



**BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**  
**BESLENME VE DİYETETİK ANABİLİM DALI**

**OBEZ BİREYLERDE DAMGALANMA HİSSİ İLE YEME**  
**DAVRANIŞLARI VE DEPRESYON ARASINDAKİ İLİŞKİNİN**  
**İNCELENMESİ**

**Dyt. Gizem CİHAN**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**ANKARA**

**2019**



**BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**  
**BESLENME VE DİYETETİK ANABİLİM DALI**

**OBEZ BİREYLERDE DAMGALANMA HİSSİ İLE YEME**  
**DAVRANIŞLARI VE DEPRESYON ARASINDAKİ İLİŞKİNİN**  
**İNCELENMESİ**

**Dyt. Gizem CİHAN**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Tez Danışmanı**  
**Prof. Dr. Muhittin TAYFUR**

**ANKARA**

**2019**

# ONAY SAYFASI



T.C  
BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Beslenme ve Diyetetik Tezli Yüksek Lisans Programı çerçevesinde Gizem Cihan tarafından yürütülmüş olan bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 14/01/2019

Tez Konusu :“Obez Bireylerde Damgalanma Hissi İle Yeme Davranışları ve Depresyon Arasındaki İlişkinin İncelenmesi”

**TEZ DANIŞMANI: Prof. Dr. Muhittin TAYFUR**

## TEZ JÜRİSİ ÜYELERİ

Prof. Dr. Muhittin Tayfur  
Prof. Dr. Mehtap Akçil Ok  
Doç. Dr. Eda Köksal

Başkent Üniversitesi  
Başkent Üniversitesi  
Gazi Üniversitesi

**ONAY:** Bu tez, Başkent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulunun 15... / 01... / 2019 tarih ve 2-10... Karar Sayısı ile kabul edilmiştir.

Prof. Dr. F. Belgin ATAÇ  
Enstitü Müdürü

# ORJİNALLİK RAPORU



## BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ YÜKSEK LİSANS / DOKTORA TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU

Tarih: 14 / 01 / 2019

Öğrencinin Adı, Soyadı : Gizem Cihan

Öğrencinin Numarası : 21610411

Anabilim Dalı : Beslenme ve Diyetetik

Programı : Beslenme ve Diyetetik

Danışmanın Unvanı/Adı, Soyadı : Prof. Dr. Muhittin TAYFUR

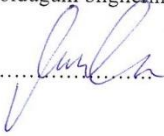
Tez Başlığı : Obez Bireylerde Damgalanma Hissi İle Yeme Davranışları ve Depresyon Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Yukarıda başlığı belirtilen Yüksek Lisans/Doktora tez çalışmamın; Giriş, Ana Bölümler ve Sonuç Bölümünden oluşan, toplam 83 sayfalık kısmına ilişkin, 28 / 12 / 2018 tarihinde şahsım/tez danışmanım tarafından Turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı % 15'dir.

Uygulanan filtrelemeler:

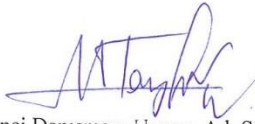
1. Kaynakça hariç
2. Alıntılar hariç
3. Beş (5) kelimedenden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç

“Başkent Üniversitesi Enstitüleri Tez Çalışması Orijinallik Raporu Alınması ve Kullanılması Usul ve Esaslarını” inceledim ve bu uygulama esaslarında belirtilen azami benzerlik oranlarına tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Öğrenci İmzası:.....

Onay

14 / 01 / 2019

  
Öğrenci Danışmanı Unvan, Ad, Soyad,  
Prof. Dr. Muhittin TAYFUR

## TEŞEKKÜR

Çalışmam süresince tez danışmanlığımı üstlenerek yanımda olan değerli tez danışmanım Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü öğretim üyelerinden Sayın Prof. Dr. Muhittin TAYFUR'a,

Tez sürecimde her zaman bilgisine danıştığım, bana yol gösteren Sayın Prof. Dr. Mehtap AKÇİL OK'a ve tüm hocalarıma,

Araştırmamın gerçekleştirilmesinde katkı sağlayan değerli meslektaşım Dyt. İbrahim TAŞDELEN, Fit Beslenme ve Diyet Danışmanlık Merkezi ve Hatice ATAK'a,

Her daim yanımda olan ve destek veren canım annem Nazife CİHAN ve babam Orhan CİHAN'a, kıymetli anneannem Kafiye AYDIN, babaannem Enise CİHAN, dedem Mürsel AYDIN ve dedem Mehmet CİHAN'a,

Çalışmam süresince motivasyon desteği sağlayan ve yanımda olan canım ablam Enise GEDİK, abim Ahmet GEDİK ve canım yeğenim Elif Asya GEDİK'e,

Ankara'da olduğum süre boyunca bana kendi kızı gibi bakan teyzem Öznur AYDIN, dayım Mehmet Ali AYDIN ve manevi kız kardeşlerim Tuğçe AYDIN ve Tuğba AYDIN'a,

Hayatım boyunca yanımda arkadaşta çok kız kardeş olarak bulunan Feyza Nur DELİER ve Hidayet YILDIZ'a,

Sonsuz teşekkür ve sevgilerimi sunarım...

## ÖZET

**Cihan G. Obez Bireylerde Damgalanma Hissi ile Yeme Davranışları Ve Depresyon Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2019.**

Bu çalışma obez bireylerde damgalanma hissi ile yeme davranışları ve depresyon arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmada fazla kilolu ve obez bireyde algılanan ağırlık damgalaması ve içselleştirilmiş ağırlık önyargılarının depresyon, yeme davranışları ve benlik saygıları arasındaki ilişki sorgulanmıştır. Araştırma Şubat-Nisan 2018 yılında Ankara’da bulunan özel iki diyet danışma merkezine başvuran ve çalışmada yer almayı gönüllü olarak kabul eden 106 kadın, 39 erkek toplam 145 fazla kilolu ve obez birey ile gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmada veri toplama aracı olarak araştırmacı tarafından hazırlanan anket formu ile Damgalayıcı Durumlar Envanteri-Kısa (DDE-K), İçselleştirilmiş Kilo Önyargı Ölçeği (İKÖÖ), Hollanda Yeme Davranışı Anketi (DEBQ), CES-Depresyon Ölçeği (CES-D) ve Rosenberg Benlik Saygısı Envanteri (RBSE) kullanılmıştır. Çalışma kapsamında DDE-K envanterinin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik analizi yapılmış ve literatüre kazandırılmıştır. Damgalayıcı Durumlar Envanteri-Kısanın cronbach’s alpha katsayısı 0.848 olarak bulunmuştur ve yüksek güvenilirlik gösterdiği bulunmuştur. Çalışma verileri SPSS 20.0 paket programı kullanılarak uygun istatistiksel yöntemler ile değerlendirilmiştir. Obez bireylerin ortalama puanları DDE-K için 1.62 (hayatında birkaç kez), İKÖÖ için 4.11 (kararsız), DEBQ alt ölçekleri olan kısıtlatıcı yeme için 2.93 (bazen), duygusal yeme için 3.08 (bazen), dışsal yeme 2.98 (bazen), CES-D için 19.71 (hafif depresyon), RBSE için 20.66 (yeterli benlik saygısı) olarak bulunmuştur. Çalışma sonucunda başlangıç ağırlığı daha yüksek olan katılımcıların damgalayıcı durumlarla karşılaşma sıklıkları daha fazla bulunmuştur ( $p=0.011$ ). Ayrıca BKİ sınıfı yüksek olan katılımcılar daha sık bir şekilde damgalayıcı durumlarla karşılaştıkları bulunmuştur ( $p=0.005$ ). Katılımcıların fazla kilolarından dolayı karşılaştıkları damgalayıcı durumlarla karşılaşma sıklıkları ile ağırlık önyargısı içselleştirme düzeyleri arasında pozitif yönlü

doğrusal bir ilişki vardır. Öyle ki damgalayıcı durumlarla karşılaşma sıklığı daha yüksek olan katılımcıların ağırlık önyargılarını içselleştirme seviyeleri de yüksek olmaktadır ( $r=0.279$  ;  $p=0.001$ ). Damgalayıcı durumlarla karşılaşma sıklığı ile depresyonda hissetme düzeyi arasında anlamlı düzeyinde pozitif yönlü doğrusal bir ilişki söz konusudur. Buna göre bu tür durumlarla daha sık karşılaşanlar daha yüksek düzeyde depresyonda hissetmektedir ( $r=0.177$  ;  $p=0.033$ ). Damgalayıcı durumlarla karşılaşma sıklığı ile benlik saygısı seviyesi arasında negatif yönlü bir ilişki söz konusudur. Bu tür durumlarla karşılaşma sıklığı daha fazla olan katılımcıların benlik saygısı algısı daha düşük olmaktadır ( $r=-0.234$  ;  $p=0.003$ ). Ağırlık önyargısı içselleştirme puanı ile duygusal ve dışsal yeme seviyeleri arasında pozitif yönlü doğrusal ilişkiler olduğu görülmüştür. Buna göre önyargıları içselleştirme seviyeleri daha yüksek olan katılımcıların duygusal yeme ( $r=0.343$  ;  $p<0.001$ ) ve dışsal yeme ( $r=0.214$  ;  $p=0.010$ ) düzeyleri de yüksek olmaktadır. Ağırlık önyargılarını içselleştirme düzeyleri ile depresyon düzeyleri arasında da pozitif yönlü doğrusal bir ilişki belirlenmiştir. Öyle ki önyargıları içselleştirme düzeyi yüksek olan katılımcıların depresyonda hissetme düzeyleri de yüksek olmaktadır ( $r=0.367$  ;  $p<0.001$ ).

Anahtar kelimeler; obezite, ağırlık damgalaması, içselleştirilmiş damgalanma, depresyon, yeme davranışları.

Bu çalışma için, Başkent Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu tarafından 94603339-604.01.02/ 42011 sayılı karar ile 21/11/2017 tarihli “Araştırma Etik Kurul Onayı” alınmıştır.

## ABSTRACT

**Cihan G. Investigation of Relationship Between Eating Behaviors, Depression and Stigmatization in Obese Individuals. Başkent University, Institute of Health Sciences, Department of Nutrition and Dietetics, Master Thesis, Ankara, 2019.**

This study was carried out to evaluate the relationship between stigmatization and eating behaviors and depression in obese individuals. In this study, we aimed to determine the weight stigma and internalized weight bias, depression, eating behaviors and self-esteem in overweight and obese individuals. The survey was conducted in February-April 2018 with 106 women and 39 men with a total of 145 overweight and obese individuals who accepted to take part in the study voluntarily. In this study, a questionnaire which is prepared by the researcher, Brief Stigmatizing Situations Inventory (SSI-B), Modified Weight Bias Internalization Scale (MWBIS), Dutch Eating Behaviour Questionnaire (DEBQ), Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D), Rosenberg Self Esteem Scale (RSES) were used as a data collection tool. In this study the validity and reliability analysis of the SSI-B inventory was conducted in Turkish. The Cronbach's alpha coefficient of SSI-B was found to be 0.848 and was found to show high reliability. Study data were evaluated using appropriate statistical methods using the SPSS 20.0 package programme. The average scores of the overweight and obese individuals were found 1.62 for SSI-B, 4.11 for MWBIS, 3.0 for DEBQ, 19.71 for CES-D and 20.66 for RSES. At the end of the study, it was found that the participants with higher initial weight were more likely to frequent stigmatizing conditions ( $p = 0.011$ ). In addition, participants with higher BMI levels were found to have more frequent stigmatizing conditions ( $p=0.005$ ). There is a linear relationship between the frequency of encounter with the stigmatizing situations that people face due to their overweight and the level of weight bias internalization. Thus, the level of internalization of the prejudices of people with higher incidence of stigmatizing situations is also high ( $r=0.279$  ;  $p=0.001$ ). There is a linear relationship between the frequency of stigmatizing situations and the level of feeling in depression. According to this, people who experience these conditions more frequently feel higher



levels of depression ( $r=0.177$  ;  $p=0.033$ ). There is an inverse relationship between the incidence of stigmatizing situations and the level of self-esteem. The self-esteem perception of people with higher incidence of such situations is lower ( $r=-0.234$  ;  $p=0.003$ ). There was a linear relationship between weight bias internalization score and emotional and external eating levels. Accordingly, individuals with higher levels of internalizing prejudices have higher levels of emotional eating ( $r=0.343$  ;  $p<0.001$ ) and external eating ( $r=0.214$  ;  $p=0.010$ ). A positive linear correlation was also found between the levels of internalizing prejudices of weight and levels of depression. People with high levels of internalization have high levels of depression ( $r=0.367$  ;  $p<0.001$ ).

Keywords; obesity, weight stigma, internalized stigma, depression, eating behavior.

Ethics Committee approval was taken for this study by Baskent University Medicine and Health Sciences Research Committee - Decision No. 94603339-604.01.02/ 42011 dated 21/11/2017.

# İÇİNDEKİLER

	<b>Sayfa</b>
<b>ONAY SAYFASI</b>	iii
<b>ORJİNALLİK RAPORU</b>	iv
<b>TEŞEKKÜR</b>	v
<b>ÖZET</b>	vi
<b>ABSTRACT</b>	viii
<b>İÇİNDEKİLER</b>	x
<b>SİMGELER VE KISALTMALAR</b>	xii
<b>TABLolar DİZİNİ</b>	xiii
<b>1. GİRİŞ</b>	1
<b>2. GENEL BİLGİLER</b>	2
2.1. Obezitenin Tanımı ve Değerlendirilmesi	2
2.2. Obezite Prevalansı	3
2.3. Obezitenin Etiyolojisi	4
2.4. Obezitenin Komplikasyonları	4
2.5. Damgalama	5
2.6. Ağırlık Damgalama	6
2.6.1. Ağırlık damgalama teorileri	6
2.6.2. İdeal incelik algısı	7
2.6.3. Ağırlık damgalaması türleri	8
2.7. Ağırlık Damgalamasının Sonuçları	11
2.7.1. Psikososyal sonuçlar	12
2.7.2. Yeme davranışları	14
2.7.2.1. Tıkınırcasına yeme	14
2.7.2.2. Besin tüketimin artması	16
2.7.3. Ağırlık artışı, obezite ve ağırlık kaybı	18
2.7.4. Fiziksel aktivite azalması	19
2.7.5. Fizyolojik stres yanıtları	20
2.7.6. Mortalite	21

<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM</b>	23
3.1. Araştırmanın Yeri, Zamanı ve Örneklem Seçimi	23
3.2. Verilerin Toplanması	23
3.2.1. Veri toplama araçları	23
3.2.1.1. Kişisel bilgi formu	24
3.2.1.1.1. Beden kitle indeksi (BKİ)	24
3.2.1.2. Kullanılan ölçekler	24
3.2.1.2.1. Damgalayıcı durumlar envanteri-kısa	24
3.2.1.2.2. İçselleştirilmiş kilo önyargı ölçeği	25
3.2.1.2.3. Hollanda yeme davranışı anketi	26
3.2.1.2.4. CES-Depresyon ölçeği	26
3.2.1.2.5. Rosenberg benlik saygısı envanteri	27
3.3. Verilerin İstatistiksel Olarak Değerlendirilmesi	28
<b>4. BULGULAR</b>	29
<b>5. TARTIŞMA</b>	65
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER</b>	75
6.1. Sonuçlar	75
6.2. Öneriler	82
<b>7. KAYNAKLAR</b>	84
<b>EKLER</b>	97
EK 1: Etik Kurul Onayı	97
EK 2: Onam Formu	98
EK 3: Anket Formu	105
EK 4: Damgalayıcı Durumlar Envanteri-Kısa (DDE-K)	107
EK 5: İçselleştirilmiş Kilo Önyargı Ölçeği (İKÖÖ)	108
EK 6: Hollanda Yeme Davranışı Anketi (DEBQ)	109
EK 7: CES-Depresyon Ölçeği	111
EK 8: Rosenberg Benlik Saygısı Envanteri	112

## SİMGELER VE KISALTMALAR

BKİ	: Beden Kitle İndeksi
CES-D	:CES-Depresyon Ölçeği
DDE-K	:Damgalayıcı Durumlar Envanteri-Kısa
DEBQ	: Hollanda Yeme Davranışları Anketi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
ELSA	:Th English Longitudinal Study of Ageing
HRS	:Health and Retirement Study
İKÖÖ	:İçselleştirilmiş Kilo Önyargı Ölçeği
MIDUS	:The Midlife in the United States: A National Longitudinal Study of Health
RBSE	:Rosenberg Benlik Saygısı Envanteri
TBSA-2010	: Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması
TURDEP-I	: Türkiye Diyabet, Obezite ve Hipertansiyon Epidemiyolojisi Araştırması-I
TURDEP-II	: Türkiye Diyabet, Obezite ve Hipertansiyon Epidemiyolojisi Araştırması-II

## TABLolar

<b>Tablo</b>		<b>Sayfa</b>
2.1.	Yetişkin bireylere göre BKİ sınıflaması	2
4.1.1.	Katılımcıların cinsiyete göre demografik özellikleri	29
4.1.2.	Katılımcıların cinsiyete göre yaş istatistikleri	30
4.1.3.	Katılımcıların cinsiyete göre ağırlık ve BKİ istatistikleri	32
4.1.4.1.	Katılımcıların cinsiyete göre diyet süreleri istatistikleri	33
4.1.4.2.	Katılımcıların diyet süresi ile ağırlık kaybı arasındaki ilişki	33
4.1.5.	Katılımcıların cinsiyete göre BKİ grup dağılımları	35
4.1.6.	Katılımcıların hastalık bilgileri	36
4.1.7.	Katılımcıların cinsiyete göre psikolojik destek ve antidepresan alma durumları	37
4.1.8	Katılımcıların cinsiyete göre antidepresan kullanım süreleri istatistikleri	38
4.1.9	Katılımcıların cinsiyete göre sigara ve alkol tüketim durumu	39
4.1.10	Katılımcıların cinsiyete göre düzenli yürüyüş ve düzenli uyku durumları	40
4.2.1.1.	DDE-K'nin Kaiser-Meyer-Olkin ve Bartlett testleri	41
4.2.1.2.	DDE-K ölçeğine ilişkin faktör boyutları ve yükleri	42
4.2.1.3.	DDE-K'nin tek boyutlu yapısı	43
4.2.2.	DDE-K ölçeğinin düzeltilmiş madde korelasyonu ve ilgilenilen madde çıkartıldığındaki Cronbach's Alpha değerleri	44
4.3.1.1.	Katılımcıların damgalayıcı durumlarla karşılaşma sıklıkları	46
4.3.1.2.	DDE-K puanının yaş, güncel ağırlık, başlangıç ağırlığı ve diyet sürelerine göre korelasyonları	47
4.3.1.3.	Damgalayıcı durumlar envanterini etkileyen değişkenlerin incelenmesi	48

4.3.2.1.	İKÖÖ Puanın yaş, güncel ağırlık, başlangıç ağırlığı ve diyet sürelerine göre korelasyonları	49
4.3.2.2.	İçselleştirilmiş kilo önyargı ölçeğini etkileyen değişkenlerin incelenmesi	50
4.3.3.	Hollanda yeme davranışı istatistikleri	51
4.3.3.1.	Kısıtlayıcı yeme davranışının yaş, güncel ağırlık, başlangıç ağırlığı ve diyet sürelerine göre korelasyonları	52
4.3.3.2.	Kısıtlayıcı yeme davranışını etkileyen değişkenlerin incelenmesi	53
4.3.3.3.	Duygusal yeme davranışının yaş, güncel ağırlık, başlangıç ağırlığı ve diyet sürelerine göre korelasyonları	54
4.3.3.4.	Duygusal yeme davranışını etkileyen değişkenlerin incelenmesi	55
4.3.3.5.	Dışsal yeme davranışının yaş, güncel ağırlık, başlangıç ağırlığı ve diyet sürelerine göre korelasyonları	56
4.3.3.6.	Dışsal yeme davranışını etkileyen değişkenlerin incelenmesi	57
4.3.4.1.	CES-Depresyon puanın yaş, güncel ağırlık, başlangıç ağırlığı ve diyet sürelerine göre korelasyonları	58
4.3.4.2.	CES-Depresyon durumunu etkileyen değişkenlerin incelenmesi	59
4.3.5.1.	Rosenberg benlik saygısı envanteri puanın yaş, güncel ağırlık, başlangıç ağırlığı ve diyet sürelerine göre korelasyonları	60
4.3.5.2.	Rosenberg benlik saygısı envanterini etkileyen değişkenlerin incelenmesi	61
4.3.6.	Ölçekler arası ilişkilerin incelenmesi	62

## 1. GİRİŞ

Obezite tıbbi, psikolojik ve sosyal alt boyutları olan ciddi bir halk sağlığı sorunudur. Obezite prevalansının artmasıyla birlikte, ağırlık önyargısı ve damgalama da günden güne artış göstermektedir. Obez bireylerin toplum içerisinde ötekileştirilmesi ve ağırlık önyargısının yaratılması günümüzde konuşulan önemli sosyal sorunlardan biri olmuştur (1).

Ağırlığa dayalı önyargı ve damgalama, fazla kilolu ve obez bireyler üzerinde, fiziksel ve psikolojik sağlık da dâhil olmak üzere birçok yaşam alanını olumsuz yönde etkilemektedir. İnsanların zayıflığına, dış görünüşüne çok değer veren bir toplumda obez bir birey olmak depresyona, yeme bozukluklarına ve yetersizlik duygusu gibi psikososyal sonuçlara neden olmaktadır. Obezite özgüven, vücut imajı ve sosyal yaşamı etkileyebilmekte ve psikolojik rahatsızlık riskini arttırmaktadır. Damgalanma obez bireylerin kendine olan güvenlerini etkileyebilmekte ve bireylerin yaşam kalitesini düşürmektedir (3). Damgalama ortaya çıktığında ise geri dönüşü zor bir etkiye sahiptir. Obez bireyler bu damgalanma deneyimleri karşısında zararlı başa çıkma yöntemlerine de başvurumaktadırlar (2).

Ağırlık önyargısının içselleştirilmesi ise obez bir bireyin obez bireyler hakkındaki ağırlık odaklı olumsuz stereotiplere inanma derecesi olarak tanımlanır. Yapılan son çalışmalar obez bireylerdeki içselleştirilmiş ağırlık önyargısıyla olumsuz zihinsel ve fiziksel sağlık sonuçlarıyla ilişkilendirilmiştir (4).

Bu çalışma obez bireylerde damgalanma hissi ile yeme davranışları ve depresyon arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amacıyla planlanmış ve yürütülmüştür. Bu kapsamda obez bireylerde ağırlık damgalaması deneyimin değerlendirilmesi amacıyla kullanılan DDE-K (Damgalayıcı Durumlar Envanteri-Kısa) envanterinin Türkçe adaptasyonu yapılarak literatüre kazandırılması da sağlanmıştır. DDE-K envanteri obez bireylerde ağırlık damgalanmasıyla ilgili deneyimlerinin tanımlanması ve sıklıklarının değerlendirmesinde kullanılan yararlı bir araçtır. Çalışmamızda fazla kilolu ve obez olarak sınıflandırılan katılımcılardan belirli ölçekler yardımıyla veriler toplanmış ve elde edilen veriler ışığında değişkenler arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Var olan bu değişkenler, katılımcıların fazla kilolarından dolayı damgalayıcı durumlarla karşılaşma sıklıkları, ağırlık önyargısı

içselleştirme düzeyleri, yeme davranışları, depresyon düzeyleri ve benlik saygısı algıdır. Demografik özelliklerin ve sağlık verilerinin bu değişkenler üzerindeki etkisi ve bahsi geçen değişkenler arasındaki ilişkilerin belirlenmesi amaçlanmıştır.



## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Obezitenin Tanımı ve Değerlendirilmesi

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) obeziteyi vücutta sağlığı bozacak düzeyde aşırı yağ birikmesi olarak tanımlamaktadır (5). DSÖ obeziteyi tanımlamaya yönelik bir indeks formüle etmiştir. Beden Kitle İndeksi (BKİ) olarak adlandırılan bu indeks, kişinin boy ve ağırlık ölçüleriyle hesaplanır ve vücut yağının dolaylı olarak ölçülmesini sağlar. Obezite beden kitle indeksinin sağlıklı olarak kabul edilen aralığın üstünde olması durumudur (6).

$$BKİ = \text{Ağırlık (kg)} / \text{Boy (m)}^2$$

BKİ değerleri 25.00-29.99 kg/m<sup>2</sup> olan bireyler fazla kilolu, 30 ve üzeri olan bireyler ise obez olarak değerlendirilir. Yetişkinlerde obezite sınıflandırması Tablo2.1.'de gösterilmektedir (7).

**Tablo2.1. Yetişkin bireylere göre BKİ sınıflaması**

Sınıflandırma	BKİ (kg/m <sup>2</sup> )
<b>Zayıf</b>	<b>&lt;18.50</b>
Aşırı düzeyde zayıflık	<16
Orta düzeyde zayıflık	16.00 - 16.99
Hafif düzeyde zayıflık	17.00 - 18.49
<b>Normal</b>	<b>18.50 - 24.99</b>
<b>Fazla Kilolu</b>	<b>25.00 - 29.99</b>
<b>Obez (Şişman)</b>	<b>≥30.00</b>
Obez I. Derece	30.00 - 34.99
Obez II. Derece	35.00 - 39.99
Obez III. Derece	≥40.00

BKİ vücut yağının kusurlu bir ölçüsü olmasına rağmen bireyin vücut yağ yüzdesi ile önemli ölçüde ilişkilidir (8). Bunun yanında obezite değerlendirmesinde bel çevresi ölçümleri de kullanılmaktadır (9).

DSÖ erkeklerde  $\geq 94$  cm olması risk,  $\geq 102$  cm olması yüksek risk olarak; kadınlarda ise  $\geq 80$  cm olması risk,  $\geq 88$  cm olması yüksek risk olarak sınıflandırmaktadır (10).

Sigara önlenebilir erken ölümlerde ilk sıradayken obezite ikinci sırada bulunmaktadır. Yakın zamanda ise obezitenin ilk sıraya gelmesi beklenmektedir (11).

## 2.2. Obezite Prevalansı

Obezite dünya çapında çok yaygın bir beslenme bozukluğu olup ciddi bir toplum sağlığı sorunudur. 1995 yılında dünya çapında 200 milyon obez yetişkin varken 2000 yılında bu oran %50 artarak 300 milyona kadar ulaşmıştır (12). DSÖ 2016 verileri obezitenin tüm dünya nüfusunda kadınlarda %15, erkeklerde %11 ve toplamda yaklaşık %13 oranında olduğunu bildirmiştir (13).

Ülkemizde yürütülmüş olan Türkiye Diyabet, Obezite ve Hipertansiyon Epidemiyolojisi Araştırması-I (TURDEP-I) bakıldığında 1997-1998 yılları arasında obezite oranının kadınlarda %30, erkeklerde %13, toplamda ise %22,3 olduğu tespit edilmiştir (14). Bu çalışmadan 12 yıl sonra yapılan TURDEP-II çalışmasına bakıldığında ise obezite oranının kadınlarda %44, erkeklerde ise %27 olduğu bildirilmiştir. Bu süreçte kadınlarda obezitenin %34, erkeklerde ise %107 oranında arttığı görülmektedir (15). TEKHARF çalışması ülkemizde 1990-2000 yılları arasında obezite oranının kadınlarda %36, erkeklerde %75 oranında arttığını, 2000 yılında obezite oranının erişkin kadınlarda %43, erkeklerde ise %21.1 olduğunu bildirmiştir (16). Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (TBSA-2010) verilerine göre ise 19 yaş ve üzeri bireylerde obezite oranı kadınlarda % 41, erkeklerde %20,5 ve toplamda %30.3 olarak tespit edilmiştir (17).

Son 10 yılda artan obezite oranı obezite damgalanması prevalansının da hızla artmasına ve obezite karşıtı davranışların belirgin bir şekilde yoğunlaşmasına neden olmaktadır. Amerika'da yapılan bir çalışmada 2004-2006 yılları arasında obezite damgalanması prevalansının 1995-1996 yılları arasında görülen damgalama prevalansından %66 oranında fazla olduğunu göstermektedir (18).

### **2.3. Obezitenin Etiyolojisi**

Obezite etiyolojisinde rol oynayan birçok etken vardır. Bunların başında ise enerji alımı ve harcanmasının dengesiz oluşu gelmektedir. Enerji içeriği yüksek besinlerin tüketiminin artması, sedanter yaşamla birlikte fiziksel aktivitenin azalması obeziteye neden olmaktadır (19).

Diğer etkenlere bakacak olursak genetik yatkınlık, stres, sosyoekonomik düzeyin yetersiz oluşu da obeziteye neden olmaktadır. Çalışmalar genetik yapının bazal metabolizma hızını etkilediğini göstermektedir. Kişiden kişiye farklılık gösteren bu durum sonucu bazı kişiler obeziteye daha fazla yatkındır. Bunun yanında çeşitli ilaçlarda obeziteye neden olabilmektedir (19).

### **2.4. Obezitenin Komplikasyonları**

Obezite, beraberinde getirdiği hastalıklar nedeniyle kronik, ilerleyici ve hayatı tehdit eden bir hastalıktır. Obezite, koroner kalp hastalığı, tip 2 diyabet, kanser, hipertansiyon, uyku apnesi, inme, bazı kanser türleri, safra kesesi hastalıkları ve metabolik sendrom gibi çeşitli kronik durumlar için bir risk faktörüdür. Daha yüksek derecelerde ise obezite yüksek mortalite ile ilişkilidir (20). Tip 2 diyabetli bireylerde obezite görülme oranı yaklaşık % 70-90'dır (21). Obez bireylerde koroner arter hastalığı görülme riski normal ağırlıktaki bireylere göre 3.2 kat daha fazladır (22).

Sağlık sorunlarına ek olarak, obez bireyler depresyon, yeme bozuklukları, sosyal ayrımcılık, kötü yaşam kalitesi ve toplum tarafından damgalanma gibi olumsuz psikolojik etkiler açısından da, normal ağırlıklı bireylere göre daha yüksek risk altındadırlar (23). Obez bireyler, özellikle tedavi görmek isteyenler, normal ağırlıktaki bireylerden daha fazla psikolojik rahatsızlık bildirmektedir (24). Yapılan bir çalışmada, aşırı obez bireylerde (3.derece obezite veya BKİ> 40), normal ağırlıkta bireylere göre majör depresyon tanısı koyma olasılığının beş kat daha fazla olduğu bulunmuştur (25). Genel olarak, obez kadınlar normal ağırlıkta olanlara göre % 37 daha yüksek depresyon oranına sahiptirler (26). Ayrıca kadınların ağırlıklarından dolayı depresyona girme olasılığı erkeklere göre daha yüksektir (23). Ağırlık durumuna göre depresyonda cinsiyet farklılıklarının etiyolojisi karmaşık olsa da, kadınlara karşı obezite önyargısının artışı depresyonda cinsiyet farklılıklarını da

etkilemektedir. Bazı çalışmalar kadınların ağırlıklarının bir sonucu olarak erkeklerden daha fazla ayrımcılığa ve önyargıya maruz kaldıklarını göstermektedir (27).

## **2.5. Damgalama**

Damgalamayı tanımlayan ilk araştırmacı Erwing Goffman'dır. Goffman damgalamayı kültürel olarak kabul edilemez durumlara verilen tepki olarak tanımlamıştır (28). Damgalama, bir bütün olarak toplumdaki daha az olduğu düşünülen bir gruba yönelik olumsuz inançlardan ve tutumlardan kaynaklanan önyargı ve ayrımcılık olarak tanımlanır (29). Literatürde önyargı ve damgalama terimleri birbirinin yerine kullanılırken, genel olarak önyargı bir öznitelik nedeniyle bireye yönelik olumsuz tutum ve kalıplaşmaları ifade eder. Oysa damgalama, bireyin davranışından dolayı kötü muamele ve ayrımcılık görmesi anlamına gelmektedir. Damgalama yaşayan bir kişi, genellikle bir veya daha fazla istenmeyen özellik veya davranış nedeniyle toplum tarafından farklı olarak algılanır ve ötekileştirilir (30). Bir kişinin damgalamayı öngören istenmeyen özelliklere sahip olduğu konusunda toplumsal bağlamlarda çeşitlilik var olmakla birlikte, damgalanmanın sonuçları oldukça öngörülebilirdir. Kaçınma, reddedilme veya marjinalleşme gibi sosyal ve psikolojik sonuçlar içermektedir (31).

Sosyal gruplar ırk, cinsiyet, cinsel yönelim, engellilik, vücut boyutu gibi çeşitli özelliklerle ilgili damgalama yaşayabilir. Damgalanmış bireyler, kalp krizi veya yüksek tansiyon gibi sağlık sonuçları (32,33), yetersiz istihdam gibi ekonomik kısıtlılıklar (33), düşük benlik saygısı (34), depresyon (35) gibi psikolojik sıkıntılar yaşayabilmektedir.

Sonuç olarak, damgalama bir kişiyi diğerlerinden ayıracak bir şekilde kişinin gözden düşürülmesi, diğer insanlardan aşağı görülmesi, genel anlamda kötülenmesi şeklinde tanımlanmaktadır.

## **2.6. Ağırlık Damgalama**

Ağırlığa dayalı önyargılar ağırlıklarından dolayı çocuklara ve yetişkinlere yönelik olumsuz tutum ve inançları ifade etmektedir (36). Obez bireylere karşı

olumsuz tutumlar ve basmakalıplar hem açık hem de örtük olarak ortaya çıkabilmektedir (37). Obez bireylere karşı açık tutumlar, insanların bilinçli olarak onayladığı önyargılardır ve genellikle öz bildirim anketleri aracılığıyla ölçülür (38). Fazla kilolu ve obez bireylere sataşma veya isim yakıştırma açık bir önyargı kanıtıdır. Öte yandan örtük tutumlar, bilinçli farkındalığın ötesindeki önyargıları içerir. Bu önyargılar kişinin zihninde kökleşmiştir ve medya, aile gibi çevreden etkilenilerek, ağırlığa ilişkin olumsuz değerlendirmelerin bir birikimini yansıtır. Obez bireylere yanlılıkla veya bilinçsizce ayrımcılık yapan kişiler örtük negatif ağırlık önyargılarına sahiptirler (38). Eşit niteliklere rağmen bilinçsizce obez adaya karşı ince olan adayı seçen işveren buna açık bir örnektir.

### **2.6.1. Ağırlık damgalama teorileri**

Ağırlık önyargısı oldukça yaygın olduğu ve çok fazla insanı etkilediği için neden var olduğunu anlamak çok önemlidir. Ancak bugüne kadar hiçbir teori, toplumun sorunu azaltmasına yardımcı olacak şekilde, önyargıların ya da olumsuz kalıpların kökenlerinin nedenlerini tam olarak açıklamamıştır. Teorik çalışmalar, obez bireylerin neden reddedildiğini daha kapsamlı bir şekilde anlamak için ağırlık damlamasının kökenlerini incelemişlerdir (31).

Goffmann damgalamayı; ‘Sosyal Kimlik Teorisi’ ve ‘Etiketleme Teorisi’ne dayandırır. Sosyal kimlik teorisine göre toplum, üyelerine insanları genel tanımlayıcı atıflar ve özelliklerine göre sınıflandırmayı öğretir. Bireyler genel olarak kendilerini ve diğerlerini ince ve yağlı gibi spesifik gruplara ayırmaktadır. Normal ağırlıktaki bireyler obez bireyleri kendileriyle karşılaştırarak kendilerinden aşağıda görmektedir ve genel anlamda kötülemektedir. Bununla birlikte, ilginç bir şekilde, obez bireyler de diğer obezlere karşı olumsuz tutumlar sergilemektedir. Etiketleme teorisine göre toplumda norm dışı davranışlar etiketlenir ve kendileriyle ilgili kalıp yargıları aktive eder, bunlar sosyal olarak kabul edilmez (28).

Link 1987’de damgalamayı ‘Modifiye Etiketleme Teorisi’ ile açıklamıştır. Bu teoriye göre bu davranışlarla ilişkili negatif sosyal inançlardan türeyen etiketleme; ayrımcılık ve aşağılanma duygusuna, bu duygu da negatif sosyal sonuçlara yol açar. Bahsedilen kalıp yargılar çoğunlukla damgalananın ‘tehlikeli’ ve/veya ‘öngörülemez’

olduğunu ima eder, ‘kabul etmeme, dışlama ve ayrımcılık’ gibi tutumları beraberinde getirir (39).

Psikolojik atıf teorisine göreyse insanlar belirsiz sonuçların nedenlerini açıklama eğilimindedirler. Obez bir bireyde, insanlar obezitenin nedenini belirlemeye çalışmakta olup bunu olumsuz karakter özelliklerine bağlamaktadırlar. Toplum obez bireylerin kendilerini bu duruma soktuklarını düşünmektedir. Çünkü vücut ağırlığı kontrolü sağlamanın kişinin kendini kontrol etmesiyle mümkün olduğuna inanmaktadırlar. Bu teori, olumsuz yaşam sonuçlarını açıklamak için olumsuz atıflarda bulunulduğunda obezite damgalanmasının ortaya çıktığını göstermektedir (40).

Ayrıca, obez bireylere yönelik olumsuz tutumlar ideolojik dünya görüşleriyle daha da kötüye gitmektedir. Bu görüşlere göre bireyler kendi kaderlerini tayin ederler ve insanların hayatta hak ettikleri şeyleri aldıklarını düşünürler. Bu ideolojik inançlara sahip kişiler, obez bireylerin olumsuz durumları hak ettiklerini ya da kontrol edilebilir olumsuz koşulları tersine çevirmek için yeterince çalışmadıklarını düşünmektedirler. Vücut ağırlığının genetik, biyolojik ve çevresel faktörlerin karmaşık bir etkileşimi ile belirlendiğine işaret eden araştırmalara rağmen, çoğu insan obez bireylerin fazla kilolu olmaktan sorumlu olduklarını düşünmekte ve ağırlık artışının ya da kaybının kişinin kontrolü altında olduğuna inanmaktadırlar (41).

### **2.6.2. İdeal incelik algısı**

Ağırlığa dayalı önyargı, toplumların ideal olanı ince olarak algılamasıyla güçlenmektedir. Yapılan bir çalışmada, katılımcıların %46’sı ince olabilmek uğruna yaşamlarının bir yılından vazgeçebileceğini, %15’i ise ince olabilmek uğruna yaşamlarının 10 yılından vazgeçebileceklerini bildirmişlerdir. Aynı çalışmada katılımcılar ayrıca, obez olmaktansa çocuk sahibi olamama, alkolik olma, klinik olarak depresif olma, ekstremitte kaybetme veya görme engelli olma gibi durumları tercih edebileceklerini bildirmişlerdir (38). İnsanların ince olmak için yapmaya istekli oldukları önemli fedakârlıklar obez olma konusundaki aşırı korkularının bir delilidir. Toplumların artan incelik arzusu ve fazla kilodan kaçınma isteğinin bir sonucu olarak, araştırmalar bugün obeziteye karşı önyargı ve ayrımcılığın 40 yıl önceye göre daha şiddetli olduğunu göstermektedir (42). Ağırlık damgalaması prevalansı üzerine

yapılan çalışmalarda son yıllarda bir artış söz konusudur. Çalışmalar 1995-1996 yıllarında nüfusun %7'si damgalanma yaşadığını bildirirken, 2005-2006 yıllarında nüfusun %12'si damgalanma yaşadığını bildirmiştir (18). Bu oranlar yıllarla birlikte artmaktadır.

### 2.6.3. Ağırlık damgalaması türleri

Rapor edilen en yaygın damgalama türleri aşağıdaki gibidir (43,44) ;

- Başkalarından gelen olumsuz varsayımlar (fazla kilolu olan herkes mutsuzdur)
- Çocuklardan gelen olumsuz yorumlar ('şişmansın' diyen bir çocuk)
- Fiziksel engellerle karşılaşma (uçak koltuklarına oturamama)
- Aile üyelerinden gelen olumsuz yorumlar (vücut boyutuna bağlı takma isimler)
- Doktorlardan gelen olumsuz yorumlar (ilgisiz konuları fazla kilola bağlama)

Genel olarak damgalanma çeşitli ortamlarda gerçekleşebilir ve işverenler, iş arkadaşları, zihinsel sağlık uzmanları, akranlar, ebeveynler, 3 yaşından küçük çocuklar en çok olmak üzere birçok kaynaktan gelebilir. Literatür, obez bireylerin işyerinde, sosyal ortamlarda, okul ve sağlık hizmetleri gibi alanlarda önyargı ve ayrımcılığın olduğunu belirtmektedir (45). Obez yetişkin bireyler ile yapılan bir çalışmada kadınlarda damgalama kaynaklarının en fazla sırasıyla doktorlar, aile üyeleri, mağaza çalışanları ve sınıf arkadaşlarının olduğu, erkeklerin ise damgalama kaynaklarının sıklıkla sınıf arkadaşları, doktorlar, aile üyeleri ve annelerinin olduğu belirtilmiştir (44).

Toplumsal ayrımcılığın en belirgin kaynaklarından birisi iş yaşamında görülmektedir. İş görüşmelerinden performans değerlendirmelerine kadar, çalışma dünyasının birçok alanında obez bireyler önyargılar ve damgalamalarla karşılaşmaktadır. Örneğin, çalışmalar, iş başvurusunda bulunanların aynı niteliklere sahip olmaları durumunda, fazla kilolu olan bireylerin, olumsuz değerlendirilmeleri ve işe alınma olasılıklarının daha düşük olduğu sonucuna varmıştır. Haksız işe son verimler, tembel ve disiplinsiz gibi değerlendirilmeler de söz konusudur. Yapılan bir çalışmada katılımcıların %25'inin ağırlıklarından dolayı iş hayatında ayrımcılığına maruz kaldıkları bildirirken, %43'ü işverenlerden ağırlık damgalaması gördüklerini

bildirmişlerdir (44). Araştırmalar ayrıca, fazla kilolu çalışanların aynı işlerde daha az ücret aldıklarını, daha düşük ücretli işlere sahip olma olasılıklarının daha yüksek olduğunu ve aynı niteliklere sahip daha düşük ağırlıktaki insanlardan daha az terfi aldıklarını göstermektedir (46).

Ağırlık önyargısının yaygın olduğu bir başka alan ise sağlık hizmetleridir. Araştırmalar sağlık profesyonellerinin (hekimler, hemşireler, psikologlar, diyetisyenler, tıp öğrencileri ve obezite konusunda uzmanlaşmış profesyoneller) en yaygın önyargı kaynakları arasında olduğunu göstermektedir. Sağlık hizmetleri ortamında ve sağlık çalışanları arasında ağırlık önyargısı önemli bir sorundur. Obez bireylerin çoğu sağlık hizmeti alırken kendileri için tembel, uyumsuz, düşük iradeli ve disiplinsiz gibi yakıştırmalar yapıldığını ve damgalama yaşadıklarını bildirmişlerdir. Bireyin ağırlığıyla ilişkili önyargılar sözlü yorumlarla sınırlı kalmamakta olup sıklıkla yüz ifadesi ve uygun olmayan mimikleri içeren sözlü olmayan davranışları da içermektedir (47). Doktorların obez bireyleri değerlendirmeleri üzerine yapılan bir çalışmada, obez bireylerin yarısından fazlası tuhaf, çirkin, özensiz ve tıbbi önerilere uyumsuz olarak değerlendirilmişlerdir (48). Başka bir çalışmada, obez bariatrik cerrahi adaylarının %43'ü ağırlıklarından dolayı doktorlar tarafından saygısız bir şekilde tedavi edildiklerini bildirmiştir. %70'inden fazlası ise doktorların fazla kilolu olmanın ne kadar zor bir durum olduğunu anlamadıklarını bildirmişlerdir (49).

Fazla kilolu ve obez olan öğrenciler eğitimleri boyunca damgalanma ve ayrımcılıkla karşı karşıya kalabilirler. Bu damgalama dolaylı veya doğrudan yollarla kendini göstermektedir. Fazla kilolu olan gençler, okul ortamında birden fazla ağırlık damgalaması kaynağı ile uğraşmaktadır. Eğitim ortamındaki ağırlık önyargısı obez çocukların akranları tarafından alaya alınması, lakap takılması, aktivitelerde fazla kilolu olanların görmezden gelinmesi, zorbalık yapılması gibi şekillerde ortaya çıkar (44). Üç yaşındaki çocuklar obez akranlarını vasat, çirkin, istenmeyen oyun arkadaşları olarak görmektedirler. İlköğretimde, obez bir çocuğun, normal ağırlıktaki bir akranı ile karşılaştırıldığında zorbalığa maruz kalma olasılığının %63 daha yüksek olduğu bildirilmiştir (46). Obez gençler akranları tarafından daha az kabullenilmekte ve tembel, mutsuz, asosyal, öz disiplinden yoksun olarak etiketlenmektedir. Yakın geçmişte yapılan araştırmalar göstermektedir ki, normal ağırlıktaki çocuklar obez akranlarının daha fazla bulaşıcı patojen taşıdıklarına inanmaktadır (41). Araştırmalar,



önyargının sadece diğer öğrenciler tarafından taciz şeklinde değil, aynı zamanda öğretmenlerin ve okul sağlık çalışanlarının tutum ve eylemlerinde de sergilenebileceğini göstermektedir. Bir çalışmada, beden eğitimi öğretmenleri, sosyal, fiziksel, akıl yürütme ve işbirliği becerileri dâhil olmak üzere birçok alanda normal ağırlıktaki öğrencilere kıyasla fazla kilolu öğrencilerden daha düşük beklentileri olduğunu bildirmişlerdir. Bu nedenle, ağırlık damgalanmasıyla mücadelede ve okul ortamının iyileştirilmesi çabalarında hem öğrencileri hem de öğretmenleri eğitmek için girişimlerde bulunulmalıdır (50).

Ayrıca popüler medya, televizyon ve filmlerde obez karakterlerin alaya alınmasıyla obezite önyargısı hızla artmaktadır. Medyada bulunan ağırlık damgalaması ve önyargısı, sosyal kabul edilebilirliğinin çarpıcı bir örneğidir. Çalışmalar, televizyon, filmler, haber raporları ve çocuk programlarında obez bireylerle alay edildiğini ve onları hedef alındığını böylece ağırlık damgalamasının yaygın olduğunu göstermektedir. Eğlence medyasında obeziteye sahip olan karakterler genellikle negatif özellikler (örneğin, çekici olmayan, yalnız veya açgözlü olarak tasvir edilir) olarak adlandırılırlar ve basmakalıp rollerde görülürler (örneğin, sağlıksız yiyecekleri aşırı tüketme ve tembel olmak). Obez karakterler de doğrudan sözlü alay veya ağırlıklarıyla ilgili şakalara maruz kalırlar. Obezite ile ilgili yapılan haberlerde ağırlık yanlılığı ve damgalama oldukça yaygındır. Bu tür haberlerde obez olan bireylerin, kötü seçimler yapmakta oldukları ayrıca tembel olmakla suçlandıkları görülmektedir. Çalışmalar obez bireylerin olumsuz, rahatsız edici ve basmakalıp şekillerde tasvir edildiğini göstermektedir. Bu olumsuz imajlar ise obeziteyle ilgili kalıp yargıların sürdürülmesine ve obez bireylerin günlük yaşamlarında önyargı ve damgalanmaya maruz kalmalarına sebep olmaktadır. Obez bireylerin medya tarafından tasvir edilme biçimi, halkın fazla kilolu ve obez kişiler hakkındaki anlayışını ve tutumlarını derinden şekillendirmekte ve sonuç olarak halk sağlığını ve toplumsal tutumları olumsuz etkilemektedir (36).

Obeziteyi önlemek için yapılan sosyal kampanyalarda fazla kilolu bireylerin tembel gösterilmeleri, obeziteden utanılması veya ince/zayıf olanın sosyal anlamda daha güçlü gösterilmesi gibi negatif mesajlarda damgalanma faktörlerindedir. Bu kampanyalarda obezite 'geri dönüşü olabilen, oluşumu da geri dönüşümü de bireyin

kontrolüne bağı metabolik sorundur’, ‘egzersiz alışkanlığının olmayışı ve kötü beslenmeyle ilişkilidir’ şeklinde damgalamalar yapılmaktadır (51).

## **2.7. Ağırlık Damgalamasının Sonuçları**

Vücut ağırlığıyla ilgili ilişkili damgalama önemli bir halk sağlığı sorunudur ve sonuçları ciddi boyutlardadır. Fazla kilolu ve obez bireyler genellikle önyargı ve damgalama hedefleridir. Obez bireyler istihdam yerleri, eğitim kurumları, tıbbi tesisler, kitle iletişim araçları ve kişiler arası ilişkiler de dâhil olmak üzere birçok yaşam alanlarındaki olumsuz tutumlara karşı savunmasızdır. Damgalama ortaya çıktığında ise geri dönüşü zor bir etkiye sahiptir (52).

Ağırlığa dayalı önyargı ve ayrımcılık, fazla kilolu bireyler üzerinde, fiziksel ve psikolojik sağlık da dâhil olmak üzere birçok yaşam alanını olumsuz yönde etkilemekte olup zararlı başa çıkma yöntemlerine başvurmalara neden olmaktadır (47). Ağırlığa dayalı damgalanan bireyler bu durumla ağlayarak, kendini kötü hissederek, daha çok yemek yiyerek veya diyet yapmayı reddederek başa çıkmaya çalışmaktadırlar. Damgalanmayla karşılaşan bireylerin aşırı yemek yeme veya yemek kısıtlama gibi yemek bozukluklarına sahip olma olasılığının daha yüksek olduğunu bildirilmiştir (44). Ayrıca tıbbi ortamlarda sağlık çalışanlarından gelen damgalama nedeniyle obez bireyler çekimser kalarak önemli koruyucu sağlık hizmetlerinden kaçınılmaktadırlar. Bu bağlamda da sağlık hizmetlerinden kaçınma fiziksel sağlığı da etkilemektedir. Yapılan bir çalışmada 216 kadın incelenmiş ve kadınların %19.4’ünün ağırlık artışı nedeniyle sağlık hizmetlerinden kaçındığı, %34.2’sinin ise ağırlık damgalanması yaşadıkları için sağlık hizmetlerinden kaçındığı tespit edilmiştir (53). Sağlık çalışanlarının obez bireylere karşı olumsuz tutumları bakım kalitesinin azalmasına da neden olmaktadır. Obez bireylerin aldıkları tedaviler optimal olmayabilir. Hemşirelerle yapılan bir çalışmada 398 hemşire incelenmiş ve hemşirelerin %91.3’ünün obez bireylere tavsiyede bulunurduğu fakat yalnızca %25.6’sının uzun dönemli destek programlarına yönlendirdikleri bildirilmiştir. Sağlık çalışanları obez bireylerle nasıl iletişim kuracakları konusunda bilinçsizdir ve hastaların ağırlık kaybını olumsuz etkilemektedirler (54).

### 2.7.1. Psikososyal sonuçlar

Ne yazık ki, yapılan araştırmalar ağırlık damgalamasının insanların ağırlık kaybetmesine veya sağlığını iyileştirmeye teşvik etmediğini bunun aksine, insanların zayıflığına, dış görünüşüne çok değer veren bir toplumda obez bir birey olmanın depresyona, anksiyete bozukluğuna, sosyal izolasyona, yeme bozukluklarına ve yetersizlik duygusuna neden olduğunu göstermektedir (55).

Obezite zgven, vücut imajı ve sosyal yaşamı etkileyebilmekte ve psikolojik rahatsızlık riskini arttırmaktadır. Damgalanma ise bunların yanında obez bireylerin kendine olan güvenlerini etkileyebilmekte ve bireylerin yaşam kalitesini düşürmektedir (55).

nyargı hissetmenin psikososyal etkileri dolaylı olarak depresif belirtilerle ilişkilendirilmiştir. Obez ve obez olmayan bireylerle karşılaştırılmalı olarak yapılan bir çalışmada, obezlerin %42.5'inin depresif olduğu, %58.6'sının benlik saygısının düşük olduğu tespit edilmiştir (56). Yapılan başka bir çalışmada da obez bireylerin obez olmayanlara göre benlik saygılarının daha düşük, bedenlerinden memnuniyetsizliklerinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir (57). Araştırmalar daha sık damgalanma deneyiminin daha yüksek depresyon ve psikolojik sıkıntı ile pozitif ilişkili olduğunu göstermektedir (43). Yapılan bir başka çalışmada, obez katılımcıların %40'ından fazlası ağırlıklarından dolayı kötü muamele gördüklerini bildirmiştir. Bu da daha yüksek ruhsal bozuklukla ve zihinsel sağlık hizmeti kullanımı olasılığının artmasıyla ilişkilendirilmiştir (58). Algılanan ağırlık damgalaması da kullanılan ruh sağlığı hizmetlerinin artma olasılığı ile ilişkili bulunmuştur (59).

Bazı obez bireyler, kendilerine karşı olumsuz tutumları içselleştirerek ve kendi ağırlıkları hakkındaki kalıp yargıları doğru kabul ederek damgalanmaya tepki verebilirler; bu da onların düşük benlik saygısına karşı savunmasızlıklarını arttırabilir. Bu kabullenme sonucunda obez bireyler kendilerini suçlama eğilimi göstermektedir (60,61). nyargının içselleştirilmesi ruh sağlığı ile ilgili yaşam kalitesinde bir düşüşün önemli ölçüde ilişkili olduğu göstermiştir. Obez bireylerin başarısız diyet girişimleri ve başkalarının obez bireylerin ağırlıkları hakkındaki olumsuz değerlendirmeleri ise bu içselleştirilmiş damgalamayı güçlendirmektedir (62) . Ağırlık damgalanmasının hedefinde olmak intihar düşüncelerini bile beraberinde getirebilmektedir (63). Vücut

imgesi üzerine yapılan bir çalışmada, kadınların %39'u, erkeklerin %28'i ağırlık hedefini gerçekleştirmek için yaşamlarının 3 yıl ve daha fazlasından vazgeçebileceklerini belirtmiştir (64). Ayrıca ağırlık damgalaması, diyet ve egzersizle ilişkisi olmayan -sigara içme riskinin artması, sarhoşken araba kullanımı ve uyuşturucu kullanımı gibi- yüksek riskli sağlık davranışlarına da neden olmaktadır (65). Yapılan bir çalışmada kadınların %50'sinin ve erkeklerin %30'unun ağırlık damgalamasıyla başa çıkmak için sigara içtikleri bildirilmiştir (64).

Sık sık görülen damgalanma deneyimlerinin vücut memnuniyetsizliği ile anlamlı ve pozitif ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (66-68). Rosenberger ve ark. (69) yaptığı bir çalışma ağırlıkla ilişkili bir alay geçmişi olan klinik hastaların yeme bozukluğu kaygılarının, vücut memnuniyetsizliğinin ve utanç düzeylerinin anlamlı olarak yüksek olduğunu göstermiştir. Ağırlık damgalanmasının içselleştirilmesinin BKİ kontrol edildikten sonra bile vücut memnuniyetsizliği ile ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. Bu, negatif ağırlık temelli kalıpların kabul edilmesinin, ağırlıktan bağımsız olarak vücut imajı kaygılarıyla ilişkili olduğunu düşündürmektedir (4).

Ağırlık damgalanması gerek kullanılan sert dil, gerekse basmakalıp ifadelerden dolayı bireylerin sağlığının gelişmesini engellemektedir. Bariatrik hastaları araştıran bir kesitsel çalışma, sık sık damgalanmanın ve antisosyal davranış deneyimleri arasında anlamlı ve pozitif bir ilişki bulmuştur (70). Çalışmalar ağırlık damgalanma deneyiminin artışının daha yüksek düzeyde anksiyete belirtileri ile ilişkili olduğunu göstermektedir (66,70). Sarwer ve ark. (71) ise sık ağırlık damgalama deneyimlerinin yaşam kalitesinin düşük olması ile ilişkili olduğunu göstermiştir. Pearl ve ark. (72) yaptığı bir başka çalışmada da 245 obez birey değerlendirilmiş ve sonuçta ağırlık damgalanmasının yaşam kalitesini düşürdüğü bulunmuştur.

## **2.7.2. Yeme davranışları**

### **2.7.2.1. Tıkınırcasına yeme**

Obez bireyler diyet yapmak, yemek yemek ve vücut görüntüsü hakkında endişe duymaktadır. Fazla kilolu ve obez bireylerin %30'unda tıkınırcasına yeme ya da

zorlayıcı yeme görülmektedir. Araştırmacılar tıknırcasına yeme bozukluğu olan bireylerin yüksek yaşam boyu obezite prevalansına sahip olduklarını göstermektedir. Yeme bozukluğu olmayan bireylerle karşılaştırıldığında bulimiya nervosa ve tıknırcasına yeme bozukluğu olan hastaların çocukluk çağındaki obezite öyküleri daha yüksektir (73).

Damgalanan ve psikolojik sıkıntıya maruz kalan bireyler bu durumla başa çıkmaya çalışırken daha fazla yemek yeme eğiliminde olabilirler. Bu da yeme davranışlarında olumsuz sonuçlar doğurabilir. Ağırlık damgalaması deneyimleyen bireylerde tıknırcasına yeme olasılığı artmaktadır. Bu yüzden bu ikili arasındaki ilişkiyi incelemek önemlidir. Mevcut kanıtlar, ağırlık damgalanmasının uyumsuz yeme davranışları ve yeme bozuklukları için bir risk faktörü olduğunu ortaya koymaktadır (73).

Brauhardt ve ark. (74) 78 kişi üzerinde yaptıkları klinik bir çalışmada tıknırcasına yeme bozukluğu olan hastaların kontrol grubuna kıyasla daha fazla ağırlık damgalanmasına maruz kaldıklarını tespit edilmiştir. Fazla kilolu ve obez yetişkinler üzerinde yapılan bir çalışma ağırlık damgalaması deneyimi artışının daha yüksek tıknırcasına yeme bozukluğuyla ilişkili olduğunu göstermektedir (75). Toplum tabanlı yapılı bir çalışmada 415 katılımcı incelenmiş ve algılanan ağırlık damgalanmasının duygusal yeme ve tıknırcasına yemeye katkıda bulunduğu bildirilmiştir (76). Damgalanmaya maruz kalan kadınlar yemek yemelerini kontrol edememekte olup buna bağlı ağırlık artışı gözlenmektedir (73). Yaşanılan damgalama deneyimiyle başa çıkma yöntemlerini inceleyen bir çalışma 2400'den fazla yetişkini incelemiş ve katılımcıların %79'unun daha fazla yemek yiyerek damgalanmayla başa çıktıklarını, %75'inin ise diyet yapmayı reddetdiklerini bildirilmiştir (77).

Gençler üzerine yapılan çalışmalarda da benzer bulgular gözlenmektedir. Zayıflama kamplarına katılan 361 kız ve erkek çocukta yapılan bir çalışmada, ağırlıklarından dolayı alay edilen çocuklar alay edilmeyen çocuklarla kıyaslandıklarında daha fazla tıknırcasına yeme ve sağlıksız yeme davranışları (kendilerini kusturma vb.) sergilediği tespit edilmiştir (78). Benzer bir çalışmada 1491 adölesan incelenmiş ve aynı şekilde ağırlıklarından dolayı alay edilen çocukların düzensiz beslenme eğiliminde olduğunu saptamıştır (79). İspanyada yapılan bir çalışmada ise 57997 adölesan incelenmiş ve alay edilmenin yalnızca kızlarda anormal

yemeyle ilişkili olduğu, hem erkek ve kız çocuklarında ise vücut memnuniyetsizliğiyle ilişkili olduğu bulunmuştur (80). Kız çocukları üzerinde yapılan bir çalışmada ağırlıklarından dolayı akranlarının onlarla alay etmeleri duygusal yemeyle ilişkilendirilirken ebeveynlerinin alay etmesi ise tıknırcasına yemeyle ilişkilendirilmiştir (81). Obezite tedavisi isteyen 92 kızla yapılan çalışmada alay ve beslenme patolojisi arasında anlamlı bir korelasyon olduğu bildirilmiştir (73). Retrospektif bir araştırmada 1533 genç kız incelenmiş ve çocuklukta vücut ağırlıkları hakkında alaya alındıklarını bildirenlerin akranlarına göre daha fazla uyumsuz beslenme davranışı sergiledikleri, hakaretlerin çeşitliliği arttıkça da yeme bozuklukları ve mevcut vücut ağırlıklarının arttığı tespit edilmiştir (82). Libbey ve ark. (83) ise alay sıklığının gizli yemek yeme ve yerken kontrolsüz hissetme ile ilişkili olduğunu bulmuşlardır.

Vartanian (84) ve Novak (85) Damgalayıcı Durumlar Envanteri puanlarının, Yeme Bozukluğu Envanteri bulimia alt ölçeği puanları ile pozitif olarak ilişkili olduğunu bulmuşlardır. Dahası, bu çalışmalar damgalanma deneyimleri ile bulimik belirtiler arasındaki ilişkinin kadınlar ve erkekler için benzer olduğunu bulmuştur. Tayland'da yetişkinler üzerinde yapılan çalışmada Damgalayıcı Durumlar Envanteri puanının artışının tıknırcasına yeme ile ilişkili olduğunu göstermiştir (86). Eisenberg ve ark. (87) 11 yıl süreyle takip ettiği bir çalışmada aile üyelerinden ve partnerlerden gelen ağırlık kaybı ile ilgili olumsuz yorumların sağlıksız ağırlık kontrol davranışları ile ilişkili olduğunu bildirmiştir.

Ağırlık önyargılarının içselleştirilmesi de tıknırcasına yeme oluşumunda önemli bir etkidir. Önyargıların içselleştirilmesi ağırlık kaybı tedavisi gören obez yetişkinlerde aşırı yemeyle pozitif ilişkilidir (88). Tıknırcasına yeme bozukluğu olan 100 obez bireyle yapılan bir çalışma, ağırlık önyargısının içselleştirilmesinin (depresyon, benlik saygısı ve kişisel anti-yağ tutumları kontrol altına alındığında bile) yeme bozukluğu patolojisine önemli derecede katkı sağladığını göstermektedir. Ayrıca damgalanmanın içselleştirmesi yeme ataklarını da şiddetlendirmektedir (60). Son kanıtlara ek olarak kendini damgalayan bireylerde yeme bozukluğu psikopatolojisinin öngörüldüğü bulunmuştur (89).

Damgalama deneyimleri ve yeme davranışları arasındaki ilişkiyi belgeleyen korelasyon çalışmaları bilgilendirici olmakla birlikte, bu çalışmalardan nedensel

çıkarımlar yapılamamaktadır. Deneysel çalışmalar ise sürekli olarak damgalayıcı içeriklere maruz kalma ve sosyal dışlanma gibi manipülasyonların besin alımında artışa yol açtığını bulmuştur. Son olarak, günlük yaşamdaki damgalanma deneyimleri ile ilgili çalışmalar, daha sık damgalanma deneyimlerinin, diyeteye yönelik azalan motivasyon ve daha az sağlıklı beslenme davranışları ile ilişkili olduğunu göstermektedir (90).

### **2.7.2.2. Besin tüketimin artması**

Ağırlık damgalamasının besin tüketimi üzerindeki etkisi gelişmekte olan bir araştırma alanıdır. Her ne kadar önceki çalışmalar fazla kilolu ve obez kadınların %79'unun ağırlık damgalanması deneyimlerine yanıt olarak daha fazla besin tükettikleri rapor edilse de, bu konu sadece son zamanlarda deneysel olarak araştırılmıştır (40).

Schvey ve ark. (91) 34 fazla kilolu ve 39 normal ağırlıktaki kadın üzerinde yaptıkları deneysel bir çalışmada katılımcılar randomize olarak gruplara atanmıştır. Katılımcılardan 1. gruba atananlar obezite önyargısı içeren medya içeriği izlerken, 2. gruba atanan katılımcılar nötr içerikli video izlemişlerdir. Daha sonra katılımcılar atıştırmalık tüketmeye davet edilmiştir. Obezite önyargısı içeren medya içeriği izleyen fazla kilolu katılımcılar, nötr içeriği izleyen fazla kilolu katılımcılardan 3 kat daha fazla kalori almışlardır. (302-89 kcal) Ayrıca obezite önyargısı içeren medya içeriği izleyen normal ağırlıktaki katılımcılardan da daha fazla kalori almışlardır.

Kadınlar üzerinde yapılan randomize kontrollü bir çalışmada 93 kişi iki farklı gruba atanmıştır. Katılımcılardan 1. grupta bulunanlar istihdam ortamında yaşanan damgalanma haberini okurken, 2. gruptaki katılımcılar normal bir haber okumuşlardır. Daha sonra katılımcılardan okudukları haberler hakkında kamera karşısında konuşmaları istenmiştir. Bütün bunlardan sonra katılımcılara aperatif yiyecekler ikram edilmiştir. Kontrol grubuna göre 1. gruptaki kendini fazla kilolu hissedenden kadınlar daha fazla besin tüketmiş ve kalori almışlardır. Yemek yeme konusunda kendilerini kontrol edememişlerdir (92).

Brochu ve Davidio (93) yaptıkları deneyle besin seçimi ve ağırlığa bağlı basmakalıp tutumların etkisini test etmişlerdir. Çalışmaya 176 kişi katılmış ve iki

gruba ayrılmışlardır Basmakalıp tutumlara 1. grup maruz kalırken, 2. grup kontrol grubu olarak değerlendirilmiştir. Daha sonra katılımcıların restoran menüsünden (menüde kalori bilgisi yer almamakta) yemek seçmeleri istenmiştir. Sonuçta basmakalıp tutumlara maruz kalan katılımcılar daha kalorili besinler tercih etmiştir. Benzer bir deney 367 katılımcıyla tasarlanmış ve bir grup kalori bilgisi içeren menüden sipariş verirken diğer grup kalori bilgisi içermeyen menüden sipariş vermişlerdir. Kalori bilgisi içeren menüden sipariş veren katılımcılar daha az kalorili besin tercihleri yapmışlardır. Sonuç olarak kalori etiketleme basmakalıp tutumların olumsuz besin seçimine olan etkisini kaldırmıştır (93).

Chao ve ark. (94) ağırlığa bağlı utancın yemek yeme arzusu uyandırıp uyandırmadığını deneysel olarak araştırmışlardır. Birinci deneyde utanç duyan katılımcılar kontrol grubuna göre büfe yemeklerini daha cazip olarak değerlendirmiştir. Yapılan ikinci deneyde utanç duyan katılımcılar tat testinde kontrollerden daha çok yemek yemişlerdir. Açlık seviyeleri, son yemekten bu yana geçen süre ve olumsuz duygusal durum gibi faktörler kontrol edildikten sonrada bu bulgular tutarlılığını korumuştur.

Tüm bunlar birlikte ele alındığında utanç ve ağırlığa bağlı damgalanmaya maruz kalma aşırı yemek yeme ve artan besin arzusuna yol açmaktadır. Rol oynayan mekanizmayı aydınlatılabilmek için daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

### **2.7.3. Ağırlık artışı, obezite ve ağırlık kaybı**

Ağırlık damgalanmasının sağlık üzerine zararlı etkileri göz önüne alındığında, araştırmalar obeziteyi damgalanmanın potansiyel bir sonucu olarak görmeye başlamıştır. Yetişkinler üzerinde yapılan çalışmalar ağırlık ayrımcılığı ve obezite/ağırlık artışı arasındaki bağlantıyı açıkça göstermektedir. Yetişkinlerin katıldığı bir çalışmada 6157 kişi üzerinde ağırlık ayrımcılığı ve obezite arasındaki ilişki 4 yıl boyunca değerlendirilmiştir. Başlangıç BKİ'si ne olursa olsun, ağırlık ayrımcılığı bildiren katılımcıların obez olma ve obez kalmaya devam etme olasılıkları 2.5 kat daha yüksek bulunmuştur (95). Benzer şekilde 2944 yetişkinle yapılan bir çalışmada BKİ'den bağımsız olarak, algılanan ağırlık ayrımcılığı bildiren kişilerin obez olma ihtimali daha yüksek bulunmuştur. Ağırlık ve bel çevresinde de anlamlı



artışlar gözlenmiştir. Fakat bu çalışmada obez kalmaya devam etme olasılığı arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (96).

Ağırlık damgalanması deneyimi bildiren gençlerin fazla kilolu ve obez olma riski %64-66 oranında artmıştır. Ergenlik döneminde, aile bireylerinin takma isimler takması, alay etmeleri özellikle zararlı etkilere neden olabilmektedir. Kız çocukları üzerinde yapılan bir çalışmada arkadaş ve öğretmenlerinden ziyade aile bireylerinden ağırlıkları konusunda gelen olumsuz yorumların obezite riskini daha çok arttırdığı saptanmıştır. Fakat erkekler üzerine yapılan çalışmaların sonuçları çelişkilidir. Ağırlık damgalanmasının obezite riskini arttırdığını gösteren çalışmalar mevcutken aksini bildiren çalışmalarda bulunmaktadır (14). Çocukluk ve ergenlik döneminde fazla kilo yetişkin dönemde obezite, morbidite ve mortalite riskini arttırdığı için uzun dönemde ağırlık damgalanmasının obezite üzerine etkileri incelenmeye devam edilmelidir.

Tedavi alan hastalarda ağırlık damgalanması ağırlık kaybı sağlamakta zorluklara neden olabilmektedir. Yapılan bir çalışmada 600 birey değerlendirilmiş ve sağlık görevlileri tarafından ağırlıklarından dolayı damgalandıklarını hisseden bireylerin ağırlık kaybı  $\geq$ %10 daha az bulunmuştur (97). Wott ve Carels'in (74) yaptıkları bir çalışmada ağırlık damgalanması deneyimi ve kurumsal damgalamaların (ör. uçak koltuklarına oturamamak gibi fiziksel engeller) ağırlık kaybıyla önemli ölçüde ilişkili olmadığı gözlemlenmiştir. Bununla birlikte, aynı çalışmada kişilerarası damgalanma türünün ise (örn., aileden gelen kötü yorumlar), ağırlık kaybındaki azalma ile önemli ölçüde ilişkili olduğunu gözlemlenmiştir. Bu durum karşısında diyetle bağlılık azalmakta olup kalori alımı artarken kalori harcaması da azalmaktadır (74). Bir başka çalışmada diyet desteği alan 1013 obez kadının sık sık damgalanma deneyimi yaşamasının ve bu durumun içselleştirilmesinin herhangi bir ağırlık kaybıyla ilişkili olmadığı gözlemlenmiştir (98). Latner ve ark. (68) yaptığı bir çalışmada ise içselleştirilmiş damgalanmanın 6 aylık takipte daha fazla ağırlık kaybıyla anlamlı derecede ilişkili olduğu bulunmuştur.

Damgalanma ve ağırlık kaybı yüzdesi arasındaki ilişkiyi inceleyen birçok çalışma yapılmıştır fakat çelişkili sonuçlar (pozitif, negatif ilişkili veya anlamsız) söz konusudur. Damgalanmış bireyler riskli ağırlık kaybı müdahalelerini seçmektedir. Ayrıca kısa sürede yüksek ağırlık kayıpları hedeflemektedirler. Ağırlık kaybı çabaları

ve sonuçlarının ne ölçüde etkilendiğini belirlemek için bu alanda daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır (52).

#### **2.7.4. Fiziksel aktivite azalması**

Okulda fiziksel aktivite sırasında fazla kilolu çocuklar sık sık damgalama yaşamakta ve akranları tarafından alaya alınmaktadırlar. Adölesanlarla yapılan bir anket çalışmasında adölesanların %85'i fazla kilolu akranlarının fiziksel aktivite sırasında alaya uğradıklarına tanık olduklarını bildirmiştir (99). Başka bir çalışmada zayıflama kamplarına kayıtlı 361 adölesanın %73'ü fiziksel aktivite ortamında ağırlıklarından dolayı alay edildiğini ve zorbalığa uğradığını bildirmiştir. Ayrıca %42'si spor antrenörleri/ beden eğitimi öğretmenleri tarafından zorbalığa uğradığını bildirmiştir (100). Beden eğitimi öğretmeniyle yapılan bir çalışmada 162 öğretmen incelenmiş ve sonuçta öğretmenlerin fazla kilolu öğrencilerden daha düşük performans beklediklerini dile getirdikleri saptanmıştır (50).

Okulda fiziksel aktivite sırasında ağırlığından dolayı alaya alınma gençlerde egzersiz motivasyonunu olumsuz etkilemektedir. Ortaokul öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada ağırlıklarından dolayı alay edildiğini bildiren öğrencilerin fiziksel aktivite öz yeterlilikleri ve fiziksel benlik kavramı daha düşük bulunmuştur (101).

Fazla kilolu gençler üzerinde yapılan deneysel bir çalışmada, ağırlığa bağlı basmakalıp tutumlara maruz kalan grubun egzersize dayalı bir oyunda daha kötü performans gösterdiği gözlemlenmiştir (102).

Birçok çalışma öğrencilerde ağırlığa dayalı alaya alınma ve azalan fiziksel aktivite arasında güçlü bir ilişki olduğunu bildirmiştir. Cinsiyet olarak incelendiğinde kızların bu durumdan daha fazla etkilendiği ve daha az fiziksel aktiviteye sahip olduklarını görülmektedir (52).

Bu konuyla ilgili yetişkinler üzerine daha az sayıda çalışma yapılmıştır. Ancak son bulgular içselleştirilmiş ağırlık damgalanmasının yetişkinlerde fiziksel aktivite üzerinde önemli rol oynayabileceğini göstermektedir. Ağırlık kontrol programına kayıtlı 76 yetişkin üzerinde yapılan bir çalışmada, ağırlık damgalanmasının içselleştirilmesi bireylerin fiziksel aktiviteye katılma isteklerini olumsuz etkilediği

bulunmuştur (103). Vartanian ve Novak'ın (85) 111 obez bireyde yaptıkları çalışmada ağırlık damgalanmasının egzersiz motivasyonun olumsuz etkilediğini bildirmiştir. Benzer şekilde, 177 fazla kilolu ve obez kadın üzerinde yapılan bir çalışma içselleştirilmiş ağırlık damgalanmasının, egzersiz aktivitesini olumsuz etkilediğini göstermektedir (104).

### **2.7.5. Fizyolojik stres yanıtları**

Toplumsal ayrımcılığın diğer biçimlerinin (ör. ırk / etnik kökenden kaynaklanan eşitsizliklerin) damgalanmış bireylerde olumsuz fizyolojik reaktivite oluşturduğu bilinmektedir (105). Benzer şekilde, araştırmalar, ağırlık ayrımcılığının nöroendokrin kontrolünü bozan fizyolojik stres tepkilerini nasıl tetikleyebileceğini, artan yağ kitlesine katkıda bulunma durumunu, kardiyovasküler risk artışını ve obezitenin metabolik komorbidetelerini incelemeye başlamıştır.

Ağırlık damgalaması daha yüksek kortizol seviyesi, oksidatif stres, artan kan basıncı, C-reaktif protein seviyesi ve obez bireylerde daha yüksek olduğu gözlenen diğer proinflatuar sitokinler ile koreledir (106) Ayrıca içselleştirilmiş damgalanmanın kardiyometabolik riskini artırdığı görülmektedir (107).

Kadınlar üzerinde yapılan bir çalışmada kadınlara görünüşlerinin başkaları tarafından dikkat çekip çekmeme durumu sorulduğunda bulgular damgalanmaya maruz kalan kadınların kan basınçlarının daha yüksek olduğunu göstermiştir (108). Benzer şekilde 644 genç üzerinde yapılan kesitsel bir çalışmada ağırlığa bağlı alay/zorbalık görenlerde yüksek sistolik ve diyastolik tansiyon arasında doğrudan bir ilişki bulunmuştur. Gençlik döneminden yetişkinliğe kadar ağırlıklarından dolayı alaya alınma birçok bireyde kronik stres faktörü gelişmesine neden olmaktadır (109).

Deneysel araştırmalar damgalanmaya maruz kalmanın kadınlarda artmış kan basıncı ve kortizol reaktivitesine neden olduğunu göstermektedir. Kadınlar üzerinde yapılan bir araştırmada damgalanmış kadınlarda –hem fazla kilolularda hem de fazla kilolu olmayanlarda- yüksek kortizol reaktivitesi bildirilmiştir (110). Kortizol seviyesindeki artış, yemeyi tekikleyerek ve visseral yağ birikimini arttırarak daha fazla ağırlık artışına ve metabolik riske neden olmaktadır (111).

Başka bir çalışma, bu bağlantıyı fazla kilolu ve obez olan kadınlar arasında yakından incelemiş ve benzer şekilde, ağırlık ayrımcılığını daha sık deneyimleyenlerinin adipoziteden bağımsız olarak daha yüksek kan basıncı ve oksidatif stresle ilişkili olduğunu göstermiştir (112). Son zamanlarda ağırlık damgalanması ve CRP düzeyleri arasındaki ilişki incelenmeye başlanmıştır. Fazla kilolu ve obez katılımcılarla yapılan bir çalışmada 7394 kişi değerlendirilmiş ve ağırlık damgalanması deneyimi ile yüksek CRP düzeyleri arasında pozitif ilişki bulunmuştur (113). Buna ek olarak Amerika'da 938 bireyle yapılan MIDUS-II çalışmasında damgalanmaya bağlı bel/kalça oranı ve HbA1c seviyelerinin artışı rapor edilmiştir (114).

Ağırlık damgalanması ile fiziksel sağlık sonuçları arasındaki ilişkinin doğasının ne olduğu henüz net değildir. Ancak; damgalanmanın bir sonucu olarak artan stres deneyiminin, bu olumsuz sağlık sonuçlarının gelişiminde önemli bir güç olduğu düşünülmektedir (36). Fizyolojik yanıtlarının obezite ve buna bağlı sağlığa ilişkin olumsuz sonuçlara neden olup olmadığının belirlenmesi özellikle önemlidir ve daha fazla çalışma yapılmalıdır.

#### **2.7.6. Mortalite**

Elde edilen bulgular, vücut ağırlığından dolayı haksız muamelenin zararlı etkisinin psikolojik sıkıntı ve morbidite ile sınırlı olmadığını mortalite riskini de artırdığını göstermektedir. Ağırlık ayrımcılığının mortalite üzerindeki etkisi, diğer ayrımcılık biçimlerinden genel olarak daha güçlüdür. Ağırlığa dayalı ayrımcılık, fiziksel ve zihinsel sağlıktaki düşüşlere bağlı stresli bir sosyal deneyimdir. Bu zararlı ilişkinin mortalite riskini artırıp artırmadığını inceleyen bir araştırmada ağırlık damgalanmasının %60 oranında mortalite riskini arttırdığı gözlemlenmiştir. Literatür, ağırlık ayrımcılığının hareketsiz bir yaşam tarzı gibi davranışsal risk faktörleri ile ilişkili olduğunu ve mortalite riski ile ilişkiyi kısmen açıklayan komorbiditelerin olduğunu göstermektedir. Sosyal izolasyon, ekonomik kayıplar ve düşük sağlık hizmeti kalitesi gibi ağırlık damgalanmasının diğer sonuçları da rol oynayabilir. Bu bulgular, ağırlık ile ilişkili damgalamanın obezitenin kendisinden daha zararlı olabileceğini düşündürmektedir (36,115).

### **3. GEREÇ ve YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Yeri, Zamanı ve Örneklem Seçimi**

Araştırmanın örneklemini Şubat-Nisan 2018 yılı içerisinde Ankara’da bulunan özel iki diyet danışma merkezine başvuran ve çalışmada yer almayı gönüllü olarak kabul eden anket formunu tam ve hatasız dolduran 106 kadın 39 erkek toplam 145 fazla kilolu ve obez birey oluşturmaktadır. Bu çalışma Başkent Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu tarafından 21/11/2017 tarihinde onaylanmıştır (Proje no: KA17/282).

Araştırmanın amacına ulaşabilmek amacıyla fazla kilolu ve obez olarak kabul edilen ve bu çalışmaya gönüllü olarak katılmış 145 bireyden gözlem altında anket yöntemiyle cevaplar alınmıştır. Çalışmaya önemli psikiyatik bozukluğu olmayan, gebe veya emzikli olmayan, obezite ile ilgili cerrahi işlem geçirmemiş olan 18-64 yaş arası gönüllü bireyler dâhil edilmiştir. Çalışmaya katılmak isteyen bireylere "Bilimsel Araştırmalar İçin Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu" okunmuş ve kabul eden bireylerden anket sorularına cevaplar alınmıştır. Anketin uygulanabilmesi için Ankara’daki özel iki diyet danışma merkezi seçilmiştir.

#### **3.2. Verilerin Toplanması**

Araştırma verilerinin toplanması için 6 bölümden oluşan bir anket formu kullanılmıştır.

##### **3.2.1. Veri toplama araçları**

Anketin ilk kısmında katılımcıların demografik bilgileri toplanmıştır. (Ek-3) İkinci bölümde Damgalayıcı Durumlar Envanteri-Kısa (DDE-K) Türkçe'ye çevrilip uygulanmıştır. Üçüncü bölümde İçselleştirilmiş Kilo Önyargı Ölçeği (İKÖÖ), dördüncü bölümde Hollanda Yeme Davranışı Anketi (DEBQ) anketi, beşinci bölümde CES-Depresyon Ölçeği ve altıncı bölümde Rosenberg Benlik Saygısı Envanteri yer almaktadır.

Anket formu çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden fazla killu ve obez bireylere araştırmacı tarafından iletilmiş olup, anketle ilgili tüm bölümler hakkında sözel bilgilendirme yapılmıştır. Her katılımcıya anketi doldurmaları için 30 dakika süre tanınmış ve süre bitiminle araştırmacı tarafından katılımcıdan anket alınmıştır.

### **3.2.1.1. Kişisel bilgi formu**

Araştırmacı tarafından geliştirilen bu form; demografik, antropometrik özellikler ve sağlık bilgilerine yönelik sorular içermektedir. Katılımcıların diyetle başlamadan önceki ağırlıkları, diyet süreleri ve güncel ağırlıkları sorgulanmıştır. Aynı zamanda psikolojik destek alma ve antidepresan kullanım geçmişleri de sorgulanmıştır.

#### **3.2.1.1.1. Beden kitle indeksi (BKİ)**

Ankete katılan bireylerin BKİ değerleri beyanda buldukları kilogram cinsinden vücut ağırlıklarının, metre cinsinden boy uzunluklarının karesine bölünmesi ile hesaplanmış ve DSÖ'nün BKİ sınıflaması kullanılarak gruplandırılmıştır.

#### **3.2.1.2. Kullanılan ölçekler**

Katılımcılara 5 farklı ölçek uygulanmıştır. Bu ölçeklerden İçselleştirilmiş Kilo Önyargı Ölçeği (Ek-5), Hollanda Yeme Davranışı Anketi (Ek-6), CES-Depresyon Ölçeği (Ek-7) ve Rosenberg Benlik Sayığısı Envanteri (Ek-8), Türkçe literatürdeki diğer çalışmalardan alınarak kullanılmıştır. Damgalayıcı Durumlar Envanteri-Kısa (DDE-K) ise orijinal ölçeğin çevirisi yapılarak uygulanmış ve geçerlik ve güvenilirlik analizleri yapılmıştır. Bu ölçeğe ait geçerlik ve güvenilirlik analizlerinin sonuçları, çalışmanın ilerleyen kısımlarında ayrıntılı bir şekilde belirtilmiştir.

##### **3.2.1.2.1. Damgalayıcı durumlar envanteri-kısa (DDE-K)**

Damgalayıcı Durumlar Envanteri-Kısa 10 maddeden oluşan ve bireylerin vücut ağırlıklarından dolayı kendilerini kötü hissetmelerine veya kendilerinden utanç duymaya neden olan çeşitli durumlarla karşılaşma sıklıklarını inceleyen bir ölçektir. Yaygın olarak kullanılan Damgalayıcı Durumlar Envanteri'nin 50 maddeden oluşan bir ölçek olması pratikte uygulanması konusunda zorluklar oluşurmaktadır. Bu

nedenle Vartanian (84) tarafından 2015 yılında 10 maddeden oluşan kısa bir versiyonu geliştirilmiştir. Bu çalışmada da bu kısa versiyon kullanılmıştır. Maddelerde toplum içerisinde dikkat çekmek, aile bireyleri tarafından yapılan kaba yorumlar gibi bireylerin vücut ağırlıklarından dolayı karşılaştıkları olumsuz durumların bir listesi verilmekte olup bu durumlardan herhangi birinin başlarına gelip gelmediği ve ne sıklıkla olduğu sorgulanmaktadır. Sıklık sorgulanmasında 10'lu Likert (0: Hiç; 4:Yılda birkaç kez; 9: Her gün) kullanılmıştır ve katılımcıların ölçek içerisinde verdikleri durumlarla ne sıklıkla karşılaştıkları ölçülmüştür. Ölçeğin özgün İngilizce formunun cronbach-alpha katsayısı 0.91'dir.

Damgalayıcı Durumlar Envanteri-Kısa(DDE-K) ölçeğin çevirisi için, literatürde ölçeklerin çevrilme sürecinde önerilen standart çeviri-geri çeviri yöntemi kullanılmıştır (116). Özgün İngilizce anket formları, Başkent Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Bölümünde öğretim üyesi olan üç kişi tarafından Türkçeye çevrilmiştir. Elde edilen üç Türkçe anketteki maddeler karşılaştırılmış ve aynı çeviriye sahip maddeler belirlenmiştir. Aynı çeviriye sahip maddelerin İngilizceye tekrar geri çevirisi yapılarak orijinal ölçek ile karşılaştırılmıştır. Birbirine en yakın çeviriler ile Türkçe anketin son şekli verilmiştir. Envanterdeki maddelerin anlaşılma durumunu, maddelerin sırasının doğru olup olmadığı, ölçeğin yaklaşık kaç dakikada doldurulabileceğini saptamak için yaklaşık 10 katılımcıya uygulanmış ve onların düşünce ve önerileri göz önüne alınarak gerekli düzeltmeler yapılmıştır. Yapılan hesaplamalar sonucunda Türkçe DDE-K'nin cronbach-alpha katsayısı 0.852 olarak bulunmuştur.

### **3.2.1.2.2. İçselleştirilmiş kilo önyargı ölçeği (İKÖÖ)**

Pearl ve Puhl (117) tarafından 2014 yılında geliştirilmiş olan İKÖÖ, fazla kilolu ya da obez bireylerin vücut ağırlıklarına ilişkin var olan önyargıları ne derecede içselleştirdiklerini ölçmeyi amaçlayan bir ölçektir. Yedili Likert (1: Kesinlikle Katılmıyorum; 7: Kesinlikle Katılıyorum) olarak hazırlanan bu ölçek “Kilomdan dolayı diğer birçok insana göre daha az çekiciyim.”, “Ne zaman kilom aklıma gelse kendimi depresif hissediyorum” tarzında maddeler vardır. Ayrıca 2 madde (“Fazla kilolu bir birey olarak, herkes kadar yetkin olduğumu hissediyorum”, “Olduğum vücut ağırlığından memnunum/mutluyum”) ankette ters olarak sorulmuştur. Bu ölçek

içerisindeki yüksek puanlar katılımcıların var olan önyargıları kabul ederek içselleştirdiklerini göstermektedir.

Ölçeğin özgün İngilizce formunun iç tutarlık katsayısı 0.94 olarak bulunmuştur. Ülkemizde bu ölçeğin Türkçe çevirisinin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Apay ve ark. (118) tarafından 2015 yılında yapılmış ve gelecek çalışmalar için uygunluğu ortaya konmuştur.

### **3.2.1.2.3. Hollanda yeme davranışı anketi (DEBQ)**

DEBQ 1986 yılında Van Strein ve arkadaşları (120) tarafından geliştirilmiştir. 33 maddeden oluşan anket; duygusal yeme davranışlarını (örneğin; mutsuz olduğunuz zaman tatlı yer misiniz?), dışsal yeme davranışlarını ( yediğiniz şeyin kokusu çok güzelse, normalde yediğinizden daha fazla yer misiniz) ve kısıtlanmış yeme davranışlarını (şişmanlamamak için yemek istediğinizden daha az yer misiniz) değerlendiren 3 alt ölçekten oluşmaktadır. Ölçeğin ilk 1-10. maddeleri dışsal, 11-23. maddeleri duygusal, 24-33. maddeleri ise kısıtlayıcı yeme stillerini ölçmektedir. Beşli Likert ile cevaplanmış olan ölçekte “1:Hiçbir zaman”, “5:Sık sık” değerlerini ifade etmektedir. Ölçekteki 31. madde ters olarak sorulmuş ve analizlere geçmeden önce gerekli düzeltmeler yapılmıştır.

DEBQ'nun orijinal çalışmasında elde edilen Cronbach alpha iç tutarlılık katsayıları duygusal yeme davranışı alt ölçeği için; 0.95, dışsal yeme davranışı alt ölçeği için; 0.81 ve kısıtlanmış yeme davranışı alt ölçeği için; 0.95 bulunmuştur (119). Ülkemizde ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışması Bozan ve ark. tarafından 2009 yılında yapılmıştır. Alt ölçekler için Cronbach alpha değerleri ise 0.90 (dışsal yeme) ile 0.97 (duygusal yeme) arasındadır. Tüm ölçeğin iç tutarlılık katsayısı ise 0.94 olarak bulunmuştur (120).

### **3.2.1.2.4. CES-Depresyon ölçeği (CES-D)**

CES-Depresyon ölçeği Amerikan Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü tarafından genel popülasyonun depresif belirtilerinin değerlendirilmesi için bilimsel çalışmalarda kullanılmak üzere geliştirilen kısa öz bildirim ölçeğidir (121). Ölçekte 20 madde bulunmakta olup geçen haftaya dair duygu ve düşüncelerle ilgili sorular sormaktadır. Ankette yer alan maddeler, 4'li Likert skalası ile değerlendirmektedir. Ölçekte,



“Genellikle canımı sıkmayan şeyler canımı sıktı”, “Kendimi depresyonda hissettim” gibi sorulara “0:Hiçbir zaman-Nadiren (1 günden az)” ve “3:Çokça-Çoğu zaman (5-7 gün)” şeklinde cevaplar verilmiştir. Puanlama: “Hiçbir Zaman-Nadiren (1 günden daha az)” cevabı 0, “Birazcık-Birkaç Kez (1-2 gün)” cevabı 1, “Arada Sırada-Bazen (3-4 gün)” cevabı 2 ve “Çokça-Çoğu Zaman (5-7 gün)” cevabı 3 olarak puanlanmaktadır. Puanlamada 4, 8, 12 ve 16 numaralı maddeler ters yönlü olarak puanlanmaktadır. Katılımcılar vermiş oldukları cevaplara göre 0 ile 60 arasında puanlar almaktadırlar. Yüksek puanlar kişilerin yüksek düzeyde depresyonda olduklarını göstermektedir. Her ne kadar genel kabul görmüş kesim noktaları olmasa da ölçeğin kullanıldığı birçok çalışmada 0-15 arası puanlar kişilerin depresyon içerisinde olmadıklarını, 16-20 arası puanlar hafif düzeyde bir depresyonu, 21-30 arası puanlar orta dereceli bir depresyon düzeyine işaret etmektedir. Otuzbir ve üzeri puanlar ise ciddi bir depresyon düzeyini belirtmektedir (2). Ölçek kapsamında alınan cevapların Cronbach’s Alpha değeri 0.842 olarak bulunmuştur.

Ülkemizde CES-Depresyon Ölçeğinin Türkçe’ye uyarlanması Tatar ve Saltukoğlu (122) tarafından 2010 yılında gerçekleştirilmiştir. Ölçeğin iç tutarlık katsayısı 0,75 ile 0,90 arasında, Guttman iki yarım test güvenilirliği 0,89, iki hafta arayla yapılan test-tekrar test güvenilirlik katsayısı 0,69 olarak bulunmuştur.

### **3.2.1.2.5. Rosenberg benlik saygısı envanteri**

Rosenberg benlik saygısı envanteri 1963 yılında Morris Rosenberg (123) tarafından geliştirilmiştir. Bu ölçek ile kişilerin benlik saygısı seviyelerinin ölçülmesi amaçlanmıştır. Ülkemizde ölçeğin geçerlik ve güvenilirliği Çuhadaroğlu tarafından yapılmış ve güvenilirlik kat sayısı 0.71 olarak bulunmuştur (124). Test-tekrar test güvenilirlik yöntemi kullanılarak da güvenilirlik kat sayısı 0.75 olarak saptanmıştır. Ölçek 12 alt ölçeği kapsayan 63 sorudan oluşmaktadır. Araştırmamız kapsamında benlik saygısının ölçen ilk 10 maddesi kullanılmıştır. Envanterdeki 1, 2, 4, 6, 7. maddeler olumlu benlik değerlendirmesini sorgulamakta olup, 3’den 0’a kadar değişen puanlama yapılırken, 3, 5, 8, 9, 10. maddeler olumsuz benlik değerlendirmesini sorgulamakta olup, 0’dan 3’e kadar değişen bir puanlama yapılmaktadır. Gerekli düzenlemeler ile kişiler 0 ile 30 arasında puanlamalar almaktadırlar. Yüksek puanlar

kişilerin benlik saygılarının yüksek olduğunu gösterirken 15'in altındaki puanlar düşük bir benlik saygısı olarak kabul edilmektedir.

### **3.3. Verilerin İstatistiksel Olarak Değerlendirilmesi**

Araştırma kapsamında katılımcıların yaş, cinsiyet gibi demografik özelliklerinin; ağırlık, diyet süresi gibi sağlıkla ilgili özelliklerinin anket kapsamında sorulmuş olan ölçeklerdeki değişkenler üzerindeki etkileri incelenmiş ve ayrıca yine bu değişkenler arasındaki ilişkiler ortaya konmuştur.

Öncelikle elde edilen demografik özellikleri ve sağlıkla ilgili kategorik veriler, frekans tabloları şeklinde gösterilmiştir. Diğer taraftan anket kapsamında toplanan nicel değişkenler ise aritmetik ortalamaları, standart sapmaları, medyanları, minimum ve maksimum değerleri verilerek özet olarak gösterilmiştir. Merkezi limit teoremi baz alınarak verilerin normal dağılım gösterdiği varsayılmış ve elde edilen verilerin analizi için parametrik yöntemler kullanılmıştır.

Analizlerde bağımsız grup ortalamalarının karşılaştırılması için iki gruplu verilerde t testi, 3 veya daha fazla gruplu verilerde ise tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanılmıştır. Anova testlerinde anlamlı sonuç bulunduğu takdirde grup ortalamalarını karşılaştırabilmek amacıyla post hoc testlerinden Tukey testi kullanılmıştır. Grup ortalamalarının farklılığı %5 anlamlılık düzeyine göre incelenmiştir. Nicel verilerin arasındaki ilişkilerin incelenmesi amacıyla pearson korelasyon analizinden faydalanılmıştır. Nitel değişkenlerden oluşan grupların karşılaştırılması için ki-kare testi kullanılırken gözlem sayısı 5'ten küçük olan hücrelerin bulunması durumunda Likelihood Ratio testi uygulanmıştır Bu analizde elde edilen sonuçlar %5 anlamlılık düzeyine göre belirtilmiştir.

Ayrıca DDE-K'nin geçerlik ve güvenilirlik analizleri de çalışma kapsamında yapılmıştır. Bu amaçla KMO ve Bartlett testleri uygulanarak ölçeğin faktör analizine uygunluğu araştırıldıktan sonra açıklayıcı faktör analizi uygulanmıştır. Ardından ölçeğin Cronbach's Alpha katsayısı hesaplanarak güvenilirliği gösterilmiştir. Bahsi geçen grup ortalamaları karşılaştırma, ilişki ve geçerlilik ve güvenilirlik analizler için SPSS 20.0 istatistik paket programı kullanılmıştır.

## 4. BULGULAR

### 4.1. Katılımcıların Özellikleri

#### 4.1.1. Katılımcıların Cinsiyete Göre Demografik Özellikleri

Çalışmaya katılan bireylerin %73,1'i kadın iken %26,9'u erkektir. Katılımcıların medeni durumlarına göre dağılımı incelendiğinde; %58.6'sı evli, %41.4'ü bekâr/boşanmış/duldur. Eğitim düzeylerine bakıldığında %9.7'sinin ilköğretim mezunu, %24.1'inin lise mezunu ve %66.2'sinin de üniversite mezunu olduğu saptanmıştır. Var olan demografik bilgiler ki-kare testi ile incelenmiş ve elde edilen sonuçlar Tablo 4.1.1.'da belirtilmiştir. Bulunan bu sonuçlar yaş gruplarının, medeni halin ve eğitim düzeylerinin cinsiyete göre değişmediğini göstermektedir.

**Tablo 4.1.1. Katılımcıların cinsiyete göre demografik özellikleri**

	Kadın (n=106)		Erkek (n=39)		Toplam (n=145)	
	S	%	S	%	S	%
<b>Yaş grubu ( yıl)</b>						
30 Yaş ve Altı	19	17.9	14	35.9	33	22.7
31 – 40 Yaş Arası	42	39.6	8	20.6	50	34.5
41 – 50 Yaş Arası	30	28.3	10	25.6	40	27.6
51 Yaş ve Üstü	15	14.2	7	17.9	22	15.2
$\chi^2=7.410$ p=0.06						
<b>Medeni durum</b>						
Evli	66	62.3	19	48.7	85	58.6
Bekâr/ Boşanmış/ Dul	40	37.7	20	51.3	60	41.4
$\chi^2=2.157$ p=0.142						
<b>Eğitim düzeyi</b>						
İlköğretim	11	10.4	3	7.7	14	9.7
Lise	26	24.5	9	23.1	35	24.1
Üniversite	69	65.1	27	69.2	96	66.2
$\chi^2=0.311$ p=0.856						

Ki-Kare testi

#### 4.1.2. Katılımcıların Cinsiyete Göre Yaş İstatistikleri

Katılımcıların cinsiyetlere göre yaş istatistikleri Tablo 4.1.2.' de gösterilmiştir. Kadınların yaş ortalaması  $40.13 \pm 10.5$ ' dir. Erkeklerde ise yaş ortalaması  $38.36 \pm 11.61$ ' dir. En genç katılımcı 18 yaşında bir erkekken en yaşlı katılımcı ise 64 yaşında bir kadın olmuştur. Erkek ve kadın katılımcıların ortalama yaşları arasında bir fark olup olmadığı t-testi ile test edilmiştir. Yapılan analizin ardından grup ortalamaları arasındaki 1,77 puanlık farkın istatistiksel olarak anlamlı ( $p=0.368$ ) olmadığı anlaşılmıştır.

**Tablo 4.1.2. Katılımcıların cinsiyete göre yaş istatistikleri**

Cinsiyet	Yaş istatistikleri		
	$\bar{X}$	SS	Medyan (Alt-Üst)
<b>Kadın (n=106)</b>	40.13	10.5	39 (19-64)
<b>Erkek (n=39)</b>	38.36	11.61	39 (18-60)
<b>Toplam (n=145)</b>	39.66	10.49	39 (18-64)

t-testi

### 4.1.3. Katılımcıların Cinsiyete Göre Ağırlık ve BKİ İstatistikleri

Tablo 4.1.3. incelendiğinde katılımcıların diyet öncesindeki ortalama ağırlıkları,  $96.88 \pm 14.81$  kg iken bu ağırlığın uygulanan diyet programları ardından  $88.80 \pm 12.50$  kg'e düştüğü gözlemlenmektedir. Kadınlarda ortalama ağırlık  $93.17 \pm 13.15$  kg'den  $85.41 \pm 11.22$  kg'ye düşerken erkeklerde bu durum  $106.98 \pm 14.53$  kg'den  $98.02 \pm 11.17$  kg'e şeklinde olmuştur. Ortalama ağırlık kaybı 145 katılımcı için  $8.04 \pm 7.40$  kg'dır.

Katılımcıların uyguladıkları diyet sonucunda yaşamış oldukları ağırlık kaybının istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığı bağımlı örnek t testi ile incelenmiştir. Elde edilen sonuçlar hem erkeklerde, hem kadınlarda hem de toplamda ağırlık kayıplarının anlamlı düzeyde olduğunu göstermiştir. Yapılan analizler güncel ağırlık değerlerinin anlamlı derecede başlangıç ağırlık değerinden daha düşük olduğunu göstermiştir. Ayrıca yine kadın ve erkek katılımcılara uygulanan diyet programlarının ardından yaşanan ağırlık kayıplarının cinsiyete göre farklılık gösterip göstermediği de t-testi ile incelenmiştir. Elde edilen anlamlılık düzeyi ( $p=0.387$ ) var olan 1.2 kg farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığını göstermiştir.

Elde edilen verilere göre katılımcıların ortalama BKİ değeri diyet öncesinde  $35.75 \text{ kg/m}^2$  iken bu değer uygulanan diyet programları sonrasında  $32.70 \text{ kg/m}^2$ 'ye düşmüştür. Hem diyet öncesi hem de diyet sonrası erkek katılımcıların BKİ'sinin kadınların değerlerinden daha düşük olduğu görülmektedir. Diyet öncesi en yüksek BKİ değeri  $60.44 \text{ kg/m}^2$  ile bir kadın katılımcının iken güncel BKİ değerleri arasında en yüksek değer  $49.33 \text{ kg/m}^2$  ile bir erkek katılımcıya aittir.

Katılımcıların başlangıç BKİ değerleri ile diyet sonrasındaki güncel BKİ değerleri bağımlı örnek t testi ile incelenmiştir. Yapılan analizler güncel BKİ değerlerinin hem erkekler hem kadınlar hem de toplam için anlamlı derecede başlangıç BKİ değerinden daha düşük olduğunu göstermiştir. Aynı zamanda erkek ve kadın katılımcıların diyet öncesi başlangıç BKİ ve güncel BKİ değerlerinin ortalamaları t-testi yardımıyla karşılaştırılmıştır. Elde edilen sonuçlar hem diyet öncesi başlangıç BKİ değerlerinin ( $p=0.186$ ) hem de güncel BKİ değerlerinin ( $p=0.205$ ) cinsiyete göre anlamlı bir farklılık göstermediğini ortaya koymuştur.

**Tablo 4.1.3. Katılımcıların cinsiyete göre ağırlık ve BKİ istatistikleri**

	Cinsiyet								
	Kadın (n=106)			Erkek (n=39)			Toplam (n=145)		
	$\bar{X}$	SS	Alt-Üst	$\bar{X}$	SS	Alt-Üst	$\bar{X}$	SS	Alt-Üst
Başlangıç Ağırlığı	93.17	13.15	70-163	106.98	14.53	83.4-143	96.88	14.81	70-143
Güncel Ağırlık	85.41	11.22	64.30-122	98.02	11.17	80-125	88.8	12.50	64.30-125
Ağırlık Kaybı	7.76	7.25	0-32	8.96	7.77	0.5-40	8.04	7.40	0-40
		*t=11.01 (p<0.001)			*t=7.20 (p<0.001)			*t=13.17 (p<0.001)	
Başlangıç BKİ	36.11	5.27	27.17-60.44	34.80	5.11	26.62-53.30	35.75	5.25	26.62-60.44
Güncel BKİ	32.99	4.40	25.39-47.55	31.97	4.45	25.73-49.33	32.70	4.43	25.39-49.33
		**t=9.67 (p<0.001)			**t=7.77 (p<0.001)			**t=11.96 (p<0.001)	

\* Başlangıç-güncel ağırlık bağımlı örneklem t testi

\*\* Başlangıç-güncel BKİ bağımlı örneklem t testi

#### 4.1.4. Katılımcıların Cinsiyete Göre Diyet Süreleri İstatistikleri

Katılımcıların uyguladıkları diyet süresi de araştırma kapsamında sorulmuştur. Buna göre katılımcıların ortalama  $10.23 \pm 9.79$  hafta diyet yaptıkları belirlenmiştir. Kadın ve erkek katılımcıların diyet süreleri arasındaki farklılık t-testi ile incelenmiş ve birbirine oldukça yakın olan ortalamaların bir farklılık oluşturmadığı ( $p=0.881$ ) görülmüştür. Ayrıca yapılan korelasyon analizi sonucunda katılımcıların diyet süreleri ile yaşamış oldukları ağırlık kaybı arasında güçlü bir ilişki ( $r=0.881$ ;  $p<0.001$ ) olduğu görülmüştür.

**Tablo 4.1.4.1. Katılımcıların cinsiyete göre diyet süreleri istatistikleri**

Cinsiyet	Diyet Süresi (hafta)		
	$\bar{X}$	SS	Medyan (Alt-Üst)
<b>Kadın (n=106)</b>	10.16	9.40	8 (1-40)
<b>Erkek (n=39)</b>	10.44	10.91	7 (1-56)
<b>Toplam (n=145)</b>	10.23	9.79	8 (1-56)

t testi

**Tablo 4.1.4.2. Katılımcıların diyet süresi ile ağırlık kaybı arasındaki ilişki**

Değişkenler	Diyet Süresi (hafta)	
	r	p
<b>Ağırlık Kaybı</b>	0.881	<0.001

#### 4.1.5. Katılımcıların Cinsiyete Göre BKİ Grup Dağılımları

Katılımcıların BKİ sınıfları incelendiğinde güncel verilere göre hem kadınların hem de erkeklerin büyük çoğunluğunun Obez-I sınıfında yer aldığı görülmektedir. Diyet öncesinde 145 katılımcıdan 10 tanesi fazla kilolu kategorisinde iken güncel verilerde bu sayı 37'e yükselmiştir. Yine diyet öncesinde 24 katılımcı Obez-III kategorisinde iken bu sayı yapılan diyetlerle birlikte 8'e düşmüştür.

Araştırma kapsamında incelenen katılımcıların güncel BKİ sınıflamalarının cinsiyet göre değişip değişmediğini belirlemek amacıyla Likelihood Ratio testi uygulanmıştır. Elde edilen anlamlılık değeri ( $p=0.386$ ) BKİ sınıflamalarının cinsiyete göre değişmediğini göstermiştir. Benzer şekilde diyet programları öncesindeki BKİ sınıflamalarının da cinsiyete göre değişip değişmediği test edilmiştir ve yine benzer şekilde yapılan Likelihood Ratio testinin ardından başlangıç BKİ sınıflarının da cinsiyetten bağımsız olduğu bulunmuştur.

Katılımcıların başlangıç BKİ grup kategorileri ile diyet sonrasındaki güncel BKİ grup kategorilerinin kıyaslaması incelenmiştir. Cinsiyetler kendi içlerinde başlangıç ve güncel olarak incelenmiş ve hem kadın ( $LR=1.906$  ;  $p=0.592$ ) hem de erkeklerde ( $LR=3.037$  ;  $p=0.386$ ) gerçekleşen bu değişimin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı gözlenmiştir.



**Tablo 4.1.5. Katılımcıların cinsiyete göre BKİ grup dağılımları**

	Kadın (n=106)				Erkek (n=39)				Toplam (n=145)			
	Başlangıç		Güncel		Başlangıç		Güncel		Başlangıç		Güncel	
BKİ grup	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%
Fazla Kilolu	7	6.6	22	20.8	3	7.7	9	23.1	10	6.9	37	21.4
Obez-I	42	39.6	51	48.1	20	51.3	23	59	62	42.8	74	51
Obez-II	38	35.9	27	25.4	11	28.2	5	12.8	49	33.7	32	22.1
Obez-III	19	17.9	6	5.7	5	12.8	2	5.1	24	16.6	8	5.5

\*LR=1.906 ; p=0.592 \*LR=3.037 ; p=0.386

\* Cinsiyetlerin kendi içindeki başlangıç-güncel BKİ sınıfı değişimi Likelihood Ratio testi

#### 4.1.6. Katılımcıların Hastalık Bilgileri

Katılımcıların %46.9' u doktor tarafından tanısı konulmuş bir hastalıkları olduğunu belirtmişlerdir. Tanısı konmuş hastalıkları olan katılımcıların %48.53'ü diyabet iken %35.29'u endokrin hastalıklarının olduğunu bildirmişlerdir. Bunları sırasıyla %26.47'lik oranla hipertansiyon ve %25'lik oranla kalp ve damar hastalıkları takip etmektedir. %1.47 oranla kanser, anksiyete ve yeme bozukluğu olduğu da bildirilmiştir.

**Tablo 4.1.6. Hastalık Bilgileri**

Hastalık Türü	Evet	
	S	%
<b>Tanısı Konulmuş Hastalık</b>	<b>68</b>	<b>100</b>
Kalp-Damar Hastalıkları	17	25
Diyabet	33	48.53
Hipertansiyon	18	26.47
Sindirim Sistemi Hastalıkları	4	5.88
Solunum Sistemi Hastalıkları	7	10.29
Kas-İskelet Sistemi Hastalıkları	5	7.35
Endokrin Hastalıklar	24	35.29
Vitamin-Mineral Yetersizliği	7	10.29
Kanser	1	1.47
Anksiyete	1	1.47
Yeme Bozukluğu	1	1.47

\*Birden fazla hastalık söz konusudur. Yüzdeler cevaba göre alınmıştır.

#### 4.1.7. Katılımcıların Cinsiyete Göre Psikolojik Destek ve Antidepresan Alma Durumları

Katılımcıların %11.7'si psikolojik destek aldıklarını söylerken bu oran erkeklerde %17.9'luk oranla kadınlara (%9.4) göre daha yüksek olmuştur. Yine katılımcıların %20'si her ne kadar anket yapıldığı dönemde psikolojik destek almıyor olsalar da daha önce aldıklarını belirtmişlerdir. Katılımcılardan 45'i antidepresan kullandıklarını bildirirken bunlardan 28'i psikolojik destek aldıkları dönemde antidepresan kullandıklarını fakat şuan kullanmadıklarını bildirmişlerdir. Antidepresan kullanım oranlarının kadınlarda ve erkeklerde birbirine oldukça yakın olduğu görülmektedir. Kadınların ve erkeklerin psikolojik destek alma durumları ile antidepresan kullanım oranları ki-kare testi ile karşılaştırılmıştır. Elde edilen sonuçlar, her iki oranın da kadın ve erkeklerde bir farklılık göstermediğini ortaya koymuştur.

**Tablo 4.1.7 Katılımcıların cinsiyete göre psikolojik destek ve antidepresan alma durumları**

	Kadın		Erkek		Toplam	
	S	%	S	%	S	%
<b>Psikolojik destek alma durumu</b>						
Daha önce aldım	21	19.8	7	17.9	28	19.3
Evet hala alıyorum	10	9.4	7	17.9	17	11.7
Hayır hiç almadım	75	70.8	25	64.2	100	69.0
$\chi^2=1.997$ p=0.368						
<b>Antidepresan kullanma durumu</b>						
Evet kullandım	32	30.2	13	33.3	45	31.0
Hayır kullanmadım	74	69.8	26	66.7	100	69.0
$\chi^2=0.132$ p=0.717						

Ki-kare testi

#### 4.1.8. Katılımcıların Cinsiyete göre Antidepresan Kullanım Süreleri

Antidepresan kullanan katılımcılara ne kadar süre ile kullandıkları sorulmuştur. Elde edilen veriler Tablo 4.1.8.'de belirtilmiştir. Buna göre antidepresan kullanan 32 kadın katılımcının kullanım süresi ortalaması  $21.72 \pm 39.92$  hafta iken 13 erkek katılımcının  $27.31 \pm 29.90$  haftadır. En uzun süre 180 hafta kullanılmış iken en kısa süre ise 2 hafta kullanılmıştır. Kadınların ve erkeklerin antidepresan kullanım süreleri arasındaki fark t-testi ile incelenmiş ve anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür.

**Tablo 4.1.8. Katılımcıların cinsiyete göre antidepresan kullanım süreleri istatistikleri**

Cinsiyet	Antidepresan kullanım süresi (hafta)		
	$\bar{X}$	SS	Medyan (Alt-Üst)
<b>Kadın (n=32)</b>	21.72	39.92	6 (2-180)
<b>Erkek (n=13)</b>	27.31	29.90	18 (6-120)
<b>Toplam (n=45)</b>	23.33	37.05	12 (2-180)

t-testi

#### 4.1.9. Katılımcıların Cinsiyete Göre Sigara ve Alkol Tüketimi

Katılımcıların %11.7' si sigarayı daha önceden içtiğini ve sonra bıraktığını, %44.9' u hala kullandığını ve %43.4' ü de hiç içmediğini belirtmiştir. Sigara kullanımının erkeklerde (%53.8) kadınlardan (%41.5) daha yüksek olduğu görülmektedir. Katılımcıların %34.5' i alkol içtiğini ve %65.5' i de hiç içmediğini belirtmiştir. Ayrıca alkol kullanım oranı erkeklerde (%53.8) kadınlara (%27.4) oranla oldukça yüksek görülmektedir. Yapılan analiz sonucunda sigara kullanımında cinsiyetler arasında bir farklılık olmadığı tespit edilmişken alkol kullanımında

erkeklerin kadınlara göre daha yüksek bir oranda alkol kullandıkları (p=0.003) görülmüştür. Alkol içen katılımcılara günlük tükettikleri ortalama alkol miktarını sorulduğunda sosyal içici ( hafta sonları 1- 2 kadeh alkol) olarak tükettiklerini belirtmişlerdir.

**Tablo 4.1.9. Katılımcıların cinsiyete göre sigara ve alkol tüketim durumu**

	Kadın		Erkek		Toplam	
	S	%	S	%	S	%
<b>Sigara kullanma durumu</b>						
Daha önce içtim ve bıraktım	11	10.4	6	15.4	17	11.7
Evet hala kullanıyorum	44	41.5	21	53.8	65	44.9
Hayır hiç içmedim	51	48.1	12	30.8	63	43.4
$\chi^2=3.552$ p=0.169						
<b>Alkol kullanma durumu</b>						
Evet içiyorum	29	27.4	21	53.8	50	34.4
Hayır içmiyorum	77	72.6	18	46.2	95	65.6
$\chi^2=8.854$ p=0.003						

Ki-kare testi

#### **4.1.10. Katılımcıların Cinsiyete Göre Düzenli Yürüyüş ve Düzenli Uyku Durumları**

Katılımcıların %35.1' si düzenli yürüyüş egzersizi yapmadığını bildirirken, %41.4' ü 90 dakikadan az, %15.2 'si 91-200 dakika arası ve %8.3'ü de 200 dakikadan fazla düzenli yürüyüş egzersiz yaptıklarını bildirmişlerdir. Likelihood Ratio testi ile cinsiyetler arasındaki yürüyüş süresi farkı incelenmiş ve anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür (p=0.002).

Uyku durumuna bakıldığında katılımcıların %29.7'si düzenli uyuyamazken, %60.7' si düzenli uyduğunu ve %9.7' si de sadece hafta içi düzenli uyduğunu bildirmiştir. Düzenli uykuya sahip olmayanların oranı ise erkeklerde yaklaşık %39, kadınlarda ise yaklaşık %26'dır. . Katılımcıların düzenli uyku durumları cinsiyetler açısından ki-kare testi ile karşılaştırılmış ve anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür.

**Tablo 4.1.10. Katılımcıların cinsiyete göre düzenli yürüyüş ve düzenli uyku durumları**

	Kadın		Erkek		Toplam	
	S	%	S	%	S	%
<b>Yürüyüş süresi (hafta)</b>						
Düzenli yürüyüş yapmıyorum	39	36.8	12	30.7	51	35.1
90 dakikan az	45	42.5	15	38.5	60	41.4
91 – 200 dakika	19	17.9	3	7.7	22	15.2
200 dakikadan fazla	3	2.8	9	23.1	12	8.3
LR=16.493 p=0.002						
<b>Düzenli uyku durumu</b>						
Evet	69	65.1	19	48.7	88	60.7
Hayır	28	26.4	15	38.5	43	29.7
Sadece hafta içi	9	8.5	5	12.8	14	9.6
$\chi^2=3.209$ p=0.201						

Likelihood Ratio Testi / Ki-kare Testi

## **4.2. Damgalayıcı Durumlar Envanteri-Kısa Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenirlik Analizleri Sonuçları**

Araştırma kapsamında kullanılan ölçeklerden biri olan Damgalayıcı Durumlar Envanteri, Türkçe literatürde olmadığı için orijinal metinden çevirisi yapılarak kullanılmıştır. Yapılan çevirinin ardından çalışmanın analiz kısmında ölçek sonuçlarının kullanılabilmesi için, ölçeğin geçerlik ve güvenirlik analizi yapılmıştır. Bu amaçla ölçeğin güvenirliliğini saptamak için Cronbach's Alpha katsayısı ve geçerliğini saptamak için açıklayıcı faktör analizi uygulanmıştır.

### **4.2.1. DDE-K Ölçeğinin Açıklayıcı (Explanatory) Faktör Analizi**

Çevirisi yapılan bu ölçeğin, geçerliğini göstermek amacıyla açıklayıcı faktör analizi uygulanmıştır. Faktör analizi ölçekteki maddelerin benzer bir yapıyı ölçüp

ölçmediğini incelemek amacıyla kullanılan güçlü bir tekniktir. Ancak bu analizin uygulanabilmesi için öncelikle analize uygulanmasının test edilmesi gerekir. Bu amaçla ölçeklere Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ve Bartlett testleri uygulanmıştır.

Kaiser-Meyer-Olkin testi verinin örneklem büyüklüğünün faktör analizi yapmaya ne kadar uygun olduğunu göstermektedir. Faktör analizinin uygulanabilmesi için KMO değerinin 1'e yakın olması beklenmektedir. Bu değer 0,5'in altında olması ise faktör analizinin uygulanamaz olduğunu gösterir. KMO katsayısının sınıflaması aşağıdaki gibidir;

- 1,00  $\geq$  KMO Değeri > 0,90 ise mükemmel
- 0,90  $\geq$  KMO Değeri > 0,80 ise çok iyi
- 0,80  $\geq$  KMO Değeri > 0,70 ise iyi
- 0,70  $\geq$  KMO Değeri > 0,60 ise orta
- 0,60  $\geq$  KMO Değeri > 0,50 ise zayıf
- 0,50  $\geq$  KMO Değeri, ise kabul edilemez olarak yorumlanır.

Bartlett testi ise ölçekteki maddeler arasındaki korelasyonu test ederek faktör analizine uygunluğu inceler. Faktör analizinin uygulanabilmesi için maddeler arasında çok yüksek bir korelasyon olması gerekmektedir. Yapılan testin sonucunda sıfır hipotezinin reddedilmesi faktör analizine uygunluğu gösterir.

**Tablo 4.2.1.1. DDE-K'nin Kaiser-Meyer-Olkin ve Bartlett Testleri**

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy	0.855	
Bartlett's Test of Sphericity	Ki-Kare	567.81
	df	45
	Sig.	.000

Tablo 4.2.1.1. görüldüğü üzere KMO değeri 0.855 çıkmıştır ki Damgalayıcı Durumlar Envanterinin, faktör analizi için örneklem büyüklüğünün çok iyi bir uygunluğa sahip olduğunu göstermektedir. Ayrıca Bartlett testinde de  $p < 0.001$  çıkmış

olması faktör analizinin yapılabilir olduğunu göstermiştir. Damgalayıcı Durumlar Envanterinin faktör analizi için uygun olduğu belirlendikten sonra ölçeğin geçerliğini ölçmek amacıyla faktör analizi gerçekleştirilmiştir.

**Tablo 4.2.1.2. DDE-K Ölçeğine İlişkin Faktör Boyutları ve Yükleri**

	<b>Boyut-1</b>	<b>Boyut-2</b>
Madde-6	0.810	
Madde -3	0.805	
Madde -8	0.780	
Madde -10	0.720	
Madde -4	0.658	
Madde -2	0.657	
Madde -7	0.632	
Madde -9	0.622	
Madde -5		-0.642
Madde -1		0.602

Damgalayıcı Durumlar Envanterine ilişkin faktör analizindeki ilk sonuç, eigenvalue değeri 1'den yüksek olan 2 boyutlu bir yapı oluşmuştur. Ancak ölçeğin orijinal halinden bilinmektedir ki bu envanter tek boyutlu bir yapıdan oluşmaktadır. Bu ikili yapıda 1. ve 5. maddeler ikinci boyuta dâhil olmuşlardır. Faktör döndürme tekniği uygulanarak tek boyutlu yapı sağlanmaya çalışılmış fakat sonuç değişmediği için bu maddeler ölçekten çıkarılmıştır. 1. ve 5. maddeler çıkarılarak analiz tekrarlandığında beklenen tek boyutlu yapı gerçekleşmiştir.



**Tablo 4.2.1.3. DDE-K'nın Tek Boyutlu Yapısı**

	<b>Boyut-1</b>
Madde-6	0.823
Madde -3	0.817
Madde -8	0.781
Madde -10	0.738
Madde -2	0.652
Madde -4	0.646
Madde -7	0.637
Madde -9	0.634

Elde edilen bu tek boyutlu yapının var olan sorulardaki değişkenliği açıklama oranı %51.89'dur. %50'nin üzerinde açıklayıcılığa ulaşılması faktör analizi için yeterli kabul edilmektedir.

#### **4.2.2. Damgalayıcı Durumlar Envanteri-Kısa Ölçeğinin Güvenirlik Analizleri Sonuçları**

Açıklayıcı faktör analizinin ardından ölçeğın Cronbach's Alpha katsayısı hesaplanmıştır. Cronbach's Alpha katsayısı ölçekte yer alan maddelere verilen cevapların homojen bir yapıya sahip olup olmadığını tespit etmekte kullanılan bir analizdir. Elde edilen katsayının 1'e yakın olması ölçeğın güvenilir olduğunu gösterir. Elde edilen katsayının 0.4'ün altında olması ölçeğın güvenilir olmadığını gösterir ki bu durumda analizlere devam etmek doğru olmayacaktır. Cronbach's Alpha katsayısının sınıflaması aşağıdaki gibidir;

0.80-1.00	Yüksek güvenilirlik
0.60-0.79	Güvenilir
0.40-0.59	Düşük güvenilirlik
0.00-0.39	Güvenilir değil

Yapılan hesaplamalar sonucunda Damgalayıcı Durumlar Envanteri-Kısanın Cronbach's Alpha katsayısı 0.848 olarak bulunmuştur ve yüksek güvenilirlik gösterdiği bulunmuştur. Tablo 4.2.2.'de düzeltilmiş madde korelasyonu ve madde çıkartıldığındaki Cronbach's Alpha değerleri gösterilmiştir.

**Tablo 4.2.2. DDE-K ölçeğinin düzeltilmiş madde korelasyonu ve ilgilenilen madde çıkartıldığındaki Cronbach's Alpha değerleri**

	<b>Toplam Ölçek Puanı ile Düzeltilmiş Madde Korelasyonları</b>	<b>İlgilenilen Madde Çıkartıldığında ki Cronbach's Alpha</b>
Madde-2	0.565	0.835
Madde -3	0.739	0.810
Madde -4	0.544	0.837
Madde -6	0.719	0.815
Madde -7	0.500	0.844
Madde -8	0.659	0.829
Madde -9	0.536	0.842
Madde -10	0.613	0.829

Tabloda da görüldüğü üzere maddelerin toplam ölçek puanı ile korelasyonları yüksektir ve herhangi bir maddenin ölçekten çıkartılması Damgalayıcı Durumlar Envanterinin Cronbach's Alpha düzeyinde önemli bir düzeltmeye yer açmamaktadır. Böylelikle ölçek bu haliyle güvenilir olarak kabul edilmiştir.

Yapılan analizler sonucunda ölçekten çıkartılan maddelerin ardından ölçeğin geçerli ve güvenilir olduğu kabul edilmiştir.

### **4.3. İlişki Analizleri**

Çalışma kapsamında uygulanan ölçekler aracılığı ile ölçülmüş olan özellikler ile katılımcıların demografik özellikleri ve sağlık bilgileri arasındaki ilişkiler belirlenmiştir. Elde edilen sonuçlar aşağıda belirtilmiştir.

#### **4.3.1. Damgalayıcı Durumlar Envanteri-Kısa**

##### **4.3.1.1. Katılımcıların damgalayıcı durumlarla karşılaşma sıklıkları**

Katılımcıların vermiş oldukları cevaplara ilişkin sonuçlar incelendiğinde katılımcıların ölçek içerisindeki durumlarla ortalama olarak “hayatlarında birkaç kez” seviyesinde karşılaştıkları anlaşılmaktadır. 11 katılımcı tüm durumlar için “hiç” seçeneğini seçerken 4 katılımcı ise “ayda birkaç kez” ya da daha sık bahsi geçen durumlarla karşılaştıklarını belirtmişlerdir.

Katılımcıların %39.3’ü çocuklukta öğretmenleri tarafından hayatlarında en az bir defa dışlandığını bildirmişlerdir. Katılımcıların %5.5’i her gün toplum içerisinde dikkat çektiğini belirtirken %30.3’ü hiç çekmediğini belirtmiştir. Katılımcıların %4.1’i her gün çocukların ağırlıkları hakkında yorum yaptıklarını belirtirken %41.4’ü bu damgalayıcı durumla hiç karşılaşmadıklarını belirtmiştir. Katılımcıların %12.4’ü ayda birkaç kez doktorlar tarafından diyet yapma önerisiyle karşılaştıklarını belirtmiştir. Katılımcıların %2.8’i vücut ağırlıklarından dolayı işe alınmadığı belirtirken %6.2’si hayatında birkaç kez, %3.4’ü ise hayatlarında bir defa bu damgalamayla karşılaştıklarını belirtmiştir. Katılımcıların %20’si aile üyelerinin kendileri yüzünden hayatlarında en az bir defa utandıkları/utandırıldıkları belirtmiştir. Katılımcıların %46.9’u hayatlarında en az bir defa ağırlıklarından dolayı toplum içinde kaba sözlere maruz kaldığını belirtmiştir. Katılımcıların %22.8’i hayatlarında en az bir defa eş/partnerleri tarafından çaresiz görülmüş ve onlara tahammül etmeleri gerektiğini varsayarak istismar edilmiştir. Katılımcıların %78.6’sı çevrelerinde fazla yediğinden dolayı fazla kilolu olduğunu zanneden insanların olduğunu belirtmişlerdir. Katılımcıların %33.1’i hayatlarında en az bir defa otobüste fazla yer kapladıklarını düşünen diğer yolcular tarafından kızgın bakışları/tacize uğradığını belirtmiştir.

**Tablo 4.3.1.1. Katılımcıların damgalayıcı durumlarla karşılaşma sıklıkları**

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	Hiç	Hayatınızda 1 defa	Hayatınızda birkaç kez	Yaklaşık yılda bir kez	Yılda birkaç kez	Yaklaşık ayda bir kez	Ayda birkaç kez	Yaklaşık haftada bir kez	Haftada birkaç kez	Her gün
Bir çocuk olarak ağırlığınız yüzünden öğretmeniniz, okul hemşireniz vb. tarafından dışlanmak	%60.7	%12.4	%26.9	%0	%0	%0	%0	%0	%0	%0
Toplum içerisinde herkesin dikkatini çekmek	%30.3	%6.8	%27.6	%9	%8.3	%3.4	%4.1	%0.7	%4.1	%5.5
Çocukların yüksek sesle vücut ağırlığınız hakkında başkalarına yorum yapması	%41.4	%10.3	%24.1	%6.9	%6.9	%0.7	%2.1	%1.4	%2.1	%4.1
Ağırlık kaybını tartışmak için gelmemenize rağmen doktor tarafından diyet yapma önerisiyle karşılaşmak	%44.8	%9	%20.7	%4.8	%6.9	%1.4	%12.4	%0	%0	%0
Romantik bir eş/partnerin, çaresiz olduğunuzu ve ona tahammül edeceğinizi varsayarak sizi istismar etmesi	%77.2	%6.9	%4.8	%4.1	%2.8	%0.7	%0.7	%0	%1.4	%1.4
Toplum içinde sizin hakkınızda kaba sözler söyleyenlere kulak misafiri olmak	%53.1	%9.7	%20	%7.5	%2.1	%1.4	%2.1	%0.7	%2.1	%1.4
Vücut ağırlığınızdan, görünüşünüzden veya ölçülerinizden dolayı işe alınmamak	%84.8	%3.4	%6.2	%0.7	%2.8	%0.7	%1.4	%0	%0	%0
Aile üyelerinin sizin yüzünüzden utanmaları veya utandırılmaları	%80	%7.5	%4.8	%0.7	%2.8	%1.4	%1.4	%0.7	%0	%0.7
Çevrenizde fazla yediğinizden veya aşırı yediğinizden dolayı fazla kilolu olduğunuzu zanneden insanların olması	%21.4	%10.3	%17.2	%9.7	%12.4	%7.6	%8.3	%2.1	%2.1	%9
Çok fazla yer kapladığınızı düşündükleri için otobüs yolcuları tarafından kızgın bakışlarına maruz kalmak veya bakışlarıyla tacize uğramak	%66.9	%6.2	%7.6	%6.2	%5.5	%4.8	%1.4	%0	%0.7	%0.7

#### 4.3.1.2. DDE-K puanının korelasyon incelemesi

Katılımcıların damgalayıcı durumlarla karşılaşma sıklıkları ile yaşları, güncel ağırlıkları, diyet başlamadan önceki ağırlıkları ve diyet süreleri arasındaki ilişki korelasyon analizi ile incelenmiştir. Tablo 4.3.1.2.'de görüldüğü üzere damgalayıcı durumlarla karşılaşma sıklığı ile sadece başlangıç ağırlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır. Buna göre başlangıç ağırlığı daha yüksek olan katılımcıların damgalayıcı durumlarla karşılaşma sıklıkları daha fazla olmaktadır ( $r=0.210$  ;  $p=0.011$ ).

**Tablo 4.3.1.2. DDE-K Puanın yaş, güncel ağırlık, başlangıç ağırlığı ve diyet sürelerine göre korelasyonları**

Damgalayıcı Durumlar Envanteri-Kısa		
Değişkenler	r	p
Yaş	-0.059	0.483
Güncel Ağırlık	0.155	0.063
Başlangıç Ağırlığı	0.210	0.011
Diyet süresi	0.116	0.167

Pearson korelasyon

#### 4.3.1.3. Damgalayıcı durumlar envanterini etkileyen değişkenlerin incelenmesi

Tablo 4.3.1.3.'de katılımcıların damgalayıcı durumlarla karşılaşma sıklıkları ile cinsiyet, medeni hal, eğitim durumu, güncel BKİ sınıfları ve diyet başlamadan önceki BKİ sınıfları arasındaki istatistik incelenmiştir. Tablodan da görüleceği üzere bahsi geçen değişkenlerden sadece başlangıç BKİ sınıfı, damgalayıcı durumlarla karşılaşma sıklığı üzerinde etkilidir. Buna göre BKİ sınıfı yüksek olan kişiler daha sık bir şekilde damgalayıcı durumlarla karşılaşmaktadır ( $F=4.421$  ;  $p=0.005$ ). Tablo incelendiğinde kadınların DDE-K puanı 1.57 iken erkeklerin DDE-K puanının 1.75

olduğu görülmektedir. Bu katılımcıların ölçek içerisindeki durumlarla ortalama olarak ‘‘hayatlarında birkaç kez’’ seviyesinde karşılaştıklarını göstermektedir.

**Tablo 4.3.1.3. Damgalayıcı durumlar envanterini etkileyen değişkenlerin incelenmesi**

		S	$\bar{X}$	SS	
<b>Cinsiyet</b>	Kadın	106	1.57	1.46	<b>t= -0.648</b> <b>p=0.518</b>
	Erkek	39	1.75	1.67	
<b>Medeni Hal</b>	Bekâr	60	1.75	1.65	<b>t= 0.885</b> <b>p=0.378</b>
	Evli	85	1.52	1.41	
<b>Eğitim Durumu</b>	İlköğretim	14	1.88	1.84	<b>F= 2.298</b> <b>p=0.104</b>
	Lise	35	2.03	1.93	
	Üniversite	96	1.43	1.25	
<b>Güncel BKİ Sınıfı</b>	Fazla Kilolu	31	1.23	1.51	<b>F= 1.337</b> <b>p=0.265</b>
	Obez-I	74	1.61	1.50	
	Obez-II	32	1.98	1.62	
	Obez-III	8	1.69	0.93	
<b>Başlangıç BKİ Sınıfı</b>	Fazla Kilolu	10	0.59	0.72	<b>F= 4.421</b> <b>p=0.005</b>
	Obez-I	62	1.32	1.40	
	Obez-II	49	1.94	1.59	
	Obez-III	24	2.16	1.56	

Bağımsız gruplarda t testi  
Tek yönlü Varyans Analizi (F)

### 4.3.2. İçselleştirilmiş Kilo Önyargı Ölçeği

#### 4.3.2.1. İKÖÖ puanının korelasyon incelemesi

Tablo incelendiğinde katılımcıların içselleştirilmiş kilo önyargı puanları ile sadece diyet süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç bulunmuştur ( $r=-0.171$  ;  $p=0.040$ ). Buna göre ağırlık önyargılarını içselleştirmesi ile diyet süresi arasında negatif yönlü bir ilişki vardır. Öyle ki İKÖÖ puanları yüksek olan katılımcılar daha kısa süredir diyet yapmaktadırlar.

**Tablo 4.3.2.1. İKÖÖ Puanın yaş, güncel ağırlık, başlangıç ağırlığı ve diyet sürelerine göre korelasyonları**

İçselleştirilmiş Kilo Önyargı Ölçeği		
Değişkenler	r	p
Yaş	0.046	0.580
Güncel Ağırlık	0.045	0.591
Başlangıç Ağırlığı	-0.012	0.883
Diyet süresi	-0.171	0.040

Pearson korelasyon

#### 4.3.2.4. İçselleştirilmiş kilo önyargı ölçeğini etkileyen değişkenlerin incelenmesi

Elde edilen sonuçlar incelendiğinde sadece güncel BKİ sınıfının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde katılımcıların içselleştirilmiş ağırlık önyargısı düzeylerinde etkili olduğu görülmektedir. Güncel BKİ sınıfı ile ilgili ikili karşılaştırmalar incelendiğinde fazla kilolu kategorisindeki katılımcıların diğer kategorilerdeki katılımcılara oranla daha düşük seviyede ağırlık önyargılarını içselleştirdikleri görülmektedir ( $p=0.006$ ). Diğer BKİ sınıfları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur. Katılımcıların vermiş oldukları cevapların ortalaması Likert ölçeğinin ortasına denk gelmektedir. Genel olarak katılımcıların vücut ağırlığına

yönelik önyargıları içselleştirme konusunda katılımcıların iki aşırı uca yakın olmadıkları yani kararsız oldukları söylenebilir. Cinsiyete göre içselleştirilmiş ağırlık önyargı düzeyinin kadınlarda erkeklere oranla ortalama olarak biraz daha yüksek olduğu görülmektedir fakat bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir.

**Tablo 4.3.2.4. İçselleştirilmiş kilo önyargı ölçeğini etkileyen değişkenlerin incelenmesi**

		S	$\bar{X}$	SS	
<b>Cinsiyet</b>	Kadın	106	4.21	1.36	<b>t= 1.692</b> <b>p=0.093</b>
	Erkek	39	3.81	1.03	
<b>Medeni Hal</b>	Bekâr	60	3.86	1.31	<b>t= -1.923</b> <b>p=0.056</b>
	Evli	85	4.28	1.25	
<b>Eğitim Durumu</b>	İlköğretim	14	4.47	1.14	<b>F= 1.718</b> <b>p=0.183</b>
	Lise	35	4.34	1.27	
	Üniversite	96	3.97	1.31	
<b>Güncel BKİ Sınıfı</b>	Fazla Kilolu	31	3.66	1.36	<b>F= 4.266</b> <b>p=0.006</b>
	Obez-I	74	4.12	1.23	
	Obez-II	32	4.66	1.23	
	Obez-III	8	3.43	0.89	
<b>Başlangıç BKİ Sınıfı</b>	Fazla Kilolu	10	3.54	1.31	<b>F= 2.559</b> <b>p=0.058</b>
	Obez-I	62	3.88	1.26	
	Obez-II	49	4.45	1.36	
	Obez-III	24	4.19	1.02	

Bağımsız gruplarda t testi

Tek yönlü Varyans Analizi (F)



### 4.3.3. Hollanda Yeme Davranışı

Katılımcıların yeme davranışlarını belirlemeyi amaçlayan bu ölçek içerisinde kısıtlayıcı yeme, duygusal yeme ve dışsal yeme olmak üzere 3 alt boyut bulunmaktadır. Bu boyutlara ilişkin istatistikler Tablo 4.3.3.'de belirtilmektedir. Elde edilen ortalamalar incelendiğinde katılımcıların kısıtlayıcı, duygusal ve dışsal yeme davranışları için aşırı uçlardan kaçındıkları yani bazen bu davranışları sergiledikleri anlaşılmaktadır.

**Tablo 4.3.3. Hollanda Yeme Davranışı İstatistikleri**

Alt gruplar	Hollanda Yeme Davranışı		
	$\bar{X}$	SS	Medyan (Alt-Üst)
Kısıtlayıcı Yeme	2.93	0.71	2.90 (1.00-4.80)
Duygusal Yeme	3.08	1.03	3.15 (1.00-5.00)
Dışsal Yeme	2.98	0.74	2.90 (1.40-5.00)
Genel	3.00	0.62	3.06 (1.18-4.33)

#### 4.3.3.1. Kısıtlayıcı yeme davranışının korelasyon incelemesi

Elde edilen korelasyon katsayıları incelendiğinde kısıtlayıcı yeme davranışları ile yaş, güncel ağırlık ve başlangıç ağırlığı arasında belli bir ilişki bulunamadığı görülmektedir ( $p>0.05$ ). Diğer taraftan diyet süresi ile kısıtlayıcı yeme davranışları arasında önemli bir pozitif ilişki görülmektedir. Buna göre daha yüksek düzeyde kısıtlayıcı yeme davranışları gösteren katılımcılar daha uzun süre diyet yapma eğilimindedirler ( $r=0.354$  ;  $p<0.001$ ).

**Tablo 4.3.3.1. Kısıtlayıcı yeme davranışının yaş, güncel ağırlık, başlangıç ağırlığı ve diyet sürelerine göre korelasyonları**

Değişkenler	Kısıtlayıcı Yeme	
	r	p
Yaş	0.043	0.606
Güncel Ağırlık	-0.133	0.110
Başlangıç Ağırlığı	0.042	0.613
Diyet süresi	0.354	<0.001

Pearson korelasyon

#### 4.3.3.2. Kısıtlayıcı yeme davranışını etkileyen değişkenlerin incelenmesi

Tablo 4.3.3.2.'de verilen sonuçlara göre kısıtlayıcı yeme davranışları ile cinsiyet ve katılımcıların diyeteye başlamadan önceki BKİ sınıfları arasında anlamlı ilişkiler bulunurken medeni hal, eğitim durumu ve güncel BKİ sınıf arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamaktadır. Buna göre kadınların kısıtlayıcı yeme davranışları gösterme düzeyleri erkeklere oranla daha yüksektir ( $t=2.204$  ;  $p=0.045$ ). Yine başlangıç BKİ sınıflarına göre katılımcıların obezite derecesi arttıkça kısıtlayıcı yeme davranışları gösterme düzeyleri de artmaktadır ( $F=3.587$  ;  $p=0.015$ ). Ancak burada obez-III sınıfindaki katılımcıların vermiş oldukları cevapların ortalamasının diğerlerinde daha az olduğunu belirtmek gerekmektedir.

**Tablo 4.3.3.2. Kısıtlayıcı yeme davranışını etkileyen değişkenlerin incelenmesi**

		S	$\bar{X}$	SS	
<b>Cinsiyet</b>	Kadın	106	3.00	0.70	<b>t= 2.204</b> <b>p=0.045</b>
	Erkek	39	2.74	0.71	
<b>Medeni Hal</b>	Bekâr	60	2.94	0.71	<b>t= 0.054</b> <b>p=0.957</b>
	Evli	85	2.93	0.71	
<b>Eğitim Durumu</b>	İlköğretim	14	2.74	1.00	<b>F= 0.626</b> <b>p=0.536</b>
	Lise	35	2.93	0.54	
	Üniversite	96	2.96	0.72	
<b>Güncel BKİ Sınıfı</b>	Fazla Kilolu	31	2.94	0.64	<b>F= 0.106</b> <b>p=0.957</b>
	Obez-I	74	2.96	0.70	
	Obez-II	32	2.87	0.78	
	Obez-III	8	2.91	0.91	
<b>Başlangıç BKİ Sınıfı</b>	Fazla Kilolu	10	2.64	0.69	<b>F= 3.587</b> <b>p=0.015</b>
	Obez-I	62	2.76	0.65	
	Obez-II	49	3.15	0.68	
	Obez-III	24	2.04	0.81	

Bağımsız gruplarda t testi  
Tek yönlü Varyans Analizi (F)

#### 4.3.3.3. Duygusal yeme davranışının korelasyon incelemesi

Duygusal yeme davranışları ile yaş, ağırlık, başlangıç ağırlığı ve diyet süresi arasındaki korelasyon katsayıları incelendiğinde anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ( $p>0.05$ ). Buna göre adı geçen değişkenler ile duygusal yeme davranışları arasında pozitif bir ilişki olmadığı söylenebilir.

**Tablo 4.3.3.3. Duygusal yeme davranışının yaş, güncel ağırlık, başlangıç ağırlığı ve diyet sürelerine göre korelasyonları**

Değişkenler	Duygusal Yeme	
	r	p
Yaş	-0.158	0.057
Güncel Ağırlık	-0.161	0.054
Başlangıç Ağırlığı	-0.103	0.218
Diyet süresi	0.016	0.853

Pearson korelasyon

#### 4.3.3.4. Duygusal yeme davranışını etkileyen değişkenlerin incelenmesi

Yapılan analizler sonucunda katılımcıların duygusal yeme davranışları ile medeni hal, eğitim durumları, güncel BKİ sınıfları ve diyet öncesi başlangıç BKİ sınıfları arasında anlamlı ilişkiler bulunamamıştır ( $p>0.05$ ). Ancak cinsiyet, bu yeme davranışı üzerinde etkili bir değişkendir. Grup ortalamaları incelendiğinde kadınların erkeklere oranla daha yüksek düzeyde duygusal yeme davranışları gösterdikleri görülmektedir ( $t=3.447$  ;  $p=0.001$ ).

**Tablo 4.3.3.4. Duygusal yeme davranışını etkileyen değişkenlerin incelenmesi**

		<b>S</b>	$\bar{X}$	<b>SS</b>	
<b>Cinsiyet</b>	Kadın	106	3.25	1.00	<b>t= 3.447</b> <b>p=0.001</b>
	Erkek	39	2.61	0.95	
<b>Medeni Hal</b>	Bekâr	60	3.15	1.07	<b>t= 0.743</b> <b>p=0.459</b>
	Evli	85	3.02	0.99	
<b>Eğitim Durumu</b>	İlköğretim	14	2.65	0.87	<b>F= 1.372</b> <b>p=0.257</b>
	Lise	35	3.10	1.10	
	Üniversite	96	3.13	1.03	
<b>Güncel BKİ Sınıfı</b>	Fazla Kilolu	31	3.17	0.98	<b>F= 1.459</b> <b>p=0.228</b>
	Obez-I	74	3.14	1.05	
	Obez-II	32	3.01	1.01	
	Obez-III	8	2.39	0.97	
<b>Başlangıç BKİ Sınıfı</b>	Fazla Kilolu	10	3.53	0.95	<b>F= 1.147</b> <b>p=0.332</b>
	Obez-I	62	3.02	1.00	
	Obez-II	49	3.14	1.03	
	Obez-III	24	2.86	1.10	

Bağımsız gruplarda t testi  
Tek yönlü Varyans Analizi (F)

#### 4.3.3.5. Dışsal yeme davranışının korelasyon incelemesi

Dışsal yeme davranışları ile yaş, güncel ağırlık, başlangıç ağırlığı ve diyet süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler olmadığı görülmektedir ( $p>0.05$ ). Böylelikle dışsal yeme davranışının bu değişkenlerden bağımsız olduğu söylenebilir.

**Tablo 4.3.3.5. Dışsal yeme davranışının yaş, güncel ağırlık, başlangıç ağırlığı ve diyet sürelerine göre korelasyonları**

Dışsal Yeme		
Değişkenler	r	p
Yaş	-0.107	0.199
Güncel Ağırlık	0.025	0.769
Başlangıç Ağırlığı	0.004	0.966
Diyet süresi	-0.043	0.607

Pearson korelasyon

#### 4.3.3.6. Dışsal yeme davranışını etkileyen değişkenlerin incelenmesi

Yapılan analizler sonucunda katılımcıların dışsal yeme davranışları ile cinsiyet, medeni hal, eğitim durumları, güncel BKİ sınıfları ve diyet öncesi başlangıç BKİ sınıfları arasında anlamlı ilişkiler bulunamamıştır ( $p>0.05$ ). Böylelikle bu değişkenlerin, katılımcıların dışsal yeme davranışları üzerinde etkili olmadığı anlaşılmaktadır.

**Tablo 4.3.3.6. Dışsal yeme davranışını etkileyen değişkenlerin incelenmesi**

		<b>S</b>	$\bar{X}$	<b>SS</b>	
<b>Cinsiyet</b>	Kadın	106	3.06	0.73	<b>t= 1.538</b> <b>p=0.126</b>
	Erkek	39	2.82	0.79	
<b>Medeni Hal</b>	Bekâr	60	2.88	0.10	<b>t= -1.371</b> <b>p=0.172</b>
	Evli	85	3.05	0.08	
<b>Eğitim Durumu</b>	İlköğretim	14	2.88	0.56	<b>F= 0.192</b> <b>p=0.826</b>
	Lise	35	2.95	0.70	
	Üniversite	96	3.00	0.78	
<b>Güncel BKİ Sınıfı</b>	Fazla kilolu	31	3.03	0.75	<b>F= 0.704</b> <b>p=0.551</b>
	Obez-I	74	2.99	0.80	
	Obez-II	32	3.01	0.66	
	Obez-III	8	2.61	0.52	
<b>Başlangıç BKİ Sınıfı</b>	Fazla Kilolu	10	3.02	0.83	<b>F= 0.579</b> <b>p=0.630</b>
	Obez-I	62	3.00	0.76	
	Obez-II	49	3.04	0.74	
	Obez-III	24	2.80	0.68	

Bağımsız gruplarda t testi  
Tek yönlü Varyans Analizi (F)

#### 4.3.4. CES-Depresyon Ölçeği

##### 4.3.4.1. CES-Depresyon puanının korelasyon incelemesi

Katılımcıların depresyon düzeyleri ile yaş, güncel ağırlık ve başlangıç ağırlığı değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon bulunamamıştır ( $p>0.05$ ). Ancak diyet süresi ile katılımcıların depresyon düzeyleri arasında negatif yönlü -0.192'lik bir korelasyon istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur ( $p=0.021$ ). Buna göre depresyon düzeyi yüksek olan katılımcıların diyet süreleri daha kısa olmaktadır.

**Tablo 4.3.4.3. CES-Depresyon Puanın yaş, güncel ağırlık, başlangıç ağırlığı ve diyet sürelerine göre korelasyonları**

Değişkenler	CES-Depresyon	
	r	p
Yaş	0.137	0.101
Güncel Ağırlık	0.111	0.182
Başlangıç Ağırlığı	0.008	0.921
Diyet süresi	-0.192	0.021

Pearson korelasyon

##### 4.3.4.2. CES-Depresyon düzeylerini etkileyen değişkenlerin incelenmesi

Tablo 4.3.4.2. incelendiğinde katılımcıların cinsiyetlerinin, medeni hallerinin ve diyete başlamadan önceki BKİ sınıflarının depresyon düzeyleri üzerinde etkili olmadığı görülmüştür ( $p>0.05$ ). Ölçeğin kullanıldığı çalışmalardaki puan aralıkları düşünüldüğünde alınan cevapların ortalaması, katılımcıların genel olarak hafif düzeyde bir depresyon içerisinde olduğunu göstermektedir. Diğer taraftan eğitim düzeyleri ve depresyon düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki mevcuttur. Buna göre ilköğretim ve lise düzeyindeki katılımcıların depresyon düzeyleri üniversite mezunu olanlara göre daha yüksek olduğu görülmektedir ( $F=3.556$  ;  $p=0.031$ ). Ayrıca katılımcıların güncel BKİ sınıfları ile depresyon düzeyleri



arasında da bir ilişki bulunmuştur ( $F=2.947$  ;  $p=0.035$ ). Buna göre katılımcıların BKİ sınıflarının derecesi arttıkça depresyonda hissetme düzeyleri de artmaktadır.

**Tablo 4.3.4.2. CES-Depresyon durumunu etkileyen değişkenlerin incelenmesi**

		S	$\bar{X}$	SS	
<b>Cinsiyet</b>	Kadın	106	20.20	10.82	<b>t= 0.853</b> <b>p=0.395</b>
	Erkek	39	18.39	12.71	
<b>Medeni Hal</b>	Bekâr	60	20.25	11.91	<b>t= 0.480</b> <b>p=0.632</b>
	Evli	85	19.33	10.98	
<b>Eğitim Durumu</b>	İlköğretim	14	22.07	8.47	<b>F= 3.556</b> <b>p=0.031</b>
	Lise	35	23.54	10.37	
	Üniversite	96	17.97	11.72	
<b>Güncel BKİ Sınıfı</b>	Fazla Kilolu	31	16.45	11.44	<b>F= 2.947</b> <b>p=0.035</b>
	Obez-I	74	18.81	10.65	
	Obez-II	32	24	12.66	
	Obez-III	8	23.50	5.95	
<b>Başlangıç BKİ Sınıfı</b>	Fazla Kilolu	10	20.30	11.99	<b>F= 1.443</b> <b>p=0.233</b>
	Obez-I	62	17.48	10.68	
	Obez-II	49	21.63	12.30	
	Obez-III	24	21,29	10.32	

Bağımsız gruplarda t testi  
Tek yönlü Varyans Analizi (F)

### 4.3.5 Rosenberg Benlik Saygısı Envanteri

#### 4.3.5.1. Rosenberg benlik saygısı envanteri puanının korelasyon incelemesi

Katılımcıların benlik saygısı ile yaş, güncel ağırlık ve başlangıç ağırlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilemezken ( $p>0.05$ ) diyet süresi ile benlik saygısı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü bir ilişki olduğu görülmektedir ( $r=0.283$  ;  $p=0.001$ ). Buna göre benlik saygısı yüksek olan katılımcılar daha uzun süredir diyet yapmaktadırlar.

**Tablo 4.3.5.1. Rosenberg Benlik Saygısı Envanteri Puanının yaş, güncel ağırlık, başlangıç ağırlığı ve diyet sürelerine göre korelasyonları**

Rosenberg Benlik Saygısı Envanteri		
Değişkenler	r	p
Yaş	0.033	0.693
Güncel Ağırlık	-0.157	0.059
Başlangıç Ağırlığı	-0.035	0.672
Diyet süresi	0.283	0.001

Pearson korelasyon

#### 4.3.5.2. Rosenberg benlik saygısı envanteri puanını etkileyen değişkenlerin incelenmesi

Katılımcıların RBSE puanları incelendiğinde ortalamanın yaklaşık 21 olduğu bulunmuştur. Bu katılımcıların genel olarak yeterli düzeyde benlik saygısına sahip olduklarını göstermektedir. Katılımcıların 27'si 15 puanın altında kalarak düşük benlik saygısı göstermişlerdir. Yapılan analizler sonucunda katılımcıların benlik saygıları ile cinsiyetleri, medeni durumları ve diyet öncesi BKİ sınıfları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür ( $p>0.05$ ). Ancak eğitim durumunun benlik saygı üzerindeki etkisi istatistiksel olarak anlamlıdır ( $F=4.906$  ;  $p=0.009$ ). Elde edilen sonuçlar göstermektedir ki üniversite mezunu katılımcıların benlik saygısı algıları

ilköğretim ve lise mezunlarına göre ortalama olarak daha yüksektir. Ayrıca yine katılımcıların güncel BKİ sınıflarının da benlik saygısı üzerinde etkili olduğu görülmüştür (F=4.806 ; p=0.003). Analiz sonuçlarına göre fazla kilolu kategorisindeki katılımcıların benlik salgıları diğer sınıflara göre daha yüksektir.

**Tablo 4.3.5.2. Rosenberg benlik saygısı envanterini etkileyen değişkenlerin incelenmesi**

		S	$\bar{X}$	SS	
<b>Cinsiyet</b>	Kadın	106	21.02	6.30	<b>t= 1.128</b> <b>p=0.261</b>
	Erkek	39	19.67	6.69	
<b>Medeni Hal</b>	Bekâr	60	19.73	7.15	<b>t= -1.461</b> <b>p=0.146</b>
	Evli	85	21.31	5.78	
<b>Eğitim Durumu</b>	İlköğretim	14	19.07	6.50	<b>F= 4.906</b> <b>p=0.009</b>
	Lise	35	18.14	5.66	
	Üniversite	96	21.80	6.40	
<b>Güncel BKİ Sınıfı</b>	Fazla Kilolu	31	23.81	4.57	<b>F= 4.806</b> <b>p=0.003</b>
	Obez-I	74	20.12	6.66	
	Obez-II	32	18.28	6.50	
	Obez-III	8	22.88	5.28	
<b>Başlangıç BKİ Sınıfı</b>	Fazla Kilolu	10	24.60	4.77	<b>F= 1.969</b> <b>p=0.121</b>
	Obez-I	62	20.86	6.15	
	Obez-II	49	19.41	7.14	
	Obez-III	24	21.04	5.61	

Bağımsız gruplarda t testi  
Tek yönlü Varyans Analizi (F)

### 4.3.6. Ölçekler Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi

Araştırmanın bu kısmında anket kapsamında katılımcılara sorulmuş olan 5 farklı ölçeğin arasındaki ilişkiler korelasyon analizi ile incelenmiştir. Değişkenler arasındaki korelasyon katsayıları Tablo 4.3.6.'da gösterilmiştir.

**Tablo 4.3.6. Ölçekler arası ilişkilerin incelenmesi**

		1	2	3	4	5	6	7
<b>1. DDE-K Puanı</b>	<b>r</b>		0.279*	-0.019	0.126	0.080	0.177*	-0.243*
	<b>p</b>	-	(0.001)	(0.822)	(0.131)	(0.338)	(0.033)	(0.003)
<b>2. İKÖÖ Puanı</b>	<b>r</b>			0.155	0.343*	0.214*	0.367*	-0.522*
	<b>p</b>		-	(0.062)	(<0.001)	(0.010)	(<0.001)	(<0.001)
<b>3. Kısıtlayıcı Yeme</b>	<b>r</b>				0.137	-0.061	-0.042	0.083
	<b>p</b>			-	(0.100)	(0.464)	(0.614)	(0.320)
<b>4. Duygusal Yeme</b>	<b>r</b>					0.558*	0.223*	-0.223*
	<b>p</b>				-	(<0.001)	(0.007)	(0.007)
<b>5. Dışsal Yeme</b>	<b>r</b>						0.102	-0.086*
	<b>p</b>					-	(0.223)	(0.301)
<b>6. CES-D Puanı</b>	<b>r</b>							-0.510*
	<b>p</b>						-	(<0.001)
<b>7. RBSE Puanı</b>	<b>r</b>							
	<b>p</b>							-

\* p<0.05

Elde edilen korelasyon katsayıları incelendiğinde aşağıda belirtilen şu sonuçlara ulaşılabilmektedir:

- Katılımcıların fazla ağırlıklarından dolayı karşılaştıkları damgalayıcı durumlarla karşılaşma sıklıkları ile ağırlık önyargısı içselleştirme düzeyleri arasında pozitif yönlü doğrusal bir ilişki vardır. Öyle ki damgalayıcı durumlarla karşılaşma sıklığı daha yüksek olan katılımcıların ağırlık önyargılarını içselleştirme seviyeleri de yüksek olmaktadır ve bu istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur (r=0.279 ; p=0.001).

- Yine damgalayıcı durumlarla karşılaşma sıklığı ile depresyonda hissetme düzeyi arasında pozitif yönlü doğrusal ilişki bulunmuştur ve istatistiksel açıdan önemlidir ( $r=0.177$  ;  $p=0.033$ ). Buna göre bu tür durumlarla daha sık karşılaşanlar daha yüksek düzeyde depresyonda hissetmektedir.
- Diğer taraftan damgalayıcı durumlarla karşılaşma sıklığı ile benlik saygısı seviyesi arasında negatif yönlü bir ilişki söz konusudur. Bu tür durumlarla karşılaşma sıklığı daha fazla olan katılımcıların benlik saygısı algısı daha düşük olmaktadır ve bu istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur ( $r=-0.234$  ;  $p=0.003$ ).
- İçselleştirilmiş kilo önyargı ölçeği puanı ile duygusal ve dışsal yeme davranışları seviyeleri arasında pozitif yönlü doğrusal ilişkiler olduğu görülmüştür ve istatistiksel açıdan önemlidir. Buna göre ağırlık önyargılarını içselleştirme seviyeleri daha yüksek olan katılımcıların duygusal yeme ( $r=0.343$  ;  $p<0.001$ ) ve dışsal yeme ( $r=0.214$  ;  $p=0.010$ ) düzeyleri de yüksek olmaktadır.
- Benzer şekilde ağırlık önyargılarını içselleştirme düzeyleri ile depresyon düzeyleri arasında da pozitif yönlü doğrusal bir ilişki belirlenmiştir. Öyle ki önyargıları içselleştirme düzeyi yüksek olan katılımcıların depresyonda hissetme düzeyleri de yüksek olmaktadır ve bu istatistiksel açıdan önemlidir ( $r=0.367$  ;  $p<0.001$ ).
- Ayrıca ağırlık önyargılarını içselleştirme düzeyleri ile benlik saygısı arasında negatif yönlü zayıf ancak istatistiksel açıdan önemli bir ilişki olduğu görülmüştür. Ağırlık önyargılarını içselleştirme düzeyi arttıkça benlik saygısı düzeyi azalma eğiliminde olmaktadır ( $r=-0.522$  ;  $p<0.001$ ).
- Depresyon düzeyleri ve benlik saygısı değişkenleri ile kısıtlayıcı ve dışsal yeme arasında anlamlı ilişkiler yok iken duygusal yeme arasında pozitif yönlü doğrusal bir ilişki olduğu görülmüştür. Depresyon seviyesi yüksek olan katılımcıların duygusal yeme düzeyleri de yüksek olurken ( $r=0.223$  ;  $p=0.007$ ) benlik saygısı seviyesi yüksek olan katılımcıların duygusal yeme davranışları daha az olmaktadır ( $r=-0.223$  ;  $p=0.007$ ) ve bu istatistiksel açıdan önemlidir.
- Kısıtlayıcı yeme davranışları ile incelenen diğer değişkenler arasında herhangi bir doğrusal ilişki bulunamamıştır.

- Duygusal yeme davranışları ile dışsal yeme davranışlar arasında da pozitif yönlü bir ilişki olduğu görülmüştür ( $r=0.558$  ;  $p<0.001$ ).
- Son olarak depresyon düzeyleri ile benlik saygısı arasında negatif yönlü orta düzeyde bir ilişki olduğu görülmüştür. Öyle ki depresyon düzeyi arttıkça katılımcıların benlik saygısı azalma eğiliminde olmaktadır ve bu istatistiksel açıdan önemlidir ( $r=-0.51$  ;  $p<0.001$ ).

## 5. TARTIŞMA

Fazla kilolu ve obez bireyler sıklıkla çeşitli kaynaklardan gelen ağırlık damgalanmasıyla karşılaşmaktadır (36). Daha fazla damgalanma deneyimi sıklıkla depresyon ve diğer negatif psikolojik sonuçlarla ilişkilidir (43,47,67). Diğer stres ve olumsuz yaşam biçimleri sonuçlarında olduğu gibi, bireyler damgalamanın olumsuz sonuçlarından kaçınmak için çeşitli başa çıkma yöntemleri sergilerler.

Bu çalışma, obez bireylerde damgalanma hissi ile yeme davranışları ve depresyon arasında ilişkiyi incelemeyi amaçlamıştır. Bu süreçte DDE-K envanterinin Türkçe adaptasyonu yapılarak literatüre kazandırılmıştır. Damgalayıcı Durumlar Envanteri-Kısa (DDE-K) ölçeğinden 1. ve 5. maddeler çıkartılmış ve cronbach-alpha katsayısı 0.848 olarak. Ölçeğin özgün İngilizce formunun cronbach-alpha katsayısı ise 0.91'dir.

Fazla kilolu ve obez katılımcılarla yaptığımız bu çalışmada, ağırlık ile ilgili damgalanma deneyimlerinin ortalama olarak 'hayatlarında birkaç kez' gerçekleştiği saptanmıştır. Bu, önceki çalışmalarda bildirilen oranlarla tutarlılık göstermektedir. Damgalayıcı Durumlar Envanteri'nin kullanıldığı çalışmalar, ağırlık damgalaması sıklığının ortalama olarak "hayatlarında bir kez" ve "hayatlarında birkaç kez" olduğunu bildirmektedir (44,66,67,85). Bu çalışmada ağırlık damgalanması ile cinsiyet arasında bir farklılık gözlemlenirse de literatür ağırlık damgalanmasının erkeklere oranla kadınlarda daha fazla oranla olduğunu göstermektedir (18,125). Çalışmamızda damgalayıcı durumlarla karşılaşma sıklığı ile artan yaş arasındaki ilişkiyi incelediğimizde aralarında herhangi bir ilişki olmadığı gözlenmiştir. Literatürü incelediğimizde ise yapılan kesitsel bir çalışmada sık ağırlık damgalanması deneyimi ile artan yaş arasında ilişki olduğu gözlenmiştir (67). Algılanan ağırlık damgalanmasının 65 yaşın üzerindeki kişilerde daha az olduğunu gösteren bulgular da mevcuttur (126). Savoy ve ark. (70) ise yaşla damgalanma deneyimleri arasında herhangi bir ilişki bulamamışlardır. İlişki durumu ve damgalayıcı durumlarla karşılaşma sıklığı değerlendirildiğinde de çalışmamızda aralarında herhangi anlamlı bir ilişki olmadığı gözlenmiştir. Fakat Hatzenbuehler ve ark. (126) yaptığı çalışmada algılanan ağırlık damgalanmasının evli çiftlere kıyasla evlenmemiş veya dul / ayrılmış/ boşanmış olanlarda daha yaygın olduğunu gösteren sonuçlar mevcuttur.

İçselleştirilmiş ağırlık önyargısını incelediğimizde Puhl ve ark. (62) artan yaşla birlikte içselleştirilmiş ağırlık önyargısının azaldığı bildirmişlerdir. Genç katılımcılar ağırlık önyargılarını daha fazla düzeyde içselleştirirken yaşlı katılımcılar daha düşük düzeyde ağırlık önyargısı içselleştirmektedirler. Cinsiyete göre bakıldığında ise ağırlık önyargılarını içselleştirme düzeyi yüksek olan katılımcıların %72'sinin kadın olduğu göze çarpmaktadır (62). Çalışmamızda da cinsiyete göre içselleştirilmiş ağırlık önyargı düzeyinin kadınlarda erkeklere oranla ortalama olarak biraz daha yüksek olduğu görülmektedir fakat bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Puhl ve ark yaptıkları çalışmada eğitim düzeyine bakacak olursak içselleştirilmiş ağırlık önyargısıyla eğitim düzeyi arasında negatif yönlü bir ilişki olduğu bildirilmiştir (62). Bu çalışmada ise istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki söz konusu değildir. Çalışmamıza baktığımızda güncel BKİ sınıfının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde katılımcıların içselleştirilmiş ağırlık önyargısı düzeylerinde etkili olduğu görülmektedir. Güncel BKİ sınıfı ile ilgili ikili karşılaştırmalar incelendiğinde fazla kilolu kategorisindeki katılımcıların diğer kategorilerdeki katılımcılara oranla daha düşük seviyede ağırlık önyargılarını içselleştirdikleri görülmektedir. Bu sonuçlar yapılan çalışmalarla tutarlılık göstermektedir. BKİ düzeyinin artışı ile ağırlık önyargısı içselleştirme düzeyi artış göstermektedir. Tüm bunlar ele alındığında literatür eğitim düzeyi, düşük gelir düzeyi, yüksek BKİ değerleri, aktif ağırlık kaybı çabalarının ve damgalanma deneyimi öyküsünün varlığının ağırlık önyargısını içselleştirmeye karşı savunmasızlığı arttırdığını göstermektedir (62).

Depresyon, yaş ve cinsiyet gibi sosyal, psikolojik ve biyolojik faktörlerin nedeni veya sonucu olabilir. Çalışmalar depresyon yaygınlığının tüm dünyada erkeklere göre kadınlarda daha yüksek olduğunu göstermektedir. (127). Yaş ile depresyon arasındaki ilişkiye baktığımızda çalışmalar depresyon prevalansının artan yaşla birlikte azaldığını bildirmektedir. Her ne kadar depresyon genç kadınlarda erkeklere göre daha yaygın olsa da, artan yaşla bu fark azalmaktadır. 75 yaşın üzerindeki kişilerde ise artık belirgin olmamaktadır (128). Ayrıca medeni durum da depresyonu etkileyen önemli bir sosyal faktördür. Çalışmalar evli insanların bekâr, dul, ayrı ve boşanmış olanlardan daha iyi zihinsel sağlığa sahip olduğunu göstermektedir (129). Fakat evli olmanın depresyon için koruyucu olduğu kesin değildir. Çalışmaları incelediğimizde bu konu ile ilgili farklı sonuçlarda göze



çarpmaktadır. Birlikte ele alındığında yaş, cinsiyet, medeni durum ve depresyon arasında karmaşık bir ilişki bulunmaktadır. Çalışmamıza bakıldığında ise depresyon ile yaş, cinsiyet ve medeni durum arasında anlamlı ilişkiler bulunmamıştır. Fakat eğitim düzeyleri ve depresyon düzeyleri arasında anlamlı ilişkiler mevcuttur. Buna göre ilköğretim ve lise düzeyindeki katılımcıların depresyon düzeylerinin üniversite mezunu olanlara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Aynı zamanda çalışmamızda güncel BKİ sınıfları ile depresyon düzeyleri arasında da bir ilişki bulunmuştur. Buna göre katılımcıların BKİ sınıflarının derecesi arttıkça depresyonda hissetme düzeyleri de artmaktadır. 18 prospektif kohort çalışmanın dâhil edildiği bir meta-analiz çalışmasına da baktığımızda obezitenin depresyon için risk faktörü olduğu görülmektedir (130). Çalışmalar depresyon oranı ile BKİ' nin korele olduğunu bildirmektedir. Bu nedenle depresyonun azaltılması için obezitenin önlenmesi ve tedavisi oldukça önemlidir. Yaşanılan ağırlık kayıpları ile depresyon düzeylerinin azalması beklenmektedir. Çalışmamıza baktığımızda diyet uygulama süresi ile katılımcıların depresyon düzeyleri arasında negatif yönlü bir ilişki bulunmuştur. Buna göre depresyon düzeyi yüksek olan katılımcıların diyet süreleri daha kısa olmaktadır. Daha uzun süredir diyet yapıyor olmak depresyon düzeyinin azalmasına yardımcı olmaktadır. Bu ilişkinin diyet süreci içindeki kaybedilen ağırlıkla ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Benlik saygısı, kişinin kendini değerlendirmelerinin pozitifliğini yansıtır. Sosyal etkileşim, zihinsel sağlık ve refah için benlik saygısı oldukça önemlidir. Literatür erkeklerin kadınlara göre benlik saygılarının daha yüksek olduğunu göstermektedir (131). Benlik saygısı ile yaş arasındaki ilişki incelendiğinde ise, birçok araştırmacı benlik saygısının yaşla birlikte giderek farklılaştığını öne sürmektedir (131). Bulgular, benlik saygısının ergenlik döneminde sürekli olarak düşük görüldüğünü, daha sonra genç ve orta yetişkinlik döneminde arttığını ve yaklaşık 60 yaşlarında zirve yaptığını ortaya koymuştur (131). Shavelson ve ark. (132), benlik saygısının artan deneyim ve dolayısıyla yaş ile daha da farklılaştığını öne sürmektedir. Bu çalışmada ise cinsiyet ve yaş ile benlik saygısı arasında anlamlı ilişkiler bulunamamıştır. Fakat eğitim durumunun benlik saygısını etkilediği göze çarpmaktadır. Buna göre üniversite mezunu katılımcıların benlik saygılarının ilköğretim ve lise mezunlarına göre ortalama olarak daha yüksek olduğu göze

çarpılmaktadır. Çalışmamız kapsamında benlik saygısı ile BKİ arasındaki ilişkiler de incelenmiş ve sonuç olarak fazla kilolu kategorisindeki katılımcıların benlik saygılarının diğer sınıflara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. BKİ artışı ile benlik saygıları azalmaktadır. Literatüre baktığımızda da Miller ve ark. (133) yaptıkları bir meta-analiz çalışmasında obez olmanın benlik saygısı ile negatif olarak ilişkili olduğunu bildirmişlerdir. Bu etkinin erkeklere göre kadınlarda daha fazla olduğu da gözlenmiştir. Buna göre ağırlık artışı bireylerin benlik saygısında ki düşüşle ilişkilidir ve bu etki daha çok kadınlarda gözlemlenmektedir. Fazla kilolu/obez kadınların benlik saygılarının düşük olması, kadınların neden erkeklere oranla daha fazla diyet yaptıklarını ve vücut ağırlığı ile ilgili konularda psikolojik yardım arama olasılıklarının neden daha fazla olduğunu açıklayabilir. Diyet uygulama süresinin artışı ile benlik saygısı da kolerebilir. Benlik saygısı yüksek olan katılımcılar daha uzun süredir diyet yapmakta iken benlik saygısı düşük olan katılımcıların diyet yapma/diyete başlama süreleri daha kısadır. Bu ilişkinin de diyet süreci içindeki kaybedilen ağırlıkla ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Kısıtlayıcı yeme davranışlarında bulunan bireylerin amacı ağırlıklarını stabil tutmak ya da ağırlık artışını engellemek, bazen de ağırlık kaybı sağlamaktır. Kısıtlayıcı yeme davranışında olan bireyler genelde sürekli olarak diyet yapan bireylerdir. Çalışmamıza baktığımızda diyet süresi ile kısıtlayıcı yeme davranışları arasında önemli bir pozitif ilişki görülmektedir. Buna göre daha yüksek düzeyde kısıtlayıcı yeme davranışları gösteren hastalar daha uzun süredir diyet yapmaktadırlar. Yine başlangıç BKİ sınıflarına göre katılımcıların obezite derecesi arttıkça kısıtlayıcı yeme davranışı gösterme düzeylerinin arttığı görülmektedir. Katılımcılarımızın beslenme ve diyet danışma merkezinden seçildiği ve zayıflama diyeti uyguladıkları düşünülünce diyetsel kısıtlamaya bağlı böyle bir ilişkinin çıktığı düşünülmektedir. Duygusal yeme davranışına baktığımızda ise çalışmamızda sadece cinsiyet ile duygusal yeme arasında anlamlı bir ilişki çıkmıştır. Buna göre kadınların erkeklere oranla daha yüksek düzeyde duygusal yeme davranışları gösterdiği bulunmuştur. Literatüre bakıldığında duygusal yeme davranışına kadınlarda daha fazla rastlanıldığı görülmektedir. Bunun sebeplerinden biri, kadınların ideal kiloları hakkında yaşadıkları endişe ve sosyal baskı nedeniyle yeme davranışlarının tetiklenmesidir (134). BKİ ile duygusal yeme arasındaki ilişkiye baktığımızda ise literatür duygusal yemenin genelde kilo kontrolü

düşük ve beden kitle indeksi yüksek kişilerde daha sık ortaya çıktığını göstermektedir. McCrone ve ark. (135) yaptıkları çalışmada erken başlangıçlı obezitesi olan kadınlarda olumsuz duygulanıma cevaben yemenin ve açlıktan ziyade duygusal uyarılma nedeniyle yemenin daha sık olduğunu göstermişlerdir. Fakat bu durum her zaman geçerli değildir. Çalışmamızda BKİ ile duygusal yeme arasındaki ilişkiye baktığımızda istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir. Ayrıca çoklu grup analizi yöntemi kullanılarak gerçekleştirilen bir çalışmada 571 birey çalışmaya dâhil edilmiş ancak katılımcıların ağırlıkları ile yeme davranışları arasında ilişki olmadığı, obezite problemi olan bireylerin daha çok duygusal yeme davranışı göstermeyeceği ifade edilmiştir. Ek olarak beden kitle indeksinin duygusal yeme için bir belirleyici olmadığı ifade edilmiştir (136).

Daha önce yapılan araştırmalarla tutarlı olarak (36,43) bu çalışma, daha fazla damgalanma deneyiminin daha fazla depresif belirtilerle ilişkili olduğunu göstermiştir. Çalışmamızda damgalayıcı durumlarla karşılaşma sıklığı ile depresyonda hissetme düzeyi arasında pozitif yönlü doğrusal bir ilişki söz konusudur. Buna göre bu tür durumlarla daha sık karşılaşanlar daha yüksek düzeyde depresyonda hissetmektedir ( $p=0.033$ ). Friedman ve ark. (67) yaptığı bir çalışmada 93 obez birey incelenmiş ve ağırlık damgalanmasının sık deneyimlenmesinin genel psikiyatrik belirtilerle (ör. depresyon / anksiyete / stres). pozitif ilişkili olduğu bulunmuştur. Friedman'ın yaptığı başka bir çalışma, klinikte psikolojik belirtilerin ağırlık damgalanmasıyla ilişkili olabileceğini düşündürmektedir (137). Bir başka çalışmada ise 22231 birey değerlendirilmiş ve ağırlık damgalaması yaşadığını bildiren bireylerde üçten fazla psikiyatrik tanıya (ör. depresif / anksiyete / madde kullanım bozuklukları) sahip olma olasılığının 2.41 kat daha yüksek olduğu bulunmuştur (39). Aynı çalışmada algılanan ağırlık damgalanmasının BKİ değerleri kontrol edildikten sonra bile anlamlı olarak anksiyete ve depresyon klinik tanısı (örn., Majör depresif atak) olasılığını arttırdığı bulunmuştur. Bu, algılanan ağırlık ayrımcılığının genel toplumdaki zayıf zihinsel sağlıkla ilişkili olduğunu ve fazla kilolu / şişmanlığın kapsamının bunu etkilemediğini göstermektedir (39).

Obez bireyler üzerinde yapılan bir müdahale çalışmasında 55 kişi değerlendirilmiş ve sık ağırlık damgalanması deneyimlerinin, başlangıçtaki yüksek depresyon ile anlamlı olarak ilişkili olduğu, diyet programı sonucunda ise depresif

semptomlardaki değişmeyle ilişkili olduğunu bulmuştur (75). Bizim çalışmamızda da diyet süresi ile katılımcıların depresyon düzeyleri arasında negatif yönlü bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Buna göre depresyon düzeyi yüksek katılımcıların diyet başlangıç süreleri daha kısayken diyet programıyla depresif semptomlarda değişmeler söz konusudur. Yapılan kesitsel çalışmalar, sık sık görülen damgalanma deneyiminin BKİ ve depresyon için klinik tanı kriterleri kontrol ettikten sonra bile depresyon ile anlamlı olarak ilişkili olduğunu göstermektedir (66,67,71). Bir çalışmada, 174 bariatrik cerrahi hastası değerlendirilmiş ve çocukluk çağı kilosuna dayalı alay hikâyesi bildirenlerde anlamlı olarak daha yüksek depresyon olduğu bulunmuştur (69).

MIDUS, ELSA ve HRS çalışmalarının sonuçlarını inceleyen bir araştırma ağırlık ayrımcılığının depresif belirtilerdeki zaman içindeki artışla ilişkili olduğunu göstermiştir. Toplamda 20286 obez yetişkinin incelendiği çalışmada obezite derecesi 2 ve 3 olan bireylerin damgalanmaya maruz kaldıklarını bildirme olasılıkları daha yüksek bulunmuştur (137). Aynı şekilde bizim çalışmamızda da katılımcıların diyet başladıkları BKİ sınıfının, damgalayıcı durumlarla karşılaşma sıklığı üzerinde etkili olduğu görülmektedir. Buna göre BKİ sınıfı yüksek olan kişiler daha sık bir şekilde damgalayıcı durumlarla karşılaşmaktadır. Her üç çalışmada da obezitenin depresyonu yaklaşık %31 oranında etkilendiği tespit edilmiştir. Ayrıca, her üç örnekte de obezite ve depresif belirtiler arasındaki muhtemel ilişki, algılanan ağırlık ayrımcılığıyla kısmen açıklanmıştır(137).

Önceki araştırmalarda (138,139), obezitenin (Sınıf II ve III) birkaç yıl boyunca depresif belirtilerdeki artışla ilişkili olduğunu gösteren tutarlı kanıtlar bulunmuştur. Bu araştırmanın sonuçları incelendiğinde Obez-II ve Obez-III sınıftaki katılımcıların depresyon düzeylerinin diğer katılımcılara oranla daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu sonuçlar ağırlık temelli ayrımcılığın deneyimlenmesi ile bozulmuş refah ve depresif belirtiler arasındaki bağlantıyı gösteren önceki kesitsel bulgularla tutarlıdır (140). Bununla birlikte, deneysel çalışmalar, ağırlık bazlı damgalanmanın olumsuz etkilenmeyi artırdığını göstermektedir (91,111). Dahası, birçok teorik model, bir kişinin ağırlık ayrımcılığı yaşanmasının stres düzeyini arttırabileceği ve depresif belirtileri ortaya çıkarabileceğini göstermektedir. (63).

Bir kişinin depresyon düzeyi damgalayıcı olayları hatırlamalarını da etkileyebilmektedir. Yani, depresyonda olan bireylerin, damgalama deneyimleriyle

başa çıkma girişimleri ve ayrımcılığı algılamaları daha güçlüdür. Örneğin, Afrikalı Amerikalı ve beyaz olmayan İspanyol katılımcılarıyla yapılan bir çalışma, ayrımcılık algılarının psikolojik sıkıntı düzeyleriyle güçlü bir şekilde ilişkili olduğunu bulmuştur (141). Ayrıca rahatsız edici olaylar (ağırlık damgalaması gibi) yaşayan ve buna rağmen iyimser olan bireylerin olumsuz zihinsel ve fiziksel sağlık sorunlarına maruz kalma olasılıkları daha azdır (142).

Obezite, toplumun büyük bir kesimi tarafından olumsuz olarak değerlendirilir ve birinin damgalanmış bir sosyal grubun parçası olduğunu varsaymak psikolojik olarak üzücüdür. Bu nedenle, ağırlık ayrımcılığının yaşanması, obeziteye sahip bir kişinin başkaları tarafından nasıl görüldüğünü düşünmesi, bu durumda kendini suçlayarak ağırlık damgalamasını içselleştirmesini güçlendirir.

Obezite damgalaması ile bağlantılı olarak gelişen önyargı bireylerin toplumdan soyutlanmasına ve önyargının içselleştirilmesine neden olmaktadır. Obez bireylerin ağırlıkları hakkındaki alay ve olumsuz yorumlar, kişinin kusurlu ya da yetersiz olduğuna dair inancın daha fazla içselleştirilmesine yol açabilir. Sonucunda ise sosyal iletişimin bozulmasına ve obez bireylerin hayat kalitelerinin düşmesine neden olmaktadır. Toplum üzerinde yapılan çalışmalara bakıldığında bir çalışmada ağırlık damgalanmasının içselleştirilmesinin duygu durum bozukluğu (ör. yüksek anksiyete) ile ilişkili olduğu (4) gözlemlenmiştir. İçselleştirilmiş damgalanma ve depresyon arasındaki ilişkiye bakıldığında tıknırcasına yeme bozukluğu olan 100 obez bireyin içselleştirme düzeyleri ile yüksek depresyon düzeyleri ilişkili bulunmuştur (143). Yapılan bir başka çalışmada ise 1013 obez birey değerlendirilmiş ve içselleştirilmiş damgalanma ile depresyon arasında ilişkiye rastlanılmamıştır (98).

Benzer ilişkiler diğer ayrımcılık türlerinde de belgelenmiştir (örn. İspanyol Amerikalılar, eşcinsel yetişkinler ve yoksul kadınlar) (144). Kişinin kendisinin yeterli olmadığı inancının içselleştirilmesi daha büyük depresyona neden olur. Örneğin, AIDS tanısı konmuş kişilerde daha fazla içselleştirilmiş damgalama daha fazla depresif belirtiyel pozitif ilişkili bulunmuştur (145).

Buna ek olarak, araştırmalar, ağırlık damgalaması deneyiminin düşük benlik saygısı ve zayıf vücut imajı gibi diğer depresyon ilişkilerine de yol açabileceğini göstermiştir (36). Yapılan çalışmalar tıknırcasına yeme bozukluğu olan obez hastalarda (143), damgalanmayı içselleştiren bireylerde (146), sık sık damgalanma

deneyimi yaşıyan obezlerde (66) ve çocukluk çağında damgalanma alay geçmişi bildiren bariatrik hastalarda (67) benlik saygısının düşük düzeyde olduğunu göstermektedir. Fakat Puhl ve ark. (98) 1013 obez bireyi değerlendirilmiş ve içselleştirilmiş damgalanma ile benlik saygısı arasında ilişkiye rastlanılmamıştır. Aynı şekilde 185 obez birey üzerinde yapılan başka bir çalışmada da düşük benlik saygısıyla ilişkilendirilmemiştir (68).

Fazla kilolu / şişman olan yetişkinlerin incelendiği toplum üzerinde yapılan kesitsel bir çalışmada, içselleştirilmiş ağırlık damgalamasının BKİ kontrol edildikten sonra bile benlik saygısı ile negatif kısmi korelasyon gösterdiği gözlemlenmiştir (4). Bu, ağırlık damgalanmasının, ağırlıktan bağımsız olarak benlik saygısının azalmasıyla ilişkili olduğunu düşündürmektedir.

Bu çalışmada incelenmediği halde, önceki araştırmalar, kadın ve erkek için damgalanma kaynaklarının öz saygılarını ve sıkıntı düzeylerini farklı şekilde etkileyebileceğini göstermiştir. Kadınların sevdikleri tarafından, erkeklerin ise daha çok çocukları tarafından damgalanması benlik saygısının azalmasına neden olmuştur (44). Cinsiyetin psikolojik sonuçlarla başa çıkıp çıkmadığını belirlemeye çalışırken damgalanmanın kaynağını anlamak önemli olabilir.

Literatür, ağırlık damgalanmasının psikolojik işlevsellik ve davranışsal sonuçlar için düzensiz yeme davranışları gibi olumsuz sonuçlara yol açabileceğini göstermektedir. Bununla birlikte, Ağırlık damgalanması ve düzensiz yeme davranışı arasındaki ilişkiyi destekleyen mekanizmalar yeterince araştırılmamıştır. (147).

Çalışmamızda katılımcıların fazla kilolarından dolayı karşılaştıkları damgalayıcı durumlarla karşılaşma sıklıkları ile duygusal yeme düzeyleri arasında doğrusal bir ilişki saptanmıştır. Öyle ki damgalayıcı durumlarla karşılaşma sıklığı daha yüksek olan katılımcıların duygusal yeme seviyeleri de yüksek olmaktadır. Bu sonuçlar, ağırlık damgalanmasının psikolojik sıkıntı ve düzensiz yeme davranışları ile ilişkili olduğunu gösteren önceki araştırmalarla uyumludur (148). Yapılan bir çalışmada, damgalanmanın içselleştirmesi ve psikolojik sıkıntı ile ağırlık damgalama deneyimleri ve düzensiz yeme davranışı arasındaki ilişkinin araştırıldığı modelleri test etmiştir. Sonuçta ağırlık damgalanmasının daha fazla duygusal yeme, kontrolsüz yeme ve kontrol kaybı yeme ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Özellikle, ağırlık damgalaması daha fazla psikolojik sıkıntı ile ve daha fazla ağırlık önyargı içselleştirmesi ile

ilişkiliydi. Daha büyük psikolojik sıkıntı ise daha büyük düzensiz yeme davranışıyla ilişkilendirilmiştir (147). Salwene ve ark. (149) yaptıkları bir çalışmada ağırlık ile ilişkili sözlü taciz yaşamının tıknırcasına yeme, duygusal yeme, gece yeme ve sağlıksız kilo kontrolüyle ilişkili olduğunu göstermektedir. Yapılan çalışmalar çocukluk çağında ağırlıklarından dolayı alaya alınmanın duygusal yemeyle ilişkili olduğunu göstermektedir. Duygusal yeme, fazla kilolu ve obez bireylerde fonksiyonel başa çıkma yaklaşımlarının eksik olmasının sonucu olarak yaşanabilmektedir (150).

Çalışmamızda fazla kilolu olan katılımcılar, fazla kilolu olmayan katılımcılardan daha fazla kilo damgalaması yaşamışlardır. Ağırlık damgası ile psikolojik ve davranışsal sonuçlar arasındaki ilişkinin büyüklüğü, fazla kilolu katılımcılar için biraz daha fazladır. Bu çalışmada araştırılmış olmasa bile literatür BKİ standartlarına göre fazla kilolu ya da obez olarak sınıflandırılmamış bireylerin bile, ağırlık damgalaması ve bununla bağlantılı olumsuz sonuçları yaşayabileceklerini göstermektedir (151).

Yapılan bir müdahale çalışmasında sık ağırlık damgalanması deneyiminin başlangıçta tıknırcasına yemeyle ilişkili olduğu, ancak diyet programını takiben yeme bozukluğunun değişimiyle ilişkili olduğu bulunmuştur (75). Friedman ve ark. (66) 94 obez birey üzerinde yaptıkları bir çalışmada sıklıkla ağırlık damgalanması deneyiminin klinik olarak tıknırcasına yeme tanısı alma olasılığıyla ilişkili olduğunu bulmuşlardır. Almeida ve ark. (73) yürüttükleri çalışmada ise damgalanma deneyimi ile tıknırcasına yeme arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Bir başka çalışmada da (98) diyet desteği alan erişkinlerde içselleştirilmiş ağırlık önyargısı derecesi ve tıknırcasına yeme sıklığı ya da diyetin reddedilmesi arasında herhangi bir ilişki bulunmamıştır. Durso ve ark. (4) fazla kilolu / obez yetişkinlerde yaptıkları bir çalışmada içselleştirilmiş ağırlık damgalaması, BKİ kontrol edildikten sonra bile, tıknırcasına yeme sıklığı ile anlamlı ve pozitif ilişki göstermiştir.

Bu çalışmada ağırlık önyargısı içselleştirme puanı ile duygusal ve dışsal yeme seviyeleri arasında doğrusal ilişkiler olduğu görülmüştür. Buna göre önyargıları içselleştirme seviyeleri daha yüksek olan katılımcıların duygusal ve dışsal yeme düzeyleri de yüksek olmaktadır. Benzer şekilde ağırlık önyargılarını içselleştirme düzeyleri ile depresyon düzeyleri arasında da pozitif yönlü doğrusal bir ilişki belirlenmiştir. Öyle ki önyargıları içselleştirme düzeyi yüksek olan katılımcıların

depresyonda hissetme düzeyleri de yüksek olmaktadır. Ağırılık önyargısının içselleştirilmesi, psikolojik sıkıntı ve düzensiz yeme davranışı sonuçları arasındaki ilişki açıklığa kavuşturulmalıdır. Yüzeysel olarak ele alındığında, ağırılık damgalamasının içselleştirilmesi, ağırılık damgalanması ve düzensiz yeme davranışı arasındaki ilişkiyi anlamada psikolojik sıkıntıdan daha önemli bir faktör olduğunu ortaya koymaktadır. Ancak, unutulmamalıdır ki, İçselleştirilmiş Kilo Önyargı Ölçeği içindeki 11 maddeden ikisi de psikolojik sıkıntı unsurlarını sorgulamaktadır. Aynı şekilde bir madde de vücut memnuniyetsizliğini ölçmektedir. Bu, hem psikolojik sıkıntı hem de düzensiz yeme davranışları ile neden bu kadar güçlü bir ilişkiye sahip olduğunu açıklayabilir. Bu nedenle, ağırılık kaybı ve düzensiz yeme davranışı arasındaki ilişkiyi açıklamak için, ileriye dönük araştırmaların, içselleştirilmiş ağırılık yanlılığı, psikolojik sıkıntı ve belki de vücut memnuniyetsizliği arasındaki ilişkiyi daha açık bir şekilde ayırt etmesi yararlı olacaktır.



## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

### 6.1. Sonuçlar

Bu çalışmada, obez bireylerde damgalanma hissi ile yeme davranışları ve depresyon arasındaki ilişki değerlendirilmiş ve aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

1. Çalışmaya 106'sı kadın 39'u erkek olmak üzere 145 fazla kilolu ve obez birey katılmıştır.
2. Çalışmadaki katılımcıların %22.7' si 30 yaş ve altı, %34.5' i 31-40 yaş, %27.6' sını 41-50 yaş ve %15.2' sinin de 51 ve üzeri yaş aralığında olduğu saptanmıştır.
3. Katılımcıların 85' i evli, 60' ı bekar/ boşanmış/ duldur.
4. Eğitim durumları incelendiğinde katılımcıların 14' ü ilköğretim, 35' i lise ve 96' sını de üniversite mezunudur.
5. Erkek katılımcıların güncel ağırlıklarının ortalaması  $106.98 \pm 14.53$  kg kadın katılımcıların ortalaması  $93.17 \pm 13.15$  kg'dan daha fazladır. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır. ( $p < 0.001$ )
6. Erkek katılımcıların diyet öncesi başlangıç ağırlıklarının ortalaması  $98.02 \pm 11.17$  kg kadın katılımcıların ortalaması  $85.41 \pm 11.22$  kg'dan daha fazladır. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p < 0.001$ ).
7. Hem kadınlarda hem de erkeklerde güncel ağırlık değerlerinin anlamlı derecede başlangıç ağırlık değerinden daha düşük olduğunu bulunmuştur ( $p < 0.001$ ).
8. Kadın ve erkek katılımcıların diyet programlarının ardından yaşanan kilo kayıpları farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p > 0.05$ ).
9. Kadınların diyet öncesi başlangıç BKİ ortalaması  $36.11 \pm 5.27$  kg/m<sup>2</sup> erkeklerin ortalaması  $34.80 \pm 5.11$  kg/m<sup>2</sup>'den daha fazladır. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p = 0.186$ ).

10. Kadınların güncel BKİ ortalaması  $32.99 \pm 4.40 \text{ kg/m}^2$  erkeklerin ortalaması  $31.97 \pm 4.45 \text{ kg/m}^2$ 'den daha fazladır. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p=0.205$ ).
11. Güncel BKİ değerlerinin hem erkekler hem kadınlar hem de toplam için anlamlı derecede başlangıç BKİ değerinden daha düşük olduğunu bulunmuştur ( $p<0.001$ ).
12. Kadınları diyet süreleri ortalaması  $10.16 \pm 9.40$  hafta ve erkek diyet süreleri  $10.44 \pm 10.91$  hafta arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p=0.881$ ).
13. Katılımcıların diyet süreleri ile yaşamış oldukları ağırlık kaybı arasında güçlü bir ilişki vardır ( $r=0.881$ ;  $p<0.001$ ).
14. Diyet yapmadan önce katılımcıların BKİ sınıfları incelendiğinde %6.9'unun fazla kilolu, %42.8'inin obez-I, %33.8'inin obez-II ve %16.6'sının obez-III sınıfında yer aldığı saptanmıştır.
15. Katılımcıların güncel BKİ sınıfları incelendiğinde %21.4' ünün fazla kilolu, %51'inin obez-I, %22.1'inin obez-II ve %5.5'inin obez-III sınıfında yer aldığı saptanmıştır.
16. Katılımcıların %46.9' unun doktor tarafından tanısı konulmuş bir hastalıkları bulunmaktadır.
17. Katılımcıların %11.7'si psikolojik destek aldıklarını söylerken bu oran erkeklerde %17.9'luk oranla kadınlara (%9.4) göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $>0.05$ ).
18. Kadınların ve erkeklerin antidepresan kullanım süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $=0.652$ ).
19. Sigara içme durumlarına bakıldığında; katılımcıların %11.7' si daha önce sigara içip bırakmış, %44.8' i hala içmekte ve %43.4' ü de hiç sigara içmemiştir.
20. Sigara kullanımının erkeklerde (%53.8) kadınlardan (%41.5) daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p=0.169$ ).
21. Alkol içme durumlarına bakıldığında; katılımcıların %34.4' ünün içtiği ve %65.6' inin de alkol içmediği belirlenmiştir. Alkol içen gruptaki

katılımcıların günlük alkol tüketme oranları sorulduğunda kendilerinin sosyal içici olduklarını ve hafta sonları 1-2 kadeh sosyalleşmek için tükettiklerini belirtmişlerdir.

22. Alkol kullanımı oranının erkeklerde (%53.8) kadınlara (%27.4) oranla oldukça yüksektir. Alkol kullanımında erkeklerin kadınlara göre daha yüksek bir oranda alkol kullandıkları ( $p=0.003$ ) görülmüştür.
23. Katılımcıların %35.2' si düzenli yürüyüş egzersizi yapmadığını bildirirken, %41.4' ü 1-90 dakika arası, %15.2 'si 91-200 dakika arası ve %8.3'ü de 200 dakikadan fazla egzersiz yaptıklarını bildirmişlerdir. Cinsiyetler arasındaki yürüyüş süresi incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ( $p=0.002$ ).
24. Düzenli uyku durumuna bakıldığında katılımcıların %29.7'si düzenli uyuyamazken, %60.7' si düzenli uyuduğunu ve %9.7' si de sadece hafta içi düzenli uyuduğunu bildirmiştir. Cinsiyetler arasındaki düzenli uyku durumları incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p=0.201$ ).
25. DDE-K için katılımcıların vermiş oldukları cevaplara ilişkin sonuçlar incelendiğinde katılımcıların damgalayıcı durumlarla ortalama olarak “hayatlarında birkaç kez” seviyesinde karşılaştıkları bulunmuştur.
26. Damgalayıcı durumlarla karşılaşma sıklıkları ile yaş, güncel ağırlık ve diyet süresi arasında anlamlı ilişkiler bulunamamıştır ( $p>0.05$ ).
27. Damgalayıcı durumlarla karşılaşma sıklığı ile başlangıç ağırlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır. Buna göre başlangıç ağırlığı daha yüksek olan katılımcıların damgalayıcı durumlarla karşılaşma sıklıkları daha fazla olmaktadır ( $r=0.210$  ;  $p=0.011$ ).
28. Damgalayıcı durumlarla karşılaşma sıklıkları ile cinsiyet, medeni hal, eğitim durumu ve güncel BKİ sınıfları arasında anlamlı ilişkiler bulunamamıştır ( $p>0.05$ ).
29. Damgalayıcı durumlarla karşılaşma sıklığı ile başlangıç BKİ sınıfı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır. Buna göre BKİ sınıfı yüksek olan kişiler daha sık bir şekilde damgalayıcı durumlarla karşılaşmaktadır ( $F=4.421$  ;  $p=0.005$ ).

30. İçselleştirilmiş kilo önyargı leği puanları ile yaş, güncel ağırlık ve başlangıç ağırlığı arasında anlamlı ilişkiler bulunamamıştır ( $p>0.05$ ).
31. İçselleştirilmiş kilo önyargısı ile diyet süresi arasında ters yönlü bir ilişki vardır. Öyle ki önyargıları içselleştirme puanları yüksek olan katılımcılar daha kısa süre diyet yapma eğilimindedirler ( $r=-0.171$  ;  $p=0.040$ ).
32. İçselleştirilmiş kilo önyargısı ile cinsiyet, medeni hal, başlangıç BKİ sınıfı ve eğitim durumu arasında anlamlı ilişkiler bulunamamıştır ( $p>0.05$ ).
33. Güncel BKİ sınıfı ağırlık önyargılarını içselleştirme seviyeleri üzerinde etkilidir ( $F=4.266$  ;  $p=0.006$ ). Güncel BKİ sınıfı ile ilgili ikili karşılaştırmalar incelendiğinde fazla kilolu kategorisindeki katılımcıların diğer kategorilerdeki katılımcılara oranla daha düşük seviyede ağırlık önyargılarını içselleştirdikleri görülmektedir. Diğer BKİ sınıfları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar yoktur.
34. Tüm yeme davranışlarında kadınların bu davranışları gösterme sıklığının erkeklere oranla daha fazla olduğu görülmektedir. Kadınlarda en sık görülen yeme davranışı duygusal yeme davranışı iken erkeklerde ise dışsal yeme davranışı en sık görülmektedir.
35. Diyet süresi ile kısıtlayıcı yeme davranışları arasında önemli bir pozitif yönlü doğrusal ilişki görülmektedir. Buna göre daha yüksek düzeyde kısıtlayıcı yeme davranışları gösteren katılımcılar daha uzun süre diyet yapma eğilimindedirler ( $r=0.354$  ;  $p<0.001$ ).
36. Kısıtlayıcı yeme davranışları ile medeni hal, eğitim durumları ve güncel BKİ sınıfları arasında anlamlı ilişkiler bulunamamıştır ( $p>0.05$ ).
37. Kadınların kısıtlayıcı yeme davranışları gösterme düzeyleri erkeklere oranla daha yüksektir ( $t=2.204$  ;  $p=0.045$ ).
38. Başlangıç BKİ sınıflarına göre katılımcıların obezite derecesi arttıķa kısıtlayıcı yeme davranışları gösterme düzeyleri de artmaktadır ( $F=3.587$  ;  $p=0.015$ ).
39. Duygusal yeme davranışları ile medeni hal, eğitim durumları, güncel BKİ sınıfları ve diyet ncesi BKİ sınıfları arasında anlamlı ilişkiler bulunamamıştır ( $p>0.05$ ).

40. Grup ortalamaları incelendiğinde kadınların erkeklere oranla daha yüksek düzeyde duygusal yeme davranışları gösterdikleri görülmektedir ( $t=3.447$  ;  $p=0.001$ ).
41. Dışsal yeme davranışları ile cinsiyet, medeni hal, eğitim durumları, güncel BKİ sınıfları ve diyet öncesi BKİ sınıfları arasında anlamlı ilişkiler bulunamamıştır.
42. Diyet süresi ile katılımcıların depresyon düzeyleri arasında negatif yönlü bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Buna göre depresyon düzeyi yüksek katılımcıların diyet süreleri daha kısa olmaktadır ( $r=-0.192$  ;  $p=0.021$ ).
43. Katılımcıların cinsiyetlerinin, medeni hallerinin ve diyete başlamadan önceki BKİ sınıflarının, depresyon düzeyleri üzerinde etkili olmadığı görülmüştür ( $p>0.05$ ).
44. Eğitim düzeyleri ve depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki mevcuttur. Buna göre ilköğretim ve lise düzeyindeki katılımcıların depresyon düzeyleri üniversite mezunu olanlara göre daha yüksek olduğu görülmektedir ( $F=3.556$  ;  $p=0.031$ ).
45. Güncel BKİ sınıfları ile depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki mevcuttur. Buna göre katılımcıların BKİ sınıflarının derecesi arttıkça depresyonda hissetme düzeyleri de artmaktadır ( $F=2.947$  ;  $p=0.035$ ).
46. Katılımcıların benlik algısı ile yaş, güncel ağırlık ve başlangıç ağırlığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).
47. Diyet süresi ile benlik saygısı arasında anlamlı pozitif yönlü doğrusal bir ilişki bulunmaktadır. Buna göre benlik algısı yüksek olan katılımcılar daha uzun süre diyet yapma eğilimindedirler ( $r=0.283$  ;  $p=0.001$ ).
48. Katılımcıların benlik saygıları ile cinsiyetleri, medeni durumları ve diyet öncesi BKİ sınıfları arasında bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).
49. Eğitim durumu benlik saygısı üzerinde etkilidir. Elde edilen sonuçlar göstermektedir ki üniversite mezunu katılımcıların benlik saygısı algıları ilkokul ve lise mezunlarına göre ortalama olarak daha yüksektir ( $F=4.906$  ;  $p=0.009$ ).
50. Güncel BKİ sınıflarının benlik saygısı üzerinde etkili olduğu görülmüştür. Analiz sonuçlarına göre fazla kilolu kategorisindeki katılımcıların benlik

saygısı diğer sınıflara göre daha yüksektir ( $F=4.806$  ;  $p=0.003$ ). Diğer BKİ sınıflarındaki katılımcıların kendi ortalamaları arasında belirgin bir fark yoktur.

51. Katılımcıların fazla ağırlıklarından dolayı karşılaştıkları damgalayıcı durumlarla karşılaşma sıklıkları ile ağırlık önyargısı içselleştirme düzeyleri arasında pozitif yönlü doğrusal bir ilişki vardır. Öyle ki damgalayıcı durumlarla karşılaşma sıklığı daha yüksek olan katılımcıların ağırlık önyargılarını içselleştirme seviyeleri de yüksek olmaktadır ve bu istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur ( $r=0.279$  ;  $p=0.001$ ).
52. Damgalayıcı durumlarla karşılaşma sıklığı ile depresyonda hissetme düzeyi arasında pozitif yönlü doğrusal ilişki bulunmuştur ve istatistiksel açıdan önemlidir ( $r=0.177$  ;  $p=0.033$ ). Buna göre bu tür durumlarla daha sık karşılaşanlar daha yüksek düzeyde depresyonda hissetmektedir.
53. Damgalayıcı durumlarla karşılaşma sıklığı ile benlik saygısı seviyesi arasında negatif yönlü bir ilişki söz konusudur. Bu tür durumlarla karşılaşma sıklığı daha fazla olan katılımcıların benlik saygısı algısı daha düşük olmaktadır ve bu istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur ( $r=-0.234$  ;  $p=0.003$ ).
54. İçselleştirilmiş kilo önyargı ölçeği puanı ile duygusal ve dışsal yeme davranışları seviyeleri arasında pozitif yönlü doğrusal ilişkiler olduğu görülmüştür ve istatistiksel açıdan önemlidir. Buna göre ağırlık önyargılarını içselleştirme seviyeleri daha yüksek olan katılımcıların duygusal yeme ( $r=0.343$  ;  $p<0.001$ ) ve dışsal yeme ( $r=0.214$  ;  $p=0.010$ ) düzeyleri de yüksek olmaktadır.
55. Ağırlık önyargılarını içselleştirme düzeyleri ile depresyon düzeyleri arasında da pozitif yönlü doğrusal bir ilişki belirlenmiştir. Öyle ki önyargıları içselleştirme düzeyi yüksek olan katılımcıların depresyonda hissetme düzeyleri de yüksek olmaktadır ve bu istatistiksel açıdan önemlidir ( $r=0.367$  ;  $p<0.001$ ).
56. Ağırlık önyargılarını içselleştirme düzeyleri ile benlik saygısı arasında negatif yönlü zayıf ancak istatistiksel açıdan önemli bir ilişki olduğu

görülmüştür. Ağırlık önyargılarını içselleştirme düzeyi arttıkça benlik saygısı düzeyi azalma eğiliminde olmaktadır ( $r=-0.522$  ;  $p<0.001$ ).

57. Depresyon düzeyleri ve benlik saygısı değişkenleri ile kısıtlayıcı ve dışsal yeme arasında anlamlı ilişkiler yok iken duygusal yeme arasında pozitif yönlü doğrusal bir ilişki olduğu görülmüştür. Depresyon seviyesi yüksek olan katılımcıların duygusal yeme düzeyleri de yüksek olurken ( $r=0.223$  ;  $p=0.007$ ) benlik saygısı seviyesi yüksek olan katılımcıların duygusal yeme davranışları daha az olmaktadır ( $r=-0.223$  ;  $p=0.007$ ) ve bu istatistiksel açıdan önemlidir.
58. Kısıtlayıcı yeme davranışları ile incelenen diğer değişkenler arasında herhangi bir doğrusal ilişki bulunamamıştır.
59. Duygusal yeme davranışları ile dışsal yeme davranışlar arasında da pozitif yönlü bir ilişki olduğu görülmüştür ( $r=0.558$  ;  $p<0.001$ ).
60. Depresyon düzeyleri ile benlik saygısı arasında negatif yönlü orta düzeyde bir ilişki olduğu görülmüştür. Öyle ki depresyon düzeyi arttıkça katılımcıların benlik saygısı azalma eğiliminde olmaktadır ve bu istatistiksel açıdan önemlidir ( $r=-0.51$  ;  $p<0.001$ ).

## 6.2. Öneriler

Vücut ağırlığıyla ilgili damgalama önemli bir halk sağlığı sorunudur ve sonuçları ciddi boyutlardadır. Fazla kilolu ve obez bireyler genellikle önyargı ve damgalama hedefindedir. Obez bireyler istihdam yerleri, eğitim kurumları, tıbbi tesisler, kitle iletişim araçları ve kişiler arası ilişkiler de dâhil olmak üzere birçok yaşam alanlarındaki olumsuz tutumlara karşı savunmasızdır. Damgalama, ortaya çıktığında ise geri dönüşü zor bir etkiye sahiptir. Bu nedenle;

- Obezitenin nedenleri hakkındaki anlayışlar değiştirilebilir. Pek çok kişi yanlış bir şekilde obeziteye sahip insanların tembel olduklarını varsaymaktadır. Bu algının yanlış olduğunu kabul etmek ve obezitenin genetik, biyolojik, çevresel ve davranışsal faktörlerin karmaşık bir etkileşiminden kaynaklanan bir sağlık sorunu olduğunu anlamak önemlidir.

- Okul ortamında vücut ağırlıklarından dolayı zorbalığa uğrayan çocukların bu durumlarla başa çıkabilmeleri için okul ve ev ortamında çocukların motive edilmesi yararlı olacaktır. Bu zorbalık karşısında kendilerine güvenmeleri ve yetişkinlere danışmalarının yardımcı olacağı onlarla birlikte bir çözüm yolu bulunula bilineceği anlatılmalıdır.

- Öğretmenler fazla kilolu öğrencileri okul etkinliklerinde başarılı olmaları için teşvik etmelidir. Her ağırlıktaki öğrencinin spor takımlarına, öğrenci meclisine ve ders dışı etkinliklere katılmasına teşvik etmek önemlidir. Ayrıca derslerde öğrencilere empati hakkında eğitimler verilmelidir. Unutulmamalıdır ki akranlar dışında bu damgalanma eğitimciler tarafından da gelebilir. Eğitimciler bu konu hakkında seminerler vermek önemlidir.

- Obezite alanındaki profesyoneller, hem araştırmacılar hem de klinisyenler, ağırlık damgalanmasının azaltılmasına ve tutumların iyileştirilmesine yardımcı olmak için çeşitli stratejiler uygulayabilir.

- Sağlık çalışanları, kendi önyargılarının farkında olarak, empati geliştirerek ve obez hastaların ihtiyaç ve endişelerini gidermek için çalışarak fark yaratabilirler.

- Hastaların diğer sağlık profesyonelleriyle vücut ağırlıkları konusunda olumsuz deneyimler yaşadıklarını düşünülüp hastalara hassasiyetle yaklaşıla bilir.



- Basitçe, “Kilo vermeniz gerekir” demek yerine, örneğin bir egzersiz programı, dışarda yemek yerine evde yemek yemek vb. gibi somut tavsiyeler verilebilir. Aynı zamanda bekleme odalarında büyük, kolsuz sandalyeler, uygun büyüklükte tıbbi ekipman ve hasta önlükleri ile destekleyici bir sağlık ortamı sağlanabilir.

- Aile üyeleri farkına varmadan çocuklarını veya diğer aile üyelerini ağırlıklarından dolayı damgalayabilir. Bunun için farkındalığa varmak önemlidir. Çocuklar ve aile üyeleriyle bu konular hakkında konuşulmalı ve destek sunulmalıdır.

- Damgalanmam bireyin bu durumla başa çıkmasına yardımcı olmanın yollarını bulunulmalıdır. Aynı zamanda olaya sadece ağırlık kaybetmek olarak bakılmamalıdır. Aslında sağlıklı olmak için beslenmemize ve aktivitemize dikkat etmeliyiz şeklinde konuşulmalıdır.

- Popüler medya, televizyon ve filmlerde obez karakterlerin alaya alınması önlenmeli ve bu konuya hassasiyetle yaklaşılması gerekmektedir.

- Sosyal kampanyalarda fazla kilolu bireyler tembel gösterilmemeli, zayıf/ince olan bireylerin sosyal anlamda daha güçlü olduğu gibi negatif mesajlar verilmemelidir.

- Ülke politikaları ve toplum sağlığı çalışmalarında da obez bireyleri hedef alan ayrımcı, dışlayıcı ve damgalayıcı durumların azaltılması için hedefler belirlenmelidir.

## 7. KAYNAKLAR

1. Waldo KM. The Impact of Weight Bias on Psychological Functioning: The Role of Weight Discrimination and Internalized Weight Bias. LSU Doctoral Dissertations, Louisiana State University and Agricultural and Mechanical College, 2016.
2. Koball AM. Localized Coping Responses As Mediators In The Relationship Between Percieved Weight Stigma And Depression. Graduate College of Bowling Green State University Master Theses, 2009.
3. Jackson TD, Grilo CM, Masheb RM. Teasing history and eating disorder features: An age- and body mass index-matched comparison of bulimia nervosa and binge-eating disorder. *Comprehensive Psychology* 43(2):108-13, 2002.
4. Durso LE, Latner JD, Understanding self-directed stigma: Development of the Weight Bias Internalization Scale, *Obesity* 2:80-6, 2008.
5. World Health Organization obesity and overweight fact sheet. Erişim: (<http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>) Erişim tarihi: 15.11.2018.
6. Inoue M, Toyokawa S, Miyoshi Y, et al. Degree of agreement between weight perception and body mass index of Japanese workers: MY Health Up Study. *J Occup Health Sep*;49(5):376-81, 2007.
7. Yavuz D. Obesity. *Türkiye Klinikleri J Endocrin Special Topics*; 2(3):30-5, 2009.
8. Mei Z, Pietrobelli A, Goulding A, et al. Validity of body mass index compared with other body-composition screening indexes for the assessment of body fatness in children and adolescents. *Am J Clin Nutr*; 75:978–85, 2002.
9. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Birinci Basamak Sağlık Kurumları İçin Obezite ve Diyabet Klinik Rehberi, Yayın No: 1070, Ankara, 2017.
10. World Health Organization. Waist circumference and waist-hip ratio. Report of a WHO Expert Consultation. Geneva, 2011.
11. Stein CJ, Colditz GA. The Epidemic of Obesity, *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism* 89(6):2522-5, 2004.
12. World Health Organization. Controlling The Global Obesity Epidemic. WHO Nutrition, July 2001.

13. World Health Organization obesity and overweight fact sheet. Erişim: (<http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>) Erişim tarihi: 15/11/2018.
14. Satman I, Yılmaz T, Sengül A, et al. Population-based study of diabetes and risk characteristics in Turkey: results of the Turkish diabetes epidemiology study (TURDEP). *Diabetes Care* 25(9):1551-1556, 2002.
15. Satman I, Omer B, Tutuncu Y, et al. Study Group. Twelve-year trends in the prevalence and risk factors of diabetes and prediabetes in Turkish adults. *European Journal of Epidemiology* 28(2):169-180, 2013.
16. Onat A, Can G, Yüksel H, et al. TEKHARF Çalışması, 2014.
17. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2010: Beslenme Durumu ve Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi Sonuç Raporu. Erişim: ([http://beslenme.gov.tr/content/files/yayinlar/kitaplar/diger\\_kitaplar/TBSA\\_Beslenme\\_Yayini.pdf](http://beslenme.gov.tr/content/files/yayinlar/kitaplar/diger_kitaplar/TBSA_Beslenme_Yayini.pdf)) Erişim tarihi: 15/11/2018.
18. Andreyeva T, Puhl RM, Brownell KD. Changes in perceived weight discrimination among Americans: 1995-1996 through 2004-2006. *Obesity*;16:1129-1134, 2008.
19. Eker E, Şahin M, Birinci Basamakta Obeziteye Yaklaşım, *Sted*, 11(7), 246-249, 2002.
20. Çöl. M. Halk sağlığı yönünden obezite. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*. Cilt 51, Sayı 3, 173-176, 1998.
21. Nejat EJ, Polotsky AJ, Pal L. Predictors of chronic disease at midlife and beyond – the health risks of obesity, *Maturitas*; 65: 106–111, 2010.
22. Huschak G, Busch T, Kaisers UX. Obesity in anesthesia and intensive care. *Best Practise & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*; 27:247-260, 2013.
23. Fabricatore AN, Wadden TA. Obesity. *Annual Review of Clinical Psychology*, 2, 357- 277, 2006.
24. Sullivan M, Karlsson J, Sjo L, et al. Swedish obese subjects (SOS)—an intervention study of obesity. Baseline evaluation of health and psychosocial functioning in the first 1,743 subjects examined. *International Journal of Obesity*, 17, 503–512, 1993.

25. Onyike C, Crum R, Lee H, et al. Is obesity associated with major depression? Results from the third national health and nutrition examination survey. *American Journal of Epidemiological Studies*, 158, 1139-1147, 2003.
26. Carpenter KM, Hasin DS, Allison DB, et al. Relationships between Obesity and DSM-IV major depressive disorder, suicide ideation, and suicide attempts: Results from a general population study. *American Journal of Public Health*, 90(2), 251-257, 2000.
27. Brownell KD, Schwartz MB, Puhl RM, et al. *Weight bias in nature: Consequences and remedies*. Guilford Press. New York, NY, 2005.
28. Goffmann E. *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Englewood Cliffs, NJ:Prentice Hall, 1963.
29. Crocker J, Major B. Social stigma and self-esteem: The self-protective properties of stigma. *Psychological Review*, 96, 608-630, 1989.
30. Dovidio JF, Major B, Crocker J, Stigma: Introduction and overview. In *The Social Psychology of Stigma* (eds T. F. Heatherton, R. E. Kleck, M. R. Hebl, et al). New York: Guilford Press, 2000.
31. Puhl R, Brownell KD. Ways of coping with obesity stigma: Review and conceptual analysis. *Eating Behaviors*, 4, 53-78, 2003.
32. Gee GC. A multilevel analysis of the relationship between institutional and individual racial discrimination and health status. *American Journal of Public Health*, 92, 615-623, 2002.
33. Guyll M, Matthews KA, Bromberger JT. Discrimination and unfair treatment: relationship to cardiovascular reactivity among African American and European American women. *Health Psychology*, 20, 315-325, 2001.
34. Crocker J, Voelkl K, Testa M, et al. Social stigma: The affective consequences of attributional ambiguity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 218-228, 1991.
35. Noh S, Kaspar V. Perceived Discrimination and Depression: Moderating Effects of Coping, Acculturation, and Ethnic Support, *Am J Public Health*, Feb:93(2):232-8, 2003.
36. Puhl R, Heuer C. The stigma of obesity: A review and update. *Obesity*, 17(5):941-64, 2009.

37. Teachman BA, Gapinski KD, Brownell KD, et al. Demonstrations of implicit anti-fat bias: The impact of providing causal information and evoking empathy. *Health Psychology*, 22, 68–78, 2003.
38. Schwartz MB, Vartanian LR, Nosek BA, et al. The influence of one's own body weight on implicit and explicit anti-fat bias. *Obesity*, 14(3), 440-447, 2006.
39. Link BG. Understanding labeling effects in area of Mental disorders: An assessment of the effects of expectations and rejection. *Am Sociol Rev* 52 (1): 96-12, 1987.
40. Crandall CS. Ideology and lay theories of stigma: The justification of stigmatization. In T.F. Heatherton, R.E. Kelck, M.R. Hebel & J.G. Hull (Eds.), *The Social Psychology of Stigma*. New York: The Guilford Press, 2003.
41. Cristina C. Weight stigma experiences and internalization among boys and girls accessing obesity care in Berlin. Thesis. 2016.
42. Latner JD, Stunkard AJ. The stigmatization of obese children: 40 years and counting. *Obesity Research*, 11, 452-56, 2001.
43. Myers A, Rosen JC. Obesity stigmatization and coping: Relation to mental health symptoms, body image, and self-esteem. *International Journal of Obesity*, 23, 221-230, 1999.
44. Puhl R, Brownell K. Confronting and coping with weight stigma: An investigation of overweight and obese adults. *Obesity*, 14,1802-1816, 2006.
45. Koball AM. Localized Coping Responses As Mediators In The Relationship Between Percieved Weight Stigma And Depression, Graduate College of Bowling Green State University Master Theses, 2009.
46. Altun S, Üniversite Öğrencilerinin Obeziteye İlişkin Önyargılarının Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, 2015.
47. Puhl R, Brownell K. Obesity, bias, and discrimination. *Obesity Research*, 8, 788–805, 2001.
48. Foster GD, Wadden TA, Makris AP, et al Primary care physicians' attitudes about obesity and its treatment. *Obesity Research*, 11(10), 1168-77, 2003.
49. Anderson DA, Wadden TA. Bariatric surgery patients' views of their physicians; Weight related attitudes and practices. *Obesity Research*, 12(15), 87–1595, 2004.

50. Peterson JL, Puhl RM, Luedicke J. An experimental assessment of physical educators' expectations and attitudes: the importance of student weight and gender. *J Sch Health*;82(9):432-40, 2012.
51. Hesse-Biber S, Leavy P, Quinn CE, et al. The mass marketing of disordered eating and eating disorders: the social psychology of women, thinness and culture. *Women's Stud Int Forum*;29:208-224, 2006.
52. Puhl R, Suh Y. Health Consequences of Weight Stigma: Implications for Obesity Prevention and Treatment. *Curr Obes Rep*, 2015.
53. Drury C, Louis M. Exploring the association between body weight, stigma of obesity, and health care avoidance. *Journal Of The American Academy Of Nurse Practitioners*, 14(12), 554-561, 2002.
54. Brown I, Thompson J. Primary care nurses' attitudes, beliefs and own body size in relation to obesity management. *Journal of Advanced Nursing*, 60(5), 535-543, 2007.
55. Haines J, & Neumark-Sztainer D, Prevention of obesity and eating disorders: a consideration of shared risk factors. *Health Education Research*, 21(6), 770-782, 2006.
56. Pınar R, Obezlerde depresyon, benlik saygısı ve beden imajı: Karşılaştırılmalı bir çalışma, C.Ü. Hemflirelik Yüksekokulu Dergisi, 6(1), 30-41, 2002.
57. Tezcan B, Obez bireylerde benlik saygısı, beden algısı ve travmatik geçmiş yaşantılar, Uzmanlık Tezi, S.B. Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, 2009.
58. Carr D, Friedman MA, Jaffe K. Understanding the relationship between obesity and positive and negative affect: the role of psychosocial mechanisms. *Body Image*, 4, 165- 177, 2007.
59. Keyes KM, Hatzenbuehler ML, Alberti P, et al. Service Utilization Differences for Axis I Psychiatric and Substance Use Disorders Between White and Black Adults. *Psychiatric Services*, 59, 893-90, 2008.
60. Pearl RL, White MA, Grilo CM. Weight bias internalization, depression, and self-reported health among overweight binge eating disorder patients. *Obesity (Silver Spring)*;22(5):E142-148, 2014.

61. Pearl RL, Puhl RM. The distinct effects of internalizing weight bias: an experimental study. *Body Image*;17:38-42, 2016.
62. Puhl RM, Himmelstein MS, Quinn DM. Internalizing weight stigma: prevalence and sociodemographic considerations in US adults, *Obesity* (Silver Spring), 2017.
63. Sikorski C, Luppia M, Luck T, Riedel-Heller SG. Weight stigma "gets under the skin" — evidence for an adapted psychological mediation framework: a systematic review. *Obesity* (Silver Spring);23(2):266-276, 2015.
64. Garner DM. The 1997 body image survey results. *Psychology Today*. 31–44, 1997.
65. Sutin AR, Terracciano A. Perceived weight discrimination and high-risk health-related behaviors. *Obesity* (Silver Spring);25(7):1183-1186, 2017.
66. Friedman KE, Ashmore JA, Applegate KL. Recent experiences of weight-based stigmatization in a weight loss surgery population: psychological and behavioral correlates. *Obesity*;16 (Suppl. 2):69-74, 2008.
67. Friedman KE, Reichmann SK, Costanzo PR, et al. Weight stigmatization and ideological beliefs: relation to psychological functioning in obese adults. *Obes Res*;13:907-916, 2005.
68. Latner JD, Wilson GT, Jackson ML, et al. Greater history of weight-related stigmatizing experience is associated with greater weight loss in obesity treatment. *J Health Psychol*;14:190-199, 2009.
69. Rosenberger PH, Henderson KE, Bell RL, et al. Associations of weight-based teasing history and current eating disorder features and psychological functioning in bariatric surgery patients. *Obes Surg*;17:470-477, 2007.
70. Savoy S, Almeida L, Boxer P. The relation of weight stigmatization to psychological adjustment. *J Appl Social Psychol*;42:2285-2308, 2012.
71. Sarwer DB, Fabricatore AN, Eisenberg MH, et al. Self-reported stigmatization among candidates for bariatric surgery. *Obesity*;16 (Suppl. 2):75-79, 2008.
72. Puhl R, Suh Y. Stigma and Eating and Weight Disorders. *Curr Psychiatry Rep*. 2015.

73. Almeida L, Savoy S, Boxer P. The role of weight stigmatization in cumulative risk for binge eating. *J Clin Psychol*;67D3]:278–92, 2011.
74. Brauhardt A, Rudolph A, Hilbert A. Implicit cognitive processes in binge-eating disorder and obesity. *J Behav Ther Exp Psychiatry*;45(2):285–90, 2014.
75. Wott CB, Carels RA. Overt weight stigma, psychological distress and weight loss treatment outcomes. *J Health Psychol*;15(4): 608–14, 2010.
76. Durso LE, Latner JD, Hayashi K. Perceived discrimination is associated with binge eating in a community sample of non-overweight, overweight, and obese adults. *Obes Facts*;5(6):869–80, 2012.
77. Uconn Rudd Center For Food Policy & Obesity, Erişim: (<http://www.uconnruddcenter.org/>) Erişim tarihi: 15.11.2018.
78. King KM, Puhl RM, Luedicke J, Peterson JL. Eating behaviors, victimization, and desire for supportive intervention among adolescents in weight-loss camps. *Eat Behav*;14(4):484–7. 2013.
79. Goldfield G, Moore C, Henderson K, Buchholz A, Obeid N, Flament M. The relation between weight-based teasing and psychological adjustment in adolescents. *Paediatr Child Health*;15(5):283–8, 2010.
80. Rojo-Moreno L, Rubio T, Plumed J, Barberá M, Serrano M, Gimeno N, et al. Teasing and disordered eating behaviors in Spanish adolescents. *Eat Disord*;21(1):53–69, 2013.
81. Olvera N, Dempsey A, Gonzalez E, Abrahamson C. Weight-related teasing, emotional eating, and weight control behaviors in Hispanic and African American girls. *Eat Behav*;14(4):513–7, 2013.
82. Quick VM, McWilliams R, Byrd-Bredbenner C. Fatty, fatty, twoby- four: weight-teasing history and disturbed eating in young adult women. *Am J Public Health*;103(3):508–15, 2013.
83. Libbey HP, Story MT, Neumark-Sztainer DR, & Boutelle KN, Teasing, disordered eating behaviors, and psychological morbidities among overweight adolescents. *Obesity*, 16(S2), 24-29, 2008.
84. Vartanian LR, Development and validation of a brief version of the stigmatizing situations inventory. *Obesity Science and Practice*, 1, 119-125, 2015.



85. Vartanian LR., & Novak SA, Internalized societal attitudes moderate the impact of weight stigma on avoidance of exercise. *Obesity*, 19, 757-762, 2011.
86. Wu YK, & Liu Y, Weight-related stigmatization and binge eating among overweight adults in Southern Taiwan. *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition*, 24, 118, 2015.
87. Eisenberg ME, Berge JM, Fulkerson JA, & Neumark-Sztainer D, Associations between hurtful weight-related comments by family and significant other and the development of disordered eating behaviours in young adults. *Journal of Behavioral Medicine*, 35, 500-508, 2012.
88. Carels RA, Wott CB, Young KM, et al. Implicit, explicit, and internalized weight bias and psychosocial maladjustment among treatment-seeking adults. *Eat Behav*;11(3):180–5, 2010.
89. Rudolph A, Hilbert A, A novel measure to assess selfdiscrimination in binge eating disorder and obesity, *International Journal of Obesity*. 2014.
90. Vartanian L, Porter A, Weight stigma and eating behavior: A review of the literature, *Appetite* 102, 3-14, 2016.
91. Schvey NA, Puhl RM, Brownell KD. The impact of weight stigma on caloric consumption. *Obesity (Silver Spring)*;19(10): 1957–62, 2011.
92. Major B, Hunger JM, Bunyan DP, Miller CT. The ironic effects of weight stigma. *J Exp Soc Psychol*;51:74–80, 2014.
93. Brochu PM, Dovidio JF. Would you like fries (380 cal) with that? Menu labeling mitigates the impact of weight-based stereotype threat on food choice. *Social Psychol Personal Sci*. 2013.
94. Chao YH, Yang CC, ChiouWB. Food as ego-protective remedy for people experiencing shame. Experimental evidence for a new perspective on weight-related shame. *Appetite*;59(2):570–5, 2012.
95. Sutin AR, Terracciano A. Perceived weight discrimination and obesity. *PLoS ONE* Vol 8(7), Jul 2013, ArtID e70048;8(7), 2013.
96. Jackson SE, Beeken RJ, Wardle J. Perceived weight discrimination and changes in weight, waist circumference, and weight status. *Obesity (Silver Spring)*;22:2485–8, 2014.

97. Gudzone KA, Bennett WL, Cooper LA, Bleich SN. Perceived judgment about weight can negatively influence weight loss: a cross-sectional study of overweight and obese patients. *Prev Med*;62:103–7, 2014.
98. Puhl RM, Moss-Racusin CA, Schwartz MB. Internalization of weight bias: implications for binge eating and emotional well-being. *Obesity*;15:19-23, 2007.
99. Puhl RM, Luedicke J, Heuer C. Weight-based victimization toward overweight adolescents: observations and reactions of peers. *J Sch Health*.;81(11):696–703, 2011.
100. Puhl RM, Peterson JL, Luedicke J. Weight-based victimization: bullying experiences of weight loss treatment-seeking youth. *Pediatrics*; 131(1):e1–9, 2013.
101. Greenleaf C, Petrie TA, Martin SB. Relationship of weight-based teasing and adolescents' psychological well-being and physical health. *J Sch Health*;84(1):49–55, 2014.
102. Li BJ, Lwin MO, Jung Y. Wii, myself, and size: the influence of proteus effect and stereotype threat on overweight children's exercise motivation and behavior in exergames. *Games For Health. Res, Deve, Clin Appl*;3(1):40–8, 2014.
103. Schmalz DL. 'I feel fat': weight-related stigma, body esteem, and BMI as predictors of perceived competence in physical activity. *Obes Fact*;3(1):15–21, 2010.
104. Pearl RL, Puhl RM, Dovidio JF. Differential effects of weight bias experiences and internalization on exercise among women with overweight and obesity. *J Health Psychol*. 2014.
105. Dolezsar CM, McGrath JJ, Herzig AJ, Miller SB. Perceived racial discrimination and hypertension: a comprehensive systematic review. *Health Psychol*;33(1):20–34, 2014.
106. Muennig P. The body politic: the relationship between stigma and obesity-associated disease. *BMC Public Health*;8:128, 2008.
107. Pearl RL, Wadden TA, Hopkins CM, et al. Association between weight bias internalization and metabolic syndrome among treatment-seeking individuals with obesity. *Obesity (Silver Spring)*;25(2):317-322, 2017.
108. Major B, Eliezer D, Rieck H. The psychological weight of weight stigma. *Soc Psychol Personal Sci*;3(6):651–8, 2012.

109. Rosenthal L, Earnshaw VA, Carroll-Scott A, Henderson KE, Peters SM, McCaslin C, et al. Weight- and race-based bullying: health associations among urban adolescents. *J Health Psychol*. 2013.
110. Dutton GR, Lewis TT, Durant N, Halanych J, Kiefe CI, Sidney S, et al. Perceived weight discrimination in the CARDIA study: differences by race, sex, and weight status. *Obesity* ;22(2):530–6, 2014.
111. Himmelstein MS, Incollingo Belsky AC, Tomiyama AJ. The weight of stigma: cortisol reactivity to manipulated weight stigma. *Obesity (Silver Spring)*;23(2):368-374, 2015.
112. Tomiyama AJ, Epel ES, McClatchey TM, Poelke G, Kemeny ME, McCoy SK, et al. Associations of weight stigma with cortisol and oxidative stress independent of adiposity. *Health Psychol*;33(8):862–7, 2014.
113. Sutin AR, Stephan Y, Luchetti M, Terracciano A. Perceived weight discrimination and C-reactive protein. *Obesity (Silver Spring)* ;22(9):1959–61, 2014.
114. Tsenkova VK, Carr D, Schoeller DA, Ryff CD. Perceived weight discrimination amplifies the link between central adiposity and nondiabetic glycemic control (HbA1c). *Ann Behav Med*;41(2): 243–51, 2011.
115. Angelina R. Sutin et al. *Psychol Sci*. 2015 November ; 26(11): 1803–1811
116. Alpar R, Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistiksel Yöntemlere Giriş I. Değiştirilmiş ve Genişletilmiş 2. Baskı, Nobel Kitabevi, Ankara, 2003.
117. Pearl RL, Puhl RM. Measuring internalized weight attitudes across body weight categories: Validation of the Modified Weight Bias Internalization Scale. *Body Image* 1, 89–92, 2014.
118. Apay SE, Yılmaz E, Aksoy M, Akalın H, Validity and Reliability Study of Modified Weight Bias Internalization Scale in Turkish, *International Journal of Caring Studies*, 10 (3), 1341-1347, 2017.
119. Van Strien T, Frijters JER, Bergers G et al. The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) for assessment of restrained, emotional, and external eating behaviour, *International Journal of Eating Disorders*, 5(2), 295-315, 1986.
120. Bozan, N., Hollanda Yeme Davranışı Anketinin Türk üniversite öğrencilerince geçerlilik ve güvenilirliğinin sınanması. (Yüksek lisans tezi). Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2009

121. Radloff, L. S., Te CES-D Scale: A Self-Report Depression Scale for Research in the General Population, *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401, 1977.
122. Tatar A, Saltukoğlu G. The Adaptation of the CES-Depression Scale into Turkish through the use of Confirmatory Factor Analysis and Item Response Theory and the Examination of Psychometric Characteristics, *Bulletin of Clinical Psychopharmacology* ;20:213-227, 2010.
123. Rosenberg, M. *Society and the Adolescent Self-Image*, Princeton University Press, Princeton, America, 1965 .
124. Çuhadaroğlu, F, Adölesanlarda Benlik Saygısı, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Ana Bilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Ankara, 1986.
125. Spahlholz J, et al. Obesity and discrimination –a systematic review and meta-analysis oof observational studies. *Obes Rev.* 17(1); 43-55. 2016.
126. Ashmore JA, Friedman KE, Reichmann SK, et al. Weight-based stigmatization, psychological distress, and binge eating behavior among obese treatment-seeking adults. *Eat Behav*;9:203-209, 2008.
127. Kessler RC, Sampson NA, Berglund P, et al. Anxious and non-anxious major depressive disorder in the World Health Organization Mental Health Surveys. *Epidemiol. Psychiatr. Sci.* 24, 210–226, 2015.
128. Patten SB, Williams JVA, Lavorato DH, et al. The association between major depression and sex becomes weaker with age. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 51, 203–210, 2016.
129. LaPierre, TA. Marital status and depressive symptoms over time: age and gender variations. *Family Relations* 58, 404–416, 2009.
130. 145. Amiri S, Behnezhad S, Nadinlui KB, Body Mass Index and risk of depression in adults: A systematic review and meta-analysis of longitunal studies. *Obesity Medicine* (12) 1-12, 2018.
131. 146. Rentzsch K, Wenzler MP, Schütz A. The structure of multidimensional self-esteem across age and gender. *Personality and Individual Differences* 88, 139–147, 2016.
132. Shavelson RJ, Hubner JJ, Stanton GC. Self-concept: Validation of construct interpretations. *Review of Educational Research*, 46(3), 407–441, 1976.

133. Miller CT, Downey KT. A Meta-Analysis of Heavyweight and Self-Esteem. *Personality and Social Psychology Review*, Vol. 3, No. 1, 68-84, 1999.
134. Stice E. Risk And Maintenance Factors For Eating Pathology: A Meta-Analytic Review. *Psychological Bulletin*, 825-848, 2002.
135. McCrone S, Dennis K, Tomoyasu N, et al. A profile of early versus late onset of obesity in postmenopausal women. *J Womens Health Gend Based Med*.9:1007-13, 2000.
136. Nguyen-Rodriguez ST, Chou CP, Unger JB, et al. BMI as a moderator of perceived stress and emotional eating in adolescents. *Eat Behav*. 9(2): 238-46, 2008.
137. Robinson E, Sutin A, Perceived Weight Discrimination Mediates the Prospective Relation Between Obesity and Depressive Symptoms in U.S. and U.K. Adults, *Health Psychology*, Vol. 36, No. 2, 112–121, 2017.
138. Preiss K, Brennan L, & Clarke D, A systematic review of variables associated with the relationship between obesity and depression. *Obesity Reviews*, 14, 906 –918, 2013.
139. Vogelzangs N, Kritchevsky S, Beekman AT, et al. Obesity and onset of significant depressive symptoms: Results from a prospective community-based cohort study of older men and women *The Journal of Clinical Psychiatry*, 71, 391–399, 2010.
140. Chen EY, Bocchieri-Ricciardi LE, Munoz D, et al. Depressed mood in class III obesity predicted by weight-related stigma. *Obesity Surgery*, 17, 669– 671, 2007.
141. John T, Jay T, Perceived Discrimination, Social Stress, and Depression in the Transition of Adulthood: Racial Contrasts. *Social Psychology Quarterly*; 65:213–25, 2002.
142. Chen E, Matthews KA, Development of the cognitive appraisal and understanding of social events (CAUSE) videos. *Health Psychol*. 22:106–10, 2013.
143. Durso LE, Latner JD, White MA, et al. Internalized weight bias in obese patients with binge eating disorder: associations with eating disturbances and psychological functioning. *Int J Eating Disord* ;45:423-427, 2012.
144. Finch, B.K., Kolody, B., Vega, W.A. Perceived discrimination and depression in Mexican-origin adults in California. *Journal of Health and Social Behavior*, 41, 295-313, 2000.

145. Simbayi, L.C., Kalichman, S., Strebel, A., Cloete, A., Henda, N., & Mqueketo, A. Internalized stigma, discrimination, and depression among men and women living with HIV/AIDS in Cape Town, South Africa. *Social Science and Medicine*, 64(9), 1823-1831, 2017.
146. Pearl RL, White MA, Grilo CM. Overvaluation of shape and weight as a mediator between self-esteem and weight bias internalization among patients with binge eating disorder. *Eat Behav* ;15:259-261, 2014.
147. Puhl R, Vartanian L, et al. The relationship between weight stigma and eating behavior is explained by weight bias internalization and psychological distress, *Appetite* Jul 1; 102:76-6, 2016.
148. Hatzenbuehler ML, Keyes KM, Hasin DS. Associations between perceived weight discrimination and the prevalence of psychiatric disorders in the general population. *Obesity*;17:2033-2039, 2009.
149. Salwane J, Hymowitz G, Bannona S, Weight-related abuse: Perceived emotional impact and the effect on disordered eating, *Child Abuse Negl*, Jul;45:163-71, 2015.
150. Hübner C, Zwaan M, Hilbert A, Weight-related teasing and non-normative eating behaviors as predictors of weight loss maintenance. A longitudinal mediation analysis, *Appetite*, Jul 1; 102:25-31, 2016.
151. Haines J, Neumark-Sztainer D, Eisenberg ME, et al. Weight teasing and disordered eating behaviors in adolescents: Longitudinal findings from Project EAT (Eating Among Teens). *Pediatrics*, 117, 209–215, 2006.

## EKLER

### EK 1: Etik Kurul Onayı



1993

**BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ**  
Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu



Sayı : 94603339-604.01.02/ 42011  
Konu : Proje Onayı

21/11/2017

#### SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Beslenme ve Diyetetik Yüksek Lisans Programı öğrencisi Gizem Cihan tarafından yürütülecek olan KA17/282 nolu "Obez bireylerde damgalanma hissi ile yeme davranışları ve depresyon arasındaki ilişkinin incelenmesi" başlıklı araştırma projesi Kurulumuz tarafından uygun bulunmuştur. Projenin başlama tarihi ile çalışmanın sunulduğu kongre ve yayınlandığı dergi konusunda Kurulumuza bilgi verilmesini rica ederim.

**e-İmzalıdır**

Prof. Dr. Hakan ÖZKARDEŞ  
Kurul Başkanı

Not: Çalışma bildiri ve/veya makale haline geldiğinde "Gereç ve Yöntem" bölümüne aşağıdaki ifadelerden uygun olanının eklenmesi gerekmektedir.

— Bu çalışma Başkent Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu tarafından onaylanmış (Proje no:...) ve Başkent Üniversitesi Araştırma Fonunca desteklenmiştir.

— This study was approved by Baskent University Institutional Review Board (Project no:...) and supported by Baskent University Research Fund.

Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır

Taşkent Caddesi (Eski 1. Caddesi) 77. Sokak (Eski 16. Sokak) No:11 06490 Bahçelievler / Ankara  
Birim Telefon No: 0 312 212 90 65 Faks No: 0 312 221 37 59  
E-Posta: arastirma@baskent.edu.tr İnternet Adresi: www.baskent.edu.tr

Bilgi İçin: Lillifer TAŞBİLEK  
Unvan: Sekreter  
Telefon No: 2129065-2228



## **EK 2: Onam Formu**

### **BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU**

#### **BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU**

##### **LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ !!!**

Bilimsel araştırma amaçlı klinik bir çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini tam olarak anlamanız ve kararınızı, araştırma hakkında tam olarak bilgilendirildikten sonra özgürce vermeniz gerekmektedir. Bu bilgilendirme formu söz konusu araştırmayı ayrıntılı olarak tanıtmak amacıyla size özel olarak hazırlanmıştır. Lütfen bu formu dikkatlice okuyunuz. Araştırma ile ilgili olarak bu formda belirtildiği halde anlayamadığınız ya da belirtilemediğini fark ettiğiniz noktalar olursa hekiminize sorunuz ve sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz. Bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılım **gönüllülük** esasına dayalıdır. Araştırma hakkında tam olarak bilgilendirildikten sonra, kararınızı özgürce verebilmeniz ve düşünmeniz için formu imzalamadan önce hekiminiz size zaman tanıyacaktır. Kararınız ne olursa olsun, hekimleriniz sizin tam sağlık halinizin sağlanmasına ve korunmasına yönelik görevlerini bundan sonra da eksiksiz yapacaklardır. Araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde formu imzalayınız.

#### **1. ARAŞTIRMANIN ADI**

Obez Bireylerde Damgalanma Hissi ile Yeme Davranışları ve Depresyon Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.

#### **2. GÖNÜLLÜ SAYISI**

Bu araştırmada yer alması öngörülen toplam gönüllü sayısı 160 'dır.



### **3. ARAŞTIRMAYA KATILIM SÜRESİ**

Bu araştırmada yer almanız için öngörülen süre 30 dk ' dır.

### **4. ARAŞTIRMANIN AMACI**

Bu araştırmanın amacı, obez bireylerde, DDE-K envanterinin Türkçe uyarlamasını sağlandıktan sonra, damgalanma hissi ile yeme davranışları ve depresyon arasındaki ilişkinin incelenmesidir.

### **5. ARAŞTIRMAYA KATILMA KOŞULLARI**

Bu araştırmaya dâhil edilebilmeniz için gereken koşullar şunlardır:

1. Çalışmaya katılmayı kabul etmeniz,
2. 18 yaş ve üzerinde olmanız,
3. BKİ değerinizin 25 üzeri olması.

### **6. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ**

Araştırmaya katılmayı kabul ederseniz size ilişkin demografik özellikleri, saptamak amacıyla bir anket formu uygulanacaktır. Ağırlık damgalaması deneyimlerini değerlendirme amacıyla kullanılan DDE-K envanteri uygulanacaktır. İçselleştirilmiş ağırlık önyargılarını değerlendirme amacıyla kullanılan İKÖÖ ölçeği uygulanacaktır. Yeme alışkanlıklarınızı saptamak amacıyla Hollanda Yeme Davranışı Anketi (DEBQ) anketi kullanılacaktır. Depresyon düzeylerinin ölçülmesi için CES-Depresyon ölçeği kullanılacaktır. Benlik saygısının belirlenmesi için Rosenberg Benlik Saygısı Envanteri kullanılacaktır.

### **7. GÖNÜLLÜNÜN SORUMLULUKLARI**

Anket uygulaması sırasında sorulan sorulara doğru ve güvenilir yanıtlar veriniz. Emin olmadığınız veya anlayamadığınız sorular olduğunda araştırmacıyı uyarınız.

## **8. ARAŞTIRMADAN BEKLENEN OLASI YARARLAR**

Bu çalışma bilimsel amaçlıdır. Sizin doğrudan yarar görmeyiz ya da tedavinizin seyrini değiştirmesi beklenmemektedir. Ancak, bu araştırmadan elde edilen sonuçlar sizin gibi tanı almış diğer hastaların tedavisinin planlanmasına katkı sağlayacaktır.

## **9. ARAŞTIRMADAN KAYNAKLANABİLECEK OLASI RİSKLER**

Araştırmadan kaynaklanabilecek herhangi bir olası risk yoktur.

## **10. ARAŞTIRMADAN KAYNAKLANABİLECEK HERHANGİ BİR ZARARLANMA DURUMUNDA YÜKÜMLÜLÜK / SORUMLULUK DURUMU**

Araştırma nedeniyle bir zarar görmeyiz söz konusu olursa, tedavi için gereken masraflar Başkent Üniversitesi tarafından karşılanacaktır.

## **11. ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLARDA ARANACAK KİŞİ**

Anket uygulamasından sonra, sorumlu araştırmacıya çalışma ile ilgili herhangi bir konu danışmak için veya anket soruları ile ilgili verilen yanıtlarda düzeltme yapmak istediğinizde herhangi bir saatte adresi ve telefonu aşağıda belirtilen ilgili diyetisyene ulaşabilirsiniz.

İstedığınızde Günün 24 Saati Ulaşılabilir Diyetisyenin Adres ve Telefonu:  
Dyt. Gizem Cihan  
Yenibatu Mah. 2357. Sokak C4/7 Batıkent-ANKARA  
Cep: 0542 775 59 64

## **12. GİDERLERİN KARŞILANMASI VE ÖDEMELER**

Bu araştırmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir.

## **13. ARAŞTIRMAYI DESTEKLEYEN KURUM**

Araştırmayı destekleyen kurum Başkent Üniversitesi'dir.

## **14. GÖNÜLLÜYE HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILIP YAPILMAYACAĞI**

Bu araştırmaya katılmanızla, araştırma ile ilgili çıkabilecek zorunlu masraflar tarafımızdan karşılanacaktır. Bunun dışında size veya yasal temsilcilerinize herhangi bir maddi katkı sağlanmayacaktır.

## **15. BİLGİLERİN GİZLİLİĞİ**

Araştırma süresince elde edilen sizinle ilgili tıbbi bilgiler size özel bir kod numarası ile kaydedilecektir. Size ait her türlü tıbbi bilgi gizli tutulacaktır. Araştırmanın sonuçları yalnızca bilimsel amaçla kullanılacaktır. Araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir. Ancak, gerektiğinde araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar tıbbi bilgilerinize ulaşabilecektir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabileceksiniz.

## **16. ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILMA KOŞULLARI**

Araştırmaya katılmanız ve soruları yanıtlamanız durumunda araştırma dışı bırakılmayı gerektirecek bir durum söz konusu değildir.

## **17. ARAŞTIRMADA UYGULANACAK TEDAVİ DIŐINDAKİ DİĞER TEDAVİLER**

Araştırmada herhangi bir tedavi uygulanmayacaktır.

## **18. ARAŞTIRMAYA KATILMAYI REDDETME VEYA AYRILMA DURUMU**

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; araştırmada yer almayı reddetmeniz veya katıldıktan sonra vazgeçmeniz halinde de kararınız bu araştırmada herhangi bir değişikliğe neden olmayacaktır. Araştırmadan çekilmeniz ya da araştırıcı tarafından çıkarılmanız durumunda da, sizle ilgili veriler bilimsel amaçla kullanılabilir.

## **19. YENİ BİLGİLERİN PAYLAŞILMASI VE ARAŞTIRMANIN DURDURULMASI**

Araştırma sürerken, araştırmayla ilgili olumlu veya olumsuz yeni tıbbi bilgi ve sonuçlar en kısa sürede size veya yasal temsilcinize iletilecektir. Bu sonuçlar sizin araştırmaya devam etme isteğinizi etkileyebilir. Bu durumda karar verene kadar araştırmanın durdurulmasını isteyebilirsiniz.

### **(Katılımcının/Hastanın/Anne-Baba/Yasal Temsilcinin Beyanı)**

Sayın Dyt. Gizem Cihan Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakóltesi Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalınca bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” (denek) olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam hekim ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda bana gerekli güvence verildi.

Araştırmanın yürütölmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim).

Ayrıca, tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle herhangi bir sağlık sorunumun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim anlatıldı.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkime herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

### ARAŞTIRMAYA KATILMA ONAYI

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren 4 sayfalık metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Araştırmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyorum ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

GÖNÜLLÜ		İMZASI
İSİM SOYİSİM		
ADRES		
TELEFON		
TARİH		

VASİ (Varsa)		İMZASI
İSİM SOYİSİM		
ADRES		
TELEFON		
TARİH		

ARAŞTIRMACI		İMZASI
İSİM SOYİSİM ve GÖREVİ		
ADRES		
TELEFON		
TARİH		

### **EK 3: Anket Formu**

## **OBEZ BİREYLERDE DAMGALANMA HİSSİ İLE YEME DAVRANIŞLARI VE DEPRESYON ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

Not: Dolduracağınız bu anket formu tamamıyla bilimsel bir amaca hizmet etmek için hazırlanmıştır ve bilgilerin gizliliği ön planda tutulacaktır. Samimi ve doğru cevaplar vermeniz çalışmanın doğru sonuç vermesi açısından önemlidir. Katıldığınız ve zaman ayırdığınız için teşekkür ederiz.

### **A. Kişisel Bilgiler**

1. Cinsiyet                      a. Kadın                      b. Erkek
2. Doğum tarihi: .....
3. Medeni hali:                a. Bekar                      b. Evli
4. Eğitim durumunuz nedir?
  - a. İlkokul mezunu
  - b. Ortaokul mezunu
  - c. Lise mezunu
  - d. Üniversite mezunu
5. Vücut ağırlığı (kg) : .....
6. Boy (cm): .....
7. Beden kitle indeksi:.....

### **B. Sağlık Bilgileri**

1. Hekim tarafından tanısı konulmuş bir sağlık sorununuz var mı ?
  - a. Hayır                      b. Evet
2. Teşhis edilen hastalığınızı işaretleyiniz. (birden fazla şıkkı işaretleyebilirsiniz)
  - a. Kalp-Damar Hastalıkları
  - b. Diyabet
  - c. Hipertansiyon
  - d. Sindirim Sistemi Hastalıkları
  - e. Solunum Sistemi Hastalıkları
  - f. Kas İskelet Sistemi Hastalıkları
  - g. Endokrin (Hormonal) Hastalıklar

- h. Vitamin ve Mineral Yetersizlikleri
- i. Kanser
- j. Yeme Bozuklukları
- k. Diğer (belirtiniz) .....

**3. Hastalığınız ile ilgili doktor, diyetisyen tarafından önerilen bir diyet uyguluyor musunuz?**

- a. Hayır
- b. Evet (diyet türünü belirtiniz).....

**4. Ne kadar süredir diyet yapıyorsunuz? ..... hafta**

**5. Diyete başladığınızdaki vücut ağırlığınız : .....**

**6. Psikolojik destek alıyor musunuz?**

- a. Hayır
- b. Evet
- c. Daha önce aldım

**7. Şimdiye kadar hiç antidepresan kullandınız mı? (Cevabınız hayır ise 9. soruya geçiniz.)**

- a. Hayır
- b. Evet

**8. Ne kadar süre antidepresan kullandınız? ..... hafta/ ay / yıl**

**9. Sigara kullanıyor musunuz?**

- a. Hayır hiç içmedim
- b. ....yıl içtim, bıraktım
- c. Evet

**10. Alkol kullanıyor musunuz?**

- a. Hayır
- b. Evet

**11. Haftada kaç dakika yürüyüş yaparsınız?**

- a. Hiç
- b. 90 dakikadan az
- c. 91-200 dakika
- d. 201 dakikadan fazla

**12. Her gün düzenli uyur musunuz?**

- a. Hayır
- b. Evet
- c. Sadece hafta içi



#### EK 4: Damgalayıcı Durumlar Envanteri-Kısa (DDE-K)

Aşağıda bireylerin vücut ağırlıklarından dolayı karşılaştıkları durumların bir listesi verilmektedir. Lütfen, bu durumlardan herhangi birinin başınıza gelip gelmediğini ve ne sıklıkta olduğunu belirtin.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Hiç	Hayatınızda bir defa	Hayatınızda birkaç kez	Yaklaşık yılda bir kez	Yılda birkaç kez	Yaklaşık ayda bir kez	Ayda birkaç kez	Yaklaşık haftada bir kez	Haftada birkaç kez	Her gün

1*	Bir çocuk olarak ağırlığınız yüzünden öğretmeniniz, okul hemşireniz vb. tarafından dışlanmak	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
2	Toplum içerisinde herkesin dikkatini çekmek	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
3	Çocukların yüksek sesle vücut ağırlığınız hakkında başkalarına yorum yapması	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
4	Ağırlık kaybını tartışmak için gelmemenize rağmen doktor tarafından diyet yapma önerisiyle karşılaşmak	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
5*	Romantik bir eş/partnerin, çaresiz olduğunuzu ve ona tahammül edeceğinizi varsayarak sizi istismar etmesi	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
6	Toplum içinde sizin hakkınızda kaba sözler söyleyenlere kulak misafiri olmak	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
7	Vücut ağırlığınızdan, görünüşünüzden veya ölçülerinizden dolayı işe alınmamak	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
8	Aile üyelerinin sizin yüzünüzden utanmaları veya utandırılmaları	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
9	Çevrenizde fazla yediğinizden veya aşırı yediğinizden dolayı fazla kilolu olduğunuzu zanneden insanların olması	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
10	Çok fazla yer kapladığınızı düşündükleri için otobüs yolcuları tarafından kızgın bakışlarına maruz kalmak veya bakışlarıyla tacize uğramak	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

\* Yapılan analizler sonucunda ölçekten 1. ve 5. maddeler çıkartılmış ardından ölçeğin geçerli ve güvenilir olduğu kabul edilmiştir.

## EK 5: İşselleştirilmiş Kilo Önyargı Ölçeği (İKÖÖ)

Lütfen her maddeyi düşünencinize göre oylayın.

1	2	3	4	5	6	7
<b>Kesinlikle katılmıyorum</b>	<b>Çoğunlukla katılmıyorum</b>	<b>Kısmen katılmıyorum</b>	<b>Kararsızım</b>	<b>Kısmen katılıyorum</b>	<b>Çoğunlukla Katılıyorum</b>	<b>Kesinlikle katılıyorum</b>

1	Kilomdan dolayı, kendimi herhangi biri kadar tam hissetmiyorum	
2	Kilomdan dolayı diğer birçok insana göre daha az çekiciyim	
3	Diğer insanların kilom hakkındaki düşüncellerinden dolayı endişeliyim	
4	Keşke kilomu büyük bir oranda değiştirebilsem	
5	Ne zaman kilom aklıma gelse kendimi depresif hissediyorum	
6	Kilomdan dolayı kendimden nefret ediyorum	
7	Kilom bir birey olarak kendime değer biçmemde önemli bir etkidir.	
8	Kilomdan dolayı sosyal yaşantımı dolu dolu yaşamaya hakkım olduğunu düşünmüyorum	
9	Kilom istediğim gibi olunca ben de iyi olacağım	
10	Kilomdan dolayı gerçek benliğimi hissetmiyorum	
11	Kilomdan dolayı, çekici biri benimle nasıl çıkmak ister anlayamıyorum	

## EK 6: Hollanda Yeme Davranışı Anketi (DEBQ)

Aşağıda sizlerin yeme davranışlarınız ile ilgili çeşitli anlatımlar verilmiştir.

Lütfen her anlatımı dikkatle okuyarak size en uygun seçeneği işaretleyerek belirtiniz.

		Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sık	Çok sık
1	Eğer kilo aldıysanız, her zaman yediğinizden daha az mı yersiniz?					
2	Yemek zamanlarında, yemek istediğinizden daha az yemeye çalışır mısınız?					
3	Kilonuzdan endişe duyduğunuz için size sunulan yiyecek ya da içeceği ne sıklıkla reddedersiniz?					
4	Ne yediğinize tam olarak dikkat eder misiniz?					
5	Bilinçli olarak zayıflatıcı besinler mi yersiniz ?					
6	Çok fazla yediğinizde, ertesi gün daha az yer misiniz?					
7	Kilo almamak için az yemeye dikkat eder misiniz?					
8	Kilonuza dikkat ettiğiniz için ne sıklıkla öğün aralarında yemek yememeye çalışırsınız?					
9	Kilonuza dikkat ettiğiniz için ne sıklıkla akşamları yemek yememeye çalışırsınız?					
10	Ne yiyeceğinize karar verirken kilonuzu hesaba katar mısınız?					
11	Bir şeyden rahatsız olduğunuzda daha fazla yemek yemek ister misiniz?					
12	Yapacak bir şeyiniz olmadığında yemek ister misiniz?					
13	Depresyonda olduğunuzda ya da hayal kırıklığına uğradığınızda yemek ister misiniz?					
14	Kendinizi yalnız hissettiğinizde yemek ister misiniz?					
15	Biri sizi üzdüğünde yemek ister misiniz?					
16	Sinirleriniz bozuk olduğu zaman yemek ister misiniz?					
17	İstemediğiniz bir şey olduğu zaman yemek ister misiniz?					

		<b>Hiçbir zaman</b>	<b>Nadiren</b>	<b>Bazen</b>	<b>Sık</b>	<b>Çok sık</b>
18	Kaygılı, endişeli olduğunuz zaman yemek ister misiniz?					
19	Bir şeyler ters yada yanlış gittiğinde yemek ister misiniz?					
20	Korktuğunuz zaman yemek ister misiniz?					
21	Hayal kırıklığına uğradığınız zaman yemek ister misiniz?					
22	Duygusal olarak üzüntülü olduğunuzda yemek ister misiniz?					
23	Huzursuz olduğunuzda ya da canınız sıkın olduğunda yemek ister misiniz?					
24	Yediğiniz şey lezzetliyse, genelde yediğinizden daha çok yer misiniz?					
25	Yediğiniz şey güzel kokuyor ve güzel görünüyorsa, genelde yediğinizden daha çok yer misiniz?					
26	Lezzetli bir şey gördüğünüzde ya da kokladığınızda onu yemek ister misiniz?					
27	Eğer yemek için lezzetli bir şeyler varsa doğrudan onu yer misiniz?					
28	Eğer bir fırının önünden geçerseniz, lezzetli bir şeyler satın almak ister misiniz?					
29	Eğer bir kafe ya da büfenin önünden geçerseniz, lezzetli bir şeyler satın almak ister misiniz?					
30	Başkalarını yerken görürseniz, sizde yemek yemek ister misiniz?					
31	Lezzetli yiyeceklere karşı koyabilir misiniz? *					
32	Başkalarını yerken gördüğünüzde, genelde yediğinizden daha fazla yer misiniz?					
33	Yemek hazırlarken bir şeyler yemeye meyilli misiniz?					
* 31 numaralı madde ters sorudur.						

## EK 7: CES-Depresyon Ölçeği

### Center for Epidemiological Studies Depression Scale (Turkish Form)

Aşağıda duygu ve davranışlarımızla ilgili ifadeler yer almaktadır. Lütfen geçen hafta boyunca aşağıdakileri ne sıklıkla hissettiğinizi veya yaşadığınızı belirtin.

	Hiçbir Zaman - Nadiren (1 günden daha az)	Birazek - Birkaç Kez (1-2 gün)	Arada Sırada - Bazen (3-4 gün)	Çokça - Çoğu Zaman (5-7 gün)
1. Genellikle canımı sıkmayan şeyler canımı sıktı.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Açlık hissetmedim, iştahım yerinde değildi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Arkadaşlarım veya ailemin yardımına rağmen kötü ruh halinden kurtulamadım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ruh halimin diğer insanlar kadar iyi olduğunu hissettim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Yaptığım işe odaklanmakta zorlandım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Kendimi depresyonda hissettim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Her şeye çaba harcamam gerektiğini hissettim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Gelecek için umutlu hissettim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Hayatımın bir başarısızlık olduğunu düşündüm.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Korktuğumu hissettim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Huzursuz uyudum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Mutluydum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Her zamankinden az konuştum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Kendimi yalnız hissettim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. İnsanlar arkadaş canlısı değildi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Yaşamdan zevk aldım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Ağlama nöbetleri geçirdim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Kendimi üzgün hissettim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. İnsanların benden hoşlanmadığını hissettim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. İşler yolunda gitmedi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PUANLAMA: “Hiçbir Zaman-Nadiren (1 günden daha az)” cevabı 0, “Birazek-Birkaç Kez (1-2 gün)” cevabı 1, “Arada Sırada-Bazen (3-4 gün)” cevabı 2 ve “Çokça-Çoğu Zaman (5-7 gün)” cevabı 3 olarak puanlanmaktadır. 4, 8, 12 ve 16 numaralı maddeler ters yönlü olarak puanlanmaktadır. Toplam puan aralığı 0 ile 60 arasındadır.

## EK 8: Rosenberg Benlik Saygısı Envanteri

Lütfen aşağıda yer alan ifadelerin size ne ölçüde uygun olduğunu işaretleyiniz.

1. Kendimi en az diğer insanlar kadar değerli buluyorum.

- a) Çok doğru      c) Yanlış  
b) Doğru          d) Çok yanlış

2. Bazı olumlu özelliklerim olduğunu düşünüyorum.

- a) Çok doğru      c) Yanlış  
b) Doğru          d) Çok yanlış

3. Genelde kendimi başarısız bir kişi olarak görme eğilimindeyim.

- a) Çok doğru      c) Yanlış  
b) Doğru          d) Çok yanlış

4. Ben de diğer insanların birçoğunun yapabildiği kadar bir şeyler yapabilir.

- a) Çok doğru      c) Yanlış  
b) Doğru          d) Çok yanlış

5. Kendimde gurur duyacak fazla bir şey bulamıyorum.

- a) Çok doğru      c) Yanlış  
b) Doğru          d) Çok yanlış

6. Kendime karşı olumlu bir tutum içindeyim.

- a) Çok doğru      c) Yanlış  
b) Doğru          d) Çok yanlış

7. Genel olarak kendimden memnunum.

- a) Çok doğru      c) Yanlış  
b) Doğru          d) Çok yanlış

8. Kendime karşı daha fazla saygı duyabilmeyi isterdim.

- a) Çok doğru      c) Yanlış  
b) Doğru          d) Çok yanlış

9. Bazen kesinlikle bir işe yaramadığımı düşünüyorum.

- a) Çok doğru      c) Yanlış  
b) Doğru          d) Çok yanlış

10. Bazen hiç de iyi bir insan olmadığımı düşünüyorum.

- a) Çok doğru      c) Yanlış  
b) Doğru          d) Çok yanlış