



T.C.

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**UYKU LABARATUVARINA BAŞVURAN OBEZ HASTALARDA
YAŞAM KALİTESİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN
BELİRLENMESİ**

MENŞURE DOĞRU

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Yrd.Doç. Dr. NİHAL SUNAL

İSTANBUL -2017

İTHAF

Tezimi, sabrından ve bana olan desteğinden dolayı eşime;

İyi ki varlar dediğim yavrularım Metehan, Betül ve Beren'ime armağan ediyorum.



TEŐEKKÖR

Bu tez çalıőmamda bana desteğini esirgemeyen bilgi ve birikimleri ile her an yanımda olduğunu hissettiren ve bana bu fırsatı veren sevgili danıőmam hocam Nihal SUNAL'a,

Tezim sırasında desteğini esirgemeyen eşime;

Yüksek lisans eğitimimin baőından sonuna kadar yanımda olan kayınvalidem ve kayınpederime;

Bugüne kadar desteğini esirgemeyen anneme sonsuz teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAY FORMU	i
BEYAN	ii
İTHAF	iii
TEŞEKKÜR	iv
KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ	viii
TABLolar LİSTESİ	ix
ŞEKİLLER LİSTESİ	x
1.ÖZET	1
2.ABSTRACT	2
3.GİRİŞ VE AMAÇ	3
4.GENEL BİLGİLER	5
4.1. Uyku.....	5
4.1.1. Tanımı	5
4.1.2. Fizyolojisi.....	5
4.1.3. Uykunun işlevleri	7
4.1.4. Sirkadiyen ritim (Uyku / Uyanıklık Döngüsü).....	7
4.1.5. Uyku evreleri.....	9
4.1.6. Uykuyu etkileyen etmenler	11
4.2. Obezite	13
4.2.1. Tanımı	13
4.2.2. Sınıflandırılması.....	14
4.2.3. Uyku üzerine etkisi	17
4.2.3.1 Obstrüktif uyku apne sendromu ve obezite ilişkisi.....	17
4.2.3.2 Obezite hipventilasyon sendromu ve obezite ilişkisi	19
4.3.Yaşam Kalitesi	20
4.3.1. Psikolojik esenlik	22
4.3.2. Fiziksel esenlik.....	22

4.3.3. Sosyal ve bireysel esenlik	22
4.3.4. Parasal/maddi esenlik.....	23
4.3.5. Yaşam kalitesini etkileyen etmenler	23
4.4. Uykunun Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi	24
4.5. Uyku ve Obezitede Halk Sağlığı Hemşiresinin Rolü.....	25
5. MATERYAL VE METOT	29
5.1. Araştırmanın Tipi.....	29
5.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	29
5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	29
5.4. Araştırmanın Uygulanması	29
5.5. Araştırmanın Değişkenleri	29
5.6. Veri Toplama Araçları	30
5.7. Verilerin Değerlendirilmesi	31
5.8. Araştırmanın Etik Yönü	31
5.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	31
6.BULGULAR	32
7.TARTIŞMA	58
7.1. Çalışma Deneklerine Ait Genel Bilgiler	59
7.2. Katılımcıların Kişisel Özellikleri ile SF-36'nın Fiziksel Sağlığa Yönelik Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	60
7.3. Katılımcıların Kişisel Özellikleri ile SF-36'nın Ruhsal Sağlığa Yönelik Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	63
7.4. Katılımcıların Yaşam Kalitesine İlişkin Olası Risk Faktörleri ile SF-36'nın Fiziksel ve Ruhsal Sağlığa Yönelik Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	65
7.5. Bireylerin Yaşam Kalitesi ile İlgili SF 36 Genel Değerlendirmesi.....	66
8.SONUÇ	68
9.KAYNAKLAR	70
10.EKLER.....	77
11.ETİK KURUL ONAYI.....	82

12.ÖZGEÇMİŞ..... 85



KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ

BKİ: Beden Kitle İndeksi

DSÖ: Dünya Sağlık örgütü

OUAS: Obstrüktif Uyku Apne Sendromu

OHS: Obezite Hipoventilasyon Sendromu

SF-36: Short Form-36

SKN: Suprakiasmatik nüklues

WHO: Dünya Sağlık Örgütü



TABLolar LİSTESİ

Tablo 4.1.6.1. Yaşla Uyku Evrelerinin Değişimi.....	11
Tablo 4.2.2.2.1. Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO)BKİ'ne Göre Obezite Sınıflandırması.....	15
Tablo 4.2.3.1.1. OUAS'nin Semptom ve Bulguları.....	18
Tablo 4.3.5.1. Yaşam Kalitesine Etki Eden Temel Faktörler.....	23
Tablo 6.1. Katılımcıların Kişisel Özelliklerinin Dağılımı.....	32
Tablo 6.2. Katılımcıların Yaşam Kalitesini Etkileyen Olası Risk Faktörlerinin Dağılımı.....	34
Tablo 6.3. Katılımcıların SF-36'nın Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamaları.....	35
Tablo 6.4. Katılımcıların Kişisel Özellikleri ile SF-36'nın Fiziksel Sağlığa Yönelik Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	36
Tablo 6.5. Katılımcıların Kişisel Özellikleri ile SF-36'nın Ruhsal Sağlığa Yönelik Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	41
Tablo 6.6. Katılımcıların Yaşam Kalitesine İlişkin Olası Risk Faktörleri ile SF-36'nın Fiziksel Sağlığa Yönelik Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	45
Tablo 6.7. Katılımcıların Yaşam Kalitesine İlişkin Olası Risk Faktörleri ile SF-36'nın Ruhsal Sağlığa Yönelik Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	52

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 4.1.2.1 Diyansefalon ve Beyin Hücresindeki Retiküler Formasyonun Serebral Kortekse Yayılımı.....	6
Şekil 4.1.4.1. Sirkadiyen Ritm.....	8
Şekil 4.2.2.3.1 Kadın ve Erkek Tipi Yağlanma.....	16



1.ÖZET

UYKU LABORATUVARINA BAŞVURAN OBEZ HASTALARDA YAŞAM KALİTESİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ

Uyku ve obezite insan sağlığını her yönü ile etkileyen iki önemli etkidir. Aşırıyemek yeme, kalorilerin yakılamaması obeziteye neden olmakta iken, düzensiz bir uyku da enerji yakımını engelleyerek obeziteyi tetiklemektedir. Araştırma uyku laboratuvarına başvuran obez hastalarda yaşam kalitesi ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Çalışmada hastaların sigara – alkol kullanımı, kilo verme deneyimi, gündüz uyku isteği, horlama, cinsel isteksizlik, konsantrasyon, profesyonel yardım gibi yaşam kalitesini etkileyen olası risk faktörleri ele alınmıştır. Çalışma, 150 obez hasta üzerinde sosyodemografik özellikler anket formu ve SF 36 yaşam kalitesi ölçeği kullanılarak yapılmış olup, veriler 01.12.2016 / 30.04.2017 tarihleri arasında toplanmıştır. Veriler, çalışmayı kabul eden hastalarla yüz yüze görüşmeler yoluyla elde edilmiştir. Verilerin analizinde Kolmogorov-Smirnov, Manny Whitney U testi ve Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Çalışmaya katılan katılımcıların %59,3'ünün erkek, %80'inin evli, %38'inin beden kitle indeksine göre birinci derece obez olduğu, %63,3'ünün mevcut tanısının yanı sıra ek bir hastalığının bulunduğu ve ek hastalıklar içerisinde en yüksek oranda %40 hipertansiyon yer aldığı görülmektedir. %34'ünün daha önce kilo vermeyi denemediği, %53,3'ünün kilo vermek için profesyonel yardım almadığı, %84,7'si kilonun uyku kalitesini etkilediğini belirtmiştir. SF-36'nın alt boyutları arasında en yüksek üç puan ortalamasını aldıkları alt boyutların; sosyal işlevsellik (65,25±29,39), fiziksel fonksiyon (63,73±23,56) ve ruhsal sağlık (61,76±20,90) olduğu tespit edilmiştir. Obezitenin birçok metabolik olumsuzluğu tetiklemesi, belli bir yaş grubunda daha fazla görülmesi gibi çok yönlü konumundan dolayı toplumsal olarak bu konu üzerine yoğunlaşarak sağlıklı yaşam standartları oluşturulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Obezite, Uyku, Yaşam Kalitesi

2.ABSTRACT

DETERMINATION OF THE QUALITY OF LIFE AND THE FACTORS AFFECTING OBESE PATIENTS IN THE SLEEP LABORATORY.

Sleep and obesity are two important influences that affect human health in every way. Excessive eating, calories not burning causes obesity, while an irregular sleep also prevents the burning of energy and triggers obesity. The study was conducted as a descriptive study to determine the quality of life and the influencing factors in obese patients who applied to the sleep laboratory. In the study, possible risk factors affecting quality of life such as smoking, alcohol use, weight loss, daytime sleeping, snoring, sexual aversion, concentration and Professional help were discussed. The study was carried out on sociodemographic characteristics questionnaire and SF 36 quality of life scale on 150 obese patients and data were collected between 01.12.2016 / 30.04.2017. The data were obtained through face-to-face interviews with patients who agreed to work. In the analysis of the data, Kolmogorov-Smirnov, Mann Whitney U test and Kruskal Wallis test were used. Of the participants participating in the study, 59.3% were married, 80% were married, 38% were obese first by body mass index, 63.3% had an additional diagnosis as well as an additional disease and the highest It is seen that 40% hypertension is present. 34% of them did not try to lose weight before, 53.3% of them did not get professional help to lose weight, 84.7% of them said that weight affected sleep quality. Among the subscales of SF-36, the subscales with the highest three points average were; For social functioning ($65,25 \pm 29,39$), for physical function ($63,73 \pm 23,56$) and for mental health ($61,76 \pm 20,90$). Since obesity is triggered by many metabolic negative events, such as being seen more in a certain age group, it is necessary to focus on this subject socially and establish healthy living standards.

Keywords: Obesity, Sleep, Quality of life

3.GİRİŞ VE AMAÇ

Sürekli gelişen dünyada gücü tek elinde bulundurmaya çalışan ülkeler birbirleri ile büyük rekabet içinde bulunmaktadır. Bir ülkenin gelişmesi sosyal ve ekonomik açıdan istenen düzeye ulaşabilmesi ancak o ülke de yaşayan bireylerin bedensel, zihinsel ve ruhsal sağlıkları ile kısaca 'kaliteli yaşam(a)'ları ile ilgilidir. Teknolojik gelişmeler ne kadar ilerlerse ilerlesin insan faktörü bu ilerlemenin temelini oluşturmaktadır. Çünkü teknolojinin gelişmesini sağlayan da insandır, gelişen teknolojinin hizmet ettiği de yine insandır. Dolayısı ile toplumsal kalkınmalarda insan gücü ve sağlığı temel unsur olarak kabul edilmektedir. İnsanın 'birey' olarak fiziksel, mental ve ruhsal olarak en üst seviyede bulunması da doğrudan yaşama şekli ve günlük alışkanlıkları ile ilgilidir. Beslenme ve uyku bu alışkanlıklardan iki vazgeçilmez insan faktörlerini meydana getirmektedir.

Alınan kalori ile tüketilen kalori arasındaki dengesizlik sonucu ortaya çıkan obezite; multifaktöriyel bir problem olup günümüz dünyasında en önemli sağlık problemlerinden birini meydana getirmektedir. Obezite prevalansı, ülkeden ülkeye değişmekle birlikte son 20 yılı içinde hızlı bir artış göstermiştir. Uluslar arası standart kriterlerine göre, 2010 yılında 2 milyardan daha çok insanın fazla kilolu, 500 milyondan fazla insanın ise obeziteden muzdarip olduğu ifade edilirken 2015 yılında ortalama 2,5 milyar kişinin obeziteden muzdarip olduğu ifade edilmiştir (1).

Modernleşme ile birlikte sosyal, ekonomik ve toplumsal değişimler; günlük yaşamsal aktivitelerde de değişiklikler meydana gelmesinenden olmuş, tarımsal üretimden hazır tüketime doğru yönelmelerin olması, fast-food beslenmenin yaygınlaşması ve sedanter yaşamın ağırlık kazanması obezite başta olmak üzere birçok kronik hastalığın meydana gelmesine sebep olmuştur (2).

Son yıllarda yapılan çalışmaların uyku kalitesi, uyku süresi ve vücut ağırlığı arasında bir ilişkinin varlığına işaret etmesi bilim dünyasının konuya olan ilginin artmasını sağlamıştır. Pozitif bilimlerin henüz gelişme göstermediği zamanlarda mitolojik olaylar ile açıklanmaya çalışılan uyku; insan yaşamının 1/3'nü meydana getiren bir süreçtir (3).

Uyku sadece hastalıkları tetikleyerek yaşam kalitesini düşürmekle kalmaz aynı zamanda beslenme gibi en temel insani ihtiyaç üzerinde de etkili olmaktadır. Son 10

yıl içinde yapılan bilimsel araştırmalar uyku ile obezite arasında doğrudan bir ilişkinin olduğunu, özellikle 6 saatten az 9 saatten fazla uyuyan kişilerde obezite g6r6lme insidansının daha y6ksek olduğu ifade edilmiştir. Ayrıca; g6nde 9 saat ve daha fazla uyuyanların yaklaşık yarısının boş zamanlarında daha hareketsiz oldukları belirtilmiş iken fazla uyuyan kişilerin 6oğunun egzersiz yapmalarını zorlaştıran ciddi sağlık sorunları bulunduğu ifade edilmiştir (4).

Gece uykusu; bebeklikten insanın yaşamının son anlarına kadar olduk6a 6nemli bir yere sahiptir. Uyku d6zensizliği olan kişilerde kilo alımı olmaktadır. Uyku v6cudu dinlendirdiği i6in harcanması gereken enerjiyi yorgun olan bir v6cut yakamaz. Alınan besinlerin yakılmaması sonucu enerji ortaya 6ıkmadığı i6in v6cut otomatik olarak kilo almaya başlar (5).

Bu 6alışma; uyku laboratuvarına başvuran obez hastalarda yaşam kalitesi ve etkileyen sebepleri belirleyerek etkili fakt6rleri ortaya koyabilmek amacı ile planlanmıştır.

4.GENEL BİLGİLER

4.1. Uyku

Uyku; insanoğlu için ruhsal ve bedensel sağlığın ayrılmaz bir parçası olup günlük hayatın temel etkenidir. Uykunun süresi kadar, kalitesi, uyku saatleri ve geçirilen mekanın yaşam kalitesi üzerinde etkisi bulunmaktadır. Çünkü; metabolizmanın uykuya en uygun olduğu zamanlar ile kalitesi kişilerin fiziksel ve ruhsal durumlarını etkilemektedir. Tarihsel olarak bakıldığında uykunun insan sağlığındaki önemi, milattan önceki zamanlara dayanmakta olup bilimsel olarak ele alınarak incelenmesi ise 1900'l yıllara dayanmaktadır (6).

4.1.1. Tanımı

Hayatımızın önemli bir parçasını oluşturan uyku; çevreye yanıt vermekten ve algılamadan giderek uzaklaşmayla karakterize olan; fakat geri dönüşümü olan süreğen bir davranıştır. Aristo, Hipokrat, Freud ve Pavlov gibi birçok düşünür, farklı Őekillerde uykunun psikolojik ve fizyolojik temellerini açıklamaya çalışmışlar ancak reel olarak uykunun sırlarıuyku esnasında vücut fonksiyonlarının kaydedilmesi son 50 yıl içinde incelenmesiyle zlmeye başlanmıştır (7).

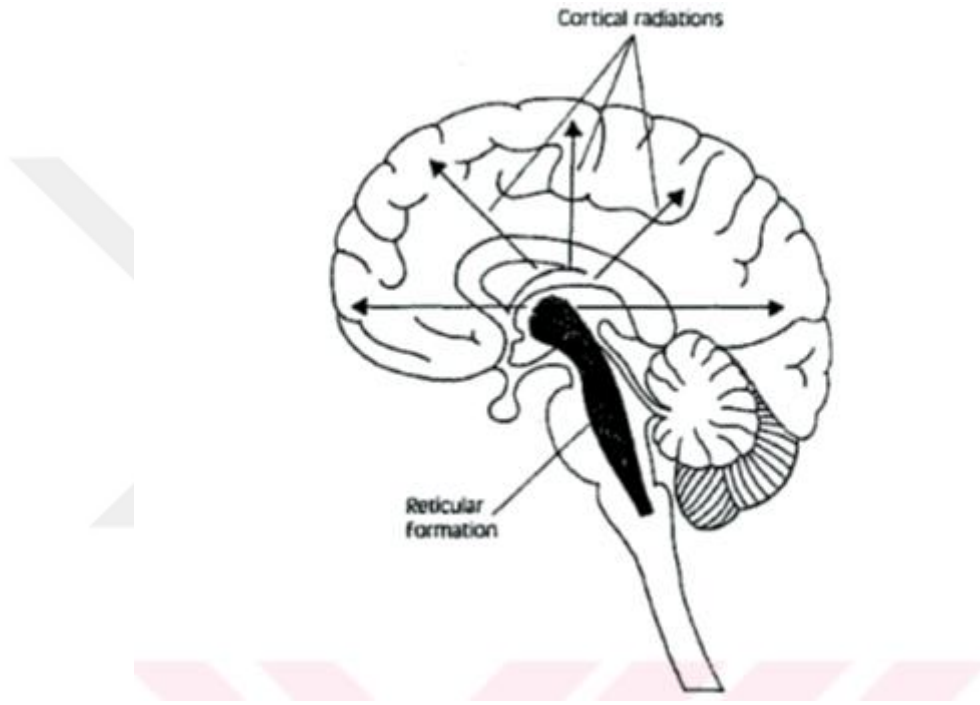
Uyku konusunda yapılan ilk bilimsel yayın 1834 yılında 'The Philosophy of Sleep' adı ile İskoçyalı bilim adamı Robert NacNisch tarafından kaleme alınmıştır (8). Yapılan bilimsel çalışmalar ile uykunun aslında bilinçsizlik hali olduğu anlaşıldıktan sonra bilinçlilik ve elektrofizyolojisi ile ilgili olarak çalışmaların hız kazanmıştır (9). Özetle uyku; bilinç, uyanıklılık ve istemli hareketlerin kaybolduğu normal fizyolojik bir süreçtir.

4.1.2. Fizyolojisi

Uyku bireylerin hem sağlığını hem de yaşam kalitesini etkileyen temel ve vazgeçilmez günlük aktivitelerinden biridir ve fizyolojik, psikolojik ve sosyal yönleri olan bir kavramdır (10).Bununla birlikte insanlar yaşamlarının ortalama olarak üçte birini uykuda geçirirler. Uyku basit bir dinlenme değildir ve kendisi ve amacı tam

olarak bilinmeyen aktif, organize karmaşık ve farklı nöron gruplarını barındıran bir durumdur. Uykunun büyüme, vücudun yenilenmesi, bellek ve metabolik enerji gibi işlevler içinde çok önemli olduğu bilinmektedir.

Uyku fizyolojisinin anlaşılması EEG (elektroensefalografi) ve polisomnografik çalışmalar sayesinde mümkün olabilmiştir. Buna göre aşağıdaki şekilde görüldüğü gibi beyindeki retiküler aktivatör sistem ile bulbar senkronize alanın her ikisinin uykunun yapısını kontrol ettiği düşünülmektedir (11).



Şekil.4.1.2.1 Diyensefalon ve Beyin Hücresindeki Retiküler Formasyonun Serebral Kortekse Yayılımı

Uyku eş zamanlı olarak meydana gelen bir takım faaliyet sonucu meydana gelmektedir. Ponsun alt yarısı ile bulbusta yer alan rafe çekirdekleri uykuya neden olan en belirgin uyarı alanlarıdır. Rafe çekirdeklerindeki sinir hücrelerince salgılanan serotonin uyku oluşumu ile alakalı ana aracı nörotransmitterdir. Medulla ve ponsun duyu ile alakalı bölgesi traktus solitarius çekirdeği içinde yer alan alanların uyarılması da, uyku oluşuma sebep olmaktadır. Diensefalondaki hipotalamusun rostral kısmı ile talamusun uyarılması da uykuyu kolaylaştırmaktadır (12).

Uykuyu başlatan biyokimyasal kesin olarak bilinmemekle birlikte dopamin, histaminin ve serotonin yanı sıra asetilkolin ve norepinefrinde uyarıcı rol oynadığı düşünülen

nörotransmitterlerdir. İnhibisyon için Gamma –aminobutyric acid (GABA)'in gerekli olduğu düşünülmektedir. Ancak uykuyu başlatan en önemli nörotransmitterin serotonin olduğu gösterilmiştir (13).

4.1.3. Uykunun İşlevleri

Uykuyu günlük yaşamın dışında kalan bir zaman parçası olarak değerlendirmek doğru değildir ve uyku bedenin kendisini yenilediği bir süreç ve aynı zamanda sağlıklı ve uzun yaşam için de hayati bir gerekliliktir. Uyku insan yaşamında nefes alma ve yemek yeme kadar önemli ve olmazsa olmaz bir gereksinimdir ve hem fiziksel hem de ruhsal yönden sağlıklı olmanın temel koşuludur (14).

Uyku iki temel fizyolojik etkiye sahiptir. Bunlar sinir sistemi üzerine olan etkileri ve vücudun diğer yapıları üzerindeki etkileridir. Uzun uyanıklık süresi, genellikle zihnin ilerleyici bir işlev bozukluğunu hatta kimi zaman sinir sisteminin anormal davranışlarını beraberinde getirir (15).

Bu nedenle, uyku merkezi sinir sisteminin normal seviyedeki etkinliğinin korunmasına yardımcı olmakla birlikte merkezi sinir sisteminin değişik bölümleri arasında dengeyi sağlamaktadır. Uyanıklık esnasında sempatik etkinlik artar, iskelet kaslarına giden sinir uyarılarının miktarı kas tonüsünü arttıracak biçimde yükselir. Yavaş dalga uykusu esnasında ise sempatik etkinlik azalır ve parasempatik etkinlik artar, nabız sayısı azalır, kan basıncı düşer, kaslar genellikle gevşer, cilt damarları genişler ve vücudun bazal metabolizma hızı % 10-30 oranında azalır (16).

Yapılan değişik çalışmalar uykunun en temel işlevlerinin vücudu dinlendirmek ve ertesi güne hazırlamak olduğunu ortaya koymaktadır. Bunların yanı sıra uykunun, enerji tasarrufu (enerji biriktirme), büyüme (çocuklarda büyümeyi sağlayan büyüme hormonu en fazla uykuda salgılanır), hafıza, yeni bilgilerin öğrenilmesinin kalıcı hale getirilmesi, organizmanın onarımı, hücrelerin yenilenmesi, türe ait özelliklerin öğrenilmesini sağlayan genetik hafızanın programlanması ve özellikle bazı canlı türlerinde ortama uyum sağlanması ve tehlikelerden korunma işlevlerinde bulunmaktadır (17).

4.1.4. Sirkadiyen Ritim (Uyku / Uyanıklık Döngüsü)

Tek hücreli canlılar, bitkiler, kuşlar ve insanları da içine alan birçok organizma davranışlarını ve fizyolojilerini gece ve gündüz döngülerine bağlı olarak senkronize

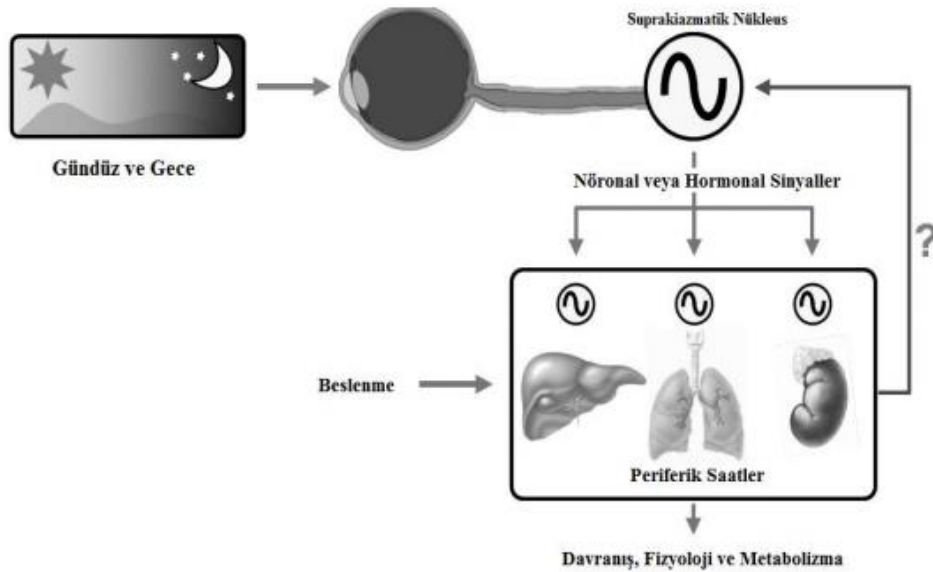
eden içsel bir zamanlama sistemi geliştirmiştir. Bu sistem sirkadiyen ritim ya da sirkadiyen saat olarak bilinmektedir. Latince kökenli olan kelimedede “circa” yaklaşık manasına gelirken, “diem” bir gün anlamına gelmektedir (18). Buradan da anlaşılacağı gibi sirkadiyen ritim yaklaşık bir gün sürer. Uyku ve uyanıklık döngüsü insanların en belirgin sirkadiyen ritmidir. Vücut ısı dalgalanmaları, bazı hormonların salınımları, kan basıncı da sirkadiyen bir ritim izler.

Sirkadiyen ritmin iki temel özelliği bulunmaktadır:

1. Dış uyarılara bağımlı olmadan yaklaşık 24 saat süren bir periyotta salınım gösteren endojen bir ritmisitesi bulunmaktadır. Bir başka deyişle sirkadiyen ritimler çevresel değişimler karşısında organizmanın verdiği bir yanıt değildir ve endojen olarak oluşturulurlar. Çevresel uyarılar olmadanda ya da canlı zıt özelliklere sahip çevresel koşullara bırakıldığında dahi devam etmektedir .

2. Endojen olarak salınım gösteriyor olmasına rağmen sirkadiyen ritim çevreden aldığı ışık ve beslenme gibi birtakım sinyalleri ritimlerin düzenlenmesi amacıyla bir işaret olarak kullanmakta ve bu şekilde ritmini oluşturmaktadır (19).

Sirkadiyen ritim çevresel uyarılar olmadığında oluşabilmekte ancak 24 saatten sapmalar gösterebilmektedir. Çevre şartlarının normal olduğu dönemlerde sirkadiyen ritim, ışık-karanlık uyarıları ile her gün 24 saate ayarlanmaktadır.



Şekil 4.1.4.1 Sirkadiyen Ritim (Kaynak:Kwon ve ark.)

Sirkadiyen ritimlerin düzenlenmesinde Suprakiasmatik nüklüs (SKN) en önemli ritim oluşturunur ve güneş ışığında bu ritmin oluşumunda rol alan en güçlü uyarıcıdır (20).SKN'nin yanı sıra karaciğer, akciğer, kalp ve kas dokusunda yer alan periferik ritim oluşturunularının da sirkadiyen ritmin düzenlenmesinde rolleri olduğu bilinmektedir. Periferik osilatörler suprakiasmatik nüklüsten farklı olarak doğrudan ışıktan etkilenmezler. Suprakiasmatik nüklüsten gelen nöronal ve hormonal sinyaller ve beslenme gibi bazı dış uyarılar periferik osilatörlerin sirkadiyen ritmisitesini kontrol eder (21). Yukarıdaki şekilde bu durum kısaca özetlenmiştir.

4.1.5. Uyku Evreleri

1950'lere kadar uyku esnasında beynin çalışmadığı ya da çok yavaş bir şekilde çalıştığı düşünölmekteyken yapılan çalışmalar durumun böyle olmadığını ortaya koymuştur. Özellikle REM uykusunun keşfinin ardından uyku esnasında beynin yavaşlamak yada durmak bir yana gün içerisinde olduğundan bile aktif olduğu anlaşılmıştır (22).

Uyku beynin çalışmasının hızlandığı ve yavaşladığı değişik evrelerden oluşmaktadır ve birbirini periyodik olarak takip eden iki evre vardır. Bunlar Non-REM ve REM uyku evreleridir.

4.1.5.1 Non-REM Evresi

Uyku esnasında beyin faaliyetleri durmadığı gibi sinir hücrelerince üretilen sinyaller yeniden organize olurlar. Uykunun ilk bölümlerinde beyin dalgaları yavaşlarlar. Bu evrede kaslar gevşerken göz hareketleride durur. Bu bölümde kalp hızıyavaşlar ve kanbasıncı ile birlikte vücut ısısıda düşer. Non-REM olarak adlandırılan bu evrede bilinç tamamen kaybolur ancak beyin hücreleri çalışmaya devam etmektedir. Bu evrede uyandırılan kişiler rüya değil bazı imajlar gördüklerini ifade etmektedirler (23).

Non-REM uykusu 4 evreden oluşur:

Evre I: Tüm gece uykusunun %2-5'ini oluşturur.

Evre II: Total uyku süresinin %45-55'ini oluşturur.

Evre III ve IV: Total uyku süresinin %20-25'ini oluşturur (24).

1 ve 2. evreler yüzeysel uyku evrelerini oluşturur ve uyku ile uyanıklık arasındaki bir geçiş dönemidir. Bu dönemdeki kişiler kolaylıkla uyandırılabilir.

3 ve 4. evreler ise derin uyku dönemidir ve bu evredeki insanların uyandırılabilmesi için çok daha şiddetli bir uyarıcı gerekir. Bu evrede büyüme hormonunun salgılanması ve bununla birlikte protein sentezi artarken metabolizma yavaşlar ve solunum sistemindeki fizyolojik aktivitelerde azalma görülür. Bu sebepten ötürü bu döneme anabolik dönem adı verilir. Tüm bu değişimler bedenin dinlenmesine ve kendini yenilemesine fayda sağlar (23).

4.1.5.2. REM Evresi

REM, İngilizce "Rapid Eye Moment" kelimelerinin baş harflerinden oluşur ve hızlı göz hareketlerinin bulunduğu bir uyku dönemidir. Uyumak amacıyla gözleri kapamak ve tam uykuya geçiş arasında bulunan dönem uykuya dalmanın latent dönemi olarak adlandırılır. Bu dönemin ardından değişim dönemleri başlar (25).

Ortalama olarak 90 dakikada bir tekrarlanan REM uykusu 5 ile 30 dakika arasında sürer ve bu esnada beyinde yüksek miktarda bir hareketlilik olmaktadır. Bu beyinsel hareketliliğin arttığı süreç tüm uykunun yaklaşık %20'sini kapsar. REM evresi ilk başta 15 dakika sürer ve bunu yavaş dalga dönemi izler. Uyku boyunca yavaş dalga döneminin derinliği gitgide azalırken, REM süresi ise artar. İlk REM dönemi kişinin uykuya başlamasının ardından yaklaşık olarak 90 dakika sonra ortaya çıkar ve kişi uyku boyunca 3 ile 5 arasında REM döneminden geçer.

REM uykusu ile nöronlarda membran stabilizasyonu sağlanır ve türe ait özelliklerin öğrenilmesini sağlayan genetik hafızanın programlanması gerçekleşir. REM uykusundan yoksun kalan kişilerde psikiyatrik bozukluklar daha sık görülür ve bu nedenle bu evrenin ruhsal dinlenmeyi sağlayan bir evre olduğu düşünülmektedir ancak bunun tersini savunan görüşlerde mevcuttur. REM dönemi ayrıca rüyaların en çok görüldüğü dönemdir ve kişi bu evrede uyandırıldığında rüyası ile ilgili en ince detayları bile hatırlayabilir. REM evresinde sempatik sinir sisteminin aktif olması sebebiyle bu dönemde kalp hızı, kan basıncı ve solunum sayısı artar ve düzensizleşir. Uyku süreleri kısaltılarak yapılan çalışmalarda, bu kişilerde uykunun diğer evrelerinin süresinin azaldığı ancak REM evresi ile Non-REM evresinin 4. döneminin büyük oranda korunduğu gözlemlenmiştir (26).

4.1.6. Uykuyu Etkileyen Etmenler

Uykuyu etkileyen birçok faktör olmakla birlikte önde gelen etmenler şunlardır:

a)Yaş: Yaşla birlikte uyku evrelerinin uzunluğunda değişir. Yaşamın ilk dönemlerinde uyku süresi bir hayli uzundur. Ancak yaş arttıkça uyku gereksinimi azalır. Yaşlılıkla birlikte uykuya dalma süresi uzar ve ortalama 10-30 dakika olan yetişkinlerde uykuya dalma süresi yaşlılarda 1 saat veya daha uzun sürebilir (27). Yaşa göre uyku evreleri şu şekilde dağılım gösterir:

Tablo 4.1.6.1.Yaşla Uyku Evrelerinin Değişimi (26)

Uyku evreleri	Çocuk	Genç erişkin	Yaşlı
Uyanık	5<	5	5>
REM	20-25	20-25	20-25
NonREM-1	2-5<	2-5	2-5>
NonREM-2	45-55	45-55	45-55>
NonREM-3	3-8>	3-8	3-8<
NonREM-4	10-15>	10-15	0
Toplam(saat)	10-12 saat	8-10 saat	6-8 saat

b)Cinsiyet: Kadınlar erkeklere oranla daha fazla uyumalarına rağmen erkeklere nazaran daha çok uyku sorunu yaşamaktadırlar (28). Bununla birlikte erkeklerde uyku etkinliği ve yavaş dalga uykusu kadınlara göre daha çok azalır.

c)Fiziksel etkinlik:Fiziksel etkinlikler bireyin yorulmasıyla daha kolay uykuya dalmasına sebep olurlar. Aşırı yorgunluk halinde REM uykusunun ilk bölümü kısalırken dinlenme ile birlikte REM evreleride uzar.

d)Hastalıklar: Hastalıkların neden olduğu fizyolojik ve psikolojik etkiler uykuda değişimlere neden olarak uyku ritminin kalitesinin ve miktarının bozulmasına yol açar. Hasta bireylerin ihtiyaç duyduğu uyku miktarı sağlıklı bireylere göre daha fazladır. Genellikle ağrıya sebep olan ve fiziksel rahatsızlıklar yaratan veya morali etkileyen ve depresyon, anksiyete gibi problemleri ortaya çıkaran çoğu hastalık aynı zamanda uyku problemlerine de neden olmaktadır (27).

e) Çevresel Faktörler: Işık, gürültü, sıcaklık, hava akımı gibi çevresel faktörler uykusuzluğa sebep olabilir. Gürültülü ortamlarda uyku süresi azalır ve uyku yüzeyseldir. Dinlendirici bir uyku için ortamın iyi havalandırılmış olması şarttır. Bunlarla birlikte yatılan yatağın rahatlığı, ölçüsü, kullanılan yastığın rahat olması

gibi etkenlerde uykuyu etkileyen faktörlerdir. İnsanlar genelde kendi evlerinde ve yataklarında, alışkın oldukları ortamda daha rahat uyurlar. Ortam sıcaklığının REM uyku kalitesin üzerinde önemli etkisi vardır (29).

f) Psikolojik Faktörler: Uyku düzeninin bozulmasının en sık karşılaşılan sebeplerinden biride anksiyete, stres ve diğer psikolojik sorunlardır. Stres yarattığı gerginlik nedeniyle bireyin uykuya dalmasını güçleştirir ve aynı zamanda çabuk uyanmasında yol açar. Stres halinde insanlar daha fazla uyuma eğilimindedirler ve REM süreleride kısadır. Anksiyete de benzer sorunlara yol açarken korku, sevinç veya üzüntü halleride bireyin rahat uymasına engel olur. Günlük yaşamlarında mutlu olmayan kişilerin uykularında da huzursuz olduğu görülmektedir (27).

g) Diyet: Yeterli alınan protein uykuyu artırır, esansiyel aminoasitlerden yoksun beslenme ise uykuyu bozar. Süt, yoğurt, peynir gibi yüksek protein içeren besinlerin uyumadan önce alınması bu besinlerin triptofan içermesinden dolayı uykuya dalmayı kolaylaştırır. Gece aşırı miktarda yemek ise sindirim güçlüğüne ve bundan dolayı uykunun bölünmesine neden olur. Kişinin kilosu arttıkça uyku süresi uzarken bu durum uyku apnesi gibi sorunlarada neden olabilir.

h) Yaşam Biçimi: Vardiyalı çalışma gibi durumlarda değişen uyku programı sorunlara neden olur. Düzenli mesai ve çalışma saatleri olan kişilerin gece çalışan kişilere göre daha kaliteli bir uykuya sahip oldukları yapılan çalışmalarca kanıtlanmıştır. Bununla birlikte geç saatlerde yapılan sosyal etkinlikler ve geceleri yemek yeme kişilerin uyku düzenine ve kalitesine etki eder.

i) İlaçlar ve Diğer Maddeler: İlaçların birçoğu ile nikotin, alkol, kafein uykusuzluğa neden olarak uyku kalitesini bozarlar. Hipnotikler derin uyku fazlarına ulaşmada bölünme, gün içinde aşırı uyuşukluk, enerji azalmasına; diüretikler nokturiye; beta blokerler gece kabuslarına; benzodiazepinler uyku zamanının artmasına, gün içinde uyumaların artmasına neden olabilirler.

j) Alkol ve Uyarıcılar: Alınan az miktar alkol başta uykuya dalmayı kolaylaştırsada zamanla uykunun bölünmesine Non-REM 4 ve REM uykusunda azalmaya sebep olurlar. Alkol bağımlıları tedavi edilmiş olsalar bile yaşadıkları uyku bozuklukları uzun bir süre devam edebilir. Sigara, çay, kahve, kakao, çikolata, kola gibi kafein

içeren içeceklerin fazla miktarda alınması uykuya dalmayı zorlaştırır ve bireyin gece sık sık uyanmasına neden olabilir (30).

4.2. Obezite

4.2.1. Tanımı

Obezite her geçen gün dünyada önemli sağlık sorunlarından biri haline gelmektedir. Obezite bir zamanlar gelişmiş ülkelerin problemi olarak kabul edilirken bu sorun zamanla gelir düzeylerinin artması, alınan enerjinin artmasına rağmen hareket miktarının azalması gibi nedenlerle tüm dünyayı etkileyen bir boyuta ulaşmıştır.

Obezite genel manada bedenin yağ kütesinin yağsız kütleyle olan oranının aşırı artması neticesinde boy uzunluğuna nispeten vücut ağırlığının belirli bir düzeyin üstüne çıkması olarak ifade edilebilir. Yetişkinlerde sinirsel, hormonal, fiziksel ve kimyasal mekanizmalar vasıtasıyla vücut ağırlığı belirli bir seviyede tutulmaktadır. Bu mekanizmaların birinde ya da birkaçındaki bozukluk bu dengeyi olumsuz şekilde etkilemektedir. Dengenin bozulması ise beden ağırlığının değişmesine neden olur. Bir insandaki şişmanlığın ya da kas kitlesi fazlalığının doğru bir şekilde tanımlanabilmesi için vücut ağırlığının, vücuttaki yağ dağılımının ve vücut bileşiminin değerlendirilmesi gereklidir (31).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından ise obezite, “sağlığı bozacak miktarda vücutta aşırı miktarda yağ birikmesi” şeklinde tanımlanmaktadır. Yağ dokusu yetişkin erkeklerde vücut ağırlığının yaklaşık %15-20’sini oluştururken kadınlarda bu oran %25- 30 civarındadır. Bu oranın erkeklerde %25 ve kadınlarda %30’un üzerine çıkması halinde bu durum obezite olarak tanımlanır (32).

Aşırı kiloların sağlık üzerine olan olumsuz etkilerini değerlendirmek amacıyla Amerika Birleşik Devletlerinde Ulusal Sağlık Enstitüsü tarafından düzenlenen bir panelde obezite bir hastalık olarak nitelendirilmiş ve potansiyel olarak ölüm riskine yol açtığı kanısına ulaşılmış ve obez olarak tanımlanan kişilerin değişik hastalıklara yakalanma riskinin bir hayli yüksek olduğu bildirilmiştir (33).

Günlük olarak vücuda alınan enerji harcanan enerjiden fazla ise bu fazla enerji bedende yağ olarak depolanmakta ve obeziteye sebep vermektedir. Dünya Sağlık Örgütü tarafından Avrupa, Asya ve Afrika kıtalarının 6 farklı yöresinde 12 yıl

boyunca yapılan MONICA çalışmasında obezite prevalansının %10-30 oranında arttığı saptanmıştır. Ülkemizde Sağlık Bakanlığınca yapılan “Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması-2010” çalışma raporuna göre Türkiye’de obezite prevalansı erkeklerde %20,5 ve kadınlarda %41, toplam nüfusta ise %30,3 olarak bulunmuştur (34).

4.2.2. Sınıflandırılması

Obezite için değişik sınıflandırma şekilleri olsada en sık kullanılan sınıflandırma şu şekildedir:

1. Yağ hücresine göre sınıflandırma
2. BKİ’ne göre sınıflandırma
3. Vücut yağ dağılımına göre sınıflandırma.

4.2.2.1. Yağ Hücrelerine Göre Sınıflandırma

a-Hiperplastik (hiperselüler) tip obezite:

Bu tip obezite, büyük çoğunlukla çocukluk döneminde görülmesine karşın nadiren de erişkin kişilerde görülür. Hiperplastik tip obezitede yağ hücrelerinin sayısında artış meydana gelmektedir.

b- Hipertrofik tip obezite:

Hipertrofik tip obezite genelde erişkin dönemde görülür. Bunun yanında gebelik döneminde ortaya çıkabilmektedir. Bu tip obezitede yağ hücre sayısı normal olmasına karşın yağ hücrelerinin büyüklüğüyle beraber yağ içeriği artar (35).

4.2.2.2. Beden Kitle İndeksi’ne Göre Sınıflandırma

Klinik uygulamalarda obezitenin en pratik ve basit sınıflandırma yöntemi olan Beden Kitle İndeksi (BKİ) değerinin hesaplanması, kilogram cinsinden vücut ağırlığının metre cinsinden boy uzunluğunun karesine bölünmesi ile yapılır. Dünya Sağlık Örgütü’nün (WHO) Beden Kitle İndeksi’ne temel olarak yaptığı sınıflandırma Tablo 4.2.2.2.1’de verilmektedir. Beden Kitle İndeksinin 27 kg/m^2 ’nin üzerinde olması ile kişide bazı kronik hastalıkların görülme olasılığı artmaktadır. Beden Kitle İndeksinin 30 kg/m^2 ya da daha yüksek olması durumunda ise bu kişilerde vücut yağ miktarının da fazla olma ihtimalinin bulunduğu bildirilmektedir (36).

Tablo 4.2.2.2.1. Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) BKİ'ye Göre Obezite Sınıflandırması

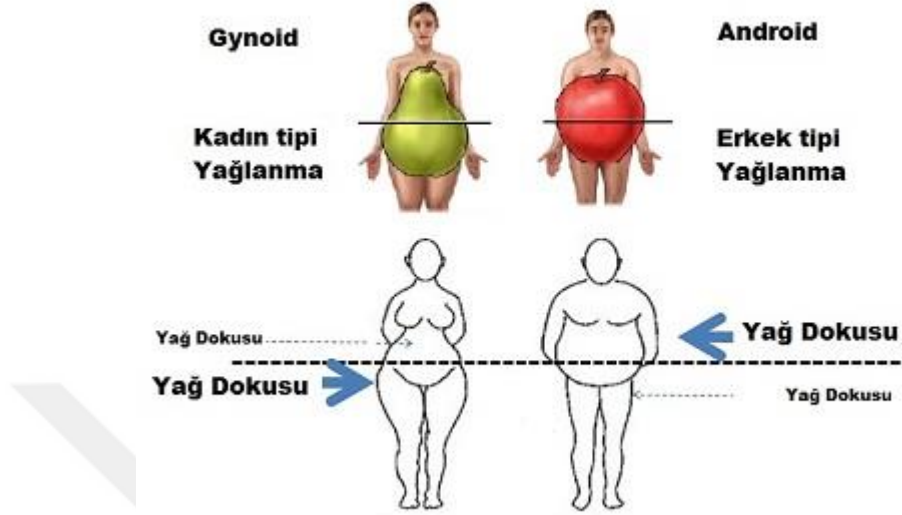
Sınıflandırma	Beden kitle indeksi(BKİ)(kg/m ²)	
	Temel Kesişim noktaları	Geliştirilmiş kesişim noktaları
Zayıf (düşük ağırlıklı)	<18,50	<18,50
Aşırı düzeyde zayıflık	<16,00	<16,00
Orta düzeyde zayıflık	16,00-16,99	16,00-16,99
Hafif düzeyde zayıflık	17,00-18,49	17,00-18,49
Normal	18,50-24,99	18,50-22,99
		23,00-24,99
Toplu, hafif şişman, fazla kilolu	≥25,00	≥25,00
Şişmanlık öncesi (preobez)	25,00-29,99	25,00-27,49
		27,50-29,99
Şişman (Obez)	≥30,00	≥30,00
Şişman 1. derece	30,00-34,99	30,00-32,49
		32,50-34,99
Şişman 2. derece	35,00-39,99	35,00-37,49
		37,50-39,99
Şişman 3. derece	≥40,00	≥40,00

Kaynak:http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html

4.2.2.3. Vücut Yağ Dağılımına Göre Sınıflandırma

Yağlar vücuttaki enerji depolarından olup trigliseritler şeklinde yağ dokusunda depolanmaktadır. Yağ dokusunun bedenin değişik bölgelerine dağılımı genetik faktörlerce kontrol altında olmakla birlikte erkek ve kadınlarda farklıdır. Yağın çoğunlukla kalça, uyluk ve bacaklar gibi vücudun alt bölümlerinde toplanmasıyla ortaya çıkan tip armut biçimi ya da jinoid tip olarak bilinir ve daha çok kadınlarda görülürken, yağın vücudun bel, üst karın ve göğüs gibi üst bölümlerinde toplanması da elma biçimi ya da android tip olarak tanımlar ve genelde erkeklerde görülen

şişmanlık türüdür (37). 1991 yılında Bouchard tarafından vücutta yağlanmanın yerleşim yerleri baz alınarak 4 tip şişmanlık tanımlanmıştır:



Şekil 4.2.2.3.1. Kadın ve Erkek Tipi Yağlanma

Tip-I: Bu tip şişmanlıkta gerek vücut ağırlığında gereksede yağ kitlesinde aşırı yükselme görülmekte, ancak yağ vücudun belli bir bölgesinde birikim yapmamakta, tüm vücuda eşit oranlarda dağılmaktadır.

Tip-II: Gövdede deri altı yağın aşırı miktarda yoğunlaşmasıdır. Hem erkeklerde hem de kadınlarda da batın bölgesinde yağ toplanması (göbeklenme) ya da erkek tipi obezite olarak da bilinmektedir. İnsülin direnci veya metabolik rahatsızlıklar sıklıkla iç organların etrafındaki yağlanma (visseral yağlanma) ile ilişkilendirilmiştir. Tip 2 diyabet, hipertansiyon ve polikistik over bu metabolik rahatsızlıkların en sık görülenleridir. Obezite ile visseral yağlanma komplikasyonları arasında sıkı bir ilişki bulunmuştur (38).

Tip-III: Karın boşluğundaki organların çevresinde bulunan yağın özellikle karın bölgesinde yoğunlaşması bu tip şişmanlığa sebep olur. Yapılan çalışmalar bu yağ dokusundaki artışın glukoz duyarlılığı, yüksek tansiyon ve kanda yüksek lipid düzeyinin artma riskini yükselttiğini göstermiştir. Erkeklerde daha fazla görülür ve yaş ilerledikçe karın ve çevresindeki yağ birikimi artmaktadır.

Tip-IV: Kalça ve uylukta aşırı şekilde yağ depolanmasıdır. Kadın tipi ya da armut tip olarak adlandırılır. Bu obezite tipi yağ hücre sayısı artışı ile birlikte ortaya çıkar ve venöz dolaşım bozukluklarına neden olabilmektedir. Ancak obezite kaynaklı diğer komplikasyonlara neden olduğunu gösteren anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (39).

4.2.3. Uyku Üzerine Etkisi

Obezite vücutta neden olduğu birçok metabolik ve hormonal olumsuzlukların yanı sıra uyku üzerinede olumsuz etki etmekte ve bazı uyku problemlerin ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Obezitenin uyku üzerindeki temel etkileri Obstrüktif Uyku Apne Sendromu (OUAS) ve Obezite Hipovekilasyon Sendromu (OHS)'dur.

4.2.3.1. Obstrüktif Uyku Apne Sendromu ve Obezite İlişkisi

Obstrüktif uyku apne sendromu, uyku esnasında üst hava yolundaki tıkanıklıklar sebebiyle tekrar eden apne, hipopne gibi solunumsal bozukluklar sonucu gelişen ve birçok vücut sistemini yakından ilgilendiren önemli bir sağlık problemidir. Hastalık uyku bölünmeleri neticesinde uykusuzluk, üst solunum yolu tıkanıklığı sebebiyle hipoksemi, uyanma reaksiyonları (arousal: elektrofizyolojik olarak > 3 saniye süresince elektroensefalogram (EEG) dalga frekansında ani artışla saptanan, uyanma reaksiyonu) sonucunda da sempatik sinir sistemi deşarjına neden olmakta ve bu durum sonuçta uyku bozukluğu ile birlikte kardiyovasküler sorunlara yol açmaktadır. Obstrüktif uyku apne sendromunun insan sağlığı açısından önemi ortaya koyan sorunların başlıcaları, ani ölüm, sabah 06:00 ile 12:00 arası en yaygın olmakla birlikte günün erken saatlerinde artış gösteren akut miyokard infarktüsü, hipertansif krizleri ve ritm bozukluklarıdır (40). Obstrüktif uyku apne sendromu prevalansı kadınlarda %2-3, erkeklerde %4-5 arasındadır (41). Obstrüktif uyku apne sendromuna ait temel semptomlar Tablo 4.2.3.1.1'de yer almaktadır.

Tablo 4.2.3.1.1. OUAS'nin Semptom ve Bulguları

Gündüz Semptomları	Gündüz uykululuk ve yorgunluk
	Konsantrasyon ve yakın hafıza zorluğu
	Depresyon
Gece Semptomları	Sık uyanma
	İnsomnia
	Noktüri
Obsrükatif Solunum	Gürültülü horlama
	Boğulma / artmış solunum çabası
	Tanımlı apne
Riskini Arttığı Durumlar	Bayanlarda menopoz durumu
	Aile hikayesinde OUAS olması
	Hipertansiyon
	İnme
	Diyabetes mellitus
	Alkol kullanımı
	Pulmoner hipertansiyon
Bulgular	Üst vücut obesitesi
	Hava yolu darlığı
	Retrognati
	Azalmış krikomental mesafe
	Makroglossi
	Alt ekstremitte ödemi
	Lateral peritonsiller darlık
	Tonsiller hiperplazi

Hastalık patofizyolojisinde hava yolu büyüklüğü kemik yapısı, dil büyüklüğü ve tonsilleri etkileyen genetik faktörlerle birlikte obezite de önemli rol oynamaktadır.

Literatürde obstrüktif uyku apne sendromu görülme sıklığı açısından normal kilolu kişilerle, kilolu ve obez olan kişiler karşılaştırıldığında sendromun obez olan kişiler

arasında belirgin olarak arttığı saptanmıştır. Obstrüktif uyku apne sendromu olan hastalarla ilgili yapılan çalışmalarda obezitenin hastalığı nasıl etkilediği ortaya konmuştur. Bu çalışmalarda hastalığın normal kilolu hastalarda genellikle hafif şiddetli iken, kilolu hastalarda orta şiddette ve obez hastalarda ise büyük çoğunlukla şiddetli seyrettiği görülmüştür. Bu sonuç obezite ile birlikte değişik noktalardaki obstrüksiyonun şiddetinde artış ile birlikte hastalığın şiddetinde de artış olduğunu ortaya koymaktadır (42). Bununla birlikte obez hastalarda orta ya da hafif seviyede kilo kaybı gerçekleştiğinde hastalığın şiddetinin azalmasıda obstrüktif uyku apne sendromu ile obezite arasındaki ilişkiyi gösteren bir başka noktadır (43).

Obstrüktif uyku apne sendromugelişiminde, obezitenin yanı sıra vücuttaki bölgesel yağ dağılımı da önemli bir rol oynamaktadır. Diğer obezite formlarına göre santral (visseral) obezite obstrüktif uyku apne sendromu ile daha sıkı ilişkilidir. Hastalıkta periferik dokulara oranla karın ve boyun bölgesindeki yağ birikimi daha önemlidir. Obstrüktif uyku apne sendromubulunan hastaların boyun kalınlıkları daha fazladır. Boyun çevresi ölçümü,beden kitle indeksi (BKİ) vediger obezite indekslerine nazaran apne ile daha yakın bir korelasyon gösterir. Bu husus birçok araştırmacı tarafından gözlemlenmiştir. Bu nedenleboyun çevresi kalınlığının artması obstrüktif uyku apne sendromubulunan hastaların en önemli fiziksel özelliklerinden biri olarak kabul edilmektedir (44).

Çocuklardada benzer şekilde obezite obstrüktif uyku apne sendromu açısından önemli risk faktörüdür. Obez çocuklarda obstrüktif uyku apne sendromu prevalansının % 33-66 arasında olduğu saptanmıştır. Çocuklarda adenotonsillektomi sonrası düzelmeyen obstrüktif uyku apne sendromu hastalarının büyük kısmı obez çocuklardan meydana gelmektedir (42).

4.2.3.2. Obezite Hipoventilasyon Sendromu ve Obezite İlişkisi

Obezite Hipoventilasyon Sendromu (OHS), obeziteye eşlik eden başka nörolojik, mekanik, metabolik veya müsküler sebep olmaksızın hiperkapniye yol açan hipoventilasyon, uykuda solunum bozukluğu ve gündüz aşırı uyku hali ile karakterize edilen bir durumdur. Dünyadaki artışa paralel şekilde ülkemizde artan obezite yaygınlığına bağlı olarak görülme sıklığı artmaktadır. Obezite Hipoventilasyon Sendromunu, neden olduğu artmış pulmoner hipertansiyon riski ve

yaşam kalitesinin düşmesi ile önemli morbidite ve mortaliteye sebep olmaktadır (45).

Obezite bedeninin oksijen tüketimi ile birlikte karbondioksit üretimini de arttırarak akciğerlerdeki iş yükünün fazlalaşmasına neden olmaktadır. Basit obezite durumunda yani obeziteye OHS'nin eşlik etmediği hallerde solunum için yapılan işin normalden % 70 arttığı ve harcanan oksijen miktarının veya enerjinin ise normalden 4 kat daha fazla olduğu saptanmıştır. OHS'de ise yapılan iş normalden % 280, harcanan enerji 10 kat daha fazladır.

Uyku esnasında yaşanan bir solunum bozukluğuna neden olan OHS obezitenin solunum sistemi üzerindeki olumsuz tesirleri nedeniyle ortaya çıkmaktadır. Obezite, solunum mekaniği, pulmoner gaz değişimi, solunum kas kuvveti ve dayanıklılığı, egzersiz kapasitesi, akciğer fonksiyon testleri ve solunum kontrolünde değişikliklere sebep olarak solunum sistemini olumsuz bir şekilde etkiler (46). Bununla birlikte her obez kişide hipoventilasyonun bulunmaması obezite hipoventilasyon sendromunun patogenezinin karışık ve birçok farklı faktörle ilişkili olduğunu düşündürmektedir.

4.3.Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi kavramı nispeten yeni bir kavram olmasına rağmen son dönemlerde günlük yaşamımızda sıklıkla kullandığımız bir kavram olarak ön plana çıkmaktadır. Kalite ifadesi genelde tüketiciyi satın alma konusunda etkilemek amacıyla kullanılır. Bununla birlikte yaşam kelimesi ile birlikte kullanılmaya başlanarak bireylerin yaşamlarındaki refah seviyesini ifade etmeye de başlamıştır.

İlk filozoflardan Aristo çalışmalarında mutluluğun doğası ile birlikte iyi bir yaşam için insanlara gerekli olan hususları anlatmıştır. Aristo ve onu takip eden filozofların birçoğuna göre yaşamın esas gayesi yaşamın mümkün kıldığı en iyi duruma ve en yüksek seviyeye sahip olmaktır. Böylelikle bu hedefe ulaşan insan en yüksek yaşam kalitesine kavuşur. Tıp alanında da benzer şekilde Hipokrat zamanında doktorlara, hastaların iyileştirilmesi ve sıkıntılarının giderilmesi esnasında iyilik halinin olabildiğince en yüksek seviyeye çıkarılması noktasında sorumluluk almaları öğretilmiştir (47).

Yaşam kalitesinin birçok farklı tanımı yapılmış olmasına rağmen evrensel olarak herkes tarafından kabul edilmiş bir tanımı olduğunu söylemekte zordur. Bu durum kavramın tanımlanmasının güçlüğüne ve kişilere göre farklı anlamlar çağrıştırdığının bir göstergesidir.

Yaşam kalitesi ile ilgili yapılan bir tanımda bu kavram bir kişinin görünürdeki zihinsel ve fiziksel zindelik durumu olarak ifade edilmiştir (48). Kişinin fiziksel sağlığı, sosyal ilişkileri, psikolojik durumu, inançları ve çevresiyle ilişkisinden karmaşık bir şekilde etkilenen oldukça geniş bir kavram olan yaşam kalitesi iki temel noktaya dayanmaktadır. Bu temel noktaların ilki fiziksel, duygusal, psikolojik ve sosyal işlev alanlarını bir araya getiren çok boyutlu bir yapıdır. İkincisi ise subjektiftir ve bireyin kendi deneyimlerine dayanır (49).

Dünya Sağlık Örgütü ise yaşam kalitesini şu şekilde tanımlamaktadır: “Yaşam kalitesi kişinin içinde bulunduğu kültür ve değer sistemleri içerisinde kalarak beklentileri, amaçları, ilgileri ve standartları ile ilişkili olarak hayattaki pozisyonu algılamasıdır.”

Bir başka deyişle yaşam kalitesi, kişinin içinde bulunduğu sosyal ve kültürel ortamda kendi sağlığını öznel olarak algılayışını tanımlamaktadır. Yani bu kavram tıp teknikleri, laboratuvar işlemleriyle ölçülen bir nicelik değil, subjektif olarak yaşatılan bir niteliktir ve aslında pahalı zevklerle doğrudan bir ilişkisi yoktur. Esas amaç kişilerin kendi fiziksel, psikolojik ve sosyal işlevlerinden ne ölçüde memnun olduklarının ve yaşamlarının bu yönleri ile ilgili özelliklerin varlığı veya yokluğunun ne ölçüde onları rahatsız ettiğinin saptanmasıdır (50).

Ayrıca sağlıkla ilgili yaşam kalitesi kavramında (Health related quality of life, HRQOL) literatürde yer almaktadır ve bu kavram ise esas olarak kişinin sağlığı ile alakalıdır, klinik girişimlerle etkilenebilir ve genel yaşam kalitesinin de bir bileşenidir. Bireyin hastalık ve uygulanan tedavilerin fonksiyonel etkilerini algılaması ile de ilişkilidir. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, bir insanın deneyimleri, inançları, beklentileri ve algılamalarından etkilenen, sağlığın fiziksel, psikolojik ve sosyal alanlarına atıfta bulunmak için kullanılır (49).

Yaşam kalitesi göstergelerini dört temel alan kapsamında da değerlendirmek mümkündür:

4.3.1. Psikolojik Esenlik

Şu hususlar psikolojik esenlik kapsamında değerlendirilmektedir:

- Akıl sağlığı
- Yaşamın anlamı
- Mutluluk
- Yaşamdan doyum alma
- Oto kontrol
- Yararlılık
- Beden imgesi
- Bir işi tamamlama
- Anksiyete

4.3.2. Fiziksel Esenlik

Şu hususlar fiziksel esenlik kapsamında değerlendirilmektedir:

- Fonksiyonel yeterlilik
- Fiziksel hareket
- Cinsellik
- Uyku
- Yaşam aktiviteleri
- Yorgunluk
- Ağrı
- İştah
- Yeme

4.3.3. Sosyal ve Bireysel Esenlik

Şu hususlar sosyal ve bireysel esenlik kapsamında değerlendirilmektedir:

- Bireyin ailesi ile ilişkileri
- Bireyin arkadaşları ile ilişkileri

- Başkalarından destek görme
- Çalışma durumu
- Sosyal etkinlikleri ve farklı organizasyonlara katılma

4.3.4. Parasal/Maddi Esenlik

Şu hususlar da maddi esenlik kapsamında değerlendirilmektedir:

- Geleceğe ilişkin güven duygusu
- Barınma durumu
- İş güvencesi
- Sağlık sigortası (51)

4.3.5. Yaşam Kalitesini Etkileyen Etmenler

Aşağıdaki tabloda kişinin yaşam kalitesini arttıran ve azaltan temel unsurlar sıralanmıştır:

Tablo 4.3.5.1. Yaşam Kalitesine Etki Eden Temel Faktörler

Yaşam Kalitesini Artıran Durumlar	Yaşam Kalitesini Azaltan Durumlar
<ul style="list-style-type: none"> • Ekonomik ve sosyal güvence içinde olması • Güven içinde yaşaması • Rahatlık ve gereken konfora sahip olması • Anlamlı ve aktif bir yaşantı içinde olması • Yakın çevresi ile olumlu ilişkiler içinde olması • Eğlence ve zevk aldığı aktivitelerinin olması • Saygınlık görmesi • Mahremiyetine değer verilmesi • Kendini ifade edebilmesi • Huzur içinde olması, inanç ve değerlerine saygı gösterilmesi 	<ul style="list-style-type: none"> • Temel gereksinimlerin karşılanmaması • Beden imgesinin değişmesi • Günlük yaşam aktivitelerinin yetersizliği • Kronik yorgunluk, bitkinlik • Seksüel fonksiyonlarda bozulma • Gelecek ile ilgili kaygılar • Desteksistemlerindeki yetersizlik • Akut sağlık sorunları • Kronik sağlık sorunları

4.4. Uykunun Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi

Uyku ile ilgili yaşanan sorunlar günümüzde en çok karşılaşılan problemlerin başında yer almaktadır ve değişik uyku bozukluklarının neden olduğu bu problemler, bireylerin yaşam kalitelerinin ciddi şekilde bozulmasına sebep olmaktadır.

Normal bir uyku gece saatlerinde uyunan ve belirli bir sürekliliği olan uykudur. Böyle bir uyku sırasında vücut gevşerken kaslar dinlenir ve organlar da normal temposundan farklı bir tempoda çalışmayı sürdürürler. Kişi gece belirli bir saatte uyumuyorsa, uykusu sık sık bölünüyorsa, sabah zinde ve dinlenmiş bir şekilde uyanmıyorsa, sabahları uyandığında baş ağrısı yaşıyorsa, kendini stresli ve ufak sorunlara karşı dahi tahammülsüz hissediyorsa ve gün boyunca bir uykululuk hali mevcutsa bu kişi bir uyku sorunu yaşamaktadır ve bu durum kişinin yaşam kalitesini önemli ölçüde azaltır (52).

Yaşam kalitesinin en önemli faktörlerinden biride sağlıktır. Sağlıklı bir endokrin sistemi içerse uyku çok kritik bir faktördür. Bununla birlikte uyku esnasında salgılanan büyüme hormonu bir yandan vücudun kendisini onarmasını sağlarken diğer yandan da kemiklerin ve bağışıklık sisteminin güçlenmesine ve yağ yakımına da yardım eder (53). Bu nedenle düzenli ve iyi bir uyku kişinin sağlığı ve dolayısıyla yaşam kalitesi açısından oldukça önemlidir.

Uykunun beyin fonksiyonları üzerinde önemli tesirleri vardır. Beynin yoğun olarak çalıştığı dönemlerde beyin tarafından bazı atık maddeler üretilir. Bu atıkların vücuttan temizlenmesi ise temel olarak uyku esnasında gerçekleşir. Bu nedenle uykusuz kalan kişilerde bu işlem gerçekleşmeyeceğinden kişi odaklanmada sorun yaşar ve düşünceleri bulanıklaşır (53). Bu da kişinin psikolojik esenliğini bozarak yaşam kalitesinin düşmesine yol açar. Bunun yanında odaklanamayan kişiler iş hayatında da başarısız olurlar ve hayatın tüm alanında olduğu gibi maddi konularda yanlış kararlar verme eğilimindedirler. Bu da yaşam kalitesini düşüren bir diğer faktördür.

Tüm bu nedenlerden dolayı yaşam kalitesi açısından düzenli ve yeterli bir miktarda uyku şarttır.

4.5. Uyku ve Obezitede Halk Sağlığı Hemşiresinin Rolü

Dünya Sağlık Örgütüne (DSÖ) göre ‘ bireylerinsadece hastalık ve sakatlık halinin bulunmayışı değil, aynı zamanda insanın kendini bedensel, sosyal ve ruhsal bakımdan tam bir iyilik halinde hissetmesi’ olaraktanımlanan sağlık; dışsal ve içsel faktörler ile kolayca kırılğan olabilen değişikliğe uğrayan ve insan hayatının en önemli değeridir.

Sağlığın bu kadar değerli ve kıymetli olması şüphesiz korunması ve devamına yönelik bireysel ve toplumsal anlamda koruyucu ve önleyici bakım hizmetleri ile mümkün olmaktadır. Bu noktada devreye halk sağlığı hizmetleri ile halk sağlığı hemşiresi girmektedir. Çünkü; halk sağlığı biriminin başlıca görevleri primer koruma ile (hijyen kurallarına uyma, sağlıklı yaşam biçimleri benimseme, dengeli beslenme, temiz bir çevre yaratma, aile planlanması, biyolojik profilaksi, besin desteği, kent sanitasyonu, vektör kontrolü, genetik denetleme, sosyal destek verme ve sporu teşvik). Bunların dışında hastalık oluşumunu engelleme, rehabilitasyon, uyum, sosyal yardım, toplumsal ilişkilerin artırılması gibi kincil ve üçüncül hizmetler ile toplum sağlığına katkı sağlamaktadırlar (54).

Hemşireler; bireylerin sağlıklı bir şekilde yaşamalarını sağlayarak, obezite, aşırı kiloluk ve uyku problemlerini azaltmada anahtar role sahiptirler. Uluslar arası hemşireler birliği (ICN) başta olmak üzere birçok hemşirelik organizasyonları sağlıklı ve dengeli yaşam şekli oluşturmada, kilo kontrolünün artırılması ve beslenme alışkanlığı kazandırılmasında hemşirelerin çok önemli stratejik rolleri olduğunu vurgulamaktadır (55).

Profesyonel bağlamda hemşireler, yaşam kalitesini artırmada ve değerlendirmede anahtarrol oynayan kişilerdir. Çünkü; zaten kilolarından dolayı bütün sosyal bağlarını koparmış, birçok metabolik hastalık ile uğraşan ve kaliteli bir uykuya dahi sahip olamayan bireyler her yönü ile kendilerini çevreye kapalı olarak tutmaktadırlar. Bu durumu aşmak ancak bireyler ile kurulacak olan mesleki ilişkinin sağlıklı ve insancıl bir şekilde niteliği ve niceliğine bağlıdır. Halk sağlığı hemşireleri; holistik yaklaşım doğrultusunda bütün sağlık bakım profesyonellerinin yaşam kalitesi ile

ilgili kavramaları ve felsefeleri sorgulayarak uygulamalarına aktarmaları gerekir (56).

Halk Sağlığı hemşireliği, tamamen kişiler, aileler ve toplumu konu alan bir hemşirelik alanıdır. Sağlık hizmetlerinin sunumunda halk sağlığı hemşiresi kilit nokta bulunan kişidir. Halk sağlığı hemşiresinin birincil görevi hastalıkların önlenmesi ve en yüksek düzeyde iyilik halinin sağlanmasını gerçekleştirmektir. Dolayısı ile en büyük toplum problemlerinden olan obezite ve uyku sorunları ile baş etmede en büyük rol halk sağlığı hemşiresine düşmektedir.

Halk sağlığı hemşireliği, bireyleri, ailelerin ve toplumun ihtiyaçları çerçevesinde yoğunlaşmış olup bu ihtiyaçların karşılanmasına yönelik olarak çaba gösterilmesini sağlamaktadır. Tarihsel süreçte halk sağlığı hemşiresinin rolleri obezite, uykusuzluk, metabolik hastalıklar, diyabet gibi toplumda yaygın olarak görülen sağlık sorunlarına etkili bir şekilde yanıt verebilmek için değişimlere geçirmiştir.

İnsanların gerçek anlamda sağlıklı olmalarını ve sadece sosyal ortamdaki bireysel davranışlarını değil, hayatlarını etkileyen dışsal faktörleri de ele alan ve son yıllarda geliştirilen bir model bulunmaktadır. Güçlendirme modeli olarak adlandırılan bu model; halk sağlığı hemşirelerinin görev alanını kapsamaktadır. Bu şekilde halk sağlığı hemşireleri; kilo kontrolü, uyku düzenlenmesi ve kalitesi, fiziksel aktivite ve egzersiz ve dengeli beslenme konularında bu güçlendirme modelini kullanarak kişilere eğitim ve danışmanlık hizmeti vererek obezite risklerinin azaltılması ve kaliteli uyku için yardımcı olmaktadır (57).

Obezite ve uykuya yönelik olarak halk sağlığı hemşiresinin görevleri şu şekilde sayılabilir (54,55):

- Sağlıklı olmanın değerini insanlara anlatmalı,
- Obezite ve obezite yönetimi hakkındaki en son araştırmaları takip etmeli,
- Sağlıklı beslenme alışkanlıkları kazanmaları için eğitimler vermeli,
- Genel sağlık ve kiloyla ilgili olmayan sonuçlar üzerinde odaklanmalı,

- Kaliteli hayatın kaliteli uykudan geçtiğini ve uykunun sağlık için önemini anlatmalı,
- Halkı sağlıklı yaşamaya alıştırmalı,
- Obez bireylere normla kişiere yaklaşıldığı gibi yaklaşılmalı ve tavsiyelerde bulunulmalı,
- Obeziteyi engellemek için sağlıklı yaşam seminerleri düzenlemeli,
- Topluma sportif faaliyetleri özendirmeli,
- Obezite ve uyku konusunda rol model olmak, önce kendilerinin sağlıklı bireyler olduğunu halka göstermeli,
- Morbit obez (üçüncü derece obez)leri sıkı takip altında tutarak gerekirse cerrahi operasyona yönlendirmelerde bulunmalı,
- Evinden çıkamayacak derece obez bireylere evde bakım hizmetleri sunmak,
- Kilo verilememesi durumunda kişiler suçlanılmamalı,
- Aşırı kilolu olmanın nasıl isimlendirildiğine dikkat edilmeli; örneğin fazla kilolu, şişman, obez gibi terimler yerine bireysel hedefler ile kişiler motive edilmelidir.
- Bütün obezlerin aşırı yeme, tıkanırcasına yeme gibi sorunları olduğu önyargısından uzaklaşarak metabolik bir hastalıkmiş gibi değerkendirilmeli,
- Hemşireler koçluk yaklaşımı ile hastalara yaklaşmalı ve bakım hizmeti sunmalı ve başarılı bir kilo yönetimi programı sunulmalıdır.

Obezite; bireyi sadece fiziksel ve metabolik olarak değil sosyal ve ruhsal olarak da etkileyen bir hastalık olduğu için tedavisinin uzun süreli ve sabır gerektiren bir süreç olduğu unutulmamalıdır. Uyku problemlerinin çözülmesi, obezitenin önüne geçilmesi aslında ciddi davranış değişikliği ve benlik saygısı gerektirmektedir.

Gelişmiş ülkelerde hemşireler; halkı bilinçlendirmek ve kilo kontrolünü sağlamak için çeşitli programlar yapmakta ve çağırıcı sloganlar ile halkı bilinçlendirmeyi amaçlamaktadırlar. Örneğin İngiltere’de hemşireler insanlara danışmanlık hizmeti sunarak kaliteli yaşam konusunda bilinçlenmelerini sağlamaktadırlar. Sağlıklı bir şekilde

kilo kontrolü sağlamak, sağlıklı besinlerin reklamını yaparak, sportif aktiviteleri teşvik ederek, yürüyüş ve bisiklet alanlarını zenginleştirerek obezite konusunda önemli stratejiler geliştirmektedirler. Çalışmalarda; hemşirelerin hastalar ile rol almaları ve onların kişisel hayatları içine nüfuz etmeleri ile birlikte kan basıncı, diyet, fiziksel aktivite ve kolestrol üzerine olumlu etkileri olduğu ifade edilmiştir. Aynı şekilde Amerika'da da halk sağlığı hemşireleri eğitim ve danışmanlık hizmetleri vererek obezite ve eşlik eden metabolik sorunlar ile mücadelede aktif olarak rol almaktadırlar (58).

Halk sağlığı hemşiresi obez bireylerin uyku problemleri için; yönlendirmelerde bulunmalı, geçicide olsa farklı alternatifler ile uyku düzenlerini sağlamaya çalışmalıdırlar. Sonraki aşamalarda gerekirse profesyonel uyku eğitimi ve uyku kontrol programları ile bireyler bilinçlendirilerek desteklenmelidir.

Özetle; obezite ve uyku problemlerine yönelik olarak halk sağlığı hemşiresini temel amacı; insanların kilo problemlerine kalıcı çözümler getirecek şekilde yardıma bulunarak hayat kalitelerini yükseltmek için çalışmalarda bulunmaları gerekmektedir.

5. MATERYAL VE METOT

5.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, uyku laboratuvarına başvuran obez hastalarda yaşam kalitesi ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

5.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma 01.12.2016/30.04.2017 tarihleri arasında İstanbul'da İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Uyku Laboratuvarında yapılmıştır.

5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini; belirtilen 5 aylık süre içerisinde İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi uyku laboratuvarına başvuran hastalar oluşturmuştur.

Araştırmanın evrenini; belirlenen tarihlerde İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi uyku laboratuvarına başvuran 689 hasta oluşturmaktadır.

Araştırmanın örneklemini; uyku laboratuvarına belirtilen tarihlerde başvuran ve çalışmayı kabul eden 150 obez hasta oluşturmaktadır.

5.4. Araştırmanın Uygulanması

Araştırma belirtilen tarihlerde, İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi uyku laboratuvarına başvuran ve çalışmaya katılmayı kabul eden obez hastalarla yüz yüze görüşülerek veri toplama araçlarının (sosyodemografik özellikler anket formu, SF 36 formu) doldurulması şeklinde gerçekleştirilmiştir.

5.5. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmada; obez hastalarda yaşam kalitesi bağımlı değişkeni, etkileyen faktörler ise bağımsız değişkeni oluşturmaktadır.

5.6. Veri Toplama Araçları

Bu araştırmada veri toplama aracı olarak:

Hastaların sosyo demografik bazı özellikleri ile ilişkin soruları içeren sosyo demografik özellikler anket formu (EK-1)

SF-36 Yaşam kalitesi ölçeği (EK-2)

SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği:

Coğrafik, epidemiyolojik ve toplum araştırmalarında, bireylerin genel iyilik halleri ile sağlık durumlarını değerlendirebilmek için oluşturulan SF-36 yaşam kalitesi kısa ölçeği, tek kullanılabildiği gibi spresifik hastalıklar ile birlikte de kullanılabilmektedir (59).

Belirli bir yaş, hastalık yada tedavi-rehabilitasyon grubuna özgü olmayan SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği tamamen genel sağlık durumunu belirleyebilmek amacı ile kullanılmaktadır. Rand Corporation tarafından 1992 yılında geliştirilen bu ölçeğin Türkçeye uyarlamasını, geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını Koçyiğit ve arkadaşları yapmış olup Türk toplumu için de geçerli ve güvenilir olarak bulmuşlardır. En başta 1002'den fazla sorudan oluşan ve zamansal kullanım kolaylığı ve amaca hizmet etmesi yönü ile 36 maddeye indirgenilen SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği, 36 maddenin yanısıra sekiz alt boyuta sahiptir. Bu alt boyutlar; fiziksel fonksiyon (10 madde), sosyal fonksiyon (2 madde), fiziksel fonksiyonlar ile ilişkili ve fiziksel fonksiyonlara bağlı rol kısıtlılıkları (4 madde), emosyonel-duygusal sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları (3 madde), mental-zihinsel sağlık (5 madde), enerji/vitalite (4 madde), ağrı (2 madde) ve sağlığın genel algılanması (5 madde) gibi boyutlardan oluşmaktadır. Ölçek; kişinin bütün hayatını değil sadece son 4 haftası göz önüne alınarak değerlendirilmektedir. Ayrıca, ikinci soruda geçen yıla göre sağlık durumundaki değişiklikler de sorgulanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan sıfır, en yüksek puan ise 100 olup, puan arttıkça yaşam kalitesinin de arttığı düşünülmektedir (48).

5.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma verilerinin değerlendirilmesinde IBM SPSS Statistics 21 istatistik paket programından yararlanılmıştır. Verilerde, katılımcıların tanıtıcı ve hastalık özellikleri sayı, yüzde ve ortalama değerleri verilmiştir. Ölçeklerin iç tutarlılığı cronbach alfa katsayısı ile verilerin normal dağılım gösterip göstermediğine kolmogorov-smirnov normallik testi ile bakılmıştır. Verilerin normal dağılım gösterme durumuna göre iki bağımsız grup ortancasının karşılaştırılması, Mann Whitney U testi, ikiden fazla bağımsız grup ortancasının karşılaştırılmasında ise Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Kolmogorov- Simirnov testi sonucunda SF 36 alt boyutlarının normal olmayan dağılım ($p<0,05$) gösterdiği görülmüştür.

5.8. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılabilmesi için araştırmanın yapıldığı kurumdan yazılı izin ve İstanbul Medipol Üniversitesi Girişimsel olmayan Klinik Araştırma Etik Kurulu'ndan etik kurul onayı alınmıştır. Araştırmaya katılan deneklerin gönüllü olması esastır. Gönüllülük ilkesine uyularak, uyku laboratuvarına başvuran, araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden obez hastalar alınmıştır. Hastalar çalışma ile ilgili bilgilendirilerek sözlü ve yazılı onamları alınmıştır.

Çalışmaya katılan hastaların bilgileri gizli tutulmuştur. Kendilerinden alınan kişisel bilgilerin sadece bilimsel amaçlı kullanılacağı, araştırmacı dışında başka hiç kimse ile paylaşılmayacağı konusunda güvence verilerek sadakat ve gizlilik ilkesine bağlı kalınmıştır.

5.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Çalışmanın İstanbul için genellenmemiş oluşu yalnızca araştırma yapılan hastaneyi kapsamaması araştırmaya sınırlılık getirmiştir. İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi uyku laboratuvarına başvuran, çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden obez hastalar ile yapılmasından dolayı elde edilen veriler örneklem ile sınırlıdır.

6.BULGULAR

Tablo 6.1.Katılımcıların Kişisel Özelliklerinin Dağılımı (N=150)

Özellikler	Sayı	Yüzde
Yaş Grupları (47,33±11,09)(23-75 Aralığı)		
35 yaş ve altı	22	14,7
36-45 yaş	43	28,7
46-55 yaş	51	34,0
56 yaş ve üzeri	34	22,7
Cinsiyet		
Kadın	61	40,7
Erkek	89	59,3
Medeni Durum		
Evli	120	80,0
Bekâr	30	20,0
Eğitim Durumu		
İlköğretim	83	55,3
Lise	38	25,3
Üniversite	29	19,4
Meslek		
Emekli	21	14,0
İşçi	40	26,7
İşveren	41	27,3
Ev Hanımı	48	32,0
Çocuk Sayısı		
0	23	15,3
1	19	12,7
2	57	38,0
3 ve üzeri	51	34,0
Beden Kitle Endeksi Grupları		
Birinci Derece Obez	57	38,0
İkinci Derece Obez	56	37,3
Üçüncü Derece Obez	37	24,7
Ek Hastalık Varlığı*		
Olmayanlar	55	36,7
Hipertansiyon	60	40,0
Diyabetes Mellitus	40	26,7
Endokrin Hastalıklar	20	13,3
Kronik Kalp Yetmezliği	13	8,7
Romatizmal Hastalıklar	10	6,7
Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı	8	5,3
Majör Depresyon	8	5,3
Diğer**	10	6,7
Günlük Uyku Süresi (7,38±1,56 (2-11 aralığında))		
8 saat altı	66	44,0
8 saat ve üzeri	84	56,0

*: Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

** : Anemi, hiperlipidemi, kronik böbrek yetmezliği, prostat

Araştırmada yer alan katılımcıların kişisel özelliklerine ilişkin bulgular Tablo 6. 1’de yer almaktadır.

Tablo 6.1. incelendiğinde; katılımcıların yaş ortalaması $47,33 \pm 11,09$ olup, %34’ünün 46-55 yaş grubunda (n=51) olduğu saptanmıştır. Katılımcıların %59,3’ünün erkek (n=89), %80’inin (n=120) evli, %55,3’ünün ilköğretim mezunu (n=83), %32’sinin ev hanımı (n=48) ve %38’inin iki çocuk sahibi (n=57) ve %38’inin beden kitle indeksine göre birinci derece obez (n=57) olduğu görölmüştür. Katılımcıların %63,3’ünün mevcut tanısının yanı sıra ek bir hastalığının bulunduğu (n=95) ve ek hastalıklar içinde en yüksek oranda (%40) hipertansiyonun (n=60) yer aldığı görölmüştür. Katılımcıların %56’sı gece 8 saat ve üzerinde uyuduğunu (n=84) belirtmiştir.

Tablo 6.2.Katılımcıların Yaşam Kalitesini Etkileyen Olası Risk Faktörlerinin Dağılımı (N=150)

Özellikler	Sayı	Yüzde
Sigara Kullanımı		
Var	52	34,7
Yok	98	65,3
Alkol Kullanımı		
Var	27	18,0
Yok	123	82,0
Kilo Verme Deneyimi		
Var	99	66,0
Yok	51	34,0
Kilo Vermek İçin Profesyonel Yardım		
Var	70	46,7
Yok	80	53,3
Kilonun Uyku Kalitesine Etkisi		
Var	127	84,7
Yok	23	15,3
Sabah Dinlenmiş Hissetme		
Var	35	23,3
Yok	115	76,7
Gündüz Uykululuk		
Var	118	78,7
Yok	32	21,3
Gündüz Yorgunluk		
Var	125	83,3
Yok	25	16,7
Uykuda Nefes Darlığı		
Var	119	79,3
Yok	31	20,7
Uykuda Horlama		
Var	137	91,3
Yok	13	8,7
Cinsel İsteksizlik		
Var	89	59,3
Yok	61	40,7
Konsantrasyonda Azalma		
Var	108	72,0
Yok	42	18,0
En Çok Yapmak İstedığı Şey		
Bir şey yapmak istemiyorum	90	60,0
Rahat hareket edebilmek	26	17,3
Spor yapabilmek	19	12,7
Güzel kıyafetler giymek	15	10,0

Araştırmada yer alan katılımcıların yaşam kalitesini etkileyen olası risk faktörlerine ilişkin bulgular ise Tablo 6.2’de gösterilmektedir.

Tablo 6.2. incelendiğinde; katılımcıların %65,3’ünün sigara (n=98) ve %82’sinin alkol (n=123) kullanmadığı görülmüştür. Katılımcıların %34’ünün daha önce kilo vermeyi denemediği (n=51) ve %53,3’ünün kilo vermek için profesyonel bir yardım almadığı (n=80) saptanmıştır, %84,7’si kilonun uyku kalitesini etkilediğini (n=127) belirtmiştir. Katılımcıların %76,7’si uyandığında dinlenmiş hissetmediğini (n=115), %78,7’si gündüzleri uykulu olduğunu (n=118) ve %83,3’ü gündüz yorgun hissettiğini (n=125) belirtmiştir. Katılımcıların %79,3’ünün uykuda nefes darlığı hissettiği (n=119), %91,3’ünün horladığı (n=137), %59,3’ünün cinsel isteksizlik yaşadığı (n=89) ve %72’sinin gün içinde konsantrasyonun azaldığı (n=108) saptanmıştır.

Tablo 6.3.Katılımcıların SF-36’nın Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamaları (N=150)

SF-36 Alt Boyutları	Ort. ±S.S.	Min.-Max.
		Değerler
Fiziksel Fonksiyon	63,73±23,56	0-100
Fiziksel Rol Güçlüğü	46,83±41,29	0-100
Ağrı	56,63±32,27	0-100
Genel Sağlık	44,90±23,96	0-95
Emosyonel Rol Güçlüğü	48,88±26,66	0-100
Canlılık	48,33±23,89	0-95
Sosyal İşlevsellik	65,25±29,39	0-100
Ruhsal Sağlık	61,76±20,90	4-100

Araştırmada yer alan katılımcıların SF-36’nın alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarına ilişkin bulgular Tablo 6.3’de gösterilmektedir. Katılımcıların SF-36’nın alt boyutları arasında en yüksek üç puan ortalamasını aldıkları alt boyutların sosyal işlevsellik (65,25±29,39), fiziksel fonksiyon (63,73±23,56) ve ruhsal sağlık (61,76±2090) olduğu görülmüştür. Katılımcıların SF-36’nın alt boyutları arasında en düşük puan ortalamasını aldıkları alt boyutun ise genel sağlık (44,90±23,96) olduğu saptanmıştır.

Tablo 6.4.Katılımcıların Kişisel Özellikleri ile SF-36'nın Fiziksel Sağlığa Yönelik Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=150)

ÖZELLİKLER	Fiziksel Fonksiyon		Fiziksel Rol Güçlüğü		Ağrı		Genel Sağlık	
	Ort. ± S.S.	Test ve p Değeri	Ort. ± S.S.	Test ve p Değeri	Ort. ± S.S.	Test ve p Değeri	Ort. ± S.S.	Test ve p Değeri
Yaş Grupları¹								
35 yaş ve altı ^a	74,31±1 9,71	KW=9,586 p=0,022 d<a,b	56,81±3 7,93	KW=5,833 p=0,120	55,79±3 2,91	KW=6,042 p=0,110	42,04±2 1,47	KW=2,439 p=0,486
36-45 yaş ^b	66,51±2 3,79		50,00±4 0,82		62,84±3 2,43		42,90±2 5,28	
46-55 yaş ^c	63,13±2 3,19		49,50±4 3,72		59,46±3 1,29		48,82±2 2,05	
56 yaş ve üzeri ^d	54,26±2 3,39		32,35±3 8,20		45,07±3 1,48		43,38±2 6,67	
Cinsiyet²								
Kadın	56,31±2 4,25	Z=-3,175 p=0,001	34,01±3 9,53	Z=-3,112 p=0,002	45,94±3 0,06	Z=-3,140 p=0,001	42,78±2 3,69	Z=-0,984 p=0,325
Erkek	68,82±2 1,79		55,61±4 0,37		63,96±3 1,84		46,34±2 4,17	
Medeni Durum²								
Evlü	64,91±2 3,99	Z=-1,392 p=0,164	46,04±4 0,86	Z=-0,367 p=0,714	57,04±3 2,62	Z=-0,414 p=0,679	4 5,08±23, 69	Z=-0,162 p=0,871
Bekâr	59,00±2 1,51		50,00±4 3,54		55,00±3 1,32		44,16±2 5,43	
Eğitim Düzeyleri¹								
İlköğretim ^a	58,61±2 5,45	KW=7,478 p=0,024 a<b,c	46,68±4 1,46	KW=0,038 p=0,981	52,68±3 4,73	KW=2,259 p=0,323	41,86±2 6,07	KW=2,933 p=0,231
Lise ^b	70,00±1 7,99		46,15±4 1,57		61,53±2 8,89		48,07±2 0,21	
Üniversite ^c	70,17±2 1,79		48,21±4 1,90		61,51±2 8,34		49,46±2 1,57	
Meslek¹								
Emekli ^a	63,80±2 0,79	KW=19,934 p=0,000 d<a,b,c	53,57±4 4,92	KW=15,498 p=0,001 d<a,b,c	53,80±3 4,13	KW=13,156 p=0,004 d<c	43,57±2 7,84	KW=3,495 p=0,321
İşçi ^b	69,12±2 0,25		51,87±3 9,78		58,50±3 1,61		44,75±2 2,38	
İşveren ^c	72,92±2 0,12		60,36±3 9,51		69,63±2 9,89		49,87±2 2,65	
Ev Hanımı ^d	51,35±2 5,23		28,12±3 6,69		45,20±3 0,48		41,35±2 4,55	
Çocuk Sayısı¹								
0	63,47±1 8,30	KW=3,901 p=0,272	38,04±3 8,33	KW=2,479 p=0,479	56,73±3 1,28	KW=0,163 p=0,983	38,26±2 3,48	KW=4,341 p=0,227
1	71,31±2 5,97		55,26±4 3,76		57,76±3 5,13		53,68±2 4,31	
2	64,73±2 2,08		50,43±4 3,42		56,05±3 0,57		42,63±2 3,47	
3 ve üzeri	59,90±2 6,80		43,62±3 9,32		56,81±3 4,37		47,15±2 4,04	

Beden Kitle Endeksi¹								
Birinci Derece Obez ^a	70,61±2 0,87	KW=38,952 p=0,000 c<b,a	53,07±4 2,27	KW=24,307 p=0,000 c<b,a	64,42±3 2,84	KW=12,075 p=0,002 c<b,a	49,82±2 1,21	KW=27,179 p=0,000 c<b,a
İkinci Derece Obez ^b	71,33±1 8,15		58,92±3 7,05		58,83±3 0,75		51,78±2 2,49	
Üçüncü Derece Obez ^c	41,62±2 1,21		18,91±3 3,02		41,28±2 9,03		26,89±2 1,42	
Ek Hastalık Varlığı¹								
Olanlar	74,00±1 9,61	Z=-4,079 p=0,000	57,27±4 1,01	Z=-2,277 p=0,023	67,54±3 1,10	Z=-3,207 p=0,001	54,27±2 0,44	Z=-3,614 p=0,000
Olmayanlar	57,78±2 3,70		40,78±4 0,45		50,31±3 1,39		39,47±2 4,27	
Günlük Uyku Süresi¹								
8 saat altı	62,65±2 5,05	Z=-0,321 p=0,748	44,69±4 2,40	Z=-0,621 p=0,535	57,46±3 1,75	Z=-0,282 p=0,778	43,71±2 5,57	Z=-0,524 p=0,601
8 saat ve üzeri	64,58±2 2,44		48,51±4 0,58		55,98±3 2,86		45,83±2 2,93	

¹: Kruskal Wallis testi

²: Mann Whitney U testi

Bu bölümde, araştırmada yer alan katılımcıların kişisel özellikleri ile SF-36'nın fiziksel sağlığa yönelik alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular Tablo 6.4'de gösterilmektedir.

Tablo 6. 4'de katılımcıların yaş grupları ile fiziksel fonksiyon alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında; yaş gruplarının puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). 56 yaş ve üzeri yaş grubunda bulunan katılımcıların aldıkları puan ortalaması, 35 yaş ve altı yaş grubunda bulunan katılımcıların aldıkları puan ortalamasından ileri düzeyde ($p<0,01$) ve 36-45 yaş grubunda olan katılımcıların aldıkları puan ortalamasından istatistiksel olarak ($p<0,05$) anlamlı derecede düşük bulunmuştur. Katılımcıların cinsiyetleri ile fiziksel fonksiyon alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları arasında ileri düzeyde anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,01$). Erkek katılımcıların aldıkları puan ortalaması, kadın katılımcıların aldıkları puan ortalamasından ileri düzeyde anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Katılımcıların eğitim düzeyi ile fiziksel fonksiyon alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). İlköğretim mezunu olan katılımcıların aldıkları puan ortalaması, lise ve üniversite mezunu katılımcıların

aldıkları puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulunmuştur ($p<0,05$). Katılımcıların meslek grupları ile fiziksel fonksiyonalt boyutundan aldıkları puan ortalamaları arasında çok ileri düzeyde anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,001$). Ev hanımı olan katılımcıların aldıkları puan ortalaması, emekli katılımcıların aldıkları puan ortalamasından istatistiksel olarak ($p<0,05$), işçi katılımcıların aldıkları puan ortalamasından ileri düzeyde ($p<0,01$) ve işveren katılımcıların aldıkları puan ortalamasından çok ileri düzeyde ($p<0,001$) anlamlı derecede düşük bulunmuştur. Katılımcıların beden kitle indeksleri ile fiziksel fonksiyon alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları arasında çok ileri düzeyde anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,001$). Üçüncü derece obez olan katılımcıların aldıkları puan ortalaması, birinci ve ikinci derece obez olan katılımcıların aldıkları puan ortalamasından çok ileri düzeyde anlamlı derecede düşük bulunmuştur. Katılımcıların ek hastalığa sahip olma durumları ile fiziksel fonksiyon alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları arasında çok ileri düzeyde anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,001$). Ek hastalığı bulunan katılımcıların aldıkları puan ortalaması, ek hastalığı bulunmayan katılımcıların aldıkları puan ortalamasından çok ileri düzeyde anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Katılımcıların diğer kişisel özellikleri ile fiziksel fonksiyon alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Katılımcıların kişisel özellikleri ile fiziksel rol güçlüğü alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında; katılımcıların cinsiyetleri ile fiziksel rol güçlüğü alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları arasında ileri düzeyde anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,01$). Erkek katılımcıların aldıkları puan ortalaması, kadın katılımcıların aldıkları puan ortalamasından ileri düzeyde anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Katılımcıların meslek grupları ile fiziksel rol güçlüğü alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları arasında ileri düzeyde anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,01$).). Ev hanımı olan katılımcıların aldıkları puan ortalaması, emekli katılımcıların aldıkları puan ortalamasından istatistiksel olarak ($p<0,05$), işçi katılımcıların aldıkları puan ortalamasından ileri düzeyde ($p<0,01$) ve işveren katılımcıların aldıkları puan ortalamasından çok ileri düzeyde ($p<0,001$) anlamlı derecede düşük bulunmuştur. Katılımcıların beden kitle indeksleri ile fiziksel rol güçlüğü alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları arasında çok ileri düzeyde

anlamli fark olduğu saptanmıştır ($p<0,001$). Üçüncü derece obez olan katılımcıların aldıkları puan ortalaması, birinci ve ikinci derece obez olan katılımcıların aldıkları puan ortalamasından çok ileri düzeyde anlamli derecede düşük bulunmuştur. Katılımcıların ek hastalığa sahip olma durumları ile fiziksel rol güçlüğü alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamli fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Ek hastalığı bulunan katılımcıların aldıkları puan ortalaması, ek hastalığı bulunmayan katılımcıların aldıkları puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamli derecede yüksek bulunmuştur. Katılımcıların diğer kişisel özellikleri ile fiziksel rol güçlüğü alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamli farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Katılımcıların kişisel özellikleri ile ağrı alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında; katılımcıların cinsiyetleri ile ağrı alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları arasında ileri düzeyde anlamli fark olduğu saptanmıştır ($p<0,01$). Erkek katılımcıların aldıkları puan ortalaması, kadın katılımcıların aldıkları puan ortalamasından ileri düzeyde anlamli derecede yüksek bulunmuştur. Katılımcıların meslek grupları ile ağrı alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları arasında ileri düzeyde anlamli fark olduğu saptanmıştır ($p<0,01$). Ev hanımı olan katılımcıların aldıkları puan ortalaması, işveren katılımcıların aldıkları puan ortalamasından çok ileri düzeyde ($p<0,001$) anlamli derecede düşük bulunmuştur. Katılımcıların beden kitle indeksleri ile ağrı alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları arasında ileri düzeyde anlamli fark olduğu saptanmıştır ($p<0,01$). Üçüncü derece obez olan katılımcıların aldıkları puan ortalaması, birinci ve ikinci derece obez olan katılımcıların aldıkları puan ortalamasından ileri düzeyde anlamli derecede düşük bulunmuştur. Katılımcıların ek hastalığa sahip olma durumları ile ağrı alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları arasında ileri düzeyde anlamli fark olduğu saptanmıştır ($p<0,01$). Ek hastalığı bulunan katılımcıların aldıkları puan ortalaması, ek hastalığı bulunmayan katılımcıların aldıkları puan ortalamasından ileri düzeyde anlamli derecede yüksek bulunmuştur. Katılımcıların diğer kişisel özellikleri ile ağrı alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamli farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Katılımcıların beden kitle indeksleri ile genel sağlık alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları arasında çok ileri düzeyde anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,001$). Üçüncü derece obez olan katılımcıların aldıkları puan ortalaması, birinci ve ikinci derece obez olan katılımcıların aldıkları puan ortalamasından çok ileri düzeyde anlamlı derecede düşük bulunmuştur. Katılımcıların ek hastalığa sahip olma durumları ile genel sağlık alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında; grupların puan ortalamaları arasında çok ileri düzeyde anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,001$). Ek hastalığı bulunan katılımcıların aldıkları puan ortalaması, ek hastalığı bulunmayan katılımcıların aldıkları puan ortalamasından çok ileri düzeyde anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Katılımcıların diğer kişisel özellikleri ile genel sağlık alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 6.5. Katılımcıların Kişisel Özellikleri ile SF-36'nın Ruhsal Sağlığa Yönelik Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=150)

ÖZELLİKLER	Emosyonel Rol Güçlüğü		Canlılık		Sosyal İşlevsellik		Ruhsal Sağlık	
	Ort. ± S.S.	Test ve p Değeri	Ort. ± S.S.	Test ve p Değeri	Ort. ± S.S.	Test ve p Değeri	Ort. ± S.S.	Test ve p Değeri
Yaş Grupları ¹								
35 yaş ve altı	49,48±2 6,68	KW=0,3 72	47,27±1 6	KW=1,5 12	57,38±2 6,35	KW=3,1 24	57,63±2 0,71	KW=5,4 80
36-45 yaş	49,61±3 0,31	p=0,945	,88 46,39±2	p=0,679	65,11±2 8,28	p=0,373	58,04±1 9,44	p=0,140
46-55 yaş	47,71±2 7,69		2,42 52,05±2		69,11±2 7,42		66,19±1 9,61	
56 yaş ve üzeri	50,00±2 0,51		5,43 45,88±2 7,26		64,70±3 5,14		62,47±2 3,98	
Cinsiyet ²								
Kadın	46,44±2 4,55	Z=- 0,945	43,77±2 4,35	Z=- 2,056	61,06±3 0,79	Z=- 1,323	56,45±2 2,27	Z=- 2,556
Erkek	50,56±2 8,02	p=0,344	51,46±2 3,19	p=0,04	68,11±2 8,20	p=0,186	65,39±1 9,20	p=0,011
Medeni Durum ²								
Evli	49,72±2 6,98	Z=- 0,766	47,95±2 3,24	Z=- 0,320	64,06±2 9,55	Z=- 1,019	60,60±2 0,91	Z=- 1,483
Bekâr	45,55±2 5,49	p=0,443	49,83±2 6,73	p=0,749	70,00±2 8,73	p=0,308	66,40±2 0,54	p=0,138
Eğitim Düzeyleri ¹								
İlköğretim	48,99±2 4,04	KW=0,4 11	46,50±2 6,02	KW=0,6 06	65,21±3 2,31	KW=0,4 70	59,80±2 2,34	KW=3,2 07
Lise	50,42±3 1,41	p=0,814	50,12±2 0,56	p=0,739	64,42±2 5,41	p=0,791	66,97±8, 84	p=0,201
Üniversite	46,62±2 7,72		51,25±2 1,79		66,51±2 6,14		60,28±1 8,47	
Meslek ¹								
Emekli ^a	50,79±2 2,65	KW=2,8 13	54,04±2 5,47	KW=8,1 26	67,85±3 2,00	KW=0,9 76	64,38±2 2,15	KW=8,7 10
İşçi ^b	51,66±2 8,19	p=0,421	47,62±2 1,63	p=0,043 c>d	66,56±2 5,84	p=0,807	59,80±2 0,55	p=0,033 c>d
İşveren ^c	51,21±3 0,81		54,63±2 3,24		67,07±2 8,74		68,09±2 0,42	
Ev Hanımı ^d	43,75±2 2,96		41,04±2 4,12		61,45±3 1,98		56,83±2 0,10	
Çocuk Sayısı ¹								
0	39,13±3 1,22	KW=3,3 51	46,73±2 1,93	KW=0,5 05	66,84±2 4,31	KW=0,0 68	60,86±2 2,26	KW=0,3 36
1	49,12±2 3,22	p=0,341	51,05±2 6,48	p=0,918	65,13±2 6,86	p=0,995	60,21±2 2,48	p=0,953
2	50,29±2 8,25		48,77±2 3,41		66,00±2 8,22		62,66±2 1,37	
3 ve üzeri	51,63±2 3,29		47,54±2 4,86		63,72±3 4,02		61,72±1 9,69	
Beden Kitle Endeksi ¹								
Birinci Derece Obez ^a	53,21±2 9,45	KW=13, 997	53,42±2 0,13	KW=20, 860	72,58±2 4,71	KW=13, 619	66,10±1 9,50	KW=12, 718
		p=0,001 c<b,a		p=0,000 c<b,a		p=0,001 c<b,a		p=0,002 c<b,a

İkinci Derece Obez ^b	53,57±2 5,16		53,92±2 3,13		69,19±2 6,21		63,85±2 0,26	
Üçüncü Derece Obez ^c	35,13±1 9,15		32,02±2 3,49		47,97±3 4,04		51,89±2 1,26	
Ek Hastalık Varlığı ² Olanlar	52,72±2 9,18	Z=- 1,409 p=0,159	53,36±2 3,61	Z=- 2,054 p=0,04	70,00±2 6,30	Z=- 1,335 p=0,182	62,54±2 3,35	Z=- 0,780 p=0,436
Olmayanlar	46,66±2 4,98		45,42±2 3,69		62,50±3 0,83		61,30±1 9,46	
Günlük Uyku Süresi ² 8 saat altı	50,00±2 7,58	Z=- 0,381 p=0,703	49,16±2 3,99	Z=- 0,552 p=0,581	66,85±3 1,04	Z=- 0,860 p=0,390	61,93±2 2,47	Z=- 0,391 p=0,696
8 saat ve üzeri	48,01±2 6,05		47,67±2 3,94		63,98±2 8,14		61,61±1 9,71	

¹: Kruskal Wallis testi

²: Mann Whitney U testi

SF-36'nın ruhsal sağlığa yönelik alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular ise Tablo 6. 5'de gösterilmektedir.

Tablo 6.5'de Katılımcıların beden kitle indeksleri ile emosyonel rol güçlüğü alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında; beden kitle indeksi grupları arasında ileri düzeyde anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p < 0,01$). Üçüncü derece obez olan katılımcıların aldıkları puan ortalaması, birinci derece obez olan katılımcıların aldıkları puan ortalamasından ileri düzeyde ($p < 0,01$) ve ikinci derece obez olan katılımcıların aldıkları puan ortalamasından çok ileri düzeyde ($p < 0,001$) anlamlı derecede düşük bulunmuştur. Katılımcıların diğer kişisel özellikleri ile emosyonel rol güçlüğü alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p > 0,05$).

Katılımcıların kişisel özellikleri ile canlılık alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında; katılımcıların cinsiyetleri ile canlılık alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$). Erkek katılımcıların aldıkları puan ortalaması, kadın katılımcıların aldıkları puan ortalamasından istatistiksel anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Katılımcıların meslek grupları ile canlılık alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$).

İşveren katılımcıların aldıkları puan ortalaması, ev hanımı olan katılımcıların aldıkları puan ortalamasından istatistiksel olarak ($p<0,05$) anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Katılımcıların beden kitle indeksleri ile canlılık alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları arasında çok ileri düzeyde anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,001$). Üçüncü derece obez olan katılımcıların aldıkları puan ortalaması, birinci ve ikinci derece obez olan katılımcıların aldıkları puan ortalamasından çok ileri düzeyde anlamlı derecede düşük bulunmuştur. Katılımcıların ek hastalığa sahip olma durumları ile canlılık alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Ek hastalığı bulunan katılımcıların aldıkları puan ortalaması, ek hastalığı bulunmayan katılımcıların aldıkları puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Katılımcıların diğer kişisel özellikleri ile canlılık alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p<0,05$). Katılımcıların beden kitle indeksleri ile sosyal işlevsellik alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları arasında ileri düzeyde anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,01$). Üçüncü derece obez olan katılımcıların aldıkları puan ortalaması, birinci ve ikinci derece obez olan katılımcıların aldıkları puan ortalamasından çok ileri düzeyde anlamlı derecede düşük bulunmuştur. Katılımcıların diğer kişisel özellikleri ile sosyal işlevsellik alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Katılımcıların kişisel özellikleri ile ruhsal sağlık alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında; katılımcıların cinsiyetleri ile ruhsal sağlık alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Erkek katılımcıların aldıkları puan ortalaması, kadın katılımcıların aldıkları puan ortalamasından istatistiksel anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Katılımcıların meslek grupları ile ruhsal sağlık alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). İşveren katılımcıların aldıkları puan ortalaması, ev hanımı olan katılımcıların aldıkları puan ortalamasından ileri düzeyde ($p<0,01$) anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Katılımcıların diğer kişisel özellikleri ile ruhsal sağlık alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık

saptanmamıştır ($p>0,05$). Katılımcıların beden kitle indeksleri ile ruhsal sağlık alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları arasında ileri düzeyde anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,01$). Üçüncü derece obez olan katılımcıların aldıkları puan ortalaması, birinci ve ikinci derece obez olan katılımcıların aldıkları puan ortalamasından ileri düzeyde anlamlı derecede düşük bulunmuştur. Katılımcıların diğer kişisel özellikleri ile ruhsal sağlık alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).



Tablo 6.6. Katılımcıların Yaşam Kalitesine İlişkin Olası Risk Faktörleri ile SF-36'nın Fiziksel Sağlığa Yönelik Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=150)

Özellikler	Fiziksel Fonksiyon		Fiziksel Rol Güçlüğü		Ağrı		Genel Sağlık	
	Ort. ± S.S.	Test ve p Değeri	Ort. ± S.S.	Test ve p Değeri	Ort. ± S.S.	Test ve p Değeri	Ort. ± S.S.	Test ve p Değeri
Sigara Kullanımı¹								
Var	67,88±22,62	Z=-1,387 p=0,165	52,88±39,80	Z=-1,305 p=0,192	60,76±32,65	Z=-1,113 p=0,266	45,28±21,56	Z=0,204 p=0,838
Yok	61,53±23,87		43,62±41,91		54,43±32,02		44,69±25,24	
Alkol Kullanımı¹								
Var	70,37±21,52	Z=1,596 p=0,110	55,55±42,36	Z=-1,070 p=0,285	55,83±32,68	Z=-0,224 p=0,823	49,81±24,74	Z=-1,069 p=0,285
Yok	62,27±23,82		44,91±40,98		56,80±32,32		43,82±23,75	
Kilo Verme Deneyimi¹								
Var	60,80±24,38	Z=2,026 p=0,043	43,43±40,81	Z=-1,268 p=0,205	51,56±32,19	Z=-2,571 p=0,01	42,07±24,20	Z=-1,849 p=0,064
Yok	69,41±20,96		35,86±43,18		66,47±30,38		50,39±22,73	
Profesyonel Yardım¹								
Var	58,42±24,53	Z=2,530 p=0,011	40,00±40,24	Z=-1,712 p=0,087	49,39±32,60	Z=2,650 p=0,008	39,78±24,23	Z=2,167 p=0,03
Yok	68,37±21,79		52,81±41,52		62,96±30,81		49,37±22,75	
Kilo-Uyku İlişkisi¹								
Var	62,24±23,87	Z=2,023 p=0,043	48,81±40,80	Z=-1,513 p=0,130	56,39±32,78	Z=0,092 p=0,927	44,25±24,00	Z=-0,706 p=0,450
Yok	71,95±20,32		35,86±43,18		57,93±29,95		48,47±23,95	
Dinlenmiş Uyanma¹								
Var	70,71±18,90	Z=1,866 p=0,062	57,85±41,46	Z=-1,953 p=0,051	67,07±28,08	Z=2,129 p=0,033	55,57±22,93	Z=3,013 p=0,003
Yok	61,60±24,29		43,47±40,83		53,45±32,90		41,65±23,41	
Gündüz Uykululuk¹								
Var	62,45±23,84	Z=-1,343 p=0,179	45,12±40,59	Z=-1,108 p=0,268	56,18±30,91	Z=-0,533 p=0,594	42,54±23,96	Z=1,375 p=0,018
Yok	68,43±22,23		53,12±43,87		58,28±37,36		53,59±22,22	
Gündüz Yorgunluk¹								
Var	61,24±23,73	Z=-2,929 p=0,003	44,00±40,83	Z=-2,117 p=0,034	53,34±31,24	Z=-2,796 p=0,005	41,20±23,33	Z=-4,134 p=0,000
Yok	76,20±18,50		61,00±41,50		73,10±32,96		63,40±18,01	

Uykuda Nefes Darlığı¹								
Var	62,77±23,63	Z=0,940 p=0,347	47,05±40,41	Z=0,082 p=0,935	57,52±31,70	Z=-0,577 p=0,564	44,78±24,30	Z=0,098 p=0,922
Yok	67,41±23,30		45,96±45,22		53,22±34,71		45,32±22,98	
Uykuda Horlama²								
Var	63,50±23,59	Z=0,408 p=0,683	45,07±40,76	Z=2,080 p=0,038	56,31±32,34	Z=-1,832 p=0,067	44,05±23,47	Z=3,106 p=0,002
Yok	66,15±24,07		65,38±43,94		57,88±32,78		53,84±28,14	
Cinsel İsteksizlik²								
Var	59,71±24,16	Z=2,495 p=0,013	39,32±39,50	Z=2,574 p=0,01	51,71±31,41	Z=2,222 p=0,026	39,21±23,29	Z=3,662 p=0,000
Yok	69,59±21,55		57,78±41,71		63,81±32,42		53,19±22,63	
Konsantrasyonda Azalma¹								
Var	61,01±23,73	Z=2,245 p=0,025	42,36±40,21	Z=2,080 p=0,038	53,44±31,92	Z=-1,832 p=0,067	41,11±22,83	Z=3,106 p=0,002
Yok	70,71±21,88		58,33±42,29		64,82±32,10		54,64±24,30	
Yapmak İstedikleri²								
Bir şey istememek ^a	70,05±23,64	KW=22,523 p=0,000 a>b,c,d	54,72±41,20	KW=12,095 p=0,007 b<c,d	63,30±31,27	KW=16,519 p=0,001 b<c,d	48,88±23,78	KW=10,971 p=0,012 a<b,d
Hareket edebilmek ^b	48,46±2,01		23,07±32,34		35,96±28,07		35,76±21,84	
Spor yapabilmek ^c	61,84±14,83		48,68±4,05		60,52±32,55		48,42±22,73	
Güzel kıyafetler giymek ^d	54,66±2,39		38,33±41,04		47,50±30,16		32,33±23,59	

¹: Mann Whitney U testi

²: Kruskal Wallis testi

Araştırmada yer alan katılımcıların yaşam kalitesini etkileyen olası risk faktörleri ile SF-36'nın fiziksel sağlığa yönelik alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular Tablo 6.6'da gösterilmiştir.

Katılımcıların yaşam kalitesini etkileyen olası risk faktörleri ile fiziksel fonksiyon alt boyutundan aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırıldığı; kilo vermeyi deneyimleme durumları ile fiziksel fonksiyon alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır (p<0,05). Kilo vermeyi deneyimlemeyen katılımcıların aldıkları puan ortalaması, deneyimleyen katılımcıların aldıkları puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (Tablo 6.6).

Katılımcıların kilo vermek için profesyonel yardım alma durumları ile fiziksel fonksiyon alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Profesyonel yardım almayan katılımcıların aldıkları puan ortalaması, yardım alan katılımcıların aldıkları puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Katılımcıların kilonun uyku kalitesini etkileme düşünceleri ile fiziksel fonksiyonalt boyutundan aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Fazla kilonun uyku kalitesini etkilemediğini düşünenlerin aldıkları puan ortalaması, etkilediğini düşünen katılımcıların aldıkları puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (Tablo 6.6).

Katılımcıların gündüz yorgunluk hissetme durumları ile fiziksel fonksiyon alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları arasında ileri düzeyde anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,01$). Gündüz yorgunluk hissetmeyen katılımcıların aldıkları puan ortalaması, yorgunluk hisseden katılımcıların aldıkları puan ortalamasından ileri düzeyde anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.

Katılımcıların cinsel isteksizlik hissetme durumları ile fiziksel fonksiyon alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Cinsel isteksizlik hissetmeyen katılımcıların aldıkları puan ortalaması, hisseden katılımcıların aldıkları puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.

Katılımcıların konsantrasyonda azalma hissetme durumları ile fiziksel fonksiyon alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Konsantrasyonda azalma hissetmeyen katılımcıların aldıkları puan ortalaması, hisseden katılımcıların aldıkları puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.

Katılımcıların en çok yapmak istedikleri şey ile fiziksel fonksiyon alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları arasında çok ileri düzeyde anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,001$). Bir şey yapmak istemeyen katılımcıların aldıkları puan ortalaması, güzel kıyafetler giyinebilmek ve spor yapabilmek isteyen katılımcıların

aldıkları puan ortalamasından istatistiksel olarak ($p<0,05$) ve hareket edebilmek isteyen katılımcıların aldıkları puan ortalamasından çok ileri düzeyde ($p<0,001$) anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.

Katılımcıların diğer yaşam kalitesini etkileyen olası risk faktörleri ile fiziksel fonksiyon alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Katılımcıların yaşam kalitesini etkileyen olası risk faktörleri ile fiziksel rol güçlüğü alt boyutundan aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırıldığı; gündüz yorgunluk hissetme durumları ile fiziksel rol güçlüğü alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Gündüz yorgunluk hissetmeyen katılımcıların aldıkları puan ortalaması, yorgunluk hisseden katılımcıların aldıkları puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (Tablo 6.6).

Katılımcıların uykuda horlama durumları ile fiziksel rol güçlüğü alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Uykusunda horlamayan katılımcıların aldıkları puan ortalaması, horlayan katılımcıların aldıkları puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Katılımcıların cinsel isteksizlik hissetme durumları ile fiziksel rol güçlüğü alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Cinsel isteksizlik hissetmeyen katılımcıların aldıkları puan ortalaması, hisseden katılımcıların aldıkları puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Katılımcıların konsantrasyonda azalma hissetme durumları ile fiziksel rol güçlüğü alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Konsantrasyonda azalma hissetmeyen katılımcıların aldıkları puan ortalaması, hisseden katılımcıların aldıkları puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Katılımcıların en çok yapmak istedikleri şey ile fiziksel rol güçlüğü alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları arasında ileri düzeyde anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,01$). Hareket etmek isteyen katılımcıların aldıkları puan ortalaması, spor yapmak isteyen

katılımcıların aldıkları puan ortalamasından istatistiksel olarak ($p<0,05$) ve bir şey yapmak istemeyen katılımcıların aldıkları puan ortalamasından ileri düzeyde ($p<0,01$) anlamlı derecede düşük bulunmuştur. Katılımcıların diğer yaşam kalitesini etkileyen olası risk faktörleri ile fiziksel fonksiyon alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Katılımcıların diğer yaşam kalitesini etkileyen olası risk faktörleri ile fizikselrol güçlüğü alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 6.6).

Katılımcıların yaşam kalitesini etkileyen olası risk faktörleri ile ağrı alt boyutundan aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırıldığı, kilo vermeyi deneyimleme durumları ile ağrı alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Kilo vermeyi deneyimlemeyen katılımcıların aldıkları puan ortalaması, deneyimleyen katılımcıların aldıkları puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (Tablo 6.6).

Katılımcıların kilo vermek için profesyonel yardım alma durumları ile ağrı alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları arasında ileri düzeyde anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,01$). Profesyonel yardım almayan katılımcıların aldıkları puan ortalaması, yardım alan katılımcıların aldıkları puan ortalamasından ileri düzeyde anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.

Katılımcıların sabah uyandıklarında dinlenmiş olma durumları ile ağrı alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Sabah uyandığında dinlenmiş hisseden katılımcıların aldıkları puan ortalaması, yorgun hisseden katılımcıların aldıkları puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.

Katılımcıların gündüz yorgunluk hissetme durumları ile ağrı alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları arasında ileri düzeyde anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,01$). Gündüz yorgunluk hissetmeyen katılımcıların aldıkları puan ortalaması, yorgunluk hisseden katılımcıların aldıkları puan ortalamasından ileri düzeyde anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.

Katılımcıların cinsel isteksizlik hissetme durumları ile ağrı alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Cinsel isteksizlik hissetmeyen katılımcıların aldıkları puan ortalaması, hisseden katılımcıların aldıkları puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.

Katılımcıların en çok yapmak istedikleri şey ile ağrı alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları arasında ileri düzeyde anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,01$). Hareket etmek isteyen katılımcıların aldıkları puan ortalaması, spor yapmak isteyen katılımcıların aldıkları puan ortalamasından istatistiksel olarak ($p<0,05$) ve bir şey yapmak istemeyen katılımcıların aldıkları puan ortalamasından çok ileri düzeyde ($p<0,001$) anlamlı derecede düşük bulunmuştur. Katılımcıların diğer yaşam kalitesini etkileyen olası risk faktörleri ile ağrı alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 6.6).

Katılımcıların yaşam kalitesini etkileyen olası risk faktörleri ile genel sağlık alt boyutundan aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırıldığı Tablo 6.6 incelendiğinde; kilo vermek için profesyonel yardım alma durumları ile genel sağlık alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Profesyonel yardım almayan katılımcıların aldıkları puan ortalaması, yardım alan katılımcıların aldıkları puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.

Katılımcıların sabah uyandıklarında dinlenmiş olma durumları ile genel sağlık alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları arasında ileri düzeyde anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,01$). Sabah uyandığında dinlenmiş hisseden katılımcıların aldıkları puan ortalaması, yorgun hisseden katılımcıların aldıkları puan ortalamasından ileri düzeyde anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Katılımcıların gündüz uykululuk durumları ile genel sağlık alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Gündüz uykululuk hissetmeyen katılımcıların aldıkları puan ortalaması, uykululuk hisseden katılımcıların aldıkları puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Katılımcıların gündüz yorgunluk hissetme durumları ile genel

sağlık alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları arasında çok ileri düzeyde anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,001$). Gündüz yorgunluk hissetmeyen katılımcıların aldıkları puan ortalaması, yorgunluk hisseden katılımcıların aldıkları puan ortalamasından çok ileri düzeyde anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Katılımcıların uykuda horlama durumları ile genel sağlık alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları arasında ileri düzeyde anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,01$). Uykusunda horlamayan katılımcıların aldıkları puan ortalaması, horlayan katılımcıların aldıkları puan ortalamasından ileri düzeyde anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Katılımcıların cinsel isteksizlik hissetme durumları ile genel sağlık alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları arasında çok ileri düzeyde anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,001$). Cinsel isteksizlik hissetmeyen katılımcıların aldıkları puan ortalaması, hisseden katılımcıların aldıkları puan ortalamasından çok ileri düzeyde anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Katılımcıların konsantrasyonda azalma hissetme durumları ile genel sağlık alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları arasında ileri düzeyde anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,01$). Konsantrasyonda azalma hissetmeyen katılımcıların aldıkları puan ortalaması, hisseden katılımcıların aldıkları puan ortalamasından ileri düzeyde anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Katılımcıların en çok yapmak istedikleri şey ile genel sağlık alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Bir şey yapmak istemeyen katılımcıların aldıkları puan ortalaması, hareket etmek isteyen ve güzel kıyafetler giyinmek isteyen katılımcıların aldıkları puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Katılımcıların diğer yaşam kalitesini etkileyen olası risk faktörleri ile genel sağlık alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 6.7. Katılımcıların Yaşam Kalitesine İlişkin Olası Risk Faktörleri ile SF-36'nın Ruhsal Sağlığa Yönelik Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=150)

Özellikler	Emosyonel Rol Güçlüğü		Canlılık		Sosyal İşlevsellik		Ruhsal Sağlık	
	Ort. ± S.S.	Test ve p Değeri	Ort. ± S.S.	Test ve p Değeri	Ort. ± S.S.	Test ve p Değeri	Ort. ± S.S.	Test ve p Değeri
Sigara Kullanımı¹								
Var	49,35±27,60	Z=-0,113	48,46±25,17	Z=-0,259	66,58±27,64	Z=-0,306	59,53±21,61	Z=-0,956
Yok	48,63±26,28	p=0,910	48,26±23,32	p=0,795	64,54±30,39	p=0,760	62,93±20,52	p=0,339
Alkol Kullanımı¹								
Var	49,38±28,29	Z=-0,105	52,22±24,07	Z=-0,728	60,64±30,16	Z=-0,908	62,37±20,52	Z=-0,186
Yok	48,78±26,41	p=0,916	47,47±23,87	p=0,466	66,26±29,24	p=0,364	61,62±21,06	p=0,852
Kilo Verme Deneyimi¹								
Var	47,83±25,64	Z=-1,350	44,44±23,77	Z=-2,822	60,98±30,73	Z=-2,319	59,11±21,50	Z=-2,254
Yok	52,28±28,48	p=0,177	55,88±22,48	p=0,005	73,52±24,83	p=0,02	66,90±18,83	p=0,024
Profesyonel Yardım¹								
Var	46,66±26,25	Z=-1,002	42,35±24,53	Z=-2,834	60,53±30,73	Z=-1,785	57,82±21,83	Z=-2,152
Yok	50,83±27,03	p=0,316	53,56±22,71	p=0,005	69,37±27,96	p=0,074	65,20±19,54	p=0,031
Kilo-Uyku İlişkisi¹								
Var	49,86±26,84	Z=-0,983	46,69±24,43	Z=-1,906	64,17±29,60	Z=-1,066	60,59±21,27	Z=-1,422
Yok	43,47±25,49	p=0,326	57,39±18,57	p=0,057	71,19±28,06	p=0,287	68,17±17,78	p=0,155
Dinlenmiş Uyanma¹								
Var	51,42±26,00	Z=-0,809	58,85±21,31	Z=-2,935	73,21±25,20	Z=-1,688	64,34±19,02	Z=-0,692
Yok	48,11±26,92	p=0,419	45,13±23,79	p=0,003	62,82±30,23	p=0,091	60,97±21,45	p=0,489
Gündüz Uykülülük¹								
Var	48,58±27,44	Z=-0,375	46,01±23,61	Z=-2,166	63,55±29,71	Z=-1,399	61,79±21,04	Z=-0,009
Yok	50,00±23,94	p=0,707	56,87±23,34	p=0,03	71,48±27,72	p=0,612	61,62±20,69	p=0,993
Gündüz Yorgunluk¹								
Var	49,33±27,63	Z=-0,231	45,32±22,99	Z=-3,420	62,70±29,99	Z=-2,392	60,25±20,59	Z=-2,302
Yok	46,66±21,51	p=0,817	63,40±22,99	p=0,001	78,00±22,61	p=0,017	69,28±21,22	p=0,021

Uykuda Nefes Darlığı¹								
Var	49,85±26,35	Z=-0,925	48,69±24,12	Z=-0,261	64,70±30,47	Z=-0,113	62,99±20,66	Z=-1,251
Yok	45,16±27,95	p=0,355	46,93±23,33	p=0,794	67,33±25,14	p=0,910	57,03±21,46	p=0,211
Uykuda Horlama¹								
Var	47,93±26,77	Z=-1,406	47,99±23,72	Z=-0,489	64,96±30,19	Z=-0,027	60,96±20,55	Z=-1,620
Yok	58,97±24,16	p=0,160	51,92±26,42	p=0,625	68,26±19,50	p=0,978	70,15±23,52	p=0,105
Cinsel İsteksizlik¹								
Var	45,69±24,81	Z=-2,031	43,70±23,48	Z=-2,861	57,30±31,01	Z=-3,856	58,15±21,78	Z=-2,504
Yok	53,55±28,72	p=0,042	55,08±23,04	p=0,004	76,84±22,45	p=0,000	67,01±18,48	p=0,012
Konsantrasyonda Azalma¹								
Var	47,22±25,82	Z=-1,269	43,88±22,41	Z=-3,642	59,14±30,02	Z=-4,085	58,77±21,27	Z=-2,951
Yok	53,17±28,56	p=0,205	59,76±24,04	p=0,000	80,95±20,88	p=0,000	69,42±17,97	p=0,003
Yapmak İstedikleri²								
Bir şey istememek ^a	52,96±26,39	KW=5,479	54,27±22,62	KW=18,572	73,05±27,27	KW=18,587	66,57±19,11	KW=12,425
Hareket edebilmek ^b	43,58±26,27	p=0,140	35,57±21,41	p=0,000	49,03±30,60	p=0,000	54,46±25,40	p=0,006
Spor yapabilmek ^c	48,15±21,61		48,15±21,61	a>b,d	61,18±27,28	a>b,c,d	58,10±18,68	a>b,c,d
Güzel kıyafetler giymek ^d	35,00±26,11		35,00±26,11		51,66±27,08		35,00±26,11	

¹: Mann Whitney U testi

²: Kruskal Wallis testi

SF-36'nın ruhsal sağlığa yönelik alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular ise Tablo 6.7'de gösterilmektedir.

Katılımcıların yaşam kalitesini etkileyen olası risk faktörleri ile emosyonel rol güçlüğü alt boyutundan aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırıldığı Tablo 6.7 incelendiğinde; cinsel isteksizlik hissetme durumları ile emosyonel rol güçlüğü alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır (p<0,05). Cinsel isteksizlik hissetmeyen katılımcıların aldıkları puan ortalaması, hisseden katılımcıların aldıkları puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Katılımcıların diğer yaşam kalitesini

etkileyen olası risk faktörleri ile emosyonel rol güçlüğü alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Katılımcıların yaşam kalitesini etkileyen olası risk faktörleri ile canlılık alt boyutundan aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırıldığı Tablo6.7 incelendiğinde; kilo vermeyi deneyimleme durumları ile canlılık alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları arasında ileri düzeyde anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,01$). Kilo vermeyi deneyimlemeyen katılımcıların aldıkları puan ortalaması, deneyimleyen katılımcıların aldıkları puan ortalamasından ileri düzeyde anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Katılımcıların kilo vermek için profesyonel yardım alma durumları ile canlılık alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları arasında ileri düzeyde anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,01$). Profesyonel yardım almayan katılımcıların aldıkları puan ortalaması, yardım alan katılımcıların aldıkları puan ortalamasından ileri düzeyde anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.

Katılımcıların sabah uyandıklarında dinlenmiş olma durumları ile canlılık alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları arasında ileri düzeyde anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,01$). Sabah uyandığında dinlenmiş hisseden katılımcıların aldıkları puan ortalaması, yorgun hisseden katılımcıların aldıkları puan ortalamasından ileri düzeyde anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Katılımcıların gündüz uykululuk durumları ile canlılık alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Gündüz uykululuk hissetmeyen katılımcıların aldıkları puan ortalaması, uykululuk hisseden katılımcıların aldıkları puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Katılımcıların gündüz yorgunluk hissetme durumları ile canlılık alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları arasında ileri düzeyde anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,01$). Gündüz yorgunluk hissetmeyen katılımcıların aldıkları puan ortalaması, yorgunluk hisseden katılımcıların aldıkları puan ortalamasından ileri düzeyde anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.

Katılımcıların cinsel isteksizlik hissetme durumları ile canlılık alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları arasında ileri düzeyde anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,01$). Cinsel isteksizlik hissetmeyen katılımcıların aldıkları puan ortalaması,

hisseden katılımcıların aldıkları puan ortalamasından ileri düzeyde anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Katılımcıların konsantrasyonda azalma hissetme durumları ile canlılık alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları arasında çok ileri düzeyde anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,001$). Konsantrasyonda azalma hissetmeyen katılımcıların aldıkları puan ortalaması, hisseden katılımcıların aldıkları puan ortalamasından çok ileri düzeyde anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Katılımcıların en çok yapmak istedikleri şey ile canlılık alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları arasında çok ileri düzeyde anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,001$). Bir şey yapmak istemeyen katılımcıların aldıkları puan ortalaması, hareket etmek isteyen katılımcıların aldıkları puan ortalamasından çok ileri düzeyde ($p<0,001$) ve güzel kıyafetler giyinmek isteyen katılımcıların aldıkları puan ortalamasından ileri düzeyde ($p<0,01$) anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Katılımcıların diğer yaşam kalitesini etkileyen olası risk faktörleri ile canlılık alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Katılımcıların yaşam kalitesini etkileyen olası risk faktörleri ile sosyal işlevsellik alt boyutundan aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırıldığı Tablo 6.7 incelendiğinde; kilo vermeyi deneyimleme durumları ile sosyal işlevsellik alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Kilo vermeyi deneyimlemeyen katılımcıların aldıkları puan ortalaması, deneyimleyen katılımcıların aldıkları puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Katılımcıların gündüz yorgunluk hissetme durumları ile sosyal işlevsellik alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Gündüz yorgunluk hissetmeyen katılımcıların aldıkları puan ortalaması, yorgunluk hisseden katılımcıların aldıkları puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Katılımcıların cinsel isteksizlik hissetme durumları ile sosyal işlevsellik alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları arasında çok ileri düzeyde anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,001$). Cinsel isteksizlik hissetmeyen katılımcıların aldıkları puan ortalaması, hisseden katılımcıların aldıkları puan ortalamasından çok ileri düzeyde anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Katılımcıların konsantrasyonda azalma hissetme durumları ile sosyal işlevsellik alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları arasında çok ileri düzeyde anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,001$).

Konsantrasyonda azalma hissetmeyen katılımcıların aldıkları puan ortalaması, hisseden katılımcıların aldıkları puan ortalamasından çok ileri düzeyde anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Katılımcıların en çok yapmak istedikleri şey ile sosyal işlevsellik alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları arasında çok ileri düzeyde anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,001$). Bir şey yapmak istemeyen katılımcıların aldıkları puan ortalaması, hareket etmek isteyen katılımcıların aldıkları puan ortalamasından çok ileri düzeyde ($p<0,001$), güzel kıyafetler giyinmek isteyen katılımcıların aldıkları puan ortalamasından ileri düzeyde ($p<0,01$) ve spor yapmak isteyen katılımcıların aldıkları puan ortalamasından istatistiksel olarak ($p<0,05$) anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Katılımcıların diğer yaşam kalitesini etkileyen olası risk faktörleri ile sosyal işlevsellik alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 6.7).

Katılımcıların yaşam kalitesini etkileyen olası risk faktörleri ile ruhsal sağlık alt boyutundan aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırıldığı Tablo 6.7 incelendiğinde; kilo vermeyi deneyimleme durumları ile ruhsal sağlık alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Kilo vermeyi deneyimlemeyen katılımcıların aldıkları puan ortalaması, deneyimleyen katılımcıların aldıkları puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Katılımcıların kilo vermek için profesyonel yardım alma durumları ile ruhsal sağlık alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Profesyonel yardım almayan katılımcıların aldıkları puan ortalaması, yardım alan katılımcıların aldıkları puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.

Katılımcıların gündüz yorgunluk hissetme durumları ile ruhsal sağlık alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Gündüz yorgunluk hissetmeyen katılımcıların aldıkları puan ortalaması, yorgunluk hisseden katılımcıların aldıkları puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.

Katılımcıların cinsel isteksizlik hissetme durumları ile ruhsal sağlık alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu

saptanmıştır ($p<0,05$). Cinsel isteksizlik hissetmeyen katılımcıların aldıkları puan ortalaması, hisseden katılımcıların aldıkları puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.

Katılımcıların konsantrasyonda azalma hissetme durumları ile ruhsal sağlık alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları arasında ileri düzeyde anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,01$). Konsantrasyonda azalma hissetmeyen katılımcıların aldıkları puan ortalaması, hisseden katılımcıların aldıkları puan ortalamasından ileri düzeyde anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Katılımcıların en çok yapmak istedikleri şey ile ruhsal sağlık alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları arasında ileri düzeyde anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,01$). Bir şey yapmak istemeyen katılımcıların aldıkları puan ortalaması, hareket etmek isteyen katılımcıların aldıkları puan ortalamasından istatistiksel olarak ($p<0,05$) ve güzel kıyafetler giyinmek isteyen katılımcıların aldıkları puan ortalamasından ileri düzeyde ($p<0,01$) anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Katılımcıların diğer yaşam kalitesini etkileyen olası risk faktörleri ile ruhsal sağlık alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

7.TARTIŞMA

Obezite ile ilgili yapılan akademik ve klinik çalışmalar, obezitenin ve beraberinde getirdiği problemlerin 21. yūzyılın en bŸyŸk problemleri arasında olacağını ve gelişmiş toplumlar başta olmak Ÿzere birçok dŸnya Ÿlkesini etkisi altına alacağını gŸstermektedir. Obezite çalışmalarını yakından takip etmek amacı ile Amerika'da kurulan National Health and Nutrition Examination Survey (Ulusal Sağlık ve Beslenme Araştırma Çalışması) (NHANES) enstitŸsŸ; obezite ve fazla kiloluk prevalansının gittikçe artış gŸsterdiđini, morbidite ve mortaliteyi engellemek için bir an Ÿnce toplumsal beslenme alışkanlıklarının değiştirilerek kilo kontrolŸnŸn sağlanması gerektiğini ifade etmektedir (60).

VŸcudun aşırı yağ depolaması sonucu meydana gelen obezite; kişilerde bedensel problemler ile birlikte zihinsel ve ruhsal sorunlara neden olan bir enerji metabolizma bozukluğudur. Obezitenin en Ÿnemli nedeni alınan enerji ile tŸketilen enerji arasındaki denge sızlikten kaynaklanmaktadır. Obezitenin sŸrekli artan bir prevalansa sahip olmasının en Ÿnemli nedenleri arasında; beslenme alışkanlıklarının bozularak yağ ve karbonhidrat alımının artması, fiziksel aktivitelerin azalması ve bilinçsiz yaşam koşulları sayılabilmektedir (61).

Yapılan araştırmalara bakıldığında obezite veya fazla kiloluluğun sağlık ile ilgili olarak başta uyku problemleri olmak Ÿzere birçok konuda kişilerin yaşam kaliteleri Ÿzerine etkili olduğu gŸrŸlmŸřtŸr. Yaşam kalitesinin bŸtŸn herkes tarafından kabul gŸrmŸř net bir standart tanımlaması olmamasına rağmen, genel olarak sağlığın zihinsel, fiziksel ve psikososyal etki alanlarının subjektif olarak çok boyutlu bir şekilde değerlendirilmesidir. Deneysel ve klinik araştırmalara gŸre; obezite, uyku ve yaşam kalitesi arasında gŸçlŸ bir ilişki olduğu ve sonuç olarak da ağırlık artışı ile uyku kalitesinin bozulduğu ve yaşam kalitesinin dŸřtŸđŸ tespit edilmiştir (62).

Obezitenin neden olduğu en bŸyŸk problemlerin başında ise uyku problemi gelmektedir. Bazı çalışmalarda obezitenin uykusuzluğa neden olduğu belirtilirken bazı çalışmalarda ise dŸzensiz uykunun obeziteyi tetikleyebileceği iddia edilmektedir. Her iki durum da bireylerin genel iyilik halleri bozularak, daha pasif, mutsuz, dalgın, depresif, odaklanamayan ve sinirli kişiler olmalarına neden olmaktadır. Bu durumdan yola çıkarak; bizim çalışmamızın amacı; uyku

laboratuvarına başvuran obez hastalarda yaşam kalitesi ve etkileyen faktörleri belirleyerek hayat kaliteleri üzerinde etkisini ortaya koyabilmektedir.

7.1. Çalışma Deneklerine Ait Genel Bilgiler

Araştırmamız 69'u erkek, 81'i kadın olmak üzere toplam 150 kişi üzerinde gerçekleştirilmiştir. Katılımcıların yaş ortalaması $47,33 \pm 11,09$ olup, %34'ünün 46-55 yaş grubunda (n=51) olduğu saptanmıştır. %59,3'ünün erkek (n=89), %80'inin (n=120) evli oldukları belirlenmiştir. Benzer bir araştırmayı yapan Güçlü (2016); obez bireylerde ağırlık kaybı ile antropometrik ölçümler, bazı biyokimyasal bulgular ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi belirlemeye çalışmıştır. Bu çalışma; yaş ortalaması $39,8 \pm 10,0$ olan toplam 22 kadın birey üzerinde yapılmıştır (63).

Eğitim durumlarına bakıldığında çalışma grubumuzun %55,3'ünün ilköğretim mezunu (n=83), sadece % 19,22'sinin üniversite mezunu oldukları ayrıca büyük bir bölümünün ise (%32) ev hanımı oldukları belirlenmiştir. Güçlü (2016) yaptığı çalışmada ise deneklerin % 45,5'nin ilköğretim mezunu oldukları ifade etmiştir. Çalışmamız literatürle paralellik göstermektedir. Gebeler üzerinde yapılan başka bir çalışmada da gebelerin % 41,2'sinin ilköğretim mezunu oldukları ifade edilmiştir (64). Türkiye istatistik kurumu verilerine göre de Türkiye'de ilköğretim mezunu olan bireylerin sayısının oldukça yüksek olduğu özellikle kadınlarda bu oranın % 50'leri geçtiği belirtilirken Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması(TNSA) 2013 sonuçlarına göre ise bu oran %56.9 olarak ifade edilmiştir (65,66). Çalışmalar incelendiğinde ve bizim sonuçlarımızda da eğitim düzeyi ile obezite arasında ilişki olduğu görülmektedir.

Çalışma grubumuzun % 38,0'i birinci derece obez iken, %37,3'ü ikinci derece obez ve % 24,7'lik bölümünün ise üçüncü derece obez oldukları belirlenmiştir. Obezlere özgü yaşam kalitesi ölçeğinin obezlerde geçerlilik ve güvenilirliğinin yapıldığı araştırmada katılımcıların %65,7'nin birinci derece obez, %25,4'nün ikinci derece obez ve % 8,9'nun ise üçüncü derece obez oldukları belirtilmiştir (67).

Uyku süresi ile kilo arasındaki ilişki kısa ve yetersiz uyku süresinin enerji alımı veyakılması üzerindeki olası etkileri, yorgunluk sebebiyle azalan fiziksel aktivite,

iştahidegistiren metabolik hormonlar ve besin seçimi üzerindeki etkileri ile açıklanabilmektedir. Çalışma grubumuzun %56'sı gece 8 saat ve üzerinde uyduğunu (n=84) ifade ederken % 44'ü ise 8 saatin altında uyduklarını belirtmişler.Öge (2011)'nin adölesanlarda vücut ağırlığının uyku süresi, uyku kalitesi ve depresyon durumuna etkisini araştırdığı çalışmasında toplam uyku süresi ile BKİ arasında ters ilişki olduğunu ifade etmiştir (68).

Yetersiz fiziksel aktivite ile, sigara ve alkol tüketimi gibi faktörler obezitenin gelişmesinde de etkili olan etmenlerdir (8). Bizim çalışmamızda %34,7 oranında sigara, %18 oranında ise alkol kullanıldığı belirlenmiştir. Ancak sigara ve alkol obezite üzerinde birincil etmen olmadığı için obezite ve uyku üzerindeki etkileri de tartışmalıdır.

Araştırmamızın sonuçlarımıza göre; deneklerimizin %79,3'ünün uykuda nefes darlığı hissettiği (n=119), %91,3'ünün horladığı (n=137), %76,7'si uyandığında dinlenmiş hissetmediğini (n=115), %78,7'si gündüzleri uykulu olduğunu (n=118) ve %83,3'ü gündüz yorgun hissettiğini (n=125) belirtmiştir. Ayrıca %72'sinin gün içinde konsantrasyonun azaldığı (n=108) saptanmıştır.

7.2. Katılımcıların Kişisel Özellikleri ile SF-36'nın Fiziksel Sağlığa Yönelik Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Sedanter yaşam tarzı obezitenin en önemli nedenlerinden biridir. Yaşla birlikte metabolizmanın yavaşlaması, yağ yakımını düşürerek vücudun yağ depolamasına neden olmaktadır. Dolayısı ile yaş ilerledikçe fiziksel aktivite oranı ve hızı artırılarak kilo alımı yavaşlatılabilir (56,57). Çalışmamızda yaş grupları ile SF-36 fiziksel fonksiyon alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında; yaş gruplarının puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır (p<0,05). 56 yaş ve üzeri yaş grubunda bulunan katılımcıların aldıkları puan ortalaması 54,26±23,39 iken, 35 yaş ve altı yaş grubunda bulunan katılımcıların aldıkları puan ortalaması 74,31±19,71 olarak tespit edilmiştir. Sağlık bakanlığının obezite ve fiziksel aktivite eğitim modülleri araştırmasında yaş ile birlikte fiziksel aktivitede gerileme yaşayan bireylerde kilo alımının arttığı belirtilmiştir (egiiym

modül). İçen (2006)'nin obez bireylerde beslenme, fiziksel aktivite ve sosyal özelliklerin değerlendirdiği ve 305 yetişkin birey üzerinde yaptığı araştırmasında fiziksel aktivite ile obezite arasında güçlü bir ilişki olduğu ve fiziksel aktivite arttıkça obezitede-kilo alımında gerileme olduğu ifade edilmiştir (69).

Çalışmamızda ; cinsiyet, eğitim düzeyi, meslek grupları ve ek bir hastalığa sahip olup olmama ile fiziksel fonksiyon alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları arasında ileri düzeyde anlamlı fark olduğu ($p<0,01$), Örneğin erkek katılımcıların fiziksel fonksiyonda aldıkları puan ortalamasının $56,31\pm 24,25$ iken, kadın katılımcıların aldıkları puan ortalamasının $68,82\pm 21,79$ olduğu belirlenmiştir. Erkeklerin kadınlara göre daha aktif oldukları ve dolayısı ile kadınlara göre obezite ve uyku problemleri ile daha az uğraştıkları görülmüştür. Parmaksız (2007)'nin yetişkin obezlerde fiziksel aktiviteyi belirlemek amacı ile yaptığı araştırmada erkeklerin kadınlara göre daha aktif oldukları ve aynı yaş gruplarında beden kitle indeksleri ile bel ve kalça ölçümlerinin kadınlara göre daha düşük olduğunu belirtmiştir.

Üniversite öğrencileri üzerinde yapılan bir araştırmada erkeklerin kadınlara göre daha fazla aktif oldukları dolayısı ile daha az BKİ'ye sahip oldukları belirtilmiştir (70). Dünya'da ve Türkiye'de yapılan birçok araştırmada da erkeklerin kadınlara göre daha fazla fiziksel aktivite seviyesine sahip oldukları tespit edilmiştir. Bizim çalışmamızda literatür ile uyumluluk göstermekte olup erkeklerin kadınlardan aktif oldukları tespit edilmiştir.

Trabzon ilini kapsayan bir çalışmaya göre obezite ile fiziksel aktivite arasında negatif bir ilişki olduğu fiziksel aktivite arttıkça obezitenin azaldığı belirtilmiştir. Bunun yanısıra kadınların erkeklere göre kilo alımına daha yatkın oldukları, eğitim seviyesi azaldıkça, iş yerindeki aktivite azaldıkça ve ek bir hastalık ile birlikte obezitenin arttığı belirtilmiştir (71).

Ev hanımı olan bayanların ve emekli kişilerin yüksek olması ve evde kısıtlı hareket imkanlarının olması kadınlarda kilo alımını kolaylaştırmaktadır. Arslan (2007) yaptığı bir çalışmada eğitim seviyesinin yükselmesi ile beraber kadınların daha fazla iş yaşamına katılmalarının kilo alımını engellediğini ve belli bir disiplin içinde kadınların bilinçlenerek kilolarını kontrol altına aldıkları belirtilmiştir (72).

Katılımcıların herhangi bir hastalıkları olup olmaması ile fiziksel fonksiyon alt değerlendirilmesinde bakıldığında % 36,7 nin herhangi bir hastalığı olmadığı geriye kalan kişilerin %40'ında hipertansiyon, %26,7'sinde diyabet, %13,3'ünde endokrin bozukluklar, %8,7'sinde koroner hastalıklar ve %5,3'ünde kronik obstrüktif akciğer hastalığı olduğu görülmüştür. Fiziksel fonksiyon alt boyutlarında bu hastalıklardan etkilendiği belirlenmiştir. Sarsan (2013); kadınlarda kardiyovasküler kapasite ile akciğer kapasitesini araştırdığı çalışmasında her ne kadar en büyük probemin solunum sistemi rahatsızlıkları olduğunu belirtmiş olsada bizim çalışmamızda solunum kaynaklı rahatsızlıklar en alt sıralarda bulunmaktadır (73). Yapılan bir çalışmada kadınların %30,1'inin, erkeklerin ise %15,5'inin obeziteye eşlik eden başka bir hastalıkları olduğu, en fazla % 94 oranında diabetes mellitus ile hipertansiyonun görüldüğü ifade edilmiştir (74).Yapılan başka bir çalışmada ise obezite ile birlikte görülen hastalıkların oranı şu şekilde verilmiştir. %19.6 oranında sindirim sistemi hastalıkları, %23.6 kemik_kas ve eklem hastalıkları, %32.7kalp_damar hastalıkları, %24.2 endokrin sistem hastalıkları ve % 7,8 oranında ise kan hastalıklarının görüldüğü belirlenmiştir (75).

Aşırı kilo alımı ve obezite başta insülin direnci ve kan basıncı üzerinde etkili olarak hormonal metabolizmanın bozulmasına ve beden kitle indeksinin artmasına neden olmaktadır. BKİ'nin yüksek olduğu kişilerde yüksek kan basıncı ve yüksek kolesterolün olduğu ve bu durumun koroner hastalıklardan felç ve inme kadar birçok hastalığı tetiklediği bilinmektedir (76). Obezite ve devam eden uyku bozuklukları ile beraber bu şekilde multisistemik hastalıkların olması aslında obezitenin tek bir sistem ile alakalı olmadığını bütün organizmayı etkilediğini ortaya çıkarmaktadır.

Katılımcıların beden kitle indeksleri ile fiziksel fonksiyon alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları arasında çok ileri düzeyde anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,001$). Üçüncü derece obez olan katılımcıların aldıkları puan ortalaması, birinci ve ikinci derece obez olan katılımcıların aldıkları puan ortalamasından çok ileri düzeyde anlamlı derecede düşük bulunmuştur. Akova (2016), yaptığı bir çalışmada bireylerin BKİ ortalamaları $26,5\pm 4,89$ kg/m² olup kadınlarda $26,45\pm 5,62$ kg/m², erkeklerde $26,62\pm 3,86$ kg/m² olarak bulunmuştur, istatistiksel olarak aralarındaki

fark anlamlı saptanmamıştır. Her iki cinsiyet grubunda da BKİ ortalama değerleri DSÖ sınıflamasına göre hafif şişmanlık (BKİ: 25,0-29,9 kg/m²) düzeyindedir (74).

Uyku süreleri ile fiziksel aktivite alt puanları değerlendirilmesinde istatistiksel olarak bir anlamlılık bulamadık. Fakat yapılan araştırmalarda Yapılan uyku süresindeki azalma ile beden kitle indeksi arasında ilişki olduğu, ghrelinin ve leptinin periferik konsantrasyonlarının değişmesi sonucu yetersiz uykunun obeziteyi tetiklediği rapor edilmiştir (77). Son dönem araştırmalarında da uyku süresi ile kilo arasında ters bir korelasyonun olduğu ifade edilmiştir. Bunun en temel nedeni ise kısa uyku süresinin enerji alımı ve harcaması üzerine olan etkilerinden dolayı bir yorgunluk oluşacağı ve dolayısı ile fiziksel aktivitede düşüş fakat enerji aşımındaki artışla beraber kilo alımının hızlanacağıdır (78,79). Yapılan bir çalışmada katılımcıların %45,2'si >7 saat, %37,8'i 6.0-7.0 saat, %11,0'i 5.0-5.9 saat, %6,0'sı <5 saat uyudukları ve uyku süresinin kısa olduğu bireylerin daha kilolu oldukları belirtilmiştir (74).

Obezite derecesi ile fiziksel fonksiyon, fiziksel rol gücüğü, genel sağlık durumu ve ağrı arasında sıkı bir korelasyonun olduğu görülmüştür. Fiziksel rol gücüğünde üçüncü derece obez olan katılımcıların aldıkları puan ortalaması, birinci ve ikinci derece obez olan katılımcıların aldıkları puan ortalamasından çok ileri düzeyde anlamlı derecede düşük bulunmuştur. Fiziksel fonksiyon puanları ise birinci derece puanları 71,33±18,15 ike üçüncü derece puanları 41,62±21,21 olarak tespit edilmiştir. BKİ arttıkça hareketlerde kısıtlılık meydana gelmesi ve zaruri ihtiyaçların bile karşılanmasında güçlük yaşanması ve ayrıca hiç dinmeyen bir ağrı ve hastalık duurma meydana gelmesi kaçınılmazdır (80).

7.3. Katılımcıların Kişisel Özellikleriyle SF-36'nın Ruhsal Sağlığa Yönelik Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Çalışmada katılımcıların beden kitle indeksleri, cinsiyet ve meslekleri ile emosyonel rol gücüğü ve ruhsal sağlıkları alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığından istatistiksel anlamlılık olduğu saptanmıştır (p<0,01). BKİ arttıkça ruhsal sağlığın bozulma gösterdiği, birinci derece obezlerde ruhsal sağlık puan ortalamasının 66,10±19,50, ikinci derece obezlerde 63,85±20,26 ve üçüncü

derece obezlerde ise $51,89 \pm 21,26$ olduğu belirlenmiştir. Ayrıca BKİ'nin emosyonel durum, canlılık ve sosyal işlevsellik ile de anlamlılık gösterdiği ve sonuçlarımıza göre morbidite arttıkça psikolojik sıkıntıların meydana geldiği ve çevreden soyutlanmaların başladığı söylenebilir.

Özgür ve ark. (2007)'nin; obez bireylerin depresif belirti düzeylerinin ve etkileyen faktörlerin incelenmesini araştırdıkları çalışmada 123 katılımcıdan 18'i ruhsal durumunu kötü, 62 kişi ise ne iyi ne kötü olarak belirtmiştir (81). Araştırmalar obez kişilerin ruhsal olarak kendilerini kötü hissetmelerinin nedeninin kilo alımına bağlı olarak benlik saygısında düşme ve kendilerini değersiz olarak görmelerinden kaynaklandığını iddia etmektedirler (82).

Katılımcıların beden kitle indeksleri ile sosyal işlevsellik alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları arasında ileri düzeyde anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p < 0,01$). Üçüncü derece obez olan katılımcıların aldıkları puan ortalaması, birinci ve ikinci derece obez olan katılımcıların aldıkları puan ortalamasından çok ileri düzeyde anlamlı derecede düşük bulunmuştur. Kilo artışı ne denli fazla ise sosyalleşme ve buna bağlı olarak yaşam kalitesi o kadar düşük seyratmaktadır. Kilo insanın benlik saygısını azaltmakta ve soyutlanma görülmektedir.

Kocaman (2014)'nin obez bireylerde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve sağlıklı ilgili yaşam kalitesini araştırdığı çalışmasında sosyal Fonksiyon puan ortalamasını birinci derece obezlerde $77,32 \pm 20,44$, ikinci derece obezlerde $75 \pm 25,42$ ve üçüncü derece obezlerde ise $70 \pm 25,58$ olarak belirlemiştir (83). Biz ise; birinci derece obezlerde $72,58 \pm 24,71$, ikinci derece obezlerde $69,19 \pm 26,21$ ve üçüncü derece obezlerde ise $47,97 \pm 34,04$ şeklinde tespit ettik. En dikkat çekici bölüm çalışmamızın üçüncü derece obezlerinde ciddi anlamda sosyal soyutlanma ve kendini geri çekme bulunmaktadır.

7.4. Katılımcıların Yaşam Kalitesine İlişkin Olası Risk Faktörleri ile SF-36'nın Fiziksel ve Ruhsal Sağlığa Yönelik Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Katılımcıların yaşam kalitesini etkileyen olası risk faktörleri ile fiziksel fonksiyon alt boyutundan aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırıldığı; kilo vermeyi deneyimleme durumları, kilo vermek için profesyonel yardım alma, kilonun uyku kalitesini etkileme düşünceleri, gündüz yorgunluk hissetme, konsantrasyon düşüklüğü ile fiziksel fonksiyon alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Yapılan araştırmalarda uyku kalitesini olumsuz etkileyen belli başlı etmenler arasında cinsiyet, yaş, eğitim, bilişsel durum, metabolik hastalıklar ve çevresel faktörler, fiziksel aktivite azlığı, depresif belirtiler gibi fiziksel sağlığa yönelik etmenlerin bulunduğu ifade edilmektedir. Adölesanlarda kilolu olmanın uyku süresi, uyku kalitesi ve depresyon durumuna etkisinin araştırıldığı çalışmada aşırı kilonun uyku kalitesini düşürdüğü ve bu kişilerin gündüzleri kendilerini daha yorgun hissettikleri ve konsantrasyonlarının normal kilolu bireylere göre daha düşük olduğu ifade edilmiştir (68). Eremis (2004) ise; klinik olarak aşırı kilolu ve obez olan bireylerin normal kilolulara göre daha depresif daha yorgun ve konsantrasyonlarının daha düşük olduklarını belirlediklerini ifade etmiştir (84).

Horlama; obez hastaların özellikle de üçüncü derece obezlerin en çok şikayet ettikleri konunun başında gelmektedir. Solunum güçlüğünden dolayı kişiler uykuda iken rahat nefes alamamalarından dolayı horlama problemi yaşamak zorunda kalmaktadırlar (85). Ayrıca; horlama OSAS'ın en büyük problemlerinden birini oluşturmaktadır. Bizim çalışmamızda katılımcıların uykuda horlama durumları ile fiziksel rol güçlüğü alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Horlama uyku kalitesini bozduğu ve sık sık uyanmalara neden olduğu için doğal olarak gündüz uyku hali ve yorgunluğa da neden olacaktır (86). Bizim sonuçlarımızda da gündüz uyku hali ile genel sağlık durumu arasında anlamlılık bulunmuştur. Sonuçlarımız literatürle paralellik göstermektedir.

7.5. Bireylerin Yaşam Kalitesi ile İlgili SF 36 Genel Değerlendirmesi

Obezite, bireylerin rutinde devam ettirdikleri sağlıklı yaşam kalitelerini negatif olarak derinden etkilemektedir. Özellikle fiziksel sağlık, emosyonel iyilik ve psikososyal fonksiyonlar ile alakalı davranışlarda kendini göstermektedir (87). Sadece uyku kalitesinin bozulması bile obezitenin insanın psikolojik ve metabolik aktivitelerini nasıl etkilediğini gözler önüne sermektedir.

Çalışmamızın en önemli sonucu SF 36 yaşam kalitesi ölçeğinden elde edilen verilerdir. Çalışma sonuçlarımıza SF-36'nın alt boyutları arasında en yüksek üç puan ortalamasını aldıkları alt boyutların sosyal işlevsellik (65,25±29,39), fiziksel fonksiyon (63,73±23,56) ve ruhsal sağlık (61,76±20,90) olduğu, en düşük puan ortalamasını aldıkları alt boyutun ise genel sağlık (44,90±23,96) olduğu saptanmıştır. Gündüzoğlu (2014); Obezlere Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirliğinin incelenmesini yaptığı araştırmasında mental sağlık, vitalite (enerji), genel sağlık arasında ilişki olduğunu en yüksek korelasyonun mental sağlık alt boyutundan elde ettiklerini bildirmiştir (67). Ayrıca genel olarak obezlerin yaşam kalitesi puan ortalamasınının 38 civarında olduğunu ifade etmişlerdir. Bizim çalışmamızda her ne kadar alt boyutlar ayrı ayrı değerlendirilmiş olsada genel ortalamanın 50-55 arasında olduğu görülmektedir. Obez 6107 kişi üzerinde yapılan başka bir çalışmada ise en yüksek korelasyonun fiziksel fonksiyon yükü ile mental sağlık alt boyutları arasında olduğu bildirilmiştir (88).

Kocaman (2014)'ün obez bireylerde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve sağlıklı ilgili yaşam kalitesini araştırdığı ve bunun için SF-36 yaşam kalitesini kullandığı çalışma sonuçları bizim çalışmamız ile paralellik göstermektedir. Kocaman (2014); obezlerde fiziksel fonksiyon alt boyut puanını 66,29±25,42, Sosyal fonksiyonu 70±25,58, emosyonel rol fonksiyonunu 90,48±26,29, mental sağlık 61,83±24,34 ve canlılığı 59±25,02 olarak belirlemiştir (83). Çalışma sonuçlarında en yüksek puanı emosyonel rol fonksiyonu almışken en düşük puanın ise canlılık alt boyutuna ait olduğunu ifade etmiştir.

Gürsoy (2008); BKİ ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi araştırdığı çalışmasında canlılık ($p<0,001$) ve genel sağlık ($p<0,005$) durumu ile BKİ arasında istatistiksel olarak anlamlılık olduğunu ifade etmiştir (89).

Sertöz ve ark.(2005)'nın 8 haftalık süre ile obezite tedavisinde bilişsel davranışçı grup terapisinin kilo verme, yaşam kalitesi ve psikopatolojiye etkilerini araştırdıkları çalışmada SF-36 fiziksel fonksiyon bileşenleri puan ortalaması $66,10\pm 26,55$ olarak, genel sağlık alt grup puan ortalaması ise $52,26\pm 16,46$ olarak tespit edilmiştir (90). Biz de bu çalışma sonuçlarına benzer olarak fiziksel fonksiyon alt boyutunu en yüksek, genel sağlık durumunu ise en düşük olarak tespit ettik.

Alıcı ve Pınar (2008)'ın obez hastalara verilen eğitimin etkinliğini değerlendirdikleri çalışmada SF-36 yaşam kalitesi alt boyutları ile obezite arasında anlamlı ilişki olduğu hatta verilen eğitimler sonucunda olumlu sonuçlar alındığı ve yaşam kalitesinde artış görüldüğü ifade edilmiştir. Bu çalışma sonuçlarına göre; fiziksel fonksiyon alt boyut puanı $64,00\pm 21,93$ rol kısıtlanması-fiziksel $64,37 \pm 25,70$, emosyonel davranışlar $67,46\pm 28$ ve genel sağlık algısı $62,00 \pm 21,47$ olarak tespit edilmiştir (91).

Sağlıklı yaşam biçimi şekli; bireylerin sağlıklarını geliştirerek onların davranışları üzerinde etkili olan bir dizi bilişsel süreci kapsamaktadır. Yapılan çalışmalar ile birlikte görülmektedir ki; obezite bireylerin fiziksel fonksiyonlarından sosyal davranışlarına ve emosyone durumuna kadar bir çok faktör üzerinde etkili olmaktadır (92).

Biyopsikososyal bir süreç olan obezite, özellikle sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ölçeği olan SF-36 kısa formun karşılaştırmalı olarak daha fazla sayıda obez ve normal kilolu gruplarda uygulanması ve bu grupların kilo olgusuna karşı algılamalarının öğrenilmesine faydalı olacaktır. Obezitenin uyku başta olmak üzere birçok metabolik olumsuzluğu tetiklemesi, belli bir yaş grubunda ve kadınlarda daha fazla görülmesi gibi multi faktöriyel konumundan dolayı toplumsal olarak bu konu üzerine yoğunlaşarak sağlıklı yaşam standartları oluşturulmalıdır.

8.SONUÇ

Çalışma sonucunda;

- Katılımcıların % 38,00'nin birinci derece obez, % 37,3'nün ikinci derece obez ve % 24,7'sinin ise üçüncü derece obez olduğu,
- Uyku laboratuvarına başvurana ve çalışmaya katılanlardan kadınların % 40,7, erkeklerin ise %59,3 oranında oldukları,
- % 44,00'nün 8 saat altında, % 56'nın ise 8 saat üstünde uyudukları,
- %34'ünün daha önce kilo vermeyi denemediği ve %53,3'ünün ise kilo vermek için profesyonel bir yardım almadığı,
- %84,7'si kilonun uyku kalitesini etkilediğini, %76,7'si uyandığında dinlenmiş hissetmediğini, %78,7'si gündüzleri uykulu olduğunu ve %83,3'ü gündüz yorgun hissettiğini,
- %79,3'ünün uykuda nefes darlığı hissettiği, %91,3'ünün horladığı, %59,3'ünün cinsel isteksizlik yaşadığı,
- SF-36'nın alt boyutları arasında en yüksek üç puan ortalamasını aldıkları alt boyutların sosyal işlevsellik (65,25±29,39), fiziksel fonksiyon (63,73±23,56) ve ruhsal sağlık (61,76±2090) olduğu,
- SF-36'nın alt boyutları arasında en düşük puan ortalamasını aldıkları alt boyutun ise genel sağlık (44,90±23,96) olduğu,
- Fiziksel fonksiyon alt boyutu ile; yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, beden kitle indeksi arasında, fiziksel rol güçlüğü ile cinsiyet, meslek, beden kitle indeksi ve ek hastalık arasında istatistiksel anlamlılık olduğu,
- Emosyonel rol güçlüğü ile cinsiyet ve beden kitle indeksi arasında, canlılık ile cinsiyet ve BKİ arasında istatistiksel anlamlılık olduğu,

- Fiziksel fonksiyon ile; kilo verme ilişkisi profesyonel yardım ve kilo uyku ilişkisi arasında istatistiksel anlamlılık olduğu,
- Ağrı ile; kilo verme deneyimi, dinlenmiş uyku, gündüz yorgunluk ve bitkinlik arasında istatistiksel anlamlılık olduğu,
- Genel sağlık ile; kilo verme durumu yeterince uyumuş olma, gündüz uykululuk, profesyonel yardım alma, cinsel isteksizlik, yapmak istediği bir şeyi yapmama arasında istatistiksel anlamlılık olduğu bulunmuştur.

Bu bulgular doğrultusunda;

- Obezite ve uyku arasındaki ilişkinin daha net bir şekilde ortaya çıkarılması,
- Obezite ve uykusuzluğun başta fiziksel ve ruhsal yaşam kalitesinde azalmaya sebep olduğu için bu konuda gerekli eğitimler verilmesi gerektiği,
- Obezite ve fazla kiloluğun tedavisinde bütüncül (fiziksel, ruhsal, sosyal) bir yaklaşımın uygulanması,
- Daha kaliteli bir yaşam seviyesine ulaşılması için obez kişilere sağlıklı yaşam tarzlarının desteklenmesi,
- Medikal tedavilerin yanısıra sağlıklı yaşam alışkanlıkları kazandırılması,
- Obezite tedavisinde daha profesyonel halk sağlığı hemşireliği eğitimi verilmesi,
- Hemşirelerin obezlerde yaşam kalitelerini arttırmak için sosyal etkinlikler yapması önerilmektedir.

9.KAYNAKLAR

1. WHO Evidence for Policy Estimates, Geneva. www.who.int. Erişim: 01.07.2017.
2. Diet, Nutrition And The Prevention Of Chronic Diseases. WHO Technical Report Series; Geneva, s.916, 2003.
3. Eren F. 8- 18 yaş Arası Migren Hastalarında Yaşam Kalitesinin ve Uyku Bozukluklarının Değerlendirilmesi, Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof.Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı Ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2011.
4. <http://www.medimagazin.com.tr/medilife/genel/tr-obezite-ve-uyku-iliskisi-ortaya-konu-10-81-14818.html>(Erişim Tarihi: 01.07.2017)
5. <https://www.obezitehaber.com/gece-uykusu-ile-obezite-iliskisi>(Erişim Tarihi 01.07.2017)
6. Karagözoğlu S, abuk S, Tahta Y, Temel F. Hastanede Yatan Yetişkin Hastaların Uykusunu Etkileyen Bazı Faktörler, Toraks Dergisi, 8(4):234-40, 2007.
7. Karadağ M. Uyku Bozuklukları Sınıflaması (ICSD-2), Akciğer Arsivi, Bursa, 8:88-91, 2007.
8. Karadağ M, Ursavas A. Dünya’da ve Türkiye’de Uyku alışmaları, Akciğer Arsivi, 8: 62-64, 2007.
9. Koulouglioti, Christina, Cole, Robert ve Kitzman, Harriet. Inadequate Sleep and Unintentional Injuries in Young Children”, Public Health Nursing 25(2);106–114, 2007.
10. Bingl N. Hemşirelerin Uyku Kalitesi, İş Doyumu Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, s.24, Sivas, 2006.
11. Daşdemir F. Yaşamın İlk Üç Yılında Uyku Sorunları Ve Etkili Uyku Ekolojisi Etmeleri, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, s.10, İzmir, 2012.
12. Abdulkadiroğlu Z, Bayramoğlu F, İlhan N. Uyku ve Uyku Bozuklukları, Genel Tıp Dergisi, 7:161-166, 2009.
13. Daşdemir F. Yaşamın İlk Üç Yılında Uyku Sorunları Ve Etkili Uyku Ekolojisi Etmeleri, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, s.11, İzmir, 2012.
14. Özgür K. İlköğretim 5., 6., 7. Ve 8. Sınıf Öğrencilerinin Uyku Düzenlerinin İncelenmesi, Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, s.6, Bursa, 2009.

- 15.Widmaier P, Raff Hershel,Strang K, Demirgören, (Çev.) Vander. İnsan Fizyolojisi, s.11, Güven Kitap Evi, 10. Baskı, Ankara,2010.
- 16.Daşdemir F. Yaşamın İlk Üç Yılında Uyku Sorunları Ve Etkili Uyku Ekolojisi Etmeleri, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, s.11, İzmir, 2012.
- 17.Taşkıran N.Gebelerde Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi, Afyonkarahisar Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, s.24, Afyon, 2009.
- 18.Morris CJ, Aeschbach D, Scheer FA. Circadian system, sleep, endocrinology. Mol Cell Endocrinol, 349: 91-104, 2012.
- 19.Gürkaş E. Çocuklarda Epileptik Nöbetlerin Uyku-Uyanıklık Paterni ve Sirkadiyen Dağılımı, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Yan Dal Uzmanlık Tezi, s.30, Ankara, 2012.
20. Şahin L, Aşcıoğlu M.Uyku Ve Uykunun Düzenlenmesi, Sağlık Bilimleri Dergisi (Journal of Health Sciences) 22(1) 93-98, 2013.
21. Kwon I, Choe HK, Son GH, Kim K. Mammalian Molecular Clocks. Exp Neurobiol. 20: 18-28, 2011
22. Şenel F.Uyku ve Rüya, TÜBİTAK Bilim ve Teknik Dergisi, s.1-19, Aralık,2005.
- 23.Özgür K. İlköğretim 5., 6., 7. Ve 8. Sınıf Öğrencilerinin Uyku Düzenlerinin İncelenmesi, Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, s.3, Bursa, 2009.
24. Aydın H, Özgen F. Uyku, Yapısı ve İşlevi. Türkiye Klinikleri Psikiyatri Dergisi, Uyku ve Bozuklukları Özel Sayısı, 2 : 79-85, 2001.
25. Karadağ M. Uyku Bozuklukları Sınıflaması (ICSD-2), Türkiye Klinikleri Akciğer Arşivi, Sayı 8, ss.88-91, 2007.
26. Şahin L, Aşcıoğlu M.Uyku Ve Uykunun Düzenlenmesi, Sağlık Bilimleri Dergisi (Journal of Health Sciences) 22(1) 93-98, 2013.
- 27.<http://www.sabriburhanoglu.com/uykuyu-etkileyen-faktorler>(Erişim Tarihi:02.07.2017)
- 28.Abdulkadiroğlu Z, Bayramoğlu F, İlhan N. Uyku ve Uyku Bozuklukları, Genel Tıp Dergisi, 7, s. 161-166, 1997.
- 29.Biçici F. Psoriasisli Hastalarda Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi, Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, s.28, Sivas, 2010.

30. Taşkıran N.Gebelerde Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi, Afyonkarahisar Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, s.16, Afyon, 2009.
31. Akbulut G, Özmen M, Beşler T. Obezite, Bilim ve Teknik Dergisi, sayı 472: 1-15, 2007.
- 32.Barişkin E, Ersoy G, Görpelioğlu S, Karaoğlu L, Kılıç BG ve ark. Birinci Basamak Hekimler İçin Obezite İle Mücadele El Kitabı, Anıl Matbaacılık, s.20, Ankara, 2013.
33. Noyan A. Yaşamda ve Hekimlikte Fizyoloji, 15. Baskı, Meteksan, 2005.
- 34.<http://www.thsm.gov.tr/upload/files/obezite%20web.pdf>.(Erişim Tarihi:02.07.2017)
- 35.Ballı E.Obezite, Obezitenin Tetiklediği Hastalıklar ve Tedavileri, Erciyes Üniversitesi Eczacılık Fakültesi, s.29, Kayseri, 2013.
- 36.Mercanlıgil SM. Şişmanlık, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Bakanlığı, 2. Basım, s.2 Ankara, 2012.
37. app.sivas.hsm.saglik.gov.tr/adminIslem/ckfinder/userfiles/files/obezite.pp(Erişim Tarihi: 04.07.2017)
38. Aronne LJ, Nelinson DS, Lillo JL. Obesity As a Disease State: A New Paradigm for Diagnosis and Treatment. Clin Cornerstone, 9(4): 9-25, 2009.
- 39.Can N.Çorlu Merkezdeki İlköğretim Çağındaki Çocuklarda Obezite Görülme Sıklığı,Risk Faktörleri ve Benlik Saygısı, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, s.5, Edirne, 2011.
- 40.Demir AU. Obstrüktif Uyku Apne Sendromu (OUAS) ve Obezite, Hacettepe Tıp Dergisi, 38:177-193, 2007.
- 41.Soylu AC. Obstrüktif Uyku Apne Sendromu Ve Obezite Arasındaki İlişkinin Standart Antropometrik Obezite İndeksleri İle İncelenmesi, Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, s.4, İstanbul, 2010.
- 42.Ataç E, Yıldırım G, Kumral TL, Berkiten G, Saltürk Z, Uyar Y.Obstrüktif Uyku Apne Sendromu ve Obezite, Okmeydanı Tıp Dergisi 30 (Ek sayı 1):19-23, 2014.
- 43.Smith P, Gold A, Meyers D et all. Weight Loss In Mildly to Moderately Obese Patients With Obstructive Sleep Apnea. Annals of Internal Medicine 103: 850- 855, 1985.

44. Soylu AC. Obstrüktif Uyku Apne Sendromu Ve Obezite Arasındaki İlişkinin Standart Antropometrik Obezite İndeksleri İle İncelenmesi, Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, s.4-5, İstanbul, 2010.
45. Özol D, Köktürk O.Obezite Hipoventilasyon Sendromu, Solunum, 15(3):137-143, 2013.
46. Göker M, İlkhan GD. Obezite Hipoventilasyon Sendromu, Okmeydanı Tıp Dergisi 30(Ek sayı 1):15-18, 2014.
- 47.Müezzinoğlu T. Yaşam kalitesi, Üroonkoloji derneği 2004 Güz Dönemi Konuşması, s.25, 2005.
- 48.Çelikgöz D. Gebelikte Uyku Bozukluklarının Yaşam Kalitesine Etkisi, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, s.21, Ankara, 2015.
- 49.Doğan R. Eskişehir Büyükdere Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Gebelerde Obezite Sıklığının Ve Obezitenin Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, s.24-25, Eskişehir, 2012.
50. Zorba E. Yaşam Kalitesi ve Fiziksel Aktivite. 10. Uluslararası Spor Bilimleri Kongresi, Kongre Kitapçığı, 82-85, 2010.
- 51.http://content.lms.sabis.sakarya.edu.tr/Uploads/67633/31168/temel_kavramlar.pdf (Erişim Tarihi:04.07.2017)
- 52.<http://www.horlamacerrahisi.com/uyku-ve-yasam-kalitesi-49.html/> (Erişim Tarihi:04.07.2017)
- 53.<http://fitblog.macfit.com.tr/2016/02/11/uyku-kalitesi-yasam-kalitesi/> (Erişim Tarihi:04.07.2017)
54. Dereli Ö, Fadiloğlu Ç. Obezitede Güçlendirme ve Hemşirelik Yaklaşımları, Türkiye Klinikleri J Nurs. Sci. 4 (2): 94-101, 2012.
55. Lazarou C, Kouta C. The role of nurses in the prevention and management of obesity. British Journal of Nursing ;19 (10): 641-647. doi.org/10.12968/ bjon.2010.19.10.48203, 2010.
56. Sheehan NC, Yin L. Childhood Obesity: Nursing Policy İmplications. J Pediatr Nurs 21(4): 308-10. doi. 10.1111/j.1466-7657.2008.00708.x, 2006.
57. Beyaz B, Koç A. Obezitenin Ekonomisi: Güncel Durum, Mücadele Politikaları ve Ekonomik Analizler, Econ Anadolu, , Eskişehir, 58,17-19 Haziran 2009 <http://www.econanadolu.org/en/index.php/past-congresses/econ-2009/articles2009/3315> (Erişim Tarihi:04.07.2017)

58. Sargent GM., Forrest LE., Parker RM. Nurse delivered life stil nurse delivered lifestyle interventions in primary health care to treat chronic disease risk factors associated with obesity: a systematic review. *Obes Rev.* Dec;13(12):1148-71. doi: 10.1111/j.1467-789X.2012.01029.x. Epub 2012 Sep 13.
59. Koçyiğit H, Aydemir Ö, Fişek G. Kısa Form (KF-36)'nın Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliliği, *İlaç ve Tedavi Dergisi*,12:102-106, 1999.
60. Hanley AJG, Harris SB, Gittelsohn J, et al. Overweight Among Children And Adolescents in Native Canadian Community: Prevalence and Associated Factors. *Am J Clin Nutr* 2000; 71:693-700.
61. Şimşek F ve ark. Ankara'da Bir İlköğretim Okulu ve Lisede Obezite Sıklığı. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 58: 163-166, 2005.
62. Hassan MK, Joshi AV, Madhavan SS et. al. Obesity and Health-Related Quality of Life: A Cross-Sectional Analysis of The US Population. *International Journal of Obesity and Related Disorders; Hampshire*.27.10 : 1227-1232, Oct 2003.
63. Güçlü LP. Obez Bireylerde Ağırlık Kaybı İle Antropometrik Ölçümler, Bazı Biyokimyasal Bulgular Ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi, *Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, s.24, 2016.*
64. http://www.hips.hacettepe.edu.tr/TNSA_2013_ana_rapor.pdf 09. Kasım2015/ (Erişim Tarihi:04.07.2017)
65. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). İstatistiklerle Kadın, 2012 Eğitim Durumu 2011 <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=13458>, 12 Ekim 2014.
66. Türkiye Obezite (şişmanlık) ile Mücadele ve Kontrol Programı (2010-2014).http://www.beslenme.saglik.gov.tr/files/home/turkiye_obezite_sismanlik_ile_mucadele_ve_kontrolprogrami.
67. Gündüzoğlu Ç. Obezlere Özgü Yaşam Kalitesinin Geçerlilik ve Güvenirliğinin İncelenmesi, *Ege Üniversitesi, Sağlık bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, S.32, İzmir, 2008.*
68. Öge B. Adölesanlarda Vücut Ağırlığının Uyku Süresi, Uyku Kalitesi ve Depresyon Durumuna Etkisi, *Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, s. 56, Kayseri, 2011.*
69. İçen S. Obez Bireylerde Fiziksel Aktivite, Sosyallik ve Beslenme İlişkilerinin İncelenmesi, *Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, S. 56, Ankara, 2006.*

70. Murathan F. Üniversite Öğrencilerinde Obezite Sıklığı, Fiziksel Aktivite Düzeyi ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının İncelenmesi, Fırat Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, s.67, Elazığ, 2013.
71. Cihangir E, Aslan C, Hacıhasanoğlu A. Prevalance of Obesity and Associated Risk Factors in a Turkish Population. *Obes Res*. 12. 117-127., 2004.
72. Arslan C, Ceviz D. Ev Hanımı ve Çalışan Kadınların Obezite Prevalansı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi, Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 21(5): 211-220, 2007.
73. Sarsan A, Alkan H, Baser S, Yıldız N ve ark. The effect of Aerobic Exercise Program on Pulmonary Function and Cardiorespiratory Capacity in Obese Women. *Turkish Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, 59(2): 140-45., 2013.
74. Akova M. 20 Yaş Üstü Erişkinlerde Uyku Süresi, Kalitesi, Fiziksel Aktivite Düzeyi Ve Bazı Antropometrik Ölçümler Arasındaki İlişkiler, Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, s.42, Sivas, 2016.
75. Yardımcı H, Özçelik AÖ. Menapoz Sonrası Dönemdeki Kadınlarda Egzersiz Toplam ve İntraabdominal Yağ Üzerine Etkisi. *JAMA Türkiye*, 16 (3); 182., 2006.
76. Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2010. World Health Organization 2011 Reprinted 2011.
77. World Health Organization (WHO). Sleep Characteristics and Sleep Deprivation in Infants, Children and Adolescents. WHO Regional Office for Europe, European Centre for Environment and Health Bonn Office: World Health Organization; 2004.
78. Beccuti G, Pannain S. Sleep and Obesity. *Current Opinion in Clinical Nutrition & Metabolic Care* 2011; 14(4):402-412.
79. Taheri S, Lin L, Austin D, Young T, Mignot E. Short Sleep Duration Is Associated with Reduced Leptin, Elevated Ghrelin, and Increased Body Mass Index. *PLoS Med*. 2004; 1(3):62.
80. Duncan DT, Wolin KY, Scharoun-Lee M, Ding EL, Warner ET, Bennett GG. Does Perception Equal Reality? Weight Misperception in Relation to Weight-related Attitudes and Behaviors Among Overweight and Obese US adults. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2011;8:20.
81. Özgür G, Gümüş A, Palaz C. Obez Bireylerin Depresif Belirti Düzeylerinin Ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi,; 11: 3, 2008.
82. Linde JA, Jeffery RW, Levy RL et al. Binge Eating Disorder, Weight Control Self-Efficacy and Depression in Overweight Men and Women. *International Journal of Obesity*, 28(3): 418-425, 2004.

83. Kocaman F. Obez Bireylerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ve Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, s.78, İstanbul, 2014.
84. Eremis S, Çetin N, Tamar M ve ark. Is Obesity a Risk Factor for Psychopathology Among Adolescents? *Pediatr Int*; 46: 296-301, 2004.
85. Cain N, Gradisar M. Elektronik media use and sleep in school-aged children and adolescents: A review, *Sleep Medicine*, 11:735-742, 2010.
86. Poulain M, Doucet M, Major GC, Drapeau V, Series F, Boulet LP et all. The Effect of Obesity on Chronic Respiratory Diseases: Pathophysiology and Therapeutic Strategies. *CMAJ*. 174: 1293-1299, 2006.
87. T.C. Sağlık Bakanlığı, WHO Europe. Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Alanındaki Değerlendirmeler, İlkeler ve Bakış Açıları. Ankara, Sağlık Bakanlığı, 2011.
88. Patrick DL, Bushnell DM, Rothman M. Performance of Two Self-Report Measures for Evaluating Obesity and Weight Loss. *Obesity Research*, 12(1):241-246, 2004.
89. Gürsoy H, Türker İ, Çolak D, Kaya P, Dönderici Ö, Özyılkan E. Correlation Between Body Mass Index and Health Related Quality of Life. *İç Hastalıkları Dergisi*. 15(4):203-205, 2008.
90. Sertöz ÖÖ, Mete Elbi H. Obezite Tedavisinde Bilişsel Davranışçı Grup Terapisinin Kilo verme, Yaşam Kalitesi ve Psikopatolojiye Etkileri: Sekiz Haftalık İzlem Çalışması. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 15(3);23-43, 2005.
91. Alıcı M, Pınar R. Obez Hastalara Verilen Eğitimin Etkinliğinin Değerlendirilmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2(1):32-37, 2008.
92. Huang IC, Frangakis C, Wu AW. The Relationship of Excess Body Weight and Healthrelated Quality of Life: Evidence Form a Population Study in Taiwan. *International Journal of Obesity*. 30:1250-1259, 2006.

10.EKLER

EK 1. Sosyo-Demografik Anket Formu

BİRİNCİ BÖLÜM: KİŞİSEL ÖZELLİKLER FORMU

1. Yaşınız	:		
2. Cinsiyetiniz	:	<input type="radio"/> Kadın	<input type="radio"/> Erkek	
3. Medeni Durumunuz	:	<input type="radio"/> Evli	<input type="radio"/> Bekâr	
4. Eğitim Düzeyiniz	:	<input type="radio"/> Okur- yazar değil <input type="radio"/> ilkokul Mezunu	<input type="radio"/> Lise Mezunu <input type="radio"/> Üniversite Mezunu	
5. Mesleğiniz	:		
6. Çocuğunuz var? Varsa sayısını yazınız	:	<input type="radio"/> Yok	<input type="radio"/> Var.....	
7. Boyunuz	:		
8. Kilonuz	:	<input type="radio"/> Var.....	
9. Ek hastalığınız var mı? Varsa yazınız.	:	<input type="radio"/> Yok		
10. Gece kaç saat uyuyorsunuz?	:		
	:			
	:			
	:			

İKİNCİ BÖLÜM: YAŞAM KALİTESİNİ ETKİLEYEN OLASI RİSK FAKTÖRLERİ

Aşağıdaki sorularda cevabınıza uygun olan seçeneği işaretleyiniz.	EVET	HAYIR
11. Sigara kullanıyor musunuz?		
12. Alkol kullanıyor musunuz?		
13. Daha önce kilo vermeyi denediniz mi?		
14. Daha önce kilo vermek için profesyonel yardım aldınız mı?		
15. Kilonun uyku kalitesi üzerine etkisi olduğunu düşünüyor musunuz?		
16. Sabah uyandığınızda kendiniz dinlenmiş hissediyor musunuz?		
17. Gündüzleri uykululuk hali yaşıyor musunuz?		
18. Gündüzleri kendinizi yorgun hissediyor musunuz?		
19. Uykunuzda nefes darlığı yaşıyor musunuz?		
20. Uykunuzda horluyor musunuz?		
21. Cinsel isteksizliğiniz var mı?		
22. Konsantrasyonunuzda azalma var mı?		
23. Yapmak isteyipte kilonuzdan dolayı yapamadığınız bir şey var mı? Varsa nelerdir?		

EK 2. SF36 Yaşam Kalitesi Ölçeği

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM: SF-36 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki sorular sizin kendi sağlığınız hakkındaki görüşünüzü, kendinizi nasıl hissettiğinizi ve günlük aktivitelerinizi öğrenmek amacıyla. Size en uygun yanıtı verin.

1-Genel olarak sağlığınız için aşağıdakilerden hangisini söyleyebilirsiniz?

Mükemmel	Çok iyi	İyi	Orta	Kötü
1	2	3	4	5

2-Bir yıl öncesi ile karşılaştığınızda şu anki genel sağlık durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?

Bir yıl öncesinden çok daha iyi	Biraz iyi	Hemen hemen aynı	Biraz daha kötü	Çok daha kötü
1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorular bir gün içinde yapabileceğiniz işlerle (aktivitelerle) ilgilidir. Sağlığınız bu aktiviteleri kısıtlıyor mu? Kısıtlıyorsa, ne kadar?

	Evet, Çok Kısıtlı	Evet, Biraz Kısıtlı	Hayır, Hiç Kısıtlı değil
3-Koşmak, ağır kaldırmak, ağır sporlara katılmak gibi ağır etkinlikler	1	2	3
4-Bir masayı çekmek, elektrik süpürmesini itmek ve ağır olmayan sporları yapmak gibi orta dereceli etkinlikler	1	2	3
5-Market poşetlerini kaldırmak veya taşıma	1	2	3
6-Birkaç kat merdiven çıkmak	1	2	3
7-Bir kat merdiven çıkmak	1	2	3
8-Eğilmek, diz çökmek, çömelmek.	1	2	3
9-Bir kilometreden fazla yürümek	1	2	3
10-Birkaç yüz metre yürümek	1	2	3
11-Yüz metre yürümek	1	2	3
12-Kendi başına banyo yapmak, giyinmek	1	2	3

Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınızın sonucu olarak, işiniz veya günlük etkinliklerinizde, aşağıdaki sorunlardan biriyle karşılaştınız mı?

	Evet	Hayır
13-Çalışma yaşamınızda veya diğer aktivitelerinizde geçirdiğiniz zamanı kısalttınız mı?	1	2
14-Arzu ettiğinizden daha az şeyi mi tamamlayabildiniz?	1	2
15-Çalışma veya diğer yaptığınız işlerin çeşidinde kısıtlama yaptınız mı?	1	2

<u>16-Çalışma yaşamınızda veya diğer aktivitelerinizi yapmaktaki güçlük çektiniz mi? (Aşırı efor, çaba sarf ettiniz mi?)</u>		1	2
--	--	---	---

Son 4 hafta boyunca, duygusal sorunlarınızın (örneğin çökkünlük veya kaygı) sonucu olarak, işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizle ilgili, aşağıdaki sorunlarla karşılaştınız mı?

		Evet	Hayır
<u>17-Çalışma yaşamınızda veya diğer aktivitelerinizde geçirdiğiniz zamanı kısalttınız mı?</u>		1	2
<u>18-Arzu ettiğinizden daha az işi mi tamamlayabildiniz?</u>		1	2
<u>19-İşinizle veya aktivitelerinizle ilgili işleri her zaman ki kadar dikkat vererek yapamadınız mı?</u>		1	2

20-Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız, aileniz, arkadaş veya komşularınızla olan sosyal etkinliklerinizi ne kadar etkiledi?

Hiç Etkilemedi	Çok Az	Orta Derecede	Epeyce	Çok Fazla
1	2	3	4	5

21-Son 4 hafta içinde vücudunuzda ne kadar ağrınız oldu?

Hiç Olmadı	Çok Az	Hafif	Orta	Çok	PekÇok
1	2	3	4	5	6

22-Son 4 hafta boyunca ağrınız, normal işinizi (hem ev işlerinizi hem ev dışı işinizi düşününüz) ne kadar etkiledi?

Hiç Etkilemedi	Çok Az	Orta Derecede	Epeyce	Çok Fazla
1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorular sizin son 4 hafta boyunca neler hissettiğinizle ilgilidir. Her soru için, sizin duygularınızı en iyi karşılayan yanıtı, son 4 haftadaki sıklığını göz önüne alarak seçiniz.

	Sürekli	Çoğu	Epey	Bazen	Ara sıra	Hiçbir
		zaman	zaman			zaman
<u>23-Kendinizi yaşam dolu olarak hissettiniz mi?</u>	1	2	3	4	5	6
<u>24-Çok sinirli bir oldunuz mu?</u>	1	2	3	4	5	6
<u>25-Hiçbir şeyin sizi neşelendiremeyeceği kadar moraliniz bozuk ve kötü oldu mu?</u>	1	2	3	4	5	6
<u>26-Kendinizi sakin ve huzurlu hissettiniz mi?</u>	1	2	3	4	5	6
<u>27-Çok enerjik oldunuz mu?</u>	1	2	3	4	5	6
<u>28-Kendinizi kalbi kırık ve üzgün hissettiniz mi?</u>	1	2	3	4	5	6
<u>29-Kendinizi yıpranmış, bitkin hissettiniz mi?</u>	1	2	3	4	5	6

<u>30-Mutlu, sevinçli bir insan oldunuz mu?</u>	1	2	3	4	5	6
<u>31-Yorgunluk hissettiniz mi?</u>	1	2	3	4	5	6

32-Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız sosyal etkinliklerinizi (arkadaş veya akrabaları ziyaret etmek gibi) ne sıklıkta etkiledi?

Sürekli	Çoğu zaman	Bazen	Ara sıra	Hiçbir zaman
1	2	3	4	5

Aşağıdaki her bir ifade sizin için ne kadar doğru veya yanlıştır? Her bir ifade için en uygun olanını işaretleyiniz.

	Kesinlikle doğru	Çoğunlukla doğru	Emin değilim	Çoğunlukla yanlış	Kesinlikle yanlış
<u>33-Ben diğer insanlara göre daha kolay hastalanıyorum.</u>	1	2	3	4	5
<u>34-Tanıdığım kişiler kadar sağlıklıyım.</u>	1	2	3	4	5
<u>35-Sağlığımın kötüleşmekte olduğunu sanıyorum.</u>	1	2	3	4	5
<u>36-Sağlığım mükemmeldir.</u>	1	2	3	4	5

EK 3. Araştırma İzni

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
İstanbul İli (Fatih) Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi

BİLİMSEL KURUL TOPLANTI TUTANAĞI

Toplantı Tarihi :04/08/2016
Başhekim :Prof.Dr.Özgür YİĞİT
Üyeler :Dr.Emine Elvan ÇİFTLİK – Uz.Dr.Mehmet Emin PIŞKINPAŞA – Mükerrerem ALPAK – Elif ARSLAN – Serpil KAYALI – Elif UZEL



KARAR

İstanbul Fatih Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğinden alınan 01/08/2016 tarih ve E.9468 sayılı yazısında adı geçen İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans öğrencisi Menşure DOĞRU'nun "Obez Hastalarda Obstrüktif Uyku Apne Sendromu Varyasyonunun Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisinin Belirlenmesi" konulu çalışmasını hastanemizde gerçekleştirme talebi incelenmiştir.

Adı geçeninin yapacağı çalışmayı hastanemiz Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Kliniği Uzmanı Dr.Zehra ÇINAR'ın sorumluluğunda hastanemizde gerçekleştirilmesi uygun bulunmuş olup, çalışmanın gelişim aşamalarının, değişiklik durumunun ve çalışmanın sonlanma zamanı ile ilgili Bilimsel Kurulu'na bilgi verilmesine karar verilmiştir.

Prof.Dr.Özgür YİĞİT
Hastane Yöneticisi/Başhekim

Dr.Emine Elvan ÇİFTLİK
Başhekim Yardımcısı

Uz.Dr.Mehmet Emin PIŞKINPAŞA
İç Hast. Kln. Eğ. Gör.

Mükerrerem ALPAK
İd. ve Mali İş. Müd.

Elif UZEL
Sağ. Bak. Hiz. Müd.V.

Serpil KAYALI
İd. ve Mali İş. Müd. Yar.
Eğ. Ar.Ge. Sor.

Elif ARSLAN
Sağ. Bak. Hiz. Müd.Yar.

11.ETİK KURUL ONAYI



T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı

E-İmzalıdır

Sayı : 10840098-604.01.01-E.8931
Konu : Başvuru Hk.

04/04/2017

Sayın Menşure DOĞRU

Üniversitemizin Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 11/05/2015 tarihli 265 karar no ile onay verdiği "Obez Hastalarda Obstrüktif Uyku Apne Sendromu Varlığının Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisinin Belirlenmesi" isimli çalışma başlığının "Uyku Laboratuvarına Başvuran Obez Hastalarda Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi" olarak değiştirilmesi hususundaki isteğiniz uygun bulunmuş olup, kayıt altına alınmıştır.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurulu Başkanı

Bu belge 5070 sayılı e-İmza Kanununa göre Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK tarafından 04.04.2017 tarihinde e-imzalanmıştır. Evrağınızı <https://ebys.medipol.edu.tr/e-imza> linkinden 0AD5F4ECX9 kodu ile doğrulayabilirsiniz.

İstanbul Medipol Üniversitesi

Kavacak Mah. Ekinciler Cad.No:19 Kavacak Kavşağı 34810
Beykoz/İSTANBUL

Tel: 444 85 44

İnternet: www.medipol.edu.tr
Ayrıntılı Bilgi İçin : bilgi@medipol.edu.tr

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Obez Hastalarda Obstrüktif Uyku Apne Sendromu Varlığının Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisinin Belirlenmesi			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Menşure Doğru			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Hemşire			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU

Değerlendirilen Belgeler	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI	15.06.2016		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	15.06.2016		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
Karar Bilgileri	Karar No: 340	Tarih: 22/06/2016				
	Yukarıda bilgileri verilen Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve araştırmanın etik ve bilimsel yönden uygun olduğuna "oybirliği" ile karar verilmiştir.					

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI	Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Şeref DEMİRAYAK	Eczacılık	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK	Farmakoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Sibel DOĞAN	Psiko-onkoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Devrim TARAKCI	Ergoterapi	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. İlknur KESKİN	Histoloji ve Embriyoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Öğr. Gör. Dr. Mehmet Hikmet ÜÇİŞİK	Biyoteknoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	

* :Toplantıda Bulunma

12.ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Menşure	Soyadı	Doğru
-----	---------	--------	-------

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Lisans	Mimar Sinan Güzel Sanatlar Üniversitesi/İç Mimarlık	Devam
Önlisans	Sakarya Üniversitesi Geyve Yüksekokulu/ Mimari Restorasyon	2011
Lisans	Abant İzzet Baysal Üniversitesi Düzce Sağlık Yüksekokulu/ Hemşirelik	2004
Lise	Mithat Paşa Yabancı Dil Ağırlıklı Lise	1999

İş Deneyimi (sondan geçmişe doğru sıralayın)

Görevi	Kurum	Süre (Yıl-Yıl)
Hemşire	İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2006-Halen
Hemşire	Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	2004-2006

Yabancı Diller

	Okuduğunu Anlama	Konuşma	Yazma
İngilizce	İyi*	Orta*	İyi*

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin.

ALES Puanı	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
2015 Sonbahar	70,93797	73,26058	66,68710

Program	Kullanma Becerisi
MS Office Programları	İyi