OBEZİTE CERRAHİSİNİN BENLİK SAYGISI VE YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ

Buse Özdemir İlhan

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programı

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Seher Yurt

İstanbul

T.C. Maltepe Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Eylül 2018

JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI

JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI

Buse ÖZDEMİR İLHAN "Obezite Cerrahisinin Benlik Saygısı ve Yaşam Kalitesine Etkisi" başlıklı tezi 24/09/2018 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından değerlendirilerek "Maltepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliği" nin ilgili maddeleri uyarınca, Hemşirelik Anabilim Dalında Yüksek Lisans tezi **oy birliğiyle / oy çokluğuyla** olarak kabul edilmiştir.

	Unvanı. Adı ve Soyadı	İmza
Üye (Tez Danışmanı)	: Dr. Öğr. Üyesi Seher YURT	.....
Üye	: Doç. Dr. Hasibe KADIOĞLU	.....
Üye	: Dr. Öğr. Üyesi Şenay ÖZTÜRK	.....

Prof. Dr. Zeliha ÖZER
Enstitü Müdürü

ETİK İLKE VE KURALLARA UYUM BEYANI

maltepe üniversitesi	ETİK İLKE VE KURALLARA UYUM BEYANI	Doküman No	FR-178
		İlk Yayın Tarihi	01.03.2018
		Revizyon Tarihi	
		Revizyon No	00
		Sayfa	1/1

Revizyon Takip Tablosu

REVİZYON NO	TARİH	AÇIKLAMA
00	01.03.2018	İlk yayın.

ETİK İLKE VE KURALLARA UYUM BEYANI

24/10/2018

Bu tezin bana ait, özgün bir çalışma olduğunu; çalışmamın hazırlık, veri toplama, analiz ve bilgilerin sunumu olmak üzere tüm aşamalarından bilimsel etik ilke ve kurallara uygun davrandığımı; bu çalışma kapsamında elde edilmeyen tüm veri ve bilgiler için kaynak gösterdiğimi ve bu kaynaklara kaynakçada yer verdiğimi; çalışmanın Maltepe Üniversitesinde kullanılan "bilimsel intihal tespit programı" ile tarandığını ve öngörülen standartları karşıladığını beyan ederim.

Herhangi bir zamanda, çalışmamla ilgili yaptığım bu beyana aykırı bir durumun saptanması durumunda, ortaya çıkacak tüm ahlaki ve hukuki sonuçlara razı olduğumu bildiririm.

Öğrencinin Adı ve Soyadı

Buse ÖZDEMİR İLHAN



Hazırlayan	Kalite Koordinatörü	Kurumsal Yetkili
İlgili Birim	Dr. Öğr. Üyesi Şafak GÜNDÜZ	Prof. Dr. Belma AKŞİT

(Dokuman No: FR-178; Yayın Tarihi: 01.03.2018; Revizyon Tarihi: ; Revizyon No:00)

TEŞEKKÜR

Tez çalışmam sırasında kıymetli bilgi, birikim ve tecrübeleri ile bana yol gösterici ve destek olan değerli danışman hocam sayın Dr. Öğr. Üyesi Seher Yurt'a, sonsuz teşekkür ve saygılarımı sunarım.

Çalışmalarım boyunca sürekli umut veren, her zaman yanımda olan değerli ailem anne ve babama teşekkür eder , en az annem kadar desteğini benden esirgemeyen teyzem, kuzenlerim Burcu ve Caner'e de teşekkürlerimi bir borç bilirim.

Çalışmalarım boyunca maddi manevi destekleriyle beni hiçbir zaman yalnız bırakmayan eşime ve beni tüm bu yoğun çalışmalarım sıralarında her an yanımda olan çok sevgili kızım Güneş'ime sonsuz teşekkürler ederim.

BUSE ÖZDEMİR İLHAN

Eylül 2018

ÖZ

OBEZİTE CERRAHİSİNİN BENLİK SAYGISI VE YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ

Buse Özdemir İLHAN

Yüksek Lisans Tezi

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programı

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Seher Yurt

Maltepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2018

Obezite, bireyin varolan bir sağlık sorununu daha da ağırlaştırabildiği gibi, sadece obezitenin kendisi de pek çok sağlık sorununa neden olabilmektedir. Bu çalışma ile obezite cerrahisi geçiren ve geçirmeyen yetişkinlerin benlik saygısı ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Bu karşılaştırmalı tanımlayıcı çalışma İstanbul'da üçüncü basamak bir hastanenin Genel Cerrahi Kliniğinde yapılmıştır. Benlik saygısı düzeylerini ölçmek adına Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği, yaşam kalitesini ölçmek adına SF-36 yaşam kalitesi ölçeği kullanılmıştır.

Cerrahi geçirme durumuna göre demografik özellikler ve kilo vermeye yönelik girişimlerin dağılımları benzerdir. Cerrahi geçirenlerde mevcut ağırlıktan ve yaşam kalitesinden memnuniyet oranları geçirmeyenlerden daha yüksektir. Obezite cerrahisi geçiren ve geçirmeyen gruplar arasında benlik saygısı ölçeği puanları arasında fark yoktur. Yaşam kalitesi puanları obezite cerrahisi geçirenlerde belirgin bir şekilde daha yüksektir.

Çalışmamızda obezite cerrahisi geçiren katılımcıların memnuniyet oranları ve yaşam kalitesi literatürdeki diğer çalışmalara benzer şekilde daha yüksek olarak saptanmıştır.

Anahtar Sözcükler: Obezite cerrahisi; yaşam kalitesi; benlik saygısı; hemşirelik

ABSTRACT

THE EFFECT OF BARIATRIC SURGERY ON SELF ESTEEM AND QUALITY OF LIFE

Buse Özdemir İLHAN

Master Thesis

Surgical Nursing Program

Thesis Advisor: Assist. Assoc. Dr. Seher Yurt

Maltepe University Institute of Health Sciences, 2018

Obesity can cause an individual's health problem to become more severe, and obesity alone can cause many health problems. This study aimed to compare the self-esteem and quality of life of adults who undergo bariatric surgery and those who do not.

This comparative descriptive study was carried out in the general surgery clinic of a tertiary hospital in Istanbul. The Coopersmith Self-Esteem Scale was used to measure self-esteem and the SF-36 for quality of life.

Patients who have undergone bariatric surgery are more likely to have lower education levels. The distribution of demographic characteristics and weight loss initiatives is similar according to the study group. Surgical residents have higher rates of satisfaction with current weight and quality of life than those who do not. There is no difference between self-esteem scale scores according to the study groups. The quality of life scores are significantly higher in those who are undergoing bariatric surgery.

Satisfaction rates and quality of life of participants who had undergone bariatric surgery in our study were found to be higher, similar to other studies in the literature.

Keywords: Bariatric surgery ; Quality of life ; Self esteem ; Nursing

İÇİNDEKİLER

jüri ve enstitü onayı i
etik ilke ve kurallara uyum beyanı ii
TEŞEKKÜR iii
ÖZ iv
ABSTRACT v
İÇİNDEKİLER vi
TABLOLAR LİSTESİ ix
ŞEKİLLER LİSTESİ xi
KISALTMALAR xii
ÖZGEÇMİŞ xiii
BÖLÜM 1. GİRİŞ 1
GENEL BİLGİLER 3
Obezitenin Tarihçesi 3
Obezitenin Tanımı 3
Obezitede Tanı ve Sınıflandırma 4
Obezite tipleri 4
Obezitenin değerlendirilmesinde kullanılan ölçüm yöntemleri 5
Vücut ağırlığı ve boy uzunluğu: 5
Tablo 1. Kilo ve Boy Ölçümüne Bağlı Olarak Yetişkinlerde BKİ (kg/m²) Sınıflaması 6
Vücut yağının saptanması: 7
Tablo 2. Cinsiyete Göre Bel Çevresi Ölçümü Risk Düzeyleri (World Health Organization, 2008) 8
Yağsız vücut kitlesinin saptanması: 8
Obezitenin Epidemiyolojisi 8
Dünya genelinde obezite 9
Türkiye'de Obezite 10
Şekil 1. Türkiye Toplumunun Yetişkin Yaş Grubunda BKİ Değişimi 12
Tablo 3. Beden Kitle İndeksine Göre Obezitenin Cinsiyete Göre Dağılımı, 2014, 2016 (Türkiye İstatistik Kurumu, 2016) 13

Etyoloji 13
Tablo 4. DSÖ'ye Göre Kilo Artışı ve Obeziteyle İlgili Kanıtlar ve Kanıt Düzeyleri (Eren & Erdi, 2003) 14
Genetik 14
Beslenme alışkanlıkları 15
Sedanter Yaşam 16
Sosyoekonomik ve Sosyokültürel Statü 16
Yaş 17
Cinsiyet 17
Sigara 17
İlaçlar 18
Psikolojik Nedenler ve Stres 18
Hormonal ve Metabolik Faktörler 20
Obezite Tedavi Yaklaşımları 20
Beslenme ve diyet tedavisi 21
Fiziksel Aktivite 22
Davranış Tedavisi 22
Farmakolojik Tedavi 23
Obezitede cerrahi tedavi 24
Bariatrik Cerrahi Olan Hastalarda Hemşirenin Rolü 26
Benlik Saygısı 27
Yaşam Kalitesi 28
BÖLÜM 2. YÖNTEM 30
Araştırmanın Etik Yönü ve Gerekli İzinler 30
Çalışma Yeri, Evreni ve Örneklem 30
Veri Toplama Araçları ve Standartları 30
Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği 31
SF-36 yaşam kalitesi ölçeği 31
İstatistiksel Analiz 34
BÖLÜM 3. BULGULAR VE YORUMLAR 35
Bulgular 35
Tablo 5. Çalışmaya Katılan Kişilerin Demografik Özellikleri 35
Tablo 6. Çalışmaya Katılan Kişilerin Cerrahi Girişim Öncesi Özellikleri 36
Tablo 7. Çalışmaya Katılan Kişilerin Ameliyat Öncesi Bilgi Kaynakları 37
Tablo 8. Obezite Cerrahisi Geçirme Durumuna Göre Demografik Özelliklerin Karşılaştırılması 38
Tablo 9. Obezite cerrahisi geçirme durumlarına göre kilo verme girişimine yönelik değişkenlerin karşıştırılması 39

Tablo 10. Obezite cerrahisi geçirme durumuna göre kilo verme girişimine yönelik değişkenlerin karşılaştırılması-2 40
Tablo 11. Obezite cerrahisi geçirme durumuna göre kilo algısı, beslenme alışkanlığı ve fiziksel aktivitenin karşılaştırılması 41
Tablo 12. Ameliyat olmaya götüren en önemli nedenlerin benlik saygı ölçeğiyle karşılaştırılması 42
Tablo 13. Ameliyat olmaya götüren en önemli nedenlere göre yaşam kalitesi ölçeği alt boyutları karşılaştırılması 43
Tablo 14. Ameliyat Olmaya Götüren En Önemli Nedenlere Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları Karşılaştırılması-2 44
Tablo 15. Obezite Cerrahisi Geçirme Durumu ile Benlik Saygısının Karşılaştırılması 45
Tablo 16. Obezite Cerrahisi Geçirme Durumu ile Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutlarının Karşılaştırılması 45
Yorumlar 46
BÖLÜM 4. SONUÇ 54
Özet 54
Yargı 54
Öneriler 55
EK'LER 56
KAYNAKÇA 69

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1. Kilo ve Boy Ölçümüne Bağlı Olarak Yetişkinlerde BKİ (kg/m²) Sınıflaması... 6

Tablo 2. Cinsiyete Göre Bel Çevresi Ölçümü Risk Düzeyleri (World Health Organization, 2008) 8

Tablo 3. Beden Kitle İndeksine Göre Obezitenin Cinsiyete Göre Dağılımı, 2014, 2016 (Türkiye İstatistik Kurumu, 2016) 13

Tablo 4. DSÖ'ye Göre Kilo Artışı ve Obeziteyle İlgili Kanıtlar ve Kanıt Düzeyleri (Eren & Erdi, 2003) 14

Tablo 5. Çalışmaya Katılan Kişilerin Demografik Özellikleri 35

Tablo 6. Çalışmaya Katılan Kişilerin Cerrahi Girişim Öncesi Özellikleri 36

Tablo 7. Çalışmaya Katılan Kişilerin Ameliyat Öncesi Bilgi Kaynakları 37

Tablo 8. Obezite Cerrahisi Geçirme Durumuna Göre Demografik Özelliklerin Karşılaştırılması 38

Tablo 9. Obezite cerrahisi geçirme durumlarına göre kilo verme girişimine yönelik değişkenlerin karşıştırılması 39

Tablo 10. Obezite cerrahisi geçirme durumuna göre kilo verme girişimine yönelik değişkenlerin karşılaştırılması-2 40

Tablo 11. Obezite cerrahisi geçirme durumuna göre kilo algısı, beslenme alışkanlığı ve fiziksel aktivitenin karşılaştırılması 41

Tablo 12. Ameliyat olmaya götüren en önemli nedenlerin benlik saygı ölçeğiyle karşılaştırılması 42

Tablo 13. Ameliyat olmaya götüren en önemli nedenlere göre yaşam kalitesi ölçeği alt boyutları karşılaştırılması 43

Tablo 14. Ameliyat Olmaya Götüren En Önemli Nedenlere Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları Karşılaştırılması-2 44

Tablo 15. Obezite Cerrahisi Geçirme Durumu ile Benlik Saygısının Karşılaştırılması . 45

Tablo 16. Obezite Cerrahisi Geçirme Durumu ile Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutlarının Karşılaştırılması 45

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Türkiye Toplumunun Yetişkin Yaş Grubunda BKİ Değişimi..... 12

KISALTMALAR

ABD	:	Amerika Birleşik Devletleri
ark.	:	Arkadaşları
BIA	:	Biyoelektriksel impedans analiz
BKİ	:	Beden Kitle İndeksi
BPD	:	Biliyopankreatik diversiyon
BT	:	Bilgisayarlı tomografi
DEXA	:	Dual x ışını absorbsiyometre
dk	:	Dakika
DS	:	Duodenal switch
DSÖ	:	Dünya Sağlık Örgütü
JİB	:	jejunoileal bypass
kcal	:	Kilo Kalori
kg	:	Kilogram
km	:	Kilometre
LAGB	:	Laparoskopik ayarlanabilir gastrik bant
m	:	Metre
MONICA	:	Monitoring of Trends and Determinants in Cardiovasculer Diseases
MRG	:	Manyetik rezonans görüntüleme
NHANES	:	ABD Ulusal Beslenme ve Sağlık Araştırması
RYGB	:	Roux-en-Y gastrik bypass
TEKHARF	:	Türk Erişkinlerde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri Araştırması
TOBEC	:	Toplam vücut geçirgenliği
TOHTA	:	Türkiye Obezite Hipertansiyon Çalışması
TURDEP	:	Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması
TÜİK	:	Türkiye İstatistik Kurumu
VBG	:	Vertikal bant gastroplasti

ÖZGEÇMİŞ

Buse Özdemir İlhan

Hemşirelik Yüksek Okulu

Eğitim

Derece	*Yıl*	*Üniversite, Enstitü, Anabilim/Anasanat Dalı*
Y.Ls.	2018	Maltepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Ls.	2013	Maltepe Üniversitesi, Hemşirelik Yüksekokulu
Lise	2009	Validebağ Anadolu Sağlık Meslek Lisesi

İş/İstihdam

Yıl	*Görev*
2011 -	Hemşire- Sağlık Bilimleri Üniversitesi Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi
2010- 11	Hemşire- Kadıköy Florence Nightingale Hastanesi

Mesleki Birlik/Dernek Üyelikleri

Yıl	*Kurum*
2016 -	Üye: Türkiye Obezite Araştırma Derneği

Alınan Burs ve Ödüller

Yayınlar ve Diğer Bilimsel/Sanatsal Faaliyetler

Morbid obezitede laparoskopik sleeve gastrektomi cerrahi anastamoz kaçağı ve splenektomi olgusunun hemşirelik bakımı- Olgu Sunumu. 7.Ulusal Obezite Kongresi, 08-11/12/2016, İstanbul

Kişisel Bilgiler

Doğum yeri ve yılı : Beyoğlu/1990 Cinsiyet: Kadın

Yabancı diller : .....

GSM / e-posta : buseozdemirilhan@gmail.com

BÖLÜM 1. GİRİŞ

Obezite, bireyin varolan bir sağlık sorununu daha da ağırlaştırabildiği gibi, sadece obezitenin kendisi de pek çok sağlık sorununa neden olabilmektedir. Hipertansiyon, koroner kalp hastalığı, tip 2 diyabet gelişimi, kemik erimesi, solunum problemleri, inme ve çeşitli kanser türleri bu sağlık sorunlarından bazılarıdır. Obezite söz konusu sorunlarla ilişkili olarak hem ciddi bir morbidite hem de mortalite nedeni olarak karşımıza çıkmaktadır. Obeziteden kaynaklı hastalıklardan dolayı ölümle sonuçlanan vaka sayısının 1980 senesinden günümüze kadar yaklaşık iki katına çıktığı bilinmektedir(Semin, 2014).Obezite fiziksel ve ruhsal sorunlara neden olduğu gibi iş gücünü azaltması ile ülke ekonomisini de etkilemektedir ve kişiyi toplumdan soyutlaması nedeniyle de aynı zamanda sosyal bir sorun ve bir halk sağlığı problemidir (Gümüşler, 2006).

Dünya genelindeki önde gelen ölüm nedenlerinin sıralaması incelendiğinde beşinci sırada obezitenin geldiği görülmektedir. Aşırı kiloluluk veya obezite nedeniyle hayatını yitiren birey sayısının yılda 2.8 milyon kişi olduğu tahmin edilmektedir(Memi, 2015). Obezitenin dünya genelinde ulaştığı söz konusu tehlikeli boyut durumun önemini ve ciddiyetini ortaya koymaktadır. Endüstriyelleşmekte olan toplumlarda obezitenin yaygın olduğu ve gittikçe artış gösterdiği bilinmektedir. Günümüzde obezite ile ilgili çalışmaların sonuçlarına bakıldığında sosyoekonomik seviyenin obezite için bir ayrım oluşturmadığı, her kesimde görülebildiği ve artışının devam ettiği görülmektedir(Jacoby, Goldstein, López, Núñez, & López, 2003).

Obezite cerrahisi (Bariyatrik cerrahi) uygulamalarına başlanması 1950'lere denk gelmektedir. Bu konuda farklı ameliyat yöntemleri uygulanmaktadır. Günümüzde güncel olarak kullanılan yöntemler iki başlık altında toplanabilir. Mide kapasitesini düşürerek kalori alımının azaltıldığı kısıtlayıcı (restriktif) işlemler ve fonksiyonel ince bağırsak uzunluğunun kısaltıldığı besin absorbsiyonunu kısıtlayıcı (malabsorptif) girişimler olarak ayrılır. (Usta & Çavdar, 2013)

Obezitenin fizyopatolojisi, cerrahi girişimin getireceği komplikasyonlar ve kilolu olmanın beraberinde getirdiği kronik hastalıklar nedeniyle bariatrik cerrahi

uygulanan hastanın izlemi, bakımı ve tedavisi önem gerektirir. Ameliyat sonrası oluşabilecek komplikasyonların erkenden farkına varılması ve önlenmesinde multidisipliner ekibin bir üyesi olan hemşirenin yeri önem arz etmektedir(Sarwer, 2008). Obezite cerrahisinde hemşirelik bakımını konu alan literatür incelendiğinde, yurt dışında çok sayıda çalışmaya ulaşılmaktadır. Türkçe literatürde ise daha az çalışma bulunmaktadır. Bu çalışma ile obezite cerrahisi geçiren ve geçirmeyen yetişkinlerin benlik saygısı ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Hipotez (ler)

H1; Obezite cerrahisi geçiren hastaların ameliyat geçirmeyenlere göre ameliyat sonrası dönemde yaşam kalitesi daha yüksek olacaktır.

H1; Obezite cerrahisi geçiren hastaların ameliyat geçirmeyenlere göre ameliyat sonrası dönemde benlik saygısı daha yüksek olacaktır.

Araştırma Soruları

- Obezite cerrahisi geçiren ve geçirmeyen bireylerin benlik saygısı ve yaşam kalitesi nasıldır?
- Obezite cerrahisi geçiren ve geçirmeyen hastaların yaşam kalitesi farklı mıdır?
- Obezite cerrahisi geçiren ve geçirmeyen hastaların benlik saygısı farklı mıdır?

GENEL BİLGİLER

Obezitenin ve fazla kilololuğun tanımı olan vücutta anormal ve aşırı yağ birikimi sağlıkta bozulmaya sebep olabilmekte ve beraberinde birçok hastalığı getirmektedir. Obeziteye kardiyovasküler hastalıklar, diyabet, kas ve iskelet sistemi hastalıkları gibi pek çok morbiditenin yanında, söz konusu hastalıklarla ilintili olarak mortalite nedeni de olabilmektedir (World Health Organization, 2009)

Obezitenin Tarihçesi

Obezite tarihte her dönemde gerek edebi eserlerde, gerekse sağlık kayıtlarında karşımıza çıkmaktadır. Farklı toplumlarda ve değişen dönemlerde obezitenin çeşitli bakış açıları ile ele alındığı ve araştırıldığı bilinmektedir. Obezite ya da fazla kilolu olmanın eskiçağ Doğu Asya uygarlıklarında ve Ortaçağ'da, Rönesans Avrupası dönemlerinde refahın ve gücün simgesi olduğu görülmektedir (Çınar,2013). İlk çağ tanrılarında şişmanlık, hayatın devamlılığının göstergesi iken, günümüzde obezitenin bir sağlık sorunu olarak tanımlanması zaman almıştır(Gürkan, 2012). 19. yüzyılda büyüyen sanayi toplumuyla ve bilimsel gelişmelerle bu bakış değişime uğramıştır. Kilolu olma durumu; tembellik, yavaşlık ve sağlıksızlığı çağrıştırmaktadır ve fazla kilololuluk olumsuz bir nitelik olarak görülmeye başlanmıştır (Ballı, 2013).

Tıp literatüründeyse aşırı kilololuğun sağlık açısından ehemmiyetine 1940ların sonunda Jean Vague'ün değindiği bilinmektedir(Bozbora,2002). ABD Illionis'te,1963 senesinde gerçekleştirilen uluslararası toplantıda antropometrik ölçümlerin değerlendirilerek obezitede Beden Kitle İndeksi (BKİ) parametresi kullanımı gündeme getirilmiştir(World Health Organization, 2004).

Obezitenin Tanımı

Obezite, genel bir terim olarak bedenin yağ kütlesinin yağsız kütleye oranıyla aşırı artmasına bağlı olarak, boy uzunluğuna göre beden ağırlığının normal kabul edilen sınırların üstüne çıkması durumudur. Latincede ob-esum; yemeğe bağlı anlamına

gelmektedir ve kişinin sağlığını tehdit eden, vücuttaki yağ miktarının normalden fazla olması durumudur(Gündüzoğlu, 2008).

Obezite, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından "vücutta insan sağlığını etkileyecek boyutta anormal ve aşırı yağ birikmesinden kaynaklanan kronik bir hastalık" olarak tanımlanmaktadır (World Health Organization, 2009, 2017). Ortalama bir yetişkin erkeğin beden kitlesinin %15-20'lik kısmını, ortalama bir yetişkin kadınınsa %25-30'unu yağ dokusu oluşturmaktadır (Seidell, 2001). Bu oranın erkeklerde %25'i , kadınlarda ise %30'u aşması halinde obezite varlığını göstermektedir (Obezite Dislipidemi Hipertansiyon Çalışma Grubu, 2014). Fazla kiloluluk ve şişmanlık terimleri sıklıkla obezite tanımının yerine kullanılsa da birbirinden ayrı durumları ifade ederler. Aşırı kiloluluk terimiyle yaş ve boya bağlı olarak belirli standardın üzerinde ölçülen kiloluluk durumu belirtilmektedir.

Günümüzde sedanter yaşam koşullarının giderek yaygınlaşması nedeniyle gıdalarla vücuda alınan kalori miktarının artmasına rağmen günlük harcanan enerjinin azalması şeklindeki kısır döngü obezitenin temelini teşkil etmektedir (Durgun, 2012). Enerji alımı ile harcanması arasındaki denge hormonal, fiziksel, kimyasal, nörolojik ve psikolojik mekanizmalarla kurularak vücut ağırlığı belli düzeyde sabitlenir. Söz konusu dengenin bozulması, vücut ağırlığını değiştirerek kronik bir hastalık olan obeziteyi tetiklemektedir(Akbulut, 2010; Altunkaynak & Özbek, 2006).

Obezitede Tanı ve Sınıflandırma

Kilolu olmakla şişman olmak terimleri genellikle aynı anlamda kullanılsa da birbirinden farklı anlamlar içermektedir. Kilolu olmak; vücutta kemik, kas ve yağ dokusunu içine alarak toplam vücut ağırlığı üzerinden tanımlanırken, şişmanlık ise vücutta yağ dokusunun artışına bağlıdır(Kavas, 2005).

Obezite tipleri

Vücutta bulunan yağın dağılımı kronik hastalıklar ile ilişkilendirilmektedir. Yağ dokusu; cilt altında karın içinde (omentum, mezenkimal dokularda, intraabdominal bölgede) ve retroperitoneal alanda yer alır. Cilt altı yağ dokusu dışında kalanlara visseral yağ dokusu denir. Obezite sınıflandırması visseral yağ dokusunun vücuttaki

dağılımına göre jinoid (armut-kadın tip) ve android (elma-erkek tip) olarak tanımlanmıştır(Özarmağan, 2008; Wudden, 2003)**.**

1-Jinoid tip: Gluteal ve femur üzerinde yağ toplanması ile ilişkili jinoid tip, kadın tipi, periferik tip, armut tip olarak isimlendirilmektedir (Lukaski, 1987). Obezitenin bu tipi lipid hücre sayısında çoğalma (hiperplazi) ile karakterizedir. Jinoid obezite ile eklem hastalıklari ve vasküler özellikle de venöz dolaşım bozuklukları arasında literatürde bağlantı olduğu bildirilmiştir(Kssebah, 1989).

2-Android tip: Her iki cinste de batında yağ toplanması (göbeklenme) ile karakterizedir. Android tip, erkek tipi, santral, sentripedal, abdominal, elma tipi veya visseral obezite olarak isimlendirilir(Lukaski, 1987). Android obezitede lipid hücreleri büyümesi (hipertrofi) görülür (Hartz, Rupley, & Rimm,1984). Android tip şişmanlık birçok ek hastalıkla birliktelik gösterir. Örneğin; metabolik sendrom, diabetes mellitus, hipertansiyon, hiperkolesterolemi gibi.

Obezitenin değerlendirilmesinde kullanılan ölçüm yöntemleri

Antropometrik ölçümler vücut protein ve yağ deposunun belirteçleri olmaları sebebiyle önemlidir. Antropometrik ölçümlerle vücut yağı ve yağsız vücut dokusu belirlenebilmekle birlikte ölçümler belirli bir aralıkta ve düzenli yapıldığında bireyin beslenme durumu güvenli bir şekilde tespit edilebilir. Bu yöntemler şunlardır (N. Yücel, 2008):

- Vücut ağırlığı ve boy uzunluğu
- Vücut yağının saptanması
- Yağsız vücut kitlesinin saptanması

Vücut ağırlığı ve boy uzunluğu:

Geçmişte obezite ve fazla kilololuk sınıflandırmasında birçok ülkenin kendine özgü kriterler kullanması obezitenin epidemiyolojisinin incelenmesini güçleştirmiştir. Ancak 1990'lı yıllardan itibaren sıklıkla Beden Kitle İndeksi obezitenin saptanması için evrensel olarak kabul görür hale gelmiştir (Popkin, 1994). Yetişkin bireylerde obeziteyi belirlemek için yaygın olarak BKİ kullanılmaktadır ve vücuttaki yağ dağılımı hakkında

bilgi vermemektedir fakat total vücut yağı ile iyi bir korelasyon göstermektedir (Bağrıaçık et al., 2003). BKİ, kilogram cinsinden vücut ağırlığının (kg) metre cinsinden boy uzunluğunun (m) karesine bölümü ile elde edilen bir ölçümdür(World Health Organization, 2006).

BKİ = Ağırlık (kg) / Boy (m^2)

Bu ölçümle elde edilen değerler aşağıdaki sınıflandırma ile değerlendirilmektedir (Tablo 1).

Tablo 1. Kilo ve Boy Ölçümüne Bağlı Olarak Yetişkinlerde BKİ (kg/m^2) Sınıflaması

Sınıflama	BKİ (kg/m^2)	
	Temel Kesişim Noktaları	Geliştirilmiş Kesişim Noktaları
Zayıf (Düşük Ağırlık)	<18,50	<18,50
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
Toplu/ Hafif Şişman/ Fazla Kilolu	≥25,00	≥25,00
Pre-obez (Şişmanlık Öncesi)	25,00-29,99	25,00-27,49
		27,50-29,99
Obez	≥30,00	≥30,00
1. Derece Obez	30,00-34,99	30,00-32,49
		32,50-34,99
2. Derece Obez	35,00-39,99	35,00-37,49
		37,50-39,99
3. Derece Obez	≥40,00	≥40,00

BKİ: Beden Kitle İndeksi

BKİ'nin kullanımı çocuklarda ve bazı durumlarda(gebelik, fazla ödemli olma, kas yapıcı sporla ilgilenme, ileri derece yaşlı olma gibi) uygun görülmemektedir. Bununla birlikte yetişkinlerde kullanımı genelde güvenilir sonuçlar vermektedir (Serter, 2004).

BKİ 25'in üzerinden olması durumunda, obezite derecelendirilmektedir. Sağlıklı bir toplumda yetişkin BKİ ortalamasının 21-23 kg/m2 aralığında olması optimumdur. Birey bazında ise BKİ hedefi 18,5-24,9 kg/m2 aralığında bulunmalıdır. 25,0-29,9 kg/m²aralığında obezite ile ilişkili hastalıklar açısından risk mevcudiyeti başlamaktadır. 30 kg/m2 ve üzeri BKİ dağılımında ise kişi ciddi hastalık riskleri ile karşı karşıyadır(World Health Organization, 2014).

Vücut yağının saptanması:

Deri kıvrım kalınlığının ölçülmesi: Çoğunlukla triseps ve subskapular deri kıvrım kalınlığı ölçümleri ile değerlendirilir. Bu amaçla kaliper aleti kullanılabilir (Memiş, 2004). Eğer deri kıvrımının kalınlığından vücut yağ miktarı ile yağsız vücut kitlesini bulmak amaçlanıyorsa, triseps ve subskapular deri kıvrım kalınlığınının yanında biseps ile suprailiak deri kıvrım kalınlıkları da ölçülmelidir(Baysal, Bozkurt, Pekcan, Besler, & Aksoy, 2002). Deri altı yağ dokusu sıralı birkaç ölçüm yapılarak ve ölçümlerin ortalamaları alınarak saptanır. Kadınlar için üst sınır 52mm iken, erkekler için 38mmdir(Bağrıaçık et al., 2003; Kssebah, 1989).

Üst orta kol yağ alanının saptanması: Triseps deri kıvrım kalınlığı ve üst orta kol çevresi ölçümlerine dayalıdır (Baysal et al., 2002).

Bel/Kalça oranının saptanması: Obezitenin tipini belirlemede kullanılan göstergedir(Bağrıaçık, 1999). Yetişkinlerde bel/kalça oranının kronik hastalıklar ile olan ilişkisi yapılan çeşitli epidemiyolojik çalışmalarda gösterilmiştir. Bel/kalça oranı için üst limit erkeklerde 1.0, kadınlarda 0.8 olarak belirlenmiştir(Baysal et al., 2002). Payda bulunan bel çevresi ölçümü başlıca viseral organlar ve abdominal yağ dokusunun miktarını saptamakta, paydada bulunan kalça çevresi değeri ise kas kitlesi ve iskelet dokusunu yansıtmaktadır(Baysal & Baş, 2008).

Bel çevresi ölçümü: Bel çevresi ölçümü ve bel/kalça oranı, vücuttaki yağ dağılımının belirlemek amacıyla sıklıkla kullanılan antropometrik yöntemlerdir. Ayrıca bu ölçümlerin maliyetsiz olması ve hastaların kendileri tarafından da ölçülebilmesi klinikte oldukça sık tercih edilmelerinin nedenidir (Baysal & Baş, 2008).

Yetişkin bireylerde bel çevre ölçümüne risk sınırları aşağıdaki tabloda gösterilmiştir (Akbulut, 2010).

Tablo 2. Cinsiyete Göre Bel Çevresi Ölçümü Risk Düzeyleri (World Health Organization, 2008)

Bel Çevresi	Risk-Uyarı Sınırı (cm)	Yüksek Risk-Eylem Sınırı (cm)
Erkek	≥94	≥102
Kadın	≥80	≥88

Labaratuvar ve radyolojik yöntemler ile vücut bileşiminin saptanması: Ultrasonografi, bilgisayarlı tomografi (BT), magnetik rezonans görüntüleme (MRG), total vücut elektrik geçirgenliği (TOBEC), dual enerji X ışın absorbsiyometresi (DEXA) ve biyoelektriksel empedans analizi (BIA) gibi yöntemler vücut bileşiminin saptanmasında kullanılan labaratuvar ve radyolojik yöntemlerdir (Baysal et al., 2002).

Yağsız vücut kitlesinin saptanması:

- Üst orta kol çevresi
- Üst orta kol kas alanı
- Üst orta kol kas çevresi
- Deri kıvrım kalınlığı yöntemleri ile hesaplanabilmektedir (Baysal et al., 2002)

Obezitenin Epidemiyolojisi

Obezitenin dünya genelindeki durumu mercek altına alındığında gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde obezite prevalansında artış görülmektedir (Durgun, 2012). Obezite prevalansının başlıca yaş, cinsiyet, ırk gibi faktörlerin yanısıra sosyo-kültürel

durum, aile içinde obez bireylerin varlığı, beslenme ve hayat tarzı gibi pek çok değişken tarafından belirlendiği bilinmektedir (Sarbat, 1999). Bunun yanında obezite her toplumun kendine özgü nitelikleri, beslenme alışkanlıkları, çevresel faktörleri, genetik varyasyonları doğrultusunda çeşitlilik göstermektedir (Peker, Çiloğlu, Buruk, & Bulca, 2000). Gelişmekte olan toplumlara göre gelişmiş ülkelerde obezite daha yaygındır. Toplumun modernleşmesiyle şişmanlığın arttığını gösteren küresel örnekler gün geçtikçe artmaktadır(Bjorntorp P., 2002).

Dünya genelinde obezite

DSÖ verilerine göre, obezite bir epidemi olarak nitelendirilmektedir. DSÖ'nün 2017 yılında bildirdiği verilere göre dünya genelinde 18 yaş üzeri 1,9 milyardan fazla yetişkinin kiloludur ve bunun 650 milyondan fazlasını obezler oluşturmaktadır.Çocuklar açısından obezite değerlendirildiğinde ise 5 yaş altındaki 41 milyon çocuğun, 5-19 yaş arasındaki 340 milyon çocuk ve ergenin fazla kilolu olduğu veya obez olduğu saptanmıştır. Yetişkilerin ortalama %39'u aşırı kilolu; %13'ü obez olarak karşımıza çıkmaktadır. Cinsiyet açısından obezite incelendiğinde ise erkeklerin %39'u, kadınların %40'ı aşırı kilolu iken; erkeklerin %11'i, kadınların %15'i obez olarak bildirilmiştir (World Health Organization, 2017).

DSÖ tarafından planlanan ve uygulanan, 12 yıllık bir süre zarfında Afrika, Avrupa ve Asya kıtalarının seçilmiş bölgelerinde yapılan MONICA (Monitoring of Trends and Determinants in Cardiovasculer Diseases) araştırmasında on yıllık obezite prevalansında % 10-30'luk bir artış gözlenmiştir (Habeş, 2013) .

Dünya genelinde ölüm nedenlerinin sıralaması incelendiğinde beşinci sırada obezitenin geldiği görülmektedir. Obezite ile hayatını yitiren birey sayısının yılda yaklaşık 2.8 milyon kişi olduğu tahmin edilmektedir (Memi, 2015).

Avrupa'da yetişkinlerde yapılan çeşitli araştırmalara göre fazla kilolu olma prevalansı erkeklerde %32-79, kadınlarda ise %28-78 arasında; obezite sıklığıysa erkeklerde %5-23, kadınlarda %7-36 gibi bir aralıkta değişmektedir. İtalya'da fazla kilololuluk sıklığı çocuklarda %25-30, yetişkinlerde %35-40 iken, obezite prevalansı çocuklarda %10-15, yetişkinlerde %10 olarak bildirilmiştir(Driul et al., 2008). İngiltere sağlık bakanlığının bir araştırmasında 16-64 yaş aralığındaki kadınlarda fazla kilololuluk

oranının %32 olduğu, bunların yaklaşık %20'sinin obez olduğu saptanmıştır(Khashan & Kenny, 2009). Avrupa'daki obezite verileri incelendiğinde, en düşük obezite sıklık değerlerinin İsveç'te olduğu görülmüştür. Erkeklerde %7 ve kadınlarda %9 olarak saptanmıştır. En yüksek obezite sıklıklarına ise Litvanya'da rastlanmıştır; erkeklerin %22'si, kadınların %45'i obez olarak bildirilmiştir. Avrupa genelindeki ortalamalar erkeklerde %15 civarında, kadınlarda ise %20'lik bir değer olarak görülmektedir(Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, 2017).

Dünyada obezitenin en çok rastlandığı ülke olan ABD'de yapılan araştırmalar sonucu ortaya çıkan verilere göre toplam nüfusun %30'unun obez olduğu, yapılan projeksiyonlara göre ise 2030 yılı için bu oranın %50 gibi ciddi düzeylere ulaşacağı tahmin edilmektedir (İ. Satman et al., 2015). 2009-2010 yılları arasında yürütülen ABD Ulusal Beslenme ve Sağlık Araştırması (NHANES)'nın sonuç raporuna göre ABD'de 78 milyonun üzerinde erişkinin obez olduğu kaydedilmiştir. Genel toplumda %35,7 olan obezite sıklığı kadınlarda %35,8, erkeklerde %35,5 olarak bulunmuş; 2-19 yaş aralığındaki çocuk ve adolesanlarda %16,9 olarak saptanmıştır. Bu veriler ışığında ise 12.5 milyon çocuk obezdir (NCHS, 2012).

Şişmanlık gelişmiş ülkelerde nispeten düşük sosyoekonomik kesimde sık iken, gelişmekte olan ülkelerde ise daha çok orta-üst kesimde görülmektedir. Beklenenden daha az veri olmasına rağmen Asya ve Afrika ülkelerinde de şişmanlık hızla artış gösterdiği bilinmektedir(Çevik, 2004). DSÖ verilerine göre obezite sıklığı Batı Samoa ve Pasifik adalarında yüksektir. Az gelişmiş bölgelerde (Çin, Asya ülkeleri, Brezilya) ise obezite prevelansı düşüktür (Flegal, 1999).

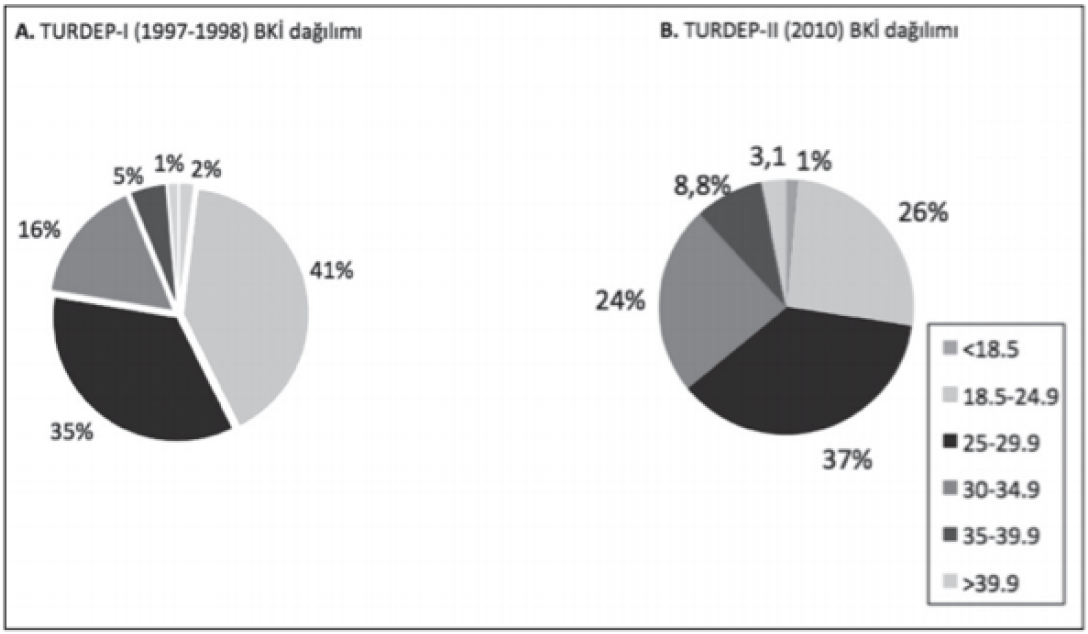
Türkiye'de Obezite

Dünya genelinde olduğu gibi ülkemizde de obezite prevalansında artış olduğu bilinmektedir. Türkiye'de gerçekleştirilen büyük çaplı obezite araştırmaları sorunun boyutlarını ortaya koymak açısından önem taşımaktadır(Pekcan, 2001).

Türk Erişkinlerde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri (TEKHARF) araştırması verilerine göre Türkiye'de 1990 yılında %19 olan obezite sıklığı 2000 yılında %22'ye ulaşmıştır. Söz konusu artışın erkeklerde %75, kadınlarda %36 oranında olduğu kaydedilmiştir(Yumuk, 2005).

Ülkemizde yapılan en geniş çaplı obezite prevalans çalışmalarından biri olan Türkiye Diyabet ve Hipertansiyon Epidemiyolojisi-I (TURDEP-I) çalışması 24788 kişi dahil edilerek, 1997-1998 yılları arasında yapılmış, araştırmanın sonucunda obezite prevalansı %22,3 olarak saptanmıştır. Obezite sıklığı cinsiyete göre kadınlarda %29,9, erkeklerde %12,9 olarak bildirilmiştir. Araştırmadan elde edilen verilerin sonucunda yaş dağılımına bakıldığında; obezitenin 30'lu yaşlarda artış gösterdiği, 45-65 yaş aralığında ise tepe değerlere ulaştığı görülmüştür. Yerleşim yerine göre incelendiğinde ise kentte %23,8 oranında, kırsal alanda ise %19,6 oranında bulunduğu görülmüştür. Ülkenin geneli değerlendirildiğinde çalışmanın yapıldığı dönemde obezitenin Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgelerinde daha az olduğu kaydedilmiştir(Nazlıcan, 2008).

TURDEP-1 çalışmasından 12 yıl sonra yapılan TURDEP-II çalışmasından elde edilen verilere göre Türkiye genelinde obezite sıklığı %35, kadın bireylerde %44 ve erkekde %27 olarak bulgulanmıştır. İki araştırmanın verileri karşılaştırmalı olarak değerlendirildiğinde 1998-2010 yılları arasındaki süre zarfında obezite prevalansında %40 artış olduğu saptanmıştır. Çalışmanın bir diğer bulgusu ise obezitenin kadınlarda %34 erkeklerde ise %17 oranında artış göstermesidir(I. Satman et al., 2002). Kadınlarda kilo ortalamasının 6 kg, bel çevresi ölçüm değerinin 6 cm, BKİ değerinin 1,7 kg/m^2ve kalça çevresi ölçüm değerinin 3 cmarttığı kaydedilmiştir. Erkek bireylerde ise kilo ortalamasının 8 kg, bel çevresi ölçümünün 7 cm, BKİ değerinin 2 kg/m^2 ve kalça çevresi ölçüm değerinin 3 cm artış gösterdiği bulunmuştur. Hem kadınlarda hem de erkek bireylerde obezite 20-24 yaş grubundan 50-54 yaş grubuna kadar artış göstermekte, bu yaştan itibarense daha ileri yaşlara kadar azalma eğiliminde olduğu görülmektedir (Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, 2017).TURDEP- I ve TURDEP- II çalışmalarında BKİ'ndeki değişim Şekil-1'de gösterilmiştir.



Şekil 1. Türkiye Toplumunun Yetişkin Yaş Grubunda BKİ Değişimi

1999-2000 yılları arasında yapılan Türkiye Obezite Hipertansiyon (TOHTA) çalışmasının bulgularına göre kadın bireylerde obezite prevalansı %35 bulunmuştur ve kadınların erkek bireylerden 1.8 kat daha fazla riskinin söz konusu olduğu tespit edilmiştir (TC Sağlık Bakanlığı, 2010).

Türkiye Obezite Araştırma Derneği'nin "Türkiye'de Obezite Profili" çalışması 2000-2005 yılları arasında Türkiye'de obezite prevalansını %30 olarak bildirmiştir(TC Sağlık Bakanlığı, 2010).

T.C. Sağlık Bakanlığı'nın 2010 yılında elde ettiği verilere göre obezite sıklığı erkekde %20,5 iken kadın bireylerde %41 olarak kaydedilmiştir. Toplum genelinde ise %30,3'luk bir obezite prevalansı bildirilmiştir(TC Sağlık Bakanlığı, 2014).

Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TUİK) 2014 ve 2016 yıllarında verilerine göre 15 yaş ve üzeri bireylerde görülen obezite sıklığı 2014 yılında 19,9; 2016 yılında %19,6 olarak bildirilmiştir. Araştırmaya göre kadınların %23,9'u obez, %30,1'i pre-obezdir. Erkeklerde ise obezite %15,2 oranında iken, pre-obezite %38,6 oranındadır(Türkiye İstatistik Kurumu, 2016).

Aşağıdaki tabloda cinsiyete göre BKİ değerleri 2014 ve 2016 yıllarındaki bulguları ile sunulmuştur (Tablo-3).

Tablo 3. Beden Kitle İndeksine Göre Obezitenin Cinsiyete Göre Dağılımı, 2014, 2016 (Türkiye İstatistik Kurumu, 2016)

Yıl ve Cinsiyet		Toplam(%)	Düşük Kilolu (%)	Normal Kilolu(%)	Obez öncesi [(1)] (%)	Obez(%)
2014	Toplam	100,0	4,2	42,2	33,7	19,9
	Erkek	100,0	2,8	43,7	38,2	15,3
	Kadın	100,0	5,5	40,7	29,3	24,5
2016	Toplam	100,0	4,0	42,1	34,3	19,6
	Erkek	100,0	2,5	43,8	38,6	15,2
	Kadın	100,0	5,6	40,4	30,1	23,9

Tablodaki rakamlar, yuvarlamadan dolayı toplamı vermeyebilir.(1) "Fazla kilolu" ifadesi "obez öncesi" olarak değiştirilmiştir.

Ülkemizde okul çağındaki çocuklarla yapılan çeşitli çalışmalar, çocukluk ve adolesan döneminde obezite prevalansının %10 üzerinde görüldüğünü kaydetmektedir (Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, 2017).

Etyoloji

Obezitenin etiyolojisinde genetik, çevresel, nörolojik, fizyolojik, biyokimyasal, kültürel ve psikolojik birçok unsurun söz konusu olması hastalıktan korunmayı ve tedavisini güçleştirmektedir. Şişmanlığın bu kompleks ve multifaktöriyel yapısı anlaşılmadan korunma ve tedavi için çözüme yönelik bir adım atmak güçtür (A. B. Ergin, 2016). Obezite özünde fiziksel inaktivite ve aşırı beslenmenin doğurduğu bir sonuç olmakla birlikte, bu iki faktörün oluşumunu, bireysel ve toplumsal olmak üzere pek çok faktör etkilemektedir. Çok sayıda araştırma yaş, cinsiyet, sosyokültürel faktörler (eğitim düzeyi, medeni durum, gelir durumu), etnik köken, davranışsal faktörler (fiziksel aktivite, diyet, sigara ve alkol tüketimi), biyolojik faktörler gibi nedenlerin fazla kilo ve obezite gelişiminde rol aldıklarını göstermiştir(R. Doğan, 2012; Han, Bijnen, Lean, & Seidell, 1998).

Tablo-4'te obezite kanıt durumuna göre hastalık riskini artıran ve azaltan faktörler sıralanmıştır.

Tablo 4. DSÖ'ye Göre Kilo Artışı ve Obeziteyle İlgili Kanıtlar ve Kanıt Düzeyleri (Eren & Erdi, 2003)

Kanıtların Durumu	Riski Azaltanlar	Riski Artıranlar
Kesin	Düzenli fiziksel aktivite yapma Diyette yeterli posa alımı	Sedanter Yaşam Enerji yoğunluğu fazla, mikrobesin içeriği düşük besinlerin aşırı alımı
Çok Muhtemel	Çocuklarda sağlıklı besin seçimini etkileyecek ev ve okul çevresi Anne sütü ile beslenme	Yüksek enerjili besinlerin aşırı pazarlanması Şekerli içeceklerin ve meyve sularının fazla tüketimi
Muhtemel	Düşük glisemik indeksli yiyecek tüketimi	Büyük porsiyonlar Ev dışı beslenme Aşırı kısıtlayıcı beslenme önerileri
Yetersiz	Öğün sayısının artırılması	Alkol

Genetik

Yapılan epidemiyolojik çalışmalar, obezitenin genetik yapıdan etkilendiğini göstermektedir. Obezitenin genetik ile ilintisini bildiren çalışmalarda obez fenotip ile ilgili bazı kromozomlar ortaya konulmuştur. Son yıllarda yapılan araştırmalar daha çok şişmanlık gelişiminde neden olacak tekil genler (monojenik) ve bu genlerin fonksiyonları üzerinde durmaktadır (Gürel & İnan, 2001). Aşırı kilolu ve obez ebeveynlerin çocukları da aşırı kilolu olma ihtimalleri yüksektir. Bu durum, çocuklar biyolojik ebeveynlerinden ayrı yetiştirilse bile obezitenin görülüyor olması genetiğin olduğuna işaret etmektedir (Sarbat, 1999). Aile ve ikizlerde yapılan araştırmalarda obezitenin %40-70'inin genetik etkenlere bağlı olduğu gösterilmektedir (Bergman, 2008). Çalışmalardan biri evlatlık verilen, diğeri ise kendi biyolojik ailesiyle yetişen ikizlerin, ayrı çevrelerde büyümelerine rağmen her ikisinin de obez olduğu görülmüştür. Çocuklardaki yağ oranının ebeveynlerinin yağ oranı ile doğru orantılı olduğunu ve obez bir ebeveynin çocuklarınında obez olma ihtimalinin, obez olmayanlardan 2-3 kat fazla

görüldüğü çalışmalarda bildirilen bir bulgudur (Çayır, 2009). Bazı epidemiyolojik çalışmalarda anne ve babanın obez olması halinde çocuklarda obezite görülme riski %80 iken, sadece birinin obez olması halinde %40, hiçbir bireyin obez olmaması durumunda ise %9 oranında bir sıklık olduğu kaydedilmiştir (Babaoğlu & Hatun, 2002).

Obezitenin etiyolojisini açıklarken genler her ne kadar önem arzetse de tek başına yeterli olmayacaktır. Genetik ve çevresel etmenler obezitenin etiyolojisinde bir arada etkili olur. Obez ailelerin çocuklarının da obez olduğu bilinmektedir. Ailede ebeveynlerden çocuklara aktarılan yalnızca gen değildir, beslenme tarzı da aktarılmaktadır (Cutting, Fisher, Grimm-Thomas, & Birch, 1999).

Beslenme alışkanlıkları

Prenatal dönemde beslenme ile başlayan süreç kişinin hayatı boyunca devam eden beslenme alışkanlığına etki etmektedir. Süt çocukluğu döneminde olan karışık ve yapay beslenmenin obezite riskini arttırdığı bilinmektedir. Bununla birlikte anne sütü alımının obeziteye karşı koruyucu olduğu bilinen bir gerçektir(World Health Organization, 2003).

Bilimsel ve endüstriyel gelişmeler yolu ile gıda sanayisinde üretilen çeşitli yağ, şeker ve tuz kombinasyonlarının nörokimyasal yolaklar aracılığında beyinde koku ve zevk uyarıları oluşturduğu bilinmektedir. Bu uyaranlar gıda tüketicisinin enerji içeriği yüksek gıdalardan daha çok zevk almasına ve sonuçta bu gıdaları daha sık tüketmesine sebep olmaktadır(Prentice & Jebb, 2003).

Yenilen yemeklerin porsiyonlarının büyüklüğünün artması, öğün aralarında yeme, hızlı yemek yeme alışkanlığı, fast-food kültürü, tek öğünde fazla miktarda yeme alışkanlığı önemli risk faktörleri olarak karşımıza çıkmaktadır (Berkey et al., 2000).

Öğün sıklığı ve öğünlerin düzeni de kilo alımına önemli etkide bulunur. Günde üç veya üçten daha fazla düzenli öğün tüketen bireylerde; günde bir ya da iki kez düzensiz öğünü olan bireylerden daha az obezite sıklığı görülmektedir (Kabalak, 1995).

Sosyoekonomik düzeyi yüksek olan ailelerin çocuklarının şişmanlaması çok aşırı beslenmeden kaynaklı olurken; düşük sosyoekonomik düzeyi olan ailelerin çocuklarının şişmanlaması dengesiz beslenmeden kaynaklanmaktadır. Dengeli

beslenmeyi alışkanlık edinmemiş okul çağındaki çocukların ve gençlerin yüksek şeker ve yağ içeren, hızlı ve hazır gıdalara eğilimlerinin daha fazla olduğu görülmektedir (Batty et al., 2006).

Sedanter Yaşam

Fiziksel inaktivite obezitenin etiyolojisinde önemli bir yer tutmaktadır. Obezite sıklığının yaklaşık son otuz yıl içerisindeki ciddi artışının önemli bir nedeni olarak endüstriyel ve teknolojik ilerlemelerle birlikte, fiziksel güce dayanan yaşam stilinden sedanter hayata dayanan yaşam stiline geçilmesi görülmektedir (Urek, Crncević-Urek, & Cubrilo-Turek, 2007).Modern toplum biçimi kişilere daha az enerji ile gündelik işlerin yürütülebilmesi imkanını sunmaktadır. Bu durum bedenin tüketemediği enerjiyi yağ olarak biriktirmesine yol açmaktadır. Çağımıza özgü hareketsiz yaşam tarzı ve ayaküstü beslenmenin gün geçtikçe yaygınlaşmasıyla obezite artmaya devam etmekte ve toplumun yaşam kalitesini düşürmektedir (Taze, 2010).

Ağır işlerde çalışmakta olan kişilerde obeziteye az rastlanılmasına karşın, masa başı işinde çalışan bireylerde daha sık görülmesi fiziksel aktivitenin vücut ağırlığına etkisini göstermektedir (Peker et al., 2000).

Sosyoekonomik ve Sosyokültürel Statü

Sosyoekonomik durum, meslek veya ikamet gibi göstergelerin birkaçı ile tanımlanan kompleks bir değişkendir. Literatürde yapılan çalışmalarda obezitenin sosyoekonomik statüsünü düşük olanlarda altı kat daha sıklıkla ortaya çıktığı belirlenmiştir (Özarmağan,2008). Şişmanlık sosyokültürel düzeyi düşük kadın bireylerde, sosyokültürel düzeyi yüksek olan bireylerden daha sık görülürken, erkeklerde bunun tersi durum söz konusudur (I. Ergin, 2005). Ayrıca obezite kentlerde köylerden daha yüksektir. TURDEP çalışmasında obezite prevalansının kentsel alanlarda yaşayanlarda, kırsaldaki gruptan (kent %23,8, kırsal 19,6) daha fazla olduğu görülmüştür. Aktif meslek gruplarında şişmanlık daha seyrekken, emeklilerde ve ev hanımlarında sıklık daha yüksek bulunmuştur (sırasıyla %17,3 ve %30,7). Eğitim düzeyi düşük bireyler (okur yazar olmayan %33,4, yüksek okul mezunu %10) ve dar gelirli gruplarda (asgari ücretin altı %22,6, yüksek gelirli %15,5) obezite sıklığının yüksek olduğu saptanmıştır (I. Satman et al., 2002).

Kişilerin eğitim seviyeleri, meslekleri, gelir durumları ve birçok çevresel faktör obezite sıklığına doğrudan veya dolaylı olarak etkide bulunur. Eğitim düzeyinin düşüklüğü ve herhangi bir işte çalışmamak obezite kapsamında risk nedenleri olarak değerlendirilmektedir (Kişioğlu, Aykut, & Öztürk, 2000).

Yaş

Şişmanlık, orta yaş sorunu gibi bilinse de, yaşamın herhangi bir döneminde ortaya çıkabilir. Ayrıca bebeklik çağında görülen kilololuğun yetişkinlikte obezite riskini arttırdığı bilinmektedir. Obez yetişkinlerin %30'unun 18 yaştan önce de şişman olduğu bilinmektedir. İlkokul döneminde obez olanların %25'i, ergenlik döneminde obez olanların ise %70' i erişkin yaşlarda da obez kalmaktadır (Üzmez, 2007).

Cinsiyet

Şişmanlık her iki cins için de söz konusu olmakla birlikte kadınlarda daha sık görülmektedir. Tüm Dünya da obezite prevelansı, kadınlarda daha fazladır. Bu duruma kadınların vücutlarında daha çok yağ depolamalarının etkili olduğu bilinmektedir (Wadden & J.Stunkard, 2003). Ülkemizde yapılan 2016 yılında TÜİK'in araştırmasında kadınların %23,9'u, erkeklerin %15,2'si obez olarak saptanmıştır (Türkiye İstatistik Kurumu, 2016).

Kadınlarda evlilik, gebelik, birden çok sayıda doğum ve menapoz süreçlerinde obezite olasılığını arttıran faktörler olduğu ifade edilmektedir (Akman, Budak, & Kendir, 2004). Erkeklerdeyse evlilik, askerlik gibi dönemlerde kilo alımının olduğu bilinmektedir (Aylin, 2013).

Sigara

Sigara kullananlarda tiroid aktivitesindeki artış vücuttaki enerjinin daha fazla kullanılmasına ve bu yönüyle obeziteden korunmada katkı sağlayabilmektedir. Fakat sigaranın bırakılması durumunda iştahta artış olmaktadır. Sigara bağımlılığında ağız alışkanlığı oluşması sigara bırakıldığında oral doyum nedeniyle sigaranın yerine yeme ihtiyacı obeziteye sebep teşkil edebilmektedir (Yıldız, 2014).

TURDEP II çalışmasında sigarayı bırakmış erkek katılımcıların hiç sigara içmemişlere göre daha fazla kilolu olduğu ve bel çevrelerinin daha geniş olduğu gösterilmiştir (I. Satman et al., 2013).

İlaçlar

Yaygın olarak kullanılan bazı ilaçların yan etkisi şeklinde kilo artışı ortaya çıkabilmektedir. Bu konuya hekimlerce dikkat edilmediğinde yağlanmaya duyarlılığı olan bireylerde kilo artışı obezite ve ilişkili komorbiditelerle sonuçlanmaktadır (Atar, 2005).

Obeziteye yol açan ilaçlara örnek olarak antidepresanlar, duygudurum düzenleyicileri, antipsikotikler, antihistaminikler, glikokortikoidler, beta blokörler, oral kontraseptifler verilebilir. İlaç kaynaklı oluşan obezitede teorik mekanizmalar özetle; serotonerjik ve dopaminerjik aktivitede azalma, sempatik sinir sistemi aktivitesinde azalma, yağ asitlerinin beta oksidasyonunda disfonksiyon, substrat oksidasyonundaki değişiklikler, sedasyon, enerji sarfiyatının azalması ve kalorisi yüksek içecek tüketiminin artışına neden olan antikolinerjik yan etkiler ilenöroopeptid Y aktivitesinde ve hipotalamik leptinde değişiklikler olarak sıralanabilmektedir (Yıldız, 2014).

Psikolojik Nedenler ve Stres

Anksiyete, stres, depresyon gibi çeşitli psikolojik rahatsızlıklar hipotalamik merkezlere etkide bulunarak yeme alışkanlıklarında disfonksiyona ve sonuçta şişmanlığa yol açabilmektedir (Altunkaynak & Özbek, 2006).

Stres ise parasempatik sistemde doygunluğu engelleyip, açlığı arttırma yönünde değişimlere neden olabilmektedir. Bu nedenle kişiler uzun zaman strese maruz kaldıklarında stresi bastırmak amacıyla yemek yemeyi seçebilirler (Te Morenga, Mallard, & Mann, 2013).

Epidemiyolojik araştırmalar, obezite ve çeşitli ruhsal bozuklukların birlikte bulunuşunun rastlantısal olmadığını, aralarında nedensel bir ilişkinin olduğunu

göstermektedir. Obezitenin bipolar bozukluk, majör depresif bozukluk, tıkınırcasına yeme bozukluğu, şizofreni ve diğer psikiyatrik bozuklukları ile birlikteliği hakkında yapılan çalışmalar bireylerin bazılarında obezitenin bu bozuklukların seyrini ve tedaviye yanıtını olumsuz yönde etkilediğini göstermiştir (Marcus & Wildes, 2009). Yapılan bir araştırmada tedavi amacıyla endokrinoloji bölümüne başvuran obezite hastalarında %81.3 oranında majör depresif bozukluk bulunduğu bildirilmiştir. Hastaların %71.7'si son bir ay içinde majör depresif atak geçirmiştir. Diğer psikiyatrik tanı dağılımları ise sırasıyla %22.6 sosyal fobi, %5.8 alkol bağımlılığı, %5.7 sıklıkta anksiyete bozukluğu ve %3.8 oranında obsesif kompulsif bozukluk olduğunu bildirmişlerdir (Eren & Erdi, 2003). Özdel ve arkadaşları ise kadın obez bireyleri inceledikleri çalışmalarında, geçirilmiş psikiyatrik bozukluk ile psikiyatrik tanı sıklığının obezitesi olmayan kontrol grubuna göre obezlerde daha yüksek oranda bulmuş ve en fazla duygu durum bozuklukları ile anksiyete bozuklukları tanısına rastlandığını bildirmişlerdir (Özdel et al., 2011).

Obez bireyler obez olmayanlarla karşılaştırıldığında, genel olarak yaşam kalitesinin daha kötü olduğu görülmüştür. Toplumun 'Obez bireyler fazla yedikleri ve az hareket ettikleri için şişmandırlar, dolayısıyla bu durum obez bireyin kendi sorumluluğudur.' şeklindeki bakışı 'kiloya bağlı damgalanmanın' asıl nedendir (Puhl & Brownell, 2006).

Yeme bozukluklarının bazıları da semptomları gereği obeziteye kaynak teşkil edebilmektedir. Bu bozukluklardan bazıları tıkınırcasına yeme bozukluğu, gece yeme sendromu ve kafeterya diyet bozukluğudur. Gece yeme sendromu olan bireyler enerjilerinin %25-50 kadarını gece boyunca tüketirler. Diğer bir bozukluk olan kafeterya diyet bozukluğu ise bireyin çoğunlukla yağ içeriği yüksek besinleri tercih etmesi durumudur. Bu bozukluk fast food yeme kültürünün bir sonucudur. Tıkınırcasına yeme bozukluğu ise kişide psikolojik sebeplerden dolayı kompulsif olarak yeme isteği oluşması kaynaklıdır (Sermez, 2006).

Ruhsal durumla yeme miktarı ve yeme sıklığı arasında fizyolojik ihtiyaçlardan bağımsız olan ilişki vardır. İnsanda yeme davranışının neşe, üzüntü, öfke, anksiyete, depresyon gibi farklı duygulara göre değiştiği kabul edilmektedir. Mevcut emosyonel durumla bağlantılı olan yeme davranışı "emosyonel yeme" olarak tanımlanmaktadır ve

beden ağırlığı ile ilişkili olduğu birçok çalışmada gösterilmiştir. Araştırmalarda depresyon, yorgunluk, sıkıntı, sırasında yeme miktarında çoğunlukla artma; gerilim, korku ve ağrı sırasında çoğunlukla azalma olduğu bildirilmektedir (Eren & Erdi, 2003).

Hormonal ve Metabolik Faktörler

Beden ağırlığının regülasyonunda yer alan hormonal ve sinirsel mekanizmaları etkileyen pek çok etken bulunmaktadır. Bu regülasyon beyindeki nörotransmitterler tarafından düzenlenmektedir (Üzmez, 2007). Yeme isteği ve yemeyi durdurma beyinde hormonal ve nörolojik mekanizmaların etkileşimiyle düzenlenir (Kokino, Özdemir, & Zateri, 2006). Obezitenin hormonal profilinde hiperinsülinizm ve hiperkortisolizm vardır. Hiperinsülinizm açlığı, aşırı yemeyi arttırırken, hiperkortisolizm lipolizin hızlanmasına ve yağ dokusunda trigliserit depolanmasına sebep olmaktadır. Bireyin enerji harcamasını belirleyen faktörler bazal metabolizma hızı, termogenesis ve fiziksel aktivitedir. Toplam enerji kullanımının yaklaşık %75'i bazal metabolizma hızına aittir ve bu oran kişiden kişiye hatta bazen aynı bireyde fiziksel şartlara ve zamana göre değişkenlik gösterebilir (Tavşancıl, 2006; Üzmez, 2007). Fiziksel aktivitenin enerji kullanımına katkısı ise yapılan aktivitenin süresine, türüne ve bireyin vücut ağırlığına göre varyasyon gösterir. Termogenesis ise gıda tüketimi sonrası vücutta oluşan ısı miktarıdır. Gıda alımının termik etkisi toplam enerji harcamasının yaklaşık %10'u kadardır (Tavşancıl, 2006).

Ayrıca Cushing sendromu, insülinoma, polikistik over sendromu, hipotiroidi, kraniofaringiyoma, erkek hipogonadizmi, büyüme hormonu eksikliği, hipofiz yetmezliği, obeziteyle sık birliktelik gösteren hastalıklardır (İ. Satman et al., 2015).

Obezite Tedavi Yaklaşımları

Obezitenin tedavisi multifaktöriyel bir hastalık olduğu için zorlu bir süreçtir. O nedenle koruyucu politikaların uygulanması öncelikli olmalıdır. Koruyucu sağlık politikaları obezitenin yönetiminde sağlık çalışanları tarafından birinci ilke olarak benimsenmelidir. Obezitenin önlenmesi, normal vücut ağırlığındakilerin kilo almasının önlenmesi ve kilo verdikten sonra mevcut durumun korunması ya da kilo veremeyen

kişiler için obezitenin ilerlemesinin önüne geçilmesi şeklinde olmalıdır (Baltacı, Ünalacak, Kara, & Sarıgüzel, 2015).

Obezitenin etiyolojisinde pek çok faktörün etkili olması obezitenin önlemesini ve tedavisini kompleks hale getirmektedir (Ballı, 2013). Bu sebeple obezite tedavisinde günümüzde multidisipliner ve kombine yöntemler uygulanmaktadır. Bireye özgü, gerçekleştirilebilir hedefler verilmeli, uzun soluklu bir süreç olduğu bilinerek hareket edilmeli ve yakın hasta takibi gerektirmektedir (Baltacı et al., 2015).

Tedavinin merkezinde davranış değişikliği olmalı, beslenme ve fiziksel aktiviteyle tamamlanmalıdır. Ancak gerektiği takdirde medikal ve cerrahi yöntemlere başvurulmalıdır.

Beslenme ve diyet tedavisi

Obezite tedavisinin kalıcı olması beslenme alışkanlığının kalıcı bir şekilde değiştirilmesine bağlıdır. Beslenme programı kişiden kişiye farklılık göstereceğinden bireye özgü olarak planlanmalıdır. Kişinin mevcut beslenme alışkanlıkları öğrenildikten sonra program hastayla ortak karar alınarak alınarak düzenlenmeli, lezzet ve uygulanabilirlik açısından hasta tarafından kabul edilebilir olmalıdır. Hastanın ekonomik durumu, yaşam şekli ve kültürel alışkanlıkları da dikkate alınmalıdır. Aksi takdirde bırakma ihtimali yüksek olacak ve kişiler önerilen programa uyum gösteremeyecektir. Beslenme önerileri uzun dönemde hastanın alışkanlıklarını değiştirmelidir, kısa süreli şok programlar tavsiye edilmemelidir(TC Sağlık Bakanlığı, 2013).

Önerilecek beslenme programı genel olarak aşağıda sunulan çerçevede olmalı (2014) :

1- Bireyin besin öğesi gereksinimlerini yaş, cinsiyet, fiziksel aktivite durumu, yaşam tarzı, fizyolojik yapısı göz önüne alınarak dengeli bir şekilde sağlanmalıdır.
2- Yanlış beslenme alışkanlıkları tespit edilip değiştirilerek doğru ve kalıcı beslenme alışkanlıkları önerilmelidir.
3- Kilo verme, bulunulan düzeyden aşamalı olarak normal ağırlığa gelecek şekilde olmalı.

4- Vücut ağırlığı hedeflenen düzeye ulaştığında kilo alımı engellemeli ve uzun süreli korunabilmelidir.

Fiziksel Aktivite

Fiziksel aktivite uygulamalarında en önemli nokta bireyin egzersiz programını yaşamına alışkanlık olarak yerleştirmesi oluşturmaktadır. Amaç kişinin yaşam tarzını uzun dönemde sedanter yaşamdan aktif bir yaşama dönüştürmektir(Obezite Dislipidemi Hipertansiyon Çalışma Grubu, 2014).

Fiziksel aktiviteyi arttırmanın kilo verme dışında da pek çok faydası vardır. Viseral yağlanmanın azalması ve kas kitlesinin arttırılması, kan basıncının ve lipid profilinin dengelenmesi, insülin direncinin düşmesi bunlardan bazılarıdır (Türkiye endokrinoloji ve metabolizma derneği, 2018).

Beslenme programı gibi egzersiz planlanması da bireye özgü olmalıdır. Örneğin bazı hastalarda kardiyovasküler değerlendirme amacıyla EKG ve diğer gerekli tetkikler istenebilir. Kişinin durumuna göre hafif düzeyli egzersizlerle başlanabilir. Genel olarak her yaştaki hasta için günlük ortalama 30-45 dakika süren ve mümkün oldukça haftanın her günü için orta düzeyde bir fiziksel aktivite tavsiye edilmelidir. Orta düzeyde fiziksel aktiviteye örnek olarak 20 dk dans etmek, 20 dk tempolu yüzmek, 15 dk merdiven çıkmak, saatte 5-6 km hızla yapılan yürüyüşler veya 30-45 dk süren bahçe işleri yapmak örnek verilebilir. Böyle bir egzersiz yaklaşık olarak 150-250 kcal harcanmasını sağlar. Her gün yapılması, haftada yaklaşık 1000-1500 kcal harcanmasına sebep olur (Fogelholm & Kukkonen- Harjula, 2000; Türkiye endokrinoloji ve metabolizma derneği, 2018).

Davranış Tedavisi

Kişiyi değerlendirme sürecinde ayrıntılı anamnez alınması çok önemlidir. Tercih edilen yemek çeşitleri, şekerli besinlere eğilim, aşırı yeme dönemlerinin olup olmadığı, iştahın arttığı çevresel koşullar, gece saatlerinde atıştırma, sosyal baskılar, stres kaynakları, eşlik eden depresyon, kaygı ve diğer psikiyatrik bozuklukları sorgulayan ayrıntılı öykü alınması gereklidir.

Aşırı yeme davranışını tetikleyen çevresel etkenleri kontrol edebilmek önemlidir.

Standart davranışçı tedavi şunları içerir:

1.Yaşa uygun kalori/günlük diyet uygulanmalıdır ve öğün atlanmamalıdır,

2.Tüketilen besinler (hasta tarafından) yapılabiliyorsa düzenli şekilde kaydedilmelidir,

3. Haftalık olarak kilo takibi yapılmalıdır,

4. Yemek yerken televizyon izlemek veya kitap okumak gibi dikkati başka yöne çeken, doyma hissini unutturan uyaranların bulunmaması gerekir,

5. Atıştırma yasaklanmalıdır,

6. Fiziksel aktivite artırılmalıdır,

7. Kilo kaybı ile ödül uygulaması faydalı olabilmektedir(Pehlivantürk, 2000).

Davranış modifikasyonunda görüşme sıklığı önemli noktalardan biridir. Tedavi başlangıcında ilk ay içerisinde haftada 2-3 kez, sonrasında ayda 2 kez, kiloyu koruma döneminde ise daha seyrek görüşmeler tedavide uyum için önemli unsurlardır. Bu konuda yapılan araştırmalarda, eşli terapi uygulamasının faydası bilinmektedir(Baysal & Baş, 2008).

Farmakolojik Tedavi

Beslenme, davranış tedavileri ve fiziksel aktivite şişmanlığın tedavisinde en yaygın yöntemler olmalarına rağmen, bazı kişilerde istenen hedeflere ulaşılamamaktadır. İdeal ölçüde kilo kaybının zorluğu farmakolojik tedaviye yönelimi gerektirebilir (Obezite Dislipidemi Hipertansiyon Çalışma Grubu, 2014). İlaç tedavisi obezitenin tedavisinde ana tedavi olmamalıdır ve tamamlayıcı tedavi olarak uygulanmalıdır.

Obezitede farmakolojik tedavi için belirlenmiş endikasyonlar vardır. BKİ ≥30 kg/m2 olan ve diyet, egzersiz ve davranış değişikliği uygulamalarına cevap alamayan hastalar, BKİ 27-29.9 kg/m2 düzeyinde olup diyabet, hipertansiyon, koroner arter hastalığı gibi çeşitli komorbiditeleri olanlar ve BKİ 25 -29.9 kg/m2 arasında olan ve bel

çevresi; erkeklerde 102 cm, kadınlarda 88 cm veya üzerinde olan bireyler farmakolojik tedavi adayıdır (Türkiye endokrinoloji ve metabolizma derneği, 2018).

Obezite tedavisinde kullanılan ilaçlar santral etkiyle iştahı baskılayanlar, periferik etkiyle gıda emilimini bozanlar ve enerji harcanmasını artıranlar olarak sınıflandırılabilir. Obezite tedavisinde kullanılan ilaçlar aşağıdaki şekilde gruplandırılabilir(Türkiye endokrinoloji ve metabolizma derneği, 2018).

1. Yağ emilimini azaltan ilaçlar: Orlistat örnek verilebilir. Gastrointestinal lipaz'ı bağlayarak ince barsaktan yağın hidrolizini önlerler.
2. Sempatomimetik ilaçlar: Sibutramin, Fentermin
3. Antidepresanlar: Selektif seratonin geri alım inhibitörleri, Bupropiyon
4. Antiepileptikler: Topiramat, Zonisamid
5. Antidiyabetikler: Metformin, Eksenatid, Liraglutid
6. Selektif seratonin reseptör agonistleri: Lorcaserin

Obezitede cerrahi tedavi

Son yıllarda yaygınlaşan obezite tedavi yöntemlerinden biri de cerrahi tedavidir. Amerikan Ulusal Sağlık Enstitüsü, obezite tedavisinde kullanılan beslenme müdahalesi, davranış değişikliği ve ilaç tedavisi gibi konservatif tedavi yöntemlerinin başarısız olduğu hastalarda gerekli endikasyonların mevcudiyetinde cerrahi yaklaşımı önermiştir. BKİ'si 40 kg/m2'nin üzerinde olması veya BKİ'si 35-40 kg/m2 arasında olup obezite ile ilişkili komorbiditelerin (Tip 2 Diyabet, ciddi HT, OSAS vb.) tıbbi tedavi ve diğer yaşam biçimi değişiklikleriyle kontrol altına alınamaması cerrahi tedavinin uygun görüldüğü hasta gruplarıdır . Ayrıca cerrahi dışı yöntemlerin daha önce uygulandığı fakat başarısız olduğu hastalar cerrahi tedavi adayıdır. Hastanın kontrol edilemeyen psikiyatrik bir hastalığının olmaması, genel anestezi alabilmesi için ciddi bir kontraendikasyonu bulunmaması gerekir(Ayyad & Andersen, 2000; Santry, Gillen, & Lauderdale, 2005). Ayrıca hasta cerrahi yöntem sonucu yaşam tarzındaki değişiklikleri kabul etmeli ve uyum sağlamalıdır. Çünkü cerrahi yöntem istenildiği anda geri dönülebilen bir yöntem değildir ve bu sebeple hasta bu konuda iyi bilgilendirilmiş olmalıdır(Poole et al., 2005).

Obezite cerrahisine başvuran hastalar için operasyon öncesi, içinde endokrinoloji, psikoloji, psikiyatri, kardiyoloji, göğüs hastalıkları, anesteziyoloji-reanimasyon, genel cerrahi ve beslenme bölümlerinden uzmanların yer aldığı multidisipliner bir ekip tarafından detaylı bir değerlendirme yapılması ve uygunluk raporunun hazırlanması gereklidir(B. Yücel, Akdemir, Gürdal Küey, Maner, & Vardar, 2013).

Bariatrik cerrahi öncesi psikiyatrik değerlendirmede yaygın rastlanan tanılar sırasıyla; duygudurum bozukluğu, anksiyete bozukluğu, tıkınırcasına yeme bozukluğu ve kişilik bozukluklarıdır. Kişilik bozuklukları içinde en sık saptananı kaçıngan kişilik bozukluğudur(Powers, Perez, Boyd, & Rosemurgy, 1999). Ayrıca bu hasta gruplarında beden algısı bozukluğu ve gece yeme sendromu öyküsünün de sık olduğu bildirilmiştir(Wildes, Kalarchian, Marcus, Levine, & Courcoulas, 2008).

Cerrahi işlemler, iki yolla kilo kaybına yol açar; gıda alımını kısıtlayarak veya malabsorpsiyona yol açarak. İki yöntemi birlikte kullanan kombine ameliyat teknikleri de mevcuttur(Türkiye endokrinoloji ve metabolizma derneği, 2018).

Gıda alımını kısıtlama (restriktif): Rezeksiyon, bypass veya midenin üst kısmı daraltılarak midenin besin depoladığı hacim azaltılır. Hasta, bu sayede daha az besin tüketir. Vertikal bant gastroplasti (VBG), laparoskopik ayarlanabilir gastrik bant (LAGB) ve laparoskopik sleeve gastrektomi (LSG) restriktif ameliyat yöntemlerindendir. Bu tip ameliyatta ince barsağın emilim fonksiyonunda değişiklik olmaz.

Malabsorpsiyona yönelik cerrahi: Besin emiliminin aktif olduğu ince barsak kısaltılarak, emilim yapan alanı bypass ederek veya emilimde rol alan biliyopankreatik salgıları saptırarak emilim azaltılabilir. Duodenal switch (DS) ve jejunoileal bypass (JİB) bu tip operasyonlardır. Ancak, malabsorpsiyon ileri düzeyde olduğunda, protein-kalori malnütrisyonu veya mikrobesinlerin yetersizliği gibi etkiler ortaya çıkabilir.

Kombine etkili işlemler: Roux-en-Y gastrik bypass (RYGB), biliyopankreatik diversiyon (BPD) ve biliyopankreatik diversiyon / duodenal switch (BPD/DS) bu tip ameliyatlardır(Türkiye endokrinoloji ve metabolizma derneği, 2018).

Kilo kaybında gastrik bypass, gıda alımını kısıtlayan restriktif VBG ve AGB'den daha üstündür. Fakat bu yöntemlerde erken komplikasyon oranı daha fazladır. RYGB, AGB'den daha etkin bir operasyon tipidir. BKİ'si >50 kg/m2 olan morbid obez hasta gruplarında, LRYGB, LAGB'den daha güvenilir ve daha etkili bulunmuştur. LSG, ilk bir yıl içindeki kilo kaybında GB'den daha üstündür. İlk 30 gün içerisindeki komplikasyonlar ise, gastrik bant sonrasından az iken, gastrik bypasstan daha çoktur. LRYGB ve LSG, diyabeti olan hastalarda daha çok tercih edilir. LRYGB ve LSG'nin, kilo verdirme ve glukoz metabolizmasını düzeltme etkisi benzerdir (Türkiye endokrinoloji ve metabolizma derneği, 2018).

Cerrahi tedavinin; yapılan meta-analiz çalışmalarında, kilo kaybının yanı sıra diyabet, hiperlipidemi, hipertansiyon, obstrüktif uyku apnesi gibi tıbbi komorbiditelere etkisi olduğu belirlenmiştir. Ayrıca bariatrik cerrahi ile kilo vermenin, mortaliteyi azalttığı ve yaşam kalitesini arttırdığı da gösterilmiştir(Buchwald et al., 2004; J Karlsson, Taft, Ryden, Sjöström, & Sullivan, 2007).

Bariatrik Cerrahi Olan Hastalarda Hemşirenin Rolü

Bariatrik cerrahi sonrası hastanın komplikasyonlarla baş edebilmesi, yeni diyete uyum sağlayabilmesi son derece önemlidir. Aşırı kilo kaybının getirdiği yaşam değişiklikleri, hastanın ameliyatla ilgili beklentileri, bireysel amaçları hasta ile tartışılması ve sosyal destek durumunun değerlendirmesi gereklidir (Eldar, Heneghan, Brethauer, & Schauer, 2011).

Hemşirelerin sağlık çalışanları arasında hasta ile en yakın temasta bulunan grubu oluşturması nedeniyle tıbbi işlemlerdeki rolünün önemi yadsınamaz. Rehabilite edici rolü kapsamında hemşire; cerrahi tedavi kararından uygulanmasına kadar geçen süreçte oluşan değişimlerle hastanın başa çıkabilmesini, fiziksel kapasitesini arttırmasını, psikolojik sağaltımını, sosyal hayata uyumunu sağlamada hastaya destek olabilecek önemli role sahiptir (Ardahan, 2003; Tortumluoğlu, 2004).

Bariatrik cerrahi olacak hastaların güvenli bakımını sağlamak için hemşirenin ameliyat öncesi süreçte hasta eğitimi, bilgilendirilmiş onam, davranışsal değerlendirme ve sindirim sistemi, kalp damar sistemi, solunum sistemi, üriner sistem, endokrin sistem için fiziksel değerlendirme gibi rolleri mevcuttur. Ameliyat sırasında ve ameliyat

sonrasında ise damaryolu, havayolu yönetimi, kalp damar yönetimi, deri ve yara iyileşmesi, derin ven trombozu, farmakolojik tedavi, beslenme, hasta güvenliği, psikososyal destek açısından pek çok süreçte hastayla yakın teması ameliyat başarısını artıracak en önemli etkenlerdendir. Hızla yaygınlaşan obezite cerrahisinde hastanın özel gereksinimlerinin bilinmesi ve buna yönelik davranış geliştirilmesi önemlidir. Tüm cerrahi adayı olan hastalarda olduğu gibi bariatrik cerrahi uygulanan hastalarda da hemşirelik bakımı hastanın sağlığa kavuşmasında çok önemli bir yere sahiptir. Bu hastaların aldığı hemşirelik bakımı ameliyat öncesinde ve sonrasındaki sağlık çıktılarında etkili olacaktır(Dolgun & Yavuz, 2009).

Benlik Saygısı

Benlik saygısı ya da özdeğer duygusu deyişi, "self–esteem"in kavramsal karşılığı olarak kullanılan bir terimdir. Benlik saygısı kişinin kendini gerçekçi olarak değerlendirmesi sonucunda kendini, yeteneklerini olduğu gibi kabul edip benimsemesi şeklinde tanımlanır. Kişinin kendine karşı duyduğu sevgi, saygı ve güven duygularını ifade eder (Çuhadaroğlu, 1986).

Benlik saygısı ile beden imajı arasında kompleks bir ilişki vardır ve bu bağlantının özel dinamiği kişiden kişiye göre değişir. Kimi bireylerde düşük benlik saygısı olumsuz beden imajı kaynaklı iken, kimilerinde ise önce düşük benlik saygısı, ardından olumsuz beden imajı oluşumu gelir. Bu kişilerde somut bedene duyulan nefretin artmasıyla birlikte benliğe ilişkin olumsuz duygular gün yüzüne çıkar. Kişi "ben önemsizim" veya "ben mutsuzum" cümlelerini kurmak yerine "'şişmanım" veya "çirkinim" der. Bu şekilde kendine duyduğu nefret ya da acısı baskılanır, böylece birey ters bir avuntu bulur ve daha da önemlisi bir denetim güdüsü kazanır. Kendinde neyin doğru olup olmadığını yargılar. Doğru olmayan bedenidir ve vücudu daha iyi olsa hayatı da daha güzel olacaktır(Polat, 2007). Beden imaj algısını oldukça yaralayan şişmanlık, dolayısıyla benlik saygısını da olumsuz yönde etkiler (Tözün, 2010). Obez bireylerde gözlenebilen düşük benlik saygısı ve olumsuz beden algısının sebep mi yoksa sonuç mu olduğu konusunda çalışmalar yapılmaktadır ve tartışmalar sürmektedir. Obez bireylerin bazılarında etiyolojik faktör olarak bulunurken, bazı obez bireylerde ise obezitenin bir çıktısı olarak bulunması olasıdır (Tezcan, 2009).

Günümüzde beden imajı algısı gereği obezite olumsuz bir özellik olarak görülürken, zayıflık kavramı beğeni toplamaktadır. Benlik saygısının kişiler arası ilişkilerden ve çevre algısından etkilendiği varsayılırsa, çevreden gelen olumsuz geri bildirimler kişide benlik saygısının düşmesine neden olacaktır. Aşırı kilo nedeni ile sosyal dışlanma, eleştirilme okul ya da iş yaşamını etkileyebilir. Kişinin sosyal ilişkilerinde ve fiziksel etkinliklere katılımında olumsuz ve çekingen bir tutum oluşmasına neden olabilir(Tezcan, 2009). Toplumsal alanlarda obez bireyler "etiketlenirler". Bu etiketleme çocukluk yaşlarında başlar genellikle. Stafferi yaptığı çalışmada, 6 yaşındaki bir çocuğun, aşırı kilolu başka bir çocuğun dış görünümünü "tembel, kirli, aptal, çirkin" olarak nitelendirdiğini bildirmiştir. Önyargı obez bireylerin özsaygılarının azalmasına neden olur. Benlik saygısının azalmasına bağlı olarak obez bireylerde disforik belirtiler ve depresif özellikler gözlemlenebilir (Balcıoğlu & Başer, 2008). Çeşitli çalışmalarda öfke ve düşük benlik saygısı, şişman bireylerde beden ağırlıkları ile ilgili rahatsızlıklarından kaynaklandığını göstermiştir(S. Doğan, 1993).

Benlik saygı düzeyi yüksek bireyler daha etkin bir ruhsal gelişim yaşamakta ve topluma entegrasyonu güçlenmektedir. Benlik saygısı bireyin fikir ve tutumlarına da etki edeceğinden bireyin yaşadığı gelişim ve sosyalleşme sorunlarının çözümlerinde de avantaj sağlamaktadır (Saygılı, Kesercioğlu, & Kırıktaş, 2015).

Bariatrik cerrahi sonrası obez bireylerin benlik saygısında olumlu bir gelişme görüldüğü bilinmektedir. Ameliyat sonrası verilen kilo miktarı arttıkça benlik saygısında pozitif yönde artış olurken en fazla ilk bir yılda olumlu değişmeler saptanır (Burgmer et al., 2007).

Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi *(Quality of life);* kişinin içinde bulunduğu kültür ve değer sistemleri çerçevesinde beklentileri, amaçları, standartları ile ilgili olarak yaşamdaki pozisyonunu algılaması olarak tanımlanır. Kişinin fiziksel sağlığı, sosyal ilişkileri, psikolojik durumu, inançları ve çevresiyle ilişkisinden etkilenen geniş bir tanımlamadır(Başaran, Güzel, & Sarpel, 2005; Malnick & Knobler, 2006). Yaşam kalitesi iki temel noktaya dayanmaktadır. İlki, fiziksel, psikolojik, sosyal ve duygusal işlev alanlarını içeren çok boyutlu bir kavramdır. İkinci olarak subjektifdir, bireyin kendi deneyimleri içerisinde değerlendirilir(Tsai, Yang, Lin, & Fang, 2004).

Yaşam kalitesi, sağlık durumunun ve tedavilerinin etkilerinin değerlendirilmesinde önemli bir sonuç ölçümüdür ancak farklı kişilere farklı şeyler ifade eden bir kavram olduğundan net bir tanım yapmak güçtür. Sadece hastalık olmaması değil, tam bir fiziksel, mental ve sosyal iyilik halidir (Başaran et al., 2005; Malnick & Knobler, 2006). Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, bir insanın deneyimleri, inançları, beklentileri ve algılamalarından etkilenen, sağlığın fiziksel, psikolojik ve sosyal alanlarına atıfta bulunmak için kullanılır.

Obezite günlük yaşam aktivitelerini sınırlamakta, sosyal ve psikolojik etkileriyle de beraber yaşam kalitesini doğrudan etkilemektedir(Mannucci et al., 2010).Obezite bireysel etkinlik kapasitesi ve sağlıkla ilgisi yaşam kalitesini etkileyen önemli bir faktördür(Heo, Allison, Faith, Zhu, & Fontaine, 2003). Sağlıklı yaşam biçimi davranışları başlığı altında değerlendirilen boyutlarıyla obezite arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmalara bakıldığında Arslan ve Ceviz tarafından 2007 yılında yapılan bir araştırmada sağlıklı yaşam biçimi davranışları arttıkça obezite sıklığının düştüğü gözlenmiştir (C. Arslan & Ceviz, 2007).

Cerrahi sonrası verilen kilo ile sağlık ve yaşam kalitesinin ilişkili olduğu bilinmektedir. Kilo kaybının daha istenen düzeyde olduğu ve bu durumun korunduğu vakalarda yaşam kalitesinde belirgin bir iyileşme saptanırken, yeniden kilo alımı olan bireylerde sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi de kötüleşmektedir (J Karlsson et al., 2007).

BÖLÜM 2. YÖNTEM

Araştırmanın Etik Yönü ve Gerekli İzinler

Çalışmamız için gerekli etik onay Maltepe Üniversitesi Etik Kurulundan 04.11.16 tarih 302.08.01-74 numaralı karar ile alınmıştır. Çalışma için gerekli olan idari izin 62977267-770- sayılı karar ile İstanbul İli Anadolu Kuzey Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği'nden alınmıştır. Araştırmaya katılanlar arasında ameliyat olacakların yazılı onamları, ameliyat geçirmiş olan hastaların ise telefonda sözlü onamı alınmıştır.

Çalışma Yeri, Evreni ve Örneklem

Bu karşılaştırmalı tanımlayıcı dizayndaki çalışma 01 Ocak-25 Nisan tarihleri arasında İstanbul ili Üsküdar ilçesindeki Kuzey Kamu Hastaneler Birliği'ne bağlı Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniğinde yapılmıştır. Araştırmanın evrenini ise ameliyatı planlanan 18 yaş üstü, herhangi bir psikiyatrik problemi olmayan, cerrahi girişim uygulanması planlanan ve cerrahi girişim uygulanan, okuma yazma bilen ve soruları yanıtlayabilecek yeterliliğe sahip olan ve araştırmaya katılmayı kabul eden hastalar oluşturmaktadır.

Çalışmaya alınacak kişi sayısı için obez hastalarda benlik saygısı düzeyleri incelenmiştir. Obezite cerrahisi geçiren hastalarda benlik saygısına yönelik bir çalışma bulunmamakla beraber Sarısoy ve ark. yapmış oldukları çalışmada morbid obezlerde benlik saygısının kontrol grubundan ve morbid olmayan obezlerden daha düşük olduğunu göstermişlerdir. Bu çalışma verileri baz alındığında %5 alfa hata ve %80 güç için gerekli minimum toplam örneklem sayısı grup başına 28 olmak üzere toplam 56 bulunmuştur (Sarisoy, Atmaca, İş, Gümüş, & Pazvantoğlu, 2013). Cerrahi operasyon geçirenlerin seçiminde; hastane kayıtlarından ameliyattan sonra en az üç ay süre geçmiş olan hastalar alınmıştır.

Veri Toplama Araçları ve Standartları

Veri toplama yöntemi olarak katılımcılara, araştırmacı tarafından hazırlanan katılımcıların demografik özellikleri, beslenme özellikleri, egzersiz durumları, kilo

vermeye yönelik bilgileri, ameliyat olma kararı ve sonuçlarına yönelik bilgiler içeren ve 44 sorudan oluşan anket yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulanmıştır.

Araştırmacı tarafından hazırlanan anket dışında iki ölçek kullanılmıştır. Bunlardan birincisi hastaların benlik sayısı düzeylerini ölçmek adına kullanılan Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği'dir.

Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği

Benlik Saygısı Ölçeği Stanley Coopersmith(1967) tarafından geliştirilmiş ve Turan ve Tufan (Turan, Herken, Mutlu & Küçükkolbaşı, 1998)tarafından geçerlik güvenirlik çalışması yapılarak Türkçeye uyarlanmıştır. Kişinin çeşitli alanlarda kendisi hakkındaki tutumunu değerlendirmede kullanılan bir ölçme aracıdır. Ölçek için kabul edilen benlik saygısı tanımının üç özelliği vardır; 1.Benlik saygısı kişinin kendisi ile ilgili değerlendirmelerini yansıtan bir yargıdır, 2.Bu yargının göreli olarak sürekliliği vardır ve hemen değişmez, 3.Bu yargı kişinin yaşına, cinsiyetine ve sosyal rollerine bağlı olarak değişebilir. Ölçeğin çocuklara ve yetişkinlere uygulanan iki ayrı formu bulunmaktadır. Yetişkinler formu 25 maddelik kısa form ve 58 maddelik uzun formlardan oluşmaktadır. Araştırmada, ölçeğin 25 maddelik kısa formu kullanılmıştır. Bu günkü haliyle ölçek "benim gibi" ya da "benim gibi değil" biçiminde işaretlenebilen 25 maddeden oluşmaktadır. Beklenen cevaplar 1 puan, beklenmeyen cevaplar ise 0 puan almaktadır. 1, 4, 5, 8, 9, 14, 19, 20 no' lu maddelere "Benim Gibi", 2, 3, 7, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 18, 21, 22, 23, 24, 25 no' lu maddelere de "Benim Gibi Değil" cevaplandığında, sonuç 4 ile çarpılarak toplam puan elde edilmektedir. Ölçekten alınabilecek puanlar 0-100 arasında değişmektedir. Dolayısıyla bir kişinin benlik saygısı puanı maksimum 100 olabilir. Boş bırakılan maddelere ya da her iki seçeneğin de işaretlenmesi halinde bu maddelere puan verilmez. Puanların yüksekliği benlik saygısının yüksekliğini, düşüklüğü ise benlik saygısı düzeyinin düşüklüğünü ifade etmektedir.

SF-36 yaşam kalitesi ölçeği

Jenerik ölçeklerden olan SF-36 yaşam kalitesi ölçeği, 1988 yılında Ware ve arkadaşları tarafından RAND Corporation bünyesinde geliştirilmiş olup hemen her yıl güncellenerek bugünkü halini almıştır(Ware & Sherbourne, 1992). SF-36 ölçeği, 36

çoktan seçmeli sorudan oluşmaktadır. Sağlığa ilişkin yaşam kalitesinin sekiz boyutunun incelendiği bu ölçekte, yüksek puanlar sağlıkta daha iyi bir düzeyi işaret ederken, düşük puanlar sağlıktaki bozulmayı göstermektedir. Ölçek; Fiziksel fonksiyonellik (FF) (sağlık sorunları nedeniyle fiziksel aktivitede kısıtlanma), fiziksel rol (FR) (sağlık sorunları nedeniyle günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlanma), bedensel ağrı (BA), genel sağlık (GS) (kişinin genel olarak sağlığını değerlendirmesi), canlılık (CA), mental sağlık (MS), sosyal fonksiyonellik (SF) ve emosyonel rol (ER) (ruhsal sağlık sorunları nedeniyle günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlanma) boyutlarından oluşmaktadır. Ölçek puanının hesaplanmasında soruların farklı ağırlıklandırma katsayıları mevcuttur. Soruların ağırlıklandırılması aşağıdaki gibi yapılmaktadır:

1, 2, 20, 22, 34, 36 numaralı maddeler 1'den 5' kadar sıralanmaktadır. 1 yanıtı 100'e, 2 yanıtı 75'e, 3 yanıtı 50'ye, 4 yanıtı 25'e ve 5 yanıtı 0'a dönüştürülmektedir.

3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 numaralı maddeler 1'den 3'e kadar sıralanmaktadır. 1 yanıtı 0'a, 2 yanıtı 50'ye, 3 yanıtı 100'e, dönüştürülmektedir.

13, 14, 15, 16, 17, 18, 19 numaralı maddeler 1'den 2'ye kadar sıralanmaktadır. 1 yanıtı 0'a, 2 yanıtı 100'e dönüştürülmektedir.

21 , 23, 26, 27, 30 numaralı maddeler 1'den 6'ya kadar sıralanmaktadır. 1 yanıtı 0'a, 2 yanıtı 20'ye, 3 yanıtı 40'a, 4 yanıtı 60'a ve 5 yanıtı 80'e, 6 yanıtı 100'e dönüştürülmektedir.

32, 33, 35 numaralı maddeler 1'den 5'ya kadar sıralanmaktadır. 1 yanıtı 0'a, 2 yanıtı 25'e, 3 yanıtı 50'ye, 4 yanıtı 75'e ve 5 yanıtı 100'e dönüştürülmektedir.

Ölçek alt boyutlarındaki maddelerin numaraları ve skorların hesaplanma yöntemi aşağıdaki şekildedir:

FF: (3+4 5+6+7 +8+9+ 10+ 11 +12) / 10

FR: (13+14+ 15+ 16) / 4

ER: (17+ 18+ 19) / 3

CA: (23+27+29+ 31) / 4

MS: (24+25+26+28+30) / 5

SF: (20 + 32) / 2

BA: (21 +22) / 2

GS: (1 +33+34+ 35+36) / 5

Katılımcıların boy ölçümü metrik türden ölçüm yapan duvara monte standart bir mekanik cihaz ile ayakkabıları çıkartılarak yapılmıştır. Ağırlık ölçümlerinde periyodik kalibrasyonu yapılmış dijital terazi kullanılmıştır. Katılımcıların ağırlık ölçümleri mont, palto, bot, ayakkabı gibi kıyafetleri çıkartılarak yapılmıştır. Anketler ameliyat öncesi hastalar ile yüz yüze görüşülerek ortalama 15-20 dakikalık süre içinde yapıldı. Anket doldorulurken hasta mahremiyetine özen gösterildi ve hasta ile yanlız görüşüldü. Postoperatif hastalara ise telefon ile ulaşıldı sözel olarak rızası alınarak görüşme yapıldı, ortalama görüşme süresi 15-25 dakika idi. Hastaların ameliyat öncesi hastane de ölçülen kilosu ve son kiloları sözel olarak hastaya soruldu ve ankete kaydedildi.

Araştırma Sağlık Bilimeri Üniversitesi Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniğin'de yapıldı. Kliniğin morbit obezite ile ilgili başlıca tedavi protokolleri gastrik balon uygulama, laparoskopik sleeve gastrektomi ve laparoskopik R&Y gastrik by-pass idi. Klinikte totalde 7 tane genel cerrahi uzman doktoru, 4 tane genel cerrahi asistan doktoru olup uzmanlardan ikisi obezite cerrahisi yapmaktadır. Serviste 7 hemşire olup, vaka yönetimi uygulanmamaktadır. Cerrahi servisi 26 yataklı olup sadece ikisi obezite yatağıdır. Her yıl ortalama 100 hasta obezite cerrahisi geçirmektedir. Hastalar ameliyat öncesi obezite polikliniğine başvururlar endikasyon açısından taranırlar. Bu esnada tam bir fizik muayene, iç hastalıkları, kardiyoloji, göğüs hastalıkları, endokrinoloji ve psikiyatri muayenelerinde geçirilirler ve hastalar sağlık kuruluna sunulurlar. Sağlık kurulu onayı alan hastalara ameliyat randevusu verilir ve ortalama hastalardan ameliyat öncesi bir aylık periodda yağ ve karbonhidrattan fakir proteinden zengin diyet uygulanır. Ortalama 5 kilo veya üzerinde kilo verebilmişse ameliyat listesine ismi yazılır. Ameliyat sonrası hastalar servis şartlarında takip edilmektedir. Sleeve gastrektomi yapılan hastalar ameliyat sonrası ortalama 2. günde ve by-pass yapılanlar ise 3. günde taburcu edilmektedir. Hastalara çıkış esnasında diyetisyen tarafından hazırlanan diyet listesi verilir ve aylık obezite polikliniğine kontrole çağırılırlar.

İstatistiksel Analiz

Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu görsel (histogram ve olasılık grafikleri) ve analitik yöntemlerle (Kolmogorov-Smirnov/Shapiro-Wilk testleri) incelendi. Tanımlayıcı analizler ortalama, standart sapma ve medyan kullanılarak verildi. Kategorik veriler Ki Kare ve Fisher'sExact Testleri ile karşılaştırıldı. Normal dağılım gösteren (parametrik) değişkenler gruplar arasında değerlendirilirken bağımsız gruplarda T Testi ile, normal dağılım göstermeyen veriler Mann Whitney U testi ile değerlendirildi. Kategorik verilerin birbiri ile uyumunda kappa uyum analizinden yararlanılmıştır. P-değerinin 0.05'in altında olduğu durumlar istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar şeklinde değerlendirildi. Analizler SPSS versiyon 15.0 yazılımı kullanılarak yapıldı.

BÖLÜM 3. BULGULAR VE YORUMLAR

Bulgular

Tablo 5. Çalışmaya Katılan Kişilerin Demografik Özellikleri

	N	%
Cinsiyet (n=56)		
Kadın	43	76,8
Erkek	13	23,2
Yaş(n=56)*	41,5±9,4	43,0
Medeni Durum (n=56)		
Bekar	21	37,5
Evli	35	62,5
Öğrenim durumu (n=56)		
İlköğretim	17	30,4
Ortaoğretim (Lise)	24	42,9
Yüksek öğretim	15	26,8
BMI(n=56)*	38,5±8,6	39,1
Ameliyat kararından önce kilo verme çabalarınızda uzman yardımı aldınız mı? (n=56)		
Evet	43	76,8
Hayır	13	23,2
İlaç kullanımınızı gerektiren veya tanısı konmuş bir hastalığınız var mı? (n=54)		
Evet	32	59,3
Hayır	22	40,7
Fiziksel aktivite-spor yapmak için sosyal olanaklarınız var mı? (n=56)		
Evet	38	67,9
Hayır	18	32,1
Ameliyat sonrası yaşadığınız problemlerinizde düzelme oldu mu? (n=28)		
Evet	8	28,6
Hayır	17	60,7
Kısmen	3	10,7
Ameliyat üzerinden geçen süre (ay)	10,36±1,62	11,00

BKI:Beden kitle endeksi,*Ölçümsel değerlerde n yerine ortalama±SS, % değeri yerine de ortanca değeri sunulmaktadır.

Çalışmaya katılan kişilerin demografik özellikleri incelenmiştir. Çalışma 43 kadın, 13 erkek olmak üzere toplamda 56 kişi ile gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya katılanların yaş ortalaması 41,5±9,4 yıl, medeni durumu bekar olanların oranı %37,5, evli olanların oranı 62,5'dir. öğrenim durumu ilköğretim olanların oranı %30,4,

ortaöğretim olanların oranı %42,9, yüksek öğretim olanların oranı %26,8'dir. ortalama BMI (Vücut kitle endeksi) değeri 38,5±8,6'dir. Ameliyat olma kararından önce kilo verme çabalarında 43 kişi (%76,8) uzman yardımı almıştır. 32 kişinin (%59,3) ilaç kullanımını gerektiren veya tanısı konmuş bir hastalığı vardır. 38 kişinin (%67,9) fiziksel aktivite-spor yapmak için sosyal olanakları vardır. Ameliyat sonrası yaşadığı problemlerinde düzelme olan 8 kişi (%28,6), düzelme olmayan 17 kişi (60,7) vardır. (Tablo 5)

Tablo 6. Çalışmaya Katılan Kişilerin Cerrahi Girişim Öncesi Özellikleri

	n	%
Obezite sorunu yaşama süresi (n=55)		
Çocukluğumdan beri	13	23,6
Ergenlikten sonra başladı	16	29,1
Evlendikten sonra başladı	5	9,1
Hamilelikten sonra başladı	10	18,2
Sistemik bir hastalık sonrası başladı	8	14,5
Psikolojik bir sorun sonrası başladı	3	5,5
Zayıflamak için uygulanan yöntem* (n=50)		
Diyet	13	26,0
Diyet+Diğer yöntem	37	74,0
İdeal vücut ağırlığının öğrenildiği kaynak (n=54)		
Çevremdeki insanlar	4	7,4
İnternet uygulamaları	18	33,3
Spor danışmanı	0	0,0
Doktor	21	38,9
Diyetisyen	11	20,4

*Cerrahi girişimden önce

Çalışmaya katılan kişilerin cerrahi girişim öncesi özellikleri incelenmiştir. Obezite sorunu yaşama süresi sorusuna en sık verilen cevaplar, ergenlikten sonra başladı %29,1 ve çocukluğumdan beri %23,6 dir. Cerrahi girişimden önce zayıflamak için uygulanan yöntemlerden sadece diyetisyene gidenlerin oranı %26,0, diyetisyen ve diğer yöntemlere başvuranların oranı %74,0'dır.İdeal vücut ağırlığının öğrenildiği kaynak sorusuna en sık verilen cevaplardan doktor %38,9 ve internet uygulamaları %33,3'dır. (Tablo 6)

Tablo 7. Çalışmaya Katılan Kişilerin Ameliyat Öncesi Bilgi Kaynakları

	n	%
Operasyon öncesi bilgi alma durumu (n=54)		
Evet	54	100,0
Hayır	0	0,0
Bilgi alınan kaynak (n=55)		
İnternet	8	14,8
Daha önce ameliyat olmuş biri	20	37,0
Doktor	13	24,1
Birçok kaynaktan	13	24,1
Hayır	1	3,4
Doktor tarafından kilo verme önerisi* (n=55)		
Evet	46	83,6
Hayır	9	16,4
Yaşam kalitesinde en çok gelişme/düzelme olan alan** (n=28)		
Gelişme olmadı	1	3,6
Fiziksel sağlıkta iyileşme	19	67,9
Psikolojik sağlıkta iyileşme	8	28,6
Ameliyat olma kararından memnuniyet (n=28)**		
Evet	27	96,5
Hayır	1	3,5

*Ameliyat Geçirmeyen, **Ameliyat geçiren

Çalışmaya katılan kişilerin ameliyat öncesi edilen bilgiler karşılaştırılmıştır. Ameliyat olmaya karar vermeden önce bilgi alanların oranı %100,0, bilgi alınan kaynaklardan en sık rastlananlar daha önce ameliyat olmuş biri %37,0, doktor %24,1 ve birçok kaynak %24,1'dır. Ameliyat öncesi doktoru tarafından kilo vermesi önerilenlerin oranı %83,6, ameliyat olma kararından memnun olanların oranı %95,5'dir. Yaşam kalitesinde en çok gelişme/düzelme olan alan sorusuna en sık verilen cevaplar; fiziksel sağlıkta iyileşme %67,9 ve psikolojik sağlıkta iyileşme %28,6'dır. (Tablo 7)

Tablo 8. Obezite Cerrahisi Geçirme Durumuna Göre Demografik Özelliklerin Karşılaştırılması

	Obezite cerrahisi geçirme				t	p
	Geçiren		Geçirmeyen			
	n	%	n	%		
Cinsiyetiniz (n=56)						
Kadın	21	75,0	22	78,6	0,100	0,752[1]
Erkek	7	25,0	6	21,4		
Yaş (n=56)*	43,7 ±8,0	43,5	39,3±10,3	42,0	1,791	0,079[2]
Medeni durumunuz (n=56)						
Bekar	9	32,1	12	42,9	0,686	0,408[1]
Evli	19	67,9	16	57,1		
Öğrenim durumunuz (n=56)						
İlköğretim	13	46,4	4	14,3	8,998	**0,011**[1]
Ortaoğretim (Lise)	7	25,0	17	60,7		
Yüksek öğretim	8	28,6	7	25,0		
BKI(n=56)*	32,1±5,0	31,0	45,3±6,1	42,2	-5,973	**<0,001**[3]

[1]Kikare testi, [2]Bağımsız gruplarda t testi, [3]Mann whitney u testi, Ölçümsel değerlerde n yerine ortalama±SS, % değeri yerine de ortanca değeri sunulmaktadır.

Obezite cerrahisi geçirme durumuna göre demografik özellikler karşılaştırılmıştır. Obezite cerrahisi geçirenlerde öğrenim durumu ilköğretim olanların oranı %46,4 geçirmeyenlere göre %14,3 anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır (p:0,011). Obezite cerrahisi geçirenlerde BKI ortancası (ortanca:31,0), geçirmeyenlere göre (ortanca:42,2) anlamlı olarak düşük olduğu saptanmıştır (p<0,001). Obezite cerrahisi geçirilmesine göre cinsiyet, yaş ve medeni durum arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanamamıştır (p>0,05). (Tablo 8)

Tablo 9. Obezite cerrahisi geçirme durumlarına göre kilo verme girişimine yönelik değişkenlerin karşıştırılması

		Obezite cerrahisi geçirme				t	p
		Geçiren		Geçirmeyen			
		n	%	n	%		
Kilo verme uğraşı* (n=56)							
Evet		27	51,9	25	48,1	1,077	0,299
Hayır		1	25,0	3	75,0		
Kilo verme girişimlerinin başarısı (n=56)							
Evet		8	47,1	9	52,9	0,733	0,693
Hayır		11	57,9	8	42,1		
Kısmen		9	45,0	11	55,0		
Kiloların sosyal yaşantıyı etkilemesi (n=56)							
Evet		15	55,6	12	44,4	0,644	0,422
Hayır		13	44,8	16	55,2		
Düzenli fiziksel aktivite veya spor yapma alışkanlığı (n=56)							
Evet		10	71,4	4	28,6	3,429	0,064
Hayır		18	42,9	24	57,1		
Egzersiz/spor yapmama nedeni (n=41)							
Zaman sorunu	Evet	10	71,4	4	28,6	7,865	**0,005**
	Hayır	7	25,9	20	74,1		
Üşenme	Evet	6	46,2	7	53,8	0,173	0,678
	Hayır	11	39,3	17	60,7		
Canı istemiyor	Evet	1	25,0	3	75,0	0,495	0,482
	Hayır	16	43,2	21	56,8		
Ameliyat olma korkusu (n=53)							
Evet		7	41,2	10	58,8	1,364	0,243
Hayır		21	58,3	15	41,7		

[1]ki kare testi, * Ameliyata karar vermeden önce

Çalışmaya katılan kişilerin obezite cerrahisi geçirme durumlarına göre kilo verme girişimine yönelik değişkenleri karşılaştırılmıştır. Obezite cerrahisi geçirenlerde bir egzersiz/spor ile uğraşmama nedeni olarak zaman sorunu diyenlerin oranı %71,4 , obezite cerrahisi geçirmeyenlere göre %28,6 anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır (p:0,008). Obezite cerrahisi geçirme durumuna göre diğer kilo verme girişimine yönelik

değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanamamıştır (p>0,05). (Tablo 9)

Tablo 10. Obezite cerrahisi geçirme durumuna göre kilo verme girişimine yönelik değişkenlerin karşılaştırılması-2

	Obezite cerrahisi geçirme				t	p
	Geçiren		Geçirmeyen			
	n	%	n	%		
Mevcut ağırlıktan memnuniyet (n=56)						
Memnun	15	53,6	1	3,6	17,150	**<0,001**[1]
Memnun değil	13	46,4	27	96,4		
Yaşam kalitesi memnuniyeti (n=55)						
Evet	23	82,1	1	3,7	34,386	**<0,001**[1]
Hayır	5	17,9	26	96,3		
Zayıflama isteği varlığı (n=56)						
Hayır	2	7,1	0	0,0	2,074	0,490[2]
Evet	26	92,9	28	100,0		
Hareket etme sıklığı*(n=56)						
Çok hareketsiz	2	7,1	4	14,3	2,868	0,336[2]
Biraz hareketli	9	32,1	13	46,4		
Hareketli	11	39,3	8	28,6		
Çok hareketli	6	21,4	3	10,7		
Günlük ana öğün sayısı(n=56)**	2,6±0,6	3,0	2,6±,6	3,0	-0,154	0,677[3]
Günlükara öğün sayısı(n=52)***	1,9 ±0,8	2,0	2,0 ±,9	2,0	-0,350	0,726[3]

[1]ki kare testi, [2]fisher testi,[3]mann whitney u testi,*Günlük yaşantıda, **sabah, öğle, akşam, ***kuşluk, ikindi, gece

Çalışmaya katılan hastalarda obezite cerrahisi geçirme durumuna göre kilo verme girişimine yönelik değişkenler karşılaştırılmıştır. Obezite cerrahisi geçirenlerde mevcut ağırlığından memnun olanların oranı %53,6, geçirmeyenlere göre %3,6 anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır (p<0,001). Obezite cerrahisi geçirenlerde yaşam kalitesi memnuniyeti oranı %82,1, geçirmeyenlere göre %3,7 anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır (p<0,001). Obezite cerrahisi geçirme durumuna göre zayıflama isteği, hareket etme sıklığı, günlük ana, ara öğün sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanamamıştır (p>0,05). (Tablo 10)

Tablo 11. Obezite cerrahisi geçirme durumuna göre kilo algısı, beslenme alışkanlığı ve fiziksel aktivitenin karşılaştırılması

	Obezite cerrahisi geçirme				t	p
	Geçiren		Geçirmeyen			
	n	%	n	%		
Şu anki kilonuzu nasıl tanımlarsınız (n=54)						
Zayıf	2	7,4	0	0,0	36,424	**<0,001**
Normal	13	48,1	0	0,0		
Kilolu	11	40,7	5	18,5		
Aşırı kilolu	1	3,7	22	81,5		
Zayıflamak isteme nedeni (n=54)						
Sağlık sorunları nedeni ile	17	65,4	15	53,6	10,989	**0,004**
Dış görünüm memnuniyetsizliği	9	34,6	4	14,3		
Birçok neden	0	0,0	9	32,1		
Genellikle/sıklıkla öğün atlar mısınız? (n=56)						
Evet	13	46,4	15	53,6	2,758	0,252
Hayır	0	0,0	2	7,1		
Bazen	15	53,6	11	39,3		
Cevabınız evet ise, en sık hangi öğünü atlarsınız (n=28)						
Sabah	5	35,7	6	40,0	1,135	0,769
Öğlen	7	50,0	6	40,0		
Ara öğünler	2	14,3	2	13,3		
Birden çok öğün	0	0,0	1	6,7		
Cevabınız evet ise, öğün atlama nedeniniz nedir (n=28)						
Canım istemedi / iştahsızlık	4	30,8	5	33,3	0,045	0,978
Yeterli zaman bulamama	6	46,2	7	46,7		
Yemek hazılamaya üşenme	3	23,1	3	20,0		
Beslenme alışkanlığınızın yeterli ve dengeli olduğunu düşünüyor musunuz? (n=55)						
Evet	13	46,4	1	3,7	14,651	**0,001**
Hayır	11	39,3	23	85,2		
Bilmiyorum	4	14,3	3	11,1		
Gün içindeki fiziksel aktivitenizi yeterli buluyor musunuz? (n=56)						
Evet	6	21,4	2	7,1	2,466	0,291
Hayır	13	46,4	14	50,0		
Kısmen	9	32,1	12	42,9		

[1]fisher testi

Şu anki kilonuzu nasıl tanımlarsınız sorusuna ameliyat oların kilolu deme oranı %40,7 ameliyat olmayanlara göre %18,5 daha yüksektir (p<0,001). Ameliyat olanlarda kilo verme nedeni olarak sağlık sorunları oranı %65,4 ameliyat olmayanlara göre %53,6 daha yüksektir (p:0,004). Beslenme alışkanlığının yeterli ve dengeli olduğunu düşünme oranı ameliyat olanlarda %46,4 ameliyat olmayanlara göre %3,7 daha yüksektir (p:0,001). (Tablo 11)

Tablo 12. Ameliyat olmaya götüren en önemli nedenlerin benlik saygı ölçeğiyle karşılaştırılması

	Ameliyat olmaya götüren en önemli neden						t	p
	Fiziksel ve tıbbi			Sosyal ve Psikolojik				
	Ortanca	(Min	-Mak)	Ortanca	(Min	-Mak)		
Benlik saygısı (n=51)	64,0	(28,0	-76,0)	54,0	(24,0	-76,0)	-1,883	0,060

[1]mann whitney u testi

Çalışmaya katılan kişilerde obezite cerrahisi geçirme ile benlik saygı ölçeği karşılaştırılmıştır. Obezite cerrahisi geçirme ile benlik saygı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanamamıştır (p>0,05). (Tablo 12)

Tablo 13. Ameliyat olmaya götüren en önemli nedenlere göre yaşam kalitesi ölçeği alt boyutları karşılaştırılması

	SF-36 Skorları Ortanca (Min-Mak)		t	p
Ameliyat olmaya götüren en önemli neden				
Fiziksel fonksiyon (n=53)				
Fiziksel nedenler[1]	75,0	(25,0 -95,0)		
Sosyal nedenler[2]	85,0	(60,0 -100,0)		
Tıbbi nedenler[3]	80,0	(20,0 -100,0)	**14,639**	**0,006**
Psikolojik nedenler[4]	97,5	(85,0 -100,0)		
Birden çok neden[5]	40,0	(15,0 -80,0)		
Fiziksel rol güçlüğü (n=53)				
Fiziksel nedenler	100,0	(0,0 -100,0)		
Sosyal nedenler	0,0	(0,0 -100,0)		
Tıbbi nedenler	100,0	(0,0 -100,0)	4,460	0,347
Psikolojik nedenler	100,0	(75,8 -100,0)		
Birden çok neden	25,0	(0,0 -100,0)		
Emosyonel rol güçlüğü (n=53)				
Fiziksel nedenler	100,0	(0,0 -100,0)		
Sosyal nedenler	100,0	(0,0 -100,0)		
Tıbbi nedenler	66,7	(0,0 -100,0)	4,733	0,316
Psikolojik nedenler	100,0	(66,7 -100,0)		
Birden çok neden	0,0	(0,0 -100,0)		
Enerji canlılık kalite (n=53)				
Fiziksel nedenler	67,5	(20,0 -85,0)		
Sosyal nedenler	65,0	(30,0 -95,0)		
Tıbbi nedenler	55,0	(40,0 -90,0)	6,893	0,142
Psikolojik nedenler	87,5	(60,0 -100,0)		
Birden çok neden	50,0	(40,0 -85,0)		

*Kruskal wallis testi, Min: minumum, Mak:Maksimum, Yapılan post hoc analizleri sonucunda 3-5 (p:0,044), 4-5 (p:0,005) arasında anlamlı farklılık saptanmıştır.

Tablo 14. Ameliyat Olmaya Götüren En Önemli Nedenlere Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları Karşılaştırılması-2

	SF-36 Skorları Ortanca (Min-Mak)	t	p
Ruhsal sağlık (n=53)			
Fiziksel nedenler	74,0 (28,0 -96,0)		
Sosyal nedenler	80,0 (60,0 -84,0)		
Tıbbi nedenler	72,0 (48,0 -96,0)	2,517	0,642
Psikolojik nedenler	88,0 (44,0 -88,0)		
Birden çok neden	76,0 (40,0 -84,0)		
Sosyal işlevsellik (n=53)			
Fiziksel nedenler	100,0 (25,0 -100,0)		
Sosyal nedenler	87,5 (75,0 -100,0)		
Tıbbi nedenler	87,5 (25,0 -100,0)	3,007	0,557
Psikolojik nedenler	93,8 (75,0 -100,0)		
Birden çok neden	75,0 (25,0 -100,0)		
Ağrı (n=53)			
Fiziksel nedenler	90,0 (35,0 -100,0)		
Sosyal nedenler	77,5 (55,0 -100,0)		
Tıbbi nedenler	67,5 (10,0 -100,0)	6,915	0,140
Psikolojik nedenler	100,0 (100,0 -100,0)		
Birden çok neden	45,0 (22,5 -100,0)		
Genel sağlık algısı (n=52)			
Fiziksel nedenler[1]	65,0 (30,0 -100,0)		
Sosyal nedenler[2]	70,0 (20,0 -85,0)		
Tıbbi nedenler[3]	65,0 (35,0 -90,0)	10,229	**0,037**
Psikolojik nedenler[4]	87,5 (80,0 -95,0)		
Birden çok neden[5]	45,0 (35,0 -70,0)		

*Kruskal wallis testi, Min: minumum, Mak:Maksimum, Yapılan post hoc analizleri sonucunda 4-5 (p:0,014) arasında anlamlı farklılık saptanmıştır.

Çalışmaya katılan kişilerde ameliyat olmaya götüren en önemli nedenlere göre yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyutları karşılaştırılmıştır. Ameliyat olmaya götüren en önemli nedenlerden birden çok neden ortancası, tıbbi neden ve psikolojik nedene göre anlamlı olarak düşük olduğu saptanmıştır (p:0,006). Ameliyat olmaya götüren en önemli nedenlerden birden çok neden ortancası, psikolojik nedenlere göre anlamlı olarak düşük olduğu saptanmıştır (p:0,037). (Tablo 13, tablo 14).

Tablo 15. Obezite Cerrahisi Geçirme Durumu ile Benlik Saygısının Karşılaştırılması

	Obezite cerrahisi geçirme						t	p
	Geçiren			Geçirmeyen				
	Ortanca	Min	Mak	Ortanca	Min	Mak		
Benlik saygısı (n=51)	60,0	(28,0	-76,0)	56,0	(24,0	-76,0)	-1,197	0,231

[1]Mann Whitney U testi

Çalışmaya katılan kişilerde obezite cerrahisi geçirme durumu ile benlik saygısı karşılaştırılmıştır. Obezite cerrahisi geçirme durumu ile benlik saygısı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanamamıştır (p>0,05). (Tablo 15)

Tablo 16. Obezite Cerrahisi Geçirme Durumu ile Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

	Obezite cerrahisi geçirme				t	p
	Geçiren		Geçirmeyen			
	Ortanca	(Min-Mak)	Ortanca	(Min-Mak)		
Fiziksel fonksiyon (n=53)	95,0	(50,0-100,0)	55,0	(15,0-95,0)	-5,221	**<0,001**
Fiziksel rol güçlüğü (n=53)	100,0	(0,0-100,0)	12,5	(0,0-100,0)	-4,107	**<0,001**
Emosyonel rol güçlüğü (n=53)	100,0	(0,0-100,0)	33,3	(0,0-100,0)	-3,544	**<0,001**
Enerji canlılık kalite (n=53)	70,0	(20,0-100,0)	52,5	(30,0-85,0)	-3,764	**<0,001**
Ruhsal sağlık (n=53)	80,0	(28,0-96,0)	70,0	(40,0-96,0)	-2,063	**0,039**
Sosyal işlevsellik (n=53)	100,0	(25,0-100,0)	75,0	(25,0-100,0)	-2,067	**0,039**
Ağrı (n=53)	100,0	(10,0-100,0)	61,3	(22,5-100,0)	-2,359	**0,018**
Genel sağlık algısı(n=52)	75,0	(35,0-100,0)	45,0	(20,0-85,0)	-3,989	**0,001**

[1] Mann Whitney U testi

Çalışmaya katılan kişilerde obezite cerrahisi geçirme durumu ile yaşam kalitesi ölçeği alt boyutları karşılaştırılmıştır. Obezite cerrahisi geçirenlerde fiziksel fonksiyon ortancası (ortanca:95,0) geçirmeyenlere göre (ortanca:55,0) anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır (p<0,001). Obezite cerrahisi geçirenlerde fiziksel rol güçlüğü ortancası (ortanca:100,0) geçirmeyenlere göre (ortanca:12,5) anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır (p<0,001). Obezite cerrahisi geçirenlerde emosyonel rol güçlüğü ortancası (ortanca:100,0) geçirmeyenlere göre (ortanca:33,3) anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır (p<0,001).Obezite cerrahisi geçirenlerde enerji canlılık kalite ortancası (ortanca:70,0) geçirmeyenlere göre (ortanca:52,5) anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır (p<0,001).Obezite cerrahisi geçirenlerde ruhsal sağlık ortancası (ortanca:80,0) geçirmeyenlere göre (ortanca:70,0) anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır (p:0,039).Obezite cerrahisi geçirenlerde sosyalişlevsellik ortancası (ortanca:100,0) geçirmeyenlere göre (ortanca:75,0) anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır (p:0,039).Obezite cerrahisi geçirenlerde ağrı ortancası (ortanca:100,0) geçirmeyenlere göre (ortanca:61,3) anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır (p:0,018). Obezite cerrahisi geçirenlerdegenel sağlık algısı ortancası (ortanca:75,0) geçirmeyenlere göre (ortanca:45,0) anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır (p:0,018). (Tablo 16)

Yorumlar

Bu çalışma, obezite cerrahisi geçiren hastalar ile obezite cerrahisi geçirmeyen hastaların yaşam kalitesi ve benlik saygıları arasında farklılık olup olmadığını belirlemek, obezite cerrahisinin hastalar üzerindeki etkisinin nasıl olduğunu öğrenmek amacıyla yapılmıştır.

Obezite; vücuda giren kalorinin tüketilen kaloriden fazla olmasına bağlı olarak vücut yağ dokusunun artması ile meydana gelen kronik bir hastalıktır (World Health Organization, 1997). Obezitenin ifade edilmesinde kullanılan antropometrik ölçümlerden en yaygın olanı beden kitle indeksidir (BKİ) (Pi-Sunyer, 1993). BKİ, vücut kilosunun kilogram cinsinden, metre cinsinden boyun karesine bölünmesi ile bulunur ve

BKİ'nin 30 ve üzerinde olması obezite olarak kabul edilir (Korugan, Damcı, & Özbey, 2000). Obez bireylerin cerrahi dışı yöntemlerle kilo verme girişimleri sonrasında orta düzeyde kilo verebilmeleri ve daha sonra tekrar kilo almaları nedeniyle Amerikan Ulusal Sağlık Enstitüsü diyet, davranış düzenlemeleri ve ilaç tedavilerinin yanına uygun koşullar sağlandığında obezite cerrahisinin de uygulanabileceğini kararlaştırmıştır (Santry et al., 2005).

Hastalıkların morbidite ve mortalitesi bedendeki lipid dağılımı ve miktarına göre farklılık göstermekte olup yaşam kalitesini ve süresini kötü yönde etkilemektedir. Bir sağlık problemi olan obezite; dünyada salgın hastalık statüsünde olup diyet, egzersiz, davranış değişikliği, medikal ve cerrahi yöntemler ile tedavi edilebilir konumdadır (Pekcan, 2013). Bu çalışmada cerrahi girişimden önce zayıflamak için uygulanan yöntemlerden sadece diyetisyene gidenlerin oranı %26,0, diyetisyen ve diğer yöntemlere başvuranların oranı %74,0'dır. Ayrıca ameliyat öncesi doktoru tarafından kilo vermesi önerilenlerin oranı %83,6 kadardır. Mevcut tedaviler arasında diyet kilit rol oynamakla birlikte morbit obez hastalarının sadece diyet ile efektif kilo vermede başarı oranlarının düşük olduğu görülmüştür (Atila, 2014). Bu sebeple obez hastaların tedavisinde egzersiz, diyet ve yaşam tarzı değişikliğinin mutlaka uygulanması gerektiği; beraberinde farmakolojik ve cerrahi tedavi seçeneklerinin de düşünülmesi gerektiği ortadadır.

Obezite her yaşta görülebilecek bir durumdur. Erken yaşlarda görülen obezite ile daha ileri yaşlarda obez olma olasılığı arasında net bir ilişki bulunamasa da bu konudaki bulgular tartışmalıdır (Whitaker, Wright, Pepe, Seidel, & Dietz, 1997). Erişkin hayatın ilk yıllarında her iki cinste de obezite görülme olasılığı yüksektir. Özellikle obezite puberteden sonra gelişmektedir. Hamilelik kadınlarda obezite için ayrı bir önem taşımaktadır (Bray, 1989). Kadınların gebelik sayısı arttıkça şişmanlık riski artmaktadır(World Health Organization, 1995). Bu çalışmada literatürle benzer şekilde çalışmaya katılan kişilerin cerrahi girişim öncesi özellikleri incelediği zaman obezite sorunu yaşama süresine verilen yanıtlar arasında en sık alınan cevaplar arasında ergenlikten sonra %29,1, çocukluktan beri %23,6 ve hamilelikten sonra %18,2 yer almaktadır.

Morbid obezite nedeniyle gelişen hastalıkların tedavisinde ve obezite ile birlikte yeni hastalıkların ortaya çıkmasını engellemede bariatrik cerrahinin yeri oldukça önemlidir (P. Arslan, Dağ, & Türkmen, 2012). "Ulusal Obezite Önleme ve Tedavi Klavuzu"nda bariatrik cerrahinin 16-60 yaş aralığında ve yandaş hastalıkların eşlik ettiği BKİ ≥35 kg/m2 olan bireyler için önerilmektedir" ifadesi kullanılmaktadır (Türk Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği. , 2009). Avrupa Klinik Uygulamalar Rehberi'ne göre ise (Tsigos et al., 2008); mevcut diğer tedaviler ile kalıcı kilo kaybı sağlayamamış hastalarda yandaş hastalıklar göz önüne alınarak BKİ ≥35 kg/m2 olduğu durumlarda bariatrik cerrahi tavsiye edilmektedir. Türkiye'de, "Tüp Mide" olarak bilinen bariatrik cerrahi yöntemlerinden biri olan Laparaskopik Sleeve Gastrektomi (LSG) operasyonu sık bir şekilde yapılmaktadır (Sağlam & Güven, 2014). Laparaskopik Sleeve Gastrektomide; morbidite %1-2 ve mortalite %1'dir. Ayrıca kilo vermede oldukça etkili bir cerrahi yöntem olduğu çalışmalarca ortaya konmuştur. Cerrahinin başarısı fazla kilolardan kaybedilen ağırlık yüzdesi miktarıdır (Atila, 2014).

Sedanter hayat erişkin yaş grubunda obezitenin başlıca sebepleri arasında yer almaktadır (Wilson, Foster, Kronenberg, & Larsen, 1998). Benzer şekilde bu çalışmada obezite cerrahisi geçirme durumuna göre kilo verme girişimi başarısı, düzenli fiziksel aktivite veya spor alışkanlığı gibi kilo verme girişimine yönelik değişkenler arasında farklılık saptanamamıştır. Fakat obezite cerrahisi geçirenlerde bir egzersiz/spor ile uğraşmama nedeni olarak zaman sorunu diyenlerin oranı 71,4, obezite cerrahisi geçirmeyenlere göre 28,6 anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır. Ayrıca çalışmamızda hareket etme sıklığı açısından iki grup arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Wilson ve ark. yaptıkları çalışmada erkeklerde obeziteye sebep olan en sık sebep sedanter hayat iken, kadınlar da en sık hamileliğin neden olduğunu raporlamışlardır (Wilson et al., 1998). Bu çalışmada obez grup için ''fiziksel aktivitede azalmanın'' daha önemsiz bir faktör olarak görülmesi, toplumda spor yapmaya verilen değerin genel olarak yetersizliğini gösteriyor olabilir.

Benlik saygısı bireyin kendini gerçekçi olarak değerlendirmesi ve kendini tanıması sonucunda güçlerini ve yeteneklerini kabul edip benimsemesi şeklinde tanımlanırken aynı zamanda bireyin kendine duyduğu saygı, güven ve sevgi duygularını ifade etmesidir (Çuhadaroğlu, 1986). Benlik saygısının oluşması ve gelişmesinde; kendini değerli hissetme, sevilme, yeteneklerini ortaya koyabilme, toplum içinde

beğenilir olma, başarma, kendi bedensel özelliklerini benimsemesi ve kabul etmesi en önemli faktörlerdir (Yörükoğlu, 1985). Düşük benlik saygısı obez bireylerde bazılarında etiyolojik faktör olarak görülürken, bazılarında ise obezitenin bir sonucu olarak ortaya çıkmaktadır. Bu sebepten dolayı düşük benlik saygısı ve olumsuz beden algısı obezite de sebep mi yoksa sonuç mu olduğu konusunda tartışmalar devam etmektedir. Aşırı kilo nedeni ile sosyal dışlanma, eleştirilme iş ya da okul hayatını etkileyebilir. Kişinin sosyal ilişkilerinde ve fiziksel etkinliklere katılımında olumsuz ve çekingen bir tutum oluşmasına neden olabilir (Tezcan, 2009). Rosenberg, kişinin kendine karşı olan tutumlarını benlik saygısı olarak ele almıştır. Benlik saygısı yüksek kişiler kendilerine karşı olumlu bir tutum içindeyken, kendilerine karşı olumsuz tutumda olan kişiler ise benlik saygısı düşük olarak kabullenilmiştir (Rosenberg, 1965).

Benlik saygısı ile beden imajı ilişkisinin özel dinamiği kişiden kişiye göre değişir ve aralarında karmaşık bir bağlantı vardır. Kimi kişilerde olumsuz beden imajından kaynaklanan düşük benlik saygısı oluşurken kimilerinde ise düşük benlik saygısına bağlı olumsuz beden imajı gelişir (Polat, 2007). Obezite beden imajını yaralarken aynı zamanda beden saygısınıda olumsuz yönde etkilemektedir (Tözün, 2010).

Obezite ile benlik saygısının azalması arasında doğru orantılı bir ilişki olduğuna dair çalışmalar mevcuttur (Deveci, Demet, Özmen, Özmen, & Hekimsoy, 2005). Toplumda obeziteye karşı var olan sosyal tavırların bu bireylerde olumsuz duyguların pekişmesine ve bu bireylerin obeziteye aşırı zihinsel yoğunlaşmaları benlik saygısının azalmasına ve negatif bir kendilik kavramının gelişmesine neden olmaktadır (Hamulu, 1999). Yapılan bir çalışmada 189 obez ve 160 normal kilolu bireyin incelenmiş ve obez bireylerin sosyal kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (Gürkan, 2012).

Obezite ile benlik saygısı arasındaki ilişkinin erişkinlerde yapılan çalışmaların bazısında BKİ ve obezite ile benlik saygısı arasında ters orantı olduğu (French, Perry, Leon, & Fulkerson, 1996), bir çalışmada ise aralarında bağlantı olmadığı belirlenmiştir (Gortmaker, Must, Perrin, Sobol, & Dietz, 1993). Obezite ile benlik değerinin azalması arasında ise literatürde doğrusal orantı olduğuna yönelik araştırmalar çoğunluktadır (Bryan & Tiggemann, 2001). Ogden ve Evans'ın yaptıkları araştırma da obez bireyler de depresyonun daha fazla, benlik saygılarının daha az olduğu (Ogden & Evans, 1996);

Kartal'ın araştırmasında ise yine obezlerde benlik saygısının daha düşük olduğu gösterilmiştir (Kartal, 1996). Özellikle batı toplumlarında obez kişiler dışlanmakta ve olumsuz davranışlara maruz kalmakta iken, zayıflık kavramı ise beğeni toplamaktadır. Benlik saygısı; kişiler arası ilişkilerden ve şahsın bu ilişkilere verdiği değerden etkilenmekte olup, kişinin çevresinden gelen negatif geri bildirimler benlik saygısının azalması ile sonuçlanır. Obeziteye bağlı sosyal dışlanma ve eleştirilme, sosyal ilişkilerini, okul ya da iş hayatını ve fiziksel etkinliklere karşı duşunu negatif etkileyecektir. Benlik saygısında ameliyat sonrası kaybedilen kilo sayısı arttıkça pozitif yönde yükşeliş olurken olumlu değişimin en fazla ilk bir yıl içerisinde gerçekleştiği saptanır (Burgmer et al., 2007). Yapılmış başka bir çalışmada kilo veren obez kişilerin benlik saygısı ve beden algısının bütün yönlerinde önemli iyileşmeler olduğu bulunmuştur (Cash, 1994). Obezite ile benlik saygısı arasındaki ilişkileri araştıran çalışmaların bazıları benlik saygısı ile obezite arasında ters orantı olduğunu, bazıları ise ilişki olmadığı belirtmektedir (Hesketh, Wake, & Waters, 2004). Ancak benlik saygısının azalması ile obezite arasında doğrusal bir orantı varlığını raporlayan çalışmalar oldukça fazladır (Gortmaker et al., 1993). Bizim çalışmamızda obezite cerrahisi geçirme durumu ile benlik saygısı arasında anlamlı bir fark görülmemiştir. Bu durum örneklem sayısının az olması ile ve cerrahi sonrası araştırmanın yapıldığı dönemin erken olabileceği; psikolojik problemlerin ağır bastığı ve benlik saygısındaki azalmayla ilişkili olması nedeniyle daha uzun dönemde yeniden değerlendiren bir çalışma faydalı olacaktır. Literatürde obez hastalarda özellikle depresyon ve kişilik bozukluklarının eşlik ettiği psikopatolojik durumların daha fazla olduğu gösterilmiştir (Resch, Haasz, & Sido, 1998). Çalışmamızda literatürün tersine cerrahi olmamış obez hasta grubunda benlik saygısının yüksek çıkması kültürel farklılıklardan da kaynaklanıyor olabilir. Güzellik kavramı batı ve doğu toplumları arasında bile farklılık göstermektedir (Dawson-Andoh, Gray, Soto, & Parker, 2011). Bazı kesimlerde zayıflık kavramı beğeni toplarken, obez bireyler daha çok dışlanmaya maruz kalmaktadırlar. Benlik saygısının kişiler arası ilişkilerden etkilendiği düşünülürse, toplumsal negatif geri dönüşümler kişide benlik saygısının azalmasına yol açacaktır (Özkan, 1994).

Obez hastalarda benlik saygısını araştıran bir çalışmada ise obez bireylerin benlik saygısı obez olmayan bireylerden faklı bulunmamıştır. Obezite ile benlik saygısı arasındaki ilişkinin erişkinlerde yapılan çalışmaların bazısında BKİ ve obezite ile benlik

saygısı arasında ters orantı olduğu kanısına varılmıştır (Deveci et al., 2005). Benlik saygı düzeyi yüksek bireyler daha etkin bir ruhsal gelişim yaşamakta ve topluma entegrasyonu güçlenmektedir. Benlik saygısı bireyin fikir ve tutumlarına da etki edeceğinden bireyin yaşadığı gelişim ve sosyalleşme sorunlarının çözümlerinde de avantaj sağlamaktadır (Saygılı et al., 2015). Literatüre göre bariatrik cerrahi sonrası obez bireylerin benlik saygısında olumlu bir gelişme görüldüğü bilinmektedir. Ameliyat sonrası kaybedilen kilo miktarı arttıkça benlik saygısında olumlu yönde yükseliş olurken en fazla ilk bir yılda pozitif değişmeler saptanır (Burgmer et al., 2007).

Yaşam kalitesi bireyin bedensel sağlığı, ruhsal durumu, bağımsızlık seviyesi, sosyal yaşantısı ve bu çevresindeki ilişkilerden de etkilenen oldukça geniş bir kavram olarak literatürde yer almıştır. Yaşam kalitesinin günlük yaşama katkıda bulunan çok sayıda bedensel, psikolojik ve sosyal etkiler arasındaki karmaşık etkileşimleri ve bireysel tepkileri tanımladığı uzun süredir bilinmektedir (World Health Organization, 1998). Bowling (Bowling, 1991) yaş, fiziksel görünüm, sosyal sınıf, aile ilişkileri, kültür ve cinsiyet gibi sosyal faktörlerin yaşam kalitesinin önemli belirleyici etkenler olduğunu belirtmiştir.

Obezite, bireyin günlük hayatını ve fiziksel aktivitelerini, aşırı kilo ağırlığını taşınmak zorunda kalmasına bağlı olarak, anlamlı şekilde etkiler. Özellikle kardiyovasküler hastalıklar açısından önemli bir risk artışına neden olduğu için beklenen yaşam süresini azaltır. Ayrıca bireyin sosyal ve psikolojik dengesini bozarak sosyal yaşamdan uzaklaşmasına neden olur. Bu nedenden dolayı ciddi obezite sorunu olan hastalar hayatı istedikleri gibi yaşamaları oldukça nadir bir durumdur. Depresyon ve mutsuzluk çoğu zaman giderek artarken, bazen de kilosunu dert etmeyen, çok neşeli ve kendisiyle barışık bir dış görüntüyle kendini gizlemeye çalışılır. Bunların hepsi eklendiğinde, obezite bireyin yaşam kalitesini anlamlı şekilde bozmaktadır. Gastrik bypass ve biliopankreatik diversiyondan sonra sağlıkla bağlantılı yaşam kalitesi hakkında pek çok çalışma yapılmıştır. Bu yüzden Kilonun Yaşam Kalitesine Etkisi Skoru ve Yaşam Kalite Skoru kullanılmıştır. Yapılan bir çalışmada 50 obez hasta biliopankreatik diversiyondan önce ve sonra, 150 post-obez hasta biliopankreatik diversiyondan 3 yıl sonra değerlendirilmiş, 50 normal hasta da kontrol grubunu oluşturmuştur. Bypass operasyonundan bir yıl sonra yaşam kalitesi skorlarında anlamlı bir düzelme görülmüştür (Adami et al., 2005).

Yapılan çalışmalarda sosyokültürel düzeyin obezitenin prevalansı üzerinde etkili olduğu bilinmektedir (Sarbat, 1999). Düşük eğitim durumu obezite için risk faktörü olarak bulunmuştur (World Health Organization, 1995). Baughman ve ark.'nın (2004) yaptığı birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran, fazla kilolu veya obez 665 hastanın ele alındığı bir çalışmada, eğitim düzeyi düşüklüğünün yüksek beden kitle indeksi ile bağlantılı olduğu saptanmıştır (Baughman et al., 2003). Çalışmamızda katılan hastaların öğrenim durumu ilköğretim olanların oranı %30,4, ortaöğretim olanların oranı %42,9, yüksek öğretim olanların oranı %26,8'dir.

Çalışmamıza katılan hastalarda obezite cerrahisi geçirme durumuna göre kilo verme girişimine yönelik değişkenler karşılaştırılmıştır. Obezite cerrahisi geçirenlerde mevcut ağırlığından memnun olanların oranı %53,6, geçirmeyenlere göre %3,6 anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır. Obezite cerrahisi geçirenlerde yaşam kalitesi memnuniyeti oranı %82,1, geçirmeyenlere göre %3,7 anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Yapılan çalışmalar sağlık ile ilişkili yaşam kalitesi ile cerrahi sonrası verilen kilonun ilişkili olduğunu göstermektedir. Kilo verilmesinin daha iyi olduğu ve bunun sabitlenebildiği durumlarda yaşam kalitesinde belirgin iyileşme görülürken, tekrar kilo artışı olanlarda sağlık ile ilişkili yaşam kalitesi de aynı zaman da kötüleşmektedir (J. Karlsson, Sjostrom, & Sullivan, 1998). Bizim çalışmamızda katılımcıları ameliyat olmaya götüren en önemli nedenlere göre yaşam kalitesi ölçeği alt boyutları karşılaştırıldığında fiziksel fonksiyon ve genel sağlık algısı içerisinde psikolojik nedenlerin anlamlı olarak daha fazla olduğu saptanmıştır. Çalışmaya katılan kişilerde obezite cerrahisi geçirme durumu ile yaşam kalitesi ölçeği alt boyutları karşılaştırıldığında obezite cerrahisi geçirenlerde fiziksel rol güçlüğü,fiziksel fonksiyon, ruhsal sağlık, duygusal rol güçlüğü, sosyal işlevsellik, enerji sağlık oranı, genel sağlık algıs ve ağrı cerrahi geçirmeyenlere göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Ayrıca çalışammızda obezite cerrahisi geçirmiş olan 29 kişide ameliyat olma kararından memnun olanların oranı %96,5'dır.

Obezitenin en fazla görüldüğü yaş grubu olan ergenlik çağında yapılan araştırmalar da yaşam tarzları değişen ergenlerin bazıları, içine kapanık, benlik saygısı azalmış, çevresine karşı duyarsız ve obeziteye sebep olan bir yaşam şekli seçmektedirler (Kraut et al., 1998) Ergenlerin benlik saygısını ve yaşam kalitesini düşüren en önemli etkenlerden birisi obezitedir (Schwimmer, Burwinkle, & Varni, 2003). Obezite;

ergenlerin sosyal etkileşimlerini, yaşam kalitelerini, benlik kavramlarını ve ruhsal iyi oluş düzeylerini doğrudan etkilemektedir (Abbey & Andrews, 1985). Obezitenin yol açtığı olumsuz benlik saygısı, çocuk ve ergenlerin yaşam kalitesini etkilemektedir. Benlik saygısı, bireyin kendisini nasıl gördüğüyle ilgili düşüncelerinden oluşmaktadır (Esen & Aktuğ, 2007) ve yüksek benlik saygısının yaşam kalitesine pozitif yönde katkısı olduğu bilinmektedir. Bunun altında yatan sebep ise, uyumlu bir sosyal yaşamın kişilerin kendi yaşamlarını daha pozitif değerlendirmelerine imkan tanıma, kişilerin sosyal ilişkilerinden keyif almalarına destek olma ve bireylerin yaşam kalitelerini yükseltme sebepleri yatmaktadır (Annak, 2005). Kişilerde yüksek benlik saygısı, pozitif yönlü duygu durumu ve sorunlarla baş edebilme ile orantılı olduğu için benlik saygısının yaşam kalitesini olumlu olarak etkilediği saptanmıştır (Başbakkal, Karayağız Muslu, Akçay, & Bolışık, 2007).

Cerrahi dışı yöntemlerle kilo vermeye çabalayan obez kişilerin yasam kalitesinin obezitenin derecesine ilişkin olarak değiştiği gözükmektedir. Özellikle morbid obez bireylerde yaşam kalitesinin daha düşük olduğu bulunmuştur. Tedavi arayışındaki obez bireylerin, fiziksel olarak kilo vermeye çalışmayan obez bireylerden daha kötü durumda olduğu bildirilmiştir (K. R. Fontaine, Cheskin, & Barofsky, 1996; Kevin R Fontaine & Bartlett, 1998). Dahası fazla kiloların fiziksel fonksiyonların bozulması ile ilişkili, ama duygusal iyilik haliyle ilişkisiz olduğu rapor edilmiştir(Lean, Han, & Seidell, 1999).

Başka bir yapılan araştırmada kadınlar üzerinde yapılan prospektif kilo değişimi ve yaşam kalitesi çalışmasında, kilo kaybı yaşam kalitesinin zihinsel bileşenlerinden çok, bedensel fonksiyonu ve vücut ağırlığını daha iyi duruma getirmiştir (Fine et al., 1999). Budderberg-Fıscher ve arkadaşları obez hastalarda bariatrik cerrahinin, psikososyal stresörlerin kontrol altına alınmasıyla iyileşmeyi hızlandırdığını ve daha düşük anksiyete düzeyleri gözlemlediklerini saptamışlardır (Buddeberg-Fischer, Klaghofer, Sigrist, & Buddeberg, 2004).

BÖLÜM 4. SONUÇ

Özet

Obezite cerrahisi geçiren hastaların eğitim düzeyi geçirmeyen hastalara göre daha düşüktür. Cerrahi geçirme durumuna göre demografik özellikler ve kilo vermeye yönelik girişimlerin dağılımları benzerdir. Cerrahi geçirenlerde mevcut ağırlıktan ve yaşam kalitesinden memnuniyet oranları geçirmeyenlerden daha yüksektir. Obezite cerrahisi geçirme durumuna göre benlik saygısı ölçeği puanları arasında fark yoktur. Yaşam kalitesi puanları obezite cerrahisi geçirenlerde belirgin bir şekilde daha yüksektir.

Yargı

Araştırmalar, tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de obezitenin giderek yaygınlaştığını rapor etmektedir. Obezite psikolojik ve bedensel olmak üzere bir çok sağlık problemine neden olmaktadır. Obez kişilerin yaşamları sağlık sorunları ve sosyal açıdan bir çok zorluk sebebiyle kısıtlandığı görülmektedir. Obezite, psikobiyososyal açıdan değerlendirilmelidir ve bir çok boyuttan kapsamlı bir yaklaşımla tedavisi ele alınmalıdır. Ülkemizde obezitenin psikolojik ve sosyal yönüyle ilgili araştırmalara ilgi artmaktadır. Obez bireylerin beden algılarının olumsuz, benlik saygılarının düşük olması, tedavide ele alınması gereken önemli bir durum olduğu yapılan bir çok çalışmada görülmektedir.

Obezite cerrahisi günümüzde obezitenin tedavi yöntemlerinden biri olarak yerini almıştır. Çalışmamızda obezite cerrahisi geçiren katılımcıların memnuniyet oranları ve yaşam kalitesi literatürdeki diğer çalışmalara benzer şekilde daha fazla olarak saptanmıştır. Çalışmamızda gruplar arasında fark görmediğimiz ve düzelmeyen benlik saygısı açısından baktığımız zaman benlik saygısının psikososyal etkileşimi ve bağlarının daha fazla olduğu söylenebilir. Obezitenin beraberinde kişinin hayatındaki diğer psikososyal etkenler de benlik saygısını azaltabilmektedir. Obezitenin başlangıcından önce mevcut olan belki de obeziteye neden olan etkenler ortadan

kalkmadan benlik saygısındaki bu etki devam edecektir. Yapılan epidemiyolojik çalışmalar obezite ile ilgili çeşitli ruhsal bozuklukların bir arada oluşunun rastlantısal olmadığını ve aralarında bir sebep-sonuç ilişkinin olduğunu göstermektedir

Öneriler

Benlik saygısının daha uzun süreçte, daha fazla katılımcıyla, obezitenin başlangıcından önceki etkenleri de öğrenerek biyopsikososyal yaklaşımla ele alarak daha detaylı bir çalışma düzenlemek faydalı olacaktır.

Obez olan ve olmayan gruplarla benlik saygısı ve yaşam kalitesini karşılaştırma çalışmaları yapılabilir. Obezite cerrahisi geçiren hastalarda yaşam kalitesine yönelik kalitetif çalışmaların planlanması önerilebilir. Cerrahi alanda çalışan hemşirelerin, obezite cerrahisi ve bakımına yönelik çalışmaları arttırılması önerilebilir. Obezite cerrahisi geçirecek/geçiren hastaların multidisipliner yaklaşımla ele alınması ve ortak çalışmalar yapılması planlanabilir.

Obezite hastaları cerrahi olmayan yöntemlerle kilo verme girişimleri sonucunda orta düzeyde kilo verebilmekte ve bu tedavi sonrasında verdikleri kiloları kolayca geri alarak hayal kırıklığına uğramakta ve yeni çözümler aramaya çalışmaktadırlar. Obezite cerrahisinin kısa dönemde kilo vermede etkili olduğu, yaşam kalitesinde artış sağladığı ancak benlik saygısı üzerinde bu çalışmada belirgin bir etkisi olmadığı belirlenmiştir. Bu nedenle bu hastaların psikolojik sağlamlaştırılmalarına yönelik çalışmalara yer verilmesi önerilebilir.

EK'LER

Ek-1: Etik kurul onay formu

Sayı: EKK/2016/8 04.11.2016
Konu: Buse ÖZDEMİR İLHAN: YL tez çalışması

T.C. MALTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

İlgi: 37387824-302.08.01-74 sayılı 23.09.2016 tarihli yazınız.

İlgi yazınız ekinde sunulan Enstitünüzün Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programı Tezli Yüksek Lisans öğrencilerinden Buse ÖZDEMİR İLHAN tarafından gönderilen "Obezite Cerrahisinin Benlik Saygısı ve Yaşam Kalitesine Etkisi" konulu tez önerisi ve ölçekleri 04.11.2016 tarihinde incelenerek T.C. Maltepe Üniversitesi Etik Kurul Yönergesinin 6. maddesinde yazılı; **"bilimsel disipline bağlılık, yaşama saygı, zarar vermeme, olası zarar ve riskler konusunda tüm ilgilileri bilgilendirme, insan ve topluma sorumluluk"** gibi ilkelere uygun olduğuna; yayına temel oluşturan araştırmanın tasarım, planlama ve yürütülme aşamalarında katkıda bulunanlara yer verilmesi, eksiksiz ve doğru kaynak gösterilmesi, gereken biçim ve doğrulukta atıflarda bulunulması kaydıyla yapılmasının etik olarak uygun olduğuna; toplantıya katılan üyelerin oybirliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini saygılarımla arz/rica ederim.

Prof. Dr. Belma AKŞİT
Etik Kurul Başkanı

Prof. Dr. Necla ÖZTÜRK
Üye

Prof. Dr. Nurgün OKTİK
Üye (Katılmadı)

Prof. Dr. Esra SAĞLAM
Üye (Katılmadı)

Prof. Dr. Hacer KARANİSOĞLU
Üye

Doç. Dr. Ebru MENŞUR ALKOY
Üye (Katılmadı)

Yrd. Doç. Dr. İhsan GÜLAY
Üye (Katılmadı)

Yrd. Doç. Dr. Abbas DÜNDAR
Üye

Yrd. Doç. Dr. Bahadır APAYDIN
Üye

Ek-2: Çalışma için izin onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 15.12.2016-19114

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
İstanbul İli Anadolu Kuzey Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Sağlık Bilimleri Üniversitesi
İstanbul Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Sayı : 62977267-770-
Konu : Anket İzni Hk.

İSTANBUL İLİ ANADOLU KUZEY KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ

Maltepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans programı öğrencisi Buse Özdemir İLHAN'ın "Obezite cerrahisinin benlik saygısı ve yaşam kalitesine etkisi" konulu veri toplamaya yönelik çalışmasını kurumumuzda yapabilmesine dair ilgi sayılı yazınız ilgili Bölüm Sorumluları tarafından değerlendirerek Hastane Yönetimimizce uygun bulunmuştur.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Prof.Dr. İbrahim YEKELER
Başhekim

Tıbbiye Cad. No: 40 Üsküdar-İSTANBUL
Telefon: 0216 414 45 02-1114
e-Posta: gncktrcm@gmail.com
Ayrıntılı bilgi için irtibat: Gonca DİKMEN

Evrakı Doğrulamak İçin : http://85.111.55.22:805/enVision/Dogrula/AMK0H11
Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır.

Ek-3: Araştırma Anketi ve kullanılan ölçekler

OBEZİTE CERRAHİSİ ☐GEÇİREN ☐ GEÇİRMEYEN

1)Yaşınız ; _____

2)Cinsiyetiniz ; a) Kadın b)Erkek

3)Medeni Durumunuz; a) Bekar b) Evli

4)Öğrenim durumunuz?

a) Okur-yazar değil
b) Okur-yazar
c) İlkokul
d) Ortaokul
e) Lise
f) Yüksekokul/Üniversite
g) Yüksek Lisans
h) Doktora

5)Mesleğiniz nedir?

a) Memur
b) İşçi
c) Serbest çalışan
d) Ev hanımı
e) Çalışmıyor

6)Ameliyat olmadan önceki kilonuz;…….

7)Ameliyat olmadan önce ne kadar süre bu kiloda kaldınız;……..

8)Şimdiki Boyunuz ;_____

9)Şimdiki Ağırlığınız ; _____

10)Şu anki kilonuzu nasıl tanımlarsınız?

a) Zayıfim
b) Normalim
c) Kiloluyum
d) Aşırı kiloluyum

11)Şu anki mevcut ağırlığınızdan memnun musunuz?

a) Memnunum
b) Kararsızım /Önemsemiyorum.
c) Memnun değilim

12)Yaşam kalitenizden memnun musunuz?

a) Evet
b) Hayır

13)Zayıflamak istiyor musunuz?

a) Hayır (Cevabınız hayır ise bir sonraki soruyu atlayınız)
d) Evet

14)Evetse neden?

a) Sağlık sorunlarım nedeniyle
b) Dış Görünümden memnun olmadığımdan
c) Ailesel Baskı nedeniyle
d) Çevresel ve Sosyal Baskı

15)Sizi ameliyat olmaya götüren en önemli neden nedir ?

a) Fiziksel nedenler
b) Sosyal nedenler
c) Tıbbi nedenler
d) Psikolojik nedenler

16) Ne kadardır obezite sorunu yaşıyorsunuz?

a) Çocukluğumdan beri kiloluyum
b) Ergenlikten sonra kilo sorunlarım başladı
c) Evlendikten sonra kilo sorunlarım başladı
d) Hamilelikten sonra kilo sorunlarım başladı
e) Sistematik bir hastalığıma bağlı kilo sorunlarım başladı
f) Psikososyal sorunlarımdan sonra kilo sorunlarım başladı

17) Ameliyata karar vermeden önce kilo vermek için uğraşılarınız oldu mu?

a) Evet
b) Hayır

18) Kilo verme çabalarınızla ilgili başarılı olabildiniz mi?

a) Evet
b) Hayır
c) Kısmen

19) Kilo verme çabalarınızda bir uzmandan yardım aldınız mı?

a) Evet
b) Hayır

20) Cerrahi girişimden önce zayıflamak için aşağıdakilerden hangilerini uyguladınız? (birden çok şık işaretleyebilirsiniz)

a) Hayır, uygulamadım.
b) Diyet
c) Egzersiz
d) İlaç
e) Bitkisel Destek
f) Diğer (akupunktur vb.) _____

21) İlaç kullanımınızı gerektiren veya tanısı konmuş bir hastalığınız var mı? (birden çok şık işaretleyebilirsiniz)

a) Yok
b) Obezite
c) İnsülin Direnci
d) Kalp- Damar Hastalıkları
e) Hipertansiyon
f) Diyabet (Şeker)
g) Mide – Bağırsak Hastalıkları
h) Tiroid Hastalıkları
ı) Solunum Sistemi Hastalıkları
j) Uyku problemleri
k) Eklem hastalıkları

22) İdeal vücut ağırlığınızın ne kadar olması gerektiği bilgisini nereden öğrendiniz?

a) Çevremdeki insanlardan
b) İnternetteki hazır hesaplama uygulamalarından
c) Spor danışmanımdan
d) Doktorumdan
e) Diyetisyenimden

23) Fazla kilolarınız sosyal yaşantınızı, arkadaşlık ilişkilerinizi etkiledi mi?

a) Evet
b) Hayır

24) Genellikle günde kaç ana öğün (sabah, öğle, akşam) yersiniz?

a) 1

b) 2
c) 3

25) Genellikle günde kaç ara öğün (kuşluk, ikindi, gece)yersiniz?

a) 1
b) 2
c) 3

26) Genellikle/sıklıkla öğün atlar mısınız?

a) Evet
b) Hayır
c) Bazen

27)Cevabınız evet ise, en sık hangi öğünü atlarsınız?

a) Sabah
b) Öğlen
c) Akşam
d) Ara öğünler

28) Cevabınız evet ise, öğün atlama nedeniniz nedir?

a) Canım istemediği/iştahım olmadığı için
b) Yeterli zaman bulamadığım için
c) Yemek hazırlamaya üşendiğim için
d) Çevremden çekindiğim için
e) Kilo kontrolümü sağlamak için

29) Beslenme alışkanlığınızın yeterli ve dengeli olduğunu düşünüyor musunuz?

a) Evet
b) Hayır
c) Bilmiyorum

30) Günlük yaşamınızda ne kadar hareketlisiniz?

a) Çok Hareketsizim. (Çok Hafif Fiziksel Aktivite)
b) Biraz Hareketliyim. (Hafif Fiziksel Aktivite)
c) Hareketleyim. (Orta Fiziksel Aktivite)
d) Çok Hareketliyim. (Ağır Fiziksel Aktivite)

31) Gün içindeki fiziksel aktivitenizi yeterli buluyor musunuz?

a) Evet
b) Hayır.
c) Kısmen

32) Fiziksel aktivite-spor yapmak için sosyal olanaklarınız var mı?

a) Evet
b) Hayır

33) Düzenli fiziksel aktivite veya spor yapma alışkanlığınız var mı?

a) Evet
b) Hayır

34) Cevabınız hayır ise, neden bir egzersiz/ spor ile uğraşmıyorsunuz?

a) Yeterli zaman bulamıyorum
b) İhtiyacım olmadığını düşünüyorum
c) Üşeniyorum
d) Canım istemiyor
e) Fiziksel sağlığım yeterli olmadığı için (Ağrı, nefes darlığı vb)

35) Ameliyat sonrası yaşadığınız problemlerinizde düzelme oldu mu? (Ameliyat olamayanlar bu soruya cevap vermeyecek)

a) Evet
b) Hayır
c) Kısmen

36) Ameliyat olmaya karar vermeden önce bilgi aldınız mı?

a) Evet
b) Hayır

37) Cevabınız evet ise kimden bilgi aldınız?

a) İnternetten
b) Daha önce ameliyat olmuş kişilerden
c) Doktorunuzdan

38) Ameliyat olmaktan korktunuz mu?

a) Evet
b) Hayır

39)Ameliyat öncesi doktorunuz tarafından kilo vermeniz önerildi mi?

a) Evet
b) Hayır

40)Cevabınız evet ise ne kadar kilo verdiniz? ……..kg

41)Ameliyattan sonra, herhangi bir sağlık problemi yaşadınız mı?

a) Evet
b) Hayır

42)Cevabınız evet ise hangi sorunu yaşadınız belirtiniz?
……

43)Ameliyattan sonra yaşam kalitenizle ilgili en çok hangi alanda gelişme/düzelme oldu?

a) Herhangi bir gelişme olmadı
b) Fiziksel sağlığımda
c) Psikolojik sağlığımda
d) Sosyal çevremdeki ilişkilerde

44) Ameliyat olma kararınızdan memnun musunuz?

a) Evet
b) Hayır
c) Kararsızım

COOPERSMİTH BENLİK SAYGISI ENVANTERİ

İnsanların kendileri ile ilgili bazı duygularını açıklayan ifadeler aşağıda yer almaktadır. Bu cümlelerden size uygun olanlarını ‘benim gibi’ , uygun olmayanlarını ise ‘benim gibi değil’ sütununa (x) işareti koyarak belirtiniz.

İnsanların kendileri ile ilgili bazı duygularını açıklayan ifadeler aşağıda yer almaktadır. Bu cümlelerden size uygun olanlarını ‘benim gibi’ , uygun olmayanlarını ise ‘benim gibi değil’ sütununa (x) işareti koyarak belirtiniz.

Benim gibi	Benim gibi değil	
( )	( )	1.Çevremde olup bitenlerden rahatsız olmam
( )	( )	2.Başkalarının önünde konuşmak bana zor gelir
( )	( )	3.Eğer elimde olsaydı kendimdeki pek çok şeyi değiştirmek isterdim
( )	( )	4.Karar vermede fazla zorluk çekmem
( )	( )	5.İnsanlar benimle olmaktan hoşlanırlar
( )	( )	6.Evde kolayca moralim bozulur
( )	( )	7.Yeni şeylere kolay alışamam
( )	( )	8.Yaşıtlarım arasında sevilen bir kişiyim
( )	( )	9.Ailem genellikle duygularıma önem verir.
( )	( )	10.Başkalarının söylediğini kolayca kabul ederim.
( )	( )	11.Ailem benden çok şey bekler
( )	( )	12.Benim yerimde olmak oldukça zordur.
( )	( )	13.Hayatımın karmakarışık olduğuna inanıyorum
( )	( )	14.Genellikle başkaları düşüncelerimi kabul eder.
( )	( )	15.Kendimi yetersiz buluyorum
( )	( )	16.Sık sık evden kaçmayı düşünüyorum
( )	( )	17.Yaptığım işten çoğunlukla memnun olmam
( )	( )	18.Başkaları kadar güzel / yakışıklı değilim
( )	( )	19.Söylenecek sözüm varsa onu söylemekten kaçınmam
( )	( )	20.Ailem benim duygularımı anlar
( )	( )	21.Çok sevilen bir kimse değilim
( )	( )	22.Genellikle ailemin beni dışladığını hissediyorum.
( )	( )	23.Yaptığım şeyler genellikle cesaretimi kırar
( )	( )	24.Sık sık keşke başka birisi olsam diye düşünürüm
( )	( )	25. Güvenilir bir kimse olmadığımı düşünüyorum.

MF07-01 ÇALIŞMASI YAŞAM KALİTESİ (SF36) FORMU

Adı-Soyadı:

Tarih:

1. Genel sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz? (Bir tanesini yuvarlak içine alınız)

Mükemmel	1
Çok iyi	2
İyi	3
Orta	4
Kötü	5

2. Geçen yıl ile karşılaştırıldığında, sağlığınızı şu an için nasıl değerlendirirsiniz? (Bir tanesini yuvarlak içine alınız)

Geçen seneden çok daha iyi	1
Geçen seneden biraz daha iyi	2
Geçen sene ile aynı	3
Geçen seneden biraz daha kötü	4
Geçen seneden çok daha kötü	5

3. Aşağıdaki tipik bir günümüzde yapmış olabileceğiniz bazı aktiviteler yazılmıştır. Sağlığınız bunları yaparken sizi sınırlandırmakta mıdır? Öyleyse ne kadar?

(Bir tanesini yuvarlak içine alınız)

AKTİVİTELER	Evet, çok kısıtlıyor	Evet, çok az kısıtlıyor	Hayır, hiç kısıtlamıyor
a. Kuvvet gerektiren aktiviteler, koşma, ağır eşyaları kaldırmak, zor sporlar	1	2	3
b. Orta aktiviteler, bir masayı oynatmak, elektrik süpürgesi ile süpürmek, bowling,golf	1	2	3
c. Sebze-meyveleri kaldırmak, taşımak	1	2	3
d. Pek çok katı çıkmak	1	2	3
e. Tek katı çıkmak	1	2	3
f. Çömelmek, diz çökmek, eğilmek	1	2	3

g. 1 kilometreden fazla yürüyebilmek	1	2	3
h. Pek çok mahalle arası yürüyebilmek	1	2	3
i. Bir mahalleden (sokak) diğerine yürümek	1	2	3
j. Kendi kendine yıkanmak, giyinmek	1	2	3

4. Son 4 hafta içerisinde, fiziksel sağlığınız yüzünden günlük iş veya aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerle karşılaştınız mı ?
(Bir tanesini yuvarlak içine alınız)

		EVET	HAYIR
a.	İş ya da diğer aktiviteler için harcadığınız zamanda kesinti	1	2
b.	İstediğinizden daha az miktar işin tamamlanması	1	2
c.	İşin veya diğer aktivitelerin çeşidinde kısıtlama	1	2
d.	İş veya diğer aktiviteleri yaparken zorluk olması	1	2

5. Son 4 hafta içerisinde, duygusal problemler (örnek-üzüntü ya da sinirli hissetmek) yüzünden günlük iş veya aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerle karşılaştınız mı ?
(Bir tanesini yuvarlak içine alınız)

		EVET	HAYIR
a.	İş yada diğer aktiviteler ayırdığınız süreden kesilme oldu mu ?	1	2
b.	İstediğinizden daha az kısım tamamlanması	1	2
c.	İşin veya diğer aktiviteleri eskisi gibi dikkatli yapmama	1	2

6. Geçen 4 hafta içinde, fiziksel sağlık veya duygusal problemler, aileniz, arkadaşınız, komşularınız veya gruplar ile olan normal sosyal aktivitelerinize ne kadar engel oldu?
(Bir tanesini yuvarlak içine alınız)

Hiç	1
Çok az	2
Orta derecede	3
Biraz	4
Oldukça	5

7. Son 4 hafta içerisinde, ne kadar fiziksel acı (ağrı) hissettiniz?
(Bir tanesini yuvarlak içine alınız)

Hiç	1
Çok hafif	2
Hafif	3
Orta hafiflikte	4
Aşırı derecede	5
Çok aşırı derecede	6

8.Son 4 hafta içerisinde, ağrı normal işinize ne kadar engel oldu?
(Bir tanesini yuvarlak içine alınız)

Hiç olmadı	1
Biraz	2
Orta derecede	3
Epey	4
Çok fazla	5

9.Aşağıdaki sorular sizin son 4 hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğiniz ve işlerin nasıl gittiği ile ilgilidir. Lütfen her soru için hissettiğinize en yakın olan sadece 1 cevap verin.
(Bir tanesini yuvarlak içine alınız)

	Her Zaman	Çoğu Zaman	Bir Kısım	Bazen	Çok Nadir	Hiçbir Zaman
a. Kendinizi capcanlı hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5	6
b. Çok sinirli bir kişi misiniz?	1	2	3	4	5	6
c. Kendinizi hiçbir şey güldürmeyecek kadar batmış hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5	6
d. Kendinizi sakin ve huzurlu hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6

e. Çok enerjiniz var mı?	1	2	3	4	5	6
f. kendinizi çökmüş ve karamsar hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
g. Yıpranmış hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
h. Mutlu bir insan mıydınız?	1	2	3	4	5	6
i. Yorulmuş hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6

10.Geçen 4 hafta içende, fiziksel sağlık veya duygusal problemler, sosyal aktivitelerinize (arkadaşları, akrabaları ziyaret etmek gibi) ne kadar engel oldu?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Her zaman	1
Çoğu zaman	2
Bazı zamanlarda	3
Çok az zaman	4
Hiçbir zaman	5

11.Aşağıdaki cümleler sizin için ne kadar doğru ya da yanlış?
(Bir tanesini yuvarlak içine alınız)

	Tamamen Doğru	Çoğunlukla Doğru	Bilmiyorum	Çoğunlukla Yanlış	Tamamen Yanlış
a. Diğer insanlardan biraz daha kolay hasta oluyorum	1	2	3	4	5
b. Tanıdığım herkes kadar sağlıklıyım	1	2	3	4	5
c. Sağlığımın kötüleşmesini bekliyorum	1	2	3	4	5
d. Sağlığım mükemmel	1	2	3	4	5

KAYNAKÇA

Abbey, A., & Andrews, F. M. (1985). Modeling the psychological determinants of life quality. *Social indicators research, 16*(1), 1-34.

Adami, G. F., Ramberti, G., Weiss, A., Carlini, F., Murelli, F., & Scopinaro, N. (2005). Quality of life in obese subjects following biliopancreatic diversion. *Behavioral Medicine, 31*(2), 53-62.

Akbulut, G. (2010). Erişkinlerde şişmanlığın diyet tedavisindeki güncel yaklaşımlar ve fiziksel aktivitenin önemi. Mised Dergisi, 25 (24), 86-90

Akman, M., Budak, Ş., & Kendir, M. (2004). Genel dahiliye polikliniğine başvuran hastalarda obezite sıklığı ve ilişkili sağlık problemleri. *Marmara Medical Journal, 17*(3), 113-120.

Altunkaynak, B. Z., & Özbek, E. (2006). Obezite: nedenleri ve tedavi seçenekleri. *Van Tıp Dergisi, 13*(4), 138-142.

Annak, B. (2005). *Sosyal destek, sosyal ağ, yaşam kalitesi ve yaşam doyumu: Duygu-durum ve anksiyete bozukluğu tanısı alan kişiler ve düzenli hemodiyaliz gören hastalar açısından bir karşılaştırma.* (Yüksek Lisans tezi), Mersin Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Mersin.

Ardahan, M. (2003). Hemşirelerin savunuculuk rolü. *CÜ Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 7*(2), 23-27.

Arslan, C., & Ceviz, D. (2007). Ev hanımı ve çalışan kadınların obezite prevalansı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 21*(5), 211-220.

Arslan, P., Dağ, A., & Türkmen, E. (2012). Her yönüyle obezite; önleme ve tedavi yöntemleri. In. İstanbul: Ofset Matbaacılık.

Atar, A. (2005). *Obezlerde plazma lipid düzeyleri ile antropometrik ölçümler arasındaki ilişkinin incelenmesi.* (Tıpta Uzmanlık Tezi), TC Sağlık Bakanlığı Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Koordinatörlüğü, İstanbul.

Atila, K. (2014). Morbid obezitenin cerrahi tedavisi. *Arc Clin Toxicol, 1*(1), 23-27.

Aylin, A. (2013). *Obez kadınlarda benlik saygısının beden imgesi üzerindeki etkisinde biçimleyici değişkenlerin incelenmesi.* Okan Üniversitesi,

Ayyad, C., & Andersen, T. (2000). Long- term efficacy of dietary treatment of obesity: a systematic review of studies published between 1931 and 1999. *Obesity reviews, 1*(2), 113-119.

Babaoğlu, K., & Hatun, Ş. (2002). Çocukluk çağında obezite. *Sted, 11*(1), 8-10.

Bağrıaçık, N. (1999). *Diabet ve Metabolizma Hastalıkları*. İstanbul: Türk Diabet ve Obezite Vakfı Yayınları.

Bağrıaçık, N., Görpe, U., Yiğit, H., Karaoğlu, N., Oğuz, A., Yumuk, V., Arslan, P. (2003). *Diyabet ve Obezite Eğitim Kursu Notları*. İstanbul: Türk Diyabet Cemiyeti-Türkiye Obezite Araştırma Derneği Türk Diyabet ve Obezite Vakfı.

Balcıoğlu, İ., & Başer, S. Z. (2008). Obezitenin psikiyatrik yönü. *İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi, 62*(1), 341-348.

Ballı, E. (2013). *Obezite, obezitenin tetiklediği hastalıklar ve tedavileri.* T.C. Erciyes Üniversitesi, Eczacılık Fakültesi Farmasötik Kimya Anabilim Dalı, Kayseri.

Baltacı, D., Ünalacak, M., Kara, İ. H., & Sarıgüzel, Y. C. (2015). Birinci Basamakta Obezite Tedavisi. *Turkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics, 6*(3), 96-102.

Başaran, S., Güzel, R., & Sarpel, T. (2005). Yaşam kalitesi ve sağlık sonuçlarını değerlendirme ölçütleri. *Archives of Rheumatology, 20*(1).

Başbakkal, Z., Karayağız Muslu, G., Akçay, N., & Bolışık, B. (2007). Obezite çocuklarda düşük benlik saygısına neden oluyor mu. *Ege Pediatri Bülteni, 14*(3), 151-156.

Batty, G. D., Shipley, M. J., Jarrett, R. J., Breeze, E., Marmot, M. G., & Smith, G. D. (2006). Obesity and overweight in relation to disease-specific mortality in men with and without existing coronary heart disease in London: the original Whitehall study. *Heart, 92*(7), 886-892.

Baughman, K., Logue, E., Sutton, K., Capers, C., Jarjoura, D., & Smucker, W. (2003). Biopsychosocial characteristics of overweight and obese primary care patients: do psychosocial and behavior factors mediate sociodemographic effects? *Preventive Medicine, 37*(2), 129-137.

Baysal, A., & Baş, M. (2008). *Yetişkinlerde Ağırlık Yönetimi*. İstanbul: Ekspress Baskı A.Ş.

Baysal, A., Bozkurt, N., Pekcan, G., Besler, T., & Aksoy, M. (2002). *Diyet El Kitabı* (4 ed.). Ankara: Hatiboğlu Yayınevi.

Bergman, R. N. (2008). What for genetics? *Obesity, 16*(3), 507-508.

Berkey, C. S., Rockett, H. R., Field, A. E., Gillman, M. W., Frazier, A. L., Camargo, C. A., & Colditz, G. A. (2000). Activity, dietary intake, and weight changes in a longitudinal study of preadolescent and adolescent boys and girls. *Pediatrics, 105*(4).

Bjorntorp P. (2002). The Fat Cell and Human Adipose Tissue. In B. J. Brodoff N. (Ed.), *Diabetus Mellitus and Obesity* (pp. 261-267). U.S.A.

Bowling, A. (1991). *Measuring health: a review of quality of life measurement scales*: Open University Press Milton Keynes.

Bozbora, A., Özarmağan S. (2002). Obezitenin tanımı ve genel bilgiler. In *Obezite ve Tedavisi* (pp. 1-3): Nobel Tıp Kitabevleri.

Bray, G. A. (1989). Classification and evaluation of the obesities. *Med Clin North Am, 73*(1), 161-184.

Bryan, J., & Tiggemann, M. (2001). The effect of weight-loss dieting on cognitive performance and psychological well-being in overweight women. *Appetite, 36*(2), 147-156. doi:10.1006/appe.2000.0389

Buchwald, H., Avidor, Y., Braunwald, E., Jensen, M. D., Pories, W., Fahrbach, K., & Schoelles, K. (2004). Bariatric surgery: a systematic review and meta-analysis. *Jama, 292*(14), 1724-1737.

Buddeberg-Fischer, B., Klaghofer, R., Sigrist, S., & Buddeberg, C. (2004). Impact of psychosocial stress and symptoms on indication for bariatric surgery and outcome in morbidly obese patients. *Obesity surgery, 14*(3), 361-369.

Burgmer, R., Petersen, I., Burgmer, M., de Zwaan, M., Wolf, A. M., & Herpertz, S. (2007). Psychological outcome two years after restrictive bariatric surgery. *Obesity surgery, 17*(6), 785-791.

Cash, T. F. (1994). Body image and weight changes in a multisite comprehensive very-low-calorie diet program. *Behavior Therapy, 25*(2), 239-254.

Cutting, T. M., Fisher, J. O., Grimm-Thomas, K., & Birch, L. L. (1999). Like mother, like daughter: familial patterns of overweight are mediated by mothers' dietary disinhibition. *The American journal of clinical nutrition, 69*(4), 608-613.

Çayır, A. (2009). *Beslenme ve Diyet Kliniğine Başvuranlarda Obezite Sıklığı ve Etkili Faktörlerin Belirlenmesi.* (Yüksek Lisans Tezi), Ankara.

Çevik, G. (2004). *Yeni Mahalle Eğitim ve Araştırma Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşayan 40 Yaş ve Üzeri Erişkinlerde Obezite Prevalansı ve Bu Prevalansla İlişkili Risk Faktörlerinin İncelenmesi.* (Uzmanlık Tezi), Elazığ.

Çınar, R. K. (2013). Obezitenin Psikososyal Sonuçları ve Stigma. In Yücel B, Akdemir AK, Küey AG, Maner F, & Vardar E (Eds.), *Yeme Bozuklukları ve Obezite-Tanı ve Tedavi Kitabı* (pp. 321-325). Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları.

Çuhadaroğlu, F. (1986). *Adolesanlarda benlik saygısı.* (Uzamanlık Tezi), Ankara.

Dawson-Andoh, N. A., Gray, J. J., Soto, J. A., & Parker, S. (2011). Body shape and size depictions of African American women in JET magazine, 1953-2006. *Body Image, 8*(1), 86-89. doi:10.1016/j.bodyim.2010.09.006

Deveci, A., Demet, M. M., Özmen, B., Özmen, E., & Hekimsoy, Z. (2005). Obez hastalarda psikopatoloji, aleksitimi ve benlik saygısı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi, 6*, 84-91.

Doğan, R. (2012). *Eskişehir Büyükdere Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Gebelerde Obezite Sıklığının ve Obezitenin Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi.* (Yüksek Lisans Tezi), Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Eskişehir.

Doğan, S. (1993). *Organ ve Fonksiyon Kaybı Olan Hastaların Beden İmajındaki Değişmeler ve Hemşirelerin Yaklaşım Güçlükleri.* (Yüksek Lisans Tezi), Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı, Ankara.

Dolgun, E., & Yavuz, M. (2009). Aşırı şişmanlık cerrahisinde hemşirelik bakımı. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 3*(1), 85-92.

Driul, L., Cacciaguerra, G., Citossi, A., Della Martina, M., Peressini, L., & Marchesoni, D. (2008). Prepregnancy body mass index and adverse pregnancy outcomes. *Archives of Gynecology and Obstetrics, 278*(1), 23-26.

Durgun, A. G. k. (2012). *Bursa ilinde obezite sıklığı ve ilişkili faktörler.* (Uzamanlık tezi), Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Bursa.

Eldar, S., Heneghan, H., Brethauer, S., & Schauer, P. (2011). A focus on surgical preoperative evaluation of the bariatric patient–The Cleveland Clinic protocol and review of the literature. *the surgeon, 9*(5), 273-277.

Eren, İ., & Erdi, Ö. (2003). Obez hastalarda psikiyatrik bozuklukların sıklığı. *Klinik Psikiyatri, 6*, 152-157.

Ergin, A. B. (2016). Obezitenin kadın sağlığı ve toplumsal cinsiyet açısından değerlendirilmesi.

Ergin, I. (2005). *Naldöken Sağlık Ocağı Bölgesinde 20–64 Yaş Kadınlarda Obezite Sıklığı ve Etkileyen Sosyal Etmenler.* (Uzmanlık Tezi), İzmir.

Esen, B., & Aktuğ, T. (2007). Ergenlerde akran baskısı ve benlik saygısının incelenmesi. *Çukurova Eğitim Fakültesi Dergisi, 3*(33), 7-12.

Fine, J. T., Colditz, G. A., Coakley, E. H., Moseley, G., Manson, J. E., Willett, W. C., & Kawachi, I. (1999). A prospective study of weight change and health-related quality of life in women. *Jama, 282*(22), 2136-2142.

Flegal, K. M. (1999). The obesity epidemic in children and adults: current evidence and research issues. *Medicine and Science in Sports and Exercise, 31*(11 Suppl), S509-514.

Fogelholm, M., & Kukkonen- Harjula, K. (2000). Does physical activity prevent weight gain–a systematic review. *Obesity reviews, 1*(2), 95-111.

Fontaine, K. R., & Bartlett, S. J. (1998). Estimating health-related quality of life in obese individuals. *Disease Management and Health Outcomes, 3*(2), 61-70.

Fontaine, K. R., Cheskin, L. J., & Barofsky, I. (1996). Health-related quality of life in obese persons seeking treatment. *J Fam Pract, 43*(3), 265-270.

French, S. A., Perry, C. L., Leon, G. R., & Fulkerson, J. A. (1996). Self-esteem and change in body mass index over 3 years in a cohort of adolescents. *Obes Res, 4*(1), 27-33.

Gortmaker, S. L., Must, A., Perrin, J. M., Sobol, A. M., & Dietz, W. H. (1993). Social and economic consequences of overweight in adolescence and young adulthood. *N Engl J Med, 329*(14), 1008-1012. doi:10.1056/nejm199309303291406

Gümüşler, A. (2006). *Rize Çayeli ilçesindeki lise öğrencilerinde obezite sıklığı ve beslenme alışkanlıkları.* (Yüksek lisans tezi), KTÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Trabzon.

Gündüzoğlu, Ç. (2008). *Obezlere Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Geçerlilik Ve Güvenirliğinin İncelenmesi.* (Yüksek Lisans Tezi), Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

Gürel, F. S., & İnan, G. (2001). Çocukluk çağı obezitesi tanı yöntemleri, prevalansı ve etyolojisi. *Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2*(3), 39-46.

Gürkan, B. (2012). *Şemalar ve Baş Etme Yollarının Obezitesi Olan Bireylerin Kaygı, Depresyon, Benlik Saygısı ve İntihar Oranları Üzerindeki Etkisinin Şema Kuramı Açısından İncelenmesi.* (Yüksek Lisans Tezi), Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, Bursa.

Habeş, S. (2013). *Obezite şikayetiyle Antakya Devlet Hastanesi'ne başvuran adölesanlarda vücut yağ yüzdesinin belirlenmesi.* Mustafa Kemal Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Anatomi (VET) Anabilim Dalı, Hatay.

Hamulu, F. (1999). Obezite komplikasyonları. In C. Yılmaz (Ed.), *Obezite ve Tedavisi* (pp. 41-61). İstanbul: Mart Matbaacılık.

Han, T., Bijnen, F., Lean, M., & Seidell, J. (1998). Separate associations of waist and hip circumference with lifestyle factors. *International journal of epidemiology, 27*(3), 422-430.

Hartz, A. J., Rupley, D. C., & Rimm, A. A. (1984). The association of girth measurements with disease in 32,856 women. *American Journal of Epidemiology, 119*(1), 71-80.

Heo, M., Allison, D. B., Faith, M. S., Zhu, S., & Fontaine, K. R. (2003). Obesity and quality of life: mediating effects of pain and comorbidities. *Obesity, 11*(2), 209-216.

Hesketh, K., Wake, M., & Waters, E. (2004). Body mass index and parent-reported self-esteem in elementary school children: evidence for a causal relationship. *Int J Obes Relat Metab Disord, 28*(10), 1233-1237. doi:10.1038/sj.ijo.0802624

Jacoby, E., Goldstein, J., López, A., Núñez, E., & López, T. (2003). Social class, family, and life-style factors associated with overweight and obesity among adults in peruvian cities. *Preventive Medicine, 37*(5), 396-405.

Kabalak, T. (1995). *Obezitenin Diyetle Tedavisi*. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri.

Karlsson, J., Sjostrom, L., & Sullivan, M. (1998). Swedish obese subjects (SOS)--an intervention study of obesity. Two-year follow-up of health-related quality of life (HRQL) and eating behavior after gastric surgery for severe obesity. *Int J Obes Relat Metab Disord, 22*(2), 113-126.

Karlsson, J., Taft, C., Ryden, A., Sjöström, L., & Sullivan, M. (2007). Ten-year trends in health-related quality of life after surgical and conventional treatment for severe obesity: the SOS intervention study. *International journal of obesity, 31*(8), 1248.

Kartal, Ş. (1996). *Obesity and its psychological correlates: Appearance-esteem, Selfesteem and Loneliness. Unpublished Master Dissertation*. Ankara Ankara University.

Kavas, A. (2005). *Sağlıklı Yaşam İçin Doğru Beslenme*. İstanbul.

Khashan, A. S., & Kenny, L. C. (2009). The effects of maternal body mass index on pregnancy outcome. *European journal of epidemiology, 24*(11), 697.

Kişioğlu, A. N., Aykut, M., & Öztürk, Y. (2000). Bir sağlık ocağı bölgesindeki 15-49 yaş evli kadınlara verilen sağlık eğitiminin anemi prevalans ve insidansma etkisi. *SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi, 7*(1).

Kokino, S., Özdemir, F., & Zateri, C. (2006). Obezite ve fiziksel tıp yöntemleri. *Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 23*(1), 47-54.

Korugan, Ü., Damcı, T., & Özbey, N. (2000). *Klinik Obezite*. İstanbul: Obezite Çalışma Grubu Yayını-Roche Yayınları.

Kraut, R., Patterson, M., Lundmark, V., Kiesler, S., Mukopadhyay, T., & Scherlis, W. (1998). Internet paradox. A social technology that reduces social involvement and psychological well-being? *Am Psychol, 53*(9), 1017-1031.

Kssebah, A. (1989). Health risks of obesty. *Med Clin North Am, 73*, 111-138.

Lean, M. E., Han, T. S., & Seidell, J. C. (1999). Impairment of health and quality of life using new US federal guidelines for the identification of obesity. *Arch Intern Med, 159*(8), 837-843.

Lukaski, H. C. (1987). Methods for the assessment of human body composition: traditional and new. *The American journal of clinical nutrition, 46*(4), 537-556.

Malnick, S. D., & Knobler, H. (2006). The medical complications of obesity. *Journal of the Association of Physicians, 99*(9), 565-579.

Mannucci, E., Petroni, M. L., Villanova, N., Rotella, C. M., Apolone, G., & Marchesini, G. (2010). Clinical and psychological correlates of health-related quality of life in obese patients. *Health and quality of life outcomes, 8*(1), 90.

Marcus, M. D., & Wildes, J. E. (2009). Obesity: is it a mental disorder? *International Journal of Eating Disorders, 42*(8), 739-753.

Memi, G. (2015). *Obezite ile indüklenen kardiyak hemodinamik değişimler üzerine egzersiz ve obestanin koruyucu rolü.* Trakya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Fizyoloji Anabilim Dalı, Edirne.

Memiş, E. (2004). *Üniversite Öğrencilerinde Şişmanlık (Obezite) Durumu ve Diyet Ürünleri Kullanmaları Üzerinde Bir Araştırma.* (Yüksek Lisans Tezi), Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi, Ankara.

Nazlıcan, E. (2008). *Adana ili sokakları ve Karataş Merkez Sağlık Ocağı bölgesinde yaşayan 20-64 yaş arası kadınlarda obezite ve ilişkili risk faktörlerinin incelenmesi.* Çukurova Üniversitesi, Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Adana.

NCHS. (2012). Data Brief. Retrieved from https://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db82.pdf

Obezite Dislipidemi Hipertansiyon Çalışma Grubu. (2014). *Obezite tanı ve tedavi klavuzu*. Ankara: Türkiye endokrinoloji ve metabolizma derneği.

Ogden, J., & Evans, C. (1996). The problem with weighing: effects on mood, self-esteem and body image. *Int J Obes Relat Metab Disord, 20*(3), 272-277.

Özarmağan, S., Bozbora A. (2008). Obezitenin Tanımı ve Temel Bilgiler. In B. A. Orhan Y. (Ed.), *Obezite Medikal ve Cerrahi Tedavi* (1 ed., pp. 289-301). İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık Ltd. Şti.

Özdel, O., Sözeri-Varma, G., Fenkçi, S., Değirmenci, T., Karadağ, F., Kalkan-Oğuzhanoğlu, N., & Ateşçi, F. (2011). Obez kadınlarda psikiyatrik tanı sıklığı. *Klinik Psikiyatri, 14*(4), 210-217.

Özkan, İ. (1994). Benlik saygısını etkileyen etkenler. *Düşünen Adam, 7*(3), 4-9.

Pehlivantürk, B. (2000). Çocuk ergenlerdeki obezitenin psikososyal yönleri. *Katkı Pediatri Dergisi, 21*(4), 574-581.

Pekcan, G. (2001). Türkiye'de beslenme sorunları ve boyutları: besin ve beslenme politikalarının önemi. *Yeni Türkiye Sağlık Özel Sayısı*, 572-585.

Pekcan, G. (2013). Yetişkin bireylerde antropometrik yöntemlerde beslenme durumunun değerlendirilmesi. In *Hastalıklarda diyet tedavisi* (Vol. 1, pp. 1-8). İstanbul: Yelken Yayıncılık.

Peker, I., Çiloğlu, F., Buruk, S., & Bulca, Z. (2000). *Egzersiz Biyokimyası ve Obezite*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti.

Pi-Sunyer, F. X. (1993). Medical hazards of obesity. *Ann Intern Med, 119*(7 Pt 2), 655-660.

Polat, A. (2007). *Düzce İlindeki Hemodiyaliz Hastalarının Beden İmajı ve Benlik Saygısı Düzeylerinin Belirlenmesi.* (Yüksek Lisans Tezi), Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Düzce.

Poole, N. A., Atar, A. A., Kuhanendran, D., Bidlake, L., Fiennes, A., McCluskey, S., . . . Morgan, J. F. (2005). Compliance with surgical after-care following bariatric surgery for morbid obesity: a retrospective study. *Obesity surgery, 15*(2), 261-265.

Popkin, B. M. (1994). The nutrition transition in low- income countries: an emerging crisis. *Nutrition Reviews, 52*(9), 285-298.

Powers, P. S., Perez, A., Boyd, F., & Rosemurgy, A. (1999). Eating pathology before and after bariatric surgery: a prospective study. *International Journal of Eating Disorders, 25*(3), 293-300.

Prentice, A. M., & Jebb, S. A. (2003). Fast foods, energy density and obesity: a possible mechanistic link. *Obesity reviews, 4*(4), 187-194.

Puhl, R. M., & Brownell, K. D. (2006). Confronting and coping with weight stigma: an investigation of overweight and obese adults. *Obesity, 14*(10), 1802-1815.

Resch, M., Haasz, P., & Sido, Z. (1998). Obesity as psychosomatic disease. *European Psychiatry, 13*, 315s.

Rosenberg, M. (1965). *Society and the Adolescent Self-image*. Princeton: Princeton University Pres.

Sağlam, F., & Güven, H. (2014). Obezitenin Cerrahi Tedavisi. *Okmeydanı Tıp Dergisi, 30*, 60-65.

Santry, H. P., Gillen, D. L., & Lauderdale, D. S. (2005). Trends in bariatric surgical procedures. *Jama, 294*(15), 1909-1917.

Sarbat, G., Demirkol, M. (1999). *Ben Hasta Değilim* (E. A Ed.): Nobel Tıp Kitapevi.

Sarisoy, G., Atmaca, A., İş, G., Gümüş, K., & Pazvantoğlu, O. (2013). Obezite hastalarında dürtüsellik ve dürtüselliğin beden algısı ve benlik saygısı ile ilişkisi. *Anatolian" Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi, 14*, 53-61

Sarwer, D. B. (2008). The importance of postoperative care. *Bariatric Nursing And Surgical Patient Care, 3*(2), 89-91.

Satman, I., Omer, B., Tutuncu, Y., Kalaca, S., Gedik, S., Dinccag, N., . . . Canbaz, B. (2013). Twelve-year trends in the prevalence and risk factors of diabetes and prediabetes in turkish adults. *European journal of epidemiology, 28*(2), 169-180.

Satman, I., Yilmaz, T., Sengül, A., Salman, S., Salman, F., Uygur, S., . . . Dinççag, N. (2002). Population-based study of diabetes and risk characteristics in Turkey. *Diabetes Care, 25*(9), 1551-1556.

Satman, İ., Yumuk, D., Erem, C., Bayram, F., Bahçeci, M., Araz, M., & Küçükerdönmez, O. (2015). *Obezite Tanı ve Tedavi Klavuzu*. Ankara: Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği.

Saygılı, G., Kesercioğlu, T., & Kırıktaş, H. (2015). Eğitim düzeyinin benlik saygısı üzerinde etkisinin incelenmesi. *Turkish International Journal of Special Education and Guidance & Counselling (TIJSEG) ISSN: 1300-7432, 4*(1).

Schwimmer, J. B., Burwinkle, T. M., & Varni, J. W. (2003). Health-related quality of life of severely obese children and adolescents. *Jama, 289*(14), 1813-1819. doi:10.1001/jama.289.14.1813

Seidell, J.C. (2001). Epidemiology: Classification And Definition Of Obesity. In P. Kopelman (Ed.), *Clinical Obesity* (3 ed., pp. 1-23). Oxford: Willey-Blackwell Science.

Semin, İ. (2014). Obezite fizyolojisi. *Archives of Clinical Toxicology, 1*(1), 2-7.

Sermez, Y. (2006). Yönem A. , Özata M. (Ed.), *Endokrinoloji Metabolizma ve Diabet* (pp. 529-549). İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık.

Serter, R. (2004). *Obezite Atlası*. Ankara: Karakter Color Basımevi.

Tavşancıl, E. (2006). *Tutumların Ölçülmesi ve SPSS ile Veri Analizi* (3 ed.). Ankara: Nobel Yayın.

Taze, M., Akkoyunlu Y. (2010). Üniversite çalışanlarında cinsiyet, yaş, medeni durum ve eğitim düzeyi bakımından obeziteyi etkileyen faktörler. *Selçuk Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Bilim Dergisi, 12*(3), 214-218.

TC Sağlık Bakanlığı. (2010). *Türkiye Obezite (Şişmanlık) ile Mücadele ve Kontrol Programı (2010-2014).* Ankara: TC Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü.

TC Sağlık Bakanlığı. (2013). *Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı*. Ankara: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Yayın No 773.

TC Sağlık Bakanlığı. (2014). *Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2010: Beslenme Durumu ve Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi Sonuç Raporu*. Ankara: TC Sağlık Bakanlığı Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü.

Te Morenga, L., Mallard, S., & Mann, J. (2013). Dietary sugars and body weight: systematic review and meta-analyses of randomised controlled trials and cohort studies. *BMJ, 346*, e7492.

Tezcan, B. (2009). *Obez Bireylerde Benlik Saygısı, Beden Algısı ve Travmatik Geçmiş Yaşantılar.* (Uzmanlık Tezi), Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.

Tortumluoğlu, G. (2004). Transkültürel hemşirelik ve kültürel bakım modeli örnekleri.

Tözün, M. (2010). Benlik saygısı. *Actual Medicine*, 52-57.

Tsai, W.-L., Yang, C.-Y., Lin, S.-F., & Fang, F.-M. (2004). Impact of obesity on medical problems and quality of life in Taiwan. *American Journal of Epidemiology, 160*(6), 557-565.

Tsigos, C., Hainer, V., Basdevant, A., Finer, N., Fried, M., Mathus-Vliegen, E., Zahorska-Markiewicz, B. (2008). Management of obesity in adults: European clinical practice guidelines. *Obes Facts, 1*(2), 106-116. doi:10.1159/000126822

Turan, M., Herken, H., Mutlu, N.,&Küçükkolbaşı, H. (1998). *Öğrencilerde Benlik Saygısı İle Ruhsal Belirti Arasındaki İlişki*. Paper presented at the VII. Ulusal Eğitim Bilimleri Kongresi.

Türk Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği. . (2009). Obezite Tedavi Kılavuzu ve Yaşam Tarzı Önerileri, Web Sitesi. Retrieved from http://www.turkendokrin.org/files/pdf/obezite.pdf

Türk Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği. . (2014). *Obezite tanı ve tedavi klavuzu*. Ankara.

Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği. (2017). *Obezite tanı ve tedavi kılavuzu*. Ankara.

Türkiye Endokrinoloji ve metabolizma derneği. (2018). *Obezite tanı ve tedavi klavuzu* (Vol. Miki Matbaacılık San. ve Tic. Ltd. Şti.). Ankara.

Türkiye İstatistik Kurumu. (2016). Türkiye Sağlık Araştırması. Retrieved from http://www.tuik.gov.tr/HbPrint.do?id=24573

Urek, R., Crncević-Urek, M., & Cubrilo-Turek, M. (2007). Obesity a global public health problem. *Acta Medica Croatica: Casopis Hravatske Akademije Medicinskih Znanosti, 61*(2), 161-164.

Usta, E., & Çavdar, İ. (2013). Obezite cerrahisinde (bariyatrik cerrahi) hemşirelik bakımı.

Üzmez, B. (2007). *Multidisipliner Yaklaşımla Davranış Değişikliği Tedavisi Uygulanan Şişman Bireylerdeki Yaşam Tarzı Değişikliklerinin İncelenmesi.* (Yüksek Lisans Tezi), Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Wadden, T. A., & J.Stunkard, A. (2003). *Obezite Tedavi El Kitabı Cilt 1*. İstanbul: And Yayıncılık.

Ware, J. E., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): I. Conceptual Framework and Item Selection. *Medical Care*, *30*(6), 473-483.

Whitaker, R. C., Wright, J. A., Pepe, M. S., Seidel, K. D., & Dietz, W. H. (1997). Predicting obesity in young adulthood from childhood and parental obesity. *N Engl J Med*, *337*(13), 869-873. doi:10.1056/nejm199709253371301

Wildes, J. E., Kalarchian, M. A., Marcus, M. D., Levine, M. D., & Courcoulas, A. P. (2008). Childhood maltreatment and psychiatric morbidity in bariatric surgery candidates. *Obesity surgery*, *18*(3), 306-313.

Wilson, D., Foster, D., Kronenberg, M., & Larsen, P. (1998). *Williams Textbook of Endocrinology*. Philadelphia: WB. Saunders Company.

World Health Organization. (1995). *Technical Report Series-854: Physical Status: The Use and Interpretation of Antropometry*. Geneva: WHO.

World Health Organization. (1997). *Prevention and management of the global epidemic of obesity. Report of the WHO Consultation on Obesity*. Geneva: WHO.

World Health Organization. (1998). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Soc Sci Med*, *46*(12), 1569-1585.

World Health Organization. (2003). *Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases: report of a joint WHO*

World Health Organization. (2004). Global Strategy On Diet, Physical Activity And Health. .

World Health Organization. (2006). Global Database on Body Mass Index. *Erişim: 08.06.2018,* ***http://apps.who.int/bmi/index.jsp***.

World Health Organization. (2008). *Waist Circumference and Waist-Hip Ratio Report of a WHO Expert Consultation*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2009). Healty topics, Obesity. Retrieved from http://www.who.int/topics/obesity/en/

World Health Organization. (2014). Global status report on noncommunicable diseases. Retrieved from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854_eng.pdf

World Health Organization. (2017). Obesity and overweight. Retrieved from http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/

Wudden, A. T., Stunkarda J. A. . (2003). *Obezite Tedavi El Kitabı* (A. M. Y. Alpaslan Saçı Kara, Trans.). İstanbul.

Yıldız, U. (2014). *Üniversite öğrencilerinde obezite oluşumunda internet bağımlılığının etkisinin saptanması.* Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İzmir.

Yörükoğlu, A. (1985). *Gençlik Çağı*. Ankara: Tisa Matbaası.

Yumuk, V. D. (2005). Prevalence of obesity in Turkey. *Obesity reviews*, *6*(1), 9-10.

Yücel, B., Akdemir, A., Gürdal Küey, A., Maner, F., & Vardar, E. (2013). Yeme Bozuklukları ve Obezite-Tanı ve Tedavi Kitabı. *Ankara: TPD Yayınları*.

Yücel, N. (2008). *Kilolu ve Obez Kadınlarda Obezite ve Benlik Saygısı İlişkisinin Değerlendirilmesi.* (Yüksek lisans tezi), Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İstanbul.