



**T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**FAZLA KİLOLU VE OBEZ BİREYLERDE DUYGU DEĞİŞİKLİKLERİ VE
YEME EĞİLİMİ İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

İPEK AĞACA ÖZGER

YÜKSEK LİSANS TEZİ

BESLENME VE DİYETETİK

**DANIŞMAN
Prof. Dr. FİLİZ AÇKURT**

İSTANBUL - 2012



**T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**FAZLA KİLOLU VE OBEZ BİREYLERDE DUYGU DEĞİŞİKLİKLERİ VE
YEME EĞİLİMİ İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

İPEK AĞACA ÖZGER

YÜKSEK LİSANS TEZİ

BESLENME VE DİYETETİK

**DANIŞMAN
Prof. Dr. FİLİZ AÇKURT**

İSTANBUL - 2012

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

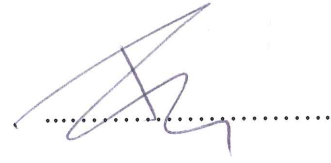
Beslenme ve Diyetetik programı Yüksek Lisans Öğrencisi İpek AĞACA ÖZGER tarafından hazırlanan *“Fazla Kilolu ve Obez Bireylerde Duygu Değişiklikleri ve Yeme Eğilimi İlişkisinin Değerlendirilmesi”* konulu çalışması jürimizce Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi :01.02.2012

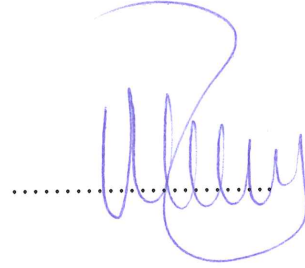
(Jüri Üyesinin Ünvanı, Adı, Soyadı ve Kurumu):

İmzası

Jüri Üyesi : Prof.Dr.Filiz AÇKURT
: Haliç Üniversitesi/ SBYO.
(Danışmanı)



Jüri Üyesi : Prof.Dr.Muazzez GARİPAĞAOĞLU
: Medipol Üniversitesi/ Sağ. Bil. Fak.



Jüri Üyesi : Yrd.Doç.Dr.Zeynep ÖZERSON
: Haliç Üniversitesi/ SBYO.



Bu tez Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulunun kararıyla kabul edilmiştir.



Yrd.Doç.Dr.Leman ŞENTURAN
Sağlık Bilimleri Ens. Müdürü

I. TEŞEKKÜR

Yazar bu çalışmasının gerçekleştirilmesinde katkılarından dolayı, aşağıda adı geçen kişilere teşekkür eder.

Bu araştırmanın oluşturulmasında yol gösterici katkılarından dolayı danışman hocam Sayın Prof. Dr. FİLİZ AÇKURT'a,

Araştırmamın her aşamasında gösterdiği destekten dolayı sevgili kardeşim Uzm. Psikolog Şafak AĞACA'ya,

Araştırmamın yapılış aşamasında her zaman olduğu gibi manevi desteklerini hiç eksik etmeyen; sevgili babam Halil AĞACA ve annem Nezahat AĞACA 'ya,

Ve bu araştırmanın her aşamasında gösterdiği sonsuz destek ve sabır için sevgili eşim Gökay ÖZGER'e

Teşekkürlerimi Sunarım,

İpek AĞACA ÖZGER

II. İÇİNDEKİLER

I. TEŞEKKÜR	I
II. İÇİNDEKİLER	II
III. KISALTMALAR ve SİMGELER	II
IV. ŞEKİL ve TABLOLAR	V
1. ÖZET	1
2. SUMMARY	2
3. GİRİŞ ve AMAÇ	3
4. GENEL BİLGİLER	5
4.1 Obezite ve Temel Bilgiler	5
4.1.1 Dünyada ve Türkiye’de obezite epidemiyolojisi	5
4.1.1.1 Dünyada Obezite Prevelansı	5
4.1.1.2 Türkiye’de Obezite Prevelansı	7
4.1.2 Obezite Tanısı	8
4.1.2.1 Beden Kitle İndeksi	8
4.1.2.2 Vücut Ağırlığı ve Boy Uzunluğu	9
4.1.2.3 Bel kalça oranı	10
4.1.2.4 Deri kıvrım kalınlığı	11
4.1.3 Obeziteyi Etkileyen Etmenler	11
4.1.3.1 Cinsiyet	11
4.1.3.2 Yaş	12
4.1.3.3 Mesleki durum	12
4.1.3.4 Eğitim düzeyi	12
4.1.3.5 Sosyoekonomik düzey	12
4.1.3.6 Alkol ve sigara kullanımı	13
4.1.3.7 Beslenme Alışkanlıkları	14
4.1.3.8 Fiziksel aktivite Yetersizliği ve Kentsel yaşantı	15
4.1.3.9 Psikolojik Etmenler	15
4.1.3.10 Genetik Etmenler	16
4.1.4 Obezitenin Neden Olduğu Hastalıklar	16

4.1.4.1 Obezite ve Hipertansiyon.....	18
4.1.4.2 Obezite ve Diyabet.....	18
4.1.4.3 Obezite ve Kanser	18
4.1.4.4 Obezite ve Kalp hastalıkları.....	19
4.1.4.5 Obezite ve Mortalite	19
4.1.5 Obezite Tedavisi	20
4.2 Obezitenin Psikolojik ve Psikiyatrik Boyutu.....	23
4.2.1 Obezite ve Psikolojik Durum.....	23
4.2.1.1 Obeziteye toplumun bakışı ve obezlerde özsaygının azalması.....	25
4.2.1.2 Obezite ve Stres durumu.....	29
4.2.1.3 Yeme Davranışı	29
4.2.1.4 Tıkınırcasına Yeme (Aşırı yeme) Davranış Bozukluğu	29
4.2.2 Obezite ve Psikiyatrik Hastalıklar	30
4.2.2.1 Obezite ve Depresyon.....	31
4.2.2.2 Psikiyatrik tedavi süresince iştah durumu ve vücut ağırlığındaki değişiklikler	32
4.2.2.3 Psikiyatrik ilaçlar ve kilo alımı üzerindeki etkileri.....	33
4.2.2.4 Duygu Durum ve Yeme Eğilimi İlişkisi	34
5. GEREÇ VE YÖNTEM.....	36
5.1 Araştırmanın Amacı.....	36
5.2 Araştırmanın Yöntemi	36
5.3 Evren Örneklem.....	37
5.4 Veri Toplama Aracı	37
5.5 İstatistiksel değerlendirme	37
6. BULGULAR.....	38
6.1 Bulguların Değerlendirilmesi	38
6.2 Bulguların İstatistiksel Değerlendirmeleri.....	49
7. TARTIŞMA	57
8. SONUÇ ve ÖNERİLER	69
9. KAYNAKLAR	74
10. EKLER.....	82
10.1 Anket Formu	82
11. ÖZGEÇMİŞ	89

III. KISALTMALAR ve SİMGELER

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
BKİ	Beden Kitle İndeksi
BKO	Bel Kalça Oranı
cm	Santimetre
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
HBSC	Okul Çağı Çocuklarında Sağlık Yaşam Davranışı
Kg	Kilogram
Kkal	Kilokalori
NHANES II	National Health and Nutrition Examination Survey
NHCS	National Center for Health Statistics
m	Metre
RWI	Relatif Ağırlık İndeksi (relative weight index)
SS	Standart Sapma
SSRI	Serotonin Geri Alım İnhibitörleri
TCA	Trisklik Antidepresanlar
TOHS	Türkiye Obezite ve Hipertansiyon Çalışması
TURDEP	Türkiye Diyabet Epidemiyoloji Çalışması
WHO	Dünya Sağlık Örgütü

IV. ŞEKİL ve TABLOLAR

Tablo 4.1 Türkiye’de Yapılan Araştırmalara Göre Obezite Prevalansı.....	7
Tablo 4.2 Obezitenin Risk ve Komplikasyonları.....	17
Tablo 6.1 Bireylere Ait Bazı Genel Bilgilerin Dağılımları	38
Tablo 6.2 Sağlık Durumu ve Bazı Alışkanlıkların Dağılımları.....	39
Tablo 6.3 Üzgün ve Mutsuz Hissedilen Zamanlarda Yeme Durumu ve Tercih Edilen Besinlerin Dağılımı	40
Tablo 6.4 Travmatik bir olay sonrasında Yeme Durumu ve Tercih Edilen Besinlerin Dağılımları	41
Tablo 6.5 Endişeli ve Kaygılı Olunan Zamanlarda Yeme Durumu ve Tercih Edilen Besinlerin Dağılımları.....	42
Tablo 6.6 Yalnız Hissedilen Zamanlarda Yeme Durumu ve Tercih Edilen Besinlerin Dağılımları.....	43
Tablo 6.7 Sınav Stresi/İş Stresi Yaşanılan Zamanlarda Yeme Durumu ve Tercih Edilen Besinlerin Dağılımları.....	44
Tablo 6.8 Mutlu Olunan/Hissedilen Zamanlarda Yeme Durumu ve Tercih Edilen Besinlerin Dağılımları.....	45
Tablo 6.9 Aşk Heyecanı Yaşanılan Zamanlarda Yeme Durumu ve Tercih Edilen Besinlerin Dağılımları.....	46
Tablo 6.10 Başarısız, Yenilgide Hissedilen Zamanlarda Yeme Durumu ve Tercih Edilen Besinlerin Dağılımları.....	47
Tablo 6.11 Halsiz, Hasta Hissedilen Zamanlarda Yeme Durumu ve Tercih Edilen Besinlerin Dağılımları.....	48
Tablo 6.12 Obez ve Fazla Kilolu Olma ile Bazı Genel Bilgilerin Değerlendirilmesi.....	49
Tablo 6.13 BKİ ile Depresyon İlişkisinin Değerlendirilmesi	49

Tablo 6.14 Obez ve Fazla Kilolu Olma ile Ailede Psikiyatrik Rahatsızlığı Olan Birey İlişkisinin Değerlendirilmesi.....	50
Tablo 6.15 Morbid Obezite İle Ailede Fazla Kilolu veya Obez Birey Varlığı İlişkisinin Değerlendirilmesi.....	50
Tablo 6.16 Eğitim Durumu ile Zayıflama İlacı Kullanma İlişkisinin Değerlendirilmesi.....	51
Tablo 6.17 Obez ve Fazla Kilolu Olma ile Düzenli Fiziksel Aktivite İlişkisinin Değerlendirilmesi.....	51
Tablo 6.18 Üzgün ve Mutsuz Zamanlarda Yeme Durumu ile Obez ve Fazla Kilolu Olma İlişkisinin Değerlendirilmesi.....	52
Tablo 6.19 Travma Sonrasında Yeme Durumu ile Obez ve Fazla Kilolu Olma İlişkisinin Değerlendirilmesi.....	52
Tablo 6.20 Endişeli ve Kaygılı Olunan Zamanlarda Yeme Durumu ile Obez ve Fazla Kilolu Olma İlişkisinin Değerlendirilmesi.....	53
Tablo 6.21 Yalnız Hissedilen Zamanlarda Yeme Durumu ile Obez ve Fazla Kilolu Olma İlişkisinin Değerlendirilmesi.....	53
Tablo 6.22 Sınav Stresi / İş Stresi Yaşanılan Zamanlarda Yeme Durumu ile Obez ve Fazla Kilolu Olma İlişkisinin Değerlendirilmesi	54
Tablo 6.23 Mutlu Olunan Zamanlardaki Yeme Durumu ile Obez ve Fazla Kilolu Olma İlişkisinin Değerlendirilmesi.....	54
Tablo 6.24 Aşk Heyecanı Yaşanan Zamanlardaki ve Yeme Durumu ile Obez ve Fazla Kilolu Olma İlişkisinin Değerlendirilmesi.....	55
Tablo 6.25 Başarısız, Yenilgide Hissedilen Zamanlardaki ve Yeme Durumu ile Obez ve Fazla Kilolu Olma İlişkisinin Değerlendirilmesi.....	55
Tablo 6.26 Halsiz, Hasta Gibi Hissedilen Zamanlardaki ve Yeme Durumu ile Obez ve Fazla Kilolu Olma İlişkisinin Değerlendirilmesi	56

1. ÖZET

Araştırma, BKI>25kg/m² olan, 20-60 yaş aralığındaki bireylerin farklı duygu durumlarındaki yeme eğilimi değişikliklerinin ve tercih edilen besinlerin değerlendirmesi amacı ile planlanmıştır. Bu araştırma 2010 yılında özel bir sağlık merkezine başvuran, 53'ü (%37,9) erkek ve 87'si (%62,1) kadın 140 yetişkin birey'e 'Fazla kilolu ve obez bireylere duygu değişikliği ve yeme eğilimi ilişkisinin değerlendirilmesi' anketinin uygulanması ile yapılmıştır. Üzgün ve mutsuzken, endişeli ve kaygılı iken, yalnızlık hissinde, aşk heyecanında, başarısızlık/yenilgi hissinde, halsizlikte, sınav/iş stresinde büyük çoğunluğunun (sırasıyla %33.6, %34.3, %33.6, %35, %34.3, %57.1, %34.3) normalden az yediği; travma sonrası olguların yarısından fazlasının (%52.1) hiç yemediği, mutlu olunan zamanlarda ise çoğunluğun (%40'ı) 'yemem değişmez' dediği görülmüştür. Obezite görülen olguların sınav /iş stresi yaşadıkları zamanlarda 'hiç yemem' deme oranları (%25,7), diğer bireylerden (%5,7) anlamlı şekilde yüksektir (p<0.05). Obez bireylerin 'hiç yememe' oranlarının yüksek olmasının sebebi obezlerde sıklıkla seyreden dürtü kontrol bozukluklarından kaynaklanıyor olabilir. Duygu değişikliklerindeki besin tercihlerine bakıldığında; negatif duygu değişikliği yaratan duygulardan, üzgün/mutsuz olma, endişeli/kaygılı olma, yalnızlık ve başarısızlık hissi kişileri patates/hamur işi gibi besinler; çikolata; cips/çekirdek gibi atıştırmalıklara yönlentmektedir. Olguların mutluyken sık tükettikleri ve tercih ettiği besinler kapsamlı bir ana öğün (%31.4'ü), çikolata (%25.7'si) ve profiterol, puding gibi tatlılar (%24.3'ü) olmuştur. Aşk heyecanı da kişileri tatlı ve mutluluk veren besinlere yönlentmiştir (%20.7'si çikolata, %16.4'ü profiterol/puding). Halsiz, hasta hissedilen zamanlardaki tercihler meyve (%25), kapsamlı bir ana öğün (%22.1); stres durumunda ise (%25.7'i) cips, çekirdek, kabuklu fıstık gibi atıştırmalıkları olmuştur. Sonuç olarak negatif duygu durumların değişiklikleri kişilerde iştahın azalmasına yol açmıştır. Bu konuda daha fazla sayıda ve daha geniş çaplı çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: BKİ, obezite, yeme davranışı, duygu durumu, psikoloji ve beslenme

2. SUMMARY

Evaluating the emotional variations and eating tendency relation in overweight and obese individuals

The research is planned to evaluate the variations in eating tendencies and preferred nutrients of individuals with an age range of 20-60 and BMI>25kg/m² in different mood conditions. This research is done with 53 male (37.9%), 87 female (62.1%) total of 140 individuals that had applied to a private health care center via the “mood variation and eating tendency relation evaluation in overweight and obese individuals” survey test. If one can evaluate the eating tendencies of the test subjects in different mood conditions, one can see that majority of the test subjects consume less than normal amount of nutrients when they feel unhappy, anxious, desolated, in love, failure, fatigue, under work/job stress with the percentages of 33.6%, 34.3%, 33.6%, 35%, 34.3%, 57.1%, 34.3% accordingly; more than half 52% of the post traumatic test subjects consume nothing, whenever the test subjects feel pleased and joyful, it is noted that the majority of the test subjects with a percentage of 40% stated that there is no change in the amount of the nutrients they consume. The rate of the decreasing the amount of the nutrients to “not at all” under job/work stress is significantly high in the obese test group with the rate of 25.7% while the rest of the test subjects only remain in 5.7 % (p<0.05). One can say that the reason of the obese test groups not eating behavior under the stated circumstances might be the urge control disorder that the obese individuals often come up against. If the nutrient group choices under different mood conditions are taken in hand; the negative mood statements such as sadness, feeling unsuccessful, leads the test subjects to consume snack foods like potatoes/pastry, chocolate, chips, dried food etc. whenever the test subjects exist in a positive mood state, the types of the food that test subjects tend to choose are an extensive meal with 31.4%; chocolate with 25.7 % and pudding/profiterole like desserts with 24.3%. It is determined that feeling of love and passion leads the test subjects to consume sweet and delightful nutrients such as chocolate with 20.7% and pudding/profiterole like desserts with 16.4%. Whenever the test subjects feel exhausted and sick it is determined that the test subjects tend to consume fruits with 25% and extensive meal with 22.1% whilst, under stress 25.7% of the test subjects tend to consume crusty chips and nuts. As a result the negative mood states causes the test subjects to have a decrease in the appetite. However It is still needed to have an extensive study wider and also rather more in quantity in this field.

Keywords: BKI, obesity, eating behavior, emotional variations, psychology and nutrition

3. GİRİŞ ve AMAÇ

Obezite; bireyin ağırlık, boy, cinsiyet ve ırksal özelliklerine göre belirlenmiş olan ideal değerlerin üzerinde olduğu, ciddi ve kronik bir hastalıktır (Altunkaynak ve Özbek, 2006). Fazla kilolu ve obez olma, en kolay görülebilen ve aynı zamanda en kolay gözden kaçan küresel boyutta bir halk sağlığı sorunudur (Antipatis ve Gill, 2002). WHO obeziteyi ilk 10 önlenebilir ölüm nedeni arasında saymaktadır (Dixon ve Dixon, 2006).

Obezite özellikle gelişmiş ülkelerde sanayileşme ile birlikte, sedanter yaşam, dengesiz beslenme gibi faktörlerin de etkisiyle daha belirgin hale gelmiştir. DSÖ tarafından en riskli 10 hastalıktan biri olarak kabul edilen obezite, ciddi sağlık problemlerine yol açmaktadır. Obezite, mortalite ve morbiditeye neden olan; bireye yüklediği diyabet, hipertansiyon, inme gibi ek hastalıklar ve ardından psikolojik ve psikososyal etmenlerin de bu tabloya eşlik ettiği kronik ve ilerleyici ama büyük ölçüde önlenebilir bir halk sağlığı sorunu olarak kabul edilmektedir (Kumsar ve ark., 2008; Kopelman, 2000; Wadden ve Stunkard, 2003).

Dünyada bir milyardan üzerinde fazla kilolu yetişkin olup, bunların en az 300 milyonu obezdir. Günümüzde obezite prevalansı ve gözlenen artış bir salgın olarak değerlendirilmektedir. Bu nedenle, sağlık profesyonelleri bütüncül bakım anlayışı ile fizyolojik, psikolojik hastalık veya bozukluklara neden olan obezitenin önlenmesine büyük önem vermektedirler (Kumsar ve ark., 2008; Pınar, 2002).

Toplumda obezite sıklığının artmasında besin alımı ve hatalı yeme davranışı önemlidir. En önemlisi ise aşırı yemek yeme davranışıdır (Hasbay, 2008). Obezlerin tedavisinde hedef sadece kilo kaybı değil, davranış ve yaşam tarzı değişikliğidir (Çakır, 2007).

Obeziteyle ilgili psikolojik ve psikososyal etmenlerin de önemi unutulmamalıdır. Obezite ve psikolojik etmenler arasında bir ilişki olduğu kabul edilmektedir (Deveci ve Demet, 2005). Şişmanlık, bireyin benlik algısında değişimlere neden olmakta, bireyler toplumsal yargılar ve çevrelerinden gördükleri tepkiler nedeniyle itiraf etmeseler de kendilerini toplumdan dışlanmış

hissedebilmektedirler. Bu durum ek sağlık sorunları yaşanmasına (depresyon, intihar girişimleri, anoreksiya ve bulimia nevroza gibi) neden olmaktadır (WHO, 1997; Kopelman, 2000; WHO 2000; Wadden ve Stunkard, 2003).

Obezite, kronik, karmaşık ve çok etkenli, ciddi psikiyatrik, psikolojik ve fiziksel sorunlara neden olabilen bir hastalıktır. Obeziteye eşlik eden psikososyal etmenler iyice araştırılmış olmasına rağmen obeziteye zgn kişilik tipi veya ruhsal bozukluk tanımlaması ile ilgili yeterli bilgi bulunmaktadır. Obez hastaların yaklaşık %25-30'unun depresyon ya da diğer psikolojik sorunları vardır. Duygusal gerginlik sıklıkla aşırı yeme ile ilişkilidir. Bu kişiler kısa zaman dilimlerinde çok yemek yerler ve bunu yaparken de kontrollerini kaybederler (Eker ve şahin, 2002).

İnsanda ruhsal durum ve yeme davranışı arasında karşılıklı etkileşim olmaktadır. Ruhsal durumla yemek seçimi, yeme miktarı ve yeme sıklığı arasında, fizyolojik ihtiyaçlardan bağımsız bir ilişki mevcuttur. İnsanda yeme davranışının anksiyete, neşe, üzüntü, öfke, depresyon gibi farklı duygulara göre değiştiği yaygın olarak kabul edilmektedir. (Erdi ve Eren, 2003). Obez hastaların çoğunda sıkıntı, üzüntü ve sinirlilik sonrası yemek yeme davranışı gözlenmektedir. (Bayraktar, 2008). 2002 yılında yapılan bir araştırmada sıkıntı, depresyon, yorgunluk sırasında yeme miktarında artma; korku, gerilim ve ağrı sırasında ise azalma olduğunu bildirilmektedir (Canetti ve ark., 2002). Bir çalışmada obez bireylerin anksiyeteli olduklarında aşırı yedikleri ve yemenin anksiyetelerini azalttığı ne sürülmüştür (Kaplan ve Kaplan 1957).

Bu alışmada; BKİ 25kg/m²'den fazla olan fazla kilolu ve obez bireylerin sağlık durumları ve genel bilgilerin alınması, bu bireylerde duygu değişiklikleri ile yeme eğilimi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

4. GENEL BİLGİLER

4.1 Obezite ve Temel Bilgiler

4.1.1 Dünyada ve Türkiye’de Obezite Epidemiyolojisi

Obezite prevalansı pek çok ülkede belirgin bir şekilde artış göstermekte, insanların ortalama vücut ağırlığı giderek artmaktadır. DSÖ bu durumu “küresel obezite epidemisi” olarak değerlendirmektedir. Buna paralel olarak tip 2 diyabet sıklığı ve ona eşlik eden kardiyovasküler sorunların da artması, toplumları ciddi bir halk sağlığı sorunu ile karşı karşıya getirmiştir. (Goodman ve ark., 2003; Jacoby ve ark., 2003; Gedik, 2003; Kumsar ve ark., 2008; WHO, 2003; Pekcan, 2008).

Şişmanlık toplumsal, psikolojik ve ekonomik yönü ile devleti, toplumun her kesimini ilgilendirmektedir. Şişmanlar için stadyumlarda, arabalarda, sinemalarda, spor sahalarında, tiyatro gibi yerlerde oturak mekanları değiştirilmek zorunda kalmıştır. Dolayısıyla şişmanlık hekimlerle birlikte mühendisleri, mimarları ve tasarımcıları da ilgilendirmektedir (Balcıoğlu ve Başer, 2008).

4.1.1.1 Dünyada Obezite Prevalansı

DSÖ’ne göre dünyada bir milyarın üzerinde fazla kilolu yetişkin olup, bunların en az 300 milyonu obezdir (Kumsar, Taşkın ve Olgun, 2008). Hastalığın prevalansı ülkelere ve yaş gruplarına göre değişmekle birlikte ortalama %20–40 oranındadır (NCHS, 2004).

DSÖ’ne üye olan Avrupa ülkelerinde genel olarak obezite %30.0 ile %80.0 arasında, erkeklerde %31.9–79.3 ve kadınlarda %27.8–77.8 arasında değişmektedir. DSÖ’ne üye olan 36

Avrupa ülkesinden 14'ünde erkeklerdeki obezite kadınlardan daha fazla bulunmuştur (WHO, 2006; Pekcan, 2008; Ersoy ve Çakır, 2007).

Dünyada en yüksek obezite sıklığı Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde bildirilmiş olup; her yıl obeziteden kaynaklanan ölüm sayısı 300.000 civarındadır. Bu sayı, sigaraya bağlı ölümlerden sonra ikinci sırada yer almaktadır (Centers for Disease Control and Prevention, 1996). ABD' de 1980 ve 2002 yılları arasında 20 yaş ve üzeri yetişkinlerde obezite prevalansı iki katına, 6-19 yaş arası çocuk ve adölesanlarda fazla kilolu prevalansı üç katına yükselmiştir (Kumsarve ark., 2008; Akman ve ark., 2004). 1982 yılı itibariyle Amerika'daki beyaz, siyah, ve hispanik ırkın %23'ü fazla kiloludur. 1981-83 arası çalışmada siyahlar ve hispanikler (İspanya kökenliler) beyazlara göre daha kilolu bulunmuştur (%31,2 ve %21,8). Her ırkta ve cinsiyette fazla kilolu sıklığı 18 yaştan 59 yaşa gittikçe artmaktadır. Beyazlarda bu artış 60 yaşında sonlanıp düşüş başlar. Siyahlar ve hispaniklerde de 60-69 yaş arası fazla kilolu sıklığında düşüş gözlenir, fakat bunu istatistiksel olarak çok belirgin olmasa da 70 yaşla beraber bir artış takip eder. Erkekler ve kadınlar arasında fazla kilolu sıklığı açısından fark yoktur. Beyaz popülasyondaki erişkinlerde, erkeklerdeki fazla kilolu sıklığı kadınlardan fazladır. Bu cinsiyet farkı 18-49 yaş arası görülür ve 50 yaşından büyüklerde gözlenmez (Forman ve diğ., 1986).

Obezite yalnızca Kuzey ve Güney Amerika'da görülen bir durum değildir. Kuzey-Doğu Asya'da, Çin'de, Japonya'da, Malezya'da, Samoa adalarında, Orta-Doğu ve Arap ülkelerinde de görülmektedir (Kopelman, 2000).

Obezitenin global prevalansı %8.2 olarak hesaplanmaktadır. Çin ve Japonya'da %5 olan prevalans, Samoa'da %75'e ulaşmaktadır . Kore'de 1995'te obezite prevalansı %13,9 iken hızla artarak 1998'de %26,3'e çıkmıştır. ABD, İsrail ve 13 Avrupa ülkesindeki yetişkinlerin karşılaştırıldığı bir çalışmada fazla kilolu sıklığı erkeklerde %5,2 ile %28,9 arası ; kadınlarda %8,1 ile %31 arası bulunmuştur (Ersoy ve Çakır, 2007; Yoon, Woo ve Park, 2006).

4.1.1.2 Türkiye’de Obezite Prevelansı

Ülkemizde toplumun %30’undan fazlası (erkeklerde %7.9, kadınlarda %23.4) obezdir (Altunkaynak ve Özbek, 2006). Son yapılan çalışmalarından elde edilen veriler, geçtiğimiz 25 yıl içinde Türkiye’de obezite prevalansının dünyadaki eğilime paralel biçimde önemli ölçüde artış kaydettiğini göstermiştir. Ülkemizde obezite prevalansında 90’lı yıllar boyunca erkeklerde %65.0, kadınlarda %30.0 artış görülmüştür (Kumsar ve ark., 2008; Akman ve ark., 2004:113).

TEKHARF çalışmasına göre obezite Türkiye’de artma trendinde olup alarm veren bir sağlık sorunudur. 10 yıllık bir dönemi (1990-2000) kapsayan saha çalışmaları, Türkiye’de obezite ve fazla kilonun arttığını göstermektedir. TEKHARF çalışmasında elde edilen verilere göre; 30 yaş üzeri erişkin kadın ve erkek bireylerde obezite prevalansı 1990 yılında %18.6 iken, 2000 yılında bu oran %21.9’a yükselmiştir. Obezite prevalansı 1990 yılında erkeklerde %9, kadınlarda %24 iken bu oran 1998 yılında erkeklerde %18,7, kadınlarda ise %38,8’ye yükselmiştir. Bu çalışma ile Türkiye’de obezitenin 8 yılda kadınlarda %30, erkeklerde ise %65 oranında artış gösterdiği ortaya konmuştur. Türkiye Diyabet Epidemiyoloji Çalışması (TURDEP) ve Türkiye Obezite ve Hipertansiyon Çalışması (TOHS) ülkemizde yapılmış diğer ulusal ve kapsamlı çalışmalardır. Türkiye’de Diyabet, Obezite ve Hipertansiyon Epidemiyolojisi (TURDEP) araştırmasında obezite sıklığı, 20 yaş ve üzeri erişkinlerde Beden Kitle İndeksi (BKİ) baz alındığında %22.3 olarak bulunmuştur. 2000 yılı Türkiye Obezite ve Hipertansiyon Çalışması (TOHS)’ na göre de 20 yaş ve üzeri erişkin kişilerde obezite oranı %19.4 olarak saptanmıştır (Kumsar ve ark., 2008; Yumuk, 2005).

Tablo 4.1 Türkiye’de yapılan araştırmalara göre obezite prevalansı

Çalışma adı	n	Yaş	Obezite prevalansı (%)		
			Erkek	Kadın	Toplam
TEKHARF 1990	3681	>30	12,5	32	18,6
TEKHARF 2000	2494	>30	11,3	32,6	21,9
TURDEP 1999	24788	>20	12,9	29,9	22,3
TOHS 2000	20199	>20	14,4	24,6	19,4

4.1.2 Obezite Tanısı

Obezite toplumun bütün kesimlerini ilgilendiren önemli bir halk sağlığı problemidir (Balcioglu ve Başer, 2008). Obezite, enerji alımı ve harcanması arasındaki dengesizlik sonucu oluşan; vücutta yağ dokusu artışı ile karakterize; kalp-damar, solunum, sindirim, hormonal sistem gibi vücutta bir çok organı ve sistemi etkileyerek önemli bozukluklara zemin hazırlayan; morbidite ve mortalitede artışa yol açan; bireyin yaşam süresini, kalitesini olumsuz yönde etkileyen ve bu nedenlerle de tedavi edilmesi gereken sosyal, çevresel, metabolik, psikolojik, fizyolojik, kültürel, genetik, davranışsal, bir hastalıktır (Montague ve Broadnax, 2004). Obezite, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından ‘vücut yağ miktarının sağlığı bozacak şekilde aşırı veya anormal birikmesi’ olarak tanımlanmaktadır (Baysal, 2006; WHO, 2000). Obezite, bütün dünyada yaygın olarak görülen ilerleyici, kronik ve tekrarlayıcı bir hastalıktır (Dixon ve Dixon, 2006).

4.1.2.1 Beden Kitle İndeksi

Beden kitle indeksi (BKİ): Total vücut yağı ile korelasyon gösteren boy uzunluğu ve vücut ağırlığına dayalı bir indekstir. Şişmanlığın ve kronik enerji yetersizliğinin göstergesidir. Beden kitle indeksi (Quetelet indeks) bundan 100 yıl önce Quetelet (1869) tarafından ortaya atılmıştır. Beden kitle indeksi verilen şu denklemle hesaplanmaktadır:

$$BKİ (kg/m^2) = \text{Ağırlık (kg)} / \text{Boy}^2 (m^2) \text{ (Dixon ve Dixon, 2006).}$$

Değişik yazarlar tarafından ileri sürülen obezite ayırım sınırları şöyle özetlenebilir:

1) WHO(Dünya Sağlık Örgütü), çeşitli Avrupa epidemiyolojistlerince ufak değişiklikler dışında kabul edilen bir uluslararası sınıflandırma geliştirmiştir.

BKİ: 25-29kg/m² arası pre-obez (fazla kilolu),
30.0-34.9 kg/m² arası hafif obez,
35-39,9 kg/m² arası orta dereceli obez,
40 kg/m² ve daha üstü ise morbid obezite’yi yansıtmaktadır (WHO, 1997).

2) NHCS (A.B.D'de sağlık istatistikleri merkezi olan National Center for Health Statistics) BKİ'nin erkeklerde 27.8 kg/m², kadınlarda 27.3 kg/m²'nin üzerini fazla kilolu olarak kabul etmektedir. Obezite sınırı erkekte 31.1kg/m², kadında 32.3 kg/m²olarak belirtilmiştir. Bu değerler 1976-1980 yılları arasında 20-29 yaş arası kadın ve erkeklerden elde edilen NHANES II (National Health and Nutrition Examination Survey) çalışması sonuçlarına dayanmaktadır (Vanİtallie,1985).

3) Bir Fransız sağlık istatistikleri kurumu olan INSERM'de Laurier ve ark., obezite tanısında 1959 Metropolitan yaşam tablolarını kullanmıştır. Bu tablodaki relatif ağırlık indeksi (relative weight index, RWI) %130'u aşıyorsa şişman, %150'yi aşıyorsa aşırı şişman terimlerini kullanmaktadır. Burada %100 RWI, erkeklerde 22.6 kg/m² ve kadınlarda 21.1 kg/m² BMI değerlerine uymaktadır. Bu nedenle obezite tanımına uyan ayırım sınırları erkeklerde 29.4 kg/m², kadınlarda 27.4 kg/m² BKİ değerlerine uygunluk göstermektedir. Aşırı şişman için ayırım noktaları erkeklerde 33.9 kg/m², kadınlarda 31.7 kg/m² BKİ değeridir (Laurier ve ark., 1992).

4) Van İtallie, NHCS bulgularına dayanarak obezite kriterlerini şu şekilde sıralamıştır: BKİ <25 kg/m² uygun ağırlık, 25-27 kg/m² sınırda obez, 27-30 kg/m² hafif obez, 30-35 kg/m² orta derecede obez, 35-40 kg/m² ciddi obez, >40 kg/m² ileri derecede obezdir (Vanİtallie, 1996).

4.1.2.2 Vücut Ağırlığı ve Boy Uzunluğu

Obezite geleneksel olarak vücut yağ depolarına dayanarak sınıflandırılmıştır. Şimdilerde ise obezite yaşa ve boya göre olan standartlardan çok daha fazla kilolu olmak şeklinde tanımlanmaktadır. Boy standartlarına göre çok daha ağır olan bireylerin fazla miktarda vücut yağı depoladıkları kabul edilir. Yanlışlıkla obez olarak sınıflandırılacak kadar aşırı kas kitlesi olan atletlerin dışında, bu sınıflandırma yaklaşımı oldukça iyi işlemektedir. Klinik olarak zaten atletik insanların vücut yağının fazla olmayacağı açıktır ama bu sınıflandırma hatası klinik olmayan ortamlarda sorun olabilir (Wadden ve Stunkard, 2003).

Yaşa göre ağırlık indeksi, yaşa göre boy uzunluğu ve boya göre ağırlık indekslerinin bileşik bir göstergesidir. Boya göre vücut ağırlığı, sadece vücut ağırlığının ölçülmesinden daha spesifik bir ölçümdür. Zayıflık ya da obezite olarak da ifade edilebilir. Boya göre ağırlık indeksi, vücut ağırlığını boy uzunluğuna göre değerlendirir ve ölçümün yapıldığı sıradaki beslenme durumunu tanımlar (Sürücüoğlu ve Özçelik, 2003).

Normal vücut yağ oranı erkeklerde %25, kadınlarda ise %35 kadardır (Baysal, 2006; WHO, 2000).

4.1.2.3 Bel Kalça Oranı

Bel kalça oranı (BKO) da obezite tanımlamasında kullanılan önemli bir ölçektir (Pekcan, 2008). BKO ilk defa TEKHARF çalışmasında 1995 yılında bir kriter olarak ele alınmış; kadınlarda ideal değeri 0.8'den, erkeklerde 0.95'den küçük olmasının gerekliliği vurgulanmıştır. 1995 yılında TEKHARF çalışmasında Türk kadınlarının android tipte (elma tip) obez bulunmuştur. BKO, 0.5'i geçen kadın oranı %34.5, 0.95'i aşan erkek oranı %28.9 olarak belirtilmiştir (Kumsar ve ark., 2008).

Bel-kalça çevresi ölçümleri; postprandiyal durum, gün içerisinde ölçüm zamanı, ayakta durma şekli, solunum derinliği, ölçüm yeri ve ölçen kişi kriterleriyle etkilenmektedir (Pekcan, 2000).

Çalışmalar BKO ile batın içinde yağ toplanması yani abdominal şişmanlığın hem erkek hem de kadınlarda şişmanlıktan bağımsız bir faktör olarak dislipidemi, diabetes mellitus, hipertansiyon ve ateroskleroz riskini arttıran bir faktör olduğunu göstermiştir (WHO, 1997; Kopelman, 2000; Dixon ve Dixon, 2006).

4.1.2.4 Deri Kıvrım Kalınlığı

Deri altı yağ dokusunun belirlenmesinde deri kıvrım kalınlığı ölçümü (DKK) yapılır, DKK vücutta on ayrı noktadan ölçülebilmekte ve bu ölçüm değerleri vücut yağ miktarının doğrudan göstergesi kabul edilmektedir. Ölçümler triseps, biceps, subskapular, suprailiyak vb. bölgelerden skinfold kaliper denilen alet ile ve sol taraftan yapılmaktadır. Çalışmalar için genellikle sol triseps ya da sol subskapula tercih edilmektedir. Her deri kıvrım kalınlığı için ortalama değerler, yaşa göre persentil değerleri belirlenmiştir. Örneğin triseps ölçümünün 30-50 yaş arası erkeklerde 23 mm ve kadınlarda ise 30 mm'den fazla olmaması gerekmektedir (Pekcan 2001; Sürücüoğlu ve Özçelik 2003; Kokino ve ark., 2006).

4.1.3 Obeziteyi Etkileyen Etmenler

Obezite, vücuttaki yağ dokularının fazlalığı olarak tanımlanan kronik, kompleks, multifaktöriyel bir hastalıktır. Genetik, metabolik ve fizyolojik nedenlerle birlikte, psikolojik ve çevresel faktörlerin de obezite oluşumunda etkili olduğu bilinmektedir (Hasbay, 2008; Akman ve ark., 2004). Obezite tek bir hastalık olmayıp heterojen olarak bir çok etkenden doğan bir durumdur (Kopelman, 2000).

4.1.3.1 Cinsiyet

Türkiye Diyabet Epidemiyoloji Çalışmasında; prevalans tüm yerleşim birimleri ve coğrafi bölgelerde kadınlarda erkeklerden (kadın %29,9; erkek %12,9) daha yüksektir. Kadınlarda evlilik, gebelik, multiparite ve menapoz dönemleri obezite olasılığını arttırmaktadır (Akman ve ark., 2004; Kumsar ve ark., 2008; Kopelman, 2000).

4.1.3.2 Yaş

Yaş ile birlikte obezite görülme sıklığı artar. Vücut yağ oranı yaş arttıkça, artış göstermektedir. 18 yaşından sonra erkeklerde vücut ağırlığının yaklaşık %15-18'inin, kadınlarda %20-25'inin yağ dokusundan oluştuğu belirtilmektedir. TURDEP çalışmasında; genel olarak yaşlanma ile obezite sıklığının arttığı belirlenmiştir, 55-59 yaş grubunda en yüksek %34,8 olmak üzere orta yaş (40 - 65 yaş) gruplarında bireylerin %30'unun obez olduğu saptanmıştır (Akman ve ark., 2004; Kumsar ve ark., 2008; Kopelman, 2000).

4.1.3.3 Mesleki Durumu

Türkiye Diyabet Epidemiyoloji Çalışmasında; aktif meslek gruplarında obezite daha seyrek iken emekli ve ev hanımlarında prevalans artmıştır (sırası ile %17,3 ve %30,7) (Kumsar ve ark., 2008).

4.1.3.4 Eğitim Düzeyi

Türkiye Diyabet Epidemiyoloji Çalışmasında; eğitim düzeyi düşük (okur-yazar olmayanlar %33,4), yüksek okul mezunları ve dar gelirli gruplarda obezite sıklığı daha yüksek bulunmuştur (Kumsar ve ark., 2008). Bir başka çalışma ise yüksek eğitim düzeyinin koruyucu olduğunu göstermiştir (Yoon ve ark., 2006).

4.1.3.5 Sosyoekonomik Düzey

Bir araştırmaya göre obezitenin gelişmiş ülkelerde düşük sosyo-ekonomik düzeye sahip kesimlerinde, gelişmekte olan ülkelerde ise yüksek sosyo-ekonomik düzeye sahip kesimlerde daha sık olduğu gösterilmiştir (Baysal, 2003). Düşük sosyoekonomik sınıflarda ve bazı etnik

gruaplarda obezite sıklığı daha yüksektir. Fakir ülkelerde obezite, zenginlik ve başarının bir sembolü olarak değerlendirilir (Balcıoğlu ve Başer, 2008).

WHO'nun 2006 yılında yapılan HBSC (Okul Çağı Çocuklarında Sağlık Yaşam Davranışı) çalışmasında; yüksek ekonomik gelirli ailelerden gelen gençlerin, daha düşük ekonomik gelirli ailelerden gelenlere göre obeziteye daha yatkın olduğu gösterilmiştir (WHO/HBSC Forum, 2006).

Ülkenin gelişmişlik düzeyi arttıkça kadınlardaki obezite sıklığı gelir düzeyiyle doğru, eğitim düzeyiyle ters orantılı; erkeklerde ise sadece gelir düzeyiyle doğru orantılı hale gelmektedir. Monterio çalışması gelir düzeyinin eğitim düzeyine göre obezite üzerinde daha büyük etkisi olduğunu göstermiştir. Çünkü gelişmiş toplumlarda besine ulaşabilmek daha kolayken günlük enerji harcaması da daha azdır. Bir başka çalışma ise yüksek gelirin obezite için risk faktörü olduğunu göstermiştir (Yoon ve ark., 2006).

Yapılan bir diğer araştırmada endüstriyelleşmekte olan toplumlarda obezite ve fazla kilolu olma durumunun oldukça yaygın olduğu belirtilmiştir. Artık obezite görülen kesimler arasında bir ayırım kalmamıştır. İlginç olan durum sosyo ekonomik durumu düşük olan kesimlerde bile obezite sıklıkla görülmektedir (Jacoby ve ark., 2003).

4.1.3.6 Alkol ve Sigara Kullanımı

Türkiye Diyabet Epidemiyoloji Çalışmasında; obezite sıklığı alkol ve sigara kullananlarda, bu alışkanlıkları olmayan gruplara oranla daha yüksektir. İskemik kalp hastalığı, ailede diyabet, bilinen diyabet ve bilinen hipertansiyon anamnezi veren bireylerde, bu özellikleri bulunmayanlara kıyasla prevalans artmıştır (Kumsar ve ark., 2008).

4.1.3.7 Beslenme Alışkanlıkları

Yetersiz ve dengesiz beslenme, obezitenin primer nedeni olabilmektedir. Hızlı kentleşmenin etkisi ile birlikte, doymuş yağlar ve şeker açısından zengin olan fast-food tarzı yiyecek tüketiminde artış olmaktadır. Karbonhidrat ve yağlardan zengin, protein ve lifli gıdalardan fakir beslenme alışkanlığının obezite prevalansını arttırdığı bilinmektedir (Gedik, 2003; Kopelman, 2000).

WHO 2002 raporuna göre; yoğun enerjili, aşırı yağlı, doymuş yağ oranı yüksek, şeker oranı yüksek, sebze ve meyveden fakir beslenme, fazla alkol ve tuz tüketimi; ağırlık artışı ile sonuçlanmaktadır (Baysal, 2006; Pekcan, 2008; WHO, 2004).

Diyet alışkanlıklarının, şişmanlık, kardiyovasküler hastalıklar, diyabet ve kanser gibi bazı kronik hastalıkların gelişiminde önemli katkısı vardır. Kentlerde yaşayan bir çok kişi, batı toplumunun yaşam tarzını ve sağlıklı olmayan beslenme alışkanlıklarını benimsemiştir (WHO, 2000:256).

Beslenme biçimi ve beslenme alışkanlığı olarak yüksek kalorili yiyeceklerle beslenmede obezite daha kolay gelişmektedir (Baysal, 2006). Toplumda obezite sıklığının artmasında besin alımı ve hatalı yeme davranışı önemlidir. En önemlisi ise aşırı yemek yeme davranışıdır (Hasbay, 2008).

Obezite; enerji alımı ile harcaması arasındaki dengenin bozulması sıklıkla enerji yoğunluğu ve yağı fazla besinlerin aşırı alımına bağlı olan bir durumdur. Günümüzde şehirleşme, ekonomik gelişme ve küreselleşme, yaşam biçiminde ve diyetinde hızlı değişimler ile beslenmede geçişler yaratmıştır. Beslenmedeki bu geçiş ve enerji yoğunluğu fazla besinlerin tüketimi (posası düşük besinler, şeker içeren ve tatlandırılmış içecekler) obezite riskini arttırmaktadır. Enerji alımındaki artışın nedeni yetişkinlerde ev dışında beslenmenin artması, porsiyonların büyümesi, şekerle tatlandırılmış içeceklerin tüketimi ve atıştırma olarak gösterilmektedir (Pekcan, 2008).

4.1.3.8 Fiziksel Aktivite Yetersizliği ve Kentsel Yaşantı

Düşük fiziksel aktivite, artan obezite riski ile paraleldir. Teknolojik ilerleme, günlük yaşamda fiziksel aktiviteyi azaltır. Televizyon, elektronik oyunlar ve bilgisayar başında harcanan zaman, yetişkinlerde olduğu gibi çocuklarda da sedanter yaşama yol açmaktadır (Öztora ve ark., 2006). Yapılan bir çalışmada televizyon izleyiciliğinin, BKİ artışında önemli bir role sahip olduğunu göstermiştir. Başka bir araştırmada, 4 saat ve üzeri günlük televizyon ve bilgisayar karşısında oturmanın, BKİ üzerine anlamlı etkisi saptanmıştır. Adölesan grupla yapılan bir çalışma sonucuna göre, düzenli egzersiz yapmayanlarda yüksek oranda (%52.2) obezite saptanmış, kızların erkeklere göre daha sedanter olduğu belirlenmiştir. Fiziksel olarak inaktif / sedanter yaşam sürdürenlerde vücut ağırlığı, aktif olanlardan daha fazladır (Öztora ve ark., 2006; Kopelman, 2000).

Gelişmiş ülkelerde fiziksel aktivite ile obezite arasında direkt bir bağ bulunmaktadır (Kopelman, 2000). Son 10-20 yıl içerisinde obezite sıklığındaki artışın asıl önemli nedeni; endüstriyel gelişme ile birlikte, fiziksel güce dayalı yaşam tarzından inaktiviteye dayalı yaşam tarzına geçiş olarak görünmektedir (Urek ve ark., 2007).

Türkiye Diyabet Epidemiyoloji Çalışmasında; kentsel alanda yaşayanlarda santral tip obezite prevalansının kırsalda yaşayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Endüstrileşmiş ülkelerde obezite prevelansı teknolojik gelişimler ve sedanter yaşam özelliklerine bağlı olarak düşük eğitim ve/veya düşük gelirli ülkelere göre daha yüksektir (Kumsar ve ark., 2008; Akman ve ark., 2004; Kopelman, 2000).

4.1.3.9 Psikolojik Etmenler

Obezite ve psikolojik etmenler arasında bir ilişki olduğu kabul edilmektedir. Örneğin; anne, baba ve çocuk arasındaki olumsuz ilişkiler; çocuğun ruhsal yapısını etkileyip aşırı yemeye neden olabilmektedir (Deveci ve Demet, 2005). Obezitenin altında yatan sebeple obez olan kişinin psikolojisi birbiriyle bağıntılıdır (Musante ve ark., 1998).

4.1.3.10 Genetik Etmenler

Yapılan pek çok çalışma vücut ağırlığının genetik etmenler ile yakından ilişkili olduğunu göstermiştir. Genetik etkiler bazal metabolizma hızı üzerinde kişiden kişiye farklılık göstermektedir. Bundan dolayı bazı kişiler obeziteye daha yatkınlığı olabilmektedir (Eker ve Şahin, 2002; Deveci ve Demet, 2005). Genetik yatkınlık, obeziteden kolaylıkla etkilenen genlerden geçmektedir (Duyarlı gen). Bu genler obeziteye yatkınlığı arttırırlar ancak obezitenin oluşmasında tek kaynak değildirler. (Kopelman, 2000).

Obezitenin oluşumunu etkileyen pek çok etken olmakla birlikte; klinik çalışanları obezitenin oluşumunda insan iradesine bağlı etkenlerin daha büyük oranda olduğunu ve insan iradesinin dışındaki unsurların çok daha az oranda etkilediğini gözlemlemektedirler (Kopelman, 2000).

4.1.4 Obezitenin Neden Olduğu Hastalıklar

Obezite genel bir halk sağlığı problemi olarak gerek tıbbi; gerekse estetik açıdan güncelliğini korumaktadır. Obezite ve bunların neden olduğu sağlık sorunları giderek yaygınlaşmaktadır (WHO, 1997; Deveci ve Demet, 2005; Kokinove ark., 2006).

Günümüzde şişmanlık hem bir hastalık olarak kabul edilmektedir, hem de beslenmeye bağlı kronik hastalıklar için risk etmeni olarak değerlendirilmektedir (Pekcan, 2008; Eker ve Şahin, 2002).

Kilo alımı bazı fizyolojik değişimleri de beraberinde getirmektedir. Obezite vücuttaki toplam kan miktarının değişime uğramasına neden olabilmektedir. Vücuttaki yağlar kişide gövde kısmında toplamış ise bu insanların nefes sıkıntısı çekmesine neden olabilmekte, iç karın bölgelerindeki yağlanmalar üst vücut obezitesini tanımlamakta ve bunlar da hipertansiyon, yükselmiş plazma insulin, insulin resistansı, diyabet ve hiperlipidemiye yol açmaktadır (Kopelman, 2000; Deveci ve Demet, 2005; Eker ve Şahin, 2002).

Tıbbi komplikasyonlar arasında kalp ve damar sistemi hastalıkları, diyabet, metabolik sendrom, kas ve iskelet sistemi hastalıkları ve psikiyatrik sorunlar gelmektedir. (Sertöz ve Mete, 2005).

Obezitenin komplikasyonları ve obezitede oluşma riskini artıran hastalıklar Tablo 4.2’de görülmektedir. (Wadden ve Stunkard, 2003:154; VanItallie, 2008)

Tablo 4.2 Obezitenin risk ve komplikasyonları

1	Diyabet, insülin direnci
2	Hipertansiyon
3	Dislipidemi
4	Kalp hastalığı: Aterosklerotik hastalık, Konjestif kalp yetersizliği
5	Alveolar hipoventilasyon (Pickwick sendromu)
6	Serebrovasküler hastalık
7	Kanser
8	Safra kesesi hastalıkları: Taş, infeksiyon
9	Hepatosteatoz
10	Karaciğer sirozu
11	Osteoartrit
12	Venöz staz ve ödem
13	Gastroözefajial reflü hastalığı
14	Üriner inkontinans
15	Reproduktif disfonksiyon
16	Gut
17	Artmış intraabdominal basınç sendromu: Hiatus hernisi, fıtıklar
18	Psödötümör serebri
19	Gebelik riskleri: Toksemi, diyabet
20	Cerrahi riskleri: Pnömoni, yara infeksiyonu, tromboflebit
21	Psikolojik ve emosyonel problemler
22	Sosyal ve ekonomik problemler
23	Erken ölüm

Tüm dünyada obezite ile hipertansiyon ve diyabet sıklığı hızla artmaktadır (Kumsar ve ark., 2008; Kokino ve ark., 2006). Bu nedenle, birçok kronik hastalıktan korunmada veya oluşmuş bir hastalığın prognozunu iyileştirmede kilonun azaltılması anahtar rolü oynamaktadır (Özenoğlu ve ark., 2009).

4.1.4.1 Obezite ve Hipertansiyon

BKI ile hipertansiyon arasında da pozitif bir ilişki vardır (Kopelman, 2000). Obezlerde hipertansiyon görülme olasılığı üç kat fazladır. (Deveci ve Demet, 2005; Kokino ve ark., 2006).

Yapılan bir çalışmada, Vücut ağırlığındaki 5-10 kg artış hipertansiyon riskini 1.7 kat, 25 kg artış ise 5.2 kat arttırdığını göstermiştir. 1 kg kilo kaybı ile de sistolik basınç 1.6 mmHg, diastolik basınç ise 1.3 mmHg düşmektedir (Kumsar ve ark., 2008).

4.1.4.2 Obezite ve Diyabet

Yapılan çalışmalar vücut yağındaki artış ile diyabet hastalığı oluşma riskini doğru orantılı olduğunu göstermiştir. Nurses Cohort çalışmasında; diyabeti tetikleyen etkilere bakıldığında Beden Kitle İndeksi (BKİ), yaş unsurundan sonra gelen ilk etken olmuştur (Kopelman, 2000).

Tip 2 diyabet açısından fazla kilolu olmak ve obezite tek başına bir risk faktörüdür. Tip 2 diyabet hastalarının %80'i obezdir (Kumsar ve ark., 2008). Obezite, Tip 2 DM (İnsüline bağımlı olmayan diyabetes mellitus) için önemli bir ön belirleyicidir. (Kopelman, 1994).

4.1.4.3 Obezite ve Kanser

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından en riskli 10 hastalıktan biri olarak kabul edilen obezitenin, yine aynı örgüt tarafından yürütülen son araştırmalarda kanserle yakın ilgisi olduğu da belirlenmiştir (WHO, 2000).

4.1.4.4 Obezite ve Kalp hastalıkları

Özellikle viseral tipteki obezite çeşitli lipid bozukluklarına neden olmaktadır. (Atar, 2005). Abdominal bölgede biriken yağ ile ilişkili en önemli komplikasyon kardiyovasküler hastalık ve ani ölümdür (Ersoy ve Çakır, 2007).

Kilo alımı ve obezite ile birlikte tüm vücuttaki oksijen ihtiyacı artmaktadır, bu da kalbi yorma noktasına getirmektedir. Kalp, sağ kapakçığına yüklenmekte ve bu da kalp krizi olasılığını arttırmaktadır (Kopelman, 2000).

4.1.4.5 Obezite ve Mortalite

Son 10-15 yılda giderek yaygın bir sağlık sorunu haline gelmesi ve tıbbi komplikasyonlarına bağlı erken ölümlerin olması, obeziteyi üzerinde önemle durulması gereken bir konu haline getirmiştir (Sertöz ve Mete, 2005).

Yapılan bir çalışmada, morbid obezlerin mortalite oranının normal kilodakilere göre en az 3-12 kat arttığı söylenebilir (VanItallie, 1980).

Yapılan çalışmalar obezitenin ve aşırı kilo alımının insan ömrünü kısalttığını göstermektedir (Kopelman, 2000).

Bir başka araştırmada BKİ > 30kg/m² olduğunda kardiyovasküler hastalıklar, kanser ve diğer nedenlere bağlı ölüm oranlarında artış olduğu rapor edilmiştir. Mortalite eğrisi tersinden değerlendirildiğinde orta derecede kilo vermenin mortalite riskinde belirgin bir azalma sağlayacağı söylenebilir. Vücut ağırlığının %10 kaybı ile risk oranında %50 azalma meydana gelmektedir (Ersoy ve Çakır, 2007).

Framingham'in yaptığı araştırmaya göre, her 0.45 kg kilo alımının, 30-42 yaşlar arasında kişilerde 20 yıl içerisinde oluşabilecek ölüm riskinin %1; 50-62 yaşları arasındaki kişilerde ise ölüm riskinin %2 arttığını ortaya koymuştur (Kopelman, 2000).

4.1.5 Obezite Tedavisi

Obezitenin tedavisinde genel amaçlar; vücut ağırlığının azaltılması, uzun dönemde vücut ağırlığının korunması, daha fazla kilo alınmasının önüne geçilmesi ve ortaya çıkabilecek diğer hastalık risk etmenlerinin kontrolüdür (Eker ve Şahin, 2002).

Obezitenin tedavisindeki güçlük, kilo vermenin sağlanmasından sonra bu azaltılmış vücut ağırlığının uzun bir süre korunmasında da kendini gösterir. Obezlerin tedavisinde hedef sadece kilo kaybı değil, davranış ve yaşam tarzı değişikliği olmalıdır. Başlangıç için vücut ağırlığının %10'unu kaybetmek obezite ile birlikte olan kan basıncı yüksekliği, diyabet, kan yağları yüksekliği ve eklem ağrılarının düzelmesine yarar sağlayacaktır. Bu hedefe ulaşıldıktan sonra yeni bir hedef belirlenebilir.

Kilo kaybetme ve kilonun korunması için hedefler;

1. Kilo kaybetme,
2. Uzun dönemde kaybedilen kiloyu koruma,
3. Kilo kazanımını önlemektir (Ersoy ve Çakır, 2007).

Obezite tedavisinde kilo vermeyi amaçlayan çeşitli tedavi seçenekleri bulunmaktadır. Düşük kalorili diyetler, fiziksel egzersiz programları, farmakolojik tedaviler, cerrahi operasyonlar ve bilişsel davranışçı terapiler etkili tedavi seçeneklerindedir. Bunların bireye özgü ve birlikte kullanımları günümüzdeki obezite tedavisinin temelini oluşturmaktadır. En iyi sonuçları uzun döneme yayılmış, beslenme ve fiziksel aktivite davranışlarını değiştiren tedavi yaklaşımlarının verdiği belirtilmektedir (Sertöz ve Mete, 2005).

Ciddi kalori kısıtlamasıyla önemli derecede ağırlık kaybı sağlanabilse de, kazanılan davranış değişikliklerini koruma çabaları olmazsa, kaybedilen kilolar geri kazanılır. Yeme alışkanlıkları ve aktivitedeki kalıcı yaşam biçimi değişiklikleri, kalıcı ağırlık kaybı ile sonuçlanmaktadır (Akbulut ve ark., 2007).

Ağırlık kaybının korunması için yeme alışkanlığındaki değişikliğin kalıcı olması gerekir. Deneyimli bir diyetisyen, hastanın yeme alışkanlıklarının değerlendirilmesinde ve eğitiminde yardımcı olur. Hastadan alınacak ayrıntılı bir diyet öyküsü, uygunsuz yeme davranışlarından

bazılarını açığa çıkartabilir. Ardından hatalı olanların düzeltilmesi ve belli bir yemek düzeni sağlanması için tavsiyeler verilir. Önemli olan, diyet ve yeme alışkanlığı ile ilgili genel prensiplerin anlatılmasıdır (Akbulut ve ark., 2007).

Hastalar gözlem kayıtlarını tuttıkları haftalarda daha rahat kilo verirler. Günlük yenileni gösteren çizelgeler yeme miktarı ve zamanını içermenin yanında, yemek sırasındaki morali, yemek yerini, beraber yenilen kişileri ve birlikte yapılan aktiviteyi de içerirse çok daha değerli olur. Beslenme günlükleri hastaya sadece beslenmeyi öğretmez, aynı zamanda uygunsuz beslenme alışkanlıklarını ve uygunsuz beslenmeye sebep olan davranışları da fark etmesini sağlar. Diyet günlüğü tutmaya zorlanmayan birçok hasta uygunsuz beslenme alışkanlıklarının farkında olmamaktadır (Atkinson ve ark., 1992).

Hastalara yalnız diyet tedavisi uygulamak başarı oranı düşük bir yöntemdir (Eker ve Şahin, 2002). Obezite tedavisinde tek başına diyet yerine diyet ile birlikte egzersiz programlarının ağırlık kaybını arttırabildiği gözlenmiştir. Özellikle de sadece diyetle oluşan yağsız doku kayıplarının önlenmesi, abdominal obezitedeki etkisi ve metabolik hızın korunması açısından fiziksel aktivitenin gerekli olduğu kabul edilmektedir. Ancak ne kadar egzersiz yapılması gerektiği konusunda kesin bir fikir birliği bulunmamaktadır (Hasbay, 2008). Amerikan Spor Hekimliği Koleji'nin önerisi tüm erişkinlerin her gün ortalama 30 dakika egzersiz yapmasıdır. Bu aktivite günlük 200 kkal enerji tüketimi sağlar. Obez hastaların bu aktiviteleri yavaş yavaş yapmaları önerilir (Eker ve Şahin, 2002). Sağlığın korunması için günde 30 dakika, kilo kazanımını önlemek için günde 60 dakika fiziksel aktivite önerilmektedir (Ersoy ve Çakır, 2007).

Ağırlık kaybını sağlamada, fiziksel aktivitenin katkısı çok tartışmalı bir konu olarak karşımıza çıksa da, fiziksel aktivitenin yağ dokusu ve abdominal obezite üzerindeki etkisi ile diyet süresince kas kütlesindeki kayıpları önlemedeki yararı önem kazanmaktadır (Hasbay, 2008).

Psikiyatrik hastalıkların obeziteye eşlik etmesi obezite tedavisini olumsuz etkilemektedir. Birlikte bulunan psikiyatrik bozukluğun tedavisi, hastanın uyumunu arttıracak, komplikasyonları azaltacak, tedavi ekibinin yaklaşımlarını modifiye etmelerine olanak tanıyacaktır. Bu nedenle

obez hastaya psikiyatrik yardım ve desteğin obezitenin tedavisine ve yaşam kalitesine olumlu katkıları olacağı akılda tutulmalıdır (Erdi ve Eren, 2003). Hastalar için daha yoğun terapiler seçilmesini etkileyen birçok faktör vardır. BKİ vücut şişmanlığını ölçmek için iyi bir değerlendirmedir. Fakat daha yoğun terapi gerekliliğini belirlemek için bunun genetik ve şişmalığa bağlı hastalık varlığı gibi risk faktörleri göz önüne alınarak tekrar düzenlenmesi gerekir. Normal kilodakiler ve fazla kilolular arasındaki artmış riski göstermek için beden kitle indeksinin 27 ve üzerinde olması önemli bir değerdir. Bu değerın üstündekiler tedavi edilmelidir (Dixon ve Dixon, 2006).

Literatürlerde de belirtildiği gibi günümüzde bilişsel davranışçı terapi ile kombine edilmiş obezite tedavi programlarının başarı oranları artmaktadır (Sertöz ve Mete, 2005).

Obez kişinin zayıflamasında, psikolojik olarak kendini hazır hissetmesinin ve motivasyonunun sağlanması gerekir. Depresyon, anksiyete, uykusuzluk gibi bulgular programın başarısını engeller. Kişinin eğitilmesi, obezite risklerinin anlatılması, ailenin uyarılması gibi girişimler diyet ve egzersiz programının düzgün uygulanmasını sağlar (Kokino ve ark., 2006).

Davranış değişikliği tedavisi günümüzde obezite tedavisinde yaygın olarak kullanılmaktadır (Stunkard ve Wadden, 1992). Son yıllarda oldukça önem kazanan davranış değişikliği tedavisinin uygulandığı alanların başında obezite ve yeme davranışı bozukluğunun tedavisi gelmektedir. Obezite tedavisinde davranış değişikliği tedavisinin vazgeçilmez olma nedeni, bireylerin şişmanlığa yol açan hatalı alışkanlıklarından vazgeçmek ve onların yerine doğru davranışları kazanmak zorunda olmalarından kaynaklanmaktadır (Erge, 2003).

Obez hastalardan anamnez alırken; hastaların rutin olarak ruhsal durumları, uyku düzeni, iştah durumu, hoşlandığı aktiviteleri ve yeme alışkanlıkları sorulmalıdır. Obez hastalar obezite tedavisine başlamadan önce depresyon, anksiyete yönünden değerlendirilip bunlara yönelik ilaçla tedaviye ya da psikoterapiye başlanmalıdır (Eker ve Şahin, 2002).

Obezite tedavisinde ilaç tedavisi diğer tedavi şekillerinden sonra düşünülmelidir. Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi (FDA) tarafından onaylanan kilo vermeye yönelik ilaçlar beden

kitle indeksi 30 kg/m² ve üzerinde olan hastaların tedavi programlarına hekim gözetiminde eklenebilir (Eker ve Şahin, 2002).

Obezitede cerrahi girişimlerin genel olarak beden kitle indeksi 40 kg/m²'nin üzerindeki hastalara uygulanması önerilmektedir. Bu yöntemler arasında intestinal bypass, parsiyel biliopankreatik bypass, gastropласти, ayarlanabilir silikon mide bandı takılması, laparoskopik gastrik bant uygulaması yine daha az invaziv olan ve endoskopik olarak uygulanan bir yöntem olarak gastrik balon uygulaması sayılabilir. Bu yöntemler ile midede oluşturulan 30-60 ml kapasitesindeki bir bölüm ile gastrointestinal sistemin devamlılığı sağlanır ve erken doyma hissi nedeniyle gıda alımı kısıtlanır (Ersoy ve Çakır, 2007).

Obezite tanınması en kolay ve tedavisi en zor tıbbi durum olarak tanımlanmaktadır. İster farmakolojik, ister psikoterapötik ya da davranış tedavileri olsun hemen bütün tedavi yöntemlerinde kilo kaybından sonra hastanın şiddetli stres altında tekrar eski yeme alışkanlığına döndüğü görülmüştür. Bu açıdan psikiyatrik tedavinin ve izlemin obezitenin kontrolünde önemi büyüktür (Deveci ve Demet, 2005).

Obezite tedavisi büyük bir yarıştı ve başarı oranı oldukça düşüktür. Obezite hem bağlantılı olduğu sağlık problemleri (Koroner arter hastalığı, hipertansiyon, tip2 diyabet, dejeneratif eklem hastalığı, safra kesesi hastalığı, kanser) ile hem de neden olduğu psikolojik sonuçlarla (bozulmuş yaşam kalitesi, beden imgesi aşağılaması, düşük özsaygı, tıknırcasına yeme) önemli ve karmaşık bir sağlık sorunudur (Rapopor ve ark., 2000).

4.2 Obezitenin Psikolojik ve Psikiyatrik Boyutu

4.2.1 Obezite ve Psikolojik Durum

Obezite; kronik, karmaşık ve çok etkenli; ciddi psikiyatrik, psikolojik ve fiziksel sorunlara neden olabilen bir hastalıktır. Obeziteye eşlik eden psikososyal etmenler iyice araştırılmış olmasına rağmen obeziteye özgün kişilik tipi veya ruhsal bozukluk tanımlaması

başarısız olmuştur. Benzer şekilde, obez olan ve olmayan grupları karşılaştıran bir çok çalışma psikososyal etmenlerde tutarlı farklar bulamamıştır. Ergenlik çağındaki obez kızlarda, tıknırcasına yeme bozukluğu olanlarda, ve aşırı şişman olanlarda psikiyatrik ve psikososyal bozukluk riski fazladır (Vardar, 2005).

Obezite, mortalite ve morbiditeye yol açmasının yanı sıra, psikososyal alanda da kayıplara neden olmaktadır. (Sertöz ve Mete, 2005). Literatürde obezite ile psikopatoloji ve psikolojik yapı arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmalarda çelişkili sonuçlar elde edilmiştir. Obez hastalarla normal vücut ağırlığına sahip olanlar arasında psikopatoloji açısından anlamlı bir fark olmadığını gösteren araştırmalar yanında obez hastaların daha düşük benlik değerine sahip oldukları, psikopatolojik durumların daha fazla gözlendiği, özellikle depresyon ve kişilik bozukluklarının bulunduğu araştırmalar da bulunmaktadır (Yanovski ve ark., 1993; Deveci ve Demet, 2005).

Obez hastaların yaklaşık %25-30'unun depresyon ya da diğer psikolojik sorunları vardır (Eker ve Şahin, 2002). Yapılan bir araştırmada obezite tedavisi gören 66 hasta ile; başka bir tıbbi tedavi gören 52 hastanın karşılaştırılması sonucunda obezite tedavisi gören hasta grubunda daha yüksek oranda depresif semptomatoloji ve psikososyal yetersizlik görülmüştür (Deveci ve Demet, 2005).

Bipolar bozuklukta da obezite genel popülasyondan daha sık görülür. Ayrıca obezlerde manik ve depresif hecmeler daha sık rastlanmaktadır. Aşırı obez kişilerin %89'u bipolar bozukluk spektrumundadır. En sık görülen bipolar 2 bozukluğudur. Özellikle aşırı aktivite ile karakterize olan hipomanik durum ciddi obezite ile ilişkilidir (Balcıoğlu ve Başer, 2008).

Obezitenin altında yatan sebeple obez olan kişinin psikolojisi birbiriyle bağıntılıdır. Psikolojik etkiler açısından, çevresel, biyolojik ya da genetik sebeplerle meydana gelen obezite psikolojik sebeplerle oluşan obeziteden farklılık gösterebilir. Özellikle de tepkisel yeme bozukluğu ve gece yeme sendromu olan obez kişiler, bu yeme bozuklukları olmayan kişilerden daha az yemek yerler. Kişilik bozuklukları, madde bağımlılığı, dürtü kontrol problemleri; yeme bozukluğu olan obez kişilerde daha yaygındır (Bayraktar, 2008). Yapılan bir başka çalışmada;

aşırı obez hastalarda duygudurum, anksiyete bozukluklarının, nikotin bağımlılığının ve bulimianın kontrollerden daha yüksek oranda görüldüğü bildirilmiştir (Musante ve ark., 1998).

Obezite, kişide ağır bir psikolojik yük yaratır ve bu yük belki de obezitenin en kötü etkisidir (Stunkard ve Wadden, 1992). Yapılan araştırmalarda, obez bireylerde depresyon, anksiyete, somatizasyon ve kişilik bozukluklarının yüksek oranda görüldüğü belirtilmiştir (Bal ve Özgür, 2006). Yapılan bir araştırmada obez hastaların %42'sinde en az bir psikiyatrik bozukluğun bulunduğu saptanmıştır (Deveci ve Demet, 2005). 2003 yılında yapılan bir başka araştırmada ise obez bireylerin %81,3'ünde major depresif bozukluk, %22,6'sında sosyal fobi olduğu bildirilmiştir (Erdi ve Eren, 2003).

4.2.1.1 Obeziteye Toplumun Bakışı ve Obezlerde Özsaygının Azalması

Obezitenin yarattığı psikolojik sonuçlar daha çok toplumun şişmanlığa bakış açısı ile ilgilidir. Obezite batı kültüründe önemli estetik bir problemdir ve negatif imaj nedenidir. Psikolojik cevap kendinden nefret etmeye kadar varabilir. Obezite çirkinlik olarak görülür ve ciddi obezlerde anksiyete, depresyon, suçluluk hissi ve somatik yakınmalarla sonuçlanır. Obezitenin davranışsal değişimlerinde belirgin tıbbi komplikasyonlar ortaya çıkmadan azalmış aktivite vardır. Bunun nedenleri kısa soluk alma, eklem ağrıları, ödem ve kas zâfiyetidir. Bu durumlarda kişi sosyal ilişkilere girmekten çekinir, sıkılganlık ve utangaçlık gösterir. Şişman gururu olarak savunulan obezlerin negatif imajı bu kişilere iş ve okul yaşamında dışlanmışlık tecrübesiyle yansımaktadır (Wilson ve ark., 1998). Obezite ile benlik değerinin azalması arasında doğrusal bir ilişki olduğuna dair araştırmalar vardır (Deveci ve Demet 2005; Bryan ve Tiggemann, 2001). Yapılan pek çok çalışma; obez bireylerin daha düşük benlik değerine sahip olduğunu, psikopatolojik durumlara daha fazla rastlandığını göstermiştir (Bal ve Özgür, 2006; Deveci ve Demet 2005). Aşırı şişman kişilerde görülebilecek diğer başlıca psikolojik bozukluklar: kendine güven eksikliği, yalıtılmışlık hissi ve aşağılanma hissidir (Stunkard ve Wadden, 1992).

Şişman insanlara karşı oluşan önyargı toplumun her kesiminde oluşabileceği için bu durumu yok saymak oldukça zor, hatta imkânsızdır. Aşırı ağırlığın getirmiş olduğu fiziksel engeller, doktorların obezitenin sağlık üzerindeki olumsuz etkilerini anlatan açıklamaları, aileden ve arkadaşlardan gelen eleştiriler, sokaktaki insanların bakışları, obez insanlar hakkında oluşan genel inanışlar ('Şişman insanların mutlaka duygusal problemleri vardır' gibi), obez insanların baş etmek zorunda kaldığı başlıca durumlardandır. Bu durumlarla karşı karşıya kalmamak için kişi kendini çevresinden izole edebilir. Özgüven eksikliği artar. Duygusal ilişkilerde karşı cinse yaklaşmak çok kaygı verici bir durum haline gelebilir. Cinsel hayatta olumsuz beden imajına bağlı problemler ortaya çıkabilir. Yapılan araştırmalara göre beden imajı problemleri tepkisel yeme bozukluğu olan obez kişilerde daha çok görülmektedir (Bayraktar, 2008).

Beden imge uğraşısı (beden imajı doyumsuzluğu); aşırı şişmanlarda yaygın bir bozukluktur. İdeal ve algılanan beden imajı arasındaki uyumsuzluk olarak da tanımlanan beden imajı doyumsuzluğuyla ilgili yapılan çalışmalarda, ergenlerde beden imajı doyumsuzluğu ve kendilik saygısı arasında güçlü bir ilişki saptanmaktadır. Çalışmalarda beden imajı doyumsuzluğunun kendilik saygısı üzerinde düzenleyici bir etkisi olduğu; beden imajından doyum ve kendilik algısı arasında pozitif yönde bağlantı olduğu bildirilmektedir. Düşük kendilik saygısının gerçek beden ağırlığı ve beden kitle indeksinden daha çok olumsuz beden imajı algısıyla bağlantılı olduğuna işaret edilmektedir. Benzer şekilde diyet yapanlarda da düşük kendilik saygısıyla ilgili bağıntılar elde edilmektedir (Stunkard ve Wadden, 1992).

Obez bireylerin duygusal olarak daha huzursuz olduğu kabul edilmektedir, çünkü bu insanlara yaş, cinsiyet, ırk ve sosyal statü ayrımı gözetilmeksizin önyargılı davranılmaktadır. Çocuklukta, sosyal çevrede, erişkinlikte, işe girerken veya evlenirken önyargılı ve saygısız davranılmaktadır (Stunkard ve Wadden, 1992). Önyargı ve ayırım çocukluk döneminde başlar. Yaklaşık 40 yıl evvel Stafferi 6 yaşındaki bir çocuğun, aşırı kilolu başka bir çocuğun görünüşünün "tembel, kirli, aptal ve çirkin" olduğunu düşündüğünü saptamıştır. Obez kişiler çalışma hayatında da ayrımcılıkla karşılaşılır. İşverenlerin %16'sı obez kadınlara iş vermemekte, %44'ü de ancak özel şartlarda bu tür bireyleri çalıştırmayı kabul etmektedir. Güvenlik güçleri, itfaiye birimleri ve havayolları obez bireyleri işe almamaktadır veya işten çıkarmaktadır. Yapılan çalışmalarda obez bireylerin önemli ölçüde önyargı ve ayırım ile

karşılaştıklarını tespit etmişlerdir. Bu ayrımcılık onların özsaygılarının azalmasına, depresyona açık duruma gelmelerine yol açmaktadır. Benlik saygısının azalması obez bireylerin disforik ve depresif olmalarına neden olmaktadır (Balcıoğlu ve Başer, 2008).

Beden imajına bağlı kaygılar, özgüven eksikliği yeme bozukluğu olan obez kişilerde daha yaygındır (Bayraktar, 2008). Obezitede beden imajı bozukluğu ve stigmatizasyona yatkınlık olduğu bilinmektedir. Obez bireylerde fobik kaçınmanın onlara insanların uzun bakışları ve fısıltı ile yorum yapmaları gibi sosyal etkenlerin sonucunda ortaya çıktığını speküle etmek mümkün olmakla birlikte; başka faktörlerin de etkili olabileceği düşünülmelidir. Bu hastaların yaşadıkları toplum dışına itilme davranışı depresyon, anksiyete ve diğer bozuklukların gelişmesine katkıda bulunabilir. Bu konu ile ilgili çalışma yapan pek çok araştırmacı, beden ağırlığı ile aşırı uğraş ve bozulmuş beden imajını obez hastaların önemli özelliklerinden olduğu konusunda hem fikirdirler. Toplumda gençlik, güzellik ve incelik gibi değerlere verilen önem, obezlerin yetersiz ve çekici olmadıkları duygusuna neden olmaktadır (Erdi ve Eren, 2003).

BKİ bazlı şişmanlığın, beden imajı memnuniyetinde etkili olduğu fakat depresyon ve özsaygı üzerine etkisi olmadığı gözlenmiştir. Fazla kilolu adölesanlar, beden imajlarından daha az memnundurlar. Kişinin kendisini şişman olarak algılamasının özsaygı ve beden imajı memnuniyetine belirgin etkisi varken depresyon üzerinde etkisi yoktur. Kendini şişman olarak tanımlayan öğrencilerin özsaygılarının ve beden imajı memnuniyetlerinin daha düşük olduğu görülmüştür. Beden imajı memnuniyetinin depresyon ve özsaygıya belirgin etkisi vardır. Beden imajı memnuniyeti düşük olan öğrencilerde özsaygı seviyesi de düşük bulunmuştur (Özmen ve ark., 2007).

Bugüne kadar yapılan araştırmalardan edinilen bilgiye göre; çocukluk ve ergenlik döneminde, ağırlıkları ile ilgili fazla eleştiriye maruz kalmayan kişiler daha olumlu beden imajı geliştirebilir. Örneğin, çocukluk ve ergenlik döneminde ağırlığına rağmen sporda başarılı olan, ailesi ve çevresi tarafından olumlu geribildirim alan ('kendini olduğun gibi kabul etmelisin' mesajı gibi), yetişkinlik döneminde sosyal normların zayıf bedene verdiği öneme rağmen obez kişilerin kendileri ile daha barışık olmasına yardımcı olabilir. Çocukluk ve ergenlik döneminde ailesi ve arkadaşları tarafından durmadan zayıflaması konusunda baskı gören ve eleştirilen obez

kişiler olumsuz beden imajı geliştirirler. Eğer bu problemle başetmek için kişi psikolojik destekle sağlıklı savunma mekanizmaları geliştirmemezse kaçış olarak yemek yemeyi seçer ve zayıflaması zorlaşır, ve kişi bir kısır döngü içine girer (Bayraktar, 2008).

Obez olan kişilerin psikolojik destek alarak kendilerini olduğu gibi kabul etmeleri ve bedenlerini sevmeyi öğrenmeleri gerekir. Kendilerini olduğu gibi kabul etmek, sosyal ortamlardan kaçınmamak onların zayıflamasına bir engel oluşturmayacak, özgüven eksikliğini gidermelerine ve depresif ruh halinden çıkmalarına yardımcı olacaktır. Sanıldığı gibi zayıflayan pek çok obez kişide ağırlık kaybettikçe özgüvenlerinin artması ya da beden imajı problemlerinin azalması durumu gerçekleşmez. Zayıflamalarına rağmen hala kendilerini obez hissedebilirler. Aynı zamanda, obez iken gelişen sosyal davranışlarının zayıfladıktan sonra değişmesi oldukça zordur. Kendini toplumdan izole eden obez bir kişinin zayıfladıktan sonra birden sosyalleşebilmesi oldukça güçtür. Kişinin özgüvenini geliştirmesi ve bedeni ile ilgili olumlu bir algı geliştirmesi için ağırlık kontrolünün yanısıra psikolojik destek gerekmektedir. Böylece, birkaç kilonun geri alınması halinde kişinin başarısızlık hissine kapılıp yemeğe sığınmasını engelleyecektir (Bayraktar, 2008).

Bu sonuçlar zayıflığın güzellikle bağlantılı olduğu ve dünyadaki bütün kadınların erkeklere göre güzel olmayı daha çok istediği yönündedir. Erkeklerdeki obezite prevelansının yüksek olması vücut ağırlıklarını görmezden gelmelerinden kaynaklanıyor olabilir (Özmen ve ark., 2007).

Obez bireylerde yaşanan suçluluk duyguları ve etiketlenme bireyin olumsuz vücut ve kendilik algısına odaklanmasına yol açmaktadır Buna bağlı olarak obez kişilerin kilo kaybetme arzusu ve sosyal normlara kavuşabilmek amacıyla katı ve sınırlı yemek yeme davranışı ve olumsuz beden ve kendilik algısı geliştirdikleri belirtilmektedir (Sertöz ve Mete, 2005). Obezite ile psikopatoloji, aleksitimi ve benlik saygısı arasındaki ilişkiyi açıklayacak yeni araştırmaların yapılmasına gereksinim bulunmaktadır (Deveci ve Demet, 2005).

4.2.1.2 Obezite ve Stres durumu

Obezitenin oluşumunda stresin büyük rolü olduğu kabul edilmektedir. 2001 yılında yapılan bir araştırmada, obez bireylerin stresle etkili başetmede yetersiz oldukları saptanmıştır. 2003 yılında yapılan bir başka araştırmada ise obez bireylerin kilo verdikten sonra stresle başetme tarzları incelenmiş, kilo veren tüm bireylerin duygusal odaklı başetmelerinde azalma, 20 kg. ve daha fazla kilo kaybı olanlarda ise problem odaklı baş etmelerinde artma olduğunu saptamışlardır (Bal ve Özgür, 2006).

4.2.1.3 Yeme Davranışı

İnsanlarda yeme davranışı ve beden ağırlığı çeşitli etkenlerin tesiri altındadır. İnsanlarda ve hayvanlarda yeme davranışında sinir sistemi ve fizyolojik reaksiyonlar önemli rol oynar. Bununla birlikte intrapsişik, kişiler arası ve sosyokültürel etkenler bu fiziksel faktörleri önemsiz kılmaktadır (Balcıoğlu ve Başer, 2008; Deveci ve Demet 2005) .

Lateral hipotalamus, beynin beslenme merkezi; ventromedial hipotalamus ise tokluk merkezi olarak bilinir. Lateral hipotalamus ve ventromedial hipoalamus birbirlerini resiprokal olarak inhibe etmektedir (Balcıoğlu ve Başer, 2008). Yeme davranışı ve nöronal sistemler arasında karşılıklı etkileşim mevcuttur (Erdi ve Eren, 2003).

4.2.1.4 Tıkınırcasına Yeme (Aşırı Yeme) Davranış Bozukluğu

Tıkınırcasına Yeme (Aşırı yeme) bir yeme davranışı bozukluğudur. Tıkınırcasına yeme' aşırı şişmanlarda en sık görülen psikolojik bozukluktur (Stunkard ve Wadden, 1992). Belirli bir zaman diliminde aynı koşullar altındaki birçok kişinin yiyebileceğinden çok daha fazla miktarda yemek yeme ve bu zaman dilimi içinde, yediği miktarı sınırlayamama ya da yemeyi durduramama gibi yeme üzerindeki kontrolü kaybetme olarak tanımlanır (Balcıoğlu ve Başer, 2008).

Diyet çabaları esnasında görülen kontrol kayıpları da yeme bozuklukları riskini, özellikle de tıknırcasına yeme bozukluğu riskini arttırmaktadır (Sertöz ve Mete, 2005). Duygusal gerginlik sıklıkla aşırı yeme ile ilişkilidir. Bu kişiler kısa zaman dilimlerinde çok yemek yerler ve bunu yaparken de kontrollerini kaybederler (Eker ve Şahin, 2002).

Tıknırcasına yeme bozukluğu olanlarda depresyon, anksiyete, takıntı bozukluğu gibi patolojiler; aşırı şişman olup; tıknırcasına yeme bozukluğu olmayanlara göre belirgin şekilde siktir. Bu hastaların ayrıca kilo verme tedavisini bırakma riskleri çok daha yüksektir ve hangi zayıflama metodu seçilirse seçilsin başarı sağlanamayabilir. Bu hastalar özel olarak ele alınmalıdır (Stunkard ve Wadden, 1992).

Yapılan bir çalışmada; obezite tedavisi gören 185 sağlıklı kadından oluşan bir grupta aşırı yeme bozukluğu olan obez kadınların aşırı yeme bozukluğu olmayan kadınlara göre daha fazla psikiyatrik belirti gösterdiği saptanmıştır. Ayrıca aşırı yeme bozukluğu gösteren kadınlar daha fazla diyeti bıraktığı ve negatif affektif görünüm sergilediği gözlenmiştir (Mussell ve ark., 1996).

Tıknırcasına yeme bozukluğunun kontrolü kilo vermeyi sağlamayabilir, ama kilo artışını durdurabilir. Tıknırcasına yeme bozukluğu kısa süreli ilaç ve psikolojik müdahalelere karşı çok dirençlidir. Henüz hem tıknırcasına yeme bozukluğunun iyileşmesini sağlayan, hem de kilo verdiren bir tedavi metodu bulunamamıştır (Devlin ve ark., 2005).

4.2.2 Obezite ve Psikiyatrik Hastalıklar

Toplum sağlığı açısından büyük sorun olan obezite, bazı araştırmacılar tarafından psikosomatik hastalık olarak da değerlendirilmektedir. 1975 yılında yapılan bir çalışmada psikanalitik yönelimli klinisyenler obez bireylerin oral saplanma ve regresyon sonucunda nevroz ve kişilik bozukluklarına yatkın olduklarını vurgulamışlardır (Erdi ve Eren, 2003).

1975 yılında yapılan bir başka çalışmada obez hastalarda hafif ve orta derecede depresyonun ve kişilik bozukluklarının sık görüldüğünü, psikoz ve şiddetli nöroz gibi ağır

psikopatolojilerin nadiren görüldüğünü bildirmişlerdir (Castelnuovo ve ark., 1975). Bu konuda yapılan yeni çalışmalar obez hastalarda spesifik psikiyatrik bozuklukların yaygınlığına odaklanmıştır. Obez hastalarda duygudurum, anksiyete, somatoform ve yeme bozukluklarının sağlıklı kontrollerden daha yüksek oranda görüldüğü bildirilmiştir (Erdi ve Eren, 2003). Obez hastalarda anksiyete bozukluklarının yüksek oranda görüldüğü, anksiyete bozuklukları arasında da agora fobi, özgül fobi ve posttravmatik stres bozukluğuna daha sık rastlandığı belirtilmektedir (Deveci ve Demet, 2005). Obezite ile birlikte major depresyon, bipolar bozukluk, panik bozukluk ya da agorafobi prevalansı arttırmaktadır (Balcıoğlu ve Başer, 2008).

4.2.2.1 Obezite ve Depresyon

Birçok araştırmada obez hastalarda başta depresyon olmak üzere psikiyatrik bozuklukların yüksek oranlarda görüldüğü bildirilmektedir (Deveci ve Demet, 2005). Yapılan çalışmalarda obez hastalarda depresyon düzeylerinin yüksek olduğu bildirilmiştir (Erdi ve Eren, 2003; Deveci ve Demet 2005). Son yapılan araştırmalara göre BKİ>40kg/m² olanlarda (morbid obezler) depresyon riski artmaktadır (Balcıoğlu ve Başer, 2008).

Obezlerde depresyon daha ağır geçer ve prognozları daha kötüdür (Siegel ve ark., 2000). Depresyon gibi psikopatolojik problemlerin obeziteye neden oldukları ileri sürülebilir. Obezlerdeki depresyonu, obezitenin sonucu olarak görenler de vardır (Balcıoğlu ve Başer, 2008). Erişkinlerde önce obezite arkasından depresyon gelişirken çocuklarda ise önce depresyon ardından obezite geliştiği bildirilmektedir. Obez erkeklerde depresyon görülme sıklığında bir değişiklik olmazken kadınlarda artmaktadır (Balcıoğlu ve Başer, 2008). Obezitenin kadınlarda obezite durumunun görülen depresyon semptomları ile ilişkili olduğu yapılan bir diğer çalışmada vurgulanmıştır (Siegel ve ark., 2000).

Ruhsal bozukluklarda bulunan fizyolojik düzensizlikler de obezitenin gelişimini açıklamada yararlı olabilir. Kortizol salınımı hipotalamopituiter adrenal eksen tarafından düzenlenmekte; anksiyete ve depresif bozukluklarda kortizol salınımında bozukluklar

olmaktadır. Kortizol vücutta santral bölgelerde yağ depolanmasına neden olmaktadır. Yapılan çalışmalarda depresyon ile santral yağ miktarı arasında ilişki bulunmuştur (Bal ve Özgür, 2006).

4.2.2.2 Psikiyatrik Tedavi Süresince İştah Durumu ve Vücut Ağırlığındaki Değişiklikler

Psikiyatrik bozukluğu nedeniyle polikliniğe başvuran hastaların tedavisine genel yaklaşım, öncelikle hastanın ruhsal durumunu iyileştirmeye yöneliktir. Bu süreçte, sıklıkla hastaların iştah ve vücut ağırlıklarında, artış yönünde bir değişiklik meydana gelir. Bu artış çoğu zaman bir iyileşme belirtisi olarak kabul edilir ve fazla önemsenmez. Bununla birlikte, kilo artışının tedavinin başlangıcındaki düzeyin daha da üzerine çıkması ve buna eklenen hastalıkla ilgili, ilaç tedavileri ile ilgili ve bireyin genetik yatkınlığı ile ilgili faktörler, kronik hastalıklar yönünden riskleri daha da artırabilmektedir. Bu nedenle, bu hastaların aralarında endokrin-metabolizma alanında bilgili ve deneyimli, psikiyatrik bozukluğu olan hastalarla iletişim konusunda yetenekli bir diyetisyenin de bulunduğu bir ekip tarafından değerlendirilmesi, tedavisi ve takibinin yapılması oldukça önemlidir.

Vücutta iştahı düzenleyen mekanizmalardaki ilaçların yol açtığı değişiklikler, aşırı kilo artışı ile sonuçlanabilir ve böylece, önerilen medikal tedaviye uyumu tehlikeye sokabilir. Pek çok ilaç, terapötik etkilerinin olumsuz bir sonucu olarak vücut ağırlığını değiştirebilecek kapasitededir. Bu grupta antipsikotikler, antidepresanlar ve duygu-durum düzenleyicileri gibi psikotropik ilaçlar önemli yer tutmaktadır. Lityum ile kronik tedavinin vücut ağırlığında artışa yol açtığı çok sayıda çalışma ile onaylanmıştır. Bu artışın boyutu çalışmalar arasında farklılık göstermektedir. Kilo alımının esas olarak ilk 2 yıl içinde meydana geldiği ve daha sonra lityum alımının devam etmesine rağmen kilo artışının çok fazla devam etmediği bulunmuştur. Tedavi öncesinde vücut ağırlığı fazla olan hastaların, lityum nedeniyle daha ileri kilo artışı yönünden risk altında oldukları bildirilmiştir (Özenoğlu ve ark., 2009).

4.2.2.3 Psikiyatrik İlaçlar ve Kilo Alımı Üzerindeki Etkileri

1980’li yıllarda birçok antipsikotik ilaç kullanıma girmiştir. Tipik antipsikotiklerden farklı olarak klozapin, olanzapin, risperidon, ketiyapin ve ziprasidon D2 reseptörlerinin zayıf antagonistleridir. Dolayısıyla ekstrapiramidal yan etkileri de daha azdır; ancak özellikle haloperidol gibi yüksek potensli ilaçlarla karşılaştırıldığında kilo artışı bu ilaçlarla çok daha fazla görülmektedir. Ergenler antipsikotiklerin kilo arttırıcı etkisine daha duyarlı olabilir. Antipsikotik ilaçların reseptöre bağlanma profilleri incelendiğinde kilo artışı ile en ilgili görünen H1 antagonizmasıdır. H1 antagonizması normal açlık ile ilgili sinyalleri periferik olarak önleyerek aşırı yemeye yol açar. Yeni antipsikotiklerle kilo artışının fazla olması 5-HT_{2C} reseptör antagonizmasının ilave etkilerine bağlı olabilir.

Antipsikotiklerle ilişkili kilo artışının hem medikal, hem de psikiyatrik yönleri mevcuttur. Kilo artışı özellikle tedaviyi bırakmanın iyi bir sebebidir. İkinci kuşak antipsikotikleri kullanırken hastalara düzenli bel çevresi ölçmek ve iştahlarında artış olup olmadığını sormak gerekirken, erken müdahale kilo artışını azaltmaktadır (Balcıoğlu ve Başer, 2008).

Bazı antidepresanlar kilo alımını arttırmaktadır. Bu ilk defa amitriptilin gibi trisklik antidepresanlarda (TCA) gözlenmiştir. Seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI) ortaya çıktıktan sonra TCA’lar depresyon için daha nadir kullanılmışlardır. Duygudurum düzenleyicilerden valproik asit, karbamazepin ve lityum kilo alımını arttırırken; lamotrijin kilo alımı yapmamaktadır (Balcıoğlu ve Başer, 2008).

2008 yılında yapılan çalışma sonuçları, psikiyatrik ilaçlarla tedavi edilen hastaların obezite ile birlikte, metabolik ve kardiyovasküler hastalıklar yönünden de riskli olduğunu doğrular niteliktedir. Gerek psikiyatrik bozuklukların doğasının ve gerekse tedavide kullanılacak ilaçların bireyi pek çok metabolik ve kardiyovasküler bozukluklara da yatkın kılabilmesi nedeniyle, psikiyatrik farmakoterapi alması gereken hastaların endokrin, metabolizma ve beslenme yönlerinden de değerlendirme ve takiplerinin yapılacağı bir ekip tarafından izlenmesinin yararlı olacağı sonucuna varılmıştır (Özenoğlu ve ark., 2009).

4.2.2.4 Duygu Durum ve Yeme Eğilimi İlişkisi

Duygu durumla bağlantılı olan yemek yeme davranışı emosyonel yeme olarak tanımlanmaktadır (Erdi ve Eren, 2003). Emosyonel yemenin beden ağırlığı ile ilişkili olduğu yapılan birçok çalışmada gösterilmiştir (Ganley, 1989).

İnsanda ruhsal durum ve yeme davranışı arasında karşılıklı etkileşim olmaktadır. Ruhsal durumla yemek seçimi, yeme miktarı ve yeme sıklığı arasında fizyolojik ihtiyaçlardan bağımsız bir ilişki mevcuttur. İnsanda yeme davranışının anksiyete, neşe, üzüntü, öfke, depresyon gibi farklı duygulara göre değiştiği yaygın olarak kabul edilmektedir (Erdi ve Eren, 2003).

Obez kişiler ile obez olmayan kişiler üzerinde yapılan karşılaştırmalı bir araştırmada psikiyatrik görüşme ve psikometrik testler sonucunda yeme bozuklukları ile duygudurum bozuklukları arasında önemli denebilecek bir ilişkinin varlığı saptanmıştır (Deveci ve Demet, 2005). Obez hastaların çoğunda sıkıntı, üzüntü ve sinirlilik sonrası yemek yeme davranışı gözlenmektedir. Bu davranış biçimi bu hastaların yaşam olaylarından kolay etkilenip yeterli savunmalar oluşturamadıklarının bir sonucu olarak kabul edilebilir (Bayraktar, 2008).

Obez hastaların yaklaşık %25-30'unun depresyon ya da diğer psikolojik sorunları vardır. Duygusal gerginlik sıklıkla aşırı yeme ile ilişkilidir. Bu kişiler kısa zaman dilimlerinde çok yemek yerler ve bunu yaparken de kontrollerini kaybederler (Eker ve Şahin, 2002). Psikiyatrik tedavi gören hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada; besin tercihlerinin tatlı ve yağlı besinler yönünde artarken; sebze, meyve, kompleks karbonhidrat içeren tam tahılların ve az yağlı proteinden zengin besinlerin tüketiminin azaldığı görülmüştür (Balçioğlu ve Başer, 2008).

Yapılan bir araştırmada sıkıntı, depresyon, yorgunluk sırasında yeme miktarında artma, korku, gerilim ve ağrı sırasında azalma olduğu saptanmıştır (Canetti ve ark., 2002). Üzüntü ve neşenin yeme davranışını etkilediği yapılan diğer çalışmalarda da doğrulanmıştır. Yapılan bir çalışmada kişilerin sinirli, neşeli, üzüntülü ve endişeli olduğu zamanlardaki açlık durumu araştırılmıştır. Yapılan bu çalışmanın sonucunda; kişiler üzüntülü ve neşeli olduğu zamanlarda daha çok açlık yaşandığı görülmüştür. Endişeli olduğu zamanlara ise açlık düzeyinde bir anlamlı değişiklik görülmemiştir. Yani kişiler üzüntülü olduklarında veya neşeli olduklarında kendilerini

daha çok aç hissetmekte, besin tüketme eğilimleri artmaktadır (Macht, 1999). Kadınlar ile erkeklerin duygudurumlarındaki yeme eğilimleri karşılaştırıldığında; üzüntü ve sinirlilik durumunda kadınlarda aşırı yeme eğiliminin erkeklere göre daha sık yaşandığı görülmüştür (Macht, 1999).

Sıkıntı veya stresli durumlarda aşırı yemek, obeziteye neden olabilen hatalı davranışlardan biri olarak değerlendirilir (Erge, 2003). Öfke, depresyon, sıkıntı, anksiyete ve yalnızlık gibi negatif emosyonlarla emosyonel yeme davranışının ortaya çıktığı bildirilmektedir (Ganley, 1989). Bir çalışmada obez bireylerin anksiyeteli olduklarında aşırı yedikleri ve yemenin anksiyetelerini azalttığı öne sürülmüştür (Kaplan ve Kaplan, 1957). Yemenin anksiyeteyi azaltma mekanizması tam olarak anlaşılammış olmasına rağmen, protein ve karbonhidrat alımının özellikle serotonin sentezine farklı etkileri üzerinde durulmaktadır (Erdi ve Eren, 2003). Yeme serotonin başta olmak üzere kompleks nöral mekanizmaların kontrolü altındadır. Aynı zamanda gıda alımı, serotoninergic nöronlarda serotonin salınımının kontrolünde etkili olmaktadır. Serotonin salınımı karbonhidrat alımına bağlı insülin salınımı ve plazma triptofan oranının artışı ile artarken; protein alımı ile değişmemektedir. Serotoninin duygudurum, iştah, ağrı duyusu, kan basıncı ile ilişkili olduğu bilinmektedir. Hastaların karbonhidrat alımı serotonin salınımına bağlı olarak kendilerini daha iyi hissetmelerine neden olmakta, bunun sonucunda bu gıdalara karşı bir düşkünlük meydana gelmektedir. Karbonhidrat alımı insanların kendini iyi hissetmesine neden olurken aynı zamanda kilo alımına da neden olmaktadır (Erdi ve Eren, 2003). Yapılan bir başka araştırmada; kış depresyonu olan hastaların da karbonhidrat kaynağı besinlere eğilim olduğu saptanmıştır (Wurtman ve Wurtman, 1995).

5. GEREÇ VE YÖNTEM

5.1 Araştırmanın Amacı

Araştırma, Eylül-Aralık 2010 yılında İstanbul ilinde yaşayan ve tesadüf örnekleme yöntemi ile seçilen fazla kilolu ve obez bireylerin duygu durum değişikliklerinde yeme eğilimlerinin değişimi ve hissedilen farklı duygular sırasında (üzgün ve mutsuz hissedilen zamanlarda, travmatik bir olay sonrasında, endişeli ve kaygılı olunan zamanlarda, yalnızlık hissinin yaşandığı zamanlarda, sınav stresi/iş stresi yaşanan zamanlarda, mutluluk hissedilen zamanlarda, aşk heyecanı yaşanan zamanlarda, başarısız/yenilgide hissedilen zamanlarda, halsiz/hasta hissedilen zamanlarda) tüketilmek istenen ve tercih edilen besinlerin dağılımını değerlendirme amacı ile planlanmış ve yürütülmüştür.

5.2 Araştırmanın Yöntemi

Araştırmada 20-60 yaş aralığındaki, $BKI > 25 \text{ kg/m}^2$ olan 140 yetişkin bireyin bazı genel ve sağlık durumu ile ilgili bilgileri alınmıştır. BKI hesabı, kişinin kilosunu tartarak ve boyunu ölçerek formül (kilo/boy^2) üzerinden hesaplanmıştır. 4 farklı BKI aralığı grubu bulunmaktadır. Bunlar: $25-30 \text{ kg/m}^2$, $30-35 \text{ kg/m}^2$, $35-40 \text{ kg/m}^2$, 40 kg/m^2 ve üzeri'dir. Bu gruptaki kişiler aynı sayıda alınmıştır, her bir grupta 35 kişi bulunmaktadır. Duygu durumu değişiklikleri değerlendirilirken 9 kriter kullanılmıştır. Bunlar: üzgün ve mutsuz olma, travmatik bir olay sonrası duygu hali, endişeli ve kaygılı olma, yalnızlık, sınav/iş stresi, mutluluk, aşk heyecanı, başarısızlık hissi, halsizlik'tir. Araştırmada kullanılan anket ektedir; anket olgulara yüzyüze uygulanmıştır.

5.3 Evren Örneklem

Bu araştırma 2010 yılında özel bir hastaneye başvuran 53'ü (%37,9) erkek ve 87'si (%62.1) kadın 140 yetişkin birey'e 'Fazla kilolu/obez bireylere duygu değişikliği ve yeme eğilimi ilişkisinin değerlendirilmesi' başlıklı anketin uygulanması ile yapılmıştır. Araştırma bölgesi İstanbul ili, Beşiktaş ilçesi, Fulya semtidir.

Örneklem seçim kriterleri şunlardır:

- Çalışmaya katılmayı kabul etmek
- BKİ > 25 olmak
- 20-60 yaşlar arasında olmak

5.4 Veri Toplama Aracı

Araştırma verileri anket yöntemi ile elde edilmiştir. Sorgulama dört bölümden oluşan anket şeklinde tasarlanmıştır. Ankette; fazla kilolu/obez bireye ait genel bilgiler, kişilerin sağlık durumları, duygu değişiklikleri ve yeme ilişkisini içeren sorulara yer verilmiştir.

5.5 İstatistiksel Değerlendirme

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007&PASS 2008 Statistical Software (Utah, USA) programı kullanılmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (Ortalama, Standart sapma, frekans) yanısıra niteliksel verilerin karşılaştırılmasında Ki-Kare testi kullanılmış; anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

6. BULGULAR

6.1 Bulguların Değerlendirilmesi

Çalışma Eylül-Aralık 2010 tarihleri arasında yaşları 20-60 arasında değişmekte olan; 53'ü (%37,9) erkek, 87'si (%62.1) kadın olmak üzere toplam 140 yetişkin birey üzerinde yapılmıştır (Tablo 6.1). Olgulara ilişkin genel bilgilerin dağılımı Tablo 6.1'de gösterilmektedir.

Tablo 6.1 Bireylere Ait Bazı Genel Bilgilerin Dağılımları

		n	%
Cinsiyet	Erkek	53	37,9
	Kadın	87	62,1
Yaş (yıl)	20-35	55	39,3
	35-60	85	60,7
BKİ (kg/m²)	25-30	35	25,0
	30-35	35	25,0
	35-40	35	25,0
	40 ve üzeri	35	25,0
Eğitim Durumu	İlköğretim	20	14,3
	Lise	50	35,7
	Üniversite	59	42,1
	Yükseklisans ve üstü	11	7,9
Medeni Durum	Hiç evlenmemiş	37	26,4
	Evli	86	61,4
	Boşanmış veya dul	17	12,1

Çoğunluğunu (%60.7) 35-60 yaş grubunun oluşturduğu olguların yarısından fazlası (%61.4) evli olup, eğitim durumlarının oldukça yüksek olduğu (%35.7'si lise, %42.1'i üniversite ve %7.9'u yüksek lisans ve üstü) görülmüştür.

Tablo 6.2 Sağlık Durumu ve Bazı Alışkanlıkların Dağılımları

		n	%
Bilinen bir hastalık	Var	68	48,6
	Yok	72	51,4
mevcut olan hastalıklar (n=68)	Cerrahi operasyon	13	19,1
	Hipertansiyon	20	29,4
	Hipotiroid	8	11,8
	Hipertiroid	-	-
	Safra kesesi hastalığı	2	2,9
	Kronik ishal	-	-
	Kronik kabızlık	8	11,8
	Gastrit veya ülser	8	11,8
	Diyabet	4	5,9
	Kalp hastalıkları	10	14,7
	Böbrek hastalığı	3	4,4
	Karaciğer hastalığı	-	-
	Gut	2	2,9
	Kanser	2	2,9
	Allerjik hastalıklar	5	7,4
	Depresyon	13	19,1
	Panik atak	2	2,9
	Anksiyete	1	1,5
Diğer	7	10,3	
Düzenli ilaç kullanma	Evet	43	30,7
	Hayır	97	69,3
Kullanılan İlaçlar (n=43)	Tansiyon ilacı	16	37,2
	Kolesterol düşürücü	8	18,6
	Şeker ilacı	3	7,0
	İnsülin	-	-
	Hormon	1	2,3
	Anti depresan	14	32,6
	Vitamin	3	7,0
	Zayıflama ilacı	-	-
Diğer	12	27,9	
Düzenli sağlık kontrolünden geçme	Evet	49	35,0
	Hayır	91	65,0
Ailede psikiyatrik rahatsızlığı olan birey	Var	29	20,7
	Yok	111	79,3
Ailede fazla kilolu veya obez birey varlığı	Var	80	57,1
	Yok	60	42,9
Zayıflama diyeti uygulama	Evet	70	50,0
	Hayır	70	50,0
Zayıflama ilacı kullanma	Evet	36	25,7
	Hayır	104	74,3
Düzenli fiziksel aktivite yapma	Evet	34	24,3
	Hayır	106	75,7

Çalışmaya katılan kişilerin neredeyse yarısının (%48.6) bilinen bir hastalığı bulunmaktadır. Hastalıklar arasından çalışmaya katılan kişilerde en sık görülen hastalıklar hipertansiyon (%29.4), depresyon (%19.1) ve kalp hastalıklarıdır(%14.7). Diğer hastalıkların dağılımı Tablo 6.2’de görülmektedir.

Olguların büyük çoğunluğunun (%65) düzenli sağlık kontrolünden geçmediği tespit edilmiştir. En sık kullanılan ilaçların ise %37.2 ile tansiyon ilacı, %32.6 ile anti depresan olduğu saptanmıştır.

Çalışmaya katılan olguların büyük çoğunluğunda %57.1’inin ailesinde fazla kilolu veya obez birey bulunduğu, küçük bir kısmının (%24.3’ü) düzenli fiziksel aktivite/egzersiz (haftada ortalama 1-3 kez) yaptığı belirlenmiştir.

Tablo 6.3 Üzgün ve Mutsuz Hissedilen Zamanlarda Yeme Durumu ve Tercih Edilen Besinlerin Dağılımı

		n	%
Üzgün ve mutsuz olunan zamanlarda	Hiç yemem	21	15,0
	Normalden az yerim	47	33,6
	Yemem değişmez	23	16,4
	Normalinden biraz daha çok yerim	30	21,4
	Çok yerim	19	13,6
Üzgün ve mutsuz hissedilen zamanlarda ilk tüketilmek istenen ve sıklıkla tercih edilen besinler	Cips, çekirdek, kabuklu fıstık gibi sert ve çıtırtılı atıştırmalıklar	34	24,3
	Profiterol, puding gibi yumuşak kıvamlı tatlılar	25	17,9
	Tuzlu ve doyurucu besinler (patates püresi, hamur işi besinler gibi)	28	20,0
	Alkollü içecekler	16	11,4
	Hamburger gibi fastfood besinler	8	5,7
	Kapsamlı bir ana öğün yemeği	14	10,0
	Çikolata	36	25,7
	Peynir	14	10,0
	Meyve	21	15,0
	Kola, gazoz gibi asitli içecekler	13	9,3
Diğer	3	2,1	

Olguların %33.6’sı üzgün ve mutsuz olduğu zamanlarda normalden az yediği, üzgün ve mutsuz oldukları zamanlarda ilk tükettikleri ve sıklıkla tercih ettikleri besinlere bakıldığında ise önceliğin çikolata (%25.7’sinin), cips ,çekirdek, kabuklu fıstık gibi sert ve çıtırtılı atıştırmalıklar (%24.3’ünün) ve patates püresi, hamur işi gibi tuzlu ve doyurucu besinler (%20’sinin) olduğu belirlenmiştir. Bireylerin yeme davranışı ve diğer tercih edilen yiyecekler ve tercih edilme oranları Tablo 6.3’ te görülmektedir.

Tablo 6.4 Travmatik Olay Sonrasında Yeme Durumu ve Tercih Edilen Besinlerin Dağılımları

		n	%
Hiç beklenmeyen, ani şekilde alınan kötü haberden sonra	Hiç yemem	73	52,1
	Normalden az yerim	38	27,1
	Yemem değişmez	13	9,3
	Normalinden biraz daha çok yerim	8	5,7
	Çok yerim	8	5,7
Travmatik bir olay sonrasında ilk tüketilmek istenen ve sıklıkla tercih edilen besinler	Cips, çekirdek, kabuklu fıstık gibi sert ve çıtır tıllı atıştırmalıklar	9	6,4
	Profiterol, puding gibi yumuşak kıvamlı tatlılar	10	7,1
	Tuzlu ve doyurucu besinler (patates püresi, hamur işi besinler gibi)	17	12,1
	Alkollü içecekler	7	5,0
	Hamburger gibi fastfood besinler	7	5,0
	Kapsamlı bir ana öğün yemeği	10	7,1
	Çikolata	12	8,6
	Peynir	5	3,6
	Meyve	7	5,0
	Kola, gazoz gibi asitli içecekler	12	8,6
	Diğer	7	5,0

Araştırma kapsamına alınan bireylerin hiç beklenmeyen, ani şekilde alınan kötü haberden sonra gelişen yeme davranışı incelendiğinde; olguların yarısından fazlasının (%52.1) hiç yemediği saptanmıştır. Olguların travma sonrası tüketmek istedikleri/tercih ettikleri besinler ve tercih edilme oranları Tablo 6.4'te görülmektedir.

Tablo 6.5 Endişeli ve Kaygılı Olunan Zamanlarda Yeme Durumu ve Tercih Edilen Besinlerin Dağılımları

		n	%
Endişeli ve kaygılı olunan zamanlarda	Hiç yemem	33	23,6
	Normalden az yerim	48	34,3
	Yemem değişmez	24	17,1
	Normalinden biraz daha çok yerim	23	16,4
	Çok yerim	12	8,6
Endişeli ve kaygılı olunan zamanlarda ilk tüketilmek istenen ve sıklıkla tercih edilen besinler	Cips, çekirdek, kabuklu fıstık gibi sert ve çıtır tırlı atıştırmalıklar	27	19,3
	Profiterol, puding gibi yumuşak kıvamlı tatlılar	20	14,3
	Tuzlu ve doyurucu besinler (patates püresi, hamur işi besinler gibi)	24	17,1
	Alkollü içecekler	6	4,3
	Hamburger gibi fastfood besinler	16	11,4
	Kapsamlı bir ana öğün yemeği	18	12,9
	Çikolata	19	13,6
	Peynir	6	4,3
	Meyve	7	5,0
	Kola, gazoz gibi asitli içecekler	15	10,7
Diğer	7	5,0	

Araştırma kapsamına alınan bireylerin endişeli ve kaygılı olunan zamanlarda yeme durumları incelendiğinde; %34.3'ünün normalden az yediği saptanmıştır. Bireylerin %23.6'sının ise endişeli ve kaygılı olunan zamanlarda hiç yemediği belirmiştir.

Olguların endişeli ve kaygılı olunan zamanlarda ilk tükettikleri ve sıklıkla tercih ettikleri besinlere bakıldığında %19.3'ünün cips, çekirdek, kabuklu fıstık gibi sert ve çıtır tırlı atıştırmalıklar, %17.1'inin tuzlu ve doyurucu besinler tükettiği gözlenmiştir. Diğer tercih edilen yiyecekler ve tercih edilme oranları Tablo 6.5'te görülmektedir.

Tablo 6.6 Yalnız Hissedilen Zamanlarda Yeme Durumu ve Tercih Edilen Besinlerin Dağılımları

		n	%
Yalnız hissedilen zamanlarda	Hiç yemem	12	8,6
	Normalden az yerim	47	33,6
	Yemem değişmez	28	20,0
	Normalinden biraz daha çok yerim	41	29,3
	Çok yerim	12	8,6
Yalnız hissedilen zamanlarda ilk tüketilmek istenen ve sıklıkla tercih edilen besinler	Cips, çekirdek, kabuklu fıstık gibi sert ve çıtır tıllı atıştırmalıklar	36	25,7
	Profiterol, puding gibi yumuşak kıvamlı tatlılar	29	20,7
	Tuzlu ve doyurucu besinler (patates püresi, hamur işi besinler gibi)	31	22,1
	Alkollü içecekler	15	10,7
	Hamburger gibi fastfood besinler	14	10,0
	Kapsamlı bir ana öğün yemeği	25	17,9
	Çikolata	30	21,4
	Peynir	9	6,4
	Meyve	23	16,4
	Kola, gazoz gibi asitli içecekler	14	10,0
Diğer	6	4,3	

Araştırma kapsamına alınan bireylerin yalnız hissedilen zamanlardaki yeme durumları irdelendiğinde; %33.6'sının normalden az besin tükettiği saptanmıştır.

Olguların yalnız hissettikleri zamanlarda ilk tükettikleri ve sıklıkla tercih ettikleri besinlerin; %25.7'sinin cips, çekirdek, kabuklu fıstık gibi sert ve çıtır tıllı atıştırmalıklar, %22.1'inin tuzlu ve doyurucu besinler, %21.4'ünün çikolata olduğu belirlenmiştir. Diğer tercih edilen yiyecekler ve tercih edilme oranları Tablo 6.6'da görölmektedir.

Tablo 6.7 Sınav Stresi/İş Stresi Yaşanılan Zamanlarda Yeme Durumu ve Tercih Edilen Besinlerin Dağılımları

		n	%
Sınav stresi/iş stresi yaşanılan zamanlarda	Hiç yemem	29	20,7
	Normalden az yerim	48	34,3
	Yemem değişmez	29	20,7
	Normalinden biraz daha çok yerim	23	16,4
	Çok yerim	11	7,9
Sınav stresi/iş stresi yaşanılan zamanlarda ilk tüketilmek istenen ve sıklıkla tercih edilen besinler	Cips, çekirdek, kabuklu fıstık gibi sert ve çıtır tıllı atıştırmalıklar	34	24,3
	Profiterol, puding gibi yumuşak kıvamlı tatlılar	22	15,7
	Tuzlu ve doyurucu besinler (patates püresi, hamur işi besinler gibi)	25	17,9
	Alkollü içecekler	3	2,1
	Hamburger gibi fastfood besinler	21	15,0
	Kapsamlı bir ana öğün yemeği	17	12,1
	Çikolata	24	17,1
	Peynir	4	2,9
	Meyve	14	10,0
	Kola, gazoz gibi asitli içecekler	12	8,6
Diğer	6	4,3	

Araştırma kapsamına alınan bireylerin stres yaşadıkları dönemlerde yeme durumları incelendiğinde; çoğunluğunun (%34.3'ü) normalden az yediği saptanmıştır.

Olguların sınav stresi/iş stresi yaşanılan zamanlarda ilk tükettikleri ve sıklıkla tercih ettikleri besinler sorulduğunda; en yüksek oranın (%25.7'sinin) cips, çekirdek, kabuklu fıstık gibi sert ve çıtır tıllı atıştırmalıklar olduğu görülmüştür. Diğer tercih edilen yiyecekler ve tercih edilme oranları Tablo 6.7'de görülmektedir.

Tablo 6.8 Mutlu Olunan Zamanlarda Yeme Durumu ve Tercih Edilen Besinlerin Dağılımları

		n	%
Mutlu olunan zamanlarda	Hiç yemem	4	2,9
	Normalden az yerim	18	12,9
	Yemem değişmez	56	40,0
	Normalinden biraz daha çok yerim	47	33,6
	Çok yerim	15	10,7
Sınav stresi/iş stresi yaşanan zamanlarda ilk tüketilmek istenen ve sıklıkla tercih edilen besinler	Cips, çekirdek, kabuklu fıstık gibi sert ve çıtır tı atıştırmalıklar	24	17,1
	Profiterol, puding gibi yumuşak kıvamlı tatlılar	34	24,3
	Tuzlu ve doyurucu besinler (patates püresi, hamur işi besinler gibi)	21	15,0
	Alkollü içecekler	13	9,3
	Hamburger gibi fastfood besinler	18	12,9
	Kapsamlı bir ana öğün yemeği	44	31,4
	Çikolata	36	25,7
	Peynir	11	7,9
	Meyve	30	21,4
	Kola, gazoz gibi asitli içecekler	12	8,6
Diğer	4	2,9	

Araştırma kapsamına alınan bireylerin mutlu olunan zamanlarda yeme durumları ile ilgili alınmış yanıtlarda en yüksek oranın % 40 ile 'yemem değişmez' olduğu tespit edilmiştir. %33.6'sının ise normalden biraz daha çok yediği saptanmıştır.

Mutlu olunan zamanlarda ilk tükettikleri ve sıklıkla tercih ettikleri besinler sorulduğunda; katılımcıların yaklaşık 1/3'ünün (%31.4) kapsamlı bir ana öğün yemeği tercih ettiği görülmüştür. Bireylerin %25.7'sinin ise çikolata ve %24.3'ünün de profiterol, puding gibi yumuşak kıvamlı tatlılar tercih ettiği belirlenmiştir. Diğer tercih edilen yiyecekler ve tercih edilme oranları Tablo 6.8'de görülmektedir.

Tablo 6.9 Aşk Heyecanı Yaşanılan Zamanlarda Yeme Durumu ve Tercih Edilen Besinlerin Dağılımları

		n	%
Aşk heyecanı yaşanılan zamanlarda	Hiç yemem	40	28,6
	Normalden az yerim	49	35,0
	Yemem değişmez	46	32,9
	Normalinden biraz daha çok yerim	3	2,1
	Çok yerim	2	1,4
Aşk heyecanı yaşanılan zamanlarda ilk tüketilmek istenen ve sıklıkla tercih edilen besinler	Cips, çekirdek, kabuklu fıstık gibi sert ve çıtır tıllı atıştırmalıklar	21	15,0
	Profiterol, puding gibi yumuşak kıvamlı tatlılar	23	16,4
	Tuzlu ve doyurucu besinler (patates püresi, hamur işi besinler gibi)	9	6,4
	Alkollü içecekler	10	7,1
	Hamburger gibi fastfood besinler	7	5,0
	Kapsamlı bir ana öğün yemeği	24	17,1
	Çikolata	29	20,7
	Peynir	3	2,1
	Meyve	17	12,1
	Kola, gazoz gibi asitli içecekler	12	8,6
Diğer	5	3,6	

Aşk heyecanı yaşanılan zamanlarda yeme durumları incelendiğinde; çoğunluğun (%35'i) normalden az yediği görülmüştür.

Olguların aşk heyecanı yaşanılan zamanlarda ilk tükettikleri ve sıklıkla tercih ettikleri besinler ise; çikolata (%20.7), kapsamlı bir ana öğün yemeği (%17.1), profiterol, puding gibi yumuşak kıvamlı tatlılar (%16.4) olmuştur. Diğer tercih edilen yiyecekler ve tercih edilme oranları Tablo 6.9'da görülmektedir.

Tablo 6.10 Başarısız, Yenilgide Hissedilen Zamanlarda Yeme Durumu ve Tercih Edilen Besinlerin Dağılımları

		n	%
Başarısız, yenilgide hissedilen zamanlarda	Hiç yemem	32	22,9
	Normalden az yerim	48	34,3
	Yemem değişmez	22	15,7
	Normalinden biraz daha çok yerim	29	20,7
	Çok yerim	9	6,4
Başarısız, yenilgide hissedilen zamanlarda ilk tüketilmek istenen ve sıklıkla tercih edilen besinler	Cips, çekirdek, kabuklu fıstık gibi sert ve çıtır tıllı atıştırmalıklar	14	10,0
	Profiterol, puding gibi yumuşak kıvamlı tatlılar	18	12,9
	Tuzlu ve doyurucu besinler (patates püresi, hamur işi besinler gibi)	24	17,1
	Alkollü içecekler	20	14,3
	Hamburger gibi fastfood besinler	23	16,4
	Kapsamlı bir ana öğün yemeği	18	12,9
	Çikolata	23	16,4
	Peynir	5	3,6
	Meyve	15	10,7
	Kola, gazoz gibi asitli içecekler	14	10,0
Diğer	3	2,1	

Başarısız, yenilgide hissettiği zamanlarda yeme durumları sorulduğunda; çoğunluğu (%34.3'ü) normalden az yediğini belirtmiştir. Olguların %22.9'u ise kendini başarısız, yenilgide hissettiği zamanlarda hiç yemediğini söylemiştir.

Olguların kendini başarısız, yenilgide hissettiği zamanlarda ilk tükettikleri ve sıklıkla tercih ettikleri besinlere bakıldığında; %17.1'inin tuzlu ve doyurucu besinler, %16.4'ünün hamburger gibi fastfood besinler, %16.4'ünün ise çikolata olduğu tespit edilmiştir. Diğer tercih edilen yiyecekler ve tercih edilme oranları Tablo 6.10'da görülmektedir.

Tablo 6.11 Halsiz, Hasta Hissedilen Zamanlarda Yeme Durumu ve Tercih Edilen Besinlerin Dağılımları

		n	%
Halsiz, hasta hissedilen zamanlarda	Hiç yemem	33	23,6
	Normalden az yerim	80	57,1
	Yemem değişmez	17	12,1
	Normalinden biraz daha çok yerim	7	5,0
	Çok yerim	3	2,1
Halsiz, hasta hissedilen zamanlarda ilk tüketilmek istenen ve sıklıkla tercih edilen besinler	Cips, çekirdek, kabuklu fıstık gibi sert ve çıtır tı atıştırmalıklar	6	4,3
	Profiterol, puding gibi yumuşak kıvamlı tatlılar	13	9,3
	Tuzlu ve doyurucu besinler (patates püresi, hamur işi besinler gibi)	21	15,0
	Alkollü içecekler	1	0,7
	Hamburger gibi fastfood besinler	7	5,0
	Kapsamlı bir ana öğün yemeği	31	22,1
	Çikolata	5	3,6
	Peynir	8	5,7
	Meyve	35	25,0
	Kola, gazoz gibi asitli içecekler	5	3,6
Diğer	18	12,9	

Halsiz, hasta hissettiği zamanlarda yeme durumları sorulduğunda; bireylerin yarısından fazlasının (%57.1'i) normalden az yediği saptanmıştır.

Bireylerin kendini halsiz, hasta hissettiği zamanlarda ilk tükettikleri besinlere bakıldığında %25'inin meyve, %22.1'inin kapsamlı bir ana öğün yemeğini tercih ettiği gözlenmiştir. Diğer tercih edilen yiyecekler ve tercih edilme oranları Tablo 6.11'de görülmektedir.

6.2 Bulguların İstatistiksel Değerlendirmeleri

Tablo 6.12 Obez ve Fazla Kilolu Olma ile Bazı Genel Bilgilerin Değerlendirilmesi

		Obez ve fazla kilolu olma				$\chi^2; p$
		Obez		Fazla kilolu		
		n	(%)	n	(%)	
Cinsiyet	Erkek	39	(%73,6)	14	(%26,4)	$\chi^2:0,091;$ $p:0,763$
	Kadın	66	(%75,9)	21	(%24,1)	
Yaş	20-35 yaş	35	(%63,6)	20	(%36,4)	$\chi^2:6,239;$ $p:0,012^*$
	35-60 yaş	70	(%82,4)	15	(%17,6)	
Eğitim Durumu	İlköğretim	18	(%90,0)	2	(%10,0)	$\chi^2:4,731;$ $p:0,094$
	Lise	33	(%66,0)	17	(%34,0)	
	Üniversite+Y. Lisans	54	(%77,1)	16	(%22,9)	
Medeni Durum	Hiç evlenmemiş	26	(%70,3)	11	(%29,7)	$\chi^2:0,947;$ $p:0,623$
	Evli	65	(%75,6)	21	(%24,4)	
	Boşanmış veya dul	14	(%82,4)	3	(%17,6)	

χ^2 :Ki-kare test

* $p < 0.05$

Araştırma kapsamına alınan bireylerde cinsiyetlere göre obezite görülme oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamakla birlikte, kadınların %75.9'unda, erkeklerin ise %73.6'sında obezite olduğu belirlenmiştir.

Yaşlara göre obezite görülme oranlarına bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamakla birlikte; 35-60 yaş grubu olgularda obezite görülme oranı (%82.4) olup, 20-35 yaş grubundan (%63.6) daha yüksektir. Eğitim düzeyi ve medeni duruma göre obezite görülme oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır.

Tablo 6.13 BKİ ile Depresyon İlişkisinin Değerlendirilmesi

		Depresyon		$\chi^2; p$
		Var	Yok	
		n (%)	n (%)	
BKİ	25-30 kg/m ²	3 (%8,6)	32 (%91,4)	$\chi^2:1,611;$ $p:0,657$
	30-35 kg/m ²	2 (%5,7)	33 (%94,3)	
	35-40 kg/m ²	3 (%8,6)	32 (%91,4)	
	40 kg/m ² ve üzeri	5 (%14,3)	30 (%85,7)	

χ^2 :Ki-kare test

Beden kitle indeksi ile depresyon varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır; ancak araştırma kapsamına alınan bireylerde en fazla depresyon görülme oranının morbid obez grubunda (%14,3) olduğu görülmüştür.

Tablo 6.14 Obez ve Fazla Kilolu Olma ile Ailede Psikiyatrik Rahatsızlığı Olan Birey İlişkisinin Değerlendirilmesi

			Obez ve fazla kilolu olma		$\chi^2; p$
			Obez	Fazla kilolu	
			n (%)	n (%)	
Ailede psikiyatrik rahatsızlığı olan birey	Var		23 (%79,3)	6 (%20,7)	$\chi^2:0,362;$ $p:0,547$
	Yok		82 (%73,9)	29 (%26,1)	

χ^2 :Ki-kare test

Ailesinde psikiyatrik rahatsızlığı olan birey bulunan olguların %79.3'ünde, ailesinde böyle bir rahatsızlığa bulunmayan olguların da %73.9'unda obezite görülmektedir. Ailede psikiyatrik rahatsızlığı olan birey varlığı ile obezite görülme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır.

Tablo 6.15 Morbid Obezite ile Ailede Fazla Kilolu veya Obez Birey Varlığı İlişkisinin Değerlendirilmesi

			Morbid Obezite		$\chi^2; p$
			Var	Yok	
			n (%)	n (%)	
Ailede fazla kilolu veya obez birey varlığı	Var		22 (%27,5)	58 (%72,5)	$\chi^2:0,622;$ $p:0,430$
	Yok		13 (%21,7)	47 (%78,3)	

χ^2 :Ki-kare test

Ailede fazla kilolu veya obez birey varlığı ile morbid obezite arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ancak; ailesinde fazla kilolu ve obez birey bulunan olguların %27.5'inde morbid obezite görülürken, fazla kilolu bir aile üyesi olmayan olguların da %21.7'sinde morbid obezite görülmektedir.

Tablo 6.16 Eğitim Durumu ile Zayıflama İlacı Kullanma İlişkisinin Değerlendirilmesi

		Zayıflama İlacı Kullanma		$\chi^2; p$
		Evet	Hayır	
		n (%)	n (%)	
Eğitim Durumu	İlköğretim	2 (%10,0)	18 (%90,0)	$\chi^2:3,261;$ $p:0,196$
	Lise	13 (%26,0)	37 (%74,0)	
	Üniversite+Y. Lisans	21 (%30,0)	49 (%70,0)	

χ^2 :Ki-kare test

Eğitim durumu ile zayıflama ilacı kullanma ilişkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ancak; eğitim durumu arttıkça zayıflama ilacı kullanma oranlarının anlamlı şekilde arttığı ilköğretim mezunlarının %10'unda zayıflama ilacı kullanımı görülmekle birlikte; lise mezunlarında bu oran %26, üniversite-yükseklisans ve üstü mezunlarında ise %30'dur.

Tablo 6.17 Obez ve Fazla Kilolu Olma ile Düzenli Fiziksel Aktivite İlişkisinin Değerlendirilmesi

		Obez ve fazla kilolu olma		$\chi^2; p$
		Obez	Fazla kilolu	
		n (%)	n (%)	
Düzenli Fiziksel Aktivite Yapma	Evet	29 (%85,3)	5 (%14,7)	$\chi^2:2,538;$ $p:0,111$
	Hayır	76 (%71,7)	30 (%28,3)	

χ^2 :Ki-kare test

Düzenli fiziksel aktivite yapma ile obezite ve fazla kilolu olma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır.

Tablo 6.18 Üzgün ve Mutsuz Zamanlarda Yeme Durumu ile Obez ve Fazla Kilolu Olma İlişkisinin Değerlendirilmesi

		Obez ve fazla kilolu olma				$\chi^2; p$
		Obez		Fazla kilolu		
		n	(%)	n	(%)	
Üzgün ve mutsuz olunan zamanlarda	Hiç yemem	17	(%16,2)	4	(%11,4)	$\chi^2:0,791;$ $p:0,940$
	Normalden az yerim	34	(%32,4)	13	(%37,1)	
	Yemem değişmez	17	(%16,2)	6	(%17,1)	
	Normalinden biraz daha çok yerim	22	(%21,0)	8	(%22,9)	
	Çok yerim	15	(%1,3)	4	(%11,4)	

χ^2 :Ki-kare test

Üzgün ve mutsuz olunan zamanlardaki yeme değişiklikleri ile obezite arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamakla birlikte; hem obez (%32,4); hem fazla kilolu (%37,1) bireylerin üzgün ve mutsuz oldukları zamanlarda normalden daha az yedikleri görülmektedir.

Tablo 6.19 Travma Sonrasında Yeme Durumu ile Obez ve Fazla Kilolu Olma İlişkisinin Değerlendirilmesi

		Obez ve fazla kilolu olma				$\chi^2; p$
		Obez		Fazla kilolu		
		n	(%)	n	(%)	
Hiç beklenmeyen, ani şekilde alınan kötü haberden sonra	Hiç yemem	57	(%54,3)	16	(%45,7)	$\chi^2:4,571;$ $p:0,334$
	Normalden az yerim	24	(%22,9)	14	(%40,0)	
	Yemem değişmez	10	(%9,5)	3	(%8,6)	
	Normalinden biraz daha çok yerim	7	(%6,7)	1	(%2,9)	
	Çok yerim	7	(%6,7)	1	(%2,9)	

χ^2 :Ki-kare test

Beklenmeyen, ani şekilde alınan kötü haberden sonraki yeme değişiklikleri ile obezite ve fazla kilolu olma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamasına karşın; araştırma kapsamına alınan obez ve fazla kilolu bireylerin travmatik bir haber sonrasında büyük çoğunluğu 'hiç yemem' (sırasıyla %54,3, %45,7) demiştir.

Tablo 6.20 Endişeli ve Kaygılı Olunan Zamanlarda Yeme Durumu ile Obez ve Fazla Kilolu Olma İlişkisinin Değerlendirilmesi

		Obez ve fazla kilolu olma				$\chi^2; p$
		Obez		Fazla kilolu		
		n	(%)	n	(%)	
Endişeli ve kaygılı olunan zamanlarda	Hiç yemem	28	(%26,7)	5	(%14,3)	$\chi^2:3,514;$ $p:0,476$
	Normalden az yerim	33	(%31,4)	15	(%40,0)	
	Yemem değişmez	18	(%17,1)	6	(%17,1)	
	Normalden biraz daha çok yerim	16	(%15,2)	7	(%20,0)	
	Çok yerim	10	(%9,5)	2	(%5,7)	

χ^2 :Ki-kare test

Endişeli ve kaygılı olunan zamanlardaki yeme değişiklikleri ile obezite ve fazla kilolu olma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır. Obez ve fazla kilolu bireyler endişeli ve kaygılı oldukları zamanlarda büyük çoğunluğunun (sırasıyla %31,4, %40,0) normalden daha az yedikleri görülmüştür.

Tablo 6.21 Yalnız Hissedilen Zamanlarda Yeme Durumu ile Obez ve Fazla Kilolu Olma İlişkisinin Değerlendirilmesi

		Obez ve fazla kilolu olma				$\chi^2; p$
		Obez		Fazla kilolu		
		n	(%)	n	(%)	
Yalnız hissedilen zamanlarda	Hiç yemem	11	(%10,5)	1	(%2,9)	$\chi^2:3,000;$ $p:0,558$
	Normalden az yerim	33	(%31,4)	14	(%40,0)	
	Yemem değişmez	21	(%20,0)	7	(%20,0)	
	Normalden biraz daha çok yerim	32	(%30,5)	9	(%25,7)	
	Çok yerim	8	(%7,6)	4	(%11,4)	

χ^2 :Ki-kare test

Yalnız hissedilen zamanlardaki yeme değişiklikleri ile obezite ve fazla kilolu olma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır. Fazla kilolu kişilerin yalnızlık hissettiklerinde, obez kişilere göre daha az yeme eğilimleri olduğu görülmektedir.

Tablo 6.22 Sınav Stresi / İş Stresi Yaşanılan Zamanlarda Yeme Durumu ile Obez ve Fazla Kilolu Olma İlişkisinin Değerlendirilmesi

		Obez ve fazla kilolu olma				$\chi^2; p$
		Obez		Fazla kilolu		
		n	(%)	n	(%)	
Sınav stresi/iş stresi yaşanılan zamanlarda	Hiç yemem	27	(%25,7)	2	(%5,7)	$\chi^2:13,160;$ $p:0,011^*$
	Normalden az yerim	35	(%33,3)	13	(%37,1)	
	Yemem değişmez	21	(%20,0)	8	(%22,9)	
	Normalden biraz daha çok yerim	12	(%11,4)	11	(%31,4)	
	Çok yerim	10	(%9,5)	1	(%2,9)	

χ^2 :Ki-kare test * $p<0.05$

Sınav stresi/iş stresi yaşanan zamanlardaki yeme değişiklikleri ile obezite ve fazla kilolu olma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0.05$). Obezite görülen olguların sınav stresi/iş stresi yaşadıkları zamanlarda hiç yemem deme oranları (%25,7), normal kilodaki bireylerden (%5,7) anlamlı şekilde yüksektir. Fazla kilodaki olguların sınav stresi/iş stresi yaşadıkları zamanlarda normalden biraz daha çok yerim deme oranları (%31,4), obez bireylerden (%11,4) anlamlı şekilde yüksektir.

Tablo 6.23 Mutlu Olunan Zamanlardaki Yeme Durumu ile Obez ve Fazla Kilolu Olma İlişkisinin Değerlendirilmesi

		Obez ve fazla kilolu olma				$\chi^2; p$
		Obez		Fazla kilolu		
		n	(%)	n	(%)	
Mutlu olunan zamanlarda	Hiç yemem	4	(%3,8)	0	(%0)	$\chi^2:4,161;$ $p:0,385$
	Normalden az yerim	11	(%10,5)	7	(%20,0)	
	Yemem değişmez	41	(%39,0)	15	(%42,9)	
	Normalden biraz daha çok yerim	38	(%36,2)	9	(%25,7)	
	Çok yerim	11	(%10,5)	4	(%11,4)	

χ^2 :Ki-kare test

Mutlu olunan zamanlardaki yeme değişiklikleri ile obezite ve fazla kilolu olma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamakla birlikte; obez bireylerin mutlu olunan zamanlarda ‘normalden biraz daha çok yerim’ deme oranlarının (%36,2), fazla kilolu bireylere (%25,7) göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Tablo 6.24 Aşk Heyecanı Yaşanan Zamanlardaki Yeme Durumu ile Obez ve Fazla Kilolu Olma İlişkisinin Değerlendirilmesi

		Obez ve fazla kilolu olma				$\chi^2; p$
		Obez		Fazla kilolu		
		n	(%)	n	(%)	
Aşk heyecanı yaşanan zamanlarda	Hiç yemem	33	(%31,4)	7	(%20,0)	$\chi^2:5,583;$ $p:0,233$
	Normalden az yerim	32	(%30,5)	17	(%48,6)	
	Yemem değişmez	36	(%34,3)	10	(%28,6)	
	Normalinden biraz daha çok yerim	3	(%2,9)	0	(%0)	
	Çok yerim	1	(%1,0)	1	(%2,9)	

χ^2 :Ki-kare test

Aşk heyecanı yaşanan zamanlardaki yeme değişiklikleri ile obezite ve fazla kilolu olma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır. Fazla kilolu bireylerin aşk heyecanı yaşadıklarında; ‘normalden daha az yerim’ deme oranı (%48,6), obez bireylere göre (%30,5) daha yüksek olduğu görülmüştür.

Tablo 6.25 Başarısız, Yenilgide Hissedilen Zamanlardaki Yeme Durumu ile Obez ve Fazla Kilolu Olma İlişkisinin Değerlendirilmesi

		Obez ve fazla kilolu olma				$\chi^2; p$
		Obez		Fazla kilolu		
		n	(%)	n	(%)	
Kendini başarısız, yenilgide hissedilen zamanlarda	Hiç yemem	26	(%24,8)	6	(%17,1)	$\chi^2:9,285;$ $p:0,055$
	Normalden az yerim	30	(%28,6)	18	(%51,4)	
	Yemem değişmez	19	(%18,1)	3	(%8,6)	
	Normalinden biraz daha çok yerim	21	(%20,0)	8	(%22,9)	
	Çok yerim	9	(%8,6)	0	(%0)	

χ^2 :Ki-kare test

Obez bireyler, kendini başarısız, yenilgide hissettiği zamanlarda aynı duygu durumundaki fazla kilodaki bireylere göre daha yüksek oranda (obez bireyler %24,8, fazla kilodaki bireyler %17,1) ‘hiç yemem’ demişlerdir. ‘Normalden daha az yerim’ cevabına bakıldığında ise; fazla kilolu kişilerin oranı (%51,4), obez bireylere göre (%28,6) yüksektir. Başarısızlık ve yenilgi hissinde yeme durumu ile obezite ve fazla kilolu olma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır.

Tablo 6.26 Halsiz, Hasta Gibi Hissedilen Zamanlardaki Yeme Durumu ile Obez ve Fazla Kilolu Olma İlişkisinin Değerlendirilmesi

		Obez ve fazla kilolu olma				$\chi^2; p$
		Obez		Fazla kilolu		
		n	(%)	n	(%)	
Kendini halsiz, hasta gibi hissedilen zamanlarda	Hiç yemem	23	(%21,9)	10	(%28,6)	$\chi^2:5,123;$ $p:0,275$
	Normalden az yerim	58	(%55,2)	22	(%62,9)	
	Yemem değişmez	16	(%15,2)	1	(%2,9)	
	Normalinden biraz daha çok yerim	5	(%4,8)	2	(%5,7)	
	Çok yerim	3	(%2,9)	0	(%0)	

χ^2 :Ki-kare test

Halsiz, hasta gibi hissedilen zamanlardaki yeme değişiklikleri ile obezite ve fazla kilolu olma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamakla birlikte; halsiz ve hasta gibi hissedilen durumlarda obez olan ve fazla kilolu kişilerin yeme durumu karşılaştırıldığında; obez olan kişilerin ‘yemem değişmez’ deme oranları (%15,2) fazla kilolu bireylere (%2,9) göre anlamlı şekilde daha fazladır.

7. TARTIŞMA

Bu çalışma; BKI>25 kg/m² olan 140 yetişkin bireyin bazı tanımlayıcı bilgilerinin araştırılması ve duygu değişiklikleri ile yeme eğilimi arasındaki ilişkiyi saptamak amacıyla planlanmıştır.

Obezite toplumun bütün kesimlerini ilgilendiren psikolojik kökenli, somatik görünümlü kronik bir hastalık, önemli bir halk sağlığı problemidir (Balcıoğlu ve Başer, 2008). Dünya genelinde obezite prevalansı artmakta ve kadınları daha çok etkilemektedir (Akman, Budak ve Kendir, 2004:113).

Çalışmaya katılan fazla kilolu ve obez bireylerin genel bilgilerinin öğrenilebilmesi amacıyla dokuz soruluk bir anket uygulanmıştır. Çalışmaya katılan fazla kilolu ve obez bireylerin %37.9'u erkek, %62.1'i kadındır. WHO'nun (2006) yaptığı araştırmada WHO'ya üye olan 36 Avrupa ülkesinden 14'ünde erkeklerde görülen obezite oranı kadınlardakinden daha fazla bulunmuştur. Altunkaynak ve Özbek'in (2006) de araştırmasında belirttiği gibi ülkemizde de toplumun kadınlarda %23.4 'ten fazlası obez iken; erkeklerde bu oran %7.9' dur. Bizim çalışmamızda da kadınlarda obezitenin daha yaygın olduğu görülmüştür.

Yaş ile birlikte obezite görülme sıklığı artmakta (Kopelman, 2000:404), vücut yağ oranı yaş ilerledikçe artış göstermektedir (Akman ve ark., 2004; Kumsar ve ark., 2008). Bu bulgu bizim çalışmamızla paralellik göstermektedir. Çalışmaya katılan 20-60 yaş grubundaki obez bireylerin %39.3'ü 20-25 yaş arasında iken, %60.7'si 35-60 yaş arasındadır. Obez bireylerin yaş dağılımına bakıldığında büyük çoğunluğunun ileri yaş grubundan oluştuğu görülmüştür.

Ülkelerde obezite görülme düzeyi eğitim düzeyiyle ters orantılı olarak değişmektedir. (Yoon ve ark., 2006). Arslan ve Ceviz'in (2007) yaptığı bir çalışmada eğitim düzeyi düşük olan ev hanımları ile eğitim düzeyi yüksek çalışan bayanların obezite durumları değerlendirilmiş, düzenli beslenme alışkanlığı edinmede çalışan bayanların, ev hanımlarına göre daha başarılı olduğu saptanmıştır. Bizim çalışmamızda obez bireylerin eğitim durumları değerlendirildiğinde; olguların %14.3'ü ilköğretim mezunu iken, %35.7'si lise, %42.1'i üniversite ve %7.9'u yüksek

lisans mezunudur. Obez bireylerin eğitim durumlarının oldukça yüksek olduğu gözlenmiştir. Bu sonucun örneklem seçimi ile ilgili olduğu düşünülebilir. İstanbul Fulya semtindeki özel bir hastaneye başvuran kişilerin eğitim düzeylerinin toplumun genelini yansıtmayacağı düşünülmektedir.

Günümüzde şişmanlık hem bir hastalık olarak kabul edilmektedir, hem de beslenmeye bağlı kronik hastalıklar için risk etmenidir (Pekcan, 2008; Eker ve Şahin, 2002). Obezitenin tıbbi açıdan önemi, başta koroner arter hastalığı olmak üzere çeşitli hastalıklarla olan yakın bağlantısından kaynaklanmaktadır (Hodge ve Zimmet, 1994). Çalışmamıza katılan fazla kilolu ve obez bireylere sağlık durumları ve bazı alışkanlıklarının değerlendirilmesi amacıyla on soruluk bir anket uygulanmıştır. Obez bireylerin % 48,6'sının bilinen bir hastalığı olmamakla birlikte, % 51,4'ü mevcut hastalığı olduğunu belirtmiştir. Bilinen bir hastalığı olan olgularda en sık görülen hastalıklar incelendiğinde, başta hipertansiyon (%29.4), depresyon (%19.1) ve kalp hastalıkları (%14.7) gelmektedir. Yapılan pek çok çalışmada obezlerde hipertansiyon gözlenme olasılığının üç kat fazla olduğu görülmüştür (Deveci ve Demet 2005; Kokino ve ark., 2006). Çalışmamızda bilinen hastalığı olan obezlerin çoğunluğunda (%29.4) hipertansiyon hastalığı olduğu tespit edilmiştir. Bu oranın beklenen kadar yüksek olmadığı düşünülebilir ancak; hastalıklar arasında en sık görüleni hipertansiyondur. Hipertansiyonun ardından en sık görülen hastalık olarak depresyon gelmektedir. Eker ve Şahin (2002) de çalışmalarında obez hastaların yaklaşık %25-30'ünde depresyon görüldüğünü tespit etmişlerdir. Depresyonun obez bireylerde görülme oranının oldukça yüksek olduğu pekçok araştırma ile de gösterilmiştir (Bayraktar, 2008; Bal ve Özgür, 2006; Deveci ve Demet, 2005).

Deveci ve Demet (2005) yaptıkları çalışmada obez olmayan bireyler ile obez bireyleri karşılaştırmış, çalışma sonucunda depresyon oranının kontrol grubuna göre anlamlı şekilde yüksek olduğu belirlenmiştir. Bizim çalışmamızda da obez bireylerde depresyon görülme oranının diğer hastalıklara göre daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır.

En sık kullanılan ilaçlar tansiyon ilaçları (%37.2) ve antidepressanlar (%32.6)'dır. Hipertansiyon ve depresyon görülme sıklığının yüksek olmasına bağlı olarak bu sonuç beklenen bir sonuçtur. Çalışmaya katılan olgulara 'Düzenli olarak kullandığınız ilaçlar var mı?' sorusu

yöneltildiğinde bireylerin %30.7'si düzenli ilaç kullandığını belirtmiştir. İlaç kullanımı ile obezite karşılaştırıldığında çift taraflı bir sebep-sonuç ilişkisi olduğu, obezite sonrasında gelişen hastalıklar nedeniyle ilaç kullanımı artmakla birlikte; bazı ilaçların iştah mekanizmasını değiştirmesinden dolayı da kişilerde obezite görülme riskinin yükseldiği belirtilmiştir. Özenoğlu ve arkadaşlarının (2009) yaptığı çalışmada, ilaçların vücutta iştahı düzenleyen mekanizmalarda yol açtığı değişiklikler üzerinde durulmakta olup; pek çok ilacın terapötik etkilerinin olumsuz bir sonucu olarak vücut ağırlığını değiştirebilecek kapasitede olduğunu ve bu ilaçlar arasında özellikle antidepressantların önemli yer tuttuğunu vurgulamışlardır. Çalışmamız diğer çalışmalar ile benzerlik göstermekle birlikte; bizim çalışmamızda da obezlerde düzenli antidepresan kullanımının (%32.6) oldukça yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Obez hastaların ailelerinde psikiyatrik hastalıkların sık görüldüğünü gösteren çalışmalar mevcuttur (Erdi ve Eren, 2003). Bizim çalışmamızda kişilerin %20.7'sinin ailesinde psikiyatrik bir rahatsızlığı olduğu saptanmıştır (Tablo 6.2).

Yapılan pek çok çalışma vücut ağırlığının genetik etmenler ile yakından ilişkili olduğunu göstermiştir (Deveci ve Demet, 2005). Bazı kişiler obeziteye daha yatkın olmaktadır (Eker ve Şahin, 2002). Obezite ve genetik etmenler üzerinde yapılan araştırmalarda her iki ebeveyn obez ise çocuğun obez olma olasılığı %80.0, yalnızca biri obez ise bu oran %40.0-50.0, ikisi de obez değilse oran %8.0-9.0 olarak bulunmuştur (Baysal, 2006). Çalışmamızda olguların (BKI>25kg/m² ve üzeri) yarısından fazlasının (%57,1) ailesinde fazla kilolu veya obez birey olduğu saptanmıştır. Ailedeki obezite, genetik miras olarak bireylere geçebilmesinin yanında; bir diğer faktör de beslenme alışkanlıklarından kaynaklanmaktadır. Ailede bulunan obez bireylerin fazla miktarlardaki porsiyonlarda besin tüketme alışkanlıkları, evde pişen yemeklerin yağ içerikleri ve kızartma vb. sağlıksız ve yüksek kalorili pişirme yöntemlerinin kullanılması gibi pek çok sağlıksız beslenme alışkanlığı ailenin evde besin tüketen diğer bireylerini de büyük oranda etkilemektedir.

Olguların %50'si hiç zayıflama diyeti uygulamamıştır. Çalışmamızın sonucu ile yapılan diğer pek çok çalışma benzerlik göstermektedir. Forman ve ark. (1986) yaptığı çalışmada obez erkeklerin %72'si, kadınların ise %52'si hiç diyet yapmamıştır. Obez bireylerin fazla

kilolarından kurtulmak ve zayıflama diyeti uygulamak isteme çabaları düşünüldüğü kadar da sık görülmemektedir.

Kopelman (2000), yaptığı çalışmalar sonucunda özellikle gelişmiş ülkelerde fiziksel aktivite ile obezite arasında direkt bir bağ bulunduğunu saptamıştır. Öztora ve diğ. (2006) yaptığı araştırmada düzenli egzersiz yapmayan kişilerde yüksek oranda (%52.2) obezite saptamıştır. Çalışmamızda obez bireylere düzenli (haftada ortalama 1-3 kez) fiziksel aktivite/egzersiz yapma durumları sorulmuş, tüm grubun küçük bir kısmının (%24.3) düzenli fiziksel aktivite/egzersiz yaptığı tespit edilmiştir. Bu sonuç aslında fiziksel aktivite ve obezite ilişkisini değerlendirmek için yapılmış pek çok çalışma ile benzer sonuçlar göstermektedir. NCHS 'nin (2004) verilerine göre, obezite görülme oranı çok yüksek olan Amerika'da bireylerin fiziksel aktivitenin kanıtlanmış faydalarını bilmelerine rağmen sadece %40'ının düzenli egzersiz yaptığı belirlenmiştir. Coşansu ve ark. (2005) yaptıkları çalışmada ise kadınların erkeklere göre daha sedanter olduğunu saptamışlardır. Çalışmamıza katılan 140 obez bireyin 87'si kadındır. Tüm grubun yarısından fazlasını (%62,1) kadınların oluşturması da çalışmamızın sonucunu belli bir oranda etkilemiş olabilir.

İnsanda ruhsal durum ve yeme davranışı arasında karşılıklı bir etkileşim olmaktadır. Ruhsal durumla yemek seçimi, yeme miktarı ve yeme sıklığı arasında, fizyolojik ihtiyaçlardan bağımsız bir ilişki mevcuttur. İnsanda yeme davranışının anksiyete, neşe, üzüntü, öfke, depresyon gibi farklı duygulara göre değiştiği yaygın olarak kabul edilmektedir (Erdi ve Eren, 2003). Duygu değişiklikleri ile yeme durumu arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla yapılan soruşturmada obez hastaların çoğunda üzüntü sonrası yemek yeme davranışı gözlenmiştir. Bu davranış biçimi bu hastaların yaşam olaylarından kolay etkilenip yeterli savunmalar oluşturamadıklarının bir sonucu olarak kabul edilebilir (Bayraktar, 2008). Erdi ve Eren (2003) de yaptıkları araştırmaya dayanarak insanda yeme davranışının üzüntü halinde farklı şekillerde değiştiğini belirtmektedir.

Çalışmamıza katılan bireylere üzgün ve mutsuz oldukları zamanlardaki yeme durumu değişiklikleri sorulduğunda, olguların %33.6'sı 'normalden az yerim' cevabını vermişlerdir. Çalışmamızın bu sonucu ile benzer olmayan sonuçlarda çalışmalar da mevcuttur. Örneğin Macht

(1999) yaptığı çalışmanın sonucunda; kişilerde üzüntülü olduğu zamanlarda daha çok açlık yaşandığını ve yeme eğilimlerinin arttığını bulgulamıştır. Hatta üzüntü durumunda kadınlarda aşırı yeme eğiliminin erkeklere göre daha sık yaşandığının da altını çizmiştir. Fakat bizim grubumuzun çoğunluğunu (%62,1) kadın bireyler oluşturduğu halde Macht'ın (1999) sonucuna yakın bir sonuç bizim çalışmamızda bulunamamıştır. Olguların üzgün ve mutsuz oldukları zamanlarda ilk tükettikleri ve sıklıkla tercih ettikleri besinler sorulduğunda, %25,7'sinin çikolata, %24,3'ünün cips, çekirdek, kabuklu fıstık gibi sert ve çıtırtılı atıştırılmalıklar, %20'sinin alkollü içecekler dediği görülmektedir.

Çalışmamıza katılan $BKI > 25 \text{kg/m}^2$ ve üzeri olan bireylere beklenmeyen ve ani şekilde alınan kötü haberden sonra (travmatik bir olay sonrasında) yeme durumu değişiklikleri sorulduğunda, olguların yarısından fazlası (%52.1) 'Hiç yemem' cevabını vermişlerdir. Canetti ve ark. (2002) da yapmış oldukları çalışmada korku, gerilim sırasında yeme miktarında azalma olduğu saptanmıştır. Beklenmeyen ve ani şekilde alınan kötü haberden sonra (travmatik bir olay sonrasında) kişilerde korku ve gerilim duygusu yaşanmaktadır. bizim çalışmamız diğer çalışmalar ile benzerlik göstermekte, hatta aynı sonucu yansıtmaktadır.

Kaygı bozukluklarının obez bireylerde görülme oranı oldukça yüksektir (Bayraktar, 2008). Yapılan bir çalışmada, endişeli olduğu zamanlarda bireylerin açlık düzeyinde anlamlı değişiklik görülmemiştir (Macht, 1999). Çalışmamızda ise; bireylere endişeli ve kaygılı olunan zamanlarda yeme durumu değişiklikleri sorulduğunda, olguların çoğunluğunun (%34.3'ü) normalden az yediği saptanmıştır. Bireylerin %23.6'sının ise endişeli ve kaygılı olunan zamanlarda hiç yemediği gözlenmiştir. Çalışmamız sonucunda kaygı ve endişe duygusunun, kişilerde iştahta azalma ve yeme durumunda değişmeye yol açtığı tespit edilmiştir.

Yalnızlık gibi negatif duygu durumlarında, emosyonel yeme davranışının ortaya çıktığı bildirilmektedir (Ganley, 1989). Yalnızlık duygusunun yaşanması ile birlikte, yemekle ilgili aşırı uğraş ve seçici dikkat gelişmiş olur (Keçeli, 2006). Çalışmamıza katılan obez bireylere Kendini yalnız hissettiği zamanlardaki yeme durumu değişiklikleri sorulduğunda, tablo 6.6'de görüldüğü gibi olguların en yüksek düzeyde (%33.6) normalden az besin tükettiği saptanmıştır.

Çalışmamıza katılan bireylere sınav stresi/iş stresi yaşanan zamanlarda yeme durumu değişiklikleri sorulduğunda, olguların çoğunluğun (%34.3'ü) normalden az yediği saptanmış, grubun çok küçük bir kısmı (%7,9) 'çok yerim' cevabını vermiştir. Buna karşılık; Canetti ve ark.'ın (2002) yaptıkları araştırmada ise sıkıntı ve stres sırasında yeme miktarında artma olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda bu sonuç tam aksi yöndedir.

Olguların sınav stresi/iş stresi yaşanan zamanlarda ilk tükettikleri ve sıklıkla tercih ettikleri besinler sorulduğunda; en fazla (%25.7'sinin) cips, çekirdek, kabuklu fıstık gibi sert ve çıtırtılı atıştırma malzemeleri cevabını verdiği görülmüştür. Stres'in kişilerin çoğunluğunda iştah azalmasına yol açtığını, hızlı yenen, çıtırtılı ve gürültülü sesler çıkartan, lezzetli ve yüksek kalorili besinlere (cips, çekirdek, kabuklu fıstık gibi) yönelindiklerini görülmektedir. Bu tarz besinlerin kişilerin stres durumlarını bir miktar olsa rahatlama ve efor sarfetme amacıyla tercih ettikleri düşünülebilir.

Mutluluk ve neşenin yeme davranışını etkilediğini yapılan bazı çalışmalar da doğrulamıştır. Bir çalışmada; kişilerde mutlu olduğu zamanlarda daha çok açlık yaşandığı ve yeme eğilimlerinin arttığı görülmüştür (Macht, 1999). Çalışmamıza katılan obez bireylere mutlu olunan/hissedilen zamanlarda yeme durumu değişiklikleri sorulduğunda, tablo 6.8'de görüldüğü gibi olguların çoğunluğun (%40'ının) 'yemem değişmez' cevabını verdiği görülmüştür. %33.6'sının ise normalden biraz daha çok yediği saptanmıştır. Macht'ın (1999) araştırma sonucu ile bizim çalışmamız çok benzer sonucu yansıtmakta olup; obez bireylerin mutlu olduklarında yeme durumları değişmemekte veya yeme eğilimleri artmaktadır.

Olgulara mutlu olunan zamanlarda ilk tükettikleri ve sıklıkla tercih ettikleri besinler sorulduğunda; %31.4'ünün kapsamlı bir ana öğün yemeği tercih ettiği, %25.7'sinin ise çikolata ve %24.3'ünün de profiterol, puding gibi yumuşak kıvamlı tatlılar tercih ettiği görülmüştür. Tercih edilen besinler özellikle karbonhidrat içeriği yüksek olan besinlerdir. Karbonhidrat alımına yatkınlık ile ilgili yapılan bir çalışmada (Erdi ve Eren, 2003) da belirtildiği gibi, bireylerin karbonhidrat alımı serotonin salınımına bağlı olarak kendilerini daha iyi hissetmelerine neden olmakta, bunun sonucunda bu gıdalara karşı bir düşkünlük meydana gelmektedir. Karbonhidrat alımı insanların kendini iyi hissetmesine neden olmaktadır.

Aşk ve sevgi ilişkileri sırasında dopamin salgısındaki artışla beraber serotoninin salgısının azalması söz konusudur. Bu azalma, özellikle bazı (5HT3 ve 5HT4) reseptörleri üzerindeki etkisiyle iştah ve gastrointestinal sistem işlevinde değişikliklere yol açabileceği gibi diğer reseptörler aracılığı ile de duygudurumu etkileyebilir (Tufan ve Yaluğ, 2010). Araştırmamız kapsamına alınan obez bireylere aşk heyecanı yaşanan zamanlarda yeme durumu değişikliklerini sorulduğunda, olguların çoğunluğunun (%35'i) normalden az yediği görülmüştür, %28,6'sı ise 'hiç yemem' yanıtını vermiştir.

Olguların aşk heyecanı yaşanan zamanlarda ilk tükettikleri ve sıklıkla tercih ettikleri besinlere bakıldığında %20.7'sinin çikolata, %17.1'inin kapsamlı bir ana öğün yemeği, %16.4'ünün profiterol, puding gibi yumuşak kıvamlı tatlılar tercih ettiği belirlenmiştir (Tablo 6.9). Bu durumda; aşk heyecanı sonrasında azalan iştah ile birlikte karbonhidratlı besinlere yönelmenin olduğu sonucu çıkabilir.

Keçeli (2006), yaptığı araştırma sonucunda kişilerin başarısızlık, yetersizlik algılarından kurtulmak, hayatını kontrol edebilmek için yemeye sığındıklarını, öte yandan aldatıcı olan rahatlatma döneminin bitmesi, yeni sorunların ve emosyonların ortaya çıkmasıyla kısır bir döngü içine girdiklerini ve bu arada yemekle ilgili aşırı uğraş ve seçici dikkat geliştiğini belirtmektedir. Çalışmamız kapsamındaki obez bireylere başarısız, yenilgide hissettikleri zamanlarda yeme durumları sorulduğunda; büyük çoğunluğun (%34.3'ü) normalden az yediği görülmüştür. Olguların %22,9'u ise kendini başarısız, yenilgide hissettiği zamanlarda hiç yemediğini belirtmiştir. Çalışmamız sonucunda BKM>25kg/m² ve üzeri olan bireyler başarısız ve yenilgide hissinde daha az besin tüketmekte, hatta bazılarının hiç besin tüketmediği görülmektedir.

Olguların kendini başarısız, yenilgide hissettiği zamanlarda ilk tükettikleri ve sıklıkla tercih ettikleri besinlere bakıldığında %17.1'inin tuzlu ve doyurucu besinler, %16.4'ünün hamburger gibi fast-food besinler, %16.4'ünün çikolata dediği görülmektedir. Başarısızlık ve yenilgi duyguları sırasında obez bireylerin karbonhidratlı besinleri tercih ettikleri ortadadır; Wurtman (1995) da depresyon halinde veya kişiler kendini başarısız hissettiklerinde karbonhidrat kaynağı besinlere eğilim olduğunu saptamıştır. Erdi ve Eren'in yaptıkları araştırmada; hastaların karbonhidrat alımı ile serotonin salınımına bağlı olarak kendilerini daha

iyi hissetmelerine neden olduğunu, bunun sonucunda bu gıdalara karşı bir düşkünlük meydana geldiği sonucuna varılmıştır. Yapılan bu çalışmalar ile bizim çalışmamızın sonucu paralellik göstermekte olup, kişilerin tükettikten sonra kendilerini iyi hissettikleri besinlerin hep karbonhidrat kaynağı yüksek olan besinler (hamburger gibi fastfood besinler, patates veya hamurışı gibi tuzlu ve doyurucu besinler ve çikolata) olduğu görülmüştür.

Araştırma kapsamına alınan bireylere halsiz, hasta hissettiği zamanlarda yeme durumları sorulduğunda; grubun büyük çoğunluğunun (%57.1'i) normalden az yediği saptanmıştır. Canetti ve ark. (2002) yaptıkları bir araştırmada halsizlik, yorgunluk sırasında yeme miktarında artma olduğu saptanmışlardır; fakat bizim çalışmamızda tam tersi durum söz konusu olup kişiler daha az yeme eğilimine girdiklerini belirtmişlerdir.

Bireylerin kendilerini halsiz, hasta hissettiği zamanlarda ilk tükettikleri ve sıklıkla tercih ettikleri besinlere bakıldığında %25'inin meyve, %22,1'inin kapsamlı bir ana öğün yemeğini belirttikleri görülmektedir. Kapsamlı bir ana öğün yemeği ve meyve, sağlıklı besinlerden oluşmaktadır. Kendilerini hasta ve halsiz hisseden obez bireylerin kendilerini toparlamak için vitamin ve mineralden zengin olan meyveleri, yeterli ve dengeli beslenmenin ana temelini oluşturan dengeli bir ana öğün yemeği tercih ettikleri görülmüştür. Bireylerin, sağlık için beslenmenin önemini hatırlayıp, sağlıklı beslenmeye çalıştıkları da düşünülebilir.

Çalışmamızda yaşlara göre obezite görülme oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmakla birlikte; 35-60 yaş grubu olgularda obezite görülme oranı %82.4 iken, 20-35 yaş grubundan (%63.6) anlamlı şekilde yüksektir. Kopelman, (2000) da çalışmasında yaş ile birlikte obezite görülme sıklığının arttığını vurgulamıştır. Bizim çalışmamızda da aynı sonuca varılmıştır.

Çalışmamıza katılmış olan obez bireylerin BKİ ile depresyon ilişkisinin değerlendirilmesi sonucundaki veriler görülmektedir. Beden kitle indeksi ile depresyon varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmasa da; yüzde oranlara bakıldığında BKİ 40 kg/m² ve üzerinde olanların %14.3'ünde depresyon görülmektedir. Değerlendirme sonucunda, en fazla depresyon görülme sıklığının morbid obez grubunda olduğu görülmüştür. Özmen ve ark. da yaptıkları çalışmada şişmanlığın depresyon üzerine etkisi olmadığını gözlemlemişlerdir. Başka bir

çalışmada ise, BKI>40 olanlarda (morbid obezler) depresyon riskinin gitgide artmakta olduğu saptanmıştır (Balcıoğlu ve Başer, 2008). Bu iki çalışma da bizim çalışmamız ile yakın sonuçlar vermektedir.

Çalışmamızda, obezite ile ailede psikiyatrik rahatsızlığı olan bireylerin ilişkisi değerlendirilmiştir. Ailesinde psikiyatrik rahatsızlığı olan birey bulunan olguların %79.3'ünde, böyle bir rahatsızlığa sahip bir aile üyesi olmayan olguların da %73.9'unda obezite görülmektedir; ancak, ailede psikiyatrik rahatsızlığı olan bireylerin varlığı ile obezite durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır.

Morbid obezite ile ailede fazla kilolu veya obez birey varlığı ilişkisinin verileri değerlendirildiğinde; ailesinde fazla kilolu veya obez birey bulunan olguların %27.5'inde morbid obezite görülürken, fazla kilolu bir aile üyesi olmayan olguların da %21.7'sinde morbid obezite görülmektedir. Obezite ve genetik etmenler üzerinde yapılan araştırmalarda ailelerin obez olmasının çocuklardaki obezite riskini büyük oranda arttırdığı ortaya çıkmıştır (Baysal, 2006). Bizim çalışmamız da bu araştırma ile benzer sonuçlar vermektedir.

Eğitim durumu ile zayıflama ilacı kullanma ilişkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ancak; eğitim durumu arttıkça zayıflama ilacı kullanma oranlarının anlamlı şekilde arttırdığı saptanmıştır. İlköğretim mezunlarının %10'unda zayıflama ilacı kullanımı görülmekteyken, lise mezunlarında bu oran %26, üniversite-yükseklisans ve üstü mezunlarında %30'lara yükselmiştir. Kişilerde eğitim düzeyi arttıkça, kazanç ve alım gücü de çoğu zaman artmaktadır. Fazla kilolardan kurtulmak isteyen kişilerin zayıflama ilaçlarını deneme gibi farklı pekçok arayışa girdiği düşünülmektedir.

Obez bireylerin büyük çoğunluğunun (%76) spor yapmadığı görülmekle birlikte; düzenli fiziksel aktivite yapma ile obezite ve fazla kilolu olma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır (Tablo 6.17). NCHS 'nin (2004) araştırma sonuçlarında obez bireylerin sadece %40'ının düzenli egzersiz yaptığı belirlenmiştir. Bizim çalışmamız verileri de benzer sonuçları sergilemektedir.

Çalışmaya katılan olgularda, üzgün ve mutsuz zamanlarda yeme durumu ile obez ve fazla kilolu olma ilişkisi değerlendirilmiştir. Üzgün ve mutsuz olunan zamanlardaki yeme değişiklikleri ile obezite arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamakla birlikte; hem obez (%32,4); hem fazla kilolu (%37,1) bireylerin üzgün ve mutsuz oldukları zamanlarda normalden daha az yedikleri gözlenmiştir.

Beklenmeyen, ani şekilde alınan kötü haberden sonraki yeme değişiklikleri ile obezite ve fazla kilolu olma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamasına karşın; kişiler obez de olsa (%54,3), fazla kilolu da olsa (%45,7) çok büyük çoğunluğu ‘hiç yemem’ şeklinde yanıt vermiştir. Görüldüğü gibi obezlerdeki oran daha yüksektir. Obes bireyler birden bire çok yemek yiyebilmekte; birden bire yemeyi kesebilmektedir yorumu getirilebilir.

Endişeli ve kaygılı olunan zamanlarda yeme durumu ile obezite ilişkisinin değerlendirilme sonuçları verilmiştir. Grubun büyük çoğunluğunun normalden daha az yedikleri saptanmıştır. Endişeli ve kaygılı olunan zamanlardaki yeme değişiklikleri ile obezite arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamakla birlikte yüzdeler oranlar değerlendirildiğinde, Obes kişilerin %31,4’ü ‘normalden daha az yerim’ derken; fazla kilolu kişilerin %40,0’ı normalden az yediğini belirtmiştir. ‘Hiç yemem’ diyenlerin oranı ise; obez bireylerde %26,7, fazla kilolu kişilerde ise %14,3’dür. ‘Çok yerim’ cevabını verenlerin oranı ise; obez bireylerde %9,5, fazla kilolu kişilerde ise %5,7’dir. Bu iki bulgu; endişeli ve kaygılı olunan zamanlarda obezlerde ‘hiç yememe’ veya ‘çok yeme’ gibi keskin davranışların daha fazla oranlarla görüldüğüne işaret etmektedir. Besin tüketme konusunda ‘ya çok, ya hiç’ davranışının obezlerde daha sık görüldüğü gözlenmiştir. Bu durum aslında bir ‘dürtü kontrol bozukluğu’dur. Annagür (2010), dürtü kontrol bozukluklarının varlığının, obezlerde yeme eğilimlerini çok etkileyerek önemli rol oynadığını ileri sürmektedir.

Yalnız hissedilen zamanlarda yeme durumu ile obezite ve fazla kilolu olma ilişkisi değerlendirilmiş, çalışma kapsamında istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Fazla kilolu kişiler kendilerini yalnızlık hissettiklerinde (%40,0) obez kişilere (%31,4) göre daha fazla ‘az yeme eğilimleri’ olduğu görülmektedir. Fazla kilolu bireylerin yalnız hissedilen zamanlarda

sadece %2,9'u 'hiç yemem' derken; obez bireylerin %10.5'i 'hiç yemem' cevabını vermiştir. 'Hiç yememe' kararı yine obezlerde daha sık görülmüştür.

Tablo 6.22'de sınav stresi / iş stresi yaşanan zamanlarda yeme durumu ile obezite ve fazla kilolu olma ilişkisinin verileri görülmektedir. Sınav stresi/iş stresi yaşanan zamanlardaki yeme değişiklikleri ile obezite arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0.05$). Obezite görülen olguların sınav stresi/iş stresi yaşadıkları zamanlarda hiç yemem deme oranları (%25,7), fazla kilolu bireylerden (%5,7) istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksektir. Fazla kilolu olguların sınav stresi/iş stresi yaşadıkları zamanlarda normalden biraz daha çok yerim deme oranları (%31,4), obez bireylerden (%11,4) anlamlı şekilde yüksektir.

Obez bireylerin 'hiç yememe' oranlarının fazla kilolu gruba göre daha yüksek olmasının sebebi Keçeli'nin (2006) çalışma sonucuna dayandırılabilir. Bu çalışmada obez bireyler yaşadıkları sorunlarda aşırı yemeye sığınırken, öte yandan aldatici olan rahatlama döneminin bitmesi, yeni sorunların ve emosyonların ortaya çıkmasıyla kısır bir döngü içine girerler ve yeme durumlarında birden bire kısıtlama getirmektedirler (Keçeli, 2006). Obez bireylerde 'çok yeme' veya 'hiç yememe' durumu çok daha sık gözlenmektedir. Bu durum; Bal ve Özgür (2006) 'ün de çalışmalarına dayanarak belirttikleri gibi obez bireylerin stresle etkili başetmede yetersiz olduklarından kaynaklanıyor olabilir. Bu konuda yapılan bir çalışmada Annagür (2010), dürtü kontrol bozukluklarının varlığının, obezlerde yeme eğilimlerini çok etkileyerek önemli rol oynadığını ileri sürmektedir. Obezlerde sık görülen dürtü kontrol bozuklukları, kişilerde bu şekilde dengesiz yeme eğilimlerine sebep oluyor olabilir.

Mutlu olunan zamanlardaki yeme değişiklikleri ile obezite ve fazla kilolu olma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamakla birlikte; obez bireylerin mutlu olunan zamanlarda 'normalden biraz daha çok yerim' deme oranları (%36,2), fazla kilolu bireylere (%25,7) göre daha yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 6.23).

Aşk heyecanı yaşanan zamanlardaki yeme değişiklikleri ile obezite arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Ancak fazla kilolu bireylerin aşk heyecanı yaşadıklarında; 'normalden daha az yerim' deme oranının (%48,6), obez bireylere göre (%30,5) daha yüksek olduğu görülmüştür. Obez bireylerin aşk heyecanı durumunda 'hiç yemem' deme

oranları diğer sonuçlarda olduğu gibi obez olmayan bireylere göre yine yüksektir (obez olanlarda %31, obez olmayanlarda %20). Bu sonuç, dürtü kontrol bozuklukları ile ilişkilendirilebilir. Bu konuda yapılan bir çalışmada Annagür (2010), dürtü kontrol bozukluklarının varlığının, obezlerde yeme eğilimlerini çok etkileyerek önemli rol oynadığını ileri sürmektedir.

Obez bireyler, kendini başarısız, yenilgide hissettiği zamanlarda aynı duygu durumundaki normal kilodaki bireylere göre daha yüksek oranda (obez bireyler %24,8, normal kilodaki bireyler %17,1) ‘hiç yemem’ yanıtını vermişlerdir. Bu sonuç obezlerdeki daha sık görülen dürtü kontrol bozukluğundan kaynaklanıyor olabilir. Annagür’ün (2010) yaptığı çalışmada emosyonel yeme ve dürtüsellik arasında ilişki saptanamamıştır. Dürtü kontrol bozukluklarının varlığı, obezitede önemli bir rol oynadığı ileri sürülmektedir. ‘Normalden daha az yerim’ cevabına bakıldığında ise; fazla kilodaki kişilerin oranı (%51,4), obez bireylere göre (%28,6) yüksektir. Ancak, başarısızlık ve yenilgi hissinde yeme durumu ile obezite arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır.

Halsiz, hasta gibi hissedilen zamanlardaki yeme değişiklikleri ile obezite arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Ancak; halsiz ve hasta gibi hissedilen durumlarda obez olan kişilerin ‘Yemem değişmez’ deme oranları (%15,2), obez olmayan bireylere (%2,9) göre daha fazladır. Halsizlik ve hasta gibi hissetme, obezler tarafından ciddi bir psikolojik sorun olarak görülmediği sonucu çıkartılabilir, buna bağlı olarak yeme değişikliklerine yol açmaması sonucuna varılabilir.

8. SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu çalışmada, 20-60 yaş aralığındaki, BKI>25 kg/m² olan 140 yetişkin bireyin bazı genel ve sağlık durumu ile ilgili bilgileri alınmış, duygu durum değişikliklerinde yeme eğilimlerinin değişimi ve hissedilen farklı duygular sırasında (üzgün ve mutsuz hissedilen zamanlarda, travmatik bir olay sonrasında, endişeli ve kaygılı olunan zamanlarda, yalnızlık hissinin yaşandığı zamanlarda, sınav stresi/iş stresi yaşanan zamanlarda, mutluluk hissedilen zamanlarda, aşk heyecanı yaşanan zamanlarda, başarısız/yenilgide hissedilen zamanlarda, halsiz/hasta hissedilen zamanlarda) tüketilmek istenen ve tercih edilen besinlerin dağılımı değerlendirilmiş ve fazla kilolu ve obez olma, depresyon gibi durumlar ile bazı parametreler karşılaştırılmıştır.

Elde edilen sonuçlar aşağıda özetlenmiştir.

- Olguların yarısının bilinen bir hastalığı olduğu ve en sık görülen hastalıkların sırasıyla hipertansiyon, depresyon ve kalp hastalıkları olduğu belirlenmiştir. En sık kullanılan ilaçların ise tansiyon ilacı ve anti depresan olduğu görülmüştür.
- Fazla kilolu ve obez bireylerin yarısından fazlasının ailesinde fazla kilolu veya obez birey bulunmaktadır. Obezitenin genetik bir miras olduğu bilgisi çalışmamızda da doğrulanmaktadır.
- Bireylerin küçük bir kısmı düzenli fiziksel aktivite yaptığını söylemiştir. Düzenli fiziksel aktivite alışkanlığı toplumda yaygın değildir.
- Üzgün ve mutsuz olunan zamanlardaki yeme değişiklikleri ile obezite arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmama ile birlikte; hem obez; hem fazla kilolu bireylerin üzgün ve mutsuz oldukları zamanlarda normalden daha az yedikleri görülmektedir. Bu kişiler üzgün ve mutsuz oldukları zamanlarda ilk tükettikleri ve sıklıkla tercih ettikleri besinlere bakıldığında önceliğin çikolata, cips, çekirdek, kabuklu fıstık gibi sert ve çıtırtili atıştırılmalıklar ve patates, hamur işi gibi tuzlu ve doyurucu besinler olduğu belirlenmiştir. Negatif bir duygu değişikliği yaratan, Üzgün ve mutsuz olmak, kişileri enerji içeriği yüksek besinlere yöneltmektedir.

- Hiç beklenmeyen, ani şekilde alınan kötü haberden sonra gelişen yeme davranışı incelendiğinde; olguların büyük çoğunluğunun hiç yemediği saptanmıştır. Buradan da anlaşılacağı üzere, travma sonrası iştahın azaldığı, hatta grubun yarısından fazlasının iştahının tamamıyla kesildiği görülmektedir.
- Bireylerin endişeli ve kaygılı olunan zamanlarda yeme durumları incelendiğinde; büyük çoğunluğunun normalden az yediği veya hiç yemediği saptanmıştır. Negatif duygu değişikliği yaratan endişe ve kaygı, kişilerin çoğunda iştah azalmasına yol açmakta, kişileri cips, çekirdek, kabuklu fıstık gibi sert ve çıtırtılı atıştırmalıklar, patates, hamur işi gibi doyurucu besinlerin tüketimine yönelttiği görülmüştür. Görüldüğü üzere, kişiler endişeli ve kaygılı oldukları zamanlarda enerji ve karbonhidrat içeriği yüksek olan besinleri tercih etmişlerdir.
- Yalnız hissedilen zamanlarda büyük çoğunluğun normalden az yediği saptanmıştır. Olguların yalnız hissettikleri zamanlarda tercih ettikleri besinlerin; cips, çekirdek, kabuklu fıstık gibi sert ve çıtırtılı atıştırmalıklar; patates, hamur işi gibi doyurucu besinler ve çikolata olduğu belirlenmiştir. Buradan da anlaşılacağı üzere, kişilerin yalnızlık halinde iştahlarının azaldığını; ancak yüksek miktarda kalori içeren ve karbonhidrat kaynağı besinlere yöneldikleri görülmektedir.
- Mutlu olunan zamanlarda yeme durumu değişiklikleri incelendiğinde; çoğunluğun 'Yemem değişmez' cevabını verdiği görülmüştür. Mutlu olunan zamanlarda kişilerin kapsamlı bir ana öğün yemeği, çikolata ve profiterol, puding gibi yumuşak kıvamlı tatlılar tercih ettiği görülmüştür. Tercih edilen besinler özellikle karbonhidrat içeriği yüksek olan, lezzetli, şekerli ve tüketildiğinde mutluluk hissi veren besinlerdir.
- Aşk heyecanı yaşanan zamanlarda çoğunluğun normalden az yediği görülmüştür. Olguların aşk heyecanı yaşanan zamanlarda tercih ettikleri besinlerin çikolata ve profiterol, puding gibi yumuşak kıvamlı tatlılar olduğu belirlenmiştir. Aşk heyecanı sonrasında azalan iştah ile birlikte karbonhidratlı besinlere yönelme söz konusu olmaktadır.
- Başarısız, yenilgide hissedilen zamanlarda çoğunluğun normalden az yediğini veya hiç yemediği görülmüştür. Olguların kendini başarısız, yenilgide hissettikleri zamanlarda patates ve hamur işi gibi doyurucu besinler, hamburger gibi fast-food besinler ve çikolata

gibi besinleri tercih ettikleri görülmüştür. Başarısızlık ve yenilgide olma hissi sonrasında kişiler kendilerini daha iyi hissetmek için kendilerini mutlu eden besinlere yönelmektedirler.

- Halsiz, hasta hissettiği zamanlarda yeme durumları sorulduğunda; büyük çoğunluğunun normalden az yediği saptanmıştır. Bireylerin kendini halsiz, hasta hissettiği zamanlarda meyve ve kapsamlı bir ana öğün tüketmek istedikleri belirlenmiştir. Bireylerin hastalık ve halsizlik durumunda, beslenmenin sağlık üzerindeki önemini hatırlayıp, sağlıklı beslenmeye çalıştıkları düşünülmektedir.
- Beden kitle indeksi ile depresyon varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır; ancak araştırma kapsamına alınan bireylerde en fazla depresyon görülme sıklığı morbid obez grubunda olduğu görülmüştür. Bu durum şu şekilde yorumlanabilir: Depresyon halinin obezite derecesini arttırabildiği düşünülmekle birlikte, morbid obezitenin de depresyona yatkınlığı arttırabildiği fikri gözden kaçmamalıdır.
- Bireylerin stres yaşadıkları dönemlerde çoğunluğun normalden az yediği ve bu duygu halindeyken çoğunluğun cips, çekirdek, kabuklu fıstık gibi sert ve çıtırtılı atıştırma malzemeleri tercih ettikleri görülmüştür. Stres durumunun kişilerin çoğunluğunda iştah azalmasına yol açtığını; bunun yanında hızlı yenen, çıtırtılı ve gürültülü sesler çıkartan, yüksek miktarda enerji içeren besinlere (cips, çekirdek, kabuklu fıstık gibi) yöneldiklerini görüyoruz. Sınav stresi/iş stresi yaşanan zamanlardaki yeme değişiklikleri ile obezite arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Obezite görülen olguların sınav stresi/iş stresi yaşadıkları zamanlarda ‘hiç yememe’ oranları, fazla kilolu bireylerden anlamlı şekilde yüksektir. BKİ’si 25-30kg/m² arasında olan fazla kilodaki olguların sınav stresi/iş stresi yaşadıkları zamanlarda ‘normalden biraz daha çok yeme’ oranları, obez bireylerden anlamlı şekilde yüksektir. Obez bireylerin ise ‘hiç yememe’ oranlarının fazla kilolu gruba göre daha yüksek olmasının sebebi obezlerde sıklıkla seyreden dürtü kontrol bozukluklarının olduğu düşünülmektedir.
- Mutlu olunan zamanlardaki yeme değişiklikleri ile fazla kilolu ve obez olma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamakla birlikte; obez bireylerin mutlu olunan zamanlarda ‘Normalden biraz daha çok yerim’ deme oranlarının fazla kilolu bireylere göre daha yüksek olduğu görülmüştür.

- Obez bireyler, kendini başarısız, yenilgide hissettiği zamanlarda aynı duygu durumundaki fazla kilodaki bireylere göre daha yüksek oranda ‘Hiç yemem’ cevabını vermiş olup istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır. Bu durumun; obezlerde sıklıkla görülen dürtü kontrol bozukluğundan kaynaklanan yeme durumu değişikliklerinin ‘hiç yememe’ şeklinde gerçekleştiği düşünülmektedir.
- Halsiz, hasta gibi hissedilen zamanlardaki yeme değişiklikleri ile fazla kilolu olma ve obezite arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamakla birlikte; halsiz ve hasta gibi hissedilen durumlarda; obez olan kişilerin ‘yemem değişmez’ deme oranları fazla kilolu bireylere göre daha fazladır. Obez bireylerde sıklıkla görülen dürtü kontrol bozuklukları farklı duygu değişikliklerinde ‘aşırı yeme’ veya ‘hiç yememe’ gibi yeme davranışı eğilimlerine neden olabildiği düşünülmektedir.
- İnsanda ruhsal durumla ve yemek seçimi, yeme miktarı ve yeme sıklığı arasında, fizyolojik ihtiyaçlardan bağımsız bir ilişki mevcuttur. Duygu durumu değişiklikleri, iştah durumunda farklılıklar yaratabildiği gibi, enerji içeriği yüksek ve sağlıklı denebilecek farklı besinlere yönelmeye de sebebiyet verebilir. Bu gibi durumlarda kişinin bir diyetisyen kontrolüne girmesi ve buna ek olarak mutlaka bir psikiyatrik ve/veya psikolojik destek (özellikle davranış değişikliği tedavisi önerilir) alması önerilir.
- Psikolojik durumun ve psikiyatrik hastalıkların obezite oluşumuna yol açabildiği pek çok bilimsel çalışma ile kanıtlanmıştır. Ancak psikolog ve psikiyatristler hastalarına uyguladıkları tedavi sırasında meydana gelen kilo alımlarını iyileşmenin bir ölçütü olarak görmekte, kişilerdeki obezite durumunu yeteri kadar önemsememektedir. Sonrasında ise obezite kaçınılmaz bir sorun haline gelmekte ve kişilerde farklı bir boyut kazanmaktadır. Bu yüzden psikiyatrik tedavi sırasında/sonrasında meydana gelen iştah artışları ve kilo alımları fark edilip kişilerin mutlaka bir diyetisyen’e yönlendirilmeleri sağlanmalıdır.
- Çalışmamızın sonuçları ile yapılan bazı araştırmaların sonuçları paralellik göstermemektedir. Bunun sebebi duygu değişiklikleri ve yeme eğilimi arasındaki ilişkiyi tespit etmek amaçlı yapılan yeterli sayıda çalışma olmamasıdır. Bir diğer etkileyici unsur da; insanlardaki duygu değişikliklerinin yeme durumu değişikliklerine olan etkisinin genellemesinin çok doğru olmadığı gerçeğidir. Yeme durumunda meydana gelen değişiklikler aynı duygu durumunu yaşayan bireylerde kişiden kişiye çok değişkenlik

gösterebilmektedir. Örneğin sınav stresi / iş stresi yaşanan zamanlarda kişilere yeme durumlarındaki değişiklik sorulduğunda; çalışmamızdaki olguların %20,7'si hiç yemediğini söylerken, %20,7'si 'yemem değişmez' demiş, % 16,4'ü ise normalden biraz daha çok yediğini belirtmiştir. Yeme durumundaki farklı yönde değişiklikler; kişilerin beslenme alışkanlıklarına, damak zevklerine, yaşam tarzlarına, yaşam koşullarına vb. pek çok faktöre bağlı olarak farklılıklar gösterebilmektedir. Bu yüzden değerlendirme yaparken kişilerin beslenme alışkanlıklarına ve genel yaşam tarzlarına dair genel bilgiler ayrıntılı şekilde alınmalıdır.

- Çalışmamızda, farklı duygu durumlarında kişilerin ilk tüketmek istedikleri veya sıklıkla tercih ettikleri besinler tespit edilmeye çalışılmıştır. Bu tespit için, çalışmaya katılan olgulara çok daha ayrıntılı bilgiler içerir nitelikte günlüklerin tutturulması (günlük kişilerin tükettikleri besinlerin miktarını ve cinsini, tüketilen saati ve mekanı, tüketim süresini, yemeden önceki iştah durumunu, kişinin o andaki duygu halini, yedikten sonraki duygu halini, yeme şeklini ve hızını kaydetmeleri) önerilebilir böylece; kişilerin daha ayrıntılı bilgi içeren kendi tuttukları kayıtlarından sonuç ve değerlendirmelere varılabilir. Ayrıca; kişilere farklı zamanlarda yaşadıkları aynı duygu durumlarında; örneğin mutsuz olduklarında, farklı besinler tüketirilip hangi besinin kendilerine daha iyi geldiği sorulabilir. Bu sayede, farklı zaman dilimlerinde elde edilen farklı verileri karşılaştırma imkânı olabilir. Duygu değişikliklerinin yeme durumuna etkileri ile ilgili yapılacak yeni bir çalışmada olguları seçerken BKİ 25kg/m^2 'den az olan yani fazla kilolu ve obez olmayan kişiler de çalışma kapsamına alınabilir. Böylece obez olan ve obez olmayan tüm BKİ grupları karşılaştırılmış olur.

9. KAYNAKLAR

Akbulut G., Özmen M., Besler T. (2007) Obezite. Bilim ve Teknik Dergisi Mart: 15-20, İstanbul.

Akman M., Budak Ş., Kendir M. (2004) Genel dahiliye polikliniğine başvuran hastalarda obezite sıklığı ve ilişkili sağlık problemleri. Marmara Medical Journal, 17: 113-120.

Altunkaynak BZ., Özbek E. (2006) Obezite: nedenleri ve tedavi seçenekleri. Van Tıp Dergisi, 13: 138-142.

Annagür B. (2010) Obezitede çeşitli risk faktörleri ve dürtüsellik. Psikiyatride güncel yaklaşımlar, 2: 572-582.

Arslan C., Ceviz D. (2007) Ev hanımı ve çalışan kadınların obezite prevalansı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. F.Ü. Sağlık Bilimleri Dergisi, 21: 211-220.

Atkinson RL., Fuchs A., Pastors JG., Saunders JT. (1992) Combination of very-lowcalorie diet and behavior modification in the treatment of obesity. Am J Clin Nutr, 56: 199-202.

Bal Ö., Özgür G. (2006) Obez bireylerde stresle başa çıkma yöntemleri. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 8: 10.

Balcıoğlu İ., Başer SZ. (2008) Obezitenin psikiyatrik yönü. Türkiye’de sık karşılaşılan psikiyatrik hastalıklar sempozyum dizisi, 62: 341-348.

Bayrak ME. (2008) Obezitenin klinik yönetimi. İçinde: Yetişkinlerde Ağırlık Yönetimi. Eds: Baysal A., Baş M., 1. Baskı. Türkiye Diyetisyenler Derneği Yayını. Ekspres Baskı A.Ş., İstanbul.

Baysal A., Bozkurt N., Pekcan G., Mercanlıgil S., Besler T., Aksoy M., Merdol TK., Keçecioglu S. (1999) Diyet El Kitabı. Hatipoğlu Yayınevi, Ankara, s:39- 44, 258-260.

Baysal A. (2006) Beslenme. 11. Baskı. Hatipoğlu Yayınları, Ankara.

- Bray GA. (1996) Obesity: Health hazards of obesity. *Endocrinology and Metab. Clin. of North America*, 25: 907-919.
- Bryan J., Tiggemann M. (2001) The effect of weight-loss dieting on cognitive performance and psychological well-being in overweight women. *Appetite*, 36: 147-156.
- Castelnuovo P., Schievel D. (1975) Studies of super obesity, I: psychological characteristics of super obese patients. *Int J Psychiatry Med*, 6: 465-480.
- Centers for Disease Control and Prevention (1996) Guidelines for school health programs to promote lifelong healthy eating, 45: 5.
- Canetti L., Bachar E., Berry EM. (2002) Food and emotion. *Behaviour Processes*, 60: 157-164.
- Coşansu G., Demirezen E., Erdoğan S. (2005) Adölesanlarda Obezite Sıklığı ve İlişkili Faktörler. *Hemşirelik Forumu*, s:1.
- Deveci A., Demet M. (2005) Obez hastalarda psikopatoloji, aleksitimi ve benlik saygısı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 6: 84-91
- Devlin MJ., Goldfein JA., Petkova E., Jiang TB. (2005) Cognitive behavioral therapy and fluoxetine as adjuncts to group behavioral therapy for binge eating disorder. *Obesity Research*, 13: 1077–1088
- Dixon JB., Dixon ME. (2006) Combined strategies in the management of obesity. *Asia Pac J Clin Nutr.*, 15 (Suppl): 63-69
- Dursun AN. Antipatis VJ., Gill TP. (2002) *International Textbook of Obesity*. Küresel bir sorun olarak obezite. 1. Çeviren: Kahramanoğlu M., And Yayıncılık, İstanbul
- Eker E., Şahin M. (2002). Birinci basamakta obeziteye yaklaşım. *Sted*. 11: 246-249
- Erdi Ö., Eren İ. (2003) Obez Hastalarda Psikiyatrik Bozuklukların sıklığı. *Klinik Psikiyatri*, 6: 152-157
- Erge S. (2003) Obezite. *Turkish Journal of Endocrinology and Metabolism* 2: 75-82

- Ersoy R., Çakır B. (2007) Obezite. Turkish Medical Journal, 1: 107-116
- Finkelstein EA., Feibelkorn IC., Wang G. (2003) National Medical Spending Attributable to overweight and Obesity: How Much and Who's Paying?. Health Affairs, 3: 219-226.
- Flegal KM., Carroll MD., Ogden CL., Johnson CL. (2002) Prevalence and trends in obesity among US adults, 1999-2000. JAMA. 288: 1723-1727
- Forman MR., Trowbridge FL., Gentry EM., Marks JS., Hogelin GC. (1986) Overweight adults in the United States: The behavioral risk factor survey. Am J Clin Nutr. 44: 410-416.
- Frost R., Gail A. (2002) Department of Psychology. University of Missouri, Columbia, MO 65201, U.S.A., 78-95
- Ganley RM. (1989) Emotion and eating in obesity: a review of the literature. Int J Eat Disord, 8: 343-361
- Gedik O. (2003) Obezite ve çevresel faktörler. Turkish Journal of Endocrinology and Metabolism (Suppl 2), 1-4.
- Glass AR., Kushner J. (1996) Obesity, Nutrition and the Thyroid. Endocrinologist, 6: 392-403.
- Goodman E., Adler EN., Daniels SR., Morrison JA., Slap GB., Dolan LM. (2003) Impact of objective and Subjective Social Status on Obesity in a Biracial Cohort of Adolescents. Obesity Research, 11: 1018 – 1026.
- Hasbay A. (2008). Ağırılık yönetiminde fiziksel aktivitenin rolü. İçinde: Yetişkinlerde Ağırılık Yönetimi. Eds: Baysal A., Baş M. 1. baskı. Türkiye Diyetisyenler Derneği Yayını, Ekspres Baskı A.Ş.
- Hodge AM, Zimmet PZ. (1994) The epidemiology of obesity. Bailliere's Clinical Endocrinology and Metabolism, 8: 577-599.
- Huang Z., Williett WC., Manson J.E. (1998) Body Weight, Weight Change and Risk for Hypertension in Women. Ann intern Med, 81-128.

Itallie TB. (1980) "Morbid" obesity: a hazardous disorder that resists conservative treatment. Am J Clin Nutr., 33:358-363

Jacoby E., Goldstein J., Lopez A., Nunez E., Lopez T. (2003) Social Class, Family and Life Style Factors Associated with Overweight and Obesity Among Adults in Peruvian Cities. Preventive Medicine, 37: 396 – 405.

Keçeli F. (2006) Yeme bozukluğu hastalıklarında obsesif kompulsif bozukluk ve kişilik bozukluğu. Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık tezi, İstanbul

Kokino S., ÖzdemirF., Zater C. (2006) Obezite ve Fiziksel Tıp Yöntemleri . Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 23: 47-54

Kopelman PG. (1994) Hormones and obesity. Bailliere's Clinical Endocrinology and metabolism, 8: 549-560.

Kopelman PG. (2000) Obesity as a medical problem. Nature , 404: 635-643

Koroner Kalp Hastalığı Korunma ve Tedavi Kılavuzu (2002). Türk Kardiyoloji Derneği, Yenilik Basımevi, İstanbul.

Korugan Ü. (2001), Obezite. Aktüel Tıp Dergisi, 6:2-1,13:63-73.

Kumsar A., Taşkın F., Olgun N. (2008) Sağlıkta tehlike : Obezite. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik ABD., İstanbul

Laurier D., Guiguet M., Chau NP. (1992) Prevalence of obesity. A comparative survey in France, United Kingdom and United States. Int J Obes.,16: 565-590.

Macht M. (1999) Characteristics of eating in anger, fear, sadness and joy. Appetite, 33: 129-139.

Montague MC., Broadnax PA. (2004) Health consequences of excess weight and obesity. J Natl Black Nurses Assoc., 15: 24-31.

Musante GJ., Costanzo PR., Friedman KE. (1998) The comorbidity of depression and eating dysregulation processes in a diet-seeking obese population: a matter of gender specificity. *Int J Eating Disorder*, 23: 65-75.

Mussell MP., Mitchell JE., de Zwaan M., Crosby RD., Seim HC., Crow SJ. (1996) Clinical characteristics associated with binge eating in obese females: A descriptive study. *Int J Obes Relat Metab Disord*, 20: 324-331.

National Center for Health Statistics. (2004). *Prevalance of Overweight and Obesity Among Adults, United States*.

National Institutes of Health, National Heart, Lung and Blood Institute (1998). *Clinical Guidelines on the Identification, Evaluation and Treatment of Overweight and Obesity in Adults: The Evidence Report*. *Obesity Research*, 6: 515-2095.

Orsel S., Canpolat BI., Akdemür A., Özbay MH. (2004) Diyet yapan ve yapmayan ergenlerin kendilik algısı, beden imajı ve beden kitle indeksi açısından karşılaştırılması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 15: 5-15.

Özenoğlu A., Uğurlu S., Can G., Engin E. (2009) Psikiyatrik tedavilerle gelişen metabolic bozukluklar ve tedavisinde diyetetik yaklaşımın önemi. *Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Y. O.*, Samsun.

Özmen D., Ozmen E., Ergin D., Çakmakçı ÇA., Şen N., Erbay DP., Taşkın EO. (2007) The association of self-esteem, depression and body satisfaction with obesity among Turkish adolescents. *BMC Public Health*, 7: 1-7.

Öztor S., Hatipoğlu S., Barutçugil M.B., Salihoğlu B., Yıldırım R., Şevketoğlu, E. (2006) İlköğretim çağındaki çocuklarda obezite prevalansının belirlenmesi ve risk faktörlerinin araştırılması. *Bakırköy Tıp Dergisi*, 2: 11-14.

Pekcan G. (2000) Şişmanlığın tanımı ve saptanması. III. Uluslararası Beslenme ve Diyetetik Kongresi, Ankara, s: 93-104.

Pekcan G. (2001) Şişmanlık tanısında antropometrik ölçümler ve yorumu. 1. Ulusal Obezite Kongresi Diyetisyenler Sempozyumu Sunuları. Ed: Aslan P. İstanbul, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Teknolojisi Yüksekokulu Beslenme ve Diyetetik Bölümü ve Türkiye Diyetisyenler Derneği Yayını, İstanbul

Pekcan G. (2008) Diyet El Kitabı. Hatipoğlu Yayınları, Ankara.

Pekcan G. (2008) Şişmanlık belirleyicileri: Bugün ve gelecek için olası senaryolar. İçinde: Yetişkinlerde Ağırlık Yönetimi. Eds:Baysal A., Baş M. 1. baskı. Türkiye Diyetisyenler Derneği Yayını. Ekspres Baskı A.Ş.

Pınar R. (2002) Obezlerde depresyon, benlik saygısı ve beden imajı: Karşılaştırmalı bir çalışma. C. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 6(1):30- 41.

Rapoport L., Clark M., Wardle J. (2000) Evaluation of a modified cognitive-behavioural programme for weight management. International Journal of Obesity, 24: 1726-1737

Sertöz Ö., Mete HE. (2005) Obezite tedavisinde bilişsel davranışçı grup terapisinin kilo verme, yaşam kalitesi ve psikopatolojiye etkileri: Sekiz haftalık izlem çalışması. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, 15: 119-126

Siegel J., Yancedy AK., McCarthy WJ. (2000) Overweight and depressive symptoms among African American women. Prev Med, 31: 232-240.

Sjöström CD., Peltonen M.,Wedel H., Sjöström L. (2000) Differentiated Long –Term Effect of Intentional Weight Loss on Diabetes and Hypertension. Obesity Research, 36: 20-25.

Stunkard AJ., Wadden TA. (1992) Psychological aspects of severe obesity. Am J Clin Nutr, 55: 524-32.

Sürücüoğlu MS. ve Özçelik AÖ. (2003)Antropometrik yöntemlerle beslenme durumunun değerlendirilmesi. 9. Ulusal Ergonomi Kongresi, Aydın, s: 259-269.

The WHO European Office For Investment For Health And Development Venice Newsletter Special: Who/Hbsc Forum (2006). Socioeconomic Determinants Of Healthy Eating Habits And Physical Activity Among Adolescents February.

Tufan A., Yaluğ İ. (2010) Psikiyatride güncel yaklaşımlar. Current Approaches in Psychiatry, 2: 443-456.

Urek R., Crncevi M., Cubrilo M. (2007) Obesity--a global public health problem. Acta Med. Croatica., 61: 161-4.

VanItallie TB. (1985) Health implicationsof overweight and obesity in the United States. An Intern Med, 103: 983-988.

VanItallie TB. (1996) Prevalence ofobesity. Endocrinol Metab Clin North Am, 25: 887-905.

Vardar E. (2005) Obezitenin Psikososyal Özellikleri. Türkiye Klinikleri Int. Med. Sci., 1: 61-65.

Wadden AT., Stunkard JA. (2003) Obezite Tedavi El Kitabı Türkçesi, 1.Baskı, And yayıncılık, İstanbul.

World Health Organization.Obesity;Preventing and Managing the Global Epidemic of Obesity (1997). Report of the WHO Consultation of Obesity, June: 3-5.

World Health Organization (2000). Obesity Preventing and Managing the Global Epidemic. Technical Report, 894: 256.

WHO (2003). Erişim Tarihi: 10.10.2011, www.who.int/hpr/NPH/docs/g_s_obesity.pdf

World Health Organization (WHO) Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health (2004). Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health.

WHO (2006). Erişim Tarihi: 15.10.2011, www.euro.who.int/document/e89858.pdf

Wilson DJ., Foster DW., Kronenberg MH., Larsen PR. (1998) Williams Textbook of Endocrinology 9th Edition, WB. Saunders Company, Philadelphia, 2.

Wurtman RJ., Wurtman JJ. (1995) Brain serotonin, carbohydrate-craving, obesity and depression. *Obes Res*, 3 (Suppl 4): 477-480.

Yanovski SZ., Nelson JE., Dubbert BK., Spitzer RL. (1993) Association of binge eating disorder and psychiatric comorbidity in obese subjects. *Am J Psychiatry*, 150: 1472-1479.

Yoon YS., Woo OS., Park HS. (2006) Socioeconomic status in relation to obesity and abdominal obesity in Korean adults: A focus on sex differences. *Obesity*, 14: 909–919.

Yumuk VD. (2005) National prevalence of obesity prevalence of obesity in Turkey. *Obesity Reviews*, 6: 9-10.

10. EKLER

10.1 Anket Formu

FAZLA KİLOLU/OBEZ BİREYLERDE DUYGU DEĞİŞİKLİKLERİ VE YEME EĞİLİMİ İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

1. ANKET BİLGİLERİ

1. ANKET No:

2. Anketin Yapıldığı Tarih:/...../ 201..

2. GENEL BİLGİLER

3. Adı Soyadı:

4. Cinsiyet: 1. Erkek 2. Kadın

5. Yaşı: 1. 20-35 yaş 2. 35-60 yaş

6. BKİ:

1. 25- 30 kg/m² 2. 30-35 kg/m² 3. 35-40 kg/m² 4. 40 kg/m² ve üzeri

7. E-mail:

8. Telefon :

9. Mesleği :

10. Eğitim durumu

1. Okur yazar değil
2. İlköğretim mezunu
3. Lise mezunu
4. Üniversite mezunu
5. Yüksek lisans ve üstü

11. Medeni Durumu

1. Hiç evlenmemiş
2. Evli
3. Boşanmış veya dul

3. SAĞLIK DURUMU VE BAZI ALIŞKANLIKLAR

12. Bilinen bir hastalığınız var mı?

1. Evet
2. Hayır (14. soruya geçiniz)

13. Aşağıdaki hastalık ya da belirtilerden şu anda mevcut olanları işaretleyiniz.

1. Cerrahi operasyon(.....)
2. Hipertansiyon
3. Hipotiroid
4. Hipertiroid
5. Safra kesesi hastalığı
6. Kronik ishal
7. Kronik kabızlık
8. Gastrit veya ülser
9. Diyabet
10. Kalp Hastalıkları
11. Böbrek hastalığı
12. Karaciğer hastalığı
13. Gut
14. Kanser
15. Allerjik hastalıklar
16. Depresyon
17. Panikatak
18. Anksiyete
19. Diğer.....

14. Düzenli olarak kullandığınız ilaçlar var mı?

1. Evet
2. Hayır (16. soruya geçiniz)

15. Hangi İlaçları Kullanıyorsunuz?

1. Tansiyon ilacı
2. Kolesterol düşürücü
3. Şeker ilacı
4. İnsulin
5. Hormon
6. Anti depresan (ilacın ismi:)
7. Vitamin
8. Zayıflama ilacı (ilacın ismi:)
9. Diğer (ilacın ismi:)

16. Düzenli sağlık kontrolünden geçer misiniz?

1. Evet (.....kez/yılda)
2. Hayır

17. Ailenizde psikiyatrik bir rahatsızlığı olan birey var mı?

1. Evet (Yakınlık derecesi:.....), (Hastalığın tanısı:.....)
2. Hayır

18. Ailenizde fazla kilolu veya obez birey var mı?

1. Evet (Yakınlık derecesi
2. Hayır

19. Hiç zayıflama diyeti uyguladınız mı?

1. Evet
2. Hayır

20. Hiç zayıflama ilacı kullandınız mı?

1. Evet
2. Hayır

21. Düzenli fiziksel aktivite/egzersiz(haftada ortalama 1-3 kez) yapıyor musunuz?

2. Evet
2. Hayır

4. DUYGU DEĞİŞİKLİKLERİ VE YEME DURUMU

22. Üzgün ve mutsuz olduğunuz zamanlarda;

1. Hiç yemem. (24. soruya geçiniz)
2. Normalden daha az yerim.
3. Yemem değişmez.
4. Normalinden biraz daha çok yerim.
5. Çok yerim.

23. Kendinizi üzgün ve mutsuz hissettiğiniz zamanlarda ilk tüketmek isteyeceğiniz ve sıklıkla tercih ettiğiniz besinler hangileri olur?

1. Cips, çekirdek, kabuklu fıstık gibi sert ve çıtır tıllı atıştırılmalıklar
2. Profiterol, puding gibi yumuşak kıvamlı tatlılar
3. Tuzlu ve doyurucu besinler (patates püresi, hamur işi besinler gibi)
4. Alkollü içecekler
5. Hamburger gibi fastfood besinler
6. Kapsamlı bir anaöğün yemeği
7. Çikolata
8. Peynir
9. Meyve
10. Kola, gazoz gibi asitli içecekler
11. Diğer (.....)

24. Beklemediğiniz, ani şekilde aldığınız kötü bir haberden (travma) sonra (yakınınızın ölüm haberi gibi);

1. Hiç yemem. (26. soruya geçiniz)
2. Normalden daha az yerim.
3. Yemem değişmez.
4. Normalinden biraz daha çok yerim.
5. Çok yerim.

25. Travmatik bir olay sonrasında ilk tüketmek isteyeceğiniz ve sıklıkla tercih ettiğiniz besinler hangileri olur?

1. Cips, çekirdek, kabuklu fıstık gibi sert ve çıtır tıllı atıştırmalıklar
2. Profiterol, puding gibi yumuşak kıvamlı tatlılar
3. Tuzlu ve doyurucu besinler (patates püresi, hamur işi besinler gibi)
4. Alkollü içecekler
5. Hamburger gibi fastfood besinler
6. Kapsamlı bir ana öğün yemeği
7. Çikolata
8. Peynir
9. Meyve
10. Kola, gazoz gibi asitli içecekler
11. Diğer (.....)

26. Endişeli ve kaygılı olduğunuz zamanlarda;

1. Hiç yemem. (28. soruya geçiniz)
2. Normalden daha az yerim.
3. Yemem değişmez.
4. Normalinden biraz daha çok yerim.
5. Çok yerim.

27. Kendinizi endişeli ve kaygılı hissettiğiniz zamanlarda ilk tüketmek isteyeceğiniz ve sıklıkla tercih ettiğiniz besinler hangileri olur?

1. Cips, çekirdek, kabuklu fıstık gibi sert ve çıtır tıllı atıştırmalıklar
2. Profiterol, puding gibi yumuşak kıvamlı tatlılar
3. Tuzlu ve doyurucu besinler (patates püresi, hamur işi besinler gibi)
4. Alkollü içecekler
5. Hamburger gibi fastfood besinler
6. Kapsamlı bir ana öğün yemeği
7. Çikolata
8. Peynir
9. Meyve
10. Kola, gazoz gibi asitli içecekler
11. Diğer (.....)

28. Kendinizi yalnız hissettiğiniz zamanlarda;

1. Hiç yemem. (30. soruya geçiniz)
2. Normalden daha az yerim.
3. Yemem değişmez.
4. Normalinden biraz daha çok yerim.
5. Çok yerim.

29. Kendinizi yalnız hissettiğiniz zamanlarda ilk tüketmek isteyeceğiniz ve sıklıkla tercih ettiğiniz besinler hangileri olur?

1. Cips, çekirdek, kabuklu fıstık gibi sert ve çıtırtılı atıştırmalıklar
2. Profiterol, puding gibi yumuşak kıvamlı tatlılar
3. Tuzlu ve doyurucu besinler (patates püresi, hamur işi besinler gibi)
4. Alkollü içecekler
5. Hamburger gibi fastfood besinler
6. Kapsamlı bir ana öğün yemeği
7. Çikolata
8. Peynir
9. Meyve
10. Kola, gazoz gibi asitli içecekler
11. Diğer (.....)

30. Sınav stresi / iş stresi yaşadığınız zamanlarda;

1. Hiç yemem. (32. soruya geçiniz)
2. Normalden daha az yerim.
3. Yemem değişmez.
4. Normalinden biraz daha çok yerim.
5. Çok yerim.

31. Sınav stresi / iş stresi yaşadığınız zamanlarda ilk tüketmek isteyeceğiniz ve sıklıkla tercih ettiğiniz besinler hangileri olur?

1. Cips, çekirdek, kabuklu fıstık gibi sert ve çıtırtılı atıştırmalıklar
2. Profiterol, puding gibi yumuşak kıvamlı tatlılar
3. Tuzlu ve doyurucu besinler (patates püresi, hamur işi besinler gibi)
4. Alkollü içecekler
5. Hamburger gibi fastfood besinler
6. Kapsamlı bir ana öğün yemeği
7. Çikolata
8. Peynir
9. Meyve
10. Kola, gazoz gibi asitli içecekler
11. Diğer (.....)

32. Mutlu olduğunuz zamanlarda;

1. Hiç yemem. (34. soruya geçiniz)
2. Normalden daha az yerim.
3. Yemem değişmez.
4. Normalinden biraz daha çok yerim.
5. Çok yerim.

33. Kendinizi mutlu hissettiğiniz zamanlarda ilk tüketmek isteyeceğiniz ve sıklıkla tercih ettiğiniz besinler hangileri olur?

1. Cips, çekirdek, kabuklu fıstık gibi sert ve çıtırtılı atıştırmalıklar
2. Profiterol, puding gibi yumuşak kıvamlı tatlılar
3. Tuzlu ve doyurucu besinler (patates püresi, hamur işi besinler gibi)
4. Alkollü içecekler
5. Hamburger gibi fastfood besinler
6. Kapsamlı bir anaöğün yemeği
7. Çikolata
8. Peynir
9. Meyve
10. Kola, gazoz gibi asitli içecekler
11. Diğer (.....)

34. Aşk heyecanı yaşadığınız zamanlarda;

1. Hiç yemem. (36. soruya geçiniz)
2. Normalden daha az yerim.
3. Yemem değişmez.
4. Normalinden biraz daha çok yerim.
5. Çok yerim.

35. Aşk heyecanı yaşadığınız zamanlarda ilk tüketmek isteyeceğiniz ve sıklıkla tercih ettiğiniz besinler hangileri olur?

1. Cips, çekirdek, kabuklu fıstık gibi sert ve çıtırtılı atıştırmalıklar
2. Profiterol, puding gibi yumuşak kıvamlı tatlılar
3. Tuzlu ve doyurucu besinler (patates püresi, hamur işi besinler gibi)
4. Alkollü içecekler
5. Hamburger gibi fastfood besinler
6. Kapsamlı bir anaöğün yemeği
7. Çikolata
8. Peynir
9. Meyve
10. Kola, gazoz gibi asitli içecekler
11. Diğer (.....)

36. Kendinizi başarısız, yenilgide hissettiğiniz zamanlarda;

1. Hiç yemem. (38. soruya geçiniz)
2. Normalden daha az yerim.
3. Yemem değişmez.
4. Normalinden biraz daha çok yerim.
5. Çok yerim.

37. Kendinizi başarısız, yenilgide hissettiğiniz zamanlarda ilk tüketmek isteyeceğiniz ve sıklıkla tercih ettiğiniz besinler hangileri olur?

1. Cips, çekirdek, kabuklu fıstık gibi sert ve çıtırtılı atıştırmalıklar
2. Profiterol, puding gibi yumuşak kıvamlı tatlılar
3. Tuzlu ve doyurucu besinler (patates püresi, hamur işi besinler gibi)
4. Alkollü içecekler
5. Hamburger gibi fastfood besinler
6. Kapsamlı bir ana öğün yemeği
7. Çikolata
8. Peynir
9. Meyve
10. Kola, gazoz gibi asitli içecekler
11. Diğer (.....)

38. Kendinizi halsiz, hasta gibi hissettiğiniz zamanlarda;

1. Hiç yemem. (39.soruyu cevaplandırmayınız.)
2. Normalden daha az yerim
3. Yemem değişmez.
4. Normalinden biraz daha çok yerim.
5. Çok yerim.

39. Kendinizi halsiz, hasta gibi hissettiğiniz zamanlarda ilk tüketmek isteyeceğiniz ve sıklıkla tercih ettiğiniz besinler hangileri olur?

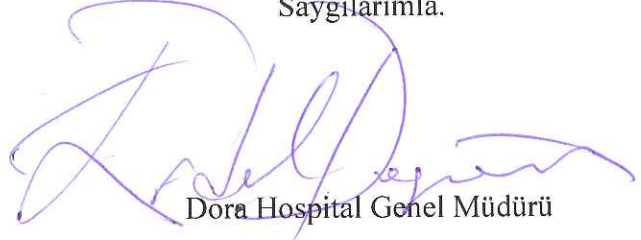
1. Cips, çekirdek, kabuklu fıstık gibi sert ve çıtırtılı atıştırmalıklar
2. Profiterol, puding gibi yumuşak kıvamlı tatlılar
3. Tuzlu ve doyurucu besinler (patates püresi, hamur işi besinler gibi)
4. Alkollü içecekler
5. Hamburger gibi fastfood besinler
6. Kapsamlı bir ana öğün yemeği
7. Çikolata
8. Peynir
9. Meyve
10. Kola, gazoz gibi asitli içecekler
11. Diğer (.....)

07.09.2010

İlgili Makama;

Kurumumuzda çalışmakta olan Diyetisyen İpek Ağaca' nın 'Fazla kilolu/obez bireylere duygu değişikliği ve yeme eğilimi ilişkisinin değerlendirilmesi' başlıklı anketi hastanemize başvuran hastalarımıza ve yakınlarına uygulaması tarafımdan uygun bulunmuştur.

Saygılarımla.



Dora Hospital Genel Müdürü

Erdal DOĞAN

11. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı : İPEK AĞACA ÖZGER
Doğum Yeri ve Tarihi : Eskişehir/ 04.04.1984
Medeni Hali : Evli
Yabancı Dil : İngilizce
E Posta Adresi : diyetisyen.ipek@gmail.com
Tel : 539 583 53 09

Eğitim ve Akademik Durumu

	Mezun Olduğu Okulun Adı	Mezuniyet Yılı
Lise	Atayurt Koleji	2002
Lisans	Hacettepe Üniversitesi	2007

<u>İş Tecrübesi</u>	Görev	Süre
Esteworld Plastik Cerrahi Hastanesi	Diyetisyen	2011- halen
Femina kadın sağlığı merkezi	Diyetisyen	2010 - 2011
Dora Hastanesi	Diyetisyen	2010 - 2010
Memorial Hastanesi	Diyetisyen	2008 - 2010
Diyetistanbul Beslenme Danışmanlık	Diyetisyen	2007 – 2008