

TC
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KİLO SORUNU/ AĞIR KİLO SORUNU OLAN VE KİLO SORUNU
OLMAYAN KADINLARDA TRAVMATİK YAŞAM OLAYLARI,
YEME DAVRANIŞLARI VE STRESLE BAŞA ÇIKMA
TARZLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

Nalan ASLAN

Kocaeli Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetmeliğinin
Ruhsal Travma Programı için Öngördüğü
BİLİM UZMANLIĞI TEZİ
Olarak Hazırlanmıştır

KOCAELİ
2016

TC
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KİLO SORUNU/ AĞIR KİLO SORUNU OLAN VE KİLO SORUNU
OLMAYAN KADINLARDA TRAVMATİK YAŞAM OLAYLARI,
YEME DAVRANIŞLARI VE STRESLE BAŞA ÇIKMA
TARZLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

Nalan ASLAN

Kocaeli Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetmeliğinin
Ruhsal Travma Programı için Öngördüğü
BİLİM UZMANLIĞI TEZİ
Olarak Hazırlanmıştır

Danışman: Prof. Dr. İrem YALUĞ ULUBİL

Etik Kurul Onay Nu: KOÜ KAEK 2015/ 210

KOCAELİ
2016

T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ


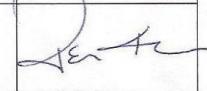

(Tez Onay Sayfası)

Tez adı: Kilo Sorunu Ağır kilo sorunu olan ve kilo sorunu olmayan
kadınlarda travmatik yaşam olayları, Yeme Davranışları
ve strese bağlı lükse tarzların değerlendirilmesi

Tez yazarı: Nalan ASLAN
Tez savunma tarihi: 27/05/2016

Tez Danışmanı: Prof. Dr. İsmail Y. Kubil

İş bu çalışma Jürimiz tarafından Psikiyatri
Anabilim Dalı Bilim Uzmanlığı tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Sınavı jüri üyeleri Ünvanı Adı Soyadı	İmzası
Üye Prof. Dr. İ. Yalçın Kubil	
Üye Prof. Dr. Zehra KARAKAYA	
Üye Prof. Dr. Tamer Akur	

ONAY

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylıyorum.

...../...../20

Prof. Dr. Mustafa Yıldız
Enstitü Müdürü

Özet

Kilo Sorunu/ Ağır Kilo Sorunu Olan ve Kilo Sorunu Olmayan Kadınlarda Travmatik Yaşam Olayları, Yeme Davranışları ve Stresle Başa Çıkma Tarzlarının Değerlendirilmesi

Amaç: Son yıllarda giderek artmakta olan obezite sorununu ruhsal travma, yeme davranışları ve stresle başa çıkma tarzları açısından değerlendirmek, kilo sorunu yaşayan grubun yaşam kalitesi ve algıladıkları damgalanma hissini anlamaya çalışmaktır.

Yöntem: Çalışmada Kocaeli ilinde yaşayan 150 kadın katılımcı yer almıştır. Bu kadınlar BKİ değerlerine göre normal kilolu, fazla kilolu ve obez olmak üzere üç gruba ayrılmışlardır. Grupların yaşadığı travmatik yaşam olayları, stresle başa çıkma tarzları, yeme davranışları ve ilişkili sosyodemografik özelliklerin karşılaştırması yapılmıştır. Fazla kilolu ve obez grup kiloyla ilgili damgalanma hissi ve yaşam kalitesi açısından değerlendirilmiştir. Çalışmada araştırmacı tarafından hazırlanan Kişisel Bilgi Formu, Hollanda Yeme Alışkanlıkları Anketi, Travma Sonrası Stres Tepkileri Olay Şiddeti Alt Ölçeği, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği, Kilonun Yaşam Kalitesine Etkisi Anketi Kısa Sürüm ve araştırmacı tarafından hazırlanan Kilonun Damgalanma Hissi Üzerinde Etkisi Anket Formu kullanılmıştır.

Bulgular: Gruplar arasında sosyodemografik değişkenler, travmatik yaşam olayları, yeme davranışları ve yaşam kalitesi değişkenleri açısından anlamlı farklılıklar bulunmuştur ($p<0.05$). Stresle başa çıkma tarzları ise gruplar arasında farklılık göstermemiştir ($p>0.05$).

Sonuç: Çalışmada travmatik yaşam olayları ve duygusal yeme stilinin obez grupta daha fazla olduğu bulunmuştur. Obez grupta yaşam kalitesinin fazla kilolu gruptan daha düşük olduğu, algılanan kiloyla ilgili damgalanma hissini ise iki grupta da aynı olduğu gözlenmiştir.

Anahtar sözcükler: Obezite, ruhsal travma, yeme davranışları, stresle başa çıkma, yaşam kalitesi

Abstract

Assessment of Traumatic Life Events, Eating Behaviours and Ways of Coping in Women Who Have and Haven't Got Weight/ Heavy Weight Problem

Objective: The purpose of this investigation is to assess obesity problem which is increasing rapidly in recent years, from the perspectives of psychological trauma, eating behaviors and ways of coping. In addition, quality of life and perceived weight related stigmatization were researched in groups who have got weight problem.

Method: 150 women who live in Kocaeli participated in the study. They were separated three groups that are normal, overweight and obese, according to their body mass index. Traumatic life events, ways of coping, eating behaviors and related sociodemographic variables were compared. Overweight and obese groups were assessed weight related stigmatization and quality of life. Personal information form that was prepared by researcher, Dutch Eating Behavior Questionnaire, Posttraumatic Stress Diagnostic Scale, Childhood Trauma Questionnaire, Ways of Coping Questionnaire, Impact of Weight on Quality of Life-Lite Questionnaire and Impact of Weight on Perceived Stigmatization that was created by researcher were used in the study.

Results: Significant differences were found between groups for sociodemographic variables, traumatic life events, eating behaviors and quality of life subjects ($p < 0.05$). There were no significant differences between groups about ways of coping ($p > 0.05$).

Conclusion: In this study, traumatic life events and emotional eating behavior were found in obese group more than others. Obese group had low quality of life than overweight group. Perceived weight related stigmatization was the same for two groups.

Keywords: Obesity, psychological trauma, eating behaviors, ways of coping, quality of life

Teşekkür

Öncelikle tüm tez sürecindeki desteği, ilgisi ve rehberliği için değerli tez danışmanım Prof. Dr. İrem YALUĞ ULUBİL' e,

Yüksek lisans eğitimim süresince bilgi ve deneyimleri ile bana her zaman yol gösteren değerli hocam Prof. Dr. Ahmet Tamer AKER' e,

Tez sürecim boyunca maddi manevi hiçbir desteğini esirgemeyen, her zaman yanımda olan ve bana cesaret veren değerli arkadaşlarıma,

Son olarak her zaman bana inanan ve beni cesaretlendiren aileme,

Teşekkürlerimi sunarım.



TEZİN AŞIRMA OLMADIĞI BİLDİRİSİ

Tezimde başka kaynaklardan yararlanılarak kullanılan yazı, bilgi, çizim, çizelge ve diğer malzemeler kaynakları gösterilerek verilmiştir. Tezimin herhangi bir yayından kısmen ya da tamamen aşırma olmadığını ve bir İntihal Programı kullanılarak test edildiğini beyan ederim.

.././2016

Nalan Aslan

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	v
TEŞEKKÜR	vi
TEZİN AŞIRMA OLMADIĞI BİLDİRİSİ	vii
İÇİNDEKİLER	viii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	xi
ÇİZİMLER DİZİNİ	xii
ÇİZELGELER DİZİNİ	xiii
1.GİRİŞ	1
1.1. Obezitenin Tanımı ve Tarihçesi	1
1.2. Obezitede Kullanılan Ölçüm Yöntemleri	1
1.2.1. Beden Kitle İndeksi	1
1.2.2. Bel Çevresi Kalınlığı ve Bel Kalça Oranı	2
1.3. Obezitenin Epidemiyolojisi	2
1.3.1. Türkiye’ de Obezite Sıklığı	2
1.3.2. Dünya’ da Obezite Sıklığı	3
1.4. Obezitenin Etiyolojisi	3
1.4.1.Genetik	3
1.4.2.Beslenme Alışkanlıkları	4
1.4.3. Fiziksel Aktivite	5
1.4.4. Alkol, Sigara ve İlaç Kullanımı	5
1.4.5. Bireysel Faktörler (Cinsiyet, Yaş, Medeni Durum, Eğitim Düzeyi, Sosyoekonomik Seviye, Meslek	6
1.4.6. Psikolojik Faktörler	6
1.5. Obezite İlişkili Hastalıklar	7
1.6. Obezitede Tedavi	8
1.7. Obezite ve Ruhsal Travma	9
1.7.1.Ruhsal Travma	9
1.7.2. Ruhsal Travma ve Obezite	9
1.8. Obezitede Yeme Stilleri	12
1.8.1. Dışsal Yeme Stili	12

1.8.2. Duygusal Yeme Stili	12
1.8.3. Kısıtlayıcı Yeme Stili	13
1.8.4. Obezite Yeme Stilleri İlişkisi	13
1.9. Obezite ve Stres	14
1.9.1. Stres	14
1.9.2. Stresle Baş Etme	14
1.10. Obezitede Yaşam Kalitesi	15
2. AMAÇ	18
3. YÖNTEM	20
3.1. Araştırmanın Tipi	20
3.2. Araştırma Yerinin Seçimi	20
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	20
3.4. Grupların Özellikleri	20
3.5. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenlerinin Belirlenmesi	22
3.6. Araştırmada Kullanılan Terim, Sınıflandırma, Yöntem ve Ölçütler	23
3.7. Araştırmada Kullanılan Araç ve Gereçler	23
3.7.1. Kişisel Bilgi Formu	24
3.7.2. Hollanda Yeme Alışkanlıkları Anketi (Dutch Eating Behaviour Questionnaire)	24
3.7.3. Travma Sonrası Stres Tanı Ölçeği (Posttraumatic Stress Diagnostic Scale)	25
3.7.4.Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (Childhood Trauma Questionnaire)	26
3.7.5. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (Ways of Coping Questionnaire)	26
3.7.6. Kilonun Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi Anketi Kısa Sürüm (Impact of Weight on Quality of Life-Lite Questionnaire)	27
3.7.7. Kilonun Damgalanma Hissi Üzerinde Etkisi Anket Formu	28
3.8. Etik Kurul Onayının Yeri ve Numarası	28
3.9. Veri Çözümlemesi, Kullanılan İstatistiksel Testler ve Hesaplamalar	28
3.10. Uygulama	29
4. BULGULAR	30
4.1. Katılımcıların Kişisel Bilgilerine Ait Bulgular	30
4.1.1. Eğitim Düzeyine İlişkin Analiz Sonuçları	30
4.1.2. Ekonomik Duruma İlişkin Analiz Sonuçları	31
4.1.4. Medeni Duruma İlişkin Analiz Sonuçları	32

4.1.2.Çocuk Sahibi Olma Durumlarına İlişkin Analiz Sonuçları	33
4.1.2. Meslek Dağılımına İlişkin Analiz Sonuçları	35
4.1.3. Çalışma Durumuna İlişkin Analiz Sonuçları	36
4.1.4. Var Olan Kilonun Nasıl Değerlendirildiğine İlişkin Analiz Sonuçları	39
4.1.4. Kiloyla İlgili Sorunlara Dair Analiz Sonuçları	41
4.1.5. Kilo Alımını Etkileyen Faktörlerin Dağılımına İlişkin Analiz Sonuçları	43
4.1.6. Alkol ve Sigara Kullanımına İlişkin Analiz Sonuçları	44
4.1.7. Psikiyatrik Hastalık Öyküsü Analiz Sonuçları	46
4.1.8. Kronik Hastalık Analiz Sonuçları	49
4.1.9. Ailede Obezite Öyküsüne Dair Analiz Sonuçları	51
4.1.10. Kilo Verme Yöntemlerine İlişkin Analiz Sonuçları	52
4.1.11. Spor Yapma Sıklığına Dair Analiz Sonuçları	53
4.2. Travma Yaşantılarına Yönelik Bulgular	54
4.3. Stresle Başa Çıkma Tarzlarına İlişkin Bulgular	62
4.4. Yeme Davranışlarına Yönelik Bulgular	65
4.5. Damgalanma Hissine Yönelik Bulgular	67
4.6. Kilonun Yaşam Kalitesine Etkisine Yönelik Bulgular	69
5.TARTIŞMA	72
5.1. Kişisel Bilgiler	72
5.2. Travma Yaşantıları	77
5.3. Stresle Başa Çıkma Tarzları	80
5.4. Yeme Davranışları	81
5.5. Damgalanma Hissi ve Yaşam Kalitesi	82
5.6. Sınırlılıklar	83
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	85
6.1. Sonuçların Özeti	85
6.2. Öneriler	86
KAYNAKLAR	89
EK OKUMALAR	100
ÖZGEÇMİŞ	105
EKLER	107

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

BKI: Beden Kitle İndeksi

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

HPA: Hipotalamo- Pitüiter- Adrenokortikal Eksen



ÇİZİMLER DİZİNİ

Çizim 1.1. Kilo stigmatının kısır döngüsü.....	17
Çizim 4.1. Katılımcıların eğitim düzeyi yüzdeler dağılımı.....	31
Çizim 4.2. Katılımcıların gelir düzeyi yüzdeler dağılımı.....	32
Çizim 4.3. Katılımcıların medeni durum yüzdeler dağılımı.....	33
Çizim 4.4. Katılımcıların çocuk sahibi olma durumu yüzdeler dağılımı.....	34
Çizim 4.5. Katılımcıların mesleki durumu yüzdeler dağılımı.....	35
Çizim 4.6. Katılımcıların yaptıkları iş türünün yüzdeler dağılımı.....	38
Çizim 4.7. Katılımcıların şu anki kilolarının tanımlanmasına ilişkin yüzdeler dağılımı... 40	
Çizim 4.8. Kiloyla ilgili sorun olmasına dair yüzdeler dağılım.....	41
Çizim 4.9. Normal kilolu grubun kiloyla ilgili sorun olmasına dair yüzdeler dağılımı....	42
Çizim 4.10. Fazla kilolu ve obez grubun kiloyla ilgili sorun olmasına dair yüzdeler dağılımı.....	43
Çizim 4.11. Katılımcıların kilo alımını etkileyen faktörlere ilişkin verdikleri cevapların dağılımı (cevapların işaretlenme sayısı üzerinden).....	44
Çizim 4.12. Katılımcıların alkol kullanımı yüzdeler dağılımı.....	45
Çizim 4.13. Katılımcıların sigara kullanımı yüzdeler dağılımı.....	45
Çizim 4.14. Katılımcıların psikiyatrik hastalık yüzdeler dağılımı.....	46
Çizim 4.15. Katılımcıların tedavi arayışıyüzdeler dağılımı.....	48
Çizim 4.16. Katılımcıların tedavi aldıkları kişi dağılımı (cevapların işaretlenme sayıları üzerinden).....	48
Çizim 4.17. Katılımcıların aldıkları tedavi yöntemlerine ilişkin dağılım (cevapların işaretlenme sayıları üzerinden).....	49
Çizim 4.18. Katılımcıların kronik hastalık dağılımına ilişkin bilgiler (cevapların işaretlenme sayıları üzerinden).....	49
Çizim 4.19. Katılımcıların obezite hastası olan yakınlarının dağılımı (cevapların işaretlenme sayıları üzerinden).....	52
Çizim 4.20. Katılımcıların kilo verme yöntemleri dağılımı (cevapların işaretlenme sayıları üzerinden).....	53
Çizim 4.21. Katılımcıların spor yapma dağılımı (cevapların işaretlenme sayıları üzerinden).....	53

ÇİZELGELER DİZİNİ

Çizelge 1.1. DSÖ BKİ sınıflaması.....	1
Çizelge 1.2. Han ve diğ. (1995)' lerinin belirledikleri sınırlar.....	2
Çizelge 3.1. Katılımcıların demografik özellikleri.....	21
Çizelge 4.1. BKİ' nin yaş değişkeni ile ilişkisi.....	30
Çizelge 4.2. BKİ' ya göre eğitim düzeyi dağılımı.....	31
Çizelge 4.3. BKİ' ya göre gelir düzeyi dağılımı.....	32
Çizelge 4.4. BKİ' ya göre medeni durum dağılımı.....	33
Çizelge 4.5. BKİ' ya göre sahip olunan çocuk sayısı.....	35
Çizelge 4.6. BKİ' ya göre meslek dağılımı.....	36
Çizelge 4.7. BKİ' ya göre aktif çalışma durumu.....	37
Çizelge 4.8. BKİ' ya göre yapılan iş türü dağılımı.....	39
Çizelge 4.9. BKİ' ya göre şu anki kilonun tanımlanması.....	41
Çizelge 4.10. BKİ' ya göre sigara kullanımı dağılımı.....	46
Çizelge 4.11. BKİ' ya göre psikiyatrik hastalık dağılımı.....	47
Çizelge 4.12. BKİ ile toplam kronik hastalık sayısı ilişkisi.....	50
Çizelge 4.13. BKİ' ya göre kronik hastalık sayısı.....	50
Çizelge 4.14. BKİ' ya göre ailede obezite öyküsü.....	51
Çizelge 4.15. BKİ' ya göre spor yapma dağılımı.....	54
Çizelge 4.16. Travma yaşantılarına yönelik bulgular.....	55
Çizelge 4.17. BKİ' nin travma yaşantılarıyla olan ilişkisi.....	56
Çizelge 4.18. En çok rahatsız eden olay dağılımı.....	57
Çizelge 4.19. Travma yaşantılarının zamanına ilişkin dağılım.....	58
Çizelge 4.20. BKİ' ya göre toplam çocukluk çağı travma yaşantıları dağılımı.....	59
Çizelge 4.21. BKİ' ya göre çocukluk çağı cinsel istismar yaşantıları dağılımı.....	60
Çizelge 4.22. BKİ' ya göre çocukluk çağı fiziksel istismar yaşantıları dağılımı.....	60
Çizelge 4.23. BKİ' ya göre çocukluk çağı duygusal istismar yaşantıları dağılımı.....	61

Çizelge 4.24. BKI' ya göre çocukluk çağı fiziksel ihmal yaşantıları dağılımı.....	61
Çizelge 4.25. Duygusal ihmal alt ölçeği puanlarının BKI' ya göre ANOVA sonuçları....	62
Çizelge 4.26. BKI' nin stresle başa çıkma tarzlarıyla olan ilişkisi.....	63
Çizelge 4.27. BKI' ya göre iyimser yaklaşım puanları dağılımı.....	63
Çizelge 4.28. BKI' ya göre kendine güvenli yaklaşım puanları dağılımı.....	64
Çizelge 4.29. Sosyal desteğe başvurma alt ölçeği puanlarının BKI' ya göre ANOVA sonuçları.....	64
Çizelge 4.30. Çaresiz yaklaşım alt ölçeği puanlarının BKI' ya göre ANOVA sonuçları...	65
Çizelge 4.31. BKI' ya göre boyun eğici yaklaşım puanları dağılımı.....	65
Çizelge 4.32. BKI'nın yeme davranışlarıyla olan ilişkisi.....	66
Çizelge 4.33. Kısıtlayıcı yeme alt ölçeği puanlarının BKI' ya göre ANOVA sonuçları...	66
Çizelge 4.34. Duygusal yeme alt ölçeği puanlarının BKI' ya göre ANOVA sonuçları....	67
Çizelge 4.35. Dışsal yeme alt ölçeği puanlarının BKI' ya göre ANOVA sonuçları.....	67
Çizelge 4.36. BKI'nın algılanan damgalanma hissi ile olan ilişkisi.....	67
Çizelge 4.37. Gruplara göre algılanan damgalanma hissi dağılımı.....	68
Çizelge 4.38. BKI' nin yaşam kalitesiyle olan ilişkisi.....	69
Çizelge 4.39. Gruplara göre bedensel işlevler puan dağılımı.....	70
Çizelge 4.40. Gruplara göre özgüven puan dağılımı.....	70
Çizelge 4.41. Gruplara göre cinsellik puan dağılımı.....	70
Çizelge 4.42. Gruplara göre toplum baskısı puan dağılımı.....	71
Çizelge 4.43. Gruplara göre iş puan dağılımı.....	71
Çizelge 4.44. Gruplara göre toplam yaşam kalitesi puan dağılımı.....	71

1.GİRİŞ

1.1. Obezitenin Tanımı ve Tarihçesi

Obezite; vücuttaki yağ kütlesinin yağsız kütleyle oranının aşırı artmasının sonucu olarak boy uzunluğuna göre vücut ağırlığının istenen düzeyin üstüne çıkmasıdır (Sözen 2009, Çalışkan- Tekdemir 2013).

Tarih boyunca zamanın koşullarına göre insanların aşırı kiloya verdikleri anlam ve tanımlama biçimleri değişmiştir. Tarihin ilk dönemlerinde güç, kudret, hükümdarlık, bolluk, bereket ve hayatın devamlılığı olarak görülmüş, aşırı kilolu kadında yağ dokusunun fazla olması onun kuvvetli doğurganlığının işareti olarak kabul edilmiştir (Uğur 2008). Sanayi devrimine gelindiğinde fiziksel olarak daha hızlı kişilerin istenmesi, şişmanlığın yavaşlık, hantallık, hastalık olarak görülmesine yol açmıştır. Günümüzde ise aşırı kilo, yol açtığı sağlık sorunları ve toplumsal sorunlar nedeniyle morbiditesi ve mortalitesi yüksek tıbbi bir hastalık olarak kabul edilmektedir (İçen 2006).

1.2. Obezitede Kullanılan Ölçüm Yöntemleri

1.2.1. Beden Kitle İndeksi

Beden kitle indeksi (BKI), kişinin kilosunun boyunun karesine bölünmesiyle elde edilen bir değerdir (kg/ m^2). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)' nün bireyleri sınıflamada kullandığı BKI değerleri Çizelge 1.1' de gösterilmiştir (WHO 2015);

Çizelge 1.1. DSÖ BKI sınıflaması

	DSÖ BKI Sınıflaması	
BKI	<18.49	Zayıf
	18.50-24.99	Normal
	≥ 25.00	Hafif şişman
	25.00-29.99	Fazla kilolu (Preobez)
	≥ 30.00	Şişman(Obez)
	30.00-34.99	I. derece obez
	35.00-39.99	II. derece obez
	≥ 40.00	III. derece obez (Morbid)

BKI yetişkin bireyleri değerlendirmede her yaşta ve her cinsiyette kullanılabilme rahatlığına sahiptir. Kullanım açısından kolay olduğu için epidemiyolojik araştırmalarda ve klinik çalışmalarda bu yöntem daha sık kullanılmaktadır.

1.2.2. Bel Çevresi Kalınlığı ve Bel Kalça Oranı

İç organlara ait yağ dokusunu belirlemede en yaygın kullanılan fiziksel yöntemler ise bel çevresi ve bel kalça oranı ölçümleridir. Bu ölçümler hastalıkları tahmin etmede BKİ'ye göre daha başarılı sonuçlar vermektedir (Mbanya ve diğ. 2015). Bel çevresi ve bel kalça oranı ölçümleri android (elma- erkek tip) ve jinoid (armut- kadın tip) şişmanlığı tanımlamaktadır. Android tipte yağ; karın bölgesinde, iç organlar civarında olur ve daha çok erkeklerde görülür. Jinoid tipte ise yağ; basen- kalça bölgelerinde ve bacaklarda görülür ve kadınlarda daha sık görülmektedir. DSÖ'ye göre bel çevresi abdominal (karın bölgesi) yağ oranını vermektedir ve bu oran hastalıklar için önemli bir işarettir. Bel/ kalça oranı ise bel çevresi değeri, iç organlar ve karın bölgesi yağ değerini yansıtmaktadır (Deveci 2013). Han ve diğ. (1995) yayınladıkları çalışmalarında sadece bel çevresi ölçümüne dayanan ve abdominal yağ miktarı açısından risk altında olan hastaları belirlemek için iki kriterden söz etmişlerdir. Bunlar uyarı ve eylem sınırlarıdır ve cinsiyete göre birbirinden farklıdır (Çizelge 1.2). Bu değerlerin üzerine çıktığında hastalıklar için risk oranları artmaktadır.

Çizelge 1.2. Han ve diğ. (1995)' lerinin belirledikleri sınırlar

	Uyarı Sınırı (BKİ > 25)	Eylem Sınırı (BKİ > 30)
Kadın	≥80	≥88
Erkek	≥94	≥102

Bel çevresi ölçümleri hastalık risklerini belirlemede başarılı olsa da sınır değerler konusunda genel geçer bir konsensüs olmaması bu yöntemin kullanımını sınırlandırmaktadır.

1.3. Obezitenin Epidemiyolojisi

1.3.1. Türkiye' de Obezite Sıklığı

Türkiye' de obezite yaygınlığını da araştıran popülasyon temelli ilk alan çalışması 1990 yılında yapılan "Türkiye Erişkinlerde Kalp Hastalığı Risk Faktörleri" çalışmasıdır. Bu çalışmada obezite yaygınlığı %18.6 bulunmuştur. Bir diğer alan çalışması ise "Türkiye Diyabet Epidemiyoloji Çalışması" dır. Bu çalışmada da 1998 yılında toplam obezite

yaygınlığı %22.3 olarak bulunmuştur (Satman ve diğ. 2002). Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı da “Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması- 2010” ön çalışma raporunda obezite yaygınlığını % 30. 3 olarak açıklamış; kadınlarda bu oranın % 41 erkeklerde ise % 20. 5 olduğunu belirtmiştir (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu 2013).

1.3.2. Dünya’ da Obezite Sıklığı

Obezite dünya genelinde de giderek artan bir sorun haline gelmiştir. Yapılan bir çalışmada dünya genelinde bir milyardan fazla kişinin aşırı kilo sorunu yaşadığı bulunmuştur. Bunlardan yaklaşık 937 milyon kişinin aşırı kilo sorunu yaşadığını, 396 milyon kişinin de obezite sorunu yaşadığı tespit edilmiştir (Kelly ve diğ. 2008).

DSÖ verilerine göre 2014 yılında 1.9 milyar yetişkin aşırı kilo sorunu yaşarken, bunlardan 600 milyon kişiden fazlası obezite problemi yaşamaktadır. Bir diğer anlamda dünya genelinin %39’ u (%38 erkek %40 kadın) aşırı kilo, %13’ ü (%11 erkek, %15 kadın) ise obezite sorunu yaşamaktadır. Dünya genelinde obezite 1980’den günümüze iki katına çıkmıştır (WHO 2015). 2030 yılı için ise dünya genelinde bir milyardan fazla kişinin obezite sorunu yaşayacağı öngörülmektedir (Phillips 2013). Bir başka araştırmaya göre ise yeterli önlemler alınmazsa ilerleyen yıllarda aşırı kilo ve obezite sorununun dünya genelinin yaklaşık %57’ sini etkileyeceği tahmin edilmektedir (Kelly ve diğ. 2008).

1.4. Obezitenin Etiyolojisi

Obezite ve aşırı kilo, kısaca alınan ve harcanan kalori arasındaki dengenin bozulması sonucu oluşmaktadır (WHO 2015).

Obezite hem genetik hem de çevresel faktörlerin oluşturduğu çok yönlü bir hastalıktır (Furuncuoğlu ve Yıldız 2010).

1.4.1. Genetik

Obezite oluşumunda genetik faktörlerin etkileri tam olarak bilinmemekle birlikte pek çok spesifik gen allellerinin hem tek başına hem de birlikte bulunduğu obeziteye neden olabileceği ve obezitenin metabolik komplikasyonlarında kötüleşmelere yol açabileceği gösterilmiştir (Özata 2003, Malczewska- Malec ve diğ. 2004). Bray (1999) en az yedi tane gende olan bozukluğun obeziteye neden olabileceğini belirtmiştir.

Son yıllarda leptin hormonu üzerindeki çalışmalar ivme kazanmıştır. Leptin resistansı obezitenin genel özelliği durumundadır. Bu nedenle leptin hassasiyetine yönelik çalışmalar yapılarak tedavide bu hormonun kullanılması amaçlanmaktadır (Kalra 2008).

Gen çalışmaları yanı sıra obezitenin genetik temelleri ikiz çalışmalarıyla da araştırılmaktadır. Aile ve ikiz çalışmalarından elde edilen bulguların varyansı % 20- 70 arasında değişmektedir. Yüksek korelasyonlar tek yumurta ikizleriyle çift yumurta ikizlerinin kıyaslandığı ikiz çalışmalarından elde edilmektedir (Baqai ve Wilding 2014). Monozigot ikizler benzer vücut ağırlığına sahip iken, dizigot ikizlerin vücut ağırlıkları birbirlerinden çok farklı olabilmektedir (Gill 2015, Semerci 2004).

Günümüzde genetik faktörlerle birlikte çevresel faktörlerin de obezite üzerindeki etkileri araştırmacıların ilgisini kazanacak boyutlarda artmıştır (Llewellyn ve Wardle 2015).

1.4.2. Beslenme Alışkanlıkları

Yetersiz ve dengesiz beslenme obezitenin en önemli nedenlerindedir. Normal kilolu bir insanda yağ ve karbonhidrat depoları optimal düzeyi aştığında aşırı depolanmayı önlemek amacıyla beslenme hızı azaltılmaktadır; ancak bu durum obezite olan bireylerde gerçekleşmemektedir. Obezitede besin alımı vücut ağırlığının çok üzerine çıkmadığı sürece beslenme hızı azalmamaktadır (Altunkaynak ve Özbek 2006).

Tüketilen enerjinin alınan enerjiden az olması ise bir başka önemli obezite nedenidir. Altta yatan herhangi bir hastalığın olmadığı olgularda durum eksojen obezite olarak adlandırılmaktadır. Ancak eksojen obezitenin de etiyolojisinde genetik, sosyoekonomik düzey, yaş gibi çeşitli faktörler rol oynamaktadır ve obezite olgularının çoğunluğu bu gruptadır (Berberoğlu 2008).

Bireyin sağlıklı besin tüketimi için günlük harcadığı enerji miktarına göre 1600-2400 arasında kalori alması gerekmektedir. Bu kaloriyi de alırken sıklıkla tüketilen karbonhidratlara ağırlık vermeli, daha sonra ise uygun porsiyonlarda meyve, sebze, et ve süt ürünleri ile tamamlanmalıdır (Eker 2006).

1.4.3. Fiziksel Aktivite

Düşük oranda fiziksel aktivite obezite riskini arttırmaktadır. Kişilerin günlük aldığı enerji miktarı azalmış olsa bile azalan fiziksel aktivite obezite riskini arttırmaktadır (Gedik 2003). Fiziksel aktivite ve egzersiz kişinin kilo kaybı ve verilen kilonun korunmasına katkı sağlarken, abdominal yağlanmayı azaltıp kas erimelerinin önüne geçer. Ayrıca kolesterol düzeylerini dengeler; kardiyovasküler hastalık, tip 2 diyabet ve metabolik hastalık riskini azaltarak kişilerin daha sağlıklı bir yaşam sürmelerine katkı sağlar (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu 2013).

1.4.4. Alkol, Sigara ve İlaç Kullanımı

İlaç kullanımı iştahı etkileyen bir faktördür. Örneğin epilepside kullanılan ilaçlar, romatizma için kullanılanlar, antidepresanlar, antipsikotikler ve glukokortikoidlerin kişinin iştahını arttırdığı ve kilo alımına yol açtığı bilinmektedir (Çelik 2006, Bray 1999, Eraslan ve diğ. 2006).

Sigarayı bırakma artan BKİ ile ilişkili bulunmuştur (Serra- Majem ve Bautista- Castano 2013). Sigara kullanmayan kişiler de kullanan kişilere göre daha yüksek BKİ değerlerine sahip bulunmuşlardır (Işık ve diğ. 2013). Sigara dinlenme durumundaki bazal metabolizma hızını % 10 civarında arttırmaktadır. Nikotin termojenik bir ajan olduğundan yemeyle ilişkili peptidleri etkilemekte ve iştahı azaltan bir metabolik etki gösterebilmektedir. Bu nedenle sigarayı bırakan kişi bırakmadan önceki dönemde aldığı kadar gıda olsa bile kilo alma ihtimali vardır. Bunu da önlemenin yolu ya gıda alımını azaltmaktan ya da fiziksel aktiviteyi arttırmaktan geçmektedir (Çelik 2006, Dhurandhar ve Keith 2014).

Yapılan çalışmalarda özellikle erkeklerde alkol tüketimi arttıkça doğrudan bel çevresi ölçümü ve abdominal yağlanma oranının da arttığı bulunmuştur (Schröder ve diğ. 2007). Ancak alkol tüketimi ile ilgili bulgular tartışmalıdır. Çalışmalarda sık alkol tüketiminin düşük obezite riskiyle ilişkili olduğu da gösterilmiştir (Rohrer ve diğ. 2005, Arif ve Rohrer 2005). Çalışmalardaki sonuçlar tartışmalı olsa da yayınlanan bir literatür çalışmasında kesitsel, deneysel ve boylamsal çalışmalar incelenmiş ve aşırı olmayan (az veya orta yoğunlukta) alkol tüketiminin kilo alımına karşı koruyucu bir etkisi olduğu belirtilmiştir (Traversy ve Chaput 2015).

1.4.5. Bireysel Faktörler (Cinsiyet, Yaş, Medeni Durum, Eğitim Düzeyi, Sosyoekonomik Seviye, Meslek)

Kadın cinsiyet (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu 2013), artan yaş (Işık ve diğ. 2013, Çayır ve diğ. 2011, Nazlıcan 2008, Akman ve diğ. 2004, Doğan ve diğ. 2011), evli olmak (Mata ve diğ. 2015, Tzotzas ve diğ. 2010, Işık ve diğ. 2013, Çayır ve diğ. 2011), geçirilen gebelik sayısının 3-4 olması (Nazlıcan 2008, Güneş ve diğ. 2000, Koruk ve Şahin, 2005, Çayır ve diğ. 2011) ve düşük eğitim düzeyi (Tzotzas ve diğ. 2010, Boing ve Subramanian 2015, Doğan ve diğ. 2011, Koruk ve Şahin 2005, Çayır ve diğ. 2011, Işık ve diğ. 2013) obezite için risk faktörleridir.

Sosyoekonomik seviye ile obezite oranları gelişmemiş ülkelerde doğru orantılı seyrederken, gelişmiş ülkelerde ters orantılı olarak seyretmektedir (Mowafi ve diğ. 2013). Kadınlarda çalışmama veya ev hanımı olma da obezite için risk doğuran bir unsurdur (Çayır ve diğ. 2011, Koruk ve Şahin 2005, Işık ve diğ. 2013).

1.4.6. Psikolojik Faktörler

İnsanların yeme davranışlarını etkileyen faktörlerden bir diğeri ise içinde buldukları ruhsal durumlardır. Öyle ki yeme davranışları bazen psikiyatrik bir tanı alacak boyutta olmuş, kullanılan tanı kitaplarında yerlerini almışlardır. Kişilerin ruhsal durumu yeme miktarını, yediği besinlerin türünü, ne sıklıkta yediğini gibi pek çok durumu etkilemektedir. Ayrıca pek çok duyu farklı şekillerde yeme davranışlarını arttırmakta ya da azaltmaktadır.

Psikoanalitik kurama göre obezite, çocukluk çağında, ailenin yeterince sevgi göstermediği çocuklarına karşı sevgi eksikliklerini gidermek adına bilinçsiz bir şekilde çocuğu ya aşırı şımartma ya da aşırı koruma yoluna gitmeleri, bu çocukların da özledikleri sevgi ihtiyacını gidermek ve güvenlik hissi elde etmek için aşırı yemelerinin sonucunda oluşmaktadır (Richardson 1952). Bruch' a (1952) göre ise beslenme ilk haz kaynağı ve gerilimi azaltma yoludur. Yiyecek; anne ilgisi ve sevgisiyle, açlığın giderilmesi ise güvende olma duygusuyla ilişkili olmaktadır.

Davranışçı modelde ise obezite, uygun olmayan yeme alışkanlıklarına koşullanma, bunlara tepki verme, pekiştirme ilkelerinin kullanılması sonucu oluşmaktadır (Babayiğit

2007). Temelde yiyeceğin kendisi güçlü bir motivasyon aracıdır ve pekiştirilmesi artan BKİ ile ilişkilidir (Epstein ve diğ. 2012).

Bilişsel davranışçı kuramdaki yeni yaklaşımlar obeziteye neden olan faktörleri ve kilo kaybından sonra kişilerin neden tekrar kilo aldıklarını araştırmaya yönelmiştir. Bunu kişilerin kilo verme hedeflerine ulaşamamaları ve bu hedefe ulaşmada beklenen faydaları görememeleriyle açıklamışlardır. Bir diğer neden ise beklenen faydanın elde edilmemesi sonucunda bu yeni düşük kiloyu sürdürme gereksiniminin bir kenara bırakılıp eski yeme ve egzersiz alışkanlıklarına geri dönülmesidir (Cooper ve Fairburn 2001, Cooper ve diğ. 2010).

Obeziteyi etkileyen psikolojik faktörlerden birisi strestir. Stres bireye, yemek yemeği arttırmak ve azaltmak olmak üzere iki şekilde etki etmektedir. Akut stres durumunda vücutta “savaş ya da kaç” durumu oluşur ve iştah baskılanır. Bu durumda kişi daha az yemektir. Kronik stres durumunda ise iştah baskılaması olmamakta aksine şeker ve yağ oranı yüksek olan yiyecekler tercih edilmektedir. Ayrıca stres durumunda salgılanan kortizol hormonu abdominal yağ birikimini de etkileyebilmektedir (Torres ve Nowson 2007).

Duygular yeme davranışını etkilemektedir. Emosyonel yeme genellikle olumsuz duygular ortaya çıktığında gözlenen aşırı yeme davranışıdır ve hem obezite sorunu olan kişiler hem de normal kilolu bireylerde gözlenebilmektedir (Ganley 1989, Sevinçer ve Konuk 2013).

Dürtüsellik (Annagür 2012, Sarısoy ve diğ. 2013), psikotik bozukluk (Cerit ve diğ. 2006) ve uyku sorunları (Orhan ve Tuncel 2009) da obeziteyle ilişkisi gösterilen diğer psikolojik faktörler arasındadır.

1.5. Obezite İlişkili Hastalıklar

Obezite son yıllarda yol açtığı hastalıklar nedeniyle araştırmacıların ilgisini çekmiştir. Obezite morbidite ve mortalite oranları giderek artmakta olan bir sağlık sorunudur. Diyabet (Tümer ve Çolak 2012, Eray ve Balcı 2005, Onat ve diğ. 2005, Onat ve diğ. 2006, Şanlı-Ak 2012), hiperlipidemi (Akman ve diğ. 2004), tiroid (Gökmen- Durgun 2012), vitamin-mineral eksikliği, endokrin hastalıklar, sindirim sistemi hastalıkları, solunum sistemi hastalıkları, kardiyovasküler hastalıklar, yüksek tansiyon, kas- iskelet hastalıkları, kanser

türleri (Kazma 2013, Balcıoğlu ve Başer 2008, İslamoğlu ve diğ. 2008, Kalan ve Yeşil 2010, Eroğlu- Samur ve Akal- Yıldız 2012, Bray ve diğ. 2009, Nie ve Ardern 2014, Artham ve diğ. 2011, Johns ve diğ. 2015, Arslan ve diğ. 2013, Kosova ve Arı 2008, Pınar ve diğ. 2008, Ryan ve diğ. 2011, James ve diğ. 2015, Chan ve Norat 2015, Olefson ve Moss 2015), metabolik sendrom (Birgül 2014, İslamoğlu ve diğ. 2008), dermatolojik hastalıklar (Kaya- Erdoğan ve diğ. 2011, Döner ve diğ. 2011), depresif bozukluklar (Eren ve Erdi 2003), anksiyete bozuklukları (Yalçın 2013), menapoz sonrası osteoporoz (Neglia ve diğ. 2014), erken yaşta mensturasyon (Gomes ve diğ. 2015), romatoid hastalıklar (Gremese ve diğ. 2014), kognitif bozulmalar (Pricketta ve diğ. 2015) ve hamilelikte ortaya çıkan hastalıklar (Syed 2014) obeziteyle ilişkisi gösterilen hastalıklardan bazılarıdır.

1.6. Obezitede Tedavi

Obezitenin tedavisinde amaç gerçekçi bir ağırlık kaybı hedefi belirlenerek, obeziteye ilişkin hastalık ve ölüm risklerini azaltmak, bireye yeterli ve dengeli bir beslenme alışkanlığı kazandırmak ve yaşam kalitesini yükseltmektir. Bu amaçla yola çıkan Sağlık Bakanlığı (2011) tıbbi tedavi (diyet), egzersiz tedavisi, davranış değişikliği tedavisi, ilaç tedavisi ve cerrahi tedavi olmak üzere beş başlık altında tedavi yöntemlerini toplamıştır. Tedavinin ilk aşamasında bireye özgü diyet (Yaman 2014, Tam ve Çakır 2012), egzersiz (Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği 2014, Ross ve diğ. 2013, Baltacı 2008, Akbulut 2010) ve davranış değişikliği (Fabricatore 2007, Kahraman ve diğ. 2014, Garaulet ve Perez de Heredia 2009, Berkel ve diğ. 2005, Erge 2003) ile başlanır. Obezitenin hayati risk doğurduğu durumlarda ise son çare olarak ilaç (Ersöz- Gülçelik ve diğ. 2007, Ryan ve Braverman- Panza 2014, Gregg ve diğ. 2015, Bulucu- Altunkaynak ve Özbek 2007, Soner 2014) ve cerrahi tedavi yöntemleri (Saruç ve diğ. 2010, Banlı ve diğ. 2009, Deveci 2013, Sevinçer ve diğ. 2014, Aydın 2012, Santry ve diğ. 2005, Atila 2014) kullanılmaktadır.

Ayyad ve Andersen (2000) yaptıkları çalışmalarında diyet tedavilerinin, ortalama 4-28 kilo arasında vücut ağırlığı kaybı sağlayabildiğini ve diyetle birlikte grup terapilerinin tek başına diyet tedavisine ya da diyetle davranışçı tedavinin birlikte verilmesine göre daha uzun süreli kalıcı olduğunu ve diyetle tedavinin başarı oranının ortalama % 15 olduğunu bulmuşlardır. Bir başka görüşe göre de fiziksel aktivite BKİ' dan bağımsız olarak insan sağlığında çok önemli bir faktör olup, tek başına fiziksel aktivite düşük düzeyde kilo kaybına yardımcı olmakta; ancak diyetle kombine uygulanan fiziksel aktivite kilo vermede

daha başarılı olmaktadır (Stephens ve diğ. 2014). Diyet tedavisine kognitif tedavi ve egzersiz tedavisi eklenerek yapılan bir karşılaştırma çalışmasında her iki yöntemin de başlangıçta etkili olduğunu ve kilo vermeyi sağladığını; ancak bir yıl sonra yapılan izlem çalışmasında kognitif tedavi alan gruptaki kişilerin düşük kilolarını korudukları; egzersiz grubundaki kişilerin ise verdikleri kiloların ortalama %25' ini geri aldıkları gösterilmiştir (Werrij ve diğ. 2009).

Obezite tedavisinde kullanılan diğer yöntemler arasında akupunktur (Cabioğlu ve Ergene 2003, Cabioğlu 2003), ısı uygulamaları, elektrikli akım tedavileri (Kokino ve diğ. 2006) ve teknoloji temelli uygulamalar (Raaijmakers ve diğ. 2015) sayılabilir.

1.7. Obezite ve Ruhsal Travma

1.7.1. Ruhsal Travma

Günlük yaşamda herkesin hayatında olumsuz yaşam olayları meydana gelmektedir. Bunların bir kısmı kişisel olarak yaşanmakta bir kısmı ise büyük kitleleri etkileyen doğal afet, savaş gibi şekillerde ortaya çıkmaktadır. Bu olaylar kişilerin hem ruhsal hem de bedensel sağlıklarını etkilemektedir.

Kişinin yaşamsal bütünlüğünü tehdit eden veya bozan yaşam olayları travmatik olay olarak adlandırılmaktadır. Bir travmatik olay sırasında veya sonrasında kişilerde korku, dehşet, çaresizlik, utanç veya suçluluk gibi tepkiler ortaya çıkıyorsa bu olaylar artık ruhsal açıdan travmatik olay ya da ruhsal travmatik olay olarak isimlendirilmektedir (Aker 2012).

Ruhsal travma yaşantıları hem psikiyatrik hem de diğer tıbbi hastalıklarla yakından ilişkili durumlardır. Ruhsal travma yaşantısının kalp yetmezliği riskini arttırdığı (Roy ve diğ. 2015), kognitif fonksiyonlarda değişiklikler yarattığı (Scott ve diğ. 2015), kronik ağrı, fibromiyalji, erken doğum riskinde artış, menstrel düzensizlikler gibi sağlık sorunlarına yol açabildiği bilinmektedir (Aker 2012, Flannery 2001). Travmatik yaşantıların ilişkili olabileceği bir diğer tıbbi hastalık ise obezitedir. Ancak bu ilişkiyi gösterebilen çalışma sayısı oldukça azdır.

1.7.2. Ruhsal Travma ve Obezite

Kilo kaybı; depresyon, anoreksiyanervoza gibi pek çok psikiyatrik hastalıkta karakteristik semptom olarak belirlenmiştir. Ancak daha sonraları araştırmacıların ilgisini

depresyon, anksiyete gibi bozukluklarda endokrin bozulmalarla birlikte seyreden ya seyretmeyen aşırı kilo alımları da çekmiştir. İlk çalışmalarda bazı obezite olan bireylerin hem obeziteleri için hem de ruhsal travma yaşantısıyla etkilenen psikiyatrik semptomlarının tedavisi için bilinen metotlar kullanılmıştır. Duygular üzerinde dikkate değer bir ilgi olmamış daha çok kilo verme odaklı tedaviler uygulanmıştır. Sonrasında ise travmatik stresin yaşanmasına yönelik tedavilerin kullanılmasıyla kilo vermenin paralel olarak gerçekleştiği gözlenmiştir (Shorvon ve Richardson 1949).

Obezite travma ilişkisi ilk olarak 1923 yılında Lichtwitz tarafından daha sonra ise ikinci dünya savaşı sırasında Gilbert- Dreyfus tarafından gösterilmiştir. Bu ilişki bombalanma, esir alınma, eş- kardeş kaybı veya savaş sırasında oluşan akut stresörler gibi ani ve ağır psikolojik travma yaşantısı olan kadınlarda gösterilmiştir (Richardson 1952).

Shorvon ve Richardson (1949) 3 kadın vaka üzerinden ani obezite ve ruhsal travma ilişkisini örnek göstermişlerdir. İlk vakanın bir hastalık sonucu kızı ölmüş ve yoğun bombalama saldırılarına maruz kalması sonucu kilo artışı olmuştur. İkinci vaka ise annesinin ani ölümü sonucunda, ikinci çocuğunun doğumuyla birlikte veremediği kilolarının üzerine daha çok kilo almıştır. Son vaka ise iki eşini de kaybeden, hastanede kaldığı sırada bombalama olayına maruz kalan, daha sonra da çocuklarından birinin öldüğü diğerinin de yaralanarak engelli durumuna düştüğünü öğrenen bir kadının hızla kilo alımı üzerinedir. Yine Fridjohn (1949) da oğlunun ölümünü gören bir kadın vakasının ani kilo almaya başlamasını ruhsal travma obezite ilişkisine örnek göstermiştir. Tüm vakalarda herhangi bir diyet kısıtlamasına gidilmeden, ruhsal travma ve obezite arasındaki ilişki sonucu meydana gerilim, anksiyete ve agresyonun tedavisi için dışavurumcu teknikler kullanılmıştır. Tedavi süresince hasta travmasını yeniden deneyimlemiş ve artık bu deneyimler duygusal önem taşımamaya başlamıştır. Bunlar sonucunda da anksiyetenin hafiflemesi ve 6-12 arası kilo kaybı semptomatik ilerleme olarak işaret edilmiştir. Bu nedenle dışa vurumcu tekniklerin uzun süreli tedavilere tercih edilmesinin daha yararlı olabileceği önerilmiştir (Shorvon ve Richardson 1949, Fridjohn 1949).

Ruhsal travma obezite ilişkisini araştıran çalışmaların bir bölümü de çocukluk çağı travmalarına odaklanmaktadır. Çocukluk çağında yaşanan travmaların yetişkinlikte obezite ile ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. Toplum tabanlı yapılan bir çalışmada morbid obezite sorunu olan katılımcıların %11.6' sında fiziksel, % 10' unda duygusal, %

12.1' inde cinsel istismar, % 2.3' ünde de ensest öyküsü olduğu bulunmuştur (Maddi ve diğ. 1997).

Yapılan bir çalışmada çocukluğunda cinsel istismar mağduru olan bir kadının kendini daha az seksi, daha az arzulanır duruma getirmek için kilo almayı bir savunma mekanizması olarak kullanabileceği gösterilmiştir (Faden ve diğ. 2013). Cinsel istismar öyküsü olan kadınların cinsel istismar öyküsü olmayan kadınlara göre kombine düşük kalorili diyet ve davranış tedavisinde daha az kilo verdikleri bilinmektedir. Bu durumu açıklamak için yaşanan psikiyatrik stresin etkisi ve kilo konusunda düşük öz yeterliliğin birlikte etkili olabileceği belirtilmiştir (King ve diğ. 1996).

Yapılan bir başka araştırmada da özellikle 15 yaşına kadar yoğun travmatik yaşantıları olanların obeziteye yakalanma risklerinin daha fazla olduğu gösterilmiştir. Fiziksel ve cinsel istismar faktörleri dışlandığında bile, erken yaşamda yaşanan ruhsal travmatik yaşantıların yetişkin obezitesiniyordamada anlamlı bir faktör olduğu gösterilmiştir (D' Argenio ve diğ. 2009).

Literatürde yer alan pek çok araştırmada çocukluk çağı travmalarının yetişkinlikte obeziteyi yordadığı gösterilmiştir. Bu ilişkinin daha güçlü gösterilebilmesi adına yeme miktarı, fiziksel aktivite sıklığı, yaş, eğitim, yetersiz besin tüketme, algılanan stres düzeyi gibi ilişkili olan faktörler dışlandığında bile özellikle fiziksel ya da cinsel istismara maruz kalmış olmanın yetişkinlikte obeziteyle ilişkili olduğu bulunmuştur. Yine sayılan tüm ilişkili olabilecek faktörler obezite olan bireylerde olmayan bireylere göre daha fazla gösterilmektedir (Alvarez ve diğ. 2007).

İstismar ve yetişkinlik travma yaşantılarının bir diğer etkisi ise geçirilen bariatrik cerrahi operasyonu sonucu psikiyatrik komorbidlerin daha sık görülmesidir (Clark ve diğ. 2007). Cinsel istismar mağduru kişilerin kilo almayı vücutlarının çekiciliğini yok etmek adına kullandıkları bilinmektedir. Operasyon sonrası psikiyatrik komorbidlerin artmasının bir nedeni eğer kişi yaşadığı olumsuz deneyime karşılık kilo almayı kendini bir savunma yolu olarak kullanıyorsa, kilo kaybetmek bu yoluna zarar veren bir durum yaratmış gibi algılanabileceğinden psikiyatrik sorunların doğuşuna zemin hazırlayabilmektedir (Lee ve Shapiro 2003). Bu nedenle psikiyatrik değerlendirmenin iyi yapılması son derece önem arz etmektedir.

Duygusal istismar ve ihmal yaşanmışlıkları da obezitede karşılaşılan çocukluk çağı ruhsal travma yaşantılarından olabilmektedir. Liebenberg ve Papaiko (2010) yaşanan duygusal istismarın, duygusal olarak reddedilmişlik hissini yarattığı duygusal ağrıdan

kurtulmak için yemenin rahatlatıcı etkisinin kullanıldığını ve bunun da obeziteyle sonuçlandığını belirtmişlerdir.

Ruhsal travma obezite ilişkisi kortizol anormalliklerinin aracı faktör oluşu üzerinden de açıklanmıştır. Ruhsal travmalarhipotalamo- pitüiter-adrenokortikal (HPA) eksenin fonksiyonlarını bozmaktadır. Bu bozulmanın sonucunda da glukokortikoid salınımı artmakta ve bu da insülin rezistansı ve obezite için büyük bir risk doğurmaktadır (D' Andrea ve diğ. 2011, Çelik 2006).

Sonuç olarak literatürdeki çalışmalar incelendiğinde hem yetişkin yaşamındaki ruhsal travmatik olayların, hem de çocukluk çağında yaşanan istismar gibi travmaların yetişkinlikte obezitenin de içinde olduğu pek çok somatoform bozukluğa yol açabileceği gösterilmiştir.

1.8. Obezitede Yeme Stilleri

1.8.1. Dışsal Yeme Stili

Dışsal yeme kavramı 1960' lı yıllarda tanımlanmış olup kişinin açlık tokluk durumunu dikkate almadan yiyeceğin görüntüsü, kokusu gibi özelliklerinden etkilenerek veya film izlerken, bir davete katıldığında ortamsal özelliklerin etkisiyle yemek yemesini ifade etmektedir (Kaşmer 2014, Banos ve diğ. 2014, van der Wijden ve diğ. 2014). Nisbett (1968) kişinin kilosunun yiyeceğe karşı vereceği yanıtta etkili olduğunu vurgulamıştır. Eğer kişi fazla kiloluysa yiyecek ipuçlarına karşı tepkisinin de o derece güçlü olacağını belirtmiştir. Bu nedenle obezite olan kişilerin normal kilolu kişilerle kıyaslandığında yiyeceklerden etkilenerek daha fazla tüketmeleri beklenen bir durumdur.

1.8.2. Duygusal Yeme Stili

Duygusal yeme stili öfke ve anksiyete gibi negatif duygulara tepki olarak yemek yemeyi ifade etmektedir ve daha çok tıknırcasına yeme bozukluğuyla birlikte görülmektedir (Banos ve diğ. 2014). Kişiler negatif duygulanımın yarattığı durumla baş edebilmek için genellikle kalori yoğunluklu yiyecekleri tercih etmekte; böylece duygusal yeme, depresyon gibi duygularla aşırı yeme arasındaki yolu oluşturmaktadır (Clum ve diğ. 2014). Karbonhidrat içeriği yüksek olan besinler kişinin modunun düzelmesinde işe yarayabilmektedir. Bu etkiler beyinde serotonin seviyesiyle ilişkilidir. Yine yüksek oranda karbonhidrat ve yağ alımı HPA ekseninin aktivitesini azaltarak stres cevap etmenlerini

düşürmekte ve dolayısıyla negatif duygulanımın yarattığı stresin giderilmesinde faydalı olmaktadır (Bozan 2009). Duygu kontrolünün bu şekilde sağlanması aşırı kilo alımıyla sonuçlanmaktadır.

1.8.3. Kısıtlayıcı Yeme Stili

Kısıtlayıcı yeme stili ise vücut ağırlığını korumak veya kilo vermek amacıyla istenilenden daha az yemeyi ifade etmektedir. Kısıtlayıcı yeme, yemek için olan fiziksel baskı ve fiziksel olmayan kişinin karşı koyduğu direnç arasındaki dengeyi bulmadaki zorlanmalardır (Banos ve diğ. 2014). Bu yeme stilindeki bir problem vücut açlık ile kısıtlayıcı yeme arasındaki farkı ayırt edememekte bu nedenle açlık hissi giderek artmakta, metabolik değerler ise yavaşlamaktadır (Van Strien ve diğ. 2012). Yüksek kalorili yiyecekler kısıtlayıcı yeme stiline sahip kişilerde yeme isteğini baskılamazken, bu yeme stiline sahip olmayan kişilerde yeme isteğini baskılamaktadır. Aynı şekilde anksiyete, depresyon gibi olumsuz durumlar da kısıtlayıcı yeme stilinde yemek yeme isteğini baskılamazken, kısıtlayıcı olmayan yeme stilinde yemek yeme isteğini baskılamaktadır (Rotenberg ve Flood 2000). Kısıtlayıcı yeme stilinin bir diğ. yol açtığı sorun ise tıknırcasına yeme bozukluğudur. Kısıtlayıcı yeme tek başına tıknırcasına yeme davranışına yol açabilmektedir (Emery ve diğ. 2013).

1.8.4. Obezite Yeme Stilleri İlişkisi

Yukarıda anlatılan üç yeme stili de obezite hastalarında görülmektedir.

İki yıl süren bir izlem çalışmasında duygusal ve dışsal yemenin aşırı yeme ve BKİ değişimleri üzerinde etkili olduğu, özellikle duygusal yeme stiline sahip kişilerin aşırı yeme davranışları olduğu bulunmuştur (Van Strien ve diğ. 2012).

Morbid obezite hastalarıyla yapılan ruhsal farkındalık ve yeme stilleri üzerine yürütülmüş bir çalışmada ise farkındalığın kısıtlayıcı yeme biçimiyle pozitif yönde, duygusal ve dışsal yeme biçimleriyle ise negatif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur (Ouwens ve diğ. 2015).

Bir başka çalışmada ise kısıtlayıcı yeme stili olan kişilerin diğ.leriyle kıyaslandığında 2 kat daha fazla tıknırcasına yeme davranışı gösterdikleri, kısıtlayıcı ve tıknırcasına

yemenin aşırı kilo ve yeme bozuklukları için önemli risk faktörleri olduğu vurgulanmıştır (Andresa ve Saldana 2014).

1.9. Obezite ve Stres

1.9.1. Stres

Stres bir tanıma göre bedensel veya ruhsal sınırlarının tehdit edilmesiyle ortaya çıkan psikolojik veya sosyal düzeyde bireylere rahatsızlık veren durumlardır (Baltaş 1998 alıntı Ermumcu 2014). Bir diğer tanımlamaya göre ise stres ya da stresör kişinin olağan davranış paternini değiştirmesini gerektiren, çevresel, sosyal veya içsel gereksinimlerdir (Thoits 1995).

1.9.2. Stresle Baş Etme

Stresin somatik ve psikolojik etkileri genellikle stresli yaşam olaylarıyla karşılaşmadan hemen sonra beklense de, bu etkiler davranışsal ve psikolojik süreçlerle yaşanmaktadır. Baş etme de bu aracı süreçlerden biridir. Baş etme stresi azaltma, yönetme ve kontrol etme süreçlerine karşılık gelen bilişsel veya davranışsal çabalar (Mosley ve diğ. 1994). Bireyler karşılaştıkları olaylarla uygun bir şekilde baş edemedikleri zaman stres yaşarlar (Özbey 2011).

Kişilerin strese uyumu; alarm, direnç (direnme) ve tükenme olmak üzere üç döneme ayrılmaktadır (Özbey 2011). Selye' nin bu kuramına göre alarm aşamasında; birey stresörle karşı karşıya gelir ve sempatik sistem devreye girerek savaş ya da kaç tepkisi oluşur. Bu aşamada stresörün yoğunluğu arttıkça normal davranıştan sapmanın ilk belirtileri vermeye başlanır (Güçlü 2001). Direnç döneminde ise kişi stresöre uyum sağlarsa her şey normale döner, parasempatik sistem devreye girer. Bu aşamada kişi strese karşı koymak için elinden geleni yapar ve stresli bir insanın davranışlarını gösterir (Güçlü 2001). Son aşama olan tükenme aşamasında ise stres kaynağı ile başa çıkılmaz ve uyum sağlanamazsa fiziksel kaynaklar kullanılmaz ve tükenme aşamasına gelinir. Tükenme aşamasında da parasempatik sistem hakimdir, kişi tükenmiştir, stres kaynağı hala mevcuttur ve kişi diğer stres kaynaklarına da açık hale gelir (Güçlü 2001).

Stresle baş etme konusunda en çok referans verilen araştırmacılar Folkman ve Lazarus (1985)' tur. Folkman ve Lazarus stresle baş etmeyi; kişi ve çevre arasındaki ilişki ve bu

ilişkinin uzun vadede sonuçlarını etkileyen bilişsel değerlendirme (cognitive appraisal) ve baş etme (coping) süreçleri olarak tanımlamışlardır (Folkman ve diğ. 1986). Baş etme iki temel fonksiyona sahiptir; problem odaklı baş etme ve duygu odaklı baş etme (Güney-Çetinkaya 2010). Genellikle bu iki baş etme biçimi birlikte kullanılmaktadır. Örneğin kişi problem odaklı baş etmeye çalışırken agresif kişilerarası bir tavırla durumu değiştirebilir veya duygu odaklı baş etme sosyal desteği ya da öz kontrolü gerektirebilir. Folkman ve Lazarus oluşturdukları ölçeklerinde kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım ve sosyal desteğe başvuran yaklaşım türlerini problem odaklı etkili yöntemler olarak belirtirken, kendine güvensiz ve boyun eğici yaklaşımları duygulara yönelik etkisiz yöntemler olarak belirtmişlerdir (Folkman ve diğ. 1986, Folkman ve Lazarus 1980). Bu yöntemler stres veren durum gerçeği ile yüzleşmekten uzak durma nedeniyle kaçınma odaklı, yaşamına kendini iyi hissettiren yeni öğeler katma çabası nedeniyle de haz almaya odaklı başa çıkma olarak da isimlendirilebilmektedirler (Türküm 2001).

Obezitesi olan bireylerin stresle başa çıkma tarzları üzerine yapılan çalışmalarından birinde en çok kullanılan baş etme tarzının kendine güvenli yaklaşım olduğu bulunmuştur. Bunu sırasıyla kendine güvensiz yaklaşım, iyimser yaklaşım, sosyal destek arama ve son olarak boyun eğici yaklaşım izlemektedir. Bu anlamda hem probleme yönelik etkili hem de duygulara yönelik etkisiz yöntemlerin bir arada kullanıldığı görülmektedir (Bal ve diğ. 2006). Bir başka çalışmada da duygu odaklı ve kaçınan baş etme biçimlerinin tıknırcasına yeme ile ilişkili olduğu, duygu odaklı yemenin tıknırcasına yeme ve stres ilişkisinde kısmen aracılık edici olduğu bulunmuştur (Sulkowski ve diğ. 2011). Yine destekleyici olmayan sosyal etkileşimlerin de duygusal yeme, duygu odaklı ve kaçınan baş etme biçimleriyle ilişkili olduğu bilinmektedir (Raspopow ve diğ. 2013).

1.10. Obezitede Yaşam Kalitesi

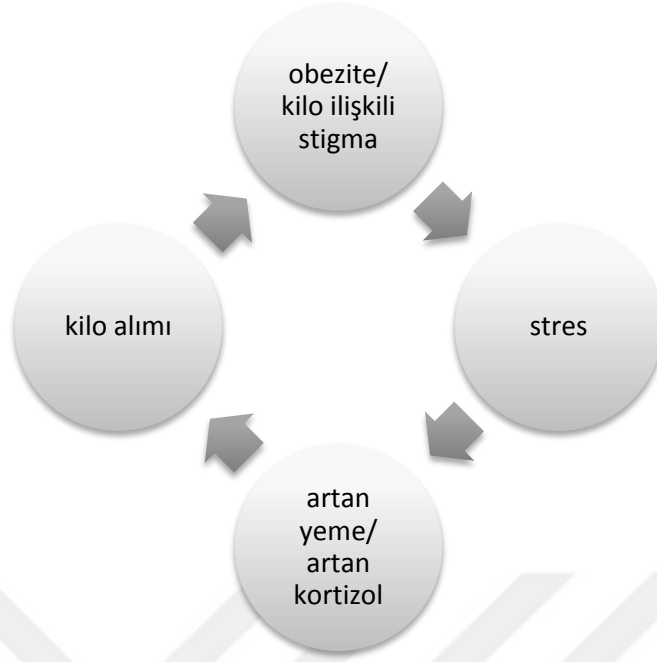
Yaşam kalitesi, insanların yaşamlarından aldıkları genel doyum düzeyini ifade etmektedir (Bilgin 2007). Yaşam kalitesi kişinin içinde bulunduğu değerler ve kültürel sistemleri, beklentileri, amaçları, hayat standartları gibi pek çok faktörü içermektedir (TheWhoqol Group 1998). Yaşam kalitesi, kişinin hem içinde yaşadığı kültürel yapı ve değerler sistemi bağlamında hem de kendi amaçları, beklentileri, endişeleri ve standartları açısından yaşamdaki durumu ile ilgili kişisel algısı olarak tanımlanmaktadır (Bonomi ve diğ. 2000, Saxena ve Orley 1997).

Obezite kişinin sağlığını bozan ve yaşam sũresini olumsuz etkileyen bir hastalıktır. Obezite gerek yol ağtığı sağlık sorunları gerekse ũlke ekonomilerine verdiği zararlardan dolayı bireyin yaşam kalitesinin azalmasına neden olan hastalıklardan biridir (Çõmlekçi 2011). Başta sağlıkla ilgili yaşam kalitesi olmak ũzere pek çok alanda kişinin yaşam kalitesini etkileyen bir hastalıktır (Duval ve diğ. 2006). Obeziteye eklenen sağlık problemleri ise yaşam kalitesini daha çok dũřũrmektedir (Sarwer ve diğ. 2012).

Obezitede yaşam kalitesinin dũřũklũđũ sadece sağlık alanında değil sosyal alanda da olmaktadır. Obezite hastalarının yaşadığı stigmalar da yaşam kalitesini son derece olumsuz etkileyen bir faktõrdür. Stigma (damga); olumsuz kişilik õzelliklerine bağlanan ve kişilerin statũsũnũ alçaltarak onları õzel bir grup haline sokan bir õzelliktir (Bilgin 2007). Obezitesi olan bireyler kilolarından õtũrũ kendilerini kirli, değersiz ve yabancılaşmış hissetmektedirler. Ayrıca sosyal ilişkilerini yũz yũze olmaktansa telefon, internet gibi yõntemlerle yũrũtmektedirler. Yine sosyal stigmalar yũzũnden pek çok obezite hastası yaşadıkları stresi bastırmak zorunda kalmakta ve daha sonrasında bununla ilgili sorunlar yaşamaktadırlar (Lee ve Shapiro 2003). Obezite olan kişilerle normal kilolu kişilerin karşılaştırıldıkları bir çalışmada obezitesi olan grupta kişilerin kendi hayatlarını daha yıkıcı ve negatif olarak değerlendirdikleri ve kendilerini daha yetersiz kişiler olarak gõrdũkleri bulunmuştur (Nilsson ve diğ. 1997).

Puhl ve Brownell (2003) kiloyla ilgili stigmaların; stigma kaynaklı oluşabilecek sağlık problemlerini õnleme, kişilerin sũrekli stigmalarla mũcadele etmek zorunda olması ve stigmalarla nasıl daha etkili olarak başa çıkabileceklerinin bulunması konuları nedeniyle çalışılmalarını õnermiřlerdir.

Tomiyama (2014)' nın oluşturduğu model stigmaların kilo alımı ũzerindeki etkisinin nasıl olduğunu ağıklamaya yõneliktir (Çizim1.1). Bu modele “obezite/ kilo stigma dõngũsũ” denmiştir. Modele gõre kiloya ilişkin bir stigma kişilerde stres yaratmakta, oluşan bu stresle baş etmede artan miktarda yeme davranışı gerçekte ve kortizol salınımı olmakta bunun sonucunda da kilo alımı meydana gelmektedir.



Çizim 1.1. Kilo stigmatının kısır döngüsü

Özet olarak obezite problemi olan bireylerin kiloları kaynaklı yaşadıkları damgalanmalar ve maruz kaldıkları ayrımcılık hayatın pek çok alanında olmaktadır. Bunlar kişilerin hem ruhsal iyi oluşlarını hem de bedensel sağlıklarını etkilemektedir (Lewis ve diğ. 2011).

2. AMAÇ

Kilo sorunu günümüz hayatında hem kişisel hem de toplumsal düzeyde ciddi sorunlara yol açmaktadır. Başta sağlık sektörü olmak üzere pek çok alanı etkilemektedir. Obezitenin giderek artması ruh sağlığı çalışanlarının da ilgisini bu alana çekmiştir. Yapılan araştırmalarla hastalığın etiyojisi, tedavisi, yol açtığı diğer sağlık sorunları, toplum içerisinde bu hastalıkla var olabilme, yaşanan sosyal sorunlar gibi insana dair pek çok konu anlaşılmalı çalışılmıştır.

Çalışmanın ilk amaçlarından biri kilo sorunu yaşayan ve yaşamayan kadınların eğitim düzeyi, medeni durumu, kilo almalarına yol açtığını düşündüğü şeyler, ne zamandan beri kilo sorunu yaşadıkları, fiziksel aktivite sıklıkları, ne tür tedaviler aldıkları gibi konularda ayrıntılı olarak var olan durumu betimlemektir.

Kişilerin yaşadığı travmatik olaylar, bu olaylara verdikleri tepkiler, yaşadıkları olayın süresi, niteliği gibi ruhsal travma yaşantısına dair pek çok şey obezitenin meydana gelmesinde etkili olabilmektedir. İlgili yazın incelendiğinde yetişkin yaşamında karşılaşılan ruhsal travmatik olaylar ve çocukluk çağı travmalarının genellikle ayrı başlıklar olarak incelendiği dikkati çekmektedir. Oysaki travma yaşantıları kişilerin hayatında yaşandığı an bitmemekte hayata bakışı şekillendirmektedir. Bu gibi sebeplerle kilo sorunu yaşayan ve yaşamayan kadınların hem çocukluk çağı travmalarının, hem de yaşam boyu ruhsal travma yaşantılarının ayrıntılı olarak öğrenilmesi ve bunun obezite ile ilişkilendirilip ilişkilendirilemeyeceğinin anlaşılması çalışmanın hedeflerinden biridir.

Stres konusu da hem travma yaşantılarıyla ilişkili olabilen hem de obeziteden dolayı başlı başına yaşanan bir süreçtir. Kilo sorunu yaşayan ve yaşamayan kadınların stresle baş etme yöntemleri kullanımında birbirlerinden farklılaşıp farklılaşmadıklarının anlaşılması araştırmanın amaçlarından bir diğeridir.

Yeme stilleri de obeziteyle ilişkili bir başka konudur. Pek çok yeme stili olmakla birlikte bu araştırmada dışsal, duygusal ve davranışsal yeme stilleri üzerinde durulmuştur. Çalışmada yer alan obezite sorunu olan ve olmayan kadınların yeme stillerinin nasıl olduğunun anlaşılması ve birbirlerinden farklılaşıp farklılaşmadıklarının belirlenmesi çalışmanın amaçlarındandır.

Obezite yaşam kalitesi üzerinde de olumsuz etkilere sahip olan bir hastalıktır. Kişi giderek artan kiloları nedeniyle zamanla kendi işlerini yapmakta zorlanmakta ve bazen eşlik eden diğer sorunlarla birlikte bakıma muhtaç bir hale gelebilmektedir. Çalışmanın amaçlarından bir diğeri de hafif kilo sorunu yaşayan ve obezite düzeyinde kilo sorunu yaşayan kadınların yaşam kalitelerinin ne durumda olduğunun belirlenmesini sağlamaktır.

Çalışmanın son amacı ise kilo problemi olan kadınların yaşadıkları stigmatizasyonun ne durumda olduğunun belirlenmesidir. Kilo sorunu yaşayan kişilerin ne ölçüde damgalanma hissi yaşadıklarının bir diğer deyişle bunların kendilerini ne derece rahatsız ettiğinin anlaşılması çalışmanın amaçlarından biridir.

Özetle bu araştırmada kilo sorunu/ ağır kilo sorunu yaşayan ve kilo sorunu yaşamayan kadınların yaşam boyu yaşadıkları travmatik olaylarının belirlenmesi, yeme stillerinin araştırılması ve stresle baş etme tarzlarının değerlendirilmesi konuları birincil araştırma sebepleridir. Diğer yandan kilo sorunu yaşayan kişilerin yaşam kalitelerinin ne düzeyde olduğunun anlaşılması ve algıladıkları damgalanma hissini belirlenmesi diğer amaçlar arasındadır. Son olarak kilo sorunu olan ve olmayan kişilerin demografik özelliklerinin ve obeziteyle ilişkili olabilecek diğer değişkenlerin araştırıldığı güncel verilerin olduğu bir çalışmayı alana sunmak hedeflenmektedir.

3. YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Çalışma Temmuz- Aralık 2015 arasında Kocaeli ilinde yaşayan kilo problemi olan ve kilo problemi olmayan kadınlarla yürütülen kesitsel türde yapılan bir araştırmadır.

3.2. Araştırma Yerinin Seçimi

Araştırmanın amaçları doğrultusunda çalışma yeri olarak Kocaeli belirlenmiştir. Ulaşılabilir örneklem yolu ile Kocaeli ilinde ikamet eden kadınlar çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışma sadece tek bir merkeze başvuran kadınlarla değil Kocaeli Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden alınan izin (EK 1) doğrultusunda Derince, Karamürsel, Körfez ve Gebze Toplum Sağlığı Merkezleri Obezite Birimlerine başvuran kadınlarla yürütülmüştür. Bu bölgelerin seçiminde hasta potansiyelleri, obezite çalışmalarının yürütülüp yürütülmeysi ve diyetisyen olup olmaması dikkate alınmıştır. Yine bu merkezlere obezite danışmanlık hizmeti dışındaki hizmetler için başvuran normal kilolu kadınlar ise kontrol grubu için seçilmiştir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma evrenini Kocaeli ilinde yaşayan 18-65 yaş arası tüm kadınlar oluşturmaktadır. Örneklem ise ulaşılabilir örneklem yoluyla seçilen BKİ değerlerine göre gruplandırılmış 150 katılımcı oluşturmuştur.

3.4. Grupların Özellikleri

Araştırmada BKİ değerlerine göre kadın katılımcılar 3 gruba ayrılmışlardır (Çizelge 3.1). BKİ değeri 18.50-24.99 arasında olan kadınlar normal kilolu olan grubu oluşturmuştur. BKİ 25-29.99 arasında olan 2. grup hafif kilolu (pre obez) grubu oluşturmuştur. BKİ 30-39.99 arasında olan obezite grupları ise 3. grubu oluşturmaktadır. Grupların herhangi birinde yer alan kadınların ortak özellikleri;

- 18-65 yaş arasında olmak
- Hamile olmamak
- Herhangi bir zihinsel engeli bulunmamak
- BKİ değeri 18, 5' ten küçük olmamak

Çizelge 3.1. Katılımcıların demografik özellikleri

Değişken	Sayı	Yüzde
Gruplar		
BKI <24.99	50	33.3
BKI 25-29.99 arası	50	33.3
BKI 30-39.99 arası	50	33.3
Yaş ortalaması		
BKI <24.99	31.04 (0.96)	
BKI 25-29.99 arası	39.40 (1.32)	
BKI 30-39.99 arası	43.86 (1.71)	
Eğitim düzeyi		
Okuryazar olmayan	2	1.3
Okuryazar	1	0.7
İlkokul	44	29.3
Ortaokul	16	10.7
Lise	31	20.7
Üniversite ve üstü	56	37.3
Boy ortalama		
BKI <24.99	1.64 (0.01)	
BKI 25-29.99 arası	1.62 (0.01)	
BKI 30-39.99 arası	1.59 (0.01)	
Kilo ortalama		
BKI <24.99	58.77 (0.88)	
BKI 25-29.99 arası	72.21 (0.91)	
BKI 30-39.99 arası	85.26 (1.39)	
BKI ortalama		
BKI <24.99	21.76 (0.27)	
BKI 25-29.99 arası	27.59 (0.20)	
BKI 30-39.99 arası	33.63 (0.38)	
Sosyoekonomik düzey		
Düşük gelirli	21	14
Orta düzeyde gelire sahip	113	75.3
İyi düzeyde gelire sahip	15	10
Medeni durum		
Bekar	23	15.3
Evli	114	76.0
Boşanmış/ Eşinden Ayrı	7	4.7
Dul	5	3.3
Diğer	1	0.7

3.5. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenlerinin Belirlenmesi

Bağımsız değişkenler:

- BKİ değerleri
- Eğitim düzeyi
- Medeni durum
- Çocuk sahibi olma/ Kaç çocuğun olduğu
- Meslek
- Aktif olarak çalışma durumu
- Yapılan işin türü
- Ekonomik durum
- Alkol/ sigara kullanımı
- Psikiyatrik hastalık öyküsü
- Kronik hastalıklar
- Ailede obezite olup olmaması
- Kilo verme girişimleri
- Egzersiz sıklığı
- Kişinin kilosunu nasıl algıladığı
- Kilo problemi yaşamaya başladığı ilk dönem
- Kişiye göre kilo alımını etkileyen faktörlerin neler olduğu

Bağımlı değişkenler:

- Ruhsal travma yaşantıları
- Çocukluk çağı travmaları
- Yeme davranışları
- Stresle başa çıkma tarzları
- Yaşam kalitesi
- Algılanan damgalanma düzeyleri

3.6. Araştırmada Kullanılan Terim, Sınıflandırma, Yöntem ve Ölçütler

Araştırmada kullanılan terimlerin açıklaması şöyledir;

Travmatik olay: Kişinin yaşamsal bütünlüğünü tehdit eden veya bozan yaşam olaylarıdır.

Ruhsal travmatik olay: Bir travmatik olay sırasında veya sonrasında kişilerde korku, dehşet, çaresizlik, utanç veya suçluluk gibi tepkiler ortaya çıkaran olaylardır.

Stres: Bedensel veya ruhsal sınırlarının tehdit edilmesiyle ortaya çıkan psikolojik veya sosyal düzeyde bireylere rahatsızlık veren durumlardır.

Stresle baş etme: Stresi azaltma, yönetme ve kontrol etme süreçlerine karşılık gelen bilişsel veya davranışsal çabalarıdır.

Dışsal yeme stili: Kişinin açlık tokluk durumunu dikkate almadan yiyeceğın görüntüsü, kokusu gibi özelliklerinden etkilenerken veya film izlerken, bir davete katıldığında ortamsal özelliklerin etkisiyle yemek yemesini ifade etmektedir.

Duygusal yeme stili: Öfke ve anksiyete gibi negatif duygulara tepki olarak yemek yemeyi ifade eder.

Kısıtlayıcı yeme stili: Vücut ağırlığını korumak veya kilo vermek amacıyla istenilenden daha az yemeyi ifade etmektedir.

Yaşam kalitesi: İnsanların yaşamlarından aldıkları genel doyum düzeyidir.

Stigma/ Damga: Olumsuz kişilik özelliklerine bağlanan ve kişilerin statüsünü alçaltarak onları özel bir grup haline sokan bir özelliktir.

Araştırmada BKİ değerleri DSÖ' nün yaptığı uluslararası sınıflandırma sistemine uygun olarak kullanılmıştır (bak. Çizelge 1.1).

3.7. Araştırmada Kullanılan Araç ve Gereçler

Çalışmada araştırmacı tarafından hazırlanan Kişisel Bilgi Formu ile, Hollanda Yeme Alışkanlıkları Anketi, Travma Sonrası Stres Tepkileri Olay Şiddeti Alt Ölçeği, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, Stresle Başa Çıkma Tazları Ölçeği, Kilonun Yaşam Kalitesine

Etkisi Anketi Kısa Sürüm ve araştırmacı tarafından hazırlanan Kilonun Damgalanma Hissi Üzerinde Etkisi Anket Formu kullanılmıştır.

3.7.1. Kişisel Bilgi Formu

Kişisel bilgi formu araştırmacı tarafından hazırlanmış olup kilo sorunu olan (EK 2) ve kilo sorunu olmayan (EK 3) gruplar için ayrı form olarak tasarlanmıştır. Her iki form da 18 sorudan oluşmaktadır. Formların giriş sayfasında çalışmanın hangi amaçla yapıldığı, kimler tarafından yapıldığı ve gizliliğın önemini anlatan bir yazı hazırlanmıştır. Formlarda boy ve kilo bilgilerine ek olarak yaş, eğitim düzeyi, medeni durum, ocuk sahibi olma durumu, meslek, çalışıp çalışmama durumu ve ekonomik düzeyi içeren sosyodemografik özellikler sorgulanmıştır. Bunlara ek olarak her iki gruba da şu anki kilolarını nasıl buldukları, kilo alımlarında etkili olduğunu düşündükleri faktörler, alkol ve sigara kullanımı, psikiyatrik hastalık öykülerinin olup olmadığı ve tedavi alma konuları, kronik hastalıklar, ailede obezite öyküsü, daha önceki kilo verme girişimleri ve günlük yaşamda ne kadar spor yaptıkları konuları sorulmuştur. Gruplar sadece bir sorunun sorulmasında farklılaşmışlardır. Kilo problemi olan gruba kiloyla ilgili bir sorunları olup olmadığı sorulmuş ve sorun belirtenlere bu sorunun ilk başladığı dönemin ne zaman olduğu ayrıca sorulmuştur. Diğer gruba ise hayatlarında hiç kilo problemi yaşadıkları bir dönem olup olmadığı sorulmuş ve problem yaşadığını belirtenlere hayatlarının hangi dönemlerinde sorun yaşadıklarını belirtmeleri istenmiştir.

3.7.2. Hollanda Yeme Alışkanlıkları Anketi (Dutch Eating Behaviour Questionnaire)

Hollanda Yeme Alışkanlıkları Anketi, Van Strien ve arkadaşları tarafından 1986 yılında geliştirilmiş bir ankettir. Toplamda 33 madde ve 3 alt boyuttan oluşan ölçekte; duygusal (öfkeli olduğunuzda yemek ister misiniz?), dışsal (bir şeyin kokusu ve görüntüsü güzelse normalde yediğinizden daha fazla yer misiniz?) ve kısıtlayıcı (kilo almamak için yemek istediğinizden daha az yer misiniz?) yeme davranışları değerlendirilmektedir. Ankette; hiçbir zaman (1), nadiren (2), bazen (3), sık (4), çok sık (5) şeklinde 5' li likert tipi cevaplama kullanılmaktadır (Ouwens ve diğer. 2003). Her bir alt ölçek için alınan puanlar arttıkça o yeme davranışının görölmesi de artmaktadır (Van Strien 1997). Ölçeğin geçerlik güvenilirliğine bakıldığında ise iç tutarlılık güvenilirlik katsayısı olan cronbach α değerleri duygusal yeme alt ölçeği için 0.95, dışsal yeme alt ölçeği için 0.81 ve kısıtlayıcı yeme alt ölçeği için ise 0.95 olarak bulunmuştur (Ouwens ve diğer. 2003).

Ölçeğin ülkemizdeki geçerlik güvenirlik çalışması ise Bozan (2009) tarafından yapılmıştır. Çalışma 508 üniversite öğrencisi üzerinde yürütülmüş ve orijinal çalışmada olduğu gibi 33 maddeden 3 alt ölçek meydana gelmiştir. Cronbach α değerleri ise ilk çalışmada duygusal yeme alt ölçeği için 0.97, dışsal yeme alt ölçeği için 0.90 ve kısıtlayıcı yeme alt ölçeği için 0.91 bulunmuştur. Test tekrar test güvenirliği yapıldığında ise değerler duygusal yeme alt ölçeği için 0.30, dışsal yeme alt ölçeği için 0.91 ve kısıtlayıcı yeme alt ölçeği için 0.93 olarak bulunmuştur. Yapılan geçerlik güvenirlik çalışması sonucunda ölçeğin ülkemizde kullanılabilmesi belirtilmiştir.

Ölçek orijinal formunda olduğu gibi 1-5 arasında puanlanmakta olup sadece 31. madde ters yönlü olarak puanlanmaktadır. Alt ölçeklerin maddeleri ise şöyledir; duygusal yeme alt ölçeği; 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, kısıtlayıcı yeme alt ölçeği; 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, dışsal yeme alt ölçeği; 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33 numaralı maddelerden oluşmaktadır (EK 4).

3.7.3. Travma Sonrası Stres Tanı Ölçeği (Posttraumatic Stress Diagnostic Scale)

Orijinal formu Foa ve arkadaşları tarafından 1997 yılında geliştirilen, 50 maddeden oluşan öz bildirim ölçeğidir (Işıklı 2006). Ölçek 4 bölümden oluşmaktadır. İlk bölüm kişinin yaşadığı travmatik olayın türünü belirlemeye yöneliktir. İkinci bölümü eğer kişi ilk bölümde birden çok travmatik olay işaretlediyse kendisini en çok etkilediğini düşündüğü olayın belirtilmesine yöneliktir. Bu bölümde travmatik olayın şiddetini belirlemeye yönelik evet- hayır şeklinde cevaplanan 6 sorudan oluşan “Olay Şiddeti Alt Ölçeği” bulunmaktadır. Kişinin evet cevaplarının fazla oluşu olayın şiddetinin de arttığını göstermektedir. Ölçeğin üçüncü bölümünde travma sonrası stres belirtilerini değerlendiren “Travma Sonrası Stres Belirtileri Alt Ölçeği” bulunmaktadır. Ölçeğin son bölümünde ise travmatik yaşantının kişinin günlük işlevselliğinde ne derece etkili olduğunu belirlemeye yönelik 9 soru yer almakta ve evet- hayır şeklinde cevaplanmaktadır. Ölçeğin ülkemizdeki geçerlik güvenirlik çalışması tez çalışması kapsamında bir ön çalışma olarak Işıklı ve Dürü (2006) tarafından yapılmıştır. Bu araştırmada kullanım amacına yönelik olarak “Olay Şiddeti Alt Ölçeği” kullanılmıştır. Bu alt ölçeğin iç tutarlık katsayısı Cronbach α 0.45 olarak bulunmuştur (EK 5).

3.7.4. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (Childhood Trauma Questionnaire)

Orijinal formu Bernstein ve arkadaşları tarafından yapılan ölçek, çocukluk döneminde yaşanan istismar ve ihmal yaşantılarını geriye dönük olarak değerlendirmeyi amaçlamaktadır. Üç maddesi travmanın minimize edilmesini ölçmeyi amaçlayan toplam 28 sorudan oluşmaktadır. Ölçekte çocukluk çağında yaşanan cinsel, fiziksel ve duygusal istismarlar ile fiziksel ve duygusal ihmal alt ölçekleri bulunmaktadır. Bu alt ölçeklerden hem ayrı alt puanlar elde edilmekte hem de toplam ölçek puanı elde edilmektedir (Bernstein ve diğ. 1994).

Ölçeğin Türkiye’deki geçerlik ve güvenilirlik çalışması ise Şar ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Çalışma çocukluk çağı travmalarıyla ilişkili olduğu bilinen dissosiyatif bozukluk hastaları, bu hastaların birinci derecede yakınları ve klinik dışı kontrol grubuyla yürütülmüştür. Ölçeğin iç güvenilirlik katsayısı Cronbach α 0.93 olarak bulunmuştur. Ölçekte alt puanlar 5-25 toplam puan ise 25-125 arasında değişmektedir. Madde 10, 16 ve 22 maddeler travmanın inkarını ölçen minimize edilmeyle ilgili maddelerdir ve toplam puanı etkilememektedir. Minimize edilme puanını hesaplamak için bu üç maddenin her birinden alınan yalnızca 5 (en yüksek) puanları cevaba katılır ve puanlamaya 1 puan olarak alınır. Bunların toplanması ile 0-3 arasında bir puan elde edilir. Puanlamada hiçbir zaman cevabı 1, nadiren cevabı 2, kimizaman cevabı 3, sık olarak cevabı 4, çok sık cevabı ise 5 puan almaktadır. Ölçekte yer alan olumlu ifadelerden madde 2, 5, 7, 13, 19, 26, 28 ters çevrilerek puanlamaya katılır. Alt ölçeklerin puanları cinsel istismar için 20, 21, 23, 24, 27; fiziksel istismar için 9, 11, 12, 15, 17; duygusal istismar için 3, 8, 14, 18, 25; fiziksel ihmal için 1, 2, 4, 6, 26 ve duygusal ihmal için 5, 7, 13, 19, 28 numaralı maddelerin toplanmasıyla elde edilmektedir (Şar ve diğ. 2012) (EK 6).

3.7.5. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (Ways of Coping Questionnaire)

Folkman ve Lazarus tarafından geliştirilen ölçeğin ülkemizdeki geçerlik ve güvenilirlik çalışması Hisli- Şahin ve Durak tarafından yapılmıştır. Ölçeğin iyimser yaklaşım, kendine güvenli yaklaşım, çaresiz yaklaşım, boyun eğici yaklaşım ve sosyal desteğe başvurma olmak üzere beş alt ölçeği bulunmaktadır. Ölçeğin iç tutarlık güvenilirlik katsayısı Cronbach α 0.68 olarak bulunmuştur. Ölçek 30 sorudan oluşmaktadır. Soruların puanlaması 0-3 arasında değişmektedir. Ölçekteki ifadelerle verilen hiç uygun değil cevabı 0, uygun değil cevabı 1, uygun cevabı 2, tamamen uygun cevabı 3 puan almaktadır. Maddelerden 1. ve 9.

Maddeler tersi yönde puanlanmaktadır. Ölçeklere ait maddeler ise şu şekildedir; iyimser yaklaşım 2, 4, 6, 12, 18; kendine güvenli yaklaşım 8, 10, 14, 16, 20, 23, 26; çaresiz yaklaşım 3, 7, 11, 19, 22, 25, 27, 28; boyun eğici yaklaşım 5, 13, 15, 17, 21, 24; sosyal desteğe başvurma 1, 9, 29, 30. Kendine güvenli yaklaşım, sosyal desteğe başvurma ve iyimser yaklaşım alt ölçeklerinden alınan puanlar arttıkça kişilerin stresle başa çıkmada daha etkili yöntemler kullandıkları, boyun eğici ve çaresiz yaklaşım alt ölçeklerinden alınan puanlar arttıkça stresle başa çıkmada etkisiz yöntemlerin kullanıldığı anlaşılmaktadır (EK 7) (Hisli- Şahin ve Durak 1995).

3.7.6. Kilonun Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi Anketi Kısa Sürüm (Impact of Weight on Quality of Life- Lite Questionnaire)

Şişmanlığa özgü ilk yaşam kalitesini değerlendirme ölçeği olan Kilonun Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi Anketi Kolotkin tarafından geliştirilmiştir; ancak 2001 yılında kullanım kolaylığı açısından kısa formu oluşturulmuştur. Ölçek bedensel işlevler, özgüven, toplum baskısı, cinsel yaşam ve iş olmak üzere beş bölüm 31 maddeden oluşmaktadır. Her madde 1' den 5' e kadar likert tipi olarak puanlanır. Maddelere verilen hiçbir zaman doğru değil cevabı 1 puan, nadiren doğru cevabı 2 puan, bazen doğru cevabı 3 puan, genellikle doğru cevabı 4 puan ve her zaman doğru cevabı 5 puan almaktadır. Ölçeğin puanlanması için her bir alt bölümde doldurulması gereken minimum madde sayıları vardır. Bu sayılar bedensel işlevler için 11 maddeden en az 6, özgüven için 7 maddeden en az 4, toplum baskısı için 5 maddeden en az 3, cinsel yaşam için 4 maddeden en az 2, iş için 4 maddeden en az 2' dir. Ölçeğe özgü geliştirilen bir puanlama kullanılır ve ölçekten alınabilecek toplampuan 0 ile 100 arasında değişmektedir. Alınan puanların düşüklüğü yaşam kalitesinin azaldığını, yüksekliği ise arttığını göstermektedir (Kolotkin ve diğ. 2001).

Ölçeğin Türkiye' deki geçerlik ve güvenilirlik çalışması ise Çömlekçi tarafından yapılmıştır. Toplam 409 kişi çalışmaya dahil edilmiştir. Ölçeğin iç tutarlık güvenilirlik katsayısı Cronbach α değeri 0.96 olarak bulunmuştur. Ölçeğin Türkçe versiyonunda da 5 alt bölüm oluşmuş; ancak iş alt bölümünde 2 maddenin herhangi bir yere bağlanmadığı gösterilmiştir. Bu nedenle Türkçe versiyonu 5 alt ölçek 29 maddeden oluşmaktadır. BKİ değerleri arttıkça alt ölçekler ve toplam ölçekten alınan puanın azaldığı, BKİ değerleri azaldıkça alt ölçekler ve toplam ölçek puanının arttığı gösterilmiştir (EK 8) (Çömlekçi 2011).

3.7.7. Kilonun Damgalanma Hissi Üzerinde Etkisi Anket Formu

Kilonun kişilerin algıladığı damgalanma/ stigma hissi üzerindeki etkisini araştırmak amacıyla araştırmacı tarafından geliştirilmiş bir ölçektir (EK 9). Kişilerin günlük yaşam, sosyal aktiviteler, sağlık kuruluşları gibi yerlerde kiloları nedeniyle ne kadar damgalanma hissi yaşadıklarını ölçmeye yarayan toplam 13 soru bulunmaktadır. Ölçek 5' li likert tipi puanlamaya sahiptir. Ölçekteki ifadeler verilecek cevaplardan beni hiç rahatsız etmiyor cevabı 1 puan, beni nadiren rahatsız ediyor cevabı 2 puan, beni bazen rahatsız ediyor cevabı 3 puan, beni genellikle rahatsız ediyor cevabı 4 puan, beni her zaman rahatsız ediyor cevabı 5 puan almaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 13, en yüksek puan ise 65' tir. Ölçekten alınan puanlar arttıkça damgalanma hissini arttırdığı, alınan puanlar azaldıkça damgalanma hissini azaldığı anlaşılmaktadır.

3.8. Etik Kurul Onayının Yeri ve Numarası

Etik kurul onayının yeri: Kocaeli Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Etik kurul onayının numarası: KOÜ KAEK 2015/ 210 (EK 10)

3.9. Veri Çözümlemesi, Kullanılan İstatistiksel Testler ve Hesaplamalar

Veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 16.0 for Windows programı kullanılarak analiz edilmiştir.

Demografik bilgilerin değerlendirilmesinde ortalama, yüzde ve yaygınlık değerleri kullanılmıştır. Tek Değişken ve İki Değişken İçin Ki Kare Analizleri ile verilen cevapların anlamlılığı test edilmiştir.

İki bağımsız grubun ortalamaları karşılaştırılırken eğer veriler normal dağılım ölçütlerini karşılıyor iseler Bağımsız Değişkenler T Testi, karşılamıyor iseler Mann-Whitney U testi kullanılmıştır.

Sürekli değişkenlerin ilişki analizlerinde Pearson Korelasyon testi kullanılmıştır.

İkiden fazla değişkenlerin analizi için ANOVA ve Kruskal Wallis analizleri kullanılmıştır. Değişkenler arasındaki ilişkilerin ileri analizleri için Basit Regresyon Analizlerinden faydalanılmıştır.

3.10. Uygulama

Çalışmanın toplum sağlığı merkezleri obezite kliniklerine başvuran kadınlarla yürütülebilmesi için Kocaeli Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden izin alınmış, daha sonra bu merkezlerde çalışan diyetisyen ve psikologlarla görüşülmüştür. Bu görevlilere çalışmanın kapsamı, amacı, ölçeklerle ilgili yönergelerin nasıl verileceği konularında bilgilendirme yapılmıştır. Gelen kadın hastalara çalışmanın amacı, izinleri, istemedikleri takdirde çalışmayı bırakabilecekleri konularında bilgilendirme yapılmıştır (EK 11). Kişisel bilgi formlarının ilk sayfasında da ayrıntılı bilgi verilmiştir. Kadınların formları kendilerinin doldurmaları istenmiş; okuma yazma bilmeyenler ve yanında yakın gözlüğü olmayanlar gibi gruplarda bir personel yardımcı olmuştur. Uygulamada bir kişinin formların tamamını doldurması yaklaşık olarak 30-40 dakika sürmüştür. Yine ulaşılabilir örneklem yoluyla da çalışmaya dâhil edilen kadın katılımcılara çalışmada gizliliğin önemi ve katılımın tamamen gönüllülük esasına dayandığı belirtilmiş ve ölçekler başlarındaki yönergeler anlatılarak kişilere verilmiştir. Ölçeklerdeki olası aktarma etkisini kontrol edebilmek için ölçeklerin sırası değiştirilerek verilmiştir.

Toplum sağlığı merkezlerine obezite birimi dışındaki hizmetler için başvuran normal kilolu kadınlar ise kontrol grubunu oluşturmuştur. Bu kişiler de formları kendileri doldurmuştur.

4. BULGULAR

Bu bölümde örneklemeden elde edilen veriler bulunmaktadır. Toplamda 150 kişiye ulaşılmıştır.

4.1. Katılımcıların Kişisel Bilgilerine Ait Bulgular

Çizelge 4.1. BKI' nin yaş değişkeni ile ilişkisi

	Yaş
BKI	0.476**

** P<0.01

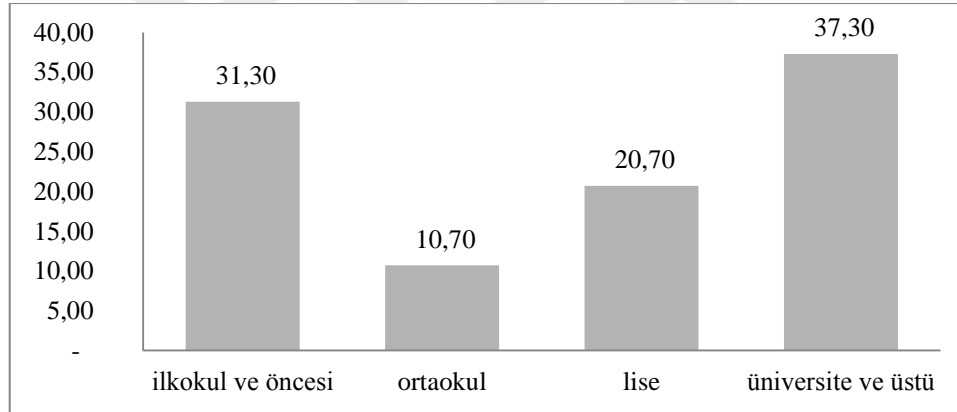
BKI ile yaş arasındaki ilişki Çizelge 4.1' de gösterilmiştir. Buna göre BKI ile yaş arasında pozitif yönlü doğrusal bir ilişki bulunmaktadır. BKI arttıkça yaş ($r=0.476$ $p<0.01$) anlamlı olarak artmaktadır. BKI ile yaş değişkeni orta düzeyde güçlü bir ilişki göstermektedir.

4.1.1. Eğitim Düzeyine İlişkin Analiz Sonuçları

Katılımcıların eğitim düzeyi dağılımlarını incelemek amacıyla İki Değişken İçin Ki Kare Analizi yapılmıştır. Sonuçlara göre ilkokul ve daha az eğitim düzeyi %54 oranıyla en fazla obezite hastası olan grupta görülürken, üniversite ve üstü eğitim düzeyi en yüksek %72 oranıyla normal kilolu katılımcıların olduğu grupta görülmektedir. Eğitim düzeyi dağılımına ilişkin bu farklılık istatistiksel açıdan anlamlıdır ($\chi^2(6)= 49.33$ $p<0.05$). Eğitim düzeyine ilişkin sonuçlar Çizelge 4.2 ve Çizim 4.1'de gösterilmiştir.

Çizelge 4.2. BKI' ya göre eğitim düzeyi dağılımı

Grup	Eğitim Düzeyi								χ^2	P
	İlkokul ve öncesi		Ortaokul		Lise		Üniversite ve üstü			
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		
BKI<24.99 (Normal Kilolu)	3	6	2	4	9	18	36	72		
BKI 25-29.99 (Fazla kilolu)	17	34	8	16	10	20	15	30	49.33	0.000
BKI 30-39.99 (Aşırı Kilolu)	27	54	6	12	12	24	5	10		
Toplam	47	31.3	16	10.7	31	20.7	56	37.3		



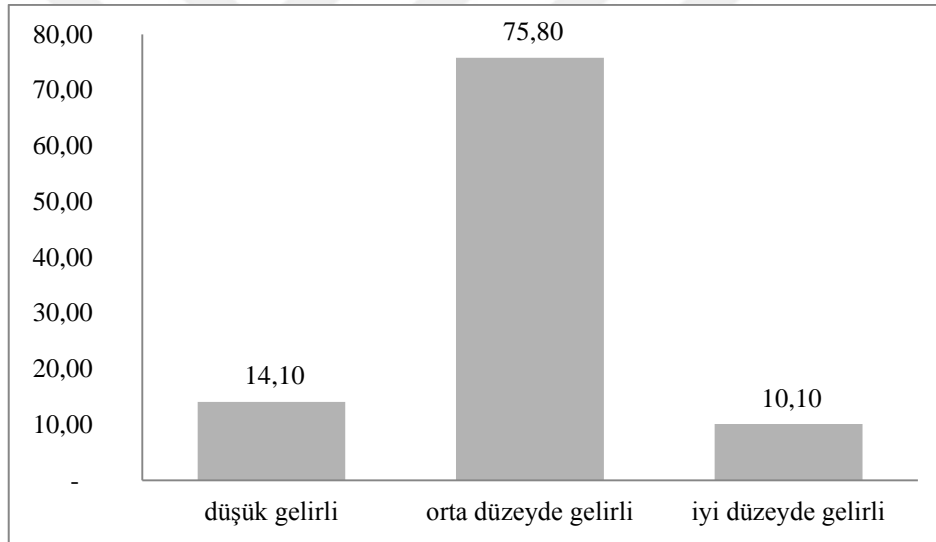
Çizim 4.1. Katılımcıların eğitim düzeyi yüzdeler dağılımı

4.1.2. Ekonomik Duruma İlişkin Analiz Sonuçları

Kişilerin ekonomik durumlarını nasıl algıladıklarına ilişkin sorulan soruya verilen cevaplar analiz edildiğinde grubun büyük bir çoğunluğu (%75.8) orta düzeyde gelire sahip olduklarını belirtmişlerdir. Gruplara göre incelendiğinde ise iyi düzeyde gelire sahip olduğunu belirtenlerin büyük oranı %14 ile normal kilolu katılımcıların olduğu grupta yer alırken, kendisini düşük gelirli olarak belirtenlerin büyük çoğunluğunu ise %28 ile obez grupta yer alan katılımcılar oluşturmaktadır. Gruplar arasında gözlenen bu farklılıklar istatistiksel açıdan anlamlıdır ($\chi^2(4)=14.78$ $p<0.05$). Ekonomik duruma ilişkin veriler Çizelge 4.3 ve Çizim 4.2' de gösterilmiştir.

Çizelge 4.3. BKI' ya göre gelir düzeyi dağılımı

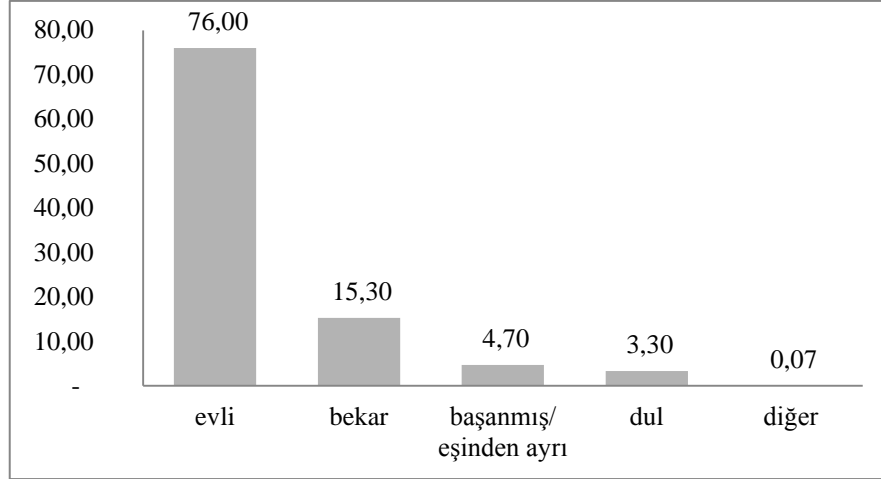
Grup	Gelir Düzeyi Dağılımı						χ^2	P
	Düşük Gelirli		Orta Düzeyde Gelire Sahip		İyi Düzeyde Gelire Sahip			
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		
BKI<24.99 (Normal Kilolu)	1	2	42	84	7	14		
BKI 25-29.99 (Fazla kilolu)	6	12.2	39	79.6	4	8.2	14.78	0.005
BKI 30-39.99 (Aşırı Kilolu)	14	28	32	64	4	8		
Toplam	21	14.1	113	75.8	15	10.1		



Çizim 4.2. Katılımcıların gelir düzeyi yüzdeler dağılımı

4.1.4. Medeni Duruma İlişkin Analiz Sonuçları

Katılımcıların medeni durumlarını incelemek amacıyla Tek Örneklem Ki Kare Testi yapılmıştır. Sonuçlara göre örnekleme yer alan 114 kişi (%76) evli olduğunu, 23 kişi (%15.3) bekar olduğunu, 7 kişi (%4.7) boşanmış ya da eşinden ayrı olduğunu, 5 kişi (%3.3) dul olduğunu belirtmiştir. Bir kişi (%0.7) ise diğer cevabını vermiştir (Çizim 4.3). Buna göre örneklemin büyük bir çoğunluğunun evli olduğunu söylemek mümkündür ($\chi^2(4)=303.33$ $p<0.05$).



Çizim 4.3. Katılımcıların medeni durum yüzdelik dağılımı

Gruplara göre medeni durumun farklılaşıp farklılaşmadığını anlamak amacıyla İki Değişken İçin Ki Kare Testi yapılmıştır. Sonuçlara göre gruplar arasında medeni durum açısından herhangi bir farklılaşma bulunamamıştır ($\chi^2(2)=4.17$ $p>0.05$). Medeni duruma ilişkin veriler Çizelge 4.4’ te gösterilmiştir.

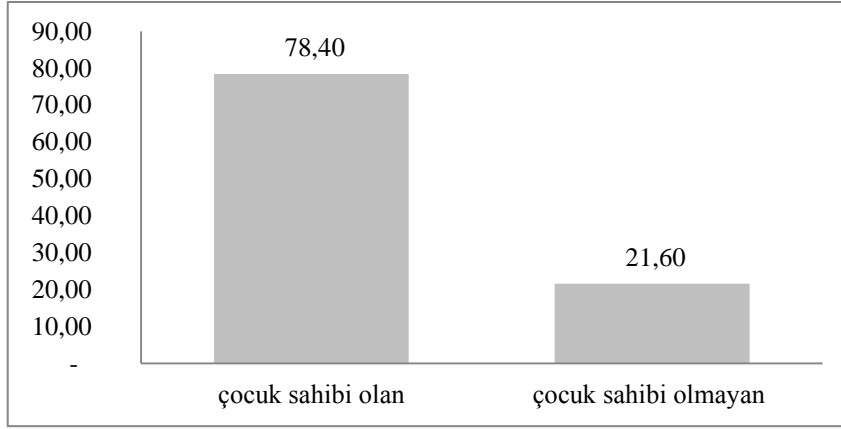
Çizelge 4.4. BKİ’ ya göre medeni durum dağılımı

Grup	Medeni Durum Dağılımı				χ^2	P
	Evli		Evli olmayan			
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		
BKI<24.99 (Normal Kilolu)	35	70	15	30		
BKI 25-29.99 (Fazla kilolu)	43	86	7	14	4.167	0.125
BKI 30-39.99 (Aşırı Kilolu)	36	72	14	28		
Toplam	114	76	36	24		

4.1.2. Çocuk Sahibi Olma Durumlarına İlişkin Analiz Sonuçları

Katılımcıların çocuk sahibi olma durumlarını incelemek amacıyla Tek Örneklem Ki Kare Testi yapılmıştır. Buna göre gruptaki 116 kişi (%78.4) çocuk sahibi iken, 32 kişi (%21.6) çocuk sahibi olmadığını belirtmiştir. Çocuk sahibi olma durumu hakkında gözlenen bu

farklılık anlamlı bulunmuştur ($\chi^2(1)= 47.67$ $p<0.05$). Katılımcıların çocuk sahibi olma durumu Çizim 4.4’te gösterilmiştir.



Çizim 4.4. Katılımcıların çocuk sahibi olma durumu yüzdelik dağılımı

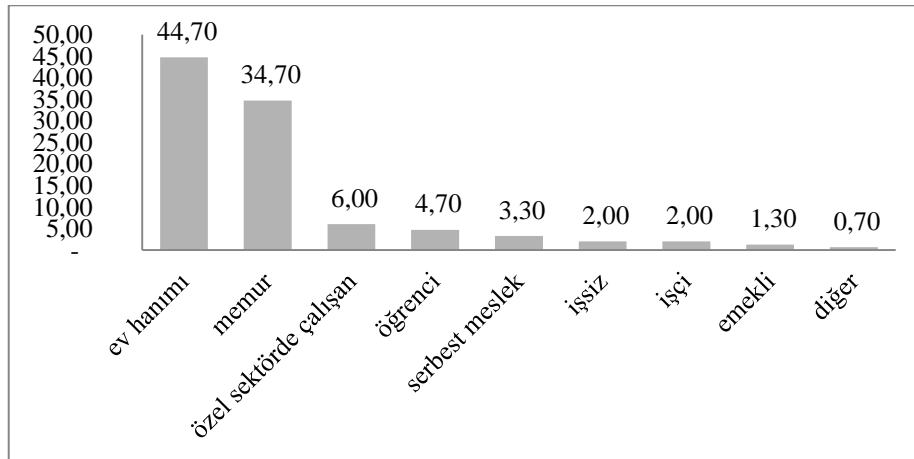
Katılımcıların çocuk sahibi olma durumlarının BKİ gruplarına göre farklılaşıp farklılaşmadıklarını anlamak amacıyla İki Değişken İçin Ki Kare Testi uygulanmıştır. Sonuçlara göre, en çok bir çocuk sahibi olan katılımcı grubu %38.7 oranıyla BKİ değeri en düşük olan normal kilolu kadınların oluşturduğu gruptur. En çok iki çocuk sahibi olma ise %68.3 oranıyla ikinci grubu oluşturan fazla kilolu kadınların oluşturduğu grupta görülmektedir. Üç ve üzerinde çocuk sahibi olma oranı ise en yüksek olarak %40.5 oranıyla aşırı kilolu grupta görülmektedir. Bu sonuçlar ise istatistiksel açıdan anlamlıdır ($\chi^2(4)=17.54$ $p<0.01$). Sahip olunan çocuk sayısı ile BKİ arasında ise pozitif yönlü bir ilişki mevcuttur. Çocuk sayısı arttıkça BKİ artmaktadır ($r=0.32$ $p<0.05$). Yapılan regresyon analizi sonucuna göre ise çocuk sayısı BKİ’yi yordamakta ve BKİ varyansının %10’unu açıklamaktadır ($R^2=0.104$ $p<0.05$). Katılımcıların gruplara göre sahip oldukları çocuk sayılarının durumu Çizelge 4.5’te gösterilmiştir.

Çizelge 4.5. BKİ' ya göre sahip olunan çocuk sayısı

Grup	Çocuk Sayısı						χ^2	P
	Bir		İki		Üç ve üstü			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
BKİ<24.99 (Normal Kilolu)	12	38.7	15	48.4	4	12.9		
BKİ 25-29.99 (Fazla kilolu)	3	7.3	28	68.3	10	24.4	17.54	0.002
BKİ 30-39.99 (Aşırı Kilolu)	6	14.3	19	45.2	17	40.5		
Toplam	21	18.4	62	54.4	31	27.2		

4.1.2. Meslek Dağılımına İlişkin Analiz Sonuçları

Katılımcıların meslek dağılımlarına ilişkin yapılan Tek Örneklem Ki Kare Testi analizi sonuçları ise şöyledir; katılımcılardan 67 kişi (%44.7) ev hanımı iken 52 kişi (%34.7) memurdur. Örneklemdeki 9 kişi (%6) ise özel sektörde ücret karşılığında bir işte çalışanlardan oluşmaktadır. Öğrenci grubunda ise 7 kişi (%4.7) bulunmaktadır. Katılımcılardan 5 kişi (%3.3) serbest meslek, 3 kişi işsiz (%2), 3 kişi işçi (%2), 2 kişi emekli (%1.3) ve 1 kişi(%0.7) diğer meslek gruplarındandır. Meslek grupları arasındaki bu dağılım istatistiksel açıdan anlamlıdır ($\chi^2(8)=2.96$ $p<0.05$). Katılımcıların meslek dağılımına ilişkin bilgiler Çizim 4.5' te gösterilmiştir.



Çizim 4.5. Katılımcıların mesleki durumu yüzdeleri dağılımı

Gruplara göre meslek dağılımının farklılaşıp farklılaşmadığını anlamak amacıyla İki Değişken İçin Ki Kare Testi yapılmıştır. Sonuçlara göre ev hanımı ve emekli olan grup %50.7 oranıyla en çok obez grupta yer alırken, en az %11.6 ile normal kilolu grupta bulunmaktadır. Memurların ise en çok görüldüğü grup %59.6 ile normal kilolu katılımcıların bulunduğu gruptur. Memurların en az görüldüğü grup ise %13.5 ile obez gruptur. İşçi, özel sektörde ücretli çalışan, serbest meslek gibi diğer mesleklerin ise en çok görülme oranı %39.3 ile normal kilolu katılımcıların olduğu gruptadır. Yine en az görülme oranı ise %28.6 ile obez gruptadır. Buna göre ev hanımı ve emekli olmanın en çok ağır kilo sorunu yaşayan obez katılımcıların olduğu grupta, memur ya da diğer meslek mensubu olmanın da en çok kilo problemi olmayan normal kilolu katılımcıların grubunda olduğu görülmektedir. Meslek dağılımına ilişkin gözlenen bu farkın anlamlı olduğu bulunmuştur ($\chi^2(4)=34.29$ p<0.05). Meslek dağılımına ilişkin bilgiler Çizelge 4.6’ da gösterilmiştir.

Çizelge 4.6. BKİ’ ya göre meslek dağılımı

Gruplar	Meslek Dağılımı						χ^2	P
	Ev hanımı ve emekli		Memur		Diğer (serbest meslek, işçi, öğrenci vb)			
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		
BKI<24.99 (Normal Kilolu)	8	11.6	31	59.6	11	39.3		
BKI 25-29.99 (Fazla kilolu)	26	37.7	14	26.9	9	32.1	34.29	0.000
BKI 30-39.99 (Aşırı Kilolu)	35	50.7	7	32.1	8	28.6		
Toplam	69	46.3	52	34.9	28	18.8		

4.1.3. Çalışma Durumuna İlişkin Analiz Sonuçları

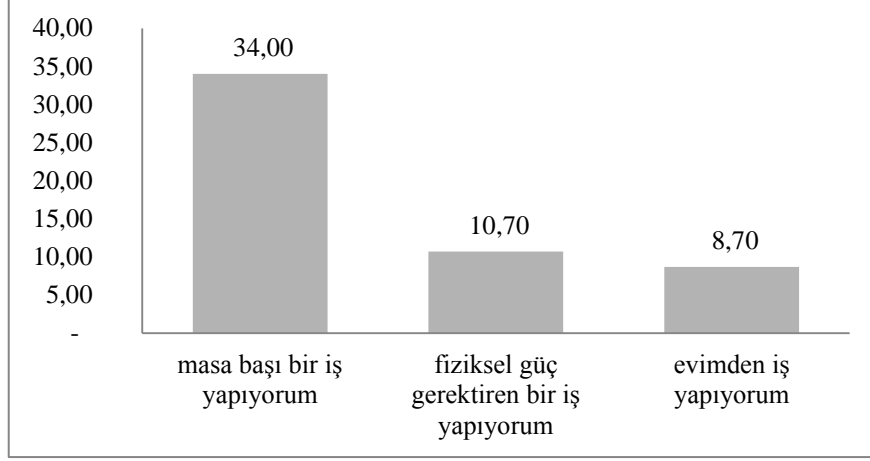
Katılımcılara yöneltilen aktif olarak çalışıp çalışmadıklarına verdikleri cevaplar incelendiğinde katılımcılardan 73 kişi (%48.7) aktif olarak çalıştığını, 75 kişi ise (%50) çalışmadıklarını belirtmişlerdir. Katılımcıların verdikleri cevaplara ilişkin yapılan Tek Örneklem Ki Kare Testi sonuçlarına göre aktif olarak çalışan ve çalışmayan kişi sayısı arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($\chi^2(1)=0.02$ p>0.05).

Aktif çalışıp çalışmama durumu gruplara göre incelendiğinde çalıştığını belirten katılımcıların en çok %46.6 ile normal kilolu grupta, en az %21.9 ile obez grupta yer aldıkları görülmüştür. Çalışmadığını belirten kişilerin çoğunluğu ise %44 oranı ile obez grupta yer aldığı, en az ise %21.3 ile normal kilolu grupta bulunduğu gözlenmiştir. Buna göre aktif olarak bir işte çalışma en çok normal kilolu, en az aşırı kilolu katılımcıların olduğu grupta görülmektedir. Gruplar arasındaki bu farklılıklar istatistiksel açıdan da anlamlıdır ($\chi^2(2)=12.54$ $p<0.01$). Katılımcıların aktif çalışma durumlarına ilişkin bilgiler Çizelge 4.7’ de gösterilmiştir.

Çizelge 4.7. BKİ’ ya göre aktif çalışma durumu

Gruplar	Aktif Çalışma				χ^2	P
	Evet Çalışıyorum Sayı	Yüzde	Hayır Çalışmıyorum Sayı	Yüzde		
BKI<24.99 (Normal Kilolu)	34	46.6	16	21.3		
BKI 25-29.99 (Fazla kilolu)	23	31.5	26	34.7	12.54	0.002
BKI 30-39.99 (Aşırı Kilolu)	16	21.9	33	44		
Toplam	73	49.3	75	50.7		

Aktif olarak çalışmada yapılan iş türleri arasındaki farklılıkları analiz etmek amacıyla Tek Örneklem Ki Kare Testi yapılmıştır. Sonuçlara göre aktif olarak çalıştığını belirten katılımcıların %34’ ü masa başı bir iş yaptıklarını, %10.7’ si fiziksel güç gerektiren bir iş yaptıklarını, %8.7’ si evlerinden bir iş yaptıklarını belirtmişlerdir. Yapılan iş türleri arasındaki gözlenen bu farklar istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($\chi^2(2)=33.47$ $p<0.05$). Katılımcıların yaptıkları iş türüne ait dağılıma ilişkin bilgiler Çizim 4.6’ da gösterilmiştir.



Çizim 4.6. Katılımcıların yaptıkları iş türünün yüzdeleri dağılımı

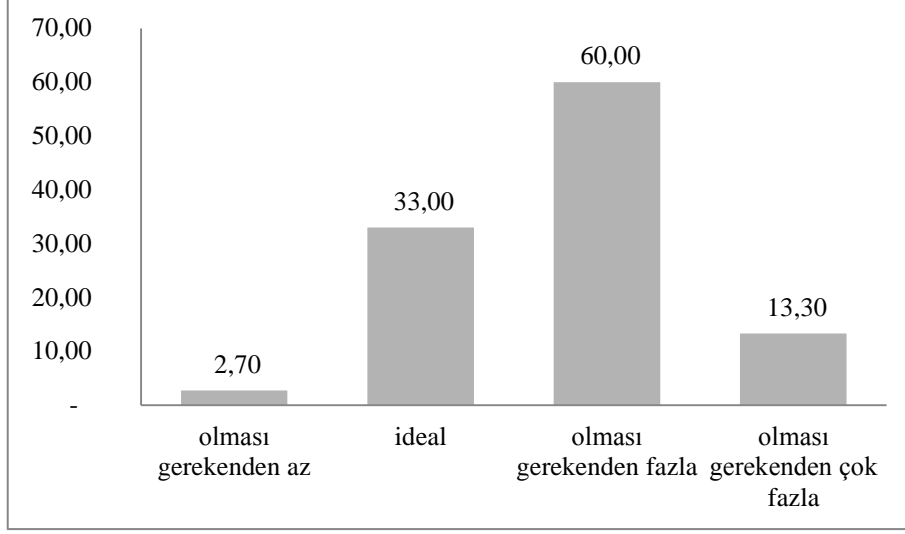
Gruplara göre yapılan iş türünün farklılaşıp farklılaşmadığını anlamak amacıyla İki Değişken İçin Ki Kare Testi yapılmıştır. Sonuçlar, gruplara göre yapılan iş türünün anlamlı olarak değiştiğini göstermiştir. Masa başı iş yaptığını belirten grubun %62.7' sini normal kilolu katılımcılar oluştururken, fiziksel güç gerektiren bir iş yaptığını belirtenlerin %43.8' ini fazla kilolu ve obez grubu oluşturan katılımcılar oluşturmuştur. Evinden iş yaptığını belirten katılımcıların ise büyük oranı %76.9 ile obez grupta yer almaktadır. Buna göre masa başı iş yapma oranı normal kilolu kadınlarda daha çok görülürken, evinden iş yapma oranı büyük oranda obez kadınların olduğu grupta görülmektedir. Gruplar arasında gözlenen farklılıklar anlamlıdır ($\chi^2(4)=32.62$ $p<0.01$). Gruplara göre yapılan iş türü dağılımına ait bilgiler Çizelge 4.8' de gösterilmiştir.

Çizelge 4.8. BKI' ya göre yapılan iş türü dağılımı

Gruplar	Yapılan İş Türü						χ^2	p
	Masa başı bir iş yapıyorum		Fiziksel güç gerektiren bir iş yapıyorum		Evimden iş yapıyorum			
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		
BKI<24.99 (Normal Kilolu)	32	62.7	2	12.5	1	7.7		
BKI 25-29.99 (Fazla kilolu)	14	27.5	7	43.8	2	15.4	32.62	0.000
BKI 30-39.99 (Aşırı Kilolu)	5	9.8	7	43.8	10	76.9		
Toplam	51	63.8	16	20	13	16.2		

4.1.4. Var Olan Kilonun Nasıl Değerlendirildiğine İlişkin Analiz Sonuçları

Katılımcıların şu anki kilolarını nasıl tanımladıklarına ait sonuçlar incelendiğinde, katılımcılardan 4 kişi (%2.70) kilolarını olması gerekenden az, 33 kişi (%33) ideal, 90 kişi (%60) olması gerekenden fazla, 20 kişi ise (%13.30) olması gerekenden çok fazla olarak tanımlamışlardır. Buna göre katılımcıların büyük bir çoğunluğu kilosunu olması gerekenden fazla olarak düşünmektedir. Az bir katılımcı grubu da kilolarını olması gerekenden az olarak belirtmişlerdir. Gruplar arasında gözlenen bu fark anlamlıdır ($\chi^2(3)=114.36$ p<0.05). Katılımcıların şu anki kilolarını nasıl bulduklarına ilişkin dağılım Çizim 4.7' de gösterilmiştir.



Çizim 4.7. Katılımcıların şu anki kilolarının tanımlanmasına ilişkin yüzdeleri dağılım

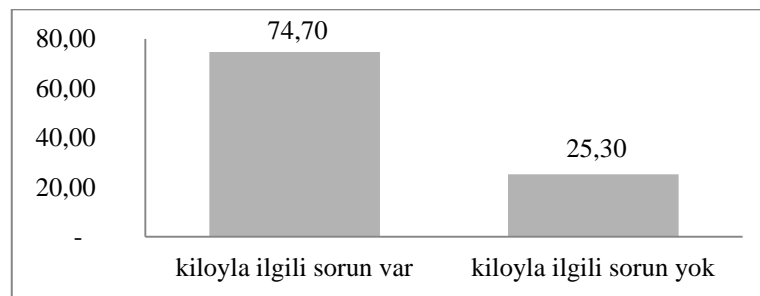
Gruplara göre şu anki kilonun nasıl tanımlandığına ilişkin farklılaşma olup olmadığını anlamak amacıyla İki Değişken İçin Ki Kare Testi yapılmıştır. Sonuçlara göre, şu anki kilosunu olması gerekenden az ve ideal olarak tanımlayan grubun büyük çoğunluğunu %75.7 oranıyla normal kilolu katılımcıların olduğu grup oluşturmaktadır. Şu anki kilosunu olması gerekenden fazla olarak değerlendirenlerin ise büyük çoğunluğunu %43.3 oranıyla fazla kilolu gruptaki katılımcılar oluşturmaktadır. Kilosunu olması gerekenden çok fazla olarak değerlendirenlerin ise çoğunluğunu %70 oranıyla obez gruptaki katılımcılar oluşturmaktadır. Buna göre şu anki kilosunu olması gerekenden çok fazla olarak değerlendirenlerin büyük çoğunluğu obez katılımcıların olduğu grupta, kilosunu ideal olarak değerlendirenlerin büyük çoğunluğu ise normal kilolu katılımcıların olduğu grupta olduğu anlaşılmaktadır. Bulunan bu sonuçlar istatistiksel açıdan anlamlıdır ($\chi^2(4)=48.29$ $p<0.05$). Gruplara göre şu anki kilonun nasıl değerlendirildiğine ilişkin bilgiler Çizelge 4.9’ da gösterilmiştir.

Çizelge 4.9. BKI' ya göre şu anki kilonun tanımlanması

Şu Anki Kilonun Tanımlanması							χ^2	P
Grup	İdeal ve olması gerekenden az		Olmaması gerekenden fazla		Olmaması gerekenden çok fazla			
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		
BKI<24.99 (Normal Kilolu)	28	75.7	21	23.3	1	5		
BKI 25-29.99 (Fazla kilolu)	5	13.5	39	43.3	5	25	48.29	0.000
BKI 30-39.99 (Aşırı Kilolu)	4	10.8	30	33.3	14	70		
Toplam	37	25.2	90	61.2	20	13.6		

4.1.4. Kiloyla İlgili Sorunlara Dair Analiz Sonuçları

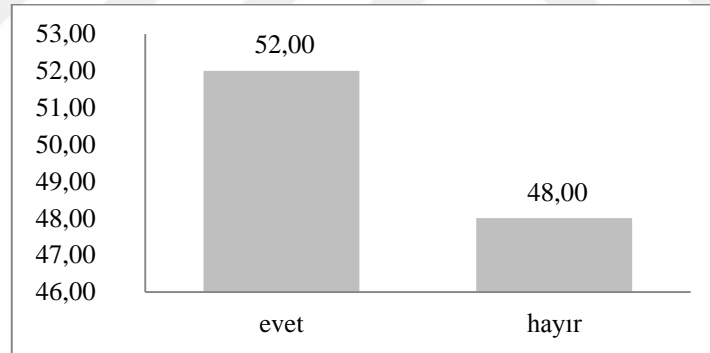
Katılımcıların kiloyla ilgili sorunları olup olmadığına dair sorulan soruya verdikleri cevaplar Tek Örneklem için Ki Kare Testi kullanılarak analiz edilmiştir. Sonuçlara göre kilosuyla ilgili sorunu olduğunu belirten katılımcı sayısı 112 (%74.7) iken, sorunu olmadığını belirten katılımcı sayısı ise 38 (%25.3)' dir. Buna göre katılımcıların büyük bir oranı kilolarıyla ilgili bir sorunu olduğunu düşünmektedir. Gözlenen bu fark istatistiksel açıdan anlamlıdır ($\chi^2(1)=36.51$ $p<0.05$). Katılımcıların kiloyla ilgili sorun durumlarına ait bilgiler Çizim 4.8' de gösterilmiştir.



Çizim 4.8. Kiloyla ilgili sorun olmasına dair yüzdeleri dağılım

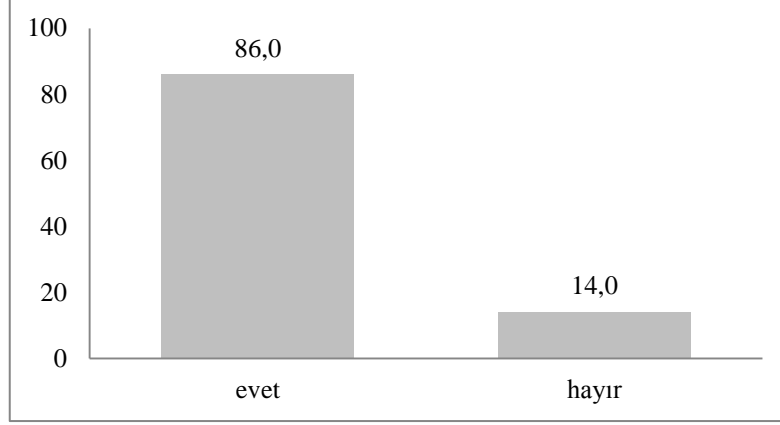
Katılımcıların kilolarıyla ilgili sorunları olup olmadığını anlamak amacıyla sorulan sorular normal kilolu kadınlar için ayrı, fazla kilolu ve obezite grubunda olanlar için ayrı şekilde tasarlanıp sorulmuştur.

Buna göre normal kilolu katılımcılara hayatınızda hiç kilo problemi yaşadığınızı düşündüğünüz dönem oldu mu sorusuna verilen yanıtlar analiz edildiğinde evet diyen kişi sayısı 26 (%52), hayır diyen kişi sayısı ise 24' (%48) tür. Grup içerisinde verilen bu cevapların dağılımında anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($\chi^2(1)=0.08$ $p>0.05$) (Çizim 4.9). Evet, cevabı veren katılımcıların ise kilo problemi yaşadığı dönemlerin dağılımı şu şekildedir; çocukluğunda bu problemi yaşadığını belirten katılımcı sayısı 2, ergenliğinde yaşayanların sayısı 8, doğum yaptığı dönemde yaşayanların sayısı 11, yetişkin hayatında yaşadığını belirtenlerin sayısı 13' tür. Menapoz ve hastalık kaynaklı kilo problemi yaşadığını belirten kişi sayısı 0' dır. Bu dönemlerden sadece çocukluk dönemindeki farklılık anlamlı bulunmuştur. Çocukluğunda kilo problemi yaşamadığını belirten kişi sayısı (21), yaşadığını belirten kişi sayısından (2) anlamlı olarak daha fazladır ($\chi^2(1)=15.69$ $p<0.05$).



Çizim 4.9. Normal kilolu grubun kiloyla ilgili sorun olmasına dair yüzdeleri dağılımı

Fazla kilolu ve obez katılımcılara ise kiloyla ilgili bir sorunuz olduğunuzu düşünüyor musunuz, sorusu sorulmuş ve alınan cevaplar incelendiğinde, evet diyen kişi sayısı 86 (%86), hayır diyen kişi sayısı ise 14 (%14) olup, kilolarıyla ilgili sorun olduğunu düşünen kişi sayısı olmadığını düşünen kişi sayısından anlamlı olarak daha fazladır ($\chi^2(1)=51.84$ $p<0.05$). Fazla kilolu ve obez grubun kiloyla ilgili sorun dağılımına ait bilgiler Çizim 4.10' da gösterilmiştir.



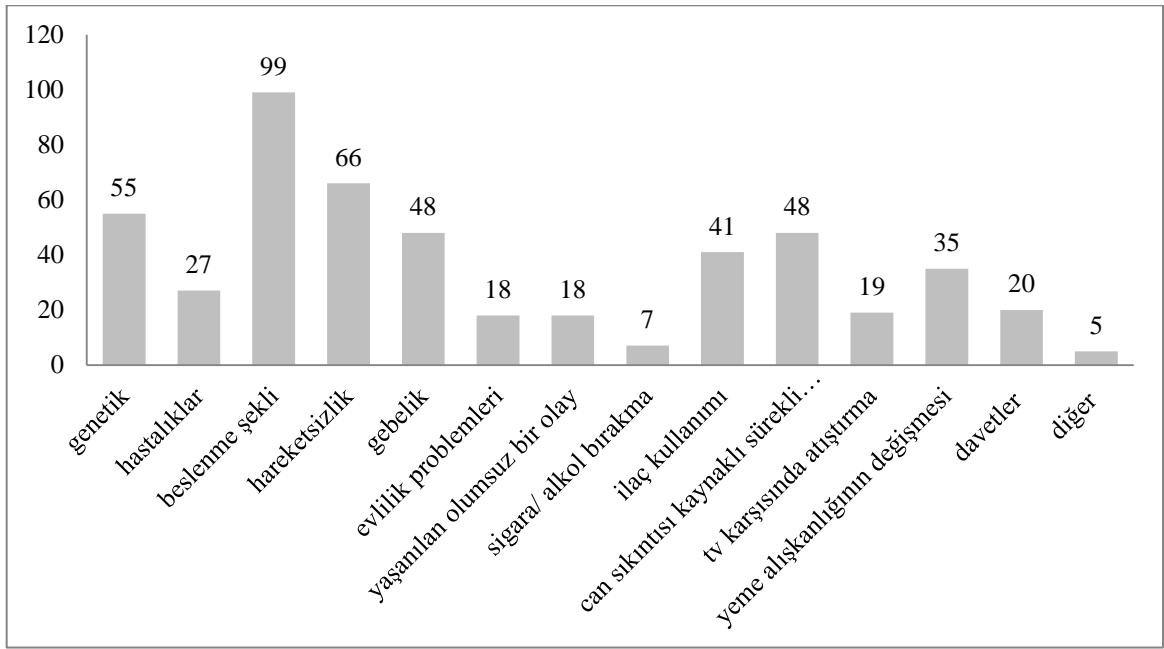
Çizim 4.10. Fazla kilolu ve obez grubun kiloyla ilgili sorun olmasına dair yüzdelerik dağılımı

Gruplara göre kiloyla ilgili sorun olup olmadığını düşünme dağılımının farklılaşp farklılaşmadığını anlamak amacıyla İki değişken için Ki Kare Testi yapılmıştır. Buna göre fazla kilolu grubun %46.5'i, obezite hastası grubun ise %53.5'i kilolarıyla ilgili sorunları olduğunu belirtmişlerdir. Gruplar arasında gözlenen bu farklılık ise istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($\chi^2(1)= 2.99$ $p>0.05$). Katılımcılardan evet cevabını verenlere yöneltilen kiloyla ilgili sorunuz olduğunu düşündüğünüz ilk dönem hangisiydi sorusuna verilen cevaplar incelendiğinde en çok işaretlenen ilk dönem doğum yaptıkları dönemdir. Ancak doğum yapılan dönem istatistiksel açıdan anlamlı farklılık yaratmamıştır ($\chi^2(1)= 2.41$ $p>0.05$). Doğum yapılan dönem dışlandığında ilk kilo problemi yaşanmaya başlanılan zaman olarak en çok işaretlenen dönem (18 kişi) yetişkinlik dönemidir ($\chi^2(1)= 34.93$ $p<0.05$). İkinci en çok işaretlenen dönem (15 kişi) ise ergenlik dönemidir ($\chi^2(1)=42.67$ $p<0.05$). Ergenlik dönemini ise menapoz cevabı (10 kişi) takip etmektedir ($\chi^2(1)=57.30$ $p<0.05$). Çocukluk (6 kişi) ve hastalık dönemleri (6 kişi) ise kilo alma konusunda ilk dönemler olarak sonuncu sırada yer almışlardır ($\chi^2(1)=70.54$ $p<0.05$).

4.1.5. Kilo Alımını Etkileyen Faktörlerin Dağılımına İlişkin Analiz Sonuçları

Kişilerin kendi algılarına göre kilo alımlarını etkileyen faktörler sorulmuştur. Kilo almaya yol açabileceği düşünülen faktörlerin sıralaması şu şekildedir; katılımcılardan 99 kişi kilo alımını beslenme şeklinin etkilediğini belirtmişlerdir. Hareketsizliği kilo alma sebebi olarak gören kişi sayısı ise 66'dır. Üçüncü en çok işaretlenen faktör ise genetikdir ve 55 kişi tarafından işaretlenmiştir. Katılımcılardan 48 kişi ise gebeliği kilo alımlarına yol açan faktör olarak işaretlemiştir. Can sıkıntısı kaynaklı sürekli atıştırma faktörü de gebelik ile aynı olarak 48 kişi tarafından işaretlenmiştir. İlaç kullanımı faktörü 41 kişi tarafından

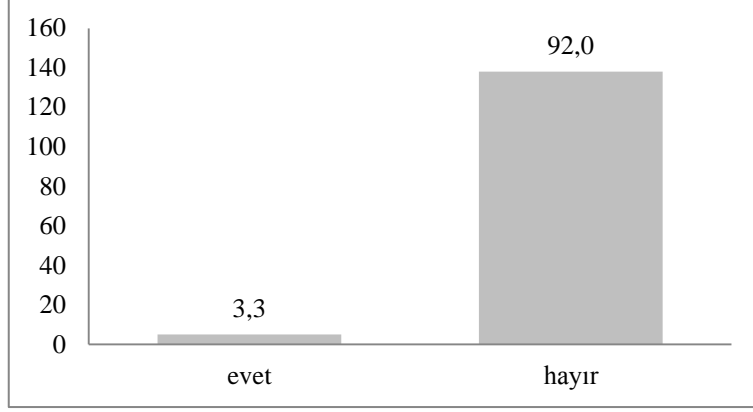
işaretlenirken, yeme alışkanlığının değişmesi 35 kişi tarafından işaretlenmiştir. Sahip olunan/ geçirilen hastalıkları kilo alımına yol açan bir faktör olarak gören kişi sayısı ise 27'dir. Davetleri kilo alımına yol açan faktör olarak gören kişi sayısı 20, televizyon karşısında bir şeyleri atıştırma'yı kilo alımına yol açan faktör olarak gören kişi sayısı ise 19'dur. Evlilik problemleri ve yaşanan olumsuz bir yaşam olayını kilo alımına yol açan faktör olarak gören kişi sayısı aynı olup, 18'dir. Sigara/ alkol bırakma 7, diğer nedenler ise 5 kişi tarafından işaretlenmiştir. Katılımcıların kilo alımını etkileyen faktörlere ilişkin verdikleri cevapların dağılımı Çizim 4.11' de gösterilmiştir.



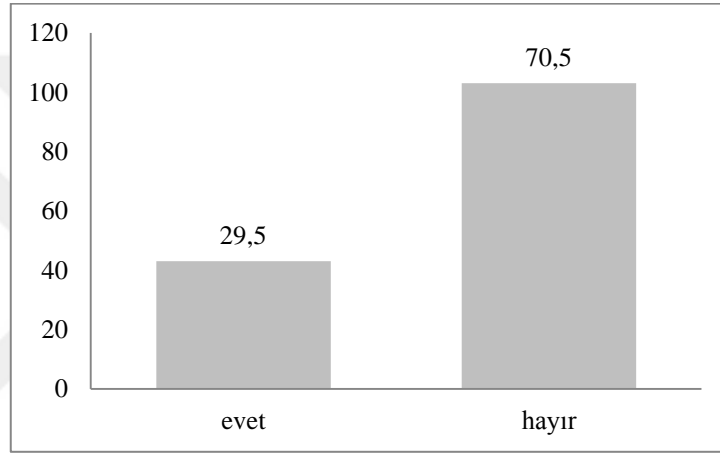
Çizim 4.11. Katılımcıların kilo alımını etkileyen faktörlere ilişkin verdikleri cevapların dağılımı (cevapların işaretlenme sayısı üzerinden)

4.1.6. Alkol ve Sigara Kullanımına İlişkin Analiz Sonuçları

Katılımcıların alkol kullanımına ilişkin verdikleri cevaplar analiz edildiğinde 138 kişi (%92) alkol kullanmadığını, 5 kişi (%3.3) ise alkol kullandığını belirtmiştir ($\chi^2(1)=1.24$ $p<0.05$). Sigara kullanımına ilişkin cevaplar analiz edildiğinde ise 43 kişi (%29.5) sigara kullandığını, 103 kişi (%70.5) kullanmadığını belirtmiştir ($\chi^2(1)= 24.66$ $p<0.05$). Alkol ve sigara kullanımına ilişkin bilgiler Çizim 4.12 ve Çizim 4.13' de gösterilmiştir.



Çizim 4.12. Katılımcıların alkol kullanımı yüzdeleri dağılımı



Çizim 4.13. Katılımcıların sigara kullanımı yüzdeleri dağılımı

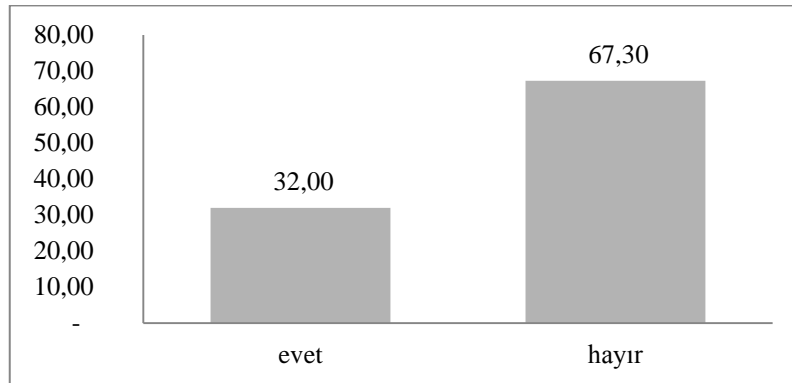
Gruplara göre sigara kullanımları arasında farklılaşma olup olmadığını anlamak amacıyla İki Değişken İçin Ki Kare testi yapılmıştır. Testin sonuçlarına göre gruplar arasında sigara kullananların sayısı arasında anlamlı bir farklılaşma bulunamamıştır ($\chi^2(2)=4.61$ $p>0.05$). Sigara kullanımına ilişkin veriler Çizelge 4.10' da gösterilmiştir.

Çizelge 4.10. BKI' ya göre sigara kullanımı dağılımı

Grup	Evet kullanıyorum		Hayır kullanmıyorum		χ^2	P
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		
BKI<24.99 (Normal Kilolu)	12	24.5	37	75.5		
BKI 25-29.99 (Fazla kilolu)	20	40.8	29	59.2	4.613	0.100
BKI 30-39.99 (Aşırı Kilolu)	11	22.9	37	77.1		
Toplam	43	29,5	103	70.5		

4.1.7. Psikiyatrik Hastalık Öyküsü Analiz Sonuçları

Katılımcıların herhangi bir psikiyatrik hastalık geçirip geçirmediği sorusuna verdikleri cevapları incelemek amacıyla Tek Örneklem İçin Ki Kare testi yapılmıştır. Sonuçlara göre psikiyatrik hastalık geçirdiğini söyleyen kişi sayısı 48 (%32), geçirmeyen kişi sayısı ise 101 (%67. 3)'dir. Grubun büyük bir çoğunluğu psikiyatrik hastalık öyküsüne sahip değildir. Aradaki fark anlamlıdır ($\chi^2(1)=18.85$ p<0.05). Katılımcıların psikiyatrik hastalık dağılımına ilişkin bilgiler Çizim 4.14'te gösterilmiştir.



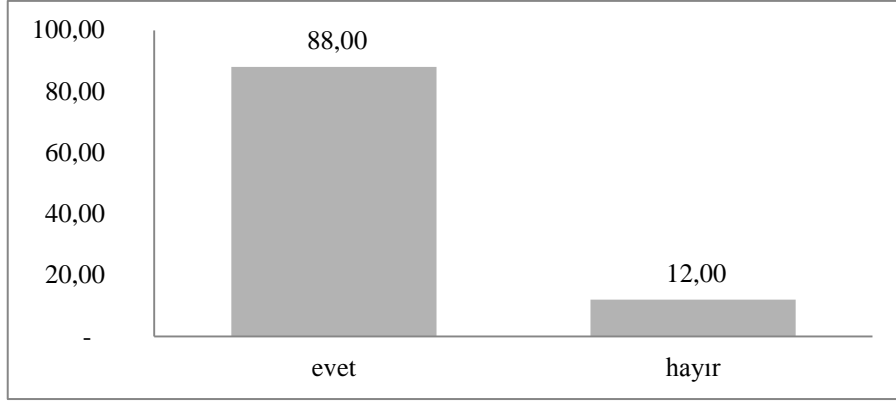
Çizim 4.14. Katılımcıların psikiyatrik hastalık yüzdeleri dağılımı

Gruplara göre psikiyatrik hastalık geçirme oranlarının farklılaşıp farklılaşmadığını anlamak amacıyla İki Değişken İçin Ki Kare Analizi yapılmıştır. Sonuçlara göre psikiyatrik hastalık geçirenlerin büyük bir çoğunluğu %47.9 ile obezite hastası katılımcıların olduğu gruptadır. En az psikiyatrik hastalık geçirenler ise %25 oranıyla fazla kilolu grupta yer almaktadırlar. Buna göre obezite hastası gruptaki katılımcıların geçirdikleri psikiyatrik hastalık öyküsü diğer gruptaki katılımcıların geçirdiği hastalık öyküsünden anlamlı olarak daha fazladır ($\chi^2(2)=6.57$ $p<0.05$). Gruplara göre psikiyatrik hastalık dağılımına ilişkin bilgiler Çizelge 4.11’ de gösterilmiştir.

Çizelge 4.11. BKI’ ya göre psikiyatrik hastalık dağılımı

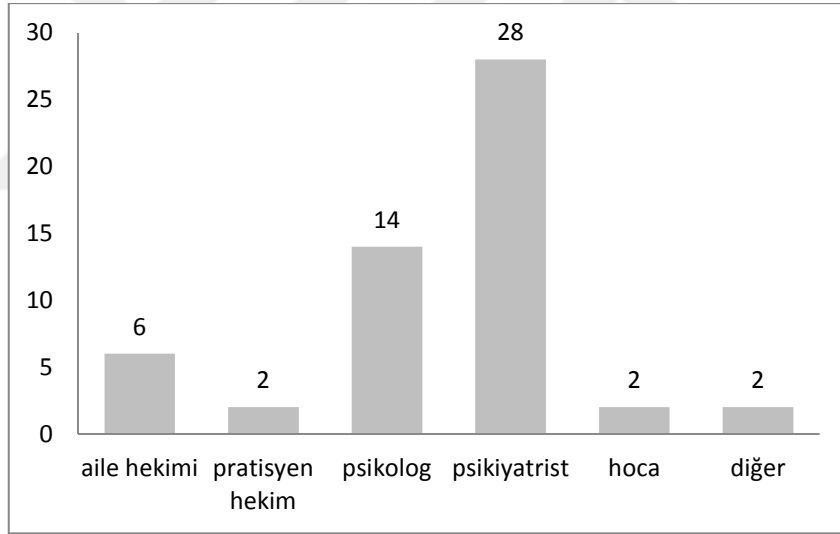
Gruplar	Psikiyatrik Hastalık Dağılımı				χ^2	P
	Psikiyatrik hastalık öyküsü var		Psikiyatrik hastalık öyküsü yok			
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		
BKI<24.99 (Normal Kilolu)	13	27.1	37	36.6		
BKI 25-29.99 (Fazla kilolu)	12	25	37	36.6	6.57	0.037
BKI 30-39.99 (Aşırı Kilolu)	23	47.9	27	26.7		
Toplam	48	32.2	101	67.8		

Psikiyatrik hastalık geçirdiğini belirten kişilere yöneltilen tedavi arayışı sorusuna verilen cevapları analiz etmek amacıyla Tek Örneklem Ki Kare Testi uygulanmıştır. Sonuçlara göre, herhangi bir tedavi arayışında bulunduğunu belirten kişi sayısı 46 (%88) iken, tedavi arayışı olmadığını belirten kişi sayısı 6 (%12)’ dir. Verilen cevaplar arasındaki farklar istatistiksel açıdan anlamlıdır ($\chi^2(1)= 30.77$ $p<0.05$). Katılımcıların tedavi arayışına ilişkin bilgiler Çizim 4.15’te gösterilmiştir.



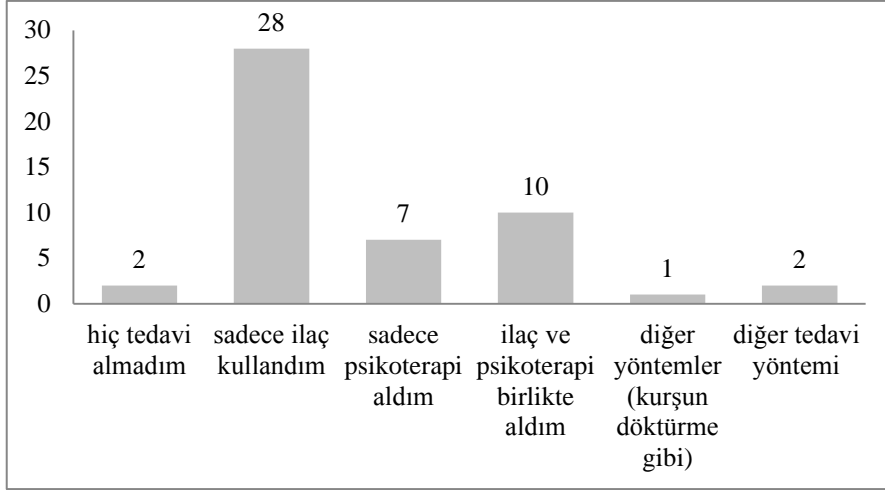
Çizim 4.15. Katılımcıların tedavi arayışı yüzdeleri dağılımı

Tedavi arayışına evet cevabı veren kişilerin kimlerden tedavi aldıkları sorusuna verdikleri cevaplar incelendiğinde, 28 kişi psikiyatristten, 14 kişi psikologdan, 6 kişi aile hekiminden, 2 kişi hocalardan ve 2 kişi de diğer kişilerden yardım aldığını belirtmişlerdir. Tedavi alınan kişilere ilişkin dağılım Çizim 4.16' da gösterilmiştir.



Çizim 4.16. Katılımcıların tedavi aldıkları kişi dağılımı (cevapların işaretlenme sayıları üzerinden)

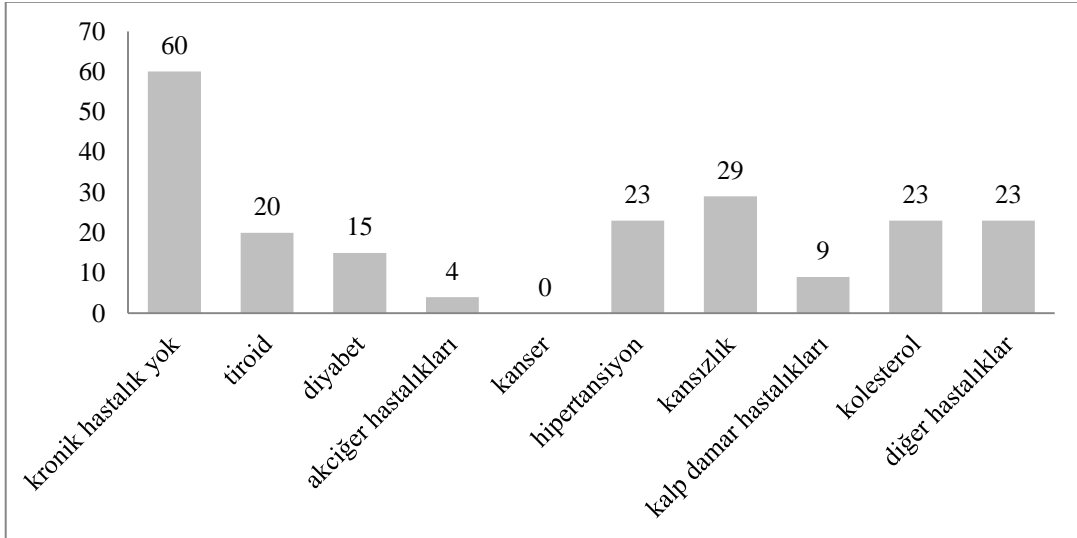
Tedavi alan kişilerin ne tür tedavi aldıkları sorusuna verdikleri cevaplar incelendiğinde, hiç tedavi almadım diyen kişi sayısı 2, sadece ilaçla tedavi aldım diyen kişi sayısı 28, sadece psikoterapi aldım diyen kişi sayısı 7, ilaç ve psikoterapi birlikte aldım diyen kişi sayısı 10, kurşun döktürme gibi diğer yöntemlere başvuran kişi sayısı 1, diğer tedavi yöntemlerini aldım diyen kişi sayısı ise 2'dir. Alınan tedavi yöntemine ilişkin dağılım Çizim 4.17' de gösterilmiştir.



Çizim 4.17. Katılımcıların aldıkları tedavi yöntemlerine ilişkin dağılım (cevapların işaretlenme sayıları üzerinden)

4.1.8. Kronik Hastalık Analiz Sonuçları

Katılımcıların sahip oldukları kronik hastalıklara ilişkin verdikleri cevaplar incelenmiş ve şu sonuçlara ulaşılmıştır. Hiçbir kronik hastalığım yok diyenlerin sayısı 60, tiroidi olduğunu söyleyenlerin sayısı 20, diyabeti olduğunu söyleyenlerin sayısı 15, akciğer hastalıkları olduğunu söyleyenlerin sayısı 4, hipertansiyonu olduğunu söyleyenlerin sayısı 23, kansızlığı olanların sayısı 29, kalp damar hastalıkları olanların sayısı 9, kolesterolü olanların sayısı 23, diğer hastalıkları olanların sayısı 23 ve kanser hastası olanların sayısı ise 0'dır. Kronik hastalık dağılımına ilişkin bilgiler Çizim 4.18' de gösterilmiştir.



Çizim 4.18. Katılımcıların kronik hastalık dağılımına ilişkin bilgiler (cevapların işaretlenme sayıları üzerinden)

Çizelge 4.12. BKI ile toplam kronik hastalık sayısı ilişkisi

Toplam Kronik Hastalık	
BKI	0.474**

** p<0.01

BKI' ile sahip olunan toplam kronik hastalık sayısı arasındaki ilişki Çizelge 4.12' de gösterilmiştir. Buna göre BKI ile toplam kronik hastalık sayısı arasında pozitif yönlü doğrusal bir ilişki bulunmaktadır. BKI arttıkça toplam kronik hastalık sayısı ($r=0.474$ $p<0.01$) anlamlı olarak artmaktadır. BKI ile sahip olunan toplam kronik hastalık sayısı orta düzeyde güçlü bir ilişki göstermektedir.

Gruplara göre toplam kronik hastalık sayılarının farklılaşıp farklılaşmadığını anlamak amacıyla Kruskal Wallis testi yapılmıştır. Sonuçlara göre toplam kronik hastalık sayısı BKI' ya göre anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır ($\chi^2(2)=25.99$ $p<0.05$). Farklılaşmanın kaynağını anlamak amacıyla yapılan Mann Whitney U testi sonuçlarına göre, obezite hastası grupta yer alan katılımcıların sahip olduğu kronik hastalık sayısı normal kilolu ($U=580.5$ $p<0.05$) ve fazla kilolu ($U=912.5$ $p<0.05$) gruptaki katılımcılara göre, fazla kilolu katılımcıların sahip olduğu kronik hastalık sayısı normal kilolu ($U=705.5$ $p<0.05$) katılımcıların sahip olduğu kronik hastalık sayısına göre daha yüksektir ve bu farklılıklar istatistiksel açıdan anlamlıdır. Toplam kronik hastalık sayısı dağılımı Çizelge 4.13' te gösterilmiştir.

Çizelge 4.13. BKI' ya göre kronik hastalık sayısı

Toplam Kronik Hastalık Sayısı					
Grup	n	Sıra Ort.	sd	χ^2	p
BKI<24.99 (Normal Kilolu)	49	51.24	2	25.99	0.000
BKI 25-29.99 (Fazla kilolu)	47	77.40			
BKI 30-39.99 (Aşırı Kilolu)	50	91.64			

4.1.9. Ailede Obezite Öyküsüne Dair Analiz Sonuçları

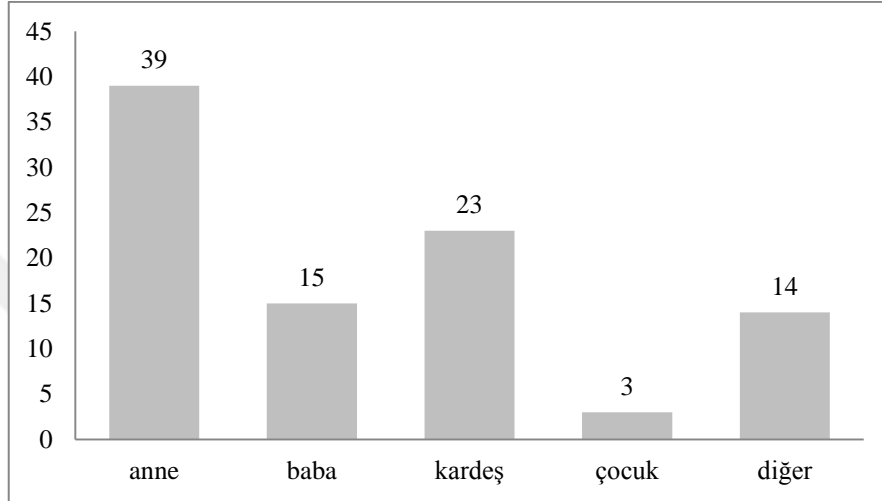
Katılımcıların ailesinde obezitesi olan kişi olup olmadığına ilişkin verilen cevapları analiz etmek amacıyla Tek Örneklem İçin Ki Kare Analizi kullanılmıştır. Sonuçlara göre ailesinde obezite hastası olduğunu söyleyen kişi sayısı 66, olmadığını söyleyen kişi sayısı ise 84'tür. Verilen cevaplar arasında gözlenen bu farklılık istatistiksel açıdan anlamlı değildir ($\chi^2(1)=2.16$ $p>0.05$).

Ailede obezite öyküsünün gruplara göre farklılaşıp farklılaşmadığını anlamak amacıyla İki Değişken İçin Ki Kare Testi yapılmıştır. Sonuçlara göre %45.5 oranı ile en çok obezite olan grubun ailesinde obezite hastası olan kişiler bulunmaktadır. Ailesinde obezite olan kişiler en az ise %18.2 oranıyla normal kilolu katılımcıların olduğu grupta bulunmaktadır. Gruplar arasında gözlenen bu farklılık istatistiksel açıdan anlamlıdır ($\chi^2(2)=13.63$ $p<0.05$). Ailede obezitenin BKI varyansının ne kadarını açıkladığını anlamak amacıyla Basit Regresyon Analizi yapılmıştır. Sonuçlara göre ailede obezite BKI varyansının %11' ini açıklamaktadır ($R^2= 0.114$ $p<0.05$). Ailede obezite öyküsüne ilişkin bilgiler Çizelge 4.14' te gösterilmiştir.

Çizelge 4.14. BKI' ya göre ailede obezite öyküsü

Gruplar	Ailede Obezite Öyküsü				χ^2	P
	Ailede obez var		Ailede obez yok			
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		
BKI<24.99 (Normal Kilolu)	12	18.2	38	45.2		
BKI 25-29.99 (Fazla kilolu)	24	36.4	26	31	13.63	0.001
BKI 30-39.99 (Aşırı Kilolu)	30	45.5	20	33.3		
Toplam	66	44	84	56		

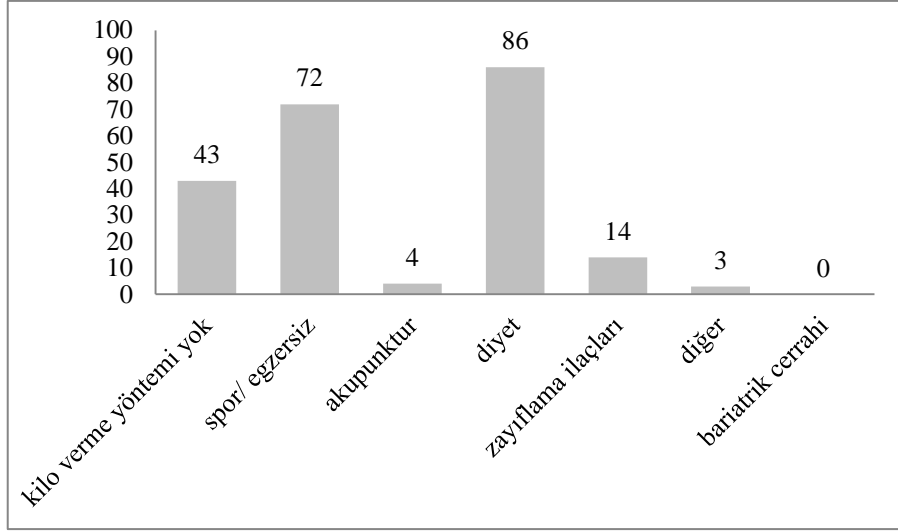
Hangi aile üyelerinin obezite hastası olduğuna ilişkin sorulan soruya verilen cevaplar incelenmiştir. Sonuçlara göre, annesinde obezite olduğunu söyleyen katılımcı sayısı 39, babasında olduğunu söyleyen katılımcı sayısı 15, kardeşinde olduğu söyleyen katılımcı sayısı 23, çocuklarında olduğunu söyleyen katılımcı sayısı 3 ve diğer yakınlarında olduğunu söyleyen katılımcı sayısı ise 14' tür. Obezite olan yakınlarla ilişkin bilgiler Çizim 4.19' da gösterilmiştir.



Çizim 4.19. Katılımcıların obezite hastası olan yakınlarının dağılımı (cevapların işaretlenme sayıları üzerinden)

4.1.10. Kilo Verme Yöntemlerine İlişkin Analiz Sonuçları

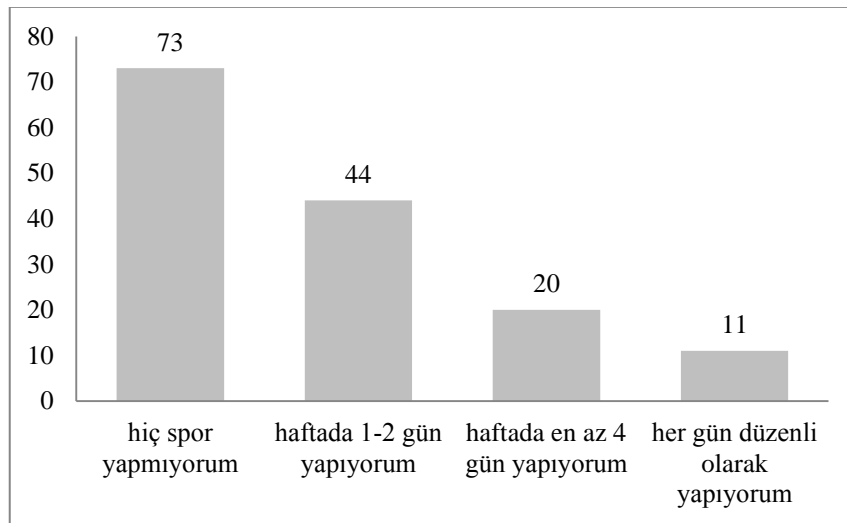
Katılımcıların kullandıkları kilo verme yöntemlerine ilişkin verdikleri cevaplar incelendiğinde, 43 kişi herhangi bir kilo verme yöntemi denemediğini, 72 kişi spor ve egzersiz yaptığını, 4 kişi akupunktur yöntemini kullandığını, 14 kişi zayıflama ilaçları kullandığını, 86 kişi diyet yaptığını, 3 kişi diğer yöntemleri denediğini belirtmişlerdir. Katılımcılardan hiçbirisi bariatrik cerrahiye denememiştir. Kilo verme yöntemlerine ilişkin bilgiler Çizim 4.20' de gösterilmiştir.



Çizim 4.20. Katılımcıların kilo verme yöntemleri dağılımı (cevapların işaretlenme sayıları üzerinden)

4.1.11. Spor Yapma Sıklığına Dair Analiz Sonuçları

Katılımcıların günlük hayatta ne sıklıkta spor yaptıklarına ilişkin verdikleri cevaplar incelenmiştir. Sonuçlara göre 73 kişi günlük hayatta hiç spor yapmadığını belirtirken, 44 kişi haftada 1-2 gün yaptığını, 20 kişi haftada en az 4 gün yaptığını, 11 kişi ise her gün düzenli olarak spor yaptığını belirtmektedir. Buna göre grubun büyük bir çoğunluğu hiç spor yapmamakta ya da en fazla haftada 1-2 gün yapmaktadır. Bulunan bu farklılık istatistiksel açıdan anlamlıdır ($\chi^2(3)=62.43$ $p<0.05$). Katılımcıların spor yapma dağılımına ilişkin bilgiler Çizim 4.21’ de gösterilmiştir.



Çizim 4.21. Katılımcıların spor yapma dağılımı (cevapların işaretlenme sayıları üzerinden)

Gruplara göre günlük hayatta spor yapma sıklığını incelemek için İki Değişken İçin Ki Kare Analizi kullanılmıştır. Sonuçlara göre hiç spor yapmadığını belirtenlerin oranı %35.6 ile normal kilolu ve obezite grubundaki katılımcılarda eşittir ve fazla kilolu katılımcılardan fazladır. Haftada 1-2 gün spor yaptığını belirtenlerin oranı ise en yüksek %52.3 ile fazla kilolu katılımcılarda görülmektedir. Haftada 4-7 gün spor yapanlar ise en çok %51.6 ile obezite olan grupta görülmektedir. Gruplar arasında gözlenen bu farklılıklar istatistiksel açıdan anlamlıdır ($\chi^2(4)=14.49$ $p<0.05$). Gruplara göre spor yapma dağılımına ilişkin bilgiler Çizelge 4.15'te gösterilmiştir.

Çizelge 4.15. BKİ' ya göre spor yapma dağılımı

Gruplar	Spor Yapma Dağılımı						χ^2	P
	Hiç spor yapmıyorum		Haftada 1-2 gün yapıyorum		Haftada 4-7 gün yapıyorum			
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		
BKI<24.99 (Normal Kilolu)	26	35.6	14	31.8	9	35.6		
BKI 25-29.99 (Fazla kilolu)	21	28.8	23	52.3	6	15.9	14.49	0.006
BKI 30-39.99 (Aşırı Kilolu)	26	35.6	7	19.4	16	51.6		
Toplam	73	49.3	44	29.7	31	20.9		

4.2. Travma Yaşantılarına Yönelik Bulgular

Katılımcıların yaşadıkları travmatik yaşam olaylarını öğrenmek amacıyla Travma Sonrası Stres Tepkileri Ölçeği'nde bulunan travmatik yaşam olayları kişilere sorulmuştur. Buna göre işaretlenen travma sayıları şöyledir; ciddi bir kaza, yangın ya da patlama olayı 56 kez işaretlenmiştir. Doğal afet 98, aile üyelerinden biri ya da tanınan bir kişi tarafından cinsel olmayan bir saldırıya maruz kalma/ fiziksel şiddet 18 kez işaretlenmiştir. Tanınmayan bir kişi tarafından cinsel olmayan bir saldırıya maruz kalma 7, aile üyelerinden biri ya da tanınan bir kişi tarafından cinsel saldırıya maruz kalma ise 4 kez işaretlenmiştir.

Tanınmayan bir kişi tarafından cinsel bir saldırıya maruz kalma 6, askeri çarpışma ya da savaş alanında bulunma 4 kez işaretlenmiştir. Kişinin 18 yaşından daha küçük olunan bir dönemde kendisinden 5 ya da daha büyük yaşta biriyle cinsel teması 10, hapsedilme 7, işkenceye maruz kalma 1, hayatı tehdit eden bir hastalık 15, sevilen ya da yakın birinin beklenmedik ölümü 78, bunların dışında bir olay ise 6 kez işaretlenmiştir. Travma yaşantılarına yönelik bilgiler Çizelge 4.16’ da gösterilmiştir.

Çizelge 4.16. Travma yaşantılarına yönelik bulgular

Olay	Sıklık	Yüzde
Kaza, yangın ya da patlama olayı	56	18
Doğal afet	98	32
Aile üyelerinden biri ya da tanınan bir kişi tarafından cinsel olmayan bir saldırıya maruz kalma/ fiziksel şiddet	18	6
Tanınmayan bir kişi tarafından cinsel olmayan bir saldırıya maruz kalma	7	2
Aile üyelerinden biri ya da tanınan bir kişi tarafından cinsel saldırıya maruz kalma	4	1
Tanınmayan bir kişi tarafından cinsel bir saldırıya maruz kalma	6	2
Askeri çarpışma ya da savaş alanında bulunma	4	1
18 yaşından daha küçük olunan bir dönemde kendisinden 5 ya da daha büyük yaşta biriyle cinsel teması	10	3
Hapsedilme	7	2
İşkenceye maruz kalma	1	1
Hayatı tehdit eden bir hastalık	15	5
Sevilen ya da yakın birinin beklenmedik ölümü	78	25
Bunların dışında bir olay	6	2

BKI’ nın travma yaşantılarıyla olan ilişkilerini anlamak amacıyla Pearson Korelasyon Analizi yapılmıştır (Çizelge 4.17). Buna göre BKI toplam yaşanan travmatik olay sayısı ve toplam çocukluk çağı travma yaşantıları ile düşük düzeyde pozitif yönlü anlamlı bir ilişkiye sahiptir. BKI arttıkça yaşanan toplam travmatik olay sayısı ($r=0.267$ $p<0.01$) ve toplam çocukluk çağı travma yaşantıları sayısı ($r=0.214$ $p<0.05$) artmaktadır. Çocukluk çağı travma yaşantılarından cinsel istismar ve duygusal ihmal yaşantıları da BKI ile düşük

düzeyde pozitif yönlü anlamlı bir ilişki göstermektedir. BKI artıkça cinsel istismar yaşantıları ($r=0.177$ $p<0.05$) ve duygusal ihmal yaşantıları ($r=0.212$ $p<0.05$) anlamlı olarak artmaktadır. BKI ile fiziksel istismar, duygusal istismar ve fiziksel ihmal yaşantıları arasında ise anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$).

Çizelge 4.17. BKI' nın travma yaşantılarıyla olan ilişkisi

	Travma Yaşantıları						
	Toplam travmatik olay sayısı	Toplam çocukluk çağı travma yaşantıları sayısı	Cinsel istismar yaşantıları	Fiziksel istismar yaşantıları	Duygusal istismar yaşantıları	Fiziksel ihmal yaşantıları	Duygusal ihmal yaşantıları
BKI	0.267**	0.214*	0.177*	0.131	0.121	0.165	0.212*

* $p<0.05$ ** $p<0.01$

Gruplara göre travmatik yaşam olayları ortalamasının farklılaşıp farklılaşmadığını anlamak amacıyla Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) yapılmıştır. Sonuçlara göre travmatik yaşam olayları ortalaması gruplara göre anlamlı farklılık göstermektedir $F(2, 144)= 4.54$, $p<0.05$. Bu anlamda BKI' larına göre gruplara ayrılan kadınların yaşadıkları travmatik olayların ortalaması birbirinden istatistiksel açıdan anlamlı olarak farklılaşmaktadır. Gruplar arasındaki farklılaşmanın kaynağını anlamak amacıyla Scheffe testi uygulanmıştır. Sonuçlara göre obez grupta yer alan katılımcıların yaşadıkları travmatik olaylarının sayısı ($\bar{x}=2.57$) normal kilolu gruptakilerin yaşadıkları travmatik olayların sayısından ($\bar{x}=1.67$) anlamlı olarak daha fazladır. Obezite hastası grup ile fazla kilolu grup ve normal kilolu grup ile fazla kilolu grupları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

En çok rahatsız eden olaylar sorulduğunda ise katılımcılardan 60 kişi doğal afetin en çok etkileyen olay olduğunu belirtmişlerdir. Doğal afetten sonra ikinci sırada 25 kişi ciddi kaza, yangın ya da patlama olayı cevabını işaretlemiştir. Bunların dışında bir olay cevabı ise 22 kişi tarafından işaretlenmiştir. Bunların dışında bir olay cevabını işaretleyen katılımcılardan 12 tanesi açıklama olarak sevilen ya da yakın birinin beklenmedik ölümü olarak açıklama yapmışlar; diğerleri herhangi bir açıklama belirtmemişlerdir. Hastalıklar 3, aile üyesi veya tanıdık tarafından cinsel olmayan bir saldırıya maruz kalma cevabı 2, 18 yaştan önce 5 yaş daha büyük birisiyle cinsel temas 2, hapsedilme 2, tanımadık biri tarafından cinsel olmayan bir saldırıya maruz kalma 1, aile üyesi veya tanıdık tarafından

cinsel saldırıya maruz kalma 1, savaş 1, işkenceye maruz kalma 1 kişi tarafından işaretlenmiştir. Tanımadık bir kişi tarafından cinsel saldırıya maruz kalma cevabı ise hiç işaretlenmemiştir (Çizelge 4.18).

Çizelge 4.18. En çok rahatsız eden olay dağılımı

Olay	Sıklık	Yüzde
Kaza, yangın ya da patlama olayı	25	16.7
Doğal afet	60	40
Aile üyelerinden biri ya da tanınan bir kişi tarafından cinsel olmayan bir saldırıya maruz kalma/ fiziksel şiddet	2	1.3
Tanınmayan bir kişi tarafından cinsel olmayan bir saldırıya maruz kalma	1	0.7
Aile üyelerinden biri ya da tanınan bir kişi tarafından cinsel saldırıya maruz kalma	1	0.7
Tanınmayan bir kişi tarafından cinsel bir saldırıya maruz kalma	0	0
Askeri çarpışma ya da savaş alanında bulunma	1	0.7
18 yaşından daha küçük olunan bir dönemde kendisinden 5 ya da daha büyük yaşta biriyle cinsel teması	2	1.3
Hapsedilme	2	1.3
İşkenceye maruz kalma	1	0.7
Hayatı tehdit eden bir hastalık	3	2
Bunların dışında bir olay	22	14.7

Yaşanılan travmaların ne kadar zaman önce meydana geldiğine ilişkin bulgular şu şekildedir; 1 aydan daha az diyen 3 kişi, 1-3 ay arası diyen 2 kişi, 3-6 ay arası diyen 1 kişi, 6 ay- 3 yıl arası diyen 14 kişi, 3-5 yıl arası diyen 7 kişi ve son olarak 5 yıldan fazla diyen kişi sayısı 76'dır (Çizelge 4.19).

Çizelge 4.19. Travma yaşantılarının zamanına ilişkin dağılım

Zaman	Sıklık	Yüzde
1 aydan daha az	3	2
1-3 ay arası	2	1.3
3-6 ay arası	1	0.7
6 ay- 3 yıl arası	14	9.3
3-5 yıl arası	7	4.7
5 yıldan fazla	76	50.7

Travmanın etkisini değerlendirme amacıyla olay şiddeti alt ölçeği kullanılmıştır. Yaşanılan travmada fiziksel yara aldığını belirtenlerin oranı %12.9 (N=13), travma esnasında başkasının fiziksel yara aldığını belirtenlerin oranı ise %21.8 (N=22)' dir. Travma sırasında hayatının tehlikede olduğunu düşünenler %50 (N=51), başkasının hayatının tehlikede olduğunu düşünenlerin oranı ise %58.6 (N=58)' dir. Travma sırasında kendisini çaresiz hissedenenlerin oranı %81.2 (N=82) iken, travma esnasında büyük bir korku duygusu yaşadığını belirtenlerin oranı %83.3 (N=85)' tür.

Çocukluk çağındaki travma yaşantılarını değerlendirmek amacıyla Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği kullanılmıştır. Buna göre çocukluk çağı travmaları ölçeği ortalama puanı $\bar{x}=38.64$ ($Ss=9.81$)' tür. Gruplara göre toplam çocukluk çağı travmaları ortalama puanlarının farklılaşıp farklılaşmadığını anlamak amacıyla Kruskal Wallis testi yapılmıştır. Sonuçlara göre çocukluk çağı travma yaşantıları ortalama puanları birbirinden anlamlı olarak farklılaşmaktadır ($\chi^2(2)=9.62$ $p<0.05$). Farklılaşmanın kaynağını anlamak amacıyla yapılan Mann Whitney U testi sonuçlarına göre, obezite hastası olan grupta yer alan katılımcıların ortalama çocukluk çağı travma puanları, normal kilolu katılımcıların ortalama puanlarından anlamlı olarak daha fazladır ($U=546.5$ $p<0.05$). Yine obezite hastası olan grupta yer alan katılımcıların ortalama çocukluk çağı travma puanları, fazla kilolu katılımcıların ortalama puanlarından anlamlı olarak daha fazladır ($U=598.5$ $p<0.05$). Normal kilolu grupta yer alan katılımcıların ortalama çocukluk çağı travma puanları ile fazla kilolu katılımcıların ortalama puanları arasında ise anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p>0.05$). Buna göre obezite hastası olan grupta yer alan katılımcıların normal kilolu ve fazla kilolu grupta yer alanlara göre anlamlı olarak daha yüksek sayıda çocukluk çağı travma yaşantıları olduğu, normal kilolu grupta yer alan katılımcılarla fazla

kilolu grupta yer alan katılımcıların ise çocukluk çağı travma sayıları arasında anlamlı bir farklılaşma olmadığı sonucuna varılmıştır (Çizelge 4.20).

Çizelge 4.20. BKI' ya göre toplam çocukluk çağı travma yaşantıları dağılımı

Grup	Toplam Çocukluk Çağı Travma Yaşantıları				
	n	Sıra Ort.	sd	χ^2	p
BKI<24.99 (Normal Kilolu)	47	55.97	2	9.62	0.008
BKI 25-29.99 (Fazla kilolu)	44	61.38			
BKI 30-39.99 (Aşırı Kilolu)	38	80.37			

Cinsel istismar alt ölçeği ortalaması $\bar{x}=5.70$ $Ss=2.51$ ' tir. Gruplara göre cinsel istismar alt ölçeğinden alınan puanların farklılaşıp farklılaşmadığını anlamak amacıyla Kruskal Wallis testi uygulanmıştır. Sonuçlara göre cinsel istismar ölçeğinden alınan puanlar gruplara göre anlamlı farklılaşma göstermektedir ($\chi^2(2)= 6.29$ $p<0.05$). Gruplar arasında gözlenen anlamlı farklılığın hangi gruplar arasındaki farklılıklardan kaynaklandığını anlamak amacıyla Mann Whitney U testi yapılmıştır. Buna göre obezite hastası grubunda yer alanların çocukluk çağı cinsel istismar yaşantıları, normal kilolu grupta yer alanlardan anlamlı olarak daha fazladır ($U=932$ $p<0.05$). Bir diğer farklılaşma ise normal kilolu grupla fazla kilolu grupta gözlenmiştir. Fazla kilolu grupta yer alanların çocukluk çağı cinsel istismar yaşantıları normal kilolu grupta yer alanlardan anlamlı olarak daha fazladır ($U=1005.5$ $p<0.05$). Obezite grubunda yer alanlarla fazla kilo grupta yer alan katılımcıların çocukluk çağı cinsel istismar yaşantıları arasında ise herhangi bir anlamlı farklılık bulunamamıştır ($p>0.05$). Çocukluk çağı cinsel istismar yaşantılarına ilişkin dağılım Çizelge 4. 21' de gösterilmiştir.

Çizelge 4.21. BKI' ya göre çocukluk çağı cinsel istismar yaşantıları dağılımı

Çocukluk Çağı Cinsel İstismar Yaşantıları					
Grup	n	Sıra Ort.	sd	χ^2	p
BKI<24.99 (Normal Kilolu)	48	64.86	2	6.29	0.043
BKI 25-29.99 (Fazla kilolu)	47	72.49			
BKI 30-39.99 (Aşırı Kilolu)	46	75.88			

Fiziksel istismar alt ölçeği ortalaması $\bar{x}=5.72$ $Ss=2.33$ 'dir. Gruplara göre fiziksel istismar alt ölçeğinden alınan puanların farklılaşıp farklılaşmadığını anlamak amacıyla Kruskal Wallis testi uygulanmıştır. Sonuçlara göre fiziksel istismar ölçeğinden alınan puanlar gruplara göre anlamlı farklılaşma göstermektedir ($\chi^2(2)= 6.63$ $p<0.05$). Gruplar arasında gözlenen anlamlı farklılığın hangi gruplar arasındaki farklılıklardan kaynaklandığını anlamak amacıyla Mann Whitney U testi yapılmıştır. Buna göre obezite grubunda yer alan kişilerin çocukluk çağı fiziksel istismar yaşantıları, normal kilolu grupta yer alanların yaşantılarından anlamlı olarak daha fazladır ($U=910.5$ $p<0.05$). Obez grupta yer alan kişilerle fazla kilolu grupta yer alan kişiler arasında ve normal kilolu grupta yer alan kişilerle fazla kilolu grupta yer alan kişiler arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılaşma bulunamamıştır ($p>0.05$). Fiziksel istismar yaşantılarına ilişkin bilgiler Çizelge 4.22' de gösterilmiştir.

Çizelge 4.22. BKI' ya göre çocukluk çağı fiziksel istismar yaşantıları dağılımı

Çocukluk Çağı Fiziksel İstismar Yaşantıları					
Grup	n	Sıra Ort.	sd	χ^2	p
BKI<24.99 (Normal Kilolu)	47	66.32	2	6.63	0.036
BKI 25-29.99 (Fazla kilolu)	48	69.79			
BKI 30-39.99 (Aşırı Kilolu)	48	79.77			

Duygusal istismar alt ölçeği ortalaması $\bar{x}=6.93$ $Ss=2.82$ 'dir. Gruplara göre duygusal istismar alt ölçeğinden alınan puanların farklılaşıp farklılaşmadığını anlamak amacıyla

Kruskall Wallis testi uygulanmıştır. Sonuçlara göre duygusal istismar ölçeğinden alınan puanlar gruplara göre anlamlı farklılaşma göstermemektedir ($\chi^2(2)= 2.74$ $p>0.05$). Duygusal istismar verilerine ilişkin bilgiler Çizelge 4.23' te gösterilmiştir.

Çizelge 4.23. BKI' ya göre çocukluk çağı duygusal istismar yaşantıları dağılımı

Çocukluk Çağı Duygusal İstismar Yaşantıları					
Grup	n	Sıra Ort.	sd	χ^2	P
BKI<24.99 (Normal Kilolu)	48	68.85	2	2.74	0.255
BKI 25-29.99 (Fazla kilolu)	48	67.70			
BKI 30-39.99 (Aşırı Kilolu)	47	79.61			

Fiziksel ihmal alt ölçeği ortalaması $\bar{x}=7.64$ $Ss=2.83$ 'tür. Gruplara göre fiziksel ihmal alt ölçeğinden alınan puanların farklılaşıp farklılaşmadığını anlamak amacıyla Kruskall Wallis testi uygulanmıştır. Sonuçlara göre fiziksel ihmal ölçeğinden alınan puanlar gruplara göre anlamlı farklılaşma göstermektedir ($\chi^2(2)= 9.45$ $p<0.05$). Gruplar arasında gözlenen anlamlı farklılığın hangi gruplar arasındaki farklılıklardan kaynaklandığını anlamak amacıyla Mann Whitney U testi yapılmıştır. Buna göre obezite grubunda yer alan katılımcıların çocukluk çağı fiziksel ihmal yaşantıları normal kilolu grupta yer alanlardan ($U=714$ $p<0.05$) ve fazla kilolu grupta yer alanlardan ($U=726$ $p<0.05$) anlamlı olarak daha fazladır. Normal kilolu grupta yer alan kişilerin fiziksel ihmal yaşantılarıyla fazla kilolu grupta yer alan kişilerin yaşantıları arasında ise anlamlı bir farklılaşma bulunamamıştır ($p>0.05$). Fiziksel ihmal yaşantılarına ilişkin bilgiler Çizelge 4.24' te gösterilmiştir.

Çizelge 4.24. BKI' ya göre çocukluk çağı fiziksel ihmal yaşantıları dağılımı

Çocukluk Çağı Fiziksel İhmal Yaşantıları					
Grup	n	Sıra Ort.	sd	χ^2	p
BKI<24.99 (Normal Kilolu)	48	60.26	2	9.45	0.009
BKI 25-29.99 (Fazla kilolu)	45	64.86			
BKI 30-39.99 (Aşırı Kilolu)	45	84.00			

Duygusal ihmal alt ölçeği puanları ortalaması $\bar{x}=12.99$ $Ss= 3.38$ ’ dur. Gruplara göre duygusal ihmal alt ölçeğinden alınan puanların birbirinden farklılaşıp farklılaşmadığını anlamak amacıyla Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) yapılmıştır. Sonuçlara göre grupların çocukluk çağı duygusal ihmal puan ortalamaları birbirinden anlamlı olarak farklılaşmaktadır $F(2,134)= 4.02$ $p<0.05$ (Çizelge 4.25). Farklılaşmanın kaynağını anlamak amacıyla Scheffe testi uygulanmıştır. Buna göre obezite grubunda yer alan kişilerin duygusal ihmal puan ortalamaları ($\bar{x}=14.12$), normal kilolu grupta yer alanların puan ortalamalarından ($\bar{x}=12.17$) anlamlı olarak daha yüksektir. Normal kilolu katılımcıların olduğu grup ile fazla kilolu katılımcıların olduğu grup arasında ve obezite hastası katılımcıların olduğu grup ile fazla kilolu katılımcıların olduğu gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılaşma bulunmamıştır ($p>0.05$).

Çizelge 4.25. Duygusal ihmal alt ölçeği puanlarının BKİ’ ya göre ANOVA sonuçları

Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler ortalaması	F	P
Gruplar arası	88.063	2	44.032	4.017	0.02
Gruplar içi	1468.929	134	10.962		
Toplam	1556.993	136			

4.3. Stresle Başa Çıkma Tarzlarına İlişkin Bulgular

Katılımcıların stresle başa çıkma tarzları ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları şöyledir; iyimser yaklaşım alt ölçeği $\bar{x}=9.38$ $Ss=2.62$, kendine güvenli yaklaşım alt ölçeği $\bar{x}=14.16$ $Ss=3.55$, çaresiz yaklaşım alt ölçeği $\bar{x}=11.59$ $Ss=3.67$, boyun eğici yaklaşım alt ölçeği $\bar{x}=7.24$ $Ss=3.43$ ve sosyal desteğe başvurma alt ölçeği $\bar{x}=7.32$ $Ss=2.11$ ’dir. Gruplara göre alt ölçek puanlarına bakıldığında obezite hastası gruptaki katılımcıların aldığı puanların ortalaması iyimser yaklaşım alt ölçeği için $\bar{x}=9.18$ $Ss=2.57$ ’ dir. Kendine güvenli yaklaşım alt ölçeği için $\bar{x}=14.41$ $Ss=2.89$, ve sosyal desteğe başvurma alt ölçeği için $\bar{x}=7.65$ $Ss=1.79$ ’ tir. Boyun eğici yaklaşım alt ölçeği puan ortalaması $\bar{x}=7.04$ $Ss=2.25$ ve çaresiz yaklaşım alt ölçeği puan ortalaması $\bar{x}=11.36$ $Ss=3.44$ ’ dır. Fazla kilolu gruptaki katılımcıların alt ölçeklerden aldıkları puanlar ise şöyledir; iyimser yaklaşım alt ölçeği için $\bar{x}=9.86$ $Ss=2.63$ ’ dir. Kendine güvenli yaklaşım alt ölçeği için $\bar{x}=14.71$ $Ss=3.71$, ve sosyal desteğe başvurma alt ölçeği için $\bar{x}=7.29$ $Ss=2.18$ ’ dur. Boyun eğici yaklaşım alt ölçeği puan ortalaması $\bar{x}=7.19$ $Ss=4.27$ ve çaresiz yaklaşım alt ölçeği puan ortalaması $\bar{x}=11.23$

Ss=3.61'tür. Normal kilolu gruptaki katılımcıların iyimser yaklaşım alt ölçeğinden aldıkları puan ortalaması $\bar{x}=9.08$ Ss=2.66' dir. Kendine güvenli yaklaşım alt ölçeği için $\bar{x}=13.33$ Ss=3.92, ve sosyal desteğe başvurma alt ölçeği için $\bar{x}=7.00$ Ss=2.33 olarak bulunmuştur. Boyun eğici yaklaşım alt ölçeği puan ortalaması $\bar{x}=7.50$ Ss=3.26 ve çaresiz yaklaşım alt ölçeği puan ortalaması $\bar{x}=12.20$ Ss=3.35'dir.

Çizelge 4.26. BKI' nın stresle başa çıkma tarzlarıyla olan ilişkisi

Stresle Başa Çıkma Tarzları					
	İyimser Yaklaşım	Kendine Güvenli Yaklaşım	Çaresiz Yaklaşım	Boyun Eğici Yaklaşım	Sosyal Desteğe Başvurma
BKI	-0.001	-0.107	0.102	0.087	-0.107

BKI' nın stresle başa çıkma tarzlarıyla olan ilişkisini anlamak amacıyla Pearson Korelasyon Analizi yapılmıştır. Buna göre BKI ile stresle başa çıkma tarzları arasında herhangi bir ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$) (Çizelge 4.26).

Gruplara göre alt ölçek ortalama puanlarının farklılaşıp farklılaşmadığını anlamak amacıyla gerekli analizler yapılmıştır. İyimser yaklaşım alt ölçeği ortalama puanlarının gruplar arasında anlamlı farklılaşma yaratıp yaratmadığını anlamak amacıyla Kruskall Wallis testi yapılmıştır. Sonuçlara göre iyimser yaklaşım alt ölçeği puanlarında gruplara göre anlamlı bir farklılaşma olmamaktadır ($\chi^2(2)=3.78$ $p>0.05$). İyimser yaklaşım ölçeğine ilişkin bilgiler Çizelge 4.27' de gösterilmiştir.

Çizelge 4.27. BKI' ya göre iyimser yaklaşım puanları dağılımı

Grup	n	İyimser Yaklaşım		χ^2	P
		Sıra Ort.	sd		
BKI<24.99 (Normal Kilolu)	48	69.98	2	3.77	0.151
BKI 25-29.99 (Fazla kilolu)	49	82.15			
BKI 30-39.99 (Aşırı Kilolu)	48	66.68			

Kendine güvenli yaklaşım alt ölçeği ortalama puanlarının gruplar arasında anlamlı farklılaşma yaratıp yaratmadığını anlamak amacıyla Kruskall Wallis testi yapılmıştır.

Sonuçlara göre kendine güvenli yaklaşım alt ölçeği puanlarında gruplara göre anlamlı bir farklılaşma olmamaktadır ($\chi^2(2)=2.73$ $p>0.05$). Kendine güvenli yaklaşım ölçeğine ilişkin bilgiler Çizelge 4.28’ de gösterilmiştir.

Çizelge 4.28. BKİ’ ya göre kendine güvenli yaklaşım puanları dağılımı

Grup	n	Kendine Güvenli Yaklaşım		χ^2	P
		Sıra Ort.	sd		
BKI<24.99 (Normal Kilolu)	49	72.72	2	2.73	0.255
BKI 25-29.99 (Fazla kilolu)	48	78.42			
BKI 30-39.99 (Aşırı Kilolu)	46	64.53			

Sosyal desteğe başvurma alt ölçeği ortalama puanlarının gruplar arasında anlamlı farklılaşma yaratıp yaratmadığını anlamak amacıyla Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) yapılmıştır. Sonuçlara göre sosyal desteğe başvurma alt ölçeği puanlarında gruplara göre anlamlı bir farklılaşma olmamaktadır ($F(2, 141)=1.16$ $p>0.05$). Sosyal desteğe başvurma ölçeğine ilişkin bilgiler Çizelge 4.29’ da gösterilmiştir.

Çizelge 4.29. Sosyal desteğe başvurma alt ölçeği puanlarının BKİ’ ya göre ANOVA sonuçları

Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler ortalaması	F	P
Gruplar arası	10.287	2	5.143	1.157	0.318
Gruplar içi	627.019	141	4.447		
Toplam	637.306	143			

Çaresiz yaklaşım alt ölçeği ortalama puanlarının gruplar arasında anlamlı farklılaşma yaratıp yaratmadığını anlamak amacıyla Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) yapılmıştır. Sonuçlara göre çaresiz yaklaşım alt ölçeği puanlarında gruplara göre anlamlı bir farklılaşma olmamaktadır ($F(2, 137)=0.945$ $p>0.05$). Çaresiz yaklaşım ölçeğine ilişkin bilgiler Çizelge 4.30’ da gösterilmiştir.

Çizelge 4.30. Çaresiz yaklaşım alt ölçeği puanlarının BKI' ya göre ANOVA sonuçları

Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler ortalaması	F	P
Gruplar arası	25.441	2	12.721	0.945	0.391
Gruplar içi	1844.530	137	13.464		
Toplam	1869.971	139			

Boyun eğici yaklaşım alt ölçeği ortalama puanlarının gruplar arasında anlamlı farklılaşma yaratıp yaratmadığını anlamak amacıyla Kruskal Wallis testi yapılmıştır. Sonuçlara göre boyun eğici yaklaşım alt ölçeği puanlarında gruplara göre anlamlı bir farklılaşma olmamaktadır ($\chi^2(2)=2.29$ $p>0.05$). Boyun eğici yaklaşım alt ölçeğine ilişkin bilgiler Çizelge 4.31' de gösterilmiştir.

Çizelge 4.31. BKI' ya göre boyun eğici yaklaşım puanları dağılımı

Grup	n	Boğun Eğici Yaklaşım		χ^2	P
		Sıra Ort.	sd		
BKI<24.99 (Normal Kilolu)	47	68.98	2	2.291	0.318
BKI 25-29.99 (Fazla kilolu)	47	65.15			
BKI 30-39.99 (Aşırı Kilolu)	46	77.52			

4.4. Yeme Davranışlarına Yönelik Bulgular

Katılımcıların yeme davranışlarını değerlendirmek amacıyla Hollanda Yeme Alışkanlıkları Anketi kullanılmıştır. Buna göre katılımcıların kısıtlayıcı yeme alt ölçeğinden aldıkları puan ortalaması $\bar{x}=27.58$ $Ss=8.49$ 'dir. Duygusal yeme alt ölçeğinden alınan puan ortalaması $\bar{x}=28.93$ $Ss=13.59$ ve dışsal yeme alt ölçeğinden alınan puan ortalaması ise $\bar{x}=27.41$ $Ss=7.68$ olarak bulunmuştur.

Çizelge 4.32. BKI' nin Yeme Davranışlarıyla Olan İlişkisi

BKI	Yeme Davranışları		
	Duygusal Yeme	Dışsal Yeme	Kısıtlayıcı Yeme
	0.230**	0.162	-0.084

**p<0.01

BKI' nin yeme davranışlarıyla olan ilişkisini değerlendirmek amacıyla Pearson Korelasyon Analizi yapılmıştır. Buna göre yalnızca duygusal yeme davranışı BKI ile orta düzeyde pozitif yönlü anlamlı bir ilişki göstermiştir. Buna göre BKI artıkça duygusal yeme davranışı anlamlı olarak artmaktadır ($r=0.230$ $p<0.01$). BKI ile dışsal yeme ve kısıtlayıcı yeme davranışları arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p>0.05$) (Çizelge 4.32).

Gruplara göre yeme davranışlarının farklılaşıp farklılaşmadığı araştırılmıştır.

Kısıtlayıcı yeme alt ölçeğinden alınan puanların gruplara göre farklılaşıp farklılaşmadığını anlamak amacıyla Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) yapılmıştır. Sonuçlara göre kısıtlayıcı yeme davranışı gruplara göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir $F(2,136)=0.747$, $p>0.05$ (Çizelge 4.33).

Çizelge 4.33. Kısıtlayıcı yeme alt ölçeği puanlarının BKI' ya göre ANOVA sonuçları

Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler ortalaması	F	P
Gruplar arası	108.165	2	54.083	0.747	0.476
Gruplar içi	9847.634	136	72.409		
Toplam	9955.799	138			

Duygusal yeme alt ölçeğinden alınan puanların gruplara göre farklılaşıp farklılaşmadığını anlamak amacıyla Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) yapılmıştır. Sonuçlara göre duygusal yeme davranışı gruplara göre anlamlı bir farklılık göstermektedir $F(2,133)=4.46$, $p<0.05$ (Çizelge 4.34). Farklılaşmanın kaynağını anlamak için Scheffe testi yapılmıştır. Buna göre obezite hastası grubunda yer alan katılımcıların duygusal yeme alt ölçeği puan ortalamaları ($\bar{x}=32.96$) normal kilolu grupta yer alan katılımcıların puan ortalamalarından ($\bar{x}=24.67$) anlamlı olarak daha fazladır. Obezite hastası gruba fazla kilolu grup ve fazla kilolu gruba normal kilolu grup arasında anlamlı bir farklılaşma bulunamamıştır ($p>0.05$).

Çizelge 4.34. Duygusal yeme alt ölçeği puanlarının BKI' ya göre ANOVA sonuçları

Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler ortalaması	F	P
Gruplar arası	1566.934	2	783.467	4.462	0.013
Gruplar içi	23354.331	133	175.596		
Toplam	24921.265	135			

Dışsal yeme alt ölçeğinden alınan puanların gruplara göre farklılaşıp farklılaşmadığını anlamak amacıyla Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) yapılmıştır. Sonuçlara göre dışsal yeme davranışı gruplara göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir $F(2,133)=0.416$, $p>0.05$ (Çizelge 4.35).

Çizelge 4.35. Dışsal yeme alt ölçeği puanlarının BKI' ya göre ANOVA sonuçları

Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler ortalaması	F	P
Gruplar arası	49.414	2	24.707	0.416	0.661
Gruplar içi	7907.507	133	59.455		
Toplam	7956.941	135			

4.5. Damgalanma Hissine Yönelik Bulgular

Kilonun damgalanma hissi üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla oluşturulan anket formuna verilen cevaplar analiz edilmiştir. Damgalanma hissi anket formundan alınan puanların ortalaması $\bar{x}=28.55$ $Ss=13.70$ olarak bulunmuştur.

Çizelge 4.36. BKI' nin algılanan damgalanma hissi ile olan ilişkisi

BKI' nin Algılanan Damgalanma Hissi İle Olan İlişkisi	
	Damgalanma hissi
BKI	0.220*

* $p<0.05$

BKI ile kilonun damgalanma hissi üzerindeki etkisi arasında bir ilişki olup olmadığını anlamak amacıyla Pearson Korelasyon Analizi yapılmıştır. Buna göre BKI ile damgalanma hissi arasında düşük düzeyde pozitif yönlü doğrusal bir ilişki bulunmaktadır. BKI arttıkça algılanan damgalanma hissi de anlamlı olarak artmaktadır ($r=0.220$ $p<0.05$) (Çizelge 4.36).

Damgalanma hissi anket formu yalnızca fazla kilolu ve obezite hastası grupta yer alan katılımcılara uygulanmıştır. Algılanan damgalanma hissi puanlarının fazla kilolu ve obezite grubunda farklılaşıp farklılaşmadığını anlamak amacıyla İlişkisiz Örneklemeler İçin T Testi yapılmıştır. Sonuçlara göre fazla kilolu ve obez gruplar arasında kilonun damgalanma hissi üzerindeki etkisinin birbirinden anlamlı olarak farklılaşmadığı sonucuna ulaşılmıştır $t(81)=-1.47$ $p>0.05$ (Çizelge 4.37).

Çizelge 4.37. Gruplara göre algılanan damgalanma hissi dağılımı

Grup	N	\bar{x}	Standart Sapma	T	P
Fazla kilolu	40	26.27	13.35	-1.47	0.145
Obez	43	30.67	13.83		

Yeme davranışları üzerinde algılanan damgalanma hissini etkiliğini yordamak amacıyla regresyon analizleri yapılmıştır. Duygusal yeme davranışını yordamak amacıyla basit regresyon analizi yapılmıştır. Damgalanma yordayıcı değişken olarak analize girmiştir. Buna göre duygusal yeme davranışının artışı damgalanma hissini artışıyla ilişkili bulunmuştur. Kiloyla ilgili damgalanma hissini duygusal yeme davranışının anlamlı bir yordayıcısı olduğu görülmektedir, $R=0.265$, $R^2=0.07$, $F(1,74)=5.61$, $p<0.05$. Duygusal yeme davranışına ilişkin toplam varyansın %7'sinin kiloyla ilgili damgalanma hissi ile açıklanabileceğini söylemek mümkündür.

Dışsal yeme davranışını yordamak amacıyla basit regresyon analizi yapılmıştır. Damgalanma yordayıcı değişken olarak analize girmiştir. Buna göre dışsal yeme davranışının artışı damgalanma hissini artışıyla ilişkili bulunmuştur. Kiloyla ilgili damgalanma hissini dışsal yeme davranışının anlamlı bir yordayıcısı olduğu görülmektedir, $R=0.261$, $R^2=0.07$, $F(1,70)=5.14$, $p<0.05$. Dışsal yeme davranışına ilişkin toplam varyansın %7'sinin kiloyla ilgili damgalanma hissi ile açıklanabileceğini söylemek mümkündür.

Kısıtlayıcı yeme davranışını yordamak amacıyla basit regresyon analizi yapılmıştır. Damgalanma yordayıcı değişken olarak analize girmiştir. Sonuçlara göre algılanan damgalanma hissi kısıtlayıcı yeme davranışıyla ilişkili bulunmamıştır ($p>0.05$).

4.6. Kilonun Yaşam Kalitesine Etkisine Yönelik Bulgular

Kilonun yaşam kalitesi üzerindeki etkisini araştırmak amacıyla Kilonun Yaşam Kalitesine Etkisi Kısa sürüm ölçeği kullanılmıştır. Alt ölçeklerin ortalaması şöyledir; bedensel işlevler alt ölçeği puan ortalaması $\bar{x}=69.88$ $S_s=28.72$, özgüven alt ölçeği puan ortalaması $\bar{x}=75.93$ $S_s=27.52$, cinsel yaşam alt ölçeği puan ortalaması $\bar{x}=87.14$ $S_s=21.64$, toplum baskısı alt ölçeği puan ortalaması $\bar{x}=87.92$ $S_s=22.32$, iş alt ölçeği puan ortalaması $\bar{x}=82.14$ $S_s=26.55$. Genel olarak yaşam kalitesi puan ortalaması ise $\bar{x}=79.15$ $S_s=20.96$ olarak bulunmuştur.

Çizelge 4.38. BKİ' nin Yaşam Kalitesiyle Olan İlişkisi

	Yaşam Kalitesi					
	Bedensel işlevler	Özgüven	Cinsel yaşam	Toplum baskısı	İş	Genel yaşam kalitesi
BKI	-0.457**	-0.227*	-0.249*	-0.268**	-0.371**	-0.361**

* $p<0.05$ ** $p<0.01$

BKI ile yaşam kalitesi arasında ilişki olup olmadığını anlamak amacıyla Pearson Korelasyon Analizi yapılmıştır. Sonuçlara göre BKI ile bedensel işlevler, özgüven, cinsel yaşam, toplum baskısı, iş ve genel yaşam kalitesi arasında negatif yönlü doğrusal bir ilişki bulunmaktadır. BKI arttıkça bedensel işlevler ($r=-0.457$ $p<0.01$), özgüven ($r=-0.227$ $p<0.05$), cinsel yaşam ($r=-0.249$ $p<0.05$), toplum baskısı ($r=-0.268$ $p<0.01$) ve iş ($r=-0.371$ $p<0.01$) alanlarına ait yaşam kaliteleri azalmaktadır. Aynı şekilde BKI arttıkça genel yaşam kalitesi de anlamlı olarak azalmaktadır ($r=-0.361$ $p<0.01$). BKI ile özgüven, cinsel yaşam ve toplum baskısı arasındaki ilişki düşük; iş, bedensel işlevler ve genel yaşam kalitesi arasındaki ilişki ise orta düzeyde güçlüdür (Çizelge 4.38).

Gruplara göre bedensel işlevler alt ölçeği puanları arasında farklılık olup olmadığını anlamak amacıyla İlişkisiz Örneklem İÇİN T Testi yapılmıştır. Sonuçlara göre fazla kilolu ve obezite hastası grup arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır. Fazla kilolu grubun bedensel işlevler alt ölçeğinden aldığı puan ortalaması ($\bar{x}=82.21$), obezite hastası grubun aldığı puan ortalamasından ($\bar{x}=57.27$) anlamlı olarak daha fazladır ($t(89)=4.56$ $p<0.01$). Buna göre obezite hastası grubun bedensel işlevlerle ilgili yaşam kalitesi fazla kilolu grubun yaşam kalitesinden daha düşüktür (Çizelge 4.39).

Çizelge 4.39. Gruplara göre bedensel işlevler puan dağılımı

Grup	N	\bar{x}	Standart Sapma	T	P
Fazla kilolu	46	82.21	20.59	4.56	0.000
Obez	45	57.27	30.52		

Gruplara göre özgüven alt ölçeği puanları arasında anlamlı farklılık olup olmadığını anlamak amacıyla Mann Whitney U testi yapılmıştır. Sonuçlara göre obezite hastası olan grup ile fazla kilolu grubun özgüven alt ölçeği ortalamaları birbirinden anlamlı olarak farklılaşmaktadır ($U=686$ $p<0.05$). Fazla kilolu grupta yer alanların özgüven alt ölçeği için yaşam kalitesi ($\bar{x}=50.76$), obezite hastası olan grupta yer alanların yaşam kalitesine ($\bar{x}=37.95$) göre anlamlı olarak daha yüksektir (Çizelge 4.40).

Çizelge 4.40. Gruplara göre özgüven puan dağılımı

Özgüven	N	\bar{x}	Toplam	Mann-Whitney U	P
Fazla kilolu	45	50.76	2284	686	0.017
Obez	43	37.95	1632		

Gruplara göre cinsellik alt ölçeği puanları arasında anlamlı farklılık olup olmadığını anlamak amacıyla Mann Whitney U testi yapılmıştır. Sonuçlara göre obezite hastası olan grup ile fazla kilolu grubun cinsellik alt ölçeği ortalamaları birbirinden anlamlı olarak farklılaşmamaktadır ($U=755.5$ $p>0.05$) (Çizelge 4.41).

Çizelge 4.41. Gruplara göre cinsellik puan dağılımı

Cinsellik	N	\bar{x}	Toplam	Mann-Whitney U	P
Fazla kilolu	45	48.21	2169.5	755.5	0.063
Obez	42	39.49	1658.5		

Gruplara göre toplum baskısı alt ölçeği puanları arasında anlamlı farklılık olup olmadığını anlamak amacıyla Mann Whitney U testi yapılmıştır. Sonuçlara göre obezite hastası olan grup ile fazla kilolu grubun toplum baskısı alt ölçeği puan ortalamaları birbirinden anlamlı olarak farklılaşmaktadır ($U=806$ $p<0.05$). Fazla kilolu grupta yer alanların toplum baskısı

alt ölçeği için yaşam kalitesi ($\bar{x}=53.71$), obezite hastası olan grupta yer alanların yaşam kalitesine ($\bar{x}=41.02$) göre anlamlı olarak daha yüksektir (Çizelge 4.42).

Çizelge 4.42. Gruplara göre toplum baskısı puan dağılımı

Toplum baskısı	N	\bar{x}	Toplam	Mann-Whitney U	P
Fazla kilolu	48	53.71	2578	806	0.012
Obez	46	41.02	1887		

Gruplara göre iş alt ölçeği puanları arasında anlamlı farklılık olup olmadığını anlamak amacıyla Mann Whitney U testi yapılmıştır. Sonuçlara göre obezite hastası olan grup ile fazla kilolu grubun iş alt ölçeği puan ortalamaları birbirinden anlamlı olarak farklılaşmaktadır ($U=614.5$ $p<0.05$). Fazla kilolu grupta yer alanların iş alt ölçeği için yaşam kalitesi ($\bar{x}=54.70$), obezite hastası olan grupta yer alanların yaşam kalitesine ($\bar{x}=36.29$) göre anlamlı olarak daha yüksektir (Çizelge 4.43).

Çizelge 4.43. Gruplara göre iş puan dağılımı

İş	N	\bar{x}	Toplam	Mann-Whitney U	P
Fazla kilolu	48	54.70	2625.50	614.5	0.000
Obez	43	36.29	1560.50		

Gruplara göre toplam yaşam kalitesi değerlendirildiğinde fazla kilolu grupta yer alan katılımcıların kiloyla ilgili yaşam kalitelerinin ($\bar{x}=45.07$) obezite hastası olan grupta yer alanların yaşam kalitelerinden ($\bar{x}= 27.56$) anlamlı olarak daha fazla olduğu bulunmuştur ($U=354$ $p<0.01$) (Çizelge 4.44).

Çizelge 4.44. Gruplara göre toplam yaşam kalitesi puan dağılımı

Yaşam kalitesi	N	\bar{x}	Toplam	Mann-Whitney U	P
Fazla kilolu	42	45.07	1893	354	0.001
Obez	32	27.56	882		

TARTIŞMA

5.1. Kişisel Bilgiler

Mevcut çalışma günden güne artan bir halk sağlığı sorunu olan obezitenin psikolojik ve diğer değişkenlerle olan ilişkilerini ortaya çıkarmayı amaçlamıştır. Demografik değişkenlerin yanı sıra az sayıda çalışılmış olan travma yaşantıları ve çocukluk çağı travmalarına odaklanılmış, yeme davranışları ve stresle başa çıkma tarzları anlaşılmaya çalışılmış; damgalanma ve yaşam kalitesi gibi durumlar üzerinde durulmuştur.

Çalışmada sadece kadın örneklem grubuyla çalışılmıştır. Kadın cinsiyet obezite için bir risk faktörüdür. Çalışma grubu olarak riskli bir grup alınmış olup risk grubuna yönelik çalışma yapmak hedeflenmiştir.

Çalışmanın sonuçlarına göre BKİ arttıkça grupların yaş ortalamaları da artmaktadır. 30 yaşın üzerinde olmak özellikle kadınlarda bir risk faktörü olarak bulunmuştur (Koruk ve Şahin 2005). Yaş ilerledikçe obezite ihtimali artmakta (Işık ve diğ. 2013), özellikle orta yetişkinlik (40-60 yaş) döneminde görülme sıklığı oldukça yükselmekte, 60 yaş üzerinde ise obezite görülme oranında düşüşler olduğu bildirilmektedir (Çayır ve diğ. 2011, Nazlıcan 2008, Akman ve diğ. 2004, Doğan ve diğ. 2011). Mevcut çalışmada da obezite olan grubun yaş ortalamasının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu ve orta yetişkinlik döneminde yer alanların ağırlıklı olarak bu grubu oluşturduğu gösterilmiştir.

Eğitim düzeyi de obezite ihtimalini arttıran faktörler arasında yer almaktadır. Literatür incelendiğinde eğitim düzeyi ile obezite arasında negatif yönlü bir ilişki olduğu göze çarpmaktadır. Erkeklerde herhangi bir farklılık yaratmasa da kadınlarda eğitim düzeyi arttıkça obezite oranları azalmaktadır (Tzotzas ve diğ. 2010, Boing ve Subramanian 2015, Doğan ve diğ. 2011, Koruk ve Şahin 2005, Çayır ve diğ. 2011, Işık ve diğ. 2013). Bu anlamda eğitim düzeyinin yüksekliği kadınlarda obezite riski için koruyucu bir faktör olarak görev yapmaktadır. Eğitim düzeyi dağılımına ilişkin bulunan sonuçlar literatürle benzer olarak bu çalışmada da gösterilmiştir. Obezite olan grupta eğitim düzeyi daha düşük bulunurken, normal kilolu grupta daha yüksek eğitim düzeyi olduğu bulunmuştur. Bu da araştırmanın eğitim düzeyinin koruyucu faktör etkisini savunan çalışmalar arasında olmasına yol açmıştır.

Obezitenin gelir düzeyiyle olan ilişkisine dair bulgular tartışmalıdır. Kimi çalışmalarda gelir düzeyi arttıkça obezitenin arttığı gösterilirken (Pubudu De Silva ve diğ. 2015, Sengupta ve diğ. 2015), diğerlerinde gelir düzeyi azaldıkça obezitenin arttığı gösterilmektedir (Bray 1999, Çayır ve diğ. 2011, Işık ve diğ. 2013, Chao ve diğ. 2014). Bu araştırmada ise kendini düşük gelirli olarak belirten grubun büyük çoğunluğu obezite olan grupta yer alırken, iyi düzeyde gelire sahip olduğunu belirtenlerin büyük çoğunluğu normal kilolu kadınların olduğu grupta yer almaktadır. Bu anlamda çalışmanın obezitenin gelir düzeyi düşük olan gruplarda fazla olduğunu belirten literatür çalışmaları arasında olduğunu söylemek mümkündür.

Obezitede kadınlarda risk faktörü oluşturan durumlardan birisi de çalışıp çalışmama durumudur. Çalışmama kadınlar için bir risk faktörü olarak bilinmektedir. Bu araştırmada da obezite grubunda yer alan kadınlarla normal kilolu grupta yer alan kadınlar karşılaştırıldıklarında, obezite olan grupta yer alanların büyük oranda çalışmadığı ve ev hanımı olduğu, normal kilolu gruptaki kadınların büyük oranının da çalıştığı ve memurluk içeren mesleklere sahip olduğu bulunmuştur. Literatürde yer alan çalışmalarda da bu sonuçlar gösterilmiştir (Çayır ve diğ. 2011, Koruk ve Şahin 2005, Işık ve diğ. 2013). Bu verilerle uyumlu olarak yapılan iş türü de sorgulandığında normal kilolu kesimin daha çok masa başı iş yaptıkları, obezite grubunda yer alan çalışan katılımcıların ise daha çok evlerinden iş yaptıkları sonucuna ulaşılmıştır. Allman- Farinelli ve diğ. (2010)' ne göre kadınlarda büro çalışmaları gibi mesleklere sahip olanların, bu mesleklerden olmayanlara göre daha düşük BKİ düzeyleri vardır. Bu çalışmada da bu veriler desteklenmiş, masa başı iş yapan kadınların diğerlerine göre daha düşük kilolarda oldukları gösterilmiştir.

Çalışmaya katılan kadınların büyük bir oranı evlidir. Evli olanlarda evli olmayanlara göre daha yüksek obezite oranları olduğu bildirilmiştir (Mata ve diğ. 2015, Tzotzas ve diğ. 2010, Işık ve diğ. 2013, Çayır ve diğ. 2011). Ancak bu çalışmada gruplar arasında medeni durum açısından herhangi bir farklılaşma gösterilememiştir. Bunun bir nedeni olarak çalışmaya katılan grubun büyük bir bölümünün evli olması gösterilebilir.

Kadınların geçirdikleri gebelikler ve lohusalık dönemlerinde aldıkları kilolar da sorunlara yol açabilmektedir. Geçirilen gebelik sayısının 3-4 olması obezite için bir risk faktörü iken, 1-2 olmasının böyle bir etkisinin olmadığı bilinmektedir (Nazlıcan 2008, Güneş ve diğ. 2000, Koruk ve Şahin, 2005, Çayır ve diğ. 2011). Mevcut çalışmada da örneklem grubunun büyük bir çoğunluğu çocuk sahibidir ve literatür bilgileriyle uyumlu

olarak 3 ve üstü sayıda çocuk sahibi olanlar en çok obezite olan gruptaki katılımcılar arasında görülürken, en çok 1 çocuk sahibi olma normal kilolu katılımcılar arasında görülmektedir. Fazla kilolu katılımcılar ise en çok 2 çocuk sahibidir. Çocuk sayısı arttıkça BKI değerleri de artmaktadır ve çocuk sayısı BKI varyansının bir bölümünü anlamlı olarak açıklamaktadır. Buna göre kilo düzeyinin, sahip olunan çocuk sayısına göre farklı dağılmasına yol açan önemli bir faktör olduğunu söylemek mümkündür.

Kişilerin sahip oldukları kiloyu nasıl değerlendirdiklerine ilişkin öznel algıları pek çok açıdan önemlidir. Çalışmada katılımcıların büyük bir oranı var olan kilolarını olması gerekenden fazla olarak tanımlamışlardır. Normal kilolu kadınlar ise beklenildiği gibi kilolarını ideal olarak değerlendirmişlerdir. Ancak yine de normal kilolu grupta olup da kilosunu olması gerekenden fazla olarak değerlendiren kadınlar da vardır. Bu da çalışılan örneklemin ideal değerlendirme olarak neleri ölçüt aldıklarının bilinmemesi ve bireysel diğer kriterlerin kişilerin şu anki kilolarını nasıl algıladıklarını şekillendiren faktörler olabilmesinden kaynaklanmaktadır. Yapılan bir çalışmada kadınlar tarafından fazla kilonun bedensel güzelliği tehdit eden en önemli faktör olarak algılandığı gösterilmiştir (Fidan 2015). Bu nedenle normal BKI değerlerinde bile olsalar kadınların kilolarını tehdit unsuru olarak gördükleri için bir miktar fazla olarak algıladıklarını söylemek mümkündür. Olması gerekenden çok fazla olarak nitelendiren grup beklenildiği gibi obezite hastalarının olduğu gruptur. Ancak obezite olan kadınların olduğu grupta çoğunlukla kilolarını olması gerekenden çok fazla yerine fazla olarak değerlendirmişlerdir. Ata ve diğ. (2014)' lerinin çalışmasına göre normal kilolu olanların kendilerini daha doğru biçimde algıladıkları, obezite olanlarınsa kendilerini daha normal görmeye eğilimli oldukları, kendilerini obezite hastası olarak algılayanların daha az olduğu ve kadınların kendilerini pozitif yönde görmeye eğilimli oldukları sonuçlarına ulaşılmıştır.

Var olan kilonun nasıl algılandığının yanı sıra problem olarak algılanıp algılanmadığı da önemlidir. Çalışmaya katılan kadınların büyük bir oranı kiloyla ilgili sorunu olduğunu belirtmişlerdir. Bu da kilonun algılanışıyla ilgili sonuçlarla uyumlu bir bulgudur. Normal kilolu grup içerisinde kadınların yarısı kiloyla ilgili problem yaşanan bir dönem olduğunu belirtmiş, diğer yarısı ise kiloyla ilgili problem olan bir dönem yaşamadıklarını belirtmişlerdir. Fazla kilolu ve obezite gruplarında ise büyük bir çoğunluk kiloyla ilgili sorunları olduğunu düşünmektedir. Bu anlamda özellikle fazla kilolu ve obezite hastası

olan gruplarda kiloyla ilgili sorun olduğunun düşünülmesi, kişilerin farkındalıkları yönünden iyi bir işaret olarak yorumlanabilir.

Kilo alımını etkileyen faktörler çok geniş bir yelpazede yer almaktadır. Beslenme alışkanlıkları (Altunkaynak ve Özbek 2006), fiziksel aktivite azlığı (Arabacı ve Çankaya 2007), yaşanan olumsuz olaylar, sigara/ alkol bırakma, ilaç kullanımları, evlilik problemleri (Gagnon-Girouard ve diğ. 2010) ve daha birçok bireysel faktör kilo almada etkilidir. Bu çalışmada yer alan kadınlar da beslenme, hareketsizlik, genetik, gebelikler, can sıkıntısı kaynaklı sürekli atıştırma, ilaç kullanımı başta olmak üzere pek çok faktörün kilo alımlarını etkilediklerini düşünmektedirler. Bu da genel olarak çalışmada yer alan kadınların kilo alımına yol açan unsurlar konusunda bilgilerinin iyi düzeyde olduğunun göstergesi olarak yorumlanabilir.

Alkol ve sigara kullanımının obezite üzerindeki etkisi konusunda netlik kazanmış bulgular mevcut değildir. Çalışmada alkol tükettiğini belirten kadınların oranı oldukça düşüktür. Bunun da örneklemin yapısı ve sosyokültürel faktörler kaynaklı olabilmesi muhtemeldir. Sigara kullanımı ise alkol kullanımına kıyasla daha fazladır. Günümüzde sosyokültürel yapı gereği kadınların sigara kullanması alkolle kıyaslandığında daha tolere edilebilir durmaktadır. Grubun sigara kullanımının alkol kullanımından daha fazla olması bununla açıklanabilir. Ancak gruplar arasında sigara tüketimi açısından herhangi bir farklılaşma bulunamadığından sigara kullanmanın ya da kullanmamanın kadınlarda obezitede herhangi bir farklılaşma yaratmadığını söylemek mümkündür.

Psikiyatrik hastalıklar tıbbi hastalıklara eşlik edebileceği gibi, bazı hastalıkların ortaya çıkışını da kolaylaştırmaktadır. Bu araştırmanın sonuçlarına göre örneklemin büyük bir çoğunluğu psikiyatrik hastalık öyküsüne sahip değildir. Hastalık öyküsüne sahip olanların çoğunluğu ise obezite grubunda yer almaktadır. Bu da obezite olmayan örnekleme karşılaştırıldığında obezite olan grupta daha fazla psikiyatrik hastalık öyküsünün olduğu yönündeki literatür bilgisini desteklemektedir (Cerit ve diğ. 2006, Deveci ve diğ. 2005, Eren ve Erdi 2003, Lin ve diğ. 2013). Hastalık öyküsü olduğunu belirten çoğu kişi tedavi arayışında olmuştur ve tedavi aldıkları kişilerin dağılımı incelendiğinde ilk sırada psikiyatristlerin bulunduğu görülmüştür. Az bir kesim hala alternatif tedavi yollarına başvuruyor olsa da çoğunluk doğru kişilerden yardım alıyor görünmektedir. Alınan tedavi yöntemleri değerlendirildiğinde ise ilk sırada ilaçla tedavi yer almaktadır. İlaç kullanımının genel olarak iştahı etkilediği ve ruh sağlığı için kullanılan ilaçların da kilo alımına yol

açabildiğini gösteren çalışmalar mevcuttur (Çelik 2006, Eraslan ve diğ. 2006, Savaş ve diğ. 2007). Bu açıdan bakıldığında obezite grubunda ilaçla tedavinin kilo aldırıcı etkisinin olabileceği düşünülebilir. Ancak kullanılan ilaç, ne kadar süredir kullanıldığı, ne için kullanıldığı ve kilo alımının ilaçtan önce mi sonra mı başladığı gibi ilaca yönelik ayrıntılı değerlendirilmenin yapılmayışı yorum yapmayı güçleştirmektedir.

Obezite pek çok kronik hastalığa yol açması nedeniyle mortalitesi ve morbiditesi yüksek olan hastalıklar arasında yer almaktadır. Başta hipertansiyon (Kalan ve Yeşil 2010) olmak üzere, tiroid (Altunoğlu ve diğ. 2011), diyabet (Tümer ve Çolak 2012), kolesterol (İslamoğlu ve diğ. 2008), kardiyovasküler hastalıklar (Johns ve diğ. 2015) gibi pek çok sağlık sorunu obeziteye eşlik etmektedir. Mevcut çalışmada da gruplara göre sahip olunan kronik hastalık sayısının farklılaştığı gösterilmiştir. Kilo arttıkça kronik hastalık sayısı da artmakta, obezite grubunda bariz bir şekilde fazla kilolu ve normal kilolu gruba göre daha fazla kronik hastalık olduğu görülmektedir. Aynı şekilde fazla kilolu grupla normal kilolu grup karşılaştırıldığında bile fazla kilolu gruptaki kadınların daha fazla kronik hastalığa sahip olduğu görülmektedir. Bu da kilo artışının kronik hastalıklara yakalanma riski açısından ne denli önemli bir etmen olduğunu bir kez daha göstermektedir.

Ailesinde obezite olan kişilerin obeziteye yakalanma riski hem genetik temeller hem de aynı çevreyi paylaşıyor olmanın getirdiği gereklilikler nedeniyle daha yüksektir (Baqai ve Wilding 2014, Gill 2015, Semerci 2004). Bu çalışmada da obezite grubunda yer alan kadınların normal kilolu grupta yer alan kadınlara göre daha fazla obezite hastası yakını bulunmakta ve bu yakınlar ağırlıklı olarak anne ve kardeşlerden oluşmaktadır. Bu anlamda da obezite olan grubun ailesinde obezitenin görülme oranının daha yüksek bulunmuş olması, ailede obezite öyküsü olan kişilerde obezitenin görülme oranının arttığı yönündeki hipotezi destekler niteliktedir (Şimşek ve diğ. 2005). Ergüven ve diğ. (2008) yaptığı çalışmaya göre obezite hastası annenin BKI ile obezite hastası çocuğun BKI arasında ilişki bulunurken, obezite hastası baba ile obezite hastası çocuk arasında böyle bir ilişki saptanmamıştır. Anamur- Uğuz ve Bodur (2007) ise preadölesan bir grup çocukla yaptıkları çalışmada kız çocukların anneleriyle BKI' larının ilişkili olduğu; ancak babalarla böyle bir ilişkinin olmadığını göstermişlerdir. Aynı çalışmada obezite olanların kardeşlerinde de yüksek oranda obezite gösterildiği bildirilmiştir. Bahsi geçen çalışmalar her ne kadar çocukluk ve ergenlik çağında yapılmış olsa da çocukluk çağında obezitenin yetişkinlikteki obezite için bir risk faktörü olduğu bilinmektedir (Onay- Beşikçi 2010). Bu

bilgiler ışığında özellikle kadınlarda annelerin ve kardeşlerin obezite hastası olmasının obezite için bir risk faktörü olabileceğini söylemek mümkündür.

Sağlık bakanlığı (2011) obezitenin tedavisi için ilk olarak bireye özgü diyet, egzersiz ve davranış değişikliği ile başlanmasını hayati riskler doğuran zamanlarda ilaç ve cerrahi seçeneklerini önermektedir. Bu çalışmada katılımcıların en çok kullandıkları kilo verme yöntemi diyettir. Diyet yöntemini ise egzersiz takip etmektedir. Cerrahi uygulama ise hiçbir katılımcı tarafından işaretlenmemiştir. Bu durumun olası bir nedeni çalışmaya katılan örneklem birinci basamak sağlık hizmeti veren bir kuruluşun obezite birimine başvurmuş olmalarından kaynaklanma ihtimalidir. Verilerin toplandığı sağlık merkezleri kişiye özgü diyet ve egzersiz programı belirlemede, ilaç ya da cerrahi işlem gibi bir yöntem için uygun gördükleri hastaları daha ileri sağlık kuruluşlarına sevk etmektedirler. Bu açıdan bakıldığında grup içerisinde en çok kullanılan yöntemin diyet ve egzersiz oluşu, ilaç ya da cerrahi yöntem kullananların olmayışını bu şekilde açıklamak mümkündür.

İnsan sağlığı için fiziksel aktivite çok önemli bir yer tutmaktadır. Obezitenin en önemli nedenlerinden birisi fiziksel aktivitenin yetersiz oluşudur (Bayrakçı- Tunay 2008). Sedanter yaşamın obezite için tek başına bir risk faktörü olduğu bilinmektedir (Blümel ve diğ. 2015). Katılımcıların büyük bir oranı hiç spor yapmadığını belirtmiştir. Bu anlamda katılımcıların büyük çoğunluğunun sedanter yaşam tarzına sahip olduklarını söylemek mümkündür. Hiç spor yapmadığını belirtenlerin oranının normal kilolu ve obezite gruplarında aynı olması; sedanter yaşam tarzının hem normal kilolu hem de aşırı kilolu kişilerde fazla olduğunun bir göstergesi olarak yorumlanabilir. Yine çalışmanın ilginç sonuçlarından birisi de en fazla spor yaptığını belirten grubun aşırı kilolu grup olmasıdır. Bunun bir nedeni olarak yine çalışmanın yapıldığı birinci basamak sağlık hizmeti yerlerinde uygulanan programın bir özelliğidir. Kişilere özel planlanan günlük yürüyüşlerin olması, obezite olan grupta spor yapmanın diğer gruplardan fazla oluşunu açıklayabilmektedir.

5.2. Travma Yaşantıları

Ruhsal travmatik olaylar psikiyatrik sorunların da içinde olduğu pek çok hastalığa yol açabilmektedir. Grubun geneli tarafından en çok yaşandığı belirtilen travmatik olay doğal afet olmuştur. Bu cevapla uyumlu olarak en çok etkilediği düşünülen olayın doğal afet olması ve yaşanan olayın 5 yıldan daha uzun süre önce yaşanmış olması işaretlenen doğal

afet cevabının 17 Ağustos 1999 depremi olma olasılığını güçlendirmektedir. Bu da çalışmanın yapıldığı bölge gereği 17 Ağustos 1999 depreminin etkilerinin hala devam ediyor olduğunun bir göstergesi olarak yorumlanabilir. Bir travmatik olay sırasında veya sonrasında kişilerde korku, dehşet, çaresizlik, utanç veya suçluluk gibi tepkiler ortaya çıkıyorsa bu olaylar artık ruhsal açıdan travmatik olay ya da ruhsal travmatik olay olarak isimlendirilmektedir (Aker 2012). Çalışmaya katılan kadınlar tarafından yaşanan travma esnasında korku, dehşet ve çaresizlik duyguları da oldukça yüksek oranlarla bildirilmiştir. Bu anlamda yaşanan travmatik olaylar ruhsal açıdan travmatik olaylar olmuştur.

Obezite hastası olan kadınların olduğu grubun yaşadığı travmatik olayların ortalama sayısı normal kilolu kadınların olduğu gruptan fazla bulunmuştur. Geçmiş travmatik deneyimlerin obezite hastalarında çok gösterildiği çalışmalar literatürde mevcuttur (Hendricks ve diğ. 2015). Flannery (2001) morbid obezitenin de içinde bulunduğu bir takım tıbbi hastalıklarda tedavi edilmeyen ruhsal travma yaşantılarının önemine dikkat çekmiştir. Yine literatürde son bir yıl içerisinde TSSB tanısı alan kişilerin obezite olma ihtimallerinin cinsiyetten bağımsız olarak arttığı bildirilmiştir (Pagoto ve diğ. 2012). Biyolojik açıdan bakıldığında ruhsal travma obezite ilişkisi kortizol anormalliklerinin aracı faktör oluşu üzerinden açıklanmıştır. Ruhsal travmalar HPA eksenin fonksiyonlarını bozmaktadır. Bu bozulmanın sonucunda da glukokortikoid salınımı artmakta ve bu da insülin rezistansı ve obezite için büyük bir risk doğurmaktadır (D' Andrea ve diğ. 2011, Çelik 2006). Artan stresle birlikte beyinde meydana gelen bozulmalar kişilerin yiyecek seçimlerini etkilemekte, yağ ve şekerden zengin olan besinlerin (comfortfood) tüketiminin artması beyindeki ödül merkezlerini uyarırken, stres tepkilerini söndürmektedir (Scott ve diğ. 2012). Hemmingsson (2014) stres ve negatif duyguların duygusal aşırı yüklenmeyi arttırdığını ve enerji homeostazı ile metabolizmayı bozduğunu belirtmiştir. Stresin metabolik yan etkileri nedeniyle yağ depolamayı kolaylaştırdığını, özellikle yağ ve şekerden zengin besinlerin de olumsuz duygularla baş etmede rahatlatıcı görevi görmesi nedeniyle aşırı tüketilmesinin obeziteyle sonuçlandığını bildirmiştir. Yine stresin bir sonucu olarak uyku eğilimi ya da azalmış fiziksel aktivitenin de metabolizmayı bozduğunu ve bunun obeziteyle sonuçlanabildiğini belirtmektedir. Bu açıdan bakıldığında ruhsal travma yaşantıları bireylerde stres yaratan, majör depresyon gibi hastalıklar için etken olan yaşantılardır. Böyle yaşantıları olan kişilerin farkında olarak ya da olmayarak stresle baş

etmede yeme eğilimleri ve azalan aktivite düzeylerinin olmasının obeziteyle sonuçlanması anlaşılır olmaktadır.

Çocukluk çağında yaşanan travmaların yetişkinlikte obezite dahil pek çok hastalıkla ilişkili olabileceği bilinmektedir (Felitti ve diğ. 1998). Bu çalışmada da gruplara göre bakıldığında toplam çocukluk çağı travma yaşantıları obezite olan grupta, hem fazla kilolu hem de normal kilolu gruptan daha fazla bulunmuştur. Literatürde çocukluk çağı travmaları ile yetişkinlik obezitesi arasında ilişki olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (Dedert ve diğ. 2010, Farr ve diğ. 2015). Fazla kilolu ve obezite gruplarındaki kadınlar hayatlarında ilk kilo problemi yaşadıkları dönemi istatistiksel açıdan anlamlı farklılık yaratmasa da doğum yaptıkları dönem olarak belirtmişlerdir. Diesel ve diğ. (2014) yaptıkları hem kesitsel hem boylamsal araştırmada çocukluk çağı travmalarının hamilelik faktörü dışlandığında bile obeziteyle ilişkili olduğu sonucunu bulmuşlardır. Yapılan pek çok araştırmada çocukluk çağı travmalarının yetişkinlikte obeziteyi yordadığı gösterilmiştir. Bu ilişkinin daha güçlü gösterilebilmesi adına yeme miktarı, fiziksel aktivite sıklığı, yaş, eğitim, yetersiz besin tüketme, algılanan stres düzeyi gibi ilişkili olan faktörler dışlandığında bile özellikle fiziksel ya da cinsel istismara maruz kalmış olmanın yetişkinlikte obeziteyi yordadığı bulunmuştur. Yine sayılan tüm ilişkili olabilecek faktörler obezite olan bireylerde obezite olmayanlara göre daha fazla gösterilmektedir (Alvarez ve diğ. 2007).

Cinsel istismar yaşantıları hem obezite olan hem de fazla kilolu olan grupta normal kilolu gruptan daha fazla bulunmuştur. Fiziksel istismar yaşantıları obezite grubunda normal kilolu gruba göre daha fazla bulunmuştur. Duygusal istismar yaşantıları ise gruplara göre herhangi bir farklılaşma göstermemiştir. İhmal yaşantılarından duygusal ihmal obezite olan grupta normal kilolu gruba göre daha fazla bulunurken; fiziksel ihmal yaşantıları obezite olan grupta hem normal kilolu hem de fazla kilolu gruba göre daha fazla bulunmuştur.

Çocukluk çağı cinsel istismarları pek çok somatik hastalıkla, davranışsal ve sosyal problemlerle ilişkilidir (Paras ve diğ. 2009, Dube ve diğ. 2005, Whitelock ve diğ. 2013). Richardson ve diğ. (2013) yaptıkları boylamsal çalışmada yetişkinlikte başlayan obezitede bireylerin çocukluğunda fiziksel ve cinsel istismarın daha fazla olduğunu bulmuşlardır. Kesitsel türde yapılan çalışmalara bakıldığında da çocukluk çağı fiziksel ve cinsel istismarlarının obezite hastası olan kadınlarda daha fazla gösterildiği bildirilmiştir (Rohde ve diğ. 2008). Çocukluk çağı istismarlarının obezite vakalarında sık görüldüğü

bildirilmesine rağmen obezite ve çocukluk çağı istismarları arasındaki ilişkinin nedenini açıklayan çalışma sayısı çok azdır. Bazı vakalarda çocukluğunda cinsel istismar mağduru olan kadınların kilo almayı daha az arzulanır olmak, seksi olmamak için bir kalkan olarak kullandıkları görülmüştür (Faden ve diğ. 2013, Lee ve Shapiro 2003). Bazı çalışmalarda ise yaşanan duygusal istismarın, duygusal olarak reddedilmişlik hissinin yarattığı duygusal ağrıdan kurtulmak için yemenin rahatlatıcı etkisinin kullanıldığını ve bunun da obeziteyle sonuçlandığını belirtmişlerdir (Liebenberg ve Papaiko 2010). Kadınlarda duygusal istismar yaşantılarının obeziteyle ilişkisi olmadığı daha önceki çalışmalarda da gösterilmiş bir bulgudur (Gunstad ve diğ. 2006). Bu açıdan bakıldığında duygusal istismarın gruplara göre farklılaşmaması bulgusu literatürle uyumlu bir bulgudur. Çocukluk çağı travmaları ile yetişkinlikte obezite ilişkisi olmadığını belirten çalışmalar da ilgili yazında mevcuttur (Grilo ve Masheb 2001).

Travma yaşantılarına dair yapılan korelasyon analizi sonuçlarında fiziksel istismar, duygusal istismar ve fiziksel ihmal alt ölçeklerinin BKI ile ilişki göstermediği bulunmuş; ancak gruplara göre ölçek puan ortalamalarında farklılaşmalar olduğu görülmüştür. Bunun olası nedenlerinden biri korelasyon analizinde tüm grupların ve tüm ilişkili olabilecek değişkenlerin aynı anda işleme girmesi, bu nedenle de travma yaşantıları az olan grupların, BKI ile travma yaşantılarının ilişki gösterme ihtimalini azaltmasıdır. Bundan dolayı gruplar arası ölçek puanlarının dağılımına bakıldığında daha net bir şekilde farklılaşmaların olduğu görülmektedir. Çünkü gruplar birbirine homojen yapıdadır ve bu nedenle gruplar arası ortalamalara bakıldığında sonuçlar daha net bir şekilde anlaşılmaktadır.

5.3. Stresle Başa Çıkma Tarzları

Stresle başa çıkma tarzlarından hiçbirisi BKI ile herhangi bir ilişki göstermemiş, gruplara göre bakıldığında ise herhangi bir farklılaşma bulunmamıştır. Bireyin stres karşısında nasıl tepki vereceğini belirleyen en önemli etmen kişilik yapısıdır. Bunun yanı sıra sahip olduğu düşünce yapısı, içinde bulunduğu sosyokültürel çevre gibi faktörler de kişilerin stres durumunda göstereceği tepkileri belirlemede önemli unsurlardır (Aydın ve İmamoğlu 2001, Türküm 2002). Daha önceki çalışmalarda obezitesi olan bireylerde stresle başa çıkmada hem probleme yönelik etkili hem de duygulara yönelik etkisiz yöntemlerin bir arada kullanıldığı gösterilmiştir (Bal ve diğ. 2006, Raspopow ve diğ. 2013, Sulkowski ve diğ. 2011). Ancak bu çalışmalar incelendiğinde doğrudan stresle baş etme biçimlerini

belirleme yerine tıknırcasına yeme veya demografik değişkenler gibi aracılık edici faktörler üzerinde durulduğu anlaşılmıştır. Literatürde doğrudan obezitede stresle başa çıkma tarzlarını araştıran bir çalışma bulunamamış olması yorum yapmayı güçleştirmektedir. Bu nedenle çalışmanın, BKİ ile stresle başa çıkma tarzları arasında ilişki olmadığını savunan çalışmaların arasında yer aldığını söylemek mümkündür. Bir diğer deyişle sahip olunan kilo düzeyine göre kullanılan baş etme yöntemi farklılaşmamaktadır.

5.4. Yeme Davranışları

Genel olarak bakıldığında yeme davranışlarını yiyecek ipuçlarına göre şekillenen dışsal yeme, hissedilen duygulara göre şekillenen duygusal yeme ve vücut ağırlığını koruma ya da kilo verme amacına göre şekillenen kısıtlayıcı yeme olarak üçe ayırmak mümkündür. Mevcut çalışmada BKİ ile sadece duygusal yeme arasında pozitif yönlü bir ilişki gösterilmiş, dışsal ve kısıtlayıcı yeme herhangi bir ilişki göstermemiştir. Obezite olan grupta yer alan kadınların normal kilolu grupta yer alan kadınlara göre daha fazla duygusal yeme davranışı sergilediği gösterilmiştir.

Kontinen ve diğ. (2009) yaptıkları çalışmada BKİ ile duygusal yemenin pozitif, kısıtlayıcı yemenin negatif yönlü ilişki gösterdiğini bulmuşlardır. Bir başka çalışmada da obezite olan kadınlarda duygusal yemenin, anoreksiya nervoza olan kadınlarda ise kısıtlayıcı yemenin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Aynı çalışmada obezitesi olan grup ile sağlıklı kontroller arasında dışsal yeme stili arasında fark olmadığı sonucuna ulaşılmıştır (Banos ve diğ. 2014). Bu anlamda bakıldığında mevcut çalışmada anoreksiya, bulimyanervoza gibi tanıları olan kişilerin dahil edilmeyişi kısıtlayıcı yeme stilinde farklılık olmamasını açıklayabilir. Çalışmaya dahil edilen normal kilolu grubun, kilolarıyla ilgili bir sorununun olmayışı bu grubu kısıtlayıcı yemeye sevk etmemiş olabilir. Bir eğilim olarak kısıtlayıcı yeme stili var olsa da farklılık yaratacak bir boyuta ulaşmamıştır. Bir başka çalışmada da araştırma anında diyet yapan ya da daha önceden diyet yapmış olan obezite hastası bireylerin hiç diyet yapmayanlara göre daha fazla kısıtlayıcı yeme davranışı gösterdikleri ve kilolarını daha iyi kontrol edebildikleri gösterilmiştir (Kontinen ve diğ. 2009).

Daha önceki çalışmalarda da obezite olan grupta duygusal yemenin normal kilolu gruba göre fazla, dışsal yemede ise gruplar arasında herhangi bir farklılaşma olmadığı gösterilmiştir (Bailly ve diğ. 2012). Duygusal yemenin özellikle negatif duygulara bir tepki

olarak gösterildiği bilinmektedir. Van Strien ve diğ. (2013), düşük duygusal yeme stili olan kadınların yeme miktarının üzüntü ve mutluluk durumlarında değişmediğini; ancak yüksek duygusal yeme stiline sahip olanların üzüntü durumunda mutluluk durumundan daha fazla miktarda yediklerini ortaya koymuştur.

Duygusal yemeyi açıklayan bir diğer durum ise stres etmenidir. Özellikle üzüntü, öfke gibi olumsuz duyguların duygusal yeme ile ilişkili olduğu bilinmektedir. Stres de bireye rahatsızlık veren, olumsuz duygularla baş etmeye zorlayan bir durumdur. Bu duygularla baş etmede yemeği kullanan kişilerde de kilo alımı daha fazla olmaktadır (Laitinen ve diğ. 2002, Hemmingsson 2014, Torres ve Nowson 2007).

5.5. Damgalanma Hissi ve Yaşam Kalitesi

Stigma bir diğer deyişle damga, obezite hastası bireylerde yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen bir kavramdır. Obezite hastalarının maruz kaldığı stigmalar genellikle kilonun kontrolünün kendi ellerinde olduğu veya kişilerin kiloları üzerinden karakterlerinin, yeteneklerinin ve becerilerinin değerlendirilmesi yönündedir (Beck 2016). Mevcut çalışmada algılanan damgalanma hissinin BKI ile doğru orantılı olarak arttığı gösterilmiştir. Fazla kilolu grup ile obezitesi olan grup arasında ise algılanan damgalanma hissi arasında herhangi bir farklılaşma bulunmamıştır. Bu anlamda bu çalışmada yer alan fazla kilolu kişilerle obezite hastası kişilerin aynı düzeyde kilolarıyla ilgili damgalanma hissi yaşadıklarını söylemek mümkündür. Yapılan çalışmalarda stigmaların kişilerin ilişkilerini bozduğu ve özellikle obezitede sosyal stigmaların kadınların yaşam kalitesinde belirleyici unsur olduğu gösterilmektedir (Wee ve diğ. 2014, Lee ve Shapiro 2003). Aynı zamanda stigmalar nedeniyle oluşan stresle, artan yeme miktarıyla baş etmeye çalışmanın kendisi de kilo aldırıcı bir etkiye sahiptir. Bu da stigmaya maruz kalmanın da kilo aldırıcı bir etkisi olduğunu göstermektedir (Tomiyama 2014, Brewis 2014). Bu çalışmada da duygusal ve dışsal yeme davranışlarının varyanslarının bir bölümünün algılanan damgalanma hissi ile açıklanabileceği ortaya konmuştur. Bu durum literatürde yer alan bu bulguyu desteklemektedir.

Katılımcıların yaşam kalitesi alt boyutları ile BKI düzeyleri arasındaki ilişkilere bakıldığında, BKI arttıkça bedensel işlevler, özgüven, cinsel yaşam, toplumsal baskı, iş ve genel yaşam kalitesinin azaldığı görülmektedir. Gruplara göre farklılaşmalara bakıldığında cinsel yaşamla ilgili yaşam kalitesi dışında tüm yaşam kalitesi boyutlarında ve genel yaşam

kalitesi düzeylerinde obezite olan grupta yer alanların fazla kilolu grupta yer alanlardan daha düşük yaşam kalitelerinin olduğu görülmüştür. Daha önce yapılan çalışmalar incelendiğinde de mevcut çalışmayla paralel sonuçların olduğu; cinsel yaşamla ilgili yaşam kalitesinin BKİ arttıkça azaldığı gösterilmiştir (Kolotkin ve diğ. 2003, Chacko ve diğ. 2015, Jagielski ve diğ. 2015, Jagielski ve diğ. 2014).

Cinsellikle ilgili yaşam kalitesi ise gruplara göre farklılaşmamıştır. Yapılan çalışmalarda obezite cinsel yaşam ilişkisinin kompleks olduğu, hormonlar, eşlik eden diyabet gibi hastalıklar ve psikososyal faktörlerin hepsinin bu ilişkiyi etkilediği ve ekstrem obezite hastası bireylerde cinsel işlevlerde zorlukların olduğu bildirilmiştir (Sarwer ve diğ. 2012). Bu açıdan bakıldığında çalışmada morbidobezitesi olan katılımcıların bulunmayışı nedeniyle sonuçların farklılaşmadığı düşünülebilir. Yine gruplar arasında farklılaşma olmaması fazla kilolu bir döneme girildiğinde bile cinsel yaşam kalitesinin azalmaya başlaması şeklinde yorumlanabilir. Ayrıca cinsel yaşama ilişkin yaşam kalitesi puanları birbirinden anlamlı bir farklılık göstermese de anlamlı farklılığa yakın bir değer vermiştir. Bu anlamda daha geniş örneklerle yapılacak çalışmalarda bu farklılaşmanın da elde edilmesi muhtemeldir.

Özetle kilonun yaşam kalitesi üzerinde etkili bir faktör olduğu, kilo arttıkça yaşam kalitesinin giderek azalmaya başladığı mevcut çalışmada bir kez daha gösterilerek doğrulanmıştır.

5.6. Sınırlılıklar

Çalışma zaman ve maliyet sıkıntılarından ötürü sadece hasta potansiyelinin yüksek olduğu, diyetisyenlerin çalışmayı kabul ettiği ve bölgeyi iyi temsil ettiği düşünülen Toplum Sağlığı Merkezlerinde yürütülmüştür. Kocaeli Halk Sağlığı Müdürlüğüne bağlı olan tüm toplum sağlığı merkezlerinde çalışmanın yapılmamış olması, araştırmanın sınırlılıklarındandır. Bu merkezlere başvurmayan kişilerin çalışmaya alınmamış olması da evreni temsili sınırlandırmaktadır.

Ölçeklerin doldurulmasının uzun sürmesi hastanelerdeki polikliniklerin yoğun işleyişine uygun olmadığından çalışmaya Kocaeli ilinde yer alan hastanelerin dahil edilmeyişi de sınırlılıklardan bir diğeridir.

Örneklem grubu olarak sadece kadınların seçilmesi sonuçların genellemesini sınırlandırmaktadır. Yine örneklem grubuna morbid obezite hastası katılımcıların dahil edilmeyişi de sonuçların yorumlanmasında sınırlılık getirmektedir. Morbid obezite hastası kişiler daha ileri basamak sağlık kuruluşlarında takip edildiklerinden, onlara ulaşmanın yaratabileceği sorunlar nedeniyle çalışmaya dahil edilmemişlerdir. Bu da örneklem açısından sınırlılık yaratan bir durumdur.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçların Özeti

Yapılan çalışmada yaş, eğitim düzeyi, gelir düzeyi, çocuk sayısı, çalışma durumu, meslek, psikiyatrik hastalık öyküsü, kronik hastalık sayısı, ailede obezite hastası olup olmaması, spor yapma alışkanlığı ve diyet girişimleri gibi sosyodemografik özellikler obezite olan grupla normal kilolu grup arasında farklılaşmaktadır.

Ruhsal travma yaşantıları obezite olan grupta normal kilolu gruptaki kadınlara göre daha fazla bulunmuştur. Obezite hastası kadınların oluşturduğu grubun yaşadığı ruhsal travmatik olayların sayısı normal kilo kadınların yaşadığı ruhsal travmatik olay sayısından daha fazladır.

Çocukluk çağı ruhsal travma yaşantılarının obezite olan grupta normal kilolu ve fazla kilolu gruba göre daha fazla sayıda olduğu bulunmuştur. Çocukluk çağı ruhsal travma yaşantılarından cinsel ve fiziksel istismar ile fiziksel ve duygusal ihmalin obezite olan grupta normal kilo gruptan daha fazla olduğu gösterilmiş; ancak duygusal istismar yaşantılarının obezite olan kadınlarda da olmayan kadınlarda da aynı olduğu, aralarında herhangi bir farklılaşma olmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

Stresle başa çıkma tarzları ile BKİ arasında bir ilişki olmayışı ve gruplara göre farklılaşmaması, stresle başa çıkma tarzları üzerinde aşırı kilonun bir etkisi olmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

Yeme davranışlarından sadece duygusal yemenin çalışılan örnekleme BKİ ile ilişkisinin olduğu, obezite olan grupta yer alan kadınların normal kilolu grupta yer alan kadınlara göre duyguların etkisiyle daha fazla yedikleri ortaya konmuştur.

Kilonun damgalanma hissi üzerinde etkili olduğu BKİ arttıkça algılanan damgalanma hissini de arttırdığı çalışmadan elde edilen bir diğer sonuçtur. Bu da çalışmada yer alan kadınların kilolarıyla ilgili stigmalarla maruz kaldığını gözler önüne sermektedir.

Yaşam kalitesinin ise BKİ arttıkça azaldığı sonucuna ulaşılmıştır. Bedensel işlevler, özgüven, toplum baskısı, cinsellik ve iş alanlarında yaşam kalitesinin BKİ arttıkça azaldığı sonucuna ulaşılmıştır. Bedensel işlevler, özgüven, toplum baskısı ve iş alanlarında obezite olan grubun fazla kilolu gruba göre daha düşük yaşam kalitesinin olduğu gösterilmiştir.

Genel olarak bakıldığında obezite hastası grubun daha fazla ruhsal travmatik yaşantıları olduğu, daha fazla duygusal yeme stiline sahip oldukları, daha fazla kiloyla ilgili stigmalara maruz kaldıkları ve daha düşük yaşam kalitelerinin olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

6.2. Öneriler

İleride yapılacak çalışmalarda erkek katılımcıların da dahil edildiği ve çalışmanın yapıldığı yerlerin olabildiğince genişletildiği grupların olması sonuçların genellenebilirliğini arttırması bakımından önemlidir.

Yapılacak çalışmalara morbid obez hastalarla birlikte zayıf kişilerin de dahil edilmesi, daha geniş bir kitle ile çalışma yapılmasını sağlayacaktır. Ayrıca yeme bozuklukları tanıları olan kişilerde de ruhsal travma yaşantıları, stresle başa çıkma, yaşam kalitesi gibi konuların araştırılması ve karşılaştırmalı çalışmaların yapılması alana katkı sağlayacaktır.

Medeni durum ve alkol tüketimi değişkenleri literatürde obezite üzerinde etkili olan faktörler olarak gösterilmiştir. Mevcut çalışmada bu değişkenlerin belli bir grupta kümelenmesi sonuçlar üzerinde yorum yapma imkanı vermemiştir. Yapılacak çalışmalarda bu değişkenlerin dağılıma da dikkat edilmesi önemlidir.

Bu araştırmada sahip olunan çocuk sayısı ile BKİ arasındaki ilişkiye bakılmıştır. Oysaki sahip olunan çocuk sayısından ziyade geçirilen gebelik sayısının BKİ ile daha güçlü bir ilişki göstermesi beklenmektedir. Bu nedenle yapılacak çalışmalarda geçirilen gebelik sayısı, düşük yapılan gebelikler, sağ/ ölü bebek doğumlarının olması gibi konuların da ayrıntılı araştırılması önem arz etmektedir.

Ruhsal travmatik yaşam olaylarının sonuçları etkilediği gösterilmiştir. Ancak daha güçlü yorumlar yapabilmek adına travma yeme ilişkisinin daha ayrıntılı araştırılması önem taşımaktadır. Yeme miktarının travmatik olaydan önce mi sonra mı arttığı, yenilen şeylerin ne tür şeyler olduğu ve bunların travmadan önceki ve sonraki tüketimlerinin nasıl olduğu, yeme stilinin travma öncesi ve sonrası nasıl olduğunun araştırılması önemlidir. Yine yapılacak çalışmalarda TSSB geçiren ve geçirmeyen kadınların, obeziteye yakalanma riskinin belirlenmesi önemlidir. Ayrıca kişilerin yaşadıkları travmatik olay ile yeme davranışları arasındaki ilişkinin ne derece farkında olduklarının belirlenmesi koruyucu ruh sağlığı çalışmaları açısından önemli bulgular sunacaktır. Mevcut çalışmada, araştırmanın

yapıldığı bölge gereği 17 Ağustos 1999 depreminin etkilerinin hala devam ediyor olduğu gözlenmiştir. Bu nedenle depremin etkilerinin araştırıldığı kapsamlı çalışmalara ihtiyaç olduğu görünmektedir. Alanda yapılacak çalışmaların bu konuya odaklanması önemlidir.

Çocukluk çağı travma yaşantıları da yetişkinlikte obeziteyle ilişkili olan bir konudur. Yapılan araştırma bu ilişkiyi araştıran kesitsel türde bir çalışmadır. Bu ilişkinin daha güçlü gösterilebilmesi adına boylamsal çalışmaların yapılmasına ihtiyaç vardır. Bu nedenle istismar ve ihmal mağduru çocukların belli dönemsel aralıklarla izlendikleri araştırılmalarının yapılması önemlidir.

Obezite hastası bireylerin stresle başa çıkma tarzlarına yönelik yapılacak çalışmalarda kişilik gibi faktörlerin etkileşiminin araştırılması literatüre önemli bilgiler sunacaktır.

Farklı yeme davranışlarının olduğu çalışmaların yürütülmesi ise obezitede etkili olan yeme stillerini belirlemeye katkı sunacaktır. Yeme davranışlarının yanı sıra yenilen şeylerin neler olduğu, ne kadar tüketildiği, hangi durumlarda ne kadar çok arzulandığı gibi yiyeceğe yönelik konuların da araştırılması daha ayrıntılı yorumlar yapmayı sağlayacaktır. Yine çalışmalarda stres kaynaklı yeme, duygusal yeme ve obezite arasındaki ilişkilerin daha ayrıntılı araştırılması duygusal yeme ve obezite arasındaki ilişkileri daha açık hale getirecektir. Yememin rahatlatıcı etkisi yerine daha etkili başa çıkma mekanizmalarının öğretildiği programların hazırlanması ve pratikte uygulanması kilo verme başarısını arttıracak bir unsur olacaktır.

Çalışmada BKİ arttıkça kiloyla ilgili algılanan damgalanma hissini arttığı gösterilmiştir. Literatürde stigmaların kilo aldırıcı etkisi olduğu bilgisi yer almaktadır. İleride yapılacak çalışmalarda özellikle bu alana değinilmesi, kişilerin ne ölçüde stigmaları algıladığı, nasıl yorumladığı ve kilo alma stigma ilişkisinin araştırıldığı ayrıntılı çalışmaların olması obezitesi olan bireyler için hazırlanacak koruyucu ruh sağlığı programları açısından faydalı olacaktır. Çalışmada kullanılan anket formu araştırmacı tarafından literatür bilgileri üzerine hazırlanmış bir formdur. Yapılacak çalışmalarda standardizasyon çalışmaları tamamlanmış olan ölçeklerin seçilmesi daha güçlü yorumlar yapmayı sağlayacaktır.

Kilonun yaşam kalitesi üzerindeki olumsuz etkileri gösterilmiştir. İçerisine zayıf ve morbid obezite hastası kişilerin de eklendiği geniş örneklerle ileri derecede kilonun ve kilonun yetersizliğinin de yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini gösteren çalışmalar

yapılmalıdır. Aynı zamanda yaşam kalitesi üzerinde kiloyla birlikte ilişkili olabilecek faktörlerin araştırılması da gereklidir.

Son olarak kilo verme ve verilen kiloyu sürdürme başarısı için kilo vermeye karar veren kişilerin ayrıntılı bir ruhsal değerlendirilmelerinin yapılması önemlidir. Kişiden alınan yaşam öyküsü, daha önceki girişimleri, beklentileri ve amaçları ayrıntılı bir şekilde değerlendirilmeli ve buna uygun programlar hazırlanmalıdır.



KAYNAKLAR

- Akbulut G. Erişkinlerde Şişmanlığın Diyet Tedavisindeki Güncel Yaklaşımlar ve Fiziksel Aktivitenin Önemi. *Türk Eczacıları Birliği Yayını/ Meslek İçi Sürekli Eğitim Dergisi*, 2010; 23-24: 86-90.
- Aker T. Temel Sağlık Hizmetlerinde Ruhsal Travmaya Yaklaşım. Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, Ankara, 2012.
- Akman M, Budak Ş, Kendir M. Genel dahiliye polikliniğine başvuran hastalarda obezite sıklığı ve ilişkili sağlık problemleri. *Marmara Medical Journal*, 2004; 17(3): 113-120.
- Allman F, Chey T, Merom D ve diğ. Occupational risk of overweight and obesity: an analysis of the Australian Health Survey. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology*, 2010; 5: 14.
- Altunkaynak BZ, Özbek E. Obezite: nedenleri ve tedavi seçenekleri. *Van Tıp Dergisi*, 2006; 13(4): 138-142.
- Altunoğlu E, Ülgen E, Müderrisoğlu C ve diğ. Obezite ve tiroid fonksiyonları. *Istanbul Med J*, 2011; 12(2): 69-71.
- Alvarez J, Pavao J, Baumrind N ve diğ. The relationship between child abuse and adult obesity among california women. *Am J Prev Med*, 2007;33(1): 28-33.
- Anamur- Uğuz M, Bodur S. Konya il merkezindeki ergenlik öncesi ve ergen çocuklarda aşırı ağırlık ve şişmanlık durumunun demografik özelliklerle ilişkisi. *Genel Tıp Derg*, 2007; 17(1): 1-7.
- Andrésa A, Saldaña C. Body dissatisfaction and dietary restraint influence binge eating behavior. *Nutrition Research*, 2014; 34: 944-50.
- Annagür BB. Obezitede Çeşitli Risk Faktörleri ve Dürtüsellik. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2010; 2(4): 572-82.
- Annagür BB, Orhan FÖ, Özer A ve diğ. Obezitede Dürtüsellik ve Emosyonel Faktörler: Bir Ön Çalışma. *Archives of Neuropsychiatry*, 2012; 49: 14-9.
- Arabacı R, Çankaya C. Beden Eğitimi Öğretmenlerinin Fiziksel Aktivite Düzeylerinin Araştırılması. *Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2007; 20(1): 1-15.
- Arif AA, Rohrer JE. Patterns of alcohol drinking and its association with obesity: datafrom the third national health and nutrition examination survey, 1988–1994. *BMC Public Health*, 2005; 5(1): 126.
- Arslan E, Özçelik F, Demirbaş Ş. Obezite ile ilişkili kanser türleri. *Anatol J Clin Investig*, 2013; 7(3): 176-84.
- Artham SM, Lavie CJ, De Schutter A ve diğ. Obesity, age and cardiac risk. *Curr CardiovascRisk Rep*, 2011; 5: 128-37.
- Ata A, Vural A, Keskin F. Beden algısı ve obezite. *Ankara Medical Journal*,2014; 14(3):74-74.
- Atıla K. Morbid obezitenin cerrahi tedavisi. *Archives of Clinical Toxicology*, 2014; 1(1):23-27.
- Aydın B, İmamoğlu S. Stresle başa çıkma becerisi geliştirmeye yönelik grup çalışması. *Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi*, 2001; 14: 41-52.
- Aydın E. Bariatrik cerrahi uygulanan bireylerin ameliyat sonrası yaşadıkları güçlüklerin belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Gazi üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2012.
- Ayyad C, Andersen T. Long-term efficacy of dietary treatment of obesity: a systematic review of studies published between 1931 and 1999. *Obesity Reviews*, 2000; 1: 113-9.
- Babayiğit Z. Obez Kadınlarda Tıkınrcasına Yeme Bozukluğunun Bilişsel Kurama Göre İncelenmesi. Doktora Tezi. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2007.

- Bailly N, Maitre I, Amanda M ve diğ. The Dutch Eating Behaviour Questionnaire (DEBQ). Assessment of eating behaviour in an aging French population. *Appetite*, 2012; 59: 853-8.
- Bal Ö, Özgür G, Babacan- Gümüş A. Obez bireylerin stresle başa çıkma yöntemleri. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2006; 10(3): 20-28.
- Balcıoğlu İ, Başer SZ. Obezitenin psikiyatrik yönü. *Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi*, 2008; 62: 341-8.
- Baltacı G. Obezite ve egzersiz. Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara, 2008.
- Banlı O, Altun H, Karakoyun R ve diğ. Obezite tedavisinde laparoskopik gastrik bant yerleştirilmesi sonuçları: İlk 100 olgu. *Ulusal Cerrahi Dergisi*, 2009; 25(1): 11-4.
- Baqai N, Wilding JPH. Pathophysiology and aetiology of obesity. *Medicine*, 2014; 43(2): 73-6.
- Baños RM, Cebolla A, Moragrega I ve diğ. Relationship between eating styles and temperament in an Anorexia Nervosa, Healthy Control, and Morbid Obesity female sample. *Appetite*, 2014; 76: 76-83.
- Bayrakçı Tunay V. Yetişkinlerde fiziksel aktivite. Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara, 2008.
- Beck AR. Psychological aspects of obesity. *NASN School Nurse*, 2016; 23-7.
- Berberoğlu M. Adolesanlarda Obezite. *Adolesan Sağlığı II Sempozyum Dizisi*, 2008; 63: 79-80.
- Berkel LA, Poston WSC, Reeves RS ve diğ. Behavioral Interventions for Obesity. *J Am Diet Assoc*. 2005;105: 35-43.
- Bernstein DP, Fink L, Handelsman L ve diğ. Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *The American Journal of Psychiatry*, 1994; 151 (8): 1132- 6.
- Bilgin N. Sosyal Psikoloji Sözlüğü Kavramlar, Yaklaşımlar (2. Baskı). Bağlam Yayınları, İstanbul, 2007.
- Birgül M. Obez kadınlarda metabolik sendrom prevalansı. Yüksek Lisans Tezi. Konya Necmettin Erbakan Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, 2014.
- Blümel JE, Chedraui P, Aedo S ve diğ. Obesity and its relation to depressive symptoms and sedentarylifestyle in middle-aged women. *Maturitas*, 2015; 80: 100-5.
- Boing AF, Subramanian SV. The influence of area-level education on body mass index, waist circumference and obesity according to gender. *International journal of public health*, 2015; 60(6): 727-736.
- Bonomi AE, Patricka DL, Bushnell DM ve diğ. Validation of the United States’ version of the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) instrument. *Journal of Clinical Epidemiology*, 2000; 53: 1-12.
- Bozan N. Hollanda yeme davranışı (debq) anketinin türk üniversite öğrencilerinde geçerlik ve güvenilirliğinin sınanması. Yüksek Lisans Tezi. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2009.
- Bray GA. Etiology and pathogenesis of obesity. *Clinical Cornerstone*, 1999; 2(3): 1-15.
- Bray GA, Clearfield MB, Fintel DJ ve diğ. Overweight and Obesity: The Pathogenesis of Cardiometabolic Risk. *Clinical Cornerstone*, 2009; 9(4): 30-42.
- Brewis AA. Stigma and the perpetuation of obesity. *Social Science & Medicine*, 2014; 118: 152-8.
- Bruch H. Psychological Aspects of Reducing. *Psychosomatic medicine*, 1952; 14(5): 337-46.
- Bulucu- Altunkaynak BZ, Özbek E. Obezite: Nedenleri ve Tedavi Seçenekleri. *Dicle Tıp Dergisi*, 2007; 34(2): 144-9.

- Cabioğlu MT. Şişman kadınlarda elektroakupunktur ve diyet uygulaması ile meydana gelen ağırlık kaybı, serum leptin ve beta endorfindüzeylerindeki değişimler. *Genel Tıp Derg.* 2003;13(2): 41-77.
- Cabioğlu MT, Ergene N. Şişmanlıkta akupunktur tedavisi. *Genel Tıp Derg* 2003;13(3): 135-40.
- Cerit C, Yıldız M, Candan S. Psikotik Bozukluğu Olan ve Antipsikotik İlaç Kullanan Hastalarda Obezite Sıklığı ve Bir Yılın Sonunda Kilo Değişimi. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 2006;16: 233-8.
- Chacko SA, Chiodi SN, Wee CC. Recognizing disordered eating in primary care patients with obesity. *Preventive Medicine*, 2015; 72: 89-94.
- Chan DSM, Norat T. Obesity and Breast Cancer: Not Only a Risk Factor of the Disease. *Curr. Treat. Options in Oncol.* 2015; 16:22.
- Chao CY, Shih CC, Wang CJ ve diğ. Low socioeconomic status may increase the risk of central obesity in incoming university students in Taiwan. *Obesity research & clinical practice*, 2014; 8(3): 212-9.
- Clark MM, Hanna BK, Mai JL ve diğ. Sexual abuse survivors and psychiatric hospitalization after bariatric surgery. *Obesity Surgery*, 2007; 17: 465-9.
- Clum GA, Rice JC, Broussard M ve diğ. Associations between depressive symptoms, self-efficacy, eating styles, exercise and body mass index in women. *J Behav Med*, 2014; 37: 577-86.
- Cooper Z, Doll HA, Hawker DM ve diğ. Testing a new cognitive behavioural treatment for obesity: A randomized controlled trial with three-year follow-up. *Behaviour Research and Therapy*, 2010; 48: 706-13.
- Cooper Z, Fairburn CG. A new cognitive behavioural approach to the treatment of obesity. *Behaviour Research and Therapy*, 2001; 39: 499-511.
- Çalışkan- Tekdemir Ş. Bir eğitim ve araştırma hastanesinin obezite polikliniğine başvuran obez bireylerin beden algılarının benlik saygısı üzerine etkisinin değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2013.
- Çayır A, Atak N, Köse SK. Beslenme ve diyet kliniğine başvuranlarda obezite durumu ve etkili faktörlerin belirlenmesi. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 2011; 64(1): 13-19.
- Çelik, B. Şişmanlık ve akupunktur ile tedavi. İstanbul: hiperlink (Firm), 2006. Academic Search Complete E books: <http://web.a.ebscohost.com> (Erişim: 12 Temmuz 2015).
- Çömlekçi N. Kilonun yaşam kalitesi üzerüne etkisi ölçeği (ıwqol-lite) türkçe versiyonunun psikometrik değerlendirmesi. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2011.
- D'Andrea W, Sharma R, Zelechowski AD ve diğ. Physical health problems after single trauma exposure: when stress takes root in the body. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 2011; 17(6): 378-92.
- D'Argenio A, Mazzi C, Pecchioli L ve diğ. Early trauma and adult obesity: Is psychological dysfunction the mediating mechanism? *Physiology & Behavior*, 2009; 98: 543-6.
- Dedert EA, Becker ME, Fuemmeler BF ve diğ. Childhood traumatic stress and obesity in women: the intervening effects of PTSD and MDD. *Journal of Traumatic Stress*, 2010; 23(6):785-93.
- Deveci A, Demet MM, Özmen B ve diğ. Obez hastalarda psikopatoloji, alesitimi ve benlik saygısı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2005; 6: 84-91.
- Deveci E. Obezite cerrahisi (bariatrik) adayı olan ve olmayan obez bireylerde yeme özellikleri, beden bölgelerinden hoşnutsuzluk, tedavi motivasyonu ve psikopatolojinin değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2013.
- Dhurandhar EJ, Keith SW. The aetiology of obesity beyond eating more and exercising less. *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology*, 2014; 28: 533-44.

- Diesel JC, Bodnar LM, Day NL ve diğ. Childhood maltreatment and the risk of pre-pregnancy obesity and excessive gestational weight gain. *Maternal and Child Nutrition*, 2014; 1-11.
- Doğan N, Toprak D, Demir S. Afyonkarahisar ilinde obezite prevalansı ve ilgili risk faktörleri. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*, 2011; 31(1): 122-32.
- Döner N, Yaşar Ş, Ekmekçi TR. Obezite ile ilişkili Dermatozların Obezlerde ve Aşırı Kilolularda Araştırılması. *Türk derm*, 2011; 45: 146-51.
- Dube SR, Anda RF, Whitfield CL ve diğ. Long-term consequences of childhood sexual abuse by gender of victim. *Am J Prev Med*, 2005; 28(5): 430-8.
- Duval K, Marceau P, Lescelleur O ve diğ. Health-Related Quality of Life in Morbid Obesity. *Obesity Surgery*, 2006; 16: 574-9.
- Eker E. Edirne ili kentsel alanında yaşayan erişkinlerde beslenme durum değerlendirmesi. Uzmanlık tezi. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, 2006.
- Emery RL, King KM, Fischer SF ve diğ. The moderating role of negative urgency on the prospective association between dietary restraint and binge eating. *Appetite*, 2013; 71: 113-9.
- Epstein LH, Lin H, Carr KA ve diğ. Food reinforcement and obesity. Psychological moderators. *Appetite*, 2012; 58: 157-62.
- Eraslan D, Öztürk Ö, Kayahan B ve diğ. Şizofreni, atipik antipsikotikler ve obezite. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2006; 7: 167-72.
- Eray E, Balcı MK. Tip 2 diyabet tedavisi. *Dahili Tıp Bilimleri Dergisi*, 2005; 12(2): 66-9.
- Eren İ, Erdi Ö. Obez Hastalarda Psikiyatrik Bozuklukların Sıklığı. *Klinik Psikiyatri*, 2003; 6: 152-7.
- Erge S. Obezitede diyet tedavisini destekleyen davranışsal tedavi. *Turkish Journal of Endocrinology and Metabolism*, 2003; (Suppl 2) : 75-82.
- Ergüven M, Koç S, İşgüven P ve diğ. Obez adolesanlarda metabolik sendrom ve obezite gelişiminde rol oynayan risk faktörlerinin araştırılması. *Turkish J Pediatr Dis*, 2008; 2(3):26-36.
- Ermumcu E. Evli çiftlerde bağışlama sürecinin bağlanma, stresle başa çıkma, empati ve bazı demografik değişkenler açısından incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, 2014.
- Eroğlu- Samur G, Akal Yıldız E. Obezite ve Kardiyovasküler Hastalıklar/ Hipertansiyon. Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2012.
- Ersöz Gülçelik N, Gürlek A, Usman A. Obezitenin medikal tedavisi. *Hacettepe Tıp Dergisi*, 2007; 38: 212-7.
- Fabricatore AN. Behavior Therapy and Cognitive-Behavioral Therapy of Obesity: Is There a Difference? *J Am Diet Assoc*. 2007;107: 92-9.
- Faden J, Leonarda D, O'Reardon J ve diğ. Obesity as a defense mechanism. *International Journal of Surgery Case Reports*, 2013; 4: 127-9.
- Farr OM, Ko BJ, Joung KE ve diğ. Posttraumatic stress disorder, alone or additively with early life adversity, is associated with obesity and cardiometabolic risk. *Nutrition, Metabolism & Cardiovascular Diseases*, 2015; 25: 479-88.
- Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D ve diğ. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. *Am J Prev Med*, 1998;14: 245-58.
- Fidan FZ. Tesettürlü kadınlarda öz bakım ve estetik yönelimler. *Bilgi*, 2015; 75: 103-26.

- Flannery RB. The employee victim of violence: recognizing the impact of untreated psychological trauma. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 2001; 16(4): 230-3.
- Folkman S, Lazarus RS. An Analysis of Coping in a Middle-Aged Community Sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 1980; 21: 219-39.
- Folkman S, Lazarus RS. If It Changes It Must Be a Process: Study of Emotion and Coping During Three Stages of a College Examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1985; 48(1): 150-70.
- Folkman S, Lazarus RS, Dunkel-Schetter C ve diğ. Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, coping and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1986; 50(5): 992-1003.
- Folkman S, Lazarus RS, Gruen RJ ve diğ. Appraisal, Coping, Health Status, and Psychological Symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1986; 50(3): 571-9.
- Fridjohn MH. Sudden Obesity and Psychological Trauma. *Correspondence*, 1949; 26: 1230.
- Furuncuoğlu Y, Yıldız Z. Obeziteden diyetle bilimsel zayıflama. EBSCO Publishing, Hiperlink, 2010. Kocaeli Üniversitesi Kütüphanesi: <http://web.a.ebscohost.com> (Erişim: 12 Temmuz 2015).
- Gagnon- Girouard MP, Gagnon C, Begin C ve diğ. Couple dissatisfaction and eating profile: A mediation effect of coping style. *Eating Weight Disord*, 2010; 15: 240-6.
- Ganley RM. Emotion and Eating in Obesity: A Review of the Literature. *International Journal of Eating Disorders*, 1989; 8(3): 343-61.
- Garulet M, Perez de Heredia F. Behavioural therapy in the treatment of obesity (I): new directions for clinical practice. *Nutr Hosp*. 2009;24(6): 629-39.
- Gedik O. Obezite ve çevresel faktörler. *Turkish Journal of Endocrinology and Metabolism*, 2003; 7(Suppl. 2): 1-4.
- Gill TP. Introduction: an over view of the key drivers of obesity and their influence on diet. Managing and Preventing Obesity, 2015; 1-13, (doi: dx.doi.org/10.1533/9781782420996.1).
- Gomes MB, Negrato CA, Calliari LEP ve diğ. Early age at menarche: A risk factor for overweight or obesity in patients with type 1 diabetes living in urban areas? *Diabetes research and clinical practice*, 2015; 107: 23-30.
- Gökmen- Durgun A. Bursa ilinde obezite sıklığı ve ilişkili faktörler. Uzmanlık Tezi. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, 2012.
- Gregg JA, Lillis J, Schmidt EM. A functional contextual approach to obesity and related problems. *Current Opinion in Psychology*, 2015; 2:82-6.
- Gremese E, Tolusso B, Gigante MR ve diğ. Obesity as a risk and severity factor in rheumatic diseases (autoimmune chronic inflammatory diseases). *Obesity and rheumatic diseases*, 2014; 5: 576.
- Grilo CM, Masheb RM. Childhood psychological, physical, and sexual maltreatment in outpatients with binge eating disorder: frequency and associations with gender, obesity, and eating-related psychopathology. *Obesity Research*, 2001; 9(5): 320-5.
- Gunstad J, Paul RH, Spitznagel MB ve diğ. Exposure to early life trauma is associated with adult obesity. *Psychiatry Research*, 2006; 142: 31-7.
- Güçlü N. Stres yönetimi. *Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2001; 21(1): 91-109.
- Güneş G, Genç M, Pehlivan E. Yeşilyurt sağlık ocağı bölgesindeki erişkin kadınlarda obezite. *Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi*, 2000; 7(1): 48-53.

Güney- Çetinkaya G. Egzersiz yapan 35-45 yaş arası kadınların stresle başa çıkma yolları ve demografik özellikleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2010.

Han TS, Van Leer EM, Seidell JC ve diğ. Waist Circumference Action Levels In The Identification Of Cardiovascular Risk Factors: Prevalence Study In A Random Sample. *British Medical Journal*, 1995; 311(7017): 1401-5.

Hemmingsson E. A new model of the role of psychological and emotional distress in promoting obesity: conceptual review with implications for treatment and prevention. *Obesity reviews*, 2014; 15: 769-79.

Hendricks AN, Dhurandhar EJ, Fontaine KR ve diğ. Hope thinking and past trauma mediate the relationships of body mass index with perceived mental health treatment need and mental health treatment use. *Clinical obesity*, 2015; 5(1): 31-7.

Hisli- Şahin N, Durak A. Stresle başa çıkma tarzları ölçeği: üniversite öğrencileri için uyarlaması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 1995; 10: 56-73.

Işık E, Kanbay Y, Aslan Ö ve diğ. Aile hekimliği birimine başvuran bireylerde obezite sıklığı ve ilişkili etmenler: Artvin örneği. *F.N. Hem. Derg*, 2013; 21(2): 107-115.

Işık S. Travma sonrası stres belirtileri olan bireylerde olaya ilişkin dikkat yanlılığı, ayrışma düzeyi ve çalışma belleği uzamı arasındaki ilişkiler. Doktora tezi. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2006.

İçen S. Obez bireylerde beslenme, fiziksel aktivite ve sosyal özelliklerin değerlendirilmesi. Yüksek lisans tezi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2006.

İslamoğlu Y, Koplay M, Sunay S ve diğ. Obezite ve metabolik sendrom. *Tıp Araştırmaları Dergisi*, 2008; 6(3): 168-74.

Jagielski A, Brown A, Hosseini- Araghi M ve diğ. Quality of life and mental health in extreme obesity. A study of individuals attending a Specialist Weight Management Service. *Appetite*, 2015;87: 371-403.

Jagielski A, Brown A, Hosseini- Araghi M ve diğ. The association between adiposity, mental well-being, and quality of life in extreme obesity. *Plos One*, 2014; 9(3): 1-8.

James FR, Wootton S, Jackson A ve diğ. Obesity in breast cancer – What is the risk factor? *European Journal of Cancer*, 2015; 51: 705-20.

Johns DJ, Lindroos AK, Jebb SA ve diğ. Dietary Patterns, Cardiometabolic Risk Factors, and the Incidence of Cardiovascular Disease in Severe Obesity. *Obesity*, 2015; 23: 1063-1070.

Kahraman MS, Güriz SO, Özdel K. Yetişkinlerde Obezite: Biyolojik ve Psikolojik Tedaviler için Genel Bir Gözden Geçirme. *Klinik Psikiyatri*, 2014;17: 28-40.

Kalan I, Yeşil Y. Obezite ile ilişkili kronik hastalıklar. *Türk Eczacıları Birliği Yayını/ Meslek İçi Sürekli Eğitim Dergisi*, 2010; 23-24: 78-81.

Kalra SP. Central leptin insufficiency syndrome: An interactive etiology for obesity, metabolic and neural diseases and for designing new therapeutic interventions. *Peptides*, 2008; 29: 127-138.

Kaşmer N. Kadınlarda yeme stili ve ipucu etkisi arasındaki ilişkinin incelenmesi ve obezite sorununda maruz bırakma ve tepki önlemeye dayalı psikoeğitim programının etkinliğinin araştırılması (pilot çalışma). Yüksek lisans tezi. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2014.

Kaya- Erdoğan H, Gökdemir G, Purisa S ve diğ. Dermatoloji polikliniğine başvuran erişkin obez hastalarda görülen deri bulgularının değerlendirilmesi. *Türkderm*, 2011; 45: 184-7.

Kazma E. Üniversite öğrencileri arasında obezite prevalansı ve oluşum nedenlerinin saptanması. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Aydın Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, 2013.

- Kelly T, Yang W, Chen CS ve diğ. Global burden of obesity in 2005 and projections to 2030. *International Journal of Obesity*, 2008; 32: 1431-7.
- King TK, Clark MM, Pera V. History of sexual abuse and obesity treatment outcome. *Addictive Behaviors*, 1996; 21(3): 283-90.
- Kokino S, Özdemir F, Zateri C. Obezite ve Fiziksel Tıp Yöntemleri. *Trakya Univ Tıp Fak Derg* 2006;23(1):47-54.
- Kolotkin RL, Crosby RD, Kosloski KD ve diğ. Development of a Brief Measure to Assess Quality of Life in Obesity. *Obesity Research*, 2001; 9(2): 102-11.
- Kolotkin RL, Crosby RD, Williams GR. Assessing weight-related quality of life in obese persons with type 2 diabetes. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 2003; 61: 125-32.
- Kontinen H, Haukkala A, Lahteenkorva SS ve diğ. Eating styles, self-control and obesity indicators. The moderating role of obesity status and dieting history on restrained eating. *Appetite*, 2009; 53(1): 131-4.
- Koruk İ, Şahin TK. Konya Fazilet Uluşık sağlık ocağı bölgesinde 15-49 yaş grubu ev kadınlarında obezite prevalansı ve risk faktörleri. *Genel Tıp Derg*, 2005; 15(4): 147-155.
- Kosova F, Arı Z. Adipositokinler ve Meme Kanseri. *FÜ. Sağ. Bil. Derg*, 2008; 22(6): 377-84.
- Laitinen J, Ek E, Sovio U. Stress-Related Eating and Drinking Behavior and Body Mass Index and Predictors of This Behavior. *Preventive Medicine*, 2002;34:29-39.
- Lee L, Shapiro CM. Psychological manifestations of obesity. *Journal of Psychosomatic Research*, 2003; 55: 477-9.
- Lewis S, Thomas SL, Blood RW ve diğ. How do obese individuals perceive and respond to the different types of obesity stigma that they encounter in their daily lives? A qualitative study. *Social Science & Medicine*, 2011; 73: 1349-56.
- Liebenberg H, Papaikonomou M. “Complex trauma”: reflections on the effect of early childhood abuse among a small adult group of bariatric patients. *South African Journal of Psychology*, 2010; 40(3): 327-37.
- Lin HY, Huang CK, Tai CM ve diğ. Psychiatric disorders of patients seeking obesity treatment. *BMC Psychiatry*, 2013; 13:1-8.
- Llewellyn C, Wardle J. Behavioral susceptibility to obesity: Gene–environment interplay in the development of weight. *Physiology & behavior*, 2015; 152: 494-501.
- Maddi SR, Khoshaba DM, Persico M ve diğ. Psychosocial correlates of psychopathology in a national sample of the morbidly obese. *Obesity Surgery*, 1997; 7: 397-404.
- Malczewska- Malec M, Wybranska I, Leszczynska- Golabek I ve diğ. Analysis of candidate genes in Polish families with obesity. *Clin Chem Lab Med*, 2004;42(5):487–493.
- Mata J, Frank R, Hertwig R. Higher body mass index, less exercise, but healthier eating in married adults: Nine representative surveys across Europe. *Social Science & Medicine*, 2015; 138: 119-127.
- Mbanya VN, Kengne AP, Mbanya JC ve diğ. Body mass index, waist circumference, hip circumference, waist–hip-ratio and waist–height-ratio: Which is the better discriminator of prevalent screen-detected diabetes in a Cameroonian population? *Diabetes Research and Clinical Practice*, 2015; 108: 23-30.
- The Whoqol Group. The world health organization quality of life assessment (whoqol): development and general psychometric properties. *Soc. Sci. Med.* 1998;46 (12): 1569-85.
- Mosley TH, Perrin SG, Neral SM ve diğ. Stress, coping and well being among third year medical students. *Acad. Med.* 1994; 69: 765-7.

- Mowafi M, Khadr Z, Kawachi I ve diğ. Socioeconomic status and obesity in Cairo, Egypt: A heavy burden for all. *Journal of epidemiology and global health*, 2014; 4(1): 13-21.
- Nazlıcan E. Adana ili Solaklı ve Karataş merkez sağlık ocağı bölgesinde yaşayan 20-64 yaş arası kadınlarda obezite ve ilişkili risk faktörlerinin incelenmesi. Uzmanlık tezi. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, 2008.
- Neglia C, Argentiero A, Chitano G ve diğ. Diabetes and obesity as independent risk factors for osteoporosis in postmenopausal women: a population study. *European Journal Of Inflammation*, 2014; 12(3): 479-87.
- Nie JX, Ardern CI. Association between Obesity and Cardiometabolic Health Risk in Asian-Canadian Sub-Groups. *Plos One*, 2014; 9(9): 1-13.
- Nilsson T, Ericsson M, Poston WSC ve diğ. Perceived coping capacity: A comparison between obese patients and patients on long-term sick leave. *Eating Weight Disord*. 1997;2: 182-7.
- Nisbett RE. Determinants of Food Intake in Obesity. *Science*, 1968; 159(3820):1254-5.
- Olefson S, Moss SF. Obesity and related risk factors in gastric cardia adenocarcinoma. *Gastric Cancer*, 2015; 18: 23-32.
- Onat A, Hergenç G, Uyarel H ve diğ. Türkiye’ de tip II diyabetin prevalansı, insidansı, öngördürücüleri ve akıbeti. *Anadolu Kardiyol Derg*, 2006; 6: 314-21.
- Onat A, Uyarel H, Karabulut A ve diğ. Halkımızda abdominal obezitede risk faktörü kümelenmeleri ve demografik dağılımı. *Türk Kardiyol Der Arş*, 2005; 33(4): 195-203.
- Onay- Beşikçi A. Erken yaşta görülen obezite: Nedenleri ve tedbirler. *Mised*, 2010; 25(24): 82-5.
- Orhan FÖ, Tuncel D. Gece yeme bozuklukları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2009; 1: 132-54.
- Ouwens MA, Schiffer AA, Visser LI ve diğ. Mindfulness and eating behaviour styles in morbidly obese males and females. *Appetite*, 2015; 87: 62-7.
- Ouwens MA, Van Strien T, Van der Staak CPF. Tendency toward overeating and restraint as predictors of food consumption. *Appetite*, 2003; 40: 291-8.
- Özbey H. Nöroloji hemşirelerinin iş yeri ortamı ile ilgili stresörleri tanılama ve stresle başa çıkma tarzlarının belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2011.
- Özata M. İnsan obezitesinin genetiği ve türk obezlerde saptanan genetik defektler. *Turkish Journal of Endocrinology and Metabolism*, 2003; 7(Suppl.2)
- Pagoto SL, Schneider KL, Bodenlos JS ve diğ. Association of post-traumatic stress disorder and obesity in a nationally representative sample. *Obesity*, 2012; 20:200-5.
- Paras ML, Murad MH, Chen LP ve diğ. Sexual abuse and lifetime diagnosis of somatic disorders A systematic review and meta-analysis. *JAMA*, 2009;302(5): 550-61.
- Pınar G, Algıer L, Doğan N ve diğ. Jinekolojik kanserli bireylerde risk faktörlerinin belirlenmesi. *Uluslararası Hematoloji- Onkoloji Dergisi*, 2008; 4(18): 208-16.
- Phillips CM. Metabolically healthy obesity: Definitions, determinants and clinical implications. *Rev Endocr Metab Disord*, 2013; 14:219–27.
- Pubudu De Silva A, Padmal De Silva SH, Haniffa R ve diğ. A cross sectional survey on social, cultural and economic determinants of obesity in a low middle income setting. *International Journal for Equity in Health* Sample, 2015; 14(1): 1-9.
- Puhl R, Brownell KD. Ways of coping with obesity stigma: review and conceptual analysis. *Eating Behaviors*, 2003; 4: 53–78.

- Pricketta C, Brennan L, Stolwyka R. Examining the relationship between obesity and cognitive function: A systematic literature review. *Obesity Research & Clinical Practice*, 2015; 9: 93-113.
- Raaijmakers LCH, Pouwels S, Berghuis KA. Technology-based interventions in the treatment of overweight and obesity: A systematic review. *Appetite*, 2015; 95: 138-51.
- Raspopow K, Matheson K, Abizaid A ve diğ. Unsupportive social interactions influence emotional eating behaviors. The role of coping styles as mediators. *Appetite*, 2013; 62: 143-9.
- Richardson AS, Dietz WH, Gordon- Larsen P. The association between childhood sexual and physical abuse with incident adult severe obesity across 13 years of the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *Pediatric Obesity*, 2013;9: 351-61.
- Richardson J. Simple obesity. *Postgraduate Medical Journal*, 1952; 618-23.
- Rohde P, Ichikawa L, Simon GE ve diğ. Associations of child sexual and physical abuse with obesity and depression in middle-aged women. *Child Abuse & Neglect*, 2008; 32: 878-87.
- Rohrer JE, Rohland BM, Denison A ve diğ. Frequency of alcohol use and obesity in community medicine patients. *BMC Family Practice*, 2005;6:17.
- Ross R, Hudson R, Day AG ve diğ. Dose-response effects of exercise on abdominal obesity and risk factors for cardiovascular disease in adults. *Contemporary Clinical Trials*, 2013; 34: 155-60.
- Rotenberg KJ, Flood D. Dietary restraint, attributional styles for eating, and preloading effects. *Eating Behaviors*, 2000; 1: 63-78.
- Roy SS, Foraker RE, Girton RA ve diğ. Posttraumatic stress disorder and incident heart failure among a community-based sample of us veterans. *Am J Public Health*, 2015;105: 757-63.
- Ryan AM, Duong M, Healy L ve diğ. Obesity, metabolic syndrome and esophageal adenocarcinoma: Epidemiology, etiology and new targets. *Cancer Epidemiology*, 2011; 35: 309-19.
- Ryan DH, Braverman- Panza J. Obesity in Women. *Supplement to The Journal of Family Practice*, 2014; 63(2): 15-20.
- Sağlık Bakanlığı. Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı (2010-2014). Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2011.
- Santry HP, Gillen DL, Lauderdale DS. Trends in Bariatric Surgical Procedures. *JAMA*, 2005;294(15): 1909-17.
- Sarısoy G, Atmaca A, Ecemiş G ve diğ. Obezite hastalarında dürtüsellik ve dürtüsellüğün beden algısı ve benlik saygısı ile ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Derg*, 2013; 14: 53-61.
- Saruç M, Böler D, Karaarslan M ve diğ. Intra-gastric balloon treatment of obesity must be combined with bariatric surgery: A pilot study in Turkey. *Turk J Gastroenterol*, 2010; 21 (4): 333-7.
- Sarwer DB, Lavery M, Spitzer JC. A review of the relationships between extreme obesity, quality of life, and sexual function. *Obes Surg*, 2012; 22:668-76.
- Satman İ, Yılmaz T, Şengül A ve diğ. Population based study of diabetes and risk characteristics in Turkey. *Diabetes Care*, 2002; 25(9): 1551- 6.
- Savaş HA, Yumru M, Savaş E. Psikofarmakoterapinin yol açtığı kilo alınmasına karşı ilaçla tedavi yaklaşımları. *New Symposium Journal*, 2007; 45(1): 35-40.
- Saxena S, Orley J. Quality of life assessment: the World Health Organization perspective. *Eur Psychiatry*, 1997; 12 (Suppl. 3): 263-266.

- Scott KA, Melhorn SJ, Sakai RR. Effects of Chronic Social Stress on Obesity. *Curr Obes Rep*, 2012; 1: 16–25.
- Scott SB, Graham-Engeland JE, Engeland CG ve diğ. The effects of stress on cognitive aging, physiology and emotion (escape) project. *BMC Psychiatry*, 2015; 15:146.
- Schröder H, Morales- Morina JA, Bermejo S ve diğ. Relationship of abdominal obesity with alcohol consumption at population scale. *Eur J Nutr*, 2007; 46:369–376.
- Semerci CN. Obezite ve genetik. *Gülhane Tıp Dergisi*, 2004; 46(4): 353-9.
- Sengupta A, Angeli F, Syamala TS ve diğ. Overweight and obesity prevalence among Indian women by place of residence and socio-economic status: Contrasting patterns from ‘underweight states’ and ‘overweight states’ of India. *Social Science & Medicine*, 2015; 138: 161-9.
- Serra- Majem L, Bautista- Castano I. Etiology of obesity: two “key issues” and other emerging factors. *Nutr Hosp*. 2013; 28(Suppl. 5): 32-43.
- Sevinçer GM, Coşkun H, Konuk N ve diğ. Bariatrik cerrahinin psikiyatrik ve psikososyal yönleri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, 2014; 6(1):32-44.
- Sevinçer GM, Konuk N. Emosyonel Yeme. *Journal of Mood Disorders*, 2013;3(4):171-8.
- Shorvon HJ, Richardson JS. Sudden obesity and psychological trauma. *British Medical Journal*, 1949; 29: 951-6.
- Soner BC. Obezitenin medikal tedavisi. *Archives of Clinical Toxicology*, 2014; 1(1): 18-22.
- Sözen A. Obez hastalarda psikiyatrik değerlendirme ve stres yanıtının araştırılması. Uzmanlık tezi. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, 2009.
- Stephens SK, Cobiac LJ, Veerman JL. Improving diet and physical activity to reduce population prevalence of overweight and obesity: An overview of current evidence. *Preventive Medicine*, 2014; 62: 167-78.
- Sulkowski ML, Dempsey J, Dempsey AG. Effects of stress and coping on binge eating in female college students. *Eating Behaviors*, 2011; 12: 188–91.
- Syed W. Obesity related maternal complications in pregnant women. *Khyber Med Univ J*, 2014; 6(3): 128-30.
- Şanlı- Ak G. Abdominal obezite ile insülin direnci arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2012.
- Şar V, Öztürk E, İkikardeş E. Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeğinin Türkçe Uyarlamasının Geçerlilik ve Güvenilirliği. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*, 2012;32(4):1054-63.
- Şimşek F, Ulukol B, Berberoğlu M ve diğ. Ankara’da bir ilköğretim okulu ve lisede obezite sıklığı. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 2005; 58: 163-6.
- Tam AA, Çakır B. Birinci basamakta obeziteye yaklaşım. *Ankara Medical Journal*, 2012; 12(1): 37-41.
- The Whoqol Group. The world health organization quality of life assessment (whoqol): position paper from the world health organization. *Soc. Sci. Med.* 1995;41 (10): 1403-9.
- Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Türkiye Sağlıklı Beslenme Ve Hareketli Hayat Programı (2014-2017). Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2013.
- Thoits PA. Stress, Coping, and Social Support Processes: Where Are We? What Next? *Journal of Health and Social Behavior*, 1995;35: 53-79.
- Tomiyama AJ. Weight stigma is stressful. A review of evidence for the Cyclic Obesity/Weight-Based Stigma model. *Appetite*, 2014; 82: 8-15.

- Torres SJ, Nowson CA. Relationship between stress, eating behavior, and obesity. *Nutrition*, 2007; 23: 887–94.
- Tümer G, Çolak R. Tip 2 diabetes mellitusta tıbbi beslenme tedavisi. *Journal of Experimental and Clinical Medicine*, 2012; 29: 12-5.
- Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği. Obezite Tedavi Kılavuzu ve Yaşam Tarzı Önerileri. 2014.(Erişim: 21 Ağustos 2015), Türk Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği Ağ Sitesi
- Türküm AS. Stresle başa çıkma ölçeğinin geliştirilmesi: geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 2002; 2(18): 25-34.
- Türküm S. Stresle başa çıkma biçimi, iyimserlik, bilişsel çarpıtma düzeyleri ve psikolojik yardım almaya ilişkin tutumlar arasındaki ilişkiler: üniversite öğrencileri üzerinde bir araştırma. *Sosyal Bilimler Dergisi*, 2001; 1-16.
- Traversy G, Chaput JP. Alcohol consumption and obesity: an update. *Curr Obes Rep*. 2015; 4:122–130, (doi: 10.1007/s13679-014-0129-4).
- Tzotzas T, Vlahavas G, Papadopoulou SK ve diğ. Marital status and educational level associated to obesity in Greek adults: data from the National Epidemiological Survey. *BMC Public Health*, 2010; 10(1): 732.
- Uğur MM. Sayı Editöründen. *Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatry Special Topics*, 2008; 1(1).
- Wee CC, Davis RB, Chiodi S ve diğ. Sex, Race, and the Adverse Effects of Social Stigma vs. Other Quality of Life Factors Among Primary Care Patientswith Moderate to Severe Obesity. *J Gen Intern Med*, 2014; 30(2):229–35.
- Werrij MQ, Jansena A, Mulkensa ve diğ. Adding cognitive therapy to dietetic treatment is associated with less relapse in obesity. *Journal of Psychosomatic Research*, 2009; 67: 315-24.
- Whitelock CF, Lamb ME, Rentfrow PJ. Overcoming trauma: psychological and demographic characteristics of child sexual abuse survivors in adulthood. *Clinical Psychological Science*, 2013; 1(4) 351-62.
- WHO, 2015. Erişim: 04 Temmuz 2015, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>
- Van der Wijden CL, Steinbach S, Van der Ploeg HP ve diğ. A longitudinal study on the relationship between eating style and gestational weight gain. *Appetite*, 2014; 83: 304-8.
- Van Strien T, Cebolla A, Etchemendy E ve diğ. Emotional eating and food intake after sadness and joy. *Appetite*, 2013; 66: 20-5.
- Van Strien T. The concurrent validity of a classification of dieters with low versus high susceptibility toward failure of restraint. *Addictive Behaviors*, 1997; 22(5): 587-597.
- Van Strien T, Herman CP, Verheijden MW. Eating style, overeating and weight gain. A prospective 2-year follow-up study in a representative Dutch sample. *Appetite*, 2012; 59: 782-9.
- Yalçın C. Obezite tanısı almış hastalarda psikiyatrik komorbidite araştırması. Uzmanlık tezi. Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, 2013.
- Yaman M. Obezitede diyet tedavisi. *Archives of Clinical Toxicology*, 2014; 1(1): 8-12.

EK OKUMALAR

- Abacı A. Kardiyovasküler risk faktörlerinin ülkemizdeki durumu. *Türk Kardiyol Dern Arş*, 2011;39 (Suppl. 4):1-5.
- Alıcı M. Obez hastalara uygulanan hemşire eğitiminin etkinliğinin değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2006.
- Alvarenga MS, Koritar P, Pisciolaro F ve diğ. Eating attitudes of anorexia nervosa, bulimia nervosa, binge eating disorder and obesity without eating disorder female patients: differences and similarities. *Physiology & Behavior*, 2014; 131: 99-104.
- Anschutz DJ, Engels RCME, Van Strien T. Susceptibility for thin ideal media and eating styles. *Body Image*, 2008; 5: 70-9.
- Arslan C, Ceviz D. Ev hanımı ve çalışan kadınların obezite prevalansı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. *Fırat Üniv. SBD*, 2007; 21(5): 211-220.
- Assari S. Association Between Obesity and Depression Among American Blacks: Role of Ethnicity and Gender. *J. Racial and Ethnic Health Disparities*, 2014;1:36-44.
- Aydın ZD. Toplum ve birey için sağlıklı yaşlanma: yaşam biçiminin rolü. *S.D.Ü. Tıp Fak. Derg.* 2006; 13(4): 43-8.
- Babaoğlu K, Hatun Ş. Çocukluk çağında obezite. *Sted*, 2002; 11(1): 8-10.
- Bakhom SWG, Sorour SM, Elramly MZ ve diğ. Impact of waist circumference on hospital outcome and coronary angiographic findings of patients with acute ST-segment elevation myocardial infarction. *The Egyptian Heart Journal*, 2015; 67: 159-165.
- Baum CL, Ruhm CJ. Age, socioeconomic status and obesity growth. *Journal of health economics*, 2009;28(3): 635-48.
- Beechy L, Galpern J, Petrone A ve diğ. Assessment tools in obesity- Psychological measures, diet, activity, and body composition. *Physiology & Behavior*, 2012; 107: 154-71.
- Byrne SM, Cooper Z, Fairburn CG. Psychological predictors of weight regain in obesity. *Behaviour Research and Therapy*, 2004; 42: 1341-56.
- Byrne SM. Psychological aspects of weight maintenance and relapse in obesity. *Journal of Psychosomatic Research*, 2002; 53: 1029-36.
- Caccialanza R, Nicholls D, Cena H ve diğ. Validation of the Dutch Eating Behaviour Questionnaire parent version (DEBQ-P) in the Italian population: a screening tool to detect differences in eating behaviour among obese, overweight and normal-weight preadolescents. *European Journal of Clinical Nutrition*, 2004; 58:1217-22.
- Carter FA, Jansen A. Improving psychological treatment for obesity. Which eating behaviours should we target? *Appetite*, 2012, 58; 1063-9.
- Cheong KC, Ghazali SM, Hock LK ve diğ. Optimal waist circumference cut-off values for predicting cardiovascular risk factors in a multi-ethnic Malaysian population. *Obesity Research & Clinical Practice*, 2014; 8: 154-62.
- Cheong KC, Ghazali SM, Hock LK ve diğ. The discriminative ability of waist circumference, body mass index and waist-to-hip ratio in identifying metabolic syndrome: Variations by age, sex and race. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*, 2015; 9: 74-8.
- Cho Y, Shin SY, Shin MJ. Sarcopenic obesity is associated with lower indicators of psychological health and quality of life in Koreans. *Nutrition Research*, 2015; 35: 384-92.

- Corbala'n D, Morales EM, Canteras M ve diğ. Effectiveness of cognitive-behavioral therapy based on the Mediterranean diet for the treatment of obesity. *Nutrition*, 2009; 25: 861-9.
- Dąbrowska J, Dąbrowska-Galas M, Naworska B ve diğ. The role of physical activity in preventing obesity in midlife women. *Prz Menopauzalny*, 2015; 14(1): 13-9.
- Demircioğlu S, Bulanık E, Cennet Ö ve diğ. Mart, Ağustos, Ekim 2011 ve Şubat 2012 Aylarında Tirajı En Yüksek Ulusal Beş Gazetenin Obezite Konusundaki Haberlerinin İçerik Açısından İncelenmesi. *TAF Prev Med Bull*, 2013; 12(3):271-82.
- Didie ER, Fitzgibbon M. Binge eating and psychological distress: Is the degree of obesity a factor? *Eating Behaviors*, 2005; 6: 35-41.
- Doll KM, Kalinowski AK, Snavely AC ve diğ. Obesity Is Associated With Worse Quality of Life in Women With Gynecologic Malignancies: An Opportunity to Improve Patient-Centered Outcomes. *Cancer*, 2015;121:395-402.
- Dong D, Jackson T, Wang Y ve diğ. Spontaneous regional brain activity links restrained eating to later weight gain among young women. *Biological psychology*, 2015; 109: 176-183.
- Erem C. Prevalence of Overweight and Obesity in Turkey. *IJC Metabolic & Endocrine*, 2015; 8: 38-41.
- Erem C, Arslan C, Hacıhasanoğlu A ve diğ. Prevalence of Obesity and Associated Risk Factors in a Turkish Population (Trabzon City, Turkey). *Obesity Research*, 2004; 12(7): 1117-27.
- Evirgen N. The prevalence of emotional eating and its relation to affect regulation in a turkish sample of obese, overweight and normal weighted women. Yüksek Lisans Tezi. Boğaziçi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2010.
- Farhat G. A need to reconsider the definition of 'healthy participants' in epidemiological studies and clinical trials. *European Journal of Clinical Nutrition*, 2014; 68: 724-5.
- Ferreira-Hermosillo A, Ramírez-Rentería C, Mendoza-Zubieta V ve diğ. Utility of the waist-to-height ratio, waist circumference and body mass index in the screening of metabolic syndrome in adult patients with type 1 diabetes mellitus. *Diabetology & Metabolic Syndrome*, 2014;6:32.
- Florath I, Brandt S, Weck MN ve diğ. Evidence of inappropriate cardiovascular risk assessment in middle-age women based on recommended cut-points for waist circumference. *Nutrition, Metabolism & Cardiovascular Diseases*, 2014; 24: 1112-9.
- Folkman S. Positive psychological states and coping with severe stress. *Soc. Sci. Med.* 1997; 45(8): 1207-21.
- Garaulet M, Perez de Heredia F. Behavioural therapy in the treatment of obesity (II): role of the Mediterranean diet. *Nutr Hosp.* 2010; 25(1): 9-17.
- Garawi F, Ploubidis GB, Devries K ve diğ. Do routinely measured risk factors for obesity explain the sex gap in its prevalence? Observations from Saudi Arabia. *BMC Public Health*, 2015; 15: 254.
- Grilo CM, Masheb RM. A randomized controlled comparison of guided self-help cognitive behavioral therapy and behavioral weight loss for binge eating disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 2005; 43: 1509-25.
- Güleç- Öyekçin D, Deveci A. Yeme bağımlılığının etyolojisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2012; 4(2): 138-53.
- Gürbüz HA, Durukan AB, Salman N ve diğ. Obesity is still a risk factor in coronary artery bypass surgery. *Anadolu Kardiyol Derg*, 2014; 14: 631-7.
- Güzey M. Kadınlarda ağırlık yönetiminin yeme tutum davranışı üzerine etkisinin değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2014.

- Hadaegh F, Esmailzadeh A, Azizi F. Metabolic risks in individuals with normal body mass index and normal waist circumference. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*, 2007; 14: 200–7.
- Head S, Brookhart A. Lifestyle Modification and Relapse-Prevention Training During Treatment for Weight Loss. *Behavior Therapy*, 1997; 28: 307-21.
- Jastreboff AM, Gaiser EC, Gu P ve diğ. Sex differences in the association between dietary restraint, insülin resistance and obesity. *Eating Behaviors*, 2014; 15: 286-90.
- Keller C, Siegrist M. Does personality influence eating styles and food choices? Direct and indirect effects. *Appetite*, 2015; 84: 128-38.
- Keller C, Siegrist M. Successful and unsuccessful restrained eating. Does dispositional self-control matter? *Appetite*, 2014; 74: 101-6.
- Klatzkin RR, Gaffney S, Cyrus K ve diğ. Binge eating disorder and obesity: Preliminary evidence for distinct cardiovascular and psychological phenotypes. *Physiology & Behavior*, 2015; 142: 20–7.
- Lee JS, Kawakubo K, Mori K ve diğ. Effective cut-off values of waist circumference to detect the clustering of cardiovascular risk factors of metabolic syndrome in Japanese men and women. *Diabetes Vasc Dis Res*, 2007;4: 340-5.
- Li R, Shi L, Jia J ve diğ. Differentiating the Associations of Waist Circumference and Body Mass Index With Cardiovascular Disease Risk in a Chinese Population. *Asia-Pacific Journal of Public Health*, 2015; 27(2): 457-67.
- Li S, Xiao J, Ji L ve diğ. BMI and waist circumference are associated with impaired glucose metabolism and type 2 diabetes in normal weight Chinese adults. *Journal of Diabetes and Its Complications*, 2014; 28: 470-6.
- Liu Y, Tong G, Tong W ve diğ. Can body mass index, waist circumference, waist-hip ratio and waist-height ratio predict the presence of multiple metabolic risk factors in Chinese subjects? *BMC Public Health*, 2011; 11:35.
- Lutter M, Nestler EJ. Homeostatic and hedonic signals interact in the regulation of food intake. *The Journal of Nutrition*; 2009; 139(3):629-32.
- Mackay DF, Gray L, Pell JP. Impact of smoking and smoking cessation on overweight and obesity: Scotland-wide, cross-sectional study on 40,036 participants. *BMC Public Health*, 2013;13:348.
- Melin I, Rössner S. Practical clinical behavioral treatment of obesity. *Patient Education and Counseling*, 2003; 49: 75-83.
- Mirijello A, D'Angelo C, Iaconelli A ve diğ. Social phobia and quality of life in morbidly obese patients before and after bariatric surgery. *Journal of Affective Disorders*, 2015; 179: 95-100.
- Moy FM, Atiya AS. Waist Circumference as a Screening Tool for Weight Management: Evaluation Using Receiver Operating Characteristic Curves for Malay Subjects. *Asia Pac J Public Health*, 2003; 15(2): 99-104.
- Müezzinoğlu T. Yaşam kalitesi. *Üroonkoloji Bülteni*, 2005; 1: 25-9.
- Onat A, Yıldırım B, Çetinkaya A ve diğ. Erişkinlerimizde obezite ve santral obezite göstergeleri ve ilişkileri: 1990-98' de düşündürücü obezite artışı erkeklerde daha belirgin. *Türk Kardiyol Dern Arş*, 1999; 27: 209-17.
- O'Neill BV, Bullmore ET, Miller S ve diğ. The relationship between fat mass, eating behaviour and obesity-related psychological traits in overweight and obese individuals. *Appetite*, 2012; 59: 656-61.
- Pearl RL, Lebowitz MS. Beyond personal responsibility: Effects of causal attributions for overweight and obesity on weight-related beliefs, stigma, and policy support. *Psychology & Health*, 2014; 29(10): 1176-91.
- Poston WSC, Foreyt JP. Obesity is an environmental issue. *Atherosclerosis*, 1999; 146: 201–9.

- Puhl RM, Heuer CA. Obesity Stigma: Important Considerations for Public Health. *Am J Public Health*, 2010; 100: 1019-28.
- Ramírez S, Claret M. Hypothalamic ER stress: A bridge between leptin resistance and obesity. *FEBS letters*, 2015; (589): 1678-1687.
- Rey- Lopez JP, de Rezende LF, Pastor- Valero M ve diğ. The prevalence of metabolically healthy obesity: a systematic review and critical evaluation of the definitions used. *Obesity reviews*, 2014; 15: 781-90.
- Rossini R, Moscatiello S, Tarrini G ve diğ. Effects of Cognitive-Behavioral Treatment for Weight Loss in Family Members. *J Am Diet Assoc*. 2011; 111: 1712-19.
- Salem R, Bamer AM, Alschuler KN ve diğ. Obesity and symptoms and quality of life indicators of individuals with disabilities. *Disability and Health Journal*, 2014; 7: 124-30.
- Satman İ, Turdep II Çalışma Grubu. TURDEP-II Sonuçları. 2011. (Erişim: 10 Temmuz 2015), Türk Endokronoloji ve Metabolizma Derneği Ağ Sitesi.
- Savona- Ventura C, Savona- Ventura S. The inheritance of obesity. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 2015; 29: 300-308.
- Silva IL, Pais- Ribeiro J, Cardoso H. Quality of Life and General Health Perception in Women with Obesity Do Eating Patterns Make a Difference? *Applied Research Quality Life*, 2008; 3:127-36.
- Sørensen TIA, Virtue S, Vidal-Puig A. Obesity as a clinical and public health problem: is there a need for a new definition based on lipotoxicity effects?. *Biochimica et Biophysica Acta*, 2010; 1801: 400-404.
- So ES, Yoo KS. Waist Circumference Cutoff Points for Central Obesity in the Korean Elderly Population. *Journal of Applied Gerontology*, 2015; 34(1): 102-17.
- Spahn JM, Reeves RS, Keim KS ve diğ. State of the Evidence Regarding Behavior Change Theories and Strategies in Nutrition Counseling to Facilitate Health and Food Behavior Change. *J Am Diet Assoc*. 2010;110: 879-91.
- Tanyolaç S, Sertkaya- Cıkım A, Doğan- Azezli A ve diğ. The alarm and action levels of waist circumference in overweight and obese Turkish women. *Obesity Research & Clinical Practice*, 2007; 1: 253-9.
- Tate NH, Dillaway HE, Yarandi HN ve diğ. An examination of eating behaviors, physical activity and obesity in african american adolescents: gender, socioeconomic status, and residential status differences. *Journal of Pediatric Health Care*, 2015; 29(3): 243-254.
- Taylor VH, Forhan M, Vigod SN ve diğ. The impact of obesity on quality of life. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, 2013; 27: 139-146.
- Thangaraj S, Jadhav J, Shruthi MS. Bangalore'da 30 Yaş ve Üzeri Gecekondu Bölgesi Sakinleri Arasında Obezite Prevalansı ve Obeziteyi Etkileyen Diyet Faktörleri. *TAF Prev Med Bull*, 2013;12(5):495-500.
- Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2013. Erişim: 10 Temmuz 2015. <http://beslenme.gov.tr>
- Udo T, Mckee SA, Grilo CM. Factor structure and clinical utility of the Beck Depression Inventory in patients with binge eating disorder and obesity. *General hospital psychiatry*, 2015; 37(2): 120-5.
- Wardle J, Sanderson S, Guthrie CA ve diğ. Parental Feeding Style and the Intergenerational Transmission of Obesity Risk. *Obesity Research*, 2002;10(6): 453-62.
- WHO Expert Consultation. Appropriate body-mass index for Asian populations and its implications for policy and intervention strategies. *Lancet*, 2004; 363(10): 15763.
- Yaluğ İ, Özmen M, Tufan AE ve diğ. Obezite tedavisi için başvuran hastalarda madde kullanım yaygınlığı ve ilişkilifaktörleri. *Bağımlılık Dergisi*, 2005; 6: 27-32.

Yazıcı K, Yazıcı A. Antipsikotik ilaçların yol açtığı kilo artışı: genlerin payı ne? *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 2008; 18: 59-70.

Yetkin İ, Çimen AR. Obezite ve güncel tedavi yöntemleri. *Türk Eczacıları Birliği Yayını/ Meslek İçi Sürekli Eğitim Dergisi*, 2010; 23-24: 68-77.

Yumuk VD. Prevalence of obesity in Turkey. *Obesity reviews*, 2005; 6: 9-10.

Yücel N. Kilolu ve obez kadınlarda obezite ve benlik saygısı ilişkisinin değerlendirilmesi. Uzmanlık tezi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2008.



ÖZGEÇMİŞ

1. Bireysel Bilgiler

Adı Soyadı: Nalan Aslan

Doğum yeri ve tarihi: İzmir 11.03.1991

Uyruğu: TC

Medeni Durumu: Bekar

Askerlik Durumu:-

Çalıştığı kurum: Sağlık Bakanlığı, Kocaeli Halk Sağlığı Müdürlüğü, Derince Toplum Sağlığı Merkezi

İletişim Adresi ve telefonu: Dumlupınar Mahallesi Salim Sokak Deniz Dumlupınar

Aile Sağlığı Merkezi Üst Kat, 41900, Derince, Kocaeli

05056028361

2. Eğitimi

2009-2013: Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü

2005-2009: İzmir Konak Hürriyet Anadolu Lisesi

- Yabancı dili: İngilizce

3. Unvanları

Psikolog

4. Mesleki Deneyimi

Psikolog

2014 Eylül- Halen: Derince Toplum Sağlığı Merkezi

2014 Nisan-Ağustos: Özel Şefkat Özel Eğitim Okulu

5. Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar

6. Bilimsel Etkinlikler

- Seçilmiş yayınlar: Aslan, N., Arkar, H. (2016). Geç ergenlikte öfke ifade tarzları ile mizaç ve karakter özellikleri arasındaki ilişki, Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi (Basımda), DOI:10.5350/DAJPN2016290203
Aslan, N. (2013). Geç Dönemde Yer Alan Ergenlerin Mizaç ve Karakter Özellikleri ile Öfke ve Öfke İfade Türleri Arasındaki İlişki. 18. Ulusal Psikoloji Öğrencileri Kongresi, İzmir, 6-9 Temmuz 2013. (Sözlü Bildiri).

Ata, D., Aşılı, E., Sayın, G., Aslan, N., Karaduman, Ş., ve Öpöz, T. (2013). Kendimizden Farkı Dini İnançlara Nasıl Bakıyoruz? 18. Ulusal Psikoloji Öğrencileri Kongresi, İzmir, 6-9 Temmuz 2013. (Poster Sunum).



EKLER

EK 1

KOCAELİ HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ İZİN



T.C.
KOCAELİ VALİLİĞİ
Halk Sağlığı Müdürlüğü

Sayı : 15096744- 342/15260
Şube : Toplum Sağlığı Hizmetleri
Konu : Yüksek Lisans Bitirme Tezi

07.08/2015

Sayın Nalan ASLAN
Derince Toplum Sağlığı Merkezi
Derince/KOCAELİ

07.08.2015 tarih ve bila sayılı dilekçenizde bahsi geçen tüm Toplum Sağlığı Merkezlerimizde bulunan Obezite Polikliniğine başvuran kadınlarda "Kilo Sorunu/Ağır Kilo Sorunu Yaşayan ve Kilo Sorunu Yaşamayan Kadınlarda Travmatik Yaşam Olayları, Yeme Davranışları ve Stresle Başa Çıkma Tarzlarının Değerlendirilmesi" adlı yüksek lisans bitirme tezinizi yapma talebiniz komisyonumuzca değerlendirilerek uygun görülmüştür. Gereğini rica ederim.

Dr.M.Sabri MEDİŞOĞLU
Müdür a.
Halk Sağlığı Müdür Yardımcısı

Kocaeli Halk Sağlığı Müdürlüğü Toplum Sağlığı Hizm.
Tel:0 262 300 64 62-0 262 300 64 63
Elektronik ağı: www.kocaelihs.gov.tr

Körfez Mah. Ankara Karayolu Cad.No:129
İzmit/KOCAELİ

EK 2

KİŞİSEL BİLGİ FORMU (KİLO SORUNU OLAN GRUP İÇİN)

KİŞİSEL BİLGİLER

Sayın Katılımcı,

Bu araştırma Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruhsal Travma ve Afet Çalışmaları Birimi kapsamında Yüksek Lisans Tez çalışması olarak yürütülmektedir. Çalışmanın amacı kilo sorunu yaşayan ve yaşamayan bireylerdeki travmatik yaşam olayları sıklığını belirlemek, yaşam kalitesini incelemek ve stresle baş etme tarzlarının nasıl olduğunun anlaşılmasını sağlamaktır. Çalışma Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Öğretim Görevlisi Prof. Dr. İrem YALUĞ ULUBİL danışmanlığında Psikolog Nalan ASLAN tarafından yapılmaktadır.

Ölçeklerde verilen soruların doğru ya da yanlış cevapları yoktur. Bu yüzden her ifadeyi dikkatlice okuyunuz ve sizi en iyi ifade ettiğini düşündüğünüz cevabı işaretleyiniz.

Verdiğiniz yanıtlar ve kişisel bilgileriniz kesinlikle saklı tutulacak olup bireysel değerlendirme yapılmayacaktır. Bu nedenle ölçeklere isim, telefon numarası gibi kişisel bilgiler yazmanıza gerek yoktur.

Araştırmaya katılmak gönüllülük esasına dayanır. İstemediğiniz takdirde soruları yanıtlamamakta özgürsünüz.

Sonuçların bilimsel açıdan sağlıklı olması için lütfen hiçbir soruyu boş bırakmayınız.

Katılımınız için teşekkür ederiz.

Çalışmaya dair daha ayrıntılı bilgi almak isterseniz nalanaslan91@gmail.com adresine mail atabilirsiniz.

Nalan ASLAN

Psikolog

Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri
Enstitüsü Ruhsal Travma ve Afet
Çalışmaları Birimi

Derince Toplum Sağlığı Merkezi

1) Boyunuz: Kilonuz: BKİ:.....

2) Yaşınız:.....

3) Eğitim Düzeyinizi İşaretleyiniz:

- Okur yazar olmayan
Okur yazar
İlkokul
Ortaokul
Lise
Üniversite ve üstü

4) Medeni Durumunuzu İşaretleyiniz:

- Bekar Evli Boşanmış/ Dul Diğer.....
Eşinden Ayrı

5) Çocuğunuz (İşaretleyiniz):

Var

Yok

a. Cevabınız "var" ise sayısı:

1

2

3 ve üstü

6) Mesleğinizi İşaretleyiniz;

- Ev hanımı
 Memur
 İşçi
 Özel sektörde ücretli çalışan
 Emekli
 Öğrenci
 İşsiz
 Serbest meslek
 Diğer (lütfen belirtiniz)

7) Şu An Aktif Olarak Çalıştığınız Bir İş var mı?

Evet Çalışıyorum

Hayır Çalışmıyorum

Cevabınız "Evet" ise ne tür bir iş olduğunuzu işaretleyiniz;

Masa başı bir iş yapıyorum

Fiziksel güç gerektiren bir iş yapıyorum

Evimden iş yapıyorum

8) Ekonomik Durumunuzu Nasıl Tanımlarsınız?

Düşük Gelirli Orta Düzeyde Gelire Sahip İyi Düzeyde Gelire Sahip

9) Şu anki kilonuzu nasıl tanımlarsınız?

Olması gerekenden az **ideal**

Olması gerekenden fazla Olması gerekenden **çok fazla**

10) Kiloyla ilgili bir sorunuz olduğunu düşünüyor musunuz?

Evet Hayır

a. Cevabınız "Evet" ise;

Kiloyla ilgili sorunuz olduğunu düşündüğünüz ilk dönem hangisiydi?

Çocukluk

Ergenlik

Hastalık

Doğum

Yetişkinlik

Menapoz

11) Sizce kilo almanızı etkileyen faktörler nelerdir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- Genetik yatkınlık (Anne, babadan en az birinin kilolu olması)
- Hastalıklar
- Beslenme şekli
- Hareketsizlik
- Gebelik
- Evlilik problemleri
- Yaşanılan olumsuz bir olay (iş kaybı, sevilen birinin beklenmedik ölümü, doğal afet gibi)
- Sigara/ alkol bırakma
- İlaç kullanımı
- Can sıkıntısı kaynaklı sürekli atıştırma
- Televizyon karşısında atıştırma
- Yeme alışkanlığının değişmesi
- Davetler (iş yemekleri, düğün organizasyonları, gün/ piknikler gibi organizasyonlar)
- Diğer (lütfen belirtiniz).....

12) Alkol Kullanıyor Musunuz? Evet Hayır

13) Sigara Kullanıyor Musunuz? Evet Hayır

14) Herhangi Bir Psikiyatrik Hastalık Geçirdiniz mi?

Evet Hayır

Cevabınız "Evet" ise herhangi bir tedavi arayışınız oldu mu?

Evet Hayır

Cevabınız "Evet" ise ne tür bir tedavi aldınız; (Birden çok seçenek işaretleyebilirsiniz)

- Hiç tedavi almadım**
- Aile hekimimden destek aldım**
- Pratisyen hekimden destek aldım**
- Psikolog desteği aldım**
- Psikiyatri uzmanından destek aldım**
- Sadece **İlaç** Kullandım
- Sadece **Psikoterapi** Aldım
- İlaç+ Psikoterapi** Birlikte Aldım
- Diğer yöntemler (hoca, kurşun döktürme gibi)**
- Diğer (lütfen belirtiniz).....**

15) Aşağıdaki Kronik Hastalıklardan Sizde Var Olanları İşaretleyiniz;

- Hiçbir kronik hastalığım yok
- Tiroid
- Diabet
- Akciğer Hastalıkları
- Kanser

- Hipertansiyon
- Kansızlık
- Kalp Damar Hastalıkları
- Kolesterol
- Diğer.....

16) Ailenizde Obez Kişiler Var Mı?

Var Yok

"Var" ise yakınlık derecesini işaretleyiniz (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

Annem Babam Kardeşlerim Çocuklarım Diğer.....

17) Aşağıda bazı kilo verme yöntemleri verilmiştir. Bunlardan hangisi/ hangilerini daha önce denediğinizi işaretleyiniz.

Hiçbir kilo verme yöntemini denemedim.

Diyet

Spor/ Egzersiz

Akupunktur

Zayıflama İlaçları

Bariatrik Cerrahi

Diğer:.....

18) Günlük hayatınızda ne sıklıkta spor (yürüyüş, yüzme, koşu, spor salonuna gitme vb) yapıyorsunuz?

Hiç yapmıyorum

Haftada en az 4 gün yapıyorum

Haftada 1-2 gün yapıyorum

Her gün düzenli olarak yapıyorum

EK 3

KİŞİSEL BİLGİ FORMU (KİLO SORUNU OLMAYAN GRUP İÇİN)

KİŞİSEL BİLGİLER

Sayın Katılımcı,

Bu araştırma Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruhsal Travma ve Afet Çalışmaları Birimi kapsamında Yüksek Lisans Tez çalışması olarak yürütülmektedir. Çalışmanın amacı kilo sorunu yaşayan ve yaşamayan bireylerdeki travmatik yaşam olayları sıklığını belirlemek, yeme davranışlarını değerlendirmek ve stresle baş etme tarzlarının nasıl olduğunun anlaşılmasını sağlamaktır. Çalışma Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Öğretim Görevlisi Prof. Dr. İrem YALUĞ ULUBİL danışmanlığında Psikolog Nalan ASLAN tarafından yapılmaktadır.

Ölçeklerde verilen soruların doğru ya da yanlış cevapları yoktur. Bu yüzden her ifadeyi dikkatlice okuyunuz ve sizi en iyi ifade ettiğini düşündüğünüz cevabı işaretleyiniz.

Verdiğiniz yanıtlar ve kişisel bilgileriniz kesinlikle saklı tutulacak olup bireysel değerlendirme yapılmayacaktır. Bu nedenle ölçeklere isim, telefon numarası gibi kişisel bilgiler yazmanıza gerek yoktur.

Araştırmaya katılmak gönüllülük esasına dayanır. İstemediğiniz takdirde soruları yanıtlamamakta özgürsünüz.

Sonuçların bilimsel açıdan sağlıklı olması için lütfen hiçbir soruyu boş bırakmayınız.

Katılımınız için teşekkür ederiz.

Çalışmaya dair daha ayrıntılı bilgi almak isterseniz nalanaslan91@gmail.com adresine mail atabilirsiniz.

Nalan ASLAN

Psikolog

Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri
Enstitüsü Ruhsal Travma ve Afet
Çalışmaları Birimi

Derince Toplum Sağlığı Merkezi

1) Boyunuz: Kilonuz: BKİ:.....

2) Yaşınız:.....

3) Eğitim düzeyinizi işaretleyiniz:

- Okur yazar olmayan
Okur yazar
İlkokul
Ortaokul
Lise
Üniversite ve üstü

4) Medeni durumunuzu işaretleyiniz:

- Bekar Evli Boşanmış/ Eşinden ayrı Dul

Diğer.....

5) Çocuğunuz (işaretleyiniz): Var Yok

a. Cevabınız "var" ise sayısı:

- 1 2 3 ve üstü

6) Mesleğinizi işaretleyiniz;

- Ev hanımı
 Memur
 İşçi
 Özel sektörde ücretli çalışan
 Emekli
 Öğrenci
 İşsiz
 Serbest meslek
 Diğer (lütfen belirtiniz)

7) Şu an aktif olarak çalıştığınız bir iş var mı?

- Evet Çalışıyorum Hayır Çalışmıyorum

Cevabınız "Evet" ise ne tür bir iş olduğunuzu işaretleyiniz;

- Masa başı bir iş yapıyorum
 Fiziksel güç gerektiren bir iş yapıyorum
 Evimden iş yapıyorum

8) Ekonomik durumunuzu nasıl tanımlarsınız?

Düşük Gelirli Orta Düzeyde Gelire Sahip İyi Düzeyde Gelire Sahip

9) Şu anki kilonuzu nasıl tanımlarsınız?

Olması gerekenden **az** **ideal**
 Olması gerekenden **fazla** Olması gerekenden **çok fazla**

10) Hayatınızda hiç kilo problemi yaşadığınızı düşündüğünüz dönem oldu mu?

Evet Hayır

Cevabınız "evet" ise problem yaşadığınız dönem(leri) işaretleyiniz.

Çocukluk Ergenlik Hastalık
Doğum Yetişkinlik Menapoz

11) Sizce kilo almanızı etkileyen faktörler nelerdir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- Genetik yatkınlık (Anne, babadan en az birinin kilolu olması)
- Hastalıklar
- Beslenme şekli
- Hareketsizlik
- Gebelik
- Evlilik problemleri
- Yaşanılan olumsuz bir olay (iş kaybı, sevilen birinin beklenmedik ölümü, doğal afet gibi)
- Sigara/ alkol bırakma
- İlaç kullanımı
- Can sıkıntısı kaynaklı sürekli atıştırma
- Tv karşısında atıştırma
- Yeme alışkanlığının değişmesi
- Davetler (iş yemekleri, düğün organizasyonları, gün/ piknikler gibi organizasyonlar)
- Diğer (lütfen belirtiniz).....

12) Alkol kullanıyor musunuz? Evet Hayır

13) Sigara kullanıyor musunuz? Evet Hayır

14) Herhangi Bir Psikiyatrik Hastalık Geçirdiniz mi?

Evet Hayır

Cevabınız "Evet" ise herhangi bir tedavi arayışınız oldu mu?

Evet Hayır

Cevabınız "Evet" ise kimden yardım aldınız? (Birden çok seçenek işaretleyebilirsiniz)

- Aile hekimimden** destek aldım
- Pratisyen hekimden** destek aldım
- Psikolog** desteği aldım
- Psikiyatri uzmanından** destek aldım
- Hoca** desteği aldım
- Diğer (lütfen belirtiniz)**.....

Cevabınız "Evet" ise ne tür bir tedavi aldınız? (Birden çok seçenek işaretleyebilirsiniz)

- Hiç tedavi almadım**
- Sadece **İlaç** Kullandım
- Sadece **Psikoterapi** Aldım
- İlaç+ Psikoterapi** Birlikte Aldım
- Diğer yöntemler (kurşun döktürme gibi)**
- Diğer (lütfen belirtiniz)**.....

15) Aşağıdaki Kronik Hastalıklardan Sizde Var Olanları İşaretleyiniz;

- Hiçbir kronik hastalığım yok
- Tiroid
- Diabet
- Akciğer Hastalıkları
- Kanser

- Hipertansiyon
- Kansızlık
- Kalp Damar Hastalıkları
- Kolesterol
- Diğer.....

16) Ailenizde Obez Kişiler Var Mı?

Var

Yok

“Var” ise yakınlık derecesini işaretleyiniz (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

Annem

Babam

Kardeşlerim

Çocuklarım

Diğer.....

17) Aşağıda bazı kilo verme yöntemleri verilmiştir. Bunlardan hangisi/ hangilerini daha önce denediğinizi işaretleyiniz.

() Hiçbir kilo verme yöntemini denemedim.

() Diyet

() Spor/ Egzersiz

() Akupunktur

() Zayıflama ilaçları

() Bariatrik Cerrahi

() Diğer:.....

18) Günlük hayatınızda ne sıklıkta spor (yürüyüş, yüzme, koşu, spor salonuna gitme vb) yapıyorsunuz?

() Hiç yapmıyorum

()Haftada en az 4 gün yapıyorum

() Haftada 1-2 gün yapıyorum

()Her gün düzenli olarak yapıyorum

HOLLANDA YEME ALIŞKANLIKLARI ANKETİ

Hollanda Yeme Ölçeği Anketi (DEBQ)

Lütfen her bir soruyu dikkatlice okuyunuz ve tüm sorulara cevap veriniz. Hiçbir sorunun doğru ve yanlış cevabı yoktur. Her bir soru için size uygun cevabın altındaki daireyi işaretleyin.
Teşekkürler.

1. Eğer kilo aldıysanız, her zaman yediğinizden daha az mı yersiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
2. Yemek zamanlarında, yemek istediğinizden daha az yemeye çalışır mısınız?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
3. Kilonuzdan endişe duyduğunuz için size sunulan yiyecek yada içeceği ne sıklıkla reddedersiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
4. Ne yediğinize tam olarak dikkat eder misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
5. Bilinçli olarak zayıflatıcı besinler mi yersiniz ?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
6. Çok fazla yediğinizde, ertesi gün daha az yer misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
7. Kilo almamak için az yemeye dikkat eder misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
8. Kilonuza dikkat ettiğiniz için ne sıklıkla öğün aralarında yemek yememeye çalışırsınız?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
9. Kilonuza dikkat ettiğiniz için ne sıklıkla akşamları yemek yememeye çalışırsınız?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
10. Ne yiyeceğinize karar verirken kilonuzu hesaba katar mısınız?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>

11. bir şeyden rahatsız olduğunuzda daha fazla yemek yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
12. Yapacak bir şeyiniz olmadığında yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
13. Depresyonda olduğunuzda yada hayal kırıklığına uğradığınızda yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
14. Kendinizi yalnız hissettiğinizde yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
15. Biri sizi üzdüğünde yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
16. Sinirleriniz bozuk olduğu zaman yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
17. İstemediğiniz bir şey olduğu zaman yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
18. Kaygılı, endişeli olduğunuz zaman yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
19. bir şeyler ters yada yanlış gittiğinde yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
20. Korktuğunuz zaman yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
21. Hayal kırıklığına uğradığınız zaman yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
22. Duygusal olarak üzüntülü olduğunuzda yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
23. Huzursuz olduğunuzda yada canınız sıkın olduğunda yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
24. Yediğiniz şey lezzetliyse, genelde yediğinizden daha çok yer misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>

25. Yediğiniz şey güzel kokuyor ve güzel görünüyorsa, genelde yediğinizden daha çok yer misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
26. Lezzetli bir şey gördüğünüzde yada kokladığınızda onu yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
27. Eğer yemek için lezzetli bir şeyler varsa doğrudan onu yer misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
28. Eğer bir fırının önünden geçerseniz, lezzetli bir şeyler satın almak ister misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
29. Eğer bir kafe yada büfenin önünden geçerseniz, lezzetli bir şeyler satın almak ister misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
30. Başkalarını yerken görürseniz, sizde yemek yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
31. Lezzetli yiyeceklere karşı koyabilir misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
32. Başkalarını yerken gördüğünüzde, genelde yediğinizden daha fazla yer misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>
33. Yemek hazırlarken bir şeyler yemeye meyilli misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>

TRAVMA SONRASI STRES TEPKİLERİ ÖLÇEĞİ

TSSTÖ OLAY ŞİDDETİ ALT ÖLÇEĞİ

1. Bölüm

Birçok kişinin başından, hayatının herhangi bir döneminde, oldukça stresli ve travmatik bir olay geçmiş ya da böyle bir olaya tanık olmuştur. Aşağıda belirtilen olaylar içinde, başınızdan geçen ya da tanık olduğunuz olayların HEPSİNİ yanındaki kutuyu işaretleyerek belirtiniz.

(1)	<input type="checkbox"/>	Ciddi bir kaza, yangın ya da patlama olayı (örneğin, trafik kazası, iş kazası, çiftlik kazası, araba, uçak ya da tekne kazası)
(2)	<input type="checkbox"/>	Doğal afet (örneğin deprem, kasırga, sel baskını)
(3)	<input type="checkbox"/>	Aile üyelerinden biri ya da tanıdığımız bir kişi tarafından cinsel olmayan bir saldırıya maruz kalma, fiziksel şiddet (örneğin saldırıya uğrayıp soyulma, fiziksel bir saldırıya maruz kalma, silahlı saldırı, bıçaklanma ya da silahla rehin alınma)
(4)	<input type="checkbox"/>	Tanımadığımız biri tarafından cinsel olmayan bir saldırıya maruz kalma (örneğin saldırıya uğrayıp soyulma, fiziksel bir saldırıya maruz kalma, silahlı saldırı, bıçaklanma ya da silahla rehin alınma)
(5)	<input type="checkbox"/>	Aile üyelerinden biri ya da tanıdığımız bir kişi tarafından cinsel bir saldırıya maruz kalma (örneğin tecavüz ya da tecavüze teşebbüs gibi)
(6)	<input type="checkbox"/>	Tanımadığımız bir kişi tarafından cinsel bir saldırıya maruz kalma (örneğin tecavüz ya da tecavüze teşebbüs gibi)
(7)	<input type="checkbox"/>	Askeri çarpışma ya da savaş alanında bulunma
(8)	<input type="checkbox"/>	18 yaşından daha küçük olduğunuz bir dönemde kendinizden 5 ya da daha büyük yaşta biriyle cinsel temas (örneğin cinsel organlarla, göğüslerle temas gibi)
(9)	<input type="checkbox"/>	Hapsedilme (örneğin cezaevine düşme, savaş esiri olma, rehin alınma gibi)
(10)	<input type="checkbox"/>	İşkenceye maruz kalma
(11)	<input type="checkbox"/>	Hayatı tehdit eden bir hastalık
(12)	<input type="checkbox"/>	Sevilen ya da yakın birinin beklenmedik ölümü
(13)	<input type="checkbox"/>	Bunların dışında bir travmatik olay
(14)		13. maddeyi işaretlediyseniz aşağıda bu travmatik olayı belirtiniz.

2. Bölüm

(15) 1. Bölümde birden fazla sayıda travmatik olay işaretlediyseniz, **canınızı en çok sıkan, sizi en çok rahatsız eden** olayın yanındaki kutuyu işaretleyiniz. Eğer, 1. Bölümde yalnızca bir travmatik olayı işaretlediyseniz, aşağıda da aynı olayı işaretleyiniz.

<input type="checkbox"/>	Ciddi bir kaza, yangın ya da patlama olayı (örneğin, trafik kazası, iş kazası, çiftlik kazası, araba, uçak ya da tekne kazası)
<input type="checkbox"/>	Doğal afet (örneğin deprem, kasırga, sel baskını)
<input type="checkbox"/>	Aile üyelerinden biri ya da tanıdığımız bir kişi tarafından cinsel olmayan bir saldırıya maruz kalma, fiziksel şiddet (örneğin saldırıya uğrayıp soyulma, fiziksel bir saldırıya maruz kalma, silahlı saldırı, bıçaklanma ya da silahla rehin alınma)
<input type="checkbox"/>	Tanımadığımız biri tarafından cinsel olmayan bir saldırıya maruz kalma (örneğin saldırıya uğrayıp soyulma, fiziksel bir saldırıya maruz kalma, silahlı saldırı, bıçaklanma ya da silahla rehin alınma)
<input type="checkbox"/>	Aile üyelerinden biri ya da tanıdığımız bir kişi tarafından cinsel bir saldırıya maruz kalma (örneğin tecavüz ya da tecavüze teşebbüs gibi)
<input type="checkbox"/>	Tanımadığımız bir kişi tarafından cinsel bir saldırıya maruz kalma (örneğin tecavüz ya da tecavüze teşebbüs gibi)
<input type="checkbox"/>	Askeri çarpışma ya da savaş alanında bulunma
<input type="checkbox"/>	18 yaşından daha küçük olduğunuz bir dönemde kendinizden 5 ya da daha büyük yaşta biriyle cinsel temas (örneğin cinsel organlarla, göğüslerle temas gibi)
<input type="checkbox"/>	Hapsedilme (örneğin cezaevine düşme, savaş esiri olma, rehin alınma gibi)
<input type="checkbox"/>	İşkenceye maruz kalma
<input type="checkbox"/>	Hayatı tehdit eden bir hastalık
<input type="checkbox"/>	Bunların dışında bir travmatik olay

(16) yaşadığınız travma ne kadar zaman önce meydana geldi? (YALNIZCA BİR TANESİNİ daire içine alınız)	
1	1 aydan daha az
2	1-3 ay arası
3	3-6 ay arası
4	6 ay- 3 yıl arası
5	3-5 yıl arası
6	5 yıldan daha fazla

Aşağıdaki sorularda, Evet için E harfini Hayır için H harfini daire içine alınız.

(17)	E	H	Yaşadığınız travmada fiziksel bir yara aldınız mı?
(18)	E	H	Travma esnasında başka bir kişi fiziksel bir yara aldı mı?
(19)	E	H	Travma esnasında hayatınızın tehlikede olduğunu düşündünüz mü?
(20)	E	H	Travma esnasında başa birinin hayatının tehlikede olduğunu düşündünüz mü?
(21)	E	H	Travma esnasında kendinizi çaresiz hissettiniz mi?
(22)	E	H	Travma esnasında büyük bir korku duygusu yaşadınız mı?

ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI ÖLÇEĞİ

ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI ÖLÇEĞİ

Bu sorular çocukluğunuzda ve ilk gençliğinizde (20 yaşından önce) başınıza gelmiş olabilecek bazı olaylar hakkındadır. Her bir soru için sizin durumunuza uyan rakamı daire içerisinde işaretleyiniz. Sorulardan bazıları özel yaşamınızla ilgilidir; lütfen elinizden geldiğince gerçeğe uygun yanıt veriniz. Yanıtlarınız gizli tutulacaktır.

ÇOCUKLUĞUMDA YA DA İLK GENÇLİĞİMDE;						
		Hiçbir Zaman	Nadiren	Zaman Zaman	Sıklıkla	Çok Sık Olarak
1	Evde yeterli yemek olmadığından aç kalırdım	1	2	3	4	5
2	Benim bakımımı ve güvenliğimi üstlenen birinin olduğunu biliyordum	1	2	3	4	5
3	Ailemdelikler bana “salak”, “beceriksiz” ya da “tipsiz” gibi sıfatlarla seslenirlerdi.	1	2	3	4	5
4	Anne ve babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur ya da uyuşturucu alırlardı.	1	2	3	4	5
5	Ailemde önemli ve özel biri olduğum duygusunu hissetmeme yardımcı olan biri vardı.	1	2	3	4	5
6	Yırtık, sökülük ya da kirli giysiler içerisinde dolaşmak zorunda kalırdım.	1	2	3	4	5
7	Sevildiğimi hissediyordum.	1	2	3	4	5
8	Anne ve babamın benim doğmuş olmamı istemediklerini düşünüyordum.	1	2	3	4	5
9	Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora ya da hastaneye gitmem gerekmişti.	1	2	3	4	5
10	Ailemde başka türlü olmasını istediğim bir şey yoktu.	1	2	3	4	5
11	Ailemdelikler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morart ya da sıyrıklar oluyordu.	1	2	3	4	5

12	Kayış, sopa, kordon ya da başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum.	1	2	3	4	5
----	---	---	---	---	---	---

ÇOCUKLUĞUMDA YA DA İLK GENÇLİĞİMDE;						
		Hiçbir Zaman	Nadiren	Zaman Zaman	Sıklıkla	Çok Sık Olarak
13	Ailedekiler birbirlerine ilgi gösterirlerdi.	1	2	3	4	5
14	Ailedekiler bana kırıcı ya da saldırganca sözler söylerlerdi.	1	2	3	4	5
15	Vücutça kötüye kullanılmış olduğuma (dövülme, itilip kakılma vb.) inanıyorum.	1	2	3	4	5
16	Çocukluğum mükemmeldi.	1	2	3	4	5
17	Bana o kadar kötü vuruluyor ya da dövülüyordum ki öğretmen, komşu ya da bir doktorun bunu fark ettiği oluyordu.	1	2	3	4	5
18	Ailemden birisi benden nefret ederdi.	1	2	3	4	5
19	Ailedekiler kendilerini birbirlerine yakın hissederlerdi.	1	2	3	4	5
20	Birisi bana cinsel amaçla dokundu ya da kendisine dokunmamı istedi.	1	2	3	4	5
21	Kendisi ile cinsel temas kurmadığım taktirde beni yaralamakla ya da benim hakkımda yalanlar söylemekle tehdit eden birisi vardı.	1	2	3	4	5
22	Beni ailem dünyanın en iyisiydi.	1	2	3	4	5
23	Birisi beni cinsel şeyler yapmaya ya da cinsel şeylere bakmaya zorladı.	1	2	3	4	5
24	Birisi bana cinsel tacizde bulundu.	1	2	3	4	5
25	Duygusal bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma (hakaret, aşağılama vb.) inanıyorum.	1	2	3	4	5

26	İhtiyacım olduğunda beni doktora götürecek birisi vardı.	1	2	3	4	5
27	Cinsel bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.	1	2	3	4	5
28	Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi.	1	2	3	4	5



EK 7

STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARI ÖLÇEĞİ

STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARI ÖLÇEĞİ

Bu ölçek kişilerin yaşamlarındaki sıkıntılar ve stresle başa çıkmak için neler yaptıklarını belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Lütfen sizin için sıkıntı ve stres oluşturan olayları düşünerek bu sıkıntılarınızla baş etmede aşağıda verilen her bir maddenin uygunluk derecesini **X** ile işaretleyin.

Sizi ne kadar tanımlıyor? (Size ne kadar uygun?)

Sizi ne kadar tanımlıyor? (Size ne kadar uygun?)					
BİR SIKINTIM OLDUĞUNDA		Hiç Uygun Değil	Uygun Değil	Uygun	Tamamen Uygun
1	Kimsenin bilmesini istemem				
2	İyimser olmaya çalışırım				
3	Bir mucize olmasını beklerim				
4	Olayı/ olayları büyütmeyip üzerinde durmamaya çalışırım				
5	Başta gelen çekilir diye düşünürüm				
6	Sakin kafayla düşünmeye, öfkelenmemeye çalışırım				
7	Kendimi kapana kısılmış gibi hissederim				
8	Olayın/ olayların değerlendirmesini yaparak en iyi kararı vermeye çalışırım				
9	İçinde bulunduğum kötü durumu kimsenin bilmesini istemem				
10	Ne olursa olsun direnme ve müdahale etme gücünü kendimde bulurum				
11	Olanları kafama takıp, sürekli düşünmekten kendimi alamam				
12	Kendime karşı hoşgörülü olmaya çalışırım				
13	İş olacağına varır diye düşünürüm				

14	Mutlaka bir yol bulabileceğime inanır, bunun için uğraşırım				
15	Problemin çözümü için adak adarım.				
Sizi ne kadar tanımlıyor? (Size ne kadar uygun?)					
BİR SIKINTIM OLDUĞUNDA		Hiç Uygun Değil	Uygun Değil	Uygun	Tamamen Uygun
16	Her şeye yeniden başlayacak gücü kendimde bulurum				
17	Elimden hiçbir şeyin gelmeyeceğine inanırım				
18	Olaydan/ olaylardan olumlu bir şey çıkarmaya çalışırım				
19	Her şeyin istediğim gibi olamayacağına inanırım				
20	Problemi/ problemleri adım adım çözmeye çalışırım				
21	Mücadeleden vazgeçerim				
22	Sorunun benden kaynaklandığını düşünürüm				
23	Hakkımı savunabileceğime inanırım				
24	Olanlar karşısında "kaderim buymuş" derim				
25	"Keşke daha güçlü bir insan olsaydım" diye düşünürüm				
26	Bir kişi olarak iyi yönde değiştiğimi ve olgunlaştığımı hissedirim				
27	"Benim suçum ne?" diye düşünürüm				
28	" Hep benim yüzümden oldu" diye düşünürüm				
29	Sorunun gerçek nedenini anlayabilmek için başkalarına danışırım				
30	Bana destek olabilecek kişilerin varlığını bilme beni rahatlatır				

KİLONUN YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ ANKETİ KISA FORM

Kilonun Yaşam Kalitesine Etkisi Anketi- Kısa Sürüm (IWQOL- Lite)

Lütfen aşağıdaki ifadeleri geçen son 7 gün içinde size en uygun gelen sayıyı daire içine alarak cevaplayınız. Mümkün olduğunca açık olunuz. Cevapların doğrusu veya yanlışı yoktur.

<u>Bedensel İşlevler</u>	HER ZAMAN DOĞRU	GENELLİKLE DOĞRU	BAZEN DOĞRU	NADİREN DOĞRU	HİÇBİR ZAMAN DOĞRU DEĞİL
1.Kilomdan dolayı nesnelere yerden almakta güçlük çekiyorum	5	4	3	2	1
2.Kilomdan dolayı ayakkabılarımı bağlamakta güçlük çekiyorum	5	4	3	2	1
3.Kilomdan dolayı sandalyeden kalkarken güçlük çekiyorum	5	4	3	2	1
4.Kilomdan dolayı merdiven inip çıkmakta güçlük çekiyorum	5	4	3	2	1
5.Kilomdan dolayı giysilerimi değiştirmekte güçlük çekiyorum	5	4	3	2	1
6.Kilomdan dolayı etrafta dolaşmakta güçlük çekiyorum	5	4	3	2	1
7.Kilomdan dolayı bacak bacak üzerine atmakta güçlük çekiyorum	5	4	3	2	1
8.Hafif çabayla bile nefes darlığı hissediyorum	5	4	3	2	1
9.Eklemlerimdeki ağrı ya da tutukluk nedeniyle güçlük çekiyorum	5	4	3	2	1
10.Günün sonunda ayak bileklerim ve baldırlarım şişmiş oluyor	5	4	3	2	1
11.Sağlığımdan endişe duyuyorum	5	4	3	2	1

<u>Özgüven</u>	HER ZAMAN DOĞRU	GENELLİKLE DOĞRU	BAZEN DOĞRU	NADİREN DOĞRU	HİÇBİR ZAMAN DOĞRU DEĞİL
1.Kilomdan dolayı sıkılanım	5	4	3	2	1
2.Kilomdan dolayı kendime olan saygım olabileceği kadar iyi değil.	5	4	3	2	1
3.Kilomdan dolayı kendimden emin olamıyorum	5	4	3	2	1
4.Kilomdan dolayı kendimden hoşlanmıyorum	5	4	3	2	1
5.Kilomdan dolayı reddedilmekten korkuyorum	5	4	3	2	1
6.Kilomdan dolayı aynalara bakmaktan ya da kendimi fotoğraflarda görmekten kaçınıyorum	5	4	3	2	1
7.Kilomdan dolayı halka açık yerlerde görünmekten utanıyorum	5	4	3	2	1

<u>Cinsel Yaşam</u>	HER ZAMAN DOĞRU	GENELLİKLE DOĞRU	BAZEN DOĞRU	NADİREN DOĞRU	HİÇBİR ZAMAN DOĞRU DEĞİL
1.Kilomdan dolayı cinsel faaliyetten keyif alamıyorum	5	4	3	2	1
2.Kilomdan dolayı cinsel isteğim az ya da hiç yok.	5	4	3	2	1
3.Kilomdan dolayı cinsel faaliyet sırasında güçlük çekiyorum	5	4	3	2	1
4.Kilomdan dolayı cinsel faaliyetten olabildiğince kaçınıyorum	5	4	3	2	1

<u>Toplum Baskısı</u>	HER ZAMAN DOĞRU	GENELLİKLE DOĞRU	BAZEN DOĞRU	NADİREN DOĞRU	HİÇBİR ZAMAN DOĞRU DEĞİL
1.Kilomdan dolayı başkalarının alaylarıyla, rahatsız edici davranışlarla ya da bana istemediğim şekilde ilgi gösterilmesiyle karşı karşıya kalıyorum	5	4	3	2	1
2.Kilomdan dolayı umumi yerlerde (örn. Sinemalar, tiyatrolar, lokantalar, arabalar ya da uçaklarda) koltuklara sığma konusunda endişe duyuyorum	5	4	3	2	1
3.Kilomdan dolayı koridorlarda ya da turnikelerden geçerken sığma konusunda endişe duyuyorum	5	4	3	2	1
4.Kilomdan dolayı ağırlığımı taşımaya yetecek kadar sağlam sandalye bulma konusu beni kaygılandırıyor	5	4	3	2	1
5.Kilomdan dolayı başkaları tarafından dışlanıyorum	5	4	3	2	1

<u>İş</u> (Not: Ev işi yapanlar, emekliler ve para karşılığı bir işte çalışmayanlar bu sorulara gündelik faaliyetlerini düşünerek cevap vermelidirler)	HER ZAMAN DOĞRU	GENELLİKLE DOĞRU	BAZEN DOĞRU	NADİREN DOĞRU	HİÇBİR ZAMAN DOĞRU DEĞİL
1.Kilomdan dolayı işleri bitirmede ya da sorumluluklarımı yerine getirmede güçlük çekiyorum	5	4	3	2	1
2.Kilomdan dolayı olabileceğimden daha az üretkenim	5	4	3	2	1

EK 9

KİLONUN DAMGALANMA HİSSİ ÜZERİNDEKİ ETKİSİ ANKET FORMU

KİLONUN DAMGALANMA HİSSİ ÜZERİNDE ETKİSİ

(ANKET FORMU)

Aşağıda bazı ifadelere yer verilmiştir. Günlük yaşamınızda bu sorunların sizi ne derece rahatsız ettiğini skala üzerinde işaretleyiniz.

1-Beni hiç rahatsız etmiyor

2-Beni nadiren rahatsız ediyor

3-Beni bazen rahatsız ediyor

4-Beni genellikle rahatsız ediyor

5- Beni her zaman rahatsız ediyor

1) Kilomdan dolayı, dışarıda yemek yerken veya marketlerden yiyecek alırken izleniyormuş gibi hissetme;

Beni hiç rahatsız etmiyor

Beni her zaman

rahatsız ediyor

1-----2-----3-----4-----5

2) Büyük beden kıyafetler bulamama;

Beni hiç rahatsız etmiyor

Beni her zaman

rahatsız ediyor

1-----2-----3-----4-----5

3) Kilolarımdan ötürü istediğim gibi giyinememe;

Beni hiç rahatsız etmiyor

Beni her zaman

rahatsız ediyor

1-----2-----3-----4-----5

4) İşyerleri, hastaneler, sinemalar, toplu taşıma araçları gibi yerlerde koltuklara sığma konusu;

Beni hiç rahatsız etmiyor

Beni her zaman
rahatsız ediyor

1-----2-----3-----4-----5

5) Arkadaşımdan veya aile üyelerimden birinin benimle görünmekten utandığını hissetme;

Beni hiç rahatsız etmiyor

Beni her zaman
rahatsız ediyor

1-----2-----3-----4-----5

6) Arkadaşımdan veya aile üyelerimden birinin benim yanımda diğer kilolu kişilerle alay etmesi/ onlara gülmesi;

Beni hiç rahatsız etmiyor

Beni her zaman
rahatsız ediyor

1-----2-----3-----4-----5

7) Kilolarımdan ötürü alay edilme ve/ veya zorbalığa maruz kalma;

Beni hiç rahatsız etmiyor

Beni her zaman
rahatsız ediyor

1-----2-----3-----4-----5

8) Kilolarımla ilgili sözlü tacize uğrama;

Beni hiç rahatsız etmiyor

Beni her zaman
rahatsız ediyor

1-----2-----3-----4-----5

9) Toplu alanlarda spor yaparken gülünmesi ve/ veya sözlü tacize uğrama;

Beni hiç rahatsız etmiyor

Beni her zaman

rahatsız ediyor

1-----2-----3-----4-----5

10) Çocuklar tarafından alay edilmesi ve/ veya sözlü tacize uğrama;

Beni hiç rahatsız etmiyor

Beni her zaman

rahatsız ediyor

1-----2-----3-----4-----5

11) Kilolarımdan dolayı herhangi bir davete katılma konusu;

Beni hiç rahatsız etmiyor

Beni her zaman

rahatsız ediyor

1-----2-----3-----4-----5

12) Kilolarımdan dolayı başvurduğum işlere alınmama konusu;

Beni hiç rahatsız etmiyor

Beni her zaman

rahatsız ediyor

1-----2-----3-----4-----5

13) Kilolarımdan dolayı sağlık problemi yaşadığımda sağlık çalışanları tarafından sözlü tacize uğrama/ alay edilmesi/ ayrımcılığa maruz kalma;

Beni hiç rahatsız etmiyor

Beni her zaman

rahatsız ediyor

1-----2-----3-----4-----5

ETİK KURUL BELGESİ



KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMA ETİK KURUL DEĞERLENDİRME FORMU

ETİK KURULUN ADI	KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
AÇIK ADRES	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Birimi Umuttepe Yerleşkesi /KOCAELİ
TELEFON	0262 303 71 64 – 74 50
FAKS	0262 303 74 63
E-POSTA	etikkurul@kocaeli.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Kilo Sorunu/Ağır Kilo Sorunu yaşayan ve Kilo Sorunu Yaşamayan Kadınlarda Travmatik Yaşam Olayları, Yeme Davranışları ve Stresle Başa Çıkma Tarzlarının Değerlendirilmesi			
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜNÜN KODU	KOU KAEK 2015/210			
	EUDRACT NUMARASI				
	KOORDİNATÖRÜN ÜNVANI/ADI/SOYADI	Prof. Dr. İrem Yalug Ulubil			
	KOORDİNATÖRÜN UZMANLIK ALANI	Psikiyatri			
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI	Psikolog Nalan Aslan			
	SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Ruhsal Travma ve Afet Çalışmaları			
	ARAŞTIRMA MERKEZİ	Kocaeli Halk Sağlığı, Derince Toplum Sağlığı Merkezi			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-			
	ARAŞTIRMANIN NİTELİĞİ	-			
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	İLAÇ DIŞI ARAŞTIRMA (YÜKSEK LİSANS TEZİ)			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI	29.06.2015		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	29.06.2015		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer

DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama
	TÜRKÇE ETİKET ÖRNEĞİ	<input type="checkbox"/>
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>
	HASTA KARTI/GÜNLÜKLERİ	<input type="checkbox"/>
	İLAN	<input type="checkbox"/>
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>
	DİĞER	<input type="checkbox"/>

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 22/12	Proje No: KOU KAEK 2015/210	Tarih: 30.06.2015
	Prof. Dr. İrem Yaluğ Ulubil sorumluluğunda yapılan ve yukarıda bilgileri verilen Klinik araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan Etik Kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.		

ETİK KURUL BİLGİLERİ

ÇALIŞMA ESASI	Hasta Hakları Yönetmeliği (01.08.1998/23420), Hasta Hakları Yönetmeliği Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik (8 Mayıs 2014/ 28994), Helsinki Bildirgesi (2008), İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu (Nisan 2013),ICH/GCP-Guideline for Good Clinical Practice (10 Haziran 1996)İnsan Denekleri İçeren Biyomedikal Araştırmaların Uluslar arası Rehber Kuralları (CIOMS, 2002), Biyotıp Araştırmalarına İlişkin İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesine Ek Protokolün Onaylanmasına Uygun Bulunduğuna Dair Kanun (10 Mart 2011/6212), Biyoloji ve Tıbbin Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi: İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi (4 Nisan 1997), Ek Madde - 10 (6 Nisan 2011, 6225)) Resmi Gazetede 13.04.2013 tarih ve 28617 sayı ile yayınlanan Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik (25 Haziran 2014/29041)
---------------	---

ETİK KURUL BAŞKANI UNVANI/ADI/SOYADI: PROF. DR. NERMİN ERSOY

ETİK KURUL ÜYELERİ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
			E	K	E	H	E	H	
Prof. Dr. Nermin ERSOY Başkan	Tıp Tarihi ve Etik	KOÜ Tıp Fak. Tıp Tarihi ve Etik AD	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	N. Ersoy
Prof. Dr. Dilek URAL Başkan Yrd.	Kardiyoloji	KOÜ Tıp Fak. Kardiyoloji AD	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	W. Ural
Prof. Dr. B. Faruk ERDEN Üye	Farmakoloji	KOÜ Tıp Fak. Farmakoloji AD	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	B. Faruk Erden
Prof. Dr. Gülcan TÜRKER Üye	Pediyatri	KOÜ Tıp Fak. Çocuk Sağ. ve Hst.AD	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	G. Türk
Prof. Dr. Yavuz GÜRKAN Üye	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	KOÜ TF Anesteziyoloji ve Reanimasyon	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	Y. Gürkan
Prof. Dr. Hale M. KIR Üye	Biokimya	KOÜ Tıp Fak. Biokimya AD	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	H. M. Kir
Doç. Dr. Ayşe KARSON Raportör	Fizyoloji	KOÜ Tıp Fak. Fizyoloji AD	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	A. Karson
Uzm. Dr. Murat GÜVEN Üye	Genel Cerrahi	Kocaeli Derince Eğt. ve Arş. Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	M. Güven
Uzm. Dr. Berna A. ŞERİFİ Üye	Halk Sağlığı	İzmit 1 Nolu AÇSAP	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	B. A. Şerifi
Ersayın IŞIK Üye	Avukat	Kocaeli Barosu	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E. Işık
Yasemin ÜLSOY Üye	Hasta Hakları Temsilcisi	Ev Hanımı	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	Y. Ülsöy
Yrd. Doç. Dr. Önjen TAK	Danışman Diş Hekimi	KOU . Diş Hekimliği Fak.	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	O. Tak

* :Toplantıda Bulunma

Etik Kurul Değerlendirme Formu
28 Nisan 2009 Versiyon No:1

2

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

KATILIMCI BİLGİLENDİRME FORMU

1. Çalışmanın adı: Kilo Sorunu/ Ağır Kilo Sorunu Yaşayan ve Kilo Sorunu Yaşamayan Kadınlarda Travmatik Yaşam Olayları, Yeme Davranışları ve Stresle Başa Çıkma Tarzlarının Değerlendirilmesi

2. Araştırmacıların adları, kurumları ve iletişim numaraları.

Nalan ASLAN: Kocaeli Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ruhsal Travma ve Afet Çalışmaları Birimi, Derince Toplum Sağlığı Merkezi. İletişim numarası: 0505 6028361

İrem YALUĞ ULUBİL: Kocaeli Üniversitesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İletişim numarası: 02623037504

3. Araştırma amacının anlaşılır ve özet açıklaması: Kilo sorunu olmayan ve hafif şişmanlıktan aşırı şişmanlık düzeyine kadar olan kadınlarda travmatik yaşam olayları, yeme davranışları ve stresle başa çıkma tarzlarının değerlendirilmesini yapmaktır. Ayrıca kilo sorunu yaşayan grubun yaşam kalitesi ve hissedilen damgalanma düzeyinin belirlenmesi, kilo arttıkça bu konularda nasıl değişimlerin yaşandığının anlaşılması ise diğer amaçlardandır.

4. Neden ben seçildim? Kocaeli ilinde yaşayan ve çalışmanın kriterlerine uyan bir kadın olduğunuz için.

5. Araştırmaya katılmak / bir kez katıldıktan sonra sonuna kadar devam etmek zorunda mıyım? İstekli olduğunuz sürece katılımınızı bekliyoruz. Bir zorunluluğunuz yok. İstemediğiniz taktirde soruları yanıtlamamakta özgürsünüz.

6. Katılmayı kabul edersem bana ne yapılacak? Araştırma kapsamına giren soru formlarını ve ölçekleri cevaplamanızı bekleyeceğiz.

7. Araştırmaya katılmanın olası dezavantajları ve riskleri nelerdir? Herhangi bir dezavantajınız ve riskiniz bulunmamaktadır.

8. Araştırmaya katılmanın olası yararları nelerdir? Kilo sorunu yaşayan kadınların ne derece travma yaşantılarının olduğunun belirlenmesi ve stresle başa çıkma tarzlarının anlaşılması ve ruh sağlığı hizmetlerinin sunumunda bu ilkelerin göz önünde bulundurularak hareket edilmesine katkı sağlanması hedeflenmektedir.

9. Araştırma masrafları: Herhangi bir masrafınız olmayacak.

10. Kimlik bilgilerim ve elde edilen verilerin gizliliği nasıl sağlanacak? Verdiğiniz yanıtlar ve kişisel bilgileriniz kesinlikle saklı tutulacak olup bireysel değerlendirme yapılmayacaktır. Bu nedenlere formlara isim, telefon numarası gibi kişisel bilgiler yazmanıza gerek yoktur.

11. Araştırma sonunda bana bilgi verilecek mi? Araştırma sonunda yazılacak olan bilimsel yayınlardan haberdar edileceksiniz. Ayrıca bilgi almak isterseniz nalanaslan91@gmail.com adresine mail atabilirsiniz.

12. Araştırma sonuçlarına ne olacak? Bilimsel içerikte bir yayın yapılarak, bilimsel kongre ve yayınlarda paylaşılacak.

13. Daha ayrıntılı bilgi için, yukarıda adı ve iletişim numaraları verilen araştırmacılara ulaşabilirsiniz.

Araştırmaya ve çalışmaya katılımınız için teşekkürler.

Araştırma ve çalışma süresince burada verilen bilgilerin dışında bir uygulama ya da sonuç ile karşılaşarsanız aşağıdaki adrese şikayetinizi bildirebilirsiniz.

Adres: Kocaeli Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Klinik Araştırmalar ve Etik Kurulu

Umuttepe Yerleşkesi

Kocaeli

Telefon: 02623037450

ONAM FORMU

Araştırmanın Adı: Kilo Sorunu Yaşayan Ve Yaşamayan Kadınlarda Travmatik Yaşam Olayları, Yeme Davranışları Ve Stresle Başa Çıkma Tarzlarının Değerlendirilmesi

	Evet	Hayır
Hasta Bilgilendirme Formunu okudunuz mu?		
Araştırma projesi size sözlü olarak da anlatıldı mı?		
Size araştırmayla ilgili soru sorma, tartışma fırsatı tanındı mı?		
Sorduğunuz tüm sorulara tatmin edici yanıtlar alabildiniz mi?		
Araştırma hakkında yeterli bilgi aldınız mı?		
Herhangi bir zamanda herhangi bir nedenle ya da neden göstermeksizin araştırmadan çekilme hakkına sahip olduğunuzu anladınız mı?		
Araştırma sonuçlarının uygun bir yolla yayınlanacağına katılıyor musunuz?		
Yukarıdaki soruların yanıtları size kim tarafından açıklandı? <i>Lütfen ismini yazınız....</i>		

İmza:

Adı / Soyadı:

Tarih:

EK 12

TEZ DENETLEME LİSTESİ

Tez, aşağıdaki denetimler yapılarak tamamlanmıştır.

- Kapak ve iç kapak sayfalarında BİLİM UZMANLIĞI ya da DOKTORA şeklinde elde edilen unvanlar yazıldı (Kapak sayfasına danışman adı yazılmamalıdır).
- Kapak sayfasına mezun olunan PROGRAMIN (Anabilim dalının değil) adı yazıldı.
- Tez kapağı sırt kısmına kılavuzda belirtilen çizimde (yazının yönüne dikkat!) ad, program, yıl yazıldı.
- Onay sayfası uygun çizimde hazırlandı (kazanılan unvanlar BİLİM UZMANLIĞI ya da DOKTORA olmalıdır) imzalatıldı (Enstitü Müdürü'nün imzası da gereklidir, imzaların aynı renk kalemle atılmasına dikkat edilmelidir).
- Dizinler kılavuzda belirtildiği gibi sıralandı.
- Ön sayfalara i, ii, iii şeklinde Roma rakamları konuldu.
- Sayfa numaraları kılavuzda belirtildiği şekilde konuldu.
- Sayfa düzeni kılavuzda belirtildiği şekilde yapıldı.
- Ana metin yazı boyutu 12 olacak biçimde basıldı.
- Dipnot yazı boyutu 10 olacak şekilde basıldı.
- Ana metin satır aralığı 1.5 olacak şekilde yazıldı.
- Kaynaklar abecesel sıralamaya göre yazıldı.
- Kaynak gösterme ilkelerine ve yazım kurallarına uyuldu.
- Ekler kılavuzda belirtildiği gibi verildi.

02.10.2016

Danışman Prof. Dr. İsmail YALUĞU ULUĞLU

İmza