



T.C.
İSTANBUL AREL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

**OBEZİTE AMELİYATI (BARİATRİK CERRAHİ)
OLMAYA KARAR VEREN BİREYLERİN BENLİK
SAYGILARININ BAZI DEĞİŞKENLER
AÇISINDAN İNCELENMESİ**

Nilüfer SAATÇIOĞLU TINKIR

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İSTANBUL/ 2018



T.C.
İSTANBUL AREL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

**OBEZİTE AMELİYATI (BARIATRİK CERRAHİ)
OLMAYA KARAR VEREN BİREYLERİN BENLİK
SAYGILARININ BAZI DEĞİŞKENLER
AÇISINDAN İNCELENMESİ**

**Nilüfer SAATÇIOĞLU TINKIR
(165101104)**

**Danışman: Dr. Öğretim Üyesi Menekşe ESKİCİ
Jüri Üyesi: Doç. Dr. Ali DURMUŞ
Jüri Üyesi: Prof. Dr. Mazlum Çöpür**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İSTANBUL/ 2018

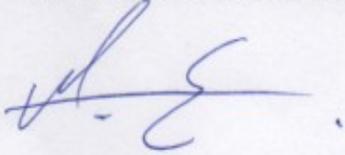
T.C.
İSTANBUL AREL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
TEZLİ YÜKSEK LİSANS SINAV TUTANAĞI

02/08/2018

Enstitümüz *Psikoloji* yüksek lisans programı öğrencilerinden *165101104* numaralı *Nilüfer S. TINKİR* "İstanbul Arel Üniversitesi Lisansüstü Eğitim - Öğretim ve Sınav Yönetmeliği"nin ilgili maddesine göre hazırlayarak, Enstitümüze teslim ettiği "*Obezite Ameliyatı (Bariatrik Cerrahi) Olmaya Karar Veren Bireylerin Benlik Saygılarının Bazı Demografik Değişkenler Açısından İncelenmesi*" konulu tezini, Yönetim Kurulumuzun *02/07/2018* tarih ve *2018/18* sayılı toplantısında seçilen ve Sefaköy Yerleşkesinde toplanan biz jüri üyeleri huzurunda, ilgili yönetmeliğin 39. maddesi gereğince (52) dakika süre ile aday tarafından savunulmuş ve sonuçta adayın tezi hakkında ~~oyçokluğu/oybirliği~~ ile *Kabul/Red veya Düzeltme* kararı verilmiştir.

İşbu tutanak, 3 nüsha olarak hazırlanmış ve Enstitü Müdürlüğü'ne sunulmak üzere tarafımızdan düzenlenmiştir.

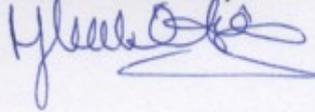
DANIŞMAN
DR.ÖĞR.ÜYESİ MENEKŞE ESKİCİ



ÜYE
DOÇ.DR. ALİ DURMUŞ



ÜYE
PROF.DR.MAZLUM ÇÖPÜR



YEMİN METNİ

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum “Obezite Ameliyatı (Bariatrik Cerrahi) Olmaya Karar Veren Bireylerin Benlik Saygılarının Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi” başlıklı bu çalışmanın, bilimsel ahlak ve geleneklere uygun şekilde tarafımdan yazıldığını, yararlandığım eserlerin tamamının kaynaklarda gösterildiğini ve çalışmanın içinde kullanıldıkları her yerde bunlara atıf yapıldığını belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

Ağustos 2018

Nilüfer SAATCİOĞLU TINKIR

ONAY

Tezimin kağıt ve elektronik kopyalarının İstanbul Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü arşivlerinde aşağıda belirttiğim koşullarda saklanmasına izin verdiğimi onaylarım:

Tezimin/Raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir.

Tezim/Raporum sadece İstanbul Arel yerleşkelerinden erişime açılabilir.

Tezimin/Raporumun 2 yıl süreyle erişime açılmasını istemiyorum. Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde, tezimin tamamı her yerden erişime açılabilir.

Ağustos 2018

Nilüfer SAATÇİOĞLU TINKİR

ÖNSÖZ

Yüksek Lisans öğrenimim boyunca yardımını esirgemeyen başta sevgili hocam ve danışmanım Dr.Öğr. Üyesi Menekşe ESKİCİ ve Doç Dr. Ali DURMUŞ'a, Yüksek Lisans eğitimim boyunca bana çok fazla katkısı olan Prof. Dr. Mazlum ÇÖPÜR ve diğer hocalarıma, sadece bu araştırma sürecinde değil tüm hayatımda her zaman yanımda olan, desteklerini esirgemeyen eşim Ahmet Tınkır'a, kızlarım Irmak Tınkır ve Merve Tınkır'a, ablam Nilgün Saatcioğlu, yeğenim Doğukan Midilli ve Vedat Bazoğlu'na, ayrıca araştırmama izin veren değerli katılımcılara teşekkürlerimi sunarım.

Ağustos 2018

Nilüfer SAATCİOĞLU TINKIR

ÖZET

OBEZİTE AMELİYATI (BARIATRİK CERRAHİ) OLMAYA KARAR VEREN BİREYLERİN BENLİK SAYGILARININ BAZI DEĞİŞKENLER AÇISINDAN İNCELENMESİ

Nilüfer SAATÇIOĞLU TINKIR

Yüksek Lisans Tezi, Psikoloji Anabilim Dalı

Danışman: Dr. Öğretim Üyesi Menekşe ESKİCİ

Ağustos, 2018 – 122 sayfa

Bu araştırmanın amacı, obezite (tüp mide) ameliyatı olmaya karar veren bireylerin benlik saygılarının cinsiyet, yaş, eğitim durumu, medeni durum, çalışma durumu, çocuk sahibi olma durumu, cinsel hayatından memnun olma durumu ve psikolojik destek alma durumu gibi değişkenler açısından incelenmesidir. Bu tarama modelli araştırmada nicel veriler ve kolay ulaşılabılır örneklem yöntemi kullanılmıştır. Bu araştırmanın katılımcılarını, 1 Şubat 2018 - 30 Haziran 2018 tarihleri arasında İstanbul’da bir obezite kliniğine başvuran 18-60 yaş arası tüp mide ameliyatı olmaya karar veren (106 kadın ve 26 erkek) birey oluşturmaktadır. Veriler Rosenberg (1965) tarafından geliştirilmiş olan ve Türkçe’ye uyarlaması Çuhadaroğlu (1986) tarafından yapılmış olan “Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği” ve araştırmacı tarafından hazırlanan “Kişisel Bilgi Formu” ile toplanmıştır. Araştırmada “Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği”nin 63 soru ve 12 alt ölçeği kullanılmıştır. Araştırmadan elde edilen nicel verilerin analizinde SPSS 17 programı kullanılmıştır. Betimsel istatistiklerin yanı sıra verilerin normal dağılmaması nedeniyle Mann Whitney U- testi ve Kruskal-Wallis H testi tercih edilmiştir.

Araştırma sonuçlarına göre, obezite ameliyatı olmaya karar veren bireylerin benlik saygılarının yüksek ve kendilik kavramının sürekliliğinin fazla olduğu bulunmuştur. Katılımcıların insanlara orta düzeyde güven duydukları, eleştiriye fazla duyarlı oldukları sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca katılımcılar az düzeyde depresif duygulanım (depresyon) yaşadıkları, az düzeyde hayal

kurdukları, psikosomatik belirtileri (anksiyete) az düzeyde yaşadıkları, kişiler arası ilişkilerde fazla tehdit hissettikleri, tartışmalara az düzeyde katılabildikleri, anne-baba ilgilerinin fazla, babayla ilişkilerinin ise orta düzeyde olduğu ve psişik izolasyon yaşamadıkları bulunmuştur. Erkek bireylerin anne-baba ilgisi ve tartışmalara katılabilme derecelerinin kadın bireylerden daha fazla olduğu, 18-21 yaş aralığında olan bireylerin diğerlerine göre daha fazla hayalperest ve psikosomatik belirti gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır. Bunlara ek olarak sonuçlara göre ilkökul mezunlarının eleştiriye duyarlılıkları daha fazladır, bekar bireylerin evli bireylere göre ve evli bireylerin boşanmış bireylere göre daha hayalperest ve psişik izolasyon yaşamaktadırlar. Çalışıp çalışmama durumunun obezite ameliyatı olmaya karar veren bireylerin benlik saygıları üzerinde anlamlı bir etkisi yoktur. İlaveten araştırmanın bulgularına göre, çocuk sahibi olmayan bireylerin daha hayalperest ve psişik izolasyon yaşadıkları, cinsel hayatından memnun olmayan bireylerin babayla ilişki düzeylerinin daha yüksek olduğu ve psikolojik destek alıp ya da almamalarının anlamlı bir etkisinin olmadığı görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Obezite, Tüp Mide Ameliyatı, Benlik Saygısı.

ABSTRACT
**EXAMINATION OF THE SELF-ESTEEM OF INDIVIDUALS
DECIDED TO UNDERGO OBESITY OPERATION (BARIATRIC
SURGERY) IN TERMS OF SOME VARIABLES**

Nilüfer SAATCIOĞLU TINKİR

Master's Thesis, Department of Psychology

Supervisor: Dr. Menekşe ESKİCİ

Agugust, 2018 – 122 pages

The aim of this research is to examination of the self-esteem of individuals decided to undergo obesity operation (bariatric surgery) in terms of some variables such as gender, age, education, marital status, employment status, having children, being satisfied in their sexual lives and receiving psychological support. Quantitative data and easily accessible sample method were used in this descriptive model research.

Participants of the research consisted of individuals (106 female and 26 male) aging between 18 and 60 who applied to an obesity clinic in Istanbul between 1 February 2018 and 30 June 2018 to undergo obesity operation (bariatric surgery). The data was collected through the “Rosenberg Self-Esteem Scale” that was developed by Rosenberg (1965) and adapted into Turkish by Çuhadaroğlu (1986) and “Personal Information Form” prepared by researcher. 63 questions and 12 subscales of the ‘Rosenberg Self Respect Scale’ were used in the research. SPSS 17 program was used to analyze obtained quantitative data. In addition to descriptive statistics, due to the non-normal distribution of the data Mann Whitney U- test and the Kruskall-Wallis H test were preferred.

According to the results of the research, it was found that the individuals decided to undergo obesity operation (bariatric surgery) have high level self-esteem and the continuity of the concept of self. It has reached the conclusion that participants trust people at a moderate level and are too sensitive to criticism. Also they have slight depressive affect (depression), dream less, experience psychosomatic symptoms (anxiety) less, feel highly threatened in interpersonal relations, become less participated in discussions, do not suffer from psychic isolation and get considerable attention from their parents while they maintain

a moderate relationship with their fathers. It was also identified that male participants get more attention from their parents and have a higher level of participation in discussions when compared to female counterparts; individuals aged between 18 and 21 are more romantic and experience psychosomatic symptoms than the others. Additionally according to results primary school graduate participants are more sensitive to criticism; single individuals are more dramatic and suffer from psychic isolation compared to married persons who are also more dramatic and suffer from psychic isolation compared to divorced people. Employment status does not have a significant impact on the self-esteem of individuals decided to undergo obesity operation (bariatric surgery). Furthermore according to the results obtained from the research individuals who do not have any children are more dramatic and suffer from psychic isolation; individuals who are not satisfied with their sexual life have a higher level of relationship with their fathers; and whether or not receiving psychological support does not have a significant impact in this respect.

Key Words: Obesity, Gastric Sleeve Surgery, Self-Esteem.

KISALTMALAR

Akt.	Aktaran
BKİ	Beden Kitle Enkeksi
C	Cilt
Çev.	Çevirmen
DNA	Deoksiribo Nükleik Asit
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
DY	Duygusal Yeme
Ed.	Editör
GYS	Gece Yeme Sendromu
MONICA	Monitoring of Trends and Determinan Cardiovascular Disease
RBSÖ	Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği
S	Sayı
TDK	Türk Dil Kurumu
TNSA	Türkiye Nüfus Sağlığı Araştırması
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
TYB	Tıkanırçasına Yeme Bozukluğu
WHO	World Health Organization

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ÖNSÖZ	i
ÖZET	ii
ABSTRACT	iv
KISALTMALAR	vi
İÇİNDEKİLER	vii
TABLolar LİSTESİ	x
ŞEKİLLER LİSTESİ	xi
EKLER LİSTESİ	xi

BÖLÜM 1

GİRİŞ

1.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi.....	2
1.2. Problem Cümlesi.....	2
1.3. Araştırmanın Varsayımları	3
1.5. Araştırmanın Sınırlılıkları	3
1.6. Tanımlar	4

BÖLÜM 2

GENEL BİLGİLER

2.1. Obezitenin Tanımı ve Aşırı Kilo	7
2.2. Obezitenin Epidemiyolojisi	7
2.3. Obezitenin Etiyolojisi	8
2.3.1. Obezite ile Beslenme Alışkanlıkları ve Fiziksel Aktivitenin İlişkisi.....	9
2.3.2. Sosyo-Ekonomik Durum ile Obezite Arasındaki İlişki	11
2.3.3. Obezite ile Sigara ve Alkol Faktörünün İlişkisi.....	12
2.3.4. Kullanılan İlaçların Obezite Üzerinde Etkileri	13
2.3.5. Genetik Faktörlerin Obezite Üzerinde Etkileri	14
2.3.6. Yaş Faktörü ile Obezite Arasındaki İlişki	16
2.3.7. Cinsiyet Faktörü ile Obezite Arasındaki İlişki.....	18

2.3.8. Obezite ile Psikolojik Durum ve Stres İlişkisi.....	20
2.4. Obezitenin Sıklık Düzeyi ve Yaygınlığı.....	21
2.5. Obezite Çeşitleri (Tipleri)	23
2.6. Obezitenin Ölçülmesinde Kullanılan Beden Kitle İndeksi (BKİ)	24
2.7. Obezitenin Tedavisinde Kullanılan Yöntemler	26
2.7.1. Tıbbi Beslenme ve Diyet.....	26
2.7.2. Fiziksel Aktivite (Egzersiz).....	28
2.7.3. Motivasyon	28
2.7.4. Farmakolojik Tedavi	29
2.7.5. Cerrahi Müdahale.....	29
2.7.5.1. Bariatrik Cerrahiden Sonra Kazanımlar.....	32
2.7.5.2. Bariatrik Cerrahiden Sonra Olası Riskler	34
2.8. Obezitede Komplikasyonlar	35
2.9. Obeziteye Karşı Alınacak Önlemler	38
2.10. Obezitede Duygusal Yeme Davranışı ve Benlik Saygısı	39
2.10.1. Duygusal Yeme Davranışı.....	39
2.10.2. Duygusal Yeme Davranışındaki Fizyolojik Mekanizmalar	42
2.10.3. Obezite ve Duygusal Yeme Davranışı Arasındaki İlişkiler	42
2.11. Benlik ve Benlik Saygısı Kavramı.....	43
2.11.1 Benlik Saygısı İle İlişkili Etmenler	49
2.11.2. Obezite ve Benlik Saygısı Arasındaki İlişki	51

BÖLÜM 3

YÖNTEM

3.1. Araştırma Modeli	55
3.2. Katılımcılar	55
3.3. Veri Toplama Tekniği.....	57
3.4. Veri Toplama Araçları	58
3.4.1. Kişisel Bilgi Formu.....	58
3.4.2. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği	58
3.4.3. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeğinin Puanlaması ve Yorumlanması	59

BÖLÜM 4

BULGULAR

4.1. Obezite Ameliyatı Olmaya Karar Veren Bireylerin “RBSÖ” Alt Ölçeğine İlişkin Tanımsal Bulgular	60
4.2. Obezite Ameliyatı Olmaya Karar Veren Bireylerin “RBSÖ” nin Farklı Değişkenler Açısından İncelenmesine Yönelik Bulgular	62
4.2.1. Obezite Ameliyatı Olmaya Karar Veren Bireylerin Cinsiyetlerine Göre “RBSÖ” Alt Ölçek Düzeyleri	62
4.2.2. Obezite Ameliyatı Olmaya Karar Veren Bireylerin Yaşlarına Göre “RBSÖ” Alt Ölçek Düzeyleri.....	64
4.2.3. Obezite Ameliyatı Olmaya Karar Veren Bireylerin Eğitim Durumlarına Göre “RBSÖ” Alt Ölçek Düzeyleri	66
4.2.4. Obezite Ameliyatı Olmaya Karar Veren Bireylerin Medeni Durumlarına Göre “RBSÖ” Alt Ölçek Düzeyleri	68
4.2.5. Obezite Ameliyatı Olmaya Karar Veren Bireylerin Çalışma Durumlarına Göre “RBSÖ” Alt Ölçek Düzeyler.....	70
4.2.6. Obezite Ameliyatı Olmaya Karar Veren Bireylerin Çocuk Sahibi Olma Durumlarına Göre “RBSÖ” Alt Ölçek Düzeyleri	72
4.2.7. Obezite Ameliyatı Olmaya Karar Veren Bireylerin Cinsel Hayattan Memnun Durumlarına Göre “RBSÖ” Alt Ölçek Düzeyleri	74
4.2.8. Obezite Ameliyatı Olmaya Karar Veren Bireylerin Psikolojik Destek Alma Durumlarına Göre “RBSÖ” Alt Ölçek Düzeyleri	76

BÖLÜM 5

TARTIŞMA, SONUÇ ve ÖNERİLER

5.1. Tartışma ve Sonuç	79
5.2. Öneriler	86
KAYNAKÇA	89
ÖZGEÇMİŞ	122

TABLO LİSTESİ

	Sayfa
Tablo 2.1. Obeziteye Sebep Olan İlaçlar.....	14
Tablo 2.2. TÜİK 2017 Raporu yaşlara göre kilo ortalamaları	17
Tablo 2.3. Vücut kitle indeksinin cinsiyete göre dağılımı	19
Tablo 2.4. Beden Kitle İndeksine Göre Obezite Sınıflandırması.....	25
Tablo 3.1. Obezite emeliyatı olmaya karar veren bireylerin kişisel bilgileri.....	56
Tablo 4.1. Obezite ameliyatı olmaya karar veren bireylerin “RBSÖ” alt ölçeklerine göre frekans, yüzde, aritmetik ortalama ve standart sapma değerleri	61
Tablo 4.2. Obezite ameliyatı olmaya karar veren bireylerin “RBSÖ” alt ölçeklerden aldıkları puanların cinsiyete göre Mann Whitney U testi sonuçları	63
Tablo 4.3. Obezite ameliyatı olmaya karar veren bireylerin RBSÖ’ den aldıkları puanların yaşlarına göre Kruskal Wallis H testi sonuçları.....	65
Tablo 4 .4. Obezite ameliyatı olmaya karar veren bireylerin RBSÖ’ den aldıkları puanların eğitim durumlarına göre Kruskal Wallis H testi sonuçları.....	67
Tablo 4 .5. Obezite ameliyatı olmaya karar veren bireylerin RBSÖ’ den aldıkları puanların medeni durumlarına göre Kruskal Wallis H testi sonuçları.....	69
Tablo 4 .6. Obezite ameliyatı olmaya karar veren bireylerin RBSÖ’ den aldıkları puanların çalışma durumuna göre Mann Whitney U testi sonuçları	71
Tablo 4 .7. Obezite ameliyatı olmaya karar veren bireylerin RBSÖ’ den aldıkları puanların çocuk sahibi olma durumlarına göre Mann Whitney U testi sonuçları	73
Tablo 4 .8. Obezite ameliyatı olmaya karar veren bireylerin RBSÖ’ den aldıkları puanların cinsel hayatlarından memnun olma durumlarına göre Mann Whitney U testi sonuçları.....	75
Tablo 4.9. Obezite ameliyatı olmaya karar veren bireylerin RBSÖ’ den aldıkları puanların psikolojik destek alma durumlarına göre Mann Whitney U testi sonuçları	77

ŞEKİL LİSTESİ

	Sayfa
Şekil 2.1. Tüp Mide.....	32

EK LİSTESİ

	Sayfa
EK-1 Bilgilendirilmiş Onan Formu	109
EK-2 Kişisel Bilgi Formu.....	110
EK-3 Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği	111
EK-4 İstanbul Arel Üniversitesi Etik Kurul Kararı	117
EK-5 Staj Örneklem Onay Belgesi.....	118
EK-6 İntihal Raporu	119

BÖLÜM 1

GİRİŞ

Obezite, 21. yy.'da global anlamda önem taşıyan, yaygınlığı giderek artan bir “halk sağlığı” sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır (Kaner, 2013). Obezitenin kelime kökeni Latince “obesus” sözcüğünden gelmektedir. Obesus, Latince ‘iyi beslenmiş, şişman’ anlamında kullanılmaktadır (Bevegni ve Adami, 2003). Şişmanlık, tarihsel süreç içinde bazen övgü, bereket, bolluk anlamında ele alınırken sanayi devrimi ile birlikte sağlıksızlık, bakımsızlık, hantallık anlamında kullanılmış, günümüzde ise bireye hastalık yapan ve beraberinde ek hastalıklar getiren mortalite (ölüm oranı) ve morbiditesi (hastalık oranı) yüksek olan bir hastalık olarak tanımlanmaktadır (Orhan ve Bozbora, 2008:289). Obezitenin ne zaman ortaya çıktığı, çok eski yıllarda olup olmadığı konusunda, fikir ayrılıkları mevcut olup, genel görüş, obezitenin 1950’li yıllardan sonra fazlaştığı yönündedir. Ancak, bu hastalığın çok daha eski yüzyıllara dayandığını söyleyen uzmanlar da bulunmaktadır (Antipatis ve Gill, 2001).

“Aşırı şişmanlık” olarak tanımlanan obezite, sağlıksız beslenme ve hayatında fiziksel aktivitelere hiç yer verilmemesi ya da çok az yer verilmesinin birleşimiyle oluşan, enerjinin alınması ve harcanması arasındaki dengesizliği ifade etmektedir (Yıldırım, Akyol ve Ersoy, 2008). Obezitenin oluşumunda çok fazla faktör rol oynamaktadır; fast food denilen ambalajlı ve hazır gıdaların sıklıkla tüketilmesi, dengeli beslenme alışkanlıklarının benimsenmemesi, aşırı yağlı yiyeceklerin sıklıkla tüketimi, günlük yaşamda fiziksel aktivitelerin olmaması, stres, genetik faktörler, psikolojik etmenler ve sosyo-ekonomik durumlar sayılabilmektedir (Uskun, Öztürk, Kişioğlu, Kırbıyık ve Demirel, 2005).

Obezite tedavi edilebilir bir hastalıktır. Obezite, “diyet” (Tıbbi beslenme tedavisi ve Medikal nutrisyon tedavisi), “fiziksel egzersiz”, “davranış tedavisi” (beslenme davranışının değişmesi), “ilaç tedavisi” ve “bariatrik cerrahi” gibi yöntemlerle tedavi edilebilmektedir (Orhan ve Bozbora, 2008).

Obezite ile mücadele etmeye çalışan bireyler yavaş yavaş bilinçlenmeye ve hastalıklarına çözüm bulma yolları aramaya başlamaktadırlar. Diyet, egzersiz gibi tedavilerin yanında günümüzde oldukça sık başvurulan yöntemlerden biri de bariatrik cerrahi (obezite ameliyatı) müdahalelerdir. Bariatrik cerrahi yöntemlerinden tüp mide ameliyatı geçiren bireyler, zaman içinde kilo vermeye, sağlıklı yaşamaya ve uyku bozuklukları gibi hastalıklardan kurtulup yaşam kalitelerini yükseltmeye başlamaktadırlar (Arslan, Sipahi, Talih, 2018). Bu durum psikoloji alanının da dikkatini çekmeye başlamış ve son zamanlarda bu alanda çalışmalar fazlalaşmaktadır. Bariatrik cerrahi operasyonuna karar veren obez bireylerin bu süreçte benlik saygılarının etkisi olduğu düşünülmektedir. Benlik saygısı, bireyin kendisine yönelik tutumlarını kapsamaktadır (Rosenberg 1989:326). Bu tutumlar olumlu ya da olumsuz olabilmektedir. Alanyazında yer alan çalışmalar (Değirmenci, 2006; Yücel, 2008) obez bireyleri genelde kendisinden hoşnut olmayan, depresyonu ve anksiyesi yüksek olan, sosyal hayattan uzak kalan bireyler olarak gösterse de ameliyata karar verme aşamasında benlik saygılarının yüksek olmasının etkisiyle obez bireyler kendilerine çözüm yolu bulmaya çalışarak ameliyat gibi yöntemlerle eyleme geçebilme sürecini yaşamaktadırlar.

1.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Bu çalışma ile obezite ameliyatı olmaya karar vermiş bireylerin benlik saygısı düzeylerini ve obezite ameliyatı olmaya karar vermiş bireylerin benlik saygılarının bazı değişkenlerle ilişkili olup olmadığını belirlemektir. Obezite ile benlik saygısı arasındaki ilişkinin, tespit edilen sonuçlar doğrultusunda literatüre katkıda bulunması bu araştırmayı önemli kılmaktadır.

1.2. Problem Cümlesi

1. Obezite ameliyatı olmaya karar veren bireylerin
 - a) benlik saygısı
 - b) kendilik kavramının sürekliliği
 - c) insanlara güven duyma
 - d) eleştiriye duyarlılık
 - e) depresif duygulanım

- f) hayalperestlik
- g) psikosomatik belirtiler
- h) kişiler arası ilişkilerde tehdit hissetme
- ı) tartışmalara katılabilme derecesi
- i) ana-baba ilgisi
- j) babayla ilişki
- k) psişik izolasyon düzeyleri nedir?

2. Obezite ameliyatı olmaya karar veren bireylerin

- a) benlik saygısı
- b) kendilik kavramının sürekliliği
- c) insanlara güven duyma
- d) eleştiriye duyarlılık
- e) depresif duygulanım
- f) hayalperestlik
- g) psikosomatik belirtiler
- h) kişiler arası ilişkilerde tehdit hissetme
- ı) tartışmalara katılabilme derecesi
- i) ana-baba ilgisi
- j) babayla ilişki
- k) psişik izolasyon düzeyleri yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni hali, çalışıp çalışmama, çocuk sahibi olup olmama, cinsel hayatından memnun olup olmama, psikolojik destek alıp almama değişkenlerine göre farklılık göstermekte midir?

14. Araştırmanın Varsayımları

- 1-Katılımcılar ölçeği doldururken gerçek düşüncelerini yansıtmışlardır.
- 2-Ölçme aracı bireylerin benlik saygısı düzeylerini doğru ölçmektedir.

15. Araştırmanın Sınırlılıkları

1- Araştırma Şubat 2018 ve Haziran 2018 tarihleri arasında İstanbul ili Şişli ilçesinde bulunan özel bir obezite kliniği merkezinde obezite tanısı almış ve ameliyat olmaya karar vermiş 132 kişi ile sınırlıdır.

2- Araştırma kişisel bilgi formu ve Rosenber Benlik Saygısı Ölçeği'nin ölçtüğü niteliklerle sınırlı kalmaktadır.

16. Tanımlar

Sağlık: 1948 Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Tüzüğü'nde sağlığın tanımı şu şekilde yapılmaktadır: *“Sağlık, salt hastalık veya engelli bir durumun olmayışı değil beden, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik hâlidir.”* (Bakanlığı, T. S., 2011).

Hastalık: *“Hastalık, hem iç ortamdaki dengenin bozulması, hem de iç ortam ile dış ortam arasındaki ilişkinin bozulmasından kaynaklanan sağlıklı olamama halidir. Tıbbi açıdan hastalık (disease); belirli işaret ve semptomlarla kendini gösteren patolojik bir anormalliği ifade eder. Toplumsal- kültürel içerikli bir kavram olarak birey açısından hastalık (illness) ise; sağlıksızlığın veya patolojik sürecin sonuçlarının, öznel (subjektif) deneyim içinde bireylerce algılanması, bireyin acı, rahatsızlık v.b. duyma durumudur. Bu açıdan ele alınan hastalık durumu, bireyin tüm toplumsal yaşamından, organik bozukluğun neden olduğu biyolojik ve fiziksel sonuçlarından çeşitli biçimlerde etkilenir. Bireyin kendisi etkilendiği gibi çevresi de onunla birlikte etkilenir”* (Hamzaoğlu, 2010).

Obezite: Obezite, vücutta bulunan yağ oranının yağsız vücut kitlesine oranla daha yüksek olmasıyla ortaya çıkan ve vücudun besinlerden aldığı enerjinin, vücudun harcadığı enerjiden daha çok olmasıyla oluşan kronik bir hastalık olarak tanımlanmaktadır. Obezite' den söz edebilmek için vücuttaki yağ miktarının erkeklerde %25'i, kadınlarda ise %30'u geçmesi gerekmektedir (Baysal, 2013:27; Özarmağan ve Bozbora, 2008).

Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği: 1965 senesinde Rosenberg tarafından oluşturulan 63 madde ve altında 12 adet alt testi kapsayan ölçektir. Alt test ölçekleri aşağıda ki tanımlarda verilmektedir.

Benlik Saygısı: Rosenberg (1989) benliği, bireyin “mevcut benlik” kendisini nasıl gördüğü, “arzu edilen benlik” kendisini nasıl görmek istediği ve “sunulan benlik” kendisini diğer insanlara nasıl göstermek istediği durumuyla açıklamaktadır. Saygılı, Kesecioğlu ve Kırıktaş (2015) ise benlik saygısını insanda karmaşık olarak kendini yargılama ve değerlendirme sonucu ortaya çıkan bir duygu olup kişinin kendini değerli, gayretli, etkin ve başarılı hissetmesidir şeklinde ifade etmektedir.

Kendilik Kavramının Sürekliliği: Carl Rogers (1961) kendilik kavramını, kişinin deneyimlediği bilinçli farkındalık hali ile değişim ve gelişim içinde olduğu, ideal olan yani arzu ettiği kendilik ile olduğu kendilik arasındaki durumdur şeklinde açıklamaktadır. Özen (2014)’e göre kendilik kavramı, insanların yaşam deneyimlerinin algısı ve yönetimi ile ilgili kendileri için model hazırlarken aynı zamanda diğer insanların duygu, düşünce ve davranışlarını anlamada kullandıkları sistematik bir yapıyı oluşturmaktadır (Özen, 2014).

İnsanlara Güven Duyma: TDK sözlüğü “*Korku, çekinme ve kuşku duymadan inanma ve bağlanma duygusu*” olarak tanımlamaktadır. (TDK, 2018).

Eleştiriye Duyarlılık: Bireyin, kendisine yapılan yorum ve eleştiriye açık olmama halidir (Masaroğulları ve Koçakgöl, 2011).

Depresif Duygulanım: Duygulanım, insanın dışarıdan gelen uyarıcılara, duygu ve düşünce, anılar, sevinç, sinirlilik gibi duygusal tepki verebilme yetisidir. Depresif duygulanım ise, insanın gündelik hayatındaki üzüntü, hüznün, elem, keder duygusunun egemen olduğu durum olarak tanımlanmaktadır (Songur, 2017).

Hayalperestlik: Hayal kuran kişiye verilen isim olarak tanımlanmaktadır. İnsanlar hayal kurabilen varlıklardır ancak çok fazla hayal kurma durumu söz konusu ise, bunun farklı açıdan ele alınması gerekmektedir. Hayal kurma durumu, saatlerce veya günlerce sürebilmektedir. Aşırı hayalperest insan, adeta kendi hayal dünyasının içinde kaybolmaktadır (Atlı ve Koşan, 2017).

Psikosomatik Belirtiler (Anksiyete): Karagözoğlu (2010), bu kavramı “psiko” ruh ve “soma” beden olarak incelemektedir. İlk kez 1881’de Johann Christian Heinroth tarafından “insomnia” (kronik uykusuzluk) terimi için kullanılmıştır. Karagözoğlu’na göre psikosomatik belirtiler, “*Tıp ve psikoloji*

biliminin açıklayamadığı, fiziksel sağlığı etkileyen psikolojik faktörler ve bedensel belirtilerle ortaya çıkan ruhsal sorunları göstermektedir” (Karagözoğlu, 2010).

Kişiler Arası İlişkilerde Tehdit Hissetme: Bireyin çevresindeki kişilerin kendisine tehlikeli ve korku duyacağı bir durum yarattığına inanmasıdır (Masaroğulları ve Koçakgöl, 2011).

Tartışmalara Katılabilme Derecesi: Kişinin, bir konuyla ilgili karşıt düşünceleri karşılıklı olarak öne sürme ve savunma isteğini yerine getirebilmesi durumudur (Masaroğulları ve Koçakgöl, 2011).

Ana-Baba İlgisi: Bir çocuğun gelişiminde okulun verdiği eğitimden, toplumsal yapıya kadar birçok değişken önemli rol oynamaktadır, anne ve babalar da çocukların sosyalleşme sürecinde en temel unsurları oluşturmaktadır (Karabulut Demir ve Şendil, 2008). Anne-baba ve çocuk arasındaki ilişkide, her üyenin dâhil olacağı karşılıklı bir iletişimin bulunması ve sağlıklı bir ebeveyn tutumuna önem verilmesi gerekmektedir (Durmuşoğlu, Saltalı ve Arslan, 2012).

Babayla İlişki: Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeğinin Puanlamasında, anne-baba ilişkisinden sonra ele alınan sadece baba ile olan ilişki durumudur.

Psişik İzolasyon: Bireyin kendini diğer insanlardan ayırarak yalıtılmış ve yalnız hisstemesi. Psişik ifadesi eski Yunancada “ruh” anlamına gelmekle birlikte, “bedene bağlı ruha ilişkin” veya “alışılmamış ruhsal fenomenlere ilişkin” anlamlarında kullanılmaktadır. “Psişik” kelimesiyle “psikolojik” kavramları arasındaki temel ayrım, ilkinin “bedenli ruh”u, ikincisinin ise “zihin”i ilgilendirmesidir (Özen,2014). Psikolojik izolasyonu, Masaroğulları ve Koçakgöl (2011) ise şöyle ifade etmektedir: *“Herhangi bir ruhsal yaşantının, bir fikrin veya hatıranın bilişsel yanı tümü ile anımsanırken, duygusal yanı bu gerçekten ayrılarak bastırılır ve bilinç dışında kalmış olur. Psişik izolasyon kullanan bir kişi, duygu yüklü olması tahmin edilen bir olayı, duygusuz ve kuru kuruya anlatır.”*

BÖLÜM 2.

GENEL BİLGİLER

Bu bölümde araştırmanın çerçevesini oluşturan açıklamalara ve konuyla ilgili yurt içinde ve yurt dışında ulaşılabilen araştırmalara yer verilmiştir.

21. Obezite

“Aşırı kilo” ve “obezite” kavramları alanyazın ve gündelik hayatta birbirlerinin yerine ifade edilse de, bu iki kelime aynı değildir. Field, aşırı kiloyu, “boyuna ve yaşına göre standarttan daha kilolu olmak”; obeziteyi ise, “daha çok aşırı vücut yağlanması” şeklinde ifade etmektedir (Field, 2003:3-13). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)’ ne göre obezite; “*Sağlığı bozacak ölçüde yağ dokularında anormal ve aşırı miktarda yağ birikmesidir*”.

Aşırı kilo ve obezite toplumun büyük bölümünü etkileyen kronik rahatsızlıklardır. İnsanların hayat kalitesini bozan, farklı hastalıklara ve yaşam süresinin azalmasına sebep olan fazla kilo ve obezite; çocuktan gencine, yaşlıdan yetişkine herkesi ilgilendiren önemli bir halk sağlığı problemi haline gelmiştir (Kaner, 2013; Krause ve Lampert, 2015).

22. Obezitenin Epidemiyolojisi

Obezite global anlamda giderek yayılmaktadır. Dünyada 1 milyardan fazla insan şişmandır ve bunların minimum 300 milyonu tıbbi vaka olarak obezdir. Bu durum kalıcı rahatsızlıklara da zemin oluşturmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü’nün (2018) tanımına göre, obezite neredeyse bütün yaştan insanları ve farklı gelir gruplarını etkileyebilen uzun süreli tedavi gerektiren bir hastalıktır (WHO, 2018). Obezite tedavisinde temel amaç, kilo kaybı sağlayarak, diğer olası hastalıkların da önüne geçmek, obeziteden kaynaklı farklı hastalıkların oluşmasını engellemek ve kişiye hem sağlık, hem sosyal anlamda refahını geri kazandırmaktır (Kriplani, 2009).

Obezite, hem yetişkinlerde hem de çocuklarda görülen “ne zaman sona ereceği belli olmayan” gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde sağlık sorunları sıralanırken, önlerde sayılmaktadır (Wile ve Peterson, 2010). İnsanlık tarihi incelendiğinde, çok eski yüzyıllarda, hastalık ve açlık gibi durumlardan dolayı

ölümler fazla olduğu için; kilolu olmak, zenginliğin, refahın, sağlığın belirtisi gibi kabul edilmiştir (Orhan ve Bozboru, 2008). Günümüz şartlarına bakıldığında, hayat standartlarının giderek yükselmesi, insanları daha düzensiz hareketsiz bir hayat biçimine sürüklemiş toplumlar için giderek büyüyen bir sağlık tehdidi olmaya başlamıştır. Obeziteye sebep olan risk unsurlarının önüne geçilmesi ve tıbbi gelişmeler ile bu sorunun azalacağı ümit edilmektedir (WHO, 2018).

Buruk, Bulca, Çiloğlu ve Peker (2000)' e göre obezite, her yaşta görülen bir hastalıktır. Yaşın ilerlemesiyle birlikte obez kişilerin sayısının artıyor olması, toplumsal bir gerçek olarak karşımıza çıkmaktadır. Obezite, toplumların yapısına ve kültürel özelliklerine göre değişiklik gösterebilmektedir. Çünkü bireyin toplum içinde kazandığı yeme alışkanlıkları, yaşadığı çevre, iş hayatı ve kalıtsal etmenler, bir hastalığın ne derece yaygınlık kazanacağı ile yakından ilgilisi bulunmaktadır (Buruk vd., 2000:83-164).

23. Obezitenin Etiyolojisi

Kişinin tam anlamıyla sağlıklı olabilmesi için, alınan enerji ile yakılan enerjinin dengeli olması gerekir (Kiess vd., 2001). Bu durumun tersi olursa, yani, alınan enerjiden daha az enerji harcanırsa, obezite; eğer alınan enerjiden fazla enerji yakılırsa, kilo kaybı oluşur. (Çıtak vd., 2007). Çocuk endokrinolojisi ve diyabet derneği (2017)'nin bildirisine göre; çevresel ve genetik etkilerin enerji metabolizması ve yağ dokusu üzerindeki etkilerinin bir sonucu olarak obezite, anne yada babadan birinin yada her ikisinin de kilolu yada obez olması durumunda çocuklarında obez olma riski artmaktadır. Çocuklarda saptanan genetik ve hormonal bozukluklara aşırı yemek yeme ve hareketsizlik eklenince önüne geçilemeyecek bir hal almaktadır. Beslenme bozukluklarında obeziteye yol açan durum kimi zaman anne karnında başlamaktadır ve annenin gebelik boyunca önerilenden fazla kilo alması bebeğin kilolu doğmasına ve ileriki yaşamında da obez olabilmesine yol açabilmektedir. Anne sütü ile beslenmenin de obezite riskini azaltabileceğine vurgu yapılmaktadır. Çocukluk döneminde yanlış yeme alışkanlıkları alışkanlık yapan şekerli ve gazlı içeceklerin tüketilmesi de obezite riskini arttırmaktadır (Akıncı vd., 2017:3-22).

Obezitenin etiyolojisi ile ilgili çeşitli araştırmalar yapılmaktadır. Gelişmiş ülkelerin sosyo-kültürel etkisi, kentleşmenin fazlalaşması ve gıda sektörünün globalleşmesi, bireylerin “ince olma çabaları” ve yeme bozukluklarının artması da obezitenin meydana gelmesinde etkili sayılmaktadır (Yılmaz, 2002:139-140). Alanyazında obezite hastalığının “multifaktöriyel bir sorun olduğu” kabul edilmektedir (Kulie vd., 2011). Ayyıldız ve Demirli (2015) beslenme alışkanlıklarının değişmesi, hazır gıdaya yönelişin fazlalaşması, tüketiminin artması, gıda sanayisindeki büyümenin yanında ürün fiyatlarının inmesi, çalışma şartları ve eğlence anlayışının farklılaşması, elektronik cihazlarla geçirilen zamanın fazlalaşması obezitenin nedenleri ve artmasında etki olarak göstermektedirler.

2.3.1. Obezite ile Beslenme Alışkanlıkları ve Fiziksel Aktivitenin İlişkisi

Yanlış beslenme tarzı, çok fazla yemek ve hareket kabiliyetinin az olması, insanın fazla kilolu ve obez olmasına sebebiyet vermektedir.

Yüzyıllar öncesinde Hipokrat, “*Ani ölüm şişmanlarda zayıflara göre daha sık görülür*” diyerek obezitenin sebep olduğu sorunları tespit etmiştir. Günümüzde, yetersiz beslenmeye oranla fazla yeme sonucu oluşan ölümlerin daha fazla olduğu çalışmalarla kanıtlanmıştır (Serter, 2003).

DSÖ fazla kilo ve obezitenin ölüm riskleri sıralamasında ilk beşte olduğunu belirtmektedir. DSÖ’ne göre, dünyada her sene, minimum 2,8 milyon kişi, aşırı kilo ve obezite sebebiyle yaşamını yitirmektedir. Dünya geneline bakıldığında, ölüm sebepleri arasında “obezite”, zayıflığa nazaran daha fazla yer teşkil eder hale gelmektedir (WHO, 2013).

Diğer taraftan, yeni doğan bebeklerdeki ve çocuklardaki beslenme şekli, ileride obeziteye sebep olabilmektedir. Sağlık Bakanlığı, bununla ilgili olarak, bebekliğinde anne sütü alan çocuklarda, ileride obezite görülme sıklığının daha düşük olduğunu, anne sütü verilme süresinin de obezite hastalığının oluşumunu etkilediğini bildirmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2016). Özellikle bebeklik dönemindeki beslenme alışkanlıkları, o çocuğu ileride obez yapabileceği gibi, küçük yaşta uygulanan doğru ve sağlıklı beslenme şeklinin çocuklara kazandırılmasıyla, ileride obezite riskinin azalacağı hipotezi, birçok çalışmada savunulmaktadır (Akıncı vd., 2017). Bebek mamasıyla büyüyen çocukların,

anne sütü alan çocuklara göre daha Şişman ve ileride de obez olma riski daha fazla olmaktadır (Eren ve Erdi, 2003).

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları'nda, oğn düzeni ile ilgili olarak, yapılan saptamada; yemek oğnlerinin sık ve düzenli olması, oğnin günde üç veya beŐ oğn belli miktarda düzenli olarak yemek yenmesi, düzensiz beslenen ve günde bir ya da iki kez yemek yiyen kişilere göre vücut ağırlığını daha olumlu yönde etkilemektedir. Sık ve düzenli oğn tüketen kişilerde ise günde iki kez ve düzensiz yiyenlere göre daha az obeziteye rastlanmaktadır (TNSA, 2013). Ayaküstü tüketilen, "fast food" denilen hazır gıdalar, abur cuburlar, sağlıklı olmayan atıŐtırmalıklar, sürekli ev dışında yenilen yemekler, bu yiyeceklere ulaŐmanın çok kolay olması, çok hızlı yemek yemek alışkanlığı gibi yanlış beslenme Őekilleri, obezite hastalığına temel teşkil etmektedir (Memiş, 2004).

Yemek alışkanlıklarının yanı sıra, fiziksel aktivite de en az onun kadar obezitenin oluŐmasında etkili bir faktördür (Ogden, 2016). Televizyon ve bilgisayar karşısında geçirilen vakit, elektronik/sanal oyunlar, bireyleri az hareket eder hale getirmiŐ, tüm bu sayılanlar da obezite için birer risk unsuru olmaya başlamıştır. Hareketsiz hayat, "Sedanter yaşam tarzı" olarak da adlandırılmaktadır. Sedanter yaşam Şeklinde, düzensiz fiziksel aktivitenin olduğu ya da fiziksel aktivitenin olmadığı bir durum söz konusudur ve genellikle de gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde görülür. Halk dilinde "tembel hayat" da denilmektedir (Keskin ve alıŐkan, 2017).

Sedanter yaşam Şeklinin küçük çocuklarda ve gençlerde daha fazla görülmesinin sebebi, psikolojik sosyolojik ve çevresel etkilerle açıklanabilir. Makineleşmenin artması, teknolojinin geliŐmesi, iŐlerin çabuk bitmesini sağlayan alet ve cihazların fazlalaşması, ulaŐımdaki kolaylıklar, araba ile seyahat etmenin ve televizyon baŐında vakit geçirme sürelerinin artması gibi sebepler, fiziksel hareketliliğin azalmasına ve düşük enerji harcanmasına sebebiyet vermektedir (Memiş, 2004). Sedanter yaşamda dikkati çeken noktalardan biri, özellikle televizyon izlerken ekran karşısında daha fazla yemek yenmesi, yenen yemeklerin kalorili olması, yüksek oranda Şeker, tuz ve yağ içermesi, enerji alımının artıp karŐılıęında enerji harcanmaması, vücuttaki dengeyi bozmaktadır (Baysal, 2013).

Alanyazında özellikle kadınlarda obeziteye daha fazla rastlanmakta ve sağlıklarını olumsuz yönde etkilemektedir. Aşırı kilolu veya obez olmak, kadınlarda kalp damar hastalığı ve diyabet olma risklerini arttırmakta, beraberinde gelen harekersiz yaşam sebebiyle, kadın obez hastalarda bel ağrısı ve diz problemleri ortaya çıktığı bildirilmektedir. (Kulie vd., 2011).

Demirel vd., (2014)' nin çalışmalarına göre, ülkemizde 20-29 yaş kadınların % 50'sinin aktivitesi çok hafif ve hafif, %45'nin orta ve ancak % 5'nin aktivite düzeyi orta üzerinde bulunmuştur. Erkeklerin fiziksel aktivitesi daha fazla ise de aktivite düzeyi yaş ilerledikçe azalmaktadır". Kronik Hastalıklar Risk Faktörleri Araştırması'na göre ülke genelinde; "kadınların %87'si, erkeklerin ise %77'si yeterli ölçüde fiziksel aktivite yapmamaktadır. (Demirel vd., 2014). 65 yaş üzeri bireylerle yapılan bir çalışmada ise bireylerin sadece %30'unun yürüyüş yaptığı" belirlenmiştir (Ersoy ve ıtak, 2006).

2.3.2. Sosyo-Ekonomik Durum ile Obezite Arasındaki İlişki

Obezite sıklığını etkileyen etmenler arasında, ailelerdeki beslenme şekli, bireyin yaşadığı evre, toplumsal yemek alışkanlıkları, kalıtsal yapı, genlerden gelen özellikler, çalışma hayatı şartları ve eğitim-öğrenim düzeyi sayılabilir (ayır, 2009).

Alanyazın değerlendirildiğinde, sosyoekonomik düzey ve obezite arasında değişken sonuçların bulunduğu dikkati çekmektedir. Bu sonuçların bir kısmı ekonomik durumu yüksek seviyede ve bir kısmı da ekonomik durumu düşük seviyede obezite aralığının fazlalaştığı şeklinde-dir (Alvani vd., 2012). Gnavi vd., (2000) gelişmeye devam eden 50 ülkeden 32 tanesinde, obezite aralığı %2,3'n altında bulunmuş ve bu ülkeler için obezite hastalığının ciddi bir problem oluşturmadığı belirtilmiştir. Anne-babaların eğitim seviyesi, iş sahibi olmaları ile obezite arasındaki ilişkide çok belirleyici bir etmen bulunmamış, ancak kötü hayat şartlarında ve uygun olmayan çevrelerde büyüyen çocukların, ileride obezite olma riskleri daha fazla olmaktadır (Gnavi vd., 2000).

Gelir seviyesi ve sosyal şartları iyi düzeyde olan ailelerin çocukları, çok fazla yedikleri için şişmanlarken, gelir seviyesi ve sosyal şartları düşük olan ve sayıca kalabalık ailelerdeki çocuklar, dengesiz beslendikleri için

şışmanlamaktadır (Köksal, 2008). İnce (2002)' ye göre, bilhassa okul öncesi ve okul çağındaki çocuklarda, fazla şeker ve yağ oranı yüksek besine yönelim, dengesiz beslenmeye sebebiyet vermektedir. Az gelişmiş ya da gelişmekte olan ülkelerde, karbonhidrat ağırlıklı beslenme şeklinin “doygunluk hissi” ne ulaşabilmek için olduğu düşünülmektedir; bu da, öğün atlamak, bazı öğünlerde fazla yemek, bazı besinleri normalden fazla tüketmek gibi, dengesiz beslenme şeklinden kaynaklanmaktadır (İnce, 2002). Sanayileşmiş ülkelerde, teknolojinin ve makineleşmenin fazla olması, gelir düzeyi düşük grupların beslenme konusunda bilinçli olmasını sağlayamamaktadır.

Türkiye'deki obezite yaygınlığı, sosyo-ekonomik açıdan ele alındığında, daha çok orta gelirli ailelerde görülmekte; bu da “orta direk vatandaşın” gelişmiş ülkelerdeki yoksul kesim gibi beslendiğini düşündürmektedir (Eren ve Erdi, 2003).

2.3.3. Obezite ile Sigara ve Alkol Faktörünün İlişkisi

Obezitenin alkol ve sigara kullanımı ve bunların bırakılmasıyla bağlantısı olduğu düşünülmektedir. Araştırmalarda, sigara içenlerin BKİ sigara içmeyen bireylere göre daha düşük bulunmaktadır. Sigara içenlerde kilo kaybı metabolik verimliliğin azalması veya metabolizma hızının artmasına bağlı olduğu düşünülebilmektedir. Ancak Çayır, Atak ve Köse (2011) çalışmalarında obezite durumu ile sigara içme ve alkol kullanımı arasında bir ilişki bulunmadığını bildirmektedirler. Sigaranın bırakılmasını takiben kişide iştah artmaktadır. Sigara, kısa adı TSH olan “Tiroid Stimulan Hormon” faaliyetini ve enerji durumunu arttıran bir etmendir. Sigara bırakıldığında, tüm bunlar normal hale gelmektedir. Sigara içen kişilerde tiroid hormone artışı, fazla enerji harcanmasına yolaçtığından obeziteden korunmaya sebep olarak düşünülebilmektedir. Ancak kesinlikle “sigara içme” eyleminin bir zayıflama tekniği olarak ele alınmaması gerekmektedir (Doğan, 2012).

Kısa adı MONICA olan “Monitoring of Trends and Determinants in Cardiovascular Disease” araştırmada, 35 ve 64 yaşlarındaki kadınlarda ve erkeklerde sigara kullananların BKİ’si kullanmayanlara nazaran 2 ila 3 kat daha az bulunmuştur (Alvani vd., 2012). Sigarayı içmeyi bırakan bireylerin kilosunun arttığına sık rastlanmaktadır. Alanyazın sigarayı bırakmanın obeziteyi, sigara içmeye devam edenlere göre arttırdığı yönündedir (Eren ve Erdi, 2003). Bu durumda, sigaranın yemek yeme isteğini bastırdığını düşündürmektedir. Bakhshi (2008) ise obezite ve sigara arasında azalan yönde bir ilişki olduğunu ortaya koymaktadır.

Alkol tüketimi ve obezite ilişkisi arasında çok anlamlı bir görüş olmamasına karşın, sürekli alkol kullananların şişmanlık oranı, hiç kullanmayanlara göre daha fazladır. Burada, alkolün kalori miktarının fazla olmasının ve alkolün yanında kalorisi yüksek gıdaların, abur cubur gıdaların alınmasının etkisinin de olduğu düşünölmektedir. (Efil, 2005).

Sonuç olarak, obezite hastalığı ile sigara ve alkol kullanımı arasında ilişki konusunda çok kesin sonuçlar bulunmamaktadır. Ancak, hiç sigara içmeyen ve sigarayı bırakanların şişmanlık oranı, sigara kullanan kişilere göre daha fazladır (Çayır vd., 2011).

2.3.4. Kullanılan İlaçların Obezite Üzerinde Etkisi

Kilo artışı ve bununla beraber gelen obezite, ilaçların yan etkileriyle de ilişkilidir (Bağrıaçık vd., 2003). Antidepresanlardan bazıları kilo alımını arttırmaktadır. Bu ilk defa amitriptilin gibi trisklik antidepresanlarda (TCA) gözlenmiştir ve duygudurum düzenleyicilerden valproik asit, karbamazepin ve lityumda kilo alımını tetiklemektedir (Balcıoğlu ve Başer, 2008). Obeziteye sebep olan ilaçları aşağıdaki tabloda özetlemek mümkündür.

Tablo 2.1. Obeziteye sebep olan ilaçlar

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

(Bağrıaçık vd., 2003)

2.3.5. Genetik Faktörlerin Obezite Üzerinde Etkileri

21. yüzyılda yapılan araştırmalardan bazıları, obez anne-babaların çocuklarının da obez veya aşırı kilolu olmaya eğilimli olduğunu ortaya koymaktadır. Anne babasından ayrı büyüyen çocuklar eğer obez oluyorsa, bu durumun temelinde genetik yani kalıtsal faktörler aranmaktadır. Genetik unsurların büyük rol oynadığı obezitede, BKİ'ne yönelik yapılan çalışmalarda, obezitenin %40'ının kalıtsal olduğu ortaya çıkarılmıştır (Anderson ve Butcher, 2006). Yapılan bazı araştırmalarda ise obezitenin % 25 ila 40 oranında genetik sebeplere dayandığı saptanmaktadır (Çıtak vd., 2007).

Aynı sosyal çevrede yaşayıp, birbiriyle benzer şekilde beslenenlerde kilo durumu, farklılık gösteriyorsa, bu durum, genlerden gelen kalıtsal özelliklerden kaynaklanmaktadır. Bazı genlerde obeziteye yatkınlık kalıtsal

olabilmektedir. Yapılan araştırmalarda bu türde örneklere rastlanmaktadır, örneğin Melenakortin -4 (MC4) beyinde bulunan, iştahın kontrolünde rol oynayan ve yemeyi ketleyen nöropeptit (yemeyi, insülini, trigliseridlerin yıkımını ve vücut ısısını azaltan peptit nörosimmitter) ile ilişkili protein resptörünün mutasyona uğraması obeziteyi tetikleyen en yaygın genetik faktör olduğu bildirilmektedir. Ayrıca kalıtsal leptin (yağ doku tarafından salgılanan hormon, yiyecek alımını azaltır ve metabolik hızı arttırır) yetmezliği olan obez hastalara leptin tedavisi yapıldığında olumlu sonuçlar alınmaktadır. Burada unutulmaması gereken konu obez bireylerde leptin eksikliğinin bulunmasıdır, tersi durumunda leptin eksikliğinin bulunmadığı durumda besin alımı üzerine etkisi bulunmamaktadır. Leptin eksikliği olmadığı durumda, leptin takviyesi yapıldığında aksine obez bireyler leptin direnci gösterebilmektedirler ve buda daha da kilo alıma sebep olmaktadır. (Bee ve Body, 2009; Carlson, 2016:88-114).

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde kalıtsal faktörlerin obezite üzerinde ne kadar etkili olduğu konusunda yapılan araştırma, ikizler üzerinde yapılmıştır. Buna göre, evlat olarak verilmiş ve kendi ailesiyle yetişen ikizler değerlendirilmiştir. Evlatlık verilen ikizlerden biri, ayrı çevrede büyümesine rağmen, şişman olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmada, ikiz çocuklardaki yağ miktarının ailelerinin yağ oranı ile benzediği ve obez birinin çocuğunun da obez olma ihtimalinin, obez olmayana göre, 2-3 kat fazla olduğu saptanmıştır (Gürel ve İnan, 2001).

İkizler ve evlat edinilmiş çocuklarla yapılan araştırmalarda, “çekirdek ailede obezite geçişinin %30-50, evlat edinilmiş çocuklarda %10-30, ikizlerde ise %50-80 olduğu” gösterilmiştir (Bozboru, 2002). Obezite etiyolojisindeki en önemli etmenlerden biri, anne-babadan birisinin “obez” olmasıdır. Hem annesi, hem babası obez olan çocuklarda bu hastalığın gelişme düzeyi %80, anne-babalardan birinin obez olduğu çocuklarda %40, anne-babanın obez olmadığı çocuklarda ise ileride obez olma ihtimali %7 olarak hesaplanmıştır (Semerci, 2004). Ayrıca aynı yumurta ikizlerinin farklı çevre ya da ailelerde büyütölseler de benzer kiloda oldukları görölmektedir (Collaku vd., 2004).

2.3.6. Yaş Faktörü ile Obezite Arasında İlişki

Vücuttaki yağ dokusunun kapladığı alan yağ hücrelerinin büyüklüğü ve miktarı ile ilgilidir. Doğumdan önce ve doğumdan sonraki ilk senelerde yağ hücrelerinin sayısı artmakta ve bu artma ergenlik dönemine kadar sürmektedir. Dolayısıyla “çocukluk çağı şişmanlığı” daha çok ergenlik dönemine rastlamış olmaktadır. Bu yüzden ömür boyu obezitenin ve şişmanlığın önüne geçebilmek için, çocukluk ve ergenlik dönemlerinde beslenme alışkanlıklarına ve beslenme şekline dikkat edilmelidir. Yaş ilerledikçe bazal metabolizma yavaşladığı için, enerji harcaması da buna bağlı olarak azalmaktadır (Çıtak vd., 2007).

Doğan (2012)' a göre, birey yaşlandıkça obezite aralığında artış olmaktadır. Kadınlar ve erkekler yaş bakımından birlikte ele alındığında, en şişman olunan dönem, 25 ve 34 yaş aralığıdır. Kadınların, erkeklere oranla daha fazla vücut yağı depolamaları sebebiyle aşırı kilolu ve “obez olma” eğilimleri daha fazladır. Alanyazında genellikle yaş ilerledikçe, obeziteye yakalanma oranının arttığı ortaya konulmuştur (Çayır vd, 2011). Özellikle 55 ve 59 yaş aralığındaki obezite oranı en yüksek, (% 34.8) 40-55 yaş arası kişilerde daha düşük (% 30) olduğu bulunmuştur (Memiş, 2004).

Tablo 2.2. Yaşlara ve yıllara göre kilo ortalamaları (TÜİK, 2017 Raporu)

Yaş grubu Age group	2008						2010						2012						2014						2016							
	Toplam		Erkek		Kadın		Toplam		Erkek		Kadın		Toplam		Erkek		Kadın		Toplam		Erkek		Kadın		Toplam		Erkek		Kadın			
	Total	#	Male	%	Female	%	Total	#	Male	%	Female	%	Total	#	Male	%	Female	%	Total	#	Male	%	Female	%	Total	#	Male	%	Female	%		
Toplam-Total	70,8	##\$	75,2	##\$	71,5	75,8	##\$	72,3	##\$	76,7	67,8	67,8	67,8	72,5	77,1	68,1	68,1	72,8	##\$	77,4	68,9	68,9	72,8	##\$	77,4	68,9	68,9	72,8	##\$	77,4	68,9	68,9
15-24	62,0	##\$	67,4	##\$	56,7	67,4	##\$	57,2	##\$	68,4	58,1	58,1	58,1	##\$	69,0	57,4	57,4	##\$	##\$	68,9	68,9	68,9	##\$	##\$	68,9	68,9	68,9	##\$	68,9	68,9	68,9	68,9
25-34	##\$	##\$	75,5	##\$	63,9	76,4	##\$	64,2	##\$	77,2	64,8	64,8	64,8	71,1	77,7	64,4	64,4	71,1	71,1	77,7	77,7	77,7	71,1	71,1	77,7	77,7	77,7	71,1	71,1	77,7	77,7	64,5
35-44	74,8	##\$	79,2	##\$	70,1	80,7	##\$	70,4	##\$	81,2	71,0	71,0	71,0	75,9	80,8	71,0	71,0	76,2	##\$	81,4	81,4	81,4	76,2	76,2	81,4	81,4	81,4	76,2	76,2	81,4	81,4	71,0
45-54	76,4	##\$	78,8	##\$	73,8	79,5	##\$	75,2	##\$	80,4	74,9	74,9	74,9	79,0	81,6	76,4	76,4	78,2	##\$	81,3	81,3	81,3	78,2	78,2	81,3	81,3	81,3	78,2	78,2	81,3	81,3	74,9
55-64	75,9	##\$	78,0	##\$	73,7	78,2	##\$	75,3	##\$	79,2	75,8	75,8	75,8	77,8	79,4	76,4	76,4	78,4	##\$	80,6	80,6	80,6	78,4	78,4	80,6	80,6	80,6	78,4	78,4	80,6	80,6	76,2
65-74	74,2	##\$	77,3	##\$	71,2	76,2	##\$	72,0	##\$	76,9	72,6	72,6	72,6	73,7	75,7	71,9	71,9	75,3	##\$	77,2	77,2	77,2	75,3	75,3	77,2	77,2	77,2	75,3	75,3	77,2	77,2	73,7
75+	67,5	##\$	72,3	##\$	63,6	71,2	##\$	65,9	##\$	72,2	66,7	66,7	66,7	69,1	73,3	66,3	66,3	##\$	72,8	72,8	72,8	##\$	##\$	##\$	72,8	72,8	72,8	##\$	##\$	72,8	72,8	67,5

Türkiye Sağlık Araştırması

Turkey Health Interview Survey

2.3.7. Cinsiyet Faktörü ile Obezite Arasında İlişki

Gerek aşırı kilo, gerekse obezite, kadınlarda da erkeklerde de rastlanan bir durumdur. Kadınların vücutlarında yağ depolamaları, erkeklere göre daha yüksek oranda olduğu için, kadınlardaki obezite seyri, erkeklere göre daha yüksektir (Bozbora, 2002). Yapılan bir çalışmada şişmanlık oranının erkeklerde %21, kadınlarda %34 olduğu saptanmıştır (Memiş, 2004).

2014 yılında hazırlanmış olan Bulaşıcı Olmayan Hastalıklara İlişkin Küresel Durum Raporunda, ülkelerden örneklerle kadın-erkek arasındaki şişmanlık ve obezite düzeyleri şu şekildedir;

“Dünyada her yıl 2,8 milyon insan, fazla kilo ya da obezite nedeniyle hayatını kaybetmektedir. Ülkelere göre cinsiyetler arasında obezite görülme oranı oldukça farklıdır. Bu farklılıklar özellikle Orta Doğu ve Kuzey Afrika gibi gelişmekte olan ülkelerde daha fazladır. Gelişmiş ülkelerde ise, erkeklerin aşırı kiloluluk oranı, kadınlara göre daha yüksektir. Kadınlarda obezite yaygınlık oranı İngiltere, Almanya, Yunanistan ve Finlandiya’da %20’nin üzerindedir. Aşırı kilolu olma durumunun en yüksek olduğu ülkeler Arnavutluk, Bosna-Hersek ve İngiltere (İskoçya bölgesinde)’dir. Türkmenistan ve Özbekistan’da obezite yaygınlığı düşük olup, erkeklerde %5-23, kadınlarda %7-36 arasında değişmektedir” (Beyaz ve Koç, 2009). Afrikada ise erkeklerde obeziteye rastlanmazken kızlarda ise menarj döneminden sonra az düzeydede olsa obeziteye rastlanmaktadır (Cameron ve Getz, 1997).

Türkiye’de obeziteye yönelik araştırmalara bakıldığında, kadınlardaki obezite oranının erkekler göre daha fazla olduğu görülmektedir (Doğan, Toprak ve Demir, 2011; Sarı, 2009; Demirel, 2011; Tura, 2014). TÜİK’in 2017 yılında Türkiye’de yaptığı araştırmaya göre de, kadınlarda obezite oranının erkekler göre daha fazla olduğu ortaya çıkmıştır.

Tablo 2.3. Vücut kitle indeksinin cinsiyete göre dağılımı,
2008, 2010, 2012, 2014, 2016

[15+ yaş - age]		(%)				
Yıl ve cinsiyet Year and sex	Toplam Total	Düşük kilolu Underweight	Normal kilolu Normal weight	Obez öncesi ⁽¹⁾ Pre-obese ⁽¹⁾	Obez Obese	
2008	Toplam - Total	100,0	4,2	48,2	32,4	15,2
	Erkek - Male	100,0	2,7	48,1	36,9	12,3
	Kadın - Female	100,0	5,9	48,2	27,4	18,5
2010	Toplam - Total	100,0	4,7	45,5	33,0	16,9
	Erkek - Male	100,0	3,5	46,1	37,3	13,2
	Kadın - Female	100,0	5,9	44,7	28,4	21,0
2012	Toplam - Total	100,0	3,9	44,2	34,8	17,2
	Erkek - Male	100,0	2,7	44,7	39,0	13,7
	Kadın - Female	100,0	5,1	43,6	30,4	20,9
2014	Toplam - Total	100,0	4,2	42,2	33,7	19,9
	Erkek - Male	100,0	2,8	43,7	38,2	15,3
	Kadın - Female	100,0	5,5	40,7	29,3	24,5
2016	Toplam - Total	100,0	4,0	42,1	34,3	19,6
	Erkek - Male	100,0	2,5	43,8	38,6	15,2
	Kadın - Female	100,0	5,6	40,4	30,1	23,9

Tabloya göre 15 yaş ve üstü obez bireylerin oranı 2014 yılında %19,9 iken, 2016 yılında %19,6'ya düşmektedir (TÜİK, 2017).

Kadınlarda, “Obezite ve onun getirdiği komplikasyonlar” daha fazla görülmektedir (Akın, 2007). Örneğin sanayileşmiş ülkelerde yapılan araştırmalara göre, besin tercihlerinin toplumsal cinsiyete bağlı gelişebildiği ve bireyin sosyo-kültürel değerlerinin de bu tercihleri etkileyebildiği görülmektedir. Bu ülkelerde, kadınlar, genelde sağlıklı beslendiklerini ya da sağlıklı yemekler yemek istediklerini söyledikleri halde dondurma, kurabiye, çikolata, pasta, gibi şeker oranı yüksek ve işlenmiş gıdaları erkeklere oranla daha fazla tercih etmektedirler. Dünya genelinde de kadınlarda obezite artışı daha fazla olmaktadır (Güler, 2007). Kadınlar ve erkeklerin içecek tüketimine yönelik olarak, ABD ve Avrupa’da anketler yapılmış, bunun sonucunda da kadınların erkeklere göre daha çok süt ürünlerini tükettiği, erkeklerin ise kadınlara oranla daha fazla alkol tükettiği sonucu ortaya çıkmıştır. Dolayısıyla sanayileşmiş toplumlarda, cinsiyete bağlı olarak süt ürünlerinin ve yüksek enerjili alkol tüketiminin farklı olması, obezite hastalığının oluşmasına zemin hazırlayan bir durumdur. Yine,

süt, yoğurt ürünler kilo aldırmasada, içine şeker ilave edilmiş dondurma, puding gibi ürünlerin kadınlar tarafından çok daha fazla tüketilmesi, gelişmiş ülkelerde, “cinsiyetler arasındaki obezite oranındaki dramatik farklılıklar” şeklinde ifade edilmektedir (Aydın, 2012).

2.3.8. Obezite ile Psikolojik Durum ve Stres İlişkisi

Depresyon hali, anksiyete bozukluğu, stres gibi farklı psikolojik davranış değişiklikleri, kişinin yemek yeme alışkanlığını değiştirebildiği, sinir sistemini etkileyebildiği gibi, obez olmasına da neden olabilmektedir (Doğan, 2012).

Yapılan psikanalitik araştırmalarda obez kişiler ile obez olmayanlar arasında belirgin psikolojik farklılıklar tespit edilmiştir. Obez hastaların ego yapıları, belirgin olarak anoreksi hastalarından ayırt edilebilmektedir. Obez bireylerin ailelerinde “narsistik aile yapısı”nın olduğu tespit edilmiştir (Sullivan, 2001). Anoreksik hastalarda ego savaşları “içgüdüsel ve aşırı kontrolcü” tutum içinde olurken, obez bireylerde ego savaşları “içgüdüsel zevk ile kontrol” şeklinde olmaktadır. Bunların yanı sıra, obez kişiler suçluluk duydukları zaman, “dürtülerini kontrol edememenin inkârı” ile bu durumu yenmeye çalışırlar. Oysa anoreksik kişiler ise benzer durumda aç kalarak ya da kusarak tepki verirler. Obez bireylerde ego, etkisiz bir unsur olduğu için, bireysel kontrolde yetersiz kalmaktadırlar (Çıtak vd., 2007). Sigmund Freud (1993)’ un psikanalitik kuramına göre aşırı yemek yeme isteği engellenme ya da stres karşısında gelişim dönemlerinden oral dönemdeki fiksasyondan (saplanma) kaynaklanmaktadır. Beslenme faaliyetlerinde en sık rastlanan bozukluk oral dönemde annenin her ağlamada ya da mızırandanmada meme ya da biberonla cevap vermesi çocuğun endişeye bir tepki olarak ortaya çıkan davranışını hazza ve doyuma çevirmesidir. Böylelikle çocuk ilerde stres anında oral doyum arayışında bulunup yeme davranışına yönelmektedir.

Ayrıca şişman insanların kendilerinde psikolojik anlamda geliştirdikleri birtakım savunma, tutum ve davranışları vardır. Bunlar, kendi durumlarıyla ilgili olarak, inkâr, kendisiyle dalga geçme, şaka yapma, komik olma gibi durumlardır ve bunların hepsi birbiriyle ilişkili olup, şişmanlar, kendilerini öteki insanlardan gelecek eleştirilere karşı genelde bu şekilde savunmaktadırlar.

Obez bireyler, toplumda “neşeli” olarak düşünülse, psikolojik olarak aslında depresif ve kaygılıdır (Balcıoğlu ve Başer, 2008). Stres durumunda yemek, yiyerek kendini sakinleştirmeye çalışmak ve rahatlatmak obezite için risk faktörü oluşturmaktadır. Bazı duygu kontrolü teorilerine göre obez bireyler negatif duygularını azaltmak için yemek yerler ve bu şekilde gıda alımına yönelmeleri olumsuz duygulanımlarını azaltmak için kullandıkları bir baş etme yöntemi olarak yorumlanmaktadır (Kaplan ve Kaplan, 1957; Christensen, 1993; Macht ve Simons, 2000).

Psikolojik durumla yemek miktarı, yeme sıklığı, yemek seçimi gibi unsurlar da ilişkilidir. Bireyin yemek yeme davranışı genellikle neşe, üzüntü, depresyon hali, sinirlilik gibi farklı duygulara göre değişebilmektedir. Bu sebeple duygulara bağlı olarak değişebilen yemek yeme davranışı, “duygusal yeme” olarak ifade edilmektedir ve bu durum kilo ile ilişkilidir (Balcıoğlu ve Başer, 2008). Yapılan birçok araştırmada kişinin depresif, fazla düşünceli, endişeli, sinirli, canı sıkın olduğu durumlarda, fazla yediği; korku, gerilim, yorgunluk gibi hallerde ise daha az yediği bildirilmektedir. Bu durum keder, hüzn gibi duygular ile sevinç ve neşenin, insandaki yeme alışkanlığı ve yeme davranışı üzerine etkisi olduğunu göstermektedir (Eren ve Erdi, 2003).

Bunların yanı sıra, tek başına stres de obeziteyi tetikleyen bir etmendir. Ekonomik ve sosyal problemlerin sebep olduğu gerginlik ve bunalımlar, kolay ulaşılan ve çabuk tüketilen besinlere kişiyi yönlendirmekte, bunlar da insanın beslenme alışkanlıklarını oldukça olumsuz etkilemekte ve obeziteye sebep olmaktadır (Bağrıçık vd., 2003).

24. Obezitenin Sıklık Düzeyi ve Yaygınlığı

Bayraktar (1995) DSÖ tarafından yapılan çalışmalara göre dünyada obezite yaygınlığının erkeklerde %10-20, kadınlarda ise %10-25 olduğu ve yıllar içinde bu oranın daha da arttığı gösterilmiştir. Amerika Birleşik Devletleri’nde obezite hızıyla ilgili olarak yapılan bir çalışmada, erişkinlerin 2000 yılında %20’sinin, 2015 yılında %30’unun, 2025 yılında ise %40’ının obez olacağı öngörülmektedir (Bayraktar, 1995:107-137). USBİK III’e (3. Ulusal Sağlık ve Beslenme İnceleme Kurulu) göre ise, ABD’nde erişkinlerin %32’si aşırı kilolu, %22,5’i obezdir.

Afrika kökenli Amerikalılar'da ve İspanyollar arasında prevalans çok daha yüksektir. Afrika kökenli Amerikan ve İspanyol kökenli erişkin kadınların yaklaşık %67'si obezdir. İspanyol kökenli olmayan beyaz kadınlarda ise bu oran %46 bulunmuştur (Wadden ve Stunkard, 2003). Türkiye de ise 1999-2000 yılları arasında 23.888 yetişkin ile yapılan Türkiye Obezite ve Hipertansiyon Araştırması'nda; kadınların %50'si, erkeklerin %40'ı ve genel erişkin toplumun %44,4'ünün normal vücut ağırlığının üzerinde olduğu bulunmuştur (Gümüşler, 2006).

Toplumda görülen obezite olgularının küçük bir kısmında obezite orta yaşlardan sonra ortaya çıkmaktadır. Erkol ve Khorshid (2004) çalışmalarında bireylerin % 26.7'sinde 18 yaş ve öncesinde, % 58.3'ünde ise 19-35 yaş arasında obezite başlamaktadır. 35 yaşından sonra obezite ortaya çıkan olguların oranı ise %15'tir. Chan ve Woo (2010) dünyada 15 yaş ve üstü yaklaşık 2.3 milyar kilolu insan; 700 milyondan fazla da obez insan bulunmaktadır. DSÖ bilgilerine göre, "Dünyada hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde fazla kilo ve obezite oranları her geçen gün artış göstermektedir. Asya, Afrika ve Avrupa'da yapılan MONICA çalışmasında obezite sıklığında 10 yılda yaklaşık %30 oranında bir artış olduğu" açıklanmaktadır (Yavuz, Yavuz ve Tontuş, 2012).

Dünyada ve ülkemizde obezite prevalansı hızla yükselmektedir. 2012 yılında Amerika Birleşik Devletleri'ndeki yetişkin kadınların %36,5'unun beden kitle indeksi fazla kilolu obez olarak sınıflandırılan 30 kg/m² ve üzerinde rapor edilmiştir. Bununla birlikte, tüm gebe kadınların %50'sinden fazlası aşırı kilolu veya obez olarak tespit edilmiştir. Ulusal Sağlık ve Beslenme Sınavı Anketi'nden (NHANES) çıkan sonuçlara göre 2009-2010 döneminde, obezite prevalansı yetişkin erkekler arasında% 35.5 ve yetişkin kadınlar arasında% 35.8 iken, 2003-2008 ile karşılaştırıldığında anlamlı bir değişiklik görülmemiştir. (Flegal vd., 2012).

İşeri ve Arslan (2008) kadınlarda fazla kilolu olama oranı %33.6, erkeklerde %46 iken, obezite görülme sıklığı kadınlarda %16.6, erkeklerde %15.6 olarak bildirmektedirler. Fazla kilo ve obezite gelişiminde doğum öncesi dönem, 5-7 yaş ve ergenlik dönemleri kritik dönemler olarak kabul edilmektedir (Aktaş, 2001). Fazla kilo ve obeziteye yatkınlık özellikle

çocuklar ve adölesanlarda alarm verici düzeye ulaşmıştır. Günümüzde çocukluk dönemi obezitesi sıklığının 1970 yıllarındaki değerlerden on kat fazla olduğu belirtilmektedir (WHO, 2007).

Arslan, Samur, Yıldız, Mercanlıgil ve Köksal (2004) 5-20 yaş grubu çocuklarda yaptıkları çalışmada çocukların %4.1'inin fazla kilolu, %8.8'inin ise obez olduğunu tespit etmişlerdir. Sur, Kolotourou, Dimitriou, Kocaoglu, Keskin, Hayran ve Manios (2005) 12-13 yaş çocukların %12'sinin fazla kilolu, %2'sinin ise obez olduğunu bildirmektedirler. Manios, Kolotourou ve Moschonis (2005) 12-13 yaş arası çocuklarda yaptıkları çalışmada adölesanların %10.6'sının fazla kilolu, %1.6'sının ise obez olduğunu bildirmişlerdir. Ayrancı, Erenoğlu ve Son (2010) 15-20 yaş arası öğrencilerde yaptıkları çalışmada öğrencilerin %4.4'ünün fazla kilolu, %0.6'sının ise obez olduğunu, Yuca, Yılmaz, Cesur, Doğan, Kaya ve Baflaranoğlu (2010) 6-18 yaş çocuklar üzerinde yaptıkları çalışmada fazla kilo sıklığının %11.1, obezite görülme sıklığının ise %2.2 olduğunu, Dündar ve Öz (2012) Samsun'da yaşları 11 ve 14 arasında değişen çocuklarda, obezite sıklığını % 10.3 olarak bildirmektedirler.

TÜİK 2016 verilerine göre, *“Avrupa Birliği'nin (AB) 2014 yılı verileri incelendiğinde, obez bireylerin oranı AB'de ortalama olarak %15,4 olarak gerçekleşmiştir. Seçilmiş AB ülkeleri içinde, Malta %25,2 ile ilk sırada yer almaktadır. Bunu, %20,8 ile Letonya, %20,6 ile Macaristan ve %19,9 ile Türkiye izlemiştir.”*

25. Obezite Çeşitleri (Tipleri)

Obezite de vücuttaki yağ birikimine göre bir sınıflandırma yapılmaktadır. Buna göre, jinoid tip obezite ve Android tip obezite olmak üzere iki çeşittir.

Jinoid Tip Obezite: Literatürde, “armut tipi”, “kadın tipi”, “periferik tip” ve “femoral obezite” şeklinde adlandırılan bu obezite çeşidinde, hiperplastik başka bir deyişle yağ hücre sayısı artışına bağlı obezite söz konusudur (Erol, Toprak ve Yazıcı, 2002).

Android Tip Obezite: “Elma tip” obezite olan android; aynı zamanda, “erkek tipi, santral, abdominal, sentripedal, elma tipi veya “visseral obezite”

şeklinde isimlendirilmektedir. Bu durum hem erkekte hem de kadında, göbekenme de denilen, “batın bölgesinde yağ toplanması”dır (Atalay ve Hasçelik, 2000). Bu tipteki obezitede, jinoid’e göre, yağ hücreleri daha fazladır. Başka bir deyişle hipertrofik bir obezite tipidir. Yağın karın, bel ve göğüste toplanması olan “android tip”, yukarıda bahsedilen elma şeklini ifade eder. Cinsiyet bakımından değerlendirildiğinde, erkeklerde daha sık görülen bu obezite tipi (Çıtak vd., 2007) artık yeteri kadar hareket edilmediği için, Türk kadınlarında “basen ve göbek çevresinde yağlanma” şeklinde görülmektedir (TNSA, 2013).

Dünya Sağlık Örgütü’nün (DSÖ), ulusal araştırmalardan aldığı bilgiler, “Avrupa ülkelerinde obezite prevalansının erkeklerde %10-20, kadınlarda %10-25 arasında değiştiğini, ABD’de ise tüm kadınların %25’inin tüm erkeklerin ise %20’sinin obez olduğunu” göstermektedir (WHO, 2018).

Türkiye’ye bakıldığında, rakamlar obezitenin önemli ve ciddi bir sağlık, aynı zamanda yaşam sorunu olmaya başladığını göstermektedir. 2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) sonuçlarına göre ise nüfusun %34,3’ü hafif şişman, %22,7’si ise şişmandır. Ülkemizde obezitenin sıklığı ile ilgili araştırmalarda, gelişmiş ülkelerdeki rakamlara yakın bulgular tesbit edilmiş ve obezite konusuna dikkat çekilmiştir (TNSA, 2013).

26. Obezitenin Ölçülmesinde Kullanılan Beden Kitle İndeksi (BKİ)

Beden Kitle İndeksi (BKİ) “yetişkinlerde fazla kilolu ve obez sınıflandırması için yaygın olarak kullanılan kilo-boy oranı” olarak tanımlanmaktadır. Genellikle klinik çalışmalarda ve epidemiyolojik araştırmalarda kullanım bakımından kolaylık sağladığı için, beden kitle indeksi (BKİ) formülasyonu tercih edilmektedir (Wadden ve Osei, 2003; Bağrıaçık vd., 2003; Krause ve Lampert, 2015).

BKİ hesaplaması, “kişinin kilogram ağırlığının, metre olarak boyunun karesine bölünmesiyle (kg/m²) elde edilen” bir formül ile bulunur kısaca formülü şu şekildedir (WHO, 2018):

$$BKİ = \text{vücut ağırlığı (kg)} / \text{boy (m)}^2$$

Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımlamasına göre BKİ'si 25 veya 25'in üstünde olanlar fazla kilolu, BKİ'si 30 ve 30'un üzerinde olan kişiler ise obezdir. BKİ'nin özellikle 30'un üzerinde olduğu durumlarda kalp rahatsızlıklarına bağlı ölümlerin dört kat arttığı bildirilmektedir (Köksal, 2008). Başka bir ifadeyle Beden Kitle İndeksi (BMI), aşırı kilolu ve obez bireyleri tanımlayabilmek için en sık kullanılan, bireyler için bir referans ölçü birimi olarak, kullanılması nispeten kolay olan ölçüm tekniğidir. BKİ bedendeki toplam yağ oranı ile iyi bir bağlantı göstermektedir. Kolay uygulanabilir olması ve pahalı olmayan bir yöntem olmasından dolayı sık sık başvurulmaktadır (Schienkewitz, 2017).

Tablo 2.4. Beden Kitle İndeksine Göre Obezite Sınıflandırması

Sınıflandırma	BKİ(kg/m²)
	Temel Kesişim Noktaları
Zayıf (düşük ağırlıklı)	<18.50
Aşırı düzeyde zayıflık	<16.00
Orta düzeyde zayıflık	16.00-16.99
Hafif düzeyde zayıflık	17.00-18.49
Normal	18.50-24.99
Toplu, hafif şişman, fazla kilolu	>25.00
Şişmanlık öncesi (preobez)	25.00-29.99
Şişman (Obez)	>30.00
Şişman I. derece	30.00-34.99
Şişman II. derece	35.00-39.99
Şişman III. derece	>40.00

(Schienkewitz. vd., 2017)

Yapılan araştırmalarda, irksal özellikler ile BKİ arasında bir ilişkinin olduğu ve bunun etnik kökenlere göre farklılık gösterdiği şeklinededir. Örnek vermek gerekirse, aynı BKİ, yaş ve cinsiyetteki Avrupalılar ile Çin, Endozonya, Tayvan gibi ülkelerin halkları kıyaslandığında Asyalıların Avrupalılara göre % 3-5 kadar daha fazla vücut yağına sahip olduğu görölmüştür. Avrupalıların ve Asyalıların arasındaki bu farklılık, bedensel farklılıklardan ileri gelmektedir. Dolayısıyla daha minyon ve ufak yapılı olan halkların BKİ’ndeki vücut ağırlığı daha fazladır, denilebilmektedir (Baysal ve Baş, 2008).

2.7. Obezitenin Tedavisinde Kullanılan Yöntemler

Psikolojik, sosyal ve diğer başka hastalıklara, rahatsızlıklara sebep olan, bu hastalıkların tedavisinin uzun ve mali yükü daha fazla olduğu için, mücadele edilmesi gereken bir hastalık olan obezite, mutlaka tedavi edilmelidir. Tedavi süreci uzun olacağından, kişi öncelikle kararlı olmalıdır. Kilo azaldıkça, aşırı kilo ve obezite sebebiyle görölen hastalıklar da yavaş yavaş ortadan kalkmakta ve mortalite oranı azalmaktadır (Alıcı ve Pınar, 2008).

Obez hastanın iyileştirilmesi sürecinde, davranış tedavisi ve tıbbi tedavi olmak üzere iki yaklaşım kullanılmaktadır Tıbbi tedavi; ilaç uygulamaları ve cerrahi yöntemlerle yapılırken davranış tedavisi sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazandırılması ile yapılmaktadır. Öncelikle yaşam tarzı değişikliklerine minimum 6 ay süreyle devam edilmesi, başarısız olunduğu zaman, ilaç tedavisi ya da bariatrik veya farklı ameliyat tekniklerine yönelmesi önerilmektedir (Orhan, 2001:716-733). Ayrıca ilaç dışı yöntemlerin ruhsal sağlığın artırılmasında da oldukça başarılı olduğu ortaya konulmuştur. Öte yandan ilaç dışı yöntemler, riskli olmaması ve uygun fiyatlı olması bakımından önemlidir (Zaybak ve Fadiloğlu, 2004).

2.7.1. Tıbbi Beslenme ve Diyet

Beslenme; “insanın büyüyüp gelişmesi, sağlıklı olması ve üretken bir biçimde hayatına devam etmesi için gereken besin öğelerini yeterli miktarda alıp vücutta kullanılmasıdır”. Metabolizma için elzem olan tüm gıdaların yeteri kadar alınıp vücutta uygun şekilde kullanılması ise “yeterli ve dengeli beslenme” şeklinde değerlendirilmektedir (Kavas, 2003).

Beslenme, büyüme, gelişme, yaşam fonksiyonları için gereklidir. Beslenme sağlığın geliştirilmesi ve hastalıklardan korunmada rol oynayan önemli faktörlerden biridir. 21. Yüzyılda oldukça yaygın olarak görülen osteoporoz, kanser gibi hastalıkların ortaya çıkmasında sağlıklı beslenme önemli bir etken olarak bilinmektedir (Alvani, 2012).

Yeterli ve dengeli beslenme; sosyo-kültürel ve ekonomik birçok faktörden etkilenmektedir. Çocuklar ve gençlerde çok yaygın olarak görülen “fast food” türü beslenme fazla kilo ve obezite sorunlarının ortaya çıkmasına katkı sağlamaktadır (Ercan, 2005). Bu nedenle çocuklar için model olan ebeveynlerin de beslenmelerine gereken özeni göstermeleri oldukça önemlidir. Çocukların ve gençlerin üç ana üç ara öğün şeklinde beslenmeleri, tüketilen şekerli, tuzlu ve yağlı yiyecekler ve asitli içecekleri azaltmaları bunun yanı sıra balık, az yağlı et ve tahıl ürünlerinin tüketiminin artırılması sağlanmalıdır (Baysal vd., 2011:39-60)

Obezitede kilo vermenin sağlanabilmesi için yaşa ve cinsiyete göre belirlenen kalori gereksiniminden daha düşük kalorili bir rejim uygulanması esastır. Enerji gereksinimi gerçek ağırlığın kilogramı başına 22 kcal. olarak hesaplanabilmektedir (Memiş, 2004).

Zayıflama sürecinde önemli olan yağsız kas dokularından değil, yağ dokularından kilo verilmesi önemlidir. Dolayısıyla zayıflamaya yönelik diyet yapılırken, esas olan, alınan enerjinin kısıtlı, fakat diğer besin maddelerinden dengeli ve yeteri kadar alınmasıdır. Sağlıklı bir diyet düzenlenirken, %20-30 oranında yağ, %15 oranında protein ve %55-60 oranında karbonhidrat içermelidir. Kısa süre içinde fazla kilo verdiren diyetlerin, bünyeye zarar verdiği, bu tip diyetler bırakılıp, normal yemeye başlandığında, verilen kiloların fazlasıyla geri alındığı, hastalara anlatılmalıdır (Bağrıaçık vd., 2003). Her ne kadar ameliyat dışındaki metotlarla, kişi zayıflasada bu tip hastaların yaklaşık 2 yıl içinde % 66'sının tekrar şişmanladığı görülmüştür. Tıbbi tedavide hasta, kendisine verilen diyeti uygulamalı, programına uyum göstermelidir. Bu uyum sağlanırsa ameliyat sonrası verilen programa hastanın daha uyumlu olacağı kanaati oluşabilmektedir (Baysal vd., 2011).

2.7.2. Fiziksel Aktivite (Egzersiz)

“Egzersiz” ile “fiziksel aktivite” sözcükleri birbirlerinin yerlerine kullanılsalarda, aslında farklı anlamları vardır. Çünkü fiziksel aktivite, gündelik hayatta yapılan yürüme, dolaşma, oturma, kalkma gibi hareketlerden; egzersiz ise, sürekli yapılan ve kasları düzenli olarak harekete geçiren spor aktivitesidir (Kavas, 2003).

Egzersiz bütün yaşlardaki bireyler için olumlu etkileri vardır. Mütemadiyen yapılan fiziksel aktivite; insanların sosyalleşmesinde, kötü alışkanlıkların önüne geçilmesinde, hayat kalitesinin artmasında ve elbette sağlığın korunmasında çok önem taşımaktadır (Akalin vd., 2008; Onat, Keleş ve sansoy, 2001). Genellikle şişman ve obez hastaların birçoğunda egzersiz yapabilme oranı düşüktür. Bu yüzden egzersizlere kısa süren, yoğun olmayan programla başlanmalı, zamanla aşamalı olarak hem yoğunluk, hem süre arttırılmalıdır. Bu neticede fazla kiloların verilmesi ve bu durumun korunması sağlanabilir (Baysal ve Baş, 2008). Obezite hastalar için fazla ağır hareketlere gerek olmayıp, bisiklet ve yürüyüş gibi hareketler yeterli olmaktadır (Memiş, 2004).

2.7.3. Motivasyon

Obezite, sadece kişinin kendisini değil, çevresindekileri de etkileyen ve ayrıca “fizyolojik, organik, sistemik, hormonal, metabolik, estetik, psikolojik ve sosyal sorunlara yol açabilen” bir hastalıktır. Bu yüzden obez kişinin, bu hastalığın tedavisinde motive olabilmesi oldukça önemlidir. Bu doğrultuda hastanın uyumu sağlanacaktır (Shaw vd., 2006). Obezite tedavisi görmek isteyen bireylere, empatik yaklaşılmalı, gereken destek verilmeli, açık, gerçekçi ve yol gösterici şekilde yaklaşılmalıdır. Bu neticede hasta, tedaviye daha uyumlu olur (Wadden ve Osesi, 2003).

Başka bir ifadeyle obez kişilerde etkili ve kalıcı bir diyet programının sağlanması ve başarıyla sürdürülmesinin birincil koşulu hastada başarabileceği duygusunun uyandırılıp motivasyonunun sağlanmasıdır (Satman vd., 2000). Kişi belli bir motivasyon ve inanç ile tedavi programına başladığı taktirde, tedavide devamlılığı sağlayacağı ve tedaviden daha iyi sonuç alacağı düşünülmektedir.

Obezitenin tedavisinde tüm klinik ekibin birlikte verdikleri cesaret, ilgi ve destek çok önemlidir. Ayrıca belirtildiği üzere obez kişinin zayıflayabilmesi için psikolojik açıdan kendisini hazır hissetmesi ve motivasyonunun sağlanması gerekmektedir (Shaw vd., 2006). Anksiyete, depresyon ve uykusuzluk gibi psikolojik bulgular tedavi programının başarısına engel olmaktadır. Bireyin obezite ve beraberinde getirdiği psikolojik komplikasyonlar hakkında eğitilmesi, riskinin azaltılması ve ailenin uyarılması, rejim ve spor programlarının sağlıklı bir şekilde uygulanabilmesini sağlamaktadır (Kokino vd., 2006).

2.7.4. Farmakolojik Tedavi

Diyet ve tıbbi beslenme, motivasyon, fiziksel aktivite gibi yöntemler, obezite tedavisinde en yaygın kullanılan metotlar olmasına rağmen, kimi bireylerde istenen sonuçlara ulaşılamamaktadır. Beslenme tarzında kalıcı ve uzun sürecek değişimler yapmak, birçok hasta için hiç kolay değildir. Bu yüzden ağırlık kaybı ve korunmasında farmakolojik tedavi yani ilaç tedavisi tercih edilmektedir (Ogden, 2016). Obezitenin tedavisinde uzun süreli kullanılan ilaçlar “sibutramine” ve “orlistat” tır. “Sibutramine, doyumluk hissini ve metabolik hızı arttıran, kilo kaybı sağlayan bir serotonin ve noradrenalin geri alım inhibitörüdür. Orlistat ise gastrik ve pankreatik lipaz inhibisyonu ile yağ emilimini inhibe ederek kilo kaybı yapar” (Kavas, 2003:6-15). Yıldız (2014) obezite ile mücadelede ilaç tedavisi üzerinde durulsa da kullanılan ilaçlar zaman içerisinde başarısız olmuş ve kısa sürede verilen kiloların geri alındığı gözlenmiştir ayrıca bağımlılık oluşturup ciddi yan etkilerinden dolayı da yaygın kullanım alanı bulamamıştır. Halen çalışmalarını tamamlayarak piyasaya sürülmüş az sayıda ilaç bulunmaktadır (Carlson, 2016:302-335).

2.7.5. Cerrahi Müdahale

Obezitenin cerrahi tedavisi temelde ikiye ayrılmaktadır. Bunlardan ilki, tedaviye yönelik bariatrik cerrahi de denilen gastrointestinal sistem cerrahisidir ve içerisinde; kısıtlayıcı yöntemler, malabsorptif yöntemler ve her ikisi birlikte, olmak üzere 3 yöntem bulunmaktadır. İkincisi ise Rekonstrüktif yani estetik amaçlı olanıdır. Bu da içerisinde liposuction ve lipectomy’i barındırır (Akt., Nazlıcan, 2008). Tıp literatüründe, morbit obezitenin ameliyatla gerçekleşen tedavi şeklinin adı, “bariatrik cerrahi”dir (Aydın, 2012). Bariatrik cerrahide

amaç, besinlerden alınan enerjinin azaltılmasına yönelik olarak, gastrointenzinal sistemde besinlerin emilimini azaltmaktır. Bu hedef kapsamında ise, “bypass, gastroplastı, gastrık bantlama, gastrık balon vb. yöntemleri kullanılmaktadır (Acquafresca, Palermo, Rogula, Duza, ve Erra 2015).

Bariatrik cerrahi sayesinde kalıcı kilo kaybı sağlanarak, obezitenin diğer etkileri azaltılmakta; obezitenin beraberinde getirdiği başka hastalıkların önüne geçilmekte ve hayatta kalma artırılmaktadır. Bariatrik cerrahi, obez hastalarda ortalama fazla olan kilolarda %50’den fazla azalma sağladığı için, kalıcıdır (Acquafresca vd, 2015). Özellikle morbid obezite tedavisinin önemli ayaklarından biri de cerrahi müdahalelerdir. Diyet, medikal tedavi, ilaç gibi yöntemlerin başarısız sonuç verdiği hastalarda ameliyat sonuçları daha iyi çıkmaktadır. Operasyon yapılması gereken hastalar; bu ameliyatın uzun dönemde sağlayacağı faydalar, operasyonun riskleri, hayat boyu beslenme danışmanlığı ve biyokimyasal takibin gerekeceği konularında mutlaka bilgilendirilmedir (Kavas 2003). Gözeneli (2012) obez hastalar genelde uyku apnesi, nefes darlığı, diz ve bel ağrıları, cinsel, psikolojik ve çok çeşitli sosyolojik problemlerden yakındıklarından, bu hastalıkların ayrı ayrı tedavi süreçleri ve maliyetleri yüksektir, bariatrik cerrahi müdahaleler morbid obezite hastalarında iyi bir seçenek teşkil etmektedir.

Bariatrik cerrahi sayesinde, obeziteyle beraber diğer metabolik hastalıklar da tedavi edilebilmektedir. Obezite tedavisinde bariatrik cerrahi önemli bir aşama olarak kabul edilmektedir, fakat tek başına yeterli değildir. Tüm bu bulgular ışığında obezitenin cerrahi tedavi ile birlikte çok boyutlu bir tedavi yaklaşımının daha etkili olacağı düşünülmektedir (Wadden ve Osei, 2003:229-248).

Obezite, dünya genelinde, sigaradan sonra en fazla ölümlerin yaşandığı yaygın bir hastalık halini almış; özellikle hem başka hastalıkların da ortaya çıkmasına, hem de psikolojik ve sosyal sorunların oluşmasına sebep olan, mutlaka mücadele edilmesi gereken bir hastalıktır (Kavas, 2005). Başka bir deyişle her ne kadar dünya genelinde yaygın olsa da önüne geçilebilir bir hastalık olarak görülen obezite; diyet, fiziksel aktivite, beslenme davranışı değişikliği ve cerrahi yöntemler ile tedavi sağlanabilmektedir (Pekcan, 2013). Bu tedaviler arasında tıbbi beslenme çok önemli rol oynamakta, fakat morbid obez hastalarda tek başına yeterli olamamaktadır (Yorgancı ve Tırnaksız, 2007).

Dolayısıyla iyice kronik hale gelmiş morbid obez hastalarda diğer yöntemlerle birlikte cerrahi tedavinin daha etkili olabileceği düşünülmektedir. Bariatrik cerrahi ortalama % 60-75 oranında fazla kiloların kaybını sağlar. Operasyon geçiren hasta, 18 ila 24 aylık dönemde maksimum kilo kaybı ile vücut ağırlığını dengelemiş olmaktadır (Bastos vd., 2013). Cerrahi yöntemler, “morbit obezite”de önemli hale gelmiştir. Bu amaçla son 60 yıl içinde, bazı cerrahi teknikler kullanılmış ve geliştirilmiştir. Bunlar, “Roux-en-Y gastrik bypass, sleeve gastrektomi, ayarlanabilir gastrik band ve biliopankreatik diversiyon” şeklinde sıralanabilir. Cerrahi müdahale ile mide hacminin küçülür ve buna bağlı olarak kişi daha az yiyip, erken doyar ve emilimin bozulması fazla kilo kaybına sebebiyet verir. (Atila, 2014)

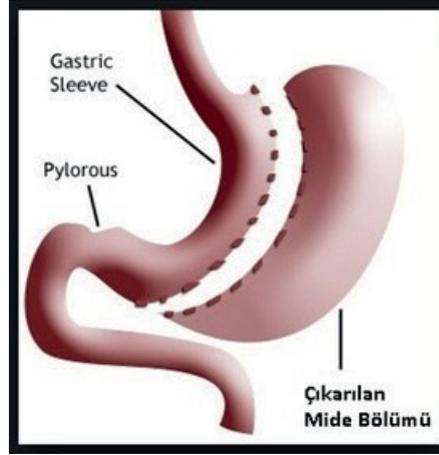
21. yüzyılda sıklıkla uygulanan “tüp mide ameliyatı” diğer adıyla “Gastrik sleeve”, midenin büyük bir kısmının eksizyonu ile oluşturulan dar bir gastrik tüpten oluşmaktadır (Azmi vd., 2015). Bu süreçte yalnızca gıda alımı sınırlanmaz, aynı zamanda “ghyrelın” üreten mukoza hücrelerinin büyük bir kısmı, belki de tamamı da uzaklaştırılmış olur. Bu yöntem tek başına etkilidir ve erken datalar umut vericidir. Belki de yakın bir gelecekte mükemmel sonuçları nedeniyle araştırma halindeki prosedürlerden çıkarılacaktır (Himpens, Dapri ve Cadiere, 2006).

Başka bir ifadeyle “Sleeve Gastrectomy” olan tüp mide operasyonu yöntemiyle mide “vertikal” yani uzunlamasına kesilir, alt tarafındaki büyük kısmı alınır ve mide çapı yaklaşık 2 cm bırakılarak dar ve uzun bir şekle getirilir (Azmi vd., ,2015). Bu yöntemin kullanımının ardından, ilk etapta, yani ameliyat sonrası birinci ayda hastaların katı gıda alımına izin yoktur. Mide hacmi küçüldüğü için gıda alımı azalır ve iştah hormonu olarak da bilinen Ghrelin midenin çıkarılan kısmında kaldığı için doyma hissi hızlı olur (Barbaros, 2013)

Sonuç olarak, tüp mide operasyonları, obez hastaların tedavisinde yeterli sonuç elde etmeleri, kilo kaybı sağlanması ve dayanıklı hale gelmesi için “tek tedavi” olarak ifade edilmektedir (Bastos vd., 2013).

Aşağıda tüp mide operasyonunda midenin aldığı şekil gösterilmiştir:

Şekil 2. 1. Tüp Mide



Kaynak: Barbaros, 2013.

Bariatrik cerrahi dünyası son on yılda önemli ölçüde değişim kat etmiş, sadece Amerika Birleşik Devletleri'nde 250.000'den fazla bariatrik cerrahi operasyonu yapılmıştır ve popüleritesi klinik endikasyonların genişlemesi ile artmakta ve önümüzdeki yıllarda daha yüksek talebe sebep olacaktır (Buckley ve Marlowe, 2010). Amerika Birleşik Devletleri'ndeki obezite maliyetinin yılda 100 milyar dolar olduğu tahmin edilirken, bu ülkede yılda 300.000 kişi obezite ile ilişkili bozukluklardan ölmektedir (Fragoso vd., 2012).

2.7.5.1. Bariatrik Cerrahi Sonrası Kazanımlar

Tüp mide ve bariatrik cerrahi ameliyatlarını değerlendirirken, öncelikle kilo kaybının ne olduğuna bakılmalı ve vücut yağ dokusunun azalmasına odaklanılmalıdır. Özellikle morbid obezite ameliyatlarından sonra kilo verilmesinin değerlendirilmesinde en çok kullanılan parametre, kaybedilen ağırlık yüzdesidir. Eğer obez hasta, kilosunun %40'ından daha azını verdiyse ameliyat başarısız, kilosunun %40 ila 60'ını vermişse ameliyat orta-iyi düzeyde ve ağırlığının %60'ın üzerinde verdiyse ameliyatın başarılı olduğu kabul edilmektedir (Yorgancı ve Tırnaksız, 2007).

Hasta, ameliyattan önce yanlış beslenme davranışları hakkında eğitim almalı, ameliyat olduktan sonrada neler yemesi gerektiği ona anlatılmalı ve bir beslenme programı verilmelidir (Barbaros, 2013).

Sonuçta morbid obezite kronik olan bir hastalık olduğu için, kilo kaybı ve kilonun korunması kontrol altına alınmalı, sürekli hasta takipte tutulmalıdır (Atila, 2014). Mide ameliyatlarının uzun dönemde başarılı sonuç verebilmesi, operasyon geçiren kişinin, hayat boyunca beslenme alışkanlıkları, yeme düzeni ve hayat biçimine dikkat etmesine bağlıdır. Diyetisyenler, mide ameliyatlarını gerçekleştiren bariatrik cerrahi ekibinin önemli birer üyesidir. Ayrıca, bir hastanın operasyona alınmadan önce beslenme alışkanlıklarının bundan sonra değişeceği, hayatında nelere dikkat edeceği ayrıntılarıyla anlatılmalı, hastanın sosyal, fiziksel ve medikal durumu çok yönlü bir yaklaşımla değerlendirilmeli ve hasta en az 2 yıl izlenmelidir (Arslan vd., 2012).

Bariatrik ameliyat sonrası, obez hastalar için en önemli kazanımlardan biri; “tip 2 diyabet” ve “dislipidemi” gibi metabolik sorunlar ve “hipertansiyon” da iyileşme sağlamasıdır. Bunların düzelmesi, metabolik değişim ve kilo kaybı sonrası ortaya çıkar. Ayrıca bu tip ameliyatla, obeziteden dolayı ölüm oranları da azalmaktadır. Bütün bu pozitif etkiler, hasta seçiminde dikkatli davranılarak da artırılabilir. (Yorgancı ve Tırnaksız, 2007).

Danimarka’da yapılan bir araştırmada, bariatrik operasyon geçiren obez hastalarda, beden yapıları değiştiği için, kimliklerinde de birtakım değişimler gözlemlenmiştir. Hastanın vücudunun “öncesi” ve “sonrası” hali, sonuçlara bakıldığında hastada psikolojik değişikliklere olumlu anlamda etki ettiği saptanmıştır (Lorenzen vd., 2018).

Şüphesiz, tüp mide ameliyatında en önemli kazanım kilo kaybıdır. Tüp mide ameliyatı olan hastalarda 1-2 yıllık sürede fazla vücut ağırlıklarının %50- 65’ni kaybetmelerini görmek, mümkündür. Tüp mide operasyonunda da üç yıllık sürede verilen fazla kiloların Gastrik Bypass ameliyatı sonucu verilen kilolara yakın olduğunu gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (Saygılı, Kesecioğlu ve Kırıktaş, 2015).

Tüp mide ameliyatından sonra, yanlış beslenemeye bağlı olarak, mide tüpü zamanla genişleyip, tekrar kilo alımı olabilir. Tüp mide operasyonunda, esas olan vücuda alınan besinin azaltılmasıdır. Normalde vücuttaki fazla ağırlığın, %50-65’lik kısmı, ilk 1-2 yılda verilebilmektedir. Fakat üçüncü sene itibariyle eğer hasta kendisine önerilen beslenme tavsiyelerini uygulamazsa, tekrar kilo alımı görülebilmektedir. Bu gibi sonuçların ortaya çıkması durumlarında, “tüp mide ameliyatı”, “Gastrik Bypass” ya da farklı bir obezite ameliyatına geçiş

yapılması mümkün olmaktadır (Atila, 2012). İkinci kazanım denilebilecek kazanım ise, operasyon geçirmiş kişinin, giderek zayıfladığını görmesi, onda hayata karşı bir motivasyon oluşmasına sebep olmasıdır. Dolayısıyla bariatrik cerrahi; fiziksel ve psiko-sosyal faktörler ile düşük yaşam kalitesi iyileşmeye başlayacağı için, olumlu bir gelişme olarak görülmektedir (Saygılı, Kesecioğlu ve Kırıktaş, 2015). Yapılan araştırmalara göre hasta tatmininin oldukça yüksek olduğu göze çarpmaktadır. Obezite ameliyatı olmuş ve bazı sebeplerden ötürü tekrar “revizyon cerrahisi” olması gereken hastaların çoğu, obez bir birey olarak kalmak yerine yeni bir operasyon olmayı isteyebilmektedirler (Yorgancı ve Tırnaksız, 2007).

Sonuç olarak obezite tedavisi için ameliyat olan kişilerde önceden görülmekte olan depresyon ve anksiyete belirtilerinin yüksek iken; operasyondan sonra bu durumun azalma yönünde değiştiği de gözlemlenmiştir (Azmi vd., 2015). Operasyon olan hastalarda, depresif haller ve anksiyete belirtileri azaldığı için, benlik saygısının arttığı, bu kişilerin beslenme davranışlarında artık daha az problem yaşadığı belirlenmiştir. Özellikle obez olduğu için tedavi olmak isteyen bireylere, psikiyatrik bir değerlendirme de yapılmalı, bu konuda destek sağlanmalıdır. Tüm bunların bir bütün olarak tedaviyi olumlu etkileyebileceği düşünülmektedir (Değirmenci vd., 2015).

2.7.5.2. Bariatrik Cerrahi Sonrası Olası Riskler

Obezite cerrahisinin kişiye kazandırdığı olumlu unsurların yanında, bu ameliyat sonrası olabilecek bazı riskler de vardır. Özellikle tüp mide ameliyatı ve benzeri cerrahi uygulamalar, midenin büyüklüğünü kısıtlayan bir işlem olduğundan, bağırsaktaki gıda emiliminde herhangi bir problem yaşanmamaktadır. Bazı vitaminlerin emiliminde, mide parietal hücrelerinden salgılanan aside gereksinim olduğu için, hastaların, operasyon sonrasındaki süre içinde, demir ve B12 vitamini takviyesi almaları gerekmektedir (Çayır vd., 2011). Obezite cerrahisinde de diğer ameliyatlarda da söz konusu riskler olan, “kanama, organ yaralanması, solunum problemleri, emboli gibi çok düşük oranlarda komplikasyonlar” gibi durumlar, geçerlidir. Bilhassa tüp mide operasyonlarında oluşabilecek en önemli risk, midenin kesilip dikilen bölümünden oluşabilecek kaçaklardır ve bazen ikinci bir cerrahi müdahale gerektirebilmektedir (Yorgancı ve Tırnaksız, 2007).

Tüp mide ameliyatlarında diğere önemli risk ise, tüp şekline dönüşen midenin zaman içinde genişleyerek, bunun tekrar kilo alınmasına sebep olmasıdır. Hastaların mutlaka ameliyatlardan sonra takip edilmesi, hayat tarzları ve beslenme biçimleri konularında destek bilgilendirilmesi, psikolojik anlamda destek sağlanması, bu bağlamda, tekrar riskli durumların yaşanmaması için önem taşımaktadır. (Yüksel, 2016).

2.8. Obezitede Komplikasyonlar

Komplikasyon, hasta veya hastalıkla ilgili olarak istenmeyen gelişmelerdir. Obezitedeki komplikasyonlar ise çoğunlukla tıbbi, psikolojik, yeme bozukluğu ve benlik saygısı ile beden algısı üzerinde yoğunlaşmaktadır. (Pekcan, 2013).

Tıbbi Komplikasyonlar: Gedik (2003), obeziteyle beraberinde ortaya çıkan hastalıkları; “kalp damar sistemi, solunum sistemi, mide-bağırsak sistemi, hormonol sistem, sinir sistemi, üriner sistem ve deri üzerinde birçok hastalığa neden olmaktadır. Bunlar “hipertansiyon, koroner kalp hastalığı, akut myokard enfarktüsü, serebrovasküler hastalıklar, derin ven trombozu, solunum güçlüğü, uyku apnesi, uykuya bağlı hipoventilasyon, safra kesesi hastalığı, yağlı karaciğer ve siroz, dislipidemi, tip2 diyabet, hiperürisemi, insülin direnci, polikistik over sendromu, meme kanseri, osteoartrit, sinir sıkışması, proteinüri, endometrium kanseri, prostat kanseri, stres inkontinansı, ter döküntüleri, lenfödem ve psikolojik rahatsızlıklar” şeklinde sıralamaktadır. DSÖ rakamlarına göre fazla kilo ve obezite, Avrupa’daki erişkinlerde şeker hastalarının %80’ine, kalp hastalıklarının %35’ine ve hipertansiyon vakalarının ise %55’ine neden olduğu düşünülmektedir. Fazla kilo ve obezite her yıl bir milyondan fazla kişinin ölümüne dolaylı ve dolaysız olarak sebebiyet vermektedir (WHO, 2007). Balcı, Kural, Örs ve Öngel (2013) obezite polikliniğine başvuran hastaların yaklaşık dörtte birinde obezitenin hastalık düzeyinde olduğunu bildirmektedirler. Şişmanlığa hipertansiyon ve diyabet başta olmak pek çok hastalık eşlik etmektedir. Toplam 426 hastanın 335’inde ek hastalık tespit edilirken, en sık eşlik eden hastalık 148 hasta (%44,2) ile hipertansiyon ve 99 (%29,6) hasta ile diyabet olarak tespit edilmiştir. Ayrıca Kaya (2012) araştırmasında obezitenin risk faktörü oluşturarak

astım hastalığının şiddetini artırdığını ve bu hastalığın kontrolünde olumsuz etkilere neden olduğunu bildirmektedir.

Psikolojik Komplikasyonlar: Obez kişilerin farklı psikolojik durumları olmakla beraber bu konudaki problemlerde farklılık gösterebilmektedir. Wadden ve Stunkard (2013:3-18) “sosyal reddin sıklıkla benlik değeri duygusunda problemlere yol açtığını” ileri sürmüştür. Bu araştırmalar, benlik saygısının ölçümünde farklı unsurların etkili olabileceğini göstermektedir. Yapılan bazı araştırmalarda, yetişkin obez bireylerde psiko-patoloji düzeylerinin arttığı saptanmıştır (Sylvia ve Karasu, 2012). Ancak bu sonuçlar tartışmaya da açıktır. Psikolojik sorunlardan depresyon ve obezite arasında ilişki olmadığını vurgulayan çalışmalarda mevcuttur (Faith, Matz ve Jorge, 2002; Sarı, 2009). Bütün farklı değerlendirmelerle birlikte, obez hastalarda görülen ruhsal problemleri farklı kategorilerde ele almak gerekebilmektedir (Sylvia ve Karasu, 2012). Bu başlıklar, kısaca şu şekildedir:

- Beden İmajı ve Benlik Saygısı
- Aile İçi Yaşanan Problemler ve Sosyal Uyum Sorunları
- Yeme Tutumu ve Bozuklukları
- Hayat Tarzı, Sosyal Yaşam ve Alışkanlıklar

Beden İmajı ve Benlik Saygısı: Benlik saygısı kişinin kendisini tanıyıp gerçekçi şekilde değerlendirmesi sonrasında bireysel yetenek ve güçlerini olduğu gibi kabul edip benimsemesi şeklinde ifade edilmekte olup, insanın kendine duyduğu sevgi, saygı ve güven duygularını ifade etmektedir (Saygılı, Kesecioğlu ve Kırıktaş, 2015). Fazla kiloda sıklıkla benlik saygısının diğer adıyla özsaygının azaldığı dikkat çekmektedir. Araştırmalar; olumsuz beden algısının önce çocuklukta ve adolesan dönemde obezitesi başlayan kişilerde, duygusal sorunları olan bireylerde ve önemli kişiler tarafından negatif eleştirilen kişilerde daha fazla olduğunu göstermiştir. Şişman kişilere bakanlar, onları yalnızca dış görüntüleri ve kilolarına göre değerlendirmekte, bu değerlendirme de genelde “önyargı” olmaktadır (Tafarodi ve Swan, 2001). Yine yapılan bir araştırmada, “benlik saygısı ile obezite ve BKİ arasında ters orantı olduğu, ilişki olmadığı” belirlenmiştir (Sylvia ve Karasu, 2012).

Aile İçi Yaşanan Problemler ve Sosyal Uyum Sorunları: Anne-baba tutumu ve davranış, çocuk gelişimini pek çok yönden şekillendirir. Yapılan araştırmalarda diyet yapan genç kızların bu davranışı, annelerinden model aldıkları; kilolu çocukların ise, sürekli onların tabağını kontrol eden annelerinin oldukları gözlemlenmiştir. Ayrıca aile temelli fiziksel şartlar ve sosyal çevrenin yetersizliğinin, yetişkin dönemdeki obezite ile bağlantılı olduğu düşünülmektedir (Stice, Presnell ve Shaw, 2005). “Aşırı kilolu olmak, aile ilişkileri zayıf olan kişilerde görülür” teorisi “yalnız genç olmak” ile direkt alakalı olmasa da kendi bedenini beğenmeyen genç kızların, aile ilişkilerinin düşük olduğunu ortaya koymaktadır (Semerci, 2004).

Yeme Tutumu ve Bozuklukları: Beslenmek, yalnızca fiziksel gelişim ve biyolojik işlevlerin ihtiyacını sağlamak için değildir. Obez hastaların hepsinin aşırı kilolu olmalarının sebebinin sadece yeme davranışından kaynaklanmadığı, ancak obez kişiler arasında aşırı yemenin yaygın olduğu kabul edilmektedir (Anderson ve Butcher, 2006). Bu kişiler normal kilolu insanlar ile kıyaslandığı zaman, stres, ağrı ve başka duygusal uyarıcılara karşı daha farklı bir uyarılma örneği göstermektedirler. Bu özellikleri taşıyan kişilerde uyarılabilirlik düzeyinin düşük olması, dış uyaranlara cevap vermedeki artışla birleştiğinde bu durum “aşırı yeme davranışı” şeklinde sonuçlanabilir. Uyarılabilirlik düzeyi düşük olan kişiler, gıda uyarıcılarının olduğu yerlerde başkalarına göre bu uyaranlara daha hızlı, kolay ve yoğun cevap vermektedirler (Deveci vd., 2005). Obez bireylerde görülen yeme bozuklukları rahatsızlıklarına yönelik araştırmalar az sayıda olup, bu konuda en çok üzerinde durulan rahatsızlık, “tıkanırcasına yeme bozukluğu” (TYB) dur. TYB rahatsızlığı olan ve olmayan obez hastaların beslenme şekli, hangi psikolojik sorunları yaşadığı ve aile öykülerini karşılaştıran çalışmalar bulunmaktadır (Aykut vd., 2002). Bazı araştırmacılar, TYB’den bahsederken, “aşırı yeme atağı” esnasında, belirli bir kaloringin üzerini ölçüt olarak kabul etmekte, bazı araştırmacılar ise, hastanın yediği yiyeceğin ölçüsünden ziyade, hastanın kendisini kontrolü hangi noktada kaybettiğini ele almaktadırlar (Deveci vd., 2005). Örneğin hamburger yiyen aşırı kilolu kimselerde “tıkanırcasına yeme davranışı”ndan söz edilirken, özellikle çikolata, şeker, dondurma, pasta gibi tatlılara karşı konulamayan ve denetlenemeyen davranış biçimini “kompulsif yeme” olarak adlandırmıştır (Gedik, 2003).

Hayat Tarzı, Sosyal Yaşam ve Alışkanlıklar: Yapılan çalışmalarda obez insanların çalışma hayatında; “çalışma alışkanlıklarının daha kötü, duygusal ilişkilerinin ve kişiler arası iletişiminin başkalarına göre daha problemlili olduğu” görülmüştür. Araştırmalara göre obez kişilerin iyi okullara gitmesi ve daha çok tercih edilen branşlarda meslek sahibi olması, başkalarına göre daha düşüktür. Obezite aynı zamanda “daha düşük evlilik oranı” gibi olumsuz bir sosyo-ekonomik sonuçlara sebep olabilmektedir (Erkol ve Khorshid,2004). Ayrıca obez kişilerin çalışma yaşamları ve sosyal hayatlarında yaşadıkları en büyük sorunlardan biri de onlara karşı başkalarının önyargılı tutumu ve ayrımcılıktır (Aykut vd., 2002).

2.9. Obeziteye Karşı Alınacak Önlemler

Obezitenin önlenmesi için, öncelikle obezitenin neden ortaya çıktığını saptayıp, bu sebepleri en aza indirmek gerekir. Obeziteyi önlemek adına direkt medikal tedavilere yönlendirmek yerine, daha fazla farkındalık ve bilinç topluma yayılmaya çalışılmalıdır. Tedavi programlarında uzun dönemde kilo kontrolü ve vücut yağ miktarının azaltılması hedeflenmelidir. Obezlerde ve obezite gelişmek üzere olanlarda yeme ve egzersiz davranışları ile beraber sağlıklı yaşam stilleri düzene sokulmalıdır (Semerci, 2004). Geçici beslenme davranışı ve fiziksel egzersiz yerine kalıcı davranışsal öğeleri içermelidir. Ayrıca “fast-food” yiyeceklerden uzak durulması, şeker tüketiminin azaltılması, ambalajlı gıdalarda bilinçli tüketim, yemek aralarında yapılan “atıştırmaların” kontrol edilmesi gibi unsurlar, obezite için alınabilecek en basit önlemler arasındadır.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), obeziteyi önleyebilmek için global anlamda aşağıda sıralanan stratejileri belirlemektedir (WHO, 2018):

- Obeziteye sebep olan sağlıksız diyetten ve hareketsizlikten kaynaklanan kronik hastalıklar için risk etmenlerinin önlenmesi için gerekli halk sağlığı faaliyetleri düzenlenmesi,
- Obeziteyle ilgili toplum bilincinin artırılması,
- Obeziteyi önlemek amacıyla fiziksel aktivitenin önemine ilişkin, toplumu bilinçlendirecek çalışmaların yapılması, medya, özel sektör ve sivil toplum kuruluşlarının aktif katılımıyla ulusal ve toplum bazında sürdürülebilir, kapsamlı sağlık politikalarının geliştirilmesi,

-Obezite konusunda gerekli insan kaynaklarının güçlendirilmesidir.

Türkiye’de de obeziteyle mücadele anlamında kongreler düzenlenmekte olup, “9. Ulusal Obezite Kongresi” Kasım 2018’de Ankara’da yapılması planlanmaktadır (www.obezitekongresi.com).

Obezite tekrarladığı için uzun vadede tedavi gerektiren bir durumdur. Obezite tedavisinde yer alan ekipte, diyetisyen, psikolog, fizyoterapist veya egzersiz uzmanının bulunması, hasta için oldukça önem taşımaktadır. Bu ekibe kişinin ailesinin ve yakın çevresinin de dahil olması hastaya verilen desteği arttırmış olacak ve beraberinde başarıyı da getirecektir (Baysal, 2013; Gündüz, 2016).

Obezite ile mücadelede diğer bir etken obezite vergisidir. Çukur ve Erdem (2017) “*Obezite vergilerinin ana amacı (caydırıcı oranda bile olsa) obeziteyi azaltmaktır. Bunu sağlamak için de kişilerin obeziteye yol açan besinleri tüketmesini engelleyecek oranda vergi uygulanması gerekmektedir. Anayasa’mızın 73. maddesine göre vergilerin hem gelir elde etme hem de adaleti sağlama amacı bulunmaktadır. Ülkemiz için caydırıcı oran bulunmalı ve obezitenin sosyoekonomik belirleyicileri üzerine çalışmalar artırılmalıdır. Sağlıksız ürünlerin tüketilmesinde ne oranda caydırıcı olacağını görmek için bu konuda daha çok çalışmaya ihtiyaç vardır.*”

2.10. Obezitede Duygusal Yeme Davranışı ve Benlik Saygısı

2.10.1.Duygusal Yeme Davranışı

Alanyazına göre obezite cerrahisi adaylarında Beden Kitle İndeksinde etkili olan ve kişinin depresyona girmesine sebebiyet verebilen çeşitli yeme davranışları; “Duygusal Yeme” (DY), “Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu” (TYB), “Gece Yeme Sendromu” (GYS) ve “Emosyonel Yeme” şeklinde belirtilmektedir (Sevinçer, 2016). Duygusal yeme davranışı, kişinin psikolojik durumunun kontrolü için gıda alımının bir sonucudur ve diğer yandan, negatif duygusal uyarıcılar karşısında yemek yeme ise “duygusal yeme” olarak adlandırılmaktadır (Sullivan, 2001; Sevinçer ve Konuk, 2013). Tıkınırcasına yeme bozukluğu, yeme davranışı üzerinde kişinin yemesini kontrol edemediği duygusuna kapılması, tekrarlayan ve aşırı yeme periyotlarıyla kendini gösteren, bir bozukluktur. (Turan, Poyraz ve Özdemir, 2015) Ayrıca bu bozuklukta

yeme kontrolünün kaybedilmesiyle yemekleri daha hızlı ve tıknma şeklinde yenmesinden dolayı stres artmaktadır ve stres arttıkça aynı döngü tekrarlanmaktadır. Bu hastalığa sahip bireyler çoğunlukla yalnız yemek yemeyi tercih etmektedirler. Tıkanırcasına yeme bozukluğu olan insanların genellikle obez olduğu bildirilmektedir (King ve Jhonson, 2015:331-359). Gece yeme sendromunun tanımını ilk Stunkard, Grace ve Wolff (1955) tarafından yapılmış olup, gece yemek yeme alışkanlığını belirli periyotlarda strese ve yaşam kalitesine bağlı olarak akşam yemeğinden daha sonraki bir saat diliminde fazla yemek yeme, insomnia (uyku bozukluğu), sabah uyandığında yemek yeme ihtiyacı duymama ile eşlik eden ve süreklilik gösteren bir sendrom olarak tanımlanmaktadır. Emosyonel yeme ise, açlık hissi nedeni ile olmayıp tamamen duygulara cevaben olumsuz uyaranlar karşısında gıda alımı ve bu gıda alımındaki artış olarak tanımlanmaktadır (Sevinçer ve Konuk, 2013).

Duygusal yeme davranışı, depresyon, anksiyete, yalnızlık, stres gibi sebeplerden dolayı çoğunlukla normalden daha fazla yemek yemeye sebep olan psikolojik yeme şeklinde olmaktadır (Turan, Poyraz ve Özdemir, 2015).

Yapılan araştırmalarda, duygu durumlarının değişkenliğinin kişilerdeki yemek yeme isteği ve besin alımı üzerinde %30-48 oranında artma veya azalmaya sebep olduğu ortaya çıkarılmıştır. Yeme tutum ve davranışlarında, yaptığı etki büyük de olsa, duygusal hallerin yemek yemeyi ne şekilde etkisi altına aldığını saptamak kolay değildir (Macht, 2008). Yine yapılan bazı araştırmalarda, farklı duygu durumlarının kişideki yemek yeme davranışını nasıl etkilediği incelenmiştir. Kişiler arasında elbette ki farklılıklar vardır, ancak genellikle depresyon, stres, anksiyete, öfke, korku, istismar gibi negatif hallerin gıda tüketimini fazlalaştırdığı, rutin beslenme alışkanlıklarını değiştirdiği yapılan çalışmalarda ortaya çıkarılmıştır (Sullivan, 2001). Buna karşılık olarak, sevinç, mutluluk, neşelenmek, eğlenmek gibi olumlu duygular insanların yediklerinden zevk almasını, sağlıklı bir şekilde besin seçmeyi ve tüketmeyi arttırmaktadır (Turan, Poyraz ve Özdemir, 2015).

Bireylerdeki korku, öfke, sinirlilik, üzüntü gibi negatif duyguların dürtüsel yemeyi artırdığını ortaya koyan bir çalışmada kişi, çok öfkeli ve sinirliyse; hızlı ve anormal bir şekilde, herhangi bir yiyeceğe yönelebilmektedir. Bu yönelmelerde, daha çok abur cubur tercih edilmekle birlikte kişi, yediği

besinlerden tat almayıp ve sürekli daha fazlasını yemek istemektedir. Olumsuz duyguların, yemek yeme durumunu kimi zaman arttırdığı, kimi zaman azalttığı bildirilse de örneğin “can sıkıntısı” ile genellikle iştahın artması arasında bir ilişki bulunmaktadır (Turan, Poyraz ve Özdemir, 2015). Bir diğer olumsuz duygu olan stres ile de duygusal yeme durumu arasında ilişki bulunmaktadır. Birçok araştırmada, stres halinde insanın yemek yeme durumunun, kişisel değişikliklere bağlı olarak artabildiği veya azalabildiği vurgulamaktadır (Akın, Yıldız ve Özçelik, 2016). Farklı kaynaklarda ise “duygusal yeme davranışı, belli bir ruhsal durum ve duygunun ötesinde olumsuz olaylara tepki olarak aşırı miktarda yeme” olarak ifade edilmektedir (Thayer, 2003). Dolayısıyla “duygusal yeme davranışı genellikle besin tüketiminin artması ile ilişkilidir” denilebilmektedir (Köksal ve Gökmen, 2008). Bu doğrultuda alanyazın can sıkıntısı, endişe, stres, yorgunluk ve yalnızlığın kadınları aşırı yemek yemeye ittiğini ve yedikten sonra bu duyguların iyileştiğini ortaya koymaktadır. Bunun yanı sıra kadınların, kızgın ve depresif oldukları zamanlarda aşırı yemelerine rağmen bu duyguların yeme davranışından sonra iyileşmediği aksine, obez katılımcılarda bu duyguların arttığı ortaya konmaktadır. Bu saptamalarda, bireylerin aşırı yeme davranışından ötürü kendilerine kızması ve suçluluk hissetmelerinin yaşamların da etkili olduğu unutulmamalıdır (King ve Jhonson, 2015).

Duygusal yeme davranışında, genellikle yüksek karbonhidrat içeren gıdalar tüketilmekte, çikolata gibi şekerli besinler tercih edilmektedir. Bu yiyeceklerin, insanın psikolojik durumu ruh hali ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Çünkü yağ, şeker ve karbonhidrat oranı yüksek yiyecekler, endorfin hormonunun açığa çıkmasına ve sonuç olarak olumlu ruh halinin gelişmesine neden olmaktadır (Akın, Yıldız ve Özçelik, 2016). Yiyeceklerin kişinin duygusal durumunu değiştirme yeteneği, sadece beyindeki besin etkisine değil aynı zamanda yiyeceğin psikolojik özelliklerine de bağlı olabilmektedir. Muhtemelen yemeğin duygusal etkileri yiyeceğe dayalı algılar, düşünceler ve tutumlardan etkilenmektedir. Sonuç olarak yiyecek insanlar için; besinsel, duygusal, bilişsel, sembolik ve diğer özelliklerin iç içe geçmiş kombinasyonu olarak tanımlanmaktadır (Thayer, 2003).

2.102. Duygusal Yeme Davranışındaki Fizyolojik Mekanizmalar

İnsanları duygusal durumlarda yemek yeme davranışına yönlendiren etmenlerden biride, fizyolojik mekanizmalardır ve bunun temeli tam olarak anlaşılabilmiş değildir. Genellikle, besin ögesine bağlı fizyolojik değişiklikler duygu durumunu düzenlemeye aracılık ettiği düşünülmektedir (Thayer, 2003).

Bazı araştırmalara göre, karbonhidrattan zengin besinler yendikten sonra ruh halinde iyileşme görülebilmektedir. Bu etki yemek yendikten sonra beyinde “serotonin” miktarının artması ile açıklanmaktadır (Turan, Poyraz ve Özdemir, 2015). Ayrıca, karbonhidratların yanı sıra proteinlerin de duygusal duruma iyi geldiği düşünülmektedir. Bu durum, yemekteki az miktardaki proteinle, kan-beyin arasındaki “triptofan” seviyesinin artıp, vücutta serotonin artışına neden olması ile ilişkilendirilmektedir (Annagür vd., 2012). Besinlerin duygu durumunu düzenlemesinde düşünülen bir diğer fizyolojik faktör ise yüksek yağ ve karbonhidratlı besinlerin “hipotalamopitüiter adrenal sistemi” etkileyerek stres yanıtını bozarak, kişilerin psikolojik halinde iyileşmeye neden olmaktadır (Akın, Yıldız ve Özçelik, 2016). Vücuttaki dopamin seviyesini düşmesiylede depresyon, can sıkıntısı, dikkat dağınıklığı, yetersizlik hissi, halsizlik ve yorgunluk görülebilmektedir. ABD’de devasa büyük porsiyonlarla yemeklerin servis edilmesi serotonin açlığının yanında dopamin eksikliğinin de olduğunu göstermektedir. Şekerli, karbonhidratlı ve aşırı yağlı proteinli gıdalar vücuttaki serotonin ve dopamin seviyesini hızla yükselttiği gibi o hızda da düşmesine neden olmaktadır, böylelikle yemek bağımlılığı döngüsü de oluşmaktadır (Dow, 2017).

2.103. Obezite ve Duygusal Yeme Davranışı Arasındaki İlişkiler

Duygusal uyarılar, olumlu da olsa olumsuz da olsa, yeme davranışı değişikliklerine sebep olmaktadır. Negatif duygular veya stres durumunda gözlemlenen fiziksel tepkiler, yemek yeme sonrasındaki tokluk hissine benzediğinden, negatif duygular karşısında yeme isteğinin azalması “doğal bir fizyolojik yanıt” olarak kabul görmektedir (Sevinçer ve Konuk, 2013).

Obez bireyler, daha önce edinilen tecrübelerle duygusal stresi azaltmak için besinleri kullanarak açlığı azaltma veya baskılama eğilimi göstermektedir. (Annagür vd., 2012). Yapılan çoğu araştırma, obez ve normal kilolu bireylerin stres ve anksiyeteyi arttıran duygulardaki yeme yanıtlarını karşılaştırmış ve sonucunda obez katılımcıların duygusal yeme puanlarının yüksek olduğunu saptamaktadır (Macht, 2008; Gündüz, 2016). Strese bağlı olarak yemek yemenin vücut ağırlığında artışa neden olduğu ileri sürülmektedir. Bununla birlikte bazı çalışmalarda sağlıklı ve normal vücut ağırlığına sahip insanların da olumsuz duyguları yiyerek düzenledikleri bulunmuştur (Macht, 2008; Sevinçer ve Konuk, 2013). ABD’de yapılan bir çalışmada, obez hastalara sıkı bir diyet tedavisi uygulanmış; ancak diyet yapmaya çalışan hastalarda depresyonla birlikte, endişe, düşük benlik saygısı, yemek yiyemediği için acı çekme gibi duyguların ağırlıkta olduğu gözlemlenmiştir (Werrij vd., 2006).

Dolayısıyla duygusal yeme davranışları ile bağlantısı olan bir başka duygu durumu ise depresyondur. Yüksek depresif belirtiler duygusal yeme davranışları ile ilgili olmaktadır (Ouwens vd., 2009). Bu durumdaki bireylerin enerjisi fazla olan gıdaları aldığı ve BKİ’lerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (Sevinçer ve Konuk, 2013).

2.11. Benlik ve Benlik Saygısı Kavramı

Benlik kavramlarını ele alan ilk psikolog William James’dir. James 1948 yılında benliği, bireyin kendisi olarak tanımlamaktadır. Benlik “özne ben” ve “nesne ben” olmak üzere iki grupta açıklanmaktadır. Özne ben, bireyin kendini algılama biçimi, kendi özelliklerini nasıl değerlendirdiği, nesne ben ise bireyin başkaları tarafından bilinen yönüdür. James’e göre “nesne ben”de üç alt ögenin bütününden oluşmaktadır. Bunlar; bireyin oluşturduğu manevi benlik (bilincinde olduğu duyguları, ahlaki değerleri), maddi benlik (çevresinden aldığı onayı, işi ve statüsü) ve sosyal benlik (çevresi tarafından bilinen özellikleri)’tir (Eşer, 2005; Aslan, 2016; Yazgan ve Yerlikaya, 2015).

Farklı kaynaklardan Bem ve McConnel (1970) benlik kavramı için, insanın kendi kişiliğine ait kanaatlerinin, fikirlerinin toplamı, insanın kendisini tanıması, anlayıp ve kendisiyle ilgili yargıları değerlendirme durumu şeklinde tanımlama

yaparken (Bem ve McConnel, 1970) Rosenberg (1989) benliği, bireyin “mevcut benlik” (*extant self*) kendisini nasıl gördüğü, “arzu edilen benlik” (*desired self*) kendisini nasıl görmek istediği ve “sunulan benlik” (*presenting self*) kendisini diğer insanlara nasıl göstermek istediği durumuyla açıklamaktadır.

Bireyler dünyaya kendilerini “bilmek” için gelir, zamanla kendilerini başkalarını gözlemleyerek birtakım tutum ve davranışlar geliştirirler (Bem ve McConnel, 1970). “Bana ait” diyebileceğimiz yaşantıların tamamı olan benlik, kişinin kendisiyle ilgili düşüncelerini, algılamalarını ve kanaatlerini içermektedir. Bir diğer tanıma göre benlik, psikolojik açıdan bakıldığında, insanın çevresini algılayıp değerlendirmesinde, yapılandırmasında ve çevresine tepki vermesinde en güçlü dayanaklardan biri olmaktadır (Kulaksızoğlu, 2010:21-69). Benlik ayrıca bireyin varoluşunu, sezgi ve tecrübeleri kapsayan bir bütün olarak varolmaktadır (Kasatura, 2003).

Sosyal psikolojide kendiliğin bir süreç mi, yoksa bir yapı mı olduğu, “benlik” ve “bilinen benlik” kavramlarının birbirinden ayırt etmemesinden kaynaklanmaktadır. İngilizcedeki “I” (Ben) ile “Me” (Benim, Bana) kavramlarının farklı anlamlarının olması da buradan doğmaktadır. Bu bağlamda benlik, toplumsal etkileşimde gelişen ve insan dilinin toplumsal niteliğine dayanan, yansımali bir olgu olmakla birlikte sosyal uyuma da etki etmektedir (Gecas, 1982; Kağıtçıbaşı, 2010). Buradan da anlaşıldığı gibi, benlik kavramı çok boyutlu bir kavramdır. Benlik kavramı, bireyin kimliği, sınırları, değer yargıları, değeri, yetenekleri, tecrübeleri, hedefleri gibi kendisiyle ilgili algılayabildiği fikirlerinin, duygularının ve tutumlarının hepsini içine almaktadır. Benlik, insanın “kendisiyle ilgili yaşam tablosu” dur denilebilmektedir (Yıldız, 2006).

İnsanda benliğin ve benlik bilincinin meydana gelmesi, yaşam boyu devam eder ve kişinin kendisini tanımasıyla da gelişir. Kişideki benlik bilincinin tam olarak oturabilmesi için, “ideal benlik” ile “gerçek benlik” arasındaki tutarlılık önemlidir (İşleröğlü, 2012). İdeal benlik, bir bireyin “nasıl olması gerektiği”dir, gerçek benlik ise bir insanın gerçekte nasıl olduğu ile açıklanmaktadır. İdeal ve gerçek benlikler, birbiriyle ne kadar çok örtüşürlerse insanlar kendilerini daha pozitif algılamaya başlar ve ileride “yüksek benlik saygısı”na sahip olmasına sebep olmaktadır (Kariman, 2005).

İnsanlar benlik kavramını oluştururken dış görünüşlerini, eksikliklerini, hatalarını, olumlu yanlarını, yeteneklerini ve kişilik özelliklerini yapılandırarak zihinlerinde algılayıp temsillendirirler. Benlik kavramını kimlik duygusuyla bağdaştıran Rene L'Ecuyer (1994) kişinin kendi ile ilgili düşüncelerinin bilinçli tanımlamasıyla olduğunu belirtir. Bireyin kendisi ile ilgili bir sonuca varmasında benlik kavramı tanımlayıcı iken benlik saygısı değerlendirici olarak tanımlanabilmektedir.

Benlik değeri ise, en geniş şekilde, kişinin kendisini gururlu, değerli, gayretli, etkin ve başarılı bulmasıdır. İnsanın kendi kimliğini yargılayıp değerlendirmesi sonrasında gelişen bir duygudur. Başka bir deyişle kişinin, kendini değerlendirdikten sonra varılan beğenme halidir (Özkan, 1994). Benlik değeri, benliğin duygusal ve değerlendirilebilir boyutudur. Örnek verilecek olursa, anne-babaların ve arkadaşlarının ergenle olan iletişimi, ergen bireyin benlik değerine katkıda bulunmaktadır. Özellikle ergenlerin kendilerini “değerli ve önemli” hissetmeleri için önem taşımaktadır. Bu yüzden de ergen bireylere onların yeterli ve başarılı olabilecekleri alanların tanıtılması, teşvik edilmesi ve onaylanması, benlik değerinin gelişiminde önemli hale gelmektedir. (Kasatura, 2003).

Benlik saygısı, genel anlamda, insanın kendisini önemli, değerli, kabiliyetli, başarılı şekilde algılama durumudur. Bir anlamda, insanın kendisi için yaptığı duygusal bir değerlendirme şeklidir (Yavuz, 2007) İngilizcesi “self esteem” olarak bilinen benlik saygısından, alan yazında “özgüven” ve “özsaygı” gibi kelimelerle de bahsedilmektedir. Genel olarak benlik kavramının bir parçası olarak kavramsallaştırılan benlik saygısı, kişinin “kendisine odaklanması ve güvenmesi” ile ilişkisinden doğan bir terim olarak vurgulanmaktadır (Cast ve Burke, 2002).

Rosenber (1989) ise benlik saygısını bireyin kendisi ile uyum içinde olma, kendi yaptıklarından hoşnut olma duygusuyla eşdeğer tutmaktadır. Legendre (2006) ise benlik saygısını kişinin kendine verdiği değer ve bu değerinin kişinin olumlu atıfta bulunduğu iyi özellikleri, bulunduğu eylemler yani etkinliği ile temelde kendine güvenme duygusudur şeklinde tanımlamaktadır. Bireyin bilincinin değerine varması önemlidir ve buradaki asıl anlam değer atfetmesi değil değer bilincine varması şeklinde olmaktadır (Legendre, 2006).

Benlik saygısı, bireyin kendinden memnun olması kendini diğer insanlardan üstte ya da altta görmesinden ziyade sevilmeğe layık görmesi kendine güvenmesi değerli bulmasıyla olumlu ruh hali içinde kendini değerlendirmesi sonunda ulaştığı kendi benlik kavramını onaylamasıdır (Yörükoğlu, 1998:36-41). Benlik saygısı kavramı, bireyin kendisi tarafından yine kendine verdiği değerin ve diğer insanlara uyarlamamak yani tercüme etmek gereksinimi olmadan kendi bilincinin değerine dayanan, kendisi ile ilgili olumlu değerlendirmesidir. Kişinin kendini mutlu ve yine kendisi tarafından sevilmeğe layık görmesi iyi davranması kendine olan saygısını göstermektedir. Özgür irade ile yetenekleri ve öğrenme biçimleri bireyin içinde bulunduğu problem ya da olaylar karşısında nasıl başa çıkabileceğini benlik saygısı ile sağlanan güvenlik duygusuna dayanabilmektedir (De Saint-Paul, 1999). Cast ve Burke (2002) benlik saygısını genellikle bir bireyin kendisini olumlu değerlendirmesine işaret eden bir kavram olup, “yeterlilik ve değer” kavramlarıyla birlikte ele almaktadırlar. Yapılan bazı araştırmalar benlik saygısının, bireylerdeki “Yetkinlik boyutu” (insanların kendilerini yetenekli ve etkili olarak gördüğü) ile “Değer boyutu” (bireylerin ne hissettikleri) kavramlarının bütünleşmesinden doğduğunu ortaya koymaktadır (Cast ve Burke, 2002).

Benlik saygısı, en genel tanımıyla insanın her haliyle “kendisinden memnun olma” halidir. İnsanın kendini hem değerli hem pozitif bulmasıdır. Kişinin kendi özüne güvendiği ruh durumudur. Dolayısıyla benlik saygısı, öğrenilmiş bir deneyim olup, hayat boyu devam etmektedir (Yörükoğlu, 2004). “Benlik saygısı nasıl oluşur?” diye bir soru sorulursa, “Benliğin beğenilip benimsenmesi, benlik saygısını oluşturur” şeklinde bir cevap verilebilmektedir. Benlik saygısı, benliğin duygusal tarafıdır. İnsanın kendisini değerlendirip onayladıktan sonra oluşan “beğeni hali”dir (Bem, 1967). Zaman zaman, insan kendisinde eksik yönler görebilir, kendisini yargılayabilir, ancak kimi zaman beğenebilir de. İşte, bireyin kendini beğenip, benliğine saygı göstermesi için, çok güçlü yeteneklere veya özelliklere sahip olmasına ihtiyaç yoktur. (Polat, 2007).

Bazı görüşlere göre, bireylerdeki benlik saygısı genellikle kalıcı olarak kabul edilmektedir. Kişinin özelliği, kişinin kendi kendini değerlendirmesi değişse bile, benlik saygısı kalıcıdır. Ancak benlik saygısı ile ilgili tartışma ve araştırmalar da devam etmektedir (Mannarini, 2010). Bireyler yargıda bulunurken değerleri bedensel ya da sosyal itibarlarına göredir. Bu yüzdendir ki sevilme ve saygı duyulmak için başkalarının yani etrafındaki diğer bireylerin onayına ihtiyaç duyarlar böylelikle çevreden onay duygusu almaya çalışırlar. Aslında kendi benlik saygılarından ziyade diğerlerinin onayına ihtiyaç duyarlar ve dışsal bir değer atfederler. Dışarıdan iyi görünmek ve onay almak için kendileri dışında bir mekanizmadan onay alma ihtiyacı duymaktadırlar (Duclos, 2010:21-55; Saygın, 2008).

Benlik Saygısı, bireyin kendini ne şekilde değerlendirdiğini gösteren bir yargıdır. Rosenberg'e göre, "İnsanın kendini değerlendirirken ki tutumları, kendi değeriyle ilgili algılamasıdır". (Pullman ve Allik, 2000; Yücalan, 2007). Benlik saygısı "ben" ve "ötekiler" olarak iki unsurdan meydana gelmektedir. Burada amaçlanan, önce başkalarının yani ötekilerin saygısını kazanmak ve onlar tarafından sevilme. Kişinin, başkaları tarafından takdir edilmesi, sevilmesi, saygı görmesi durumlarında benlik saygısı yükselmekte, başkaları veya çevresi tarafından başarısız görülmesi, başkalarının ona saygı duymaması durumunda benlik saygısı düşmektedir (Tafarodi ve Swan, 2001).

Benlik saygısı yüksek olan kişilerin, ikili ilişkilerinde daha hoşgörülü davrandığı, daha özgür hareket edebildikleri, bedensel sağlıklarının daha iyi olduğu, öğrencilik dönemlerinin daha başarılı olduğu, daha az anksiyete ve depresif oldukları, çalışma hayatında rekabet edebilen kişiler oldukları kabul edilmektedir (Pullman ve Allik, 2000). Benlik saygısı düşük olan bireylerin, kendilerine güveni daha azdır, yüksek oranlı olanlara kıyasla daha fazla depresiftir ve hayatlarında mutsuz olmaları olası olduğu için bu çerçevedeki kişilerde ruhsal dengesizlik görülebilmektedir (Küçük, 2007; Avşaroğlu, 2007).

Yüksek benlik saygısına sahip kişilerin hedefleri üstünlük sağlamak değil, kişisel güçlü yönlerini geliştirmektir. Düşük benlik saygısı olan kişilerin ise kişisel eksikliklerin giderilmesi konusunda çalışılması gerekmektedir. Başarıdan ya da başarısızlıktan ziyade bireylerin içsel motivasyonları önemlidir.

Benlik saygısı yüksek olan bireyler düşük olanlara göre kendilerinden daha hoşnutturlar ve güçlü yanlarına, yeteneklerine ve olumlu özelliklerine odaklaşırlar, birey zayıf olduğu yönlerde kendini geliştirmeye ve bunun için çaba harcamaya çalışmaktadır. Düşük benlik saygısında ise bireylerin kendilerine güveni daha azdır ve genelde diğer insanlara bağımlıdır, araştırmacı değildirler, çekingendirler, yaratıcılıkları düşük ve daha otoriter bireylerdir. Bireylerde benlik saygısını yükseltmeye çalışmak farklı problemlerde de sonuç almayı pozitif yönde etkilemektedir (Baumeister ve Tice, 1985).

Benlik saygısının düşük olmasında ise birey anksiyeteye açık olur ve mutsuz huzursuz düş kırıkları yaşadığından depresyona daha meyillidir (Higgins, 1987). Benlik saygısının mutlulukla güçlü bir ilişkisi vardır. Yapılan araştırmalarda ise yüksek benlik saygısının stresin etkilerini azalttığını ve mutlu olduklarında da stresle daha kolay başa çıkabildiklerini bunun yüksek benlik saygısıyla bağlantılı olduğunu düşük benlik saygısının ise depresyona yol açabilecek kadar yüksek etkisinin olduğu belirtilmektedir (Baumeister ve ark., 2003).

Benlik saygısına ilişkin kuramlara değinilecek olursa, öncelikle James'in görüşüne yer vermek gerekir. James'e göre, benlik saygısı, insanın istedikleri ve başardıkları arasındaki dengeyle oluşmaktadır. Dolayısıyla bireyin başarmak isteyip de başardığı unsurlar ne kadar fazlaysa, benlik saygısı da o oranda fazla olmaktadır. (Eşer, 2005). Adler, kişinin benlik saygısını aşağı çeken yetersizlikler ve zayıflıklar üzerinde durmuştur (Eşer, 2005). Benlik saygısını kişiler arası ilişkilerin oluşturduğunu baz alan Sullivan ise, üç benlik kuramı geliştirmiştir. Bunlar, "iyi ben", "kötü ben", "ben ve ben olmayan" şeklinde sıralanmaktadır (Küçük, 2007). Jung'a göre ise, benlik orta yaşlarda doğmaktadır. Çünkü bu yaşlardan önce, kişilik gelişimi tam olarak oturmamaktadır (Pullman ve Allik, 2000). Carl Rogers ise benliği kendilik kavramı ile açıklamaktadır. Kendilik kavramını kişinin bilinçli olarak deneyimlediği ve arzu ettiği kendisi ile olduğu kendisi arasındaki durumla açıklamaktadır. Kişinin olduğu kendisi ile arzu ettiği kendisi arasında açıklık olduğunda ya da uyumsuzluk olduğunda sağlıksızlığın ortaya çıkacağını bunu da psikolojik sağlığın önünde bir engel teşkil edeceğini belirtmektedir (Yazgan ve Yerlikaya, 2015). Maslow'un ihtiyaçlar hiyerarşisinde

dördüncü basmakta yer alan benlik saygısı, “insanın kendisine güvenmesini, değer vermesini, başarıyı” ifade etmektedir. Bu sistemde, kişinin kendisini gerçekleştirmesinin ilk şartı; benlik kavramı seviyesinin yüksek olmasıdır (Tezcan, 2009). Maslow, insanoğlunun temel ihtiyaçlarını belirlerken, benlik saygısının önemli bir ihtiyaç olduğunun üzerinde durmuş, insanın kendisine saygı göstermediğinde, başkalarından da saygı görmeyeceğini belirtmiş ve insanın bu şekilde giderek kendisini daha “aşağılık hissedebileceğini” ifade etmiştir (Harputlu, 2005). Carl Gustan Jung (1992) ise kolektif bilinç dışına vurgu yaparak ruhsal mirasımız, olaylara belirgin tepkiler verme yatkınlığımız, bilince çıkaramadığımız içerikler, evrensel düşünme biçimlerimiz ve duygularımızı insanlarla iletişimimizde nasıl kullandığımıza vurgu yapmaktadır, bastırılmış anılar bireyin yaşamdaki enerjisine, kendine özgü çatışmalarına, kendini bütünleştirme sürecine ve beslenme sürecine de etki etmektedir. Karen Honey benliği görkemli kılma çabalarımızın bazen aşırı telafilerle kendi gerçek benliğimizi tehdit olarak algılayarak insanların kendilerine yönelik öz nefret geliştirdiğini bunun sonucunda da öz yıkım ile yani madde kullanımı ve yeme bozukluğu şeklinde ortaya çıkabileceğini belirtmektedir (Yazgan ve Yerlikaya, 2015).

Benliğin gelişiminde, benliğin şekillenmesinde (*self formation*) bireyselleşme ve kendiliğin ortaya çıkması amaçlanmaktadır, buda uzun bir yoldur. Özerklik ve bireyselliğe vurgu yapılmaktadır. Bu süreçte bilinç dışılık ve bilinçlilik yani kolektif bilinç öne çıkmaktadır, bireyselleşmede bilinç dışılığın içselleştirilmesi yani bilinçli olma ile bilinç dışılık arasındaki mesafe ve uzlaşma önemlidir (Takana ve Osaka, 1999).

2.11.1 Benlik Saygısı İle İlişkili Etmenler

Benlik saygısının duygusal, zihinsel ve fiziksel/bedensel unsurları vardır. Kişinin kendisine değer vermesi, yeteneklerini, bilgi ve becerilerini ortaya koyabilmesi, bir şeyleri başarması, bunlarla gurur duyması, toplumda başkaları tarafından beğenilmesi, sevilmesi ve kendi beden yapısıyla ilgili özelliklerini onaylaması, benlik saygısının oluşması ve gelişmesinde önemli etmenlerdir (Özkan, 1994). Ayrıca kişinin fiziksel görüntüsünde olan bir değişiklik, meydana gelen bir hastalık veya gençlik, yaşlılık gibi dönemler, benlik saygısını etkiler.

Benlik saygısının bireyin ailesi, aile yapısı, eğitim düzeyi, ailedeki meslekler, sosyo-ekonomik durum gibi birçok sebeple ilintili olabileceği varsayılarak bazı çalışmalar yapılmıştır. Araştırmalar, “benlik saygısını olumlu veya olumsuz etkileyen durumları” inceleyerek aşağıdaki sonuçlara ulaşmıştır (Polat, 2007; Harputlu,2005; Ünüvar, 2006).

Ebeveynlerin ilgisi ile ergen bireyin benlik saygısı arasında ilişki vardır. Gencin benlik saygısı, anne babasının ilgisi oranında artmaktadır. Çünkü aile içinde ilgisizlik; çocuğa değer vermemek, onu sevmemek, önemsememek, destek olmamak anlamlarına gelmektedir. Bu durum da, gencin, kendisini mutsuz, depresif, değersiz hissetmesine sebep olmaktadır (Bee ve Body, 2009). Yapılan bir araştırmaya göre, anne-babalarından yeteri kadar ilgi göremeyen, destek alamayan çocuklar, erişkinlikte diğer çocuklara oranla yedi kat daha fazla obezite riski altında olduğu tespit edilmiştir. Her ne kadar obez veya aşırı kilolu olmak, aile içi ilişkileri zayıf olan gençlerde görülür, denmese de, bedeni hakkında olumsuz yargıları olan genç kızların, aile ilişkilerinin daha düşük seviyede olduğu araştırmalarda dikkat çekmektedir (Stice, Presnell ve Shaw, 2005).

Anne babanın ayrılmış olmasında, benlik saygısını gençken etkileyen faktörlerden biridir. Bu gibi durumlar, gençlerde benlik saygısının azalmasına sebep olmaktadır. Bunun yanında, gencin, anne veya babasından birini kaybetmiş olması, diğer durum kadar benlik saygısında azalmaya neden olmamaktadır. Yapılan bazı araştırmalarda, ayrılmış eşlerin çocuklarında daha çok ruhsal sorunlar ve obezite gibi hastalıklar gözlenmiştir (Baysal ve Baş, 2008; Onur, 2017).

Benlik saygısı, bireyin kendini ne derece önemli hissettiğiyle ölçülür. Benlik saygısı kalıcı olmayıp, günlük değişebilmektedir. Aynı insanda, çevre faktörleri, hastalık, başkalarından alınan tepkiler, benlik saygısını etkileyebilmektedir. Özellikle obezite, aşırı şişmanlık gibi hastalıklar insanın kendiyile alakalı düşünceler geliştirmesine sebebiyet verir ve benlik saygısında düşüşe neden olabilmektedir (Polat, 2007). İnsanların bedenlerinden memnun olması, benlik saygısı ile birebir ilintilidir. Kişinin kendisini beğenmemesi veya bedenini algılamadaki olumsuz düşünce, onun benlik saygısında azalmaya sebep

olabilmektedir (Özkan, 1994). Secord Jourard, yaptığı araştırmada, “olumsuz beden algısına sahip olan üniversite öğrencilerinin aynı zamanda düşük benlik saygısına sahip olduğunu” bulmuştur (Akt., Kelleci, 1998). Dolayısıyla bireyin kendisini sevmesi, bedenini beğenmesi, benlik saygısıyla ilişkilidir. Bunların haricinde, bedensel noksanlık, şekil bozukluğu ve obezite gibi hastalıkların, kişide “Ben yetersizim” duygusu yaratıp, benlik saygısını azaltmaktadır (Kelleci, 1998).

Birey doğduğu andan ölüme kadar gelişim süreci içindedir (Santrock, 2016). Bir çok kaynak benlik saygısının kolayca değişmeyeceğini belirtse de benlik saygısı değişmez değildir. Genel tanımıyla benlik saygısı gelişimsel, döngüsel, kimi zaman istikrarsız kimi zaman istikrarlı dinamik ve her zaman değişkendir. Kimi zaman konumumuza hayattaki uğraşlarımız ve işlerimize göre benlik saygımız değişkenlik gösterebilmektedir ve inişler çıkışlar olabilmektedir. Benlik saygısında asıl olan bireyin tüm yönleriyle bütünlük içinde kendine verdiği değerdir. Bütün bu sonuçlar bireyin hayata daha umutlu bakmasına neden olur. Ruhsal gelişimimizin temelini “bağlanma” dönemi oluşturmaktadır ve bu dönem benlik saygısını doğrudan etkilemekte olup çekirdeğini ve temelini oluşturmaktadır. Çocukluk dönemindeki ihmal, istismar, travmalar ve şiddet benlik saygısının oluşumuna ve artmasına ciddi zararlar verebilmektedir. Yaş ilerledikçe ve olumlu tecrübeler kazanıldıkça kişinin kendisine duyduğu benlik saygısı artmaktadır. (Duclos, 2010; Bee ve Body, 2009).

2.11.2. Obezite ve Benlik Saygısı Arasındaki İlişki

Obezite, gündelik aktivitelerin yapılma sıklığını azaltan, sosyal ve psikolojik etkileri yüzünden yaşam kalitesini doğrudan etkileyen bir hastalıktır. Obezitenin kişinin yapabileceklerinin kapasitesi ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etkisi vardır. Alanyazın, obezite ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi tanımlanmıştır (Avşar ve Topaloğlu, 2003). Dolayısıyla obezite, benlik saygısı kavramı ile de yakından ilgilidir, denilebilmektedir. Obezite bireye kronik hastalıklar yüklediği gibi mali yükü arttırdığı ve toplumdaki meseleler sebebiyle “morbiditesi yüksek bir hastalık” şeklinde kabul edilmektedir (Acquafresca vd., 2006).

Toplumun şişmanlığa karşı verdiği tepki sebebiyle, insanlarda depresyon, suçluluk duygusu, anksiyete, nefret etme hali, memnuniyetsizlik, kendine güvensizlik, sürekli yakınma hali gibi olumsuz duygu durumları gelişebilmektedir. Ayrıca, obez kişiler, diğer sağlıklı insanlara göre daha zor iş bulmakta, hatta iş bulsalar bile bu çevrelerde ‘reddedilme’ gibi sosyal problemler yaşayabilmektedirler. Obezler, iş hayatında ‘daha az kalifiye’ olarak nitelendirilmektedirler. Ayrıca obez kişilerde, diyabet, astım, iskelet hastalıkları gibi diğer başka kronik rahatsızlıklar da görüldüğü için, evlenme oranları, sağlıklı kişilere göre daha düşüktür. Tüm bunlar da kişide olumsuz sonuçlara sebep olmaktadır. Olumsuz duygulara kapılma, kendini beğenmeme, toplumdan dışlanma hissi, mutsuz hissetme, depresyon gibi faktörler, obez bireylerin benlik saygısı düzeyini olumsuz etkilemektedir (Değirmenci, 2006).

Bazı insanlarda benlik saygısının düşük olması kısmen olumsuz beden imajına sebebiyet vermektedir. Burada birey “ben değersizim” ya da “ben mutsuzum” diye söylemek yerine “şişmanım” ya da “çirkinim” demektedir. Bu doğrultuda kendisinde neyin doğru olmadığını bilebilir. Kişiyeye göre burada doğru olmayanı bedenidir/kilosudur ve bedeni daha iyi olsa hayat kalitesi de iyi olacaktır (Tezcan, 2009). Hasanpolat ve Kağan (2017) kilo problemi olan gençlerde düşük benlik saygısının ve beden algısının sosyal fobiyi tetikleyici bir unsur olduğunu bildirmektedirler.

Yalnızca 21. Yüzyılda değil, çok eski yıllarda da toplumların güzellik, çekicilik, yakışıklı olma gibi değerlere önem verdiği bilinmektedir. Fiziksel imaja verilen önem, giderek medya ve internet ile tüm toplumlara yayılmış, bu yüzden insanlar bu tür görüş ve değerlendirmelere koşullanır hale gelmişlerdir. Her ne kadar fiziksel görünüşe verilen anlam, kültürden kültüre değişsede, günümüzde ‘zayıf olmak’, ‘sağlıklı olmak’ ile eş tutulmaktadır (Polat, 2007). Bu bağlamda beden algısını olumsuz etkileyen obeziteyle ilgili olarak, obez kişilerde gözlemlenen “düşük benlik saygısı”nın ve “olumsuz beden algısı”nın sebep veya sonuç olup olmadığı hakkında tartışmalar devam etmektedir (Balcıoğlu ve Başer, 2008).

Obezite tedavisinde kullanılan yöntemlerden biri olan çok düşük kalorili diyetlerde, eğer hasta tarafından bilinçli ve doğru uygulandığı takdirde, obez

kişilerin beden algılarında önemli iyileşmeler görülmüş; benlik saygılarında iyileşme gözlemlenmiştir. Ancak fazla kilolu olmamış kişilerle kıyaslandıkları zaman, bu kişilerin vücutlarından hoşnut olmadıkları ve kendilerini daha şişman zannettikleri sonucuna varılmıştır (Doğan, 2010). Obez kişiler, sosyal alanlarda “etiketlenirler” ve “dışlanma” durumu, obez kişilerin benlik saygılarının azalmasına ve depresyona açık hale gelmelerine sebep olur (Balcıoğlu ve Başer, 2008).

Obez kadınlara yönelik bir araştırmada, obez kadın hastalar ile beden imgesi arasındaki ilişki, biçimsel değişkenler yönünden ele alınmıştır. Bu incelemede, “obez kadınlarda benlik saygısı ve beden imajı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu ve BKİ azaldıkça benlik saygısı ve beden imajı arasındaki ilişkinin pozitif yönde güçlendiği” bulgulanmıştır (Armağan, 2013). Obez bireylerin beden algısı hakkındaki araştırmalar incelendiğinde; “BKİ’nin beden hoşnutsuzluğuna anlamlı düzeyde etkisi olduğunu ve obezlerin, obez olmayanlara göre daha çok kendi bedenlerinden hoşnut olmadıkları” görülmektedir. Bu durumlarda eğer obez kişinin benlik saygısı giderek düşüyor, ruhsal anlamda kendisini daha kötü hissediyor ise, obezite hastalığını önlemek amacıyla birtakım girişimlerde bulunması gerekir. Bunların en etkili yöntemlerden biri, cerrahi yöntemlerdir (Balcıoğlu ve Başer, 2008).

Son yıllarda oldukça fazla başvurulan ve çözüm yollarından biri olan tüp mide ameliyatları, obezite hastalarının hem yaşam kalitesini iyileştiren, hem de benlik saygılarının üst seviyeye çıkmasını sağlayan bariatrik tedaviler olmuşlardır (Wile ve Peterson, 2010). Başka bir ifadeyle son yıllarda kilo verme yöntemi olarak obezite cerrahisinin neden diğer yöntemlerin önüne geçtiği ve bu denli ön plana çıktığı ile ilgili çeşitli araştırmalar yapılmaya başlanmış ve buna göre, obez kişilerin hızlı bir şekilde kilo vermelerini sağlayan tüp mide ameliyatını tercih sebeplerinden birinin beden görünümünden duydukları memnuniyetsizlik olduğu saptanmıştır. Ayrıca Ceviz (2007) tarafından yapılan araştırmada “sağlıklı yaşam biçimi davranışları arttıkça obezite sıklığının düştüğü” bildirilmektedir.

Günümüzde hemen hemen bütün dünyada güzellik kavramı zayıf olmakla eşdeğer olarak algılanmaktadır. Buna bağlı olarak fiziki görünümüne ve kilolarına dikkat eden bireylerin bedenlerini ve kendilerini sevip, bedenlerinden ve kilolarından memnun oldukları, bu yüzden benlik saygılarının da yüksek olduğu düşünülmektedir. Toplum ise obez bireylere çoğunlukla olumsuz atıflarda bulunmaktadır. Obez bireyler, sosyal önyargılara maruz kalarak, eş, iş veya arkadaş bulma problemleri yaşamakta, daha az öğrenim görmekte ve az ücretli işlerde çalışmaktadır (Balcıoğlu ve Başer, 2008). Benlik saygısı düzeyini olumsuz etkileyen bu etmenlerin ortadan kalkması için, obezitenin tedavi edilmesi gerekmektedir. Eğer diyet ve egzersiz yoluyla kişide kilo verme konusunda sıkıntı yaşıyorsa, cerrahi müdahalelerden tüp mide operasyonu, obez hastaların tercih edebilecekleri bir yöntemdir. Çünkü bu tedaviyi olan hastalarda, kilo verdikçe, yeni durumlarını sevdikleri, toplum tarafından “beğenilmeye” başladıkları için kendilerine güvenlerinin geri geldiği gözlemlenmiştir. Ayrıca tüp mide ameliyatı sonrası yaşanan kilo kaybı ile depresyon oranında azalma görülürken benlik saygısında da artış görülmektedir (Erbay, Akyüz, Şahin, Evren, Kayaalp ve Karlıdağ, 2018).

BÖLÜM 3

YÖNTEM

Bu bölümde araştırmanın modeli, çalışma grubu, veri toplama aracı, verilerin toplanması ve verilerin analizi ile ilgili bilgiler yer almaktadır.

3.1. Araştırma Modeli

Bu araştırma betimsel (tanımlayıcı) bir çalışmadır. Betimsel tarama modeli, geçmişte ya da halen var olan durumu var olduğu şekli ile betimlemeyi (tanımlamayı) amaç edinen bir araştırma yaklaşımıdır (Karasar, 2005). Araştırmada nicel verilere yer verilmiş olup “Nicel desenli” bir çalışma olarak kabul edilebilir. Nicel araştırmalar, sayısal değerler aracılığıyla hipotezleri test etmeyi amaçlayan araştırmalardır. Var olan durumu belirleyerek genel bir betimleme yapabilme olanağı sağlaması nicel araştırmaların avantajlarıdır (Shaughnessy, Zechmeister ve Zechmeister, 2016). Bu çalışma sırasında obezite ameliyatına karar veren bireylerin benlik saygıları, kendilik kavramının sürekliliği, insanlara güven duyma, eleştiriye duyarlılık, depresif duygulanım, hayalperestlik, psikosomatik belirtiler, kişiler arası ilişkilerde tehdit hissetme, tartışmalara katılabilme derecesi, ana-baba ilgisi, babayla ilişki ve psişik izolasyon düzeylerine bakılmış olup, bu düzeylerin yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni hal, çalışıp çalışmama, çocuk sahibi olup olmama, cinsel hayatından memnun olup olmama, psikolojik destek alıp almama değişkenlerine göre farklılık gösterip göstermediği belirlenmeye çalışılmıştır.

3.2. Katılımcılar

Araştırmada kolay ulaşılabilir örnekleme yöntemi kullanılmıştır. (Shaughnessy, Zechmeister ve Zechmeister, 2016). Bu araştırmanın katılımcılarını, 1 Şubat 2018 - 30 Haziran 2018 tarihleri arasında İstanbul’da bir obezite kliniğine başvuran 18-60 yaş arası tüp mide ameliyatı olmaya karar veren (106 kadın ve 26 erkek) bireyler oluşturmaktadır. Tablo 3.1’ de katılımcıların kişisel bilgileri yer almaktadır.

Tablo 3.1. Obezite emeliyatı olmaya karar veren bireylerin kişisel bilgileri

Değişkenler	Gruplar	f	%
Cinsiyet	Kadın	106	80.3
	Erkek	26	19.7
Yaş	18-21	14	10.6
	22-30	33	25.0
	31-40	42	31.8
	41-60	43	32.6
Eğitim Düzeyi	İlkokul	15	11.4
	Ortaokul	7	5.3
	Lise	60	45.5
	Lisans	42	31.8
	Lisans Üstü	8	6.1
Medeni Hal	Evli	82	62.1
	Bekar	41	31.1
	Boşanmış	9	6.8
Çalışma Durumu	Evet	79	59.8
	Hayır	53	40.2
Çocuk Sahibi Olma Durumu	Evet	84	63.6
	Hayır	48	36.4
Cinsel Hayatından Memnun Olma	Evet	29	22.0
	Hayır	103	78.0
Psikolojik Destek Alma	Evet	29	22.0
	Hayır	103	78.0
Toplam		132	100

Tablo 3.1 incelendiğinde obezite ameliyatı olmaya karar veren bireylerin %80.3' ünü kadın ve %19.7'sini erkek bireyler oluşturmaktadır. Bireylerin yaş dağılımına bakıldığında %32.6' sını 41-60 yaş, %31.8'ini 31-40 yaş, %25'ini 22-30 yaş ve %10.6'sını 18-21 yaş aralığı oluşturmaktadır. Eğitim düzeyinde bireylerin %45.5'i lise mezunu, %31.8'i lisans mezunu, %11.4'ü ilkokul mezunu, %6.1'i lisans üstü mezunu olup %5.3'ü ortaokul mezunudur. Medeni hal durumlarında %62.1'ini evli, %31.1'ini bekar ve %6.8'ini boşanmış bireyler oluşturmaktadır. Çalışma durumlarında bireylerin %59.8'inin çalıştığı, %40.2'sinin ise çalışmadığı, çocuk sahibi olma durumlarında bireylerin %63.6'sının çocuk sahibi olduğu ve %36.4'ünün çocuk sahibi olmadığı, cinsel hayatından memnun olma durumlarından bireylerin %78'inin cinsel hayatından memnun olmadığı ancak %22'sinin cinsel hayatından memnun olduğu, psikolojik destek alma durumlarından bireylerin %78'i bugüne kadar hiç psikolojik destek almamışken, %22'sinin ise psikolojik destek aldığı görülmektedir.

3.3. Veri Toplama Tekniği

Araştırma, İstanbul'da özel bir obezite kliniği merkezinde gerekli izinlerin alınması ile başlamıştır. Anket formları katılımcılara elden verilmiş ve çalışmaya katılmayı kabul eden kişiler formu doldurmuştur. Katılımcılara bilgilendirilmiş onam formu hem okunmuş hemde elden verilmiştir. Bilgilendirilmiş onan formu EK-1'dedir. Çalışma verileri 1 Şubat 2018 – 30 Haziran 2018 tarihleri arasında toplanmıştır. Anılan tarihler arasında toplam 140 kişi anket formlarını doldurmuştur. Çalışmaya dahil edilme kriterleri şu şekilde belirlenmiştir;

- 18-60 yaş aralığında olmak,
- Katılmak için gönüllü olmak
- Onam formunu onaylamış olmak,
- Okur yazar olmak.

140 anket içerikleri ve ölçüm yapılan anketler incelenmiş, verileri eksik dolduran 2 kişi çalışma dışı tutulmuşlardır. 18-60 yaş aralığının dışında olan 6 kişi de araştırma dışı bırakılmıştır. Toplamda, çalışma için analizlere 132 kişi alınmıştır. Arel Üniversitesi Etik Kurulu'ndan gerekli onay alınmıştır. Onay formu EK-4'dedir.

3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmada gönüllü olarak katılan bireylere demografik durumlarını belirlemeye yönelik sorulardan oluşan ‘‘Kişisel Bilgi Formu’’ kullanılmıştır. Formun tam hali EK-2’de görülmektedir. Bireylerin benlik saygısı düzeylerini belirlemek için ise ‘‘Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği’’ (RBSÖ) kullanılmıştır. Ölçeğin bölümlerinin detayları ve değerlendirilmesi aşağıda verilmiştir. Ölçeğin tam hali EK-3’de görülmektedir. Araştırmadan elde edilen nicel verilerin analizinde SPSS 17 programı kullanılmış ve betimsel istatistiklerin yanı sıra verilerin normal dağılıp dağılmadığını göstermek amacıyla Kolmogorov Smirnov testi yapılmış ve veri setinin normal dağılım göstermediği sonucuna ulaşılmıştır. Bu nedenle araştırmada verileri analiz etmek amacıyla non parametrik testlerden Mann Whitney U testi ve Kruskal-Wallis H testi uygulanmıştır.

3.4.1. Kişisel Bilgi Formu

Kişisel bilgi formunda tüp mide ameliyatına karar veren obez bireylerin cinsiyeti, yaşı, eğitim durumu, medeni durumu, çalışma durumu, çocuk sahibi olma durumu, cinsel hayatından memnun olma durumu ve psikolojik destek alma durumu gibi demografik bilgiler yer almaktadır.

3.4.2. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ)

Rosenberg (1965) tarafından geliştirilmiş olan ve 63 maddeden oluşan ölçeğin 12 alt ölçeği olan ‘‘Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği’’ kullanılmıştır. Ölçeğin geliştirilmesi sürecinde New York’ta rastgele seçilen 5.024 lise öğrencisi ile çalışılmıştır. Test korelasyonu 0.82 ve 0.88 arasında, iç tutarlılığı ise 0.77 ve 0.88 arasında değişmektedir. Ölçek, benlik saygısını ölçen ve küresel nitelikte olan geçerli ve güvenilir bir ölçektir. Ölçeğin ülkemizdeki geçerlik ve güvenilirlik çalışması Çuhadaroğlu (1986) tarafından yapılmıştır. Türkçe’ye uyarlanan ölçeğin test tekrar test güvenilirliği 0.89, geçerliği ise 0.71’dir. Dereboy, Dereboy, Coşkun ve Coşkun (1994) ’un geçerlik ve güvenilirlik çalışması da ölçeğin Türkçe formunun iç geçerliğinin yüksek olduğunu göstermektedir.

Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği, çoktan seçmeli 63 sorudan oluşan bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçek, on iki alt ölçekten oluşmaktadır. Bu alt ölçekler

benlik saygısı, kendilik kavramının sürekliliği, insanlara güvenme, eleştiriye duyarlılık, depresif duygulanım, hayalperestlik, psikosomatik belirtiler, kişiler arası ilişkilerde tehdit hissetme, tartışmalara katılabilme, anne-baba ilgisi, babayla ilişki ve psişik izolasyon şeklinde adlandırılmaktadır.

3.4.3. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeğinin Puanlaması ve Yorumlanması

Ölçek 12 alt ölçekten oluşmaktadır. Benlik saygısı alt ölçeği değerlendirmesinde 6 madden oluşan toplam 10 soru yer almaktadır. Olumlu ve olumsuz yüklü maddeler ardışık olarak sıralanmıştır. Puanlama şu şekilde yapılmaktadır; 1., 2. ve 3. sorular , 4. ve 5. soru, 9. ve 10. sorular birlikte değerlendirilmektedir. İlk üç sorudan herhangi ikisinden puan alıyorsa (2/3) bu kümeden bir puan almış olmaktadır. 4. ve 5. sorudan herhangi birinde puan alan şıklardan birini işaretlemişse yine bu kümeden de bir puan almaktadır. 9. ve 10. sorular da 4. ve 5. gibi değerlendirilmektedir. 6., 7. ve 8. soruların herbiri kendi başlarına puan almaktadır. Böylece testi dolduran kişi tüm sorulardan puan aldığı zaman maksimum puanı 6 olmaktadır. Sayısal ölçümlerle yapılan karşılaştırmalarda benlik saygısı yüksek (0-1 puan), orta (2-4 puan) ve düşük (5-6 puan) olarak değerlendirilmektedir (Çuhadaroğlu, 1986). Diğer alt ölçeklerde ise kendilik kavramının sürekliliği, insanlara güvenme, eleştiriye duyarlılık, depresif duygulanım, hayalperestlik, psikosomatik belirtiler, kişiler arası ilişkilerde tehdit hissetme, tartışmalara katılabilme derecesi, ana- baba ilgisi, babayla ilişki ve psişik izolasyon olup değerlendirilmesinde cevap anahtarı kullanılır, her yanıt için birer puan verilir ve düzeyleri belirtilir (Öner , 2009; Satılmış 1988: 27-28).

BÖLÜM 4

BULGULAR

Bu bölümde, araştırmayla ilgili olarak araştırma kapsamında belirlenen alt problemlere ilişkin bulgular sırasıyla tablolar oluşturularak sunulmuştur.

4.1. Obezite Ameliyatı Olmaya Karar Veren Bireylerin “RBSÖ” Alt Ölçeğine İlişkin Tanımsal Bulgular

Obezite ameliyatı olmaya karar veren bireylerin “RBSÖ” ölçeği alt ölçeklerine göre frekans, yüzde, aritmetik ortalama ve standart sapma değerleri Tablo 4.1’de sunulmuştur.



Tablo 4.1. Obezite ameliyatı olmaya karar veren bireylerin “RBSÖ” alt ölçeklerine göre frekans, yüzde, aritmetik ortalama ve standart sapma değerleri.

Alt Ölçek Boyutları	Seviye	F	%	x	Ss	
Benlik Saygısı	Yüksek	75	56.8	1.84	1.72	
	Orta	41	31			
	Düşük	16	12.1			
Kendilik Kavramının Sürekliliği	Fazla	108	81.8	1.71	1.09	
	Az	24	18.2			
İnsanlara Güven Duyma	Fazla	15	11,4	2.56	.95	
	Orta	105	79.6			
	Az	12	9			
Eleştiriye Duyarlılık	Fazla	94	71.2	2.00	1.08	
	Az	38	28.8			
Depresif Duygulanım	Fazla	33	20.5	2.78	1.95	
	Orta	27				
	Az	60				45.4
	D.D. Yok	12				9.1
Hayalperestlik	Fazla	13	9.8	1.28	1.28	
	Orta	26	19.7			
	Az	93	70.5			
Psikosomatik Belirtiler	Fazla	46	34.9	3.51	2.09	
	Orta	35	26.5			
	Az	51	38.6			
Kişiler Arası İlişkilerde Tehdit Hissetme	Fazla	46	34.8	1.75	1.10	
	Orta	30	22.7			
	Az	34	25.8			
	Tehdit yok	22	16.7			
Tartışmalara Katılabılme Derecesi	Fazla	29	22	.71	.80	
	Orta	36	27.3			
	Az	67	50.8			
Ana-Baba İlgisi	Fazla	92	69.7	1.83	1.85	
	Orta	24	18.2			
	Az	16	12.1			
Babayla İlişki	Fazla	39	29.5	3.14	1.94	
	Orta	48	36.3			
	Az	45	34,2			
Psişik İzolasyon	Fazla	14	10.6	.50	.68	
	Az	38	28.8			
	P.İ.(Yok)	80	60.6			

Tablo 4.1. incelendiğinde obezite ameliyatı olmaya karar veren bireylerin “RBSÖ” alt ölçek ortalamalarından “psikosomatik belirtiler” ortalamasının en yüksek ($3,51 \pm 2,09$) olduğu görülmektedir. Diğerlerinin ise “babayla ilişki” ortalaması ($3,14 \pm 1,94$), “depresif duygulanım” ortalaması ($2,78 \pm 1,95$), “insanlara güvenme” ortalaması ($2,56 \pm .95$), “eleştiriye duyarlılık” ortalaması ($2,00 \pm 1,08$), “benlik saygısı” ortalaması ($1,84 \pm 1,72$), “anne-baba ilgisi” ortalaması ($1,83 \pm 1,85$), “kişiler arası ilişkilerde tehdit hissetme” ortalaması ($1,75 \pm 1,10$), “kendilik kavramının sürekliliği” ortalaması ($1,71 \pm 1,09$), “hayalperestlik” ortalaması ($1,28 \pm 1,28$), “tartışmalara katılabilme derecesi” ortalaması ($0,71 \pm 0,80$) ve “psikik izolasyon” ortalaması çok zayıf ($.50 \pm .68$) olarak sıralandığı görülmektedir.

4.2. Obezite Ameliyatı Olmaya Karar Veren Bireylerin “RBSÖ” nin Farklı Değişkenler Açısından İncelenmesine Yönelik Bulgular

Aşağıda araştırmaya katılan 132 obezite ameliyatına karar veren bireylerin “RBSÖ” alt ölçeklerinde cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, medeni hali, çalışıp çalışmama, çocuk sahibi olup olmama, cinsel hayatından memnun olup olmama, psikolojik destek alıp almama değişkenlerine göre anlamlı bir farklılık olup olmadığını test etmek amacıyla yapılan analiz sonuçları verilmektedir.

4.2.1. Obezite Ameliyatı Olmaya Karar Veren Bireylerin Cinsiyetlerine Göre “RBSÖ” Alt Ölçek Düzeyleri

Obezite ameliyatı olmaya karar veren bireylerin “RBSÖ” alt ölçeklerinde cinsiyetlerine göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek için “RBSÖ” den aldıkları puanların ortalamaları ve toplam puan değerleri hesaplanmış, ortalamalar arası farkın önemli olup olmadığını belirlemek için Mann Whitney U testi yapılmış ve ilgili bulgular Tablo 4.2.’de sunulmuştur.

Tablo 4.2. Obezite ameliyatı olmaya karar veren bireylerin “RBSÖ” alt ölçeklerden aldıkları puanların cinsiyete göre Mann Whitney U testi sonuçları.

Alt Ölçek Boyutları	Grup	N	Sıra Ort.	Sıra Top.	U	P
Benlik Saygısı	Kadın	106	66.18	7015.50	1344.50	.84
	Erkek	26	67.79	1762.50		
Kendilik Kavramının Sürekliliği	Kadın	106	66.58	7058.00	1369.00	.95
	Erkek	26	66.15	1720.00		
İnsanlara Güven Duyuma	Kadın	106	68.34	7244.50	1182.50	.22
	Erkek	26	58.98	1533.50		
Eleştiriye Duyarlılık	Kadın	106	65.99	6995.00	1324.00	.74
	Erkek	26	68.58	1783.00		
Depresif Duygulanım	Kadın	106	66.35	7033.00	1362.00	.92
	Erkek	26	67.12	1745.00		
Hayalperestlik	Kadın	106	67.80	7187.00	1240.00	.40
	Erkek	26	61.19	1591.00		
Psikosomatik Belirtiler	Kadın	106	67.36	7140.00	1287.00	.59
	Erkek	26	63.00	1638.00		
Kişiler Arası İlişkilerde Tehdit Hissetme	Kadın	106	66.88	7089.00	1338.00	.81
	Erkek	26	64.96	1689.00		
Tartışmalara Katılabilme Derecesi	Kadın	106	63.02	6680.00	1009.00	.02*
	Erkek	26	80.96	2098.00		
Ana-Baba İlgisi	Kadın	106	62.36	6610.00	939.00	.01*
	Erkek	26	83.38	2168.00		
Babayla İlişki	Kadın	106	68.21	7230.50	1196.50	.29
	Erkek	26	59.52	1547.50		
Psişik İzolasyon	Kadın	106	68.25	7234.00	1193.00	.22
	Erkek	26	59.38	1544.00		

*p<0.05

Tablo 4.2. incelendiğinde, obezite ameliyatına karar veren bireylerin cinsiyete göre “RBSÖ” alt ölçeklerden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak “anne-baba ilgisi” (U=939.00, $p < .05$) ve “tartışmalara katılabilme derecesi” (U=1009.00, $p < .05$) alt ölçeklerinde anlamlı farkın olduğu ve sıra ortalamaları açısından bu farkın erkekler lehine olduğu yani erkeklerin daha yüksek puan aldıkları görülmektedir. “RBSÖ” nin diğer alt ölçeklerinden sıra ortalamaları “benlik saygısı” (67.79), “eleştiriye duyarlılık” (68.58) ve “depresif duygulanım” (67.12) erkeklerin lehine yüksek çıksada cinsiyete göre farkın anlamlı düzeyde olmadığı ortaya çıkmıştır. Kadınların lehine sıra ortalamaları “kendilik kavramının sürekliliği” (66.58), “insanlara güvenme” (68.34), “hayalperestlik” (67.80), “psikosomatik belirtiler” (67.36), “kişiler arası ilişkilerde tehdit hissetme” (66.88), “babayla ilişki” (68.21) ve “psişik izolasyon” (68.25) erkeklerden daha yüksek çıkmasına rağmen, cinsiyete göre anlamlı bir fark yaratmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

4.2.2. Obezite Ameliyatı Olmaya Karar Veren Bireylerin Yaşlarına Göre “RBSÖ” Alt Ölçek Düzeyleri

Obezite ameliyatı olmaya karar veren bireylerin “RBSÖ” alt ölçek boyutlarında yaşlarına göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek için “RBSÖ” inden aldıkları puanların ortalamaları hesaplanmış, ortalamalar arası farkın önemli olup olmadığını belirlemek için Kruskal Wallis H testi yapılmış ve ilgili bulgular Tablo 4.3.’de sunulmuştur.

Tablo 4.3. Obezite ameliyatı olmaya karar veren bireylerin RBSÖ' den aldıkları puanların yaşlarına göre Kruskal Wallis H testi sonuçları.

Alt Ölçek Boyutları	Yaş	N	Sıra Ort.	df	X ²	p	Anlamlı Fark
Benlik Saygısı	18-21	14	71.82	3	.624	.89	
	22-30	33	68.73				
	31-40	42	64.01				
	41-60	43	65.49				
Kendilik Kavramının Sürekliliği	18-21	14	72.93	3	1.753	.62	
	22-30	33	71.56				
	31-40	42	64.71				
	41-60	43	62.27				
İnsanlara Güven Duyma	18-21	14	64.75	3	2.354	.50	
	22-30	33	72.00				
	31-40	42	69.01				
	41-60	43	60.40				
Eleştiriye Duyarlılık	18-21	14	60.75	3	4.085	.25	
	22-30	33	57.58				
	31-40	42	68.30				
	41-60	43	73.47				
Depresif Duygulanım	18-21	14	84.68	3	4.388	.22	
	22-30	33	59.92				
	31-40	42	67.39				
	41-60	43	64.76				
Hayalperestlik	18-21	14	103.0	3	18.481	.00*	a>b,c,d
	22-30	33	67.09				
	31-40	42	65.70				
	41-60	43	54.92				
Psikosomatik Belirtiler	18-21	14	91.25	3	13.849	.00*	a>b,d c>d
	22-30	33	57.98				
	31-40	42	76.02				
	41-60	43	55.67				
Kişiler Arası İlişkilerde Tehdit Hissetme	18-21	14	65.36	3	1.237	.74	
	22-30	33	71.32				
	31-40	42	62.02				
	41-60	43	67.55				
Tartışmalara Katılabilme Derecesi	18-21	14	64.39	3	.497	.92	
	22-30	33	64.30				
	31-40	42	69.49				
	41-60	43	65.95				
Ana-Baba İlgisi	18-21	14	70.75	3	1.172	.76	
	22-30	33	70.52				
	31-40	42	62.04				
	41-60	43	66.40				
Babayla İlişki	18-21	14	67.29	3	3.144	.37	
	22-30	33	56.53				
	31-40	42	70.46				
	41-60	43	70.02				
Psşik İzolasyon	18-21	14	77.43	3	2.036	.56	
	22-30	33	66.11				
	31-40	42	66.86				
	41-60	43	62.90				

*p<0.05

Tablo 4.3. incelendiğinde obezite ameliyatı olmaya karar veren bireylerin yaşlarına göre “RBSÖ” nin alt ölçeklerinden “benlik saygısı”, “kendilik kavramının sürekliliği”, “insanlara güvenme duyma”, “eleştiriye duyarlılık”, “depresif duygulanım”, “kişiler arası ilişkilerde tehdit hissetme”, “ana-baba ilgisi”, “tartışmalara katılabilme derecesi”, “babayla ilişki” ve “psişik izolasyon” dan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farkın olmadığı, “hayalperestlik” ve “psikosomatik belirtiler” alt ölçeklerinin ise yaşlara göre anlamlı bir şekilde farklılaştığı [$X^2(3) = 18.481, 13.849, p < .05$] görülmektedir. Gruplar arasında gözlenen anlamlı farkın hangi grupların puanları arasındaki farklılara bağlı olarak ortaya çıktığını belirlemek üzere grupların ikili kombinasyonları üzerinden yapılan Mann Whitney U testleri sonucunda 18-21 yaş aralığında istatistiksel olarak anlamlı derecede fark olduğu görülmektedir. 18- 21 yaş aralığında olan bireylerin diğer yaş aralıklarından daha fazla hayalperestlik olduğu ve 18-21 yaş lehine sonuçlandığı, 18- 21 yaş aralığında olan bireylerin 22-30 ve 41-60 yaş aralığı olanlardan daha fazla psikosomatik belirti gösterdiği ve yine 18-21 yaş lehine sonuçlandığı, 31-40 yaş aralığının da 41-60 yaş aralığından daha fazla psikosomatik belirti gösterdiği ve 31-40 yaş lehine sonuçlandığı bulgusuna ulaşılmıştır.

4.2.3. Obezite Ameliyatı Olmaya Karar Veren Bireylerin Eğitim Durumlarına Göre “RBSÖ” Alt Ölçek Düzeyleri

Obezite ameliyatına karar veren bireylerin “RBSÖ” alt ölçeklerinden eğitim durumlarına göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek için “RBSÖ” inden aldıkları puanların ortalamaları hesaplanmış, ortalamalar arası farkın önemli olup olmadığını belirlemek için Kruskal Wallis H testi yapılmış ve ilgili bulgular Tablo 4.4.’te gösterilmektedir.

Tablo 4 .4. Obezite ameliyatı olmaya karar veren bireylerin RBSÖ' den aldıkları puanların eğitim durumlarına göre Kruskal Wallis H testi sonuçları.

Alt Ölçek Boyutları	Eğitim Durumu	N	Sıra Ort.	df	X ²	p	Anlamlı Fark
Benlik Saygısı	İlkokul	15	66.70	3	.329	.95	
	Ortaokul	7	67.07				
	Lise	60	66.79				
	Lisans	42	62.80				
Kendilik Kavramının Sürekliliği	Lisans Üstü	8	82.88	3	2.593	.45	
	İlkokul	15	51.27				
	Ortaokul	7	72.79				
	Lise	60	66.10				
İnsanlara Güven Duyma	Lisans	42	66.14	3	.566	.90	
	Lisans Üstü	8	94.44				
	İlkokul	15	69.87				
	Ortaokul	7	64.50				
Eleştiriye Duyarlılık	Lise	60	69.52	3	9.133	.03*	a> c,d
	Lisans	42	64.81				
	Lisans Üstü	8	48.19				
	İlkokul (a)	15	86.00				
	Ortaokul (b)	7	86.14				
Depresif Duygulanım	Lise (c)	60	63.42	3	.846	.83	
	Lisans (d)	42	58.08				
	Lisans Üstü (e)	8	80.06				
	İlkokul	15	66.50				
Hayalperestlik	Ortaokul	7	56.79	3	1.883	.59	
	Lise	60	68.28				
	Lisans	42	63.25				
	Lisans Üstü	8	78.69				
Psikosomatik Belirtiler	İlkokul	15	76.67	3	1.533	.67	
	Ortaokul	7	60.79				
	Lise	60	70.22				
	Lisans	42	62.65				
	Lisans Üstü	8	51.88				
Kişiler Arası İlişkilerde Tehdit Hissetme	İlkokul	15	69.77	3	.170	.98	
	Ortaokul	7	66.07				
	Lise	60	65.43				
	Lisans	42	67.21				
Tartışmalara Katılabilme Derecesi	Lisans Üstü	8	65.00	3	1.706	.63	
	İlkokul	15	59.83				
	Ortaokul	7	80.07				
	Lise	60	65.39				
Ana-Baba İlgisi	Lisans	42	68.26	3	1.865	.60	
	Lisans Üstü	8	66.19				
	İlkokul	15	78.83				
	Ortaokul	7	70.07				
Babayla İlişki	Lise	60	65.09	3	2.868	.41	
	Lisans	42	65.50				
	Lisans Üstü	8	56.06				
	İlkokul	15	64.77				
Psişik İzolasyon	Ortaokul	7	71.00	3	4.204	.24	
	Lise	60	72.71				
	Lisans	42	60.44				
	Lisans Üstü	8	51.06				
Psişik İzolasyon	İlkokul	15	64.10	3	4.204	.24	
	Ortaokul	7	48.93				
	Lise	60	63.32				

*p<0.05

Tablo 4.4. incelendiğinde obezite ameliyatı olmaya karar veren bireylerin eğitim durumlarına göre “RBSÖ” nin alt ölçeklerinden “benlik saygısı”, “kendilik kavramının sürekliliği”, “insanlara güvenme duyma”, “depresif duygulanım”, “hayalperestlik” , “psikosomatik belirtiler”, “kişiler arası ilişkilerde tehdit hissetme”, “ana- baba ilgisi”, “tartışmalara katılabilme derecesi”, “babayla ilişki” ve “psşik izolasyon” dan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farkın olmadığı, “eleştiriye duyarlılık” alt ölçek boyutunun ise eğitim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılaştığı [$X^2(3) = 9.133, p < .05$] görülmektedir. Gruplar arasında gözlenen anlamlı farkın hangi grupların puanları arasındaki farklılara bağlı olarak ortaya çıktığını belirlemek üzere grupların ikili kombinasyonları üzerinden yapılan Mann Whitney U testleri sonucunda “eleştiriye duyarlılık” alt ölçeğinde ilkökul mezunu olanların lehine istatistiksel olarak anlamlı derecede fark olduğu görülmektedir. İlkokul mezunu olanlar ile lisans üstü mezunu olanlar arasında farkın anlamlı olmadığı, ilkökul mezunu olanlar ile lise ve lisans mezunu olanlar arasında ise ilkökul mezunu olanlar lehine anlamlı bir fark olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

4.2.4. Obezite Ameliyatı Olmaya Karar Veren Bireylerin Medeni Durumların Göre “RBSÖ” Alt Ölçek Düzeyleri

Obezite ameliyatı olmaya karar veren bireylerin “RBSÖ” alt ölçeklerinden medeni durumlarına göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek için “RBSÖ” inden aldıkları puanların ortalamaları hesaplanmış, ortalamalar arası farkın önemli olup olmadığını belirlemek için Kruskal Wallis H testi yapılmış ve ilgili bulgular Tablo 4.5.’de gösterilmektedir.

Tablo 4.5. Obezite ameliyatı olmaya karar veren bireylerin RBSÖ' den aldıkları puanların medeni durumlarına göre Kruskal Wallis H testi sonuçları.

Alt Ölçek Boyutları	Medeni Durum	N	Sıra Ort.	df	X ²	p	Anlamlı Fark
Benlik Saygısı	Evli	82	66.77	2	2.256	.32	
	Bekar	41	69.74				
	Boşanmış	9	49.22				
Sürekliliği	Evli	82	65.55	2	3.965	.13	
	Bekar	41	72.77				
	Boşanmış	9	46.56				
İnsanlara Güven Duyma	Evli	82	65.71	2	3.139	.20	
	Bekar	41	71.85				
	Boşanmış	9	49.33				
Eleştiriye Duyarlılık	Evli	82	71.78	2	5.211	.07	
	Bekar	41	56.04				
	Boşanmış	9	66.06				
Depresif Duygulanım	Evli	82	62.80	2	2.995	.22	
	Bekar	41	74.94				
	Boşanmış	9	61.78				
Hayalperestlik	Evli (a)	82	63.08	2	12.102	.00*	b>a
	Bekar (b)	41	79.82				a>c
	Boşanmış (c)	9	37.00				b>c
Psikosomatik Belirtiler	Evli	82	66.30	2	1.008	.60	
	Bekar	41	69.33				
	Boşanmış	9	55.39				
Kişiler Arası İlişkilerde Tehdit Hissetme	Evli	82	66.38	2	1.070	.58	
	Bekar	41	64.18				
	Boşanmış	9	78.17				
Tartışmalara Katılabilme Derecesi	Evli	82	67.51	2	.255	.88	
	Bekar	41	64.21				
	Boşanmış	9	67.72				
Ana-Baba İlgisi	Evli	82	66.11	2	.051	.97	
	Bekar	41	67.55				
	Boşanmış	9	65.28				
Babayla İlişki	Evli	82	67.63	2	1.891	.38	
	Bekar	41	61.39				
	Boşanmış	9	79.50				
Psişik İzolasyon	Evli(a)	82	62.23	2	6.465	.03*	b>a
	Bekar (b)	41	77.23				
	Boşanmış(c)	9	56.50				

*p<0.05

Tablo 4.5. incelendiğinde obezite ameliyatı olmaya karar veren bireylerin medeni durumlarına göre “RBSÖ” nin alt ölçeklerinden “benlik saygısı”, “kendilik kavramının sürekliliği”, “insanlara güvenme duyma”, “eleştiriye duyarlılık”, “depresif duygulanım”, , “psikosomatik belirtiler”, “kişiler arası ilişkilerde tehdit hissetme”, “ana- baba ilgisi”, “tartışmalara katılabilme derecesi” ve “babayla ilişki” den aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farkın olmadığı, “hayalperestlik” ve “psişik izolasyon” alt ölçek boyutlarından ise medeni durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılaştığı [$X^2 (2) = 12.102, 6.465, p < .05$] görülmektedir. Gruplar arasında gözlenen anlamlı farkın hangi grupların puanları arasındaki farklılara bağlı olarak ortaya çıktığını belirlemek üzere grupların ikili kombinasyonları üzerinden yapılan Mann Whitney U testleri sonucunda bekar bireylerin evli bireylere göre bekar bireyler lehine, evli bireylerin boşanmış bireylere göre evli bireyler lehine, bekar bireylerin boşanmış bireylere göre bekar bireyler lehine “hayalperestlik” alt ölçeğinde istatistiksel olarak anlamlı derecede fark olduğu görülmektedir. Diğer alt ölçekten “psişik izolasyon” da ise bekar bireylerin evli bireylere göre bekar bireyler lehine istatistiksel olarak anlamlı derecede fark olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

4.2.5. Obezite Ameliyatı Olmaya Karar Veren Bireylerin Çalışma Durumlarına Göre “RBSÖ” Alt Ölçek Düzeyleri

Obezite ameliyatı olmaya karar veren bireylerin “RBSÖ” alt ölçeklerinde çalışma durumuna göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek için “RBSÖ” den aldıkları puanların ortalamaları ve toplam puan değerleri araştırmacı tarafından hesaplanmış, ortalamalar arası farkın önemli olup olmadığını belirlemek için Mann Whitney U testi yapılmış ve ilgili bulgular Tablo 4.6’da sunulmuştur.

Tablo 4.6. Obezite ameliyatı olmaya karar veren bireylerin RBSÖ' den aldıkları puanların çalışma durumuna göre Mann Whitney U testi sonuçları.

Alt Ölçek Boyutları	Çalışma Durumu	N	Sıra Ort.	Sıra Top.	U	P
Benlik Saygısı	Evet	79	65.80	5198.00	2038.00	.79
	Hayır	53	67.55	3580.00		
Kendilik Kavramının Sürekliliği	Evet	79	64.89	5126.00	1966.00	.53
	Hayır	53	68.91	3652.00		
Duyuma	Evet	79	66.27	5235.00	2075.00	.92
	Hayır	53	66.85	3543.00		
Eleştiriye Duyarlılık	Evet	79	63.36	5005.50	1845.50	.22
	Hayır	53	71.18	3772.50		
Depresif Duygulanım	Evet	79	63.54	5019.50	1859.50	.27
	Hayır	53	70.92	3758.50		
Hayalperestlik	Evet	79	62.97	4975.00	1815.00	.17
	Hayır	53	71.75	3803.00		
Psikosomatik Belirtiler	Evet	79	67.28	5315.00	2032.00	.77
	Hayır	53	65.34	3463.00		
Kişiler Arası İlişkilerde Tehdit Hissetme	Evet	79	64.21	5072.50	1912.50	.38
	Hayır	53	69.92	3705.50		
Tartışmalara Katılabilme Derecesi	Evet	79	66.35	5241.50	2081.50	.95
	Hayır	53	66.73	3536.50		
Ana-Baba İlgisi	Evet	79	67.13	5303.00	2044.00	.81
	Hayır	53	65.57	3475.00		
Babayla İlişki	Evet	79	66.25	5234.00	2074.00	.92
	Hayır	53	66.87	3544.00		
Psişik İzolasyon	Evet	79	64.37	5085.50	1925.50	.36
	Hayır	53	69.67	3692.50		

*p<0.05

Tablo 4.6. incelendiğinde, obezite ameliyatına karar veren bireylerin “RBSÖ” alt ölçeklerinden aldıkları puanların çalışmayan bireylerde sıra ortalamaları “ana-baba ilgisi” ve “psikosomatik belirtiler” hariç diğer alt ölçeklerde “benliksaygısı”, “kendilik kavramının sürekliliği”, “insanlara güvenme duyma”, “eleştiriye duyarlılık”, “depresif duygulanım”, “hayalperestlik”, “kişiler arası ilişkilerde tehdit hissetme”, “tartışmalara katılabilme derecesi”, “babayla ilişki” ve “psikişik izolasyon” yüksek olmasına rağmen gözlenen farklar istatistiksel olarak anlamlı olmadığı sonucuna ulaşılmıştır ($p > .05$).

4.2.6. Obezite Ameliyatı Olmaya Karar Veren Bireylerin Çocuk Sahibi Olma Durumlarına Göre “RBSÖ” Alt Ölçek Düzeyleri

Obezite ameliyatı olmaya karar veren bireylerin “RBSÖ” alt ölçeklerinden çocuk sahibi olma durumlarına durumlarına göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek için “RBSÖ” den aldıkları puanların ortalamaları ve toplam puan değerleri hesaplanmış, ortalamalar arası farkın önemli olup olmadığını belirlemek için Mann Whitney U testi yapılmış ve ilgili bulgular Tablo 4.7.’da sunulmuştur.

Tablo 4.7. Obezite ameliyatı olmaya karar veren bireylerin RBSÖ' den aldıkları puanların çocuk sahibi olma durumlarına göre Mann Whitney U testi sonuçları.

Alt Ölçek Boyutları	Çocuk Sahibi Olma D.	N	Sıra Ort.	Sıra Top.	U	P
Benlik Saygısı	Evet	84	64.07	5381.50	1811.50	.32
	Hayır	48	70.76	3396.50		
Kendilik Kavramının Sürekliliği	Evet	84	63.08	5298.50	1728.50	.15
	Hayır	48	72.49	3479.50		
İnsanlara Güven Duyma	Evet	84	63.48	5332.00	1762.00	.19
	Hayır	48	71.79	3446.00		
Eleştiriye Duyarlılık	Evet	84	70.54	5925.00	1677.00	.08
	Hayır	48	59.44	2853.00		
Depresif Duygulanım	Evet	84	63.69	5350.00	1780.00	.25
	Hayır	48	71.42	3428.00		
Hayalperestlik	Evet	84	60.87	5113.00	1543.00	.01*
	Hayır	48	76.35	3665.00		
Psikosomatik Belirtiler	Evet	84	65.46	5498.50	1928.50	.67
	Hayır	48	68.32	3279.50		
Kişiler Arası İlişkilerde Tehdit Hissetme	Evet	84	67.33	5656.00	1946.00	.73
	Hayır	48	65.04	3122.00		
Tartışmalara Katılabilme Derecesi	Evet	84	67.49	5669.00	1933.00	.66
	Hayır	48	64.77	3109.00		
Ana-Baba İlgisi	Evet	84	66.43	5580.00	2010.00	.97
	Hayır	48	66.63	3198.00		
Babayla İlişki	Evet	84	68.82	5781.00	1821.00	.35
	Hayır	48	62.44	2997.00		
Psişik İzolasyon	Evet	84	61.01	5125.00	1555.00	.01*
	Hayır	48	76.10	3653.00		

*p<0.05

Tablo 4.7.'de incelendiğinde, obezite ameliyatı olmaya karar veren bireylerin “RBSÖ” inden aldıkları puanlar arasında “eleştiriye duyarlılık”, “kişiler arası ilişkilerde tehdit hissetme”, “tartışmalara katılabilme” ve “babayla ilişki” hariç diğer alt ölçeklerde “benlik saygısı”, “insanlara güven duyma”, “depresif duygulanım”, “psikosomatik belirtiler” ve “ana-baba ilgisi” çocuk sahibi olmayanların sıra ortalamaları yüksek olmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı farkın olmadığı görülmektedir. İstatistiksel olarak sadece “psişik izolasyon” ve “hayalperestlik” alt ölçeklerinde (U=1555.00, U=1543.00, $p < .05$) çocuk sahibi olmayanların lehine anlamlı bir farkın olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

4.2.7. Obezite Ameliyatı Olmaya Karar Veren Bireylerin Cinsel Hayattan Memnun Olma Durumlarına Göre “RBSÖ” Alt Ölçek Düzeyleri

Obezite ameliyatı olmaya karar veren bireylerin “RBSÖ” alt ölçeklerinden cinsel hayatlarından memnun olma durumlarına göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek için “RBSÖ” den aldıkları puanların ortalamaları ve toplam puan değerleri hesaplanmış, ortalamalar arası farkın önemli olup olmadığını belirlemek için Mann Whitney U testi yapılmış ve ilgili bulgular Tablo 4.8.'de sunulmuştur.

Tablo 4.8. Obezite ameliyatı olmaya karar veren bireylerin RBSÖ' den aldıkları puanların cinsel hayatlarından memnun olma durumlarına göre Mann Whitney U testi sonuçları.

Alt Ölçek Boyutları	Cinsel Hayatından Memnun Olma D.	N	Sıra Ort.	Sıra Top.	U	P
Benlik Saygısı	Evet	29	65.14	1889.00	1454.00	.82
	Hayır	103	66.88	6889.00		
Kendilik Kavramının Sürekliliği	Evet	29	58.81	1705.50	1270.50	.19
	Hayır	103	68.67	7072.50		
İnsanlara Güven Duyma	Evet	29	57.24	1660.00	1225.00	.10
	Hayır	103	69.11	7118.00		
Eleştiriye Duyarlılık	Evet	29	57.69	1673.00	1238.00	.13
	Hayır	103	68.98	7105.00		
Depresif Duygulanım	Evet	29	60.78	1762.50	1327.50	.35
	Hayır	103	68.11	7015.50		
Hayalperestlik	Evet	29	64.24	1863.00	1428.00	.70
	Hayır	103	67.14	6915.00		
Psikosomatik Belirtiler	Evet	29	55.91	1621.50	1186.50	.08
	Hayır	103	69.48	7156.50		
Kişiler Arası İlişkilerde Tehdit Hissetme	Evet	29	56.05	1625.50	1190.50	.08
	Hayır	103	69.44	7152.50		
Tartışmalara Katılabilme Derecesi	Evet	29	67.83	1967.00	1455.00	.81
	Hayır	103	66.13	6811.00		
Ana-Baba İlgisi	Evet	29	66.93	1941.00	1481.00	.94
	Hayır	103	66.38	6837.00		
Babayla İlişki	Evet	29	48.60	1409.50	974.50	.00*
	Hayır	103	71.54	7368.50		
Psişik İzolasyon	Evet	29	64.67	1875.50	1440.50	.73
	Hayır	103	67.01	6902.50		

*p<0.05

Tablo 4.8. incelendiğinde, obezite ameliyatı olmaya karar veren bireylerin “RBSÖ” alt ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında cinsel hayatlarından memnun olmayanlarda “tartışmalara katılabilme derecesi” ve “ana-baba ilgisi” hariç diğer alt ölçeklerde “benlik saygısı”, “kendilik kavramının sürekliliği”, “insanlara güvenme duyma”, “eleştiriye duyarlılık”, “depresif duygulanım”, “hayalperestlik”, “kişiler arası ilişkilerde tehdit hissetme”, “psikosomatik belirtiler” ve “psişik izolasyon” sıra ortalamaları yüksek olmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı farkın olmadığı görülmektedir. İstatistiksel olarak sadece “babayla ilişki” alt ölçeğinde (U=974.50, p < .05) cinsel hayatından memnun olmayanların lehine anlamlı bir fark olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

4.2.8. Obezite Ameliyatı Olmaya Karar Veren Bireylerin Psikolojik Destek Alma Durumlarına Göre “RBSÖ” Alt Ölçek Düzeyleri

Obezite ameliyatı olmaya karar veren bireylerin “RBSÖ” alt ölçeklerinde psikolojik destek alma durumlarına göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek için “RBSÖ” den aldıkları puanların ortalamaları ve toplam puan değerleri hesaplanmış, ortalamalar arası farkın önemli olup olmadığını belirlemek için Mann Whitney U testi yapılmış ve ilgili bulgular Tablo 4.9.’da sunulmuştur.

Tablo 4.9. Obezite ameliyatı olmaya karar veren bireylerin RBSÖ' den aldıkları puanların psikolojik destek alma durumlarına göre Mann Whitney U testi sonuçları.

Alt Ölçek Boyutları	Destek Alma D.	N	Sıra Ort.	Sıra Top.	U	P
Benlik Saygısı	Evet	29	62.86	1823.00	1388.00	.55
	Hayır	103	67.52	6955.00		
Kendilik Kavramının Sürekliliği	Evet	29	77.52	2248.00	1174.00	.06
	Hayır	103	63.40	6530.00		
İnsanlara Güven Duyuma	Evet	29	73.14	2121.00	1301.00	.25
	Hayır	103	64.63	6657.00		
Eleştiriye Duyarlılık	Evet	29	55.10	1598.00	1163.00	.05
	Hayır	103	69.71	7180.00		
Depresif Duygulanım	Evet	29	71.02	2059.50	1362.50	.46
	Hayır	103	65.23	6718.50		
Hayalperestlik	Evet	29	72.28	2096.00	1326.00	.33
	Hayır	103	64.87	6682.00		
Psikosomatik Belirtiler	Evet	29	68.17	1977.00	1445.00	.78
	Hayır	103	66.03	6801.00		
Kişiler Arası İlişkilerde Tehdit Hissetme	Evet	29	60.33	1749.50	1314.50	.30
	Hayır	103	68.24	7028.50		
Tartışmalara Katılabilme Derecesi	Evet	29	70.26	2037.50	1384.50	.51
	Hayır	103	65.44	6740.50		
Ana-Baba İlgisi	Evet	29	67.98	1971.50	1450.50	.80
	Hayır	103	66.08	6806.50		
Babayla İlişki	Evet	29	58.57	1698.50	1263.50	.20
	Hayır	103	68.73	7079.50		
Psişik İzolasyon	Evet	29	70.53	2045.50	1376.50	.45
	Hayır	103	65.36	6732.50		

*p<0.05

Tablo 4.9. incelendiğinde, obezite ameliyatı olmaya karar veren bireylerin “RBSÖ” alt ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında “benlik saygısı”, “eleştiriye duyarlılık”, “kişiler arası ilişkilerde tehdit hissetme” ve “babayla ilişki” hariç diğer alt ölçeklerde “kendilik kavramının sürekliliği”, “insanlara güvenme duyma”, “ana-baba ilgisi”, “depresif duygulanım”, “hayalperestlik”, “tartışmalara katılabilme derecesi”, “psikosomatik belirtiler” ve “psikişik izolasyon” psikolojik destek alanların sıra ortalamaları daha yüksek olmasına rağmen olarak anlamlı fark yaratmadığı sonucuna ulaşılmıştır.



BÖLÜM 5

TARTIŞMA, SONUÇ ve ÖNERİLER

5.1. Tartışma ve Sonuç

İnsanlar, kim olduklarını bilmelerinin yanında, belli duygulara sahiplerdir. Kişinin kendini beğenip değerli bulması, onun benlik saygısının genel durumu hakkında bilgi vermiş olur. Başka bir deyişle, benlik saygısı, kişinin kendini değerlendirmesiyle ve kendisiyle ilgili memnuniyet düzeyiyle oluşan öznel bir olgudur. Bu yüzden benlik saygısı kişisel özelliklere göre olumlu veya olumsuz olabilmektedir. Benlik saygısının düşük veya yüksek olması olaylar karşısında oluşan davranışsal ve duygusal tepkileri de etkilemektedir (Altıok, Ek ve Koruklu, 2010).

Obezite 21. Yüzyılın önemli halk sağlığı meselelerinden bir tanesidir. Zayıflamaya yönelik yapılan toplum baskısına ve diyet-kilo verme alanındaki gelişmeye rağmen obezite önemini sürdürmektedir. Obezite gibi hastalıklarda, benlik saygısının düşük olması önemli bir risk faktörüdür ve obezite düşük benlik saygısının belirtilerinden biridir (Pınar, 2002). Alanyazında obez olan bireylerin benlik saygılarının düşük olduğu, aynı zamanda önemli bir risk faktörü olduğu tespit edilmiş ve düşük benlik saygısının yeme bozukluklarında önemli bir risk faktörü olduğu bulunmuştur (Erol, Toprak ve Yazıcı, 2002; Pınar, 2002; Tezcan, 2009). “Obez bireylerin daha düşük benlik saygısına sahip olduğu, psikopatolojik durumların daha fazla gözlendiği, özellikle klinik depresyon, kişilik bozukluklarının ve psiko-sosyal faktörlerin çok fazla olduğu” bildirilmektedir (Yücel, 2008; Çetin,2001).

Çalışmanın sonucunda, obezite ameliyatı olmaya karar veren bireylerin “benlik saygısı” düzeyleri %58.8’ nin “yüksek” benlik saygısına sahip olduğu, %31’ inin orta ve % 12.1’inin ise düşük seviyede benlik saygısına sahip olduğu bulunmuştur. Alanyazında ise bariatrik cerrahi adaylarıyla ilgili bu araştırmayı destekleyen tek bir kaynak bulunmuş ve ameliyata karar veren bireylerin benlik saygılarının yüksek olması bulgusunu desteklemektedir (Erbay, Akyüz, Şahin, Evren, Kayaalp ve Karlıdağ, 2018). Alanyazında obezite ameliyatı olmaya karar veren bireylerin benlik saygılarının yüksek olmasına dair bu araştırma

bulgularını destekleyen başka bir çalışmaya rastlanmamıştır. Araştırmaya katılan obezite ameliyatı olmaya karar veren bireylerin %81.8'inin kendilik kavramının sürekliliğinin "fazla" ve %18.2'sinin ise az olduğu sonucuna varılmıştır. "İnsanlara güvenme duyma" alt ölçeğinde obezite ameliyatı olmaya karar veren bireylerin %79.6'sının insanlara "orta" düzeyde güven duyduğu, %11.4'ünün fazla güven duyduğu ve %9'unun insanlara az güven duyduğu sonucuna ulaşılmıştır. "Eleştiriye duyarlılık" alt ölçeğinde obezite ameliyatı olmaya karar veren bireylerin %71.2'sinin eleştiriye "fazla" duyarlı olduğu ve %28.8'inin ise eleştiriye az duyarlı olduğu sonucuna varılmıştır. "Depresif duygulanım" alt ölçeğinde ise obezite ameliyatı olmaya karar veren bireylerin %45.4'ünün "az" düzeyde depresif olduğu, %25'inin ünün fazla düzeyde, %20.5'inin orta düzeyde depresif olduğu ve %9.1'inde depresif duygulanımın olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Alanyazın çalışmalarında obez hastalarda depresyon görülme sıklığının yüksek oranlarda olduğunu bildirilmektedir (Ganley, 1989; Sullivan vd., 1993; Yanovski, Nelson, Dubbert ve Spitzer 1993; Çetin, 2001; Yücel, 2008; Aydemir, 2010; Annagür, Orhan, Özer, Tamam ve Erhan, 2012; Burcu, 2013). Ancak bu araştırmalar ameliyat olmaya karar veren obez bireyler arasında yapılmamıştır. Ameliyat olmaya karar veren obez bireylerle yapılan çalışmaların çoğunda ise bu çalışma bulgularıyla paralellik göstermektedir ve depresyon düzeylerinin düşük olduğu sonucunu desteklemektedir (Azmi, Alam, Ammori, Soran ve Rayaz, 2015; Sevinçer, Bozkurt, Akin, Köse, 2016; Sevinçer, Konuk, İpekçioğlu, Crosby, Cao, Coşkun ve Mitchell, 2017). "Hayalperestlik" alt ölçeğine göre yapılan değerlendirmede, obezite ameliyatı olmaya karar veren bireylerin %70.5'inin "az" düzeyde hayal kurduğu, %19.7'sinin orta düzeyde, %9.8'inin ise fazla düzeyde hayal kurduğu sonucuna ulaşılmıştır. "Psikosomatik belirtiler" alt ölçeğinde obezite ameliyatı olmaya karar veren bireylerin %38.6'sının "az" düzeyde psikosomatik belirti gösterdiği, %34.9'unun fazla düzeyde, %26.5'inin ise orta düzeyde psikosomatik belirti gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır. Alanyazındaki bazı çalışmalar (Deveci, Demet, Özmen, Özmen ve Hekimsoy, 2005; Sevinçer, Bozkurt, Akin ve Köse, 2016) bu çalışma sonuçları ile paralellik göstermekte iken alanyazındaki diğer çalışmalar bu çalışma bulguları ile paralellik göstermemektedir (Black, Goldstein, Mason, 1992; Sullivan vd., 1993; Burcu,

2013; Wallis ve Hetherington, 2014). “Kişiler arası ilişkilerde tehdit hissetme” alt ölçeğinde, obezite ameliyatı olmaya karar veren bireylerin %34.8’inin kişiler arası ilişkilerinde “fazla” düzeyde tehdit hissettikleri, % 25.8’inin ünün az düzeyde, %22.7’sinin orta düzeyde tehdit hissettikleri ve % 16.7’sinin ise kişiler arası ilişkilerinde tehdit hissetmedikleri sonucuna ulaşılmıştır. “Tartışmalara katılabilme derecesi” alt ölçeğinde obezite ameliyatı olmaya karar veren bireylerin %50.8’inin “az” düzeyde tartışmalara katılabildikleri, % 27.3’ünün orta düzeyde ve %22’inin ise fazla düzeyde tartışmalara katılabildikleri sonucuna ulaşılmıştır. “Anne-baba ilgisi” alt ölçeğinde obezite ameliyatı olmaya karar veren bireylerin %69.7’sinin anne-baba ilgisinin “fazla”, %18.2’sinin orta ve %12.1’inin ise anne-baba ilgisinin az düzeyde olduğu sonucuna ulaşılmıştır. “Babayla ilişki” alt ölçeğinde ise obezite ameliyatı olmaya karar veren bireylerin %36.3’ünün baba ile ilişkisi “orta”, %34.2’sinin az ve %29.5 ’inin baba ile ilişkisinin fazla düzeyde olduğu sonucuna ulaşılmıştır. “Psşik izolasyon” alt ölçeğinde obezite ameliyatı olmaya karar veren bireylerin %60.6’ında psşik izolasyon yok iken, %28.8’ inde az ve % 10.6’ sında psşik izolasyonun fazla olduğu bulunmuştur.

Obezite ameliyatı olmaya karar veren bireylerin “RBSÖ” inden aldıkları puanlar cinsiyet değişkenine göre bakıldığında; erkek bireylerin “anne-baba ilgisi” ve “tartışmalara katılabilme derecesi” alt ölçeklerinde kadın bireylerden daha yüksek puan aldıkları ve farkın anlamlı düzeyde olduğu ortaya çıkmıştır. Buradan hareketle erkeklerin kadınlara göre “ana- baba ilgisi”ni daha fazla gördüğü ve “tartışmalara katılabilme derecesi” nin daha yüksek olduğunu söylemek mümkündür. “RBSÖ” nin diğer alt ölçeklerinden “benlik saygısı” ve “eleştiriye duyarlılık” erkeklerin lehine yüksek çıksada farkın anlamlı düzeyde olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. “Kendilik kavramının sürekliliği”, “insanlara güvenme”, “depresif duygulanım”, “hayalperestlik”, “psikosomatik belirtiler”, “kişiler arası ilişkilerde tehdit hissetme”, “babayla ilişki” ve “psşik izolasyon” alt ölçeklerinden elde edilen veriler kadınların lehine yüksek çıksada yani aldıkları puanlar erkeklere oranla yüksek çıksada anlamlı bir farkın olmadığı görülmüştür. Alanyazındaki çalışmalarda “depresif duygulanım” ve “psikosomatik belirtiler” ve “kendilik kavramının sürekliliği” alt ölçeklerinden alınan puanların cinsiyet değişkenine göre kadınlar lehine fazla olması, bu

çalışmayı kısmen desteklemektedir (Balcıglu ve Başer, 2008; Kundakçı, 2005; Ünal, 2004).

Obezite ameliyatı olmaya karar veren bireylerin “RBSÖ” inden aldıkları puanlara yaş değişkenine göre bakıldığında; “benlik saygısı”, “kendilik kavramının sürekliliği”, “insanlara güvenme duyma”, “eleştiriye duyarlılık”, “depresif duygulanım”, “kişiler arası ilişkilerde tehdit hissetme”, “ana baba ilgisi”, “tartışmalara katılabilme derecesi”, “babayla ilişki” ve “psişik izolasyon” alt ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında farkın anlamlı olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Alanyazın taramasında da obezite açısından yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı sonucu bu çalışma bulgularıyla paralellik göstermektedir (Koruk ve Şahin, 2005; Nazlıcan, Demirhindi, ve Akbaba, 2011). Ayrıca alan yazın yaş ilerledikçe obezitenin arttığını bildirmektedir (Çayır, Atak ve Köse,2011). “Hayalperestlik” ve “psikosomatik belirtiler” alt ölçeklerinin ise yaşlara göre anlamlı bir şekilde farklılaştığı bu farkında 18-21 yaş aralığında olan bireylerde istatistiksel olarak anlamlı derecede olduğu sonucuna ulaşılmıştır. 18-21 yaş aralığında olan bireylerin diğer yaş aralıklarından daha fazla hayalperest olduğu, 18-21 yaş aralığında olan bireylerin 22-30 ve 41-60 yaş aralığı olanlardan daha fazla psikosomatik belirti gösterdiği, 31-40 yaş aralığının da 41-60 yaş aralığından daha fazla psikosomatik belirti gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır. Ancak araştırmacı tarafından yapılan alanyazın taramasında obezite ameliyatı olmaya karar vermiş bireylerle ilgili yaş değişkeni açısından bu çalışma bulgularını destekleyen çalışmaya rastlanmamıştır. Yaş değişkeni alanyazında genel obez bireyler üzerinden değerlendirilmiş ve bu yüzden bu araştırma bulguları özgün bir çalışma olarak düşünülmektedir.

Obezite ameliyatı olmaya karar veren bireylerin “RBSÖ” inden aldıkları puanlara eğitim seviyesi değişkenine göre bakıldığında; “benlik saygısı”, “kendilik kavramının sürekliliği”, “insanlara güvenme duyma”, “depresif duygulanım”, “hayalperestlik”, “psikosomatik belirtiler”, “kişiler arası ilişkilerde tehdit hissetme”, “ana- baba ilgisi”, “tartışmalara katılabilme derecesi”, “babayla ilişki” ve “psişik izolasyon” alt ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında anlamlı farkın olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Burdan eğitim düzeylerinin farklı olmasının bu alt ölçeklerde etkisinin anlamlı nitelikte

olmadığını söylemek mümkündür. Alanyazın taraması sonucunda ameliyata karar veren obez bireylerle ilgili bu çalışma bulgularını destekleyecek bir çalışmaya rastlanmamıştır. Alanyazın genel olarak obezitenin ilkokul mezunu olanlarda daha çok görüldüğünü bildirmektedir (Pınar, 2002; Dong, Sanchez ve Price, 2004; Deveci vd., 2005; Arslan ve Ceviz, 2007; Çayır, Atak ve Köse, 2011). “Eleştiriye duyarlılık” alt ölçeğinde ise ilkokul mezunu olanlar ile lisans üstü mezunu olanlar arasında farkın anlamlı olmadığı sonucuna ulaşılmamasına rağmen ilkokul mezunu olanlar ile lise ve lisans mezunu olanlar arasında ilkokul mezunu olanlar lehine anlamlı bir fark olduğu sonucuna ulaşılmaktadır. Burdan hareketle ilkokul mezunlarını eleştiriye duyarlılıklarının daha fazla olduğunu söylemek mümkündür.

Obezite ameliyatı olmaya karar veren bireylerin “RBSÖ” inden aldıkları puanlara madeni hal değişkenine göre bakıldığında; “benlik saygısı”, “kendilik kavramının sürekliliği”, “insanlara güvenme duyma”, “eleştiriye duyarlılık”, “depresif duygulanım”, “psikosomatik belirtiler”, “kişiler arası ilişkilerde tehdit hissetme”, “ana-baba ilgisi”, “tartışmalara katılabilme derecesi” ve “babayla ilişki” alt ölçeklerinden aldıkları ortalama puanlar arasında istatistiksel olarak fark olmadığı tespit edilmiştir. Medeni durumun anlamlı etkisinin olmadığını söylemek mümkündür. Alanyazında ise genel olarak obezitede medeni durumun obeziteye etkisi olduğu yönünde çalışmalar mevcut olup, bu çalışma bulgularına ait bir çalışmaya rastlanmamıştır. Alanyazın bireylerin özellikle evlendikten sonra daha fazla kilo aldıklarını ve obez grubuna girdiklerini bildirirken (Deveci vd., 2005; Özgür, Gümüş ve Palaz, 2008), Çayır, Atak ve Köse (2011), Nazlıcan, Demirhindi, ve Akbaba (2011) ise obezitenin en fazla dul ve boşanmış bireylerde gözlemlendiğini ve bunuda evli bireylerin takip ettiğini bekar bireylerde obezitenin anlamlı derecede düşük olduğunu bildirmektedirler. “Hayalperestlik” alt ölçeğinde bekar bireylerin evli bireylere göre bekar bireyler lehine, evli bireylerin boşanmış bireylere göre evli bireyler lehine, bekar bireylerin boşanmış bireylere göre bekar bireyler lehine anlamlı derecede fark olduğu sonucuna ulaşılmıştır. “Psişik izolasyon” alt ölçeğinde ise bekar bireylerin evli bireylere göre bekar bireyler lehine istatistiksel olarak anlamlı derecede fark olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Obezite ameliyatı olmaya karar veren bireylerin “RBSÖ” inden aldıkları puanlar çalışma değişkenine göre bakıldığında; çalışmayan bireylerde “ana-baba ilgisi” ve “psikosomatik belirtiler” hariç diğer “benlik saygısı”, “kendilik kavramının sürekliliği”, “insanlara güvenme duyma”, “eleştiriye duyarlılık”, “depresif duygulanım”, “hayalperestlik”, “kişiler arası ilişkilerde tehdit hissetme”, “tartışmalara katılabilme derecesi”, “babayla ilişki” ve “psişik izolasyon” alt ölçeklerinden alınan ortalama puanların çalışanlardan yüksek olmasına rağmen farkın anlamlı olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Bu çalışma verilerine göre çalışıp çalışmama durumunun benlik saygısı tüm alt ölçeklerinde anlamlı etkisinin olmadığını söylemek mümkündür. Ancak bu çalışmadan elde edilen bulguları alanyazın taraması sonucunda destekleyecek çalışmaya rastlanmamıştır, genel olarak alanyazın obeziteden bahsetmekte olup obez bireylerin daha çok çalışmayan gurpta yoğunlaştığını bildirmektedir (Aslan, 2018; Arslan ve Ceviz, 2007; Çayır, Atak ve Köse,2011).

Obezite ameliyatı olmaya karar veren bireylerin “RBSÖ” inden aldıkları puanlara çocuk sahibi olma değişkenine göre bakıldığında; çocuk sahibi olmayan bireylerin “eleştiriye duyarlılık”, “kişiler arası ilişkilerde tehdit hissetme”, “tartışmalara katılabilme” ve “babayla ilişki” hariç diğer alt ölçeklerde “benlik saygısı”, “insanlara güven duyma”, “depresif duygulanım”, “psikosomatik belirtiler” ve “ana-baba ilgisi” alt ölçeklerinden ortalama puanlarının çocuk sahibi olanlardan yüksek olmasına rağmen anlamlı farkın olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Burdan hareketle bu alt ölçeklerde çocuk sahibi olmamanın anlamlı etkisi olmadığını söylemek mümkündür. Diğer alt ölçeklerden ise sadece “psişik izolasyon” ve “hayalperestlik” de çocuk sahibi olmayanların lehine anlamlı bir farkın olduğu sonucuna ulaşılmaktadır, burdanda çocuk sahibi olmayan bireylerin daha psişik izolasyon yaşayıp, hayalperst olduklarını söylemek mümkündür. Alanyazın taraması sonucunda ameliyata karar veren obez bireylerde bu bulguları destekleyecek bir çalışmaya rastlanmamıştır. Obezite ile ilgili fazla çocuk sahibi olanlarda obezitenin görülme sıklığının daha çok olduğu yönünde sonuçlara ulaşılmıştır (Aslan, 2018; Çayır, Atak ve Köse, 2011). Bu yüzden özgün bir çalışma olarak düşünülmektedir.

Obezite ameliyatı olmaya karar veren bireylerin “RBSÖ” inden aldıkları puanlara cinsel hayatından memnun olma değişkenine göre bakıldığında; cinsel hayatlarından memnun olmayanlarda “tartışmalara katılabilme derecesi” ve “ana- baba ilgisi” hariç diğer alt ölçeklerde “benlik saygısı”, “kendilik kavramının sürekliliği”, “insanlara güvenme duyma”, “eleştiriye duyarlılık”, “depresif duygulanım”, “hayalperestlik”, “kişiler arası ilişkilerde tehdit hissetme”, “psikosomatik belirtiler” ve “psişik izolasyon” ortalama puanları cinsel hayatından memnun olanlardan yüksek olmasına rağmen anlamlı farkın olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Anlamlı farkın sadece “babayla ilişki” alt ölçeğinde cinsel hayatından memnun olmayanların lehine olduğu yani cinsel hayatlarından memnun olanlardan daha yüksek puan aldıkları sonucuna ulaşılmaktadır. Bu bulgu sonucunu destekleyen yada desteklemeyen alanyazında bir çalışmaya rastlanmamaktadır. Ameliyat olmaya karar veren obez bireylerin cinsel hayatlarından memnun olmama sonuçları ise alanyazında genel obez bireylerin cinsel hayatlarından memnun olmadıkları bulgularıyla paralellik göstermektedir (Küçük, Kaydirak, Bilge ve Şahin, 2018; Erbay, Özlü, Şahin, Evren, Kayaalp ve Karlıdağ, 2017).

Obezite ameliyatı olmaya karar veren bireylerin “RBSÖ” inden aldıkları puanlara psikolojik destek alma değişkenine göre bakıldığında; psikolojik destek alanların “benlik saygısı”, “eleştiriye duyarlılık”, “kişiler arası ilişkilerde tehdit hissetme” ve “babayla ilişki” hariç diğer “kendilik kavramının sürekliliği”, “insanlara güvenme duyma”, “ana-baba ilgisi”, “depresif duygulanım”, “hayalperestlik”, “tartışmalara katılabilme derecesi”, “psikosomatik belirtiler” ve “psişik izolasyon” alt ölçeklerinden psikolojik destek alanların almayanlara göre ortalama puanlarının daha yüksek olmasına rağmen anlamlı fark yaratmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Bu çalışmadan elde edilen bulguların sonucuna göre obezite ameliyatı olmaya karar veren bireylerin psikolojik destek alıp ya da almamalarının anlamlı bir etkisinin olmadığını söylemek mümkündür. Bu sonuç bulguları alanyazında genel obez bireylerle yapılan çalışmalar ile paralellik göstermektedir (Soysal, 2006; Özgür, Gümüş ve Palaz, 2008).

5.2.Öneriler

Ülkemizde de obezitenin psikososyal ve psiko-eğitim yönüyle ilgili çalışmalara ilgi artmaktadır. Bu konuda özellikle ameliyatı gerçekleştiren genel cerrahlar ve psikiyatrisler ameliyat öncesi ve sonrasında da psikolojik destek verilmesi gerektiğinin önemine vurgu yapmaktadırlar. Özellikle bu grup hastaların ameliyat öncesinde ve sonrasında psiko-eğitim şeklinde destek verilmesini ve multidisipliner yaklaşımla çalışılması gerektiğini söylemektedirler (Sevinçer, Coşkun, Konuk ve Bozkurt, 2014; Gündüz, 2016). Obezitenin önlenmesine dair çalışmalar olsa da günümüzde bunlar hala sonuç vermemektedir. Obezite ile mücadele yolunda ameliyat ve psiko-eğitim çözüm yollarından biri olarak görülmektedir (Bastos vd., 2013). Bu alanda çalışmaların fazlalaştırılması önerilmektedir.

Obez bireylerin benlik saygılarının yüksek olması, ameliyata karar verme ve kilo ile mücadele sürecinde ele alınması gereken önemli bir durum olarak görülmektedir. Benlik saygısı yüksek ve ameliyat olmaya karar vermiş obez bireyler her ne kadar diyet denemelerinden sonuç alamazlar da umutları ve başarıma istekleri onları sonuca götürmek için eylemde kaldıklarını göstermektedir.

Alanyazın, özellikle kilolu gençler de düşük benlik saygısının ve beden algısının sosyal fobiyi tetikleyici bir unsur haline geldiğini ve gençlerin sağlık durumlarında beden imajlarının etkilenmemesi, benlik saygılarının azalmaması için zamanında müdahalenin önemine vurgu yapmaktadırlar (Hasanpolat ve Kağan, 2017).

Obezite ile ilgili müdahalelerden kalıcı bir çözüm olan tüp mide ameliyatıyla ilgili olarak şunlar söylenebilir:

Özellikle tüp mide ameliyatlarında başarıyı artırmanın en önemli noktalarından biri; ameliyat sonrası hastanın yeni yaşamında, özellikle beslenmede psikolojik destek verilmesinin çok önemli olduğudur. Bu çerçevede hasta, yeni bedenine de alışmış olacak, kendisine güveni gelecek, toplum içinde eski haline oranla daha fazla kabul görecektir.

Obezite hem fiziksel, hem de psikolojik sonuçları kolay olmayan bir hastalıktır. Bilhassa psikolojik destekler ve müdahaleler, obezite tedavisinin ayrılmaz bir parçası haline gelmiştir. Dolayısıyla tüm obezite tedavi süreci, multidisipliner bir yaklaşımla ele alındığında, hasta hem fizyolojik ve biyolojik, hem de ruhsal açıdan güçlenmiş olacaktır (Collins ve Bentz, 2009; Gündüz, 2016).

Obezite, diyabet, kalp ve damar hastalıkları, kötü beslenme şekli ile birlikte ruh sağlığı bozuklukları, duygusal sorunlar, madde kullanımı ve üreme sağlığı sorunları gibi birçok rahatsızlığa sebep olan kronik ancak tedavi edilebilir bir hastalıktır (Wile ve Peterson, 2010). Obezite, tüm dünyada olduğu gibi, ülkemizde de özellikle son yıllarda artış göstermiştir. Obezite gerek ruhsal, gerekse bedensel açıdan birçok sağlık problemine sebep olmaktadır. Obez kişilerin, sağlık sorunları ve sosyal sorunlar gibi sebeplerden ötürü, birtakım zorluklar yaşadığı ve hayatlarının kısıtlandığı görülmektedir. Dolayısıyla obezitenin çok geniş kapsamlı olarak ele alınması gerekir. Obeziteye sebep veren biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerin araştırılması, obeziteyi önlemede ya da obez hasta sayısının azalmasında etkili olabilmektedir.

Obezitenin çok boyutlu yapısı, obez kişilerin bir bütün olarak ele alınmasını psikolojik ve sosyal açıdan zorunlu kılmaktadır. Obezitenin yalnızca fiziksel sonuçları ile değerlendirilmesi ya da obez hastaların diyetisyenlere yönlendirilerek sadece kilo vermeye odaklanılan yeme programlarının düzenlenmesi, obeziteyle mücadele için yeterli değildir. Özellikle birinci basamakta çalışan doktorların, obez kişilerle ilgilenirken, obezite nedeniyle yaşadıkları psikolojik ve sosyal sorunları dikkate alarak yapacakları değerlendirmeler hastalığın önlenmesi, tedavisi ve izlenmesinde daha etkin ve başarılı olmalarını sağlamış olacaktır. Ayrıca obeziteyi önlemek amacıyla sağlık bakanlığı, medya ve gıda sanayinin birlikte harekete geçtiği; kilo artışını daha aza indirecek ve tüm yaş gruplarını kapsayan sağlıklı yaşam tarzlarının teşvik edecek sağlık politikaları geliştirilmelidir.

Obezite hastalarında uzun süreli kilo vermede cerrahi operasyonların özellikle de tüp mide ameliyatlarının en etkin metot olduğu kabul edilmektedir. Bariatrik cerrahinin; tip 2 diyabet, hipertansiyon, kolesterol ve diğer metabolik hastalıklarda da düzelme sağladığı kanıtlanmıştır (Santo vd., 2013; Bastos vd.,

2013). Bariatrik cerrahi yöntemi tercih eden obez bireylerin ameliyat sonrası 6. ay ve 12. ay takiplerinde gıda bağımlılıklarının giderek azaldığı saptanmış ve daha uzun dönemde de takiplerinin yapılması gerektiği vurgulanmıştır (Sevinçer, Konuk, Bozkurt, ve Coşkun, 2016).

Obezite cerrahisi artık, sağlıklı hayat biçimi ve yaşam kalitesini yükseltmek amacıyla, obez hastalar tarafından tercih edilir bir tedavi şeklidir. Operasyondan sonra, hasta yakınlarının desteğinin alınması, yaşam koşullarının değerlendirilmesi, bu hasta grubunun daha sık zamanlarda, yakın takip yapılması ve ihtiyacı olduğu tespit edilen konularda uzmanların (psikolog, diyetisyen vb...) desteğinin alınması gerektiği önerilebilir. Bunların yanı sıra, cerrahi müdahaleden sonra, hasta sigara ve alkol kullanmamalı, kullanımı azaltma veya bırakma gibi davranışlara teşvik edilmeli ve uygulamaya yönelik programlar yapılmalıdır. Yine obez kişilerin operasyon sonrasında kilolarını korumaya ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını geliştirmeye yönelik eğitimlerin devamlılığına daha çok dikkat çekilmesi önerilebilir.

Obezite ameliyatları, “sihirli bir değnek” değildir ancak çok etkili bir araç olduğu da görmezden gelinmemelidir. 21. Yüzyıldaki obezite hastalığı için için obezite cerrahisinin en etkili tedavi yöntemi olduğu bilinmektedir. Obezite cerrahisiyle birlikte, tip 2 diyabet, uyku apnesi, hipertansiyon, yüksek kolesterol, cinsel problemler gibi farklı hastalıklar da tedavi edilmiş olmaktadır. Operasyondan sonrası “yeni bedenine ve sağlığına kavuşmuş” hastalar için “yeni bir hayat” başlayacaktır. Gerekli destek sağlandıktan sonra, eski hayatında obez olan bireyler, yeni görüntüleri ve sağlıklı yaşam biçimleriyle topluma kazandırılmış olacaklar, bu da onların hem psikolojik hem de sosyal açıdan oldukça olumlu etkileyecektir. Her ne kadar obezite ameliyatına karar veren bireyler ameliyat öncesinde destek almamışlarsa da ameliyat sonrasında destek almaları problemlerinin ana sebebini tespit etmede ve ameliyatın etkisinin 2. yılın bitiminde tekrar kilo alımı yaşamamaları için gerekli görülmektedir.

KAYNAKÇA

- Acquafresca, P., Palermo, M., Rogula, T., Duza, G., & Erra, E. (2015). Early Surgical Complications After Gastric By-pass: A Literature Review. *Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva*. 28.1, 74-80.
- Akalın, D., Göktaş, E., Horzum, E., Karaodul, G., vd. (2008), *Sağlık ve Sağlığın Korunması Modülleri-Eğitimciler İçin Eğitim Rehberi*. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları.
- Akbulut, G., Özmen, M., & Besler, T. (2007). Çağın Hastalığı Obezite. *Tübitak Bilim ve Teknik Dergisi*. 2.7, 5-12.
- Akın, Y., Yıldız, B., & Özçelik, B. (2016). Duygusal Yeme Ölçeğinin Türkçe Versiyonunun Geçerlik ve Güvenirliliği. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*. 9.44, 776-781.
- Akın, A. (2007). Toplumsal Cinsiyet (Gender) Ayırmacılığı ve Sağlık. *Toplum Hekimliği Bülteni*. 26.2, 1-9.
- Akıncı, A., Bilir, P., Ergül, T. A., Ercan, O., Sangül, Ö., Cebeci, N. A., Uçkun, A., Taşçılar, E., & Taş, A. (2017). *Obezite El Kitabı*. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi.
- Akman, M., Budak, Ş., & Kendir, M. (2004). Genel Dahiliye Polikliniğine Başvuran Hastalarda Obezite Sıklığı ve İlişkili Sağlık Problemleri. *Marmara Medical Journal*. 17.3, 113-120.
- Aktaş, N., (2001). Konya İl Merkezinde Farklı Sosyoekonomik Düzeydeki 9-11 Yaş Grubu Öğrencilerin Obezite Prevalansı Ve Bunu Etkileyen Etmenler. *Yayınlanmamış Doktora Tezi*. Ankara: Ankara Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü.
- Alıcı, M., & Pınar, R. (2008). Obez Hastalara Verilen Eğitimin Etkinliğinin Değerlendirilmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*. 10.2, 32-47.
- Altıok, H., Ek, N., & Koruklu, N. (2010). Üniversite Öğrencilerinin Benlik Saygı Düzeyi ile İlişkili Bazı Değişkenlerin İncelenmesi. *Adnan Menderes Üniversitesi Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi*. 1.1, 101-120.
- Alvani, Seyed, R., Hosseini, Seyed, M., Parvin, & W., Kimura, W. (2012). Relationship between Body Weight and Self-Esteem: A Study of Young Men and Women in Iran. *Journal of Obesity and Overweight*. 2.2, 1-8. Malaysia.

- Annagür, B. B., Orhan, F. Ö., Özer, A., Tamam, L., & Erhan, Ç. (2012). Obezitede Dürtüsellik ve Emosyonel Faktörler: Bir Ön Çalışma/Impulsivity and Emotional Factors in Obesity: A Preliminary Study. *Noro-Psikiyatri Arsivi*. 49.1, 14.
- Anderson, P. M., & Butcher, Kristin, F. (2006). Childhood Obesity: Trends and Potential Causes. *The Future Of Children*. 16.1, 19-45.
- Annagür, B., Orhan, F., Özer, A., Tamam, L., & Erhan, C. (2012). Obezitede Dürtüsellik ve Emosyonel Faktörler: Bir Ön Çalışma. *Nöropsikiyatri Arşivi*. 14.9, 49-52.
- Antipatis, V.J., & Gill, T. P. (2001). Obesity As a Global Problem. *International Textbook of Obesity, Edited by Per Bjorntorp*. 1, 1-22.
- Armağan, A. (2013). Obez Kadınlarda Benlik Saygısının Beden İmgesi Üzerindeki Etkisinde Biçimleyici Değişkenlerin İncelenmesi. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul: Okan Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Arslan, C., & Ceviz, D. (2007). Ev Hanımı ve Çalışan Kadınların Obezite Prevalansı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 21.5, 211-220.
- Arslan, P., Samur, G., Yıldız, E., Mercanlıgil S. M., & Köksal, G. (18-20 Mayıs 2004). 5-20 Yaş Grubu Çocuk ve Adolesanların Bazı Antropometrik Ölçümleri ile Beslenme Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi. *3.Ulusal Obezite Kongresi*. Belek-Antalya.
- Arslan, P., Dağ, A., & Türkmen, E. G. (2012), *Her Yönüyle Obezite; Önleme ve Tedavi Yöntemleri*. İstanbul: Türkiye Diyetisyenler Derneği.
- Aslan, E., Sipahi, M., & Talih, T. (2018). Uyku Hastalıkları Özel Sayı. *Bozok Tıp Dergisi*. 58-60.
- Aslan, H. (2016). Bir Derleme: Benlik Kavramına İlişkin Bazı Yaklaşımlar ve Tanımlamalar. *Sosyal Bilimler Dergisi*. 46, 79-89.
- Aslan, N. (2018). Kadınlarda Beden Kitle İndeksi ile İlişkili Psikososyal Faktörlerin Belirlenmesi. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 4.2, 50-56
- Atalay, A., & Haşçelik, H. Z. (2000). Obezite. *Hacettepe Tıp Dergisi*. 31.4, 320-329.
- Atila, K. (2014). Morbid Obezitenin Cerrahi Tedavisi. *Archives of Clinical Toxicology*. 1.1, 23-27.

- Atlı, Abdullah ve Koşan, Yavuz (2017). Hayal Kurma Ölçeğinin Geliştirilmesi: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *2017 Bildiri Özetleri Kitabı*. <http://toad.edam.com.tr/sites/default/files/pdf/hayal-kurma-olcegi-toad.pdf> (13.04.2018)
- Avşar, M., & Topaloğlu, S. (2003). Morbid Obezitenin Cerrahi Tedavisi. *Obezite Dergisi*. 2.3, 43-45.
- Avşaroğlu, S. (2007). Üniversite Öğrencilerinin Karar Vermede Özsaygı, Karar Verme ve Stresle Başa Çıkma Stillerinin Benlik Saygısı ve Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi. *Yayınlanmamış Doktora Tezi*. Konya: Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Aydemir, A. (2010). Çocuk ve Ergenlerde Obezite, Depresyon ve Aleksitomi Düzeyleri Arasındaki İlişki: İstanbul Örneği. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul: Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Aydın, G. D. (2012). Obez Kadınlarda Tıkınırcasına Yeme Bozukluğunun Psikobiyolojik Modele Göre İncelenmesi. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul: İstanbul Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Aydın, Y., Celbek, G., Kutlucan, A., Önder, E., Güngör, A., Alemdar, R., Coşkun, H., & Özhan, H. (2012). Batı Karadeniz Bölgesinde Obezite Prevelansı: Melen Çalışması. *Turkish Journal of Endocrinology and Metabolism*. 16, 52-57.
- Aykut, M., Öztürk, Y., Özer, A., & Aslan, A. (Eylül 2002). Erişkin Kadınlarda Şişmanlık Durumu ve Şişmanlığı Etkileyen Bazı Faktörler. *8. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi*. Kongre Kitabı. Diyarbakır: 2, 744-747.
- Ayrancı, U., Erenoğlu, N., & Son, O. (2010). Eating Habits, Lifestyle Factors, and Body Weight Status Among Turkish Private Educational Institution Students. *Nutrition*. 26.7, 772-778.
- Ayyıldız, Y., & Demirli, Y. (2015). Obezite Vergisine İlişkin Halkın Düşünceleri: Türkiye’de Bir Alan Araştırması. *Business and Economics Research Journal*. 6.2, 59-78.
- Azmi, S., Alam, U., Ammori, B., Soran, H., & Rayaz, A. M. (2015). The Effect of Bariatric Surgery on Obesity and Its Complications. *Diabetes Management*. 5.5, 393-402.
- Bağrıaçık, N., Görpe, U., Yiğit, H., Karaoğlu, N., Oğuz, A., Yumuk, V., Yıldız, C., Kaynak, H., & Arslan, P. (2003). *Diyabet ve Obezite Eğitim Kursu Notları*. İstanbul: Türk Diyabet Cemiyeti-Türkiye Obezite Araştırma Derneği Türk Diyabet ve Obezite Vakfı.

- Bakhshi, E., Eshraghian, M. R., Mohammad, K., Foroushani, A. R., Zeraati, H., & Fotouhi, A. (2008). Sociodemographic and Smoking Associated With Obesity in Adult Women in Iran: Results from the National Health Survey. *Journal of Public Health*. 30, 429-435.
- Balcı, G. B., Kurdal, Y., Örs, P. O., & Öngel, K. (2013). Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi Obezite Polikliniği'ne Başvuran Hastaların Değerlendirilmesi: İlk Dört Aylık Sonuçlar. *Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dergisi*. 23.1, 13-17.
- Balcıoğlu, İ., & Başer, Z. (Mart 2008). Obezitenin Psikiyatrik yönü. *Türkiye'de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi*. 62, 341-348.
- Barbaros, U. (2013). Obezitenin Cerrahi Tedavisi. B. Yücel; A. Karakoç Akdemir; A. Gürdal Küey; F. Maner; E. Vardar (Ed.). *Yeme Bozuklukları ve Obezite Tanı ve Tedavi Kitabı* içinde. Ankara: Türk Psikiyatri Derneği Yayınları, 15, 352-261.
- Bastos, E. C. L., Barbosa, E. M. W. G., & Soriano, G. M. S., Santos, E. A. D., & Vasconcelos, S. M. L. (2013). Determinants of Weight Regain After Bariatric Surgery. *Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva*. 26.1, 26-32.
- Baumeister, R. F., Campbell, J. D., Krueger, J. I. & Vohs, K. D. (2003). Does High Self-Esteem Cause Better Performance, Interpersonal Success, Happiness, Or Healthier Lifestyles? *Psychological Science in the Public Interest*. 4, 1-44.
- Baumeister, R. F., & Tice D. M. (1985). Self Esteem and Responses to Success and Failure Subsequent Performance and İntrinsic Motivation. *Journal of Personality*. 53.3, 450-467.
- Bayraktar, E.(1995). *Obezitenin Psikolojik Yönleri*. Nobel Tıp Kitap Evleri.
- Baysal, A., Aksoy, M., Besler, H. T., Bozkurt, N., Keçecioglu, S., Mercanlıgil, S. M., Merdol, T. K., Pekcan, G., & Yıldız, E. (2011). *Diyet El Kitabı*. 6.Baskı. Ankara: Hatipoğulları Yayınları.
- Baysal, A. (2013). *Beden Ağırlığının Denetimi-Diyet El Kitabı*. Ankara:Hatipoğlu Yayınevi.
- Baysal, A., & Baş, M. (2008). *Yetişkinlerde Ağırlık Yönetimi*. 1. Basım. Ankara: Ekspress Baskı A.Ş.
- Bee, H., & Body, D. (2009). *Çocuk Gelişim Psikolojisi*. O. Gündüz (çev.), 1.Basım. İstanbul: Kaknüs Yayınları.

- Bem, D. J. (1967). Self-Perception: an Alternative Interpretation of Cognitive Dissonance Phenomena. *Psychological Review*. 74.3, 183-200.
- Bem, D. J., & McConnell, H. K. (1970). Testing The Self-Perception Explanation of Dissonance Phenomena: On The Salience of Premanipulation Attitudes. *Journal Of Personality And Social Psychology*. 14.1, 23-31.
- Bevegni, C., & Adami, G.F. (2003). Obesity and obesity surgery in ancient Greece. *Obesity Surgery*. 13, 808–809.
- Beyaz B, Koç A. (2009). Obezitenin Ekonomisi: Güncel Durum, Mücadele Politikaları ve Ekonomik Analizler. *Econ Anadolu*, 17-19 Haziran 2009, Eskişehir. <http://www.econanadolu.org/en/index.php/past-congresses/econ-2009/articles2009/3315> (26.04.201).
- Black, D.W., Goldstein, R. B., & Mason, E. E., (1992). Prevalence of Mental Disorder in 88 Morbidly Obese Bariatric Clinic Patients. *The Amerikan Journal of Psychiatry*. 149, 227-234.
- Buckley, S., & Marlowe, J. (2010). Bariatric Surgery: The Benefits and Risks For Plan Sponsors. *World at Work Journal*. 24-33.
- Burcu, N. (2013). Anoreksiya Nervoza ve Eksojen Obezite Tanılı 11-18 Yaş Arası Olguların Sosyal Bilişsel Becerilerinin Değerlendirilmesi. *Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi*. İzmir: T.C. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı.
- Buruk, Ş., Bulca, Z., Çiloğlu, F., & Peker, İ. (2000). *Egzersiz Biyokimyası ve Obezite*. Ankara: Nobel Tıp Kitabevi.
- Bozboru, A. (2002). *Obezite ve Tedavisi*. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri.
- Cameron, N., & Getz, B. (1997). Sex Differences in the Prevalence of Obesity in Rural African Adolescents. *International journal of obesity*, 21.9, 775.
- Carlson, R. N. (2016). Psikofarmakoloji, Beslenmeyle İlgili Davranışlar. M. Şahin (çev., Ed.). *Fizyolojik Psikoloji, Davranışın Nörolojik Temelleri* içinde. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık, 8, 88-114, 302-335.
- Cast, A., D., & Burke, P. J. (March 2002). A Theory of Self-Esteem. *The University of North Carolina Press Social Forces* 80.3, 1041-1068.
- Çetin, H. N. (2001). Gençlerde Obezite İle Davranış Sorunları, Benlik Saygısı, Depresyon Düzeyi, yeme Tutumları ve Anne Çocuk Arasındaki İlişkinin İrdelenmesi. *Uzmanlık Tezi*. İzmir: Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı.

- Chan, R., & Woo, J. (2010). Prevention of Overweight and Obesity: How Effective is The Current Public Health Approach. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 7, 765-783. Hong-Kong.
- Collaku, A., Rankinen, T., Rice, T., Leon, A. S., Rao, D. C., Skinner, J. S., & Bouchard, C. (2004). A Genome-Wide Linkage Scan For Dietary Energy and Nutrient Intakes: The Health, Risk Factors, Exercise Training, and Genetics (Heritage) Family Study. *The American Journal of Clinical Nutrition*. 79.5, 881-886.
- Collins, J. C., & Bentz, J. E. (2009). Behavioral And Psychological Factors In Obesity. *The Journal of Lancaster General Hospital*. 4.4, 124-127.
- Çuhadaroğlu, F. (1986). Adölesanlarda Benlik Saygısı. *Yayınlanmış Uzmanlık Tezi*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi.
- Çayır, A. (2009). Beslenme ve Diyet kliniğine Başvuranlarda Obezite Sıklığı ve Etkili Faktörlerin Belirlenmesi. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. Ankara: Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Eğitimi Anabilim Dalı.
- Çayır, A., Atak, N., & Köse, S. K. (2011). Beslenme ve Diyet Kliniğine Başvuranlarda Obezite Durumu ve Etkili Faktörlerin Belirlenmesi. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*. 64.1, 13-19.
- Christensen, L. (1993). Effects of Eating Behavior on Mood: a Review of The Literature. *International Journal of Eating Disorders*. 14.2, 171-183.
- Çukur, A., & Erdem, A. İ. (2017). Obezite Vergilerinin Obezite İle Mücadelede Yeri: Türkiye İçin Bir Değerlendirme. *Sayıştay Dergisi*. 106, 121-146.
- De Saint-Paul, J. (1999). *Estime de Soi, Confiance en Soi*. 1. Baskı. Paris: İnter Editions.
- Değirmenci, T. (2006). Obez Erişkinlerde Benlik Saygısı, Yaşam Kalitesi, Yeme Yutumu, Depresyon ve Anksiyete. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. Denizli: Pamukkale Üniversitesi.
- Değirmenci, T., Oğuzhanoğlu, N. K., Sözeri, G., Özdel, O., & Fenkçi, S. (2015). Obezitede Psikolojik Belirtiler ve İlişkili Etmenler. *Nöropsikiyatri Arşivi*. 52, 42-6.
- Demirel, H. (2011). İzmir İli Menemen İlçesindeki İlköğretim İkinci Kademe (6-7-8. Sınıflar) Öğrencilerinde Obezite Sıklığı ve Beslenme Davranışları. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. Konya: T.C. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Çocuk Gelişimi ve Ev Yönetimi Eğitim Anabilim Dalı.

- Demirel, H., Özmert, E., Kayıhan, H., & Doğan, A. (2014). *Türkiye Fiziksel Aktivite Rehberi*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Yayınları.
- Dereboy, F., Dereboy, Ç., Coşkun, A., & Coskun, B. (1994). Özdeğer Duygusu, Öz İmgesi ve Kimlik Duygusu. *Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Dergisi*. 1, 3-12.
- Deveci, A., Demet, M. M., Özmen, B., Özmen, E., & Hekimsoy, Z. (2005). Obez Hastalarda Psikopatoloji, Aleksitimi ve Benlik Saygısı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 6, 84-91.
- Doğan, R. (2012). Eskişehir Büyükdere Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Gebelerde Obezite Sıklığının ve Obezitenin Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. Eskişehir: Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı.
- Doğan, N., Toprak, D., & Demir, S. (2011). Afyonkarahisar İliinde Obezite Prevalansı ve İlgili Risk Faktörleri. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*. 31.1, 122-132.
- Doğan, T. (2010). Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği' nin Türkçe Uyarlaması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*. 39, 151-159.
- Dong ,C., Sanchez, L.E., & Price, R.A. (2004). Relationship of Obesity to Depression: A Family-Based Study. *International Journal of Obesity* 28,790-795.
- Dow, M. (2017). *Yemek bağımlılığı*. M. Yalçın, (çev.), 4.Basım. İstanbul: Remzi Kitapevi.
- Duclos, G. (2010). *Benlik Saygısı, Yaşam İçin Bir Pasaport*. O. Kundal (çev.), İstanbul: Yapı Kredi Yayınları.
- Durmuşoğlu, S. N., & Arslan, E. (2012). Ebeveyn Tutumlarının Anasınıfına Devam Eden Çocukların Sosyal Yetkinlik ve İç Dönüklük Davranışını Yordaması. *İlköğretim Online*. 11.3, 729-737.
- Dündar, C., & Öz, H. (2012). Obesity-Related Factors İn Turkish School Children. *The Scientific World Journal*. 1-5.
- Efil, S. (2005). Sağlık Çalışanlarında Obezite Sıklığı ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. Afyon: Afyon Kocatepe Üniversitesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı.

- Erbay, G. L., Akyüz, M., Şahin, İ., Evren, B., Kayaalp, C., & Karlıdağ, R. (2018). Bariatrik Cerrahi Adayı Morbid Obezite Hastalarının Yaşam Doyumunun Beden Algısı ve Benlik Saygısı ile İlişkisi. *Fırat Tıp Dergisi*. 23.1.
- Erbay, L. G., Özlü, M., Şahin, İ., Evren, B., Kayaalp, C., & Karlıdağ, R. (2017). Morbid Obez Kadın Hastalarda Vücut Kitle İndeksi'nin Cinsel İşlevler Üzerine Etkisi. *Düşünen Adam Dergisi*. 30.4, 338-343.
- Ercan, O. (2005). Adölesan Sağlığı. O. Ercan, M. Alikashişoğlu, G. Ercan (Ed.). *Adölesanın Psikolojisi Gelişimi* içinde. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyumu Dizisi, 17-21.
- Eren, İ., & Erdi, Ö. (2003), Obez Hastalarda Psikiyatrik Bozuklukların Sıklığı. *Klinik Psikiyatri*. 6, 152-157.
- Erkol, A., & Khorshid L. (2004). Obezite; Predispozan Faktörler ve Sosyal Boyutun Değerlendirilmesi. *Tepecik Hastanesi Dergisi*. 14.2, 101-109.
- Erol, A., Toprak, G., Yazıcı, F. (2002). Üniversite Öğrencisi Kadınlarda Yeme Bozukluğu ve Genel Psikolojik Belirtileri Yordayan Etkenler. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 13.1, 48-57.
- Ersoy, G., & Çıtak. A. G. (2006). Farklı Sosyo-Ekonomik Düzeylerde Yaşayan 65 Yaş Üstü Bireylerin Beslenme ve Fiziksel Aktivite Durumlarının Değerlendirilmesi. *Beslenme ve Diyet Dergisi*. 34.1, 41-51.
- Eşer, H. (2005). Üniversite Öğrencilerinde Dini İnanç ve Benlik Saygısı İlişkisi. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. Bursa: Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Faith, M. S., Matz, P. E., & Jorge, M. A. (2002). Obesity–Depression Associations In The Population. *Journal of Psychosomatic Research*. 53.4, 935-942.
- Field, A. E., Barnoya, J., Colditz, G. A. (2003). *Obezitenin Epidemiyolojisi, Sağlık ve Ekonomi Üzerindeki Etkileri*. A. Saçıkara, ve A. M. Yılmaz (çev.), Obezite Tedavisi.
- Flegal, K. M., Carroll, M. D., Kit, B. K. & Ogden, C. L. (2012). Prevalence of Obesity and Trends in The Distribution of Body Mass Index Among US Adults, 1999-2010. *Jama*. 307, 491-497.
- Fragoso, Y. D., Leon, S. V. A., Anacleto, A. C., Brooks, J. B. B., Gama, P. D. D., Gomes, S., & Mafetano, F. H. (2012). Neurological Complications Following Bariatric Surgery. *Bariatric Surgery: Neurological Complications*. 70.9, 700-703.

- Freud, S. (1993). *Davranış Bozuklukları ve Tedavisi*. E. Sarıoğlu (çev.), 2. Baskı. İstanbul: Düşünen Adam Yayınları.
- Ganley, R. M. (1989). Emotion and Eating In Obesity: A Review of The Literature. *International Journal of Eating Disorders*. 8.3, 343-361.
- Gecas, V. (1982). The Self-Concept. *Annual Review of Sociology*. 8.1, 1-33.
- Gedik, O. (2003). Obezite ve Çevresel Faktörler. *Turkish Journal of Endocrinology and Metabolism*. 7, 5-11.
- Gnavi, R., Spagnoli, T. D., Galotto, C., Pugliese, E., Carta, A., & Cesari, L. (2000). Socioeconomic Status, Overweight and Obesity In Prepuberal Children: A Study In An Area Of Northern Italy. *European Journal of Epidemiology*. 16, 797-803.
- Gözeneli, O. (2012). 2006-2012 Tarihleri Arasında İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kliniği'nde Morbid Obezite Hastalarında Yapılan Roux-En-Y Gastrik By-Pass Ameliyatlarının Retrospektif Olarak Değerlendirilmesi. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. Malatya: İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi.
- Güler, N. (2007). Obezite ve Astım. *Güncel Pediatri (The Journal of Current Pediatrics)*. 5, 73-74.
- Gümüşler, A. (2006). Rize İli Çayeli ilçesindeki Lise Öğrencilerinde Obezite Sıklığı ve Beslenme Alışkanlıkları. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. Trabzon: Karadeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı.
- Gündüz, K. G. (2016). Obezite Tanısı Almış Kadınların Obezite Dereceleri İle Problemlili Yeme Davranışları Arasındaki İlişki. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul : İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Gürel, F. S & İnan, G. (2001). Çocukluk Çağı Obezitesi Tanı Yöntemleri, Prevalansı ve Etyolojisi. *Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2.3, 39-46.
- Hamzaoğlu, O. (2010). Sağlık nedir, nasıl tanımlanmalıdır?. *Toplum ve Hekim Dergisi*. 25.6, 403-410.
- Harputlu, D. (2005). Kadın Mahkûmlarda Benlik Saygısı ve Kendi Kendine Meme Muayenesi İlişkisi. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

- Haspolat, N. K., & Kağan, M.(2017). Body Image and Self-Esteem as Predictor Variables of Social-Phobia. *Erzincan Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*. 19.2, 139-152.
- Higgins, E. T. (1987). Self Discrepancy: a Theory Relating Self and Affect. *Psychological Review*. 9.33, 319-340.
- Himpens, J., Dapri, G., & Cadiere, G. B. (2006). A Prospective Randomized Study Between Laparoscopic Gastric Banding and Laparoscopic Isolated Sleeve Gastrectomy: Results After 1 and 3 Year. *Obesity Surgery*. 16.11, 1450–1456.
- İnce, N. (2002). 5-18 Yaş Çocuklarda Büyüme Değerlendirilmesi. *Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi*. 13.1, 3034.
- İşeri, A., & Arslan N. (2008). Obesity İn Adults İn Turkey: Age and Regional Effects. *European Journal of Public Health*. 19.1, 91–94.
- İşleroğlu, S. (2012). Lise Öğrencilerinde Öznel İyi Oluşun Benlik Saygısı, Sosyal Yetkinlik Beklentisi ve Duyguları İfade Etme Eğilimine Göre Yordanması. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. İzmir: Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Jung, C. G. (1992). *Two Essays on Analytical Psychology*. London: Routledge.
- Kağıtçıbaşı, Ç. (2010). *Benlik, Aile ve İnsan Gelişimi, Kültürel Psikoloji*. İstanbul: Koç Üniversitesi Yayınları.
- Kaner, G. (2013). Hafif Şişman ve Şişman Kadınlarda Demir Yetersizliği Anemisi, Beslenme Örüntüsü ile Kronik İnflamasyon Belirteçleri ve Diyet Tedavisinin Etkinliğinin Belirlenmesi. *Yayınlanmamış Doktora Tezi*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi.
- Kaplan, H. I., & Kaplan, H. S. (1957). The Psychosomatic Concept of Obesity. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 125,181-201.
- Karabulut, D. E. ve Şendil, G. (2008). Ebeveyn Tutum Ölçeği (ETÖ). *Türk Psikoloji Yazıları*. 11.21, 15-25.
- Karasar, N. (2005). *Bilimsel Araştırma Yöntemi*. Ankara: Nobel Yayınevi.
- Kariman, İ. (2005). Karadeniz Teknik Üniversitesi Trabzon Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Benlik Saygıları ve Atılganlık Düzeylerinin Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 9, 24-31.
- Kasatura, İ. (2003). *Kişilik ve Özgüven*. Psikoloji Dizisi 4. İstanbul: Evrim Yayınları.

- Kavas,A.(2003).*Sağlıklı Yaşam İçin Doğru Beslenme*. 3. Basım. İstanbul:Literatür Yayıncılık, 6-15.
- Kaya, Ö. (2012). 3-6 Yaş Arası Astımlı Çocuklarda Obezitenin Astım Şideetine Olan Etkilerinin Araştırılması. *Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi*. Edirne: Trakya Üniveristesii Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı.
- Kelleci, M. (1998). Bedensel Hastalıkla Birlikte Depresyonu Olan Hastalara Hemşirelerin Yaklaşımlarının İncelenmesi. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı.
- Keskin, U., & Çalışkan, K. (2017). Sedanter Yaşam Tarzının Yüceltilmesi: Tuncay Akgün'ün Mizahi Bakış Açısı Üzerine Bir Değerlendirme. *Bitlis Eren Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 6.2, 503-518.
- Kiess, W., Galler, A., & Reich, A. (2001). Clinical Aspects of Obesity İn Childhood and Adolescence. *Obesity Reviews*. 2, 29-36.
- King, M. A., & Jhonson, S. L. (2015). Yeme Bozuklukları. M.Şahin (Ed.). *Anormal Psikoloji* içinde. 12.Basım. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Kokino, S., Özdemir, F., & Zater, C. (2006). Obezite ve Fiziksel Tıp Yöntemleri. *Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 23, 47-54.
- Koruk, İ., & Şahin, T. K. (2005). Konya Fazilet Uluişik Sağlık Ocağı Bölgesinde 15-49 Yaş Grubu Ev Kadınlarında Obezite Pervalansı ve Risk Faktörleri. *Genel Tıp Dergisi*. 15.4, 147-155.
- Köksal, G. (2008). *Çocukluk ve Ergenlik Döneminde Obezite*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Yayını.
- Köksal, G., & Gökmen, H. (2008). *Okul Öncesi Dönemde Obezite*. Ankara: TC Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Beslenme ve Fiziksel Aktiviteler Daire Başkanlığı Yayınları.
- Krause, L., & Lampert, T., (2015). Relation Between Overweight/Obesity and Self-Rated Health Among Adolescents İn Germany. Do Socio-Economic Status and Type of School Have an Impact on That Relation?. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 12, 2262-2276.
- Kriplani, A. K. (2009). Laparoscopic Surgery For Morbid Obesity. *Apollo Medicine*. 6.4, 305-321.
- Kulaksızoğlu, A. (2000). *Ergenlik Psikolojisi*. İstanbul: Remzi Kitabevi.

- Kulie, T., Slattengren, A., Redmer, J., Counts, H. E., Sarina, A., & Sarina, S. (2011). Obesity and Women's Health: An Evidence-Based Review. *Obesity and Women's Health*. 24, 75-85.
- Kundakçı, H. A. (2005). Üniversite Öğrencilerinin Yeme Tutumları, Benlik Algısı, Vücut Algısı ve Stres Belirtileri Açısından Karşılaştırılması. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. Ankara: T.C. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı.
- Küçük, N. (2007). Talasemi Majörlü Adölesanlarda Beden İmajının Benlik Saygısına Etkisi. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Küçük, N., Kaydirak, M. M., Bilge, Ç. A., & Şahin, N. H. (2018). Kadınlarda Obezitenin Benlik Saygısı ve Cinselliğe Etkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 19.2, 126-134.
- L'Ecuyer, R. (1994). *Le Développement du Concept de Soi, de l'enfance a la Vieillesse*. Montreal: Presses de l'Université de Montreal.
- Legendre, R. (2006). *Dictionnaire Actuel De L'éducation*. 3. Baskı. Paris: Guerin.
- Lorenzen, M. M., Poulsen, L., Poulsen, S., Sorensen, J. A., & Roessler, K. K. (2018). The Psychological Impact of Body Contouring Surgery. *Danish Medical Journal*. 65.3, 1-5.
- Macht, M. (2008). How Emotions Affect Eating: A Five-Way Model. *Appetite*. 50.1, 1-11.
- Macht, M., & Simons, G. (2000). Emotions and Eating In Everyday Life. *Appetite*. 35.1, 65-71.
- Manios, Y., Kolotourou, M., & Moschonis, G. (2005). Macronutrient İntake, Physical Activity, Serum Lipids and İncresed Body Weight İn Primary Schoolchildren İn İstanbul. *Pediatrics International*. 47.2, 159-166.
- Mannarini, S. (2010). Assessing The Rosenberg Self-Esteem Scale Dimensionality and Items Functioning İn Relation To Self-Efficacy and Attachment Styles. *Tpm Journal*. 17.4, 229-242.
- Masaroğulları, G. ve Koçakgöl, M. (2011). *Psikoloji Sözlüğü*. 1. Basım. Ankara: Nobel Akademi Yayıncılık.
- Memiş, E. (2004). Üniversite Öğrencilerinde Şişmanlık (Obezite) Durumu ve Diyet Ürünleri Kullanmaları Üzerinde Bir Araştırma. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. Ankara: Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi.

- Nazlıcan, E. (2008). Adana İli Sokakları ve Karataş Merkez Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşayan 20-64 Yaş Arası Kadınlarda Obezite ve İlişkili Risk Faktörlerinin İncelenmesi. *Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi*. Adana: Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı.
- Nazlıcan, E., Demirhindi, H., & Akbaba, M. (2011). Adana İli Solaklı ve Karataş Merkez Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşayan 20-64 Yaş arası Kadınlarda Obezite ve İlişkili Risk Faktörlerinin İncelenmesi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 1.2, 5-12.
- Obezite Kongresi. www.obezitekongresi.com (05.05.2018).
- Ogden, J. (2016). *Sağlık Psikolojisi*. G. Dirik (Ed.). 5. Basım Çev. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Onat, A., Keleş, İ., & Sansoy, V. (2001). Yetişkinlerimizin 10 Yıllık Takibinde Obezite Göstergeleri Artışta: Beden Kitle İndeksi Erkeklerde Koroner Olayların Bağımsız Öngördürücüsü. *Türk Kardiyoloji Derneği Araştırmaları*. 29.7, 430-436.
- Onur, B. (2017). *Ergenlik Psikolojisi*. 11. Basım. İstanbul: İmge Kitabevi Yayınları.
- Orhan, Y. (2001). Şişmanlık. E. Sencer (Ed.). *Endokrinoloji, Metabolizma ve Beslenme Hastalıkları* içinde. 1. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, 716-733.
- Ouwens, M. A., Van, Strien, T., & Van, Leeuwe, J. F. J. (2009). Possible Pathways Between Depression, Emotional and External Eating. A Structural Equation Model. *Appetite*. 53.2, 245-248.
- Öner, N. (2009). *Türkiye’de Kullanılan Psikolojik Testlerden Örnekler*. Yeni Baskı. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınevi.
- Orhan, Y., & Bozbora, A. (2008). *Obezite. Medikal ve Cerrahi Tedavisi*. 1. Baskı. İstanbul: Medikal Yayıncılık, 289.
- Özarmağan, S., & Bozbora A. (2008). Obezitenin Tanımı ve Temel Bilgiler. Y.Orhan ve Bozbora A. (Ed.). *Obezite Medikal ve Cerrahi Tedavisi* içinde. İstanbul: Medikal Yayıncılık, 2008, 289.
- Özen, Y. (2014). Kendilik, Kendilik Algısı ve Kendilik Algısına Bağlı Psikosomatik Bozukluklara Sosyal Psikolojik Bir Bakış. *Akademik Bakış Dergisi*. 40.

- Özgür, G., Gümüş, A. B., ve Palaz, C. (2008). Obez Bireylerin Depresif Belirti Düzeylerinin ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*. 11,3.
- Özkan, İ. (1994). Benlik Saygısını Etkileyen Etmenler. *Düşünen Adam Dergisi*. 7.3, 4-9.
- Pekcan, G. (2013). *Yetişkin Bireylerde Antropometrik Yöntemlerde Beslenme Durumunun Değerlendirilmesi*. Birinci Basım. İstanbul: Yelken Basım.
- Pınar, R. (2002). Obezlerde Depresyon, Benlik Saygısı ve Beden İmajı: Karşılaştırmalı Bir Çalışma. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 6.1, 30-41.
- Polat, A. (2007). Düzce İlindeki Hemodiyaliz Hastalarının Beden İmajı ve Benlik Saygısı Düzeylerinin Belirlenmesi. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. Düzce: Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Pullmann, H., & Allik, J., (2000). The Rosenberg Self-Esteem Scale: Its Dimensionality, Stability and Personality Correlates İn Estonian. *Personality and Individual Differences*. 28, 701-715.
- Rogers, R. C. (1961). *On Becoming a Person: A Therapist's View of Psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and The Adolescent Self-Image*. Princeton University Press. USA: New Jersey.
- Rosenberg, M. (1989). *Society And The Adolescent Self-Image*. Princeton University Press, 1965.
- Sağlık Bakanlığı, (2016), *Obezitenin Nedenleri*. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. <http://www.beslenme.gov.tr>. (23.04.2018).
- Santrock, W. J. (2016). Yaşam boyu bakış açısı. G. Yüksel (Ed.). *Yaşam Boyu Gelişim, Gelişim Psikolojisi* içinde. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık, 6-48.
- Santo, M. A., Pajeccki, D., Riccioppo, D., vd. (Jan/Mar 2013). Early Complications in Bariatric Surgery: İncidence, Diagnosis and Treatment. *Arq Gastroenterol*. 50.1, 50-55.
- Sarı, E. (2009). Obezitesi Olan 9-18 Yaş Arası Çocuk ve Ergenlerde Benlik Algısı ve Psikiyatrik Komorbiditenin Araştırılması. *Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi*. Bursa: T.C. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı.

- Satılmış, G. (1988). Yetiştirme Yurdunda Yaşayan Ergenlerde Benlik Saygısı. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Ana Bilim Dalı.
- Satman, İ., Dinççağ, N., Karşıdağ, K., Şengül, A., Salman, F., Sargın, M., & Özcan, C. (2000). Epidemiology of Diabetes and Obesity İn Turkey. *Diabetes Research and Clinical Practice*.1.50, 142.
- Saygılı, G., Kesecioğlu, İ. T., & Kırıkta, H. (2015). Eğitim Düzeyinin Benlik Saygısı Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi. *Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi*. 4.2, 210-217.
- Saygın, Y. (2008). Üniversite Öğrencilerinin Sosyal Destek, Benlik Saygısı ve Öznel İyi Oluş Düzeylerinin İncelenmesi. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. Konya: Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Serter, Rüştü, (2003), *Obezite Atlası*. Sağlık Bakanlığı Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Endokrinoloji ve Metabolizma Kliniği. <http://www.rustuserter.com/tr/files/download/p193u4> (24.04.2018).
- Schienkewitz, A., Mensink, G. B. M., Kuhnert, R., & Lange, C.(2017). Overweight and Obesity Among Adults in Germany. *Journal of Health Monitoring*. 2.2, 20-27, Germany: Berlin.
- Semerci, C. N. (2004). Obezite ve Genetik. *Gülhane Tıp Dergisi*. 46.4, 353-359.
- Sevinçer, G. M. (2016). Türkiye’de Obezite Cerrahisinde Psikiyatrik Değerlendirme: Uzlaşma ve Kılavuz Gereksinmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 17.2, 5-45.
- Sevincer, G. M., Bozkurt, S., Akin, E., & Kose, S. (2016). Determinants of Night Eating Syndrome İn Bariatric Surgery Candidates. *Journal of Mood Disorders*. 6.4, 202.
- Sevinçer, G. M., Coşkun, H., Konuk, N., & Bozkurt, S. (2014). Bariatrik Cerrahinin Psikiyatrik ve Psikososyal Yönleri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 6.1, 32-44.
- Sevinçer, G. M., & Konuk, N. (2013).Emosyonel Yeme. *Journal of Mood Disorders*. 3.4, 171-178.
- Sevinçer, G. M., Konuk, N., Bozkurt, S., & Coşkun, H. (2016). FoodAddiction and The Outcome of Bariatric Surgery At 1 Year: Prospective Observational Study. *Psychiatry Research*, 244, 159-164.

- Sevinçer, G. M., Konuk, N., İpekçioğlu, D., Crosby, R. D., Cao, L., Coskun, H., & Mitchell, J. E. (2017). Association Between Depression and Eating Behaviors Among Bariatric Surgery Candidates In A Turkish Sample. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. 22.1, 117-123.
- Shaughnessy, J. J., Zechmeister, B. E., & Zechmeister, S. J. (2016). *Psikolojide Araştırma Yöntemleri*. İ. Göz (Ed.). 10. Basım. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Shaw, K., O'Rourke, P., Del Mar, & C., Kenardy, J. (2006). Psychological Interventions For Overweight Or Obesity. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 4, 1-62.
- Songur, Emrah (2017), *Duygudurum Bozuklukları*. Aktüel Psikoloji, Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD. <http://www.aktuelpsikoloji.com/d/file/depresyon-bozukluklari.pdf> (12.04.2018).
- Soysal, Y. (2006). Aşırı Kilo ve Obezite Sorunu Yaşayan Bireylerde Egzersiz ve Nlp Uygulamalarının Yeme Tutumlarına Etkisinin Karşılaştırılması. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. Manisa: Celal Bayar Üniversitesi.
- Stice, E., Presnell, K., & Shaw, H. (2005). Psychological and Behavioral Risk Factors for Obesity Onset In Adolescent Girls: A Prospective Study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology Copyright*. 73.2, 195-202.
- Sullivan, K. A. (2001). The Clinical Features of Binge Eating Disorder and Bulimia Nervosa: What Are The Differences? *Canadian Journal Of Counselling/ Revue Canadienne De Counseling*. 35.4, 315-328.
- Sullivan, M., Karlsson, J., Sjöström, L., Backman, L., Bengtsson, C., Bouchard, C., & Lindstedt, S. (1993). Swedish obese subjects (SOS) an Intervention Study of Obesity. Baseline Evaluation of Health and Psychosocial Functioning In He First 1743 Subjects Examined. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders: Journal of The International Association For The Study of Obesity*. 17.9, 503-512.
- Sur, H., Kolotourou, M., Dimitriou, M., Kocaoglu, B., Keskin, Y., Hayran, O., & Manios, Y. (2005). Biochemical and Behavioral Indices Related To BMI In Schoolchildren In Urban Turkey. *Preventive Medicine*, 41.2, 614-621.
- Stunkard, J. A., Grace, J. W., & Wolff G. H. (1955). A pattern of food intake among certain obese patients. *The American Journal of Medicine*, 19.1, 78-86. [https://doi.org/10.1016/0002-9343\(55\)90276-X](https://doi.org/10.1016/0002-9343(55)90276-X).

- Sylvia, R., & Karasu, M. D. (2012). Of Mind and Matter: Psychological Dimensions In Obesity. *American Journal of Psychotherapy*. 66.2, 111-128.
- Tafarodi, R.W., & Swan, W. B. (2001). Two Dimensional Self Esteem: Theory and Measurement. *Personality And Individual Differences*. 31, 653-673.
- Takana, Y., & Osaka, E. (1999). An Unsupported Common View: Comparing Japan and The U.S. On Individualism/Collectivism. *Asain Journal of Social Psychology*. 2, 311-341.
- TDK (Türk Dil Kurumu), www.tdk.gov.tr (14.04.2018).
- Tezcan, B. (2009). Obez Bireylerde Benlik Saygısı, Beden Algısı ve Travmatik Geçmiş Yaşantı. *Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi*. İstanbul: Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi.
- Thayer, R. E. (2003). *Calm Energy: How People Regulate Mood with Food and Exercise*. USA: Oxford University Press.
- TNSA (Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması), 2013. *Ana Rapor*. <http://tuseb.gov.tr/tacese/yuklemeler/istatistik/TNSA%202013%20Ana%20Rapor.pdf> (25.04.2018).
- TÜİK, (2016), *Türkiye Sağlık Araştırması*. http://www.tuik.gov.tr/basinOdasi/haberler/2015_58_20151008.pdf (26.04.2018).
- TÜİK, (2017), *Türkiye Sağlık Araştırması*. Sayı.24573. <http://www.tuik.gov.tr> (31 Mayıs 2017).
- Tura, G. (2014). Yapısal Aile Sistemleri Kuramı Temelli Psikoeğitim Programının Aile Ortamı, Yeme Tutumu ve Obeziteye Etkisi: Vaka Çalışması. *Yayınlanmamış Doktora Tezi*. Sakarya: T.C. Sakarya Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı.
- Turan, Ş., Poyraz, C & Özdemir, A. (2015). Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 7.4, 419-435.
- Uskun, E., Öztürk, M., Kişioğlu, N. A., Kırbıyık, S., & Demirel, R. (2005). İlköğretim Öğrencilerinde Obezite Gelişimini Etkileyen Risk Faktörleri. *Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 12.2, 19-25.
- Ünal, G. (2004). Bir Grup Üniversiteli Gençte Çekingenlik, Aleksitimi ve Benlik Saygısının Değerlendirilmesi. *Klinik Psikiyatri*. 7.4, 215-222.

- Ünüvar, U. (2006). Sünnetsiz ve Sünnetli Yetişkinlerin Beden Algıları ve Benlik Saygıları. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Wadden, T. A., & Osei, S. (2003). Obezite Tedavisi. A. N. Dursun (Ed.). *Obezite Tedavisi El Kitabı* içinde. İstanbul: Roche Yayınları, 229-248.
- Wadden, T.A., & Stunkard, A. J. (2003). *Obezite El kitabı*. (Ed.) M. Kahramanoğlu. İstanbul: And Danışmanlık Eğitim ve Yayıncılık.
- Wallis, D. J., & Hetherington, M. M. (2004). Stress and Eating: The Effects of Ego-Threat and Cognitive Demand On Food İntake İn Restrained and Emotional Eaters. *Appetite*. 43.1, 39-46.
- Werrij, M. Q., Mulkens, S., Hospers, H. J., & Jansen, A. (2006). Overweight and Obesity: The Significance of A Depressed Mood. *Patient Education and Counseling*. 62, 126–131.
- WHO (World Health Organization). <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle/body-mass-index-bmi> (20.04.2018).
- WHO (WorldHealthOrganization). <http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/facts/obesity/en/> (Erişim:15.04.2018).
- WHO (World Health Organization). (2013). *Obesity and Overweight Fact, Sheet*, 311. <http://who.int/mediacentre/factsheets/fs3117> (17.04.2018).
- WHO (World Health Organization) (2007). The Challenge Of Obesity İn The WHO European Region And The Strategies For Response, Ed. Francesco Branca, Haik Nikogosian ve Tim Lobstein, Denmark. <http://www.euro.who.int/data/assets/pdf/0010/74746/E90711.pdf> (23.04.2018).
- Wile, S. S., & Peterson, J. (2010). Adolescent Obesity in The United States Facts For Policymakers. *National Center For Children in Poverty-Mailman Scholl of Public Health Columbia University*. 1-4.
- Yanovski, S. Z., Nelson, J. E., Dubbert, B. K., & Spitzer, R. L. (1993). Association of Binge Eating Disorder and Psychiatric Comorbidity in Obese Subjects. *The American Journal of Psychiatry*. 150.10, 1472.
- Yavuz, R., Yavuz, D., & Tontuş, H. Ö. (2012). Artan Mortalite ve Morbidite Nedeni Olarak Kardiyovasküler Risk Faktörlerine Sistemik Yaklaşım. *Journal of Experimental and Clinical Medicine Deneysel ve Klinik Tıp Dergisi*. 30, 47-53.

- Yavuz, Ş. (2007). Son Çocukluk Dönemi Öğrencilerinin Saldırganlık Düzeylerinin Benlik Saygısı ve Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. Konya: Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Yazgan, B. İ., & Yerlikaya, E. E. (2015). *Kişilik Kuramları*. 10. Basım. Ankara: Pegem Akademi.
- Yıldırım, M., Akyol, A., & Ersoy, G. (2008). *Şişmanlık ve Fiziksel Aktivite*. Ankara: Klasmat Matbaacılık.
- Yıldız, M. (2006). Benlik Kavramı ve Benliğin Gelişiminde Dinin Rolü. *Dokuz Eylül Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*. 23, 87-127.
- Yıldız, Ü. (2014). Üniversite Öğrencilerinde Obezite Oluşumunda İnternet Bağımlılığının Etkisinin Saptanması. *Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi*. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı.
- Yılmaz, C., (2002). *Endokrinolojide Tanı Basamakları*. İstanbul: Güven Kitabevi.
- Yorgancı, K., & Tırnaksız, B. (2007). Morbid Obezitenin Cerrahi Tedavisi. *Hacettepe Tıp Dergisi*. 38.4, 218-222.
- Yörükoğlu, A. (1998). *Gençlik Çağı*. 10. Basım. İstanbul: Özgür Yayınları.
- Yörükoğlu, A. (2004). *Gençlik Çağı Ruh Sağlığı ve Ruhsal Sorunlar*. İstanbul: Özgür Yayınları.
- Yuca, S. A., Yılmaz, C., Cesur, Y., Doğan, M., Kaya, A., & Baflaranoğlu, M. (2010). Prevalence of Overweight and Obesity in Children and Adolescents in Eastern Turkey. *Journal of Clinical Research in Pediatric Endocrinology*. 2.4, 159-163.
- Yücalan, Ö. (2007). Üniversite Öğrencilerinin Yakın İlişkilerinin Bazı Değişkenler ve Baskın Ben Durumları Açısından İncelenmesi. *Yayınlanmamış Doktora Tezi*. Konya: Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Yücel N. (2008). Kilolu ve Obez Kadınlarda Obezite ve Benlik Saygısı İlişkisinin Değerlendirilmesi. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Yüksel, A. (2016). Bariatrik Cerrahi Operasyonu Geçiren Morbid Obez Bir Hastanın 3 Yıl Sonraki Beslenme Durumu: Olgu Sunumu. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*. 1.1, 39-45.

Zaybak, A., & Fadiloğlu, . (2010) niversite ğrencilerinin Sağlığı Geliştirme Davranışı ve Bu davranışı Etkileyen Etmenlerin Belirlenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 20.1, 77-95.



EK-1

SAYIN KATILIMCI,

Bu çalışma, obezite ameliyatı olmaya karar veren bireylerin benlik saygılarının çeşitli değişkenlere göre etkisinin incelenmesini bulmak amacıyla yapılmaktadır. Bu amaçla, size verilen anketteki soruları yanıtlamanız istenmektedir.

Vereceğiniz bilgiler kesinlikle GİZLİ tutulacaktır.

Bu çalışmaya katılmak tamamen GÖNÜLLÜLÜK esasına dayanmaktadır. Anketi **hiç yanıtlamamak** veya **istediğiniz anda sonlandırmak** özgürlüğüne sahipsiniz. Anketin onayını vermiş olsanız dahi 1 ay içerisinde muayenehaneyi aramanız yada aşağıda belirtilen mail adresine mail atmanız halinde araştırmadan çekilebilme hakkınız vardır. Bununla birlikte, her araştırmada olduğu gibi bu araştırmada da veri eksiklikleri bulunması halinde analiz sonuçlarına daha az güvенеceğiz. Bu yüzden her soruyu yanıtlamanız arzu edilir.

Soruların doğru ya da yanlış cevabı yoktur.

Bizim için önemli olan, **sizin bireysel olarak ne düşündüğünüz ve ne yaşadığınızdır.**

Anketi tek başınıza ve samimi olarak yanıtlamanız araştırmamızın sonuçlarını olumlu yönde etkileyecektir.

Yanıtınızı verirken net ve görünür bir işaret kullanınız.

Desteyiniz ve katkılarınız için teşekkürler.

Kırklareli Üniversitesi-Yrd.Doç.Dr. Menekşe ESKİCİ

İstanbul Arel Üniversitesi- Nilüfer SATCIOĞLU TINKIR

n.saatcio@hotmail.com

Muayenehane telefon: (0212) 230 20 08 - 0554 981 18 18

EK-2
KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Adınız-Soyadınız: _____

Yaşınız _____

Cinsiyetiniz: Kadın Erkek

Eğitim durumunuz: İlkokul Ortaokul Lise Üniversite Yüksek L.
/Doktora

Medeni durumunuz : Evli Bekar Boşanmış Dul

Çalışıyor musunuz? Evet Hayır

Çocuğunuz var mı? Evet Hayır

Cinsel hayatınızdan memnun musunuz? Evet Hayır

Bugüne kadar hiç psikolojik destek aldınız mı? Evet Hayır

NOT:

EK-3 ROSENBERG BENLİK SAYGISI ÖLÇEĞİ

D:1

1. Kendimi en az diğer insanlar kadar değerli buluyorum.

a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

2. Bazı olumlu özelliklerim olduğumu düşünüyorum.

a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

3. Genelde kendimi başarısız bir kişi olarak görme eğilimindeyim.

a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

4. Ben de diğer insanların birçoğunun yapabildiği kadar bir şeyler yapabilirim.

a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

5. Kendimde gurur duyacak fazla bir şey bulamıyorum.

a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

6. Kendime karşı olumlu bir tutum içindeyim.

a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

7. Genel olarak kendimden memnunum.

a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

8. Kendime karşı daha fazla saygı duyabilmeyi isterdim.

a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

9. Bazen kesinlikle kendimin bir işe yaramadığımı düşünüyorum.

a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

10. Bazen kendimin hiç de yeterli bir insan olmadığımı düşünüyorum.

a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

D:2

11. Kendiniz hakkındaki düşünceleriniz değişkenlik gösterir mi, yoksa her zaman aynı mıdır?

a.ÇOK DEĞİŞİR b.ZAMAN ZAMAN DEĞİŞİR c.ÇOK AZ DEĞİŞİR d.HİÇ DEĞİŞMEZ

12. Hiç kendiniz hakkında bir gün bir görüşe, başka bir gün farklı bir görüşe sahip olduğunuzu fark ettiğiniz olur mu ?

a. Evet, sık sık olur b. Evet, bazen olur c. Evet, nadiren olur d. Hayır, hiç olmaz

13. Kendim hakkındaki görüşlerimin çok çabuk değiştiğini fark ettim.

- a. DOĞRU b. YANLIŞ

14. Kendim hakkında bazı günler olumlu bazı günlerse olumsuz düşüncelere sahip oluyorum.

- a. DOĞRU b. YANLIŞ

15. Şu günlerde kendim hakkındaki görüşlerimi hiç bir şeyin değiştiremeyeceğini düşünüyorum.

- a. DOĞRU b. YANLIŞ

D:3

16. Başınıza gerçekten bir şey geldiğinde kimse sizin durumunuzla pek ilgilenmeyecektir.

- a. DOĞRU b. YANLIŞ

17. İnsan doğasında yardımlaşma gerçekten vardır.

- a. DOĞRU b. YANLIŞ

18. Dikkatli davranmazsanız insanlar sizi kullanacaklardır.

- a. DOĞRU b. YANLIŞ

19. Bazı kişiler, insanların büyük çoğunluğunun güvenilebilir olduğunu, bazıları ise insanlarla ilişkilerinde çok güvenilemeyeceğini söylerler. Siz bu konuda ne düşünüyorsunuz ?

- a. İnsanların çoğuna güvenilebilir. b. İnsanlarla ilişkilerde çok güvenilemez.

20. İnsanlar daha çok başkalarına yardım etmeye mi, yoksa kendi çıkarlarını düşünmeye mi eğilimlidirler ?

- a. Başkalarına yardım etmeye b. Kendi çıkarlarını düşünmeye

D:4

21. Eleştiriye karşı ne kadar hassassınızdır ?

- a. Çok fazla hassas b. Oldukça hassas c. Az hassas d. Hassas değil

22. Eleştiri ya da azarlama beni çok fazla incitir.

- a. DOĞRU b. YANLIŞ

23. Yanlış yaptığınız bir şey için biri size güldüğünde veya suçladığında ne kadar rahatsız olursunuz ?

- a. Çok fazla b. Oldukça c. Rahatsız olmam

D:5

24. Genelde ne kadar mutlusunuzdur ?

- a. Çok mutlu b. Mutlu c. Pek mutlu değil d. Çok mutsuz

25. Genelde oldukça mutlu bir kişi olduğumu düşünüyorum.

- a. DOĞRU b. YANLIŞ

26. Genel olarak kendinizi neşeli bir ruh hali içinde mi, yoksa neşesiz bir ruh hali içinde mi hissedersiniz?

- a. Çok neşeli bir ruh hali içinde b. Oldukça neşeli bir ruh hali içinde
c. Ne neşeli ne de neşesiz ruh halinde d. Oldukça neşesiz ruh halinde

27. Hayattan çok zevk alıyorum.

- a. DOĞRU b. YANLIŞ

28. Ben de mutlu gördüğüm diğer kişiler kadar mutlu olabilmeyi isterdim.

- a. DOĞRU b. YANLIŞ

29. Kendinizi kederli ve karamsar hissettiğiniz olur mu ?

- a. Çok sık b. Sık c. Ara sıra d. Nadiren e. Hiçbir zaman

D:6

30. Çoğu zaman başka bir şey yapmaktansa oturup hayal kurmayı tercih ediyorum.

- a. DOĞRU b. YANLIŞ

31. Bana hayalperest denilebilir.

- a. DOĞRU b. YANLIŞ

32. Zamanımın büyük bir kısmını hayal kurmakla geçiririm.

- a. DOĞRU b. YANLIŞ

33. Gelecekte nasıl bir insan olacağınız konusunda hayal kurar mısınız ?

- a. Çok sık b. Bazen c. Nadiren d. Hiçbir zaman

D:7

34. Hiç uykuya dalma ya da uykunun sürekliliği açısından sorunuz oldu mu ?

- a. Sık sık b. Bazen c. Nadiren d. Hiçbir zaman

35. Hiç ellerinizin sizi rahatsız edecek kadar titrediği olur mu ?

- a. Sık sık b. Bazen c. Nadiren d. Hiçbir zaman

36. Hiç sizi rahatsız edecek kadar sinirlendiğiniz olur mu ?

- a. Sık sık b. Bazen c. Nadiren d. Hiçbir zaman

37. Hiç sizi rahatsız edecek kadar çarpıntı hissettiğiniz olur mu ?

- a. Sık sık b. Bazen c. Nadiren d. Hiçbir zaman

38. Hiç sizi rahatsız edecek kadar başınızın içinde basınç hissettiğiniz olur mu ?

- a. Sık sık b. Bazen c. Nadiren d. Hiçbir zaman

39. Şu sıralarda hiç tırnak yiyor musunuz ?

- a. Sık sık b. Bazen c. Nadiren d. Hiçbir zaman

40. Egzersiz veya çalışma zamanları dışında hiç sizi rahatsız edecek kadar nefes darlığı hissettiğiniz olur mu ?

- a. Sık sık b. Bazen c. Nadiren d. Hiçbir zaman

41. Hiç sizi rahatsız edecek kadar ellerinizde terleme olur mu ?

- a. Sık sık b. Bazen c. Nadiren d. Hiçbir zaman

42. Hiç rahatsız edici baş ağrıları çeker misiniz ?

- a. Sık sık b. Bazen c. Nadiren d. Hiçbir zaman

43. Hiç rahatsız edici kabuslar görür müsünüz ?

- a. Sık sık b. Bazen c. Nadiren d. Hiçbir zaman

D:8

44. Ulusal veya uluslar arası önemli bir konuda görüşünüzü belirttiğinizde birisi size gülerse ne hissedersiniz ?

- a. Çok incinirim ve rahatsız olurum. b. Biraz incinirim ve rahatsız olurum.
c. Beni pek fazla etkilemez.

45. Ulusal veya uluslar arası sorunlar tartışıldığında genellikle kötü izlenim bırakacak bir şey söylemektense hiçbir şey söylememeyi tercih ederim.

- a. DOĞRU b. YANLIŞ

46. Toplumsal konularla ilgili tartışmalarda insanları kızdıracak bir şey söylemektense hiçbir şey söylememeyi tercih ederim.

- a. DOĞRU b. YANLIŞ

D:9

47. Uluslar arası konuları tartışır mısınız ?

- a. Pek çok b. Oldukça c. Çok az d. Hiçbir zaman

48. Arkadaşlarınızla birlikte uluslar arası konuları tartıştığınız zaman tutumunuz nasıl olur ?

- a. Sadece dinlerim b. Arada bir görüş bildiririm
c. Konuşmaya eşit oranda katılırım d. Diğerlerini ikna etmeye çalışırım

D:10

49. Siz 10 – 11 yaşlarınızdayken anneniz arkadaşlarınızı tanır mıydı ?

- a. Hepsini tanırdı b. Çoğunu tanırdı c. Bazılarını tanırdı d. Hemen hemen hiçbirini tanımazdı

50. Bu dönemde babanız arkadaşlarınızı tanır mıydı ?

- a. Hepsini tanırdı b. Çoğunu tanırdı c. Bazılarını tanırdı d. Hemen hemen hiçbirini tanımazdı

51. 5. – 6. sınıflardayken karneniz iyi olduğunda anneniz çoğu zaman ilgilenmezdi.

- a. DOĞRU b. YANLIŞ

52. 5. – 6. sınıflardayken karneniz iyi olduğunda babanız çoğu zaman ilgilenmezdi.

- a. DOĞRU b. YANLIŞ

53. 5. – 6. sınıflardayken karneniz kötü olduğunda anneniz çoğu zaman ilgilenmezdi.

- a. DOĞRU b. YANLIŞ

54. 5. – 6. sınıflardayken karneniz kötü olduğunda babanız çoğu zaman ilgilenmezdi.

- a. DOĞRU b. YANLIŞ

55. Sizce diğer aile bireyleri sizin söylediğiniz şeylerle ne kadar ilgilenirler ?

- a. Çok ilgilenirler b. Oldukça ilgilenirler c. İlgilenmezler

D:11

56. Büyümekte olduğunuz dönemde babanızın en çok tuttuğu çocuğu kimdi ?

- a. Ben b. Ağabeyim c. Ablam d. Erkek kardeşim
e. Kız kardeşim f. Bildiğim kadarıyla çok tuttuğu birisi yoktu

57. Bu dönemde babanız arkadaşlarınızı tanır mıydı ?

- a. Hepsini tanırdı b. Çoğunu tanırdı c. Bazılarını tanırdı d. Hiçbirini tanımazdı

58. Anne ve babanızın hangisi ile daha rahat konuşabiliyorsunuz ?

- a. Babamla çok daha fazla b. Babamla biraz daha fazla c. Her ikisi ile eşit
oranda
d. Annemle biraz daha fazla e. Annemle çok daha fazla

59. Anne ve babanızın hangisi sizi daha çok över ?

- a. Babam çok daha fazla b. Babam biraz daha fazla c. Her ikisi eşit oranda
d. Annem biraz daha fazla e. Annem çok daha fazla

60. Anne ve babanızın hangisi size daha çok şefkat gösterir ?

- a. Babam çok daha fazla b. Babam biraz daha fazla c. Her ikisi eşit oranda
d. Annem biraz daha fazla e. Annem çok daha fazla

61. Anne ve babanız anlaşamadıkları zaman siz genellikle hangisinden yana olursunuz ?

- a. Çok daha fazla olarak babamdan yana b. Biraz fazla olarak babamdan yana
c. Eşit oranda her ikisinden yana d. Biraz fazla olarak annemden yana
e. Çok daha fazla olarak annemden yana

D:12

62. Yalnız bir insan olmaya eğilimli misinizdir ?

- a. Evet b. Hayır

63. İnsanların çoğu sizin nasıl bir kişi olduğunuzu bilirler mi, yoksa çoğunun sizi gerçekten tanımadıklarını mı düşünürsünüz ?

- a. Çoğu benim nasıl biri olduğumu bilir. b. Çoğu gerçekten beni tanımaz.

EK-4



T.C.
İSTANBUL AREL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ

Sayı : 69396709-050.01.01
Konu : Etik Kurul Kararları

Sayın Nilüfer SAATÇİOĞLU TINKIR

Üniversitemiz Etik Kurulu'nun 31/05/2018 tarih ve 2018/07 sayılı toplantısında alınan karar aşağıda sunulmuştur.

Bilgilerinizi saygılarımla rica ederim.

e-İmzalıdır
Prof. Dr. İhsan DERMAN
Rektör

31/05/2018 tarih ve 2018/07 Sayılı Etik Kurulu kararı:

KARAR NO-4: Üniversitemiz Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Tezli Yüksek Lisans programı öğrencisi **Nilüfer SAATÇİOĞLU TINKIR**'ın "*Obezite Ameliyatı Olmaya Karar Veren Bireylerin Benlik Saygılarını Bazı Demografik Değişkenler Açısından İncelenmesi*" isimli çalışması görüşüldü. Yapılan görüşmeler sonucunda; öğrenci Nilüfer SAATÇİOĞLU TINKIR'ın çalışmasıyla ilgili Fen-Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü öğretim üyelerinden Prof. Dr. Yılmaz ÖZAKPINAR'ın da görüşü doğrultusunda söz konusu projenin uygun olduğuna oy birliği ile karar verildi.

Türkoba Mahallesi Erguvan Sokak No:26 / K.34537 Tepekent - Büyükçekmece/İSTANBUL (www.arel.edu.tr)

Aynur EKEN (Yazı İşleri Memuru) aynureken@arel.edu.tr

Tel: +90 850 8502735 Fax: +90 212 860 04 81

Evrakın elektronik imzalı suretine <https://e-belge.arel.edu.tr> adresinden f60ab96c-909a-4bca-9389-049859d94bd2 kodu ile erişebilirsiniz.

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu'na uygun olarak Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır.

EK-5



**SİDAMED MEDİKAL
SAĞLIK HİZMETLERİ
TİCARET LİMİTED ŞİRKETİ**

Merkez Mah. Abide-i Hürriyet Cad. Melis Apt.
No:181 Kat: 3 Daire:7 Şişli / İSTANBUL
Tel: 0212 230 20 08
Fax: 0212 230 49 49
e-mail: info@lazerpark.com.tr
www.lazerpark.com.tr

15 Ocak 2018 ile 15 Haziran 2018 tarihleri arasında TC Arel Üniversitesi Psikoloji Yüksek Lisans öğrencisi Nilüfer Saatcioğlu Tinkır Klinik Obezite birimimizde staj yapmıştır. Obezite hastalarımızın onayı ile Nilüfer hanım'ın tez çalışması için gerekli olan örneklem gurubu tarafımızdan kendisine sağlanmıştır.

Başarılarının devamını dileriz.

Doç.Dr.Ali DURMUŞ

SİDAMED MEDİKAL SAĞLIK
HİZMETLERİ TİC. LTD. ŞTİ.
Merkez Mah. Abide-i
Cad. No:181 Kat:3 Daire:7 Şişli / İSTANBUL
Tic. Sic. No: 271100 / M. V.D. : 451 054 0232

EK-6

Tez

ORIJINALLIK RAPORU

% 7	% 6	% 3	% 5
BENZERLIK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	www.istanbulsaglik.gov.tr İnternet Kaynağı	% 1
2	Submitted to TechKnowledge Turkey Öğrenci Ödevi	% 1
3	earsiv.atauni.edu.tr İnternet Kaynağı	% 1
4	docplayer.biz.tr İnternet Kaynağı	% 1
5	library.cu.edu.tr İnternet Kaynağı	% 1
6	www.sbed.mu.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
7	acikerisim.istanbulbilim.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<% 1
8	www.researchgate.net İnternet Kaynağı	<% 1
9	acikarsiv.ankara.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1

-
- 10 www.bodrumdabirgun.com İnternet Kaynağı <%1
<%1
-
- 11 sporbilim.com İnternet Kaynağı <%1
<%1
-
- 12 www.logosyayincilik.com İnternet Kaynağı <%1
<%1
-
- 13 ÖZCAN, Aykut, TÖZ, Emrah, ÖZVATAN HALKSEVER, Selviye, VURAL, Tayfun and SANCI, Muzaffer. "Obez gebeliklerin yönetimi", İzmir Tepecik Eğitim Hastanesi, 2016. Yayın <%1
<%1
<%1
<%1
-
- 14 pegem.net İnternet Kaynağı
-
- 15 Submitted to Selçuk Üniversitesi Öğrenci Ödevi
-
- 16 Submitted to Marmara University Öğrenci Ödevi
-
- 17 www.icqh.net İnternet Kaynağı
-
- 18 HASPOLAT, Namık Kemal and KAĞAN, Mücahit. "Sosyal Fobinin Yordayıcıları Olarak Beden İmajı ve Benlik Saygısı", Erzincan Üniversitesi, 2017. Yayın

19	acikerisim.aku.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<% 1
20	www.beslenme.gov.tr İnternet Kaynağı	<% 1
21	www.sevalfer.com İnternet Kaynağı	<% 1
22	Submitted to Beykent Üniversitesi Öğrenci Ödevi	<% 1
23	Submitted to Istanbul Aydın University Öğrenci Ödevi	<% 1
24	Submitted to Okan Üniversitesi Öğrenci Ödevi	<% 1
25	www.tuik.gov.tr İnternet Kaynağı	<% 1

Alıntılarını çıkart

üzerinde

Eşleşmeleri çıkar

< 20 words

Bibliyografayı Çıkart

üzerinde

ÖZGEÇMİŞ

AD VE SOYAD : NİLÜFER SAATCİOĞLU TINKIR
DOĞUM YERİ VE TARİHİ : İSTANBUL / 05.02.1980
MEDENİ HALİ : EVLİ
E-MAIL : n.saatcio@hotmail.com
TELEFON : +90 533 668 93 08

EĞİTİM DURUMU :

2016 – 2018 İstanbul Arel Üniversitesi Psikoloji Lisans Üstü Programı
2016 – 2016 Kırklareli Üniversitesi Pedagojik Formasyon Eğitimi
2011 – 2016 Anadolu Üniversitesi Felsefe Lisans Programı
1998 – 2001 Kocaeli Üniversitesi K.M.Y.O. Su Ürünleri Ön Lisans Programı
1990 – 1996 Beşiktaş Kız Lisesi (ortaokul ve lise)
1985 – 1990 Kılıçalipaşa İköğretim Okulu

YABANCI DİL : İngilizce

UYGULAMALI EĞİTİMLER :

Bilişsel Davranışçı Terapi (45 Saat)
Çözüm Odaklı Kısa Süreli Terapi (15 Saat)
Cinsel Terapi (14Saat)
Gerçeklik Terapisi (Temel Eğitim-1 /21 Saat)
Terapötik Beceri Eğitimi..... (Modül 1-2 / 21 Saat)
WISC-R, Yetişkin Testleri ve MMPI(Süpervizyonlu)

KONFERANSLAR:

Eskici, M. & Tinkır, S. N. (October14-16, 2016). Concerns of Parents Undegoing Canser Treatment in Regarda to Their Children’s Educaton. *1 st International Conference On Studies In Education. Barcelona.*

Eskici, M. & Tinkır, S. N. (May 10-12, 2018). Emotional Violence Levels Of Univercity Students are Exposed to Among. *XVI. European Conference on Social and Behavioral Sciences. Prizren, Kosova.*

SEMPOZYUMLAR:

Obezite ve Malnütrisyon Sempozyumu.....(08.04.2018)
(Obezite Tanı ve Tedavi Yöntemleri /Malnütrisyon Tanı ve Tedavi Yöntemleri)

