

**T. C.  
İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
BESLENME VE DİYETETİK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**OBEZ BİREYLERDE BENLİK SAYGISI VE  
BEDEN ALGISININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Diyetisyen Pınar HAMURCU**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**



**İSTANBUL, 2014**

**T. C.  
İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
BESLENME VE DİYETETİK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**OBEZ BİREYLERDE BENLİK SAYGISI VE  
BEDEN ALGISININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Diyetisyen Pınar HAMURCU**

**Tez Danışmanı  
Yrd. Doç. Dr. Can ÖNER**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**İSTANBUL, 2014**

## BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar tüm aşamalarda etik dışı hiçbir davranışımın olmadığını, tezimdaki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışması sonucu elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlar için kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarımı ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.



Pınar Hamurcu

## İÇİNDEKİLER

1. ÖZET .....	1
2. SUMMARY .....	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ .....	4
4. GENEL BİLGİLER .....	6
4.1. OBEZİTE .....	6
4.2. OBEZİTE TİPLERİ .....	8
4.2.1. Jinoid Tip Obezite .....	8
4.2.2. Android Tip Obezite .....	8
4.3. OBEZİTENİN EPİDEMİYOLOJİSİ .....	8
4.3.1. Obezite Epidemiyolojisinde Dünyadaki Durum .....	9
4.3.2. Obezite Epidemiyolojisinde Türkiye'deki Durum .....	10
4.3.3. Obezitenin Maliyeti .....	12
4.4. OBEZİTENİN ETİYOLOJİSİ .....	12
4.4.1. Genetik Faktörler .....	13
4.4.2. Beslenme Alışkanlıkları .....	14
4.4.3. Fiziksel Aktivite .....	16
4.4.4. Sosyoekonomik-Kültürel Etmenler .....	17
4.4.5. Yaş .....	18
4.4.6. Cinsiyet .....	19
4.4.7. İlaçlar .....	19
4.4.8. Sigara .....	20
4.4.9. Alkol .....	20
4.4.10. Çevresel Faktörler .....	21
4.4.11. Stres .....	21
4.4.12. Psikolojik Durum .....	22
4.5. OBEZİTE KOMPLİKASYONLARI .....	23

4.6. BENLİK KAVRAMI VE KURAMSAL AÇIKLAMALAR .....	25
4.6.1. Beden Algısı (Beden İmajı) Kavramı ve Kuramsal Açıklamalar ...	27
4.6.1.1. Beden Algısının Bileşenleri .....	31
4.6.1.1.1. Beden Gerçekliği .....	31
4.6.1.1.2. Beden Sunumu .....	31
4.6.1.1.3. Beden İdeali .....	32
4.6.1.2. Beden Algısının Gelişimi .....	32
4.6.1.3. Beden Algısını Etkileyen Faktörler .....	34
4.6.2. Benlik Saygısı Kavramı ve Kuramsal Açıklamalar .....	36
4.6.2.1. Benlik Saygısının Boyutları .....	38
4.6.2.2. Benlik Saygısının Gelişimi .....	40
4.6.2.3. Benlik Saygısını Etkileyen Faktörler .....	42
4.6.3. Benlik Saygısı ile Beden Algısı Arasındaki İlişki .....	44
4.7. OBEZ BİREYLERDE BENLİK SAYGISI VE BEDEN ALGISI .....	45
4.7.1. Obezite ve Beden Algısı .....	45
4.7.2. Obezite ve Benlik Saygısı .....	47
5. MATERYAL VE YÖNTEM .....	48
6. BULGULAR .....	51
6.1. ÇALIŞMA GRUPLARININ GENEL ÖZELLİKLERİ .....	51
6.2. KATILIMCILARIN BENLİK SAYGISI VE BEDEN ALGISI ÖZELLİKLERİ.....	56
6.3. BENLİK SAYGISININ DİĞER PARAMETRELERLE İLİŞKİSİ .....	61
6.4. BEDEN ALGISININ DİĞER PARAMETRELERLE İLİŞKİSİ .....	64
7. TARTIŞMA .....	67
8. SONUÇ .....	75
9. TEŞEKKÜR .....	77
10. KAYNAKLAR .....	78
EKLER	

## SİMGE VE KISALTMALAR

BKİ	: Beden Kitle İndeksi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
RBSÖ	: Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği
BAÖ	: Beden Algısı Ölçeği
FA	: Fiziksel Aktivite
DM	: Diabetes Mellitus
HT	: Hiper Tansiyon
KVH	: Kardiyo Vasküler Hastalıklar

T.C. İstanbul Bilim Üniversitesi Etik Kurulu tarafından 18.12.2013 tarihli “15-97” sayılı kararınca etik ve bilimsel yönden bir sakınca olmadığına dair onay alınmıştır.

Araştırma Proje Numarası: BDY/1052012

## TABLolar VE ŐEKİLLER DİZİNİ

Tablo 4.1	Yetişkinlerde BKİ'ne Göre Vücut Ağırlığının Sınıflandırılması .....	7
Tablo 4.2	Obezite ile İlişkili Sağlık Sorunları .....	24
Tablo 6.1	Grupların Sosyodemografik Özellikleri .....	52
Tablo 6.2	BKİ Kategorileri ile Kendini Tanımlama Durumu .....	53
Tablo 6.3	BKİ Kategorileri ile Günlük Fiziksel Aktivite Durumu .....	55
Tablo 6.4	BKİ Kategorilerine Göre Rosenberg Benlik Saygısı Durumu .....	57
Tablo 6.5	Benlik Saygısının Düşük Olmasına BKİ'nin Etkisi .....	57
Tablo 6.6	BKİ Kategorilerine Göre Beden Algısı Durumu .....	59
Tablo 6.7	Beden Algısının Düşük Olmasına BKİ'nin Etkisi .....	59
Tablo 6.8	Algılanan Beden Ağırlığı ile Benlik Saygısı Durumu .....	60
Tablo 6.9	Algılanan Beden Ağırlığı ile Beden Algısı Durumu .....	61
Tablo 6.10	Benlik Saygısının Düşük Olmasını Etkileyen Faktörlerin LR Analizi	63
Tablo 6.11	Beden Algısının Düşük Olmasını Etkileyen Faktörlerin LR Analizi	66
Şekil 6.1	BKİ Kategorilerine Göre Uygulanan Zayıflama Girişimleri .....	54
Şekil 6.2	BKİ Kategorilerine Göre Günlük Ortalama Uyku Süresi .....	56
Şekil 6.3	BKİ Kategorilerine Göre Benlik Saygısı Ortalama Puanları .....	57
Şekil 6.4	BKİ Kategorilerine Göre Beden Algısı Ortalama Puanları .....	58
Şekil 6.5	Benlik Saygısı ve Beden Algısı Korelasyon Grafiği .....	60

## 1. ÖZET

Günümüzde beden ve ruh sağlığının bir bütün olduğu bilinmektedir. Birey, bedensel ve ruhsal yapısı, sosyal ve entellektüel yönleriyle ele alınması gereken bütüncül bir yapıya sahiptir. Beden kavramı, bedenın dış görünüşü ve iç yapısı ile ilgili bireyin tüm algı ve bilgisini içerir. Obezite, psikosomatik bir hastalık olarak değerlendirilmekte ve tedavisinde çok boyutlu bir terapi yaklaşımının gerekli olduğu düşünülmektedir. Benlik saygısı ve beden algısı yakın ilişkisi olan kavramlardır ve sebep sonuç ilişkisi şeklinde birbirlerinden etkilenirler. Bu çalışma; BKİ durumuna göre obezitenin benlik saygısı ve beden algısı düzeylerine etkisi incelemek amacı ile tanımlayıcı olarak planlanmış bir araştırmadır. Araştırmada veri toplama aracı olarak Bilgi Formu, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (Rosenberg Self-esteem Scale), Beden Algısı (Body Image Scale) Ölçeği kullanılmıştır. Elde edilen verilerin istatistiksel analizi SPSS (Statistical Package for Social Sciences 17 Version) kullanılarak gerçekleştirilmiştir.

Çalışmaya 816 kişi dahil edilmiştir. Çalışma sonucunda BKİ'ne göre oluşturulan grupların arasında cinsiyet, yaş ortalamaları, medeni durum, çalışma durumu, alkol kullanımı arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Çalışmaya katılanların Rosenberg Benlik Saygısı ortalama puanı  $10,98 \pm 6,09$  (dağılım: 0,00-30,00)'dır. BKİ kategorisine göre obezite arttıkça benlik saygısının azaldığı bulunmuştur. Katılımcıların Beden Algısı ortalama puanları  $107,24 \pm 23,13$  (range:0,00-200,00)'dır. BKİ kategorisine göre obezite arttıkça beden algısının azaldığı bulunmuştur. Ayrıca algılanan beden ağırlığı arttıkça da beden algısı azalmaktadır. Benlik saygısı ile beden algısı tüm alt gruplarda korelasyon göstermektedir.

Benlik Saygısı ve Beden Algısının düşük olmasını etkileyen faktörler incelendiğinde; Benlik Saygısı için BKİ dışında, eğitim, alkol kullanımı, çalışma durumu ve yaşın belirli oranlarda etkili olduğu; Beden algısı için ise BKİ dışında yaş ve algılanan gelir düzeyinin etkili olduğu gösterilmiştir.

Obezite ile mücadelede, düşük benlik saygısı ve beden algısına etki eden faktörlerin gözden geçirilmesi; benlik saygısının artırılması ve beden algısının düzeltilmesi için gerekli tedavilerin verilmesinin destek olarak kullanılabilceği sonucuna varılmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** BKİ, obezite, benlik saygısı, beden algısı, beden imajı.



## 2. SUMMARY

### EVALUATION OF SELF-ESTEEM AND BODY IMAGE OF OBESE PERSONS

Nowadays, physical and mental health are known as the concept which are linked with each others. As holistic structure, individuals's physical and mental health conditions needs to be taken into account with it's social and intellectual aspects. The concept of body includes individual's perception and knowledge regarding with external appearance and internal structure of the body. The obesity is evaluated as psychosomatic disease and thought that there is need for multidimensional therapy approach for its treatment. Self-esteem and body image are close meaning concepts and affected with each other in cause and effect relationship. This study is a research planed as descriptive which aims to investigate the affects of obesity over the level of self-esteem and body image according to BMI status. In research, as data collection method, it is used Data Sheet, Rosenberg Self-esteem Scale and Body Image Scale. The Statistical analysis of data collected is performed using SPSS (Statistical Package for Social Sciences 17 Version).

816 person is included into the study. As result of the study, the significant relationship was found between gender, average age, marital status, working status, alcohol use which are groups constituted according to BMI. The average value of Rosenberg Self-Esteem for the participants included the study is  $10,98 \pm 6,09$  (range: 0,00-30,00). According to the BMI category it is found that; when 'the obesity level' increases, 'the level of self-esteem' decreases. The average value of body image for the participants is  $107,24 \pm 23,13$  (range:0,00-200,00). According to the BMI category when the obesity level increases, 'the level of body image' decreases. As well as when 'the percieved body weight' increases, 'the level of body image' also decreases. Additionally the self-esteem and the body image correlates within all sub-groups.

When examining the reason that causes the low level of self-esteem and the body image; For the self-esteem; except BMI education, alcohol use, employment status and age is shown to be effective; For body image; except BMI age and perceived level of income is shown to be effective.

In the fight against obesity, it is found that, the factors which have an effect on the the low level of self-esteem and the body image needs to be reviewed; the necessary treatment to increase the level of self-esteem and the body image can be applied as support.

**Key Words:** Body Mass Index, obesity, self-esteem, body image.



### 3. GİRİŞ VE AMAÇ

Obezite; alınan enerjinin, harcanan enerjiden fazla olmasından kaynaklanan ve beden yağ dokusunun artması ile karakterize olan kronik bir hastalıktır. Obezitenin tanımında yaygın olarak kullanılan antropometrik parametre beden kitle indeksidir (BKİ). BKİ, kilogram cinsinden ölçülen beden ağırlığının metre cinsinden ölçülen boyun karesine bölünmesi ile elde edilir ve BKİ'nin 30 ve üzerinde olması obezite olarak kabul edilir (1).

Günümüzde beden ve ruh sağlığının bir bütün olduğu bilinmektedir. Genellikle obezitesi olan bireylerin tedaviye uyumunda ve kilo vermelerinde çeşitli zorluklarla karşılaşmaktadır. Bu güçlüklerde hastaların yaşadıkları psikososyal sorunların da etkili olduğu düşünülmektedir. Toplumumuzda son zamanlarda obezite oranında artışla birlikte bu konuda bilinçlenme de artış oluyor gibi görülmektedir. Bir yandan ince ve zayıf görünümün gerekliliği medya tarafından sürekli pekiştirilirken bir yandan da kültürel olarak ülkemizde obezite konusundaki tutumların batı ülkelerinden farklılık gösterdiği düşünülmektedir (2).

Obezite, psikosomatik bir hastalık olarak değerlendirilmekte, tedavisinde çok boyutlu bir terapi yaklaşımının gerekli olduğu ileri sürülmektedir (3). Ülkemizde obezitenin psikososyal yönüyle ilgili erişkinlerde yapılmış çalışmalara ilgi artmaktadır. Çalışmalar tedavi için başvuran grubun daha çok psikososyal desteğe ihtiyacı olduğunu göstermektedir (4).

Rosenberg'e göre, benlik saygısı, bireyin kendisine atfedilen değerlendirici tutumların bir dizgesi ya da bireyin kendi değeri hakkındaki algılamaları olarak düşünülebilir (5). Benlik saygısı kişinin kendini tanıması ve değerlendirmesi sonucunda kendi yetenek ve güçlerini olduğu gibi kabul etmesi kısaca kişinin kendine karşı duyduğu sevgi, saygı ve güven duyguları olarak ifade edilebilir (6). Literatürde erişkinlerde obezite ile benlik saygısının azalması arasında doğrusal bir ilişki olduğuna dair araştırmalar çoğunlukta olmakla beraber, bir çalışmada ilişki olmadığı bir çalışmada da ters ilişki olduğu gösterilmiştir.

Benlik saygısı ile çok yakın ilişkisi olan beden algısı bireyin bedenini ve beden parçalarını algılayarak onlara belirli anlamlar vermesi, kendilik algısı, kimlik ve kişilik kavramları ile ilişkilidir (6). Beden algısı zihnimizde şekillendirdiğimiz bedenimizin kendimizce nasıl olduğudur (7). Yapılan çalışmaların büyük çoğunluğu obez gruplarda

daha fazla beden hoşnutsuzluğu olduğunu göstermektedir. Obezlerin büyük çoğunluğunun kilo vermeyi isteme nedenleri de bu hoşnutsuzluktur. Obez bireylerde beden hoşnutsuzluğu Şiddetinin gerçek beden ağırlığından çok, algılanan beden ağırlığıyla ilişkili olduğu gösterilmiştir (8). Dolayısı ile literatürde yapılan çalışmaların bir çoğu obezite tedavisinde, beden algısı üzerinde çalışmanın önemini irdelemiştir.

Obez bireylerde gözlenen düşük benlik saygısının ve olumsuz beden algısının sebep mi yoksa sonuç mu olduğu konusunda tartışmalar sürmektedir.

Bu araştırmada BKİ'ne göre obezitenin artmasıyla benlik saygısının düşeceği ve beden hoşnutsuzluğunun artacağı varsayımı araştırılmıştır.



## 4. GENEL BİLGİLER

### 4.1. OBEZİTE

Obezite (şişmanlık) geçmişten günümüze kadar bulunduğu döneme uygun bir şekilde çeşitli tanımlamalarla açıklanmaya çalışılmıştır. Bu tanımlamalarda kilolu olmak kimi zaman güçlü, kudretli, heybetli gibi terimlerle, kimi zaman da bolluk, bereket, doğurganlık gibi terimlerle ifade edilmiştir. İlk çağ tanrılarında şişmanlık gücün ve hayatın devamlılığının simgesiyken bu durum sanayi devrimiyle değişmiş ve hızlı çalışma temposuna uygun nitelikte insanların aranmasına ve şişman insanların hantal, sağlıklı, yavaş gibi terimlerle ifade edilmesine neden olmuştur. Günümüzde ise obezite beraberinde de getirdiği sağlık sorunları ve toplumsal sorunlar nedeniyle kronik, ilerleyen, diğer hastalıklarla birlikte görülme olasılığı ve ölüm oranı yüksek bir sağlık sorunu olarak tanımlanmaktadır (9).

Latince "obezus" sözcüğünden türetilmiş olan obezite sözcüğü; Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından "Sağlığı bozacak ölçüde vücutta anormal veya aşırı yağ birikmesi" olarak tanımlanan multifaktöriyel bir hastalıktır (10).

Yetişkin erkeklerde vücut ağırlığının ortalama %15-20'sini, kadınlarda ise %25-30'unu yağ dokusu oluşturmaktadır. Erkeklerde bu oranın %25, kadınlarda ise %30'un üzerine çıkması durumunda obezite söz konusudur (11).

Obezite günümüzde gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin en önemli sağlık sorunları arasında yer almaktadır. Obezite, genel olarak bedenin yağ kütesinin yağsız kütleye oranının aşırı artması sonucu, boy uzunluğuna göre vücut ağırlığının arzu edilen düzeyin üstüne çıkmasıdır. Yetişkinlerde sinirsel, hormonal, kimyasal ve fiziksel mekanizmalarla vücut ağırlığı belirli bir düzeyde tutulmaktadır. Bu mekanizmaların bir veya birkaçındaki bozukluk bu dengeyi olumsuz yönde etkilemektedir. Dengenin bozulması beden ağırlığının değişmesiyle sonuçlanır (12).

Kilolu ve obez bireyleri sınıflandırmak için yaygın olarak kullanılan beden kitle indeksi (BKİ) kilonun, boyun metre cinsinden karesine bölünmesi ile elde edilir. Bireyler, BKİ'nin 25 kg/m<sup>2</sup>'ye eşit veya üstünde olması durumunda kilolu (overweight-preobez),

30 kg/m<sup>2</sup>'ye eşit veya üzerinde olması durumunda obez ve 40 kg/m<sup>2</sup>'ye eşit veya üzerinde olması durumunda morbid obez olarak sınıflandırılmakta ve obez bireylerde kendi içinde alt gruplara ayrılmaktadır (1,12) (Tablo 4.1).

**Tablo 4.1: Yetişkinlerde BKİ'ne Göre Vücut Ağırlığının Sınıflandırılması**

Sınıflandırma	BKİ (kg/m <sup>2</sup> )	BKİ (kg/m <sup>2</sup> )
	Temel Sınıflama	Ek Sınıflama
<b>Zayıf</b>	< 18,50	<18,50
<b>Ciddi Düzey</b>	< 16,00	<16,00
<b>Orta Düzey</b>	16,00 – 16,99	16,00 – 16,99
<b>Hafif</b>	17,00 – 18,49	17,00 – 18,49
<b>Normal Aralık</b>	18,50 – 24,99	18,50 – 22,99 23,00 – 24,99
<b>Kilolu</b>	25,00 – 29,99	25,00 – 27,49
<b>Overweight</b>		27,50 – 29,99
<b>Pre-Obez</b>		
<b>Obez</b>	≥ 30,00	≥30,00
<b>Obez I</b>	30,00 – 34,99	30,00 – 32,49 32,50 – 34,99
<b>Obez II</b>	35,00 – 39,99	35,00 – 37,49 37,50 – 39,99
<b>Obez III</b> <b>(Morbid Obez)</b>	≥ 40,00	≥ 40,00

\* DSÖ'nün BKİ Sınıflaması, 2006.

(<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html>)

Her ne kadar artmış vücut ağırlığı ile eşdeğer olarak görülse de bu tam olarak doğru değildir. Mesela zayıf fakat kas kitlesi fazla olan bir kişide yağ dokusu artışı olmadan da normalin üstünde vücut ağırlığı olabilir (13).

BKİ, toplumun tüm erişkin bireylerinde (kadın-erkek, genç-yaşlı) aynı değerlere göre sınıflandırma yapılmasına olanak sağlamaktadır ancak değişik etnik gruplar arasında aynı orandaki yağ depolanmasını göstermeyebileceğinden keskin sınırlı bir kılavuz olarak görülmemelidir (14).

## 4.2. OBEZİTE TİPLERİ

Vücuttaki yağ birikimine göre iki tip obezite tanımlanmıştır:

### 4.2.1. Jinoid Tip Obezite

Gluteal ve femur üzerinde yağ toplanmasına jinoid tip, kadın tipi, periferik tip, armut tipi veya femoral obezite denilmektedir (15). Bu obezite tipi hiperplastik yani yağ hücre sayısı artışı ile birlikte olan obezitedir (1). Jinoid obezite ile venöz dolaşım bozuklukları arasında anlamlı bir ilişki varken, obeziteden kaynaklanan diğer komplikasyonlar ile arasında herhangi bir anlamlılık yoktur (16).

### 4.2.2. Android Tip Obezite

Her iki cinste de batın bölgesinde yağ toplanması (göbeklenme); android tip, erkek tipi, santral, abdominal, sentripedal, elma tipi veya visseral obezite olarak adlandırılır (15). Android obezitede yağ hücreleri büyümüştür. Yani hipertrofik bir obezite tipidir (17). Hareketsizliğin de etkisiyle Türk kadınlarında yağlanma hem basen bölgesinde hem de göbek çevresinde meydana gelmektedir (16).

## 4.3. OBEZİTENİN EPİDEMİYOLOJİSİ

Son yıllarda birçok endüstri ülkesinde obezite ve fazla kilolu olma sıklığı artmakta ve bu olay birçok popülasyonu üzen bir sorun halini almaktadır. Güney ve Orta Amerika'nın ve Güneydoğu Asya'nın gelişmekte olan ülkelerinde, obezite artan refah düzeyi ve milli gelirin normal bir sonucu olarak ortaya çıkmaktadır (18).

Obezite, başta kardiovasküler ve endokrin sistem olmak üzere vücudun tüm organ ve sistemlerini etkileyerek çeşitli bozukluklara ve hatta ölümlere yol açabilen önemli bir sağlık problemidir. DSÖ tarafından en riskli 10 hastalıktan biri olarak kabul edilen obezitenin, yine aynı örgüt tarafından yürütülen son araştırmalarda kanserle yakın ilgisi olduğu da belirlenmiştir (19).

Dünya genelinde obezite görülme sıklığını (prevalans) etkileyen etmenler arasında; kalıtım, yaş, cinsiyet, besin tüketimi ve beslenme alışkanlıkları, yaşam tarzı ve/veya alışkanlıkları yer almaktadır (12). DSÖ verilerine göre, dünyada 400 milyonun üzerinde obez ve 1,6 milyar civarında da kilolu birey bulunmaktadır. 2015 yılında bu oranın 700 milyon obez ve 2,3 milyar kilolu bireye ulaşacağı düşünülmektedir (18).

Obezite her yaşta görülmektedir. Ancak tüm toplumlar için kabul edilen gerçek, yaşla birlikte obezitenin arttığı ve kadınlarda erkeklere oranla daha fazla görüldüğüdür (1).

Obezite, her toplumun özelliklerine göre farklılık göstermektedir. Toplumun yeme alışkanlıkları, içinde yaşanılan ortam, çalışma koşulları ve genetik faktörler epidemiyolojiye etki eden faktörlerdir. Diğer taraftan “ince olma” ve beden görünümüne ilişkin zihinsel uğraşlar, batılı toplumların kültürel etkileri ve yeme bozukluklarının görülme oranlarının artması da obezitenin oluşumunda kısmen sorumludur (16).

#### **4.3.1. Obezite Epidemiyolojisinde Dünyadaki Durum**

A.B.D Ulusal Sağlık İstatistikleri Merkezi (US National Center for Health Statistics) 2009-2010 yılları arasında sadece Amerika'da 20 yaş ve üzeri 41 milyon (%35.8) kadın ve 37 milyon (%35.5) erkek olmak üzere toplam 78 milyondan fazla (>%35) yetişkinin obez olduğunu bildirmektedir (17).

Davranışsal Risk Faktörü İzleme Sistemi (Behavioral Risk Factor Surveillance System: BRFSS) 2011 verilerinde ise Amerika'nın tüm eyaletlerinde obezite prevalansının %20'den az olmadığı rapor edilmektedir. Bu verilere göre Amerika'da obezitenin en düşük olduğu eyalet Colorado (%20.7) iken en yüksek seyrettiği bildirilen eyaleti ise Mississippi (%34.9) olarak belirtilmektedir. Tanınmış diğer eyaletlerinden New Jersey %23.7, New York %24.5, Kansas %29.6, Teksas %30.4 ve Kentucky %30.4 ile yüksek obezite prevalansı göstermektedir (10).

Meksika'da 20 ile 29 yaş aralığındaki 4804 erkek arasında obezite prevalansı konusunda yapılan bir araştırmada obezite prevalansının %22.5 pre-obez prevalans oranının ise %52.7 olduğu belirlenmiştir (20).

Nijerya'da 1355 kişi arasında yapılan benzer bir araştırmada obezite prevalansının %22.1, pre-obez prevalansının %55.1 olduğu bildirilmiştir (21).



Amerika kıtasında obezite hızla artış göstermeye devam ederken DSÖ'nün Asya, Afrika ve Avrupa bölgelerinde yapmış olduğu "MONICA" çalışması incelendiğinde bu çalışma obezite prevalansının 10 yılda %10-30 arasında hızla yükselişinin diğer kıtalar için de farklı olmadığını gözler önüne sermektedir. Sadece Avrupa bölgesinde yapılan çalışmalar değerlendirildiğinde yetişkinlerde pre-obez olma prevalansının benzer şekilde yüksek oranlarda seyretmekte olduğu görülmektedir. Bu oranlar erkeklerde %32-79, kadınlarda ise %28-78 arasında değişmektedir (10).

Buna karşın Kuzey Sırbistan'da yaş ortalaması 22.9 olan öğrenciler arasında yapılan bir araştırmada obez prevalansının %1.1' ve pre-obez prevalansının %21 olduğu bildirilmiştir (22).

Araştırmalar, obezitenin yetişkinlerde olduğu kadar çocuklar, ergenlik dönemindeki gençler arasında da önemli artış gösterdiğini bildirmektedir. Bu durumun özellikle çocuklarda 1970'lerdeki değerinden 10 kat fazla olduğu bildirilmektedir (10).

Sosyoekonomik gelişim doğrultusunda ortaya çıkan çevresel ve davranışsal değişiklikler, obezite sıklığının artmasındaki önemli nedenlerden biridir. Sıklığın en düşük olduğu ülkeler Çin (%3.8), Singapur (%6.7), Pakistan (%7-8), Rusya (%10) olup, en yüksek olduğu ülkeler Nuru ve Samoa'dır (%75.0). Yapılan bazı çalışmalarda, İngiltere'de obezite sıklığı % 29.0, Avusturya'da % 25.0 olduğu bildirilmiştir (12).

#### **4.3.2. Obezite Epidemiyolojisinde Türkiye'deki Durum**

Ülkemizde yetişkinlerde obezite prevalansını geniş çapta araştıran dört büyük çalışma bulunmaktadır. Türkiye'de Erişkinlerde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri Çalışması (TEKHARF), Türkiye Obezite ve Hipertansiyon Araştırması (TOHTA), Türkiye Diyabet, Obezite ve Hipertansiyon Epidemiyolojisi (TURDEP) Çalışması ve Türkiye Obezite Profili (TOAD) çalışmasıdır (23).

Türk Kardiyoloji Derneği tarafından yapılan ve 3681 kişiyi kapsayan TEKHFARF çalışmasında  $BKİ \geq 30 \text{ kg/m}^2$  obezite olarak tanımlanmış ve 30 yaşını aşkın Türk erkeklerinin dörtte birinde (%25.2), kadınların da yarıya yakınında (%44.2) obezite tespit edilmiştir. Orta yaşlı (31-49 yaş) ve yaşlı (50 yaş ve üzeri) gruplarda ayrı ayrı ele alındığında, bu prevalansın erkeklerde anlamlı biçimde değişmediği (%24.8 ve %25.7), kadınlarda ise önemli ölçüde arttığı (sırasıyla %38.0 ve %50.2) bildirilmiştir. Obezite

prevalansının zamanla yükseldiği, 1990'da benzer yaşta erkeklerde % 12.5 iken iki kat arttığı, 50 yaş ve üzerindeki kadınlarda ise prevalansın % 40'tan düşük iken % 50'ye yükseldiği belirtilmiştir (23).

1999-2000 yılları arasında 23.888 erişkin üzerinde yapılan TOHTA çalışmasında; 20 yaş üzeri kadınlarda obezite görülme sıklığı %35.4 olarak saptanmış ve erkeklere göre obezite riskinin 1.8 kat daha fazla olduğu belirtilmiştir (23).

TURDEP çalışması 20 yaş üzeri 24.788 birey üzerinde yapılmıştır. Bu çalışmaya göre, obezite prevalansı (BKİ 30 kg/m<sup>2</sup>) kadınlarda %29.9, erkeklerde %12.9 olarak belirlenmiştir. Aynı çalışmada santral obezite (bel çevresi: kadında 88 cm, erkekte 102 cm) açısından değerlendirme yapıldığında obezite prevalansı %34.3 (kadınlarda %48.4 ve erkeklerde %16.9) olarak saptanmıştır. Kadınlarda santral obezite sıklığının bu denli yüksek olması, başta kalp damar hastalıkları ve tip 2 diyabet olmak üzere kadın nüfusun yakın gelecekte karşılaşacağı önemli sorunlara işaret etmektedir (23).

TURDEP-2 çalışması ise kartopunun çığa dönüşerek üstümüze geldiğinin belgesi olarak karşımıza çıkmaktadır. Türkiye'de 12 yıl içinde obezite artışı kadınlarda %34, erkeklerde %107 olarak gerçekleşmiştir. Adrese dayalı nüfus kayıt sisteminin 2009 yılı verilerine göre ise obez nüfus %31.2, fazla kilolu nüfus %37.5 olarak bildirilmiştir (19).

Türkiye Obezite Araştırma Derneği (TOAD) tarafından, 2000-2005 yılları arasında 6 ilde (İstanbul, Konya, Denizli, Gaziantep, Kastamonu ve Kırklareli) 20 yaş üstü 13.878 bireyde yapılan "Türkiye Obezite Profili" çalışmasında bireylerin %30.9'unun BKİ<25 kg/m<sup>2</sup>, %39.6'sının (K:%34.5, E:%44.8) BKİ=25-30 kg/m<sup>2</sup> ve %29.5'inin (K:%34.5, E:%21.8) BKİ>30 kg/m<sup>2</sup> olduğu bulunmuştur. Bu çalışmadaki 7.306 birey bel çevresine (santral obezite) göre değerlendirildiğinde kadınlarda bel çevresi ortalaması 79.8 cm, erkeklerde ise 98.5 cm olarak tespit edilmiştir (23).

Ülkemizde 5 yılda bir tekrarlanan 15-49 yaş grubu kadınların çalışma kapsamına alındığı Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) sonuçları incelendiğinde de obezitenin kadın nüfusta giderek arttığı görülmektedir. Bu araştırma sonuçlarına göre, 15-49 yaş grubu kadınlarda fazla kiloluluk (BKİ=25.0-29.9 kg/m<sup>2</sup>) sıklığı 1998, 2003 ve 2008 yılında sırasıyla %33.4, %34.2 ve %34.4, obezite (BKİ≥30 kg/m<sup>2</sup>) sıklığı ise %18.8, %22.7 ve %23.9 olarak bulunmuştur. Kadınlarda obezite sıklığında son 10 yılda %5.1 artış olmuştur (23).

Tokat ilinde 18 yaş ve üzeri 530.000 kişiyi ifade edecek şekilde seçilen 1.095 kişi arasında yapılan bir araştırmada, BKİ' ne göre %40 normal kilolu, %36.6 fazla kilolu, %23.4 obez olarak saptanmıştır (24).

Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından "Sağlıklı Beslenelim Kalbimizi Koruyalım" araştırmasına göre (2004) yetişkin erkeklerde obezite görülme sıklığının %21.2, kadınlarda %41.5 olduğu tespit edilmiştir (10).

Diğer ülkelerde olduğu gibi ülkemizde de iç veya dış faktörlerden dolayı obezite prevalansı gün geçtikçe artış göstermeye devam etmektedir (10).

### **4.3.3. Obezitenin Maliyeti**

Amerika Birleşik Devletlerinde obezitenin doğrudan maliyetinin 70 milyar dolar olduğu veya sağlık harcamalarının %7 sini kapsadığı tahmin edilmektedir. Diğer ülkelere bakıldığında Fransa ve Avusturalya'da sağlık harcamalarının %2'sini, Hollanda'da %4'ünü kapsamaktadır ve obezite artık günümüzde kozmetik bir sorunun ötesinde bir hastalık olarak ele alınmaktadır (16).

Obezite ile ilgili harcamaların çoğu obezitenin neden olduğu fiziksel ve psikolojik hastalıklar ile ilgilidir ki bunların başında koroner kalp hastalıkları, diyabet, hipertansiyon ve bazı kanserler gelmektedir. Obeziteye bağlı en sık görülen psikolojik sorunlar ise klinik depresyon ve benlik saygısı düşüklüğüdür. Ayrıca toplumların obezlere yönelik önyargıları ve genel olumsuz bakış açısı bu grubun iş bulma güçlüğü yaşamasına, daha düşük ücretlerle çalışmak zorunda kalmalarına neden olarak obezitenin toplumsal maliyetini arttırmaktadır (25).

## **4.4. OBEZİTENİN ETİYOLOJİSİ**

Obezite temelde fiziksel inaktivite ve aşırı beslenmenin bir sonucu olmakla birlikte, bu iki faktörün ortaya çıkışını, dolayısıyla obezite oluşumunu kolaylaştıran bireysel ya da toplumsal olmak üzere pek çok faktörün de katkıları vardır. Çok sayıda epidemiyolojik çalışma yaş, cinsiyet, etnik köken, sosyo-kültürel faktörler (eğitim düzeyi, gelir, medeni durum), biyolojik faktörler, davranışsal faktörler (diyet, sigara, alkol tüketimi, fiziksel

aktivite) gibi faktörlerin fazla kilo ve obezite gelişiminde rol oynadıklarını göstermiştir (16).

Obezitenin giderek epidemik halini almasının altında kolay yaşam şekli nedeniyle aktivite azalması ve fazla kalori alımı ile ayaküstü yeme alışkanlıklarının artması önemli rol oynar. Obezitenin ortaya çıkması için enerji alımının enerji harcanmasından fazla olması gerekir. Genetik eğilim ve çevresel faktörler obezite gelişiminde rol alırlar. Kalıtımın %35 rol oynadığı ve modifiye edici genlerin de %15 rol oynadığı düşünülürse geri kalan %50 olguda çevresel faktörler ve yaşam tarzının etkili olduğu ortaya çıkar (26).

#### 4.4.1. Genetik Faktörler

Genetik faktörlerin obezite sıklığını önemli ölçüde etkilediği düşünülmektedir. Bu nedenle ikizler üzerinde çalışmalar yapılmıştır. Evlatlık verilen ve kendi ailesiyle yetişen ikizlerin, ayrı çevrede yetişmesine rağmen şişman olduğu belirlenmiştir. Çocuklardaki yağ oranının ailelerinin yağ oranı ile benzer olduğu ve obez bir kişinin çocuklarının obez olma olasılığının, obez olmayanlardan 2-3 kat fazla olduğu saptanmıştır (27).

Obezitenin % 25-40 oranında kalıtsal olarak geçtiği gösterilmiştir. Enerji alımı, metabolik hız ve spontan fizik aktivitede de genetik etki vardır. Aynı çevrede yaşayan ve benzer şekilde beslenenlerin vücut ağırlıklarındaki bireysel farklılıklar sahip oldukları genetik yapıdan kaynaklanır. Fizik aktivite ve diyet genetik yapı etkisi altında vücut ağırlığı ve kompozisyonunu şekillendirmektedir. Bazı genlerde görülen varyasyonlar obeziteye genetik yatkınlık yaratabilir. Bu genetik yatkınlık enerji denkleminde enerji alımını ve/veya enerji harcamasını etkiler (28).

İkizler ve evlat edinilmiş çocuklarla yapılan çalışmalarda çekirdek ailede obezite geçişinin %30-50, evlat edinilmiş çocuklarda %10-30, ikizlerde ise %50-80 olduğu gösterilmiştir. Obezite etyolojisindeki en önemli faktörlerden birisi ebeveynlerin obez olmasıdır. Her iki ebeveyni obez olan çocuklarda obezite gelişme sıklığı %80, ebeveynlerden birisi obez olanlarda %40, her iki ebeveyni de obez olmayanlarda ise %7 olarak tespit edilmiştir (3).

Birinci derece akrabalarda, obezite ya da aşırı kilo olduğunda obez olma riski “lambda coefficient” diye adlandırılan istatistik metotla hesaplanabilmektedir. Bu yöntem, biyolojik akraba obez olduğunda, diğer bireylerdeki obez olma risk oranını,

populasyondaki risk ile karşılaştırmaktadır. Bu konuda yapılan bir araştırmada, 840 obez bireyin 2.349 birinci derece akrabasından elde edilen risk oranlarının toplumdakinden iki kat fazla olduğu gösterilmiştir. Ayrıca o bireydeki obezitenin ciddiliğine bağlı olarak da risk artmaktadır. Aşırı obezite riski (BKİ>45 kg/m<sup>2</sup>), aşırı obez kişilerin ailelerinde 8 kat daha yüksek bulunmuştur. Kanada'da 15.245 kişiyle yapılan bir çalışmada, obezitenin ailesel riskinin obezlerin akrabalarında, genel topluma göre 5 kat daha yüksek olduğu gösterilmiştir (29).

#### **4.4.2. Beslenme Alışkanlıkları**

Ülkemiz, beslenme durumu yönünden hem gelişmekte olan, hem de gelişmiş ülkelerin sorunlarını birlikte içermektedir. Türkiye'de halkın beslenme durumu bölgelere, mevsime, sosyoekonomik düzeye ve kentsel-kırsal yerleşim yerlerine göre değişmektedir. Bu durumun temel nedenlerinin başında gelir dağılımındaki dengesizlik gelmektedir. Beslenme sorunlarının niteliği ve görülme sıklığı değişmektedir. Ayrıca beslenme konusundaki bilgisizlik, hatalı besin seçimine, yanlış hazırlama, pişirme ve saklama yöntemlerinin uygulanmasına neden olmakta, beslenme sorunlarının boyutlarının artmasına yol açmaktadır (27).

Anne rahminde olduğu dönemden itibaren bebeğin beslenme şekli, yaşamın daha sonraki dönemlerindeki beslenme alışkanlığını etkilemektedir. Süt çocukluğu dönemindeki karışık ya da yapay beslenme obezite riskini artırırken, anne sütüyle beslenme obeziteye karşı koruyucu etki göstermektedir. Öğün sıklığı ve düzeni de beden ağırlığını etkileyen önemli faktörlerdendir. Günde üç veya daha fazla beslenen, öğünlerini düzenli tüketen kişilerde, günde bir veya iki kez, düzensiz beslenen kişilerden daha az sıklıkta obeziteye rastlanmaktadır (30).

Genetik yatkınlıkla beraber beslenme alışkanlıklarındaki değişiklikler son yıllarda üzerinde en çok durulan faktörlerdir. Bebeklik döneminde diyetin (ve özellikle aşırı beslemenin) ileride obezite riski taşıdığı hipotezi sık olarak düşünülmüştür, ancak erken diyetin çocukluk çağı sonrasında obezite gelişimine etkisini gösteren çok az sayıda çalışma vardır (3).

Charney ve ark. bebekken 90. persantilin üzerindeki bebeklerin %36'sının erişkin hayatta obez olduğunu, bunun yanında normal ve zayıf bebeklerde bu oranın %14'te kaldığını göstermişlerdir (31).

Alınan enerjinin kullanılmasını, bazal metabolizma hızı, fiziksel aktivite, beslenmenin termik etkisi belirler. 24 saatlik enerji harcamasının, % 73'ünü bazal metabolizma, %15'ini termik etki, % 12'sini fiziksel aktivite sağlar. Bazal metabolizma ilerleyen yaşla azalır (32).

Tahıllar dünyada genellikle tüm ülkelerin temel gıdası olması nedeniyle sıklıkla zenginleştirilen ürünlerdir ve ortalama günlük enerjinin %50'sini sağlamaktadır. Türkiye'de de günlük enerjinin % 44'ü ekmekten, % 58'i ise ekmek ve diğer tahıllardan gelmektedir. Yıllar içerisinde gıda tüketim eğilimi incelendiğinde ekmek, süt-yoğurt, et, taze sebze ve meyve tüketiminin azaldığı; kurubaklagiller, yumurta ve şeker tüketiminin ise arttığı söylenebilir. Genelde toplam yağ tüketim miktarında önemli farklılık olmamasına karşın bitkisel sıvı yağ tüketim miktarının katı yağa oranla arttığı gözlenmektedir. (33).

Sık sık ve az miktarda yeme durumunda insülin salgısı kısmen az olur, ancak az sayıda ve çok miktarda yeme ile insülin salgısı daha fazla olur ve obeziteye eğilim artar. Özellikle diyetle yağ alımının artmasının obezite ile birlikte olduğuna dikkat çekilmiştir. Yağ içeriği yüksek gıdaların daha lezzetli olması aşırı tüketime neden olmaktadır. Yeme davranış bozuklukları da aşırı ve dengesiz beslenme nedeniyle obeziteye neden olur. Sebze ve meyve tüketiminin azalması, ev dışı iş yemeklerinin sıklaşması, hızlı yemek yeme ve gece yemek yeme alışkanlığı obeziteye neden olan diğer faktörler olarak karşımıza çıkmaktadır (26).

Fast food şekli beslenme ve abur-cubur atıştırmalar, çabuk yemek yeme gibi yanlış yeme alışkanlıkları, besinlere ulaşımın kolaylaşması obezite oluşumunda etkili olmaktadır. Bir araştırmada, gece uykudan uyanıp yeme alışkanlığının fazla kilolularda (%18) normal kilolulara (%4) göre önemli düzeyde yüksek ( $p<0.05$ ) olduğu bulunmuştur (34).

Fisher ve ark.(2002) ebeveynlerin kendi beslenme alışkanlıkları ve çocuklarına baskı uygulamaları gibi faktörlerin 5 yaşındaki kız çocuklarının sebze ve meyve tüketimleri üzerindeki etkilerini belirlemek amacıyla yaptıkları araştırmada 191 aileyi incelemişlerdir. Sonuçta sebze ve meyve tüketiyor olmalarının çocuklarında da benzer tüketim özellikleri görülmesine yol açtığı, ebeveyn baskısının ise çocukların sebze ve

meyve tüketimini azaltıcı etki yaptığı, sebze ve meyve tüketiminin artmasıyla mikro besin elementleri alımının da arttığı, yağ alımının ise azaldığı tespit edilmiştir (35).

#### 4.4.3. Fiziksel Aktivite

DSÖ; vücut ağırlığının korunmasında enerji dengesinin düzenli fiziksel aktivite ile dengelendiğini ve fiziksel aktivitenin, enerji döngüsünün önemli bir parçası olduğunu belirtmiştir (28).

Ekonomik olarak gelişmiş toplumlarda yaşayan insanlar, gelişmekte olan toplumlardaki denklere göre daha çok obez olma eğilimindedirler. Modernleşen toplumlarda insanların giderek daha obez olduklarını gösteren küresel örnekler ortaya çıkmaktadır (26).

Televizyon, elektronik oyunlar ve bilgisayar başında harcanan zaman sedanter yaşamı meydana getirmekte ve sedanter yaşam obezitenin bir risk faktörü olabileceği gibi eşlik eden bir durum da olabilmektedir. Sedanter yaşam tarzının çocuklarda yaygın olması sosyal, çevresel ve psikolojik nedenlerle açıklanabilir. Endüstrinin makineleşmesi, evlerde iş kolaylaştırma aletlerinin çoğalması, ulaşım kolaylıkları, araba kullanımının ve televizyon izlemenin yaygınlaşması, aktivitenin ve enerji harcanmasının azalmasına yol açmaktadır (36).

Yapılan bir çalışmada obezitenin başlamasında fiziksel inaktivitenin sorumluluk payının %67.5 gibi çok önemli bir oran olduğu tespit edilmiştir (37).

1000 kişi ile yapılan bir prospektif çalışmada hafta içi günde 2 saatten fazla televizyon izlemenin 26 yaşında %17 fazla ağırlık, %15 düşük form, %15 artmış serum kolesterol düzeyleri ve %17 sigara içiminden sorumlu olduğu gösterilmiştir (38).

Televizyon izleme, sedanter yaşam ve seyirle beraber yeme aktivitesi nedeni ile obezite riskini arttıran bir faktördür. Televizyon izlerken atıştırma davranışı ve televizyon izlerken yenen besinlerin yüksek yağ, şeker ve tuz içermesi enerji alımı ve harcanması arasındaki dengesizliği arttırmaktadır (28).

Hu ve ark.(2003)'ün yaptıkları çalışmada kadınların televizyon seyretme ve diğer hareketsiz yaşam tarzı alışkanlıkları ile şişmanlık arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla BKİ'yi 30'un altında olan 50277 kadını araştırma kapsamına almışlar ve 1992-1998 yılları arasında izlemişlerdir. Araştırma sonunda kadınların %7,5'inde şişmanlık geliştiği, TV

seyredilen sürede günde 2 saatlik her artışın şişmanlık riskinde %23, oturarak yapılan iş süresinde günde 2 saatlik her artışın da %5'lik artışa neden olduğu, günde 1 saatlik sıkı yürüyüş seanslarının ise şişmanlık riskinde %24'lük azalma sağladığı ortaya çıkarılmıştır (35).

Bazı araştırmalarda, obezite sıklığının çalışan kadınlara göre ev kadınlarında 2 ila 2.5 kat daha fazla bulunduğu belirtilmektedir (39).

Epidemiyolojik çalışmalara göre erkekler arasında kilo fazlalığına en fazla sedanter hayat yaşayanlarda rastlanmaktadır (40).

Ülkemizde yapılan çalışma verilerine göre, 20-29 yaş kadınların % 50'sinin aktivitesi çok hafif ve hafif, %45'nin orta ve ancak % 5'nin aktivite düzeyi orta üzerinde bulunmuştur. Erkeklerin fiziksel aktivitesi daha fazla ise de aktivite düzeyi yaş ilerledikçe azalmaktadır (41).

#### **4.4.4. Sosyoekonomik-Kültürel Etmenler**

Ailelerin beslenme düzeni, toplumların yeme alışkanlıkları, yaşanılan ortam, genetik yapı, iş koşulları, öğrenim düzeyi obezite sıklığını etkilemektedir (27).

Sosyoekonomik düzey ve obezite arasında değişken sonuçlar bulunmuştur. Bu sonuçların bazıları yüksek sosyoekonomik düzeyde ve bazıları da düşük sosyoekonomik düzeyde obezite prevalansının arttığı görüşündedir. Ancak gelişmekte olan ülkelerde yapılan obezite prevalans araştırmalarında 50 ülkeden 32'sinde obezite prevalansının %2,3'ün altında olduğu ve bu ülkeler için obezitenin bir sorun teşkil etmediği ifade edilmiştir. Ebeveynin eğitim durumu ve meslek sahibi olmaları ile obezite arasındaki ilişki için de farklı iddialar olsa da, zor yaşam şartlarında ve kötü ortamlarda büyüyen çocukların obezite riskleri daha yüksektir (42).

Az gelişmiş veya gelişmekte olan ülkelerde şişmanlık, halkın daha çok doygunluk isteğinin tatmin edilmesine bağlı olarak karbonhidrattan zengin besinlerin aşırı tüketilmesi, öğün atlanması ve bazı öğünlerde çok yenilmesi, yani düzensiz beslenme şeklinden olabilmektedir. Gelişmiş ülkelerde ise sağlıklı beslenme bilincinin yerleşmediği düşük sosyoekonomik gruplarda yanlış beslenmenin yanı sıra teknolojik gelişmelerin doğrultusunda pek çok işin makinelerle yapılması sonucu hareket azlığı da şişmanlığın oluşmasında önemli bir etkidir (35).



Son 20 yılda, modern batı ülkelerinde olduğu gibi ülkemizde de, sosyoekonomik durum ve yiyecek alışkanlıklarının değişmesi ile birlikte obezite oranlarında artış görülmüştür. Yaş, sosyoekonomik durum ve ırka bağlı olarak farklılık görülse bile, 20 – 55 yaş grubu arasındaki kadınlarda obezite oranlarında 2 kat artış görülmektedir. Bu artış özellikle düşük sosyoekonomik düzeydeki kadınlarda, üst düzey gelir grubundakilere göre 2,5 kat daha fazla olmuştur (43).

Yapılan bir çalışmada, gelir düzeyi arttıkça, obezite sıklığı artmakta; buna karşılık, öğrenim düzeyi arttıkça obezite sıklığı azalmaktadır sonuçlarına ulaşılmıştır (28).

Bir başka çalışmada; gelişmiş toplumlarda öğrenim düzeyi ve gelir azaldıkça obezite oranlarında artış görüldüğü sonucuna ulaşılmıştır (43).

Ülkemizde obezitenin sosyoekonomik olarak orta düzeydeki ailelerde görülmesi ülkemizdeki orta sosyoekonomik düzeydeki insanların gelişmiş ülkelerdeki yoksul kesim gibi beslendiğini düşündürmektedir (16).

#### **4.4.5. Yaş**

Vücuttaki yağ dokusunun hacmi, yağ hücrelerinin sayıları ve büyüklükleri ile ilişkilidir. Yağ hücrelerinin sayısı doğum öncesi ve doğumu izleyen ilk yıllarda artış gösterir. Bu artış ergenliğe kadar devam etmektedir. Çocukluk çağı şişmanlığı büyük oranda erişkinlik dönemine sarkmaktadır. Bu nedenle yaşam boyu şişmanlığın önlenmesi için çocukluk ve ergenlik çağında şişmanlığa dikkat edilmelidir. Yaş ilerledikçe bazal metabolizma hızı yavaşlamakta ve enerji harcaması azalmaktadır (35).

Yaşın ilerlemesiyle birlikte obezite prevalansında artış görülür. En yüksek vücut ağırlığı artışı her iki cinsiyette de 25-34 yaş arasında olur. Kadınlar erkeklere göre daha çok vücut yağı depolarlar ve erkeklere göre obez olma eğilimleri daha yüksektir (26).

Genel olarak obezite sıklığının yaşlanmayla arttığı gözlenmiştir. 55-59 yaş grubunda en yüksek (% 34.8) olmak üzere, orta (40-55 yıl) yaş gruplarında çalışma kapsamındaki bireylerin % 30'unun obez olduğu görülmüştür (12).

#### 4.4.6. Cinsiyet

Şişmanlık her iki cinsten de görülebilmektedir. Kadınlar erkeklere oranla daha fazla yağ depoladıkları için, kadınlarda obezite prevalansı erkeklere oranla daha yüksektir (16). 18 yaşındaki erkeklerin vücut ağırlığının % 15-18'ini, kızların % 20-25'ini yağ dokusu oluşturmaktadır Kadınlardaki yağ oranı erkeklerden fazladır (28).

Kızlarda puberteden sonra kilo alımı erkeklere oranla daha fazladır. Gebelik ve emzirme dönemlerinde alınan kilolar da verilememekte ve obezitenin görülme sıklığı yükselmektedir. Yaşın ilerlemesi her iki cinsiyette de aktivite azalması sonucu, enerji harcanmamasına neden olmaktadır (32).

#### 4.4.7. İlaçlar

Ağırlık artışı birçok ilacın kullanımı sırasında yaygın olarak görülen fakat genellikle dikkat edilmeyen önemli bir yan etkidir. Bu tedavilerin birçoğu iştah merkezindeki nörotransmitterleri etkilerken bir kısmı da enerji kaybında azalmaya neden olarak obeziteye yol açarlar (26).

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

- ✓ 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 (3).

İlaç nedenli obezitede yer alan teorik mekanizmalar ise; Serotonerjik ve dopaminerjik aktivitede azalma, yağ asitlerinin beta oksidasyonunun bozulması ve substrat oksidasyonundaki diğer değişiklikler, sempatik sinir sistemi aktivitesinin azalması, enerji sarfiyatının azalması, sedasyon, ağız kuruması ve kalorili içeceklerin alımının artmasına neden olan antikolinerjik yan etkiler, hipotalamik leptin ve nöropeptid Y aktivitesinde değişiklik şeklinde özetlenebilir (28).

#### **4.4.8. Sigara**

Obezitenin sigara kullanımı ve bırakılması ile de bağlantısı olduğu düşünülmektedir. Sigaranın bırakılmasını izleyerek iştah artar. Sigara, Tiroid Stimulan Hormon (TSH) aktivitesini ve metabolizmasını artırır. Sigara bırakıldığı zaman bunlar normale döner. Sigara içenlerde tiroid aktivitesindeki artış enerji harcamasının artmasına, böylece obeziteden korunmaya neden olabilir. Bununla birlikte sigara içmek bir zayıflama yöntemi değildir (44).

Sigarayı bırakanlarda vücut ağırlığında artışa çok fazla rastlanmaktadır. Araştırmalara göre sigarayı bırakma obezite oranını, sigara içmeyenlere göre ortalama iki kat artırır (26).

MONICA (Monitoring of Trends and Determinants in Cardiovascular Disease) çalışmasında 35-64 yaş arasında kadın erkek her iki popülasyonda sigara içenlerin BKİ'si içmeyenlere göre 2-3 kat daha az bulunmuştur (16).

Öte yandan psikodinamik açıdan tütün bağımlılığı olanlarda bağımlılık, güvensizlik, yetersizlik, güçsüzlük, edilgenlik duyguları ile “oralite”, çekingenlik, utangaçlık, suçluluk, günahkarlık duyguları ile “ödipal” özelliklerin daha çok olduğu ileri sürülür. Bu nedenle sigarayı bırakanların oral doyum amacıyla sigara yerine besin (özellikle besleyici değeri yüksek besinler) almaları obeziteye yol açabilir (3).

#### **4.4.9. Alkol**

Kesin kanıt olmamasına karşın orta ve aşırı alkol alımı ile kilo artışı arasında ilişki olabileceği düşünülmektedir (26).

Tolstrup ve ark. yaptığı bir çalışmada tüketilen alkol miktarı ile BKİ arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur. Ancak az miktarda ve sıkça alınan alkol ile BKİ arasında ters bir ilişki saptanmıştır. Buradan anlaşılıyor ki toplam tüketilen alkol miktarı arttıkça BKİ artmakla birlikte, az ve sık alkol tüketim paterni BKİ' ni azaltmaktadır (45).

Başka bir çalışmada; obezite durumu ile alkol kullanımını arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (27).

#### **4.4.10. Çevresel Faktörler**

Son yirmi yılda obezitenin prevalansında meydana gelen artış ancak çevresel faktörlerle açıklanabilir. Çevresel faktörlerden kasıt en yakın çevre olan aile, arkadaş çevresi ve televizyondur. İnsanlar çevresel faktörlere anne karnından itibaren maruz kalmaya başlarlar. Bu nedenle obeziteyi etkileyen çevresel faktörleri de bu en erken dönemden itibaren incelemek doğru olacaktır. Prenatal dönem obezite gelişiminde kritik ve duyarlı bir dönemdir. Annenin diyabetik veya obez olması ve hamilelik sırasında aldığı kilo obezite riskini arttırmaktadır. Erken hamilelik döneminde malnütrisyonu maruz kalan annelerin çocukları hayatın ilerleyen dönemlerinde daha fazla obez olma riskine sahiptirler. Benzer şekilde intrauterin dönemde hiperglisemiye maruz kalan çocuklar da çocukluk döneminde glikoz intoleransı geliştirirler ve obez olma riskleri artar. Bu değişikliklerin mekanizmaları tam anlaşılmamıştır (46).

Ayrıca çevre kirliliği ile insanlara bulaşan maddeler gıda yolu ile alındıklarında en çok depolandıkları yerler yağ dokularıdır (28).

#### **4.4.11. Stres**

Emosyonel stres, depresyon ve mental hastalıklar, ekonomik ve sosyal sorunların ortaya koyduğu bunalım ve gerginlikler kolay besin ve çabuk yemek yeme gibi yeme alışkanlığını olumsuz yönde etkileyerek obezite oluşumunda etkili olmaktadır (16). Depresyon vakalarının yaklaşık % 10-20'si olarak ağırlık artışı ile ilişkilidir (28).

#### 4.4.12. Psikolojik Durum

Obez bireylerin psikolojik durumları ile kilo almaları arasında sıkı bir bağlantı vardır. Stres, anksiyete, depresyon gibi çeşitli psikiyatrik davranış değişiklikleri hipotalamik merkezleri etkileyerek yeme alışkanlıklarını değiştirmekte ve obeziteye sebep olabilmektedir (26).

Psikanalitik araştırmalarda obezite kişilik bozukluğunun psikosomatik bir semptom kompleksi olarak kabul edilmiştir. Obez hastalar arasında çok geniş ve dinamik yapısal farklılıklar olmasına karşın bu hastaların ego yapıları belirgin olarak anoreksi hastalarından ayırt edilebilmektedir. Obez hastaların ailesinde patolojik narsistik aile şekli tespit edilmiştir. Obez hastaların ego çatışmalarını anorektik hastalar gibi içgüdüsel aşırı kontrol ile değil, içgüdüsel zevkle kontrol etmeye çalıştıkları belirtilmiştir. Ayrıca şişman hastalar suçluluk duygularını açlık, kusma ya da laksatif kullanarak değil; bunun yerine dürtülerini kontrol edememenin sorumluluğunu inkar etme yolu ile kompanse ederler. Etkisiz egoları sebebiyle şişmanların sonu gelmeyen diyet girişimleri genellikle bireysel kontrolünün yetersizliğinin bir göstergesidir (16).

Psikanalize giren hastaların verileri incelendiğinde, bilinç dışı olarak terapist dahil herkesi potansiyel “eleştiren ebeveyn” olarak algılama eğiliminde oldukları bildirilir. Bu yansıtımlı özdeşimin bir şeklidir. Şişmanlardaki inkar savunması çok katlıdır ve diğer savunmalarla bağlantılıdır. Kendi kendine alay etme, komiklik, şaka yapma diğer insanlardan gelecek eleştirilere karşı bir savunmadır. Aşırı kilolu insanlar genellikle neşeli olarak düşünülürler ama eşit derecede depresif ve endişelidirler (28).

Ruhsal durumla yemek seçimi, yeme miktarı ve yeme sıklığı arasında, fizyolojik ihtiyaçlardan bağımsız bir ilişki mevcuttur. İnsanda yeme davranışının anksiyete, neşe, üzüntü, öfke, depresyon gibi farklı duygulara göre değiştiği yaygın olarak kabul edilmektedir. Emosyonel durumla bağlantılı olan yemek yeme davranışı emosyonel yeme olarak tanımlanmaktadır. Emosyonel yemenin beden ağırlığı ile ilişkili olduğu birçok çalışmada gösterilmiştir. Çalışmalarda sıkıntı, depresyon, yorgunluk sırasında yeme miktarında artma, korku, gerilim ve ağrı sırasında azalma olduğunu bildirilmektedir. Bu durum üzüntü ve neşenin yeme davranışını etkilediğini göstermektedir (47).

Yapılan bir çalışmada yetişkin kadınların %83,8'inin üzüntülü ve stresli olduklarında, %49,6'sının sevinçli ve heyecanlı olduklarında besin alımlarında değişiklik

yaptıkları, üzüntülü ve stresli olduklarında daha çok ve sık yemek yiyenlerin BKİ değerlerinin, değişiklik yapmayan ve besin alımlarını azaltan kadınlardan önemli düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur (28).

Kısa sürede, kontrol dışı ve rahatsız oluncaya kadar yeme (binge eating) ve bilinçsiz diyet kısıtlamaları psikopatolojik yeme bozuklukları için önemli sorun kaynağıdır. Binge eating, Amerika ve gelişmiş batı ülkelerinde ergenlik çağındaki erkeklerde %7-32, kızlarda %17-32 olup, bazı araştırmalarda kızlarda %61,6'ya kadar yükselmektedir (16).

Şişmanlığın estetik yönden olumsuz değerlendirilmesi, özellikle ergenlik çağındaki kızlarda psikolojik sorunlara yol açmaktadır. Yeme bozukluğu ve depresyon gibi bazı ruhsal sorunlar, şişman kişilerde normal kiloda olanlara oranla daha sık görülmektedir. Diğer yandan ruhsal hastalıklar da yeme davranışının ve egzersiz alışkanlıklarının değişmesine yol açarak şişmanlığın gelişmesine etkide bulunabilmektedir (35).

Obez bireyler diğer kişilerin kendilerinden tiksindiklerini ya da küçük gördüklerini düşünmektedirler. Obeziteye karşı olumsuz sosyal tutumlar obezlerde bu duyguların pekişmesine yol açmakta ve obeziteye ilişkin ağır zihinsel uğraşlar bireyde benlik saygısının azalmasına, olumsuz bir kendilik kavramının gelişmesine neden olmaktadır. Beden imajından hoşnutsuzluğun somut ölçüsü ise “aynadan kaçmak”tır (16).

Ayrıca neredeyse tüm dünya uluslarında güzellik ince olmakla eş değer görülmekte, bedenlerine ve kilolarına dikkat edenlerin bedenlerini ve kendilerini sevdikleri, buna bağlı olarak ta benlik saygılarının yüksek olduğu düşünülmektedir. Tersine obezlerin çoğunlukla tembel, hatta aptal ve kötü oldukları düşünülmekte, birçok örneğinde de görüldüğü gibi, obezler toplumda alay konusu edilmektedir. Yukarıda sayılan nedenler ve medyanın ince insan imajını sürekli gündeme getirmesi gibi birçok faktörün etkisiyle obezlerin sosyal ön yargılara maruz kaldıkları; iş, eş ya da arkadaş bulma sorunlarının olduğu, daha az eğitim aldıkları ve daha az gelir getiren işlere sahip oldukları belirtilerek obezitenin psikososyal boyutuna dikkat çekilmektedir. Tüm bunlar obezlerin, beden imajı doyumlarının yanı sıra benlik saygısını ve sonuçta yaşamlarının kalitesini etkilemektedir (48).

#### **4.5. OBEZİTE KOMPLİKASYONLARI**

Aşırı vücut ağırlığı ve obezite, yol açtığı sonuçlar nedeniyle yaygın olarak gözlenen en önemli sağlık sorunlarından biridir. Birçok sistemi etkilemekte ve istenmeyen sonuçlara

neden olmaktadır. Önlenemediği ve tedavi edilmediği takdirde yaşam süresini kısaltmakta ve yaşam kalitesini azaltmakta, dolaşım sistemini, hormonal sistemi ve sinir sistemini etkileyerek birçok hastalığa neden olmaktadır. Tip 2 diyabet, hipertansiyon, koroner kalp hastalığı, hiperlipidemi, karaciğer hastalığı, bazı kanser türleri ve obstrüktif uyku apne sendromu gibi hastalıklar bunlardan bazılarıdır (49). Obezite ile ilişkili sağlık sorunları Tablo 4.2.'de verilmiştir (12).

**Tablo 4.2: Obezite ile İlişkili Sağlık Sorunları**

<b>Kalp-Damar Sistemi</b>	Yüksek Tansiyon Koroner Kalp Hastalığı Serebrovasküler Hastalık Varikoz Venler Derin Ven Trombozu
<b>Solunum Sistemi</b>	Solunum Güçlüğü Uykuya Bağlı Hipoventilasyon Uyku Apnesi Obezite Hipoventilasyon Sendromu
<b>Sindirim Sistemi</b>	Hiatus Hernia Safra Taşları Yağlı Karaciğer Ve Siroz Kolorektal Kanser
<b>Metabolik</b>	Dislipidemi İnsülin Direnci Tip 2 Diabetes Mellitus Hiperürisemi
<b>Hormon Sistemi</b>	Artmış Adrenokortikal Aktivite Değişmiş Dolaşan Seks Steroidleri Ve Bağlı Globülin Meme Kanseri Polikistik Over Sendromu (PCOS)
<b>Hareket Sistemi</b>	Osteoartrit Sinir Sıkışması
<b>Böbrekler</b>	Proteinüri
<b>Üreme Ve İdrar Sistemi</b>	Endometriyal Kanser Prostat Kanse Stres İnkontinansı
<b>Deri</b>	Akantozis Nigrikans Lenfödem Ter Döküntüleri

## 4.6. BENLİK KAVRAMI VE KURAMSAL AÇIKLAMALAR

Kişi yaşam boyunca gelişen bir varlıktır ve bu süreç boyunca iyi bir benlik gelişimi ruh sağlığı açısından önemlidir (50).

Literatürde “öz kavram” veya “benlik kavramı” şeklinde belirtilmekle beraber çeşitli kaynaklarda “benlik bilinci”, “benlik tasarımı”, “kendilik anlayışı” ya da “güven duygusu” olarak geçmektedir (51).

Benlik kavramı kişinin kendisine yönelik tutum ve davranışlarla ifade edilen, kişisel değerleri hakkındaki yargısıdır. Bu özel bir deneyimdir ve öğrenilmiş bir şeydir. Diğerlerine sözel bildirimler ve açık davranışlarla iletilir. Benlik kavramı içinde benlik saygısı, kimlik, benlik imgeleri, benlik ülküleri ve ahlak girmektedir. Benlik kavramı, bireyin değerleri, ülküleri, duyguları, tutumları gibi bütün nitelikleri içerir ve kişiler arası ilişkilerine damgasını vurur. Kişinin kendisinin ne olduğu sorusuna verdiği kendi yanıtıdır. Yaşamda elzem-haz dengesini korumak, benlik saygısının sürdürülmesini sağlamak, işlevselliği belli düzeyde tutmak için deneyimlere ait verileri organize etmek gibi amaçlara hizmet etmektedir (52).

Kavramla ilişkili sorular Yunanlılara, özellikle Aristo’ya dayanır ve Aristo’nun psikoloji ve diğer konular hakkındaki yazılarında yer alır. Aristo’nun, insan davranışlarının fiziksel ve fiziksel olmayan yanını ayırt etmesi, diğer filozofların bilinçliliğin, düşüncenin ve bilginin doğası hakkında kuramlar geliştirmesine rehberlik etmiştir. Yüzyıllar sonra, Aristo’nun bu konudaki görüşleri, Descartes tarafından güçlendirilmiştir. Ünlü sözü, “düşünüyorum o halde varım” sadece akıl ve beden arasındaki farkı vurgulamaz; aynı zamanda onlar arasındaki ilişkiyi de vurgular. Descartes’e göre, bizim kendi düşüncelerimizle ilgili farkındalığımız, düşünmek gibi sadece fiziksel olmayan benliği ifade etmez, aynı zamanda benliğin bulunduğu fiziksel bir varoluşu da ifade eder (53).

Psikolojide benlik konusuna ilişkin ilk açıklamalar psikolog William James’e aittir. James’e göre; benlik en geniş anlamıyla, kişinin kendisinin ne olduğunu söyleyebileceği her şeyin toplamıdır (54). James’e göre, bedensel benlik (bodily self) özyaşantının (self-experience) 3 kategorisinden birinin içindedir. Bu üç kategoriden birincisi “maddesel ben” (material me)’dir. James, bireyin maddesel olarak sahip olduğu yaşantıların sadece bedeninden ibaret olmadığını, aynı zamanda evi, ailesi ve çevresindeki fiziksel nesnelere de kapsadığını belirtmiştir. Özyaşantının ikinci kategorisi “sosyal ben” (social me)’dir.



Burada kişinin başkalarının ve kendinin gözünde kimliğinin farkında olması söz konusudur. James'e göre, başkalarının kişiyi nasıl gördüğüne ilişkin değerlendirmelerinin sonucu kendinin farkında olması, kas gerginliği kadar gerçektir. Üçüncü kategori olan "ruhsal ben" (spiritual me) daha belirsizdir, fakat genellikle bireyin kendi zihinsel süreçlerinden ve duygularından haberdar olmasını ifade eder (53).

Rosenberg'e (1965) göre benlik kavramı, bireyin bir nesne gibi kendisine yönelttiği duygu ve düşüncelerinin bir toplamıdır. Freud'a göre benlik, id, ego ve süperegoyu da kapsayan bir yapı olarak ele alınmaktadır. Allport (1968) benliğin gelişimini bebeklik, okul öncesi, okul yılları ve ergenlik dönemleri içinde ele alıp inceler. Benlik ile egoyu eşanlamda kullanır. Adler'e göre, benlik yaratıcı bir güçtür. Bütünleşmiş ve bağdaşıklık sağlamış olan yaratıcı ben, kişiliğin öncüsüdür. Benliği kişiliğin bütün sistemlerini çevresinde toplayan bir merkez gibi gören Jung (1953), bu sistemleri bir arada tutarak kişiliğin bütünlüğünü koruyan bir güç olduğunu da vurgulamaktadır. Horney ise, benliğin yetişkin dönemde de gelişimini sürdürdüğünü belirtir ve bireylerde doğuştan kendini gerçekleştirme gücü olduğunu vurgular (55). Kuzgun (1983), benliği, bir kimsenin çeşitli özelliklerinin kendisinde bulunuş derecesi hakkındaki değerlendirmelerinin tümü, kısacası kişinin kendisini algılama biçimi olarak tanımlamaktadır. Yörükoğlu'na (1986) göre benlik kavramı, insanın kendi benliğini algılayış ve kavrayış biçimidir. Yani kişinin kendini nasıl görüp, nasıl değer biçtiğini anlatır (56). Purkey, "Her insanın kendi varlığı hakkında doğru olduğuna inandığı, öğrenilmiş inanışların, yaklaşımların, fikirlerin kompleks, organize ve dinamik bir bütünüdür"; Franken ise; "Benlik kavramı olabilecek kişiliğe neden olurken, olabilecek kişilikte davranışı motive eder. Davranışları temelde oluşturan benliktir" şeklinde tanımlamışlardır (51).

Özoğlu (1976), benlik kavramının üç ayrı biçimde düşünülebileceğini belirtir.

Bunlar :

- ✓ Bireyin "algıladığı benliği"
- ✓ Başkalarının onu nasıl değerlendirdiklerine dair inanışlarını içeren "başkalarının gözündeki benliği"
- ✓ Gelecekte olmak istediği "ideal benliği" (16).

Benlik konusuna katkıda bulunan Maslow (1968) "Her insanda iç varlık diye adlandırılan bir "öz benlik" vardır. Bu "öz benlik" içsel olup, bir dereceye kadar da

değişmez. Öz benlik herkeste kendine özgüdür. Öz benlik güven duyma, saygı, sevgi, ait olma ve kendini gerçekleştirme gibi gereksinimleri içerir” şeklinde açıklamıştır (50).

Birey, doğumdan itibaren bir toplumsallaşma süreci içine girer. Büyüdükçe, bireyin benliği, toplumsallaşma sürecinin yalnızca bir ürünü değil, aynı zamanda gerçek ve etkin bir parçası olarak ortaya çıkar. Yaşamın her anında görülen seçme eyleminde, bireylerin kendisine nasıl görüp değerlendirdiği, yani benlik kavramı büyük rol oynar (57).

Benlik kavramının değişimi benliği oluşturan beden imajı (algısı), benlik saygısı gibi değişkenlere bağlıdır (52).

#### **4.6.1. Beden Algısı (Beden İmajı) Kavramı ve Kuramsal Açıklamalar**

Beden imajı, kişinin bedeninin ve bedenine ait tüm duyuların zihindeki tablosudur. Bireyin beden ile ilgili bilinçli veya bilinç dışı duygularını, düşüncelerini, algılarını içerir. Aynı zamanda işlev, duyu, hareket algılayışı da içerir. Beden imajı insanın kendi kişiliği, değeri, diğer insanlarla ilişkilerinin ayrılmaz bir parçası olması nedeniyle benlik kavramının bir parçasıdır (56).

Beden imajı kimlik için bir temeldir ve varoluş duygusunu sağlar. Günlük yaşamda karşılaştığımız stresler ve tehdit edici durumlara karşı benliğimizi savunmamıza yardım eder. Aynı zamanda insanların kendilerini görme biçimlerine ve iş görme yeteneklerine etki eder. Bu nedenle bireyin kapasitesini ve sınırlılıklarını da belirleyici bir kavramdır (58).

Beden imajı kavramı , bir çok bilim dalı ve düşünce seviyesi üzerinde faydalı olduğu bilinen bir kavramdır. Tarihe bakıldığında, bu kavramın; psikiyatrik sorunlar, nörolojik sorunlar, hipnotik olaylar, ilaç etkileri, psikoterapi sonuçları ve psikosomatik hastalık konularında yapılan çalışmalarda kullanıldığı bulunmuştur (58).

Beden imajı kavramını her uzman kendi uzmanlık alanına göre, bölümlere ayırarak ele almıştır. Beden imajı kavramı birçok disiplinde uygulanma olanağı bulduğundan, çeşitli tanımları yapılmıştır. Ancak aralarında bir farkın olmadığı görülmüştür (57).

Beden imajı bozukluğu ilk olarak 16. Yüzyılda bir cerrah olan Ambroise Paré'nin fantom organ ağrısı yaşayan hastalar gözlemlemesi esnasında ortaya çıkmış ve raporunda belirtilmiş olmasına rağmen, beden imajı kavramını açıklayan ve geliştiren çalışmalar 20. yüzyılın ilk yarısında yapılmıştır (59).

1920’li yıllarda bir nörolog olan Head, beden şeması terimini öne sürmüştür. Buna göre beden şemasını “daha çok duygusal kortekste organize edilmiş olan geçmiş yaşantılar ve şimdiki duyumlardan oluşan bir bütün“dür, şeklinde tanımlamıştır (59).

Beden imajı kavramının daha anlaşılabilir ve uygulanabilir olmasında 1935 yılında Schilder’in yaptığı çalışma önemlidir (59). Schilder beden imajının fizyolojik, psikolojik ve sosyal boyutu olduğunu bildirmiştir. Fizyolojik boyutu, santral sinir sistemi ve duyu reseptörlerini içerir, kişinin çevreden veri toplamasını sağlar. Psikolojik boyutu, kişinin benliğini, tutum ve davranışlarının içerir. Sosyal boyut ise, duyuları saptar ve düzenler. Kişilerin tutumu ve mesajları beden imajını etkiler. Toplum tarafından kabul görme, sevilme enerji ve deneyimlerden sorumlu olmak ve olumlu beden imajı gelişimine ve kendine güvenmesine ve değer vermesine neden olur (56). Schilder beden imajını basitçe, ‘bedenimizin zihnimizdeki görünümü yani bedenimizin bize görünen şekli’ olduğunu belirtmiş ve tanımı genişleterek “beden imajı kişilerarası, çevresel ve geçici faktörleri kapsayan üç boyutlu bir bütünlük olarak zihnimizde şekillendirdiğimiz bizim kendi şemamız veya resmimizdir” demiştir (50).

Psikoanalitik kuramında Freud, beden imajı kavramı üzerinde önemle durmuş bu kavramı ego kavramı ile eş anlamlı düşünmüştür ve yeni doğanda henüz ayrılmamış olan bireysellik kavramının giderek düzenli, organize ve farklı bir yapı oluşturduğunu belirtmiştir. Ayrıca beden imajının en önemli aşamasının egonun oluşumu olduğunu, beden imajını referans olacak biçimde egoyu sadece yüzeysel bir varlık olarak değil, aynı zamanda yüzeyin içe yansımaları şeklinde tanımlamıştır (56).

Literatürde belirtildiği üzere Greenacre, beden imajının; başlangıç (ilkel) ego ve daha sonra gelişen beden imajının birleşimi olduğunu ve ayrıca en önemli beden bölgelerinin yüz ve genital bölgeler olduğunu belirtmiştir (58).

1968 yılında beden imajını tanımlayan Schwab “bir kişinin kendi bedeninin parçalarına ve onların işlevlerine karşı olumlu ve olumsuz duygularının kendisi tarafından değerlendirilmesidir” şeklinde tanımlamıştır (59).

1970 yılında Norris beden imajını, “bireyin başkalarından farklı olarak beden imajıyla ilgili olarak bilinçli ve bilinç dışı bilgisinin, duyguların ve algıların tümünün düzenli olarak değişimi” biçiminde tanımlamış (58), beden imajını sosyal bir yaratılış ve davranışın önemli bir belirleyicisi olduğunu, beden imajı ile kişilik, ego, benlik imajı ve kimlik arasında çok yakın bir ilişki bulunduğunu belirtmiştir (87).

Literatürde 1975 yılında Woods beden imajını; “kişinin bedeninin mental bir görünümü olarak kavramsallaştırılması, bedenın kendine görünen biçimidir” şeklinde tanımlamıştır (59).

Literatürde 1982 yılında beden imajını tanımlayan Chilton beden imajının insanın kendini anlamasında önemli bir yer tuttuğunu ifade eder. “İnsanların kendileri hakkında hissettikleri ile bedenleri hakkında hissettikleri bağlantılıdır. Beden insanın en çok görünen ve maddesel bölümüdür bu yüzden algılarının merkezine oturur. Beden imajı, kişinin bedenine yönelttiği bilinçli ve bilinçsiz tutumlarının toplamıdır. Öz saygısı yüksek olan kişiler, kendilerini açık bir şekilde anlayabilirler” şeklinde tanımlamıştır (58).

1984 yılında beden imajını tanımlayan Gillies; “beden imajı teorisini etkili bir biçimde kullanabilmek için; kendini görme biçimi, kendine saygı, beden kavramı, beden planı, beden imajı ve beden imajı sınırı terimlerinin ayırt edilmesi ve birbirleri ile ilişkilerinin anlaşılması gereklidir. Kendini görme biçimi, kendini algılamanın zihinsel bölümünü kapsar ve kişinin kendi hakkında objektif olarak ne düşündüğünü yansıtır. Kendine saygı, kendinin bilincinde olma ile etkilenen bir görüşür veya kişinin kendi değerini ölçmesidir. Kendine saygı, kendini görme biçimi, global ve özel bir niteliktir. Kendini iyi bir anne, zeki bir öğrenci, değerli bir arkadaş ve üstün bir hemşire olarak bilen kişi, tüm yönleri ile iyi bir insan olduğunu hissedebilir. Kendini görme biçiminin, beden kavramı ile örtüştüğünü ifade ederek, kendimiz hakkında bildiklerimizin çoğu, bizim fiziksel çevre ile ilişkimizden ibarettir. Öz benlik (kendini görme biçimi) temelde beden kavramıdır, çünkü kişiler kendisi ile ilgili bilgileri algı, hareket, duygu ve zihinsel işlemler için özelleşmiş organların, fonksiyonları sonucu elde eder. Beden kavramı bir çok alt kavramdan oluşur, bunlardan en önemlileri beden planı ve beden imajıdır. Beden planı, kişinin fiziksel oluşumunun bir nesne gibi uzayda kapladığı yerdir. Örneğin sağlam vücuda sahip kişi, vücudun yere ve dikeye göre yerini, bedenın parçaları arasındaki uzaklıkları ve beden hareketlerinin fiziksel objeler (nesnelere) üzerine etkisini bilirler” şeklinde açıklamıştır (59).

Literatürde 1984 yılında Smith beden imajını; her bireyin kendi beden imajı olduğunu, bu imajın doğumda oluştuğunu ve büyürken geliştiğini belirtmiştir. İmajın çevresel faktörler ve sosyal kalıplardan etkilendiği üzerinde durmuştur. “Bütün bireyler mükemmel bir beden imajına sahip olmak ister ama bunun imkansız olduğunu bilirler”

şeklinde tanımlamış (58) ve bugün ve geçmişe ait algılar ile ölçü, fonksiyon, potansiyel ve görünüm hakkındaki duyguların önemli olduğuna işaret etmiştir (59).

Literatürde Norris 1985 yılında beden imajını “bedensel benliktir (somatik ego)” şeklinde tanımlamışlardır (58).

Literatürde 1986 yılında Derbyshire “beden imajı oluşması ve gelişmesinin genetik, sosyalleşme, moda, kültür, ırk, eğitim ve kitle iletişim araçlarına bağlıdır ve bunlar tarafından etkilenir” şeklinde tanımlamıştır (59).

1988 yılında beden imajını Salter “bireyin bedenine karşı sahip olduğu bilinçli ya da bilinç dışı tutumların toplamıdır. Büyüklük , işlev, görünüş ve potansiyelle ilgili şimdiki ve eski duygularını ve algılarını kapsar” şeklinde tanımlamıştır (58).

Literatürde Fisher beden imajını; “bedenin psikolojik bir deneyimini yansıtır ve bireyin duygu ve düşünceleri bedeni üzerine odaklanır” (58) ve “bireyin kendi bedenine karşı duygu ve tutumları ile psikolojik yaşantısının bedene aktarılmasıdır. Kısaca kafanızda oluşturduğunuz bedeninizin resmidir” şeklinde tanımlamıştır (51).

Beden imajı, Thomson tarafından bireyin benlik duygusu ile bağlantılı olarak fiziksel görünümüne ait düşünceleri şeklinde tanımlanmıştır (60).

1989 yılında beden imajını Samonds ve Cammermeyer; “bireyin kendi kendini algılamasıdır” şeklinde tanımlamışlardır (59).

1990 yılında Burnard ve Morrison “özsaygı”, “öz-imaj” ve “özbenlik” kavramlarının birbirleri ile yakından ilişkili olduğunu ve öz saygının kişinin kendi fizikseliği ile (beden imajı ve fiziksel görünüm) doğrudan etkileneceğini, kişi fiziksel görünümünden memnunsa, öz saygının oluşumu üzerinde olumlu etkilerin artacağını ifade etmektedir (59). Dış görünüşünden memnun olmayan kişilerin kendileri hakkındaki düşünceleri de olumsuzdur şeklinde tanımlamışlardır (58).

1990 yılında Price beden imajının, gerçek beden, ideal beden ve ortaya konulan beden diye adlandırılan üç temel bileşenden oluştuğunu belirtmiş ve beden imajını “bedenimizin bize oldukça karmaşık ve bazen de soyut bir biçimde görülme şekli” olarak tanımlamıştır (50).

Kısaca beden imgesi benlik kavramının temel bir ögesidir (50). Benlik kavramı bireyin kendisiyle ilgili tüm algılarını, inançlarını, duygularını, düşüncelerini içerir ve fiziksel, ruhsal, sosyal ve etik-moral boyutların birbirleriyle etkileşimleri sonucunda bireyin dış dünya ile etkileşimini sağlar. Beden imgesi (imajı) benliğimizin fiziksel

boyutunu oluşturur ve fiziksel görünüşümüz, sağlık durumumuz, fiziksel becerilerimiz ve cinselliğimizle ilgili tüm tutum ve algıları içerir (61).

#### **4.6.1.1. Beden Algısının Bileşenleri**

Bazı yazarlar beden algısının bedenın içselleştirilmiş, öğrenilmiş bir sunumu olduğunu ileri sürmektedir. Beden algısı bedenimizi algılayış biçimimiz ve kendimize ilişkin neler hissettiğimiz (beden gerçekliği), isteklerimize bedenimizin tepkisi (beden sunumu) ve bunların ikisinin değerlendirildiği bir iç standardı (beden ideali) içerir (62).

##### **4.6.1.1.1. Beden Gerçekliği**

Beden gerçekliği genlerimizle yaratılan ve sonra da beslenmeyle şekillenen fiziksel bir hammaddedir ve bedenimizi nesnel olarak ele alır. Beden gerçekliğine ilişkin kıyaslamalar, bireyin üyesi olduğu ırkın normlarına göre yapılır (62).

Beden gerçekliği sabit bir durum değildir. Beden hem yerleşik genetik koda hem de içinde yaşadığımız çevreye tepki olarak gelişirken, hızı farklı da olsa sürekli değişim içindedir. Yaşamın erken yıllarında bedenimizin çeşitli parçalarında önemli orantısal değişiklikler olur. Beden gerçekliğinin bu gibi değişimleri bazı dönemlerde oldukça önemli olabilir. Ergenlik sırasında göğüslerin gelişmesi, beden dış hatlarının değişmesi, duygularımız ve kişilik algılarımız üzerinde derin etkileri olan temel beden gerçekliği değişiklikleridir (62).

##### **4.6.1.1.2. Beden Sunumu**

Beden sunumu basitçe giysi biçimimiz ve bedenimizi nasıl süslediğimiz değildir. Bilinçli olarak yalnızca bedenimizin nasıl görüldüğünü değil, bizim irademiz, niyetlerimiz ve duygularımızın bir ifadesi olarak nasıl işlev gördüğünü de gözden geçirebiliriz. Bedenimizi algılama biçimimiz yalnızca nasıl bir yapıya sahip olduğumuz ve nasıl görünmemiz gerektiği idealinden etkilenmez, bedenimizin çeşitli sosyal durumlarda nasıl bir performans gösterdiğinden de etkilenir (62).

#### 4.6.1.1.3. Beden İdeali

Beden gerçekliği, bedeninin nasıl görünmesi ve nasıl hareket etmesi gerektiğini düşündüğümüz bir idealle sürekli kıyaslanır ve o ideale ulaşmaya çalışılır. Bu ideali düşüncemizde taşıyız ve bu yalnızca kendi beden gerçekliğimize değil, bize yakın olanlara da uygulanabilir. Beden ideali; nadiren bilinçli olduğumuz karmaşık ve değişen bir parçamızdır (62).

Beden alanı ve sınırları da beden idealinin bir parçasıdır. Yalnızca içinde yaşadığımız bedeni değil, etrafımızdaki alanı da kontrol etmeye çalışırız. Beden sınırı, beden gerçekliğinin dış çevreyle kesiştiği alandır. Bu alan değişik kültürlerde daralır ya da genişler. İnsanlar çoğu kez kültürel normlarla yönlendirilen farklı beden alanları geliştirirler. Beden ideali kişinin, bilinçli ya da değil, beden gerçekliğini ve beden sunumunu bir norm veya standartla kıyaslamasını içerir. Her kişinin kendi normları ve standartları vardır ve bunlar hemen hemen her gün değişebilir. Eğer standart gerçekçi değilse, mutsuzluk, hatta depresyon oluşabilir. Birçok durumda bu gibi standartları kendimiz seçmeyiz, çünkü toplum ve arkadaşlarımız daha evrensel bir beden ideali saptayabilirler. Kişisel beden idealleri, eğitim, yetiştirme şekli ve kültür gibi beden gerçekliğini etkileyen birçok yetiştirilme etmenine köklü biçimde bağlıdır (62).

Bir beden idealinin gerçekçi olarak gelişmesi ancak bebek doğduktan sonra kendi vücudunu baskalarıyla kıyaslamaya başlamasıyla olur ve bu bir ömür boyu devam edebilir. Beden ideali kafamızda ki sabit bir düşünce değildir. Bedenimizin yanı sıra gelişir ve sürekli değişen model ve standartlara bağlıdır. Çocukluktan, yeni yetmeliğe, yetişkinlikten yaşlılığa kadar şaşırtıcı sayıda değişim geçirir (62).

#### 4.6.1.2. Beden Algısının Gelişimi

Beden imajının gelişimi, bireyin kendi bedenini değerlendirmesi ve çevresindekilerinin değerlendirmesi arasındaki uyumun derecesinden önemli oranda etkilenir. Beden imajının ölçümleri, genellikle tüm bedenden hoşnut olma derecesiyle elde edilir (57).

Beden imajı ve ben kavramı çocukluk yaşlarında gelişmektedir. Beden imajı süt çocukluğu, oyun çocukluğu ve okul çocukluğu yıllarında gelişim süreci içindeki

değişiklikler sonucu oluşur. Süt çocuğu fiziksel beden imajına sahip değildir. Bu dönemde uyarılma ağız çevresinde odaklanmış olup, çocuk motor ve duyuşal iletiler yoluyla çevredeki objelerin kendisinden farklı olduğunu anlar. Bu dönemde kendi bedeninin geçirdiği ilk deneyim ve bedeninin farklılığı diğer yaşam deneyimleri için temel oluşturur. Gereksinimleri karşılanan süt çocuğunun güven duygusu gelişir. Güven duygusu çocukta olumlu ben kavramının gelişiminde rol oynar (50).

Oyun çocuğu çevre ile daha fazla etkileşime girdiğinden çevre ve kendisi arasında daha büyük bir farklılık yaşar. Bu dönemde motor beceriler bedeni kontrol etmeyi sağlar. Ailenin yaklaşımı çocuğun beden ve çevresini kontrolünde deneyim kazanmasını kolaylaştırır. Hem kendi bedenini hem de çevreyi kontrol edemeyen çocuk değersizlik, yetersizlik ve suçluluk duygularını deneyimler (50). Çocuğun bedeninin değerli ve değerersiz oluğu, kendisine bakan kişilerin verdiği değeri yansıtır (63).

Okul öncesi dönem çocuğun nasıl bir kişi olmak istediğini keşfettiği bir dönemdir. Çocuğun kişiliği daha kuvvetlidir ve beden algısı kafasında belirginleşir. Cinsiyet rolünde kimlik ve cinsler arasındaki ayırım bu dönemin en önemli özelliğidir. Örneğin erkek çocuklar babalarından kuvvetli olma, kız çocuklar ise annelerinden nazik, kadınsı görünüm ve saldırgan olmama gibi davranışları öğrenirler (63).

Okul çocuğunun beden imajı cinsiyet rolünün benimsenmesi, akranları ile ilişkileri ve öğrenme becerilerinin gelişimi üzerinde yoğunlaşır. Bu dönemde psikososyal sorunlar ortaya çıkabilir. Beden yapısı normal olsa bile çocuk emosyonel olarak beden yapısını kabullenemez. Çocuğun beden imajı kavramı, kişilik oluşumu ve ego bütünlüğünün en önemli göstergesidir. Değişik gelişme dönemleri sırasında çocuğun deneyimlerini organize etme şekli beden kavramının ve beden sınırlarının kesin olarak belirlenmesini sağlar (50). Kişisel beden idealleri, eğitim, yetişme şekli ve kültür gibi beden gerçekliğini etkileyen birçok yetiştirilme etmenine köklü biçimde bağlıdır (63).

Adölesan dönem bedensel büyümenin en fazla olduğu bu nedenle beden imajının değişiminin en hızlı olduğu dönemdir. Adölesan kendi durumu ile daha çok ilgilenir ve kendi bedeninin daha çok farkındadır. Bu dönemde giyim saç ve görünüşe karşı aşırı bir ilgi vardır. Adölesanlar bu dönemde çevresindekilerin değerlendirmelerine önem verirler. Bu dönem sonunda erişkin beden imajı benimsenir (50). Beden imajı adölesanın fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişiklikleri deneyimlemesi sonucu oluşur (63).



Genç erişkinlik döneminde büyüme ve gelişme devam eder. Beden ve beden bölümlerinin fonksiyonlarına ait duygular yetişkinlik yılları boyunca gelişir. Diğer bir deyişle, beden hem fonksiyonel bir araç hem de beden imajının merkezi olarak algılanır. Erişkinin beden imajı, beden kavramı, kişilik ve kimlik unsurları arasında dinamik bir etkileşim vardır. Kendi beden imajını olumlu düşünen birey, olumlu tutum gösterir. Yaşamın ortasına rastlayan yıllarda fizyolojik ve psikolojik değişiklikleri deneyimler. Bu dönemde birey bazı beden bölümlerinin diğer bireylerden daha yaşlı görüldüğünü fark eder. İnce uzun yapılı bir kadın veya erkek gittikçe kilo aldığını fark eder. Bu durum özellikle menopoza giren kadınlar için geçerlidir. Erkekler ise fiziksel güçlerinde azalma ve saçlarında dökülme fark edebilir. Bu durum gençlik imajının kaybolduğunu gösterir. Bu kaybın gerçek anlamı kendi bedenlerinin daha sağlıklı ve daha güçlü olamayacağı gerçeğidir. Geçmişte sahip olduğu enerjiyle başardığı basit işlerde artık yetersiz olabilir. Fiziksel güçlerinin azaldığını fark eden bazı kişiler yaşlılık imajını düşünerek kendi görünüşlerini değiştirmeye çalışırlar. Bu değişiklikler genellikle gençliğe özenti nedeniyle yaşam tarzı ve giyimlerinde olmaktadır (50).

Yaşlanma süreci ben kavramında belirgin bir değişim oluşturur. Yaşlı kişi psikolojik olarak depresyon ve ilgisizlik içine girer. Bireyin ilgileri liderlik rolü ve uğraşlarının azalması nedeniyle azalır. Yaş ilerledikçe fiziksel, sosyal, mental ve emosyonel değişiklikler olur. Ben kavramını bu dönemde iki önemli olay etkiler. Bunlardan biri emeklilik, diğeri eşin, yakın arkadaşların kaybedilmesidir. Beden imajındaki fiziksel değişiklikler takma diş, iştme cihazı, gözlük, baston, yürüteç, kalp pili ve tekerlekli sandalye gibi destekleyici aletlerin kullanılmasına ilişkindir. Yavaş yürüme, cildin kırıışması, saç dökülmesi, duruş değişiklikleri, duyuşsal ve motor fonksiyonlarda azalma ve güç kaybı diğer fiziksel değişikliklerdir (50).

#### **4.6.1.3. Beden Algısını Etkileyen Faktörler**

Beden imajının gelişmesi ve sürekli olarak değişmesi bedensel gelişme dışında birçok etkenle belirlenir. Bunlar arasında, bireyin benlik gücü, dürtüleri, güdülenmesi, benlik saygısı, cinsiyeti, öğrenme ve olgunlaşma düzeyi, bedenine karşı duyarlılığı ve verdiği anlam, nesne ilişkileri, başkalarına karşı tutumu ile başkalarının ona karşı tutumu, toplumun beden görünüşüne verdiği değer sayılabilir (64).

Beden imajı, bireyin kişiliği değerleri ve diğer insanlarla ilişkileri ile ilgili bireysel düşüncelerinin tümü ile biçimlenir. Beden imajı fizyolojik temele dayanmasına karşın, fiziksel, psikolojik ve sosyal deneyimlerden oluşur. Bu nedenle, bu yalnız bireyin kişilik yapısını içermekle kalmaz, aynı zamanda toplumsal olarak sosyolojik bir anlama da sahiptir. Beden imajı, bireyin bedenine ait örnek deneyimleri ve bunları organize etme durumu ile ilişkilidir (65).

Normal bir beden algısı ve ben kavramı, öğrenme, olgunluk, bireyin kendisinin ve diğer bireylerin algısı sonucu oluşur. Bunlar bireyin yaşam boyunca birbiriyle ilgili olarak ben kavramını etkiler. Bireyin yaşı ne olursa olsun, beden algısı normal büyüme ve gelişme dönemleri dışında kalan birçok nedenlerle de değişebilir. Bunlar, hastalık, yaralanma, ameliyat, hatta doğum olayı olabilir (51).

Erişkin beden imajı ve ben kavramı sosyal değişkenlerle biçimlenir. Toplumda kültürle uyumlu bir şekilde görünüşü normal olan bir beden imajı benimsenir. Erişkinin benden imajı, ben kavramı, kimlik ve kişilik arasında dinamik bir etkileşim gösterir. Kendi beden imajı hakkında olumlu düşünen birey olumlu tutum gösterir ve bu da olumlu kişilik ve özgüvene yöneldiğinin ifadesidir (57).

Beden algısını kazanma sürecinde bireylerin çoğu, kültürün ideal beden olarak sunduğu modelin etkisinde kalır. Beğenilen bir vücudun nasıl olması gerektiği hakkındaki kalıp yargılar ve kültürel kurallar bireyin kendi bedenini algılamasına önemli şekilde etki eder. Kültürün ve moda'nın etkisi ile ideal olarak kabul edilen beden yapısının etkisinde kalan birey, bir "ideal beden algısını" geliştirebilir. İdeal olanla kendi görünüşü arasında uyumsuzluk ortaya çıktığında bunu kabul etmek ve kendi hakkında olumlu bir "beden algısını" geliştirmek kişinin karşı karşıya olduğu gelişim görevlerinden birisidir (51).

Cohen beden imajını etkileyen etmenlerin toplam vücut ağırlığı, ölçütleri beden bölümlerinin oranları, renkleri, cinsiyeti, yüz hareketleri, özellikleri ve cildin özellikleri olduğunu belirtmiştir (66).

Price'e göre beden imajımız yalnız kendi bedenimize bağlı değil, aynı zamanda sosyal dünyadaki insanlar, onların görünüşleri, tutumları ve bize bağlı tepkilerine bağlıdır (50).

Secord ve Jounard (1953), bireyin bedeninin bazı bölgelerini beğenip beğenmemesinin beden imajını değiştireceğini, bireyin beğendiği organın temel olarak beden imajını geliştirebileceğini belirtmiştir (50).

1982 yılında Chilton, 1984 yılında Gillies, 1990 yılında Burnard ve Morrison, 1991 yılında Cohen öz saygının bireyin kendi beden imajı ve fiziksel görünüm ile doğrudan etkileneceğine birey fiziksel görünümünden memnunsa, öz saygının oluşumu üzerinde olumlu etkilerin olacağını ifade etmiştir. Beden imajı bireyin bedenine yönelttiği bilinçli ve bilinçsiz tutumların toplamıdır. Giysiler, takılar ve makyajın olduğu kadar yardımcı materyallerin (tekerlekli sandalye ve baston gibi) beden imajı içine dahil olduğunu savunmuşlardır (57).

Beden imajı bozulması sonucu görülen özellikler;

- ✓ Beden bölgelerine bakma veya dokunmanın reddi,
- ✓ Bedenin saklanması veya aşırı sergilenmesi,
- ✓ Bedenin yapı ve fonksiyon değişikliklerini kabullenememe,
- ✓ Sosyal ilişkilerinin sıklığında azalma,
- ✓ Beden hakkında negatif düşünceler,
- ✓ Beden kısımları veya fonksiyon kaybı ile ilgili tasa,
- ✓ Ümitsizlik fikirlerinin ifade edilmesi,
- ✓ Reddedilme korkusunun ifadesi,
- ✓ Gerçek değişikliğin inkârı,
- ✓ Çevredeki nesnelere birleşmek için beden sınırlarının geliştirilmesidir (67).

#### **4.6.2. Benlik Saygısı Kavramı ve Kuramsal Açıklamalar**

Benlik saygısı ya da diğer bir deyişle özdeğer duygusu, “self-esteem”in kavramsal karşılığı olarak Türkçe’de kullanılan bir terimdir. Benlik saygısı kişinin kendini tanıması ve gerçekçi olarak değerlendirmesi sonucunda kendi yetenek ve güçlerini olduğu gibi kabul edip benimsemesi şeklinde tanımlanmakta olup, kişinin kendisine karşı duyduğu sevgi, saygı ve güven duygularını ifade etmektedir (68). Benlik saygısı kavramı; öğrenilmiş bir yaşantıdır, yaşam boyu devam eden bir süreçtir (69).

Benlik saygısının duygusal, zihinsel, toplumsal ve dolaylı olarak da bedensel öğeleri vardır. Kendini değerli hissetme, yeteneklerini ortaya koyabilme, başarma, toplum içinde beğenilir olma, kabul görme, sevilme, kendi bedensel özelliklerini kabul ve benimseme, benlik saygısının oluşması ve gelişmesinde önde gelen etkenlerdir (3).

Benlik kavramının, benlik imgesinin beğenilip benimsenmesi, benlik saygısını oluşturur. Benlik saygısı benliğin duygusal yanıdır. Kişinin kendini değerlendirmesi sonunda ulaştığı, benlik kavramını onaylamasından doğan beğeni durumudur. Kişi kendinde eksikler bulabilir, kendini eleştirebilir, ancak kendini tümünden olumlu bulup beğenebilir de. Kişinin kendini beğenmesi, kendi benliğine saygı duyması için üstün nitelikleri olması da gerekmez. Çünkü benlik saygısı, kendini olduğundan aşağı ya da olduğundan üstün görmeksizin kendinden memnun olma durumudur. Kendini değerli, olumlu, beğenilmeye ve sevilmeye değer bulmaktır. Kendini olduğu gibi, gördüğü gibi kabullenmeyi, özüne güvenmeyi sağlayan olumlu bir ruh halidir (50).

Benlik saygısı, Maslow'un temel gereksinimler piramidinde dördüncü basamakta yer alır ve kendine güven, değer ve başarıyı işaret eder. Bu sistem içinde bireyin kendini gerçekleştirmesinin ön koşulu benlik kavramı düzeyinin yüksek olmasıdır (3). Maslow, insanın temel gereksinimlerini sıralarken, benlik saygısının önemli bir gereksinim olduğunu vurgulamış, insanın kendine saygı ve diğerlerinden saygı görme ihtiyacı karşılanmadığında kendini yarımsız ve aşağılık hissedeceğini belirtmiştir (52).

Harter (1990) benlik saygısını, "bir birey olarak kişi kendisini ne ölçüde sevmekte, kabul etmekte ve kendisine ne ölçüde saygı duymakta" sorusu ile açıklamaya çalışmıştır. Harter, benlik saygısına ilişkin iki farklı kuramsal görüş sunmaktadır. Bunlardan birincisi, William James'in görüşüdür ki burada benlik saygısı bireyin belirli bir alanda algılanan başarısının oranı olarak görülmektedir. Birey burada başarıya odaklanmıştır. İkinci kuramsal görüş C. Horton Cooley'in olup, bu görüşe göre benlik saygısı, kişinin kendisi için önemli olan kişilerin kendisini nasıl gördüğüne ilişkin algısıdır. Yani sosyal destek kaynaklarının varlığı, gösterdikleri tepkiler bireyin kendine yönelik duygu ve tepkilerinde önem kazanmaktadır (50).

Benlik Saygısı, kişinin kendisini nasıl değerlendirdiğini gösteren bir yargıdır. Fontane ve Coopersmith benlik saygısının, bireyin kendisi hakkında sürekliliği olan bir dizi değerlendirici tutumundan oluştuğunu belirtmektedir. Buna göre benlik saygısı, kişinin kendisini olduğundan aşağı ya da üstün görmeksizin, kendinden memnun olması ve kendini değerli, olumlu, beğenilmeye ve sevilmeye değer görmesidir. Böylece, benlik saygısı kendini olduğu gibi kabullenmeyi ve özüne güvenmeyi sağlayan olumlu bir ruh halidir (52).

Tafarodi ve Swann (1995) ise benlik saygısını kendini sevme ve öz-yeterlik olmak üzere iki boyutlu bir yapı olarak ele almışlardır. Kendini sevme boyutu bireyin kendisini öznel olarak değerlendirmesini, sosyal bir varlık olarak değerli görmesini, onaylamasını ifade etmektedir. Bir başka deyişle kendini sevme, bireyin iyi ya da kötü bir insan olarak kendine değer biçmesi anlamına gelmektedir (70).

Rosenberg'e göre, benlik saygısı, bireyin kendisine atfedilen değerlendirici tutumların bir dizgesi ya da bireyin kendi değeri hakkındaki algılamaları olarak düşünülebilir (5).

#### **4.6.2.1. Benlik Saygısının Boyutları**

Benlik saygısının seviyesi, kişinin okul ve işteki başarı ve becerisini, stres ile başa çıkma etkinliğini, arkadaşlık ve dostluk ilişkilerinin gelişmesini, canlılık ve eğlenebilirlik derecesini etkilemektedir. Benlik saygısını yüksek seviyede ve tutarlı olarak sürdüren normal sağlıklı kişiler, canlılık ve enerjilikle özdeşleşirler. Bu kişiler kendilerine güvenen kişiliktedirler. Zayıf yapılanmış benlik saygısına sahip kişiler ise canlılık ve enerjilerini kaybetmiş, kendilerine güvenmeyen, hatta kendini utanç verici değersiz ve çaresiz hisseden, başarı ve becerileri azalmış kişilerdir (71).

Benlik saygısı “ben” ve “diğerleri” olmak üzere iki temel kaynaktan oluşmaktadır. Burada ilk amaç, diğerlerinin saygısını kazanmak ve kişiliğin sevilmesidir. Bireye karşı diğer bireylerin sevgisinin azalması ve çevresi tarafından başarısız görülmesi durumunda benlik saygısı düşmekte; sevgi yeniden kazanıldığında ve kişi diğerleri tarafından beğenildiğinde ve övüldüğünde benlik saygısı yeniden yükselmektedir (72).

Sağlıklı bir benlik kavramı olan bir birey çevreden yansıtılan değerlendirmelerle, kendisinin güçlü ve güçsüz yönlerini kavrayabilir ve kabullenir (57). Yüksek benlik saygısı olan bireyler, kendilerini hatalarına ve kusurlarına rağmen değerli hissederler. Bu bireyler, belirledikleri amaçlara gerçekçi olarak nasıl ulaşabileceklerini bilirler ve kendi yaptıklarının sorumluluğunu kabullenirler. Başarısız olduklarında, başa çıkma yollarını yeniden değerlendirir ve başka bir yöntem seçerler. Başarısızlığı, tümüyle bir hata olarak değil, kendilerini geliştirmek için bir olanak olarak değerlendirirler (50).

Kendine değer veren, benlik saygısı yüksek bireylerin insan ilişkilerinde daha toleranslı olduğu, daha bağımsız davranabildikleri, grup etkileşimlerinin daha fazla olduğu,

yaşamı daha anlamlı buldukları, fiziksel sağlıklarının daha iyi olduğu, daha iyi öğrenci oldukları, daha az anksiyete ve depresif oldukları, iş yaşamında bağımsızlığa değer veren, yarışmaya açık ve başarılı olmayı arzuladıkları kabul edilir. Tersine benlik saygısı düşük olan kişilerin yaşamlarında mutsuz olmaları olasıdır ve ruhsal dengesizlik görülebilir (57).

Benlik saygısı yüksek olan insanların kendi kapasiteleri ile ilgili beklentileri de yüksektir. Kendileri hakkındaki bu olumlu tutumlarından ve elde ettikleri başarılı sonuçlardan dolayı, kendi görüşlerini kabul ederler, buna inanırlar ve böylece hem davranışlarına hem de ulaştıkları sonuçlara güvenirlere. Bu durum onları farklı bir görüş karşısında kendi görüşlerini savunmaya ve aynı zamanda yeni fikirleri de dikkate almaya yönlendirmektedir. Böylece bireylerin daha gayretli sosyal davranışlar göstermeleri olanaklı hale gelir. Yüksek benlik saygısı kendine güven, iyimserlik, başarılı olma isteği ve güçlüklerden yılmama gibi olumlu ruhsal niteliklerin yanı sıra, başkaları tarafından değerli bulunma inancını da gerektirmektedir. Yüksek benlik saygısı olan bireyler, düşük benlik saygısı olanlara göre bir mesajı almada daha yeterlidirler. Düşük benlik saygısı olanlar sıklıkla anlama yetersizliği ve sosyal içe kapanma gibi özellikler gösterirler. Yüksek benlik saygısı olan bireyler daha bağımsız olduklarından, mesajın içeriği anlam kazanır. Benlik saygısı düşük olan bireyin kendine güveni azdır, kolay umutsuzluğa kapılır, farklı veya kabul görmeyecek bir fikir ileri süreceklerini düşünerek endişe duyarlar, kendilerini ifade etmek istemezler. Gruplarda katılımcı olmaktan çok dinleyici olmayı tercih ederler. Yüksek düzeyde bir yetkilinin söylediklerine daha kolay inanırlar (52).

Yapılan araştırmalar, düşük benlik saygısı olan bireylerin, alkol bağımlılığı ve yeme patolojileri için (anoreksiya nervoza ve bulimia nervoza) önemli bir risk faktörü olduğunu göstermektedir (73).

Erikson; benlik saygısının, kimlik gelişimi ve kendilik duygusu kazanılmasında önemli rolü olduğunu vurgulamıştır. Özellikle adölesan dönemi, daha önceki gelişim dönemlerinin yeniden yaşandığı, bazı özelliklerin değişip yeni bir benlik oluşumunun yaşandığı süreç olarak, yüksek benlik kavramı düzeyinin oluşması için önemli bir aşama olduğunu belirtmiştir (57).

Rogers; gerçek benlik (algılanan benlik) ile ideal benlik arasındaki uyum ve farklılıkların bireyin benlik saygısını olumlu ya da olumsuz yönde etkilediğini ve bireyin benlik saygısının gerçek benliğin ideal benliğe yaklaştığı ölçüde artabileceğini vurgulamıştır (57).

Rosenberg, benlik saygısını kişinin kendisine karşı, olumlu veya olumsuz tutumu olarak ele almıştır. Kişi kendini değerlendirmede olumlu bir tutum içinde ise, benlik saygısı yüksek, olumsuz bir tutum içinde ise, benlik saygısı düşük olarak açıklamıştır (16).

Coopersmith'e göre; benlik kavramı düzeyi yüksek olan birey kendini olumlu değerlendirir ve kendine olan saygısı da yüksek olur (57).

Çuhadaroğlu, düşük benlik saygısının, yalnızca rahatsız edici bir duygu olarak kalmadığını, anksiyeteden psikoza değin değişik patolojik durumların görülmesinde önemli rol oynadığını belirtmiştir (57). Kohut, benlik saygısındaki iniş çıkışların benlikte zedeleyici değişikliklere neden olduğunu ve bunun da anksiyete yarattığını, Öner ise düşük benlik saygısının, durumsal anksiyeteye neden olabileceğini, bu durumun da mantık dışı reddedilme korkularına, başarısızlığa ve eleştirilme kaygılarına, sosyal ve kişiler arası olaylarda felaket beklentisine yol açacağını belirtmektedirler (50).

Atherley'e (1990) göre, gerçek benliği ile ideal benliği arasında çok az bir fark olan birey daha olumlu bir benlik algısı (yüksek benlik saygısı) geliştirirken, gerçek benliği ile ideal benliği arasında önemli bir farklılık olan bir birey, olumsuz bir benlik algısı (düşük benlik saygısı) geliştirecektir (74).

#### **4.6.2.2. Benlik Saygısının Gelişimi**

Benlik saygısı doğumdan hemen sonra gelişir. Bebekler dereceli olarak bedenlerinin farkına varmaya başlarlar. Bu kendini algılamının temelini oluşturmalarına yardımcı olur (50).

Bebek, doğumdan itibaren kendisinin merkez olduğu anlayışından kurtulup, uyumlu bir yetişkin olmaya doğru gelişme gösterir. Toplumsallaşma, bebeğin başka insanlara tepki vermesi ile başlar ve ömür boyu devam eder. Yetişkinin davranışları ile bebeğin tepkileri arasında bir ilişki vardır (52).

Anne ve babaların sevgi dolu yönlendirmeleri çocuğun içindeki kapasiteyi kuvvetlendirir ve geliştirir. Sevgiyle büyütülen çocuklar kendi geleceklerini daha iyi kontrol edebilirler ve onların benlik saygıları daha yüksek olur (75).

Gelişim teorilerine göre çocuk, benlik saygısını iki yaş civarında farklı düzeylerde deneyimlemeye başlar. Bu yaşlarda çocuğun benlik saygısının oluşmaya başlamasının ilk belirtileri, anne-baba ile zıtlaşması, bağımsız olma ve çevresini keşfetme isteğidir (52).

Çocuk 6-7 yaşlarına geldiğinde benlik saygısı, kendini başkaları ile karşılaştırma ve rekabet etme ile ilişkilidir. Benlik saygısının yüksek olması için başarı duygusunun, önemli olma duygusunun, yeterlilik duygusunun, güç duygusunun yaşanması gereklidir (52).

Ergenlik döneminde kimlik arayışlarıyla birlikte benlik saygısı da önem kazanmaktadır. Benlik saygısının kökeni çocuklukta başlamakta, fakat ergenlik döneminde örgütlenip bireyin yaşamını etkileyen kalıcı bir faktör olmaktadır (52). Bu çağ insan yaşamının en fırtınalı, en değişken dönemlerinden biridir. Bu dönemdeki birey, hızlı büyüme-gelişme içinde olduğu gibi, bireysel, toplumsal ve evrensel değerleri fark etme ve kimlik oluşturma çabası içindedir (76). Ergenlik dönemine gelindiğinde yüksek benlik saygısı kazanılmışsa, bu dönemin zorluk ve güçlükleri ile daha kolay baş edilebilir. Ergenlik dönemi, güvensizliğin ve benlik kavramlarında değişikliklerin yaşandığı bir dönemdir. Bu açıdan bakıldığında, ergenlik dönemi benlik saygısı ile ilgili önemli değişikliklerin ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Bu dönemde benlik saygısı, ergenin yaşantılarına, içinde bulunduğu aile ve arkadaş ortamına göre yükselme ya da düşme gösterir. Demokratik ailelerdeki yapı benlik saygısını yükseltmektedir. Benlik saygısı ergenin gelecek yaşamındaki düşüncelerini, duygularını ve davranışlarını belirleyecek olan kimliğinin çekirdeğini oluşturur (52). Ergenlerde benlik saygısı, büyük ölçüde beden imajı ile belirlenir. Bir başka deyişle beden imajı, benlik saygısının fiziksel karşılığıdır. Beden, bireyin hiçbir zaman terk edemeyeceği bir parçasıdır. Bu nedenle bireyin kendisiyle ilgili olarak hissettikleri, bedeniyle ilgili hissettiklerine bağlıdır (77).

Yetişkinlik dönemindeki bir birey; daha gerçekçi, yetersizlikleri ile baş etmeyi öğrenmiştir, güçlü olan yönlerinin farkındadır ve bunları ifade eder. Benlik saygısı yüksek olan bireyler yaşamı daha anlamlı bulur ve yaşama önem verirler. İnsanlar günlük yaşantıları içinde benlik saygılarını tehdit edici durumlarla karşılaşırlar. Bireyin, benlik saygısının etkilenme düzeyi, bu durumda kullandığı baş etme mekanizmasına, yaşanan durumla daha önceden karşılaşmış karşılaşılmamaya bağlıdır (52).

Yaşamın daha sonraki yıllarında, yaşlanma süreci ile ortaya çıkan değişiklikler ve toplumsal normlar nedeni ile benlik saygısı ile ilgili sorunlar tekrar ortaya çıkar. Yaşlılıkla ilgili olarak ortaya çıkan bu sorunlar yeni baş etme davranışları gerektirir (52).



#### 4.6.2.3. Benlik Saygısını Etkileyen Faktörler

Benlik saygısının duygusal, zihinsel ve dolaylı olarak da bedensel öğeleri vardır. Kendini değerli hissetme, yeteneklerini, bilgi ve becerilerini ortaya koyabilme, başarma, başarıları ile övünme, toplum içinde beğenilir olma, kabul görme, sevilen olma ve kendi bedensel özelliklerini kabul ve benimseme, benlik saygısının oluşması ve gelişmesinde önde gelen etkenlerdir (71).

Bireyin beden imajında değişim yaratan hastalık durumları ya da gençlik, yaşlılık gibi dönemsel durumlar benlik saygısını da etkiler. Ayrıca bireyin rol değişimleri, yaşadığı kayıplar da benlik saygısını etkileyebilir. Benlik kavramındaki değişimlerin ve kayıpların büyüklüğünden çok bireyin kendisini nasıl algıladığı benlik saygısını etkiler (52).

Bir çocuğun benlik saygısının gelişmesinde en önemli faktör, anne babanın ve başkalarının gösterdiği tepkilerdir. Obje ilişkileri teorisinde çocukların çevresiyle etkileşiminde önemli kişilerden aldığı tepkileri onun kişilik gelişiminde ne kadar önemli olduğu ele alınmaktadır. Eğer aile ve arkadaşları onu severse ve onaylarsa çocuk kendisiyle ilgili pozitif olumlu görüşleri içselleştirir ve pozitif bir benlik saygısı geliştirir. Eğer çocuk için önemli olan kişiler ona değer vermezse ve eleştirirse, reddederse ve ihmal ederse olumsuz bir benlik saygısı gelişir (50).

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

- ✓ Anne-babanın ilgisi ile gencin benlik saygısı arasında ilişki vardır. Aile köylü veya kentli olsun, üst veya alt sınıftan olsun, gencin benlik saygısı anne babasının ilgisi oranında yükselmektedir. Gencin sözel ifadesine dayanılarak yapılan soruşturmadan çıkan ilginç bulgu şudur: Anne-babanın çocuğa ilgisiz davranışı, onun benlik saygısını baskıcı ve cezalandırıcı bir tutumdan daha çok düşürmektedir. Bu anlamlı bir sonuçtur. İlgisizlik demek çocuğa değer vermeme, sevmeme ve desteksiz bırakma demektir. Bu da umutsuzluğa, kendini değersiz görmeye yol açmaktadır. Oysa cezalandıran baba bir bakıma çocuğunun iyiliğini isteyen, kendince onu düzeltmeye çalışan ilgili babadır. Hiç kuşkusuz benlik saygısı, insanın en çok değer verdiği anne-babasının, kendine verdiği değere sıkı sıkıya bağlıdır. Anne-babanın

ittiği, değersiz bulduğu, umursamadığı bir çocuğun kendine saygı beslemesi beklenemez. Lissau ve ark.'nın yapmış olduğu çalışma ebeveynlerinden yeterli destek alamayan çocukların erişkinlikte diğerlerinden yedi kat daha fazla obezite riski altında olduğunu göstermektedir. Aşırı kilolu olmak, aile fonksiyonları zayıf yalnız genç olmakla açıkça bağlantılı olmasa da olumsuz beden algısına sahip genç kızların daha düşük düzeyde aile ilişkileri bildirdikleri dikkati çekmiştir.

- ✓ Okul yaşamında serbest zaman etkinliklerine katılan ve spor yapan öğrencilerin benlik tasarım düzeyleri yapmayanlarınkine göre daha yüksektir. Aynı zamanda dernek ve kulüplere giren gençlerin benlik saygısı da genellikle yükselmektedir.
- ✓ Anne-baba ile ilgili durumlar gençlerin benlik saygısını etkilemektedir. Anne babanın ayrılmış olması gencin benlik saygısında biraz düşmeye neden olmaktadır. Buna karşılık anne, babasından birinin ölmüş olması benlik saygısını düşürmemektedir. Ayrılmış eşlerin çocuklarında daha çok bunaltı belirtileri ve psikosomatik hastalıklar gözlenmektedir.
- ✓ Aile içinde kardeş sayısı ve doğum sırası ile benlik saygısı arasında ilişki vardır. Tek çocukların, kardeşleri olan çocuklara göre daha yüksek benlik saygıları vardır. Şayet tek çocuk erkekse, benlik saygısı yükselmektedir. Bu sonuç kuşkusuz tek çocuğa, hele tek erkek çocuğa ailede verilen ilgi ve değerle orantılıdır. Bunun gibi kardeşleri hep kız olan bir genç erkek de, hep erkek kardeşi olan bir genç erkekten daha yüksek benlik saygısı göstermektedir (16).

Yapılan çalışmalarda cinsiyetin benlik saygısını etkilemediği sonucuna varılmıştır. Karagülle (1995) yaptığı çalışmada ilkökul öğrencilerinin cinsiyete göre benlik saygısını etkilemediğini bulmuştur. Güngör (1989) ve Tarhan (1995) lise öğrencileri ile ilgili yaptığı çalışmalarda cinsiyetin benlik saygısı düzeylerinde bir farklılığa neden olmadığı belirtmişlerdir. Cinsiyet benlik saygısını etkilemezken yaş benlik saygısını etkilemektedir. Dönmez (1985) üniversite öğrencileri ile yaptığı çalışmada yaş ilerledikçe benlik saygısının arttığı sonucuna varmıştır (50).

Benlik saygısı kişinin kendisiyle ilgili duyguları ve kendine verdiği değerdir. Kendisini ne kadar önemli bulduğuyla ölçülür. Benlik saygısı kalıcı değildir, günlük olarak değişebilir. Aynı kişide dışsal olaylar, çevreden alınan tepkiler, hastalık gibi bütünlüğü bozan durumlar benlik saygısını etkileyebilir. Fiziksel hastalıklar kişinin kendisiyle ilgili

düşüncelerinde sürekli değişmelere neden olur ve sonuçta benlik saygısında düşme meydana gelebilir (50).

#### **4.6.3. Benlik Saygısı ile Beden Algısı Arasındaki İlişki**

Bireylerdeki bedeninden memnun olma, benlik saygısı ile ilişkilidir. Beden algısındaki olumsuzluk, benlik saygısında azalmaya neden olabilmektedir (78).

Eğer bir kişinin beden imajındaki değişikliklere uyumu olumsuz ise benlik saygısında düşme gelişir ve bunun sonucunda depresyon gelişebilir. Beden imajında algılanan tehdit düzeyi hastalık sürecinde önemli bir risk faktörüdür. Örneğin 24 yaşında yeni evli bir kadının histerektomi olmasıyla 48 yaşında 4 çocuğu olan menapozdaki bir kadının histerektomi olması farklı şekillerde etkilenmelerine neden olur. Genç olan bir kadında beden imajındaki tehdit daha büyük algılanır. Çünkü histerektomi sonrası yaşam amaçlarında değişiklik olmuştur ve bu kayıp yas sürecine neden olur (50).

Secord Jourard, yapmış oldukları çalışmada olumsuz beden algısına sahip olan üniversite öğrencilerinin aynı zamanda düşük benlik saygısına sahip olma eğiliminde olduklarını bulmuşlardır. Buradan da görüldüğü gibi kişinin bedeninden hoşnutluğu, kendini olumlu ya da olumsuz değerlendirdiği olarak tanımlanabilen benlik saygısı ile ilişkilidir. Bunların dışında bedensel eksiklik, şekil bozukluğu ve fiziksel hastalıkların beden imajını bozup yetersizlik duyguları yaratarak benlik saygısını azalttığı bildirilmiştir (79).

Allgood-Merten, Silberstein, Rosen, Ross ve arkadaşlarının ayrı ayrı yaptıkları araştırmalar, beden hoşnutsuzluğunun benlik saygısını da etkilediğini göstermiştir. Beden imajından hoşnut olma ile benlik kavramından hoşnut olmanın pozitif olarak ilişkili olduğu sonucuna varmışlardır. Karşı fikir olarak Fabian ve Thompson da, kendilik saygısı ile beden hoşnutluğu arasında bir bağıntı olmadığını bulmuşlardır. Kolody ve Sallis BKİ'ndeki artışın, prepubertal çocuklarda bile, kendilik kavramında ve beden imajında olumsuz değişikliklere neden olduğunu göstermiştir (57).

## 4.7. OBEZ BİREYLERDE BENLİK SAYGISI VE BEDEN ALGISI

Benlik saygısı ile beden imajı arasında karmaşık bir ilişki vardır ve bu ilişkinin özel dinamiği kişiden kişiye değişir. Kimi bireylerde düşük benlik saygısı kısmen olumsuz beden imajından kaynaklanırken, kimilerinde de önce düşük benlik saygısı, ardından olumsuz beden imajı gelir. Bunlarda benliğe ilişkin olumsuz soyut duygular somut beden duyulan nefretin artmasıyla açığa çıkar. Kişi "ben değersizim" veya "ben mutsuzum" demek yerine "şişmanım" ya da "çirkinim" der. Bu şekilde acısı veya kendine duyduğu nefret bulanıklaşır ve serbest kalır, böylece kişi ters bir avuntu bulur ve daha da önemlisi bir denetim duygusu kazanır. Kendinde neyin yanlış olduğunu anlayabilir. Doğru olmayan bedenidir ve bedeni daha iyi olsa yaşamı da çok daha iyi olacaktır (50).

Sadece günümüzde değil geçmişte de hemen tüm toplumların dış görünüşe, çekicilik, güzel ve yakışıklı olmaya verdikleri önem ister istemez hemen herkeste hoş ve beğenilir olma arzusunu yaratmış, insanlar daha güzel görünmek uğruna yoğun çabalar sarf etmeye başlamışlardır. Fiziki görünüşe verilen önem çoğunlukla kitle iletişim araçlarıyla tüm toplumlara, dolayısıyla da tek tek bireylere ulaştırılırken insanlar da bu tür görüş ve değerlendirmelere koşullanmışlardır. Görünüşe verilen anlam ve görünüşle ilgili değerlendirmeler, içinde bulunulan zamana ve toplumun kültürüne göre değişebilmektedir. Eski çağlarda tanrıçalar aşırı kilolu ve bu halleriyle beğeni toplarken, günümüzde kadınlar ince ve narin bir beden yapısına özendirilmektedir. (3).

Beden imajını oldukça zedeleyen obezite, dolayısıyla beden saygısını da olumsuz yönde etkilemektedir (75). Obez bireylerde gözlenen düşük benlik saygısının ve olumsuz beden algısının sebep mi yoksa sonuç mu olduğu konusunda tartışmalar sürmektedir. Bazı obez bireylerde etiyolojik faktör olarak bulunurken, bazı obez bireylerde de obezitenin bir sonucu olarak bulunması olasıdır (3).

### 4.7.1 Obezite ve Beden Algısı

Beden algısı, çocuğun kendisini kendi olmayanlardan ayırt etmeye başladığı birinci yaştan itibaren ortaya çıkar ve yaşam boyu sürekli gelişerek değişir. Aslında birey fiziksel özelliklerin önemli olduğu görüşü ile çok erken yaşlarda karşılaşmaktadır. Çocuk öykü

kitaplarındaki kahramanlar genellikle yakışıklı, güzel ve güçlü kişilerdir. İzlediğimiz filmlerdeki insanlar hep güzel bir fiziğe sahiptir (3).

Obezlerdeki beden algısı ile ilgili çalışmalara bakıldığında; BKİ'nin beden hoşnutsuzluğuna anlamlı düzeyde etkisi olduğunu (80) ve obez grubun, obez olmayan grupla kıyaslanmasında obezlerin daha fazla beden hoşnutsuzluğuna sahip oldukları görülmektedir (7). Olumsuz beden algıları nedeni ile terapiye giden obez kadınlarla Beden Dismorfik Bozukluk Ölçeği ve Beden Şekli Soru Listesi kullanılarak yapılan bir araştırmada, % 80'de daha fazlasında olumsuz beden algısının olduğu saptanmıştır (81). Birçok obez birey görünüşlerinden hoşlanmaz ve bu, genellikle kilo kaybetmeyi istemelerinin başlıca sebebidir. Kilo kaybının görünüş ve çekiciliklerini artıracağına ve sonuç olarak kendileri hakkında daha iyi hissedeceklerine inanırlar (82).

Obezitede beden imajı bozukluğu, stigmatizasyona yatkınlık olduğu da bilinmektedir. Obez bireylerde fobik kaçınmanın, onlara insanların uzun bakışları ve fısıltı ile yorum yapmaları gibi sosyal etkenlerin sonucunda ortaya çıktığını speküle etmek mümkün olmakla birlikte başka faktörlerin de etkili olabileceği düşünülmelidir. Bu hastaların yaşadıkları toplum dışına itilme davranışı depresyon, anksiyete ve diğer bozuklukların gelişmesine katkıda bulunabilmektedir. Araştırmacılar, beden ağırlığı ile aşırı uğraş ve bozulmuş beden imajının obez hastaların önemli özelliklerinden olduğu konusunda hemfikirdirler (71).

Obez bireylerin genel tedavisinde beden algısı üzerinde çalışmanın önemli bir yeri olduğu ileri sürülmektedir (83). Cash, çok düşük kalorili bir diyet kullanarak kilolarını %24 azaltan obez kişilerin beden algısının bütün yönlerinde önemli iyileşmeler yaşadıklarını saptamıştır. Ancak, tek başına kilo kaybı bütün beden algısı sorunlarını yok etmemektedir, özellikle de kilo kaybı hafif derecede ise (84). Örneğin Cash ve ark.nın, asla fazla kilolu olmamış orta kilolu kişiler, fazla kilolu olmuş orta kilolu kişiler ve o anda fazla kilolu olan kişiler olmak üzere üç grubu kıyasladıkları çalışmalarında; daha önce fazla kilolu olan deneklerin görünüşlerine olan tutumları, o an fazla kilolu olan gruptakilerle benzer bulunmuştur. Asla fazla kilolu olmamış olanlarla kıyaslandıklarında bu kişilerin bedenlerinden daha az memnun oldukları ve kendilerini daha şişman olarak algıladıkları bulunmuştur. Bu çalışmada “beden algısı terapisi” nin önemi vurgulanmıştır (85).

#### 4.7.2. Obezite ve Benlik Saygısı

Özellikle batı toplumlarında zayıflık kavramı beğeni toplarken, obez bireyler dışlanmakta ve çeşitli olumsuz etiketlere maruz kalmaktadırlar. Benlik saygısının kişiler arası ilişkilerden ve bireyin bu ilişkilere verdiği anlamdan etkilendiği düşünülürse, çevreden gelen olumsuz geri bildirimler bireyde benlik saygısının azalmasına neden olacaktır. Aşırı kilo nedeni ile eleştirilme ve sosyal dışlanma, okul ya da iş yaşamını, sosyal ilişkilerini ve fiziksel etkinliklere karşı tutumlarını olumsuz etkileyecektir (3).

Önyargı ve ayırım daha çocuklukta başlar. Yaklaşık 40 yıl evvel Stafferi 6 yaşındaki bir çocuğun, aşırı kilolu başka bir çocuğun görünüşünün “tembel, kirli, aptal, çirkin” olduğunu düşündüğünü saptamıştır. Obez bireyler toplumsal alanlarda “etiketlenirler”. Ayrımcılık onların özsaygılarının azalmasına, depresyona açık duruma gelmelerine yol açar. Benlik saygısının azalması obez bireylerin disforik ve depresif olmalarına sebep olur (86). Çeşitli çalışmalarda obez bireylerde beden ağırlıkları ile ilgili hoşnutsuzluktan ve olumsuz stigmaldan kaynaklanan öfke ve düşük benlik saygısı tanımlanmıştır (87).

## 5. MATERİYAL VE YÖNTEM

Bu çalışma obez bireylerde benlik saygısı ve beden algısının değerlendirilmesi ve ilişkili faktörlerin incelenmesi amacıyla yapılmıştır. Tanımlayıcı ve kesitsel tipte planlanmış bir çalışmadır. Çalışma, İstanbul Bilim Üniversitesi Klinik Araştırmaları Etik Kurulu tarafından incelenmiş, 18.12.2013/15-97 sayılı kararıyla etik ve bilimsel yönden bir sakınca olmadığına dair karar alınmıştır. Etik kurulun izni sonrasında çalışma verileri toplanmaya başlanmıştır.

Çalışma verileri <https://www.diyetkolik.com/> adresli internet sitesi üzerinden 18 Aralık 2013 – 5 Ocak 2014 tarihleri arasında toplanmıştır. Çalışma verileri, adresi verilen internet sitesine üye olan veya olmayan kişilerin site üzerindeki elektronik anketi doldurması ile elde edilmiştir. Anılan tarihler arasında toplam 1258 kişi ankete katılmıştır.

Çalışmaya dahil edilme ve dışlanma kriterleri şu şekilde belirlenmiştir;

Dahil edilme kriterleri:

18 yaş üzerinde olmak, Beden Kitle İndeksi 18,50 kg/m<sup>2</sup> üzerinde olmak, çalışmaya katılmak için gönüllü olmak ve onam formunu onaylamış olmak, okur yazar olmak, bipolar affektif bozukluk, manik hecme, şizofrenik bozukluk ve diğer psikotik doğal bir bozukluğa sahip olmamak,

Dışlanma kriterleri;

Hamile olmak, deliryum, diğer amnestik bozukluklar, epilepsi ve nöbet öyküsü, bilinç kaybının da olduğu kafa travması, diğer nörolojik bozukluklar ve mental retardasyonun olması, belirgin işlev kaybına yol açan fiziksel bir rahatsızlığa sahip olmak, alkol ve ilaç bağımlısı olmak, endokrin bir bozukluğa bağlı obezitesi olmak, obeziteye sekonder hastalıklar dışında kronik bir hastalığı olma ve sürekli ilaç kullanıyor olmak, obeziteye neden olabilecek ilaç kullanıyor olmak (antidepresan, antipsikotik, duygudurum düzenleyici, antimigren, antihistaminik, antidiyabetik, glukokortikoid) olarak belirlenmiştir.

Doldurulan anketler bir ön değerlendirmeden geçirilmiş ve dahil edilme kriterlerini karşılamayanlar ayıklanmıştır. Doldurulan anketlerden 162'si dahil edilme kriterlerini karşılamadığından çalışma dışı tutulmuştur. Anket içerikleri ve ölçüm yapılan anketler incelenmiş, verileri eksik dolduranlar çalışma dışı tutulmuşlardır. Katılımcıların 208'i veri

setlerinde ve ölçeklerde yanılmayı arttıracak düzeyde ölçekleri eksik doldurduğundan çalışma dışı tutulmuştur. Toplamda, çalışma için analizlere 816 kişi alınmıştır.

Araştırmada, çalışmayı yürütenlerce oluşturulmuş bir bilgi formu kullanılmıştır. Bu bilgi formunda katılımcıların yaş, cinsiyet, boy, ağırlık, yaşadığı şehir, medeni durum, öğrenim durumu, meslek, sigara ve alkol kullanımı, ilaç kullanımı gerektiren hastalık durumu varlığı, mevcut ağırlıktan memnuniyet düzeyi, zayıflama girişimleri, günlük yaşamdaki fiziksel aktivite düzeyi, ekonomik durumu, günlük ortalama uyku süresi sorgulanmıştır. Bilgi formunu dolduran bireylere benlik saygısını belirlemek için Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (Rosenberg Self-esteem Scale) ve Beden Algısı Ölçeği uygulanmıştır.

Araştırmada, benlik saygısı ölçümü için kullanılan Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği 1963 yılında Morris Rosenberg tarafından geliştirilmiştir. Amerika Birleşik Devletleri'nde güvenilirlik geçerlilik çalışması yapıldıktan sonra bir çok araştırmada ölçüm aracı olarak kullanılmıştır. Ülkemizde ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Çuhadaroğlu tarafından yapılmış olup, geçerlilik kat sayısı  $r=0,71$  olarak bulunmuştur. Test-tekrar test güvenilirlik yöntemi kullanılarak da güvenilirlik kat sayısı  $r=0,75$  olarak saptanmıştır.

Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği, çoktan seçmeli 63 sorudan oluşan bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçek, oniki alt kategoriden oluşmaktadır. Rosenberg istenildiği takdirde alt ölçeklerin araştırmalarda ayrı ayrı kullanılabilmesini belirtmiştir. Araştırmanın amacı doğrultusunda benlik saygısını ölçmeye yönelik olarak ölçeğin ilk '10' maddesi kullanılmıştır. Beş maddesi pozitif, beş maddesi negatif ifadelerden oluşan bu 10 maddelik ölçekte puanlama Guttman ölçekleme tekniğine uygun bir şekilde yapılmaktadır. "Çok Doğru", "Doğru", "Yanlış" ve "Çok Yanlış" seçeneklerinin yer aldığı 4 dereceli Likert türü bir ölçektir ve sorulardan beşi ters kodlanmıştır. Ölçeğin kendi içindeki değerlendirme sistemine göre; 1, 2, 4, 6, 7. maddeler olumlu kendilik değerlendirmesini sorgulamakta olup, 3'den 0'a kadar değişen puanlama yapılırken, 3, 5, 8, 9, 10. maddeler olumsuz kendilik değerlendirmesini sorgulamakta olup, 0'dan 3'e kadar değişen bir puanlama yapılmaktadır. Toplam puan aralığı 0-30 arasında olup, 15-25 arası alınan puan benlik saygısının yeterli olduğunu gösterirken, 15 puanın altı düşük benlik saygısını göstermektedir.



Ölçeğin evrensel ve kültüre özgü özelliklerini değerlendirmek amacıyla Schmitt ve Allik (2005) tarafından bir çalışma yapılmıştır. Bu çalışmada ölçek 28 dile çevrilmiş ve 16.998 katılımcıdan oluşan 53 ulusla çalışılmıştır. Ölçeğin faktör yapısının uluslar açısından uyumluluk analizi yapıldığında 52 ulusta ortalama 0.99 uyumluluk katsayısının olduğu, yalnızca 5 ulusta bu katsayının 0.95'in altına düştüğü sonucuna ulaşılmıştır. Tüm uluslar için ortalama güvenilirlik katsayısının da 0.81 olduğu belirlenmiştir. Elde edilen sonuçlar ölçeğin evrensel değerlere sahip olduğunu ve farklı kültürlerle uyumlu uluslar arası bir geçerliliğe sahip olduğunu göstermektedir.

Çalışmada kullanılan Beden Algısı Ölçeği ise 1953 yılında Secord ve Jourand tarafından geliştirilmiştir. Ülkemizde ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları 1989 yılında Hovardaoğlu tarafından yapılmıştır. Ölçek 40 madde içermekte olup, her bir madde bir organ ya da beden bir bölümü (kol, bacak, yüz gibi) ya da bir işlevi (cinsel faaliyet düzeyi gibi) ile ilgilidir. Her bir madde için 1'den 5'e kadar değişen puanlar alan ve "Hiç beğenmiyorum", "Beğenmiyorum", "Kararsızım", "Beğeniyorum" ve "Çok beğeniyorum" şeklinde yanıt seçeneği bulunan ölçeğin toplam puanı 40 ile 200 arasında değişmekte olup, alınan puanın yüksekliği doyum düzeyinin yüksekliğini göstermektedir. Ölçeğin kesme puanı 135 olup, 135 altında puana sahip olanlar beden algısı düşük grup olarak tanımlanmıştır.

Elde edilen veriler SPSS 17.0 (Statistical Package for Social Sciences Version 17) programı kullanılarak analiz edilmiştir. Analizlerde tanımlayıcı ölçütlerden frekans, yüzde; merkezi yığılım ölçütlerinden ortalama ve ortanca; merkezi yaygınlık ölçütlerinden standart sapma ve en büyük – en küçük değer kullanılmıştır. Ortalamaların kıyaslanmasında parametrik verilerde t testi ve tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanılırken, non parametrik veya dağılımı düzgün olmayan verilerin kıyaslanmasında Mann Witney U testi veya Kruskal Wallis testinden yararlanılmıştır. Korelasyonlar verilerin özellikleri ve dağılım özelliklerine göre Pearson veya Spearman korelasyon testi ile değerlendirilmiştir. Ayrıca sayımla belirlenen verilerin karşılaştırılmasında ki-kare ve benlik saygısı ve beden algısını etkileyen faktörlerin belirlenmesinde Backward LR lojistik regresyon analizi kullanılmıştır. P değerleri 0,05 altında olan değerler anlamlı olarak kabul edilmiştir.

## 6. BULGULAR

### 6.1. ÇALIŞMA GRUPLARININ GENEL ÖZELLİKLERİ

Çalışma verileri, internet ortamı kullanılarak toplanmıştır. Çalışmaya toplam 816 kişi katılmıştır. Çalışmaya katılanlar Beden Kitle İndeksine (BKİ) göre sınıflandırıldığında 367 kişi (%45,0) “Normal”, 263 kişi (%32,2) “Kilolu”, 174 kişi (%21,3) “Obez” ve 12 kişi (%1,5) “Morbid Obez”dir. Katılımcıların büyük çoğunluğu kadındır (n=704, %86,3). Katılımcıların ortalama yaşı  $25,20 \pm 7,52$  yıldır. Tüm gruplarda kadın oranı, erkek oranına göre yüksekti. Yaş ortalamaları normal grupta en düşük iken, morbid obez grupta en yüksek ortalamaya sahipti. Çalışma gruplarında cinsiyet ve yaş ortalamaları bakımından anlamlı farklılık bulunmaktaydı.

BKİ’ne göre oluşturulan grupların arasında medeni durum, alkol kullanımı açısından anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Öte yandan, çalışma durumu ele alındığında; çalışmayan kişi oranının BKİ normal olan grupta en yüksek olduğu, en düşük oranın ise morbid obez grubunda olduğu görülmektedir. Gruplar arasında çalışma durumu açısından anlamlı bir farklılık bulunmaktaydı. Algılanan gelir durumu açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Kronik hastalığa sahip olma açısından değerlendirildiğinde, tüm grupta Diabetes Mellitus’u (DM) olan kişi oranı %2,7 (n=22)’dir. Bu hastaların %72,7’si (n=16) kilolu ve obez gruba dahilken, %27,3’ü (n=6) normal gruptadır. Hipertansiyon (HT) açısından bakıldığında, tüm grupta HT olan hasta oranı %1,6 (n=13) olup, bunun %76,9’u (n=10) kilolu ve obez bireylerdedir. Kardiyovasküler hastalık sıklığı tüm grup içinde %8,7 (n=71)’dir. Bu hastaların önemli bir kısmı (%61,9) da kilolu ve obez bireylerde bulunmaktadır. Çalışmaya katılanların sosyodemografik özellikleri Tablo 6.1’de derlenmiştir

**Tablo 6.1: Grupların Sosyodemografik Özellikleri**

Sosyodemografik Özellikler	Normal (n=367)		Kilolu (n=263)		Obez (n=174)		M. Obez (n=12)		p
<b>BKİ Ortalamaları (kg/m<sup>2</sup> + SD)</b>	22,31 ± 1,71		27,06 ± 1,36		32,91 ± 2,42		44,15 ± 3,88		<b>0,000</b>
<b>Yaş Ortalamaları (yıl + SD)</b>	23,17 ± 5,72		26,09 ± 7,85		27,47 ± 8,66		35,08 ± 10,50		<b>0,000</b>
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	
<b><u>Cinsiyet</u></b>									
Kadın	340	92,64	225	85,55	130	74,71	9	75	<b>0,000</b>
Erkek	27	7,36	38	14,45	44	25,29	3	25	
<b><u>Medeni Durum</u></b>									
Evli	86	24,09	112	43,24	77	44,51	8	72,73	<b>0,000</b>
Bekar	271	75,91	147	56,76	96	55,49	3	27,27	
<b><u>Öğrenim Durumu</u></b>									
Lise ve Altı	111	30,58	95	36,12	63	36,42	5	41,67	<b>0,351</b>
Yüksekokul ve Üstü	253	69,42	168	63,88	110	63,58	7	58,33	
<b><u>Çalışma Durumu</u></b>									
Çalışan	157	42,78	129	49,05	89	51,15	9	75,00	<b>0,045</b>
Çalışmayan*	210	57,22	134	50,95	85	48,85	3	25,00	
<b><u>Sigara Kullanımı</u></b>									
Evet	81	22,19	60	22,99	47	27,17	3	25,00	<b>0,639</b>
Hayır	284	77,81	201	77,01	126	72,83	9	75,00	
<b><u>Alkol Kullanımı</u></b>									
Evet	109	30,62	50	19,46	38	23,03	0	0,00	<b>0,003</b>
Hayır	247	67,67	207	79,31	127	73,41	11	91,67	
<b><u>Algılanan Gelir Düzeyi</u></b>									
Düşük	81	22,13	57	21,76	37	21,51	3	25,00	<b>0,890</b>
Orta	254	69,40	185	70,61	115	66,86	8	66,67	
Fazlasıyla yeterli	31	8,47	20	7,63	20	11,63	1	8,33	
<b><u>Kronik Hastalıklar</u></b>									
DM	6	16,67	8	22,22	8	23,53	0	0	<b>0,216</b>
HT	3	8,33	5	13,89	5	14,71	0	0	<b>0,193</b>
KVH	27	75,00	23	63,89	21	61,76	0	0	<b>0,819</b>

\* Çalışmayan grubun 266'sı (%61,6) öğrenci, 2'si (%0,5)

Çalışmaya katılanlara, kendilerini nasıl tanımladıkları sorusu yöneltilmiştir. Katılımcıların kendilerini tanımlama durumu ile BKİ değerlerine göre oldukları durum arasında anlamlı bir korelasyon mevcuttur ( $r= 0,614$ ,  $p=0,000$ ). Öte yandan BKİ'ne göre normal olanların %48,63'ü ( $n=178$ ) kendini kilolu olarak tanımlarken, BKİ'ne göre obez olanların %38,95'i ( $n=67$ ) kendini aşırı kilolu olarak tanımlamaktadır. Çalışmaya katılanların BKİ değerlerine göre kendini tanımlama durumları Tablo 6.2'de verilmiştir. Çalışmada mevcut BKİ ile kendisini tanımladığı durum uyum göstermeyenlerin, benlik saygısı ve beden algısı durumları incelenmiştir. Beden algısı düşük olanların %43,0'u ( $n=182$ ) kendisini farklı bir BKİ kategorisinde tanımlarken, bu oran beden algısı yüksek olanlarda %30,7 ( $n=120$ ) olarak bulunmuştur ( $p=0,000$ ). Benlik saygısı açısından bakıldığında; benlik saygısı düşük olanların %45,9'u ( $n=97$ ) kendisini farklı bir BKİ kategorisinde tanımlarken, bu oran benlik saygısı yüksek olanlarda %34,0 ( $n=211$ ) olarak bulunmuştur ( $p=0,002$ ).

**Tablo 6.2: BKİ Kategorileri ile Kendini Tanımlama Durumu**

Özellikler	Normal		Kilolu		Obez		M. Obez		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
<b><u>Kendini Tanımlama</u></b>									
Zayıfım	12	3,28	1	0,38	0	0,00	0	0,00	
Normalim	175	47,81	21	7,98	2	1,16	0	0,00	<b>r=0,614</b>
Kiloluyum	178	48,63	221	84,03	103	59,88	0	0,00	<b>p=0,000</b>
Aşırı Kiloluyum	1	0,27	20	7,60	67	38,95	12	100,0	

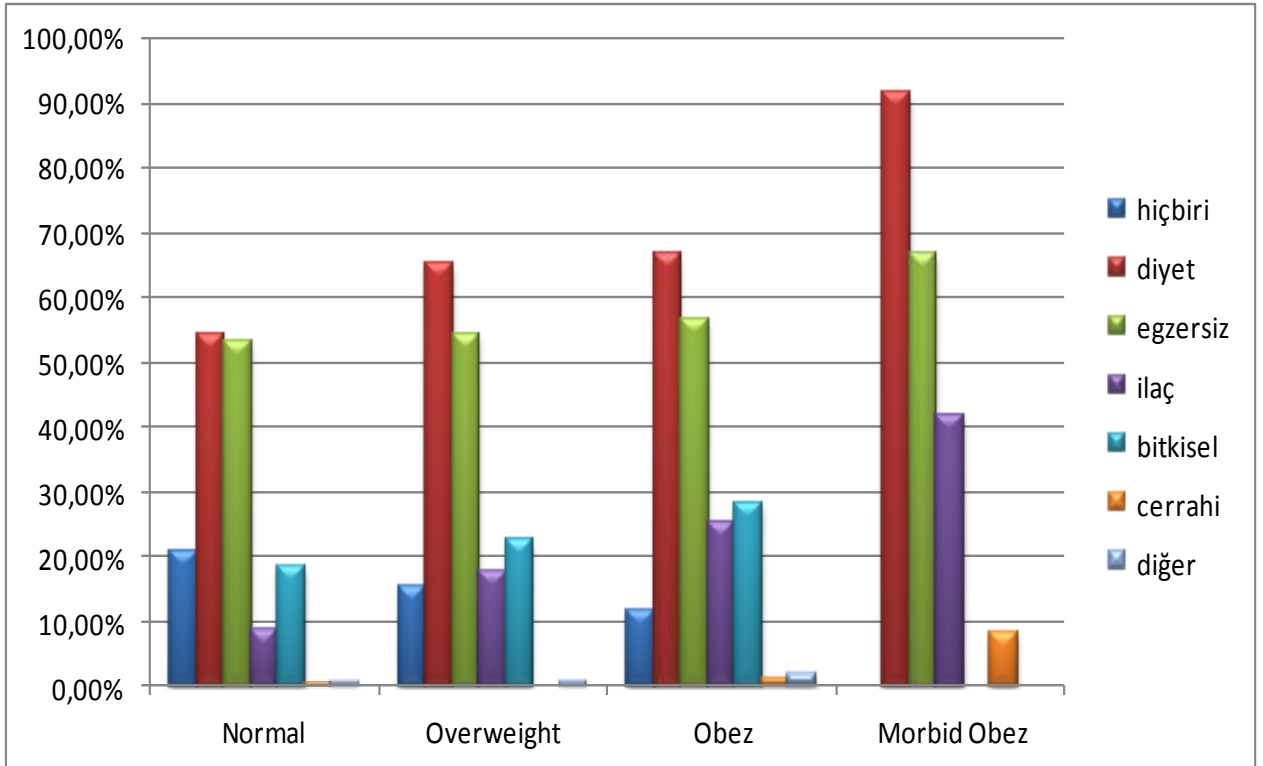
Katılımcıların büyük bir kısmı mevcut ağırlığından memnun değildir. BKİ normal olanlarda, ağırlığından memnun olmayanların oranı %85,25 ( $n=312$ ) iken kilolu ve obez olanlarda bu oran sırasıyla %96,95 ( $n=254$ ) ve % 95,91 ( $n=164$ )'dir. Morbid obezlerin tamamı mevcut ağırlığından memnun değildir ( $p=0,000$ ). Diğer taraftan mevcut ağırlıktan memnuniyet durumu ve benlik saygısı arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır ( $p=0,03$ ). Benlik saygısı yüksek olanların %3,5'i ( $n=21$ ); benlik saygısı düşük olanların ise %0,05'i ( $n=2$ ) mevcut ağırlığından memnundur. Yine mevcut ağırlıktan memnuniyet ile beden algısı arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ( $p=0,000$ ). Beden algısı düşük olanların

%1,1'i (n=5) ağırlığından memnunken bu oran beden alıgısı yüksek olanlarda %4,6 (n=18) olarak bulunmuştur.

Çalışmaya katılanların %96,5'i (n=782) zayıflamak istemektedir. Kilolu, obez ve morbid obez bireylerde zayıflamak isteyenlerin oranları sırası ile %98,10 (n=257), %98,81 (n=167) ve %91,67 (n=11)'dir. Normal gruptaki bireylerde de benzer şekilde bu oran %94,55 (n=347) olarak bulunmuştur (p=0,021). Normal ve kilolu gruplarda kilo verme isteğinin temel nedeni dış görünüşü düzeltmek iken (sırasıyla %76,0 ve %64,2); obez ve morbid obez gruplarda kilo verme isteğinin temel nedeni sağlıkla ilgili sorunlardır (sırasıyla %35,6 ve % 83,3).

Katılımcıların büyük çoğunluğu daha önce en az bir defa zayıflama girişiminde bulunmuştur. Kilolu olan grupta en az bir defa kilo verme girişiminde bulunanların oranı %84,7 (n=223)'dir. Morbid obezlerin hepsi, obezlerin ise %88,5 (n=154) zayıflama girişiminde bulunmuşlardır. Zayıflama girişiminde bulunanların büyük çoğunluğu diyetle kilo verme girişiminde bulunmuşlardır (n=319 %60,9). Diyet dışında ilaç, bitkisel destek ve cerrahi girişim gibi yöntemlerle kilo verme girişimleri obez ve morbid obez grubunda diğer gruplara göre anlamlı olarak fazladır (p=0,020). (Şekil 6.1).

**Şekil 6.1: BKİ Kategorilerine Göre Uygulanan Zayıflama Girişimleri**



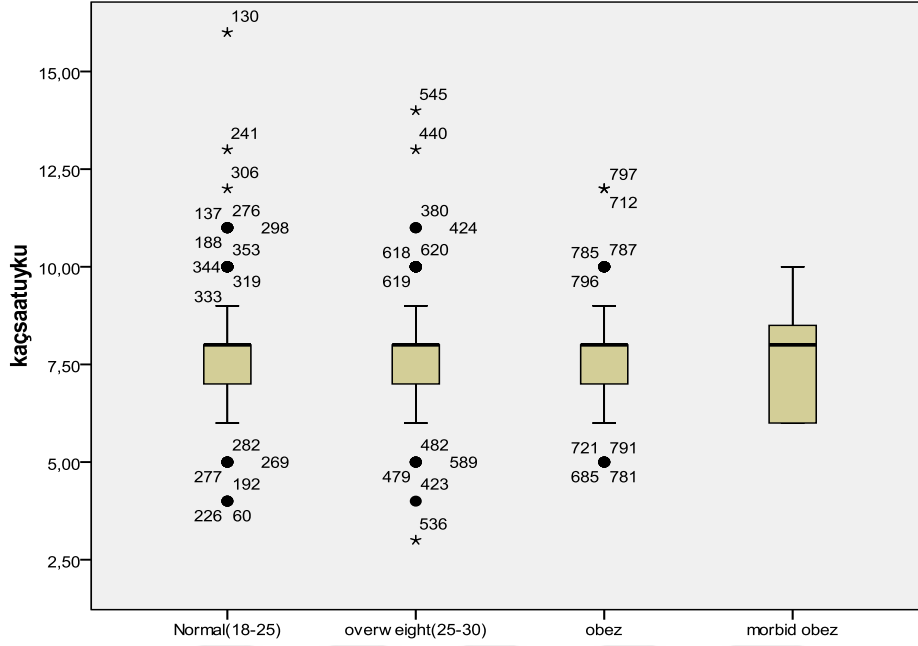
Günlük yapılan fiziksel aktivite ve BKİ'ne göre oluşturulan gruplar incelendiğinde morbid obezlerde çok hafif, diğer tüm gruplarda hafif düzeyde fiziksel aktivite yapıldığı görülmektedir (Tablo 6.3). Çalışmaya katılanların büyük çoğunluğu günlük fiziksel aktivitesini yeterli bulmamaktadır (n=606, %74,4). BKİ normal olanların %71,93 (n=264)'ü günlük fiziksel aktivitesini yeterli bulmazken, bu oran kilolu grupta %76,43 (n=201)'dir. Obez bireylerin %75,0 (n=129)'i günlük fiziksel aktivitesini yeterli bulmazken, morbid obezlerde bu oran %100 (n=12) olarak bulunmuştur.

**Tablo 6.3: BKİ Kategorileri ile Günlük Fiziksel Aktivite Durumu**

Özellikler	Normal		Kilolu		Obez		M. Obez		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
<b><u>Günlük Hareketlilik</u></b>									
Çok Hafif FA (n=203)	79	21,58	67	25,57	48	28,24	9	75,00	<b>p=0,008</b>
Hafif FA (n=396)	184	50,27	129	49,24	83	48,82	0	0,00	
Orta FA(n=193)	95	25,96	60	22,90	35	20,59	3	25,00	
Ağır FA(n=18)	8	2,19	6	2,29	4	2,35	0	0,00	

Çalışmaya katılanların ortalama uyku süresi  $7,72 \pm 1,35$  saat olarak bulunmuştur. Ortalama uyku süreleri açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p=0,732). Ortalama günlük uyku süreleri normal grupta  $7,67 \pm 0,7$  saat iken, kilolu grupta  $7,79 \pm 0,8$  saat, obez grupta  $7,72 \pm 0,9$  saattir. Morbid obez grupta ise bu süre  $7,66 \pm 0,4$  saat olarak hesaplanmıştır (Şekil 6.2).

**Şekil 6.2: BKİ Kategorilerine Göre Günlük Ortalama Uyku Süresi**

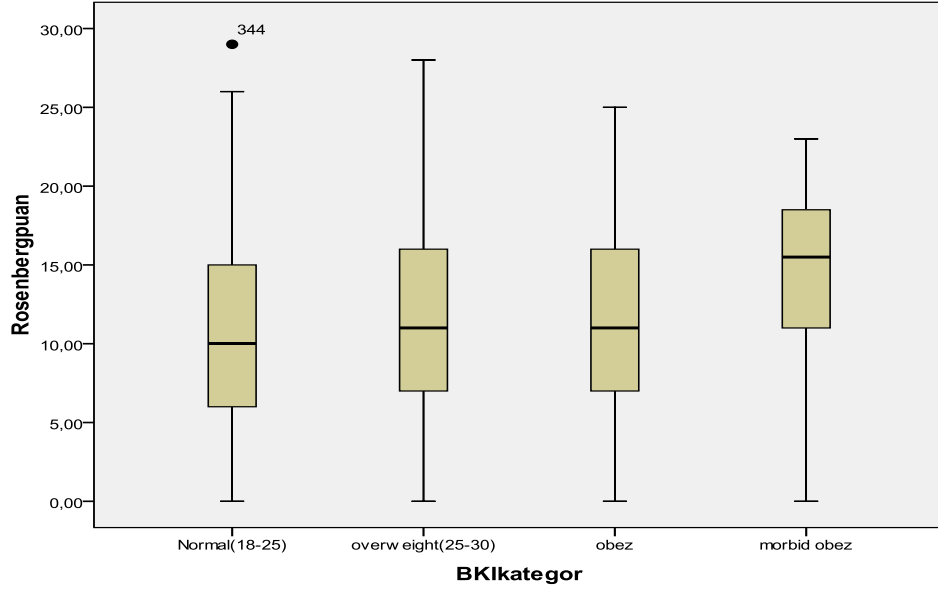


## 6.2 KATILIMCILARIN BENLİK SAYGISI VE BEDEN ALGISI ÖZELLİKLERİ

Katılımcıların ortalama benlik saygısı puanı  $10,98 \pm 6,09$  olarak hesaplanmıştır. Öte yandan normal bireylerde ortalama puan en düşük saptanmış ( $10,43 \pm 6,11$ ) iken morbid obezlerde en yüksek ortalama puanlar saptanmıştır ( $13,66 \pm 6,91$ ) ( $p=0,05$ ) (Şekil 6.3).

Benlik saygısı düşük ve yüksek olanların, BKİ kategorilerine göre dağılımları incelendiğinde gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır (Tablo 6.4). Lojistik regresyonla yapılan ileri analizlerde BKİ normal olanlar referans alındığında benlik saygısının sadece obez olanlarda 1,49 kat ve morbid obez olanlarda 3,31 kat daha düşük olduğu görülmektedir (Tablo 6.5).

**Şekil 6.3: BKİ Kategorilerine Göre Benlik Saygısı Ortalama Puanları**



**Tablo 6.4: BKİ Kategorilerine Göre Rosenberg Benlik Saygısı Durumu**

Rosenberg BS Durum	Normal		Kilolu		Obez		Morbid Obez		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
BS Düşük (n=213)	85	23,16	68	25,86	54	31,03	6	50,00	<b>p=0,050</b>
BS Yüksek (n=603)	282	76,84	195	74,14	120	68,97	6	50,00	

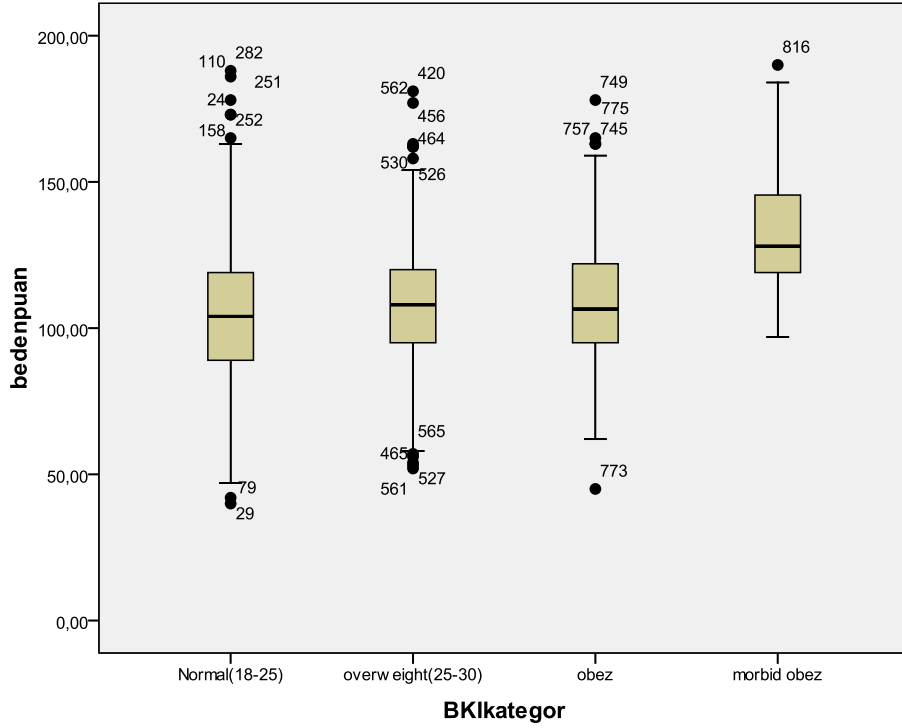
**Tablo 6.5 : Benlik Saygısının Düşük Olmasına BKİ'nin Etkisi**

Bağımsız değişken		Odds Oranı	%95 Güven Aralığı	p
BKİ	Normal	1 (referans)		
	Kilolu	1,15	0,80-1,67	<b>0,437</b>
	Obez	1,49	1,08 -2,23	<b>0,050</b>
	Morbid Obez	3,31	1,04- 10,55	<b>0,042</b>



Çalışmaya katılanların ortalama beden algısı puanı  $107,24 \pm 23,13$  olarak hesaplanmıştır. Beden algısı ortalama puanları BKİ normal olan grupta en düşük iken ( $104,30 \pm 24,26$ ), morbid obez grubunda en yüksek ortalamaya ulaşmaktadır ( $134,75 \pm 28,91$ ) ( $p=0,00$ ) (Şekil 6.4).

**Şekil 6.4: BKİ Kategorilerine Göre Beden Algısı Ortalama Puanları**



Gruplar arasında düşük ve yüksek beden algısı puanına sahip olma açısından anlamlı bir farklılık vardır ( $p=0,000$ ). Gruplara göre beden algısı durumları Tablo 6.6'da derlenmiştir. Lojistik regresyonla yapılan ileri analizlerde BKİ normal olanlar referans alındığında; beden algısının morbid obez olanlarda 5,48 kat daha düşük olduğu görülmektedir (Tablo 6.7).

**Tablo 6.6: BKİ Kategorilerine Göre Beden Algısı Durumu**

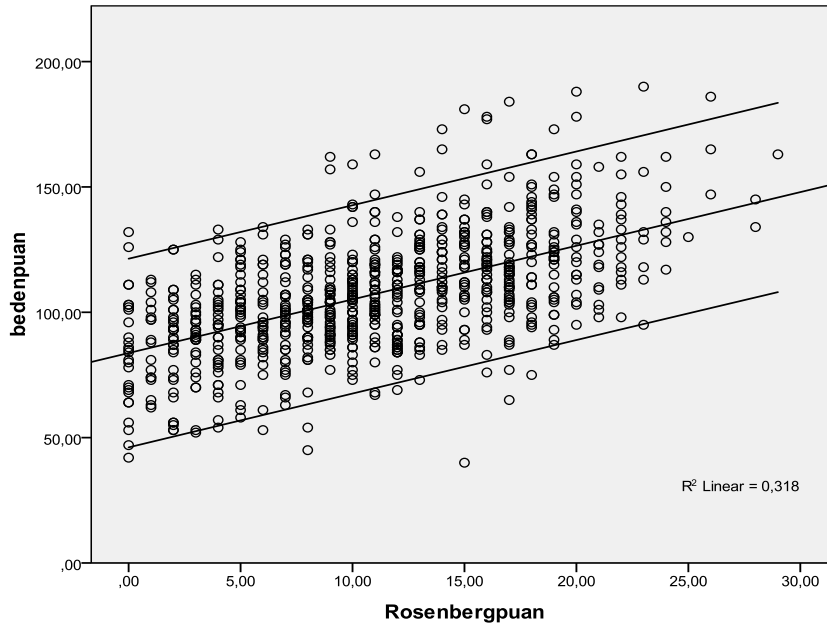
Beden Algısı Kategorizasyon	Normal		Kilolu		Obez		Morbid Obez		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
BA Düşük (n=425)	175	47,68	146	55,51	94	54,02	10	83,33	<b>p=0,029</b>
BA Yüksek (n=391)	192	52,32	117	44,49	80	45,98	2	16,67	

**Tablo 6.7 : Beden Algısının Düşük Olmasına BKİ'nin Etkisi**

Bağımsız değişken		Odds Oranı	%95 Güven Aralığı	p
BKİ	Normal	1 (referans)		
	Kilolu	1,36	0,99-1,88	<b>0,053</b>
	Obez	1,28	0,89-1,85	<b>0,169</b>
	Morbid Obez	5,48	1,18-25,38	<b>0,029</b>

Benlik saygısı ve beden algısı arasındaki ilişki incelendiğinde, bütün grup için orta düzeyde pozitif yönde bir korelasyon olduğu görülmüştür ( $r=0,564$ ;  $p=0,000$ ) (Şekil 6.5). Gruplar bazında bakıldığında; normal grupta ( $r=0,602$ ,  $p=0,000$ ), kilolu grupta ( $r=0,519$ ,  $p=0,000$ ), obez grupta ( $r=0,512$ ,  $p=0,000$ ) ve morbid obez grubunda ( $r=0,643$ ,  $p=0,024$ ) benlik saygısı puanı ile beden algısı puanı korelasyon göstermektedir.

**Şekil 6.5: Benlik Saygısı ve Beden Algısı Korelasyon Grafiği**



Algılanan beden ağırlığı ile benlik saygısı durumu incelendiğinde; beden ağırlığını zayıf olarak değerlendiren katılımcıların %53,8'inin, normal olarak değerlendiren katılımcıların %82,3'ünün, kilolu olarak değerlendiren katılımcıların %74,7'sinin ve aşırı kilolu olarak değerlendiren katılımcıların %57'sinin Rosenberg Benlik saygıları kategorisi yüksek olarak bulunmuştur ( $p=0,000$ ) (Tablo 6.8). Algılanan beden ağırlığı ile BKİ örtüşen katılımcılarda, benlik saygısı yüksek olanların oranı örtüşmeyenlere göre anlamlı olarak yüksektir ( $p=0,002$ ). Benlik saygısı yüksek olanların %65,9 ( $n=397$ )'unun algılanan beden ağırlığı ile BKİ örtüşmektedir. Benlik saygısı düşük olanlarda ise örtüşme oranı sadece %54 ( $n=114$ ) dür.

**Tablo 6.8: Algılanan Beden Ağırlığı ile Benlik Saygısı Durumu**

RBSÖ Durumu	Algılanan Beden Ağırlığı								p
	Zayıfım		Normalim		Kiloluyum		Aşırı Kiloluyum		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
<b>BS Yüksek (n=602)</b>	7	53,8	163	82,3	375	74,7	57	57,0	<b>p=0,000</b>
<b>BS Düşük (n=211)</b>	6	46,2	35	17,7	127	25,3	43	43,00	

Algılanan beden ağırlığı ile beden algısı ölçeği durumu incelendiğinde, beden ağırlığını zayıf olarak değerlendiren katılımcıların %23,07'sinin, normal olarak değerlendiren katılımcıların %64,14'ünün, kilolu olarak değerlendiren katılımcıların %46,21'inin ve aşırı kilolu olarak değerlendiren katılımcıların %28'inin beden algısı ölçeği kategorisi düşük olarak bulunmuştur (p=0,000) (Tablo 6.9). Algılanan beden ağırlığı ile BKİ örtüşen katılımcılarda, beden algısı yüksek olanların oranı örtüşmeyenlere göre anlamlı olarak yüksektir (p=0,000). Beden algısı yüksek olan katılımcıların %69,2 (n=270)'sinin algılanan beden ağırlığı ile BKİ örtüşmekte iken örtüşmeyenlerin oranı sadece %30,8 (n=120)'dir. Beden algısı düşük olanlarda örtüşme oranı ise %57 (n=241) olarak bulunmuştur.

**Tablo 6.9: Algılanan Beden Ağırlığı ile Beden Algısı Durumu**

BAÖ Durumu	Algılanan Beden Ağırlığı								p
	Zayıfım		Normalim		Kiloluyum		Aşırı Kiloluyum		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
<b>BA Yüksek (n=390)</b>	3	23,07	127	64,14	232	46,21	28	28,00	<b>p=0,000</b>
<b>BA Düşük (n=423)</b>	10	76,93	71	35,86	270	53,79	72	72,00	

### 6.3. BENLİK SAYGISININ DİĞER PARAMETRELERLE İLİŞKİSİ

Tüm grup ele alındığında, kadınlarda benlik saygısı düşük olanların oranı %27,3 (n=171) iken erkeklerde bu oran % 19,6 (n=22)'dir. Tüm grup ve BKİ'ne göre gruplar ayrı ayrı ele alındığında cinsiyet ve benlik saygısı arasında anlamlı bir ilişki gösterilememiştir (p>0,05).

Tüm grup ele alındığında, evli olanlarda benlik saygısı düşük olanların oranı %20,4 (n=58), bekar olanların oranı %29,5 (n=153)'dir. Medeni durum ile benlik saygısı arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (p=0,005). Gruplar ayrı ayrı değerlendirildiğinde yalnızca normal ve obez grupta medeni durum ile benlik saygısı arasında ilişki saptanmıştır. Normal

grupta bekarların %26,1 (n=73)'i ve evlilerin %12,7 (n=11)'si düşük benlik saygısına sahiptir (p=0,007). Obez grupta ise bekar olanların %39,5 (n=38) ve evli olanların %20,7 (n=77)'si düşük benlik saygısına sahiptir (p=0,008).

Yaş ortalaması ve benlik saygısı arasındaki ilişki incelendiğinde, tüm grup için benlik saygısı düşük olanların yaş ortalaması  $22,96 \pm 6,72$  yıl iken, benlik saygısı yüksek olanların yaş ortalamaları  $26,00 \pm 7,77$  yıl idi (p=0,000). Gruplar ayrı ayrı incelendiğinde ise tüm gruplarda benzer şekilde, benlik saygısı düşük olanların yaş ortalamaları, benlik saygısı yüksek olanlara göre anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur. Genel olarak bakıldığında yaş ile Rosenberg Benlik Saygısı puanları arasında negatif yönde bir ilişki olduğu görülmektedir (r= -0,219; p=0,000). Bu durum tüm alt gruplarda da devam etmektedir.

Eğitim durumları dikkate alındığında tüm grupta lise ve altı eğitim alanların %35,9 (n=100)'unun benlik saygısı düşükken, yüksek okul ve üstü eğitim alanlarda bu oran %21,0 (n=113)'tür (p=0,000). Alt gruplarda yapılan analizlerde ise bu ilişkinin sadece normal ve kilolu grup için geçerli olduğu, obez ve morbid obezler için geçerli olmadığı görülmektedir. Normal grup ve kilolu grupta lise ve altı eğitim alanların sırasıyla %32,4 (n=37) ve %35,7 (n=34)'sinin benlik saygısının düşük olduğu, yüksek okul ve üstü eğitim alanlarda ise bu oranın sırasıyla %18,9 (n=48) ve %20,2 (n=34) olduğu görülmüştür (p=0,005 ve p=0,006).

Tüm grubun çalışma durumu dikkate alındığında çalışma durumu ile benlik saygısı durumu arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (p=0,000). Tüm grupta, çalışanlarda benlik saygısı düşük olanların oranı %17,7 (n=68) iken, çalışmayan grupta bu oran %33,5 (n=145)'dir. Alt grup analizleri yapıldığında ilişkinin yalnızca morbid obez grubunda devam etmediği diğer gruplarda da ilişki olduğu görülmektedir. Normal ve kilolu grupta sırasıyla çalışmayanlarda düşük benlik saygısı olanların oranı %30,0 (n=63) ve %33,5 (n=45) iken çalışanlarda bu oranlar sırasıyla %14,0 (n=22) ve %17,8 (n=23)'dir (p=0,000 ve p=0,004). Obez grupta ise çalışmayanlarda düşük benlik saygısına sahip olanların oranı %41,1 (n=35) iken çalışanlarda bu oran %21,3 (n=19)'tür (p=0,005).

Alkol ve sigara kullanımı ile benlik saygısı arasındaki ilişki incelendiğinde, tüm grup için sigara kullanımı ile benlik saygısı arasında ilişki saptanmazken (p=0,581), alkol kullanımı ile benlik saygısı arasında bir ilişki saptanmıştır (p=0,000). Benlik saygısıyla algılanan gelir düzeyi arasında da anlamlı bir ilişki saptanmıştır (p=0,075).

Anlamli ilişki saptanan medeni durum, eğitim, yaş, alkol kullanımı ve çalışma durumu lojistik regresyon analizine tabii tutulmuştur. Analiz sonuçları Tablo 6.10’da derlenmiştir. Analiz sonucunda medeni durum ve cinsiyet anlamını yitirmiştir (p değerleri sırasıyla 0,904 ve 0,179). Tablo incelendiğinde yüksek okul ve üstü eğitim alanlar referans alındığında lise ve altı eğitim alanların 1,73 kat daha fazla düşük benlik saygısına sahip olduğu, çalıŝanlar referans alındığında, çalışmayanlarda düşük benlik saygısının 1.57 kat daha fazla olduğu görülmektedir. Tablo yaş açısından incelendiğinde, 26 yaş ve üstü referans olarak alındığında 25 yaş ve altı grupta düşük benlik saygısına sahip olma oranı 1.82 kat daha fazla görülmektedir. Alkol kullanımı düşük benlik saygısına sahip olmaya karşı koruyucu olarak tespit edilmiştir. Alkol kullanmayanlar referans alındığında alkol kullananlarda düşük benlik saygısına sahip olma ihtimali 0,41 kat daha az görülmektedir.

**Tablo 6.10: Benlik Saygısının Düşük Olmasını Etkileyen Faktörlerin LR Analizi**

Bağımsız değişken		Odds Oranı	%95 Güven Aralığı	p
<b>Eğitim</b>	<b>Yüksek okul ve üstü</b>	1 (referans)	1,23-2,45	<b>0,002</b>
	<b>Lise ve altı</b>	1,73		
<b>alıŝma durumu</b>	<b>alıŝıyor</b>	1 (referans)	1,08-2,27	<b>0,017</b>
	<b>alıŝmıyor</b>	1,57		
<b>Alkol kullanımı</b>	<b>Kullanmayan</b>	1 (referans)	0,26-0,43	<b>0,003</b>
	<b>Kullanan</b>	0,41		
<b>Yaş</b>	<b>26 yaş ve üstü</b>	1 (referans)	1,15-2,88	<b>0,010</b>
	<b>25 yaş ve altı</b>	1,82		

#### 6.4 BEDEN ALGISININ DİĞER PARAMETRELERLE İLİŞKİSİ

Tüm grup ele alındığında, kadınlarda beden algısı düşük olanların oranı %52,1 (n=425) iken, erkeklerde bu oran % 37,5 (n=42) (p=0,001). BKİ'ne göre gruplar ele alındığında, yalnızca kilolu grupta cinsiyet ve beden algısı arasında ilişki saptanmıştır. BKİ'ne göre normal grupta kadınlarda düşük beden algısı olanların oranı %49,1 (n=167) ve erkeklerde % 29,6 (n=8)'dir (p=0,070). Kilolu olan grupta beden algısı düşük olan kadınların oranı %59,1 (n=133) iken erkeklerde bu oran %34,2 (n=13)'dir (p=0,005). Obez grupta beden algısı açısından cinsiyetler arasında bir farklılık tespit edilememiştir (p=0,054). Beden algısı düşük kadınların oranı %58,4 (n=76) ve erkeklerin oranı %40,9 (n=18)'dur. Morbid obez grupta ise beden algısı düşük kadın oranı %77,7 (n=7) iken erkeklerin tamamında (%100, n=3) beden algısı düşüktür. Ancak gruplar arasında anlamlı farklılık tespit edilememiştir (p=1,0).

Tüm grup ele alındığında, evli olanlarda beden algısı düşük olanların oranı %43,8 (n=124) ve bekar olanlarda %56,7 (n=293)'dir. Medeni durum ile beden algısı arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (p=0,001). Gruplar ayrı ayrı değerlendirildiğinde, yalnızca normal ve kilolu grupta medeni durum ile beden algısı arasında ilişki saptanmıştır. Normal grupta bekarların %52,4 (n=142)'ü ve evlilerin %32,6 (n=28)'si düşük beden algısına sahiptir (p=0,002). Kilolu grupta bekarların %61,2 (n=90)'si evlilerin %48,2 (n=54)'si düşük beden algısına sahiptir (p=0,037).

Yaş ortalaması ve beden algısı arasındaki ilişki incelendiğinde, tüm grup için beden algısı düşük olanların yaş ortalaması  $23,95 \pm 6,64$  yıl iken, beden algısı yüksek olanların yaş ortalamaları  $26,57 \pm 8,17$  yıl idi (p=0,000). Gruplar ayrı ayrı incelendiğinde ise, morbid obez grubu dışında tüm gruplarda benzer şekilde beden algısı düşük olanların yaş ortalamalarının, beden algısı yüksek olanlara göre anlamlı olarak daha düşük olduğu görülmüştür. Genel olarak bakıldığında yaş ile beden algısı puanları arasında negatif yönde bir ilişki olduğu görülmektedir (r= -0,209; p=0,006). Bu durum tüm alt gruplarda da devam etmektedir.

Eğitim durumları dikkate alındığında, tüm grupta lise ve altı eğitim alanların %59,0 (n=154)'unun beden algısı düşükken, yüksek okul ve üstü eğitim alanlarda bu oran %48,5 (n=261)'dir (p=0,005). Alt gruplarda yapılan analizlerde ise bu ilişkinin sadece normal grup için geçerli olduğu; kilolu ,obez ve morbid obezler için geçerli olmadığı görülmektedir. Normal grupta lise ve altı eğitim alanların %57,0 (n=65)'sinin beden

algısının düşük olduğu, yüksek okul ve üstü eğitim alanlarda ise bu oranın %43,5 (n=110) olduğu görülmüştür (p= 0,016).

Tüm grubun çalışma durumu dikkate alındığında çalışma durumu ile benden algısı arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (p=0,001). Tüm grupta, çalışanlarda beden algısı düşük olanların oranı %45,8 (n=176) iken, çalışmayan grupta bu oran %57,6 (n=249)'dir. Alt grup analizleri yapıldığında ilişkinin yalnızca morbid obez grubunda devam etmediği diğer gruplarda ise olduğu görülmektedir. Normal ve kilolu grupta sırasıyla çalışmayanlarda düşük beden algısı olanların oranı %52,4 (n=110) ve %61,9 (n=83) iken çalışanlarda bu oranlar sırasıyla %41,4 (n=65) ve %48,8 (n=63)'dir (p=0,037 ve p=0,033). Obez grupta ise çalışmayanlarda düşük beden algısına sahip olanların oranı %64,7 (n=55) iken çalışanlarda bu oran %43,8 (n=39)'dir (p=0,006).

Tüm grup ele alındığında alkol, sigara kullanımı ve algılanan gelir ile beden algısı arasında anlamlı ilişkiler saptanmıştır (p değerleri sırasıyla 0,004; 0,037; 0,033).

Anlamlı ilişki saptanan cinsiyet, medeni durum, eğitim, yaş, alkol ve sigara kullanımı, çalışma durumu ve algılanan gelir lojistik regresyon analizine tabii tutulmuştur. Analiz sonuçları Tablo 6.11'de derlenmiştir. Analiz sonucunda cinsiyet, yaş ve algılanan gelir düzeyi dışındaki tüm değişkenler anlamlılığını yitirmiştir. Tablo incelendiğinde erkek olanlar referans alındığında, kadınların 1,87 kat daha fazla düşük beden algısına sahip oldukları görülmektedir. Yaşın beden algısı düşüklüğüne karşı koruyucu faktör olduğu görülmektedir. 26 yaş ve üstü olanlar referans alındığında, 25 yaş ve altı olanlarda 0,62 kat daha az beden algısı düşüklüğü olduğu görülmektedir. Algılanan gelir açısından, geliri yeterli olanlar referans alındığında, gelirim giderimin altında diyenlerde düşük beden algısına sahip olma 2,82 kat daha fazladır.



**Tablo 6.11: Beden Algısının Düşük Olmasını Etkileyen Faktörlerin LR Analizi**

Bağımsız değişken		Odds Oranı	%95 Güven Aralığı	p
Cinsiyet	Erkek	1 (referans)	1,20-2,92	<b>0,005</b>
	Kadın	1,87		
Eğitim	Yüksek okul ve üstü	1 (referans)	0,90-1,74	<b>0,162</b>
	Lise ve altı	1,25		
Medeni durum	Evli	1 (referans)	0,78-1,69	<b>0,461</b>
	Bekar	1,15		
Çalışma durumu	Çalışıyor	1 (referans)	0,77-1,50	<b>0,676</b>
	Çalışmıyor	1,07		
Alkol kullanımı	Kullanmayan	1 (referans)	0,51-1,04	<b>0,083</b>
	Kullanan	0,72		
Yaş	26 yaş ve üstü	1 (referans)	0,42-0,92	<b>0,016</b>
	25 yaş ve altı	0,62		
Gelir	Gelirim yeterli	1 (referans)	1,50-5,00	<b>0,001</b>
	Gelirim giderimin altında	2,74		

## 7. TARTIŞMA

Obezite yüzyılımızın önemli halk sağlığı sorunlarından. Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde morbidite ve mortalite oranları üzerine olumsuz etkileri bulunmaktadır. Zayıflama yönünde toplumsal baskıya ve diyet/kilo verme teknolojilerindeki artışa rağmen obezitenin prevalansı artmakta ve önemini devam ettirmektedir (18,34).

Çalışmaya alınan 816 kişi BKİ'ne göre sınıflandırıldığında 367 kişi (%45,0) "Normal", 263 kişi (%32,2) "Kilolu", 174 kişi (%21,3) "Obez" ve 12 kişi (%1,5) "Morbid Obez"dir. Belirlediğimiz oranlar literatürle uyumludur. Türkiye Sağlık Araştırması 2012 sonuçlarına göre Türkiye'de kişilerin %44,2'si normal, %34,8'i fazla kilolu ve %17,2'si obez olarak sınıflandırılmıştır (88). Yine Türkiye Beden Ağırlığı Algısı Araştırması'nda katılımcıların BKİ sınıflaması değerlendirildiğinde; %3,6'sının zayıf, %39,7'sinin normal, %33,3'ünün fazla kilolu, %23,4'ünün obez olduğu görülmüştür (8).

BKİ'ne göre oluşturulan çalışma grupları arasında yaş ortalamaları bakımından anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. Yaş ortalamaları normal grupta en düşük iken bu değer morbid obez grupta en yüksek ortalamaya ulaşmaktadır. Bu durum literatürdeki değişik çalışmalarla uyumludur. İskoçya ve Hollandada 7677 Kafkas üzerinde yapılan bir çalışmada yaş arttıkça BKİ ve bel çevresi oranlarının arttığı gösterilmiştir (89). 170 kilolu ve obez kadın üzerinde yapılan bir başka çalışmada 18-27 arası yaş grubunun % 21,7'sinin aşırı kilolu-obezi; 48 ve üzeri yaş grubunun % 87,1'inin aşırı kilolu-obezi olduğu bildirilmiştir. İleri yaş grubunda aşırı kilo-obezi oranı istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ( $p<0,001$ ) (16). Sri Lanka'da 18-83 yaş aralığında 1114 katılımcıyla yapılan bir çalışmada da yaş artışıyla BKİ'nin arttığı gösterilmiştir ( $p<0,000$ ) (90). Şişmanlığın bu yaş grubunda sık görülmesinin nedeni gençlik yıllarına göre daha hareketsiz olmalarına bağlanabilir.

Çalışmamızda kilolu, obez ve morbid obez bireylerin sırasıyla %85,55, %74,71 ve %75 olmak üzere çoğunluğu kadınlardan oluşmaktadır. Ülkemizde yapılan geniş kapsamlı TEKHARF (Türk Erişkinlerde Kalp Sağlığı, Risk Profili ve Kalp Hastalığı) çalışmasında da benzer şekilde, obezitenin yaygınlığı erişkin erkeklerde %18,7, erişkin kadınlarda %38,8 olarak bulunmuştur (43). Dünya Sağlık Örgütü tarafından yapılan çalışmalarda ise dünyada obezite yaygınlığı erkeklerde %10-20, kadınlarda ise % 10-25 arasında bildirilmektedir (91). Türkiye Sağlık Araştırması 2012 verilerine göre obezite sıklığı

kadınlarda %20,9 erkeklerde ise %13,7 olarak belirlenmiştir (88). Bizim çalışmamızda kadın oranları, mevcut literatürün oldukça üstünde çıkmıştır. Bunun temel nedeni; çalışma verilerinin internet ortamında bir diyet web-sitesi üzerinden toplanması ve örneklemin ağırlıklı kısmının kadınlardan oluşuyor olması olabilir.

Çalışmamızda medeni durum ve BKİ'ne göre gruplar arasındaki ilişki incelendiğinde, evli olanlarda obezite anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Medeni durumun obezite üzerine etkileri ile ilgili çalışmalara bakıldığında evli olan yetişkinlerin anlamlı olarak daha obez olduğu bildirilmiştir (92,93,94,95,96). Yapılan bir çalışmada evli olan kadınlarda bekar olan kadınlara göre daha yüksek bulunan BKİ, eşleri tarafından beğenilmeme korkusu taşıyan ve çoğu kez de şişmansın diye yargılanan kadınların ince bir bedene sahip olma isteklerini yansıtmaktadır (16).

Yaptığımız çalışmada, öğrenim durumu ile BKİ kategorileri arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Almanya'da yapılan 18-64 yaş arası 4063 kişiyi içeren çalışmada bireylerin BKİ'i arttıkça eğitim düzeylerinin düştüğü bildirilmiştir (81). Baugman ve ark.'nın yaptığı, fazla kilolu veya Obez birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran 665 hastanın incelendiği bir araştırmada, düşük eğitim düzeyinin yüksek BKİ ile ilişkili olduğu saptanmıştır (97). Yapılan bir başka çalışmada obez grupta eğitim yılı azaldıkça BKİ'nin arttığı saptanmıştır (68). Türkiye'nin 7 bölgesini içeren ve 3080 kilolu 688 obez bireyin katılımıyla gerçekleştirilen bir çalışmada da eğitim düzeyleri yüksek olanların düşük olanlara göre daha düşük BKİ'ne sahip oldukları tespit edilmiştir (98). Çalışmamızda bu oranların farklı olmasının temel nedeni; örneklemin, genel popülasyonun eğitim düzeyini yansıtmaması olabilir. Çalışmaya alınan grup, normal popülasyona göre daha yüksek eğitim düzeylerine sahiptir.

Çalışmamızda çalışan grup ile çalışmayan grubun BKİ kategorileri arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur ( $p=0,045$ ). Bu farklılık morbid obez gruptan kaynaklanmaktadır. Kliniğe başvuranlarda obezite ve etkili faktörlerin belirlenmesi amacıyla 450 kişi üzerinde yapılan bir çalışmada çalışmayan grupta, çalışan gruba (serbest meslek, memur, işçi) kıyasla obezitenin istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde fazla olduğu bulunmuştur ( $p=0,001$ ) (27). Çalışmayan grupta obezite eğiliminin nedeni; daha sedanter bir yaşamlarının olması ve yiyeceğe ulaşmalarının daha kolay olmasına bağlı olabilir.

Çalışmamızda sigara kullanımı ile BKİ kategorisi arasında anlamlı bir ilişki bulunmazken alkol kullananlarda obezite anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Yapılan bazı

çalışmalarda sigara ve alkol kullanımı ile obezite arasında anlamlı bir ilişki gösterilememişken (3,27), bazı çalışmalarda sigara içenlerin daha düşük BKİ'ne sahip oldukları gösterilmiştir (94). Tolstrup ve ark. yaptığı bir çalışmada tüketilen alkol miktarı ile BKİ arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur. Ancak az miktarda ve sıkça alınan alkol ile BKİ arasında ters bir ilişki saptanmıştır (45). Alkolün kalori değerinin yüksek olmasının bu duruma yol açtığı düşünülebilir.

Çalışmamızda algılanan gelir düzeyi ile BKİ kategorisi arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Yapılan bir çalışmada, sosyoekonomik statü ile kilo durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p<0,001$ ). Alt sosyoekonomik statüdekilerin % 82,0'si aşırı kilolu-obez iken, üst sosyoekonomik statüdekilerin hiçbiri aşırı kilolu-obez değildir sonucuna ulaşılmıştır (16). Başka çalışmalarda da dar gelirli gruplarda obezite daha fazla bulunmuştur (27,99). Literatürden farklı sonuç bulunmasının nedeni; araştırmanın sınırlılıkları dahilinde internet ve/veya bilgisayar erişimi olmayanların çalışmaya dahil olamamalarından kaynaklanmış olabilir.

Kronik hastalığa sahip olma açısından değerlendirildiğinde, tüm grupta kronik hastalığı olan 106 kişi saptanmıştır. Bu kişilerin çok büyük bir kısmı obez ve morbid obez grubundadır. Obezitenin başta diabetes mellitus (DM), sistemik hipertansiyon (HT), lipit metabolizması bozukluğu, inme, miyokard infarktüsü, koroner kalp hastalığı, konjestif kalp yetmezliği gibi ciddi kronik hastalıklar yanında daha bir çok sağlık sorununa yol açtığı bilinmektedir (81).

Çalışmamızda katılımcıların BKİ kategorileri ile kendilerini tanımladıkları durum arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu bulunmuştur ( $p=0,000$ ). 6082 kişi üzerinde yapılan Türkiye Beden Ağırlığı Algısı Araştırması'nda BKİ sınıflamasına göre fazla kilolu olanların %38,7'si kendini fazla kilolu olarak algılarken, %5,6'sı da obez, %53,4'ü normal kiloda ve %2,3'ü zayıf olarak kendini gördüğünü ifade etmiştir. Obez olanların ise %25,8'i kendini obez olarak algılamakta olup %54,2'si fazla kilolu, %18,9'u normal kiloda ve %1,1'i zayıf olarak kendini gördüğünü belirtmiştir. Zayıf olanların %62,5'i kendini zayıf olarak algılamakta, normal kiloluların %71,8' i kendini normal kiloda algılamaktadır. Doğru beden ağırlığı algısı sıklığı normal kilolularda %71,8 ile en yüksek, sırasıyla zayıflarda %62,5, fazla kilolularda %38,7 olup obezlerde %25,8 ile en düşüktür (8). Bizim çalışmamızda ise doğru beden ağırlığı algısı sıklığı morbid obezlerde en yüksek (%100), çıkarken normal kilolu bireylerde en düşük çıkmıştır (%47,8). Toplumun sosyal,

ekonomik, kültürel yapısındaki değişmeler, bireylerin beden algılarını da değiştirebilir. Güzellik kavramının zayıf bir beden olarak algılanması, zayıflığın kültürel olarak ideal görünüm haline gelmesi nedeniyle kişiler şişman olup olmadıklarını dikkate almaksızın kendilerini şişman olarak algılamakta ve buna bağlı olarak, gereksiz durumlarda bile, zayıflamak için çaba harcamaktadırlar. Batı toplumlarında yapılan çalışmalarda normal kilodaki katılımcıların yaklaşık %60'ının kendisini kilolu olarak kabul ettiği, bunların da beşte birinin zayıflamak istediği bildirilmektedir (100,101).

BKİ normal olanlarda, ağırlığından memnun olmayanların oranı %85,25 (n=312) iken kilolu ve obez olanlarda bu oran sırasıyla %96,95 (n=254) ve %95,91 (n=164)'dir. Morbid obezlerin tamamı mevcut ağırlığından memnun değildir (p=0,000). Hangi BKİ kategorisinde olursa olsun katılımcıların büyük bir kısmı kendisini kilolu olarak tanımlamaktadır ve mevcut ağırlıklarından memnun değildir. Fiziki görünüme verilen önem çoğunlukla kitle iletişim araçlarıyla tüm toplumlara, dolayısıyla da tek tek bireylere ulaştırılırken, insanlar da bu tür görüş ve değerlendirmelere koşullanmışlardır. Görünüme verilen anlam ve görünüme ilgili değerlendirmeler, içinde bulunulan zamana ve toplumun kültürüne göre değişebilmektedir. Eski çağlarda tanrıçalar aşırı kilolu ve bu halleriyle beğeni toplarken, günümüzde kadınlar ince ve narin bir beden yapısına özendirilmekte olması bireylerin ağırlık algılarının bozulduğunu düşündürmektedir (3). BKİ kategorizasyonunda normal bireylerin % 48,63'ünün de kendini kilolu olarak tanımlaması buna bağlanmıştır. Sarwer, Wadden ve Foster (1998) tarafından incelenen obez kadınlarda vücut şeklini beğenmeme durumu normal kilolu kontrollere göre daha fazla görülmüştür. Sarwer ve ark. (1998) obez kadınların yaklaşık 1/3 ile yarıya yakının, görüntülerinin sosyal ilişkilerini etkilediğini bulmuşlardır. Vücut şeklini beğenmeyen bir grup hastanın vücutlarını "çirkin ve küçük düşürücü" bulduğu, diğerlerinin de kendilerine "nefret ve düşmanlıkla" bakıldığına inandıkları tanımlanmıştır. Bu duruma çocuklukta yaşlıları tarafından kilo nedeniyle alaya alınmanın ve aile tarafından hor görülmenin de katkıda bulunduğu düşünülmektedir (16).

Çalışmamıza katılanların BKİ kategorisi ne olursa olsun büyük bir çoğunluğu kilo vermek istemektedir ve normal ve kilolu grupta kilo verme isteğinin temel nedeni dış görünüşü düzeltmek iken obez ve morbid obez gruplarda kilo verme isteğinin temel nedeni sağlıkla ilgili olarak bulunmuştur. Yapılan bir çalışmada; katılımcıların poliklinik

görüşmesinde diyetisyene gelme nedenlerinin; sağlık risklerinden ziyade ince görünüp, daha güzel olma kaygısından kaynaklandığı belirlenmiştir (16).

Çalışmamıza katılanların büyük çoğunluğu daha önce en az bir defa zayıflama girişiminde bulunmuştur. En çok tercih edilen zayıflama yöntemi diyet olarak belirtilmiştir. Bitkisel destek ve cerrahi girişim gibi yöntemlerle kilo verme girişimleri obez ve morbid obez gruplarında diğer gruplara göre anlamlı olarak fazladır. Türkiye Beden Ağırlığı Algısı Araştırması'nda katılımcıların %17,4'ü son bir yıl içinde zayıflamak için diyet uyguladığını ifade etmiştir. Doğru beden ağırlığı algısına sahip olanların üçte birinin, sahip olmayanların beşte birinin diyet yapması, obeziteye yönelik farkındalığı arttırmanın yeterli olmadığını, obeziteye yönelik insanlarda davranış değişikliği oluşturmak için daha fazla çabanın gerektiğini göstermektedir (8).

Günlük fiziksel aktivite düzeyinin azalması, günümüzde hem gelişmiş, hem de gelişmekte olan ülkeleri etkileyen obezite epidemisine katkıda bulunan önemli bir faktördür. Bu sorun; morbitide, mortalitenin artması ve psikososyal sağlıkta azalma ile ilişkilidir. Literatürde bir çok çalışma, fazla kilo ve obezitenin tedavisinde ve etiyolojisinde fiziksel aktivitenin rolünü vurgulamaktadır (102,103,104,105). Düzenli fiziksel aktivitenin kilo alımını önlediği ve geciktirdiği bilinmektedir (106). Erişkinlerde fiziksel aktivite ve BKİ ilişkisinin araştırılması amacıyla yapılan bir çalışmada, düzenli fiziksel aktiviteye katılan bireyler ve sedanter yaşayan bireyler BKİ yönünden karşılaştırıldıklarında anlamlı fark bulunmuştur (107). Boyce ve ark. yaptığı çalışmada, egzersiz yapılmamasından dolayı obezitenin arttığını bildirirken, kilo vermenin egzersiz ile ilişkili olduğunu rapor etmişlerdir (108). Bizim çalışmamızda morbid obezlerde çok hafif, diğer tüm gruplarda hafif düzeyde günlük fiziksel aktivite yapıldığı görülmektedir ve katılımcıların büyük çoğunluğu günlük fiziksel aktivitesini yeterli bulmamaktadır. Bir meta-analiz raporunda, sedanter bireylerde aerobik egzersizin vücut kütlesi ile yakından ilişkili olduğu, ağırlık kaybının haftalık egzersiz sıklığı ve vücut yağ kütlesi arasında pozitif bir korelasyon gösterdiği bildirilmiştir (109). Yapılan bir çalışmada; BKİ yüksek olanların fiziksel aktivite düzeylerinin daha düşük olduğu tespit edilmiştir (110).

Çalışmamıza katılanların ortalama uyku süresi  $7,72 \pm 1,35$  saat olarak bulunmuş ve ortalama uyku süreleri açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanamamıştır. Literatürde yedi farklı ülkede geniş epidemiyolojik çalışmalardan elde edilen bulgular, uyku süresinin azalması ile obezite riskinin arttığını göstermektedir (111).

Çalışmamızda BKİ ve düşük benlik saygısı arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Çalışmaya katılanların ortalama benlik saygısı puanı  $10,98 \pm 6,09$  olarak hesaplanmıştır. Erişkinlerde obezite ile benlik saygısı arasındaki ilişkileri araştıran çalışmaların birinde benlik saygısı ile obezite ve BKİ arasında ters ilişki olduğu (112), bir çalışmada ise ilişki olmadığı belirlenmiştir (113). Literatürde obezite ile benlik değerinin azalması arasında doğrusal bir ilişki olduğuna dair araştırmalar çoğunluktadır (114,115,116,117,118). Türkiye’de yapılan bir çalışmada obez kişilerin benlik saygısı, obez olmayanlara göre anlamlı oranda düşük bulunmuştur ( $p=0,001$ ) (3). Başka bir çalışmada, aşırı kilolu-obez olanların benlik saygısının, normal kiloda olanlara göre daha düşük olduğu belirtilmiştir ( $p<0,001$ ) ve obez kişilerin benlik saygısı değerinin BKİ ile ilişkili olduğu ve BKİ arttıkça benlik saygısında bir azalma olduğu gösterilmiştir (16). Diyet yapan kilolu, diyet yapmayan kilolu ve kilosu normal olan kadınlarla yapılan bir araştırmada, diyet yapmayan kilolu grubun diğer iki gruba göre benlik saygısı daha düşük bulunmuştur (99). Obezlerde benlik saygısı düzeylerini incelemek amacıyla gerçekleştirilen ve 87 obez kadınla yapılan bir çalışmada obezlerin %58.6’sının benlik saygısının düşük olduğu tespit edilmiş (119), Ögden ve Evans’ın çalışmasında da obez olgularda benlik saygılarının daha düşük olduğu (120), Kartal’ın çalışmasında ise yine obezlerde benlik saygısının daha düşük olduğu saptanmıştır (121). Galletly ve ark.nın 64 kadınla yaptıkları prospektif çalışmada kilo kaybedilmesi ile benlik saygısında artma kaydedilmiştir (122). Başka bir çalışmada benlik değeri kontrol grubundan farklı bulunmamış, ancak obez kişilerin benlik değerinin BKİ ile ilişkili olduğu ve BKİ arttıkça benlik değerinde bir azalma olduğu gösterilmiştir (68). Düşük benlik saygısının obezitede neden mi, sonuç mu olduğuna dair tartışmalar halen sürmektedir. Bütün bunları değerlendirebilmek için daha ileri çalışmalara ihtiyaç olduğu görülmektedir.

Yapılan bir çalışmada morbid obezite hastalarının benlik saygısı puanları morbid olmayan obezite hastaları ve sağlıklı kontrol grubundan daha düşük bulunmuştur. Morbid olmayan obezite hastaları ile sağlıklı kontrol grubu arasında ise benlik saygısı puanları açısından fark olmadığı belirtilmiştir (92). Bu çalışmaya benzer olarak Abiles ve arkadaşları morbid obez bireylerin benlik saygısını normal kontrollerden düşük bulmuştur (123).

Obez hastaların daha düşük benlik saygısına sahip olduğunu bildiren araştırmalarda, psikopatolojik durumların daha fazla gözlendiği, özellikle depresyon,

kişilik bozukluklarının ve psikososyal stresörlerin sıklıkla eşlik ettiği bildirilmektedir (16,25,124,125). Bu noktada obez hastalara multidisipliner yaklaşımın önemi ortaya çıkmaktadır.

Çalışmamızda BKİ ile düşük beden algısı arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Çalışmamızla uyumlu olarak, literatürde obezite ile beden algısı değerinin azalması arasında doğrusal bir ilişki olduğuna dair araştırmalar çoğunluktadır. Yapılan bir çalışmada, obez grubun obez olmayanlara göre istatistiksel açıdan ileri derecede anlamlı oranda bedenlerinden hoşnutsuz oldukları bildirilmiştir ( $p<0,001$ ) (7). Caldwell ve ark.nın çalışması BKİ'nin beden hoşnutsuzluğuna anlamlı düzeyde etkisi olduğunu göstermektedir (90). Sarwer ve ark.nın çalışmasında obez grubun obez olmayan grupla kıyaslanmasında obezlerin daha fazla beden hoşnutsuzluğuna sahip oldukları görülmektedir (126). Olumsuz beden algıları nedeni ile terapiye giden obez kadınlarla Beden Dismorfik Bozukluk Ölçeği ve Beden Şekli Soru Listesi kullanılarak yapılan bir araştırmada, %80'den daha fazlasında olumsuz beden algısının olduğu saptanmıştır (82). Cash, çok düşük kalorili bir diyet kullanarak kilolarını %24 azaltan obez kişilerin beden algısının bütün yönlerinde önemli iyileşmeler yaşadıklarını bulmuştur (85). Portekiz'de yapılan bir çalışmanın sonucu BKİ'yi yüksek kişilerin beden imajından memnuniyetsizliğini, onların ince bir vücuda sahip olma isteğinden kaynaklandığını ileri sürmektedir (127).

Benlik saygısı ile beden algısı arasındaki ilişki incelendiğinde; bütün BKİ gruplarında ve ayrı ayrı alt gruplarda korelasyon bulunduğu sonucuna ulaşılmıştır ( $r=0,000$ ,  $p=0,000$ ). Literatürdeki çalışmalar bu sonucu desteklemektedir. Karabulutlu ve ark.'nın yaptığı çalışmada hastaların benlik saygısı ile beden imajı doyum düzeyi arasında pozitif yönde orta derecede bir ilişki bulunmuştur. Yani benlik saygısı puanı arttıkça beden imajı puan ortalaması artmaktadır (50).

Bizim çalışmamızda algılanan beden ağırlığı durumu ile benlik saygısı ve beden algısı kategorileri incelendiğinde, istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olduğu sonucuna varılmıştır ( $p=0,000$ ). Literatürde obez kadınlarda yapılan bir çalışma; beden hoşnutsuzluğu şiddetinin gerçek beden ağırlığından çok, algılanan beden ağırlığıyla ilişkili olduğunu göstermektedir. (80). Özmen ve ark.nın çalışmasında, beden hoşnutsuzluğunun düşük benlik saygısı ve depresyon ile ilişkili olduğu, ancak algılanan beden ağırlığının düşük benlik saygısına neden olurken, gerçek beden ağırlığının düşük benlik saygısı ve depresyonla ilişkili olmadığı bildirilmiştir (126). Zagreb'de yapılan bir çalışmada BKİ ve



vücut memnuniyetsizliği arasında güçlü bir ilişki olduğu, psikososyal sağlık üzerinde beden imajının güçlü etkisinin olduğu gösterilmiştir (128). Bu çalışmalara bakıldığında obez kişilerde beden algısı ve benlik saygısının olumsuz olmasını etkileyen pek çok faktör olduğu görülmektedir. Bu sonuçlar, aynı zamanda “beden algısı terapisi”nin önemini de vurgulamaktadır (112).

Düşük benlik saygısı ve beden algısı ile ilgili olarak yaptığımız ileri analizlerde, BKİ'nin bu bağımlı değişkenler üzerine tek etki eden faktör olmadığı saptanmıştır. Literatürdeki değişik bulguların nedeni, bağımlı değişkenlerdeki farklılıklara bağlı olarak ortaya çıkabildiğini düşündürmektedir.



## 8. SONUÇ

Çalışma sonucunda ;

1. Katılımcıların %45,0'inin normal, %32,2'sinin kilolu, %21,3'ünün obez ve %1,5'ünün morbid obez olduğu,
2. Obezite oranının evli olan katılımcılarda ve çalışmayanlarda daha yüksek olduğu,
3. Yaş ortalamasının normal grupta en düşük morbid obez grubunda en yüksek olacak şekilde anlamlı artış gösterdiği,
4. DM, HT ve KVH ların büyük kısmının obez ve morbid obez grupta görüldüğü,
5. Doğru beden ağırlığı algısının morbid obezlerde en yüksek, normal kilolu bireylerde en düşük olduğu ve benlik saygısı düşük olanlarda doğru beden ağırlığı algısı düzeyinin düşük olduğu,
6. Tüm grubun büyük bir kısmının mevcut ağırlığından memnun olmadığı ve en az bir defa zayıflama girişiminde bulunduğu, fiziksel olarak hafif veya çok hafif fiziksel aktivite yaptıkları ve çoğunluğunun aktivitelerini yeterli bulmadıkları,
7. Uyku süreleri arasında normal, kilolu, obez ve morbid obez bireyler arasında anlamlı bir farklılık olmadığı,
8. Normal olan grupta benlik saygısı ve beden algısı ortalama puanının en düşük, morbid obez olan grupta en yüksek olduğu,
9. Benlik saygısının BKİ normal olanlara göre, obez olanlarda 1,49 kat ve morbid obez olanlarda 3,31 kat daha düşük olduğu,
10. Beden algısının BKİ normal olanlara göre, morbid obez olanlarda 5,48 kat daha düşük olduğu,
11. Algılanan beden ağırlığı ile mevcut BKİ durumu örtüşen katılımcıların, örtüşmeyenlere göre, benlik saygıları ve beden algıları yüksek olduğu bulunmuştur.

Bu bulgular ışığında ;

- ✓ Kilolu, obez ve morbid obez bireylere; obezitenin fiziksel ve psikososyal sorunlara yol açan ciddi ve kronik bir sağlık sorunu olduğu yönünde bilgi verilmesi,
- ✓ Obezitenin, psikososyal açıdan da değerlendirilmesi ve tedavinin çok boyutlu bir yaklaşımla ele alınması,
- ✓ Obezitenin etiyojisine yönelik, daha ileri çalışmalarla obezite oluşumuna katkıda bulunan psikolojik ve sosyal etkenlerin araştırılması,
- ✓ Medya tarafından zayıflığın 'ideal beden' olarak gösterilmemesi ve bireysel özelliklere göre farklılık gösterebilecek (cinsiyet, yaş, boy, kronik hastalık vb.) optimal kilonun, diyetisyenlerce değerlendirilmesi,
- ✓ Diyetisyenlere yapılan başvurularda sadece kilo vermeye odaklanan beslenme programlarının düzenlenmemesi, bu bireylerin obezite nedeniyle yaşadıkları psikolojik ve sosyal sorunların, ayrıca obeziteye neden olabilecek psikolojik etmenlerin göz ardı edilmemesi,
- ✓ Benlik saygısı ve beden algısının artırılması; kendilik kavramı sürekliliğinin sağlanması, çevresel tehdit algısının düzenlenmesi, eleştiri ile başa çıkma yollarının geliştirilmesi ve eşlik eden psikosomatik bozuklukların düzeltilmesi için gerekli tedavilerin obezite destek tedavisi için kullanılması,
- ✓ İleri yaşta artan obezitenin engellenmesi amacıyla bireylerin günlük fiziksel aktivitelerini arttırmaları için yönlendirilmesi, fiziksel aktivite artışı için mutlaka spor salonuna gitmenin gerekli olmadığı, düzenli olarak yapılan yürüyüşlerin yeterli olacağı konusunda bilinçlendirmenin sağlanması,
- ✓ Beden algısında bozulma ve benlik saygısında azalmaya yönelik müdahalelerin etkinliğinin değerlendirildiği deneysel çalışmaların planlanması önerilmektedir.

## 9. TEŞEKKÜR

Yüksek lisans tezimin hazırlanmasında her türlü bilgi ve deneyimleriyle rehberlik eden, tez sürecinde değerli yorumlarıyla yol gösteren, istatistik konusunda yardımlarını esirgemeyen Danışmanım Yrd. Doç Dr. Can Öner'e en içten saygılarımı ve teşekkürlerimi sunmayı borç bilirim.

Tezimin veri toplama aşamasında bilgi ve deneyimlerini paylaşan, araştırmamı böyle büyük bir örnekleme gerçekleştirilebilmem için bana diyetkolik.com'un kapılarını açan Diyetkolik Genel Müdürü Tayfun Sungun'a ve çalışmamda her türlü desteği sağlayan, enerjileri ve yüzlerindeki gülücük bir an olsun kaybolmayan sevgili Diyetkolik ekibine sevgi ve teşekkürlerimi sunarım.

Çalışmamın başından sonuna her an yanımda olan değerli arkadaşım, meslektaşım Fatma Kocaman'a ve varlıkları ile beni motive eden, koşulsuz sevgilerini ve her türlü desteği sunan biricik aileme sonsuz teşekkür ederim.

Pınar Hamurcu

## 10. KAYNAKLAR

1. World Health Organization, "Obesity: Preventing and Managing The Global Epidemic", Report of a WHO Conculcation, WHO Technical Report Series 894, Geneva, 2000.
2. Erol A, Toprak G, Yazıcı F. Üniversite öğrencisi kadınlarda yeme bozukluğu ve genel psikolojik belirtileri yordayan etkenler. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2002, 13:48-57.
3. Tezcan B. Obez Bireylerde Benlik Saygısı, Beden Algısı ve Travmatik Geçmiş Yaşantılar. Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2009.
4. Deveci A, Demet M, Özmen B, Özmen E, Hekimsoy Z. Obez hastalarda psikopatoloji, aleksitimi ve benlik saygısı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2005, 6:84-91.
5. Farid MF, Akhtar M. Self-esteem of secondary school students in pakistan. *Middle-East Journal of Scientific Research*. 2013, 14(10): 1325-1330.
6. Ogden J, Evans C. The problem with weighting: effects on mood, self-esteem and body image. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 1996, 20(3):272-277.
7. Sarwer DB, Wadden TA, Foster GD. Assesment of body image dissatisfaction of obese women: specificity, severity, and clinical significance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1998, 66(4):651-654.
8. Karakaya K, Baran E, Tüzün H, Göçmen L, Erata M, Arıkan İ, Kökalan Yeşil H. Türkiye Beden Ağırlığı Algısı Araştırması. Sağlık Bakanlığı, Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü, Ankara, 2012.
9. Gürkan B. Şemalar ve Baş Etme Yollarının Obezitesi Olan Bireylerin Kaygı, Depresyon, Benlik Saygısı ve İntihar Oranları Üzerindeki Etkisinin Şema Kuramı Açısından İncelenmesi. Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Bursa, 2012.
10. Kazma E. Üniversite Öğrencileri Arasında Obezite Prevalansı ve Oluşum Nedenlerinin Saptanması. İstanbul Aydın Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Gıda Mühendisliği Bölümü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2013.
11. Nazlıcan E. Adana İli Solaklı ve Karataş Merkez Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşayan 20-64 Yaş Arası Kadınlarda Obezite ve İlişkili Risk Faktörlerinin İncelenmesi. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Adana, 2008.

12. Akbulut Çıtak G, Özmen M, Besler T. Obezite. Bilim ve Teknik, Yeni Ufuklara. Mart 2007.
13. Tam AA, Çakır B. Birinci basamakta obeziteye yaklaşım. *Ankara Medical Journal*. 2012, 12(1):37-41.
14. Ayar K. Normal Kilolu, Kilolu ve Obez Bireylerin Obezite ve Obezite İlişkili Hastalıklar Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi ve Karşılaştırılması. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı Uzmanlık Tezi, Bursa, 2009.
15. Lukaski HC. "Methods for the assessment of human body composition: traditional and new. *Am J Clin Nutr*. 1987, 46:537-556.
16. Yücel N. Kilolu ve Obez Kadınlarda Obezite ve Benlik Saygısı İlişkisinin Değerlendirilmesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2008.
17. Ogden CL, Carroll MD, Kit BK, Flegal KM. Prevalence of obesity in the United States, 2009–2010. NCHS Data Brief, No:82, U.S. Department Of Health And Human Services, 2012.
18. World Health Organization. Global Strategy On Diet, Physical Activity And Health. France, 2004.
19. Altunkaynak BZ, Özbek E. Obezite nedenleri ve tedavi seçenekleri. *Van Tıp Dergisi*. 2006, 13(4):138-142.
20. Aguilar-Zinser JV, Irigoyen-Camacho ME, Ruiz-García-Rubio V, Pérez-Ramírez M, Guzmán-Carranza S, Velázquez-Alva Mdel C, Cervantes-Valencia LM. Prevalance of overweight and obesity among professional bus drivers in Mexico. *Gac Med Mex*. 2007, 143(1):21-25.
21. Laux TS, Bert PJ, González M, Unruh M, Aragon A, Lacourt CT. Prevalence of obesity, tobacco use and alcohol consumption by socioeconomic status among six communities in Nicaragua. *Rev Panam Salud Publica*. 2012, 32(3):217-225.
22. Crnobraja V, Srdic B, Stokic E, Dujmovic F, Andrejic B. Analysis of obesity prevalence in students from Novi Sad. *Med Pregl*. 2012, 65(3-4):133-137.
23. Türkiye Obezite (Şişmanlık) İle Mücadele Ve Kontrol Programı (2010-2014), T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara, 2010.

24. Kutlutürk F, Öztürk B, Yıldırım B, Özüğurlu F, Çetin İ, Etikan İ, Sazlıdere H, Tetikçok R, Akbaş A, Şahin İ. Obezite prevalansı ve metabolik risk faktörleri ile ilişkisi: Tokat ili prevalans çalışması. *Türkiye Klinikleri J Med Sci.* 2011, 31(1):156-63.
25. Sadock BJ, Sadock VA. Obesity: Psychological factors affecting medical conditions. In: Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Ed: KD. Brownell, TA Wadden. Seventh Edition, Baltimore, Lippincott Williams and Wilkins, 2000.
26. Doğan R. Eskişehir Büyükdere Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Gebelerde Obezite Sıklığının ve Obezitenin Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir, 2012.
27. Çayır A. Beslenme ve Diyet Kliniğine Başvuranlarda Obezite Sıklığı ve Etkili Faktörlerin Belirlenmesi. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Eğitimi Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2009.
28. Atkinson RL. The management of eating disorders and obesity. In: Etiologies of Obesity. Ed:DJ. Goldstein. Totowa, NJ, Humana Press Inc., 2005.
29. Semerci CN. Obezite ve Genetik. *Gülhane Tıp Dergisi.* 2004, 46(4):353-359.
30. Kabalak T. Obezitenin Diyetle Tedavisi. In: Obezite. Ed:Yılmaz C. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri, 1995:107-137.
31. Bouchard C. The genetics of human obesity: recent progress. *Bull Mem Acad R Med Belg.* 2001, 156(10-12):455-464.
32. Kokino S, Özdemir F, Zateri C. Obezite ve fiziksel tıp yöntemleri. *Trakya Univ Tıp Fak Derg.* 2006, 23(1):47-54.
33. Ulusal Gıda Ve Beslenme Stratejisi Çalışma Grubu Raporu. Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı İktisadi Sektörler ve Koordinasyon Genel Müdürlüğü, Ankara, 2001.
34. Arslan M, Başkal N, Çorakçı A, Görpe U, Korugan Ü, Orhan Y, Özbey N, Özer E. Ulusal Obezite Rehberi. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği Çalışma Grubu, Knoll Alman İlaç ve Ecz. Tic. Ltd. Şt, İstanbul, 1999.
35. Memiş E. Üniversite Öğrencilerinde Şişmanlık (Obezite) Durumu ve Diyet Ürünleri Kullanmaları Üzerinde Bir Araştırma. Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Gelişimi ve Ev Yönetimi Eğitimi Anabilim Dalı, Aile Ekonomisi ve Beslenme Eğitimi Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2004.

36. Baysal A. Şişman Kişilerin Beslenmesi, Genel Beslenme Bilgisi. Ankara, Hatipoğlu Yayınevi, 1988.
37. Bray GA. Classification and evaluation of the obesities. *Med Clin North Am.* 1989, 73(1):161-184.
38. Hancox RJ, Milne BJ, Poulton R. Association between child and adolescent television viewing and adult health: a longitudinal birth cohort study. *Lancet.* 2004, 364:257-262.
39. Apay SA, Pasinlioğlu T. Obezite ve gebelik. *TAF Prev Med Bull.* 2009, 8(4):345 – 350.
40. Atar A. Obezlerde Plazma Lipid Düzeyleri ile Antropometrik Ölçümler Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2005.
41. Baysal A, Baş M. Yetişkinlerde Ağırlık Yönetimi. İstanbul, Ekspres Baskı A.Ş., 2008.
42. Gnani R, Spagnoli TD, Galotto C, Pugliese E, Carta A, Cesari L. Socioeconomic status, overweight and obesity in prepuberal children: a study in an area of Northern Italy. *European Journal of Epidemiology.* 2000, 16:797-803.
43. Malnick SDH, Knobler H. The medical complications of obesity. *Q J Med.* 2006, 99:565-579.
44. Sims EA. Storage and expenditure of energy in obesity and their implications for management. *The Medical Clinics of North America.* 1989, 73(1):97-110.
45. Tolstrup JS, Heitmann BL, Tjonneland AM, Overvad OK, Sorensen TI, Gronbaek MN. The relation between drinking pattern and body mass index and waist and hip circumference. *International Journal of Obesity.* 2005, 29:490–497.
46. Frawley TF. Obesity and the endocrine system. *Psychiatr Clin North Am.* 1984, 7(2):299-306.
47. Eren İ, Erdi Ö. Obez hastalarda psikiyatrik bozuklukların sıklığı. *Klinik Psikiyatri.* 2003, 6:152-157.
48. Wardle J, Volzc C, Golding C. Social variation in attitudes to obesity in children. *Int J Obes Relat Metab Disord.* 1995, 19(8):562-569.
49. Poirier P, Giles TD, Bray GA, Hong Y, Stern JS, Xavier F. Obesity and cardiovascular disease: pathophysiology, evaluation and effect of weight loss: an update of the 1997 american heart association scientific statement on obesity and heart disease from the obesity committee of the council on nutrition, physical activity and metabolism. *Circulation.* 2006, 113:898-918.



50. Polat A. Düzce İlindeki Hemodiyaliz Hastalarının Beden İmajı ve Benlik Saygısı Düzeylerinin Belirlenmesi. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Düzce, 2007.
51. Ünüvar U. Sünnetsiz Ve Sünnetli Yetişkinlerin Beden Algıları Ve Benlik Saygıları. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2006.
52. Harputlu D. Kadın Mahkumlarda Benlik Saygısı ve Kendi Kendine Meme Muayenesi İlişkisi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2005.
53. Cevher FN, Buluş M. Benlik kavramı ve benlik saygısı: önemi ve geliştirilmesi. *Akademik Düzayn Dergisi*. 2007, 2:52-64.
54. Özen Y, Gülaçtı F. Benlik-kavramı ve benliğin gelişimi bilen benliğe gereksinim var mı? *Erzincan Eğitim Fakültesi Dergisi*. 2010; 12(2):21-37.
55. Geçtan E. Çağdaş Yaşam ve Normal Dışı Davranışlar. Üçüncü Baskı, İstanbul, Maya Matbaacılık, 1981.
56. Gündoğan F. Sirozlu Hastaların Beden İmajı ve Benlik Saygılarının Değerlendirilmesi. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Bolu, 2006.
57. Küçük N. Talasemi Majörlü Adölesanlarda Beden İmajının Benlik Saygısına Etkisi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2007.
58. Coşkuner Potur D. İlk Gebelikte Beden İmajının Algılanma Durumunun Değerlendirilmesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2003.
59. Doğan O, Doğan S. Çok Yönlü Beden-Self İlişkileri Ölçeği El Kitabı. Sivas, Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Basımevi, 1992.
60. Gürsoy D. Adolesan Dönem Skolyoz Olgularında Ameliyat Öncesi ve Sonrası Dönemde Beden İmajı ve Ameliyat Sonrası Dönemde Beden İmajı ve Benlik Saygılarının Karşılaştırılması. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hemşireliği Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2003.
61. Doğan S. Kanserli hastalarda beden imgesi sorunları. *Sendrom Dergisi*. 1998, 4:52-58.
62. Özaltın G. Beden İmgesi Değişimine Yaklaşımlar. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Hemşirelik Dergisi*. 2003, 51(8):4-14.
63. Velioğlu P, Pektekin Ç, Şanlı T. Hemşirelikte Kişilerarası İlişkiler. Anadolu Üniversitesi Yayınları No:497, 1991:61-66.

64. Ergür E. Üniversite Öğrencilerinde Beden-Benlik Algısı ile Ruh Sağlığı Arasındaki İlişki. Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Bölümü Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 1996.
65. Aktaş A, Atabek Aştı T, Bakanoğlu E, Çelebioğlu M. Bir Hemşirelik Yüksekokulu Öğrencilerinin Beden İmgesi Algısının Belirlenmesi. *İ.Ü.F.N. Hem. Derg.* 2010, 18(2): 63-71.
66. Coskuner Potur D. İlk Gebelikte Beden İmajının Algılanma Durumunun Değerlendirilmesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2003.
67. McFarland G, Thomas MD. Psychiatric Mental Health Nursing, J.B. Lippincott Company, 1994:410-417.
68. Değirmenci T. Obez Erişkinlerde Benlik Saygısı, Yaşam Kalitesi, Yeme Tutumu, Depresyon ve Anksiyete. Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Denizli, 2006.
69. Karadağ G, Güner İ, Çuhadar D, Uçan Ö. Gaziantep Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu hemşirelik öğrencilerinin benlik saygıları. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi.* 2008, 3(7): 29-42.
70. Doğan T, Eryılmaz A. İki boyutlu benlik saygısı ve öznel iyi oluş arasındaki ilişkilerin incelenmesi. *Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi.* 2013, 33(1):107-117.
71. Özkan İ. Benlik saygısını etkileyen etmenler. *Düşünen Adam Dergisi.* 1994, 7(3):4-9.
72. Kumari A. Self-concept and academic achievement of students at the higher secondary level. *Journal of Sociological Research.* 2013, 4(2):105-113.
73. Çelik S, Demirbaş H, İlhan İÖ, Doğan YB. Alkol bağımlılarında intihar olasılığı ile depresyon, anksiyete ve kişilik bozukluğu ek tanıları arasındaki ilişki. *Bağımlılık Dergisi.* 2002, 3(1):17-20.
74. King KA. Self-concept and self-esteem: a clarification of terms. *Journal of School Health.* 1997, 67(2):68-70.
75. Tözün M. Benlik saygısı. *Actual Medicine.* 2010, (7):52-57.
76. Altunay A, Öz F. Hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin benlik kavramı. *Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi.* 2006:46-59.
77. Kaner S. Ortopedik engelli ve engelli olmayan erkek ergenlerde benlik saygısı ve beden imajı. *Özel Eğitim Dergisi.* 2000, 2(4):13-22.

78. Kulaksızoğlu A. Ergenlik Psikolojisi, İstanbul, Remzi Kitabevi, 4. Basım, 2001: 41-117.
79. Kelleci M. Bedensel Hastalıkla Birlikte Depresyonu Olan Hastalara Hemşirelerin Yaklaşımlarının İncelenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Tezi, Sivas, 1998.
80. Caldwell MB, Brownell KD, Wilfley DE. Relationship of weight, body dissatisfaction and self-esteem in African American and white female dieters. *International Journal of Eating Disorders*. 1997, 22(2):127-130.
81. Rosen JC, Orosan P, Reiter J. Cognitive behaviour therapy for negative body image in obese women. *Behaviour Therapy*. 1995, 26:25-42.
82. Rosen JC. Obesity and Body Image. In: Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook. Ed: CG. Fairburn and KD. Brownell. Newyork, Guilford, 2002:399-402.
83. Cooper Z, Fairburn CG, Hawker D. (Çev: Çetin M, Sabancıoğlu F). Obezitenin Bilişsel Davranışçı Tedavisi. İstanbul, Yıltem Matbaası, 2007.
84. Cash TF. Body image and weight changes in a multisite comprehensive very low calorie diet program. *Behavior Therapy*. 1994, 25(2):239-254.
85. Cash TF, Counts B, Huffine CE. Current and vestigal effects of overweight among women: Fear of fat, attitudinal body image and eating behaviors. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 1990, 12(2):157-167.
86. Balcıoğlu İ, Başer SZ. Obezitenin Psikiyatrik Yönü. *İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri - Türkiye'de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi*. 2008, 62:341-348.
87. Doğan S. Organ ve Fonksiyon Kaybı Olan Hastaların Beden İmajındaki Değişmeler ve Hemşirelerin Yaklaşım Güçlükleri. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 1993.
88. Türkiye Sağlık Araştırması 2012. Türkiye İstatistik Kurumu Matbaası, Ankara, 2013.
89. Han TS, Seidell JC, Currall JEP, Morrison CE, Deurenberg P, Lean MEJ. The influences of height and age on waist circumference as an index of adiposity in adults. *International Journal of Obesity*. 1997, 21(1):83-89.

90. Ranasinghe C, Gamage P, Katulanda P, Andraweera N, Thilakarathne S, Tharanga P. Relationship between Body mass index (BMI) and body fat percentage, estimated by bioelectrical impedance, in a group of Sri Lankan adults: a cross sectional study. *BMC Public Health*. 2013, 13:797.
91. Apay SA, Pasinlioğlu T. Obezite ve gebelik. *TAF Prev Med Bull*. 2009, 8(4):345-350.
92. Sarısoy G, Atmaca A, Ecemiş G, Gümüş K, Pazvantoğlu O. Obezite hastalarında dürtüsellik ve dürtüsellüğün beden algısı ve benlik saygısı ile ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Derg*. 2013, 14:53-61.
93. Nyaruchuca CNM, Achen JH, Msuya JM, Shayo NB, Kulwa KBM. Prevalence and awareness of obesity among people of different age groups in educational institutions in Morogoro. *East African Medical Journal*. 2003, 80(2):68-72.
94. Efil S. Sağlık Çalışanlarında Obezite Sıklığı Ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Afyon, 2005.
95. Fouad MF, Rastam S, Ward KD, Maziak W. Prevalence of obesity and its associated factors in Aleppo, Syria. *Prev Control*. 2006, 2:85-94.
96. Maskarinec G, Takata Y, Pagano I, Carlin L, Goodman M, Marchand L, Nomura A. Trends and Dietary Determinants of Overweight and Obesity in A Multiethnic Population. *J. Obesity*. 2006, 14:717-726.
97. Baugman K, Logue E, Sutton K, Capers C, Jarjoura D, Smucker W. Biopsychosocial characteristics of overweight and obese primary care patients: do psychosocial and behavioral factors mediate sociodemographic effects? *Preventive Medicine*. 2003, 37:129-137.
98. Tanyolaç S, Sertkaya C, Cıkmış A, Doğan A, Orhan Y. Correlation between educational status and cardiovascular risk factors in an overweight and obese Turkish female population. *Anadolu Kardiyol Derg*. 2008, 8:336-341.
99. Satman İ, Yılmaz MT. Dünyada ve Türkiye’de obezite epidemiolojisi. *Aktüel Tıp Dergisi*. 2001: 6:9-12.
100. Aslan D. Beden algısı ile ilgili sorunların yaratabileceği beslenme sorunları. *STED* 2004, 13(9):326-329.

101. Kaltiala-Heino R, Kautiainen S, Virtanen SM, Rimpela A, Rimpela M. Has the adolescents weight concern increased over 20 years? *European Journal of Public Health*. 2003, 13:4-10.
102. Byrd-Williams C, Kelly LA, Davis JN, Spruijt-Metz D, Goran MI. Influence of gender, BMI and hispanic ethnicity on physical activity in children. *Int J Pediatr Obes*. 2007, 2(3):159-166.
103. Fett C, Fett W, Fabbro A, Marchini J. Dietary reeducation, exercise program, performance and body indexes associated with risk factors in overweight/obese women. *J Int Soc Sports Nutr*. 2005, 9(2):45-53.
104. Jensen MK, Chiuve SE, Rimm EB, Dethlefsen C, Tjønneland A, Joensen AM, Overvad K. Obesity, behavioral lifestyle factors, and risk of acute coronary events. *Circulation*. 2008, 117(24):3057-3059.
105. Alves JG, Gale CR, Mutrie N, Correia JB, Batty GD. A 6-month exercise intervention among inactive and overweight favela-residing women in Brazil: the caranguejo exercise trial. *Am J Public Health*. 2008, 12:120-125.
106. Centers for Disease Control and Prevention. Physical activity and health: A report of the Surgeon General. U.S. Department of Health and Human Services. Atlanta, 1996.
107. Sevimli D. Erişkinlerde fiziksel aktivite - beden kitle indeksi ilişkisinin araştırılması. *TAF Prev Med Bull*. 2008, 7(6):523-528.
108. Boyce RW, Boone EL, Cioci BW, Lee AH. Physical activity, weight gain and occupational health among call centre employees. *Occup Med*. 2008, 58(4):238-244.
109. Ballor DL, Keesey RE. A meta-analysis of the factors affecting exercise-induced changes in body mass, fat mass and fat free mass in males and females. *International Journal of Obesity*. 1991, 15:717-726.
110. Fine JT, Colditz GA, Coakley EH. A prospective study of weight change and health-related quality of life in women. *JAMA*. 1999, 282(22):2136-2142.
111. Knutson KL, Van Cauter E. Associations between sleep loss and increased risk of obesity and diabetes. *Ann. NY Acad Sci*. 2008, 1129:287-304.
112. French SA, Perry CL, Leon GR, Fulkerson JA. Self-esteem and change in body mass index over three years in a cohort of adolescents. *Obesity Research*. 1996, 4(1):27-33.

113. Gortmaker SL, Must A, Perrin JM, Sobol AM, Dietz WH. Social and economic consequences of overweight in adolescence and young adulthood. *The New England Journal of Medicine*. 1993, 329(14):1008-1012.
114. Bryan J, Tiggemann M. The effect of weight-loss dieting on cognitive performance and psychological well-being in overweight women. *Appetite*. 2001, 36:147-156.
115. Telch CF, Agras WS. Obesity, binge eating and psychopathology: Are they related? *International Journal of Eating Disorders*. 1994, 15(1):53-61.
116. Werrij MQ, Mulkens S, Hospers HJ, Jansen A. Overweight and obesity: the significance of a depressed mood. *Patient Educ Couns*. 2006, 62:126-131.
117. Annis NM, Cash TF, Hrabosky JI. Body image and psychosocial differences among stable average weight, currently overweight, and formerly overweight women. *Body Image* 2004, 1:155-167.
118. Mond J, van den Berg P, Boutelle K, Hannan P, Neumark-Sztainer D. Obesity, body dissatisfaction, and emotional well-being in early and late adolescence: findings from the project EAT study. *J Adolesc Health*. 2011, 48:373-378.
119. Pınar R. Obezlerde depresyon, benlik saygısı ve beden imajı: karşılaştırmalı bir çalışma. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2002, 6(1): 30-41.
120. Ogden J, Evans C. The problem with weighting: effects on mood, self-esteem and body image. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 1996, 20(3):272-277.
121. Kartal ŞMA. Obesity and Its Psychological Correlates: Appearance-Esteem, Self-esteem And Loneliness. Ankara University, Unpublished Master Dissertation, Ankara, 1996.
122. Galletly C, Clark A, Tomlinson L, Blaney F. A group program for obese, infertile women: weight loss and improved psychological health. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 1996, 17(2):125-128.
123. Abilés V, Rodríguez-Ruiz S, Abilés J, Mellado C, García A, Pérez de la Cruz A. Psychological characteristics of morbidly obese candidates for bariatric surgery. *Obes Surg*. 2010, 20:161-167.
124. Kensinger GJ, Murtaugh MA, Reichmann SK, Tangney CC. Psychological symptoms are greater among weight cycling women with severe binge eating behavior. *Journal Of The American Dietetic Association*. 1998, 98(8):863-868.

125. Offer D, Ostrov E. *Patterns of Adolescent Self-Image*. San Francisco, Jossey-Bass Inc., 1984.
126. Ozmen D, Ozmen E, Ergin D, Cakmakci Cetinkaya A, Sen N, Erbay Dundar P, Oryal Taskin E. The association of self-esteem, depression and body satisfaction with obesity among Turkish adolescents. *BMC Public Health*. 2007, 7:80.
127. Mikolajczyk RT, Maxwell AE, Ansari WE, Stock C, Petkeviciene J, Guillen-Grima P. Relationship between body mass index and self-perception among university students: a cross-sectional study in seven European countries. *BMC Public Health*. 2010, 10(40).
128. Sujoldzić A, De Lucia A. A cross-cultural study of adolescents BMI, body image and psychological well-being. *Coll. Antropol*. 2007, 31(1):123–130.



# EKLER







T. C.  
İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

SAYI : 50400462/02  
KONU: Anket hk.

TARİH :03/01/2014

PCI YAZILIM DANIŞMANLIK VE ORGANİZASYON LTD. ŞTİ. GENEL  
MÜDÜRLÜĞÜ'NE,

İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme ve Diyetetik Yüksek Lisans Programı öğrencisi Pınar HAMURCU'nun, Yard. Doç. Dr. Can ÖNER'in tez danışmanlığını yürüttüğü "Obez Bireylerde Benlik Saygısı ve Beden Algısının Değerlendirilmesi" başlıklı tez çalışması ile ilgili anket formunu uygulayabilmesi için müsaadelerinizi saygılarımla rica ederim.

  
Prof. Dr. Vildan KARPUZ  
Müdür

Ek : 1) Anket Formu.



Tarih: 03/01/2014

T.C. İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'ne


İLGİ: 03/01/2014 tarihli, 02 sayılı yazınız

İstanbul Bilim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme ve Diyetetik Yüksek Lisans Programı öğrenciniz Pınar HAMURCU'nun, Yard. Doç. Dr. Can ÖNER'in danışmanlığını yürüttüğü "Obez Bireylerde Benlik Saygısı ve Beden Algısının Değerlendirilmesi" başlıklı tez çalışmasını şirketimizde yapması; sonuçların tarafımıza bildirilmesi ricasıyla, uygundur.

Bilgilerinize ve gereğini rica ederiz.

Tayfun SUNGUN

Genel Müdür

  
Yazılım Danışmanlık ve Organizasyon Ltd. Şti.  
Cebeciye Mah. Şişli Çarşısı Sok. No:12  
Kat: 7/09094  
1:100 00 330 44 45 / Mesleki V.D.723001096

## EK - 3

### BİLGİ FORMU

1. Yaşınız ; \_\_\_\_\_
2. Cinsiyetiniz a) Kadın b) Erkek
3. Boyunuz ; \_\_\_\_\_
4. Ağırlığınız ; \_\_\_\_\_
5. Hangi şehirde yaşıyorsunuz?  
\_\_\_\_\_
6. Medeni Durumunuz; a) Bekar b) Evli
7. Öğrenim durumunuz?
  - a) Okur-yazar değil
  - b) Okur-yazar
  - c) İlkokul
  - d) Ortaokul
  - e) Lise ve dengi
  - f) Yüksekokul
  - g) Üniversite
  - h) Yüksek Lisans
  - i) Doktora
8. Mesleğiniz ; \_\_\_\_\_
9. Sigara kullanıyor musunuz?
  - a) Evet b) Hayır
10. Alkollü içecek tüketiyor musunuz?
  - a) Evet b) Hayır
11. İlaç kullanımınızı gerektiren veya tanısı konmuş bir hastalığınız var mı?
  - a) Yok
  - b) Var; *(birden çok şık işaretleyebilirsiniz)*
    - o Obezite
    - o İnsülin Direnci
    - o Kalp- Damar Hastalıkları
    - o Hipertansiyon
    - o Diyabet (Şeker)
    - o Mide – Bağırsak Hastalıkları
    - o Tiroid Hastalıkları
    - o Solunum Sistemi Hastalıkları
    - o Regl Düzensizlikleri
    - o Kemik Hastalıkları
    - o Diğer \_\_\_\_\_
12. Aşağıdakilerden hangisi size uygundur/ sizi en iyi tanımlamaktadır?
  - a) Zayıfım
  - b) Normalim
  - c) Kiloluyum
  - d) Aşırı kiloluyum
13. Mevcut ağırlığınızdan memnun musunuz?
  - a) Memnunum
  - b) Kararsızım /Önemsemiyorum.
  - c) Memnun değilim
14. Zayıflamak istiyor musunuz?
  - a) Hayır *(16. Soruya geçiniz)* b) Evet
15. Evetse neden?
  - a) Sağlık
  - b) Dış Görünüm
  - c) Ailesel Baskı
  - d) Çevresel ve Sosyal Baskı
  - e) Diğer ( \_\_\_\_\_ )
16. Aşağıdaki zayıflama girişimlerini uyguladınız mı? *(birden çok şık işaretleyebilirsiniz)*
  - a) Hayır, uygulamadım.
  - b) Diyet
  - c) Egzersiz
  - d) İlaç
  - e) Bitkisel Destek
  - f) Cerrahi Yöntem
  - g) Diğer (akupunktur vb.) \_\_\_\_\_
17. Günlük yaşamınızda ne kadar hareketlisiniz?
  - a) Çok Hareketsizim. (Çok Hafif Fiziksel Aktivite)
  - b) Biraz Hareketliyim. (Hafif Fiziksel Aktivite)
  - c) Hareketliyim. (Orta Fiziksel Aktivite)
  - d) Çok Hareketliyim. (Ağır Fiziksel Aktivite)
18. Gün içindeki fiziksel aktivitenizi yeterli buluyor musunuz?
  - a) Yeterli değil.
  - b) Yeterli sayılır.
  - c) Yeterli.
  - d) Oldukça yeterli.
19. Kamuya ait açık alanlarda belediye ve diğer kuruluşların yapmış olduğu spor - egzersiz aletleri ve alanlarını kullanıyor musunuz?
  - a) Evet b) Hayır
20. Genel olarak toplam gelir düzeyinize göre hangi sınıfta olduğunuzu düşünüyorsunuz?
  - a) Gelirim giderlerimin altında,
  - b) Gelirim giderlerimi karşılıyor,
  - c) Gelirim fazlası ile yeterli.
21. Günde ortalama kaç saat uyuyorsunuz? \_\_\_\_\_ saat

**Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği**

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

## Beden Algısı Ölçeği

	Çok Beğeniyorum	Oldukça Beğeniyorum	Kararsızım	Pek Beğenmiyorum	Hiç Beğenmiyorum
1. Saçlarım					
2. Yüzümün rengi					
3. İştahım					
4. Ellerim					
5. Vücutumdaki Kıl Dağılımı					
6. Burnum					
7. Fiziksel Gücüm					
8. İdrar-Dışkı Düzenim					
9. Kas Kuvvetim					
10. Belim					
11. Enerji /Aktivite Düzeyim					
12. Sırtım					
13. Kulaklarım					
14. Yaşım					
15. Çenem					
16. Vücut Yapım					
17. Profilim					
18. Boyum					
19. Duyularımın Keskinliği					
20. Ağrıya Dayanıklılığım					
21. Omuzlarımın Genişliği					
22. Kollarım					
23. Göğüslerim					
24. Gözlerimin Şekli					
25. Sindirim Sistemim					
26. Kalçalarım					
27. Hastalığa Direncim					
28. Bacaklarım					
29. Dişlerimin Şekli					
30. Cinsel Gücüm					
31. Ayaklarım					
32. Uyku Düzenim					
33. Sesim					
34. Sağlığım					
35. Cinsel Faaliyetlerim					
36. Dizlerim					
37. Vücutumun Duruş Şekli					
38. Yüzümün Şekli					
39. Ağırlığım					
40. Cinsel Organlarım					

### **Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu**

#### **Araştırma projemize davetlisiniz!**

Değerli üyemiz,

Bireylerin Benlik Saygısı ve Beden Algısı Düzeylerinin Belirlenmesi ile ilgili bilimsel araştırma çalışmamıza davetlisiniz.

Yaklaşık 10 dakikanızı alacak bu çalışmaya katılarak bu bilimsel projeye siz de destek verebilirsiniz.

*Araştırma projesine hemen katılmak için lütfen aşağıdaki butona tıklayınız.*

- *Araştırmaya katılmayı kabul ediyorum.*

#### **Gizlilik:**

Bu araştırma, İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü – Beslenme ve Diyetetik Bölümü tarafından gerçekleştirilen bir dizi Bilimsel Araştırma projesine veri sağlamak amacıyla hazırlanmıştır. Ankette hem kişisel bilgilerinize yönelik hem de çeşitli durumlar karşısındaki tepki ya da düşüncelerinizle ilgili ifadeler yer almaktadır.

Araştırma sonuçlarının sağlıklı olması açısından lütfen soru ve ifadeleri çok dikkatli okuyunuz, hiçbir maddeyi cevapsız bırakmayınız.

Sonuçlarla ilişkili yazı ve raporlarda gönüllünün ismi saklı tutulacak, araştırmacı dışında kimseyle paylaşılmayacaktır.

Bu bir sınav değildir, doğru ya da yanlış cevap yoktur. Verdiğiniz her içten, samimi ve gerçekçi cevap yapılan araştırmayı çok daha verimli kılacaktır.

Bu bilimsel çalışmaya destek verdiğiniz için teşekkür ederiz.