

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

**YETİŞKİN BİREYLERDE OBEZİTENİN DEPRESYON,
BENLİK SAYGISI, YEME TUTUMU VE BESLENME DURUMU
ÜZERİNE ETKİSİ**

Dyt. Zeynep SAĞLAM ERYILMAZ

**Diyetetik Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

ANKARA

2018

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

**YETİŞKİN BİREYLERDE OBEZİTENİN DEPRESYON,
BENLİK SAYGISI, YEME TUTUMU VE BESLENME DURUMU
ÜZERİNE ETKİSİ**

Dyt. Zeynep SAĞLAM ERYILMAZ

**Diyetetik Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. F. Gülhan Samur**

ANKARA

2018

ONAY SAYFASI

**Yetişkin Bireylerde Obezitenin Depresyon, Benlik Saygısı, Yeme Tutumu
ve Beslenme Durumu Üzerine Etkisi**

Dyt. Zeynep SAĞLAM ERYILMAZ

Bu çalışma 31.01.2018 tarihinde jürimiz tarafından “Diyetetik Programı”nda yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı

Doç.Dr. Aylin AYAZ
Hacettepe Üniversitesi



Tez Danışmanı

Prof. Dr. F. Gülhan SAMUR
Hacettepe Üniversitesi

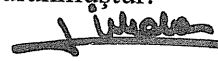


Üye

Yrd. Doç.Dr. Perim Özyiğit TÜRKER
Başkent Üniversitesi



Bu tez Hacettepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun bulunmuştur.



Prof. Dr. Diclehan Orhan
Enstitü Müdürü

08 Şubat 2018

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

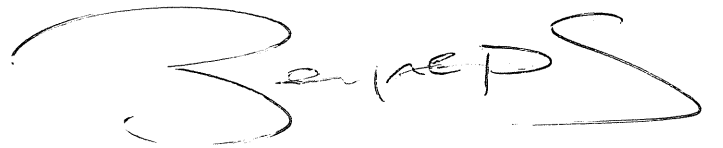
Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin/raporumun tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kağıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Hacettepe Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinlerin yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

Tezimin/Raporumun Ocak 2020 tarihine kadar erişime açılmasını istemiyorum ancak kaynak gösterilmek şartıyla bir kısmı veya tamamının fotokopisinin alınmasını onaylıyorum.

31.01.2018

Dyt. Zeynep SAĞLAM ERYILMAZ



ETİK BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında özgün olduğunu, Prof. Dr. F. Gülhan SAMUR danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Yönergesine göre yazıldığını beyan ederim.

Zeynep SAĞLAM ERYILMAZ



TEŞEKKÜR

Mesleki gelişimimde büyük katkıları olan, araştırmanın planlanması ve yürütülmesini beni yönlendiren, lisans ve yüksek lisans eğitimim sürecinde yol gösterici katkılar sağlayan danışmanım, Sayın Prof. Dr. Fatma Gülhan Samur'a

Tezimin istatistiksel değerlendirmesinde bilgi ve deneyimlerini benden esirgemeyen ve bu tezin biteceği konusunda beni hep cesaretlendiren her gün telefonla beni taciz edip bu tezi düzenli yazmamı sağlayan sevgili arkadaşım Sayın Prof. Dr. Beril Durmuş'a

Çalışmamı yürüttüğüm birimlerde görev yapan değerli meslektaşlarıma ve doktor arkadaşlarıma araştırmaya katılmayı kabul ederek araştırmanın gerçekleştirilmesinde katkıları olan değerli hastalara,

Yüksek lisans eğitimim boyunca desteğini esirgemeyen, sevinç ve üzüntülerimi paylaşan, hayatımın her aşamasında bana güvenen, yanımda olan, sevgi ve desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen sevgili annem Minire SAĞLAM ve sevgili babam Turgay SAĞLAM'a

Tezimi Bitirmem için hep uslu durup sessiz olan sabırla bekleyen küçük kızım Sude ERYILMAZ'a

Birlikte büyüdüğüm, sevinç ve üzüntülerimde her an yanımda olan, sevgili abim Hasan SAĞLAM'a

Araştırmanın uygulama sürecindeki sabrı ve desteği ile her an yanımda olan ve araştırmanın her aşamasında beni motive eden sevgili eşim Alpaslan ERYILMAZ'a

Sonsuz sevgi ve teşekkürlerimi sunarım.

ÖZET

Sağlam, Z. Yetişkin Bireylerde Obezitenin Depresyon, Benlik Saygısı, Yeme Tutumu ve Beslenme Durumu Üzerine Etkisi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Diyetetik Programı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2018. Obezite ve depresyon toplum sağlığını olumsuz etkileyen ve geniş yaygınlığı olan halk sağlığı sorunlarıdır. Bu çalışma, normal ve obez yetişkin bireylerin beslenme durumlarını karşılaştırarak, obezite ile depresyon, yeme davranış bozukluğu ve benlik saygısı arasındaki ilişkinin saptanması amacıyla yapılmıştır. Çalışmaya İstanbul'da özel bir hastaneye başvuran beden kütle indeksi (BKİ)'ne göre 190 obez (BKİ 30kg/m² üzeri) ve 190 normal (BKİ 18.5-25 kg/m²) birey olmak üzere toplam 380 gönüllü yetişkin (yaş ortalaması 39.0±10,67 yıl) birey katılmıştır. Bireylerin depresyon durumu, benlik saygısı, yeme tutum ve davranışları karşılaştırılması amacıyla ölçekler (Beck Depresyon Ölçeği/BDÖ, Cooper Smith Özsaygı Envanteri/CSÖE, Yeme Tutum Testi) uygulanmış, bir günlük besin tüketimi ve antropometrik ölçümleri ile beslenme durumları değerlendirilmiştir. Çalışmaya katılan tüm bireylerde yeme davranış bozukluğu görülme oranı %9,9 olup bu oranın obez grupta yer alan erkek ve kadın bireylerde daha yüksek olduğu (sırasıyla %10,8 ve %17,5) saptanmıştır (p<0,05). Duygusal yeme durumu incelendiğinde özellikle stres durumunda obez grupta (%46,8) normal ağırlıktaki gruba (%22,1) göre iştah/besin alımında istatistiksel olarak önemli oranda bir artış olduğu gösterilmiştir (p<0,05). Her iki grupta da yer alan bireylerin BDÖ puan ortalamaları (8,1±7,4 puan) benzer bulunmuştur (p>0,05). Çalışmada orta/şiddetli depresif belirtiler (≥17 puan) gösterme oranı normal grupta yer alan erkeklerde ve kadınlarda (%15,9 ve %14,9) obez gruptaki bireylere göre (%8,7 ve 11,3) daha fazla olduğu görülmüştür. Şiddetli depresif belirtiler görülme durumu açısından obez kadınların daha yüksek bir eğilime sahip oldukları saptanmıştır. Her iki grupta da yer alan bireylerin CSÖE' göre özsaygılarının yüksek (%79,3, CSÖE puan ort. 86,5±14,1) olduğu ancak cinsiyete göre değerlendirildiğinde özsaygılarının düşük olan kadın bireylerin oranının (%7,3) erkek bireylerden (%5,5) daha fazla olduğu görülmüştür. Obez ve normal ağırlıkta bireylerin enerji ve makro besin öğeleri alımları arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmamıştır (p>0,05). Bu çalışmanın sonucunda özellikle kadın bireylerde obezite ile depresyon, yeme davranış bozukluğu ve benlik saygısı arasında ilişki olduğu gösterilmiştir. Obezitenin önlenmesi ve tedavisinde en önemli yaklaşımlardan birisi de, obezite ile depresyon, yeme davranış bozukluğu ve beslenme durumu arasındaki neden/sonuç ilişkisinin değerlendirilmesidir.

Anahtar Kelimeler: Obezite, Depresyon, Benlik Saygısı, Yeme Tutumu, Beslenme Durumu.

ABSTRACT

Sağlam, Z. The effect of obesity on depression, self-esteem, eating attitude and nutritional status in adult individuals, Hacettepe University Institute of Health Sciences, M.Sc. Thesis in Dietetics Programme, Ankara, 2018. Obesity and depression are public health problems that affect community health negatively and have widespread prevalence. This study aims to identify the correlation between obesity and depression, eating disorder and self-esteem by comparing normal and obese adults' nutritional statuses. Total 380 volunteer adults (mean age 39.0 ± 10.67 years) has participated in the study, 190 obese (BMI above 30 kg/m^2) and 190 healthy (BMI $18.5\text{-}25 \text{ kg/m}^2$) individuals, who has applied to a private hospital in İstanbul. In order to compare individual depression status, self-esteem and eating attitude scales (Beck Depression Scale / BDS, Cooper Smith Self Esteem Inventory / CSSEI, Eating Attitude Test) have been applied and nutritional statuses have been evaluated by one-day food consumption and anthropometric measurements. Overall eating disorder rate in the study has been 9.9% and in the male and female individuals of the obese group this rate is determined to be higher (respectively 10.8% and 17.5%, $p < 0.05$). The analysis of the emotional eating attitude has shown a significant statistical increase in the in-take of appetite/food in the obese group (46.8%) compared to the normal weight group (22.1%) ($p < 0.05$). The BDS scores of the individuals in both groups (8.1 ± 7.4 points) are found to be similar ($p < 0.05$). In the study, the rate of showing moderate / severe depressive symptoms (≥ 17 points) has been observed higher in the males and females in the normal group (15.9% and 14.9%) than the individuals in the obese group (8.7% and 11.3%). Obese females have been observed to show higher tendency severe depressive symptoms. The individuals in both groups had high scores (79.3%, CSSEI mean score 86.5 ± 14.1) according to CSSEI but when evaluated by gender it has been seen that the rate of low self-esteem female individuals (7.3%) are higher than low self-esteem male individuals (5.5%). No significant difference has been found in the in-take of energy and macro nutritional elements of both obese and normal weight individuals ($p < 0.05$). As a result of this study it has been shown especially in the female individuals there is a correlation with depression, eating disorder and self-esteem. An important approach for the prevention and the treatment of obesity is to examine the cause and effect relation between obesity and depression, eating disorder and nutritional status.

Keywords: Obesity, Depression, Self-esteem, Eating Attitude, Nutritional Status

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI	iii
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI	iv
ETİK BEYAN	v
TEŞEKKÜR	vi
ÖZET	vii
ABSTRACT	viii
İÇİNDEKİLER	ix
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	x
TABLOLAR	xiv
1. GİRİŞ	1
1.1. Kuramsal Yaklaşımlar	1
1.2. Amaç ve Hipotezler	4
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Obezite Tanımı ve Sınıflandırılması	5
2.2. Obezitenin Epidemiyolojisi	7
2.3. Obezitenin Etiyolojisi	9
2.3.1. Genetik Faktörlerin Obezite ile İlişkisi	9
2.3.2. Çevresel Faktörler ve Beslenmenin Obezite ile İlişkisi	11
2.3.3. Psikiyatrik İlaç Kullanımının Obezite ile İlişkisi	12
2.3.4. Psikolojik Etmenlerin Obezite ile İlişkisi	13
2.4. Obezitenin Komplikasyonları	14
2.4.1. Obezitenin Neden Olduğu Tıbbi Komplikasyonlar	14

2.4.2. Obezitenin Neden Olduğu Psikolojik Komplikasyonlar	16
2.5. Obezite Tedavisi	23
2.5.1. Diyet	23
2.5.2. Egzersiz	24
2.5.3. İlaç Tedavisi	25
2.5.4. Cerrahi Tedavi	26
3. BİREYLER VE YÖNTEM	28
3.1. Araştırmanın Yeri, Zamanı ve Örneklem Seçimi	28
3.2. Araştırmanın Genel Planı	29
3.3. Veri Toplanması ve Değerlendirilmesi	29
3.3.1. Anket Formu	29
3.3.2. Antropometrik Ölçümler	30
3.3.3. Besin Tüketim Durumunun Saptanması	31
3.3.4. Fiziksel Aktivite Durumunun Saptanması	31
3.3.5. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)	32
3.3.6. Cooper Smith Benlik Saygısı Ölçeği	32
3.3.7. Yeme Tutum Testi Ölçeği (Eating Disorders Test – EAT)	33
3.4. Verilerin İstatistiksel Olarak Değerlendirmesi	34
4. BULGULAR	36
4.1. Bireylere İlişkin Genel Özellikler	36
4.2. Bireylerin Genel Beslenme Alışkanlıkları	40
4.3. Bireylerin Ağırlık Sorunu	41

4.4. Bireylerin Psikolojik Durum ve İştah İlişkisi	41
4.5. Bireylerin Fiziksel Aktivite Durumu	43
4.6. Bireylerin Günlük Besin Tüketim Durumları	44
4.7. Bireylerin Yeme Tutum Ölçeği Faktör Analizi	56
4.8. Bireylerin Fiziksel Aktivite Yapma Durumu ile Depresyon ve Yeme Davranış Bozuklukları Arasındaki İlişki	58
5. TARTIŞMA	60
5.1. Bireylerin Genel Özelliklerinin Değerlendirilmesi	60
5.2. Bireylerin Genel Beslenme Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi	61
5.3. Bireylerin Psikolojik Durum ve İştah İlişkisi Değerlendirilmesi	62
5.4. Bireylerin Fiziksel Aktivite Durum Değerlendirilmesi	63
5.5. Bireylerin Enerji ve Besin Ögesi Alımlarının Değerlendirilmesi	64
5.6. Bireylerin Beck Depresyon, CSÖE ve Yeme Tutum Durumları Değerlendirmesi	65
5. SONUÇLAR	68
6. ÖNERİLER	73
7. KAYNAKLAR	74
8. EKLER	83
EK-1: Etik Kurul Onayı	83
EK-2: Anket Formu	84
EK-3: Onam Formu	99
9. ÖZGEÇMİŞ	101

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
BDE	Beck Depresyon Envanteri
BDÖ	Beck Depresyon Ölçeği
BDÖ-11	Barrat Dürtüsellik Ölçeği
BKI	Beden Kütle İndeksi
ÇDYA	Çoklu Doymamış Yağ Asitleri
CSÖE	Cooper Smith Özsaygı Envanteri
CVD	Kardiyo Vasküler Hastalık
D2	Dopamin
DM	Diyabet
DOH	Amerika Sağlık Departmanı
DRI	Günlük Önerilen Alım Düzeyi
DSMIV	Mental Hastalıkların Tedavi ve İstatistik El Kitabı IV. Basım
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
EAT-40	Yeme Tutum Ölçeği
H1	Histamin
HAD	Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği
HDDÖ	Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği
HDL	Yüksek Dansiteli Lipoprotein
LDL	Düşük Dansiteli Lipoprotein
NHANES	National health and nutritional examination survey
OECD	Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü
PTB-IB	Peroksizomtiyoesteraz proteini
RBSÖ	Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği
SCID-I	DSMIV 1. Eksen Bozukluklarını Araştırmak İçin Yapılandırılmış Görüşme Çizelgesi Klinik Formu
SSRI	Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörü

TAÖ	Toronto Aleksitimi Ölçeği
TEKHARF	Türkiye’de Erişkinlerde Kalp Hastalığı ve Risk faktörleri
TKD	Türk Kardiyoloji Derneği
TOAD	Türkiye Obezite Profili Çalışması
TOHTA	Türkiye Obezite ve Hipertansiyon Araştırması
TUİK	Türkiye İstatistik Kurumu
TURDEP	Türkiye Diyabet, Obezite ve Hipertansiyon Epidemiyolojisi
U.S.	United States
VAÖ	Vücut Algısı Ölçeği
WC	Bel Çevresi
WHR	Bel Kalça Oranı

TABLOLAR

Tablo	Sayfa
2.1. Yetişkinlerde BKİ'ye göre zayıflık, fazla kiloluluk ve obezite sınıflandırması	5
3.1. Coopersmith özsaygı envanterinin alt ölçekleri ve cevap anahtarı	33
4.1. Bireylerin gruplara göre (Obez-Normal) sosyodemografik özellikleri	36
4.2. Kadın bireylerin çocuk sayısı ve gebelik döneme ait bazı özellikleri	38
4.3. Bireylerin sağlık sorunlarına ve ilaç kullanma durumlarına göre dağılımı	39
4.4. Bireylerin ana öğün tüketim durumlarına yönelik alışkanlıklarına göre dağılımları	40
4.5. Bireylerin kendi değerlendirmelerine göre ağırlık durumu	41
4.6. Bireylerin stress durumu (üzgün, yorgun, heyecanlı vb.) ile besin alımı arasındaki ilişki durumu	42
4.7. Bireylerin fiziksel aktivite ve egzersiz yapma durumlarına göre dağılımları	43
4.8. Bireylerin günlük ortalama fiziksel aktivite süreleri	44
4.9. Bireylerin diyetle aldıkları enerji ve besin öğeleri ortalamaları	45
4.10. Bireylerin DRI'ya göre gereksinimlerini karşılama yüzdeleri	47
4.11. Bireylerin Beck depresyon (BDÖ), EAT-40 ve CSÖE göre ortalama puanları ($\bar{X} \pm SS$) (en alt-en üst)	51
4.12. Bireylerin depresyon (BDÖ), EAT-40 ve CSÖE düzeylerine göre sınıflanması	53

Tablo	Sayfa
4.13. Bireylerin genel özelliklerine göre yeme davranış bozukluğu ve özsaygı durumu sınıflaması dağılımı	54
4.14. Bireylerin yeme davranış bozukluğu durumu ile enerji ve besin ögeleri alımlarının karşılaştırılması ($\bar{X} \pm SS$)	55
4.15. Depresyon belirtileri sınıflamasına göre bireylerin enerji ve makro besin ögeleri alımlarının karşılaştırılması ($\bar{X} \pm SS$)	56
4.16. Yeme tutumu ölçeği faktör analizi sonuçları	57
4.17. Bireylerin yeme tutumu ölçeği alt boyutlarının karşılaştırılması	58
4.18. Bireylerin EAT-40 ve BDÖ Karşılaştırması	59

1. GİRİŞ

1.1. Kuramsal Yaklaşımlar

Obezite, Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı (2013) tarafınca sağlığı bozacak ölçüde vücutta anormal veya aşırı yağ birikmesi olarak tanımlanmaktadır. Obezite majör bir halk sağlığı sorunu olup en yaygın beslenme hastalığıdır (1). Obezitenin tip2 diyabet, hipertansiyon, kardiyovasküler ve serebrovasküler hastalıklar gibi birçok kronik hastalık ile ilişkilidir hatta tip2 diyabetin (DM) %80'inden, iskemik kalp hastalıklarının %35'inden, hipertansiyonun %55'inden sorumlu olduğu düşünülmektedir (2-5).

Son yıllarda tüm dünyada obezitenin görülme sıklığı giderek artmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre dünyada 2014 yılı itibariyle 600 milyonun üzerinde obez ve 1,9 milyardan fazla kilolu birey bulunmaktadır. 5 yaş altı 41 milyon çocuğun da fazla kilolu yada obez olduğu bilinmektedir (6). 1980-1990 yılları arasında Asya, Afrika ve Avrupa'nın altı ayrı bölgesinde 21 ülkede 35-64 yaş arası bireyler üzerinde gerçekleştirilen WHO MONICA (Multinational Monitoring of trends and determinants in cardiovascular disease) projesinden elde edilen verilere göre obezite prevalansı 10 yılda %10-30 arasında artış göstermiştir (7).

Amerika Birleşik Devletlerinde (ABD) son yıllarda obezite prevalansını değerlendirmek için yapılan çalışmalarda 2011-2014 yıllarında yetişkinlerin %36'sının, çocuk ve adölesanların %17'sinin obez olduğu sonucuna varılmıştır (8). Türkiye'de ise 2015 verilerine göre obezite oranı 2008 yılında %15,2 iken 2014 yılında %31,1 oranında artış göstererek %19,9'a ulaşmıştır. Artış oranı, kadınlarda %32,3, erkeklerde ise %24 olarak ölçülmüştür (9). Türkiyede obezite prevalansını değerlendirmek için yapılan daha sonraki bir çalışma ise; 69 ayrı merkezde yürütülmüş ve çalışmada 74,492 kadın 6 ay boyunca izlenmişlerdir. Çalışma sonucunda çalışmaya katılan 35-60 yaş arası kadınların %35'inin obez ve yaklaşık %41'nin fazla kilolu olduğu tespit edilmiştir (10).

Obeziteyi değerlendirmede DSÖ, genellikle beden kütle indeksini (BKI) esas alan obezite sınıflanmasını kullanmaktadır (6). BKI kişinin kilogram cinsinden ağırlığının metre cinsinden boy uzunluğunun karesine bölünmesi ile hesaplanmaktadır (11). DSÖ'ye göre BKI'si 30 kg/m^2 ve üstünde olan kişiler obez, BKI'si $25\text{-}30 \text{ kg/m}^2$ arasında olan kişiler fazla kilolu ve BKI'si $18,5 \text{ kg/m}^2$ ile $25,0 \text{ kg/m}^2$ arasında olan kişiler ise normal kilolu olarak değerlendirilmektedir (6).

Obezite ve depresyon toplum sağlığını olumsuz etkileyen ve geniş yaygınlığı olan önemli sağlık sorunlarıdır. Depresyon ve obezite arasındaki ilişkinin araştırıldığı 15 çalışmanın meta analizine göre obezite ile depresyon arasındaki neden-sonuç ilişkisi olduğu gösterilmiştir. Obez bireylerde depresyon gelişme riski normal ağırlıkta olan bireylere göre daha yüksek, depresyonlu bireylerde ise obezite gelişme riskinin depresyonu olmayan bireylere göre daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (12). ABD Ulusal Sağlık ve Beslenme Çalışması Anketi (National Health and Nutritional Examination Survey NHANES-2013) sonuçlarına göre BKI ve depresyon arasında pozitif ilişki olduğu ve bu ilişkinin özellikle BKI 30 kg/m^2 'de anlamlı bir şekilde başladığı belirtilmiştir. Özellikle BKI 40 kg/m^2 üstü olan kadınlarda BKI'si $30\text{-}35 \text{ kg/m}^2$ olan kadınlara göre depresyon riskinin daha fazla olduğu gözlemlenmiştir. Ayrıca, abdominal obezite ile depresyon arasında pozitif yönlü bir ilişki gözlemlenmekle birlikte majör depresyonun abdominal obezite ile değil genel obezite varlığı ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (13). BKI ve depresyon semptomları arasındaki ilişkide cinsiyet farklılığının önemli rolü olduğunu belirtilen bir çalışmada düşük ağırlığa sahip erkeklerin normal ağırlıktaki erkeklere göre daha yüksek depresyon riski taşıdıkları; hafif kilolu kadınların ise normal ağırlıktaki kadınlara göre daha düşük depresyon riski taşıdıkları sonucuna varılmıştır (14). Depresyon ve BKI arasındaki ilişkiyi sorgulayan diğer bir çalışmada ise (15) depresyon sonucunda ortaya çıkan yeme davranışında değişim ve fiziksel aktivitede azalma sonucu obezitenin oluşabileceği ve bunun yanısıra obeziteye bağlı olarak gelişen negatif beden imajı ile depresyona eğilimin artabileceği belirtilmiştir. Çalışma sonucunda BKI ve depresyon arasında doğrusal olmayan bir ilişki bulunmuş, hem obezitenin ve hemde zayıflığın depresyonu artırıcı etkisi vurgulanmıştır.

Yirmibeş çalışmanın incelendiği bir meta analiz çalışmasında obezitenin depresyonun nedeni ve/veya sonucu olabileceği belirtilmiştir. Bu çalışmaların 10'ununda obezitenin depresyona neden olduğu, 15'inde ise depresyonun obeziteye neden olduğu bildirilmiştir. Bu çalışmalarda, obezitenin depresyona neden olma oranı %80, depresyonun obeziteye neden olma oranı %53 olarak bulunmuştur (16).

Obezitenin depresyonla ilişkisinin yanısıra benlik saygısı ile ilişkisi de incelenmesi gerekli bir başka konudur. Çünkü obezitenin depresyon riskini artırıcı etkisinin yanısıra beden hoşnutsuzluğunu artırarak benlik saygısını azaltıcı etkisi de bulunmaktadır. Obez bireylerde aynı zamanda düşük beden saygısının ve olumsuz beden algısının da olduğu görülmekle beraber hangisinin birbirinin sebep ya da sonucu olduğu tartışmaları devam etmektedir. Bazı obez bireylerde benlik saygısındaki azalma etiyolojik faktör olarak ele alınırken, bazı obez bireylerde de obezitenin bir sonucu olarak gösterilmektedir. Benlik saygısı, kişinin kendini tanıması ve gerçekçi olarak değerlendirmesi sonucunda kendi yetenek ve güçlerini olduğu şekliyle kabul edip benimsemesi şeklinde tanımlanmaktadır ve kişinin kendisine karşı duyduğu sevgi, saygı ve güven duygularını ifade etmektedir (12).

Erişkinlerde obezite ve benlik saygısı arasındaki ilişkileri araştıran çalışmaların büyük çoğunluğunda obezite ile benlik saygısının azalması arasında doğrusal ilişki olduğu bildirilmektedir (17,18). Obez bireylerde depresyon ve benlik saygısı düzeylerini incelemek amacıyla gerçekleştirilen bir çalışmada, obezlerin %42,5'inin depresif olduğunu, ve %58,6'sının benlik saygısının düşük olduğu tespit edilmiştir (18). Ogden ve Evans'ın (17) çalışmasında da obez vakalarda normal sınırlar içindeki bireylere obeziteye yatkınlığın daha fazla, benlik saygılarının ise daha düşük olduğu gözlemlenmiştir. Ülkemizde Tezcan (19) tarafından gerçekleştirilen çalışmada da, obez bireylerde normal bireylere göre benlik saygısı düzeyinin anlamlı derecede düşük olduğu saptanmıştır. Theofilou'nun (20) araştırması da bu çalışmayla paralellik göstermekte olup, obez çocuk ve adölesanlarda benlik saygısındaki değişimi incelendiği çalışmasında obeziteye bağlı benlik saygısında bozulma meydana geldiği belirtilmiştir. Obezitenin benlik saygısına etkisinin incelendiği diğer bir karşılaştırmalı deneyde ise obez grubunun

%42,5'inin, normal grubunun %35'inin depresif olduğu ve obez bireylerin %58,6'sının, normal bireylerin ise %45,6'sının benlik saygısının düşük olduğu sonucuna varılmıştır (21).

Yeme davranışı motor, bilişsel, sosyal , duygusal ve çevresel faktörlerden etkilenen bir olgudur. Obez bireylerde anksiyete durumu ve yeme tutumu arasında bir ilişki olduğu düşünülmektedir. Bu bireylerin anksiyete yaratan durumlarla karşılaştıklarında normal kilolu kişilere göre daha fazla yemek yeme eğiliminde oldukları ve günlük stres kaynakları ile ortaya çıkan geceleri uykusuzluk durumu artmış yeme dürtüsü olarak kendini göstermektedir. (19,22)

1.2. Amaç ve Hipotezler

Bu çalışma, normal ve obez yetişkin bireylerin beslenme durumlarını ve antropometrik ölçümlerini karşılaştırarak, depresyon ve yeme davranış bozukluğu oluşumunda yer alan olası diyetel faktörleri ve diyet bileşimini belirlemek, obezite ile depresyon, yeme davranış bozukluğu ve benlik saygısı arasındaki ilişkinin saptanması amacıyla planlanmış ve yürütülmüştür. Bireylerin genel sosyo demografik özellikleri ve fiziksel aktivite düzeyi ile depresyon ve yeme davranış bozukluğu arasındaki ilişkiyi belirlemek çalışmanın diğer amaçları arasında yer almaktadır.

Bu çalışmada aşağıda belirtilen hipotezler öngörülmüştür.

1. Obez bireylerde, normal ağırlıktaki bireylere göre depresyon görülme sıklığı daha fazladır.
2. Obez bireylerde yeme davranış bozukluğu görülme durumu normal kilolu bireylere göre daha yüksektir.
3. Obez bireylerin normal kilolu bireylere göre özsaygıları daha düşüktür.
4. Beslenme durumu ve diyet bileşimi ile depresyon ve yeme davranış bozuklukları görülme durumu arasında ilişki vardır.
5. Fiziksel aktivite yapma durumu ile depresyon ve yeme davranış bozuklukları görülme durumu arasında negatif yönlü bir ilişki beklenmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Obezite Tanımı ve Sınıflandırılması

Obezite DSÖ tarafından “Sağlığı bozacak ölçüde vücutta anormal veya aşırı yağ depolanması” olarak tanımlanmaktadır (23). Yetişkin erkeklerde vücut ağırlığının ortalama %15-20’sini, kadınlarda ise %25-30’unu yağ dokusu oluşturmaktadır. Erkeklerde bu oranın %25, kadınlarda ise; %30’un üzerine çıkması obezite olarak değerlendirilmektedir. Beden kütle indeksine (BKİ) göre yetişkinlerde zayıflık, fazla kiloluluk ve obezite sınıflandırması Tablo 2.1’de verilmiştir (23).

Tablo 2.1 Yetişkinlerde BKİ’nin sınıflandırması

Sınıflandırma	BKİ (kg/m ²)	
	Temel Kesişim Noktaları	Gelişmiş Kesişim Noktaları
Zayıf (Düşük Ağırlıklı)	<18,50	<18,5
Aşırı Düzeyde Zayıflık	<16,00	<16,00
Orta Düzeyde Zayıflık	16,00-16,99	16,00-16,99
Hafif Düzeyde Zayıflık	17,00-18,49	17,00-18,49
Normal	18,50-24,99	18,50-22,99 23,00-24,99
Hafif Şişman, Fazla Kilolu	≥25,00	25,00 ≥
Şişmanlık Öncesi Hafif Obez (Pre Obez)	25,00-29,99	25,00-27,49 27,50-29,99
Şişman (Obez)	≥30,00	≥30,00
1.Derece	30,00-34,99	30,00-32,49 32,5-34,99
2. Derece	35,00-39,99	35,00-37,49 37,5-39,99
3.Derece	≥40,00	≥40,00

Kesişim değerleri, BKİ ile Avrupalı toplumlardaki mortalite ve hastalık risk etmenlerinin ilişkisine dayanarak belirlenmiştir. Etnik özelliklere bağlı olarak BKİ ile vücut yağ yüzdesi arasındaki ilişki farklılık göstermektedir. Örneğin Asyalılar için normal BKİ değeri 23 olarak kabul edilirken, BKİ’nin 23,00-24,99 kg/m²

değerleri arasında olması durumunda dikkatli olunması gerektiği önerilmekte ve 25'in üstü ise şişman olarak kabul edilmektedir (6).

Obeziteyi belirlemek için DSÖ'nün obezite sınıflandırması kullanılmakta ve genellikle bireyin ağırlığının (kg) metre cinsinden boy uzunluğunun karesine bölünmesi ile hesaplanan BKİ esas alınmaktadır (19,22). BKİ 1990'lardan itibaren kilo ölçütü olarak sıklıkla kullanılmaktadır. Ancak BKİ; vücuttaki yağ dağılımı hakkında bilgi vermemektedir (19). Aşırı kilo ve obezite terimleri bilimsel literatürde genellikle birbirlerinin yerine kullanılsa da, aslında farklı kavramlardır. Aşırı kilo, boyuna ve yaşına göre standarttan daha kilolu bireyleri ifade etmek için kullanılırken; obezite aşırı vücut yağını belirtmektedir (22). Çünkü; BKİ her zaman vücut yağını doğru olarak göstermez. Mesela, vücut geliştiriciler yüksek BKİ'e rağmen düşük vücut yağına sahiplerdir.

Vücutta yağın bulunduğu bölge ve dağılımın hastalıkların morbidite ve mortalitesi ile yakından alakalı olması sebebiyle son zamanlarda vücuttaki toplam yağ miktarından çok vücuttaki dağılımı önem kazanmıştır. Yağın vücuttaki dağılımı cinsiyete göre ve genetik olarak farklılık göstermektedir. Erkek tipi obezite de yağ, vücutun üst bölümünde bel, üst karın ve göğüs bölgelerinde toplanmakta ve elma tipi vücut olarak adlandırılmaktadır. Kadın tipi obezite de ise yağ, vücutun alt bölümünde kalça, uyluk ve bacaklarda yoğunlaşmakta ve armut tipi vücut olarak isimlendirilmektedir (23). Abdominal yağ miktarını ölçmek için kullanılan en yaygın yöntem bel çevresinin kalça çevresine olan oranıdır. Bel çevresi visceral organlar ve karın yağ dokusunu yansıtırken kalça çevresi ölçümü ise kas kitlesi ve iskelet dokusundan oluşmaktadır (14). DSÖ'ye göre bel çevre ölçümü kadınlarda ≥ 80 cm, erkeklerde ≥ 94 cm ise risk sınırında; bel çevresinin kalça çevresine oranı kadınlarda 0,85'den ve erkeklerde 1'den fazla ise obezite olarak adlandırılmaktadır. Tek başına bel çevresi ölçümü de karın bölgesinde ki yağ dağılımını göstermekte ve sağlıklı bir vücut için pratik bir gösterge olarak kullanılmaktadır (23).

Obezite, sağlık ve yaşam süresini olumsuz yönde etkileyen önemli bir sorundur. Obezitenin; kardiyovasküler sistem hastalıkları, hipertansiyon, insülin

direnci, Tip 2 diyabet, safra taşları ve kolesistit, osteoartrit, bazı kanser türleri, solunum disfonksiyonları, uyku apne sendromu ve artmış mortalite ile ilişkili olduğunu gösteren araştırmalar mevcuttur. Diğer yandan toplumun şişmanlığa karşı gösterdiği tepki nedeni ile kişilerde anksiyete, depresyon, suçluluk duygusu, nefret ve somatik yakınmalar gibi psikolojik kökenli rahatsızlıklar da gelişebilmektedir. Bunun da ötesinde obezitenin varlığı iş bulma güçlüğü, okul ve iş çevresince reddilme gibi sosyal sorunlara dahi neden olabilmektedir (11, 22).

2.2. Obezitenin Epidemiyolojisi

Obezite küresel boyutta önemli bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir. Hem gelişmiş ülkelerde hem de gelişmekte olan ülkelerde görülen obezite her geçen gün artış göstermektedir (23).

Asya, Afrika ve Avrupa'nın altı ayrı bölgesinde 21 ülkede 1980-1990 yılları arasında 35-64 yaş arası bireyler üzerinde gerçekleştirilen WHO/MONICA (Multinational Monitoring of trends and determinants in cardiovascular disease) projesinden elde edilen verilere göre obezite prevalansı 10 yılda %10-30 arasında artış göstermiştir (7).

ABD'de Hastalıkları Önleme ve Kontrol Merkezi (CDC) tarafından yürütülen NHANES (ABD-Ulusal Beslenme ve Sağlık Araştırması) çalışmasına göre, "2003-2004 yıllarında obezite prevalansının erkeklerde %31,1, kadınlarda %33,2, 2005-2006 yıllarında ise erkeklerde %33,3, kadınlarda ise %35,3 olarak tespit edildiği" açıklanmıştır (13). ABD'de 2009-2010 yıllarında yetişkinlerin %35,7'sinin obez olduğu bildirilmiştir. Ek olarak, 20 yaş ve üstü yaklaşık 37 milyon erkek ve 41 milyon kadının ve 2-19 yaş arası 5 milyondan fazla kız ve 7 milyondan fazla çocuğun obez olduğu rapor edilmiştir (8). 2009-ABD 20-74 yaş arası kişilerde 1976-1980 yıllarında obezite prevalansı %14,5 iken; 1999-2004 yıllarında bu oranın %31,5'a yükseldiği ve eğer yükselmenin bu şekilde devam ederse 2020 yılında obezite prevalansının %41,8 'i bulacağı belirtilmiştir (19). İrlanda'da %61 yetişkin ve 5-12 yaş arası erişkinlerin %22'sinin obez ve aşırı kilolu olduğu dikkati çekmektedir (17).

Avrupa’da yetişkinler üzerinde yapılan bir araştırmada fazla kilolu olma prevalansının erkeklerde %32-79, kadınlarda ise %28-78 arasında, obezite prevalansının ise erkeklerde %5-23, kadınlarda %7-36 arasında değiştiği gözlenmiştir. (23). Bu çalışmaya göre fazla kilolu olma durumunun en yüksek olduğu ülkeler Arnavutluk, Bosna-Hersek ve İngiltere iken prevalansın en düşük olduğu ülkeler Türkmenistan ve Özbekistan olmuştur. OECD ülkeleri ve ötesinde obezite prevalansı araştırmasında en düşük prevalans %3,8 Kore ve en yüksek obezite prevalansı %33,8 ile ABD’de olduğu tespit edilmiştir (24).

Ülkemizde de yetişkinlerde obezite prevalansını detaylı araştıran önemli çalışmalar bulunmaktadır. Bunlardan biri “Türkiye’de Erişkinlerde Kalp Hastalığı ve Risk faktörleri Çalışması (TEKHARF)” çalışmasıdır. Türkiye Kradyoloji Derneği (TKD) tarafından yürütülen 3.681 kişi üzerinde gerçekleştirilen TEK HARF çalışmasında $BKI \geq 30 \text{ kg/m}^2$ değerler obezite olarak tanımlanmış ve 30 yaşını aşkın Türk erkeklerinin % 25’inde, kadınların ise % 44’ünde obezite tespit edilmiştir. Orta yaşlı (31-49) ve yaşlı (50 yaş ve üzeri) gruplarda bu prevalansın erkeklerde değişmezken (%28,4 ve %25,7) , kadınlarda önemli ölçüde arttığı (sırasıyla %38 ve %50,2) bildirilmiştir . TEK HARF çalışması sonucunda erkeklerde ortalama bel-kalça oranı 0,93 ve bel çevresi 91,8cm; kadınlarda ise bel-kalça oranı 0,86 ve bel çevresi 89.4 olarak tespit edilmiştir (25).

Yetişkin bireylerde yapılan Türkiye Obezite ve Hipertansiyon Araştırmasına (TOHTA) göre, 20 yaş üstü kadınlarda obezite görülme sıklığı %35,4 olarak belirlenmiş ve kadınlarda obezite riskinin erkeklerden 1.8 kat daha fazla olduğu belirtilmiştir (26). Türkiye Diyabet, Obezite ve Hipertansiyon Epidemiyolojisi (25) Çalışmasında da obezite prevalansı kadınlarda %29,9, erkeklerde %12,9 olarak bulunmuştur. Aynı çalışmada santral obezite (bel çevresi kadında $\geq 88\text{cm}$, erkekte ≥ 102) prevalansı kadınlarda yaklaşık %48, erkeklerde %17 olarak saptanmıştır (25).

Türkiye Obezite Araştırma Derneği (TOAD) tarafından yapılan, “Türkiye Obezite Profili” çalışmasında ise bireylerin yaklaşık %31’inin normal BKİ’ne sahip, %40’ının hafif şişman ve %29.5’inin şişman olduğu gösterilmiştir (23).

2.3. Obezitenin Etiyolojisi

Obezite santral sinir sistemi hasarlarına, nöroendokrin nedenlere, kromozom anomalisi nedeniyle oluşan çeşitli sendromlar ve otozomal resesif genetik etmenlere, yüksek enerjili diyetlere, yetersiz fiziksel aktiviteye, ilaçlara, sigara ve psikososyal faktörler gibi multifaktöriyel etmenlere bağlı olarak ortaya çıkabilmektedir (19). Obezite prevalansını etkileyen en önemli faktör yaş, cinsiyet ve ırk olmakla birlikte sosyo- kültürel düzey, genetik faktörler ve aileden gelen beslenme alışkanlıkları da diğer önemli çevresel faktörlerdendir (22).

Obezitenin başlıca nedeninin tüketilenden çok enerji alınması olduğu bilinmektedir (22). Bu tip obezite ekzojen obezite olarak tanımlanmaktadır ve obezlerin çok büyük bir çoğunluğunu bu tiptedir. Endojen obezitede ise obeziteye pek çok hastalık ve sendrom eşlik etmektedir. Patolojik endojen obezitenin bilinen nedenleri;

- Endokrin Nedenler: hipotroidizm, büyüme hormon eksikliği, cushing sendromu, pseudohipoparatroidizm, tip1DM, hiperinsülinizm, polikistik over sendromu
- Kraniofarenjioma
- Hipotalamik Sendromlar: Fröhlich sendromu, Laurance-Moon Biedl sendromu
- Diğer Sendromlar: Turner sendromu, Down sendromu,, Klinefelter sendromu, Cohen sendromu, Karpenter sendromu olarak sıralanabilir (22).

2.3.1. Genetik Faktörlerin Obezite ile İlişkisi

Obezitenin genetik faktörlerden etkilendiğini gösteren bir çok epidomiyolojik çalışma bulunmaktadır (27-30). Obezite etiyojisinde en önemli nedenlerden biri ebeveynlerde de obezite bulunmasıdır.. Her iki ebeveyni obez olan çocuklarda obezite gelişme sıklığı %80, ebeveynlerinden birisi obez olanlarda %40, her iki ebeveyni de obez olmayanlarda ise %7 olarak saptanmıştır (22). Birçok çalışmada da, ailede obezite hikayesi olan kişilerde obezite gelişme riskinin 3-4 kat arttığı, obez veya aşırı kilolu erişkin ve çocukların obez veya aşırı kilolu yetişkinlere

dönüşme ihtimalinin yüksek olduğunu belirtilmektedir (29,30). Bu durumun çocuklar biyolojik ebeveynlerinden ayrı yetiştiklerinde de geçerli olması obezitenin genetik faktörlerine işaret etmektedir (19). İkizler ve evlat edinilmiş çocuklar üzerinde yapılan bir araştırma çekirdek ailede obezite aktarımının %30-50, evlat edinilmiş çocuklarda %10-30, ikizlerde ise %50-80 arasında olduğu göstermektedir (22).

Genler beslenmeye yönelik tutum ve davranışlarını çeşitli yollardan etkileyebilmektedir (29). Bu yollar:

- Enerji deposunun düzenlenmesindeki anormallikler,
- Aşırı beslenmeye sevkeden anormal ve kalıtsal psikolojik faktörler,
- Karbonhidrat ve yağ depolamasıyla ilgili genetik bozukluklar olarak sıralanabilir. (19).

Obezitenin genetik yönü, diyabete yatkınlığı artıran ve aynı zamanda şişmanlama eğilimine de neden olduğu sanılan OB geni ile ilişkilendirilmektedir. Tanımlanan OB geninin bulunmadığı farelerin, şişmanlıkla ve yüksek yağ içerikli diyetle yakından bağlantılı olan Tip 2 diyabetin belirtilerini göstererek şişmanladıkları ve ne kadar yerlerse yesinler doymadıkları bildirilmektedir. İnsanlarda da aynı gen varsa yalnız diyabet için değil obezite tedavisinde kullanılan ilaçlar içinde iyi bir hedef oluşturabileceğini düşünülmektedir (29).

Birinci derecede akrabalar arasında obezite geçişini araştıran bir çalışmada, obez bireylerin birinci derece akrabasından elde edilen risk oranlarının popülasyon ortalamasından iki kat fazla olduğu gösterilmiştir. Kanada’da yapılan bir çalışmada ise, obezitenin ailesel riskinin obezlerin akrabalarında, genel topluma göre beş kat daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Ayrıca obezitenin ciddiyetine bağlı olarak obeziteye yakalanma riski de artmaktadır. (11, 14). Obezitede kalıtımın rolünün olduğunu destekleyen en önemli bulgular, monozigotik ikizler üzerinde yapılan araştırmalardan elde edilmiştir. Bu araştırmalarda, monozigotik ikizlerde bulunan uyumun dizigotik ikizlerinkinden yüksek olması kalıtımın etkisini ispatlamaktadır (28).

2.3.2. Çevresel Faktörler ve Beslenmenin Obezite ile İlişkisi

Obezite gelişiminde en önemli faktörlerden biri de yaşamın ilk yıllarındaki beslenme şeklidir. Obezite görülme sıklığı anne sütü ile beslenen çocuklarda, anne sütü ile beslenmeyen çocuklara göre daha az sıklıkta görülmekte, ilaveten anne sütü alma süresinin, ek gıdaya başlama zamanının ve alınan miktarın da obezite oluşumunu etkilediği bildirilmektedir (23).

Çevresel faktörlerin de obezite oluşumunda etkili olduğu bilinmektedir (30). Enerji alımı ve tüketimi arasında ortaya çıkan fark vücut ağırlığında değişimlere neden olmaktadır. Enerji alımının tüketimini %5 oranında bile geçmesi vücut ağırlığında yılda ortalama 7 kg'lık bir artışa neden olmaktadır (22). Günümüzde ucuz, lezzetli, kolay erişilebilir ve yüksek enerji yüklü gıdaların alımı ve gittikçe azalan fiziksel aktiviteli yaşam stili biraraya geldiğinde obeziteye zemin hazırlamaktadır. Özellikle ABD ve diğer gelişmiş ülkelerde bu tip bir beslenme ve yaşam tarzı izlenmektedir. Ev dışı beslenmede büyük porsiyon sunumlar ile enerji alımı artırılmakta, restaurant ve yemek reklamları da insanları aşırı yemek yemeye özendirilmektedir (30).

Türk halkının beslenme durumu ise coğrafyaya, iklime, sosyo-ekonomik düzeye göre önemli farklılıklar göstermektedir. Gelir dağılımındaki dengesizlik beslenme sorunlarını ortaya çıkarabilmektedir. Ülkemizde eskiden beri süregelen temel besin beyaz ekmek ve diğer tahıllardır. Ancak zaman içerisinde ekmek, süt-yogurt, et ve ürünleri, taze sebze ve meyve tüketiminin azaldığı; kurubaklagil, yumurta ve şeker tüketiminin ise arttığı gözlemlenmiştir (23).

Genel olarak yüksek sosyoekonomik gelir durumunun obeziteyi ve anormal yeme davranışını artırdığı bildirilmektedir (31-32). Bu durumların yanı sıra teknoloji ve ulaşım da ilerleme günlük yaşamda fiziksel aktivitenin azalmasına neden olmaktadır. Televizyon, elektronik oyunlar ve bilgisayar başında harcanan zaman erişkinlerde olduğu gibi çocukları da pasif yaşama itmektedir (1).

2.3.3. Psikiyatrik İlaç Kullanımının Obezite ile İlişkisi

Birçok psikiyatrik ilaç (antidepresanlar, antipsikotikler ve duygudurum düzenleyiciler) ve kilo alımı arasında pozitif ilişkili bulunmuştur. Bununla birlikte az sayıda psikotrop ilaç (bupropion, topiramat, psikostimülanlar, izokarboksazid) kilo kaybı ile doğru ilişkili olmakla birlikte çoğunlukla bu tarz ilaç kullanan psikiyatrik hastalarda toplum ortalamasından daha fazla obezite görülmektedir (31).

Antipsikotik Kullanımının Obezite ile İlişkisi

Antipsikotiklerde birinci ve ikinci kuşak antipsikotiklerin sıklıkla kilo alımı ile ilişkili olduğu bildirilmiştir. Ergenlerde antipsikotiklerin kilo artırıcı etkisi daha belirgindir (32). Antipsikotik ilaç tedavisi ile kilo alımı arasındaki ilişki çeşitli mekanizmalarla açıklanmaktadır. Üzerinde en sık durulan mekanizmalar serotonin (5-HT_{2C}), dopamin (D₂) ve histamin (H₁) reseptör blokajlarıdır (33). H₁ antagonizması açlık ile ilgili sinyalleri periferik olarak önleyerek aşırı yemeye yol açmaktadır. (34). Yağ hücrelerinden salınan leptin de kilo alımı ile ilişkilidir. Leptin yağ dokusunda üretilen bir hormondur ve bu hormonun beyne sinyal göndererek yeme davranışını azalttığı düşünülmektedir. Leptin hormonu olmayan fareler ve insanlar obezdir ve leptinin dışarıdan verilmesi kiloyu ve beslenmeyi düzene sokmaktadır. Ek olarak, antipsikotik tedavi edilen hastalarda yağ dokusunda ve kanda dolaşan leptin miktarında artış gösterilmiştir (34, 35).

Kilo alımı antipsikotik tedaviye başlandıktan kısa süre sonra ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle antipsikotik ilaç kullanan hastalarda düzenli bel çevresi ölçümü yapılmalıdır. Hastaların kilo artışına bağlı olarak tedaviyi kesme ihtimalleri olduğu için erken müdahale edebilmek için takip elzemdir (34).

Antidepresan Kullanımının Obezite ile İlişkisi

Antidepresanlar içerisinde amitriptilin, doksepin, mirtazapin, imipramin, nortriptilin, fenelzin, SSRI (Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörleri)'ları kilo alımı ile ilişkili bulunmuştur (10). Mirtazapin ve amitriptilin belirgin şekilde kilo alımına yol açmaktadır. Savaş ve arkadaşlarının (2007) SSRI ile ilişkili kilo alımını

inceledikleri çalışmalarında SSRI'nın değişik oranda kilo alımları ile ilişkili olduğu görülmüştür. Antipsikotiklere benzer olarak antidepresanlara bağlı kilo alımlarında da 5HT_{2C} ve H₁ reseptörlerinin etkili olduğu saptanmıştır. 5HT_{2C} seçici antagonizmasına sahip bir ilaç olup, iştah ve gıda alımını artırmaktadır (31).

Duygu Durum Düzenleyici Kullanımının Obezite ile İlişkisi

Duygudurum düzenleyicilerden Lityum başta olmak üzere, Valporik asit, Karbamazepin'in de kilo alımına neden olduğu bilinmektedir. Valporat'ın yağ asitlerinin beta oksidasyonunda azalmaya yol açarak ve serum leptin düzeylerini artırarak kilo kaybına yol açtığı bildirilmiştir. Lityuma bağlı kilo alımında ise; ilaca bağlı susuzluk ve ağız kuruluğu nedeniyle alınan yüksek kalorili sıvıların ve lityuma bağlı gelişen hipotroidin sebep olabileceği belirtilmiştir (31).

Psikostimülan Kullanımının Obezite ile İlişkisi

Dekstramfetamin, fenfluramin gibi psikostimülanlar ise kilo kaybına yol açmaktadır ve obezite tedavisinde kullanılabilir olarak değerlendirilmektedirler. Benzodiazepinler genellikle kilo üzerine etkili değildir. Ancak alprazolam ve iştah artışı üzerinde bir ilişki bulunmuştur (31).

2.3.4. Psikolojik Etmenlerin Obezite ile İlişkisi

Son yıllarda obezitede psikolojik etmenlerin rolü sıklıkla araştırılmaya başlanmıştır. Çocukluk çağı obezitesinin çoğunun nedeni hormonal olmaktan çok psikojenik kaynaklı olduğunu belirtmektedir (19). Kişinin ruhsal durumuna bağlı olarak, anksiyete, neşe, üzüntü, öfke gibi farklı duygular hissetmesiyle yemeyi tercih ettiği yemek , porsiyon, ve sıklığı arasında bir ilişki bulunmaktadır (22). Bu şekilde duygu durumuyla ilintili olan yemek yeme davranışı 'emosyonel yeme' olarak tanımlanmaktadır . Yaşamın ilk günlerinde açlık en erken 'acı çekme' iken, doymak en erken 'rahatlamadır' (19). Obeziteye ilişkin psikanalitik kuramlar obez bireylerin çözülememiş bağımlılık ihtiyaçları olduğunu ve bunun gelişimin bebekliğin ilk bir yılı olan oral döneminde ortaya çıktığını vurgular. Bu dönemde sadece ağız ile doyum sağlanmaktadır.. Çocuklarının her ağlamasında hemen meme ya da biberonla

süt veren anneler bebeklerin açlığını koşullandırarak ilerde stres altında kaldığında oral doyum aramasına neden olur. Bu şekilde birey gerçekten mi aç yoksa sadece keyifsiz mi ayırt edemez. Yemek anlık rahatlık sağlamaktadır ve zamanla yaşamdan zevk alma kaynağı haline gelir. Bu durum şişmanlığı kısır bir döngü haline getirir (22, 19).

Oral dönemde alış verişteki bir dengesizlik yalnızca verici (özgeci) veya yalnızca alıcı (bencil) bir kişiliğin gelişmesine sebep olabilir. İştah ve yeme bozukluklarının çoğu bu dengesizlikten kaynaklanır. Baskın karakterdeki anneler bu alışverişi bir güç gösterisine dönüştürebilirler. Aşırı şişmanlığın altında ebeveynin çocuğa ‘senin ne zaman acıkacağını ve ne zaman doyacağını ben bilirim’ yaklaşımı yatmaktadır. Çocuk bu tutum sonucu almayı güçlülük, vermeyi ise güçsüzlük olarak algılayabilir. Böylece sevginin yerini yemek, alabilir (22).

Obez hastaların egoları anoreksiya hastalarınınkinden fark göstermektedir. Obez hastaların aile yapılarında narsizmin ağır bastığı ve obez kişilerin ego çatışmalarını anorektik hastalar gibi içgüdüsel aşırı kontrol ile değil, içgüdüsel zevkle kontrol etmeye çalıştıklarını belirtmiştir. Ayrıca şişman hastalar suçluluk duygularını aç kalarak, kusarak değil; onun yerine kendilerini kontrol edememiş olmanın ağırlığını inkar ederler. Biryere varmayan diyet teşebbüsleri kendi kendine kontrol eksikliğinin bir göstergesidir (14).

2.4. Obezitenin Komplikasyonları

2.4.1. Obezitenin Neden Olduğu Tıbbi Komplikasyonlar

Obezite morbidite ve mortalite için başlıca bir risk faktörüdür (30). United States Department of Health (DOH)’e göre obez ve/veya kilolu kişilerde kalp hastalıkları, felç, tip2 diyabet, hipertansiyon, nefes problemleri, artirit, safra kesesi hastalıkları, bazı kanser türlerinin riski artmaktadır Dünya Sağlık Örgütü BKI’nin kardiyovasküler hastalıklar (özellikle kalp hastalıkları ve felç), diyabet, kas iskelet hastalıkları (özellikle artirit) ve endometriyal, göğüs ve kolon kanseri gibi bazı kanser türleri açısından major risk faktörü olduğunu belirtmiştir (30).

BKI>30 ve üzeri olan yetişkinlerden erkeklerde hipertansiyon görülme prevalansı %39 civarı iken, kadınlarda %32 dir. BKI< 25 olan yetişkinlerden ise bu oran erkeklerde %18,2 ve kadınlarda %16,5 olarak tespit edilmiştir (23).

Obezite ve/veya abdominal bölgede aşırı yağlanmanın, total kolesterol, LDL kolesterol, trigliserid, kan şekeri, fibrinojen ve insülin seviyelerini artırarak ve HDL seviyelerini düşürerek doğrudan kalp hastalıkları açısından risk faktörü olduğu bilinmektedir. Dolayısıyla yüksek kilo, obezite veya aşırı abdominal yağlanma kardiyovasküler hastalıklar ile morbidite ve mortalite ile yakından ilişkilidir (23). 1999-2001 yılları arasında yapılan BKİ ve CVD riski arasındaki bir kohort çalışmada yetişkin popülasyondaki normal kilolu kişilerde CVD riski extra 1,5 iken, obez kişilerde 1,8, aşırı obezlerde 2,1 olarak tespit edilmiştir (36).

Serebrovasküler hastalıkların obezite ile ilişkisi kalp hastalıklarındaki kadar net olmamakla birlikte Framingham Hearth Study aşırı kilonun hipertansiyon ve diyabet riskini artırarak inmelere neden olabileceğini belirtilmiştir (23).

Kanser ve obezite ilişkisine bakıldığında ise; özellikle kolon, göğüs, endometriyal ve safra yolu kanserleri ile ilişkili bulunmuştur. Kolon kanserinin obeziteyle ilişkisine bakıldığında birçok çalışmada erkeklerde pozitif ilişki tespit edilirken, kadınlarda çok zayıf bir ilişki tespit edilmiştir. BKI > 29 olan kadınlarda BKI < 21 olan kadınlara göre iki kat daha fazla distal kolon kanseri görülmektedir. Erkeklerde total kolon kanserine göre distal kolon kanseri ve obezite arasındaki ilişki çok zayıftır. Nurses Health Study'e göre sadece BKI değil bel/kalça oranı ile de kanser arasında güçlü bir ilişki bulunmaktadır (30). Göğüs kanseri ve obezite arasında özellikle menapoza girmiş kadınlarda güçlü bir ilişki dikkati çekmektedir (30). Yapılan bir diğer çalışmada da obezite veya aşırı kilonun menapoz öncesi dönemdeki kadınlarda göğüs kanseri riskini %50- %70 arasında artırabileceğini belirtmiştir (36).

Bir diğer kanser türü olan endometriyal kanser riskinin de obeziteyle arttığı görülmektedir. BKI >30 olan kadınlarda normal kilolu kadınlara göre endometriyal kanser riski 3 kat fazladır. Fakat; göğüs kanseri, kalp hastalıkları ve diyabete göre

total risk düşüktür. Yetişkinlerde kilo alımı endometrial kanser riskini artırmaktadır (30).

Obezitenin risk faktörü olduğu bir diğer rahatsızlık da safra taşlarıdır. Kilolu kişilerde kilo verimi safra taşı oluşum riskini azaltır. Fakat aşırı hızlı kilo verimi (haftalık 3 pounddan fazla) safra taşı gelişimini destekler veya sessiz safra taşı semptomatığe dönüştürebilir. Bu ilişki özellikle kadınlar için geçerlilik kazanmıştır. Safra kesesi kanserleri ve obezite arasında özellikle kadınlarda ilişki bulunmaktadır (30, 37).

Obez ve aşırı kilolu kişilerde osteoartrit görülme riski artmaktadır. Özellikle kadınlarda diz artiritinin kilo artışı ile birlikte görülme riski artmaktadır. Diz artriti bulunan ikiz kişilerden kendi ikizlerinden 3-5 kg. daha ağır oldukları gözlemlenmiştir (30).

2.4.2. Obezitenin Neden Olduğu Psikolojik Komplikasyonlar

Obez bireylerin yaşadığı psikolojik komplikasyonlar hakkında literatürde farklı görüşler mevcuttur. Stunkard ve Wadden (1992) obez bireylerde psikopatoloji olmasa bile sosyal reddin sıklıkla benlik değerinde düşüşe neden olduğunu belirtmiştir (38). Bazı çalışmalarda ise obez kişilerde artmış psikopatoloji düzeyleri saptanmış ancak örneklem grubu değişkenliği gözönünde bulundurularak sonuçların geçerliliği tartışılmaktadır. Aşağıda obezitenin depresyon üzerindeki etkilerine dair yapılan araştırmalara değinilmiştir (22).

Obezitenin Depresyon Üzerine Etkisi

Günümüzde psikiyatrik sorunların varlığı yadsınamaz bir düzeye ulaşmış ve artık bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir. Psikiyatrik bozuklukların içerisinde en sıklıkla görüleni depresyondur. Sözlük anlamıyla çökkünlük olarak Türkçe'ye çevrilen depresyon, anlık bir ruh hali, bir sendrom veya bir hastalık olarak ortaya çıkabilmektedir. Depresyon tek bir hastalıktan değil, birçok alt gruptan oluşmuş bir hastalıklar grubundan oluşmaktadır (39). Dünyada en çok kabul gören Amerikan

Psikiyatri Birliği'nin sınıflandırma sistemi olan DSM IV'e göre depresyon řu alt gruplar içerisinde incelenmektedir (39, 40):

1. Majör depresif bozukluk
2. Distimik bozukluk
3. Bipolar bozukluktaki depresyon
4. Genel bir tıbbi duruma bağlı depresyon
5. Depresyonlu uyum bozukluğu
6. Başka türlü adlandırılmayan depresif bozukluk
 - a. Premenstrüel disforik bozukluk
 - b. Minör depresif bozukluk
 - c. Yineleyen kısa depresif bozukluk

Depresif bozukluklar içerisinde en çok araştırmalara konu olan majör depresif bozukluklardır. Bugün 350 milyon kişinin depresyondan etkilendiği bilinmektedir. DSÖ 2008 verilerine göre; kadınların depresyona yakalanma riski erkeklerden 1,5 kat daha fazladır (41). Erkeklerde majör depresif bozukluğu riski %5-12 arasında değişir iken, kadınlarda %10 ve 25 arasında değişmektedir. Bu oran distimik bozukluk için yaklaşık %6, bipolar bozukluk için ise %1 olarak bulunmuştur. Depresif bozuklukların insidans hızı da yüksektir. Depresyon insidansı birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran hastalarda yaklaşık %10, hastanede yatan hastalarda yaklaşık %15 olarak bulunmuştur (39).

Obeziteye bağlı en sık görülen psikolojik sorunlar klinik depresyon ve benlik saygısındaki azalmadır. Ülkemizde yapılan çalışmalar çoğunlukla obezitenin fizyolojik tarafını incelemekte, obezitenin psikolojik etkileri yeterince incelenmemektedir (21). 1970'lerin başlarında obezite ve depresyon veya obezitenin diğer psikiyatrik hastalıklarla ilişkisi hakkında birçok bilimsel çalışma yapılmıştır. Büyük Britanyada öncelerde yapılan çalışmalarda obezite ve depresyon arasında negatif ilişki gösterilirken; son çalışmalarda; obezite ve depresyon arasında ilişki

yok, kadınlarda pozitif ilişki var, kadınlarda pozitif ilişki erkeklere göre daha güçlü, sadece aşırı obezlerde pozitif ilişki var gibi çeşitli sonuçlara ulaşılmıştır (42-45).

Obezite ve depresyon arasındaki nedensellik ilişkilerini açıklayan araştırma sonuçları farklılıklar göstermektedir. Depresyonun yeme alışkanlıklarını değiştirerek ve fiziksel aktiviteyi azaltarak obeziteye neden olabildiği gibi; obezite de negatif beden imajına bağlı olarak depresyona sebep olabilir (8). Obezite ve depresyon arasındaki ilişki kadınlarda erkeklere göre daha güçlü olmakla birlikte daha fazla çalışmayla desteklenmelidir. Ortalama yaşları 47 olan 1857 kadınla yapılan çalışmada; kadınların % 35,7'si normal kilolu,% 2,6'sı zayıf, %25,8'i kilolu ve %35,9'u obez bulunmuştur. Obezlerin %17,3'ü 1. derece, %10,7'si 2. derece ve %7,9'u 3. derece obezdir. Çalışma sonucunda BKI ve orta dereceli/şiddetli depresyon semptomu ve major depresyon arasında pozitif ilişki bulunmuştur. Abdominal obezite ve depresyon semptomları arasında pozitif ilişki bulunurken obezite ve major depresyon arasında ilişki bulunamamıştır (6). Başka bir çalışma ise 18-64 yaş arası 20.385 Tayvanlı kişi üzerinde yapılmıştır. Depresif semptomlar Tayvan Depresyon Anketi ile değerlendirilirken, obezite durumu BKI > 27 olan kişiler olarak tanımlanmıştır. İki değişkenli analiz sonucunda düşük kilolu kadın ve erkeklerin normal kilolulara göre depresif semptomlar açısından daha yüksek riske sahip oldukları belirtilmiştir. Bunun aksine; obez kadınlarda belirgin bir şekilde normal kilolu kadınlara göre daha düşük depresif semptoma sahiptirler. Bu çalışma sonucunda obezite depresyon arasındaki ilişkinin cinsiyet farklılıklarından etkilendiği sonucuna varılmıştır (44).

Hollanda'da 18-90 yaşındaki 43.534 kişi ile obezite ve depresyon arasındaki ilişkiyi araştıran bir çalışma da BKI katogerileri (zayıf, normal, kilolu ve obez) ve depresyon arasında belirgin bir U şeklinde ilişki tespit edilmiştir (8).

Spor salonuna kayıtlı obez (BKI > 30) ve obez olmayan (BKI < 30) bireyler üzerinde yapılan bir başka çalışmada Beck Depresyon Ölçeği, Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği ve Beden İmajı Ölçeği kullanılarak obezite depresyon ilişkisi araştırılmıştır. Çalışma sonucunda iki grup arasında anlamlı bir fark olmamakla

birlikte, obezlerde depresyon puanı daha yüksek, benlik saygısı, beden imajı puanları daha düşük tespit edilmiştir (14).

Yetişkin kadınlarda obezite ve depresyon ilişkisinin incelenmesi için yapılan bir çalışmada da obez kadınların %25,4'ünde depresif bir semptom gözlemlenmezken, %57,8'inde orta-şiddetli depresif semptom gözlemlenmiştir. Ayrıca depresyonun obeziteden bağımsız olarak orta (4,6-5,4 kez/hf) veya şiddetli (2,8-3,7 kez/hf) fiziksel aktivitede belirgin düşüşe neden olduğu ve bunun yanısıra enerji alımının da da artışa neden olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Depresyon semptomlarındaki artışın obezite riskini artırdığı, BKİ'deki artışın da depresif semptomları artırdığı güçlü bir ilişkiyle kanıtlanmış ve çift yönlü bir ilişki gösterilmiştir (41).

Depresyon ve obezite ilişkisini inceleyen önemli meta analizler de mevcuttur. 15 çalışmanın meta analizine göre obezitenin depresyonu artırdığı sonucuna varılırken obezitenin depresyon için öncü olmadığı tersinin de doğru olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Obez insanlarda depresyon gelişme riski %55 iken, depresyondaki insanların %58'inin obez olma risklerinin bulunduğu saptanmıştır (42). Obezitenin depresyonun nedeni veya sonucu olabileceği araştıran 25 çalışmayı kapsayan bir diğer meta analiz çalışmasında 10 çalışmanın obezitenin depresyona, 15 çalışmanın ise depresyonun obeziteye neden olabileceği gösterilmiştir. Toplam çalışmaların %80'inin obezitenin depresyona neden olduğuna dair önemli ilişki belirtilirken, %53'ün de depresyonun obeziteye neden olduğu belirtilmiştir (46). 51.272 katılımcının verilerini işlendiği 18 çalışma ile gerçekleştirilen güncel bir meta analizinin sonuçları da bu bulguları desteklemektedir (47).

2005-2006 National Health and Nutritional Examination Survey'inde BKİ'nin orta-aşırı depresyon ve majör depresyon ile ilişkili olduğu belirtilmiştir. Bunun yanısıra abdominal obezitenin depresif semptomla ilişkili olduğu ama majör depresyonla ilişkili olmadığı belirtilmiştir (13). Obezite tedavisi için BKİ 30 kg/m² ve üstü başka bir kronik hastalığı bulunmayan 55 kadın ile yapılan bir çalışmada obez kadınlarda psikiyatrik tanı sıklığının ve depresif belirti şiddetinin araştırılması

amaçlanmıştır. Benzer yaş grubundan BKİ değeri 25 kg/m² ve altı olan bir kontrol grubu oluşturulmuş. Çalışmaya katılan kişilere DSM-IV tanı kriterlerine göre yapılandırılmış psikiyatrik görüşme ve depresif belirtilerin şiddetini ölçmek için Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği uygulanmıştır. Obez grupta psikiyatrik tanı sıklığı ve geçirilmiş psikiyatrik bozukluk sıklığı kontrol grubuna göre yüksek tespit edilmiştir. En sık konulan tanıların duygudurum bozuklukları ve anksiyete bozuklukları olduğu belirtilmiştir (45).

Obez bireylerde depresiflik düzeylerinin sebeplerini konu alan bir araştırmada; obez kişilerin %81'inin düşük düzeyde depresif olduğu görülmüştür. Bireylerin yaş, medeni durum, eğitim durumu, meslek, polikliniğe başvurma nedeni, fizik ve ruh sağlığı algısı, ailevi ve sosyal ilişki algısı ve sorunlarla baş etme durumuna göre BDÖ puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde fark olduğu, buna karşın cinsiyete, gelir durumuna ve bir profesyonelden psikolojik destek alma durumuna göre BDÖ puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde fark olmadığı bulgularına ulaşılmıştır (48). Obez bireylerin psikiyatrik durumlarını, depresyon ve anksiyete düzeylerini araştıran bir diğer araştırmada , bir önceki çalışmaya çok benzer sonuçlar elde edilmiş ve bu bireylerde %81,3 oranında majör depresif bozukluk, %22,6 oranında sosyal fobi, %5,7 oranında yaygın anksiyete bozukluğu, %3,8 oranında obsesif kompulsif bozukluk, %5,8 oranında alkol bağımlılığı ve %17 oranında nikotin bağımlılığı olduğu tespit edilmiştir (49). Obezitenin depresyon ile ilişkisinin araştırıldığı bir metaanaliz araştırmada depresyonda olan kişilerin depresyonda olmayan kişilere göre obez olma ihtimali daha yüksek bulunmuştur. Bir metaanalize göre depresyondaki genç kızların obez olma ihtimali depresyonda olmayan genç kızlara göre 2,5 kat daha yüksek bulunmuştur (47). Yine kadınlar arasında sosyoekonomik durumun ve depresyonun araştırıldığı bir çalışmada yüksek sosyo ekonomik duruma sahip obez kadınların yüksek sosyoekonomik gruba ait normal kilolu kadınlara göre iki kat fazla depresyona yakalandığı belirtilmiştir (50).

Obezitenin Benlik Saygısı Üzerine Etkisi

Benlik kavramı “bireyin kendisini algılamasına ve değerlendirmesine ilişkin geliştirdiği yapı” olarak tanımlanmaktadır (51). Benlik kavramı ayrıca “bir kişinin çeşitli kişilik özelliklerinin kendinde bulunuş derecesi hakkındaki değerlendirmelerin bütünü ya da kısaca kişinin kendini algılaması” şeklinde de tanımlanabilir (51). Beden algısı; bireyin bedeni ve bedenine ait tüm duyularının zihindeki tablosudur. Beden algısı bir yandan “bireyin bedeni ile ilgili bilinçli veya bilinç dışı duygu ve düşüncelerini, diğer yandan da duygu ve hareketliliğinin algılanmasını” içermektedir (52). Benlik Saygısı, kişinin kendini değerlendirmesi sonucu benlik kavramının onaylanmasından doğan beğeni durumu olarak tanımlanabilir. Benlik saygısının seviyesi, kişinin iş ve okuldaki beceri ve başarısını, stres ile başa çıkma etkinliğini, arkadaşlık ve dostluk ilişkilerinin gelişmesini, canlılık ve eğlenebilirlik durumunu etkilemektedir (51).

Obez bireyelere yönelik psikolojik destek sağlamanın en önemli gereği benlik saygısının geliştirilmesidir. Çünkü BKİ ve benlik saygısı arasında ters bir ilişki olduğu bildirilmektedir. Obez bireylerde daha fazla gözlenen beden honutsuzluğunun daha çok gerçekte sahip değil algıladığı beden ağırlığı ile ilişkili olduğu bildirilmektedir. Obez bireylerde gözlenen düşük benlik saygısının ve olumsuz beden algısının obezitenin bir sonucu mu yoksa bir sebebi mi olduğu net değildir (52).

Obezitenin benlik saygısı ve beden algısı üzerine etkisinin araştırıldığı bir çalışmada; BKİ kategorisine göre normal aralıkta olan kişilerin düşük benlik saygısı bulunma oranının 1,49 kat ve morbid obezlerde 3,31 kat daha fazla olduğu, olumsuz beden algısının ise normal bireyler referans alındığında morbid obezlerde 5,48 kat daha fazla olduğu bulunmuştur. Sonuç olarak; obez bireylerde normal bireylere nazaran daha düşük benlik saygısı ve beden algısı olduğu sabittir (52). Obez hastalarda psikiyatrik tanılar, depresyon ve anksiyete düzeylerinin ve benlik saygısının araştırıldığı bir diğer çalışmaya obezite tanısı konulan 50 birey katılmıştır. Çalışma sonucunda; hastaların %42’sinde DSM-IV’e göre psikiyatrik tanı saptanmış, özgül fobi en sık rastlanan psikiyatrik rahatsızlık olarak belirtilmiştir (53). Obez

hastalarda dürtüsellik ve dürtüsellüğün beden algısı ve benlik saygısı ile ilişkisini incelemek için yapılan bir başka çalışmada, obez bireylerde dürtüsellik ile benlik saygısı arasında negatif bir ilişki görülmüştür (54). Öner ve arkadaşlarının (2015) gerçekleştirdiği demografikleri ele alan güncel bir çalışmada ise kadınlarda, bekarlarda, çalışmayanlarda, daha az eğitilmişlerde, obez ve morbid obezlerde benlik saygısının daha düşük olduğu tespit edilmiştir, ek olarak yaş arttıkça olumsuz beden algısı artmakta ve benlik saygısı azalmaktadır (52). Okumuşoğlu (2017) çalışmasında elde edilen sonuçlara bakıldığında yaşın ilerledikçe benlik saygısının beden algısıyla olan ilişkisinin azaldığı görülmektedir (55). Armağan'ın çalışmasında ise obez kadınlarda düşük benlik saygısı beden memnuniyetsizliği ile ilişkili bulunmuştur. Ayrıca, obez kadınlarda benlik saygısı ile beden imgesi arasındaki ilişkide sosyokültürel tutumlar, BKİ ve eğitimin anlamlı bir etkisi olduğu belirtilmiştir (56).

Obezitenin Yeme Tutumu Üzerine Etkisi

Günümüzde yeme tutumu üzerinde çeşitli araştırmalar ve tartışmalar yapılmaktadır. Yeme tutumu, “bireyin yeme ve beslenme ile ilgili düşüncelerini, davranışlarını ve duygularını oluşturan eğilim” şeklinde ifade edilebilir. Dolayısıyla yeme ile ilgili normal ve normal dışı kabul edilen davranışların bireyin yemeye karşı eğilimin sonucunda oluştuğu yorumu yapılabilmektedir (55).

Yeme tutumunu etkilen faktörler arasında ilk olarak yaş ve cinsiyet gelmektedir. Amerikan Psikiyatri Birliği, Anoreksiya Nervoza (AN)'nın görülme sıklığının 15-19 yaşları arasında arttığını ve AN vaklarının %40'ının bu yaş grubunda olduğunu bildirmektedir. Blumiya Nervoza (BN) olgularının da büyük kısmı genç ergenlik dönemi içine alan üniversite gençliğinde ve 25 yaştan önce ortaya çıkmaktadır (57, 58). Cinsiyetin etkisi ele alındığında ise; genç kızların erkeklere göre beden imajı ve estetiğe daha fazla önem atfettikleri ve yeme bozukluklarına daha eğilimli oldukları gözlemlenmektedir (58). Yeme tutumunu etkileyen diğer faktörler; bireysel, ailesel ve sosyokültürel olmak üzere 3 grupta toplanmaktadır (59).

Literatürde de BKİ ile yeme tutumları arasında anlamlı ilişki olduğunu belirten bir çok çalışma bulunmaktadır. Barker ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada; BKİ arttıkça diyet yapma eğiliminin ve beden memnuniyetsizlik oranının arttığı gözlenmiştir (60). Bir araştırmada, gece uykudan uyanıp yemek yeme alışkanlığının, fazla kilolularda (%18), normal kilolularda (%4) göre önemli düzeyde yüksek olduğunu göstermiştir. (61). BKİ ve yeme tutum ilişkisinin değerlendirildiği bir diğer çalışmada, farklı BKİ ve yaş grubundaki 200 kişiye Yeme Tutum Testi (YTT) uygulanmıştır . Çalışma sonucunda BKİ'i 25 altı olan kişilerin YTT'den 30'dan düşük puan aldıkları belirlenmiştir. BKİ artışı ile YTT puanının arttığı gözlenmiştir (62).

BKİ ve YTT arasındaki ilişkinin araştırıldığı diğer bir çalışmada normal kilolu kişilerde olası yeme bozukluğu oranları anlamlı derece yüksek bulunmuştur (63) BKİ değeri yüksek olan kişilerde yeme bozukluğu fazla gözlemlenmemiştir. Bu durum kişilerin BKİ yüksekliği nedeniyle yeme davranışlarını denetim altına alabilecekleri şeklinde yorumlanmıştır .Öğrenciler üzerinde yapılan diğer bir çalışmada da BKİ ile benlik saygısı arasındaki korelasyon anlamlı bulunmuş Ancak yeme tutumu ve BKİ arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır (64).

Yeme Tutumu üzerinde medya, aile ve arkadaş etkisinin de önemli bir etkisi olduğu bilinmektedir. Bir araştırmada, diyetle başlama kararında medyadan etkilenme oranı %63,8; arkadaş etki oranı %44,8, aile etkisi %32,1 olarak tespit edilmiştir. Yeme tutumunu olumsuz etkileyen faktörler dışında, biyolojik (genetik veya nöro-kimyasal), gelişimsel, kültürel, bireysel, psikolojik, ailesel ve çevresel faktörlerin kombinasyonu da yeme bozukluklarının oluşmasına sebep olmaktadır (65).

2.5. Obezite Tedavisi

2.5.1. Diyet

Diyete yönelik davranışsal tedavi, ve hipokalorik diyet son 40 yılda obezitenin tedavisinin temelini oluşturmuştur. Ancak, pek çok diyet yaklaşımının ilk

dönemde kilo kaybına yol açtığı, fakat uzun vadede kilo kaybının korunamadığı bilinmektedir (65).

Obezite tedavisinde uygulanacak diyetin kişiye özel olması gerekmektedir. Kişinin yaşı, cinsiyeti, alışkanlıkları, biyokimyasal bulguları, bir hastalığının olup olmaması ve obezite derecesi diyetin niteliğini etkilemektedir. Obezite diyetinin ana amacı, hastanın harcadığından daha az enerji alımını sağlamaktır, bunu yaparken hızlı kilo kaybından kaçınılmalıdır (65).

BKI 30'un üzerinde olan kişilerde çok düşük kalorili diyetlerin (günlük 800 kalori) uygulanması haftada yaklaşık 2 kg. kilo kaybı sağlayarak 4 ayda 20 kg. kaybedilmesini sağlayabilir. Ancak kaybedilen bu kiloların tamamı yağ dokusundan olmamakta, yaklaşık %16-20'si vücut için yararlı olan destek dokudan kaybedilmektedir. Söz konusu destek dokunun 50 yaştan sonra artırılması mümkün olmadığı için bu durum yorgunluk, halsizlik, motivasyon kaybı yaratmaktadır. Dolayısıyla kalıcı bir verim alınamamaktadır (66).

Uzun süredir obez olan kişilerde fazla kilolarının tümü yağdan oluşmamaktadır hatta yağsız vücut kitlesinin (FFM), normal ağırlıkta olan kişilere göre daha yüksek olduğu gözlemlenmektedir. Diyetle beraber bu kişilerde yağ ile birlikte yağsız kitlede de düşüş gözlemlenecektir. Fakat; yağsız kütle de düşüş sonucunda metabolizma hızında da düşüş olmaktadır (65).

Günlük 1200-1800 kalori veren bir diyet ile egzersizi birleştiren, yanısıra davranışsal tedavi de uygulanan programların başarısı daha yüksek olmaktadır. Bu tür programlarda 5-6 aylık süreler içerisinde 9-14kg kayıp sağlanabilir ve başarısızlık oranı %20-24 kadar düşük olmaktadır. Ortalama kilo kaybı çoğunlukla %9-10 olmaktadır ve 1 yıl sonra kilo düzeyinin korunması ihtimali %60-80 arasında değişmektedir. 3 yıllık takip verileri 3-5 yıl sonra %100 başarısızlık olduğunu göstermektedir (65). Hipokalorik diyetlerde; öğünlerde karbonhidrat, protein, yağ, posa dengesi sağlanmalı, etiket okuma öğrenilmeli, düşük kalorili besin tarifleri geliştirilmeli, besin hazırlamada yüksek kalorili içeriklerden (yağ vb.) ve yüksek

kalorili besinlerden kaçınılmalı, besin porsiyonları küçültülmeli, yeterli sıvı alımı sağlanmalı ve alkol tüketiminden kaçınılmalıdır.

Hipokalorik diyetlerde günlük enerji ihtiyacından 500-1000 kkal düşüş sağlanmalı, toplamda yağ alımı günlük enerji ihtiyacının en az %30 altında kalmalı, doymuş yağ asit oranı %8-10, tekli doymamış yağ asit oranı %15'den, çoklu doymamış yağ asit oranı %10'dan fazla olmalı, günlük kolesterol alımı 300 mg'dan düşük olmalıdır. Ayrıca, günlük enerji alımının yaklaşık %15'ini protein, %55 veya daha fazla karbonhidratlar oluşturmalı, günlük sodyum klorid alımı 100mmolü geçmemeli ve günlük olarak 25-30g posa alımı sağlanmalıdır (67).

2.5.2. Egzersiz

Kilolu ve obez kişilerde egzersiz en iyi sonuç veren uygulamadır. Obez hastaların egzersizin bir ceza olmadığını idrak etmeleri gerekir. Obez hastalar doktor gözetiminde hafif tempo ile egzersize başlamalıdır. Obeziteden korunma da 5+2+1 kuralı uygulanmalıdır. Bu kural 5 sebze ve meyve, 2 saatten fazla sedanter aktivite, 1 saat yapılandırılmış fiziksel aktivitedir. Hergün fazladan atılan her 2000 adım 100 kkal yakmaktadır (68). Fiziksel aktivitenin obezite üzerine etkisinin araştırıldığı bir çalışmada sürekli fiziksel aktivite yapan grupta daha düşük BKİ, kilo, yağ yüzdesi, yağlanma gözlemlenmiştir (69).

Meta analizler ise diyet ile sağlanan kilo kaybı sırasında egzersizin serbest yağ kitlesi (SYK) korunmasına etkisini araştırmışlardır. Sadece diyet ile kilo veren kişilerde kilo kaybının %28,1'i SYK iken, diyet ve egzersiz bir arada yapanlarda kilo kaybının yalnızca %13'ü SYK'ne ait olarak tespit edilmiştir (67).

Diyet gibi tek başına egzersizde kilo veriminde istenilen başarıyı sağlayamamaktadır. Egzersizin kişiye uygun diyetle birlikte uygulanması gerekmektedir. Obez kişilerde egzersiz miktarının artması, hipertansiyon, hiperlipidemi ve glukoz toleransında da düzelme sağlayarak morbidite ve mortalite de düşüşü sağlamaktadır (70).

2.5.3. İlaç Tedavisi

Diyet tedavisinin yeterli olmadığı durumlarda ilaçla tedavi yöntemlerine de başvurulmaktadır. Günümüzde Amerika’da obezitenin uzun dönem tedavisinde kullanılan başlıca ilaçlar ‘sibutramin’ ve ‘orlistat’dır. Sibutramin, santral sinir sisteminde kan basıncının artmasına ve nabzın yükselmesine neden olan gıda alımını azaltıcı ve merkezi sempatik aktiviteyi artırıcı bir görev üstlenir. Orlistat ise pankreatik lipaz salınımını inhibe eder. Ancak orlistat yağların sindirilmeden bağırsaklardan atılmasına neden olduğu için istenmeyen gastrointestinal yan etkilere ve yağda eriyen vitaminlerin kaybına neden olur (71).

Sibutramin, sinir terminallerinde norepinefrin, serotonin ve daha az oranda dopamin geri alım inhibitörü olarak etki gösterir, sinaps boşluğunda bu nörotransmitterlerin artışını sağlar ve gıda alımını azaltır. Sibutraminin aralıklı kullanımı ile ilgili yapılan bir çalışmada bir gruptaki hastalar 48 hafta boyunca sibutramin alırken, diğer gruptaki kişiler iki kez altı hafta boyunca ilacı kesmişlerdir. Çalışma sonucunda kilo kaybı açısından hastalarda fark bulunamamıştır (72). 10 ve 15 mg sibutraminin etkisinin araştırıldığı bir başka çalışmada hastalar hipokalorik diyetle takip edilmiştir. Plasebo grubunda %2, 10 mg sibutramin takviyesi alan grupta %6,5, 15 mg sibutramin takviyesi alan grupta %8 ağırlık kaybı gözlemlenmiştir (73).

Orlistat, Streptomyces’den üretilen lipstatin derivesinden elde edilmiştir. Bir lipaz inhibitörü olup gastirik ve pankreatik lipazları inhibe eder ve böylece diyetle alınan yağın emilimini bozar, trigliserid hidrolizini azaltır. %30 oranında yağ içeren bir diyetle fekal yağ atılımını %30 oranında artırır. Düşük yağ içeren diyetlerde etkisi çok düşüktür. Yapılan çalışmalarda plaseboya göre belirgin kilo kaybı sağlamış ve geri kilo alımı daha az olmuştur. Dört yıl süren XENDOS çalışmasında glikoz tolerans bozukluğu olan hastalarda orlistat kullananların sadece %6,2’sinde diyabet gelişirken, plasebo grubunda %9 diyabet gelişimi gözlemlenmiştir (72).

2.5.4. Cerrahi Tedavi

Aşırı kilo kaybı hedeflerinde genellikle ilaç ve diyet tedavileri yetersiz kalmaktadır. Bu durumlarda cerrahi müdahalelere başvurmak gerekmektedir.. Obezite cerrahisinde Roux-en-Y gastrik bypass, sleeve gasterektomi, ayarlanabilir gastirik band ve biliopankreatik diversiyon en sık uygulanan güncel cerrahi yöntemlerdir. Bu işlemlerin tümü laparoskopik olarak gerçekleştirilebilir (74). Cerrahi müdahale ile mide hacminin küçülmesine bağlı az yeme ve erken doyma, bypass sonucu emilimin bozulması ile kilo kaybı sağlanmaktadır. Ancak, isteyen her hastaya bariyatrik cerrahi uygulanamamaktadır. Bariyatrik cerrahinin hastanın BKM $>40 \text{ kg/m}^2$ veya BKM $> 35 \text{ kg/m}^2$ ile birlikte ek hastalığının (Tip2 DM, diyabet, hipertansiyon, uyku apnesi, hiperlipidemi) olması, ameliyat riskini kabul ediyor olması, cerrahi dışı tedavilerin başarısız olması, psikiyatrik olarak stabil olunması, alkol-ilaç bağımlılığının bulunmaması, hastanın iyi motivasyonlu olması ve ameliyatın skellerini biliyor olması, cerrahinin getireceği yaşamı engelleyecek medikal problemlerinin olmaması, kontrolsüz psikotik ve depresif bozukluğunun olmaması, aile ve sosyal çevre desteğinin tam olması gereği bulunmaktadır (74, 75). Bariyatrik cerrahi sonrasında hastanın fazla kilolarının %40'dan daha azını kaybetmesi başarısızlık , %40-60 arasındaki ağırlık kaybı orta derecede başarı, %60 ve üzeri ağırlık kaybı ise başarı olarak adledilmektedir (76).

3. BİREYLER VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Yeri, Zamanı ve Örneklem Seçimi

Bu araştırma, obez ve normal gruplarını içeren tanımlayıcı ve durum saptama çalışması olarak planlanmış olup Ocak-Mayıs 2015 arasında İstanbul'da özel bir hastaneye başvuran ve diyet polikliniğine yönlendirilen yetişkin bireyler üzerinde yürütülmüştür.

Araştırmanın örneklemi, hastanenin diyet polikliniğine gelen 19-65 yaş arasındaki gönüllü ve çalışmaya dahil olma kriterlerini taşıyan yetişkin bireyler oluşturmaktadır. Bireyler araştırmaya katılmadan önce, araştırma hakkında detaylı bir şekilde bilgilendirilmiş ve gönüllü bireyler araştırmaya dahil edilmiştir. Bireylere aydınlatılmış onam formları okutulmuş ve imzalatılmıştır (Ek-3). Çalışma veya kontrol grubuna dahil olmak tamamen gönüllülük esasına dayalı olup, katılımcılar istedikleri zaman araştırmadan ayrılma hakkına sahip olmuşlardır.

Bu çalışma, GO 13/99-19 no'lu kararı ile Hacettepe Üniversitesi Girişimsel olmayan Etik Kurulu'nun 13.02.2013 tarihli raporu ile amaç, yöntem ve yaklaşım bakımından etik ilkelere uygun bulunmuştur (Ek-1). Araştırmanın örneklem büyüklüğü, daha önceden yapılan çalışmaların sonuçlarından yararlanılarak tip 1 hata düzeyi $\alpha = 0,05$ ve tip 2 hata düzeyi $\beta = 0,02$ olmak üzere testin gücü $1 - \beta = 0,80$ olarak alınıp istatistiksel olarak *power* analizi Power and Sample Size Calculator Paket Programı (76) ile hesaplanmıştır. Buna göre çalışmaya, 19-65 yaş grubunda yer alan ve beden kütle indeksi (BKİ)'ne göre 190 obez ve 190 normal (normal BKİ sahip) birey normal grubu olmak üzere toplam 380 gönüllü yetişkin birey dahil edilmiştir. Araştırmanın örneklemi, oluşturan yetişkinler normal BKİ sahip (normal grubu) ve obez (vaka grubu) olarak iki gruba ayrılmışlardır. Vaka (obez) grubunu; beden kütle indeksi $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ olan, son 6 ay içerisinde aktif diyet uygulamamış, doktor tarafından belirlenmiş kronik bir hastalığa bağlı hızla kilo artışı olmayan 190 birey dahil edilirken, normal grubuna ise normal BKİ sahip (18,5-24,99 kg/m^2), son 6 ay

içerisinde aktif diyet uygulamamış ve kronik bir hastalığa bağlı hızla kilo düşüşü yaşamamış ve diğer özellikleri (yaş, cinsiyet vb.) vaka grubuna benzer 190 birey dahil edilmiştir.

3.2. Araştırmanın Genel Planı

Araştırmaya dahil etme kriterlerine uygun yetişkin bireyler çalışma hakkında genel bilgi verildikten sonra bireylere çalışmayı kabul ettiklerine dair “Araştırma Amaçlı Çalışma için Aydınlatılmış Onam Formu” ile beyanları alınmıştır (Ek 3).

Araştırmaya katılan bireylerin sosyodemografik özellikleri, beslenme alışkanlıkları, fiziksel aktivite düzeylerini ve 1 günlük besin tüketim kaydı ile ortalama günlük enerji ve besin öge alımlarını belirlemek amacıyla hazırlanan anket formu (Ek-2) bireylere yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak araştırmacı tarafından uygulanmış ve antropometrik ölçümleri ve vücut bileşimi analizi ve 1 günlük besin tüketim kaydı araştırmacı tarafından alınmıştır. Çalışmaya katılan bireylerin klinik muayenesi hekim tarafından yapılmıştır.

3.3. Veri Toplanması ve Değerlendirilmesi

3.3.1. Anket Formu

Araştırma anket yöntemine dayalı olarak gerçekleştirilmiştir. Araştırmaya katılan tüm bireylere uygulanan anket formu; genel bilgiler, hastalık ve ilaç kullanım durumu, genel beslenme alışkanlıkları, kilo sorunu psikolojik durum ve iştah ilişkisi, fiziksel aktivite durumu, fiziksel aktivite kayıt formu, 1 günlük besin tüketim kaydı, Beck Depresyon Ölçeği, Cooper Smith Özsaygı Envanteri ve Yeme Tutum Testi olmak üzere on bölümden oluşmaktadır.

Araştırmaya katılan tüm bireylere ilişkin bilgiler (yaş, cinsiyet, medeni durum, meslek, eğitim durumu, gelir, ailede kanser öyküsü, bireysel hastalık ve ilaç kullanma durumu gibi genel özellikleri) anket formundaki soruların yanıtları, araştırmacı tarafından bireylerin doğrudan kendilerine, yüz yüze sorularak elde edilmiştir. Bireylerin boy uzunluğu (cm) ve vücut ağırlığı (kg) SECA model terazi ve

stadiyometre ile ölçülmüştür.

Araştırmaya katılanlara uygulanan anket formunun *birinci bölümünde* bireylerin erişim bilgileri, yaşları, boyları, vücut ağırlıkları, cinsiyet, medeni durumları, meslekleri, eğitim durumları, aylık gelirleri, çocuk sahibi olma durumları, gebelik sayıları, gebeliklerinde aldıkları vücut ağırlıkları sorgulanmıştır. Anket formunun *ikinci bölümünde* hekim tarafından tanı almış bir hastalıklarının olup olmadığı, tanısı almış hastalıkları varsa medikal rahatsızlıklarının neler olduğu, ailelerinde hekim tarafından tanısı konulmuş bir hastalığın olup olmadığı ve herhangi bir ilaç kullanıp kullanmadıkları sorgulanmıştır. *Üçüncü bölüm* genel beslenme alışkanlıklarının sorulduğu bölümdür. Bu bölümde günde kaç ana öğün ve ara öğün yedikleri, ara veya ana öğün atlayıp atlamadıkları, ana veya ara öğün atlıyorlarsa hangi öğünleri atladıkları, öğün atlama nedenleri ve genel olarak sağlıklı beslenip beslenmedikleri sorulmuştur. *Dördüncü bölümde* bireylerin kilo sorunu olup olmadığı, son beş yıl içinde maximum ve minimum kiloları, kilo almalarını tetikleyen bir neden olup olmadığı ile birlikte bir neden var ise bu nedenin ne olduğu ve gece kalkıp yemek yeme alışkanlıklarının olup olmadığı sorgulanmıştır. Anket formunun *beşinci bölümünde* psikolojik durum ve iştah ilişkisi açısından değerlendirme yapılabilmesi için stres durumunda iştah durumlarının değişip değişmediği ve şayet değişiyor ise ne tür gıdalarda artış olduğu bireylere sorulmuştur. *Altıncı bölümde* bireylerin fiziksel aktivite durumu incelenmiş düzenli egzersiz yapıp yapmadıkları, yapıyorlarsa haftada kaç kez ve ne tür egzersizler yaptıkları sorulurken fiziksel olarak egzersiz yapmalarını engelleyen bir durumun var olup olmadığı sorgulanmıştır. 1 Günlük besin tüketim kaydı alınmış ve alınan verilerin analizi BEBIS programı yapılmıştır (Ek-2).

3.3.2. Antropometrik Ölçümler

Bireylerin boy uzunluğu (cm) ve vücut ağırlığı (kg) SECA model terazi ve stadiyometre ile ölçülmüştür. Boy ölçümü birey dik pozisyonda Frankfurt düzlemde dururken (kulak kanalı ile orbita alt sınırı aynı hizada, bakışlar yere paralel iken) yapılmıştır. Vücut ağırlığı ise minimum 2 saat açlık ve, mümkün olan en az giysi ile

ayakkabısız olarak yapılmıştır (77). BKİ, [vücut ağırlığı (kg) / boy uzunluğu (m²)] formülü ile hesaplanmıştır. BKİ değerlendirmesi DSÖ tarafından geliştirilen sınıflandırma esas alınarak değerlendirilmiştir. Buna göre BKİ persentil değerleri 18,5-25kg/m² BKİ değerleri arasında olanlar normal, (≥ 30 kg/m² BKİ üzerinde olan bireyler ise şişman olarak kabul edilmiştir (78) .

3.3.3. Besin Tüketim Durumunun Saptanması

Günlük enerji ve besin ögeleri alımını saptamaya yönelik 24 saatlik hatırlatma yöntemi ile ayrıntılı bir şekilde besin tüketim kaydı alınmıştır. Besin tüketim kaydı alınıp standart yemek tarifleri (79) kullanılarak tüketilen besinlerin porsiyon ve miktarları belirlenmiştir. Bireylerin günlük diyetle aldıkları ortalama enerji ve besin ögeleri miktarı Hohenhim Üniversitesi, Stuttgart, Almanya’da geliştirilmiş Beslenme Bilgi Sistemi (BeBİS) 7.0 bilgisayar paket programı ile hesaplanmıştır. Bireylerin yaşa ve cinsiyete göre enerji ve besin ögelerini karşılama durumları Türkiye’ye Özgü Beslenme Rehberi-2015 esas alınarak hesaplanmış ve gereksinmeyi karşılama yüzdelerinin ortalaması alınmıştır (80).

3.3.4. Fiziksel Aktivite Durumunun Saptanması

Bireylerin fiziksel aktivite düzeylerine (PAL) ait veriler, bir gün (24 saat) içindeki fiziksel aktivitelerin sorgulandığı fiziksel aktivite kayıt formu ile toplanmıştır. Sınıflandırılmış fiziksel aktivite türleri için (uyku, uzanarak dinlenme, oturma, oturarak iş görme, ayakta iş görme, yürüyüş, egzersiz türü) bireylerin uygulama süreleri sorgulanmış ve her bir aktivite için beyan edilen süre (dakika), ilgili aktiviteye ait fiziksel aktivite oranı (PAR) ile çarpılarak toplam enerji maliyeti hesaplanmıştır. Toplam enerji maliyeti 24 saate bölünerek fiziksel aktivite düzeyi bulunmuştur. PAL sınıflanmasında (PAL=1,4-1,69 sedanter, PAL=1,7-1,99 aktif ve PAL=2,0-2,4 çok aktif) FAO Human Energy Requirements, 2004 sınıflaması esas alınmıştır. Bireylerin toplam enerji harcama düzeyleri (TEH) bazal metabolizma hızı değerleri kullanılarak hesaplanmıştır.

3.3.5. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

Depresyon varlığını veya düzeyini belirlemek için Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) /psikolojik ölçme aracı uygulanmıştır. BDÖ, depresyon düzeyini ölçmeye yarayan kendini değerlendirme ölçeğidir. Bireysel veya grup olarak uygulanabilmektedir. Beck ve arkadaşları tarafından adölesan ve erişkinlerde depresyonun davranışsal bulgularını ölçmek amacıyla 1961 yılında geliştirilmiştir. Depresyonun şiddetini ölçmek, tedavi ile olan değişimleri izleyebilmek ve hastalığı tanımlayabilmek amacıyla tasarlanmıştır. Şiddet olarak; 0-9=minimum, 10-16=hafif, 17-29=orta, 30-63=şiddetli şeklinde yorumlanmaktadır. Ölçek Türkçeye BDE (Beck Depresyon Envanteri) ve BDÖ (Beck Depresyon Ölçeği) olmak üzere iki şekilde çevrilmiş ve geçerlilik güvenirlik çalışması yapılmıştır. BDE'nin avantajları birey tarafından doldurulması, basit bir dile sahip olması ve skorlanmasının kolay olmasıdır. Dezavantajları ise; kadınlar, yaşlılar, adölesanlarda düşük eğitim düzeyinde ve eşlik eden psikiyatrik bozuklukların varlığında olduğundan yüksek skorların işaretlendiğinin bildirilmesidir (81).

3.3.6. Cooper Smith Benlik Saygısı Ölçeği

Cooper Smith Özsaygı Ölçeği (CSÖE), Stanley Coopersmith tarafından 1986 yılında hazırlanan, çeşitli yaş gruplarına, özellikle yetişkinlere uygulanabilecek şekilde geliştirilmiş bir ölçektir (82). Ölçeğin kısa formu 'benim gibi' ve 'benim gibi değil' şeklinde yanıt seçenekleri içeren 25 ifadeden oluşmaktadır. Uzun formu ise 58 sorudan oluşmaktadır. Uzun formdaki 58 sorudan 50'si özsaygı ifadesi, 8'i yalan skalasını oluşturmaktadır. 1, 3, 4, 7, 10, 12, 13, 15, 18, 19, 24, 25, 27, 30, 31, 34, 35, 38, 39, 43, 47, 48, 51, 55, 56, 57. sorular genel özsaygıyı; 6, 9, 11, 16, 20, 22, 29, 44. sorular ev-aile özsaygısını; 2, 17, 23, 33, 37, 42, 46, 54. sorular akademik özsaygıyı içermekte ve 26, 32, 36, 41, 45, 50, 53, 58. sorular yalan maddeleri içermektedir. Yalan madde puanları özsaygı puanına eklenmez. Cevap anahtarındaki yanıtlara göre her beklenen yanıt '1' veya '2', beklenmeyen yanıt ise '0' puan verilir. Yani bir kişi için maximum özsaygı puanı '100' dür. Puanların yüksekliği özsaygının yüksekliği, puanların düşüklüğü ise özsaygı düzeyinin düşüklüğü anlamına gelir.

Yalan 8 maddeden 5 ve daha fazlasına evet cevabı veren kişilerin testi geçersiz sayılmaktadır (82). Ölçeğin ülkemizde Coopersmith benlik saygısı ölçeği için güvenilirlik ve geçerlilik çalışması Tufan ve Turan tarafından 1987 yılında gerçekleştirilmiştir.. Ölçeğin kesme puanı 65 ‘tir. 65 puanın altında kalan değere sahip kişilerin benlik saygısı düşük olarak değerlendirilmiştir (83).

Tablo 3.1 Coopersmith özsaygı envanterinin alt ölçekleri ve cevap anahtarı (83)

MADDE NO	BEKLENEN CEVAPLAR	MADDE NO	BEKLENEN CEVAPLAR	MADDE NO	BEKLENEN CEVAPLAR
1	EVET	21	HAYIR	41	EVET
2	HAYIR	22	HAYIR	42	EVET
3	HAYIR	23	HAYIR	43	EVET
4	EVET	24	HAYIR	44	HAYIR
5	EVET	25	HAYIR	45	EVET
6	HAYIR	26	EVET	46	HAYIR
7	HAYIR	27	EVET	47	EVET
8	EVET	28	EVET	48	HAYIR
9	EVET	29	EVET	49	HAYIR
10	HAYIR	30	HAYIR	50	EVET
11	HAYIR	31	HAYIR	51	HAYIR
12	HAYIR	32	EVET	52	HAYIR
13	HAYIR	33	EVET	53	EVET
14	EVET	34	HAYIR	54	HAYIR
15	HAYIR	35	HAYIR	55	HAYIR
16	HAYIR	36	EVET	56	HAYIR
17	HAYIR	37	EVET	57	HAYIR
18	HAYIR	38	EVET	58	EVET
19	EVET	39	EVET		
20	EVET	40	HAYIR		

Ölçek ifadeleri “Evet/Hayır” şeklinde yanıtlanmaktadır. Coopersmith Özsaygı Envanterinin yanıt anahtarı Tablo 3.1’de verilmiştir. Anahtarla aynı yanıt veren katılımcılar o maddeden bir puan almakta iken, farklı yanıt veren katılımcılar puan alamamaktadır. Ölçekte bulunan toplam 58 maddeden 8 tanesi yalan madde olduğu için değerlendirmeye alınmamaktadır. 65 üstü puan Beden saygıları yüksek ve 65 puan altı değer alan bireylerin beden saygıları düşük olarak değerlendirilmiştir (84).

3.3.7. Yeme Tutum Testi Ölçeği (Eating Disorders Test – EAT)

Yeme Tutum Testi-YTT Kişilerin yeme tutum ve davranışlarındaki bozuklukları değerlendirmek amacıyla kullanılan bir öz-bildirim ölçeğidir. Anoreksiya nervoza belirtilerini objektif olarak değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş 40 maddelik bir ölçektir. Maddeler; “daima”, “çok sık”, “bazen”, “nadiren” ve “hiçbir zaman” seçeneklerinden oluşan 6’lı likert tipi (yanıtların sıklık ya da şiddete göre gruplandırıldığı soru tipi) bir ölçek üzerinde işaretlenmektedir. Patoloji açısından her bir uç yanıt için 3, diğer seçenekler için 2 ve 1 puan verilerek değerlendirilir. Derecelendirmenin toplanmasıyla toplam puan elde edilir. YTT; pek çok çalışmada normal örnekleme anormal yeme tutum ve davranışını taramak amacıyla da kullanılmaktadır (85).

Bu değerlendirmenin Türkçe çevirisi Savaşır ve Erol (85) tarafından yapılmış ve 745 kişilik normal örnekleme 24 balerine uygulanarak faktör analizi ve güvenirlik çalışmaları yapılmıştır YTT, yeme bozukluklarını tarama amacıyla yaygın olarak kullanılan, Türkçe’ye çevrilmiş ve psikometrik incelemeleri yapılmış geçerli ve güvenilir bir ölçektir (86).

Yeme tutum testi (YTT), AN’li hastaların yemek yemekle ilgili davranış ve tutumları olduğu kadar normal bireylerde var olan yeme davranışındaki olası bozuklukları ölçmektedir (87). YTT’nin yeme davranışı bozuklukları için iyi bir tarama aracı olduğu düşünülmektedir. Otuz puan ve üzerindeki değerler anlamlı olup toplam puanın düzeyi psikopatolojinin düzeyi ile doğrudan ilişkilidir. Anoreksi tanısı için ayırım puanı 30 olarak belirlenmiştir. Yani YTT; klinik düzeyde “hasta” kabul edilebilecek bireyleri saptayabileceği gibi, kişinin bu bozukluğa ne kadar yatkın olduğunun da bir göstergesi olabilmektedir (88).

3.4. Verilerin İstatistiksel Olarak Değerlendirmesi

Araştırmanın bulguları değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 23.0 programı kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistiksel analizler kullanılmış ortalama, standart sapma, minimum,

maximum değerleri ve frekansları alınarak yzdelele bireylerin istatistiksel olarak durumları ortaya konulmuştur. Obez ve Normal olmak üzere iki grup karşılaştırmalarıyla tüm değerler ayrı ayrı hesaplanmıştır.

Grupların karşılaştırmaları yapılmadan önce normallik varsayımı Shapiro-Wilks ve Komogrov-Smirnov testi ile incelenmiş normal dağılım istatistiksel olarak tespit edilemediğinden parametrik olmayan testler kullanılarak gruplar arasındaki farklara bakılmıştır. Obez ve Normal grupların karşılaştırılmasında Mann Whitney-U testi kullanılmıştır. Birden fazla grup verilerin karşılaştırılmasında non parametrik test olan Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Parametreler arasındaki ilişkinin incelenmesinde Pearson korelasyon analizi ve Spearman's korelasyon analizi kullanılmış olup sonuçlar %95'lik güven aralığında, anlamlılık $p<0,01$ ve $p<0,05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. Bireylere İlişkin Genel Özellikler

Çalışmaya İstanbuldaki özel hastanelere başvuran 190'ı obez grubu ve 190'ı çalışma grubunu oluşturan 380 kişi katılmıştır. Tablo 4.1.'de çalışmaya katılan kişilerin genel ve sosyodemografik özellikleri incelenmiştir.

Tablo 4.1 Bireylerin gruplara göre (Obez-Normal) genel ve sosyodemografik özellikleri

Genel Özellikler	Normal (n=190)		Obez (n=190)		Toplam (n=380)		p değeri*
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Cinsiyet							
Kadın	121	63,7	97	51,1	218	57,4	0,008*
Erkek	69	36,3	93	48,9	162	42,6	
Yaş (yıl) ($\bar{x} \pm S$)	33,9 $\pm$ 10,14		44,0 $\pm$ 11,20		38,94 $\pm$ 11,82		0,000*
Medeni Durum							
Evli	95	50,0	137	67,0	232	61,0	0,001*
Bekar	95	50,0	53	33,0	148	39,0	
Meslek							
Ev hanımı	18	9,5	46	24,2	64	17,1	0,000*
Memur	6	3,2	2	1,1	8	2,1	
İşçi	11	5,8	12	6,3	23	6,1	
Serbest Meslek	31	16,3	33	17,4	64	16,8	
Ücretli Çalışan	88	46,3	50	28,4	142	36,4	
İşsiz	24	12,6	7	3,7	31	8,3	
Emekli	12	6,3	36	18,9	48	12,8	
Eğitim durumu							
Okur Yazar Değil	0	0	2	1,1	2	0,5	0,000*
Okur Yazar	2	1,1	1	0,5	3	0,8	
İlkokul	8	4,2	43	22,6	51	13,4	
Ortaokul	6	3,2	24	12,6	30	7,9	
Lise	54	28,4	64	33,4	118	31,1	
Üniversite	96	50,5	48	25,3	144	37,9	
Yüksek Lisans	22	11,6	5	2,6	27	7,1	
Doktora	2	1,1	3	1,6	5	1,3	
Gelir Durumu (n=234)							
2000 TL altı	51	26,8	64	33,7	115	30,3	0,039*
2000-6000 TL	115	60,5	109	57,4	224	58,9	
6000 TL üstü	24	12,6	17	8,9	41	10,8	
Çocuk Sahibi Olma Durumu							
Var	74	39,0	147	77,4	221	59,0	0,000*
Yok	116	61,0	43	22,6	159	41,0	

* p<0,05 Bağımsız gruplar t testi

Araştırmaya 218'i kadın (%57,4) ve 162'si erkek (%42,6) olmak üzere toplam 380 birey katılmıştır. Normal ağırlığa sahip gruptaki bireylerin yaş ortalaması $33,9 \pm 10,14$ yıl (erkek: $35,3 \pm 10,66$, kadın: $33,1 \pm 9,78$ yıl) ve obez grubundaki bireylerin yaş ortalaması ise $44,0 \pm 11,20$ yıldır (erkek: $43,2 \pm 10,83$, kadın: $44,8 \pm 11,56$ yıl). Her iki grubun yaş ortalamaları arasında fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p=0,000$).

Bireylerin normal ve obez grup ayırımında cinsiyet, yaş, eğitim durumu, gelir durumu, medeni durumları ve çocuk sahibi olma durumları Tablo 4.1'de verilmiştir. Normal grubundaki bireylerin çoğunluğu (%50,5) üniversite mezunuyken obez grubundakilerin çoğunluğu (%33,4) lise mezunudur. Normal grupta okuma yazması olmayan bireyler bulunmazken, obez grubunda (%1,1) okuma yazma bilmemektedir. (Tablo 4.1)

Bireylerin meslekleri sorgulandığında ise normal grubundaki bireylerin %46,3'ü ücretli çalışırken obez grubunda ücretli çalışan (%28,4) ile ev hanımı (%24,2) olduğu görülmektedir. Obez grubundaki bireylerin (%72,1) çoğunluğunun evli olduğu bekar (%27,9) olduğu görülmektedir. Normal grubundakilerin evli (%50) olanları ile bekar (%50) olanlarının birbirlerine eşit oldukları görülmektedir. Normal (%60,5) ve obez (%57,4) grubundakilerin gelir seviyelerinin çoğunluğunun 2000-6000TL aralığında olduğu saptanmıştır. Her iki grubun bireylerinin çocuk sahibi olma durumları incelendiğinde normal grubun bireylerinin (%61) çocuk sahibi olmadıkları buna karşılık obez grubu bireylerinin (%77,4) çocuk sahibi olduğu tespit edilmiştir.

Kadın bireylerin çocuk sayısı ve gebelik döneme ait bazı özellikleri Tablo 4.2'de verilmiştir. Normal gruptaki bireylerin gebelik sayıları ortalaması $1,85 \pm 0,903$ olduğu buna karşılık obez grubundakilerin $2,47 \pm 1,256$ ortalama değerine sahip olduğu görülmüştür. Tablo 4.2.'de çalışmaya katılan kadın bireylerin çocuk sayısı ve gebelik dönemine ait özellikleri incelenmiştir. Yaşayan çocuk sayısı ortalama değerleri incelendiğinde ise normal gruptaki bireylerin $1,64 \pm 0,747$ iken obez grubunda bu sayının $2,22 \pm 0,985$ olduğu tespit edilmiştir. Her iki grubun gebelik

dönemlerinde aldıkları ortalama ağırlıkları karşılaştırıldığında obez gruptaki kadınların ($11,25 \pm 6,996$ kg) normal gruptaki kadınlara ($8,13 \pm 3,359$ kg) göre daha fazla olduğu bulunmuştur.

Tablo 4.2 Kadın bireylerin çocuk sayısı ve gebelik döneme ait bazı özellikleri

	Normal (n=121)	Obez (n=97)	Toplam (n=218)	p değeri
	($\bar{X} \pm SS$)	($\bar{X} \pm SS$)	($\bar{X} \pm SS$)	
Toplam gebelik sayısı	1,85 $\pm$ 0,903	2,47 $\pm$ 1,256	2,23 $\pm$ 1,172	0,002*
Toplam yaşayan çocuk sayısı	1,64 $\pm$ 0,747	2,22 $\pm$ 0,985	2,027 $\pm$ 0,951	0,000*
Gebeliklerdeki ortalama ağırlık artışı (kg)	8,13 $\pm$ 3,359	11,25 $\pm$ 6,996	10,68 $\pm$ 6,472	0,565

* p<0,05 Bağımsız gruplar t testi

Her iki grupta yer alan bireylerin hekim tarafından konulmuş bir sağlık sorunu olup olmadığı ve bu sağlık sorunlarına göre dağılımı ve ilaç kullanma durumları Tablo 4.3’de verilmiştir. Normal gruptaki bireylerin %15,3’ünde, obez grubundaki bireylerin %29,5’nin ve tüm bireylerin %22,4’ünde bir sağlık sorunu olduğu ve tüm bireylerde en çok görülen sağlık sorununun hipertansiyon (%36,3), kanser (%27,5) ve insülin direnci (%25,3) olduğu saptanmıştır.

Çalışmaya katılan kişilerden %18,4’ü ilaç kullandığını belirtmiştir. Obez ve normal grubuna göre ilaç kullanma durumu incelendiğinde obez gruptaki kişilerin %23,2’si, normal grubundaki kişilerin ise %13,7’si ilaç kullandıklarını belirtmişlerdir.

Tablo 4.3 Bireylerin sağlık sorunlarına ve ilaç kullanma durumlarına göre dağılımı

Genel Özellikler	Normal (n=190)		Obez (n=190)		Toplam (n=380)		p değeri*
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Hekim Tarafından Tanısı Konulmuş Hastalık							
Var	29	15,3	56	29,5	85	22,4	0,001*
Yok	161	84,7	134	70,5	295	77,6	
Sağlık Sorunları**	(n=29)		(n=62)		(n=91)		
Hipertansiyon	3	10,3	30	15,8	33	36,3	0,000*
Hiperlipidemi	1	3,4	5	2,6	6	6,6	0,215
İnsülin Direnci	8	27,6	15	7,9	23	25,3	0,196
Romatizma	2	6,9	0	0	2	2,2	0,499
Kalp hastalığı	1	3,4	1	0,5	2	2,2	1,000
Kanser	14	48,3	11	5,8	25	27,5	0,833
İlaç Kullanım Durumu							
Kullanan	26	13,7	44	23,2	70	18,4	0,024*
Kullanmayan	164	86,3	146	76,8	310	81,6	

* $p < 0,05$ Bağımsız gruplar t testi, **Tanısı konulmuş kişiler birden çok yanıt verebilmiştir ve hastalık yüzdeleri N sayısına göre hesaplanmıştır

4.2. Bireylerin Genel Beslenme Alışkanlıkları

Bireylerin öğün alışkanlıklarını değerlendirmek amacıyla toplanan veriler Tablo 4.4’de özetlenmiştir. Normal ve obez bireylerin oluşturduğu gruplarda günde bir ana öğün atlayan bireyler bulunmakta olup, normal grubundaki bireylerin %27,6’sı öğün atlamakta, %29,5’i öğün atlamamakta ve %42,9’u bazen öğün atlamaktadır. Obez grubundaki bireylerin %24,2’si öğün atlarken, %36,3’ü öğün atlamamakta ve %39,5’i ise bazen öğün atlamaktadır. Normal ve obez grubundakilerin en çok atlanan öğünün sırasıyla %58,7 ve %33,7 ile öğlen öğünü olduğu görülmektedir. Bunu takip eden ve atladıklarını belirttikleri bir diğer öğün ise kahvaltı olup normal grubundakilerin %32,9’u obez grubundakilerin %22,1’i bu

öğünü atlamaktadırlar. Öğün atlama nedenlerinden zaman yetersizliği nedeniyle öğün atladığını %42,6 ile normal grubundakiler söylerken %25,8 ile obez grubundakiler söylemektedir. İkinci en yüksek yüzde her iki grup içinde eşit olup %22,6 ile canım istemediği için maddesidir. Normal grubunun %58,7'si sağlıklı beslendiğini düşünürken obez grubunda bu yüzde %41,3'tür.

Tablo 4.4. Bireylerin ana öğün tüketim durumlarına yönelik alışkanlıklarına göre dağılımları

Ara veya Ana öğün Durumu	Normal (n=190)		Obez (n=190)		Toplam (n=380)		p değeri*
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Ana öğün atlama durumu							
Evet atlarım	59	31,1	46	24,2	105	27,6	0,016*
Hayır atlamam	43	22,6	69	36,3	112	29,5	
Bazen atlarım	88	46,3	75	39,5	163	42,9	
Atlanan öğün							
Kahvaltı	48	32,9	42	22,1	89	33,8	0,628
Öğle	85	58,7	64	33,7	148	56,3	1,000
Akşam	14	8,4	15	7,4	26	9,9	0,839
Öğün atlama nedenleri **							
Zaman Yetersizliği	81	42,6	49	25,8	130	34,2	0,000*
Hazırlanmadığı için	9	4,7	3	1,6	12	3,2	0,140
Canı istemiyor	43	22,6	43	22,6	86	22,6	1,000
Geç kalıyor	12	6,3	15	7,9	27	7,1	0,690
Zayıflamak istiyor	6	3,2	6	3,2	12	3,2	1,000
Alışkanlığı yok	18	9,5	12	6,3	30	7,9	0,342
Sağlıklı beslendiğini düşünme durumu							
Evet	111	58,7	78	41,1	189	49,7	0,001*
Hayır	79	41,8	112	58,9	191	50,3	

* $p < 0,05$ Bağımsız gruplar t testi ** Ana öğün atlama durumuna 'Evet atlarım' ve 'Bazen atlarım' diyen kişiler Öğün atlama nedenlerine bir veya birden fazla yanıt vermişlerdir

4.3. Bireylerin Ağırlık Sorunu

Bireylerin kilolu olduğunu düşünüp düşünmeme durumları, kilo almalarını tetikleyen özel bir neden olup olmama durumları ve gece uyanıp yemek yeme alışkanlıklarının olup olmama durumu incelenmiş ve Tablo 4.5’de verilmiştir.

Tablo 4.5 Bireylerin kendi değerlendirmelerine göre ağırlık durumu

Ağırlık Durumu	Normal (n=190)		Obez (n=190)		Toplam (n=380)		p değeri*
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Ağırlık sorunu							
Var	48	25,3	142	74,7	196	51,6	0,000*
Yok	142	74,7	48	25,3	184	48,4	
Kilo almayı tetikleyen neden							
Var	51	26,8	93	48,9	144	37,9	0,000*
Yok	139	73,2	97	51,1	236	62,1	
Gece kalkıp yemek yeme alışkanlığı							
Var	32	16,8	36	18,9	68	17,9	0,353
Yok	158	83,2	154	81,1	312	82,1	
Kilo sorunu süre (yıl)	5,22±3,97		12,23±9,19		10,60±8,79		

* p<0,05 Bağımsız gruplar t testi

Normal ağırlıktaki bireylerin %25,3’ü kilo sorunu bulunduğunu belirtirken; obez gruptaki kişilerin %74,7’si kilo sorunu bulunduğunu belirtmiştir. Gece kalkıp yemek yeme alışkanlıkları bulunma durumu incelendiğinde normal gruptaki bireylerin %16,8’inde obez grubundaki bireylerin ise %18,9’unda bu alışkanlığın bulunduğu saptanmıştır. Bireylerin kilo sorunu yaşama sürelerine bakıldığında obez gruptaki bireylerin (12,23±9,19 yıl) normal gruba (5,22±3,97 yıl) göre bu sorunu daha uzun süredir yaşadıkları görülmektedir.

4.4. Bireylerin Psikolojik Durum ve İştah İlişkisi

Bireylerin duygusal stres durumunda (üzgün, yorgun, heyecanlı vb.) besin alımında/iştahta oluşabilecek değişiklikler ve stres durumunda tüketilmeyi tercih ettikleri besin grupları Tablo 4.6’da verilmiştir.

Tablo 4.6 Bireylerin stress durumu (üzgün, yorgun, heyecanlı vb.) ile besin alımı arasındaki ilişki durumu

Stres durumu ve besin alımı	Normal (n=190)		Obez (n=190)		Toplam (n=380)		p değeri
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Stres durumunda							
Artar	42	22,1	89	46,8	131	34,5	0,003*
Azalır	102	53,7	53	27,9	155	40,8	
Değişmez	46	24,2	48	25,3	94	24,7	
Stres Durumunda Tüketilen besinler**							
Fast Food	17	8,9	13	6,8	30	7,9	0,284
Kuruyemiş	17	8,9	20	10,5	37	9,7	0,365
Meyve	8	4,2	22	11,6	30	7,9	0,006*
Çikolata	27	14,2	24	12,6	51	13,4	0,382
Tatlı besinler/içecekler	20	10,5	29	15,3	49	12,9	0,110
Yüksek karbonhidratlı/nişastalı besinler (Pilav, makarna, Börek vb.)	11	5,8	38	20,0	49	12,9	0,000*

* p<0,05 Bağımsız gruplar t testi

Stress durumunda (üzgün, yorgun, heyecanlı vb.) bireylerin iştahlarında görülen artışın obez grupta (%46,8) normal gruba göre (%22,1) daha fazla olduğu görülürken iştahda azalmanın ise tam tersi olarak normal grupta (%53,7) obez grubuna göre (%27,9) daha fazla olduğu saptanmıştır.

Stres durumunda en çok tüketilen ve tercih edilen besinler incelendiğinde, tüm gruplar içinde sırasıyla en çok tüketilen besinlerin çikolata (%13,4) , tatlı yiyecek ve içecekler (%12,9) ve yüksek karbonhidratlı/nişastalı besinler (pilav, makarna, börek vb.) (%12,9) olduğu görülmektedir. Tercih edilen bu besinlerin sıralaması, obez grupta aynı benzer bulunmuştur (çikolata %12,4 , tatlı yiyecek ve içecekler %15,3 ve yüksek karbonhidratlı/nişastalı besinler %20,0). Normal olan grupta besin tercihinde ilk iki sıralama aynı kalırken üçüncü sırada yüksek yağlı yiyeceklerin (fastfood/kuruyemişler %17,8) yer aldığı görülmüştür.

4.5. Bireylerin Fiziksel Aktivite Durumu

Bireylerin fiziksel aktivite ve düzenli egzersiz yapma durumları ile tercih edilen egzersiz türlerine göre dağılımı Tablo 4.7’de verilmiştir.

Tablo 4.7 Bireylerin fiziksel aktivite ve egzersiz yapma durumlarına göre dağılımları

Egzersiz yapma durumu	Normal (n=190)		Obez (n=190)		Toplam (n=380)		P değeri
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Düzenli egzersiz yapma durumu							
Yapıyor	46	24,2	33	17,4	79	20,8	0,064
Yapmıyor	144	75,8	157	82,6	301	79,2	
Egzersiz türü	(n=46)		(n=33)		(n=79)		
Fitness (kardiyo vb)	10	21,8	2	6,06	12	25,0	
Yürüyüş	16	34,8	28	84,9	44	55,7	
Futbol	1	2,2	1	3,03	2	2,5	
Jogging/ Koşma	5	10,9	1	3,03	6	7,6	
Yüzme	2	4,3	1	3,03	3	3,7	
Yoga, pilates vb.	5	10,9	-	-	5	6,4	
Vücut geliştirme	3	6,5	-	-	3	3,7	
Dans, jimnastik	4	8,7	-	-	4	5,1	

* p<0,05 Bağımsız gruplar t testi

Tüm grupları oluşturan bireylerin çoğunluğu egzersiz yapmaya engel herhangi bir durum olmamasına rağmen düzenli egzersiz yapmama durumu %79,2 gibi yüksek oranlarda (obez grupta %82,6 normal grupta %75,8) bulunmuştur. Her iki grupta da egzersiz türü olarak en çok tercih edilen egzersiz türü yürüyüştür (%55,7).

Çalışmaya katılan bireylerin günlük fiziksel aktiviteleri ve günlük ortalama süreleri Tablo 4.8’de verilmiştir.

Tablo 4.8. Bireylerin günlük ortalama fiziksel aktivite süreleri

Fiziksel Aktivite Süreleri ($\bar{X} \pm SS$)	Normal (n=190)	Obez (n=190)	Toplam (n=380)
Egzersiz yapma süresi (saat/hafta)	1,56±0,96	0,85±1,46	1,44±1,13
Uyku süresi (saat/gün)	7,52±1,56	7,62±1,720	7,57±1,64
TV izleme (saat/ gün)	5,89±3,83	7,45±4,11	6,66±4,04
Ayakta ofis işleri (saat/ gün)	8,72±3,51	7,94±3,36	8,26±3,44
Ayakta ev işleri (saat/ gün)	3,58±2,73	2,84±1,90	3,2±2,36
Yavaş yürüme (saat/ gün)	1,54±1,09	1,41±0,95	1,48±1,03
Hızlı yürüme (saat/ gün)	1,39±0,85	1,26±0,73	1,31±1,13

Çalışmaya katılan bireylerin ortalama uyku süreleri 7,57±1,64 saat, oturarak geçirdikleri (TV izleme vb.) süre 6,66±4,04 saat ve toplam egzersiz süreleri 1,44±1,13 saat olarak saptanmıştır. Obez grupta yer alan bireylerin oturarak geçirdikleri süre (7, 5±4,11 saat) normal gruba göre (5,9±3,83 saat) daha fazla, egzersiz süresi (obez grp. 0,85±1,46 saat, normal grb. 1,56±0,96 saat) ise daha düşük bulunmasına karşın bu fark istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır ($p>0,05$).

4.6. Bireylerin Günlük Besin Tüketim Durumları

Çalışmaya katılan bireylerin cinsiyetlere göre günlük ortalama aldıkları enerji miktarları ve besin ögesi miktarları ve günlük önerileri (DRI) karşılama yüzdeleri tablo 4.9’da ve tablo 4.10’da verilmiştir.

Her iki grupta yer alan erkek bireylerin diyetle enerji ve besin ögeleri alımları karşılaştırıldığında diyetle alınan kolesterol miktarları (normal grb. 178,13±144,59 mg, obez grb. 224,05±148,13 mg. $p= 0,011$ $p<0,05$) dışında, kadın bireylerde ise enerji ve besin ögeleri alımı açısından hiçbir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.9 Bireylerin diyetle aldıkları enerji ve besin öğeleri ortalamaları

Enerji ve besin öğeleri	Normal (n=190)		Obez (n=190)		P1	P2
	Erkek $\bar{X} \pm SS$ (en az- en fazla)	Kadın $\bar{X} \pm SS$ (en az-en fazla)	Erkek $\bar{X} \pm SS$ (en az-en fazla)	Kadın $\bar{X} \pm SS$ (en az-en fazla)		
Enerji (kkal/gün)	1530,76±781,6	1526,94±771,69	1568,76±755,61	1539,50±823,31	0,756	0,190
Karbonhidrat(g/gün)	150,77±93,78	155,67±95,17	151,12±94,81	150,36±100,82	0,982	0,283
Karbonhidrat (enj %)	41,17±10,28	41,19±12,52	39,47±10,48	39,09±11,59	0,989	0,815
Protein (g/gün)	59,92±32,76	64,62±35,87	59,06±27,61	67,59±41,70	0,372	0,100
Protein (enj%)	16,52±6,13	17,50±4,46	17,53±5,72	18,44±5,90	0,211	0,279
Yağ (g/gün)	72,43±37,32	69,76±38,60	65,54±27,59	71,40±38,07	0,644	0,227
Yağ (enj %)	42,21±7,90	40,93±10,44	41,89±8,16	42,58±9,68	0,377	0,815
Doymuş yağasitleri (g)	44,36±23,36	41,08±18,27	42,65±22,78	40,62±2,23	0,643	0,868
TDYA (g)	24,81±13,69	22,75±11,42	25,66±14,42	24,07±14,71	0,704	0,455
ÇDYA (g)	20,21±12,85	17,31±10,37	17,25±8,45	17,22±10,60	0,091	0,979
Kolesterol (mg)	178,13±144,59	243,01±177,99	224,05±148,13	240,196±223,02	0,011*	0,559
Posa (g/gün)	15,48±7,98	15,72±8,16	12,78±5,16	14,35±8,17	0,848	0,117

ÇDYA: Çoklu doymamış yağ asitleri, TDYA : Tekli doymamış yağ asitleri **P1:** erkek bireyler arasındaki fark, **P2:** Kadın bireyler arasındaki fark *p<0,05

Tablo 4.9. Bireylerin diyetle aldıkları enerji ve besin öğeleri ortalamaları (devamı)

Vitaminler	Normal (n=190)		Obez (n=190)		P ₁	P ₂
	Erkek ($\bar{X} \pm SS$)	Kadın ($\bar{X} \pm SS$)	Erkek ($\bar{X} \pm SS$)	Kadın ($\bar{X} \pm SS$)		
A vitamini (mg)	135,61±83,14	167,78±335,40	153,47±281,94	146,08±102,17	0,651	0,540
E vitamini (mg)	17,60±11,01	16,16±9,47	17,22±9,77	19,63±12,46	0,821	0,024*
B ₁ vitamini (mg)	0,58±0,36	0,507±0,32	0,47±0,17	0,58±0,30	0,011*	0,882
B ₂ vitamini (mg)	51,59±25,99	59,52±37,56	53,05±26,11	61,90±54,64	0,351	0,380
B ₆ vitamini (mg)	1,03±0,46	1,046±0,50	0,88±0,37	1,00±0,48	0,028*	0,528
B ₁₂ vitamini (mcg)	4,738±0,99	3,273±2,26	6,129±1,43	5,839±14,29	0,456	0,086
Folik asit (mcg)	207,90±95,82	215,49±108,53	160,90±64,67	185,76±89,38	0,000*	0,028*
C vitamini (mg)	89,04±57,21	79,41±58,35	72,53±48,88	73,99±53,25	0,050	0,475
Sodyum (mg)	159,04±82,28	153,87±72,41	134,13±47,46	149,53±73,53	0,026*	0,663
Potasyum (mg)	80,58±39,69	83,95±40,59	74,30±26,69	82,19±40,28	0,231	0,750
Kalsiyum (mg)	45,19±26,12	45,69±23,90	40,34±16,54	48,68±28,67	0,179	0,403
Magnezyum (mg)	195,93±112,96	181,61±80,99	160,77±61,16	195,85±93,28	0,012*	0,229
Fosfor (mg)	121,82±40,93	129,67±60,27	112,56±40,93	130,95±70,36	0,241	0,885
Demir (mg)	84,37±41,96	90,60±49,04	80,53±30,90	86,73±58,14	0,503	0,594
Çinko (mg)	159,04±82,28	153,87±72,41	134,13±47,46	149,53±73,53	0,026*	0,663

P₁: Erkek bireyler arasındaki fark, P₂: Kadın bireyler arasındaki fark *p<0,05

Tablo 4.10. Bireylerin DRI'ya göre enerji ve besin öğeleri gereksinimlerini karşılama yüzdeleri (%)

Enerji ve besin öğeleri	Normal (n=190)		Obez (n=190)		P1	P2
	Erkek $\bar{X} \pm SS$	Kadın $\bar{X} \pm SS$	Erkek $\bar{X} \pm SS$	Kadın $\bar{X} \pm SS$		
Enerji (kkal/gün)	59,47±30,36	70,55±29,77	60,95±29,36	73,33±41,02	0,756	0,564
Karbonhidrat(g/gün)	50,14±24,46	14,77±3,67	42,71±26,57	14,48±4,57	0,982	0,602
Protein (g/gün)	59,92±32,76	98,88±50,69	59,06±27,61	111,65±70,79	0,305	0,122
Yağ (g/gün)	100,83±51,18	117,52±51,02	103,52±54,74	120,29±69,13	0,751	0,734
ÇDYA (g)	105,09±67,46	139,88±70,92	91,37±59,40	126,31±73,61	0,172	0,169
Posa (g/gün)	48,11±26,99	60,95±30,59	50,13±24,46	63,97±33,86	0,618	0,490

*P₁: erkek bireyler arasındaki fark, P₂: Kadın bireyler arasındaki fark *p<0,05*

Tablo 4.10. Bireylerin DRI'ya göre enerji ve besin ögeleri gereksinimlerini karşılama yüzdeleri (%) (Devam)

Vitaminler	Normal (n=190)		Obez (n=190)		P ₁	P ₂
	Erkek ($\bar{X} \pm SS$)	Kadın ($\bar{X} \pm SS$)	Erkek ($\bar{X} \pm SS$)	Kadın ($\bar{X} \pm SS$)		
A vitamini (mg)	121,86±253,87	134,48±82,95	129,36±217,26	161,64±270,04	0,840	0,296
E vitamini (mg)	130,21±89,29	121,01±65,36	110,49±71,30	108,60±61,86	0,120	0,155
B ₁ vitamini (mg)	43,31±22,59	44,68±19,72	47,93±26,93	47,78±29,24	0,250	0,352
B ₂ vitamini (mg)	77,10±45,65	82,38±36,71	89,97±61,62	98,35±82,06	0,146	0,078
B ₆ vitamini (mg)	74,35±39,67	86,03±34,59	80,45±35,79	93,26±47,26	0,307	0,194
B ₁₂ vitamini (mcg)	197,41±342,67	136,39±94,00	255,39±573,07	243,30±601,23	0,456	0,086
Folik asit (mcg)	44,72±20,80	43,12±18,90	53,79±25,57	52,44±26,66	0,017*	0,004*
C vitamini (mg)	75,87±62,28	87,64±53,94	90,25±58,86	92,19±70,17	0,136	0,589
Sodyum (mg)	155,60±75,31	140,04±59,71	151,99±69,00	152,84±77,25	0,752	0,169
Potasyum (mg)	32,29±12,92	35,80±18,42	32,17±15,73	36,40±14,50	0,957	0,794
Kalsiyum (mg)	47,14±27,55	46,66±22,89	55,41±27,83	51,01±29,36	0,062	0,220
Magnezyum (mg)	42,87±22,51	56,69±22,86	44,31±21,95	58,07±30,18	0,685	0,702
Fosfor (mg)	122,31±57,86	113,73±47,30	136,80±59,17	129,02±70,17	0,122	0,068
Demir (mg)	83,65±43,74	45,44±18,76	90,27±49,30	49,94±70,18	0,377	0,201
Çinko (mg)	82,55±48,50	84,40±42,23	90,90±50,92	94,12±69,47	0,294	0,204

ÇDYA: Çoklu doymamış yağ asitleri, P₁: Erkek bireyler arasındaki fark, P₂: Kadın bireyler arasındaki fark *p<0,05

Normal grupta yer alan erkeklerin enerji alımları ortalama $1530,76 \pm 781,60$ kkal/gün iken obez erkeklerin $1568,76 \pm 755,61$ kkal/gün olarak tespit edilmiştir. Obez erkekler günlük önerilen enerji alımının $\%60,95 \pm 29,36$ normal kilodaki erkekler ise $\%59,47 \pm 30,36$ 'sını, karşıladıkları tespit edilmiştir. Normal grupta yer alan kadınların enerji alımları ortalama $1526,94 \pm 771,69$ kkal/gün iken obez kadınların $1539,50 \pm 823,31$ kkal/gün olarak tespit edilmiştir. Obez kadınlar günlük önerilen enerji alımının $\%73,33 \pm 41,02$ 'sini normal kilodaki kadınların ise $\%70,55 \pm 29,77$ 'sini; sağladığı tespit edilmiştir. Enerjinin yanısıra normal kilodaki erkekler günlük önerilen karbonhidrat alımının $\%50,14 \pm 24,46$ 'sını, proteinin $\%59,92 \pm 32,76$ 'sini, yağın $\%100,83 \pm 51,18$ 'ini, ÇDYA'nın $\%105,09 \pm 67,46$ 'sını ve posa ihtiyacının $\%48,11 \pm 26,99$ 'unu karşılamıştır. Obez gruptaki erkekler ise günlük önerilen karbonhidrat alımının $\%42,71 \pm 26,57$ 'sini, proteinin $\%59,06 \pm 27,61$ 'ini, yağın $\%103,52 \pm 54,74$ 'ünü, ÇDYA'nın $\%91,04 \pm 59,40$ 'ını ve posa ihtiyacının $\%50,13 \pm 24,46$ 'sını karşılamıştır. Normal kilodaki kadınlar günlük önerilen karbonhidrat alımının $\%14,77 \pm 3,67$ 'sini, proteinin $\%98,88 \pm 50,69$ 'unu, yağın $\%117,52 \pm 51,02$ 'sini, ÇDYA'nın $\%139,88 \pm 70,92$ 'sini ve posa ihtiyacının $\%60,95 \pm 30,59$ 'unu karşılamıştır. Obez gruptaki kadınlar günlük önerilen karbonhidrat alımının $\%14,48 \pm 4,57$ 'sini, proteinin $\%111,65 \pm 70,79$ 'unu, yağın $\%120,29 \pm 69,13$ 'ünü, ÇDYA'nın $\%126,31 \pm 73,61$ 'ini ve posa ihtiyacının $\%63,96 \pm 33,86$ 'sını karşılamıştır.

Çalışmaya katılan tüm bireylerin DRI'a göre A, B₁₂, E vitamini ve fosfor, sodyum mineral gereksinmelerinin $\%100$ 'den fazlasını karşıladıkları, B1, folik asit vitaminleri ve kalsiyum, magnezyum mineralleri gereksinmesinin ise ancak yaklaşık yarısını karşılayabildikleri dikkat çekmektedir. DRI'a göre vitamin ve minerallerin karşılama yüzdeleri arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$) (Tablo 4.10).

Tablo 4.11.'de bireylerin cinsiyetlere göre Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Yeme Tutum Ölçeği (EAT-40) ve CSÖE ölçeklerinden aldıkları ortalama puanları ve

tablo 4.12’de de ölçeklerin puan sınıflamaları verilmiştir. Bireylerin bu ölçeklerden aldıkları minimum ve maximum değerler prantez içinde belirtilmiştir.

Her iki grupta yer alan erkek bireylerin BDÖ puanları ortalamaları birbirine benzer (Normal grb. $8,99 \pm 7,77$ ve obez grb.’ta $7,31 \pm 6,90$) olup minimum düzeyde depresyon düzeyinde yer aldıkları görülmektedir ($p > 0,05$). Normal grupta yer alan erkek bireylerin BDÖ puanları 0-39 puan arasında dağılırken, obez grupta bu dağılım 0-31 puan arasındadır. Bu yüksek dağılım (özellikle 8puan ve üzeri) her iki grupta da minimum depresyon belirtilerinin yanısıra şiddetli depresyonda olan bireylerin de var olduğunu göstermektedir ($p > 0,05$) (Tablo 4.11). Çalışmaya katılan kadınların BDÖ puanları ortalamaları birbirine benzer (Normal grb. $8,36 \pm 6,62$ ve obez grb.’ta $7,85 \pm 8,68$) olup daha çok minimum düzeyde depresyon düzeyinde yer aldıkları görülmektedir ($p > 0,05$). Normal grupta yer alan kadınların BDÖ puanları 0-27 puan arasında dağılırken, obez grupta bu dağılım 0-47 puan arasındadır. Bu yüksek dağılım (özellikle 8puan ve üzeri) her iki grupta da minimum depresyon belirtilerinin yanısıra şiddetli depresyonda olan bireylerin de var olduğunu özellikle obez kadınlarda şiddetli depresyon belirtilerinin daha fazla görüldüğünü göstermektedir. Ancak bu fark istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır ($p > 0,05$). Şiddetli depresyon görülme oranı tüm bireylerde erkeklerde %2,5 (normal grb. %2,9, obez grb.’de %2,2) kadınlarda ise % 1,4 (normal grb. %0,0, obez grb.’de %3,1) olarak saptanmıştır ($p > 0,05$, Tablo 4.12).

Tablo 4.11 Bireylerin Beck depresyon (BDÖ), EAT-40 ve CSÖE göre ortalama puanları ($\bar{X} \pm SS$) (en alt-en üst)

Değişkenler	Normal(n=190) ($\bar{X} \pm SS$) (en alt-en üst)	Obez (n=190) ($\bar{X} \pm SS$) (en alt-en üst)	Toplam (n=380) ($\bar{X} \pm SS$) (en alt-en üst)	p değeri*
BDÖ				
Erkek	8,99±7,77 (0-39)	7,31±6,90 (0-31)	8,02±7,31 (0-39)	0,301
Kadın	8,36±6,62 (0-27)	7,85±8,68 (0-47)	8,14±7,59 (0-47)	0,624
Toplam	8,59±7,04 (0-39)	7,59±7,85 (0-47)		0,885
EAT-40				
Erkek	19,28±9,47 (4-69)	21,18±8,15 (8-54)	20,37±8,76 (4-69)	0,171
Kadın	18,81±8,27 (5-47)	21,67±10,58 (7-75)	20,09±9,45 (5-75)	0,027*
Toplam	18,98±8,70 (4-69)	21,43±9,44 (7-75)		0,941
CSÖE				
Erkek	91,97±13,01 (56-112)	88,15±13,81 (46-106)	89,86±13,55 (46-112)	0,097
Kadın	85,66±15,58 (32-114)	86,70±13,47 (50-108)	86,13±14,64 (32-114)	0,634
Toplam	88,09±14,93 (32-114)	87,40±13,62 (46-108)		0,018*

BDÖ: Beck depresyon ölçeği, EAT-40: Yeme Tutum Ölçeği, CSÖE: Copper Smith Özsaygı Envanteri

* p<0,05 Bağımsız gruplar t testi

Yeme tutum testi ölçeği sonuçlarına göre erkeklerin EAT-40 puan ortalamaları 20,37±8,76, kadınların ise 20,09±9,45 olarak belirlenmiştir. EAT-40 puan dağılımları erkeklerde 4-69 arasında değişirken kadınlarda bu değer 75'e kadar çıkmaktadır. Bu durumda her iki grupta da yeme bozuklukları görülmektedir. Yeme bozukluğu görülme oranı tüm erkek bireylerde %9,9 (normal grb. %8,7, obez grb.'de %10,8, p>0,05) kadınlarda ise % 9,9 (normal %9,1, obez %17,5) olarak

saptanmıştır. Obez kadınlarda daha yüksek oranda görülen yeme bozukluğu istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p < 0,05$, Tablo 4.12).

Çalışmaya katılan bireylerin CSÖE (coopersmith özsaygı envanteri) puanları ortalaması erkeklerde $89,86 \pm 13,55$ (46-112 puan) ve kadınlarda $86,13 \pm 14,64$ (32-114) puan olup özsaygılarının genel olarak yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 4.11). Normal grupta yer alan erkek bireylerde özsaygı puanı yüksek olanların oranı (%94,7) obez gruba (%86,8) göre daha yüksek iken kadınlarda bunun tam tersi bir durum gözlenmiş obez gruptaki kadınların özsaygıları (%88,9) normal gruba göre (%86) daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.12). Coopersmith testi sonuçlarına göre çalışmaya katılan normal gruptaki erkeklerin %5,3'ü kadınların ise %14'ü benlik saygıları düşük olarak saptanırken; obez grubundaki erkeklerde bu oran %13,2 ve kadınlarda %11 olarak saptanmıştır. Çalışmaya katılan tüm bireyler içinde erkeklerin %9,6'sı kadınlarında %12,7'sinde benlik saygıları düşük olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.12).

Tablo 4.13'de çalışmaya katılan bireylerin cinsiyet, eğitim durumu, gelir durumu gibi genel özelliklerine göre yeme bozukluğu ve özsaygı durumu incelenmiştir. Çalışmaya katılan kişilerin %15,6'sında yeme davranış bozukluğu saptanmıştır. Yeme davranış bozukluğu olan kişilerin çoğunluğunu kadınlar (% 63,6) oluşturmaktadır. Çalışmaya katılan bireylerin eğitim durumları ile yeme bozukluğu durumu incelendiğinde yeme bozukluğunun lise ve üniversite mezunlarında (%65,9) daha çok görüldüğü belirlenmiştir. Yeme bozukluğu olan bireylerin %27,3'ünün ilkokul, %34,1'inin ortaokul-lise mezunu ve %38,6'sının üniversite mezunu olduğu görülmektedir. Yeme bozukluğu gözlenen bireylerin %66,7'sinin gelir düzeyinin ≥ 2.000 TL olduğu ve daha çok evli bireylerde (%68,2) görüldüğü belirlenmiştir (Tablo 4.13).

Çalışmaya katılan kişilerin %6,6'sında belirlenen özsaygı düşüklüğünün cinsiyete göre dağılımı incelendiğinde daha çok kadın bireylerde (%64) olması dikkat çekicidir. Özsaygısı düşük olan kişilerin çoğunluğunu lise (%48) ve üniversite

(%46,9) mezunları oluşturmaktadır. Öz saygısı düşük olan kişilerin çoğunluğu evli (%56) olup gelir düzeyleri $\geq 2.000\text{TL}$ olduğu (%55) belirlenmiştir.



Tablo 4.12 Bireylerin depresyon (BDÖ), EAT-40 ve CSÖE düzeylerine göre sınıflandırılması

BDÖ, EAT-40, CSÖE Değerlendirme	Normal (n=190)				Obez (n=190)				Toplam (n=380)			
	Erkek		Kadın		Erkek		Kadın		Erkek		Kadın	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Beck Depresyonu Ölçeği Sınıflama												
Minimum (0-9 puan)	44	63,8	76	62,8	64	67,7	72	74,2	108	66,0	148	67,9
Hafif (10-16 puan)	14	20,3	27	22,3	21	22,6	14	14,4	35	21,6	41	18,8
Orta (17-29 puan)	9	13,0	18	14,9	6	6,5	8	8,2	15	9,3	26	11,9
Şiddetli (30-63 puan)	2	2,9	-	-	2	2,2	3	3,1	4	2,5	3	1,4
EAT-40												
Yeme davranış bozukluğu yok	63	91,3	110	90,9	83	89,2	80	82,5	146	90,1	190	87,1
Yeme davranış bozukluğu var	6	8,7	11	9,1	10	10,8	17	17,5	16	9,9	28	12,9
CSÖE sınıflandırması												
Benlik Saygısı puanı düşük	4	5,3	16	14	12	13,2	11	11,1	16	9,6	27	12,7
Benlik Saygısı puanı yüksek	72	94,7	98	86	79	86,8	88	88,9	151	90,4	186	87,3

Tablo 4.13 Bireylerin genel özelliklerine göre yeme davranış bozukluğu ve özsaygı durumu sınıflaması dağılımı

Bireylerin Genel Özellikleri	Yeme bozukluğu yok		Yeme bozukluğu var		Özsaygı Düşük		Özsaygı Yüksek	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Cinsiyet								
Erkek	146	90,1	16	9,9	9	36,0	132	44,0
Kadın	163	88,1	28	63,6	16	64,0	168	56,0
Eğitim Durumu								
Okur Yazar Değil	2	0,9	-	-	-	-	1	0,3
Okur Yazar	3	1,2	-	-	-	-	2	0,7
İlkokul	39	11,7	12	27,3	1	4,0	38	12,8
Ortaokul	27	8,1	3	6,8	1	4,0	22	7,4
Lise	104	31,1	12	27,3	12	48,0	90	30,2
Üniversite	127	38,0	17	38,6	9	38,9	116	38,9
Yüksek Lisans	27	7,1	-	-	2	8,0	24	8,1
Doktora	5	1,3	-	-	-	-	5	1,7
Gelir Durumu								
2.000 TL altı	45	30,8	7	33,3	9	45,0	89	33,6
2.000-6.000 TL	85	58,2	10	47,7	10	50,0	143	54,0
6.000 TL üstü	16	11,0	4	19,0	1	5,0	33	12,5
Medeni Durumu								
Evli	93	56,4	15	68,2	14	56,0	176	59,1
Bekar	72	43,6	7	31,8	11	44,0	122	40,9
BKİ (kg/m²)								
≤ 25 kg/m ²	64	38,3	11	50,0	12	48,0	149	49,7
≥ 30 kg/m ²	103	61,7	11	50,0	13	52,0	151	50,3

Tablo 4.14. Bireylerin yeme davranış bozukluğu durumu ile enerji ve makro besin öğeleri alımlarının karşılaştırılması ($\bar{X} \pm SS$)

Enerji ve besin öğeleri	Yeme Bozukluğu olan		Yeme Bozukluğu olmayan		p1	p2
	Erkek (n=146)	Kadın (n=190)	Erkek (n=16)	Kadın (n=28)		
Enerji	1430,9±629	1541,39±815	1808,7±907	1472,37±636	0,031*	0,668
Karbonhidrat	143,71±76,3	153,57±101,4	177,9±131,4	151,6±67,4	0,328	0,383
Protein	58,96±30,2	66,68±39,8	63,71±26,7	60,91±28,0	0,512	0,460
Yağ	66,62±30,8	70,83±38,5	85,38±39,9	68,16±37,1	0,026*	0,731

*p1: Erkek bireyler arasındaki fark, p2: Kadın bireyler arasındaki fark *p<0,05*

Yeme bozukluğu olan erkeklerin ortalama enerji (1430,9±629 kal) ve yağ alımları (66,62±30,8g) yeme bozukluğu olmayan bireylere göre (1808,7±907 kal, 85,38±39,9g) daha düşük olup bu fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0,05$). Yeme bozukluğu olan kadınlarda ise durum tam tersi olarak enerji ve makro besin öğeleri alımı daha fazla olmasına karşın fark istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır ($p>0,05$). Yeme bozukluğu olan kadınların ortalama enerji alımları 1541,39±814 kal, protein alımları 66,68±39,8g ve yağ alımları 70,83±38,5g iken; yeme bozukluğu olmayan kadınların enerji alımları 1472,37±636,60kal, protein alımları 60,91±28,03g, yağ alımları 68,16±37,07g olarak saptanmıştır (Tablo 4.14).

Depresyon sınıflamasına göre bireylerin enerji ve makro besin öğeleri alımlarının karşılaştırılması Tablo 4.15’de verilmiştir. Erkek bireylerde en yüksek karbonhidrat (42,33g) ve enerji (1649 kal) alımı orta şiddette depresyonda (17-29 puan) olan bireylerde gözlenmiştir. Kadınlarda en yüksek karbonhidrat alımı (43,85g) orta şiddetli depresyonda görülürken, en yüksek enerji alımı (1630kal) şiddetli depresyonda olan kadınlarda gözlemlenmiştir. Kadınlarda depresyon sınıflamalarına göre aldıkları karbonhidrat miktarları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur.

Tablo 4.15 Depresyon belirtileri sınıflamasına göre bireylerin enerji ve makro besin ögeleri alımlarının karşılaştırılması ($\bar{X} \pm SS$)

Enerji ve besin ögeleri	Minimum (0-9 puan)		Hafif (10-16 puan)		Orta (17-29 puan)		Şiddetli (30-63 puan)		p1	p2
	Erkek	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek	Kadın		
Enerji	1514,4	1529,8	1243,6	1510,2	1648,9	1571,8	1438,4	1630,3	0,136	0,986
CHO	40,28	40,97	38,77	36,07	42,33	43,85	39,00	31,67	0,722	0,036
Protein	61,31	66,40	54,84	67,61	59,27	59,41	56,31	76,81	0,734	0,783
Yağ	70,10	68,20	59,53	76,24	76,36	72,15	71,20	90,84	0,275	0,506

*p1: Erkek bireyler arasındaki fark, p2: Kadın bireyler arasındaki fark *p<0,05*

4.7. Bireylerin Yeme Tutum Ölçeği Faktör Analizi

Faktör analizi, bir grup değişken arasında ilişkilere dayanarak verilerin daha anlamlı ve özet bir biçimde sunulmasını sağlayan çok değişkenlerin açıklandığı boyutların belirlenmesinde kullanılmaktadır (89). Faktör analizi uygulanırken bazı kurallar vardır. Bu kurallar sırasıyla anti-image matrisinin oluşturulması, Kaser-Meyer-Olkin (KMO) testinin ve Bartlett Testlerinin hesaplanmasıdır. Soruların Anti-image değerlerinin 0,50'den yüksek olması, Bartlett testi anlamlılık seviyesinin 0,05 seviyesinden düşük olması ve KMO değerinin 0,50'den yüksek olması gereklidir. Bartlett ve KMO testleri ön koşul olup test sınır değerlerinin geçilmemesi durumunda faktör analizine devam edilemez. Anti-image değeri düşük olan sorular ise analizden çıkartılır (90). Bu üç aşamadan sonraki adım ise, değişkenler arasındaki ilişkileri en yüksek derecede temsil edecek en az sayıda faktör elde edileceğine karar verilirken Özdeğer istatistiğine (Initial Eigen Values) bakılmaktadır. Özdeğer istatistiğinin 1 değerinden büyük olduğu durumlarda faktör anlamlı olarak kabul edilmekte olup 1 değerinden küçük olduğunda faktörler dikkate alınmamaktadır (91).

Faktör analizi yapıldıktan sonra faktörlerin güvenilirlik testleri yapılmalıdır. (92). Güvenirlik analizinin istatistiksel değeri Cronbach α (Alpha) değeri ile ölçülmektedir. Cronbach α değeri 0,70 ve üzeri değer aldığı anda faktörün güvenilir olduğu anlamına gelmektedir ancak 0,60 sınırı da kullanılabilir (91).

Yukarıda verilen bilgilerden hareketle modelde kullanılan ölçeğe faktör analizi ve güvenilirlik analizi uygulanmıştır. Yeme Tutumu kavramının alt

boyutlarını tespit etmek amacıyla faktör analizi yapılmıştır. Yeme Tutum ölçeği ‘Yiyecek ile aşırı uğraşma’, ‘İnceliğe-zayıflığa ilişkin beden imgesi’, ‘Kusma ve laksatif kullanımı’, ‘Rejim yapma’, ‘Yavaş yeme örüntüsü’, ‘Gizli, el altından yeme’ ve ‘Kilo almak için yapılan sosyal baskıların algılanması’ yedi alt boyuttan oluşmaktadır. Öncelikle veri setinin faktör analizine uygunluğunun test edilmesi için, Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) örneklem yeterliliği testi ve Bartlett küresellik testi uygulanmış, KMO değeri 0,50’nin üzerinde olduğu ve Bartlett testi de 0,05 önem derecesinde anlamlı olduğundan veri seti faktör analizine uygun bulunmuştur (KMO=0,627, $\chi^2_{\text{Bartlett test}}(28)=806,147$, $p=0,000$). Tablo 4.16’da faktör analizi sonuçlarına yer verilmiştir.

Tablo 4.16. Yeme tutumu ölçeği faktör analizi sonuçları

Faktörün Adı	Soru ifadesi	Faktör Ağırlıkları	Güvenilirlik	Faktörün Açıklayıcılığı %
Rejim yapma	Perhiz yaparım	0,866	0,748	29,080
	Diyet (perhiz) yemekleri yerim	0,863		
	Şişmanlama düşüncesi zihnimi meşgul eder	0,688		
	Şişmanlamaktan ödüm kopar	0,569		
Gizli, el altından yeme	Yemek yemeyi durduramadığım zamanlar olur	0,876	0,754	21,404
	Aklım fikrim yemektedir	0,868		
Yavaş yavaş yeme örüntüsü	Yemeklerimi yemek başkalarınınkinden daha uzun sürer	0,856	0,628	18,239
	Yiyeceğimi küçük küçük parçalara bölerim	0,847		

Yapılan faktör analizi sonucunda Yeme Tutumu ölçeği 3 alt boyutta ayrılmıştır. Boyutlar Rejim yapma, Gizli, el altından yeme ve Yavaş yavaş örüntüsü olarak adlandırılmıştır. Yapılan güvenirlik testi sonuçları sırasıyla 0,748, 0,754 ve 0,628 olarak bulunmuştur. Yani Cronbach α değeri 0,60-0,70 ve üzeri değer alındığında faktörün güvenilir olduğu anlamına gelmektedir.

Tablo 4.17’de yeme tutumu faktörleri ile yapılan fark testi sonuçları yer almaktadır. Yeme tutumu faktörleri ile yapılan fark testi sonucunda **‘rejim yapma’** ve **‘yavaş yavaş yeme örüntü’** faktörlerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Normal ve obez erkek bireylerin **“rejim Yapma”** boyutundaki farkları istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p=0,012$). Likert ölçeği (6’lı) ile yapılan ölçümde 1=Daima, 6=Hiçbir zaman olarak kodlandığından normal gruptaki bireylerin **“rejim yapma”** ortalaması 5,3431 olup obez grubu erkeklerinin ortalaması 4,8913’dür. Bu sonuçlar normal grupta yer alan erkek bireylerin obez gruptakilere göre daha fazla rejim yapma eğiliminde olduğunu göstermektedir. **“Gizli, el altında yeme”** alt boyutu her iki grupta da hem kadın hemde erkek bireylerde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Normal ve obez grubu kadınlar arasında **“yavaş yavaş yeme örüntüsünde”** istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmuştur ($p=0,007$). Bu durum normal grupta yer alan kadınların (3,7479) obez kadınlara (4,3144) göre daha fazla **“yavaş yavaş yeme örüntüsü”** sahip olduklarını göstermektedir ($p<0,05$).

Tablo 4.17. Bireylerin yeme tutumu ölçeği alt boyutlarının karşılaştırılması

Yeme Tutumu Faktörleri	Normal		Obez		P ₁	P ₂
	Erkek	Kadın	Erkek	Kadın		
Rejim yapma	5,34±0,99	4,61±1,18	4,89±1,26	4,38±1,21	0,012	0,172
Gizli, el altından yeme	5,21±1,12	4,93±1,23	5,09±0,99	4,74±1,33	0,558	0,274
Yavaş yavaş yeme	4,37±1,54	3,75±1,47	4,49±1,69	4,31±1,59	0,645	0,007*

P₁: erkek bireyler arasındaki fark, P₂: Kadın bireyler arasındaki fark *p<0,05

4.8. Bireylerin Fiziksel Aktivite Yapma Durumu ile Depresyon ve Yeme Davranış Bozuklukları Arasındaki İlişki

Fiziksel aktivite yapma durumu ile depresyon ve yeme davranış bozuklukları görülme durumu arasında negatif yönlü bir ilişki beklenmektedir. Yapılan analiz sonucunda fiziksel aktivite yapma durumu ile yeme davranışı arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Tablo 4.18. Bireylerin EAT-40 ve BDÖ Karşılaştırması

Fiziksel Aktivite	Fiziksel Aktivite Yapan		Fiziksel Aktivite Yapmayan		P ₁	P ₂
	Normal	Obez	Normal	Obez		
EAT-40	23,76±11,6	19,11±8,6	20,94±8,8	18,94±8,7	0,120	0,912
BDÖ	8,72±8,6	9,39±7,8	7,35±7,6	8,32±6,7	0,362	0,375

Fiziksel aktivite yapan veya yapmayan obez ve normal grubuna dahil kişiler EAT-40 ve BDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır.

5. TARTIŞMA

Bu çalışma, normal ve obez yetişkin bireylerin beslenme durumlarını karşılaştırarak, obezite ile depresyon, yeme davranış bozukluğu ve benlik saygısı arasındaki ilişkinin saptanması amacıyla yapılmıştır. Çalışmaya İstanbul'da özel bir hastaneye başvuran beden kütle indeksi (BKİ)'ne göre 190 obez ve 190 normal (normal BKİ sahip) birey olmak üzere toplam 380 gönüllü yetişkin birey katılmıştır.

5.1. Bireylerin Genel Özelliklerinin Değerlendirilmesi

Bireylerin normal ve obez grup ayırımında cinsiyet, yaş, eğitim durumu, gelir durumu, medeni durumları ve çocuk sahibi olma durumları Tablo 4.1'de verilmiştir. Araştırmaya 218'i kadın (%57,4) ve 162'si erkek (%42,6) olmak üzere 380 birey katılmıştır. Türkiye İstatistik Kurumu 2015 verilerine göre Türkiye nüfusunun %56,2'si kadın %43,8'i erkeklerden oluşmaktadır (93). Bu veriler ışığında araştırmaya katılan bireylerin cinsiyet dağılımı nüfusa oranla paralellik göstermektedir. TÜİK 2015 verilerine göre Türkiye nüfusunun %19,1'i lise %13,9'u üniversite mezunudur (93). Çalışmaya katılan bireylerin eğitim durumlarına bakıldığında %31,1'i Lise %37,9'u üniversite mezunlarından oluşmaktadır (Tablo 4.1.). Bu veriler doğrultusunda bireylerin eğitim düzeyleri TÜİK 2015 verilerine oranla daha yüksek bulunmuştur. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'nın Türkiye'deki evlilik tercihleri (2015) üzerine yaptığı çalışmada nüfusun %34,9'u bekar %65,1'i evlidir. Tablo 4.1'de görüleceği gibi araştırmaya katılan bireylerde bekar olanların oranı %39 iken evli olanların oranı %61'dir. Yapılan çalışma ile araştırma verileri paralellik göstermektedir

Obezite majör bir halk sağlığı sorunu olup en yaygın beslenme hastalığıdır (1). Obezitenin tip2 diyabet, hipertansiyon, kardiyovasküler ve serebrovasküler hastalıklar ve kanser gibi birçok kronik hastalık ile ilişkili olup tip2 diyabetin (DM) %80'ninden, iskemik kalp hastalıklarının %35'inden, hipertansiyonun %55'inden sorumlu olduğu düşünülmektedir (2-5). Bu çalışmaya katılan tüm bireylerin

%22,4'ünde hekim tarafından tanısı konulmuş bir hastalığı olduğu %77,6'sının ise herhangi bir hastalığının olmadığı saptanmıştır. (Tablo 4.3). Obezitenin bir hastalık olarak global değerlendirmesi düşünüldüğünde (1-5) bu çalışmadaki obez bireylerde (%29,5) normal gruba göre (%15,3) daha fazla sağlık sorununa sahip olmaları beklenen bir sonuçtur. Obezitenin diyabet, hipertansiyon, kardiyovasküler ve serebrovasküler hastalıklar gibi birçok hastalığa zemin hazırlayıcı etkisine paralel olarak bu çalışmadaki obez grupta da en çok görülen hastalıkların hipertansiyon (%15,8), insülin direnci (%7,9) ve kanser (%5,8) olduğu belirlenmiştir.

5.2. Bireylerin Genel Beslenme Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi

Güncel araştırmalarda bireylerin günlük ana ve ara öğün sayısının ve düzenin obezite üzerinde etkili olduğu belirtilmektedir (94,95). Onbeş çalışmayı kapsayan bir meta analiz çalışmasında, öğün sıklığının vücut yağ oranı ve yağsız vücut kitlesi arasındaki ilişkisi incelenmiştir. Araştırma sonucunda, öğün tüketim sıklığı ile vücut yağ oranı ve yağ miktarı ile negatif, yağsız vücut oranı ile pozitif ilişkili olduğu rapor edilmiştir (96). Benzer bir çalışmada (97) öğün sayısı ile BKİ arasındaki ilişki incelenmiş ve <3 öğün tüketen bireylerin, >6 öğün tüketen bireylere göre BKİ değerlerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

İspanya'da yapılan ara öğün tüketimi ile obezite arasındaki ilişki inceleyen bir kohort çalışmasında bireylerin %34,6'sının ara öğün yaptığı, ara öğün tüketen bireylerin, tüketmeyen bireylere göre obezite gelişimi açısından daha fazla risk taşıdığı bulunmuştur. Ayrıca ara öğün yapan bireylerde sağlıklı besin tercihinin obezite ve metabolik sendrom riskini arttırdığı buna karşın ara öğünlerde sağlıklı besin tercihin obezite riskini azaltabileceği belirtilmiştir (98).

Yapılan araştırmalarda ana öğün atlama durumu ile kilo alımı ve obezite arasında ilişki olduğu saptanmıştır (99,100). Amerika'da 20 yaş üzeri bireyler üzerinde yapılan bir araştırmada; erkeklerde %23'ünün, kadınlarda %20'sinin öğle yemeklerini atladıkları tespit edilmiştir (99). Horikawa ve arkadaşlarının (100), yapmış 19 çalışmayı içeren bir meta analizde, kahvaltı öğünü atlama durumu ile obezite ve şişmanlık arasında pozitif korelasyon olduğu bulunmuştur.

Yukarıda verilen çalışmaların sonuçları bu çalışmanın öğün alışkanlıkları ilgili verileri ile benzer bulunmakla birlikte öğün atlama ile obezite arasındaki ilişki önemli bulunmamıştır. Aksine normal grupta yer alan bireylerin (% 31,1) obez bireylere göre (%24,2) daha fazla öğün atladıkları saptanmıştır. Ençok atlanan öğün her iki grupta da öğle öğünü olduğu belirlenmiştir. Öğün atlama ile ilgili olarak her iki grup arasında gözlenen bu farklar istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır ($p<0,05$). Ayrıca obez bireylerin öğün atlama oranı normal bireylere göre düşük olmasına karşın gece yemek yeme alışkanlıklarının yüksek olması (%18,9) ve ara öğünlerde daha yağlı ve karbonhidratlı besin tüketmeleri arasındaki bu farkı etkileyerek ağırlık artışı etkilediği düşünülmektedir.

5.3. Bireylerin Psikolojik Durum ve İştah İlişkisi Değerlendirilmesi

Duygu durumuyla ilintili olan yemek yeme davranışı yani ‘emosyonel yeme’ olarak tanımlanan durum (anksiyete, neşe, üzüntü, öfke gibi farklı duygular hissetmesiyle) ile besin tercihleri, porsiyon miktarı ve sıklığı arasında bir ilişki olduğu bilinmektedir (19,22). Duygu durumu ile obezite arasındaki ilişki bu çalışmada incelenmiş ve sonuçta obez grupta yer alan her iki cinsteki bireylerde stress altında iken normal gruptaki bireylere göre daha fazla besin tükettikleri ve iştah artışı (%46,8) olduğu gösterilmiştir.

Yeme davranışı motor, bilişsel, sosyal, duygusal ve çevresel faktörlerden etkilenen bir olgudur. Obez bireylerde anksiyete durumu ve yeme tutumu arasında bir ilişki olduğu düşünülmektedir. Tezcan’ın çalışması (19) obez kişilerin anksiyete yaratan durumlarla karşılaştıklarında normal kilolu kişilere göre daha fazla yemek yeme eğiliminde olduklarını göstermektedir. Obez bireylerde günlük stres kaynakları ile ortaya çıkan sabahları iştahsızlık, geceleri uykusuzluk ve yeme dürtüsü saptanmıştır. Bu tür davranışların stresle başlayıp stres sona erinceye kadar devam ettikleri gözlemlenmiştir. Obezite ve olumsuz yeme tutumu arasındaki pozitif ilişki Değirmenci (22) tarafından da önceki çalışmayı ve bu çalışmanın sonuçlarını destekler niteliktedir.

Stress ve duygusal durum değişikliği bireylerin besin seçimini ve kalitesini etkileyen faktörler arasındadır. Stres ile besin tüketimi arasındaki ilişkiyi saptamaya yönelik çalışmalarda da duygu durum değişikliği ile benzerlik gösterdiği, stres türüne bağlı besin alımında artış veya azalma olduğu belirtilmektedir (101,102). Bizim çalışmamızdan elde ettiğimiz veriler bu çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Buna göre normal gruptaki bireylerin %22,1'i, obez bireylerin ise %46,8'si stres gibi duygusal durum değişikliklerinin besin alımını artırıcı etkisi olduğunu belirtmişlerdir. Stres durumunda tükettikleri besin tercihlerine bakıldığında ise; normal grupta yer alan bireylerin %30,5'i obez bireylerin ise %47,9'nun çikolata, tatlı yiyecek ve içecekler ve yüksek karbonhidratlı besinlere yöneldiği görülmektedir.

5.4. Bireylerin Fiziksel Aktivite Durum Değerlendirilmesi

Epidemiyolojik çalışmalarda düzenli fiziksel aktivitenin; obezite, tip II DM, kardiyovasküler hastalıklar ve bu hastalıklara bağlı erken ölümlerin önlenmesinde etkili rol oynadığı belirtilmektedir (103,104). Çin Ulusal Sağlık ve Beslenme Araştırması çerçevesinde bireylerin fiziksel aktivite düzeyleri ile obezite arasındaki ilişki incelenmiştir. Çalışma sonunda fiziksel aktivite düzeylerine göre sedanter, düşük, orta ve yüksek düzey aktivite yapan bireylerin oranı sırasıyla; %12, %14, %20 ve %54 olarak bulunmuştur. Obezite görülme oranı ise sırasıyla; %10, %7, %6 ve %5 olarak saptanmış ve fiziksel aktivite düzeyi ile obezite görülme sıklığı arasında negatif bir ilişki bulunmuştur (103).

Çalışmamızda bireylerin fiziksel aktivite durumları genel olarak değerlendirildiğinde her iki gruptaki bireylerin de sedanter bir yaşam sürdüğü anlaşılmaktadır. Beklenildiği gibi normal grupta bulunan bireylerde (%24,2) düzenli egzersiz yapma oranı obez bireylerden (%17,4) daha yüksek bulunmuştur ($p>0,05$). Obez grupta yer alan bireylerin oturarak geçirdikleri süre ($7, 5\pm4,11$ saat) normal gruba göre ($5,9\pm3,83$ saat) daha fazla, egzersiz süresi (obez grp. $0,85\pm1,46$ saat, normal grb. $1,56\pm0,96$ saat) ise daha düşük bulunmasına karşın bu fark istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır ($p>0,05$). Ancak bu sonuçlar düzenli fiziksel aktivite ve obezite arasındaki negatif ilişkinin varlığını destekler niteliktedir.

5.5. Bireylerin Enerji ve Besin Ögesi Alımlarının Değerlendirilmesi

Genel olarak batı tarzı beslenme şeklinin hakim olduğu ülkelerde fast-food benzeri sağlıksız besin tercihinin ve dışarda yemek yeme sıklığının artması gibi faktörlere bağlı olarak bireylerin diyetle günlük enerji alımları artmaktadır. Obezite ve beslenme alışkanlıkları arasındaki ilişkiyi saptamaya yönelik yapılan araştırmalarda, yüksek enerjili diyet tüketimlerinin yetersiz aktivite düzeyi ile birlikte obezite ve metabolik sendrom görülme sıklığını arttırdığı belirtilmektedir (105,106).

Enerjinin büyük bir kısmını karşılayan karbonhidrat miktarı ve türü ile diyetin yağ miktarı ve türü ile obezite risk faktörleri ile yakından ilişkilidir. Yüksek glisemik indeks ve glisemik yüke sahip diyetler obezite, diyabet ve kardiyovasküler hastalıklar riskini arttırırken, düşük glisemik indekse sahip tam tahıl içeren diyetlerin bu hastalıkların gelişimini engellediği rapor edilmektedir (107). Yine diyetle alınan yağ miktarının artması ağırlık artışı ve vücut yağ oranını etkileyerek obezite riskini artıran faktörlerden birisidir (108). Obezite ile diyet protein alımı arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalarda birbirinden farklı sonuçlar ve öneriler sunulmuştur. Bazı araştırmalarda diyetle yüksek protein alımının (%25-30) obezite, insülin direnci, dislipidemi, hipertansiyon üzerine olumlu etkisi saptanırken, bazı araştırmalarda ise yüksek protein tüketiminin bu hastalıklar üzerinde olumsuz etkilerinden bahsedilmiştir (109).

Çalışmamızda yukarıda verilen bilgilere dayanarak obez bireylerin yer aldığı grubun enerji, karbonhidrat ve yağ alımlarının normal gruptan daha yüksek olması beklenmekle birlikte sonuçların farklı olduğu görülmüştür. Obez ve normal erkek bireylerin enerji ve besin öğeleri alımları karşılaştırıldığında posa (normal grb. $15,48 \pm 7,98$ g, obez grb. $12,78 \pm 8,16$ p= 0,026 p<0.05) ve yağ alımları (normal grb. $72,43 \pm 37,32$ g, obez grb. $65,54 \pm 27,59$ p= 0,037 p<0.05) dışında kadın bireylerin ise sadece çoklu doymamış yağ (ÇDYA) alımları (normal grb. $17,31 \pm 10,37$ g, obez grb. $17,22 \pm 10,60$ p= 0,006 p<0.05) dışında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmamıştır (p>0,05).

Diyet posası, obezitenin kontrol altına alınmasında önemli rol oynamaktadır. Tokluk sağlaması nedeniyle kilo kontrolü, kan şekeri regülasyonu ve kardiyovasküler hastalıklar üzerinde pozitif etkisi bulunmaktadır. Günlük diyetle alınması önerilen miktar 25-35g/gün'dür (110). Bu çalışmada bireylerin posa alımları değerlendirildiğinde sadece erkek bireylerin posa alımları arasındaki (normal grb. $15,18 \pm 7,51$ g, obez grb. $12,85 \pm 5,68$ p=0,026 p<0.05) fark önemli bulunmuştur. Besin tüketim kaydının bir günlük olması, genellikle bireylerin besin tüketimine yönelik olarak doğru beyanda bulunmamaları, tükettikleri besinlerle ilgili ayrıntıların verilmemesi veya sıkılmaları besin tüketim değerlendirmelerinde sınırlılık yaratmıştır. Her iki grup arasında çok fazla farklılık olmamasını bu nedenlere bağlayabiliriz.

5.6. Bireylerin Beck Depresyon, CSÖE ve Yeme Tutum Durumları Değerlendirmesi

Depresyon, psikiyatrik bozuklukların içerisinde en çok görülen rahatsızlık olup, obeziteye bağlı en çok rastlanan psikolojik sorunlar arasında da yer almaktadır (21). Çalışmaya katılan kişilerin Beck Depresyon Ölçeğinden aldıkları puanlarının ortalama ve standart sapma değerlerine bakıldığında; Normal grubunda yer alan bireylerin 0-39 arasında puanlar alırken, Obez grubundakilerin 0-47 puan aralığında değerler aldıkları bulunmuştur. Her iki grubun maksimum değerleri kıyaslandığında çalışmaya katılan obez bireylerin daha depresif olduğu söylenebilmektedir. Obezite ve depresyonun birbirini beslemekte olduğu literatürde yapılan çalışmalarda da tespit edilmiştir (12, 13, 14).

Bu çalışmada her iki grupta yer alan bireylerin BDÖ puanları ortalamaları birbirine benzer (Normal grb. $8,59 \pm 7,04$ ve obez grb.'ta $7,59 \pm 7,85$) olup minimum düzeyde depresyon düzeyinde yer aldıkları görülmektedir (p>0,05). Normal grupta yer alan bireylerin BDÖ puanları 0-39 puan arasında dağılırken, obez grupta bu dağılım 0-47 puan arasındadır. Bu yüksek dağılım (özellikle 8puan ve üzeri) her iki grupta da minimum depresyon belirtilerinin yanısıra şiddetli depresyonda olan bireylerin de var olduğunu göstermektedir (p>0,05). Şiddetli depresyon belirtilerinin

özellikle obez kadınlarda daha fazla görülmesi depresyon-obezite arasındaki neden sonuç ilişkisini desteklemektedir ($p>0,05$). Aynı zamanda istatistiksel olarak önemli bulunmamasına karşın obez bireylerin Beck depresyon puanları normal gruba göre daha yüksek bulunmuştur. Depresyon semptomlarındaki artışın obezite riskini artırdığı, BKİ'deki artışın da depresif semptomları artırdığı güçlü bir ilişkiyle kanıtlanmış ve çift yönlü bir ilişki gösterilmiştir (42). Obezite ve depresyon arasındaki ilişki kadınlarda erkeklere göre daha güçlü olmakla birlikte daha fazla çalışmayla desteklenmelidir (6). Ancak yapılan çalışmalarda kadınlarda obezite ve depresyon arasında ilişki erkeklere göre daha fazladır (42,44). Araştırma kapsamında elde edilen bilgiler literatürde yapılan çalışmalarla paralellik göstermektedir.

Yeme tutum testi ölçeği sonuçlarına göre erkeklerin puan ortalamaları $20,37\pm 8,76$, kadınların ise $20,09\pm 9,45$ olarak belirlenmiştir. Yeme tutum testi ölçeği puan dağılımları erkeklerde 4-69 arasında değişirken kadınlarda bu değer 75'e kadar çıkmaktadır. Bu durumda her iki grupta da yeme bozuklukları görülmektedir. Yeme bozukluğu görülme oranı tüm erkek bireylerde %9,9 (normal grb. %8,7, obez grb.'de %10,8, $p>0,05$) kadınlarda ise % 9,9 (normal %9,1, obez %17,5) olarak saptanmıştır. Obez kadınlarda daha yüksek oranda görülen yeme bozukluğu istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p< 0,05$, Tablo 4.12). Araştırmaya katılan normal grupta yer alan bireylerin yeme tutum testi ölçeği ortalama değerlerinin obez grubunda yer alan bireylerin ortalama değerlerinden daha düşük olduğu bulunmuştur. Cinsiyet ayrımı yapıldığında da aynı fark görülmektedir. Çalışma sonucu ortaya çıkan sonuçlar, literatürdeki araştırmaları destekler niteliktedir. Yeme tutumunu etkileyen faktörler arasında ilk olarak yaş ve cinsiyet gelmektedir (57, 58).

Yeme Tutumu faktörleri ile yapılan fark testi sonucunda 'Rejim yapma' ve 'Yavaş yavaş örüntü' faktörlerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Normal grupta yer alan erkek bireyler ile obez bireylerin "Rejim Yapma boyutunda" fark bulunmuştur ($p=0,012$). Altılı likert ölçeği ile yapılan ölçümde 1=Daima, 6=Hiçbir zaman olarak kodlandığından Normal grubunun rejim yapma ortalaması 5,3431 olup Obez grubu erkeklerinin ortalaması 4,8913'dür. Buna göre normal grupta yer alan erkek bireylerin, obez grubundaki erkeklere göre daha fazla rejim

yapma eğiliminde olduğu görülmektedir. “Yavaş yavaş yeme örüntüsü” nde normal ve obez grubu kadınlar arasında fark bulunmuştur ($p=0,007$). Normal gruptaki kadınlar (3,75) obez grubundaki kadınlara (4,31) göre daha fazla yavaş yavaş yeme örüntüsü yapmaktadırlar. Çalışma sonucu ortaya çıkan sonuçlar, literatürdeki araştırmaları destekler niteliktedir. Yeme Tutumu faktörleri ile yapılan fark testi sonucunda özellikle obez kadınlarda tutarlılığı yüksek olması yeme tutumunu etkileyen faktörler arasında gelen cinsiyet farklılığı hipotezini destekler yönündedir (57, 58).

Obezitenin depresyon riskini artırıcı etkisinin yanısıra beden hoşnutsuzluğunu artırarak benlik saygısını azaltıcı etkileri bulunmaktadır. Obez bireylerde genellikle düşük beden saygısı ve olumsuz beden algısı birlikte görülmekle beraber hangisinin neden hangisinin sonuç olduğu tartışmaları devam etmektedir. Bazı obez bireylerde benlik saygısındaki azalma etiyolojik faktör olarak ele alınırken, bazı obez bireylerde de obezitenin bir sonucu olarak gösterilmektedir (12).

Yetişkinlerde yapılan çalışmaların büyük çoğunluğunda obezite ile benlik saygısının azalması arasında doğrusal ilişki olduğu bildirilmektedir (17, 18). Obez bireylerde depresyon ve benlik saygısı düzeylerini incelemek amacıyla gerçekleştirilen bir çalışmada Rosenberg (18) obezlerin %42,5’inin depresif olduğunu, ve %58,6’sının benlik saygısının düşük olduğu tespit edilmiştir. Bir başka çalışmada (17) da obez vakalarda normal bireylere göre obeziteye yatkınlığın daha fazla, benlik saygılarının ise daha düşük olduğu gözlemlenmiştir. Ülkemizde Tezcan (19) tarafından gerçekleştirilen çalışmada da, obez bireylerde kontrol grubuna göre benlik saygısı düzeyinin anlamlı derecede düşük olduğu saptanmıştır.

Bu çalışmada ise Coopersmith testi sonuçlarına göre çalışmaya katılan normal gruptaki erkeklerin %4,3’ü kadınların ise %8,3’ü benlik saygıları düşük olarak saptanırken; obez grubundaki erkeklerde bu oran %6,5 ve kadınlarda %6,2 olarak saptanmıştır. Çalışmaya katılan tüm bireyler içinde erkeklerin %5,5’i kadınlarında %7,3’ünde benlik saygıları düşük olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.12).

Çalışmaya katılan kişilerin %6,6'sında belirlenen özsaygı düşüklüğünün daha çok kadın bireylerde (%64) olması dikkat çekicidir.

5. SONUÇLAR

Normal ve obez yetişkin bireylerin beslenme durumlarını ve antropometrik ölçümlerini karşılaştırarak, depresyon ve yeme davranış bozukluğu oluşumunda yer alan olası diyetel faktörleri ve diyet bileşimini belirlemek, obezite ile depresyon, yeme davranış bozukluğu ve benlik saygısı arasındaki ilişkinin saptanması amacıyla yapılan bu çalışmada elde edilen sonuçlar aşağıda özetlenmiştir.

1. Bu çalışmanın örneklemini İstanbul'da özel bir hastaneye başvuran ve diyet polikliniğine yönlendirilen 19-65 yaş grubu normal (n=190) ve obez (n=190) toplam 380 gönüllü birey oluşturmuştur.
2. Araştırmaya katılan bireylerin 218'i kadın (%57,4) ve 162'si erkek (42,6)'tır.
3. Obez grubundaki bireylerin yaş ortalaması $44,0 \pm 11,20$ yıl (erkeklerin $43,2 \pm 10,83$, kadınların $44,8 \pm 11,56$ yıl), normal grubundaki bireylerin yaş ortalaması ise $33,9 \pm 10,14$ yıldır (erkeklerin $35,3 \pm 10,66$, kadınların $33,1 \pm 9,78$ yıl).
4. Normal gruptaki bireylerinin %61'i çocuk sahibi olmadıkları buna karşılık obez grubundaki bireylerinin %77,4'ünün çocuk sahibi olduğu saptanmıştır.
5. Normal gruptaki kadın bireylerin gebelik sayıları ortalaması $1,85 \pm 0,903$ iken obez grubundakilerinin $2,47 \pm 1,25$ olduğu saptanmıştır.
6. Normal gruptaki bireylerin %15,3'ünde, obez bireylerin %29,5'de ve tüm bireyler içinde %22,4'nde bir sağlık sorunu olduğu ve en çok görülen sağlık sorununun hipertansiyon (%36,3), kanser (%27,5) ve insülin direnci (%25,3) olduğu saptanmıştır.
7. Normal grupta yer alan bireylerin %31,1'si öğün atlarken, obez grubundaki bireylerin %24,2'si öğün atlamaktadır.

8. Bireylerin kilo sorunu yaşama süreleri incelendiğinde obez gruptaki bireylerin ($12,23 \pm 9,19$ yıl) normal gruba ($5,22 \pm 3,97$ yıl) göre bu sorunu daha uzun süredir yaşadıkları görülmektedir.
9. Stress durumunda (üzgün, yorgun, heyecanlı vb.) bireylerin iştahlarında görülen artışın obez grupta (%46,8) normal gruba göre (%22,1) daha fazla olduğu görülürken iştahta azalmanın ise tam tersi olarak normal grupta (%53,7) obez grubuna göre (%27,9) daha fazla olduğu saptanmıştır.
10. Çalışmaya katılan bireylerin stres durumunda en çok tükettikleri ve tercih ettikleri besinler sırasıyla çikolata (%13,4) , tatlı yiyecek ve içecekler (%12,9) ve yüksek karbonhidratlı/nişastalı besinler (Pilav, makarna, Börek vb.) (%12,9) olduğu belirlenmiştir.
11. Tüm gruplarda egzersiz yapmaya engel herhangi bir durum olmamasına rağmen düzenli egzersiz yapmama durumu %79,2 gibi yüksek oranlarda (obez grupta %82,6 normal grupta %75,8) bulunmuştur. Her iki grupta da egzersiz türü olarak en çok tercih edilen egzersiz türü yürüyüştür (%55,7).
12. Obez grupta yer alan bireylerin oturarak geçirdikleri süre ($7,5 \pm 4,11$ saat) normal gruba göre ($5,9 \pm 3,83$ saat) daha fazla, egzersiz süresi (obez gr. $0,85 \pm 1,46$ saat, normal grb. $1,56 \pm 0,96$ saat) ise daha düşük bulunmasına karşın bu fark istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır ($p > 0,05$).
13. Her iki grupta yer alan erkek bireylerin enerji ve makro besin öğeleri alımları karşılaştırıldığında kolesterol (normal grb. $178,13 \pm 144,59$ mg, obez grb. $224,05 \pm 148,13$ mg. $p = 0,011$ $p < 0,05$) dışındaki enerji ve makro besin değerinde, kadın bireylerde ise hiçbir enerji ve makro besin değerinde istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).
14. Normal grupta yer alan erkeklerin B1, B6 ve C vitamini, sodyum, magnezyum ve demir alımları ($0,58 \pm 0,3$ mg, $1,03 \pm 0,46$ mg, $89,04 \pm 57,21$ mg, $160,90 \pm 64,67$ mg, $159,04 \pm 82,28$ mg, $195,93 \pm 112,96$ mg ve $84,37 \pm 41,96$ mg) obez gruba göre ($0,47 \pm 0,17$ mg, $0,88 \pm 0,37$ mg, $72,53 \pm 48,88$ mg, $207,90 \pm 95,82$ mg, $134,13 \pm 47,46$ mg, $160,77 \pm 61,16$ mg, $80,53 \pm 30,90$ mg) daha yüksek bulunurken ($p < 0,05$), obez grupta yer alan kadın bireylerde sadece folik asit alımları

- (215,49±108,53mg) normal gruba göre (160,90±64,67mg) önemli düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.10).
15. Çalışmaya katılan tüm bireylerin DRI'a göre A, B12, E vitamini ve sodyum ve fosfor gereksinmelerinin %100'den fazlasını karşıladıkları (A vitamini %152,90±242,77, E vitamini %219,59±133,73, fosfor %124,38±59,11), B1, Folik Asit vitamini , kalsiyum ve magnezyum mineral gereksinmesinin ise (%46,02±24,72, %48,40±23,50, %49,99±26,84, %51,50±25,49) ancak yarısını karşılayabildikleri dikkat çekmektedir.DRI'a göre vitamin ve minerallerin karşılama yüzdeleri arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.10).
 16. Normal grupta yer alan erkek bireylerin BDÖ puanları 0-39 puan arasında dağılırken, obez grupta bu dağılım 0-31 puan arasındadır. Bu yüksek dağılım (özellikle 8puan ve üzeri) her iki grupta da minimum depresyon belirtilerinin yanı sıra şiddetli depresyonda olan bireylerin de var olduğunu göstermektedir ($p>0,05$) (Tablo 4.11).
 17. Normal grupta yer alan kadınların BDÖ puanları 0-27 puan arasında dağılırken, obez grupta bu dağılım 0-47 puan arasındadır. Bu yüksek dağılım (özellikle 8puan ve üzeri) her iki grupta da minimum depresyon belirtilerinin yanı sıra şiddetli depresyonda olan bireylerin de var olduğunu özellikle obez kadınlarda şiddetli depresyon belirtilerinin daha fazla görüldüğünü göstermektedir. Ancak bu fark istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır ($p>0,05$).
 18. Şiddetli depresyon görülme oranı tüm bireylerde erkeklerde %2,5 (normal grb. %2,9, obez grb.'de %2,2) kadınlarda ise % 1,4 (normal grb. %0,0, obez grb.'de %3,1) olarak saptanmıştır ($p> 0,05$, Tablo 4.12).
 19. Yeme tutum testi ölçeği sonuçlarına göre erkeklerin EAT-40 puan ortalamaları 20,37±8,76, kadınların ise 20,09±9,45 olarak belirlenmiştir. EAT-40 puan dağılımları erkeklerde 4-69 arasında değişirken kadınlarda bu değer 75'e kadar çıkmaktadır.Bu durumda her iki grupta da yeme bozuklukları görülmektedir.
 20. Yeme bozukluğu görülme oranı tüm erkek bireylerde %9,9 (normal grb. %8,7, obez grb.'de %10,8, $p>0,05$) kadınlarda ise % 9,9 (normal %9,1, obez %17,5)

olarak saptanmıştır. Obez kadınlarda daha yüksek oranda görülen yeme bozukluğu istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p < 0,05$, Tablo 4.12).

21. Çalışmaya katılan bireylerin CSÖE (coopersmith özsaygı envanteri) puanları ortalaması erkeklerde $89,86 \pm 13,55$ (46-112 puan) ve kadınlarda $86,13 \pm 14,64$ (32-114) puan olup özsaygılarının genel olarak yüksek olduğu görülmektedir (tablo 4.11).
22. Normal grupta yer alan erkek bireylerde özsaygı puanı yüksek olanların oranı (%94,7) obez gruba (%86,8) göre daha yüksek iken kadınlarda bunun tam tersi bir durum gözlenmiş obez gruptaki kadınların özsaygıları (%88,9) normal gruba göre (%86) daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.12).
23. Coopersmith testi sonuçlarına göre çalışmaya katılan normal gruptaki erkeklerin %5,3'ü kadınların ise %14'ü benlik saygıları düşük olarak saptanırken; obez grubundaki erkeklerde bu oran %13,2 ve kadınlarda %11 olarak saptanmıştır. Çalışmaya katılan tüm bireyler içinde erkeklerin %9,6'sı kadınlarında %12,7'sinde benlik saygıları düşük olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.12).
24. Çalışmaya katılan bireylerin eğitim durumları ile yeme bozukluğu durumu incelendiğinde yeme bozukluğunun lise ve üniversite mezunlarında (%65,9) daha çok görüldüğü belirlenmiştir. Yeme bozukluğu olan bireylerin %27,3'ünün ilkokul, %34,1'inin ortaokul-lise mezunu ve %38,6'sının üniversite mezunu olduğu görülmektedir.
25. Yeme bozukluğu gözlenen bireylerin %66,7'sinin gelir düzeyinin ≥ 2.000 TL olduğu ve daha çok evli bireylerde (%68,2) görüldüğü belirlenmiştir (Tablo 4.13).
26. Yeme bozukluğu olan erkeklerin ortalama enerji ($1430,9 \pm 629$ kal) ve yağ alımları ($66,62 \pm 30,8$ g) yeme bozukluğu olmayan bireylere göre ($1808,7 \pm 907$ kal, $85,38 \pm 39,9$ g) daha düşük olup bu fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p < 0,05$). Yeme bozukluğu olan kadınlarda ise durum tam tersi olarak enerji ve makro besin öğeleri alımı daha fazla olmasına karşın fark istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır ($p > 0,05$).
27. Yeme bozukluğu olan kadınların ortalama enerji alımları $1541,39 \pm 814$ kal, protein alımları $66,68 \pm 39,8$ g ve yağ alımları $70,83 \pm 38,5$ g iken; yeme bozukluğu

- olmayan kadınların enerji alımları $1472,37 \pm 636,60$ kal, protein alımları $60,91 \pm 28,03$ g, yağ alımları $68,16 \pm 37,07$ g olarak saptanmıştır (Tablo 4.14).
28. Çalışmaya katılan kişilerin %6,6'sında belirlenen özsaygı düşüklüğünün cinsiyete göre dağılımı incelendiğinde daha çok kadın bireylerde (%64) olması dikkat çekicidir. Özsaygısı düşük olan kişilerin çoğunluğunu lise (%48) ve üniversite (%46,9) mezunları oluşturmaktadır. Öz saygısı düşük olan kişilerin çoğunluğu evli (%56) olup gelir düzeyleri ≥ 2.000 TL olduğu (%55) belirlenmiştir.
29. Depresyon sınıflamasına göre bireylerin enerji ve makro besin öğeleri alımlarının karşılaştırılması Tablo 4.15'de verilmiştir. Erkek bireylerde en yüksek karbonhidrat (42,33g) ve enerji (1649 kal) alımı orta şiddette depresyonda (17-29 puan) olan bireylerde gözlenmiştir. Kadınlarda en yüksek karbonhidrat alımı (43,85g) orta şiddetli depresyonda görülürken, en yüksek enerji alımı (1630kal) şiddetli depresyonda olan kadınlarda gözlemlenmiştir. Kadınlarda depresyon sınıflamalarına göre aldıkları karbonhidrat miktarları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur.
30. Yeme Tutumu faktörleri ile yapılan fark testi sonucunda 'Rejim yapma' ve 'Yavaş yavaş örüntü' faktörlerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0,05$).
31. Normal ve obez erkek bireylerin "**Rejim Yapma**" boyutundaki farkları istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p = 0,012$). Likert ölçeği (6'lı) ile yapılan ölçümde 1=Daima, 6=Hiçbir zaman olarak kodlandığından normal gruptaki bireylerin "**rejim yapma**" ortalaması 5,3431 olup obez grubu erkeklerinin ortalaması 4,8913'dür. Bu sonuçlar normal grupta yer alan erkek bireylerin obez gruptakilere göre daha fazla rejim yapma eğiliminde olduğunu göstermektedir.
32. Yeme Tutumu faktörlerinden "**Gizli, el altında yeme**" alt boyutu her iki grupta da hem kadın hemde erkek bireylerde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p > 0,05$).
33. Normal ve obez grubu kadınlar arasında "**yavaş yavaş yeme örüntüsünde**" istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmuştur ($p = 0,007$). Bu durum normal grupta

yer alan kadınların (3,7479) obez kadınlara (4,3144) göre daha fazla “*yavaş yavaş yeme örüntüsü*” sahip olduklarını göstermektedir ($p<0,05$).

6. ÖNERİLER

Obezite risk faktörlerinin ortaya çıkmasında genetik faktörler, olumsuz beslenme alışkanlıkları ve sedanter yaşam koşulları etkili olmaktadır. Ayrıca obezite ile duygu durum bozuklukları, yeme davranış bozuklukları ve depresyon arasındaki doğrusal ilişki obezitenin oluşumuna neden olabileceği gibi tam tersi olarak obezitenin varlığı ile duygu durum bozuklukları ve depresyon görülebilmektedir.

Obezite risk faktörlerinin kontrol altına alınabilmesi için ilk olarak bireylerin yeterli ve dengeli beslenme eğitimi ile kilo kontrolünün sağlanması, fiziksel aktivite düzeyinin artırılması sağlanmalı ve duygudurum bozuklukları ile ilişkisinin irdelenmesi gerekmektedir.

Bu çalışmanın sonuçları obezite ile depresyon, yeme davranış bozuklukları ve düşük benlik saygısı arasında bir ilişki olduğunu göstermektedir. Buradan yola çıkarak obezitenin önlenmesinde ve tedavisinde multidisipliner bir yaklaşımla psikolojik tedavi, ilaç tedavisi ve beslenme tedavisi eş zamanlı olarak birlikte değerlendirilmelidir. Daha çok hassas gruplarda (adolesanlar, özellikle yetişkin ve yaşlı kadınlar, hasta bireyler,vb.) ve obezitenin yaygın olduğu yaş gruplarında gözlenen duygudurum bozuklukları erken dönemde saptanmalı ve bu bireylerin beslenme durumları değerlendirilmeli (ağırlık kaybı, ağırlık artışı vb.) dir.

Beslenme ve beslenme alışkanlıklarının, sağlık ve yaşam kalitesi adına büyük bir önem taşımaktadır. Bu nedenle gerek depresyon yaşayan gerek stres altında bulunan bireyler medikal ve/veya psikolojik tedaviyi destekleyici nitelikte olan, kendilerine özgü beslenme hakkında bilgilendirilmelidirler.

Bu çalışmadan elde edilen sonuçlar depresyon ve beslenme alışkanlıkları arasındaki ilişki hakkında önemli bilgiler vermekte ve yeni çalışmalar için kaynak olabileceği düşünülmektedir. Beslenme alışkanlıkları ile depresyon arasındaki ilişkiyi belirleyen bu çalışmayı çeşitli yönlerden destekleyecek ve eksik yönlerini tamamlayacak kapsamlı benzer araştırma ve çalışmalar planlanmalıdır.

7. KAYNAKLAR

1. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Obezite - Diyabet ve Metabolik Hastalıklar Daire Başkanlığı. Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı (2014-2017); Ankara 2013. 101.
2. Jousilahti P, Tuomilehto J, Vartiainen E, Pekkanen J, Puska P. Body weight, cardiovascular risk factors, and coronary mortality. 15-year follow-up of middle-aged men and women in eastern Finland. *Circulation*. 1996; 93: 1372–1379.
3. Carey VJ, Walters EE, Colditz GA, Solomon CG, Willett WC, Rosner BA, Speizer FE, Manson JE. Body fat distribution and risk of non-insulin-dependent diabetes mellitus in women. The Nurses' Health Study. *Am J Epidemiol*. 1997; 145: 614–619.
4. Rissanen A, Heliövaara M, Knekt P, Reunanen A, Aromaa A, Maatela J. Risk of disability and mortality due to overweight in a Finnish population. *BMJ*. 1990; 301: 835–837.
5. Han TS, Schouten JSAG, Lean MEJ, Seidell JC. The prevalence of low back pain and association with body fatness, fat distribution and height. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 1997; 21: 600–607.
6. Obesity [Internet]. 2014 [Erişim Tarihi 07.08.2017]. Erişim Adresi: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en>
7. World Health Organization (WHO, 2007). European Charter on Counteracting Obesity, WHO European Ministerial Conference on Counteracting Obesity Conference Report, WHO.

8. Ogden CL, Carroll MD, Kit BK, Flegal KM. Prevalence of Obesity in The United States, 2011-2014. NCHS Data Brief. November 2015; 219:1-8
9. Obezite. [Internet]. 2015 [Erişim Tarihi 10.08.2017]. Erişim adresi http://www.tuik.gov.tr/basinOdasi/haberler/2015_58_20151008.pdf
10. Özgöl N, Tuncer M, Abacıoğlu M, Gültekin M. Prevalence of Obesity Among Women In Turkey: Analysis Of Ketem Data. Asian Pacific J Cancer Prev. 2011; 12: 2401-2404.
11. Ogden CL, Carroll MD, Kit BK, Flegal KM. Prevalence of Obesity in The United States, 2009-2010, NCHS Data Brief. 2012; 82: 1-8
12. Luppino FS, De Wit M.L, Bouvy PF, Stijnen T, Cuijpers P, Pennix B, Zitmann FG. Overweight, Obesity and Depression A Systematic Review and Meta-analysis of Longitudinal Studies. Arch Gen Psychiatry. 2010; 67(3):220-229.
13. Vital and Health Statistics. National Health and Nutrition Examination Survey: Analytic Guidelines 1999–2010, [Internet]. 2013 [Erişim Tarihi 09.10.2017]. Erişim adresi: https://wwwn.cdc.gov/nchs/data/series/sr02_161.pdf
14. Yu NW, Chen CY, Liu CY, Chau YL, Chang CM. Association of Body Mass Index and Depressive Symptoms In A Chinese Community Population: Results From The Health Promotion Knowledge, Attitudes, And Performance Survey In Taiwan. Chang Gung Med J. 2011; 34: 620-27.
15. De Wit LM, Straten AN, Herten MV, Brenda Wjh Penninx And Pim Cuijpers. Depression and Body Mass Index. A U Shaped Association. BMC Public Health. 2009; 9:14.
16. Faith MS., Butryn M., Wadden TA., Fabricatore A., Nguyen AM and Heymsfield SB. Evidence for Prospective Associations Among Depression and Obesity in Population-Based Studies. Obesity Reviews. 2011; 12: E438-E453.
17. Ogden J, Evans C. The problem with weighing: effects on mood, self-esteem and body image. International Journal of Obese Related Metabolic Disorders. 1996; 20 (3): 272-77.
18. Rosenberg M. Conceiving the self, New York Basic Books; 1979.
19. Tezcan B., Obez Bireylerde Benlik Saygısı, Beden Algısı Ve Travmatik Geçmiş Yasantılar [Uzmanlık Tezi]. Istanbul; 2009.
20. Theofilou P. Quality of Life and Self - Esteem in Obese Individuals, Theofilou Et Al. J Obes Weig Los Ther. 2012; 2(1).

21. Pınar R. Obezlerde Depresyon, Benlik Saygısı Ve Beden İmajı: Karşılaştırmalı Bir Çalışma. C.Ü. Hemsirelik Yüksekokulu Dergisi. 2002; 6 (1).
22. Değirmenci T. Obez Eriskinlerde Benlik Saygısı, Yasam Kalitesi, Yeme Tutumu, Depresyon Ve Anksiyete. [Uzmanlık Tezi]. Denizli Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2006.
23. OECD. Obesity Update [Internet].2012 [Erişim Tarihi 18.10.2017]. Erişim adresi: https://wwwn.cdc.gov/nchs/data/series/sr02_161.pdf
24. Yalçın BM, Şahin EM, Yalçın E. Prevalance and Epidermiological Risk Factors of Obesity in Turkey, Middle East Journal of Family Medicine. 2004; 6 (6).
25. Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması-II (TURDEP-II) Çalışması Erişim adresi: http://istanbultip.istanbul.edu.tr/wpcontent/uploads/attachments/021_turdep.2.sosnuclarinin.aciklamasi.pdf
26. Hatemi H, Turan N, Arık N, Yumuk V. Türkiye'de obezite ve hipertansiyon taraması sonuçları (TOHTA), Endokrinolojide Yönelişler Dergisi. 2002;11-16
27. İşeri A, Arslan N, Obesity in Adulth in Turkey: Age and Regional Effects, European. Journal of Public Health. 2009; 19(1): 91-94.
28. Semerci CN, Obezite ve Genetik. Gülhane Tıp Dergisi. 2004; 46(4): 353-359.
29. Altunkaynak BZ, Özbek E, Obezite: Nedenleri ve Tedavi Seçenekleri, Van tıp Dergisi. 2006; 13(4):138-142.
30. Bose K, Bhadra M, Mukhopadhyay. Overweight and Obesity Among Adult Bengalee Hindu Women of Kolkata, India. 2005; Human Ecology Special Issue 13: 77-83
31. İskender M, Tura, G, Akgül Ö, Turtulla S. Orta okul öğrencilerinde aile ortamı, yeme tutumu ve obezite durumları arasındaki ilişki. International Journal of Human Sciences. 2014; 1 (2), 10-26.
32. Isohookana R, Marttunen M, Hakko H, Riipinen P, Riala K. The Impact of Adverse Childhood Experiences On Obesity and Unhealthy Weight Control Behaviours Among Adolescents. Compr Psychiatry. 2016; 71:17-24.
33. Savaş HA, Yumru M, Savaş E. Psikofarmakoterapinin Yol Açtığı Kilo Alımına Karşı İlaçla Tedavi Yaklaşımları. Yeni Symposium Journal. 2007; 1 (45).

34. Cerit C, Yıldız M, Candan S. Psikotik Bozukluğu Olan Ve Antipsikotik İlaç Kullanan Hastalarda Obezite Sıklığı Ve Bir Yılın Sonunda Kilo Değişimi. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni. 2006; 16:233-238.
35. Demirel A, Demirel ÖF, Uğur M. Atipik Antipsikotiklere Bağlı Metabolik Sendrom. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2015; 7(1): 81-97.
36. Helvacı A, Tipi FF, Belen E, Obeziteye Bağlı Kardiyovasküler Hastalıklar, Okmeydanı Tıp Dergisi. 2014; 30 (Ek Sayı1): 5-14.
37. Soteriades ES, Hauser R, Kawachi I, Liarokapis D, Christiani DC and Kales SN. Obesity and Cardiovascular Disease Risk Factors in Firefighters: A Prospective Cohort Study. Obesity Research. 2005; 13(10).
38. Stunkard, AJ, Wadden, TA. Psychological aspects of severe obesity. American Journal of Clinical Nutrition.1992; 55(2): 524S-532S.
39. Karamustafalıoğlu O, Yumrukçal H. Depresyon ve Anksiyete Bozuklukları. Ş.E.E.A.H. Tıp Bülteni. 2011; 45(2): 65-74.
40. Marcus M, Yasamy T, Ommeren M., Chisholm D., Saxena S. Depression. A Global Public Health Concern. [Internet]. 2010 [Erişim tarihi: 12.10.2017], Erişim adresi: http://www.who.int/mental_health/management/depression/who_paper_depression_wfmh_2012.pdf
41. Bodnar LM, Wisner KL, Moses-Kolko E, Sit D, Hanusa B.H. Pregnancy Body Mass Index, Gestational Weight Gain and the Likelihood of Major Depression During Pregnancy. J Clin Psychiatry. 2009; 70(9):1290-96.
42. Yu NW, Chen CY, Liu CY, Chau YL, Chang CM. Association of Body Mass Index and Depressive Symptoms in a Chinese Community Population: Result from the Health Promotion Knowledge, Attitudes, and Performance Survey in Taiwan. Chang Gung Med J. 2011; 34: 620-27.
43. Faith MS, Butryn M, Wadden TA, Fabricatore A, Nguyen AM and Heymsfield SB. Evidence for Prospective Associations Among Depression and Obesity in Population- Based Studies. Obesity Reviews. 2011;(2), 438-53.
44. Quek YH, Tam WWS, Zhang MWB, Ho RCM. Exploring the association between childhood and adolescent obesity and depression: A meta-analysis. Obesity Reviews . 2017; 18 (7): 742–54.

45. Özdel O, Varma GS, Fenkçi S, Değirmenci T, Karadağ F, Oğuzhanoğlu NK, Ateşçi F. Obez Kadınlarda Psikiyatrik Tanı Sıklığı. Klinik Psikiyatri. 2011; (14): 210-217.
46. Molyneaux E, Pasupathy D, Kenny LC., McCowan LME, North RA, Dekker GA, Walker JJ., Baker, L. PN, Poston L, Howard M. Journal Of Affective Disorders Socio-economic status influences the relationship between obesity and antenatal depression: Data from a prospective cohort study. J Affect Disord. 2016; 202: 124–27.
47. Blaine B. Does Depression Cause Obesity A Meta-analysis of Longitudinal Studies of Depression and Weight Control. Journal of Health Psychology. 2008; 13(8) 1190-97.
48. Patton, G.C., Jhonson-Sabire, T., Wood, K. ve ark., Abnormal eating attitudes in London school girls as a perspective epidemiological study: outcome at twelve months follow-up. Psychological Medicine, 1990, 20, 383-394
49. İstatistiklerle Kadın, [Internet]. 2015 [Erişim Tarihi: 20.10.2017]. Erişim adresi: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21519>
50. T.C. Aile Ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Aile Ve Toplum Hizmetleri Genel Müdürlüğü Türkiye’de Evlilik Tercihleri Nisan 2015 [Internet] [Erişim Tarihi: 20.10.2017]. Erişim adresi: <http://ailetoplum.aile.gov.tr/data/54292ce0369dc32358ee2a46/t%C3%BCrkiyede%20evlilik%20tercihleri%20ara%C5%9Ft%C4%B1rmas%C4%B1%202015.pdf>
51. Barut Y. Benlik Kavramı, Büyüme ve Gelişme Benlik Kavramı-Ünite 16. [Internet]. [Erişim Tarihi 11.10.2017]. Erişim adresi: <http://docplayer.biz.tr/53847698-Unite-16-benlik-kavrami.html>
52. 47698-Unite-16-benlik-kavrami.html
53. Hamurcu P, Öner C Telatar B, Yeşildağ Ş. Obezitenin Benlik Saygısı ve Beden Algısı Üzerine Etkisi. Türk Aile Hek Derg. 2015;19(3):122-28.
54. Oyekçin DG, Yıldız D Şahin EM Gür S. Depression and Anxiety in Obese Patients. Türk Jem 2011;15:121-24.
55. Sarısoy G, Atmaca A, Ecemiş G, Gümüş K, Pazvantoğlu O. Obezite Hastalarında Dürtüsellik ve Dürtüsellüğün Beden Algısı ve Benlik Saygısı ile İlişkisi. Anadolu Psikiyatri Derg. 2013; 14:53-61
56. Okumuşoğlu S. Diyet Yapan Kadınlarda Beden Algısı, Benlik Saygısı, Yaş ve Vücut Kitle İndeksi İlişkisinin Araştırılması. Ulakbilge. 2017; 5(13):1171-1181

57. Armağan A. Obez kadınlarda benlik saygısının beden imgesi üzerindeki etkisinde biçimleyici değişkenlerin incelenmesi. [Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul: T.C Okan Üniversitesi; 2013
58. Aytin N. Ergenlerde Yeme Tutumları ile İlgili Sorun Çözme Eğilimleri ve Ebeveynle Bağlanma Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. [Yüksek Lisans Tezi]. Aydın: Adnan Menderes Üniversitesi; 2014
59. Kadioğlu M, Ergün A. Üniversite Öğrencilerinin Yeme Tutumu, Öz Etkililik ve Etkileyen Faktörler. MÜSBED. 2015; 5(2): 96-104.
60. Uskun E, Şabaplı A. Lise Öğrencilerinin Beden Algıları ile Yeme Tutumları Arasındaki İlişki, TAF Preventive Medicine Bulletin. 2013;12(5).519-28
61. Barker M, Robinsons S, Wilman C, Barker DJ. Behavior, body composition and diet in adolescent girls. Appetite. 2000; 35(2): 161- 170.
62. Can S. Nişantaşı Obezite Taraması. Türkiye Obezite Araştırma Derneği Yayını, İstanbul. 2003; s. 65-72.
63. Şengül AM, Hekimoğlu Ş. Vücut Kitle İndeksi ile Yemem Tutumu Test Puanları Arasındaki İlişki, Göztepe Tıp Dergisi. 2005: 20:21-23
64. Ünalın D, Öztıp DB, Elmalı F, Öztürk A, Konak D, Pırlak B, Güneş D. Bir Grup Sağlık Yüksekokulu Öğrencisinin Yeme Tutumları ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişki, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2009; 16(2): 75-81
65. Tanrıverdi D, Savaş E, Gönüllüoğlu N, Kurdal E, Balık G. Lise Öğrencilerinin Yeme Tutumları, Yeme Davranışları ve Benlik Saygılarının İncelenmesi. Gaziantep Tıp Derg. 2011; 17(1): 33-39.
66. Vaidya V, Malik A. Eating Disorders Related to Obesity. Therapy. 2008; 5(1): 109-117.
67. Merdol TK. Obezitede Diyet Tedavisi Temel İlkeleri ve Eğitim. Turkish Journal of Endocrinology and Metabolism. 2003; 2 :33-38.
68. Yetkin İ, Çimen R. Obezite ve Güncel Tedavi Yöntemleri. Mised. 2010; (22-23): 68-77
69. Baltacı G. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Bölümü. Obezite ve Egzersiz. Ankara. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Beslenme ve Fiziksel Aktiviteler Daire Başkanlığı. Şubat 2008.

70. Wiklund P. The Role of Physical Activity and Exercise in Obesity and Weight Management: Time for Critical Appraisal. *Journal of Sport and Health Science*. 2016; 5(2): 151-154.
71. Dietz WH. The Effect of Physical Activity on Obesity. *Quest*. 2004; 56 (1): 1-11
72. Altunkaynak BZB, Özbek E. Obezite: Nedenleri ve Tedavi Seçenekleri. *Van Tıp Dergisi*. 2006; 13 (4):138-142
73. Gülçelik N.E, Gürlek A, Usman A. Obezitenin Medikal Tedavisi. *Hacettepe Tıp Dergisi*. 2007; 38: 212-217.
74. Louis K, Kumar S. Pharmacotherapy of Obesity. *Therapy*. 2008; 5(2): 223-235.
75. Sağlam F, Güven H. Obezitenin Cerrahi Tedavisi. *Okmeydanı Tıp Dergisi*. 2014; 30 (Ek Sayı 1): 60-65
76. Yorgancı K, Tırnaksız MB. Morbid Obezitenin Cerrahi Tedavisi. *Hacettepe Tıp Dergisi*. 2007; 38: 218-222.
77. Dupont WD, Plummer WD Jr. Power and sample size calculations. A review and computer program. *Control Clin Trials*. 1990; 11(2): 116-28.
78. Pekcan, G. Beslenme Durumunun Belirlenmesi. E. Tüfekçi Alphan (Ed.). *Hastalıklarda Beslenme Tedavisi*. Ankara: Hatipoğlu Yayınevi; 2013
79. Pekcan, G. Beslenme Durumunun Saptanması. *Diyet El Kitabı*. Ankara: Hatiboğlu Yayınevi; 2008; 67-141.
80. Merdol K. Standart Yemek Tarifeleri. Ankara: Hatipoğlu Yayınevi; 2008.
81. Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberi 2015 [Internet].2015. [Erişim Tarihi 5.10.2017]. Erişim adresi: http://www.bdb.hacettepe.edu.tr/TOBR_kitap.pdf
82. Kılınç S, Torun F. Türkiye'de Klinikte Kullanılan Depresyon Değerlendirme Ölçekleri. *Dirim Tıp Gazetesi*. 2011; 86(1): 39-47.
83. Güloğlu B, Aydın G. Coopersmith özsaygı envanteri'nin faktör yapısı. *Eğitim ve Bilim*, 2001; 26 (122): 66-71.
84. Tufan B, Turan N, Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği üzerinde geçerlik, güvenirlik çalışması. 23. Ulusal Psikiyatri Kongresi Bildirileri, 1987, İstanbul.
85. Coopersmith, S. (1991). *SEI-Self-Esteem Inventories*. Consulting Psychologist Press, Inc. Palo Alto

86. Savaşır I, Erol N. Yeme Tutum Testi : Anoreksiya Nervoza Belirtileri İndeksi. Psikoloji Dergisi 1989; 7 (23): 19-25
87. Batur S, Demir H., Ulu P ve arkadaşları. Yeme tutumu ve cinsiyet ile bağlanma biçimleri arasındaki ilişki. Türk Psikoloji Yazıları. 2005; 8(15):21-31
88. Lane, HJ, Lane, AM., Matheson H. Validity of the eating attitude test among exercisers. Journal of Sports Science and Medicine. 2004; 3, 244-253
89. Öner, N. Türkiye’de kullanılan psikolojik testler. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi, 2009.
90. Durmuş B, Yurtkoru ES, Çinko M. Sosyal Bilimlerde SPSS’le veri analizi. 6. Baskı. İstanbul: Beta Yayınları; 2016.
91. Kalaycı Ş. SPSS Uygulamalı çok değişkenli İstatistik Teknikleri. 5. Baskı. Ankara: Asil Yayın ve Dağıtım; 2010.
92. Hair, JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE. Multivariate Data Analysis. Seventh Edition. Prentice Hall, Upper Saddle River, New Jersey; 2010.
93. DeVellis FR. Scale Development: Theory and Applications. Thousand Oaks, CA: Sage Publication; 2003.
94. TUİK [Internet]. 2015 [Erişim Tarihi: 20.10.2017]. Erişim adresi: <http://www.tuik.gov.tr/UstMenu.do?metod=temelist>.
95. Gill T. Managing and Preventing Obesity. Stubbs, R.C. Controlling appetite and food intake by regulating eating frequency and timing, Elsevier, 2015.
96. Hutchison AT, Heilbronn LK. Metabolic Impacts of Altering Meal Frequency and Timing Does When We Eat Matter?. Biochimie.2016; 124:187-197.
97. Schoenfeld J., Aragon, AA., Krieger, JW. Effects of meal frequency on weight loss and body composition: a meta-analysis. Nutrition Reviews .2015; 73(2) : 69-82.
98. Howarth NC, Huang TTK, Roberts SB., Lin BH, McCrory MA . Eating patterns and dietary composition in relation to BMI in younger and older adults. International Journal of Obesity.2007;31 (4) :675–684.
99. Pimenta AM, Bes-Rastrollo M, Gea M. Snacking between main meals is associated with a higher risk of metabolic syndrome in a Mediterranean cohort: the SUN Project(Seguimiento Universidad de Navarra) Public Health Nutrition. 2015; 19(4): 658–666.

100. McCrory MA. Meal skipping and variables related to energy balance in adults: A brief review, with emphasis on the breakfast meal. *Physiology & Behavior*. 2014;134: 51–54.
101. Horikawa C, Kodama S, Yachi Y. Skipping breakfast and prevalence of overweight and obesity in Asian and Pacific regions: A meta-analysis. *Preventive Medicine*. 2011; 53:260–267.
102. Singh M. Mood, food, and obesity. *Front Psychol*. 2014; 5: 925.
103. Macht M. How emotions affect eating: a five-way model. *Appetite*. 2008; 50(1):1-
104. Lakka TA, Laaksonen DE. Physical activity in prevention and treatment of the metabolic syndrome. *Appl Physiol Nutr Metab*. 2007; 32(1):76-88.
105. Ma G, Luan D, Li Y, Liu A, Hu X, Cui Z, Zhai F, Yang X. Physical activity level and its association with metabolic syndrome among an employed population in China. *Obes Rev*. 2008; 9 (1):113-8.
106. Fonseca MJ, Gaio R, Lopes C, Santos AC. Association between dietary patterns and metabolic syndrome in a sample of portuguese adults. *Nutrition Journal*. 2012; 11:64.
107. Lutsey PL, Steffen LM, Stevens J. Dietary Intake and the Development of the Metabolic Syndrome The Atherosclerosis Risk in Communities Study. *Circulation* 2008; 117:754-761.
108. Song SJ, Lee JE, Song WO, Paik H. Carbohydrate Intake and Refined-Grain Consumption Are Associated with Metabolic Syndrome in the Korean Adult Population. *J Acad Nutr Diet*. 2014; 114:54-62
109. Ristic-Medic D, Vucic V. Dietary Fats and Metabolic Syndrome. *J Nutrition Health Food Sci*. 2013;1(1): 8.
110. Wojcik JF, Aukema HM, Zahradka P, Taylor CG. Effects of high protein diets on metabolic syndrome parameters *Current Opinion in Food Science* 2016; 8:43–49.
111. Galisteo M, Duarte J, Zarzuelo A. Effects of dietary fibers on disturbances clustered in the metabolic syndrome. *Journal of Nutritional Biochemistry*. 2008; 19:71–84.

8. EKLER

EK-1: Etik Kurul Onayı



HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

06100 Sıhhiye-Ankara
 Telefon: 0 (312) 305 1082 - Faks: 0 (312) 310 0580
 E-posta: goetik@hacettepe.edu.tr

Sayı: 16969557 - 703

27 Haziran 2013

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

Toplantı Tarihi : 12.06.2013 ÇARŞAMBA
Toplantı No : 2013/11
Proje No : GO 13/343 (Değerlendirme Tarihi (12.06.2013))
Karar No : GO 13/343 - 44

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Fakültesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü Anabilim Dalı öğretim üyelerinden Prof.Dr.Seyit M.MERCANLIGİL'nin sorumlu araştırmacı olduğu Dr.Ayça CAN ile birlikte çalışacakları Dyt.Zeynep SAĞLAM'ın tezi olan GO 13/343 kayıt numaralı ve "Yetişkin Bireylerde Obezitenin Depresyon, Benlik Saygısı, Yeme Tutumu ve Beslenme Durumu Üzerine Etkisi" başlıklı proje önerisi Kurulumuzda değerlendirilmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur.

1.Prof. Dr. Nurten Akarsu

(Başkan)

İZİNLİ

9 Prof. Dr. Melahat Görduysus

(Üye)

2. Prof. Dr. Nüket Örnek Buken

(Üye)

10. Prof. Dr. Cansın Saçkesen

(Üye)

3. Prof. Dr. M. Yıldırım Sara

(Üye)

11. Doç. Dr. R. Köksal Özgü

(Üye)

4. Prof. Dr. Sevda F. Müftüoğlu

(Üye)

12. Doç. Dr. Ayşe Lale Doğan

(Üye)

5. Prof. Dr. Cenk Sokmensüer

(Üye)

13 Doç. Dr. S. Kutay Demirkan

(Üye)

6. Prof. Dr. Volga Bayrakçı Tunay

(Üye)

14. Prof. Dr Leyla Dinç

(Üye)

7. Prof. Dr. Songül Vaizoglu

(Üye)

14. Yrd. Doç. Dr. H. Hüsrev Turnagöl

(Üye)

İZİNLİ

8. Prof. Dr. Yılmaz Selim Erdal

(Üye)

15. Av. Meltem Onurlu

(Üye)

Prof. Dr. A. Nurten AKARSU
 Hacettepe Üniversitesi
 Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
 Etik Kurul Başkanı

GİRİMLİ

EK-2: Anket Formu**20-65 YAŞ ARASI BİREYLERDE OBEZİTENİN DEPRESYON, BENLİK SAYGISI VE YEME TUTUMU ÜZERİNE ETKİSİ**

ADI:

ANKET NO:

SOYADI:

TARİH:

Telefon:

A- GENEL BİLGİLER:

1. Yaş(yıl)..... Boy(cm).....Kilo(Kg).....

2. Cinsiyet? a) Erkek b) Kadın

3. Medeni durumunuz? A) Evli b) Bekar C) Dul

4. Mesleğiniz?

1. Ev hanımı 2. Memur 3. İşçi 4. Serbest Meslek
 5. Ücretli Çalışan 6. İşsiz 7. Emekli

5. Eğitim durumunuz nedir?

1. Okur yazar değil 2. Okur yazar 3. İlkokul 4. Ortaokul 5. Lise
 6. Üniversite

7. Yüksek Lisans 8. Doktora 9. Diğer

6. Eve giren aylık toplam geliriniz?

1. 2000 tl altı 2. 2000-6000 tl 3. 6000tl üstü

7. Çocuğunuz var mı? 1. Evet 2. Hayır

A) 1 tane

B) 2 tane

C) 3 tane

D) 4 ve üstü

SADECE ÇOCUĞU OLAN BAYANLAR CEVAPLANDIRACAK

7.1. Gebelik sayısı? ölü doğumcanlı doğum

7.2. Tüp bebek tedavisi gördüm kez.....kez canlı doğumkez ölü doğum

7.3. Son gebeliğim yıl önce

7.4. İlk gebelikte kilo aldım

İkinci gebelikte kilo aldım

Üçüncü gebelikte kilo aldım

Dördüncü gebelikte kilo aldım

7.5. Çocuklarınızın yaşları

1. çocukyılay

2. çocukyılay

3. çocukyılay

4. çocukyılay

B- HASTALIK VE İLAÇ KULLANIM DURUMU:

8. Hekim tarafından tanısı konmuş herhangi bir medikal rahatsızlığınız var mı?
1. Evet 2. Hayır

Evet ise medikal rahatsızlığınızı işaretleyiniz eğer medikal rahatsızlığınız şıklarda yoksa diğer kısmına belirtiniz;

A) Hipertansiyon

B) Hiperlipidemi

C) İnsülin direnci

D) Romatizma

E) Kalp Hastalığı

F) Yeme bozukluğu

G) Osteoporoz

H) Obezite

I) Anemi

İ) Guatr

J) Kanser

K) Diğer.....

9. Ailenizde hekim tarafından tanısı konmuş herhangi bir hastalık öyküsü var mı?
Varsa kimde olduğunu yanına belirtiniz.

1. Evet

2.Hayır

Evet ise ailede ki medikal rahatsızlığı işaretleyiniz ve şıkkın yanına kimde bulunduğunu belirtiniz eğer medikal rahatsızlık şıklarda yoksa diğer kısmına rahatsızlığın ismi ve kimde bulunduğunu belirtiniz;

A) Hipertansiyon

B) Diyabet

C)İnsülin direnci

D)Romatizma

E) Kalp Hastalığı

F) Menisküs

G) Osteoporoz

H) KOAH

I)Anemi

İ) Guatr

J) Kanser

K) Diğer.....

10. Şuan herhangi bir ilaç tedavisi alıyormusunuz? (Cevabınız evet ise lütfen kullandığınız ilaçların adlarını belirtiniz.)

1.Evet.....

2.Hayır

C- GENEL BESLENME ALIŞKANLIKLARI:

11. Günde kaç öğün yemek yersiniz?Ana ÖğünAra Öğün

12. Ara veya ana öğün atlar mısınız?

1.Evet 2.Hayır 3. Bazen

13. Cevabınız evet veya bazen ise genellikle hangi ara/ana öğünü atlarsınız?

1. Kahvaltı

2. Kuşluk

3. Öğle

4. İkinci

5. Akşam

6. Gece

14. Genellikle öğün atlama nedeniniz nedir?

1. Zaman yetersizliği

2. Hazırlanmadığı için

3. Canım istemediği için

4. Geç kaldığım için

5. Zayıflamak istediğim için

6. Alışkanlığım olmadığı için

7. Diğer

15. Genel olarak sağlıklı beslendiğinizi düşünüyor musunuz?

1. Evet

2. Hayır

D- KİLO SORUNU:

16. Kilo sorununuz var mı?

1. Evet yaş/yıl'dan beri kilo sorunu yaşıyorum

2. Hayır

17. Son beş yıl içindeki minimum ve maximum kilonuz nedir?
Min.....Max.....

18. Kilo almanızı tetikleyen özel bir neden var mı?

1. Evet

A.ay/yıl önce sigarayı bıraktım

B.ay/yıldır devam ettiğim fiziksel aktiviteyi (fiziksel aktivite türü.....) bıraktım

C.ay/yıl önce evlendim

D.ay/yıl önce taşındım / hayat düzenimde değişiklik yaptım

E. Diğer.....

2.Hayır

19. Gece kalkıp yemek yeme alışkanlığınız var mı?

1. Evet 2. Hayır

E- PSİKOLOJİK DURUM VE İŞTAH İLİŞKİSİ:

20. Stres durumunda iştah durumunuz ne tür bir değişiklik olur?

1. Artar

2. Azalır

3. Değişmez

21. Stres durumunda iştahınız artıyorsa hangi tür besinlere karşı artış gözlemleniyor?

1. Fast food
2. Kuruyemiş
3. Meyve
4. Çikolata
5. Tatlı
6. Karbonhidrat içerikli besinler (pılav, makarna, börek, hamurışı vb...)
7. Diğer.....

F- FİZİKSEL AKTİVİTE DURUMU:

22. Düzenli egzersiz yapıyor musunuz?

1. Evet (türü haftadakez)

(türü haftadakez)

(türü haftadakez)

2. Hayır

23. Fiziksel olarak egzersiz yapmanızı engelleyen bir durumunuz (aşırı kilo vb.) veya sakatlığınız (ampüte bacak vb.)var mı ?

1.Evet.....

2.Hayır

G- FİZİKSEL AKTİVİTE KAYIT FORMU

Aktivite	Süre (Dakika)
Uyku	
Televizyon izleme, oturma, kitap okuma, örgü yapma vb.	
Ayakta ofis işleri	
Ayakta ev işleri	
Yavaş yürüme	
Hızlı yürüme	
Sportif faaliyetler.....	
Toplam	24 saat = 1440 dakika

H- GÜNLÜK BESİN TÜKETİM KAYDI:

Sabah

Kuşluk

Öğle

İkindi

Akşam

Gece

COOPER SMİTH ÖZSAYGI ENVARTERİ

Aşağıda her insanın zaman zaman hissedebileceği bir takım durumlar maddeler halinde sıralanmıştır. Bu maddelerde belirtilen ifadeler, sizin genellikle hissettiklerinizi tanımlıyor ve çoğunlukla size uygun geliyorsa ilgili maddenin karşısındaki EVET sütununa bir çarpı işareti (x) koyunuz. Bu ifadeler eğer sizin genellikle hissettiklerinizi tanımlamıyor ve çoğunlukla size uygun gelmiyorsa bu durumda da HAYIR sütununa bir çarpı işareti (x) koyunuz.

Envanterde yer alan maddelerin doğru ya da yanlış cevapları yoktur. Bu nedenle yanıtlarınızı verirken mantığınızdan çok duygularınıza kulak vermeyi unutmayınız. Lütfen yanıtlarınızı içinizden geldiği gibi ve dürüst vermeye çalışınız. Kararsız kaldığınız durumlarda bile sadece bir seçeneği işaretleyiniz. Herhangi bir maddeye ilişkin her iki seçeneği de işaretlediğinizde ya da her iki seçeneği de boş bıraktığınızda bu maddeye ilişkin yanıtınızın geçersiz sayılacağını unutmayınız.

Evet Hayır

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| ☐ | ☐ | 1. Olup bitenlerden genellikle rahatsızlık duymam. |
| ☐ | ☐ | 2. Grup önünde konuşma yapmak bana oldukça güç gelir. |
| ☐ | ☐ | 3. Eğer gücüm yetse kendimle ilgili değiştirmek istediğim pek çok özelliğim var. |
| ☐ | ☐ | 4. Herhangi bir konuda fazla zorlanmadan karar verebilirim. |
| ☐ | ☐ | 5. İnsanlar benimle birlikteyken hoş ve neşeli vakit geçirirler. |
| ☐ | ☐ | 6. Evdeyken kolayca canım sıkılır, moralim bozulur. |
| ☐ | ☐ | 7. Yeni şeylere alışmam uzun zaman alır. |
| ☐ | ☐ | 8. Yaşıtlarımın arasında seviliyorum. |
| ☐ | ☐ | 9. Anne ve babam genellikle duygularımı dikkate alır. |
| ☐ | ☐ | 10. Güçlükler karşısında kolayca pes ederim. |
| ☐ | ☐ | 11. Anne ve babamın benden beklentisi çok fazla (aşırı derecede). |
| ☐ | ☐ | 12. Kendim olabilmek oldukça zor. |

- ☐ ☐ 13. Hayatımdaki her şey karmakarışık.
- ☐ ☐ 14. Arkadaşlarım genellikle sözümü dinler, düşüncelerimi izlerler.
- ☐ ☐ 15. Kendime ait düşüncelerim olumsuz.
- ☐ ☐ 16. Pek çok kere evden ayrılmayı (başımı alıp gitmeyi) istemişimdir.
- ☐ ☐ 17. Sıkça moralimin bozulduğunu, canımın sıkıldığını hissediyorum.
- ☐ ☐ 18. Çoğu insan kadar güzel görünümlü biri değilim.
- ☐ ☐ 19. Söyleyecek bir şeyim olduğunda, genellikle çekinmeden söylerim.
- ☐ ☐ 20. Anne - babam beni anlıyor.
- ☐ ☐ 21. İnsanların çoğu benden daha çok seviyor.
- ☐ ☐ 22. Anne ve babamın çoğu zaman beni sanki zorladıklarını hissediyorum.
- ☐ ☐ 23. Çoğu zaman cesaretim kırılıyor.
- ☐ ☐ 24. Sık sık keşke başka birisi olsam diye arzularım.
- ☐ ☐ 25. Kendimi güvenilir biri olarak görmüyorum. (Bana bel bağlanmaz)
- ☐ ☐ 26. Hiçbir şey için kaygı duymam.
- ☐ ☐ 27. Kendimden oldukça eminim.
- ☐ ☐ 28. Sevecen birisiyim, başkaları tarafından kolayca sevilirim.
- ☐ ☐ 29. Anne ve babamla birlikte oldukça hoş ve neşeli vakit geçiririz.
- ☐ ☐ 30. Hayal kurmaya çok zaman harcıyorum.
- ☐ ☐ 31. Keşke daha küçük olsaydım.
- ☐ ☐ 32. Her zaman yapılması gerekeni, doğru olanı yaparım.
- ☐ ☐ 33. İşteki başarılarımla gurur duymaktayım.
- ☐ ☐ 34. Birileri her zaman ne yapmam gerektiğini bana söylemeli.

☐ ☐ 35. Yaptığım şeylerden dolayı sık sık pişmanlık duyarım.

☐ ☐ 36. Hiçbir zaman asla mutlu olmam.

Evet Hayır

☐ ☐ 37. İşimle ilgili olarak yapabileceğimin en iyisini yapıyorum.

☐ ☐ 38. Genellikle kendimi koruyabilir, kendime dikkat edebilirim.

☐ ☐ 39. Oldukça mutluyum.

☐ ☐ 40. Oyunu kendimden daha küçüklerle oynamayı tercih ederim.

☐ ☐ 41. Tanıdığım herkesi seviyorum.

☐ ☐ 42. Bir grupta söz almaktan hoşlanırım.

☐ ☐ 43. Kendimi anlayabiliyorum.

☐ ☐ 44. Evde hiç kimse bana fazla ilgi göstermiyor.

☐ ☐ 45. Hiç bir zaman azar işitmem.

☐ ☐ 46. İşte olmak istediğim kadar başarılı değilim.

☐ ☐ 47. Kendi başıma karar verebilir ve bu kararında ısrar edebilirim.

☐ ☐ 48. Cinsiyetimden (erkek ya da kız olmaktan) memnun değilim.

☐ ☐ 49. Başka insanlarla birlikte olmaktan hoşlanmıyorum.

☐ ☐ 50. Hiç bir zaman utanmam.

☐ ☐ 51. Sık sık kendimden utandığımı hissediyorum.

☐ ☐ 52. İnsanlar sık sık beni kızdırır, dalga geçerler.

☐ ☐ 53. Her zaman doğruyu söylerim.

☐ ☐ 54. Patronum/Süpervisör'üm bana yeterince başarılı olamadığımı hissettiriyor.

- ☐ ☐ 55. Bana ne olacağı hiç umurumda değil.
- ☐ ☐ 56. Başarısız bir insanım.
- ☐ ☐ 57. Azarlandığımda kolayca bozulurum.
- ☐ ☐ 58. Kime ne söyleyeceğimi her zaman bilirim.

YEME TUTUM TESTİ

Bu anket sizin yeme alışkanlıklarınızla ilgilidir. Lütfen her bir soruyu dikkatlice okuyunuz ve size uygun gelen seçeneği işaretleyiniz. Örneğin "Çikolata yemek hoşuma gider" cümlesini okudunuz. Çikolata yemek hiç hoşunuza gitmiyorsa, "Hiçbir zaman" seçeneğine karşı gelen "f" kutucuğunu işaretleyiniz; her zaman hoşunuza gidiyorsa "Daima" seçeneğine karşı gelen "a" kutucuğunu işaretleyiniz.

- a: Daima d: Bazen
- b: Çok sık e: Nadiren
- c: Sık sık f: Hiçbir zaman

1. Başkaları ile birlikte yemek yemekten hoşlanırım.						
2. Başkaları için yemek pişiririm, fakat pişirdiğim yemeği yemem.						
3. Yemekten önce sıkıntılı olurum.						
4. Sişmanlamaktan ödüm kopar.						
5. Acıktığımda yemek yememeğe çalışırım.						
6. Aklım fikrim yemektedir.						
7. Yemek yemeyi durduramadığım zamanlar olur.						
8. Yiyeceğimi küçük küçük parçalara bölerim.						
9. Yediğim yiyeceğin kalorisini bilirim.						
10. Ekmek, patates, pirinç gibi yüksek kalorili yiyeceklerden kaçınırım.						
11. Yemeklerden sonra şişkinlik hissederim.						
12. Ailem fazla yememi bekler.						
13. Yemek yedikten sona kusarım.						
14. Yemek yedikten sonra aşırı suçluluk duyarım.						
15. Tek düşüncem daha zayıf olmaktır.						

16. Aldığım kalorileri yakmak için yorulana dek egzersiz yaparım.						
17. Günde birkaç kere tartılırım.						
18. Vücudumu saran dar elbiselerden hoslanırım.						
19. Et yemekten hoslanırım.						
20. Sabahları erken uyanırım						
21. Günlerce aynı yemeği yerim.						
22. Egzersiz yaptığımda harcadığım kalorileri hesaplarım.						
23. Adetlerim düzenlidir.						
24. Başkaları çok zayıf olduğumu düşünür.						
25. Şişmanlama (vücudumun yağ toplayacağı) düşüncesi zihnimi meşgul eder.						
26. Yemeklerimi yemek baskalarınınkinden daha uzun sürer.						
27. Lokantada yemek yemeyi severim.						
28. Müshil kullanırım.						
29. Şekerli yiyeceklerden kaçınırım.						
30. Diyet (perhiz) yemekleri yerim.						
31. Yaşamımı yiyeceğin kontrol ettiğini düşünürüm.						
32. Yiyecek konusunda kendimi denetleyebilirim.						
33. Yemek konusunda baskalarının bana baskı yaptığını hissedirim.						
34. Yiyeceklerle ilgili düşünceler çok zamanımı alır.						
35. Kabızlıktan yakınırım.						
36. Tatlı yedikten sonra rahatsız olurum.						
37. Perhiz yaparım.						
38. Midemin boş olmasından hoslanırım.						
39. Şekerli yağlı yiyecekleri denemekten hoşlanırım.						
40. Yemeklerden sonra içimden kusmak gelir.						

BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ (B D Ö)

AÇIKLAMA:

Sayın cevaplayıcı aşağıda gruplar halinde cümleler verilmektedir. Öncelikle her gruptaki cümleleri dikkatle okuyarak, **BUGÜN DAHİL GEÇEN HAFTA** içinde kendinizi nasıl hissettiğini en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Eğer bir grupta durumunuzu, duygularınızı tarif eden birden fazla cümle varsa her birini daire içine alarak işaretleyiniz. Soruları vereceğiniz samimi ve dürüst cevaplar araştırmanın bilimsel niteliği açısından son derece önemlidir. Bilimsel katkı ve yardımlarınız için sonsuz teşekkürler.

A- 0. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.

1. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
2. Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
3. O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.

B- 0. Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.

1. Gelecek hakkında karamsarım.
2. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
3. Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi

C- 0. Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.

1. Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
2. Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
3. Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.

D- 0. Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.

1. Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
2. Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
3. Her şeyden sıkılıyorum.

E- 0. Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.

1. Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
2. Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
3. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.

F- 0. Bana cezalandırılmışım gibi geliyor.

1. Cezalandırılabilirim hissediyorum.
2. Cezalandırılmayı bekliyorum.
3. Cezalandırıldığımı hissediyorum.

G- 0. Kendimden memnunum.

1. Kendi kendimden pek memnun değilim.
2. Kendime çok kızıyorum.
3. Kendimden nefret ediyorum.

H- 0. Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.

1. zayıf yanların veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.
2. Hatalarımdan dolayı ve her zaman kendimi kabahatli bulurum.
3. Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum.

İ- 0. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.

1. Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.
2. Kendimi öldürmek isterdim.
3. Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.

J- 0. Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.

1. Zaman zaman içindem ağlamak geliyor.
2. Çoğu zaman ağlıyorum.
3. Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.

K- 0. Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.

1. eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.
2. Şimdi hep sinirliyim.
3. Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.

L. 0. Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.

1. Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
2. Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybetmedim.
3. Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.

M. 0. Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum.

1. Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
2. Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
3. Artık hiç karar veremiyorum.

N- 0. Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.

1. Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
2. Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.
3. Kendimi çok çirkin buluyorum.

O- 0. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.

1. Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.
2. Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
3. Hiçbir şey yapamıyorum.

P- 0. Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.

1. Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.
2. Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
3. Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.

R- 0. Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.

1. Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
2. Yaptığım her şey beni yoruyor.
3. Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.

S- 0. İştahım her zamanki gibi.

1. İştahım her zamanki kadar iyi değil.
2. İştahım çok azaldı.
3. Artık hiç iştahım yok.

T- 0. Son zamanlarda kilo vermedim.

1. İki kilodan fazla kilo verdim.
2. Dört kilodan fazla kilo verdim.
3. Altı kilodan fazla kilo vermeye çalışıyorum. Evet Hayır

U- 0. Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.

1. Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendirmiyor.
2. Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.
3. Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünmüyorum.

V- 0. Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.

1. Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.
2. Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.
3. Cinsel konular olan ilgimi tamamen kaybettim.

EK-3: Onam Formu

AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Hacettepe Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü Yüksek lisans tezi olarak, 20-65 yaş arası obez bireylerin depresyon ve kötü beden algısına eğilimleri ve yeme tutum davranışlarındaki belirgin hataların saptanması amacıyla “**20-65 YAŞ ARASI BİREYLERDE OBEZİTENİN DEPRESYON, BENLİK SAYGISI VE YEME TUTUMU ÜZERİNE ETKİSİ**” konulu bir çalışma yapmaktayız.

Sizin de bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Ancak hemen söyleyelim ki bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Bu çalışmaya katılmayı reddedebilirsiniz. Yine çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkına da sahipsiniz. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız. Bu araştırmadan elde edilecek veriler 20-65 yaş arası obez bireylerin depresyon ve kötü beden algısına eğilimlerini ve yeme tutum davranışlarındaki belirgin hatalarını saptanmamıza yardımcı olacaktır. Bu çalışmaya katılımınız araştırmanın başarısı için önemlidir. Eğer araştırmaya katılmayı kabul ederseniz size bazı sorular soracağız. Bu sorular size ait genel bilgilerinizi, hastalık ve ilaç kullanma durumunuzu, genel beslenme alışkanlıklarınızı, kilo sorununuzu, psikolojik durumunuz ve iştah ilişkinizi, günlük fiziksel aktivite durumunuzu sorgulayan anket ve 24 saatlik fiziksel aktivite kayıt formu, 24 saatlik besin tüketim kayıt formu, Beck depresyon ölçeği, Cooper Smith özsaygı envanteri ve yeme tutum testini içermektedir. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır. Sizinle ilgili bilgiler gizli tutulacak, ancak çalışmanın kalitesini denetleyen görevliler, etik kurullar ya da resmi makamlarca gereği halinde incelenebilecektir.

(Katılımcının beyanı)

Araştırmacı ZEYNEP SAĞLAM ERYILMAZ tarafından 20-65 yaş arası yetişkinler üzerinde bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgileri bana aktardı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim. Eğer bu araştırmaya katılırsam araştırmacı ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Çalışmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim). Ayrıca araştırmacı tarafından araştırma dışı tutulabilirim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir

ödeme yapılmayacaktır. Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun araştırmacı ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı**Katılımcı ile görüşen çalışmacı**

Adı, soyadı:

Adı soyadı, ünvanı:

Adres:

Adres:

Tel:

Tel:

İmza:

İmza:

9. ÖZGEÇMİŞ

Adı-Soyadı: Zeynep Sağlam Eryılmaz

Doğum Yeri Ve Tarihi: 30.06.1984

Uyruğu: T.C.

İletişim Adresi: Abdi İpekçi Cad. Reasürans Han1 Kat3 Doktorlar Merkezi
Nişantaşı-İstanbul

Telefon: 0 (536) 229 29 37

Eğitim

Lisans : Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme Ve Diyetetik 2004-2009

Tez Konusu : 30-60 Yaş Arası Kadınların Süt Ve Ürünleri Tüketim Durumu Ve Osteoporoz Hakkındaki Bilgi Düzeyleri

Yüksek Lisans: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme Ve Diyetetik Bölümü Diyetetik Ana Bilim Dalı 2011-Halen

Tez Konusu : Yetişkin Bireylerde Obezitenin Depresyon, Benlik Saygısı, Yeme Tutumu Ve Beslenme Durumu Üzerine Etkisi

İş Deneyimlerim :

Haziran 2009- Ekim 2011-Ankara Özel Güven Hastanesi

Ekim 2011- Şubat 2017 – İstanbul Vkv Amerikan Hastanesi Medamerikan Tıp Merkezi

Ekim 2011- Şubat 2017- İstanbul Vkv Koç İlköğretim Ve Lisesi Menü Planlama Danışmanlığı

Şubat 2017- Halen – İstanbul Dyt. Zeynep Sağlam Eryılmaz Beslenme Ve Diyet Danışma Merkezi (Anadolu Yakası -Fenerbahçe, Avrupa Yakası Nişantaşı)

Katıldığım Seminerler Ve Kongreler Ve Kurslar :

1. 20-22 Kasım 2009 ‘Fiziksel Aktivite, Beslenme Ve Sağlık Kongresi

2. 9-10 Şubat 2017 Hastalıklarda Beslenme Sempozyumu Karbonhidrat Sayımı Kursu
3. 22-25 Haziran 2011 Hacettepe Beslenme Ve Diyetetik Günleri Iıı.Mezuniyet Sonrası Eğitim Kursu
4. 22-25 Haziran 2011 Hacettepe Beslenme Ve Diyetetik Günleri Iıı.Mezuniyet Sonrası Eğitim Kursu ‘Beslenme Durumunun Saptanması Kursu’
5. 19-22 Mart 2017 5.Fetal Hayattan Çocukluğa İlk 1000 Gün Ebe Ve Çocuk Beslenmesi Kongresi
6. 19-22 Mart 2017 5.Fetal Hayattan Çocukluğa ilk 1000gün Gebe Ve Çocuk Beslenmesi Kongresi ‘Anne Sütü Kursu’
7. 17 Mart 2013 tarihinde Gnc Türkiye Tarafından Düzenlenen Diyet Programlarına Besin Destekleri Yaklaşımı Ve Yaşam Koçluğu Eğitimi
8. 17-18 Eylül 2010 Etkili Sunuş Teknikleri
9. 22-24 Mart 2007 1.Ulusal Beslenme Ve Diyetetik Öğrenci Kongresi
10. 22-25 Haziran 2011 Hacettepe Beslenme Ve Diyetetik Günleri Iıı. Mezuniyet Sonrası Eğitim Kursu
11. 19-20 Haziran 2009 Hacettepe Beslenme Ve Diyetetik Günleri Iı. Mezuniyet Sonrası Eğitim Kursu
12. 2-6 Nisan 2008 Vı. Uluslararası Beslenme Ve Diyetetik Kongresi
13. 5 Nisan 2008 Vı. Uluslararası Beslenme Ve Diyetetik Kongresi ‘Fenilketonüri: Tedavi Ve Yenilikler Sempozyumu’
14. 14-18 Nisan 2010 7.Uluslararası Beslenme Ve Diyetetik Kongresi