T.C.

KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ BEDEN EĞİTİMİ YÜKSEKOKULU VE MİMARLIK- MÜHENDİSLİK FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNDE BEDEN ALGISI VE İYİLİK HALİNİN BEDEN KİTLE İNDEKSİ VE VÜCUT YAĞ DAĞILIMI İLE İLGİSİ

Dr.Özgür TEBERRU ACAR

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

2010

T.C.

KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ BEDEN EĞİTİMİ YÜKSEKOKULU VE MİMARLIK-MÜHENDİSLİK FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNDE BEDEN ALGISI VE İYİLİK HALİNİN BEDEN KİTLE İNDEKSİ VE VÜCUT YAĞ DAĞILIMI İLE İLGİSİ

Dr. Özgür TEBERRU ACAR

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

Tez Danışmanı

Doç. Dr. T.Müge FİLİZ

Anabilim Dalı Başkanı

Doç. Dr. T. Müge FİLİZ

2010

Etik Kurul Uygunluk Onayı

Tarih: 15.12.2009 Sayı: KKAEK6/7

Proje No: AEK154/17

İyi bir klinisyen ve eğitmen olması dışında uzmanlık eğitimine başladığım ilk günden itibaren varlığıyla hep yanımda hissettiğim, zor zamanlar ve koşullarla nasıl baş edebileceğim konusunda örnek aldığım tez hocam ve anabilim dalı başkanımız, o mükemmel insan Doç.Dr.T.MügeFİLİZ'e; eğitimimize sayısız katkıları bulunan değerli hocamız Doç.Dr.Pınar TOPSEVER'e,

Rotasyona gittiğim diğer anabilim dallarında eğitimime katkıda bulunan değerli hocalarıma, tez verilerimin toplanması sırasında destek veren Prof.Dr.Yavuz TAŞKIRAN'a ve Doç.Dr.İnsaf ALTUN'a ,

Aldığımız uzmanlık eğitimi süresince birlikte çalıştığımız aile hekimliği anabilim dalından uzmanımız Dr.Özlem CİĞERLİ'ye ve asistan arkadaşlarım Dr.Bayram AKMAN'a, Dr.Ebru ÇELİK GÜZEL'e,Dr.Senem ASLAN TANGÜREK'e,Dr.Serpil AYAR DERİNKAYA'ya ,Dr.Senem EKREM GEDİK'e , Dr.Bekir VURAL'a ,Dr.Selda ÖZTÜRK'e,Dr.Mehmet TOPTAŞ'a ve rotasyonlarım sırasında birlikte çalışma fırsatı bulduğum diğer asistan arkadaşlar ve sağlık personeline ,

Uzmanlık eğitimine başladığımda önce Ünibel Aile Hekimliği Polikliniği sonra da Değirmendere Aile Hekimliği Polikliniğinde bir aile gibi iyi günde-kötü günde her zaman beraber omuz omuza çalıştığımız sekreterimiz İclal GÖKÇEOĞLU'na ve hemşiremiz Esra YILMAZ'a ,

Eğitim hayatım boyunca benden desteklerini esirgemeyen ve bana inanan annem Münevver TEBERRU'ya ve babam Mehmet TEBERRU'ya; tezimin veri toplanması aşamasında yardımlarını benden esirgemeyen kardeşim Barış TEBERRU'ya, hasta yatağında bile beni düşünen biriciklerim ikinci annem-babam dediğim anneneme ve dedeme ve diğer tüm akrabalarıma ;

Tanıştığımız günden beri hep yanımda olan ve benden desteğini hiçbir zaman ve hiçbir koşulda esirgemeyen en iyi dostum ve hayat arkadaşım Dr.Mutlu ACAR'a,

Doğduğu bir günden beri çalışan bir anne-babanın oğlu olduğunun farkında olan ve anne-babasının nöbetlerinden hoşlanmadığını hareketleri ve kelimeleri ile dile getiren; yine de istemedende olsa bu duruma kendine göre katlanmaya çalışan yaşama sebebim canım oğlum Bartu ACAR'a

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER DİZİNİ **Sayfa No**

1.AMAÇ VE KAPSAM 8

2.GENEL BİLGİLER 10

2.1.Beden algısı tanımı
2.2.Beden algısı tanımının tarihi gelişimi
2.3.Beden algısı nasıl gelişir?
2.4.Yaşamın Değişik Dönemlerinde Beden Algısı Nasıldır?
2.5.Beden Algısının Komponentleri
2.6.Beden Algısının Kadın ve Erkek Arasındaki Farkı
2.7.Egzersiz
2.8 Beden Algısı ve Ruhsal İyilik Hali
2.9 Vücut Kitle İndeksi ve Bel Çevresi
2.10 Vücut Yağ Oranı
2.11 Biyoelektrik İmpedans Analizi

3.MATERYAL-METHOD 31

3.1.Evren ve Örnekleme
3.2.Veri Toplama Araçları
3.3. Sosyodemografik Bilgi Formu
3.4 Vücut Algı Ölçeği
3.5 Psikolojik Semptom Tarama Listesi (SCL90-R)
3.6 Antropometrik Ölçümler
3.7 İstatistik

4.BULGULAR 36

4.1.Sosyodemografik Veriler
4.2.Antropometrik Veriler
4.3.Beden Algısı Verileri
4.4. SCL 90-R verileri

5.TARTIŞMA 48

6.SONUÇVE ÖNERİLER 52

7.ÖZET 54

8.ABSTRACT 56

9.KAYNAKLAR 57

10.EKLER 63

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

AHA\NHLBI: American Heart Associations ve National Heart Lung Blood Institute (Amerikan Kalp Derneği ve Ulusal Kalp Akciğer Kan Enstitüsü)

ATP 3: National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel 3 (Ulusal Kolesterol Eğitim Programı Erişkin Tedavi Paneli 3)

BCS: Body Cathexis Scale (Vücut Algı Ölçeği)

BESYO: Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu

BEA: Biyoelektriksel Empedans Analizi

DEPR: Depresyon

DEXA: Dual energy X-ray absorpsiyometri (Çifte enerjili X ışını absorpsiyometrisi)

DSM IV: Diagnostic and Statistical Manual Of Mental Disorders (Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı)

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

DÜŞM: Düşmanlık

EKÖL: Ek Ölçek

FOKA: Fobik Kaygı

GSI: Global Severity İndex(Genel Belirti Düzeyi)

HSCL: Hopkins Symptom Check List (Hopkins Belirti Tarama Testi)

IDF: International Diabetes Federation (Uluslararası Diyabet Federasyonu)

KADU: Kişilerarası Duyarlılık

KAYG: Kaygı

KOÜ: Kocaeli Üniversitesi

MetS: Metabolik Sendrom

OBKO: Obsesif-Kompulsif

PADÜ: Paranoid Düşünce

PSDI:Positive Symptom Dıstress İndex (Pozitif Belirti Düzeyi)

PSİK: Psikotizm

PST: Positive Symptom Total (Pozitif Belirti Toplamı)

SCL-90R: Symptom Checklist 90 (Psikolojik Belirti Tarama Testi)

SOMA: Somatizasyon

TBF 300 A: Tanita Body Composition Analizer (Total Vücut Analizi Tartısı)

Tip 2 DM: Tip 2 Diyabetes Mellitus

VKİ: Vücut Kitle İndeksi

TABLO DİZİNİ

Sayfa No

Tablo 2.1: 18-65 Yaş Arası Sağlıklı Erişkinler İçin Fiziksel Aktivite Önerileri 18

Tablo 2.2: Egzersizi Düzenli Yapmada Artan Ve Azalan Değerler 19

Tablo 2.3: Egzersizi Düzenli Yapmada Değişen Sosyolojik Ve Psikolojik Değerler 20

Tablo 2.4: Egzersizin Psikolojik Faydaları 22

Tablo 2.5: Egzersizin İleri Sürülen Bazı Zararlı Psikolojik Etkileri 23

Tablo 2.6: VKI Değerine Göre Sınıflandırma 25

Tablo 2.7: Bel Çevresi Uzunluğuna Göre Sınıflandırma 25

Tablo 2.8: Metabolik Sendrom Tanı Kriterleri 26

Tablo 2.9: Abdominal Obezite İçin Bel Çevresi Eşik Değerleri 27

Tablo 4.1: Öğrenim Gördüğü Bölümlere Göre Öğrenci Dağılımı 33

Tablo 4.2: Okuduğu Bölümlere Göre Spor Yapma Durumu 34

Tablo 4.3: Hastalık Gruplarına Göre Kişi Dağılımı 37

Tablo 4.4: Cinsiyetlere Göre Vücut Kitle İndeksi Dağılımı 38

Tablo 4.5: Okunan Fakültelere Göre Vücut Kitle İndeksi Dağılımı 39

Tablo 4.6: SCL-90 R Alt Ölçeklere Göre Katılımcı Dağılımı 40

Tablo 4.7: Spor Yapma Durumlarına Göre SCL-90 R 41

Tablo 4.8: SCL-90 R ‘Ye Göre Katılımcıların Vücut Algı Ölçeği Ortalamaları 42

Tablo 4.9: SCL-90 R Alt Ölçeklerinin Pearson Korelasyon Değerleri 43

ŞEKİLLER DİZİNİ

Sayfa No

Şekil 4.1: Cinsiyetlere Göre En Sık Yapılan Spor Branşları 35

Şekil 4.2: Sigara Ve Alkol Kullanımı 35

Şekil 4.3: Cinsiyetlere Göre Bel Çevresi Kategorileri 38

1.0 AMAÇ VE KAPSAM

Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre sağlık, sadece hasta veya sakat olmama hali değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan iyilik halidir. Aile hekimliği uzmanlığı, birinci basamak sağlık hizmetlerini biyopsikososyal bakış açısı çerçevesinde sunmaktadır. Bu çerçeve içinde birinci basamak sağlık hizmetlerinin bir parçası olan koruyucu hekimlik de bir o kadar önemlidir. Sağlıklı olmanın temel öğelerinden biri dengeli bir vücut kompozisyonuna sahip olmak ve bunu devam ettirebilmektir. Obezite ve ona bağlı gelişebilecek diğer hastalık (metabolik sendrom, diyabetes mellitus, hipertansiyon, koroner arter hastalığı) risklerinin varlığı ve beden algı bozukluğuna ikincil yeme bozukluklarının görülme sıklığının çocuklarda ve gençlerde giderek artması düzenli spor yapmanın önemini bir kat daha arttırmaktadır. Gençlik ise fiziksel sorunların yanı sıra sosyal ve psikolojik sorunların da yaşandığı bir dönemdir. Bu döneme ilişkin sorunlar ve yaygınlıkları ülkeden ülkeye değişmektedir. Ülkemiz nüfusunun yaklaşık 3/10'unu 12-25 yaş grubunun oluşturduğu göz önüne alındığında, sosyal, kültürel vb. pek çok sorunun da bu büyük kitleyi daha fazla etkilediği görülmektedir. Bu kitlenin büyük bir kısmını da üniversite öğrencileri oluşturmaktadır. Üniversiteler ve kolejler, uygun ağırlık algıları geliştirmek ve sağlıklı beslenme alışkanlıkları geliştirilmesi için çok sayıda öğrenciye ulaşabilmek açısından birer fırsat kapısı olabilir. Genç toplumun, beden algısı bozukluğunun sık görülmesi nedeniyle, yeme bozuklukları ve obezite ve eşlik eden psikiyatrik hastalıklar açısından erkenden değerlendirilmesi gereklidir. Genç toplumun, beden kitle indeksindeki artışlarla orantılı riskler hakkında bilgilendirilmesi bu toplumu oluşturan bireylerin gelecekte karşılaşabilecekleri pek çok hastalığın önlenebilmesi açısından önemlidir.

Bu çalışmada okudukları bölümünde gereği olarak daha aktif ve düzenli spor yapmakta olduğunu düşündüğümüz üniversite öğrencileri ile daha sedanter bir hayat sürdüğünü düşündüğümüz üniversite öğrencilerinde beden algısı ile bunu etkileyebilecek psikolojik faktörler, bel çevresi, beden kitle indeksi ve vücut yağ oranı arasındaki ilişki incelenmiştir.

Çalışma sırasında elde edilen verilere göre, risk saptanan katılımcılara, beden kitle indeksi ve artan beden kitle indeksinin gelecekte doğuracağı riskler (metabolik sendrom, diyabetes mellitus, hipertansiyon, koroner arter hastalığı) ve sporun bu tip riskleri önlemedeki önemi hakkında bilgi verilmesi; başvuru yapılır veya kaygı

belirtilirse psikiyatrik açıdan sıkıntıları olanlara danışmanlık hizmeti verilmesi, daha ileri değerlendirme gerekenlerin ise psikiyatri polikliniğine yönlendirmesi suretiyle yardımcı olunması planlanmaktadır.

2.0 BEDEN ALGISI

2.1 TANIM

Birey bedensel ve ruhsal yapısı, sosyal ve entelektüel yönleriyle ele alınması gereken bütüncül bir yapıya sahiptir. Beden kavramı, bedenin dış görünüşü ve içyapısı ile ilgili bireyin tüm algı ve bilgisini içerir. Beden algısı ise bireyin kişiliği, değerleri ve diğer insanlarla ilişkileri ile ilgili bireysel düşüncelerinin tümü ile biçimlenir. (2)

Beden algısı kavramı 1920 yılında Paul Schilder tarafından ilk kez psikolojik ve sosyolojik açıdan ele alınmıştır. Schilder'den önceki çalışmalar ağırlıklı olarak beyin hasarına bağlı gelişmiş bozuk beden algılarıyla sınırlıdır. "The Image and Appearence of Human Body'' kitabında yazar beden algısının sadece bir kognitif yapı olmadığını, hatta başkalarıyla ilişkilerin ve tavırların yansıması olduğunu belirtmiştir. Beden algısının esnekliği ile ilgilenmiş olan Schilder beden algısını "Zihnimizde biçimlendirdiğimiz kendi vücudumuzun resmidir, yani kendimize nasıl göründüğümüzdür." şeklinde tanımlamıştır. (1,18)

Beden algısı, bireyin geçmiş deneyiminden oluşan bir varoluş ve genellikle bireyin birçok durum karşısında bedenini deneyimlediği ve diğer bireylerin kendi bedenine gösterdiği tepkileri fark ettiği öğrenme süreci sırasında gittikçe artan gelişme olarak tanımlanır. Genellikle birey bedenini algıladığı ve değerlendirdiği zaman öz-saygısını ve güvenini belirlemede önemli rol üstlenir. (2)

Beden algısı fizyolojik temele dayanmasına karşın fiziksel, psikolojik ve sosyal deneyimlerden oluşur. Bu nedenle, bu yalnız bireyin kişilik yapısını içermekle kalmaz, aynı zamanda toplumsal olarak sosyolojik bir anlama da sahiptir. Beden algısı, bireyin bedenine ait örnek deneyimleri ve bunları organize etme durumu ile ilişkilidir. (2)

Beden algısı kavramı önceleri psikiyatrik ve nörolojik sorunlar, psikoterapi ve psikosomatik hastalıklarla ilgili çalışmalarda ele alınmıştır. Günümüzde birçok disiplin bu kavramdan yararlanmaktadır.

2.2 BEDEN ALGISI TANIMLANMASINDAKİ TARİHİ GELİŞİM

Lotze'nin mekan idraki teorisinde, duyumların konumsal özelliklerinin deneme ile kazanıldığı kabul edilir ve özellikle adalı duyumların bedende ''landmark '' adı verilen referans noktaları oluşturduğu ve ferdin bu referans noktaları sayesinde çevreyi ve kendisini idrak ettiği ileri sürülür. Bu teoride kişinin iç gözlem yapmak suretiyle vücut yaşantıları ve çevre arasında bir ilişki kurmaya çalıştığı ve psikolojik ağırlıklı bir beden algısı kavramı oluşturduğu görüşü hakimdir.

Wundt, kinestetik duyumların önemine işaret etmiş ve farklı kişisel eğilimlerin değişik beden algılarına sebep olabileceğini ileri sürmüştür. Çevre şartları sabit kalsa bile farklı tutumların farklı cevap tipleri oluşturabileceği bildirilmiştir.

Titchener, "Bir kişi değişik durumla karşılaştığı zaman organizma kinestetik duyumların organizasyonu sayesinde bir tavır alır ve bu da belirli bir beden algısının her kişi için var olması anlamına gelir." demektedir.

Freud, psikoanalitik teorisinde beden algısı üzerinde önemle durmuştur. Araştırıcı, bu kavramı bir planda "ego'' kavramı ile eşdeğer gibi düşünmüş ve yenidoğanda henüz ayrılmamış olan bireysellik kavramının giderek " organizasyonel '' farklı ve ayrı bir yapı oluşturduğunu düşünmüştür. Freud'a göre beden algısının gelişmesindeki en büyük aşama ''ego'yu'' teşkil etmesidir. Ego vücut duyumlarından yüzeye çıkanlarının etkisi ile oluşmaktadır. Bu bakımdan "ego, bir anlamda beden yüzeyinin zihni bir aksi gibi kabul edilebilir" tezini savunmaktadır. Bu görüş açısından Freud'un üç kademeli libido teorisindeki kademe takılmaları aynen beden imajına da yansıyacak ve bu algıda da kusurlar ortaya çıkacaktır.

Adler'in teorisi de dolaylı olarak beden algısı ile ilgili görünmektedir. Adler, "sosyal plandaki kişisel yetersizlik ve başarısızlıkların sebep olduğu, çeşitli beden kısımlarının telafisi sonucu, kişide ruhi bunalımların ortaya çıktığını ileri sürmekte ve organik veya fonksiyonel olarak kusurlu bulunan organdan ötürü bir aşağılık duyumuna kapılmakta ve genel beden algısı ile ilgili bir başka organın yükü artırılmakta ve kompanzasyon sağlanmaktadır" demektedir. Böylesine aşırı geliştirilmiş bir organ ise beden algısının genel konumunda göze çarpmakta ve bir uyumsuzluk meydana getirmektedir.

Jung'un teorisinde ise beden algısını oluşturan esas kavram "mandala''dır. Mandala, Jung'a göre koruyucu bir muhafaza, bir kabuktur, yani bedenin dış yüzeyidir,

derisidir. Kişinin bedenini, bedeninden olmayandan ayıran kılıftır. Bu deri muhafaza sayesinde kişi kendinden olan "ego" ve kendinden olmayan "non-ego" yu ayırır.

Wilhelm Reich, kişideki şahsiyet çatışmalarının kas gerginliği şemaları ile izah edilmeye çalışılmasını anlamlı bulmaktadır. Kaslar kişiye sert bir kılıf ve zırh sağlamakta ve böylece kişi kendisini katı bir modele göre tanımlamaktadır. Bu düşünüre göre beden algısı bir defa oluştuktan sonra değişemeyecek kadar sert ve sabit bir kavramdır.

Nörolojik açıdan beden algısı, beyinleri hastalanmış kişilerin kendi vücutlarına karşı aldıkları değişik tavır ve algılarla dikkati çekmiştir. Sağ-sol farkını idrak edememek, organ inkarı, negatif ve pozitif halusinasyonlar bu türden beden algısı kusurlarıdır.

Pick'e göre, beden algısı vücudun uzaysal olarak algılanmasıdır. Bu kişinin bir iç ruhsal algısı olup duyulara ait duyumların verdiği bilgi ile meydana gelmiştir. Bu sebeple hatalı duyulara ait duyumlar, kişide hatalı beden algılarının oluşmasına sebep olur.

Henry Head, kişinin aşamalı olarak kendi beden algısını çizdiğine inanır. Bu model onun bütün hareketlerini ve tavırlarını belirleyen bir şemadır. Kişinin karşılaşacağı her yeni durum bu şemaya göre değerlendirilir, red veya kabul edilir. Kabul edildiği anda bu yeni durum da artık beden algısının bir parçası olur. Pick'e göre bu şema bir "frame of reference (referans çerçevesi)" bir atıf noktası, bir bilgi müracaat merkezi gibi çalışır.

Gertsman, Almanya'da daha sonra kendi adıyla meşhur olan sendromunu tarif etmiştir. Hasta parmaklarını tanıyamamakta, isimlendirememekte, sağ-sol ayırımı yapamamakta ve basit hesaplarda başarı gösterememektedir. Gertsman bu belirtileri beden algısının özel bir bozukluğu olarak tanımlamıştır. Bu kognitif kusurların özellikle elde kümelenmesi "elin dış mekanla temas eden en önemli organ olmasından kaynaklanmaktadır" düşüncesi hakim olmuştur.

Simmel, beden algısının sabit kalmayıp devamlı değiştiğini iddia etmiştir. Araştırıcının cüzzamlılar üzerinde yaptığı çalışmalarda ameliyatla ekstremiteleri alınmış hastalarda beden algılarının bozulduğunu ve hepsinde "hayal organ (fantom)'' meydana gelmiş olduğunu göstermiş, bunun yanı sıra yavaş yavaş ve erime yolu ile el ve parmaklarını kaybetmiş cüzzamlılarda bu değişikliğin olmadığını tespit etmiştir. Sonuç olarak ani değişikliğin beden algısına yansıtılmadığı ve fantomların meydana

geldiği, yavaş değişimlerde ise beden algısının da değişen yeni beden yapısına göre düzenlendiği görüşü getirilmiştir.

Normal insanlarda beden algısı sürekli bir değişim içindedir ve sadece duyusal algılardaki değişimler değil, metabolik faktörler ve yaşlanma da bu sürece etki ederek değişimi sağlamaktadır. Ancak bu değişimler nörolojik veya psikiyatrik hastalardaki kadar büyük planda ve göze çarpar nitelikte olmadığı için dikkatten kaçmaktadır.

Schilder beden algısının üç boyutlu bir şema olduğunu, dış dünyadan alınan duyumlarla iç ruhsal ve bedensel duyumların bir konfigürasyonu olduğunu ve bir "Gestalt" (biçim) bütün teşkil ettiğini söylemiştir. Bedendeki hacim değişikliği ve özellikle kas tonusu değişikliği aynen beden algısına yansımakta ve beden algısı, kendisini bir ağırlık olarak da hissettirmektedir.

Federn normal insanda beden algısını değiştiren şartları incelemiş ve uykunun en önemli etken olduğunu bildirmiştir. Federn'e göre "uyku kişinin beden hudutlarının silikleştiği ve niteliğini kaybettiği bir durumdur. Bazı beden kısımları belirsizleşmeye, bazı beden kısımları tamamen silinmeye başlar. Bunun beden idrakine yansıması ise kişilik dağılması şeklinde görülür. Uykuda görülen rüyalarda kişinin çok değişik şahsiyetleri temsil etmesi bu yüzdendir".

Jourard kişinin kendi bedenindeki bazı kısımları beğenip beğenmemesinin de beden algısını değiştireceği görüşünü savunmuştur. Kişi beden algısını beğendiği organı atıf noktası olarak kabul etmek sureti ile geliştirmektedir.

Bazı kimyasallar da beden algısını değiştirebilirler; LSD, esrar, kokain ve yüksek doz alkolün böyle etkileri olduğu bilinmektedir.

Hipnozda hipnotize edenle edilenin beden algıları birbirine karışır. Hipnotize edilen, hipnozörün telkin ettiği beden algısını benimser. Bir liderin, bir sihirbazın, bir sevilenin etkisine girmiş kişilerde de buna benzer duyumlar ve beden algıları oluşur.

Witkin "erkeklerin beden algılarını oluşturmada kendi vücutlarından topladıkları bilgilerin, kadınların ise vücutlarını başkalarının nasıl algıladıkları ve tarif ettiklerinin önemli olduğunu" vurgulamıştır. Erkeklerin kendi vücutlarını gördükleri, kadınların ise vücutlarının nasıl göründüğünü hissettikleri ifade edilmiştir. Erkek için güçlü olmak, kadın için güzel görünmek önemli olmuştur (3)

2.3 BEDEN ALGISI NASIL GELİŞİR?

Beden algısı, büyüme ve gelişme süreci içinde oluşur. Bu oluşum, bireyin kişisel ve sosyal deneyimlerinin bir ürünüdür. Bu deneyimler, duyu organlarına (dokunma, duyma, görme) ait algıların sonucu olduğu gibi, insanlar arası ilişkilerin niteliğine de bağlı olabilir. Kişisel deneyimler zamanla bireyin kendi içinde tanımlanır. Bütünlük, kişisel bir çerçevenin gelişimini kolaylaştırır. Hem gelişme hem de kendi algısını sürdürme, birey ve çevre arasında algısal geri itilmesine bağlıdır. Çocukluktan yaşlılığa kadar normal beden algısı gelişiminin bilinmesi, bir imajın değişimine karşı kişinin tepkisini belirleme bakımından önemlidir. Beden algısı ve ben kavramı, çocukluk döneminde gelişmektedir. Bu dönemde çocuk, çevresinden deneyim kazanır; bu deneyimi pekiştirir ve çevresiyle tepkide bulunur. Çocuğun vücut sınırlarının kesin olarak belirlenmesi, beden algısı oluşumunu kavraması ile gerçekleşir. Çocuğun beden algısı süt çocuğu, oyun çocuğu ve okul çocuğu dönemlerindeki gelişim sürecinde oluşan değişiklikler sonucu ortaya çıkar.(2)

2.4 YAŞAMIN DEĞİŞİK DÖNEMLERİNDE BEDEN ALGISI NASILDIR?

Süt çocuğu, fiziksel beden algısını algılayamaz. Algısı, duyum düzeyindedir. Ağız çevresinde odaklanmıştır. Rahatlığı, doyumu, memnunluğu, hoşlanma ya da hoşlanmamayı ve ağrıyı deneyimler. Motor ve duyusal uyarıcılar yoluyla çevresindeki diğer objelerden ve insanlardan farklı olduğunu anlar. İlk deneyimi kendisi ile ilgilenilmesine ve güven duygusunun gelişmesine bağlıdır. Güven duygusu gereksinimlerinin karşılanması sonucu çocukta olumlu "ben" kavramının gelişimini sağlar.

Oyun çocuğunun beden algısı sürekli olarak değişim gösterir. Fiziksel büyümesi ile birlikte çevreyi keşfetmesini sağlayan motor becerileri gelişir. Çevresindeki simgeleri ailesinden öğrenir. Ayrıca, kendi bedenini ve çevresini nasıl kontrol edeceğini öğrenmeye başlar. Ailesinin tutumu, çocuğun bedenini ve çevresini kontrol etmede ustalaşmasını kolaylaştırır. Çocuğun bedeninin değerli ve değersiz oluşu, kendisine bakan kişilerin verdiği değeri yansıtır.

Okul öncesi, çocuğun nasıl bir kişi olmak istediğinin keşfedildiği bir dönemdir. Çocuğun kişiliği daha kuvvetlidir ve beden algısı kendi kafasında belirginleşir. Cinsiyet

rolünde kimlik ve cinsler arasındaki ayırımı bu dönemin en belirgin özelliğidir. Örneğin, erkek çocuklar babalarından kuvvetli olma, bir işi başarma; kız çocuklar ise, annelerinden nazik, kadınsı görünüm ve saldırgan olmama gibi davranışları öğrenirler.

Okul çocuğunun beden algısı, cinsiyet rolünün belirlenmesi, yaşıtları ile olan ilişkileri ve öğrenme becerilerinin gelişimi üzerinde yoğunlaşır. Bu dönemde psikososyal sorunların ortaya çıkması olağandır. Ruhsal rahatsızlık deneyimleyen bir çocuk, fiziksel beden bütünlüğünü kabul etmede zorluk çeker. Çocuğun beden algısı kavramı, kişilik oluşumu ve ego bütünlüğünün en önemli göstergesidir.

Adolesan dönemde hızlı olan büyümeye bağlı değişiklikler beden algısı değişimini zorunlu kılar. Beden algısı, adolesanın fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişiklikleri deneyimlemesi sonucu oluşur. Adolesan bedenini, hem dış görünüşüne hem de bedenin kendisine yararına göre algılar. Bedeni amaçlarına ulaşmasına olanak verirse, ona alışır. Diğer yandan bedenin yararlılığının sınırlandığını algılarsa kendini engellenmiş hisseder, her iki algılama biçimi de adolesanın beden algısını fark etmesini sağlar. Bu dönemde dış görünüşüne (giyecek, saç biçimi) ilgi fazladır. Her gün değişik bir giysi giyme eğilimi vardır. Adolesanın çevresi de bedeninde olan değişiklikleri değerlendirir ve yeni bir imaj nedeniyle fazla hassas olabilir bu da beden algısının tam olarak oluşmasına ya da kendi görünüşünün bozulmasına neden olabilir. Zaman içindeki öğrenimi, deneyimleri ve ailesinin de yardımı ile beden algısına daha gerçekçi bir yaklaşımda bulunan adolesan, herhangi bir bedensel sınırlılığı kabul eder, sonunda erişkin bir beden algısını benimser.

Erişkin kadınlar ve erkeklerde, beden algısı değişik algılanır. Bu, beden sınırlarının belirginleşmiş olmasındandır. Örneğin, kadının rolü, bedeni ve beden fonksiyonları ile daha iyi tanımlanır. Erkeğin rolü ve statüsü ise beden özelliklerinden çok başarıları ile tanımlanmaktadır. Genel olarak erişkinin beden algısı ve ben kavramı sosyal değişimlerle biçimlenir. Toplumda görünüşü normal olan bir beden algısı benimsenir. Bireyin ben imajı kendi dünyasını olumlu hale getirmekte ve genişletmekte, başarıya ulaşmasını etkilemektedir. Erişkinin beden algısı, ben kavramı, kimlik ve kişiliği arasında dinamik bir etkileşim gösterir. Kendi beden algısı hakkında olumlu düşünen birey, olumlu bir tutum gösterir ve insanların olumlu bir kişiliğe ve özgüvene yöneldiğini fark eder.

Orta yaşlılarda (45- 65 yaş) birey fizyolojik, psikolojik ve fiziksel değişimler yaşar. Bedendeki değişiklikler erkekte ve kadında farklıdır. Kadınlarda şişmanlık,

erkeklerde saç dökülmesi, fiziksel güçlerinde her iki cinste de azalma, beden algısında değişiklikler oluşturur. Orta yaşlı bireyler, gençlik imajının kaybolduğunu, bedenlerinin daha sağlıklı ve güçlü olamayacağını düşünürler. Gençliğe özentilerini yaşam biçimi ve giyimlerine yansıtırlar. Kişi görünüşünü ben imajı ve olgunluğu temeline dayandırır. Bilinçsiz olarak gençliği taklit etmesi bireyin kendince geçerli olan geçmişi ve deneyimlerini inkar etmesidir. Orta yaşın heyecanı, yaşam boyu kazanılan gerçeklik değerlerini anlayışı ve deneyimi kullanmaya dayanır. Dış görünüşün algılanmasındaki doğruluk, iç güvenliği sağlar.

Yaşlılık döneminde ben kavramında belirgin bir değişiklik görülür. Yaşlı bireyde fiziksel, zihinsel, duygusal ve sosyal değişiklikler olur. Liderlik rolü uğraşlarının azalması, emeklilik, eşin ya da yakın bir akrabanın yitirilmesi, ben kavramını etkileyen önemli olaylardır. Beden algısındaki fiziksel değişimler takma diş, gözlük, işitme cihazı, baston, tekerlekli sandalye gibi destekleyici aletlerin kullanımına ilişkindir. Yürümede ve hareketlerde yavaşlık, cilt ve saçlarda görülen değişiklikler duyusal ve motor aktivitelerde azalma ve güç kaybını kapsar. Yaşlı bireyin duygusal ortam içinde desteklenmesi, cesaretlendirilmesi, ilgi ve ilişkilerinin olumlu yöne çevrilmesinde kendisine yardım, gerçek beden algısını algılamasını sağlar.

Normal bir beden algısı ve ben kavramı öğrenme, olgunluk, bireyin kendisinin ve diğer bireylerin algısı sonucu oluşur. Bunlar bireyin yaşamı boyunca birbiriyle ilgili olarak ben kavramını etkilerler. Bireyin yaşı ne olursa olsun, beden algısı normal büyüme ve gelişme dönemleri dışında kalan birçok nedenlerle (hastalık, yaralanma, ameliyat, doğum olayı gibi) de değişebilir. (2)

2.5 BEDEN ALGISININ KOMPONENTLERİ

Beden algısının gelişmesinde, bedenle ilgili eski ve yeni tüm tutum, duygu, algı ve yorumlar önemlidir. Sosyokültürel değerler ve başkalarının bakış açıları beden algısını etkiler. Beden algısı bazı bileşenlerden oluşur. Bunlar arasındaki denge sağlıklı beden algısının oluşmasına, dengesizlik ise beden algısında değişime yol açar.(7)

Gerçek beden: Anatomik ve fonksiyonel olarak bedenin mevcut durumudur.(8) Objektif olarak ölçülebilir ve görülebilir olup, bedenimizi nesnel olarak ifade eder. Genlerimizle yaratılıp, çevresel faktörlerle şekillenir ve değişir.(10)

Beden ideali: Bedenin bütününün veya bir bölümünün, olması istenen, ulaşılmaya çalışılan şekli olarak tarif edilebilir. Beden ideali, kişinin bilinçli ya da bilinçsiz olarak beden gerçekliğini ve beden sunumunu, çocukluğundan bugüne kadar içselleştirdiği ve benimsediği norm veya standartlarla kıyaslamasını içerir. Eğitim, yetişme şekli, kültür, moda ve sosyal davranış değişiklikleri beden idealini etkiler ve değiştirir.(10)

Beden sunumu: Kişilerin görünümlerinin daha iyi olması için yaptıkları bireysel davranışlardır.(6) Beden idealinden etkilenir ve beden gerçeğini değiştirebilir. Beden sunumu, sadece giyinmek ve süslenmek olmayıp, duygu, niyet ve iradeyi yansıtan vücut duruşunu ve vücut hareketlerini de içerir. (7) Medyanın beden idealinde olduğu gibi beden sunumunda da büyük etkisi vardır. (6) Kişilerarası iletişim ve bilgi aktarımı da beden algısı üzerinde etkilidir. Fiziksel görünüm ve formda kalmak gibi konularda, arkadaş çevrelerinin benzer görüşleri paylaştığı ve benzer uygulamalarda bulunduğu görülmüştür.(8,10)

Beden algısı için önemli olan bir unsur da, algılanan bedendir. Kişi, bedenini gerçekte olduğundan daha farklı algılıyorsa, ideal beden, gerçek beden ve beden sunumunun ilişkisi de değişir.

Welch ve arkadaşları 8-11 yaş arası 524 çocukta yaptıkları çalışmada, çocukların gerçek bedenleri ve algıladıkları bedenleri arasında uyumsuzluk olduğunu göstermiştir.(5) Eaton ve arkadaşları 13.601 yüksekokul öğrencisi üzerinde yürüttükleri çalışmada, öğrencilerin %65'inin normal kiloda oldukları halde sadece % 54'ünün kendisini normal kiloda algıladığını bulmuştur.(9)

2.6 BEDEN ALGISININ KADIN VE ERKEK ARASINDAKİ FARKI

Batılı kültürler, fiziksel güzelliğe aşırı değer vermekle suçlanmaktadırlar. Thompson "her ırkın, kültürün ve sosyoekonomik seviyenin kendi standartları olduğunu ve beden algısının tanımlanmasında büyük etkileri olduğunu" belirtmiştir. Farklı etnik grupların zayıflık anlayışı da farklılık göstermektedir. Zenci kadınlar beyaz kadınlara göre daha fazla dış görünüme yatırım yaparken; genel olarak kadınlar da erkeklerden daha fazla dış görünüme yatırım yapmaktadır.(4) Kadınlar, yaştan bağımsız olarak, erkeklerden daha fazla beden algısı ile ilgilenmektedirler. Birçok kadın için beden algısı ilgisi çok erken yaşlarda başlayıp, tüm yaşam boyu devam etmektedir. Kilolu çocuk etiketlemesi 3 yaşında başlamakta; 6-8 yaş arasındaki kızların neredeyse yarısı zayıf

olmak istemektedir. Kızlar puberteye girince beden algısına ilgi daha da artmaktadır. Adolesan dönemin ortalarında kızlar için kilo memnuniyetsizliğini belirtme, gelecekte kilo alma korkusu ve kilo vermeye çalışma normal hale gelmektedir. Batılı endüstrileşmiş toplumlarda kadın güzelliği ideali giderek daha zayıf olma yönündedir. Globalizasyona bağlı olarak batılı olmayan ülkelerde de batının güzellik anlayışı ve davranışları kabul görmektedir. Kadınlar için zayıf olmak, modern güzellik anlayışının ana unsurudur. Toplum tarafından güzellik, kadın cinsiyette olmanın ana öğesi gibi gösterilmektedir. Erkek vücudu estetik açıdan çok, fonksiyonelliği açısından değerlendirilirken; toplumda kadın vücudu erkek vücuduna göre daha fazla nesnelleştirilip değerlendirilmektedir. Erken yaşlarda kadınlar toplumsal beklentileri içselleştirip kendi kendini kontrol etme ve kültürel güzellik standartlarını karşılamaya uygun davranışlar geliştirmektedir. Medya bu toplumsal normların gelişmesinde en önemli role sahiptir. Diğer yandan erkeklerde de müskülarite, gerek çocuk oyuncakları gerekse medya tarafından giderek daha ön plana çıkarılmaktadır. Bu durumda erkeklerde de beden algı bozukluğunun gelecekte problem olarak karşımıza geleceği düşünülmektedir.(11)

2.7 EGZERSİZ

2.7.1 Egzersiz ve Fiziksel Aktivitenin Farkı

Fiziksel aktivite ve egzersiz insan hareketlerini tanımlamada kullanılmakta olan iki terimdir. Çoğu kez birbirlerinin yerine de kullanılmalarına rağmen anlamları farklıdır. Fiziksel aktivite, bazal seviyenin üzerinde enerji tüketimi artışını sağlayacak şekilde iskelet kaslarının kasılmasıyla oluşan herhangi bir vücut hareketidir. Fiziksel aktivite şekil, yoğunluk ve amacına göre sınıflandırılır.(14)

Egzersiz; fiziksel uygunluğun bir veya birden fazla bileşenini geliştirmek veya sağlamak için planlanan, biçimlenen, tekrarlanan ve bir amaca yönelik olarak yapılmakta olup; fiziksel aktivitenin bir alt kategorisidir. (12,14) Egzersiz ve egzersiz eğitimi çoğunlukla birbirinin yerine kullanılmakta ve genelde fiziksel formda olmayı, fiziksel performansı veya sağlığı geliştirmek veya sağlamak birincil amacıyla boş zaman boyunca yapılan fiziksel aktivite olarak adlandırılır. Yani kısaca fiziksel aktivite plansız, egzersiz ise planlı ve amaca uygundur. Egzersizin amacı oksijen dağılımını ve metabolik süreçleri yoluna koymak, kuvveti, dayanıklılığı geliştirmek, vücut yağını

azaltmak, kas-eklem hareketlerini iyileştirmektir. Bütün bu yararlar iyi bir sağlık için gereklidir ve herkes günlük yaşamına rutin bir egzersiz programı katmalıdır. Egzersiz için genç-yaşlı ayırımı yoktur. Bununla birlikte yorucu egzersizin riskleri vardır.

2.7.2 Egzersiz Ve Sağlık

Yüzyıllardır sağlıklı olmak, yaşlanmayı geciktirmek, enerjik canlı ve pozitif olmak için araştırmalar yapılmıştır. Doğumla başlayan biyolojik gelişmede yaşam kalitesini yüksek tutmak, psikolojik olumsuzluklara karşı dirençli olmak, sağlıklı çevrede yaşamak, doğru beslenmek ve hareketli olmak gibi elimizde olan faktörleri kontrol altına alarak sağlıklı ve uzun yaşamın temel anahtarına sahip olabiliriz.

Aslında sağlık, insanların yaşam biçimiyle doğru orantılıdır.

Hipokrat asırlar önce "Eğer biz her ferde, ne çok az, ne de çok fazla, doğru miktarda gıda ve hareket (spor) verebilseydik sağlık için en güvenli yolu bulurduk" sözünü söylemiştir.

Büyük Türk alimi İbn-i Sina da "sağlığı korumanın üç temel prensibi vardır; hareket (spor), gıda ve uykudur" diyerek sağlıklı yaşamın ana hatlarını göstermiştir.

Sağlık; hayat tarzımızla ve davranışlarımızla etkilediğimiz, çevremizle çok sıkı bir ilişki halindedir. Bu nedenledir ki, zaman süreci içerisinde davranışlarımız ve yaşantımızda meydana gelen değişiklikler sağlık konusunda çok yeni boyutların oluşmasına sebep olmuştur. Yaşadığımız bu çağda şehirleşmenin hızla artışı, insanların vücutlarını daha az hareket ettirmesi, çarpık yapılaşmanın getirdiği sosyoekonomik ve kültürel problemler ve psikolojik gerginliğe sebep olan faktörler (gürültü, yoğun trafik, vs.) insanların sağlık sorunlarının şeklini değiştirmiştir.

Genel sağlık kuralları olarak kabul ettiğimiz; ideal vücut ağırlığı, sigaradan uzak durma, stresi kontrol altına alabilme, sağlıklı bir kalp dolaşımı gibi etkenlerin arzu edilen sağlık seviyesinde olmasını sağlayan en büyük araçlardan biri de hareketli ve düzenli yaşam tarzıdır.

Özellikle hareketsizlikten oluşan hastalıklara baktığımızda sebep-sonuç ilişkilerinin temelinde, temel sağlıklı yaşam kuralları ile birlikte doğru spor ve egzersizi yapmaktan geçtiği görülmektedir (Tablo 2.1). (13)

Tablo 2.1: 18- 65 yaş arası sağlıklı erişkinler için fiziksel aktivite önerileri- 2007*(14)

1-Erişkinlerin iyi bir sağlığa sahip olmak ve bunu sürdürmek için, bir fiziksel aktiviteyi yaşam boyu sürdürmeleri gereklidir. I(A)
2-Aerobik gibi orta şiddette bir fiziksel aktiviteyi minimum 30 dk haftada 5 gün veya daha ağır şiddette bir aktiviteyi minimum 20 dk haftada 3 gün uygulanması gereklidir. I(A)
3-Önerileri yerine getirirken orta ve daha ağır şiddette fiziksel aktiviteler bir arada uygulanabilir. Örneğin bir kişi haftanın 2 günü 30 dk ritmik yürüyüş ve diğer 2 günde 20 dk jogging (tempolu ve yavaş koşu) yapabilir. IIa(B)
4-Bu orta ve ağır şiddetteki fiziksel aktiviteler günlük hayatta çoğunlukla yapılan daha hafif şiddetteki aktivitelere (bulaşık yıkama, özbakım, masabaşı işleri) veya daha kısa süreli aktivitelere (çöpü çıkarma, iş veya alışveriş merkezinden otopark alanına kadar yürüme) ek olarak yapılmalıdır.
5- Orta şiddette aerobik aktiviteye eş değerde olan, fark edilir düzeyde kalp hızını da arttıran ritmik yürüyüş 10 dk ve daha fazla süren dinlenme araları ile minimum 30'ar dk olarak topluca da yapılabilir. I(B)
6-Ağır şiddette aerobik, jogging (tempolu ve yavaş koşu) ile örneklendirilmiş olup hızlı soluk alıp-vermeye yol açar ve kalp hızında önemli bir artışa neden olur.
7-Ek olarak erişkinler haftada en az 2 defa vücudun ana kas gruplarının kas gücü ve dayanıklılığını korumaya ve arttırmaya yönelik yapılan aktiviteleri yaparak fayda sağlamış olacaklar. IIa (A)
8-Fiziksel aktivite ve sağlık arasındaki doza bağımlı ilişkiden dolayı, önerilen minimum fiziksel aktivite miktarını aşmak kişisel fiziksel formunu artırmak isteyen kişilere kronik hastalıklar ve engel gelişme risklerini azaltmakla veya sağlıksız kilo alımını engellemekle, büyük ihtimalle faydalı olur. I(A)

*[KANIT DÜZEYLERİ: Ia: Sistematik derleme ve randomize kontrol çalışmaların metaanalizi (A); Ib:En az bir adet randomize kontrollü çalışma; IIa: En az bir adet randomize olmayan kontrollü çalışma (B); IIb: İyi dizayn edilmiş yarı deneysel çalışmalar (B); III: İyi planlanmış deneysel olmayan çalışmalar (kıyaslama, korelasyon, vaka kontrol, kohort izlem) (C);IV:Uzman komite raporları,saygın otoritelerin görüşleri (D)]

2.7.3 Egzersizin Faydaları

Sağlık ile egzersiz birbirinden ayrılmaz bir ikili haline gelmiştir. Sağlık için egzersizin temel amacı; hareketsiz bir yaşantının neden olduğu organik ve fiziki bozuklukları önlemek veya yavaşlatmak, beden sağlığının temeli olan fizyolojik kapasitesini yükseltmek, fiziksel uygunluğu ve sağlığı uzun yıllar muhafaza etmektir.

Gelişmiş ülkelerde başlayan, egzersize olan ilginin artış nedenini biyolojik bir dengeleme ihtiyacı şeklinde açıklamak mümkündür. Egzersizi düzenli yapmanın başlıca sosyolojik ve psikolojik etkileri aşağıda (Tablo 2.2 ve Tablo 2.3) gösterilmiştir.(15)

Tablo 2.2: Egzersizi düzenli yapmada azalan ve artan değerler (13)

AZALAN DEĞERLER	ARTAN DEĞERLER
Kalp krizi riskinde	Genel sağlıkta,
Kalp krizi geçirmiş kişilerin tekrar geçirme riskinde	Düzenli, sağlıklı uykuda,
Hipertansiyon (yüksek tansiyon) riskinde,	Muhtelif enfeksiyonlara karşı vücudun direncinde,
Bayanlarda hamilelikten kaynaklanan (sırt ağrıları vs) rahatsızlıklarda,	Maksimal O_2 tüketiminde,
Sebebi bilinmeyen veya stresten kaynaklanan baş ağrılarının azaltılmasında veya giderilmesinde,	Kemiklerin yoğunluğunda
Çok sıkı bir diyet uygulamadan kiloda,	Sıcağa ve soğuğa karşı dirençte,
Dinlenme kalp atımında,	Diyabet hastalığı var ise de kan şekerini kontrol altına almada,
Osteoartritten dolayı oluşan eklem dejenerasyonunda,	Vücut yağ kaybını fazlalaştırarak, kas kitlesinin dayanaklığında, kuvvetinde,
Kanser risklerinde (kolon, prostat, göğüs, gibi),	Kan ve kaslardaki laktik asit birikimlerinin geç oluşmasında ve birikimin erken dağılmasında,
Bel ve sırttaki kaslardan kaynaklanan ağrılarda,	Deriye kan akışının artmasına, dolayısı ile derinin beslenmesinde,
Yağlanma riskinde,	Akciğerlerden kana O_2 difüzyonunda,
Solunum kasları güçlenirken, istirahat solunumunda,	Kan akışkanlığında,
Bayanlarda menstürel semptomlarda,	Bağışıklık sisteminin güçlenmesinde,
Spordan hemen sonra iştahda,	Glikoz toleransında,
Yaşlanmanın geciktirilmesinde,	Sakatlıklara karşı direncinde,
Kandaki kolesterol seviyesinde	Cinsel istek ve performansında,
LDL lipoproteinlerin azalmasında	Vücut postürünün düzgünlüğünde,
	Fazla kalori kullanılmasında,
	Fiziki görünümün olumlu olmasında,
	Eklem elastikiyetini geliştirilmesinde,
	Denge ve koordinasyonun geliştirilmesinde,
	Metabolizmanın daha düzenli çalışmasında, kan plazma hacminin artmasında yardımcı olur
	HDL lipoproteinlerin yükselmesinde

Tablo 2.3: Egzersizi düzenli yapmada değişen sosyolojik ve psikolojik değerler(13)

SOSYOLOJİK VE PSİKOLOJİK YARARLAR
• İş veriminin artmasına, • Hastalık yüzünden çalışılmayan gün sayısının azalmasına, • Kişinin kendini daha enerjik hissetmesine ve tembellikten uzaklaşmaya, • Sağlam, canlı hareketli, egzersiz yapmaya hevesli bir kişi haline gelmeye, • Öz saygının geliştirilmesine, • Organizmayı beden ve ruhsal streslerin yıpratıcı etkisinden korumaya, • Hayata daha mutlu bakmaya, endişelerden uzaklaşmaya, • Asabi ve hiperaktif yapıyı sakinleştirmeye, • Kendine güveninin artmasına, • Düzenli uyku ritmine sahip olmaya, • İnsanlarla çabuk arkadaşlık kurmaya ve paylaşmaya, yardımlaşma duygularını geliştirmeye yardımcı olur.

2.7.4 Egzersiz ve Beden Algısı

Günümüzde spor, içinde yaşadığımız toplumsal yaşamdan ayrı düşünülmemektedir. Spor kişilerin sosyal, bedensel, zihinsel ve ruhsal gelişiminde önemli rol oynamaktadır. Bireyin kişiliğinin gelişmesinde, karakterinin şekillenmesinde, kendine olan güveninin artmasında, sosyal bir insan olmasında, pratik düşünme yeteneğinin gelişmesinde, zihinsel olduğu kadar, bedensel ve ruhsal olarak da sağlıklı olabilmesinde önemli etkisi bulunmaktadır. İlk fiziksel aktivite programları 1860 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde, sağlıklı olmak için yoğun fiziksel aktivite gerektiği görüşü ile oluşturulmuştur. Okullarda ders programları içine konulan fiziksel aktivite programları, kas kuvveti ve esnekliği geliştirici jimnastik ve kalistenik (vücut ağırlığı kullanılarak) aktiviteleri içermekteydi. (16)

Bugün insanlar fiziksel aktivitelere katılmanın gerekliliğini daha iyi kavramış durumdadır. Birçok insan spor merkezlerine devam etmekte ya da evde egzersiz yapmaktadır.

İnsanlar, beden şeklini korumak ya da ideal vücut ölçülerine sahip olmak için akupunktur, cerrahi operasyon, ilaç tedavisi, diyet, fiziksel aktivite ve egzersiz gibi metotları kullanmaktadırlar. İdeal beden yapısı için başvurulan yollardan birisi olan

fiziksel aktivite, son yıllarda pek çok insanın tercih ettiği bir yöntemdir. Fiziksel etkinlikler yolu ile bireyler yeni bir fiziki görünüme ulaşma şansı bulurken, bu yeni görünümle birlikte vücutlarının fiziksel zindelik özellikleri hakkında olumlu düşüncelere de sahip olurlar. Çok'un Türk ergen-sedanterler üzerinde yaptığı çalışma sonucunda fiziksel etkinliğe katılan ergenlerin katılmayan ergenlere göre vücutlarından daha memnun oldukları bulunmuştur. (16) Yapılan çalışmalarla beden imgesine fiziksel aktivitenin olumlu etkisi ortaya konduğu gibi, fiziksel aktiviteye katılan bireylerin bedenlerinin başkaları tarafından değerlendirilmesi durumda fiziksel aktiviteye katılmayan bireylere oranla daha az kaygı hissettikleri de ortaya konmuştur. (17)

Beden algısı ve egzersiz arasındaki nedensellik ilişkisinin yönü halen tam net değilken, birçok çalışma bu iki terim arasında güçlü bir bağ olduğunu gösteriyor. (25, 26, 72, 73) Mcdermont bedeni algılamanın, fiziksel aktivite ilgisinin başlamasından sorumlu faktör olduğunu bulmuştur. (28) Imm ve Pruit yüksek sıklıkta egzersiz yapan kadınların sağlıklı ve egzersiz yapmayanlara göre beden şeklinden daha fazla memnun olmadığını saptamıştır. (29) Markula tarafından yapılmış kalitatif bir çalışmada yüksek katılımlı kadın aerobik yapanlarda yüksek seviyede beden algı bozukluğu bildirilmiştir. (27) Bu alandaki araştırmaların gözden geçirildiği bir çalışma da kadınlar arasında egzersiz ve beden imajı kaygıları arasında sürekli güçlü ilişkiler olduğunu göstermiştir. (30)

Bazı araştırmalar göstermiştir ki egzersizin miktarı veya sıklığı değil, egzersiz yapmanın kendisi daha önemlidir ama kadınların savunduğu biliş, egzersize karşı aksi yöndedir. (31) Çoğu genç kadın ilk olarak kilolarını veya vücut şekillerini etkilemek için egzersiz yapmaktadır ki bunun beden imgesi bozukluğu ve daha da ileri bir durum olan bozulmuş yeme davranışı ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.(71)

2.7.5 Egzersiz Ve Ruh Sağlığı

Fiziksel aktivite ve sağlık ilişkisi daha çok koroner kalp hastalıkları, kanser, obezite ve diyabet gibi hastalıklarda ön plana çıkmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü gittikçe daha çok sayıda kişiyi etkileyen depresyon ve anksiyete şeklindeki ruh hastalıklarının 2020 yılında yaşam kalitesini tehdit eden en önemli nedenlerinden biri olacağını tahmin etmektedir. Bilimsel çalışmalar, fiziksel aktivitenin depresyonu azaltabileceğini göstermektedir. Çalışmaların çoğu, fiziksel aktivite ile kendini iyi hissetme hali ve olumlu duygular; kendi vücut görüntüsü hakkında daha olumlu

algılama, kendine fiziksel değer verme ve kişinin kendisiyle gurur duyması gibi konularda iyi yönde gelişmeler göstermektedir. Ayrıca fiziksel aktivitenin stres durumunu azalttığı, strese direnç geliştirdiği, uyku bozuklukları olanlarda ya da olmayanlarda uykunun kalite ve süresini de olumlu yönde etkilediği belirtilmiştir. (24)

Psikolojik iyilik hali ile ilgili olarak, düzenli fiziksel aktiviteye katılımın dikkate değer faydalar sağladığı gösterilmiştir. Kişilerin anksiyetesinin, stresinin ve depresyonunun azalmasında egzersizin etkili olduğuna dair kanıtlar vardır. (19) Egzersizin kişinin enerjisini artırdığı ve sakinliğini desteklediği ve kişinin kendine güvenini arttırdığı da gösterilmiştir. (20,21)

Castillo ve arkadaşlarının 18–29 yaş arası 639 öğrencide yaptığı tanımlayıcı çapraz çalışma sonucunda yaptıkları fiziksel aktivite orta dereceli olarak saptanmış ve fiziksel aktivitenin psikolojik iyilik halini ve kendine güveni geliştirdiği saptanmıştır. (22)

Akıl sağlığının hasta ve sağlam toplumlarda etkili fiziksel aktivite ile pozitif yönde etkilendiği iddia edilmektedir (Tablo 2.4). Etkili fiziksel aktivite; insanları psikolojik rahatsızlığa yol açan diğer faktörlere daha az hassas olmasına yol açarak birincil koruyucu faydasını gösterirken akıl hastalığı olanlarda fonksiyonelliği arttırarak ikincil koruma sağlayabilir.

Tablo 2.4: Egzersizin psikolojik faydaları(23**)**

ARTANLAR	**AZALANLAR**
Akademik Performans	İşe devamsızlık
Kendine Güven	Alkol kötüye kullanımı
Güven	Asabiyet
Emosyonel stabilite	Anksiyete
Bağımsızlık	Konfüzyon
Entellektüel fonksiyon	Depresyon
İçsel Kontrol	Dismenore
Hafıza	Baş ağrıları
Ruh Hali	Kin (Düşmanlık)
Popularite	Korkular (Fobiler)
Algılama	Psikotik davranışlar
Pozitif beden algısı	Stres yanıtı
Self-kontrol	Gerginlik
Seksüel memnuniyet	Tip A davranışlar
Mutluluk	İş hataları
İş yeterliliği	

Egzersizin olumlu psikolojik etkileri kadar olumsuz etkilerinin de olduğu belirtilmektedir.(Tablo 2.5) Koşu ve diğer egzersizlerin bu olumsuz etkilerinin etyolojisi, tanısı, tedavisi ve insidansı hakkında çok az şey biliniyor. Koşmanın olumsuz davranışlara yol açıp açmadığı veya bazı kişiliklerin koşmayı kullanarak sorunlardan kaçıp kaçmadığı veya bu yolla diğer sorunlarla başa çıkıp çıkamadığı net değildir.(23)

Tablo 2.5: Egzersizin ileri sürülen bazı zararlı psikolojik etkileri (23)

- Egzersiz bağımlılığı
- Zorlayıcılık
- İşe, evlilik gibi durumlara azalmış katılım
- Problemlerden kaçma veya kaçınma
- Anoreksiya nervozanın şiddetlenmesi
- Egzersiz yoksunluğu etkileri
- Yorgunluk
- Aşırı rekabetçilik veya aşırı hırslılık
- Aşırı yorgunluk
- Yeme alışkanlıklarında azalma
- Zihnin formda olma, diyet ve beden algısı ile meşgul olması
- Bencillik

Scully ve arkadaşlarının çalışmalarında başka araştırmalara dayanarak "düşük seviyeden orta dereceye kadarki aerobik egzersizlerin geleneksel talep gören anaerobik egzersiz programlarından duygudurumun artırılması ve psikolojik işleyişinin geliştirilmesi açısından daha iyi bulunduğu" şeklinde açıklamaları olmuştur. (19)

Bilinmesi gerekenler:

-Fiziksel aktivite ve egzersizin hafif-orta dereceli depresyonla ilgili semptomları azalttığı görülmektedir.

-Fiziksel aktivite ve egzersiz gelişmiş benlik kavramı, güven (en azından çocuklar ve adolesanlarda) ve sosyal yetenekler (en azından zekaca geri kişilerde) gibi bazı ruh sağlığı faydalarıyla ilişkilidir.

-Fiziksel aktivite ve egzersiz anksiyete semptomlarını azalmasıyla ve düzelmiş ruh haliyle ilişkilidir.

-Olumsuz psikolojik yan etkiler egzersiz yapmaktan veya egzersiz yapmayı bırakmaktan kaynaklanabilir ve kişilik bozuklukları ve diğer kişisel problemlerden olumsuz yönde etkilenir.
-Fiziksel aktivite ve egzersiz, alkol ve diğer madde kötüye kullanımı programlarına ek fayda sağlayabilir. (23)

2.8 BEDEN ALGISI VE RUHSAL İYİLİK HALİ

Beden ve akıl arasındaki ilişki yüzyıllarca araştırmacıların ilgisini çekmiştir. Freud'a göre, beden bir kişinin psikolojik kimliğinin çekirdeğidir. Bazı teorisyenler psikolojik deneyimlerin kişinin kendi beden algılarıyla ilişkili olduğunu iddia etmiştir ve araştırmacılar fiziksel görünümün kişinin duygusal iyilik hali, mutluluk ve öz-saygı ile ilişkili olduğunu bulmuştur.

Fiziksel ve psikolojik görünümler arasındaki ilişkiyi açıklayan iki bakış açısı vardır: sosyal değerlendirme ve içsel perspektif. İlkine göre fiziksel özelliklere bağlanan sosyal anlamlar psikolojik iyilik halini etkilerler. Örneğin, fazla kilolu olmamızı doğal olarak üzücü kılan hiçbirşey yoktur, ancak toplumumuzda fiziksel olarak çekici kabul edilmemektedir. Fazla kilolu olmanın üzerine yapışmış olan bu sosyal damga psikolojik sıkıntıyı arttırmaktadır. Diğer taraftan içsel perspektif, dosdoğru tek bir kişinin psikolojisi üzerinde içindekilerin -başka reaksiyonlar aracılığı olmadan-fiziksel etkisi olarak kabul edilmektedir. Bu iki bakış açısı nadiren birlikte değerlendirilir; sosyologlar ve sosyal psikologlar genelde birinciyi vurgularken, biyologlar ve biyoloji merkezli psikiyatristler çoğunlukla ikinciyi vurgularlar. (24)

Beden imajı bireyin geçmiş deneyimlerinden oluşan bir varoluştur. Genellikle bireyin birçok durum karşısında bedenini deneyimlediği ve diğer bireylerin kendi bedenine gösterdiği tepkileri fark ettiği öğrenme süreci sırasında gittikçe artan gelişme olarak tanımlanır. Genellikle birey kendi bedenini algıladığı ve değerlendirdiği zaman bedeni, öz-saygısını ve güvenini belirlemede önemli rol oynar. (19)

Beden algısındaki bir bozukluk birçok klinik durumla beraber oluşabilir ama özellikle bu risk adolesanlarda anksiyete veya depresyon geliştiğinde daha da artar. Ayrıca birinin vücudu ve görünümüyle ilgili hoşnutsuzluğu da anksiyete ve depresyon semptomlarını bir kez oluşmuşsa şiddetlendirir. Anksiyete veya depresyon ve beden algı bozukluğu arasındaki bu etkileşim adolesanlarda yeme deneyimlerinin bozulmasına yol

açmaktadır. Stresli ergenler, bedenlerini veya görüntülerini değiştirerek, dikkatlerini duygusal durumunlarını düzeltecek bir çabaya yönlendirebilirler. (17)

Friedman ve arkadaşlarının 110 kadın ve erkek üzerinde yaptığı çalışmada beden algısı değerlendirmesi önemli ölçüde ve ılımlı olarak depresyonla ve özsaygıyla ilişkilendirilmiştir. Bu çalışmadaki obez kadın ve erkekler içinde görünümünü daha olumsuz değerlendirenlerde daha fazla depresyon ve daha düşük benlik saygısı saptanmıştır. (35)

2.9 VÜCUT KİTLE İNDEKSİ – BEL ÇEVRESİ

Obezite çalışmalarında Dünya Sağlık Örgütü tarafından kabul edilen antropometrik ölçüm, vücut ağırlığı ve boy ölçümlerinden elde edilen vücut kitle indeksi (VKİ), kolay ulaşılabilen, cinsiyet ayırımı yapılmadan tüm bireylere uygulanabilen, en yaygın ve geçerli standart bir boy-ağırlık indeksidir.

Tablo 2.6: Vücut kitle indeksi değerine göre yapılan sınıflandırma (38)

VKİ (kg/m2)	
<18,5	Zayıf
18,5-24,9	Normal
25-29,9	Fazla kilolu
30-39,9	Obez (şişman)
30-34,9	Sınıf 1
35-39,9	Sınıf 2
>40	Sınıf 3 (ileri derecede obez)

Tablo 2.6'da Dünya Sağlık Örgütü'nün de kabul ettiği, VKI değerlerine göre bireyler; zayıf, normal, kilolu, obez olarak sınıflandırıldığı gibi; obezler de kendi aralarında sınıflara ayrılabilmektedir. VKI kullanımı, çocuklarda, hamile kadınlarda ve kas kitlesi fazla olan sporcularda doğru sonuç vermez. Obezitenin klinik olarak değerlendirilmesinde basit antropometrik ölçümler, VKI ve bel çevresi gibi, ucuzluğu ve kolaylığı nedeniyle en çok kullanılan indirekt yöntemlerdir. Bel çevresi son zamanlarda yaygın olarak kullanılmaya başlanmıştır. Bel çevresi karın bölgesinde biriken, visseral ve derialtı yağını, karın kaslarının tonusunu en iyi şekilde yansıtır. (36)

Tablo 2.7: Bel çevresi uzunluğuna göre sınıflandırma (37)

	Normal(cm)	Artmış riskli(cm)	Yüksek riskli(cm)
Erkek	< 94	94-101	> 102
Kadın	< 80	80-87	> 88

Tablo 2.7'de bel çevresi ile ilgili her iki cinse ait risk değerleri bulunmaktadır. Vücuttaki toplam yağ miktarı önemli olmakla beraber, yağın nerede biriktiğini bilmek daha önemlidir. Karın çevresinde yağ birikimi, kalça ve vücudun diğer bölgelerinde yağ birikiminden, daha sık görülmekte ve daha fazla sağlık risklerine neden olmaktadır. Karın çevresinde yağ birikimi, obezite, kardiovasküler hastalıklar için, sigaradan sonra ikinci sırada önemli risk faktörünü oluşturur. Bu risk için basit fakat doğru bir yöntem bel çevresi ölçümüdür. Bununla birlikte, bel çevresi ile ilişkili hastalık riskinin, farklı toplumlarda değişkenlik gösterdiği unutulmamalıdır. (36) Metabolik Sendrom (MetS) etyopatojenezi tam olarak bilinmeyen, diyabetes mellitus ve kardiyovasküler hastalıklar için risk faktörleri toplululuğudur. MetS'li hastalar 10 yıllık süredeki kardiyovasküler riski normalin iki katıdır. MetS gelişimi için altta yatan mekanizma halen tam olarak anlaşılamamıştır. MetS'in ilk resmi tanımı 1998'de DSÖ'ye konsültan bir grup tarafından yapılmıştır. Bu tanımlamada insülin rezistansı tanı için ön koşul oluşturmakta ve iki ek risk faktörü gerekmektedir. Ek risk faktörleri yüksek kan basıncı, yüksek trigliserid düzeyi, düşük HDL kolesterol düzeyi, mikroalbüminüri ve abdominal obezitedir. Tip 2 DM'li hastalar tanıya dahildir. Diğer bir tanımlama ATP 3 (National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel 3) tarafından 2001'de yapılmıştır. İnsülin rezistansı tanı için ön koşul değildir. Tanıda beş risk faktöründen üç tanesi yeterlidir. Bu risk faktörleri disglisemi, yüksek kan basıncı, yüksek trigliserid düzeyi, düşük HDL-K düzeyi ve obezitedir. 2005 de IDF ve AHA\NHLBI değişik tanı kriterlerini tek bir tanım altında toplamak için girişimde bulundu. Bu iki kılavuz arasındaki temel fark abdominal obeziteydi. MetS tanısında IDF kriterlerine göre tanı için ön koşul olan abdominal obezite, IDF ve AHA/NHLBI'nin (ATP 3) ortak kılavuzunda ön koşul olmaktan çıktı ve her toplum için belirlenen bel çevresi hesaplaması gerektiğinin önemi vurgulandı. Hiperglisemi tanı kriteri olmaya devam etti. Beş kriterden üç tanesi MetS için yeterlidir şeklinde fikir birliği oluştu. Uzlaşma sonucu oluşan yeni kriterler tablo 2.8'de, etnik gruplara göre abdominal obezite için bel çevresi eşik değerleri tablo 2.9'da gösterilmektedir. MetS için genel kabul gören risk faktörleri

disglisemi, kan basıncı yüksekliği, yüksek trigliserid düzeyi, düşük HDL kolesterol düzeyi ve obezitedir.

Tablo 2.8: Metabolik sendrom tanı kriterleri [39,40].

Aşağıdakilerden en az üçü

- Abdominal obezite (Irk ve ülkeye özel belirlenmeli.)
- Hipertrigliseridemi (>150 mg /dL)
- Düşük HDL-K (Erkeklerde <40 mg/dL, kadınlarda <50 mg/dL veya ilaç tedavisi altında olmak)
- Hipertansiyon (≥130/85 mmHg)
- Hiperglisemi (açlık kan glukozu >100 mg/dL veya kan şekeri yüksekliği nedeniyle tedavi altında olmak.)

Tablo 2.9: Abdominal obezite için bel çevresi eşik değerleri [39].

Halklar	Organizasyon	Erkek	Kadın
Avrupalılar	IDF	≥94 cm	≥80 cm
Kafkaslar	WHO	≥94 cm	≥80 cm
Amerikalılar	AHA/NHLBI (ATP 3)	≥102 cm	≥88 cm
Kanadalılar	HEALTH CANADA	≥102 cm	≥88 cm
Avrupalılar	European Cardiovascular Societies	≥102 cm	≥88 cm
Asyalılar	IDF	≥90 cm	≥80 cm
Asyalılar	WHO	≥90 cm	≥80 cm
Japonlar	Japanese Obesity Society	≥85 cm	≥90 cm
Çinliler	Cooperative Task Force	≥85 cm	≥80 cm
Ortadoğulular-Akdenizliler	IDF	≥94 cm	≥80 cm
Sahra altı Afrikalılar	IDF	≥94 cm	≥80 cm
Güney Amerikalılar	IDF	≥90 cm	≥80 cm

2.10 VÜCUT YAĞ ORANI

Şişmanlık harcanandan fazla enerji alımına bağlı olarak gelişen, enerji dengesizliği sonucu oluşan bir halk sağlığı sorunudur. Vücut yağ dokusu ağırlığının erkeklerde %19'un, kadınlarda da %22'nin üzerinde olması, vücut yağ dokusu artışı ile karakterizedir. Şişmanlık, kardiyovasküler hastalıklar, bazı kanserler, diyabet, mortalite ve morbidite riski taşırken, birçok kronik hastalığı şiddetlendirir, hipertansiyon, osteoartrit, safra taşları, dislipidemi, sindirim, solunum ve kas-iskelet sistemi

problemlerine yol açabilir. Ayrıca fiziksel sorunların yanı sıra psikolojik ve psikososyal etkilere de sebep olabilir, yaşam süresi ve kalitesini de olumsuz yönde etkileyebilir. (*41*)

2.11 BİYOELEKTRİK EMPEDANS ANALİZİ

Vücut kompozisyonu çok değişik yöntemlerle ölçülebilir; Hidrostatik tartım veya hidrodansitometri, BOD POD, izotop dilüsyonu, dual energy X-ray absorpsiyometri (DEXA), manyetik rezonans görüntüleme, potasyum 40 sayımı, nötron aktivasyonu analizi, antropometri ve biyoelektrik empedans analizi (BEA) yaygın olarak kullanılanlardır. Bu yöntemlerin çalışma ilkeleri, teknik zorlukları ve uygulanabilirlikleri, geçerlikleri, güvenirlikleri ve maliyetleri değişkendir.

BEA uygulaması kolay, ucuz, çok zaman almayan, klinikte ve spor bilimlerinde yaygın olarak kullanılan bir yöntemdir. BEA'da empedans ve reaktans olmak üzere iki parametre ölçülerek vücut kompozisyonu belirlenebilmektedir. Empedans, vücut dokularında elektrik akımına karşı ortaya çıkan dirençtir ve dokuların su ve elektrolit içeriği ile ters orantılıdır. Reaktans, hücre zarlarının kapasitans özelliği ile ilgilidir ve hücre zarının yapısı, özellikleri ve fonksiyonlarına göre değişkenlik gösterir. BEA'da vücut kompozisyonu rezistans, reaktans, yaş, cinsiyet ve değişik antropometrik parametreler kullanılarak farklı kestirim denklemleriyle belirlenir. (42)

3.0 MATERYAL-METOD

Araştırma sırasında katılımcılara uygulanacak olan testler ayrıntılı olarak anlatılarak, onayları sözel olarak alınmıştır. Soruları kendilerinin cevaplaması gerektiği vurgulanmış, anlayamadıkları soruları boş bırakmaları istenmiş, gerekli hallerde araştırmaya katılanlara anlamadıkları sorular hakkında gerekli açıklamalar yapılarak uygun şıkkı işaretlemeleri sağlanmıştır.

3.1 EVREN VE ÖRNEKLEME

2009-2010 öğretim döneminde Kocaeli üniversitesi (KOÜ) Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu (BESYO) (spor yapan grup) ve Mimarlık–Mühendislik Fakültelerinde (sedanter grup) birinci öğretimde kayıtlı olan 951 beden eğitimi yüksekokulu ve 5603 mimarlık- mühendislik öğrencisi içerisinden rastgele örnekleme yöntemi ile beden eğitiminden 271 ve mimarlık-mühendislikten 360 kişilik örnekler $\alpha<0,05$ ve %95 güven aralığı ile hesaplandı. Çalışmamıza 627 kişi katılımda bulundu. Katılan 627 kişiden 619 kişi çalışmaya dahil edildi. SCL-90 R anketinde beş taneden fazla soruyu cevaplamayan 3 kişi değerlendirilmeden çıkarıldı.

3.2 VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Katılımcılara ilk ölçek olarak araştırmacı tarafından hazırlanmış olan sosyodemografik verileri sorgulayan bir form (ek 1) doldurtulmuştur. İkinci olarak Secard ve Jourard (1953) tarafından geliştirilen ve Selim Hovardaoğlu (1993) tarafından Türkçeye uyarlanan beden algısı ölçeği, üçüncü ölçek olarak da öğrencilerin ruhsal belirti ve yakınmalarını değerlendirmek amacı ile son şekli Derogatis ve arkadaşları (1977) tarafından verilen Hopkins Symptom Check List (HSCL) olarak bilinen envanterden yararlanılarak geliştirilen ve İhsan Dağ (1991) tarafından üniversite öğrencilerinde Türkçe geçerlilik-güvenilirliği alınan SCL-90–R (ruhsal belirti tarama listesi) uygulandı. Katılımcılar anketleri doldurduktan sonra araştırmacı tarafından boy ve bel çevresi ölçümü ve biyoempedans yöntemi ile ölçümleri yapılmıştır.

3.3 SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU (Ek 1)

Demografik Bilgi Formu, araştırmacı tarafından hazırlanmış olup, katılımcıların yaş, medeni durum, okul başarısı gibi sosyodemografik bilgileri ile beden ağırlığı, boy, vücut kitle indeksi, vücut yağ oranı gibi bazı fiziksel özelliklerine ait bilgilerin yer

aldığı bir formdur. Araştırmada kullanılan tüm veri toplama araçları gibi Demografik Bilgi Formu da katılımcılar tarafından kendi kendilerine doldurulmuştur. Toplam olarak dokuz sorudan oluşmaktadır.

3.4 VÜCUT ALGISI ÖLÇEĞİ (Ek 2)

Orijinal adı Body-Cathexis Scale (BCS) olan ölçek, 1953 yılında Secard ve Jourard tarafından geliştirilmiş, kişinin 40 ayrı vücut bölümünden ya da işlevinden memnuniyetini belirleyen bir ölçektir. Secard ve Jourard, kişinin bedeninden sağladığı doyumun benlik kavramı ile ilişkili olduğu düşüncesinden hareketle geliştirdikleri hipotezlerin test edilmesi sonucunda, ölçeklerini iki bölümden oluşturmuşlardır. Ölçeğin ülkemizde kullanılan formu, 40 maddeden oluşan beş dereceli Likert tipi bir ölçme aracıdır. Bütün maddeler 1–5 arasında puanlanmaktadır(1: Hiç beğenmiyorum; 2: Pek beğenmiyorum; 3: Kararsızım; 4: Oldukça Beğeniyorum; 5: Çok beğeniyorum). Ölçekten tek puan elde edilmektedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 40, en yüksek puan 200'dür ve puan artışı, olumlu değerlendirmedeki artış anlamına gelmektedir. İlgilenen araştırmacılar, herhangi bir maddenin puanını toplam puandan çıkartıp, madde ortalaması ile toplam puan ortalamasını karşılaştırabilir. Ölçek, özellikle depresyona duyarlı gözükmektedir.

Ölçek, 1986 yılında Hovardaoğlu tarafından Türkçeye çevrilmiş ve üniversite öğrencileri üzerinde yapılan çalışmada iki yarım güvenirliği 0.75, madde test korelasyonları r=0.45 ile r= 0.89 arasında ve Cronbach Alfa katsayısı r=0.91 olarak belirlenmiştir. (44)

3.5 PSİKOLOJİK BELİRTİ TARAMA LİSTESİ (SCL90-R)(EK 3)

Belirti tarama listesi (SCL-90-R) kendini değerlendirme türü bir psikiyatrik tarama aracı olup son şekline Derogatis (1977) tarafından getirilmiştir. (45)

Ölçeğin geliştirilmesinde dört temel amaç belirtilmektedir:

(1) Görünüşte 'normal' kişilerdeki belirti düzeyini bulma
(2) Belirti düzeylerindeki değişmeleri değerlendirme
(3) Klinik öntanılara yardımcı olma
(4) Psikiyatrik hastaları DSM-IV tanı gruplarına yerleştirmede kolaylık sağlama.

Ölçeğin en çok stresin neden olduğu olumsuz tepkilerin düzeyini belirlemek amacıyla ve büyük çaptaki 'normal' örneklemlere uygulandığı gözlenmektedir. 'Stresin

neden olduğu olumsuz tepkiler' şeklinde tanımlanan zorlanmanın (distress) düzeyi, ölçekle sayısal olarak gösterilmek istenen başlıca ölçümdür.

Ölçek, psikiyatrik belirtileri ve yakınmaları içeren 90 maddesiyle dokuz ayrı belirti boyutunda değerlendirme yapmak üzere yapılandırılmıştır.

1-Somatizasyon (SOMA) boyutu, çeşitli bedensel işlevlere ilişkin zorlanmayı gösterir (göğüs veya kalp bölgesinde ağrılar) (soru 1, 4, 12, 27, 40, 42, 48, 52, 53, 56, 58).

2-Obsesif-Kompulsif (OBKO) boyutu, bireyin düşünmekten veya yapmaktan kendini alamadığı istenmeyen düşünce ve davranışların yarattığı zorlanmayı gösterir (yıkanma, sayma, dokunma gibi bazı hareketleri yineleme hali) (soru 3, 9, 10, 28, 38, 45, 46, 51, 55, 65).

3-Kişilerarası duyarlılık (KADU) boyutu, kişinin yetersizlik ve kendini aşağılama duygularından kaynaklanan zorlanmayı (başkaları tarafından eleştirilme duygusu) gösterdiği belirtilen maddeleri içermektedir (soru 6, 21, 34, 36, 37, 41, 61, 69, 73).

4-Depresyon (DEPR) boyutu, depresif ruh hali ve duygulanımla, yaşam ilgilerinin azalması, güdü ve enerji kaybı ve intihar düşünceleri gibi belirtilerden oluşan zorlanmayı gösterir (herşeyin bir yük gibi görünmesi) (soru 5, 14, 15, 20, 22, 26, 29, 30, 31, 32, 54, 71, 79).

5-Kaygı (KAYG) boyutu, aşırı düzeyde açık kaygı tablosuyla bağlantılı zorlanmayı gösterir (dehşet ve panik nöbetleri)(soru 2, 17, 23, 33, 39, 57, 72, 78, 80, 86).

6-Düşmanlık (DÜŞM) boyutu öfke, saldırganlık ve kırgınlık duygularından kaynaklanan zorlanmayı ('kontrol edilemeyen öfke patlamaları') ölçme iddiasındadır (soru 11, 24, 63, 67, 74, 81).

7-Fobik kaygı (FOKA) boyutu, kaçma ve kaçınma gibi fobik davranışlarla belirginleşen tablonun yarattığı zorlanmayı ('çarşı, sinema gibi kalabalık yerlerde rahatsızlık hissi') gösterir (soru 13, 25, 47, 50, 70, 75, 82).

8-Paranoid düşünce (PADÜ) boyutu, yansıtıcı, kuşkucu ve düşmanca düşüncelerle grandiyozite ve otonomi kaybı gibi korku ve sanrıların ön plana çıktığı zorlanmayı gösterir ('çoğu kişiye güvenilmemesi gerektiği hissi') (soru 8, 18, 43, 68, 76, 83).

9-Psikotizm (PSİK) boyutu ise, sosyal çevreden uzaklaşma, şizoid yaşam biçimi veya şizofrenik sanrı ve varsanıların belirgin olduğu zorlanmayı ('size ait olmayan düşüncelere sahip olma') gösterdiği söylenen maddeleri içermektedir (soru 7, 16, 35, 62, 77, 84, 85, 87, 88, 90).

Bu boyutlara girmeyen maddelerden oluşan Ek Ölçek (EKÖL), suçluluk duygularıyla yeme ve uyku bozuklukları gibi genel zorlanma belirtilerini (‘aşırı yemek yeme’) içermektedir (soru 19, 44, 59, 60, 64, 66, 89).

Her boyut 6 ila 13 arasında maddeden oluşmaktadır. SCL-90-R, boyutları ayrılmaksızın bir bütün halinde ve her durumun ‘son 15 gün içinde ne ölçüde huzursuz ve tedirgin ettiği’ sorusunu içeren bir yönergeyle uygulanmaktadır. Denek, listeyi tarayarak her madde için ‘hiç’ ‘çok az’ ‘orta derecede’ ‘oldukça fazla’ ‘ileri derecede’ seçeneklerinden birini işaretlemeye yönlendirilmektedir.

Puanlama her madde üzerinde bu seçenekler için sırasıyla 0 ila 4 arasında puan verilmek suretiyle yapılmaktadır. Alt ölçek puanları, her boyutu içeren maddelerden alınan puanların toplamının o boyutu oluşturan madde sayısına bölünmesiyle elde edilmekte ve böylece 0.00 ila 4.00 değerleri arasında olabilmektedir. Sonunda bu 10 boyut deneğin puanlarından oluşan bir profil ortaya çıkmaktadır. Ancak, ölçeğin asıl işlevselliğini sağlayan ve genel belirti düzeylerini farklı yaklaşımlarla gösteren üç genel göstergesi bulunmaktadır. Bunlar, “Genel Belirti Düzeyi” (GSI), “Pozitif Belirti Toplamı” (PST) ve “Pozitif Belirti Düzeyi”dir (PSDI). GSI, boş bırakılanlar hariç tüm maddelere yapılan derecelemelerin ortalaması olup 0.00 ila 4.00 değerleri arasında değişebilen en önemli göstergedir.

Dağ (1990) Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışmasında ölçeğin sonuçlarının geçersiz kalmasını sağlayacak boş cevap oranı, orjinali için öngörülenlerden çok daha sınırlandırarak en fazla beş sorunun cevapsız bırakılmış olmasına izin vermiştir.

SCL-90-R’nin Gökler’in (1978) çalışmasında ilk kez Türkçe formu kullanılmıştır. SCL-90-R’nin ülkemiz koşulları için ve ‘normal’ üniversite öğrencileri üzerinde güvenilirlik ve geçerlilik çalışması, İhsan Dağ tarafından 1990 yılında yapılmıştır. Psikiyatrik tarama amaçlı bu ölçeğin kesim puanı olarak GSI:1,0 puan yaygınlıkla önerilmektedir.(46)

3.6 ANTROPOMETRİK ÖLÇÜMLER

Ağırlık-Boy Ölçümü: Ölçümler oda giysileri içinde ve ayakta gerçekleştirildi. Ağırlık ölçümü 100 grama hassas Tanita Body Composition Analyzer (TBF300A) ile mevcut kıyafetlerle aletin üzerine çıkılarak yapıldı. Boy ölçümü çıplak ayakla, ayakta dik dururken derin inspirasyon sırasında başa temas eden zemine paralel ince çubuk ile

ayak tabanı ve başın en üst noktası arası mesafe 0,5cm hassasiyetinde ölçüldü. Ağırlık kişinin üzerindeki kıyafetlere göre kalın kışlık kıyafetler için 1,5kg daha ince kıyafetler için 1kg çıkarılarak hesaplandı.

Vücut Kitle İndeksi: TBF 300A ile biyoelektriksel empedans analiz (BEA) yöntemi kullanılarak otomatik olarak belirlenmiştir. Elde edilen sonuçlar Dünya Sağlık Örgütü'nün de kabul ettiği VKİ değerlerine göre; zayıf, normal, kilolu, obez sınıf 1 ve sınıf 2 ve morbid obez şeklinde sınıflandırıldı. VKİ yanında vücut yağ oranı da ölçüldü.

Bel çevresi: Bel çevresi, arcus costarium ile processus spina iliaca anterior superior arasındaki en kısa bel çevresi olarak, göbek üzerinden yere paralel transvers mezura ile ölçülerek kaydedildi. Bel çevresi ölçümleri abdominal obeziteyi değerlendirmek amacıyla kategorize edildiğinde; erkekler için <94 cm normal, 94 -101,9 cm artmış riskli bel çevresi ve >102 cm yüksek riskli bel çevresi şeklinde; kadınlar için < 80 cm normal,80 – 87,9 cm artmış riskli bel çevresi ve >88 cm yüksek riskli bel çevresi şeklinde üçer kategoriye ayrılıp değerlendirildi.

3.7 İSTATİSTİK

Bu çalışmada parametrik olan ve parametrik olmayan veriler için uygun istatistiksel yöntemler kullanılmıştır. Veriler değerlendirilirken tanımlayıcı istatistik olarak ortalama ve standart sapma değerlerine bakılmış, verilerin yüzde değerleri belirtilmiştir. Veriler değerlendirilirken deskriptif testler, bağımsız iki grup arası farkların testi (independent samples t test), Pearson korelasyonu ve lojistik regresyon kullanılmıştır.

Elde edilen veriler SPSS 15.0 (Production Facility) kullanılarak bilgisayar ortamında değerlendirilmiş, tanımlayıcı tablolar bu program yardımıyla oluşturulmuştur.

4.0 BULGULAR

Çalışmamız, KOÜ Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu (BESYO) ve Mimarlık-Mühendislik Fakültesi 2009–2010 eğitim-öğretiminin güz döneminde birinci öğretimde bölümlerine devam etmekte olan öğrencileri üzerinde ve yüz yüze anket doldurma yöntemiyle yapıldı.

4.1 SOSYODEMOGRAFİK VERİLER

Çalışmamıza katılanların %59,8 (n=370)'i erkek ve %40,2 (n=249)'si kadındı. Katılanların %44,6'sı BESYO, %43,5 mühendislik ve geri kalanlar mimarlık fakültesinde okumaktaydı. Erkek katılımcıların %52,7'i mühendislik fakültesinde okurken; kadın katılımcıların %49'u BESYO'da okumakta idi.

Tablo 4.1: Öğrenim gördüğü bölümlere göre öğrenci dağılımı

OKUDUĞU BÖLÜM	ÖĞRENCİ SAYISI (%)
Antrenörlük	22 (3,6)
Beden eğitimi öğretmenliği	129 (20,8)
Rekreasyon	53 (8,6)
Spor yöneticiliği	73 (11,8)
Bilgisayar mühendisliği	11 (1,8)
Çevre mühendisliği	1 (0,2)
Elektrik mühendisliği	9 (1,5)
Elektronik ve haberleşme müh.	2 (0,3)
Endüstri mühendisliği	28 (4,5)
Harita mühendisliği	2 (0,3)
İnşaat mühendisliği	32 (5,2)
Jeofizik mühendisliği	12 (1,9)
Jeoloji mühendisliği	39 (6,3)
Kimya mühendisliği	61 (9,9)
Makine mühendisliği	65 (10,5)
Mekatronik mühendisliği	2 (0,3)
Metalürji mühendisliği	4 (0,6)
Mimarlık	46 (7,4)
İç mimarlık	28 (4,5)

Tablo 4.1'de de görüldüğü gibi, yüksekokul ve fakültelere göre en çok katılım BESYO'dan %20,8 (n=129) ile beden eğitimi öğretmenliği; mühendislik fakültesinden

%10,5 (n=65) ile makine mühendisliği, %9,9 (n=61) ile ikinci sırada kimya mühendisliği yer almaktadır.

Yaş aralığı tüm katılımcılarda 18–29 olup ortalaması 21,1±2,1 idi; erkeklerde 18-29 yaş ortalama 21,3±2,1 iken kadınlarda 17-28 yaş ortalama 20,9±1,9 şeklinde saptandı.

Katılımcıların %98,9 gibi büyük bir çoğunluğunun bekar olduğu görüldü.

Okudukları sınıflara göre katılımcıların dağılımı %23,4 (n=145) 1. sınıf, %30,4 (n=188) 2. sınıf, %21,3 (n=132) 3. sınıf, %20,8 (n=129) 4. sınıf. Yüzde 2,7'si (n=17) de beş ile yedinci yılları arasında olduklarını belirtmiştir; ancak çalışmaya katılanların %1,3'ü (n=8) hangi sınıfta olduklarını belirtmemiştir.

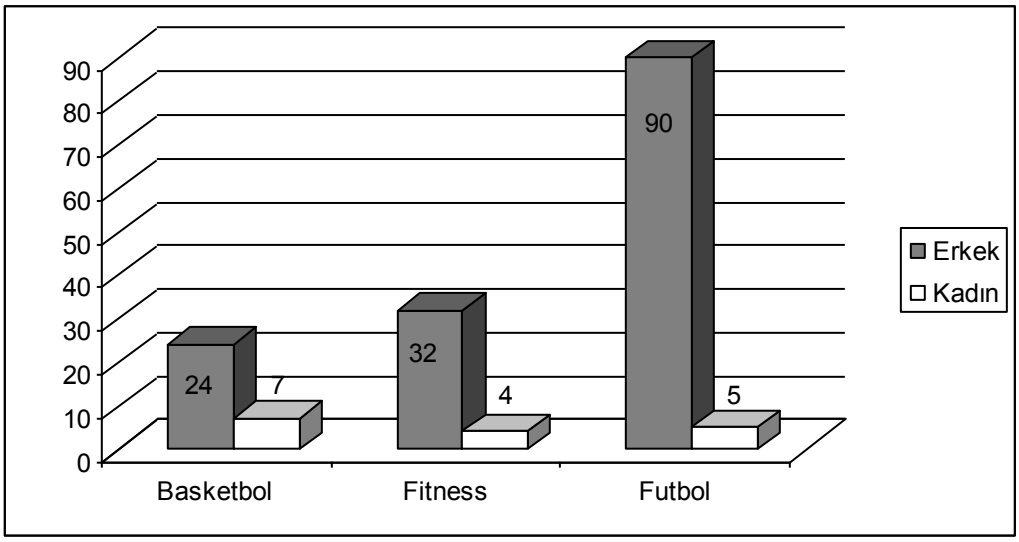
Düzenli spor faaliyeti yapıp yapmadıklarına göre değerlendirildiklerinde 8 kişi durumunu bildirir yanıt vermezken; %41,5'i (n=257) düzenli spor yaptığını; %57,2 (n=354) spor yapmadığını belirtti; düzenli spor yaptığını belirtenlerin %72,3'ünün (n=186) erkek öğrenciler olduğu saptandı. Fakültelere göre düzenli spor yapanlar tablo 4.2'de gösterildiği gibidir;

Tablo 4.2: Okuduğu bölümlere göre spor yapma durumları

OKUDUĞU BÖLÜM		DÜZENLİ SPOR YAPMA DURUMU *	
		EVET (%)	HAYIR (%)
BESYO	Antrenörlük	19 (7,4)	3 (0,5)
	BedenEğitimiÖğretmenliği	78 (12,6)	51 (8,2)
	Rekreasyon	26 (4,2)	26 (4,2)
	Spor Yöneticiliği	37 (6)	36 (5,8)
MÜHENDİSLİK FAKÜLTESİ	Bilgisayar	2 (0,3)	9 (1,4)
	Çevre	0 (0,0)	1 (0,2)
	Elektrik	1 (0,2)	8 (1,3)
	Elektronik	1 (0,2)	1 (0,2)
	Endüstri	11 (1,8)	16 (2,6)
	Harita	0 (0,0)	2 (0,3)
	İnşaat	13 (2,1)	16 (2,6)
	Jeofizik	4 (0,6)	7 (1,1)
	Jeoloji	17 (2,7)	22 (3,6)
	Kimya	15 (2,4)	45 (7,3)
	Makine	26 (4,2)	38 (6,1)
	Mekatronik	0 (0,0)	2 (0,3)
	Metalürji	0 (0,0)	4 (0,6)
MİMARLIK FAKÜLTESİ	Mimarlık	4 (0,6)	42 (6,8)
	İç mimarlık	3 (0,5)	25 (4,0)

*8 kişi cevaplamamıştır.

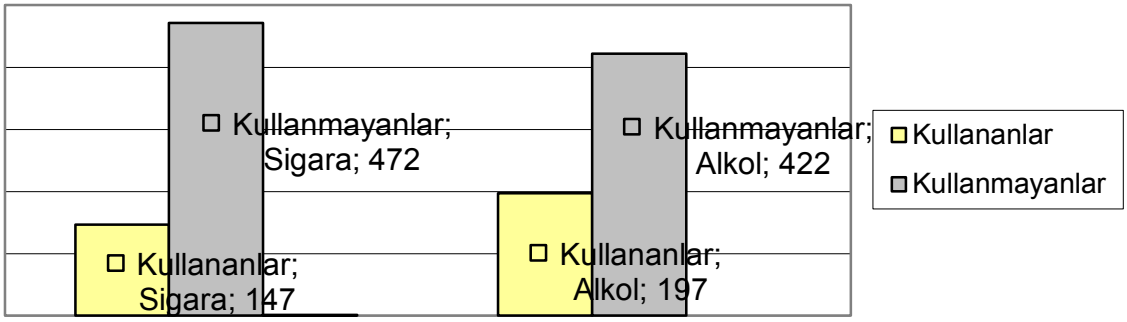
Düzenli olarak yapılan spor branşlarına bakıldığında %24,6 (n=95) futbol, %9,3 (n=36) fitness, %8,0 (n=31) basketbol katılımcı öğrencilerin en sık yaptığı üç spor branşı olarak karşımıza çıkıyor.(Şekil 4.1) Bu ilk üç spor branşı ile erkeklerin daha fazla ilgilendiği saptandı.



Şekil 4.1: Cinsiyetlere göre en sık yapılan spor branşları

Çalışmamıza katılanların düzenli olarak spor yapma sürelerine bakıldığında haftalık olarak 0 ile 25 saat arasında değişmekle beraber ortalama 6,3±4,7 saat olduğu anlaşıldı. Düzenli spor yaptığını belirten öğrencilerden 6'sı (%2,3) süre belirtmemişti. Belirtilen süreler içinde spor yapılma süresinin sıklıkla haftada 2 saat (%14,9) olduğu görüldü.

Daha önceden spor yapıp yapmadıkları sorusuna %75 (n=464) evet; %20,8 (n=129) hayır cevabı verirken ,%4,2'si (n=26) soruyu yanıtsız bırakmıştır. Daha önce spor yaptığını belirten 235 (%50,6) öğrenci de halen düzenli spor yapmaya devam etmediklerini belirtmişlerdir. Daha önceden herhangi bir spor faaliyeti yapmayanlardan 25 (% 19,4) kişi düzenli spor yaptığını belirtmiştir.



Şekil 4.2: Sigara ve alkol kullanımı

Çalışmamıza katılanların %23,7'si (n=147) sigara kullanmakta olduğunu belirtmiştir. Düzenli spor yaptığı halde sigara içen öğrenci sayısı 60 (%23,3) olarak saptandı. Günlük içilen sigara miktarı ortalama 11±7,1 (aralık 1 ila 40) olduğu görüldü**.**

Çalışmaya katılan öğrencilerin %68,2'si (n=422) alkol kullanmadığını belirtti. Alkol kullandığını belirten 197 (%31,8) öğrencinin 111'i (%56,3) sigara kullanmadığını belirtirken; 361 (%58,3) kişi ne alkol ne de sigara kullanmadığını belirtmişti. Alkol kullanımı erkekler arasında daha sıklıkla görülmekte idi (%37,8) (Şekil 4.2).

Çalışmaya katılanların %11'inin (n=68) düzenli ilaç kullanmasını veya doktor kontrolü altında olmasını gerektiren bir hastalığı olduğu saptandı. Düzenli ilaç kullanmasını veya doktor kontrolü altında olmasını gerektiren bir hastalığı olan ve düzenli spor yapanların sayısı ise 22 (%32,3) olarak saptandı.

Çalışmamıza katılanların belirtmiş olduğu hastalıkları sınıflandırarak değerlendirmeye aldık:

- Hematolojik hastalıklar: Anemi, talasemi minor, talasemi intermedia, demir eksikliği anemisi, B_{12} vitamin eksikliği
- Sindirim sistemi hastalıkları: Gastrit, H. pylori enfeksiyonu, reflü, spastik kolon, ülser,
- Psikiyatrik hastalıklar: Anksiyete, depresyon, hiperaktivite, panik atak, obsesif-kompulsif bozukluk, kardiyak nevroz,
- Astım ve alerjik hastalıklar: Alerji, alerjik rinit, astım, kronik ürtiker,

- Genitoüriner sistem hastalıkları: Böbrek hastalığı, kronik böbrek yetmezliği, nefrotik sendrom, nefrolitiyazis, polikistik over sendromu,
- Kas ve iskelet sistemi hastalıkları: Lomber disk hernisi, eklem hastalığı, diz rahatsızlığı, servikal lordoz kaybı,
- Nörolojik hastalıklar: Epilepsi, serebral kist, baş ağrısı, migren,
- Lipit metabolizması hastalıkları: Hiperlipidemi ve hiperkolestrolemi,
- Kalp-damar hastalıkları: Hipertansiyon, mitral valv prolapsusu, Raynaud fenomeni,
- Kulak-burun-boğaz hastalıkları: Sinuzit ve kulak rahatsızlığı. (Tablo 4.3)

Tablo 4.3: Hastalık gruplarına göre kişi dağılımı

HASTALIK GRUPLARI	**KİŞİ SAYISI n (%)**
Hematolojik	17 (22,1)
Sindirim sistemi	14 (18,2)
Astım-allerjik	8 (10,4)
Psikiyatrik	7 (9,1)
Kas-iskelet sistemi	6 (7,8)
Genitoüriner sistem	6 (7,8)
Nörolojik	5 (6,5)
Göz	4 (5,2)
Kardiyovasküler sistem	3 (3,9)
Lipit metabolizması	2 (2,6)
Diş ve dişeti hastalıkları	2 (2,6)
Kulak-burun-boğaz	2 (2,6)
Cilt hastalıkları	1 (1,3)

Çalışmaya katılan 99 kişi (%16) herhangi bir nedenle ilaç kullandığını belirtirken; kullanılan ilaçlar arasında en çok (%38,3) vitamin ve mineral çeşitleri (multivitamin, B vitamini, C vitamini, vitamin B_{12}, kalsiyum + D vitamini, mineral

takviyesi), ikinci sıklıkla (%8,5) demir preparatları, proton pompası inhibitörleri ve kas gevşeticiler gelmektedir.

Katılımcılarımızın okul başarılarını değerlendirmek amacıyla bir önceki seneye ait not ortalamalarını sorduğumuzda 193 (%31,2) öğrencinin bu soruyu yanıtlamamış olduğu görüldü. Soruya yanıt verenler içinde %69'unun (n=294) 2,00-2,99 arasında not ortalaması olduğu saptanmıştır.

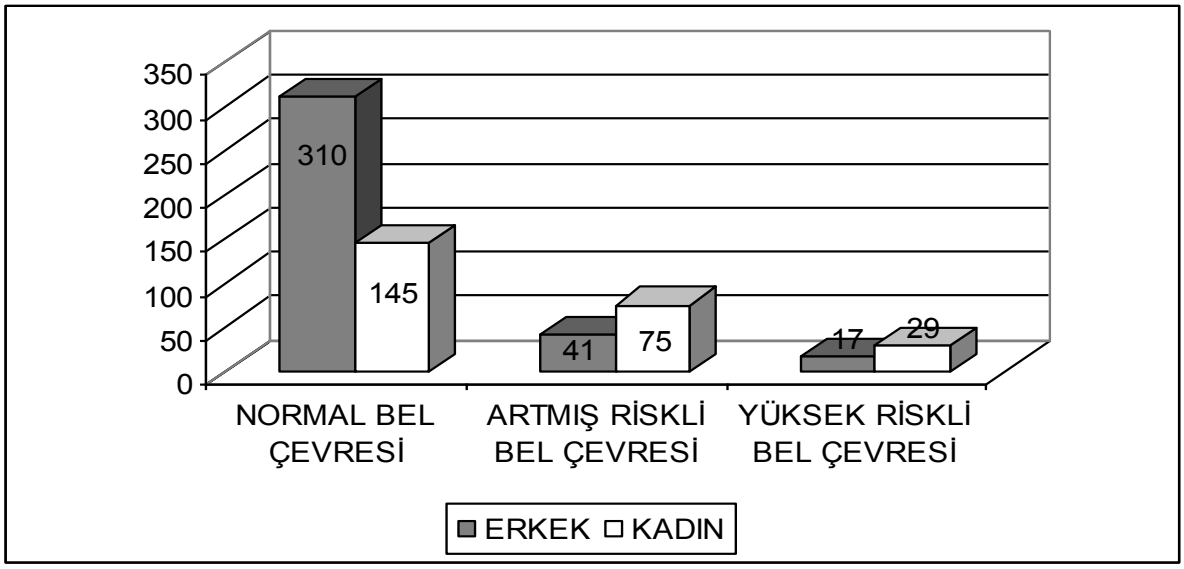
Katılımcılara hayatları boyunca zayıflamak amacıyla herhangi bir ürün kullanıp kullanmadıkları sorulduğunda 5 (%0,8) kişi yanıtsız bırakmakla beraber 593 (%95,8) kişi kullanmadığını belirtmiştir.

4.2 ANTROPOMETRİK ÖLÇÜMLER

Antropometrik ölçümler değerlendirilmeye alındığında 619 katılımcıdan ikisinin anketleri cevapladığı halde antropometrik ölçümleri yaptırmadığı görülüp, ölçümler 617 kişi üzerinden değerlendirildi.

Boy ölçümlerine bakıldığında 148 ile 197 cm arasında ölçümler yapıldığı boy ortalamasının da bu grupta 172,6±8,79 cm olduğu bulunmuştur. Ağırlık ölçüm sonuçlarında ise 38,1 kg ile 115 kg arasında ağırlıkların değiştiği, ortalamasının da 65,8±12,91 kg olduğu görüldü.

Bel çevresi ölçümlerinin katılımcılarda 60-122 cm arasında olup ortalamasının 84,1±8,6 cm olduğu görüldü. Cinsiyetlere göre ortalama bel çevresi kızlarda 79,6±7,09 cm iken erkeklerde ise 87,3±8,1 cm olarak bulundu. Çalışmamıza katılan erkek öğrencilerin %84,2'si (n=310) 94 cm'den küçük bel çevresine sahipken kız öğrencilerde 80 cm den küçük bel çevresi oranı %58,2'i (n=145) olarak bulundu (Şekil 4.3).



Şekil 4.3: Cinsiyetlere göre bel çevresi kategorileri

Çalışmamıza katılanlarda ortalama VKİ 22,0±3,2 bulundu. Cinsiyetlere göre ve okunan fakültelere göre VKİ dağılımı aşağıda tablo 4.4 ve 4.5'te sunulduğu gibidir.

Tablo 4.4: Cinsiyetlere göre vücut kitle indeksi dağılımı

		Cinsiyet n (%)		TOPLAM
VKİ kategori		**Erkek**	**Kadın**	
Zayıf	<18,5	18 (2,9)	65 (10,5)	83 (13,4)
Normal	18,5-24,9	256 (41,5)	174 (28,2)	430 (69,7)
Aşırı kilolu	25-29,9	83 (13,5)	7 (1,1)	90 (14,6)
Obez 1 sınıf	30-34,9	11 (1,8)	3 (0,5)	14 (2,3)
	TOPLAM	**368 (59,6)**	**249 (40,4)**	**617**

Tablo 4.5: Okunan fakültelere göre vücut kitle indeksi dağılımı

		Fakülte veya yüksekokul n (%)			TOPLAM
VKİ kategori		**BESYO**	**Mimarlik**	**Mühendis**	
Zayıf	<18,5	38 (6,2)	17 (2,8)	28 (4,5)	83 (13,5)
Normal	18,5-24,9	208 (33,7)	49 (7,9)	173 (28,0)	430 (69,7)
Aşırı kilolu	25-29,9	30 (4,9)	4 (0,6)	56 (9,1)	90 (14,6)
Obezite sınıf 1	30-34,9	0 (0,0)	4 (0,6)	10 (1,6)	14 (2,3)
	TOPLAM	**276**	**74**	**267**	**617**

Vücut yağ oranı dağılımı katılımcıların 615'inde bakılabilmiş ve %6 ile %47,8 arasında olduğu saptanmış olup ortalaması 19,7±6,8% olarak hesaplanmıştır.

4.3 VÜCUT ALGI ÖLÇEĞİ

Vücut algısı ölçeğinin toplam sonuçlarına bakıldığında anketi katılımcıların 618'i cevaplamış olup en az 85 en fazla 200 puan toplanmıştır. Ortalama puan 152,7±20,8'dir. Vücut algısı ölçeği anketinde değerlendirilen vücut parçası ve fonksiyonları arasında en yüksek ortalama 4,3/ 4,2/ 4,2 olup yaşın, göz şeklinin ve çenenin sorgulandığı sorular iken; en düşük ortalama 3,1/ 3,3/ 3,4 puan ile uyku düzeni, vücuttaki kıl dağılımı ve kilo ile ilgili sorulardır.

Vücut algı ölçeği toplam puanına göre <100; 101-150; 151-200 şeklinde gruplara ayırdığımızda katılımcıların %54,5'inin (n=337) 151-200 puan arasında puan aldığı, %45'inin (n=278) 101-150 puan arasında olduğu ve <100 puanın %0,5 (n=3) oranında alındığı görüldü.

4.4 PSİKOLOJİK BELİRTİ TARAMA LİSTESİ (SCL-90 R)

SCL- 90 R anketini cevaplayan katılımcılar arasında genel semptom ortalaması 0,9±0,6 olup katılımcılar arasında çoğunluğun semptomatik (ortalaması 1 puanın üzerinde) olduğu alt ölçekler obsesif-kompulsif, kişiler arası duyarlılık, depresyon, öfke-düşmanlık, paranoid düşünceler ve ek skalalar şeklindedir. Alt ölçekler içinde en yüksek ortalama obsesif-kompülsif semptomların sorgulandığı skala olup ortalama 1,5±0,7 iken, en düşük ortalamanın 0,5±0,5 puan ile fobik anksiyete alt ölçeğinde olduğu saptandı. Genel semptom ortalaması açısından katılımcılardan 344 kişinin (%55,8) asemptomatik olduğu saptandı (Tablo 4.6).

Tablo 4.6: SCL-90r alt ölçeklerine göre katılımcı dağılımı

Alt ölçekler	Sıklık n(%)	
	Asemptomatik*	Semptomatik**
Somatizasyon	427 (69,3)	189 (30,7)
Obsesif-kompulsif	147 (29,3)	469 (76,1)
Kişilerarası duyarlılık	304 (49,3)	312 (50,7)
Depresyon	315 (51,1)	301 (48,9)
Anksiyete	403 (63,4)	213 (34,6)
Öfke-düşmanlık	322 (52,3)	322 (52,3)
Fobik anksiyete	504 (81,8)	112 (16,2)
Paranoid düşünceler	271 (44)	345 (56)
Psikotik	439 (71,3)	177 (28,7)
Genel semptom ortalaması	344 (55,8)	272 (44,2)

*<1 puan
**≥1puan

4.5 İLERİ ANALİZLER

Vücut algı ölçeği cinsiyete göre değerlendirildiğinde erkeklerin algılarının kadınlara göre anlamlı olarak daha yüksek (ortalamanın 156,6±20,8) olduğu saptandı. (t =-6,051; p=0,00)

Vücut algı ölçeği; araştırmamıza dahil olan yüksekokul ve fakülteler arasında değerlendirildiğinde BESYO'da okuyan katılımcılarda algının daha yüksek olduğu (t=4,388; p=0,00); düzenli spor yapan ve yapmayanlar arasında değerlendirildiğinde anlamlı olarak spor yapanlarda daha fazla olduğu (t=7,47; p=0,00) görüldü.

Normal VKİ'si olan katılımcılarda tahmin edilebileceği üzere vücut algısının daha iyi olduğu ancak farkın anlamlı olmadığı görüldü (t =1,932; p=0,058).

Çalışmamıza katılanlar ortalama vücut yağ yüzdesine göre %19,7'den daha az (1. grup) ve daha çok (2. grup) vücut yağına sahip olmalarına göre sınıflandırıp vücut algı ortalamalarına bakıldığında birinci grubun algısının daha yüksek olduğu (154,6±21,2) ve bunun da anlamlı olduğu görüldü (t =2,409; p=0,016).

Kadınlarda bel çevresi normal olduğu görülen 144 kişinin vücut algı ölçeği ortalamasının diğer bel çevresi ölçümlerine sahip kişilere göre daha yüksek (ortalama:148,7±8,9) ve farkın anlamlı olmadığı saptandı (t=1,916; p=0,057). Erkekler arasında bel çevresi normal olarak değerlendirilen 309 kişinin de ortalama vücut algısı 157,2±20,9 olup diğer bel çevresi ölçümlerine sahip olanlara göre algılarının daha yüksek ancak farkın anlamlı olmadığı saptandı (t=1,285; p=0,202).

Sigara ve alkol kullanan ve kullanmayanlar arasında total vücut algısı farkı saptandı; hem alkol hem de sigara kullananların vücut algılarının daha yüksek olduğu ve bu farkın anlamlı olmadığı görüldü (sırasıyla t=0,529; p=0,597 ve t=1,201; p=0,230).

Zayıflama ürünü kullananlarda total vücut algısının daha düşük olduğu saptandı, ancak anlamlı değildi (t=-1,642; p=0,101).

Düzenli spor yaptığını belirtenlerin psikolojik iyilik haline SCL-90R ile bakıldığında öfke düşmanlık alt ölçeği dışındaki tüm alt ölçeklerde ve genel semptom ortalamasında daha düşük puanlar aldıkları ve bu düşüklüğün anlamlı olduğu t testi ile bulunmuştur (Tablo 4.7).

Tablo 4.7: Spor yapma durumlarına göre SCL-90R puanları

	Spor yapanlarda puan +/- SD	**Spor yapmayanlarda puan +/- SD**	**t**	**p**
Somatizasyon	0,63±0,49	0,84±0,55	- 4,839	0,000
Obsesif-kompülsif	1,32±0,67	1,56±0,67	- 4,532	0,000
Kişilerarası duyarlılık	0,91±0,70	1,15±0,73	- 4,113	0,000
Depresyon	0,87±0,67	1,17±0,74	- 5.257	0,000
Anksiyete	0,72±0,56	0,87±0,60	- 3,350	0,001
Öfke-düşmanlık	1,08±0,89	1,03±0,79	-0 ,719	0,472
Fobik anksiyete	0,43±0,51	0,52±0,56	- 2,189	0,029
Paranoid düşünceler	1,03±0,76	1,15±0,74	- 2,153	0,032
Psikotik	0,62±0,60	0,75±0,59	- 2,560	0,011
Genel semptom ortalaması	0,88±0,56	1,06±0,56	- 3,981	0,000

SCL -90 R ye göre genel semptom ortalaması (GSI) puanı 1 puanın altında olanlar ve 1 puan ve üzerinde olanlarda total vücut algısı karşılaştırıldığında, GSI 1 puanın altında olanlar yani psikiyatrik semptom göstermeyen 344 öğrencinin vücut algıları anlamlı olarak daha yüksek bulundu (t=7,025; p=0,00). Alt ölçekler de aynı şekilde değerlendirildiğinde asemptomatik (puan ortalaması <1) olanlarda vücut algı ölçeği ortalamasının daha yüksek ve bu farkın anlamlı olduğu saptandı. Sonuçları aşağıda tablo 4.8'de sunulduğu şekildedir;

Tablo 4.8: SCL-90 R'ye göre katılımcıların vücut algı ölçeği ortalamaları

	Asemptomatik BCS ortalaması ± SD	Semptomatik BCS ortalaması ±SD	t*
Somatizasyon	155,1±20,1	144,0±20,3	5,646
Obsesif-kompülsif	160,8±20,8	149,2±20,0	6,370
Kişilerarası duyarlılık	158,5±19,7	145,0±19,9	8,367
Depresyon	158,4±19,8	145,1±20,2	8,052
Anksiyete	155,7±20,5	145,6±20,2	5,660
Öfke-düşmanlık	155,1±20,4	149,0±21,1	3,549
Fobik anksiyete	153,9±20,5	144,6±21,9	3,682
Paranoid düşünceler	156,1±20,7	148,3±20,4	4,661
Psikotik	154,6±20,5	146,2±20,9	4,260

*(p=0,00)

Vücut Algısı ile VKİ, vücut yağ oranı ve bel çevresinin ilişki derecesini ve gücünü anlamak amacıyla Pearson korelasyon testi uygulandığında vücut yağı yüzdesi (r=-1,78; p=0,00) ile ters yönde zayıf ve anlamlı bir ilişki saptanırken VKİ (r=0,44; p=,278) ve bel çevresi (r=-0,12; p=0,763) ile ilişki saptanamadı.

Vücut algısı ile cinsiyet, sigara ve alkol kullanımı, hastalık varlığı, düzenli spor yapma ve haftalık spor süresi arasında da Pearson korelasyonu yapıldığında kadın cinsiyet (r=-0,235; p=0,00) ve hastalık varlığı (r=-0,144; p=0,00) ile ters yönde, düzenli spor yapma (r=0,288; p=0,00) ve haftalık spor süresi (r=0,212; p=0,00) ile aynı yönde zayıf fakat anlamlı ilişki saptanırken sigara (r=0,048; p=0,230) ve alkol (r=0,021; p=0,602) kullanımı ile ilişki saptanamamıştır.

Vücut algısı ile SCL-90R Alt Ölçekleri arasındaki ilişki Pearson ile incelendiğinde tüm alt ölçekler ve genel semptom ortalaması ile ters yönde zayıf ve anlamlı bir ilişki olduğu görüldü (Tablo4.9).

Tablo 4.9: SCL-90R alt ölçeklerinin Pearson korelasyon değerleri

SCL-90R alt ölçekleri	Korelasyon değerleri	
Somatizasyon	r =-0,261	p=0,00
Okb	r =-0,252	p=0,00
Kişilerarası duyarlılık	r =-0,294	p=0,00
Depresyon	r =-0,313	p=0,00
Anksiyete	r =-0,237	p=0,00
Öfke düşmanlık	r =-0,106	p=0,00
Fobik anksiyete	r =-0,158	p=0,00
Paranoid düşünceler	r =-0,191	p=0,00
Psikotik	r =-0,207	p=0,00
Genel semptom ortalaması	r =-0,282	p=0,00

Vücut Algısını çalışmamızda saptanan ortalama değerine (152,5) göre iki gruba ayırarak Pearson korelasyon testine göre anlamlı ilişki saptanan parametrelerle (% olarak vücut yağı, cinsiyet, hastalık varlığı, düzenli spor yapma, haftalık spor süresi ve SCL-90 R alt ölçekleri ve genel semptom ortalaması) lojistik regresyon yapıldığında hastalık varlığı (β=-1,215; p=0,016), somatizasyon (β=-1,396; p=0,041), kişilerarası duyarlılık (β=-0,410; p=0,003) ve haftalık spor süresinin (β=0,549; p=0,007) bağımsız değişkenler olduğu saptanmıştır. Cinsiyetlere göre aynı parametreler lojistik regresyonla değerlendirildiğinde kadınlar arasında anlamlı bir değişken bulunamazken; erkekler arasında kişilerarası duyarlılığın (β=-1,904; p=0,001) ve haftalık spor süresinin (β=0,515; p=0,048) bağımsız değişken olduğu görüldü.

5.0 TARTIŞMA

Bu çalışmada, Kocaeli Üniversitesi beden eğitimi yüksekokulu, mühendislik ve mimarlık fakülteleri öğrencilerinde beden algı ölçeği ve SCL- 90 R aracılığıyla beden algısı ve psikolojik iyilik hali sorgulanıp hayatımızdaki spor varlığının bu faktörlere etkileri değerlendirildi.

Çalışmamıza katılan öğrencilerin %41,4'ü düzenli spor yaptığını belirtti. Batılı toplumlarda erişkinlerde Seefeldt ve arkadaşlarının (50) çalışmasına göre düzenli spor aktivitelerine katılım oranı %40'dan az bulunmuştur. Tuyckom ve arkadaşları (49) 25 Avrupa ülkesini içine alan çalışmalarında genel olarak benzer sonuçlar elde etmiş olsa da Danimarka (%59,3), İsveç (%71,9) ve Finlandiya (%74,2) gibi İskandinav ülkelerinde daha yüksek oranlara rastlanmış ve kuzeyden güneye, batıdan doğuya doğru gidildikçe düzenli spor aktivitelerine katılımın düştüğü fark edilmiştir. Çalışmamızda düzenli spor yaptığını belirten çoğunluğun da erkek cinsiyette olduğu görüldü. Irwin (51); Haase (48) ve Türkiye'den Aşçı ve arkadaşlarının (47) çalışmasında da aynı şekilde fiziksel aktivite de erkek cinsiyet egemenliğinin olduğu görülmüştür. Tuyckom ve arkadaşlarının (49) çalışmasında İskandinav ülkeleri ve Hollanda'da kadın üstünlüğüne rastlanırken diğer ülkelerde erkek üstünlüğüne rastlanmış ve aynı çalışma da ülkeler arasında yaş aralıklarına göre cinsiyet hakimiyetinde farklılıklar olduğu saptanmıştır. Aşçı ve arkadaşları (47) bu farkı spor faaliyetine katılım ile feminen ideolojinin örtüşmemesinin kadınların fiziksel aktivitelere daha az katılım nedeni olabileceği şeklinde açıklarken erkek hakimiyetinin olmasını bu cinsiyette spor yeteneğine daha yüksek değer verilmesi, erkeklerin okul sosyal hayatında oyunlara ve aktivitelere daha fazla ağırlık vermesinin katkısının olabileceği şeklinde açıklamışlardır.

Çalışmamızda cinsiyetlere göre değerlendirildiğinde bel çevresi ortalamalarının normal sınırlarda olduğu ve çoğunluğun bu şekilde olduğu görüldü. Ergün ve arkadaşlarının (36) tıp fakültesi 2. sınıf öğrencilerinde yaptığı çalışmada, bel çevresi ortalaması erkeklerde 79,9±8,2 cm ve kadınlarda 67,0±6,4 cm olarak bildirilmiştir. Aynı normal bel çevresi değerleri kullanılmasına rağmen çalışmamızdaki bel çevresi ortalamalarının daha yüksek ve normal değerlerin daha az katılımcıda saptanmasını, giderek abdominal obezitenin gelişen toplumumuzda özellikle kadınlarda büyük bir risk olmasına ve aldığımız önlemlerin yeterli olmamasına bağlamak mümkündür. Uzunlulu ve arkadaşlarının (52) 2009 yılında yaptıkları bir çalışmada Türk erişkinlerinde insülin

direnci ile ilişkili kardiyometabolik riski öngörmede en uygun bel çevresi sınır değerlerinin erkeklerde 9 3cm, kadınlarda 83 cm olduğunu göstermiştir. Bu çalışma her iki cins için ama özellikle kadınlar için, abdominal obezitenin gelecekte büyük bir sorun olacağını göstermektedir.

Çalışmamızda total vücut algısı ortalaması Şanlıer ve ark.'ın aynı ölçeği kullanarak (53) yaptıkları çalışmadaki değerden daha yüksek saptanmıştır.

Çalışmamıza göre, katılımcıların vücutları ve vücut fonksiyonları ile ilgili en çok beğendiklerinin yaş, göz şekli ve çene iken; en az beğenilenlerin uyku düzeni, vücuttaki kıl dağılımı ve kilo olduğu görülmüştür. Beden algısını değerlendirmede aynı ölçeğin kullanılmadığı Göksan'ın (54) ergenlerde yaptığı çalışmasında kız öğrencilerin erkek öğrencilere göre klinik açıdan anlamlı olarak baldır, bacak, popo, kalça, cilt, burun ve ellerinden hoşnut olmadıkları bildirmiştir. Batı toplumunda yüz, cilt ve saç en sık kaygı uyandıran bölgelerken Türk toplumunda kalça ve bel-karın bölgeleriyle ilgili endişelerin daha fazla olduğunu belirten Göksan (54), bu farklılıkların kültürel özelliklerin bireyler üzerine olan etkisiyle açıklanabileceğini belirtmiştir.

Çalışmamızda beden algısının erkek cinsiyette kadınlara göre daha yüksek olduğu, korelasyonun anlamlı ve erkek cinsiyet yönünde zayıf bir ilişki olduğu ancak bağımsız değişken olarak regresyonu yapıldığında farkın anlamlı olmadığı bulunmuştur. Öksüz 'ün (55) çalışmasında da beden algısının kadınlarda daha kötü olduğu saptanmış ve regresyon analiziyle de bu ilişki gösterilmiştir. Şanlıer ve arkadaşlarının (53) çalışmasında ise kadınların algıları erkeklere göre anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır. Özmen ve arkadaşları (56) lojistik regresyonda sadece cinsiyetin beden algısı memnuniyeti üzerinde anlamlı bir etkisinin olduğunu ve kadınların memnuniyetinin daha fazla olduğunu bulmuştur. Literatürdeki pek çok çalışmada kadınların memnuniyetsizliğinin ön planda olduğu belirtilirken son zamanlarda erkek müskülaritesinin giderek görsel ve yazılı basında ön plana çıkartılmasıyla erkeklerde de beden memnuniyetsizliğinin gelişmeye başladığı ve gelecekte sorun olarak önümüze çıkacağı belirtilmektedir.(57)

Beden Algısının düzenli spor yaptığını belirtenlerde ve BESYO'da okuyanlarda diğerlerine göre daha yüksek ve anlamlı olduğu görüldü. Korelasyonunda da pozitif olarak zayıf da olsa ilişki olduğu saptandı. Haftalık yapılan spor süresinin beden algısı ile pozitif olarak korelasyonunun ve regresyonunun anlamlı olduğu saptandı. Hausenblas ve arkadaşlarının (58,59) yaptığı metaanalizde atlet olanların beden

algısının olmayanlara göre daha olumlu olduğu saptanmış ve bunun fiziksel aktiviteyle uğraşan kadınların güncel estetik idealine uygun olarak daha zayıf ve fit ve erkeklerde de arzulanan kaslı fiziğe daha yakın olmalarından kaynaklanabileceği gibi yapılan fiziksel aktivitenin psikolojik olarak olumlu etkisi sonucunda da daha olumlu beden algısı olabileceği şeklinde açıklanmıştır. Fiziksel aktivitenin psikolojik iyilik haliyle pozitif ilişkisi olduğunu gösteren pek çok çalışma mevcuttur (43,65). Daha fazla ve az egzersiz yapan gebeler üzerinde Boscaglıa ve ark'ın (60) yaptığı çalışmada, daha fazla egzersiz yapan gebelerde beden algısının diğer gruba göre ve gebelik öncesine göre daha iyi olduğu saptanmıştır. Vocks ve arkadaşları (61) da tek bir egzersiz seansının bile beden algısını olumlu etkilediğini göstermişlerdir. Elde edilen verilerden yola çıkarak, beden algısının egzersizden olumlu yönde etkilendiği söylenebilir.

Düzenli olarak doktor kontrolüne gittiğini veya ilaç kullandığını belirten katılımcıların beden algısı diğerlerine göre daha düşük ve anlamlı olarak saptandı ve beden algısının hastalık varlığından olumsuz olarak zayıf da olsa etkilendiği korelasyon ve regresyonda da gösterildi. Literatürde de kronik hastalığı olanların beden algısının daha düşük olduğunu gösteren çalışmalarda mevcuttur (63,64,69). Schwab ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (62) nörolojik ve kardiyovasküler hastalıkları olanların psikiyatrik, endokrin ve kas-iskelet hastalıkları olanlara göre daha iyi beden algısı bildiriminde bulundukları belirtilmiştir. İnsanların en hassas dönemlerinden birinin hasta oldukları zamanlar olduğu bilindiğine göre, bu sonuç öngörülebilir bir gerçek olarak kabul edilebilir. Hastalıkların beden algısını olumsuz yönde etkilemesinin yanısıra farklı hastalığı olanlar arasında da beden algılarını değerlendirmede farklılıklar olabileceği düşünülebilir.

Çalışmamızda beden algısı ile psikolojik iyilik hali arasındaki ilişkinin değerlendirilmesinde psikiyatrik semptom göstermeyen öğrencilerin vücut algılarının t test ile anlamlı olarak daha yüksek olduğu, alt ölçeklerde de asemptomatik olanlarda total vücut algı ölçeği ortalamasının daha yüksek ve anlamlı olduğu saptandı. Vücut Algısı ile somatizasyon, depresyon, anksiyete, obsesif-kompülsif bozukluk, kişilerarası duyarlılık, öfke-düşmanlık, fobik anksiyete, paranoid düşünceler, psikotik alt ölçekler arasındaki ilişki Pearson korelasyonu ile incelendiğinde tüm alt ölçekler ve genel semptom ortalaması ile ters yönde zayıf ve anlamlı bir ilişki görülürken lojistik regresyonla bağımsız değişkenleri araştırdığımızda somatizasyon (β=-1,396; p=,041) ve kişilerarası duyarlılık (β=-1,244; p=,005) ile beden algısı arasında ters yönde ve anlamlı

bir ilişki bulundu. Literatürde Özmen (56) ve arkadaşlarının çalışmasındaki gibi beden algısı ve depresyon arasında pozitif yönde bir ilişki olduğunu belirten yayınlar olduğu gibi SUN (67) prospektive kohort çalışmasında olduğu gibi ilişki olmadığını belirten yayınlar da mevcuttur. Sertöz (66) ve arkadaşlarının çalışmasında somatizasyon hastalarının beden algılarının total mastektomize hastalarınki kadar bozuk olduğu görülmüştür. Bibly'nin (70) yaptığı çalışmada da düşük beden algısının azalmış özgüvenle ve artmış obsesif-kompulsif bozukluk, depresyon ve somatizasyon eğilimi ile orantılı olduğu belirtilmiştir. Baylan (68) ve arkadaşları da beden algısı bozukluğu ile ilişkili olduğu bilinen yeme bozukluklarından blumia ile obsesif-kompulsif davranışlar arasında, anoreksiya ile depresyon arasında ilişki olduğunu göstermiştir.

6.0 SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızda spor katılımı açısından Avrupa ülkelerindeki ortalama spor katılımına benzer sonuçlar elde etmiş olsak da toplumumuzda spor aktivitelerine katılımın teknoloji esiri olan bizlerde yeterli olup olmadığına karar vermek zor gibi görünmektedir. Hayatımıza sporu ne kadar kattığımızı düşünecek ve egzersiz ve hayatımıza getirdikleri ile ilgili yapılan bunca araştırmaya bakacak olursak pek yeterli değilmiş gibi görünüyor. BESYO gibi gelecekte bunun eğitimini verecek kişilerin yetiştirildiği okullarda okuyanlarda bile yeterli olup olmadığı, kime ve neye göre baktığınıza göre değişebilir.

Cinsiyetlere göre spor katılımına bakıldığında erkeklerin kadınlara göre daha fazla spor yaptığı görülmektedir. Çevremize baktığımız zaman spor salonlarında genelde kadın hakimiyeti varken bu yaş grubunda spor yapma konusunda erkek hakimiyetinin olması insanı şaşırtabiliyor. Halbuki çalışmamızda da saptadığımız gibi abdominal obezite kadınlar için daha büyük bir risk faktörü gibi dururken kadınların daha fazla spor yapması ve bunu yaşam tarzı biçimine getirmesi gerektiği görülmektedir. Son zamanlarda halka açık yerlerde de spor yapılmasına yönelik girişimler olsa da bireysel olarak şahısların da bunun için zaman ayırması, istek duyması gerekmektedir.

Beden algısı kadınlarda erkeklere göre daha düşük bulunmuştur. Beden algısı bozukluklarının ve yeme bozukluklarının kadınlarda daha fazla görüldüğü bilinen bir gerçektir. Diğer yandan yazılı ve görsel basında giderek artan erkek müskülaritesinin de gelecekte erkekler açısından sorunlar yaratabileceği göz önüne alınarak daha dikkatli olunması gerekmektedir.

Beden algısını beden kitle indeksinin etkilemediği ve vücut yağ oranının algıyı anlamlı olarak etkilediği görülmektedir; ancak bağımsız değişken olmadığı saptanmıştır.

Beden algısı ile psikolojik iyilik hali arasında anlamlı bir ilişki olsa da bağımsız değişken olarak kişilerarası ilişkiler ve somatizasyonun etkili olduğu görülmüştür. Bu da bu yaş grubunda kişilerarası ilişkilerin ne kadar önemli olduğunu bir daha vurgulamaktadır.

Çalışmamızdan elde ettiğimiz sonuçlara göre beden algısı ve psikolojik iyilik halinin yapılan spor aktivitelerinden olumlu olarak etkilendiğini söyleyebiliriz. Fiziksel aktivitemizin gün geçtikçe azaldığı bir toplumda egzersiz yapma konusunda daha hassas

olmalı ve metabolik ve psikolojik faydalarını bildiğimiz sporu, hayatımıza olumlu etkileri açısından sokmanın yollarını bulmalı, yeterli zamanı ayırmalı ve aile hekimi olarak hastalarımıza önermeliyiz.

Beden algısı kavramı tıpkı aile hekimliği disiplinindeki sağlık hizmetlerinin devamlılığı gibi bir ömür boyunca sürekli olarak değişim ve gelişim içindedir.Kişi yaşamı boyunca algısının değişimine yolaçacak pek çok durumla karşılaşacaktır.Bir aile hekimi olarak bize düşen görev beraberce bu durumlara uyum sağlamasını ve daha kolay atlatabilmesi konusunda ona yardımcı olmaktır

7.0 ÖZET

Amaç: Bu çalışmada okudukları bölümünde gereği olarak daha aktif ve düzenli spor yapmakta olduğunu düşündüğümüz üniversite öğrencileri ile daha sedanter bir hayat sürdüğünü düşündüğümüz üniversite öğrencilerinde beden algısı ile bunu etkileyebilecek psikolojik faktörler, bel çevresi, beden kitle indeksi ve vücut yağ oranı arasındaki ilişki incelendi.

Materyal-metot: 2009-2010 öğretim döneminde Kocaeli Üniversitesi (KOÜ) Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu (spor yapan grup) ve Mimarlık–Mühendislik Fakültelerinde (sedanter grup) birinci öğretimde kayıtlı olan 619 öğrenci çalışmamıza katıldı. Katılımcılara sosyodemografik verileri sorgulayan bir anket, Secard ve Jourard (1953) tarafından geliştirilen ve Selim Hovardaoğlu (1993) tarafından Türkçeye uyarlanan beden algısı ölçeği, Derogatis ve arkadaşları (1977) tarafından geliştirilen Hopkins Symptom Check List (HSCL) olarak bilinen envanterden yararlanılarak geliştirilen ve İhsan Dağ (1991) tarafından üniversite öğrencilerinde Türkçe geçerlilik güvenilirliği alınan SCL-90–R (ruhsal belirti tarama listesi) uygulandı. Katılımcılar anketleri doldurduktan sonra araştırmacı tarafından boy ve bel çevresi ölçümü, biyoimpedans yöntemi ile ölçümleri yapılmıştır

Bulgular: Çalışmamıza katılan öğrencilerin %41,4'ü düzenli spor yaptığını belirtti. Beden algısının erkek cinsiyette kadınlara göre daha yüksek olduğu; düzenli spor yaptığını belirtenlerde ve BESYO'da okuyanlarda diğerlerine göre daha yüksek ve anlamlı olduğu görüldü. Vücut Algısı ve % vücut yağı (r=-1,78;p=,00) ile ters yönde zayıf ve anlamlı bir ilişki saptanırken; VKİ (r=0,44;p=,278) ve bel çevresi (r=-0,12;p=,763) ile benzer anlamlı bir ilişki saptanamadı. Vücut Algısı ile SCL-90R Alt Ölçekleri arasındaki ilişki incelendiğinde tüm alt ölçekler ve genel semptom ortalaması ile ters yönde zayıf ve anlamlı bir ilişkisi olduğu görüldü. Vücut algısı ile yüzde olarak vücut yağı, cinsiyet, hastalık varlığı, düzenli spor yapma, haftalık spor süresi ve SCL-90 R alt ölçekleri ve genel semptom ortalaması arasında lojistik regresyon yapıldığında hastalık varlığı (β=-1,215;p=,016), somatizasyon (β=-1,396;p=,041), kişilerarası duyarlılık (β=-,410;p=,003) ve haftalık spor süresinin (β=,549;p=,007) bağımsız değişkenler olduğu saptanmıştır.

Sonuç: Çalışmamızın da gösterdiği gibi beden algısına ve psikolojik iyilik haline yapılacak egzersizin etkisi paha biçilemez önemdedir. Fiziksel aktivitemizin gün

geçtikçe azaldığı bir toplumda egzersiz yapma konusunda daha hassas olmalı ve metabolik ve psikolojik faydalarını bildiğimiz sporu, hayatımıza olumlu etkileri açısından sokmanın yollarını bulmalı, yeterli zamanı ayırmalı ve aile hekimi olarak hastalarımıza önermeliyiz.

8.0 ABSTRACT

Aim: The aim of this study was to determine independent factors of body image among universty students and to make a comparison of body image perception between active and sedantary student sub-groups.

Methods: With a confidence interval of 95% and alfa <5%'a total of 627 students from the Physical Education and Sports College (aasumed to have regular exercise) and Faculties of Architecture and Engineering (assumed to be more sedantary) of Kocaeli University participated in this study (2009-2010 education year). The parcipitants responded to three questionnaires; body cathexis scale, SCL-90 R and a semistructured sosciodemographic survey prepared by the researcher. After getting the answers, the researcher measured the height, weight and applied bioelectrical impedance analysis**.** Body image scores were found higher and significant in men and participants who assumed to exercise regularly. There was a weak negative correlation between body image and body fat ratio (r= -1,78; p=0,00). On the other hand body mass index (r=0,44; p=,278) and waist circumference (r= 0,12; p=,763) did not show a similar correlation. Body image and the subscles of SCL-90 R displayed a weak and negative correlation (r =-0,282; p=0,00). The result of binary logistic regression analyze showed that; having a chronic illness (β=-1,215; p=,016), somatization (β=-1,396; p=,041), interpersonal sensitivity (β=-,410; p=,003) and duration of regular exercise per week (β=,549; p=,007) were independent variables of body image.

Conclusion: Exercise not only improve body image perception but also helps pschological well being. Thus we strongly recommend life-long regular exercise.

9.0 KAYNAKLAR

1-Schilder P. The Image And Appearance Of The Human Body. New York: International Universities Pres; 1950

2-Velioğlu, P, Pektekin Ç, Şanlı T. Hemşirelikte Kişilerarası İliksiler. AÖF Yayınları; 1992: S: 61-66.

3-Ziyalar A. Sosyal Psikiyatri. Yüce Yayınları;1980: 259-265.

4- Smith D, Thompson K, Raczynski J, Hinler J. Body image among men and women in a biracial cohort: The Cardia Study International Journal of Eating Disorders 1999 Jan 25(1): 71-82.

5- Welch C, Gross SM, Bronner Y, Moore ND, Paige DM. Discrepancies İn Body Image Perception Among Fourh-Grade Public School from Urban, Suburban And Rural Maryland. J Am Diet Assoc 2004;104:1080-1085.

6- Morrison TG, Kalin R, Morrison MA. Body Image Evaluation And Body Image Investment Among Adolescents: A Test Of Sociocultural And Social Comparison Theories. Adolescence 2004; 39(155): 571-587.

7- Souto CMRM, Garcia TR. Construction And Validation of a Body Image Rating Scale: A Preliminary Study. Int J Nurs Terminol Classif 2002;13(4): 117-126.

8- Labre MP. The Male Body Ideal: Perspectives Of Readers And Non-Readers Of Fitness magazines. Jmhg 2005; 2(2): 223-229.

9-Eaton DK, Lowry R, Brener ND, Galuska DA, Crosby AE. Associations Of Body Mass Index And Perceived Weight With Suicide Ideation And Suicide Attempts Among US High School Students. Arch Pediatr Adolesc Med 2005; 159(6):513-519.

10-Temel M. Beden İmajını Etkileyen Faktörler Ve Beden İmajı Doyumu. Sendrom Dergisi 2005 Temmuz: 62-65.

11-Cash T, Pruzinsky T. Body İmage: A Handbook of Theory, Research and Clinical Practice. New York: The Guilford Pres; 2002.

12- Caspersen CJ, Powell KE, Christenson GM. Physical Activity, Exercise, And Physical MFitness: Definitions And Distinctions For Health-Related Research. Public Health Rep. 1985 Mar–Apr; 100(2): 126–131.

13- ZORBA E. Herkes İçin Yaşam Boyu Spor. Neyir Yayınları; 2009 Haziran; Syf:9-10.

14- Haskell WL, Lee IM, Pate RR, Powell KE, Blair SN, Franklin BA, Macera CA, Heath GW, Thompson PD, Bauman A. Physical Activity And Public Health: Updated

Recommendation For Adults From The American College Of Sports Medicine And The American Heart Association. *Circulation*. 2007: 116; 1081-1093.
Http://Circ.Ahajournals.Org
15-Zorba, E. Fiziksel Uygunluk. Muğla: Gazi Kitabevi; 2001 syf 7
16- Çok, F. Body İmage Satisfaction İn Turkish Adolescents. Adolescence. 1990; 25: 409-414.
17- Altıntaş A, Aşçı FH. Fitnes Uzmanlarının Bedenlerine Yönelik Algıları. Spormetre Beden Eğitimi Ve Spor Bilimleri Dergisi 2005; Cilt: III Sayı: 3
18- Grogan S. Body İmage: Understanding Body Dissatisfaction İn Men, Women, And Children. Routledge: Psychology Press 2008 syf:1-2.
19-Scully D, Kremer, J, Meade MM, Graham, R, Dudgeon, K. Physical exercise and psychological well being: A critical review. British Journal of Sports Medicine. 1998: 32; 111–120.
20-Plante TG, Coscarelli L, Ford M. Does exercising with another enhance the stress-reducing benefits of exercise? International Journal of Stress Management. 2001: 8; 201–213.
21-Maltby J, Day L. The relationship between exercise motives and psychological well-being. The Journal of Psychology. 2001:135; 651–660.
22-Castillo I, Molina-García J. Adiposity and psychological well-being: effects of physical activity on university students in Valencia, Spain. Rev Panam Salud Publica. 2009 Oct: 26(4); 334-340.
23- Taylor CB, Sallıs JF, Needle R. The Relation Of Physical Activity and Exercise to Mental Health. Public Health Reports. 1985 March-April: Vol. 100 No. 2; 196-202.
24- Akyol A,Bilgiç P,Ersoy G. Fiziksel Aktivite, Beslenme Ve Sağlıklı Yaşam. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayın No: 729. 2008 syf:1.
25-Davis C. Weight and diet preoccupation and addictiveness:The role of exercise. Personality and İndividual Differences. 1990: 11; 823-827.
26-Davis C, Cowles M. Body image and exercise: a study of relationships and comparisons between physically active men and women. Sex Roles. 1991: 25; 33-44.
27-Markula P. Firm but shapely fit but sexy, strong and thin: The postmodern aerobicizing female bodies. Sociology of Sport Journal. 1995: 12; 424-453.
28-McDerrmott L. A qualitative assesment of the significance of body perception to women's physical activity experience: Revisiting discussions of physicalities. Sociology of Sport Journal. 2000: 17; 331-363.

29-Imm PS, Pruitt J. Body shape satisfaction in female exercisers and non-exercisers. Women and Health. 1991: 17; 87-96.

30-Fortier M, Farrell R. Comparing self-determination and body image between excessive and healthy exercisers. Hellenic Journal of Psychology. 2009: Vol.6; 223-243.

31-Mond JM, Hay PJ, Rodgers B, Owen, C. An update on the definition of ‘‘excessive exercise’’ in eating disorder research. International Journal of Eating Disorders. 2006: 39; 147–153.

32-Adkins EC, Keel PK. Does ‘‘excessive’’ or ‘‘compulsive’’ best describe exercise as a symptom of bulimia nervosa? International Journal of Eating Disorders. 2005: 38; 24–29.

33-Ingledew DK, Sullivan G. Effects of body mass and body image on exercise motives in adolescence. Psychology of Sport and Exercise. 2002:3; 323–338.

34-McDonald K, Thompson JK. Eating disturbance, body image dissatisfaction, and reasons for exercising: Gender differences and correlational findings. International Journal of Eating Disorders. 1992: 11; 289–292.

35-Friedman EK, Reichmann SK, Costanzo PR, Musante GJ. Body Image Partially Mediates the Relationship between Obesity and Psychological Distress. Obesıty Research. 2002 January; Vol 10 No. 1; 33- 41.

36-Ergün A, Erten SF. Öğrencilerde Vücut Kitle İndeksi Ve Bel Çevresi Değerlerinin İncelenmesi. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası. 2004; 57(2): 57-61.

37-WHO. Obesity: preventing and managing the global epidemic: Report of a WHO consultation. World Health Organ Techical Report Series 894:2000; i–xii,

38- NHLBI. Obesity Inıtiative Task Force Member;The Practical Guideline: İdentification, Evaluation And Treatment Of Overweight And Obesity İn Adults.2000; 1.

39- Alberti KGMM, Eckel RH, Grundy SM, Zimmet PZ, Cleeman JI, Donato KA, Fruchart JC, James WPT, Loria CM, Smith SC. Harmonizing The Metabolic Syndrome: A Joint İnterim Statement Of The International Diabetes Federation; Internatıonal Atherosclerosis Federation; And The International Association For The Study Of Obesity, Circulation. 2009;120: 1640-1645.

40-Grundy SM, Cleeman JI, Daniels SR, Donato KA, Eckel RH, Franklin BA, Gordon DJ, Krauss RM, Savage PJ, Smith SC, Spertus JA, Costa F. Diagnosis And

Management Of The Metabolic Syndrome. An American Heart Association/National Heart, Lung, And Blood Institute Scientific Statement. Circulation 2005. Available at:http://circ.ahajournals.org

41- Şanlıer N. Gençlerde Biyokimyasal Bulgular, Antropometrik Ölçümler, Vücut Bileşimi, Beslenme Ve Fiziksel Aktivite Durumlarının Değerlendirilmesi. Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi. 2004; 25(3): 47- 49.

42- Küçükkubaş N, Hazır T, Açıkada C. 15–17 Yaş Ergen Erkeklerde Biyoelektrik İmpedans Yönteminde Ölçüm Aralığının Belirlenmesi. Spor Bilimleri Dergisi Hacettepe J. Of Sport Sciences. 2006; 17 (2): 38-47.

43- Hayes D, Ross C. Body and Mind: The Effect Of Exercise, Overweight,and Physical Health on Psychological Well-Being. Journal of Health and Social Behavior. 1986; Vol27(December): 387-400.

44-Hovardaoğlu S. Vücut Algısı Ölçeği. Psikiyatri, Psikoloji, Psikofarmakoloji Dergisi (3P). 1993; Cilt 1 Ek sayı: 2: 26.

45- Dağ İ. Belirti tarama listesi (SCL90-R)'nin Üniversite öğrencileri için Güvenilirliği ve Geçerliliği. Türk Psikiyatri Dergisi. 1991; 2(1): 5-12.

46- Köroğlu E,Aydemir Ö. Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler. Ankara: Hekimler Yayın Birliği 2000. syf:33-40.

47- Aşçı FH, Tüzün M, Koca C. An examination of eating attitudes and physical activity levels of Turkish University students with regard to self-presentational concern. Eating Behaviors. 2006; 7 :362–367.

48-Haase A, Steptoe A, Sallis JF, Wardle J. Leisure-time physical activity in university students from 23 countries:associations with health beliefs, risk awareness, and national economic development. Preventive Medicine. 2004; 39 :182– 190.

49-Tuyckom C, Scheerder J, Bracke P. Gender and age inequalities in regular sports participation: A crossnational study of 25 European countries. Journal of Sports Sciences. 2010 Aug; 28(10): 1077-1084.

50-Seefeldt, V, Malina, R, Clark, M. Factors affecting levels of physical activity in adults. Sports Medicine. 2002 ; 32: 143–168.

51-Irwın JD. Prevalence of university students' sufficient physical activity: a systematic review. Perceptual and motor skills. 2004 Jun; 98(1): 927-943.

52-Uzunlulu M, Oğuz A, Aslan G, Karadağ F. Türk toplumunda bel çevresi sınır değerleri: İnsülin direncini öngördüren bir eşik değer var mıdır? Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi. 2009; 37(6): 17-23.

53-Şanlıer N, Yabancı N, Alyakut Ö. An evaluation of eating disorders among a group of Turkish university students. Appetite. 2008; 51: 641–645.

54-Göksan B. Ergenlerde Beden İmajı Ve Beden Dismorfik Bozukluğu. Uzmanlık Tezi. İSTANBUL: 2007.

55-Öksüz E. Unhealthy Body Perception among Turkish Youths: Socioeconomic Status and Social Comparisons. Coll. Antropol. 2008; 32(1): 5–13.

56-Özmen D, Özmen E, Ergin D, Çakmakçı Çetinkaya A, Şen N, Erbay Dündar P, Taskın O. The association of self-esteem , depression and body satisfaction with obesity among Turkish adolescents. BMC Public Health. 2007; **7**: 80. doi:10.1186/1471-2458-7-80

57-Blond A. Impacts of exposure to images of ideal bodies on male body dissatisfaction: A review. Body Image. 2008; 5: 244–250.

58-Hausenblas H, Symons Downs D. Comparison Of Body Image Between Athletes And Nonathletes: A Meta-Analytic Review. Journal Of Applıed Sport Psychology. 2001; 13: 323-339.

59-Hausenblas H, Fallon E. Exercise and body image: A meta-analysis. Psychology and Health. 2006; 21(1): 33–47.

60-Boscaglıa N, Skouterıs H, Wertheım EH. Changes İn Body İmage Satisfaction During Pregnancy: A Comparison Of High Exercising And Low Exercising Women. Australian And New Zealand Journal Of Obstetrics And Gynaecology. 2003; 43**:** 41–45.

61-Vocks S, Hechler T, Rohrig S, Legenbauer T. Effects of a physical exercise session on state body image: The influence of pre-experimental body dissatisfaction and concerns about weight and shape. S. Psychology and Health. 2009 July; 24(6): 713–728.

62-Schwab JJ, Harmelıng JD. Body Image And Medical Illness. Psychosomatıc Medıcıne. 1968; 30(1): 51-61.

63-Devrimci-Özgüven H, Kundakci TN, Kumbasar H, Boyvat A. The depression, anxiety, life satisfaction and affective expression levels in psoriasis patients. *JEADV.* 2000*;* 14: 267–271.

64-Erkolahti RK, Ilonen T, Saarijärvi S. Self-image of adolescents with diabetes mellitus type-I and rheumatoid arthritis. Nordic Journal of Psychiatry. 2003; 57(4):309-12.

65-Goodwin A, Astbury J, Mcmeeken J. Body İmage And Psychological Well-Being İn Pregnancy;A Comparison Of Exercisers And Non-Exercisers. Australian And New Zealand Journal Of Obstetrics And Gynaecology. 2000; 40(4): 442-447.

66-Sertöz Ö, Dogan Avşargil Ö, Elbi H. Body image and self-esteem in somatizing patients. Psychiatry and Clinical Neurosciences. 2009; 63: 508–515.

67-Pimenta AM, Sánchez-Villegas A, Bes-Rastrollo M, López CL, Martínez-González MA. Relationship between body image disturbance and incidence of depression: the SUN prospective cohort. BMC Public Health. 2009; 9:1 doi: 10.1186/1471-2458-9-1

68-Baylan G, Erol A, Kılıçoğlu A. Predictors of anorectic and bulimic symptoms in adolescent girls. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni. 2009; 19(4) www.psikofarmakoloji.org

69- Uçar T, Uzun Ö. Meme Kanserli Kadınlarda Mastektominin Beden Algısı, Benlik Saygısı Ve Eş Uyumu Üzerine Etkisinin İncelenmesi. Meme Sağlığı Dergisi. 2009, 4(3): 162-168.

70-Bibly EL. The Relationship Between Body Dysmorphic Disorder And Depression,Self Esteem,Somatization And Obsessive Compulsive Disorder. Journal Of Clinical Psychology. 1998 June; 54(4): 489-499.

71-Prichard I, Tiggemann M. Relations among exercise type, self-objectification, and body image in the fitness centre environment: The role of reasons for exercise. Psychology of Sport and Exercise. 2008; 9: 855–866.

72--Shaw SM. Body image adolescent women :The role of sports and physically active leisure. Journal of Applied Recreation Research. 1991; 16: 349-367.

73-Tucker LA, Maxwell K. Effects of weight training on the emotional well-being and body image of females: Predictors of the greatest benefit. American Journal of Health Promotion. 1992; 6: 338-344.

10.0 EKLER
EK-1 SOSYODEMOGRAFİK ANKET
Sayın Katılımcı;

Bu çalışma Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği ABD tarafından öğrencilerin vücutları hakkındaki düşüncelerini ve fiziksel durumlarını değerlendirmek üzere düzenlenmiştir.

Yaş: …… Cinsiyet: □Erkek □Kadın

Medeni hali: □Bekar □Evli □Boşanmış

Öğrenim gördüğünüz Fakülte/Yüksekokul:…… ……...

Bölüm:…… Sınıf:…….

1-Düzenli yaptığınız bir spor faaliyeti var mı? □Hayır (Yanıtınız hayırsa 3.soruya geçiniz)

Evet(yapılan spor türünün adı/adları:……..)

2-Haftada toplam kaç saat spor yapıyorsunuz?.....saat/hafta

3- Daha önceden yapmış olduğunuz bir spor faaliyeti var mı? □Hayır □Evet

4-Sigara kullanıyor musunuz? □Hayır □Evet……..adet/gün

5-Alkol kullanıyor musunuz? □Hayır □Evet

6-Devamlı ilaç kullanmanızı ve/veya doktor kontrolüne gitmenizi gerektiren bir hastalığınız var mı?
□Hayır □Evet……..(adını belirtiniz lütfen)

7-Hekim tarafından önerilen veya kendi kendinize kullandığınız herhangi bir ilaç grubu veya vitamin /mineral var mı? □Hayır □Evet

8-Geçen yıla ait yıl sonu başarı notunuz (yaklaşık bir sayıda olabilir)nedir?.....

9-Zayıflamak amacıyla herhangi bir ürün kullandınız mı? □Hayır □Evet

Bu kısım araştırmacı tarafından doldurulacaktır.

Boy:	cm
Kilo:	kg
Bel çevresi:	cm
BMI:	kg/m2
Vücut yağı:	% kg

EK-2 VÜCUT ALGISI ÖLÇEĞİ

Bu anket insanların kendi vücutları hakkında nasıl duygulara sahip olduğunu belirlemek amacıyla geliştirilmiştir.Aşağıda vücut özellikleri ve beğenip beğenmeme ifadeleri bulunmaktadır.Yapmanız gereken belirtilen vücut özelliğiniz hakkındaki duygularınızı bu ifadelere göre değerlendirmektir.Örneğin; bir vücut özelliğinizi çok beğeniyorsanız bu özellik için '**çok beğeniyorum'** ifadesinin karşılığı olan '**5**'rakamını karşısındaki alana yazınız.Herhangi bir vücut özelliğinizi genel olarak beğenip beğenmemenize göre duygularınızı değerlendirip 1 ile 5 arasında aşağıda belirtildiği şekilde **derecelendirmeniz** rica olunur

1-Hiç Beğenmiyorum

2-Pek Beğenmiyorum

3-Kararsızım

4-Oldukça Beğeniyorum

5-Çok beğeniyorum

1. Saçlarım		21. Omuzlarımın genişliği	
2. Yüzümün rengi		22. Kollarım	
3. İştahım		23. Göğüslerim	
4. Ellerim		24. Gözlerimin şekli	
5. Vücudumdaki kıl dağılımı		25. Sindirim sistemim	
6. Burnum		26. Kalçalarım	
7. Fiziksel gücüm		27. Bacaklarım	
8. İdrar-dışkı düzenim		28. Dişlerimin şeki	
9. Kas kuvvetim		29. Cinsel gücüm	
10. Belim		30. Ayaklarım	
11. Enerji düzeyim		31. Uyku düzenim	
12. Sırtım		32. Sesim	
13. Kulaklarım		33. Sağlığım	
14. Yaşım		34. Cinsel faaliyetlerim	
15. Çenem		35. Dizlerim	
16. Vücut yapım		36. Vücudumun duruş şekli	
17. Profilim		37. Yüzümün şekli	
18. Boyum		38. Kilom	
19. Duyularımın keskinliği		39. Cinsel organım	
20. Ağrıya dayanıklılığım		40. Hastalığa direncim	

EK-3 SCL90-R PSİKOLOJİK BELİRTİ TARAMA LİSTESİ

Aşağıda zaman zaman herkeste olabilecek yakınmaların ve sorunların bir listesi vardır. Lütfen her birini dikkatle okuyunuz. Sonra bu durumun bu gün de dâhil olmak üzere **son üç ay** içerisinde sizi **ne ölçüde** huzursuz ve tedirgin ettiğini gösterilen şekilde numaralandırarak boşluk bırakılan yere yazınız.

(Hiç: 0 Çok az: 1 Orta derecede: 2 Oldukça fazla: 3 İleri derecede: 4)

1. ___Baş ağrısı
2. ___Sinirlilik ya da içinin titremesi
3. ___Zihinden atamadığınız tekrarlayan, hoşa gitmeyen düşünceler
4. ___Baygınlık ya da baş dönmesi
5. ___Cinsel arzu ve ilginin kaybı
6. ___Başkaları tarafından eleştirilme duygusu
7. ___Herhangi bir kimsenin düşüncelerinizi kontrol edebileceği fikri
8. ___Sorunlarınızdan pek çoğu için başkalarının suçlanması gerektiği duygusu
9. ___Olayları anımsamada güçlük
10. ___Dikkatsizlik ya da sakarlıkla ilgili düşünceler
11. ___Kolayca gücenme, rahatsız olma hissi
12. ___Göğüs ya da kalp bölgesinde ağrılar
13. ___Caddelerde veya açık alanlarda korku hissi
14. ___Enerjinizde azalma veya yavaşlama hali
15. ___Yaşamınızın sonlanması düşünceleri
16. ___Başka kişilerin duymadıkları sesleri duyma
17. ___Titreme
18. ___Çoğu kişiye güvenilmemesi gerektiği hissi
19. ___İştah azalması
20. ___Kolayca ağlama
21. ___Karşı cinsten kişilerle utangaçlık ve rahatsızlık hissi
22. ___Tuzağa düşürülmüş veya yakalanmış olma hissi
23. ___Bir neden olmaksızın aniden korkuya kapılma
24. ___Kontrol edilemeyen öfke patlamaları
25. ___Evden dışarı yalnız çıkma korkusu

26. ___Olanlar için kendisini suçlama
27. ___Belin alt kısmında ağrılar
28. ___İşlerin yapılmasında erteleme duygusu
29. ___Yalnızlık hissi
30. ___Karamsarlık hissi
31. ___Her şey için çok fazla endişe duyma
32. ___Her şeye karşı ilgisizlik hali
33. ___Korku hissi
34. ___Duygularınızın kolayca incitilebilmesi hali
35. ___Diğer insanların sizin özel düşüncelerinizi bilmesi
36. ___Başkalarının sizi anlamadığı veya hissedemeyeceği duygusu
37. ___Başkalarının sizi sevmediği ya da dostça olmayan davranışlar gösterdiği hissi
38. ___İşlerin doğru yapıldığından emin olmak için çok yavaş yapmak
39. ___Kalbin çok hızlı çarpması
40. ___Bulantı ve midede rahatsızlık hissi
41. ___Kendini başkalarından aşağı görme
42. ___Adale (kas) ağrıları
43. ___Başkalarının sizi gözlediği veya hakkınızda konuştuğu hissi
44. ___Uykuya dalmada güçlük
45. ___Yaptığınız işleri bir ya da birkaç kez kontrol etme
46. ___Karar vermede güçlük
47. ___Otobüs, tren, metro gibi araçlarla yolculuk etme korkusu
48. ___Nefes almada güçlük
49. ___Soğuk veya sıcak basması
50. ___Sizi korkutan belirli uğraş, yer veya nesnelerden kaçınma durumu
51. ___Hiç bir şey düşünmeme hali
52. ___Bedeninizin bazı kısımlarında uyuşma, karıncalanma olması
53. ___Boğazınıza bir yumru takınmış hissi
54. ___Gelecek konusunda ümitsizlik
55. ___Düşüncelerinizi bir konuya yoğunlaştırmada güçlük
56. ___Bedeninizin çeşitli kısımlarında zayıflık hissi
57. ___Gerginlik veya coşku hissi

58. ___Kol ve bacaklarda ağırlık hissi. Aşırı yemek yeme
59. ___Ölüm ya da ölme düşünceleri
60. ___Aşırı yemek yeme
61. ___İnsanlar size baktığı veya hakkınızda konuştuğu zaman rahatsızlık duyma
62. ___Size ait olmayan düşüncelere sahip olma
63. ___Bir başkasına vurmak, zarar vermek, yaralamak dürtülerinin olması
64. ___Sabahın erken saatlerinde uyanma
65. ___Yıkanma, sayma, dokunma, gibi bazı hareketleri yineleme hali
66. ___Uykuda huzursuzluk, rahat uyuyamama
67. ___Bazı şeyleri kırıp dökme hissi
68. ___Başkalarının paylaşıp kabul etmediği inanç ve düşüncelerin olması
69. ___Başkalarının yanında kendini çok sıkılgan hissetme
70. ___Çarşı, sinema gibi kalabalık yerlerde rahatsızlık hissi
71. ___Her şeyin bir yük gibi görünmesi
72. ___Dehşet ve panik nöbetleri
73. ___Toplum içinde yer, içerken huzursuzluk hissi
74. ___Sık sık tartışmaya girme
75. ___Yalnız bırakıldığınızda sinirlilik hali
76. ___Başkalarının sizi başarılarınız için yeterince takdir etmediği duygusu
77. ___Başkalarıyla birlikte olunan durumlarda bile yalnızlık hissetme
78. ___Yerinizde duramayacak ölçüde rahatsızlık hissetme
79. ___Değersizlik duygusu
80. ___Size kötü bir şey olacakmış hissi
81. ___Bağırma ya da eşyaları fırlatma
82. ___Topluluk içinde bayılacağınız korkusu
83. ___Eğer izin verirseniz insanların sizi sömüreceği duygusu
84. ___Cinsiyet konusunda sizi çok rahatsız eden düşüncelerin olması
85. ___Günahlarınızdan dolayı cezalandırılmanız gerektiği düşüncesi
86. ___Korkutucu türden düşünce ve hayaller
87. ___Bedeninizde ciddi bir rahatsızlık olduğu düşüncesi
88. ___Başka bir kişiye karşı asla yakınlık duymama
89. ___Suçluluk duygusu
90. ___Aklınızda bir bozukluğun olduğu düşüncesi