

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
BESLENME ve DİYETETİK ANABİLİM DALI

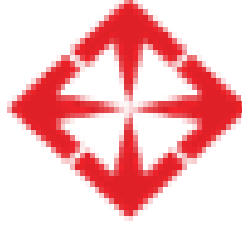
**YETİŞKİN BİREYLERDE OBEZİTE ÖNYARGISI İLE YAŞAM
KALİTESİ VE BESLENME DURUMLARI ARASINDAKİ
İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dyt. Derya S. MERDOL

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ANKARA

2019



**BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**YETİŞKİN BİREYLERDE OBEZİTE ÖNYARGISI İLE YAŞAM
KALİTESİ VE BESLENME DURUMLARI ARASINDAKİ
İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Dyt. Derya S. MERDOL

TEZ DANIŞMANI

Dr. Öğr. Üyesi Perim Fatma Türker

ANKARA

2019



T.C
BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Beslenme ve Diyetetik Tezli Yüksek Lisans Programı çerçevesinde Derya Saadet Merdol tarafından yürütülmüş olan bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 13/06/2019

Tez Konusu : “Yetişkin Bireylerde Obezite Önyargısı ile Yaşam Kalitesi ve Beslenme Durumları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi”

TEZ DANIŞMANI: **Dr. Öğr. Üyesi Perim Fatma TÜRKER**

TEZ JÜRİSİ ÜYELERİ

Dr. Öğr. Üyesi Perim Fatma Türker	Başkent Üniversitesi
Prof. Dr. Gül Kızıltan	Başkent Üniversitesi
Prof. Dr. Muhittin Tayfur	Başkent Üniversitesi
Prof. Dr. Efsun Karabudak	Gazi Üniversitesi
Prof. Dr. Ayşe Özfer Özçelik	Ankara Üniversitesi

PT
Gül Kızıltan
Muhittin Tayfur
Efsun Karabudak
Ayşe Özfer Özçelik

ONAY: Bu tez, Başkent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulunun 14 / 06 / 2019 tarih ve 27-13 Karar Sayısı ile kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Fatma Belgin ATAÇ
Enstitü Müdürü



BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
YÜKSEK LİSANS TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU

Tarih: 13/06/2019

Öğrencinin Adı, Soyadı : Derya S.MERDOL

Öğrencinin Numarası : 21520240

Anabilim Dalı : Beslenme ve Diyetetik

Programı : Yüksek Lisans

Danışmanın Unvanı/Adı, Soyadı : Dr.Öğr.Üyesi Perim Fatma TÜRKER

Tez Başlığı : Yetişkin Bireylerde Obezite Önyargısı İle Yaşam Kalitesi Ve Beslenme Durumları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Yukarıda başlığı belirtilen Yüksek Lisans tez çalışmamın; Giriş, Ana Bölümler ve Sonuç Bölümünden oluşan, toplam 76 sayfalık kısmına ilişkin, 10/05/2019 tarihinde şahsım/tez danışmanım tarafından turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı % 12'dir.

Uygulanan filtrelemeler:

1. Kaynakça hariç
2. Alıntılar hariç
3. Beş (5) kelimededen daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç

“Başkent Üniversitesi Enstitüleri Tez Çalışması Orijinallik Raporu Alınması ve Kullanılması Usul ve Esaslarını” inceledim ve bu uygulama esaslarında belirtilen azami benzerlik oranlarına tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Öğrenci İmzası:

Onay

13/06/2019

Öğrenci Danışmanı Unvan, Ad, Soyad,
Dr.Öğr.Üyesi Perim Fatma TÜRKER

TEŞEKKÜR

Araştırmamın planlanmasında, yürütülmesinde, sonuçların değerlendirilmesinde ve tartışılmasında bana yol gösteren, bilgilerini ve manevi desteğini esirgemeyen, sorularıma sabırla katlanan, benim için çok iyi bir rol model olan değerli danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Fatma Perim TÜRKER'e en derin saygı ve sevgilerimle teşekkür ederim. Bu satırlar aracılığı ile bana gösterdiği önderlik ve rehberlik için teşekkür etme şansı yakaladığım için çok mutlu olduğumu ayrıca belirtmek isterim.

Çalışmam sırasında ilgi ve desteklerini esirgemeyen Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü'nde görevli HOCALARIMA, eğitim yaşamım boyunca bana her zaman destek olan canım AİLEME, özellikle teyzelerim Ayten ÖZTÜRK, Gülten TÜRKMENOĞLU ve canım kuzenim Özlem KUTLUAY'a sonsuz teşekkür ederim.

ÖZET

Merdol S.D. Yetişkin Bireylerde Obezite Önyargısı ile Yaşam Kalitesi ve Beslenme Durumları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Programı, Yüksek Lisans Tezi, 2019. Bu çalışma, yetişkin bireylerde obezite önyargısı oranının ne ölçüde olduğu ve kişilerin yaşam kalitesi ve beslenme durumlarının önyargıları ile olan ilişkisini değerlendirmek amacıyla planlanıp yürütülmüştür. Araştırma, Ankara Çankaya İlçesi mahallerinde oturan 19-64 yaş aralığında olan yetişkin bireylerden gelişigüzel seçilen ve çalışmayı kabul eden 64'ü erkek (%32.5), 135'i kadın (%67.5) kadın 199 gönüllü bireyler üzerinde gerçekleştirilmiştir. Veriler; bireylerin özelliklerine ilişkin bir genel anket, obezite önyargı ölçeği, yaşam kalitesi ölçeği, 24 saatlik besin tüketimi anketi ve fiziksel aktivite saptama anketi uygulanarak toplanmıştır. Araştırmaya katılan bireylere uygulanan obezite GAMS-27 önyargı ölçeği (OÖÖ) sonuçlarına göre; önyargılı, önyargıya eğilimli ve önyargısız olma oranları sırasıyla %50.8, %44.7 ve %4.5'tir. OÖÖ düzeyi açısından, erkekler ve kadınlar ile yaş ve eğitim durumu arasında önemli bir farklılık bulunamamıştır. Veriler, bireylerin obezite hakkındaki tutum sonuçları ile karşılaştırıldığında, kendilerini önyargılı olarak tanımlayanların ve obez olmanın bir insanın yaşayabileceği en kötü şey olduğunu belirtenlerin, OÖÖ değerlendirilmesi sonuçlarına göre anlamlı olarak ($p<0.05$) daha önyargılı oldukları belirlenmiştir. Bireylere uygulanan yaşam kalitesi ölçeğinden alınan sonuçlara göre, genel ortalama puan 3.61 ± 0.52 'dir. Toplam 8 adet olan yaşam kalitesi değişkenlerinde, en yüksek ortalama 3.91 ± 0.78 ile insanlarla ilişkilerinden hoşnut olma, en düşük ortalama 3.27 ± 0.79 ile yaşam kalitesi değişkenidir. Sekiz değişkene göre yapılan değerlendirmede erkeklerin günlük enerjiye sahip olma ve günlük aktivitelerini sürdürme becerileri puanlarında kadınlardan, kadınların da ihtiyaçlarını karşılayacak paraya sahip olma puanları erkeklerden anlamlı olarak daha yüksektir. Yaşam kalitesi ile eğitim durumu arasında bir farklılık bulunmamaktadır. Yaşam kalitesi ile yaş ilişkisi değerlendirildiğinde, yaşları 41 ve üzerinde olanlarda yaşam kalitesi anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Yaşam kalitesi puanları; düzenli fiziksel

aktivite yapanlarda, ağırlıklarını normal olarak tanımlayanlarda, kendilerini şişman buldukları bir dönem ve aile ve/veya yakın çevrelerinde şişman bulunmayanlarda anlamlı olarak daha yüksektir. Tüm bireylerin besin tüketimine göre; enerji, protein, yağ, karbonhidrat değerleri alınması gereken değerlerin altındadır. Vitamin ve mineral alımları açısından kadınlar ve erkekler arasında çinko dışında önemli bir farklılık bulunmamıştır. Diyetle alınması gereken demir gereksinimi kadınlarda daha yüksek olduğundan tüketilen değerlerde erkekler günlük gereksinimlerinin %84.5'ini karşılarken, kadınlar %47.3'ünü karşılamaktadır. Günlük alınması önerilen değerlere göre (TÜBER-2015) karşılama yüzdesi açısından en düşük değer (%21) folik asittir. Araştırmadan elde edilen verilerle, obezite önyargısı ile yaşam kalitesi ve beslenme durumu arasındaki ilişki değerlendirilmiş arada önemli bir ilişki bulunamamıştır. Ancak, obezite önyargısının yükseldiği günümüz dünyasında, daha geniş kapsamlı olarak gerçekleştirilecek bu tür araştırmalar, obezite sorunu olan kişilerin tedavisi ve eğitimleri için geliştirilecek programlara kuşkusuz önemli katkılar sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: Obezite önyargısı, obezite, yaşam kalitesi, beslenme durumu.

Bu çalışma için, Başkent Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan 06/12/2017 tarih, 44037 sayı ve KA17/310 proje numarası ile Etik Kurul onayı alınmıştır.

ABSTRACT

Merdol S.D. Evaluation of the Relationship Between Obesity Prejudice and Quality of Life and Nutritional Status in Adult Individuals. Başkent University Faculty of Health Sciences, Nutrition and Dietetics Programme Master Thesis, Ankara, 2019. This study was planned to evaluate the rate of obesity prejudice and the relationship between the people's quality of life and nutritional status. The study is conducted on a total of 199 randomly selected adults, 64 males (32.5%) and 135 females (67.5%). The study is carried out in Ankara Çankaya district who accepted to join the study within the age of 19-64. Data were collected by a questionnaire determining the characteristics of the individuals, obesity prejudice scale, life quality scale, 24 hour food consumption and physical activity determining questionnaires. According to the results of the obesity prejudice scale (OPS) applied to the participants, 50.8% measured as prejudiced and 44.7% were prone to prejudice. Proportion of the participants who were evaluated as not prejudiced were only 4.5%. There was no significant difference in OPS level between males and females, and no significant difference was found between OPS and age, and educational status. However, when the data were compared with the attitude of the individuals about obesity, it was found that there were statistically important relation between the person defining themselves as prejudiced and that being obese is the worst thing a person can experience ($p<0.05$). According to the results obtained from the quality of life scale, the overall average score is 3.61 ± 0.52 . Among the 8 variables of the scale the lowest result is 3.27 ± 0.79 . from variable asking the participants quality of life and the highest is 3.91 ± 0.78 asking the participants' satisfaction with their relation with people. While there is no difference between men and women for these two variables, there is a significant difference between variables asking the participants having necessary energy or not, being satisfied with the ability of maintaining the activities of life and having enough money to meet their needs. Men are more satisfied with their daily energy, and with the ability to maintain the life activities than women, on the other hand women are more feeling comfort with the amount of money to meet their needs than man. There is no significant difference between

quality of life and gender and education level, however the life quality was significantly higher in those over 41 years old ($p < 0.05$). Life quality is also found to be significantly higher among the participants doing regular physical activity and those describing themselves as normal in terms of weight, and those not having any period in which they find themselves obese and those not having any obese individuals among their family or friends. According to the food consumption records of the participants; energy, macronutrients, vitamin and mineral values are lower than the recommended dietary amounts for both men and women. As recommended daily iron amount is higher in women than men, the amount meets 84.5% of men's daily needs while women meet only 47.3%. The lowest value (21%) is noted in folic acid. The results of the study showed that there was no significant relationship between obesity prejudice and the participants life quality and nutritional status. However, in today's world where obesity prejudice is rising, researches to be realized more broadly will undoubtedly add important contribution to the programs to be developed for the treatment and training of the people with obesity problems.

Keywords: Obesity prejudice, quality of life, nutritional status.

For this study, Ethics Committee approval was obtained from Başkent University Non-Interventional Clinical Research Ethics Committee with a Project number as KA17/130 on 06/12/2017 and number 44037.

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI	iii
ORJİNALLİK RAPORU	iv
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vii
İÇİNDEKİLER	ix
SİMGELER VE KISALTMALAR	xi
TABLolar DİZİNİ	xii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Obezite Tanımı, Sıklığı ve Komplikasyonları	4
2.1.1 Obezite tanımı	4
2.1.2. Obezite sıklığı	4
2.1.3. Obezite komplikasyonları	5
2.2 Obezite ve Beslenme	8
2.3. Obezitenin Değerlendirilmesinde Kullanılan Yöntemler	11
2.4. Yaşam Kalitesi, Tanımı ve Kavramsal Boyutu	12
2.4.1 Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ve önemi	12
2.4.2. Yaşam kalitesi göstergeleri ve ölçümde kullanılan ölçekler	14
2.5. Obezite Önyargısı	15
2.5.1. Beden imajı, algısı ve beden kaygısı	15
2.5.2. Obezite önyargısı, tanımı ve önemi	17
2.5.3. Obezite önyargısı ölçekleri	22
3. GEREÇ VE YÖNTEM	24
3.1. Araştırmanın Yeri, Zamanı ve Örneklem Seçimi	24
3.2. Verilerin Toplanması ve Değerlendirilmesi	24
3.2.1. Bireylerin özelliklerine ilişkin genel bilgiler	24
3.2.2. Besin tüketim durumunun saptanması	25
3.2.3. Antropometrik ölçümler ve vücut kompozisyon ölçümü	25

3.2.4. Fiziksel aktivite kaydı	27
3.2.5. WHO-8 EUROHIS Yaşam kalitesi ölçeği	28
3.2.6. GAMS-27 Obezite önyargı ölçeği	28
3.3. Verilerin İstatistiksel Değerlendirmesi	29
4. BULGULAR	30
4.1. Bireylerin Genel Özellikleri	30
4.2. Bireylerin Beslenme Alışkanlıkları	32
4.3. Bireylerin Sigara ve Alkol Kullanma Durumu	35
4.4. Bireylerin Besin Seçimi ve Obeziteye Karşı Tutumları	36
4.5. Bireylerin Fiziksel Aktivite Durumları ve Enerji Harcama Düzeyleri	39
4.6. Bireylerin Antropometrik Ölçümleri	41
4.7. Bireylerin Besin Tüketim Durumları	43
4.8. Bireylerin Yaşam Kalitesine İlişkin Bulgular	48
4.9. Yaşam Kalitesi ile Yaş, Cinsiyet, Eğitim, Ana ve Ara Öğün Aarasındaki İlişki	52
4.10. Bireylerin Önyargı Değerlendirme Sonuçları	54
5. TARTIŞMA	60
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	68
6.1. Sonuçlar	68
6.2. Öneriler	74
7. KAYNAKLAR	77
8.EKLER	
Ek 1. Proje Onayı	
Ek. 2. Genel Anket	
Ek.3. 24 Saatlik Besin Tüketim Saptama Formu	
Ek.4. Fiziksel Aktivite Saptama Formu (24 Saat Üzerinden)	
Ek. 5. Yaşam Kalitesi Ölçeği	
Ek. 6. Obezite Önyargı Ölçeği	

SİMGELER VE KISALTMALAR

BEBİS	Beslenme Bilgi Sistemi Programı
BMI/BKİ	Body Mass Index/Bedensel Kütle İndeksi
BMR/BMH	Basal Metabolic Rate/Bazal Metabolizma Hızı
CDC	Center for Disease Control and Prevention/Hastalıkları Önleme ve Kontrol Merkezi
DNA	Deoxyribonucleic Acid/ Deoksiribo Nükleik Asit
EUFİC	European Food Information Council/ Avrupa Gıda Bilgisi Konseyi
IAT/ÖÇT	Implicit Association Test/Örtük Çağırışım Testi
L	Litre
NHANES	National Health and Nutrition Examination Survey/Ulusal Beslenme ve Sağlık Araştırması
OECD	Organization for Economic Co-operation and Development /Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü
OÖÖ/OPS	Obezite Önyargı Ölçeği/Obesity Prejudice Scale
PAL	Physical Activity Level/ Fiziksel Aktivite Düzeyi
SNP	Single Nucleotide Polymorphism/Tek Nükleotid Polimorfizm
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
TBSA	Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması
THE	Toplam Enerji Harcaması
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
TURDEP	Türkiye Diyabet-Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar-Prevalans Çalışması
USA/ABD	United State of America/Amerika Birleşik Devletleri
WHO/DSÖ	World Health Organization/Dünya Sağlık Örgütü
WHOQOL	WHO Quality of Life-Assesment Scale

TABLolar DİZİNİ

Tablo No		Sayfa
3.1.	Dünya Sağlık Örgütü BKİ sınıflaması	26
3.2.	Bel çevresi ölçümlerine göre metabolik komplikasyon risk değerlendirmeleri	26
3.3.	Bel/kalça oranı değerlendirmeleri	27
3.4.	Bel çevresinin boy uzunluğuna oranının değerlendirilmesi	27
3.5.	Schofield bazal metabolik hız formülleri	28
3.6.	Obezite Önyargı Ölçek Puanının Değerlendirmesi	29
4.1.	Bireylerin genel özelliklerine göre dağılımı	31
4.2.	Bireylerin beslenme alışkanlıkları dağılımı	33
4.3.	Bireylerin öğün aralarında tükettikleri besinlere göre dağılımı	34
4.4.	Evde en sık kullanılan pişirme yöntemine göre dağılım	34
4.5.	Bireylerin yemeklerde en sık kullanılan yağ türüne göre dağılımı	35
4.6.	Bireylerin vitamin ve mineral takviyesi kullanım durumuna göre dağılımı	35
4.7.	Bireylerin sigara ve alkol kullanım durumuna göre dağılımı	36
4.8.	Bireylerin besin seçiminde etkili olan faktörlere göre dağılımı	36
4.9.	Bireylerin obezite hakkındaki tutumlarına göre dağılımı	38
4.10.	Bireylerin aile bireyleri ve/veya yakın çevredeki şişman kişilerin kimler olduğuna ilişkin dağılımı	39
4.11.	Bireylerin fiziksel aktivite durumuna göre dağılımı	40
4.12.	Bireylerin cinsiyete göre aktivite faktörü, BMH değerleri ve günlük enerji harcamaları yönünden dağılımları	41
4.13.	Bireylerin antropometrik ölçümlere göre dağılımı	41
4.14.	Bireylerin antropometrik ölçümleri risk durumu dağılımı	43
4.15.	Bireylerin tükettikleri enerji ve makro besin öğeleri tüketim ortalamaları	45
4.16.	Bireylerin tükettikleri enerji ve besin öğeleri değerlerinin önerilen miktarlara göre değerlendirilmesi	47

4.17.	Yaşam kalitesi ölçeğinin sekiz değişkeni için bireylerin tanımlayıcı özellikleri	49
4.18.	Obez olan ve olmayan bireylere göre yaşam kalitesi ölçeğinden alınan puan ortalamalarının durumu	51
4.19.	Yaşam kalitesinin yaş, cinsiyet, eğitim, ana öğün ve ara öğün ilişkisi	52
4.20.	Bireylerin yaşam kalitesinin fiziksel aktivite ve obezite hakkındaki tutum açısından dağılımı	54
4.21.	Bireylerin obezite önyargı ölçek puanlarına göre dağılımı	55
4.22.	Obez olan ve olmayan bireylerin OÖÖ puanlarına göre dağılımı	55
4.23.	Obezite önyargısının bireylerin yaş, eğitim durumu, ana ve ara öğünleri ilişkisine göre değerlendirilmesi sonuçları	56
4.24.	Obezite önyargısının fiziksel aktivite ve obezite hakkındaki tutum açısından değerlendirilmesi	57
4.25.	Obezite Önyargısı ile BKİ, bel ve kalça çevresi, aktivite faktörü, BMH, günlük enerji harcaması ve yaşam kalitesi gibi değişkenler arasındaki ilişki	58
4.26.	Bireylerin önyargı ölçek puanları ile enerji ve besin tüketimi ilişkisi	59

1. GİRİŞ

Çağımızda görülme sıklığı önceki çağlara göre çok yüksek olan ve oranı giderek artan obezite, bireylerin fiziksel, sosyal, mental ve ruhsal sağlık gibi yaşam kalite kriterlerinin tüm yönlerini etkileyebilen, önemli bir halk sağlığı sorunudur. Obez bireylerin, obeziteye bağlı sekonder olarak gelişen fiziksel ve metabolik bozukluklarla birlikte, onlara karşı geliştirilen tembel, iradesiz, bencil gibi toplumsal olumsuz tutum ve damgalamalar nedeniyle psikolojileri bozulabilmekte, bu durum onları ruhsal tedavi arayışlarına yönlendirebilmektedir (1-3).

Yetişkin obez bireylerin karşılaştığı fiziksel, sosyal ve psikolojik sorunlar göz önünde bulundurulduğunda toplum içinde önyargıya maruz kaldıkları görülmektedir. Önyargı; eksik/hatalı bir yargılama süreci sonucunda oluşmuş, bireyin kendisine ya da diğer bireylere yönelik geliştirdiği olumsuz tutum olarak tanımlanır. Önyargılar, her toplumda, her çağda yaşanmış olsa da, 20. yüzyılda başlayan bilgi çağı ve onu 21. yüzyılda izleyen iletişim çağı, toplumların ve bireylerin birbirlerini daha yakından ve kapsamlı olarak tanımalarına olanak verince, önyargılar da buna paralel olarak artış göstermiştir. Önyargılar, onu izleyen kalıp yargılar (etiketleyici genellemeler, damgalamalar) ve sonunda ayrımcılık (farklı davranma, mağdur etme), toplum içinde önemli huzursuzluk kaynağı oluşturmaya başlamıştır. Önyargıların ve bu yargılar sonucu oluşan ayrımcı davranışların neden kaynaklandığı anlaşılmadan bu davranışların önlenmesi ya da azaltılması mümkün değildir. Obez bireylere karşı geliştirilen önyargılar, obezler üzerinde çok olumsuz bir etki yaratmakta ve tedavi başarısını etkilemektedir. Obezitenin bu şekilde damgalanması kişi sağlığına zarar verici ve temel halk sağlığı değerlerini tehdit eden bir durum olarak değerlendirilmekte ve bazı ülkeler bu konuda yasal düzenlemeler yapmaktadır (4-6).

Obezite önyargısının sadece yetişkinlerde değil çocuklar arasında da yaygın olduğuna ilişkin giderek artan kanıtlar bulunmaktadır. Psikolojik açıdan, önyargı ve ayrımcılık için çok boyutlu yaklaşımlar söz konusudur. Bu yaklaşımlar kültürel, sosyal, ekonomik ve politik pek çok açıdan farklı şekilde yorumlanabilmektedir. Günümüzde sağlık personelinin obezlerin tedavi süreçlerine bakışı da oldukça

değişmiş, obezite tedavisinde takibin ve uygulanacak tedavinin seçiminin çok zor olduğu fikri yaygınlaşmaya başlamıştır (7-9).

Toplumların gelişmişlik düzeyi arttıkça bireylerin alım gücünün artması, gelişen besin sanayisine paralel olarak artan lezzetli ve kolay erişilebilir ürün yelpazesinin büyümesi başta olmak üzere pek çok faktöre bağlı olarak artan obezitenin kişiler üzerindeki etkileri çoğunlukla gözardı edilebilmekte ve kişilerin sağlıklı davranışlar geliştirebilmelerinde onları motive edebileceği algılarıyla, bireye vücut ağırlığından sorumlu gibi davranılmaktadır. Obez bireylere yönelik önyargı ve damgalama ile gelişen ayrımcı yaklaşım özellikle Amerika'da oldukça yaygındır ve bu durum obezlerin psikolojik ve fiziksel sağlıkları üzerinde olumsuz sonuçlar doğurmanın yanı sıra, cinsiyet ve ırk ayrımcılığında da önemli bir etken olmaktadır. Ayrıca, son yıllarda obezite düzeyleri birinci derecede olan bireylerin, normal vücut ağırlığı olan bireylere oranla ölüm ve hastalık risklerinin daha yüksek olmadığını, vücut ağırlığı düşük olanlara göre daha sağlıklı olduklarını gösteren tartışmalar ve bazı yayınlar da artmaya başlamıştır. Bazı kişiler, obez bireylere yapılan damgalama baskılarının onların kilo verme çabalarına yardımcı olacağını düşünmekte, oysa yapılan çalışmalar bu baskıların işe yaramadığını, aksine çabalarının yetersiz kalması ile birlikte obezlerin tedaviden kaçtıklarını ve sosyal olarak kendilerini izole etmelerine neden olduğunu göstermektedir (10-12).

Fazla kilolu ve obez bireylerin, fizyolojik ve psikolojik olarak birçok problem yaşamalarının yanında, sağlık hizmeti alırken kendilerine karşı önyargı ve negatif tutum gösterilmesi nedeniyle, obezite tedavisine devam etmek istemedikleri, sağlıklı yetişkin bireylere göre dışa kapalı bir iletişim kurdukları, sağlık problemlerinde ve sağlık maliyetlerinde artış oluştuğu ve bu durumun da obez bireyleri olumsuz etkilemesi nedeniyle yaşam kalitelerini düşürdüğü belirtilmektedir. Obezite önyargısının bazı toplumlarda yarattığı ciddi sonuçlar göz önüne alındığında; bireyleri yeterli ve dengeli beslenme ve obezite hakkında bilgilendirmeye, etkili eğitim ve yöntemlerle önyargı müdahaleleri geliştirmeye ihtiyaç olduğu açıktır (13,14).

Her bireyin mikrobiyotasının ve DNA diziliminin farklı olması nedeniyle diyetlerinin yaş, cinsiyet, boy uzunluğu, vücut ağırlığı, yapılan fiziksel aktivite, biyokimyasal bulgular, geçirilen hastalıklar, tüketilen besinlere karşı bedenin

gösterdiği tepkiler (alerji, duyarlılık vb) gibi farklılıklar dikkate alınarak, bireye özgü hazırlanması gerekliliğini açıkça göstermektedir. Epigenetik alanında yapılan araştırmalarla, genomda spesifik bir bölgedeki tek bir bazda meydana gelen değişiklikler olarak tanımlanan tek nükleotid polimorfizmlerin (SNP-Single nucleotid polimorphism), çevre faktörleri etkisiyle herkeste farklı sayıda olduğunun gösterilmesinin, bu durumun en önemli kanıtı olduğu bildirilmektedir. Her bireyin glukozu cevabının aynı olmadığı, bu cevapların düşük, orta, yüksek olarak sınıflandırılması gerektiği, bunun için de öğünlerin tüketiminden sonra yapılacak ölçümlerle bu durumun takip edilmesi gerektiği ifade edilmektedir. Bu karmaşık tablo, obez kişiler üzerinde büyük bir baskı oluşturmakta, tüm gayretlerine rağmen kilo verememeleri ve bir de çevre tarafından obezite önyargısı ile damgalanmaları onlarda fizyolojik, psikolojik ve sosyolojik pek çok soruna neden olmaktadır (15-19).

Bu araştırma, yetişkin bireylerde obezite önyargısı oranının ne ölçüde olduğu ve kişilerin yaşam kalitesi ve beslenme durumlarının obezite önyargıları ile olan ilişkisini değerlendirmek amacıyla planlanıp yürütülmüştür.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Obezite Tanımı, Sıklığı ve Komplikasyonları

2.1.1 Obezite tanımı

Obezite, fiziksel aktivitede azalma yanında, vücuda besinler ile alınan enerjinin, harcanan enerjiden fazla olması nedeniyle vücut yağ kütlesinin, yağsız vücut kütlesine oranla artması ile karakterize kronik bir hastalıktır. Obezite, başta kardiovasküler ve endokrin sistem olmak üzere vücudun tüm organ ve sistemlerini etkileyerek çeşitli bozukluklara ve hatta ölümlere yol açabilen önemli bir halk sağlığı sorunudur. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ/WHO) tarafından en riskli 10 hastalıktan biri olarak kabul edilen obezitenin, yapılan son araştırmalarda kanserle yakın ilgisi olduğu da belirlenmiştir. Obezite, hem gelişmiş ülkelerde hem de gelişmekte olan ülkelerde her geçen gün artış göstermektedir (20-21).

2.1.2. Obezite sıklığı

Birçok gelişmiş ülkede obezite ve fazla kilolu olma sıklığı artışı, sosyal ve psikolojik pek çok sorunu da birlikte arttırmaktadır. Güney ve Orta Amerika'nın ve Güneydoğu Asya'nın gelişmekte olan ülkelerinde obezite refah düzeyi ve milli gelirin artışının normal bir sonucu olarak ortaya çıkmaktadır (22). Obezitenin ülkelere göre oranlarının değerlendirildiği (Organization for Economic Co-operation and Development) - (OECD) araştırması sonuçlarına göre Amerika Birleşik Devletleri (ABD) ilk sırada, Türkiye 11. sırada yer almaktadır (23). ABD Hastalıkları Önleme ve Kontrol Merkezi (CDC-Center for Disease Control and Prevention) tarafından yapılan NHANES (National Health and Nutrition Examination Survey) Araştırması'na göre; 2005-2006 yılında Beden Kütle İndeksi 30'un üzerinde ($BKİ > 30$) olan prevalans değeri, erkeklerde; %32.6, kadınlarda ise %33.3 iken, 2011-2012 araştırmasına göre erkeklerde %34.3, kadınlarda %38.3 olarak tespit edilmiştir (24). Türkiye'de de diğer dünya ülkelerinde olduğu gibi obezite görülme sıklığı yıllara göre önemli artışlar göstermektedir. Sağlık Bakanlığı ve Hacettepe Beslenme ve Diyetetik Bölümü başta olmak üzere pek çok kurumun iştiraki ile 1974 yılında yapılan ilk Türkiye Beslenme Sağlık araştırmasında obezite

sıklığı yetişkinlerde erkekler için %22.9, kadınlar için %24.9 olarak rapor edilmiştir (25). Sağlık Bakanlığı tarafından Hacettepe Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü işbirliği ile gerçekleştirilen “2010 Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması-TBSA” raporuna göre ise obezite sıklığı erkekler ve kadınlar için sırasıyla %11-22 ve %23-35 olarak bildirilmiştir (26). Bu değerler 2017 yılında yapılan TBSA raporunda 19 yaş üstü için ve erkeklerde %26.4, kadınlarda %26.4 olarak verilmiştir(27).

2.1.3. Obezite komplikasyonları

Yüzyılımızda obezite, kalp-damar hastalıkları ve Tip 2 diyabet gibi komplikasyonlarıyla birlikte epidemik bir sorun olarak yaşanmaktadır. Bazı batı ülkelerinde, damak tadı yüksek ve yüksek enerjili besinleri kolayca elde etme ve yetersiz fiziksel aktivite sonucu obezite oranları hızla artmaktadır. Son yıllarda yapılan pek çok araştırma, çevre faktörlerinin her bireyi aynı şekilde etkilemediğini, bazılarının enerji alımı ile tüketimi arasında dengeyi koruyabilirken, bazılarının alınan fazla enerjiyi yakamadan sürekli yağ olarak depoladığını göstermektedir. Özellikle enerji dengesini oluşturamayan bireylerde diyabet, hipertansiyon, kalp hastalıkları ve bazı kanserlerin gelişimi arasında ilişki olduğu kabul edilmektedir. Araştırmalar, ABD’de prevalansın 2000’li yılların başında %30’ları aştığını ve fazla kilolu ve obez olanların prevalansının da %66’lara ulaştığını ve artışın her tür kanserde görüldüğünü bildirmektedir (28,29).

Refah artışı olan ülkelerdeki gibi, besin maddelerine kolay erişilebilirlik, giderek artan stres ve anksiyeteye yiyerek çözüm aranması gibi nedenlerle ülkemizde de obezite artışı gözlenmektedir. Psikolojik açlık fizyolojik açlıktan daha büyük sorun yaratmaktadır. Fizyolojik açlık, tokluk sinyalleri ile algılanırken; besin ihtiyacı ile ilgisi olmayan psikolojik açlıkta böyle bir mekanizma söz konusu değildir. Yeme davranışı fiziksel, ruhsal, içsel ve dışsal faktörlerin bir bileşenidir. Aşırı ve yanlış beslenme alışkanlıkları, yetersiz fiziksel aktivite, yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, sosyo-kültürel etmenler, genetik etmenler, psikolojik etmenler, sigara ve alkol kullanımı, antidepresan vb ilaç kullanımı, doğum sayısı ve doğumlar arası süre gibi pek çok etken obezite gelişiminde önemli rol oynayan faktörlerdir. Erişkinler için, hobi ve ilgi alanlarının kısıtlı olduğu günümüz dünyasında besin alımı iyi bir ödül olarak görülmektedir (30,31).

Obezite; fizyolojik, psikolojik ve sosyolojik pek çok soruna neden olmaktadır.

1) Fizyolojik sorunlar; hipertansiyon, koroner arter hastalıkları, konjestif kalp yetmezliği, derin ven trombozu, obstrüktif uyku apnesi, obezite hipoventilasyonu, tip 2 diabetes mellitus, dejeneratif eklem hastalıkları, safra kesesi hastalıkları, gastro-özofajiyal reflü, çeşitli kanser tipleri (özellikle kolon, meme, over, prostat) gibi hastalıkların oluşumu, ameliyat riskini ve kadınlarda üriner inkontinans, menstruasyon düzensizleri ve gebelik komplikasyonları riskini artırma olarak sıralanabilir.

2) Psikolojik sorunlar; benlik saygısında azalma, beden algısında bozulmaya bağlı depresyon, aile ve arkadaşlık ilişkilerinde bozulma, anoreksia nervroza, bulimia, binge beating (tıkanırcasına yeme), night eating syndrome (gece yeme sendromu) gibi yeme davranışı bozuklukları olarak görülmektedir.

3) Sosyolojik sorunlar; iletişim bozuklukları, toplumdan uzaklaşma gibi sorunlar ve sosyal alanda yaşanan sorunlar psikolojik sorunların da şiddetini arttırıcı etki yapmaktadır (32). Tüm bu sorunlara ek olarak, obezite etiolojisinde genetik, çevresel, nörolojik, fizyolojik, biyokimyasal, kültürel ve ruhsal pek çok etkenin yer alması, hastalığın önlenmesi ve tedavisini son derecede güç ve karmaşık bir hale getirmektedir. Dünya genelinde obezite, kadınlar arasında erkeklerden daha çok görülmektedir. Küresel olarak sosyal ve kültürel faktörler ve yaşanan değişimler yeme ve egzersiz alışkanlığını değiştirmekte ve bu değişiklikler kadınları daha fazla etkilemektedir (33).

Son yıllarda, vücut ağırlığının genetik kontrol ile yakından ilişkili olduğunu ve genetik etkilerin bazal metabolizma üzerinde kişiden kişiye farklılık gösterdiği, buna bağlı olarak bazı kişilerin obeziteye daha yatkın olduğu konusunda yapılan çalışmalar yoğunlaşmıştır (34). Bu çalışmalara paralel olarak obez anne babaların çocuklarının obez olma riski %80'in üzerinde iken, normal anne babaların çocuklarında bu riskin %15'lerde olduğu bildirilmektedir (35). Çeşitli ilaçlar da obezite etiolojisinde rol alabilirler. Bu ilaçlar arasında; glikokortikosteroidler, insülin, sülfonilüreler, antidepresanlar, valproik asit ve metiserjit gibi merkezi sinir sistemi ilaçları, antihipertansifler, progesteron, fenotiazin, siproheptadin ve lityum sayılabilir. Obez hastaların yaklaşık %25-30'u depresyon veya diğer psikolojik problemlere sahiptir. Duygusal gerginlik sıklıkla aşırı yeme ile ilişkilidir. Bu kişiler

kısa zaman dilimlerinde çok yemek yerler ve bunu yaparken de kontrollerini kaybedebilirler. Obez hastalar, obezite tedavisine alınırken, öncelikle depresyon ve anksiyete yönünden de değerlendirilmeli ve bu problemlerin çözümüne yönelik olarak ilaçla tedaviye ve/veya psikoterapiye başlanmalıdır (36).

Türkiye’de de obezite prevalansı gelişmiş batılı ülkelerden aşağı kalmamakta, özellikle kadınlarda %30’ların üzerinde belirgin yüksek oranlara ulaşmaktadır. Toplam 24.788 kişinin tarandığı Türkiye Diyabet, Obezite ve Hipertansiyon Epidemiyolojisi Araştırması (TURDEP) I’de obezite prevalansı kadınlarda %30, erkeklerde %13 ve genelde ise %22.3 düzeylerinde bulunmuştur. Yaş dağılımına göre incelendiğinde prevalansın 30’lu yaşlarda arttığı, 45-65 yaşları arasında pik yaptığı görülmüştür. Obezite prevalansı, kentsel alanda %23.8 iken kırsal alanda %19.6 olarak, ülke geneli değerlendirildiğinde, doğu bölgelerinde daha az olduğu belirlenmiştir. Santral obezite (bel çevresi kadında>88 cm, erkekte>102 cm) prevalansı kadınlarda %49, erkeklerde %17, genelde %35 olarak tespit edilmiştir. TURDEP-I çalışmasından 12 yıl sonra yapılan TURDEP-II çalışmasında Türk erişkin toplumunda 1998’de %22.3 olan obezite prevalansının %40 artarak 2010’da %31.2’ye ulaştığı görülmüştür. Kadınlarda obezite prevalansı %44, erkeklerde ise %27 olarak saptanmış ve son 12 yılda prevalansın kadınlarda %34, erkeklerde ise %107 arttığı bildirilmiştir. TURDEP II çalışmasında morbid obezlerin ($BKİ \geq 40 \text{kg/m}^2$) oranı ise %1’den %3.1’e yükselmiştir Bu çalışma raporunda ayrıca, bu değerlerin santral obezite temel alındığında BKİ değerlendirmesine oranla daha yüksek bulunduğu, bu değerlerin kadın ve erkekler için sırasıyla 48.4 ve 16.9 olduğu ifade edilmekte ve yüksek santral obezitenin pek çok sağlık sorunu yaşanacağına işaret ettiği da belirtilmektedir. Obezitenin sadece yetişkinlerde değil, çocuklar arasında da artış gösterdiği yapılan araştırmalarda, açıkça görülmektedir (37,38).

Obeziteyle, hipertansiyon, kalp hastalığı ve diyabet riski artmaktadır. Dolaşan kan hacminin artması, artmış vazokonstrüksiyon ve kalp atım hacmindeki artış, obezitede hipertansiyon gelişiminde rol oynamaktadır. Serbest yağ asitlerinin vazokonstrüksiyonu arttırdığı, nitrik okside bağlı damar gevşemesini azalttığı, artmış sempatik aktivitenin bu duruma katkıda bulunduğu belirtilmektedir. Hiperinsülinemiye bağlı olarak böbrek sodyum emiliminin artması da obez kişilerde kan basıncının yükselmesine yol açmaktadır. Kilolu kişilerde hipertansiyon

varlığında ventrikül duvar kalınlığı, kalp boşluklarının hacmi ve bunun sonucunda kalp yetmezliği riski artmaktadır (39).

2.2 Obezite ve Beslenme

Bilimsel olarak beslenme; vücudun büyümesi, yenilenmesi ve çalışması için besin öğelerinin her birinin yaş, cinsiyet, fiziksel aktivite ve hastalık durumları göz önünde bulundurularak yeterli miktarlarda alınması ve vücutta uygun şekilde kullanılması olarak tanımlanabilir. Fiziksel, zihinsel, sosyal ve duygusal yönden sağlıklı olmak için gereken en temel gereksinim yeterli, dengeli ve sağlıklı beslenmedir. Yeterli beslenme; sağlıklı kişilerin yaşı, boyu ve yaptığı fiziksel aktiviteler temel alınarak yapılan hesaplamalara göre, günlük tüketmeleri gereken enerji ve besin ögesi miktarlarının optimum miktarlarda karşılanmasını ifade eden, dengeli beslenme; enerji ve besin öğelerinin birbirlerine göre oranlarının ve bu öğeleri karşılamak üzere tüketilecek besinlerin gün içinde dağılımının uygun olması gerektiğini anlatan, sağlıklı beslenme ise; besinlerin ekim, üretim, saklama, hazırlama ve pişirme aşamalarında fiziksel ve kimyasal etkileşim ve değişimlerle sağlık için zararlı öğeler oluşabildiğini bu nedenle bu aşamalarda yapılacak hataların ve doğru uygulamaların neler olduğunu anlatan terimlerdir (40).

Yeterli, dengeli ve sağlıklı beslenme besinlerle sağlanır, ancak besinler, insanın yalnız fizyolojik gereksinimleri değil, psikolojik ve sosyolojik gereksinimlerini de doyuran temel maddelerdir. Yaşamda temel ihtiyaçlar sadece besinler değildir, sevgi, saygı, aidiyet, paylaşma gibi temel ihtiyaçların besinlerden alınandan daha fazla doyum sağladığı ve bu ihtiyaçlar karşılanamadığında metabolizmada önemli etkileşimler yaratarak pek çok hastalığa zemin hazırladığı bilinmektedir (41). Depresyon, anksiyete ve yeme davranış bozukluğu olan kişiler, besin tüketimi kontrolünde çok zorlanmakta, egzersiz programına uyumsuzluk gibi nedenlerle sağlıklı vücut ağırlıklarını koruyamamakta ve tedaviyi sürdürememektedirler. Bu tip bireyler üzgün, endişeli, stresli, yalnız ya da tükenmişlik duyguları yaşadıklarında bunları aşırı besin tüketimi ile yenmeye çalışmakta ve böylece aşırı yemeğe bağlı oluşan vücut yağlanması sonucunda şişmanlamakta bu durum da onları daha büyük bir bunalıma soktuğundan kilo verme süreçleri çoğunlukla başarısızlıkla sonuçlanmaktadır (42).

Yetersiz, dengesiz ve sağlıksız beslenme, bireylerin fiziksel ve zihinsel gelişimlerini gerileyen, sağlıklı yaşam sũresini kısaltan ve ekonomik yœnden topluma yũk oluşturarak ũretim dũzeyini dũřũren faktœrlerin başında gelmektedir. Sağlıklı yaşam iœin 50'ye yakın besin œgesine gereksinim vardır ve insanın, sağlıklı bũyũmesi, gelişmesi ve ũretken olarak uzun sũre kaliteli yaşaması iœin bu œgelerin her birinden gũnlũk ne kadar alınması gerektiği belirlenmiştir. Bu œgelerin herhangi biri alınmadığında, gereğinden az ya da œok alındığında, bũyũme ve gelişmenin engellendiği ve sağlığın bozulduğu bilimsel olarak ortaya konmuştur. Yeterli, dengeli ve sağlıklı beslenen birey her yœnden sağlıklı gœrũnũmdedir. Tersine durumda, gœrũnũmde sağlıksızlık, hareketlerde azalma, isteksizlik, iştahsızlık ve yorgunluk kaœınılmaz olur(43).

Alınan besinler sindirim sisteminde sindirilerek besin œgelerine ayrılır ve vũcut iœindeki gerekli yerlerde kullanılır. Canlıların en gelişmişi olan insan, doğadaki diğer canlıları yiyerek yaşamını sũrdũrũr. İnsanlar iœin œok œnemli olan besin kaynakları bitkisel ve hayvansal kœkenlidir. Vũcudumuz iœin gerekli olan besin œgeleri; karbonhidratlar, yağlar, proteinler, vitaminler ve mineraller ve su olarak altı grupta toplanarak değerlendirilir. Her besin œgesinin vũcutta ayrı bir gœrevi olduğu gibi, her bireyin de vũcut tipi, yaşı, kan biyokimya değerleri, geœirdiđi hastalıklar, yaşadığı œevre koşulları gibi faktœrlere bağlı olarak gereksinimi değişeceğinden, alması gereken besin œgesi miktarı bireye œzel olarak hesaplanır. Bireyin tũm bu değerleri ve yaşam koşulları değerlendirilmeden yapılacak beslenme planlarının başarıya ulaşması mũmkũn değildir. Bu noktadan hareketle obezite teşhisi konulan bireylerin diyetlerinin ne kadar kişiye œzel olması gerektiği ve bireyin dũzgũn aralıklarla izlenmesi ve bu konunun bir sanatœı hassasiyetiyle işlenmesi gerekliğinin œnemi aœıktır (44).

Yeterli, dengeli ve sağlıklı beslenme, besin œeřitliliđine dayalıdır ve gũnlũk gereksinim duyulan enerji ve besin œgeleri vũcudunda besinlerle alınır. Besinler iœerdikleri besin œgelerinin miktarına gœre gruplara ayrılır. Bu gruplardan tũkœtilecek olan besinlerin tũr ve miktarları bireylere gœre farklılık gœsterse de, her ũlke kendi toplumunun alışkanlıkları ve œzelliklerine gœre beslenme rehberleri hazırlar ve œnerilecek miktarlarda bu rehberlerdeki miktarlar temel alınır. Tũrkiye Beslenme Rehberi'nde besinler, halkın beslenme alışkanlıkları, enerji ve besin œgesi

yetmezlikleri ve besinlerin bu yetmezlikleri karşılamaadaki önem sıralaması dikkate alınarak dört grupta toplanmıştır. Bunlar; 1) Süt ve ürünleri, 2) Et, yumurta, kuru baklagiller ve yağlı tohumlar, 3) Meyveler ve sebzeler, 4) Ekmek ve Tahıllar'dır (45).

Sağlığın korunması ve geliştirilmesi için beslenme durumunun, özellikle toplumdaki duyarlı gruplarda (0-5 yaş grubu çocuklar, okul çağı çocuklar ve gençler, gebe ve emzikli kadınlar, doğurganlık çağındaki kadınlar, yaşlılar, işçiler) ve hasta olan bireylerde sürekli izlenmesi ve değerlendirilmesi gerekir. Beslenme yetersizliğini erken dönemde saptamak için, kişinin enerji ve besin öğeleri alım düzeyinin belirlenmesi, bunun için de besin tüketiminin sorgulanarak kaydedilmesi ve yeterli olup olmadığının hesaplanması gerekir. Besin ögesi yetersizliği ilerledikçe vücutta depolar boşalır, besin ögesinin kandaki ve dokulardaki düzeyleri düşer ve işlevsel bozukluklar ile klinik belirtiler daha sonra ortaya çıkar. Örneğin, demir yetersizliği anemisinin saptanmasında kan hemoglobin, hematokrit düzeyinde düşme gözlenmeden önce, depo demiri olan ferritinin kanda düzeyi düşer (46). Her yaşta ve her durumda yeterli, dengeli ve sağlıklı beslenme için, öğünlerde tüketilecek besinlerin iyi planlanması, aşırı yağlı, tuzlu ve şekerli yiyeceklerden sakınılması ve hem fiziksel hem de psikolojik açıdan aktif yaşam sürebilmek için fiziksel aktivite ve düzenli egzersiz ihmal edilmemelidir (47).

Obezite, genetik ve çevresel etkileşimleri olan, ciddi ve kronik bir hastalıktır. Dünya Sağlık Örgütü, 2008 yılında 18.3 milyon ölümün kardiyovasküler hastalık ve tip 2 diyabet nedeniyle olduğunu rapor etmiştir (20). Dünya genelinde, yetersiz meyve ve sebze tüketimi, yüksek tuz alımı, düşük tam tahıllı ve balık tüketimi gibi sağlıksız beslenme alışkanlıkları ile birlikte fiziksel aktivite azlığının küresel hastalık yükünün %10'unu oluşturduğu tahmin edilmektedir. Dünyada refah düzeyi artışına bağlı olarak daha fazla besine ulaşma, ev dışında yemek yeme, porsiyon büyüklüğünde artış, fiziksel aktivite düzeyinde azalma ve TV izleme süresindeki artış nedeniyle besin alım miktarı da artmıştır. Sağlıklı besin seçimi yapmanın sağlıklı vücut ağırlığının devamı için önemli olduğu bilinmektedir. Fastfood şekli beslenme ve abur-cubur atıştırmalar, çabuk yemek yeme gibi yanlış yeme alışkanlıkları, besinlere ulaşımın kolaylaşması obezite oluşumunda etkili olmaktadır. Bu oluşumda yaş, cinsiyet, sosyokültürel etmenler, fiziksel inaktivite ve genetik

faktörler önemli rol oynamaktadır. Ayrıca stres faktörü de bu oluşumda oldukça önemli bir rol oynamaktadır. Obezite sıklığını etkileyen bu faktörlerin belirlenmesi, olası sağlık sorunlarının çözümü ve gereken önlemlerin alınması için önem taşımaktadır (48-50).

Obezitede diyetle alınan karbonhidrat ve yağın ne ölçüde olacağı ve besinlerin günde kaç öğünde tüketileceği gibi konular son yıllarda çelişkili araştırma sonuçlarıyla tartışılır olmuştur. Birçok çocuk, aileleri tarafından açlık ya da tokluk durumları dikkate alınmaksızın üç ya da 4-5 öğün gibi kalıplı öğünlere zorlanmaktadır. Çocuklarda abartıya kaçmadan günde 3 ana öğün ve bir iki düşük enerjili sebze ve meyve ağırlıklı ara öğünle boylarına göre ağırlık artışları izlenerek beslenmeleri esastır. Diyetin karbonhidrat ya da yağdan zengin olmasının vücut yağı yüzdesi ile ilgisi konusu da çok araştırılan bir konudur. Özellikle egzersiz sırasında hangisinin daha iyi okside olduğu konusu üzerinde yoğun tartışmalar yapılmaktadır. Metabolik bakımdan karbonhidratın oksidasyonu yağ oksidasyonundan daha öncelikli olduğu ancak bu oksidasyonun istenen düzeyde gerçekleşmesinde glikojen depolarının yeterli olup olmadığı belirleyici rol oynamaktadır. Fazla alınan karbonhidratların yağ olarak depolandığı, yağların da oksidasyon sırasında proteinlerce desteklendiği gibi konular hala netlik kazanmış değildir (51-53).

2.3. Obezitenin Değerlendirilmesinde Kullanılan Yöntemler

Obezite değerlendirilmesinde kullanılan yöntemler, yaşa ve boya göre ağırlıkları kıyaslayan yöntemlerdir. Bu anlamda kullanılan pek çok yöntem belirlenmişse de ağırlık sınıflamasında getirdiği kolaylık nedeniyle en çok kullanılan, beden kütle indeksi (BKİ) olarak adlandırılan ve Quatelet tarafından geliştirildiği için bu adla bilinen formüldür. Bu formül ile elde edilen değere göre kişiler, zayıf, normal ağırlıkta, hafif şişman ve şişman olarak değerlendirilir. İnsan vücudu temelde kas ve yağ dokusu içerdiğinden bu indekste vücut yağ dokusu değeri ölçülemediğinden sınıflamanın her birey için doğru sonuç vermeyeceği bilinmelidir (54). Sporla uğraşan, özellikle ağır sporlarla uğraşan bireylerde vücut yağ yüzdesi çok düşük ancak vücut ağırlığı çok yüksek olabilir. Buna karşın kullanım kolaylığı nedeniyle genel değerlendirmelerde BKİ kullanılır, yaptıkları uğraşlara göre BKİ'si farklı olabilecek bireylerde vücut yağ yüzdesini hesaplayan başka yöntemler de

kullanılmaktadır. BKİ'ye göre ağırlık sınıflamasında genel olarak DSÖ'nün belirlediği değerler kullanılmaktadır (20).

Bel çevresi, bel/boy ve bel/kalça oranlarının risk durumu değerlendirilmesi de DSÖ kriterlerine göre yapılmaktadır. Bu kriterlere göre bel çevresi erkeklerde 94 cm, kadınlarda 80 cm üstünde obezite için riskli, bel kalça oranı erkeklerde 0.90 kadınlarda 0.85 ve üstü riskli kabul edilmektedir. Bel boy oranı da obezite riski için kullanılan bir değerdir ve erkek ve kadın için 0.4 – 0.5 arası normal, 0.5 – 0.6 arası kronik hastalıklar açısından riskli, 0.6'dan büyük yüksek riskli kabul edilmektedir (55-57).

2.4. Yaşam Kalitesi, Tanımı ve Kavramsal Boyutu

2.4.1 Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ve önemi

Yaşam kalitesi, kişinin yaşadığı kültür ve değer sistemleri çerçevesinde amaçları, beklentileri, standartları ve ilgileri ile yaşamdaki pozisyonunu algılaması şeklinde tanımlanmaktadır (58). Yaşam kalitesi kavramı ilk bakışta basit bir kavram gibi görünmesine karşın, bireylerin ve toplumların iyilik hali düzeylerini belirleyen çok boyutlu ve dinamik bir kavramdır. Yaşam kalitesi tanımının, hayatın birçok boyutunu içermesi gerektiği konusunda fikir birliği olmakla birlikte halen tartışılan bir konudur. Yaşam kalitesi, sağlıkla doğrudan ilgisi olan ve olmayan olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Sağlıkla ilgili olmayan yaşam kalitesi dört alanda değerlendirilmektedir. Bunlar: 1) Kişiyeye özel alan (değerler, inançlar, hedefler, kişinin sorunlarla başa çıkma becerisi), 2) Kişisel sosyal alan (aile yapısı, gelir durumu, iş durumu, toplumun sağladığı olanaklar vb. 3) Yaşanan doğal çevre (hava ve su kalitesi, iklim özellikleri), 4) Yaşanan çevre (kültürel, sosyal, dini kurumlar, okul-sağlık, güvenlik, ulaşım vb alanlarda sağlanan olanaklar. Sağlıkla ilgisi olan yaşam kalitesi ise, kişinin sağlık durumundan memnuniyetini ve bu duruma verdiği duygusal cevap ile (algılar duyguları, duygular düşünceleri, düşünceler fizyolojik reaksiyonları etkilediğinden) ifade edilmektedir. Kalite, genel olarak ulaşılmak istenen düzeyi belirler ve kişisel duygu ve hislerden bağımsız olarak ölçü, sayı, süreç, süre vb gibi bağımsız somut kriterlerle ölçülebildiği için nesnel bir kavram, değer yargılarından ve psikolojiden etkilendiği için de öznel bir kavramdır. Araştırmaların çoğunda yaşam kalitesi; yaşam doyumu, yaşam memnuniyeti ve

mutluluk ile eşanlamlı olarak kullanılmıştır. Ancak; yaşam kalitesinin en önemli belirleyicilerinden biri olan yaşam memnuniyeti bireyseldir ve kişinin özsaygısı, günlük yaşam etkinliklerine katılması ve bundan memnuniyet duyması, kendini gerçekleştirmeye önem vermesi, insanlarla iyi ilişkiler kurması gibi çok boyutlu olarak değerlendirilmesi gereken bir kavram olarak ifade edilmektedir (59,60).

Dünya Sağlık Örgütü; sağlığı "sadece hastalığın bulunmayışı değil, bedensel, zihinsel ve sosyal tam iyilik hali" olarak tanımlamakta, bunun sağlanabilmesi için kişinin belirlediği yaşam kalitesi standartlarına ulaşması gerektiğini belirtmekte ve yaşam kalitesini; kişinin fiziksel sağlığı, psikolojik durumu, kişisel inançları, sosyal ilişkileri ve çevresinden etkilenen geniş kapsamlı bir kavram olarak tanımlamaktadır. DSÖ'nün yaşam kalitesi tanımında; altı alanda tanımlanan özellikler bulunmaktadır. Bunlar; 1)Fiziksel sağlık (ağrı, rahatsızlık, enerji, halsizlik, yorgunluk, uyku, dinlenme), 2)Psikolojik durum (pozitif ve negatif düşünceler, düşünme, öğrenme, hafıza, konsantrasyon, kendine güven, beden imajı ve dış görünüş), 3)Bağımsızlık düzeyi (hareket edebilme, günlük yaşam aktiviteleri, ilaçlara ve tedaviye bağımlı olma durumu, çalışma kapasitesi, 4)Sosyal ilişkiler (kişisel ilişkiler, sosyal destek, seksüel aktivite), 5)Çevresel özellikler (finansal kaynaklar, özgürlük, fiziksel güvenlik, yeni bilgilere ve becerilere ulaşma fırsatı, sağlık ve sosyal bakıma ulaşılabilirlik ve kalite, fiziksel çevre-hava kirliliği, gürültü, trafik, iklim, ev çevresi), 6)Maneviyat (ruhsal/dinsel/kişisel inançlar)'dır (61). Yaşam kalitesi standartları, Maslow hiyerarjik tablosunda belirtildiği gibi çeşitli basamakların istenen ölçüde aşılması ile gerçekleştirilebilmektedir. Maslow'un ihtiyaç hiyerarşisi teorisine göre insan önce en önemli gereksinimini karşılamaya, bu anlamda kendini doyurmaya çalışır. Bir düzeydeki ihtiyaç karşılandığı zaman sıra bir sonrakine gelir. Bu teoride insanların belirli davranışları göstermek için dürtü ve motivasyonlara ihtiyaçları olduğu ve bir gelişim basamağı gerçekleştirilmeden diğer basamağa geçmenin kolay olmadığı anlatılmaktadır. İnsanların en temel ihtiyacı olan yemek, barınma, can ve mal güvenliği gibi ihtiyaçları karşılanmadan, bir gruba ait olduklarını hissetmeden, yeterli sevgi görmeden, saygı ve statü kazanmalarının mümkün olmadığı, bu ihtiyaçlar giderildikten sonra; bilme, anlama ve araştırma ihtiyacı doğduğu, daha sonra estetik ihtiyaçların başladığı, bu ihtiyacın giderilmesi sonrasında ideallerini ve

yeteneklerini sergileyebildikleri ve ancak böylece kendilerini gerçekleştirebildikleri ifade edilmektedir (62).

Tüm bu açıklamalar çerçevesinde yaşam kalitesi; "yaşam şartları içerisinde elde edilebilecek kişisel doyumun seviyesini etkileyen, hastalıklara ve günlük yaşamın fiziksel, ruhsal ve toplumsal etkilerine verilen kişisel tepkileri gösteren bir kavram" şeklinde de tanımlanabilmektedir (63).

Müezzinoğlu (64); "Yaşam Kalitesi" kavramının tarihinin gerek sosyolojik ve gerek tıbbi alanda çok eski zamanlara kadar dayandığını, Hipokrat zamanında hekimlere, hastaların iyileştirilmesi ve yakınmalarının giderilmesi sırasında olabildiğince iyilik halinin en yükseğe çıkarılması konusunda sorumluluk almaları öğretildiğini, pek çok araştırmada yaşam kalitesinden bahsedilmesine karşın, yaşam kalitesine ilişkin bir ölçek kullanma oranının sadece %2-7 olduğunu ve günlük uygulamalarda çok fazla yer verilmediğini bildirmektedir.

2.4.2. Yaşam kalitesi göstergeleri ve ölçümde kullanılan ölçekler

Yaşam kalitesi ile ilgili yapılan tanımlamalar genel olarak kişinin yaşamı ile ilgili subjektif algısı etrafında dönse de yaşam kalitesi, objektif ve subjektif olmak üzere iki açıdan incelenmektedir. Objektif göstergeler; gelir, eğitim, meslek, sağlık, yaşanılan konutun durumu vb. iken; kişinin sahip olduğu bu imkanlardan duyduğu tatmin/doyum ise yaşam kalitesinin subjektif göstergeleridir. Kimi araştırmacılara göre objektif göstergelerin, kimi araştırmacılara göre ise subjektif göstergelerin daha önemli olduğu vurgulansa da, ne objektif göstergeler için ne de subjektif göstergeler için evrensel bir sistem veya standart yoktur. Ancak konuyla ilgili yapılan çalışmaya dayanarak yaşam kalitesi göstergeleri; cinsiyet, yaş, medeni durum, sosyal destek, yaşanılan konut ve özellikleri, sağlık, eğitim, gelir, iş yaşamı, boş zaman aktiviteleri olarak sınıflandırılabilir (65).

Bilimsel çalışmaların niteliklerini belirleyen en önemli ölçütler, bu çalışmalarda kullanılan ölçme araçlarının geçerlik ve güvenilirlik dereceleridir. Bir bilimsel araştırmada diğer koşullar ne kadar uygun olursa olsun, kullanılan ölçme aracı ya da araçlarının geçerlik ve güvenilirlik düzeyleri kabul edilebilir oranda değilse, elde edilen sonuçlar güvenilir olamaz. Bu nedenle kullanılan ölçeklerin geçerlik ve güvenilirlik düzeylerinin araştırma sonuçları açısından kabul edilebilir olması gereklidir. Güvenirlik, bir ölçme aracının, ölçtüğünü tutarlı ve kararlı bir

şekilde ölçmesi şeklinde tanımlanabilir. Geçerlik ise, bir ölçme aracının ölçmek istenen niteliği ölçme derecesi olarak tanımlanmaktadır. Bir testin geçerliği ile güvenilirliği arasında yakın bir ilişki vardır. Geçerlikte güvenilirlik ön koşuldur. Bir ölçeğin geçerli olması için güvenilir olması zorunludur. Bununla beraber, başka toplumlar üzerinde geliştirilen ölçekleri yeni toplumlara doğrudan uygulamadan önce dikkat edilmesi gereken bazı noktalar vardır. Ölçeklerin yeni toplum ve kültüre uyumlu hale getirilme sürecindeki iki önemli aşama; ölçek içeriklerinin, kavram ve dil açısından anlam eşitliğinin sağlanması ve ölçüm özelliklerinin toplum üzerinde denenmesidir (66).

Yaşam kalitesi ölçümünde kullanılan ve jenerik ölçekler olarak adlandırılan pek çok ölçek bulunmaktadır ancak bunların çoğunluğu hastaların yaşam kalitesi ile ilgilidir. Dünya Sağlık Örgütü, bir ölçek geliştirmek amacıyla bir komite kurmuş ve 1993 yılında genel sağlık kavramlarını içeren Yaşam Kalitesi Anketi (WHO Quality of Life Assessment –WHOWOL) geliştirilmiştir. Bu anket kültürlerarası bir karşılaştırma yapabilmek, uluslararası geçerliliği olan ve güvenilir bir yaşam kalitesi değerlendirme aracı geliştirebilmek amacıyla başlatılan proje kapsamında oluşturulmuştur (67). Halen 15 ülkede ve 12 dilde geçerli olan WHOQOL adı ile bilinen bu ölçek temel alınarak Avrupa için EUROHIS QOL adı verilen ölçek geliştirilmiş bulunmaktadır. Bu ölçek de Eser ve ark (68). tarafından EUROHIS WHOQL-8.Tr adı verilerek Türkçe'ye uyarlanmış, geçerlik ve güvenilirliği yapılarak yaşam kalitesi ölçeği olarak kullanılmaya başlanmıştır.

2.5. Obezite Önyargısı

2.5.1. Beden imajı, algısı ve beden kaygısı

Yeryüzünde yaşayan 6 milyar insanın, tek yumurta ikizleri hariç, hiç biri aynı beden yapısına sahip değildir. İnsanlar temel olarak beyaz, siyah ve sarı olmak üzere 3 ırk grubuyla tanımlanmaktadır. Zaman içinde ırkların birbirleri ile kaynaşmalarıyla farklı etnik gruplar olduğundan pek çok farklı beden yapılarına sahip insan türü oluşmuştur. Bu durum, insanların başkaları ve kendileri konusunda zihinlerinde bir şekil oluşturma ve bunu diğerleri ile kıyaslama yapmalarına neden olmaktadır. İletişim araçlarının yaptıkları programlar ve yayınlarla bu farklılıkları sunuş biçimleri, kişilerin kendi imajları hakkında yarattıkları kaygıların temelini

oluşturmaktadır. Bu kaygıların kişilerin bedenleri üzerinde büyük bir yük oluşturması, benlik saygısında azalma, depresyon, anksiyete ve yeme bozuklukları gibi psikolojik hastalıklara giden bir yol olarak görülmektedir. Beden algısı, kişinin kendi bedeninin belli bölümlerine ve onların işlevlerine karşı olumlu ve olumsuz duygularının kendisi tarafından değerlendirilmesi olarak tanımlanmaktadır (69).

Beden imajı ve beden algısı tarihçesine bakıldığında bu konunun ilk olarak “Venüs of Willendorf”adı verilen heykel ile ifade edildiği bildirilmektedir. Yapımı M.Ö. 25.000 olarak verilen ve Paleolitik dönemin en önemli parçası olan 12 cm boyutundaki bu heykel o dönemde idealize edilen kadın bedeninin tanımlanması olarak kabul edilmektedir. Bedenin şekline verilen önem yıllar içinde, toplumların ekonomik, politik, sosyolojik, psikolojik alanlarında gündemin merkezine oturarak, üzerinde en çok konuşulan bir konu olmuştur. Beden algısı, 1900’lü yıllarda ağırlıklı olarak beyin hasarına bağlı olarak gelişen beden algısı bozukluğu olarak tartışılırken, ilk kez 1920 yılında Paul Schilder tarafından psikolojik ve sosyolojik açıdan değerlendirilmeye alınmıştır. Schilder, beden algısını sadece bilişsel değil başkaları ile ilişkilerin ve sergilenen tavırların yansıması olarak değerlendirmiş ve beden algısını “zihnimize biçimlendirdiğimiz vücudumuzun, kendimizi nasıl gördüğümüzün resmi” olarak tanımlamıştır (70).

Kişinin kendi bedenini nasıl algıladığı ve diğer insanların kendisini nasıl algıladığı düşüncesi, o kişinin fiziksel ve psikososyal sağlığı için önemli etkiler yaratabilmektedir. Kişi zihninde yarattığı resimden mutlu değilse psikolojisi, sosyal ilişkileri ve iş başarısı olumsuz etkilenebilmektedir. Yıllar içinde teknolojik gelişmelerin yarattığı tat, koku, şekil, fonksiyon vb yönünden kişilerin tat duyularına hitap eden besin üretimindeki artış ve fiziksel hareketlerde azalma ile ortaya çıkan şişmanlık, tarihsel gelişimin aksine istenmeyen bir durum olarak tanımlanmaya başlayınca beden algısı bozuklukları da gündeme oturmuş ve şişman kişilerin istenmeyen kişi olarak yargılanması ve tanımlanması ile de farklı bir boyuta taşınmıştır. Bir kişinin beden imajı olumsuz ya da olumlu olabilmektedir, her ikisinde de aşırılık kişi üzerinde olumsuz etkiler yaratabilmektedir. Klinik olarak "beden memnuniyeti" olarak adlandırılan pozitif beden imajı, kişinin bedenini kabul ettiği, buna karşın “beden memnuniyetsizliği” olarak tanımlanan negatif beden

imajının kişide mutsuzluk, sonrasında düşük beden saygısı, yeme bozukluğu ve depresyon oluşturduğu çalışmalarla gösterilmiştir (71).

Benlik algısı bozuklukları en çok ergenlik döneminde yaşanmaktadır. Psikolojik açıdan bakıldığında ergenlik, kendini keşfetme, meslek, din, politika gibi ideolojik değerleri şekillendirme, kişilerarası ilişkileri (aile, arkadaş, romantik ilişkiler vb) ve cinsiyet rollerini dengeleme gibi yükler bindiren önemli bir dönemdir. Araştırmalar geleneksel cinsiyet rollerine bağlı kalan ergenlerin, idealize edilen vücut şekilleri ile daha fazla meşgul olduklarını ortaya koymaktadır. Ergenlik ve beden algısı çalışmaları, erkeklerin de kızlar kadar etkilenebildiğini göstermektedir. Ancak ergenlik döneminde her iki cinsiyette yağ oranı artışı kızlarda daha çok olmakta, bu nedenle kızlar vücut ağırlıkları ve dış görünüşleri ile aşırı derecede meşgul olabilmektedirler. Ailelerin çocuklarına karşı yaklaşımları ve sergiledikleri tavırların ve arkadaş ilişkilerinin beden imajının pozitif ya da negatif şekillenmesi üzerinde büyük etkisi olduğunu bildiren çalışmalar da bulunmaktadır. Bozulmuş beden algısının yemek yeme üzerinde olumsuz etki oluşturduğu da bilinmektedir (72-78).

Yapılan araştırmalar fiziksel aktivite ile vücut imajı arasında pozitif ilişki olduğunu göstermektedir ve bu etki erkeklerde kızlara göre daha fazladır. Beden imajı üzerinde pek çok faktörün etkisi vardır, bunlardan en önemlisi de televizyon başta olmak üzere medyada yayınlanan güzellik yarışmaları, vücut geliştirme yarışmaları gibi yayınlarla ideal beden ölçüleri ve görüntülerinin paylaşılmasıdır. Bu yayınların etkisi ile, özellikle spor dallarına ilgi duyan gençlerde, istedikleri ideal ölçülere ulaşamadıklarında oluşan hüsrana daha büyük sorunlar görülebilmektedir. Negatif beden algısı olan kişilerin, ağırlık kazanmaktan korktuklarından ağırlıkla ilgili kaygıları olmayan bireylere göre daha sık diyet yaptıkları bildirilmektedir (79-84).

2.5.2. Obezite önyargısı, tanımı ve önemi

Önyargılar, insanların yaşadıkları çevre ve yetiştikleri aile ortamında karşılaştıkları olayların, bu olayların yarattığı duyguların ve bu olay ve duygular üzerinde gözlemledikleri ve duydukları yorumların etkisi ile geliştirdikleri bakış açısı olarak tanımlanmaktadır. Bu bakış açısı, hem kişinin kendisine hem de başkalarına karşı geliştirilebilir. Kişinin kendisine karşı geliştirdiği bakış açıları olumsuz kalıptan oluşuyorsa kişiye zarar vererek, içine kapanma, sosyalleşmeden uzaklaşma,

depresyon vb sonuçlar doğururken, başkalarına karşı geliştirdiği olumsuz kalıplarla onları dışlama, aşağılama hatta onlara karşı korku duyma olarak gelişerek ilişkilerini zorlaştırır. Çünkü önyargılar tutuma ve davranışa dönüştüğünde ve kişilerin içinde buldukları toplumun yargıları haline geldiğinde, toplumlar arası sorunlara yol açan önemli bir halk sağlığı sorunudur. Bu bağlamda, önyargıların çocukların eğitimi sırasında önlenmesi adına pek çok ülkede müdahale çalışmaları, programları, projeleri uygulanmaktadır. Teknolojik gelişmeler paralelinde gelişen gıda sanayii, kişilerin vücut ağırlıklarında son iki dekadlık dönemde önemli artışlar yaratmış, bu da sağlığı tehdit eden şişmanlık sorununun daha da büyümesine neden olmuştur. Bütün bu gelişmeler sonucunda, kişilerde kendi vücut ağırlıkları ve başkalarının ağırlıkları konusunda önyargılar oluşmuş ve bu durum, şişmanlama korkusu (obesity fobia), şişmanlara karşı önyargı geliştirme (anti-fat prejudice), şişmanlara karşı geliştirilen tutum (anti-fat attitudes), vücut ağırlığına dayalı ayrımcılık (weight discrimination), kişileri şişmanlıkları nedeniyle damgalama (weight stigma) gibi çeşitli tanımlamaların ortaya çıkmasına neden olmuştur (85).

Bu değerlendirmeler ışığında, ağırlık önyargısı; fazla kilolu ve obez bireylere ilişkin olumsuz tutum ve kalıp yargılar geliştirilmesi olarak tanımlanabilir. Daha açık bir ifade ile ağırlık önyargısı, şişman olarak algılanan kişiye karşı negatif bir tutum (hoşlanmama), inanış (kalıp yargı-stereotype) veya davranışları (ayrımcılık) içerir. Bu nedenle şişmanlık ile ilgili online aramalar yapılırken; ağırlık, şişman, anti-şişman, önyargı, damgalama, ayrımcılık, müdahale programları, önleme, kabullenme, değiştirme ve azaltma terimlerini ve kombinasyonları kullanılmalıdır. Bu nedenle konuyu değerlendirme ve araştırmaları kıyaslama sırasında dikkatli olunması gerekir.

Altun'a (86) göre önyargı psikolojisine dair ilk kapsamlı açılım 1954 yılında Allport (1897-1967) tarafından yapılmış ve önyargı "hatalı ya da esnek olmayan bir genellemeye dayanan antipati" olarak tanımlanmıştır. Altun, önyargının iki temel bileşeni olduğunu, birincisinin bir insan grubuna veya gruptan birine karşı temelsiz bir inanç ya da fikir olarak tanımlanabilecek kalıp yargı, ikincisinin de bu kalıp yargıya eşlik eden güçlü bir duygulanım olduğunu ve kalıp yargıya güçlü bir duygulanım eşlik ettiğinde tutum olarak önyargı oluştuğunu ifade etmektedir.

Obezite ile ortaya çıkan sosyal ve psikolojik sorunların nedenleri arasında bireylerin önyargı ve ayrımcılığa maruz kalmaları en sık rastlanan olgulardır. Obezite önyargısı ise obez kişilerin eğitim ve iş istihdamındaki fırsat eşitsizliğine ve sağlık hizmetlerindeki negatif tutum ve davranışlara (örneğin, obez insanlar tembeldir, disiplinsizdir gibi) maruz kalmalarına neden olmaktadır. Tüm dünyada obezite önyargısının çocuklar ve yetişkinler arasında yaygın olduğunu gösteren bilimsel kanıtlar giderek artmaktadır. Bu durum, toplumun obez bireylerini, iş istihdamı, eğitim ve sağlık başta olmak üzere sosyal yaşamın hemen her alanında olumsuz olarak etkilemektedir. Kaygı verici olan sorun, obez bireylerin hassas oldukları obezite önyargısına özellikle sağlık alanında karşı karşıya kalmalarıdır. Obez bireyler, sağlık hizmeti alırken kendilerine önyargılı davranıldığını hissettiklerini ve kendilerine yönelik negatif tutumlar nedeniyle genellikle tedaviye devam etmeyi istemediklerini belirtmektedirler. Diğer yandan, sağlık hizmeti sunan bireyler de obezlere karşı negatif tutum ve davranış sergilediklerini kabul etmektedirler (87).

Önyargı, obezite ile ilgili sağlık sorunlarını fizyolojik, psikolojik ve sosyolojik açıdan önemli ölçüde arttıran bir etken olarak, en çok çalışılan konulardan biri olmuştur. Önyargı, obezlerin sağlık sorunlarını arttıran bir etmen olmasının yanı sıra, onların tedavi sürecini de olumsuz etkileyen, bu bağlamda toplumun sağlığında önemli rol oynaması nedeniyle toplum boyutunda yapılacak etkin programlarla birlikte ele alınmasını gerektiren önemli bir süreçtir. Bu süreçte, yürütülecek programların başarılı olması, hasta, sağlık personeli, medya, bakanlıklar, eğitim kurumları vb tüm paydaşların birlikte hareket etmesini zorunlu kılmaktaysa da, ekip çalışmasının önemini içselleştirmemiş sağlık sistemleri içinde bunu başarmak kolay olmamaktadır (88).

Obez bireyler genellikle; çekici olmayan, iradesiz, tembel, hareketsiz, yavaş, bencil, yemeyi seven, dayanıksız, başarısız, dağınık, motivasyonu az, değersiz, endişeli, biçimsiz, özgüveni eksik ve olumsuz beden algısına sahip bireyler olarak damgalanmakta, kiloları nedeniyle suçlanmakta ve önyargılı davranışlara maruz bırakılmaktadır. Bu durumlarla aile, iş, eğitim ve sağlık alanı olmak üzere hayatın her alanında karşılaşılabilir. Örneğin obezler aile yaşamlarında fazla kiloları nedeniyle eşleri tarafından hor görülebilmekte, eğitim yaşamlarında arkadaşlar arasına alınmama, alay edilme, ad takılma gibi durumlarla karşılaşabilmekte; iş

yaşamlarında iş bulmakta zorlanmanın yanı sıra, işe alındıklarında diğer çalışanlarla eşit fırsatlara sahip olamama, daha düşük ücretle çalışma veya üst pozisyonlara terfi etmede zorlanma gibi olumsuzluklarla karşılaşabilmektedir. Sağlık alanında ise obez bireylerin bakımının zor olması, komplikasyon gelişme riski yüksekliği, pozisyon verilmesi ve hareketlerinin sağlanmasının daha zor olması, obezlere yönelik tedavi ve bakımda kullanılacak olan malzemelerin yetersiz olması gibi nedenlerle de sorun yaşamakta ve sağlık çalışanlarının olumsuz tutum ve önyargılı davranışlarına maruz kalabilmektedirler (89).

Yeme davranışı, psikolojik olarak incelendiğinde yalnızca beslenme olayını ifade etmemektedir. Yaşamın ilk günlerinde açlık en erken “acı çekme” iken, doymak en erken “rahatlamadır”. Ruhsal durumla yemek seçimi, yeme miktarı ve yeme sıklığı arasında, fizyolojik ihtiyaçlardan bağımsız bir ilişki mevcuttur. İnsanda yeme davranışının anksiyete, neşe, üzüntü, öfke gibi farklı duygulara göre değiştiği yaygın kabul görmektedir. Emosyonel durumla bağlantılı olan yemek yeme davranışı “emosyonel yeme” olarak tanımlanmaktadır. Emosyonel yemenin beden ağırlığı ile ilişkili olduğu birçok çalışmada gösterilmiştir. Ayrıca sıkıntı, depresyon, yorgunluk sırasında yeme miktarında artma, korku, gerilim ve ağrı sırasında azalma olduğu, öfke, depresyon, sıkıntı, anksiyete ve yalnızlık gibi negatif duygularla emosyonel yeme davranışının ortaya çıktığı bildirilmektedir. Yaşam ödüsüz ve üzücü ise, kişilerin yiyeceği duygularını doyurmada kullandığı belirtilmektedir (90).

Davranışçı tedavinin diyet ve fiziksel aktiviteye ek olarak uygulanması oldukça yararlıdır. Hastanın motivasyonunu değerlendirip obezite tedavi planı hazırlanır. Diyet ve egzersizi kolaylaştırmak için rutin davranış stratejileri uygulanması faydalıdır. Çünkü bunlar vücut ağırlığı kaybı ve vücut ağırlığının sabit tutulmasında oldukça önemlidir. Hastalara yalnız diyet tedavisi uygulamak ilk başta mantıklı gelse de başarı oranı düşük bir yöntemdir. Davranış tedavisi, yemek alışkanlığını değiştirme, grup terapisi ve çeşitli destek yöntemleri ile desteklendiğinde çok daha etkili olmaktadır. Obezite tedavisinde yararlı olduğu bildirilen davranışçı yaklaşımlar arasında kendini izleme, stres yönetimi, uyaran kontrolü, problem çözme, olasılık yönetimi, bilişsel yeniden kurma ve sosyal destek sağlanması sayılabilir (91-93).

İşverenler, obez kadınlara iş vermemekte, ancak özel koşullarda bu tür bireyleri çalıştırmayı kabul etmektedirler. Güvenlik güçleri, itfaiye birimleri ve havayolları, obez bireyleri işe almamaktadır veya işten çıkarmaktadır (94).

Rand ve MacGregor (95), obez bireylerin önemli ölçüde önyargı ve ayırım ile karşılaştıklarını tespit etmişlerdir. Obez bireye operasyon öncesi ve sonrası (14 ay sonra) envanter uygulamışlardır. Obez bireyler operasyon öncesi kendisine ayrımcılık yapıldığını ve önyargılı davranıldığını belirtmişlerdir. Operasyondan sonra böyle bir yakınma dile getirmemişlerdir.

Obezler, bu damgalanma durumundan mutsuz olmalarına karşın inkâr savunma mekanizmasını kullanırlar. Kendileriyle dalga geçerek, şaka yaparak çevreden gelecek eleştirilerden sakınmayı seçerler. Bu nedenlerle bilinç dışında kendilerine obez olmayı yakıştırmazlar. Vücut ağırlığını değil algılanan bedeni ölçüt alırlar. Kişinin kendisini olumlu ya da olumsuz olarak değerlendirmesi, benlik saygısını belirlemede kriterdir. Araştırmalar, zaman içinde obez bireylerin kendilerini düşük kilolu olarak algıladıklarını göstermektedir (96-97).

Beden algısı ile benlik saygısı arasındaki ilişki kalıcı özellikte olmayıp bir süreçtir. Beden algısı yaşanan çağa ve topluma göre değişmektedir. Psikanalist Jacques Lacan'ın ayna kuramına göre çocuk 1.5 yaş civarında kendisiyle başkalarını karşılaştırır. Beş yaş civarındaki çocukların diğer çocukları kilo ve görünümüne göre değerlendirdikleri saptanmıştır. Eski çağlarda tanrıçalar aşırı kilolu ve bu halleriyle beğeni toplarken, günümüzde kadınlar ince ve narin bir beden yapısına özendirilmektedir. Beden algısı gerçekle uyumlu olmak zorunda değildir (31).

Obez çocuklar ve yetişkinler benzer ayrımcılık ve önyargılara kişilerarası ilişkilerde, mesleki ve eğitimsel alanda ve ek olarak sağlık hizmeti ortamlarında karşı karşıya kalırlar. Ağırlık önyargısı iki kategoriye ayrılabilir, bunlar açık önyargı ve örtük önyargıdır. Toplumun üyeleri fazla kilolu ve obez bireylere sataşma veya isim yakıştırma gibi bilinçli olarak negatif tutumlarını ifade ettiklerinde açık önyargılar göstermiş olurlar. Örtük ağırlık önyargısı, bilinçli farkındalığın ötesinde önyargıları içerir çünkü bu önyargılar bir kişinin zihninde kökleşmiştir ve bu tutumları değerlendirebilmek için kişinin bilincinin ötesinde yöntemlerin kullanılmasını gerektirir. Örtük birçok önyargıyı değerlendirmeyi sağlayan Örtük Çağrışım Testi'nin (ÖÇT) (Implicit Association Test (IAT)) ağırlık önyargısını

değerlendirmeyi sağlayan versiyonu ise Ağırlık Örtük Çağrışım Testi (Weight Implicit Association Test) olarak adlandırılmaktadır. İnsanlar genellikle çevresel bir işaret mevcut olduğunda otomatik olarak aktifleşen örtük önyargılarının farkında değildirler. İnsanların çoğu bilinçli olarak anti-şişman önyargılara sahip olduklarını inkâr ederken, anti-şişman önyargıyla ilgili yeni ölçümler göstermektedir ki; sosyal yönden arzu edilenden uzak ve/veya örtük tutumlar sergileyen insanlar obez insanlara karşı otomatik olarak negatif tutum ve fikir geliştirmektedirler (85).

Obezite önyargısı, damgalama ve ayrımcılık yaşamın istihdam, eğitim ve sağlık hizmetleri alanında belgelenebilir olduğundan bu konuda yapılmış pek çok araştırma bulunmaktadır. Sağlık hizmeti veren çalışanların obezlere karşı olumsuz tutumlarının tedavi başarısını etkilediği ve okullarda çocuklara ve gençlere karşı geliştirilen ayrımcılığın eğitim başarısını düşürdüğü bilinmektedir. Obez bireylerle yaşamın her alanında karşılaşma potansiyeli yüksek olan ve profesyonel tedavi ekibinde önemli görevler üstlenen sağlık personelinin obez/kilolu bireyleri yargılamadan, damgalamadan ve ayrımcılık yapmadan bakım vermesi, tedavi etkinliği ve kalitesinin yükseltilmesi gerekse toplumun obezlere karşı sergiledikleri olumsuz tutum ve davranışların azaltılmasında çok önemlidir. Obezitenin damgalanması obez bireylerde morbidite ve mortaliteyi arttıran etkenlerin başında gelmektedir. Öğrenim çağındaki çocukların ve gençlerin karşılaştıkları damgalayıcı tutumların önlenmesinde, öğretmenlerin eğitiminin ne denli önemli olduğu da açıktır (98-101).

2.5.3. Obezite önyargısı ölçekleri

Obezite önyargısı ölçümü diğer pek çok önyargıdan farklı bir tutumu anlamayı hedefleyen bir ölçüm olması gerektiği için ölçüm için araç geliştirirken, bu konuda kullanılan terimlerin doğru tanımlanması gerekmektedir. Bu alanda kullanılan terimler; “prejudice, discrimination, stigma, weight bias, fat-bias” vb olarak sıralanabilir. Bu terimlerin Türkçe’deki karşılıkları sırasıyla; önyargı, ayrımcılık, damgalama, ağırlık yargısı, şişmanlık yargısı vb şeklinde ifade edilmektedir. Bu konu pek çok ülkede kargaşa yarattığından, uluslararası kongreler düzenlenmeye başlanmıştır. Kongrelerin üçüncüsü 2015 yılında İzlanda’da (Weight Stigma Congress) düzenlenmiştir. Kongreye sağlık ve sosyal bilimcilerden başka, şişmanlarla ilgili derneklerden weight stigma araştırmacılarından, eğitimcilerden ve

beden ölçüsünü kabullenme aktivistlerinden (size acceptance activists) üyeler de davet edilmiştir. Durumu tanımlamak için kullanılan terimleri iyi anlamak ve anlatmanın kolay olmaması nedeniyle, ölçüm araçları geliştirmenin de kolay olmadığı konusunda görüş birliğine varılmış ve çalışmalara daha fazla ağırlık verilmesi gerektiği sonucuna varılmıştır (102).

Bu alanda çalışanlar tarafından pek çok ölçek geliştirilmiştir. Ölçekler genelde hastalıklara karşı (mental, aids gibi enfeksiyöz vb) ve ırk ayrımcılığını belirlemeye yönelik olarak geliştirilmiş ve çalışmalar ayrıma uğrayanların bu ayrımcılıkla baş edebilme derecelerini ölçmek gibi alanlarda yoğunlaşmıştır (103). Obezite önyargısı çalışmaları öncelikle ABD'de bölgesel olarak yapılmış ve ilk ölçekler 50 maddeden oluşmaktayken daha sonra 14 maddelik bir formata dönüştürülmüştür (104). Türkiye'de GAMS 27-Obezite Önyargı Ölçeği (OÖÖ) olarak adlandırılan ve geçerlik ve güvenilirliği Ercan ve ark. (105) tarafından yapılan ölçek kullanılmaktadır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Yeri, Zamanı ve Örneklem Seçimi

Bu araştırma, Ocak 2018 – Ağustos 2018 tarihleri arasında Ankara Çankaya İlçesi Kazım Özalp Mahallesi (KÖM) ve Bayraktar Mahallesi (BM) Muhtarlıklarında kaydı bulunan ve resmi işlem onayları için başvuran 19-64 yaş aralığında olan yetişkin bireylerden gelişigüzel yöntemle çalışmaya katılmayı kabul edenler üzerinde yürütülmüştür. Araştırmaya ilişkin veriler yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Araştırma için Başkent Üniversitesi Etik Kurulu tarafından 06/12/2017 tarih ve 94603339-604.01.02./44057 karar ile “Etik Kurul Onayı” (EK1) alınmıştır. KÖM ve BM’de kayıtlı yetişkin kişi sayısı toplam 7000’dir. Yapılan örneklem hesabına göre formülde 0,1 hata payı ile en az 95 kişiyle anket yapılması gerekmektedir. Araştırmamıza katılanların sayısı 199 olarak gerçekleşmiştir.

Çalışmaya, fiziksel bir engeli olanlar, gebe ve emzikli olanlar ve kanser, kronik böbrek yetmezliği, karaciğer yetmezliği gibi tanı almış kronik bir hastalığı olanlar dahil edilmemiştir. Anketi dolduran katılımcıların, kişisel bilgileri ve ölçek sorularından oluşan ölçme araçlarını içten ve doğru olarak yanıtlayacakları varsayılmıştır.

3.2. Verilerin Toplanması ve Değerlendirilmesi

3.2.1. Bireylerin özelliklerine ilişkin genel bilgiler

Bireylerin kişisel özelliklerini saptamak için çoktan seçmeli ve açık uçlu soruların bulunduğu anket formu uygulanmıştır. Uygulanan anket formu bireylerin sosyo-demografik özelliklerini (cinsiyet, yaş, medeni durum, birlikte yaşadığı kişiler, eğitim durumu, meslek bilgileri, aylık gelir düzeyi vb), genel sağlık bilgilerini, beslenme alışkanlıklarını, fiziksel aktivite durumlarını ve obezite hakkındaki tutumlarını değerlendirmeye yönelik sorulardan oluşmaktadır (Ek 2). Genel sağlık bilgilerinde, vitamin ve mineral takviyesi kullanma durumları, ailede obezite öyküsü ile sigara ve alkol tüketimleri kaydedilmiştir.

Bireylerin beslenme alışkanlıklarına ilişkin bilgiler (ana ve ara öğün sayısı, öğün atlama sebebi, ara öğünde tercih edilen besinler, sık kullanılan pişirme yöntemi, sıvı tüketimi, en sık kullanılan yağ türü) değerlendirilmiştir. Ayrıca bireylerin obezite

hakkındaki tutumları (besin seçiminde etkili olan faktörler, obez bireylere karşı tutumu, kendini nasıl tanımladığı diyet geçmişleri vb) uygulanan anket formu ile sorgulanmıştır.

3.2.2. Besin tüketim durumunun saptanması

Bireylerin günlük enerji ve besin ögesi alımlarını değerlendirmek için 24 saatlik besin tüketim kaydı alınmıştır (Ek 3).

Besin tüketim kayıtlarına ilişkin veriler Türkiye için geliştirilen “Bilgisayar Destekli Beslenme Programı, Beslenme Bilgi Sistemleri Paket Programı (BEBİS)”(106) programı kullanılarak ortalama günlük makro ve mikro besin ögeleri hesaplanmıştır. Her birey için elde edilen enerji ve besin ögeleri ortalamaları, yaşa ve cinsiyete göre önerilen “Türkiye Beslenme Rehberi –TÜBER 2015”(45)’e göre değerlendirilmiştir.

3.2.3. Antropometrik ölçümler ve vücut kompozisyon ölçümü

Araştırmaya katılan bireylerin boy uzunluğu (cm), vücut ağırlığı (kg), bel çevresi (cm), kalça çevresi (cm), bel/kalça ve bel/boy uzunluğu oranları araştırmacı tarafından ölçülmüş genel anket formunda antropometrik ölçümler bölümüne kaydedilmiştir.

3.2.3.1. Vücut ağırlığı ve boy uzunluğu ölçümleri

Araştırmaya katılan bireylerin vücut ağırlıkları dijital tartı aleti ile ölçülmüştür. Boy uzunluğu ölçümü ayaklar yan yana ve Frankfurt düzlemde (göz ve kulak kepçesi üstü aynı hizada, ayaklar bitişik) olacak şekilde boy ölçer aracılığıyla ölçülmüştür (107).

3.2.3.2. Beden kütle indeksi (BKİ)

Bireylerin vücut ağırlıkları (kg) ve boy uzunlukları (m) kullanılarak Beden Kütle İndeksi (BKİ) (kg/m^2) değerleri; $[\text{Vücut ağırlığı (kg)}/\text{Boy Uzunluğu}^2 (\text{m}^2)]$ formülüne göre hesaplanmıştır. Sonuçlar; Dünya Sağlık Örgütü (WHO) sınıflamasına göre değerlendirilmiştir (108), (Tablo 3.1).

Tablo 3.1. Dünya Sağlık Örgütü BKİ sınıflaması (108)

Sınıflandırma	BKİ (kg/m ²)
Zayıf	<18.50
Normal	18.50-24.99
Hafif Şişman	25.00-29.99
Şişman	≥30.00

3.2.3.3. Bel çevresi

Bel çevresi (BÇ) ölçümü en alt kaburga kemiği ile kristailiyak arasındaki orta noktadan, esnemeyen mezüra ile ölçülmüştür. Bel çevresi ölçümü WHO sınıflandırmasına göre değerlendirilmiştir (109) (Tablo 3.2).

Tablo 3.2. Bel çevresi ölçümlerine göre metabolik komplikasyon risk değerlendirmeleri (109)

Bel Çevresi (cm)	Değerlendirme		
	Normal	Risk	Yüksek Risk
Kadın	<80	80-88	> 88
Erkek	<94	94-102	>102

3.2.3.4. Kalça çevresi

Kalça çevresi ölçümü ise bireyleri yan olarak konumlandırıp kalçanın en geniş noktasından yere paralel olacak şekilde çevre ölçümü hedef alınarak esnemeyen mezüra ile yapılmıştır (109).

3.2.3.5. Bel/kalça oranı

Bel/kalça oranı (BKO); [bel çevresi (cm) / kalça çevresi (cm)] formülüne göre hesaplanmıştır. Değerlendirmeler WHO'nun (109) BKO değerlendirme kriterlerine göre yapılmıştır (Tablo 3.3).

Tablo 3.3. Bel/kalça oranı değerlendirmeleri (109)

Bel/Kalça Oranı	Kadın	Erkek
Normal	<0.85	< 0.90
Risk	≥0.85	≥ 0.90
Yüksek Risk	≥0.90	≥1.00

3.2.3.6. Bel çevresi /boy uzunluğu oranı

Bireylerin; Bel çevresi/Boy uzunluğu oranları [Bel çevresi (cm) / Boy uzunluğu (cm)] formülüne göre hesaplanmıştır. Sonuçlar Ashwell ve ark. (57) standartlarına göre değerlendirilmiştir (Tablo 3.4).

Tablo 3.4. Bel çevresinin boy uzunluğuna oranının değerlendirilmesi (57)

Değerlendirme	Bel çevresi / boy uzunluğu
Normal	≥0.4-0.5
Risk	≥0.5-0.6
Yüksek risk	≥0.6

3.2.4. Fiziksel aktivite kaydı

Çalışmaya katılan bireylerin fiziksel aktivite düzeyini (gün içindeki uyku, oturma, yemek yapma, yürüme gibi aktivitelere ayrılan süreler) ve günlük toplam harcadıkları enerjiyi saptamak için Fiziksel Aktivite Saptama Formu (EK 4) kullanılmıştır. 24 saat içerisinde yapılan fiziksel aktivitenin türü, düzeyi, süresi ile enerji maliyetleri çarpılıp 24 saate bölünerek fiziksel aktivite düzeyleri (PAL) belirlenmiştir. Katılımcıların, Schofield formülü kullanılarak hesaplanan bazal metabolizma hızları (BMH), fiziksel aktivite formu ile elde edilen fiziksel aktivite düzeyi (PAL) ile çarpılarak toplam enerji harcamaları (TEH) hesaplanmıştır (110) (Tablo 3.5.)

Tablo 3.5. Schofield bazal metabolik hız formülleri (110)

Yaş (yıl)	ERKEK	KADIN
	BMH (kkal/gün)	BMH (kkal/gün)
18-30	15.0x vücut ağırlığı+690.0	14.8 x vücut ağırlığı+486.6
30-60	11.4 x vücut ağırlığı + 870.0	8.1 x vücut ağırlığı + 845.6
>60	11.7 x vücut ağırlığı + 585.0	9.0 x vücut ağırlığı + 658.5

3.2.5. WHO-8 EUROHIS Yaşam kalitesi ölçeği

Bireylerin yaşam kalitesini ölçmek için Türkçe sürümü ve ölçeğin Türkiye'ye uyarlanarak, geçerlilik ve güvenilirliği; Eser ve arkadaşları (68) tarafından yapılan Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (EUROHIS-QOL) (Ek 5) kullanılmıştır. EUROHIS- QOL ölçeği 8 sorudan oluşmaktadır. Bu sorulardan iki tanesi genel sağlık ve genel yaşam kalitesi soruları, geri kalan altı soru da bedensel, ruhsal, sosyal ve çevresel boyutlarla ilgili sorulardır. Bu sorular bireylerin günlük uğraşları, yürütme becerileri, kendilerinden hoşnut olup olmadıkları, diğer kişilerle ilişkileri, ev ve ekonomik koşullarını değerlendirmeyi amaçlamaktadır. Cevap seçenekleri 5'li Likert şeklindedir. Alınan puan arttıkça (1'den 5'e yaklaştıkça) yaşam kalitesi de iyileşmektedir. Ölçekte toplam puan; soruların ortalaması alınarak, sorular toplanarak ya da bu toplamın 100'e dönüştürülmesi gibi değişik yöntemlerle hesaplanabilmektedir.

3.2.6. GAMS-27 Obezite önyargı ölçeği

Çalışma süresinde yetişkin bireylerin obezite önyargı durumlarını belirleyecek 27 sorudan oluşan, geçerlilik ve güvenilirliği Ercan A ve ark.(105) tarafından geliştirilen GAMS 27-Obezite Önyargı Ölçeği (OÖÖ) kullanılmıştır (Ek 6). Bu ölçek yapılan faktör analizi sonucunda tek boyutlu ve güvenilirlik katsayısı da 0.847 olarak bulunmuştur. Ölçek toplam 27 maddeden oluşmakta ve toplanabilirlik özelliği sağlanabilmektedir. Maddelerin derecelendirilmesi 5'li Likert derecelendirme (1:Kesinlikle katılıyorum, 2:Katılıyorum, 3:Kararsızım, 4:Katılmıyorum, 5:Kesinlikle katılmıyorum) sistemine göre yapılmıştır. Buna göre ölçekten alınacak puanlar en düşük 27, en yüksek 135'tir. *Bireylerin toplam puanının artması obeziteye karşı önyargılı olduklarını göstermektedir.* Bu ölçekteki

maddelerden 2, 4, 7, 10, 11, 14, 15, 17, 20,22, 25, 27 no'lu maddeler olumlu, 1, 3, 5, 6, 8, 9, 12,13,16,18,19,21,23,24,26 no'lu maddeler olumsuz önyargılardan oluşmaktadır. Araştırmaya katılanların aldıkları puanlar, 25. persentil altı önyargısız, 25-75. persentil arası önyargıya eğilimli, 75 persentilin üstü önyargılı olarak değerlendirilmektedir (Tablo 3.6).

Tablo 3.6. Obezite Önyargı Ölçek Puanının Değerlendirmesi

Ölçek Puan Sınıflandırması	Obezite Önyargı Durumu
68.00 puan ve altı (25.persentilin altı)	Önyargısız
68.01-84.99 (25.-75.persentil)	Önyargıya Eğilimli
85.00 puan ve üzeri (75.persentilin üzeri)	Önyargılı

3.3. Verilerin İstatistiksel Değerlendirmesi

Elde edilen verilerin analizi, SPSS 22 paket programı ile yapılmış ve %95 güven düzeyi ile çalışılmıştır. Araştırma sonucunda elde edilen verilerin nitel ve nicel olmasına bağlı olarak tanımlayıcı istatistikler verilmiştir. Nitel değişkenler sayı (S) ve yüzde (%) olarak, nicel değişkenler ise aritmetik ortalama, standart sapma olarak ifade edilmiştir. Cinsiyet ile kategorik değişkenler arasındaki ilişki Ki-kare testi ile analiz edilmiştir. Maddeler içi ölçeklerden elde edilen basıklık ve çarpıklık değerlerinin +3 ile -3 arasında olması normal dağılım için yeterli görülmektedir. Yaşam Kalitesi ve Obezite Önyargı puanlarından elde edilen çarpıklık ve basıklık değerleri +3 ile -3 arasında olduğundan yapılan analizlerde parametrik olan test teknikleri kullanılmıştır.

Obezite Önyargısı ile Yaşam Kalitesi ve Beslenme Durumu arasındaki ilişki korelasyon testi ile analiz edilmiştir. Kategorik değişkenlerin, Yaşam kalitesi ifadelerine katılım düzeylerinin, beslenme durumunun, fiziksel aktivite saptama formunun ve antropometrik ölçümlerin ve cinsiyetin yaşam kalitesi ve obezite önyargısı açısından incelenmesi t ve ANOVA testleri ile analiz edilmiştir. ANOVA önemli çıktığında Post hoc testlerinden TUKEY testi uygulanmıştır.

4. BULGULAR

4.1. Bireylerin Genel Özellikleri

Araştırmaya, Ankara Çankaya İlçesi Kazım Özalp ve Bayraktar mahallelerinde kaydı bulunan 199 yetişkin birey katılmıştır. Araştırmaya katılan bireylerin genel özelliklerine ilişkin bulgular Tablo 4.1’de gösterilmiştir. Bireylerin 64’ü erkek (%32.5), 135’i (%67.5) kadındır. Tüm bireylerin genel yaş ortalaması 36.9 ± 14.51 yıl, erkeklerde 39.1 ± 12.38 yıl, kadınlarda 35.9 ± 15.36 yıldır. Erkeklerin çoğunluğu (%54.7) 21-40 yaş aralığında iken, kadınların çoğunluğu (%36.3) 41 yaş ve üstüdür. Erkeklerin %54.7’si evli ve çocuklu iken, kadınların %49.6’sının bekar olduğu tespit edilmiştir. Bireylerin cinsiyete göre yaş grupları ve medeni durumları arasında istatistiksel olarak önemli fark bulunmuştur ($p < 0.05$). Bireylerin eğitim düzeyleri arasında ise önemli bir farklılık görülmemiş, erkek ve kadınların çoğunluğunun üniversite mezunu olduğu ve sıklığın sırasıyla %50.0 ve %59.3 olduğu saptanmıştır.

Bireylerin meslek gruplarına göre dağılımları değerlendirildiğinde, erkeklerin çoğunluğu (%29.7) işçi iken kadınların çoğunluğunun (%31.9) öğrenci olduğu görülmektedir. Meslek gruplarının cinsiyete göre dağılımları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$). Bireylerin gelir düzeyi incelendiğinde ise, cinsiyete göre arada anlamlı bir farklılık olmadığı ($p > 0.05$), erkeklerin %59.4’ünün, kadınların ise %57.8’inin gelirlerinin giderlerine eşit olduğu belirlenmiştir. Sosyal güvence durumlarında erkekler ve kadınlar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p > 0.05$). Her iki cinsin de çoğunlukla sosyal güvencesi vardır.

Bireylerin cinsiyete göre evde yaşayan kişi sayısı incelendiğinde;, erkeklerin %25.1’inin, kadınların ise %28.1’inin iki kişi ile yaşadıkları, ayrıca erkeklerin %26.6’ünün, kadınların ise %26.7’sinin 4 kişiyle yaşadıkları saptanmıştır. Bireylerin evde yaşadıkları kişi sayısının cinsiyete göre dağılımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 4.1. Bireylerin genel özelliklerine göre dağılımı

Demografik Özellikler	Erkek (n=64)		Kadın (n=135)		Toplam (n=199)		P	
	S	%	S	%	S	%		
Yaş (Yıl)	20 yaş ve altı	5	7.8	38	28.1	43	21.6	0.002*
	21-40 yaş	35	54.7	48	35.6	83	41.7	
	41 yaş ve üstü	24	37.5	49	36.3	73	36.7	
	X±ss	39.1±12.38		35.9±15.36		36.9±14,51		
Medeni Durum	Bekar, dul/boşanmış	20	31.3	67	49.6	87	43.7	0.020*
	Evli, çocuklu	35	54.7	45	33.3	80	40.2	
	Evli, çocuksuz	6	9.4	10	7.4	16	8.0	
Eğitim Durumu	İlkokul/Ortaokul	6	9.4	4	3.0	10	5.0	0.183
	Lise	12	18.8	28	20.7	40	20.1	
	Üniversite	32	50.0	80	59.3	112	56.3	
	Lisansüstü	14	21.9	23	17.0	37	18.6	
Meslek	Çalışmıyor	11	17.2	67	49.6	78	39.2	0.000*
	Memur	16	25.0	31	23.0	46	23.6	
	İşçi	19	29.7	13	9.6	32	16.1	
	Esnaf	7	10.9	5	3.7	12	6.0	
	Serbest meslek	11	17.2	19	14.1	30	15.1	
	Öğrenci	6	9.4	43	31.9	49	24.6	
Aylık Gelir Düzeyi	Gelirim giderimden az	14	21.8	27	20.0	41	20.6	0.678
	Gelirim giderime eşit	38	59.4	78	57.8	116	58.3	
	Gelirim giderimden fazla	12	18.8	30	22.2	42	21.1	
Sosyal güvence durumu	Var	59	92.2	124	91.9	183	92.0	1.000
	Yok	5	7.8	11	8.1	16	8.0	
Evde birlikte yaşayan birey sayısı	1	10	15.6	18	13.3	28	14.1	0.990
	2	18	25.1	38	28.1	56	28.1	
	3	14	21.9	31	23.0	45	22.6	
	4	17	26.6	36	26.7	53	26.6	
	5 ve üzeri	5	7.8	12	8.8	17	8.6	

Ki-kare *p<0.05

4.2. Bireylerin Beslenme Alışkanlıkları

Bireylerin cinsiyete göre günlük su tüketimi ve beslenme alışkanlıklarına ilişkin bilgiler Tablo 4.2'de gösterilmiştir. Günlük su tüketimi genel ortalaması 1.45 ± 0.76 , erkeklerde 1.45 ± 0.71 , kadınlarda 1.46 ± 0.78 litredir. Tüm bireylerin %43.2'si günde bir litreden daha az su tüketmektedir. Günde 1-1.5 litre su tüketenler erkeklerde %23.4, kadınlarda %26.7, günde 1.5-2 litre arasında su tüketenler erkeklerde %18.8, kadınlarda %14.8'dir. Günde 2 litreden fazla su tüketenlerin oranı tüm bireylerde %15.1'dir.

Araştırmaya katılan tüm bireyler çoğunlukla (%61.3) günde üç ana öğün tüketmektedir, bu oran erkek ve kadınlar için sırasıyla %67.2 ve %58.5'dir. Günlük su tüketimi ve ana öğün tüketim sayısı ile cinsiyet arasında önemli bir farklılık bulunmamaktadır. Bireylerin ara öğün tüketim durumları incelendiğinde ise erkek ve kadınlar arasında önemli farklılık olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$). Erkeklerin %34.4'ü hiç ara öğün tüketmemekte, %40.6'sı da günde tek ara öğün tüketmektedir. Bu oranlar kadınlarda sırasıyla %11.1 ve %38.5'dir, ayrıca 2 ve daha fazla ara öğün toplamı erkeklere göre üç kat daha fazladır. Kadınlar erkeklerden anlamlı olarak daha fazla ara öğün tüketmektedirler ($p < 0.05$)

Tüm bireylerin %54.3'ü ana öğün atladığını bildirmiştir. Erkeklerin %50.0'ı sabah kahvaltısını, kadınların %48.7'si öğle öğününü atladıklarını bildirmişlerdir. Bireylere öğün atlamanın ne sıklıkla yapıldığı sorulduğunda erkeklerin çoğunluğu (%34.4) ve kadınların çoğunluğu (%44.4) bazen diye cevap vermişlerdir. Cinsiyet ile ana öğün atlama bakımından anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p > 0.05$).

Tüm bireylerin öğün atlama nedenleri sorgulandığında çoğunluk (%47.2) zaman yetersizliği olarak cevaplamıştır. Erkeklerin %54.1'inin kadınların %44.4'ünün zaman yetersizliğinden, ayrıca erkeklerin %16.2'sinin ve kadınların %20.0'sinin canı istemediğinden öğün atladıkları görülmüştür. Bu değerler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p > 0.05$).

Tablo 4.2. Bireylerin beslenme alışkanlıkları dağılımı

Beslenme Alışkanlıkları	Erkek (n=64)		Kadın (n=135)		Toplam (n=199)			
	S	%	S	%	S	%		
Günlük su tüketimi	1 litreden az	28	43.7	58	43.0	86	43.2	0.877
	1-1,5 litre	15	23.4	36	26.6	51	25.6	
	1,5-2 litre	12	18.8	20	14.8	32	16.1	
	2 litreden fazla	9	14.1	21	15.6	30	15.1	
	X+ss	1.45±0.71		1.46±0.78		1.45±0.76		
Ana öğün sayısı	1 kez	4	6.2	6	4.5	10	5.0	0.410
	2 kez	17	26.6	50	37.0	67	33.7	
	3 kez	43	67.2	79	58.5	122	61.3	
Ara öğün Sayısı	Yok	22	34.4	15	11.1	37	18.6	0.000 *
	1.0	26	40.6	52	38.5	78	39.2	
	2.0	10	15.6	50	37.0	60	30.2	
	3 ve daha fazla	6	9.4	18	13.3	24	12.1	
Ana öğün atlama durumu	Atlıyor	30	46.9	78	57.8	108	54.3	0.151
	Atlamıyor	34	53.1	57	42.2	91	45.7	
Atlanan ana öğün	Sabah	15	50.0	26	33.4	41	38.0	0.124
	Öğle	8	26.7	38	48.7	46	42.6	
	Akşam	5	16.7	11	14.1	16	14.8	
	Sabah ve öğle	2	6.7	3	3.8	5	4.6	
Öğün Atlama Sıklığı	Her zaman	8	12.5	18	13.3	26	13.1	0.230
	Bazen	22	34.4	60	44.4	82	41.2	
	Hiç	34	53.1	57	42.2	91	45.7	
Öğün atlama nedeni**	Zaman yetersizliği	20	66.7	40	51.3	60	55.6	0.554
	Canı istemiyor, iştahsız	4	13.3	16	20.5	20	18.5	
	Kilo vermek için	2	6.7	11	14.1	13	12.0	
	Alışkanlığı yok	4	13.3	11	14.1	15	13.9	

Ki kare testi *p<0.05

Tablo 4.3'te araştırmaya katılan bireylerin öğün aralarında tükettikleri yiyecek-içecek türleri verilmiştir. Tüm bireylerin %41.2'si meyve-sebze, %40.7'si kek, bisküvi, kurabiye vb ve %39.2'si kuru yemiş-kuru meyve tükettiklerini bildirmiştir. Erkeklerin çoğunluğu öğün aralarında sırasıyla kek, bisküvi, kurabiye vb (%35.9), meyve-sebze ve kuruyemiş (%34.4), kuru-meyve (%32.8) tükettiklerini, kadınların çoğunluğu ise öğün aralarında sırasıyla meyve-sebze (%44.4); kek, bisküvi, kurabiye vb (%43.0) ve kuruyemiş, kuru meyve (%42.2) tükettiklerini ifade etmişlerdir.

Tablo 4.3. Bireylerin öğün aralarında tükettikleri besinlere göre dağılımı

Ara öğünlerde tüketilen yiyecekler*	Erkek (n=64)		Kadın (n=135)		Toplam (n=199)	
	S	%	S	%	S	%
Süt, yoğurt, ayran, peynir	11	17.2	46	34.1	57	28.6
Sandviç, tost, börek	12	18.8	12	8.9	24	12.1
Simit, poğaç	11	17.2	11	8.1	22	11.1
Meyve-sebze	22	34.4	60	44.4	82	41.2
Kek, bisküvi, kurabiye vb	23	35.9	58	43.0	81	40.7
Kuruyemişler, kuru meyve	21	32.8	57	42.2	78	39.2

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Bireylerin evde kullanılan pişirme yöntemlerine göre değerlendirmelerinde çoğunlukla tencerede kendi suyuyla ağzı kapalı olarak pişirme (%79.4), fırında pişirme (%70.4) ve yağda kavurduktan sonra pişirme (%28.6) yöntemini işaretlediği görülmektedir (Tablo 4.4).

Tablo 4.4. Evde en sık kullanılan pişirme yöntemine göre dağılım

Evde en sık kullanılan pişirme yöntemi*	Erkek (n=64)		Kadın (n=135)		Toplam (n=199)	
	S	%	S	%	S	%
Tencerede kendi suyuyla ağzı kapalı olarak pişirme	49	76.6	109	80.7	158	79.4
Yağda kavurduktan sonra pişirme	16	25.0	41	30.4	57	28.6
Yağda kızartma	18	28.1	30	22.2	48	24.1
Fırında pişirme	43	67.2	97	71.9	140	70.4
Izgara ve mangal	21	32.8	32	23.7	53	26.6
Haşlayıp suyunu dökme	12	18.8	30	22.2	42	21.1

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Bireylerin yemeklerde en sık kullanılan yağ türüne göre dağılımları Tablo 4.5'te gösterilmiştir. Evde en sık kullanılan yağ türünün tüm bireylerde %78.4 ile zeytinyağı olduğu belirlenmiştir. Bunu tereyağı (%58.8) ve ayçiçek yağı (%38.2) izlemiştir. Bu sıralama kadın ve erkek bireylerde de değişmemiştir.

Tablo 4.5. Bireylerin yemeklerde en sık kullanılan yağ türüne göre dağılımı

Yemeklerde en sık kullanılan yağ türü*	Erkek (n=64)		Kadın (n=135)		Toplam (n=199)	
	S	%	S	%	S	%
Tereyağ	33	51.6	84	62.2	117	58.8
Margarin	0	0.0	7	5.2	7	3.5
Zeytinyağı	45	70.3	111	82.2	156	78.4
Fındık yağı	2	3.1	2	1.5	4	2.0
Ayçiçek	26	40.6	50	37.0	76	38.2
Mısırözü	1	1.6	1	0.7	2	1.0
Diğer	2	3.1	3	2.2	5	2.5

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Araştırmaya katılan bireylerin %69.3'u vitamin-mineral takviyesi kullanmadıklarını belirtmişlerdir (Tablo 4.6). Vitamin-mineral kullanım oranı erkeklerde %20.3 iken kadınlarda %35.6'dır. Kadınlarda vitamin-mineral kullanım oranı erkeklerin oranına göre daha fazla olup istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$).

Tablo 4.6. Bireylerin vitamin ve mineral takviyesi kullanım durumuna göre dağılımı

Vitamin-mineral kullanım durumu	Erkek (n=64)		Kadın (n=135)		Toplam (n=199)		P
	S	%	S	%	S	%	
Kullanır	13	20.3	48	35.6	61	30.7	0.044*
Kullanmaz	51	79.7	87	64.4	138	69.3	

Ki-kare testi, $p<0.05$

4.3. Bireylerin Sigara ve Alkol Kullanma Durumu

Araştırmaya katılan bireylerin sigara ve alkollü içki kullanım durumları Tablo 4.7'de gösterilmiştir. Tüm bireylerin %52.8'i hiç sigara içmediklerini, %32.7'si içtiklerini, %14.6'sı da bıraktığını ifade etmiştir. Erkek bireylerin %42.2'si hiç sigara kullanmadığını, %18.8'i sigarayı daha önce kullanıp bıraktığını, %39.1'i ise sigara kullanma alışkanlığının olduğunu belirtmiştir. Kadın bireylerin ise %57.8'inin hiç sigara kullanmadığı, %29.6'sının sigara kullanma alışkanlığının olduğu, %12.6'sının daha önce kullanıp bıraktığı saptanmıştır. Sigara kullanımını açısından cinsiyetler arası fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Sigara içenler, içtikleri sigara sayısı olarak çoğunlukla (%84.6) günde 1-20 arasında, kalanı da (%15.4) 21-

40 arasında bir sayı bildirmişlerdir. Tüm bireylerin günde ortalama 16.4 ± 10.17 adet sigara tükettikleri belirlenmiştir. Bireylerin alkollü içki kullanım durumları incelendiğinde %46.7'si hiç kullanmadığını, %53.3'ü kullandığını bildirmiştir. Erkeklerin %40.6'sı ve kadınların %49.6'sı alkollü içecek kullanmamaktadır. Cinsiyet ile alkollü içki kullanma durumu arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0.05$).

Tablo 4.7. Bireylerin sigara ve alkol kullanım durumuna göre dağılımı

Sigara ve alkol kullanma durumu		Erkek (n=64)		Kadın (n=135)		Toplam (n=199)		P
		S	%	S	%	S	%	
Sigara kullanım durumu	Kullanıyor	25	39.1	40	29.6	65	32.7	0.105
	Bırakmış	12	18.8	17	12.6	29	14.6	
	Hiç içmemiş	27	42.2	78	57.8	105	52.8	
İçilen sigara sayısı (adet)	1-20	21	84.0	34	85.0	55	84.6	0.589
	21-40	4	16.0	6	15.0	10	15.4	
	X+SS	16.92±9.05		16.05±10.91		1638±1017		
Alkollü içecek tüketimi	Hayır	26	40.6	67	49.6	93	46.7	0.234
	Evet	38	59.4	68	50.4	106	53.3	

Ki-kare $p > 0.05$

4.4. Bireylerin Besin Seçimi ve Obeziteye Karşı Tutumları

Bireylerin besin seçiminde etkili olan faktörlere ilişkin cevapları Tablo 4.8'de gösterilmiştir. Araştırmaya katılan tüm bireyler yemek seçimlerinde birinci sırada (%66.8) lezzetli olmasının, ikinci sırada (%48.7), sağlıklı olmasının, üçüncü sırada (%15.1) kolay ulaşılabilir olmasının, dördüncü sırada da (%13.6) fiyatının etkilediğini belirtmişlerdir. Bu seçim sıralaması erkek ve kadınlar için de aynıdır.

Tablo 4.8. Bireylerin besin seçiminde etkili olan faktörlere göre dağılımı

Besin seçiminde etkili olan faktörler *	Erkek (n=64)		Kadın (n=135)		Toplam (n=199)	
	S	%	S	%	S	%
Lezzetli olması	38	59.4	95	70.4	133	66.8
Sağlıklı olması	29	45.3	68	50.4	97	48.7
Görsel sunumu	4	6.3	15	11.1	19	9.5
Kolay ulaşılabilir olması	9	14.1	21	15.6	30	15.1
Fiyatı	9	14.1	18	13.3	27	13.6
Diğer	2	3.1	2	1.5	4	2.0

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Bireylerin obeziteye ilişkin tutumları Tablo 4.9'da gösterilmiştir. Bireylerin %50.3'ü yemeklerini orta hızda, %34.2'si hızlı, %10.1'i yavaş ve %5.5'i çok hızlı olarak yediklerini belirtmişlerdir. Erkeklerin çoğunluğu (%45.3) yemeğini hızlı yemekte iken, kadınların çoğunluğu (%54.1) orta hızda yemektedir. Cinsiyet ile yemek yeme hızları arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Bireylerin %67.8'i obez bireylere karşı tutumlarını önyargısız olarak belirtmişlerdir. Erkeklerin çoğunluğu (%70.3) ve kadınların çoğunluğu (%66.7) kendisini obez bireylere karşı ön yargısız olarak tanımlamaktadır. Cinsiyet ile obez bireylere karşı tutum arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Tüm bireylerin %74.4'ü erkek bireylerin %73.4'ü, kadınların ise %74.8'i kendi vücut görünümünüzü nasıl tanımlarsınız sorusuna normal diye cevap vermiştir. Kendisini kilolu olarak tanımlama ile cinsiyetler arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tüm bireylerin %59.3'ü kendilerini yaşamlarında bir dönem şişman buldukları şeklinde ifade etmişlerdir. Bu oran erkeklerde %57.8 ve kadınlarda %60.0'dır. Cinsiyet ile yaşamında kendini şişman bulduğu bir dönem olma durumu arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Bireylerin %48.2'si obez olmayı insanın yaşayabileceği en kötü şey olarak görmektedir. Erkeklerin çoğunluğu (%51.6) obez olmayı insanın yaşayabileceği olağan bir durum olarak görürken kadınların çoğunluğu (%54.8) obez olmanın insanın yaşayabileceği en kötü şey olarak tanımlamaktadır. Cinsiyet ile obez olmanın nasıl bir durum olduğunu tanımlama arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Bireylerin aile bireyleri ve/veya yakın çevrelerinde şişman bireyler olup olmadığına ilişkin verdikleri evet cevabı erkek ve kadınlar için sırasıyla %82.8 ve %83.0 olarak bulunmuştur. Cinsiyet ile aile bireylerinde ve/veya yakın çevrelerinde şişman bireyler olması durumu arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Tablo 4.9. Bireylerin obezite hakkındaki tutumlarına göre dağılımı

Obezite hakkındaki tutum		Erkek (n=64)		Kadın (n=135)		Toplam (n=199)		P
		S	%	S	%	S	%	
Yek yeme hızı	Yavaş	3	4.7	17	12.6	20	10.1	0.041*
	Orta	27	42.2	73	54.1	100	50.2	
	Hızlı	29	45.3	39	28.9	68	34.2	
	Çok hızlı	5	7.8	6	4.4	11	5.5	
Obez bireylere karşı tutum	Ön yargılıyım	3	4.7	19	14.1	22	11.1	0.120
	Ön yargısızım	45	70.3	90	66.7	135	67.8	
	Kararsızım	16	25.0	26	19.3	42	21.1	
Kendi vücut görünümünü tanımlama	Zayıf	4	6.3	12	8.9	16	8.0	0.664
	Normal	47	73.4	101	74.8	148	74.4	
	Şişman	13	20.3	22	16.3	35	17.6	
Yaşamlarında Kendilerini şişman olarak buldukları dönem	Var	37	57.8	81	60.0	118	59.3	0.769
	Yok	27	42.2	54	40.0	81	40.7	
Obez olmak bir insanın yaşayabileceği şeydir	En kötü	22	34.4	74	54.8	96	48.2	0.018*
	Olağan bir durum	33	51.6	43	31.9	76	38.2	
	Fikrim yok	9	14.1	18	13.3	27	13.6	
Ailede/yakın çevrede şişman olma durumu	Evet	53	82.8	112	83.0	165	82.9	1.000
	Hayır	11	17.2	23	17.0	34	17.1	

Ki-kare testi *p <0.05

Bireylerin aile bireyleri ve/veya çevrelerinde bulunan şişman bireylerin kimler olduğu Tablo 4.10'da gösterilmiştir. Erkeklerde sırasıyla arkadaş/komşu (%24.5), anne (%18.9) ve kardeş/amca/dayı (%15.1) şişman iken, kadınlarda anne (%21.4), hala/teyze (%17.9 ve büyükanne/büyükbaba (%16.1) şişmandır.

Tablo 4.10. Bireylerin aile bireyleri ve/veya yakın çevredeki şişman kişilerin kimler olduğuna ilişkin dağılımı

Aile/Yakın bireyler*	çevre	şişman	Erkek (n=53)		Kadın (n=112)		Toplam (n=165)	
			S	%	S	%	S	%
Anne			10	18.9	24	21.4	34	20.6
Baba			3	5.7	10	8.9	13	7.9
Kardeş			8	15.1	14	12.5	22	13.3
Büyükanne/büyükbaba			6	11.3	18	16.1	24	14.5
Hala/teyze			5	9.4	20	17.9	25	15.2
Amca/dayı			8	15.1	9	8.0	17	10.3
Arkadaş/ Komşu			13	24.5	17	15.2	30	18.2

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

4.5. Bireylerin Fiziksel Aktivite Durumları ve Enerji Harcama Düzeyleri

Tablo 4.11’de görüldüğü gibi araştırmaya katılan bireylerin %53.8’i düzenli egzersiz yapmadığını bildirmiştir. Bu oran erkeklerde %50.0, kadınlarda %55.60’dır. Düzenli fiziksel aktivite yaptığını bildiren bireyler çoğunlukla (%67.4) yürüyüş yaptıklarını belirtmişlerdir. Erkeklerin %56.3’ü kadınların ise %73.3’ü düzenli yürüyüş yapmaktadır. Koşan bireylerin %15.6’sı erkek, %5.0’i’si kadındır. Erkek bireylerin %15.6’sı her gün, %34.4’ü haftada 1-2 kez, %31.3’ü haftada 3-4 kez düzenli olarak fiziksel aktivite yapmaktadır. Kadın bireylerin ise %21.7’si her gün, %41.7’si haftada 1-2 kez, %13.3’ü haftada 3-4 kez egzersiz yaptığını belirtmiştir. Erkeklerin çoğunluğunun (%31.3.0) bir kerede yaptığı aktivite süresi bir buçuk saat iken, kadınların çoğunluğunun (%29.5) 45 dakikadır. Fiziksel aktivite türü, yapma sıklığı ve aktivite süresine göre cinsiyetler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.11. Bireylerin fiziksel aktivite durumuna göre dağılımı

Fiziksel Aktivite Durumu	Erkek (n=64)		Kadın (n=135)		Toplam (n=199)		P	
	S	%	S	%	S	%		
Düzenli fiziksel aktivite	Evet	32	50.0	60	44.4	92	46.2	0.326
	Hayır	32	50.0	75	55.6	107	53.8	
Düzenli olarak yapılan aktivite	Yürüyüş	18	56.3	44	73.3	62	67.4	0.640
	Koşma	5	15.6	3	5.0	8	8.7	
	Aerobik/step	-	-	3	5.0	3	3.3	
	Bisiklet	2	6.2	-	-	2	2.2	
	Yüzme	2	6.2	9	15.0	11	11.9	
	Diğer	5	15.7	1	1.7	6	6.5	
Fiziksel aktivite sıklığı	Hergün	5	15.6	13	21.7	18	19.6	0.640
	Haftada 1-2 kez	11	34.4	25	41.7	36	39.1	
	Haftada 3-4 kez	10	31.3	11	18.3	21	22.9	
	Haftada 5-6 kez	4	12.5	8	13.3	12	13.0	
	Diğer	2	6.2	3	5.0	5	5.4	
Bir kerede yapılan aktivite süresi	30 dk	7	21.9	16	26.2	23	25.0	0.365
	45 dk	5	15.6	18	29.5	23	25.0	
	60 dk	9	28.1	12	19.7	21	22.8	
	90 dakika	10	31.3	12	19.7	22	23.9	
	180 dk	1	3.1	2	3.3	3	3.3	

Ki kare testi $p>0.05$

Araştırmaya katılan bireylerin günlük yaptıkları aktiviteye göre hesaplanan aktivite faktörü ortalaması Tablo 4.12’de görüldüğü gibi erkekler için 1.37, kadınlar için 1.32’dir. Erkeklerin ve kadınların BMH ortalaması sırasıyla $1.831,1\pm 189.6$ ve $1.354,5\pm 116.2$ ’dir. Günlük enerji harcama ortalaması erkeklerde $2.504,4\pm 435.3$ kadınlarda $1.784,4\pm 259.5$ kkal’dır. Fiziksel aktivite faktörü, bazal metabolizma hızı (BMH) ve günlük toplam enerji harcaması cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0.05$). Bu değerlere göre, erkekler kadınlara göre daha fazla enerji harcamaktadır.

Tablo 4.12. Bireylerin cinsiyete göre aktivite faktörü, BMH değerleri ve günlük enerji harcamaları yönünden dağılımları

	Erkek (n=64)				Kadın (n=135)				P
	X	SS	Alt	Üst	X	SS	Alt	Üst	
Aktivite Faktörü (PAL)	1.37	0.16	0.85	1.69	1.32	0.15	0.78	1.70	0.031*
BMH (kkal)	1.831.1	189.6	1.485.6	2.415.0	1.354.8	116.2	1.077.0	1.846.6	0.000*
Günlük enerji harcama (kkal)	2.504.4	435.3	1.319.5	3.360.9	1.784.4	259.5	924.8	2.619.5	0.000*

Bağımsız gruplar t testi *p <0.05

4.6. Bireylerin Antropometrik Ölçümleri

Araştırma kapsamında bireylerin antropometrik ölçümlerine göre dağılımları incelenmiştir (Tablo 4.13). Erkeklerin vücut ağırlığı ortalaması 84.5 ± 14.30 kg, boy uzunluğu ortalaması 178.7 ± 6.30 cm, kadınların vücut ağırlığı ortalaması 63.0 ± 10.70 kg, boy uzunluğu ortalaması 164.2 ± 6.37 cm'dir. Erkeklerin BKİ ortalaması 26.4 ± 3.91 kg/m² kadınlarınki 23.4 ± 3.91 kg/m²'dir. Erkeklerin ortalama bel çevresi 92.2 ± 18.2 cm, kalça çevresi ortalaması 107.7 ± 14.7 cm, kadınların bel çevresi 77.1 ± 13.2 cm, kalça çevresi 99.9 ± 10.7 'dir.

Tablo 4.13. Bireylerin antropometrik ölçümlere göre dağılımı

Antropometrik ölçümler	Erkek (n=64)				Kadın (n=135)			
	X	SS	Alt	Üst	X	SS	Alt	Üst
Vücut Ağırlığı (kg)	84.5	14.30	54.0	125.0	63.0	10.70	40.0	115.0
Boy uzunluğu (cm)	178.7	6.30	162.0	197.0	164.2	6.37	150.0	180.0
BKİ (kg/m ²)	26.4	3.91	17.3	36.4	23.4	3.91	16.4	38.9
Bel çevresi (cm)	92.2	18.2	65.0	130.0 0	77.1	13.2	59.0	126.0
Kalça çevresi (cm)	107.7	14.7	70.0	150.0 0	99.9	10.7	80.0	140.0
Bel/kalça oranı	0.86	0.12	0.65	1.11	0.77	0.08	0.58	1.00
Bel çevresi/boy uzunluğu oranı	0.52	0.10	0.36	0.69	0.47	0.08	0.34	0.80

Bireylerin antropometrik ölçümlerine göre obezite riski açısından değerlendirilmeleri Tablo 4.14'te gösterilmiştir. WHO'nun Beden Kütle İndeksi (BKİ) gruplarına göre yapılan dağılımda erkeklerin %3.1'i zayıf, %32.8'i normal, %64.1'i şişman olarak belirlenmiştir. Kadın bireylerin ise %5.9'u zayıf, %63.7'si normal, %30.4'ünün şişman grupta yer aldıkları görülmektedir. Cinsiyete göre BKİ değerleri arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Çalışmaya katılan bireylerin bel çevresi ölçümleri cinsiyetler göz önünde bulundurularak değerlendirildiğinde, erkeklerin %59.0'ının bel çevresinin 94 cm'den az, %17.9'unun 94 cm ve üzeri ve %23.1'inin 102 cm ve üzeri olduğu belirlenmiştir. Kadınların ise %65.5'inin normal grupta, (<80 cm), %16.8'inin riskli grupta (≥ 80 cm) ve %17.7'sinin yüksek riskli grupta (≥ 88 cm) yer aldığı belirlenmiştir. Cinsiyetler arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır ($p>0.05$).

WHO'nun bel/kalça oranları sınıflandırması kriterleri göz önünde bulundurularak değerlendirildiğinde, erkeklerin %55.0'ının normal grupta (<0.90), %35'inin riskli grupta, (≥ 0.90) ve %10'unun ise yüksek riskli grupta (≥ 1.00) yer aldığı tespit edilmiştir. Kadınların ise %68.7'sinin normal grup (< 0.85), %16.1'inin riskli grup (≥ 0.85) ve %15.2'sinin yüksek riskli grup (≥ 0.90) bel kalça oranına sahip olduğu tespit edilmiştir. Cinsiyetler arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0.05$).

Bireylerin bel çevresi/boy uzunluğu oranlarına göre değerlendirilmelerinde, erkeklerin %50'sinin normal kabul edilen $\geq 0.4 - <0.5$ aralığında, %25'inin risk kabul edilen $\geq 0.5 - <0.6$ aralığında ve %25.0'inin yüksek risk kabul edilen ≥ 0.6 aralığında olduğu bulunmuştur. Kadınlarda bu oranlar sırasıyla %68.1, %24.8 ve %7.1'dir. Cinsiyetler arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 4.14. Bireylerin antropometrik ölçümleri risk durumu dağılımı

Antropometrik ölçümlere göre risk durumu	Erkek (n=64)		Kadın (n=135)		Toplam (n=199)		P	
	S	%	S	%	S	%		
BKİ (kg/m ²)	Zayıf	2	3.1	8	5.9	10	5.0	0.000*
	Normal	21	32.8	86	63.7	107	53.8	
	Şişman	41	64.1	41	30.4	82	41.2	
Bel çevresi (cm)	Normal	23	59.0	74	65.5	97	63.8	0.721
	Risk	7	17.9	19	16.8	26	17.1	
	Yüksek Risk	9	23.1	20	17.7	29	19.1	
Bel/kalça Oranı	Normal	22	55.0	77	68.7	99	65.1	0.040*
	Risk	14	35.0	18	16.1	32	21.1	
	Yüksek Risk	4	10.0	17	15.2	21	13.8	
Bel/boy Oranı	Normal	20	50.0	77	68.1	97	63.4	0.008*
	Risk	10	25.0	28	24.8	38	24.8	
	Yüksek Risk	10	25.0	8	7.1	18	11.8	

Ki-kare *p<0.05

4.7. Bireylerin Besin Tüketim Durumları

Araştırma kapsamında, araştırmaya katılan bireylerin 24 saatlik diyetleriyle tükettikleri besin miktarları kaydı alınmış ve buna göre günlük aldıkları enerji ve makro besin öğeleri tüketim durumları değerlendirilmiştir. Tablo 4.15’de bireylerin günlük tükettikleri enerji ve makro besin öğeleri dağılımı görülmektedir. Buna göre, bireylerin günlük enerji tüketim ortalaması toplamda 1287.06±423.81 kal/gün, erkeklerde 1313.1±429.04 kal/gün, kadınlarda 1274.70±422.35 kal/gün olarak bulunmuştur. Bu değerler, araştırmaya katılan bireylerin yaş ortalamasına göre oldukça düşüktür.

Tüm bireylerin günlük tükettikleri protein, yağ ve karbonhidrat ortalamaları sırasıyla 57.34±25.25, 62.88±26.03 ve 117.85±51.11 gramdır. Bu değerler de önerilen miktarların altındadır ve erkek ve kadın arasında önemli bir farklılık bulunmamaktadır. Erkeklerin günlük tükettikleri protein yağ ve karbonhidrat miktarı

sırasıyla 59.81 ± 23.63 , 61.82 ± 22.49 ve 119.36 ± 56.60 iken kadınlarda bu değerler sırasıyla 56.16 ± 25.99 , 63.39 ± 27.62 , ve 117.13 ± 48.50 'dir. Bu değerler arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p > 0,05$).



Tablo 4. 15. Bireylerin tükettikleri enerji ve makro besin öğeleri tüketim ortalamaları

	Erkek (n=64)					Kadın (n=135)					Toplam (n=199)					P
	X	SS	Alt	Üst	X	SS	Alt	Üst	X	SS	Alt	Üst	X	SS	Alt	
Enerji (kcal)	1313.1	429.04	787.6	3264.50	1274.7	422.35	440.90	2354.8	1287.1	423.81	440.9	3264.5	0.551			
Protein (g)	59.8 (%18.2)	23.63	21.50	126.10	56.2 (%17.6)	25.99	14.90	167.4	57.34 (%17.8)	25.25	14.9	167.4	0.342			
Yağ, (g)	61.8 (%42.3)	22.49	25.20	143.10	63.4 (%44.8)	27.62	16.90	161.0	62.9 (%44)	26.03	16.9	161.0	0.692			
Karbonhidrat (g)	119.4 (%36.4)	56.60	25.10	379.50	117.1 (%36.7)	48.50	31.00	253.6	117.9 (%36.6)	51.11	25.1	379.5	0.775			
Posa (g)	13.9	6.46	2.20	32.40	15.7	7.31	2.60	46.7	15.1	7.08	2.2	46.7	0.092			
Kolesterol (mg)	255.3	162.01	50.40	756.20	259.2	218.36	12.60	1.644.2	258.0	201.56	12.6	1.644.2	0.898			

Bağımsız gruplar t testi *p<0.05

Bireylerin tükettiği enerji ve besin öğelerinin önerilen miktarlara göre gereksinimleri karşılaması açısından değerlendirilmesinde elde edilen sonuçlar Tablo.4.16'da verilmiştir. Günlük diyetle alınan folik asit, demir, çinko ve sodyum tüketim miktarları dışında vitamin ve minerallerin tüketim miktarları bakımından kadınlar ve erkekler arasında önemli bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). Ancak, tüketilen miktarların önerilen miktarlarla karşılaştırılmasında bazı değerlerde farklılıklar ortaya çıkmaktadır. Örneğin diyetle alınacak demirin erkekler için önerilen miktarı 10mg iken kadınlar için önerilen miktar 18mg/gün'dür. Bu nedenle, erkekler tükettikleri besinlerle demir mineralinin %84.54 kadarını alırlarken, kadınlar tükettikleri besinlerle gereksinimlerinin ancak %47'sini almaktadırlar.

Erkek ve kadınlar arasında çinko tüketim miktarı arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Erkeklerin tükettikleri çinko miktarı ortalama 9.19 ± 3.29 mg iken kadınlarınki 7.90 ± 3.13 mg'dir. Erkek ve kadınlar arasında anlamlı fark gösteren bir diğer mineral de sodyumdur. Erkeklerin diyetle aldığı sodyum miktarı ortalaması 3181.97 ± 1166.18 mg iken kadın ortalaması 2848.77 ± 1134.55 mg'dir. Bu değerlere göre erkekler kadınlardan daha fazla sodyum tüketmektedirler ($p<0.05$).

Erkek ve kadınlar arasında folik asit tüketim miktarı arasında bir farklılık bulunmamasına karşın, her iki grubun tükettikleri miktarlar alınması gereken miktarlara göre oldukça düşüktür. Folik asit açısından erkekler gereksinimlerinin %20.88'ini, kadınlar da %21.65'ini karşılayabilmektedirler.

Gereksinimlerin karşılanmasında, erkeklerde diyetle alınan sodyum ve fosforun, kadınlarda da yağ, A vitamini, sodyum ve fosforun gereksinimin üzerinde tüketildiği görülmektedir. Gereksinimin karşılanmasında %50'nin altında kalan besin öğeleri erkekler için karbonhidrat, B₁ vitamini, potasyum, kalsiyum ve magnezyum ve folik asit iken, kadınlar için karbonhidrat, kalsiyum, Vitamin B₁ vitamini, folik asit, potasyum, kalsiyum ve demirdir.

Tablo 4.16. Bireylerin tükettikleri enerji ve besin öğeleri değerlerinin önerilen miktarlara göre değerlendirilmesi

	Erkek (n=64)										Kadın (n=135)									
	Önerilen*	X	SS	Karşıla ma %si**	Alt	Üst	Önerile n*	X	SS	Karşı- lama %si**	Alt	Üst	P							
Enerji (kcal)	2100	1313.1	429.04	62.53	787.6	3264.5	1790	1274.7	422.35	71.21	440.9	2354.8	0.551							
Protein (g)	60-75 (% 15)	59.81	23.63	83.01	21.5	126.1	50-63	56.1	25.99	89.14	14.9	167.4	0.342							
Yağ (g)	70 (%30)	61.8	22.49	83.31	25.2	143.1	60	63.3	27.62	105.70	16.9	161.0	0.692							
CHO (g)	275 (%50)	119.3	56.60	43.00	25.1	379.5	247	117.1	48.50	48.00	31.0	253.6	0.775							
Posa (g)	25-30 (27)	13.8	6.46	51.00	2.2	32.4	27	15.6	7.31	58.00	2.6	46.7	0.092							
Kolesterol (mg)	<300	255.2	162.01	85.00	50.4	756.2	<300	259.2	218.36	84.40	12.6	1644.2	0.898							
A vit. (mcg)	900	764.8	466.14	84.98	134.3	2123.0	700	830.0	589.32	118.57	133.8	3389.7	0.438							
E vit (mg)	15	9.71	6.54	64.73	1.5	32.70	15	9.6	7.08	64.06	0.8	49.8	0.923							
B1 vit. (mg)	1.2	0.51	0.14	42.5	0.3	0.90	1.1	0.5	0.19	49.09	0.2	1.0	0.187							
B2 vit (mg).	1.3	0.99	0.32	76.15	0.4	1.90	1.1	0.9	0.38	87.27	0.3	2.4	0.542							
Niacin (mg)	1.7	0.91	0.38	53.52	0.4	2.40	1.5	0.9	0.44	65.33	0.2	2.2	0.247							
Folik Asit (mcg)	400	83.53	30.79	20.88	29.0	157.0	400	86.6	35.30	21.65	24.8	225.0	0.55							
C vit (mg)	90	68.47	49.47	76.07	3.0	260.3	90	65.9	56.57	73.28	3.6	373.4	0.762							
Sodyum (mg)	2400	3181.9	1166.18	132.58	1050.9	6194.1	2400	2848.7	1134.55	118.69	729.3	7242.8	0.05							
K (mg)	3500	1609.8	537.40	45.99	755.1	3651.2	3500	1691.8	642.53	48.33	532.5	3568.9	0.378							
Ca (mg)	1200	508.9	209.54	42.41	157.2	1188.7	1200	493.4	231.89	41.12	130.2	1342.6	0.651							
Mg (mg)	410	191.2	56.82	46.64	93.0	350.8	315	202.8	77.24	64.39	62.8	485.6	0.236							
Fosfor (mg)	700	858.3	238.44	122.62	418.7	1334.4	700	854.4	317.79	122.06	329.3	2052.6	0.93							
Demir (mg)	10	8.73	2.91	87.3	3.2	15.3	18	8.5	3.15	47.38	2.7	16.3	0.656							
Çinko (mg)	11	9.19	3.29	83.54	3.6	15.9	10	7.9	3.13	79.00	2.4	16.0	.008*							

Bağımsız gruplar testi * p>0.05
*TUBER (45)'e göre değerlendirilmiştir.

4.8. Bireylerin Yaşam Kalitesine İlişkin Bulgular

Araştırmaya katılan bireylerin yaşam kalitesi ölçeğinde yer alan 8 değişkene göre aldıkları ortalama puanlar dağılımı Tablo 4.17’de gösterilmiştir. Erkeklerin yaşam kalitesi değişkeni puan ortalaması 3.25 ± 0.89 iken kadınların ortalaması 3.27 ± 0.75 ’dir. Yaşam kalitesi değişkeni puanları cinsiyete göre farklılık göstermemektedir ($p > 0.05$).

Erkeklerin sağlık durumundan hoşnut olma değişkeni ortalaması 3.44 ± 0.85 iken kadınların ortalaması 3.34 ± 0.86 ’dır. Sağlık durumundan hoşnut olmanın, cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermediği bulunmuştur ($p > 0.05$).

Erkeklerin gerekli enerjiye sahip olma değişkeni ortalaması 3.84 ± 0.82 , kadınların ise 3.57 ± 0.79 ’dur. Gerekli enerjiye sahip olma durumu, cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p < 0.05$). Bu sonuca göre araştırmaya katılan erkeklerin günlük yaşam enerjileri kadınlara göre daha fazladır. Aynı şekilde bireylerin günlük yaşam aktivitelerini sürdürebilme becerisinden hoşnut olma durumu değişkeni ortalaması erkeklerde 3.88 ± 0.77 iken kadınlarda $3,60 \pm 0.82$ ’dir. Günlük yaşam aktivitelerini sürdürebilme becerisinden hoşnut olma değişkeni de cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p < 0.05$). Bu sonuca göre erkekler günlük aktivitelerini sürdürme becerilerinden kadınlara göre daha hoşnutlardır.

Erkeklerin kendinden hoşnut olma durumu ortalaması 3.91 ± 0.83 , kadınların ortalaması ise 3.81 ± 0.81 ’dir. Kendinden hoşnut olma durumu cinsiyete göre farklılık göstermemektedir ($p > 0.05$). Erkeklerin insanlarla ilişkilerinden hoşnut olma durumu ortalaması 3.88 ± 0.86 iken kadınların ortalaması 3.93 ± 0.75 ’tir. İnsanlarla ilişkilerinden hoşnut olma durumu cinsiyete göre istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Erkeklerin ihtiyaçlarını karşılayacak kadar paraya sahip olma durumu ortalaması 3.13 ± 0.75 iken kadınların ortalaması 3.39 ± 0.75 ’dir. İhtiyaçlarını karşılayacak kadar paraya sahip olma durumu cinsiyete göre anlamlı olarak farklılık göstermektedir ($p < 0.05$). Bu sonuca göre kadınların ihtiyaçlarını karşılayacak kadar paraya sahip olma durumu erkeklere göre daha fazladır.

Erkeklerin yaşadığı yerin koşullarından hoşnut olma durumu ortalaması 3.81 ± 0.92 iken kadınların ortalaması 3.86 ± 0.79 ’dur. Yaşadığı yerin koşullarından hoşnut olma durumu cinsiyete göre farklılık göstermemektedir ($p > 0.05$).

Tablo 4.17. Yaşam kalitesi ölçeğinin sekiz değişkeni için bireylerin tanımlayıcı özellikleri

Yaşam Kalitesi Değişkenleri	Erkek (n=64)					Kadın (n=135)					Toplam (n=199)						
	\bar{X}	SS	Alt	Üst	\bar{X}	SS	Alt	Üst	\bar{X}	SS	Alt	Üst	\bar{X}	SS	Alt	Üst	P
Yaşam kalitesi durumu	3.25	0.89	1.00	5.00	3.27	0.75	1.00	5.00	3.27	0.79	1.00	5.00	3.27	0.79	1.00	5.00	0.842
Sağlık durumundan hoşnut olma durumu	3.44	0.85	1.00	5.00	3.34	0.86	1.00	5.00	3.37	0.85	1.00	5.00	3.37	0.85	1.00	5.00	0.457
Gerekli enerjiye sahip olma durumu	3.84	0.82	2.00	5.00	3.57	0.79	2.00	5.00	3.66	0.81	2.00	5.00	3.66	0.81	2.00	5.00	0.025*
Günlük yaşam aktivitelerini sürdürebilme becerisinden hoşnut olma durumu	3.88	0.77	2.00	5.00	3.60	0.82	1.00	5.00	3.69	0.81	1.00	5.00	3.69	0.81	1.00	5.00	0.025*
Kendinden hoşnut olma durumu	3.91	0.83	2.00	5.00	3.81	0.81	2.00	5.00	3.84	0.82	2.00	5.00	3.84	0.82	2.00	5.00	0.462
İnsanlarla ilişkilerinden hoşnut olma durumu	3.88	0.86	1.00	5.00	3.93	0.75	2.00	5.00	3.91	0.78	1.00	5.00	3.91	0.78	1.00	5.00	0.625
İhtiyaçlarını karşılayacak kadar paraya sahip olma durumu	3.13	0.75	1.00	5.00	3.39	0.75	2.00	5.00	3.31	0.76	1.00	5.00	3.31	0.76	1.00	5.00	0.020*
Yaşadığı yerin koşullarından hoşnut olma durumu	3.81	0.92	1.00	5.00	3.86	0.79	1.00	5.00	3.84	0.84	1.00	5.00	3.84	0.84	1.00	5.00	0.713

Bağımsız gruplar t testi, * $p < 0.05$
Beşli Likert ölçeğine göre birden beşe doğru gidildikçe hoşnutsuzluk derecesi artmaktadır.

Bireylerin yaşam kalitesi ölçeği değişkenleri puan ortalamasının obez ya da obez olmama durumuna göre değerlendirilmesi Tablo 4.18'de gösterilmiştir. Değişkenlerden sadece ilk ikisinde (Yaşam kalitesi durumu ve sağlık durumundan hoşnut olma durumu) puan ortalamaları obez olmayanlarda obez olanlara göre daha yüksek ve fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Obez olmayanlarda yaşam kalitesi durumu puan ortalaması 3.37 ± 0.76 iken obez olanlarda 3.12 ± 0.82 'dir. Sağlık durumundan hoşnut olma durumu puan ortalaması da obez olmayanlarda ortalama 3.51 ± 0.85 iken obez olanlarda 3.17 ± 0.83 'tür. Diğer altı değişkendenden alınan puan ortalamalarında obez olma ya da olmama durumuna göre bir farklılık bulunamamıştır ($p>0.05$)



Tablo 4.18. Obez olan ve olmayan bireylere göre yaşam kalitesi ölçөгünden alınan puan ortalamalarının durumu

Yaşam Kalitesi Değişkenleri	Obez Olmayan (n=117)					Obez (n=82)					Toplam (n=199)						
	\bar{X}	ss	Alt	Üst	\bar{X}	ss	Alt	Üst	\bar{X}	ss	Alt	Üst	\bar{X}	ss	Alt	Üst	P
Yaşam kalitesi durumu	3.37	0.76	1.00	5.00	3.12	0.82	1.00	5.00	5.00	0.79	1.00	5.00	3.27	0.79	1.00	5.00	0.031*
Sağlık durumundan hoşnut olma durumu	3.51	0.85	1.00	5.00	3.17	0.83	1.00	5.00	5.00	0.85	1.00	5.00	3.37	0.85	1.00	5.00	0.005*
Gerekli enerjiye sahip olma durumu	3.68	0.79	2.00	5.00	3.62	0.83	2.00	5.00	5.00	0.81	2.00	5.00	3.66	0.81	2.00	5.00	0.596
Günlük yaşam aktivitelerini sürdürebilme becerisinden hoşnut olma durumu	3.68	0.80	1.00	5.00	3.71	0.84	2.00	5.00	5.00	0.81	2.00	5.00	3.69	0.81	1.00	5.00	0.785
Kendinden hoşnut olma durumu	3.93	0.76	2.00	5.00	3.72	0.88	2.00	5.00	5.00	0.82	2.00	5.00	3.84	0.82	2.00	5.00	0.071
İnsanlarla ilişkilerinden hoşnut olma durumu	3.97	0.74	2.00	5.00	3.83	0.84	1.00	5.00	5.00	0.78	1.00	5.00	3.91	0.78	1.00	5.00	0.199
İhtiyaçlarını karşılayacak kadar paraya sahip olma durumu	3.34	0.72	2.00	5.00	3.26	0.81	1.00	5.00	5.00	0.76	1.00	5.00	3.31	0.76	1.00	5.00	0.434
Yaşadığı yerin koşullarından hoşnut olma durumu	3.85	0.86	1.00	5.00	3.84	0.81	1.00	5.00	5.00	0.84	1.00	5.00	3.84	0.84	1.00	5.00	0.969

4.9.Yaşam Kalitesi ile Yaş, Cinsiyet, Eğitim, Ana ve Ara Öğün Aarasındaki İlişki

Tablo 4.19’da araştırmaya katılan bireylerin yaşam kalitesi ile yaş, cinsiyet, eğitim, ana öğün ve ara öğün ilişkisine ait bulgular gösterilmiştir. Araştırmaya katılan bireylerin yaş grupları arasında yaşam kalitesi açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Yirmi yaş ve altı olanların yaşam kalitesi puan ortalaması 3.67 ± 0.46 , 21-40 yaş arası olanların ortalaması 3.50 ± 0.50 , 41 yaş ve üstü olanların ortalaması 3.70 ± 0.55 ’tir. Bu sonuca göre 41 yaş ve üstü olan bireylerin yaşam kalitesi daha yüksektir. Yaşam Kalitesi cinsiyete, eğitim durumuna, günlük ana öğün sayısına, günlük ara öğün sayısına ve ana öğün atlama durumuna göre farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Tablo 4.19. Yaşam kalitesinin yaş, cinsiyet, eğitim, ana öğün ve ara öğün ilişkisi

Yaş, cinsiyet, eğitim, öğünler	Yaşam Kalitesi				p	
	X	SS	Alt	Üst		
Yaş	20 yaş ve altı	3.67	0.46	2.75	4.75	0.040*
	21-40 yaş	3.50	0.50	1.75	4.75	
	41 yaş ve üstü	3.70	0.55	2.25	4.88	
Cinsiyet	Erkek	3.64	0.57	1.75	4.75	0.289
	Kadın	3.60	0.49	2.25	4.88	
Eğitim Durumu	İlkokul	3.38	0.27	3.00	3.63	0.164
	Ortaokul	3.88	0.40	3.25	4.25	
	Lise	3.66	0.52	2.38	4.75	
	Üniversite	3.55	0.53	1.75	4.88	
	Lisans üstü	3.73	0.50	3.00	4.75	
Günlük ana öğün sayısı	1	3.44	0.33	3.13	4.13	0.584
	2	3.60	0.54	2.38	4.88	
	3 ve daha fazla	3.63	0.52	1.75	4.75	
Günlük ara öğün sayısı	Yok	3.61	0.54	1.75	4.50	0.989
	1	3.62	0.58	2.25	4.88	
	2	3.59	0.42	2.50	4.75	
	3 ve daha fazla	3.58	0.57	2.25	4.75	
Ana öğün atlar mısınız?	Evet	3.58	0.49	2.25	4.88	0.289
	Hayır	3.65	0.55	1.75	4.75	

2 gruplu ise Bağımsız gruplar t testi; 3 ve daha gruplu ise ANOVA * $p<0.05$

Araştırmaya katılan bireylerin yaşam kaliteleri ile fiziksel aktivite ve obeziteye karşı tutumları arasındaki ilişki Tablo 4. 20’de gösterilmiştir.

Düzenli olarak fiziksel aktivite yapanların yaşam kalitesi açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). Aktivite yapanların yaşam kalitesi puan ortalaması 3.70 ± 0.54 iken yapmayanların ortalaması 3.55 ± 0.50 ’dir. Buna göre düzenli olarak fiziksel aktivite yapanlarda yaşam kalitesi daha fazladır.

Kendini tanımlama şekli ile yaşam kalitesi açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). Kendilerini zayıf olarak tanımlayanların puan ortalaması 3.52 ± 0.48 iken, normal olarak tanımlayanların ortalaması 3.70 ± 0.47 , şişman olarak tanımlayanların ortalaması 3.27 ± 0.59 ’dur. Buna göre kendisini normal olarak tanımlayanlarda yaşam kalitesi en fazladır. Yaşamında kendisini şişman bulduğu bir dönem olma durumu farklı olan gruplar arasında yaşam kalitesi açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). Böyle bir dönemi olanların ortalaması 3.50 ± 0.51 iken olmayanların ortalaması 3.77 ± 0.49 ’dur. Buna göre yaşamında kendini şişman bulduğu bir dönemi olmayanlarda yaşam kalitesi daha fazladır.

Ailesinde ve/veya yakın çevresinde şişman bireyler olma durumu farklı olan gruplar arasında yaşam kalitesi açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). Etrafında böyle birisi olanların puan ortalaması 3.57 ± 0.52 iken olmayanların ortalaması 3.79 ± 0.45 ’dir. Buna göre ailesinde ve/veya yakın çevresinde şişman bireyler olmayanlarda yaşam kalitesi daha fazladır.

Tablo 4.20. Bireylerin yaşam kalitesinin fiziksel aktivite ve obezite hakkındaki tutum açısından dağılımı

		Yaşam Kalitesi				P	İkili Fark
		X	SS	Alt	Üst		
Düzenli olarak fiziksel aktivite yapma durumu	Var	3.70	0.54	1.75	4.75	0.040*	
	Yok	3.55	0.50	2.25	4.88		
Yemek yeme hızınız	Yavaş	3.79	0.59	2.75	4.75	0.219	
	Orta	3.64	0.45	2.50	4.88		
	Hızlı	3.55	0.57	1.75	4.75		
	Çok hızlı	3.47	0.59	2.25	4.38		
Obez bireylere karşı tutum	Ön yargılıyım	3.53	0.62	1.75	4.25	0.504	
	Ön yargısızım	3.64	0.49	2.25	4.75		
	Kararsızım	3.57	0.56	2.38	4.88		
Kendinizi tanımlama	Zayıf	3.52	0.48	2.88	4.75		2-3
	Normal	3.70	0.47	2.63	4.88	0.000*	
	Şişman	3.27	0.59	1.75	4.38		
Kendinizi şişman buldukları bir dönem	Var	3.50	0.51	1.75	4.75	0.000*	
	Yok	3.77	0.49	2.75	4.88		
Obez olmak bir insanın yaşayabileceği şeydir	En kötü	3.58	0.53	2.25	4.88	0.834	
	Olağan bir durum	3.63	0.50	1.75	4.75		
	Fikrim yok	3.59	0.51	2.75	4.63		
Aile bireylerinizde ve/veya yakın çevrenizde şişman olma durumu	Evet	3.57	0.52	1.75	4.75	0.023*	
	Hayır	3.79	0.45	2.75	4.88		
	Zayıf	3.42	0.55	2.25	4.13		
Yakın arkadaşların genel görünümü	Normal	3.64	0.51	1.75	4.88	0.152	
	Şişman	3.48	0.55	2.38	4.50		
	Kesinlikle katılıyorum	3.60	0.57	1.75	4.75		
Obezitenin başlıca nedeni fiziksel aktivite yokluğudur	Katılıyorum	3.58	0.45	2.25	4.75	0.322	
	Kararsızım	3.53	0.60	2.38	4.88		
	Katılmıyorum/ Kesinlikle	3.74	0.52	2.88	4.75		
	Katılmıyorum						

2 gruplu ise Bağımsız Gruplar t testi; 3 ve daha gruplu fazla ise ANOVA *p<0,05

4.10. Bireylerin Önyargı Değerlendirme Sonuçları

Araştırmaya katılan bireylerin Obezite Önyargısı Ölçeği (OÖÖ) ile değerlendirilmeleri sonucu elde edilen bulgular Tablo 4.21’de gösterilmiştir. Bu

sonuçlara göre bireylerin %50.8'i önyargılı, %44.7'si önyargıya eğilimli, ve sadece %4.5'i önyargısız bulunmuştur.

Tablo 4. 21. Bireylerin obezite önyargı ölçek puanlarına göre dağılımı

OÖÖ Puanı	Erkek (n=64)		Kadın (n=135)		Toplam (n=199)		P
	S	%	S	%	S	%	
Önyargısız (68 altı) (25 percentil altı)	2	3.1	7	5.2	9	4.5	0.766
Önyargıya Eğilimli (68-84.99) (25-75 percentil)	28	43.8	61	45.2	89	44.7	
Önyargılı (85 üstü) (75 percentil üstü)	34	53.1	67	49.6	101	50.8	

Ki-kare testi $p>0.05$

Obezite ön yargısı bakımından erkek ve kadınlar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$)

Bireyler obez olan olmayan olarak gruplanarak obezite önyargı puanları ile ilişki olup olmadığına da bakılmış ve sonuçlar Tablo 22'de gösterilmiştir. Görüldüğü gibi obez olanlar ve olmayanlar ile obezite önyargısı puan düzeyi arasında önemli bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Tablo. 4.22. Obez olan ve olmayan bireylerin OÖÖ puanlarına göre dağılımı

OÖÖ Puanı	BKİ						P
	Obez Olmayan (n=117)		Obez (n=82)		Toplam (n=199)		
	S	%	S	%	S	%	
Önyargısız (68 altı)	4	3.4	5	6.1	9	4.5	0.637
Önyargıya Eğilimli (68-84.99)	54	46.2	35	42.7	89	44.7	
Önyargılı (85 üstü)	59	50.4	42	51.2	101	50.8	

Bireylerin yaş, eğitim durumu, günlük ana ve ara öğün sayısı ve öğün atlama durumu ile obezite önyargısı arasında ilişki olup olmadığına da bakılmış, Tablo 4.23'de görüldüğü gibi arada önemli bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.23. Obezite önyargısının bireylerin yaş, eğitim durumu, ana ve ara öğünleri ilişkisine göre değerlendirilmesi sonuçları

		Obezite Önyargı Ölçeği				
		X	SS	Alt	Üst	P
Yaş	20 yaş ve altı	84.63	10.12	63.00	110.00	0.977
	21-40 yaş	84.61	9.33	64.00	104.00	
	41 yaş ve üstü	84.32	9.55	56.00	105.00	
Cinsiyet	Erkek	85.17	8.74	58.00	10300	0.627
	Kadın	84.19	9.91	56.00	110.00	
Eğitim Durumu	İlkokul	85.25	11.35	7200	97.00	0.938
	Ortaokul	87.67	7.12	80.00	96.00	
	Lise	84.80	8.20	67.00	105.00	
	Üniversite	84.24	9.89	56.00	110.00	
Günlük ana öğün sayısı	Yüksek Lisans/Doktora	84.41	10.29	61.00	104.00	0.224
	1	88.75	6.54	79.00	99.00	
	2	83.16	9.32	61.00	105.00	
	3 ve daha fazla	84.79	9.75	56.00	110.00	
Günlük ara öğün sayısı	Yok	84.51	10.63	64.00	105.00	0.558
	1	85.59	7.49	67.00	110.00	
	2	83.87	10.80	56.00	104.00	
	3 ve daha fazla	82.58	10.28	61.00	98.00	
Ana öğün atlar mısınız?	Evet	84.83	9.88	56.00	110.00	0.627
	Hayır	84.17	9.19	58.00	103.00	

2 gruplu ise Bağımsız gruplar t testi; 3 ve daha gruplu ise ANOVA *p<0.05

Obezite önyargısının fiziksel aktivite yapma ve obezite hakkındaki tutum açısından değerlendirilmesinde (Tablo 4.24) obez bireylere karşı tutumu farklı olan gruplar arasında obezite önyargısı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Önyargılı olanların puan ortalaması 90.36 ± 8.66 , önyargısız olanların ortalaması 82.83 ± 9.58 , kararsız olanların ortalaması $86,76\pm 8.40$ 'dır. Buna göre obez bireylere karşı tutumu önyargılı olanlarda obezite önyargısı en fazladır.

Obez olmanın bir insanın yaşayabileceği nasıl bir olay olduğunu farklı düşünen gruplar arasında obezite önyargısı açısından da istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Obez olmanın en kötü bir durum olduğunu düşünenlerin ortalaması 86.52 ± 8.99 ; olağan bir durum olduğunu düşünenlerin ortalaması $82,68\pm 10.20$; fikri olmayanların ortalaması $83,30\pm 8.16$ 'dır. Buna göre obez olmanın bir insanın yaşayabileceği en kötü bir durum olduğunu düşünenlerin obezite önyargısı daha yüksektir.

Tablo 4.24. Obezite önyargısının fiziksel aktivite ve obezite hakkındaki tutum açısından değerlendirilmesi

		Obezite Önyargı Ölçeği				P	İkili Fark
		X	ss	Alt	Üst		
Düzenli olarak fiziksel aktivite yapma durumu	Evet	85.35	8.73	58.00	103.00	0.312	
	Hayır	83.96	10.09	56.00	110.00		
	Yavaş	84.55	10.72	64.00	103.00		
Yemek yeme hızı	Orta	83.76	9.30	56.00	110.00	0.714	
	Hızlı	85.44	9.00	69.00	105.00		
	Çok hızlı	85.45	13.09	61.00	103.00		
Obez bireylere karşı tutum	Ön yargılıyım	90.36	8.66	72.00	105.00	0.001*	1-2
	Ön yargısızım	82.83	9.58	56.00	110.00		2-3
	Kararsızım	86.76	8.40	69.00	103.00		
Kendinizi tanımlama	Zayıf	86.50	10,77	65.00	103.00	0.355	
	Normal	84.73	9.18	56.00	110.00		
Kendinizi şişman buldukları bir dönem	Var	84.62	9.47	56.00	110.00	0.843	
	Yok	84.35	9.69	63.00	103.00		
Obez olmak bir insanın yaşayabileceği ... şeydir	En kötü	86.52	8.99	61.00	105.00	0.023*	1-2
	Olağan bir durum	82.68	10.20	56.00	110.00		
	Fikrim yok	83.30	8.16	65.00	103.00		
Aile bireylerinde ve/veya yakın çevrenizde şişman olma durumu	Evet	84.21	9.80	56.00	110.00	0.525	
	Hayır	85.35	7.92	71.00	100.00		
	Zayıf	81.50	12.32	63.00	104.00		
Yakın arkadaşların genel görünümü	Normal	84.45	9.40	56.00	110.00	0.135	
	Şişman	88.33	6.63	80.00	103.00		
	Kesinlikle katılıyorum	85.67	10.83	58.00	110.00		
Obezitenin başlıca nedeni fiziksel aktivite yokluğudur	Katılıyorum	85.05	8.13	67.00	104.00	0.402	
	Kararsızım	83.41	8.96	65.00	98.00		
	Katılmıyorum/ Kesinlikle Katılmıyorum	82.44	10.66	56.00	103.00		

2 gruplu ise Bağımsız gruplar t testi, 3 ve daha gruplu ise ANOVA *p<0.05

Obezite önyargısı ile BKİ, bel ve kalça çevresi, aktivite faktörü, BMH, günlük enerji harcaması ve yaşam kalitesi gibi değişkenler arasındaki ilişkiye bakıldığında, araştırmaya katılan erkek bireylerde BKİ, BMH ve günlük enerji

harcaması ile obezite önyargı ölçeği puanları arasında negatif yönlü orta derecede bir ilişki olduğu görülmüştür (Tablo 25).

Tablo. 4.25. Obezite Önyargısı ile BKİ, bel ve kalça çevresi, aktivite faktörü, BMH, günlük enerji harcaması ve yaşam kalitesi gibi değişkenler arasındaki ilişki

		Erkek (n=64)	Kadın (n=135)	Toplam (n=199)
		Obezite Önyargı Ölçeği	Obezite Önyargı Ölçeği	Obezite Önyargı Ölçeği
BKİ	R	-0.374	0.035	-0.064
	P	0.002*	0.685	0.368
Bel çevresi	R	-0.229	0.058	-0.014
	P	0.156	0.541	0.867
Kalça çevresi	R	-0.136	0.044	-0.001
	P	0.402	0.643	0.988
Aktivite Faktörü	R	-0.245	-0.007	-0.061
	P	0.051	0.939	0.390
BMH	R	-0.321	-0.055	-0.043
	P	0.010*	0.526	0.544
Günlük enerji harcaması	R	-0.387	-0.052	-0.094
	P	0.002*	,0553	0.189
Yaşam Kalitesi	R	-0.071	-0.039	-0.002
	P	0.578	0.651	0.982

Pearson Korelasyon ; *p<0.01

Son olarak, obezite önyargısı ile enerji ve besin tüketimi arasında bir ilişki olup olmadığı da değerlendirilmiş ve Tablo 4.26'da gösterilmiştir. Korelasyon testi sonucunda besin tüketimi ve obezite önyargısı puanları arasında bir ilişki bulunamamıştır (p>0.05).

Tablo 4.26. Bireylerin önyargı ölçek puanları ile enerji ve besin tüketimi ilişkisi

Enerji ve besin öğeleri	r ve p değerleri	Erkek (n=64)	Kadın (n=135)	Toplam (n=199)
		Obezite önyargı ölçeği	Obezite önyargı ölçeği	Obezite önyargı Ölçeği
Enerji (kcal)	r	-0.081	-0.098	-0.09
	p	0.525	0.260	0.205
Protein (g)	r	-0.156	-0.036	-0.065
	p	0.217	0.678	0.358
Yağ (g)	r	-0.064	-0.082	-0.079
	p	0.613	0.342	0.267
Karbonhidrat (g)	r	-0.002	-0.077	-0.051
	p	0.987	0.376	0.475
A vitamini (mcg)	r	-0.100	-0.016	-0.039
	p	0.430	0.853	0.580
E vitamini (mg)	r	-0.091	-0.019	-0.038
	p	0.473	0.829	0.590
B 1 vitamini (mg)	r	-0.147	-0.042	-0.071
	p	0.245	0.626	0.320
B2 vitamini (mg)	r	-0.126	-0.042	-0.061
	p	0.332	0.630	0.389
Niasin (mg)	r	-0.081	-0.123	-0.116
	p	0.525	0.155	0.104
Folik asit (mcg)	r	-0.225	-0.051	-0.024
	p	0.074	0.554	0.736
C vitamin (mg)	r	-0.148	-0.058	-0.004
	p	0.244	0.505	0.953
Sodyum (mg)	r	-0.076	-0.027	-0.047
	p	0.552	0.757	0.506
Potasyum (mg)	r	-0.172	-0.111	-0.130
	p	0.173	0.199	0.068
Kalsiyum (mg)	r	-0.186	-0.011	-0.057
	p	0.141	0.898	0.423
Magnezyum (mg)	r	-0.149	-0.051	-0.077
	p	0.240	0.560	0.281
Fosfor (mg)	r	-0.227	-0.045	-0.088
	p	0.071	0.601	0.217
Demir (mg)	r	-0.218	-0.023	-0.042
	p	0.084	0.795	0.553
Çinko (mg)	R	-0.207	-0.065	-0.009
	p	0.101	0.459	0.896

Pearson korelasyon

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada, 18-64 yaş arası yetişkin bireylerin obezite önyargısı ile yaşam kalitesi ve beslenme durumları arasındaki ilişki değerlendirilmiştir. Araştırmaya 64'ü erkek 135'i kadın 199 kişi katılmıştır. Katılan bireylerin genel yaş ortalaması 36.9 ± 14.51 , erkeklerde 39.1 ± 12.38 , kadınlarda 35.9 ± 15.36 'dır.

Erkeklerin çoğunluğu (%54.7) 21-40 yaş aralığında, kadınların çoğunluğu (%36.3) 41 yaş ve üstüdür. Erkeklerin çoğunluğu (%54.7) evli ve çocuklu, kadınların çoğunluğu (%49.6) bekarlıdır. Erkeklerin çoğunluğu işçi iken (%29.7 kadınların çoğunluğu (%31.9) öğrencidir. Kadın ve erkekler arasında yaş, medeni durum ve meslek açısından anlamlı farklılık vardır. Araştırma verileri toplanırken, bazı hafta sonu günlerinden yararlanılmış ve araştırma mahallelerinde bulunan işyerlerinde çalışanlara da anket uygulanmıştır. İş yerlerinde çalışanların daha çok erkek olması meslek farkının oluşmasında önemli bir etken olmuştur denilebilir. Araştırmaya katılan bireyler, seçilen mahallelerin eğitim ve aile yapısı profilini çok güzel yansıtmaktadır. Erkeklerin ve kadınların çoğunluğu üniversite mezunudur ve oranlar sırasıyla %50.0 ve %59.3'tür. Katılan bireylerin evde birlikte yaşayan kişi sayısı bakımından, kadın ve erkek arasında farklılık olmaksızın 2-4 arasında bir sayıda olduğu görülmektedir. Ailedeki birey sayısı 1 kişi olanların oranı %14.1, 5 ve üzeri olanların oranı ise %8.6'dır. Bu bölgede yaşayanların çoğunlukla çekirdek ailelerden oluştuğu söylenebilir. TÜİK hane halkı büyüklüğü değerlerine göre tek kişilik aile oranlarında artış gözlenmektedir, 2016 yılında tek kişilik hane halkı oranı %14.9 olarak verilmiştir (111).

Araştırmaya katılan bireyler, beslenme alışkanlıkları yönünden değerlendirildiğinde, %43.2'sinin günde 1 litreden daha az su tükettiği dikkati çekmektedir. Bu oran açısından erkek ve kadın arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır, oranlar sırasıyla %43.7 ve %43.0'dır. Tüketilen ana öğün ve ara öğün açısından yapılan değerlendirmelerde, ana öğün tüketiminde bir farklılık olmadığı, bireylerin çoğunluğunun (%61.3) günde 3 ana öğün tükettiği, ancak ara öğün sayısı açısından erkekler ve kadınlar arasında anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur. Erkeklerin %34.4'ü hiç ara öğün tüketmemekte kadınlar ise erkeklere göre yaklaşık

üç kat daha fazla ara öğün tüketmektedirler. Dünya genelinde ara öğün tüketiminin arttığı ve kadınların erkeklerden daha çok ara öğün tükettiği bilinmektedir. Bu konuda en kapsamlı araştırma, bir küresel iletişim ve pazarlama şirketi olan Nielsen Company (112) tarafından 60 ülkede on-line olarak gerçekleştirilmiştir. Ara öğün pazarının gelişmesi (özellikle hazır sandviçler, çikolata-bisküvi-kuruyemiş ağırlıklı atıştırmalıklar vb), çalışan kadınların iş yaşamına daha çok katılması, ara öğün pazarının gelişmesi, kadınların premenstrual dönemde acıkma krizleri yaşaması gibi nedenlerin bu farklılıkta etken olduğu bildirilmektedir.

Araştırmaya katılan bireylerin %54.3'ü ana öğün atladığını bildirmiştir. Ana öğün atlama bakımından erkek ve kadınlar arasında bir farklılık bulunmamakta, ancak erkekler daha çok sabah kahvaltısını (%50.0) kadınlar ise öğle öğününü (%48.7) atlamaktadırlar. Bireylerin %30.7'si vitamin ve mineral takviyesi kullandıklarını, %69.3'ü kullanmadıklarını belirtmişlerdir, kullananlar arasında kadınların oranı erkeklerden anlamlı olarak daha fazla bulunmuştur ($p < 0,05$). Toplumumuzda TBSA 2010 (26) sonuçlarına göre en çok kullanılan vitamin destekleri D vitamini, folik asit, B12 vitamini ve C vitamini, mineral destekleri kalsiyum, çinko ve demir olarak verilmektedir. Bu çalışmada alınan vitamin ve minerallerin neler olduğu sorulmamışsa da kullanılan oranlar dikkate alındığında vitamin ve mineral desteği kullanımının 2010 yılı verilerine göre daha yüksek olduğu ve söylenebilir.

Araştırmaya katılan bireylerin %52.8'i hiç sigara içmediklerini, %32.7'si içtiklerini, %14.6'sı da bıraktığını ifade etmiştir. Hiç sigara içmediğini bildirme oranı erkeklerde %4.2 kadınlarda %57.8'dir. Cinsiyet ile sigara içme durumu arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildir. Sigara içenler içtikleri sigara sayısı olarak çoğunlukla (%84.6) günde 1-20 arasında, kalanı da (%15.4) 21-40 arasında bir sayı bildirmişlerdir. Bireylerin %46.7'si alkol tüketme alışkanlığı olmadığını bildirmişlerdir. Alkol tüketimi açısından erkeklerle kadınlar arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Bu durum, sigara ve alkol fiyatlarındaki artışın kullanım oranını azaltma yönünde etkin olduğunu düşündürebilir. Türkiye genelinde sigara içme oranının daha çok eğitim düzeyi düşük erkeklerde yüksek olduğu bilinmektedir (26). Araştırmaya alınan erkeklerin eğitim düzeyi Türkiye geneline göre daha yüksektir. Bu araştırmadan elde edilen sonuçlara göre, sigara tüketim oranının

erkekler arasında Türkiye geneli ortalamasına göre (%41) bir miktar da olsa azaldığının bir göstergesi olarak yorumlanabilir. Türkiye, 2006 yılında Avrupa'da en yüksek tütün kullanılan ülke durumunda iken, 2010 yılından sonra alınan önlemlerle sigara içme oranını büyük oranda düşürmeyi başarmıştır. Türkiye bu konuda yaptığı çalışmalarla 2012 yılında DSÖ tarafından ödüllendirilmiştir (113).

Bireyler, besin seçiminde ilk sırada (%66.8) besinin lezzetli olması maddesini işaretlemişlerdir. Bu sırayı ikinci olarak besinin sağlıklı olması, üçüncü sırada kolay erişebilirlik, dördüncü sırada besinin fiyatı izlemektedir. Bu sıralamada erkekler ve kadınlar arasında bir farklılık bulunmamaktadır. EUFIC (European Food Information Council)(114), besin seçiminde önemli olan belirleyicileri, fizyolojik, ekonomik, sosyal, psikolojik ve inançlar gibi kategorilere ayırarak incelediği raporunda önceliği fizyolojik belirleyicilere vermekte ve ilk üç sırayı açlık, iştah ve besinin lezzeti diye sıralamaktadır. Bu sıralamayı alım gücü, inançlar ve alışkanlıklar izlemektedir. Rapor, besin seçiminde rol oynayan kriterlerin ne kadar karmaşık olduğunu açıkta ortaya koymaktadır ve ilk sırada açlık, iştah ve lezzetin yer alması şişman kişilerin besin seçiminde ne kadar zorlandığının önemli bir işaretidir. Bu çalışmada ilk sırada besinin lezzetli olması faktörünün yer alması ve sıralamanın erkek ve kadınlar arasında farklılık göstermemesi bu yargıyı desteklemektedir.

Bireylerin obeziteye ilişkin tutumlarına göre değerlendirilmesinde, %50.3'ü yemeklerini orta hızda, %34.2' hızlı, %5.5'i de çok hızlı yediklerini belirtmişlerdir. Tablo 4.9'da belirtildiği gibi erkek ve kadınlar arasında yemek yeme hızı arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Bu sonuca göre erkekler yemeklerini daha hızlı yemekteler. Yemek yeme hızı ile obezite ve metabolik sendrom arasında ilişki olduğunu belirten araştırmalar vardır (115-116). Bu çalışmada, BKİ'lerine göre erkeklerin kadınlardan daha şişman olduğu ve bu farklılığın anlamlı olduğu bulunmuştur. Diyet uygulamalarında yemeği yavaş yemek önerisi yapıldığı bilinmektedir (117,118). Bu bağlamda, obezlerin diyetleri düzenlenirken yemeklerini yavaş yeme konusunda davranış tedavisine alınmalarında yarar vardır. Özellikle günümüzde obezite tedavisinde adolesanlara kadar inen cerrahi tedavi girişimlerinde bu durum daha büyük önem arz etmektedir (119). Beslenme davranış tedavisi yapılmamış kişilerin obezite tedavisi sonrasında diyet uygulamalarında zorlandıkları ve tekrar kilo aldıkları bilinmektedir (120,121).

Bireylerin, obezlere karşı tutumlarını tanımlamada kendilerini büyük oranda önyargısız (%67.8) olarak tanımladıkları görülmüştür. Kendilerini kararsız olarak niteleyenler %21.1 önyargılı olarak tanımlayanlar %11.1'dir. Bu tutum için erkekler ve kadınlar arasında bir farklılık yoktur. Buna karşın bireylerin %48.2'si obez olmayı bir insanın yaşayabileceği en kötü şey olarak işaretlemiştir. Bireyler kendilerini genel olarak önyargılı bulmamakta, ancak şişmanlığın kötü bir şey olduğunu da kabul etmektedirler. Bu değerlendirmede erkekler ve kadınlar arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Buna göre kadınlar erkeklerden daha çok obeziteye karşı olumsuz bir tutum içindedirler diyebiliriz. Nitekim bu konuda yapılan bir çalışmada (122) kadınların obez bireylere karşı tutumlarında erkeklere oranla daha negatif bir tutum içinde oldukları gösterilmiştir. Tutumu değerlendiren diğer sorular arasında kadınlar ve erkekler arasında önemli bir farklılık bulunmamıştır.

Araştırmaya katılan bireyler çoğunlukla (%53.8) düzenli egzersiz yapmadıklarını ifade etmişlerdir. Egzersiz yaptığını söyleyenler de çoğunlukla yürüyüş yaptıklarını ifade etmişlerdir. Egzersiz yapıp yapmama bakımından erkekler ve kadınlar arasında farklılık bulunmamaktadır. Ancak, beklenildiği gibi bireylerin günlük aktiviteleri için hesaplanan aktivite faktörü, BMH ortalaması ve günlük harcanan ortalama enerji erkeklerde kadınlardan anlamlı olarak daha fazladır. Bu sonuca göre erkekler kadınlardan daha çok enerji harcamaktadırlar.

Bireylerin antropometrik ölçümleri risk gruplarına göre değerlendirildiklerinde %53.8'inin normal ağırlıkta, %41,2'sinin şişman ve %5.0'inin zayıf olduğu bulunmuştur. TNSA 2008 araştırmasına göre kronik enerji yetersizliğini tanımlamak için yetişkinlerde Beden Kütle İndeksi (BKİ) kesişim noktası (cut-off) <18.5 olarak alınmaktadır ve Türkiye'de yetişkin kadınlarda kronik-enerji yetersizliği önemli bir sorun olarak görülmemektedir. TÜİK 2010 (111) verilerine göre 15 yaş ve üzeri bireylerde zayıflık görülme sıklığı erkeklerde %3.5, kadınlarda %5.9 ve toplamda %4.7'dir. Bu çalışmada bulunan zayıflık oranı Türkiye geneli ile uyumludur. Türkiye Sağlık ve Beslenme Araştırması 2010 (26)'na göre 19 yaş üstü yetişkinlerde fazla kiloluluk (BKİ 25-29.9) ve şişmanlık (BKİ 30 üstü) oranları sırasıyla %35.6 ve %30.3 olarak verilmektedir. Bu çalışmada ise, bulunan değerlerde şişmanlık erkeklerde daha fazladır ve bu farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır. Bel çevresi ölçümleri arasında erkekler ve kadınlar arasında

farklılık olmamasına karşın, bel/kalça oranı ve bel/boy oranı arasında önemli farklılık vardır ve erkekler her iki oran için daha riskli durumdadırlar. Ancak araştırmada bireylerin vücut yağ oranları ölçülmediği için ağırlık fazlalığının yağdan mı yoksa kastan mı geldiğini yorumlamak doğru olamayacaktır.

Araştırmaya katılan bireylerin 24 saatlik besin tüketim kayıtlarına göre aldıkları enerji ve besin öğeleri, günlük gereksinimleri ile kıyaslandığında enerji gereksinimin erkekler ve kadınlar için sırasıyla %62.5 ve %71.2 kadar kısmının karşılandığı görülmektedir. Bireylerin günlük aldıkları enerji tüketim ortalaması erkeklerde 1313.2 ± 429.04 , kadınlarda 1274.7 ± 422.35 'dir. Bu değerler araştırmaya katılan bireylerin yaş ortalamasına göre oldukça düşüktür. Bireylerin besinlerle aldıkları vitamin ve mineral tüketimleri bakımından folik asit, demir, çinko ve sodyum dışında kadınlar ve erkekler arasında anlamlı bir farklılık bulunmadığı, erkeklerde sodyum ve fosforun, kadınlarda ise yağ, A vitamini, sodyum ve fosforun gereksinimin üzerinde tüketildiği görülmüştür. Gereksinimin karşılanmasında %50'nin altında kalan öğeler erkekler için karbonhidrat, B1, potasyum, kalsiyum, magnezyum ve folik asit, kadınlar için de karbonhidrat, kalsiyum, B1, folik asit, potasyum, kalsiyum ve demirdir. Folik asit yetmezliği özellikle 15-49 yaş arasında önemli bir halk sağlığı sorunudur (26). Bu bağlamda folik asit tüketiminin alınması gerekenin çok altında kalmasında tüketilen besinler arasında yeşil yapraklı sebzelerin bulunmaması ve turunçgillerin yer almamasının sorun oluşturduğu düşünülebilir. Nitekim araştırmaya katılan bireylerin 24 saatlik besin tüketim kayıtlarında bu grup besinlerin daha az yer aldığı da dikkat çekicidir. Araştırmaya katılan bireylerin yaş ortalamasına göre günlük almaları gereken enerji erkekler için 2600-2800, kadınlar için 2000-2100 olarak verilmektedir (44). Sonuçların bu kadar düşük çıkması, araştırmaya katılan bireylerin tükettikleri besinlerin miktarlarını daha düşük bildirdikleri şeklinde yorumlanabilir. Nitekim bireyler günlük 24 saatlik besin tüketim formuna kadar sorulan soruların uzunluğundan şikayet etmişler ve yedikleri miktarları çok isteksiz cevaplamışlardır.

Her ne kadar bireylerin besinlerle aldıkları enerji düşük çıkmış olsa da fiziksel aktivite bulgularına göre hesaplanan değerler ihtiyaçlarını karşılar durumdadır. Buna göre bireylerin aldıkları enerji düşük, ancak harcadıkları enerji olması gerekene oldukça yakındır denilebilir.

Bireylerin Yaşam Kalitesi ölçeğinde yer alan 8 değişkene göre aldıkları puan ortalaması 3.61 ± 0.52 'dir. Erkeklerle kadınlar arasında gerekli enerjiye sahip olma, günlük yaşam aktivitelerini sürdürmeden hoşnut olma, ihtiyaçlarını karşılayacak kadar paraya sahip olma dışında diğer değişkenlerdeki puan ortalamaları arasında farklılık bulunmamaktadır. Bu sonuçlara göre erkeklerin günlük yaşam enerjileri kadınlara göre daha fazla, günlük aktivitelerini sürdürme becerilerinden kadınlara göre daha hoşnut oldukları görülmektedir. İhtiyaçlarını karşılayacak kadar paraya sahip olma açısından ise kadınlar erkeklere göre daha fazla olduğunu belirtmişlerdir. Yaşam kalitesi ölçeği yaş gruplarına göre değerlendirildiğinde arada anlamlı farklılık bulunmuştur. 41 yaş ve üstü bireylerde yaşam kalitesi diğer gruplara göre daha yüksektir. Hoca (123) tarafından 65 yaş üzeri bireylerde, yaşam kalitesi ölçeği kullanılarak yapılan bir çalışmada ortalama puan 3.8 bulunmuştur. Bu çalışmada ortalama puan Hoca'nın çalışmasına göre daha düşük bulunmuşsa da iki araştırma arasında dikkat çeken en önemli fark yaşlı bireylerde erkek kadın arasında 8 değişkenin 6'sında kadınlarla erkekler arasında fark görülmesidir.

Bu çalışmada yaşam kalitesi ile fiziksel aktivite ve obeziteye karşı tutum arasında ilişkiye de bakılmış ve düzenli olarak fiziksel aktivite yapanlarda yaşam kalitesi anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Bireylerin kendilerini tanımlama şekli ile yaşam kalitesi açısından da farklılık vardır. Kendilerini zayıf olarak tanımlayanlarda yaşam kalitesi ortalaması 3.52 iken normal olarak tanımlayanlarda 3.70 ve şişman olarak tanımlayanlarda 3.27'dir. Kendilerini normal olarak tanımlayanlarda, kendilerini zayıf ya da şişman tanımlayanlara göre yaşam kalitesi puanı daha yüksek ifade edilmiştir. Bu değerlendirmeden beden algısı ile yaşam kalitesi arasında ilişki olduğu sonucu çıkarılabilir. Fiziksel aktivite ve yaşam kalitesi ile beden algısı ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiler çalışmalarla gösterilmiştir (2,124-126).

Bireylere uygulanan Obezite Önyargısı Ölçeği (OÖÖ) sonuçlarına göre, puanları 85'in üzerinde (önyargılı) olanların oranı %50.8, puanları 68-84.99 (önyargıya eğilimli) olanların oranı %44.7 olarak bulunmuştur. Önyargısız (68 puanın altında) olanların oranı sadece %4.5'tur. Bu sonuçlara göre araştırmaya katılan bireylerin obez bireylere karşı bakışları önyargılıdır. Benzer çalışma Sert ve ark.(127) tarafından da yapılmış ve benzer sonuçlar alınmıştır. Ancak, İspir (128)'in

beslenme ve diyetetik eğitimi alan öğrenciler üzerinde ve Akgül (32)'ün özel bir hastanede çalışan personel üzerinde yaptıkları obezite önyargısı çalışmalarında, katılımcıların çoğunlukla ağırlıkları normal ve OÖÖ puanları daha düşük (çoğunlukla önyargısız,) bulunmuştur.

Bireylerin obezite önyargısı puanları yaş, cinsiyet, eğitim, ana ve ara öğrenim ilişkisine göre yapılan karşılaştırılmalarında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Ancak, bireylerin obez bireylere karşı tutumu ile obezite önyargısı arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Obez bireylere bakışı önyargılı olanlarda obezite önyargısı puanı daha yüksek (90.36) bulunmuştur. Kendi beyanlarına göre obez olmanın bir insanın yaşayabileceği en kötü şey olarak tanımlayanların obezite önyargı puanlarının diğerlerine göre daha yüksek olduğu ve bu farklılığın da istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur.

Obezite önyargısı üzerinde yapılan çalışmalarda en çok dile getirilen husus, önyargının Dünya genelinde arttığı ve obezlerin tedavilerinde, eğitimlerinde ve sosyal yaşantılarında büyük sorunlara yol açtığına yoğunlaşmakta ve yurt dışında bu konuda eğitim ve farkındalık çalışmaları yapılmaktadır. Obezite önyargısının obezlerin tedavilerinden sorumlu olan sağlık personelinde görülmesi ayrı bir sorun yaratmaktadır. Sağlık personelinde obezite önyargısı olmasının, tedaviye çok olumsuz bir şekilde yansıdığı ifade edilmektedir (3,4). Amerikan Tıp Derneği (American Medical Association-AMA) tarafından 2013 yılında yapılan “obezite ciddi bir hastalıktır” tanımlamasının bu önyargıların artışında etken olduğu söylenmektedir. Bu tanımlama obezlerin kendilerine daha dikkat edecekleri ve diyet ve egzersizlerini ciddiye alacakları beklentisi ile yapılmış, oysa sonuç tam tersi olmuştur. Çünkü günümüz dünyasında bireyler, kadınlar için ince olmak, erkekler için de kaslı atletik olmak şeklinde bir beden algısı yaratmışlar ve böyle olmayı mutlulukla özdeşleşmişlerdir (31,129). Ata (130), bu konuda yaptığı doktora tez çalışmasında, Amerikan Tıp Derneği'nin bu deklarasyonunun obez bireyler üzerindeki etkisini irdelemiş ve bireylerin obezogenik bir çevrede yaşamaları, yoğun ve rekabetçi çalışma ortamında egzersize zaman ayıramamaları gibi nedenlerle psikolojik olarak çok zorlandıklarını ve obezite ile mücadele yerine depresif davranışlar içine çekildiklerini dile getirmektedir.

Bu araştırmadan elde edilen bulgularla, örneğin oluşturulmasındaki sınırlılıklara karşın, araştırmaya katılan bireylerin, büyük çoğunlukla obez olmanın çok kötü olduğunu ifade etmeleri ve obezite önyargı leğine göre önyargılı olarak değerlendirilmeleri dikkate alınarak, kalıp yargıların oluşmaya başladığı öngörülebilir.



6. SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Bu çalışma, obezite önyargısı ile yaşam kalitesi ve beslenme durumları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amacıyla, 18-64 yaş arası yetişkin, 64'ü erkek, 135'i kadın 199 gönüllü katılımcı birey ile gerçekleştirilmiş ve aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- 1- Bireylerin yaş ortalaması 36.9 ± 14.51 'dir. Bu oran erkeklerde 39.1 ± 12.38 , kadınlarda 35.9 ± 15.36 'dir. Bireylerin, %43.7'si bekar, %40.2'si evli ve çocukludur. Evli ve çocuksuz olanlar %8.0, dul ve boşanmış olanlar %8.0'dir. Bekarların oranı kadınlarda %49.6, erkeklerde %31.3, dul/boşanmış kadınlarda %9.6, erkeklerde %4.7'dir. Yaş ve medeni durum arasındaki bu farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.
- 2- Bireylerin %56.3'ü üniversite mezunu, %20.1'i lise mezunudur. İlkokul/ortaokul mezunları oranı %5.0, Yüksek Lisans/Doktora mezunu oranı %18.6'dır. Araştırmaya katılan bireylerin eğitim durumu Türkiye geneline göre daha yüksektir. Eğitim durumu açısından erkeklerle kadınlar arasında anlamlı bir farklılık yoktur.
- 3- Bireylerin %24.6'sı öğrenci, %23.6'sı memur, %16.1 işçi, %15'i serbest meslek mensubu, diğerleri %9.5'i emekli, %5.0'i ev hanımı/çalışmıyor şeklinde dağılmıştır. Meslek açısından erkek ve kadınlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.
- 4- Bireylerin gelir düzeyi değerlendirilmelerinde, geliri gidere eşit olanların oranı %58.3, geliri giderinden az ve geliri giderinden çok olanların oranı birbirlerine çok yakın, sırasıyla %20.6 ve %21.1 olarak bulunmuştur, erkek ve kadın arasında bu anlamda bir farklılık bulunmamaktadır.
- 5- Bireylerin %92.0 oranında sosyal güvencesi bulunmaktadır.
- 6- Bireylerin kendileri ile birlikte evde yaşayan kişi sayısı ortalama 2-4 arasındadır. Bu açıdan erkek ve kadın arasında bir farklılık bulunmamaktadır.
- 7- Bireyler günlük su tüketimi miktarlarını %43.2 oranında 1 litreden az olarak bildirmişlerdir. 1-1.5 litre arasında su tüketenler %25.6, 1.5-2 litre

arasında tüketenler %16.1 ve 2 litreden fazla içenler %15.1 bulunmuştur. Bu oranlar arasında erkek ve kadın açısından bir farklılık bulunmamaktadır.

- 8- Bireylerin %61.3'ü günde 3 ana öğün tüketmektedir. İki öğün tüketenlerin oranı %33.7, tek öğün tüketenlerin oranı %4.1'dir. Bu oranlar arasında kadın erkek açısından bir farklılık bulunmamaktadır.
- 9- Ana öğün atlayanların oranı %54.3'tür, atlanan öğün bakımından kadınlarla erkekler arasında istatistiksel olarak anlamlılık olmamakla birlikte atlanan öğün, erkeklerde %50.0 oranında sabah kahvaltısı, kadınlarda %48.7 oranında öğle yemeği olarak belirtilmiştir. Öğün atlama nedeni %55.6 oranında zaman yetersizliği olarak belirtilmiştir. Canı istemiyor/iştahsız ikinci sırada neden olarak bildirilmiştir, oranı %18.5'dir.
- 10- Bireylerin %39.2'si günde 1 ara öğün, %30.2'si 2 ara öğün, %12.1'i 3 ve daha fazla ara öğün yediğini, %18.6'sı ise hiç ara öğün tüketmediğini belirtmiştir. Erkekler ve kadınlar arasında ara öğün tüketimi bakımından anlamlı bir farklılık vardır. Erkeklerin %34.4'ü hiç ara öğün tüketmezken kadınlar 2 ve daha fazla öğün tüketmektedir.
- 11- Öğün aralarında yenilen besinlerde birinci sırayı, meyve/sebze, ikinci sırayı kek/bisküvi/kurabiye, üçüncü sırayı kuruyemiş/kuru meyve, dördüncü sırayı süt/ayran/peynir almaktadır. Kadınlarda bu sıralama aynen korunurken, erkeklerde dördüncü sırayı sandviç/tost/börek almıştır.
- 12- Bireylerin evde kullanılan pişirme yöntemlerinde ilk sırayı kendi suyu ile ağız kapalı pişirme (%79.4), ikinci sırayı fırında pişirme (%70.4) üçüncü sırayı yağda kavurduktan sonra pişirme (%28.6) almaktadır. Erkekler ve kadınlar arasında bu sıralama değişmemektedir.
- 13- Bireyler, yemeklerde en sık kullanılan yağ türü sorusuna ilk sırada zeytinyağı (%78.4), ikinci sırada tereyağı (%58.8), üçüncü sırada ayçiçek yağını (%38.2) göstermişlerdir, bu sıralama erkekler ve kadınlar arasında değişmemektedir.
- 14- Bireylerin %69.3'ü vitamin/mineral takviyesi kullanmadıklarını belirtmiştir. Vitamin/Mineral kullanımı erkeklerde %20,3, kadınlarda

%35.6' dır. Kadınlar anlamlı olarak erkeklerden daha çok vitamin/mineral kullanmaktadırlar.

15- Bireylerin%52.8'i hiç sigara içmediğini belirtmiştir. Sigara içme, içmeme, bırakma vb açısından erkekler ve kadınlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamasına karşın, içen erkek ve kadın yüzdesinin sırasıyla %39.1 ve %29.6 oluşu dikkat çekicidir. Türkiye geneline göre sigara içme oranı araştırma grubunda daha düşüktür. Sigara içme alanlarının daraltılması konusunda alınan etkin önlemlerin bu azalmada etkisi büyük olmuştur denilebilir.

16- Bireyler arasında alkol tüketmeyenlerin oranı %46.7'dir. Kadın ve erkekler arasında alkol tüketimi açısından anlamlı bir farklılık yoktur. Tüketimin kısıtlanması ve fiyatların yüksekliği bu durumda etkin olmuştur denilebilir.

17- Bireylerin besin seçiminde etkin olan faktörlerde, %66.8 ile ilk sırayı lezzetli olması, ikinci sırayı sağlıklı olması (%48,7) ve üçüncü sırayı kolay ulaşılabilirlik (%15,1) almıştır. Kadın ve erkekler arasında sıralamada fark yoktur. Yemek seçiminde lezzet hala ilk sırayı korumaktadır denilebilir.

18- Bireylerin %50,2'ü yemek yeme hızını orta, %34,2'si hızlı olarak işaretlemiştir. Yemek yeme hızı açısından erkekler ve kadınlar arasında anlamlı farklılık bulunmuştur, erkekler yemeklerini kadınlara göre daha hızlı tüketmektedirler.

19- Bireyler kendilerini obez bireylere karşı önyargısız (%67,8), kararsız (%21,1) ve ancak %11.1'i önyargılı olarak değerlendirmişlerdir.

20- Bireyler kendinizi nasıl tanımlarsınız sorusunda kendilerini %74.4 oranında normal, %17,6 oranında şişman ve %8.0 oranında zayıf diye tanımlamışlardır. Bu tanımlamada erkekler ve kadınlar arasında farklılık bulunmamaktadır.

21- Bireylerin %59.3'ü yaşamlarında kendilerini şişman buldukları bir dönem oldu mu sorusuna evet diye cevap vermişlerdir, erkekler ve kadınlar arasında bu anlamda bir farklılık bulunmamaktadır.

- 22- Bireylerin %48.2'si obez olmak bir insanın yaşayabileceği en kötü şeydir diye cevap vermiştir. Olağan bir durum diyenlerin oranı %38.2, fikrim yok diyenlerin oranı ise %13.6'dır. Bu değerlendirmede erkekler ve kadınlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Kadınlar, erkeklere göre obez olmanın kötü bir şey olduğunu, erkekler ise kadınlara göre normal bir şey olduğunu düşünmektedirler.
- 23- Bireylerin %82.9'u (erkeklerde %82.8, kadınlarda %83.0) ailelerinde ve yakın çevrelerinde şişman bireyler olduğunu belirtmişlerdir..
- 24- Yakın çevrede/ aile bireylerinde şişman olanların kimler olduğu sorusunda, erkeklerde ilk sırada arkadaş/komşu (%24.5), ikinci sırada anne (%18.9), üçüncü sırada kardeş/amca/dayı (%15.1), kadınlarda ise birinci sırada anne (%21.4), ikinci sırada hala/teyze, (%17.9), üçüncü sırada büyükanne/büyükbaba yer almaktadır.
- 25- Bireylerin %53.8'i düzenli egzersiz yapmamaktadır. Bu oran erkeklerde %50.0, kadınlarda %55.6'dır. Düzenli egzersiz yaptığını söyleyenler (%46.2), çoğunlukla (%67.4) yürüyüş yaptıklarını belirtmişlerdir. Aktivite yapma sıklığı en çok (%39.1) haftada 1-2 kez olarak belirtilmiştir.
- 26- Bireylerin aktivite faktörü erkeklerde 1.37, kadınlarda 1.32, BMH erkeklerde 1831,1 kadınlarda 1354.8) olarak bulunmuştur. Bu değerlere göre harcanan enerji ortalaması erkekler için 2504.4 kadınlar için 1784.4'dir.
- 27- Bireylerin beden ağırlığı ortalaması erkeklerde 84.5 kg, kadınlarda 63.0 kg, boy uzunluğu erkeklerde 178.7cm, kadınlarda 164.2cm, BKİ değerleri ortalaması, erkeklerde 26.4, kadınlarda 23.4, belçevresi erkeklerde 92.2, kadınlarda 77.1, kalça çevresi ortalaması erkeklerde 107.7, kadınlarda 99.9 olarak bulunmuştur.
- 28- Bireyler antropometrik ölçümlerine göre obezite riski açısından değerlendirildiğinde çoğunluğunun (%53.8) BKİ açısından normal olduğu belirlenmiştir. Bu oran kadınlarda %63.7 erkeklerde %32.8'dir. BKİ'ye göre şişman olan erkekler %64.1, kadınlar ise %30.1 'dir. Erkekler BKİ açısından kadınlara göre daha risk altında görülmektedir. Ancak, bu

ağırlık farkının yağdan mı yoksa kastan mı olduğu ölçülmediği için bir yorum yapmak doğru değildir. Yine de bireylerin bel /kalça ve bel boy değerlendirmelerinde de benzer sonuçlar görülmüştür. Erkeklerin bu ölçüm sonuçlarına göre kadınlardan daha riskli durumda olduğu söylenebilir.

29- Bireylerin günlük besin tüketimlerine göre aldıkları enerji 1287.1 kkal olarak bulunmuştur. Bu değer erkeklerde 1313.1 kkal kadınlarda 1274.7 kkal'dir. Bu değerler, Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberi 2015'te araştırmaya katılan bireyler için önerilen (erkekler için 2600-2800, kadınlar için 2000-2100) değerlere göre oldukça düşüktür. Ankette bildirilen besin miktarlarının yeterli ifade edilmediği sonucunu düşündürmektedir, nitekim katılımcılar anket sorularının çokluğundan yakınmışlar ve yedikleri besin miktarlarını çok isteksiz cevaplamışlardır.

30- Bireylerin tükettikleri günlük protein, yağ, karbonhidrat, vitamin ve mineral miktarları da tüketilen enerjinin düşüklüğü ile paralel olarak gereksinimin altında, bazı öğeler gereksinim üzerinde, bazı değerler erkek kadın için farklıdır. Tüketilen besin öğeleri değerleri önerilen miktarlara göre değerlendirildiğinde erkeklerde sodyum ve fosforun, kadınlarda yağ, A vitamini, sodyum ve fosforun gereksinimin üzerinde tüketildiği görülmektedir.

31- Gereksinimin karşılanmasında %50'nin altında kalan besin öğeleri, erkekler için karbonhidrat, kalsiyum, Vitamin B1, folik asit, potasyum, kalsiyum ve demirdir.

32- Demir mineralinin önerilen miktarı erkek için 10 mg, kadın için 18 mg'dir. buna bağlı olarak erkeklerin demir tüketimi gereksinimin (%84.5'ini karşılarken, kadınlar tükettikleri besinlerle gereksinimin ancak %47.3'sini karşılamaktadır.

33- Erkek ve kadınlar arasında çinko tüketim miktarı arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Erkeklerin çinko tüketimi 9.19mg iken, kadınlarınkı 7.90mg'dir. Erkeklerin daha çok kebab türü besinler tüketmeleri bu durumda etken olmuştur denilebilir. Nitekim erkek ve kadınlar arasında farkı bulunan diğer bir mineral de sodyumdur.

Erkeklerin aldıkları sodyum miktarı 3181.9 mg iken kadınlarınki 2848.8 mg'bulunmuştur.

34- Folik asit tüketim miktarı açısından kadın ve erkekler arasında önemli bir farklılık bulunmamasına karşın, her iki gurubun tükettikleri miktar alınması gereken miktarlara göre oldukça düşüktür. Folik asit açısından erkekler gereksinimlerinin ancak %20.9'unu kadınlar da %21.6'sını karşılayabilmektedirler. Tüketilen besinler arasında turuncgiller ve yeşil yapraklı sebzelerin yetersizliği dikkat çekicidir, bu düşüklükte bu durumun etkisi olduğu düşünülebilir.

35- Bireylerin yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları puan ortalaması 3.61'dir. Ölçekteki değişkenlerden, gerekli enerjiye sahip olma, günlük yaşam aktivitelerini sürdürebilmeden hoşnut olma, ihtiyaçlarını karşılayacak kadar paraya sahip olma açısından erkek ve kadınlar arasında farklılık vardır. Erkeklerin gerekli enerjiye sahip olma değişkeni 3.84 iken, kadınların 3.57'dir. Günlük yaşam aktivitelerini sürdürebilme becerisinden hoşnut olma durumu değişkeni ortalaması erkeklerde 3.88 iken kadınlarda 3.60'tır. Erkeklerin ihtiyaçlarını karşılayacak kadar paraya sahip olma değişkeni ortalaması 3.13 iken, kadınların ki 3.39'dur. Bu sonuçlara göre erkeklerin gerekli enerjiye sahip olma ve günlük aktiviteleri sürdürebilme becerisi kadınlardan daha yüksek, ancak, ihtiyaçları karşılayacak kadar paraya sahip olma durumu kadınlarda erkeklere göre daha fazladır.

36- Bireylerin yaşam kalitesi puanları ile Yaş, Cinsiyet ve Eğitim durumları ilişkisinin değerlendirilmesinde cinsiyet ve eğitim durumu ile anlamlı bir ilişki bulunmazken, yaş ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Yirmi yaş ve altında olanların puan ortalaması 3.67, 21-40 yaş arasında olanların ortalaması 3.50 ve 41 yaş üstü olanların oranı 3.70 olarak bulunmuştur. Bu sonuca göre 41 yaş üstünde olanlarda yaşam kalitesi daha yüksektir.

37- Bireylerin yaşam kaliteleri ile Fiziksel Aktivite ve Obezite hakkındaki tutumları arasındaki ilişki de değerlendirilmiş ve düzenli fiziksel aktivite yapmayanlarda yaşam kalitesi ortalaması 3.55, yapanlarda 3.70 olarak

bulunmuştur. Bu da düzenli fiziksel aktivite yapanlarda yaşam kalitesinin daha iyi olduğunu göstermektedir.

38- Bireylerin obezite hakkındaki tutumlarını belirleyen cevaplara göre yaşam kaliteleri değerlendirildiğinde, kendilerini ağırlıkları yönünden normal olarak değerlendirenlerde, kendilerini şişman bulduğu bir dönemi olmayanlarda ve aile ya da yakın çevresinde şişman bireyler olmayanlarda yaşam kalitesi diğerlerine göre daha yüksek bulunmuştur.

39- Bireylerin OÖÖ ile değerlendirme sonuçlarında, %50.8 oranında önyargılı, %44.7 oranında önyargıya eğimlilik saptanmıştır. Önyargısız olarak değerlendirilenlerin yüzdesi sadece 4.5'tir. Erkek ve kadın bireyler arasında önyargı açısından anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Her iki grupta da yüksektir.

40- Bireylerin önyargı puanları yaş, cinsiyet ve eğitim durumları yönünden değerlendirilmiş, arada herhangi bir ilişki saptanamamıştır. Ancak bireylerin obez bireylere karşı tutumları ile önyargı puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Obez kişilere karşı tutumları önyargılı olanlarda OÖÖ puan ortalaması 90.36 iken önyargısız olanlarda 82.83, kararsız olanlarda 86.79'dur. Bu sonuçlara göre obez bireylere karşı tutumu önyargılı olanlarda obezite önyargısı en fazladır.

41- Bireylerin OÖÖ puanları ile tutum için sorulan obez olmak insanın yaşayabileceği en kötü şeydir diye cevaplayanlar arasında da bir ilişki bulunmuştur. Obez olmak normal bir şeydir diyenlerde puan ortalaması 82.62, fikri olmayanların oranı 83.30 iken kötü bir şey diyenlerde puan 86.52 ve bu sonuç da istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

6.2. Öneriler

Obezite, çağın en önemli hastalığı olarak, bireylerin fiziksel görünümelerini de etkileyerek, sadece fizyolojik değil, önemli psikolojik ve sosyal sorunlar da yaşamalarına neden olmaktadır. Toplumlarda obez bireylere karşı olumsuz tutum geliştirme ve sonrasında olumsuz önyargılar oluşturma da giderek artmaktadır. Bu önyargılar, obezlerin eğitim, sağlık ve işyeri alanlarında engellerle karşılaşmalarına neden olmaktadır. Önyargıların belirlenmesi ve bu önyargılarda farkındalık yaratılması için pek çok çalışma yapılmaktadır. Belirleme çalışmalarına Türkiye'de

de son yıllarda başlanmıştır. Henüz yetişkinler üzerinde yapılmış bir çalışma bulunmamaktadır. Bu çalışma bu boşluğu doldurmak için planlanıp yürütülmüştür. Çalışmada yaşanan sorunlar ve alınan sonuçlara ilişkin öneriler aşağıda sıralanmıştır.

1. Bu çalışma ekonomik düzeyi orta ve üst olarak belirlenen bir bölgede gerçekleştirilmiştir. Farklı sosyo-ekonomik bölgelerde tekrarlanarak daha anlamlı sonuçlar elde edilebilir.
2. OÖÖ ölçeği kullanımı kolay ancak kişilere yeterli süre verilerek, düşüncelerini daha iyi aksettirmelerine imkan verecek şekilde uygulanmasını gerektiren bir ölçektir. Araştırma kapsamında farklı anketler ve yaşam kalitesi ölçeği de kullanıldığından, bireyler OÖÖ'yi doldururken bir an önce doldurma telaşı ile fazla düşünmeden işaretlemektedirler. Bu nedenle kapsamlı çalışmanın tek ölçek kullanılarak gerçekleştirilmesi ile daha doğru ve anlamlı sonuçlar elde edilebilir.
3. Bu tip araştırmaların, obezlerin önyargılar nedeniyle yaşadıkları sorunlara ışık tutacak araştırma ve eğitim programlarının geliştirilmesi ve uygulanmasına çok yardımcı olacağı açıktır. Bu nedenle, araştırmaların sağlık personeli, öğretmenler ve işverenler üzerinde de yapılması yararlı sonuçlar doğurabilir.
4. Sağlık hizmetinde pek çok personel birlikte çalışmaktadır. Bu personellerin birlikte katılacakları çalıştaylara ağırlık verilmeli ve konu çalıştayda katılımcılarla birlikte tartışılarak alınabilecek önlemler ve yapılacak programlar belirlenmelidir. Hiç kuşkusuz bu anlamda diyetisyenlere de önemli görevler düşecektir.
5. Günümüz dünyasında medyanın etkisi çok büyüktür. Radyo, televizyon, gazete ve dergi gibi medya araçlarının önyargı farkındalığı ve kişilere verdiği zarar konusunda etkin bir şekilde kullanılması için gereken adımlar atılmalıdır.
6. Günlük yaşamın en önemli parçası haline gelen sosyal medya da bu alanda bilgilendirme ve eğitim amaçlı kullanılabilir. Bu paylaşımların meslek dernekleri tarafından yapılması ve hangi mesajın ne şekilde

kullanılacağı konusunu belirlemek için uzmanlardan oluşan toplantılar düzenlenmesi yardımcı olabilir.

7. Diyetisyenlerin eğitimleri sırasında obezite tedavisinde davranış tedavisinin yeri ve önemi konusuna daha fazla yer verilmesi, obezlerin diyet tedavilerine uyumlarında diyetisyenlerin etkinliğini arttırabilir.
8. Diyetisyenlerin obez bireylerle yapacakları görüşmelerde, obezite önyargıları ile başedebilmeleri konusunda yardımcı olabilmeleri için, diyetisyen eğitim programlarında önyargının psikolojik ve sosyolojik boyutlarını irdeleyen ders konularının ve saatlerinin arttırılması için de çalışmalar yapılmalıdır.
9. Türkiye’de obezite önyargısına bağlı sorunlar büyümeden, benlik algısı ve obezite önyargısı konusunda araştırma ve eğitim faaliyetleri paralelinde, özellikle de diyetisyene başvuran obez kişiler için, eğitim ve tedavi protokollerinin hazırlanması ve uygulanmasında yarar vardır.

7. KAYNAKLAR

1. Williams EP, Mesidor M, Winters K. Overweight and Obesity: prevalence, consequences, and causes of a growing public health problem. *Curr Obes Rep* 4(3):363-370. 2015.
2. Muda WA, Kuate D, Jalil RA, Nik WS, Awang SA. Self perception and quality of life among overweight and obese rural housewives in Kelantan, Malaysia, *Health Qual Life Out* 12:13-19. 2015.
3. Puhl RM, Heuer CA. Obesity Stigma: important Considerations for Public Health. *Am J Public Health* 100 (6):1019-1028. 2010
4. Puhl RM, Andreyeva T, Brownell KD. Perceptions of weight discrimination: prevalence and comparison to race and gender discrimination in America. *Int J Obes* 32(6):992–1000. 2008.
5. Puhl H. The stigma of obesity: a review and update. *Obesity* 17(5):941-64. 2009.
6. Paker M. Psikolojik Açıdan Önyargı ve Ayrımcılık. Derleyenler: Çayır K, Ceyhan MA. *Ayrımcılık: Çok Boyutlu Yaklaşımlar*. İstanbul Bilgi Üniversitesi Sosyoloji ve Eğitim Çalışmaları Birimi. Bilgi İletişim Grubu A.Ş. İstanbul. 2012.
7. Puhl RM, Luedicke J, Depierre JA. Parental concerns about weight-based victimization in youth. *Childhood Obes* 9(6):540-548. 2013.
8. Puhl R M, Luedicke J, Grilo C. M. Obesity bias in training: attitudes, beliefs and observations among advanced trainees in professional health disciplines, *Obesity* 22(4):1018-1015). 2014.
9. Romain AJ, Marleau J, Ballot A. Impact of obesity and mood disorders on physical comorbidities, psychological well-being behaviours and use of health services. *J Affect Disord* 225(1):381-388.2018.
10. Puhl R, Suh Y. Health consequences of weight stigma: Implications for obesity prevention and treatment. *Curr Obes Rep* 4(2):182-190. 2015.

11. Hansson LM, Naslund E, Rasmussen F. Perceived discrimination among men and women with normal weight and obesity. A Population-Based Study From Sweden. *Scand J Public Health* 38:587–596. 2010.
12. The Global BMI Mortality Collaboration. Body-mass index cause mortality: individual-participant data meta analysis of 239 prospective studies in our continents. *Lancet* 388:776-85. 2016.
13. Nq M, Fleming T, Robinson M, et al. Global, regional and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet* 384:766-81. 2014.
14. Westermann S, Rif W, Edeneuer F, Kohlmann S. Social exclusion and shame in obesity. *Eat Behav* 17:74-76. 2015.
15. Diedrichs PC, Barlow FK. How to lose weight bias fast! Evaluating a brief-antiweight bias intervention. *Br J Health Psychol* 16(4):846-861 2011.
16. Weinstock GM. Genomic approaches to studying the human microbiota. *Nature* 489(7415):250-256. 2012.
17. Friso S, Choi SW. Gene nutrient interactions and DNA methylation *J Nutr* 132(8):2382-2387. 2002.
18. Robertson KD, Wolffe AP. DNA methylation in health and disease. *Nat Rev Genet* 1(1):1-19. 2000.
19. Dijk SJ, Tellam RL, Morrison JL, Muhlhausler BS, Molloy PL. Recent developments on the role of epigenetics in obesity and metabolic disease. *Clin Epigenetics* 11(7):57-66. (2015).
20. WHO-Obesity and overweight <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>. Erişim tarihi: 14.03.2019.
21. Hampf S, Campbell A, Recognizing obesity and its complications: the story of score 1 for health. *NASN Sch Nurse*. 30(1):46-52. 2015.
22. Altunkaynak BZ, Özbek E. Obezite: nedenleri ve tedavi seçenekleri. *Van Tıp Dergisi* 13(4):138-142. 2006.
23. OECD Obesity Update 2017- <http://www.oecd.org/health/obesity-update.htm> Erişim Tarihi:15.03.2019.

24. USA obesity profile. <https://www.cdc.gov/nchs/nhanes/dataaccomp.htm>
Erişim tarihi:14.03.2019.
25. Türkiye 1974 Beslenme Sağlık ve Gıda Tüketimi Araştırması Raporu (Hazırlayan Köksal O). Aydın Matbaası. Ankara. 1977.
26. Türkiye Beslenme Sağlık Araştırması -TBSA-2010
http://www.sagem.gov.tr/TBSA_Beslenme_Yayını.pdf. Erişim tarihi:15.3.2019.
27. Pekcan. G. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2017.
<http://gtbd.org.tr/wp-content/uploads/2018>. Erişim tarihi:15.03.2019.
28. Guh DP, Zhang W, Bansback N, et al. The incidence of co-morbidities related to obesity and overweight: a systmetaic review and meta-analysis. BMC Public Health 25(9):88. 2009.
29. Goodwin PJ, Chlebowski RT. Obesity and Cancer:Insights for Clinicians. J Clin Oncol 34(35):4197-4202. 2016.
30. Annagür, B. B., Orhan, F. Ö., Özer, A., Tamam, L., & Erhan, Ç.. Obezitede Dürtüsellik Ve Emosyonel Faktörler: Bir Ön Çalışma/Impulsivity And Emotional Factors İn Obesity: A Preliminary Study. Nöro-Psikyatri Arşivi 49(1):14. 2012.
31. Ata A, Vural A, Keskin F. Beden Algısı ve Obezite. Ankara Medical Journal 14(3):74-84. 2014.
32. Akgül PG. Özel bir Hastanede Çalışan Personelin Obezite Önyargıları ve Ortorektik Davranışlarının Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tez. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ankara. 2018.
33. Kanter R., Caballero B. Global gender disparities in obesity. Adv Nutr 3(4):491-498. 2012.
34. Herrera BM, Lingdren CM. The genetics of obesity. Curr Diab Dep 10(6):498-505. 2010.
35. Bahreynian M, Qorbani M, Khaniabadi BM. et al. Association between obesity and parental weights status in children and adolescents. J Clin Res Pediatr Endocrin 9(2):111-117. 2017.
36. Simon GE, Ludman EJ, Linde JA. et al.Association between obesity and depression in middle-aged women. Gen Hosp Psychiatry 30(1): 32-39. 2008.

37. Birinci Basamak Sağlık Kurumları İçin Obezite ve Diyabet Klinik Rehberi, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Yayın No:1070, Ankara, 2017.
38. Obezite Tanı ve Tedavi Kılavuzu, Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, Ankara, 2018.
39. Kalan I, Yeşil Y. Obezite İle İlişkili Kronik Hastalıklar. Eczacılar Birliği MİSED Diyabet ve Obezite Sayı (23–24): s78-81. 2010.
40. Kutluay Merdol T. Toplumların beslenme düzeninde öğünler ve önemi. Beslenme Antropolojisi. (Ed Kutluay-Merdol T). Hatiboğlu Yayınevi. Ankara. 2012.
41. Swan E, Bouwman L, Hiddink GJ. Individual, social-environmental, and yphysical-environmental factors that underlie sense of coherence in Dutch adults. JUHPE-Glob Health Promot 25(1):33-42. 2018.
42. Collins JC, Bentz JE. Behovioral and Psychological Factors in Obesity. The Journal of Lancaster General Hospital 4(4):124-126. 2009.
43. Baysal A. Beslenme. 15. Baskı. Hatiboğlu Yayınevi. Ankara. 2015.
44. Kutluay Merdol T.: Beslenme Sanat ve Diyetisyen, Beslenme ve Diyetetiğin Psikososyal Boyutu. (Ed Özenoğlu A). Nobel Akademik Yayıncılık Eğitim Danışmanlık Tic. Ltd Şirketi. Ankara, 2017.
45. TÜBER Türkiye Beslenme Rehberi. Sağlık Bakanlığı. Yayın No: 1031. Ankara.2015.
46. Pekcan, G. Beslenme Durumunun Saptanması. Diyet El Kitabı. 9. Baskı. Hatiboğlu Yayınevi, Ankara. 2016.
47. Kızıltan G. Günlük tüketilmesi gereken besin miktarları ve beslenme rehberleri. Temel Beslenme ve Diyetetik (Ed. Kutluay- Merdol T.). Güneş Tıp Kitabevleri. Ankara. 2016.
48. Bezerra IN, Curioni C, Sichieri R. Association between eating out of home and body weight. Nutr Rev 70(2):65-79. 2012.
49. Zhao Y, Wang L, Xue H, et al. Fast food consumption and its associations with obesity and hypertension among children:results from the baseline data of the childhood obesity study in China Mega-cities. BMC Public Health 17(81): 933-943. 2017.

50. Xenaki N, Bacopoulou F, Kokkinos A, et al. Impact of a stress management program on weight loss, mental health and lifestyle in adults with obesity: a randomized controlled trial. *J Mol Biochem* 7(2):78-84. 2018.
51. Spriet LL: New insights into the interection of carbohydrate and fat metabolism during exercise. *Sports Med* 44(Suppl1): 87-96. 2014.
52. Hall KD, Bemis T, Brychta R, et al. Calorie for calorie, Dietary Fat Restriction results in more bady fat loss that carbohydrate restriction in people with obesity. *Cell Metab* 22(3):427-36. 2015.
53. McVay MA, Voils CL, Coffman CJ, et al. Factors associated with choice of a low-fat or low-carbohydrate diet during a behavioral weight loss intervention. *Appetite* 83:117-24. 2014.
54. Nordqvist C. How useful is body mass index (BMI)? *Medical News Today Bulletin* Aug. 2017. <https://www.medicalnewstoday.com/articles/255712.php> Erişim tarihi:16.03.2019.
55. Waist circumference and waist-hip ratio. Report of a WHO Expert Consultation. Geneva, 8-11 December 2008. WHO Publication. 1-47, 2011.
56. Camhi SM; Bray GA, Bouchard C, et al.The relationship of waist circumference and BMI to visceral, cubcutaneous and total body fat: Sex and race differences. *Obesity* 19:402-408. 2011.
57. Ashwell M, Hsich SD. Six reasons why the waist-to-height ratio is a rapid and effective global indicator for health risk of obesity and how its use could simplify the international public health message on obesity. *Int J Food Sci Nutr* 56:303-307. 2005.
58. Post MW. Definitions of quality of life: what has happened and how to move on. *Top spinal Cord Inj Rehabil* 20(3):167-180. 2014.
59. Balioussis C, Hitzig SL, Flett H et al. Identifying and Classifying Quality of Life Tools for assessing spasticity after spinal cord injury. *Top Spinal Cord Inj Rehabil* 20(3):208-224.2014.
60. Higginson IJ, Carr AJ. Measuring quality of life: Using quality of life measures in the cilincial setting. *BMJ* 322(7297):1297-1300. 2001.

61. WHO Quality of Life Measurement <https://www.who.int/healthinfo/survey/whoqol-qualityoflife/en/> Erişim tarihi: 4.4.2019.
62. McLeod, S. A Maslow's Hierarchy of Needs. 2016. www.simplypsychology.org/maslow.html Erişim tarihi: 04.04.2019.
63. Topçu B, Saraçlı S, Dursun P, Güzeloğlu C. Akademisyenlerin yaşam kalitesi üzerine bir çalışma. Afyon Kocatepe Üniversitesi örneği, Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2(1):15-19. 2012.
64. Müezzinoğlu T. Yaşam kalitesi: Üroonkoloji derneği 2004 güz dönem konuşması. Üroonkoloji Bülteni Sayı 1:25-29. 2005.
65. Boylu AY, Paçacıoğlu AB, Yaşam kalitesi ve göstergeleri. Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi 8(15):137-149.2016.
66. Karakoç, FY, Dönmez L. Ölçek geliştirme çalışmalarında temel ilkeler. Tıp Eğitimi Dünyası 40:39-49. 2014.
67. WHOQOL User Manual. Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse. World Health Organization. 1998.
68. Eser E, Lağarlı T, Baydur H, Akkurt V, Akkuş H, Arslan E, et al. Yaşam Kalitesi Ölçeği (EUROHIS (WHOQL-8.Tr) Türkçe sürümünün Türk toplumundaki psikometrik özellikleri. Türkiye Halk Sağlığı Dergisi 8(3):136-150.2010.
69. El Ensari W, Dibba E, Stock C. Body image concerns: Levels, correlates and gender differences among students in the United Kingdom. Cent Eur J Public Health 22(2):106-117. 2014.
70. Body image-<https://edition.cnn.com/2018/03/07/health/gallery/history-of-body-image-and-body-image/index.html> Erişim tarihi: 06.04.2019.
71. Dittmar H. How do body perfect ideals in the media have a negative impact on body image and behavior? J Soc Clin Psychol 28(1):1-8. 2009.
72. Pallan MJ, Hiam LC, Duda JL, Adab P. Body image, body dissatisfaction and weight status in South asian children: a cross sectional study, BMC Public Health 11:21-28. 2011.
73. Holstorm AJ. The effects of media on body image. Broadcast Electron Media 48(2):196-217. 2004.

74. Voelker DK, Reel JJ, Greenleaf C. Weight status and body image perceptions in adolescents: current perspectives. *Adolesc Health Med Ther* 6:149–158. 2015.
75. Markey CN. Invited commentary: Why body image is important to adolescent development. *J Youth Adolesc* 39(12):1387-91. 2010.
76. Ata RN, Rojas A, Ludden AB, J. Thompson JK. Factors Influencing Body Image During Adolescence. (Eds. Preedy VR, Watson RR, Colin R. Martin CR) *Handbook of Behavior, Food and Nutrition*. New York, Springer. p.3221-3239. 2009.
77. Abbott BD, Barber BL. Embodied image: Gender differences in functional and aesthetic body image among Australian adolescents. *Body Image* 7:(1) 22–31. 2010.
78. Rodgers R, Chabrol H. Parental attitudes, body image disturbance and disordered eating amongst adolescents and young adults: a review. *Eur Eat Disord Rev* 17(2):137-51.2009.
79. Hutchinson DM, Rapee RM. Do friends share similar body image and eating problems? The role of social networks and peer influences in early adolescence. *Behav Res Ther* 45(7):1557-1577. 2007.
80. Quiles Marcos YQ, Sebastián MJ, Pamies Aubalat L, Botella Ausina J, Treasure J. Peer and family influence in eating disorders: A meta-analysis. *Eur Psychiatry* 28 (4):199–206. 2013.
81. Blodgett Salafia EH, Jones ME, Haugen EC, Schaefer MK. Perceptions of the causes of eating disorders: a comparison of individuals with and without eating disorders. *J Eat Disord* 3(32):2-10. 2015.
82. Hausenblas HA, Fallon EA. Exercise and body image: A meta-analysis. *Psychology & Health* 21(1):33-47.2006.
83. Bassett-Gunter R, McEwan D, Kamarhie A. Physical activity and body image among men and boys: a meta-analysas. *Body Image* 22:113-128. 2017.
84. Badero OA. Effects of Media on Body Images, DBS School of Arts, BA(Honors) Arts Award, Supervisor Dr. Bernadette Quinn, April. 2011.

85. Jung F, Spahlholz J, Hilbert A. Impact of weight-related discrimination, body dissatisfaction and self-stigma on the desire to weigh less. *Obes Facts* 10(2):139-151. 2017.
86. Altun S. Üniversite Öğrencilerinin Obeziteye İlişkin Önyargılarının Belirlenmesi (Master's Thesis, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme ve Diyetetik Yüksek Lisans Tezi. Ankara. 2015.
87. Bertakis KD, Azari R. The impact of obesity on primary care visits. *Obes Res* 13(9):1625-1623. 2005.
88. Ruhl R, Brownell KD. Bias, discrimination and obesity. *Obes Res* 9(12):788-805. 2001.
89. Hamurcu, P., Öner, C., Telatar, B., Yeşildağ, Ş., Obezitenin Benlik Saygısı ve Beden Algısı Üzerine Etkisi, *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi* 19(3):122-129. 2015.
90. Lazarevich I, Irigoyen Camacho ME, Velazquez-ALva MDC, Zepeda Zepeda M. Relationship among obesity, depression, and emotional eating in young adults. *Appetite* 107:639-644. 2016.
91. Kahraman MS, Güriz SO, Özdel K. Yetişkinlerde Obezite: Biyolojik Ve Psikolojik Tedaviler İçin Genel Bir Gözden Geçirme. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 17(1):28-40. 2014.
92. Baltacı G. Obezite ve Egzersiz, T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Yayın No:730, Klasmat Matbaacılık. s.3. Ankara. 2008.
93. Butryn M, Webb BA, Wadden TA. Behavioral treatment of obesity. *Psychiatr Clin North Am* 34(4):841-859. 2011.
94. Finkelstein LM, Frautsch Demuth RL, Sweeney D.L. Bias against overweight job applicants: further explorations of when and why. *Hum Resour Manag J* 46- 2: 203-223, 2007.
95. Rand CS, Macgregor AM.: Morbidly obese patients' perceptions of social discrimination before and after surgery for obesity. *South Med J* 83(12):1390-1395. 1990.


96. Rahman M, Berenson AB. Self perception of weight and its association with weight-related behaviors in young reproductive-age women. *Obstet Gynecol* 116 (6):1274-1280. 2010.
97. Caleyachetty R, Kenone AP, Muennig P, et al. Misperception of body weight among overweight or obese adults in Mauritius. *Obes Res Clin Pract* 10(2):216-219. 2016.
98. Phelan SM, Burgess DJ, Yeazel MW, et al. Impact of weight bias and stigma on quality of care and outcomes of patients with obesity. *Obes Rev* 16(4):319-326. 2015.
99. Budd GM, Mariotti M, Graff D, Falkenstein K. Health care professionals attitudes about obesity: An integrative review. *Appl Nurs Res* 24(3):127-137. 2011.
100. Washington RL. Childhood obesity: issues of weight bias. *Prev Chronic Dis* 8(5):A94. 2011.
101. Tomiyama J, Carr D, Granberg EM, et al. How and why weight stigma drives the obesity epidemic and harms health. *BMC Med.* 16:123. 2018.
102. Meadows A, Daielsdottir S. What's in a word? On Weight Stigma and Terminology. *Front Psychol* 7:1527. 2016.
103. King M, Dinos S, Show J, Watson R. The stigma scale: development of a standardised measure of the stigma of mental illness. *BJ Psych* 190 (3):248-254. 2007.
104. Hayward LE, Vartanian LR, Pinkus RT. Coping with weight stigma: development and validation of a brief coping responses inventory. *Obes Sci Pract* 3(4):373-383. 2017.
105. Ercan A, Akçıl-Ok, M, Kızıltan G, Altun S. Sağlık bilimleri öğrencileri için obezite önyargı ölçeğinin geliştirilmesi: GAMS 27- Obezite Önyargı Ölçeği. *Uluslararası Hakemli Beslenme Araştırmaları Dergisi* 3(2):29-43. 2015.
106. Edhart DJ. *Beslenme Bilgi Sistemi (BEBIS) 72*. Stuttgart, Almanya Hohemhim Üniversitesi. 2010.
107. Pearson D, Grace C. *How to measure height in weight management*. John Wiley and Sons Ltd. West Sussex, UK. Doi:10.1002/9781118702758.app²). 2012.

108. World Health Organization Global Database for Body Mass Index. The International Classification of adult underweight, overweight and obesity according to BMI. Erişim tarihi 14.02. 2018.
109. World Health Organization. Waist circumference and waist hip ratio. Report of a WHO Expert Consultation Geneva. 8-11 December 2008. 1-47. 2011.
110. FAO Food and Nutrition Technical Report Series I. Human energy requirement. Report of a Joint FAO/WHO/UNU Expert Consultation. Rome, 17-24 October 2001. 1-103, 2004.
111. TÜİK Hane Halkı Büyüklüğü
<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=24646> Erişim tarihi:08.05.2019
112. Nielsen Company Global Snacking Survey Q1. 2014.
<http://www.Nielsen/global/snacking>. Erişim tarihi 29.04.2019.
113. Türkiye’de Sigara İçimi https://www.who.int/features/2012/ncd_turkey/en/
Erişim tarihi: 06.04.2019.
114. Food choice determinant, EUFIC. Erişim: <https://www.eufic.org/en> Erişim tarihi: 05.04.2019.
115. Zhu B, Laryama Y, Muto T, Tamazaki T. Association between eating speed and metabolic syndrome in a three year population based cohort study. J Epidemiol 25(4):332-336. 2015.
116. Ohkuma T, Hirakawa Y, Nakamura U, et al. Association between eating rate and obesity: a systematic review and meta-analysis. Int J Obes 39(11):1589-1596. 2015.
117. Yamaji T, Mikami S, Kobatake H, et al. Fast eating associate with obesity and future prevalence of metabolic syndrome. Circulation 136:(1.Suppl):A20249. 2017.
118. McCrickerd K, Forde CG. Consistency of eating rate, oral processing behaviors and energy intake across meals. Nutrients 9(8):891. 2017.
119. Sarwer DB, Dilks RJ, Spitzer JC, et al. Changes in dietary intake and eating behavior in adolescents after bariatric surgery: an ancillary study to the teen-Labs consortium. Obes Surg 27(2):3082-3091. 2017.


120. Dalle Grave R, Calugi S, Marchesini G. The influence of cognitive factors in the treatment of obesity: Lessons from the QUOVADIS study. *Behav Res Ther* 63: 157-161. 2014.
121. Barnes RD, Ivezaj V. A systematic review of motivational interviewing for weight loss among adults in primary care. *Obes Rev* 16(4):304-318. 2015.
122. Lieberman DL, Tybur JM, Latner JD. Disgust sensitivity, obesity stigma and gender: contamination psychology predicts weigh bias for women not men. *Obesity* 20(9):1814. 2012.
123. Hoca M. Kıbrıs Gazimağusa'da Yaşayan Yaşlı Bireylerin Yaşam Tarzı, Beslenme Alışkanlıkları ve Beslenme Durumlarının Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara. 2016.
124. Salehi A, Harris N, Sebar B, Coyne E. Self-perception of quality of life and its association with lifestyle behaviours of young Iranian women. *Iran J Public Health* 44(3):332-340. 2015.
125. Taş D, Ünlü H, Çopur EÖ, ve ark. Ergenlerde beden algısının yaşam kalitesi ve öz yeterlilik ile ilişkisi. *İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hast. Dergisi* 7(2): 133-140. 2017.
126. Gill DL, Hammond CC, Reifsteck A, et al. Physical activity and quality of life. *J Prev Med Public Health* 46(Suppl):28-34. 2013.
127. Sert H, Seven A, Çetinkaya S, et al. Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin obezite önyargı düzeylerinin değerlendirilmesi. *Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi* 1(4):9-17. 2016.
128. İspir BA. Beslenme ve diyetetik eğitimi alan öğrencilerin obeziteye karşı önyargı, tutum ve davranışlarının belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara. 2018.
129. Ata RN, Thompson JK, Small BJ. Effects of exposure to thin-ideal media images on body dissatisfaction: Testing the inclusion of a disclaimer versus warning label. *Body Image* 10(4):472-480. 2013.
130. Ata RN. Obesity as a Disease: Effects on Weight-Biased Attitudes and Beliefs. Doctorate Thesis, University of South Florida. 2015.

8.EKLER


Ek 1. Proje Onayı



1993
BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu



TS-EN-ISO 9001
KALİTE SİSTEM BELGESİ



* B E S K E N T Ü N İ V E R S İ T E S İ *

Sayı : 94603339-604.01.02/ 44057 06/12/2017
Konu : Proje Onayı

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Beslenme ve Diyetetik Yüksek Lisans Programı öğrencisi Derya Saadet Merdol tarafından yürütülecek olan KA17/310 nolu "Yetişkin bireylerde, "obezite önyargısı" ile yaşam kalitesi ve beslenme durumları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi" başlıklı araştırma projesi Kurulumuz ve Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 06/12/2017 tarih ve 17/96 sayılı kararı ile uygun görülmüştür. Projenin başlama tarihi ile çalışmanın sunulduğu kongre ve yayımlandığı dergi konusunda Kurulumuza bilgi verilmesini rica ederim.


e-imzalıdır
Prof. Dr. Hakan ÖZKARDEŞ
Kurul Başkanı

Not: Çalışma bildiri ve/veya makale haline geldiğinde "Gereç ve Yöntem" bölümüne aşağıdaki ifadelerden uygun olanının eklenmesi gerekmektedir.

— Bu çalışma Başkent Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu ve Etik Kurulu tarafından onaylanmış (Proje no:...) ve Başkent Üniversitesi Araştırma Fonunca desteklenmiştir.

— This study was approved by Baskent University Institutional Review Board and Ethics Committee (Project no:...) and supported by Baskent University Research Fund.

Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır.


<p>Taşkent Caddesi (Eski 1. Caddesi) 77. Sokak (Eski 16. Sokak) No 11 06490 Bahçelievler / Ankara Birim Telefon No: 0 312 212 90 65 Faks No: 0 312 221 37 59 E-Posta: arastirma@baskent.edu.tr İnternet Adresi: www.baskent.edu.tr</p>	<p>Bilgi için Lülifer TAŞBİLEK Ünvan Sekreter Telefon No 2129065-2228</p> 
--	---


BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU


KARAR

KARAR TARİHİ	KARAR SAYISI	PROJE NO
06/12/2017	17/96	KA17/310

Sağlık Bilimleri Enstitüsü / Beslenme ve Diyetetik Yüksek Lisans Programı öğrencisi Derya Saadet Merdol tarafından yürütülecek olan olan KA17/310 nolu ve "Yetişkin bireylerde, "obezite önyargısı" ile yaşam kalitesi ve beslenme durumları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi" başlıklı araştırma projesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından incelendi ve etik açıdan uygun olduğuna karar verildi.


● Prof. Dr. Hakan ÖZKARDEŞ



● Prof. Dr. A. Füsün ÖNER EYÜBOĞLU


● Prof. Dr. Neslihan ARHUN


● Yrd. Doç. Dr. Rifat V. YILDIRIM

Katılmadı.
● Prof. Dr. Araş PİRAT


● Prof. Dr. H. Seyra ERBEK


● Doç. Dr. Taner SEZER



Ek. 2. Genel Anket

**YETİŞKİN BİREYLERDE OBEZİTE ÖNYARGISI İLE YAŞAM KALİTESİ
VE BESLENME DURUMLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Bu çalışma Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme ve Diyetetik Bölümü yüksek lisans öğrencisi Derya Saadet Merdol'un yüksek lisans tez çalışması olarak yürütülmektedir. Anket formundaki soruları doldurmanızı rica ediyoruz.

(Sorularda.....sekinde yer alan boşlukları doldurunuz, numaralı seçenekleri yuvarlak içine alınız..)

I. GENEL BİLGİLER

1. Anket No:(Boş bırakılacak)
2. Adı – Soyadı:.....
3. Doğum Tarihi:..... Yaş:.....
4. Cinsiyet: 1. Erkek 2. Kadın
5. Medeni Durumunuz:
1. Bekar 2. Evli,çocuklu 3.Evli,çocuksuz 3. Dul, Boşanmış
6. Eğitim durumunuz:
1.Okur yazar değil
2.Okur yazar
3.İlkokul
4.Ortaokul
5.Lise
6.Üniversite
7.Yüksek Lisans/Doktora
7. Mesleğiniz:
1.Ev Hanımı
2.Memur
3.İşçi

- 4.Esnaf
- 5.Serbest Meslek
- 6.Emekli
- 7.Öğrenci
8. Çalışmıyor

8. Aylık Gelir Düzeyiniz:

1. Gelirim giderimden az
2. Gelirim giderime eşit
3. Gelirim giderimden fazla

9.Sosyal güvenceniz var mıdır?

- 1.Evet
- 2.Hayır

10.Sizle birlikte evde yaşayan toplam kişi sayısı kaçtır?

II- BESLENME ALIŞKANLIKLARI ve GENEL SAĞLIK BİLGİLERİ

11. Günlük su tüketimi:su bardağı

12. Günlük öğün sayısı: ana öğün ara öğün

13.Ana öğün atlar mısınız? 1.Evet 2.Hayır

14. Cevabınız evet ise atlanan ana öğünü belirtiniz?

1. Sabah
2. Öğle
3. Akşam

15. Ne sıklıkla ana öğün atlarsınız?

1. Her zaman
2. Bazen
3. Hiç

16. Öğün atlama nedeniniz?

1. Zaman yetersizliği
2. Canı istemiyor, iştahsız
3. Kilo vermek için
4. Alışkanlığı yok
5. Yalnız yaşıyor
6. Diğer (belirtiniz)

17. Öğün aralarında genelde hangi tür yiyecekleri tercih edersiniz?(En fazla 3 seçenek işaretleyiniz)

1. Süt,yoğurt,ayran,peynir
2. Sandviç,tost,börek
3. Simit ,poğaç

4. Meyve-sebze
5. Kek,bisküvi,kurabiye vs.
6. Kuruyemişler-kuru meyve

18. Evde en sık kullandığınız ilk 3 pişirme yöntemini (kutuların içine en sık kullandığınıza 1 diğerlerine 2 ve 3 yazarak) sıralayınız.

- Tencerede kendi suyuyla ağzı kapalı olarak pişirme
- Yağda kavurduktan sonra pişirme
- Yağda kızartma
- Fırında pişirme
- Izgara ve mangal
- Haşlayıp suyunu dökme
-

19.Yemeklerde en sık kullandığınız yağ türü (birden fazla yanıt verebilirsiniz)?

1. Tereyağı
2. Margarin
3. Zeytinyağı
4. Fındık yağı
5. Ayçiçek
6. Mısırözü
7. Diğer (soya, kanola vb) yazınız

20. Kullandığınız vitamin-mineral takviyesi var mıdır?

1. Evet
2. Hayır

21. Sigara içiyor musunuz?

1. Evet içiyorum
2. İçiyordum bıraktım
3. Hayır hiç içmedim

22. Cevabınız evet ise; günde yaklaşık kaç adet sigara içiyorsunuz?

.....adet/gün

23. Alkol tüketme alışkanlığınız var mı?

1. Hayır
2. Evet, yalnızca önemli günlerde (düğün, sünnet, kutlama vb.)
3. Evet, öğünlerde
4. Evet, yalnızca dışarıda yenilen yemeklerde
5. Diğer (belirtiniz)

24. Alkol kullanıyorsanız ne sıklıkta kullanırsınız?

1. Her gün..... 2. Haftada: kez 3. Ayda: kez 4. Yılda: kez

III- FİZİKSEL AKTİVİTE DURUMU

25. Düzenli olarak fiziksel aktivite yapıyor musunuz?

1. Evet
2. Hayır

26. Cevabınız evet ise düzenli olarak yaptığınız aktivite türü?

1. Yürüyüş 2. Koşma 3. Aerobik/step
4. Bisiklet 5. Yüzme 6. Diğeryazınız.

27. Yaptığınız aktivitenin sıklığı

1. Hergün 2. Haftada 1-2 kez 3. Haftada 3-4 kez
4. Haftada 5-6 kez 5. Diğer (ay/yıl vb)yazınız.

28. Bir kerede yaptığınız aktivite süresi? (dk/saat)

- | | | |
|-----------------|------------------------|--------------------|
| 1. 30 dk | 2. 1 buçuk saat | 3. 3 saat ve üzeri |
| 4. 45 dk | 5. 2 saat | 6. 1 saat |
| 7. 2 buçuk saat | 8. Diğer..... yazınız. | |

IV-OBEZİTE HAKKINDA TUTUM

29. Besin seçiminizde etkili olan faktörler nelerdir?

1. Lezzetli olması 2. Sağlıklı olması 3. Görsel sunumu
4. Kolay ulaşılabilir olması 5. Fiyatı 6. Diğeryazınız

30. Yemek yeme hızınız nedir?

- 1.Yavaş 2. Orta 3. Hızlı 4. Çok hızlı

31. Obez bireylere karşı tutumunuzu nasıl tanımlarsınız?

1. Önyargılıyım 2. Önyargsızım 3. Kararsızım

32. Kendinizi nasıl tanımlarsınız?

1. Zayıf 2.Normal (Ortalama Ağırlıkta) 3. Şişman

33.Yaşamınızda kendinizi şişman bulduğunuz bir dönem oldu mu?

1. Evet 2. Hayır

34. Obez olmak bir insanın yaşayabileceğişeydir.(aşağıdaki uygun seçeneği yuvarlak içine alınız)

- 1.En kötü 2. Olağan bir durum 3.Fikrim yok 4.Önemsiz

35.Aile bireylerinizde ve /veya yakın çevrenizde (arkadaş,komşu) şişman bireyler var mı?

- 1.Evet 2.Hayır

36. Evet ise kimler?

1. Anne 2. Baba 3. Kardeş 4. Büyükanne/Büyükbaba
5. Hala/Teyze 6. Amca/Dayı 7. 8.Komşu 9.Diğer.....yazınız.

37. Sizin görünüşünüze göre yakın arkadaşlarınızın genel olarak bedensel görünümleri aşağıdakilerden hangisine uymaktadır?

1. Zayıf 2. Normal (ortalama ağırlıkta) 3. Şişman

38. Obezitenin başlıca nedeni fiziksel aktivite yokluğudur.

1. Kesinlikle katılıyorum 2.Katılıyorum 3.Kararsızım
4. Katılmıyorum 5.Kesinlikle katılmıyorum

V -ANTROPOMETRİK ÖLÇÜMLER

Vücut ağırlığıkg

Boy uzunluğu.....cm

Beden Kütle İndeksi (BKİ)kg/m².(boş bırakılacak)

Bel çevresicm

Kalça çevresicm

Bel/kalça oranı..... (boş bırakılacak)

Bel/boy uzunluğu.....(boş bırakılacak)

Ek.3. 24 Saatlik Besin Tüketim Saptama Formu

Öğün	Yenilenler	Ortalama Ölçü	Ağırlık (g)	İçilenler	Ortalama Ölçü	Ağırlık (g)
Sabah						
Kuşluk						
Öğle						
İkinci						
Akşam						

Ek.4. Fiziksel Aktivite Saptama Formu (24 Saat Üzerinden)

Aktivite	Süre (Saat)	Enerji Maliyeti	Toplam Maliyet (kkal)
Uyku	x 1.0	=.....
Uzanıp dinlenme, boş	x 1.2	=.....
TV seyretme	x 1.4	=.....
Yemek pişirme/ayakta iş yapma	x 1.5	=.....
Alışveriş yapma	x 1.4	=.....
Kitap/dergi/gazete okuma/oturarak iş yapma	x 1.4	=.....
Yemek yeme	x 1.4	=.....
Yürüyüş, yavaş,	x 2.8	=.....
Yürüyüş, normal	x 3.2	=.....
Diğer.....yazınız.	x	=.....
TOPLAM	24 Saat		

Aktivite Faktörü =/24=.....

BMH hesabı:	kkal/gün	
	Erkek	Kadın
Yaş (yıl)		
18-30	15.0 x vücut ağırlığı + 690.0	14.8 x vücut ağırlığı + 485
30-60	11.4 x vücut ağırlığı + 870.0	8.1 x vücut ağırlığı + 842
60+	11.7 x vücut ağırlığı + 585.0	9.0 x vücut ağırlığı + 656

GÜNLÜK ENERJİ HARCAMASI: Aktivite faktörü x BMH=(kkal/gün)

GÜNLÜK ENERJİ HARCAMASI:x.....=
.....(kkal/gün)

Ek. 5. Yaşam Kalitesi Ölçeği

Bu anket sizin yaşamınızın kalitesi, sağlığınız ve yaşamınızın öteki yönleri hakkında neler düşündüğünüzü sorgulamaktadır. Sorular son iki hafta içinde kimi şeyleri ne kadar yaşadığınızı, yapabildiğinizi, iyi ya da doyurucu bulduğunuzu ve ne sıklıkta hissettiğinizi soruşturmaktadır.

Lütfen bütün soruları cevaplayınız. Eğer bir soruya hangi cevabı vereceğinizden emin olamazsanız, lütfen size en uygun görünen cevabı seçiniz. Genellikle ilk verdiğiniz cevap en uygunu olacaktır.

Lütfen her soruyu okuyunuz, duygularınızı değerlendiriniz ve her bir sorunun ölçeğinde size en uygun olan yanıtın rakamını yuvarlağa alınız.

Soru	EUROHIS-QOL Sorular					
1	Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?	Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi, ne kötü	Oldukça iyi	Çok iyi
		1	2	3	4	5
2	Sağlığınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
		1	2	3	4	5
3	Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?	Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
		1	2	3	4	5
4	Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizde ne kadar hoşnutsunuz?	Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
		1	2	3	4	5
5	Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
6	Diğer kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
7	Gereksinimlerinizi karşılamak için yeterli paranız var mı?	Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
		1	2	3	4	5
8	Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?	Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
		1	2	3	4	5

Ek. 6. Obezite Önyargı Ölçeği

	Aşağıdaki ifadeleri okuyunuz ve size göre en uygun seçeneği (√) ile işaretleyiniz. Şişman Bireyler	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
1	Bencildirler					
2	Güzel yüzlüdürler					
3	Estetik değildirler					
4	Güler yüzlüdürler					
5	İradesizdirler					
6	Hastalıklara yatkındırlar					
7	Mutludurlar					
8	Toplumda yemek yemekten hoşlanmazlar					
9	Korkaktırlar					
10	Misafirperverdirler					
11	Çekicidirler					
12	Hareket yetenekleri kısıtlıdır					
13	Ter kokarlar					
14	Sempatiktirler					
15	Sağlıklı görünürler					
16	Hareket etmeyi sevmezler					
17	Özgüvenlidirler					
18	Yaşam kaliteleri düşüktür					
19	Olduğundan daha yaşlı görünürler					
20	Sosyal ilişkileri güçlüdür					
21	Çabuk yorulurlar					
22	İyi dinleyicidirler					
23	Hareketlerinde yavaştırlar					
24	Tembeldirler					
25	Güzel yemek yaparlar					
26	Görünümlerinden dolayı duygusal ilişkilerde tercih edilmezler					
27	Cana yakındırlar					