

T. C.

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

**OBEZ BİREYLERDE  
SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI  
ve SAĞLIKLA İLGİLİ YAŞAM KALİTESİNİN  
DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Diyetisyen Fatma KOCAMAN**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**



**İSTANBUL - 2014**

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

**OBEZ BİREYLERDE  
SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI  
ve SAĞLIKLA İLGİLİ YAŞAM KALİTESİNİN  
DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Diyetisyen Fatma KOCAMAN**

**Tez Danışmanı  
Doç. Dr. Berrin TELATAR**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**İSTANBUL - 2014**

## BEYAN

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

Dyt. Fatma KOCAMAN



# İÇİNDEKİLER

## Sayfa No

1. ÖZET	1
2. SUMMARY	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ	3
4. GENEL BİLGİLER	4
4.1. OBEZİTE	4
4.1.1. Obezitenin Tanımı	4
4.1.2. Obezite Epidemiyolojisi	7
4.1.3. Obezite Etiyolojisi	9
4.2. SAĞLIK ve YAŞAM KALİTESİ	10
4.2.1. Sağlık Kavramı	10
4.2.2. Yaşam Kalitesi Kavramı	11
4.2.3. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kavramı	12
4.2.4. Sağlığı Geliştirme Kavramı	13
4.2.5. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	14
4.2.6. Obezitede Sağlık ve Yaşam Kalitesi	15
4.3. OBEZİTEDE YAŞAM TARZI DEĞİŞİKLİĞİ	16
5. MATERYAL ve YÖNTEM	18
5.1. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	18
5.2. Araştırmanın Çalışma Grubu	18
5.3. Araştırmanın Örnekleme	18
5.4. Araştırmanın Tipi	19
5.5. Araştırmanın Değişkenleri	19
5.6. Anketin Ön Değerlendirilmesi	19
5.7. Veri Toplama Tekniği ve Araçları	19
5.7.1. Anket Formu	20
5.7.1.1. Bilgi Formu	20
5.7.1.2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği	20
5.7.1.3. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Ölçeği	22
5.8. Analiz ve Değerlendirme	24
5.9. Etik Konular ve Araştırma ile İlgili İzinler	25
5.10. Araştırmanın Sınırlılıkları	25

6. BULGULAR	26
7. TARTIŞMA	37
7.1. Bireylerin Genel Özelliklerinin Değerlendirilmesi	37
7.2. Bireylerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi	42
7.3. Bireylerin Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi	43
8. SONUÇ	46
9. TEŞEKKÜR	48
10. KAYNAKLAR	49
EKLER	



## SİMGE VE KISALTMALAR

BKİ:	Beden Kütle İndeksi
WHO:	Dünya Sağlık Örgütü
SYBDÖ:	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği
SF-36:	Short Form-36

T.C. İstanbul Bilim Üniversitesi Etik Kurulu tarafından 18.12.2013 tarihli “15-100” sayılı kararınca etik ve bilimsel yönden bir sakınca olmadığına dair onay alınmıştır.

Araştırma Projesi Numarası: BDY/1062012

## TABLolar VE ŐEKİLLER LİSTESİ

Tablo 4.1	WHO'nun Obezite Tanımlaması	5
Tablo 4.2	Obezitenin Risk ve Komplikasyonları	6
Tablo 5.1	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Tanımlaması	21
Tablo 5.2	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Alfa Cronbach Değerleri	22
Tablo 5.3	SF-36 Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Gruplarının Tanımlanması	23
Tablo 5.4	SF-36 Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Ölçeği Değerlendirme Kriterleri	24
Tablo 6.1	Bireylerin Sosyodemografik Özellikleri	26
Tablo 6.2	Yaş Ortalama Değerlerinin BKİ Değerlerine Göre Karşılaştırılması	27
Tablo 6.3	Bireylerin Sigara ve Alkol Kullanım Durumlarına Göre Dağılımı	28
Tablo 6.4	Bireylerin Ailelerinde Şişman Birey Varlığına Göre Dağılımları	29
Tablo 6.5	Bireylerin Mevcut Ağırlıkları ile İlgili Memnuniyet Düzeyleri, Zayıflama İstekleri ve Zayıflama Nedenlerine Göre Dağılımı	30
Tablo 6.6	Bireylerin Uyguladıkları Diyetlerin Kaynağına Göre Dağılımları	32
Tablo 6.7.	Bireylerin Diyet Uygulama Süresi, Ağırlık Kaybı Miktarı ve Ağırlık Korunumu Süresine Göre Dağılımı	32
Tablo 6.8.	Bireylerin BKİ'sine göre Şimdiki ve 1 yıl önceki BKİ Değerlerinin Dağılımı	33
Tablo 6.9.	Bireylerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Toplam ve Alt Grup Puan Ortalamalarının Dağılımı	34
Tablo 6.10.	Bireylerin Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam ve Alt Grup Puan Ortalamalarının Dağılımı	35
Tablo 6.11	BKİ Değerlerine Göre Fiziksel Fonksiyon, Genel Sağlık ve Fiziksel Sağlık Bileşenlerinin Karşılaştırılması	36
Şekil 6.1	BKİ Değerlerine Göre Uygulanan Zayıflama Girişimleri .....	31

## 1. ÖZET

Bu çalışma; obezitenin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesi düzeylerine etkisini incelemek amacı ile tanımlayıcı ve analitik olarak planlanmış bir araştırmadır. Araştırmada veri toplama aracı olarak Bilgi Formu, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (Health Promotion Life Style Scale), Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-Short Form 36 Scale) kullanılmıştır. Elde edilen verilerin istatistiksel analizi NCSS (Number Cruncher Statistical System, 2007 Statistical Software) kullanılarak gerçekleştirilmiştir.

Çalışmaya 150 kişi dahil edilmiştir. Çalışma sonucunda BKİ'ne göre oluşturulan grupların arasında yaş ortalamaları, cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu, alkol kullanımı arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Çalışmaya katılanların BKİ kategorilerine göre, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği alt grup puanları karşılaştırıldığında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. BKİ kategorisine göre vücut ağırlığı arttıkça Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi fiziksel fonksiyon, genel sağlık ve fiziksel sağlık bileşenleri ortalama puanlarının azaldığı bulunmuştur. Ağırlık artışı sağlıkla ilgili yaşam kalitesi fiziksel boyutunu olumsuz etkilerken, mental boyutunu etkilememektedir.

Obezitenin önlenmesi ve tedavi edilmesi, obez kişilerin daha kaliteli bir yaşam seviyesine ulaşması için sağlıklı yaşam davranışlarının desteklenmesi ve sürdürülmesi gereklidir.

**Anahtar Kelimeler:** BKİ, Obezite, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi



## **2. SUMMARY**

This study is a research planed as descriptive which aims to investigate the affects of obesity over the level of health related quality of life and healthy lifestyle behavior 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 NCSS (Number Cruncher Statistical System, 2007 Statistical Software).

150 people are included into the study. As result of the study, the significant relationship was found between genders, average age, marital status, working status, alcohol use, which are groups, constituted according to BMI. The significant relationship was not found between average value of Health Promotion Lifestyle Scale's subgroups that interpersonal relations, physical activity, nutrition, spiritual growth and stress management, which are groups, constituted according to BMI. According to the BMI category it is found that; when 'the obesity level' increases, physical functioning, general health perceptions, physical component scores decreases. Excess weight was related worse physical, but not mental HRQOL.

In the preventing and treatment of obesity and also to increase the quality of life in obesity, healthy life style behaviors is supported and maintained.

**Key Words:** BKI, Obesity, Healthy Lifestyle Behavior, Health Related Quality of Life

### 3. GİRİŞ VE AMAÇ

Halk arasında şişmanlık olarak bilinen obezite insan tarihi boyunca refah, sıhhat, ve zenginlik belirtisi olarak kabul edilmiştir. Bununla birlikte günümüzde, yaşam standartlarının gittikçe yükselmesi, kişileri daha hareketsiz ve düzensiz bir yaşam tarzına yöneltmiş, yeryüzündeki tüm toplumlar için gittikçe büyüyen bir sağlık tehditi olmasına yol açmıştır (1, 2). Fakat hiçbir ülke obezite epidemisini engelleyememektedir (3).

Obezitenin birçok tıbbi komplikasyonu olduğu, morbidite ve mortaliteyi artırdığı, yaşam kalitesini düşürdüğü bilinmektedir (4).

Mortalite ve morbiditeye yol açmasının yanı sıra psikososyal alanlarda da kayıplara neden olmaktadır. Tıbbi komplikasyonları arasında kalp ve damar sistemi hastalıkları, diyabet, metabolik sendrom, kas ve iskelet sistemi hastalıkları ve psikiyatrik sorunlar gelmektedir. Tüm bunlara rağmen %5-10 oranındaki kilo kaybı hastalık riskini büyük oranda azaltmaktadır (5). Şimdilerde obezite etiyolojisinde olduğu gibi tedavisinde de biyolojik, psikolojik ve sosyolojik faktörlerin kombinasyonu işlenmektedir (6). Diyet, egzersiz ve davranış terapisinden oluşan özellikle yaşam tarzı değişikliği olarak nitelendirilen bu üçlü tedavide; davranış terapisi, enerji alımı ve enerji harcaması için gerekli hedeflerin içeriğini sağlamaktadır (7). Obeziteye bağlanabilen hastalıkların oluşma risklerinin azaltılması, obezitenin bütün yaş gruplarında önlenmesi ve obez kişilerin daha kaliteli bir yaşam seviyesine ulaşması için sağlıklı yaşam tarzlarının desteklenmesi gereklidir (8).

Araştırmanın amacı, obez bireylerde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve sağlıklıla ilgili yaşam kalitesini değerlendirmektir. Ayrıca araştırmaya dahil olan bireylerin mevcut ağırlıkları ile ilgili memnuniyet düzeyleri, zayıflama istekleri ve nedenleri, zayıflama ile ilgili deneyimleri de değerlendirme kapsamına alınacaktır.

## 4. GENEL BİLGİLER

### 4.1. OBEZİTE

#### 4.1.1. Obezite Tanımı

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) obeziteyi ‘Sağlığı bozacak ölçüde yağ dokusunda anormal veya aşırı miktarda yağ birikmesidir’ olarak tanımlar (9, 10). Obezite, vücut yağ oranının artması, endokrin ve metabolik değişikliklerle karakterize kompleks, multifaktoriyel, kronik bir hastalıktır (11, 12).

Ortalama ağırlığa sahip erişkin erkeklerde, vücut yağ oranı % 15-20; kadınlarda da yaklaşık olarak %25-30 arasındadır (1). Başka bir ifadeyle; yağ miktarının total vücut ağırlığının erkeklerde %25, kadınlarda ise %30’dan fazla olması obezite olarak kabul edilmektedir (13).

Vücutta bulunan adipoz doku miktarının ölçümü oldukça zor ve zaman alıcıdır, pahalı ekipmanlarla saptamak mümkün olsa da bu yöntemin sahada kullanımı uygun değildir. Bu sebeple adipoziteyi ölçümleyen yöntemler geliştirilmiştir. Bunun sonucunda Beden Kütle İndeksi oldukça güvenilir bir yöntem olarak ispatlanmış ve WHO tarafından desteklenmiştir (9).

Obezitenin tanımında en yaygın olarak kullanılan antropometrik parametre beden kütle indeksidir (BKİ) (10). Vücut ağırlığının kilogram cinsinden boy uzunluğunun metrekaresine bölünmesi ile hesaplanmaktadır (14). WHO, çeşitli Avrupa epidemiyolojistlerince de kabul edilen bir uluslararası sınıflandırma geliştirmiştir (15).

İlk orjinal sınıflandırma sistemi 1995 yılında WHO tarafından Beden Kütle İndeksi  $25 \text{ kg/m}^2$ ’ye eşit ya da üzerinde olan bireyler fazla kilolu olarak tanımlanmış; ve bu tanımlı geliştirerek BMI  $30 \text{ kg/m}^2$  ve üzerindeki bireylere obezite olarak tanımlanan ekstra bir kategori olarak eklenmiştir (9).

WHO’nun 2000 yılındaki raporu, fazla kilolu ve obezite derecelerinin değerlendirilmesinden oluşmaktadır (14).

Tablo 4.1. WHO (Dünya Sağlık Örgütü)'nün obezite tanımlaması (2000)

Sınıflandırma	BMI(kg/m <sup>2</sup> )	Ko-morbidite Riski *
Zayıf	<18,5	Düşük risk (fakat diğer klinik bulgular açısından risk artar)
Normal Kilolu	18,5-24,9	Ortalama
Fazla Kilolu (Pre-obez)	>25 25-29,9	Hafif artmış risk
Obez	>30	
I. Derece	30- 34,9	Orta risk
II. Derece	35-39,9	Yüksek risk
III. Derece	>40	Çok yüksek risk

\*Ko-morbidite riski sütunu obezite ile ilişkili hastalık gelişimi olasılığını içermektedir (14).

Obezite; insan vücudunda kalp damar sistemi, solunum sistemi, hormonal sistemi sindirim sistemi gibi sistemleri etkileyen ve birçok rahatsızlığa zemin hazırlayan bir hastalıktır. Beraberinde getirdiği insulin direnci sendromu, diabetes mellitus, hipertansiyon, koroner kalp hastalığı, hiperlipidemi, non-alkolik yağlı karaciğer hastalığı, bazı kanser türleri (prostat, kolorektal, endometrial ve akciğer), obstrüktif uyku apne sendromu ve osteoartrit gibi hastalıklar artık bir toplum sorunu haline gelen, yaşam kalitesini ve süresini azaltan bir hastalık olarak karşımıza çıkmaktadır. Metabolik rahatsızlıkların yanı sıra obeziteye bağlı psikiyatrik sorunlar oldukça sıktır (1, 7, 16, 17, 18, 19, 20). Obezitenin risk ve komplikasyonları Tablo 4.2.'de verilmiştir.

Tablo 4.2. Obezitenin risk ve komplikasyonları (21,22)

• Diabetes Mellitus, İnsülin Direnci	• Psikolojik ve Emosyonel Problemler
• Hipertansiyon	• Sosyal ve Ekonomik Problemler
• Dislipidemi	• Kanser
• Kalp Hastalığı	• Gut
• Safra Kesesi Hastalıkları	• Artmış intraabdominal basınç sendromu (hiatus hernisi, fitiklar)
• Hepatosteatoz	• Gebelik Riskleri: Toksemi, diyabet
• Karaciğer Sirozu	• Cerrahi Riskler: Pnömoni, yara infeksiyonu, tromboflebit
• Osteoartrit	• Alveolar Hipoventilasyon
• Venöz Staz ve Ödem	• Erken Ölüm
• Gastroözafajial Reflü	• Menstural Problemler
• Serabrovasküler Hastalık	• Seksüel Disfonksiyon
• Astım	• Polikistik Over Sendromu
• Hareket Kısıtlılığı	• Depresyon
• Sırt Ağrısı	• Yeme bozuklukları
• Kısırlık	
• Yaşam Kalitesinde Düşüklük	

#### 4.1.2. Obezite Epidemiyolojisi

Halk arasında şişmanlık olarak bilinen obezite insan tarihi boyunca refah, sıhhat, ve zenginlik belirtisi olarak kabul edilmiştir. Bununla birlikte günümüzde, yaşam standartlarının gittikçe yükselmesi, kişileri daha hareketsiz ve düzensiz bir yaşam tarzına yöneltmiş, yeryüzündeki tüm toplumlar için gittikçe büyüyen bir sağlık tehditi olmasına yol açmıştır (1,2).

Obezitenin herhangi bir yaşta başlayabildiği belirtilmektedir (23).

Günümüz dünyasında o kadar yaygınlaşmıştır ki, sağlığın en önemli katılımcısı olarak kötü beslenme ve bulaşıcı hastalıkların yerini almaya başlamıştır, önlenmesi ve tedavisi için etkin önlemlerin alınması gereken bir epidemi olarak kabul edilmelidir (1).

Yıllardır obezite epidemiyolojisinin incelenmesi çok zor olmuştur, çünkü birçok ülke aşırı kilonun farklı derecelerinin sınıflandırılması için kendine özgü kriterler kullanmıştır. 1990'larda BKİ (Beden Kütle İndeksi) evrensel olarak kabul gören aşırı kiloluluk ölçütü olmuştur (15).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) verilerine göre;

- Dünya genelinde, obezite 1980'den bu yana yaklaşık iki katına çıkmıştır.
- 2008 yılında, 20 yaş ve üzeri 1,4 milyar yetişkin fazla kilolu, bunların içerisinde 20 yaş ve üzeri 200 milyon erkek ve yaklaşık 300 milyon kadın obezdir.
- 2008 yılında, 20 yaş ve üzeri bireylerin % 35'i fazla kilolu iken, % 11'i obezdir.
- Dünya nüfusunun %65'i zayıf kilolu olan bireylerin ölümünden daha çok obez ölümleri görülen şehirlerde yaşamaktadır.
- 2011'de 5 yaş altı 40 milyon çocuk fazla kiloludur (10).

Obezite, sanayileşmiş ülkelerde büyüyen bir problemdir (24). Fazla kilolu ve obez prevalansı dünya genelinde farklılık göstermektedir, Orta Asya, İç ve Batı Avrupa ve Kuzey Amerikada yüksek prevalans oranlarına sahiptir (26).

NHANES III (National Health and Nutrition Examination Survey III, USA)'e göre cinsiyete bağlı olmaksızın yaşlı bireylerde 1988-1994 yılları arasındaki %22,9'luk obezite sıklığı 1999-2000 yılları arasında % 30,5'e yükselmiştir (19).

2009-2010 National Health Survey-Chile (Şili Ulusal Sağlık Araştırması) verilerine göre erkek bireylerin %45,3'ü fazla kilolu, %19,2'si obez; kadınların %33,6'sı fazla kilolu, % 30,7'si obezdir. Erkek bireylerin %1,26'sı morbid obez, kadınların ise %3,34'ü morbid obezdir (26).

Avusturalya gelişmiş ülkeler arasında en çok, fazla kilolu ve obez prevalansına sahip ülkedir. Yetişkinlerin %60'ından fazlası obeziteden etkilenmektedir (22).

WHO Avrupa Ofisine göre yaklaşık 400 milyon yetişkin (15 yaş ve üzeri) fazla kilolu, 130 milyon yetişkin obezdir (27).

Dünya genelinde 400 milyonun üzerinde obez bulunmakta ve 2015 yılında bu rakamın 700 milyona ulaşacağı tahmin edilmektedir (2).

Ülkemizde yapılan geniş kapsamlı TEKHARF (Türk Erişkinlerinde Kalp Sağlığı, Risk Profili ve Kalp Hastalığı) çalışmasında 1997/1998 kohortunun bütününde BKİ>30 kg/m<sup>2</sup> olanların prevalansı erişkin erkeklerde %18,7, erişkin kadınlarda %38,8 bulunmuştur (21).

1997 yılında kitlesel ve topluma dayalı olarak yürütülen ve 20 yaş üzeri 24788 kişinin tarandığı TURDEP-1 (Türkiye'de Diabetes Mellitus, Obezite, ve Hipertansiyon Epidemiyolojisi) çalışmasında, BKİ 30 kg/m<sup>2</sup> den büyük olduğu durumdaki obezite sıklığı ülke genelinde % 22.3, kadınlarda 29,9, erkeklerde 12,9 olarak saptanmıştır (28).

1998 yılında yapılmış olan Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması'na göre kadınların % 52,2'sinin BKİ'si 25 kg/m<sup>2</sup> iken; % 18,8'inin ise BKİ'si 30 kg/m<sup>2</sup> ve üzerindedir (29).

Hatemi ve arkadaşlarının yayınladıkları, Türkiye Obezite ve Hipertansiyon Taraması (TOHTA-2002) çalışmasında ise 23888 kişi taranmıştır. Bu çalışmada, Türkiye obezite oranı % 25,2 olarak saptanmış olup, kadınlarda obezite sıklığı % 36,17 ve erkeklerde ise % 21,6 olarak bulunmuştur.

TURDEP-1'in 2010 yılında tekrarı yapılan TURDEP-2 de ise 20 yaş ve üzerinde 26499 kişi taranmıştır. TURDEP-1 den bu yana geçen 12 yıllık süre zarfında genel olarak kadınlarda ağırlık 6 kg, erkeklerde ise 8 kg artmıştır. Sonuç olarak obezite sıklığı 12 yılda % 44 artarak, % 32' ye ulaşmıştır (28).

Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (TBSA) 2010 verilerine göre bireylerin ölçülen boy ve kilolarına göre hesaplanan BKİ sınıflamasına göre %34,6'sı fazla kilolu ve %30,3'u obez olup kadınlarda bu sıklıklar sırasıyla %29,7 ve %41,0; erkeklerde ise sırasıyla %39,1 ve %20,5'tir (29).

Bütün bu çalışmalar, obezite prevalansının tüm dünyada ve ülkemizde giderek arttığını göstermektedir (21).

Obezitenin önlenmesi için; toplum, hükümet, medya, gıda endüstrisinin ağırlık artışını daha aza indirecek şekilde çevreyi değiştirmek için işbirliği içinde olması, özellikle çocuklar ve adolesanları da içeren bütün yaş gruplarında sağlıklı yaşam tarzlarını teşvik etmeye yönelmesi gerektiği düşünülmektedir (8).

#### **4.1.3. Obezite Etiyolojisi**

Obezite ve fazla kilo temelde sedanter yaşam/fiziksel inaktivite ve aşırı beslenmenin sonucu ortaya çıkmaktadır (16). En basit deyişle obezite bir enerji bozukluğudur. Enerji girişi ya da kalori alımı, enerji çıkışını ya da fiziksel aktiviteyi aşarsa, gerekenden fazla enerji yağ depolarında trigliseridler formunda depolanır ve beden ağırlığında bir artış olur (30).

Obezitenin neden ve nasıl oluştuğu süregelen araştırma konusudur. Obezitenin oluşumunda birden fazla faktör rol oynamaktadır (31). 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 yaşam biçimi faktörlerinin de fazla kilo ve obezite gelişiminde rol oynadıklarını göstermiştir (32).

Fizyolojik düzenleyici mekanizmalar kadar çevresel ve genetik faktörler, psikolojik ve kültürel durumlar gibi birbirini etkileyen pek çok kompleks faktör, obezitenin nedenleri arasında sayılmışlardır (33).

Genel olarak ekonomik değerlerdeki artış, popülasyonun genel olarak kentsel bölgelere geçişini sağlamaktadır. Çiftçilik, el emeğinin yerini sedanter ofis meslekleri almıştır. Ek olarak, teknolojideki büyüme (asansör, kumandalar, bilgisayar, kısa mesafelere bile araçlarla ulaşım) fiziksel aktivitenin de değişmesine sebep olmaktadır. Örneğin bugünün Kanadalı çocuklarının enerji harcaması, 40 yıl öncesinin çocuklarının dörtte biri kadardır. Ek olarak bireyler, teknoloji (televizyon ve bilgisayar oyunları gibi) rahatlamak için kullanmakta ve zamanlarını doldurmaktadır. Fiziksel aktivitedeki bu tür değişimlere paralel olarak global beslenme alışkanlıkları da değişmiştir. Beslenme tarzı hayvansal yağ tüketimi az, bol kompleks karbonhidrat ve lif tüketimi yönünde iken, rafine karbonhidrat



ve yağlara ulaşılabilirlik artmıştır. Dünya genelinde piyasada ucuz kalite bitkisel yağlar ile enerji yoğunluğu yüksek, işlenmiş ürünler ucuz olup çoğu kişiler tarafından kolaylıkla ulaşılmaktadır (3, 9, 14).

Obezite, psikiyatrik bir hastalık olarak değerlendirilmemektedir. Fakat depresyon gibi psikiyatrik hastalıklarda obezite oranı yükselmektedir.

Obezitenin ailesel olduğu yıllardır bilinen bir gerçektir. Ailesel yatkınlığın % 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 (31).

## 4.2. SAĞLIK ve YAŞAM KALİTESİ

### 4.2.1. Sağlık Kavramı

İnsanların yaşamında sağlık önemli bir yer tutmaktadır (33) ve günümüzde hastalık yerine sağlık kavramı ile ilgilenilmektedir. Çünkü insanlar yüksek iyilik durumunu hastalık durumuna tercih etmekte, yaşamı sevmekte ve yaşama aktif olarak katılabilmeyi istemektedir.

Sağlık kavramı, toplumların sosyal değerlerine, inançlarına alışkanlıklarına bağlı olarak zaman içinde bireyden bireye, toplumdaki topluma değişkenlik göstermektedir.

Eski çağlarda fiziksel bütünlük toplum içinde var olmanın birinci şartı sayılmış, fiziksel yetersizliği olanlar toplumdaki tecrit edilmiştir. Sağlık kavramına tarihsel süreç içinde farklı anlamlar eklenerek içeriği zenginleştirilmiştir. 19. yüzyılın sonlarına doğru bireylerin sağlıklı sayılabilmesinde ruh sağlığının önemi farkedilmiştir. Yirminci yüzyılın başlarında, sağlık ve hastalık bir süreç olarak kabul görmüş, 'biri var ise diğeri yoktur' anlayışı iki uç kavram olarak değerlendirilmiştir (35). Dünya Sağlık Örgütü (WHO) sağlığı şu şekilde tanımlamaktadır; 'Sağlık, sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, bedence ve ruha aynı zamanda sosyal yönden tam bir iyilik halidir' (10).

- a. **Fiziksel Sağlık:** Fizik muayene ve tanı işlemleri ile saptanabilen, hastalık ya da bozukluğun olmamasıdır. Fiziksel sağlıkta kişi temel insani gereksinmelerini tam olarak ve sorunsuz bir şekilde getirebilmelidir.

- b. **Ruhsal Sağlık:** Bireyin, duygu düşünce ve davranışları ile kendisi ve çevresiyle sürekli bir denge ve uyum içinde olmasıdır. Ancak bu denge durağan bir nitelik taşımayıp, değişken bir denge ve esnek bir uyumdur.
- c. **Sosyal Sağlık:** Bireyin diğer insanlarla olan iletişimi, sevilme, ait olma, iş durumu, aile içi ve çalışma arkadaşları ile ilişkileri, dernekler, tiyatro, sinema gibi yaşamını ve gelişimini etkileyen sosyal uğraşlarının olması, sosyal sağlığı etkileyen en önemli faktörlerdir (34).

Kişinin bedenen hasta veya sakat olmaması sağlık için yeterli değildir. Aynı zamanda kişinin ruhen sağlıklı olması, sosyal yönden tam bir iyilik halinde olması gerekir. Tanımın en önemli yönü sağlığın sosyal iyilik hali ile koşullandırılmasıdır. Sağlık için gerekli ortamın bulunmaması veya bireyin içinde bulunduğu ortama uyum sağlayamaması beden ve ruh sağlığının olumsuz yönde etkilenmesi demektir (35).

Sağlığın iyi olması, sosyal, ekonomik, kişisel için başlıca kaynak ve yaşam kalitesinin önemli bir boyutudur (36).

#### **4.2.2. Yaşam Kalitesi Kavramı**

Yaşam, kalite (nitelik) ve kantite (nicelik) olarak 2 boyutta değerlendirilebilir. Yaşamın kantitesi ya da niceliği, hayatın süreci olarak tanımlanmaktadır, kalitesi ise bireyin içinde bulunduğu fiziksel çevre ve sosyoekonomik durum birçok faktörü içine alan çok boyutlu bir kavramdır. İnsanlar giderek yaşamın uzunluğu ile değil, niteliği ile ilgilenmeye başlamışlardır.

Kalite, ulaşılmak istenen mükemmellik düzeyidir. Kalite, kişisel duygu ve hislerden bağımsız somut kriterlere (ölçü, sayı, süreç, süre, test) bağlı olarak ölçülebildiği için nesnel; kişisel değer yargılarından, beğenilerden ve psikolojiden (duygu, heyecan, tatmin, tercih, değer yargısı, tutum) etkilendiği için de öznel bir kavramdır (34).

Yaşam kalitesi zaman içinde değişim gösterebilir, bireylerin beklentileriyle ve yaşantısıyla ilişkilidir, bu nedenle objektif olarak ölçülmesi zordur (21). Tüm disiplinlerin ortak olarak kabul ettikleri görüşe göre, yaşam kalitesi bireyin kendini nasıl hissettiği yani kendi yaşamına ilişkin subjektif doyumudur. Yaşam kalitesi, genel bir iyilik hali olmasının yanında bir çeşit memnuniyeti simgelemektedir (37).

Yaşam kalitesini değerlendirmeye neden olan ilgi son yıllarda artmıştır. Yaşam kalitesi kavramı ilk kez 1960'larda politik kararların alınmasında gündeme gelmiştir. Bu amaçla kullanılmasının nedeni gelirin, eğitimin, sağlığın ve barınmanın yaşam kalitesi ile ilişkisi olmasıdır. Ekonomistler ise yaşam kalitesini ilk kez gayri safi milli hasıla'nın hesaplanmasında bir gösterge olarak kullanmışlardır (34).

WHO, yaşam kalitesini, 'bireyin gerek kültürel ve içinde bulunduğu ortamın değer yargıları, gerek kendi hedefleri, beklentileri, standartları ve ilgileri ile hayatta kendi durumunu algılama' olarak tanımlamıştır (38).

Sağlıkla doğrudan ya da dolaylı olarak ilgili bir çok faktörü içine alan geniş bir kavramdır (37). Gelir durumu, çevre şartları, özgürlük gibi bir çok değişkene basit ve karmaşık bir kavram olup en önemli belirleyicisinden biri ise sağlıktır (34). 1973 yılından bu yana sağlık ile ilgili alanlarda yapılan araştırmalarda oldukça sık kullanılan bir olgu olmuştur (32).

#### **4.2.3. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kavramı**

Yaşam kalitesi kavramı, ancak yakın geçmişte WHO'nun sağlık, sağlığın teşviki, geliştirilmesi ve herkes için sağlık vizyonlarına uygun olarak çağdaş sağlığın teşviki ve geliştirilmesi yaklaşımları bünyesinde düşünülmüştür (39).

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi bileşenlerine ilk kez, 1948 yılında WHO Anayasasında yer alan sağlığın tanımı içinde rastlamaktayız. Daha sonraki yapılan sağlıkla ilgili yaşam kalitesi tanımlamalarının hemen hemen hepsinde bu bileşenler yer almaktadır (37). WHO'nun sağlığı "yalnızca hastalığın ya da sakatlığın bulunmayışı değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak tam bir iyilik hali" olarak tanımlanmasından sonra, sağlıkla ilişkili iyilik halinin ölçülebilmesi için yaşam kalitesi kavramı sağlık hizmetleri uygulamaları ve araştırmalarında giderek artan bir önem kazanmıştır (10,21). Tıp alanında çalışanlar ve araştırmacılar ilgilerini sağlığın çıktıları ve sonuçları üzerine odaklamışlardır. Bugüne kadar toplumun sağlığını değerlendirmek için kullanılan geleneksel morbidite ve mortalite yaklaşımı ve beklenen yaşam stresinin artık sağlıklılığın değerlendirilmesinde yeterli olmadığı anlaşılmıştır. Sağlık hizmeti ile ilgili girişimlerin değerlendirilmesinde, sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin ölçülmesinin zorunlu olduğu görüşü gündeme gelmiştir (32).

Yaşam kalitesi üzerinde çalışan birçok yaklaşım, öznel yaşam memnuniyetini veya nesnel fonksiyonunu değerlendirmek için bireysel seviyedeki ölçümü vurgulamaktadır (36).

Yaşam kalitesi bireyin, kendi deneyimleri, inançları, beklentileri, algılarından etkilenen, kendi yaşamına ilişkin subjektif doyum ve mutluluk durumu ilişkili olduğu gibi, bireyin kendi esenliği hakkında subjektif görüşü olarak da tanımlanabilir. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ise, ‘kişinin fiziksel, psikolojik ve sosyal sağlığına ilişkin subjektif görüşü’ olarak tanımlanır (34,40). Son zamanlarda hastalıktan ziyade sağlığı ve davranışsal fonksiyonun negatif yönlerinden ziyade pozitif yönlerini vurgulamaya çaba gösteren bir yaşam kalitesi literatürü ortaya çıkmıştır (39).

Yaşam kalitesi ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesi farklı kavramlardır. Yaşam kalitesi daha geniş, çok boyutlu bir kavram olup, fiziksel, fonksiyoneli emosyonel/mental ve sosyal boyutları mevcuttur. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ise yaşam kalitesinin sadece bir bölümünü oluşturmakta ve kişinin içinde bulunduğu sağlık durumunda memnuniyet durumunu ve sağlık durumuna verdiği emosyonel cevabı da içeren bir kavram olarak kabul edilmektedir (41).

Tıbbın giderek ilerlediği günümüzde, sadece hastalıkların ortadan kaldırılması değil, kişilerin yaşam kalitelerini artırmaları da hedeflenmektedir. Bu nedenle de iyilik hali ve yaşam kalitesini ölçülebilmesi konusunda giderek artan çaba gösterilmektedir ve artan bir hızla klinik çalışmalarda kullanılmaktadır (21, 40, 42).

#### **4.2.4. Sağlığı Geliştirme Kavramı**

Sağlığı geliştirme, bireylerin fiziksel ve ruhsal yönden yüksek sağlık düzeyine ve sosyal çevreye ulaşabilmeleri için davranışlarını değiştirmelerini sağlayan yolları ve değişim sürecini etkileyen faktörleri tanımlayan bir süreçtir.

Davranış değişikliği üzerine odaklanan bu tanımda davranışı kazanmak, en yüksek sağlık düzeyinin oluşturulmasından önce gelmektedir. Çünkü sağlığı geliştirmenin amacı olumlu davranışların kazandırılması ve sürdürülmesini sağlamaktır.

Sağlığı geliştirme aktiviteleri iki bölümde incelenmektedir:

- Bireye, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazandırılması ve sürdürülmesine yönelik davranışların kazandırılması
- Kazanılan davranışların sürdürülmesini destekleyen çalışmalar

Yaşam biçimi, sağlık davranışlarının sergilendiği bir kavram olduğu için, sağlık davranışları ile ilgili çalışmalar yaşam biçimi üzerinde odaklanmaktadır.

Sağlığı geliştiren davranışlar; bireyin iyilik düzeyini artıran, kendini gerçekleştirmeyi sağlayan davranışları içerir. Bireyin yaşam biçimi, sadece hastalıklardan korunmak değil, yaşam boyunca iyilik düzeyini artıran davranışları göstermeyi içermelidir. Sağlıklı yaşam biçimi yeterli ve dengeli beslenme, stres yönetimi, yeterli ve düzenli egzersiz yapma, sigara kullanmama, sağlık sorumluluğu ve hijyenik önlemleri kapsamaktadır (43).

#### **4.2.5. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları**

Sağlık davranışı kısaca kişinin sağlıklı kalmak, hastalıktan korunmak ve hastalıklara yakalanmamak için gösterdiği davranışlardır (32, 44).

Sağlığın geliştirilmesi, kişinin kendi sağlığını geliştirmek ve sağlığı üzerinde kendi kontrolünü sağlama gücünü kazanması olarak tanımlanır. Hastalıklardan korunmada, erken tanıda bulunmada ve sağlığın sürdürülmesinde sağlığı geliştirici davranışların benimsenmesi ve kullanılması şarttır.

Sağlığı geliştirmede bireyin başarılı olabilmesi için sigara içme, alkol ve madde kullanımı, beslenme davranışları, fiziksel aktivite, şiddet davranışları, cinsel davranışlar, sağlıksız kilo kontrolü, aile ile iletişim sorunları ve stres yönetimi gibi riskli davranışlardan uzak durması gerekir. Bu davranışları kendi hayat görüşü olarak benimseyen ve yaşamının her noktasında uygulamaya çalışan birey, sağlıklı kalmayı başarabilir, sağlıklılığı sürdürebilir ve mevcut durumunu daha iyi seviyelere getirebilir (32).

Günümüzde, birçok sağlık sorununun, sağlığa ilişkin tutum ve davranışların olmayışı ve hareketsiz yaşamdan kaynaklandığı belirtilmektedir (44). Yaşam kalitesini olumsuz etkileyen unsurlar arasında durağan yaşam tarzının getirileri önemli yer

tutmaktadır. Hareketsiz yaşam tarzı beraberinde birçok sağlık sorununu da getirmektedir (45).

Besin tüketimi ve yeme davranışları; kişilerin fiziksel, zihinsel ve ruhsal iyiliklerinde önemli rol oynamaktadır (46).

Bireylerin yaşam biçimleri, hem yaşam kalitesini hem de yaşam süresini etkilemektedir (44). Dünya Sağlık Örgütü tahminlerine göre gelişmiş ülkelerdeki ölümlerin %70-80'inin, gelişmekte olan ülkelerdeki ölümlerin %40-50'sinin nedeni yaşam biçimine bağlı olarak ortaya çıkan hastalıklardır. Bu hastalıkların ortaya çıkmasında kişinin kendi sağlık algısı ve bunu davranışlarına yansıtmanın rolü büyüktür. Dünya Sağlık Örgütü, bireylerin sağlık kalitelerinin %60'ının onların davranış ve yaşam stillerinden kaynaklandığı belirtilmektedir (32). Ölüm nedenlerine bakıldığında ilk sıralarda kronik hastalıklar yer almaktadır. Bu sonuçlar kronik hastalık ve yaşam biçimi arasında güçlü bir ilişki olduğunu göstermektedir (47).

#### **4.2.6. Obezitede Sağlık ve Yaşam Kalitesi**

Obezitenin birçok tıbbi komplikasyonu olduğu, morbidite ve mortaliteyi artırdığı, yaşam kalitesini ve yaşam süresini düşürdüğü bilinmektedir (48).

Obezite, yaşam süresini ortalama 6-7 yıl azaltmaktadır; 30-35 kg/m<sup>2</sup> arasında seyreden BMI değerlerinde yaşam süresini 2-4 yıl azaltırken; yüksek risk obezitede (BMI >40) ise yaşam süresini 10 yıl azaltmaktadır (16).

Obezitenin komplikasyonları ya direkt olarak obezite ile ilişki ya da sedanter yaşam ve sağlıksız diyetlerin oluşturduğu temel etki mekanizmaları ile indirekt olarak ilişkilidir. En kuvvetli ilişki tip 2 diyabetlidir. Diyabetli erkeklerin % 64'nün; diyabetli kadınların ise % 79'nun sebebi obezitedir. Obezite ile ilişkili diğer hastalıklar ise kardiyovasküler hastalıklar- hipertansiyon, inme, koroner arter hastalığı, venöz dolaşım bozukluğu, toplardamar trombozisi, osteoartrit, gastrointestinal hastalıklar, gastroözofajial reflü, non-alkolik karaciğer, endometrial ve meme kanseri ve kolorektal kanserdir.

Obezite sigaradan sonra önde gelen kanser sebeplerinden biridir (16). Sigara içmeyen bireylerde tüm kanser türlerinde ölümlerin yaklaşık %10'u obezite ile ilişkilidir (49).

Metabolik bozuklukları ise metabolik sendrom, prediyabetik durum, hiperlipidemi ve polikistik over sendromu içerir. Çoğu obstrüktif uyku apne sendromlu bireyler obezdir.

Ek olarak BKİ ve bel çevresi kalınlığı; diyabet, non-alkolik karaciğer hastalığı, polikistik over sendromu ve osteoartrit gibi obezite ile ilişkili ko-morbiditelerde dikkat edilen değerlerdir (16).

### **4.3. OBEZİTEDE YAŞAM TARZI DEĞİŞİKLİĞİ**

Sanayi Devrimi ile başlayan süreçle birlikte teknolojik gelişmeler, hızlı kentleşme ve küreselleşme günümüz insanın yaşam biçimini değişmesine neden olmuştur. Bu nedenle birlikte eskiden toplu ölümlere yol açan enfeksiyon hastalıkları yerini hipertansiyon, şişmanlık (yetersiz ve dengesiz beslenme sorunları), fiziksel aktivite azlığı, tip II diyabetes mellitus, ruh sağlığı sorunları ve kronik kalp hastalıkları gibi günümüzün sağlık sorunlarına bırakmıştır (34).

Ağırlık kaybı tedavileri; sosyal düzeyde epidemik obezite gelişimini önlemede etkili olmamasına rağmen, bireysel düzeyde ağırlıkla ilişkili morbidite ve mortalitenin azalmasında önemli bir role sahiptir (7).

Obezite tedavisinin ilk aşamasını; sıklıkla yaşam tarzı değişikliği olarak adlandırılan diyet, egzersiz ve davranış tedavisi oluşturmaktadır (7,50). İlgili tedavi stratejileri, uzun dönem etkili ağırlık kontrolünü teşvik etmek ve geri ağırlık kazanımını engellemek için kullanılabilir (51).

Davranış tedavisi, ağırlık kaybı hedeflerini belirlemekte, bu hedeflere ulaşmada karşılaşılabilecek zorlukları tespit etmekte, küçük kayda değer değişimlere odaklanmaktadır. Bu tedavi yöntemi, kendini izleme, uyarı kontrolü (yeme ile ilgili davranış kontrolü gb), stres yönetimi, beslenme, fiziksel aktivite, problem çözme, davranış değişikliğini ödüllendirme, bilinçli yapılandırma, sosyal destek ve yeniden oluşumunu engelleyen eğitimleri içeren davranışçı bir yöntemdir. Bu şekilde bir tedavi yöntemi içeren klinik çalışmalar, kısa dönemde % 10,6 ağırlık kaybı ve devam eden süreçte ortalama ağırlıkta % 8,6 lık ağırlık kaybı ile sonuçlanmaktadır (8,52). Davranış tedavisi ve psikososyal değişimler ile birlikte enerji alımını azaltılması, enerji harcamasını artırılması sağlanmaktadır (53). Çeşitli uzman panelleri de şimdiki vücut ağırlığının %10 kaybının diyet, fiziksel aktivite ve davranış terapisi kombinasyonu ile sağlanması gerekliliğini savunmaktadır (50). Obez bireylerde ağırlığın %5-15'nin azalması obezite ile ilişkili risk

faktörlerinin sağlamaktadır (54). Davranış tedavisi özellikle beslenme programı planlamaları ile birlikte daha etkili olmaktadır.

Diyet değişikliği içeren, fiziksel aktiviteyi artıran ve davranış terapisi içeren yaşam tarzına yönelik ağırlık kaybı programları, obezite ve fazla kilolu bireylerin tedavisinin yapıtaşını oluşturur (52).

Bu davranışların geliştirilmesi ve devam ettirilmesinde sağlık çalışanlarının (Hekim, hemşire, sağlık memuru, diyetisyen, fizyoterapist, psikolog ve sosyal hizmet uzmanı vb.) önemli rol ve sorumlulukları vardır (47).





## **5. MATERİYAL ve YÖNTEM**

### **5.1. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri**

Araştırma, İstanbul ili Özel İstanbul Bölge Hastanesi'nde yapılmıştır. Özel İstanbul Bölge Hastanesi; devlete, il özel idarelerine, belediyelere, üniversitelere ve diğer kamu tüzel kişilerine ait olmayıp, gerçek kişiler ve özel hukuk tüzel kişilerine ait ayakta ve yatarak muayene, teşhis ve tedavi hizmeti sunan bir hastanedir.

### **5.2. Araştırmanın Çalışma Grubu**

Araştırmanın çalışma grubunu İstanbul ili Özel İstanbul Bölge Hastanesine Aralık 2013 tarihinde ayaktan tanı ve/veya tedavi amaçlı başvuran hasta ve hasta yakınlarından araştırmaya dahil olma kriterlerine uygun olarak seçilen bireyler oluşturmaktadır.

Çalışma kapsamına alma kriterleri,

- 18 yaş ve üzerinde olmak
- Hamile ve emzikli olmamak
- Demans, deliryum, diğer amnestik bozukluklar, epilepsi ve nöbet öyküsü, bilinç kaybının da olduğu kafa travması, diğer nörolojik bozukluklar ve mental retardasyona sahip olmamak
- Fiziksel bir rahatsızlık ve engele sahip olmamak
- Alkol ve ilaç bağımlısı olmamak
- BKİ 18,5 kg/m<sup>2</sup> altında olmamak

### **5.3 Araştırmanın Örnekleme**

Bu çalışmanın örneklem grubunu, İstanbul İli Özel İstanbul Bölge Hastanesine Aralık 2013 yılında ayaktan tanı ve/veya tedavi amaçlı başvuran hasta ve hasta yakınlarından araştırmaya katılmayı kabul eden 150 birey oluşturmuştur.

#### **5.4. Araştırmanın Tipi**

Araştırma, obez bireylerde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve sağlıkla ilgili yaşam kalitelerini değerlendirmeye yönelik tanımlayıcı ve analitik bir araştırmadır.

#### **5.5. Araştırmanın Değişkenleri**

1. Sosyodemografik değişkenler (yaş, ağırlık, boy uzunluğu, cinsiyet, medeni durum, öğrenim düzeyi, mesleği)
2. Riskli sağlık davranışları, yaşam şekli ile ilgili değişkenler (sigara kullanımı, alkol kullanımı, uyku süresi, zayıflama girişimlerinde bulunma durumu)
3. Hastalık durumu (Akut ve kronik hastalıklar)
4. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları
5. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi

#### **5.6. Anketin Ön Denemesi**

Anketin ön denemesi, Özel İstanbul Bölge Hastanesi'nde çalışan 15 birey üzerinde yapılmıştır. Anket formlarında yer alan soruların anlaşılabilirliği değerlendirilip; anlaşılmayan, gereksiz ya da eksik kısımlar tespit edilip, anket formlarına son şekil verilmiştir.

#### **5.7. Veri Toplama Tekniği ve Araçları**

Çalışma grubu seçildikten sonra; katılımcıların yazılı bilgilendirilmiş onamları alınmıştır. Veriler; yüzyüze görüşme tekniği ile araştırmacı tarafından hazırlanan bilgi formu ve bireylerin sağlığı geliştirme aktivitelerini belirlemek için Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (Health Promotion Life Style Scale) ve sağlıkla ilgili yaşam kalitelerini belirlemek için Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Ölçeği, SF-36 (Short Form-36)'nin uygulanması ile toplanmıştır. Bilgi Formu Ek.1; Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Ek.2; Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Ölçeği SF-36 Ek. 3 bölümünde verilmiştir.

### **5.7.1. Anket Formu**

Anket formu; Bilgi Formu, Sağlıkla İlgili Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği, Sağlıkla ilgili Yaşam Kalitesi Ölçeği olarak 3 bölümden oluşmaktadır.

#### **5.7.1.1. Bilgi Formu**

Bireye özgü tanımlayıcı bilgileri içermektedir. Araştırmacı tarafından oluşturulan bu form, benzer nitelikteki çalışmalar, yayınlar gözönünde bulundurularak hazırlanmıştır. Bilgi formunda, bireylerin boy uzunluğu, şimdiki ve 1 yıl önceki vücut ağırlıkları, yaşları, medeni durumları, eğitim düzeyleri, mesleki durumları, sigara ve alkol kullanım durumları, hastalık bilgileri, ailelerinde obezite görülme durumları, mevcut ağırlıklarından memnuniyet durumları, zayıflama girişimleri, diyet uygulama süreçleri sorgulanmış, bireylerin boy ve ağırlıkları ölçülerek kaydedilmiştir.

#### **5.7.1.2. Sağlıkla İlgili Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (Health Promotion Life-Style Profile)**

Bu ölçek, 1987 yılında, Walker, Sechrist ve Pender tarafından geliştirilmiştir. Bireyin sağlıklı yaşam biçimi ile ilgili olarak sağlığı geliştiren davranışlarını ölçer. Pender tarafından geliştirilen Sağlığı Geliştirme Modelini test etmek için geliştirilmiştir. Pek çok topluluk üzerinde yapılan çalışmalarda geçerliliği ve güvenilirliği kanıtlanmış bir ölçektir.

Ölçeğin Türkiye’de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 1997’de Esin tarafından yapılmış, toplam 52 maddeden oluşan ölçek, Türk toplumuna uyarlanarak 48 madde olarak uygulanmıştır.

Ölçek toplam 48 maddeden oluşmuştur. 6 alt gurubu vardır. Alt grupları; kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kişilerarası destek ve stress yönetimidir. Her bir alt grup bağımsız olarak tek başına kullanılabilir. Ölçeğin tümünün puanı sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanını verir. Ölçeğin alt grupları farklı madde sayısından oluşmuştur. Alt grupların madde sayıları, madde numaraları, puan aralıkları ve anlamları aşağıda gösterilmiştir.

Tablo 5.1. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Tanımlaması

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Alt Grupları	Min-Max Puan Aralığı	İlgili Soru Numaraları	Ölçeğin Tanımlaması
Kendini Gerçekleştirme (13 Madde)	13-52	3, 8, 9, 12, 16, 17, 21, 23, 29, 34, 37, 44 ve 48. Sorular	Bireyin yaşam amaçlarını, bireysel olarak kendini gerçekleştirme yeteneğini ve kendini ne derece tanıdığını ve memnun edebildiğini belirler.
Sağlık Sorumluluğu (10 Madde)	10-40	7, 15, 20, 28, 32, 33, 42, 43 ve 46. Sorular	Bireyin kendi sağlığı üzerindeki sorumluluk düzeyini, sağlığa ne düzeyde katıldığını belirler.
Egzersiz (5 Madde)	5-20	4, 13, 22, 30 ve 38. Sorular	Sağlıklı yaşamın değişmez bir ögesi olan egzersiz uygulamalarının birey tarafından ne düzeyde uygulandığını gösterir.
Beslenme (6 Madde)	6-24	1, 5, 14, 19, 26 ve 35. Sorular	Bireyin öğünlerini seçme ve düzenleme, yiyecek seçimindeki değerlerini belirler.
Kişilerarası Destek (7 Madde)	7-28	10, 18, 24, 25, 31, 39 ve 47. Sorular	Bireyin yakın çevresi ile iletişimini ve süreklilik düzeyini belirler.
Stres Yönetimi (7 Madde)	7-8	6, 11, 27, 36, 40, 41 ve 45. Sorular	Bireyin stress kaynaklarını tanıma düzeyini ve stress kontrol mekanizmalarını belirler

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin tüm maddeleri olumludur. Ters madde yoktur. İşaretleme dört likert tipli ölçek üzerinde yapılır. ‘Hiçbir zaman’ yanıtı için 1; ‘Bazen’ yanıtı için 2; ‘Sık, sık’ yanıtı için 3; ‘Düzenli olarak’ yanıtı için 4 puan verilir.

Ölçeğin uygulanması 8-10 dakika sürmektedir.

Çalışmamıza katılan bireylere 48 soruluk SYBD Ölçeği uygulanmış, bu çalışma için SYBD Ölçeği toplam geçerliliği gösteren alfa cronbach değeri (0,919) bulunmuştur. Çalışmamızda, SYBD Ölçeğinin alfa cronbach değerinin (0,7)’nin üzerinde olması, grubumuz için uygulanabilir geçerliliğe sahip olduğunu göstermektedir.

Tablo 5.2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği, Alfa Cronbach değerleri

<b>SYBDÖ</b>	<b>Alfa Cronbach</b>
Kendini gerçekleştirme	0,902
Beslenme	0,941
Egzersiz	0,922
Sağlık Sorumluluğu	0,900
Kişiler Arası Destek	0,965
Stres Yönetimi	0,905
SYBDÖ Toplam	0,919

### 5.7.1.3. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Ölçeği (Short Form-36)

Yaşam kalitesi ölçekleri içinde jenerik özelliğine sahip ve geniş açılı ölçüm sağlayan ölçek; Rand Corporation tarafından 1992 yılında geliştirilmiş ve kullanıma sunulmuştur. 1990 yılında başlayan çalışmalarda 149 madde ile yola çıkılmış ve 22000’i aşkın kişi üzerinde yapılan çalışmalarda faktör analizi ile önce 20 maddeli biçimi olan SF-20 hazırlanmıştır. Ancak psikometrik özelliklerin ve kapsamının artması nedeniyle 36 maddeye çıkarılarak SF-36 oluşturulmuştur. Koçığıt ve ark’ları tarafından Türkçe’ye çevrilmiş, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır.

SF-36’nın özelliklerinin başında, kendini değerlendirme ölçeği olması gelmektedir. Sağlık durumunun olumsuz olduğu kadar olumlu yönlerini de değerlendirebilmesi ölçeğin avantajları arasında sayılmaktadır. Ölçek son 4 hafta göz önüne alınarak değerlendirilmektedir. Değerlendirme 4. Ve 5. Maddeler dışında Likert-tipi yapılmaktadır. 4. ve 5. inci maddeler Evet/Hayır biçiminde yanıtlanmaktadır.

Ölçek yalnızca tek bir puan vermek yerine, her bir alt ölçek için ayrı ayrı toplam puan vermektedir. Alt ölçekler sağlığı 0 ila 100 arasında değerlendirmektedir ve 0 kötü sağlık durumunu içerirken, 100 iyi sağlık durumuna işaret etmektedir.

Tablo 5.3. SF-36'nın Alt Gruplarının Tanımlanması

Alt Ölçekler	Düşük Puan	Yüksek Puan
Fiziksel Fonksiyon (10 Madde)	Yıkama ve giyinme de dahil tüm fiziksel aktiviteleri yerine getirmede kısıtlılık	En zor olanlar dahil tüm fiziksel aktiviteleri kısıtlılık olmaksızın yerine getirebilme
Fiziksel Rol Fonksiyon (4 Madde)	Fiziksel sağlığın bozulmasıyla işte ya da diğer günlük aktivitelerde sorunlar	Fiziksel sağlık olarak işte ya da günlük aktivitelerde sorun olmaması
Sosyal Fonksiyon (2 Madde)	Fiziksel ve emosyonel sorunlara bağlı olağan toplumsal etkinliklerde aşırı ve sık kesinti olması	Fiziksel ve emosyonel sorunlara bağlı toplumsal etkinlikleri kesinti olmaksızın yürütme
Ağrı	Aşırı şiddetli ve kısıtlayıcı ağrı	Ağrı olmaması ya da ağrıya bağlı kısıtlılık olmaması
Ruh Sağlığı (5 Madde)	Sürekli sinirlilik ya da depresyon duyguları	Sürekli sakin, mutlu ve rahat hissetme
Emosyonel Rol Fonksiyon (3 Madde)	Emosyonel sorunların sonucu işte ya da diğer günlük aktivitelerde sorunlar	Emosyonel sorunlara bağlı işte ya da diğer günlük aktivitelerde sorun olmaması
Canlılık (4 Madde)	Sürekli yorgun ve bitkin hissetme	Sürekli canlı ve enerjik hissetme
Genel Sağlık Algısı (5 Madde)	Sağlığın kötü olduğuna ve giderek kötüleşeceğine inanma	Sağlığın mükemmel olduğuna inanma

SF-36, fiziksel ve mental sağlık sorgulamalarını içerir. Bunlarda toplam sekiz skala altında alt ölçeklere ayrılır.

Tablo 5.4. SF-36 değerlendirme kriterleri

Parametreler	İlgili Seçenekler
<b>Fiziksel Sağlık Bileşenleri</b>	
Fiziksel Fonksiyon	$3(a+b+c+d+e+f+g+h+i+j)$
Fiziksel Rol	$4(a+b+c+d)$
Ağrı	$7+8$
Genel Sağlık Algısı	$1+11(a+b+c+d)$
<b>Mental Sağlık Bileşenleri</b>	
Canlılık	$9(a+e+g+i)$
Sosyal Fonksiyon	$6+10$
Emosyonel (sosyal) Rol	$5(a+b+c)$
Ruhsal Sağlık	$9(b+c+d+f+g)$

Ölçeğin uygulanması yüz yüze 10 dakika sürmektedir.

Çalışmaya katılan bireylere, 36 soruluk SF-36 sağlıkla ilgili yaşam kalitesi leği uygulanmış, SF-36 geçerliliği gösteren alfa cronbach değeri 0,889 bulunmuştur; grubumuz için geçerliliği uygun görülmüştür.

## 5.8. Analiz ve Değerlendirme

Bu çalışmada istatistiksel analizler NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007 Statistical Software (Utah, USA) paket programı ile yapılmıştır.

Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel metotların (ortalama, standart sapma, median, interquartilrange) yanı sıra normal dağılım gösteren değişkenlerin gruplar arası karşılaştırmalarda tek yönlü varyans analizi alt grup karşılaştırmalarında Tukey oklu karşılaştırma testi, grupların eşlendirilmiş değişkenlerini karşılaştırmada eşlendirilmiş t testi, normal dağılım göstermeyen değişkenlerin gruplararası karşılaştırmasında Kruskal

Wallis testi, nitel verilerin karşılaştırmalarında ki-kare testi kullanılmıştır. Sonuçlar, anlamlılık  $p < 0,05$  düzeyinde değerlendirilmiştir.

### **5.9. Etik Konular ve Araştırma ile İlgili İzinler**

Çalışma, İstanbul Bilim Üniversitesi Klinik Araştırmaları Etik Kurulu tarafından incelenmiş, 18.12.2013/15-100 sayılı kararıyla etik ve bilimsel yönden sakınca olmadığına dair karar alınmıştır. Çalışmaya katılan bireylerden bilgilendirilmiş gönüllü onam formunun imzalanması ile onay alınmıştır.

### **5.10. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Araştırmada bireylerin ‘herhangi bir ilaç kullanmanızı gerektiren ya da tanısı konulmuş bir hastalığınız var mı?’ sorusuna cevap vermekte zorlandıkları, detayları merak edildiğinde bazı bireylerin rahatsızlığı olduğu halde doktora başvurmadığı, hastalık tanısı alanların bazılarının hastalığının ismini bilmediği ya da kullandığı ilacın ne amaçla verildiğini bilmedikleri görülmektedir. Bu durum, herhangi bir ilaç kullanmanızı gerektiren ya da tanısı konulmuş bir hastalığınız var mı?’ sorusuna verilen yanıtların güvenilirliğini azaltmaktadır.

Araştırmada ayrıca bireylere ‘Ailenizde şişman birey var mı?’ sorusu sorulduğunda şişmanlık tanımı hakkında bilgi karmaşası yaşayan bireylerin olduğu gözlemlenmiş, açıklama yapılmak zorunda kalınmıştır. Bu durum, aile öykülerinde obezite varlığının değerlendirilmesi açısından sınırlılık oluşturmaktadır.



## 6. BULGULAR

Çalışmamıza 35 (%23,33) ‘Obez’ ‘BKİ 30 kg/m<sup>2</sup> ve üzeri’, 45 (%35,00) ‘Fazla Kilolu’ ‘BKİ 25,0-29,9 kg/m<sup>2</sup>’, 70 (%46,67) ‘Normal Ağırlıklı’ ‘BKİ 18,5-24,9 kg/m<sup>2</sup>’ olmak üzere 150 birey katılmıştır. BKİ ortalamaları, obez grupta (37,85±8,39); fazla kilolu grupta (27,99±2,5); normal ağırlıklı grupta (23,28±3,3) kg/m<sup>2</sup> olarak tespit edilmiştir.

**Tablo 6.1. Bireylerin sosyodemografik özellikleri**

		18,5-24,9 BKİ (n:70)		25,0-29,9 BKİ (n:45)		30 ve üstü BKİ (n:35)		p
<b>Yaş (ortalama ± ss)</b>		32,3±9,81		38,49±13,09		39,57±12,07		<b>0,002</b>
<b>Cinsiyet</b>	<b>Kadın</b>	n	%	n	%	n	%	<b>0,035</b>
	<b>Erkek</b>	45	64,29	25	55,56	29	82,86	
<b>Medeni Durumunuz</b>	<b>Evli Değil</b>	25	35,71	20	44,44	6	17,14	<b>0,019</b>
	<b>Evli</b>	32	45,71	10	22,22	6	17,14	
	<b>Boşanmış</b>	34	48,57	26	57,78	23	65,71	
	<b>Dul</b>	3	4,29	6	13,33	3	8,57	
<b>Öğrenim Durumunuz</b>	<b>Okur Yazar Değil</b>	1	1,43	3	6,67	3	8,57	<b>0,007</b>
	<b>İlköğretim</b>	0	0,00	0	0,00	2	5,71	
	<b>Lise Ve Dengi</b>	10	14,29	10	22,22	14	40,00	
	<b>Lisans</b>	15	21,43	6	13,33	6	17,14	
	<b>Lisans Üstü</b>	39	55,71	24	53,33	11	31,43	
	<b>Lisans Üstü</b>	6	8,57	5	11,11	2	5,71	
<b>Mesleğiniz</b>	<b>Emekli</b>	2	2,86	2	4,44	4	11,43	<b>0,0001</b>
	<b>Ev Hanımı</b>	5	7,14	6	13,33	16	45,71	
	<b>İşçi</b>	10	14,29	7	15,56	2	5,71	
	<b>Memur</b>	39	55,71	11	24,44	8	22,86	
	<b>Mühendis</b>	6	8,57	8	17,78	2	5,71	
	<b>Öğrenci</b>	2	2,86	1	2,22	1	2,86	
	<b>Öğretmen</b>	0	0,00	4	8,89	2	5,71	
	<b>Tıp Çalışanı</b>	6	8,57	6	13,33	0	0,00	
	<b>Çalışmıyor</b>	13	18,57	12	26,67	22	62,86	
<b>Çalışma Durumu</b>	<b>Kamu Sektörü</b>	11	15,71	4	8,89	0	0,00	<b>0,0001</b>
	<b>Özel Sektör</b>	46	65,71	29	64,44	13	37,14	
	<b>Çalışmıyor</b>	13	18,57	12	26,67	22	62,86	
<b>Uyku Süresi</b>		7,13±1		7,24±1,4		6,86±1,17		0,330

Çalışmaya katılan 150 bireyin 99'u (%66) kadındır. Obez grupta kadın varlığı 29 (%82,86); fazla kilolu grupta 25 (%55,56), normal ağırlıklı grupta 45 (%64,29) ve istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.

Tablo 1.'de görüldüğü üzere, obez, fazla kilolu ve normal ağırlıklı, üç grubun karşılaştırılmasında cinsiyet, medeni durum, öğrenim durumu, meslek ve çalışma durumlarında anlamlı bir farklılık gözlenmiştir.

**Tablo 6.2. Yaş ortalama değerlerinin BKİ değerlerine göre karşılaştırılması**

<b>Tukey Çoklu Karşılaştırma Testi</b>	<b>Yaş</b>
<b>18,5-24,9 BKİ/25,0-29,9 BKİ</b>	<b>0,014</b>
<b>18,5-24,9 BKİ/30 ve üstü BKİ</b>	<b>0,007</b>
<b>25,0-29,9 BKİ/30 ve üstü BKİ</b>	0,907

Obez, fazla kilolu ve normal ağırlıklı gruplarının yaş ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmiştir.

Normal ağırlıklı grubun yaş ortalamaları, fazla kilolu ve obez gruplarından istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulunmuş, fazla kilolu ve obez grupları arasında yaş ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir.

**Tablo 6.3. Bireylerin sigara ve alkol kullanım durumlarına göre dağılımları**

		<b>18,5-24,9</b>		<b>24,9-30,0</b>		<b>30 ve üstü</b>		<b>p</b>
		<b>BKİ (n:70)</b>		<b>BKİ (n:45)</b>		<b>BKİ(n:35)</b>		
		<b>N</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	
<b>Sigara Kullanımı</b>	<b>Evet, Hala İçiyorum</b>	31	44,29	16	35,56	8	22,86	0,160
	<b>Hayır, Hiç İçmedim</b>	29	41,43	17	37,78	19	54,29	
	<b>İçtim, Bıraktım</b>	10	14,29	12	26,67	8	22,86	
<b>Alkol Kullanımı</b>	<b>Evet, Hala İçiyorum</b>	36	51,43	24	53,33	6	17,14	<b>0,008</b>
	<b>Hayır, Hiç İçmedim</b>	26	37,14	15	33,33	23	65,71	
	<b>İçtim, Bıraktım</b>	8	11,43	6	13,33	6	17,14	

Sigara kullanım oranı her grupta belirgin derecede yüksek olmasına rağmen, gruplararası kullanım oranları karşılaştırıldığında; istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir.

Obez bireylerde alkol kullanmama durumu diğer gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Obez bireylerde alkol kullanım oranı %17,14'tür.

**Tablo 6.4. Bireylerin ailelerinde şişman birey varlığına göre dağılımları**

		18-24,99 BKI n:70		25-30 BKI n:45		>30 BKI n:35		p
		n	%	n	%	n	%	
<b>Ailede şişman birey</b>	<b>Yok</b>	51	72,86	27	60,00	18	51,43	0,082
	<b>Var</b>	19	27,14	18	40,00	17	48,57	
<b>Ailede kimler şişman</b>	<b>Anne,baba,kardeş</b>	14	20,01	9	19,99	10	28,57	0,327
	<b>Eş,Çocuklar</b>	5	7,15	9	19,99	7	20,01	

Bireylerin ailelerinde obez birey bulunma durumları incelendiğinde, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir.

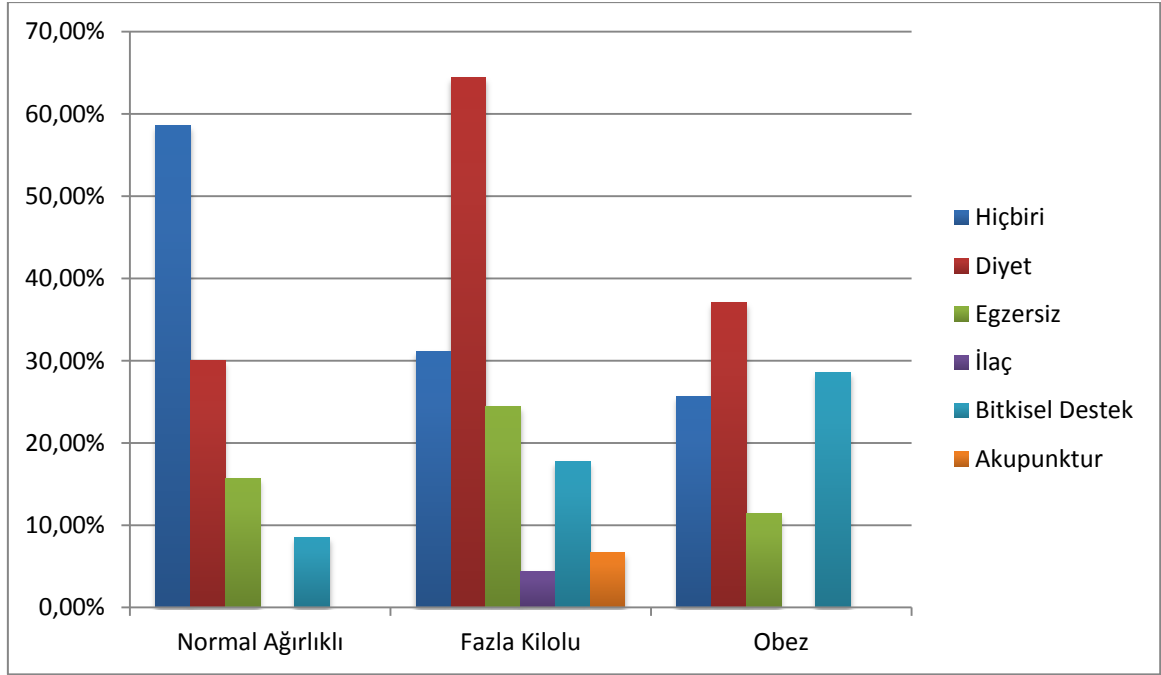
**Tablo 6.5. Bireylerin mevcut ağırlıkları ile ilgili memnuniyet düzeyleri, zayıflama istekleri ve nedenlerine göre dağılımı**

		18,5-24,9 BKİ (n:70)		25,0-24,9 BKİ (n:45)		30 ve üstü BKİ (n:35)		p
		n	%	n	%	n	%	
<b>Mevcut Ağırlığından Memnuniyet Durumu</b>	<b>Memnunum</b>	35	50,00	10	22,22	4	11,43	<b>0,0001</b>
	<b>Kararsızım</b>	10	14,29	5	11,11	2	5,71	
	<b>Memnun Değilim</b>	25	35,71	30	66,67	29	82,86	
<b>Zayıflama İsteği</b>	<b>Hayır</b>	32	46,38	5	11,11	2	5,71	<b>0,0001</b>
	<b>Evet</b>	37	53,62	40	88,89	33	94,29	
<b>Evetse Nedeni</b>	<b>Sağlık</b>	22	31,43	28	62,22	28	80,00	<b>0,0001</b>
	<b>Dış Görünüm</b>	21	30,00	27	60,00	13	37,14	<b>0,005</b>
	<b>Ailesel Baskı</b>	1	1,43	0	0,00	5	14,29	<b>0,002</b>
	<b>Çevresel ve Sosyal Baskı</b>	1	1,43	0	0,00	3	8,57	<b>0,042</b>

Gruplar arasında mevcut ağırlığından memnuniyet düzeyleri değerlendirildiğinde obez grubun memnuniyetsizliği çok yüksek (%82,86) oranda bulunmuştur. Sonuç istatistiksel açılarından ileri derecede anlamlıdır. Yine aynı grubun zayıflama isteği araştırıldığında obez grupta evet deme oranı diğer gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.

Ailesel, çevresel ve sosyal baskı, obez bireylerde diğer gruplara göre anlamlı oranda yüksek bulunmuştur. Tüm BKİ gruplarında zayıflama isteğinin temel nedeni sağlık iken dış görünüş ikinci sırada yer almaktadır.

**Şekil 6.1. BKİ Değerlerine Göre Uygulanan Zayıflama Girişimleri**



Obez grubunda daha önce zayıflama girişiminde bulunmadım diyenlerin oranı, diğer gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulunmuştur.

Obez grubun diyet uygulama oranı düşük olmasına rağmen, bitkisel destek alma oranı anlamlı derecede yüksektir.

Egzersiz ve ilaç kullanımını açısından, üç grup arasında istatistiksel anlamda fark gözlenmemiştir.

**Tablo 6.6. Bireylerin uyguladıkları diyetlerin kaynaklarına göre dağılımı**

Diyet Kaynağı	18,5-24,9 BKİ (n:70)		25,0-24,9 BKİ (n:45)		30 ve üstü BKİ (n:35)		p
	n	%	n	%	n	%	
Diyetisyen	9	12,86	14	31,11	11	31,43	<b>0,027</b>
Doktor	1	1,43	2	4,44	0	0,00	0,332
Tanıdıklar	2	2,86	2	4,44	0	0,00	0,468
Gazete, televizyon, dergi, internet	9	12,86	9	20,00	0	0,00	<b>0,023</b>
Kendi kendine	3	4,29	9	20,00	4	11,43	<b>0,028</b>

Uygulanan diyetlerin kaynağı sorulduğunda, diyeti diyetisyenden sağlama oranları obez bireylerde % 31,43, fazla kilolu bireylerde %31,11 ve normal bireylerde %12,86'dır.

Obez bireylerin tanıdık, gazete, dergi, televizyon, internet vb. kaynaklardan diyet edinmedikleri görülmüştür.

**Tablo 6.7. Bireylerin diyet uygulama süresi, ağırlık kaybı miktarı ve ağırlık korunumu süresi dağılımları**

	18,5-24,9 BKİ (n:70)	25,0-29,9 BKİ (n:45)	>30 BKİ (n:35)	p
	Diyeti uygulama süresi (ay)	4,23±4,61	5,55±5,2	
Ağırlık Kaybı (kg)	7,18±5,62	7,81±5,29	9,62±7,62	0,495
Ağırlığı koruma süresi (ay)	14,05±25,55	6,71±5,21	12,31±18,58	0,284

Gruplar arasında, bireylerin diyeti uygulama süreleri, ağırlık kayıpları, kaybedilen ağırlığı koruma süreleri arasında anlamlı bir fark gözlenmemiştir.

**Tablo 6.8. Bireylerin BKİ'sine göre şimdiki ve bir yıl önceki BKİ ortalamalarının dağılımı**

	<b>BKİ (1 Yıl Önce)</b>	<b>BKİ (şimdi)</b>	<b>p</b>
	ortalama ± ss	ortalama ± ss	
<b>18,5-24,9 BKİ</b>	22,22±1,96	23,28±3,3	<b>0,01</b>
<b>25,0-29,9 BKİ</b>	27,52±1,15	27,99±2,5	0,223
<b>30 ve üstü BKİ</b>	37,46±7,72	37,85±8,39	0,552

Normal ağırlıklı bireylerde şimdiki BKİ değerleri, 1 yıl öncesindeki vücut ağırlıkları sorularak hesaplanan BKİ değerlerinden istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir.

Fazla kilolu ve obez bireylerde şimdiki ve bir yıl önceki BKİ değerleri arasında anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir.



**Tablo 6.9. Bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği toplam ve alt grup puan ortalamalarının dağılımları**

<b>SYBDÖ (puan±SD)</b>	<b>18,5-24,9 BKİ (n:70)</b>	<b>25,0-29,9 BKİ (n:45)</b>	<b>30 ve üstü BKİ (n:35)</b>	<b>p</b>
<b>Kendini Gerçekleştirme</b>	20,23±3,4	20,67±4,11	21,4±3,96	0,324
<b>Beslenme</b>	20,97±3,91	21,18±4,8	22,63±4,62	0,172
<b>Fiziksel Aktivite</b>	18,71±3,65	19,47±4,48	18,97±2,99	0,582
<b>Sağlık Sorumluluğu</b>	20,29±3,77	21,13±4,21	22,2±3,79	0,062
<b>Kişiler Arası Destek</b>	20,49±3,86	20,82±3,85	22,29±4,01	0,080
<b>Stres Yönetimi</b>	22,14±3,7	22,47±4,22	23,37±5,46	0,389
<b>SYBDÖ Toplam</b>	122,83±18,62	125,73±23,09	130,86±20,5	0,170

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam puanları incelendiğinde, gruplar arasında kendini gerçekleştirme, beslenme, egzersiz, sağlık sorumluluğu, kişilerarası destek ve stres yönetimi ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir.

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları alt boyutları incelendiğinde, gruplar arasında kendini gerçekleştirme, beslenme, egzersiz, sağlık sorumluluğu, kişiler arası destek ve stres yönetimi ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir.

**Tablo 6.10. Bireylerin sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamalarının dağılımları**

<b>SF 36 (puan±SD)</b>	<b>18,5-24,9 BKİ (n:70)</b>	<b>25,0-29,9 BKİ (n:45)</b>	<b>30 ve üstü BKİ (n:35)</b>	<b>p</b>
<b>Fiziksel Fonksiyon</b>	91±12,76	79,78±23,43	66,29±25,42	<b>0,0001</b>
<b>Sosyal Fonksiyon</b>	77,32±20,44	75±25,42	70±25,58	0,317
<b>Fiziksel Rol Fonksiyon</b>	82,86±31,14	76,67±39,31	70,71±39,52	0,250
<b>Emosyonel Rol Fonksiyon</b>	80±32,8	78,15±42,02	90,48±26,29	0,217
<b>Mental Sağlık</b>	63,83±17,34	64±17,37	61,83±24,34	0,855
<b>Canlılık</b>	63,71±16,57	62,22±18,97	59±25,02	0,508
<b>Ağrı</b>	79,05±21,03	74,81±27,05	72,06±29,57	0,372
<b>Genel Sağlık</b>	54,43±10,82	49±10,74	50,86±13,58	<b>0,041</b>
<b>Fiziksel Sağlık Bileşenleri</b>	76,83±12,78	70,06±19,34	64,98±23,48	<b>0,005</b>
<b>Mental Sağlık Bileşenleri</b>	71,22±16,55	67,34±20,97	70,33±21,93	0,568

Çalışma grubuna uygulanan SF-36, sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ölçeği sonuçları değerlendirildiğinde, BKİ grupları arasında, fiziksel fonksiyon, genel sağlık alt grup ortalama puanları ve fiziksel sağlık bileşenleri ortalama puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır.

Gruplar arasında fiziksel sağlık bileşenleri ortalama puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenirken, mental sağlık bileşenleri ortalama puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir.

**Tablo 6.11.** BKİ değerlerine göre fiziksel fonksiyon, genel sağlık ve fiziksel sağlık bileşenlerinin karşılaştırılması

<b>Tukey Çoklu Karşılaştırma Testi (p)</b>	<b>Fiziksel Fonksiyon</b>	<b>Genel Sağlık</b>	<b>Fiziksel Sağlık Bileşenleri</b>
<b>18,5-24,9 BKİ/25,0-29,9 BKİ</b>	<b>0,01</b>	<b>0,039</b>	0,118
<b>18,5-24,9 BKİ/30,0 ve üstü BKİ</b>	<b>0,0001</b>	0,294	<b>0,004</b>
<b>25,0-29,9 BKİ/30,0 ve üstü BKİ</b>	<b>0,008</b>	0,754	0,415

Normal ağırlıkta olan bireylerin fiziksel fonksiyon ortalamaları diğer gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Fazla kilolu bireylerin fiziksel fonksiyon ortalamaları obez bireylere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.

Normal ağırlıklı bireylerin genel sağlık ortalamaları, fazla kilolu bireylere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuş, diğer gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir.

Normal ağırlıklı bireylerin fiziksel sağlık bileşenleri ortalama puanları, obez bireylere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuş, diğer gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir.

## 7. TARTIŞMA

Obez bireylerin sağlığının korunması ve geliştirilmesi açısından önemli olduğu düşünölen sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yürütölmüş olan bu çalışmada obez bireylerin sağlık/hastalık durumları, mevcut ağırlıklarından memnuniyet düzeyleri, zayıflama girişimleri ve zayıflamak için uyguladıkları diyet bilgileri değerlendirilmeye çalışılmıştır. Çalışmamızda ayrıca sağlığı etkileme olasılığı olan değişkenlerin de değerlendirilmesi yapılmıştır. Özellikle zayıflama geçmişleri ayrıntılı olarak incelenmiştir.

### 7.1. Bireylerin Genel Özelliklerinin Değerlendirilmesi

Çalışmaya katılan bireylerin % 23,33'ün obez, % 35'nin fazla kilolu, % 46,66'sının normal ağırlıklı olduğu saptanmıştır.

Obezite, genetik ve çevresel faktörlerin etkileşimi sonucu ortaya çıkan multifaktöriyel ve kompleks bir hastalıktır. Obezitenin oluşumu ile ilgili bilgiler tam olmamakla birlikte sosyal, davranışsal, kültürel, psikolojik, metabolik ve genetik faktörlerin önemli roller oynadığı bilinmektedir (31).

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. Bu faktörler arasında; kişinin yaşı, mesleği, çalışma koşulları, gelir düzeyi, eğitim düzeyi, medeni durumu, mesai dışındaki alışkanlıkları, sigara ve alkol alışkanlıkları sayılabilir (55).

Toplumlar arasında farklılıklar göstermekle birlikte, ilerleyen yaş, düşük öğrenim düzeyi, evli olma ve bir işte çalışmama obezite için risk faktörlerindedir (56).

Yaş artışı ile birlikte oksidatif stres ve inflamasyon varlığı, hormonal değişiklikler, ağrı korkusu ile aktivitede azalma gibi multifaktöriyel sebeplerle ilişkili kas kütleindeki azalma hareket kısıtlılığına sebep olması nedeniyle obezite oranını artırmaktadır (57, 58).

Çalışmamıza katılan bireylerin BKİ değerlerine göre yaş ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmiştir. Pek çok çalışmada bu tip sonuç gösterilmiş olmakla birlikte aksinin gösterildiği çalışmalar da mevcuttur. 55 obez, 55 normal kilolu 110 kadının katıldığı, obez kadınlarda psikiyatrik tanı sıklığının araştırıldığı bir çalışmada obez grup ile kontrol grup arasında yaş ortalaması açısından istatistiksel bir farklılık saptanmamıştır (4). Wang ve ark'nın 1990-2006 yılları arasında USA, obezite,

fazla kilolu, BMİ, ırk ve etnik köken anahtar kelimeleriyle yaptıkları metaanaliz çalışmasında, obezite prevalansının yaş artışı ile arttığı bulunmuştur (59). İspanya’da yapılan bir çalışmada 18-25 yaş aralığındaki bireylerin %10’u obez iken, 55 yaş ve üzeri bireylerin %50’sinin obez olduğu görülmüştür (55). Bizim çalışmamız da bu sonuçları desteklemektedir.

Araştırmamıza katılan bireylerin medeni durumları incelendiğinde, normal kilolu bireylerin % 48,5’i, fazla kilolu bireylerin %57,7’si, obez bireylerin %65,7’inin evli olduğu saptanmıştır ve istatistiksel olarak anlamlıdır. Medeni durumun obezite üzerine etkileri ile ilgili çalışmalara bakıldığında evli olan yetişkinlerin anlamlı olarak daha obez olduğu bildirilmiştir. Ayrıca geleneksel kültürlerin yaşandığı gelişmekte olan toplumlarda özellikle evli bayanlarda ‘tombulluk’ feminen güzellik olarak nitelendirilmektedir (58). Evlilik sonrası yaşam alışkanlıklarında değişme, sosyal-aktif yaşam yerine evde geçirilen zamanların artışı, farklı beslenme kültürlerinin bir araya gelişi, gebelik ya da çocuk varlığı ağırlık artışına zemin hazırlayan etmenler olarak sıralanabilir. Çalışmamızda obez bireylerin % 82,86’sının kadın, %65,71’nin evli ve %45,71’nin ev hanımı olduğu prevalansı şaşırtıcı değildir. Ek olarak, kadın obezitesinde cinsiyet hormonları da etkili olabilmektedir (60).

Araştırmamızda sigara kullanımı ile obezite arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Yapılan çoğu kesitsel çalışmada, sigara kullanan gruba göre sigara kullanmayan grupta beden kütle indeksi/vücut ağırlığı daha düşük olduğu belirtilmektedir (61).

Alkol, yüksek kalori içeriğine sahip olması nedeniyle yüksek miktarda tüketildiğinde obezite etkeni olması ile bilinmektedir (58).

Çalışmamızda obez grubunda ‘hiç’ alkol kullanmama varlığı %65,7 olarak bulunmuş, fazla kilolu ve normal ağırlıklı gruba oranla istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Çalışmamızda gruplar arasında alkol kullanımı ile obezite ilişkisi olmadığı görülmüştür. Epidemiyolojik çalışmalarda, yüksek miktarda alkol kullanımı besinlerden alınan tadın azalmasına sebep olmakta böylece fazla miktarda alkol kullanan bireylerin az yedikleri ve zayıf oldukları gözlenmiştir (58). Çalışmamıza katılan bireylerde, alkol tüketim miktarları sorgulanmadığı için böyle bir yorum getirilememiştir. Çalışmamıza katılan bireylerde obez grubun çoğunluğunun kadın ve ev hanımlarından olması nedeniyle alkol kullanımının düşük düzeyde olması beklenen bir sonuçtur.

Obezite oluşumunda kalıtsal faktörler %25-40 oranında rol oynayabilmektedir (32). Kolotkin ve ark.'nın derleme çalışmasında, % 77'nin kadın, %82'sinin üniversite mezunu, % 64'nün evli olduğu grubun %75'inin ailesinde en az bir bireyin obez olduğu görülmüştür (33). Yapılan başka bir çalışmada bireylerin %36,3'ünde aile öyküsünde obezite olduğu görülmüştür (55). Çalışmamızda, bireylerin %36,0'sının ailesinde obez bireyler olduğu bulunmuştur, gruplar arasında ailede şişman birey varlığı dağılımları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir. Çalışmamızda kişilerin ifadesine ve algısına dayalı obezite varlığı incelendiği için çalışmamızdaki verilerin güvenilirliği kısıtlıdır, karşılaştırma yapılmasını engellemektedir.

Çalışmamıza katılan bireylerde, mevcut ağırlıklarından memnun olup olmadıkları sorgulandığında, obez grubunda mevcut ağırlığımdan memnun değilim oranı %82,8 bulunmuş, fazla kilolu ve normal ağırlık gruplarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Sonuçlar incelendiğinde fazla kilolu ve normal ağırlıklı bireylerin büyük çoğunluğunun mevcut ağırlıklarından memnun olmadıkları görülmüştür.

Bireylerin zayıflama istekleri sorgulandığında, zayıflamak istiyorum diyenlerin oranı obez grupta %94,3, normal ağırlıklı grupta %54,3, fazla kilolu grupta %88,9 olduğu görülmektedir ve istatistiksel olarak ileri derecede anlamlıdır. Çıkan sonuçlara göre normal ağırlıklı bireylerin %50,0'si mevcut ağırlıklarından memnun olmalarına rağmen % 54,29'unun zayıflamayı istediği görülmüştür. Aynı durumun fazla kilolu bireyler için de geçerli olduğu görülmektedir. Fazla kilolu bireylerin % 66,7'si mevcut ağırlıklarından memnun olmadıklarını belirtmişlerdir ve %88,9'unun zayıflamayı istedikleri görülmüştür. Bu durum bireylerin mevcut ağırlıklarından memnun olsalar dahi ideal kiloda olmadıklarını düşündüklerini göstermektedir.

Kitle iletişim araçlarının artması ve bu yolla sunulan ideal beden tasarımlarından dolayı, tüm toplumlarda ideal beden algısı ile ilgili düşünce süreçlerinde bozulmalar olduğu, “yağ korkusunun” toplumlarda salgın haline geldiği düşünülmektedir. Günümüzde, özellikle batı kültüründe kadın güzelliği (ince beden yapısı) konusunda sosyal baskı ve uygulamalar abartılı düzeydedir (62). Bizim çalışmamızda BKİ normal olması rağmen, bu gruptaki bireylerin %53,6'nın zayıflamak istediği fikrine yorum getirmek gerektiğinde, normal ağırlıklı bireylerin % 64,3'nün kadın olduğu, % 47,7'sinin lisans ve lisansüstü düzeyde eğitilmiş, %51,4'nün bekar olduğu görülmektedir. Bu durumda, yüksek eğitim düzeyi ve bekar olmanın beden algısı üzerine önemli bir etki yarattığı

düşünülmüştür.

Yapılan araştırmalarda bireylerin ideallerinde belirledikleri ağırlık düzeylerini; aile, arkadaş ve öğretmenler tarafından yapılan sosyal kıyaslamalardan ve medyadan etkilendiği görülmüştür (63). Çalışmamızda bireylere zayıflama isteklerinin nedenleri sorulduğunda, obez bireylerin %80,0'i sağlık nedeniyle zayıflamak isterken, % 37,14'ü dış görünüş, %14,29'u ailesel baskı, %8,57'si çevresel ve sosyal baskı nedeniyle zayıflamak istediklerini dile getirmiştir. Bu grupta sağlık nedeniyle zayıflama isteği, diğer iki grupta karşılaştırıldığında ileri derecede anlamlıdır. Fazla kilolu bireylerin %62,22'sini sağlık, %60'nın dış görünüm nedeniyle zayıflamak istediği görüldüğü ancak bu grupta ailesel, çevresel ve sosyal baskının 0 düzeyde olduğu dikkat çekmektedir. Normal ağırlıklı bireylerin %31,43'ü sağlık, %30'u da dışgörünüş nedeniyle zayıflamak istediği görülmüştür. Obezite grubunda ailesel, çevresel ve sosyal baskı nedeniyle zayıflama isteği oranı diğer gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.

Çalışmamıza katılan bireylere daha önce zayıflama girişiminde bulunup bulunmadıkları sorulduğunda, obez grubun % 25,71, fazla kilolu grubunda % 31,11, normal ağırlıklı grubun % 58,57'si hayır yanıtını vermiştir. Veriler istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulunmuştur.

Araştırmalar, çoğu bireyin kilo kaybederken kendi kendilerine diyet uyguladıkları (gıda alımını azalttıkları vb.), egzersiz yaptıkları ya da her ikisini birlikte uyguladıklarını vurgulamaktadır. Bu kişiler aynı zamanda her yıl milyonlarca diyet kitabı, egzersiz videoları satın alırken az bir kısmı bu uygulamaların etkinliğinin farkındadırlar (64).

Araştırmamızda, bireylerin zayıflama girişimi olarak %42,00'sinin diyet, %17,33'ünün egzersiz, % 16,00'minin bitkisel destek, %2,0'sinin akupunktur, %1,33'ünün ilaç uyguladıkları görülmüştür. Amerika'da yapılan bir araştırmada, 18 yaş üstü, lisans öğrencisi/mezunu, 2197 bireyin zayıflamak için uyguladıkları yöntemler sorulduğunda, bireylerin %30,5'nin egzersiz ve %8,6'sının diyet uyguladığı, %12,1'sinin ise diyet ilaçları ve laksatif kullanıldığı görülmüştür (65). Bizim çalışmamızdakinden farklı olarak, bu çalışmada bireyler egzersizi daha çok tercih ederken diyet uygulamasını daha az oranlarda tercih etmektedir. Bunun sebebinin diğer çalışmadaki grubun eğitim seviyesinin en az lise mezunu olması, genç-yetişkin bireylerin çoğunlukta olması, gruptaki obezite oranının (%11,4) düşük olması ile ilişkilendirilebilir.

Sağlık Bakanlığının 2011 yılında yaptıkları Türkiye Beden Algısı araştırmasında, son bir yıl içinde diyet uygulayanlar, BKİ sınıflamasına göre değerlendirildiğinde; istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmüştür; obezler %28,4 ile en yüksek diyet yapma sıklığına sahip olduğu belirtilmiştir (p <0,001) (29). Sonuçların bizim çalışmamızdan farklı olmasına, bizim araştırmamızda zaman kısıtlaması olmadığı ve çalışmamızın Türkiye genel popülasyonunu yansıtmadığı yorumu getirilebilir.

Araştırmaya katılan obez bireylerde bitkisel destek kullanım oranı egzersiz uygulama oranından yüksek, diyet uygulama oranından düşük olduğu görülmüştür. Obez bireylerin hedefe zorlanmadan ulaşabilmek adına bitkisel destek kullanımlarının yoğun olduğu düşünülebilir. Fazla kilolu grubun zayıflama girişimi olarak tüm yöntemleri uyguladıkları görülmüştür. Bu durum fazla kilolu bireylerin obez olmamak/zayıflamak için tüm yöntemleri denedikleri, doğru tedavi yöntemi için arayış içerisinde oldukları düşünülmüştür.

Obez ve fazla kilolu bireylerin diyet kaynağı olarak diyetisyene başvuru oranları normal ağırlıklı bireylere göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Obez bireylerde yapılan bir çalışmada diyet uygulayan bireylerin %26,9'nun kendi başlarına diyet uyguladıkları görülmüştür (31). Bu oran bizim çalışmamızda %11,43 olarak bulunmuştur. Diyetisyene ulaşmanın belli bir mali yükünün olması ve çoğunluğun ev hanımı olması nedeniyle başvuru az olmuş olabilir.

Ağırlık kaybı programları haftalık 60-90 dakikalık sürelerden oluşan 6 ay süren, şimdiki ağırlığın %10'u kaybını hedefleyen tedavilerdir. Bu tedavi sürecinin devamsızlığında, genellikle bireyler kaybettikleri ağırlıkların üçte birini, tedaviyi bıraktıkları sürenin ilk 6 ayında geri almakta, önceki ağırlıklarına da 5 yıl içerisinde geri dönmektedirler (7).

Çalışmamızda diyet uygulama süresi ortalamaları, ağırlık kayıp miktarı ve ağırlık koruma süreleri sorulduğunda, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenmemiştir. Obez bireylerde yapılan bir çalışmada bireylerin ortalama 5,78±7,30 ay diyet uyguladıkları, uyguladıkları bu diyetle ortalama 11,85±9,37 kg ağırlık kaybı sağladıkları ve ağırlık korunumu sürelerinin ortalama 10,53±14,05 ay olduğu görülmüştür (57). Bizim çalışmamızda, obez bireylerin ortalama 5,77±4,19 ay diyet uyguladıkları, uyguladıkları bu diyetle ortalama 9,62±7,62 kg ağırlık kaybı sağladıkları ve ağırlık



korunumu sürelerinin ortalama  $12,31 \pm 18,58$  ay olduğu görülmüştür. Verilerin çok benzerlik gösterdiği görülmektedir.

Çalışmada ayrıca bireylerin bir yıl önceki BKİ değerlerine bakılmıştır. Normal grubunda şimdiki BKİ, 1 yıl önceki BKİ ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ( $p=0,001$ ). Fazla kilolu ile obez grubunun 1 yıl önceki ve şimdiki BKİ ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki gözlenmemiştir. Bu çalışmada normal ağırlıklı grubunda, BKİ değeri bir önceki yıla göre  $1,06 \text{ kg/m}^2$  arttığı görülmüştür.

## 7.2. Bireylerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi

Çalışmamıza katılan bireylerin SYBD ölçeği toplam puan ortalaması  $125,75 \pm 20,59$  olarak bulunmuştur. Ölçekten alınacak en düşük puan 48, en yüksek puan 192'dir. Küçükberber ve ark.'nın kalp hastalarına yönelik yaptıkları bir çalışmada kalp hastalarının toplam SYDB puan ortalamasını 127,5 olarak bulmuşlardır (66). Savaşan ve ark.'nın koroner arter hastalarına yönelik yaptıkları bir çalışmada toplam SYDB puan ortalamasını  $128,00 \pm 22,00$  olarak bulmuşlardır (67). İlhan ve ark.'nın üniversite öğrencileri üzerinde yaptıkları araştırmada SYDB puan ortalamasını  $126,44 \pm 18,49$  olarak bulmuşlardır (43). Bir başka çalışmada ev hanımları ile çalışan kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışları değerlendirilmiş, bireylerin toplam SYBD puan ortalamaları  $122 \pm 20,78$  olarak bulunmuştur. Farklı gruplarda (hastalık varlığında, genç bireylerde, sadece bayanlarda) yapılan çalışmalarda ve bu çalışmada elde edilen SYBD ölçek toplam puan ortalamalarında benzer sonuçlar çıktığı görülmüştür. Ayrıca bizim çalışmamızda, BKİ gruplarına (obez, fazla kilolu, normal ağırlıklı) göre SYBD ölçeği toplam ve alt grup (kendini gerçekleştirme, beslenme, egzersiz, sağlık sorumluluğu, kişiler arası destek ve stres yönetimi) puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık çıkmadığı da görülmüştür ( $p=0,170$ ;  $p=0,324$ ;  $p=0,172$ ;  $p=0,582$ ;  $p=0,062$ ;  $p=0,080$ ;  $p=0,389$ ). Bu durumda SYBD ölçeğinin, genel popülasyonda kullanılabilen, çeşitli sağlık durumları ve hastalıklara uygulanabilen, geniş ilgi alanlarını değerlendiren genel bir ölçek şeklinde değerlendirilmesi gerektiği düşünülmüştür. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği belirli bir hastalık için tasarlanmamış olduğundan bazı hastalık grupları için daha az duyarlı olabildiği ve özellikle küçük değişiklikleri saptayamadığı düşünülmüştür. Bu değerlendirmeler sonucunda, vaka kontrol grubunda kullanılabilirliğini sorgulamamıza

neden olmuştur.

### 7.3. Bireylerin Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi

Obezite, sağlıkla ilgili yaşam kalitesini, özellikle fiziksel sağlık, emosyonel iyilik ve psikososyal fonksiyon alanlarını önemli ölçüde etkilemektedir (39).

Obez bireylerde sağlıkla (fiziksel, ruhsal ve sosyal) ilgili yaşam kalitesinin değerlendirildiği bu çalışmada; Obez, Fazla Kilolu, Normal Ağırlıklı bireyler arasında fiziksel fonksiyon, genel sağlık ve fiziksel sağlık bileşenleri alt boyut ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir. Gürsoy ve ark.'nın yapmış olduğu çalışmada, altgrup analizinde canlılık ( $p<0,001$ ) ve genel sağlık ( $p<0,005$ ) durumu ile beden kütle indeksi arasında anlamlı ilişkiler saptanmıştır (68). Bizim çalışmamızla ortak olan noktası, genel sağlık puan ortalamalarındaki anlamlı farklılıktır.

Sertöz ve ark.'nın obez bireylerde yaptığı ortalamasına sahip bireylere grup terapisi öncesinde uyguladıkları SF-36 Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi ölçek sonuçları incelendiğinde; SF-36 fiziksel fonksiyon bileşenleri puan ortalaması  $66,10\pm 26,55$ ; SF-36 genel sağlık alt grup puan ortalamasının  $52,26\pm 16,46$  olduğu tespit edilmiştir (5). Çalışmamızda, fiziksel fonksiyon bileşenleri puan ortalaması  $64,98\pm 23,48$ ; genel sağlık alt grup puan ortalaması ise  $50,86\pm 13,58$  olduğu görülmüştür. Çalışmamız ile benzer puanlara sahip olduğu görülmüştür.

USA, İsveç, İngiltere, Avusturya ve Fransa'da genel populasyon üzerinde, BKİ ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ilişkisi üzerine yapılan çalışmalarda, BKİ'nin artması ile sağlıkla ilgili yaşam kalitesi arasında özellikle fiziksel bileşenlerde önemli derece azalma olduğu görülmüştür (69). Bizim çalışmamızda da BKİ'nin artması ile; fiziksel fonksiyon ortalama puanlarında azalma olduğu görülmüştür.

Kolotkin ve ark.'nın 996 bireyden oluşan obez ve kontrol (normal ağırlıklı) grubuna uyguladıkları yaşam kalitesi ölçeğinin sonuçlarında BKİ'nin artması ile ölçeğin tüm alt gruplarında azalma olduğu görülmüştür (40). Bizim çalışmamızda obez bireyler ile normal ağırlıklı gruplarda SF-36 alt grupları karşılaştırılmasında, obez bireylerde emosyonel rol fonksiyon alt grup puan ortalaması yüksek iken diğer alt grup puan ortalamaları obez bireylerde daha düşük bulunmuştur. Çıkan sonuçlar Kolotkin ve ark.'nı destekler yöndedir. Ancak istatistiksel anlamlılık fiziksel fonksiyon ve fiziksel sağlık bileşenlerinde

gözlemlenmiştir.

USA'de geniş alanda uygulanan 3529 bireyin katıldığı sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ve BKİ ilişkisinin değerlendirildiği bir çalışmada, BKİ değeri 18,5 kg/m<sup>2</sup>-30 kg/m<sup>2</sup> aralığının altına ya da üzerine çıktığında, fiziksel sağlık, mental sağlık bileşenlerinde azalma olduğu gözlenmiştir (70).

Bazı çalışmalar, obezite ile bozulmuş mental sağlık ilişkisi olduğunu savunurken bazı çalışmaların bunu desteklemediğini göstermekte, birkaç araştırmada artmış ağırlıkla birlikte mental sağlığın daha iyi olduğunu savunmaktadır. (71). Bazı araştırmacılara göre BKİ ile mental sağlık bileşenlerinin ilişkisi yoktur (70).

Bizim çalışmamızda ise, sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin mental sağlık bileşenlerinin değerlendirilmesi sonucu, obez, fazla kilolu, normal ağırlıklı BKİ gruplarının mental sağlık ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir. Bu durumda bu çalışmaya katılan bireylerde fazla kilolu ya da obez olmanın mental sağlığı etkilemediği görülmüştür. Tayvan'da yapılan bir çalışmada mental sağlık bileşenleri değerlendirildiğinde, normal ağırlıklı, fazla kilolu ve obez bireylerin benzer puanlar elde ettikleri görülmüştür (71).

Türkiye'de farklı gruplarda uygulanan sağlıkla ilgili yaşam kalitesi değerlendirmelerinde bulunan sonuçlar özetlenmiştir.

Çıtıl ve ark.'nın diyabetik hastalarda tıbbi ve sosyal faktörlerin yaşam kalitesine etkisini araştırdıkları çalışmalarında, diyabetik ve kontrol gruplararası genel sağlık, fiziksel rol fonksiyon, ağrı alt grup ve fiziksel sağlık bileşenleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir (72).

Göçgeldi ve ark.'nın %50,8'nin kadın, %66,5'nin evli, %48,9'nun ortaokul ve altı öğrenim düzeyine sahip hipertansiyon tanısı almış bireylere uyguladıkları SF-36 yaşam kalitesi ölçeği sonuçları incelendiğinde, fiziksel sağlık puan ortalaması (54,9±21,1); mental sağlık puan ortalaması (57,7±23,8) olduğu görülmüştür. Normal ağırlıklı hipertansif bireylerin fiziksel sağlık puan ortalaması (61,0±21,9); mental sağlık puan ortalaması (63,2±23,1) olduğu; şişman hipertansif bireylerde fiziksel sağlık puan ortalaması (53,3±20,6); mental sağlık puan ortalaması (56,2±23,8) olduğu görülmüştür (73). Bu çalışmada obez ve normal ağırlıklı grupların fiziksel sağlık bileşenleri ortalaması ve mental sağlık bileşenleri puanları arasında istatistiksel anlamlı farklılık saptanmıştır. Bizim çalışmamızda, gruplar arasında mental sağlık bileşenleri puan ortalamalarında istatistiksel

olarak anlamlı bir fark gözlenmemiştir. Göçgeldi ve ark'nın çalışmasında obeziteye eşlik eden kronik hastalık varlığının bizim çalışmamızdan farklı olarak mental sağlık bileşenlerinde istatistiksel olarak anlamlı fark çıkmasına neden olduğu düşünülmüştür.

Vural ve ark'nın masa başı çalışan bireylerde uyguladıkları SF-36 ölçeği sonuçlarında, bireylerin beden kütle indekslerine göre yaşam kalitesi alt grup puanları karşılaştırıldığında, sadece mental sağlık bileşeni puan ortalamasında anlamlı farklılık olduğu görülmüştür. BKİ 25 kg/m<sup>2</sup> üzerinde olan bireylerde mental sağlık bileşeni puan ortalaması BKİ 25 kg/m<sup>2</sup> altında olan bireylerden daha fazla olduğu görülmüştür (74).

Obezite biyopsikososyal yaklaşılması gereken bir süreçtir. Özellikle SF-36 sağlıklı ilgili yaşam kalitesi ölçeğinin daha fazla sayıda obez gruplarda uygulanması, bu grubun hastalığa karşı algısını öğrenmemize faydalı olacaktır. Obezitenin belli yaş gruplarında ve kadın cinsiyetinde ağırlıklı olması bu özel gruplara yönelik tanı, tedavi ve sağlığı geliştirme programlarının oluşturulması açısından önemlidir.

## 8. SONUÇ

Çalışma sonucunda ;

1. Katılımcıların %46,67'sinin normal, %35,0'inin overweight, %23,3'ünün obez olduğu,
2. Obezite oranının, kadınlarda, evli olan katılımcılarda ve çalışmayanlarda daha yüksek olduğu,
3. Yaş ortalamasının normal grupta en düşük, obez grubunda en yüksek olacak şekilde anlamlı artış gösterdiği,
4. Tüm grubun büyük bir kısmının mevcut ağırlığından memnun olmadığı ve memnuniyetsizlik oranının en yüksek obez grupta, en düşük normal grupta olduğu,
5. Tüm gruplarda zayıflama isteğinin olduğu, zayıflama isteği nedenlerinin başında sağlık, sonrasında dış görünüşün olduğu; obez grupta zayıflama isteği nedeni olarak etkin düzeyde ailesel, çevresel ve sosyal baskıların da olduğu,
6. Fazla kilolu grubun, zayıflama girişimi olarak sorgulanan tüm yöntemleri uyguladıkları, %64,44'lük yüksek oranla diyet uyguladıkları,
7. Obez grubun % 25,71'nin daha önce herhangi bir zayıflama girişiminde bulunmadığı,
8. Tüm gruplarda kendi kendine diyet yapma oranlarının belirgin düzeyde olduğu,
9. Tüm gruplarda, diyet uygulama süresi, zayıflama miktarı ve ağırlığı koruma süreleri arasında anlamlı farklılık olmadığı,
10. Uyku süreleri arasında normal, fazla kilolu, obez ve morbid obez bireyler arasında anlamlı farklılık olmadığı,
11. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam puan ve alt boyut (kendini gerçekleştirme, beslenme, fiziksel aktivite, sağlık sorumluluğu, kişilerarası destek, stres yönetimi) puanları değerlendirildiğinde, normal, fazla kilolu, obez bireyler arasında anlamlı farklılık olmadığı,
12. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi- fiziksel fonksiyon, genel sağlık ve fiziksel sağlık bileşenleri arasında, normal, fazla kilolu, obez bireyler arasında anlamlı bir farklılık olduğu, BKİ arttıkça fiziksel fonksiyon, genel sağlık ve fiziksel sağlık bileşenleri ortalama puanlarının azaldığı,
13. Gruplar arasında, sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, sosyal fonksiyon, fiziksel rol fonksiyon, emosyonel rol fonksiyon, ruh sağlığı, canlılık ve mental sağlık bileşenleri puan

ortalamları arasında anlamlı farklılık olmadığı bulunmuştur.

Bu bulgular ışığında,

- Tüm bireylere, obezitenin özellikle fiziksel yaşam kalitesinde azalmaya sebep olan ve psikososyal sorunlara yol açan, ciddi ve kronik bir sağlık sorunu olduğu yönünde bilgi verilmesi,
- Obezite ve fazla kiloluğun tedavisinde bütüncül (fiziksel, ruhsal, sosyal) bir yaklaşımın uygulanması,
- Obezitenin ilerleyen yaşla artış göstermesi ve özellikle orta yaş grubunda görülmesi ile menopozal dönemdeki kadınlara destek verilmesi,
- Obez kişilerin daha kaliteli bir yaşam seviyesine ulaşması için sağlıklı yaşam tarzlarının desteklenmesi,
- Sosyal bir epidemi olarak obezitenin gelişiminin önlenmesi ve tedavisi için sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının; sağlık bakanlığı, gençlik ve spor bakanlığı, sivil toplum kuruluşları, besin-gıda sanayi, sosyal medya ve reklam sektörü tarafından desteklenmesi,
- Obezite tedavisinde, gelenekçi diyet tedavileri yerine yaşam tarzı değişikliği (beslenme/diyet, fiziksel aktivite, davranış değişikliği) oluşturacak tedavilerin uygulanması,
- Diyetisyenlerin davranış değişikliği terapisi ile ilgili bilgi, deneyim ve uygulamaya sahip olmaları gerekliliğini önerilmektedir.

## 9. TEŞEKKÜR

Çalışmamda tez danışmanlığımı yürüten Doç.Dr.Berrin Telatar'a saygılarımı ve teşekkürlerimi sunarım.

Alanındaki bilgi ve deneyimiyle çalışmamın değerlendirilmesinde desteğini sunan Biyoistatistik Uzm. Rana Konyalıoğlu'na teşekkürlerimi sunarım.

Manevi desteğiyle bu süreçte de yanımda olan arkadaşım Dyt. Pınar Hamurcu'ya teşekkür ederim.

Varlıkları ve sevgileri ile her zaman beni destekleyen annem, babam ve birtanem Down Sendromlu kardeşim Şengül Kocaman'a sonsuz teşekkür ve sevgilerimi sunarım.

## 10. KAYNAKLAR

1. Efil S. Sağlık Çalışanlarında Obezite Sıklığı ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Afyon, 2005.
2. İpar N. Eksojen Obezitesi Olan Hastalarda Total Oksidatif Stres ve Total Antioksidan Kapasite Düzeyleri; Probiyotiklerin Bu Düzeye Etkisi. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, Eskişehir, 2012.
3. Lagerros YT, Rössner S. Obesity management: what bring success? *Ther Adv Gastroenterol.* 2013, 6(1)77-88.
4. Özdel O, Sözeri-Varma G, Fenççi S, Değirmenci T, Karadağ F, Kalkan-Oğuzhanoglu N, Ateşçi F. Obez kadınlarda psikiyatrik tanı sıklığı. *Klinik Psikiyatri.* 2011, 14:210-217.
5. Sertöz ÖÖ, Mete Elbi H. Obezite tedavisinde bilişsel davranışçı grup terapisinin kilo verme, yaşam kalitesi ve psikopatolojiye etkileri: sekiz haftalık izlem çalışması. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni.* 2005, Cilt:15, Sayı:3.
6. Munsch S, Biedert E, Keller U. Evaluation of a lifestyle change programme for the treatment of obesity in general practice. *Swiss Med Wkly.* 2003, 133:148-154.
7. Anthony N, Behavior therapy and cognitive-behavioral therapy of obesity: is there a difference? *J Am Diet Assoc.* 2007, 107:92-99.
8. Nur N. Diyet ve Fiziksel Aktiviteye Yönelik Yaşam Şekli Değişikliklerinin Adolesan Obezitesindeki Etkileri. Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Sivas, 2003.



9. Caterson ID, Gill TP. Obesity: epidemiology and possible prevention. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology and Metabolism*. 2002, Vol.16, No.4: 595-610.
10. World Health Organization, Obesity & Overweight, [www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html) (erişim tarihi:29.07.2013)
11. Grima M, Dixon J. Obesity, recommendations for management in general practice and beyond. *Australian Family Physician*. 2013, Vol.42, No.8.
12. Wing RR, Phelan S. Long term weight meintaenance. *Am J Clin Nutr*. 2005, 82:22S-5S.
13. Ak Şanlı G. Abdominal Obezite ile İnsülin Direnci Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2012.
14. Philip TJ. Obesity: the worldwide epidemic. *J.clindermatol*. 2004, 22:276-280.
15. WHO. Report of a WHO Consultation on Obesity Geneva, 1997. Publication No. WHO/NUT/NCD/98.1, 1998
16. Fock KM, Khoo J. Diet and exercise in management of obesity and overweight. *Journal of Gastroenterology and Hepatology*. 2013, 28:59-63.
17. Mokdad AH, Ford ES, Bowman BA, Dietz WH, Vinicor F, Bales VS, Marks JS. Prevalence of obesity, diabetes, and obesity-related health risk factors,2001. *JAMA*. 2003, 289:76-79.
18. Annagür BB. Obezitede çeşitli risk faktörleri ve dürtüsellik. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2010, 2(4):572-582.

19. Zanandrea V, Barreto de Souto P, Cesari M, Vellas B. Obesity and nursing home: a review and an update. *Clinical Nutrition*. 2013, 1-7.
20. Jia H, Lubetkin EI, The impact of obesity on health-related quality-of-life in the general adult US population. *Journal of Public Health*. 2005, Vol.27, No.2, 156-164.
21. Yağbasan A. Farklı Obezite Evrelerinde Hipotalamo-Hipofizer-Adrenal ve Tiroid Hormon Akıslarının Obezite Parametreleri ve İnsülin Direnci ile İlişkisinin Değerlendirilmesi. Uludağ Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Bursa, 2009.
22. Grima M, Dixon JB. Obesity, recommendation for management in general practice and beyond. *Australian Family Physician*. 2013, Vol 42, No 8.
23. World Health Organization. Obesity Preventing and Managing the Global Epidemic. USA, WHO Technical Report Series, 2004.
24. Maru S, T van Der Schouw Y, Himbrere CHF, Grobbee DE, Peeters PHM. Body mass index and short-term weight change in relation to mortality in Dutch women age 50 y. *Am j Clin Nutr*. 2004, 80:231-6.
25. James P, Leach R, Kalamara E, Shayeghi M. The worldwide obesity epidemic. *Obesity Research*. 2001, Vol 9, Suppl 4.
26. Oda-Montecinos C, Saldana C, Andres A. Eating behaviors are risk factors for development of overweight. *J of Nutrition Research*. 2013, 33:796-802.
27. Knai C, Sukreke M, Lobstein T. Obesity in eastern europe: an overview of its health and economic implications. *Economics and Human Biology*. 2007, 5:392-408.
28. 1800 ve 2100 Mhz Elektromanyetik Alanın Sıçanlarda Açlık-Tokluk Hormonları, Yeme Davranışı ve Obezite Üzerine Etkisi. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları

Anabilim Dalı/Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Bilim Dalı, Yan Dal Uzmanlık Tezi, Ankara, 2012.

29. Sağlık Bakanlığı Genel Müdürlüğü. Türkiye Beden Ağırlığı Algısı Araştırması. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 894. Ankara, 2012.

30. 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.

31. Çiftçi H. Obezitede Tıbbi Beslenme Tedavisinde Öğün Sayısının Ağırlık Kaybı, Vücut Kompozisyonu ve Bazı Biyokimyasal Bulgulara Etkisi, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Programı, Doktora Tezi, Ankara, 2009.

32. Özarslan BB. Diyabetik Koroner Arter Hastalarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşirelik Programı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2013.

33. Kolotkin RL, Meter K, Williams GR. Quality of life and obesity. *Obesity Reviews*. 2001, 2:219-229.

34. Aksungur A. Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Çalışan Ebe ve Hemşirelerin İş Doyumu ve Yaşam Kalitesi Düzeylerinin Belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2009.

35. Dalak M. Esansiyel Hipertansiyonlu Olan Bireylerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ile Sosyal Destek Arasındaki İlişki, Mersin Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Mersin, 2010.

36. Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesine Yönelik Dönüm Noktaları, Global Konferanslardan Bildiriler. Ankara, Bakanlık Yayın, 2011.

37. Koltarla S. Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Sağlık Personelinin Yaşam Kalitesinin Araştırılması. Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği, Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2008.
38. World Health Organization. ICF International Classification of Functioning, Disability and Health. Geneva, WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, 2001.
39. T.C. Sağlık Bakanlığı, WHO Europe. Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Alanındaki Değerlendirmeler, İlkeler ve Bakış Açıları. Ankara, Sağlık Bakanlığı, 2011.
40. Kolotkin RL, Crosby RD, Koloski KD, Williams GR. Development of a brief measure to assess quality of life in obesity. *Obesity Research*. 2001, Vol.9 No. 2 102-111
41. Küçükdeveci AA, Rehabilitasyonda yaşam kalitesi. *Türk Fiz Tıp Rehab Derg*. 2005, 51(özel ek B) B23-B29.
42. Kolotkin RL, Crosby RD. Psychometric evaluation of impact of weight on quality of life-lite questionnaire (IWOOL-Lite) in community sample. *Quality of life research*. 2002, 11:157-171.
43. Esin (Özabacı) MN, Endüstriyel Alanda Çalışan İşçilerin Sağlık Davranışlarının Saptanması ve Geliştirilmesi. İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İstanbul, 1997.
44. Çınar N, Köse D, Akduran Funda, Özdemir K, Altınkaynak S. Üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. *Uluslararası Yüksek Öğretim Kongresi. Yeni Yöntemler ve Sorular*. 2011, Cilt 3, Bölüm XVI: 2384-2389.
45. Genç A, Şener Ü, Karabacak H, Üçok K. Kadın ve erkek genç erişkinler arasında fiziksel aktivite ve yaşam kalitesi farklılıklarının araştırılması. *Kocatepe Tıp Dergisi*. 2011, 12:145-150

46. Liu LP, Elena WDP, Razıf SM. Nutrition quality of life among female-majority malay undergraduate students of health sciences. *Malasian J Med Sci*. 2012, 19(4):38-50.
47. Yalçınkaya M, Özer FG, Karamanoğlu AY. Sağlık alışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*. 2007, 6(6)
48. Sirtori A, Brunani A, Villa V, Berselli ME, Croci M, Leonardi M, Raggi A. Obesity is a marker of reduction in QoL and disability. *The Scientific World Journal*. 2012.
49. Haslam D, James WP. Obesity. *Lancet*. 2005, 366:1197-209.
50. Wadden TA, Butryn ML, Wilson C. Lifestyle modification fort he management of obesity. *Gastroentorology*. 2007, 132: 2226-2238.
51. National Institute of Health. The Practical Guide Identification, Evaluation and Treatment of Overweight and Obesity in Adults. North America. NIH Publication. 2000.
52. Cannon CP, Kumar A. Treatment of overweight and obesity: lifestyle, pharmacologic, and surgical options. *Clinical Cornerstone*. Vol.9 No:4
53. Blacburn G. Benefits of weight loss in the treatment of obesity. *Am J Clin Nutr*. 1999, 69:347-9.
54. Curoni CC, Lourenço PM. Long-term weight loss after diet and exercie: a systemic review. *International Journal of Obesity*. 2005, 29:1168-1174.
55. Soriguer F, Rojo-Martinez G, Esteva de Antonio I, Ruiz de Adana MS, Catala M, Merelo MJ, Beltran M, Tinahones FJ. Prevalence of obesity in south-east spain and its relation with social and health factors. *European Journal of Epidemiology*. 2004, 19:33-40.
56. Mitchell N, Catenacci V, Wyatt HR, Hill JO. Obesity: overview of an epidemic. *Psychiatr Clin North Am*. 2011, 34(4): 717-734.

57. Vincent H, Raiser SN, Vincent K. The aging musculoskeletal system and obesity-related consideration with exercise. *Ageing Research Reviews*. 2012, 361-373.
58. Nyaruhucha 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, tanzania. *East African Medical Journal*. 2003, Vol. 80 No. 2.
59. Wang Y, Beydoun MA. The obesity epidemic in the United States- gender, age, racial/ethnic, and geographic characteristics: a systemic review and meta-regression analysis. *Epidemiol Rev*. 2007, 29:6-28.
60. Hajian-Tilaki KO, Heidan B. Prevalence of obesity, central obesity and the associated factors in urban population aged 20-70 years, in the North of Iran: a population-based study and regression approach. *The International Association for the Study of Obesity*. 2005, 8:3-10.
61. Chiolero A, Faeh D, Paccaud F, Cornuz J. Consequences of smoking for body weight, body fat distribution, and insulin resistance. *Am J Clin Nutr*. 2008, 87:801-9.
62. Soysal Y. Aşırı Kilo ve Obezite Sorunu Yaşayan Bireylerde Egzersiz ve NLP Uygulamalarının Yeme Tutumlarına Etkisinin Karşılaştırılması. Celal Bayar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beden Eğitimi ve Spor Öğretmenliği Anabilim Dalı, Sporda Psikososyal Alanlar Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Manisa, 2006.
63. Levine MP, Somolak L, Hayden H. The relationship of sociocultural factors to eating attitudes and behaviors among middle school girls. *The Journal of Early Adolescence*. 1994, Vol.14, No.4, 471-490.
64. Wadden TA, Osei S., *The Treatment of Obesity:An Overview*. USA, 2011.

65. Lorwy R, Galuska DA, Fulton JE, Wechsler H, Kann L, Collins JL. Physical activity, food choice, and weight management goals and practices among U.S. college students. *American Journal of Preventive Medicine*. 2000, Vol. 18, I. 1, 18-27.
66. Küçükberber N, Özdilli K, Yorulmaz H. Evaluation of factors affecting healthy life style behaviours and quality of life in patients with hearth disease. *Anadolu Kardiyol Derg*. 2011, 11:619-26.
67. Savaşan A, Ayten M, Ergene O. Hopelessness and healty lifestyle behaviors in patients with coronary artery disorders. *Journal of Psychiatric Nursing*. 2013, 4(1):1-6.
68. Gürsoy H, Türker İ, Çolak D, Kaya P, Dönderici Ö, Özyılkan E. Correlation between body mass index and health related quality of life. *İç Hastalıkları Dergisi*. 2008, 15(4):203-205.
69. Kolotkin R, Crosby RD, Williams GR. Health-related quality of life among obese subgroups. *Obesity Research*. 2002, Vol. 10 No. 8.
70. Ford ES, Moriarty DG, Zack MM, Mokdad AH, Chapman DP. Self-reported body mass index and health related quality of life: findings from the behavioral risk factor surveillance system. *Obesity Research*. 2001, Vol.9 No.1.
71. Huang IC, Frangakis C, Wu AW. The relationship of excess body weight and health-related quality of life: evidence form a population study in Taiwan. *International Journal of Obesity*. 2006, 30:1250-1259.
72. Çıtıl R, Günay O, Elmalı F, Öztürk Y. Diyabetik hastalarda tıbbi ve sosyal faktörlerin yaşam kalitesine etkisi. *Erciyes Tıp Dergisi*. 2010, 32(4):253-264.
73. Göçgeldi E, Babayiğit MA, Hassoy H, Açikel CH, Taşçı İ, Ceylan S. Hipertansiyon tanısı almış hastaların algıladıkları yaşam kalitesi düzeyinin ve etki eden faktörlerin değerlendirilmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*. 2008, 50:172-179.

74. Vural Ö, Eler S, Atalay Güzel N. Masa başı çalışanlarında fiziksel aktivite düzeyi ve yaşam kalitesi ilişkisi. Spormetre Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi. 2010, VII(2): 69-75





EKLER



EK-1




T. C.  
İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

SAYI : 50400462/0-1  
KONU: Anket hk.

TARİH :03/01/2014

ÖZEL SANCAKTEPE İSTANBUL BÖLGE HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ'NE,

İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme ve Diyetetik Yüksek Lisans Programı öğrencisi Fatma KOCAMAN'ın, Doç. Dr. Berrin TELATAR'ın tez danışmanlığını yürüttüğü "Obez Bireylerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi" başlıklı tez çalışması ile ilgili anket formunu uygulayabilmesi için müsaadelerinizi saygılarımla rica ederim.

  
Prof. Dr. Vildan KARPUZ  
Müdür

Ek : 1) Anket Formu.



T.C  
İstanbul Bilim Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne

Tarih:03.01.2014

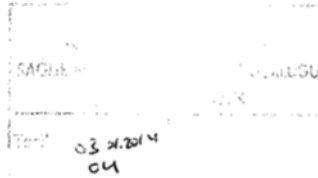
Konu: Anket Hk.

Sayın İlgili ;

İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme ve Diyetetik Yüksek Lisans Programı Öğrencisi Fatma Kocaman'ın "Obez Bireylerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi" başlıklı test çalışması ile ilgili anket uygulamasının kurumumuzda yapılmasında sakınca görülmemektedir.

Bilgi edinilmesi ve gereğini rica ederim.

  
Harun GÜZHAN  
Hastane Müdürü



EK-3

Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

“OBEZ BİREYLERDE SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ve SAĞLIKLA İLGİLİ YAŞAM KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ” isimli çalışmamız bir araştırma çalışmasıdır. Çalışmanın amacı obez bireylerde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ilişkisini saptamaktır. Bu çalışmaya 18 yaş üzeri BKİ değeri 30 kg/m<sup>2</sup> ve üzeri olan obez gönüllüler ile kontrol grubu olarak 18 yaş üzeri BKİ değeri 18,5-24,9 kg/m<sup>2</sup> olan normal ağırlıklı ve 25-29,9 kg/m<sup>2</sup> olan fazla kilolu gönüllüler dahil edilecektir. Araştırma 100 obez, 150 kontrol grubu olarak planlanmıştır. Gönüllülerin araştırma gruplarına alınması, dahil olma kriterlerine göre belirlenecektir. Çalışmada istatistiksel veri elde edilmesi amaçlanmıştır. Çalışmanın yöntemi; öncelikle çalışmaya katılacak gönüllülerin ağırlık ve boy uzunlukları ölçülerek beden kitle indeksi hesaplanacaktır. Sonrasında gönüllülerin özelliklerini belirlemek ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile sağlıkla ilgili yaşam kalitelerini belirlemek amacıyla sorular yöneltilenektir. Çalışmada; gönüllülerin isimleri kullanılmayacak olup sadece sonuçları istatistiksel olarak bilimsel yazı şeklinde yayımlanacaktır. Sağlık otoriteleri, Bakanlık, Etik Kurul gerektiğinde gönüllülerin kayıtlarına ulaşabilir ancak bu bilgiler gizli tutulacaktır. Gönüllüler isterlerse çalışmanın sonuçları hakkında bilgilendirileceklerdir, ayrıca istedikleri anda çalışmadan ayrılma hakkına sahiptirler. Gönüllülere bu çalışma için çalışmadan ayrılırsalar dahi herhangi bir tazminat ve ek bir ödeme yapılmayacaktır. Çalışma sırasında ve sonrasında ek bir tedavi uygulanmayacaktır. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli ya da gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakabileceğimi biliyorum.

1. Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı  
Kabul Ediyorum Kabul Etmiyorum

2. Bu çalışma için alınan bilgilerin ileride yapılacak başka bir çalışmada kullanılmasını  
Kabul Ediyorum Kabul Etmiyorum

Gönüllünün Adı/ Soyadı/ İmzası/ Tarih:

Sorumlu Araştırmacının Adı/ Soyadı/ İmzası/ Tarih:

**BİLGİ FORMU**

1. Boyunuz ; \_\_\_\_\_
2. Şimdiki Ağırlığınız ; \_\_\_\_\_
3. 1 Sene Önceki Ortalama Ağırlığınız; \_\_\_\_\_
4. Yaşınız ; \_\_\_\_\_
5. Cinsiyetiniz;
  - a) Kadın
  - b) Erkek
6. Medeni Durumunuz;
  - a) Evli Değil
  - b) Evli
  - c) Boşanmış
  - d) Dul
7. Öğrenim durumunuz;
  - a) Okur-yazar değil
  - b) Okur-yazar
  - c) İlkokul
  - d) Ortaokul
  - e) Lise ve dengi
  - f) Lisans(Üniversite)
  - g) Yüksek Lisans
  - h) Doktora
8. Mesleğiniz; \_\_\_\_\_
9. Nerede çalışıyorsunuz? \_\_\_\_\_
10. Sigara kullanıyor musunuz?
  - a) Evet, hala içiyorum
  - b) Hayır, hiç içmedim
  - c) İçtim, bıraktım
11. Alkollü içecek tüketiyor musunuz?
  - a) Evet b) Hayır, hiç içmedim c) İçtim, bıraktım
12. İlaç kullanımınızı gerektiren veya tanısı konmuş bir hastalığınız var mı?
  - a) Yok
  - b) Var;
    - o Obezite \_\_\_\_\_ ay/yıl
    - o İnsülin Direnci \_\_\_\_\_ ay/yıl
    - o Kalp- Damar Hastalıkları \_\_\_\_\_ ay/yıl
    - o Hipertansiyon \_\_\_\_\_ ay/yıl
    - o Diyabet \_\_\_\_\_ ay/yıl
    - o Mide – Bağırsak Hastalıkları \_\_\_\_\_ ay/yıl
    - o Tiroid Hastalıkları \_\_\_\_\_ ay/yıl
    - o Solunum Sistemi Hastalıkları \_\_\_\_\_ ay/yıl
    - o Regl Düzensizlikleri \_\_\_\_\_ ay/yıl
    - o Kemik Hastalıkları \_\_\_\_\_ ay/yıl
    - o Diğer \_\_\_\_\_ ay/yıl
13. Son bir ay içinde herhangi bir hastalık geçirdiniz mi?
  - a) Evet (Lütfen belirtiniz: \_\_\_\_\_)
  - b) Hayır
14. Ailedeki birey sayısı \_\_\_\_\_
15. Ailenizde şişman birey var mı? Varsa kim/ler? \_\_\_\_\_
16. Mevcut ağırlığınız ile ilgili memnuniyet düzeyiniz;
  - a) Memnunum
  - b) Kararsızım
  - c) Memnun değilim
17. Zayıflamak istiyor musunuz?
  - a) Evet
  - b) Hayır
18. Evetse neden?
  - a) Sağlık
  - b) Dış Görünüm
  - c) Ailesel Baskı
  - d) Çevresel ve Sosyal Baskı
  - e) Diğer ( \_\_\_\_\_ )
19. Aşağıdaki zayıflama girişimlerini daha önce uyguladınız mı?
  - a) Hayır, uygulamadım.
  - b) Diyet \_\_\_\_\_ kez
  - c) Egzersiz \_\_\_\_\_ kez
  - d) İlaç \_\_\_\_\_ kez
  - e) Bitkisel Destek \_\_\_\_\_ kez
  - f) Cerrahi Yöntem \_\_\_\_\_ kez
  - g) Diğer (akupunktur vb.) \_\_\_\_\_ kez

(19. Soruda b)diyet şikkını seçenler; 20.,21.,22. 23. soruyu cevaplayacaklardır)
20. Uyguladığınız diyet kim/kimler tarafından önerildi?
  - a) Diyetisyen
  - b) Doktor
  - c) Tanıdıklar
  - d) Gazete, televizyon, dergi, internet
  - e) Diğer \_\_\_\_\_
21. Diyeti uygulama süreniz \_\_\_\_\_ ay/yıl
22. Bu süre zarfında kaç kilogram verdiniz? \_\_\_\_\_
23. Ağırlığınızı koruma süreniz \_\_\_\_\_ ay/yıl
24. Günde kaç saat uyuyorsunuz? \_\_\_\_\_ saat

## SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ

Aşağıda; şimdiki yaşam tarzınız veya kişisel alışkanlıklarınız hakkında cümleler yer almaktadır. Lütfen her seçeneğe en doğru cevabı vermeye ve atlamamaya özen gösteriniz. Her bir seçeneğin karşısındaki cevaplardan size en uygun olan ifadeye X işareti koyarak işaretleyiniz.

	Hiçbir Zaman	Bazen	Sık Sık	Düzenli Olarak
1. Sabahları kahvaltı ederim.				
2. Sağlığım ile ilgili değişiklikleri fark eder, doktora giderim.				
3. Kendimi beğenirim.				
4. Haftada en az 3 kez basit beden hareketleri yaparım.				
5. Yiyecek maddeleri alırken içinde koruyucu ya da katkı maddesi bulunmayanları seçerim.				
6. Her gün kendime rahatlamak için zaman ayırırım.				
7. Kan kolesterol düzeyimi ölçtürürüm, sonucun ne anlama geldiğini bilirim.				
8. Hayata hevesle ve iyimserlikle bakarım.				
9. Olgunlaştığımı ve kişiliğimin iyi yönde değiştiğini fark ederim.				
10. Kişisel sorunlarımı ve endişelerimi bana yakın kişilerle tartışırım.				
11. Hayatımdaki sorun ve problemlerin sebeplerini bilirim.				
12. Kendimi mutlu ve memnun hissederim.				
13. Haftada en az 3 kez 20 dakika yoğun egzersiz yaparım.				
14. Her gün düzenli olarak 3 öğün yemek yerim.				
15. Sağlıkla ilgili konularda kitap, dergi okurum.				
16. Güçlü ve zayıf yönlerimi tanırım.				
17. Geleceğe yönelik uzun süreli hedeflerimi geliştirmek için çalışırım.				
18. Başarılı insanları kolaylıkla takdir ederim.				
19. Ambalajlı yiyeceklerin özelliklerini tanımak için üzerindeki etiketi okurum.				
20. Doktorun önerileriyle aynı fikirde olmadığım zaman, soru sorarım veya başka bir doktorun görüşünü alırım.				
21. Geleceğe ümitle bakarım.				
22. Uzman kişilerce yönetilen sportif faaliyetlere katılırım.				
23. Hayatımda benim için neyin önemli olduğunu bilirim.				
24. Yakın bulduğum insanlara dokunmaktan ve bana dokunmalarından hoşlanırım.				
25. İnsanlarla iyi ilişkiler kurar ve sürdürürüm.				
26. Çiğ sebze, meyve, kuru baklagiller gibi posalı ve lifli maddeler içeren yiyecekler yerim.				
27. Her gün rahatlamak ve gevşemek için 15-20 dakika zaman ayırırım.				
28. Sağlığım ile ilgili endişelerimi uzman kişilerle tartışırım.				
29. Kendi başarılarımla övünürüm.				
30. Egzersiz yaparken nabzımı kontrol ederim.				

	Hiçbir Zaman	Bazen	Sık Sık	Düzenli Olarak
31. Yakın arkadaşlarımla birlikte zaman geçiririm.				
32. Tansiyonumu ölçtürürüm ve sonucun ne anlama geldiğini bilirim.				
33. Yaşadığım çevreyi iyileştirmek konusunda eğitici programlara katılırım.				
34. Her günü ilginç ve mücadeleye değer bulurum.				
35. Her gün 4 besin grubu içeren öğünler planlarım.				
36. Uyumadan önce bilinçli olarak kaslarımı kasıp-gevşetirim.				
37. Yaşadığım çevreyi hoş ve tatmin edici bulurum.				
38. Dinlenmek için yürüme, yüzme, futbol, bisiklete binme gibi fiziksel aktivitelerle meşgul olurum.				
39. Başkalarına kolaylıkla ilgi, sevgi ve yakınlık gösteririm.				
40. Yatarken mutlu, hoş düşüncelere yoğunlaşırım.				
41. Duygularımı ifade ederken yapıcı yollar bulurum.				
42. Kendime nasıl iyi bakacağım konusunda sağlık görevlilerinden bilgi alırım.				
43. Vücudumu en az ayda 1 kez fiziksel değişiklikler ve hastalık belirtileri yönünden gözlerim.				
44. Amaçladığım hedeflere gerçekçi olarak yaklaşırım.				
45. Stresimi kontrol altına almak için belirli yöntemler uygularım.				
46. Sağlığımı ilgilendiren konularda yapılan eğitici toplantılara katılırım.				
47. Sevdiğim insanlara dokunmayı ve bana dokunmalarını önemserim.				
48. Hayatımın bir amacı olduğuna inanırım.				

**Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Ölçeği**

- 1) Genel olarak sağlığınız için hangisini söyleyebilirsiniz?
- Mükemmel
  - Çok İyi
  - İyi
  - Orta
  - Kötü
- 2) 1 yıl öncesine karşılaştığınızda, şimdi sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?
- 1 yıl öncesine göre çok daha iyi
  - 1 yıl öncesine göre biraz daha iyi
  - 1 yıl öncesine göre hemen hemen aynı
  - 1 yıl öncesine göre daha kötü
  - 1 yıl öncesine göre çok daha kötü

- 3) Aşağıdaki maddeler gün boyunca yaptığınız aktivitelerle ilgilidir. Sağlık durumunuz bunları kısıtlıyor mu? Kısıtlıyorsa ne kadar?

	Evet, Oldukça Kısıtlıyor	Evet, Biraz Kısıtlıyor	Hayır, Hiç Kısıtlamıyor
Koşmak, ağır kaldırmak, ağır spor gibi ağır etkinlikler			
Bir masayı çekmek, elektrik süpürgesi itmek ve ağır olmayan sporları yapmak gibi orta dereceli etkinlikler			
Günlük alışverişte alınanları kaldırmak ve taşımak			
Merdivenle çok sayıda kat çıkmak			
Merdivenle 1 kat çıkmak			
Eğilmek veya diz çökmek			
1-2 km yürümek			
Birkaç sokak öteye yürümek			
Bir sokak öteye yürümek			
Kendi kendine banyo yapmak veya giyinmek			

- 4) Son 4 hafta boyunca, Bedensel Sağlığınızın sonucu olarak, işiniz ya da diğer günlük aktivitelerinizde, aşağıdaki sorunlardan biriyle karşılaştınız mı?

	Evet	Hayır
İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?		
Hedeflediğinizden daha azını başardınız mı?		
İş veya diğer etkinliklerinizde kısıtlanma oldu mu?		
İş veya diğer etkinlikleri yaparken güçlük çektiniz mi?		

- 5) Son 4 hafta boyunca, Duygusal Sorunlarınızın(çökkünlük veya kaygı) sonucu olarak işiniz veya diğer günlük aktivitelerinizle ilgili aşağıdaki sorunlarla karşılaştınız mı?

	Evet	Hayır
İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?		
Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?		
İş veya diğer etkinliklerinizde her zamanki kadar dikkatli yapamıyormuydunuz?		



- 6) Son 4 hafta boyunca Bedensel Sağlığınız veya Duygusal Sorunlarınız aileniz, arkadaşlarınız veya komşularınızla olan sosyal etkinliklerinizi ne kadar etkiledi?
- Hiç Etkilemedi
  - Biraz Etkiledi
  - Orta Derecede Etkiledi
  - Oldukça Etkiledi
  - Aşırı Etkiledi
- 7) Son 4 hafta boyunca ne kadar ağrınız oldu?
- Hiç
  - Çok Hafif
  - Hafif
  - Orta
  - Şiddetli
  - Çok şiddetli
- 8) Son 4 hafta boyunca ağrınız normal işinizi (hem ev hem de ev dışı işlerinizi düşününüz) ne kadar etkiledi?
- Hiç etkilemedi
  - Biraz etkiledi
  - Orta derecede etkiledi
  - Oldukça etkiledi
  - Aşırı etkiledi

- 9) Aşağıdaki sorular sizin son 4 hafta boyunca neler hissettiğinizle ilgilidir. Her soru için sizin duygularınızı en iyi tarifleyen yanıtı, son 4 haftadaki sıklığını göz önünde bulundurarak seçiniz.

	Her zaman	Çoğu Zaman	Oldukça	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
Kendinizi yaşam dolu hissettiniz mi?						
Çok sinirli bir insan oldunuz mu?						
Sizi hiçbir şeyin neşelendirmeyeceği kadar üzgün hissettiniz mi?						
Kendinizi sakin ve olumlu hissettiniz mi?						
Kendinizi enerjik hissettiniz mi?						
Kendinizi kederli ve hüzünlü hissettiniz mi?						
Kendinizi tükenmiş hissettiniz mi?						
Kendinizi mutlu hissettiniz mi?						
Kendinizi yorgun hissettiniz mi?						

- 10) Son 4 hafta boyunca Bedensel Sağlığınız veya Duygusal Sorunlarınız sosyal etkinliklerinizi ne sıklıkta etkiledi?
- Her zaman
  - Çoğu zaman
  - Bazen
  - Nadiren
  - Hiçbir zaman

- 11) Aşağıdaki her bir ifade sizin için ne kadar doğru veya yanlıştır? Her bir ifade için en uygun olanı işaretleyiniz.

	Kesinlikle Doğru	Çoğunlukla Doğru	Bilmiyorum	Çoğunlukla Yanlış	Kesinlikle Yanlış
Diğer insanlardan daha kolay hastalanıyor gibiyim					
Diğer insanlar kadar sağlıklıyım					
Sağlığımın kötüye gideceğini düşünüyorum					
Sağlığım mükemmel					