

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

**SAKARYA ÜNİVERSİTESİ ÖĞRENCİLERİNİN
KİLOFOBİ DÜZEYLERİ VE OBEZ BİREYLERE
YÖNELİK TUTUMLARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Serap ÇETİNKAYA

**Enstitü Anabilim Dalı : Hemşirelik
Enstitü Bilim Dalı : Hemşirelik**

Tez Danışmanı: Yrd. Doç. Dr. Havva SERT

HAZİRAN-2016

T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SAKARYA ÜNİVERSİTESİ ÖĞRENCİLERİNİN
KİLOFOBİ DÜZEYLERİ VE OBEZ BİREYLERE
YÖNELİK TUTUMLARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Serap ÇETİNKAYA

Enstitü Anabilim Dalı : Hemşirelik
Enstitü Bilim Dalı : Hemşirelik

"Bu tez ~~2016~~ tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Oybirliği ile kabul edilmiştir."

JÜRİ ÜYESİ	KANAATI	İMZA
Doç.Dr.Dilek AYGIN	Başarılı	
Yrd.Doc.Dr. Asime KARAKOÇ KUNAR	Başarılı	
Yrd. Doc. Dr. Hava SERT	Başarılı	

BEYAN

Bu çalışma T.C. Sakarya Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 15.04.2015 tarihinde onay olarak hazırlanmıştır. Bu tezin kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

01/06/2016

Serap ÇETİNKAYA

TEŞEKKÜR

Sakarya Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Lisans eğitim süresince fikir, bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım ve bu araştırmanın planlanmasından yazım aşamasına kadar fikir ve görüşleriyle beni destekleyen değerli danışmanım Yrd. Doç. Dr. Havva SERT'e, tezimin hazırlanması sürecinde yol gösterici ve destekleyici tavırları ile desteğini her zaman hissettiğim değerli hocam Doç. Dr. Dilek AYGİN'e, değerli görüşleriyle katkıda bulunan Yrd. Doç. Dr. Asif HANİF, Yrd. Doç. Dr. Ünal ERKORKMAZ' a tezimin her aşamasında desteğini esirgemeyen başta babam olmak üzere tüm aileme, Arş. Gör. Ahmet SEVEN, Arş. Gör. Meryem İLMEK, Arş. Gör. Hande AÇIL ve Arş. Gör. Onur KABİL'e teşekkürlerimi sunarım.

Saygılarımla

İÇİNDEKİLER

BEYAN.....	i
TEŞEKKÜR.....	ii
İÇİNDEKİLER.....	iii
KISALTMA VE SİMGELER	vii
TABLolar.....	ix
ŞEKİLLER.....	x
ÖZET.....	xi
SUMMARY.....	xii
1.GİRİŞ ve AMAÇ.....	1
2.GENEL BİLGİLER	4
2.1. OBEZİTENİN TANIMI	4
2.2. OBEZİTENİN EPİDEMİYOLOJİSİ	4
2.2.1. Obezite Epidemiyolojisinde Dünyadaki Durum.....	5
2.2.2. Obezite Epidemiyolojisinde Türkiye’deki Durum.....	5
2.3.OBEZİTE TANILANMASI VE BELİRLENMESİ.....	7
2.3.1. İndirekt Yöntemler.....	7
2.3.1.1. Ağırlık ve Boy Parametreleri.....	7
2.3.1.1.1. Beden Kitle İndeksi.....	7
2.3.1.1.2. Vücut Çevresi Ölçümleri.....	8
2.3.1.2.1. Bel Çevresi.....	8
2.3.1.2.2. Kalça Çevresi.....	9

2.3.1.2.3. Bel-Kalça Oranı.....	9
2.3.2. Direkt Yöntemler.....	9
2.4. OBEZİTENİN ETİYOLOJİSİ.....	10
2.4.1. Yaş	11
2.4.2. Cinsiyet	11
2.4.3.Genetik Faktörler	12
2.4.4.Beslenme Alışkanlıkları	12
2.4.5.Fiziksel Aktivite	13
2.4.6. İlaçlar.....	14
2.4.7. Hormonlar.....	14
2.4.8. D Vitamini Eksikliği.....	15
2.4.9. Psikolojik Faktörler.....	15
2.4.10. Sosyo-Ekonomik ve Kültürel Faktörler.....	16
2.5. OBEZİTENİN SINIFLANDIRILMASI.....	16
2.6. OBEZİTE TEDAVİSİ.....	17
2.6.1. Tıbbi Beslenme Tedavisi Yaklaşımları.....	18
2.6.2. Obezite Tedavisinde Egzersiz.....	19
2.6.3. Bilişsel Davranışçı Tedavi.....	20
2.6.4. İlaç Tedavisi.....	21
2.6.5. Cerrahi Tedavi.....	22
2.7. OBEZİTEYE BAĞLI YAŞANAN SORUNLAR.....	22
2.8. FOBİ VE TUTUM KAVRAMI.....	23

2.9.KİLOFOBİ VE OBEZ BİREYLERE YÖNELİK TUTUM.....	27
3.GEREÇ VE YÖNTEM	31
3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TİPİ	31
3.1.1. Araştırmada Yanıtlanması Beklenen Sorular	31
3.2. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ	31
3.3. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN.....	32
3.4. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ	32
3.5. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	33
3.5.1. Tanıtım Formu (Ek 4).....	33
3.5.2. Kilofofi Ölçeğı (Ek 5).....	33
3.5.3. Obez Bireylere Yönelik Tutum Ölçeğı (Ek 6).....	34
3.5.4. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğı II (Ek 7).....	35
3.6. VERİ TOPLAMA YÖNTEM VE SÜRECİ	37
3.7. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ	37
4. BULGULAR.....	38
4.1. ÖĞRENCİLERİN TANITICI ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR.....	38
4.2. ÖĞRENCİLERİN KİLOFOBİ DÜZEYLERİ VE OBEZ BİREYLERE YÖNELİK TUTUMLARINA İLİŞKİN BULGULAR.....	43
5. TARTIŞMA VE SONUÇ	50
KAYNAKLAR	
EKLER	
Ek 1. T.C. Sakarya Üniversitesi'nden Alınan Kurum İzni	

Ek 2. Kilofohi ve Obez Bireylere Yönelik Tutum Ölçeklerinin Kullanımı İçin İzin Talebi

Ek 3. Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan Etik Kurul Onayı

Ek 4. Tanıtım Formu

Ek 5. Kilofohi Ölçeği

Ek 6. Obez Bireylere Yönelik Tutum Ölçeği

Ek 7. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği

ÖZGEÇMİŞ

KISALTMA VE SİMGELER

ATOP	: Attitudes Toward Obese People
BA	: Beslenme Alışkanlığı
BİA	: Biyoelektriksel İmpedans Analizi
BKİ	: Beden Kitle İndeksi
BKO	: Bel Kalça Oranı
BMI	: Body Mass Index
BT	: Bilgisayarlı Tomografi
DEXA	: Dual Enerji X-ray Absorbsiyometri
DPA	: Dual Foton Absorbsiyometri
FA	: Fiziksel Aktivite
HPLP II	: Health-Promoting Lifestyle Profile II
IBW	: İdeal Body Weight
IDF	: International Diabetes Federation
KAI	: Kişiler Arası İlişkiler
KFÖ	: Kilofofi Ölçeği
MG	: Manevi Gelişim
MR	: Manyetik Rezonans
NHANES	: National Health and Nutrition Examination Survey
OECD	: Organisation for Economic Co-operation and Development
RA	: Rölatif Ağırlık
SS	: Sağlık Sorumluluğu
SS	: Stres Yönetimi

SYBDÖ	: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği
TEKHARF	: Türk Erişkinlerde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri Çalışması
TNF-a	: Tümör Nekroz Faktör Alfa
TOAD	: Türkiye Obezite Profili Çalışması
TOBEC	: Total Body Electrical Conductivity
TOHTA	: Türkiye Obezite ve Hipertansiyon Araştırması
TURDEP	: Türkiye Diyabet, Obezite ve Hipertansiyon Epidemiyolojisi
USG	: Ultrasonografi



TABLÖLAR

Tablo No	Sayfa No
Tablo 1: Öğrencilerin Tanıtıcı Özellikleri (n=2100).....	34
Tablo 2: Öğrencilerin Antropometrik Ölçümleri (n=2100).....	36
Tablo 3: KFÖ ve OBYTÖ Normalite Testi Sonuçları (n=2100).....	38
Tablo 4: Öğrencilerin Kilofohi Ölçeği ve Obez Bireylere Yönelik Tutum Ölçeği Puan Ortalamaları (n=2100).....	39
Tablo 5: Öğrencilerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Kilofohi Düzeyleri ve Obez Bireylere Yönelik Tutumları (n=2100).....	41
Tablo 6: KFÖ, OBYTÖ, SYBDÖ ve Alt Boyutları Arasındaki Korelasyona Ait Sonuçlar (n=2100).....	44

ŞEKİLLER

Şekil No:

Sayfa No

Şekil 1. Orta Düzeyde Fiziksel Etkinlik Örnekleri.....20

Şekil 2. Öğrencilerin BKİ'ne Göre Sınıflandırılması.....37

Şekil 3. Öğrencilerin Bel Çevresine Göre Sınıflandırılması.....37



ÖZET

GİRİŞ ve AMAÇ: Dünya çapında prevelansı ve insidansı gün geçtikçe artış gösteren obezite yol açtığı hastalıklar ve ölüm nedeniyle ciddi bir halk sağlığı sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır. Obezitenin neden olduğu hastalıklar ve bunlara bağlı ölümlerin görülmesi, aynı zamanda kişilerin bedeninde meydana gelen değişiklikler gibi nedenlerle obez bireylere karşı olumsuz tutum ve kilofobik davranışlar sergilenebilmektedir. Bu çalışmanın amacı, üniversite öğrencilerinin kilofobi düzeyini ve obez bireylere yönelik olumsuz tutumları değerlendirmektir.

GEREÇ ve YÖNTEM: Tanımlayıcı ve kesitsel özellikte planlanan çalışma, Mayıs 2015-Aralık 2015 tarihleri arasında, Kurum izni ve etik kurul onayı alındıktan sonra, Sakarya Üniversitesi'nde okuyan 2100 öğrenciyle yapıldı. Sosyodemografik özellikleri içeren tanıtım formu, Kilofobi Ölçeği (KFÖ), Obez Bireylere Yönelik Tutum Ölçeği (OBYTÖ) ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ-II) ile toplanan verilerin analizi bilgisayar ortamında yüzdeler, ortalama, standart sapma, Cronbach Alpha, Mann Whitney U, Kruskal Wallis-H ve Pearson's korelasyon testi kullanılarak yapıldı.

BULGULAR: Üniversite öğrencilerinin KFÖ puan ortalaması $3,72 \pm 0,63$, OBYTÖ puan ortalaması $59,95 \pm 0,63$ olup öğrencilerin orta düzeyde kilofobiye sahip olduğu belirlendi. Cinsiyet, eğitim türü, sınıf, anne ve baba eğitim durumunun öğrencilerin kilofobi düzeylerini etkilediği, obez bireylere yönelik tutumlarını ise anne eğitim durumu dışında diğer değişkenlerin etkilemediği saptandı. BKİ ile kilofobi arasında negatif yönde zayıf ilişki olduğu belirlenirken, BKİ'nin obez bireylere yönelik tutumları etkilemediği görüldü. KFÖ, OBYTÖ ve SYBDÖ arasında anlamlı düzeyde ilişki olduğu belirlendi.

SONUÇ: Üniversite öğrencilerinin kilofobi seviyelerinin orta düzeyde olduğu, cinsiyetin, eğitim, sınıf ve anne baba eğitiminin kilofobi düzeylerini, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının ise kilofobi düzeyi ve obez bireylere yönelik tutumları etkilediği belirlendi.

Anahtar Sözcükler: Kilofobi, Obezite, Öğrenci, Tutum, Üniversite

SUMMARY

The Evaluation of the Fat Phobia Levels of Sakarya University Students and Their Attitudes Towards Obese Individuals

INTRODUCTION and OBJECTIVE: Obesity, with its increasing worldwide prevalence and incidence, and the diseases and mortalities it causes, presents as a serious public health problem. Because of the diseases that obesity causes and the deaths caused by those coupled with certain reasons such as the changes to a person's body, it is possible that negative attitudes and fat phobic behavior may be adopted towards obese individuals. The aim of this study is to evaluate the fat phobia levels of Sakarya University students and their attitudes towards obese individuals.

MATERIALS and METHOD: This descriptive and cross sectional study was conducted with 2100 students studying at the Sakarya University after taking Institutional permissions and ethics board permissions between May and December 2015. The analysis of the data collected through an introductory form encompassing socio demographic characteristics, the Fat Phobia Scale (FPS), Attitudes Towards Obese People Scale (ATOP), and Health-Promoting Lifestyle Profile II (HPLP II) was performed in a computerized environment using percentages, mean values, standard deviations, Cronbach Alpha, Mann Whitney U, Kruskal Wallis-H, and Pearson's correlation tests.

FINDINGS: The average FPS score of the students was $3,72 \pm 0,63$, their average ATOP score was $59,95 \pm 0,63$, and the students were determined to have moderate levels of fat phobia. Gender, education style, class, and parental education status were found to affect the fat phobia levels of the students, and the variables except maternal education status were found not to affect attitudes towards obese individuals. While a negative weak relationship between BMI and fat phobia was found, BMI was found not to affect attitudes towards obese individuals. Significant relationships between FPS, ATOP, and HPLP II scores were found.

CONCLUSION: It is found that fat phobia is at medium level among university students and sex, education, class and parent education play a role in fat phobia levels while a healthy life style behaviours affects the fat phobia levels and the attitudes against obese people.

Keywords: Attitude, Fat phobia, Obesity, Student, University



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Dünya çapında prevelansı ve insidansı gün geçtikçe artış gösteren obezite, yol açtığı hastalıklar ve ölüm nedeniyle ciddi bir halk sağlığı sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu nedenle günümüzde “yenidünya sendromu” olarak adlandırılmaktadır. Obezite; kanser, diyabet, hipertansiyon, hiperkolesterolemi, alveoler hipoventilasyon, üst solunum yolu daralmaları, horlama, uyku apne sendromu, kolesistit, kolelitiyazis, gut, osteorrit, bel fıtığı, lumbalji, iskemik inme, infertilite, erektil disfonksiyon, menstrüal düzensizlik gibi fiziksel hastalıkların yanı sıra obsesif kompulsif bozukluk, sosyal fobi, anksiyete, depresyon, yalnızlık, dışlanma, damgalanma ve sosyal izolasyon gibi psikososyal sorunlara da yol açmaktadır (Eren ve Erdi 2003, Durna 2012, http://beslenme.gov.tr/content/files/arastirmalar/uyelik/beslenme_bilgi_serisi/Kitaplar/d/d_06_obezitevekardiyovaskulerhastaliklar.pdf Erişim tarihi: 11 Ekim 2015, http://www.turkendokrin.org/files/3_OBEZITE_PRESS.pdf Erişim tarihi: 12 Kasım 2015).

Obezitenin neden olduğu hastalıklar ve bunlara bağlı ölümlerin görülmesi, aynı zamanda kişilerin bedeninde meydana gelen değişiklikler gibi nedenlerle obez bireylere karşı olumsuz tutum ve davranışlar sergilenebilmekte buna bağlı olarak da obez bireyler yaşamlarının her döneminde (çocukluk, yetişkinlik, yaşlılık) ön yargı ve ayrımcılığa maruz kalabilmektedirler (Falkner et al 1999, Rich et al 2008, Haines, Neumark-Sztainer, Hannan, Berg, Eisenberg 2008). Yapılan çalışmalarda öğrencilerin kiloları yüzünden eğlence konusu olduğu, özellikle kafeterya, kantin veya sosyal aktivite yapılan alanlarda öğrencilerle alay edildiği, sosyal aktivitelere alınmadığı, sözel tehdit ve fiziksel tacize maruz kaldıkları belirtilerek, bu şekilde akranları tarafından mağdur edilen çocukların depresyon, anksiyete, yalnızlık ve

sosyal fobi gibi istenmeyen durumlarla karşı karşıya kaldıkları ifade edilmektedir (Janssen, Craig, Boyce and Pickett 2004, Storch et al 2007, Özgür, Gümüş ve Palaz 2008, Puhl, Luedicke and Heuer 2011). Benzer şekilde yetişkinlik döneminde de bireylerin kiloları nedeniyle hor görüldükleri, alay edildikleri, sevilmedikleri, suçlandıkları ve dışlandıkları bildirilmektedir (Falkner et al 1999). Yapılan çalışmalarda obez bireylerin normal kiloya sahip olanlara göre daha dağınık, başarısız, motivasyonu az olan, tembel, değersiz, güçsüz, iradesiz, benlik saygısı düşük, özgüveni eksik, duygusal ve olumsuz beden algısına sahip bireyler olarak etiketlendiği görülmektedir (Crandall and Martinez 1996, Neumark-Sztainer, Story and Harris 1999, Schwartz, Chambliss, Brownell, Blair and Billington 2003, Schwartz, Vartanian, Nosek and Brownell 2006, Kumar, Tadakamadla, Tibdewal, Duraiswamy and Kulkarni 2012, Hamurcu, Öner, Telater ve Yeşildağ 2015). Bu durum obez bireylerin aile, iş, sağlık, eğitim gibi pek çok alanda sorun yaşamalarına neden olmaktadır (Falkner et al 1999, Janssen et al 2004, Wear, Aultman, Varley and Zarconi 2006). Örneğin; obezler aile yaşamlarında fazla kiloları nedeniyle eşleri tarafından hor görülebilmekte, eğitim yaşamlarında arkadaşlar arasına alınmama, alay edilme, ad takılma gibi durumlarla karşılaşabilmekte, iş yaşamlarında iş bulmakta zorlanmanın yanı sıra, işe alındıklarında diğer çalışanlarla eşit fırsatlara sahip olamama, daha düşük ücretle çalışma veya üst pozisyonlara terfi etmede zorlanma gibi olumsuzluklarla karşılaşabilmektedirler (Falkner et al 1999, Janssen et al 2004, Brown 2006, Wear et al 2006, O'brien et al 2008, Yılmaz ve Dinç 2010, Mold and Forbes 2013, Usta ve ark 2015). Sağlık alanında ise obez bireylerin bakımının zor olması, komplikasyon gelişme riski yüksekliği, pozisyon verilmesi ve hareketlerinin sağlanmasının daha zor olması, obezlere yönelik tedavi ve bakımda kullanılacak olan malzemelerin yetersiz olması gibi nedenlerle de obez bireyler sorun yaşamakta ve sağlık çalışanlarının olumsuz tutum ve davranışlarına maruz kalabilmektedirler (Wear et al 2006, Usta ve ark 2015). Kilolu insanlara karşı negatif tutum ve kalıplaşmış düşünceler şeklinde kendini gösteren, kilolu olmaktan patolojik bir şekilde korkma ve kilolu olmaya karşı antipati duyma, kilodan hoşlanmama anlamına gelen kilofobik davranışların ve obez bireylere yönelik olumsuz tutumların, bireyin sağlığının korunması, yükseltilmesi ve toplum sağlığının geliştirilmesinde önemli rolü olan hemşireler tarafından, yaşamın her alanında yer alma potansiyeli

yüksek olan üniversite öğrencilerinde değerlendirilmesi, obez bireylerin yaşamlarında karşılaşılabilecekleri bu sorunların önlenmesinde ve olumlu tutum geliştirilmesinde ilk adım olarak önemlidir. Yapılan çalışmalarda genellikle sağlık alanında eğitim alan üniversite öğrencilerine yönelik değerlendirmeler yapıldığı görülmüştür. Literatürde tüm eğitim birimlerini içeren kapsamlı çalışmalar çok sınırlı sayıda olup, ülkemizde bu doğrultuda yapılmış bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle çalışma, Sakarya Üniversitesi öğrencilerinin kilofobi düzeylerini belirlemek ve obez bireylere yönelik tutumlarını değerlendirmek amacıyla planlandı.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. OBEZİTENİN TANIMI

“Ob” (aşırı) ve “esus/esitas” (yemiş olmak) kelimelerinin bir araya gelmesiyle oluşan obezite kavramı, DSÖ tanımına göre sağlığı bozacak ölçüde anormal ya da aşırı yağ birikimi olarak tanımlanmaktadır. Farklı tanımlarda ise harcanandan daha fazla enerji alımına bağlı olarak ortaya çıkan, pozitif enerji dengesi sonucunda vücudun tümünde veya lokal olarak adipoz dokuda sağlığı bozacak ölçüde anormal ve aşırı yağ birikmesi olarak ifade edilmektedir (Peker, Buruk, Burka, Çiloğlu 2000, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/> Erişim tarihi: 10 Ağustos 2015). Normal yetişkin bir erkekte ortalama vücut yağı oranı %15-20 arasında değişirken kadında bu oran %25-30 arasında değişmektedir (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/> Erişim tarihi: 10 Ağustos 2015, http://www.turkendokrin.org/files/3_OBEZITE_PRESS.pdf Erişim tarihi: 12 Kasım 2015). Erkeklerde vücut yağ oranının %20’yi, kadında ise %30’ u geçmesi obezite olarak değerlendirilmektedir (Peker ve ark 2000).

2.2. OBEZİTENİN EPİDEMİYOLOJİSİ

Obezite dünya çapında sık görülen ve görülme oranı giderek artan, tüm dünyayı etkisi altına alan bir sağlık problemi olarak karşımıza çıkmaktadır. Irk, genetik faktörler, yaş, cinsiyet, yaşam biçimi, beslenme alışkanlıkları, çalışma koşulları gibi durumlara bağlı olarak obezitenin görülme sıklığı toplumdan topluma farklılık göstermektedir (Bozbora 2002).

2.2.1. Obezite Epidemiyolojisinde Dünyadaki Durum

Dünya çapında 1980 ve 2014 yılları arasında obezite prevalansı yaklaşık olarak ikiye katlanmıştır. 2014 yılında 18 yaş ve üzeri yetişkinlerin %39'u yaklaşık 1,9 milyar kişi (erkeklerin %38'i ve kadınların %40'ı) fazla kilolu, 600 milyondan (%13) fazla kişinin ise obez olduğu saptanmıştır (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/> Erişim tarihi: 10 Ağustos 2015, <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/en/> Erişim tarihi: 11 Ağustos 2015). Obezitenin en sık görüldüğü Amerika Birleşik Devletleri'nde, Hastalıkları Önleme ve Kontrol Merkezi (CDC) tarafından yürütülen ABD-Ulusal Beslenme ve Sağlık Araştırması (NHANES) sonucuna göre 2011-2012 yılları arasında yetişkinlerin %34,9'undan fazlasının obez olduğu belirtilirken, obezite prevalansının orta yaşlı yetişkinlerde (%39,5) genç (%30,3) ve yaşlı (%35,4) yetişkinlere göre daha yüksek olduğu, kadın ve erkekler arasında fark olmadığı belirtilmiştir (<http://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db131.htm> Erişim tarihi: 10 Ekim 2015). Obezitenin en düşük görüldüğü Güney Doğu Asya bölgesinde bile fazla kilolu ve obezite prevalansının %27 olduğu bildirilmekte olup özellikle kadınlarda erkeklere göre obezitenin 2 kat daha fazla görüldüğü vurgulanmıştır (<http://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/en/> Erişim tarihi: 10 Ağustos 2015).

2.2.2. Obezite Epidemiyolojisinde Türkiye'deki Durum

Obezite görülme oranları dünyada olduğu gibi Türkiye'de de giderek artmaktadır. DSÖ verilerine göre Türkiye'de yetişkinlerin %29,4'ü obez, %66,1'i fazla kiloludur (<http://www.who.int/entity/en/> Erişim tarihi: 17 Eylül 2015). Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (OECD) raporunda ise ülkemizdeki obezite prevalansının %22,3 olduğu bildirilmektedir (<http://www.oecd.org/els/health-systems/Briefing-Note-TURKEY-2014.pdf> Erişim tarihi: 23 Ekim 2016). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2012 verilerine göre 15 yaş ve üzerindeki popülasyonun %17,2'sinin obez olduğu açıklanmıştır (<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=16056> Erişim tarihi: 1 Ocak 2016). Ülkemizde yapılan çalışmalar incelendiğinde; yetişkinlerde obezite prevalansını geniş çapta araştıran Türkiye Obezite ve Hipertansiyon Araştırması

(TOHTA), Türk Erişkinlerde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri Çalışması (TEKHARF), Türkiye Diyabet, Obezite ve Hipertansiyon Epidemiyolojisi (TURDEP) ve Türkiye Obezite Profili Çalışması (TOAD) olmak üzere 4 büyük araştırma olduğu görülmüştür(http://beslenme.gov.tr/content/files/home/turkiye_saglikli_beslenme_ve_hareketli_hayat_programi.pdf Erişim tarihi:1 Şubat 2016). 1999-2000 yılları arasında 25 000 erişkin üzerinde yapılan TOHTA çalışmasında obezite prevalansının kadınlarda %36, erkeklerde %21,5 ve genel toplum düzeyinde de %25 olduğu bildirilmiştir (http://www.turkendokrin.org/files/file/OBEZITE_TTK_web.pdf Erişim tarihi: 12 Aralık 2015). TEK HARF çalışması sonuçlarına bakıldığında 1990 yılından 2000 yılına kadarki 10 yıllık süreçte obezite prevalansının kadınlarda %36, erkeklerde %75 oranında artış gösterdiği, 2000 yılında erişkin kadınların %43'ünün ve erişkin erkeklerin %21,1'inin obez olduğu görülmüştür (http://www.turkendokrin.org/files/3_OBEZITE_PRESS.pdf Erişim tarihi: 12 Kasım 2015,http://beslenme.gov.tr/content/files/home/turkiye_saglikli_beslenme_ve_hareketli_hayat_programi.pdf Erişim tarihi: 1 Şubat 2016). 1997-1998 yılları arasında 540 merkezde 24 788 kişinin tarandığı TURDEP-I çalışması sonuçları incelendiğinde 20 yaş ve üzerindeki kadınların %30'u, erkeklerin %13'ü ve genel popülasyonun %22,3'ünün obez olduğu bildirilmiştir. Santral obezite (bel çevresi kadında ≥ 88 cm, erkekte ≥ 102 cm) prevalansı incelendiğinde ise kadınların %49'unda, erkeklerin %17'sinde, genel popülasyonun ise %35'inde santral obezite saptanmıştır. Aynı çalışmada yaş dağılımı bazında obezite sıklığının 30'lu yaşlarda arttığı, 45-65 yaşları arasında en üst düzeye çıktığı belirtilmektedir (Satman ve ark 2002, http://beslenme.gov.tr/content/files/basin_materyal/obezite_mucadele_el_kitabi.pdf Erişim tarihi: 12 Ocak 2016). Aynı çalışmanın ikincisi olan ve 2010 yılında yapılan TURDEP II çalışması sonuçlarına göre; ülkemizde obezite sıklığının %32 olduğu belirtilmekte, erkeklerde fazla kiloluğun kadınlarda ise obezitenin yaygın olduğu bildirilmekte, erişkin yaşlardaki bireylerin 2/3'nün fazla kilolu veya obez olduğu, kentsel ve kırsal bölgedeki yaşayan bireylerin obezite oranlarının ise birbirine yakın olduğu belirlenmiştir. TURDEP I ile TURDEP II çalışması arasında geçen 12 yıllık süreçte obezite sıklığının kadınlarda %34, erkeklerde %107 ve genel popülasyonda %44 artış gösterdiği saptanmıştır (<http://www.diabetcemiyeti.org/c/turdep-2->

sonuclarinin-ozeti Erişim tarihi: 2 şubat 2016, http://www.turkendokrin.org/files/file/TURDEP_II_2011.pdf 6 şubat 2016). 2000-2005 yılları arasında 13 878 kişinin incelendiği TOAD çalışmasında ise katılımcıların %29,5'inin obez, %39,6'sının kilolu olduğu, en fazla obezitenin 50-59 yaş aralığında görüldüğü bildirilmiştir (Bağriacık ve ark 2009).

2.3. OBEZİTE TANILANMASI VE BELİRLENMESİ

Obezitenin tanılanması ve belirlenmesinde indirekt ve direkt yöntemler kullanılmaktadır.

2.3.1. İndirekt Yöntemler

Antropometrik ölçümler; vücut yağ miktarını ölçmek için kullanılan kolay, pratik, maliyeti az olan yöntemleri içermektedir. Bu yöntemler; obezite çalışmalarında sıklıkla kullanılan ağırlık/boy parametreleri, vücut çevresi ölçümleri ve vücut çevresi oranlarıdır (Akbulut, Özmen ve Besler 2007, Durna 2012).

2.3.1.1. Ağırlık ve Boy Parametreleri

2.3.1.1.1. Beden Kitle İndeksi- [BKİ (Body Mass Index-BMI)]:

Ağırlık ve boy parametreleri, BKİ hesaplamada önemli parametreler olup tek başlarına anlam ifade etmemektedirler. Bu parametrelerin birlikte kullanıldığı DSÖ tarafından önerilen BKİ ölçümü, vücuttaki yağ oranını tahmin etmek için kullanılan basit ve pratik bir indeks olarak kullanılmakta kişinin kilogram olarak ölçülen vücut ağırlığının metre cinsinden boyun karesine bölünmesi sonucu elde edilmektedir. Bu sonuçlara göre bireyler zayıf, normal, fazla kilolu ve obez olarak değerlendirilmektedir. DSÖ'nün belirlediği sınıflama aşağıda belirtilmiştir:

Sınıflandırma	BKİ (kg/m ²)
Zayıf	<18,50
Normal	18,50-24,99
Fazla Kilolu	25-29,99
I.Derece Obez	30-34,99
II.Derece Obez	35-39,99
III.Derece Obez (Morbid)	≥40

(http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html Erişim tarihi: 18 Aralık 2015).

2.3.1.2.Vücut Çevresi Ölçümleri

2.3.1.2.1. Bel Çevresi

Vücutta bulunan yağ miktarı kadar bu yağın hangi bölgelerde biriktiği de önemlidir. Genellikle yağın biriktiği bölge bel kısmıdır ve bel çevresinin artışına neden olan yağ birikimi santral (viseral ya da abdominal) obeziteye yol açmaktadır. Santral obezite; diyabet, hipertansiyon, hiperkolesterolemi, kalp-damar hastalıkları için risk faktörü olmakta ve yaşamı tehdit etmektedir. Bu nedenle bel çevresinin ölçülerek santral obezitenin belirlenmesi ve iç organ yağlanması hakkında fikir sahibi olunması önemlidir. Bel çevresi, bireyin ayakta düz bir şekilde durması sağlandıktan sonra arkus kostaryum ve spina iliaca anterior superior arasındaki mesafenin tam orta noktasından ölçülmelidir. Elde edilen ölçüm sonuçlarına göre bireylerde abdominal obezite varlığı değerlendirilir (Durna 2012, http://www.turkendokrin.org/files/pdf/metabolik_sendrom.pdf Erişim tarihi: 18 Aralık 2015). Uluslararası Diyabet Federasyonu'na (International Diabetes Federation; IDF) göre bel çevresinin erkeklerde 94 cm ve üzeri, kadınlarda da 80 cm ve üzerinde olması santral/abdominal obezite varlığını gösterirken (Durna 2012, http://www.turkendokrin.org/files/pdf/metabolik_sendrom.pdf Erişim tarihi: 18 Aralık 2015) bel çevresinin kadınlarda ≥88 cm ve erkeklerde de ≥102 cm olması obeziteye bağlı gelişebilen diyabet, koroner kalp hastalığı ve metabolik sendrom gibi hastalıklar açısından yüksek riske sahip olduğunu göstermektedir (Patidar 2013, http://www.turkendokrin.org/files/pdf/metabolik_sendrom.pdf Erişim tarihi: 18 Aralık 2015).

2.3.1.2.2. Kalça Çevresi

Kalça çevresi ölçümü tek başına bir anlam ifade etmemekte olup genellikle bel çevresi ile birlikte değerlendirilir. DSÖ'nün önerdiği şekilde kalçaların en geniş olduğu noktadan esnemeyen mezura yardımı (mezura yere paralel olmalı) ölçülmekte ve bu ölçüm sırasında yanlış sonuçlar verebilecek durumlar (kalın giysiler, cüzdan, telefon gibi cepte bazı meteryallerin olması vb) ortadan kaldırılmalıdır (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44583/1/9789241501491_eng.pdf Erişim tarihi: 13 Mart 2016, http://www.bhsm.gov.tr/galeri/obezite/Antropometrik_Olcumler_Olcum_Teknikleri.pdf Erişim tarihi: 15 Mart 2016).

2.3.1.2.3. Bel / Kalça Oranı

Obeziteye bağlı risk faktörleri nedeniyle bel-kalça oranını (BKO) hesaplamak önemlidir (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44583/1/9789241501491_eng.pdf Erişim tarihi: 13 Mart 2016). DSÖ, bel/kalça oranının kadınlarda 0,85 ve erkeklerde de 1'den büyük olmasını android tip obezite olarak tanımlamıştır. Android tip obezitenin kalp damar hastalıkları, insülin direnci, diyabet gibi hastalıklar için önemli bir risk faktörü olduğu da bildirilmektedir (Durna 2012, http://www.turkendokrin.org/files/3_OBEZITE_PRESS.pdf Erişim tarihi:12 Kasım 2015).

2.3.2. Direkt Yöntemler

Toplam vücut suyu hesaplaması, toplam vücut potasyumunun ölçülmesi, nötron aktivasyon tekniği, ultrasonografi (USG), bilgisayarlı tomografi (BT), manyetik rezonans görüntüleme (MR), dual foton absorpsiyometri (DPA) ve dual enerji X-ray absorpsiyometri (DEXA), total vücut geçirgenliği [(total body electrical conductivity (TOBEC)], biyoelektriksel impedans analizi (BİA), vücut yoğunluğu ve hacminin ölçülmesinde kullanılan dansitometri (su altı tartımı), pletismografi (taşırılan su miktarı) ve air-displacement pletismografi (hava yer değiştirme) vücut yağ oranlarının belirlenmesinde ve obezitenin tanılanmasında kullanılan direkt yöntemler

arasında yer almaktadır. Ancak bu yöntemlerin çoğu hem uygulama zorluğu, maliyeti, zaman alması hem de uygulama için profesyonel kişiler gerektirmesi nedeniyle çok sık kullanılmamaktadır. Bu yöntemlerden sadece BİA; kullanım kolaylığı, hastanın radyasyona maruz bırakılmaması, ucuz ve güvenli olması gibi nedenlerle sıklıkla tercih edilmektedir. BİA; yağ, kas ve kemik doku gibi bölgelere elektriksel zayıf akım verilerek oluşan direnci ve yağsız doku ile yağ dokusunun elektriksel geçirgenlik farkını ölçmeyi hedefleyen bir yöntemdir. BİA yönteminde elektrotlar elden ayağa, ayaktan ayağa, elden ele 3 farklı şekilde yerleştirilerek doku yatağına değişik frekanslarda alternatif akım verilip dokunun kendine ait direnci ölçülür. Oluşan bu direnç (impedans) değeri sabit denklemlerde yerine konur. Bunun sonucunda vücut yağ yüzdesi (%F), vücut yağ miktarı (FM), yağsız vücut yüzdesi (%FFM), yağsız vücut kitlesi (FFM), vücut su yüzdesi (%), vücut su miktarı (TBW), beden kitle indeksi hesaplanır. BİA fazla kilo ve obezite varlığının belirlenmesinin yanı sıra fazla kilolu ve obez bireylerin sağlıklı kilolarına ulaşma süreçlerinin izlenmesinde oldukça etkili ve güvenilir bir yöntemdir (Akbulut ve ark 2007, Durna 2012, <http://www.endokrin.org.tr/files/pdf/obezite.pdf> Erişim tarihi: 16 Şubat 2016). Yapılan bir çalışmada da BİA kullanımının fazla kilo ya da obez tanılması yapılmasında BKİ yerine daha duyarlı bir ölçüm aracı olduğu bildirilmiştir (Bodur ve Uğuz 2007).

2.4. OBEZİTENİN ETİYOLOJİSİ

Obezite temelde enerji alımı ve harcanması arasındaki dengesizliğe bağlı olarak görülmektedir. Bu dengesizliğe yaş, cinsiyet, genetik faktörler, yanlış/sağlıksız beslenme alışkanlıkları, fiziksel inaktivite, ilaçlar, hormonlar, D vitamini eksikliği, metabolik, nörolojik, fizyolojik, psikolojik, sosyo-ekonomik ve kültürel faktörler neden olabilmektedir (Peker 2000, Eker ve Şahin 2002, Li and Zhou 2014, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/> Erişim tarihi: 10 Ağustos 2015, http://beslenme.gov.tr/content/files/home/turkiye_saglikli_beslenme_ve_hareketli_hayat_programi.pdf Erişim tarihi: 1 Şubat 2016).

2.4.1. Yaş

Obezite görülme sıklığı yaşa göre değişkenlik göstermektedir. Yaşlandıkça bireylerin hem fiziksel hareketleri hem bazal metabolizma hızları hem de enerji harcama miktarları azalmaktadır. Bu durum karşısında kişi aldığı kaloriyi azaltmadığı veya fiziksel aktivitesini arttırmadığı sürece kilo artışı ile karşı karşıya kalabilmektedir (Kayar ve Utku 2013). 40 yaşından sonra bireylerin vücuttaki kas dokusu azalmaya, yağ oranı ise artmaya başlamaktadır (Durna 2012). Çayır, Atak ve Köse'nin (2011) yapmış olduğu bir çalışmada 20-40 yaş aralığındaki bireylerin %10'u, 41-60 yaş aralığındaki bireylerin %33,2'si, 61 yaş ve üzerindeki bireylerin %36,6'sının obez olduğu belirlenmiştir. 2015 yılında yapılan bir metaanaliz çalışmasında da 10 yıllık süreçte orta yaşta olan normal kilolu bireylerin %30-40'ının pre-obez ya da obez olduğu, daha önceden pre-obez olanların %20-25'inin obez olduğu ve temelde obez olanların %80'den fazlasının obez kaldığı saptanmıştır. Bu durumda yaş ilerledikçe yağ oranının arttığı belirlenmiş olup, obezite gelişme riskinin yükseldiği belirtilmiştir (Haftenberger et al 2015).

2.4.2. Cinsiyet

Obezite her iki cinstede görülmektedir. Fakat kadınlarda gebelik, emzirme dönemleri, fazla gebelik sayısı, menapoz, östrojenin yağ dokusunu arttırıcı etkisi gibi sebepler yüzünden obezite görülme sıklığının erkeklere kıyasla daha fazla olduğu belirtilmektedir (Çayır ve ark 2011, Durna 2012, <http://saglik.gov.tr/tr/dosya/1-36664/h/e-7-obezite-ve-egzersiz.pdf> Erişim tarihi: 1 Ocak 2016, <http://www.turkendokrin.org/files/pdf/Obezite.pdf> Erişim tarihi: 1 Mart 2016). Altı pasifik ada ülkesinde yaşayan, yaş aralığı 13-16 olan 10 424 adölesan bireyin incelendiği bir çalışmada kadın adölesanların erkek adölesanlara kıyasla daha fazla kilolu olduğu belirtilmiştir (Pengpid and Peltzer 2015). Yine buna benzer bir çalışmada kadınların %35,1'inin, erkeklerin de %16,4'ünün obez olduğu saptanmıştır (Çayır ve ark 2011).

2.4.3. Genetik Faktörler

Son zamanlarda yapılan çalışmalarda genetik faktörlerin obezite sıklığını önemli ölçüde etkilediği bildirilmektedir (Peker 2000, Semerci 2004, Belley, Walley and Froguel 2005). Zhou ve ark. nın (2015) 25-85 yaş aralığında olan 11 401 ikiz çiftinin üzerinde yaptıkları bir çalışmada kalıtımın bel çevresi ve bel-boy oranını hafif, BKİ'yi yüksek derecede etkilediği belirlenmiştir. Ayrıca gestasyonel diyabetli anneden doğma, anne veya babanın birinin ya da her ikisinin birlikte obez olması gibi durumların da obezite riskini arttığı bilinmektedir (Özata 2011, <http://www.turkendokrin.org/files/pdf/Obezite.pdf> Erişim tarihi: 1 Mart 2016).

Genetik faktörlerin kişilerin iştahını, bireylerin çevreye karşı verdikleri tepkiyi, yeme davranışındaki çeşitliliği, yağ hücre sayısını, büyüklüğünü hatta yağın dağılım şeklini bile etkilediği düşünülmektedir (Semerci 2004, Durna 2012).

Son zamanlarda Tümör Nekroz Faktör Alfa (TNF-a) geninin obezite ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Yapılan bir çalışmada TNF-a geninin hem in vitro hem in vivo koşullarda adinopektin sekresyonunu ve multimerizasyonunu baskılayarak serumdaki adinopektin miktarının azalttığı bunun sonucunda da obezite riskini arttırdığı saptanmıştır (He et al 2015).

2.4.4. Beslenme Alışkanlıkları

Teknolojinin gelişmesi, iş yoğunluğunun artması, yemek hazırlamak için yeterince zaman bulunamaması gibi nedenler beslenme alışkanlıklarının değişmesine yol açmıştır. Fastfood tüketimi, karbonhidrat ve rafine şekerden zengin ya da bitkisel liflerden fakir besinler, aşırı yağlı beslenme şekli, yemek porsiyon miktarlarının artması, öğün sayısının az olması, hızlı yemek yeme, gece uykudan uyanıp yeme alışkanlığı ve tencere yemeklerinden uzaklaşılması kilo artışına neden olabilmektedir (Çayır, Atak ve Köse 2011, Özata 2011, Öztürk ve Aktürk 2011, Durna 2012, http://www.turkendokrin.org/files/3_OBEZITE_PRESS.pdf Erişim tarihi:12 Kasım 2015, http://beslenme.gov.tr/content/files/home/turkiye_saglikli_beslenme_ve_hareke

tli_hayat_programi.pdf Erişim tarihi: 1 şubat 2016). Yapılan bir çalışmada ğün atlayan çocuklarda atlamayanlara göre obezite gelişme riskinin yüksek olduğu belirlenmiştir (Turan, Ceylan, etinkaya ve Altundağ 2009). Başka bir çalışmada ise yemek yeme hızının obeziteyi etkilediği, normal hızda yemek yiyenlerin %10,7'sinde, yavaş yiyenlerin %20,6'sında, hızlı yiyenlerin de %40'ında obezite saptanmıştır (ayır ve ark 2011). Bunlara ek olarak literatürde, süt çocukluğu dönemindeki beslenmenin obezite gelişim riskini etkilediği vurgulanmıştır. Özellikle emzirmenin çocukluk ağı obezitesine karşı koruyucu etkisi olduğu bildirilmiştir (Hess, Ofei and Mincher 2015, Estevez-Gonzalez, del Pino, Henriquez-Sanchez, Pena-Quintana and Saavedra-Santana, 2016). Süt ocukluğu dönemindeki beslenmenin yanı sıra çocukluk dönemindeki beslenme alışkanlıkları da obezite gelişme riskini etkilmekte olup, bu dönemde aşırı ve dengesiz beslenmenin yağ hücrelerinin hacmi ve sayısını arttırdığı bilinmektedir. Çocukluk döneminde kilo kaybı sağlansa bile yağ hücrelerinin sayısında azalma olmayacağı ve buna bağlı olarak da ilerleyen yaşlarda bu bireylerin obez olma riski ile karşı karşıya kalacağı belirtilmektedir (Peker 2000).

2.4.5. Fiziksel Aktivite

Teknolojinin insan hayatında giderek daha fazla yer alması fiziksel aktivitenin yerini sedanter yaşam tarzına bırakmasına yol açarak, obezite oranlarında artışa neden olmuştur (Peker 2000, Hu, Li, Colditz, Willett and Manson, 2003, Murillo, Albrecht, Daviglius and Kershaw 2014, http://www.turkendokrin.org/files/3_OBEZITE_PRESS.pdf Erişim tarihi:12 Kasım 2015, http://beslenme.gov.tr/content/files/home/turkiye_saglikli_beslenme_ve_hareketli_hayat_programi.pdf Erişim tarihi: 1 şubat 2016). Özellikle bilgisayar kullanımının artması, televizyon izleme sürelerinin uzaması ve bunları yaparken birşeyler yeme isteği (zellikle cips, okolata, kuruyemiş, asitli içecekler, hazır meyve suları gibi besinlerin tüketimi) kilo artışına neden olmaktadır. Randomize kontrollü bir çalışmada da televizyon izlerken kuruyemiş tüketme sıklığının fazla kilolu ve obez öğrencilerde (%52,9) zayıf öğrencilere (%36,2) göre daha fazla olduğu belirtilmiştir (ztrk ve Aktürk 2011). Haftalık 10 saatten az televizyon seyretme ve buna ek olarakta günlük 30 dakika ya da üzerinde yapılan tempolu

yürüyüşün obeziteyle ilgili gelişebilecek yeni vakaların %30'unu önleyebileceği bildirilmiştir. Sonuç olarak fiziksel aktivitenin her yaşta artırılmasının obezite gelişim riskini azaltacağı gözardı edilmemelidir (Hu et al 2003).

2.4.6. İlaçlar

Birçok ilacın kullanımı sırasında yan etki olarak kilo artışı meydana gelebilir. Obezite gelişmesinde etkili olan ilaçların çoğu iştah merkezindeki nörotransmitterleri etkilemekte, enerji kaybında azalmaya neden olmakta veya vücuttaki yağ dağılımını etkileyerek belli bölgelerde yağ depolanmasına yol açmaktadır. Glikokortikosteroidler, insülin, antidepresanlar, valproik asit, metirsergit, sülfonilüreler, antihipertansifler, progesteron, fenotiazin, lityum, siproheptadin gibi ilaçlar obezite gelişmesinde etkili olan ilaçlar arasında yer almaktadır. Bu grup ilaçları kullanan hastaların diyetinin düzenlenmesi ve fiziksel aktivitelerinin artırılması kilo kontrolünün sağlanmasında önemlidir (Eker ve Şahin 2002, Durna 2012).

2.4.7. Hormonlar

Son zamanlarda yapılan çalışmalarda ghrelin ve leptin hormonlarının obezite ile ilişkili olduğu vurgulanmaktadır (Beccuti and Pannain 2011, Broussard et al 2015). Bu hormonlar kişinin açlık, tokluk düzeylerini ve yemeğe başlama zamanını düzenleyerek vücut ağırlığının kontrolünde rol almaktadırlar. Leptin hormonu kişinin tokluk hissini algılamasını sağlayarak yemeği sonlandırmasını, ghrelin hormonu ise açlık hissi oluşturarak yemeğe başlamasını sağlamaktadır. Ghrelin fazla salgılandığında kişiler daha fazla açlık hissetmekte ve iştahları artmaktadır. Leptin az salgılandığında ise kişilerde tokluk hissinde azalma, doyduklarını hissetmeme ve daha fazla yemek yeme davranışı görülmektedir (Kayar ve Utku 2013). Yapılan bir çalışmada uykusuzluğun ghrelin düzeyini artırdığı, leptin düzeyini ise azalttığı ve buna bağlı olarak obezite riskinin artmasına yol açtığı bildirilmektedir (Beccuti and Pannain 2011). Broussard ve ark. nın (2015) yapmış olduğu randomize kontrollü bir çalışmada da, bir gruba uyku kısıtlaması yapılmış diğer gruba herhangi bir müdahalede bulunulmamıştır. Uyku kısıtlaması yapılan grupta leptin düzeyinin

etkilenmediği, ghrelin seviyesinin artış gösterdiği ve bu yükselmeye birlikte de yüksek kalorili tatlı tüketiminin arttığı belirtilmiştir.

2.4.8. D Vitamini Eksikliği

D vitaminin, yağ asit oksidasyonu ve mitokondriyal metabolizmada yer alan genlerin düzenlenmesini sağlayarak yağ oksidasyonunu arttırdığı ve buna bağlı olarak da kilo kazanımını sınırladığı bilinmektedir (Marcotochino ve ark 2014). Son zamanlarda yapılan çalışmalarda da obezitenin D vitamini eksikliği ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (Li and Zhou 2014). 23 çalışmanın incelendiği bir metaanaliz çalışmasında obez bireylerde normal kiloda olanlara göre %35, aşırı kilolu olanlara göre de %24 oranında vitamin D yetersizliği bulunduğu, BKİ ile Vitamin D eksikliği arasında anlamlı ilişki olduğu belirtilmektedir (Heller, Thomas, Hollis and Larson-Meyer 2015, Pereira-Santos, Costa, Assis, Santos and Santos 2015).

2.4.9. Psikolojik Faktörler

Stres, anksiyete, depresyon gibi faktörler hem yemek yeme davranışını hem de fiziksel aktivite yapma durumunu etkileyerek obezite gelişimine neden olabilmektedir (Özata 2011, Kayar ve Utku 2013). Obez bireyler depresyon, anksiyete, özgüven eksikliği, öfke nöbetleri, kötü beden imajı algısı gibi psikopatolojik durumlarla karşılaşmaktadırlar. Fakat bu psikopatolojik durumların obezite nedeniyle mi oluştuğu ya da obezitenin mi bu psikopatolojik durumlara neden olduğu tam olarak belirlenememiştir (Dallar, Erdeve, Çakır ve Köstü 2006, Durna 2012). Fox, Gross, Rudser, Foy ve Kelly'in (2015) yaptığı bir çalışmada 102 adölesan incelenmiş olup obez ya da yüksek derecede obez olanların 3,5 kat daha fazla depresyona, yaklaşık 5 kat daha fazla anksiyeteye sahip olduğu belirlenmiştir. Bipolar bozukluğu olan bireylerde tıkanırcasına yeme davranışı, depresif epizotların fazla olması, tedavide lityum gibi ilaçların kullanılması, aşırı karbonhidrat tüketimi, yetersiz fiziksel aktivite gibi nedenlerden dolayı kilo kazanımının fazla olduğu vurgulanmaktadır (Keck and McElroy 2003). Sonuç olarak anksiyete, depresyon, bipolar bozukluk ve bunlara benzer birçok psikopatolojik durum daha fazla yeme eğilimine yol açar. Aynı zamanda bu psikopatolojik durumlar için kullanılan bazı

ilaçlar da iştah artışına yol açarak kiloda artmaya neden olur (Keck and McElroy 2003, Dallar ve ark 2006, Özata 2011).

2.4.10. Sosyo-Ekonomik ve Kültürel Faktörler

Bireylerin medeni hali, öğrenim düzeyleri, sosyal statüleri, gelir düzeyleri, çalışma durumları gibi birçok sosyoekonomik ve kültürel faktör obezite gelişimini etkileyebilmektedir (Arslan ve Ceviz 2007, Çayır ve ark 2011). Arslan ve Ceviz'in (2007) yaptıkları çalışmada eğitim seviyesi düşük olan bireylerde yüksek olanlara göre obezite gelişme riskinin daha fazla olduğu saptanmıştır. Buna benzer olarak yapılan farklı bir çalışmada da öğrenim düzeyi arttıkça, bilinçlenmeye bağlı olarak obezite gelişme riskinin azaldığı saptanmıştır. Aynı çalışmada dul ve boşanmış bireylerin, ev hanımlarının, düşük gelir düzeyine sahip bireylerin daha fazla kilolu olduğu belirlenmiştir (Çayır ve ark 2011). Erkol ve Khorshid'in (2004) yaptıkları çalışmada da ev hanımlarında ve evli bireylerde obezite oranının daha yüksek olduğu belirtilmiştir.

2.5. OBEZİTENİN SINIFLANDIRILMASI

Kilo artışının derecesi ve ilişkili morbidite riski, obezitenin başlangıç yaşı, obezitenin etyolojisi, vücuttaki yağ dokusunun anatomik karakteristiği ve dağılımına (yağ hücresinin hacim ve büyüklüğü, vücuttaki yağ dağılımı) göre obezite 4 gruba ayrılmaktadır (Durna 2012, Kayar ve Utku 2013). Obezite vücuttaki yağ hücresinin hacim ve büyüklüğüne göre hiperplazik (hipersellüler) ve hipertrofik obezite olmak üzere iki başlıkta değerlendirilir. Adipoz hücre sayısında artışla meydana gelen ve genellikle çocukluk çağında görülen obezite türü hiperplazik, genellikle yetişkinlik döneminde görülen yağ hücrelerinin büyüklüğünde meydana gelen değişiklik sonucu oluşan obezite türü de hipertrofik olarak adlandırılmaktadır. Hipertrofik obezitenin; koroner arter hastalığı, hipertansiyon ve insülin direnci gibi sorunlara yol açtığı düşünülmektedir (Akbulut ve ark 2007, Özata 2011, Durna 2012). Vücuttaki yağ dağılımına göre obezite (Tip I; ovoid, jeneralize, Tip II; android obezite, erkek tipi, abdominal, santral, elma tipi, Tip III; visseral obezite, Tip IV; Jinoid obezite, kadın

tipi, gluteal femoral/ periferik-subkütanöz/armut tipi) kendi içerisinde 4 gruba ayrılmaktadır. Tip I (ovoid, jeneralize); yağ miktarının hemen hemen vücudun her bölgesinde eşit olarak dağılımı sonucu oluşan obezite türüdür. Sadece yağ kitlesinde değil aynı zamanda vücut ağırlığında da artış görülmektedir (Durna 2012). Tip II (android obezite, erkek tipi, abdominal, santral, elma tipi); deri altında bulunan yağın karın ve gövde bölgesinde artması sonucu oluşan genellikle erkeklerde daha fazla görülen görüntüsü elmaya benzeyen obezite türüdür (Özata 2011, Durna 2012). Tip III (visseral obezite); karın içi organların çevresindeki (karaciğer, bağırsak, böbrekler gibi abdominal organların herhangi bir yerinde) yağ artışının neden olduğu obezite türü olup glikoz intoleransı, hiperlipidemi, hipertansiyon ve böbrek taşı gibi durumlar için önemli bir risk faktörüdür (Akbulut ve ark 2007, Durna 2012, Akarken ve ark 2015). Tip IV (jinoid obezite, kadın tipi, gluteal femoral/periferik-subkütanöz/armut tipi) ise; bacaklar ve basen bölgesinin, abdomenden çok daha fazla yağlanma göstererek armut şeklini alması sonucu oluşan genellikle venöz dolaşım bozuklukları ve eklem hastalıkları için risk faktörü olan bir obezite türüdür (Bozboru 2002, Akbulut ve ark 2007, Durna 2012).

2.6. OBEZİTE TEDAVİSİ

Obezite tedavisindeki amaç yalnızca kilo vermek değil aynı zamanda morbidite, mortalite riskini azaltmak, bireye yeterli ve dengeli beslenme alışkanlığı kazandırmak ve bireylerin yaşam kalitesini en üst seviyeye çıkarmaktır (http://www.turkendokrin.org/files/3_OBEZITE_PRESS.pdf Erişim tarihi:12 Kasım 2015, <http://www.turkendokrin.org/files/pdf/Obezite.pdf> Erişim tarihi: 1 Mart 2016).

Tedavi yaklaşımında çok hızlı kilo kaybettirmeyi sağlayan yöntemler kısa zamanda da kilonun geri kazanılmasına neden olabilmektedir. Obezite tedavisinde vücut ağırlığının ilk 6 aylık süreçte %10 oranında azalması beklenmektedir. Kilo veren bireylerin ise yalnızca %5'lik kısmı ulaşabildikleri kiloyu koruyabilmektedirler. Bu nedenle ulaşılan kilonun korunabilmesi için obezite tedavisi içerisinde yer alan yöntemlerin yaşam biçimi haline getirilmesi gerekmektedir

(http://www.turkendokrin.org/files/3_OBEZITE_PRESS.pdf Erişim tarihi:12 Kasım 2015, <http://www.turkendokrin.org/files/pdf/Obezite.pdf> Erişim tarihi: 1 Mart 2016).

Obezite tedavisi; tıbbi beslenme tedavisi, egzersiz, bilişsel-davranışçı terapiler, ilaç tedavisi ve cerrahi tedavi olmak üzere 5 gruba ayrılmaktadır.

2.6.1. Tıbbi Beslenme Tedavisi Yaklaşımları

Obezitenin ortaya çıkışına sebep olan birçok yanlış beslenme davranışı mevcuttur. Besin tkretim miktarının fazla olması, çalışma koşulları içerisinde bireylerin enerji yoğunluğu yüksek olan hazır besinleri tercih etmesi, abur cubur tarzı beslenme, besinlerin büyük lokmalar halinde yutulması, hızlı yemek yeme alışkanlığı, öğünlerin atlanması ve ikram edilen besinlerin geri çevrilmemesi, su yerine yüksek enerjili içeceklerin tercih edilmesi gibi yanlış beslenme alışkanlıkları düzeltilerek hem kilo artışı önlenebilir hem de obezite tedavisi daha başarılı bir şekilde sürdürülebilir (http://www.turkendokrin.org/files/3_OBEZITE_PRESS.pdf Erişim tarihi:12 Kasım 2015).

Obezite tedavisinde, kısa zamanda kilo kaybettirecek çok programlar, çok düşük kalorili diyetler (200-800kkal/gün) ve ketojenik diyetler önerilmemektedir. Bunun yerine bireye özgü dengeli bir tıbbi beslenme tedavisi uygulanmaktadır.

Tıbbi beslenme tedavisinde vücudumuz için gerekli olan karbonhidrat, yağ, protein, vitamin, su, tuz gibi organik ve inorganik maddelerin vücuda dengeli ve yeterli bir şekilde alınması gereklidir. Günlük beslenme planında açlığı bastırma etkisi yüksek olan karbonhidratlar vücut için gerekli olan enerjinin %55-60'ını, tokluk hissi oluşturan yağlar günlük enerjinin %25-30'unu, yağsız vücut kitlesini koruyan ve tokluk hissi oluşturan proteinler ise enerjinin %12-15'ini karşılamalıdır. Bunun yanışıra günlük olarak 25-35 gram posalı gıda, 2-3 litre (1-1,5 litresi sudan sağlanmalı) sıvı alınmalıdır. Tuz kısıtlamasını gerektirecek herhangi bir durum yoksa günlük 5 gram tuz tketicmelidir. Vitaminler ise düşük kolorili bir diyet uygulanıyorsa eklenmelidir. şeker ilave edilen hazır gazlı içeceklerden, meyve

sularından ve alkolden uzak durulmalıdır (http://www.turkendokrin.org/files/3_OBEZITE_PRESS.pdf Erişim tarihi:12 Kasım 2015,http://eski.teb.org.tr/images/upld2/ecza_akademi/makale/20110331055101erisk_inlerde_sismanlik.pdf Erişim tarihi: 12 Mart 2016).

Sonuç olarak; kilo kaybının sağlanması ve yanlış beslenme alışkanlıklarının düzeltilmesi için uygulanacak olan tıbbi beslenme tedavisinin; bireye özgü olması, tüm yaşamları boyunca uygulayabilecekleri şekilde düzenlenmesi sürdürülebilirlik açısından gereklidir (<http://beslenme.gov.tr/index.php?page=45> Erişim tarihi: 14 Şubat 2016, http://www.turkendokrin.org/files/3_OBEZITE_PRESS.pdf Erişim tarihi:12 Kasım 2015).

2.6.2. Obezite Tedavisinde Egzersiz

Egzersiz; hem obezitenin tedavi edilmesinde hem de verilen kilonun geri kazanılmasını önlemede önemli bir faktördür (Akbulut ve ark 2007). Fakat tek başına yapılan egzersiz programının kalori kısıtlamasına nazaran daha az kilo kaybettirdiği bilinmektedir (Özata 2011). Diyetle birlikte kombine edilen egzersiz, kişinin kas kitlesinin korunmasını, visseral dokunun azalmasını ve bunun yanında da bazal metabolizma hızının artmasını sağlamaktadır (Akbulut ve ark 2007).

Obez bireylere yönelik fiziksel aktivite programı; süreklilik sağlanması açısından bireyin alışkanlıkları, sosyokültürel özellikleri, ekonomik koşulları ve genel sağlık durumu göz önünde bulundurularak hazırlanmalıdır. Klavuzlarda fiziksel aktivite olarak hafif ve orta yoğunluktaki egzersizler önerilmektedir. Haftada 3-5 gün, günde 30-45 dakika süren orta derecede fiziksel aktivite (Şekil 1) için hastalar teşvik edilmelidir (<http://www.endokrin.org.tr/files/pdf/obezite.pdf> Erişim tarihi: 16 Şubat 2016). Yürüyüş, hafif koşma, yüzme, bisiklete binme, ev işleri, bahçe işleri ile uğraşma kolay yapılabilen egzersiz türleri arasında yer almakta olup kilo kaybı sağlanması için bireylere önerilebilir (http://beslenme.gov.tr/content/files/arastirmalar/uyelik/beslenme_bilgi_serisi/Kitaplar/d/d_11_sismanlikvefizikselaktivite.pdf Erişim tarihi:3 Ocak 2015,

http://www.turkendokrin.org/files/3_OBEZITE_PRESS.pdf Erişim tarihi:12 Kasım 2015).

Sportif Etkinlikler	Ev/iş ortamı etkinlikleri
Düz yolda yürümek (3km/30dk)	Araba yıkamak (45-60 dk)
Doğa yürüyüşü yapmak (20-30 dk)	Camları, yerleri silmek (45-60 dk)
Tempolu yüzmek (20dk)	Bahçe işleri yapmak (30-45 dk)
Hızlı bisiklete binmek (20 dk)	Dans etmek (20 dk)
İp atlamak (15 dk)	Hafif yükleri taşımak (<20 kg, 15 dk)
Basketbol, futbol gibi yarışmalı sporlar (15-20 dk)	Merdiven çıkmak (15 dk)
Koşmak (2km/15 dk)	Kar küremek (15 dk)

Şekil 1. Orta Düzeyde Fiziksel Etkinlik Örnekleri

(http://www.turkendokrin.org/files/file/OBEZITE_TTK_web.pdf Erişim tarihi: 12 Aralık 2015)

2.6.3. Bilişsel Davranışçı Tedavi

Bilişsel davranışçı tedavi; fiziksel aktivite ve diyet önerilerine uymada zorluk yaşıyan hastalarda uyumu arttırmak ve bu davranışları pekiştirerek yaşam tarzı haline getirmeyi amaçlayan bir yöntemdir. Bu tedavi kişinin obeziteye neden olan davranışları farketmesini, kabullenmesini sağlar. Bireyin stres yönetimi, problem çözme ve uyarı denetimi becerilerini geliştirir, ayrıca motivasyonunun artmasını sağlayarak bireye kendi kendini kontrol edebilme becerisi kazandırır (Sertöz ve Mete 2005, http://www.turkendokrin.org/files/3_OBEZITE_PRESS.pdf Erişim tarihi:12 Kasım 2015, <http://www.endokrin.org.tr/files/pdf/obezite.pdf> Erişim tarihi: 16 Şubat 2016).

Bilişsel davranışçı tedavide, obez hastalara hem başvurduğu sağlık kuruluşunun hem de yakın çevresinin destek olması, hasta ve hekimle birlikte tedavide ulaşılabilir

hedefler belirlenmesi ve periyodik olarak denetlenmesi, hastanın kendisini günlük olarak egzersiz, beslenme programı ve kilosu açısından takip ederek kaydetmesi, hastaların kliniğe her gelişlerinde kilolarının ölçülmesi, bir önceki kilo durumuna göre ne kadar değişiklik olduğu, bu süreç içerisinde egzersiz yoğunluklarının, beslenme alışkanlıklarının sorgulanması ve not alınması, obezite merkezlerinde tedavi gruplarının oluşturulması ve grup terapilerinin yapılarak motivasyonun sağlanması gibi uygulamalar yapılmaktadır (Sertöz ve Mete 2005, http://www.turkendokrin.org/files/3_OBEZITE_PRESS.pdf Erişim tarihi:12 Kasım 2015, <http://www.endokrin.org.tr/files/pdf/obezite.pdf> Erişim tarihi: 16 Şubat 2016).

Bilişsel davranışçı tedavide başarının sağlanmasında hem obez bireyin hem de ailesinin tedaviye katılımı önemlidir. Bunun için de ev ortamında yeme davranışını tetikleyen her türlü görsel uyarı ortadan kaldırmak, yoğun kalori içeren hazır gıdaların yerine meyve, sebze, et, yumurta ve süt ürünleri gibi gıdaları tercih etmek, yemek yerken televizyon izlenmemesine, bilgisayar kullanılmamasına dikkat etmek, yemek yenilen tabak boyutunu küçültmek gibi alışkanlıklar tüm aile bireylerinde yaşam tarzı haline getirilmelidir (<http://www.endokrin.org.tr/files/pdf/obezite.pdf> Erişim tarihi: 16 Şubat 2016, http://www.turkendokrin.org/files/3_OBEZITE_PRESS.pdf Erişim tarihi:12 Kasım 2015).

2.6.4. İlaç Tedavisi

Obezitede ilaç tedavisi hafif ve orta düzeyde kilo fazlalığı olan bireylerde önerilmeyip sadece tıbbi beslenme, egzersiz ve davranış tedavisi ile kilo kontrolünün sağlanamadığı durumlarda (BKİ 27-29,9 kg/m² düzeyinde olup komorbiditeleri olan hastalar, BKİ> 30 kg/m² olup diyet, egzersiz ve davranış değişikliği uygulamaları yapıldığı halde kilo kontrolü sağlanamayan hastalar, BKİ:25-29,9 kg/m² arasında olup bel çevresi erkeklerde 102 cm, kadınlarda 88 ve üzerinde olan hastalar) kullanılmaktadır (Eker ve Şahin 2002, Durna 2012, http://www.turkendokrin.org/files/3_OBEZITE_PRESS.pdf Erişim tarihi:12 Kasım 2015). Merkezi sinir sistemine etki ederek besin alımını, iştahı baskılayarak azaltan ilaçlar (dexfenfluramine, mazindol, fenfluraminsibutramine-reduktil), (Durna 2012)

enerji emilim ve depolanmasını azaltan periferik olarak diyetset emilimi bozan ilaçlar (posalı maddeler, enzim ve gastrik boşalma inhibitörleri, yapay besin ve tatlandırıcılar), toplam enerji tüketimi ve yağ oksidasyonunu arttıran ilaçlar obezitenin tedavisinde kullanılabilmektedir (Beccuti and Pannain 2011, Durna 2012, Broussard et al 2015). Ancak obezite tedavisinde kullanılan ilaçlara bağlı yan etkilerin ortaya çıkması, tolerans gelişmesi, uzun süreli kullanımda güvenilir olmaması gibi nedenlerle bazı ilaçlar kullanımdan kaldırılmaktadır. Bu yüzden kullanımdan kaldırılan ilaçların bilinmesi ve doktor önerisi olmadan kesinlikle kullanılmaması gereklidir (http://www.turkendokrin.org/files/3_OBEZITE_PRESS.pdf Erişim tarihi:12 Kasım 2015).

2.6.5. Cerrahi Tedavi

Cerrahi tedavi; 18-60 yaş arasında olan, en az 3 yıldır obezite problemi olan, BKİ'si 40 üzerinde olan veya 35'in üzerinde olup beraberinde kronik hastalıkları olan (kardiyovasküler hastalıklar, hipertansiyon, diyabet, uyku apnesi, günlük aktivite performansını etkileyen fiziksel problemler ve artrit), en az 1 yıldır ilaç, diyet ve egzersize rağmen kilo veremeyen hastalarda düşünülmektedir (Akbulut 2007, Aygin ve Açıl 2015). Obezitede cerrahi tedavi, restriktif (kısıtlayıcı) ameliyatlar, malabsorbsiyon yapan (emilimi bozan) ameliyatlar ve hem kısıtlayıcı hem de emilimi bozan ameliyatlar yapılarak gerçekleştirilmektedir (Aygin ve Açıl 2015, http://beslenme.gov.tr/content/files/home/turkiye_saglikli_beslenme_ve_hareketli_hayat_programi.pdf Erişim tarihi:1 Şubat 2016).

2.7. OBEZİTEYE BAğLI YAŞANAN SORUNLAR

Obezite yalnızca aşırı yağlanma sonucu oluşan estetik bir sorun değil, buna paralel olarak gelişen kronik hastalıklar ve ölüm nedeniyle de önemli bir halk sağlığı sorunu. Obezite nedeniyle; Tip 2 diyabet, dislipidemi, hipertansiyon, alveoler hipoventilasyon, üst solunum yolu daralmaları, horlama, uyku apne sendromu, kolesistit, kolelitiazis, gut, osteoartrit, bel fıtığı, lumbalji, iskemik inme, kanser gibi

fiziksel sorunlar yanında obsesif kompulsif bozukluk, sosyal fobi, anksiyete, yalnızlık, dışlanma, damgalanma ve sosyal izolasyon gibi psikososyal sorunlar da gelişebilmektedir (Eren ve Erdi 2003, Durna 2012, http://www.e-kutuphane.teb.org.tr/pdf/tebhaberler/eylul_ekim07/9.pdf Erişim tarihi: 10 Ekim 2015, http://diyabet.gov.tr/content/files/yayinlar/kitaplar/obezite_bilgi_serisi/D6.pdf Erişim tarihi: 14 Şubat 2016). Özellikle psikososyal sorunların temelinde, günümüz toplumlarının beden imajı ile ilgili değer yargıları, obezitenin çirkinlik göstergesi olarak algılanması, obez hastalara karşı olumsuz bir tutum sergilenmesi, kilofobinin göstergesi olan; dağınık, başarısız, motivasyonu az, tembel, değersiz, güçsüz, iradesiz, benlik saygısı düşük, özgüveni eksik olarak obez bireylerin nitelendirilmesi yatmaktadır (Crandall and Martinez 1996, Neumark-Sztainer et al 1999, Schwartz et al 2003, Schwartz et al 2006, Durna 2012, Kumar et al 2012, Telatar ve ark 2015).

Sonuç olarak; obez bireylerin toplumdan dışlanmaması, benlik saygılarının yükseltilmesi, psikolojik sorunlar yaşamamaları ve yaşam kalitelerinin yükseltilmesinde toplumun obez bireylere karşı olumlu bir tutuma sahip olmaları ve kilofobi düzeylerinin düşük olması önemlidir.

2.8. FOBİ VE TUTUM KAVRAMI

Fobi (phobia): sözcüğünün etimolojisi Yunanca'da kaçış, panik, korku, dehşet anlamına gelen "phobos" sözcüğüne dayanmaktadır. Korku ve fobi kelimeleri birbirlerinin yerine kullanılan kavramlar olsa da farklı anlamlar taşımaktadırlar. Korku; gerçek bir tehlike düşüncesinin uyandırdığı endişe duygusu, fobi ise gerçekçi olmayan ancak belirli bir baskı hissi sonucunda açığa çıkan duygudur. Fobiler genellikle neden olarak gösterilen uyararla orantılı olmayan şiddette ortaya çıkabilen kişinin anksiyete ve bu abartılı anksiyete tepkisinin mantıksız olduğunu bilmesine rağmen bireyin kaçınma davranışlarını engelleyemediği yer, durum, nesne ve işlevlere ilişkin duygu ve tepkileri tanımlamaktadır. Fobi, korkunun insanın yaşamını kısıtladığı, özgürce yaşamasını önlediği durum olarak nitelendirilebilir. Yani fobi, gerçekte tehlike yaratmayan bir durum veya objeden yoğun şekilde korkmaktır.

Fobisi olan kişiler, kendilerinde fobi yaratan durumdan kaçmak isterler. Fobisi olan bireyler sadece bir nesne ya da durumdan kaçınmazlar aynı zamanda o nesne ya da durumu düşünmekten ve onları hatırlatacak olan durumlardan da kaçınabilirler (Başaran 1969, Sungur 1997, Öztürk ve Uluşahin 2008, <https://www.ucl.ac.uk/pwp-review/docs/Panic-turkish> Erişim tarihi: 3 Haziran 2016). Kişinin; nesne veya durumla karşı karşıya kalmak zorunda olduğu zamanlarda fobinin ortaya çıkması, nesne ya da durumla karşı karşıya geldiğinde kaçma isteği duyması ve kişinin fobik bir durum içerisinde değilken korkuların abartılmış olduğunun farkında olmasına rağmen bu durumu engelleyememesi ve denetleyememesi fobilerin üç temel özelliğini oluşturmaktadır (Sungur 1997, Köknel 1999, Öztürk ve Uluşahin 2008, Beck and Emery 2011).

Korku ve fobilerin genetik olarak belirlendiği, anne veya babasında özgül bir fobisi olan kişilerin benzer fobilere sahip olduğu, edinilen deneyimler, diğer insanların söylemleri (neyin güvenli neyin tehlikeli olduğu) ve çevrenin etkisinin fobinin ortaya çıkışında etkili olduğu söylenebilir (<http://www.psikiyatri.org.tr/pagepublic.aspx?menu=19> Erişim tarihi: 2 Haziran 2016, <https://www.ucl.ac.uk/pwp-review/docs/Panic-turkish> Erişim tarihi: 3 Haziran 2016).

Fobilerin oluşması bazı teorilerle açıklanmaktadır. Fobi Yatkınlığı Teorisine göre yaşamsal tehdit oluşturan obje ve olgulara karşı canlılar daha kolay korku tepkisi vermekte ve bu tepki de hızlı bir biçimde fobiye dönüşmektedir (McNally 1987). Diğer bir teori Klasik ve Edimsel Koşullanma Teorisidir. Klasik koşullanma da gerçekte korkutucu olmayan bir uyarın, korkutucu bir uyarınla birlikte verildiğinde özünde korkutucu olmama özelliğini kaybederek korkutucu bir şekle dönüşmektedir. Edimsel koşullanmada ise bir davranışın tekrar etme sıklığını oluşturan en önemli durum kişinin bu davranışı sergilediğinde karşılaşacağı sonuçtur. Eğer kişi herhangi bir davranışı sergilediğinde olumsuz tepkilerle ve durumla karşılaşarsa bu duruma karşı korku geliştirecek ve kaçma davranışı sergileyecektir (Sungur 1997). Fobi

oluşumundaki bir diğer teori Sosyal Öğrenme Teorisidir. Bu teoriye göre kişi başka örnekleri, davranışları veya rol modellerini gözlemleyerek öğrenir. Özellikle çocukluk ve ergenlik dönemindeki gözlemler sonucu birçok ön yargı ve korkunun ortaya çıktığı bilinmektedir. Kısaca kişi direk korku ve fobiye neden olan bir etkenle karşılaşmasa bile gözlemleri, sosyal çevre ve medyadan edindiği olumsuz bilgilerle fobi geliştirebilmektedir (Sungur 1997, Solak 2012). Özellikle eskiden sağlıklı olma ve zenginliği göstergesi olarak nitelendirilen kilonun son dönemlerde özellikle medyada güzel olmama, sağlıksız olma ve istenmeyen bir durum olarak gösterilmesi kilo almaya karşı kişi kilolu olmasa da bir fobi gelişmesine yol açabilir bu durum sosyal öğrenme teorisine göre ortaya çıkan fobiye örnek olarak verilebilir.

Birçok durum, nesne ve yere karşı oluşan, temel olarak agorafobi, özgül fobi ve sosyal fobi olarak sınıflandıran fobiler; bireylerin korku, anksiyete, stres yaşamalarına, benlik saygılarının azalmasına, okul başarısının düşmesine, işteki verimin azalmasına, eşler arasında sorunlar yaşanmasına, sosyalleşememeye, dışarı çıkmamaya, izolasyona, fobi oluşturan durumdan kaçmaya veya fobi oluşturan şeye karşı olumsuz davranışlar sergilemeye neden olabilmektedir (Sungur 1997, Öztürk ve Uluşahin 2008).

Türk Dil Kurumuna göre, tavır ya da tutulan yol anlamına gelen tutum, geçmişten günümüze birçok farklı şekilde tanımlanmıştır. 1931 yılında psikolojik bir objeye yönelen olumlu veya olumsuz bir yoğunluk sıralaması ve derecesi, 1935 yılında, yaşantı ve deneyimler sonucu oluşan, ilgili olduğu bütün obje ve durumlara karşı bireyin davranışları üzerinde yönlendirici ya da dinamik bir etkileme gücüne sahip duygusal ve zihinsel hazırlık durumu olarak tanımlanan tutum, Sanford tarafından, objelere ve sembollere olumlu veya olumsuz bir tepki göstermeye hazırlık durumu olarak tanımlanmıştır. Bir başka tanımda tutum, psikolojik bir sürecin herhangi bir değer yargısıyla damgalanmış bir nesne veya duruma ilişkin olarak bireyin olumlu mu yoksa olumsuz mu duygusal tepki göstereceğini belirleyen oldukça sürekliliği olan bir hazır olma durumu olarak açıklanmıştır. Farklı bir tanımda ise tutum bireyin

kendine ya da çevresindeki herhangi bir toplumsal obje yada olaya karşı deneyim ve bilgilerine dayanarak örgütlediği bilişsel, duygusal ve davranışsal bir tepki eğilimi olarak tanımlanmıştır. Ancak son yıllarda duygu, düşünce ve davranış içeren eğilimleri bünyesinde bulunduran tanımlamanın dışında kişilerin değerlendirmeleri üzerinde durulmaktadır. Buna göre de tutum, bireylerin farkında oldukları bir obje ile ilgili değerlendirmelerini (iyi/kötü, güzel/çirkin, olumlu/olumsuz) içerir (Tavsançıl 2006,http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GT.S.575a4a1815a828.34762673 Erişim tarihi: 3 Haziran 2016).

Bireyin sahip olduğu kişilik özellikleri, içinde yer aldığı toplumsal ve kültürel çevre, toplumsallaşma süreci, bilgi birikimi, önceki deneyimleri, tecrübeleri, klasik koşullanma, araçsal öğrenme, gözlemsel öğrenme, model alma, kitle iletişim araçları, kişinin değer yargıları, ebeveynler, kardeşler, akrabalar, öğretmenler, politikacılar, yöneticiler ve tüm bu etkenlerin sonucunda ortaya çıkan olumlu ya da olumsuz duygular tutumların oluşmasında etkili olmakta ve bireyin tutumlarının derecesi ve anlamına göre de davranışları şekillendirmektedir (Başaran 1969, Atılım 2012, <http://www.akademik.adu.edu.tr/bolum/fef/psikoloji/webfolders/topics/5TUTUMLA.R.pdf> Erişim tarihi: 2 Haziran 2016).

Düşünceleri içeren bilişsel boyut, duygu ve hisleri gösteren duygusal boyut, eylemleri/davranışları belirten davranışsal boyut olmak üzere üç boyutta ele alınan tutumların özellikleri aşağıda açıklanmıştır (Genç 2016).

Tutumların Özellikleri:

1. Tutumlar doğuştan gelmez, yaşantılar yolu ile öğrenilir, geçici değildir ve belli bir süre devamlılık gösterir.

2. Tutumlar öğrenme süreci içinde kademe kademe şekillendiği için insanın çevresini anlamasına yardımcı olur. Yani birey ve obje arasında ilişkide düzenlilik sağlanmış olur.
3. İnsan ve obje ilişkisinde, tutumların belirlemiş olduğu bir yanlılık durumu ortaya çıkar yani birey bir objeye karşı tutum oluşturduktan sonra ona objektif bakamaz.
4. Bir objeye karşı olumlu ya da olumsuz tutum oluşturabilmek için o objenin başka objelerle karşılaştırılması gereklidir.
5. Kişisel tutumların yanı sıra toplumsal değer, grup ve nesnelere yönelik toplumsal tutumlar da mevcuttur.
6. Tutum tepki gösterme eğilimidir yani belli bir tepki şekli değil, tepkide bulunmaya yönelik eğilimlerdir.
7. Tutumlar olumlu ya da olumsuz davranışlara yol açar (Tavşancıl 2006).

Sonuç olarak, bir durum, nesne, olay veya hastalığa (tüberküloz, AIDS, obezite, şizofreni gibi) karşı oluşturulan tutumlar, bireylerin yaşamlarını olumlu veya olumsuz olarak etkileyebilmektedir (Tavşancıl 2006). Özellikle hastalıklar karşısında geliştirilen tutumlar bu hastalığa sahip bireylerin fizyolojik, psikolojik ve sosyal açıdan pek çok sorunla karşı karşıya kalmalarına neden olabilmektedir. Bu nedenle tutumların objektif bir şekilde belirlenmesi ve olumsuz tutumların değiştirilmesine yönelik girişimlerin yapılması, belirtilen sorunların azaltılmasına ya da ortadan kaldırılmasına katkı sağlayacaktır.

2.9. KİLOFOBİ VE OBEZ BİREYLERE YÖNELİK TUTUM

Kilofobi, kilolu insanlara karşı negatif tutum ve kalıplaşmış düşünceler şeklinde kendini gösteren kilolu olmaktan patolojik bir şekilde korkma ve kilolu olmaya karşı antipati duyma, kilodan hoşlanmama anlamına gelmektedir (Yılmaz ve Dinç 2010,

<https://www.csudh.edu/dearhabermas/obesity04.htm> Erişim tarihi: 11 kasım 2015).

Kilofobisi olan bireyler genellikle kilolu/obez bireyleri; tembel, iradesiz, çekici olmayan, zayıf özdenetime sahip, yavaş, dayanıksız, hareketsiz, bencil, yemeği seven, biçimsiz, çok yiyen, endişeli, düşük benlik saygısına sahip, dağınık, başarısız, motivasyonu az olan, değersiz, özgüveni eksik, duygusal ve olumsuz beden algısına sahip bireyler olarak nitelendirmekte ve kiloları nedeniyle onları suçlamaktadırlar (Crandall and Martinez 1996, Neumark-Sztainer et al 1999, Schwartz et al 2003, Schwartz et al 2006, Kumar et al 2012, Hayran, Akan, Özkan ve Kocaoğlu 2013, Telatar ve ark 2015). Örneğin Puhl ve ark. nın (2015) yaptığı çalışmada kilofobi düzeyi yüksek olan kişilerin obezitenin kişinin kendi iradesiyle ilgili olduğunu düşündükleri ve obez bireyleri bu durumdan sorumlu tuttukları ve daha fazla stigmatize edici davranışlarda bulundukları belirlenmiştir. Buna benzer olarak yapılan başka bir çalışmada da yüksek beden kitle indeksine sahip hemşirelik öğrencilerinden obezitenin kişinin kendi kontrolü altında olmadığını düşünenlerin yani kilo alma nedeni olarak kendilerini sorumlu tutmayanların düşük kilofobi düzeyine sahip olduğu belirtilmiştir (Swift, Hanlon, El-Redy, Puhl and Glazebrook 2013). Kilofobi ve olumsuz tutumlara bağlı olarak obez bireyler, stigmatizasyon ve ayrımcılığa yaşamlarının her döneminde (çocukluk, yetişkinlik, yaşlılık) maruz kalabilmektedirler (Falkner et al 1999, Haines et al 2008, Rich et al 2008). Yapılan çalışmalarda öğrencilerin kiloları yüzünden eğlence konusu olduğu, özellikle kafeterya, kantin veya sosyal aktivite yapılan alanlarda öğrencilerle alay edildiği, sosyal aktivitelere alınmadığı, sözel tehdit ve fiziksel tacize maruz kaldıkları belirtilerek, bu şekilde akranları tarafından mağdur edilen çocukların depresyon, anksiyete, yalnızlık ve sosyal fobi gibi istenmeyen durumlarla karşı karşıya kaldıkları ifade edilmektedir (Janssen et al 2004, Storch et al 2007, Özgür ve ark 2008, Puhl et al 2011). Puhl, Luedicke ve Heuer'in (2011) iki okulda yapmış oldukları çalışmada; bir okuldaki öğrencilerin %28'i ve diğer okuldaki öğrencilerin %38'i kiloları nedeniyle kendileriyle alay edildiğini belirtmişlerdir (Puhl et al 2011). Eren ve Erdi'nin (2003) yaptığı bir çalışmada da 53 obez hastanın %22,6'sının sosyal fobi yaşadığı belirtilmiştir. Adölesan dönemde de obezitenin beden imajında yarattığı değişiklikler nedeniyle toplumun olumsuz tutum ve davranışlarına maruz kalınmaktadır. Haines, Neumark-Sztainer, Hannan, Berg, Eisenberg'in (2008)

yapmış olduğu bir çalışmada adölesan döneme yeni giren kadınların %42,4'ü ve erkeklerin %44,6'sı, adölesan dönemde olan kadınların %31,2'si ve erkeklerin %40,8'i kiloları nedeniyle alay konusu olduklarını ifade etmişlerdir.

Obez bireyler yetişkinlik döneminde de kiloları nedeniyle hor görülme, alay edilme, sevilme, suçlanma ve dışlanma gibi toplumun kilofobik davranışları ve olumsuz tutumları ile karşılaşabilmektedir (Pul 2006). Yetişkin bir obez kadın, yetişkin bir obez erkeğe kıyasla daha fazla olumsuz tutumlara maruz kalmaktadır. Yapılan bir çalışmada kadınların %22'si ve erkeklerin %17'si kiloları nedeniyle hor görüldüklerini ifade etmişlerdir (Falkner et al 1999).

Obez bireyler sadece yaşam dönemlerinde değıl aile, iş, sağık, eğitim gibi pek çok alanda da kilofobik davranışlar ve olumsuz tutumlar nedeniyle farklı sorunlar yaşamaktadırlar (Falkner et al 1999, Janssen et al 2004, Wear et al 2006). Örneğın obezler aile yaşamlarında fazla kiloları nedeniyle eşleri tarafından hor görülebilmekte, eğitim yaşamlarında arkadaşlar arasına alınmama, alay edilme, ad takılma gibi durumlarla karşılaşabilmekte; iş yaşamlarında iş bulmakta zorlanmanın yanısıra, işe alındıklarında diğır çalışanlarla eşit fırsatlara sahip olamama, daha düşük ücretle çalışma veya üst pozisyonlara terfi etmede zorlanma gibi olumsuzluklarla karşılaşabilmektedirler. Sağık alanında ise obez bireylerin bakımının zor olması, komplikasyon gelişme riski yüksekliğı, pozisyon verilmesi ve hareketlerinin sağılanması daha zor olması ve obezlere yönelik tedavi ve bakımda kullanılacak olan malzemelerin yetersiz olması gibi nedenlerle de sorun yaşamakta ve sağık çalışanlarının kilofobik davranışları, olumsuz tutum ve davranışlarına maruz kalabilmektedirler (Falkner et al 1999, Janssen et al 2004, Brown 2006, Wear et al 2006, O'brien et al 2008, Yılmaz ve Din 2010, Mold and Forbes 2013). Kilofobi ve obez bireylere yönelik tutum ve davranışları; yaş, cinsiyet, okunulan sınıf, BKİ, geçmiş yaşamlarında kilolu/obez olma durumu ve kilolu/obez bireylerle (aile, akraba, arkadaş vb) bağlantısının olması gibi değışkenler etkilemektedir (Hayran ve ark 2013, Soto et al 2014, Stein et al 2014, Usta ve ark 2015). Bu değışkenlerin yanısıra sağıklı yaşam biçimi davranışları da kilofobi ve obez bireylere yönelik tutumları etkileyebilir. Sağıklı yaşam biçimi davranışları bireyin

hastalıklardan korunmak ve sağlıklı kalabilmek için inandığı ve uyguladığı davranışlar bütünüdür. Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını; düzenli egzersiz yapma, sağlıklı ve dengeli beslenme, sigara kullanmama, sağlığı yönetme, hijyenik önlemler alma, günlük aktivitelerin düzenlenmesi gibi bireyin sağlığını etkileyen tüm davranışları oluşturur (İlhan, Batmaz ve Akhan 2010). Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazandırılması ve sürdürülmesinin, sağlıklı kiloya ulaşma ve devamlılığının sağlanmasında, kronik hastalıkların önlenmesinde, hem kişisel hem de toplum sağlığının korunması, geliştirilmesi ve yükseltilmesinde önemi büyüktür. Sağlıklı yaşam biçimi davranışını benimseyen bireyler, sağlıklı ve dengeli beslenmekte, sağlığa zararlı alışkanlıklardan uzak durmakta, sağlık kontrollerini aksatmamakta, stresle başetmede etkili yöntemler kullanmakta ve kişilerarası ilişkilerini başarılı bir şekilde sürdürmektedir (Yalçinkaya, Özer ve Karamanoğlu 2007, İlhan, Batmaz ve Akhan 2010). Sağlıklı yaşam biçimi davranışı sergileyen bireylerin sağlıklarını etkileyebilecek bir etken olan obeziteye karşı endişe duymaları, kilofobik davranışlar ve obez bireylere yönelik daha olumsuz tutum ve davranışlar sergilemelerine neden olabilmektedir. Çünkü sağlıklı bir yaşam sürmek için her alanda alışkanlıklarına ve davranışlarına dikkat eden kişiler genellikle obeziteye; bireylerin beslenme alışkanlığı, fiziksel aktivite, stres yönetimi gibi pek çok alanda yaptıkları yanlış uygulamaların neden olduğunu düşünmektedir. Bu nedenle obez bireyler; kilo almalarının kendi sorumsuzlukları, iradesizlikleri olduğu düşünülerek suçlanmaktadır

Sonuç olarak; kilofobi düzeylerinin belirlenmesi, olumsuz tutum ve davranışların saptanması, obez bireylerin yaşamlarında karşılaşılabilecekleri sorunların önlenmesi, giderilmesi ve olumlu tutum geliştirilmesi için önemlidir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TİPİ

Sakarya Üniversitesi öğrencilerinin kilofobi düzeyleri ve obez bireylere yönelik tutumlarının değerlendirilmesi amacıyla yapılan bu çalışmada tanımlayıcı ve kesitsel araştırma modeli kullanıldı.

3.1.1. Araştırmada Yanıtlanması Beklenen Sorular

- Üniversite öğrencilerinin kilofobi düzeyleri yüksek mi?
- Üniversite öğrencilerinin obez bireylere yönelik tutumları olumlu mu?
- Öğrencilerin tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular öğrencilerin kilofobi düzeylerini ve obez bireylere yönelik tutumlarını etkiler mi?
- Öğrencilerin antropometrik ölçüm sonuçları öğrencilerin kilofobi düzeylerini ve obez bireylere yönelik tutumlarını etkiler mi?
- Öğrencilerin kilofobi düzeylerinin ve obez bireylere yönelik tutumlarının hem birbirleri ile hem de sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile ilişkisi var mı?

3.2. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ

Araştırmanın yürütülmesinde bilimsel ilkelerin yanı sıra evrensel etik ilkelere de uyulmuştur. Bu doğrultuda araştırmada; özerklik/bireye saygı, mahremiyet ve sır saklama, adalet ve eşitlik, zarar vermeme/yararlılık ilkeleri göz önünde tutuldu. Araştırma öncesi Sakarya Üniversitesinden kurum izni (Ek 1), araştırmada kullanılan kilofobi ölçeği ve obez bireylere yönelik tutum ölçeğinin Türkçe geçerlik ve güvenilirliğini yapan araştırmacılardan yazılı izin (Ek 2) ve Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından araştırmanın etik ve bilimsel

yönden sakınca olmadığına dair Etik Kurul Onayı alındı (Ek 3). Araştırmaya katılmada gönüllülük ilkesi esas alınmış, öncesinde öğrencilere araştırmanın amacı ve yararı sözlü olarak bildirildi. Araştırmaya katılmayı kabul eden öğrencilere kendilerinden alınan bilgilerin yalnızca anketi uygulayan kişi tarafından değerlendirileceği, başka bir kişi tarafından incelenmeyeceği belirtildi.

3.3. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN

Araştırma; Mayıs 2015-Aralık 2015 tarihleri arasında, Sakarya Üniversitesine bağlı önlisans ve lisans eğitimi veren Sağlık Bilimleri, Fen Bilimleri, Sosyal Bilimler ve Eğitim Bilimleri içinde yer alan bölümlerde gerçekleştirildi.

3.4. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırma evrenini, Mayıs 2015-Aralık 2015 araştırma tarihleri arasında Sakarya Üniversitesinde okuyan 55 732 kişi, örneklemini ise araştırmaya katılmayı kabul eden, gönüllü olan, iletişim sorunu olmayan ve gebe olmayan 2100 öğrenci oluşturdu.

Örnekleme oluşturan öğrenci sayısı en fazla ölçek maddesine sahip olan Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II'nın madde sayısının (52) 35 katı alınarak hesaplandı ($52 \times 35 = 1820$). Örneklemin toplumu temsil edebilmesi için üniversitedeki öğrenciler fakülte bazlı tabakalama örnekleme yapılarak seçildi (Tabakalı rastgele örnekleme yöntemi). Elde edilen 1820 sayısı üniversitede eğitim gören 55732 kişiye bölünerek tabaka ağırlığı elde edildi ($1820/55732 = 0,03266$). Her bir alt tabakadaki öğrenci sayısı tabaka ağırlığı ile çarpılarak her bir örneklem sayısı hesaplandı.

Statical Power Analysis programında yapılan son güç analizi Post Hoch Power'ın tüm değişkenler için yapılan karşılaştırmalarda %90'ın üzerinde olduğu hesaplandı.

3.5. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmada veriler Tanıtım Formu (Ek 4), Kilfobi Ölçeği (KFÖ) (Ek 5), Obez Bireylere Yönelik Tutum Ölçeği (OBYTÖ) (Ek 6) ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBD) (Ek 7) ile toplandı.

3.5.1. Tanıtım Formu

Araştırmada kullanılacak tanıtım formu güncel literatürden yararlanılarak araştırmacı tarafından oluşturuldu. Tanıtım formu öğrencilerin tanıtıcı özelliklerine ilişkin toplam 20 sorudan oluşmaktadır.

Bu tanıtım formunda antropometrik özelliklere ilişkin bulgulara yer almaktadır. BKİ; öğrencilerden kilo ağırlığı ve boy uzunluğu öğrenilerek hesaplandı ve BKİ değerleri DSÖ'nün belirlediği kriterlere göre kategorize edildi.

Bel ve kalça çevresi de hasta ayakta dik pozisyonda iken mezura ile çalışmayı yürüten kişi tarafından ölçüldü. Bel çevresi ölçümü, krista iliaka ile en alt kosta arasında mesafenin ortasından, diğer bir ifade ile en alt kostanın iki parmak altından ve ince giysiler üzerinden yapıldı. Kalça çevresi ölçümü ise, kalçanın en kalın yerinden hastanın ince bir kat kıyafeti üzerinden yapıldı. Bel çevresi ölçümlerine dayalı olarak abdominal obezite tanısı koyabilmek için de IDF'in de belirtmiş olduğu gibi Türk toplumunda coğrafi ve yaşam tarzı özellikleri en yakın olan bölgesel rakamlar Avrupa için belirlenmiş bel çevresi rakamları (kadın için ≥ 80 cm, erkek için ≥ 94 cm) göz önünde bulundurularak abdominal obezite sınıflaması yapıldı.

3.5.2. Kilofobi Ölçeği

Kilofobi Ölçeği (Fat Phobia), ilk olarak 1993 yılında Bacon, Robinson ve O'Reilly (1993) tarafından 50 madde içerecek biçimde geliştirilmiştir. Daha sonra ölçek 2001 yılında Bacon, Scheltema and Robinson (2001) tarafından tekrar revize edilerek 14 soruluk kısa formu oluşturulmuştur. Ölçek, bireyin kilofobi durumu ve obez

bireylere yönelik davranışları değerlendirmek amacıyla kullanılmaktadır (Robinson ve ark 1993, Puhl and Brownell 2003, Poon and Tarrant 2009, Swift et al 2013).

Obez bireyleri tanımlamak için kullanılan Kilofobi Ölçeği 14 sıfat çiftinden oluşmakta ve 5'li derecelendirme sistemine uygun olarak cevaplama yapılmaktadır. Ölçekte obez bireyi tanımlayan her bir sıfatın karşısında; sıfat olumlu ise olumsuz hali, olumsuz ise olumlu hali yer almaktadır. Ölçek puanlama sisteminde 3, 4, 5, 6, 7, 10 ve 12. maddelerde puanlama 1, 2, 3, 4, 5 şeklinde yapılmaktayken; 1, 2, 8, 9, 11, 13 ve 14. maddelerde puanlama bunların aksine 5, 4, 3, 2, 1 şeklinde yapılmaktadır. Ölçekte 14 maddeden alınan toplam puan 14'e bölünerek hesaplanmaktadır. Ölçekten alınabilecek toplam puan 1-5 arasında değişmektedir. Ölçekten alınan yüksek puan daha fazla kilofobi durumunu belirtirken düşük puan daha az kilofobi durumunu belirtmektedir (3,6 puan ortalaması orta düzey kilofobi, 4,4 ve üzerindeki puanlar yüksek kilofobi düzeyini belirtmektedir) (Bacon ve ark 2001, Soto, Armendariz-Anguiano, Bacardi-Gascon, Cruz ve Ferrante 2014).

Ölçek ülkemizde Koçak, Saraç, Hürmeriç (2005) tarafından Türkçe'ye çevrilerek, geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır. Ölçeğin Türkçe formunda yapılan geçerlik ve güvenirlik çalışmasının sonucunda, Cronbach's Alpha katsayısı 0,82 olarak bulunmuştur. 2100 öğrenciyle yapılan bu çalışmada ise ölçeğin Cronbach's Alpha katsayısının 0,78 olduğu görüldü.

3.5.3 Obez Bireylere Yönelik Tutum Ölçeği

Obez Bireylere Yönelik Tutum Ölçeği (Attitudes Toward Obese People Scale; ATOP), ilk olarak Allison, Basile ve Yuker (1991) tarafından geliştirilmiş olup, ölçeğin Cronbach's Alpha katsayısı 0,80 ile 0,84 aralığında bulunmuştur (Allison, Basile and Yuker 1991).

Ülkemizde ölçeğin geçerlilik ve güvenirlik çalışması Dedeli, Bursalıoğlu ve Deveci (2014) tarafından yapılmış olup Cronbach's Alpha katsayısı 0,86 olarak belirlenmiştir. Bu çalışmada ise ölçeğin Cronbach's Alpha katsayısı 0,71 olarak

bulundu. Olumlu ve olumsuz tutum ifadelerini içeren OBYTÖ 20 sorudan oluşan 6'lı likert tipi bir ölçektir. Ölçek maddeleri kesinlikle katılmıyorum “-3”, çoğunlukla katılmıyorum “-2”, biraz katılmıyorum “-1”, biraz katılıyorum “1”, çoğunlukla katılıyorum “2”, kesinlikle katılıyorum “3” şeklinde yanıtlanmaktadır. Ölçekte yer alan 2, 4, 5, 6, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 19, 20. maddeler ters çevrilerek puanlanmaktadır. Hesaplamanın doğru bir şekilde yapılabilmesi için her maddenin yanıtlanmış olması gerekmektedir. Hesaplamanın ikinci adımında ölçekten alınan madde toplam puan ortalamasına 60 eklenmelidir. Elde edilen puan OBYTÖ'den alınan puan olup 0-120 arasında değişmektedir. Ölçekten alınan toplam puan ortalamalarının yüksek olması obez bireylere yönelik olumlu tutumları göstermektedir (Allison et al 1991, Dedeli, Bursalıoğlu ve Deveci 2014, Soto et al 2014).

3.5.4. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (Health Promotion Lifestyle Profile); Pender'in sağlığı geliştirme modeline dayandırılarak, ilk defa Walker, Sechrist ve Pender (1987) tarafından geliştirilmiştir. Bu ölçek bireyin sağlıklı yaşam biçimi ile ilişkili olan sağlığı geliştiren davranışını ölçmek amacıyla kullanılmaktadır (Walker, Sechrist and Pender 1987). 48 madde ve 6 faktörden oluşan bu ölçek ülkemizde Esin (1997) tarafından Türkçe'ye uyarlanarak, geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır (Esin 1997). Daha sonra 1995 yılında Walker, Sechrist ve Pender (1995) tarafından ölçek güncellenerek Health-Promoting Lifestyle Profile II (HPLP II) olarak adlandırılmıştır. SYBD Ölçek II; sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme alışkanlığı, ruhsal gelişim, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi içine alan 6 alt boyuttan ve 52 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin her bir alt boyut tek başına değerlendirilebildiği gibi ölçeğin toplam puanı da hesaplanmaktadır.

Toplam 9 maddeden (3, 9, 15, 21, 27, 33, 39, 45, 51) oluşan Sağlık sorumluluğu (SS) alt boyutu SYBD içine almakta; sağlık sorumluluğu alabilme, sahip bilgisine sahip olma ve ihtiyaç duyulduğu zaman uzmanlardan yardım alma konularını kapsamaktadır.

Toplam 8 maddeden oluşan (4, 10, 16, 22, 28, 34, 40, 46) Fiziksel aktivite (FA) alt boyutu; kişinin düzenli egzersiz yapma durumu sorgulamaktadır. 9 maddeden oluşan (2, 8, 14, 20, 26, 32, 38, 44, 50) Beslenme alışkanlığı (BA) altboyutu; bireyin öğünlerini seçmesi, düzenlemesi ve seçilen yiyecekleri kapsamaktadır. Toplam 9 maddeden oluşan (6, 12, 18, 24, 30, 36, 42, 48, 52) Manevi gelişim (MG) altboyutu; kişinin kendisini iyi ve tatminkar hissetmesini değerlendirmektedir. 9 maddeden oluşan (1, 7, 13, 19, 25, 31, 37, 43, 49) Kişiler arası ilişkiler (KAİ) alt boyutu, kişilerle yakın bağlar kurabilme ve yakın olan çevre ile iletişim düzeyini belirlemektir. Toplam 8 maddeden oluşan (.5, 11, 17, 23, 29, 35, 41, 47) Stres yönetimi (SY) alt boyutu ise; strese neden olan faktörleri tespit etme ve kontrol altına alma durumlarını kapsamaktadır.

SYBD Ölçek II, bireylere sağlığı geliştiren davranışları ne sıklıkla gerçekleştirdikleri sorulan 4 lü likert tipi ölçektir. 1: "hiçbir zaman", 2: "bazen", 3: "sık sık", 4: "düzenli olarak" durumlarını ifade etmektedir. Ölçeğin tamamında en düşük puan 52 iken en yüksek puan 208'dir. Ölçekten alınan puan arttıkça bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını iyi uyguladıkları gösterilmektedir (Bahar, Beşer, Gördes, Ersin ve Kıssal 2008, Pınar, Çelik ve Bahcecik 2009, Kumsar 2012).

SYBD Ölçek II' nin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması farklı yıllarda yapılan iki ayrı çalışmayla yapılmıştır. 2008 ve 2009 yıllarında yapılan her iki geçerlilik, güvenirlik çalışmasında ölçeğin Cronbach's Alpha katsayısı tüm ölçek bazında 0,92 olarak saptanmıştır (Bahar ve ark 2008, Pınar ve ark 2009). Bu çalışmada ölçek genelinde Cronbach's Alpha katsayısının 0,88 olduğu ölçeğin alt boyutlarında ise Cronbach's Alpha katsayısının 0,61 ile 0,79 arasında değiştiği belirlendi.

3.6. VERİ TOPLAMA YÖNTEM VE SÜRECİ

Araştırmadaki veriler, her birimin yöneticisinden (dekan, yüksekokul müdürü, meslek yüksekokulu müdürü) izin alınarak toplandı. Ders programı gözönünde bulundurularak ders veren öğretim üyelerinin ve öğrencilerin uygun oldukları saatlerde anketler uygulandı. Öğrencilere anket formları doldurulmadan önce araştırmayla ilgili bilgi verilerek anketleri kendilerinin doldurmaları istendi. Anketleri doldurma süresi yaklaşık 20 dk sürdü. Öğrencilerin antropometrik ölçümleri araştırmacı tarafından yapılarak kaydedildi.

3.7. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Verilerin girilmesi ve değerlendirilmesi bilgisayar ortamında yapıldı. Öğrencilerin tanıtıcı özellikleri kilofobi düzeyleri ve obez bireylere yönelik tutumları, yüzdelik sayılar, ortalamalar ve standart sapmalar ile sunuldu; Öğrencilerin kilofobi düzeyleri ve obez bireylere yönelik tutumlarını etkileyen faktörlerin değerlendirilmesinde hangi testlerin kullanacağını belirlenmesi için, KFÖ ve OBYTÖ normalite testi (Kolmogorov-Smirnov) yapıldı. Verilerin normal dağılıma uymadığı saptanarak iki grup ortalaması arasındaki fark Mann Whitney U testi, 3 ve daha fazla grup arasındaki fark Kruskal Wallis-H varyans analizi, iki sayısal değişken arasındaki ilişki ise Pearson's korelasyon testi ile incelendi. Ölçeklerin güvenilirliğinin değerlendirilmesinde Cronbach's Alpha katsayısı kullanıldı. Anlamlılık $p<0,001$, $p<0,0001$ ve $p<0,05$ düzeyinde değerlendirildi.

4. BULGULAR

Ocak 2015-Ekim 2015 tarihleri arasında Sakarya Üniversitesinde öğrenim gören öğrencilerin kilofobi düzeyleri ve obez bireylere yönelik tutumlarının değerlendirilmesi amacıyla gerçekleştirilen bu araştırmada bulgular 3 başlıkta sunuldu.

- Öğrencilerin tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular; sosyodemografik özelliklere ilişkin dağılımlar
- Öğrencilerin kilofobi düzeyleri ve obez bireylere yönelik tutumlarına ilişkin bulgular; Öğrencilerin kilofobi düzeyleri ve obez bireylere yönelik tutum puan ortalamaları ve öğrencilerin tanıtıcı özellikleriyle her iki ölçeğin karşılaştırılmasına ilişkin sonuçlar,
- Öğrencilerin kilofobi düzeyleri, obez bireylere yönelik tutumları ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki korelasyona ilişkin bulgular

4.1. ÖĞRENCİLERİN TANITICI ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 1’de öğrencilerin tanıtıcı özelliklerine ilişkin bilgiler verildi.

Çalışmaya katılan öğrencilerin %50,3’ünün erkek, %98,4’ünün 17-26 yaş grubunda, %98,4’ünün bekar, %72’sinin ise orta gelir düzeyine sahip olduğu, %65,6’sının lisans düzeyinde eğitim aldığı, yarısından fazlasının (%68,7) birinci öğretim de eğitimini sürdürdüğü, %49,2’sinin sosyal bilimler enstitüsündeki bölümlerde okuduğu ve %35’inin ikinci sınıfa devam ettiği saptandı.

Tablo 1: Öğrencilerin Tanıtıcı Özellikleri (n=2100)

Özellikler	f	%
Cinsiyet		
Kadın	1044	49,7
Erkek	1056	50,3
Yaş		
17-26 yıl arası	2067	98,4
27 yıl ve üstü	33	1,6
Medeni durum		
Evli	34	1,6
Bekar	2066	98,4
Gelir durumu		
İyi	463	22
Orta	1512	72
Kötü	125	6
Eğitim Türü		
Lisans	1378	65,6
Önlisans	722	34,4
Öğretim türü		
Birinci öğretim	1442	68,7
İkinci öğretim	658	31,3
Bölümler		
Sosyal Bilimler	1034	49,2
Fen Bilimleri	328	15,6
Sağlık Bilimleri	237	11,3
Eğitim Bilimleri	501	29,9
Sınıf		
1.sınıf	710	33,8
2.sınıf	734	35
3.sınıf	317	15,1
4.sınıf	339	16,1

Tablo 1: Öğrencilerin Tanıtıcı Özellikleri (n=2100) (devam)

Özellikler	f	%
Annenin Eğitim Durumu		
Okur-yazar değil	104	5
İlkokul-ortaokul	1435	68,3
Lise/Üniversite	561	26,7
Babanın Eğitim Durumu		
Okur-yazar değil	17	0,8
İlkokul-ortaokul	1038	49,4
Lise/Üniversite	1045	49,8
Beslenme Şekli		
Genellikle fast-food	327	15,6
Ev yemeği	1155	55
Üniversite yemekhanesi	460	21,9
Diğer	158	7,5
Öğün Atlama Durumu		
Evet	1712	81,5
Hayır	388	18,5
Hayatınızın Herhangi Bir Döneminde Kilolu/Obez miydiniz?		
Evet	604	28,8
Hayır	1496	71,2
Aile veya Akrabalarında Şişman/Obez Birey Varlığı		
Evet	723	34,4
Hayır	1377	65,6
Genel Olarak Sağlık Durumu		
İyi	1580	75,2
Orta	466	22,2
Kötü	54	2,5

Öğrencilerin %68,3'ünün annesinin ilkokul/ortaokul, %49,8'inin babasının lise/üniversite mezunu olduğu, öğrencilerin %55'inin ev yemeği yediği, büyük çoğunluğunun öğün atladığı (%81,5), %28,8'inin hayatının herhangi bir döneminde

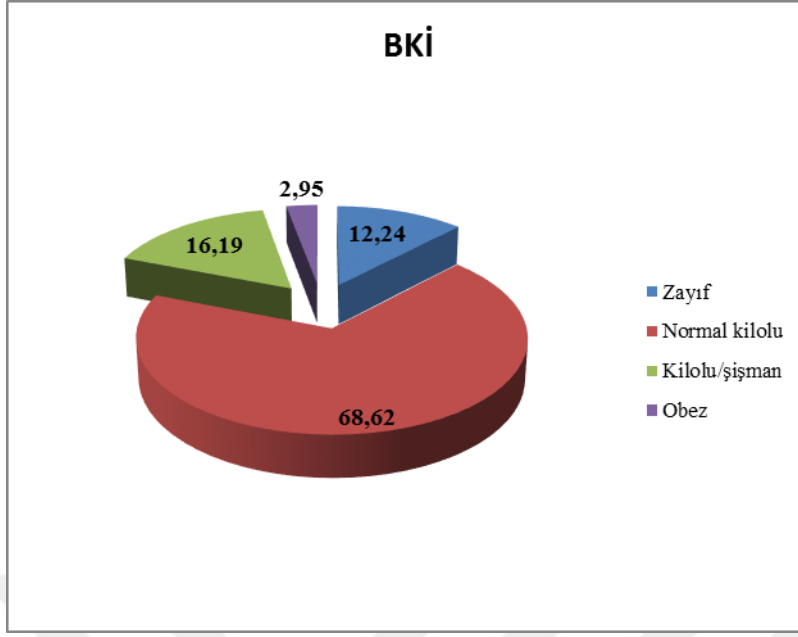
kilolu/obez olduğu, %34,4'ünün ailesinde/akrabalarında şişman/obez birey olduğu ve %75,2'sinin genel sağlık durumunu iyi olarak değerlendirdiği görüldü (Tablo 1 devam).

Tablo 2. Öğrencilerin Antropometrik Ölçümleri

Antropometrik Ölçümler	Ort±SS	Dağılım Aralığı (Minimum-Maksimum)
Boy (cm)	1,71±0,09	1,44-2,03
Vücut ağırlığı (kg)	65,37±13,53	40-154
BKİ (kg/m ²)	22,26±3,53	12,88-46,02
Bel çevresi (cm)	77,94±11,48	59-150
Kalça çevresi (cm)	97,22±8,84	76-130
Bel/kalça oranı	0,80±0,09	0,57-1,44

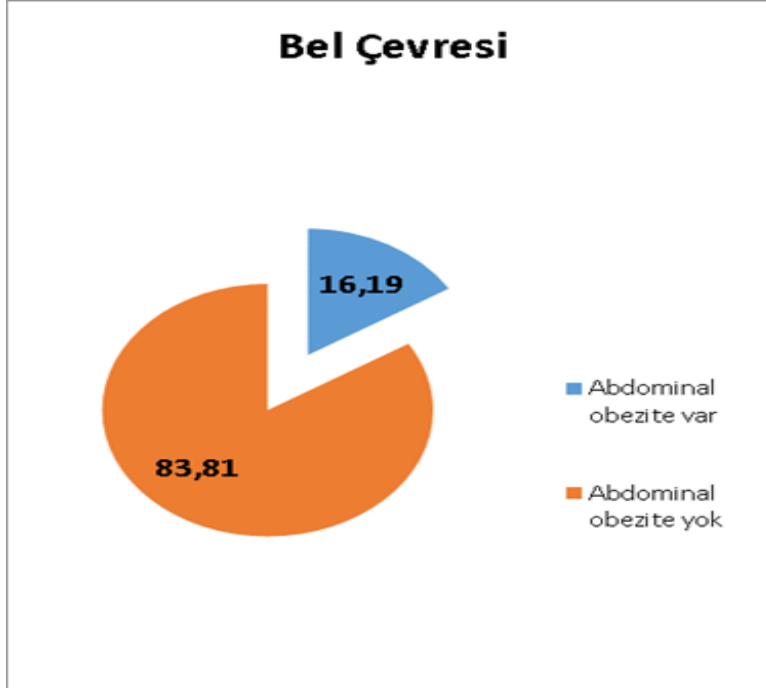
Öğrencilerin boy, vücut ağırlığı, BKİ, bel çevresi, kalça çevresi, bel/kalça oranı ortalamalarının sırasıyla 1,71±0,09 cm, 65,37±13,53 kg, 22,26±3,53kg/m², 77,94±11,48 cm, 97,22±8,84 cm, 0,80±0,09 olduğu saptandı (Tablo 2).

Öğrencilerin BKİ'ne göre sınıflandırılması Şekil 1'de, abdominal obezite durumları ise Şekil 2'de verildi.



Şekil 2. Öğrencilerin BKİ'ne Göre Sınıflandırılması (%)

Çalışmaya katılan öğrencilerin %68,62'sinin normal kilolu, %16,19'unun kilolu/şışman, %12,24'ünün zayıf, %2,95'inin obez olduğu belirlenirken (Şekil 2), Öğrencilerin %16,19'unun abdominal obezitesi olduğu belirlendi (Şekil 3).



Şekil 3. Öğrencilerin Bel Çevresine Göre Sınıflandırılması (%)

4.2. ÖĞRENCİLERİN KİLOFOBİ DÜZEYLERİ VE OBEZ BİREYLERE YÖNELİK TUTUMLARINA İLİŞKİN BULGULAR

Öğrencilerin tanıtıcı/sağlık durumuna ilişkin özellikleri ve antropometrik ölçümleri ile kilofobi düzeyleri ve obez bireylere yönelik tutumları arasında yapılacak olan istatistiksel analizlere geçmeden önce KFÖ ve OBYTÖ puanlarının normal dağılım özelliği sergileyip sergilemediğini test etmek için “Kolmogorov-Smirnov Testi” uygulandı (Tablo 3).

Tablo 3. KFÖ ve OBYTÖ Normalite Testi Sonuçları (N=2100)

Değişken	Kolmogorov Smirnov		
	Z	Sd	p
KFÖ	2,412	2100	0,000*
OBYT	1,524	2100	0,019**

*p<0,001, **p<0,05

Elde edilen verilere göre KFÖ (p<0,001) ve OBYTÖ (p<0,05) puanlarının normal dağılıma uymadığı saptandı (Tablo 3). Bu nedenle istatistiksel analizlerde nonparametrik testler kullanıldı.

Öğrencilerin KFÖ ve OBYTÖ’den aldıkları puanlar Tablo 4’de verildi.

Tablo 4. Öğrencilerin Kilofobi Ölçeği ve Obez Bireylere Yönelik Tutum Ölçeği Puan Ortalamaları (N=2100)

Ölçekler	Ort $\pm$ SS	Dağılım Aralığı (Min. – Mak.)
KFÖ	3,72 $\pm$ 0,63	1,64 – 5,00
OBYTÖ	59,95 $\pm$ 0,63	57,60–62,25

Öğrencilerin KFÖ'den aldıkları puanlar 1,64-5,00 arasında değişmekte olup puan ortalaması 3,72 $\pm$ 0,63, OBYTÖ puan aralığının ise 57,60-62,25 arasında değiştiği ve puan ortalamasının 59,95 $\pm$ 0,63 olduğu görüldü (Tablo 4).

Tablo 5’de öğrencilerin KFÖ ve OBYTÖ’den aldıkları puanlar cinsiyet değişkenine göre karşılaştırıldığında; kadın öğrencilerin KFÖ’den aldıkları puanların erkek öğrencilere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanırken ($p<0,001$), OBYTÖ’den alınan puanların cinsiyet değişkeni açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yaratmadığı belirlendi ($p>0,05$). Yaş, medeni durum, gelir düzeyi ve öğretim türünün öğrencilerin KFÖ ve OBYTÖ’den aldıkları puan ortalamalarını etkilemediği saptandı ($p>0,05$).

Eğitim türüne göre lisans öğrencilerinin kilofobi düzeyleri önlisans öğrencilerine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunurken ($p<0,001$), obez bireylere yönelik tutumları açısından eğitim türüne göre anlamlı farklılık gözlenmedi ($p>0,05$). Öğrencilerin okudukları bölümlere göre KFÖ ve OBYTÖ puan ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$).

Sınıf düzeylerine göre ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmış olup ($p<0,01$) (Tablo 5), anlamlı farkı yaratan grubun belirlenmesi için yapılan ileri analiz sonucunda 2. sınıf öğrencilerinin 1. ($p=0,003$, $Z=-3,017$), 3. ($Z=-2,967$, $p=0,003$), ve 4. sınıf öğrencilerine ($p=0,002$, $Z=-3,051$) göre kilofobi düzeylerinin daha düşük olduğu bulundu (Tabloda verilmemiştir).

Annenin eğitim durumuna göre ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmış olup ($p<0,05$) (Tablo 5), anlamlı farkı yaratan grubun belirlenmesi için yapılan ileri analiz (Mann Whitney U testi) sonucuna göre annesi okur-yazar olmayan öğrencilerin kilofobi düzeylerinin, annesi lise/üniversite mezunu olanlara göre anlamlı düzeyde düşük olduğu saptandı ($p=0,012$, $Z=-2,519$), (Tabloda verilmemiştir). Annesi okur-yazar olmayan öğrencilerin, annesi ilkokul/ortaokul ve lise/üniversite mezunu olanlara göre obez bireylere yönelik tutumlarının daha olumlu olduğu görüldü (sırasıyla: $p=0,032$, $Z=-2,150$; $p=0,004$, $Z=-2,859$) (Tabloda verilmemiştir).

Baba eğitim durumuna göre ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmış olup ($p<0,01$), anlamlı farkı yaratan grubun belirlenmesi için yapılan Mann Whitney U testi sonucuna göre babası okur-yazar olmayan öğrencilerin kilofobi düzeyleri babası ilkokul/ortaokul ve lise/üniversite mezunu olan öğrencilere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük olduğu saptandı (sırasıyla: $p=0,003$, $Z=-2,997$; $p=0,002$, $Z=-3,130$) (Tabloda verilmemiştir).

Tablo 5. Öğrencilerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Kilofobi Düzeyleri ve Obez Bireylere Yönelik Tutumları (N:2100)

Özellikler	KFÖ Ort±SS		OBYTÖ Ort±SS	
Cinsiyet				
<i>Kadın (1044)</i>	3,80 ±0,63		59,94±0,65	
<i>Erkek (1056)</i>	3,65±0,63		59,96±0,61	
	Z=-5,874	p=0,000***	Z=-1,184	p=0,236
Yaş				
<i>17-26 yıl arası (2067)</i>	3,72 ±0,63		59,95 ±0,63	
<i>27 yıl ve üstü(33)</i>	3,82 ±0,82		59,87 ±0,65	
	Z=-0,990	p=0,322	Z=-0,862	p=0,388
Medeni Durum				
<i>Evli (34)</i>	3,65 ±0,81		60,04 ±0,74	
<i>Bekar (2066)</i>	3,73 ±0,63		59,95 ±0,62	
	Z=-0,598	p=0,550	Z=-0,606	p=0,544
Gelir Durumu				
<i>İyi (463)</i>	3,78 ±0,63		59,94 ±0,65	
<i>Orta (1512)</i>	3,71 ±0,63		59,95 ±0,62	
<i>Kötü (125)</i>	3,77 ±0,61		59,99 ±0,59	
	$\chi^2=5,336$	p=0,069	$\chi^2=1,120$	p=0,571
Eğitim Türü				
<i>Lisans (1378)</i>	3,76±0,61		59,96±0,62	
<i>Önlisans (722)</i>	3,65±0,66		59,93±0,64	
	Z=-3,669	p=0,000***	Z=-1,429	p=0,153
Öğretim Türü				
<i>1.öğretim (1442)</i>	3,73±0,63		59,95±0,62	
<i>2.öğretim (658)</i>	3,70±0,63		59,94±0,62	
	Z= -0,825	p=0,41	Z=-0,067	p=0,947
Bölümler				
<i>Sosyal Bilimler (1034)</i>	3,70±0,65		59±0,62	
<i>Fen Bilimleri (328)</i>	3,79±0,59		60±0,64	
<i>Sağlık Bilimleri (237)</i>	3,75±0,60		59,91±0,65	
<i>Eğitim Bilimleri (501)</i>	3,72±0,63		59,95±0,62	
	$\chi^2=6,034$	p=0,110	$\chi^2=6,565$	p=0,087
Sınıf				
<i>1.sınıf (710)</i>	3,75±0,65		59,91±0,65	
<i>2.sınıf (734)</i>	3,65±0,61		60,00±0,61	
<i>3.sınıf (317)</i>	3,78±0,63		59,96±0,63	
<i>4.sınıf (339)</i>	3,79±0,62		59,94±0,59	
	$\chi^2=15,739$	p=0,001**	$\chi^2=7,761$	p=0,051
Annenin Eğitim Durumu				
<i>Okur-yazar değil (104)</i>	3,61±0,68		60,06±0,63	
<i>İlkoku-ortaokul (1435)</i>	3,72±0,63		59,96±0,62	
<i>Lise/Üniversite (561)</i>	3,77±0,63		59,90±0,62	
	$\chi^2=7,036$	p=0,03*	$\chi^2=8,857$	p=0,012*
Babanın Eğitim Durumu				
<i>Okur-yazar değil(17)</i>	3,22±0,61		60,29±0,56	
<i>İlkokul-ortaokul (1038)</i>	3,71±0,64		59,95±0,61	
<i>Lise/Üniversite (1045)</i>	3,74±0,62		59,95±0,64	
	$\chi^2=10,354$	p=0,006**	$\chi^2=5,367$	p=0,068

Z: Man Whitney U, χ^2 :Kruskall Wallis H testi *p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001

Tablo 5. Öğrencilerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Kilofobi Düzeyleri ve Obez Bireylere Yönelik Tutumları (N:2100) (devam)

Özellikler	KFÖ Ort±SS	OBYTÖ Ort±SS
Beslenme Şekli		
Genellikle Fasfood Tarzı (327)	3,79±0,60	59,97±0,60
Ev Yemeği (1155)	3,68±0,64	59,94±0,62
Yurt Yemekleri (460)	3,74±0,61	59,95±0,62
Diğer (158)	3,78±0,64	60,01±0,68
	$\chi^2=7,359$ p=0,061	$\chi^2=4,441$ p=0,218
Öğün Atlama Durumu		
Evet (1712)	3,72±0,63	59,95±0,62
Hayır (388)	3,74±0,63	59,95±0,64
	Z=-0,647 p=0,517	Z=-0,067 p=0,946
BKİ		
Zayıf (257)	3,77 ±0,61	59,96±0,64
Normal (1441)	3,72±0,62	59,96±0,61
Kilolu/şişman (340)	3,73±0,66	59,91±0,64
Obez (62)	3,55±0,62	60,02±0,75
	$\chi^2=6,239$ p=0,101	$\chi^2=1,296$ p=0,730
Abdominal Obezite		
Var (340)	3,70 ±0,64	59,99±0,64
Yok (1760)	3,72±0,62	59,94±0,62
	Z=-0,998 p=0,318	Z=-1,449 p=0,147
Hayatının Herhangi Bir Döneminde Kilolu/Obez Olma Durumu		
Evet(604)		
Hayır(1496)	3,76 ±0,63	59,92±0,64
	3,71±0,63	59,96±0,61
	Z=-1,618 p=0,106	Z=-1,800 p=0,072
Aile/Akrabada Şişman/Obez Birey Varlığı		
Evet (723)	3,71±0,61	59,93±0,63
Hayır (1377)	3,72±0,64	59,96±0,62
	Z=-0,400 p=0,689	Z=-1,135 p=0,257

Z: Man Whitney U, χ^2 :Kruskall Wallis H testi, *p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001

Tablo 5 (devam)'da beslenme şekline göre ölçekten alınan puanlar karşılaştırıldığında; genellikle fastfood tarzı beslenen öğrencilerin ev yemeği, yurt yemeği ya da diğer beslenme şekline sahip olan öğrencilere göre KFÖ'den daha yüksek puan aldığı fakat gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptandı (p>0,05). Öğrencilerin obez bireylere yönelik tutumlarını beslenme şeklinin etkilemediği görüldü (p>0,05).

Öğün atlama değişkeni ile KFÖ ve OBYTÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi ($p>0,05$) (Tablo 5 devam).

BKİ' ne göre ölçeklerden alınan ortalama puanlar karşılaştırıldığında KFÖ ve OBYTÖ'den aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0,05$), ancak zayıf olan öğrencilerin KFÖ' den aldıkları puanların, obez öğrencilerinde OBYTÖ puan ortalamalarının yüksek olduğu görüldü (Tablo 5 devam). BKİ gruplandırmadan yapılan korelasyon analizinde BKİ ile KFÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki bulunurken ($r=-0,048$, $p=0,029$), BKİ ve OBYTÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı ($r=-0,009$, $p=0,67$) (Tabloda verilmemiştir).

Öğrencilerin bel çevresi değişkeni ile her iki ölçek arasındaki ilişki incelendiğinde bel çevresi ile OBYTÖ arasında anlamlı ilişki olmadığı ($p>0,05$), kilofobi düzeylerinin ise bel çevresi azaldıkça arttığı belirlendi ($r=0,54$, $p=0,014$) (Tabloda verilmemiştir). Abdominal obezite durumuna göre yapılan karşılaştırmada her iki ölçek açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmamasına rağmen ($p>0,05$) abdominal obezitesi olan öğrencilerin KFÖ'den düşük puan aldığı görüldü (Tablo 5 devam).

Hayatının herhangi bir döneminde kilolu/obez olan öğrencilerin olmayanlara göre KFÖ'den yüksek, OBYTÖ' den ise düşük puan aldığı ancak aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı ($p>0,05$) (Tablo 5 devam).

Ailesinde ya da akrabalarında şişman/obez olma durumuna göre öğrencilerin kilofobi düzeyleri ve obez bireylere yönelik tutumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 5 devam).

Tablo 6'da kilofobi ölçeği, obez bireylere yönelik tutum ölçeği ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği ve alt boyutları arasındaki korelasyon verildi.

Tablo 6. KFÖ, OBTYÖ, SYBDÖ ve Alt Boyutları Arasındaki Korelasyona Ait Sonuçlar

ÖLÇEK VE ALT BOYUTLARI	ÖLÇEKLER			
	KFÖ		OBYTÖ	
	r	P	r	P
KFÖ	-	-	-0,281	0,000***
SYBDÖ Genel	0,007	0,745	-0,098	0,000***
SYBDÖ SS Boyutu	-0,027	0,216	-0,084	0,000***
SYBDÖ FA Boyutu	-0,003	0,888	-0,079	0,000***
SYBDÖ BA Boyutu	-0,030	0,166	-0,062	0,004*
SYBDÖ MG Boyutu	0,045	0,038*	-0,080	0,000***
SYBDÖ KAİ Boyutu	0,082	0,000***	-0,062	0,005
SYBDÖ SY Boyutu	-0,042	0,053	-0,054	0,013*

r:Pearson korelasyon , *p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001

Tabloya göre kilofobi ölçeği ile obez bireylere yönelik tutum ölçeği arasında negatif yönde zayıf ilişki olduğu saptandı. Kilofobi ölçeği ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları geneli ve sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme alışkanlığı, stres yönetimi alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki bulunmazken ($p>0,05$), manevi gelişim alt boyutunda pozitif yönde zayıf bir ilişki ($p<0,05$), kişilerarası ilişkiler alt boyutunda ise istatistiksel olarak pozitif yönde yüksek düzeyde anlamlı ilişki bulundu ($p<0,001$).

Obez bireylere yönelik tutum ölçeği ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği genel puanı arasında istatistiksel olarak negatif yönde çok yüksek ($p<0,001$), sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite ve manevi gelişim alt boyutları arasında negatif yönde yüksek ($p<0,001$), beslenme alışkanlığı ($p<0,01$) , kişilerarası ilişkiler ($p<0,01$) ve stres yönetimi alt boyutlarında ise negatif yönde orta düzeyde ilişki olduğu belirlendi ($p<0,05$).

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Dünyanın pek çok ülkesinde olduğu gibi ülkemizde de obezitenin ciddi bir halk sağlığı sorunu olduğu ve yıllar geçtikçe de prevelans ve insidansında artış olduğu gözlenmektedir. Bu artışla birlikte bireyler obezitenin neden olduğu (sistem hastalıkları, kanser, diabetes mellitus, hipertansiyon, hiperkolesterolemi, infertilite, erektil disfonksiyonu, menstrüal düzensizlik gibi) hastalıklarla baş etmeye çalışırken diğer yandan da toplumun sergilemiş olduğu kilofobik davranışlar ve olumsuz tutumlarla karşılaşabilmektedir (Eren ve Erdi 2003, Schwartz et al 2003, Yılmaz ve Dinç 2010, http://www.e-kutuphane.teb.org.tr/pdf/tebhaberler/eylul_ekim07/9.pdf Erişim tarihi:10 Ekim 2015, http://beslenme.gov.tr/content/files/arastirmalar/uyelik/beslenme_bilgi_serisi/Kitaplar/d/d_06_obezitevekardiyovaskulerhastaliklar.pdf Erişim tarihi:11 Ekim 2015). Kilolu insanlara karşı negatif tutum ve kalıplaşmış düşünceler şeklinde kendini gösteren kilolu olmaktan patolojik bir şekilde korkma ve kilolu olmaya karşı antipati duyma, kilodan hoşlanmama durumu anlamına gelen kilofobi durumunun belirlenmesi, obez bireylerin yaşadığı sorunların minimuma indirilmesinde önemli bir adımdır (<https://www.csudh.edu/dearhabermas/obesity04.htm> Erişim tarihi:11 Kasım 2015). Yapılan çalışmalarda genellikle sağlık alanında eğitim alan üniversite öğrencileriyle yönelik değerlendirmeler yapıldığı görülmüştür. Literatürde genellikle sağlık bilimleri alanında eğitim alan öğrencilere yönelik değerlendirmeler olduğu, tüm eğitim birimlerini içeren kapsamlı çalışmaların çok sınırlı sayıda olduğu, ülkemizde ise bu doğrultuda yapılmış bir çalışma olmadığı belirlenmiştir. Bu nedenle yapılan mevcut çalışmada öğrencilerin KFÖ'den aldıkları puan ortalamasının $3,72 \pm 0,63$ olduğu ve öğrencilerin orta düzeyde kilofobiye sahip oldukları görüldü. Yapılan birçok çalışmada da öğrencilerin KFÖ'den aldıkları puan ortalamalarının 3,06 ile 3,83 arasında değiştiği ve çoğu çalışmada öğrencilerin orta düzeyde kilofobiye sahip olduğu belirlenmiştir (Puhl, Wharton ve Heuer 2009, Poon and

Tarrant 2009, Wolf 2010, Puhl et al 2011, McClure, Puhl ve Heuer 2011, Pantenburg et al 2012, Hayran, Akan, Özkan ve Kocaoglu 2013, Sarıkaya, Öztürk, Afyon ve Turegun 2013, Poustchi, Saks, Piasecki, Hahn, Ferrante 2013, Soto et al 2014, Stein et al 2014, Wise, Harris and Olver 2014). Mevcut çalışma sonucuna benzer şekilde Swift, Hanlon, El-Redy, Puhl ve Glazebrook'un (2013) yaptıkları çalışmada diyetisyenlik, hemşirelik, tıp, beslenme gibi 4 farklı bölümde okuyan öğrencilerin kilofobi seviyelerinin orta düzeyde olduğu bulunmuştur.

Öğrencilerin kilofobi düzeylerini ölçmek için 110 tıp öğrencisi üzerinde yapılan başka bir çalışmada öğrencilerin KFÖ puan ortalaması $3,70\pm0,63$ (Wolf 2010), Pantenburg ve ark. nın (2012) 671 tıp öğrencisi üzerinde yaptığı çalışmada KFÖ puan ortalaması $3,65\pm0,45$, Poustchi, Saks, Piasecki, Hahn'ın (2013) yaptığı çalışmada 2. ve 3. sınıf tıp öğrencilerinin KFÖ puan ortalaması $3,65\pm0,40$, Puhl, Wharton ve Heuer'in (2009) 182 diyetisyen öğrenci üzerinde yaptığı çalışmada KFÖ puan ortalaması $3,70\pm0,51$ yine Puhl ve ark. nın (2011) yaptıkları farklı bir çalışmada da öğrencilerin KFÖ puan ortalaması $3,64\pm0,63$ olarak bulunup öğrencilerin orta düzeyde kilofobiye sahip olduğu saptanmıştır. Öğrenciler dışında farklı gruplarda yapılan çalışmalarda da katılımcıların orta düzeyde kilofobiye sahip oldukları görülmüştür. Örneğin Stein ve ark. nın (2014) 18-94 yaş aralığında olan 1657 kişi üzerinde yaptığı çalışmada KFÖ puan ortalaması $3,62\pm0,49$, 2014 yılında sağlık profesyonelleri üzerinde yapılan başka bir çalışmada ise sağlık çalışanlarının KFÖ puan ortalaması $3,50\pm0,46$ olarak belirlenmiştir (Wise et al 2014). Bu sonuçlar mevcut çalışmanın diğer çalışmalarla paralel olduğunu göstermektedir.

Obez bireylerin yaşamlarının her döneminde ve pek çok alanında maruz kaldıkları olumsuz tutumlar yaşamları boyunca depresyon, damgalama, ayrımcılık, yalnızlık sosyal izolasyon, içe kapanma, benlik saygısında ve yaşam kalitelerinde azalma gibi pekçok durumla karşılaşma riskini de artırmaktadır. Yapılan çalışmalarda da obez bireylere karşı toplum tarafından olumsuz tutum ve davranışlar sergilendiği saptanmıştır (Hamurcu ve ark 2015, Soto et al 2014, Sarıkaya ve ark 2013). Bu çalışmada öğrencilerin OBYTÖ'den aldıkları puan ortalaması $59,95\pm0,63$ olarak

belirlendi. Ülkemizde Dedeli ve arkadaşlarının (2014) 302 öğrenci üzerinde yaptığı çalışmada, OBYTÖ puan ortalamasının $57,4 \pm 12,9$ (Dedeli ve ark 2014) yurtdışında Friedman ve ark. nın (2005) 93 obez hasta üzerinde yaptığı çalışmada ise OBYTÖ puan ortalaması $54,52 \pm 15,14$ bulunmuş olup mevcut çalışmayla benzer olduğu görülmektedir. Yurtdışında yapılan birçok çalışmada ise OBYTÖ puan ortalamalarının mevcut çalışmadan daha yüksek olduğu görülmüştür. Örneğin Soto, Armendariz-Anguiano, Bacardi-Gascon ve Cruz'un (2014) psikoloji ve tıp öğrencileri üzerinde yaptığı çalışmada OBYTÖ puan ortalaması psikoloji öğrencilerinde 75,6, tıp öğrencilerinde ise 69,6 olarak belirlenirken Poustchi ve ark. nın (2013) yaptığı çalışmada 2. ve 3. sınıf tıp öğrencilerinin OBYTÖ puan ortalaması 66,14 olarak belirlenmiştir. Lynagh, Morgan ve Cliff'in (2015) uzman ve uzman olmayan öğretmen adayları üzerinde yaptıkları çalışmada ise OBYTÖ puan ortalaması sırasıyla 46,49 ve 46,04 olarak saptanmış olup mevcut çalışmadan daha düşük olduğu görülmüştür. Mevcut çalışmayla olan bu farklılığın nedeni kültürel farklılıklar ve eğitim programındaki değişiklikler olabilir.

Mevcut çalışmada öğrencilerin KFÖ'den aldıkları puanlar cinsiyet değişkenine göre karşılaştırıldığında; kadın öğrencilerin KFÖ'den aldıkları puanların erkek öğrencilere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanırken ($p < 0,001$), OBYTÖ puan ortalamalarının cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde değişmediği belirlendi ($p > 0,05$). Çalışmaya benzer olarak ülkemizde Hayran, Akan, Özkan ve Kocaoğlu'nun (2013) KFÖ kullanarak yaptığı çalışmada kadınların kilofobi düzeyinin erkeklerinkine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir. Lieberman, Tybur ve Latner'in (2012) farklı bir ölçek kullanarak yaptıkları çalışmada da kadın öğrencilerde obez olma korkusunun erkeklere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. İki farklı çalışmada ise kadınların kilofobi düzeylerinin erkeklere göre daha yüksek olduğu ancak istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (Wolf 2010, Sarıkaya ve ark 2013). Özellikle medyanın öne çıkardığı ince, zayıf, uzun kadınların güzel olarak nitelendirilmesi kadınların kilo aldıklarında kendilerini çirkin hissetmelerine ve çekici olmadıklarını düşünmelerine yol açarak, kiloları ne olursa olsun kilolarından memnun

olmamalarına ve buna bağılı olarak da kilofobi düzeylerinin yüksek olmasına neden olabilir.

Mevcut çalışmanın aksine daha önce yapılan bazı çalışmalarda cinsiyete göre kilofobi düzeyleri arasında anlamlı fark bulunmazken (Yılmaz ve Dinç 2010, Wise et al 2014, Puhl and Brownell 2006), bazı çalışmalarda ise erkeklerin kilofobi düzeyleri kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur. (Soto et al 2014, Pantenburg et al 2012, Puhl et al 2015).

Obez bireylere yönelik tutumların değerlendirildiğı çalışmaları incelendiğinde cinsiyet değişkeninin OBYTÖ puan ortalamalarını etkilemediğı belirlenerek mevcut çalışmanın literatürle uyumlu olduğı görülmüştür (Kumar et al 2012, Gipson et al 2005). Mevcut çalışma aksine farklı ölçekler kullanılarak yapılan çalışmalara bakıldığında; Lieberman ve ark. nın (2012) 92 üniversite öğrencisi üzerinde yaptığı çalışmada erkek öğrencilerin kadınlara göre, Schwartz, Chambliss, Brownell, Blair ve Billington'un (2003) sağlık profesyonelleri üzerinde, Usta, Acar ve Aygin'in (2015) üniversite öğrencileri üzerinde yaptıkları çalışmalarda da kadınların erkeklere göre obez bireylere yönelik daha olumsuz davranışlara sahip olduğı belirlenmiştir. Yapılan çalışmaların bir kısmı bu çalışmanın KFÖ ve OBYTÖ puanlarının cinsiyet değişkenine ilişkin bulgularını desteklerken bir kısmı desteklememektedir. Bunun nedeni yapılan çalışmaların farklı gruplarda veya sadece sağlıkla ilgili bölümlerde okuyan öğrencilerle yapılmış olması veya farklı ölçeklerin kullanılması olabilir. Cinsiyet değişkeninin kilofobi ve OBYTÖ üzerine gerçek etkisinin; örneklemini büyük, randomize kontrollü çalışmalarla belirlenebileceğı düşüncesindeyiz.

Yaş, medeni durum, gelir düzeyi ve öğretim türünün öğrencilerin KFÖ ve OBYTÖ' den aldıkları puan ortalamalarını etkilemediğı saptandı ($p>0,05$). Çalışmaya benzer olarak Pantenburg ve ark. nın (2012) KFÖ kullanarak tıp öğrencileriyle yaptıkları çalışmada yaş değişkeninin kilo ile ilgili davranışları etkilemediğı Wolf'un (2010) tıp öğrencileri üzerinde yaptığı çalışmada da 25 yaş ve üzerinde olan tıp öğrencilerinin 24 yaş ve altında olan öğrencilere göre KFÖ'den aldıkları puanların daha düşük olduğı fakat gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır. Bu çalışmalardan elde edilen sonuçların çalışmamızın sonuçları ile paralellik gösterdiği

görülmektedir. Mevcut çalışma aksine farklı gruplarda yapılan Wise, Harris ve Olver'in (2014) sağlık bakım profesyonelleri, Stein ve ark. nın (2014) 18-94 yaş aralığındaki bireyler üzerinde yaptıkları çalışmalarda gençlerin yaşlılara göre anlamlı düzeyde daha yüksek kilofobi düzeyine sahip olduğu belirlenirken Sikorski ve ark. nın (2013) 682 sağlık bakım profesyoneli üzerinde yaptığı çalışmada yaş arttıkça kilofobi düzeyinin arttığı belirlenmiştir. Ferrante, Piasecki, Ohman-Strickland ve Crabtree'nin (2009) aile hekimleri üzerinde, Schwartz ve ark. nın (2003) sağlık profesyonelleri üzerinde yaptığı çalışmada da gençlerin yaşlı bireylerle karşılaştırıldığında obez bireylere yönelik daha olumsuz tutum ve davranışa sahip olduğu saptanmıştır. Mevcut çalışmada yaş değişkeninin kilofobi düzeyini ve obez bireylere yönelik tutumlarını etkilememe nedeni olarak çalışmaya katılan öğrencilerin yaş aralıklarının birbirine yakın olması ve yaşı büyük olan grubun sayısının az olması gösterilebilir. Literatür incelendiğinde de mevcut çalışmayla uyumlu olarak da medeni durum ve gelir durumunun kilofobi düzeyi ve obez bireylere yönelik tutumları etkilemediği belirlenmiştir (Stein et al 2014, Usta ve ark 2015). Yapılan literatür incelemesinde öğretim türü ile kilofobi düzeyi ve obez bireylere yönelik tutumlar arasındaki ilişkiyi yansıtan çalışmaya rastlanılmamış olup mevcut çalışmada öğretim türünün kilofobi düzeyleri ve obez bireylere yönelik tutumları etkilememe nedeni öğrencilerin birinci ve ikinci öğretimde aynı dersleri almaları, aynı kampüs kültürünü paylaşmaları, ders saatleri dışında eğitim yaşamlarında herhangi bir farklılığın olmamasından kaynaklanabilir.

Eğitim türüne göre lisans öğrencilerinin kilofobi düzeyleri önlisans öğrencilerine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunurken ($p < 0,001$), obez bireylere yönelik tutumları açısından eğitim türüne göre anlamlı farklılık gözlenmedi ($p > 0,05$). Literatür incelendiğinde lisans ve önlisans programlarını karşılaştıran bir çalışmaya rastlanmamakla birlikte bu farklılığın nedeni lisans eğitimi alan öğrencilerin aldıkları derslerin önlisans öğrencilerine göre daha fazla olması, üniversite yaşamlarının ön lisanslara göre daha uzun sürmesi, lisans öğrencilerinin çoğunluğunun kampüste olması, önlisans öğrencilerinin ise çoğunlukla kampüs dışında ve ilçelerde yer alması olabilir.

Bu çalışmada öğrencilerin KFÖ'den ve OBYTÖ'den elde ettikleri puan ortalamalarının bölümlere göre istatistiksel olarak anlamlı fark yaratmadığı görüldü ($p>0,05$). Yılmaz ve Dinç'in (2010) beden eğitimi ve spor yüksekokulunun farklı bölümlerinde öğrenim gören öğrenciler üzerinde yaptıkları çalışmada öğrencilerin KFÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Usta ve ark. nın (2015) sağlık hizmetleri meslek yüksekokulunun farklı bölümlerinde okuyan 155 öğrenci üzerinde yaptığı çalışmada eğitim görülen bölümlere göre obez bireylere yönelik tutumlarda istatistiksel olarak anlamlı farka rastlanılamamış olup mevcut çalışma sonuçları bu çalışma sonuçlarıyla paralellik göstermektedir.

Bu çalışmada sınıf düzeylerine göre öğrencilerin KFÖ puan ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmış olup ($p<0,01$), anlamlı farkı yaratan grubun 2.sınıf öğrencileri olduğu belirlenirken, okunulan sınıfın öğrencilerin tutumlarını etkilemediği belirlendi. Literatür incelemesinde Sarıkaya, Öztürk, Afyon ve Turegun'un (2013) çalışmasında sınıflar arasında kilofobi düzeyleri arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Mevcut çalışma sonucundaki farklılığın nedeni ikinci sınıf öğrencilerinin yarıya yakının (329 kişi) önlisans son sınıf öğrencisi olması olabilir. Mevcut çalışma sonucuyla benzer şekilde iki çalışmada da öğrencilerin sınıf düzeylerinin obeziteye ilişkin tutumları etkilemediği belirlenmiştir (Usta ve ark 2015, Sarıkaya ve ark 2013).

Annenin eğitim durumuna göre KFÖ ve OBYTÖ puan ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmış olup ($p<0,05$), anlamlı farkı yaratan grubun belirlenmesi için yapılan ileri analiz (Mann Whitney U testi) sonucuna göre annesi okur-yazar olmayan öğrencilerin kilofobi düzeylerinin, annesi lise/üniversite mezunu olanlara göre anlamlı düzeyde düşük olduğu belirlenirken ($p<0,05$), annesi okur-yazar olmayan öğrencilerin, annesi ilkokul/ortaokul ve lise/üniversite mezunu olanlara göre obez bireylere yönelik tutumlarının daha olumlu olduğu görüldü (sırasıyla: $p<0,05$, $p<0,01$). Anne eğitim seviyesinin obez bireylere yönelik tutumlar açısından inceleyen tek bir çalışmaya rastlanmıştır olup bu çalışmada anne eğitim düzeyinin obeziteye ilişkin tutumları etkilemediği belirlenmiştir (Usta ve ark 2015). Anne

eğitim seviyesinin öğrencilerin kilofobi ve OBYTÖ puanlarını etkileme nedeni annesi okur yazar olmayanların obezite, obezitenin yol açtığı sorunlar ve obez bireylerin yaşamın her alanında (okul, iş, sağlık vb) karşılaşabilecekleri sorunlarla ilgili yeterli bilgiye sahip olmamaları veya yapılan farklı çalışmalarda genellikle okur yazar olmayan grupların yaşlarının büyük olması ve daha yaşlı grubun kilo almayı olumlu olarak görmesi olabilir. Ancak çalışmada anne yaşları, obezite ve obezitenin yol açtığı sorunlara yönelik annelerin bilgi düzeyleri sorgulanmadığı için anne eğitim düzeyinin etkileme nedeninin bu değişkenler gözönüne alınarak farklı çalışmalarda belirlenmesinin gerekli olduğu kanaatindeyiz.

Baba eğitim durumuna göre KFÖ puan ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmış olup ($p<0,01$), anlamlı farkı yaratan grubun belirlenmesi için yapılan Mann Whitney U testi sonucuna göre babası okur-yazar olmayan öğrencilerin kilofobi düzeyleri babası ilkokul/ortaokul ve lise/üniversite mezunu olan öğrencilere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük olduğu saptandı (sırasıyla: $p=0,003$, $Z=-2,997$; $p=0,002$, $Z=-3,130$). Baba eğitim düzeyinin öğrencilerin obez bireylere yönelik tutumlarını etkilemediği belirlendi. Çalışmayla benzer şekilde Usta ve ark. nın (2015) çalışmasında da baba eğitim düzeylerinin öğrencilerin obeziteye ilişkin tutumları etkilemediği belirlenmiştir. Baba eğitiminin kilofobi düzeyini etkileme nedeni anne eğitim düzeyinde olduğu gibi obezite ve sorunlarına ilişkin bilgi düzeyleri, yaşla birlikte obez bireylere yönelik ön yargıların, korkuların azalması olabilir. Ancak bunların gerçek birer neden olup olmadığının randomize kontrollü çalışmalarla desteklenmesi gereklidir.

Öğrencilerin kilofobi düzeylerini ve obez bireylere yönelik tutumlarını beslenme şeklinin ve öğün atlama durumunun etkilemediği görüldü ($p>0.05$). Literatür incelemesinde bu değişkenlerin incelendiği çalışmaya rastlanılmamış olup mevcut çalışmada öğrencilerin yarısından fazlasının ev yemeği ile beslendiği, az sayıda öğrencinin (%18,5) öğün atladığı saptanmış olup çoğu öğrencinin sağlıklı beslendiği bu nedenle kilofobi düzeyi ve obez bireylere yönelik tutumlarını bu değişkenlerin etkilenmediği düşünülebilir. Bu nedenle öğün atlama ve beslenme şekillerinin, daha homojen olan, örneklem sayıları birbirine yakın olan gruplarda yapılan çalışmalarla

değerlendirilmesinin, bu değişkenlerinin etkisinin belirlenmesi açısından önemli olacağı düşüncesindeyiz.

Öğrencilerin BKİ'ne göre ölçeklerden alınan ortalama puanları karşılaştırıldığında KFÖ ve OBYTÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0,05$), ancak zayıf olan öğrencilerin KFÖ'den aldıkları puanların; kilosu normal, fazla kilolu ve obez öğrencilere göre daha yüksek olduğu görüldü. BKİ'ne göre gruplandırma yapılmadan yapılan korelasyon analizinde BKİ ile KFÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu ($r=-0,048$, $p=,029$), BKİ düştükçe öğrencilerin daha kilofobik olduğu görüldü. Mevcut çalışma ile benzer olarak Soto ve ark. nın (2014) yaptığı çalışmada KFÖ ile BKİ arasında negatif yönde anlamlı düzeyde çok zayıf ilişki olduğu belirlenmiştir. Hayran ve ark. nın (2013) çalışmasında zayıf öğrencilerin obez öğrencilere göre kilofobi düzeylerinin yüksek olduğu fakat istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı, Pantenburg ve ark. nın (2012) 671 tıp öğrencisi, Sikorski ve ark. nın (2013) 682 sağlık bakım profesyoneli üzerinde yaptığı çalışmada da BKİ'nin kilofobi düzeyini etkilemediği belirlenmiştir. Yapılan iki farklı çalışmada ise düşük BKİ'ne sahip olan bireylerin kilofobi düzeylerinin yüksek olduğu belirlenmiş olup, mevcut çalışma sonuçlarının bu çalışma sonuçlarıyla uyumlu olduğu görülmektedir (Puhl et al 2011, Stein et al 2014). Bu çalışmanın BKİ'nin OBYTÖ üzerine etkisi ile ilgili sonuçlarıyla benzer şekilde 2005 ve 2011 ve 2015 yılında yapılan üç ayrı çalışmada da BKİ'nin obez bireylere yönelik tutumları etkilemediği saptanmıştır (Gipson et al 2005, Gujral, Tea ve Sheridan 2011, Usta ve ark 2015).

Mevcut çalışmada öğrencilerin bel çevresi değişkeni ile her iki ölçek arasındaki ilişki incelendiğinde; bel çevresi ile OBYTÖ arasında anlamlı ilişki olmadığı ($p>0,05$), kilofobi düzeylerinin ise bel çevresi azaldıkça arttığı belirlendi ($r=0,54$, $p=,014$). Abdominal obezite durumuna göre yapılan karşılaştırmada her iki ölçek açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmamasına rağmen ($p>0,05$) abdominal obezitesi olan öğrencilerin KFÖ'den düşük puan aldığı görüldü. Soto ve ark. nın (2014) iki farklı bölümde okuyan öğrenci grubuyla yaptıkları çalışmada tıp öğrencilerin kilofobi ve bel çevresi arasında istatistiksel olarak çok zayıf düzeyde

anlamli ilişki olduğu belirlenirken, hem psikoloji hem de tıp ğrencilerinin bel çevresiyle OBYT puanları arasında anlamli bir ilişki saptanmamıştır. Mevcut çalışmanın bu çalışma sonucuyla uyumlu olduğu görülmektedir. Bu çalışmada düşük bel çevresine sahip olan öğrencilerin abdominal obeziteyle karşı karşıya kalma korkusu nedeni ile kilofobi düzeyleri daha yüksek çıkmış olabilir.

Bu çalışmada hayatının herhangi bir döneminde kilolu/obez olan öğrencilerin olmayanlara göre KF'den yüksek, OBYT'den ise düşük puan aldığı, ancak aradaki farkın istatistiksel olarak anlamli olmadığı saptandı ($p>0,05$). Ailesinde ya da akrabalarında şışman/obez olma durumuna göre öğrencilerin kilofobi düzeyleri ve obez bireylere yönelik tutumları arasında da istatistiksel olarak anlamli fark bulunmadı ($p>0,05$). Usta ve ark. nın (2015), Pantenburg ve ark. nın (2012) alışmalarında hayatlarının herhangi bir döneminde obez olma durumunun öğrencilerin obeziteye karşı tutumlarını etkilemediği belirlenirken, Stein ve ark. nın (2014) alışmasında ise kişinin obezite geçmişinin olmasının kilofobi düzeyini etkilemediği saptanmıştır. Mevcut alışma bu çalışmalar ile paralellik göstermektedir. 2003, 2005, 2012 ve 2013 yılında yapılan dört farklı çalışmada da mevcut çalışmayla benzer olarak obez bireylerle önceden bağlantısının olması (arkadaş, aile, akrabasında obez birey) alışmaya katılanların kilofobi düzeylerini, obez bireylere yönelik ön yargılarını, tutum ve davranışlarını etkilemediği belirlenmiştir (Scwartz et al 2003, Gipson et al 2005, Pantenburg et al 2012, Swift et al 2013). Ancak mevcut çalışmanın aksine Soto ve ark. nın (2014) alışmasında aşırı kilolu insanlarla bağlantısı olan ğrencilerin KF'den aldığı puanların aşırı kilolu insanlarla bağlantısı olmayan öğrencilere göre anlamli düzeyde düşük olduğu, 2015 yılında yapılan iki farklı çalışmada da birinci derece akrabasında ya da yakın arkadaş çevresinde obez birisi olanların obez bireylere yönelik daha olumlu tutuma sahip oldukları ve kilo önyargılarının daha az olduğu görülmüştür (Usta ve ark 2015, Puhl et al 2015).

Bu çalışmada kilofobi lği ile obez bireylere yönelik tutum lği arasında negatif yönde zayıf ilişki olduğu saptandı. Kilofobi lği ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları geneli ve sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme alışkanlığı,

stres yönetimi alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki bulunmazken ($p>0,05$), manevi gelişim alt boyutunda pozitif yönde zayıf bir ilişki ($p<0,05$), kişilerarası ilişkiler alt boyutunda ise istatistiksel olarak pozitif yönde yüksek düzeyde anlamlı ilişki bulundu ($p<0,001$). Bu çalışma sonucuyla benzer olarak Soto ve ark. nın (2014) çalışmasında KFÖ ve OBYTÖ arasında negatif yönde anlamlı düzeyde zayıf ilişki olduğu belirlenmiştir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarıyla kilofobi arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmaya rastlanılmamış olmakla birlikte sağlıklı yaşam biçimi davranışı sergileyen bireylerin sağlıklarını etkileyebilecek bir etken olan obeziteye karşı endişe duymaları, kilofobi düzeylerinin yüksek çıkmasına neden olmuş olabilir.

Obez bireylere yönelik tutum ölçeği ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği genel puanı arasında istatistiksel olarak negatif yönde çok yüksek ($p<0,001$), sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite ve manevi gelişim alt boyutları arasında negatif yönde yüksek ($p<0,001$), beslenme alışkanlığı ($p<0,01$), kişilerarası ilişkiler ($p<0,01$) ve stres yönetimi alt boyutlarında ise negatif yönde orta düzeyde ilişki olduğu belirlendi ($p<0,05$). Sağlıklı bir yaşam sürmek için her alanda alışkanlıklarına ve davranışlarına dikkat eden kişiler genellikle obeziteye; bireylerin beslenme alışkanlığı, fiziksel aktivite, stres yönetimi gibi pek çok alanda yaptıkları yanlış uygulamaların neden olduğunu düşünmektedir. Bu nedenle obez bireyler kilo almalarının kendi sorumsuzlukları, iradesizlikleri olduğu düşünülerek suçlanmaktadır. Bu çalışmada da SYBDÖ puan ortalamaları yüksek olan öğrencilerin obez bireylere yönelik daha olumsuz tutum sergileme nedeninin bu olabileceği kanaatindeyiz.

Öğrencilerin kilofobi düzeyleri ve obez bireylere yönelik tutumlarını değerlendiren bu çalışmada bulunan temel sonuçlar şunlardır:

- Üniversite öğrencilerinin orta düzeyde kilofobiye ve obez bireylere yönelik olumsuz tutuma sahip olduğu belirlendi.
- Öğrencilerin tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular gözönünde bulundurulduğunda; kadınların erkeklere, lisans öğrencilerinin önlisans

öğrencilerine, birinci, üçüncü, dördüncü sınıf öğrencilerinin ikinci sınıf öğrencilerine, annesi lise/üniversite mezunu olanların, annesi okur-yazar olmayan öğrencilere, babası ilkokul/ortaokul, lise/üniversite mezunu olan öğrencilerin, babası okur-yazar olmayan öğrencilere göre daha kilofobik olduğu belirlendi. Obez bireylere yönelik tutumlar incelendiğinde ise annesi ilkokul/ortaokul, lise/üniversite mezunu olanların, annesi okur-yazar olmayan öğrencilere göre obez bireylere yönelik daha olumsuz tutuma sahip olduğu saptandı.

- Öğrencilerin antropometrik ölçüm sonuçlarına ilişkin bulgular incelendiğinde; BKİ düştükçe ve bel çevresi azaldıkça öğrencilerin daha kilofobik olduğu, ancak bu ölçümlerin obez bireylere yönelik tutumları etkilemediği görüldü.
- Ölçekler arasındaki ilişkiler değerlendirildiğinde; öğrencilerin kilofobi düzeyi arttıkça obez bireylere yönelik daha olumsuz tutuma sahip oldukları, sağlıklı yaşam biçimi davranışları değerlendirildiğinde de kilofobi düzeyleri yüksek olan öğrencilerin manevi gelişimlerinin ve kişilerarası ilişkilerin daha iyi olduğu belirlendi.
- Obez bireylere yönelik daha olumsuz tutuma sahip olan öğrencilerin, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının, sağlık sorumluluğunun, fiziksel aktivitelerinin, manevi gelişimlerinin, sağlıklı beslenme alışkanlıklarının, kişilerarası ilişkilerin ve stres yönetiminin daha iyi düzeyde olduğu görüldü.

Bu bulgular doğrultusunda;

- Üniversite öğrencilerinde kilofobi düzeyinin azaltılması, obez bireylere yönelik tutumlarının daha olumlu hale getirilmesi için eğitim verilen her bölümde obezite, obezitenin nedenleri (obezitenin sadece kişinin kendi sorumluluğundan kaynaklanmadığı genetik ve çevresel faktörlerin de etkili olduğu), obez bireylerin toplumda karşılaştığı sosyal sorunlar ve bu

sorunların obez bireyler üzerinde yarattığı sosyal sonuçlar üzerine odaklanan müfredat programlarının düzenlenmesi veya seminerlerin yapılması,

- Yapılan eğitimlerin etkisinin obeziteye ilişkin olumsuz tutumları ve kilofobiye azaltıp azaltmadığının yeniden değerlendirilmesi,
- Farklı illerde yer alan hem devlet hem de vakıf üniversitelerinde eğitim gören öğrencilerde de kilofobi ve obez bireylere yönelik tutumların değerlendirilmesi,
- Öğrencilere yönelik obezite, obezitenin neden olduğu sorunlar ve obez bireylerin toplumda karşılaştıkları sosyal ve psikolojik sonuçlar üzerine odaklanan görsel uygulamaları içeren, sosyal medyanın da aktif olarak kullanıldığı çalışmaların yapılması,
- Toplumda obez bireylere yönelik olumlu tutumların geliştirilmesi ve kilofobi düzeylerinin azaltılmasına yönelik kamu spotlarının oluşturulması ve projelerin yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Akarken I, Tarhan H, Ekin RG, Çakmak Ö, Koç G, İlbey YÖ, Zorlu F. (2015). Visceral obesity: A new risk factor for stone disease. *Can Urol Assoc J*, 9(11-12):E795-E799.
- Akbulut G, Özmen M, Besler T. (2007). Obezite. *Bilim ve Teknik Dergisi*, (Suppl):2-15.
- Allison DB, Basile VC, Yuker HE. (1991). The measurement of attitudes toward and beliefs about obese persons. *Int J Eat Disord*, 10(5):599-607.
- Arslan C, Ceviz D. (2007). Ev hanımı ve çalışan kadınların obezite prevalansı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. *Firat Univ Sağlık Bilim Derg Tıp*, 21(5):211-220.
- Aygin D, Açıl H. (2015). Morbid obezlerde bariyatrik cerrahi sonrası erken dönem hemşirelik bakımı. *Gümüşhane University Journal of Health Sciences*, 4(4):604-613.
- Aygün M. Obezite ve Yönetimi İçinde: *Kronik Hastalıklar ve Bakım*, Durna Z. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, s.341-380.
- Bacon JG, Scheltema KE, Robinson BE. (2001). Fat phobia scale revisited: the short form. *Int J Obes Related Metabolic Disorders*, 25(2):252-257.
- Bagriacık N, Onat H, İlhan B, Tarakci T, Oşar Z, Ozyazar M, Hatemi HH, Yıldız G. (2009). Obesity profile in Turkey. *Int J Diabetes Metabolism*, 17(1):5-8
- Bahar Z, Beşer A, Gördes N, Ersin F, Kıssal A. (2008). Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği II'nin geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Cumhuriyet Üniv Hemşire YO Derg*, 12(1):1-13.

- Başaran İE. (1969). Eğitim psikolojisi (Modern eğitimin psikolojik temelleri). Ankara: Nobel.
- Beccuti G, Pannain S. (2011). Sleep and obesity. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care*, 14(4):402.
- Beck AT, Emery G. (2011). Anksiyete bozuklukları ve fobiler. (2. Baskı). (Çev. V Öztürk). İstanbul: Litera Yayıncılık.
- Bell CG, Walley AJ, Froguel P. (2005). The genetics of human obesity. *Nat Rev Genet*, 6(3):221-234.
- Bodur S, Uğuz MA. (2007). 11-15 yaş çocuklarda vücut yağ yüzdesinin beden kütle indeksi ve biyoelektriksel impedans analizi ile değerlendirilmesi. *Genel Tıp Dergisi*, 17(1):21-27.
- Bozbora A. (2002). Obezite ve Tedavisi. Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti., İstanbul, s.1-15.
- Broussard J, Kilkus J, Delebecque F, Abraham V, Whitmore H, Tasali E, Day A. (2016). Elevated ghrelin predicts food intake during experimental sleep restriction. *Obesity*, 24(1):132-138.
- Brown I. (2006). Nurses' attitudes towards adult patients who are obese: Literature review. *J Adv Nurs*, 53(2):221-232.
- Crandall CS, Martinez R. (1996). Culture, ideology, and antifat attitudes. *Pers Soc Psychol Bull*, 22(11):1165-1176.
- Çayır A, Atak N, Köse SK (2011). Beslenme ve diyet kliniğine başvuranlarda obezite durumu ve etkili faktörlerin belirlenmesi. *Ankara Üniv Tıp Fak Mecm*, 64(01):13-19.
- Çöl M. (1998). Halk sağlığı yönünden obezite. *Ankara Univ Tıp Fak Mecm*, 51(03):173-176.

- Dallar Y, Erdeve ŞS, Çakır İ, Köstü M. (2006). Obezite, çocuklarda depresyon ve özgüven eksikliğine neden oluyor mu? *Gülhane Tıp Derg*, 48(1):1-3.
- Dedeli Ö, Bursalıoğlu SA, Deveci A. (2014). Validity and reliability of the Turkish version of the attitudes toward obese persons scale and the beliefs about obese persons scale. *Clinical Nursing Studies*, 2(4):105-117.
- Eker E, Şahin M. (2002). Birinci basamakta obeziteye yaklaşım. *Sürek Tıp Eğit Derg*, 11(7):246-249.
- Eren İ, Erdi Ö. (2003). Obez hastalarda psikiyatrik bozuklukların sıklığı. *Klinik Psikiyatri*, 6:152-157.
- Esin MNÖ. (1997). Endüstriyel Alanda Çalışan İşçilerin Sağlık Davranışlarının Saptanması ve Geliştirilmesi. İ.Ü Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul, (Danışman Doç. Dr. S Erdoğan).
- Estevez-Gonzalez MD, del Pino AS, Henriquez-Sanchez P, Pena-Quintana L, Saavedra-Santana P. (2016). Breastfeeding during the first six months of life, adiposity rebound and overweight/obesity at 8 years of age. *Int J Obes*, 40(1):10-13.
- Falkner NH, French SA, Jeffery RW, Neumark-Sztainer D, Sherwood NE, Morton N. (1999). Mistreatment due to weight: Prevalence and sources of perceived mistreatment in women and men. *Obes Res*, 7(6):572-576.
- Fox CK, Gross AC, Rudser KD, Foy AM, Kelly AS. (2015). Depression, anxiety, and severity of obesity in adolescents is emotional eating the link?. *Clinical Pediatrics*.
- Friedman KE, Reichmann SK, Costanzo PR, Zelli A, Ashmore JA, Musante GJ. (2005). Weight stigmatization and ideological beliefs: Relation to psychological functioning in obese adults. *Obesity research*, 13(5):907-916.

- Genç KD. (2016). Eğitim Fakültesi ve Fen Edebiyat Fakültesinde Okuyan Öğrencilerin Öğretmenlik Mesleğine İlişkin Tutumlarının İncelenmesi (Kocaeli Örneği). Y.Ü. Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Yrd. Doç. Dr. Mustafa Otrar).
- Gipson GW, Reese S, Vieweg WVR, Anum EA, Pandurangi AK, Olbrisch ME, Sood B, Silverman JJ. (2005). Body image and attitude toward obesity in an historically black university. *Journal of the National Medical Association*, 97(2):225-236.
- Gujral H, Tea C, Sheridan M. (2011). Evaluation of nurse's attitudes toward adult patients of size. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 7(4):536-540.
- Haftenberger M, Mensink GBM, Herzog B, Kluttig A, Greiser KH, Merz B, Nöthlings U, Schlesinger S, Vogt S, Thorand B, Peters A, Ittermann T, Völzke H, Schipf S, Neamat-Allah J, Kühn T, Kaaks R, Boeing H, Bachlechner U, Scheidt-Nave C, Schienkiewitz A. (2015) Changes in body weight and obesity status in German adults: Results of seven population-based prospective studies. *Eur J Clin Nutr*, 70:300-305.
- Haines J, Neumark-Sztainer D, Hannan PJ, Berg P, Eisenberg ME. (2008). Longitudinal and secular trends in weight-related teasing during adolescence. *Obesity*, 16(S2):S18-S23.
- Hamurcu P, Öner C, Telatar B, Yeşildağ Ş. (2015). Obezitenin benlik saygısı ve beden algısı üzerine etkisi. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 19(3):122-129.
- Hayran O, Akan H, Özkan AD, & Kocaoğlu B. (2013). Fat phobia of university students: Attitudes toward obesity. *J Allied Health*, 42(3),139a-142a.
- He Y, Lu L, Wei X, Jin D, Qian T, Yu A, Sun J, Cui J, Yang, Z. (2015). The multimerization and secretion of adiponectin are regulated by TNF-alpha. *Endocrine*, 3(51):456-458.

- Heller JE, Thomas JJ, Hollis BW, Larson Meyer DE. (2015). Relation between vitamin d status and body composition in collegiate athletes. *Int J Sport Nutr*, 25(2):128-135.
- Hess C, Ofei A, Mincher A. (2015). Breastfeeding and childhood obesity among African Americans: A systematic review. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 40(5):313-319.
- Hu FB, Li TY, Colditz GA, Willett WC, Manson JE. (2003). Television watching and other sedentary behaviors in relation to risk of obesity and type 2 diabetes mellitus in women. *Jama*, 289(14):1785-1791.
- İlhan N, Batmaz M, Akhan LU. (2010). Üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 3(3):34-44.
- Janssen I, Craig WM, Boyce WF, Pickett W. (2004). Associations between overweight and obesity with bullying behaviors in school-aged children. *Pediatrics*, 113(5):1187-1194.
- Kayar H, Utku S. (2013). Çağımızın hastalığı obezite ve tedavisi. *Mersin Üniv Sağlık Bilim Derg*, 6(2):1-8.
- Keck PE, McElroy SL. (2003). Bipolar disorder, obesity, and pharmacotherapy-associated weight gain. *J Clin Psychiatry*, 64(12):1426-1435.
- Koçak S, Saraç L, Hürmeriç I. (2005). determining the relationship among body mass index, body composition and attitudes toward fat people. *Congress Proceedings Book of the 46th ICHPERD.SD World Congress*, 263-264.
- Köknel Ö. (1999). Günlük hayatta ruh sağlığı. İstanbul: Alfa Yayıncılık.

- Kumar S, Tadakamadla J, Tibdewal H, Duraiswamy P, Kulkarni S. (2012). Dental student's knowledge, beliefs and attitudes toward obese patients at one dental college in India. *Journal of Education and Ethics in Dentistry*, 2(2):80-84.
- Kumsar AK. (2012). Metabolik Sendromlu Kadınlarda Hemşire Danışmanlığının Metabolik Sendrom Temel Bileşenlerini Kontrol Altına Almada Etkinliği. M.Ü. Sağlık Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul, (Danışman Doç. Dr. S Çınar).
- Li YX, Zhou L. (2014). Vitamin D deficiency, obesity and diabetes. *Cellular And Molecular Biology*, 61(3):35-38.
- Lieberman DL, Tybur JM, Latner JD. (2012). Disgust sensitivity, obesity stigma, and gender: Contamination psychology predicts weight bias for women, not men. *Obesity*, 20(9):1803-1814.
- Lynagh M, Cliff K, Morgan PJ. (2015). Attitudes and beliefs of nonspecialist and specialist trainee health and physical education teachers toward obese children: Evidence for “anti fat” bias. *J Sch Health*, 85(9):595-603.
- Marcotorchino J, Tourniaire F, Astier J, Karkeni E, Canault M, Amiot MJ, Bendahan D, Bernard M, Martin JC, Giannesini B, Landrier JF. (2014). Vitamin D protects against diet-induced obesity by enhancing fatty acid oxidation. *J Nutr Biochem*: 25(10):1077-1083.
- McClure KJ, Puhl RM, Heuer CA. (2011). Obesity in the news: Do photographic images of obese persons influence antifat attitudes?. *J Health Commun*, 16(4):359-371.
- McNally RJ. (1987). Preparedness and phobias: A review. *Psychological bulletin*, 101(2):283.

- Mold F, Forbes A. (2013). Patients' and professionals' experiences and perspectives of obesity in health-care settings: A synthesis of current research. *Health Expect*, 16(2):119-142.
- Murillo R, Albrecht SS, Daviglus ML, Kershaw KN. (2015). The role of physical activity and sedentary behaviors in explaining the association between acculturation and obesity among Mexican American adults. *Am J Health Promot*, 30(1):50-57.
- Neumark-Sztainer D, Story M, Harris T. (1999). Beliefs and attitudes about obesity among teachers and school health care providers working with adolescents. *J Nutr Educ*, 31(1):3-9.
- O'brien KS, Latner JD, Halberstadt J, Hunter JA, Anderson J, Caputi P. (2008). Do antifat attitudes predict antifat behaviors? *Obesity*, 16(S2):S87-S92.
- Onay A. (2012). Reklamlara Yönelik Tutumlar: Nitel Bir Araştırma. *Gümüşhane Üniversitesi İletişim Fakültesi [“Elektronik Dergisi”]*, 1(4):51-66.
[file:///C:/Users/Sau/Downloads/5000006398-5000009056-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Sau/Downloads/5000006398-5000009056-1-PB%20(1).pdf)
- Osborne JW, Costello AB. (2004). Sample size and subject to item ratio in principal components analysis. *Practical Assessment, Research Evaluation*, 9(11):8.
- Özata M. (Ed), (2011). Endokrinoloji Metabolizma ve Diyabet. 9th ed, İstanbul Tıp Kitabevi Ltd.Şti., İstanbul.
- Özgür G, Gümüş AB, Palaz C. (2008). Obez bireylerin depresif belirti düzeylerinin ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 11(3):77-85.
- Öztürk A, Aktürk S. (2011). İlköğretim öğrencilerinde obezite prevalansı ve ilişkili risk faktörleri. *Preventive Medicine Bulletin*, 10(1):53-60.

- Öztürk O, Uluşahin A. (2008). Ruh sağlığı ve bozuklukları I. Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti., Ankara, s.462-466.
- Pantenburg B, Sikorski C, Lupp M, Schomerus G, Könign HH, Werner P, Riedel-Heller SG. (2012). Medical students' attitudes towards overweight and obesity. *PLoS One*, 7(11):1-8.
- Patidar O. (2013). Higher prevalence rate of CHD in 'apple type of obesity' cases as compared to 'pear type obesity' cases. *Indian Journal of Clinical Practice*, 23(12):791-794.
- Peker İ, Çiloğlu F, Buruk Ş, Bulca Z. (2000). Egzersiz Biyokimyası ve Obesite. Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti., İstanbul, s.83-186.
- Pengpid S, Peltzer K. (2015). Overweight and Obesity and associated factors among school-aged adolescents in six pacific island countries in Oceania. *Int J Environ Res Public Health*, 12(11):14505-14518.
- Pereira SM, Costa PRF, Assis AMO, Santos DB. (2015). Obesity and vitamin D deficiency: a systematic review and meta-analysis. *Obes Rev*, 16(4):341-349.
- Pınar R, Celik R, Bahcecik N. (2009). Reliability and construct validity of the Health-Promoting Lifestyle Profile II in an adult Turkish population. *Nursing research*, 58(3):184-193.
- Poon MY, Tarrant M. (2009). Obesity: attitudes of undergraduate student nurses and registered nurses. *J Clin Nurs*, 18(16):2355-2365.
- Poustchi Y, Saks NS, Piasecki AK, Hahn KA, Ferrante JM. (2013). Brief intervention effective in reducing weight bias in medical students. *Family medicine*, 45(5):345-348.

- Puhl R, Wharton C, Heuer C. (2009). Weight bias among dietetics students: Implications for treatment practices. *J Am Diet Assoc*, 109(3):438-444.
- Puhl RM, Brownell KD. (2003). Psychosocial origins of obesity stigma: Toward changing a powerful and pervasive bias. *Obes Rev*, 4(4):213-227.
- Puhl RM, Brownell KD. (2006). Confronting and coping with weight stigma: An investigation of overweight and obese adults. *Obesity*, 14(10):1802-1815.
- Puhl RM, Latner JD, O'Brien K, Luedicke J, Danielsdottir S, Forhan M. (2015). A multinational examination of weight bias: predictors of anti-fat attitudes across four countries. *International Journal of Obesity*, 39(7):1166-1173.
- Puhl RM, Luedicke J, Heuer C. (2011). Weight-based victimization toward overweight adolescents: Observations and reactions of peers. *Journal of School Health*, 81(11):696-703.
- Rich SS, Essery EV, Sanborn CF, DiMarco NM, Morales LK, LeClere SM. (2008). Predictors of body size stigmatization in Hispanic preschool children. *Obesity*, 16(S2):S11-S17.
- Robinson B, Bacon LC, O'reilly J. (1993). Fat phobia: Measuring, understanding, and changing anti fat attitudes. *Int J Eat Disord*, 14(4):467-480.
- Sarıkaya R, Öztürk H, Afyaon YA, Turegun E. (2013). Examining university students' attitudes towards fat phobia. *Turkish Journal of Sport and Exercise*, 15(2):70-74.
- Satman I, Yılmaz T, Sengül A, Salman S, Salman F, Uygur S, Baştar İ, Tütüncü Y, Sargın M, Dinççağ N, Karşıdağ K, Kalaça S, Özcan C, King H ve TURDEP grup. (2002). Population based study of diabetes and risk characteristics in Turkey results of the Turkish diabetes epidemiology study (TURDEP). *Diabetes care*, 25(9):1551-1556.

Schwartz MB, Chambliss HON, Brownell KD, Blair SN, Billington C. (2003). Weight bias among health professionals specializing in obesity. *Obesity research*, 11(9):1033-1039.

Schwartz MB, Vartanian LR, Nosek BA, Brownell KD. (2006). The influence of one's own body weight on implicit and explicit anti-fat bias. *Obesity*, 14(3):440-447.

Semerci CN. (2004). Obezite ve genetik. *Gülhane Tıp Derg*, 46(4):353 – 359.

Sertöz ÖÖ, Mete HE. (2005). Obezite tedavisinde bilişsel davranışçı grup terapinin kilo verme, yaşam kalitesi ve psikopatolojiye etkileri: Sekiz haftalık izlem çalışması. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 15(3):119-126.

Sikorski C, Lupp M, Glaesmer H, Brahler E, König HH, Riedel-Heller SG. (2013). Attitudes of health care professionals towards female obese patients. *Obesity facts*, 6(6):512-522.

Solak HS. (2012). Fobik ve omurilik felçlisi yetişkinlerde dini başa çıkma. M.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Prof. Dr. Veysel Uysal).

Soto L, Armendariz-Anguiano AL, Bacardi-Gascon M, Cruz AJ. (2014). Beliefs, attitudes and phobias among Mexican medical and psychology students towards people with obesity. *Nutr Hosp*, 30(1):37-41.

Soto L, Jimenez CA, Armendariz AAL, Bacardi GM. (2015). Fat phobia among first and fifth year medical students in Tijuana, Mexico. *Gaceta Sanitaria*, 29(2):153-153.

- Stein J, Luppä M, Ruzanska U, Sikorski C, König HH, Riedel-Heller SG. (2014). Measuring negative attitudes towards overweight and obesity in the German population—psychometric properties and reference values for the German short version of the fat phobia scale (FPS). *PloS one*, 9(12):1-18.
- Storch EA, Milsom VA, DeBraganza N, Lewin AB, Geffken GR, Silverstein JH. (2007). Peer victimization, psychosocial adjustment, and physical activity in overweight and at risk for overweight youth. *J Pediatr Psychol*, 32(1):80-89.
- Sungur MZ. (1997). Fobik bozukluklar. *Psikiyatri dünyası*, 1(1):5-11.
- Swift JA, Hanlon S, El-Redy L, Puhl RM, Glazebrook C. (2013). Weight bias among UK trainee dietitians, doctors, nurses and nutritionists. *J Hum Nutr Diet*, 26(4):395-402.
- Tam AA, Çakır B. (2012). Birinci basamakta obeziteye yaklaşım. *Ankara Medical Journal*, 12(1):37-41.
- Tavşancıl E. (2006). Tutumların ölçülmesi ve SPSS ile veri analizi (3. Baskı). Nobel Yayın Dağıtım Ltd. Şti., Ankara, s.65-85.
- Turan T, Ceylan SS, Çetinkaya B, Altundağ S. (2009). Meslek lisesi öğrencilerinin obesite sıklığının ve beslenme alışkanlıklarının incelenmesi. *Prev Med Bull*, 8(1):5-12.
- Usta E, Acar K, Aygin D. (2015). Sağlık hizmetleri meslek yüksekokulu öğrencilerinin obeziteye ilişkin tutumları. *EJOVOC* ["Elektronik Dergi"], 4(Suppl): 46-53. http://www.ejovoc.org/makaleler/december_2015_umyos/pdf/07.pdf
- Walker SN, Sechrist KR, Pender NJ. (1987). The health promoting lifestyle profile: Development and psychometric characteristics. *Nursing Research*, 36(2):76-81.

- Walker SN, Sechrist KR, Pender NJ. (1995). Health promotion model instruments to measure health promoting lifestyle: Health-promoting lifestyle profile [HPLP II].
- Wear D, Aultman JM, Varley JD, Zarconi J. (2006). Making fun of patients: Medical students' perceptions and use of derogatory and cynical humor in clinical settings. *Academic Medicine*, 81(5): 454-462.
- Wise FM, Harris DW, Olver JH. (2014). Attitudes to obesity among rehabilitation health professionals in Australia. *J Allied Health*, 43(3):162-168.
- Wolf C. (2010). Physician assistant students' attitudes about obesity and obese individuals. *J Physician Assist Educ*, 21(4):37-40.
- Yalçinkaya M, Özer FG, Karamanoğlu AY. (2007). Sağlık çalışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6(6):409-420.
- Yılmaz CY, Dinç ZF. (2010). Beden eğitimi ve spor yüksekokulunda öğrenim gören genç kadın ve erkek öğrencilerin kilofobi düzeylerinin karşılaştırılması. *Spormetre Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*, 8(1):29-34.
- Zhou B, Gao W, Lv J, Yu C, Wang S, Liao C, Pang Z, Cong L, Dong Z, Wu F, Wang H, Wu X, Jiang G, Wang X, Wang B, Cao W, Li L. (2015). Genetic and environmental influences on obesity-related phenotypes in chinese twins reared apart and together. *Behav Genet*, 45(4):427-43.

EKLER

Ek 1. T.C. Sakarya Üniversitesi'nden Alınan Kurum İzni

Evrak Tarih ve Sayısı: 30/03/2015-14606



T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Genel Sekreterlik

Sayı :30579404/044/
Konu :Anket izni

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : Öğrenci İşleri Birimi 21/03/2015 tarihli ve 27907772-199- 13514 sayılı yazı,

Enstitümüz Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı öğrencisi Serap ÇETİNKAYA'nın "Sakarya Üniversitesi Öğrencilerinin Kilofobi Düzeyleri ve Obez Bireylere Yönelik Tutumlarının Değerlendirilmesi" konulu anket çalışmasını Üniversitemiz öğrencilerine uygulaması uygun görülmüştür.
Bilgilerinizi rica ederim.

Prof.Dr. Musa EKEN
Rektör Yardımcısı

Ek 2. Kilofobi ve Obez Bireylere Yönelik Tutum Ölçeklerinin Kullanımı İçin İzin Talebi

Merhaba hocam,

Sakarya Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümünde Araştırma görevlisi olarak çalışmaktayım. "Fat fobia Ölçeği" nin Türkçe geçerlilik ve güvenirliğini siz yapmışsınız. Tezimde ölçeği kullanmak istiyorum.Eğer izniniz olursa o ölçeği kullanabilir miyim? Teşekkür ederim. İyi çalışmalar. Saygılar.

--

Arş.Gör. SERAP ÇETİNKAYA

Sakarya Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu
İç Hastalıkları Hemşireliği AD



Osman Hayran <ohayran@gmail.com>

31.01.2015



Alıcı: bana

Tabii ki kullanabilirsiniz Serap hanım...

İyi çalışmalar, başarılar.

...



Serap Çetinkaya <serapc@sakarya.edu.tr>

23.12.2015



Alıcı: ozdendedeli

Merhaba hocam,

Geçerlik ve güvenirliğini yapmış olduğunuz "Obez Bireylere Yönelik Tutum Ölçeği" ni ve nasıl skorlandığı ile ilgili değerlendirme formunu kullanabilmem için gereken iznin tarafınızca verilmesini arz ederim. Saygılarımla.

...



Özden dedeli <ozdendedeli@yahoo.co.uk>

23.12.2015



Alıcı: bana

Sayın Çetinkaya,
Tezinizde kullanabilmeniz için ölçek, değerlendirilmesi ve makalesini gönderiyorum. Çalışmanızda başarılar dilerim.

Yrd. Doç. Dr. Özden DEDELİ
İç Hastalıkları Hemşireliği AbD
Celal Bayar Üniversitesi Manisa Sağlık Yüksekokulu

...

Ek 3. T.C. Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan Etik Kurul Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 15/04/2015-4750



T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı

Sayı : 71522473/050.01.04/53
Konu : Girişimsel Olmayan Etik Kurul
Başvuru Dosyası Hk.

Sayın Yrd. Doç. Dr. Havva SERT
Sakarya Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu
İç Hastalıkları Hemşireliği

İlgi : 31.03.2015 tarihli 52 sayılı başvurunuz

Destekleyicisi olduğunuz "Sakarya Üniversitesi öğrencilerinin kilofobi düzeyleri ve obez bireylere yönelik tutumlarının değerlendirilmesi" isimli çalışma ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup; çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen şekilde etik ve bilimsel açıdan sakınca bulunmadığına etik kurul üyelerince karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Doç.Dr. Hasan Çetin EKERBİÇER
Etik Kurulu Başkanı

Zübeyde KAÇAL
Etik Kurul Sekr.

Güvenli Elektronik
İmzalı Aslı ile Aynıdır.
..15/4..2015

Evrakı Doğrulamak İçin : <http://193.140.253.232/envision.Sorgula/BelgeDogrulama.aspx?V=BEKRMV2C>

Fakülte Girişimsel Olmayan Etik Kurulu Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi
Dekanlığı, Kocacık Kampüsü, Kocacık, Adapazarı/Sakarya
Tel:264 295 6630 Faks:264 295 6629
E-Posta:tip@sakarya.edu.tr Elektronik Ağ :www.tip.sakarya.edu.tr



Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek 4. Tanıtım Formu

Sayın katılımcı; tanımlayıcı olarak planlanan bu çalışmanın amacı üniversite öğrencilerinin kilofobi düzeyleri, obez bireylere yönelik tutumları ve etkileyen faktörlerin belirlenmesidir. Kimlik bilgileriniz çalışma boyunca araştırmacı tarafından gizli tutulacaktır. Katılımınız için teşekkür ederiz.

SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

1)Cinsiyetiniz	1.Erkek	2.Kadın
2)Yaşınız		
3) Medeni haliniz	1.Bekar	2.Evli
4)Vücut ağırlığınız	5)Boy uzunluğunuz	6)BKİ(Tarafımızca hesaplanacaktır)
7)Bel çevresi	8)Kalça çevresi	
9)Okuduğunuz Fakülte/ Yüksekokul adı	10)Bölümünüzün adı	
11)Öğretim türü	a. Birinci öğretim	b. İkinci öğretim
12)Eğitim türü	a. Lisans	b. Önlisans
13)Sınıf	a. 1.sınıf b.2.sınıf	c.3.sınıf d.4.sınıf
14-15)Anne ve babanızın eğitim durumlarını işaretleyiniz.	14)Anne: 1.Okur-yazar değil 2.İlkokul-ortaokul 3. Lise-üniversite	15)Baba: 1.Okur-yazar değil 2.İlkokul-ortaokul 3. Lise-üniversite
16)Gelir durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?	1.İyi 2.Orta 3.Kötü	
17)Aile veya akrabalarınızda şişman/obez birey var mı?	1.Evet 2.Hayır	
18)Beslenme şeklinizi nasıl değerlendirirsiniz?	1. Genellikle fasfood tarzı besleniyorum 2. Genellikle ev yemeği tüketiyorum 3.Genellikle üniversite yemekhanesini kullanıyorum 4.Diğer(.....)	
19)Günde hiç öğün atlar mısınız?	1.Evet 2.Hayır	
20)Hayatınızın herhangi bir döneminde kilolu/obez miydiniz?	1.Evet 2.Hayır	

Ek 5. Kilofobi Ölçeği

Aşağıda kimi zaman obez veya şişman kişileri tanımlamak için kullanılan 14 sıfat çifti verilmiştir. Her bir sıfat çifti için, duygularınızı ve inançlarınızı en iyi ifade eden sığata en yakın çizgiye lütfen X işareti koyun.

Obez bireyleri nasıl tanımlarsınız?

1.tembel	5____	4____	3____	2____	1____	çalışkan
2.iradesiz	5____	4____	3____	2____	1____	iradeli
3.çekici	5____	4____	3____	2____	1____	çekici değil
4.iyi özdenetim	5____	4____	3____	2____	1____	zayıf özdenetim
5.hızlı	5____	4____	3____	2____	1____	yavaş
6.dayanıklı	5____	4____	3____	2____	1____	dayanıksız
7.hareketli	5____	4____	3____	2____	1____	hareketsiz
8.zayıf	5____	4____	3____	2____	1____	güçlü
9.bencil	5____	4____	3____	2____	1____	fedakar
10.yemeği sevmez	5____	4____	3____	2____	1____	yemeği sever
11.biçimsiz	5____	4____	3____	2____	1____	biçimli
12.az yer	5____	4____	3____	2____	1____	çok yer
13.endişeli	5____	4____	3____	2____	1____	emin
14.düşük benlik saygısı	5____	4____	3____	2____	1____	yüksek benlik saygısı

Ek 6. Obez Bireylere Yönelik Tutum Ölçeği

	Kesinlikle Katılmıyorum	Çoğunlukla Katılmıyorum	Biraz Katılmıyorum	Biraz Katılıyorum	Çoğunlukla Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1.Obez bireyler obez olmayan bireyler kadar mutludur.						
2.Obez bireyler kendilerini diğer insanlar kadar başarılı hissetmezler.						
3-Obez bireylerin birçoğunun benlik bilinci kavramı diğer insanlardan fazladır.						
4-Obez çalışanlar diğer çalışanlar kadar başarılı olamayabilirler.						
5-Obez olmayan bireylerin birçoğu obez bireylerle evlenmek istemezler.						
6- Bazı obez bireyler genellikle dağınık/düzensizdir.						
7-Obez bireyler genellikle sosyaldır.						
8-Obez bireylerin birçoğu kendilerinden memnun değildirler.						
9-Obez bireyler de diğer insanlar kadar özgüvenlidir.						
10-İnsanların birçoğu obez bireylerle ilişkilerinde rahatsız olur.						
11- Obez bireyler çoğunlukla obez olmayan bireylerden daha az agresiftir.						
12-Obez bireylerin birçoğu obez olmayan bireylerden farklı kişiliklere sahiptir.						
13-Obez bireylerin çok az bir kısmı fazla kilolarından utanır.						
14-Birçok obez birey normal kilodaki insanlara kızar/sinirlenir.						
15-Obez bireyler obez olmayan insanlardan daha duygusaldır.						
16-Obez bireyler normal bir yaşam sürmeyi beklememelidirler.						
17-Obez bireyler obez olmayan bireyler kadar sağlıklıdır.						
18- Obez bireyler de cinsel olarak obez olmayan bireyler kadar çekicidir.						
19- Obez bireyler ailede sorun yaratmaya eğilimlidir.						
20- Bir insanın başına gelebilecek en kötü şeylerden birisi obez olmaktır.						

Ek 7. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II

		Hiçbir Zaman	Bazen	Sık Sık	Düzenli Olarak
1	Bana yakın olan kişilerle endişelerimi ve sorunlarımı konuşurum.				
2	Yağı düşük, doymuş yağı düşük ve kolesterolü düşük bir diyeti tercih ederim.				
3	Doktora ya da bir sağlık görevlisine, vücudumdaki olağandışı belirti ve bulguları anlatırım.				
4	Düzenli bir egzersiz programı yaparım.				
5	Yeterince uyurum.				
6	Olumlu yönde değiştiğimi ve geliştiğimi hissedirim.				
7	İnsanları başarıları için takdir ederim.				
8	Şekeri ve şeker içeren gıdaları (tatlı vb.) kısıtlı tüketirim.				
9	Televizyonda sağlığı geliştirici programları izler ve bu konularla ilgili kitapları okurum.				
10	Haftada en az 3 kez 20 dakika veya daha uzun süreli tempolu egzersiz yaparım (hızlı yürüyüş, bisiklete binme, aerobik, dans ve step egzersiz gibi)				
11	Her gün gevşemek için zaman ayırırım.				
12	Yaşamamın bir amacı olduğuna inanırım.				
13	İnsanlarla anlamlı ve doyurucu ilişkiler sürdürürüm.				
14	Her gün ekmek, tahıl, pirinç ve makarnadan toplam 6-11 porsiyon yerim.				
15	Sağlık personeline önerilerini anlamak için soru sorarım.				
16	Hafif ve orta düzeyde fiziksel aktivitede bulunurum (Örneğin haftada 5 kez ya da daha fazla, 30-40 dakika kesintisiz yürürüm.).				
17	Yaşamımda değiştiremeyeceğim şeyleri kabullenirim.				
18	Geleceğe umutla bakarım.				
19	Yakın arkadaşlarıma zaman ayırırım.				
20	Her gün 2-4 porsiyon meyve yerim.				
21	Her zaman gittiğim sağlık personelinin önerileri ile ilgili kaygılarım olduğunda başka bir sağlık personeline danışırım.				
22	Boş zamanlarımda yüzme, dans etme, bisiklete binme gibi eğlendirici fizik aktiviteler yaparım.				
23	Uyumadan önce güzel şeyler düşünürüm				

Ek 7. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (devam)

		Hiçbir Zaman	Bazen	Sık Sık	Düzenli Olarak
24	Kendimle barışık ve kendimi yeterli hissedirim.				
25	Başkalarına ilgi, sevgi ve yakınlık göstermek benim için kolaydır.				
26	Her gün 3-5 porsiyon sebze yerim.				
27	Sağlık sorunlarımı sağlık personeliyle konuşurum.				
28	Haftada en az 3 kere kas güçlendirme egzersizleri yaparım.				
29	Stresimi kontrol etmek için uygun yöntemleri kullanırım.				
30	Hayatımdaki uzun vadeli amaçlar için çalışırım.				
31	Sevdiğim kişilerle kucaklaşıyorum.				
32	Her gün 3-4 porsiyon süt, yoğurt veya peynir yerim.				
33	Vücudumu fiziksel değişiklikler, tehlikeli bulgular bakımından ayda en az bir kez kontrol ederim.				
34	Günlük işler sırasında egzersiz yaparım (örneğin, yemeğe yürüyerek giderim, asansör yerine merdiven kullanırım, arabamı uzağa park eder ve yürürüm.).				
35	İş ve eğlence zamanımı dengelerim.				
36	Her gün yapacak değişik ve ilginç şeyler bulurum				
37	Mahrem ihtiyaçlarımı karşılayacak yollar bulurum.				
38	Her gün et, tavuk, balık, kuru bakliyat, yumurta, çerez türü gıdalardan sadece 3-4 porsiyon yerim.				
39	Kendime nasıl daha iyi bakabileceğim konusunda sağlık personeline danışırım.				
40	Egzersiz yaparken nabız ve kalp atışlarımı kontrol ederim.				
41	Günde 15-20 dakika gevşeyebilmek, rahatlayabilmek için uygulamalar yaparım.				
42	Yaşamımda benim için önemli olan şeylerin farkındayım.				
43	Benzer sorunu olan kişilerden destek alırım.				
44	Gıda paketlerinin üzerindeki besin, yağ ve sodyum içeriklerini belirleyen etiketleri okurum.				
45	Bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılırım.				
46	Kalp atımım hızlanana kadar egzersiz yaparım.				
47	Yorulmaktan kendimi korurum.				
48	İlahi bir gücün varlığı ile ilişkim olduğunu hissedirim.				
49	Konuşarak ve uzlaşarak çatışmaları çözerim.				
50	Kahvaltı yaparım				
51	Gereksinim duyduğumda başkalarından danışmanlık ve rehberlik alırım.				
52	Yeni deneyimlere ve durumlara açığım.				

ÖZGEÇMİŞ

I- Bireysel Bilgiler

Adı Soyadı : Serap ÇETİNKAYA
Doğum yeri ve tarihi : Kars/ 20 Mart 1990
Uyruğu : TC
Medeni durumu : Bekar
Askerlik durumu :
İletişim adresi ve telefonu : SAÜ Sağlık YO /02642957429
Yabancı dili :İngilizce

II- Eğitimi (tarih sırasına göre yeniden eskiye doğru)

Yüksek Lisans	İç hastalıkları hemşireliği AD	Sakarya Üniversitesi	2013
Lisans	Hemşirelik	Kafkas Üniversitesi	2012

III- Ünvanları (tarih sırasına göre eskiden yeniye doğru)

Araş.Gör.	Sakarya Sağlık Yüksekokulu	2013-
Hemşire	Medical Park Hastanesi	2012

IV- Mesleki Deneyimi

Araş.Gör.	Sakarya Sağlık Yüksekokulu	2013-
Hemşire	Medical Park Hastanesi	2012

V- Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar

VI- Bilimsel İlgi Alanları

Sert H, Aygin D, **Çetinkaya S**. The Relationship Between Diabetes Mellitus and Vitamin D, 7 th Pan-Hellenic & 6 th Pan-European Scientific& Professional Nursing Conference, Ioannina Greece; 8-11 May 2014. (**Özet Metin**).

Çetinkaya S, Sert H, Aygin D, Quality of Work Life of Nurses, 7 th Pan-Hellenic & 6 th Pan-European Scientific& Professional Nursing Conference, Ioannina Greece; 8-11 May 2014. (**Özet Metin**).

Sert H, Aygin D, Seven A, Açıl H, **Çetinkaya S**, Evaluation of Life Quality and Mental Status of Senior People: Pilot Study, 7 th Pan-Hellenic & 6 th Pan-European Scientific& Professional Nursing Conference, Ioannina Greece; 8-11 May 2014.

Çetinkaya S, Sert H, Aygin D. Obezitenin D vitamini ile ilişkisi, Çağın Hastalığı Obezite Sempozyumu, Sakarya Üniversitesi, Sakarya, 23 Aralık 2013.

Sert H, **Çetinkaya S**, Aygin D. D vitaminin obezite, diabetes mellitus, hipertansiyon ve kanser ile ilişkisi. Journal of Human Rhythm 2015;1(4):143-149.

Sert H, **Çetinkaya S**. Kronik yaygın ağrı çeken kadın örnekleminde cinsel sorunlar ve cinsel distress prevalansı ve risk faktörleri. (Güncel Makale Özeti) **Androloji Bülteni** 2016;18(64):58-59.

Sert H, **Çetinkaya S**, Aygin D. “D Vitaminin diabetes mellitus ve hipertansiyon ile ilişkisi”, (Sözel Sunum), I. Uluslararası Spor Eğitim ve Sağlık Bilimleri Kongresi, Sakarya, Türkiye, 1-3 Mayıs 2015 (**Tam metin**)

Çetinkaya S, Sert H, Aygin D, Karabay O. Diyabetik ayak ülserlerinde bir tedavi seçeneği: Maggot. (HP-151) 17. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi, Antalya, 14-18 Ekim, Kongre Kitabı 2015:445-446. (**Özet Metin**)

Sert H, Seven A, Aygin D, **Çetinkaya S**, Açıl HC. Hemşirelerin örgütsel adalet algıları ve etkileyen faktörler. (HP-175) 17. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi, Antalya, 14-18 Ekim, Kongre Kitabı 2015:454. (**Özet Metin**)

Sert H, **Çetinkaya S**. Plateletten zengin plazma tedavisi. 17. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi, 14-18 Ekim, 2015, Belek, ANTALYA (**Özet Metin**).

Aygin **D**, Sert **H**, Açıl **H**, Seven **A**, **Çetinkaya S**. Huzurevinde Yaşayan Yaşlı Kadınların Ağrı, Mental Durum ve Günlük Yaşam Aktivitelerinin Değerlendirilmesi (P-36), 2. Uluslararası – Disiplinlerarası Kadın Araştırmaları Kongresi, Sakarya, 11-13 Aralık, Kongre Kitabı 2015:55-57.

Sert H, Aygin D, Açıl H, Seven A, **Çetinkaya S**, İlmek M. Hemşirelik İkinci Sınıf Öğrencilerinin Toplumsal Cinsiyet Rollerine İlişkin Tutumları (P-37), 2. Uluslararası Disiplinlerarası Kadın Araştırmaları Kongresi, Sakarya, 11-13 Aralık, Kongre Kitabı 2015:57-58.

VII- Bilimsel Etkinlikleri

17.Ulusal İç Hastalıkları Kongresi, Antalya, 14-18 Ekim, 2015.

VIII- Diğer Bilgiler