

T.C
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**OBEZ BİREYLERDE DUYGUSAL ZEKA,
YAŞAM KALİTESİ VE SAĞLIK ALGISI**

Dr. ASLIHAN ÇİFLİK BOLLUK

UZMANLIK TEZİ

İZMİR 2017

T.C
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

OBEZ BİREYLERDE DUYGUSAL ZEKA, YAŞAM KALİTESİ VE SAĞLIK ALGISI

Dr. ASLIHAN ÇİFLİK BOLLUK

UZMANLIK TEZİ

Tez Danışmanı
Prof. Dr. Nilgün ÖZÇAKAR

TABLO LİSTESİ	III
GRAFİK LİSTESİ	IV
KISALTMA LİSTESİ.....	V
TEŞEKKÜRLER	VI
ÖZET VE ANAHTAR SÖZCÜKLER.....	VII
SUMMARY-KEYWORDS	VIII
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1.Obezitenin Tanımı ve Epidemiyolojisi	4
2.1.1.Dünya’da ve Türkiye’de Obezitenin Durumu.....	5
2.2.Obezitenin Etiyolojisi.....	6
2.2.1. Gebelik ve erken yaşam	6
2.2.2.Çocukluk ve Ergenlik.....	6
2.2.3.Yetişkinler	7
2.2.4.Yaşam tarzı.....	7
2.2.5. Diyet ve yeme paternleri	8
2.2.6.İlaçlara bağlı kilo alımı	9
2.2.7.Hastalıklara bağlı obezite	10
2.2.8.Psikolojik faktörler.....	11
2.2.9.Genetik ve konjenital bozukluklar	11
2.2.10.Sosyoekonomik ve etnik faktörler.....	11
2.2.11.Enfeksiyon Ajanları.....	12
2.3. Obezitenin Neden Olduğu Bireysel, Ekonomik ve Sosyal Sorunlar.....	12
2.3.1. Obezitenin Neden Olduğu Bireysel Sorunlar.....	12
2.3.2.Obezitenin Neden olduğu Ekonomik sorunlar	13
2.3.3.Obezitenin Neden olduğu Sosyal Sorunlar	13

2.4.Obezite Yönetimi	14
2.5.Birinci Basamakta Obezite.....	14
2.6.Duygusal zekâ	15
2.6.1.Duygusal Zekâ Yetkinlikleri(Boyutları)	17
2.7.Sağlık algısı:	20
2.8.Yaşam kalitesi:	20
3. GEREÇ VE YÖNTEM	22
3.1. Araştırma Modeli	22
3.2. Araştırmanın Örneklemi.....	22
3.2.1. Araştırmaya dahil olma / dışlama kriterleri.....	22
3.3. Araştırmanın Uygulanması	23
3.4. Veri Toplama Araçları	23
3.4.1. Sosyodemografik anket formu	23
3.4.2. Gözden Geçirilmiş Schutte Duygusal Zekâ Ölçeği	23
3.4.3. EQ-5D Genel Yaşam Kalitesi Ölçeği	24
EK 1: Yaşam Kalitesi Profillere Karşılık Gelen Yararlanım Skalas ı	26
3.4.4. Sağlık Algısı Ölçeği	26
4. BULGULAR	28
5. TARTIŞMA	47
6. SONUÇ	52
7.KAYNAKÇA	54
EKLER.....	64
EK 2:VERİ KAYIT FORMU	64
EK 3:BAŞHEKİMLİK İZNİ	69
EK 4:ETİK KURUL ONAYI.....	70

TABLO LİSTESİ

Tablo 1: Vücut Kitle İndeksi Sınıflaması

Tablo 2: Olgu ve kontrol gruplarının yaş ortalaması

Tablo 3: Olgu ve kontrol gruplarının yaşa göre dağılımı

Tablo 4: Olgu ve kontrol gruplarının cinsiyete göre dağılımı

Tablo 5: Olgu ve kontrol gruplarının eğitim durumuna göre dağılımı

Tablo 6: Olgu ve kontrol gruplarının medeni duruma göre dağılımı

Tablo 7: Olgu ve kontrol gruplarının mesleki açıdan dağılımı

Tablo 8: Olgu ve kontrol gruplarının gelir durumuna göre dağılımı

Tablo 9: Olgu ve kontrol gruplarının tütün ve alkol kullanımı açısından dağılımı

Tablo 10: Olgu ve kontrol gruplarının diyet ve egzersiz yapma açısından dağılımı

Tablo 11: Olgu ve kontrol gruplarının son bir yıl içinde tetkik yaptırma açısından dağılımı

Tablo 12: Olgu ve kontrol gruplarının yürüme olanağı açısından dağılımı

Tablo 13: Olgu ve kontrol gruplarının sabah kahvaltısı yapma açısından dağılımı

Tablo 14: Olgu ve kontrol gruplarının taze meyve ve sebze yeme durumuna göre dağılımı

Tablo 15: Olgu ve kontrol gruplarının öğün atlama durumuna göre dağılımı

Tablo 16: Olgu ve kontrol gruplarının anne ve babada obezite olmasına göre dağılımı

Tablo 17: Olgu ve kontrol gruplarının kilo almayı başlatıcı etmen olmasına göre dağılımı

Tablo 18: Olgu ve kontrol gruplarının algıladıkları vücut ağırlığına göre dağılımı

Tablo 19: Olgu ve kontrol gruplarında duygusal zeka, sağlık algısı ve yaşam kalitesi sonuçları

Tablo 20: Olgu ve kontrol gruplarının şu anki sağlık durumu puanı

Tablo 21: Olgu ve kontrol gruplarında duygusal zekanın alt ölçeklerinin sonuçları

Tablo 22: Olgu ve kontrol gruplarında sağlık algısı alt ölçeklerinin sonuçları

GRAFİK LİSTESİ

Grafik 1: Olgu ve kontrol gruplarının ilaç kullanımı

Grafik 2: Olgu ve kontrol gruplarının yürüme olanağı

Grafik 3: Olgu ve kontrol gruplarının öğün atlama nedenleri

Grafik 4: Olgu ve kontrol gruplarında kilo almayı başlatıcı nedenler



KISALTMALAR

VKİ:Vücut kitle indeksi

TV:Televizyon

Kg:Kilogram

ABD:Amerika Birleşik Devletleri

IQ:İntelligence Quotient

EQ:Emotioanal Quotient (Duygusal zeka)

QALY:Quality Adjusted Life Year

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

NHANES: Ulusal Sağlık ve Beslenme İnceleme Araştırması

SSRI: Selektif Serotonin Geri Alım İnhibitörleri

PCOS: Polikistik Over Sendromu

TEŞEKKÜR

Her zaman, her şartta desteğini ve ilgisini esirgemeyen, dinleyen, yol gösteren, sonsuz güven sağlayan, tez aşamasında olduğu gibi her konuda yardımlarını, katkılarını esirgemeyen ve adeta anne şevkati ile yaklaşan değerli hocam Prof. Dr. Nilgün ÖZÇAKAR’a

Uzmanlık eğitimim boyunca mesleki bilgi ve beceri edinmemde ilgi ve yardımlarını hiçbir zaman esirgemeyen hekimliğin tıp sanatı olduğunu öğreten, birinci basamağı daha ileriye taşımamız gerektiğini hatırlatarak bize rehber olan değerli hocam Prof. Dr. Dilek GÜLDAL’a

Disiplinli çalışmasıyla, her zaman örnek aldığım, kapısını çaldığımda her zaman sorunlarımı halleden, tezimin istatistiklerini yaparken yardımcı olan, istatistik öğrenmeme katkı sağlayan sevgili hocam Prof. Dr. Mehtap KARTAL’a

Farklı bakış açısıyla, hayata ve araştırmalara farklı açıdan bakmamızı sağlayan, bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım Prof. Dr. Vildan MEVSİM’e

Güler yüzü ve samimiyetiyle her zaman yanımda olan Doç. Dr. Tolga GÜNVAR’a

Türkiye’nin bir ucunda (İğdır’da) tanıma fırsatı bulup, DEÜ Tıp Fakültesi Aile hekimliğini tanımama vesile olan, Eğitim ASM’de çalıştığım süre boyunca yardım ve desteklerini esirgemeyen, mesleki bilgi ve becerimi artırmama yardımcı olan Uzm. Dr. Neslişah TAN’a,

Samimiyeti ve yardımsever tutumuyla Uz. Dr. Ediz YILDIRIM’a,

Uzmanlık eğitimi sürecinde aile gibi olduğumuz tüm ASİSTAN ARKADAŞLARIMA,

Bugüne kadar her zaman yanımda olduklarını bildiğim, her zaman varlıklarına şükrettiğim, kızları olmaktan gurur duyduğum, koşulsuz sevgileri ve emekleri için ANNEME ve BABAMA,

Varlıklarıyla beni mutlu eden, her zaman yanımda hissettiğim KARDEŞLERİME,

Son olarak da hayatımı daha güzel ve anlamlı kılan, büyük şansım, her zaman yanımda olan değerli eşim Volkan BOLLUK’a en içten dileklerle çok teşekkür ederim.

Dr. Aslıhan ÇİFLİK BOLLUK

ÖZET

OBEZ BİREYLERDE DUYGUSAL ZEKA, YAŞAM KALİTESİ VE SAĞLIK ALGISI

Dr. Aslıhan ÇİFLİK BOLLUK, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İnciraltı/İZMİR

Amaç: Sıklığı gün geçtikçe artan obezitenin gelişiminde genetik, psikolojik ve çevresel etmenlerinin rolü olduğu düşünülmektedir. Obezitenin psikososyal yönüyle ilgili çalışmalara ilgi giderek artmaktadır. Bu çalışmada bireylerde duygusal zeka, sağlık algısı ve yaşam kalitesinin, obeziteyle ilişkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Gözlemsel analitik çalışma olarak planlanan araştırma için Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu ve Dokuz Eylül Tıp Fakültesi Hastanesi Başhekimliğinden gerekli izinler alınmıştır. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Aile Hekimliği ve Diyet polikliniklerine Mart-Kasım 2016 tarihlerinde herhangi bir nedenle başvuran 18-65 yaştaki gönüllü bireylere araştırmacı tarafından hazırlanan anket formu ile Gözden Geçirilmiş Schutte Duygusal Zekâ Ölçeği, EQ-5D Genel Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Sağlık Algısı Ölçeği uygulanmıştır.

Bulgular: Çalışma 375 kişiyle tamamlanmış, olgu ve kontrol grubu sosyodemografik özellikler açısından benzer olacak şekilde 163 obez ve 163 obez olmayan toplam 326 bireyin istatistiksel analizi yapılmıştır. $VKİ \geq 30$ olan olgu grubunda 85 kadın, 78 erkek, $VKİ < 25$ olan kontrol grubunda 97 kadın, 66 erkek olup obezlerin yaş ortalaması $39,69 \pm 12,43$, kontrol grubunun ise $37,44 \pm 11,74$ idi. İlaç kullanım öyküsü obez bireylerde daha fazlaydı ($p=0.002$). Diyet yapma durumuna göre gruplar arasında fark vardı ($p=0.006$). Obez bireylerin anne veya babalarında obezite, olmayanlara göre fazlaydı ($p<0.05$). Obez olanlar kilo almayı başlatıcı nedeni çoğunlukla “egzersizi bırakmak” olarak belirtmişti. Obezlerin % 84 ($n:137$)’ü doğru beden algısına sahip değildi. Obez bireylerin olmayanlara göre sağlık algısı daha yüksek ($p=0.038$), yaşam kalitesi düşük ($p=0.00$) ve duygusal zeka puanları benzer bulunmuştur ($p=0.353$).

Sonuç: Obezitenin psikososyal yönüyle ilgili araştırmalara gereksinim vardır. Obezitenin çok boyutlu ele alınması, beslenme ve yaşam tarzı değişiklikleri açısından aile hekimlerinin farkındalığı önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Obezite, Duygusal zeka, Sağlık algısı, Yaşam kalitesi

ABSTRACT

EMOTIONAL INTELLIGENCE, QUALITY OF LIFE AND HEALTH PERCEPTION IN OBESE INDIVIDUALS

Aslıhan ÇİFLİK BOLLUK MD, Dokuz Eylül University Faculty of Medicine / Department of Family Medicine, İnciraltı / İZMİR

Aim: Genetic, psychological and environmental factors are thought playing role in development of obesity. Growing interest seen in psychosocial aspects of obesity recently. Revealing emotional intelligence, health perception and quality of life in relation to obesity was aimed.

Method: As observational clinical planned study, necessary permissions were obtained from the Dokuz Eylül University Non-Interventional Research Ethics Committee and Dokuz Eylül Medical Faculty Hospital. Revised Schutte Emotional Intelligence Scale, EQ-5D Health Related Quality of Life, Health Perception Scale and a questionnaire prepared by the researcher were administered to 18-65 aged volunteers applied Family Medicine and Diet clinics of Dokuz Eylül University Medical Faculty in March to November 2016.

Results: Study was completed with 375 people. Case and control groups were equalized in terms of sociodemographic characteristics and 326 of 163 obese, 163 non-obese subjects were analyzed. There were 85 female, 78 male in group with $BMI \geq 30$, 97 female, 66 male in $BMI < 25$, mean age of obese was $39,69 \pm 12,43$ and controls' $37,44 \pm 11,74$. Drug use were higher in obese subjects ($p=0.002$). There was difference between groups for dieting ($p=0.006$). Obesity in obese individuals' parents was higher ($p<0.05$). Obese stated reason for starting to gain weight is "to quit exercise". Of 84% obese ($n:137$) didn't have correct body image. Obese had higher health perception ($p=0.038$), lower quality of life ($p=0.00$) and similar emotional intelligence scores ($p=0.353$).

Conclusion: There is a need for research on psychosocial aspect of obesity. It's important for family physicians to be aware of multidimensional approach for obesity, nutrition and lifestyle changes.

KEY WORDS: Obesity, Emotional intelligence, Health perception, Quality of life

1. GİRİŞ VE AMAÇ

İnsanoğlu tarih boyunca açlık, kıtlık ve yoklukla mücadele etmiştir. Bundan dolayı tarihsel süreçte fazla kilo ve obezite tüm toplumlarda sağlık ve zenginlik belirtisi olarak algılanmıştır. Açlık ve yokluk hala bazı toplumlarda görülse de, beslenme eksikliği ve enfeksiyon hastalıklarına bağlı sağlık sorunları, çoğu yerde aşırı beslenme ve obezitenin oluşturduğu sağlık sorunlarına bırakmıştır. Obezite, başlangıçta gelişmiş ülkelerin sorunu olarak kabul edilirken gelişmekte olan ülkelerde de artık kaçınılmaz olmuştur. Sonuç olarak obezite prevalansı, dünyada ayırım gözetmeksizin giderek artmaktadır ve sigaradan sonra günümüzde önlenabilir ölümlerin ikinci önemli nedenidir[1].

Vücut Kitle İndeksi (VKİ), (“Body Mass Index” ağırlık(kg)/boy(m)²), 18,5-24,9 arası normal, 25-29,9 değerleri arası fazla kilolu (“overweight”), 30 ve üzerindeki değerler, obezite olarak değerlendirilmektedir[2].

2015 Türkiye İstatistik Kurumu verilerinde; Türkiye’deki obezite oranı 2008 yılında % 15,2 iken, 2014 yılında % 31,1 oranında artarak % 19,9’a ulaşmıştır. Artış oranı, kadınlarda % 32,3, erkeklerde ise % 24 olarak ölçülmüştür[3].

VKİ>35 olan ciddi obez insanlar normal kilolulardan 8-10 yıl daha erken ölürlər. Her ekstra 15 kg erken ölüm riskini yaklaşık % 30 artırır. Daha az eğitilmiş ve düşük sosyoekonomik düzeydeki insanların obez olma olasılığının daha fazla ve farkın kadınlarda genellikle daha fazla olduğu, obezite oranlarının düşük sosyoekonomik düzeyde çoğu ülkede yüksek sosyoekonomiden daha hızlı bir şekilde arttığı belirtilmektedir[4].

Obezitenin gelişiminde genetik, çevresel ve psikolojik etmenlerin rolünün olduğu düşünülmektedir. Psikolojik etmenlerin de obezite gelişimindeki rolü kesin kabul edilmektedir ancak söz konusu etmenlerin obeziteye nasıl yol açtığı bilinmemektedir. Var olan çevresel etmenlerin gıda düzenleme sistemini etkilediği; bununla birlikte etkileşimde bulunan kültürel, ailesel ve psikodinamik etmenlerin de obezitenin gelişiminde etkili olduğu gösterilmiştir[5].

Obezitenin psikososyal yönüyle ilgili merak, erişkinlerde yapılmış çalışmalara ilgiyi artırmakta ve yapılan çalışmalar tedavi için başvuranların daha çok psikososyal desteğe ihtiyaç duyduğunu göstermektedir[6].

Obez bireylerde kilo vermenin tıbbi gerekçesinin, obezitenin tip 2 diyabet, hipertansiyon, dislipidemi ve koroner kalp hastalığı gibi birçok sağlık riskiyle ve mortaliteyle ilişkili olmasından kaynaklandığı belirtilmektedir. Vücut kitle indeksi ne kadar yüksek olursa, morbidite ve mortalite riskinin o kadar yüksek olacağı belirtilmektedir. Kilo kaybının hastalık riskini azaltabileceğine dair çok büyük kanıtlar bulunmaktadır[7].

Obez insanların yaşamları başarısız diyet ve egzersiz girişimleri ile doludur. Özgeçmişlerinde; verilip tekrar alınan kilolar, düş kırıklıkları, okulda, işte ve sosyal yaşamlarında maruz kaldıkları ayrımcılık öyküleri büyük yer tutar. Bundan dolayı kalıcı ve etkili bir kilo kontrolü sağlayabilmek için ilk önce yapılması gereken kişinin başarabileceği duygusunu uyandırmak ve motivasyonu sağlamaktır[1].

Ağırlık yönetimi ve beslenme hakkındaki bilgi tabanı genişlemeye devam etmekle birlikte, uzun vadeli bakım müdahalelerinde cerrahi hariç[8] az ilerleme kaydedilmiştir[9, 10]. Davranış değişikliğinin obezite mücadelesinin temel taşı olmaya devam ettiği görülmektedir[11].

Duygular ve yemek yeme ‘duygusal yeme’ ifadesi ile bağlantılı hale gelmiştir. Duygusal yeme genel olarak fizyolojik açıdan gerçek açlığa karşılık yemenin aksine, duygu ve hislere yanıt olarak yiyecek tüketimini tanımlar. Duyguların yarattığı bu yeme davranışı, sağlık endüstrisinde, özellikle beslenme ve diyetetik alanına odaklanmakta ve büyük bir endişe haline gelmektedir[12].

Duygusal zekanın duygu ve düşünce arasında son zamanlarda fenomen olduğu görülmektedir. Bu zeka, hayatları boyunca insanların yüz durumlarını, başarıları veya başarısızlıkları ile karşı karşıya kaldığında yol gösterir. Yüksek duygusal zeka, insanların becerilerini farklı durumlara göre yönetme ve bu durumlara uygun duygusal durum göstermeyi belirtir[13].

Obez olan bireylerin yaşam kalitesinin bozulduğu ve obezite derecesi arttıkça bu bozulmanın arttığı vurgulanmaktadır[14, 15]. Metabolik hastalıkların olması ve obezite ile birlikte bel, kalça ve diz ağrısı, osteoartrit gibi fiziksel hastalıkların daha

fazla olmasından dolayı bu bireylerin yaşam kaliteleri normal kilolu kişilere göre daha düşük olmasına neden olmaktadır[16, 17].

Aile hekimleri, benimsedikleri klinik disiplin gereği, giderek artan bir sağlık problemi olan obezite ile savaşında, bireylerin ilk aşamada ve sürekli iletişimde olabilecekleri, danışabilecekleri, bilgilendirilip tedavilerini başlatabilecekleri hekimler olma avantajına sahiptirler.

Bu çalışmada bireylerde duygusal zeka, sağlık algısı ve yaşam kalitesinin, obeziteyle ilişkisinin ortaya konulması amaçlanmıştır. Obez olan bireylerle obez olmayan bireyler arasında; duygusal zeka, sağlık algısı ve yaşam kalitesi açısından fark olup olmadığı araştırılmıştır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Obezitenin Tanımı ve Epidemiyolojisi

Şişmanlık ve obezite vücuda zarar verecek şekilde anormal veya aşırı derecede yağ birikmesi olarak tanımlanır. Obezite; beslenme, genetik bozukluklar, çevresel faktörler, hipotiroidizm, sinirsel bozukluklar, nöromusküler bozukluklar, kemik ve eklem hastalıkları, hormonal dengesizlik, bazı ilaçlar ve psikolojik faktörler gibi metabolik bozukluklar ve sağlık arasında çeşitlilik, orantı ve denge eksikliği nedeniyle ortaya çıkar (Mokdad et al., 2000)[13].

Vücut kitle indeksi (VKİ), erişkinlerde fazla kilo ve obeziteyi sınıflandırmak için yaygın kullanılan basit bir indekstir. Bu kişinin ağırlığının metre cinsinden boyunun karesine (kg / m^2) bölünmesi olarak tanımlanır. VKİ yetişkinlerdeki tüm yaş ve cinsiyette fazla kilo ve obeziteyi değerlendirmek için en yararlı ölçümü sağlar. Ancak farklı bireylerde aynı derecede yağlanmaya karşılık gelmeyeceğinden kaba bir rehber olarak değerlendirilmelidir[18]. Tablo 1’de VKİ’nin nasıl sınıflandırıldığı belirtilmiştir[2, 19].

Tablo 1:Vücut kitle indeksinin sınıflanması

VÜCUT KİTLE İNDEKSİ	DEĞERLENDİRME
< 18.5	Zayıf
18.6 ~ 24.9	Normal
25 ~ 29.9	Fazla kilolu
30 ~ 34.9	I. Derece obez
35 ~ 39.9	II. Derece obez
> 40	III. Derece obez

Gelişmekte olan kritik dönemlerdeki çevresel ve beslenme etkilerinin bir bireyin obezite ve metabolizma hastalığına yatkınlığı üzerinde kalıcı etkilere sahip olabileceğine dair artan kanıtlar bulunmaktadır[20]. Gebelik sırasında maternal beslenme veya endokrin profil muhtemelen metabolik programlamanın önemli bir belirleyicisidir. Örneğin, gebelik sırasında bir annenin vücut ağırlığı, bebeğin beden boyutunu, şeklini ve daha sonra vücut kompozisyonunu etkileyebilir[21]. Doğum öncesi yüksek vücut kitle indeksi (VKİ) ve aşırı gestasyonel kilo artışı, çocuklukta obezite için risk faktörleridir. Buna ek olarak, diyabetik annelerden doğan bebekler, çocukluk ve yetişkinlik döneminde fazla kilolu olma riski taşırlar; tıpkı anneleri gebelik sırasında sigara içmiş çocuklar gibi[22]. Yapılan çalışmalarda anne sütü,

formül beslenme ile karşılaştırıldığında, aşırı kilolu olma riskinin daha düşük olabileceği ile ilişkilendirildiği belirtilmektedir[23]. Bundan dolayı birinci basamakta anne sütü özendirilmeli, anneler desteklenmelidir.

Çocuklukta görülen obezitenin belirleyicilik değeri, obezitenin başlangıcındaki yaş ve aile öyküsüne göre değişir[24]. Adölesan obezitesinin önemli bir bileşeni beş yaşından önce kurulmuştur. Uzun süreli takip çalışmaları, çocukluk çağındaki obezitenin, özellikle de obez bir ebeveyni olan çocuklar için yetişkinliğe kadar devam ettiğini ortaya koymaktadır. Ergenlikteki obezite, yetişkinlikteki şiddetli obezite ile ilişkilidir[25]. Ayrıca ergenlik dönemindeki kilo durumunun, daha sonraki olumsuz sağlık olaylarını öngördüğü belirtilmiştir[26].

2.1.1. Dünya’da ve Türkiye’de Obezitenin Durumu

Ortalama VKİ’nin dünya çapında arttığı bilinmektedir. Gelişmiş ülkelerde, 2013 yılında obezite oranları yaklaşık olarak erkeklerde yüzde 18 ve kadınlarda yüzde 20’dir[27].

Hastalık kontrol ve önleme merkezi Amerikan toplumunu obezogenik olarak tanımlamıştır; bu da, çevrenin artan besin alımı, sağlıklı olmayan gıdalar ve fiziksel hareketsizlikle değiştirilemez yaşam biçimini ve davranışları beslediğini ima etmektedir[12]. 2013’te, ülkeye göre obezitenin yaygınlık oranları, Belçika’da erkeklerin yüzde 21’ini, kadınların yüzde 23’ünü, Birleşik Krallık’ta kadın ve erkeklerin yüzde 25’ini, Meksika’da erkeklerin yüzde 20,6’sını ve kadınların yüzde 33’ünü, Güney Afrika’daki kadınların yüzde 41’ini ve erkeklerin yüzde 12,3’ünü ve Pakistan’daki erkeklerin ve kadınların yüzde 14’ünü oluşturmaktadır[27, 28]. Ülkeler arasında geniş aralıklara rağmen, veriler, obezite yüzdesinin son 30 yılda arttığını göstermektedir[29].

2014’te 18 yaş ve üzeri 1,9 milyardan fazla yetişkinin fazla kilolu, 600 milyondan fazla yetişkinin obez olduğu görülmektedir. Genel olarak, dünyanın yetişkin nüfusunun yaklaşık % 13’ünün (erkeklerin % 11’i ve kadınların % 15’i) 2014 yılında obez olduğu, 18 yaş ve üzerindeki yetişkinlerin % 39’unun (erkeklerin % 38’i ve kadınların % 40’ı) fazla kilolu olduğu belirtilmektedir. Dünya çapındaki obezite prevalansının 1980 ile 2014 yılları arasında iki katına çıktığı görülmektedir[18].

1997-1998 yıllarında 20 yaş ve üzeri 24788 kişinin incelendiği 540 merkezde yapılan TURDEP-I çalışması, obezite prevalansını kadınlarda % 32,9, erkeklerde % 13,2, genelde ise % 22,3 düzeylerinde olduğunu, 30’lu yaşlarda sıklığının arttığını, 45-65 yaşları arasında pik

yaptığını bildirmiştir. Obezite prevalansı, kentsel alanda % 23,8 iken kırsal alanda % 19,6 olarak tespit edilmiştir. Ülke genelinde, Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgelerinde daha az obeziteye rastlanmıştır. TURDEP-I çalışmasından 12 yıl sonra, aynı merkezlerde 26.500 erişkinin katılımı ile yapılan TURDEP-II çalışması yapılmış olup, obezite sıklığı kadınlarda % 44, erkeklerde % 27 ve genel toplumda ise % 35 bulunmuştur. Bu çalışmanın sonuçları, TURDEP-I popülasyonunun yaş grubu ve cinsiyet dağılımlarına göre düzenlendiğinde, Türk erişkin toplumunda obezite prevalansının % 40 artarak, 1998’de % 22,3’ten 2010’da % 31,2’ye ulaştığı bulunmuştur. Buna göre, son 12 yılda kadınlarda obezitenin % 34, erkeklerde ise % 107 oranında artmış olduğu anlaşılmaktadır. Obezite, hem kadınlarda hem de erkeklerde 20-24 yaş grubundan itibaren 50-54 yaş grubuna kadar sürekli artış göstermekte, bu yaştan sonra ise ileri yaşlara kadar azalma eğilimine girmektedir[30].

Obezite prevalansının hem zengin batı ülkeleri hem de yoksul ülkelerde olmak üzere, dünyanın bütün bölgelerinde tehlikeli boyutta arttığı görülmektedir. Obezitenin önlenmesi için; toplum, hükümet, medya ve gıda endüstrisinin işbirliğiyle kilo artışını daha aza indirecek şekilde çevreyi değiştirmesi, özellikle çocukları ve adölesanları içeren bütün yaş gruplarında sağlıklı yaşam tarzlarını teşvik etmeye yönelik çalışılması gerektiği düşünülmektedir[2].

2.2. Obezitenin Etiyolojisi

İnsanlar her yaşta kilolu olabilir. Bununla birlikte, kilo alma eğiliminde olan belli zamanlar vardır, bunlar erkeklerle kadınlar arasında değişir[31].

2.2.1. Gebelik ve erken yaşam - Kritik gelişim dönemlerindeki beslenme ve çevresel etkilerin bireylerde kalıcı olarak obezite ve metabolik hastalıklara yatkınlık yaratabileceğine dair artan kanıtlar mevcuttur[20]. Gebelik sırasındaki maternal beslenme veya endokrin profil metabolik programlamanın önemli bir belirleyicisidir. Örneğin, gebelik sırasında bir annenin vücut ağırlığı, bebeğin beden boyutunu, şeklini ve daha sonraki vücut kompozisyonunu etkileyebilir[21].

2.2.2. Çocukluk ve Ergenlik - Çocuklukta görülen obezitenin prediktif değeri, obezitenin başlangıcındaki yaşa ve aile öyküsüne göre değişir[24]. Adölesan obezitesinin önemli bir bileşeni beş yaşından önceye kurulmuştur. Uzun süreli takip çalışmaları, çocukluk çağındaki obezitenin, özellikle de obez bir ebeveyni olan çocuklar için yetişkinliğe kadar devam ettiğini ortaya koymaktadır. Ergenlikteki obezite, yetişkin dönemindeki şiddetli obezite ile ilişkilidir[25].

2.2.3.Yetişkinler - Çocukluk ve ergenlik kilosunun önemine rağmen, fazla kilolu olan çoğu kişi problemlerini yetişkinlikte de yaşar[31, 32].

Kadınlar - Aşırı kilolu kadınların çoğu pubertenin başlamasından sonra aşırı kilo alırlar[33]. Bu kilo artışı, gebelik ve menopoz da dahil olmak üzere birçok olayla ortaya çıkabilir[31].

Gebelik - Gebelikte kilo alma ve gebeliğin etkisi ile sonraki kilo artışı, kadınların kilo alma geçmişinde önemli olaylardır[34]. Kadınlar ilk hamilelik sonrası vücut ağırlığında ve yağ dağılımında değişiklik yaşarlar; bu değişiklikler kalıcıdır ve ırk ile etnik kökene göre değişir[29, 35].

Oral kontraseptifler- Birçok kadın ve klinisyen, oral kontraseptiflerin kilo alımına neden olduğuna inanmaktadır. Bununla birlikte, mevcut veriler önemli kilo alımının muhtemelen oral kontraseptiflerin ortak bir yan etkisi olmadığını göstermektedir[31].

Menopoz - Kilo artışı ve yağ dağılımındaki değişiklikler postmenopozal erken yıllarda sıklıkla görülür[36].

Erkekler - Gençlik ve yirmili yaşlarında aktif bir yaşam biçiminden sonra daha sedanter bir yaşam biçimine geçiş birçok erkekte kilo artışı ile ilişkilidir. Vücut ağırlığındaki artış, altıncı dekada kadar sürer. 55- 64 yaş arasında göreceli olarak ağırlık sabit kalır ve daha sonra azalmaya başlar. Framingham Çalışması ve silahlı hizmet erkekleriyle yapılan araştırmalardan elde edilen kanıtlar, erkeklerin zamanla kademeli olarak daha ağır hale geldiğini gösteriyor[31].

2.2.4.YAŞAM TARZI

Fiziksel aktivite - Sedanter bir yaşam tarzı, enerji tüketimini düşürür ve kilo alımını arttırır. Birkaç gözlem kilo artışının patogeneğinde azaltılmış enerji harcamalarının önemini göstermektedir[31].

Amerika Birleşik Devletlerinde son 50 yıl boyunca mesleki fiziksel aktivitelerdeki gidişatı inceleyen bir çalışma, işyeri ve evdeki enerji tasarruflu cihazların enerji harcamalarını düşürdüğünü ve kilo alma eğilimini artırabileceğini belirtmektedir[37].

Ulusal Sağlık ve Beslenme İnceleme Araştırması (NHANES) verilerinin analizinde, televizyon karşısında geçirilen zaman veya toplam hareketsizlik oldukça güçlü olarak fiziksel aktivite ile ters ilişkilidi ve obezite çok güçlüydü[23].

Tüm hareketsiz davranışların, uzun süre TV izlemenin obezite ve diyabet riskinin öncüsü olduğu görülmektedir. Hemşirelerin Sağlık Çalışmasında yaş, sigara, egzersiz seviyesi ve diyet faktörlerinin ayarlanmasından sonra, TV izlemeye harcanan her iki saatlik artış, obezitede % 23'lük (% 95 güven aralığında % 17-30) artış ve diyabet riskinde % 14'lük artış (%95 güven aralığında % 5-23) ile ilişkililiydi[38]. İşyerinde oturmak gibi diğer sedanter davranışların daha az riskli olduğu görülmüştür. Televizyonun obezite üzerine olan etkileri, tek başına fiziksel aktivitedeki değişikliklerden ziyade, enerji alımındaki değişikliklerden kaynaklanmaktadır[39, 40].

Uyku yoksunluğu - Amerika Birleşik Devletleri'nde gece başına yedi saatten az uyuyan yetişkinlerin oranı, son 40 yılda yüzde 16'dan yüzde 37'ye çıktı. Yani negatif metabolik sonuçları olabilen bir yaşam tarzı oluştu[41]. Uyku kısalması, uyku uzaması ile karşılaştırıldığında, serum leptinde (bir anoreksijenik hormon) azalma, serum ghrelinde (oreksijenik hormon) artış, açlık hissinde artış ve iştahta artış (özellikle yüksek karbonhidratlı kaloriden yoğun besinler için) ile ilişkilendirildi[42, 43].

Sigarayı bırakma - Sigarayı bırakanlarda kilo artışı çok yaygındır. Artan besin alımı ve enerji tüketiminde azalmayla ilişkili olarak nikotin çekilmesinin küçük bir bölümüne aracılık ettiği düşünülmektedir[44]. İlk iki haftada bir-iki kg kilo almanın ardından, ilerleyen dört-beş ay boyunca ilaveten iki-üç kg ağırlık artışı takip eder. Ortalama dört-beş kg kilo alınır ancak bu artış çok daha fazla olabilir[44, 45]. Sigarayı bırakmanın, sigara içmeyenlere kıyasla obezite oranını erkeklerde 2.4, kadınlarda 2.0 oranında arttırdığı tahmin edilmektedir. Sigarayı bıraktıktan sonra öngörülebilen kilo artışı nedeniyle, tüm hastalara sigarayı bırakmakla birlikte bir egzersiz programı ve kalori alımının azaltılmasının tavsiye edilmesi önerilmektedir[46].

2.2.5 DİYET - Ucuz, lezzetli, kullanışlı, enerji açısından yoğun gıdaların bulunması da dahil olmak üzere küresel gıda tedarikinde meydana gelen değişiklikler obezitenin yaygınlığından kısmen sorumlu olabilir[47]. 1970'lerden bu yana, Amerika'nın gıda arzında rafine edilmiş karbonhidrat ve yağ miktarı artışı, toplam kalori alımında dramatik bir artışa neden oldu. Okul yemeklerinin besin içeriği, öğünlerde aile varlığının azalması, fast food servis, hazır gıdaların porsiyon boyutları, şeker içeren içecekler ve besinlerin glisemik indeksinde artış eğilimiyle birlikte fiziksel aktivitenin devam eden düşüşü Amerika Birleşik Devletleri'nde ve dünyada obezite artışına katkıda bulunmuştur[31].

Diyet alışkanlıkları - Epidemiyolojik veriler diyetteki yüksek yağ ve şekerin obezite ile ilişkili olduğunu ileri sürmektedir. Prospektif üç kohortun (120877 erkek ve kadın) değerlendirmesinde, patates cipsi, patates, şekerle tatlandırılmış içecek, işlenmemiş kırmızı et ve işlenmiş et tüketim artışının doğrudan kilo artışı ile ilişkili olduğu belirtilmiştir[48]. Buna karşılık, sebze, tahıl, meyve, fıstık ve yoğurt alımının kilo artışı ile ters ilişkili olduğu belirtilmiştir. Ayrıca, şekerle tatlandırılmış içeceklerin (meyve suyu da dahil olmak üzere) tüketiminin, bazı bireylerde obezitenin oluşumuna önemli katkıda bulunduğunu göstermektedir[49].

Yeme Paternleri

Aşırı yemek yeme ve ölçülü yeme: Çoğu insan ‘ölçülü yeme’ olarak adlandırılan yiyecek alımını bilinçli sınırlandıran bir paterne sahiptir. Bu kısıtlama paterni, normal kilolu olan orta yaştaki çoğu kadında sık görülür. Ayrıca, vücut ağırlığı ile sosyal sınıf arasındaki ters ilişki de açıklanabilir; yüksek sosyoekonomik statüye sahip kadınlar daha sık olarak ağırlıklarını korurlar. Enerji harcamasına göre aşırı yeme obeziteye neden olacaktır[50]. Çoğu obez kişi yeme kontrolünü kaybetmiştir (disinhibisyon)[31].

Yeme sıklığı - Yeme sıklığı ile obezitenin gelişimi arasındaki ilişki belirsizdir. Fin Doğum Kohortunda [51] ve küçük çocuklardaki Alman kohortunda [52] günde beş öğün yemek yeme biçimi ile aşırı kilo ve obezitenin daha düşük riskli olduğu önemli ölçüde ilişkilendirildi. Kahvaltı yapmanın fazla kilolu olmayla daha düşük riskli olduğu ilişkilendirilmiştir[53, 54].

Gece yeme sendromu - Gece yeme sendromu, akşam yemeği ve ertesi sabah arasında enerjinin en az yüzde 25’inin (ve genellikle yüzde 50’den daha fazla) tüketimi olarak tanımlanmaktadır[51]. Bu obezlerdeki iyi bilinen yemek yeme bozukluğudur[55].

Aşırı yeme bozukluğu - Aşırı yeme bozukluğu, genellikle akşamları kontrolsüz olarak oluşan yeme ataklarıyla karakterize psikiyatrik bir hastalıktır[56]. Hasta, tedaviye; serotonin salınımını veya geri alımını modüle eden ilaçlarla yanıt verebilir[31].

2.2.6. İLAÇLARA BAĞLI KİLO ALIM - Psikoaktif ilaçlar, antiepileptik ilaçlar, antihiperglisemik ajanlar ve hormonlar da dahil olmak üzere bir takım ilaçlar, kilo alımına neden olabilir[57].

Antipsikotikler - Antipsikotik ilaçların vücut ağırlığı üzerinde değişken etkisi vardır[57].

Antidepresanlar - Özellikle amitriptilin, klomipramin, doksepin ve imipramin gibi trisiklik antidepresanlar, önemli kilo artışı ile ilişkilidir. Seçici serotonin geri alım inhibitörlerinin (SSRI'lar) vücut ağırlığı üzerindeki etkileri daha az karakterizedir. Fluoksetin ve sertralinin kısa süreli kullanımı kilo kaybıyla ilişkilendirilmiştir. Buna karşılık, 26-32 hafta boyunca fluoksetin, sertralin veya paroksetin tedavisi gören 284 depresyon hastası arasında yapılan randomize bir çalışmada gösterildiği gibi, SSRI'ların hepsinin değil de bazılarının uzun süreli kullanımının kilo alımı ile ilişkili olabileceği belirtildi[58].

Antiepileptik ilaçlar- Bipolar bozukluğun tedavisinde yaygın olarak kullanılan antiepileptik ilaçlar valproat (valproik asit) ve karbamazepin kilo alımı ile ilişkilidir. Gabapentin de kilo almaya neden olabilir. Topiramet ve zonisamidin bu etkisi yoktur.

Diyabet ilaçları - İnsülin ve sülfonilüreler hafif bir kilo alımı ile ilişkilidir[57]. Pioglitazon ve rosiglitazon gibi tiazolidindionlar da kilo alımı ile ilişkilidir. Öte yandan Metformin, Diyabet Önleme Programında bozulmuş glukoz toleranslı hastalarda küçük (yaklaşık iki kg) fakat önemli ve uzun süreli kilo kaybına neden olmuştur[59]. Yoğun insülin tedavisi konvansiyonel insülin tedavisine kıyasla ılımlı bir kilo artışı ile sonuçlanır. Örnek verilecek olursa; Diyabet Kontrolü ve Komplikasyon Araştırması'nda yoğun tedavi grubundaki hastalarda ortalama ağırlık artışı 5.1 kg ve konvansiyonel tedavi grubundaki hastalarda 2.4 kg olduğu görülmüştür[60].

Diğer - Kilo alımı ile ilişkili diğer ilaçlar arasında siproheptadin (bir antihistaminik), beta blokerler ve glukokortikoidler bulunur[57].

2.2.7.Hastalıklara bağlı obezite

Nöroendokrin Obezite - Çeşitli nöroendokrin bozukluklar obezitenin gelişimi ile ilişkilendirilebilir[31].

Hipotalamik obezite - Hipotalamik obezite, amigdalanın veya hipotalamusun ventromedial veya paraventriküler bölümüne zarar verilerek hayvanlarda düzenli üretilen, insanlardaki nadir bir sendromdur[61]. Beynin bu bölgeleri besin depoları ile ilgili metabolik bilgilerin gıda kullanılabilirliği ile ilgili afferent duyuşal bilgilerle entegrasyonundan sorumludur. Ventromedial hipotalamus hasar gördüğünde hiperfaji gelişir ve obezite oluşur.

Bu sendrom, travma, tümör, inflamatuvar hastalık, posterior fossadaki cerrahiye bağlı olarak veya intrakraniyal basıncın artması ile ortaya çıkabilir[31].

Cushing sendromu - Cushing sendromlu hastalarda sık görülen bir klinik özellik obezitedir[31].

Hipotiroidizm - Hipotiroidili hastalar metabolik aktivitenin yavaşlaması nedeniyle kilo alırlar. Bu kilo artışının çoğu yağdır. Normal aralıkta Tiroid uyarıcı hormon (TSH) konsantrasyonlarının artması erişkinlerde hafif bir vücut ağırlığı artışı ile ilişkilendirilmiştir[62, 63], ancak subklinik hipotiroidinin tedavisi kilo kaybıyla ilişkili görünmemektedir.

Polikistik over sendromu - Polikistik over sendromlu (PCOS) kadınların yaklaşık yüzde 50'si obezdir. Bu ilişkiden sorumlu faktörler anlaşılamamıştır[31].

Büyüme hormonu - Erişkinlerde büyüme hormonu eksikliği, karın ve visseral yağdaki artış ile ilişkilidir[31].

2.2.8.PSİKOLOJİK FAKTÖRLER - Psikolojik faktörler obezitenin gelişiminde önemlidir, ancak obezite ile ilişkili belirli bir kişilik tipini tanımlama girişimleri başarısız olmuştur. Kilo artışı ile bağlantılı olan bir durum mevsimsel affektif bozukluktur; bu da kış mevsiminde uzak kuzeyde yaşayan insanlarda ortaya çıkan depresyona işaret eder; ışığa maruz kalma ile tedavi edilebilir. Vücut ağırlığı kışın artış eğilimindedir, bu hastalar, serotonin salınımını veya geri alımını modüle eden ilaçlarla etkili bir şekilde tedavi edilebilir.

2.2.9.GENETİK VE KONJENİTAL BOZUKLUKLAR - İkizlerin, evlatlıkların ve ailelerin araştırmaları insan obezitesinde genetik faktörlerin varlığına işaret etmektedir[24]. Genetik faktörler obeziteyi iki yönden etkiler. İlk olarak, leptin eksikliği gibi obezitenin gelişiminde birincil faktör olan genler, ikincisi, çevresel faktörlerin obeziteye neden olduğu duyarlılık genleri. Kilonun kalıtım derecesine ilaveten, metabolik hız, gıdaya termik cevap ve spontan fiziksel aktivite bir dereceye kadar kalıtsaldır[31].

2.2.10.SOSYO EKONOMİK VE ETNİK FAKTÖRLER- Obezite, ABD ve diğer ülkelerdeki düşük sosyoekonomik gruplarda daha yaygındır[64]. Bu sonucun nedeni bilinmemektedir, ancak muhtemelen beslenme eğitimi, mahalledeki besin ortamları ve yapıllı çevrenin unsurları (örneğin, kaldırımların ve oyun alanlarının mevcudiyeti) gibi çeşitli faktörlere bağlıdır[65, 66].

Etnik köken aynı zamanda obezite insidansını da etkiliyor. Örnek olarak siyah erkekler beyazlardan daha az obez, aksine, her yaştaki siyah kadınlar beyaz kadınlardan daha fazla obezdir. İspanyol erkek ve kadınlarda obezite prevalansı beyaz erkekler ve kadınlardan daha fazladır[31]. Buna ek olarak, siyah erişkinlerde ve İspanyol kadınlarda genç yetişkinlikte obezite başlangıcı beyaz kadınlardan daha hızlıdır[67].

2.2.11.Enfeksiyon Ajanları- Bir takım bulaşıcı ajanlar, özellikle de adenovirüs enfeksiyonları, obezite ile ilişkili görülerek hayvan modellerinde tanımlanmıştır[68-70]. Obez ve obez olmayan bireylerden oluşan bir insan çalışmasında, adenovirüs-36, vücut kitle indeksi yüksekliği ile ilişkili iken, serum kolesterol ve trigliserit konsantrasyonlarını düşürmüştür[71].

Bağırsak mikrobiyotası, deney hayvanlarında (ve muhtemelen insanlarda), enerji metabolizması, düşük dereceli inflamasyon ve değiştirilmiş bağırsak geçirgenliği üzerindeki etkileri de içeren çeşitli mekanizmalardan biri ile vücut ağırlığını etkileyebilir[72-74].

2.3. Obezitenin Neden Olduğu Bireysel, Ekonomik ve Sosyal Sorunlar

2.3.1.Obezitenin Neden Olduğu Bireysel Sorunlar

Obezite, birçok hastalık ve sağlık koşulları riskini arttırdığı için bireyin sağlığı üzerindeki etkileri nedeniyle bir endişe kaynağıdır: Koroner kalp hastalığı, tip 2 diyabet, kanserler (endometriyal, meme ve kolon), hipertansiyon, dislipidemi, inme, karaciğer ve safra kesesi hastalığı, uyku apnesi ve solunum problemleri, osteoartrit ve jinekolojik problemler (anormal uterin kanama, infertilite) gibi. Bu hastalıklar erken ölüm ve sakatlığa neden olabilir veya katkıda bulunabilir.

Başta kalp rahatsızlığı ve inme olmak üzere kardiyovasküler hastalıklar dünyanın her yerinde bir numaralı ölüm nedenidir; her yıl 17 milyon kişiyi öldürüyor. Diyabet hızla global bir salgın halini alıyor. WHO'nun tahminlerine göre önümüzdeki 10 yıl diyabete bağlı ölümler dünya çapında % 50'nin üzerinde artacak[75, 76].

Mortalitenin, aşırı kilo miktarı ile direkt olarak ilişkili olduğu belirtilmektedir. VKİ 31'i aştığında mortalitenin biraz arttığı ancak VKİ 35'in üzerine çıktığında ise çok daha hızlı arttığı belirtilmektedir. Orta derecede % 5-10'luk kilo kaybı, pulmoner fonksiyon, uyku, HDL, hipertansiyon ve glisemik kontrolü iyileştirir, uzun ömrü artırır, kardiyovasküler risk faktörlerini azaltır[77].

2.3.2.Obezitenin Neden olduğu Ekonomik sorunlar

Fazla kilo ve obezite ile ilişkili sağlık sorunları sağlık sistemleri üzerinde önemli bir ekonomik etkiye sahiptir. Tıbbi maliyetler doğrudan ve dolaylı maliyetlere ayrılabilir. Doğrudan tıbbi maliyetler obezite ile ilgili koruyucu, tanı ve tedavi hizmetlerini içerirken; dolaylı tıbbi maliyetler, üretkenliğin azalması, kısıtlı faaliyet, işe gidememe ve yatakta geçirilen günler ve erken ölümle kaybedilen gelir ile ilgilidir[75].

Obezite, gelişmiş ülkelerdeki sağlık harcamalarının % 2-8'inden, hatta bazı ülkelerde % 15'inden sorumlu ve artık günümüzde kozmetik bir sorunun ötesinde bir hastalık olarak ele alınmaktadır. Obezite ile ilgili harcamaların çoğu obezitenin neden olduğu fiziksel ve psikolojik hastalıklar ile ilgilidir. Ayrıca toplumların obezlere yönelik önyargıları ve genel olumsuz bakış açısı bu grubun iş bulma güçlüğu yaşamasına, daha düşük ücretlerle çalışmak zorunda kalmalarına neden olarak obezitenin toplumsal maliyetini artırmaktadır[78].

2.3.3.Obezitenin Neden olduğu Sosyal Sorunlar

Obeziteye karşı sosyal tutumların obezlerde olumsuz duyguların pekişmesine yol açtığı belirtilmektedir. Obeziteye ilişkin aşırı zihinsel uğraşlar bireyde benlik saygısının azalmasına ve olumsuz bir kendilik kavramının gelişmesine neden olmaktadır[79]. Obez bireylere karşı küçük görme, önyargı ve saygısızlık son derece yaygındır. Sobal ve Stunkard bu duruma; “sosyal olarak kabul gören önyargı” demişlerdir. Sağlık personelinin bile obezlerin tembel, aptal ve değersiz olduğunu düşündüğu görölmüştür[80].

Şişman hastaların beden algılarına ilişkin çalışmalarda, ağırlık düzeyleri ne olursa olsun şişman hastaların anoreksik hastalara benzer bir şekilde, şişman olma korkusu ve zayıf olabilme takıntısı ile yaşadıkları dikkat çekmektedir. Şişmanlıklarından rahatsız olmadıklarını söyleyen hastalar aslında aşırı bir inkar içindedirler ve çözemeyecekleri bir problemi rasyonalize etmektedirler[78].

Yapılan başka bir tez çalışmada da obez bireylerin obez olmayanlara göre benlik saygısının daha düşük, sosyal görünüş kaygısının daha yüksek ve beden hoşnutsuzluğunun daha yüksek olduğu saptanmıştır[81].

2.4.Obezite Yönetimi

Obez bireylerde kilo vermenin tıbbi gerekçesi, obezitenin tip 2 diyabet, hipertansiyon, dislipidemi ve koroner kalp hastalığı gibi birçok sağlık riskiyle ve mortaliteyle ilişkili olmasıdır. Vücut kitle indeksi ne kadar yüksek olursa, morbidite ve mortalite riski o kadar yüksek olur. Kilo kaybının hastalık riskini azaltabileceğine dair çok büyük kanıtlar vardır. Dolayısıyla, obezite tedavisinin temel hedefi obezitenin komplikasyonlarını önlemek, tersine çevirmek veya iyileştirmek ve yaşam kalitesini arttırmaktır[7].

Aşırı kilolu ve obezitenin önerilen ilk yönetimi, diyet, egzersiz ve davranış değişikliklerinin bir kombinasyonu olan bir yaşam tarzı müdahalesidir. Bu kombinasyon, % 5-10 kadar kilo kaybı sağlayabilir. Bazı hastalara sonunda kilo kaybı sağlamak veya sürdürmek için farmakolojik tedavi veya bariyatrik/metabolik cerrahi eklemek gerekebilir. Davranış terapisinin amacı, hastaların yeme davranışlarını ve fiziksel aktivite düzeylerini değiştirerek ve izleyerek uzun vadeli değişiklikler yapmalarına yardımcı olmaktır. Bu büyük oranda sedanter davranışı ve yemeyi tetikleyen çevresel uyaran ve ipuçlarını kontrol ederek sağlanır. Birleşik Devletler'deki yetişkinlerin üçte ikisinden fazlası ya herhangi bir zamanda kilo vermeye ya da kilolarını korumaya çalıştığı bilinmektedir. Bununla birlikte, sadece % 20'lik bir kesim hem daha az kalori tüketiyor hem de düzenli olarak egzersiz yapıyor. Bundan dolayı, klinisyenler, kilo vermek için ihtiyaç ve en uygun stratejiler konusunda insanları eğitmede önemli bir rol oynayabilir. Davranışa dayalı tedavi programları kilo kaybı sonuçlarını iyileştirir ve obezite ile ilişkili morbiditedeki iyileşmeleri kolaylaştırır[82].

2.5.Birinci Basamakta Obezite:

Aile hekimleri, birinci basamakta hastalara biyopsikososyal yaklaşarak ve hastalarla sürekli ilgilenme fırsatına sahip olduklarından, bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi, tanı ve tedavisinin başlatılmasında anahtar bir role sahiptirler[83]. Aile Hekimliği; kendine özgü eğitim içeriği, araştırmaları, kanıta dayalı klinik uygulamaları olan akademik ve bilimsel bir disiplin olup birinci basamak yönelimli klinik bir uzmanlık dalıdır[84]. Aile hekimleri, benimsedikleri klinik disiplin gereği, giderek artan bir sağlık problemi olan obezite ile savaşında, bireylerin ilk aşamada ve sürekli iletişimde olabilecekleri, danışabilecekleri, bilgilendirilip tedavilerini başlatabilecekleri hekimler olma avantajına sahiptirler. Aynı zamanda hastaların motive edilmesinde, yaşam kalitesinin yükseltilmesinde anahtar role sahiptirler.

2.6 DUYGUSAL ZEKÂ

Duygusal zekâ kavramının tarihçesi incelendiğinde, Plato'nun iki bin yıl önce ifade ettiği “tüm öğrenme süreci aslında duygusal bir temele dayanır” sözüne bu kavram dayandırılabilir. Ancak duygusal zekâ kavramının gelişiminin temellerini aslında ilk kez sosyal zekâ kuramıyla Thorndike'nin attığı kabul edilmektedir. Thorndike zekâ faaliyetlerini sosyal zekâ, somut zekâ ve soyut zekâ biçiminde üç bileşene ayırmış; sosyal zekâ kavramını ise “kadın, erkek, çocuk, genç, tüm insanları anlama becerisi, insan ilişkilerinde geniş algılarla hareket etmek” biçiminde tanımlamıştır[85].

1990 yılında Yale Üniversitesi'nden psikolog Peter Salovey ve New Hampshire Üniversitesi'nden psikolog John Mayer tarafından duygusal zeka terimi ilk kez kullanılmış ve duygusal zekayı "kendisinin ve başkalarının hislerini gözleyip düzenleyebilmek; hisleri, düşünce ve eyleme kılavuzluk edecek şekilde kullanabilmek" olarak tanımlamışlardır (Salovey&Mayer 1990). Bu ilk tanımlamada kavram, başarı için önemli görülen empati, duyguları ifade etme ve anlama, mizacını kontrol etme, bağımsızlık, uyum sağlayabilme, beğenilme, kişilerarası sorunları çözme, sebat, sevecenlik, nezaket, saygı... " gibi duygusal nitelikleri betimlemek için kullanılmıştır. Daha sonra 1995 yılında psikoloji alanında doktoralı gazeteci-yazar Daniel Goleman'ın "Duygusal Zeka" kitabını yayınlaması ile kavram pek çok platformda ilgi çekmiş, tartışılmaya başlanmış ve kamuoyunun gündemine girmiştir. Goleman (1998:50) kitabında bu kavramı "kendini harekete geçirebilme, aksiliklere rağmen yoluna devam edebilme, dürtüleri kontrol ederek doyumunu erteleyebilme, ruh halini düzenleyebilme, sıkıntıların düşünmeyi engellemesine izin vermeme, kendini başkalarının yerine koyabilme ve umut besleme..."olarak tanımlanmıştır[86].

Duygusal zekâ konusunun 19. yüzyıldan sonra ivme kazandığı görülmektedir. Bunun en büyük nedenleri olarak ise; yapılan çalışmalarla IQ'nun başarıda tek ölçüt olmadığının ispatlanması, sosyal bilimlere olan ihtiyaç ve yönelişin giderek artması ve insan odaklı yaklaşımların önem kazanması gibi gelişmeler sıralanabilir[85]. Genel olarak uzmanlar duygusal zekayı, bireyin duygularını zekice, duyarlı, yararlı ve bilgece bir tarzda kullanabilme yetisi olarak kabul etmişlerdir (Shapiro 1998;Weisinger 1998; Cooper Ve Sawaf 1997). Duygular her insanda var olduğundan sadece duygulara sahip olmak yeterli değildir. Duygusal zeka; kendimizin ve başkalarının hislerini tanıma ve değerlendirmenin yanı sıra duygulara ilişkin bilgileri ve duyguların enerjisini günlük yaşamımıza ve işimize etkin bir şekilde yansıtarak uygun tepkiler vermemizi sağlar. Buna göre; eğer birey iş, eğitim ya da

özel yaşamında istediği sonuçlara ulaşmak için duygularını istediği yönde akıllıca kullanabiliyor ve istediği sonuçları elde edebiliyorsa "duygusal zeki" olarak nitelenebilir[86].

IQ ve EQ'nun ayrı zeka türleri olduğunu düşündüren en önemli kanıtlar akademik başarı, IQ puanı ya da üniversite giriş sınavı puanları ile hayatta başarılı olmak arasında anlamlı ilişkiler olmadığını gösteren çalışmalardır. Örneğin Harvard'tan mezun olan 95 öğrencinin orta yaşlarına kadar izlendiği bir araştırmada (Vaillant 1977), okul sınavlarında en yüksek notları alan öğrencilerin daha düşük notları olan arkadaşlarına oranla maaş, verimlilik ve kendi alanlarındaki konumları açısından daha başarılı olmadıkları; ayrıca daha düşük notları olan grubun yaşamlarından daha hoşnut ve arkadaş, aile ve aşk ilişkilerinde daha mutlu oldukları ortaya çıkmıştır. Lise birincileri üzerinde yapılan bir başka araştırmada ise (Arnold 1992, aktaran Goleman 1996), bu öğrencilerin üniversitede de çok başarılı olmaya devam ettikleri, ancak 20'li yaşlardan sonra ortalama bir başarı düzeyi sergiledikleri görülmüştür. Liseden mezun olduktan 10 yıl sonra ise, aynı yaştan gençlerle karşılaştırıldıklarında, ancak dördünden birinin, kendi seçtiği dalda en yüksek başarı düzeyine ulaştığı, dörtte üçünün ise çok daha az başarılı olduğu ortaya çıkmıştır. Gardner ve Krechevsky (1993) ve Stenberg (1985) de IQ testlerinde başarılı olmanın ancak o kişinin bir öğrenci ya da bir öğretim üyesi olarak başarılı olup olmayacağını tahmin etmede kullanılabileceğini ifade etmişlerdir[87].

Salovey ve Mayer (1990) duygusal zeka tanımını 5 ana başlık altında toplamışlardır.

1. Duygularının farkında olma: Belirli bir durumda ya da anda ne hissettiğinin farkına varabilmek duygusal zekanın temelidir. İlgörü kazanabilmek ve kendini anlayabilmek için duyguların her an farkında olmak çok önemli bir gerekliliktir. Duygularını tanıyan kişiler, ruh hallerinin farkındadırlar, kişisel karar gerektiren konularda daha sağlıklı kararlar verebilirler, daha özerk davranabilirler, kendi sınırlarından emindirler ve hayata olumlu bir gözle bakabilirler.

2. Duygularla başa çıkabilmek: Farkına varılan duygularla uygun biçimde başa çıkabilmek duygusal zekanın temel özelliklerinden bir diğeridir. Kendini yatıştırma, yoğun endişelerden, karamsarlıktan, alınganlıklardan kurtulma gibi yetenekleri kapsar. Bu yeteneği zayıf olan kişiler sürekli huzursuzlukla mücadele ederken, kuvvetli olanlar ise hayatın tatsız sürprizleri ve terslikleriyle karşılaştıktan sonra kendilerini daha kolay toparlayabilmektedirler.

3. Kendini motive etmek: İnsanın kendini motive edebilmesi için öncelikle duygularını bir amaç etrafında toplayabilmesi gerekir. Duygusal özdenetim yani doyumu

erteleyebilme ve fevri davranışları engelleyebilme her başarının altında yatan çok önemli bir özelliktir. Kendini motive edebilme yeteneğine sahip kişiler yaptıkları herşeyde çok daha üretken ve etkili olurlar.

4. Başkalarının duygularını fark etmek: Başkalarının duygularını fark edebilmek ya da diğer bir ifadeyle empati kurabilmek, duygusal zekanın vazgeçilemez özelliklerinden biridir. Empatik kişiler başkalarının neye gereksinimi olduğunu, ne istediğini gösteren sinyallere karşı daha duyarlıdırlar.

5. İlişkileri yürütebilmek: Duygusal zekanın bir diğer özelliği de diğer insanlarla olan ilişkileri yürütebilmektir. Bu beceriler popüler olmanın, liderliğin, kişilerarası etkililiğin altında yatan unsurlardır[87].

2.6.1.Duygusal Zekâ Yetkinlikleri(Boyutları)

2.6.1.1.Kişisel Yetkinlikler

2.6.1.1.1.Kendiyle ilgili farkındalık: Kişinin kendi iç dünyasını tanıması, tercihlerini yapabilmesi, sahip olduğu kaynakların ve gücün farkında olması.

2.6.1.1.1.2.Duygusal farkındalık: Kişinin kendi duygularını ve bunların doğurduğu sonuçları fark etmesi, bunların dile getirilmesi.

2.6.1.1.1.3.Kendini değerlendirme: Kişinin kendi gücünü ve zayıflıklarını bilmesi, sınırlarının nereden geçtiğini fark etmesi ve bunu kabullenmesi.

2.6.1.1.1.4.Özgüven: Kişinin yetkinliklerinin farkında olması ve bu yetkinliklerle “değerli olduğuna” inanması.

2.6.1.1.2. Kendini yönetme: Kişinin sahip olduğu dürtüleri, istekleri denetim altında tutması ve yönlendirmesi.

2.6.1.1.2.1.Kendini denetleyebilme: Kişinin dürtülerini ve içinden gelen olumsuz duyguları denetleyebilmesi; olumsuz duygularla başa çıkabilmek, duygusal olgunluk açısından çok önemli bir ölçüttür.

2.6.1.1.2.2.Güvenirlik: Ahlaklı, dürüst ve tutarlı olmak. Bu kavram Türk kültüründe “özü sözü bir” deyişi ile ifade edilir.

2.6.1.1.2.3.Esneklik: Kişinin beklemedik durumlara ve değişikliklere uyum sağlayabilmesi. Bu özellik stresle başa çıkma becerileri açısından da temeldir.

2.6.1.1.2.4.Yeniliklere açık olmak: Kişinin yeni bilgi, yaklaşım ve fikirlerden rahatsızlık duymaması.

2.6.1.1.2.5.Denetim odağı içerde olmak: Kişinin ortaya çıkan sonuçlarla ilgili sorumluluk üstlenmesi, başkalarını suçlamak yerine kendini sorgulaması. Bu özellik, içselleşmiş sorumluluk anlayışını temelini oluşturmaktadır.

2.6.1.1.3.Motivasyon: Kişinin amaçlarına ulaşmak için duygularını yönlendirebilmesi.

2.6.1.1.3.1.Başarı yönelimi: Kişinin mükemmellik düzeyine ulaşmayı hedeflemesi ve sürekli gelişim çabası içerisinde olması.

2.6.1.1.3.2.Bağımluluk: Kişinin içinde bulunduğu ekibin ve işletmenin amaçlarından ve hedeflerinden heyecan duyması.

2.6.1.1.3.3.Girişimcilik: Kişinin fırsatları fark etmesi ve zorlukları fırsata dönüştürmek için harekete geçmesi.

2.6.1.1.3.4.İyimserlik: Kişinin engeller ve güçlüklerle karşısında amacını izlemek konusunda kararlı olması.

2.6.1.2.Sosyal Yetkinlikler

2.6.1.2.1.Empati: Kişinin başka insanların duygularını, ihtiyaçlarını ve kaygılarını anlayabilmesi.

2.6.1.2.1.1.Diğer insanları anlamak: Kişinin başka insanların duygularını ve bakış açılarını fark etmesi, bu konuda duyarlılık geliştirmesi ve onların kaygılarıyla, yargılamadan ve savunmaya geçmeden samimi olarak ilgilenmesi.

2.6.1.2.1.2.Başkalarını geliştirmek: Kişinin birlikte çalıştığı insanların ihtiyaçlarını fark edip onları becerileri ölçüsünde geliştirmesi. Bu özellik, bir yöneticinin yönlendirme ve yol gösterme becerilerinin temelini oluşturur.

2.6.1.2.1.3.Hizmete Yönelik olmak: Kişinin iç ve dış müşterilerinin ihtiyaçlarını fark etmesi, karşılaması ve onları memnun etmekten mutluluk duyması. Bu yetkinlik, hizmet sektöründe çalışmalar için temel özelliktir.

2.6.1.2.2.Sosyal Beceriler: Kişinin başka insanların davranışlarını kendi istediği yönde yönlendirebilmesi. Bizim kültürümüzde yaygın olan “tuttuğunu koparmak” yerine, istediklerini “zorlamadan ve zorlanmadan” elde etmesi.

2.6.1.2.2.1.İletişim: Kişinin karşısındaki kişiyi anlamak için dinlemesi ve karşısındaki kişiyi ikna etmesi için mesajın, üslubu kadar önemli olduğunun farkında olması.

2.6.1.2.2.2.Etki yaratma ve etkileme: Kişinin karşısındaki kişi ve grupta istek uyandırıp heyecan yaratması.

2.6.1.2.2.3.Çatışma Çözümü: Kişinin anlaşmazlıkları müzakere ederek ve uzlaşarak çözüme yönelmesi.

2.6.1.2.2.4.İşbirliği: Kişinin başka insanlarla ortak amaçlar doğrultusunda işbirliği yapmaktan zevk alması.

2.6.1.2.2.5.Ekip çalışmalarına yatkınlık: Kişinin bir grupla birlikte olduğu zaman ortak amaçlar doğrultusunda sinerji yaratacak bir çalışmaya girebilmesi

2.6.1.2.2.6.Liderlik: Kişinin başka insanları ikna etmesi, ilham vermesi, heyecan yaratması ve harekete geçirmesi.

2.6.1.2.2.7.İlişki kurmak: Kişinin sosyal, aile ve iş çevresinde anlamlı ve doyumlu ilişkiler kurması, gündelik ilişkilerde insanlarla ilişki kurmak ve geliştirmek konusunda zorluk çekmemesi.

2.6.1.2.2.8.Gücün farkında olmak: Kişinin içinde bulunduğu çevredeki güç sahibiyle ilişkisini sağlıklı biçimde düzenlemesi. Gerekli durumlarda uyum göstermesi, karşı çıkması gerektiğine inandığı durumlarda mücadelesini stratejik bir temelde sürdürmesi (Goleman, 1998, s.421)[85, 88].

Duygusal zeka ve sağlık davranışları arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla birçok çalışma yapılmıştır. Çalışmalar tutarlı bir biçimde yüksek duygusal zeka ile daha iyi sağlık arasında önemli ölçüde ilişki olduğunu göstermiştir (Austin, Saklofske et al., 2005;Schutte,Malouff et al.,2007; Martins,Ramalho et al.). Duygusal zekanın sağlık, kişilik ve yaşam memnuniyeti ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Austin, Saklofske et al.,2005; Saklofske,Austin et al.;2007). Hemşirelerin sağlığı ve iş stresi ile duygusal zeka arasındaki ilişkiyi değerlendiren bir çalışmada, duygusal onarım ve açıklık bakımından yüksek skor

alanlar, daha az stres bildirirlerken, duygularına aldırış bakımından yüksek skor alanlar daha yüksek seviyede stres bildirmişler (Augusto Landa, Lopez-Zafra et al, 2008). Tayvanda üniversite öğrencilerine yapılan çalışmada fiziksel aktivite tavsiyelerine uyan öğrencilerde duygusal zeka skoru ve uyum sağlayabilme, genel mod, stres yönetimi, içsel, kişilerarası bileşik alt ölçek skorları daha iyi olduğu belirtilmiştir[12]. Hemşirelerin Duygusal Zeka Düzeylerinin Bakım Davranışlarına Etkisi adlı çalışmada Bakım davranışları ölçeği geneli ve alt boyutları ile duygusal zeka ölçeği ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu belirtilmiştir[89].

2.7.Sağlık algısı: Sağlık kavramının en bilinen tanımı Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından yapılmıştır. "Yalnızca hastalık ya da sakatlığın bulunmaması değil, aynı zamanda bedensel, ruhsal ve sosyal yönlerden tam bir iyilik hali" olarak tanımlanmıştır. Sağlık kavramı ile yalnızca hastalığın ya da rahatsızlığın olmaması durumu ifade edilmemektedir. Sağlık bireylerin kendi değerleri açısından tanımladıkları bir durumdur; bireylerin iç ve dış çevrelerindeki değişime adaptasyon sağlayarak iyi olma halini sürdürdükleri dinamik bir süreçtir[90, 91]. Sağlık çok boyutludur. Birçok üniversite, şirket ve kamu sağlığı tarafından benimsenen popüler model altı boyutu kapsar: Sosyal, Mesleki, Ruhani, Fiziksel, Entelektüel ve Duygusal[36]. Sağlık algısı; "bireyin kendi sağlığına ilişkin kişisel duygu, düşünce, önyargı ve beklentilerinin bir bileşimi" olarak tanımlanabilir. Bireyin kendi sağlığına ilişkin olumlu inançlar taşıması "iyi sağlık"; olumsuz inançlar taşıması durumu ise "kötü sağlık algısı" olarak adlandırılmaktadır. Sağlık inanç modeline göre; sağlık durumunun algılanması, sağlık davranışlarını ve sağlık sorumluluğunu etkilemektedir. Bu anlamda sağlık algısı, bireye sağlığı geliştirici yaşam davranışlarının kazandırılması ve sürdürülmesini hedefleyen sağlığın geliştirilmesi süreci ile doğrudan ilişkilidir[92].

2.8.Yaşam kalitesi: Her zaman ve her yerde kabul edilmiş tek bir yaşam kalitesi tanımlaması yoktur[93]. Kesin tanımlama zor olsa da, yaşam kalitesi çoğu insan için doğal bir anlam taşır. Sağlık, yeterli barınma, istihdam, kişisel ve aile güvenliği, karşılıklı ilişki, eğitim ve eğlence arayışı gibi küresel yaşam memnuniyetini etkileyen geniş kavramları içerir. Sağlık hizmetleri ile ilgili konularda, yaşam kalitesi özellikle sağlık ve hastalıktan en çok etkilenen yaşam endişelerinden dolayı, "sağlıkla ilgili yaşam kalitesi" terimine uyarlanmıştır [94]. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi kavramı genel yaşam kalitesi kavramından daha geniş ortaya çıkmış ve tanım gereği, kişinin sağlık durumunu etkileyen ya da doğrudan sağlık durumunu etkileyebilecek olan yaşam kalitesine odaklanmıştır. Bu görüş, bilişsel işlevi, duygusal iyilik,

zihinsel sağlık, yaşam doyumunu, sosyal işlevsellik, fiziksel işlevsellik ve iyilik, tedavi memnuniyeti, tedavi yan etkisi ve hastalık semptomlarını iēerebilir. Tipik olarak, gelir, mali kaynaklar, beslenme ve hava kalitesi, iklim, siyasi ve kişisel özgürlükler, kamu güvenliği (suē), çevresel koşullar gibi daha kapsamlı yaşam kalitesi kavramıyla ilişkili yaşam biēimlerini iēermez[95].

Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi resmi olarak şu şekilde tanımlanabilir: “Herhangi birinin normal ya da beklenen fiziksel, duygusal ve sosyal iyilik halinin, bir sağlık durumundan ya da tedavisinden etkilenmesidir”[96]. Bu tanım, yaşam kalitesinin iki yaygın kabul gören yönünü iēermektedir: öznellik ve çok boyutlu olma[97].



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırma Modeli

Araştırma gözlemsel analitik kontrol gruplu çalışma olarak planlanmıştır. Çalışma için Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 17.09.2015 tarihinde 2269-GOA protokol numaralı 2015/22-21 karar numarası ile etik uygunluk alınmıştır. Mart-Kasım 2016 tarihlerinde Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Aile Hekimliği ve Diyet polikliniklerine herhangi bir nedenle başvuran 18-65 yaş arası gönüllü bireylere anketler araştırmacı tarafından uygulanmıştır.

3.2. Araştırmanın Örneklemi

Open epi programı ile örneklem sayısı:

$$1-\alpha = 0,95$$

$$\beta = 0,80$$

$$\text{Olgu/Kontrol}=1$$

Kontrollerdeki oran: %40

Odds oranı: 2 kabul edilerek;

Olgu grubu sayısı: 134, Kontrol grubu sayısı:134 olmak üzere 268 olarak hesaplanmıştır.

3.2.1. Araştırmaya dahil olma / dışlama kriterleri:

1. Obez bireyler grubu

Dahil etme kriterleri:

- VKI'nin ≥ 30
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olma
- 18-65 yaş arasında olmak
- Okur-yazar olma

Dışlama kriterleri:

- Mental retardasyon olması
- Fiziksel engelli olması
- Gebe olma

2. Kontrol grubu

Dahil etme kriterleri:

- a) Obez grubu bireylere benzer yaş ve cinsiyette olma
- b) VKİ'nin <25
- c) Çalışmaya katılmaya gönüllü olma
- d) 18-65 yaş arasında olmak
- e) Okur-yazar olma

Dışlama kriterleri:

- a) Mental retardasyon olması
- b) Fiziksel engelli olması
- c) Gebe olma

3.3. Araştırmanın Uygulanması

Çalışmaya dahil edilen katılımcılara araştırmacı tarafından hazırlanan anket formu ve ölçeklerden oluşan veri toplama aracı yüz yüze uygulanmıştır.

3.4. Veri Toplama Araçları

Çalışmaya katılan tüm katılımcılara araştırmacı tarafından hazırlanan anket formu ile Gözden Geçirilmiş Schutte Duygusal Zekâ Ölçeği, EQ-5D Genel Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Sağlık Algısı Ölçeği birlikte uygulanmıştır.

3.4.1. Sosyodemografik anket formu

Her iki gruba yaş, cinsiyet, boy, kilo, eğitim düzeyi, mesleği, medeni hali, ekonomik durumu, sürekli ilaç kullanması gereken hastalığı, vücut ağırlığının nasıl olduğu, tütün veya tütün ürünü kullanımı, alkol kullanımı, egzersiz ve diyet uygulaması, yürüme olanağının olup olmadığı, yürüme olanağı varsa ne olduğu, son bir yıl içinde tansiyon, kan şekeri ve kolesterol ölçümlerinden hangilerini yaptırdığı, sabah kahvaltısı yapma, taze meyve, taze sebze yeme durumu, gün içinde öğün atlama durumu ve nedeni, kilo almayı başlatıcı durum ve nedenleri, anne ve babada obeziteyi sorgulayan 24 soruluk anket formu uygulanmıştır.

3.4.2. Gözden Geçirilmiş Schutte Duygusal Zekâ Ölçeği

Araştırmada, duygusal zeka ölçümü için kullanılan bu ölçek, Schutte, Malouff, Hall, Haggerty, Cooper, Golden ve Dornheim tarafından 1998 yılında 33 madde ve tek faktörlü olarak geliştirilmiş olup daha sonra Austin, Saklofese, Huang ve McKenney tarafından 2004

yılında yeniden düzenlenmiştir ve ölçek 41 maddeye çıkarılmıştır. Ölçeğin ilk versiyonunda mevcut olan bazı maddeler tersine çevrilmiş ve bazı yeni maddeler ölçeğe eklenmiştir. Araştırmacılar Schutte Duygusal Zekâ Ölçeği'nin ilk versiyonundaki tek faktörlü yapı yanında üç faktörlü bir yapıyı da önermişler ve aynı ölçek için başka araştırmacılar ise dört hatta altı faktörlü yapılar da ortaya koymuşlardır. Ülkemizde Arkun Tatar, Serdar Tok, Gaye Saltukoğlu tarafından Türkçe geçerlilik güvenilirliği yapılmış olup, ölçeğin Cronbach-Alpha iç tutarlık katsayısı bütünü için 0,82, alt boyutları için ise 0,75, 0,39 ve 0,76 olarak tespit edilmiştir. Ölçeğin bütünü için test-tekrar test güvenilirlik katsayısı bir hafta arayla (n=88) $r=0,49$, iki hafta arayla (n=85) $r=0,56$ bulunmuştur.[98]

3.4.3. EQ-5D Genel Yaşam Kalitesi Ölçeği

EQ-5D yaşam kalitesini ölçmede kullanılan genel sağlık ölçeğidir. Batı Avrupa Yaşam Kalitesi Araştırma Topluluğu olan EuroQol grubu tarafından 1987 yılında geliştirilmiştir. EQ-5D genel sağlık ölçeği EuroQol grup tarafından Türkçe ve 60'ı aşkın dile çevrilmiştir. 1990 yılında ilk defa yayınlanmış ve 1991 yılından beri de aynı özelliğini (5 boyut) korumaktadır. Ölçek iki parçadan oluşmaktadır.

- EQ-5D indeks ölçek: Hareket, öz-bakım, olağan aktiviteler, ağrı/rahatsızlık ve endişe/depresyon olmak üzere beş boyuttan oluşur.

- EQ-5D VAS ölçek: Bireylerin bugünkü sağlık durumları hakkında 0 ile 100 arası değerler verdikleri ve bunu bir termometre benzeri ölçek üzerinde işaretledikleri görsel analog ölçek (Visual Analogue Scale)dir. Ölçekle 0-100 arasında değişen yaşam kalitesi skorları elde edilmektedir[99].

QALY (Quality Adjusted Life Year), “Kaliteye Ayarlı Yaşam Yılı” anlamına gelen sözcüklerin kısaltmasından oluşmaktadır ve hastalıkta yaşanan süreyi hem kalite hem de süre olarak değerlendirmektedir. QALY sağlık durumunu ölçmek için daha sık kullanılmaya başlanmıştır. QALY morbidite (kalite) ve mortaliteyi (kantite) tek ölçekte toplamaktadır. QALY yönteminde öncelikle incelenen farklı hastalık ve sağlık durumları için hastaların sağlamlık algıları 0 ile 1 arasında derecelendirilir. Bir QALY mükemmel sağlık durumunda geçirilmiş bir yıl olarak ifade ederken 0 QALY ölüm durumunu temsil eder. Ölümden daha kötü olarak değerlendirilen durumlarda olabilir bunlarda negatif değerlerle ifade edilir.

Yaşanan 1 yıl $\times$ Yaşam kalitesi ağırlık endeksi 1 ise = 1 QALY

Örneğin 12223 karşılığında 0.1876 QALY'dir (bkz skala, Ek-1). Skalada görülebileceği gibi negatif değerler mevcuttur örneğin 33333 olan hastanın yararlanım değeri -0,1584 olur. Bu durumda hastanın durumu ölümden kötüdür[100].



Ek 1. Profillere Karşılık Gelen Yararlanım Skalası

durum	endeks	durum	endeks	durum	endeks	durum	endeks	durum	endeks
11111	1,0000	12322	0,2602	21233	0,1121	23231	0,1536	32133	-0,0142
11112	0,7444	12323	0,1568	21311	0,4555	23232	0,0502	32211	0,3291
11113	0,3847	12331	0,2799	21312	0,3521	23233	-0,0532	32212	0,2257
11121	0,7641	12332	0,1785	21313	0,2487	23311	0,2902	32213	0,1223
11122	0,6607	12333	0,0731	21321	0,3718	23312	0,1868	32221	0,2455
11123	0,3010	13111	0,4262	21322	0,2684	23313	0,0834	32222	0,1421
11131	0,4241	13112	0,3228	21323	0,1650	23321	0,2065	32223	0,0387
11132	0,3207	13113	0,2194	21331	0,2881	23322	0,1031	32231	0,1618
11133	0,2173	13121	0,3425	21332	0,1847	23323	-0,0003	32232	0,0584
11211	0,8170	13122	0,2391	21333	0,0813	23331	0,1228	32233	-0,0450
11212	0,7136	13123	0,1357	22111	0,6907	23332	0,0194	32311	0,2984
11213	0,3539	13131	0,2588	22112	0,5873	23333	-0,0840	32312	0,1950
11221	0,7333	13132	0,1554	22113	0,2276	31111	0,4426	32313	0,0916
11222	0,6299	13133	0,0520	22121	0,6070	31112	0,3392	32321	0,2147
11223	0,2702	13211	0,3954	22122	0,5036	31113	0,2358	32322	0,1113
11231	0,3934	13212	0,2920	22123	0,1439	31121	0,3589	32323	0,0079
11232	0,2900	13213	0,1886	22131	0,2670	31122	0,2555	32331	0,1310
11233	0,1866	13221	0,3117	22132	0,1636	31123	0,1521	32332	0,0276
11311	0,5300	13222	0,2083	22133	0,0602	31131	0,2752	32333	-0,0756
11312	0,4286	13223	0,1049	22211	0,6599	31132	0,1718	33111	0,2773
11313	0,3232	13231	0,2280	22212	0,5565	31133	0,0684	33112	0,1739
11321	0,4463	13232	0,1246	22213	0,1968	31211	0,4118	33113	0,0705
11322	0,3429	13233	0,0212	22221	0,5762	31212	0,3084	33121	0,1936
11323	0,2395	13311	0,3646	22222	0,4728	31213	0,2050	33122	0,0902
11331	0,3626	13312	0,2612	22223	0,1131	31221	0,3281	33123	-0,0132
11332	0,2592	13313	0,1578	22231	0,2362	31222	0,2247	33131	0,1099
11333	0,1558	13321	0,2810	22232	0,1328	31223	0,1213	33132	0,0065
12111	0,7851	13322	0,1776	22233	0,0294	31231	0,2444	33133	-0,0969
12112	0,6817	13323	0,0742	22311	0,3728	31232	-0,1410	33211	0,2465
12113	0,3020	13331	0,1973	22312	0,2694	31233	0,0376	33212	0,1431
12121	0,6815	13332	0,0939	22313	0,1660	31311	0,3810	33213	0,0397
12122	0,5781	13333	-0,0096	22321	0,2892	31312	0,2776	33221	0,1628
12123	0,2184	21111	0,7733	22322	0,1858	31313	0,1742	33222	0,0594
12131	0,3415	21112	0,6699	22323	0,0824	31321	0,2974	33223	-0,0440
12132	0,2381	21113	0,3102	22331	0,2055	31322	0,1940	33231	0,0791
12133	0,1347	21121	0,6897	22332	0,1021	31323	0,0906	33232	-0,0243
12211	0,7344	21122	0,5863	22333	-0,0013	31331	0,2137	33233	-0,1277
12212	0,6310	21123	0,2266	23111	0,3517	31332	0,1103	33311	0,2157
12213	0,2713	21131	0,3497	23112	0,1646	31333	0,0069	33312	0,1123
12221	0,6507	21132	0,2463	23123	0,0612	32111	0,3599	33313	0,0089
12222	0,5473	21133	0,1429	23131	0,1844	32112	0,2565	33321	0,1320
12223	0,1876	21211	0,7426	23132	0,0810	32113	0,2565	33322	0,0286
12231	0,3108	21212	0,6392	23133	-0,0224	32113	0,1531	33323	-0,0748
12232	0,2073	21213	0,2795	23211	0,3209	32121	0,2762	33331	0,0484
12233	0,1039	21221	0,6589	23212	0,2175	32121	0,2762	33332	-0,0550
12311	0,4473	21222	0,5555	23213	0,1141	32122	0,1728	33333	-0,1584
12312	0,3439	21223	0,1958	23221	0,2373	32123	0,0694	Ölüm	0,0000
12313	0,2405	21231	0,3189	23222	0,1339	32131	0,1926		
12321	0,3636	21232	0,2155	23223	0,0305	32132	0,0892		

3.4.4. Sağlık Algısı Ölçeği

Araştırmada, sağlık algısı ölçümü için kullanılan bu ölçek, Diamond ve ark.ları (2007) tarafından geliştirilmiş olup Hasibe KADIOĞLU ve Ayşe YILDIZ tarafından Türkçeye uyarlanarak geçerlik ve güvenirlik çalışmaları yapılmıştır. Beşli likert tipi yeni bir ölçektir. Ölçeğin 15 maddesi ve “kontrol merkezi”, “Öz farkındalık”, “Kesinlik” ve “Sağlığın önemi”

alt başlıklı dört alt faktörü bulunmaktadır. Ölçekteki her bir madde “çok katılıyorum (5)”, “Katılıyorum (4)”, “Kararsızım (3)”, “Katılmıyorum (2)”, “Hiç katılmıyorum (1)” şeklinde cevaplanmaktadır. Ölçekteki olumsuz ifadeler ters puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en az puan 15, en çok puan 75’dir. Kontrol odağı, Öz Farkındalık, Kesinlik, Sağlığın Önemi alt ölçeklerinden sırasıyla alınabilecek en düşük puanlar 5, 3, 4, 3, en yüksek puanlar ise 25, 15, 20, 15’tir.

Madde toplam puan analizi sonucunda ölçek maddelerinin korelasyon değerleri tüm maddelerde 0,25’in üzerinde bulunmuş ve ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı hemşirelik öğrencilerinde 0,77, öğrencilerin ailelerinde 0,70 olarak bulunmuştur. Faktör analizi sonucunda ölçeğin maddelerinin, toplam varyansın % 53,21’ini açıklayan dört faktör altında toplandığı bulunmuş ve testin tekrarında ise Pearson korelasyon değeri 0,78 ($p=0.000$) saptanmıştır[101].

Veri analizi SPSS 22.0 programı kullanılarak tanımlayıcı sürekli değişkenler için ortalama, standart sapma; kategorik değişkenler için sıklık ve yüzde dağılımları, kategorik bağımsız değişken ve bağımlı değişkenlerin karşılaştırılmasında ki-kare testi, ortalamaların karşılaştırılmasında ise t-testi yapılmış, $p<0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

4.BULGULAR

Çalışma 375 kişiye yüz yüze anket yöntemi uygulanarak tamamlandı. Aykırı değerler çıkarıldı. Olgu ve kontrol grubu sosyodemografik özellikler açısından eşitlendi ve 163 obez olan ve 163 obez olmayan toplamda 326 kişinin istatistiksel analizi yapıldı.

Obez grubun yaş ortalaması $39,69 \pm 12,436$, kontrol grubunun ise $37,44 \pm 11,742$ olup aralarında anlamlı fark yoktur ($p=0.095$). (Tablo 2)

Tablo 2: Olgu kontrol gruplarının yaş ortalamaları

	VKİ<25		VKİ≥30		p değeri
	Ortalama	Standart sapma	Ortalama	Standart sapma	
Yaş	37,44	11,742	39,69	12,436	$p>0.05$

Olgu ve kontrol grupları yaş aralıklarına göre gruplandırıldığında olgu grubunun (VKİ≥30) %30,1'i 35-44 yaş grubu arasında, %14,1'i 25-34 yaş grubu arasında olup; kontrol grubunun (VKİ<25) ise %28,8'i 35-44 yaş grubu arasında ve %12,3'ü 55-65 yaş grubu arasındadır. Olgu ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p=0.070$). (Tablo 3)

Tablo 3: Olgu kontrol gruplarının yaşa göre sınıflanması

Sosyodemografik özellikler	VKİ<25		VKİ≥30		p değeri
	n	%	N	%	
Yaş					$p>0.05$
18-24	28	17,2	30	18,4	
25-34	43	26,4	23	14,1	
35-44	47	28,8	49	30,1	
45-54	25	15,3	32	19,6	
55-65	20	12,3	29	17,8	
Toplam	163	100	163	100	

VKİ $\geq$ 30 olan olgu grubunda 85 kadın, 78 erkek, VKİ<25 olan kontrol grubunda 97 kadın, 66 erkek yer almakta olup iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (p=0.181). (Tablo 4)

Tablo 4: Olgu kontrol gruplarının cinsiyete göre dağılımı

	VKİ<25		VKİ $\geq$ 30		p değeri
	n	%	n	%	
Cinsiyet					
Kadın	97	59,5	85	52,1	p>0.05
Erkek	66	40,5	78	47,9	
Toplam	163	100	163	100	

Eğitim durumuna göre grupları incelediğimizde obez olmayan (kontrol) grubunda % 36,2 (n=59)'si lise mezunu olduğunu, % 33,1 (n=54)'i üniversite mezunu olduğunu, obez olan olgu grubunda ise % 35,6 (n=58)'sı lise mezunu, % 20,2 (n=33)'si üniversite mezunu olduğunu belirtmiştir. İstatistiksel olarak eğitim düzeyi açısından iki grup arasında anlamlı fark yoktur (p=0.068). (Tablo 5)

Tablo 5: Olgu kontrol gruplarının eğitim durumuna göre dağılımı

	VKİ<25		VKİ $\geq$ 30		p değeri
	n	%	n	%	
En son bitirilen okul					
Okuryazar	6	3,7	6	3,7	p>0.05
İlkokul	20	12,3	31	19	
Ortaokul	16	9,8	27	16,6	
Lise	59	36,2	58	35,6	
Üniversite	54	33,1	33	20,2	
Yüksek lisans	8	4,9	8	4,9	
Toplam	163	100	163	100	

Medeni durum açısından bakıldığında kontrol grubunun % 37,4 (n=61)'ünün bekar, % 54,6 (n=89)'sının evli, % 0,6 (n=1)'sının eşi vefat etmiş, % 7,4 (n=12)'ünün boşanmış/ayrı yaşıyor oldukları, obez grubun ise % 32,5 (n=53)'inin bekar, % 62 (n=101)'sinin evli, % 2,5 (n=4)'inin eşi vefat etmiş, % 3,1 (n=5)'inin boşanmış/ayrı yaşıyor oldukları görülmektedir. Olgu ve kontrol grupları arasında medeni durum açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (p=0.112). (Tablo 6)

Tablo 6: Olgu kontrol grubunun medeni durum göre dağılımı

	VKİ<25		VKİ≥30		p değeri
	n	%	n	%	
Medeni durum					
Bekar	61	37,4	53	32,5	p>0.05
Evli	89	54,6	101	62,0	
Eşi vefat etmiş	1	0,6	4	2,5	
Boşanmış-Ayrı yaşıyor	12	7,4	5	3,1	
Toplam	163	100	163	100	

Mesleki durum açısından gruplara bakıldığında VKİ≥30 olan olgu grubunda % 18,4 (n=30)'ü öğrenci olduğunu, % 7,4 (n=12)'ü çalışmadığını, % 17,8 (n=29)'i ev hanımı olduğunu, % 11,7 (n=19)'si emekli olduğunu, % 17,8 (n=29)'i bedensel güç ağırlıklı ücretli (işçi, polis, aşçı vb) çalıştığını, % 9,2 (n=15)'si bedensel güç ağırlıklı serbest (esnaf, çiftçi, tamirci) çalıştığını, % 2,5 (n=4)'i beyin gücü ağırlıklı serbest (dişçi, avukat vs) çalıştığını, % 15,3 (n=25)'ü beyin gücü ağırlıklı ücretli (memur, uzman, hemşire vs) çalıştığını, VKİ<25 kontrol grubunda % 16,6 (n=27)'si öğrenci olduğunu, % 7,4 (n=12)'ü çalışmıyor olduğunu, % 11,7 (n=19)'si ev hanımı olduğunu, % 11,7 (n=19)'si emekli olduğunu, % 15,3 (n=25)'ü bedensel güç ağırlıklı ücretli (işçi, polis, aşçı vb) çalıştığını, % 12,3 (n=20)'ü bedensel güç ağırlıklı serbest (esnaf, çiftçi, tamirci) çalıştığını, % 2,5 (n=4)'i beyin gücü ağırlıklı serbest (dişçi, avukat vs) çalıştığını, % 22,7 (n=34)'si beyin gücü ağırlıklı ücretli (memur, uzman, hemşire vs) çalıştığını belirtti. Olgu ve kontrol grubu arasında mesleki durum açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (p=0.59). (Tablo 7)

Tablo 7: Olgu ve kontrol grubunun mesleki duruma göre dağılımı

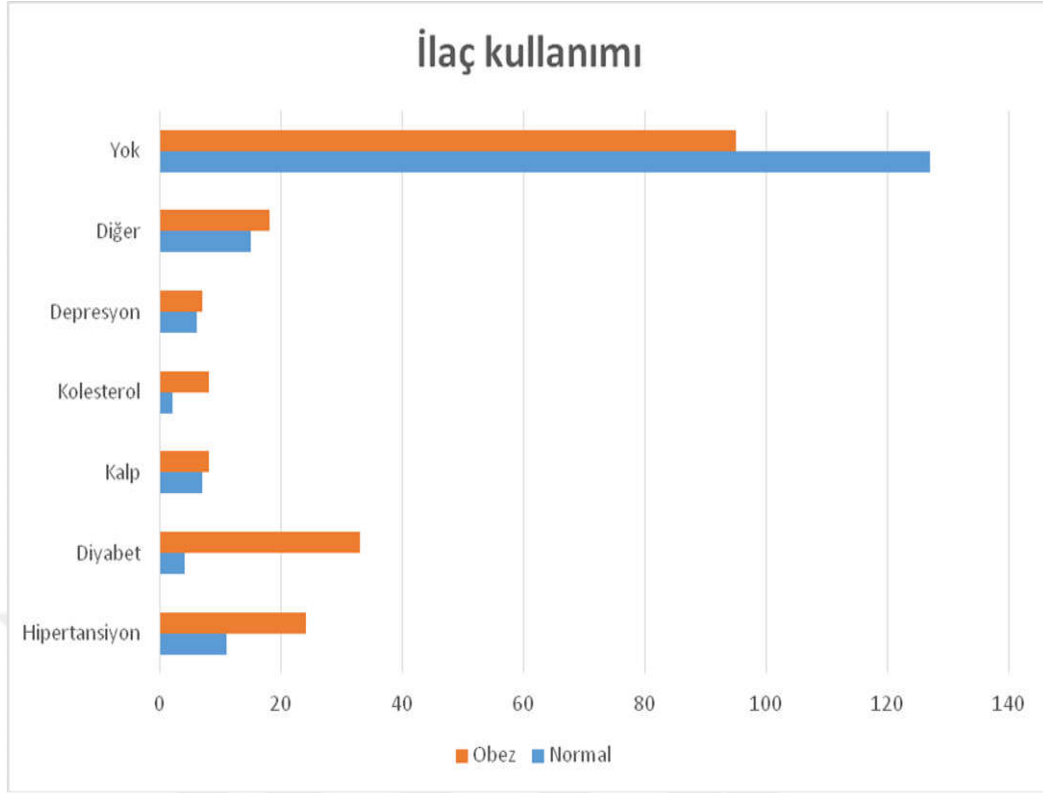
Sosyodemografik özellikler	VKİ<25		VKİ≥30		p değeri
	n	%	n	%	
Meslek					p>0.05
Öğrenci	27	16,6	30	18,4	
Çalışmıyor	12	7,4	12	7,4	
Ev Hanımı	19	11,7	29	17,8	
Emekli	19	11,7	19	11,7	
Bedensel güç ağırlıklı ücretli (işçi, polis, aşçı...)	25	15,3	29	17,8	
Bedensel güç ağırlıklı serbest (esnaf, çiftçi, tamirci..)	20	12,3	15	9,2	
Beyin gücü ağırlıklı serbest (dışçı, avukat...)	4	2,5	4	2,5	
Beyin gücü ağırlıklı ücretli (memur, uzman, hemşire...)	37	22,7	25	15,3	
Toplam	163	100	163	100	

Gruplar aylık gelir açısından karşılaştırıldığında obez olan grubun % 42,9 (n=70)'unun geliri giderine eşit, % 16,6 (n=27)'sının geliri giderinden fazla, obez olmayan grubun % 38,7 (n=63)'sinin geliri giderinden az, % 14,7 (n=24)'sinin geliri giderinden fazlaydı. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır (p=0.78). (Tablo 8)

Tablo 8: Olgu ve kontrol grubunun gelir durumuna göre dağılımı

Sosyodemografik özellikler	VKİ<25		VKİ≥30		p değeri
	n	%	n	%	
Gelir durumu					
Geliri giderinden az	63	38,7	66	40,5	p>0.05
Geliri giderine eşit	76	46,6	70	42,9	
Geliri giderinden fazla	24	14,7	27	16,6	
Toplam	163	100	163	100	

Her iki grubun ilaç kullanım öyküleri sorgulandığında, iki grupta da çoğunluk ilaç kullanmıyorken; ilaç kullanan obez birey sayısı, ilaç kullanan obez olmayan birey sayısına göre daha yüksektir. İlaç kullanan bireylerin % 65,4'ü (n=68) obez, % 34,6'sı (n=36) da obez olmayan bireylerdir. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır (p=0.000). Kullanıldığı belirtilen ilaçlar Grafik 1'de belirtilmiştir.



Grafik 1: Olgu ve kontrol gruplarının ilaç kullanımı

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Olgu ve kontrol gruplarının tütün kullanım durumlarına bakıldığında olgu grubunun % 46,6 (n=76)'sının tütün ve tütün ürünü hiç kullanmadığını, % 11,7 (n=19)'sinin ara sıra kullandığını, % 20,9 (n=34)'ünün düzenli tütün ve tütün ürünü kullandığını ve % 20,9 (n=34)'ünün kullanıp bıraktığını belirttiği görülmüştür. Kontrol grubunun % 47,9 (n=78)'u tütün ve tütün ürünü hiç kullanmadığını, % 20,9 (n=34)'u düzenli tütün ve tütün ürünü kullandığını, % 16,6 (n=27)'si ara sıra kullandığını, % 14,7 (n=24)'si kullanıp bıraktığını belirtmiştir. İki grup arasında istatistiksel olarak tütün kullanımı ile anlamlı fark bulunmamıştır (p=0.37).

Alkol kullanımı sorgulandığında olgu grubunun % 54 (n=88)'ü hiç alkol kullanmadığını, % 32,5 (n=53)'i ara sıra kullandığını, % 5,5 (n=9)'i kullanıp bıraktığını, % 8 (n=13)'i düzenli alkol kullandığını belirtti. Kontrol grubunda ise % 47,2 (n=77)'si hiç alkol kullanmadığını, % 42,3 (n=69)'ü ara sıra kullandığını, % 8 (n=13)'i kullanıp bıraktığını, % 2,5 (n=4)'i düzenli alkol kullandığını belirtti. İki grup arasında alkol kullanımı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardı (p=0.04). (Tablo 9)

Tablo 9:Olgu ve kontrol grubunun tütün ve alkol kullanımı durumu

	VKİ<25		VKİ≥30		p değeri
	n	%	n	%	
Tütün ürünü					p>0.05
Hiç kullanmayan	78	47,9	76	46,6	
Kullanıp bırakan	24	14,7	34	20,9	
Düzenli kullanan	34	20,9	34	20,9	
Ara sıra kullanan	27	16,6	19	11,7	
Toplam	163	100	163	100	
Alkol kullanımı					p<0.05
Hiç kullanmayan	77	47,2	88	54	
Kullanıp bırakan	13	8	9	5,5	
Düzenli kullanan	4	2,5	13	8	
Ara sıra kullanan	69	42,3	53	32,5	
Toplam	163	100	163	100	

Olgu ve kontrol gruplarının diyet yapma durumu sorgulandığında olgu grubunun % 46,6 (n=76)'sı ara sıra diyet yapıyordu, % 42,9 (n=70)'u hiç diyet yapmıyordu, % 7,4 (n=12)'ü düzenli diyet yapıyordu, % 3,1 (n=5)'i sık sık diyet yapıyordu. Kontrol grubunun ise % 55,8 (n=91)'i hiç diyet yapmıyor, % 32,5 (n=53)'i ara sıra diyet yapıyor, % 8 (n=13)'i sık sık diyet yapıyor, % 3,7 (n=6)'si düzenli diyet yapıyordu. İki grup arasında diyet yapma açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardı (p=0.006). (Tablo 10)

Olgu grubunun egzersiz yapma durumları sorgulandığında % 56,4 (n=92)'ü ara sıra egzersiz yapıyordu, % 31,9 (n=52)'u hiç egzersiz yapmıyordu, % 8 (n=13)'i düzenli egzersiz yapıyordu, % 3,7 (n=16)'si sık sık egzersiz yapıyordu. Kontrol grubunun ise % 63,8 (n=104)'i ara sıra egzersiz yapıyordu, % 20,9 (n=34)'u hiç egzersiz yapmıyordu, % 9,8 (n=16)'i düzenli egzersiz yapıyordu, % 5,5 (n=9)'i sık sık egzersiz yapıyordu. İki grup arasında egzersiz yapma açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (p=0.144). (Tablo 10)

Tablo 10: Olgu ve kontrol grubunun diyet ve egzersiz yapma durumu

	VKİ<25		VKİ≥30		p değeri
	n	%	n	%	
Diyet					p<0.01
Hiç yapmayan	91	55,8	70	42,9	
Ara sıra yapan	53	32,5	76	46,6	
Sık sık yapan	13	8	5	3,1	
Düzenli	6	3,7	12	7,4	
Toplam	163	100	163	100	
Egzersiz					p>0.05
Hiç yapmayan	34	20,9	52	31,9	
Ara sıra yapan	104	63,8	92	56,4	
Sık sık yapan	9	5,5	6	3,7	
Düzenli	16	9,8	13	8	
Toplam	163	100	163	100	

Son 1 yıl içinde tansiyon, kolesterol, kan şekeri hangisini yaptırdınız diye sorguladığımızda olgu grubunun % 17,8 (n=29)'i sadece tansiyon ölçümü yaptırdığını, % 9,8 (n=16)'i sadece kan şekeri ölçümü, % 2,5 (n=4)'i sadece kolesterol ölçümü yaptırdığını, % 26,4 (n=43)'ü tüm ölçümleri yaptırdığını, % 26,4 (n=43)'ü hiçbir ölçümü yaptırmadığını, kontrol grubunun ise % 19 (n=31)'u sadece tansiyon ölçümü yaptırdığını, % 8,6 (n=14)'sı sadece kan şekeri ölçümü, % 3,7 (n=6)'si kolesterol ölçümü yaptırdığını, % 14,1 (n=23)'i tüm ölçümleri yaptırdığını, % 40,5 (n=66)'i ise hiçbirini yaptırmadığını belirtti. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (p=0.09). (Tablo 11)

Tablo 11: Son 1 yıl içinde tetkik yaptırma durumu

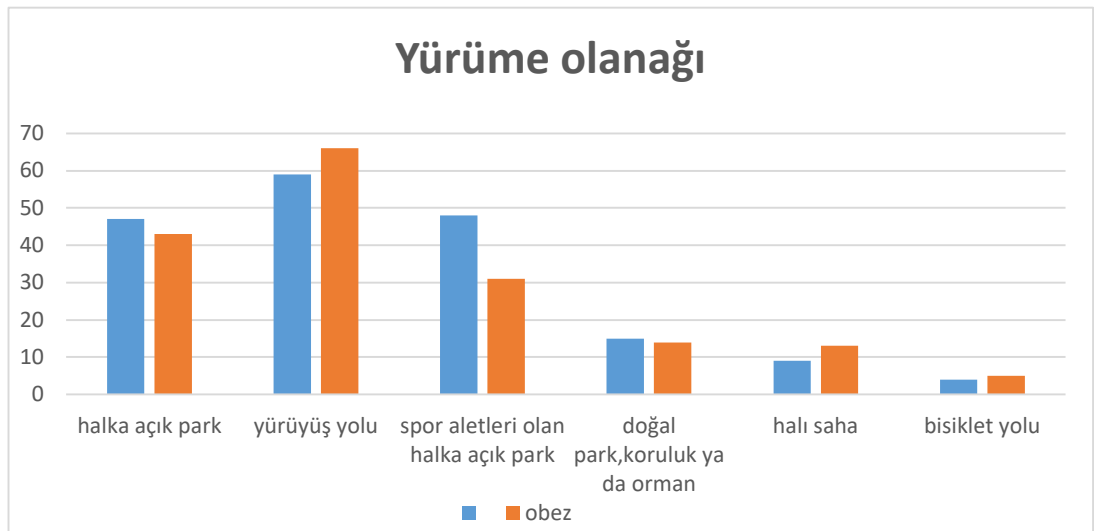
	VKİ<25		VKİ≥30		p değeri
	n	%	n	%	
Son 1 yıl içinde hangisini yaptırdınız?					
Tansiyon	31	19	29	17,8	p>0.05
Kan şekeri	14	8,6	16	9,8	
Kolesterol	6	3,7	4	2,5	
Tansiyon ve kan şekeri	15	9,2	17	10,4	
Tansiyon ve kolesterol	3	1,8	3	1,8	
Kan şekeri ve kolesterol	5	3,1	8	4,9	
Hepsi	23	14,1	43	26,4	
Hiçbiri	66	40,5	43	26,4	
Toplam	163	100	163	100	

Grupların yürüme olanağı sorgulandığında olgu grubunun % 79,1 (n=129)'i yürüme olanağının olduğunu, % 20,9 (n=34)'u yürüme olanağının olmadığını belirtti. Kontrol grubunun % 75,5 (n=123)'i yürüme olanağının olduğunu, % 24,5 (n=40)'i yürüme olanağının olmadığını belirtti. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (p=0.509). (Tablo 12)

Tablo 12: Grupların yürüme olanağı olup olmaması

	VKİ<25		VKİ≥30		p değeri
	n	%	n	%	
Yürüme Olanağı					p>0.05
Var	123	75,5	129	79,1	
Yok	40	24,5	34	20,9	
Toplam	163	100	163	100	

Grupların yürüme olanağına bakıldığında iki grupta da en fazla yürüyüş yolu, en az bisiklet yolu mevcuttu. (Grafik 2)



Grafik 2: Olgu ve kontrol gruplarının yürüme olanağı seçenekleri

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Grupların sabah kahvaltısı yapıp yapmadığı sorgulandığında olgu grubunun % 9,8 (n=16)'i yapmadığını, % 9,8 (n=16)'i yalnızca hafta sonu yaptığını, % 12,3 (n=20)'ü hafta içi bazen yaptığını, % 14,7 (n=24)'si hafta içi her gün yaptığını, % 53,4 (n=87)'ü her gün kahvaltı yaptığını belirtti. Kontrol grubunun ise % 9,8 (n=16)'i sabah kahvaltısı yapmadığını, % 12,9 (n=21)'u yalnızca hafta sonu yaptığını, % 19 (n=31)'u hafta içi bazen yaptığını, % 14,1 (n=23)'i hafta içi her gün yaptığını, % 44,2 (n=72)'si her gün kahvaltı yaptığını belirtti. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (p=0.344). (Tablo 13)

Tablo 13:Sabah kahvaltısı yapma durumu

	VKİ<25		VKİ≥30		p değeri
	n	%	n	%	
Sabah kahvaltısı					p>0.05
Yapmıyorum	16	9,8	16	9,8	
Yalnızca hafta sonu	21	12,9	16	9,8	
Hafta içi bazen	31	19	20	12,3	
Hafta içi her gün	23	14,1	24	14,7	
Her gün	72	44,2	87	53,4	
Toplam	163	100	163	100	

Grupların taze meyve ve sebze yeme durumları sorgulandığında olgu grubunun % 58,3 (n=95)'ü günde 1 kez, % 16 (n=26)'sı 2 günde 1 kez, % 8,6 (n=14)'sı 3 günde 1 kez, % 14,7 (n=24)'si haftada 1-2 kez, % 2,5 (n=4)'i hiç taze meyve yemediğini belirtti. Kontrol grubunun % 46,6 (n=76)'sı günde 1 kez, % 18,4 (n=30)'ü 2 günde 1 kez, % 9,8 (n=16)'i 3 günde 1 kez, % 22,7 (n=37)'si haftada 1-2 kez taze meyve yediğini, % 2,5 (n=4)'i hiç yemediğini belirtti. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu (p=0.258).

Olgu grubunun % 47,9 (n=78)'u günde 1 kez, % 19 (n=31)'u 2 günde 1 kez, % 14,7 (n=24)'si 3 günde 1 kez, % 16,6 (n=27)'sı haftada 1-2 kez taze sebze yediğini, % 1,8 (n=3)'i hiç taze sebze yemediğini belirtti. Kontrol grubunun % 41,7 (n=68)'si günde 1 kez, % 19,6 (n=32)'sı 2 günde 1 kez, % 14,7 (n=34)'si 3 günde 1 kez, % 20,9 (n=34)'u haftada 1-2 kez taze sebze yediğini, % 3,1 (n=5)'i hiç taze sebze yemediğini belirtti. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu (p=0.735). (Tablo 14)

Tablo 14: Taze meyve ve sebze yeme yeme durumu

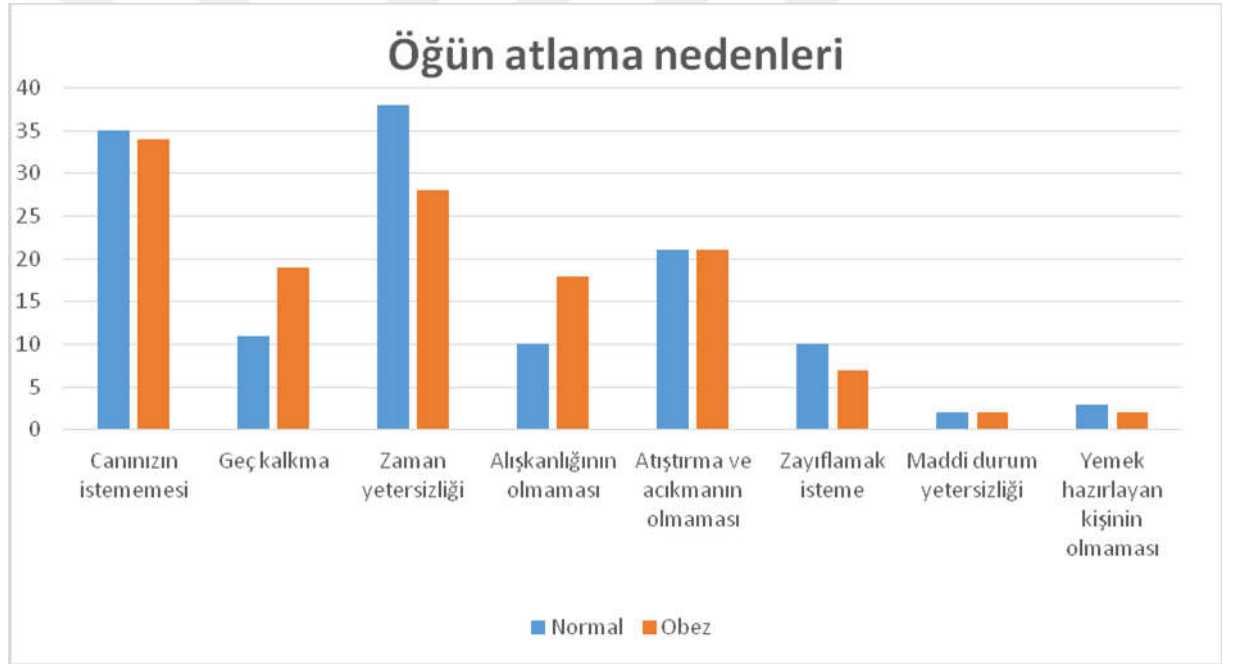
	VKİ<25		VKİ≥30		p değeri
	n	%	n	%	
Taze meyve					p>0.05
Günde 1 kez	76	46,6	95	58,3	
2 günde 1 kez	30	18,4	26	16	
3 günde 1 kez	16	9,8	14	8,6	
Haftada 1-2 kez	37	22,7	24	14,7	
Hiç yemem	4	2,5	4	2,5	
Toplam	163	100	163	100	
Taze sebze					p>0.05
Günde 1 kez	68	41,7	78	47,9	
2 günde 1 kez	32	19,6	31	19	
3 günde 1 kez	24	14,7	24	14,7	
Haftada 1-2 kez	34	20,9	27	16,6	
Hiç yemem	5	3,1	3	1,8	
Toplam	163	100	163	100	

Bireylerin öğün atlama durumları sorgulandığında olgu grubunun % 69,9 (n=114)'u öğün atladığını, % 30,1 (n=49)'i öğün atlamadığını belirtti. Kontrol grubunun % 69,3 (n=113)'ü öğün atladığını, % 30,7 (n=50)'si öğün atlamadığını belirtti. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu (p=0.904). (Tablo 15)

Öğün atlama nedenlerine bakıldığında obez bireyler grubunda en sık neden canının istememesi, normal bireyler grubunda ise zaman yetersizliği idi. İki grupta da en az öğün atlama nedeni maddi durum yetersizliği idi. (Grafik 3)

Tablo 15: Bireylerin öğün atlama durumları

	VKİ<25		VKİ≥30		p değeri
	n	%	n	%	
Öğün atlama					p>0.05
Evet	113	69,3	114	69,9	
Hayır	50	30,7	49	30,1	
Toplam	163	100	163	100	



Grafik 3:Bireylerin öğün atlama nedenleri

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Katılımcıların anne ve babada obezite olup olmadığı sorgulandığında olgu grubunun % 23,9 (n=39)'unda annede obezite, % 15,3 (n=25)'ünde babada obezite mevcuttu. Kontrol grubunda ise % 14,7 (n=24)'sinde annede obezite, % 5,5 (n=9)'inde babada obezite mevcuttu. Olgu ve kontrol grubunda annede (p=0.035) veya babada obezite durumu (p=0.004) açısından anlamlı fark vardı. (Tablo 16)

Tablo 16: Anne ve babada obezite olma durumu

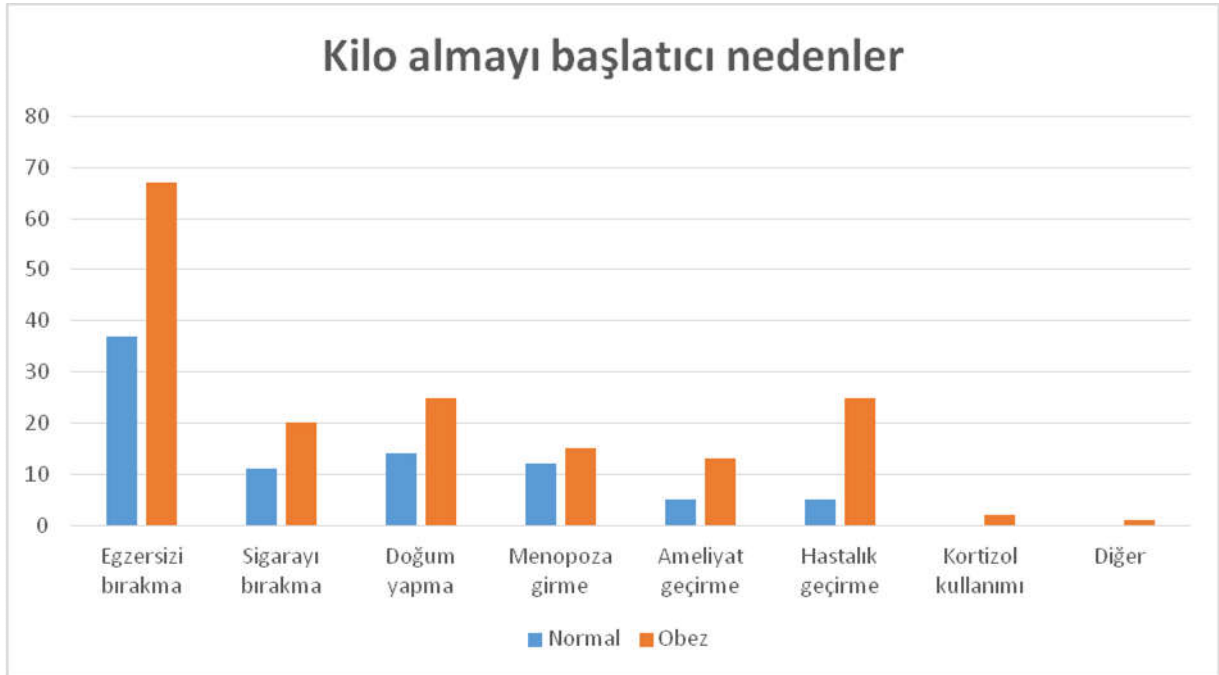
	VKİ<25		VKİ≥30		p değeri
	n	%	n	%	
Annede obezite					p<0.05
Var	24	14,7	39	23,9	
Yok	139	85,3	124	76,1	
Toplam	163	100	163	100	
Babada obezite					p<0.01
Var	9	5,5	25	15,3	
Yok	154	94,5	138	84,7	
Toplam	163	100	163	100	

Katılımcıların kilo almayı başlatıcı etmenleri olup olmadığı sorgulandığında olgu grubunun % 69,9 (n=114)'ünün, kontrol grubunun ise % 35,6 (n=58)'sının kilo almayı başlatıcı etmenleri vardı. Gruplar arasında kilo almayı başlatıcı etmenler açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardı (p=0.00). (Tablo 17)

Tablo 17: Kilo almayı başlatıcı etmen varlığı

Kilo almayı başlatıcı etmen	VKİ<25		VKİ≥30		p<0.01
	n	%	n	%	
Var	58	35,6	114	69,9	p<0.01
Yok	105	64,4	49	30,1	
Toplam	163	100	163	100	

Kilo almayı başlatıcı neden olarak iki grupta da en fazla egzersizi bırakma olarak belirtildi. (Grafik 4)



Grafik 4: Kilo almayı başlatıcı nedenler

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Katılımcılara vücut ağırlığınız sizce nasıl sorusu yöneltildiğinde obez bireylerin olduğu olgu grubunun % 16 (n=26)'sı obez olduğunu, % 63,8 (n=104)'i fazla kilolu olduğunu, % 20,2 (n=33)'si normal kiloda olduğunu belirtti. Normal kiloda olan bireylerin olduğu kontrol grubunun ise %8,6 (n=14)'sı fazla kilolu olduğu, % 82,8 (n=135)'si normal kilolu olduğunu, % 8,6 (n=14)'sı zayıf olduğunu belirtti. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı (p=0.00). (Tablo 18)

Tablo 18:Bireylerin vücut ağırlığınız sizce nasıl sorusuna verdiği yanıtlar

Vücut ağırlığınız sizce nasıl?	VKİ<25		VKİ≥30		p değeri
	n	%	n	%	
Zayıf	14	8,6	0	0	p<0.01
Normal	135	82,8	33	20,2	
Fazla kilolu	14	8,6	104	63,8	
Obez	0	0	26	16	
Toplam	163	100	163	100	

Duygusal zeka açısından değerlendirildiğinde olgu grubunun duygusal zeka ortalama puanı $145,83 \pm 16,66$, kontrol grubunun ise $147,60 \pm 17,48$ 'di. Kontrol grubunun duygusal zeka puan ortalaması olgu grubundan daha fazla olmasına rağmen iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p=0.353$). Ölçeğin Cronbach-Alfa iç tutarlık katsayısı $0,847$ 'di. (Tablo 19)

Yaşam kalite indeksi açısından değerlendirildiğinde olgu grubunun ortalama indeks puanı $0,74 \pm 0,22$, kontrol grubunun ortalama indeks puanı $0,84 \pm 0,19$ 'ydi. Kontrol grubunun indeksi olgu grubundan daha yüksekti ve iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ($p=0.00$). VKİ<25 olan bireylerin yaşam kalitesi daha yüksekti. Ölçeğin Cronbach-Alfa iç tutarlık katsayısı $0,696$ 'ydi. (Tablo 19)

Sağlık algısı puanı açısından değerlendirdiğimizde olgu grubunun ortalama puanı $40,67 \pm 7,193$, kontrol grubunun ortalama puanı $38,95 \pm 7,702$ 'ydi. Olgu grubunun sağlık algısı puanı daha yüksekti ve iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ($p=0.038$). VKİ>30 olan bireylerin sağlık algısı daha yüksekti. Ölçeğin Cronbach-Alfa iç tutarlık katsayısı $0,678$ 'di. (Tablo 19)

Tablo 19:Duygusal zeka, yaşam kalitesi ve sağlık algısı ölçeklerinin özellikleri

Ölçekler	Gruplar	n	Ortalama Puan	Standart sapma	Cronbach alfa	p değeri
Duygusal zeka puanı	VKİ<25	163	147,60	17,480	0,847	p>0.05
	VKİ≥30	163	145,83	16,663		
Yaşam kalitesi indeksi	VKİ<25	163	0,837	0,192	0,696	p<0.01
	VKİ≥30	163	0,740	0,217		
Sağlık algısı puanı	VKİ<25	163	38,95	7,702	0,678	p<0.05
	VKİ≥30	163	40,67	7,193		

Katılımcılara şu anki sağlık durumuna 0 ile 100 arasında puan vermesi istendiğinde olgu grubunun ortalama sağlık puanı 72,4±18,5, kontrol grubunun sağlık puanı 78,4±18,7'ydı. VKİ<25 olan bireylerin şu anki sağlık durumuna verdikleri puan daha yüksekti. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı (p=0.004). (Tablo 20)

Tablo 20:Bireylerin şu anki sağlık durumlarına verdikleri yanıtlar

Ölçekler	Gruplar	n	Ortalama	Standart sapma	p değeri
Şu anki sağlık durumu puanı	VKİ<25	163	78,4	18,7	p<0.01
	VKİ≥30	163	72,4	18,5	

Duygusal zekanın alt ölçeklerine bakıldığında iyimserlik/ruh halinin düzenlenmesi alt ölçeğinin ortalama puanları olgu grubunun $45,29 \pm 6,484$, kontrol grubunun puanı $44,32 \pm 7,388$ Cronbach alfa değeri 0,752’ydi. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p=0.206$). Duyguların kullanımı alt ölçeğinde olgu grubunun ortalama puanı $19,63 \pm 3,409$, kontrol grubunun ortalama puanı $20,67 \pm 3,435$, Cronbach alfa değeri 0,365’ti. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ($p=0.006$). Duyguların değerlendirilmesi alt ölçeğine bakıldığında olgu grubunun ortalama puanı $35,28 \pm 6,521$, kontrol grubu $36,58 \pm 6,065$, Cronbach alfa değeri 0,682’ydi. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p=0.063$). (Tablo 21)

Tablo 21: Duygusal zekanın alt ölçeklerinin değerlendirilmesi

Duygusal zekanın alt ölçekleri	Gruplar	n	Ortalama	Standart sapma	Cronbach alfa	p değeri
1. İyimserlik/ruh halinin düzenlenmesi	VKİ<25	163	44,32	7,388	0,752	$p>0.05$
	VKİ≥30	163	45,29	6,484		
2. Duyguların Kullanımı	VKİ<25	163	20,67	3,435	0,365	$p<0.01$
	VKİ≥30	163	19,63	3,409		
3. Duyguların Değerlendirilmesi	VKİ<25	163	36,58	6,065	0,682	$p>0.05$
	VKİ≥30	163	35,28	6,521		

Sağlık algısı alt ölçeklerine bakıldığında; kontrol merkezi alt ölçeğinin ortalama puanları olgu grubunda $14,12 \pm 4,563$, kontrol grubunda $13,23 \pm 4,272$, Cronbach alfa değeri ise 0,737’ydi. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p=0.07$).

Öz farkındalık alt ölçeğine bakıldığında olgu grubunun puanı $6,79 \pm 2,351$, kontrol grubunun puanı $7,18 \pm 2,376$, Cronbach alfa değeri 0,579'du. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p=0.399$).

Kesinlik alt ölçeğine baktığımızda olgu grubunun ortalama puanı $12,45 \pm 3,566$, kontrol grubunun ortalama puanı $11,31 \pm 3,408$, Cronbach alfa değeri 0,661'di. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ($p=0.04$).

Sağlığın önemi alt ölçeğine bakıldığında olgu grubunun ortalama puanı $7,31 \pm 2,537$, kontrol grubunun ortalama puanı $7,22 \pm 2,485$ 'ti. Cronbach alfa değeri 0,512'ydi. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p=0.741$). (Tablo 22)

Tablo 22: Sağlık algısı alt ölçeklerinin değerlendirilmesi

Sağlık algısının alt ölçekleri	Gruplar	n	Ortalama	Standart sapma	Cronbach alfa	p değeri
1.Kontrol merkezi	VKİ<25	163	13,23	4,272	0,737	$p>0.05$
	VKİ≥30	163	14,12	4,563		
2.Öz farkındalık	VKİ<25	163	7,18	2,376	0,579	$p>0.05$
	VKİ≥30	163	6,79	2,351		
3.Kesinlik	VKİ<25	163	11,31	3,408	0,661	$p<0.05$
	VKİ≥30	163	12,45	3,566		
4.Sağlığın önemi	VKİ<25	163	7,22	2,485	0,512	$p>0.05$
	VKİ≥30	163	7,31	2,537		

5.TARTIŞMA

Bu çalışmada duygusal zeka, sağlık algısı ve yaşam kalitesi açısından obez bireyler ve obez olmayan bireyler arasında fark olup olmadığı araştırıldı.

Çalışmada obez bireylerin obez olmayanlara göre duygusal zeka arasında fark olmadığı, yaşam kalitesinin düşük, sağlık algısının yüksek olduğu saptanmıştır.

Yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, gelir durumu olgu ve kontrol gruplarında duygusal zekayı, sağlık algısı ve yaşam kalitesini etkilememesi için benzer alındığından ve gruplar arasında fark olmadığından obezite ile ilişkisi kurulamamaktadır. Literatüre baktığımızda vücut kitle indeksi ve duygusal zeka arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmaların genellikle kolej öğrencileri[12], üniversite öğrencileri[13], adolesan [102] oldukları görülmektedir. Bizim çalışmamız 18-65 yaş arasında yapıldığından yaş ortalamaları doğal olarak bu çalışmalardan daha yüksektir.

2014 yılındaki TÜİK verilerine göre Türkiye’de 25 yaş ve üzeri okuma yazma bilmeyen toplam nüfus oranı % 5,6, lise ve dengi okul mezunu olan % 19,1, yüksekokul veya fakülte mezunu olan toplam nüfus oranı % 13,9’dur[103]. Bizim çalışmamızda her iki grupta da lise ve üstü eğitim durumu yüksekti. Bu durumun İzmir ilinden kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Mesleki durumun duygusal zekayı etkilememesi açısından; beyin gücü ağırlıklı, beden gücü ağırlıklı olarak farklı kategorik sınıflama yapıldı. TÜİK 2017 Haziran verilerine göre işsizlik oranı % 10,2 olarak belirtilmiştir[104]. Bizim çalışmamızda iki grupta da ortalama % 7,4 olduğu görülmektedir. Oranın az olmasının çalışmanın İzmir ve Üniversite hastanesinde yapıldığından kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Obezitenin düşük sosyoekonomik düzeyle ilişkili olduğuna dair literatürde bilgiler yer almaktadır[64]. Bizim çalışmamızda olgu ve kontrol grubunun her ikisinde de geliri giderinden fazla olan daha azdı, iki grup da istatistiksel olarak benzer olduğundan obezite ile ilişkisi değerlendirilemedi.

Obezitenin birçok sağlık sorununa yol açtığı literatürde belirtilmektedir[75, 76, 105]. Tüm etnik gruplarda obezitenin Tip 2 diyabet ile güçlü ilişkisi olduğu, Tip 2 diyabetlilerin % 80’nin obeziteye dayandırıldığı ve obezitenin hipertansiyon için risk faktörü olduğu belirtilmektedir[32]. Bizim çalışmamızda da obez bireylerin sağlık sorunlarının sonucunda

literatürle uyumlu olarak daha fazla ilaç kullanımı mevcuttur. En fazla kullanılanların diyabet ve hipertansiyon ilaçları olduğunu görmekteyiz. Bu sonuçlar literatürü desteklemektedir.

Obezitenin sigara kullanımı ve bırakılması ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Sigarayı bırakanlarda kilo artışının yaygın olduğu literatürde belirtilmektedir[44]. Sigara kullanımı ve vücut ağırlığı arasında negatif bir ilişki olduğu geniş kapsamlı bir epidemiyolojik çalışma olan NHANES II çalışması ile gösterilmiştir[106]. Sigara içenlerin içmeyenlere göre daha düşük vücut ağırlığında oldukları ve sigaranın bırakılmasından sonra görülen kilo artışı yapılan diğer çalışmalarda iyi bilinmektedir[107, 108]. Ancak bizim çalışmamızda sigara ile obezite arasında sigara kullanımı açısından olgu ve kontrol grupları anlamlı fark bulunamadı. A. Erkok ve ark tarafından 120 obez ve 120 normal kilolu bireyle yapılan çalışmada da sigara ile obez olma arasında ilişki bulunamamıştır[109]. Bizim çalışmamızda anlamlı fark bulunamamasının nedeni her iki grupta tütün ve tütün ürünü hiç kullanmamış kişilerin daha fazla olmasından kaynaklanıyor olabileceği düşünülmektedir.

Literatürde alkolün obezite ile ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur[110, 111]. Bizim çalışmamızda olgu ve kontrol grupları arasında alkol kullanımı açısından anlamlı fark saptanmıştır. Obez olan bireylerde düzenli alkol kullanımı daha fazladır. Sonuçlar literatürle uyumludur.

Diyet yapma durumu karşılaştırıldığında obez bireylerin daha çok diyet yaptığı, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür. Yapılan başka bir çalışmada daha önce obezite tedavisi görme ve zayıflamak için diyet yapma durumunun obezite ile ilişkili olduğu, yapılan diyet türü ve diyet yapma durumu ile obezite arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirtilmiştir[112].

Literatüre bakıldığında kahvaltı yapmanın fazla kilolu olma ile daha düşük riskle ilişkili olduğunu belirtmektedir[53, 54]. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması Sonuçlarına bakıldığında 12 yaş üzeri bireylerin sabah kahvaltısı öğününü atlama/tüketmeme durumlarının dağılımlarına bakıldığında 19-64 yaş arasında % 41'1 olduğu görülmektedir[113]. Kanadalı erişkinlerde yapılan bir çalışmada, kahvaltı tüketiminin, VKİ veya aşırı kilolu / obezite prevalansındaki farklılıklar ile tutarlı bir şekilde ilişkili olmadığı belirtilmiştir[114]. Bizim çalışmamızda sabah kahvaltısı ile obezite arasında ilişki kurulamamıştır.

Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırma 2010 sonuçlarına göre 12 yaş üzeri Türkiye genelinde 3 ana öğün tüketenlerin oranı erkeklerde % 69.2, kadınlarda % 66.4, toplamda ise

% 67.9 olarak bulunmuştur. Erkeklerin % 25.4'ü, kadınların % 26.4'ü, toplamda ise % 25.8'sinin 2 öğün tükettikleri, 1 ana öğün veya hiç öğün tüketmeyenlerin oranının erkeklerde % 5.4, kadınlarda % 7.3, toplamda ise % 6.3 olduğu saptanmıştır[113]. Bizim çalışmamızda da öğün atlama oranının benzer olduğu görülmektedir. Öğün atlama nedenlerine bakıldığında bizim çalışmamızda obez bireyler grubunda en sık neden “canının istememesi”, normal bireyler grubunda ise “zaman yetersizliği” olduğu görülmektedir. 2010 Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırma sonuçlarına bakıldığında da Türkiye genelinde sabah, öğle ve akşam öğünü atlama nedeni olarak en fazla her biri için “canının istememesi” olarak belirtilmiştir[113].

Yapılan çalışmalarda ebeveynlerin obez olmasının obeziteyi etkileyen önemli faktörlerden birisi olduğu vurgulanmıştır. Her iki ebeveyni obez olan çocuklarda obezite gelişme sıklığı % 80, ebeveynlerinden birisi obez olanlar % 50, her iki ebeveyni de obez olmayanlarda ise % 9 olarak tespit edilmiştir[115]. Çalışmamızda obez bireylerin ebeveynlerinde obezite anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Bu oran annede % 23,9, babada % 15,3 saptanmış olup, olgu ve kontrol grubunda anlamlı fark vardı ve bulgular mevcut literatür ile uyumludur.

Fiziksel aktivite ve egzersizin obezite ve diğer sağlık sorunlarının önlenmesinde önemli bir rolü olduğu bilinmektedir[116]. Çalışmamızda da egzersizi bırakmanın en sık kilo almayı başlatıcı etmen olarak belirtilmesi ve egzersiz yapmayanların obez olan grupta daha fazla olması literatürü desteklemektedir.

Beden ağırlığı algısı; beden ağırlığımızın düşüncemizde şekillendirdiğimiz resmi olarak tanımlanabilmektedir[117]. Doğru beden ağırlığı algısı algılanan ve ölçülen beden ağırlığı arasındaki uyumluluk olarak tanımlanır ve bu potansiyel olarak ağırlık durumu ile ilgili sağlık risklerinin farkındalığını da gösterir[118]. VKİ ortalaması tüm toplumlarda artmakta birlikte insanların kendi ağırlık durumlarına dair yanlış algısı da daha fazla olmaktadır[119]. 2012 Türkiye Beden Ağırlığı Algısı Araştırması “Obez olanların sadece % 25,8'inin kendini obez olarak algılamakta olduğunu % 54,2'sinin fazla kilolu, % 18,9'unun normal kiloda ve % 1,1'inin zayıf olarak kendini gördüğünü, obezlerin dörtte üçünün doğru beden ağırlığı algısına sahip olmadığını” belirtmiştir. Bizim çalışmamızda da obez bireylerin sadece % 16'sının kendini obez gördüğü, % 63,8'inin fazla kilolu olarak gördüğü sonucuna ulaşılmıştır ve literatürü desteklemektedir.

EQ'nun kronik hastalığın yönetiminde önemli bir role sahip olabileceğine dair literatürde bilgiler mevcuttur[120]. Aslında, diğer kronik hastalıklarda yapılan araştırmalar,

yaş, cinsiyet, aile öyküsü, obezite, hipertansiyon ve sigara içiciliği kontrol edildiğinde bile, duyguları daha az düzenleyen ve kullanan bireylerin koroner kalp hastalığına yakalanma olasılıklarının iki kat fazla olduğunu ortaya koymuştur[121]. Kanser hastalarında EQ'dan daha yüksek puan alanlar daha iyi zihinsel sağlık ve artmış duygusal ve sosyal işlevsellik[122], daha az endişe[123, 124] ve azalmış endişe[123-125] eğilimi göstermektedir. Ek olarak, EQ'daki daha yüksek puanlar, daha iyi glisemik kontrole dönüşen spesifik davranışlarla[120, 126] ve ayrıca kaygı ve duygusal tükenmişliğin azalmasıyla ilişkili olduğu belirtilmektedir[120].

Yüksek duygusal zekanın özelliklerinden biri de hedef başarıya giden yolu engelleyen baskıları kontrol etme, erteleme veya kaldırmasıdır. Duygusal zekası yüksek olan kişiler, tutumlarını ve uzun vadeli hedeflerini nadiren terk eder. Sonuç olarak, yüksek duygusal zekaya sahip insanlar, duygusal yeme alışkanlığını, düşük duygusal zekaya sahip insanlara göre etkin bir şekilde kontrol edebilirler. Duygu odaklı başa çıkma mekanizmalarının biri kişinin stres yükünden anlık bir rahatlama için yemek yemesi; yani duygusal yemedir (Aghayar, 2006)[13]. Biz de böyle düşünerek acaba duygusal zekadan kaynaklanan motivasyon eksikliğinden, stresle başa çıkamamasından, kendisi ile farkındalığının az olmasından, kendini denetleyebilmesinden vb duygusal zekanın bazı diğer yetkinliklerinden kaynaklanan sorunlardan mı insanlar kilo alıyor ya da kilo veremeyerek obez oluyor sorusunu araştırmak istedik. Ancak kontrol grubunun duygusal zeka puan ortalaması olgu grubundan daha fazla olmasına rağmen; (olgu grubunun ortalama puanı $145,83 \pm 16,66$, kontrol grubunun ise $147,60 \pm 17,48$) iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulamadık ($p=0.353$). Ölçeğin Cronbach-Alfa iç tutarlık katsayısı 0,847'di. Bu sonucun İzmir'in sosyoekonomik düzeyinin yüksek olmasından kaynaklanabileceğini düşünmekteyiz. Literatüre bakıldığında 16-19 yaş arasındaki adölesanlarla yapılan çalışmalarda duygusal zeka ve yaşam kalitesi ile pozitif, doğrusal bir ilişki olduğu, VKİ ile Duygusal Zeka arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirtiliyor[102]. Yine başka bir çalışmada duygusal zeka ve VKİ arasında ilişki kurulamadığı belirtiliyor[127]. Üniversite öğrencilerinde yapılan bir çalışmada Duygusal zeka ve VKİ arasında anlamlı negatif korelasyon olduğu, diğer bir deyişle, duygusal zeka arttıkça VKİ azaldığı ve tersinin de geçerli olduğu belirtilmiştir[13]. Literatürdeki diğer çalışmaların yaş ortalamasının daha düşük olduğu kolej öğrencileri ve üniversite öğrencilerine yapıldığı için anlamlı çıktığını düşünmekteyiz. Zaten literatürdeki Golzar Nurmohamadian ve ark. tarafından yapılan çalışmada [13] ortalama VKİ'nin 22.91, obez bireylerin % 8, normal kilolu olanların % 50,4, ortalama duygusal zeka puanının 127.38 olduğu; Feai-Voon Wong

tarafından yapılan “Kolej öğrencilerinin yeme davranışları, VKİ ve Duygusal Zeka arasındaki ilişkiyi inceleyen tez çalışmasında[12] da obez olan grubun sadece % 6 olduğu, % 64’ünün normal kiloda olduğu görülmektedir. Bizim çalışmamız da obez bireylerle obez olmayan bireyler eşit seçildiğinden literatürde bizim çalışmamıza benzer çalışmaya rastlanmamıştır.

Duygusal zekanın alt ölçekleri incelendiğinde duyguların kullanımı alt ölçeği obez bireylerde istatistiksel olarak anlamlı ve düşüktü. İyimserlik/ruh halinin düzenlenmesi ve duyguların değerlendirilmesi alt ölçekleri anlamlı değildi. Duyguların kullanımının obezite için neden mi sonuç mu olduğu çıkarımında bulunmak oldukça güçtür. İleri araştırmalarda bu konunun daha detaylı araştırılması gerekebilir.

Yaşam kalite indeksi açısından değerlendirildiğinde obez bireylerin yaşam kalitesinin daha düşük olduğu çeşitli çalışmalarda belirtilmektedir[16, 128]. Bizim çalışmamızda da olgu grubunun ortalama indeksi puanı $0,74 \pm 0,217$, kontrol grubunun ortalama indeks puanı $0,837 \pm 0,192$ olduğu bulunmuştur. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı. $VKI > 30$ olan bireylerin yaşam kalitesi daha düşüktü. Şu anki sağlık durumuna verilen puan sonuçları da yaşam kalitesi sonucuyla uyumluydu. Obez bireylerin şu anki sağlık durumuna verdikleri puan anlamlı olarak daha düşüktü.

Çalışmamızda sağlık algısı puanı açısından değerlendirdiğimizde olgu grubunun ortalama puanı kontrol grubundan yüksekti, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ($p=0.038$). Ölçeğin Cronbach-Alfa iç tutarlık katsayısı 0,678’di. Literatüre bakıldığında VKİ ile sağlık algısını araştıran bir çalışmaya rastlayamadık. Yapılan diğer çalışmalarda; Eser ve ark (2012) sağlık algı ölçeğini uyguladıkları Eczacılık Fakültesi birinci ve dördüncü sınıf öğrencilerinin sağlık algı puanlarında fark olmadığını ayrıca sosyoekonomik durum ve anne-baba öğrenim düzeyi, beden kitle indeksi, sigara alkol kullanımının da sağlık algısı ile ilişkili olmadığını belirtmiştir. ‘Sağlık Okuryazarlığının Gebelik ve Sağlık Algısı’ ile ilişkisi adlı çalışmada gebe olmayan kadınlarla gebe kadınların sağlık algısının benzer olduğu ve sağlık algısı ile sağlık okuryazarlığı arasında pozitif yönde korelasyon olduğu belirtilmiştir[129]. Hemşirelik öğrencilerinin sağlık algılarının belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmada öğrencilerin sağlık algılarının orta düzeyde olduğu sonucuna ulaşıldığı belirtilmiştir. Öğrenciler en yüksek puan ortalamasını kontrol merkezi alt boyutundan, en düşük puan ortalamasını sağlığın önemi alt boyutundan almıştı[130]. Bizim çalışmamızda ise Sağlık algısı alt ölçeklerine bakıldığında kontrol merkezi alt ölçeğinin ortalama puanları olgu grubunun, kontrol grubuna göre daha yüksek, cronbach alfa değeri 0,737’ydi. İki grup arasında

istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p=0.07$). Öz farkındalık alt ölçeğine bakıldığında olgu grubunun puanı kontrol grubundan daha düşük, cronbach alfa değeri 0,579'du. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p=0.399$). Kesinlik alt ölçeğine baktığımızda olgu grubunun ortalama puanı kontrol grubundan daha yüksek, cronbach alfa değeri 0,661'di. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ($p=0.04$). Sağlığın önemi alt ölçeğine bakıldığında olgu grubunun ortalama puanı daha yüksek olup Cronbach alfa değeri 0,512'ydi. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p=0.741$). Obezite veya vücut kitle indeksi ve sağlık algısı açısından literatüre katkı sağlayacak daha çok araştırmaya ihtiyacımız bulunmaktadır.

Araştırmamız Balçova ilçesinde ve üniversite hastanesinde gerçekleştirilmiştir. Farklı illerden ve ilçelerden gelen kişiler de çalışmaya katılmış olsa da; bu çalışmayı sadece belli bir ilin belli bir ilçesinde yapılması sebebiyle topluma genellemek mümkün değildir. Üniversite Hastanelerine belli sosyal güvencesi olan bireylerin gelmesinden dolayı, sosyal güvencesi olmayan kişiler çoğunlukla katılmamıştır. Bireylerin boy kilo bilgileri beyana göre alınmıştır. Ölçeklerin toplamda soru sayısının fazla olması katılımcıları olumsuz etkilemiş olabilir. Bazı maddelerin ne ifade ettiğini anlamadıklarını söylemişlerdir. Beşli likert ölçekleri Türkçe'ye çok uygun olmayabilir, katılımcıların cevap verirken zorlandığı gözlenmiştir. Bu gibi durumlar çalışmanın sonucunu etkilemiş olabilir. Bu durumlar çalışmamızın kısıtlılıklarındandır. Çalışmamızın güçlü yanı Türkiye'de duygusal zeka ve sağlık algısı ile obezite arasındaki ilişkiyi araştıran çalışma bulunmamasıdır. Bizim çalışmamız, gelecekteki araştırmalara fikir verebilir.

Araştırma için herhangi bir kurum ya da kişiden finansal destek alınmamıştır.

6.Sonuç

Çalışmamızda obez bireylerin obez olmayan bireylere göre sağlık algısının yüksek, yaşam kalitesinin düşük olduğu, duygusal zeka açısından da fark olmadığı tespit edilmiştir.

Obez olmanın sağlık algısı üzerinde bir etkisinin olup olmadığını araştırdığımız bu çalışma sonuçlarına göre sağlık algısının yüksek olması çoğu bireyin kendini obez olarak görmemesinden kaynaklanabilir. Duygusal zeka açısından farkın bulunmaması ise obezitede duyguların yanında başka faktörlerin de etkili olabileceğini düşündürmektedir.

Obezitenin yaygınlığının tüm dünyada olduğu gibi Türkiye'de de gün geçtikçe arttığı ve birçok sağlık sorununu beraber getirdiği bilinmektedir. Oluşumunda genetik, psikolojik ve sosyal etkenlerin olması, obezitenin çok boyutlu olarak ele alınması ve biyopsikososyal olarak

tedavi edilmesi gerektiğini göstermektedir. Sadece kilo vermeye odaklanan yeme programlarının tekrar gözden geçirilmesi, obezitenin neden olduğu psikolojik ve sosyal sorunların da dikkate alınarak çözülmesi, beslenmenin yaşam tarzı haline getirilmesi gerekmektedir.

Obeziteyi önlemeye yönelik, toplumun, sağlık bakanlığının, medya ve gıda endüstrisinin kilo artışını daha aza indirecek politikalar geliştirmesi, obezite ile ilgili farkındalık yaratılmasının ve yüksek risk taşıyan bireylere öncelik verilerek, değiştirilebilir faktörlere yönelik korunma ve müdahale çalışmalarının düzenlenmesinin, obezitenin önlenmesi ve kontrolünde etkili olacağı, özellikle çocuklar ve adolesanları da içeren bütün yaş gruplarında sağlıklı yaşam tarzlarının teşvik edilmesi gerektiği düşünülmektedir.

Hastalarının tıbbi, psikolojik ve sosyal sorunlarını iyi bilen aile hekimlerine büyük bir sorumluluk düşmektedir. Beslenme eğitimi ilk olarak aile hekimliğinde verilmelidir. Koruyucu sağlık hizmetleri yürütülürken toplumun değişen beslenme alışkanlıkları da göz önünde bulundurularak sağlıklı beslenme konusunda bireylerin bilinçlendirilmesi gereklidir. Aile hekimleri, sağlıklı davranışların teşvik edildiği ve desteklendiği bir ortam yaratmada mümkün olduğunca her aşamaya dahil olmalıdır. Duygusal zeka ve sağlık algısının obezite ile ilişkisini değerlendirecek daha detaylı ve kapsamlı çalışmaların yapılmasına ihtiyaç duyulmaktadır.

7.KAYNAKLAR

1. TEMD Obezite, L.M., Hipertansiyon Çalışma Grubu, *Obezite Tanı ve Tedavi Kılavuzu*. 2016.
2. Organization, W.H., *Obesity: preventing and managing the global epidemic*. 2000: World Health Organization.
3. *Türkiye'deki obezite oranı %31,1 oranında arttı*, in *Türkiye İstatistik Kurumu Basın Odası Haberleri*. 8 Ekim 2015.
4. *OBESITY Update*. OECD 2014.
5. Deveci, A., et al., *Obez hastalarda psikopatoloji, aleksitimi ve benlik saygısı*. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2005. **6**: p. 84-91.
6. Hamulu, F., *Obezite komplikasyonları*. Obezite ve Tedavisi, 1999: p. 41-61.
7. Jensen, M.D., et al., *2013 AHA/ACC/TOS guideline for the management of overweight and obesity in adults: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and The Obesity Society*. J Am Coll Cardiol, 2014. **63**(25 Pt B): p. 2985-3023.
8. Cummings, S., E.S. Parham, and G.W. Strain, *Position of the American Dietetic Association: weight management*. J Am Diet Assoc, 2002. **102**(8): p. 1145-55.
9. Hill, J.O., H. Thompson, and H. Wyatt, *Weight maintenance: what's missing?* J Am Diet Assoc, 2005. **105**(5 Suppl 1): p. S63-6.
10. Brownell, K.D. and J. Rodin, *The dieting maelstrom. Is it possible and advisable to lose weight?* Am Psychol, 1994. **49**(9): p. 781-91.
11. Berkel, L.A., et al., *Behavioral interventions for obesity*. J Am Diet Assoc, 2005. **105**(5 Suppl 1): p. S35-43.
12. Wong, F.-V., *The Association Between Emotional Intelligence, Body Mass Index and Eating Behaviors Among College Students*. 2011.
13. Nurmohamadian, G. and H. Boland, *The Relationship between Body Image, Emotional Intelligence, and Body Mass Index*. International Journal of Humanities and Cultural Studies (IJHCS) ISSN 2356-5926, 2016: p. 723-732.
14. Sullivan, P.W., V.H. Ghushchyan, and R. Ben-Joseph, *The impact of obesity on diabetes, hyperlipidemia and hypertension in the United States*. Qual Life Res, 2008. **17**(8): p. 1063-71.

15. Sach, T.H., et al., *The relationship between body mass index and health-related quality of life: comparing the EQ-5D, EuroQol VAS and SF-6D*. Int J Obes (Lond), 2007. **31**(1): p. 189-96.
16. Jia, H. and E.I. Lubetkin, *The impact of obesity on health-related quality-of-life in the general adult US population*. J Public Health (Oxf), 2005. **27**(2): p. 156-64.
17. Fontaine, K.R. and I. Barofsky, *Obesity and health-related quality of life*. Obes Rev, 2001. **2**(3): p. 173-82.
18. *Obesity and overweight*. June 2016; Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>.
19. *Defining Adult Overweight and Obesity*. June 16, 2016.
20. Ozanne, S.E., *Epigenetic signatures of obesity*. N Engl J Med, 2015. **372**(10): p. 973-4.
21. Oken, E., et al., *Gestational weight gain and child adiposity at age 3 years*. Am J Obstet Gynecol, 2007. **196**(4): p. 322.e1-8.
22. Baptiste-Roberts, K., et al., *Gestational diabetes and subsequent growth patterns of offspring: the National Collaborative Perinatal Project*. Matern Child Health J, 2012. **16**(1): p. 125-32.
23. Schanler, R.J. *Infant benefits of breastfeeding*. Aug 2017; Available from: https://www.uptodate.com/contents/infant-benefits-of-breastfeeding?source=see_link§ionName=Obesity&anchor=H291235028#H291235028.
24. Loos, R.J., *Genetic determinants of common obesity and their value in prediction*. Best Pract Res Clin Endocrinol Metab, 2012. **26**(2): p. 211-26.
25. The, N.S., et al., *Association of adolescent obesity with risk of severe obesity in adulthood*. Jama, 2010. **304**(18): p. 2042-7.
26. Must, A., S.M. Phillips, and E.N. Naumova, *Occurrence and timing of childhood overweight and mortality: findings from the Third Harvard Growth Study*. J Pediatr, 2012. **160**(5): p. 743-50.
27. Johnson, F., et al., *Changing perceptions of weight in Great Britain: comparison of two population surveys*. Bmj, 2008. **337**: p. a494.
28. George A Bray, L.P. *Obesity in adults: Prevalence, screening, and evaluation*. Aug 2017; Available from: https://www.uptodate.com/contents/obesity-in-adults-prevalence-screening-and-evaluation?source=search_result&search=obesity&selectedTitle=2~150.

29. Gunderson, E.P., et al., *Childbearing may increase visceral adipose tissue independent of overall increase in body fat*. Obesity (Silver Spring), 2008. **16**(5): p. 1078-84.
30. Obezite, T., L. Metabolizması, and H.Ç. Grubu, *Obezite Tanı ve Tedavi Kılavuzu*. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, 2017: p. 11-19.
31. Bray, G.A. *Obesity in adults: Etiology and natural history*. Aug 2017; Available from: https://www.uptodate.com/contents/obesity-in-adults-etiology-and-natural-history?source=search_result&search=obesity%20ethiology&selectedTitle=1~150.
32. Bray, G.A. and L. Perreault. *Obesity in adults: Health consequences*. Apr 08, 2017; Available from: https://www.uptodate.com/contents/obesity-in-adults-health-consequences?source=search_result&search=obesity%20diabetes&selectedTitle=1~150.
33. Deshmukh-Taskar, P., et al., *Tracking of overweight status from childhood to young adulthood: the Bogalusa Heart Study*. Eur J Clin Nutr, 2006. **60**(1): p. 48-57.
34. Mannan, M., S.A. Doi, and A.A. Mamun, *Association between weight gain during pregnancy and postpartum weight retention and obesity: a bias-adjusted meta-analysis*. Nutr Rev, 2013. **71**(6): p. 343-52.
35. Smith, D.E., et al., *Longitudinal changes in adiposity associated with pregnancy. The CARDIA Study. Coronary Artery Risk Development in Young Adults Study*. Jama, 1994. **271**(22): p. 1747-51.
36. Lovejoy, J.C., *The menopause and obesity*. Prim Care, 2003. **30**(2): p. 317-25.
37. Church, T.S., et al., *Trends over 5 decades in U.S. occupation-related physical activity and their associations with obesity*. PLoS One, 2011. **6**(5): p. e19657.
38. Hu, F.B., et al., *Television watching and other sedentary behaviors in relation to risk of obesity and type 2 diabetes mellitus in women*. Jama, 2003. **289**(14): p. 1785-91.
39. Borghese, M.M., et al., *Independent and combined associations of total sedentary time and television viewing time with food intake patterns of 9- to 11-year-old Canadian children*. Appl Physiol Nutr Metab, 2014. **39**(8): p. 937-43.
40. Bellisle, F., *Meals and snacking, diet quality and energy balance*. Physiol Behav, 2014. **134**: p. 38-43.
41. George A Bray. *Obesity in adults: Etiology and natural history*. Aug 2017; Available from: https://www.uptodate.com/contents/obesity-in-adults-etiology-and-natural-history?source=search_result&search=obesity%20ethiology&selectedTitle=1~150.

42. Spiegel, K., et al., *Brief communication: Sleep curtailment in healthy young men is associated with decreased leptin levels, elevated ghrelin levels, and increased hunger and appetite*. Ann Intern Med, 2004. **141**(11): p. 846-50.
43. Greer, S.M., A.N. Goldstein, and M.P. Walker, *The impact of sleep deprivation on food desire in the human brain*. Nat Commun, 2013. **4**: p. 2259.
44. Filozof, C., M.C. Fernandez Pinilla, and A. Fernandez-Cruz, *Smoking cessation and weight gain*. Obes Rev, 2004. **5**(2): p. 95-103.
45. Leslie, W.S., et al., *Changes in body weight and food choice in those attempting smoking cessation: a cluster randomised controlled trial*. BMC Public Health, 2012. **12**: p. 389.
46. Parsons, A.C., et al., *Interventions for preventing weight gain after smoking cessation*. Cochrane Database Syst Rev, 2009(1): p. Cd006219.
47. Swinburn, B.A., et al., *The global obesity pandemic: shaped by global drivers and local environments*. Lancet, 2011. **378**(9793): p. 804-14.
48. Mozaffarian, D., et al., *Changes in diet and lifestyle and long-term weight gain in women and men*. N Engl J Med, 2011. **364**(25): p. 2392-404.
49. Malik, V.S., et al., *Sugar-sweetened beverages and weight gain in children and adults: a systematic review and meta-analysis*. Am J Clin Nutr, 2013. **98**(4): p. 1084-102.
50. Bouchard, C., et al., *The response to long-term overfeeding in identical twins*. N Engl J Med, 1990. **322**(21): p. 1477-82.
51. Jaaskelainen, A., et al., *Associations of meal frequency and breakfast with obesity and metabolic syndrome traits in adolescents of Northern Finland Birth Cohort 1986*. Nutr Metab Cardiovasc Dis, 2013. **23**(10): p. 1002-9.
52. Toschke, A.M., K.H. Thorsteinsdottir, and R. von Kries, *Meal frequency, breakfast consumption and childhood obesity*. Int J Pediatr Obes, 2009. **4**(4): p. 242-8.
53. Rampersaud, G.C., et al., *Breakfast habits, nutritional status, body weight, and academic performance in children and adolescents*. J Am Diet Assoc, 2005. **105**(5): p. 743-60; quiz 761-2.
54. Odegaard, A.O., et al., *Breakfast frequency and development of metabolic risk*. Diabetes Care, 2013. **36**(10): p. 3100-6.
55. Mostad, I.L., M. Langaas, and V. Grill, *Central obesity is associated with lower intake of whole-grain bread and less frequent breakfast and lunch: results from the HUNT*

- study, an adult all-population survey.* Appl Physiol Nutr Metab, 2014. **39**(7): p. 819-28.
56. Allison, K.C., et al., *Binge eating disorder and night eating syndrome: a comparative study of disordered eating.* J Consult Clin Psychol, 2005. **73**(6): p. 1107-15.
 57. Leslie, W.S., C.R. Hankey, and M.E. Lean, *Weight gain as an adverse effect of some commonly prescribed drugs: a systematic review.* Qjm, 2007. **100**(7): p. 395-404.
 58. Fava, M., et al., *Fluoxetine versus sertraline and paroxetine in major depressive disorder: changes in weight with long-term treatment.* J Clin Psychiatry, 2000. **61**(11): p. 863-7.
 59. Knowler, W.C., et al., *Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin.* N Engl J Med, 2002. **346**(6): p. 393-403.
 60. *Weight gain associated with intensive therapy in the diabetes control and complications trial. The DCCT Research Group.* Diabetes Care, 1988. **11**(7): p. 567-73.
 61. Hochberg, I. and Z. Hochberg, *Expanding the definition of hypothalamic obesity.* Obes Rev, 2010. **11**(10): p. 709-21.
 62. Knudsen, N., et al., *Small differences in thyroid function may be important for body mass index and the occurrence of obesity in the population.* J Clin Endocrinol Metab, 2005. **90**(7): p. 4019-24.
 63. Fox, C.S., et al., *Relations of thyroid function to body weight: cross-sectional and longitudinal observations in a community-based sample.* Arch Intern Med, 2008. **168**(6): p. 587-92.
 64. Drewnowski, A., C.D. Rehm, and D. Solet, *Disparities in obesity rates: analysis by ZIP code area.* Soc Sci Med, 2007. **65**(12): p. 2458-63.
 65. Drewnowski, A., *The economics of food choice behavior: why poverty and obesity are linked.* Nestle Nutr Inst Workshop Ser, 2012. **73**: p. 95-112.
 66. Dubowitz, T., et al., *Are our actions aligned with our evidence? The skinny on changing the landscape of obesity.* Obesity (Silver Spring), 2013. **21**(3): p. 419-20.
 67. McTigue, K.M., J.M. Garrett, and B.M. Popkin, *The natural history of the development of obesity in a cohort of young U.S. adults between 1981 and 1998.* Ann Intern Med, 2002. **136**(12): p. 857-64.
 68. Dhurandhar, N.V., *Contribution of pathogens in human obesity.* Drug News Perspect, 2004. **17**(5): p. 307-13.

69. So, P.W., A.H. Herlihy, and J.D. Bell, *Adiposity induced by adenovirus 5 inoculation*. Int J Obes (Lond), 2005. **29**(6): p. 603-6.
70. Whigham, L.D., B.A. Israel, and R.L. Atkinson, *Adipogenic potential of multiple human adenoviruses in vivo and in vitro in animals*. Am J Physiol Regul Integr Comp Physiol, 2006. **290**(1): p. R190-4.
71. Atkinson, R.L., et al., *Human adenovirus-36 is associated with increased body weight and paradoxical reduction of serum lipids*. Int J Obes (Lond), 2005. **29**(3): p. 281-6.
72. Zhang, H., et al., *Human gut microbiota in obesity and after gastric bypass*. Proc Natl Acad Sci U S A, 2009. **106**(7): p. 2365-70.
73. Tremaroli, V. and F. Backhed, *Functional interactions between the gut microbiota and host metabolism*. Nature, 2012. **489**(7415): p. 242-9.
74. Murphy, E.F., et al., *Antimicrobials: Strategies for targeting obesity and metabolic health?* Gut Microbes, 2013. **4**(1): p. 48-53.
75. *What is Obesity?* Aug 3, 2017
76. *Obesity*. Sunday, November 21, 2010; Available from: <http://www.globalissues.org/article/558/obesity>.
77. Kolotkin, R., K. Meter, and G. Williams, *Quality of life and obesity*. Obesity reviews, 2001. **2**(4): p. 219-229.
78. Tezcan, B., *Obez Bireylerde Benlik Saygisi, Beden Algisi ve Travmatik Geçmiş Yasantılar*. Istanbul: TC Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi, 2009.
79. F., H., *Obezite Komplikasyonları*. 1. baskı ed, ed. Y. C. 1999, İstanbul: Mart Matbaacılık.
80. Balcıoğlu, İ. and S.Z. Başer, *Obezitenin psikiyatrik yönü*. İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi, 2008. **62**(1): p. 341-348.
81. Yılmaz, N., *OBEZ BİREYLERDE BENLİK SAYGISI, SOSYAL GÖRÜNÜŞ KAYGISI VE VÜCUT ALGISI*, in *AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI*. 2015, DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
82. George A Bray, L.P. *Obesity in adults: Behavioral therapy*. Aug 2017; Available from: https://www.uptodate.com/contents/obesity-in-adults-behavioral-therapy?source=search_result&search=obesity%20behavioral&selectedTitle=1~150.
83. Döner, P., et al., *Birinci Basamakta Obezite Yönetimine Nitel Çalışmaların Katkısı*. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care, 2013. **7**(4).

84. Europe, W., *The European definition of general practice/family medicine*. Barcelona: WONCA Europe, 2002.
85. KELEŞOĞLU, Ö., *DUYGUSAL ZEKÂ*, in *SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ EĞİTİM BİLİMLERİ* 2007, ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
86. Yeşilyaprak, B., *Duygusal zeka ve eğitim açısından doğurguları*. Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi, 2001. **25**(25): p. 139-146.
87. Tuğrul, C., *Duygusal zeka*. Klinik Psikiyatri, 1999. **1**: p. 12-20.
88. Murphy, K.T., *The relationship between emotional intelligence and satisfaction with life after controlling for self-esteem, depression, and locus of control among community college students*. 2006.
89. Çolak Okumuş, D. and E. Uğur, *Hemşirelerin Duygusal Zeka Düzeylerinin Bakım Davranışlarına Etkisi*. 2017.
90. Bayat , M., *Sağlık ve Hastalık: Kültürlerarası Hemşirelik*. 2012, İstanbul: İstanbul Tıp Kitapevi.
91. *What is the WHO definition of health?* 2017; Available from: <http://www.who.int/suggestions/faq/en/>.
92. Klein Velderman, M., et al., *Identification and management of psychosocial problems among toddlers by preventive child health care professionals*. European Journal of Public Health, 2009. **20**(3): p. 332-338.
93. Grabe, H., et al., *Prevalence, quality of life and psychosocial function in obsessive-compulsive disorder and subclinical obsessive-compulsive disorder in northern Germany*. European archives of psychiatry and clinical neuroscience, 2000. **250**(5): p. 262-268.
94. Bergner, M., *Quality of life, health status, and clinical research*. Med Care, 1989. **27**(3 Suppl): p. S148-56.
95. Amy H Peterman, Nan Rothrock, and David Cella. *Evaluation of health-related quality of life (HRQL) in patients with a serious life-threatening illness*. Aug 2017; Available from: https://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-health-related-quality-of-life-hrql-in-patients-with-a-serious-life-threatening-illness?source=search_result&search=quality%20life&selectedTitle=1~150.
96. Cella, D.F., *Measuring quality of life in palliative care*. Semin Oncol, 1995. **22**(2 Suppl 3): p. 73-81.

97. Aaronson, N.K., *Quality of life: what is it? How should it be measured?* Oncology (Williston Park), 1988. **2**(5): p. 69-76, 64.
98. Tatar, A., S. Tok, and G. Saltukoğlu, *Gözden geçirilmiş Schutte Duygusal Zekâ Ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması ve psikometrik özelliklerinin incelenmesi*. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, 2011. **21**(4): p. 325-338.
99. Kahyaoğlu Süt, H., *Akut koroner sendromlu hastalarda yaşam kalitesi: EQ-5D ölçeğinin geçerlilik ve güvenirlik çalışması*. 2009.
100. Şahin, Ş., S. Toprak, and E. Ünal, *QALY: quality adjusted life year*. Medicine Science, 2012. **1**(3).
101. KADIOĞLU, H. and A. YILDIZ, *Sağlık Algısı Ölçeği'nin Türkçe Çevriminin Geçerlilik ve Güvenilirliği*. Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences, 2012. **32**(1): p. 47-53.
102. Gudlavalleti, A., M. Sameer, and R. Pandey. *Study of emotional intelligence, quality of life and body mass index in adolescents*. in *EUROPEAN JOURNAL OF MEDICAL RESEARCH*. 2010. I HOLZAPFEL VERLAG GMBH HARTHAUSER STR 105, 81545 MUNICH, GERMANY.
103. *İstatistiklerle Kadın, 2015*, in *TÜİK Haber Bülteni*. 07 Mart 2016 Saat: 10:00.
104. *İşgücü İstatistikleri, Haziran 2017*, in *TÜİK Haber Bülteni*. 15 Eylül 2017 Saat: 10:00.
105. Serter, R., *Obezite Atlası*. Ankara, Karakter Color Basımevi, 2004.
106. Hodge, A.M., et al., *Is leptin sensitivity the link between smoking cessation and weight gain?* Int J Obes Relat Metab Disord, 1997. **21**(1): p. 50-3.
107. Jensen, E.X., et al., *Impact of chronic cigarette smoking on body composition and fuel metabolism*. J Clin Endocrinol Metab, 1995. **80**(7): p. 2181-5.
108. Yoshinari, M., M. Wakisaka, and M. Fujishima, *Serum leptin levels in smokers with type 2 diabetes*. Diabetes Care, 1998. **21**(4): p. 516-7.
109. Erkol, A. and L. Khorshid, *Obezite; Predispozan faktörler ve sosyal boyutun değerlendirilmesi*. SSK Tepecik Hastanesi Dergisi, 2004. **14**(2): p. 101-107.
110. Traversy, G. and J.-P. Chaput, *Alcohol consumption and obesity: an update*. Current obesity reports, 2015. **4**(1): p. 122-130.
111. Suter, P.M., *Is alcohol consumption a risk factor for weight gain and obesity?* Crit Rev Clin Lab Sci, 2005. **42**(3): p. 197-227.
112. ÇAYIR, A., A. Nazlı, and S.K. KÖSE, *Beslenme ve diyet kliniğine başvuranlarda obezite durumu ve etkili faktörlerin belirlenmesi*. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, 2011. **64**(01): p. 013-019.

113. Bakanlığı, T.S., *Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2010: Beslenme durumu ve alışkanlıklarının değerlendirilmesi sonuç raporu*. Ankara, Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, 2014.
114. Barr, S.I., L. DiFrancesco, and V.L. Fulgoni, *Association of breakfast consumption with body mass index and prevalence of overweight/obesity in a nationally-representative survey of Canadian adults*. Nutrition journal, 2016. **15**(1): p. 33.
115. Babaoğlu, K. and ř. Hatun, *Çocukluk çağında obezite*. Sted, 2002. **11**(1): p. 8-10.
116. Ali ÖZKAN , Y.K., Gürhan KAYIHAN , , *Obezitenin önlenmesi ve tedavisinde fiziksel aktivite ve egzersizin rolü*. SSTB Spor Sağlık ve Tıp Bilimleri Dergisi, 2013. **03**(07).
117. Burns, C., M. Tijhuis, and J. Seidell, *The relationship between quality of life and perceived body weight and dieting history in Dutch men and women*. International journal of obesity, 2001. **25**(9): p. 1386.
118. Dorsey, R.R., M.S. Eberhardt, and C.L. Ogden, *Racial/ethnic differences in weight perception*. Obesity, 2009. **17**(4): p. 790-795.
119. Tang, J.W., et al., *Peer reviewed: South Asian American perspectives on overweight, obesity, and the relationship between weight and health*. Preventing chronic disease, 2012. **9**.
120. Yalcin, B.M., et al., *The effects of an emotional intelligence program on the quality of life and well-being of patients with type 2 diabetes mellitus*. Diabetes Educ, 2008. **34**(6): p. 1013-24.
121. Kravvariti, E., K. Maridaki-Kassotaki, and E. Kravvaritis, *Emotional intelligence and coronary heart disease: how close is the link?* Global Journal of Health Science, 2010. **2**(1): p. 127.
122. Rey, L., N. Extremera, and L. Trillo, *Exploring the relationship between emotional intelligence and health-related quality of life in patients with cancer*. J Psychosoc Oncol, 2013. **31**(1): p. 51-64.
123. Schmidt, J.E. and M.A. Andrykowski, *The role of social and dispositional variables associated with emotional processing in adjustment to breast cancer: an internet-based study*. Health Psychol, 2004. **23**(3): p. 259-66.
124. Smith, S.G., et al., *Psychological impairment in patients urgently referred for prostate and bladder cancer investigations: the role of trait emotional intelligence and perceived social support*. Support Care Cancer, 2012. **20**(4): p. 699-704.

125. Smith, S.G., et al., *The role of trait emotional intelligence in the diagnostic cancer pathway*. Support Care Cancer, 2012. **20**(11): p. 2933-9.
126. Samar, A.D., *The relationship among emotional intelligence, self-management and glycemic control in individuals with type 1 diabetes*. 2001.
127. Pasand, F., E. Soltani, and B. Bazgir, *The Relationship of Amount of Weekly Practice, Body Mass Index, Championship History and Age with Athletes' Emotional Intelligence*.
128. Sach, T., et al., *The relationship between body mass index and health-related quality of life: comparing the EQ-5D, EuroQol VAS and SF-6D*. International journal of obesity, 2007. **31**(1): p. 189.
129. Filiz, E., *Sağlık okuryazarlığının gebelik ve sağlık algısı ile ilişkisi*. 2015, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
130. ALKAN, S.A., A. ÖZDELĞKARA, and N.M. BOĞA, *HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİNİN SAĞLIK ALGILARININ BELİRLENMESİ*.

EK 2:VERİ KAYIT FORMU ÖRNEĞİ

Sayın Katılımcı

Bu araştırma vücut kitle indeksi, duygusal zeka, yaşam kalitesi ile sağlık algısı arasında farklılık olup olmadığını anlamak için yapılacaktır. Çalışmanın sonuçları bilimsel amaçlı kullanılacaktır. Katılımınız için teşekkür ederiz.

Dokuz Eylül Üniversitesi Aile Hekimliği A.D

1. Yaşınız:

2. Cinsiyetiniz: 1. Kadın ☐ 2. Erkek ☐

3. Boyunuz: Kilonuz: VKİ:

4. En son bitirdiğiniz okul: 1. Okuryazar ☐ 2. İlkokul ☐ 3.Ortaokul ☐ 4. Lise ☐ 5. Üniversite ☐
6. Yüksek lisans ☐

5. Mesleğiniz: 1. Öğrenci ☐ 2. Çalışmıyor ☐ 3. Ev hanımı ☐ 4. Emekli ☐
5.Bedensel güç ağırlıklı ücretli (İşçi, Polis, Aşçı) ☐ 6.Bedensel güç ağırlıklı (Esnaf, Çifçi, Tamirci, Şoför) ☐
7. Beyin gücü ağırlıklı serbest (Dışçı, Avukat) ☐ 8.Beyin gücü ağırlıklı ücretli (Memur, Uzman, Hemşire) ☐

6. Medeni haliniz: 1. Bekar ☐ 2. Evli ☐ 3. Eşi vefat etmiş ☐ 4. Boşanmış- ayrı yaşıyor ☐

7. Aylık gelir durumunuz : 1. Gelirim giderimden az ☐ 2. Gelirim giderime eşit ☐
3. Gelirim giderimden fazla ☐

8. Sürekli ilaç kullanmanız gereken hastalığınız var mı?(birden fazla işaretleyebilirsiniz)

1. Yok: ☐ 2.Hipertansiyon: ☐ 3. Şeker hastalığı: ☐ 4. Kalp hastalığı: ☐
5. Kolesterol yüksekliği: ☐ 6.Depresyon: ☐ 7. Diğer.....

9. Vücut ağırlığınız sizce nasıl? 1.Zayıf ☐ 2.Normal ☐ 3.Fazla kilolu ☐ 4.Obez ☐

10.Tütün veya tütün ürünü kullanıyor musunuz?

1.Hiç kullanmadım ☐ 2. Kullandım-bıaktım ☐ 3.Düzenli kullanıyorum ☐ 4.Ara-sıra kullanıyorum ☐

11.Alkol kullanıyor musunuz?

1.Hiç kullanmadım ☐ 2.Kullandım-bıaktım ☐ 3.Düzenli kullanıyorum ☐ 4.Ara-sıra kullanıyorum ☐

12.Egzersiz/spor yapıyor musunuz?

1.Hiç yapmam ☐ 2.Ara-sıra yaparım ☐ 3.Sık sık yaparım ☐ 4.Düzenli yaparım ☐

13.Diyet yapıyor musunuz?

1.Hiç yapmam ☐ 2.Ara-sıra yaparım ☐ 3.Sık sık yaparım ☐ 4.Düzenli yaparım ☐

14.Evinize yürüme mesafesi içinde yürüme olanağınız var mı?

1.Var ☐ 2.Yok ☐

15.Cevabınız "Var" ise var olan olanak hangisidir?

1. Halka açık park ☐ 2.Yürüyüş yolu ☐ 3.Spor aletleri olan halka açık park ☐
4. Doğal park, koruluk ya da orman ☐ 5.Halı saha ☐ 6.Bisiklet yolu ☐

16.Son 12 ay içinde aşağıdakilerden hangisini/hangilerini yaptırdınız?

1.Tansiyon ölçümü ☐ 2. Kan şekeri ölçümü ☐ 3.Kolesterol ölçümü ☐ 4.Hiçbiri ☐

17.Sabah kahvaltısı yapar mısınız? 1.Kahvaltı yapmıyorum ☐

2.Yalnızca hafta sonları kahvaltı yapıyorum ☐

3.Hafta içi bazen kahvaltı yapıyorum ☐

4.Hafta içi her gün kahvaltı yapıyorum ☐

5:Hergün kahvaltı yapıyorum ☐

18.Taze meyve yer misiniz?

1.Günde 1 kez ☐ 2.İki günde 1 kez ☐ 3.Üç günde 1 kez ☐ 4.Haftada 1-2 kez ☐ 5.Hiç yemem ☐

19.Taze sebze yer misiniz?

1.Günde 1 kez ☐ 2.İki günde 1 kez ☐ 3.Üç günde 1 kez ☐ 4.Haftada 1-2 kez ☐ 5.Hiç yemem ☐

20.Gün içinde öğün atlar mısınız? 1.Evet ☐ 2.Hayır ☐

21.Cevabınız evetse öğün atlamamanızın nedeni nedir? 1.Canınızın istememesi ☐ 2.Geç kalkmanız

☐ 3.Zaman yetersizliği ☐ 4.Alışkanlığınız olmaması ☐ 5.Atıştırma ve acıkmama ☐

6.Zayıflamak isteme ☐ 7.Maddi durum yetersizliği ☐ 8.Yemek hazırlayan kişi olmaması ☐

22.Annenizde obezite: 1. Var ☐ 2. Yok ☐

23.Babanızda obezite: 1. Var ☐ 2. Yok ☐

24. Sizce Kilo almanızı başlatıcı etmen var mı? 1. Var ☐ 2. Yok ☐

Sizce kilo almanızı başlatıcı etmen varsa cevaplayınız.

	Evet	Hayır	Ne zaman?	Neden? Ne hastalığı/ ameliyatı?
Egzersiz/spor yapmayı bırakma				
Sigarayı bırakma				
Doğum yapma				
Menapoza girme				
Ameliyat geçirme				
Hastalık geçirme				

Gözden Geçirilmiş Schutte Duygusal Zeka Ölçeği

Aşağıda çeşitli durumlara ilişkin ifadeler bulunmaktadır. Lütfen ifadeyi okuduktan sonra size uyma derecesini sağ taraftaki kutucuklardan birini işaretleyerek belirtiniz.	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Fikrim Yok	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1. Kişisel sorunlarımı başkaları ile ne zaman paylaşacağımı bilirim.					
2. Bir sorunla karşılaştığım zaman benzer durumları hatırlar ve üstesinden gelebilirim.					
3. Genellikle yeni bir şey denerken başarısız olacağımı düşünürüm.					
4. Bir sorunu çözmeye çalışırken ruh halimden etkilenmem.					
5. Diğer insanlar bana kolaylıkla güvenirler.					
6. Diğer insanların beden dili, yüz ifadesi gibi sözel olmayan mesajlarını anlamakta zorlanırım.					
7. Yaşamımdaki bazı önemli olaylar neyin önemli neyin önemsiz olduğunu					

yeniden değerlendirmeme yol açtı.					
8. Bazen konuştuğum kimsenin ciddi mi olduğunu yoksa şaka mı yaptığını anlayamam.					
9. Ruh halim değiştiğinde yeni olasılıkları görürüm.					
10. Duygularımın yaşam kalitem üzerinde etkisi yoktur.					
11. Hissettiğim duyguların farkında olurum					
12. Genellikle iyi şeyler olmasını beklemem.					
13. Bir sorunu çözmeye çalışırken mümkün olduğunca duygusallıktan kaçınırım					
14. Duygularımı gizli tutmayı tercih ederim.					
15. Güzel duygular hissettiğimde bunu nasıl sonlandıracağımı bilirim.					
16. Başkalarının hoşlanabileceği etkinlikler düzenleyebilirim.					
17. Sosyal yaşamda neler olup bittiğini sıklıkla yanlış anlarım.					
18. Beni mutlu edecek uğraşlar bulmaya çalışırım.					
19. Başkalarına gönderdiğim beden dili, yüz ifadesi gibi sözsüz mesajların farkındayım.					
20. Başkaları üzerinde bıraktığım etkiyle pek ilgilenmem.					
21. Ruh halim iyiye sorunların üstesinden gelmek benim için daha kolaydır.					
22. İnsanların yüz ifadelerini bazen doğru anlayamam.					
23. Yeni fikirler üretmem gerektiğinde duygularım işimi kolaylaştırmaz.					
24. Genellikle duygularımın niçin değiştiğini bilmem.					
25. Ruh halimin iyi olması yeni fikirler üretmeme yardımcı olmaz.					
	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Fikrim yok	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
26. Genellikle duygularımı kontrol etmekte zorlanırım.					
27. Hissettiğim duyguların farkındayım.					
28. İnsanlar bana, benimle konuşmanın zor olduğunu söylerler.					
29. Üstlendiğim görevlerden iyi sonuçlar alacağımı hayal ederek kendimi güdülerim.					
30. İyi bir şeyler yaptıklarında insanlara iltifat ederim.					
31. Diğer insanların gönderdiği sözel olmayan mesajların farkına varırım.					
32. Bir kişi bana hayatındaki önemli bir olaydan bahsettiğinde ben de aynısını yaşamış gibi olurum.					
33. Duygularımda ne zaman bir değişiklik olsa aklıma yeni fikirler gelir.					
34. Sorunları çözüm biçimim üzerinde duygularımın etkisi yoktur.					
35. Bir zorlukla karşılaştığım zaman umutsuzluğa kapılırım çünkü başarısız olacağıma inanırım.					
36. Diğer insanların kendilerini nasıl hissettiklerini sadece onlara bakarak					

anlayabilirim.					
37. İnsanlar üzgünken onlara yardım ederek daha iyi hissetmelerini sağlarım.					
38. İyimser olmak sorunlar ile baş etmeye devam edebilmem için bana yardımcı oluyor.					
39. Kişinin ses tonundan kendini nasıl hissettiğini anlamakta zorlanırım.					
40. İnsanların kendilerini neden iyi ya da kötü hissettiklerini anlamak benim için zordur.					
41. Yakın arkadaşlıklar kurmakta zorlanırım.					

EQ-5D GENEL YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

Aşağıdakilerden size uygun olan seçeneği baş taraftaki parantezlerden birini işaretleyerek belirtiniz.

A- Hareket

- 1() Yürürken, hiç bir güçlük çekmiyorum
- 2() Yürürken bazı güçlüklerim oluyor
- 3() Yatalağım

B- Öz-bakım

- 1() Kendime bakmakta güçlük çekmiyorum
- 2() Kendi kendime yıkanırken veya giyinirken bazı güçlüklerim oluyor
- 3() Kendi kendime yıkanacak veya giyinebilecek durumda değilim

C- Olağan aktiviteler

- (örneğin, iş, ders çalışma, ev işleri, aile içi veya boş zaman faaliyetleri)
- 1() Olağan işlerimi yaparken herhangi bir güçlük çekmiyorum
 - 2() Olağan işlerimi yaparken bazı güçlüklerim oluyor
 - 3() Olağan işlerimi yapabilecek durumda değilim

D- Ağrı/rahatsızlık

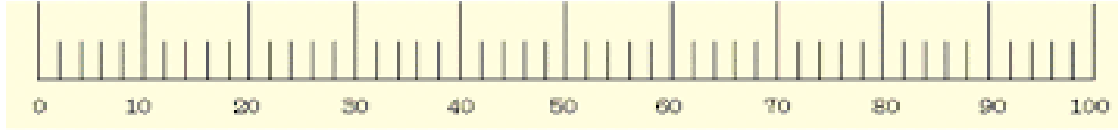
- 1() Ağrı veya rahatsızlığım yok
- 2() Orta derecede ağrı veya rahatsızlarım var
- 3() Aşırı derecede ağrı veya rahatsızlarım var

E- Anksiyete/Depresyon

- 1() Endişeli veya moral bozukluğu içinde değilim
- 2() Orta derecede endişeliyim veya moralim bozuk
- 3() Aşırı derecede endişeliyim veya moralim çok bozuk

Bugünkü sağlık durumunuz? (Sağlık durumunuzu aşağıdaki cetvel üzerinde işaretleyiniz)

En kötü
sağlık
durumu



En iyi
sağlık
durumu

SAĞLIK ALGISI ÖLÇEĞİ

Aşağıda sağlıklı olma hakkında söylenen ifadeler bulunmaktadır. Her bir ifadeye katılma ve katılmama ile ilgili düşüncenizi 1 ile 5 arasındaki seçeneklerden birini seçerek belirtiniz.

	1= Kesinlikle katılıyorum	2= Katılıyorum	3= Kararsızım	4= Katılmıyorum	5= Hiç Katılmıyorum
1. Sağlığımı çok düşünürüm.	1	2	3	4	5
2. Sağlıklı olmak büyük ölçüde şans işidir.	1	2	3	4	5
3. Ben ne yaparsam yapayım, sağlıklı ya da hasta olacaksam zaten olan olur.	1	2	3	4	5
4. Sağlıklıysam bu Allahın bir lütfudur.	1	2	3	4	5
5. Egzersiz yapar ve doğru beslenirsem sağlıklı kalırım.	1	2	3	4	5
6. Sağlıklı kalmak için yapmam gerekenler konusunda sık sık kafam karışıyor.	1	2	3	4	5
7. Daha sağlıklı olmayı isterim, fakat bunun için yapmam gerekenleri henüz yapamıyorum.	1	2	3	4	5
8. Sağlığı koruyan yiyecek türleri üzerine o kadar çok farklı bilgi var ki ne yapmam gerektiğini bilmiyorum.	1	2	3	4	5
9. Benim için sağlıklı olan şeylere daha fazla para harcamaya hazırım.	1	2	3	4	5
10. Sağlıklı olup olmamak bana bağlıdır.	1	2	3	4	5
11. Sağlığım hayatımdaki en önemli düşüncedir.	1	2	3	4	5
12. Sağlıklı olmak şans işidir.	1	2	3	4	5
13. Ne yaparsam yapayım sağlığımı değiştiremem	1	2	3	4	5
14. İstediğim kadar sağlıklı olabilirim	1	2	3	4	5
15. Sağlıklı beslenme hakkında okuduğum her şeyi anlayamıyorum.	1	2	3	4	5

EK 3:BAŞHEKİMLİK İZNİ



T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ



Sayı : 82010743-806.01.03
Konu :Doç. Dr. Nilgün ÖZÇAKAR Hk.



.../.../2015

14.08.2015 *009569

Doç. Dr. Nilgün ÖZÇAKAR
Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

İlgi: 11.08.2015 tarihli dilekçeniz.

"Obez bireylerde duyuşal zeka, yaşam kalitesi ve sağlık algısı" adlı planlamış olduğunuz anket çalışmasını Diyet Polikliniği ve Aile Hekimliği polikliniğinde yapmanız Başhekimliğimiz tarafından uygun görölmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Can KARACA
Başhekim

EK-4: ETİK KURUL ONAYI

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2015/22-21	Tarih: 17.09.2015				
	Doç.Dr.Nilgün ÖZÇAKAR'ın sorumlusu olduğu "Obez Bireylerde Duygusal Zeka, Yaşam Kalitesi ve Sağlık Algısı" isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, etik açıdan çalışmanın gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.					
ETİK KURUL BİLGİLERİ						
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu					
ETİK KURUL ÜYELERİ						

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsi yet	Araştırma ile ilişkili mi?		İmza
Prof.Dr.Banu ÖNVURAL (Başkan)	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Ş.Reyhan UÇKU (Başkan Yardımcısı)	Halk Sağlığı	DEU Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Nejat SARIOSMANOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Ece BÖBER	Pediyatrik Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Vesile ÖZTÜRK	Nöroloji	DEU Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Sevinç ERASLAN	Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Mukaddes GÜMÜŞTEKİN	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Ayşe Aydan ÖZKÜTÜK	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Nihal GELECEK	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Müge KIRAY	Fizyoloji	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Şeyda Seren INTEPELER	Hemşirelik Yönetimi	DEU Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Yönetimi A.D	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Sefa KIZILDAĞ	Tıbbi Biyoloji ve Genetik	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyoloji ve Genetik A.D	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Sevda ÖZKARDEŞLER	Anesteziyoloji	DEU Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon A.D.	Kadın	E ☐	H ☒	
Uzm.Dr.Ahmet Can BİLGİN	Hukuk	DEU Tıp Tarihi ve Etik A.D	Erkek	E ☐	H ☒	
Mehmet Erhan ÖZKUL	Sağlık mensubu olmayan üye	D.E.U Tıp Fakültesi İdari Mali İşler	Erkek	E ☐	H ☒	