktan itibaren obez olanların, gelecekte de yüksek oranda yaşamlarını obez olarak sürdürdüğü yapılan çalışmalarla gösterilmektedir(129). Çocuklar birbirlerine karşı çok acımasız olduğu için; obez çocuklar yaşamlarının erken döneminde kilolarıyla dalga geçilme, dışlanma, alay

konusu olmakta ve bu durumdan dolayı negatif beden imajı geliştirmektedir. İlerleyen yaşlarda hala kilolu iseler negatif beden imajıda artarak devam etmekte olup çoğunluğu daha çekingen, içine kapanık ve kendini ifade etmekte güçlük çeken bireyler olarak yaşamını sürdürmektedir. Bazı kaynaklar negatif beden imajının ruhsal durumu etkileyerek yeme bozukluğu hastalıklarının geliştiğini göstermektedir(19).

Yeme bozukluğu hastalıkları: Beden imajı zayıf olan kişilerin ruhsal sorunları daha sık yaşaması, bu bireylerde yeme bozukluğu hastalıklarının sık görölmesine neden olmaktadır. Aşırı yemek yeme bozukluğu, bulimia nervosa, anorexia nervosa sık görölen hastalıklardır.

Obezitenin derecesi: Obezite derecesi artışı ile negatif beden imajı artışı arasında doğru orantı bulunmaktadır. Obezitenin derecesi arttıkça negatif beden imajıda artmaktadır. BKİ büyüdükçe, beden imajı memnuniyeti azalmaktadır (150).

### **2.3. Yaşam Kalitesi**

“Yaşam kalitesi” kavramının tarihi gerek sosyolojik ve gerek tıbbi açıdan çok eski zamanlara kadar dayanmaktadır.

İlk filozoflardan Aristoteles yazılarında mutluluğun doğasına “iyi bir yaşam” için insanlara gerekli konulara değinmiştir. Aristoteles’e göre yaşamın temel amacı en yüksek düzeye ve yaşamın izin verdiği en iyi duruma sahip olmaktır. Böylece hedefe ulaşan kişi en yüksek yaşam kalitesine sahip olur (153).

Hipokrat döneminde hekimlerden istenen de; “hastaların iyileştirilmesi, ağrı ve acıların giderilmesi ulaşılan iyilik halinin en üste çıkarılmasıydı”.

J. Bentam'ın ileri sürdüğü "Felicity Calculus" ilede o dönem için hayatın kalitesi ve ölçülmesinin temellendirilmeye çalışıldığı görülmektedir. Bentam; "Yaşamla ilgili deneyimlerin tamamı hayatın kalitesini etkilediği gibi bu kaliteyi anlamaya ve ölçmeye yardımcı olmaktadır" düşüncesinde olmuştur(113,153).

Yaşam kalitesi kavramı felsefede de asırlardır bir esenlik ve mutluluk olarak yer almıştır. Terim olarak yaşam kalitesi, ilk olarak Priestly'in 1943'teki "Cumartesi Işıkları" (Daylight on Saturday) adlı oyununda kullanılmıştır (113).

Tıp literatüründe yaşam kalitesi terimi Long'un 1960 yılında yayınladığı On the Quality and Quality of Life isimli makalesinde yer almaktadır (153).1960'lı yıllarda öncelikle sosyoloji ve ekonomi bilimlerinde, daha sonraki yıllarda Psikoloji içinde sıkça yer bulmuştur. Yaşam kalitesi kavramı çok faktörlü bir kavramdır. Genel kabul gören kanıya göre İşlevsel yeterlilik, hastalık ve tedavi ile ilişkili yakınmalar, psikolojik ve sosyal işlevlerde yeterlilik Yaşam Kalitesi kavramının olmazsa olmaz başlıklarıdır.

Dünya Sağlık Örgütü'nün Yaşam Kalitesi grubu Yaşam Kalitesini; Hastanın hem içinde yaşadığı kültürel yapı ve değerler sistemi bağlamında, hem de kendi amaçları, beklentileri, standart ve endişeleri açısından yaşamdaki durumu ile ilgili kişisel algısı olarak açıklamaktadır (241). Bir diğer ifadeyle; yaşam kalitesi, kişinin içinde yaşadığı sosyokültürel ortamda kendi sağlığını öznel olarak algılayışını tanımlamaktadır. Yani bu kavram tıp teknikleri, laboratuvar işlemleriyle ölçülen bir nicelik değil, sübjektif olarak yaşatılan bir niteliktir. Bir başka örnekle yaşam kalitesini belirleyen kişinin kaç saat uyuduğu değil, uykusundan memnun olup olmadığıdır.

Yaşam kalitesini yakalamış insan huzurlu insandır. Huzur kişinin kendisi ve çevresiyle barışık olmasını, belli bir gücü ve başarıyı da içeren, mutluluktan öte bir duygudur.Huzurlu insan iyi tasarlanmış bir makine gibi güçlü ve yararlı bir şekilde aktiftir. Gücü ve yararlılığı, tıpkı makininki gibi, dengeli ve düzenli hareketten, birçok faktörün belli bir hedef için uyumlu işbirliğinden doğar.

Huzurlu insan nereye gitmek ve ne yapmak istediğini bilir. Benliğinin bütün parçaları uyum içinde çalıştığından önemli işler başarır. Sorunları çözer, büyük buluşlar gerçekleştirir, yeni güzellikler yaratır. Kendi yaşamını kontrol eder; yaşamın kendisini sürüklemesine izin vermez (92).

Bütün bunlar yaşamda kaliteyi yakalamış bir kişinin iç dünyasından gelen özelliklerdir. İnsan iç ve dış dünyadan oluşan bir bütün olduğuna göre, kişinin huzurlu olması için dış etkenlerin de belli bir kaliteye ulaşması gerekir.

Yaşam kalitesinin pek çok bileşeni vardır: sağlık ve eğitim hizmetlerinden yararlanma, yeterli beslenme ve korunma, sağlıklı bir çevre, hak, fırsat ve cinsiyet eşitliği, günlük yaşama katılma, saygınlık ve güvenlik. Bu bileşenlerin hepsi tek tek önemlidir; birinin bile eksikliği kişinin "ben kaliteli bir yaşam sürüyorum." duygusunu zedeler(92,182).

Dahası, yaşam kalitesinin toplamı veya ortalaması alınmaz. Bu yüzden yaşam kalitesinin tanımlanması ve ölçümü zordur. İnsanların yaşam kalitesi diye adlandırdığı çoğu şey kültürel esastır. Tek bir toplumun içinde bile yaşam kalitesinin ne olduğu alt kültürlerle ve bireylere göre farklılık gösterir.

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ise bütüncül olarak yaşam kalitesinin bir alt bileşenidir. Yaşam kalitesi boyutlarının doğrudan bireyin sağlığı ile ilgili kısımlarını içerir. Sağlığı çok iyi olan bir birey için sağlıkla ilgili olmayan yaşam kalitesi bileşenleri (örneğin, değerler, inançlar, sosyal ilişkiler, ekonomik durum, hava ve su kalitesi gibi çevrenin fiziksel koşulları, okul, güvenlik, sosyal statü vb.) önemli olurken, kronik hastalığı olan bir birey için bedensel, psikolojik sağlık durumu daha önemli hale gelecektir (48,180,218,238).Burada tanımlanan "sağlık", Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımladığı gibi; yalnızca hastalık veya sakatlık halinin olmaması hali değil, ayrıca fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak iyi durumda olma halidir.

Yaşam kalitesini belirlemeye yönelik birçok ölçek kullanılabilir. Genel olarak yaşam kalitesini ölçmeye yönelik ölçeklerde yer alan alt başlıklar veya alanlar şöyle sıralanmaktadır.

- **Bedensel alan**
  - Ağrı ve rahatsızlık
  - Canlılık-bitkinlik
  - Uyku ve dinlenme
- **Ruhsal alan**
  - Olumlu duygular
  - Düşünme, öğrenme
  - Benlik saygısı
  - Beden imgesi-dış görünüş
  - Olumsuz duygular
- **Bağımsızlık düzeyi**
  - Hareketlilik
  - Günlük işleri yürütme
  - İlaçlara/tedaviye bağımlılık
  - Çalışabilme gücü
- **Sosyal ilişkiler**
  - Diğer kişilerle ilişkiler
  - Sosyal destek
  - Cinsel yaşam
- **Çevre**
  - Güvenlik
  - Ev ortamı
  - Maddi kaynaklar
  - Sağlık hizmetleri/sosyal yardım
  - Ulaşılabilirlik/nitelik
  - Yeni bilgi/beceri olanakları
  - Dinlenme/boş zaman değerlendirme

- **Kişisel inanç**
- **Genel sağlık ve yaşam kalitesi(180,218,238).**

Yaşam kalitesinin Tıp-Psikiyatri boyutuna baktığımızda: Medline veri tabanında konu başlıkları listesine 1977 yılında alınan "yaşam kalitesi (quality of life)" bu güne dek 180 bine yakın bilimsel dokümanın herhangi bir yerinde yer almıştır. Son 10 yılda 30 bine yakın makale başlığında yaşam kalitesi sözcüğünün geçtiğini görüyoruz.

Antik Yunan'da Hipokrat ile öne çıkan bütüncül (holistik) yaklaşım, Rönesans Avrupası ile birlikte Descartes'ın öncülüğünde yerini dualistik (ikili) yaklaşıma bıraktı. Ruh ve beden sağlığının ayrıştırıldığı bu yaklaşımın bugün etkisini bütünüyle yitirdiğini iddia edemesek de günümüzde ağırlıklı olarak biyopsikososyal yaklaşım kabul görmektedir. Bu yaklaşım insanın biyolojik, psikolojik ve sosyal boyutuyla bir bütün olduğunu ve bu boyutlardan birindeki problemin diğer boyutları da etkileyerek bütünün işleyişini ve sağlığını aksatacağını kabul eder. Diğer yandan yaşam kalitesini olumsuz etkileyen, örneğin, kötü konut, uygun olmayan fiziksel çevre veya sosyal uyumsuzluğun fiziksel ve ruhsal sağlıkla doğrudan bağlantılı olduğu düşünüldüğünde, yaşam kalitesi kavramıyla biyopsikososyal sağlık modelinin birbirlerini bütünlendiği görülür.

Yaşam standardı, yaşam kalitesi, sağlık, sağlıkla ilgili yaşam kalitesi gibi parametreler arasındaki ilişki bazen ilginç görünüşler ortaya koyabiliyor. Örneğin, şişmanlık yaşam standardı yüksek toplum kesimlerinde daha fazla görünür, ancak yaşam kalitesini ciddi düzeyde olumsuz etkiler. Aşırı şişmanlık, tüm dünyada ve özellikle Amerika gibi yaşam standardının ve tüketimin yüksek olduğu toplumlarda önemli sağlık sorunlarından biri haline gelmiştir. Son on yılda, yaşları 6 ile 17 arasında değişen çocuklarda da şişmanlık oranı yüzde 5'den, yüzde 11'e yükselerek 2 kat artmış. Erken yaşlarda aşırı kilo alımı uzun vadede fiziksel ve psikolojik sorunlara yol açmıştır. Çocukluk çağında aşırı kilo alımı

diyabet, kalp hastalıkları, hipertansiyon, inme ve bazı kanser türleri gibi ciddi hastalıklara zemin oluşturmaktadır. Aşırı kilo alan çocuklarda kendine güvenin kaybolması ve kendilerini arkadaşlarından izole etme gibi ağır psikolojik sorunlar oluşabilmekte,şişman çocuklar, gelecekte de şişman yetişkin adayı haline gelebileceklerdir. Sonuç olarak kişilerin bedene ilişkin sağlığının bozulması, beden algılarının kötüleşmesi, ruhsal sorunlar ile yüz yüze gelmeleri yaşam kalitelerinin bozulmasına neden olmaktadır (182).

Tüm dünyada epidemik bir salgın gibi artan obezitenin kişilerin sağlıkları ile birlikte yaşam kalitelerinde olumsuz etkilediği için toplumları tehdit eden diğer önemli bir noktası ön plana çıkmaktadır. Yaşam kalitesi bozulan kişiler mutsuz olmaya başlar. Mutsuz insanın iş verimi düşer, isteksizleşir. Yaşam sevinci azalır, hiçbir şey yapma istemez, riske girmez (86).

### **2.3.1. Obezite ve yaşam kalitesi**

Obezite, yaşam kalitesini ve süresini anlamlı derecede etkilemektedir. Dünyada özellikle gelişmiş ülkelerin en önemli sağlık sorunu olan obezite artık ülkemizde de önemli sağlık sorunları arasında yer almaktadır(86). Tüm dünyada yaygın olarak kullanılan “Kilonun Yaşam Kalitesi Üzerindeki Etkisi” adlı anketi geliştiren Duke Üniversitesi Tıp Merkezi Konsültanı Prof. Dr. Ronette Kolotkin, obezitenin ciddi sağlık sorunları yanı sıra duygusal yaralara da sebep olduğunu söyler. Prof. Kolotkin’e göre; “Obezite yaşam kalitesini çok fazla düşüren bir rahatsızlıktır” (126). Bu durum aynı zamanda ciddi duygusal yaralara da sebep olur, karşı cinsle tanışmak problemlidir. En kendilerini çekici hissetmeyen bu kişiler için yaptığı anketlerden çıkan çarpıcı sonuçları da paylaşan Kolotkin, şöyle demektedir.

#### **Tercih para değil, zayıflık**

“45 kilo vermiş ileri derecede obez olan 47 yetişkine, ‘Obez olmayı mı tercih ederdingiz yoksa normal kiloda olup başka rahatsızlıklar yaşamayı mı?’ diye

sorduk. Yüzde 100'ü sağır olmayı, yüzünde çok kötü sivilceler bulunmasını, kalp rahatsızlığını, öğrenme bozukluğu yaşamayı (disleksi), insülin gerektiren tip 1 diyabeti tercih ettiğini söyledi. Yüzde 89,4'ü kör olmayı, yüzde 91,5'i bacağına kesilmesini tercih etti. Aynı gruba 'Birkaç milyon dolar karşılığında yaşam boyunca ciddi obez olmayı mı, yoksa bu parayı almadan normal kiloda olmayı mı tercih ederdiniz?' diye sorduk. Yüzde 97,9'u 'Para falan istemem, normal kiloda olmayı isterim' diye yanıtladı."

Obezitenin psikolojik etkileri ve yaşam biçimine yansımaları üzerine çalışan Prof. Kolotkin, duygusal sebeplerin daha fazla yemek yemeye yol açtığını söyleyerek "Sıkıntıdan yemek yeme alışkanlığından vazgeçin. Yaşam kalitesinin iyileşmesi içinse fazla kiloların tamamını vermeniz gerekmiyor. Başlangıç için kilonuzun yüzde 5'ini vermeniz yararlıdır" demektedir.

### **En büyük sorun: Bir yere sığmamak!**

Kolotkin'e göre yaşam kalitesi olumsuz etkilenen obezlerin yaşadığı belli başlı sorunlar şöyledir:

Kadınlar erkeklere göre kilo fazlalığı nedeniyle çok daha fazla sayıda sorun yaşamaktadır. Kadınların en çok şikâyetçi olduğu sorun özgüvendir. "Hayatın zevklerinden yararlanmayı haketmiyorum" düşüncesi sık sık dile getirilmektedir.

Bu kişiler bir ortama girdiklerinde en iri insan olmak istemedikleri için davetleri reddetmek zorunda kalmaktadırlar.

Kilo cinsel hayatı da olumsuz etkilemekte, kadınlar kendi vücutlarından rahatsızlık duyuyor, eşlerinin onları görmesini istemiyorlar. Bu kadınlardan bazıları eşleriyle yakın ilişkiye girmiyor, girse de zevk almıyor. Erkeklerde görülen sorun ise cinsel performanslarının düşmesi endişesidir.



### **Baskül tartamıyor.**

En büyük sorun buldukları ortama sığamama! Obez kişiler uçağa bindiklerinde, sinemaya ya da tiyatroya gittiklerinde koltuklara sığamıyorlar. Gemi seyahatine, küçük kamaralara sığamayacaklarını düşünerek çıkamıyorlar. Basküller onları tartamıyor. Obez olan kişi dizlerindeki ağırları, belindeki sorunları yaşlanmasına bağlamakta, kendisini yaşlı hissetmektedir.

Yaşayacağı evi seçerken merdiveni olmayan ya da asansörü olan yeri seçiyor ve kendilerine uygun kıyafet bulamıyorlar.

Birçok obez ebeveyn, çocuklarına iyi anne baba olmadıklarından şikâyetçidirler. Çocuklarını okula götürdüklerinde maruz kaldıkları bakışlar nedeniyle çocuklarıyla ve kendileriyle dalga geçildiğini düşünüyorlar. Yere oturup rahat rahat çocuklarıyla oynayamıyor, atlayıp zıplayamıyorlar. Obez çocuklar ise alay edileceği korkusuyla okula gitmek istememekteler.

Birçoğu ayrımcılığa uğradığını düşünüyor. Kilolar iş ortamında sorun yaratmaktadır. Öğleden sonra işyerinde uyanık kalmakta zorlanmak, verimli çalışmamak en sık dile getirilen sorunlar olarak dikkat çekmektedir (193). Eve gelip tek yapabildikleri şey yatmak veya televizyon karşısında uyuklamak olmaktadır.

İşte yeni bir pozisyona başvurmuyor, terfi etmek için o motivasyonu hissedemiyorlar (193).

Obezitenin yaşam kalitesini düşürdüğü aşikardır. Tüm dünya var olan obezitenin tedavisi, gelecekte olacaklar içinde önlem almak açısından alarma geçmiş bulunmaktadır. Tedavi ve önlem planlarında birinci sırada yer alan yaşam şekli değişikliğidir (14,36,65,125,130).

Obezite ve yaşam şekli değişikliği:

1- Beslenme: Beslenme biçimi ve içeriği obezite için en önemli risk faktörlerinden biridir. Tüketilen besinlerin porsiyonlarının büyüklüğü, total yüksek kalorili beslenme, fast food besin tüketimin artması, yüksek yağlı beslenme, sebze ve meyvenin az tüketilmesi, rafine besinlerin çok tüketilmesi, posanın az tüketilmesi, basit şekerlerin ve şekerli içeceklerin günlük besin tüketiminde çok yer alması obeziteyi tetikleyen beslenme risk faktörlerindedir. Beslenme yaşam şekli değişikliği için azlarla çokların yer değiştirilmesi gerekmektedir.

2- Egzersiz: Birçok çalışmada fiziksel aktivitenin obezite üzerine faydalı etkileri gösterilmiştir (195).Günlük yaşama küçük bir aktivite eklemek veya egzersiz programı koymak ile kilo kazanımının azaldığı yapılan çalışmalarla gösterilmiştir (213).

3- Stres: Stres ile obezite arasında güçlü bir bağ bulunmamasına rağmen bazı kaynaklar mental stresin obezitenin gelişimi üzerine direk etkili olduğunu desteklemektedir (13).

4- Sigara tüketimi: Yapılan çalışmalarda tütün kullanımının kilo kazanımını artırdığına dair bir sonuç ilişkisi bulunamamıştır (116). Ancak tütün kullanımının yarattığı sağlık riskleri ve mortaliteyi artırması nedeniyle tüm dünyada anti tütün karşıtı kampanyalar yer almaktadır. Tütün kullanımından vazgeçme tedavileri sırasında kilo alımına dikkat edilmeli ve tedavi sırasında bu durum mutlak göz önünde bulundurulmalıdır (175).

5- Alkol alımı: Sosyal içici olarak alkol tüketimi ile obezite arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır(116). Ama ağır alkol içiciliğinin obezite için risk oluşturduğu gösterilmektedir(175).

6- Çocukluk çağı obezitesi: Çocukluk çağı obezitesi olan kişilerin gelecekte de obez yetişkinler olacağı yüksek risk faktörüdür. Yetişkin obezite önleme programları içinde çocukluk çağı obezitesinde önlemeye yönelik bir program bulundurulması yerinde olacaktır. Okul çağı çocuklarda hiperlipdemi ve obezite yaşam şekli değişikliği için majör iki risk faktörüdür(86).

### **2.3.2. Yaşam kalitesi ölçekleri**

Tıp literatüründe yaşamın kalitesinin ölçülmesi sağlık müdahaleleri ile ilişkilendirilip çoğunlukla bu konu üzerinde odaklanılmaktadır. İnsan yaşamının kalitesinin ölçülmesinde; hem objektif hem de subjektif ölçütlerin birlikte ele alınması gerekmektedir. Objektif parametreler arasında kişinin sağlık statüsü, ekonomik durumu, barınma ve ikamet koşulları sıralanabilirken, kişinin değişimi ve dışsal koşullar da subjektif parametreler olarak ifade edilmektedir.

Geleneksel olarak sağlık uygulamalarında hastanın değerlendirilmesi önemli bilgiler veren laboratuvar veya klinik testler yoluyla yapılmaktadır. Yaşam kalitesi ölçekleri; hekimin mevcut hastalığın ya da sürdürülmekte olan tedavinin hastanın yaşamında oluşturduğu etkileri anlaması için önemli ipuçları sağlar. Hastalığa ait yeni ipuçları ve patolojileri ortaya çıkarır. Amaç hastaya daha nitelikli sağlık hizmetinin ve sosyal desteğin sağlanmasına yönelik nesnel bir zemin hazırlamaktır. Günümüzde bir hastalık olarak kabul edilen obezitenin yaşam kalitesini nasıl etkilediğini ölçen yaşam kalitesi ölçekleri bulunmaktadır.

### **2.4. Etik Kavramı ve İçeriği**

Etik, felsefenin en eski ve en temel disiplinlerinden birisidir. Etik soru ve sorunlar, felsefenin başlangıcından bu yana filozofları en çok meşgul eden soru ve sorunlar arasında yer almıştır. Günümüzde hala bu sorular ontolojik önem

açısından yerlerini korumaktadır. Filozofların etiğe olan ilgisinin derecesinde zaman zaman değişiklikler olsa da etik sorunlar felsefe içinde önemli bir yer tutmuştur. Değişen tarihsel ve toplumsal koşullarla birlikte, bazı yeni etik sorunların ortaya çıkmasının yanı sıra, yeni etik sorular da ortaya atılmıştır. İnsanın yapısında temelini bulan ana sorular Antikçağ'dan günümüze sorulara gelmiş; bu sorulara filozoflarca çeşitli yanıtlar verilmiştir (16).

Günümüzde ise; Etik bireysel ve sosyal yaşamın çok büyük bir hızla akıp değiştiği; yaşama tarzlarına layıkıyla ölçüp biçecek, onları gerektiğinde eleştiri süzgecinden geçirirken, gerektiğinde temellendirecek değer sistemleri ya en kötüsü yanlış bir temel üzerine inşa edilmiş oldukları ya da en hafifinden değişimin hızına ayak uyduramayıp kolayca yıkıldıkları için, ağır bir değer bunalımı içinde olan tanımlanması herhalde en zor olan terimlerin başında gelmektedir (42).

#### **2.4.1. Ahlak ve Etik kelimesinin köken ve anlamları**

Ahlak; Arapça bir kelime olup “hulk” sözcüğünün çoğuludur. Bu kelimedede; seciye, huy, tabiat, din, insanın iç ve dış dünyalarını ifade eder. Ahlak sözcüğü Almancada Moral, Fransızcada Morale, İngilizcede Morals olup, bu sözcükler genellikle “yaşama kuralları” anlamında kullanılmaktadır. Ahlak, belli bir yer ve zamana özgü olarak iyi davranışlarla kötü davranışların tanımını yapan ve kurallarını ortaya koyan, değerlerle iç içe olan bir alanı teşkil etmektedir (124).

Ahlak; bir toplumsal bilinç, davranış ve ideolojik ilişki biçimi, bir toplumsal oluşuma, sınıfa, kesime özgü, tarihsel ve somut olarak belirlenmiş, bunların belli bir topluluğa, sınıfa, devlete ya da tümüyle topluma olan tutumunu kurallandıran törel görüşler, değerler, normlar, ilkeler, ilişki ve davranış biçimleri bütünüdür (53).

Ahlak; toplumsal bir bilinç biçimi, toplumsal yaşamın tüm alanlarında insanların hal ve gidişini düzene sokan bir kurumdur. Ahlak, toplumun ya da sınıfların toplumsal gereksinim ve çıkarlarını, alışkanlık, gelenek, görenek ve kamuoyunun gücünden destek alan, kendiliğinden biçimlenmiş ve genel kabul görmüş yasaklama ve değerlendirmeler halinde dile getirir. Ahlaki gerekler herkese eşit seslenen ama tek bir kişinin elinden çıkmamış bir yükümlülük biçimini alır(85). Ahlakın içeriği kişilere, zamana, çevre ve uluslara göre değişiklik göstermektedir. Her ulusun, her çağın, her sınıfın-haydutlar çetesinin bile-hatta her tek kişinin kendine öz bir “ahlakı” olduğu, yani “ahlaksal” olan şeylerle bağlantısı olan görüşler sistemi olduğu bir gerçektir (2).

Geçmişten günümüze farklı toplumlara ait ahlaki uygulamaları gözden geçirdiğimizde bu uygulamalar her ne olursa olsun kişinin kendisini bu sistem-ahlak sistemi-içinde var ettiği bir gerçektir. Bu haktan hareketle kültürel farklılıklar gibi bireysel farklılıklara da saygılı olmak gerekmektedir (2).

Etik Grekçe “Ethos” Moral sözcüğü de Latince “Mos” sözcüğünden gelir. Ethos da mos da gelenek, görenek, alışkanlık, karakter, huy-mizaç anlamındadır. Bu iki sözcüğü felsefe de kazanmış oldukları anlamı dikkate alarak ayırmak gerekir(67).

---

“Ethos” sözcüğü sosyolojik olarak da; bir kültürün ruhu ve temel karakteri, bir grup veya topluma ait adet, inanç ve uygulamalar, yaradılış, mizaç,huy,antropolojik olarak da bir bölge ya da kültürün ayırıcı özelliği, ruhu olarak tanımlanabilir (74).

Etik; hem yaşanan gerçek olan ilişkinin, eylemin vb adı, hem de bunlar hakkında ortaya konan bilginin adıdır (165). Etik, ahlak felsefesi olarak da adlandırılabilir.

Pieper'e göre etik kendini ahlaki eylemin bilimi olarak anlar. Ahlakilik kavramını temellendirmek üzere insan pratiğini ahlakilik koşulları açısından araştırır (178).

Billington'a göre etik felsefenin en önemli ilgi alanlarından biridir, doğru ve yanlış davranış teorisi. Bir kişinin belli bir durumda ifade etmek istediği değerlerle ilgilidir (23).

Etik;

1) Tekil veya çoğul bir fiille kullanıldığında; ahlaki prensipler sistemi: Bir kültürün etiği,

2) Özellikle bir grup veya kültürün kabul ettiği davranış kuralları; Tıp etiği, eğitim etiği gibi,

3) Tekil bir fiille kullanıldığında; İnsan davranışlarının iyiliği ya da kötülüğü, doğruluğu ya da yanlışlığı ile ilgili felsefenin değerlerle ilgili bir bölümü,

4) Ahlakın doğası ve insanlar tarafından yapılan özel ahlaki seçimler üzerine bir çalışma, ahlak felsefesi,

5) Bir meslek üyelerinin davranışlarına yön veren standartlar veya kurallar. Tıp etiği gibi (73).

---

Resnik'e göre bir konu olarak etik; davranışları yönlendiren davranış standartlarını belirler. Davranış standartları gerçek davranışlarımızı tarihten uzaktır. İnsanlar geniş kitlelerce kabul gören bu standartları zaman zaman ihlal etme eğilimindedir.

Bir inceleme alanı olarak etik ise temel işlevi tanımlayıcı veya açıklayıcı olmayan, daha çok sıkı kurallara ve değerlendirmeye dayalı normatif bir disiplindir (19).

Hiç şüphesiz etik aynı zamanda akademik bir disiplindir (75). Etik, insanlar arası ilişkilerin temelinde yer alan değerleri ahlaki bakımdan iyi ya da kötü, doğru

ya da yanlış olanın niteliğini ve temellerini araştıran felsefe dalıdır (232). Etik; ahlak bilimi, ahlak felsefesi. İnsanın bireysel ve toplumsal ilişkilerinin nasıl yönlendirilmesi gerektiğini, iyi ve kötü söz veya davranışı belirleyecek ölçütlerin neler olabileceğini inceleyen bilim dalıdır (58).

Etik, ilişkin olduğu alanla ilgili, alanın yapısının izin verdiği kadarıyla doğru ve kesin bilgiye ulaşmaya çalışan bir etkinliktir. William K. Frankena etik ve ahlak felsefesini aynı şey sayar. Frankena'ya göre etik ya da ahlak felsefesi, ahlak yargıları, ahlak sorunları, ahlaklılık üzerine felsefi düşünmedir (221).

Tanımlardan da açıkça anlaşılacağı gibi etiğin adı üzerinde de tartışmalar devam etmektedir. Etik, metafizik ve mantıkla birlikte felsefenin en eski üç disiplininden biri olmakla birlikte; felsefenin en popüler ama en tartışmalı alanlarının başında gelmektedir (111).

İfadelerden anlaşılacağı üzere etik ve ahlak kavramlarının birbirlerini kapsamları, kesişim noktaları ya da ince ayırım çizgileri de tartışmalıdır. Etik ve ahlak kavramları birbiriyle yakından ilişkilidir. Hatta bazen etik kelimesi ahlak kelimesi ile birbirinin yerine kullanılmaktadır. Oysa iki kelime farklı kavramlardır. İki kelimenin arasındaki sınırların belirsizleştiği, bunların iç içe girdikleri görülür. Öyle ki, etik-ahlak ayırımı, her zaman belli ölçülerde bulanık bir ayırım olarak kalır (172).

#### **2.4.2. Ahlak ile Etik ilişkisinin irdelenmesi**

Her ne kadar etik, ahlak felsefesi olarak felsefe literatürün de yer almış olsa da, bu iki sözcük arasındaki (etik ve ahlak) bazı karışıklıkları önlemek için bu iki sözcüğü birbirinden ayırmak yerinde bir çabadır (115). Çünkü ahlak sözcüğü günümüzde farklı bağlamlarda ve farklı değer yargı sistemlerini nitelemek için de kullanılmaktadır.

Sözcüklere etimolojik açıdan yaklaşıldığında, işler daha da karışmaktadır. Etik Grekçe “ethos” sözcüğünden, moral ise Latince “mos” sözcüğünden gelmektedir. Her iki sözcük de gelenek, görenek ve alışkanlık anlamlarında kullanılmaktadır. ‘Moral’in karşılığı olarak bizim kullandığımız ‘ahlak’ sözcüğü de Arapça ‘hulk’ kökünden gelmekte, bu sözcük de yine gelenek, görenek, alışkanlık, vb. anlamlarına gelmektedir. Bu nedenle etimolojik olarak bakıldığında bu sözcükler arasında bir anlam farkı yoktur. Ama sözcüklerin kullanım bağlamlarına bakıldığında, onların farklı şeyleri nitelemek için kullanıldığı açıkça görülür. O halde, cevaplanması gereken soru ahlak sözcüğünün hangi bağlamda kullanıldığı etik sözcüğü ile örtüşmediğidir. Ahlak sözcüğünün temelde felsefenin bir dalı olan etikten ayrıldığı iki ayrı anlamda kullanımı vardır. Bu kullanışların ilki, kişiler arası ilişkilerde davranışlara ilişkin geçerli (bir grupta, belirli bir zamanda ya da genel olarak geçerli olan, olması istenen) çeşitli değer yargıları sistemleri anlamında, ikincisi ise belirli bir ahlaktan bağımsız olarak ahlaklılık anlamında kullanılmaktadır (98,115).

Özellikle bunlardan ilkinin etik sözcüğünden kesinlikle ayrıştırılması gerekmektedir. Örneğin “ahlak bozuldu” diyenlerin, “ahlaka aykırı yayınlardan”, “milli ahlak”tan, söz edenlerin, bu bağlamlarda kullandıkları “ahlak” ile kastettikleri hep “insanlar arası ilişkilerde kişilerin uymaları beklenen “talep edilen” davranışlardır. Yapılması-yapılmaması gereken, izin verilen-verilmeyen; teşvik edilen-yasaklanan davranışlardır; başka bir deyişle belirli bir grupta ya da genel olarak iyi sayılan-kötü sayılan davranışlardır (115).

Ahlak, bir kişinin, bir grubun, bir halkın, bir toplumsal sınıfın, bir ulusun, bir kültür çevresinin bir tarihsel dönemde yaşamına giren, eylemlerini yönlendiren inanç, değer, norm, buyruk, yasak tasarımlar topluluğu ve ağı olarak karşımıza çıkar. Bu bakımdan ahlak(moral), her alanda yaşamımızın içindedir; O tarihsel olarak kişisel ve grupsal/toplumsal düzeyde yaşanan bir şeydir; ona her tarihsel dönemde, her insan topluluğunda mutlaka rastlanır. Örneğin; Hristiyan ahlakı, İslam ahlakı, Budist ahlakı, Hoş görü ahlakı, Ödev ahlakı, İş ahlakı... Öyle ki,



ahlak üzerine felsefe yapmaya başlayan kişinin, yani etik içine adımını atmış olan bir insanın gözlemsel düzeyde ilk saptadığı şey, bir ahlaklar çokluğudur (172).

N. Hartmann da bu iki sözcük arasındaki ayrımı ortaya koymaya çalışırken, morallerin çokluğuna karşılık “etiğin” tekliğinden söz eder. Bununla kastettiği, bir felsefe disiplini olarak etiğin tekliğidir ve bu disiplinin görevi, herhangi türde bir moral (ahlak) geliştirmek ve bu ahlaka uyulmasını öğütlemek değil; tersine ahlaksal bağıntıları tartışmak ve onların niteliği üzerine görüş belirtmektir (98) .

Ahlak fiilen ve tarihsel olarak bireysel, grupsal, toplumsal düzeyde yaşanan bir şey, bir fenomen olmasına karşılık; etik bu fenomeni ele alan, ahlak görüşlerini, öğretileri irdeleyip sınıflandıran, aralarındaki benzerlik ve farklılıkları ortaya koyan, bunları karşılaştırıp eleştiren felsefe disiplininin adıdır (172).

Etiğin görevi, herhangi bir ahlak geliştirmek, ahlaklar topluluğuna bir yenisini eklemek ve insanlara bu ahlaka uymalarını öğütlemek değildir. Tam tersine etik, “ahlak” denen fenomenin inceleme alanıdır. Başka bir deyişle, etik, pratik bir etkinlik alanı olan ahlaki teorik bir inceleme konusu kılan felsefe disiplini (172).

---

Etik; konusunu insan davranışlarından alır. Yanlışı doğrudan ayırabilmek amacıyla ahlak kavramının doğasını anlamaya çalışır (115).

Etik ve ahlak, anlamsal ve içerik açısından birbirinden farklıdır. Etiğin konusunu ahlak ve ahlakilik kavramları oluşturur. Pieper’in de ifade ettiği gibi ahlak sözcüğü ahlaki normları, değer yargılarını, kurumları tanımlarken; etik sözcüğü bir sorun alanı olarak ahlaki inceler (178).

Etiğin yönelttiği sorular tekil eylemlere yönelik değildir. Bu nedenle tıbbın etiğinden, doktorun ahlakından, eğitimin etiğinden, öğretmenin ahlakından söz etmek olasıdır.

Etik ile ahlak arasındaki farkı ortaya koymak bakımından etik, doğru yanlış davranışın teorisi iken ahlak onun pratiğidir.

Etik ve ahlakın kesişim noktası hem ahlakın hem de etiğin doğrular üzerine odaklanmış olmasıdır (123).

Harald Delius, etik-ahlak kavramları arasındaki ayrım hakkında şunları söylemektedir: “Moral (ahlak) ve etik sözcükleri arasında günlük dildeki çok anlamlılık ve geçişliliğe rağmen, iki sözcüğü birbirinden ayırmak konusunda ufak da olsa bir ölçütümüz vardır. Ahlak’ın olgusal ve tarihsel olarak yaşanan bir şey olmasına karşılık, etik bu olguya yönelen felsefe disiplininin adıdır. Bu nedenle, günlük dilde alışkanlıkla bir ahlaksal problemden söz edildiğinde, aslında bunu etik’e ait bir problem, bir etik problemi olarak anlamak gerekir”(98).

Ahlakta; farklı gruplarda farklı değer yargılarının ya da aynı grupta farklı zamanlarda farklı değer yargılarının olması; böylece aynı eylemin, farklı ahlaklar tarafından farklı biçimlerde değerlendirilmesi, birisinin iyi dediği bir eyleme ya da duruma bir diğersinin kötü demesi çok doğaldır (98,115).

Normlar ortaya koymak, ortaya konulan normları meşrulaştırmak, ya da onları temellendirmek, günümüzde sıkça yapıldığı gibi, etikle özdeşleştirilse de etik, insana ilişkin etik sorunlarla ilgili doğrulanabilir-yanlışlanabilir bilgiler ortaya koyan ya da en azından koymasını beklenen bir felsefe disiplini (115).

#### **2.4.3. Etik ve Değer ilişkisi**

Günümüzde etik ve etik değerler en güncel konulardan birisidir. Gelişen ve hızla değişen dünya birçok alanda, o alana özgü kural, kaide ve normların gerekliliğini ortaya çıkarmıştır. Etik ve etik değerler sadece sosyal bilimlerin konusu olmaktan çıkmış, pek çok disiplini ilgilendiren bir yön almıştır.

Değerler insanın tarih ve kültür varlığı olarak kendini gerçekleştirmesi bakımından olduğu kadar, kendisinin “ne” olduğunu bilmesi/soruşturması bakımından da önem taşır. Kısacası değerler hem eylem hem de bilme bakımından insan var oluşunun temelidir. İlişki kurduğumuz insanlar karşısında tutumumuz, yaşadığımız olaylar ve durumlarda aldığımız her karar ve ilgili davranışlarımız, bunları nasıl değerlendirdiğimize dayanır. Bu tutum, karar ve davranışlarımız yaşamımıza vermeye çalıştığımız yönü gösterir. Yaşamımıza verdiğimiz yön ise, insanı ve kendi kendimizi nasıl değerlendirdiğimize bağlıdır. Birbirine bağlı, farklı cinsten değerlendirmelerdir bunlar (99).

Kişilerle ve kendimizle ilişkilerimizde, başkalarının ve kendimizin yapıp ettikleri ve ortaya koyduklarıyla ilgimizde, yakın çevremiz, çağımız, geçmiş ve gelecekle bağımızla belli bir bütünlükte bir kişi olarak var olmamızın temelinde değer anlayışımız, bunun temelinde ise insan anlayışımız “insandan ve kendimizden beklediklerimiz” bulunur (128).

Değer; Kişinin görünür, algılanır, duyumsanır davranışlarının ötesinde yer alan ve genellikle “değer” sözcüğüyle karşılananlar, kavramsal yapılardır. Genel bir sözcük olan değerın dış dünya bağlamındaki davranışın güdücüsü olduğu ileri sürülebilir (76).

İnsan, anlamlar ve değerler yaratan bir varlık olarak, bir anlamlar ve değerler dünyasında yaşar. Bu nedenle o, hem kendisine hem de diğer her şeye bu anlam ve değerlerin içinden bakar. Kişinin kendisi ve/veya çevresiyle olan ilişkilerinde eylemlerini gerçekleştirmesini sağlar. Davranışlarını belirleyebilir. İnsanın hayatta aradığı anlam ve değer, onun kendisine ve hayatına ilişkin problemlerin başında gelir. İnsanın tarihsel ve kültürel bir dünyada var olması, değerlerin toplumsal yönünü de ortaya koyar. Gerek ahlaki, gerek etiksel, gerekse hukuksal sınırlamalar/kurallar da değerlerin korunmasına ve geliştirilmesine yöneliktir (99).

İnsanlar arası ilişki türlerinden bir tanesi ve en temel olanı bir kişinin belli bütünlükte bir başka kişiyle değer sorunlarının söz konusu olduğu ilişkidir. Eylemde bulunarak gerçekleştirilen bu ilişki “etik ilişki”dir. Kişinin kendisiyle olan ilişkisinde bir etik ilişki örneğidir. Kişinin kendini veya çevresini değerlendirmesi, ilişkilerini sürdürmesi, bunlar doğrultusunda eylemde bulunması gibi kavramlar etik değer ilişkisinin ta kendisidir(76).

Etik ilişki değerleri; sevgi, saygı, minnet, güven, bir kişinin başka belirli bir kişiyle ilişkisinde değerlilik yaşantılarıdır. Değerlilik yaşantıları ise, ilişkide olan her iki kişinin etik bütünlüğü ile ilgilidir. Etiğin çerçevesi içinde değer sorunları, insanlar arası ilişkilerde ortaya çıkan sorunlardır.

Kişinin etik bakımdan yaşadığı ikilemler de, değer anlayışına bağlı olarak nasıl eyleyeceği, nasıl bir tutum alacağı konusundaki karar verme durumlarında ortaya çıkmaktadır (99).

Bir etik ilişkisinde kişinin bir eyleminin anlamı, o eylemin değerliliğinin bilgisidir. Bir şeyin değeri, bir amaca araç olduğunda araçsaldır. Araçsal değer o şeyin bizim için taşıdığı değerdir. Para araçsal değerdir. Onunla çok şey satın alınabilir ve bu alınanlarında araçsal değeri olabilir. Bir şeyin içsel değeri denildiğinde ise bir başka amaç için araç olmayan amacı kendinde olan değer kastedilir. Estetik hoşlanma, güzellik bu anlamda amacı kendinde olan şeylerdir. İçsel değer başka bir şey için olmayan değerdir. İşlevsel değildir, yerini bir başka şey dolduramaz. Amaç olarak değerli olan, kendinde değeri olan şeyler, ilişkisel özellikleri bakımından da değerli olabilir.

Tüm değerler bireysel değerlendirme edimlerinin ürünüdür. Şeylere değer veren onları değerli ve değersiz kılan insandır. Değer var olandan sonradır. Değerler insanın varolma koşulları olmakla birlikte aynı zamanda insanın kendi varlığını gerçekleştirme konusundaki olanakları anlamına da gelir. Kendi değerini ve değerlerini fark eden, bunların bilincine varan insan bu yönde eylemde bulunma olanağı elde etmiş olur (37).

#### 2.4.4. Beden ve Etik

Beden; neredeyse Dünyanın her yerindeki bireyler için fiziksel bir organizma olma anlamı taşır. Beden Lucien Feure'nin deyişiyle “somut” insanı, “yaşayan insanı” etten kemikten insanı yeniden kurgulamak demektir (51). Beden, canlının maddesel var oluşudur. Çağlar boyunca kendini tanım olarak yeniden dönüştürmüştür; çünkü insanın madde ile ilişkisi devamlı değişmiştir. Zaman zaman ruhun kabı, hapishanesi, zıttı, aklın çeliştiği, haz ve acının kaynağı, yük ve sosyal kimliğimiz gibi birçok tanım almıştır (246).

Novalis onu insanın evrendeki tek kalesi olarak, Martha Graham sözcüklerin söyleyemeyeceği şeylere tercüman olarak, Pythagoras güçlü bir ruhu güçlü bir bedene tercih edin diye uyararak, Nietzsche büyük bir destan şehri olarak, Mettrie bizim kontrol ettiğimiz bir makine olarak tanımlamıştır (246).

Her toplumda insan bedeninin “fiziksel” ya da “biçimsel” boyutunun yanı sıra, sosyal bir gerçekliği de bulunmaktadır. Bu sosyal boyut içinde kişiler taşıdıkları bedenlerinden ötürü “güzel ya da çirkin”, “iyi ya da kötü”, “kısa ya da uzun”, “zayıf ya da şişman” gibi etiketlenmelere maruz kalmaktadır. Bedene verilen bu notların neye göre verildiği, kime ve neye göre güzel olduğu, kime ve neye göre çirkin olduğu, hangi kavramın doğru ya da yanlış olduğu tartışmalıdır. Bu tartışmalar günümüzden önce başlamış ve görsellik ile de ilgili bazı kavramlar geliştirilmiştir (196).

Onbeşinci yüzyılın başında Limbourg Kardeşlerin Les Tre's Riches Heures du duc de Berry'ye ustalıkla çizdiği minyatürde beden, tepeden tırnağa bir takım gizli güçlerin etkisi altındadır. Burçlar, inanca göre gezegenlerin vurduğu o damga, uzuvları ve tenleri sardığına inanılan büyülü güçlerin tesiri. Bir takım ağır, karanlık etkilerden, arzuları vücut sıvılarının ve etin dengesini yönlendiren kozmik güçlerden kaynaklandığı düşünülen hastalıkların, beslenme düzeninin,

mizacın, hatta zevkin tamamen fiziksel özelliklerle canlandırılması da bundandır (51).

Onaltıncı yüzyılın sonlarında beden makrokozmoz'un minyatürüne mikrokozmoz olarak değerlendirildi. Foucault'ya göre: Gökyüzü boşluk karşısında ne ise onun(insan) çehresi de bedeni karşısında odur. Foucault bedenin küçük bir evren olarak algılanması ile ilgili düşüncelerine göre beden küçük bir dünya, yaşayan dünyadır (246).

Onyedinci yüzyıl klasik mekanik anlayışın kurduğu bağlantılar ise bambaşkadır. O modelde bedenin işleyişi modern Avrupa atölyelerinde icat edilen kol saati, tulumba, çeşme, org yada piston gibi makinelerin işleyişiyle özdeşleştirilmiştir.

Beden bu noktada o eski büyütlü güçlerden kurtulmuş hidrolik fiziğin, sıvıların, momentum kanunlarının çark yada kaldıraç sisteminin öne çıktığı simgelerle kuşatılmıştır. Bu da gene kurgulanmış "içselleştirilmiş" "gerçek" bedene tepeden bakan ve onun üzerine çöken burada ki bağlamda vücut sıvılarını arıtma işlemiyle kabloların, kanalların düzene sokulmasını birleştiren bir modeldir. Tabii buda kaçınılmaz olarak hastalık tasarımına, kişisel bakım anlayışına, ortamın farazi etkilerine tesir etmiştir (51).

Ondukuzuncu yüzyıla kadar gelişen sanayi ve bununla birlikte oluşan birey olgusu zamanla bu bütünlüğü önce kentli sonra ulus olarak dönüştürmüştür. Fiziki antropoloji sınıfsal, ırksal farklılıkları bedenin yapısını araştırıp bilimsel olarak temellendirme hevesine bu dönemde girmiştir. Daha önce de beden ölçümü ve ideal beden görüntüsü gibi konular tartışılıp kanonik olarak belli sınıflandırmalar ortaya çıkarılmaya çalışılmışsa da, hiçbir zaman toplumsal anlamda bu kadar belirleyici olmamıştır. Beden kişiliğin ırkın yada ahlak anlayışının görünür bir nesnesi haline 19. yüzyıldaki kadar hiçbir zaman gelmemiştir (246).

Neredeyse 20. yüzyılın sonuna kadar Batı Epistemolojisi bedeni ve birçok karşıtlığın ürünü olarak görüp önce tarihin esas parçalarından ayrı olarak doğalcı, organik ve bu nedenle çoğu zaman tanrısal bir efsundan yoksun olarak gördüğü doğa gibi pasif ve cansız bir şekilde açıklamaya odaklanmıştır (246).

Aydınlanma akılcılığı ve Hümanizmin mantıksal sonuçlarını çıkarsamış olan Friedrich Nietzsche(1844-1900) bedenden 'Böyle Buyurdu Zerdüş'te şöyle bahsetmişti;

*"Bedeni küçümseyenlere seslenmek istiyorum. Bildiğinizi değiştirmeyin ve bana yeni bir şey öğretmeyin, yalnız vücudunuza hoşça kal deyin yani susun. "Ben beden ve ruhtan ibaretim." Böyle der çocuk. Neden çocuklar gibi konuşmamalı? Fakat uyanık ve bilgin adam şöyle der: "Ben tamamen bedenden ibaretim. Başka hiçbir şeyim yok. Ve ruh ancak bedende olan bir şeyin adıdır." Beden; büyük bir akıl, tek hedefli birçokluk, bir savaş ve bir barış, bir sürü ve bir çobandır. Kardeşim, senin küçük aklın da bedeninin bir parçasıdır. Ruh dediğin şey, bedeninin büyük aklının bir parçası ve oyuncağıdır. "Ben" diyorsun ve bu kelime ile gururlanıyorsun. Fakat bundan daha büyüğü ki, sen ona inanmak istemezsin. Bedenin ve onun büyük aklındır. O, "ben" demez. Fakat "beni" oluşturur. Duyunun hissettiği, aklının anladığı kendiliğinden bir sonuç vermez. Fakat duyu ve ruh her şeyin amacı olduklarına seni inandırmaya çalışırlar. O kadar kibirlidirler. Duygu ve ruh, alet ve oyuncaklardır. Bunların ardında asıl varlık vardır. Bu varlık; duyguların gözü ile arar, ruhun kucaklarıyla dinler. Bu varlık sürekli arar ve dinler".*

Nietzsche vücudun üzerinde aklın üstünlüğünün geleneksel tanımını çevirir. Böylece insanların ayırıcı özelliği, artık akıl değil, bedendir (59).

Yirminci yüzyılın ilk çeyreğinde görülen bilimlerdeki ve düşüncedeki genel arayış içinde doğup gelişen bir felesefe akımı olarak fenomenoloji kavramıda bunlardan biridir (81)

Fenomenoloji kelime anlamı olarak; Alm. Phaenomenologie, Fr. phenomenologie, İng. phenomenology, Yun. phainomenon = görünüş; logos = bilim, öğretisi, görüngüler bilimi, öğretisi gibi anlamlar ifade etmektedir (71).

Fenomenoloji ya da görüngübilim, kurucusu “Edmund Husserl” olan bir felsefe akımıdır (71,81). Husserl’in olgu bilimlerinin karşısına koyduğu öz bilimidir ve Husserl’in kurduğu bir felsefe okulu olarak bilinmektedir (71).

Görüngübilim, felsefe dizgesi olmaktan çok, bir yöntemdir, bu yöntem de, özü görüleme, özlüğe geri gitme, salt bilince bir indirgemedir. Duyularla algılanan nesnelerin ötesinde bulunan düşüncel (ideal) özlükler alanına yükselebilmek, nesnenin özünü kavrayabilmek için, bir yığın rastlantı ve özü olmayan niteliklerle yüklü olan olgular dünyasını bir yana bırakmak, ayraç içine almak gerekir. Bu olgular dünyasının varlığını ortadan kaldırma ya da ondan kuşku duyma anlamına gelmez; yalnızca yöntem gereği bir yargı vermeme, bir sırt çevirmedir. Bu yolla Husserl felsefeyi kesin bir bilim olma basamağına çıkaracağına inanır (59).

Fenomenoloji, her şeyden önce, fenomeni, yani dolaysız olarak verilmiş olanı betimlemeye dayanan bir yöntemdir. Fenomenoloji, bu yöntem üzerinden kavramlar ve kategoriler geliştirerek özgün bir felsefe akımı da meydana getirir. Fenomenoloji, yaygın olarak kullanılan deyişle, öz’lerin araştırılması konusunu ele alır. Beden-özne felsefesi, Kartezyen felsefe karşısında hakiki bir seçenek oluşturur (64).

Merleau-Ponty’de beden-özne felsefesinin, zihnin bedenselliğini savunan tezin, zihin felsefesine has düalist konumlar karşısındaki söz konusu kavramsal bağımsızlığı, fiziksel gerçekliğin anlaşılması için kullanılan kavramsal tanımların bedenselliğin açıklanmasında işe yaramadıkları ve ikna edici olmadıkları gösterilmek suretiyle sağlanmaktadır. Merleau-Ponty’nun amacı zihnin doğası ve bilinçle doğa arasındaki ilişkinin anlaşılmasıdır (59).



Günümüzde geçmiş felsefi düşünceler hala tartışılırken beden, beden görüntüsü ve bunlara yararcılık ilkesi doğrultusunda sağlıklı beden kavramları eklenmiş, beraberinde beden algısı, beden imajı kavramları ön plana çıkmıştır.

Sağlık konusunda nasıl ki insanların kendilerini nasıl hissettikleri gerçek sağlık durumlarından çok daha öncelikliyse, akılları, çekicilikleri, ahlaki kusursuzlukları konusunda da böyle bir bağlantısızlık vardır. Amerikalılar Garrison Keillor'ın tüm kadınların güçlü, tüm erkeklerin yakışıklı, tüm çocukların ortalamanın üzerinde olduğu Bir Çiftlik Evi Öyküleri adlı radyo programından esinlenerek "Wobegon Gölü Etkisi" diye bir terim üretmişlerdir. Psikolog Shelley Taylor "olumlu hayaller" adını verdiği konuyu incelediğinde, insanların kendine iyi gelen en az üç inancı bulunduğunu belirtmiştir: "Kendini büyüten bir kendilik algısı; kontrolü elinde tuttuğu hayali; gelecek hakkında gerçekçi olmayan bir iyimserlik". Taylor'a göre kendileri hakkın da bu tür olumlu hayalleri olanlar olmayanlara göre daha akılcı, yaratıcı, başarılı, mutlu ve sağlıklıdır, hatta ömürleri daha uzundur(25).

İnsanoğlunun sadece kendi formunu korumaya çalıştığına inanmak doğru değildir. Formunu korurken aynı zamanda fiziksel görünüşü ile psikolojik varyasyonla uyumlu hale getirir. Bedenin hissettikleri gün içinde sürekli değişir ve P. Schilder bununla birlikte beden imgesinin de nasıl değiştiğini göstermektedir. Bu değişim özellikle hastalar ve depresif kişiler tarafında verilen tasvirlerde kendini hissettirir, ancak her birimiz bunu yaşayabiliriz, özellikle kızgınken, çok istekliyken, utandığımızda veya bunlara benzer, insanın "taşmasına" veya tam tersine "içine kapanması"na yol açan kuvvetli heyecanlar yaşarken. Bedenler, kendilerine bakıldığında kendilerine her zaman sadık olma şekilleriyle dışarıdan yalan söylüyorlarmış gibi gelir. İster kendi ister öteki olsun, iç hayatın değişiklikleri ile buluşmak için, görünüşün bu tekdüzeliğini yıkma arzusu kendini insanda hissettirir(9).

Beden imgesi "iki temel insani eğilim arasında kalır: bunlardan biri birimleri netleştirme, hareketsizliği, nihai olanı, sabit olanı temin etme

eğilimindedir. Diğeri değişimi, daimi bir akımı hedefler, bir yandan bedenimizin bütünlüğünü korumak arzusundayızdır; bedenimizin bir kısmından mahrum kalmamıza neden olacak her değişiklikten korkarız; ama öte yandan da bedenimiz üzerinde sürekli olarak deney yaparız.

Beden sosyolojisinin gelişmesinde kuşkusuz hem sosyal hem de felsefi bakış açılarının önemi yadsınamaz. Bu gelişmede, bedeni dış dünyaya ait gören, ruhu ise bu dışsal dünyada merkeze koyan, onu yücelten bakış açılarının önemini yitirmesinin payı büyüktür. Beden felsefeden sosyolojinin içine bir geçiş yapar ve sosyo-kültürel bir zeminde toplumsalın içinde tartışılır. Değişen ekonomik ve sosyal örgütlenmeler bu alanın önemini artırır. Yeni toplum tipinde beden önemli bir araç ve aracı haline gelir. Çünkü beden aracılığıyla yeni kimlikler, yeni tüketim kalıpları, yeni güzellik idealleri, yeni imajlar, yeni iktidar tipleri inşa edilir. Böylelikle beden “modern” dünyanın bir projesi haline gelir(226). Tüketim toplumunda en güzel tüketim nesnesi “beden” olmuştur(117).

Daimi deformasyonlara maruz kalan bu iç imge basit bir temsil, kendiliğın bir “zihinsel imgesi” değildir. Bu sansasyon ile basit temsil arasında aracıdır. Beden algısını metafor haline getirmez; iç imge bunun koşullarından biridir. Birliğini ve görece istikrarını bedensel algıya verir. Beden imgesi, istem dışı yansıması ucubeler olan bedenin yaşanmışlığını belirtir. Sonuç olarak ucubelerin görüntüsü bir deneyim gerçekliği sürdürüyorsa saf bir temsili değil, rahatsız edici aşinalıkları oluşturan, bu yaşanmış gerçekliktir. Sıradan forma oranla aralarında ki ayırım, olduğu haliyle etkileyici değildir, ama itiraf edilmemiş bir kendini şekillendirme arzusunu hatırlattığı için etkileyicidir (9).

Eğer anormal olarak değerlendirilen varlık, ortalama olarak tanımlanmış normun dışına çıkarsa yabancı şekilde tanıdık varlık, beni zımnen kendi yaşanmış bedenime geri getirir, kısaca var olduğumu sandığım bedene, hatta itiraf edilemez bir şekilde. Bedensel yabancılık bu şekilde ortaya konduğunda, sanılandan daha az düşsel ve kurmaca bir uzama yerleşir. Eğer insan şekilsiz ötekini, sakat ve ucube olanı reddediyorsa, sadece görünür varyasyonu reddetmek için değil, kendi

bedeninin şekilsizleşmesine yönelik bastırılmış bir arzunun gerçekleşmesinden kendini korumak içinde reddediyordur(9).

Kendini ideal gören her beden, diğer bedenler için yorum yapabilmekte ve bunu cesurca ifade edebilmektedir. Bu yorumu yapmak kendini daha üstün görmeye eşdeğer midir? Şayet böyleyse bu yorumu yaparken mutluluk duymakta, bu durumdan haz almaktadır. Ben iyiyim-güzelim, o çirkin-kötü. En büyük haz en büyük mutluluksa, bu tramvaya maruz kalan beden içinde en büyük mutsuzluktur.

Tabiatın herkese eşit koşullar sunduğu ve her doğan bireyin insan olduğu, özgür olduğu, insanlığın gerektirdiği haklara sahip olduğunu bildiğimize göre bireylerin bedenlerinden ötürü yargılanması doğru mudur? Bedenler ruh'dan arındırılarak güzellik kavramı içine hapsedilmektedir. Bu hapse girmek için mutlak bedenin bir noksanlığının olmasına gerek yoktur. Günümüzün geçerli olan beden algısı normlarına uymamak ya da uyamamak yeterlidir. Kısaca günümüzde geçerli olan beden normu zayıf ve fit olmaktır. Dolayısıyla fazla kilolu ya da obez bireylerin çoğunluğu yargılanan gruba girmekte ve hayatlarında mutsuzluklara sevk edilmektedir(117,181). Başkasının mutsuzluğu üzerine mutluluk inşa edilebilir mi? Bu durum etiğe uygun mudur? İnsan bedeniyle etiklenebilir mi? Sorularına yanıt aranmalıdır.

#### **2.4.5. Beden Algısı, Obezite ve Etik**

1980'lerden sonra gelişen beden sosyolojisi bedenin sadece biyolojik bir süreçten ibaret olmadığını, toplumsal etmenler tarafından şekillendirildiğine dikkat çeker. Beden sosyolojisi bedenin toplumsal etmenler tarafından nasıl etkilendiğini incelemektedir. Batıda artan obezite, popüler kültürün kusursuz beden yaratma dayatması bu konuyu canlı tutmaktadır. Bedenin "postendüriyel" topluma geçişle birlikte nasıl bir bombardımana tutulduğu belirgin olarak görülmektedir. Globalleşen dünyada üretim toplumundan-tüketim toplumuna

dönüşüm yaşanırken insan ve bedenide bu durumundan nasibini almakta ve malzeme olmaktadır (117).

Kimliklerin ve farklılıkların yaratılmasında tüketim nesnelere başat bir rolü vardır. Modern toplumun bireyleri, bedenlerini de, tükettikleri mallar, hizmetler yahut kültürel ürünler gibi kendileri hakkında enformasyon yaymak, prestij sağlamak, kimlik ve yaşam tarzlarını inşa etmek için kullanmaktadırlar. İnsanlar ait oldukları sınıftan, aileden, oturdukları semtten, kullandıkları otomobilden, taraftarı oldukları futbol takımından, sevdikleri müzik türünden önce bedenleriyle vardır ve bedenleriyle görünürler. Ancak tüketim malları ve hizmetlerinin üzerlerinden edinilen prestij açısından kendi aralarında oluşan hiyerarşik sıralamayı oluşturan, yani hangi mal ve hizmetlerin simgesel değerinin daha fazla, hangilerininse daha az olduğunu belirleyen bireylerin bizatihi kendileri olmadığı gibi, bedenlerin değeri de bireyler tarafından değil, tüketim toplumu tarafından belirlenmektedir (114).

Bu konuda bireylere medya aracılığıyla gösterilen bir takım idealler, örnekler, modeller vardır; kitlesel bir psikoza dönüşen incelik saplantısı, bronz ten, pürüzsüz cilt ya da eğlence endüstrisinin yıldızlarına benzeme arzuları tüketim toplumunun ideal bedenine bakarak üretilmektedir. İnsanların solaryum, güzellik ve spor salonlarına gitmeleri, estetik operasyonlardan geçmeleri, egzersiz ve diyet yapmalarının nedenlerinden biri de söz konusu ideal bedene sahip olma arzusudur. Bedenin rasyonalizasyonu estetiği de bu noktada birbirine karışmaktadır; sözgelimi egzersizin sağlıklı yaşam gibi rasyonel bir amacı olduğu ortadadır, ama bazen başkası tarafından/başkasının bakışı tarafından- beğenilmek gibi hazzı bir güdüyle yapılmadığı da iddia edilemez.

Beden tüketim toplumunun yükselen değeridir, çünkü Tüketim toplumunun aynı zamanda bir imajlar toplumu olduğu ve bu imajların aşırı-üretimini kitleleri tüketim nesnelere yönelik arzu yatırımı yapmaya teşvik etmektedir. Bir tüketim toplumunda, estetik olanla gündelik olan arasındaki sınırların belirsizleşmesine neden olan imajlar, aynı zamanda arzuların üretilmesi

ve diri tutulması işlevini görmektedir: imajlar, hem tüketim nesnelere karşı arzu uyandırdıkları, hem de bizzat kendileri birer arzu nesnesine dönüştükleri ölçüde tüketimi yalnızca materyalist bir edim olmaktan çıkarmakta, bilinçdışı, libidonal süreçleri, haz duyma ve denetimsizlik ihtiyacını, beden, bedensel hazlar ve cinselliği tüketim üzerine yapılan çalışmaların kazı alanına dahil etmektedir (114).

Beden ile olan ilişkimiz yüzyıllar boyunca değişmiştir ve farklı fiziksel, simgesel, sosyokültürel, vs kodlar altında ele alınmıştır. Bugün pek çok başlık altında tartışılmaktadır:

- Spesifik fiziksel karakteristiklerin vücut imajında,
- Kişilerarası iletişimde,
- Psikososyal alanlarda etkileri (vücut ölçüleri, çekicilik, görünüşe bağlı diğer konular),
- Kültürler arası vücut imaj farklılıkları (çapraz kültürel ve etnik çalışmalar),
- Sağlık alanında fiziksel görünüş ve vücut imajının etkileri (Kozmetikler, estetik cerrahi, nöroloji, dermatoloji gibi)
- Vücut imajına bağlı olan rahatsızlıklar (Yeme bozuklukları, sosyal fobi gibi),
- Vücut imajı ile davranış durumları arasındaki ilişki,
- Kuramsal alan (Davranışsal, bilişsel, fenomenolojik, psikodinamik, sosyokültürel, feminist kuramlar gibi).

Başlıkların her biri yeni birer sektör haline gelerek ideal bedene ulaşma duygusuyla organ nakilleri, estetik ameliyatlara, plastik cerrahi girişimleri, kozmetik sektöründe yeni buluşlar, pek çok medikal veya cerrahi uygulamaları beraberinde getirmiştir. Bu pazarda yer alan bazı uygulamaların veya uygulanma şeklinin etik olup olmaması yada kişiye zarar vermeme ilkesi bazen göz ardı edilebilmektedir. Kurumsal yapılanmalarda yine beden ön plandadır. Sistem aynı zamanda bedeni farklı şekillerde de kullanır. Görselliğin oldukça ön plana çıktığı bu zamanlarda, beden artık pazarlanabilir bir şeydir ve beden üzerinden

arzularımızı satın alırız. Reklâmlarda, modada bu elle tutulabilecek kadar açıktır. Kadınlar tarafından arzulanan o adam olmak için o arabayı satın alır, muhteşem fiziğe sahip o kadın olmak için bu elbiseyi satın alırız. Aldığımız o ürünle birlikte reklâmdaki imgeye sahip olma yanılısamasını yaşarız. “Artık Zeus benim”(114).

Beden aynı zamanda aidiyetimizin altını çizmek için de bir araçtır. Bıyık ve sakal varlığı/ yokluğu ve biçimi, saçların sarı mı yoksa diğer renklerde mi olduğu, dövmeler, piercing, giysilerin biçimleri ve renkleri ilk bakışta karşımızdaki kişinin kim olduğu hakkında karar vermemizi sağlar. Beden ile aidiyetimizin sınırları nereye kadar çizilebilir ve ait olunan konumu bu kadar görünür kılmak gerekli midir, düşünülmalıdır(59,62,64,71).

Bedene gösterilen ilginin artık yalnızca belli toplumsal sınıflar ve belli dokuların tekelinde olmadığı iç rahatlığıyla söylenebilir. Yeni orta sınıfların eğilimi çok daha belirgin olmakla birlikte, bedenin sağlığına/görünüşüne ve temsiline yönelik ilginin tüketim toplumunun bir nosyonu olduğu ve hangi toplumsal sınıftan gelirse gelsin, gençlerin, kadınların ve nihayet yetişkin/çalışan erkeklerin çoğu üzerinde etkili olan bir söylemle üretildiği açıktır (114).

Dünyada obezite prevelansındaki artış, tüketim toplumunda estetik ve güzellik uğruna gerekli veya gereksiz, etik veya değil, sağlıklı veya sağlıksız birçok uygulamanın önünü açmıştır. Plastik cerrahi, estetik cerrahi, organ aktarımları, doping uygulamaları, yeni zayıflatma yöntemleri yükselen değerler olarak yerlerini almıştır. Yanı sıra bazı uygulamaların ihtiyaç mı yoksa kişisel haz mı olduğu tartışmalıdır. Obezite yararcılık ilkesi, eudomonist öğretisi ve en önemlisi daha sağlıklı olmalı açısından mutlak tedavi edilmesi gereken bir durumdur (114).

Obez hastalara; tedavileri esnasında nasıl davranılması gerektiği, etik yaklaşımlar açısından, kendilik algılarında fark yaratma, etik ilkelere yol göstericilik anlamında arayışlarında beraberinde getirmiştir.

Kişiler kendi hayatlarına değer veren varlıklardır. İnsanların hayatlarına değer vermelerinin çok çeşitli nedenleri vardır. Hayatı devam ettirmek için değerli olan şeylerin listesi üzerinde bir uzlaşmaya varma olasılığı çok zayıf görünse de, insanların yaşamlarına ilişkin düşüncelerine önem verilmelidir. Özellikle obezite konusunda hem hastanın iyiliği düşünülmeli hem de onların isteklerine saygı gösterilmelidir. Bu noktadan yola çıkıldığında sağlık hizmeti verenlerin ilk görevi daima hastalarının yararını en iyi şekilde gözetmektir. Bu yaklaşım da kişilere saygı kavramı ile bir çelişki yaratmaktadır.

## 2.5. Anlatısallık Kavramı

Anlatısallık, son yıllarda Batı dünyasında ortaya çıkan bir akımdır. En basit ifadeyle anlatılarla düşünmenin önemini vurgular. Anlatısallık; anlatı ya da anlatımdan köken alan bir kavramdır(155,142).

Anlatı; Türkçede anmak, anlatmak, anlamak anlamları taşımaktadır. Herhangi bir olayı, oluşu veya herhangi bir şeyi bir başkasına aktarmak için onu “anmak” yani ona isim vermek, onu göstermek durumunda kalırız. Anlatılarımızı yaşar, yaşadıklarımızı anlatırız. Bu iki eylem birbirine iki yönlü olarak bağlıdır ve birbirini belirler. Yaşamımız boyunca, durmadan seçimler yapar ve bunları yaşarken, çeşitli eylemlerde bulunup sonuçları ile yüz yüze kalırken, olaylar karşısında tavır alırken, diğer insanlarla çeşitli niteliklerde ve farklı derinliklerde ilişkiler kurarken, onlarla rekabet eder veya savaşırken ya da bellidüzeylerde toplumsal ortaklaşmalar ve paylaşımlarda bulunurken, uğraşlarımızı belirli biçimlerde yürütürken ve tüm bunlar için kendi kendimize çeşitli açıklamalarda bulunurken, kendimizin ve kendi dışımızdakilerin kim olduğunu onlarla etkileşim içinde tanımlarken, yani biz ve diğerlerine kimlikler biçerken ifadelerimizin her biri bir anlatıdır(120).

Anlatısallık kuramı, bu değerlerin büyük ölçüde anlatılar yoluyla kurulduğunu, keşfedildiğini, iletildiğini, öğretildiğini ve anlatısal biçimler

içinde ifade edildiğini öne sürer. Anlatılaştırma, dünyayı kavrayabilmemiz için kaçınılmaz olarak başvurduğumuz bir yöntemdir. Örneğin, yaşadığımız bir olay üzerine düşünmeye başladığımızda, onu öncelikle kendimiz için tanımlamaya, sınıflamaya, sınıfladığımız öğeler arasında çeşitli bağlantılar ve ilişkiler aramaya başlarız. Onu sadeleştirir, sayısız görüngüler dünyasından soyutlar, belirli kısımlarını budar diğerlerini parlatır, öne çıkarırız; yani, onu kurgularız. Kısacası, insan varlıklarını, neye bakarsak bakalım eğer anlamak için bakıyorsak, onu anlatı formunda yeniden yazar ve okuruz. Burada önem kazanan bir diğer noktada kişinin yaşama dair deneyim ve tecrübeleridir. Deneyim ve tecrübeler bir metnin oluşması ve bütünleşmesinde önemli rollerden birini oynar (120, 142).

### 2.5.1. “Anlatısallık” ve “Anlatısal Etik” kavramları

Anlatısallık, en sade söyleyişle, anlatılarla düşünmenin önemini vurgular. İnsan varlığını anlatarak, yaşadıklarını öyküleyerek kendisine ve yaşamına anlam atfeder. Anlatısallık; insanın kimliğini, bakış açısını, ideolojisini anlatılar yoluyla ördüğünü ve pekiştirdiğini, anlatılar yoluyla gerçekliği betimleyerek özgün biçimde yeniden kurduğunu, yaşamını bir anlatının karakteri gibi bütünsellik duygusuyla sürdürdüğünü ve bu bütünsellik algısı içinde anlamlı ve değerli kıldığını öne sürmektedir. İnsan varlığının bireysel deneyimlerinden anlam, anlatıların yorumlanmasıyla veya irdelenmesiyle su yüzüne çıkarılabilir. Yani sıra, analitik felsefenin ve bilimsel yaklaşımların göremediği duygulanımlar, değerler, motivasyonlar, sezgiler gibi insanın tekil deneyim ve yaşantılarına gömülü özellik ve bileşenler, anlatılar ile temsil edilebilir, kapsanabilir ve iletilebilir. Anlatıların incelenmesi ile insan varlığının “neliğine” ilişkin çok şey öğrenilebilir (120).

Anlatısal etik kuramı; “anlatılara birer şema, örnek ya da değer kuramları ve ilkelerle ilgili sezilerimiz test etmenin bir yolu olma görevini üstlenmez; aksine onları değerlerle ilgili bir sonuca ulaşmak için gerekli araçlar olarak kabul eder. Etik açıdan anlatıların şu işlevleri yerine getirebileceğini öne sürülmektedirler:



- Bize sorumluluklarımızı öğretmek,
- Ahlâki açıdan iyi olan eyleme kılavuzluk etmek,
- Ahlâki açıdan iyi olan eylemi harekete geçirmek,
- Eylemleri haklı kılmak,
- Değerlere ilişkin duyarlılığımızı keskinleştirmek,
- Değerlerle ilgili algımızı yetkinleştirmek,
- Eylemlerin ve kişilerin değer bilgisini ayrıştırmak,
- Kendimizi daha iyi insanlar olarak yeniden keşfetmek (120).

### 2.5.2. Anlatısal Etiğin Tıp alanında uygulamaları

Tıp etiği alanında anlatının gücü, tıbbi bakımı bir diyaloga dönüştürebilmesinden kaynaklanır. Bu diyalog ise “ben” ile “öteki”nin süregelen biçimdeki kavranması zemininde kurulup hayata geçirilebilir. Anlatıların kişinin kendisini, kendine ve başkalarına bildirme aracı olduğunu ileri sürmektedir. Anlatısal etik, bu anlamda, başkalarını ve kendini bilme çabasına dayanmaktadır. Bu tür bir bilme “karşılıklı” olmalıdır ve ancak böyle olduğunda, hasta olma ve hastaya bakım verme deneyimi daha insanî bir yönde değişim gösterebilir. Diğer bir ifadeyle anlatının öznel deneyimi yorumlanması yoluyla diğer insanların algıları ve değerlerine erişim olanağı yarattığını söylenebilir. Dolayısıyla, “anlatısal biyoetik, bir hastanın yaşamında hastalığın anlamı ve hasta-hekim ilişkisinde hekimin rolü hakkında düşünmek için bir araçtır (121).”

Bilimsel bilgi, hastanın bulunduğu belirtilerden yola çıkarak belirli hastalıkların varlığı ya da yokluğunu saptamak için kullanılır ve tanisel değerlendirmeler sonucunda tedaviye dönük girişimler hakkında karar verilir. Tanı ve tedavi yöntemleri elbette, bilimsel bilginin değişiminden etkilenmektedir. Ancak tanı ve tedavi eksenindeki tüm eylemler ve etkinlikler, toplumsal ve kültürel bir bağlamda yürütüldüğü için, onların taşıyıcısı olan ya da onlardan

etkilenen kişiler için özgün anlamlar içerecektir. Bu nedenle “bu karşılaşmalar sırasında kullanılan dilin ve kişilerin onlar hakkında anlatacakları öykülerin irdelenmesi” bu toplumsal ve kültürel kurulumlara iç gözü kazandırabilir. Kesin tanı koyma ve uygun tedavi ve bakımı sağlama çabasının değersiz olmadığını, ancak buna ek olarak, tıbbın doğasına içkin başkibir boyutun farkına varılması gerektiğini söylemektedir. Dil, anlatı ve anlam, hekim-hasta ilişkisi içinde üretilir, dışarıdan bir gözlemci tarafından bu yaşantıya eklenmez. Bu bütünlüğü ise sadece “anlatısal yaklaşımlar” kavrayabilir (120,121).

Bir hastanın deneyimi, onun karşılaştığı beklenmedik ve dönüştürücü olay (hastalık) karşısında neler hissettiği, nasıl tepkilerde bulunduğu ve bu yeni durum içinde kendini, sevdiklerini, onun için değerli ve anlamlı olan şeyleri yeniden nasıl düzenlediği ve tanımladığının bilgisini içeren bir metindir. Klinikte hastaların, hastayakınlarının ve sağlık çalışanlarının anlatıları iç içe geçer, birbirini etkiler ve birbirini dönüştürür. Hastalık yaşantısının her bir öznenin kendi hayatının bütünlüğü içindeki değersel anlamı bu etkileşim içinde oluşturulur. Yargılayıcı yaklaşımlar, bu tablo karşısında ya felç olur, ya da olayın bağlamlarını budayarak karşı karşıya oldukları gerçekliğin görüngülerini sadeleştirme, indirgeme ve kendi üstamacı doğrultusunda yeniden şekillendirmeye yoluna gider. Başka bir deyişle, kendi anlatısını kurmak için gerekli olan verileri seçer, diğerlerini dışarıda bırakır. Bu yaklaşımlar kişilere değil, bağlamından soyutlanmış davranışlara, değersel anlamlara değil değersel kelimelere odaklanır. Yalnız nesnel koşullar altında yapılan nesnel değerlendirmelere geçerli saydığı için, bu yaklaşımlar, anlatılar yoluyla farklı şekillerde ve zamanlarda yeniden kurulan, ifade edilen ve onlar aracılığıyla kavranabilen kişisel gerçekliğe nazaran kördür. Anlatısallığın hammaddesi gerçek insanların öyküleridir. Bilimi ve analitik felsefe ağırlıklı tıpetiği de hastalarımızın öykülerine dair yorumlarımıza bilgisel bir temel sağlayabilir ve dolayısıyla, onlara nasıl yanıt vereceğimiz konusunda bizleri aydınlatabilir (121).

Çalışmamıza katılan hastalar obezite tanısı almış bireylerden oluşmaktadır. Obez hastaların; obeziteye bağlı bir çok sağlık riskleri ve yanı sıra toplumun ideal

beden normlarına uyamadıklarından dolayı sözel, bakışsal, davranışsal pek çok problem yaşadıkları bildirilmektedir. Obez kişilerin tedavi olma gerekliliği ortaya çıktığında veya kendilerinin tedavi olmaya karar vermesi sürecinde onlara yardımcı olacak sağlık ekibinin yaklaşımı çok büyük önem arz etmektedir. Sağlık ekibi içinde yer alan hekim, diyetisyen, hemşire, psikolog tedavi olacak kişiye yaklaşırken medikal tedavinin yanında kişinin duygulanımlarını, beklentilerini göz önüne almalıdır. Aksi takdirde beklentilerin örtüşmemesi veya hastanın kendini değersiz hissetmesi tedavinin amacına ulaşmasına engel olabileceği gibi bazen tedaviyi reddetmelerine de neden olabilmektedir. Zira hastalar kendilerini dinleyen, anlayan, empati kurabilen, hikayelerine kulak veren tedavi ekibine güven duyacak ve iyi bir iletişimle üst amaca yaklaşım artacaktır (120,121).

Hastaların içinde buldukları ruh hallerini, yaşadıklarını, duygu, düşünce ve beklentilerini sözlü veya yazılı ifade etmeleri ve tıbbi uygulamada bulunan kişilerin bunları göz önüne almaları tedavinin etkinliğini artıracaktır.

### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

Obezite yaşam kalitesini düşüren çok faktörlü kronik bir hastalıktır. Tüm dünyada hızla artmakta birey ve toplumları etkilemektedir. Obezite, endokrin sistem, kardiyovasküler sistem, solunum sistemi, deri, genitor-üriner sistem, kas-iskelet sistemi ve psikososyal durum üzerinde yarattığı olumsuz etkilerden dolayı pek çok sağlık sorununu beraberinde getirmektedir. Bu çalışmada obez ve obez olmayan bireylerde beden algısı ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

#### 3.1. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini Eskişehir ilinde erişkin obezite polikliniği bulunan bir Özel Hastane ile Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Endokrin ve Metabolizma Hastalıkları obezite polikliniğine başvuran ve başvuracağı düşünülen BKİ'si  $30 \text{ kg/m}^2$  ve üzeri olan, 18-64 yaş grubunda ki hastalar oluşturmaktadır.

Bu çalışma Ağustos 2011-Kasım 2012 tarihleri arasında Eskişehir ilinde bir Özel Hastane ile Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Endokrin ve Metabolizma Hastalıkları polikliniğine başvuran 530 hastadan, çalışmaya katılmayı kabul eden 355 hasta ile gerçekleştirilmiştir. Çalışma için Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'dan 2011/242 protokol nolu Etik Kurul onayı alınmıştır. Obez tanısı alan bireylerle ilk ve 6 ay sonrası olmak üzere 2 kez, kontrol grubu ile bir kez görüşüldü. Araştırmaya obez hasta olarak; 18-64 yaş grubunda BKİ'si  $30 \text{ kg/m}^2$  ve üzeri olan obezite ile ilgili ilaç kullanmayan, kilo kontrolü ile ilgili özel eğitim almamış ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan bireyler dahil edildi. Kontrol grubu ise 18-64 yaş grubunda BKİ'si  $18,5-24,9 \text{ kg/m}^2$  arası olan gönüllü kişilerden oluşturuldu. Randomize bir çalışma planlandı.

### 3.2. Verilerin toplanması

Endokrin ve Metabolizma Hastalıkları polikliniklerine obezite nedeniyle başvuran hastaların muayeneleri yapılarak, biyokimyasal parametreleri istenildikten sonra araştırmaya katılmaya gönüllü olanlardan ilk görüşmede anket formlarını doldurmaları istendi ve beden ölçümleri yapıldı.

Boy ölçümü için sabit bir duvarda hazırlanan boy ölçer(cm), ağırlık için(max:250kg) sabit yer baskülü kullanıldı. Beden Kitle İndeksleri(BKİ) hastaların beden ağırlıklarının(kilogram) boylarının metre karesine bölünmesi ile  $\text{kg/m}^2$  olarak belirlendi. Hastaların kiloları ölçülürken üzerlerindeki ağır giysiler mümkün olduğunca çıkartılarak ve boyları ayakkabısız ölçüldü. BKİ'si  $30 \text{ kg/m}^2$  ve üzeri olan hastalar obez kabul edilerek çalışmaya dahil edildi. Bel ve kalça çevrelerini ölçme için mezura(cm) kullanıldı. Ölçümler aynı kişi tarafından yapıldı. Hastaların test sonuçlarının çıkması ve doktoru tarafından değerlendirilmesini takiben sağlıklı beslenme alışkanlıkları kazandıracak nitelikte, diyet yapmasını gerektiren bir hastalık varsa göz önüne alınarak, hazırlanan zayıflama diyetleri, egzersiz programı ve eğitim verildi(Hastaların belirledikleri aralıklarda kilo takibi ve motivasyon açısından ayrıca görüşüldü).

Hastalar 6 ay sonra tekrar anketlerin doldurulması, beden ölçülerinin alınması ve biyokimyasal parametrelerin çalıştırılması ile kontrol edildi. İlk görüşme hasta verileri Obez(A), 6. ay sonraki hasta verileri Obez(B) olarak adlandırıldı.

Kontrol grubuna aynı protokol bir kez uygulanarak veriler toplandı.

### 3.2.1. Veri toplama araçları

Hastalara Veri tanılama formu, Biyokimyasal parametrelerin toplandığı form, Sürekli Kaygı Ölçeği, Durumluk Kaygı Ölçeği, Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Form [(SF-36)(QOL)], Çok Yönlü Beden Self İlişkileri Ölçeği(MBSRQ), Zunk Depresyon Değerlendirme Ölçeği ve Zunk Anksiyete Değerlendirme Ölçekleri uygulandı.

3.2.1.1. Veri tanılama formu; Bireysel ve metabolik özellikler olmak üzere 2 bölümde oluşturuldu.

3.2.1.1.1. Bireysel özellikler; Yaş, cinsiyet, öğretim durumu, medeni durum, yemek yeme alışkanlıkları, ailede obezite varlığı, kişinin gözünden kendi kilosunu değerlendirmesi ve kilo verme konusunda ki eylemleri sorgulandı. Bu bilgiler 29 sorudan oluşan bir form ile sağlandı. Bu form hastalara ilk görüşme ve kontrolde olmak üzere 2 kez, kontrol grubuna 1 kez uygulandı(Ek 8.1: Veri Tanılama Formu).

3.2.1.1.2. Metabolik özellikler; Hastaların 8-14 saatlik açlık sonrası Açlık Kan Glukoz(AKŞ), LDL Kolesterol, HDL kolesterol, Total Kolesterol, Trigliserid, ALT, TSH, BUN, Kreatinin, Ürik Asit, Hemogram, düzeylerine bakıldı. Bu parametreler hastalarla ilk görüşmede ve kontrolde olmak üzere 2, kontrol grubunda bir kez çalışıldı. Bu parametrelerin obezite takibinde rutin olarak istenmesi nedeniyle; çalışma hastalara ve ülke ekonomisine ilave bir maliyet getirmedi(Ek 8.2: Metabolik Özellikleri Tanılama Formu).

3.2.1.2. Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Form [(SF-36)(QOL)]; SF-36 sağlık durumları ile yaşam kalitelerinin incelenmesinde kullanılmak üzere 1987 yılında John E. Ware, Sherbourne CD tarafından geliştirilmiştir(12). Ölçeğin özgün adı Medical Outcomes Study Short Form-36(SF-36) Health Survey Questionnaire(QOL)'dir (12,102). 36 ifade içeren SF-36, 8 alt boyut içermektedir. Ölçeğin 8 alt boyutu; fiziksel fonksiyon, fiziksel rol kısıtlaması,

emosyonel rol kısıtlaması, mental(ruhsal) sağlığı değerlendiren çok başlıklı skala şeklindedir (12).

Türkçe formunun adı Kısa Form 36 (SF-36) dır. Hikmet Koçyiğit, Ömer Aydemir, Neşe Ölmez ve Asuman Memiş tarafından geçerlilik ve güvenirliliği yapılarak Türkçeye uyarlanmıştır. Ölçeğin bir toplam puanı yoktur. Yalnızca 8 alt boyutun puanları hesaplanır. Her bir alt boyut puanı 0-100 arasında değişir (12). Pozitif puanlamaya sahip SF-36; her alanının puanı yükseldikçe, sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi artacak şekilde puanlanmıştır(12,102,154,236). Ölçekte düz ve ters ifade sorular yer almaktadır. Çalışmanın SF-36 ölçek verilerinin puanlaması yapılırken Editörlüğünü Prof. Dr. Ömer Aydemir ve Prof. Dr. Ertuğrul Köroğlu'nun yaptığı “Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler” kitabından yararlanılmıştır. Kitapta yer alan hesaplama yöntemi ile ölçeğin alt boyutlarına ait ham puanlar bulunmuştur. Ancak 0-100 arası puan elde edilememiştir. “[www.uoonkolji.org/files/kisaForm36.pdf](http://www.uoonkolji.org/files/kisaForm36.pdf)” adresinden ulaşılan SF-36 sunusundaki;

$$“( \text{ham puan} - \text{en düşük ham puan} ) \div \text{olası ham puan} \times 100”$$

formülü modifiye edilerek ölçeğin alt boyutlarına ait puanlar hesaplandı(154,219,242), (Ek 8.3: SF-36 formu).

3.2.1.3. Sürekli Kaygı Ölçeği ve Durumluk Kaygı Ölçeği[(STAI)(State-Trait Anxiety Inventory)]; Spielberger ve arkadaşları(1970) tarafından geliştirilen bu ölçek her biri 20 sorudan oluşan sürekli ve durumluk olmak üzere iki alt ölçekten oluşmaktadır. Durumluk kaygı ölçeği, bireyin belirli bir anda ve belirli koşullarda kendini nasıl hissettiğini, sürekli kaygı ölçeği ise bireyin içinde bulunduğu durum ve koşullardan bağımsız olarak kendini nasıl hissettiğini belirler. Durumluk ve Sürekli Kaygı ölçeğinin Türkçe'ye adaptasyonu, Öner ve Le Compte tarafından 1983 yılında Türkçe'ye uyarlanmıştır (5).

3.2.1.3.1. Durumluk kaygı ölçeği(STAI-1); Hastanın muayene için gelip doktorla görüşmesinin ardından, çalışmaya katılmayı kabul eden  $BKİ \geq 30$   $kg/m^2$  olan hastalara Veri Tanılama Formu ile birlikte uygulandı. Ölçek 10 ters, 10 düz ifade olmak üzere 20 sorudan oluşmaktadır. Puanlama düz ifade puanları toplamından ters ifade puanları toplamı çıkarılarak bulunan sayıya 50 sabit rakamı eklenerek elde edildi. Sonuçlar 20-80 puan arası değişmekte olup, puan yükseldikçe kaygı artar (5), (Ek 8.4.1: Durumluk kaygı ölçeği formu).

3.2.1.3.2. Sürekli kaygı ölçeği(STAI-2); Hastanın muayene için gelip doktorla görüşmesinin ardından, çalışmaya katılmayı kabul eden  $BKİ \geq 30$   $kg/m^2$  olan hastalara Veri Tanılama Formu ile birlikte uygulandı. Ölçek 7 ters, 13 düz ifade olmak üzere 20 sorudan oluşmaktadır. Puanlama düz ifade puanları toplamından ters ifade puanları toplamı çıkarılarak bulunan sayıya 35 sabit rakamı eklenerek elde edilir. Sonuçlar 20-80 puan arası değişir. Puan yükseldikçe kaygı artar (5), (Ek 8.4.2: Sürekli kaygı ölçeği formu).

3.2.1.4. Çok Yönlü Beden Self İlişkileri Ölçeği; Çok Yönlü Beden-Self İlişkileri Ölçeği (The Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire- MBRSQ); Ölçek 1984 yılında Winstead ve Cash tarafından beden imgesinin çok yönlü incelenmesini ve gerçekleştirmek amacıyla geliştirilmiştir. Türkiye’de ölçeğin geçerlik ve güvenilirliği Selma Doğan ve Orhan Doğan (1992) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin 57 maddesi ve 7 alt grubu (görünüşü değerlendirme, görünüş yönelimi, fiziksel yeterliği değerlendirme, fiziksel yeterlik yönelimi, sağlık değerlendirmesi, sağlık yönelimi ve beden alanlarından doyum) vardır (68).

Çok Yönlü Beden Self İlişkileri Ölçeği Hastanın muayene için gelip doktorla görüşmesinin ardından, çalışmaya katılmayı kabul eden  $BKİ \geq 30$   $kg/m^2$  olan hastalara Veri Tanılama Formu ile birlikte uygulandı. Likert tipi bir ölçek olan Çok Yönlü Beden Self İlişkileri Ölçeği ters ve düz ifadelerden oluşmaktadır. Puanlama ölçeğin alt boyutları için öngörülen soruların puanlarının toplanarak soru sayısına bölünmesiyle oluşturuldu. Alt grupların puanları 1-5



arasında değişir. 1- en kötü, 5-en iyiyi temsil eder. Maddelerin toplam puanı 57-285 arasında değişir (68),(Ek 8.5: Çok Yönlü Beden Self İlişkileri Ölçeği formu).

### 3.2.1.5. Zunk Anksiyete ve Depresyon Ölçekleri:

3.2.1.5.1. Zunk Anksiyete Ölçeği; Depresif semptom taramasında yaygın olarak kullanılan ve 20 sorudan oluşan bir ölçektir(Zung-1965). Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ceyhun ve Akça(1996) tarafından yapılmıştır (8). Ölçek 20 sorudan oluşmaktadır. Soruların 15'i düz ifade, 5'i(5,9,13,17,19) ters ifadeden oluşmakta ve tüm soruların puanları toplanarak sonuç elde edilmektedir. Soru formu olarak kullandığımız ölçek ölçeğin İngilizce formu ile karşılaştırılmış, 13.soruda çeviri hatası olduğu tespit edilmiştir. Ölçeğin değerlendirilmesinde 13. soru düz ifade olarak kabul edilmiş, değerlendirmede ona göre yapılmıştır (3,50).

Ölçeğin skoru 25-100 arasındagerçekleşmektedir. 45 ve altı normal, 45-59 minimal anksiyete, 60-74 şiddetli anksiyete, 75 ve üstü çok şiddetli anksiyeteyi ifade etmektedir. Ölçek; hastanın muayene için gelip doktorla görüşmesinin ardından, çalışmaya katılmayı kabul eden  $BKİ \geq 30$   $kg/m^2$  olan hastalara Veri Tanılama Formu ile birlikte uygulandı(Ek 8.6.1: Zunk Anksiyete Ölçeği formu).

3.2.1.5.2. Zunk Depresyon Ölçeği; Depresyon taramasında yaygın olarak kullanılan ve 10'u ters, 10'u düz ifade olmak üzere 20 sorudan oluşan bir ölçektir(Zung-1965), (106). Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ceyhun ve Akça(1996) tarafından yapılmış bir depresyon değerlendirme ölçeğidir (8,250). Tüm soruların puanları toplanarak değerlendirilmektedir. Skorlanması 49 ve altı normal, 50-69 arası depresyon, 70 ve üstü şiddetli depresyon şeklindedir(43),(Ek 8.6.2: Zunk Depresyon Ölçeğiformu).

Ölçek; hastanın muayene için gelip doktorla görüşmesinin ardından, çalışmaya katılmayı kabul eden  $BKİ \geq 30$   $kg/m^2$  olan hastalara Veri Tanılama Formu ile birlikte uygulandı.

Ölçek; hastanın muayene için gelip doktorla görüşmesinin ardından, çalışmaya katılmayı kabul eden BKİ $\geq$ 30 kg/m<sup>2</sup>olan hastalara Veri Tanılama Formu ile birlikte uygulandı.

3.2.1.6. Anlatsallık; Hayat devam ederken, insani ilişkilerimizi sürdürürken dilden arınmış bir hayat söz konusu olamaz. Dili kullanarak, söz ve yazı ile duygu ve deneyimlerimizi ifade ederiz. Bu ifadeler sadece ifade boyutları ile değil sahip oldukları anlam boyutları ile detaylı olarak incelendiğinde ait oldukları konuların detaylarıdır.

Anlatsallık bir düzenleme, bir öyküdeki tüm olayları anlamlı bir dizge oluşturacak şekilde birbirine ekleyen bir yapılandırma olarak tanımlanmaktadır. Bu yaklaşıma göre ahlaki eylemin öznesi yaşamın anlamına, etik değerlere ilişkin bilgisini, söz konusu anlatıya aktarır. Anlatılar içinde yaşanan toplumla ilgili bir bağ bulunsa da her bireyin anlatısı kendine özgüdür. Tıp anlatsal bilgi olmaksızın varlığını devam ettiremez. Tıp uygulamalarında kişinin anlattıklarının tanı koyma, tedaviyi planlama ve izlemde çok önemli bir yeri vardır(121).

Klinikte çalışanlar anlatının, yorumun, pratik akla dayalı kavramın ne denli önemli olduğunu bilirler. Anlatsal etiğin amacı, belli bir konuda yargıda bulunmadan önce eylemin kişisel ve tarihsel yönlerini anlamaktır. Anlatılan ister hastaya ister aile üye ve öteki yakınlarına ait olsun bir etik sorunun kamuda tartışılması ve değerlendirilmesine de olanak sağlar.

Obezite tanısı almış, araştırmaya katılmaya gönüllü olan kişilere birer defter verilerek, 6. ay kontrollerine gelinceye kadar, kilolarının hayatlarını nasıl etkilediğini, bedenlerinden dolayı yaşadıkları sıkıntılarını, deneyimlerini, beklentileri yazmaları istendi. 23 hastadan defter dönüşü sağlandı. Defterler daha sonra anlatsallık çerçevesinde değerlendirildi.

Veri girişleri SPSS - PASW Statistics 18'de yapıldı.

Kategorik verilerin analizinde Chi Square Testi, Obez(A) ile Obez(B) grubu karşılaştırmalarında Wilcoxon Signed Rank Testi, Obez(A) veya Obez(B) ile Kontrol grubu karşılaştırmalarda Mann Whitney U Testi(ikili gruplarda örn; cinsiyet), grup sayısı ikiden fazla olanlarda Kruskal Wallis Testleri(örn; yaş gruplaması gibi) kullanıldı.

Yaş, kilo, BKİ, metabolik parametreler ile ölçeklere ait sayısal verilerin iki grup arasında karşılaştırmalarda t testi uygulandı.

#### 4. BULGULAR

Obezite prevalansı tüm dünyada epidemik bir salgın gibi artmaya devam etmektedir. Obezitenin olumsuz etkileri arasında eşlik eden hastalıklar, fiziksel, sosyal, ekonomik sorunlar yanısıra negatif beden imajı ve negatif yaşam kalitesi başlıcalarıdır.

Araştırma yaşları 18-64 arasında olan 494 kişi ile tamamlanmıştır. BKİ  $\geq 18,5$ -24,9  $\text{kg/m}^2$  aralığında olanlar kontrol grubu, BKİ  $\geq 30$   $\text{kg/m}^2$  ve üzeri olanlar hasta grubu olarak çalışmaya alınmıştır.

Araştırmaya katılmayı kabul ederek ilk görüşmeyi tamamlayan hasta sayısı 355 kişidir. 6 ay sonraki kontrollerde ilk görüşmeyi tamamlamış olan hastalardan 301'ine ulaşılmıştır. Araştırmaya katılım Obez grubunda % 84,7 olarak tamamlanmıştır.

Yapılacak istatistiki değerlendirmeler nedeniyle ilk ve 6 ay sonraki kontrol değerlendirmelerini eksiksiz tamamlayan 301 kişi çalışmanın hasta grubu olarak değerlendirilmiştir. Bu grubun verileri ilk test Obez(A), 6 ay sonraki testler Obez(B) grupları olarak değerlendirilmiştir. Hasta grubunun 220'si (% 73,1) kadın, 81'i (% 26,9) erkektir. Bu grubun yaş ortalaması  $37,79 \pm 10,60$  yıl olarak bulunmuştur. 193 kişi çalışmanın kontrol grubunu oluşturmuştur. Kontrol grubunun 132'si (% 68,4) kadın, 61'i (% 31,6) erkektir. Kontrol grubunun yaş ortalaması  $33,62 \pm 8,59$  olarak hesaplanmıştır. Obez grubun kadın yaş ortalaması  $37,60 \pm 10,94$ , erkek yaş ortalaması  $38,33 \pm 9,70$  olarak, kontrol grubunun kadın yaş ortalaması  $31,98 \pm 8,98$ , erkek yaş ortalaması  $37,18 \pm 6,45$  yıl olarak hesaplanmıştır.

Obez ve kontrol grubu eğitim durumları açısından karşılaştırıldığında, kontrol grubunun eğitim düzeyinin obez gruptan daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Çalışmaya katılan hasta ve kontrol grubunun sosyodemografik özellikleri Tablo 3'de yer almaktadır.

**Tablo 3: Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri**

		Obez		Kontrol	
		Ortalama Median (%25-%75)		Ortalama Median (%25-%75)	
Yaş		37,79±10,60 38,00 (30,00-45,00)		33,62±8,59 34,00 (27,00-40,00)	
		Sayı	%	Sayı	%
Cinsiyet	Kadın	220	73,1	132	68,4
	Erkek	81	26,9	61	31,6
Medeni durum	Evli	222	73,8	117	60,6
	Bekar	60	19,9	72	37,3
	Dul	19	6,3	4	2,1
Çocuk varlığı	Var	229	76,1	107	55,4
	Yok	72	23,9	86	44,6
Eğitim durumu	İlkokul	81	26,9	15	7,8
	Ortaokul	50	16,6	29	15,0
	Lise	86	28,6	68	35,2
	Üniversite	84	27,9	81	42,0
Meslek	Çalışmıyor	13	4,3	40	20,7
	Ev hanımı	132	43,9	9	4,7
	İşçi	37	12,3	71	36,8
	Memur	54	17,9	69	35,8
	Serbest meslek	15	5,0	3	1,6
	Emekli	16	5,3	1	0,5
	Diğer	34	11,3	0	0

Fiziksel aktivitenin obezite üzerine olumlu etkileri vardır. Bu kapsamda hastalara; “Egzersiz yapabileceğinize inanıyor musunuz?” sorusu sorulmuş aşağıdaki Tablo 4’de gösterilen yanıtlar alınmıştır.

**Tablo 4: Katılımcıların Egzersiz Yapabileceklerine Olan İnançlarının Dağılımı**

Egzersiz yapabileceğinize inanıyor musunuz?	Obez(A)		Obez(B)		Kontrol	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Kesinlikle inanıyorum.	37	12,3	127	42,2	43	22,3
İnanıyorum.	145	48,2	129	42,9	99	51,3
Kararsızım.	60	19,9	24	8,0	33	17,1
İnanmıyorum.	48	15,9	8	2,7	16	8,3
Kesinlikle inanmıyorum.	11	3,7	13	4,3	2	1,0

Egzersizlerin haftada en az 3 kez 30-60 dakika arasında olması önerilmektedir (127,158,195,230). Hastalara her seferinde en az 30 dakikalık yürüyüşü kapsayan egzersiz yapıp yapmadıkları sorulmuş yanıtlar Tablo 5’de gösterilmiştir.

Araştırmaya katılan obez (A) ve (B) grubunun her seferinde en az 30 dakikalık yürüyüş yapma yanıtları incelendiğinde obez(B) grubundan 259’unun (% 86,0) egzersiz yapma konusunda daha aktif hale geldiği saptanmıştır.

**Tablo 5: Katılımcıların Her Seferinde En Az 30 Dakikalık Yürüyüşü Kapsayan Egzersiz Yapma Konusundaki Görüşlerinin Dağılımı**

Her seferinde en az 30 dakikalık yürüyüşü kapsayan egzersiz yapıyor musunuz?	Obez(A)		Obez(B)		Kontrol	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Evet	127	42,2	259	86,0	107	55,4
Hayır	174	57,8	42	14,0	86	44,6

Fiziksel aktivite kilo kayıpları, kardiyovasküler risk faktörlerinin azaltılması, fiziksel ve sosyal sağlığa ilişkin yaşam kalitesinin artırılmasında etkili bir parametredir (7,147,230,234). Hastaların egzersiz sıklıklarına ilişkin görüşleri Tablo 6’da gösterilmiştir. İlk kontrolde Obez(A) hasta grubunun “Her seferinde en az 30 dakikalık yürüyüşü kapsayan egzersiz yapıyor musunuz?” sorusuna 136’sı (% 45,2) hayır yanıtını verirken, 6 ay sonraki kontrollerde Obez(B) hasta grubunun sadece 8’inin (% 2,7) hayır yanıtını verdiği görülmektedir.

Hasta grubunun ilk ve 6 ay sonraki “hayır” yanıtları karşılaştırıldığında yürüyen veya egzersiz yapan hasta sayısının arttığı açıkça görülmektedir.

Hareket ve/veya yürüyüşün artırılması zayıflama programlarının en önemli ayaklarından birini oluşturmaktadır. Çalışmamıza katılan hastalar ideal kilolarına inememiş olsa da, sağlıkları için iyi bir alışkanlık edindikleri kanaatine varılmıştır.

**Tablo 6: Katılımcıların Her Seferinde En Az 30 Dakikalık Yürüyüşü Kapsayan Egzersiz Yapma Sorusuna “Evet” Cevabını Verenlerin Bu Aktiviteyi Haftalık Yapma Sıklıklarının Dağılımı**

En az 30 dakikalık yürüyüşü kapsayan egzersiz sıklığı	Obez(A)		Obez(B)		Kontrol	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hayır	136	45,2	8	2,7	87	45,1
Haftada 1 kez	36	12,0	25	8,3	17	8,8
Haftada 2 kez	48	15,9	58	19,3	21	10,9
Gün aşırı	45	15,0	121	40,2	27	14,0
Her gün	36	12,0	89	29,6	41	21,2

Her seferinde en az 30 dakikalık yürüyüşü kapsayan egzersiz yapma cinsiyetler açısından karşılaştırıldığında Obez(A) ve Obez(B) gruplarında başlangıca göre 6.ay kontrollerde her iki cinsiyette de yürüyüş yapan kişi sayısı artmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Kontrol grubunda ise cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Kontrol grubunda Her seferinde en az 30 dakikalık yürüyüşü kapsayan egzersiz yapma sorusuna kadınların çoğunluğu hayır yanıtı verirken, erkeklerin çoğunluğunun evet yanıtı verdiği görülmektedir. İstatistiksel farkın bu durumdan kaynaklanmış olabileceğini tahmin edilmektedir. Katılımcıların Her Seferinde En Az 30 Dakikalık Yürüyüşü Kapsayan Egzersiz yapma Durumlarının Cinsiyetlerine Göre Dağılımı ve Chi Square Testi ile Değerlendirilmesi aşağıda Tablo 7’de yer almaktadır.



**Tablo 7: Katılımcıların Her Seferinde En Az 30 Dakikalık Yürüyüşü Kapsayan Egzersiz yapma Durumlarının Cinsiyetlerine Göre Chi Square Testi ile Dağılımı**

	Obez(A) Sayı %		P	Obez(B) Sayı %		P	Kontrol Sayı %		P
	K	E		K	E		K	E	
Her seferinde en az 30 dakikalık yürüyüşü kapsayan egzersiz yapıyor musunuz?	Evet	91 41,4	36 44,4	0,631	191 86,8	68 84,0	64 48,5	43 70,5	0,004
	Hayır	129 58,6	45 55,6		29 13,2	13 16,0	68 51,5	18 29,5	

$p > 0.05$ ns,  $p < 0.05$ \*,  $p < 0.01$ \*\*,  $p < 0.001$ \*\*\*.

Her seferinde en az 30 dakikalık yürüyüşü kapsayan egzersiz yapma ile yaş grupları karşılaştırıldığında Obez(A) ve Obez(B) gruplarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Kontrol grubunda ise yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Katılımcıların her seferinde en az 30 dakikalık yürüyüşü kapsayan egzersiz yapma durumlarının Chi Square Testi ile yaş gruplarına göre dağılımı ve değerlendirilmesi Tablo 8'de yer almaktadır.

**Tablo 8: Katılımcıların Her Seferinde En Az 30 Dakikalık Yürüyüşü Kapsayan Egzersiz yapma Durumlarının Yaş Gruplarına Göre Dağılımı ve Chi Square Testi ile Dağılımı**

	Obez(A) Sayı %				p	Obez(B) Sayı %				p	Kontrol Sayı %				p	
	YAŞ					YAŞ					YAŞ					
	18-27,9	28-37,9	38-47,9	48+		18-27,9	28-37,9	38-47,9	48+		18-27,9	28-37,9	38-47,9	48+		
Her seferinde en az 30 dakikalık yürüyüşü kapsayan egzersiz yapıyor musunuz?	<b>Evet</b>	26 41,9	35 43,8	38 36,9	28 50,0	0,446	58 93,5	66 82,5	86 83,5	49 87,5	0,221	17 33,3	46 66,7	42 62,7	2 33,3	0,001
	<b>Hayır</b>	36 58,1	45 56,2	65 63,1	28 50,0		4 6,5	14 17,5	17 16,5	7 12,5		34 66,7	23 33,3	25 37,3	4 66,7	

p>0.05ns, p<0.05\*, p<0.01\*\*, p<0.001\*\*\*.

Egzersiz sıklığının eğitim grupları açısından karşılaştırmasında Obez(A) grubunda istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Egzersiz yapan Kişi sayısının en yüksek olduğu grup lise mezunları olmasından dolayı farklılık bu gruptan kaynaklandığı düşünülmektedir. Obez(B) ve kontrol grubunda egzersiz yapma sıklığı ile eğitim arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Katılımcıların yanıtları Tablo 9'da yer almaktadır.

**Tablo 9: Katılımcıların Her Seferinde En Az 30 Dakikalık Yürüyüşü Kapsayan Egzersiz yapma Sorusuna “Evet” Cevabını Verenlerin Bu Aktiviteyi Haftalık Yapma Sıklıklarının Eğitim Gruplarına Göre Dağılımı ve Chi Square Testi ile Dağılımı**

	Obez(A) Sayı %					Obez(B) Sayı %					Kontrol Sayı %				
	EĞİTİM					EĞİTİM					EĞİTİM				
	İlkokul	Orta okul	Lise	Üniver site	P	İlkokul	Orta okul	Lise	Üniver site	P	İlkokul	Orta okul	Lise	Üniver site	P
<b>En az 30 dakikalık yürüyüşü kapsayan egzersiz sıklığı</b>	Hayır	38	16	34	48	3	0	3	2		4	11	34	38	
	Haftada 1 kez	46,9	32,0	39,5	57,8	3,7	5	9	2,4		26,7	37,9	50,0	46,9	
	Haftada 2 kez	13	8	4	11	7	8,6	10,0	4,8	0,174	2	5	1	9	
	Gün aşırı	16,0	16,0	4,8	13,3	18	16	11	13		13,3	17,2	1,5	11,1	
Hergün	11	11	18	7	0,025	22,2	32,0	12,8	14,5		0	5	9	7	0,093
		13,6	22,0	20,9	8,4	30	21	32	38		3	1	10	13	
		10	11	15	9	37,0	42,0	37,2	45,8		20,0	3,4	14,7	16,0	
		12,3	22,0	17,4	10,8	23	8	31	27		6	7	14	14	
		9	4	15	8	28,4	16,0	36,0	32,5		40,0	24,1	20,6	17,3	
		11,1	8,0	17,4	9,6										

p>0.05ns, p<0.05\*, p<0.01\*\*, p<0.001\*\*\*.

Obez katılımcıların çalışmanın başlangıcına göre 6. ay kontrollerinde tüm yaş gruplarında haftalık egzersiz yapma sayısının arttığı görülmektedir. Obez(A) ve Obez(B) grubunda egzersiz yapma sıklığı ile yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Kontrol grubunda ise hergün egzersiz yaptığını ifade eden 28-37,9 yaş grubundan kaynaklanan istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. Katılımcıların yanıtları Tablo 10'da gösterilmektedir.

**Tablo 10: Katılımcıların Her Seferinde En Az 30 Dakikalık Yürüyüşü Kapsayan Egzersiz yapma Sorusuna “Evet” Cevabını Verenlerin Bu Aktiviteyi Haftalık Yapma Sıklıklarının Yaş Gruplarına Göre Dağılımı ve Chi Square Testi ile Dağılımı**

	Obez(A) Sayı %					Obez(B) Sayı %					Kontrol Sayı %				
	YAŞ					YAŞ					YAŞ				
	18-27,9	28-37,9	38-47,9	48+	P	18-27,9	28-37,9	38-47,9	48+	P	18-27,9	28-37,9	38-47,9	48+	P
Hayır	31	34	54	17		0	3	2	3		34	23	26	4	
	50,0	42,5	52,4	30,4			3,8	1,9	5,4		66,7	33,3	38,8	66,7	
Haftada 1 kez	6	9	12	9		3	11	8	3		3	8	6	0	
	9,7	11,2	11,7	16,1		4,8	13,8	7,8	5,4		5,9	11,6	9,0		
Haftada 2 kez	9	10	13	16		8	13	24	13	0,149	4	8	9	0	
	14,5	12,5	12,6	28,6	0,059	12,9	16,2	23,3	23,2		7,8	11,6	13,4		
Gün aşım	7	19	14	5		25	28	45	23		4	7	15	1	
	11,3	23,8	13,6	8,9		40,3	35,0	43,7	41,1		7,8	10,1	22,4	16,7	
Hergün	9	8	10	9		26	25	24	14		6	23	11	1	
	14,5	10,0	9,7	16,1		41,9	31,2	23,3	25,0		11,8	33,3	11,4	16,7	

p>0.05ns, p<0.05\*, p<0.01\*\*, p<0.001\*\*\*.

Obezitenin tüm Dünya da epidemik bir salgın hastalık gibi görülerek önlem alınmasında en önemli etkenlerden biride obeziteye eşlik eden hastalık riskleridir. Çalışmaya katılan hastaların [Obez(A)] ilk kontrollerinde 83'ünün (% 27,6) obeziteye eşlik eden bir hastalığının olduğu tespit edilmiştir. Tanılanan hastalıklar irdelendiğinde 26'sının (% 31) Psikiyatrik ve Ruhsal sorunlar, 25'inin (% 30) Hipertansiyon, 18'inin (% 21) Diabetes Mellitus, 5'inin (% 6) Sindirim Sistemi Hastalığı, 3'ünün (% 3,6) Diabetes Mellitus ve Hipertansiyon, 9'unda (% 8,4) Polikistik Over, Uyku Bozukluğu, Kalp damar hastalığı, Astım, Hiperlipidemi, İnsülin Direnci, Guatr olduğu saptanmıştır. Hastalık tanılayan hastaların neredeyse tamamında obeziteye çok sık eşlik eden Metabolik Sendrom Hastalığının alt komponentlerinin bir veya birkaçını taşıdığı görülmektedir.

Hastaların [Obez(B)] 6 ay sonra ki kontrollerinde 99'inin (% 32,9) obeziteye eşlik eden bir hastalığının olduğu tespit edilmiştir. Obez(A) hasta grubunda 83'ü (% 27,6) obeziteye eşlik eden bir hastalık taşıırken, 6 ay sonra ki kontrollerde bu sayının 16 hasta daha arttığı görülmektedir. Bu durumun Obez(A) grubuna uygulanan detaylı klinik muayene ve eğitimlerin "farkındalığı artırdığından" kaynaklandığı düşünülmektedir. Obez(B) hastaların tanılanan hastalıkları irdelendiğinde 26'sının (% 26,2) Psikiyatrik ve Ruhsal sorunlar, 27'sinin (% 27,2) Hipertansiyon, 25'inin (% 25,2) Diabetes Mellitus, 9'unun (% 9) Sindirim Sistemi Hastalığı, 3'ünün (% 3) Diabetes Mellitus ve Hipertansiyon, 9'unda (% 9,4) Polikistik Over, Uyku Bozukluğu, Kalp damar hastalığı, Astım, Hiperlipidemi, insülin Direnci, Guatr olduğu saptanmıştır. Obez(B)'lerin tanılanan hastalıkları da neredeyse tamamı obeziteye çok sık eşlik eden Metabolik Sendrom Hastalığının alt komponentlerinin bir veya birkaçını taşıdığı görülmektedir. Kontrol grubunun neredeyse tamamında obeziteye eşlik eden hastalık olmadığı saptanmıştır. Hastaların obeziteye eşlik eden hastalıklarının varlığına ilişkin görüşleri Tablo 11'de gösterilmiştir.

**Tablo 11: Katılımcıların Obeziteye Eşlik Eden Hastalıklarının Dağılımı**

Obeziteye eşlik eden hastalık varlığı	Obez(A)		Obez(B)		Kontrol	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Evet	83	27,6	99	32,9	1	0,5
Hayır	218	72,4	202	67,1	192	99,5

Obeziteye eşlik eden hastalıkların büyük bir bölümü medikal tedavi gerektirmektedir. Obez(A) hastaların 108'i (% 35,8) her gün bir ilaç kullandığını belirtirken, Obez(B) hastaların 96'sı (% 31,8) hergün ilaç kullanmaktaydı. 6 ay sonraki kontrollerde 12 kişinin kullandığı ilaçları bırakması; bu hastaların yaşamını ilaçsız tedaviyle sürdürebilir sağlık düzeyine ulaştığı kanısını oluşturdu.

Obez(A) hastaların 14'ünün (% 12,9) antidepresan ilaç, kalan 94'ünün diğer ilaç gruplarından bir veya birkaçını kullandığı, Obez(B) hastaların 9'unun (% 9,3) antidepresan ilaç, kalan 87'sinin diğer ilaç gruplarından bir veya birkaçını kullandığı tespit edilmiştir.

Araştırmaya katılan hastalara sigara ve alkol kullanıp kullanmadıkları sorulduğunda Hastalardan Obez(A) grubunda 88'inin (% 29,2) sigara kullandığı, 213'ünün ise (% 70,8) sigara kullanmadığı, 6 ay sonraki kontrollerde sadece 1 kişinin sigarayı bıraktığı belirlenmiştir. Hastalar alkol kullanıp kullanmadıkları konusunda, 30'u (% 10) kullanıyorum, 271'i (% 90) kullanmıyorum yanıtını vermişti. Hem Obez(A), hem de Obez(B) grubunda alkol kullanımı konusunda ilk görüşme ve altı ay sonraki kontrolde alınan yanıtlar arasında bir farklılık görülmedi.

Ailelerinde obez kişiler olup olmadığı sorusuna verilen yanıtlar Tablo 12’de gösterilmiştir. Obez(B) grubu yanıtlar gözden geçirildiğinde ailede “obez kişi” varlığı sayısının bildiriminde azalış olduğu gözlenmektedir.

Kontrol grubundan 135 kişi (% 69,9) ailelerinde obez kişi yada kişiler olmadığını bildirmiştir.

**Tablo 12: Katılımcıların Ailelerinde Obez Kişi veya Kişilerin Varlığına İlişkin Verdikleri Bilgilerin Dağılımı**

Ailelerinde obez kişi Varlığı	Obez(A)		Obez(B)		Kontrol	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Evet	192	63,8	185	61,5	58	30,1
Hayır	109	36,2	116	38,5	135	69,9

Hastalar ilk ve 6 ay sonraki görüşmelerde yemek yemeyi sever misiniz sorusuna aynı yanıtları, 278’i (% 92,4) “Evet, severim”, 23’ü de (% 7,6) “Hayır, sevmem” yanıtını vermiştir.

Günlük öğün planlamada ideal olan 3 ana öğün yemek tüketimidir. Öğün sayılarının azalış veya artışları besin tüketimin kontrolsüzleşmesine ve sıklıkla fazla kalori alımına sebep olmaktadır. Obez(A) grubu hastalardan 169’unun (% 56,1) 3 öğün yemek tükettiğini, Obez(B) grubu hastalardan 262’sinin (% 87) 3 öğün yemek tükettiği aşağıda Tablo 13’de gösterilmektedir. 3 Ana öğün düzenli yemek tüketmek gliseminin düzenlenmesi açısından önemlidir.

Çalışmamıza katılan hastaların ilk kontrollerinde 4'ü (% 1,3) 1 ana öğün, 85'i (% 28,2) 2 ana öğün yemek tüketirken, 6. ay sonrası kontrolde 2 öğün yemek tüketen sayısının 25'e (% 8,3) düştüğünü ve tek öğün yemek tüketen kalmadığı belirlenmiştir.

Ana öğün olarak 4 ve üzeri öğün tüketmek alınan kalorinin artması açısından şişmanlığa neden olan ana faktörlerden birisini oluşturmaktadır. İlk kontrolde hastaların 43'ü (% 14,3) 4 öğün ve üzeri ana öğün tüketirken, 6. ay sonrası kontrolde bu sayı 14'e (% 4,7) düşmüştür. Kontrol grubunun da 14'ü (% 7,3) 4 öğün ve üzeri ana öğün tükettiğini ifade etmektedir. Ancak kontrol grubunun BKİ'sinin ideal aralıkta olması öğünlerde alınan yiyecek miktarının az olduğunu veya aldıkları enerji ile harcadıkları enerji arasında bir paralellik olduğunu göstermektedir.

Çalışmamızda ilk ve 6.ay kontroller arasında 3 ana öğün yemek tüketenlerin sayısı artarak, kontrol grubunda 3 ana öğün tüketen oranının üzerine çıkmıştır. Bu olumlu dönüşümde alınan eğitimlerin katkısı olduğu düşünülmektedir. Katılımcıların tükettikleri öğün sayılarına ilişkin yanıtlarının dağılımı Tablo 13'de yer almaktadır.

**Tablo 13: Katılımcıların Günlük Tükettikleri Ana Öğün Yemek Sayılarına İlişkin Bildirimlerinin Dağılımı**

Günlük tüketilen ana öğün yemek sayısı	Obez(A)		Obez(B)		Kontrol	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
1 Öğün	4	1,3	0	0	0	0
2 Öğün	85	28,2	25	8,3	37	19,2
3 Öğün	169	56,1	262	87,0	142	73,6
4 ve üstü Öğün	43	14,3	14	4,7	14	7,3



Obez(A) grubunda 163 kişi (% 54,2) ara öğün tüketirken, Obez(B) grubunda bu sayı 121 kişiye (% 40,2) düşerek kontrol grubu verilerine [kontrol grubunun 76'sı (% 39,4)] yaklaşmıştır.

Çalışmada ara öğün tüketme alışkanlığı olanlara tercihleri sorulduğunda; Obez(A) hasta grubunun 162'si (% 53,8) yanıt vermezken, 70'i (% 23,3) meyve, 69'u (% 22,9) çok fazla besin değeri olmayan ancak kalorisi yüksek (çikolata, cips vs) yiyecekleri tüketmekteydi. 6.ay sonrası kontrolde Obez(B) grubu hastalarda besin değeri düşük, kalorisi yüksek olan besinleri tercih eden kişi sayısı 19'a (% 6,3) düşmüştür. Bu durum hastaların sağlıklı beslenme alışkanlıkları kazanmaları açısından olumlu bir kazanım olarak değerlendirilmiştir. Tablo 14'de Obez(A) ve Obez(B) grubu hastaların ara öğün tüketim alışkanlıkları görülmektedir.

**Tablo 14: Katılımcıların Ara Öğün Tüketme Alışkanlığı Olanların Tercih Ettikleri Besin Türlerinin Dağılımları**

Besin türü	Obez(A)		Obez(B)		Kontrol	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yanıtız	162	53,8	206	68,4	129	66,8
Meyve	70	23,3	76	25,2	29	15,0
Çikolata	6	2,0	3	1,0	7	3,6
Cips	15	5,0	1	0,3	9	4,7
Diğer boş enerji kaynakları	35	11,6	10	3,4	14	7,3
Kek-kurabiye	13	4,3	5	1,7	5	2,6

Obezite, bireylerin sağlığını bozmanın yanı sıra negatif beden algısına da neden olan bir hastalıktır. Obez(A) hastaların 285'i (% 94,7) kendisini kilolu (obez) kabul ederken, 6 ay sonrasında 3 kişinin fikrini değiştirdiği 282'sinin (% 93,7) kendini kilolu kabul ettiği belirlenmiştir.

Hastalar kilo vermiş olsalar da ideal BKİ'sine ulaşamamışlardır. Obez hastaların beden algıları ile ilişkili soruya verdikleri yanıtlar Tablo 15'de yer almaktadır.

**Tablo 15: Katılımcıların Kiloları Açışından Kendilerini Nasıl Algıladıklarına İlişkin Görüşlerinin Dağılımı**

Kendimi kilolu kabul ediyorum	Obez(A)		Obez(B)		Kontrol	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Evet	285	94,7	282	93,7	71	36,8
Hayır	16	5,3	19	6,3	122	63,2

Kişiler kilo alırken ortaya çıkan beden yapısı, her birey için aynı değildir. Alınan kilolar bedenın farklı bölgelerinde toplanabileceği gibi, kişilerin ideal beden ve beden uzuvları algıları da farklıdır. Her zaman kişilerin ideal BKİ'sine sahip olması bedeniyle barışık olduğu anlamına gelmemektedir. Kontrol grubu ideal BKİ'sine sahip kişilerden oluşmasına rağmen 33'ü (% 17,1) bedenlerinin abdominal bölgesinden memnun olmadıklarını ifade etmiştir.

Tablo 16'da Obez(A) ve Obez(B) hastaların bedenlerinde en çok rahatsız oldukları bölümleri yer almaktadır. Tablo'da Obez(A) hastaların 46'sı (% 15,3), Obez(B) hastaların 57'si (% 18,9) rahatsız oldukları bir beden bölümü belirtmemiştir. Her bireyin vücudunun kilo veriş şeklinin farklı olması, bir uzuv

incelirken diğzerinin daha öne çıkmasına neden olabilmektedir. Bu durum kişilerin kilo verme programında bedeninde memnuniyetsiz olduğu bölgelerin yer değıştirmesine neden olabilir.

Katılımcılar her iki görüşmede de o anki bedenini algılayış şekline göre farklı yanıtlar vermiştir. Katılımcıların verdikleri yanıtlar aşağıda Tablo 16'da yer almaktadır.

**Tablo 16: Katılımcıların Bedenlerinde Beğenmedikleri Bölümlere İlişkin Yanıtlarının Dağılımı**

Rahatsız olunan Beden bölümü	Obez(A)		Obez(B)		Kontrol	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yanıtsız	46	15,3	57	18,9	123	63,7
Abdominal bölge	142	47,2	151	50,2	33	17,1
Basen	21	7,0	30	10,0	16	8,3
Kol	4	1,3	3	1,0	0	0
Bel	18	6,0	16	5,3	10	5,2
Bacak	10	3,3	4	1,3	2	1,0
Omuz	2	0,7	2	0,7	0	0
Abdominal bölge ve Basen	58	19,3	38	12,6	9	4,7

Hastaların kilo almaya başlama süreçleri sorgulandığında her iki grupta da [Obez(A) ve Obez(B)] aynı cevaplar alınmıştır. Hastaların 103'ünün (% 34,2) çocukluktan, 67'sinin (% 22,3) evlilik sonrası, 84'ünün (% 27,9) gebelik

sonrası, 17'sinin (% 5,6) menopoz sonrası, 3'ünün (% 1) emeklilik sonrası, 27'sinin (% 9,3) askerlik sonrası yanıtları verdiği tespit edilmiştir.

Hastalara “kilo almaya başlayınca ne yaptınız” sorusu yöneltilmiş; bu soruyu Obez(A) hastaların 164'ü (% 54,4) yanıtı bırakırken, 74'ü (% 24,5) diyet yaptım- yemeğimi azalttım, 34'ü (% 11,2) yürüyüş- spor yaptım, 17'si (% 5,6) tamamlayıcı tıptan yararlandım, sadece 12'si (% 3,9) profesyonel destek aldım şeklinde yanıtlamıştır. Obez(B) hastaların hepsi diyet, egzersiz, muayene gibi belli eğitim süreçlerinden geçtikleri için neredeyse tamamı bu soruya profesyonel destek aldım şeklinde cevap vermiştir.

Hastaların ilk görüşme Obez(A), 6 ay sonraki görüşme Obez(B) ve kontrol grubunun beden yapılarına ilişkin ölçüm değerleri aşağıda Tablo 17'de yer almaktadır.

Tablo'da hastaların ilk ve 6 aylık kontroller arasında bel ve kalça ölçülerinin sırasıyla yaklaşık 8 ve 7cm azaldığı, ancak bel/kalça oranında değişim olmadığı görülmektedir. Bu durum hem bel, hem kalçadan kilo verildiği için oransal rakamın değişmediği şeklinde açıklanabilir. BKİ'de ki düşüş kilo verildiğinin kanıtı kabul edilmiştir.

Obez(A) ve Obez(B) grubu istatistiksel olarak karşılaştırıldığında Ağırlık, Bel, Kalça ve BKİ'de Obez(B) grubu lehine anlamlı farklılık saptanmıştır.

**Tablo 17: Katılımcıların Beden Yapılarına İlişkin Ölçüm Özelliklerinin Mann Whitney U ve Wilcoxon Signed Rank Testi Sonuçları**

Beden yapılarına ilişkin özellikler	Obez(A)	Obez(B)	Kontrol
	Ortalama Median (%25-%75)	Ortalama Median (%25-%75)	Ortalama Median (%25-%75)
Boy	164,43±8,49 163,00 (159,00-170,00)	164,43±8,49 163,00 (159,00-170,00)	168,60±8,30 168,00 (163,00-174,25)
Ağırlık	100,0±16,75 96,00 (89,00-108,00) ††***	92,43±16,73 90,00 (80,00-100,00)	63,26±9,31 61,00 (72,00-90,00)
Bel	114,45±13,47 112,00 (106,00-122,00) ††***	107,42±12,63 98,00 (106,00-115,00)	80,38±11,41 77,00 (87,50-101,50)
Kalça	125,66±11,61 125,00 (117,00-132,00) ††***	117,96±10,88 110,00 (117,00-125,00)	98,58±8,20 97,00 (93,00-104,00)
Bel/kalça oranı	0,91±0,07 0,91 (0,86-0,95)	0,91±0,07 0,91 (0,85-0,95)	0,81±0,06 0,80 (0,76-0,86)
BKİ	37,04±6,04 35,45 (32,60-39,47) ††***	34,25±5,94 32,76 (30,11-36,48)	22,13±1,51 22,30 (20,95-23,26)

†† A –B arasındaki farklılıklar A’da verilmiştir.

p>0.05ns, p<0.05\*, p<0.01\*\*, p<0.001\*\*\* .

Hastaların ilk görüşme Obez(A), 6 ay sonraki görüşme Obez(B) ve kontrol grubunun biyokimyasal parametreleri aşağıda Tablo 18’de yer almaktadır.

Hastaların ilk biyokimyasal test sonuçlarına göre 6 ay sonraki kontrol değerlerinde özellikle obeziteyle ilişkili olan Açlık Kan Glukozu (AKŞ), Ürik Asit, LDL Kolesterol, Total Kolesterol, Triglicerid düzeylerinde düşüş, HDL Kolesterol düzeyinde artış saptanmıştır. Bu durum obez hastaların kilo kaybı ile sağlıklarının iyiye gitmesi yönünde pozitif katkı sağlamaktadır. Obez hastaların

profesyonellikten uzak kilo verme programları uygulamalarında Kan Üre Azotu (BUN), Ürik Asit, ALT değerlerinde artış, Hemogloblin (Hg)'de düşüş (Anemi) gibi bazı istenmeyen metabolik sonuçlarla karşılaşılabilir.

Çalışmamızda hastalarımızın biyokimyasal parametrelerinde bu tür olumsuz bir sonuç saptanmamıştır. Bu da kilo vermede profesyonel yardım almanın önemini ortaya koymaktadır.

Obez(A) ve Obez(B) grubu istatistiksel olarak karşılaştırıldığında Açlık Kan Glukozu (AKŞ), Ürik Asit, Total Kolesterol, LDL Kolesterol, HDL Kolesterol ve Trigliserid değerlerinde Obez(B) grubu lehine anlamlı farklılık saptanmıştır.

**Tablo 18: Katılımcıların Biyokimyasal Parametrelerinin Mann Whitney U ve Wilcoxon Signed Rank Testi Sonuçları**

Biyokimyasal Parametreler	Obez(A)	Obez(B)	Kontrol
	Ortalama Median (%25-%75)	Ortalama Median (%25-%75)	Ortalama Median (%25-%75)
Açlık kan glikozu	97,51±17,00 95,00 (88,00-101,50) †††††, †††††	94,01±18,83 91,00 (86,00-96,00) †††††	86,25±21,00 85,00 (79,75-91,00)
BUN	17,38±6,91 16,10 (12,97-20,00) †††††, †††††	16,66±6,14 16,00 (13,00-19,00) †††††	13,71±4,27 13,20 (10,50-16,30)
Kreatinin	0,63±0,21 0,63 (0,50-0,77) †††††, †††††	0,61±0,21 0,60 (0,46-0,70) †††††	0,72±0,20 0,70 (0,62-0,86)
ALT	25,34±17,37 20,00 (16,00-27,00) †††††, †††††	23,62±15,13 19,00 (16,00-25,00) †††††	20,05±8,83 19,00 (15,00-24,00)
Ürik asit	4,56±1,43 4,50 (3,95-5,40) †††††, †††††	4,42±1,25 4,30 (3,90-5,40) †††††	3,62±1,35 3,60 (2,40-4,42)
Total kolesterol	208,91±34,84 210,00 (191,75-229,50) †††††, †††††	199,44±31,39 201,00 (185,00-217,00) †††††	184,05±32,85 189,00 (161,00-201,00)
LDL kolesterol	125,34±31,89 120,00 (102,75-147,00) †††††, †††††	120,44±33,91 113,00 (100,00-135,25) †††††	112,56±23,61 109,00 (96,00-123,25)
HDL kolesterol	45,58±10,90 43,00 (39,00-50,00) †††††, †††††	47,16±8,47 45,00 (42,00-51,25) †††††	50,36±8,68 51,00 (45,00-57,00)
Trigliserid	164,31±90,77 154,00 (110,00-195,25) †††††, †††††	152,01±73,65 142,00 (102,00-180,00)	145,61±60,58 139,00 (113,75-161,00)
TSH	2,27±1,25 2,10 (1,49-2,70) †††††	2,15±1,26 2,10 (1,40-2,50)	2,14±1,00 2,10 (1,47-2,46)
Hemogloblin	13,60±1,59 13,50 (12,50-15,00)	13,62±1,44 13,50 (12,50-14,60)	13,58±1,56 13,30 (12,50-14,62)
Hematokrit	39,93±4,60 39,40 (37,00-43,05) †††††	40,32±5,17 39,20 (36,95-43,40) †††††	39,08±3,81 39,00 (37,00-41,75)
Lökosit	7,37±1,93 7,10 (6,10-8,29) †††††	7,34±1,78 7,10 (6,20-8,10)	6,95±1,85 6,80 (6,00-8,00)
PLT	260,63±54,59 250,00 (221,00-290,00) †††††	258,73±53,57 248,00 (224,75-287,00) †††††	243,56±49,87 232,00 (212,00-270,50)

† A – kontrol arasındaki farklılıklar A’da verilmiştir.

† B – kontrol arasındaki farklılıklar B’de verilmiştir.

†† A –B arasındaki farklılıklar A’da verilmiştir.

p>0.05ns, p<0.05\*, p<0.01\*\*, p<0.001\*\*\* .

Obezite hastalığı bireylerin yaşam kalitesini bozmakta yada azaltmaktadır. Yaşam kalitesini değerlendirmede en sık kullanılan SF-36 ölçeğine verilen yanıtlar değerlendirilmiştir.

Ölçeğin; genel sağlık algısı, ruhsal sağlık ve sosyal işlevsellik alt boyutlarında Obez(A) ve Obez(B) grupları arasında Obez(B) lehine anlamlı olarak istatistiksel fark saptanmıştır.

Ölçeğin alt boyutları irdelendiğinde fiziksel rol güçlüğü, genel sağlık algısı, emosyonel rol güçlüğü, ruhsal sağlık alanlarında puanların ilk ve 6 ay sonraki kontrollerde pozitif yönde değişim, vitalitenin aynı kaldığı, fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon ve ağrı boyutlarında ise düşüş olduğu gözlenmiştir.

Fiziksel ve sosyal fonksiyon puanlarının negatif yönde değişmesinin sebebi olarak; hastaların diyet yaptıkları için eskiye nazaran az besin tüketmeleri, hayatlarına fazla aktivite eklenmesi sonucu kişilerin yorgun düşmesi ve aktivitelerin zaman alması olarak belirlenmiştir.

Hastalar her zaman ve her yerde yapılabilme kolaylığı nedeniyle spor olarak yürüyüşü daha çok tercih etmektedir. Sürekli yürüyüş ve egzersiz yapılması vücudun bazı bölümlerinde ağrıları tetikleyebilmektedir.

Obez(A), Obez(B) ve kontrol grubunun Yaşam Kalitesi Ölçeğine(SF-36) verdikleri yanıtlar aşağıda Tablo 19'da görülmektedir.



Tablo 19: Katılımcılara Uygulanan Yaşam Kalitesi Ölçeğinin(SF-36) Mann Whitney U ve Wilcoxon Signed Rank Testi Sonuçları

	Obez (A)				Obez (B)				Kontrol		
	Min.	Max.	Ortalama Median (%25-%75)		Min.	Max.	Ortalama Median (%25-%75)		Min.	M.	Ortalama Median (%25-%75)
Altı boyut											
Fiziksel işlevsellik	0	100	57,05±27,25 60,00 (40,00-80,00) ††ns, ††††		0	100	55,08±32,43 55,00 (15,00-85,00) ††††		0	100	82,27±20,70 90,00 (70-100)
Fiziksel rol güçlüğü	0	100	53,82±38,80 50,00 (25,00-100,00) ††ns, ††††		0	100	58,05±36,50 50,00 (25,00-100,00) ††††		0	100	83,41±26,94 100 (75,00-100,00)
Ağrı	0	100	54,13±30,53 54,00 (32,00-74,00) ††ns, ††††		0	100	51,01±33,22 52,00 (11,50-74,00) ††††		0	100	77,19±22,22 80,00 (62,00-100,00)
Genel sağlık algısı	0	100	50,44±22,85 52,00 (35,00-67,00) ††††, ††††		5	97	56,97±18,58 57,00 (42,00-72,00) ††††		0	100	67,66±17,23 67,00 (57,00-78,25)
Vitalite (canlılık)	0	100	51,49±22,96 50,00 (35,00-70,00) ††ns, ††††		0	100	51,81±23,71 50,00 (35,00-70,00) ††††		0	100	67,61±19,63 70,00 (55,00-85,00)
Sosyal işlevsellik	0	100	61,66±28,61 62,50 (37,50-87,50) ††††, ††††		0	100	55,81±31,85 62,50 (25,00-87,50) ††††		0	100	78,95±21,64 87,50 (65,50-100,00)
Emosyonel rol güçlüğü	0	100	48,83±36,05 33,33 (33,30-66,67) ††ns, ††††		0	100	51,60±36,34 33,33 (33,30-100,00) ††††		0	100	73,92±31,81 100,00 (66,67-100,00)
Ruhsal sağlık	0	100	56,57±22,10 56,00 (44,00-72,00) ††††, ††††		0	100	61,70±16,92 56,00 (48,00-72,00) ††††		0	100	69,80±18,05 72,00 (56,00-80,00)

† A – kontrol arasındaki farklılıklar A’da verilmiştir(Mann Whitney U Testi).

† B – kontrol arasındaki farklılıklar B’de verilmiştir(Mann Whitney U Testi).

†† A –B arasındaki farklılıklar A’da verilmiştir(Wilcoxon Signed Rank Test).

p>0.05ns, p<0.05\*, p<0.01\*\*, p<0.001\*\*\*.

Yaşam Kalitesi Ölçeğinin(SF-36) yanıtlarının Cinsiyetler açısından değerlendirilmesinde göre uygulamasında obez(A) grubunda ölçeğin tüm alt boyutlarında Erkeklerin hem medianları, hem ortalama puanları Kadınlara göre yüksek olup istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Obez(B) grubunda da Emosyonel Rol Güçlüğü hariç Erkeklerin hem medianları, hem ortalama puanları Kadınlara göre yüksek olup istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Obez(B) grubunda Emosyonel Rol Güçlüğü puanları da Kadınlara nazaran Erkeklerde yüksek olmasına karşın istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

Tabloya baktığımızda; kontrol grubu değerlerindedeki Vitalite ve Sosyal işlevsellik değerleri dışında istatistiksel açıdan cinsiyetler arası anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Sadece Emosyonel rol güçlüğü değerleri erkeklerde kadınlara nazaran daha yüksek bulunmuştur.

Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Cinsiyetlere göre değerlendirilmesi Tablo 20'de yer almaktadır.

Tablo 20: Katılımcılara Uygulanan Yaşam Kalitesi Ölçeğinin (SF-36) Mann-Whitney U Testi ile Cinsiyetlere Göre Sonuçları

	Obez (A) Ortalama Median (%25-%75)			Obez (B) Ortalama Median (%25-%75)			Kontrol Ortalama Median (%25-%75)		
	K	E	P	K	E	P	K	E	P
<b>Fiziksel işlevsellik</b>	55,00±27,45 60,00 35,00-80,00	62,65±26,05 70,00 50,00-85,00	0,028	51,59±33,20 55,00 15,00-85,00	64,56±28,30 70,00 45,00-90,00	0,002	81,21±21,46 90,00 70,00-100,00	84,59±18,93 90,00 75,00-100,00	0,381
<b>Fiziksel rol güçlüğü</b>	49,09±38,13 50,00 25,00-75,00	66,66±37,91 75,00 25,00-100,00	0,001	54,65±35,81 50,00 25,00-100,00	67,28±37,00 75,00 25,00-100,00	0,009	80,87±28,95 100,00 75,00-100,00	88,93±21,17 100,00 75,00-100,00	0,110
<b>Ağrı</b>	48,23±28,95 51,00 22,00-70,00	70,14±29,10 74,00 61,00-100,00	0,001	46,33±33,19 51,00 10,00-74,00	63,71±29,99 74,00 50,50-84,00	0,001	75,88±23,75 77,00 61,00-100,00	80,03±18,35 80,00 72,00-100,00	0,350
<b>Genel sağlık algısı</b>	48,41±23,55 50,00 30,00-67,00	55,97±19,95 57,00 40,00-72,00	0,011	55,45±18,28 57,00 40,00-67,00	61,11±18,86 62,00 50,00-77,00	0,007	66,88±17,85 67,00 57,00-77,00	70,00 70,00 57,00-82,00	0,445
<b>Vitalite (canlılık)</b>	48,04±22,87 50,00 30,00-65,00	60,86±20,59 60,00 45,00-77,50	0,001	49,22±23,26 50,00 30,00-65,00	58,82±23,65 65,00 45,00-77,50	0,001	65,37±20,12 65,00 50,00-80,00	75,00 75,00 60,00-85,00	0,028
<b>Sosyal işlevsellik</b>	57,50±28,87 62,50 37,50-75,00	72,99±24,72 75,00 50,00-100,00	0,001	52,89±32,63 56,25 12,50-87,50	62,50 62,50 43,75-87,50	0,015	77,27±22,68 81,25 62,50-100,00	82,58±18,85 87,50 75,00-100,00	0,028
<b>Emosyonel rol güçlüğü</b>	45,45±35,39 33,33 0,00-66,67	58,02±36,43 66,67 33,33-100,00	0,008	50,45±36,24 33,33 33,33-100,00	66,67 66,67 33,33-100,00	0,354	73,99±31,98 100,00 66,67-100,00	73,77±31,69 66,67 66,67-100,00	0,891
<b>Ruhsal Sağlık</b>	52,89±21,72 56,00 40,00-68,00	66,56±20,04 68,00 52,00-82,00	0,001	60,47±16,72 56,00 48,00-72,00	64,00 64,00 52,00-80,00	0,040	68,93±18,32 74,00 56,00-80,00	71,67±17,45 72,00 58,00-86,00	0,478

p>0.05ns, p<0.05\*, p<0.01\*\*, p<0.001\*\*\*.

Yaşam Kalitesi Ölçeğinin(SF-36) Yaş gruplarına göre uygulamasında;

Ölçeğin; 1. Alt boyutu Fiziksel işlevsellikte; Obez(A)'ların 18-27,9 yaş aralığında, Obez(B)'lerin ve kontrol grubunun 28-37,9 yaş aralıklarında bireyler en yüksek puanı almıştır. Obez(A) ve Obez(B) gruplarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmazken, kontrol grubunda istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır.

Ölçeğin; 2. Alt boyutu Fiziksel rol güçlüğü ve 3. Alt boyutu Ağrıda; Obez(A)'ların 18-27,9 yaş, Obez(B)'lerin 28-37,9 yaş, kontrol grubunun ise 38-47,9 yaş aralıklarında en yüksek puanlara sahip olduğu görülmektedir. Ölçeğin; Fiziksel rol güçlüğü ve Ağrı boyutlarına ilişkin Obez(A) ve Obez(B) gruplarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmazken, kontrol grubunda Fiziksel rol güçlüğü boyutunda istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır.

Ölçeğin; 4. Alt boyutu Genel sağlık algısında; Obez(A) ve Obez(B)'lerin 18-27,9 yaş, kontrol grubunun ise 28-37,9 yaş aralığında en yüksek puanlara sahip olduğu görülmektedir. Genel sağlık algısı açısından Obez(A) ve Obez(B) gruplarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmazken, kontrol grubunda istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır.

Ölçeğin; 5. Alt boyutu Vitalitede ve 8. Alt boyut Ruhsal Sağlık alanlarında Obez(A)'larda 18-27,9 yaş, Obez(B)'lerde ise 48+ yaş grubu puanları en yüksek olmakla birlikte istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

Kontrol grubunda ise ölçeğin Vitalite alt boyutunda 28-37,9 yaş, Ruhsal sağlık boyutunda 38-47,9 yaş en yüksek puanlara sahip yaş grupları olup, bunlara bağlı istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır.

Yaşam Kalitesi Ölçeğinin(SF-36) Yaş gruplarına ilişkin değerlendirme sonuçları aşağıda Tablo 21'de yer almaktadır.

Tablo 21: Katılımcılara Uygulanan Yaşam Kalitesi Ölçeğinin (SF-36) Kruskal Wallis Testi ile Yaş Gruplarına Göre Sonuçları

	Obez(A) Ortalama Median (%25-%75)				Obez(B) Ortalama Median (%25-%75)				Kontrol Ortalama Median (%25-%75)			
	YAŞ				YAŞ				YAŞ			
	18-27,9	28-37,9	38-47,9	48+	18-27,9	28-37,9	38-47,9	48+	18-27,9	28-37,9	38-47,9	48+
Fiziksel işlevsellik	61,37±27,99 70,00 38,75-85,00	56,81±29,11 65,00 26,25-83,75	57,71±21,45 60,00 40,00-80,00	51,42±26,64 57,50 27,50-70,00	55,72±34,91 52,50 18,75-90,00	58,93±33,41 67,50 20,00-90,00	53,10±30,65 55,00 15,00-80,00	52,50±31,65 50,00 15,00-80,00	72,45±25,85 80,00 50,00-100,00	88,04±16,40 95,00 80,00-100,00	84,02±17,84 90,00 75,00-100,00	80,00±20,73 85,00 70,00-95,00
P	0,179				0,521				0,004			
Fiziksel rol güçlüğü	57,25±34,88 62,50 25,00-100,00	52,50±39,89 50,00 25,00-100,00	51,69±40,25 50,00 00,00-100,00	55,80±39,30 50,00 25,00-100,00	56,04±38,29 50,00 25,00-100,00	60,93±37,49 75,00 25,00-100,00	57,03±35,60 50,00 25,00-100,00	58,03±35,06 50,00 25,00-100,00	70,58±30,70 75,00 50,00-100,00	87,68±25,58 100,00 75,00-100,00	89,17±21,85 100,00 75,00-100,00	79,16±29,22 87,50 62,50-100,00
P	0,754				0,878				0,001			
Ağrı	56,45±30,01 61,00 38,75-74,00	55,42±31,13 61,00 31,00-83,00	54,17±30,15 54,00 32,00-74,00	49,64±31,29 51,00 22,00-73,50	49,37±34,61 51,50 10,00-74,00	55,25±33,53 61,50 12,00-80,00	50,25±32,65 52,00 10,00-74,00	48,16±32,57 51,00 12,00-74,00	72,01±24,73 72,00 61,00-100,00	77,31±22,02 74,00 61,00-100,00	81,68±20,01 84,00 70,00-100,00	69,66±18,98 68,00 51,00-85,00
P	0,643				0,681				0,118			
Genel sağlık algısı	54,01±22,39 57,00 40,00-72,00	50,70±22,03 52,00 40,00-66,50	51,25±22,70 57,00 35,00-67,00	44,66±24,28 45,00 26,25-61,50	59,87±16,31 57,00 52,00-72,00	58,21±19,40 60,00 45,00-72,00	56,95±17,84 60,00 40,00-72,00	52,05±20,51 52,00 40,00-67,00	62,39±16,98 62,00 52,00-72,00	69,76±17,25 70,00 62,00-82,00	69,62±16,92 72,00 57,00-82,00	66,33±17,00 66,00 53,00-74,50
P	0,162				0,169				0,047			
Vitalite (canlılık)	56,45±22,58 55,00 43,75-75,00	50,56±22,89 50,00 35,00-70,00	49,17±22,33 50,00 35,00-65,00	51,60±24,36 55,00 35,00-70,00	51,04±24,94 50,00 30,00-71,25	53,56±24,19 50,00 35,00-70,00	49,27±23,94 50,00 30,00-70,00	54,82±21,16 55,00 41,25-70,00	58,92±20,28 65,00 45,00-75,00	72,82±18,91 75,00 60,00-90,00	68,43±18,05 70,00 55,00-80,00	72,50±18,64 75,00 58,00-90,00
P	0,301				0,502				0,003			
Sosyal işlevsellik	60,28±29,55 62,50 37,50-87,50	63,28±28,36 62,50 40,62-87,50	60,43±28,39 62,50 37,50-87,50	63,16±28,94 75,00 50,00-87,50	53,02±33,92 50,00 12,50-87,50	59,53±29,91 62,00 37,50-87,50	54,24±32,63 62,00 12,50-87,50	56,47±31,07 62,00 25,00-87,50	68,62±24,02 75,00 50,00-87,50	80,07±20,03 87,50 62,00-100,00	85,26±19,20 100,00 75,00-100,00	83,33±15,13 81,25 71,87-100,00
P	0,825				0,661				0,001			
Emosyonel rol güçlüğü	50,00±34,54 66,67 33,33-66,67	49,16±34,76 33,33 33,33-66,67	45,63±37,62 33,33 00,00-66,67	52,97±36,94 33,33 33,33-100,00	50,53±37,56 33,33 33,33-100,00	53,74±38,05 33,33 33,33-100,00	51,45±35,17 33,33 33,33-100,00	49,99±35,39 33,33 33,33-91,66	57,51±35,95 66,67 33,33-100,00	80,67±28,24 100,00 66,67-100,00	79,60±27,80 100,00 66,67-100,00	72,22±32,77 83,33 33,33-100,00
P	0,660				0,942				0,001			
Ruhsal Sağlık	57,61±21,35 56,00 47,00-72,00	57,05±20,82 56,00 41,00-72,00	56,34±22,91 60,00 44,00-72,00	55,14±23,63 60,00 41,00-75,00	60,19±16,42 56,00 48,00-69,00	62,90±16,80 60,00 52,00-76,00	60,93±16,77 56,00 48,00-72,00	63,07±18,13 60,00 48,00-79,00	61,64±19,82 60,00 52,00-80,00	72,63±15,63 76,00 60,00-84,00	72,89±17,66 76,00 60,00-84,00	70,00±14,75 76,00 65,00-79,00
P	0,993				0,641				0,008			

Yaşam Kalitesi Ölçeğinin(SF-36) Eğitim gruplarına göre uygulamasında ölçeğin Obez(A) grubunda;

1. Alt boyutu Fiziksel işlevselikte İlkokul mezunlarına nazaran Lise ve Üniversite mezunlarının hem medianları, hem ortalama puanları daha yüksek olup istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır.

2. Alt boyutu Fiziksel rol güçlüğünde İlkokul mezunları ortalamasına göre Üniversite mezunlarının hem medianı, hem ortalama puanı daha yüksek olup istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır.

3. Alt boyutu Ağrıda İlkokul mezunlarına nazaran Lise ve Üniversite mezunlarının hem medianları, hem ortalama puanları daha yüksek olup istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır.

4. Alt boyutu Genel sağlık algısında İlkokul mezunlarına nazaran Ortaokul, Lise ve Üniversite mezunlarının hem medianları, hem ortalama puanları daha yüksek olup istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır.

5. Alt boyutu Vitalitede İlkokul mezunlarına nazaran Lise ve Üniversite mezunlarının hem medianları, hem ortalama puanları daha yüksek olup istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır.

6. Alt boyutu Sosyal işlevsellikte İlkokul mezunlarına nazaran Üniversite mezunlarının hem medianı, hem ortalama puanı daha yüksek olup istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır.

7. Alt boyutu Emosyonel rol güçlüğünde İlkokul mezunlarına nazaran Lise mezunlarının, ortaokul mezunlarına nazaran hem Lise hem Üniversite mezunlarının hem medianları, hem ortalama puanları daha yüksek olup istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır.

8. Alt boyutu Ruhsal sağlıkta İlkokul mezunlarına nazaran Üniversite mezunlarının hem medianı, hem ortalama puanı daha yüksek olup istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır.

Obez(B) grubunda ölçeğin Sosyal işlevsellik hariç diğer tüm alt boyutlarında Üniversite mezunu grubun puanları en yüksektir.

Obez(B) ve kontrol grubunda ölçeğin tüm alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

Kilo verme ile eğitim düzeyi yüksek grubun yaşam kalitesinin daha çok arttığı saptanmıştır.

Kontrol grubunda ise; ölçeğin Fiziksel işlevsellik ve Emosyonel rol güçlüğü alt boyutlarında üniversite mezunları, Fiziksel rol güçlüğü ve Genel sağlık algısı boyutlarında ortaokul mezunları, diğer alt boyutlarda ilkokul mezunları en yüksek puanları almışlardır. Kontrol grubunda ölçeğin hiçbir alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

Yaşam Kalitesi Ölçeğinin(SF-36) Eğitim gruplarına göre uygulama sonucu aşağıda Tablo 22'de yer almaktadır.

Tablo 22: Katılımcılara Uygulanan Kalitesi Ölçeğinin(SF-36) Kruskal Wallis Testi ile Eğitim Durumlarına Göre Sonuçları

	Obez(A) Ortalama Median (%25-%75)						Obez(B) Ortalama Median (%25-%75)						Kontrol Ortalama Median (%25-%75)					
	EĞİTİM						EĞİTİM						EĞİTİM					
	İlkokul	Orta okul	Lise	Üniversite	İlkokul	Orta okul	Lise	Üniversite	İlkokul	Orta okul	Lise	Üniversite	İlkokul	Orta okul	Lise	Üniversite		
Fiziksel işlevsellik	46,48±27,64	54,70±29,93	60,63±25,87	64,81±23,41	49,01±31,53	50,30±32,09	56,97±32,81	61,92±32,31	81,00±16,71	79,31±20,03	81,61±20,83	84,13±21,66	80,00	80,00	90,00	95,00		
	20,00-70,00	25,00-80,00	45,00-80,00	50,00-85,00	18,75-90,00	20,00-90,00	15,00-80,00	15,00-80,00	75,00-95,00	65,00-97,50	66,25-100,00	75,00-100,00	0,316	0,316	0,316	75,00-100,00		
P	0,001						0,087						0,316					
Fiziksel rol güclüğü	42,59±37,79	49,00±37,78	59,01±37,94	61,74±38,91	59,25±34,33	52,00±38,74	57,84±38,96	60,54±34,94	78,33±31,14	87,06±21,77	79,41±27,29	86,41±27,40	100,00	100,00	100,00	100,00		
	25,00	50,00	75,00	75,00	50,00	75,00	50,00	50,00	100,00-100,00	100,00	100,00	100,00	75,00-100,00	75,00-100,00	75,00-100,00	87,50-100,00		
P	0,007						0,721						0,073					
Ağrı	42,35±29,63	52,48±30,15	58,09±31,20	62,42±27,86	44,29±32,42	49,48±34,52	53,60±32,30	55,66±33,80	79,13±23,70	77,82±18,12	75,42±23,65	78,09±22,35	84,00	74,00	77,00	80,00		
	41,00	52,00	62,00	62,00	51,50	61,50	52,00	51,00	61,00-100,00	61,50-100,00	61,00-100,00	62,00-100,00	61,00-100,00	61,00-100,00	61,00-100,00	62,00-100,00		
P	0,001						0,292						0,880					
Genel sağlık algısı	40,86±23,09	53,18±21,94	51,59±21,86	56,95±21,63	53,79±17,95	55,52±19,79	56,84±19,24	61,09±17,37	67,06±15,42	69,62±17,55	67,70±17,16	67,03±17,74	40,00	67,00	67,00	67,00		
	25,00-57,00	40,00-72,00	40,00-67,00	45,00-72,00	52,00-72,00	45,00-72,00	40,00-72,00	40,00-67,00	60,00-72,00	56,00-87,00	55,00-82,00	57,00-77,00	60,00-72,00	56,00-87,00	55,00-82,00	55,00-80,00		
P	0,001						0,068						0,962					
Vitalite (canlılık)	41,35±23,17	48,80±21,25	55,58±22,56	58,43±20,64	47,65±22,59	52,60±26,69	53,19±23,81	53,79±22,82	75,00±14,51	72,06±21,81	68,82±17,97	63,64±20,41	45,00	70,00	67,50	65,00		
	45,00	50,00	55,00	60,00	50,00	50,00	50,00	55,00	65,00-85,00	62,50-92,50	55,00-85,00	45,00-80,00	65,00-85,00	62,50-92,50	55,00-85,00	45,00-80,00		
P	0,001						0,404						0,079					
Sosyal işlevsellik	54,16±28,50	60,25±28,64	63,66±28,67	67,31±27,38	50,61±31,49	59,75±32,36	56,10±30,42	57,98±33,39	84,16±19,74	80,60±20,75	77,94±22,96	78,24±21,35	62,50	87,50	87,50	87,50		
	25,00-75,00	37,50-87,50	50,00-87,50	50,00-100,00	12,50-87,50	37,50-87,50	12,50-87,50	25,00-87,50	62,50-100,00	75,00-100,00	62,50-100,00	62,50-100,00	62,50-100,00	75,00-100,00	62,50-100,00	62,50-100,00		
P	0,024						0,482						0,784					
Emosyonel rol güclüğü	40,74±34,15	35,99±29,23	33,33	33,33	47,32±34,90	50,66±34,49	52,32±37,41	55,42±37,99	64,44±26,62	74,71±27,68	69,11±34,22	79,42±31,43	33,33	66,67	66,67	100,00		
	00,00-66,67	00,00-66,67	33,33-100,00	33,33-100,00	33,33-100,00	33,33-100,00	33,33-100,00	33,33-91,66	33,33-100,00	33,33-100,00	33,33-100,00	33,33-100,00	66,67	66,67	33,33-100,00	66,67-100,00		
P	0,001						0,701						0,057					
Ruhsal Sağlık	49,82±23,47	56,80±20,50	57,48±22,87	61,83±19,41	58,76±16,40	61,52±18,26	62,69±16,41	63,37±16,99	77,06±11,56	74,75±19,83	69,64±17,93	66,81±18,00	52,00	76,00	72,00	68,00		
	30,00-66,00	44,00-72,00	48,00-72,00	48,00-76,00	48,00-69,00	52,00-76,00	48,00-72,00	48,00-79,00	72,00-88,00	60,00-96,00	57,00-83,00	52,00-80,00	72,00-88,00	60,00-96,00	57,00-83,00	52,00-80,00		
P	0,024						0,239						0,099					

SF 36



Obez hastaların negatif beden algılarından dolayı toplum içinde veya yeni girdikleri ortamlarda kaygılandıkları bir gerçektir.

Hastaların ilk görüşmeye nazaran 6 ay sonraki kontrollerinde durumluk kaygı puanlarının arttığı görülmektedir. Hastaların 6 ay sonraki kontrollerine geldiklerinde heyecanlı oldukları, çıkacak sonuçları merak eden bir tablo çizdikleri, her ne kadar az veya çok kilo vermiş olsalar da sonuçlarla yüzleşmek durumunda olduklarında durumluk kaygılarını artırmış olduğu belirlendi. Obez(A) ve Obez(B) grupları arasında istatistiksel olarak Obez(B) grubu aleyhine anlamlı fark saptanmıştır. Aşağı da Tablo 23’de Obez(A), Obez(B) ve kontrol grubunun Durumluk Kaygı Ölçeği puanları ortalaması yer almaktadır.

**Tablo 23: Katılımcılara Uygulanan Durumluk Kaygı Ölçeğinin Mann Whitney U ve Wilcoxon Signed Rank Testi Sonuçları**

	Min.	Max.	Ortalama Median (%25-%75)
<b>Obez (A)</b>	28	62	42,58±5,61 43,00 (39,00-46,00) ††***, †ns
<b>Obez(B)</b>	27	66	45,26±6,60 45,00 (41,00-49,00) †**
<b>Kontrol</b>	32	55	43,45±5,42 43,00 (40,00-48,00)

† A – kontrol arasındaki farklılıklar A’da verilmiştir(Mann Whitney U Testi).

† B – kontrol arasındaki farklılıklar B’de verilmiştir(Mann Whitney U Testi).

†† A –B arasındaki farklılıklar A’da verilmiştir(Wilcoxon Signed Rank Test).

p>0.05ns, p<0.05\*, p<0.01\*\*, p<0.001\*\*\* .

Birçok obez hastanın “ideal beden normlarında olmak, fit olmak” en büyük hayalidir. Bir gün zayıflama konusunda karar verip, profesyonel bir destekle, iyi motive olarak bu işe başlamak işi kolaylaştırır. Başarı şansını artırır.

İnsanoğlunun başladığı her yeni işe adapte olana kadar yaşadığı “başarabilecek miyim?” duygusu büyük bir kaygı yaşamasına neden olabilir. Yapılan işe uyum sağlanması, küçük adımlarla hedefe istikrarlı yaklaşımlar duyulan kaygıyı azaltır veya yavaş yavaş ortadan kaldırır. Hastaların ilk ve 6. ay sonraki kontrollerinde sürekli kaygı ölçeği uygulaması ortalama puanında düşüş görülmektedir. Hastaların uzun vadede takip ettikleri programa uyum sağladıklarını söyleyebilir.

Obez(A) ve Obez(B) grupları arasında istatistiksel olarak Obez(B) grubunun lehine istatistiksel anlamlı fark saptanmıştır.

Tablo 24’de Obez (A), Obez(B) ve kontrol grubuna ait Sürekli Kaygı Ölçeği puan ortalamaları görülmektedir.

**Tablo 24: Katılımcılara Uygulanan Sürekli Kaygı Ölçeğinin Mann Whitney U ve Wilcoxon Signed Rank Testi Sonuçları**

	Min.	Max.	Ortalama Median (%25-%75)
<b>Obez (A)</b>	32	66	48,90±6,08 48,00 (45,00-53,00) ††***, †**
<b>Obez(B)</b>	28	64	46,81±6,10 47,00 (43,00-50,00) †ns
<b>Kontrol</b>	36	74	47,39±5,34 47,00 (44,00-50,25)

† A – kontrol arasındaki farklılıklar A’da verilmiştir(Mann Whitney U Testi).

† B – kontrol arasındaki farklılıklar B’de verilmiştir(Mann Whitney U Testi).

†† A –B arasındaki farklılıklar A’da verilmiştir(Wilcoxon Signed Rank Test).

p>0.05ns, p<0.05\*, p<0.01\*\*, p<0.001\*\*\* .

Sürekli Kaygı Ölçeğinin Cinsiyet dağılımları açısından değerlendirilmesinde Obez(A) grubunda Kadınların ortalama puanları Erkeklerle nazaran daha yüksektir. İstatistiksel olarak anlamlı bir fark ortaya çıkmıştır. Obez(B) ve kontrol grubunda ise cinsiyetlerin ortalama puanları birbirine çok yakın olup istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmamıştır. Durumluk Kaygı Ölçeğinin Cinsiyetlere Göre değerlendirilmesinde Obez(A), Obez(B) ve Kontrol gruplarının hiçbirinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Katılımcılara Uygulanan Sürekli ve Durumluk Kaygı Ölçeğinin Cinsiyetlere Göre Dağılımı Tablo 25’de yer almaktadır.

**Tablo 25: Katılımcılara Uygulanan Sürekli ve Durumluk Kaygı Ölçeğinin Mann-Whitney U Testi ile Cinsiyetlere Göre Sonuçları**

	Obez(A) Ortalama Median (%25-%75)			Obez(B) Ortalama Median (%25-%75)			Kontrol Ortalama Median (%25-%75)		
	K	E	P	K	E	P	K	E	P
Sürekli kaygı ölçeği	49,69±6,16	46,76±5,34	0,001	46,78±6,00	46,88±6,40	0,857	47,50±5,50	47,16±5,02	0,596
	50,00	47,00		46,00	47,00		46,00	47,00	
Durumluk kaygı ölçeği	46,00-55,00	43,00-49,25	0,225	43,00-50,50	43,00-50,00	0,568	44,50-50,00	43,75-51,00	0,691
	42,30±5,76	43,33±5,16		45,01±6,41	45,93±7,08		43,52±5,36	43,29±5,57	
	43,00	43,00		45,00	45,00		43,50	42,00	
	40,00-46,25	39,00-46,00		41,00-49,00	41,75-50,00		40,00-47,00	39,75-48,00	

p>0.05ns, p<0.05\*, p<0.01\*\*, p<0.001\*\*\*.

Sürekli Kaygı Ölçeğinin yaş gruplarına göre dağılımında Obez(A), Obez(B) ve Kontrol grubu katılımcıların sonuçlarının istatistiksel olarak değerlendirilmesinde anlamlı fark saptanmamıştır.

Durumluk Kaygı Ölçeğinin Yaş grupları dağılımı uygulamasında Obez(A) ve kontrol grubunda istatistiksel fark saptanmazken, Obez(B) grubunda 18-27,9 yaş grubunun kaygı puanı ortalaması, 28-37,9 ve 38-47,9 yaş grupları kaygı puan ortalamalarına göre daha yüksek bulunmuş, istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Katılımcılara Uygulanan Sürekli ve Durumluk Kaygı Ölçeğinin Yaş Gruplarına Göre Dağılımı Tablo 26'da yer almaktadır.

**Tablo 26: Katılımcılara Uygulanan Sürekli ve Durumluk Kaygı Ölçeğinin Yaş Gruplarına Göre Kruskal-Wallis Testi Sonuçları**

	Obez(A) Ortalama Median (%25-%75)				Obez(B) Ortalama Median (%25-%75)				Kontrol Ortalama Median (%25-%75)			
	YAŞ				YAŞ				YAŞ			
	18-27,9	28-37,9	38-47,9	48+	18-27,9	28-37,9	38-47,9	48+	18-27,9	28-37,9	38-47,9	48+
Sürekli kaygı ölçeği	48,74±5,68 47,50	48,18±5,39 49,00	49,24±7,13 49,00	49,50±5,34 49,00	47,03±6,75 47,00	46,61±6,20 47,00	46,78±5,89 46,00	46,89±5,72 46,00	47,37±5,03 47,00	48,10±5,87 48,00	46,71±5,08 46,00	47,16±4,53 46,50
P	45,00-52,00	45,00-52,00	44,50-54,00	46,00-54,00	43,00-52,00	42,00-51,00	43,00-50,00	44,00-50,75	44,00-51,00	44,00-51,00	44,00-49,00	44,00-51,00
	0,734				0,911				0,573			
Durumluk kaygı ölçeği	43,64±6,80 43,50	41,66±4,89 41,00	42,49±5,50 43,00	42,87±5,26 43,00	46,66±6,35 47,50	44,51±6,48 44,00	44,54±6,75 44,00	46,12±6,60 46,00	45,19±5,43 45,00	42,78±4,97 43,00	42,67±5,63 42,00	45,00±5,44 45,50
P	39,00-48,00	39,00-45,00	39,00-46,00	40,00-46,00	42,75-50,00	40,25-48,00	40,00-49,00	42,00-50,00	40,00-50,00	40,00-47,00	39,00-47,00	39,50-49,25
	0,167				0,043				0,065			

p>0.05ns, p<0.05\*, p<0.01\*\*, p<0.001\*\*\*.

Sürekli Kaygı Ölçeğinin Eğitim grupları dağılımı uygulamasında, Obez(B) ve kontrol grubunda istatistiksel anlamlı fark saptanmazken, Obez(A) grubunda İlkokul mezunlarının Ortaokul, Lise ve Üniversite mezunlarına göre Sürekli Kaygı puanı ortalaması daha da yüksek olup istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Durumluk Kaygı Ölçeğinin eğitim grupları ile karşılaştırılmasında Obez(A), Obez(B) ve Kontrol gruplarının hiçbirisinde istatistiksel anlamlı fark bulunmamıştır. Katılımcılara Uygulanan Sürekli ve Durumluk Kaygı Ölçeğinin Eğitim Gruplarına Göre Dağılımı Tablo 27’de yer almaktadır.

**Tablo 27: Katılımcılara Uygulanan Sürekli ve Durumluk Kaygı Ölçeğinin Eğitim Durumlarına Göre Kruskal-Wallis ve One Way Analysis of Variance Testi Sonuçları**

	<b>Obez(A)</b> Ortalama Median (%25-%75)				<b>Obez(B)</b> Ortalama Median (%25-%75)				<b>Kontrol</b> Ortalama Median (%25-%75)			
	<b>EĞİTİM</b>				<b>EĞİTİM</b>				<b>EĞİTİM</b>			
	İlkokul	Ortaokul	Lise	Üniversite	İlkokul	Ortaokul	Lise	Üniversite	İlkokul	Ortaokul	Lise	Üniversite
<b>Sürekli kaygı ölçeği</b>	50,80±7,02 52,00 46,00-56,00	49,02±5,99 48,00 45,00-52,00	48,13±5,65 48,00 45,00-54,00	47,79±5,18 47,00 45,00-50,00	46,59±5,90 46,00 43,00-50,00	48,54±6,23 47,00 43,00-50,00	46,31±6,50 48,00 44,00-53,00	46,50±5,72 46,00 42,25-50,00	47,33±8,69 46,00 42,00-49,00	48,27±4,85 49,00 44,50-52,50	47,57±5,26 47,00 44,00-51,00	46,95±4,84 46,00 44,50-49,50
<b>P</b>	0,004 †				0,377 †				0,703 ††			
<b>Durumluk kaygı ölçeği</b>	43,28±5,59 44,00 40,00-47,00	42,96±5,91 43,00 39,00-46,00	42,22±5,27 43,50 40,00-45,00	42,04±5,81 41,00 39,00-45,00	44,93±6,90 46,00 42,00-48,00	45,84±6,18 45,00 40,00-50,00	44,77±6,35 45,00 42,00-50,00	45,73±6,85 45,00 41,25-50,00	43,13±6,12 43,00 37,00-48,00	44,06±5,58 44,00 38,50-48,00	43,13±5,51 44,00 40,00-48,75	42,85±5,18 42,00 42,00-46,50
<b>P</b>	0,484 †				0,900 †				0,567 ††			

İşaretler testlerin sonuçlarını gösteriyor.

† Kruskal-Wallis

†† One Way Analysis of Variance

p>0.05ns, p<0.05\*, p<0.01\*\*, p<0.001\*\*\*.

Bireyin kendi bedenini ve beden parçalarını algılayarak onlara belli anlamlar vermesi kendine güven, kendine saygı, kendilik imgesi (self-image), kimlik ve kişilik kavramlarıyla yakından ilişkilidir. Obez (A), Obez(B) ve kontrol grubuna Çok Yönlü Beden-Self İlişkisi Ölçeği (MBSRQ) uygulanmıştır. Ölçeğin alt boyutlarından; Görünüş yönelimi, Fiziksel yeterliliği değerlendirme, Fiziksel yeterlik yönelimi, Sağlık değerlendirmesi, Sağlık yönelimi, Beden alanlarından doyum, Ölçek toplam puanı (ÖTP) alanlarında ilk ve 6.ay sonraki uygulamalar arasında pozitif yönde artış saptanmıştır. Obez(A) ve Obez(B) grupları arasında Görünüş yönelimi hariç ölçeğin tüm alt boyutlarında istatistiksel anlamlı fark saptanmıştır. Obez bireylerin zayıflamalarına ilişkin destek alması, özellikle kendilerine özgü planlamalar yapılması sonuç menfi olmasa bile beden memnuniyet düzeyini artırmaktadır. Çalışmaya katılan hastalar belli miktarlarda kilo vermiş olsa da ideal beden normları grubunda yer almamaktadır. Dolayısıyla görünüş yönelimine ilişkin duyguları değişmemiş olabilir.

Aşağıda Tablo 28’de Obez (A), Obez(B) ve kontrol grubuna uygulanan Çok Yönlü Beden-Self İlişkisi Ölçeği (MBSRQ) ortalama puanları yer almaktadır.

Tablo 28: Katılımcılara Uygulanan Çok Yönlü Beden-Self İlişkisi Ölçeğinin (MBSRQ) Mann Whitney U ve Wilcoxon Signed Rank Testi Sonuçları

Alt boyut	Obez (A)				Obez(B)				Kontrol		
	Min	Max	Ortalama Median (%25-%75)	Min	Max	Ortalama Median (%25-%75)	Min	Max	Ortalama Median (%25-%75)	Min	Max
Görünüşi değerlendirme	1	5	2,78±0,84 2,83 (2,16-3,50) †††††, †††††	1,5	5	3,16±0,75 3,16 (2,66-3,66) †††††	1,33	5	3,90±0,77 3,83 (3,33-4,50)	1,33	5
Görünüş Yönelimi	1,6	5	3,44±0,73 3,50 (2,90-4,00) ††ns, †††††	1,8	5	3,37±0,66 3,30 (2,90-3,80) †††††	1,60	5	3,86±0,74 3,90 (3,37-4,32)	1,60	5
Fiziksel yeterliliği değerlendirme	1	5	2,93±0,81 3,00 (2,33-3,50) †††††, †††††	1,33	5	3,16±0,67 3,16 (2,79-3,66) †††††	1,33	5	3,77±0,77 3,83 (3,16-4,37)	1,33	5
Fiziksel yeterlik yönelimi	1,22	4,89	2,82±0,63 2,77 (2,44-3,11) †††††, †††††	1,44	4,44	3,05±0,61 3,11 (2,66-3,44) †*	1,67	5	3,28±0,69 3,22 (2,88-3,69)	1,67	5
Sağlık değerlendirmesi	1	5	3,00±0,83 3,00 (2,50-3,66) †††††, †††††	1	5	3,21±0,72 3,16 (2,66-3,66) †††††	1	5	3,67±0,77 3,66 (3,16-4,16)	1	5
Sağlık Yönelimi	1	5	3,12±0,69 3,12 (0,69-0,04) †††††, †††††	1,36	4,91	3,23±0,64 3,23 (0,64-0,03) †††††	1,18	5	3,59±0,69 3,59 (0,69-0,05)	1,18	5
Beden alanlarından doyumu	1	4,56	2,38±0,83 2,44 (1,77-3,00) †††††, †††††	1	5	2,90±0,89 3,00 (2,41-3,55) †††††	1	5	3,81±0,72 3,88 (3,33-4,33)	1	5
Ölçek toplam puanı (ÖTP) *****	93	263	168,01±32,44 171,50 (155,25-190,00) †††††, †††††	113	265	180,35±30,14 181,50 (175,00-194,50) †††††	126	285	210,15±32,44 206,00 (186,00-227,00)	126	285

† A – kontrol arasındaki farklılıklar A'da verilmiştir(Mann Whitney U Testi).

† B – kontrol arasındaki farklılıklar B'de verilmiştir(Mann Whitney U Testi).

†† A –B arasındaki farklılıklar A'da verilmiştir(Wilcoxon Signed Rank Test).

p>0.05ns, p<0.05\*, p<0.01\*\*, p<0.001\*\*\*

Çok Yönlü Beden-Self İlişkileri Ölçeği uygulamasının Cinsiyetlere göre dağılımına bakıldığında;

Obez(A) grubunda ölçeğin alt boyutlarından; Görünüşü değerlendirme, Fiziksel yeterliliği değerlendirme, Fiziksel yeterlilik yönelimi, Sağlık değerlendirmesi, Beden alanlarından doyum, Ölçek toplam puanı bölümlerinde Kadınlara nazaran Erkeklerin hem ortalama puanları hem de medianlarının daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu gruplarda erkekler lehine istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır.

Obez(B) grubunda da Obez(A) grubuna benzer şekilde ölçeğin alt boyutlarından; Görünüşü değerlendirme, Fiziksel yeterliliği değerlendirme, Fiziksel yeterlilik yönelimi, Ölçek toplam puanı bölümlerinde Kadınlara nazaran Erkeklerin hem ortalama puanları hem de medianlarının daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu gruplarda erkekler lehine istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır.

Kontrol grubu verilerinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamasına rağmen; ölçeğin Görünüşü değerlendirme, Fiziksel yeterliliği değerlendirme ve Beden alanlarından doyum boyutları hariç, kadınların puanları erkeklerden yüksektir. Ölçeğin kontrol grubu değerlendirilmesinde Beden alanlarından doyum alt boyutunda cinsiyetler açısından erkekler lehine istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir.

Ölçek genel olarak değerlendirildiğinde erkekler kadınlara nazaran beden prezantasyonundan daha memnun görünmektedir.

Katılımcılara Uygulanan Çok Yönlü Beden-Self İlişkileri Ölçeğinin (MBSRQ) Cinsiyetlere Göre Dağılımı ve Değerlendirilmesi Tablo 29'da yer almaktadır.



Tablo 29: Katılımcılara Uygulanan Çok Yönlü Beden-Self İlişkileri Ölçeğinin(MBSRQ) Cinsiyetlere Göre Mann Whitney U Testi Sonuçları

	Obez (A) Ortalama Median (%25-%75)			Obez (B) Ortalama Median (%25-%75)			Kontrol Ortalama Median (%25-%75)		
	K	E	P	K	E	P	K	E	P
Görünüşü değerlendirme	2,67±0,83 2,66 2,00-3,33	3,09±0,78 3,16 2,50-3,66	0,001	3,11±0,77 3,17 2,50-3,67	3,36±0,67 3,50 2,91-3,75	0,010	3,89±0,77 3,91 3,33-4,50	3,92±0,77 3,83 3,50-4,58	0,714
Görünüş Yönelimi	3,42±0,75 3,50 2,90-4,00	3,48±0,66 3,40 3,10-4,00	0,606	3,33±0,68 3,30 2,90-3,80	3,46±0,62 3,40 3,10-3,90	0,087	3,93±0,68 4,00 3,50-4,37	3,72±0,83 3,80 3,20-4,35	0,136
Fiziksel yeterliliği değerlendirme	2,83±0,84 2,83 2,33-3,33	3,19±0,65 3,16 2,83-3,66	0,001	3,09±0,69 3,00 2,67-3,50	3,34±0,57 3,33 3,00-3,67	0,001	3,77±0,79 3,83 3,20-4,50	3,78±0,74 4,00 3,16-4,33	0,901
Fiziksel yeterlilik yönelimi	2,77±0,65 2,77 2,33-3,11	2,94±0,56 3,00 2,61-3,22	0,024	2,99±0,64 3,00 2,56-3,44	3,21±0,50 3,22 2,89-3,56	0,009	3,30±0,70 3,22 2,88-3,77	3,23±0,68 3,22 2,72-3,66	0,703
Sağlık değerlendirmesi	2,89±0,85 2,91 2,33-3,50	3,27±0,73 3,16 2,83-3,83	0,001	3,17±0,71 3,17 2,67-3,67	3,31±0,75 3,33 2,83-3,83	0,135	3,68±0,80 3,75 3,00-4,33	3,63±0,71 3,66 3,25-4,08	0,676
Sağlık yönelimi	3,08±0,72 3,09 2,54-3,54	3,23±0,61 3,27 2,81-3,77	0,110	3,20±0,67 3,09 2,73-3,70	3,32±0,55 3,27 2,95-3,73	0,061	3,59±0,70 3,54 3,09-4,09	3,58±0,67 3,63 3,04-4,04	0,910
Beden alanlarından doyum	2,25±0,80 2,33 1,66-2,88	2,75±0,82 2,77 2,33-3,33	0,001	2,84±0,90 3,00 2,22-3,56	3,06±0,84 3,00 2,67-3,56	0,092	3,71±0,77 3,77 3,22-4,11	4,02±0,57 4,00 3,66-4,44	0,005
Ölçek toplam puanı (ÖTP)	163,94±33,11 167,00 143,00-185,75	179,09±27,83 176,00 162,00-197,50	0,001	177,55±31,20 173,00 159,25-194,00	187,96±25,73 189,00 170,50-202,00	0,001	210,23±33,91 206,00 182,50-237,00	209,96±30,14 213,00 193,00-229,00	0,954

p>0.05ns, p<0.05\*, p<0.01\*\*, p<0.001\*\*\*.

Çok Yönlü Beden-Self İlişkileri Ölçeği uygulamasının Yaş gruplarına göre dağılımına bakıldığında Obez(A) grubunda ölçeğin yaş grupları dağılımında alt boyutların hiçbirinde istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır.

Obez(B) grubunda ölçeğin alt boyutlarından Beden Alanlarından Doyum'da 18-27,9 yaş aralığında en yüksek puan ortalaması, 38-47,9 yaş grubunda da en düşük puan ortalaması görülmekte olup istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Diğer boyutlarda istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır.

Kontrol grubunda ise Fiziksel yeterlik yönelimi alt boyutunda 28-37,9 yaş, Sağlık yönelimi 48+ yaş, beden alanlarından doyum 38-47,9 yaş grupları lehine istatistiksel anlamlı fark saptanmıştır.

Katılımcılara Uygulanan Çok Yönlü Beden-Self İlişkileri Ölçeğinin(MBSRQ) Yaş Gruplarına Göre Dağılımı ve Değerlendirilmesi Tablo 30'da yer almaktadır.

Tablo 30: Katılımcılara Uygulanan Çok Yönlü Beden-Self İlişkileri Ölçeğinin(MBSRQ) Yaş Gruplarına Göre Kruskal Wallis Testi Sonuçları

	Obez(A) Ortalama Median (%25-%75)				Obez(B) Ortalama Median (%25-%75)				Kontrol Ortalama Median (%25-%75)			
	YAŞ				YAŞ				YAŞ			
	18-27,9	28-37,9	38-47,9	48+	18-27,9	28-37,9	38-47,9	48+	18-27,9	28-37,9	38-47,9	48+
Görünürlük değerlendirmesi	2,73±0,86 2,66 2,16-3,75	2,78±0,82 2,83 2,33-3,45	2,79±0,82 2,83 2,16-3,50	2,82±0,89 2,91 2,33-3,50	3,27±0,85 3,50 2,62-3,83	3,18±0,70 3,17 2,67-3,67	3,18±0,77 3,33 2,67-3,83	3,08±0,69 3,17 2,50-3,67	3,72±0,73 3,66 3,16-4,33	3,97±0,77 4,00 3,50-4,66	3,93±0,80 3,83 3,33-4,50	4,16±0,63 4,33 3,45-4,62
P	0,935				0,568				0,178			
Görünürlük Yönelimi	3,49±0,86 3,55 2,90-4,20	3,44±0,73 3,50 2,90-4,00	3,38±0,68 3,40 2,95-3,90	3,49±0,67 3,50 3,00-3,87	3,35±0,78 3,25 2,60-4,00	3,45±0,65 3,30 3,00-3,90	3,36±0,60 3,40 3,00-3,80	3,29±0,66 3,30 2,80-3,70	3,84±0,74 3,90 3,20-4,50	3,90±0,71 4,00 3,55-4,30	3,82±0,76 3,90 3,30-4,40	4,00±0,88 4,05 3,40-4,82
P	0,808				0,594				0,894			
Fiziksel yeterliliği değerlendirme	2,91±0,73 3,00 2,45-3,50	3,01±0,81 3,00 2,50-3,50	2,86±0,83 3,00 2,33-3,33	2,95±0,86 3,00 2,50-3,50	3,07±0,78 3,00 2,50-3,50	3,22±0,64 3,17 2,83-3,67	3,18±0,63 3,17 3,00-3,67	3,12±0,65 3,08 2,67-3,67	3,60±0,71 3,50 3,00-4,16	3,93±0,81 4,00 3,50-4,50	3,75±0,78 3,83 3,16-4,50	3,69±0,55 3,58 3,25-4,25
P	0,704				0,299				0,067			
Fiziksel yeterlilik yönelimi	2,90±0,61 2,83 2,55-3,13	2,75±0,59 2,88 2,27-3,11	2,76±0,65 2,77 2,33-3,11	2,93±0,64 2,94 2,44-3,44	3,11±0,71 3,11 2,75-3,44	3,08±0,58 3,11 2,56-3,53	3,04±0,57 3,11 2,67-3,44	2,95±0,62 3,00 2,56-3,41	3,11±0,62 3,11 2,77-3,55	3,44±0,69 3,33 2,94-3,94	3,29±0,73 3,33 2,77-3,88	2,75±0,23 2,77 2,52-3,00
P	0,313				0,590				0,021			
Sağlık değerlendirmesi	2,97±0,82 3,00 2,33-3,50	3,00±0,81 3,00 2,50-3,66	3,03±0,80 3,00 2,66-3,66	2,94±0,95 3,00 2,08-3,66	3,19±0,76 3,17 2,67-3,67	3,22±0,64 3,17 2,83-3,67	3,25±0,76 3,33 2,83-3,83	3,16±0,74 3,17 2,67-3,67	3,49±0,72 3,50 3,00-4,00	3,78±0,77 3,83 3,16-4,33	3,69±0,80 3,66 3,33-4,33	3,66±0,69 3,83 2,91-4,33
P	0,960				0,748				0,179			
Sağlık Yönelimi	3,03±0,67 2,90 2,52-3,45	3,05±0,70 3,00 2,47-3,61	3,13±0,69 3,09 2,63-3,63	3,30±0,71 3,27 2,90-3,81	3,26±0,75 3,27 2,73-3,82	3,28±0,57 3,22 2,91-3,55	3,17±0,64 3,18 2,64-3,55	3,26±0,62 3,22 2,75-3,79	3,36±0,68 3,27 2,81-3,81	3,71±0,67 3,72 3,22-4,18	3,62±0,70 3,63 3,09-4,09	3,81±0,34 3,77 3,61-4,09
P	0,118				0,587				0,031			
Beden alanlarından doyumu	2,37±0,83 2,44 1,77-3,11	2,31±0,85 2,38 1,66-2,88	2,40±0,81 2,44 1,77-3,00	2,48±0,86 2,61 1,91-3,00	3,11±0,94 3,33 2,67-3,80	2,97±0,88 3,00 2,35-3,56	2,75±0,84 2,89 2,22-3,22	2,85±0,90 3,00 2,47-3,53	3,56±0,76 3,44 3,11-4,00	3,83±0,71 3,88 3,50-4,22	3,98±0,70 4,00 3,55-4,55	3,74±0,13 3,72 3,63-3,88
P	0,605				0,030				0,027			
Ölçek toplam puanı (OTP)	167,59±29,02 167,50 148,00-185,00	166,53±33,40 168,00 148,00-188,00	167,08±31,55 168,00 148,50-188,50	172,32±36,51 172,50 157,50-199,00	182,83±36,39 173,00 161,00-206,50	183,03±28,27 182,00 165,25-198,00	178,36±28,06 179,00 161,00-196,00	177,42±29,07 173,50 158,00-194,75	200,47±30,70 200,00 175,00-227,00	215,55±32,96 214,00 193,00-241,50	212,00±33,61 212,00 189,00-230,00	209,66±22,30 212,00 195,75-225,75
P	0,605				0,652				0,090			

p>0.05ns, p<0.05\*, p<0.01\*\*, p<0.001\*\*\*

Çok Yönlü Beden-Self İlişkileri Ölçeği uygulamasının Eğitim gruplarına göre dağılımına bakıldığında;

Obez(A) grubunda ölçeğin alt boyutlarından; Görünüş yönelimi boyutunda ilkokul mezunlarının puan ortalamalarının ve medianlarının diğer eğitim gruplarından düşük olduğu görülmektedir. İlkokul mezunlarının puanlarının en yüksek negatif farkının Üniversite mezunu grupla olduğu tespit edilerek bu iki grup arasında da istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır.

Fiziksel yeterliliği değerlendirme boyutunda da Görünüş yönelimi ile benzer bir tablo görülmüştür. İlkokul mezunlarının hem puan hem de medianları grubun en düşük puanları olup yükselme sıralaması ilkokul, ortaokul, lise, üniversite olarak devam etmektedir. İstatistiksel olarak anlamlı fark vardır.

Sağlık değerlendirmesi, alt boyutunda da ortalama puan ve medianlar en düşükten yükseğe doğru ilkokul, ortaokul, lise, üniversite olarak sıralanmıştır. En düşük ortalama puan ve mediana sahip ilkokul mezunları ile lise ve üniversite mezunları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır.

Sağlık yönelimi, ölçeğin bu boyutunda ortalama puanlar küçük farklılıklarla en düşükten en yükseğe ilkokul, ortaokul, lise, üniversite olarak sıralanmıştır. Gruplar arası istatistiksel olarak fark bulunmasına rağmen, değerlerin birbirine çok yakın olmasından dolayı farkın hangi gruplardan kaynaklandığı hesaplanamamıştır.

Ölçek toplam puanında da alt ortalama puan ve medianlar en düşükten yükseğe doğru ilkokul, ortaokul, lise, üniversite olarak sıralanmıştır. En düşük ortalama puan ve mediana sahip ilkokul mezunları ile üniversite mezunları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır.

Obez(B) grubunda; sadece ölçeğin Fiziksel yeterlilik yönelimi alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Ortalama puanlar ilkokul, ortaokul, lise, üniversite olarak sıralamasıyla küçük artışlar göstermektedir. Çoklu karşılaştırmalar olması nedeniyle farklılıkların hangi gruplar arasında olduğu hesaplanamamıştır.

Kontrol grubunda ise ölçeğin alt boyutları ile Eğitim karşılaştırmasında istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır.

Tablo 31: Katılımcılara Uygulanan Çok Yönlü Beden-Self İlişkileri Ölçeğinin(MBSRO) Eğitim Durumlarına Göre Kruskal Wallis Testi Sonuçları

	Obez(A) Ortalama Median (%25-%75)				Obez(B) Ortalama Median (%25-%75)				Kontrol Ortalama Median (%25-%75)			
	EĞİTİM				EĞİTİM				EĞİTİM			
	İlkokul	Orta okul	Lise	Üniversite	İlkokul	Orta okul	Lise	Üniversite	İlkokul	Orta okul	Lise	Üniversite
Görünürlük değerlendirmesi	2,58±0,84 2,66 1,83-3,16	2,91±0,80 2,83 2,33-3,54	2,81±0,87 2,83 2,29-3,50	2,88±0,81 3,00 2,33-3,66	3,16±0,72 3,33 2,67-3,83	3,20±0,70 3,17 2,67-3,71	3,14±0,80 3,17 2,50-3,67	3,24±0,77 3,41 2,67-3,67	3,54±0,91 3,83 2,66-4,33	3,77±0,88 3,83 3,41-4,33	3,90±0,78 3,83 3,33-4,66	4,01±0,68 4,00 3,66-4,50
P	0,135				0,824				0,287			
Görünürlük Yönelimi	3,21±0,71 3,30 2,65-3,65	3,39±0,71 3,25 2,80-4,00	3,49±0,77 3,50 2,90-4,10	3,64±0,67 3,60 3,20-4,10	3,30±0,66 3,30 2,80-3,70	3,39±0,72 3,35 2,80-3,82	3,39±0,65 3,35 3,00-3,82	3,40±0,66 3,30 2,90-3,90	3,54±0,84 3,70 2,80-4,20	3,69±0,87 3,80 2,95-4,60	3,82±0,71 3,90 3,30-4,30	4,01±0,66 4,10 3,65-4,55
P	0,002				0,569				0,053			
Fiziksel yeterliliği değerlendirme	2,67±0,92 2,83 2,00-3,33	2,90±0,69 2,91 2,50-3,50	3,00±0,81 3,00 2,50-3,50	3,12±0,70 3,16 2,70-3,62	3,10±0,61 3,17 2,67-3,50	3,16±0,72 3,08 2,62-3,67	3,16±0,68 3,17 2,83-3,50	3,21±0,69 3,17 2,67-3,67	3,33±0,97 3,50 2,66-4,16	3,76±0,77 3,66 3,16-4,41	3,73±0,77 3,83 3,16-4,33	3,89±0,72 3,83 3,50-4,50
P	0,013				0,874				0,196			
Fiziksel yeterlilik yönelimi	2,64±0,59 2,66 2,27-3,11	2,86±0,60 2,83 2,44-3,22	2,92±0,69 3,00 2,44-3,33	2,85±0,58 2,88 2,55-3,11	2,96±0,61 3,00 2,44-3,44	2,97±0,67 2,83 2,56-3,47	3,02±0,64 3,11 2,64-3,44	3,20±0,53 3,22 2,78-3,44	3,27±0,49 3,11 3,00-3,44	3,24±0,68 3,00 2,77-3,55	3,29±0,79 3,33 2,66-3,88	3,29±0,65 3,22 2,88-3,72
P	0,128				0,047				0,953			
Sağlık değerlendirilmesi	2,71±0,83 2,83 2,00-3,16	3,02±0,83 3,00 2,45-3,54	3,08±0,85 3,00 2,45-3,66	3,17±0,77 3,16 2,70-3,66	3,10±0,78 3,00 2,50-3,67	3,29±0,68 3,33 2,83-3,83	3,24±0,68 3,25 2,79-3,83	3,24±0,74 3,17 2,83-3,79	3,37±0,84 3,33 2,83-4,00	3,75±0,75 3,83 3,16-4,25	3,65±0,74 3,66 3,16-4,16	3,71±0,79 3,83 3,16-4,25
P	0,003				0,445				0,437			
Sağlık Yönelimi	2,94±0,63 3,00 2,54-3,40	3,21±0,70 3,31 2,70-3,65	3,23±0,74 3,09 2,81-3,72	3,13±0,68 3,09 2,63-3,70	3,19±0,66 3,09 2,68-3,77	3,26±0,66 3,18 2,79-3,73	3,20±0,67 3,18 2,64-3,64	3,30±0,59 3,27 2,84-3,79	3,45±0,56 3,54 3,00-3,81	3,60±0,80 3,72 2,90-4,09	3,67±0,71 3,63 3,20-4,18	3,54±0,66 3,54 3,09-4,04
P	0,047				0,621				0,560			
Beden alanlarından doyum	2,21±0,87 2,22 1,44-2,88	2,40±0,89 2,50 1,66-3,00	2,39±0,85 2,55 1,88-2,91	2,53±0,71 2,44 2,02-3,11	2,79±0,90 3,00 2,22-3,44	2,86±0,95 3,00 2,27-3,58	2,91±0,94 3,00 2,22-3,58	3,03±0,77 3,05 2,56-3,64	3,73±0,91 3,77 3,00-4,33	3,97±0,64 4,00 3,55-4,50	3,79±0,77 3,88 3,33-4,33	3,79±0,68 3,88 3,33-4,11
P	0,199				0,609				0,722			
Ölçek toplam puanı (ÖTP)	156,19±32,19 158,00 132,50-178,50	169,82±30,76 169,00 149,75-188,00	171,80±35,98 171,50 146,00-195,25	174,47±27,73 175,50 159,25-194,00	176,18±29,59 175,00 156,00-193,50	180,36±29,52 172,00 162,00-202,00	179,89±33,37 177,00 177,00-197,25	184,84±27,35 182,00 165,25-201,25	198,06±33,26 204,00 164,00-221,00	209,34±34,72 210,00 182,00-226,50	210,27±33,98 214,50 181,25-239,25	212,56±30,78 206,00 190,50-235,00
P	0,001				0,479				0,476			

Tablo 32’de Obez (A), Obez(B) ve kontrol grubunun Zunk Anksiyete Ölçeğine verdikleri yanıtların sonuçları yer almaktadır.

Çalışmaya katılan hastaların ilk kontrolleri ile 6 ay sonraki kontrol parametreleri karşılaştırıldığında; anksiyete düzeyinde gerileme görülmektedir.

Obez(A) ve Obez(B) grubu istatistiksel olarak karşılaştırıldığında Obez(B) grubu lehine farklılık saptanmıştır.

**Tablo 32: Katılımcılara Uygulanan Zunk Anksiyete Ölçeğinin Mann Whitney U ve Wilcoxon Signed Rank Testi Sonuçları**

	Min.	Max.	Ortalama Median (%25-%75)
<b>Obez (A)</b>	24	70	43,27±10,73 42,00 (35,00-50,00) ††*, †***
<b>Obez(B)</b>	23	67	41,59±9,98 43,00 (32,00-49,00) †***
<b>Kontrol</b>	22	70	35,34±8,13 34,00 (30,00-40,00)

† A – kontrol arasındaki farklılıklar A’da verilmiştir.

† B – kontrol arasındaki farklılıklar B’de verilmiştir.

†† A –B arasındaki farklılıklar A’da verilmiştir.

p>0.05ns, p<0.05\*, p<0.01\*\*, p<0.001\*\*\* .

Zunk Anksiyete Ölçeğinin Cinsiyet dağılımlarına göre değerlendirilmesinde Obez(A) grubunda Anksiyete Ölçeğinde  $\leq 44$  puan alan Kadınlarda istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Anksiyete düzeyi ile Cinsiyet arasında Obez(B) ve kontrol gruplarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Obez(A) ile Obez(B) arasında şiddetli anksiyete azalmıştır.

**Tablo 33: Katılımcılara Uygulanan Zunk Anksiyete Ölçeğinin Cinsiyetlere Göre Chi Square Testi ile Dağılımı**

	Obez(A) Sayı %			Obez(B) Sayı %			Kontrol Sayı %		
	K	E	P	K	E	P	K	E	P
Zunk Anksiyete Ölçeği	$\leq 44$	115 52,3	58 71,6	112 50,9	52 64,2	0,121	109 82,6	58 95,1	0,059
	45-59	82 37,3	18 22,2	104 47,3	28 34,6		22 16,7	3 4,9	
	60-74	23 10,5	5 6,2	4 1,8	1 1,2		1 0,8	0	

p>0.05ns, p<0.05\*, p<0.01\*\*, p<0.001\*\*\*



Zunk anksiyete ölçeğinin yaş grupları açısından değerlendirilmesinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmasına rağmen obez(A) grubunda 48+ yaş hastaların şiddetli anksiyete yaşadıkları görülmektedir. Obez(B) grubunda bu durumun ortadan kalkmış olması hastaların kilo kaybetme ile anksiyetelerinin azaldığı sonucunu düşündürdü. Obez(B)'lerde istatistiksel olarak anksiyete düzeyi ile yaş arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Kontrol grubunda anksiyete düzeyi ile yaş arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki saptanmış ve bu farkın 18-27,9 yaş grubunda orta düzey anksiyetenin yüksek olmasından kaynaklandığı düşünülmüştür.

**Tablo 34: Katılımcılara Uygulanan Zunk Anksiyete Ölçeğinin Yaş Gruplarına Göre Chi Square Testi ile Dağılımı**

	Obez(A) Sayı %				Obez(B) Sayı %				Kontrol Sayı %																
	YAŞ				YAŞ				YAŞ																
	18-27,9	28-37,9	38-47,9	48+	18-27,9	28-37,9	38-47,9	48+	18-27,9	28-37,9	38-47,9	48+													
Zunk Anksiyete Ölçeği	<=44	37 59,7	45 56,2	62 60,2	29 51,8	31 50	50 62,5	56 54,4	27 48,2	36 70,6	64 92,8	61 91,0													
	45-59	23 37,1	28 35,0	33 32,0	16 28,6	28 45,2	30 37,5	45 43,7	29 51,8	14 27,5	5 7,2	6 9,0	0 0,011												
	60-74	2 3,2	7 8,8	8 7,8	11 19,6	3 4,8	0	2 1,9	0	1 2	0	0	0												

p>0.05ns, p<0.05\*, p<0.01\*\*, p<0.001\*\*\*.

Zunk Anksiyete Ölçeğinin Eğitim grupları açısından değerlendirilmesinde Obez(A) grubunda Anksiyete düzeyi  $\leq 44$  olan Lise mezunları genel toplam içinde en büyük grubu oluşturmaktadır, ve bu durum istatistiksel olarak anlamlı fark ortaya koymuştur. Obez(B) grubunda Anksiyete düzeyi ile Eğitim arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır.

**Tablo 35: Katılımcılara Uygulanan Zunk Anksiyete Ölçeğinin Eğitim Durumlarına Göre Chi Square Testi ile Dağılımı**

Zunk Anksiyete Ölçeği	Obez(A) Sayı %					Obez(B) Sayı %					Kontrol Sayı %				
	EĞİTİM					EĞİTİM					EĞİTİM				
	İlkokul	Orta okul	Lise	Üniversite	p	İlkokul	Orta okul	Lise	Üniversite	p	İlkokul	Orta okul	Lise	Üniversite	p
$\leq 44$	37 45,7	26 52,0	51 59,3	59 69,9		37 45,7	25 50,0	53 61,6	48 57,8		14 93,3	26 89,7	60 88,2	67 82,7	
45-59	30 37,0	23 46,0	27 31,4	20 24,1	0,012	43 53,1	24 48,0	32 37,2	33 39,8	0,577	1 6,7	3 10,3	7 10,3	14 17,3	0,641
60-74	14 17,3	1 2,0	8 9,3	5 6,0		1 1,2	1 2,0	1 1,2	2 2,4		0	0	1 1,5	0	

$p > 0.05$ ns,  $p < 0.05$ \*,  $p < 0.01$ \*\* ,  $p < 0.001$ \*\*\*

Obez (A) ve Obez(B) hastaların Zunk Depresyon Ölçeğine verdikleri yanıtların ortalaması ölçek değerlendirme sıkalasında normal grup içinde yer almasına rağmen; ilk ve 6 ay sonraki kontrolleri arasında depresyon puanında 2 birim artış görülmektedir.

Obez(A) ile Obez(B) grubu arasında Obez(B) grubunun tedavi sonunda ortalama depresyon değerlerinin arttığı görülmektedir. Buna bağlı iki grup arasında Obez(B) aleyhine istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır.

Tablo 36'da Obez (A) ve Obez(B) hastaların Zunk Depresyon Ölçeğine verdikleri yanıtların sonuçları yer almaktadır.

**Tablo 36: Katılımcılara Uygulanan Zunk Depresyon Ölçeğinin Mann Whitney U ve Wilcoxon Signed Rank Testi Sonuçları**

	Min.	Max.	Ortalama Median (%25-%75)
Obez (A)	20	70	42,52±10,18 42,00 (35,00-49,00) ††**, †***
Obez(B)	24	68	44,51±8,60 45,00 (38,00-51,00) †***
Kontrol	20	57	36,22±8,23 36,00 (30,00-42,00)

† A – kontrol arasındaki farklılıklar A'da verilmiştir.

† B – kontrol arasındaki farklılıklar B'de verilmiştir.

†† A –B arasındaki farklılıklar A'da verilmiştir.

p>0.05ns, p<0.05\*, p<0.01\*\*, p<0.001\*\*\* .

Zunk Depresyon Ölçeğinin Cinsiyet dağılımlarına göre değerlendirilmesinde, Obez(B) grubunda Depresyon Ölçeğinde  $\leq 49$  puan alan kadın grubundan kaynaklanan kadınlar lehine istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Obez(A) ve kontrol gruplarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

**Tablo 37: Katılımcılara Uygulanan Zunk Depresyon Ölçeğinin Cinsiyetlere Göre Chi Square Testi ile Dağılımı**

	Obez(A) Sayı %			Obez(B) Sayı %			Kontrol Sayı %		
	K	E	P	K	E	P	K	E	P
Zunk Depresyon Ölçeği	$\leq 49$	162 73,6	69 85,2	141 64,1	62 76,5	0,041	120 90,9	57 93,4	0,0553
	50-69	57 25,9	12 14,8	79 35,9	19 23,5		12 9,1	4 6,6	
	70+	1 0,5	0	0	0		0	0	

$p > 0.05$ ns,  $p < 0.05$ \*,  $p < 0.01$ \*\*\*,  $p < 0.001$ \*\*\*\*.

Zunk Depresyon Ölçeğine alınan yanıtın yaşa göre dağılımı değerlendirilmiş, yanıtlar Tablo 38'de gösterilmiştir.

Obez hasta grubunun ilk kontrollerinde obez(A) grubunda 38-47,9 yaş hastaların 23'ü (% 22,3) orta düzeyde depresyonda görünürken, 6. ay kontrollerde obez(B) grubunda 38-47,9 yaş hastaların 41'i (% 39,8) orta düzeyde depresyonda görünmektedir. Değerler istatistiksel olarak anlamlı bulunmamasına rağmen, orta düzey depresif kişi sayısının artmış olması, hastalarının besin sınırlamalarına alışma döneminde olmaları, besin mahrumiyeti yaşamaları ve aktivite arturma planlarından kaynaklanmış olabileceğini düşündürmüştür.

Tablo 38: Katılımcılara Uygulanan Zunk Depresyon Ölçeğinin Yaş Gruplarına Göre Chi Square Testi ile Dağılımı

	Obez(A) Sayı %				P	Obez(B) Sayı %				P	Kontrol Sayı %				
	18-27,9	28-37,9	38-47,9	48+		18-27,9	28-37,9	38-47,9	48+		18-27,9	28-37,9	38-47,9	48+	
Zunk Depresyon Ölçeği	<=49	50 80,6	62 77,5	79 76,7	40 71,4	0,757	44 71	61 76,2	62 60,2	36 64,3	0,117	42 82,4	67 97,1	62 92,5	6 100
	50-69	12 19,4	18 22,5	23 22,3	16 28,6		18 29	19 23,8	41 39,8	20 35,7		2 2,9	5 7,5	0	0,028
70+	0	0	1 1,0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

p>0.05ns, p<0.05\*, p<0.01\*\*, p<0.001\*\*\*.

Tablo 39, Zunk depresyon ölçeğinin katılımcıların eğitim durumlarına göre dağılımını göstermektedir. Zunk depresyon ölçeğinin eğitim durumuna göre dağılımlarında obez grubun hem ilk kontrollerinde, hem de 6. ay kontrollerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmamasına rağmen en çok ilkökul mezunları arasında artan sayıda kişiye orta düzeyde depresyon görülmektedir. Kontrol grubunda istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

**Tablo 39: Katılımcılara Uygulanan Zunk Depresyon Ölçeğinin Eğitim Durumlarına Göre Chi Square Testi ile Dağılımı**

Zunk Depresyon Ölçeği	Obez(A) Sayı %						Obez(B) Sayı %						Kontrol Sayı %					
	EĞİTİM						EĞİTİM						EĞİTİM					
	İlkokul	Orta okul	Lise	Üniver site	P		İlkokul	Orta okul	Lise	Üniver site	P		İlkokul	Orta okul	Lise	Üniver site	P	
<=49	55	37	66	73	0,136		47	31	64	61	0,125		15	25	61	76	0,341	
	67,9	74,0	76,7	86,8		58	62,0	74,4	72,3	100		86,2	89,7	93,8				
50-69	26	13	20	10	0,136		34	19	22	23	0,125		0	4	7	5	0,341	
	32,1	26,0	23,3	12,0		42	38,0	25,6	27,7	0		13,8	10,3	6,2				
70+	0	0	0	1,2		0	0	0	0	0		0	0	0	0	0		

p>0.05ns, p<0.05\*, p<0.01\*\*, p<0.001\*\*\*

## Anlatılar

1980-1990 yılları arasında ortaya çıkan günümüzde hala etkisini sürdüren klasik sonrası dönemde, anlatıbilimin kapsamı edebi anlatının çok ötesine geçmiş, genişlemiş disiplinler arası bir nitelik kazanmış, bilişsel psikoloji, kültür tarihi, felsefe, ilahiyat, eğitim, iletişim, sanat tarihi, sinema, tıp gibi pek çok alana uygulanmaya başlamıştır. Anlatılar gerçek insan öyküleridir.

Anlatısallık en sade söyleyişle anlatılarla düşünmenin önemini vurgular. İnsan varlığın tikel deneyimlerinde yatan anlam, anlatıların yorumlanması ile veya irdelenmesiyle su yüzüne çıkabilir. Anlatıların incelenmesi ile insan varlığının niteliğine ilişkin çok şey öğrenmek mümkündür (119).

Anlatılar bir bakıma; belli bir sağlık sorunu ile mücadele eden kişinin bu durumdan nasıl etkilendiğini ve içinde buldukları durumun “içerden” nasıl görüldüğünü anlamaya olanak vermektedir. Bu ifadeleri bir çeşit “iç ses” olarak kabul etmek gerekir (61).

Tıbbi uygulamalar sırasında hastalar genellikle kendileri için belirlenmiş tanıya bağlı tedavi koşullarını benimsemek durumunda kalmaktadır. Hastaya açıklanan tanı, tedavi koşulları bu süreçte ortaya çıkan “tıbbın sesi” olarak ele alındığında zaman zaman tıbbın sesinin hastanın “içerden” nasıl hissettiğini duyuracak sesine üstün geldiğini söylenebilir.

Anlatısallık insanın kaçınılmaz değersel özelliklerini ele alırken, anlatsal etik onun öncellerini gözeterek biyoetik alanında nelerin öne çıkarılması gerektiğini belirlemeye ve buna uygun politikalar ve yaklaşımlar geliştirmeye çalışmalarla ilgilidir (119).

Çeşitli örnekler gözden geçirildiğinde; hastalığın yalnızca biyolojik, psikolojik, fiziksel ve soy geçmişe dayalı değerlendirilmesi yeterli olmamaktadır.

Klinik algoritmalar tek düze teşhis ve tedavi için kullanışlı olabilirler. Ancak, doktor farklı düşünmek durumunda kaldığında, belirtiler zayıf olduğunda ya da test sonuçları istenildiği gibi olmadığında algoritmalar kısa zamanda tepetaklak olur. Benzer olarak tedavi ile ilgili kararları istatistiksel olarak kanıtlanmış verilere dayalı “kanıta dayalı tıp” olarak adlandırılan yöntemle almış olsak dahi istatistikler gözümüzün önündeki hastanın yerini alamaz. İstatistikler bireyi değil ortalamaları kapsar. İdeal Tedavi yöntemi bir hastanın gereksinimlerine ve değerlerine uygun olduğu ölçüde başarılı sonuçlar ortaya koyabilecektir (95).

Bu noktadan yola çıkıldığında hastaların “iç sesi’ne” kulak vermek klinikte sıklıkla ortaya çıkan değer sorunlarının hem tanımlanmasına hem de sorunların çözümlenmesine ışık tutabilecektir.

Klinikte hastaların, hasta yakınlarının ve sağlık çalışanlarının anlatıları iç içe geçer, birbirini etkiler ve birbirine dönüştürür. Hastalık yaşantısının bütünlüğü içerisinde değersel anlamı bu etkileşim içinde oluşur (119).

Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ile bağlantılı olarak Hastalık ve Hasta anlatıları kişilerin yaşamının, hastalıktan nasıl etkilendiğini, yeni koşullardan nasıl bir yaşam biçimi oluşturduğunu ortaya koyduğu gibi, hastalığa odaklı anlatılar sağlık profesyonellerinin iletişimde buldukları tüm alanlarda “iyi iletişim” kurulabilmesine de olanak sağlamaktadır.

Frank, hastanın hastalığına ilişkin anlatılarının üç ana tema üzerine olduğunu açıklamakta bunları sıra ile şöyle listelemektedir.



- 1- Canlandırma anlatıları
- 2- Karışıklık/karmaşa anlatıları
- 3- Arama anlatıları

Canlandırma anlatıları hastanın hastalığı nedeniyle yaşadığı olumsuzluklara odaklı iken karışıklık/karmaşa anlatıları hastanın altüst olmuş hayatına, gelecek kaygılarına, arama anlatıları da hastalıktan etkilenen benliğini ifadeye yöneliktir (84).

Frank'ın sınıflamasını temel olarak anlatıları şöyle sıralayabiliriz.

Günümüzde insan ölçülerine göre ısmarlama elbise diktirmek gibi insana göre tedavi ve hastalık önleme protokolü sağlayacak teknolojiye sahibiz.

Canlandırma Anlatıları(Hastalık nedeniyle yaşanan olumsuzluklar)

- Yokuş yukarı çıkmakta zorlanıyorum.  
(46 yaşında, Erkek, BKİ=37,5kg/m<sup>2</sup>)
- Yürürken soluğum tıkanıyor, ayaklarımın altı acıyor, ellerime ateş düşüyor.  
(40 yaşında, Kadın, BKİ=37,5kg/m<sup>2</sup>)
- Ailede kalp rahatsızlığından vefat edenleri görüp, kilo ile bağlantısını bilmek ve kendimin de o yolda olduğunu görmek beni korkutuyor.  
(21 yaşında, Erkek, BKİ=51,1kg/m<sup>2</sup>)
- Şişmanım çok uzun senelerdir. Kilolu insanların yaşadıkları zorlukları bende yaşıyorum. Kilolarım dizlerime baskı yapıyor. Ağrıyor. Ayaklarıma ulaşmakta zorlanıyorum, tırnak keserken mesela.  
(27 yaşında, Kadın, BKİ=39,9kg/m<sup>2</sup>)

Buradaki alıntılar obezitenin ciddi bir sağlık sorunu ve yaşam tehdidi olduğunu göstermektedir.

### Karışıklık/karmaşa Anlatıları(Altüst olmuş hayat, gelecek kaygıları)

- Doğumdan sonra kilo almaya başladım. Eşim sürekli kilomla uğraşiyor, beni beğenmiyor.  
(35 yaşında, Kadın, BKİ=45,4kg/m<sup>2</sup>)
- Lütfen bana yardım edin. Mutlu olmak hayata daha güler yüzlü bakmak istiyorum.  
(22 yaşında, Kadın, BKİ=43,1kg/m<sup>2</sup>)
- Erkekler için dış görünüş çok önemli, geleceğim için kilo vermeliyim. Hem iş hayatım, hem de bir yuvaya sahip olmak için.  
(19 yaşında, Kadın, BKİ=39,6kg/m<sup>2</sup>)
- Hiç kimse bana çok kilolusun tedavi olsana demedi, ama ben kilomdan memnun değilim. Eşimi, çocuklarımı sevindirmek istiyorum.  
(35 yaşında, Kadın, BKİ=39,5kg/m<sup>2</sup>)

### Arama Anlatıları(Hastalıktan etkilenen benlik)

Benlik saygısı kişinin kendini tanıması, gerçekçi değerlendirme sonrası kendi yetenek güçlerini olduğu gibi kabul etmesi olarak tanımlanabilir. Aşağıdaki örneğe bakıldığında;

- Kilolarımdan dolayı kendime küsüm. Kendimi cezalandırıyorum.  
Hiçbir şeyi hak etmediğimi düşünüyorum.  
(39 yaşında, Kadın, BKİ=41,2kg/m<sup>2</sup>)

ifadesi, kişinin kendini değerlendirme de olumsuz bir tutum içinde olduğunu göstermekte, düşük benlik saygısını düşündürmektedir.

- İnsanların alaylı bakışlarından rahatsızım.  
(41 yaşında, Kadın, BKİ=41,2kg/m<sup>2</sup>)

- Özgüvenim yok, toplum içinde utanıyorum.  
(44 yaşında, Kadın, BKİ=53,4kg/m<sup>2</sup>)

Obeziteyi psikosomatik bir hastalık olarak değerlendirip tedavisinde çok boyutlu bir yaklaşımın gerekli olduğu görülmektedir. Bu gruptaki hastaların daha çok psikososyal desteğe ihtiyacı vardır.

Obeziteye karşı sosyal tutumlar bireyde benlik saygısının azalmasına yol açmaktadır.

Şu anda çoğumuz herkese uygun görünen genel kurallar yada ilkelere göre yaşıyoruz. Örneğin; kilo vermek isterseniz herkese önerilen ve muhtemelen daha çok lifli sebzeler yiyerek, şekerden, yağdan kaçınmanızı tavsiye eden bir beslenme planı uygularsınız. Sağlık profesyonelleri size düzenli spor yapmanızı, kontrollere önem vermenizi tavsiye eder.

Siz gelecekte sağlığınız ile ilgili daha kesin kurallarla tanıştığınızı düşünün. Örneğin; hiç zorlanmadan on kilo vermenin yolunu bilerseniz kendinizi daha sağlıklı hissetmek için bir listeye sahip olsanız ne kadar iyi olurdu. Kişiselleştirilmiş tıp bize bu sözü verse de herkes bu kişiselleştirilmiş özel tıptan yararlanamayacaktır. Sağlık konusunda hemen hiçbir şey herkese uyan standart ölçüde değildir. Kendimize uygun olan uygulamayı öğrenmek için “iç ses”imizin dikkate alınması öncelikli olmalıdır (56).

Kronik hastalıklar hastaların gündelik yaşamlarını farklı boyutta etkilemektedir.

Araştırmaya katılmayı kabul edenlerin gönüllü defterleri; soru kağıdı ve ölçeklerle sağlanan yanıtlara destek oluşturdu. Ayrıca ortak temalar belirlenerek anlatıların etik açıdan değerlendirilmesine olanak sağladı. Bu ortak temalara bakıldığında;

## 1- Obez olmak;

- Çocukluğumda çok zayıftım. Sinirlendikçe bir şeyler yiyorum. Kendimi alamıyorum.  
(49 yaşında, Kadın, BKİ=43,4kg/m<sup>2</sup>)
- Kilolu olmanın iyi yönleride var. Görüntü olarak herkesi korkutuyorum, kilo alma gibi bir derdim yok rahat bir tüketiciyim.  
(21 yaşında, Erkek, BKİ=39,2kg/m<sup>2</sup>)

Toplum yaşantısı içinde farklı biçimde dile getirilmiş olsa da obezite ciddi bir sağlık problemidir, tedavide multidisipliner bir yaklaşımla gerçekleştirilmelidir. İnsanoğlu kendisine çoğunlukla bir savunma mekanizması bulmaktadır. İkinci örnekte olduğu gibi o kişide zayıf olmayı hayal eder. Şişmanım ama mutluyum yaklaşımı kişiye zarar verecek bir yaklaşımdır. Kişiler eğer tehlikelerinden haberdar olsalar obezite ile mücadeleye daha kararlı yaklaşabilirler.

## 2- Yemek yemenin dayanılmaz hafifliği;

- Makarna ile ekmek canım istiyor.  
(42 yaşında, Kadın, BKİ=38,9kg/m<sup>2</sup>)
- Çok asabi bir insanım en ufak bir şeyden sinirleniyorum. Keyfim olmadığında da buzdolabına koşup yemek ihtiyacı duyuyorum.  
(30 yaşında, Kadın, BKİ=38,3kg/m<sup>2</sup>)

Yukarıdaki örnekler, obezite de ve aşırı yemek yiyen kişiler için literatüre son yıllarda giren “Yeme Bağımlılığı” kavramı ile ilişkilendirilmiştir (249).

Obezite epidemiyolojisinde ki artışla birlikte obez kişilerde sıklıkla gözlenen aşırı yeme ve tıkanırcasına yeme davranışı bir tür yeme bağımlılığı olarak tanımlanmaktadır. Bu görüşe karşı olanlar ise obezitenin yeme bağımlılığının ötesinde bir ruhsal bozukluk olarak DSM-5'te yer almasını önermektedirler (169).

### 3- Diyet sıkıntıları hafifletir mi?

- En büyük isteğim 38 yada 40 bedene düşmek bunu çok istiyorum. Yaptığım her diyet sonrası kilo alıyorum. Zayıflamak istedikçe her şey ters gidiyor.  
(39 yaşında, Kadın, BKİ=41,2kg/m<sup>2</sup>)
- Arkadaşlarım arasında kilo almış mıyım yoksa vermiş miyim muhabbeti, diyetler, artık sıkıldım.  
(42 yaşında, Kadın, BKİ=45,3kg/m<sup>2</sup>)
- Diyet yaptım hep kilo aldım. Artık doğru zaman geldi de geçiyor. Böyle yaşamaya sabrım kalmadı. Bu defa başaracağıma inanıyorum.  
(19 yaşında, Kadın, BKİ=39,6kg/m<sup>2</sup>)

Diyet ve egzersizin yanı sıra uygulanan davranış değişikliği tedavisi obez bireylerde istenen ağırlık kaybını sağlamaya ve kaybedilen ağırlığı korumaya yardımcı olacaktır (72).

İyi yapılandırılmış diyet ile egzersizi birleştiren ve davranışsal tedavi de uygulayan programlar başarılı olmaktadır. Ancak hasta izlemlerinin olumlu sonuçlara etkisinin varlığı gözlenmektedir.

- Bitkisel çaylar, kapsüller kullandım olmuyor. Bir kilo versem üç kilo alıyorum.  
(22 yaşında, Kadın, BKİ=43,1kg/m<sup>2</sup>)

Kuşkusuz bu ifade obezite ile mücadelede kişilerin seçkilerinin fayda sağlamadığını göstermesi bakımından anlamlı bulunmuştur.

- Vücudumda ki yağı nasıl daha çabuk yakabilirim, diyet yanında bisiklet mi yoksa yürüyüş mü daha faydalı olabilir.  
(23 yaşında, Erkek, BKİ=44,0kg/m<sup>2</sup>)
- Sabırsızım incelmek, zayıflamak istiyorum.  
(22 yaşında, Kadın, BKİ=43,1kg/m<sup>2</sup>)

Yaşanan sıkıntılar kişileri aceleci olmaya itmekte bu durum da başarısızlığı beraberinde getirmektedir. Kısa zamanda hızlı kilo kaybı sağlıklı olmadığı gibi verilen kilolar hızla geri alınabilmektedir. Uygun olan doğru beslenme alışkanlığının yaşam biçimi haline getirilmesidir.

#### 4- Giysiler: Bulmakta zor yakıştırmakta;

Giyim insan vücudunu dış etkilerden korumak ve aynı zamanda örtünmek ihtiyacından doğmuştur. Giyinmek temel insan ihtiyaçlarından biridir. Pek çok öge “giyim” adı verilen bu yapıyı etkilemektedir. Örneğin; kişinin yaşı, inancı, mesleği, eğitimi, vücut yapısı.

Giyim, kişinin içinde yaşadığı topluma kendini ifade edebilmesinde de çok önemli bir yere sahiptir. Kişinin kendini gösterme, hoşça gitme gibi duyguları bakımından insana doyum sağlayıcı bir işleve sahiptir (54).

Özellikle yetişkinlerin buldukları sosyal ortamlarla bağlantılı olarak giysi seçiminde bulunmaları kaçınılmazdır. Ancak; aşağıdaki örnekler obez kişilerin bu konuda ki sıkıntılarını ifade etmek bakımından önemli bulunmuştur.

- Kendime kıyafet bulamıyorum. Topluma katılamaz oldum.  
(39 yaşında, Kadın, BKİ=38,6kg/m<sup>2</sup>)
- Kendime kıyafet bulamıyorum, ne zaman aynaya baksam görüntüm beni rahatsız ediyor.

(46 yaşında, Kadın, BKİ=41,0kg/m<sup>2</sup>)

- Üzerinize göre bir elbise bulamamak kilolardan dolayı eksiklik hissettiriyor “insana”.

(21 yaşında, Erkek, BKİ=51,1kg/m<sup>2</sup>)

- Kıyafet sorunu yaşıyorum. Kendime göre hiçbir şey bulamıyorum, en büyük isteğim 38 yada 40 bedene düşmek, bunu çok istiyorum.

(39 yaşında, Kadın, BKİ=41,2kg/m<sup>2</sup>)

Giyim bir kültür aynı zamanda statü göstergesi olarak da değerlendirilmekte, insanların toplum içinde temiz, düzenli, bakımlı ve iyi giyimli olarak yer almaları kendisine ve çevresine olan saygısının göstergesi kabul edilmektedir.

Beden kişinin sahip olduğu görünümünün önemli bir parçasıdır. Kişiler doğru giysiler kullanarak kendi tarzlarını yaratabilirler.

- Bir yere giderken hazırlanmak çok zaman alıyor, eşyaları önceden kombinelemek gerekiyor. Hem giysi hem zaman problemi.

(30 yaşında, Kadın, BKİ=38,3kg/m<sup>2</sup>)

Aynı kişi şöyle devam etmekte; “giyimime, görünüşüme ne kadar özen göstersem de, dolabımda her zaman uzun yelekler olması şart”.

Giysiler insan bedeninin ikinci bir derisi gibi kabullenildiğinde; bedene uygun giysi bulmak obez kişiler için ciddi bir sorun teşkil etmektedir. Bu kişiler bedenlerinin kusurlarını örtmek için ayrıca bir çaba sarf etmekte giysi seçme ve kullanma rahatlığı konusunda ki olumsuz yaşam deneyimlerini de şöyle dile getirmektedir.

- Arkadaşlarım alışverişe gidiyorlar, ben onlarla gidemiyorum. Çünkü; 56 beden elbise her yerde bulunmuyor. Mağazalarda çalışanlar, bizde büyük beden yok dediklerinde neredeyse ağlayarak oradan çıkıyorum.

(22 yaşında, Kadın, BKİ=43,1kg/m<sup>2</sup>)

- Bir mağazaya girip elbise denemekten hiç hoşlanmıyorum.

(49 yaşında, Kadın, BKİ=40,6kg/m<sup>2</sup>)

- Kıyafetlerimi rahat bir şekilde satın alamıyorum. Daha çok pantolonlarım yırtılıyor.

(21 yaşında, Kadın, BKİ=39,2kg/m<sup>2</sup>)

##### 5- Kent yaşamı: Toplu taşıma araçları ve sosyal ortamda bulunma.

Yapılan bazı araştırmalar kent yaşamının obeziteyi tetiklediğine işaret etmektedir (192).

BKİ ortalaması hemen tüm toplumlarda artmakla birlikte insanların kendi ağırlık durumlarına dair algılarında daha fazla olabilmektedir. Kişilerin kendi ağırlık algısı belirleyicilerini daha iyi bilmesi beden ağırlığı kontrol stratejilerini geliştirmelerinde önemli olabilir.

Araştırmaya katılan gönüllüler; Beden ölçüsü memnuniyetsizliğini kent yaşamı bağlamında şöyle örneklemektedirler (4).

- Herhangi bir vasıtaya binsem rahat bir şekilde oturamıyorum.

(21 yaşında, Kadın, BKİ=39,2kg/m<sup>2</sup>)

- Toplu taşıma aracına binersiniz. İçerisi kalabalıktır. Herkes sürtünerek hareket edebilir. İneceğiniz durağa yaklaştıkça adeta kabus yaşarsınız. Sizin inebilmeniz için birçok kişinin kendini zorlaması, hareket etmesi gerekir. Sorgulayan, iğneleyen bakışlar altında kapıya ulaşmaya çalışırsınız.

(21 yaşında, Erkek, BKİ=51,1kg/m<sup>2</sup>)

Obez yolcuların hem kendi güvenlikleri hem de birlikte seyahat ettikleri kişilere verdikleri rahatsızlıklarda sıklıkla dile getirilmektedir.



- Çok kiloluyum, Çok yer kaplıyorum diye beni arabada öne oturtuyorlar.  
(42 yaşında, Kadın, BKİ=38,9kg/m<sup>2</sup>)

Toplum yaşamı insanların zaman zaman bir arada boş vakit geçirmelerini de zorunlu kılmaktadır. Aşırı veya yanlış beslenme ile fiziksel aktivitenin yetersizliği obezitenin en önemli iki nedeni olarak kabul edilmektedir. Düşük sosyo ekonomik grupları daha çok etkilemekte ve beraberinde sağlık ve diğer eşitsizliklerin artmasına neden olmaktadır.

- Lokanta da plastik sandalyeye oturamamak beni çok rahatsız ediyor.  
Zayıf insanları gördüğümde sinirim bozuluyor.  
(42 yaşında, Kadın, BKİ=38,9kg/m<sup>2</sup>)

#### 6- Bedenlerimiz bizimle net bir şekilde iletişim kurar.

Cinsel sağlık genel sağlığın önemli bir parçasıdır. Obezite kadın ve erkekte farklı mekanizmalarla cinselliği etkilemektedir.

- Sevgilimle gezerken daha rahat olmak istiyorum. O ne kadar seni her halinle seviyorum dese de güzel görünmek istiyorum.  
(22 yaşında, Kadın, BKİ=43,1kg/m<sup>2</sup>)
- Ne kadar iyi insan olsanız da kilolar karşı cinsle ilişkilerde ilk turda elenmenize neden olur.  
(21 yaşında, Erkek, BKİ=51,1kg/m<sup>2</sup>)
- Cinsel ilişki bile zorluyor bu kilolar.  
(39 yaşında, Kadın, BKİ=38,6kg/m<sup>2</sup>)

Bu alanda ki hasta anlatıları akranların, partnerlerin ve potansiyel partnere ilişkin görüşlerin netleşmesi ve tedavi planlarının özelleştirilmesi bakımından önemlidir (45).

Anlatılar ne yaptığımızı kim olduğumuzu açıklar, bize sorumluluklarımızı öğretir; eylemlerimizi harekete geçirir, onlara kılavuzluk eder ve haklı çıkarır. Böylece anlatılar aracılığı ile kişi kendini yeniden tanımlayabilir.

Anlatılar klinik tıp uğraşı içinde merkezi konumdadır. Hasta kayıtları, hastalık ve iyileşme üzerine romanlar, tıp uğraşı ile ilgili anılar gibi anlatıları anlamak bireysel farkındalığı yükseltir, hekimin hastanın hastalık deneyimine ilişkin algılarını da genişletir. Kişiler arası bağ ve duyguların görünür olmasını sağlar, değer yaşantılarının daha iyi tanımlanmasını olanaklı kılar. Anlatılar klinik uygulamalarda bazı cevaplar oluşturduğu gibi klavuzlukda edebilmektedir.

Biyoetik alanı tikel durumlara ilişkin değerlerin bilgisine ulaşmak için anlatıları kullanmalı anlatılarla ilgili yöntemleri geliştirmeli ve bu konuda tecrübeleri biriktirmelidir (121).

## 5. TARTIŞMA

*“Hiçbir hastalık, hiçbir önyargı, hiçbir sağlık durumu ve hiçbir toplumsal ayırım, bir insan sağlığını ve sosyal ilişkilerini obezite kadar acımasızca tehdit edemez.”*

*AmericanObesityAssociation (110).*

Obezite; yüzyılımızın hastalığı olarak tarif edilen, birçok ülkede sıklığı giderek artan, pek çok metabolik hastalıkla sıkı ilişkisi olan, kişinin yaşam süresini ve kalitesini olumsuz etkileyen, psikolojik ve sosyal sorunlara neden olan bir hastalıktır (170).

Luppino FS.ve arkadaşlarının 2010 yılında obezite ve depresyon ilişkisini irdeledikleri meta analiz çalışmalarında; Obezitenin kişilerin fiziksel ve ruhsal sağlığını bozmanın yanı sıra negatif beden imajı gelişiminde neden olarak sosyal yaşamlarını bozduğıve yaşam kalitelerini düşürdüğü sonucu bildirilmiştir. Ayrıca obeziteye eşlik eden ruhsal sorunların başında depresyon ve anksiyetenin, sosyal sorunların başında negatif beden algısına bağlı özgüven eksikliklerinin yer aldığı ifade edilmiştir (139).

Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları polikliniğine başvuran ve çalışmaya katılma kriterlerini taşıyan kişilerde Kadın popülasyonunun Erkeklerle oranla yüksek olması,obezitenin kadınlarda daha sık görülmesi veya kadınların obezite konusunda erkeklerden daha fazla arayış içinde olduğunu göstermektedir.

Cash TF. vePruzinsky T.tarafından 2002 yılında basılmış Beden İmajı adlı eserdeobeziteninkadınlarda daha sık görüldüğü bildirilmektedir (40).

Berghöfer A. ve arkadaşlarının2008 yılında AvrupanınObezitePrevelans Çalışmalarında; Avrupa ülkelerindekadınlarda obezite sıklığının erkeklerden daha yüksek olduğu bildirilmiştir (20).

Amerika Obezite Çalışma grubunun 2006 yılına ait yayınında da A.B.D.'de kadın popülasyonunun erkek popülasyonuna göre daha şişman olduğu bildirilmiştir (224).

Ülkemizde benzer şekilde 2010 yılında sonuçlanan TURDEP-2 çalışmasına göre obezite sıklığı kadınlarda % 44,2 olarak, erkeklerde ise % 27,3 olarak açıklanmıştır (200).

Bizim çalışmamızda obez grubunu oluşturan bireylerin % 73,1'ini kadınlar oluşturmaktadır. Obezite ve Cinsiyet ilişkisi bakımından araştırma bulgularımız literatürlerle uyumlu değerlendirilmiştir.

Çalışmaya alınan obez grubun yaş ortalaması  $37,79 \pm 10,60$  olarak bulunmuştur. Ülkemizde yapılmış olan ve 2010 yılında sonuçlanan en büyük prevelans çalışmalarından TURDEP-2 sonuçlarına göre; erişkin obezitesi 35'li yaşlarda başlayıp, 45'li yaşlarda pik yapmakta ve 60'lı yaşlarda düşüşe geçmektedir. Her iki cinsiyet içinde benzer sonuçlar bildirilmiştir(223).

Yaş ortalaması açısından araştırma bulgularımız TURDEP-2 ve sonuçları ile uyumlu değerlendirilmiştir.

Çalışmaya alınan obez kişilerin %43,5'inin eğitim düzeyinin sekiz yıllık ilköğretim ile sınırlı olduğu, % 43,9'unun meslek olarak ev hanımı olduğu, %73,8'inin evli olduğu, %76,1'inin çocuk sahibi olduğu bulunmuştur.

Kontrol grubunda da kadın katılımcılar çoğunluğu (%68,4) oluşturmaktadır. Araştırma grubunun aksine bu grubun sadece % 4,7'si ev hanımı olduğunu açıklamıştır. Eğitim durumu açısından değerlendirildiğinde sadece %22,8'i 8 yıllık eğitim sürecini tamamlamıştır. Kontrol grubunun eğitim düzeyi araştırma grubundan daha yüksek değerlendirilmiştir. Kontrol grubunu oluşturan katılımcıların % 60,6'sı evli ve % 55,4'ü çocuk sahibidir.

Dünya Sağlık Örgütü tarafından 1995 yılında yayınlanmış olan teknik raporda ve 2002 yılında Özkahraman ve arkadaşlarının 8. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi'nde sundukları çalışmada düşük eğitim durumu, evli olma ve çalışmamaobezite için risk faktörleri olarak bildirilmiştir (223).

Singh GK. ve arkadaşlarında yaptıkları çalışmalarında evli olmanın, çalışmamanın ve düşük eğitim durumunununobezite için risk faktörleri oluşturduğunu bildirmişlerdir(207).

SadockBJ. veSadock VA.çalışmalarında öğrenim düzeyi düşük olan kadınlarda eğitim düzeyi yüksek olan kadınlara oranla obezite görülme sıklığının 6 kat daha fazla olduğu bildirmektedir (197).

Çalışmamızın sonuçları eğitim düzeyi, medeni durum ve çalışmama açılarındanliteratürlerle uyumlu bulunmuştur.

Obezitenin çığ gibi büyüyerek gelişiminde en önemli etkenlerden bir tanesi fiziksel aktivite azlığı veya sedanter yaşamın artmasıdır (164).

Phelan S. ve arkadaşları 2012 yılında obezitenin artmasında çevresel faktörlerin etkisini incelemek üzere kontrol grubu olarak, bir grup obez ve morbidobez hastanın, günlük aktivite düzeylerini ve aktivite alışkanlıklarını karşılaştırmışlar ve morbidobezlerin % 80'inin yatak odasında televizyon olduğunu bildirmişlerdir. Morbidobezlerin daha az hareket ettiğini veya hayatlarını daha az hareket edecek şekilde planlayıp, düzenledikleri sonucuna varmışlardır (175).

Keadle SK. ve arkadaşları 2012 yılında günlük fiziksel aktivitenin obeziteye katkısını araştırmışlar; fazla kilolu ve obez kişilerin normal kiloya sahip kişilere göre daha fazla televizyon seyrettiğini, daha uzun hareketsiz süreç geçirdiğini, inaktif yaşadıklarını bildirmişlerdir (122).

Rössner S. ve Kuskowska-Wolk A.'nın Biritanya'da basılmış obezite ve fiziksel aktivite konulu kitaplarında erkekler arasında kilo artışında en önemli nedeni sedanter yaşamın teşkil ettiğini ifade etmektedirler. Ayrıca yapılacak fiziksel aktivitenin süresinin ve sıklığının önemli olduğuna vurgu yaparak, gün aşırı 30-45 dakika arasında aktivitede bulunulması gerektiğini, yaş arttıkça kalp atım hızı ve fiziksel hareketin zorluk derecesinin azalmasının gerekliliğinden bahsetmişlerdir (195).

Jacob JJ. ve Isaac R. obezite tedavisinde davranış terapisi konulu yazılarında obezitenin başlamasında fiziksel inaktivitenin sorumluluk payının çok büyük bir orana sahip olduğunu bildirmişlerdir (116).

Akyol A. ve arkadaşlarının 2012 yılında çıkardıkları fiziksel aktivite, beslenme ve sağlıklı yaşam konulu yayınlarında, Fiziksel aktivitenin kilo verme dışında birçok sağlık riskinin azaltılması veya geciktirilmesinde çok büyük rolünün bulunduğu, haftada üç kez 30-40 dakika yürüyüş veya bisiklete binme gibi egzersiz programları yapılmasının diabette kan şekeri kontrolünün sağlanmasında önemli rolü olduğu ifade edilmiştir. İşe bisiklet veya aktif yollarla gitmenin, haftada dört saat aktivite yapma veya en az 800 kalori harcayan boş zaman aktivitesi yapmanın azalan hastalık riski ile ilişkili olduğu vurgulanmıştır. Aynı zamanda fiziksel aktivitenin depresyonu da azalttığı, planlayarak fiziksel aktivitede bulunan kişilerin kendilerini daha iyi hissettiği ve olumlu duygular taşıdığı, kendi vücut görüntüleri hakkında daha olumlu algılamaya neden olduğu, kendine fiziksel değer verme ve kendisiyle gurur duyma gibi konularda iyi yönde gelişmeler gösterdiği bildirilmektedir. Ayrıca fiziksel aktivitenin stres durumunu azalttığı, strese direnci geliştirdiği, uyku bozuklukları olanlarda uykunun, kalite ve süresini olumlu yönde etkilediği belirtilmiştir (6).

Ogunbode AM. ve arkadaşları 2011 yılında acil bir hastalık obezite adlı yazılarında, Obezite tedavisinde başarıya ulaşabilmede en önemli faktörlerden

birinin fiziksel aktiviteyi artırmak olduğunu bildirmişlerdir. Fiziksel aktivitenin obezitenin serbest yaşam modifikasyonunda en önemli etkenlerden biri olduğunu ifade etmişlerdir. Obezite tedavisi veya önlenmesinde kişilerin fiziksel aktivite yapmayı istemesi kadar yapılacak olan fiziksel aktivitenin türü, süresi ve kişinin yaşına uygunluğunun da önemli olduğu vurgulanmaktadır. İdeal egzersiz süresini gün aşırı otuz-kırkbeş dakika ve farklı yaşlar için farklı kalp atım hızı olması gerektiği şeklinde belirtmişlerdir (164).

Miller WC.ve arkadaşları tarafından obezitenin tedavisinde en etkin yolu araştırmak amacıyla orta yaş bir grup obez hastaya onbeş hafta boyunca bir bölümüne diyet programı, bir bölümüne ılımlı egzersiz programı, diğer bölümüne de diyet ve egzersiz programı uygulaması ile kilo kayıpları değerlendirilmiş; en çok kiloyu diyet ve egzersiz programı uygulanan hastaların verdikleri bildirilmiştir (148).

Strasser B. 2013 yılında metabolik sendrom ve obezitenin fiziksel aktivite ile ilişkisini irdelemiş, egzersizin kilo kaybettirme üzerine etkileri ile ilgili olarak haftalık 20 mil orta hız yürüme ile altı ayda 3,5 kg kaybedilebileceğini ifade etmiştir (213).

Kopelman PG. ve Dunitz M.'nin 2003 yılında basılmış olan Obezite ve İlişkili Hastalıkların Tedavisi adlı kitaplarında günlük 500-700 cal harcayarak 3 ay sonunda kadınlarda 6kg, erkeklerde 8kg kilo verilebileceği ifadesi yer almaktadır. Yapılan fiziksel aktivitenin haftada en az 150 dakika olması gerektiği, sadece fiziksel aktivite artırımı ile hastalık risklerinin azaldığı ancak ılımlı kilo verilebildiği, daha fazla kilo verme hedefleniyorsa bunun fiziksel aktivite artırımı ile birlikte besin kalori sınırlaması gerekliliği ve uzun süreden oluşması gerektiği bildirilmiştir (127).

Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği Kuruluşu Obezite, Dislipidemi, Hipertansiyon Çalışma Grubu tarafından 2009 yılında yayınlanan kitaplarında; Fiziksel aktivitenin kilo vermeye katkısının diyet tedavisi ile sinerjik

etki gösterdiğinin unutulmaması gerektiği ve ayrıca fiziksel aktivitenin yalnızca orta düzeyde kilo kaybı değil; uzun vadede kilo kontrolünde de önemli olduğu vurgulanmıştır (229).

Çalışmaya alınan obez(A) grubu hastaların ilkkontrollerinde % 19,6'sının en az otuz dakikalık olmak üzere yürüyüş veya egzersiz yapabileceğine inanmadığı, % 42,2'sinin her seferinde en az otuz dakikalık olmak üzere yürüyüş veya egzersiz yaptığı, %27'sinin literatür bilgilerine uygun olarak haftada 3 gün ve üzeri yürüyüş veya egzersiz yaptığı tespit edilmiştir. Hastaların 6 ay sonraki kontrollerinde obez(B) grubu'nun sadece% 7'sinin en az otuz dakikalık olmak üzere yürüyüş veya egzersiz yapabileceğine inanmadığı,%86'sının her seferinde en az otuz dakikalık olmak üzere yürüyüş veya egzersiz yaptığı, yaklaşık % 69,8'inin literatür bilgilerine uygun olarak haftada 3 gün ve üzeri yürüyüş veya egzersiz yaptığı tespit edilmiştir.

Hout GC. ve arkadaşları; cerrahi yöntemle zayıflattıkları hastaları üzerinde yaptıkları çalışmalarında; Fiziksel aktivite ve cinsiyet karşılaştırmalarında, belkide kadınlarda obezitenin sık görülmesine bağlı, kadın obezlerin daha iyi ve istikrarlı fiziksel aktivitede bulduklarını ifade etmişlerdir. Obez kadınların görsellikten, estetikten etkileniyor olmaları, bedenlerinden dolayı daha fazla önyargıya maruz kalmaları iyi bir motivasyonla bu durumdan kurtulmak için daha çok çabaladıklarının bir göstergesi olabileceğini savunmuşlardır (109).

Çalışmanın başlangıcında obez(A) grubunun % 60,5'i egzersiz yapabileceğine inandığı cevabını verirken, 6 ay sonraki kontrolde obez(B) grubunda % 85,1'i egzersiz yapabileceğine inandığı cevabını vermiştir. İki grup arasında oluşan pozitif düşünce artışı bireylerin almış oldukları eğitimlerin katkısı olduğunu düşündürmüştür.

Kontrol grubunun% 9'3'ü en az otuz dakikalık olmak üzere yürüyüş veya egzersiz yapabileceğine inanmadığı, %55,4'ü en az otuz dakikalık egzersiz veya yürüyüş yaptığını ifade ederken, bu kişilerin %35,2'si haftada 3 gün ve üzeri



sıklıkta egzersiz yaptığını açıklamıştır. Kontrol grubunun ideal beden ağırlığına sahip bireylerden oluştuğunu göz önüne aldığımızda, fiziksel aktiviteyi kilo kontrolü ve/veya sağlıklı yaşam için yaptıklarını düşünebiliriz. Çalışmaya alınan hastaların fiziksel aktivite düzeylerinin ve sıklıklarının artmış olması zayıflama konusunda motive olduklarını göstermektedir. Obez hastaların fiziksel aktivitelerinin artması öncelikle kilo verme amaçlı olmakla birlikte, diğer sağlık risklerinin azalması açısından da önemlidir.

Çalışmaya alınan hastaların en azotuz dakikalık olmak üzere yürüyüş yapma yapmama durumları ile cinsiyet, yaş ve eğitim durumları karşılaştırılmıştır. Obez(A) grubunda kadınların % 41,4'ü, erkeklerin % 44,4'ü, evet yanıtı verirken, Obez(B) grubunda kadınların % 86'8'i, erkeklerin % 84'ü, evet yanıtı vermiştir. Kontrol grubunda ise kadınların % 48,5'i, erkeklerin % 70,5'i, evet yanıtı vermiştir. Obez(A) ve Obez(B) gruplarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmazken, kontrol grubu verilerinde istatistiksel fark saptanmıştır ( $p=0,004$ ). Obez(A) ve Obez(B) grubunda egzersiz yapma sıklığı ile yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmazken, kontrol grubunda ise hergün egzersiz yaptığını ifade eden 28-37,9 yaş grubundan kaynaklanan istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ( $p=0,001$ ). Egzersiz sıklığı ile eğitim grupları karşılaştırmasında Obez(A) grubunda lise mezunları lehine istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p=0,025$ ). Obez(B) ve kontrol grubunda egzersiz yapma sıklığı ile eğitim arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Fiziksel aktivite ve cinsiyet karşılaştırmasını içeren verilerimiz Hout GC. ve arkadaşlarının literatür bilgileriyle uyumlu bulunmamıştır. Elde ettiğimiz veriler; bireylere obezite ve tedavileri konusunda alanında uzman kişilerce doğru ve inandırıcı bilgiler verilerek, motive olmaları sağlanırsa her iki cinsiyetinde yaş ve eğitim düzeyi farklı olsa düzenli egzersiz yapabileceğini göstermiştir.

Ogunbode AM. ve arkadaşlarının, Akyol A. ve arkadaşlarının, Miller WC. ve arkadaşlarının, Singh GK. ve arkadaşlarının, Van den Berg PA. ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmalar kilo vermeye bağlı birçok kronik hastalık

riskinin azaldığını ve biyokimyasal parametrelerde iyileşme olduğunu bildirmektedir(6,148,162,164,207,233).

Annunziato RA. veLowe MR. 2007 yılında kilo verenleri anlamak adlı makalelerinde kilo vermenin ölüm riskini azatlığından bahsetmişlerdir (11).

Susan Z. ve arkadaşlarınınA.B.D.'deobeziteprevelansınıgösterenyazılarında, Zheng W. ve arkadaşlarının BKİ'leri ile ölüm riskini ilişkilendirdikleri makalelerinde, Schwartz MB. veBrownell KD.'nin 2004yılında, John C.'nin 2006 yılında yazdığı kitabında, Gutiérrez-Fisac JL. ve arkadaşlarının İspanya halkının obeziteprevelans çalışması ENRICA sonuçlarını açıkladıkları makalelerinde, obezitenin vücudun birçok organ ve sistemlerini etkilemek suretiyle pek çok hastalığa neden olduğu ve Tip 2 diabet, kardiyovasküler hastalıklar, sistolik ve diastolik kan basıncının artması, metabolik sendromunobeziteye en sık eşlik eden hastalıklar olduklarını ifade etmişlerdir (97,118,201,217,248).

Akyol A. ve arkadaşları yayınlarında obezlerde fiziksel aktivitenin artırılması gerektiğini, bu durumun obeziteyi azaltmanın yanı sıra obeziteye eşlik eden hastalıkların iyileşmesincede katkı sağlayacağını bildirmektedirler (6). Hareketsiz bir yaşam, obeziteyi tetiklemekle birlikte kronik hastalıkların gelişmesinde önemli bir faktördür. Düzenli fiziksel aktivite kalp hastalıkları, felç, meme ve kolon kanseri riskini çeşitli mekanizmalarla azalttığı, glukoz metabolizmasını düzenlediği, vücut yağ yüzdesini azalttığı ve kan basıncını düşürdüğü vurgulanmıştır. Bu olumlu etkilerin Kardiyovasküler hastalık ve Diabet hastalığı riskini azaltan en önemli etkenler olduğu ifadesine yer verilmiştir (6).

Ogunbode AM. ve arkadaşlarını tarafından 2011 yılında yayınlanan acil tedavi gerektiren hastalık obezite konulu makalelerinde, vücut ağırlığında her 10kg'lık artışın, 3Hgmm.sistolik, 2Hgmm.diastolik kan basıncında yükselmeye neden olduğu ifadesine yer vermişlerdir (164).

National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) 1999-2002 verilerine göre obez bireylerin % 40'ında hipertansiyon gözlenmiştir (82).

Ogden L. ve arkadaşları 2006 yılına ait yayınlarında, yapılan birçok çalışmada Tip 2 diabetesin BKİ artışına paralel olarak arttığı ifadesini kullanmışlardır (162).

Chan JM. ve arkadaşlarının çalışmasında; BKİ>35kg/m<sup>2</sup> olanların, BKİ>23kg/m<sup>2</sup> olanlara göre diabetes gelişme riskinin 10 kat fazla olduğu vurgulanmıştır (44).

NHANES verilerine benzer şekilde Screening for and Management of Obesity and Overweight in Adults'dayır bir merkezde üçyüz bin kişi üzerinde yapılan taramada obezlerin normal popülasyona göre Tip 2 diabetese yakalanma riskinin, erkeklerde % 6,7 ve kadınlarda % 12,4 kat daha fazla olduğu bulunmuştur. Yine obezlerin obez olmayanlara göre kardiyovasküler hastalıklara yakalanma riskinin % 17 oranında yüksek olduğu, bu değer eşlik eden sigara, inaktivite, hipertansiyon, kolesterol yüksekliği ile % 49'a kadar çıktığı belirtilmiştir (202).

Farley S.'nin obezite artışına bağlı astım hastalığının arttığını gösteren çalışmasında obez bireylerin obez olmayanlara nazaran astım'a yakalanma riskinin yaklaşık % 50 daha fazla olduğu ifadesi yer almaktadır (78).

Strasser B.'nin 2013 yılında yayınlanan fiziksel aktivitenin obezite ve metabolik sendrom üzerine etkileri konulu meta analiz çalışmasında, hastaların 4 aylık diyet ve fiziksel aktivite ilavesi ile BKİ'lerinin 4 ay sonunda 52,6±1,7'den 49,4±1,8'e düştüğünü bildirmiştir. Çalışmanın başlangıç ve 4. ayında yapılan biyokimyasal tetkiklerde Trigliserid düzeyi 229±25mg/dL'den, 150±15mg/dL'ye (p=0,001), Total Kolesterol düzeyi 207±8mg/dL'den, 184±7mg/dL'ye (p<0,001), LDL Kolesterol düzeyi 120±8mg/dL'den, 106±8mg/dL'ye (p=0,001) düştüğü

bildirmiştir. HDL kolesterol düzeyinin ise  $43\pm 3\text{mg/dL}$ 'den,  $48\pm 2\text{mg/dL}$ 'ye ( $p=0,004$ ) yükseldiğini saptamıştır (213).

Çalışmamızda hastaların Açlık Kan Glukozu ( $p<0,001$ ), Ürik Asit ( $p<0,001$ ), Total Kolesterol ( $p<0,001$ ), LDL Kolesterol ( $p<0,001$ ), Trigliserid ( $p<0,001$ ) değerlerinde ilk kontrol ile 6 ay sonraki kontroller arasında düşüş ve HDL Kolesterol ( $p<0,001$ ) düzeyinde yükseliş saptanmıştır. Sonuçlar literatürle uyumlu ve hastaların lehine istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır.

Çalışmaya alınan kişilere obezitetlerine eşlik eden hastalıklarının olup olmadığı sorulmuş ve obez(A) grubunun % 27,6'sı obezitetlerine eşlik eden bir hastalığı olduğunu ifade ederken, obez(B) grubunda hastalık tanınması sayısı % 32,9'a çıkmıştır. Artış yönündeki bu farkın çalışmaya alınan kişilerde farkındalığın artmasından kaynaklandığını düşünülmüştür. Kontrol grubunun ise neredeyse tamamı bu soruya hayır yanıtını verirken, kontrol grubu hastalarında ilk muayene sonrası bazılarında hipotroidi, bir kişide Tip 1 diabetes tanısıyla tedavi planlanmıştır. Obez hasta grubunda yer alan yaklaşık üç kişiden birinin obeziteye eşlik eden bir hastalığı olduğu gözükmektedir. Obez hastalarda tanınan hastalıklar literatürle uyumlu şekildePsikiyatrik ve Ruhsal Sorunlar, Hipertansiyon, DiabetesMellitus, Sindirim Sistemi Hastalığı, PolikistikOver, Uyku Bozukluğu, Kalp Damar Hastalığı, Astım, Hiperlipidemi, İnsülin Direnci, Guatr ve Metabolik Sendromun alt komponentlerinden oluşmaktadır. Sonucumuz literatürlerle uyumlu değerlendirilmiştir.

Çalışmaya alınan obez(A) grubunun %35,8'i hastalıkları ile ilişkili ilaç kullandığını ifade ederken, obez(B) grubunda %31,8'i ilaç kullandığını ifade etmiştir. Hastalara verilmiş olan eğitim, uygulanan diyet programı, egzersiz sayı ve sıklıklarının artmasının olumlu sonuçları olarak, bazı hastaların "hayatlarını ilaçsız olarak sürdürebilir" sağlık düzeyine ulaştığı düşünülmektedir.

Çalışmada katılımcıların alkol ve sigara kullanmaları sorgulanmış, Hastalardan Obez(A) grubunda 88'inin(%29,2) sigara kullandığı, 6 ay sonraki kontrollerde sadece 1 kişinin sigarayı bıraktığı belirlenmiştir.

Bray GA.'nın 1998 yılında yayınlanmış obezitenin tanı ve tedavi kitabında sigara kullanımı ile obezite arasında anlamlı bir ilişki saptanmadığı, ancak sigaranın kardiyovasküler hastalık riskini artırdığı ve obeziteyle birleştiğinde bu oranın ikiye katlandığının birçok kaynakta yer aldığı ifadesini kullanmıştır (28).

Hastaların hem obez(A) hem de obez(B) grubu alkol kullanıp kullanmadıkları konusunda 30 (%10) kişi kullanıyorum yanıtını vermiştir.

Çalışmaya katılan obez grubun % 54,4'ü kilo almaya başladığında ne yaptığı konusunda bir fikir beyan etmezken, % 24,5'i diyet yaptığını, % 11,2'si yürüyüş spor yaptığını, % 5,6'sı tamamlayıcı tıptan yararlandığını, sadece % 3,9'u profesyonel destek aldığını ifade etmiştir.

Bilimsel olarak kabul görmüş ılımlı kilo verme programlarının en önemli komponenti hastaya özgü bir beslenme planı hazırlanması ve iyi bir fiziksel aktivite programı çıkarılmasıdır (10,39,101,105,243).

Azarbad L. ve Gonder-Frederick L.'nin 2010 yılına tarihlenen "kadınlarda obezite" başlıklı makalesinde, obez hastaların kilo kaybetme programlarında en önemli bileşenleri besin sınırlaması, fiziksel aktivite artırılması, hastaların motivasyon ve davranış değişikliği eğitimleri olarak listelemişlerdir. Sadece diyet veya davranış değişikliği ile verilen kiloların muhafaza edilmesinin güç olduğu veya takip eden yıllarda neredeyse yarısının tekrar alındığını gösteren kayıtlar yer aldığına vurgu yapmışlardır (13).

Backholer K. ve arkadaşları 2012 yılında yayınladıkları meta analiz çalışmalarında, Azarbad L. ve arkadaşının görüşlerine benzer şekilde; obez hastaların kilo kaybetme programlarının multidisipliner bir yaklaşımla olması

gerektiği ve en önemli bileşenlerin besin sınırlamaları, fiziksel aktivitenin artırılması, hastaların motivasyonu ve davranış değişikliği eğitimleri olarak belirlemişlerdir (15).

Wing RR. ve Phelan S. 2005 yılında kaybedilen kiloların uzun dönem muhafazası ile ilgili çalışmalarında; bir meta analiz çalışmasının sonuçlarına yer vermişler, 21 haftalık aktivite uygulaması ile 2,9 kg kilo kaybedildiği, 15 haftalık düşük kalorili diyet uygulaması ile 11 kg kaybedildiği, ancak sadece diyete bağlı faktörlerle verilen kiloların hızlıca yerine konulduğu bildirmişlerdir. 1047 Kadın ve erkekle yapılan bir diğer Çalışmada günlük 1 saat fiziksel aktivite uygulamasıyla 1 yılda hastaların 13,6 kg kaybettiği belirtilmektedir. BKİ' si =<35 kg/m<sup>2</sup> olan obezlerde ılımlı kilo kaybı için en ideal yol besin sınırlamaları ile birlikte haftada 3 veya daha fazla gün fiziksel 30-45dakika aralığında sürdürülen fiziksel aktivite ilaveli programlardır.BKİ'si 35-40 aralığında olan obezlerin diğer sağlık riskleride göz önüne alınarak zayıflatma yöntemi belirlenirken, BKİ'si>=40 kg/m<sup>2</sup> olan hastalarda sıklıkla cerrahi zayıflama yöntemleri daha etkili ve iyi sonuçlar vermektedir (189). \*\*\*\*\*

Morbidobezlerde diyet ve fiziksel aktivite programı ile istenilen kiloya ulaşılabilme şansı az olması nedeniyle sıklıkla obezite cerrahisi önerilmekte ve daha çok işe yaradığı bildirilmektedir (40,92,101,144).

Harriger JA. ve Thompson JK. 2012 yılında yayınlanan makalelerinde;Obezite tedavisinde kişilerin kendi isteği, motivasyonu ve profesyonel bir ekiple çalışmasının önemli olduğu vurgulanmıştır. Tedavinin etkin olabilmesi ve iyi bir sonuç alınabilmesi için beslenme, yaşam şekli değişikliği, davranış kontrolü, fiziksel aktivite planlanmasının iyi yapılması gerektiği ifade edilmiştir. Kilo verdirme programları bir ekip işidir, ekibin ortak bileşeni zayıflayacak olan hasta olup tedavinin iyi planlanması, sürecin sık sık kontrol edilmesi şarttır şeklinde açıklamışlardır (101).

Brumpton B. ve arkadaşları 2012 yılında yayınlanan makalelerinde;kilo problemi ile başa çıkmada “yardım arama” bir profesyonelden yardım istemenin önemine vurgu yaparak, Obezite ile ilgili bilgi sahibi olmanın iyi bir başlangıç yapabilmek için önemli bir etken olduğu bildirilmiştir (34).

Çalışmamıza katılan hastaların başlangıçta sadece % 3,9'u bilimsel dayanaklı ve prosedüre uygun bir zayıflama programına dahil olduğu, diğerlerinin bir kısmının ise önerilen zayıflama diyetlerine uyum sağlayamadıkları belirlenmiştir. Hastaların % 5,6'sının bilimsel dayanağı olmayan yollar denediğini tespit edilmiştir. Bilimsel dayanağı olmayan yaklaşımlar bir miktar kilo verilmesini sağlasa da bazen biyokimyasal parametrelerde istenmeyen sonuçlarla karşılaşılmasına neden olabildiğinden önerilmemektedir.

Araştırmaya katılan [Obez(A) ve Obez(B)] hastalar kendilerine önerilen diyet ve egzersiz programlarına uyum sağlamış kilo vermişlerdir.

Çalışmamızda obez grubun ailelerinde (anne, baba, kardeş, eş, çocuk) obezite bildirim oranları obez olmayanlara göre yüksek bulunmuştur. Obez grubun %63,8'i, kontrol grubunun %30,1'i ailede obez varlığı bildiriminde bulunmuştur. Sonuçlar aile içinde obezite varlığının, ailenin diğer üyelerinin obezite eğilimini artırdığı doğrultudadır.

Brisbois TD. ve arkadaşları 2012 yılında erken yaşlarda obeziteye bakış adlı yazılarında ve Millar K. ve Dean HJ. 2012 yılında ki makalesinde yakın akrabada şişmanlığı, obezite için genetik bir risk faktörü olarak değerlendirmişlerdir (33,146). Araştırma verilerimiz literatür bilgilerine benzer olup ailede obez kişi/kişilerin varlığının obezite artışında tetikleyici olduğu kanaatini doğurmuştur.

Hastalara yeme alışkanlıklarında kalıcı, sağlıklı değişiklikler yapmaları için yardım etmek obezitenin önlenmesi ve tedavisine multidisipliner yaklaşımın temel bileşenidir(6,11,127,229,230).

Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği kuruluşu Obezite, Dislipidemi, Hipertansiyon Çalışma Grubunun 2009 ve 2011 yıllarına ait yayınlamış olduğu tedavide yol gösterici kitaplarında bazı obez hastalarda, özellikle daha önce çok defa diyet girişiminde bulunmuş olanlarda sıklıkla düzensiz beslenme ve öğünleri atlama gibi bozuk yeme planları görüldüğü, önerilen günlük menü planlaması 3 ana öğün, gerekli ise 3 ara öğün şeklinde olduğu bildirilmektedir (229,230).

Kopelman PG. ve Dunitz M.'nin 2003 yılında çevirisi yapılmış olan Obezite ve İlişkili Hastalıkların Tedavisi kitabında düzensiz yeme planlarının bir sonraki öğünde daha çok yenilmesine ve atıştırmaların çoğalmasına neden olduğu bildirilmektedir. İdeal günlük menü planlamasının 3 ana öğün, gerekli ise 3 ara öğün şeklinde düzenlenmesinin uygun olacağı belirtilmektedir. Kitaplarında; "Yeme alışkanlıklarını değiştirmek zordur: insanların yeme şekilleri ve ne yedikleri bir gecede değiştirilemeyecek uzun süreli alışkanlıklardır. Obezite kronik, nüks eden bir hastalık olduğundan düzenli destek başarılı tedavinin temel unsurudur" ifadesine yer vermişlerdir (127).

Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği kuruluşu Obezite, Dislipidemi, Hipertansiyon Çalışma Grubunun 2012 yılına ait kitabında Diyet tedavisi kapsamlı bir tedavi paketinin bir parçası olduğu ve bu tedavi paketinde yaşam tarzı tedavisi, aktivite yönetimi, davranışsal tedavi sorunlarının ele alınması gerektiği bildirilmektedir (230).

Musaiger AO. 2011 yılında Akdeniz bölgesinde obezitenin sebepleri konulu çalışmasında Batı dünyasında bazı çalışmalarda ara öğün tüketiminin ana öğün atlamaya neden olduğunu ve günlük toplam enerji alımını %20-75 arası artırdığı bildirmiştir (152). Bu durum potansiyel olarak obezite riskini artırmaktadır.



Satman İ. ve TURDEP çalışma grubu 2010 verilerinde Musaiger AO.'nun çalışma bildirisinebenzer şekilde ülkemizde de batı tipi beslenmenin arttığı ve yüksek yağlı, sebze ve meyveden fakir bir beslenme planı izlendiği, sedanter yaşamın arttığı bildirilmektedir(200).

Wonderlich SA. ve arkadaşlarının yaptıkları derleme çalışmasında 4 veya daha fazla öğün tüketenlerle obezite arasında anlamlı bir ilişki bulunduğu belirtilmektedir(240).

Lundgren JD. ve arkadaşlarının yaptıkları gece yemeleri ile ilgili çalışmalarında 4 veya daha fazla öğün tüketenlerle obezite arasında anlamlı bir ilişki bulduklarını açıklamışlardır (138).

Piernas C. ve PopkinBM.'de 2010 yılında A.B.D.'de 1977-2006 yılları arasında fastfood beslenmenin artışını inceledikleri çalışmalarında günde 2-3 kez ara öğün tüketenlere nazaran günde 4-5 kez ara öğün tüketenlerin BKİ'lerinin daha yüksek olduğu ve ara öğün sayısının artışına paralel ara öğünün kalorisinin de arttığını bildirmişlerdir (179).

Akyol A. ve arkadaşları makalelerinde; Öğün atlamanın, özellikle kahvaltı öğününü, genellikle izleyen öğünlerde daha fazla yemek yeme, azalan iş kapasitesi ve kontrol dışı açlığa yol açtığını bildirmişlerdir (6).

Çalışmamız da özellikle obez(B) grubunda enerjisi yüksek ancak besin değeri yok denecek kadar az olan besinlerin tüketiminin azalması, hastaların BKİ'lerinin düşmesi ile paraleldir. Literatürde önerilen günlük menü planlaması 3 ana öğün, gerekli ise 3 ara öğün şeklindedir (127,229,230).

Pray L. ve Pillsbury L.'nin 2011 yılında yayınlanan obezitenin önlenmesinde besin teknolojilerinde değişiklik önerilerinin bulunduğu kitabında, Gelişen teknolojiler ev dışı beslenmenin artmasına, hazır besinlerin hazırlama kolaylığı nedeniyle evlerde daha çok tercih edilmesine neden olduğu, Amerika da

1980 öncesi kişi başı ortalama 3300-3400 kalori/gün alınırken, 1980-2004 arası kişi başı ortalama 4000 kalori/gün'e çıktığı gösterilmektedir (183).

Li F. ve arkadaşlarının 2009 yılında yaptığı bir çalışmada alışveriş merkezlerinin çoğalması ve içlerinde çok fazla fast-food restoran bulundurması nedeniyle buralara komşu olan yerleşim yerlerinde oturanların hazır besin tüketim oranlarının arttığı ve daha fazla kalori tükettikleri bildirilmektedir (135).

Pray L. ve Pillsbury L.'nin 2011 yılında yayınladıkları obezitenin önlenmesinde besin teknolojilerinde değişiklik önerilerinin yer aldığı kitaplarında bazı istatistiklere yer verilmiştir. Amerika'da istatistiklere göre 1987'de halkın %36'sı tüm öğünlerini ev dışında yerken, 1999-2000 yıllarında bu oranın %41'e çıktığı belirtilmektedir (183).

Hendricks KM. ve Herbold NH. çalışmalarında; obez kadınların daha yüksek kalori tükettiği, bu kalorinin büyük bölümünün yağlardan geldiği, meyve, sebze, posa açısından diyetlerinin yetersiz olduğu ve sıklıkla bazı vitamin eksikliklerinin geliştiği bildirilmektedir (104).

Kopelman PG. ve Dunitz M.'nin 2003 yılında çevirisi yapılmış olan Obezite ve İlişkili Hastalıkların Tedavisi kitabında, "hastalar kilo kontrolü yönetimi olarak öğün atlarlar ve gün boyunca bir şeyler atıştırma yapıları oluşur. Çoğu hasta için bu mantıklı görünür, çünkü günde bir öğün daha az beslenmek daha hızlı kilo kaybına neden olacaktır. Oysa öğün atlamak günün ileri saatlerinde yeme artışı, yüksek yağlı, enerjisi yoğun gıdaların atıştırılmasının artmasına neden olur. Düzensiz yeme planları gösteren hastalar kilo verme girişiminden önce başlangıçta düzenli öğünler ve planlı ara öğünlerden oluşan bir yeme yapısı oluşturmaya odaklanmalıdırlar" ifadesine yer vermişlerdir (127).

Ara öğün tüketimi büyük bir artış gösterdiği (183), özellikle masa başında oturanların daha fazla ara öğün tüketmeye meyilli oldukları bildirilmektedir (127).

Piernas C. ve PopkinBM.'de 2010 yılında A.B.D.'de 1977-2006 yılları arasında fastfood beslenmenin artışını inceledikleri çalışmalarında, Amerika'da 1977-1978 yılları arasında bir ara öğünde ortalama 300 kalori tüketirken, 2005-2006 yıllarında bir ara öğünde en az 500 kalori tüketildiği ifade etmektedirler (179).

Gavin AR. ve arkadaşları 2010 yılında yemeklerin beden imajında ki yeri konulu çalışmalarında, öğünler arası atıştırma, açlığı gidermeye yardımcı olabilir; ancak düzenli öğünlerin yerine geçmemesi için ara öğünlerde sınırlı kalori alımına dikkat edilmelidir görüşüne vurgu yapmaktadır(89).

Çalışmaya alınan hastaların günlük yeme planlarını sorguladığımızda obez(A) grubu hastaları % 56,1'inin 3 ana öğün yemek yediği, % 46,2'sinin ara öğün tükettiğini tespit edilmiştir. Ara öğünde tüketilen besin türünün % 22,9'u bisküvi, çikolata, cips, kek-kurabiye ve kalorisi yüksek besin değeri az boş enerji kaynaklarının oluşturduğu saptanmıştır. 6 ay sonraki değerlendirmede obez(B) grubunun % 87'sinin 3 ana öğün yemek yediği, % 31'6'sının ara öğün tükettiği tespit edildi. Obez(B) grubunda katılımcıların sadece % 6,4'ü ara öğünde tüketilen besin türünü bisküvi, çikolata, cips, kek-kurabiye ve kalorisi yüksek besin değeri az boş enerji kaynakları olarak bildirmiştir. Her iki grupta da ara öğün tükettiğini belirten diğer kişilerin meyve tükettiği belirlenmiştir. Kontrol grubu katılımcıların %73,6'sı 3 ana öğün tükettiğini bildirirken, sadece % 7,3'ü günlük ana öğün sayısını 4 ve üzeri olarak bildirmiştir. % 33,2'sinin ara öğün tüketme alışkanlığı olduğu, ancak % 18,2'sinin bisküvi, çikolata, cips, kek-kurabiye ve kalorisi yüksek besin değeri az boş enerji kaynakları tükettiği saptanmıştır.

Obez(B) grubu katılımcıları bisküvi, çikolata, cips, kek-kurabiye ve kalorisi yüksek besin değeri az boş enerji kaynakları tüketiminde kontrol grubu katılımcılarından daha iyi bir noktaya gelmişlerdir.

Çalışmamızda 3 ana öğün yemek tüketen sayısının artması literatürle uyumlu bir sonuç olarak değerlendirildiği gibi sağlıklı beslenme alışkanlıkları kazanılması açısından son derece önemli bulunmuştur.

Kopelman PG. ve Dunitz M. çalışmalarında alışkanlıkları değiştirmenin zor olduğundan, uzun zaman almasından bahsetmektedirler (127). Bizim çalışma planımızın 6 aylık bir süreyi kapsamaması ve bu süreçte obez hastaların beslenme alışkanlıklarında olumlu yönde değişiklik olduğunu görmek bize alışkanlıklarına kısa sürelerde müdahale edilebileceğini göstermiştir. Bu açıdan araştırma bulgularımızın Kopelman PG. ve Dunitz M. ile uyumlu olduğu söylenemez.

Bresolin L. 1993 yılında yayınlanan makalesinde Beden algısını;“Beden organlarının zihinsel tasarımıdır”ifadesi ile tanımlamaktadır (32).

Cash TF. ve arkadaşları,Harriger JA ve ThompsonJK.’de;Bedeni görünüşümüzün zihnimizde canlandırdığımız aynası olarak tanımlamakla birlikte her zaman objektif bir kavram olmadığını bildirmişlerdir (39,101).

Schwartz MB. ve Brownell KD.’de;Kişilerin kendi bedenlerine ilişkin değerlendirmelerinin her zaman gerçekle uyum göstermeyebileceğini ifade etmişlerdir (201).

Çalışmamıza katılan hasta ve kontrol grubuna bedenlerini nasıl algıladıklarını değerlendirmek amacıyla kendilerini kilolu kabul edip etmedikleri sorulmuş ve obez(A) grubunun % 94,7’i, kontrol grubunun % 36,8’i evet bildiriminde bulunmuştur. Bedenlerinin en rahatsız oldukları bölümü olarak obez(A) grubunun % 47,2’si, kontrol grubunun % 17,1’i abdominal bölge cevabını vermiştir.

Çalışmamızın verileri herkesin bedenini nasıl algıladığının farklı olduğunu ve her zaman objektif bir kavram olmadığını doğrulamaktadır. Nitekim kontrol grubunun tamamı ideal beden ağırlığına sahip olmasına rağmen onlarında

bedeninin belli bölümlerinden memnuniyetsiz oldukları görülmektedir. Bu durum lokal kilo dağılımlarının belli bölgelerde birikmesinden kaynaklı olabileceği gibi, son yıllarda ideal beden ölçüsü gibi yansıtılan sıfır beden takıntısından da kaynaklanıyor olabilir.

Modern batı kültüründe incelik vurgulanmaktadır. Batı kültürünün incelik normlarına uymayanların küçük düşürüldüğü, alay edildiği birçok kaynakta yer almaktadır (26,39,101,141,185,201,214,224,233).

Okumuş E. 2009 yılında yazdığı Bedene Müdahalenin Sosyolojisi başlıklı makalesinde Toplumsal bir varlık olan insanın, bedenle toplum sahnesine çıktığı ifadesi yer almaktadır (167).

Çalışmaya katılan bireylerin obezitebaşlangıç süreçleri sorgulandığında % 34,2'sinin çocukluktan, % 27,9'unun gebelik sonrası, % 22,3'ünün evlilik sonrası, % 9,3'ünün askerlik sonrası, % 5,6'sının menopoz sonrası, % 1'inin emeklilik sonrası olduğu tespit edilmiştir.

Lewin J.'nin 2009 yılına ait obezite ve beden imajı adlı eserinde, obez bireylerin büyük çoğunluğunun obezite başlama süreci olarak çocukluğunu belirtmesinden dolayı, çocukluk çağı obezitesindeki artışın dikkat çektiğini ve bu konuda çok ciddi önlemler alınması gerekliliğinin altını çizmiştir (134).

Obezitenin son yıllarda çok daha büyük bir artış gösterdiği ve en büyük risk grubunu çocukların oluşturduğu yapılan çalışmalarla gösterilmiştir (7,39,101,129,134)

Çalışmaya katılan obezlerin obezite başlangıç sürecinde en önemli ilk faktörün çocukluk dönemine, ikinci faktöründe gebelik dönemine ait olduğu tespit edilmiştir.

Jacopp JJ. ve Isaac R.'de 2012 yılında yayınlanan makalelerinde kadınlar arasındaki kilo artışındaki en temel olayın gebelik olduğundan bahsetmektedir (116). Araştırma bulgularımız literatürle uyumlu değerlendirilmiştir.

Çalışmaya alınan obez grubun kilo almaya başlama zamanı olarak birinci sırada çocukluk (% 34,2) ifadesi ülkemizde çocukluk çağı obezitesine dikkat edilmesi ve/veya önlemler alınması gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği kuruluşu Obezite, Dislipidemi, Hipertansiyon Çalışma Grubu tarafından 2009 ve 2011 yıllarına ait yayınlarında ve Kopelman PG. ve Dunitz M.'nin 2003 yılında çevirisi yapılmış olan Obezite ve İlişkili Hastalıkların Tedavisi kitabında; kilo veren hastalarda BKİ'de düşmeye bağlı, bel oranında ve kalça oranında azalma beklenen bir sonuçtur ifadesi yer almaktadır (127,229,230).

Çalışmamıza katılan obez bireylerin BKİ'leri ortalaması obez(A) grubunun  $37,04 \pm 6,04 \text{ kg/m}^2$ , 6 ay sonraki kontrolde obez(B) grubunun ise  $34,25 \pm 5,94 \text{ kg/m}^2$  hesaplanmıştır.

Obez(A) grubu hastaların bel ölçü ortalaması  $114,45 \pm 13,47 \text{ cm}$ , 6 ay sonraki kontrolde obez(B) grubu hastaların bel ölçü ortalaması  $107,42 \pm 12,63 \text{ cm}$  olarak hesaplanmıştır.

Obez(A) grubu hastaların kalça ölçü ortalaması  $125,66 \pm 11,61 \text{ cm}$ , 6 ay sonraki kontrolde obez(B) grubu hastaların kalça ölçü ortalaması  $117,96 \pm 10,88 \text{ cm}$  olarak hesaplanmıştır.

Obez(A) grubu hastaların ve 6 ay sonraki kontrolde obez(B) grubu hastaların bel/kalça oranı ortalaması değişmeyerek  $0,91 \pm 0,07 \text{ cm}$  olarak aynı bulunmuştur.

Çalışmaya katılan hastaların ilk kontrollerindeki beden ağırlığı ile 6 ay sonraki beden ağırlıkları arasında hastaların lehine istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p<0,001$ ). Bulunan sonuçlar Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği kuruluşu Obezite, Dislipidemi, Hipertansiyon Çalışma Grubu tarafından 2009 ve 2011 yıllarına ait yayın bilgileri ile Kopelman PG. ve Dunitz M.'nin kitap bulguları ile uyumludur. Hastaların 6 aylık süreçte kilo vermelerine bağlı olarak azalan BKİ ( $p<0,001$ ), bel oranları ( $p<0,001$ ) ve kalça oranları ( $p<0,001$ ) parametreleri arasında da literatürle uyumlu olarak istatistiksel anlamlı fark saptanmıştır.

Hastaların hem bel hem de kalça ölçümlerinde azalma olmasından dolayı bel/kalça oranında iki ölçüm arasında değişiklik olmadığı şeklinde açıklanabilir.

Kolotkin, RL. ve arkadaşları 2001 yılında çalışmalarında Obez hastaların yaşam kalitesinin kötü olduğu, ayrıca obezitenin sosyal ve psikosomatik açılardan pek çok soruna sebep olduğunu bildirmişlerdir (126).

Song AY. ve arkadaşları çalışmalarında; morbidobez 18 kişiye cerrahi öncesi, cerrahi sonrası 3. ve 6. aylarda yaşam kalitesi ölçeği uygulamışlar ve hastaların kilo kaybettiği yaşam kalitelerinin arttığını bildirmişlerdir (211).

Palmeira AL. ve arkadaşları çalışmalarında 144 obez hasta almış, BKİ:  $31,1 \pm 4,1 \text{ kg/m}^2$ , yaş:  $38,4 \pm 6,7$  yaş olan hastaları iki gruba ayırmıştır. 1. grup obezitenin riskleri anlatılarak, kilo kaybetmelerinin gerekliliği hususunda motive edilmiş, diğer grup hiç müdahale edilmeksizin 12. ayda tekrar değerlendirilmiştir. Çalışmaya 49 kişide kontrol grubu olarak dahil edilmiştir. Hastaların kilo kaybı karşılaştırıldığında müdahalesiz grup  $1,2 \pm 4,6 \text{ kg}$  ( $p=0,060$ ) kilo kaybederken, müdahaleli grup  $5,6 \pm 6,8 \text{ kg}$  ( $p<0,001$ ) kilo kaybetmiştir. Müdahale edilen grubun daha yüksek olmak üzere her iki grubunda yaşam kalitelerinin yükseldiği görülmüştür. Kilo kaybetmekle yaşam kalitesi arasında pozitif bir ilişki gösterilmiştir. Kilo kaybı depresyon dışında bütün psikolojik değişikliklerle bağlantılı bir durum olarak bildirilmiştir (173).

Lazar CC. ve arkadaşları'nın 2009 yılında yapmış oldukları çalışmada morbidobez 41 hastanın cerrahi yöntemlerle kilo kaybını sağlayarak(hastalar operasyon sonrası obezite sınıflamasında obez gruba dahil olmuştur) operasyon öncesi ve sonrası yaşam kalitelerine bakmışlardır. Cerrahi sonrası hastalar kendilerini daha estetik bulduklarını, giysilerin kendilerine önceden yakışmazken, şimdi yakıştığını ifade ederlerken, yaşam kalitelerinin % 100 pozitif yönde değiştiği şeklinde bildirimde bulunmuşlardır (130).

Çalışmamızın yaşam kalitesi ölçeği uygulamasına benzer şekilde SF-36 ölçeğinin kullanıldığı bir çalışma Doll ve arkadaşları tarafından yapılmıştır.

Doll HA. ve arkadaşlarının 2000 yılında İngiltere'de 18-64y 8889 kişiden geri dönüş alabildikleri çalışmalarında BKİ ile yaşam kalitesini ilişkilendirmişlerdir. Çalışmaya katılanları BKİ'ne göre gruplamışlardır. BKİ  $\leq 18,5$  kg/m<sup>2</sup> düşük kilolu, 18,5-24,99kg/m<sup>2</sup> normal kilolu, 25-29,99kg/m<sup>2</sup> fazla kilolu, 30-39,99kg/m<sup>2</sup> obez, 40+ kg/m<sup>2</sup> morbidobez olarak tanımlanmıştır. Çalışmanın SF-36'da kontrol grubu, fazla kilolu, obez, morbidobez sırasıyla gruplarda alınan puanların ortalamaları;

- Fiziksel fonksiyon(90,37 - 87,13 - 79,92 - 65,67),
- Fiziksel rol(88,90 - 86,82 - 80,80 - 74,63),
- Mental rol(84,41 - 86,63 - 83,06 - 78,80),
- Sosyal fonksiyon(83,58 - 83,67 - 78,41 - 72,10),
- Mental sağlık(72,17 - 72,81 - 69,76 - 66,32),
- Vitalite(59,19 - 58,27 - 52,56 - 47,28),
- Ağrı(80,55 - 78,14 - 72,22 - 64,90),
- Genel sağlık(73,29 - 70,10 - 64,16 - 56,86) gösterilmiştir.

Tüm değerler için birimler arası istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır(p<0,001). Çalışmada BKİ'nin düşüşüne paralel yaşam kalitesinin arttığı açıkça görülmektedir (69).



Sirtori A. ve arkadaşlarının 2012 yılındaki çalışmalarında 117 kişiyi BKİ'ne göre gruplayarak bir işi yaparken harcadıkları zaman ve gücü ölçen yaşam kalitesi ölçeği uygulamışlardır. Normal sağlıklı ideal ağırlığa sahip bir bireyin yaptığı bir günlük yaşamsal aktiviteye harcadığı güç ve zamanın, obez bir kişi tarafından yapılırken 2 kat zaman ve süre, morbidobez bir kişi tarafından yapılırken 4 kat zaman ve süre harcadığını bildirmişlerdir. Bu çalışma obezitenin boyutlarının artışıyla hareket kabiliyetinin nasıl azaldığının göstergesidir (209).

Avusturalya'da Colles SL ve arkadaşları tarafından 2008 yılında yürütülen bir çalışmada 431 kişi(18-70yaş) çalışmaya alınmış, BKİ'lerine göre normal, obez ve morbidobez olarak sınıflandırılmıştır. Normal grup kontrol grubu olmak üzere, obez grubun diyet ve egzersiz tedavisi ile, morbidobez grubun ise cerrahi yöntemler uygulaması ile kilo kaybı sağlanmıştır. Çalışmanın başlangıcı ile 6. ayda yaşam kalitesi ölçeği uygulanmıştır. Ölçeğin; mental ve fiziksel sağlık alt boyutları skorlarında gruplar arası istatistiksel anlamlı fark elde edilmiştir( $p<0.001$ ). Çalışmanın sonucunda BKİ artıkça mental ve fiziksel sağlık skorları düşerek hastaların yaşam kalitesinin kötüleştiği bildirilmiştir (49).

Çalışmamızda yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutları değerlendirilmesinde; hastaların ilk kontrolleri[obez(A)] ile 6.ay kontrolleri[obez(B)] arasında genel sağlık ( $p<0,001$ ) ve ruhsal sağlık ( $p<0,001$ ) alanlarında obez(B) hastaların lehine literatürle uyumlu anlamlı fark saptanmıştır.

Sosyal işlevsellikte ise obez(B) hastaların aleyhine anlamlı fark saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Obez hastaların diyet yaparken günlük yaşamlarına yürüyüş ve/veya egzersiz ilave olması sosyal yaşamlarına daha az zaman ayırmalarına neden olduğunu düşündürdü. Ayrıca toplumumuzda yaygın ev gezmeleri ve zengin ikram seçenekleri özellikle kadınlar arasında bir sosyalleşme anlamında bir gelenek gibidir. Bazı hastalar diyetlerinin ısrarcı tavırlarla sabote olmaması veya etrafındaki kişiler tarafından takip edilme gibi nedenlerle sosyal baskıya maruz kalmamak amacıyla kendilerini gezmelerinden mahrum ettikleri çalışma sırasında

öğrendiğimiz olaylardır. Tüm bunlar göz önüne alındığında sosyal işlevsellik puanlarında düşme yönünde eğilim olabileceği görüşümüzü güçlendirmiştir.

Hastaların hem ilk görüşme Obez(A) ile kontrol grubu arasında, hemde 6.ay kontrolleri Obez(B) ile kontrol arasında SF-36'nın tüm alt boyutlarında istatistiksel olarak literatürlerle uyumlu anlamlı fark saptanmıştır ( $p < 0,001$ ). Obez hastaların multidisipliner bir yaklaşım ve takip sistemiyle kilo kaybetmelerinin yaşam kalitelerini yükselttiğini söyleyebilir.

Çalışmamızda SF-36'nın obez hastalara uygulanması sonuçları genel anlamda literatür bilgileriyle uyumludur. Ölçeğin alt grupları uygulamasında Fiziksel işlevsellik, Ağrı, Sosyal işlevsellik boyutlarında ilk kontrollere göre hastaların 6. ay kontrol değerleri düşmüş ve Doll HA. ve arkadaşlarının çalışmasının değerleriyle uyumsuz bulunmuştur.

Doll HA. ve arkadaşlarının çalışmasında BKİ'sine göre 18,5-24,99 kg/m<sup>2</sup> normal kilolu, 25-29,99kg/m<sup>2</sup> fazla kilolu, 30-39,99kg/m<sup>2</sup> obez, 40+ kg/m<sup>2</sup> morbidobez olarak tanımlanmış ve BKİ'leri artıkça yaşam kalitesinin düştüğünü bulunmuştur.

Sonuç olarak, obezitenin boyutları artıkça yaşam kalitesi aynı oranda düşmektedir.

Mond JM. ve arkadaşları 2007 yılında yapmış oldukları çalışmalarında obez ve obez olmayan grupların yaşam kalitelerini karşılaştırmışlar, obezitenin genç kadınların yaşam kalitesini daha çok bozduğunu, eğitim yılı kolej düzeyinin altında olanlarda, evli ve çocuklu olanlarda obezite oranının daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir (150).

Baceviciee M. ve arkadaşları 2009 yılında Litvanya'da yaptıkları bir çalışmada fazla kilolu ve obez hastalardan oluşan orta yaş grubunun (35-64 yaş) cinsiyetlerine göre yaşam kaliteleri ve yaş ilişkisi değerlendirilmiş, 45-54 yaş

aralığında fazla kilolu veya obezitenin daha yüksek olduğuna işaret edilmiştir( $p<0.001$ ). Çalışmada erkekler fazla kiloluyken, kadınların obez olduğu ve erkeklere göre kadınların yaşam kalitesinin daha düşük olduğu vurgulanmıştır (14).

Burns CM. ve arkadaşları 2001 yılında Hollanda'da bir grup normal kilolu ve fazla kilolu kişiye yaşam kalitesi ölçeği uygulayarak cinsiyetler arası farklılıklarını değerlendirdikleri çalışmalarında; Normal ve fazla kilolu grupta yer alan erkeklerin değerleri birbirlerine çok yakın çıkarak istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmediği bildirilmiştir. Bununla birlikte kadınların değerleri karşılaştırıldığında fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, ağrı, genel sağlık, sosyal fonksiyonlar açısından fazla kilolu grubun aleyhine istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmış ve fazla kilolu olmanın erkekler için çok önemi yokken, kadınların yaşam kalitesini bozacak kadar etkilediği bulunmuştur (36).

Yıldırım A. ve arkadaşları obez bir grubun cinsiyet açısından yaşam kalitelerini karşılaştırmış oldukları araştırmalarında;Obezitenin kadınlarınyaşam kalitesini olumsuz etkilediği saptanmıştır. Erkek obezlerin yaşam kalitesi, kadın obezlere kıyasla daha iyi olarak bulunmuştur. Bunun nedeni kadınların cinsiyetten kaynaklanan bazı estetik kaygılar duymaları ve beğenilme içgüdüsünü erkeklere kıyasla daha ön planda tutmaları olarak düşünülmüştür (245).

Doll HA. ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmalarında obezite ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki saptanmış, kadınların yaşam kalitesinin, erkeklere oranla daha kötü olduğu bildirilmiştir. İsveç Obezite Cemiyetinin yaptığı çalışmada da Doll ve arkadaşlarının çalışmasıyla paralel sonuçlar açılanmıştır (69).

Yıldırım A. ve arkadaşları;Obez hastaların yaş ve BKİ'leri artmasına rağmen yaşam kalitelerinin bozulmaması, hastaların zamanla bu görüntülerine alıştığı ve kiloyu bir hastalık problemi olarak değil sadece estetik kaygı olarak

algıladıklarını gösterdiğini ifade etmişlerdir. Obez kadınların, obez erkeklere göre yaşam kaliteleri daha düşük bulunmuştur(245).

Kolotkin RL. ve arkadaşları obezler arasında yaşam kalitesinin erkekler ve kadınlar arasında farklı olduğunu, kadınların yaşam kalitesinin daha düşük olduğunu bildirmiştir. Ayrıca kadınların obezitelere bağlı psikososyal problemlerden daha çok etkilendiğini ve erkeklere nazaran daha çok imdat istediklerinin ifade etmişlerdir. Büyük bir popülasyon çalışmasında genç erkeklerin BKİ ile sağlık şikayetleri arasında negatif bir ilişki, yaşlı erkeklerin ise pozitif bir ilişki saptanmıştır. Kadınlarda ise genç kadınlarda pozitif, yaşlı kadınlarda negatif bir ilişki saptanmıştır (126).

Katılımcılara uygulanan Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36)'nin sonuçlarımız literatürlerle uyumlu şekilde değerlendirilmiştir. Obez kadınların, obez erkeklere göre yaşam kaliteleri daha düşüktür.

Çalışmamızda Yaşam Kalitesi Ölçeğinin(SF-36) yaş gruplarına göre değerlendirmesinde obez(A) grubunda ölçeğin tüm alt boyutlarında 18-27,9 yaş puanları en yüksekken, 6 ay sonraki kontrollerde obez(B) hastaların bir miktar kilo kaybettiğinin de gözönüne aldığımızda en yüksek puanların 28-37,9 yaş grubundan başlayarak homojen dağılmadığını belirlenmiştir.

Çalışmamızın yaşam kalitesi ölçeğine ait bulguları; Genç obez hastaların yaşam kalitesinin daha düşük olduğunu bildiren Mond JM. ve arkadaşlarının çalışmalarının sonucu ile uyumludur. Baceviciee M. ve arkadaşlarının çalışmalarının sonuçları ile uyumsuz değerlendirilmiştir.

Evangelista LS. ve arkadaşları 2006 yılındaki çalışmalarında normal kilolu, fazla kilolu ve obez kişilerden oluşan grubun eğitim düzeylerini karşılatırmışlar, eğitim düzeyi ile kilo arasında anlamlı bir ilişki saptamışlardır. Eğitim düzeyi düştükçe kilonun arttığını ifade etmişlerdir (77).

Aynı çalışmada HealthRelatedQuality of Life(HRQOL) ve depresyon ölçekleri uygulanmış; BKİ arttıkça emosyonel sağlığın bozulduğu, depresif semptomların arttığı açıklanmış, istatistiksel anlamlı fark saptamıştır (77).

Zwaan MD. ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada yaşam kalitesi ile eğitim durumunu ilişkilendirmiş; 640 kadın ve erkek BKİ'lerine göre normal ( $BKİ \leq 24,9 \text{kg/m}^2$ ), obez 1 ( $BKİ 30-34,9 \text{kg/m}^2$ ), obez 2 ( $BKİ 35-39,9 \text{kg/m}^2$ ), obez 3 ( $BKİ \geq 40 \text{kg/m}^2$ ) olmak üzere ayrılmıştır. BKİ artışı ile eğitim seviyesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Eğitim yılı  $\leq 9$  yıl olanların oranı kontrol grubunda % 34,7'ken, obez 3 grubunda % 44,6 olarak bildirilmiştir. Aynı zamanda Mental Component Summary of the SF-36 puanı ortalaması kontrol grubunun 49,1'ken, obez 3'lerin 47,4 bulunmuştur. Somatik hastalıklar ve yeme bozukluğu açısından bakıldığında da obez 3 grubu değerleri, kontrol grubunun değerlerinin yaklaşık 4 katını oluşturmaktadır (251).

Çalışmamızda Yaşam Kalitesi Ölçeğinin(SF-36) eğitim durumlarına göre dağılımında obez(A), obez(B) ve kontrol grubunda ilkokul mezunları yaşam kalitesi en düşük grup olarak değerlendirilirken, üniversite mezunları yaşam kalitesi en yüksek grup olarak belirlenmiştir.

Obezite ile eğitim durumu arasında anlamlı bir ilişki olup, obezlerin eğitim düzeyi yükseldikçe yaşam kaliteleri artmaktadır. Obezlerin eğitim düzeyi düştükçe yaşam kaliteleride düşmektedir. Sonuçlarımızın literatürlerle uyumlu bulunmuştur.

Çalışmamızda hastalara Sürekli Kaygı Ölçeği ve Durumluk Kaygı Ölçeği uygulanmıştır.

Öner L. ve Le Compte A. kaygıyı şu şekilde tanımlamışlardır. Kaygı; olaylar karşısında duyulan endişelerdir. Kimileri sürekli olarak huzursuzluk içinde yaşar. Bu tür insanlar genellikle mutsuzdur. Doğrudan doğruya çevreden gelen tehlikelere bağlı olmayan bu kaygı türü içten kaynaklanır. Özdeğerlerinin tehdit

edildiğininizannetmesi ya da içinde bulunduğu durumları stresli olarak yorumlaması sonucu birey kaygı duyar. Buna da " Sürekli Kaygı" denir(168). Sürekli Kaygı; Bireyin içinde bulunduğu durum ve koşullardanbağımsız olarak kendini nasıl hissettiğini belirler ve adı üzerinde süreklilik taşır (168).

Durumluk Kaygı ise; Bireyin belirli bir anda ve belirli koşullarda kendini nasıl hissettiğini belirler ve anlıktır (168).

Bray AG., Harriger JA. ve Thompson JK. tarafından yapılan araştırmalarda; psikolojik etmenlerin obezite gelişimindeki rolü kesin kabul edilmekle birlikte bu etmenlerin obeziteye nasıl yol açtığı bilinmediği ifade edilmektedir. Çevresel etmenlerin, gıda tüketim düzeyini etkilediği; aynı zamanda aile, kültürel düzey ve psikodinamik etmenlerin obezitenin gelişiminde rol oynadığı açıklanmaktadır (28,101).

Cash TF. ve Pruzinsky T. Düşük benlik saygısı yalnızca rahatsız edici bir duygu olarak kalmayıp, kaygıdan, anksiyeteden, psikoza kadar değişik psikopatolojik durumların ortaya çıkmasında da rol oynadığını ifade etmektedir (40).

Obez hastalarda yoğun psikososyal stres ve kaygıyla ilişkili olarak anksiyete ve kişilik bozuklukları tanılarının sık konulduğunu bildiren çalışmalar bulunmaktadır(40,69,77,94,101).

Budderberg-Fischer B. ve arkadaşları 2004 yılında obez hastalarda bariatrik cerrahinin, psikososyal stresörlerin kontrol altına alınmasıyla iyileşmeyi hızlandırdığını ve daha düşük anksiyete ve kaygı düzeyleri gözlemlediklerini saptamışlardır (35).

Foster GD.veKendall PC. hastane programlarında tedavi olmaya çalışan obez bireylerin ticari programlarla tedavi olmaya çalışanlardan daha stresli ve kaygılı olduklarını, tedavi arayışındaki obez bireylerin psikolojik problemler ve

yeme bozukluklarına sahip olma ihtimalinin tedavi olanağı aramayan bireylerden daha yüksek olduğunu göstermiştir (83).

Davis EM. ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmalarında obezitede aile desteğini,psikososyalstresörleri, mental ve fiziksel sağlık durumlarını, anksiyete ve depresyon düzeyleri ile ilişkilendirmişlerdir. Özellikle ileri yaş, psikososyalstresörler, sık doğum ve çocuk sayısı, obezite yüksek kaygı ve anksiyete düzeyi ile ilişkili bulunmuştur (57).

Obezlerin kaygı düzeyleri ile ilişkili yapılmış araştırma sonuçlarına ulaşılammıştır. Bu alanda yapılmış çok fazla çalışma mevcut değildir. Gelecekte bu konuda yapılacak çalışmalar konunun daha iyi değerlendirilmesine yardımcı olacaktır.

Berg P. ve arkadaşları 2008 yılındaki çalışmalarında; Kadınların erkeklere nazaran obeziteninpsikososyal yanından daha çok etkilendiği, buna bağlı depresyona girdiği, ilk girdiği ortamlarda daha kaygılı oldukları, sürekli herkesin kendine baktığını hissettiklerini ve rahatsızlık duyduklarını bildirmişlerdir(19).

Brumpton B. ve arkadaşlarının 2012 yılında yaptıkları çalışmalarında; orta yaşobez grubun kaygı skorunun yüksek olduğunu, bu durumu ortayaşlarda hastaların ailelerine karşı sorumluluklarının daha fazla oluşuna bağlamış olduklarını ifade etmişlerdir (34).

Çalışmaya alınan obez grubun ilk kontrolde bakılan ve 6. ayda zayıflama sonrası bakılan Durumluk kaygı ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir artış saptanmıştır. Literatür bilgileriyle uyumlu olmayan bu sonuç, Obez hastaların ilk kontrol değerleri kontrol grubuna benzerken, obezlerin 6. ay kontrol değerlerinin artmış olması, literatür bilgileriyle uyumlu olmayan bir sonuçtur. Bu durum; zayıflamaya çalışan obez hastaların sonuçlarının nasıl çıkacağını merak ederek kaygı duyduklarına yorumlanmıştır. Durumluk kaygı

ölçeği kişinin içinde bulunduğu o anki kayđı düzeyini belirliyor olması nedeniyle böyle bir sonuca varılmıştır.

Çalışmaya alınan obez grubun ilk kontrolde bakılan ve 6. ayda zayıflama sonrası bakılan Sürekli kayđı ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak hastaların lehine anlamlı bir düşüş saptandı. Obez hastaların ilk kontrol değerleri kontrol grubundan yüksekken, obezlerin 6. ay kontrol değerleri kontrol grubunun değerlerinin de altına düşmüştür. Sonuçlar literatür bilgileriyle uyumlu bulunmuştur. Süreklilik kayđı ölçeğinin bireyin içinde bulunduğu durum ve koşullardanbağımsız olarak kendini nasıl hissettiğini belirlemesi nedeniyle, obez hastaların kilo verdikçe kendini daha iyi hissettiği ve başaramama kayđısını üzerlerinden atmış ve ruhen rahatlamış olabileceklerini düşündürdü.

Çalışmamızda hastalara uygulanan Sürekli Kayđı Ölçeği ve Durumluk Kayđı Ölçeği hastaların cinsiyet, yaş, eğitim durumları ile karşılaştırılmıştır.

Sürekli Kayđı Ölçeğinin Cinsiyet dağılımları açasından değerlendirilmesinde Obez(A) grubunda Kadınların ortalama puanları Erkeklerle nazaran daha yüksektir. Obez(B) ve kontrol grubunda ise cinsiyetlerin ortalama puanları birbirine çok yakındır. Bu durum Berg P. ve arkadaşlarının araştırma bulguları ile benzer değerlendirilmiştir.

Sürekli kayđı değerlendirmesinde ilk kontrollerde kadınların sürekli kayđı puanları erkeklerden daha yüksekken, 6 ay sonraki kontrollerde kadın ve erkeklerin kayđı puanları birbirine çok yaklaşmış ve her iki cinsiyette kontrol grubunun sürekli kayđı puanının altına düşmüştür.

Sürekli kayđı puanı yaş grupları dağılımına baktığımızda ilk kontrollerde Obez(A) grubunda 48+ yaş grubunun puanı yüksekken, 6. Ayda Obez(B) grubunda 18-27,9 yaş grubunun ve kontrol grubunda ise 28-37,9 yaş grubunun puanları en yüksek grubu oluşturmuştur. Durumluk kayđı puanı tüm gruplarda [ Obez(A), Obez(B) ve Kontrol ] 18-27,9 yaş grubunda en yüksek değere



ulaşmaktadır. Buda durumluk kaygının genç insanlarda daha yüksek olduğunu göstermektedir.

Araştırma bulgularımız Brumpton B. ve arkadaşlarının araştırma bulguları ile uyumlu değerlendirilmiştir.

Eğitim durumlarına bakıldığında hem durumluk hem sürekli kaygı puanları ilk kontrol obez(A) grubunda ilkokul mezunlarında yüksekken, 6 ay sonraki kontrollerde obez(B) grubunda ve kontrol grubunda ortaokul mezunlarında yüksek bulunmuştur.

Caumo W. ve arkadaşları tarafından 2001 yılında yapılan çalışmada 12 yıldan uzun eğitim almış kişilerde kaygı ve endişe düzeylerinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir (41).

Eğitim durumları açısından araştırma bulgularımız Caumo W. ve arkadaşlarının araştırma bulgularıyla uyumlu bulunmamıştır.

Obezitepsikososyal yanı ile değerlendirildiğinde bir görüntü hastalığıdır (26,39,101,141,185,214,224,233).

Schwartz MB ve Brownell KD.'nin 2004 yılında yayınladıkları obezite ve beden imajı konulu makalelerinde beden imajını şöyle açıklamaktadırlar. Genellikle beden imajı bizim zihnimize şekillenen bedenimizin resmi olarak tanımlanmaktadır. Beden imajı konusuna odaklı pek çok araştırma başlıca iki önemli konu başlığı genelinde değerlendirme sunmaktadır. 1- "Beden İmajı"nın "algısal" bileşenleri, 2- Öznel, "davranışsal" bileşenleri. Beden görüntüsünün algısal ve davranışsal birleşenlerinin kesiştiği alan ikili bir yapının kanıtı olarak değerlendirilmektedir. Farklı değerlendirme teknikleri bu iki bileşeni değerlendirmede kullanılabilir. Beden imajında, Aynalar görsel değerlendirmeye olanak verdikleri için negatif yönde etkili olabilmektedir (201).

Levin J. Kitabında; obezitenin çocukluk yaşlarından itibaren başladığı, hatta obez çocukların “tembel, aptal, çirkin, şişko” gibi ifadelerle dışlandığı bildirmektedir (134).

Obez kişiler fiziksel görünümüleriyle damgalanmakta, kişilere kendilerini kötü, beceriksiz, çirkin hissettiren mesajlar verilmektedir. Yapılan pek çok çalışmada obez bireylerin beden imajları ve beden algılarının düşük olduğu bildirilmektedir(26,39,101,141,185,201,214,224,233).

Malterud KT. veUlriken K. 2011 yılında yayınladıkları makalelerinde; toplumsal olarak yeme bozukluğu hastalıklarının artmakta olduğuna dikkat çekmektedirler.Obeziteyi bir görüntü hastalığı olarak değerlendirmektedirler. Dünyada artan obeziteyle beraber bireylerin beden memnuniyet düzeyleri azaldığını, obezlerin azalan öz saygılarına bağlı toplumdandan izole edildiklerini ifade etmektedirler(141).

Yücel DS. 2010 yılındaTüketimKültüründeKadınBedeninin İdealize EdilmesineYönelikKadınAlgılamalarıveTüketimDavranışlarıylaİlişkisiadlıçalışma sında;Kadınların kendi beden algısı ile ideal beden imajı arasındaki farkın büyüklüğü ölçüsünde mutsuz olduğunu bildirmektedir. Kadınların kendilerine olan saygılarını, beden imajlarıyla özdeşleştirdiği ifade etmektedir. Zayıf bedenli kadınların zayıf olmayanlara göre daha fazla sosyal ödüllendirmeye sahip olduklarını, takdir edildiklerini vurgulamıştır (247).

Bazı kaynaklarda, obezlerin kilo vermek için motive edilmeleri gerektiği, medikal tedavi yanı sıra beden imajlarını düzeltmek içinde tedavi olmaları gerektiği bildirilmektedir (26,39,141,185,201,214,233).

Levin J. 2009 yılında basılan kitabında;Beden memnuniyet düzeyinin ölçülmesinin zor olduğunu ifade etmektedir (134).

StuerzKve arkadaşları 2008 yılında bir grup morbidobez hastayı ikiye ayırarak, bir kısmını gastrik mide bandı ile diğerlerini operasyonla zayıflatmışlardır. İşlem öncesi ve işlem sonrası 3. ve 6. ay olmak üzere beden memnuniyetleri ölçülmüş, kendine özgüven ve çekicilik boyutunda her iki grupta hastaların lehine ileri düzeyde istatistiksel anlamlı fark saptanmıştır (214).

BKİ'si artışına bağlı gelişen psikososyal sorunların en önemlilerinden birinegatif beden imajının yükselmesidir.

Wykes M. ve arkadaşları;Obezlerle ilgili birçok çalışmada obezlerin kendi görünüşlerinden hoşlanmadığını ve bu nedenle kilo vermek istediklerini ifade etmişlerdir.Obezlerin kilo kaybı ile görünüş ve çekiciliklerinin artacağını kendilerini daha iyi hissedeceklerine inandıkları görüşünde hemfikir olduklarını bildirmişlerdir (243).

Muennig P. ise obezlerin beden imajı ve beden algılarının düşük olduğunu buna bağlı gelişen stresin obeziteyi tetiklediğini vurgulamaktadır(151).

Migliori F. ve arkadaşları bir grup morbidobez hastayı cerrahi yöntemlerle zayıflatmış yeni vücut konturlarının hastaların beden algılarını, özgüvenlerini ve yaşam kalitelerini arttırdığını bildirmişlerdir(145).

HoutGC. ve arkadaşları 2009 yılında 146 morbidobez hastanın cerrahi yöntemlerle kilo kaybetmelerini sağlamış ve hastaların sosyal anksiyete, beden memnuniyetsizlik puanlarının cerrahi öncesine göre 2 yıl sonra yarı yarıya düştüğünü bildirmişlerdir (109).

Birçok çalışma obezlerin diyetle, fiziksel aktivite planlanmasıyla, yaşam şekli değişikliğiyle veya cerrahi yöntemlerle kilo kaybı sonrası beden algılarının,

beden imajlarının olumlu yönde değiştiğini ve depresyonlarının azaldığını göstermektedir(40,129,186).

Obezlerde yapılan bazı çalışmalarda beden algısı ve depresyon düzeylerine birlikte bakılmış ve beden algı düzeyi düştükçe depresyonun arttığı gösterilmiştir. Burada negatif beden algısı mı depresyonu tetikliyor yoksa depresyon mu negatif beden algısını tetikliyor sorusuna cevap aranmaktadır.

Gardner RM. ve arkadaşları obezlerin normal kilolular kadar aynaya bakmadıklarını bildirmektedir. Sık aynaya bakmakla morallerinin bozulduğunu ve depresyonu tetiklediği düşüncesi aktarılmaktadır (87).

Schwartz MB. ve Brownell KD.:Kötü beden imajı ile obezite arasında açık bir bağ olduğunu gösteren deliller kesin olmasa da obez kişiler vücut yapıları itibariyle kendilerini kötü hissetmektedirler şeklinde bildirimde bulunmuşlardır(201).

Talen MR. ve Mann MM.; Beden memnuniyetsizliği ve kötü beden imajının depresyon, akademik başarıda azalma, sosyal ilişki ve iletişim bozukluklarına sebep olduğunu bildirmiştir (220).

Bireyin kendi bedenini ve beden parçalarını algılayarak onlara belli anlamlar vermesi kendine güven, kendine saygı, kendilik imgesi(self-image), kimlik ve kişilik kavramlarıyla yakından ilişkilidir.

Song AY. ve arkadaşları 16 kadın 2 erkekten oluşan toplam 18 morbidobez hastaya(46±10yaş) cerrahi yöntemlerle kilo kaybı planlamıştır. Hastalara operasyon öncesi ve operasyondan sonraki 3. ve 6. ayda tekrar edilmek suretiyle beden imajı memnuniyet ölçeği ve yaşam kalitesi ölçekleri uygulanmıştır. Hastaların cerrahi ile karın, kalça, baldır ve göğüs bölgelerinde incelleme sağlanmıştır. Beden memnuniyeti ameliyat öncesi 49±18'ken, 3. ayda 64±24'e,

6.ay'da  $65\pm 20$ 'ye, yükselerek istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ) (211).

Çalışmamızda kullanılan Çok Yönlü Beden-Self İlişkisi Ölçeği (MBSRQ) alt boyutlarında obez(A) grubu ile obez(B) grubu karşılaştırılmasında Görünüş yönelimi dışında, Görünüşü değerlendirme, Fiziksel yeterliliği değerlendirme, Fiziksel yeterlik yönelimi, Sağlık değerlendirme, Sağlık yönelimi, Beden alanlarından doyum, Ölçek toplam puanı(ÖTP) alanlarında ilk ve 6.ay sonraki uygulamalar arasında pozitif yönde artış saptanmıştır. Sağlık yöneliminde anlamlı, diğer alt boyutların hepsinde istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlı farklılık saptanmıştır. Obez(A) ve obez(B) grubu ayrı ayrı kontrol grubu ile karşılaştırıldığında alt boyutların hepsinde istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlı farklılık saptanmıştır( $p<0,001$ ). Çalışmanın sonuçları literatürler ile uyumludur. Obez hastaların kilo vermeleri beden memnuniyetlerini yükseltmektedir.

Çalışmamızda ayrıca ölçek cinsiyet, yaş ve eğitim durumları ile karşılaştırılmıştır.

Çalışmaya katılan hastalar belli miktarlarda kilo vermiş olsa da ideal beden normları grubunda yer almamaktadır. Dolayısıyla görünüş yönelimine ilişkin duyguları değişmemiş olabilir.

Bu çalışmalara bakıldığında obezlerde beden algısının olumsuz olmasını etkileyen pek çok neden olduğu görülmektedir.

Azarbad L. 2010 yılında yazdığı kadın ve obezite başlıklı makalesinde; Obezitenin cinsiyet olarak değerlendirildiğinde kadınlarda görülme sıklığı daha yüksek olduğunu bildirmiştir (13).

Tuthill A ve arkadaşları 2006 yılında yapmış oldukları çalışmalarında beden memnuniyetsizliğinin kadınlarda daha yüksek olduğu, 30-44 yaş aralığında çok sık görüldüğü sonucunu açıklamışlardır (228).

Cash ve Morrow çalışmalarında 1983-2001 yılları arasında ideal BKİ'ne sahip kadın ve erkeklerden oluşan bir gruba 5 farklı yılda beden memnuniyet ölçeği uygulamışlardır. 1983 yılından itibaren beyaz kadınlarda daha yüksek olmak üzere her iki cinsiyette de orta mide, basenler, omuzlar, kas tonusu, kilo miktarında beden memnuniyetinde azalma olduğu bildirilmiştir (39). Mükemmelle ulaşmak duygusu insanları mutsuz etmekte kendilerini beğenme duygusunu azaltmaktadır.

Azarbad L. ve Gonder-Frederick L. 2010 yılında; obez kadınların obez olmayanlara göre iş yerlerinde daha geri planda, daha düşük ücretlerle çalıştırıldığını bu durumun obez kadınların hem ekonomik durumlarının daha kötü olmasına, hem negatif beden algılarının artarak depresyona daha yatkın hale gelmelerine neden olduğunu bildirmişlerdir. Obeziteninpsikososyal yan etkilerinden erkeklere oranla kadınların daha çok etkilendiğini, toplum tarafından kadınların güzel, ince, fit olma konularında daha fazla sosyal baskıya maruz kaldığını, bu doğrultuda obez kadınların daha stresli olduklarını ifade etmektedirler. Ayrıca kadınların erkeklere oranla stres altında daha çok yemek yediğini bildirmektedirler. Yine yapılan çalışmalar kadınlarda depresyon görülme sıklığının ve yeme bozukluğu hastalıklarının erkeklere göre daha yüksek olduğunu gösterilmektedir (13).

John C. 2006 yılında Britanya'da yayınlanan kitabında; Kadınların erkeklere nazaran güzellik, fit olma, beğenilme arzularının daha yüksek olmasının beden algısını olumsuz yönde etkilediğini açıklamaktadır. Popüler kültürün, medyanın, magazin dünyasının toplumda fit ve güzel olma algısını yerleştirme çalışmasında negatif beden algısını tetikleyen etkenler arasında saymıştır(118).

Hancock, P ve arkadaşları; Geçmişte bolluğun, bereketin simgesi olan kiloyu, günümüzde özellikle kadınların büyük üzüntü, endişe, kaygı, kendini beğenmeme, ayıplı gibi görmesini sağlayan kognitif bir takım ruhsal sorunlar yumağının içine girmesine neden olan bir durum olarak ifade etmişlerdir (100).

Puhl R. ve Latner J. 2008 yılında yayınladıkları makalelerinde şunlara yer vermiştir. Beden memnuniyetsizliği özellikle genç kadınlar arasında daha yüksek bulunurken, erkeklerde orta yaş ve üzerinde yüksek görüldüğüne, kadınların orta yaşa dek birçok zayıflama yöntemi denedikleri özellikle başarısızlıkla sonuçlananlarda bir kabulleniş gösterdiklerine dikkat çekmişlerdir (186).

Azarbad L. ve Gonder-Frederick L. 2010 yılında; Obez kadınlar obezitetlerinden dolayı acı çekerek, ideal kiloya ulaşabilme hayali kurarken, erkekler fazla kilolu olmayı dert etmiyor hatta güçlü ve kaslı göründüklerini düşünüyorlar diye yazmışlardır (13).

Berg P. ve arkadaşları; “Kadınlar erkeklere göre daha olumsuz beden imajına sahiptir” görüşünü paylaşmaktadır (19).

Sirtori A. ve arkadaşları 2012 yılındaki makalelerinde erkeklerin BKİ'lerini 22-28 kg/m<sup>2</sup> aralığında tutmak istediklerini ifade etmişlerdir (209).

Thompson ve Heinberg'e ait yayında “Kadınlar sosyal medyanın daha çok etkisi altında kalmakta ve bu durum beden memnuniyetsizliğini tetiklemektedir” ifadesi yer almaktadır (225).

Ülkemizde yapılan bir çalışmada; obezitenin kadınlarda ve eğitim düzeyi düşük grupta daha sık görüldüğü, obezlerin sadece % 10'unun düzenli spor yaptığı, kadınların erkeklere göre depresyon puanlarının daha yüksek, beden imajlarının ise daha düşük olduğu bulunmuştur. Çalışmanın sonucunda depresyon görülme sıklığı en yüksek, beden imajı en düşük grup olarak ilkökul mezunları belirlenmiştir (176).

Cash TF. ve Pruzinsky T. 2002 yılındaki makalelerinde; erkeklerin genç yaşlarda bedenleri ile barışık olduklarını ve kilolarını çok dert etmedikleri, ancak orta yaşlarda sağlık problemleri başladığında ciddi çözüm arayışlarına girdiklerini ifade etmişlerdir(40).

Kadınların gençlik yıllarında kendileri ile daha ilgili olmaları, kendilerini önemsemeleri, görselliğe önem vermeleri, kilolarını dert etmeleri, ilerleyen yıllarda yerini kabulleniş ve kaderciliğe bırakmaktadır.

Schwartz MB. ve Brownell KD. 2004 yılında; Delillerin obezlerin beden imajlarının düşük olduğunu gösterdiğini, ancak tüm obezlerin buna yatkın olmadığını, negatif beden algısı gelişiminin obezitenin derecesinden, yaştan, cinsiyetten, obezitenin başlama yılından etkilendiği fikrini savunmuşlardır(201).

Son iki yüzyılda ABD’li genç kızlar tarafından yazılan günlükleri inceleyen JoanJacopsBrumberg (1997) günümüzde genç kızların “ben kimim?, kim olmak istiyorum?” sorularına yanıtların bu yüzyıldan önce yaşamış akranlarına nazaran daha çok bedenleri etrafında şekillendiğini ortaya koymuştur. Brumberg vardığı sonucu; “Beden günümüzde ABD’li kızların benlik algılarının öyle merkezinde yer almaktadır ki, onların temel hedefi haline gelmiştir” sözleriyle açıklamıştır (91).

Çalışmamızda Çok Yönlü Beden-Self İlişkileri Ölçeğiuygulamasının Cinsiyetlere göre dağılımına bakıldığında Obez(A) ve Obez(B)’de benzer şekilde ölçeğin alt boyutlarından; Görünüşü değerlendirme, Fiziksel yeterliliği değerlendirme, Fiziksel yeterlilik yönelimi, Sağlık değerlendirmesi, Beden alanlarından doyum, Ölçek toplam puanı bölümlerinde Kadınlara nazaran Erkeklerin hem ortalama puanları hem de medianları daha yüksek bulunmuştur. Sonuçlar literatürlerle uyumlu değerlendirilmiş,obez erkeklerin obez kadınlara oranla bedenlerinden daha memnun oldukları belirlenmiştir.



Çalışmamızın başlangıcında ölçek toplam puanı en yüksek olan grup 48+ yaş iken, 6. ay kontrollerimizde en yüksek puanı 28-37,9 yaş aralığı almıştır. Kontrol grubunun sonuçları hastalarımızın 6.ay kontrol değerleri ile benzerlik göstererek ölçek toplam puanı en yüksek yaş grubu 28-37,9 yaş aralığı belirlenmiştir. Bu durum bize kişilerin ilerleyen yaşlarda içinde buldukları durumu kabullendiğini, ancak kilo verme eğilimi ile tekrar umutların ve beden memnuniyetin arttığını göstermiştir.

Beden memnuniyeti ile eğitim arasında ki ilişkiyi irdelediğimizde tüm grupların [obez(A), obez(B) ve kontrol grubu]verilerinde beden memnuniyetsizliği en düşük grup ilkokul mezunları olarak belirlenmiştir. Beden memnuniyeti eğitim ilişkisi değerlendirmemiz Pınar R.'nin çalışma bulgularıyla uyumlu bulunmuştur.

Çalışmaya alınan bireylere Zunk Depresyon Ölçeği uygulanmıştır. Obezitenin literatürlerde bildirilen sağlık risklerinin yanı sıra aynı zamanda neden olduğu çeşitli psikolojik problemler bulunmaktadır. Depresyon, öz güven eksikliği, negatif beden algısı bunlardan bazılarıdır(40,101,118,127,158,196).

Anderson ER. 2003 yılında, Hancock D. ve arkadaşları 2000 yılında, Bray AG. 1998 yılında, Harriger JA. ve arkadaşları 2021 yılında, Wykes M. ve arkadaşı 2008 yılında; obezite ve depresyon ilişkisi için, BKİ'si artışına bağlı depresyonunda arttığı yönünde değerlendirmeler yapmışlardır(10,28,100,101,243).

Alicia R. ve Ruelaz MD. 2009 yılındaki çalışmasında obez ve obez olup kilo kaybedenleri değerlendirmiş, kilo verme ile bireylerin fiziksel fonksiyonlarının arttığını, genel sağlıklarının düzeldiğini, kendilerini daha enerjik hissettiklerini, yaşam kalitelerinin arttığını ve depresyonlarının azaldığını ifade etmişlerdir (7).

Faukonbridge LF. ve arkadaşları 2009 yılında BKİ'si 40 ve üzeri olanların normal kilolulara göre 5 kat daha depresif olduklarını ifade etmişlerdir (80).

Dixon JB. ve arkadaşları yaptıkları çalışmalarında 487 obez hastaya depresyon sikası uygulamıştır. Çalışmalarının sonucunda; obezlerin depresyona daha yatkın olduğunu ancak BKİ artışı ile depresyon düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olmadığını bildirmişlerdir(65).

Wardle J. ve arkadaşları da çalışmalarında obez bireylerin depresyona yanıt olarak daha çok yemek yediğini, bir başka ifadeyle obezlerde depresyonun obeziteyi daha çok provoke ettiğini ifade etmişlerdir(235).

Dhananjai S. ve arkadaşları 2013 yılında yaptıkları çalışmalarında 272 erişkin obezi iki gruba ayırarak farklı zayıflatma yöntemleri uygulamışlardır. Bir grup egzersizle, diğer grup yoga ile zayıflatma amaçlanmış, başlangıç, 1, 3 ve 6. aylarda olmak üzere depresyon ölçeği uygulanmıştır. Egzersiz programına dahil olan grubun puanları sırasıyla 9,6±1 - 9,3±1 - 8,8±1 - 7,7±1 bulunmuş ve kilo verme ile depresyon arasında hastaların lehine istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır (63).

Hayden MJ. ve arkadaşları 2011 yılında 191 morbidobez hastayı cerrahi yöntemlerle zayıflatarak BKİ'lerinin 43±8kg/m<sup>2</sup>'den 1 yıl sonra 34±6'kg/m<sup>2</sup> ye düşmesini sağlamışlardır. Hastalara cerrahi uygulaması öncesi ve sonrası depresyon ölçeği uygulanmış ve hastaların depresyon puanlarının anlamlı derecede düştüğünü bulmuşlardır. Çalışmalarından hastaların BKİ'leri düşürülerek depresyonun tedavi edilebileceği sonucunu çıkarmışlardır(103).

NYU Langone Medikal Merkezinin obezitenin psikolojik etkileri konulu yayınlarında ; kadınlar arasında obeziteye bağlı psikosomatik hastalıkların daha sık görüldüğü, bunun nedeni olarak toplumsal normların kadınların fiziksel çekiciliğini erkeklerinkinden daha önemli görmesi, kısmen çekici erkek beden imgesinin kadınıninkinden farklı olması olarak ifade etmişlerdir(184).

Kolotkin RL. ve arkadaşları tarafından Amerika'da yapılan büyük bir çalışmada BKİ ile depresyon ilişkilendirilmiş, BKİ'si arttıkça kadınlarda majör

depresyon bulguları ve intihara kalkışma oranının daha yükseldiği sonucu bildirilmiştir (126).

Özgür G. ve arkadaşları tarafından 2008 yılında yapılan çalışmada obezitenin 40-49 yaş aralığında, kadınlarda, evli olanlarda ve eğitim düzeyi 8 yılın altında olanlarda daha sık görüldüğü, obezlerin depresyona daha yatkın olduğu bildirilmiştir (171).

Avusturalya'da Colles SL. ve arkadaşları tarafından 2008 yılında yürütülen bir çalışmada 431 kişi(18-70yaş) çalışmaya alınmış, BKİ'lerine göre normal, obez ve morbidobez olarak sınıflandırılmıştır. Normal grup kontrol grubu olmak üzere, obez gruba diyet ve egzersiz tedavisi, morbidobez gruba ise cerrahi yöntemler uygulanarak kilo kaybı sağlanmıştır. Çalışmanın başlangıç verileri karşılaştırmasında depresyon ölçeği uygulanmış ve gruplar arası istatistiksel anlamlı fark elde edilmiştir( $p<0.001$ ). Çalışmanın sonucunda BKİ artıkcça hastaların depresyon puanlarının yükseldiği, özellikle morbidobezlerin ortalama puanlarının orta düzey depresyonda olduklarını bildirmişlerdir (49). Obezite ile depresyon arasında pozitif bir ilişki bulunduğunu ve obezitenin şiddeti artıkcça depresyon boyutunun arttığını söyleyebiliriz.

Dixon JB. ve arkadaşlarının 2005 yılında, Tuthill A. ve arkadaşlarının 2006 yılında, Hout GC. ve arkadaşlarının 2009 yılında, Bariatrik cerrahi sonrası, gastrik bandajla, abdominoplasti, gastrik bypass, gibi cerrahi yöntemlerle ağır kilo kaybı sonrası hastalarda görülen depresyon bulgularının, anksiyetenin, kaygının azaldığını, beden memnuniyeti, özgüvenin, yaşam kalitesinin ise arttığını bildirmişlerdir. Ayrıca cerrahi yöntemle zayıflatılan hastaların preoperatif ve postoperatif dönemlerini hastanede geçirmeleri ve düzenli aralıklarla kontrollere gelmelerinin bu alanda çalışma yapılmasına önemli katkı sağladığını eklemiştir (66,109,228).

A.B.D'de bir çalışmada genel populasyonundepresyon görülme sıklığı %10 olarak,obez kadınlarda bu oran % 14 olarak açıklamıştır (229).

Gavin AR. ve arkadaşları 2010 yılında; beden algısı, obezite ve depresyon arasında bir ilişki bulmuşlardır. Negatif beden algısı ve obezite orta yaş kadınlarda bir risk faktörü oluşturduğu bildirilmiştir. Eğitim süresi 16 yıl ve altında olanlarda negatif beden algısı, obezite ve depresyon arasında bir ilişki saptanmıştır. Eğitim süresi artıka obezite ve depresyon arasında pozitif olmayan bir ilişki vardır. Obez orta yaş kadınlarda depresyonun risk faktörü oluşturdu ifade edilmiştir (89).

Çalışmamızda hastaların ilk kontrol ve 6 ay sonraki depresyon puan ortalamaları karşılaştırıldığında, 6 ay sonraobez hastaların kilo vermiş olmalarına rağmen depresyon puanları bir miktar yükseliş göstererek istatistiksel olarak anlamlı fark ortaya koymuştur. ÇalışmamızınZunk Depresyon Ölçeği sonuçlarıDixon JB. ve arkadaşlarının, Hout GC. ve arkadaşlarının, Tuthill A.ve arkadaşlarının çalışmalarıyla uyumsuz değerlendirildi.

Zunk depresyon ölçeğinin cinsiyetlere göre dağılımında tüm gruplarda kadınların orta düzeyde depresyon puanları daha yüksek bulunmuş, ancak sadece obez(B) grubunda kadınlar lehine istatistiksel olarak anlamlı sonuç elde edilmiştir.

Obez hastalara psikopatolojik olarak eşlik eden hastalıkların başında depresyondan sonra anksiyete gelmektedir. Obezite ve anksiyetenin ilişkilendirildiği bazı çalışmalar bulunmaktadır.

Tuthill A. ve arkadaşları 2006 yılında; Morbidobezlerde hem kadın hem erkeklerde 45yaş ve üzerinde depresyon ve anksiyetenin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Obezler; obezitelelerinden dolayı sadece yaşam kalitesi ve sağlık açısından değil aynı zamanda sosyal, psikolojik, emosyonel yönlerden de etkilendiklerini belirtmişlerdir(228).

Zwaan MD. ve arkadaşları 2009 yılında; BKİ artışı ile ruhsal hastalıklar ve anksiyete düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptamıştır. BKİ

artışına paralel ruhsal sağlığın bozulduğu ve anksiyete düzeyinin yükseldiği bulunmuştur (251).

Black DW. ve arkadaşları; yetişkin morbidobez bir grupla yaptıkları çalışmada obezlerde anksiyete bozukluğunun, duygu durum bozukluğunun fazla görüldüğü, ayrıca kadınlarda ileri düzey obezitenin etyolojisinde post travmatik stres bozukluğunun da rol oynadığını ileri sürmüşlerdir (24).

Dhananjai S. ve arkadaşları 2013 yılında egzersizle zayıflatmayı amaçladığı 272 kişiden oluşan obez grubuna başlangıç, 1, 3 ve 6. aylarda olmak üzere anksiyete ölçeği uygulamış ve hastaların anksiyete puanları  $13,9 \pm 3$  -  $13,6 \pm 3$  -  $13,1 \pm 2$  -  $12,5 \pm 2$  bulunmuş ve kilo verme ile anksiyete arasında hastaların lehine istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır (63).

Obezlerin kilo vermesi ile anksiyete düzeylerinin değerlendirilmesi konusunda farklı görüşler mevcuttur.

Kadınlardaki anksiyete seviyesinin erkeklerden yüksek oluşu Tuthill A. ve arkadaşlarının çalışması ile uyumludur.

Wedin S ve arkadaşları 2012 yılında; morbidobez bir grup hastanın preoperatif dönemde anksiyete ve depresyon düzeylerini değerlendirmiş, kilo verme ile depresyonun azaldığını ancak anksiyete düzeyinin değişmediğini bildirmişlerdir. Anksiyetenin; obezlerin yaşadığı tüm sosyal ve kötü sağlık baskılarının sonucunda toplam olarak geliştiğini ve neredeyse tüm morbidobezlerin normal popülasyona göre anksiyetelerinin daha yüksek olduğunu ifade etmişlerdir (237).

Çalışmamızda obez hastaların ilk kontrollerinde anksiyete puanları yüksekken, 6. ay kontrollerinde anksiyete puanları düşerek kontrol grubu değerlerine yaklaşarak hastaların lehine istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p < 0,05$ ). Literatürlerde obezitenin anksiyeteyi artırdığı görüşünü

savunan Zwaan MD. ve arkadaşlarının, Black DW. ve arkadaşlarının, Dhananjai S. ve arkadaşlarının, Wedin S. ve arkadaşlarının makalelerinin sonuçlarıyla uyumludur.

Çalışmaya katılan obez popülasyonun kadın ağırlıklı olmasından dolayı kilo verilmesi ile ortaya çıkan anksiyete puanı azalması yönünde farkın kadınların obezitenin önyargılarına daha fazla maruz kalmasına bağlı anksiyetenin daha yoğun yaşanmasına ve kadınların duygularını daha rahat ifade edebilmelerden oluştuğunu düşündürmüştür. Kilo vermelerine bağlı anksiyete puanları düşerek istatistiksel olarak hastaların lehine anlamlı fark ortaya koymuştur.

Tüm gruplarda kadınlarda anksiyete daha yüksek bulunmuştur. Cinsiyet olarak kadınlarda anksiyetenin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Zunkanksiyete ölçeğinin obez(A) grubunda Eğitim düzeylerine göre yapılan istatistiksel karşılaştırmada lise mezunları lehine sonuç elde edilmiştir.

Schwartz ve Brownell'da çalışmalarında obezitenin psikolojik ve sosyal boyutu olduğunu, psikolojik boyutunun nedenlerinin tam olarak açıklanamadığını belirtmektedirler. Obezitenin sosyal boyutunu; kişilerin bedenlerinden dolayı yaşadıkları çevresel faktörler olarak tanımlamakta ve sürekli maruz kaldıkları önyargıdan kaynaklandığını ifade etmektedirler (201).

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Obeziteprevelansı tüm dünyada epidemik bir salgın gibi artmaya devam eden bir hastalıktır. Obezitenin olumsuz etkileri arasında eşlik eden hastalıklar, fiziksel, sosyal, ekonomik sorunların yanı sıra negatif beden imajı ve negatif yaşam kalitesi vardır.

Araştırmaya katılan obez (A) ve (B) grubunun her seferinde en az 30 dakikalık yürüyüş yapma alışkanlıkları incelenmiş, obez (B) grubu daha aktif hale gelmiştir.

Hareket ve/veya yürüyüşün artırılması zayıflama programlarının en önemli ayaklarından biridir. Çalışmamıza katılan hastalar ideal kilolarına inememiş olsa da, sağlıkları için iyi bir alışkanlık edinmişlerdir.

Egzersiz yapan kişi sayısının en yüksek olduğu grup lise mezunlarıdır. Obez katılımcıların çalışmanın başlangıcına göre 6. ay kontrollerinde tüm yaş gruplarında haftalık egzersiz yapma sayısı artmıştır.

Çalışmaya katılan hastaların [Obez(A)] ilk kontrollerinde 83'ünün (% 27,6) obeziteye eşlik eden bir hastalığı vardır. Obeziteye eşlik eden hastalıkların büyük bir bölümü medikal tedavi gerektirmektedir. Obez(A) hastalarının 108'i (% 35,8) her gün bir ilaç kullanmaktadır. Obez(B) grubu hastalarının 96'sı (% 31,8) her gün ilaç kullanmaktadır. 6 ay sonraki kontrollerde 12 kişi kullandığı ilaçları bırakmıştır.

Çalışmamıza katılan hastalar arasında tek öğün yemek tüketen kalmamıştır.

Araştırmaya katılan obez gruptan 282 kişi (% 93,7) kilo vermiş olmalarına rağmen hala kendilerini kilolu kabul etmektedir.

Hastalar kilo vermiş olsalar da ideal BKİ'sine ulaşamamışlardır.

Araştırmaya katılan obez hastaların 103'ünün (% 34,2) çocukluktan itibaren kilolu oldukları belirlenmiştir. Bu durum çocukluk çağı obezitesine dikkat çekmektedir.

Obez(A) grubu hastalar daha evvel kilo verebilmek için farklı yollar denemiştir. Obez(B) grubu hastaların tamamı kilo verme ve kilo kontrolü için profesyonel destek almaktadır.

Hastaların BKİ'lerindeki düşüş doğrultusunda bel ve kalça ölçüleri azalmıştır.

Obezite hastalığı bireylerin yaşam kalitesini bozmaktadır. Hastalara uygulanan Yaşam Kalitesi Ölçeğinin alt boyutlarından fiziksel rol güçlüğü, genel sağlık algısı, emosyonel rol güçlüğü, ruhsal sağlık alanlarında kilo kaybetme ile puanları artmıştır.

Fiziksel ve sosyal fonksiyon puanları düşmüştür. Yaşam Kalitesi Ölçeğinin cinsiyetler açısından değerlendirildiğinde Obez(B) grubu Erkeklerin Emosyonel Rol Güçlüğü puanı Kadınlara göre yüksektir.

Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Yaş gruplarına göre değerlendirilmesinde Araştırmanın başlangıcında ölçeğin Fiziksel işlevsellik, Fiziksel rol güçlüğü, Ağrı, Genel sağlık algısı, Vitalite ve Ruhsal sağlık alanlarında 18-27,9 yaş aralığı hastaların puanları en yüksektir. Kilo kaybetme sonrası yaş grupları dağılımı farklılık göstermiştir. Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Eğitim düzeylerine göre değerlendirilmesinde; hastaların kilo kaybetme ile Fiziksel işlevsellik, Genel sağlık algısı, Sosyal işlevsellik, Ruhsal sağlık boyutlarında eğitim düzeyi arttıkça, yaşam kalitesi de artmaktadır. Kilo verme ile eğitim düzeyi yüksek grubun yaşam kalitesi daha çok artmıştır.

Araştırmaya alınan hastaların Durumluk Kaygı Ölçeği puanları başlangıç noktasına göre 6. ay kontrollerde daha yükselmiştir. Kadınların durumluk kaygı



puanları erkeklere göre daha yüksektir. Yaş grupları açısından Obez(A) ve kontrol grubunda fark saptanmazken, Obez(B) grubunda 18-27,9 yaş grubunun durumluk kaygı puanı daha yüksektir.

Sürekli Kaygı Ölçeği değerlendirme sonuçları, yaş grupları açısından bir fark ortaya koymazken, Obez(A) grubunda ilkokul mezunlarının sürekli kaygı puanı daha yüksektir.

Çok Yönlü Beden-Self İlişkileri Ölçeği değerlendirmesinde; Araştırmanın başlangıcında ve 6. ay kontrollerinde ölçeğin alt boyutlarından; Görünüşü değerlendirme, Fiziksel yeterliliği değerlendirme, Fiziksel yeterlilik yönelimi, Ölçek toplam puanı bölümlerinde Erkeklerin puanları Kadınlardan daha yüksektir. Ölçek genel olarak değerlendirildiğinde erkekler kadınlara nazaran beden prezantasyonundan daha memnundurlar.

Kilo kaybetme sonrası 18-27,9 yaş aralığı Beden Alanlarından Doyum açısından en memnun grupken, 38-47,9 yaş grubu en memnuniyetsiz grup olarak bulunmuştur.Eğitim düzeyi arttıkça beden memnuniyeti artmaktadır.

Zunk Depresyon Ölçeğinin değerlendirmesinde; hastaların kilo kaybetme ile depresyon puanları artmıştır. Cinsiyet dağılımlarına göre değerlendirilmesinde Kadınlar Erkeklere göre daha depresiftir. Genel olarak bakıldığında 38-47,9 yaş grubu hem kadın hemde erkeklerde depresyon için en riskli yaş grubu olmuştur.

Anlatılar ne yaptığımızı kim olduğumuzu açıklar, bize sorumluluklarımızı öğretir; eylemlerimizi harekete geçirir, onlara kılavuzluk eder ve haklı çıkarır. Böylece anlatılar aracılığı ile kişi kendini yeniden tanımlayabilir.

Bu noktadan yola çıkıldığında hastaların “iç sesi’ne” kulak vermek klinikte sıklıkla ortaya çıkan değer sorunlarının hem tanımlanmasına hem de sorunların çözümlenmesine ışık tutabilecektir.

Klinikte hastaların, hasta yakınlarının ve sağlık çalışanlarının anlatıları ie ie geçer, birbirini etkiler ve birbirine dönüştürür. Hastalık yaşantısının bütünlüğü içerisinde değersel anlamı bu etkileşim içinde oluşur.

Nicel araştırma yöntemleri yapısı gereği özellikle Fen ve Sağlık Bilimlerinde kullanılırken, Nitel araştırma yöntemleri daha çok Sosyal Bilimlerde kullanılmaktadır. Ancak araştırma konularının özelliği nedeniyle bu çalışmada hem nicel hem de nitel araştırma yöntemleri birlikte kullanılmıştır. Nitel verilerin elde edilmesinde yazılı doküman analizinden (Hasta defterlerinden) faydalanılmıştır. “Hasta defteri” obez kişi yaşantısını detaylandırmak açısından gerçekçi bir veri birikimine neden olmuştur.

Hastalığı özellikle obeziteyi sadece biyolojik, fiziksel, psikolojik, psikiyatrik hasta öyküsü çerçevesinde değerlendirmek yeterli olmamaktadır. Bu çerçeveye birde anlatı bilimsellik eklemek gereklidir. Bu eklentilerle hastalıkların ve sorunların sadece tıbbi çerçeveye dayanan çözüm yolları değil Klinik bölüm ve Tedavi sürecinde yaşanan nesnel süreçleri de öğrenmek mümkün olabilecektir.

Anlatılar klinik tıp uğraşı içinde merkezi konumdadır. Hasta kayıtları, hastalık ve iyileşme üzerine romanlar, tıp uğraşı ile ilgili anılar gibi anlatıları anlamak bireysel farkındalığı yükseltir, hekimin hastanın hastalık deneyimine ilişkin algılarını da genişletir.

Biyoetik alanı tikel durumlara ilişkin değerlerin bilgisine ulaşmak için anlatıları kullanmalı anlatılarla ilgili yöntemleri geliştirmeli ve bu konuda tecrübeleri biriktirmelidir.

Sonuç olarak;

Çalışmamızda; Obezitenin evli, çocuklu, lise mezunu ve ev hanımı kadınlar arasında daha yaygın olduğu bulunmuştur.

Obez hastaların kilo verme ile yaşam kalitelerinin arttığı, erkeklerin kadınlara göre yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu ve eğitim düzeyleri arttıkça yaşam kalitelerinin yükseldiği bulunmuştur.

Obez hastalarda kilo verme esnasında hem kadınlarda, hem erkeklerde durumluk kaygı puanının arttığı saptanmıştır.

Kadınlarda kilo verme esnasında sürekli kaygı azalırken, erkeklerde değişmediği bulunmuştur.

Obez bireylerin kilo verme ile beden memnuniyetlerinin arttığı, obez erkeklerin, obez kadınlara göre bedenleriyle daha barışık olduğu ve eğitim düzeyi arttıkça beden memnuniyetinin arttığı tespit edilmiştir.

Obez bireylerde kilo verme ile kadınların anksiyetesi azalırken, erkeklerin arttığı, anksiyetenin 48 yaş ve üzerinde yüksek olduğu, eğitim düzeyi arttıkça anksiyetenin azaldığı bulunmuştur. Kontrol grubunda ise eğitim düzeyi arttıkça anksiyete artmaktadır.

Obez bireylerin kilo kaybetme ile depresyonlarının arttığı, kadınların erkeklere göre depresyona daha yatkın olduğu ve eğitim düzeyi düştükçe depresyon arttığı tespit edilmiştir.

Çalışmamızdan çıkan sonuçlar doğrultusunda; Obez bireylerin kilo kaybetmeleri hususunda multidisipliner bir yaklaşım sergilenmesi gerektiği, tedavinin tek bir meslek grubu ile yönetilebilmesinin uygun olmadığı görüşünü güçlendirmektedir.

Obez hastaların tedavisinde; tam teşekküllü bir Endokrinoloji muayenesinden geçtikten sonra, bireye özgü tıbbi beslenme planının oluşturulması, bireye özgü hareket veya egzersiz planının çıkarılması, gerek

duyuldukça psikolog desteği alınması ve en önemlisi kişilerin kendini değerli hissettirilmesi gerekmektedir.

Tedavi ekibi üyeleri kendi alanlarında uzman kişilerden oluşmalı ve hastalara etik yaklaşımlar sergilemelidir.

Hastaların tedavi sırasında iç seslerine kulak verilmeli ve beklentileri dikkate alınmalıdır.

Tedavi süreci iyi takip edilmeli, kontroller aksatılmamalıdır. Hastaların bazen çevresel etmenlere bağlı moral ve motivasyonlarının bozularak tedavi sürecinde uyumsuzlukların olabileceği bu nedenle iyi bir sonuç için iletişim kanallarının daima açık tutulması gerektiği unutulmamalıdır.

## 7. KAYNAKLAR DİZİNİ

1. Afari, N., Noonan, C., Goldberg, J., Roy-Byrne, P., Schur, E., Golnari, G., Buchwald, D., 2010, Depression and Obesity: Do Shared Genes Explain the Relationship? *Depress Anxiety*, 27, 9, 799-806 p.
2. Akarsu, B., 1982, *Ahlak Öğretileri, Remzi Kitabevi, İstanbul*, 267 s.
3. Akbıyık, İD., Mendel, GE., Önder, ME., Cording, C., 1999, *Kriz Dergisi*, 7, 2, 25-29 s.
4. Akdağ, R., 2012, *Türkiye Beden Ağırlığı Algısı Araştırması, Sağlık Bakanlığı yay., Aml Mat., Ankara*, 64 s.
5. Aksu, G. ve Hocaoğlu, Ç., 2004, Mastalji Yakınmasıyla Radyolojik İncelemeye Alınan Bir Grup Hastada Aleksitimi, Anksiyete, Kaygı ve Depresyon Düzeylerinin Araştırılması, *Klinik Psikiyatri*, 7, 95-102 s.
6. Akyol, A., Bilgiç, P., Ersoy, G., 2012, *Fiziksel Aktivite, Beslenme Ve Sağlıklı Yaşam, Klasmat Matbaacılık, Ankara*, 3-23 s.
7. Alicia, R., Ruelaz, MD., 2009, Psychiatric Involvement in Obesity Treatment Summer, *Focus the Journal of Lifelong Learning in Psychiatry*, 5,3, 310-316 p.
8. Altıntoprak, AE., Karabilgin, S., Çetin, Ö., Kitapçioğlu, G., Çelikkol, A., 2008, Hemşirelerin iş ortamlarında ki stres kaynakları; depresyon, anksiyete ve yaşam kalite düzeyleri: yoğun bakım ve yataklı birimlerde hizmet veren hemşireler arasında yapılan bir karşılaştırma çalışması, *Türkiye'de Psikiyatri*, 10, 9-17 s.

9. Ancet, P., 2010, Ucube Bedenlerin Fenomenolojisi, (Çeviri.: Ersel Topraktepe), Yapı Kredi Kültür Sanat Yayıncılık., 179 s.
10. Andersen, ER., 2003, Obesity Etiology Assessment Treatment and Prevention, Human Kinetics, U.S.A. 3-85 p.
11. Annunziato, RA., Lowe, MR., 2007, Taking action to lose weight: toward an understanding of individual differences, Eat Behav., 8, 2, 185-94 p.
12. Aydemir, Ö. ve Köroğlu, E.. 2006, Psikiyatride kullanılan klinik ölçekler, Ajans ve Matbaacılık Hizmetleri, Ankara, 346-352 s.
13. Azarbad, L., Gonder-Frederick, L., 2010, Obesity in women, Psychiatr Clin North Am., 33, 2, 423-40 p.
14. Baceviciene, M., Reklaitiene, R., Tamosiūnas, A., 2009, Effect of excess body weight on quality of life and satisfaction with body image among middle-aged Lithuanian inhabitants of Kaunas city, Medicina(Kaunas), 45, 7, 565-573 p.
15. Backholer K, Wong E, Freak-Poli R, Walls HL, Peeters A, 2012, Increasing body weight and risk of limitations in activities of daily living: a systematic review and meta-analysis, Obes Rev, 13, 5, 456-68 p.
16. Badiou, A., 2006, Etik, Felsefe Ekibi Dergisi.[http://www.felsefeekibi.com/dergi5/s5\\_y10.html](http://www.felsefeekibi.com/dergi5/s5_y10.html), (19/10/2012).
17. Badner, NH., Nielson, WR., Munk, S., Kwiatkowska, C., Gelb, AW., 1990, Preoperative anxiety: Detection and contributing factors, Can J Anaesth, 37, 444-7 p.
18. Bedenin Tanımı,<http://www.etymonline.com/index.php?search=body+&searchmode=none>, ( 26-02-2011).

19. Berg, P., Neumark-Sztainer, D., Eisenberg, M.E., Haines, J., 2008, Racial/ethnic differences in weight-related teasing in ado., Obesity (Silver Spring), 16, 2, 3-10 p.
20. Berghofer, A., Pschon, T., Reinhold, T., Apovian, C.M., Sharma, A.M., Willich, S.N., 2008, Obesity prevalence from a European perspective: a systematic review, BMC Public Health, 8:200.
21. Berghofer, G., Castille, D.M., Link, B., 2011, Evaluation of Client Services (ECS): a measure of treatment satisfaction for people with chronic mental illnesses. Community Ment Health J., Aug;47(4):399-407 p. doi: 10.1007/s10597-010-9331-3. Epub 2010 Jun 26.
22. Berkman, N.D., Bulik, C.M., Brownley, A.K., Lohr, K.N., Sedway, J.A., Rooks, A., Gartlehner, G., 2006, Management of Eating Disorders, Evid Rep Technol Assess, 135, 1-166 p. Review.
23. Billington, R., 1997, Felsefeyi Yaşamak Ahlak Düşüncesine Giriş, (Çev.: Abdullah Yılmaz), Ayrıntı Yay, 105, İst, 45-47 s.
24. Black, D.W., Goldstein, R.B., Mason, E.E., 1992, Prevalence of mental disorder in 88 morbidly obese bariatric clinic patients, Am J Psychiatry, 149, 2, 227-34 p.
25. Bok, S., 2010, Mutluluğu Keşfetmek, (Çeviri.: Pınar Savaş), İstanbul Matbaacılık Basılı Yayıncılık, İst, 221 s.
26. Bolton, M.A., Lobben, I., Stern, T.A., 2010, The Impact of Body Image on Patient Care, Prim Care Companion J Clin Psychiatry, 12, 2, 947- 967 p.

27. Branca, F., Nikogosian, H. and Lobstein, T., 2007, The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response, Complete an online request form for documentation, Denmark, 339 p.
28. Bray, AG., 1998, Contemporary Diagnosis and Management of Obesity, A Division of AMM Co., U.S.A., 5-100 p.
29. Bray, GA., 1989., Classification and evolution of the obesity, Med Clin North Am, 73, 161-184 p.
30. Bray, GA., 2008, Are Non-prescription Medications Needed for Weight Control?, Obesity, 16, 3, 509-514 p.
31. Bray, GA., Ryan, DH., 2011, Drug treatment of obesity. Psychiatr Clin North Am., Dec;34(4):871-80 p. doi: 10.1016/j.psc.2011.08.013.
32. Bresolin L.. (1993). Body Image and Health Counseling for Women. Arch Fam Med.. 2. 1084-1087.
33. Brisbois, TD., Farmer, AP., McCargar, LJ., 2012, Early markers of adult obesity: a review, Obes Rev, 13,4, 347-367 p.
34. Brumpton B, Langhammer A, Romundstad P, Chen Y, Mai XM., 2012, The associations of anxiety and depression symptoms with weight change and incident obesity: The HUNT Study, Int J Obes (Lond)., 11, 204 p.
35. Budderberg-Fischer, B., Klaghofer, R., Sigrist, S., Budderberg, C., 2004, Impact of psychosocial stress and symptoms on indication for bariatric surgery and outcome in morbidly obese patients, Obese Surgery, 14361-9 p.



36. Burns, CM., Tijhuis, M., Seidell, JC., 2001, The relationship between quality of life and perceived body weight and dieting history in Dutch men and women, *International Journal of Obesity*, 25, 1386-1392 p.
37. Büyükdüvenci, S., 2002, Değer'in değeri üzerine, Vadi Yay, Ank, 249-253 s.
38. Cameron AJ., Magliano DJ., Shaw, JE., Zimmet, PZ., Carstensen, B., Alberti, KG., Tuomilehto, J., Barr, EL., Pauvaday, VK., Kowlessur,S., Söderberg, S., 2012, The influence of hip circumference on the relationship between abdominal obesity and mortality, *Int. J. Epidemiol*, 41, 2, 484-494 p.
39. Cash, TF., Morrow, AJ., Hrabosky, JI., 2004, How Has Body İmage Changed? A Cross- Sectional Investigation of College Women and Men from 1983 to 2001, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 6, 1081-1089 p.
40. Cash, TF., Pruzinsky, T., 2002, Body İmage, A Divisio n of Publications, Inc., Newyork, 5-210 p.
41. Caumo, W., Schmidt, AP., Bergmann, J., 2001, Risk factors for preoperative anxiety in adults, *Acta Anaesthesiol Scand*, 45, 298-307 p.
42. Cevizci, A., 2002, Etiğe Giriş, Paradigma Yay., İst., 3-5 s.
43. Ceyhun, B. ve Akça, F., 1994, Zung Depresyon Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenirliğı Üzerine Bir Çalışma, 8. Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları Türk Psikologlar Derneğı Yayınları, 20-6 s.
44. Chan, JM., Stampfer,MJ., Ribb, EB., 1994, Obesity, Fat Distribution and Weight Gain as Risk Factors for Clinical Diabetes in Man, *Diabetes Care*, 17, 961-969 p.

45. Charmillot, M., Lagger, G., Moutet, AL., Golay, A., 2011, Understanding the life of the obese patient, A contribution to therapeutic patient education, Revue Medicale Suisse, 7, 288, 686-90 p.
46. Charon, R., 2001, Narrative Medicine, A Model for empathy, Reflection, Profession and trust, JAMA, 17, 286, 15, 1897-1902 p.
47. Charon R., 2007, What to do with stories: the sciences of narrative medicine., Can Fam Physician., Aug;53(8):1265-7 p.
48. Clinical guidelines on the identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults, 1998, National institutes of health international medical publishing, U.S.A., 6-178 p.
49. Colles, SL., Dixon, JB., O'Brien, PE., 2008, Loss of control is central to psychological disturbance associated with binge eating disorder. Obesity (Silver Spring), 16, 3, 608-14 p.
50. Consult Pharm, 1996, 11, 4, 4-7 p.  
([http://cme.dannemiller.com/sections/professional/cme\\_article/images/ZungAnxiety.pdf](http://cme.dannemiller.com/sections/professional/cme_article/images/ZungAnxiety.pdf)).
51. Corbin, A., Courtine, JJ., Vigarello, G., 2007, Bedenin Tarihi. 1. Rönesanstan Aydınlanmaya. (Çev.: Saadet Özen), YKY Yay., İstanbul, 7-13 s.
52. Crigger, NJ., 1996, Testing on uncertainty model for women with multiple sclerosis, Adv. Nurs. Sec., 18, 3, 37-47 p.
53. Çalışlar, A., Ansiklopedik Kültür Sözlüğü, 1983, Serbest Mat. Altın Kitaplar Yayınevi, İst., 10-11 s.

54. Çivitçi, Ş., Ertürk, N., Varol, E., Kanişkan, E., Kipöz, Ş., Curaoğlu, F., (<http://eogrenme.anadolu.edu.tr/eKitap/evi203u.pdf>), A.Ü. Yayınları, AÖF. yay., Eskişehir, 2-29 s.
55. Dang, MY., Hashem, BES., 2010, The epidemiology of obesity, *GastroenterologyClinics*, .39, 1, 3-10 p.
56. David, BA., 2012, Hastalıkların Sonu, (Çev.: Enver Günsel), Pegasus Yayınları, İstanbul, 368 s.
57. Davis, EM., Rovi, S., Johnson, MS., 2005, Mental health, family function and obesity in African-American women, *J Natl Med Assoc*, 97, 478-82 p.
58. Demir, Ö. ve Acar, M., 1992, Sosyal Bilimler Sözlüğü, Ağaç Yayıncılık, İstanbul, 18 s.
59. Dereko, A., 2011, Merleau-Ponty'de Kartezyen Özne Eleştirisi ve Tensel Özne, Doktora Tezi, Ankara Ü., Sosyal Bilimler Enstitüsü, Felsefe Anabilim Dalı, Ankara, 218 s.
60. Derene, JL., Beresin, EV., 2006, Body Image, Media, and Eating Disorders, *Academic Psychiatry*, 30, 3, 257-261 p.
61. Dervişcemaloğlu, B., 2012, Edebiyat ile tıbbın buluştuğu nokta: Anlatsal tıp(The meeting point of literature and Medicine: Narrative Medicine), *Yeni Türk Edebiyatı Dergisi*, P06, ([www.yeniturkedebiyatidergisi.com/node/145](http://www.yeniturkedebiyatidergisi.com/node/145)).
62. Descartes'da Zihin ve Beden, 2009, Felsefe Ekibi Dergisi.[http://www.felsefeekibi.com/dergi12/s12\\_y8.html](http://www.felsefeekibi.com/dergi12/s12_y8.html), (22-10-2012).

63. Dhananjai, S., Sadashiv, J., Tiwari, S., Dutt, K., Kumar, R., 2013, Reducing psychological distress and obesity through Yoga practice, *Int J Yoga*, 6, 1, 66-70 p.
64. Direk, Z., Dünyanın Teni-Giriş(Görüngübilim/Fenomenoloji), Felsefe Ekibi Dergisi, [www.felsefeekibi.com/site/default.asp?PG=1100](http://www.felsefeekibi.com/site/default.asp?PG=1100), (21-08-2012).
65. Dixon, JB., Dixon, ME., O'Brien PE., 2003, Depression in Association With Severe Obesity, *Arch Intern Med*, 163, 22, 2058-2065 p.
66. Dixon, JB., Schachter, LM., Obrien, PE., 2005, Polysomnography before and after weight loss in obese patients with severe sleep apnea, *International Journal of Obesity*, 29, 1048-1054 p.
67. Doğan,  ., 2010, Etik-Ahlak Felsefesi, Say yayınları, İstanbul, 256 s.
68. Doğan, S. Ve Doğan, O., 1992,  ok Y nl  Beden- Self İlişkiler  l eği El Kitabı, Cumhuriyet Yayınları, Sivas, 1-29 p.
69. Doll, HA., Petersen, SE., Stewart-Brown, SL., 2000, Obesity and physical and emotional well-being: associations between body mass index, chronic illness, and the physical and mental components of the SF-36 questionnaire, *Obes Res.*, 8, 2, 160-70 p.
70. Dorsten, BV., Lindley, EM., 2008, Cognitive and Behavioral Approaches in the Treatment of Obesity, *Endocrinology and Metabolism Clinics*, 37, 35-50 p.
71. Edmund Husserl'in Fenomenoloji, [www.felsefe.gen.tr/edmund\\_husserl\\_fenomenolojisi\\_nedir.asp](http://www.felsefe.gen.tr/edmund_husserl_fenomenolojisi_nedir.asp), (08-10-2012).

72. Erge, S., 2003, Obezitede Diyet Tedavisini Destekleyen Davranışsal Tedavi(Turkish Journal of Endocrinology and Metabolism), 2, 75-82 s.
73. Etik Tanımı <http://dictionary.reference.com/browse/ethics>, (30-01-2007).
74. Etik Tanımı <http://dictionary.reference.com/search?q=ethos>, (22-9-2006).
75. Etik ve Etikler, İ Kuçuradi - Türkiye Mühendislik Haberleri, 2003 - deu.edu.tr <http://www.deu.edu.tr/userweb/timucin.yalcinkaya/ETIK%20ve%20ETIKLER%20-%20KUCURADI.pdf> (erişim tarihi 22-08-2011).
76. Etik/Ahlak Felsefesi, 2006, Felsefe Ekibi Dergisi, [http://www.felsefeekibi.com/dergi5/s5\\_y3.html](http://www.felsefeekibi.com/dergi5/s5_y3.html), (19-10-2012).
77. Evangelista, LS., Moser, DK., Westlake, C., Hamilton, MA., Fonarow, GC., Dracup, K., 2006, Impact of obesity on quality of life and depression in patients with heart failure, Eur J Heart Fail, 8, 7, 750-5 p.
78. Farley, S., 2007, Asthma rates increase with obesity, Pharmacy Times, 73, 109 p.
79. Farley, SJ., 2010, Prostate cancer: PSA-based screening in Sweden dramatically reduces disease-specific mortality., Nat Rev Urol., Aug;7(8):415. doi: 10.1038/nrurol.2010.103.
80. Faulconbridge LF, Wadden TA, Berkowitz RI, Sarwer DB, Womble LG, Hesson LA, Stunkard AJ, Fabricatore AN., 2009, Changes in symptoms of depression with weight loss: results of a randomized trial., Obesity (Silver Spring). 2009, 17, 5, 1009-16 p.
81. Fenomenoloji Kavramı Üzerine, <http://tr.wikipedia.org/w/index.php?search=Fenomenoloji%2C&title=%C3%96zel%3AAra&fulltext=1>, (15-10-2012).

82. Flegal, KM., Carroll, MD., Ogden, CL., Johnson, CL., Prevalence and trends in obesity among U.S. adults, 1999–2000, JAMA, 9, 288, 14, 1723-7 p.
83. Foster, GD., Kendall, PC., 1994, The realistic treatment of obesity, Clin Psych, 14, 701-736 p.
84. Frank, AW., 1995, The Wounded Storyteller, Body, Illness, and Ethics, Univ. of Chicago Pres., Chicago, 231 p.
85. Frolov, İ., 1990, Frolov Yönetimde Bilimler Akademisi, Felsefe Sözlüğü, (Çev.: Çalışlar, A.), Cem Yay., İst., 7-8 s.
86. Fukuda, S., Takeshita, T., Morimoto, K., 2001, Obesity and lifestyle, Asian Med. J, 44, 3, 97-102 p.
87. Gardner RM, Gallegos V, Martinez R, Espinoza T., 1989, Mirror feedback and judgments of body size, J Psychosom Res., 33(5):603-7 p.
88. Gavin, AR., Rue, T., Takeuchi, D., 2010, Racial/ethnic differences in the association between obesity and major depressive disorder: findings from the Comprehensive Psychiatric Epidemiology Surveys., Public Health Rep., Sep-Oct;125(5):698-708 p.
89. Gavin, AR., Simon, GE., Ludman, EJ., 2010, The association between obesity, depression, and educational attainment in women: the mediating role of body image dissatisfaction., J Psychosom Res., 69, 6, 573-81 p.
90. Gerharz, EW., Emberton, M., 1999, Quality of Life in Ürology, World J. Urol, 17, 191-192 p.
91. Giddens, A., 2008, Sosyoloji, (Çev.: Güzel, C.), Kırmızı Yayınları, İstanbul. 294-33.

92. Gilman, S.L., 1995, Health and Illness, The Alden Press, Oxford, 9-66 p.
93. Grave, RD., Calugi, S., Corica, F., Di Domizio, S., Marchesini, G., 2009, Psychological Variables Associated with Weight Loss in Obese Patients Seeking Treatment at Medical Centers, J Am Diet Assoc, 109, 12, 2010-2016 p.
94. Greenberg, I., Perna, F., Kaplan, M., Sullivan, MA., 2005, Behavioral and Psychological Factors in the Assessment and Treatment of obesity surgery patients, Obesity Research, 13, 244-249 p.
95. Groopman, J., 2007, Doktorlar nasıl Düşünür, (Çev.: Serhat Ataman), Mikado Yayınları, İstanbul, 267 s.
96. Groves, T., 2006, Pandemic obesity in Europe, BMJ, 25, 333, 7578, 1081-83 p.
97. Gutiérrez-Fisac, JL., Guallar-Castillón, P., León-Muñoz, LM., Graciani, A., Banegas, JR., Rodríguez-Artalejo, F., 2012, Prevalence of general and abdominal obesity in the adult population of Spain, 2008-2010: the ENRICA study, Obes Rev., 13, 4, 388-92 p.
98. Gülenç, K., 2006, "Etik" Kavramsal Bir Değerlendirme, Felsefe Ekibi Dergisi. [http://www.felsefeekibi.com/dergi5/s5\\_y2.html](http://www.felsefeekibi.com/dergi5/s5_y2.html), (19-10-2012).
99. Günay, M., 2006, Değerler Bağlamında İnsan, Felsefe Ekibi Dergisi. [http://www.felsefeekibi.com/dergi5/s5\\_y1.html](http://www.felsefeekibi.com/dergi5/s5_y1.html), (19-10-2012).
100. Hancock, P., Hughes, B., Jagger, E., 2000, The Body, Culture and Society, Biddles Ltd., Great Britain, 64-117 p.

101. Harriger, JA., Thompson, JK., 2012, Psychological consequences of obesity: weight bias and body image in overweight and obese youth, *Int Rev Psychiatry*, 24(3), 247-53. doi: 10.3109/09540261.2012.678817.
102. Hawthorne, G., Osborne, RH., Taylor, A., Sansoni, J., 2007, The SF36 Version 2: critical analyses of population weights, scoring algorithms and population norms, *Qual Life Res.*, 16, 661-673 p.
103. Hayden, MJ., Dixon, JB., Dixon, ME., Shea, TL., O'Brien, PE., 2011, Characterization of the improvement in depressive symptoms following bariatric surgery, *Obes Surg.*, 21, 3, 328-35 p.
104. Hendricks, KM. and Herbold, NH., 1998, Diet, activity, and other health-related behaviors in college-age women, *Nutr Rev*, 56, 3, 65-75 p.
105. Hernandez, LM., Blazer, DG., 2006, Genes, Behavior, and the Social Environment. Moving Beyond the Nature/Nurture Debate, The National Academies Pres, Washington, DC., 384 p.
106. Higgs, ML., Wade, T., Cescato, M., Atchison, M., Slavotinek, A., Higgins, B., 1997, Differences between treatment seekers in an Obese population;medical intervention dietary restriction, *Behav Med*, 20, 391-405 p.
107. Hout, GC., Boekestein, P., Frederiek, FA., Pelle, AJ., Van Heck, GL., 2006, Psychosocial Functioning following Bariatric Surgery, *Obesity Surgery*, 16, 787-794 p.
108. Hout, GC., Jakimowicz, JJ., Fortuin, FA., Pelle, AJ., van Heck, GL., 2007, Weight loss and eating behavior following vertical banded gastroplasty. *Obes Surg.* 2007 Sep;17(9):1226-34 p.



109. Hout, GC., Hagendoren, CA., Verschure, SK., Heck, GL., 2009, Psychosocial predictors of success after vertical banded gastroplasty. *Obes Surg.*, 19, 6, 701-7.
110. <http://obesity1tempdomainname.com>, (2-04- 2012).
111. [http://www.etymonline.com/index.php?allowed\\_in\\_frame=0&search=ethics&searchmode=none](http://www.etymonline.com/index.php?allowed_in_frame=0&search=ethics&searchmode=none), (2-11-2012).
112. Huber, M., Knottnerus, JA., Green, L., 2011, How should we define health? *BMJ*, 343, 1-3 p.
113. Işık, A., Meriç, M., 2010, Hayatın Kalitesi(Quality of Life) Kavramının Felsefik Temelleri; Aristo, Bentham ve Nordenfelt, *Ege Akademik Bakış*, 10,1, 421-434 p.
114. Işıkdoğan, O., 2007, Görsel Kültürde bir Tüketim Nesnesi Olarak Beden: Video Klipler Örneği. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Ü. Radyo- Televizyon- Sinema Anabilim Dalı, Ankara, 104 s.
115. İyi, S., Tepe, H., 2011, Etik, Anadolu Ü. Yayınları, Eskişehir, 130 s. [www.aof.eogrenme.anadolu.edu.tr/eKitap/ETK102U.pdf](http://www.aof.eogrenme.anadolu.edu.tr/eKitap/ETK102U.pdf), (14-10-2012).
116. Jacob, JJ., ve Isaac R., 2012, Behavioral therapy for management of obesity, *Indian J Endocrinol Metab.*, 16, 1, 28-32 p.
117. Jean Baudrillard, J., 2008, Tüketim Toplumu, (Çev.: Deliceçaylı, H. ve Keskin, F.),*Felsefe Ekibi Dergisi*.  
[http://www.felsefeekibi.com/dergi10/s10\\_y7.html](http://www.felsefeekibi.com/dergi10/s10_y7.html), (26-10-2012).
118. John, C., 2006, Food, Morals and Meaning, GreenGate Publishing Services, Great Britain, 180 p.

119. Kavas, MV., 2011, Anlatisallık ve Tıp Etiği Eğitimindeki Yeri(Narrativity and its place in medical Ethics Education), Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, 64, 2, ,59-73 s.
120. Bogart, WA.. Law as a Tool in “The War on Obesity”: Useful Interventions, Maybe, But, First, What’s the Problem? , 2012, Journal of law, medicine & ethics, spring, 28-40 p.
121. Kavas, VM., 2008, “Ölüm ve Ölmekte Olan Hastaya Yaklaşım” Konusundaki Etik Eğitiminde Anlatisal Uygulamaların Etkinliği, Doktora Tezi, A.Ü. Sağlık Bil. Ens., Tıp Etiği ve Tıp Tarihi Anabilim Dalı, Ankara. 291 s.
122. Keadle, SK., Libertine, A., Staudenmayer, A., Freedson, P., 2012, The feasibility of reducing and measuring sedentary Time among overweight, non-exercising office workers, Journal of Obesity, 16, 1-10 p.
123. Kewin M. Delapp, Metaethics, History of Metaethics. [www.iep.utm.edu/metaethi/](http://www.iep.utm.edu/metaethi/), (4-11-2012).
124. Kızılcelik, S. ve Erje, Y., 1992, Açıklamalı Sosyoloji Terimleri Sözlüğü, Emre Yayıncılık, Konya, 5-6 s.
125. Kolotkin, RL., Binks, M., Crosby, RD., 2006, Obesity and Sexual Quality of Life, Obesity, 14, 3, 472-479 p.
126. Kolotkin, RL., Meter, K., Williams, GR., 2001, Quality of life and obesity, Obes Rev., 2, 4, 219-29 p.
127. Kopelman, PG. and Dunitz, M., 2003, Obezite ve İlişkili Hastalıkların Tedavisi, (Çev.: Kahramanoğlu, M.), Formmat, İstanbul, 235 s.

128. Kuçuradi, İ., 2010, İnsan ve Değerleri, Değer Problemi, Türkiye Felsefe Grubu, Ankara, 107 s.
129. Kurth, BM. and Ellert, U.,2008, Perceived or True Obesity: Which Causes More Suffering in Adolescents? *Dtsch Arztebl Int*, 105, 23, 406–412 p.
130. Lazar, CC., Clerc, I., Deneuve, S., Auquit-Auckbur, I., Milliez, PY., 2009, Abdominoplasty After Major Weight Loss : Improvement of Quality of Life and Psychological Status, *Obes Surg*, 19, 8, 1170-1175 p.
131. Leblanc, E., O’connor, E., Whitlock, EP., Patnode, C., Kapka, T., 2011, Screening/Management Of Obesity In Adults, AHRQ Publication, Rockville, 9-40 p.
132. Lee, RE., Mama, SK., Medina, A., Orlando, ER., McNeill, L., 2011, SALSA: Saving Lives Staying Active to Promote Physical Activity and Healthy Eating, *Journal of Obesity*, 1-7 p.
133. Leitzmann, MF., Rohrmann, S., 2012, Risk factors for the onset of prostatic cancer: age, location, and behavioral correlates, *Clinical Epidemiology*, 4, 1-11 p.
134. Levin, J., 2009, Obesity and Self- Image, The Rosen Publishing Group, New York, 58 p.
135. Li, F., Harmer, P., Cardinal, BJ., Bosworth, M., Johnson-Shelton, D., 2009, Obesity and the built environment: does the density of neighborhood fast-food outlets matter? *Am J Health Promot*, 23, 3, 203-9 p.

136. Libeton, M., Dixon, JB., Laurie, C., O'Brien, PE., 2004, Patient Motivation for Bariatric Surgery: Characteristics and Impact on Outcomes, *Obesity Surgery*, 14, 392-398 p.
137. Liberzon, J., Abelson, JL., King, A., Liberzon, I., 2008, Naturalistic stress and cortisol response to awakening: adaptation to seafaring. *Psychoneuroendocrinology.*, Aug;33(7):1023-6 p.
138. Lundgren, JD., Allison, KC., O'Reardon, JP., Stunkard, AJ., 2008, A descriptive study of non-obese persons with night eating syndrome and a weight-matched comparison group, *Eat Behav*, 9, 3, 343-51 p.
139. Luppino, FS., de Wit, LM., Bouvy, PF., Stijnen, T., Cuijpers, P., Penninx, BW., Zitman, FG., 2010, Overweight, obesity, and depression: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies, , 67, 3, 220-9 p.
140. Magdalone, R., Chaim, EA., Pareja, JC., Turato, ER., 2011, The Psychology of Bariatric Patient. What Replaces Obesity? A Qualitative Research with Brazilian Women, *Obes Surg*, 21, 3, 336-339.
141. Malterud, K., Ulriksen, K., 2011, Obesity, stigma, and responsibility in health care: A synthesis of qualitative studies, *Int J Qual Stud Health Well-being.*, 4, 10 p.
142. McCarthy, J., 2003, Principlism or narrative ethics: must we choose between them? *J Med Ethics; Medical Humanities*, 29, 65-71 p.
143. Mechanick, JL., Marchetti, AE., Apovian, C., Benchimol, AK., Bisschop, PH., Bolio-Galvis, A., Hegazi, RA., Jenkins, D., Mendoza, E., Sanz, ML., Sheu, WH., Tatti, P., Tsang, MW., Hamdy, O., 2012, Diabetes-specific nutrition algorithm: a transcultural program to optimize diabetes and prediabetes care, *Curr Diab Rep.*, 12, 2, 180-94 p

144. Menderes, A., Baytekin, C., Hacıyanlı, M., Yılmaz, M., 2003, Dermaliepectomy for Body Contouring after Bariatric Surgery in Aegean Region of Turkey, *Obesity Surgery*, 13, 637-641 p.
145. Migliori, F., Rosati, C., D'Alessandro, G., Cervetti, GG., 2006, Body contouring after biliopancreatic diversion, *Obes Surg*, 16, 12, 1638-44 p.
146. Millar, K. and Dean, HJ., 2012, Developmental Origins of Type 2 Diabetes in Aboriginal Youth in Canada: It Is More Than Diet and Exercise, *J Nutr Metab*, 2012, 7 p.
147. Millar, K., Asbury, AJ., Murray, GD., 2001, Pre-existing cognitive impairment as a factor influencing outcome after cardiac surgery. *Br J Anaesth.*, Jan;86(1):63-7 p.
148. Miller, WC., Koceja, DM., Hamilton, EJ., 1997, A meta-analysis of the past 25 years of weight loss research using diet, exercise or diet plus exercise intervention, *Int J Obes Relat Metab Disord.* 21, 10, 941-7 p.
149. Moerman, N., van Dam, FS., Muller, MJ., Oosting, H., 1996, The Amsterdam preoperative anxiety and information scale (APAIS), *Anesth Analg*, 82, 445-51 p.
150. Mond, JM., Rodgers, B., Hay, PJ., Darby, A., Owen, C., Baune, BT., Kennedy, RL., 2007, Obesity and Impairment in Psychosocial Functioning in Women: The Mediating Role of Eating Disorders Features, *Obesity*, 15, 11, 2769-2779 p.
151. Muennig, P., 2008, The body politic: the relationship between stigma and obesity-associated disease. *BMC Public Health*, 21, 8, 128 p.
152. Musaiger, AO., 2011, Overweight and obesity in eastern mediterranean region: prevalence and possible causes, *J Obes*, 2011, 18, 17 p.

153. Müezzinoğlu, T., 2005, Yaşam Kalitesi, Üroonkoloji Bülteni 1, 25-29 p.
154. Müezzinoğlu, T., Kısa Form(SF-36), Celal Bayar Ü., Üroloji A.B.D., Manisa. [www.uroonkolji.org/files/kısaForm36.pdf](http://www.uroonkolji.org/files/kısaForm36.pdf), (17-01-2013).
155. Narrative Ethics.  
<http://www.encyclopedia.com/doc/1094narrativeethics.html>, (1-06-2012).
156. National Collaborating Centre for Chronic Conditions, 2008, Osteoarthritis: National Clinical Guideline for Care and Management in Adults, London: Royal College of Physicians, UK, 53-96 p.
157. Nussey, S., Whitehead, S., 2001, Endocrinology An Integrated Approach, BIOS Scientific Publishers Limited, London, UK. Chapter 7,8 p.
158. Obezite Çalışma Grubu, 2000, Klinik Obezite, Karakter Color Matbaası, İstanbul, 78 s.
159. Obezitenin Sözlük Anlamı,  
<http://www.etymonline.com/index.php?term=obesity>, (22-03-2011).
160. Ofei, F., 2005, A Preventable Disease, Ghana Med J, 39, 3, 98–101 p.
161. Ogden, CL., Disparities in obesity prevalence in the United States: black women at risk., 2009, Am J Clin Nutr., 89(4):1001-2 p. doi:10.3945/ajcn.2009.27592. Epub 2009 Feb 25.
162. Ogden, L., Carroll, MD., Curtin, LR., McDowell, MA., Tabak, CJ., Flegal, KM., 2006, Prevalence of Overweight and Obesity in the United States, 1999-2004, JAMA, 295, 13, 1549-1555 p.

163. Ogunbode, AM., Fatiregun, AA., Ogunbode, OO., 2009, Health Risks of Obesity, *Annals of Ibadan Postgraduate Medicine - Vol 7, 2, 22-25 p.*
164. Ogunbode, AM., Lapido, MMA., Ajayi, IO., Fatiregun, AA., 2011, Obesity: an emerging disease, *Nigerian Journal of Clinical Practice, 14, 4, 390-394 p.*
165. Oğuz, Y., Tepe, H., Büken, ÖN, Kucur, KD., 2005, *Biyoetik Terimleri Sözlüğü, Türkiye Felsefe Kurumu Yayınları, Ankara, 83 s.*
166. Oh, WS., 2011, Obesity and Metabolic Syndrome in Korea, *Diabetes Metab J, 35, 561-566 p.*
167. Okumuş, E., 2009, Bedene Müdahalenin Sosyolojisi. *Şarkiyat İlimi Araştırmalar Dergisi, 2, 1-15 s.*
168. Öner, L., Le Compte, A., 1998, *Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı, Boğaziçi Üniversitesi Yayınevi, İstanbul.*
169. Öyekçin, DG. ve Deveci, A., 2012, Yeme Bağımlılığının Etiyolojisi(Etiology of Food Addiction), *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar(Current Approaches in Psychiatri), 4, 2, 138-153 p.*
170. Özgür, G., Gümüş, BA., Palaz, C., 2008, Obez Bireylerin Depresif Belirti Düzeylerinin ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi,11,3, 5 s.*
171. Özgür, G., Gümüş, GA., Palaz, C., 2008, Obez Bireylerin Depresif Belirti Düzeylerinin ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi,11, 3, 77-85 s.*
172. Özlem., D., 2004, *Etik-Ahlak Felsefesi, Bütün Eserlerine Doğru, 12. İnkılap Kit., İst., 30-39 s.*

173. Palmeira, AL., Markland, DA., Silva, MN., Branco, TL., Martins, SC., Minderico, CS., Vieira, PN., Barata, JT., Serpa, SO., Sardinha, LB., Teixeira, PJ., 2009, Reciprocal effects among changes in weight, body image, and other psychological factors during behavioral obesity treatment: a mediation analysis, *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 6, 9, 1-12 p.
174. Pasko JA., Nicholson GC., Brennan SL., Mark, AK., 2012, Prevalence of Obesity and the Relationship between the Body Mass Index and Body Fat: cross- Sectional, Population- Based Data, *PLoS ONE*, 7, 1, 1-7 p.
175. Phelan S, Liu T, Gorin A, Lowe M, Hogan J, Fava J, Wing RR. 2009, What distinguishes weight-loss maintainers from the treatment-seeking obese? Analysis of environmental, behavioral, and psychosocial variables in diverse populations, *Ann Behav Med*, 38, 2, 94-104 p.
176. Pınar, R., 2002, Obezlerde Depresyon, Benlik Saygısı Ve Beden İmajı: Karşılaştırmalı Bir Çalışma, *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 6, 1, 30-41 s.
177. Pi- Sunyer, X., 2009, The Medical Risks of Obesity, *Postgrad Med*, 121, 6, 21-33 p.
178. Pieper, AM., 1999, Etiğe Giriş, (Çev.:Veysel Atayman-Gönül Sezer), *Ayrıntı Yayınları*, İstanbul, 22 s.
179. Piernas, C., Popkin, BM., 2010, Snacking increased among U.S. adults between 1977 and 2006, *J Nutr.*,140, 2, 325-32 p.
180. Play, L., and Pillsbury, L., 2011, Leveraging Food Technology for Obesity Prevention and Reduction Efforts, *Psychological consequences of*



obesity: weight bias and body image in overweight and obese youth, National Academies, Washington, DC, 118 p.

181. Postmodernite-Kavramlar, 2005, Felsefe Ekibi Dergisi.  
[http://www.felsefeekibi.com/dergi2/s2\\_y4.html](http://www.felsefeekibi.com/dergi2/s2_y4.html), (26-10-2012).
182. Prado, MCL., Antunes, HKM., Prado, WL., Piano, A., Caranti, DA., Tock, L., Carnier, J., Tufik, S., Mello, MT., Dâmaso, AR., 2009, Quality of life in Brazilian obese adolescents: effects of a long-term multidisciplinary lifestyle therapy, Health and Quality of Life Outcomes, 3, 7, 61, 1-8 p.
183. Pray, L. and Pillsbury, L.,2011, Leveraging Food Technology for Obesity Prevention and Reduction Efforts, National Academies Press (US), Washington (DC), 118 p.
184. Psychological Effects of Obesity, NYU Langone Medical CenterHome.<http://thinforlife.med.nyu.edu/surgical-weightloss/obesity/psychological-effects-obesity>(erişim tarihi: 02-mart -2012).
185. Puhl, R., Latner, J., 2008, Weight Bias, New Science on an Significant Social Problem, Obesity, 16, 2, 1-2 p.
186. Puhl, RM., Heuer, CA., 2010, Obesity stigma: important considerations for public health, Am J Public Health. 2010 Jun;100(6):1019-28 p.
187. Puhl, RM., Moss-Racusin, CA., Schwartz, MB., Brownell, KD., 2008,Weight stigmatization and bias reduction: perspectives of overweight and obese adults.,Health Educ Res. Apr;23(2):347-58. Epub 2007 Sep 19.
188. Ramsay, MA.,1972, A survey of pre-operative fear, Anaesthesia, 27, 396-402 p.

189. Wing, RR., and Phelan, S., 2005, Long-term weight loss maintenance<sup>1-4</sup>, Am J Clin Nutr, 82, 1, 222-225 p.
190. Rennie, KL., Jebb, SA., 2005, Prevalence of obesity in Great Britain, Obesity Reviews, 6, 1, 11-12 p.
191. Resnik, DB., 2004, Bilim Etiği, (Çev.:Vicdan Mutlu), Ayrıntı Yay, 189, İst, 30-34 s.
192. Rodriguez, DA., 2009, Active Transportation: Making the Link from Transportation to Physical Activity and Obesity, Active Living Research, 2-11 p.
193. Ronette Kolotkin, Kilonun Yaşam Kalitesi Üzerinde ki Etkisi, Tüm Dünyada Yaygın Olarak Kullanılan “Kilonun Yaşam Kalitesi Üzerinde ki Etkisi” adlı anketin sonuçları, 22ocak2013.[http://www.aktuelpsikoloji.com/haber.php?haber\\_id=9290](http://www.aktuelpsikoloji.com/haber.php?haber_id=9290), (16-04-2012).
194. Royal College of Physician, 2008, Osteoarthritis, National clinical guideline for care and management in adults, The lavenham Press Ltd., London, 299 p.
195. Rössner, S. and Kuskowska-Wolk, A., 1994, Social perspectives of physical activity and obesity, Exercise and Obesity, Smith-Gordon in printed, Great Britain, 61-70 s.
196. Runheimer, J., Larsen, LJ., Medical Ethics For Dummies, Wiley Publising, NJ. 368s.
197. Sadock, BJ. and Sadock, VA., 2000, Kaplan and Sadock’s Comprehensive Textbook of Psychiatry, Lippincott Williams and Wilkins, Baltimore, 1787-1797 p.

198. Sarkola T., Abadilla AA., Chahal N., Jaeggi, E., McCrindle, BW., 2011, Feasibility of very-high resolution ultrasound to assess elastic and muscular arterial wall morphology in adolescents attending an outpatient clinic for obesity and lipid abnormalities, *Atherosclerosis*, 219, 2, 610-5 p.
199. Sason, AN., Cherney, DZ., 2012, Renal hyperfiltrasyon related to diabetes mellitus and obesity in human disease, *World Journal of Diabetes*, 15, 3, 1, 1-6 p.
200. Satman, İ. ve TURDEP Çalışma Grubu, 2010 TURDEP 2 Araştırma sonuçları. [http://www.turkendokrin.org/files/file/TURDEP\\_II\\_2011.pdf](http://www.turkendokrin.org/files/file/TURDEP_II_2011.pdf), (20-03-2013).
201. Schwartz M. B., Brownell, K. D., 2004, Obesity and body image. *Body Image* 1. 43-56.
202. Peterlin BL, Rosso AL, Rapoport AM, Scher AI. 2010, Obesity and migraine: the effect of age, gender and adipose tissue distribution, *Headache*, Jan;50(1):52-62 p.
203. Shao, W., Yu, Z., Chiang, Y., Yang, Y., Chai, T., Foltz, W., Lu, H., Fantus, IG., Jin, T., 2012, Curcumin Prevents High Fat Diet Induced Insulin Resistance and Obesity via Attenuating Lipogenesis in Liver and Inflammatory Pathway in Adipocytes, *PLoS One*, 7, 1, 13 p.
204. Shekelle, PG., Morton, SC., Maglione, M., 2004, Pharmacological and Surgical Treatment of Obesity, Electronic databases, AHRQ Publication, Rockville, U.S., 3-34 p.
205. Shevde, K., Panagopoulos, G., 1991, A survey of 800 patients' knowledge, attitudes, and concerns regarding anesthesia, *Anesth Analg*, 73, 190-8 p.

206. Singh GK., Siahpush M., Hiatt RA., Timsina, LR., 2011, Dramatic Increases in Obesity and Overweight Prevalence and Body Mass Index Among Ethnic-Immigrant And Social Class Groups in the United States, 1976-2008, *J Community Health*, 36, 94-110 p.
207. Singh, GK., Siahpush, M., 2002, Ethnic- Immigrant Differentials in Health Behaviors, Morbidity, and Cause-Specific Mortality in the United States: An Analysis of Two National Data Bases, *Human Biology*, Wayne State University Pres, USA, 74, 1, 83-109 p.
208. Singh, GK., Siahpush, M., Kogan, MD., 2010, Neighborhood socioeconomic conditions, built environments, and childhood obesity. *Health Aff (Millwood)*. Mar-Apr;29(3):503-12. doi: 10.1377/hlthaff.2009.0730.
209. Sirtori, A., Brunani, A., Villa, V., Berselli, ME., Croci, M., Leonardi, M., Raggi, A., 2012, Obesity is a marker of reduction in QoL and disability, *ScientificWorldJournal*, 2012:167520. doi: 10.1100/2012/167520. Epub 2012 Mar 12.
210. Sliem, HA., Ahmed, S., Nemr, N., El-Sherif, I., 2012, Metabolik syndrome in the Middle East, *Indian J Endocrinol Metab*, 16, 1, 67-71 p.
211. Song, A.Y., Rubin, J.P., Thomas, V., Dudas, JR., Marra, KG., Fernstrom, MH., 2006, Body Image and Quality of Life in Post Massive Weight Loss Body Contouring Patients, *Obesity*, 14, 9, 1626-1636 p.
212. Statistics Related to Overweight and Obesity.  
<http://win.niddk.nih.gov/statistics/>,(10-02-2013).
213. Strasser, B., 2013, Physical activity in obesity and metabolic syndrome, *Ann N Y Acad Sci*, 1281, 1, 141-159 p.

214. Stuerz, K., Piza, H., Niermann, K., Kinzl, JF., 2008, Psychosocial Impact of Abdominoplasty, *Obes Surg*, 18, 1, 34-38 p.
215. Stuerz, K., Piza, H., Kinzl, JF., 2012, The Impact of Abdominoplasty After Massive Weight Loss: A Qualitative Study, *Ann Plast Surg*, 29, 17-22 p.
216. Stuerz, K., Lafenthaler, M., Pfaffenberger, N., Kopp, M., Gutweniger, S., Guenther, V., 2009, *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2009 Jul;266(7):961-5. doi: 10.1007/s00405-008-0837-z. Epub 2008 Oct 22.
217. Susan, Z., Yanovski, MD., Jack, A., 2011, Obesity Prevalence in the United States — Up, Down, or Sideways? *N Engl J Med*, 364, 987-989 p.
218. Symonds, ME., Sebert, S., Budge, H., 2011, The obesity epidemic: from the environment to epigenetics- not simply a response to dietary manipulation in a thermoneutral environment, *Frontiers in Genetics*, 2, 24, 1-10 p.
219. Taft, C., Karlsson, J., Sullivan, M., 2001, Do SF-36 summary component scores accurately summarize subscale scores? *Quality of Life Research*, 10, 395-404 s.
220. Talen, MR., Mann, MM., 2009, Obesity and Mental Health, *Primary Care, Clinics in Office Practice*, 36, 2, 17-34 p.
221. Tepe, H., 1992, *Etik ve Metaetik 20.yy. Etiğinde Normatiflik Tartışması*, TFK yayımları, Ankara, 16 s.
222. Tessmer, KA., 2007, *Guide to Health, Nutrition*, Published by Adams Media, Kanada, 201 p.

223. Tezcan, B., 2009, Obez Bireylerde Benlik Saygısı, Beden Algısı Ve Travmatik Geçmiş Yaşantılar, Doktora Tezi, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, 76 s.
224. The Management of Overweight and Obesity Working Group, 2006, VA/DoD Clinical Practice Guideline for Screening and Management of Overweight and Obesity, Washington, 15- 117 p.
225. Thompson, JK., Heinberg, LJ., 1999, Media's Influence on Body Image Disturbance and Eating Disorders: We've Reviled Them, Now Can We Rehabilitate Them? Journal of social Issues, 55, 2, 339-353 p.
226. Timurturkan, MG.,2008, Felsefi Bedenden Sosyolojik Bedene, ETHOS: Felsefe ve Toplumsal Bilimlerde Diyaloglar, 1-4, 2-15 s.
227. TURDEP-2 Ön sonuçları[http://www.itf.istanbul.edu.tr/attachments/021\\_turdep.2.sonuclarinin.aciklamasi.pdf](http://www.itf.istanbul.edu.tr/attachments/021_turdep.2.sonuclarinin.aciklamasi.pdf), (27-03-2011).
228. Tuthill, A., Slawik, H., O'Rahilly. S., Finer, N., 2006, Psychiatric co-morbidities in patients attending specialist obesity services in the UK, QJM., 99, 5, 317-25 p.
229. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, 2009, Obezite, Dislipidemi, Hipertansiyon Çalışma Grubu, Tuna Matbaacılık San ve Tic. A. Ş., Ankara, 96 s.
230. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, 2011, Obezite, Dislipidemi, Hipertansiyon Çalışma Grubu, Miki Matbaacılık San ve Tic. Ltd. Şti., Ankara, 92 s.

231. U.S. Department of Health and Human Services, 2001, The Surgeon General's call to action to prevent and decrease overweight and obesity, U.S. Government Printing Office, Rockville, U.S., 39 p.
232. Uysal, H., 1996, insan ve Toplum Bilimleri Sözlüğü, Uysal Kitabevi, Konya, 344 s.
233. Van den Berg, PA., Mond, J., Eisenberg, M., Ackard, D., Neumark-Sztainer, D., 2010, The link between body dissatisfaction and self-esteem in adolescent: similarities across gender, age, weight, status, race/ethnicity, and socioeconomic status, *J Adolesc Health*, 47, 3, 290-6 p.
234. Vathesatogkit, P., Sritara, P., Kimman, M., Hengprasith, B., E-Shyong, T., Wee, HL., Woodward, M., 2012, Associations of lifestyle factors, disease history and awareness with health-related quality of life in a Thai population. *PLoS One*, 7, 11, e49921.
235. Wardle J, Volz C, Golding C., 1995, Social variation in attitudes to obesity in children. *Int J Obes Relat Metab Disord.*, 19, 8, 562-9 p.
236. Ware, JE., Snow, KK., Kosinski, M., Gandek, B., 1993, SF-36 Health Survey: Manual and Interpretation Guide, New England Medical Center, Boston.
237. Wedin, S., Byrne, K., Morgan, K., Lepage, M., Goldman, R., Crowley, N., Galloway, S., Borckardt, JJ., 2012, Presurgical Weight Is Associated with Pain, Functional Impairment, and Anxiety among Gastric Bypass Surgery Patients, *Pain Res Treat.*, 15, 35-45 p.
238. Wilborn, C., Beckham, J., Campbell., Harvey, T., Galbreath, M., Bounty, PL., Nassar, E., Wismann, J. and Kreider, R., 2005, Obesity: Prevalence, Theories, Medical Consequences, Management, and Research Directions, *Journal of the International Society of Sports Nutrition*, 2,2, 4-31 p.

239. Wolfe, BL., Terry, ML., 2006, Expectations and Outcomes with Gastric Bypass Surgery, *Obesity Surgery*, 16, 1622-1629 p.
240. Wonderlich, SA., Gordon, KH., Mitchell, JE., Crosby, RD., Engel, SG., 2009, The validity and clinical utility of binge eating disorder, *Int J Eat Disord*, 2009,42, 8, 687-705 p.
241. World Health Organization, 1993, Measuring Quality of life: the development of World Health Organization Quality of life Instrument (WHOQOL), Geneva, Who, 1-13 p.
242. [www.sf-36.org/demos/SF-36.html](http://www.sf-36.org/demos/SF-36.html), (17-01-2013).
243. Wykes, M., Gunter, B., 2005, *The Media and Body Image*, Athenaeum Press, Great Britain, 65-190 p.
244. Xie B, Unger JB, Gallaher P, Johnson CA, Wu Q, Chou CP., 2010, Overweight, body image, and depression in Asian and Hispanic adolescents, *Am J Health Behav.*,34, 4, 476-88 p.
245. Yıldırım, A., Sargın, M., Gözü, Hİ., Sargın, H., Orbay, E., Soyer, M., Tuna, M., Yayla, A., 2006, Obez Hastalarda Yaşam Kalitesinin, 15D Ölçeği ile Değerlendirilmesi: Obezite Yaşam Kalitesini Etkiliyor mu? *Endokrinolojide Yönelişler*, 15,3, 71-75 s.
246. Yıldırım, B., 2008, *Batı Sanatında İnsan Bedeni ve Değişen anlamı*, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Ü. Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Güzel Sanatlar Eğitimi ABD., Resim Öğretmenliği Bilim Dalı, İst, 198 s.



247. Yücel, DS., 2010, Tüketim Kültüründe Kadın Bedeninin İdealize Edilmesine Yönelik Kadın Algılamaları ve Tüketim Davranışlarıyla İlişkisi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 23, 50-59 s.
248. Zheng, W., Mclerran, DF., Rolland, B., Zhang, X., Inoue, M., Matsuo, K., He, J., Gupta, PC., Ramadas, K., Tsugane, S., Irie, F., Tamakoshi, A., Gao, YT., Wang, R., Shu, XO., Tsuji, I., Kuriyama, S., Tanaka, H., Satoh, H., Chen, CJ., Yuan, JM., Yoo, KY., Ahsan, H., Pan, WH., Gu D, Pednekar MS, Sauvaget C, Sasazuki S, Sairenchi T, Yang G, Xiang YB, Nagai M., Suzuki, T., Nishino, Y., You, SL., Koh, WP., Park, SK., Chen, Y., Shen, CY., Thornquist, M., Feng, Z., Kang, D., Boffetta, P., Potter, JD., 2011, Association between Body-Mass Index and Risk of Death in More Than 1 Million Asians, The New England Journal of Medicine, 24, 364, 8, 719-729 p.
249. Zilberter, T., 2012, Food Addiction and Obesity: do macronutrients matter? Frontiers in Neurogenetics, 3, 11, 1-2 p.
250. Zung, WW., 1995, A Self-Rating Depression Scale, Archives of General Psychiatry, 12, 63-70 p.
251. Zwaan, MD., Petersen, I., Kaerber, M., Burgmer, R., Nolting, B., Legenbauer, T., Benecke, A., Herpertz, S., 2009, Obesity and Quality of Life: A Controlled Study of Normal Weight and Obese Individuals, Psychosomatics, 50, 5, 474-482 p.



EK: 8.1

VERİ TANILAMA FORMU

Adınız :

Soyadınız:

1-Yaşınız(yıl): 2- Cinsiyetiniz Kadın Erkek

3- Medeni durumunuz nedir? Evli Bekar Dul

4- Çocuğunuz var mı? Evet Hayır

6-Boyunuz(cm): 7-Ağırlığınız(kg): 8-Bel çevreniz(cm): 9-Bel çevreniz(cm):

10- Bel/Kalça oranı(sonra bilgisayar ortamında hesaplanacak):

11- Sigara kullanıyor musunuz? Evet Hayır

12- Alkol kullanıyor musunuz? Evet Hayır

13- Eğitim düzeyiniz: İlkokul ortaokul lise üniversite

14- Mesleğiniz:

Çalışmıyorum ev hanımı işçi memur serbest meslek emekli diğer.....

16- Yürüyüşü kapsayan egzersiz yapabileceğinize inanıyor musunuz?

Kesinlikle inanıyorum inanıyorum kararsızım inanmıyorum kesinlikle inanmıyorum

15- Her seferinde en az 30 dakikalık yürüyüşü kapsayan egzersiz yapıyor musunuz? Evet Hayır

16-Cevabınız evet ise

Haftada 1 kez haftada 2 kez gün aşırı hergün

17- Obeziteye eşlik eden hastalığınız var mı? Evet Hayır

18-Cevabınız evet ise nedir? (söyleyin).....

19- Kullandığınız ilaç veya ilaçlar var mı? Evet Hayır

20-Cevabınız evet ise adı nedir? (söyleyin).....

21- Ailenizde sizden başka obez(şişman) var mı? (eşiniz, çocuğunuz, anneniz, babanız veya kardeşleriniz)

Evet Hayır

22- Yemek yemeyi sever misiniz? Evet Hayır

23- Günde kaç ana öğün yemek tüketirsiniz? 1 öğün 2 öğün 3 öğün 4 ve daha fazla öğün

24- Ara öğün tüketmek alışkanlığınız var mı? Evet Hayır

25-Cevabınız evet ise ne tür besinler tüketir siziz?

1) meyve 2) süt-yoğurt 3) bisküvi 4) çikolata 5) cips v.b. 6) abur- cubur 7) kek- kurabiye

26- Kendinizi kilolu kabul ediyor musunuz? Evet Hayır

27-Cevabınız evet ise Vücudunuzun en çok neresinden rahatsızsınız?

1) göbek 2) basen 3)kollar 4)bel 5) bacaklar 6)omuzlar 7)göbek- basen

28- Ne zaman kilo almaya başladınız.

Çocuklukdan itibaren gebelik sonrası menapoz sonrası

emeklilik sonrası evlilik sonrası askerlik sonrası

29- Kilo almaya başladıktan sonra ne yaptınız?

1) diyet yaptım- yemeğimi azalttım, 2) yürüyüş- spor yaptım,  
3) tamamlayıcı tiptan yararlandım, 4) profesyonel destek aldım

EK: 8.2

METABOLİK DEĞERLER

---

Açık kan glikozu:

BUN:

HDL kolesterol:

ALT:

Ürik asit:

Total kolesterol:

LDL kolesterol:

Trigliserid:

LDL kolesterol:

TSH:

Hemogram:

BKİ: (daha sonra bilgisayar ortamında hesaplandı)

---

Adı-Soyadı:

Tarih:

1. Genel sağlığını nasıl değerlendirirsiniz ?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Mükemmel	1
Çok iyi	2
İyi	3
Orta	4
Kötü	5

2. Geçen yıl ile karşılaştırıldığında, sağlığını şu an için nasıl değerlendirirsiniz ?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Geçen seneden çok daha iyi	1
Geçen seneden biraz daha iyi	2
Geçen sene ile aynı	3
Geçen seneden biraz daha kötü	4
Geçen seneden çok daha kötü	5

3. Aşağıdaki tipik bir günümüzde yapmış olabileceğiniz bazı aktiviteler yazılmıştır. Sağlığınız bunları yaparken sizi sınırlandırmakta mıdır ? Öyleyse ne kadar ?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

AKTİVİTELER	Evet, çok kısıtlıyor	Evet, çok az kısıtlıyor	Hayır, hiç kısıtlamıyor
a. Kuvvet gerektiren aktiviteler, koşma, ağır eşyaları kaldırmak, zor sporlar	1	2	3
b. Orta aktiviteler, bir masayı oynatmak, elektrik süpürgesi ile süpürmek, bowling,golf	1	2	3
c. Sebze-meyveleri kaldırmak, taşımak	1	2	3
d. Pek çok katı çıkmak	1	2	3
e. Tek katı çıkmak	1	2	3
f. Çömelmek, diz çökmek, eğilmek	1	2	3
g. 1 kilometreden fazla yürüyebilmek	1	2	3
h. Pek çok mahalle arası yürüyebilmek	1	2	3
i. Bir mahalleden (sokak) diğerine yürümek	1	2	3
j. Kendi kendine yıkanmak, giyinmek	1	2	3

EK: 8.3.2

4. Son 4 hafta içerisinde, fiziksel sağlığınız yüzünden günlük iş veya aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerle karşılaştınız mı ?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

EVET HAYIR

- |                                                                |   |   |
|----------------------------------------------------------------|---|---|
| a. İş yada diğer aktiviteler için harcadığınız zamanda kesinti | 1 | 2 |
| b. İsteddiğinizden daha az miktar işin tamamlanması            | 1 | 2 |
| c. İşin veya diğer aktivitelerin çeşidinde kısıtlama           | 1 | 2 |
| d. İş veya diğer aktiviteleri yaparken zorluk olması           | 1 | 2 |

5. Son 4 hafta içerisinde, duygusal problemler (örnek-üzüntü ya da sinirli hissetmek) yüzünden günlük iş veya aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerle karşılaştınız mı ?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

EVET HAYIR

- |                                                                    |   |   |
|--------------------------------------------------------------------|---|---|
| a. İş yada diğer aktiviteler ayırdığınız süreden kesilme oldu mu ? | 1 | 2 |
| b. İsteddiğinizden daha az kısım tamamlanması                      | 1 | 2 |
| c. İşin veya diğer aktiviteleri eskisi gibi dikkatli yapmama       | 1 | 2 |

6. Geçen 4 hafta içinde, fiziksel sağlık veya duygusal problemler, aileniz, arkadaşınız, komşularınız veya gruplar ile olan normal sosyal aktivitelerinize ne kadar engel oldu?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

- |               |   |
|---------------|---|
| Hiç           | 1 |
| Çok az        | 2 |
| Orta derecede | 3 |
| Biraz         | 4 |
| Oldukça       | 5 |

7. Son 4 hafta içerisinde, ne kadar fiziksel acı (ağrı) hissettiniz?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

- |                |   |
|----------------|---|
| Hiç            | 1 |
| Çok az         | 2 |
| Orta           | 3 |
| Çok            | 4 |
| İleri derecede | 5 |
| Çok şiddetli   | 6 |

8. Son 4 hafta içerisinde, ağrı normal işinize ne kadar engel oldu?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Hiç	1
Çok az	2
Orta	3
Çok	4
İleri derecede	5

9. Aşağıdaki sorular sizin son 4 hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğiniz ve işlerin nasıl gittiği ile ilgilidir. Lütfen her soru için hissettiğinize en yakın olan sadece 1 cevap verin.

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

	Her Zaman	Çoğu Zaman	Bir Kısım	Bazen	Çok Nadir	Hiçbir Zaman
a. Kendinizi capcanlı hissediyormusunuz?	1	2	3	4	5	6
b. Çok sinirli bir kişi misiniz?	1	2	3	4	5	6
c. Kendinizi hiçbir şey güldürmeyecek kadar batmış hissediyormusunuz?	1	2	3	4	5	6
d. Kendinizi sakin ve huzurlu hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
e. Çok enerjiniz var mı?	1	2	3	4	5	6
f. kendinizi çökmüş ve karamsar hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
g. Yıpranmış hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
h. Mutlu bir insan mıydınız?	1	2	3	4	5	6
i. Yorulmuş hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6

10. Geçen 4 hafta içinde, fiziksel sağlık veya duygusal problemler, sosyal aktivitelere (arkadaşları, akrabaları ziyaret etmek gibi) ne kadar engel oldu?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Her zaman	1
Çoğu zaman	2
Bazı zamanlarda	3
Çok az zaman	4
Hiçbir zaman	5

11. Aşağıdaki cümleler sizin için ne kadar doğru ya da yanlış?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

	Tamamen Doğru	Çoğunlukla Doğru	Bilmiyorum	Çoğunlukla Yanlış	Tamamen Yanlış
a. Diğer insanlardan biraz daha kolay hasta oluyorum	1	2	3	4	5
b. Tanıdığım herkes kadar sağlıklıyım	1	2	3	4	5
c. Sağlığımın kötüleşmesini bekliyorum	1	2	3	4	5
d. Sağlığım mükemmel	1	2	3	4	5

EK: 8.4.1

DURUMLUK KAYGI ÖLÇEĞİ

	Hemen hiçbir zaman	Bazen	Çok zaman	Hemen her zaman
1- Şu anda sakinim.				
2- Kendimi emniyette hissediyorum.				
3- Şu anda sınırlarım gergin.				
4- Pişmanlık duygusu içindeyim.				
5- Şu anda huzur içindeyim.				
6- Şu anda hiç keyfim yok.				
7- Başıma geleceklerden endişe ediyorum.				
8- Kendimi dinlenmiş hissediyorum.				
9- Şu anda kaygılıyım.				
10- Kendimi rahat hissediyorum.				
11- Kendime güvenim var.				
12- Şu anda asabım bozuk.				
13- Çok sinirliyim.				
14- Sınırlarımın çok gergin olduğunu hissediyorum.				
15- Kendimi rahatlamış hissediyorum.				
16- Şu anda halimden memnunum.				
17- Şu anda endişeliyim.				
18- Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum.				
19- Şu anda sevinçliyim.				
20- Şu anda keyfim yerinde.				



EK: 8.4.2

### SÜREKLİ KAYGI ÖLÇEĞİ

	Hemen hiçbir zaman	Bazen	Çok zaman	Hemen her zaman
1- Genellikle keyfim yerindedir.				
2- Genellikle çabuk yorulurum.				
3- Genellikle kolay ağlarım.				
4- Başkaları kadar mutlu olmak isterim.				
5- Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım.				
6- Kendimi dinlenmiş hissediyorum.				
7- Genellikle sakin, kendime hakim ve soğuk kanlıyım.				
8- Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissediyorum.				
9- Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim.				
10- Genellikle mutluyum.				
11- Her şeyi ciddiye alır ve etkilenirim.				
12- Genellikle kendime güvenim yoktur.				
13- Genellikle kendimi emniyette hissederim.				
14- Sıkıntılı ve güç durumlardan karşılaşmaktan kaçınırım.				
15- Genellikle kendimi hüzünlü hissederim.				
16- Genellikle hayatımdan memnunum.				
17- Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder.				
18- Hayal kırıklıklarımı öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam.				
19- Aklı başında kararlı bir insanım.				
20- Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin eder.				

A	B	C	D	E
Kesinlikle katılmıyorum	Çoğunlukla katılmıyorum	Kararsızım	Çoğunlukla katılıyorum	Tamamen katılıyorum
				A B C D E
32-Giydiklerimin üzerime uymasından hoşlanırım,				( ) ( ) ( ) ( ) ( )
33-İnsanların görünüşüme ilgili düşüncelerine aldırمام.				( ) ( ) ( ) ( ) ( )
34-Saçlarımın güzel görünmesi için özel çaba harcarım.				( ) ( ) ( ) ( ) ( )
35-Fizik yapımı beğenmiyorum.				( ) ( ) ( ) ( ) ( )
36-Fiziksel yönden aktif (hareketli) olmaya çalışırım.				( ) ( ) ( ) ( ) ( )
37-Sıklıkla hastalıklara karşı dayanıksız olduğumu düşünürüm.				( ) ( ) ( ) ( ) ( )
38-Herhangi bir hastalık belirtisi ortaya çıktığında bedenimle yakından ilgilenirim.				( ) ( ) ( ) ( ) ( )
39-Grip veya soğuk algınlığına yakalandığımda bu durumu önemsemem ve normal yaşamımı sürdürürüm.				( ) ( ) ( ) ( ) ( )
40-Fiziksel yönden çekici değilim.				( ) ( ) ( ) ( ) ( )
41-Nasıl göründüğümü hiç düşünmem.				( ) ( ) ( ) ( ) ( )
42-Fiziksel görünüşümü daima iyileştirmeye çalışırım.				( ) ( ) ( ) ( ) ( )
43-Fiziksel görünüşüm uyumludur.				( ) ( ) ( ) ( ) ( )
44-Fiziksel sağlıkla ilgili çok şey biliyorum.				( ) ( ) ( ) ( ) ( )
45-Yıl boyunca düzenli bir spor yaparım.				( ) ( ) ( ) ( ) ( )
46-Fiziksel yönden sağlıklı bir kişiyim.				( ) ( ) ( ) ( ) ( )
47- Fiziksel sağlığımdaki en küçük değişiklikleri bile farkedirim.				( ) ( ) ( ) ( ) ( )
48-Kendimde bir hastalığın ilk belirtileri ortaya çıktığında tıbbi yönden yardım isterim.				( ) ( ) ( ) ( ) ( )

49. - 57. maddeler sizin aşağıdaki beden alanlarınızdan ne ölçüde hoşnut olduğunuzu araştırmaktadır.

Uygun seceneği (X) biçiminde işaretleyiniz

A	B	C	D	E
Hiç hoşnut değilim	Çoğunlukla hoşnut değilim	Kararsızım	Çoğunlukla hoşnutum	Çok hoşnutum
49-Yüz (yüz şekli, görünüşü, cilt)		( ) ( ) ( ) ( ) ( )		
50-Saç (rengi, sıklığı, yapısı)		( ) ( ) ( ) ( ) ( )		
51-Alt gövde (kalçalar, bacak, uyluk)		( ) ( ) ( ) ( ) ( )		
52-Orta gövde (mide, bel)		( ) ( ) ( ) ( ) ( )		
53-Üst gövde (göğüsler, omuz, kollar)		( ) ( ) ( ) ( ) ( )		
54-Kas yapısı (tonusu)		( ) ( ) ( ) ( ) ( )		
55-Ağırlık (kilo)		( ) ( ) ( ) ( ) ( )		
56-Boy		( ) ( ) ( ) ( ) ( )		
57-Tüm görünüş		( ) ( ) ( ) ( ) ( )		

## ÇOK YÖNLÜ BEDEN-SELF İLİŞKİSİ ÖLÇEĞİ

A	B	C	D	E
Kesinlikle katılmıyorum	Çoğunlukla katılmıyorum	Kararsızım	Çoğunlukla katılıyorum	Tamamen katılıyorum
A	B	C	D	E
1 - Dışarı çıkmadan önce görünüşüme daima dikkat ederim.	( )	( )	( )	( )
2- Kendimi en iyi gösterecek giysileri almaya dikkat ederim.	( )	( )	( )	( )
3- Fiziksel sağlık testlerinin çoğundan geçerim.	( )	( )	( )	( )
4- Üst düzeyde fiziksel güce sahip olmak benim için önemlidir.	( )	( )	( )	( )
5- Bedenim cinsel yönden çekicidir.	( )	( )	( )	( )
6-Sağlığımı kontrol altında tutuyorum.	( )	( )	( )	( )
7- Fiziksel sağlığımı etkileyen etkenler hakkında çok şey biliyorum.	( )	( )	( )	( )
8- Bilinçli olarak sağlıklı bir yaşam tarzı geliştirdim.	( )	( )	( )	( )
9- Diğer insanların gördükleri halimden hoşnutum.	( )	( )	( )	( )
10-Fırsat buldukça aynada görünüşümü kontrol ederim.	( )	( )	( )	( )
11- Fiziksel yönden dayanıklı bir kişiyim	( )	( )	( )	( )
12- Sportif yarışmalara katılmak benim için önemli değildir.	( )	( )	( )	( )
13-Fiziksel yönden iyilik halimi korumak için özel bir çaba harcamıyorum.	( )	( )	( )	( )
14-Sağlık durumum beklenmedik iniş çıkışlar göstermektedir.	( )	( )	( )	( )
15-Sağlıklı olmak yaşamımdaki en önemli şeylerden biridir.	( )	( )	( )	( )
16-Sağlığımı bozabilecek herhangi bir şeyi yapmam.	( )	( )	( )	( )
17-Birçok kişi benim iyi görüdüğüm düşüncesindedir.	( )	( )	( )	( )
18-Her zaman iyi görünmek benim için önemlidir.	( )	( )	( )	( )
19-Fiziksel becerileri kolayca öğrenirim.	( )	( )	( )	( )
20-Fiziksel gücümü artıracak şeyler yaparım.	( )	( )	( )	( )
21-Nadiren hastalanırım.	( )	( )	( )	( )
22-Kendim için sık sık sağlıkla ilgili kitap ve dergiler okurum.	( )	( )	( )	( )
23-Giysisiz (elbisesiz) görünüşümü beğeniyorum.	( )	( )	( )	( )
24-Görünüşüm uygun olmadığında tedirgin olurum.	( )	( )	( )	( )
25-Genellikle nasıl görüldüğüme dikkat etmeden elime ne geçerse giyerim.	( )	( )	( )	( )
26-Bedensel spor ve oyunlarda yetersizim.	( )	( )	( )	( )
27-Atletik (sportif) becerilerim üzerinde pek düşünmem.	( )	( )	( )	( )
28-Fiziksel dayanıklılığımı geliştirmeye çalışıyorum.	( )	( )	( )	( )
29-Bedenimin bir günden bir güne nasıl olacağını hiç bilemiyorum.	( )	( )	( )	( )
30-Hasta olduğumda hastalık belirtilerime fazla dikkat etmem.	( )	( )	( )	( )
31-Dengeli ve besleyici bir diyet almaya özel çaba harcamam.	( )	( )	( )	( )

EK: 8.6.1

### ZUNK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ

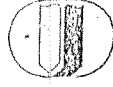
	Hiçbir zaman veya çok ender olarak	Bazen	Sık sık	Çoğunlukla veya her zaman
1-Her zamankinden daha sinirli ve endişeli olduğumu hissediyorum.				
2- Nedensiz olarak korkuyorum.				
3- Çabuk huzurum bozuluyor ve paniğe kapılıyorum.				
4- Kendimden uzakaşmışım ve parçalara ayrılmışım gibi hissediyorum.				
5- Her şeyin yolunda olduğunu ve kötü hiçbir şeyin olmayacağını hissediyorum.				
6- Kollarım ve bacaklarım sallanıyor, titriyor.				
7- Baş ağrısı, boyun ve sırt ağrısı şikayetlerim var.				
8-Kendimi zayıf hissediyorum ve kolayca yoruluyorum.				
9- Sakinim ve uzun süre rahat oturabiliyorum.				
10- Kalbimin hızlı attığını hissediyorum.				
11- Baş dönmesi şikayetim var.				
12- Bayılıyorum ve bayılacakmış gibi hissediyorum.				
13- Kolaylıkla nefes alıp verebiliyorum.				
14- El ve ayak parmaklarımda uyuşukluk ve sızlama hissediyorum.				
15- Mide ağrısı ve sindirim bozukluğu şikayetlerim var.				
16- Sık sık idrar yapmaya gidiyorum.				
17- Ellerim genellikle kuru ve sıcak.				
18- Yüzüme sıcak basıyor ve kızarıyorum.				
19- Rahat uykuya dalyorum ve rahat rahat uyuyorum.				
20- Gece kabusları görüyorum.				

13. Sorunun orijinali "I can breath in and out easily".

EK: 8.6.2

### ZUNK DEPRESYON ÖLÇEĞİ

	Hiçbir zaman veya çok ender olarak	Bazen	Sık sık	Çoğunlukla veya her zaman
1-Kıgın, kederli ve hüzünlü hissediyorum.				
2- Kendimi daha çok sabahları iyi hissediyorum.				
3- Ağlama nöbetleri geçiriyorum ve kendimi ağlayacak gibi hissediyorum				
4- Gece boyu uyumakta güçlük çekiyorum.				
5- İştahım her zamanki gibi.				
6- Çekici kadınlara, erkeklere bakmaktan, onlarla konuşmaktan ve birlikte olmaktan hoşlanıyorum.				
7- Kilo kaybetmekte olduğumu fark ettim.				
8- Kabızlık çekiyorum.				
9- Kalbim her zamankinden hızlı çarpıyor.				
10- Nedensiz yere yoruluyorum.				
11- Zihnim her zaman olduğu kadar açık.				
12- Alıştığım şeyleri kolaylıkla yapıyorum.				
13- Huzursuz ve yerinde duramıyorum.				
14- Geleceğe ümitle bakıyorum.				
15- Her zamankinden daha tedirginim.				
16- Kolaylıkla karar verebiliyorum.				
17- İşe yaradığımı ve bana ihtiyaç duyulduğumu hissediyorum.				
18- Hayatım oldukça dolu.				
19- Ölseydim herkes için daha iyi olurdu.				
20- Alışmış olduğum şeyleri yapmaktan halen zevk alıyorum.				



Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Etik Kurul (Danışma Komisyonu)

ETİK KURUL (Danışma Komisyonu)

Prof. Dr. M. Arif AKŞİT

Klinisyen Doktor (Başkan  
Yardımcısı)  
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim  
Dalı

Neonatoloji Bilim Dalı Başkanı

Tel: +90. 222. 239 29 79 / 1380 - 2709

Tel & Faks: +90. 222. 229 00 64

E-Mail: aaksit@ogu.edu.tr

E-Mail: maaksit@hotmail.com

Prof. Dr. Bekir YAŞAR

Klinisyen Doktor  
Genel Cerrahi Anabilim Dalı  
E-Mail: byasar@ogu.edu.tr

Prof. Dr. Ömer ÇOLAK

Biyokimya Uzmanı  
Biyokimya Anabilim Dalı  
E-Mail: ocolak@ogu.edu.tr

Prof. Dr. Demet ÖZBABAĞLIK

Klinisyen Doktor  
Nöroloji Anabilim Dalı  
E-Mail: demelg@ogu.edu.tr

Prof. Dr. Serap İŞIKSOY

Patoloji Uzmanı  
Patoloji Anabilim Dalı  
E-Mail: siserapis@gmail.com

Prof. Dr. Fatma Sultan KILIÇ

Farmakoloji Uzmanı (Raporör)  
Farmakoloji Anabilim Dalı  
E-Mail: fskilic@ogu.edu.tr

Prof. Dr. Ömür ELÇİOĞLU

Deontoloji Uzmanı  
Deontoloji Anabilim Dalı  
E-Mail: elcioğlu@ogu.edu.tr

Dr. Ecz. Gökçen YAZ GÜZEY

Eczacı  
Eğitim, Uygulama ve Araştırma  
Hastanesi  
E-Mail: gokcenyaz@yahoo.com

Sayı: 2011/ 242

Konu:

22 Kasım 2011

Sayın, Prof. Dr. Ömür ELÇİOĞLU  
Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı

Tarafınızdan yürütülmekte olan “*Obez ve obez olmayan bireylerde etik açıdan beden algısı ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi*” başlıklı proje hakkında alınan karar ilişikte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini saygı ile rica ederim.

  
Prof. Dr. M. Arif AKŞİT  
Etik Kurul Başkan Yardımcısı  
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı

Tel: +222. 239 37 70 – 239 29 79 / 4690

Faks: +222. 239 37 72

ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ  
ETİK KURUL (DANIŞMA KOMİSYONU) KARARI

31 EKİM 2011 17) KONU BAŞLIK	(PR-11-10-31-17): "Obez ve obez olmayan bireylerde etik açıdan beden algısı ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi"
31 EKİM 2011 GÖRÜŞ: 17	31.10.2011 tarihli görüş dikkate alınmıştır.
31 EKİM 2011 KARAR: 17	Raportör görüşü temelinde çalışma olumlu olarak nitelendirilmiştir. Kararda, Etik Kurul Üyesi Prof.Dr.Ömür ELÇİOĞLU bulunmamıştır.

Prof. Dr. M. A. AKŞİT  
Pediyatri Uzmanı

Prof. Dr. B. YAŞAR  
Genel Cerrahi Uzmanı

Prof. Dr. Ö. ÇOLAK  
Biyokimya Uzmanı

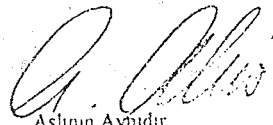
Prof. Dr. D. ÖZBABALIK  
Nöroloji Uzmanı

Prof. Dr. S. İŞIKSOY  
Patoloji Uzmanı

Prof. Dr. F. S. KILIÇ  
Farmakoloji Uzmanı

Prof. Dr. Ö.ELÇİOĞLU  
Deontoloji Uzmanı

Dr.Ecz. G.YAZ GÜZEY  
Eczacı



Ashımın Aynıdır  
Prof.Dr.M.Arif AKŞİT  
Etik Kurul Başkan Yardımcısı



## ÖZGEÇMİŞ

**İsim Soyadı** NAZAN ERENOĞLU SON

**Adres** Batıkent mah. Durusoy sok. No:11  
C-7 Kar 1 ESK

**Cep Telefonu** 0 505 448 14 41

**E-Posta** [nazanson@ogu.edu.tr](mailto:nazanson@ogu.edu.tr)

**Doğum Tarihi** 05.05.1969

**Doğum Yeri** Muş

**Medeni Durum** Evli, 2 çocuklu

**Doktora** Eskişehir Osmangazi Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri, Tıp Tarihi ve Etik A.B.D.

**Yüksek Lisans** Selçuk Üniversitesi Konya  
Sosyal Bilimler, insan kaynakları ve yönetim  
organizasyon

**Üniversite** Hacettepe Üniversitesi Ankara  
Beslenme ve Diyet Bölümü

**Lise** Eskişehir Atatürk Lisesi Eskişehir

**Ortaokul** Karaman Ortaokulu Karaman

**İlkokul** Yeşilyurt İlkokulu Sorgun/Yozgat

**Yabancı Dil** İngilizce – orta

**Toplam İş Tecrübesi:** 20 yıl



## YURTIÇİ HAKEMLİ DERGİ MAKALELERİ

- Son, O., Son, N., Akalın, A., Efe, B.. (2005). Eskişehir OGÜTF Hastanesi Personelinin Obezite Prevelansı. Diabet Bilimi. 3(2), 57-59.
- Son, O., Akalın, A., Son, N., Efe, B.. (2005). Obez Kadın Hastaların Beslenme Davranışlarının Değerlendirilmesi. Endokrinolojide Yönelişler. 14(6), 177-179.
- Son, N., Son, O.. (2005). Geriatriye Beslenme Yaklaşımları. Diabet Bilimi. 3(2), 64-66.
- Son, N., Son, O.. (2005). OGÜTFH Diyet Polikliniğine Müracat Eden Obez Hastaların Değerlendirilmesi. Diabet Bilimi. 3(3), 94-95.
- Son, O., Son, N.. (2007). Diyabetes Mellitusun Tedavisinde Karbonhidrat Sayım Yönteminin Kullanımı. Diabet Bilimi. 5(4), 112-144.
- Son, O., Son, N., Akalın, A.. (2005). Üniversite Öğrencilerinin Beslenme ve Sosyal Durumlarının Obezite Prevelansına Etkisi. Endokrinolojide Yönelişler. 14(6), 180-182.
- Son, O., Son, N.. (2007). Diyabetes Mellitusun Tedavisinde Karbonhidrat Sayım Yönteminin Kullanımı. Folia Hipertansiyon Diyabet Ateroskleroz Dergisi. 7(3), 18-25.
- Son, O., Son, N., Temiz, G., Akalın, A., Kebapçı, N., Efe, B.. (2005). Effect of Dietary Fiber in The Treatment of Obesity. Diabet Bilimi. 3(4), 163-165.

## YURT DIŞI MAKALELELER

- Erenoglu, N., Ayranci, U., Son, O.. (2006). Eating habits reported by secondary school students in a city of west Turkey. *Eat Behav.* Nov;7(4), 348-54.
- Ayranci, U., Erenoglu, N., Son, O.. (2010). Eating habits, lifestyle factors, and body weight status among Turkish private educational institution students. *Nutrition.* Jul-Aug;26(7-8), 772-8. (Epub 2009 Nov 14).
- Ayranci, U., Son, N., Son, O.. (2005). Prevalence of nonvitamin, nonmineral supplement usage among students in a Turkish university. *BMC Public Health.* May 16(5-47).
- Bilge, U., Unluoglu, İ., Son, N., Keskin, A., Korkut, Y., Unalacak, M..(2013). Occupational Allergic Diseases in Kitchen and Health Care Workers: An Underestimated Health Issue. Hindawi Publishing Corporation *BioMed Research International.* Article ID 285420, 4p. (<http://dx.doi.org/10.1155/2013/285420>)

## POSTERLER

- Son, N.. (2004). Toplu Beslenme Hizmeti Veren Bir Kurumda Yemek Hizmeti Kalitesinin Değerlendirilmesi. 3. Ulusal Obezite kongresi. Antalya.
- Son, O., Son, N., Akalın, A., Efe, B.. (2004). Eskişehir OGÜTF Hastanesi Personelinin Obezite Prevelansı. 3. Ulusal Obezite kongresi. Antalya.
- Son, O., Son, N., Akalın, A.. (2004). Üniversite Öğrencilerinin Beslenme ve Sosyal Durumlarının Obezite Prevelansına Etkisi. 2. Türk Obezite Kongresi ve 1. Beslenme Senpozyumu. Denizli.
- Son, O., Akalın, A., Son, N., Efe, B.. (2005). Obez Hastaların Beslenme Davranışlarının Değerlendirilmesi. 41. Ulusal Diyabet Kongresi. Antalya.
- Son, O., Son, N., Akalın, A.. (2005). Sağlık Meslek Yüksek Okulu Öğrencilerinin Makro Besin Tüketimlerinin Değerlendirilmesi. 41. Ulusal Diyabet Kongresi. Antalya.
- Bilge, U., Son, N., Son, O.. (2005). Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Meslek Yüksek Okulu Öğrencilerinde Obezite Taraması. 41. Ulusal Diyabet Kongresi. Antalya.
- Son, N., Elçioğlu, B., Aadağ, D., Çiçekel, F., Son, O.. (2005). Ergenlerde Obezite. 41. Ulusal Diyabet Kongresi. Antalya.
- Son, N., Son, O.. (2005). Bir grup Anasınıfı ve İlkokul Öğrencisinin Beden Kitle İndeksleri ve Beslenme Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi. 41. Ulusal Diyabet Kongresi. Antalya.
- Son, O., Son, N., Temiz, G., Kebapçı, N., Akalın, A., Efe, B.. (2004). Obezite Tedavisinde Diyetel Lif İçeriğinin Kilo Verme Üzerine Etkisi. Endokrinolojide Diyalog. Bursa.
- Son, O., Son, N., Kebapçı, N., Akalın, A., Efe, B.. (2004). Konsültasyon İstenen Diabetik Hastaların Değerlendirilmesi. Endokrinolojide Diyalog. Bursa.
- Son, O., Son, N., Akalın, A., Efe, B.. (2004). Eskişehir OGÜTF Hastane Personelinin Obezite Prevelansı. 3. Ulusal Obezite Kongresi. Antalya.
- Son, O., Efe, B., Son, N., Kebapçı, N., Akalın, A.. (2006). Tip 1 Diabetes Mellituslu Hastalarda Karbohidrat Sayım Yönteminin İrdelenmesi. 42. Ulusal Diyabet Kongresi. Antalya.

## SÖZLÜ SUNU

- Son, O., Son, N., Akalın, A., Kebapçı, N., Efe, B.. 2005, Diyabetik Normotansif Hastalarda ACE İnhibitörlerinin Mikroalbuminüri ve CRP Düzeylerine Etkisi. 41. Ulusal Diyabet Kongresi. Antalya.
- Son, O., Son, N., 2004, OGÜTF Diyet Polikliniğine Müracat Eden Obez Hastaların Değerlendirilmesi. Endokrinolojide Diyalog. Bursa.
- Son, NE., 2012, Obezite ve Kadın, 1. Kadın Araştırmaları Sempozyumu, Eskişehir.
- Son, NE., 2013, Ekmeğin Tarihi ve hekim Hacı Paşa'nın "Müntahab-ı Şifa" eserinde ekmek bahsi, 8. Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Günleri, Gaziantep.
- Bilge, U., Ünlüoğlu, İ., Son, NE., Keskin, A., Turkmen, YK., 2013, Frequencies of Allergic Symptoms and Cigarette Smoking in Health Care Staff and General Population. Providing Health is Allergic, WONCA 2013 Conference, Prag.

## KİTAPLAR

- Son, N.E., Son, O.. (2005). Karbohidrat Sayım Yöntemi Uygulamasında Türk Mutfağı ve Damak Tadı. 1. Baskı Asileller Ltd. Şti., ISBN: 975-98014-1-8. İzmir. 49.
- Son, N.E., Son, O.. (2006). Karbohidrat Sayım Yöntemi Uygulamasında Türk Mutfağı ve Damak Tadı. 2. Baskı Asileller Ltd. Şti., ISBN: 975-98014-3-4. İzmir. 58.
- Son, N.E., Son, O.. (2007). Karbohidrat Sayım Yöntemi Uygulamasında Türk Mutfağı ve Damak Tadı. 3. Baskı Asileller Ltd. Şti., ISBN: 978-975-98014-5-8. İzmir. BAK.
- Son, N.E., Son, O.. (2009). Karbohidrat Sayım Yöntemi Uygulamasında Türk Mutfağı ve Damak Tadı. 4. Baskı, El kitapçığı. 54.
- Son, N.E., Son, O.. (2012). Karbohidrat Sayım Yöntemi Uygulamasında Türk Mutfağı ve Damak Tadı. 5. Baskı, El kitapçığı. 54.

## YERALDIĞIM PROJELER

PREMISE 2 Turkey Team' de 2005 yılında diyet uzmanı olarak görev aldım.