

**KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**TRABZON İLİ KALKINMA BÖLGESİNDEKİ BİREYLERİN
GÖRSEL BEDEN KİTLE İNDEKSİ TEMELLİ VÜCUT BOYUT
KILAVUZU İLE BEDEN ALGILARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Uzmanlık Tezi

Dr. Sencer Kaya

Trabzon-2019

**KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**TRABZON İLİ KALKINMA BÖLGESİNDEKİ BİREYLERİN
GÖRSEL BEDEN KİTLE İNDEKSİ TEMELLİ VÜCUT BOYUT
KILAVUZU İLE BEDEN ALGILARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Uzmanlık Tezi

Dr. Sencer KAYA

Tez Danışmanı - Dr. Öğr. Üyesi Elif ATEŞ

Trabzon-2019

ÖNSÖZ

Uzmanlık eğitimim boyunca ve tez çalışmamın her aşamasında bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım, ilgi ve desteğini esirgemeyen, her sorumda sabrı ve yüksek enerjisi ile yardım eden ve çalışmamı bilimsel temeller ışığında yönlendiren değerli hocam Dr. Öğr. Üyesi Elif ATEŞ' e, eğitim sürecimde bilgi ve deneyimleri ile desteğini yanımda hissettiğim değerli hocam Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Turan SET' e,

Beraber çalışmaktan mutluluk duyduğum sevgili arkadaşlarım Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nın tüm araştırma görevlilerine,

Tez çalışmam için gerekli verileri topladığım Kalkınma Aile Sağlığı Merkezi' nde ve Ortahisar Üniversite Aile Sağlığı Merkezi' nde çalışan değerli hekimler ve yardımcı personellerine,

Her an yanımda hissettiğim, beni yetiştiren, her zaman destekleyen ve bugünlere ulaşmamda en büyük role sahip olan anneme, babama ve kardeşlerime, sevgisini ve desteğini hep yanımda hissettiğim biricik eşim Nurgül Selin KAYA' ya

Teşekkür ederim.

Dr. Sencer KAYA

ÖZET

Amaç: Obezite yaygın bir sağlık sorunudur. Fazla kilolu ve obez bireyler kendilerini olduklarından daha hafif olarak algılamaktadırlar. Çalışmamızda kişilerin kendi beden algılarının tespiti ve beden kitle indeksleri, sosyodemografik özellikleri ile arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç Yöntem: Çalışmamızı Temmuz 2018 ile Aralık 2018 tarihleri arasında Trabzon ili Kalkınma bölgesindeki üç aile sağlığı merkezinde gerçekleştirdik. Çalışmaya 18 yaş ve üzeri gönüllü 283 kişiyi dâhil ettik. Katılımcılara demografik bilgiler anketini, Beden Kitle İndeksi Temelli Vücut Boyut Kılavuzunu (VBK) ve Beden Ağırlığına Yönelik Tutum ve Davranış Anketini (BADA) yüz yüze görüşme yöntemi ile uyguladık. Katılımcıların beden ağırlıklarını doğru algılama, olduğundan hafif ya da olduğundan ağır algılama durumlarını ve sosyodemografik özelliklerle ilişkisini değerlendirdik.

Bulgular: Katılımcıların % 3,9' u (11) zayıf, %30,4' ü (86) normal, %37,8' i (107) fazla kilolu, %19,8' i (56) hafif obez, %6,7' si (19) orta derecede obez ve %1,4' ü (4) morbid obezdi. Kadınların %2,6' sının (4), erkeklerin %25,8' inin (33) ideal beden tercihi VBK' daki fazla kilolu olan beden imajıydı ($p<0,001$). Kendi bedenini fazla kilolu algılayanların %39,6' sı (19), hafif obez algılayanların %23,9' u (16) ve orta derecede obez olarak algılayanların %12,0' si (3) vücut ağırlığının sağlıklı olduğunu düşünmekteydi ($p<0,001$). Fazla kiloluların %30,8' i (33), hafif obezlerin %41,1' i (23) ve orta derecede obezlerin %31,6' sı (6) doğru beden ağırlığı algısına sahipken, kendilerini daha hafif algılama oranları sırasıyla %36,4 (39), %30,4 (17) ve %47,4 (9) idi. Bu sınıflar BKİ normal olanlarla kıyaslandığında aralarında istatistiksel anlamlı farklılık vardı (sırasıyla $p<0,001$, $p<0,001$ ve $p<0,001$).

Sonuç: Çalışmamızda fazla kilolu olan her üç bireyden sadece birinin beden ağırlığını doğru olarak tanımladığını bulduk. Kişilerin sağlıklı beden imajı ve kendi beden ağırlıklarını doğru tanımlayabilmeleri konularında eğitimlere ihtiyaç vardır. Her bireye doğru beden ağırlığı algısının kazandırılması obezite ile mücadelede önemlidir.

Anahtar Kelimeler: beden ağırlığı algısı, obezite, vücut boyut kılavuzu

ABSTRACT

Introduction: Obesity is a common health issue. Overweight and obese individuals perceive their body weight as lower than accurate. In our study, it is aimed to determine person's own body perception and to observe association between this perception and body mass index (BMI) and socio-demographic characteristics.

Material method: We performed our study between July 2018 and December 2018 in three family health centers in Kalkinma region in Trabzon. We accepted 283 volunteers aged 18 and over. We performed demographic information questionnaire, Body Mass Index Based Body Size Guide (BSG) and Attitude and Behavior Questionnaire About Body Weight to participants through face to face interview. We evaluated the status of participants body weight perceptions that is correct, lower than normal or over than normal. We analyzed the relationship between participants' perception status and sociodemographic characteristics.

Findings: From all participants, 2.9% (11) were underweight, 30.4% (86) were normal, 37.8% (107) were overweight, 19.8% (56) were class I obese, 6.7% (19) were class II obese and 1.4% (4) were class III obese. 2.6% (4) of women and 25.8% (33) of men pointed to overweight body image from BSG as an ideal body shape ($p<0.001$). 39.6% (19) of those who perceived themselves overweight, 23.9% (16) of those who perceived themselves class I obese and 12.0% (3) of those who perceived themselves class II obese were considering that their body weight was healthy ($p<0.001$). While the rate of accurate body weight perception were 30.8% (33) in overweight group, 41.1% (23) in class I obesity group and 31.6% (6) in class II obesity group, the percent of participants who underestimate their body weight were 36.4% (39), 30.4% (17) and 47.4% (9) respectively. There were statistically significant difference between these groups and normal BMI group (respectively $p<0.001$, $p<0.001$ and $p<0.001$).

Conclusion: In our study, we found that only one of three individuals who were overweight defined their body perception correctly. Individuals should be trained to be able to correctly identify their body image and healthy body image. It is necessary to gain accurate body weight perception for preventing and treating obesity.

Keywords: body weight perception, obesity, body size guide

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	ii
SUMMARY.....	iii
KISALTMALAR.....	vi
ŞEKİLLER.....	vii
TABLolar.....	viii
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Beden Algısı	3
2.1.1. Beden Ağırlığı Algısı.....	4
2.2. Obezite	5
2.2.1. Obezitenin Tanımı.....	5
2.2.2. Obezite Epidemiyolojisi.....	5
2.2.3. Obezite Gelişimindeki Nedenler.....	7
2.2.4. Obeziteye Eşlik Eden Hastalıklar.....	8
2.2.5. Obezitenin Tedavisi.....	8
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	10
3.1. Çalışmanın Yapısı.....	10
3.2. Örneklem.....	10
3.3. Veri Toplama Araçları.....	10
3.3.1. Demografik Bilgiler Anketi.....	10
3.3.2. Beden Ağırlığına Yönelik Tutum ve Davranış Anketi	10
3.3.3. Beden Kitle İndeksi Temelli Vücut Boyut Kılavuzu	11
3.4. Çalışmanın Yürütülmesi.....	11
3.5. Çalışmaya Alınma ve Dışlanma Kriterleri.....	13
3.6. Sonuç Ölçütü.....	13
3.7. Örneklem Hacmi.....	13
3.8. İstatistiksel Analiz, Değerlendirme Yöntem ve Biçimleri.....	14
3.9. Etik Konular.....	14
4. BULGULAR.....	15
4.1. Araştırmaya Katılanların Sosyodemografik Özellikleri.....	15

4.2. Katılımcıların Beden Ağırlığına Yönelik Tutum ve Davranış Anketi Sonuçlarının Değerlendirilmesi.....	17
4.3. Beden Ağırlığı Algısının ve İdeal Beden Algısının Değerlendirilmesi.....	19
4.4. Katılımcıların VBK' nu Kullanarak Seçtikleri İdeal Beden İmajlarının Kategorileri ile Sosyodemografik Özelliklerin İlişkisinin Değerlendirilmesi.....	20
4.5. Katılımcıların Beden Algıları ile Sosyodemografik Özelliklerinin Değerlendirilmesi.....	21
4.6. Katılımcıların BADA Sonuçları ile Beden Algılarının Değerlendirilmesi.....	22
4.7. Katılımcıların Beden Algıları ile Beden Kitle İndekslerinin Değerlendirilmesi.....	24
5. TARTIŞMA.....	27
6. SONUÇ.....	37
KAYNAKLAR.....	38
EKLER.....	43

Ek 1: Demografik Bilgiler Anketi – Beden Ağırlığına Yönelik Tutum ve Davranış Anketi

Ek 2: Beden Kitle İndeksi Temelli Vücut Boyut Kılavuzu

Ek 3: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Ek 4: Etik Kurul Onay Belgesi

Ek 5: İl Sağlık Müdürlüğü İzin Belgesi

KISALTMALAR

ASM: Aile Sağlığı Merkezi

BKİ: Beden Kitle İndeksi

DBAA: Doğru Beden Ağırlığı Algısı

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

KOAA: Kendini Olduğundan Ağır Olarak Algılama

KOHA: Kendini Olduğundan Hafif Olarak Algılama

OECD: Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

VBK: Vücut Boyut Kılavuzu

YBAA: Yanlış Beden Ağırlığı Algısı

ŞEKİLLER

Şekil 1. Katılımcıların geçmişte beden ağırlıklarını azaltmaya veya arttırmaya yönelik yapmış oldukları davranışlar

Şekil 2. Katılımcıların VBK' nu kullanarak seçtikleri kendi beden imajlarının kategorileri

Şekil 3. VBK' daki ideal beden yapısı tercihleri

Şekil 4. Katılımcıların beden ağırlıklarını algılama durumları

Şekil 5. YBAA' nın cinsiyet ile ilişkisi

Şekil 6. Katılımcıların VBK' daki kendilerini eşleştirdikleri beden imajlarının kategorileri ile kendi ağırlıklarını sağlıklı görüp görmeme durumları

Şekil 7. Katılımcıların VBK' daki kendilerini eşleştirdikleri beden imajlarının kategorileri ile geçmişte kilo vermek amacıyla yapmış oldukları davranışlar

Şekil 8. Katılımcıların BKİ' lerine göre beden ağırlıklarını algılama durumları

TABLULAR

Tablo 1. Yetişkinlerde beden kitle indeksi sınıflaması

Tablo 2. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

Tablo 3. Katılımcıların BKİ'lerine göre sosyodemografik özellikleri

Tablo 4. Katılımcıların sağlıklı vücut ağırlığı hakkındaki tutumlarının değerlendirilmesi

Tablo 5. Katılımcıların VBK kullanarak seçtikleri ideal beden imgelerinin kategorilerine göre yaş ortalamaları ve cinsiyet özellikleri

Tablo 6. Katılımcıların beden ağırlığı algıları ile yaşlarının değerlendirilmesi

Tablo 7. Katılımcıların öğrenim durumları ile beden ağırlığı algıları

Tablo 8. Katılımcıların mesleki durumları ile beden ağırlığı algıları

Tablo 9. Katılımcıların beden ağırlığı algıları ile geçmişte kilo vermek amacıyla yapmış oldukları davranışlar

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Çağımızın en büyük sağlık sorunlarından birisi obezitedir. Yapılan çalışmalar göstermektedir ki obez ve fazla kilolu birey sıklığı gün geçtikçe artmaktadır. Artan obezite sıklığı beraberinde çeşitli sağlık sorunlarını da getirmekte ve bu durum hastaların yaşam kalitesini azaltmakta, toplumun sağlık harcamalarını artırmakta ve hatta ölümlere sebebiyet verebilmektedir (1). Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de obezite ile mücadele sağlık politikasının önceliklerinden biri haline gelmiştir.

Obezite ile mücadelede çeşitli yaklaşımlar geliştirilmiştir. Bu yaklaşımlar obeziteye ait komplikasyonların önlenmesinden hastalığın tedavisine, obezite şiddetini azaltmaktan sağlıklı kilonun korunmasına ve obezitenin altında yatan nedenlerin tespiti ve önlenmesine kadar çok geniş bir yelpazede yer almaktadır. Bu bağlamda hastaların işlevselliğini korumaya ve yaşam kalitelerini arttırmaya yönelik adımlar üçüncül koruma kapsamındadır. Ülke genelinde yapılan fazla kiloluluk ve obezite sıklığını bulmaya yönelik birçok çalışma ile henüz hastalığının farkında olmayan bireylerin de tespit edilmesi ikincil koruma içerisinde değerlendirilebilir. Çeşitli sağlık kampanyaları, topluma yönelik sağlık eğitimleri, obeziteyi önlenmeye yönelik verilen danışmanlık hizmetleri gibi girişimler obezite ile mücadelede birincil koruma kapsamında yer almıştır. Ayrıca obezitenin hipertansiyon, diyabet, aterosklerotik kalp hastalıkları gibi birçok hastalık için risk faktörü olduğu göz önüne alındığında obeziteye yönelik önleme girişimleri primordial koruma kapsamında da değerlendirilebilir. Bu eğitimlerin ortak amacı toplumu obeziteden korumak ve bireylerin konu ile ilgili farkındalığını arttırmaktır.

Beden kitle indeksi obezitenin değerlendirilmesinde yaygın olarak kullanılan bir araçtır. Beden kitle indeksi sınıflandırması araştırmacı ve klinisyenlerce iyi bilinmesine rağmen sağlık mensubu olmayanların kendilerini doğru sınıfta değerlendirip değerlendiremedikleri yeterince bilinmemektedir (2). Bu doğrultuda bireylerin kendi beden ağırlıklarını nasıl algıladıkları oldukça önemlidir. Beden ölçüsündeki yanlış algılar sıklıkla kendini olduğundan daha ağır görme şeklindedir (3). Öte yandan fazla kilolu ve obez bireyler kendilerini olduklarından daha zayıf algılamaktadır (2). Beden algısındaki yanlış değerlendirmeler, obezitenin önlenmesinde ve tedaviye başlanmasında yer alan kötü beslenme alışkanlıkları,

azalmış kilo verme teşebbüsleri ve azalmış fiziksel egzersiz gibi engellerin aşılmasını zorlaştırmaktadır (4). Toplumda beden ağırlığı algısının belirlenmesi ve farkındalığının artırılması obezite ile mücadelede önemli bir yer tutar.

Sağlık inanç modeline göre, bir alışkanlığı değiştirmek için gerekli motivasyon, kişinin o alışkanlıkla ilgili algıladığı sağlık riskinin derecesiyle ilişkilidir (5). Bu nedenle, kişi bulunduğu durumu doğru algılayamazsa, sağlığını tehdit eden davranışları değiştirmeye yönelmez (6). Yirmi yıl öncesine kadar kendilerini fazla kilolu ve obez olarak düşünen fazla kilolu bireyler artık kendilerinin normal ağırlıkta olduğunu düşünmektedirler (7). Fazla kiloluluk ve obezitenin normalleştirilmesi, hastaların kendi sağlık durumlarını algılamadıklarını ve bu yüzden sağlık risklerini azaltmak için kilo vermeyi istemeyeceklerini düşündürmektedir (8).

Çalışmamızın amacı; kişilerin kendi beden algılarının tespiti ve bunun beden kitle indeksleri, çeşitli sosyodemografik özellikleri ile arasındaki ilişkiyi ortaya koymaktır. Bu sayede obeziteyi önleme programlarında beden ağırlığı farkındalığını arttırmaya yönelik konulara yer verilmesinin önemi belirlenebilir. Ek olarak obez bireylerin kendilerini tanımları sağlanarak doğru beslenmeye ve egzersiz yapmaya yönelik ilgi ve istekleri artırılabilir. Ayrıca normal kilodaki bireylere verilecek danışmanlık hizmetlerinin içeriğinde beden ağırlığı farkındalığını arttırmaya yönelik konulara yer verilmesi ile obezitenin önlenmesinde birincil koruma adına adımlar atılabilir. Dolayısıyla gerek normal gerek fazla kilolu olsun kişilerin kendi vücut ağırlıkları ile ilgili farkındalığını belirleyerek obezitenin önlenmesi ve tedavisi konusunda yeni çalışmalara yol gösterici olabiliriz.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Beden Algısı

Algı, kişinin kendi iç dünyasından ve etrafından gelen uyaranları fark edip tanımlaması ve anlam kazandırmasıdır. Ayrıca algı, duyu organlarıyla alınan iletilerin çeşitli psikolojik süreçlerden geçirilip işlenmesi ile obje ve durumlarla ilgili kişinin bilgilenme durumu olarak da tanımlanmıştır. Bir uyaran farklı bireylerce farklı şekillerde tanımlanabilir veya aynı birey aynı uyarana çeşitli şekillerde anlamlandırabilir (9).

Beden algısı, kendi düşüncemizde şekillendirdiğimiz vücut resmimizdir (10). Ayrıca vücut büyüklüğünü, şeklini ve bunlara ilişkin duygularımızı içermektedir (11). Beden algısı hem vücudumuzun bize nasıl görüldüğünü hem de başkaları tarafından nasıl görüldüğümüzü düşündüğümüz şekli ifade eder. Nesnel değil öznel bir değerlendirme olup kişinin kendisini nasıl algıladığını anlatır, gerçeği yansıtmayabilir (12). Beden algısı terimi yerine beden imgesi, beden kavramı, beden egosu veya beden şeması gibi değişik terimler de kullanılmaktadır (13).

Kişilerin kendi beden algıları başkalarının düşüncelerinden etkilenir ve değişken özelliktedir (13). Beden algısı psikolojik faktörler, sosyo-demografik özellikler ve kültürel farklılıklar gibi birçok etkene bağlıdır (14). Cinsiyet, yaş, etnik köken, antropometrik ölçüler ve kitle iletişim araçları gibi değişkenler insanların beden algısını etkileyebilir (15).

Kişinin vücudunu algılayışı ve buna dair hissettiği duygular (beden gerçekliği), isteklere karşı vücudunun gösterdiği tepkiler (beden sunumu) ile bu iki ögenin değerlendirildiği içsel standart (beden ideali) beden algısının bileşenleri olarak belirlenmiştir. Beden gerçekliği, beden objektif olarak ele alınıp görülebilen, ölçülebilen değerlerini ifade eder. Beden sunumu, sadece giyim değil kişinin iradesi, niyetleri ve duyguları doğrultusunda şekillenen hal ve hareketlerinin bütünüdür. Beden ideali ise bedenimizin nasıl görünmesi gerektiği, nasıl hareket etmemiz gerektiği ile ilgili bilinçli veya bilinçsiz olarak ulaşmaya çalıştığımız standartlar bütünüdür (16).

Birey, beden gerçekliğini beden ideali ile sürekli kıyaslama halindedir (16). Kişinin kendi beden gerçekliği ile ideali arasındaki fark sonucu beden hoşnutsuzluğu meydana gelmektedir (17). Beden idealine olan bu uzaklık sonucunda beden algısı bozuklukları görülmektedir (18). Beden algısı bozukluğu anoreksiya nervoza, bulimia nervoza gibi yeme bozuklukları şeklinde olabileceği gibi obezite gibi bir hastalık olarak da karşımıza çıkabilir (19). Bu durum beden sunumuna yansiyarak kişinin giyim tarzı, saç rengi veya vücut ağırlığı gibi fiziksel özelliklerini ve olaylara karşı tutumunu, tavrını değiştirmesini, yeniden şekillendirmesini sağlar. Beden algısı bozukluğu kişinin kendine güveninin etkilenmesine, daha ince bir bedene ulaşabilmek için anoreksiya ya da bulimia nervoza gibi yeme bozukluklarının görülmesine neden olmaktadır (20). Ergenlik çağında normal kiloda olan çocukların kilo vermek amacıyla çeşitli diyetler uyguladıkları görülmüştür (21). Öte yandan kişiler fazla kilolu oldukları halde kendilerini normal algılamayı sürdürürler ise obezite riski altında kalmaya devam ederler (22).

2.1.1. Beden Ağırlığı Algısı

Beden ağırlığı algısı vücut yapımızın zihnimize canlandırdığımız biçimdir (23). Beden ağırlığının farkındalığı başka bir deyişle doğru beden ağırlığı algısı (DBAA) bireyin ölçülebilen ağırlığı ile algıladığı beden ağırlığı arasındaki uyum olarak nitelendirilir. DBAA ayrıca bireyin kilo durumuyla ilişkili olabilecek potansiyel sağlık risklerinin farkında olmasına da yardımcı olur (24). Obezite önleme programlarında başarılı olabilmek için DBAA sahip olmak oldukça önemlidir (25).

Türkiye Beden Ağırlığı Algısı 2011 çalışmasında katılımcıların doğru beden ağırlığı algısı durumları değerlendirilirken bireylerin ağırlıkları ile algıladıkları ağırlıkları arasındaki uyumsuzluk ise yanlış beden ağırlığı algısı (YBAA) olarak tanımlanmıştır (26). YBAA iki şekilde olabilir; kendini olduğundan daha fazla kiloda algılamak ya da kendini olduğundan daha zayıf olarak algılamak.

Beden ağırlığı algısı yaş, cinsiyet, etnik köken, arkadaş çevresi ve sosyal medya gibi birçok şeyden etkilenir (27). Sağlıklı veya fazla kilolu olup kendilerini fazla kilolu ve obez olarak değerlendiren katılımcılar kilo verme programlarına sadık

kalırlarken, fazla kilolu olmasına rağmen kendini fazla kilolu olarak algılamayan katılımcılar ise kilo verme davranışları gösterememişlerdir (28).

Beden ağırlığı algısını anlayabilmek obeziteyi azaltmak için yöntemler geliştirmede kilit bir araç olabilir (24). Ayrıca DBAA obezitenin getirdiği ek hastalık riskini tanımlamada kritik bir rol oynar (29).

2.2. Obezite

2.2.1. Obezitenin Tanımı

Fazla kiloluluk ve obezite Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından vücutta sağlığı bozacak düzeyde anormal veya aşırı yağ birikmesi olarak tanımlanmıştır. Fazla kiloluluk ve obezitenin sınıflandırılmasında beden kitle indeksi (BKİ) en sık kullanılan yöntemdir. BKİ; kişinin kilogram cinsinden ağırlığının metre cinsinden boy uzunluğunun karesine bölünmesiyle elde edilir. Yetişkinlerde yaş, cinsiyet ayrımı yapmadığından geniş nüfuslara kolay uygulanabilen standart bir metottur (30). Yetişkinlerde obezite sınıflandırması tablo 1' de gösterilmiştir (31).

Tablo 1. Yetişkinlerde beden kitle indeksi (BKİ) sınıflaması

Gruplar	BKİ, kg/m ²
Zayıf	< 18 kg/m ²
Normal	18-24,9 kg/m ²
Fazla Kilolu	25-29,9 kg/m ²
Obez	≥ 30 kg/m ²
Hafif Obez	30-34,9 kg/m ²
Orta Derecede Obez	35-39,9 kg/m ²
Morbid Obez	40-49,9 kg/m ²
Süper Obez	≥ 50 kg/m ²

2.2.2. Obezitenin Epidemiyolojisi

Dünya' da obezitenin durumu

Dünyada her yıl 2,8 milyon insan fazla kiloluluk ve obezite nedeniyle hayatını kaybetmektedir (32). Dünya genelinde 1975' den 2016' ya kadar obezite sıklığı neredeyse 3 katına ulaşmıştır. On sekiz yaş ve üzeri yetişkinlerde fazla kilolu kişi sayısı 2016 yılında 1,9 milyarın üzerindedir. Aynı yaş grubunda obez kişi sayısı 650 milyondan fazladır. Tüm dünyada yetişkin nüfusun %13' ünü obezler, %39' unu ise fazla kilolular oluşturmaktadır. Kadınların %15' i, erkeklerin ise %11' i obez iken kadınların %40' ı, erkeklerin de %39' u fazla kiloludur (30).

DSÖ bölgelerinden fazla kiloluluk ve obezite sıklığının en yüksek gözlendiği bölge %63,4 ile Amerika bölgesidir. Bu oranın en az olduğu DSÖ bölgesi ise % 21,5 ile Güney-Doğu Asya bölgesidir (33). DSÖ Avrupa bölgesinde 2016 yılı için obezite sıklığı %23,3, fazla kiloluluk sıklığı %58,7' dir. Bu bölgede obezite ve fazla kilolu olma oranları erkeklerde %21,9 ve %63 iken kadınlarda %24,5 ve %54,3' tür (34). Amerika Birleşik Devletleri' nde 20 yaş ve üzeri yetişkinlerde obezite sıklığı %39,8' dir (35). Bu oranın 2030 yılına kadar %51' e ulaşması öngörülmektedir (36).

Türkiye' de obezitenin durumu

DSÖ verilerine göre 2016 yılında Avrupa' da en fazla obez kişi oranına sahip ülkenin %32,2 obezite sıklığı ile Türkiye olduğu belirtilmiştir (37). DSÖ 2016 yılı Türkiye' deki fazla kilolu ($BKİ \geq 25 \text{ kg/m}^2$) kişi sıklığını %66,9 olarak vermiştir (38). DSÖ verilerine göre Türkiye fazla kilolu ($BKİ \geq 25 \text{ kg/m}^2$) kişi sıklığı kadınlarda %70, erkeklerde %63,7' dir (38). Kadınlarda obezite sıklığı %39,7, erkeklerde ise %24,2' dir (37). Bu verilere bakıldığında 6 yılda fazla kilolu ve obez kişi sıklığı 2010 yılına göre (2010 yılı fazla kilolu kişi sıklığı kadınlarda %65,4, erkeklerde %58,2, obez kişi sıklığı kadınlarda %34,8 erkeklerde ise %19,5) kadınlarda %7' lik ve %14' lük artış göstermiştir. Erkeklerde ise fazla kiloluluk %9' luk, obezite %24' lük artış göstermiştir (37, 38).

Ülkemizde yapılan Türkiye Diyabet Epidemiyoloji Çalışması' nda (TURDEP-I) 1997-98 yıllarında obezite sıklığı %22,3 olarak bulunmuştur. Cinsiyete göre kadınlarda obezite sıklığı %36 iken erkeklerde %21,5 saptanmıştır (39). Bu oranlar zamanla artarak devam etmiştir. Yine aynı merkezlerde 20 yaş ve üzeri

26.499 katılımcının dâhil edildiği 2010 yılında yapılan TURDEP-II çalışmasında Türkiye obezite prevalansı %35 bulunmuştur. Obezite prevalansı kadınlarda %44, erkeklerde %27 saptanmıştır (40).

Ülkemizde son 15 yıl içinde yapılmış epidemiyolojik çalışmaların değerlendirildiği bir meta analiz çalışmasında Türkiye BKİ ortalamasının kadınlarda 28,0 kg/m², erkeklerde 26,5 kg/m² olduğu hesaplanmış. Bu değerler Avrupa Kardiyovasküler Hastalık İstatistikleri (ATLAS) çalışmasındaki sonuçlara çok yakındır. Fazla kiloluluk açısından Türkiye Avrupa Kardiyoloji Derneği üyesi ülkeler arasında 15. sırada iken Türk kadınları 1. sırada yer almaktadır (41).

2.2.3. Obezitenin Gelişimindeki Nedenler

İçeriğinde yoğun enerjiye sahip gıdalara ulaşımın kolaylaşması ve sedanter yaşam şekli günümüzde obezitenin en önde gelen nedenidir (42). Rafine şeker kullanımının artması, ayaküstü (fast-food) beslenme, hazır gıdalar tüketilmesi, porsiyonların büyümesi, şekerli içeceklerin tüketiminin artması fazla kiloluluk ve obezitenin artmasında rol oynamaktadır (43). Ayrıca aşırı yemek yeme, gece yeme sendromu ve tıkanırcasına yeme bozukluğu obeziteye neden olmaktadır (43). Yetersiz fiziksel aktivite dolayısıyla sedanter yaşam (örneğin televizyon izlemek) obezitenin önlenabilir nedenlerinden bir tanesidir (44). Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (OECD) 2017 raporuna göre haftalık 150 dakika ve orta şiddette fiziksel aktivite yapma kriteri baz alındığında Türkiye' deki erişkinlerin %62,5' inin fiziksel aktivite yaptığı ve bu oranın OECD ülkeleri ortalamasının altında olduğu raporlanmıştır (45).

Cushing sendromu, hipotiroidizm, hipotalamik obezite, polikistik over sendromu ve büyüme hormonu eksikliği gibi endokrinolojik hastalıklar da obeziteye neden olabilmektedir (43). Bunun yanında bazı antidepresanlar, antipsikotikler, antiepileptikler, steroid hormonlar, antidiyabetik ilaçlar obeziteye neden olabilmektedir (42).

Fazla kiloluluk ve obezite her yaşta gelişebilmektedir. Gebelikte annenin aşırı kilo alımı, annenin BKİ' nin yüksek olması, gebelikte annenin sigara içmesi ve tip 2 diyabeti olan gebeliklerin çocukluk çağı obezitesinde risk faktörleri olduğu

gösterilmiştir (46, 47). Ve yine gebelik sürecindeki aşırı kilo alımı gebelik sonrasında kalıcı olabilmektedir (48).

Türkiye için diyabetin, hipertansiyonun ve yaşlanmanın obeziteye neden olabilecek en önemli nedenler arasında olduğu belirtilmiştir (31). Ayrıca cinsiyetin (kadın), düşük eğitim durumunun, alkol kullanımının, sigara bırakma girişimlerinin, evliliğin, genetik faktörlerin, öğün sayısının, ekmek tüketim miktarının, sosyo-ekonomik durumun, yaşanılan çevrede veya ailede obez bireylerin varlığının fazla kiloluluk ve obezite gelişiminde risk faktörleri olduğu ortaya konulmuştur (31, 42).

2.2.4. Obeziteye Eşlik Eden Hastalıklar

BKİ fazla kilolu olanlardan itibaren BKİ arttıkça obezitenin neden olduğu metabolik ve kardiyovasküler hastalıklar başta olmak üzere diğer komplikasyonlar da artmaktadır (42). Komplikasyonların gelişmesinde etkili iki ana neden yağ dokusu miktarında artış ve artan adipokin salınımıdır (42). Obeziteye eşlik eden hastalıklar arasında metabolik sendrom ve prediyabet, tip 2 diyabet, dislipidemi, hipertansiyon, kardiyovasküler hastalıklar – koroner arter hastalığı, kalp yetmezliği, miyokard infarktüsü, ani ölüm, periferik damar hastalıkları gibi -, nonalkolik yağlı karaciğer hastalığı, kolelitiazis, siroz, gastroözofageal reflü hastalığı, polikistik over sendromu, infertilite, obstetrik komplikasyonlar, cinsel işlev bozukluğu, obstrüktif uyku apne sendromu, obezite hipoventilasyon sendromu, astım, osteoartrit, tuzak nöropatileri, inme, depresyon, anksiyete, özgüvende azalma sayılabilir (31, 42, 49). Ayrıca kolon, meme, böbrek, özafagus ve endometriyum kanserlerinin obezite derecesi ile ilişkili artış gösterdiği belirtilmiştir (31).

2.2.5. Obezitenin Tedavisi

Tedavinin amacı obeziteyle ilişkili morbidite ve mortaliteyi azaltmak, bireylerin yaşam tarzlarını doğru şekilde düzenlemek ve bunun kalıcılığını sağlamaktır (50). Obezite tedavisi dengeli beslenmeyi, fiziksel aktivite artışını ve davranış değişikliklerini içermektedir (42). Kişinin enerji ihtiyacı hesaplandıktan sonra kişiye özgü uygun diyet programının diyetisyen tarafından düzenlenmesi

önerilmektedir (31). Enerjinin %50-55' i karbonhidratlardan, %25-30' u yağlardan ve %15-20' si proteinlerden karşılanmalıdır (51). Egzersiz programının mümkünse haftanın her günü, ortalama 30-40 dakika ve orta şiddette olacak şekilde aerobik egzersizlerden oluşturulması önerilmektedir (52). Tıbbi beslenme tedavisi ve egzersize ek olarak hastalara bilişsel davranışçı terapi de uygulanmalıdır. Bilişsel davranışçı terapi kapsamında kendini izleme, dürtü kontrolü, hedef belirleme, pozitif pekiştirme ve yerine koyma yer almaktadır (31). Yaşam tarzı değişikliği ile istenilen kilo kaybının olmadığı obezlerde ve BKİ değeri 27 - 29,9 kg/m² olup ek hastalığı olan bireylerde ilaç tedavisi düşünülmelidir (31). Tedavide yer alan ilaç seçenekleri 'orlistat, liraglutid, lorkaserin, fentermin, dietilpropion, naltrekson' dur (31). Obezite cerrahisi için endikasyonlar ise BKİ \geq 40 kg/m² olması veya BKİ' nin 35 kg/m² ve üzerinde olup obezite ilişkili ek hastalık varlığıdır (31).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Çalışmanın Yapısı

Araştırmanın yapısı kesitsel bir çalışma niteliğinde olup, çalışmayı Trabzon ili Kalkınma bölgesindeki 3 farklı aile sağlığı merkezinde (ASM) (Kalkınma ASM, Farabi ASM ve Ortahisar Üniversite ASM) Temmuz 2018 ile Aralık 2018 tarihleri arasında gerçekleştirdik.

3.2. Örneklem

Örnekleme, Trabzon ili Kalkınma bölgesindeki 3 farklı aile sağlığı merkezine (Kalkınma ASM, Farabi ASM ve Ortahisar Üniversite ASM) bağlı 18 yaş ve üzerindeki gönüllü bireylerden seçtik. Çalışmaya katılma kriterlerini karşılayan bireylere çalışma hakkındaki gerekli bilgileri vererek ve gönüllü katılımcılara aile sağlığı merkezlerinin uygun bir bölümünde demografik bilgiler anketini, Beden Ağırlığına Yönelik Tutum ve Davranış Anketini (BADA) ve Beden Kitle İndeksi Temelli Vücut Boyut Kılavuzunu (VBK) uyguladık.

3.3. Veri Toplama Araçları

3.3.1. Demografik Bilgiler Anketi

Katılımcıların sosyodemografik özelliklerini sorgulamak amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanan, 7 sorudan oluşan bir ankettir (Ek 1).

3.3.2. Beden Ağırlığına Yönelik Tutum ve Davranış Anketi (BADA)

Bu anket, bireylerin beden ağırlıklarını arttırmaya veya azaltmaya yönelik önceden yapmış oldukları davranışları, obezite konusundaki bilgi düzeylerini ve kendi bedenlerinin sağlıklı olup olmadığı konusundaki tutumlarını sorgulayan

araştırmacılar tarafından literatür taranarak hazırlanmış bir anket formudur (Ek-1). Anket 19 sorudan oluşmaktadır.

3.3.3. Beden Kitle İndeksi Temelli Vücut Boyut Kılavuzu (VBK)

Bireylerin beden algılarını tanımlamak amacıyla CV Harris tarafından geliştirilen, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış ‘Beden Kitle İndeksi Temelli Vücut Boyut Kılavuzu’ nu kullandık (Ek 2). Kılavuz içeriğinde beden kitle indeksleri ardışık artacak şekilde yan yana dizilmiş 10 farklı beden imajını (A’dan J’ye) içeren görseller bulunmaktadır. Bu imajlar kadın ve erkek olarak iki ayrı şekilde tasarlanmıştır. Bu görseller gerçek insan fotoğrafları kullanılarak oluşturulup, yüz ve kıyafetler sonradan standardize edilmiştir. BKİ’ lerine göre A imgesi ‘zayıf’, B ve C imgeleri ‘normal’, D imgesi ‘fazla kilolu’, E ve F imgeleri ‘hafif obez’, G ve H imgeleri ‘orta derecede obez’, I ve J imgeleri ise ‘morbid obez’ sınıflarına denk gelmektedirler.

3.4. Çalışmanın Yürütülmesi

Demografik bilgiler anketini, VBK’ nu ve BADA’ ni yüz yüze görüşme tekniği ile katılımcılara uyguladık.

Katılımcıların boylarını ve vücut ağırlıklarını ölçerek not ettik. BKİ’ lerini hesapladık. Her katılımcıyı DSÖ’ nün obezite sınıflandırmasına uyacak şekilde ‘zayıf, normal, fazla kilolu, hafif obez, orta derecede obez ve morbid obez’ olarak sınıflandırdık.

Katılımcıları gelir düzeylerine göre ‘1.500 TL altı’, ‘1.500-2.999 TL arası’, ‘3.000-4.999 TL arası’, ‘5.000-9.999 TL arası’ ve ‘10.000 TL ve üzeri’ olacak şekilde gruplandırdık.

Sosyodemografik bilgiler anketi ile katılımcıların sosyodemografik özelliklerini sorguladık ve bu özelliklerle BKİ’ nin ilişkisini inceledik. BADA anketi ile katılımcıların kendi vücut ağırlıklarını sağlıklı olup olmadığı konusundaki tutumlarını, obezitenin sağlık sorunu olup olmadığı hakkındaki bilgi düzeylerini ve

geçmişte kilo vermek veya almak amacıyla yaptıkları davranışların sıklıklarını inceledik.

Katılımcılardan ‘Kendi vücut yapınıza en yakın hissettiğiniz şekli belirtiniz’ ifadesi ile VBK’ da yer alan imajlardan kendilerine en yakın hissettikleri imajı seçmelerini isteyerek katılımcıların beden ağırlığı algılarını belirledik. Yapılan seçimleri VBK’ na uygun olarak ‘zayıf, normal, fazla kilolu, hafif obez, orta derecede obez ve morbid obez’ şeklinde kategorize ettik.

Katılımcıların beden ağırlığı algılarını değerlendirirken BKİ’ lerine göre tespit ettiğimiz sınıfları ile VBK’ daki kendi bedenleri için tercih ettikleri beden imajının kategorisi arasındaki uyumu kullandık. Bu kategoriler ile BKİ sınıflarının aynı olmasını doğru beden ağırlığı algısı (DBAA) olarak tanımladık. Bu kategoriler ile BKİ sınıflarının farklı olmasını yanlış beden ağırlığı algısı (YBAA) olarak tanımladık. YBAA’ na sahip olan katılımcıları, BKİ sınıflarını temel alarak VBK’ da kendini olduğundan daha üst kategoride seçenler için ‘kendini olduğundan ağır olarak algılama (KOAA)’ terimini ve kendini olduğundan daha alt kategoride seçenler için ‘kendini olduğundan hafif olarak algılama (KOHA)’ terimini kullanarak ikiye ayırdık.

Katılımcılara ‘Sizce ideal vücut yapısına en uygun şekil hangisidir? Belirtiniz’ sorusu yöneltilerek VBK’ da yer alan imajlardan ideal yapıda olduğunu düşündükleri imajı seçmelerini istedik. Katılımcıların seçtikleri imajları VBK’ na uygun olacak şekilde ‘zayıf, normal, fazla kilolu, hafif obez, orta derecede obez ve morbid obez’ olarak kategorize ettik.

Katılımcıların VBK’ nu kullanarak kendi bedenlerini eşleştirdikleri beden imajlarının kategorileri ve ideal beden tercihlerinin sıklıklarını inceledik. Katılımcıların beden ağırlığı algılarını değerlendirirken öncelikle doğru veya yanlış beden ağırlığı algısı durumlarını inceledik. Sonra YBAA’ na sahip katılımcıların KOAA veya KOHA durumlarını değerlendirdik.

Katılımcıların ideal beden tercihlerinin yaş ve cinsiyet özellikleri ile ilişkisini inceledik. Katılımcıların beden ağırlığı algıları ile sosyodemografik özelliklerinin, kendi ağırlıklarını sağlıklı olarak değerlendirme durumlarının ve geçmişte kilo vermek için yapmış oldukları davranışların ilişkisini inceledik. Katılımcıların VBK’

daki kendi bedenlerini eşleştirdikleri imajların kategorileri ile kilo vermek için yaptıkları davranışların ilişkisini değerlendirdik.

Son olarak katılımcıların beden ağırlığı algıları VBK' daki kendi bedenlerini eşleştirdikleri imajların kategorileri ile BKİ sınıflarının ilişkisini inceledik. Ayrıca YBAA' na sahip katılımcılarda KOHA ve KOAA durumlarının BKİ sınıfları ile ilişkisini değerlendirirken, BKİ sınıfı zayıf olan katılımcıların VBK' da kendilerini olduğundan daha hafif seçemeyecekleri ve BKİ sınıfı morbid obez olan katılımcıların VBK' da kendilerini olduğundan daha ağır seçemeyecekleri göz önünde bulundurularak bu iki BKİ sınıfında yer alan katılımcıları hariç bıraktık. YBAA' na sahip BKİ sınıfı normal, fazla kilolu, hafif obez ve orta derecede obez olan katılımcıların KOHA ve KOAA durumlarının değerlendirdik.

3.5. Çalışmaya Alınma ve Dışlanma Kriterleri

Çalışmaya dahil edilme kriterleri;

- 18 yaş ve üzerinde olmak
- Anket sorularını anlayabilecek durumda olmak

Çalışma için dışlanma kriterleri;

- Nörolojik veya psikiyatrik bir hastalığı olmak
- Egzersiz yapmaya engel teşkil edecek bir durumu olmak
- Gebe olmak
- Vücut geliştirme sporu ile uğraşmak

3.6. Sonuç Ölçütü

Bu çalışmanın ana sonuç ölçütü BKİ temelli vücut boyut kılavuzunda kendi bedenleri için seçtikleri beden imajlarının kategorilerinin kişilerin ölçülen BKİ' leri ile eşleştirildiğinde elde edilen DBAA sıklığıdır.

3.7. Örneklem Hacmi

Çalışmayı Kalkınma bölgesindeki 3 aile sağlığı merkezinde (Kalkınma, Farabi ve Üniversite Aile Sağlığı Merkezleri) 7 aile hekimliği biriminde gerçekleştirdik. Bu aile sağlığı merkezlerinin sorumlu olduğu bölge popülasyonu yaklaşık 15000 kişidir. Yaklaşık popülasyonun 15000 kişiden oluştuğu düşünüldüğünde ve Türkiye Beden Ağırlığı Algısı 2011 çalışmasında obez bireylerin %25,8'i kendilerini obez olarak gördüğü sonucundan yola çıkarak %95 güvenilirlik, % 0,05 örnekleme hatası kabul edilerek örneklem hacmini 283 olarak hesapladık (26). Örneklem hesabını OpenEpi Version 3 ile yaptık.

3.8. İstatistiksel Analiz, Değerlendirme Yöntem ve Biçimleri

İstatistiksel hesaplamaları verileri bilgisayar ortamında Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) programına girerek yaptık.

Tanımlayıcı istatistiklerin ardından gruplar arası farkın anlamlılığını değerlendirmek için ki-kare testi, student t testi ve one-way ANOVA testlerini kullandık.

3.9. Etik Konular

Araştırmaya katılan tüm katılımcılara sözel olarak bilgilendirme yapılmış ve çalışmaya katılmak istediklerine dair yazılı onamları alınmıştır (Ek 3).

Araştırmanın yapılması için Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan 18.06.2018 tarih ve 24237859-431 sayılı etik kurul onayı (Ek 4) alınmış ve Trabzon İl Sağlığı Müdürlüğü ile KTÜ Tıp Fakültesi Dekanlığı arasında 24.07.2018 tarihli Araştırma İzinleri İşbirliği Protokolü (Ek 5) imzalanmıştır.

4. BULGULAR

4.1. Araştırmaya Katılanların Sosyodemografik Özellikleri

Toplam 283 katılımcının yaş ortalaması $36,77 \pm 12,77$ idi. Katılımcıların ölçülen boy ve ağırlıklarından BKİ' leri hesaplandığında, BKİ ortalamasının $27,37 \pm 5,33$ kg/m² olduğu görülmektedir. Katılımcıların diğeri sosyodemografik verileri tablo 2' de verilmiştir.

Katılımcıların BKİ' lerine göre sosyodemografik verileri tablo 3' te verilmiştir.



Tablo 2. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

Sosyodemografik veriler	%*	Sayı
Cinsiyet		
Kadın	54,8	155
Erkek	45,2	128
Medeni hal		
Evli	73,9	209
Bekâr	26,1	74
Öğrenim durumu		
Okuryazar olmayan	1,1	3
Sadece okuryazar	1,8	5
İlköğretim mezunu	26,5	75
Lise mezunu	30,0	85
Üniversite mezunu	40,6	115
Yaşadıkları yer		
İl merkezi	96,1	272
İlçe merkezi	3,2	9
Köy	0,7	2
Gelir düzeyi		
1.500 TL altı	6,9	19
1.500-2.999 TL arası	34,7	96
3.000-4.999 TL arası	34,3	95
5.000-9.999 TL arası	15,9	44
10.000 TL ve üzeri arası	8,3	23
Meslek özellikleri		
Beden gücünün yoğun olarak kullanıldığı meslekler	21,6	61
Masa başı çalışanlar	27,6	78
Çalışmayanlar	50,9	144
Beden Kitle İndeksi Sınıfları		
Zayıf	3,9	11
Normal	30,4	86
Fazla kilolu	37,8	107
Hafif obez	19,8	56
Orta derecede obez	6,7	19
Morbid obez	1,4	4
*:Sütun yüzdesi		

Tablo 3. Katılımcıların BKİ'lerine göre sosyodemografik özellikleri

	Beden Kitle İndeksi Sınıfları						P değeri
	Zayıf	Normal	Fazla kilolu	Hafif obez	Orta derecede obez	Morbid obez	
Yaş ortalaması ± standart sapma	25,45 ± 8,77	30,31 ± 9,83	37,55 ± 12,43	42,50 ± 11,64	48,63 ± 12,02	49,00 ± 10,61	<0,001*
Cinsiyet							
Kadın % (n)	4,5 (7)	35,5 (55)	28,4 (44)	21,3 (33)	7,7 (12)	2,6 (4)	0,008
Erkek % (n)	3,1 (4)	24,2 (31)	49,2 (63)	18,0 (23)	5,5 (7)	0,0 (0)	
Medeni hal							
Evli % (n)	1,0 (2)	23,9 (50)	40,2 (84)	24,9 (52)	8,1 (17)	1,9 (4)	<0,001
Bekâr % (n)	12,2 (9)	48,6 (36)	31,1 (23)	5,4 (4)	2,7 (2)	0,0 (0)	
Öğrenim Durumu							
Okuryazar olmayan % (n)	0,0 (0)	0,0 (0)	33,3	33,3 (1)	33,3 (1)	0,0 (0)	<0,001
Sadece okuryazar % (n)	0,0 (0)	0,0 (0)	40,0 (2)	40,0 (2)	0,0 (0)	20,0 (1)	
İlkokul mezunu % (n)	1,3 (1)	17,3 (13)	37,3 (28)	28,0 (21)	12,0 (9)	4,0 (3)	
Lise mezunu % (n)	5,9 (5)	20,0 (17)	44,7 (38)	21,2 (18)	8,2 (7)	0,0 (0)	
Üniversite ve üzeri % (n)	4,3 (5)	48,7 (56)	33,0 (38)	12,2 (14)	1,7 (2)	0,0 (0)	
Meslek							
Beden gücünün yoğun olarak kullanıldığı meslekler % (n)	3,3 (2)	24,6 (15)	52,5 (32)	19,7 (12)	0,0 (0)	0,0 (0)	0,020
Masa başı çalışanlar % (n)	1,3 (1)	38,5 (30)	37,2 (29)	17,9 (14)	5,1 (4)	0,0 (0)	
Çalışmayanlar % (n)	5,6 (8)	28,5 (41)	31,9 (46)	20,8 (30)	10,4 (15)	2,8 (4)	

*: Yaş ortalamaları arasındaki farklılıklar zayıf sınıfı ile fazla kilolu (p=0,011), hafif obez (p<0,001), orta derecede obez (p<0,001), morbid obez (p=0,006) sınıfları arasında, normal sınıfı ile fazla kilolu (p<0,001), hafif obez (p<0,001), orta derecede obez (p<0,001), morbid obez (p=0,018) sınıfları arasında, fazla kilolu sınıfı ile orta derecede obez (p=0,002) sınıfı arasında idi.

4.2. Katılımcıların BADA Sonuçlarının Değerlendirilmesi

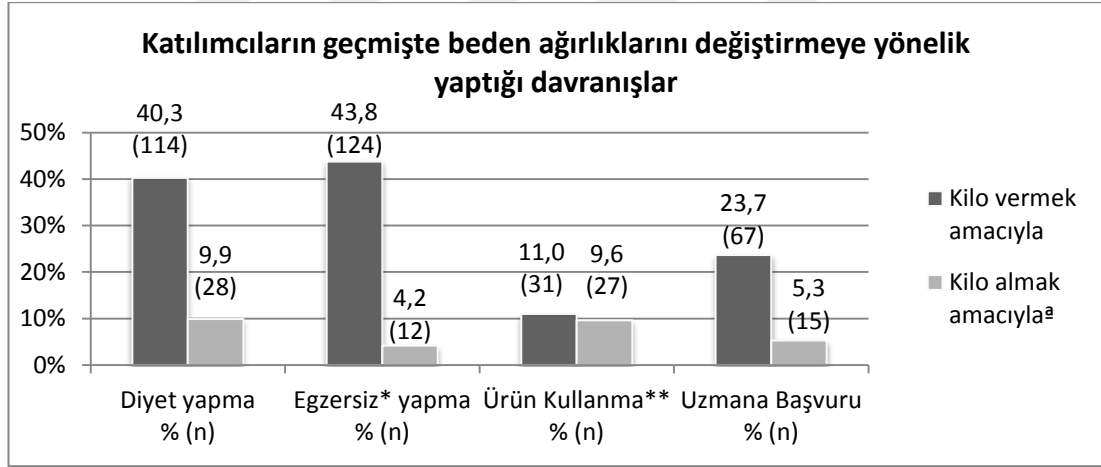
Katılımcıların %47' si (133) kendi vücut ağırlığının sağlıklı olduğunu düşünür iken %53' ü (150) kendi vücut ağırlığını sağlıksız buldu.

Katılımcıların sağlıklı vücut ağırlığı konusundaki tutumlarının değerlendirildiği sorulara verdikleri yanıtların sıklığı tablo 4' te gösterilmiştir.

Katılımcıların geçmişte beden ağırlıklarını azaltmaya veya arttırmaya yönelik yapmış oldukları davranışların değerlendirilmesi şekil 1’ de gösterilmiştir.

Tablo 4. Katılımcıların sağlıklı vücut ağırlığı hakkındaki tutumlarının değerlendirilmesi

	Kesinlikle katılanlar	Katılanlar	Fikri olmayanlar	Katılmayanlar	Kesinlikle katılmayanlar
Şişmanlık bir sağlık sorunudur % (n)	64,7 (183)	30,4 (86)	0,7 (2)	4,2 (12)	0,0 (0)
Zayıflık bir sağlık sorunudur % (n)	13,1 (37)	31,8 (90)	2,1 (6)	49,8 (141)	3,2 (9)
Şişmanlık sadece görsel bir sorundur % (n)	0,7 (1)	13,8 (41)	4,2 (20)	70,3 (197)	11,0 (24)
Fazla kilolu olmak sadece görsel bir sorundur % (n)	0,4 (1)	14,5 (41)	7,1 (20)	69,6 (197)	8,5 (24)
Zayıflık sadece görsel bir sorundur % (n)	2,5 (7)	14,1 (40)	10,6 (30)	67,1 (190)	5,7 (16)

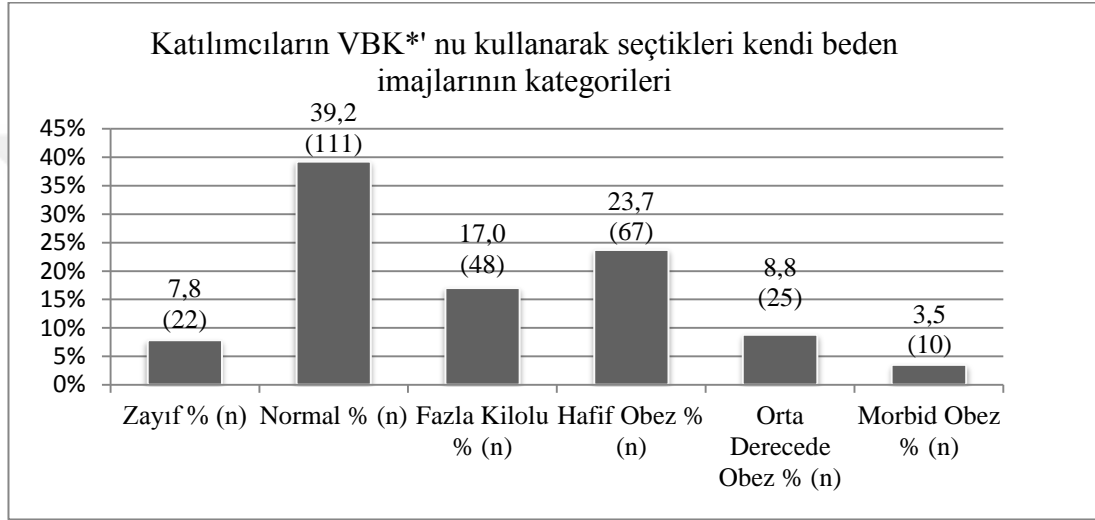


Şekil 1. Katılımcıların geçmişte beden ağırlıklarını azaltmaya veya arttırmaya yönelik yapmış oldukları davranışlar. ^a: ‘Kilo almak amacıyla ürün kullandınız mı’ sorusunu toplam 282 kişi yanıtlamıştır. *: Haftada en az 3 gün, en az 20 dk, orta yoğunlukta egzersiz. **: Herhangi bir ilaç, vitamin, bitkisel bir karışım vb. ürün

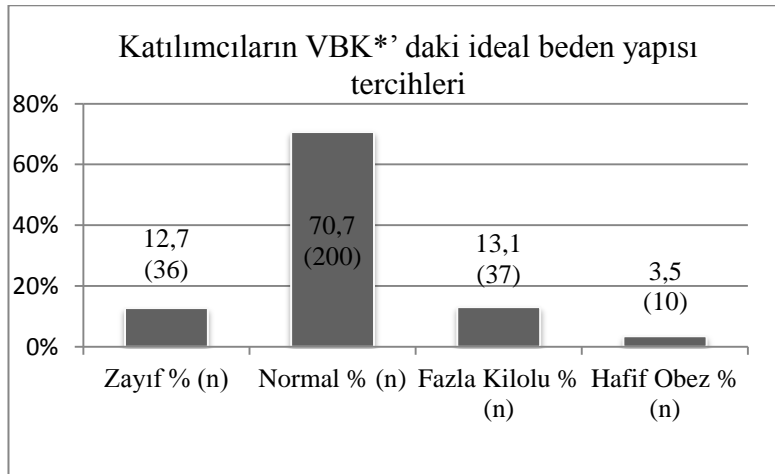
Ayrıca katılımcıların %0,7’ si (2) zayıflamak amacıyla akupunkturunu, %0,4’ ü (1) zayıflamak amacıyla kupa terapisini denerken %98,9 (280) katılımcı zayıflamak için hiçbir tamamlayıcı tıp yöntemini denememiştir. Ayrıca hiçbir katılımcı kilo alabilmek için herhangi bir tamamlayıcı tıp yöntemini kullanmamıştır.

4.3. Beden Ağırlığı Algısının ve İdeal Beden Algısının Değerlendirilmesi

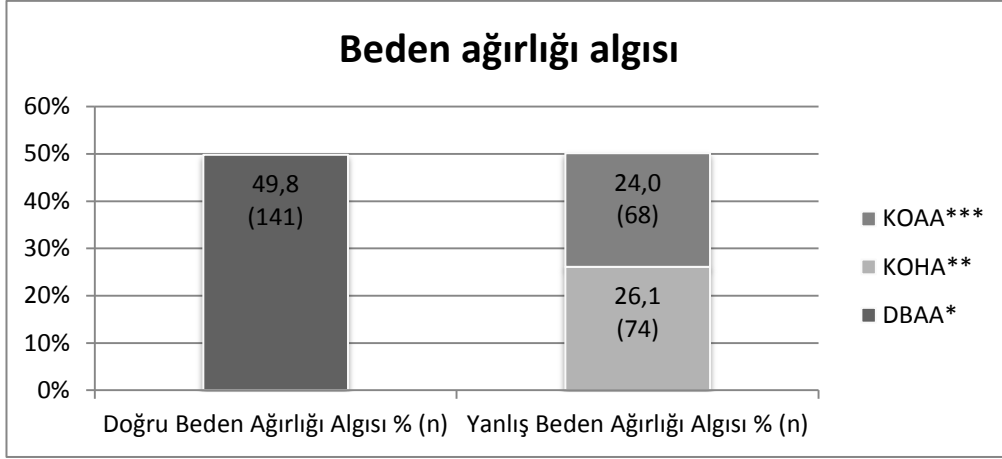
Katılımcıların vücut boyut kılavuzunu kullanarak, kendi beden yapılarını eşleştirdikleri beden imajı kategorilerindeki ve ideal beden tercihi kategorilerindeki sıklıklar şekil 2 ve 3’ da verilmiştir. Katılımcıların beden ağırlıklarını algılama durumları şekil 4’ de gösterilmiştir.



Şekil 2. Katılımcıların VBK’ nu kullanarak seçtikleri kendi beden imajlarının kategorileri. *VBK: Vücut boyut kılavuzu



Şekil 3. VBK’daki ideal beden yapısı tercihleri. *VBK: Vücut boyut kılavuzu



Şekil 4. Katılımcıların beden ağırlıklarını algılama durumları. *DBAA: Doğru beden ağırlığı algısı
KOHA: Kendini olduğundan hafif algılama *KOAA: Kendini olduğundan ağır algılama

4.4. Katılımcıların VBK' nu Kullanarak Seçtikleri İdeal Beden İmajlarının Kategorileri İle Sosyodemografik Özelliklerin İlişkisinin Değerlendirilmesi

Katılımcıların VBK' nu kullanarak seçtikleri ideal beden imajlarının kategorilerine göre yaş ortalamaları ve cinsiyet özellikleri tablo 5' te verilmiştir.

Tablo 5. Katılımcıların Vücut Boyut Kılavuzunu (VBK) kullanarak seçtikleri ideal beden imgelerinin kategorilerine göre yaş ortalamaları ve cinsiyet özellikleri tablosu

	Katılımcıların VBK' nu kullanarak seçtikleri ideal beden imajlarının kategorileri				P değeri
	Zayıf	Normal	Fazla kilolu	Hafif obez	
Yaş ortalaması ± standart sapma	33,50 ± 10,73	36,40 ± 12,41	39,27 ± 14,13	46,60 ± 16,68	0,019
Cinsiyet					<0,001
Kadın % (n)	22,6 (35)	72,9 (113)	2,6 (4)	1,9 (3)	
Erkek % (n)	0,8 (1)	68,0 (87)	25,8 (33)	5,5 (7)	

Katılımcıların VBK daki ideal beden kategorileri incelendiğinde 'zayıf' kategorisi ile 'hafif obez' kategorisi arasında yaş ortalamaları açısından anlamlı farklılık mevcuttu (p=0,020).

4.5. Katılımcıların Beden Algıları İle Sosyodemografik Özelliklerinin Değerlendirilmesi

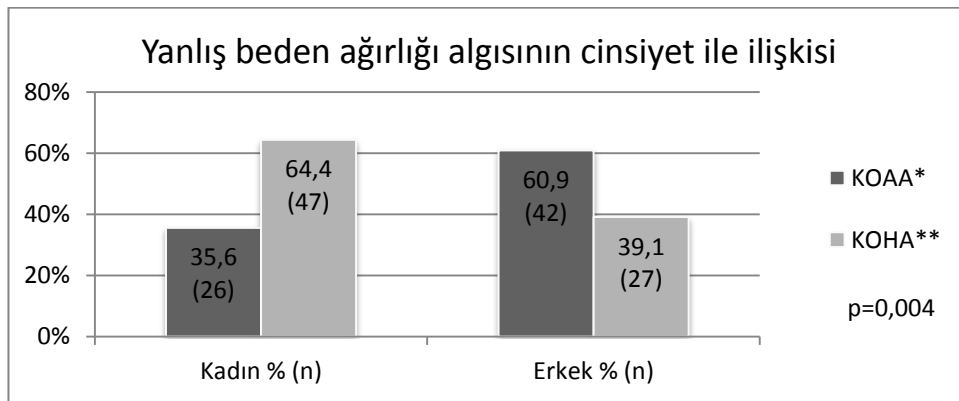
Katılımcıların beden ağırlığı algıları ile yaş ortalamaları tablo 6’ da verilmiştir.

Tablo 6. Katılımcıların beden ağırlığı algıları ile yaşlarının değerlendirilmesi

	Beden Ağırlığı Algısı			P değeri
	Kendini Olduğundan Hafif Algılama	Doğru Beden Ağırlığı Algısı	Kendini Olduğundan Ağır Algılama	
Yaş ortalaması ± standart sapma	40,20 ± 12,97	34,14 ± 11,87	38,47 ± 13,36	0,002*

*: Farklılık doğru beden ağırlığı algısı (DBAA) ile kendini olduğundan hafif algılayanlar (KOHA) arasında idi (p=0,002). DBAA ile kendini olduğundan ağır algılama (KOAA) arasında ve KOHA ile KOAA arasında anlamlı farklılık yoktu (p=0,052 ve p=0,689).

Katılımcıların beden ağırlıklarını doğru veya yanlış algılama durumları ile cinsiyetleri arasında anlamlı farklılık yoktu (kadınların %52,9’ u (82) DBAA’ na sahip, erkeklerin %46,1’ i (59) DBAA’ na sahip) (p=0,283). Ancak YBAA’ na sahip katılımcıların KOAA ve KOHA durumları ile cinsiyetleri arasında anlamlı farklılık vardı (p=0,004) (Şekil 5).



Şekil 5. YBAA’ nın cinsiyet ile ilişkisi. *Kendini olduğundan ağır algılama, **Kendini olduğundan hafif algılama

DBAA' na sahip olma sıklığı bekâr katılımcılarda (%66,2 n=49) evlilerden (%44 n=92) anlamlı şekilde fazla idi (p=0,001). YBAA' na sahip katılımcıların medeni durumları ile KOAA (%80,9' u evli) veya KOHA (%83,8' i evli) durumları arasında anlamlı farklılık yoktu (p=0,666).

Katılımcıların öğrenim durumları ve meslek özellikleri ile beden ağırlığı algılarının ilişkisi tablo 7 ve tablo 8' de gösterilmiştir.

Tablo 7. Katılımcıların öğrenim durumları ile beden ağırlığı algıları

	Okuryazar olmayan % (n)	Sadece okuryazar % (n)	İlkokul mezunu % (n)	Lise mezunu % (n)	Üniversite ve üzeri % (n)	P değeri
Beden Algısı						0,025
DBAA*	33,3 (1)	20,0 (1)	40,0 (30)	45,9 (39)	60,9 (70)	
YBAA**	66,7 (2)	80,0 (4)	60,0 (45)	54,1 (46)	39,1 (45)	
YBAA						0,015
KOAA***	0,0 (0)	0,0 (0)	35,6 (16)	52,2 (24)	62,2 (28)	
KOHA****	100,0 (2)	100,0 (4)	39,2 (29)	47,8 (22)	37,8 (17)	

*Doğru beden ağırlığı algısı, **Yanlış beden ağırlığı algısı, ***Kendini olduğundan ağır algılama, ****Kendini olduğundan hafif algılama

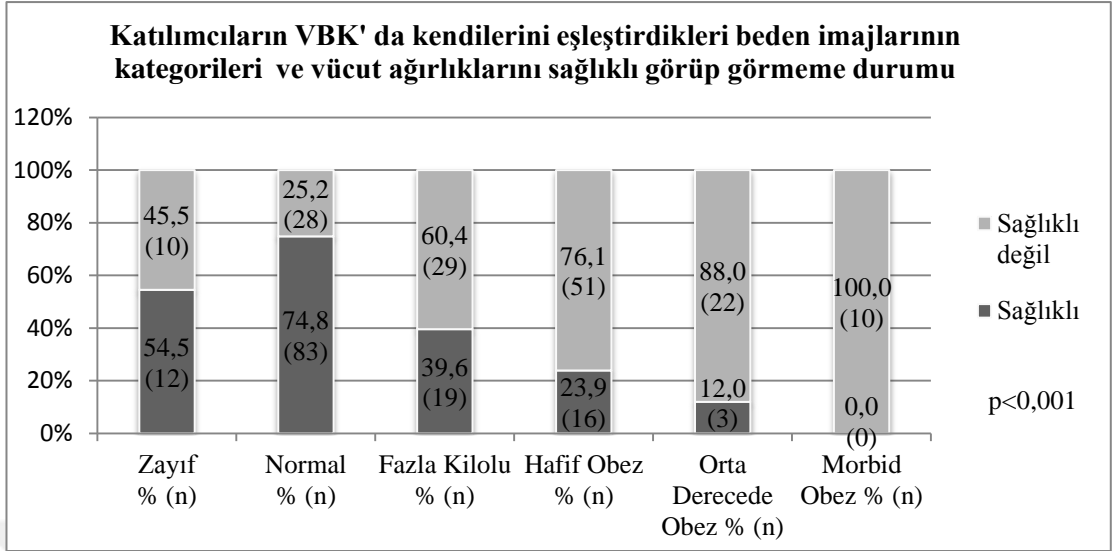
Tablo 8. Katılımcıların mesleki durumları ile beden ağırlığı algıları

	Bedensel iş gücü ağırlıklı meslekler % (n)	Masa başı meslekler % (n)	Çalışmayanlar % (n)	P değeri
Beden Algısı				0,737
DBAA*	45,9 (28)	52,6 (41)	50,0 (72)	
YBAA**	55,1 (33)	47,4 (37)	50,0 (72)	
YBAA				0,015
KOAA***	63,6 (21)	56,8 (21)	36,1 (26)	
KOHA****	36,4 (12)	43,2 (16)	63,9 (46)	

*Doğru beden ağırlığı algısı, **Yanlış beden ağırlığı algısı, ***Kendini olduğundan ağır algılama, ****Kendini olduğundan hafif algılama

4.6. Katılımcıların BADA Sonuçları İle Beden Algılarının Değerlendirilmesi

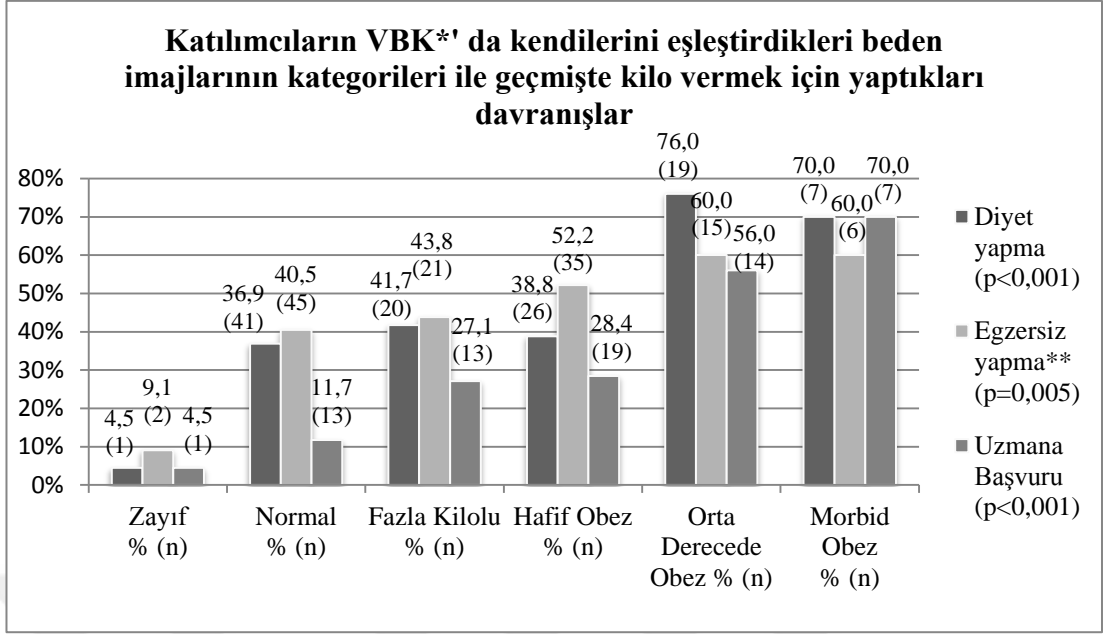
Katılımcıların VBK' nu kullanarak seçtikleri kendi beden imajlarının kategorilerine göre vücut ağırlıklarını sağlıklı olarak görüp görmeme durumları arasında anlamlı farklılık mevcuttu (p<0,001) (şekil 6).



Şekil 6. Katılımcıların vücut boyut kılavuzundaki (VBK) kendilerini eşleştirdikleri beden imajlarının kategorileri ile kendi ağırlıklarını sağlıklı görüp görmeme durumları

Katılımcıların geçmişte kilo vermek amacıyla diyet yapma, egzersiz yapma ve uzmana başvurma durumları açısından VBK' da kendilerini eşleştirdikleri beden imajlarının kategorileri arasında anlamlı farklılık saptandı ($p < 0,001$) ($p = 0,005$) ($p < 0,001$) (Şekil 7).

Katılımcıların geçmişte kilo vermek amacıyla diyet yapma, egzersiz yapma ve uzmana başvurma durumları ile beden algılarının değerlendirilmesi tablo 9' da verilmiştir.



Şekil 7. Katılımcıların vücut boyut kılavuzundaki kendilerini eşleştirdikleri beden imajlarının kategorileri ile geçmişte kilo vermek amacıyla yapmış oldukları davranışlar.*: Vücut boyut kılavuzu
**: Haftada en az 3 gün, en az 20 dk, orta yoğunlukta egzersiz.

Tablo 9. Katılımcıların beden ağırlığı algıları ile geçmişte kilo vermek amacıyla yapmış oldukları davranışlar

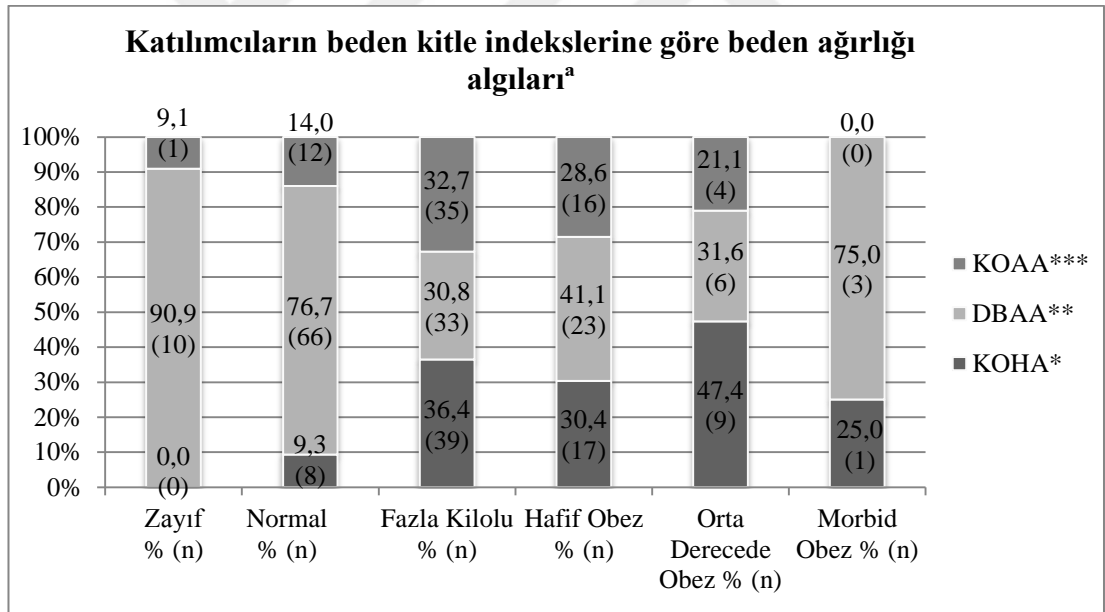
	Geçmişte kilo vermek amacıyla yapılan davranışlar		
	Diyet yapma	Egzersiz yapma ^a	Uzmana başvurma
Beden ağırlığı algısı			
DBAA* % (n)	37,6 (53)	41,1 (58)	21,3 (30)
YBAA** % (n)	43,0 (61)	46,5 (66)	26,1 (37)
P değeri	0,397	0,402	0,402
YBAA			
KOHA*** % (n)	37,8 (28)	39,2 (29)	20,3 (15)
KOAA**** % (n)	48,5 (33)	54,4 (37)	32,4 (22)
P değeri	0,236	0,092	0,126

*Doğru beden ağırlığı algısı, **Yanlış beden ağırlığı algısı, ***Kendini olduğundan ağır algılama, ****Kendini olduğundan hafif algılama, ^a: Haftada en az 3 gün, en az 20 dk, orta yoğunlukta egzersiz

4.7. Katılımcıların Beden Algıları İle Beden Kitle İndekslerinin Değerlendirilmesi

DBAA sıklığının en yüksek olduğu BKİ sınıfı %90,9 (10) ile ‘zayıf’ idi. DBAA sıklığı ikinci en yüksek olduğu BKİ sınıfı %76,7 (66) ile ‘normal’ idi. YBAA sıklığının en yüksek olduğu BKİ sınıfları ise sırasıyla %69,2 (74), %68,4 (13) ve %58,9 (33) ile ‘fazla kilolu, orta derecede obez ve hafif obez’ idi. BKİ sınıfı morbid obez olan katılımcıların diğer obez sınıflarındaki katılımcılardan farklı olarak DBAA sıklığı %75 (3) ile daha yüksek idi. (Şekil 8).

Beden ağırlığını doğru veya yanlış algılama açısından BKİ grupları arasında anlamlı farklılık vardı ($p<0,001$). Beden ağırlığını doğru veya yanlış algılama durumu açısından BKİ sınıfları kendi içlerinde incelendiğinde normal ile fazla kilolu sınıfları ($p<0,001$), normal ile hafif obez sınıfları ($p<0,001$) ve normal ile orta derecede obez sınıfları ($p<0,001$) arasında anlamlı farklılık vardı. Beden ağırlığını doğru veya yanlış algılama durumu açısından BKİ’ ne göre fazla kilolu, hafif obez ve orta derecede obez sınıfları arasında ise anlamlı farklılık saptanmadı ($p=0,412$).



Şekil 8. Katılımcıların beden kitle indekslerine göre beden ağırlıklarını algılama durumları. ^a: KOHA ve KOAA gruplarının birleşimiyle yanlış beden ağırlığı algısı elde edilmiştir. *Kendini olduğundan hafif algılama, **Doğru beden ağırlığı algısı ***Kendini olduğundan ağır algılama

YBAA’ na sahip katılımcıların BKİ sınıfları ile kendilerini olduğundan ağır veya hafif algılama durumlarına bakıldığında zayıf sınıfta kalan tek katılımcı kendini olduğundan ağır algılamak, morbid obez sınıfta kalan tek katılımcı kendini olduğundan hafif algılamıştır. Kalan BKİ sınıfları arasında normallerin %60’

ı (n=12) KOAA, fazla kiloluların %47,3' ü (n=35) KOAA, hafif obezlerin %48,5' i (n=16) KOAA ve orta derecede obezlerin %30,8' i (n=4) KOAA idi (p=0,437).



5. TARTIŞMA

DSÖ, 20 yıl önce obeziteyi 21. yüzyılda görülmesi beklenen en önemli sağlık sorunlarından biri olarak nitelendirmiştir. Günümüzde obezite sigaradan sonra en önemli önlenebilir ölüm nedeni olmuştur. Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de çocukluk çağında ve yetişkinlikte obezite sıklığı günden güne artmaktadır (31). Bu artışı durdurmanın en etkili yolu kişilerin obez olmalarını engellemek ve farkındalıklarını arttırmaktır. Obezite konusunda topluma yönelik sağlıklı beslenme eğitimleri vermek, fiziksel aktivitelerin artırılmasının teşviki obezite ile mücadelenin temel hususlarıdır (42). Ancak bireylerin kendi beden ağırlıklarının farkında olmaları obezitenin önlenmesinde ayrı bir öneme sahiptir. Fazla kiloluluk ve obezite günümüz algısında normalleşmeye başlamıştır. Fazla kilolu bireyler eskiden doğru beden ağırlığı algısına sahipken artık kendilerini normal ağırlıkta algılamaktadırlar (7). Fazla kilolu bireylerin kendilerini normal ağırlıkta algılamaları obezite için bir risk faktörüdür (8).

Obezite ile mücadelede, obezitenin önlenmesi için verilen obezite eğitimlerinin veya obezite tedavisindeki birçok yöntemin yanı sıra bireylerin kendi bedenlerine ilişkin algıları da önemli bir yer tutmaktadır. Çünkü bireylerin bu eğitim veya tedavi yöntemlerini benimseyebilmeleri ve uygulayabilmeleri için öncelikle kendi bedenlerini doğru algılamaları gerekmektedir. Bu nedenle bireylerin beden ağırlığı algılarının değerlendirilmesi için çalışmamızda 18 yaş ve üzeri bireylerin sosyodemografik özellikleri ve beden ağırlığı tutum ve davranış anketine verdikleri yanıtlar ile vücut boyut kılavuzunu kullanarak kendi beden yapılarıyla eşleştirdikleri beden imajlarının kategorilerini, bu kategorilere göre kendi beden ağırlıklarını algılama durumlarını ve ideal beden tercihlerini karşılaştırarak literatür eşliğinde tartışılmıştır.

5.1. Sosyodemografik Özellikler

Çalışmamızda yer alan katılımcıların %1,1' i okuryazar değil, %1,8' i sadece okuryazar, %26,5' i ilköğretim mezunu, %30,0' u lise mezunu, %40,6' sı üniversite ve üzeri öğrenim düzeyinde idi. Türkiye genelinde yapılan 6137 kişinin katıldığı

Türkiye Beden Ağırlığı Algısı çalışmasında katılımcıların %13,5' i okuryazar olmayanlardan, %6,2' si sadece okuryazar olanlardan, %56,0' sı ilköğretim mezunlarından (%42,6'sı ilkokul, %13,4' ü ortaokul), %16,0' sı lise mezunlarından ve %8,3' ü üniversite ve üzeri öğrenim düzeyin olanlardan oluşmuştur (26). Bizim çalışmamızda öğrenim düzeyinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Özellikle üniversite mezunlarının oranı Türkiye ortalamasının üzerindedir. Bu durum çalışmanın yapıldığı 3 aile sağlığı Merkezinin de yerleşim yerleri açısından üniversiteye yakın olmasından kaynaklanabilir.

Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre Türkiye nüfusu erkek oranı %50,2, kadın oranı ise 49,8' dir (53). Çalışmamızda ise kadınların oranı %54,8 olup erkeklerden daha fazla idi.

Çalışmamızda katılımcıların BKİ sınıflarına dağılımı %3,9 zayıf, %30,4 normal, %37,8 fazla kilolu, %19,8 hafif obez, %6,7 orta derecede obez ve %1,4 morbid obez şeklinde olmuştur. Alwan ve arkadaşları tarafından yapılan 1255 kişinin yer aldığı sosyodemografik özellikler ile beden algısı ilişkisinin araştırıldığı bir çalışmada katılımcıların %3,5' i zayıf, %33,4' ü normal, %35,3' fazla kilolu ve %27,9' u obez BKİ sınıfında yer almış olup bizim çalışmamızla benzer sıklığa sahiptir (54). Öte yandan 2010 yılında yapılan TURDEP-II çalışmasında %1,4 zayıf, %26,0 normal, %36,7 fazla kilolu, %24,0 hafif obez, %8,8 orta derecede obez ve %3,1 morbid obez şeklindedir (40). Bizim çalışmamızda 'zayıf, normal ve fazla kilolu' BKİ sınıflarındaki oranlar daha yüksek iken 'hafif obez, orta derecede obez ve morbid obez' sınıflarındaki oranlar daha düşük gözlenmiştir. Beden kitle indeksi hesaplanırken katılımcı beyanının temel alındığı Türkiye Beden Ağırlığı Algısı çalışmasında katılımcıların %3,6' sı zayıf, %39,7' si normal, %33,3' ü fazla kilolu ve %23,4' ü obez sınıfında yer almıştır (26). 2016 TÜİK Türkiye Sağlık Araştırması'na göre 15 yaş ve üzeri bireylerin %4' ü zayıf, %42,1' i normal, %34,3' ü fazla kilolu ve %19,6' sı obez sınıfında bulunmuş (55). Bu iki çalışmayla kıyaslandığında obez ve fazla kilolu birey sıklığı çalışmamızda daha yüksek bulundu. Ülkemizde son 15 yılda yapılan çalışmaların değerlendirildiği bir meta-analizde obezite sıklığında çeşitliliğin olduğu ve bunun TURDEP çalışmasının katılımcılarının genel özelliklerinden kaynaklandığı belirtilmiştir (41). Çalışmamızdaki obezite sıklığının TURDEP çalışmasından düşük olması bundan kaynaklanabilir.

Çalışmamızda boya göre kilonun yüksek olduğu BKİ sınıflarında yaş ortalaması daha yüksek değerlerde idi, bu BKİ sınıflarında öğrenim durumu daha düşüktü. Literatürde yaşın ve düşük öğrenim durumunun obezite için risk faktörü olduğu gösterilmiştir (26, 56, 57). Bu veriler çalışmamızı destekler niteliktedir.

5.2. Katılımcıların BADA Anketi Sonuçları

Katılımcıların ‘şişmanlık bir sağlık sorunudur’ önermesine verdikleri yanıtlar %95,1 ‘kesinlikle katılıyorum veya katılıyorum’ şeklinde olmuştur. Bir başka çalışmada ise katılımcıların %85,3’ ü obeziteyi sağlık sorunu olarak kabul etmiştir (26). Bizim çalışmamızda obeziteyi sağlık sorunu olarak görme tutumunun daha fazla olması katılımcıların öğrenim durumlarının daha yüksek düzeyde olmasından kaynaklanabilir.

ABD’ de 6910 bireyin yer aldığı benzer bir çalışmada katılımcıların kilo vermek amacıyla diyet ve egzersiz yapma oranları sırasıyla %51,4 ve %50,7 olarak bulunmuş (58). Bizim çalışmamızda bu oranlar %40,3 ve %43,8 bulundu. Bu çalışmayla kıyaslandığında bizim çalışmamızdaki kilo vermek için diyet veya egzersiz yapma oranları daha düşüktür. Çalışmamızdaki diyet yapma oranı Türkiye Beden Ağırlığı Algısı çalışmasındaki katılımcıların son 1 yıl içerisinde kilo vermek amacıyla diyet yapma oranından (%17,4) ise oldukça yüksektir (26). Kilo vermek için herhangi bir ilaç, vitamin, bitkisel bir karışım vb. ürün kullanma oranları ise bizim çalışmamızda %11 iken Lemon ve arkadaşlarının çalışmasında %0,7 bulunmuş (58). Ürün kullanma oranının ülkemizde yüksek oluşu bu tarz ürünlere ulaşılabilirliğin kolay olmasından kaynaklanabilir.

5.3. Beden Ağırlığı Algısının ve İdeal Beden Algısının Değerlendirilmesi

Çalışmamızda vücut boyut kılavuzunu (VBK) kullanarak kendi beden imajlarını seçen katılımcıların yaklaşık %40’ ı kendini normal olarak algılamıştır. Beden ağırlığı algısının katılımcıya sorularak tespit edildiği bir çalışmada katılımcıların %10,5’ i zayıf olduğunu, %51,9’ u normal olduğunu, %29,4’ ü fazla

kilolu olduğunu ve %8,2' si kendisinin obez olduğunu belirtmiş (26). Bu çalışma ile kıyaslandığında çalışmamızda BKİ' nin ölçülen boy ve kiloya göre hesaplanması, beden ağırlığı algısı hesaplanırken görsel nitelikte standart beden imajları sunan VBK' nun kullanılması ve BKİ normal ve zayıf olan bireylerin daha düşük sıklıkta olması, iki çalışma arasındaki beden ağırlığı algısı farkını açıklayabilir.

Çalışmamızda katılımcıların VBK' nu kullanarak belirledikleri ideal beden tercihleri ile cinsiyetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p<0,001$). İdeal beden imajı olarak erkeklerin %0,8'i zayıf kategorisindeki imajı, %25,8' i fazla kilolu kategorisindeki imajı gösterirken, kadınların %22,6' sı zayıf kategorisindeki imajı, %2,6' sı fazla kilolu kategorisindeki imajı göstermiştir. Bu sonuçlardan erkeklerin ideal beden tercihi ağırlıklı olarak normal ve fazla kilolu bedenler iken kadınların tercihi daha çok normal ve zayıf bedenler olmuştur. Alipour ve arkadaşlarının yaşları 18 ile 35 arasında değişen 184 kadın katılımcıyla gerçekleştirdikleri bir çalışmada kadınların ideal beden tercihlerinin ağırlıklı olarak normal ve zayıf beden imajlarını içermesi çalışmamızın sonuçlarını desteklemektedir (15). Çalışmamızda ideal beden imajı olarak hafif obez kategorisini seçenlerin yaş ortalamasının, zayıf kategorisini seçenlerin yaş ortalamasından daha yüksek olması dikkat çekici idi.

5.4. Katılımcıların Beden Algıları İle Sosyodemografik Özelliklerinin Değerlendirilmesi

Çalışmamızda katılımcıların %49,8' i doğru beden ağırlığı algısına sahip iken %24' ü kendini olduğundan daha ağır algılamakta, %26,1' i ise kendini olduğundan daha hafif algılamaktadır. Türkiye Beden Ağırlığı Algısı çalışmasında bulunan DBAA sıklığı %49,7 olup bizim çalışmamızdakine çok yakındır (26). Inoue ve arkadaşlarının Japonya' da yaptıkları çalışmada DBAA' sı %55,2 olup çalışmamızdaki orandan daha yüksektir (59). Stock ve arkadaşlarının üniversite birinci sınıf öğrencilerinde yaptıkları araştırmada DBAA sıklığı %56,7 ile bizim çalışmamızdan yüksek bulunmuştur (60). Çalışmamızda DBAA veya YBAA ile cinsiyetler arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Literatürde DBAA' nın kadın ve erkekler arasında benzer olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (26). Kim ve

arkadaşları Seul’ de 2224 kadın katılımcı ile yaptıkları araştırmada kadınlarda DBBA sıklığını (%57,4) bizim çalışmamızdakinden daha yüksek bulmuşlardır (61).

Çalışmamızda DBAA’ na sahip olanların yaş ortalaması KOHA’ ın yaş ortalamasından daha düşüktü ve bu farklılık istatistiksel olarak anlamlıydı. Literatürde yaş arttıkça DBAA’ nın azaldığını gösteren çalışmalar çalışmamızı destekler niteliktedir (26, 62). DBAA’ na sahip bireylerin daha genç yaşlarda olmaları ve yine daha genç olanların ideal beden tercihlerinde daha düşük VBK kategorisini seçmeleri; obezite ile mücadelede beden ağırlığı algısının iyileştirilmesi konusunda önceliğin orta yaş ve üzerine verilmesinin gerekliliğini göstermektedir.

Çalışmamızda DBAA’ na sahip katılımcıların cinsiyetleri arasında anlamlı farklılık yok iken, YBAA olan katılımcılar içinde erkeklerin çoğunlukla kendini olduğundan ağır algılama eğiliminde olduğu, kadınların ise çoğunlukla kendini olduğundan hafif algılama eğiliminde olduğu görüldü. Ancak Stock ve arkadaşlarının çalışmasında kadınların erkeklerden daha fazla oranda (YBAA olan kadınların %84,8’ i, erkeklerin %33,6’ sı) kendilerini olduğundan ağır algılama durumunda olduğu bulunmuş (60). Benzer şekilde Kim ve arkadaşlarının çalışmasında da YBAA’ na sahip kadınların %84,8’ inin kendini olduğundan daha ağır algılamakta olduğu bulunmuş (61). Çalışma sonuçları arasındaki bu farklılığın çalışmaların örneklemlerinin sosyodemografik özelliklerindeki (yaş, öğrenim durumu, BKİ değerleri, etnik köken vb.) farklılıklardan kaynaklanabileceği gibi çalışmalarda kullanılan beden ağırlığı algısını tespit etme yöntemlerinin farklılığından da kaynaklanabileceğini düşünmekteyiz.

Çalışmamızda beden ağırlığı algısını katılımcıların öğrenim durumları ile değerlendirdiğimizde; en yüksek DBAA’ na sahip olma oranının üniversite ve üzeri öğrenim görenlerde olduğunu, KOAA durumunun yine en fazla üniversite ve üzeri öğrenim görenlerde, KOHA durumunun ise en fazla okuryazar olmayanlar ve sadece okuryazar olanlarda olduğunu bulduk. Bu sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı idi. Literatürde öğrenim düzeyi arttıkça DBAA sıklığının arttığını gösteren çalışmalar mevcuttur (25, 26, 54, 62). Ayrıca obezite sıklığının öğrenim düzeyi azaldıkça arttığı bilinmektedir (63). Bu durum ilkökul mezunu ve daha düşük öğrenim düzeyinde olanlarda KOHA sıklığının daha fazla olmasıyla kısmen açıklanabilir.

Çalışmamızda beden ağırlığını doğru veya yanlış algılama açısından meslek grupları arasında istatistiksel anlamlı farklılık yoktu. Ancak YBAA sahip olanlar içinde KOHA veya KOAA durumları açısından meslek grupları arasında anlamlı farklılık gözlemledik ($p=0,015$). KOHA sıklığı en fazla herhangi bir meslekte çalışmayan katılımcılarda idi.

5.5. Katılımcıların BADA Anketi Sonuçları ile Beden Algılarının Değerlendirilmesi

Katılımcıların VBK' nu kullanarak seçtikleri kendi beden imajlarının kategorisine göre kendini orta derecede obez olarak gören her on kişiden biri, kendini hafif obez olarak gören her beş kişiden biri ve kendini fazla kilolu olarak gören her beş kişiden ikisi kendi vücut ağırlığını sağlıklı olarak değerlendirmiştir. Katılımcıların % 95,1' i obezitenin bir sağlık sorunu olduğuna katılırken konu kendi ağırlıkları olduğunda aynı yargıyı gösterememişlerdir. Gerçek BKİ ne olursa olsun kendi vücut ağırlığını fazla kilolu veya obez olarak değerlendiren kişilerin aynı zamanda vücut ağırlıklarını sağlıklı olarak değerlendirmeleri toplumda fazla kiloluluk ve obezitenin normalleşmesine neden olabilir. Obezite ile mücadelede DBAA' nın kazandırılmasının yanı sıra sağlıklı beden ağırlığı algısının da geliştirilmesi yönünde adımlar atılmalıdır.

Çalışmamızda katılımcıların geçmişte kilo vermek amacıyla yaptıkları davranışların (diyet yapma, egzersiz yapma ve uzmana başvurma) sıklıkları, VBK' unu kullanarak kendi bedenleri ile eşleştirdikleri beden imajı kategorileri arasında anlamlı farklılık göstermekteydi. Diyet yapma, egzersiz yapma veya uzmana başvurma sıklığının en yüksek olduğu VBK kategorileri 'orta derecede obez ve morbid obez' kategorileri iken, 'zayıf' kategorisinde bu oranlar en düşük seviyede idi. Çalışmamızda, beden ağırlığı algısı VBK' na göre normal kategorisinde olanların %36,9' u, fazla kilolu kategorisinde olanların %41,7' si geçmişte zayıflamak amacıyla diyet yapmıştır. Karakaya ve arkadaşlarının katılımcılara son bir yıl içinde zayıflamak için diyet yapıp yapmadıklarını sorarak elde ettikleri verilere göre beden ağırlığı algısı normal sınıfında olanlarda diyet yapma sıklığı %10,1 iken fazla kilolu sınıfında olanlarda ise %29,4 olarak bulunmuş (26). Bizim çalışmamızda diyet

yapma sıklığı hem normal kategorisinde olanlarda hem de fazla kilolu kategorisinde olanlarda daha yüksekti. Karakaya ve ark. çalışmasında diyet yapma oranlarının daha düşük olması sadece bir yıllık bir dönemi kapsamasından kaynaklanabilir.

Çalışmamızda katılımcıların geçmişte kilo vermek amacıyla yaptıkları davranışlar (diyet yapma, egzersiz yapma ve uzmana başvurma) ile beden ağırlıklarını doğru veya yanlış algılamaları arasında anlamlı farklılık yoktu. Aynı doğrultuda YBAA' na sahip katılımcıların da beden ağırlığını olduğundan ağır veya hafif algılama durumları ile geçmişte kilo vermek amacıyla yaptıkları davranışlar arasında anlamlı farklılık yoktu. Çalışmamız sonucunda geçmişte yapılan kilo verme davranışlarının beden ağırlığı algısı ile ilişkisinin, bireyin kendini doğru kategoride algılamasından ziyade bireyin kendini hangi kategoride algıladığı ile ilgili olduğu düşünülmektedir. Lemon ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada kendini fazla kilolu veya obez olarak algılayan bireylerin normal olarak algılayanlara göre daha fazla kilo verme girişiminde bulunması düşüncemizi desteklemektedir (58). Bireylerin beden ağırlıklarını obez olarak algılamalarının sağlanması özellikle fazla kilolu ve obez bireylerin çeşitli kilo verme davranışlarını yapmasında bir motivasyon kaynağı olarak kullanılabilir. Bunun için beden ağırlığı algısının kilo verme girişimleri üzerine etkilerini ortaya koyacak çalışmalara ihtiyaç vardır.

5.6. Katılımcıların Beden Algıları İle Beden Kitle İndekslerinin Değerlendirilmesi

Çalışmamızda DBAA' nın en yüksek olduğu iki BKİ sınıfı 'zayıf ve normal' sınıfları idi. BKİ' ne göre fazla kilolu olan katılımcıların DBAA' na sahip olma oranı %30,8, hafif obez olan katılımcıların %41,1 ve orta derecede obez olan katılımcıların %31,6 olarak bulundu. Bu üç BKİ sınıfının DBAA oranları BKİ normal olanlardan istatistiksel anlamlı olarak daha düşük bulundu (sırasıyla $p<0,001$, $p<0,001$ ve $p<0,001$). Karakaya ve arkadaşlarının çalışmasında DBAA sıklığı fazla kilolularda %38,7, obezlerde %25,8 olarak bulunmuştur (26). Bizim çalışmamıza benzer şekilde en yüksek DBAA sıklığını normal sınıfında (%71,8) bulunmuştur (26). Fazla kilolu veya obez bireylerde DBAA sıklığının normal BKİ değerlerine sahip bireylerden daha düşük olması, fazla kilolu ve obez bireylerin beden ağırlığı algılarında

bozulmalar olduğunu göstermektedir. Literatüre bakıldığında fazla kilolu veya obez bireylerde DBAA' nın daha yüksek sıklıkta olduğu çalışmalar mevcuttur. Duncan ve arkadaşları çalışmalarında fazla kilolu ve obezlerdeki DBAA sıklığı %77 olarak belirtilmiştir (4). Başka bir çalışmada fazla kilolu ve obezlerde beden ağırlığını doğru algılama sıklığı %73,1 olarak belirtilmiştir (62). Beden ağırlığı algısının etnik köken, cinsiyet, eğitim düzeyi ve benzeri değişkenlerden etkilendiği bilinmektedir (4, 25, 64-66). Bizim çalışmamız ile bu çalışmalardaki farklı DBAA oranları çalışmaların örneklem özelliklerindeki farklılıklardan kaynaklanabilir. BKİ ile beden ağırlığı algısı arasındaki ilişkiyi ortaya koyabilecek randomize kontrollü çalışmalara ihtiyaç vardır.

Çalışmamızda her üç fazla kilolu ve hafif obezden biri ve her iki orta derecede obezden biri kendilerini olduklarından daha hafif algılamaktadır. Stock ve arkadaşlarının araştırmasında fazla kilolu ve obez öğrencilerin %40,0' ının kendini daha hafif algılamakta olduğu bulunmuştur (60). Özellikle bu bireylerin kendilerini olduğundan daha hafif olarak algılamaları kendi bedenleri ile ilgili farkındalıklarının olumsuz yönde bozulduğunu göstermektedir. Kendini olduğundan daha hafif algılayan fazla kilolu ve obez bireyler, içinde buldukları sağlık risklerinin de farkında değildirler (66). Obezite ile mücadelede ilk aşama kişilerin beden ağırlığı algılarının geliştirilmesi olmalıdır. Kişi kendini fazla kilolu veya obez olarak tanımlayamazsa obezitenin önlenmesi ve tedavisine yönelik tüm müdahalelere kayıtsız kalabilir.

5.7. Çalışmanın Kısıtlılıkları

Çalışmamızda üniversite mezunu olanların oranının Türkiye ortalamasının üzerinde oluşu çalışmanın yürütüldüğü 3 ASM' nin de yerleşim yerinin üniversiteye yakın olmasından kaynaklanabilir. Çalışmamızı toplum tarafından ulaşılabilirliğin en kolay olduğu birinci basamak sağlık merkezlerinde yapmış olmamıza rağmen çalışma sonuçlarının yapıldığı bölge ile kısıtlı olduğunu ve tüm toplumu yansıtmadığını kabul ediyoruz.

Çalışmamızın kısıtlılıklarından biri toplumun ideal beden algısı üzerinde etkili olabilecek sosyal medya ve diğer kitle iletişim araçlarının kullanım durumunun

sorgulanmamış olmasıdır. Aynı doğrultuda katılımcıların yakın çevrelerindeki kişilerin – aile bireyleri, iş arkadaşları, hane halkı gibi – fazla kiloluluk veya obezite durumlarının sorgulanmamış olmasını kısıtlılık olarak görmekteyiz.

Çalışmamızda beden ağırlığı algısı terimini kullansak da asıl değerlendirdiğimiz salt vücut ağırlığı değil boya göre ağırlık durumudur. Bu amaçla beden ağırlığı algısının değerlendirildiği diğer çalışmalarda olduğu gibi obezitenin tanımlanmasında ve sınıflandırılmasında tüm dünyaca kabul edilmiş, en yaygın kullanılan, DSÖ' nün BKİ sınıflamasını kullandık.

BKİ, obezite derecelerini belirlemede en sık kullanılan ve ucuz, kolay uygulanan bir yöntem olmasına rağmen bazı kısıtlılıkları vardır. Çalışmamızın sonucunda bedensel iş gücünün yoğun olarak kullanıldığı mesleklerde çalışan kişilerin BKİ' lerine göre fazla kilolu olma sıklığı çalışmayanlardan ve masa başı çalışanlardan beklenenin aksine daha yüksek bulunmuştur. BKİ kişinin boyuna göre ağırlığı olup obezitenin tanımında yer alan vücut yağ oranını gösterememektedir. Bu durumda vücut yağ oranı normal sınırlarda olan bir kişinin kas kitlesinin fazla oluşu bazı durumlarda o kişinin fazla kilolu veya obez olarak değerlendirilmesine yol açabilir. Bu durumdan kaçınmak için vücut geliştirme sporu ile uğraşmayı çalışmamızda dışlama kriteri olarak kabul etmiş olsak da bedensel iş gücü olarak aktif çalışılan mesleklere mensup katılımcılar çalışmamızda yer almışlardır. Gelecek çalışmalarda daha keskin sonuçlar elde edebilmek için BKİ' ne ek olarak vücut yağ ölçümünün de kullanılmasını önermekteyiz.

Çalışmamızın bir kısıtlılığı ise beden algısını ölçmek için kullandığımız vücut boyut kılavuzunun yapısından kaynaklanmaktadır. Kılavuzda A' dan J' ye kadar olan beden imajları zayıf, normal, fazla kilolu, hafif obez, orta derecede obez ve morbid obez kategorilerine karşılık gelmektedirler. Her kategori için iki beden imajı yer almaktayken fazla kilolu ve zayıf kategorileri birer imaj yer almıştır. Çalışmamızda en düşük BKİ değeri $16,6 \text{ kg/m}^2$ dir. Bu durumda VBK' da zayıf kategorisi için kullanılan beden imajı (A imajı) $18,0 \text{ kg/m}^2$ değerinden daha küçük olan tüm BKİ değerlerini temsil etse de bizim çalışmamız için 'A imajı' $16,5-18,0 \text{ kg/m}^2$ aralığındaki BKİ değerlerini temsil etmektedir. VBK' daki zayıf beden imajı çalışmamız açısından kısıtlılığa neden olmazken fazla kilolu kategorisinin (BKİ

değeri 25,0 – 29,9 arası olup yaklaşık 5 birimlik BKİ değerine denk gelmektedir) tek imajla değerlendirilmesini çalışmamızın bir kısıtlılığı olarak değerlendirmekteyiz.

5.8. Çalışmamızın Güçlü Yönleri

Öte yandan çalışmamızın en güçlü yanı beden ağırlığı algısını tespit ederken vücut boyut kılavuzundan yararlanmamızdır. Bu kılavuzda yüzleri ve kıyafetleri standardize edilmiş insan fotoğrafları kullanılmıştır. Bu yöntemin literatürdeki benzer çalışmalarda kullanılan resim ya da çizim içerikli beden algısı ölçme yöntemlerinden gerçeğe daha yakın sonuçlar verdiğini düşünmekteyiz. Ayrıca VBK' nun, katılımcının beden ağırlığı algısını ölçmek için 'zayıf, normal, fazla kilolu veya obez' gibi terimlerin kullanıldığı yazılı veya sözlü soru içerikli yöntemlerden daha üstün olduğunu düşünmekteyiz. Beden ağırlığı algısı tanımlanırken 'zayıf, normal, fazla kilolu veya obez' terimleri yerine görsel içerikli VBK' nun kullanılması ile katılımcılara bu terimleri veya anlamsal içeriklerini bilmeseler dahi beden ağırlığı algılarının ölçülebileceği ve ideal beden tercihlerini seçebilecekleri bir ortam sunmaktadır. Ek olarak Harris ve arkadaşları tarafından geliştirilen 'Vücut Boyut Kılavuzu' geniş kitlelere uygulanabilir oluşu açısından obezite taraması amaçlı hazırlanmış olup ölçülen BKİ ile arasında yüksek korelasyon bulunmaktadır (pearson korelasyon katsayısı erkekler için r:0,94, kadınlar için r:0,86, p<0,001) (67). Bu yüksek korelasyon, katılımcıların BKİ sınıfları ile VBK kategorileri arasındaki uyumsuzlukların kılavuzdan değil katılımcıların algılarından kaynaklandığını göstermektedir.

6. SONUÇ

Çalışmamızda VBK kullanılarak belirlenen beden ağırlığı algısı ile gerçek beden ölçüleri arasındaki ilişki ve bu ilişkinin sosyodemografik verilerle ilişkisi incelenmiştir. Bu veriler ışığında katılımcıların yaklaşık üçte ikisinin fazla kilolu ve obez oluşu toplumdaki yüksek obezite sıklığını tekrar gözler önüne sermiştir.

Çalışmamızda kendini hafif obez olarak algılayanların beşte biri ve orta derecede obez olarak algılayanların onda biri kendi vücut ağırlığını sağlıklı olarak nitelendirmiştir. Obez bir beden imajının sağlıklı olarak değerlendirilmesi bireyin sağlıklı vücut ağırlığı konusundaki algı ve bilgi düzeyinin yetersizliğini göstermektedir. Bireylerin, obezite ve fazla kilolu olmanın yol açtığı sağlık sorunları hakkında bilinçlendirilmesi için daha fazla çabaya ihtiyaç vardır.

Çalışmamızda fazla kilolu olup kendini daha hafif algılayanların oranı %36,4, hafif obez olup kendini daha hafif algılayanların oranı %30,4 ve orta derecede obez olup kendini daha hafif algılayanların oranı %47,4 bulunmuştur. Obezite ile mücadelede diyet ve egzersiz gibi yaşam tarzı değişikliği önerilerinin, ilaç tedavilerinin, obezitenin önlenmesine yönelik eğitimlerin, sosyal projelerin faydaları tartışmalıdır. Ancak kişiler kendilerini obez veya fazla kilolu olarak tanımlayamazlarsa tüm bu müdahalelere kapalı kalırlar. Dolayısıyla birincil ve ikincil korumalar kapsamında bireylere doğru beden ağırlığı algısı aşılmalı ve bireylerin fazla kiloluluk ve obeziteye ilişkin kendi farkındalıklarını arttırmaya yönelik çalışılmalıdır.

Obezite ile mücadelede birinci adım bireylerin kendilerine yönelik sağlıklı beden ağırlığı algısının yerleştirilmesi olmalıdır. Gelecekte beden ağırlığı algısı ile obezite ve sosyodemografik özellikler arasındaki neden sonuç ilişkisini ortaya koyabilecek, beden algısını iyileştirici yöntemler üretebilecek çalışmalar yapılmasını önermekteyiz.

KAYNAKLAR

1. Ng M, Fleming T, Robinson M, Thomson B, Graetz N, Margono C, et al. Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *The lancet*. 2014;384(9945):766-81.
2. Truesdale KP, Stevens J. Do the obese know they are obese? *North Carolina medical journal*. 2008;69(3):188.
3. Brooks KR, Mond JM, Stevenson RJ, Stephen ID. Body image distortion and exposure to extreme body types: contingent adaptation and cross adaptation for self and other. *Frontiers in neuroscience*. 2016;10:334.
4. Duncan DT, Wolin KY, Scharoun-Lee M, Ding EL, Warner ET, Bennett GG. Does perception equal reality? Weight misperception in relation to weight-related attitudes and behaviors among overweight and obese US adults. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. 2011;8(1):20.
5. Baranowski T, Cullen KW, Nicklas T, Thompson D, Baranowski J. Are current health behavioral change models helpful in guiding prevention of weight gain efforts? *Obesity research*. 2003;11(S10):23S-43S.
6. Post RE, Mainous AG, Gregorie SH, Knoll ME, Diaz VA, Saxena SK. The influence of physician acknowledgment of patients' weight status on patient perceptions of overweight and obesity in the United States. *Archives of internal medicine*. 2011;171(4):316-21.
7. Burke MA, Heiland FW, Nadler CM. From “overweight” to “about right”: evidence of a generational shift in body weight norms. *Obesity*. 2010;18(6):1226-34.
8. Moore SE, Harris C, Wimberly Y. Perception of weight and threat to health. *Journal of the national medical association*. 2010;102(2):119.
9. Er Y. Aerobik antrenmanların beden algısı üzerine etkisi [Tez]: Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2015.
10. Schilder P. *The image and appearance of the human body*: Routledge; 2013.
11. Muth JL, Cash TF. Body- Image Attitudes: What Difference Does Gender Make? 1. *Journal of applied social psychology*. 1997;27(16):1438-52.
12. Ata A, Vural A, Keskin F. Beden algısı ve obezite. *Ankara Medical Journal*. 2014;14(3).
13. Alagül Ö. Farklı Spor Branşlarındaki Sporcuların Atılganlık İle Beden Algısı İlişkisi [Tez]: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2004.
14. Laus MF, Miranda VPN, Almeida SS, Braga Costa TM, Ferreira MEC. Geographic location, sex and nutritional status play an important role in body image concerns among Brazilian adolescents. *Journal of health psychology*. 2013;18(3):332-8.
15. Alipour B, Farhangi MA, Dehghan P, Alipour M. Body image perception and its association with body mass index and nutrient intakes among female college students aged 18–35 years from Tabriz, Iran. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. 2015;20(4):465-71.
16. Özaltın G. Beden İmgesi Değişimine Yaklaşımlar. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*. 2003;XIII(51):3-14.
17. Uskun E, Şabaplı A. Lise Öğrencilerinin Beden Algıları ile Yeme Tutumları Arasındaki İlişki. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2013;12(5).

18. ÖNGÖREN B. SOSYOLOJİK AÇIDAN SAĞLIKLI BEDEN İMGESİ. SOSYAL VE BEŞERİ BİLİMLER ARAŞTIRMALARI DERGİSİ. 2015(34):25-45.
19. Slade PD. What is body image? Behaviour research and therapy. 1994;32(5):497-502.
20. Atı D. İdeal Beden İmgesini Oluşturan Sosyal ve Kurumsal Faktörler ve Bu İdealin Bireyler Üzerindeki Etkileri. Journal of Faculty of Letters/Edebiyat Fakültesi Dergisi. 2008;25(1).
21. Levine MP, Smolak L, Moodey AF, Shuman MD, Hessen LD. Normative developmental challenges and dieting and eating disturbances in middle school girls. International Journal of Eating Disorders. 1994;15(1):11-20.
22. Paeratakul S, White MA, Williamson DA, Ryan DH, Bray GA. Sex, race/ethnicity, socioeconomic status, and BMI in relation to self- perception of overweight. Obesity research. 2002;10(5):345-50.
23. Burns C, Tjihuis M, Seidell J. The relationship between quality of life and perceived body weight and dieting history in Dutch men and women. International journal of obesity. 2001;25(9):1386.
24. Dorsey RR, Eberhardt MS, Ogden CL. Racial/ethnic differences in weight perception. Obesity. 2009;17(4):790-5.
25. Rahman M, Berenson AB. Self-perception of weight and its association with weight-related behaviors in young reproductive-age women. Obstetrics and gynecology. 2010;116(6):1274.
26. Karakaya K, Baran E, Tüzün H, Göçmen L, Erata M, Arıkan D, et al. Türkiye beden ağırlığı algısı Araştırması. Sağlık Bakanlığı, Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü, Ankara. 2012.
27. Bhurtun DD, Jeewon R. Body weight perception and weight control practices among teenagers. ISRN nutrition. 2013;2013.
28. Brener ND, Eaton DK, Lowry R, McManus T. The association between weight perception and BMI among high school students. Obesity research. 2004;12(11):1866-74.
29. Darlow S, Goodman MS, Stafford JD, Lachance CR, Kaphingst KA. Weight perceptions and perceived risk for diabetes and heart disease among overweight and obese women, Suffolk County, New York, 2008. Preventing chronic disease. 2012;9.
30. WHO. Overweight and Obesity [İnternet]. 2018 [updated 16 February 2018; cited 2018 November 01]. Available from: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>.
31. Obezite Lipid Metabolizması Hipertansiyon Çalışma Grubu TEvMD. Obezite Tanı ve Tedavi Kılavuzu 2018 [cited 10 Ekim 2018. Available from: http://temd.org.tr/admin/uploads/tbl_kilavuz/20180516162841-2018-05-16tbl_kilavuz162840.pdf.
32. WHO. Global health risks : mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva2009. Available from: https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf.
33. WHO. Prevalence of overweight among adults, BMI \geq 25, crude Estimates by WHO Region [İnternet]. [updated 27.09.2017; cited 2018 28 Kasım]. Available from: <http://apps.who.int/gho/data/view.main-searo.BMI25CREGv?lang=en>.
34. WHO. European Health Report 2018 More than numbers - Evidence for all [electronic resource]2018. Available from:

http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0008/379862/who-ehr-2018-eng.pdf?ua=1.

35. National Center for Health Statistics. Obesity and overweight. Centers for Disease Control and Prevention [Internet]. 2017 [updated 3 May 2017; cited 2018 Kasım 26]. Available from: <https://www.cdc.gov/nchs/fastats/obesity-overweight.htm>.
36. Finkelstein EA, Khavjou OA, Thompson H, Trogon JG, Pan L, Sherry B, et al. Obesity and severe obesity forecasts through 2030. American journal of preventive medicine. 2012;42(6):563-70.
37. WHO. Prevalence of obesity among adults, BMI \geq 30, crude Estimates by country [Internet]. [updated 22.09.2017; cited 2018 Kasım 28]. Available from: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.BMI30C?lang=en>.
38. WHO. Prevalence of overweight among adults, BMI \geq 25, crude Estimates by country [Internet]. [updated 28.09.2017; cited 2018 Kasım 28]. Available from: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.BMI25C?lang=en>.
39. Satman I, Yilmaz T, Sengül A, Salman S, Salman F, Uygur S, et al. Population-based study of diabetes and risk characteristics in Turkey: results of the turkish diabetes epidemiology study (TURDEP). Diabetes care. 2002;25(9):1551-6.
40. Satman I, Grubu T-İÇ. TURDEP-II Sonuçları. Türk Endokronoloji ve Metabolizma Derneği [homepage on the internet]. 2011.
41. Ural D, Kılıçkap M, Göksülük H, Karaaslan SDD, Kayıkçıoğlu M, Özer N, et al. Türkiye’de obezite sıklığı ve bel çevresi verileri: Kardiyovasküler risk faktörlerine yönelik epidemiyolojik çalışmaların sistematik derleme, meta-analiz ve meta-regresyonu. Turk Kardiyol Dern Ars. 2018;46(7):577-90.
42. Yetkin İ, Sönmez A, Yıldız O, Özdemir D, Sargın M, Topaloğlu O, et al. Birinci Basamak Sağlık Kurumları İçin Obezite Klinik Rehberi [electronic resource]. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu 2017. Available from: <https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/saglikli-beslenme-hareketli-hayat-db/Diyabet/diyabet-rehberleri/Obezite-ve-Diyabet-Klinik-Rehberi.pdf>.
43. Perreault L. Obesity in adults: Etiology and risk factors [Internet]. Uptodate2018 [updated October 12, 2018; cited 2018 November 12]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/obesity-in-adults-etiology-and-risk-factors?search=obesity%20etiology&source=search_result&selectedTitle=1~150&us_age_type=default&display_rank=1.
44. Katzmarzyk PT, Church TS, Craig CL, Bouchard C. Sitting time and mortality from all causes, cardiovascular disease, and cancer. Medicine & Science in Sports & Exercise. 2009;41(5):998-1005.
45. OECD. Health at a Glance 20172017.
46. Baptiste-Roberts K, Nicholson WK, Wang N-Y, Brancati FL. Gestational diabetes and subsequent growth patterns of offspring: the National Collaborative Perinatal Project. Maternal and child health journal. 2012;16(1):125-32.
47. Oken E, Levitan E, Gillman M. Maternal smoking during pregnancy and child overweight: systematic review and meta-analysis. International journal of obesity. 2008;32(2):201.
48. Mannan M, Doi SA, Mamun AA. Association between weight gain during pregnancy and postpartum weight retention and obesity: a bias-adjusted meta-analysis. Nutrition reviews. 2013;71(6):343-52.

49. SATMAN İ. Türkiye'de Obezite Sorunu. *Turkiye Klinikleri Journal of Gastroenterohepatology Special Topics*. 2016;9(2):1-11.
50. Martin KA, Mani MV, Mani A. New targets to treat obesity and the metabolic syndrome. *European journal of pharmacology*. 2015;763:64-74.
51. Strychar I. Diet in the management of weight loss. *Cmaj*. 2006;174(1):56-63.
52. Bakanlığı TS. Türkiye Fiziksel Aktivite Rehberi 2014. Ankara: Kuban Matbaacılık Yayıncılık Sağlık Bakanlığı Yayın. 2015(940).
53. Türkiye İstatistik Kurumu, TÜİK. Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları, 2017 [İnternet]. 2017 [cited 2018 Şubat 01]. Available from: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=27587#>.
54. Alwan H, Viswanathan B, Williams J, Paccaud F, Bovet P. Association between weight perception and socioeconomic status among adults in the Seychelles. *BMC public health*. 2010;10(1):467.
55. Köse MR, Bora Başara B, Güler C, Soytutan Çağlar İ, Özdemir TA, Aygün A, et al. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016 [İnternet]2017. Available from: <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/13183,sy2016turkcepdf.pdf?0>.
56. Organization WH. Physical status: The use of and interpretation of anthropometry, Report of a WHO Expert Committee. 1995.
57. Koruk İ, Şahin TK. Konya Fazilet Uluişik Sağlık Ocağı Bölgesinde 15-49 yaşı grubu ev kadınlarında obezite prevalansı ve risk faktörleri. *Genel Tıp Dergisi*. 2005;15(4):147-55.
58. Lemon SC, Rosal MC, Zapka J, Borg A, Andersen V. Contributions of weight perceptions to weight loss attempts: differences by body mass index and gender. *Body image*. 2009;6(2):90-6.
59. Inoue M, Toyokawa S, Miyoshi Y, Miyano Y, Suzuki T, Suyama Y, et al. Degree of agreement between weight perception and body mass index of Japanese workers: MY Health Up Study. *Journal of occupational health*. 2007;49(5):376-81.
60. Stock C, Küçük N, Miseviciene I, Petkeviciene J, Krämer A. Misperceptions of body shape among university students from Germany and Lithuania. *Health education*. 2004;104(2):113-21.
61. Kim DS, Kim HS, Cho Y, Cho SI. The effects of actual and perceived body weight on unhealthy weight control behaviors and depressed mood among adult women in Seoul, Korea. *J Prev Med Public Health*. 2008;41(5):323-30.
62. Gutierrez-Fisac J, Garcia EL, Rodriguez-Artalejo F, Banegas JB, Guallar-Castillon P. Self-perception of being overweight in Spanish adults. *European journal of clinical nutrition*. 2002;56(9):866.
63. Ogden CL, Fakhouri TH, Carroll MD, Hales CM, Fryar CD, Li X, et al. Prevalence of obesity among adults, by household income and education—United States, 2011–2014. *MMWR Morbidity and mortality weekly report*. 2017;66(50):1369.
64. Johnson WD, Bouchard C, Newton Jr RL, Ryan DH, Katzmarzyk PT. Ethnic Differences in Self- reported and Measured Obesit. *Obesity*. 2009;17(3):571-7.
65. Ver Ploeg ML, Chang HH, Lin BH. Over, under, or about right: misperceptions of body weight among food stamp participants. *Obesity*. 2008;16(9):2120-5.
66. Gregory CO, Blanck HM, Gillespie C, Maynard LM, Serdula MK. Health perceptions and demographic characteristics associated with underassessment of body weight. *Obesity*. 2008;16(5):979-86.

67. Harris C, Bradlyn A, Coffman J, Gunel E, Cottrell L. BMI-based body size guides for women and men: development and validation of a novel pictorial method to assess weight-related concepts. *International Journal of Obesity*. 2008;32(2):336.



EKLER

Ek 1: Demografik Bilgiler Anketi ve Beden Ağırlığına Yönelik Tutum ve Davranış Anketi

Anket No:
Tarih:

Trabzon İli Kalkınma Bölgesindeki Bireylerin Görsel Beden Kitle İndeksi Temelli Vücut Boyut Kılavuzu İle Beden Algılarının Değerlendirilmesi

Sayın katılımcı;
Bu çalışma Karadeniz Teknik Üniversitesi, Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı araştırma görevlisi tarafından yapılmaktadır. Çalışmamız '**kişilerin görsel beden kitle indeksi temelli vücut boyut kılavuzu ile beden algılarının değerlendirilmesi**' ni amaçlamaktadır. Verdiğiniz bilgiler sadece bilimsel çalışma amacıyla kullanılacaktır. Ankette ad, soy ad, telefon numarası gibi kişisel bilgileriniz ile ilgili sorular yer almamaktadır. Lütfen bu bilgileri anketin herhangi bir yerine yazmayınız.

Katılımınız için teşekkür ederiz.
KTÜ Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Tel: 0462 377 55 13

A) Sosyodemografik Bilgiler Anketi (Ek-1)

- Yaşınız:
- Cinsiyetiniz:
- Medeni durumunuz: () Evli () Bekar Diğer:.....
- Eğitim durumunuz:
() Okur yazar değil () Okur yazar () İlkokul mezunu () Lise mezunu () Üniversite mezunu
- Yaşadığınız yer: () İl merkezi () İlçe () Köy
- Lütfen hanenize giren ortalama aylık toplam geliri belirtiniz: TL
- Mesleğiniz : () Bedensel iş gücü ağırlıklı meslekler () Masa başı meslekler () Çalışmıyorum

B) Beden Ağırlığına Yönelik Tutum ve Davranış Anketi (Ek-2)

- Şu anki vücut ağırlığınızı sağlıklı olarak değerlendiriyor musunuz?
() Hayır () Evet
- Şişmanlık (obezite) bir sağlık sorunudur.
() Kesinlikle katılıyorum () Katılıyorum () Fikrim yok () Katılmıyorum () Kesinlikle katılmıyorum
- Zayıf olmak bir sağlık sorunudur.
() Kesinlikle katılıyorum () Katılıyorum () Fikrim yok () Katılmıyorum () Kesinlikle katılmıyorum
- Şişmanlık sadece görsel bir sorundur.
() Kesinlikle katılıyorum () Katılıyorum () Fikrim yok () Katılmıyorum () Kesinlikle katılmıyorum
- Fazla kilolu olmak sadece görsel bir sorundur.
() Kesinlikle katılıyorum () Katılıyorum () Fikrim yok () Katılmıyorum () Kesinlikle katılmıyorum

13. Zayıf olmak sadece görsel bir sorundur.

Kesinlikle katılıyorum Katılıyorum Fikrim yok Katılmıyorum Kesinlikle katılmıyorum

14. Daha önce zayıflamak amacıyla hiç diyet yaptınız mı?

Hayır Evet

15. Daha önce kilo almak amacıyla hiç diyet yaptınız mı?

Hayır Evet

16. Daha önce zayıflamak amacıyla günlük fiziksel aktivitenizin dışında hiç egzersiz (haftada en az üç kez 20 dakika orta yoğunlukta) yaptınız mı?

Hayır Evet

17. Daha önce kilo almak amacıyla günlük fiziksel aktivitenizin dışında hiç egzersiz (haftada en az üç kez 20 dakika orta yoğunlukta) yaptınız mı?

Hayır Evet

18. Daha önce kilo almak amacıyla herhangi bir ilaç, vitamin desteği, bitkisel karışım vb. ürün kullandınız mı?

Hayır Evet

19. Daha önce zayıflamak amacıyla herhangi bir ilaç, vitamin desteği, bitkisel karışım vb. ürün kullandınız mı?

Hayır Evet

20. Daha önce zayıflamak amacıyla hiç bir uzmana (doktor, diyetisyen vb.) başvurduğunuz mu?

Hayır Evet

21. Daha önce kilo almak amacıyla hiç bir uzmana (doktor, diyetisyen vb.) başvurduğunuz mu?

Hayır Evet

22. Daha önce zayıflamak amacıyla herhangi bir tamamlayıcı tıp yöntemini (mezoterapi, kupa terapisi, akupunktur vb.) denediniz mi? Cevabınız evet ise uyguladığınız yöntemi belirtiniz.

Hayır Evet

23. Daha önce kilo almak herhangi bir tamamlayıcı tıp yöntemini (mezoterapi, kupa terapisi, akupunktur vb.) denediniz mi? Cevabınız evet ise uyguladığınız yöntemi belirtiniz.

Hayır Evet

Bu kısım araştırmacılar tarafından doldurulacaktır.

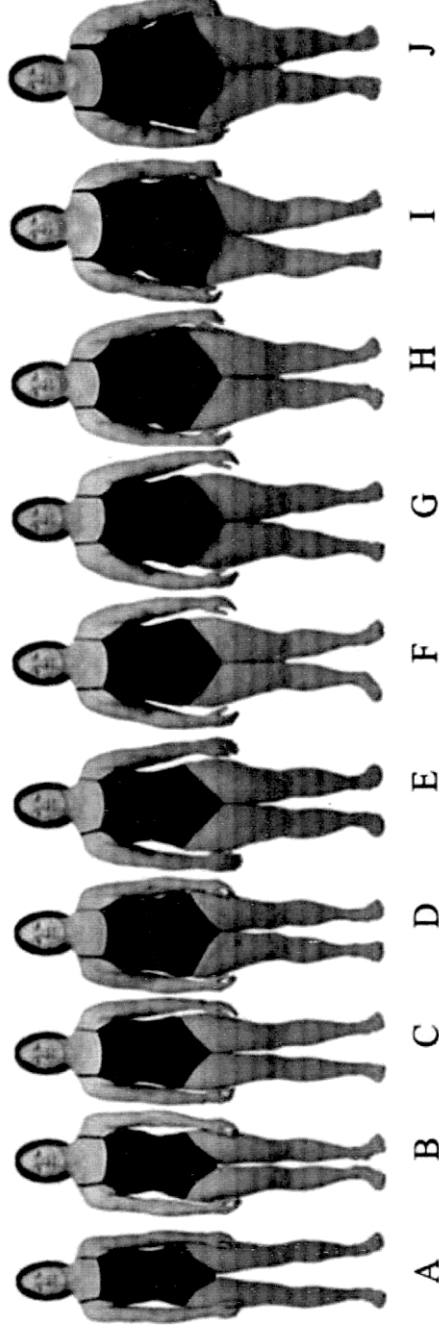
24. Boy:.....

25. Kilo:.....

26. Beden Kitle İndeksi:

Ek 2: Beden Kitle İndeksi Temelli Vücut Boyut Kılavuzu

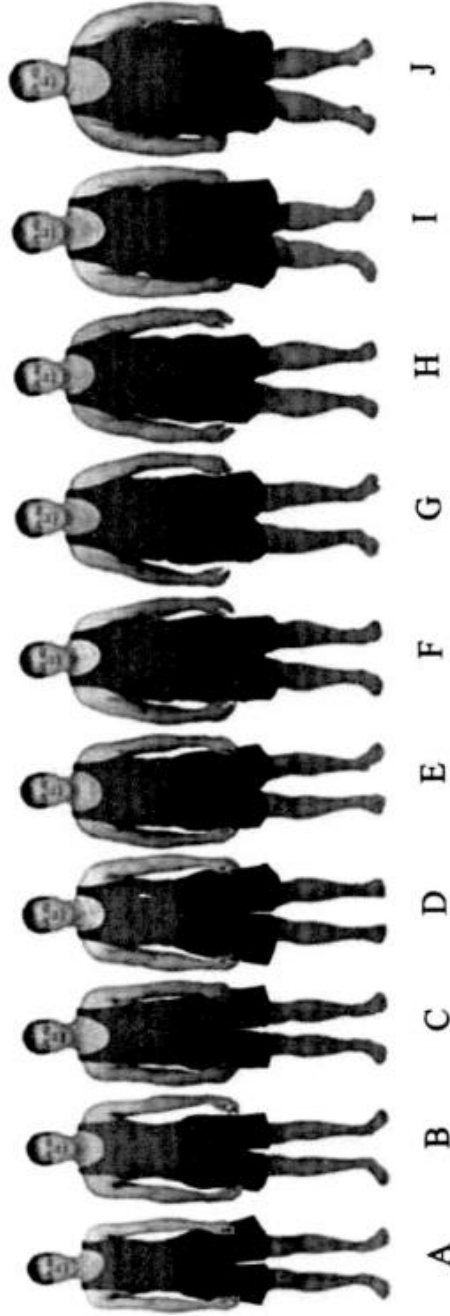
Beden Kitle İndeksi Temelli Vücut Boyut Kılavuzu (Ek-3)



1) Kendi vücut yapınıza en yakın hissettiğiniz şekli belirtiniz.....

2) Sizce ideal vücut yapısına en uygun şekil hangisidir? Belirtiniz.....



Beden Kitle İndeksi Temelli Vücut Boyut Kılavuzu (Ek-3)



1) Kendi vücut yapınıza en yakın hissettiğiniz şekli belirtiniz.....

2) Sizce ideal vücut yapısına en uygun şekil hangisidir? Belirtiniz.....

Ek 3: Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	
---	--	---

Araştırmanın Adı: Trabzon ili Kalkınma Bölgesindeki bireylerin görsel beden kitle indeksi temelli vücut boyut kılavuzu ile beden algılarının değerlendirilmesi

Bu çalışmada bireylerin vücut boyut kılavuzu ile ölçülen beden algılarının beden kitle indeksleri ile olan ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Çalışmaya katılmayı kabul etmeniz halinde size kişisel bilgilerinizi, beden algınızı ve beden ağırlığınıza yönelik tutum ve davranışlarınızı sorgulayan bir anket uygulanacaktır.

Araştırmaya katılmanız kendi isteğinize bağlı olup, çalışma sırasında istediğiniz an çalışmadan çekilebilirsiniz.

Bilgileriniz gizli tutulacaktır ve yalnızca bilimsel amaçlı kullanılacaktır.

Araştırma Süresince 24 Saat Ulaşılabilir Kişi Adı / Soyadı / Telefonu: Sencer KAYA / 0505 779 29 81

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

Gönüllünün

Adı Soyadı :

İmzası :

Araştırmacının

Adı Soyadı: :

İmzası :

Tarih: / /

Ek 4: Etik Kurul Onay Belgesi



T.C.
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
KTÜ TIP FAKÜLTESİ
BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL
BAŞKANLIĞI


Sayı : 24237859- 431
Konu: Etik Kurul onay belgesi

18/06/2018

Sayın; Dr. Öğr. Üyesi Elif ATEŞ
Aile Hekimliği ABD.

“Trabzon İli Kalkınma Bölgesindeki Bireylerin Görsel Beden Kitle İndeksi Temelli Vücut Boyut Kılavuzu ile Beden Algılarının Değerlendirilmesi” başlıklı etik kurul 2018/108 protokol numaralı tez çalışma önerisi raportör ve etik kurul görüşleri doğrultusunda; tıbbi etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilginizi ve gereğini rica ederim.


Prof. Dr. Faruk AYDIN
Etik kurul Başkanı

Ek: 1 adet onay belgesi

61080 – Trabzon / TÜRKİYE

Tel: +90 (462) 377 5403

Faks: +90(462)325 2270

Elektronik Ağ: www.ktu.edu.tr

Ayrıntılı Bilgi İçin İrtibat
Şerafettin YILMAZ
e posta:
serafettinyilmaz@ktu.edu.tr

**KTÜ TIP FAKÜLTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU**

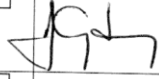




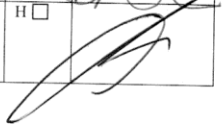
BASYURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	“Trabzon İli Kalkınma Bölgesindeki Bireylerin Görsel Beden Kitle İndeksi Temelli Vücut Boyut Kılavuzu ile Beden Algılarının Değerlendirilmesi”		
	ARAŞTIRMANIN PROTOKOL/PLAN KODU	2018 / 108		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Dr. Öğr. Üyesi Elif ATEŞ		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Aile Hekimliği		
	TEZ SAHİBİ/DİĞER ARAŞTIRICILAR, UNVANI/ADI/SOYADI	Arş.Gör.Dr.Sencer KAYA		
	DESTEKLEYİCİ			
	ARAŞTIRMANIN NİTELİĞİ			
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	TEZ <input checked="" type="checkbox"/> AKADEMİK AMAÇLI <input type="checkbox"/>		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama		
	TÜRKÇE ETİKET ÖRNEĞİ	<input type="checkbox"/>		
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>		
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>		
	İLAN	<input type="checkbox"/>		
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>		
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>		
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>		
	DİĞER:	<input type="checkbox"/>		

**KTÜ TIP FAKÜLTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU**


KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 1	Tarih: 11/06/2018
	Dr.Öğr. Üyesi Elif ATEŞ'in sorumluluğunda yürütülmesi planlanan Arş.Gör.Dr.Sencer KAYA'ya ait "Trabzon İli Kalkınma Bölgesindeki Bireylerin Görsel Beden Kitle İndeksi Temelli Vücut Boyut Kılavuzu ile Beden Algılarının Değerlendirilmesi" başlıklı 2018/108 no.lu ve yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma/tez başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına; toplantıya katılan etik kurul üyelerinin oy birliği ile karar verilmiştir.	

KTÜ TIP FAKÜLTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU	
ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Faruk AYDIN

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		İlişki *		Katılım **		İmza
Prof.Dr.Faruk AYDIN Başkan:	Tıbbi Mikrobiyoloji	KTÜ Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Gamze ÇAN Başkan Yrd.	Halk Sağlığı	KTÜ Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.S.Caner KARAHAN Üye:	Tıbbi Biyokimya	KTÜ Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	İZİNLİ
Prof.Dr.S. Murat KESİM Raportör:	Tıbbi Farmakoloji	KTÜ Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	İZİNLİ
Prof.Dr.Yılmaz BÜLBÜL Üye:	Göğüs Hastalıkları	KTÜ Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr. Murat LİVAOĞLU Üye:	Plastik, Rekons. ve Estetik Cer.	KTÜ Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Şafak ERSÖZ Üye:	Tıbbi Patoloji	KTÜ Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	İZİNLİ
Dr. Öğr. Üyesi Demet SAĞLAM AYKUT Üye:	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	KTÜ Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Murat ÇAKIR Üye:	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	KTÜ Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

* :Araştırma ile İlişki
** :Toplantıda Bulunma

Ek 5: İl Sağlık Müdürlüğü İzin Belgesi



TRABZON İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

ARAŞTIRMA İZİNLERİ İŞBİRLİĞİ PROTOKOLÜ

Sağlık Bakanlığı
Trabzon İl Sağlık Müdürlüğü

Taraflar:
Madde 1.
Bu protokol TC Sağlık Bakanlığı Trabzon İl Sağlık Müdürlüğü ve KTÜ Tıp Fakültesi Dekanlığı arasında düzenlenmiştir.

Çalışmanın gerçekleştirileceği kurum/kuruluşlar:
Kalkınma Aile Sağlığı Merkezi, Farabi Aile Sağlığı Merkezi, Ortahisar Üniversite Aile Sağlığı Merkezi

Çalışmanın Adı: “Trabzon ili Kalkınma Bölgesindeki bireylerin görsel beden kitle indeksi temelli vücut boyut kılavuzu ile beden algılarının değerlendirilmesi”
Bu çalışmayı yürütecek kişi/kişiler: Dr. Öğr. Üyesi Elif ATEŞ, Araş. Gör. Dr. Sencer KAYA

Konusu:
Madde 2:
Bu protokol Trabzon İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı sağlık tesislerinde yapılacak girişimsel olmayan bilimsel çalışmalarda uyulması gereken usul ve esasları belirlemek amacı ile düzenlenmiştir.

Araştırmanın Yürütülmesi:
Madde 3:
a) Yapılacak bilimsel çalışma proje aşamasında iken Trabzon İl Sağlık Müdürlüğü tarafından değerlendirilecektir.
b) Çalışma uygulanırken kapsam dışı hiçbir veri toplanmayacaktır.
c) Veri toplama sırasında hastane çalışanlarından yararlanılacak ise ayrıca Müdürlükten onay alınacaktır.
d) Çalışmada veri toplanacak kişilerin rızası için Aydınlatılmış Onam Formu alınacaktır.
e) Çalışma süresi kurum/araştırmacı tarafından teklif edilecektir. Çalışma süresinin uzatılması araştırmacının veya üniversitenin resmi talebi ile İl Sağlık Müdürlüğü tarafından değerlendirilecektir.
f) Çalışmayı kurum (başvuru yapan) onay verdiği kişiler yapacaktır. Yazıda teklif edilen kişiler ile sahada çalışma yapan kişiler aynı olacaktır. Çalışmaya yeni kişilerin dahil edilmesi ancak kurumun bildirim ve Müdürlüğün onayı ile mümkün olacaktır. Aksi takdirde çalışma onayı iptal edilecektir.
g) Çalışma yayın/tez haline getirilmeden önce Müdürlüğün ilgili birimi tarafından verilerin analizi değerlendirilecektir. Toplum sağlığı açısından sakıncalı verilerin yayınlanması İl Sağlık Müdürlüğü tarafından kısıtlanabilecektir.
h) Çalışma kurum (başvuru yapan) tarafından kabul edildikten sonra; herhangi bir mecrada yayınlanmadan önce kitapçık halinde ve ayrıca elektronik ortamda CD/DVD üzerine kayıtlı olarak Trabzon İl Sağlık Müdürlüğüne teslim edilecektir. İlgili çalışma Müdürlüğün onayı üzerine yayınlanabilecektir.
i) Çalışmayı yapacak olan kişi (f) ve (g) maddelerini yerine getirmediği takdirde kurumumuza ait veriler yayın/proje/tez vs gibi bilimsel bir çalışmada kullanılamayacaktır.
j) Araştırma başvuruları için etik kuruldan onay alınacaktır.
k) Araştırma verileri, sözel ya da yazılı olarak kullanıldığında ilgili kurum/kurumların (hastane, ağız ve diş sağlığı merkezi vb.) ismi zikredilmeyecektir.



Sağlık Bakanlığı
Trabzon İl Sağlık Müdürlüğü

TRABZON İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

ARAŞTIRMA İZİNLERİ İŞBİRLİĞİ PROTOKOLÜ

Protokolün süresi:

- Bu çalışmanın yürütücüsü kurumlarımızda 6 ay süre ile çalışmasını yürütecektir.
- Başlangıç** /**Bitiş**
- Yapılacak olan çalışmanın belirlenen süreler içerisinde bitirilememesi durumunda çalışma süresinin uzatılma talebi Müdürlüğümüzce değerlendirilir. Ek süre istemi olumlu bulunursa çalışmanın yapılacağı süre en fazla 1 (bir) defaya mahsus olmak üzere uzatılır. Uzatma süresi içinde mevcut protokol hükümleri yürürlükte kalır.
- Şartlarda oluşabilecek değişikliklere bağlı olarak Müdürlük yukarıda belirtilen maddelerin ihlali ya da göz ardı edilmesi durumunda çalışmaya son verebilir.

İhtilafların çözümü:

Protokolün uygulanması ile ilgili çıkabilecek sorunların çözümü konusunda, Trabzon İli sınırları içerisinde bulunan adli makamlar yetkilidir.

İlgili protokol hükümlerini ve cezai müeyyideleri okudum ve kabul ettim.

24.07.2018

KTÜ Tıp Fakültesi Dekanı

Prof. Dr. Zehra ALIOĞLU
Dekan V.

Uzm. Dr. Kemal SÜLEYMAN
İl Sağlık Müdürlüğü

Personel Destek Hizmetleri Başkanı

Uzm. Dr. Kemal SÜLEYMAN
İl Sağlık Müdürlüğü

24.07.2018
İl Sağlık Müdürü