



**T.C.
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**

**NİLÜFER HALK SAĞLIĞI EĞİTİM ARAŞTIRMA VE UYGULAMA BÖLGESİNDE
20 YAŞ VE ÜZERİ KADINLARDA AŞIRI KİLOLULUK VE ŞİŞMANLIK
PREVALANSI İLE ETKİLEYEN ETMENLER**

Dr. Meriç Arzu UTKU

UZMANLIK TEZİ

Bursa- 2011



**T.C.
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**

**NİLÜFER HALK SAĞLIĞI EĞİTİM ARAŞTIRMA VE UYGULAMA BÖLGESİNDE
20 YAŞ VE ÜZERİ KADINLARDA AŞIRI KİLOLULUK VE ŞİŞMANLIK
PREVALANSI İLE ETKİLEYEN ETMENLER**

Dr. Meriç Arzu UTKU

UZMANLIK TEZİ

Danışman: Doç. Dr. Emel İRGİL

Bursa- 2011

İÇİNDEKİLER

Özet.....	i
İngilizce Özet.....	ii
Giriş.....	1
Gereç ve Yöntem.....	25
Bulgular.....	35
Tartışma	71
Sonuç ve Öneriler.....	96
Kaynaklar.....	98
Ekler.....	101
Teşekkür.....	107
Özgeçmiş.....	108

ÖZET

Obezite hem dünya genelinde hem de ülkemizde sıklığı gittikçe artan önemli bir halk sağlığı sorunudur. Bu çalışmanın amacı, Nilüfer Halk Sağlığı Eğitim Araştırma ve Uygulama Bölgesi'nde 20 yaş ve üzeri kadınlarda aşırı kiloluluk ve obezite prevalansı ile etkileyen etmenleri saptamaktır.

Bu araştırma 1 Ocak 2010- 15 Haziran 2010 tarihleri arasında Bursa ili Nilüfer İlçesi'ndeki Nilüfer Halk Sağlığı Eğitim Araştırma ve Uygulama Bölgesi Koordinatörlüğü'ne bağlı, kentsel, yarı kentsel ve kırsal yapıdaki 13 mahallede ve toplam 905, 20 yaş ve üzeri kadınla gerçekleştirilmiş kesitsel bir araştırmadır.

Araştırmaya katılan kadınlarla yüz yüze görüşülerek 37 sorudan oluşan ve içerisinde demografik durum, sosyoekonomik durum, fiziksel aktivite, beslenme alışkanlıkları ve obeziteyi etkilediği düşünülen etmenlerle ilgili anket formu dolduruldu. Kadınların boy ve kilo ölçümleri yapılarak, BKİ'i hesaplandı. Araştırma verileri SPSS (versiyon 13.0) istatistik programı ile değerlendirildi.

Çalışmamızda fazla kiloluluk prevalansının % 29,2, obezite prevalansının % 34,5 olduğu görüldü ve obezitenin kadınların yaş grupları, öğrenim durumları, medeni durumları, iş durumları, doğum sayıları, sürekli hastalık durumları, kendileri ile ilgili beden algıları, tartılma durumları, kardeşlerinin şişmanlık durumları, adet görme durumları, günlük aktivite durumları, televizyon izleme durumları, kaç öğün yemek yedikleri, ana öğünleri atlama durumları, kendilerini genelde nasıl hissettikleri, üzüntülü ya da sevinçliken yemek yeme durumları, misafir günlerine gitme, yağda kızartılan besinleri kaç günde bir tükettikleri ile ilişkili olduğu bulunmuştur.

Obezite dünyada olduğu gibi ülkemizde de epidemi olarak kabul edilmektedir. Kadınlardaki obezite prevalansının yüksekliği hem kronik hastalıklara neden olması hem de yaşam kalitesini bozması nedeniyle önemlidir. Obeziteden korunmak için, önlenabilir risk faktörlerinin (diyet ve fiziksel aktivite v.b.) hayatın erken dönemlerinden itibaren aile, okul, toplum, devlet ve medya kanalıyla eğitimi ve kontrolü gerekmektedir.

Anahtar kelimeler: Kadın, risk faktörleri, kilo fazlalığı, obezite

SUMMARY

The Prevalance of Overweight, Obesity and the Affecting Factors In Women Older Than 20 Years and Resident in Nilüfer Public Health Training, Research and Application District

Obesity has been increasing in both all around the world and in our country and it becomes an important public health problem. The purpose of this study is to estimate the prevalence of overweight, obesity and the affecting risk factors in women who are older than 20 yeras in Nilüfer Public Health Training, Research and Application District.

This is a cross-sectional study, which was done between 1 January 2010 and 15 June 2010 in Bursa Nilüfer district which is connected to Nilüfer Public Health Training, Research and Application District Coordination and which is made of 13 neighbourhood; consisting of urban, half urban, and rural areas in 905 woman who are older than 20 years old.

I have interviewed face to face with the women who has participated the study and filled the questionnaire which was made of 37 questions . In the questionnaire, there was demographic parameters, socio-economic status, physical activity status, nutritional habits and obesity-related factors. The height and weight of the children were measured and BMI was calculated. The data of the study was evaluated with SPSS (version 13.0) statistic programme.

In this study, the prevalence of owerweight was found 29.2% and the prevalence of obesity was found 34.5%. It was found out that obesity was related with age group, educational level, marital status, occupational status, number of birth, chronic illnesses, body perception, being weighed, presence of obesity in sisters and brothers, the mensturation status, daily activity status, watching television status, the number of daily meals they have, the number of meals they skip in a day, psychological factors, being in a good or bad mood the eating behaviour, visiting the neighbours, and the frequency of consuming fried foods.

Obesity is accepted as an epidemic both in Turkey and in the world. High prevalence of obesity in women causes both chronic illnesses and affects the life quality in a negative way. That's why it is very important.

In order to prevent obesity, the preventable risk factors (diet, physical activity levels, etc...) should be controlled and taught in the early years of life in family environment, at school, by the government, and by the help of the media.

Key words: Women, risk factors, overweight, obesity .

GİRİŞ

Obezitenin Tanımı

Obezite başta gelişmiş ülkeler olmak üzere tüm dünyada prevalansı giderek artan bir sağlık sorunudur. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından; vücut kompozisyonunda insan sağlığını olumsuz şekilde etkileyecek düzeyde yağ miktarının artışı olarak tanımlanmıştır.

Tip 2 Diyabetes Mellitus (DM), hipertansiyon, dislipidemi, kardiyovasküler hastalıklar gibi yol açtığı morbidite ve mortalitesi yüksek sağlık sorunları nedeniyle obezitenin henüz hiçbir hastalıkla birlikteliği yokken tanınması ve tedavi edilmesi koruyucu sağlık politikalarının başında yer almaktadır (1).

Vücut yağındaki değişim, enerji alımı ve enerji harcanması arasındaki dengesizliklere dayanır. Alınan enerji, harcanan enerjiden daha fazla olduğunda obezite gelişir.

Bazı toplumların farklı obezite oranları göstermesi, genetik eğilimlerin yanı sıra diyet ve fiziksel aktivite gibi çevresel faktörlere de bağlı gibi gözükmektedir. Bu yüzden de toplumun çevresel koşullarını değiştirme yönündeki çalışmaların, toplumdaki obeziteye eğilimli kişilerin obez olma olasılıkları azaltacağı düşünülmektedir (2).

Obezite Belirteçleri ve Vücut Yağ Dokusunun Ölçülmesi

Bedenin başlıca deposu olan yağ, trigliseritler olarak adipoz dokunun esasını oluşturur. Yetişkin kadınların beden ağırlığının % 20-27'si adipoz dokudur. Erkeklerde ise, adipoz doku beden ağırlığının % 12-15'i kadardır. Adipoz dokunun bedeninde değişik bölgelerinde dağılımı erkek ve kadında farklıdır. Yağın daha çok bedeninde alt bölümlerinde(kalçada) toplanması 'jenoid tip'(armut biçimi) şişmanlık olarak adlandırılmaktadır ve genelde kadına özgüdür. Yağın bedeninde üst tarafında (bel ve üst karında) toplanması 'android' (elma biçimi) şişmanlık olarak adlandırılır ve erkeğe özgüdür.

Şişmanlık fazla kilolu olmakla eş anlamlı değildir. Bu nedenle obezite ile ilgili en doğru ölçümler organizmadaki yağ dokusu miktarını direkt olarak ölçen yöntemlerdir. Ancak çoğu pahalı ve pratikte uygulanması zor yöntemler

olduklarından, genellikle bunlarla iyi korelasyon gösterdiği bilinen tahmin yöntemleri kullanılmaktadır. Bunlar arasında en fazla kullanılan Beden Kitle İndeksi (BKİ)'dir.

Beden Kitle İndeksi, vücut yağının tahmini bir göstergesidir. Direkt olarak organizmadaki yağ miktarını ölçmez. Bununla birlikte yapılan çalışmalar BKİ'nin vücuttaki yağ miktarını % 90'nın üzerinde doğrulukta gösterdiğini kanıtlamıştır (3).

Obezite tanısında kullanılan belirteçler aşağıda sıralanmıştır:

A-Klasik Referans Yöntemler

1. Vücut yoğunluğu
2. Toplam vücut suyu
3. Toplam vücut potasyumu

B- Yeni Teknikler

1. İn vitro nötron aktivasyon analizi
2. Dual enerjili X ışını absorpsiyometrisi
3. Görüntüleme

C- Prediksyon Teknikleri

1. Ağırlık/Boy indeksleri
2. Deri kıvrım kalınlığı
3. Bel çevresi ve bel/kalça oranı
4. Biyoelektrik impedans
5. Kızılötesine yakın interaktans

BKİ, kilogram olarak vücut ağırlığının metrekaresi olarak boya bölünmesi ile hesaplanır. $BKİ = \text{Vücut ağırlığı (kg)} / \text{boy (m}^2\text{)}$. Bu ölçüm vücut ağırlığının dört sınıfta tanımlanmasında kullanılmıştır. BKİ'nin 18,5'ten küçük olması normalden hafif olarak adlandırılır ve hafif bir şekilde artmış morbidite ve mortalite riski taşır. BKİ'nin 18,5-24,9 arasında olması, normal olarak kabul edilir. Yirmibeşten büyük 29,9'dan küçük BKİ kilo fazlalığı ya da preobez olarak kabul edilir ve normal bireylere kıyasla istatistiksel olarak hafifçe artmış diyabet ve kardiyovasküler hastalık gibi komorbidite riski taşır. Otuzdan büyük BKİ, evre I (30.0- 34.9), evre II (35.0-39.9), evre III (BKİ>40.0) olarak alt gruplara ayrılmıştır (Tablo 1). Her üçü de obezite

kategorisi olarak kabul edilir. Obezitenin bu kategorileri sırasıyla orta, ağır ve çok ağır yandaş hastalık riski taşır (4).

Tablo-1: Fazla kilo ve obezitenin BKİ'ne göre sınıflandırılması

Sınıflama	BKİ (kg/m ²)
Zayıf	<18,5
Normal	18,5-24,9
Fazla kilolu	25.0-29,9
Obezite I	30.0-34,9
Obezite II	35.0-39,9
Aşırı Obezite III	>40.0

NHLBI (National Heart, Lung and Blood Institute) kılavuzundan alınmıştır (5).

Obezite Epidemiyolojisi

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün 'küresel epidemi' olarak açıkladığı obezite, günümüzde tüm toplumları ve yaş gruplarını ilgilendiren, görülme sıklığı giderek artan sosyal ve psikolojik yönleriyle de çok önemli bir halk sağlığı sorunudur (6).

Dünya genelinde yaklaşık 250 milyon kişinin şişman olduğu bilinmektedir. DSÖ 2025 yılında bu sayının 300 milyona ulaşacağını belirtmektedir. Şişmanlık, yalnızca gelişmiş ülkelerin bir sorunu olarak kabul edilmemekte, küreselleşmenin olumsuz etkileriyle gelişmekte olan ülkelerde de bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır (7).

Şişmanlığın önemli bir sorun olduğu A.B.D.'de; 20-74 yaş arası kadın ve erkekler üzerinde yapılan ve 1998 yılında yayınlanan bir araştırmada, fazla kiloluluk ve obezite birlikte ele alındığında, bu oran ülke genelinde % 54,9; kadınlarda % 50,7, erkeklerde % 59,4 olarak saptanmıştır (8).

A.B.D.'de 2007'de yayınlanan bir başka araştırmada; obezite prevalansı ülke genelinde %33,8; erkeklerde % 32,2, kadınlarda % 35,5 saptanmıştır. Fazla kiloluluk ve obezite birlikte ele alındığında, bu oranın ülke genelinde % 68'e; kadınlarda % 72,3'e, erkeklerde % 64,1'e yükseldiği görülmüştür (9).

İngiltere’de yapılan bir çalışmada; 1980 yılından 1991’e kadar hem erkeklerde hem de kadınlarda fazla kiloluluk prevalansının yaklaşık % 25, obezite prevalansının ise yaklaşık % 100 arttığı saptanmıştır (10).

Hollanda’da ise, 1976 ile 1997 yılları arasında obezite prevalansı 37-43 yaş arası erkeklerde % 4.9’dan % 8.5’e; kadınlarda ise % 6.2’den % 9.3’e çıkmıştır (11). Bu rakamlar çağımızdaki obezite epidemisinin A.B.D. ile sınırlı olmadığını göstermektedir (4).

Gelişmiş ülkelerde olduğu gibi Türkiye’de de yetişkin nüfusu oluşturan kadınların yaklaşık % 65’inde, erkeklerin ise % 39’nda hafif ve orta derecede şişmanlık sorunu olduğu tahmin edilmektedir (7).

Bu konuda 1998 yılında yapılmış olan (TNSA-98) Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması’na göre, kadınların % 52.2’nin BKİ’si 25.0’ın üzerinde, % 18.8’nin BKİ değeri ise 30.0 ve üzerinde bulunmuştur (12).

TURDEP-I I (Türkiye Diyabet Hipertansiyon Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması, 2010) çalışmasının sonuçları değerlendirildiğinde; obezite prevalansı genelde % 32 tespit edilmiştir. Erkeklerde kilo fazlalığının, kadınlarda ise obezitenin fazla olduğu dikkat çekicidir. Genel olarak erişkin Türk toplumunun 2/3’ü kilolu veya obezdir. Kentsel ve kırsal bölgelerdeki obezite oranları ise birbirine yakın saptanmıştır (13).

Yaklaşık 23.888 kişinin tarandığı TOHTA’da (Türkiye Obezite ve Hipertansiyon Araştırması,2002); obezite prevalansı kadınlarda % 36.0, erkeklerde ise % 21.5 oranında, genel obezite prevalansı ise % 25.0 olarak bulunmuştur (14).

TEKHARF (Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri 1990-2000) çalışmasında Onat ve ark. 1990’dan 2000 yılına kadar ülkemizde obezite prevalansını izlemişlerdir. Otuz yaş üzeri kadınlarda obezite prevalansı % 32, erkeklerde % 12,5 saptanmış olup; her iki cinste de obezite prevalansının en yüksek 50-59 yaş grubunda olduğu tespit edilmiştir. Obezite prevalansı kentsel ve kırsal yerleşim olarak değerlendirildiğinde, obezite kentlilere kıyasla kırsal bölgelerde yaşayanlarda biraz daha yüksektir. Erkeklerde % 8’e karşılık, % 14; kadınlarda % 27,7’ye karşılık % 29,7 olarak saptanmıştır. Obezite prevalansının bölgelere göre dağılımına bakıldığında;

obezite prevalansının erkeklerde en yüksek Akdeniz ve Karadeniz Bölgelerinde (% 16,9 ve % 16), en düşük Ege'de(% 2.5); kadınlarda en yüksek Karadeniz'de (% 35.6), en düşük Akdeniz'de (% 14.1) olduğu saptanmıştır (15).

Obezite Gelişimi İle İlgili Teoriler

Obezitenin toplumda giderek yaygınlaşmasını açıklayabilmek için çeşitli teoriler öne sürülmüştür. Bunlardan başlıcaları:

- Fazla yağ ve kalori içeren sağlıksız kafeterya (fast food) diyetinin modern yaşamın bir parçası olarak yaygınlaşması (coca colonization). Sağlıklı olan % 55 karbonhidrat, % 30 yağ, % 15 protein içeren dağılım yerine, tipik olarak % 45 karbonhidrat, % 40 yağ ve % 15 protein içeren diyetin tüketilmesi: Çalışmalar, kalorisi aynı olup da daha fazla yağ içeren diyetlerin obeziteye yol açabildiğini göstermiştir.

- Modern yaşam ve teknolojinin sunduğu kolaylıklara karşılık olarak azalan fiziksel aktivite, giderek yaygınlaşan sedanter yaşam.

- Genetik zemin, insülin direnci ile gelişen metabolik sebepler

- Porsiyon miktarlarında ve yeme alışkanlıklarında değişme: Yaşamak için yemek yerine, yemek için yaşamak. Sosyal etkinlikler çerçevesinde yemek yemenin zevk için yapılan hobi gibi bir aktivite haline gelmesi.

- Zayıfların aksine, geçmiş çağlardaki kıtlık dönemlerini aşabilecek yağı depolamaya ve şişmanlığa eğilimli az enerji harcatan, tutumluluğa yatkın genetik yapının günümüzde yoğunlaşması (Thrifty genotipi).

- Alkol alımının yaygınlaşması (4).

Obezite Etyolojisi

Obezite pek çok değişik etiyolojik faktöre bağlı olabilir. Tedavi kararının verilmesinde altta yatan mekanizmaların yeterince anlaşılması gerekmektedir.

1. Nöroendokrin Nedenler: Endokrin nedenler obezite etyolojisi içinde en az rastlanılan nedenler olmakla beraber altta yatan bozukluğun tedavisi obezitenin de düzelmesine yol açtığı için önem taşımaktadır. Hayvan

alışmalarında hipotalamusun ventromedial bölgesindeki lezyonların hiperinsülinizm, hiperfaji ve obeziteye neden olduğu gösterilmiştir. İnsanlarda bu bölgenin tümör, travma, enfeksiyon gibi lezyonlarından etkilenmesi obeziteye neden olmaktadır. Cushing Sendromu'nda santral tipte bir obezite söz konusudur. Hiperinsülinizm durumunda insülinin adipotropik metabolik etkisinin yanı sıra iştah artışına bağlı gıda alımını da arttırması obeziteye neden olmaktadır. Hipotiroidi de ise katabolik aktivitenin azalması ve miksödem gelişimi kilo artışına neden olur (1).

2. Genetik Nedenler: Yapılan alışmalar vücut ağırlığının genetik kontrol ile yakından ilişkili olduğunu göstermiştir. Genetik etkiler bazal metabolizma üzerinde kişiden kişiye farklılıklar göstermektedir. Bundan dolayı bazı kişiler obeziteye daha yatkındır. Obez anne ve babaların çocuklarının obez olma olasılığı % 80 iken, bu risk normal anne ve babaların çocuklarında % 15'dir (16).

Bazı genlerin ve kromozomal anormalliklerinin obezite gelişmesinde primer faktör olarak rol oynadığı, çevresel bazı faktörlerin ise genleri etkileyerek obeziteye neden olduğu saptanmıştır. Yapılan değişik çalışmalarda obezitenin % 20-80 oranında genetik nedenlerle ortaya çıktığı gösterilmiştir. Bir çok genin ve genetik sendromun obezite ile birlikteliği görülmüş ve obezitenin poligenik olduğu sonucuna varılmıştır. Nadir olarak da tek gen mutasyonuna bağlı obezite de saptanmıştır (1).

- Obezite ile ilişkili ya da bağlantılı olduğu düşünölen genlerden bazıları; B3 adrenerjik reseptör, lipoprotein lipaz, apolipoprotein D, apolipoprotein B, LDL reseptörü, dopamin D2 reseptörü, insülin geni hvr, tümör nekroz faktör, glukokortikoid reseptörüdür.

- Obezite ile ilişkili olduğu düşünölen genetik sendromlardan bazıları; Prader-Willi, Bardet-Biedl, Laurence-Moon, Biernand Sendromu II, Alstrom Sendromlarıdır.

- Tek gen mutasyonuna bağlı obezite de ilişkili genler; leptin geni, leptin reseptör geni, melanokortin-4 reseptör geni, pro-opiomelanokortin geni, prohormon konvertaz-1 geni, SIM-1 geni, PPAR-γ reseptör geni, TNF-α genidir (1).

3. Çevresel Faktörler: Bütün obez bireylerde enerji alımı ile tüketimi arasında bir dengesizlik vardır. Hastaların yeme alışkanlıkları ve fiziksel aktiviteleri enerji dengesini etkilemektedir. Etnik ve sosyal kimlik bazı özel yeme şekilleri ile beraber obezite gelişimine katkıda bulunmaktadır. Yaş, cinsiyet, doğum sayısı, evlilik, sigarayı bırakma, alkol tüketimi, teknolojik gelişimle beraber sedanter yaşam, fastfood tarzı hızlı ve yüksek kalorili gıdaların tüketiminin artması obezite gelişimini etkileyen çevresel faktörler arasında sayılmaktadır (1).

4. İlaçlar: Bazı ilaçlar özellikle de psikoaktif ilaçlar ve bazı hormon preparatları kilo aldırabilmektedir. Bu ilaçlar arasında, antipsikotikler (fenotiazin grubu ilaçlar ve butirofenonlar), antidepresanlar (trisiklik antidepresanlar, lityum), antiepileptikler, glukokortikoidler, adrenerjik reseptör antagonistleri, serotonin antagonistleri ve antidiyabetikler (sulfonilüreler, glitazonlar, insülin) sayılabilir (1).

5. Psikolojik Faktörler: Obez hastaların yaklaşık % 25-30'nun depresyon ya da diğer psikolojik sorunları vardır. Duygusal gerginlik sıklıkla aşırı yeme ile ilişkilidir. Bu kişiler kısa zaman dilimlerinde çok yemek yerler ve bunu yaparken de kontrollerini kaybederler. Doktorlar obez hastalara rutin olarak ruhsal durumlarını uyku, iştah, hoşlandığı aktiviteleri ve yemek yeme alışkanlıklarını sormalıdır (16).

Obezitenin Yol Açtığı Sağlık Sorunları

Obezitenin oluşturduğu sağlık riskleri, onu önemli bir halk sağlığı sorunu olarak ele almamızı gerektirmektedir. Obezitenin yol açtığı veya etkili olduğu pek çok sağlık sorunu olmakla birlikte bunların içerisinde kalp-damar hastalıkları belki de en önemlisidir (2).

Obezitenin morbidite ve mortalite üzerine etkili olduğu eskiden beri bilinmektedir. Hiç sigara içmemiş 45-54 yaş arası yaklaşık 100.000 kadın ve 25.000 erkekte yapılan bir araştırmada BKİ>29 olanlarda kardiyovasküler mortalitenin 2 kat arttığı, BKİ>32 olanlarda ise 4 kat arttığı bildirilmiştir (1).

Bir başka araştırmada BKİ>30 olduğunda kardiyovasküler, kanser ve diğer nedenlere bağlı ölüm oranlarında artış olduğu rapor edilmiştir (1).

Mortalite eğrisini tersten okuduğumuzda, orta derecede kilo vermenin mortalite riskinde belirgin azalma sağlayacağı söylenebilir. Vücut ağırlığının

% 10 kaybı ile risk artışında % 50 azalma meydana gelmektedir. Mortaliteyi etkileyen faktörler arasında vücut yağ dağılımı büyük önem taşımaktadır. Abdominal bölgede biriken yağ ile ilişkili en önemli komplikasyon hiç şüphesiz kardiyovasküler hastalık ve ani ölümdür (1).

Hastalıklarla ilişkisine bakıldığında;

1. Kalp-damar Hastalıkları Üzerine Etkileri:

Obezite kalp-damar hastalıkları için bağımsız bir risk faktörü olarak kabul edilmektedir. Framingham kalp çalışması ve Evans County çalışmaları başlangıç ağırlığı ve kilo alımı ile kalp hastalığı arasında kuvvetli bir ilişki bulmuştur. Framingham çalışmasında 25 yaştan sonra kilo alımının özellikle ani ölüm ve angina ile daha çok ilişkili olduğuna dikkat çekilmektedir (17).

Her iki çalışmada da obezlerde hipertansiyon gelişme riski fazla bulunmuştur. Çalışma sonuçları; kan basıncı ve koroner kalp hastalıkları için en yüksek riskin çocuklukta zayıf olup, erişkinlikte kilo alanlarda olduğunu ve özellikle abdominal bölgede yığılmanın önemli olduğunu göstermektedir (17).

Erkekler, karın yağlanmaları olduğu için, (android tip obezite) daha fazla riskli durumdadır. Kadınlarda ise gluteal-femoral yağlanma (jinoid tip) hakimdir ki, bu diğer yağlanma kadar önemli bir risk getirmemektedir (2).

2. Hipertansiyon: Hipertansiyon ve obezite oldukça sık görülen iki hastalıktır. Framingham çalışmasında obeziteli olgularda kan basıncının artması gibi, hipertansif olgularda da obezitenin yüksek olduğu gösterilmiştir. Obezite hipertansiyonun gelişmesi bakımından önemli bir risk faktörü olarak bulunmuştur (17).

Yine NHANES III çalışmasında BKİ arttıkça sistolik ve diyastolik kan basınçlarının da arttığı gösterilmiştir. Hipertansiyon riski, 5-10 kg alanlarda 1.7 kat, 25 kg. alanlarda 5.2 kat daha fazla bulunmuştur. Obezitenin hipertansiyon gelişimine olan etkisi obezitede görülen kalp debisi artışına, artmış norepinefrin düzeylerine bağlı periferik direnç artışına, hiperinsülineminin sempatik aktiviteyi ve sodyum reabsorpsiyonunu artırarak vasküler tonusu yükseltmesine, kalori alımı ile birlikte tuz alımının da artmasına bağlanmaktadır (18).

3. Diyabet Gelişimi: Diyabet gelişiminde obezite major bir risk faktörüdür. Tip II diyabetli hastaların yaklaşık % 80-90'ı obezdir. İnsülin

direnci obezitenin karakteristik özelliklerindendir. Diyabeti olmayan obez kişiler mevcut insülin rezistansını yenmek için yeterli miktarda insülini sentez eder. Ancak diyabete yatkınlığı sağlayan genleri taşıyan obez kişilerde, insülin rezistansını tolere edecek kapasitede insülin sentez edilemez ve diyabet açığa çıkar. Yapılan çalışmaların çoğunluğunda, özellikle abdominal obezite ile glukoz tolerans bozukluğu ve tip 2 diyabet arasında güçlü bir korelasyon saptanmıştır. Yapılan bir çalışmada, BKİ 35'in üzerinde olanlarda; BKİ 23'ün altında olanlara göre diyabet gelişme riski 80 kat daha fazla bildirilmiştir (18). Framingham çalışmasında da, % 0.7 olan diyabet insidansı, % 20 fazla ağırlığı olanlarda % 2'ye, % 50'den fazla ağırlığı olanlarda % 10'a çıkmıştır (2).

4. Lipid Metabolizması: Obezite lipid metabolizmasında birçok değişiklik ile birlikte bulunur. Çoğu obez kişilerde, özellikle abdominal obezitede, serum total kolesterol, LDL ve trigliserid konsantrasyonlarında artış saptanırken, serum HDL konsantrasyonunda % 5 oranında azalma bulunmaktadır. Intraabdominal yağ hücrelerinden karaciğere yağ asidi akışının artması ile birlikte azalmış lipoprotein lipaz aktivitesi, trigliserid içeriği artmış LDL, HDL'nin hepatik lipaz tarafından artmış hidrolizi ve artan insülin direnci obezitedeki dislipidemi etiyolojisine katkıda bulunan ve kalp-damar hastalıkları riskini arttıran faktörlerdendir (18).

5. Strok(İnme): Obezitenin tromboembolik strokla da yakından ilişkili olduğu uzun süreli takip çalışmaları sonucunda gösterilmiştir (2).

6. Metabolik Sendrom: Metabolik Sendrom ve insülin direnci fazla kilo ve obezite ile yakından ilişkilidir.

Abdominal obezite, aterojenik dislipidemi, artmış kan basıncı, insülin direnci, trombotik ve inflamatuvar prosesle karakterize metabolik sendrom, obezite ile yakından ilişkili olup, tedavi hedefinin ilk basamağını oluşturmaktadır (18).

Sonuç olarak; obezite hem sosyal bir hastalık hem de mortaliteyi büyük oranda etkileyen gerçek tıbbi bir problem olarak karşımıza çıkmaktadır. Özellikle BKİ 40'dan fazla olanlarda mortalite riski çok yükselmektedir (2).

Obeziteye Eşlik Eden Hastalıklar ve Obezite Komplikasyonları

1. Kardiyovasküler Sistem:
 - Koroner kalp hastalığı
 - Hipertansiyon ve inme
 - Derin ven trombozu
2. Solunum Sistemi
 - Primer alveolar hipoventilasyon
 - Obstrüktif uyku apnesi
 - Dispne
3. Metabolik-Endokrin
 - Dislipidemi
 - İnsüline direnç
 - Polikistik over sendromu
4. Gastrointestinal
 - Hiatus Hernisi ve reflü hastalığı
 - Nonalkolik yağlı karaciğer
 - Safra taşları
 - Kolorektal kanser
 - Hemoroid
5. Nörolojik
 - Sinir Sıkışmaları
 - Siyatalji
6. Artropatiler
 - Osteoartritis
 - Düz tabanlık
7. Genitoüriner
 - Stress inkontinans
 - Fertilite azalması
 - Cinsel ilişkide güçlük
 - Gebelik komplikasyonları
 - Üriner taşlar
8. Meme ile ilgili
 - Meme kanseri

- Jinekomasti

9. Psikososyal

- Kendinden memnuniyetsizlik
- Depresyon
- Anksiyete
- İş bulma güçlüğü

10. Diğer

- Yüksek hayat sigortası primleri
- Ameliyat riskinde artış
- Horlama (1).

Obezite ile ilgili cerrahi gerektiren hastalıklar: Kolelithiazis, tromboembolizm, ürolithiazis, osteoartrit, variköz venler, özofajit, hiatus hernisi, karın duvarı hernisi, kanserler (endometrial, meme, prostat, kolorektal, ve renal), memenin fibroadenomu, uterus fibromu, ovaryan kistler, sezaryan ve stres üriner inkontinans biçiminde sıralanabilir (4).

Obezite Tedavisinde Genel Prensipler

Obez ve fazla kilolu kişilerin tedavisi için; klinisyenlerin, tıbbi beslenme uzmanlarının, egzersiz fizyologlarının, psikiyatristlerin ve cerrahların işbirliği yapmaları gerekmektedir (4).

Tedavinin amacı; vücut ağırlığının azaltılması, uzun dönemde vücut ağırlığının daha aşağı düzeyde tutulması, daha fazla kilo almanın önüne geçilmesi ve kilo alınmasıyla ortaya çıkabilecek diğer hastalık risk etmenlerinin kontrolüdür. Hastanın tedavisine yönelik etkin tıbbi yaklaşımlar; diyet düzenlenmesi, fiziksel aktivitenin artırılması, davranışçı tedavi, ilaç tedavisi ile bunların kombine biçimde uygulanması ve son çare olarak da cerrahi tedaviyi içine alır. Son yıllarda ortaya çıkan, obezite tedavisine alternatif yaklaşımlar da önemli oranda dikkat çekmektedir.

Düşük kalorili diyet, fiziksel aktivitenin artırılması ve davranış terapisini içeren kombine bir tedavi, kilo verme ve kilonun korunmasına yönelik en etkin yöntemdir (16).

Kilolarından yakınan kişilerin çoğu gerçekte önemli bir sağlık riski taşımamaktadır. Bununla beraber BKİ'i 25,0'in üzerinde olanlar, düşük BKİ'ne

rağmen bel çevresi artmış olan kişiler kilo kaybı için adaydır. Kilo kaybı için kullanılmakta olan obezite tedavisi ilerleme şeması aşağıda görülmektedir (4).

Tablo-2: Obezite Tedavisinin İlerleme Şeması

Tedavi	Endikasyonlar
Diyet	Tüm hastalar
Fizik aktivite artışı	Tüm hastalar
Çok düşük kalorili diyet	BMI>25 kg/ m ²
Anti obezite ilaçlar	BMI>30 kg/ m ² BMI>27 kg/ m ² ve obezite komplikasyonu varlığı
Obezite cerrahisi	BMI>40 kg/ m ² , BMI>35 kg/ m ² ve obezite komplikasyonu varlığı

Kilo vermeye başlamadan önce bazı hastaların dikkat etmek ve mutlak surette uymak zorunda oldukları kurallar vardır. Kilo verme programları herkese uygun olmayabilir. Hastaların kilo vermemesi gereken geçici durumlar, kalıcı durumlar olduğu kadar dikkatli olması gereken durumlar da vardır (4). Bu durumlar aşağıda belirtilmiştir:

Tablo-3: Kilo Verme Programları İçin Uygun Olmama Kriterleri

Kilo Verme Programları İçin Uygun Olmama Kriterleri
1. Geçici Durumlar Gebelik ya da emzirme Stabil olmayan medikal hastalık varlığı Stabil olmayan mental hastalık varlığı Yağsız vücut kütlesi kaybı ya da aritmi yapan tedavi varlığı
2. Dikkatli Olunması Gereken Durumlar BMI < 25 kg/m ² Kolelitiazis Osteoporoz

Major medikal ya da mental hastalık öyküsü
3. Kalıcı Durumlar Anoreksia nervosa Terminal hastalık

Obezite Tedavisi

1. Obezitede Diyet Tedavisi

Obez ve kilolu hastalar için düşük kalorili diyet uygulanmalıdır. Diyetteki kalori miktarını azaltmanın pratik yolu, yağ miktarını azaltmaktır ancak toplam kalori miktarını azaltmaksızın yalnızca yağ miktarını azaltmak kilo vermek için tek başına yeterli değildir (16).

Obezite tedavisinde bugüne kadar açlık, çok düşük kalorili diyet, düşük kalorili diyetler önerilmekle beraber; 800 kkal/gün altındaki diyetler obezite tedavisinde tercih edilmemelidir. Tüm diyetlerin uzun dönemdeki başarıları kişilerin diyeti uygulayamamaları ve başlayıp bırakmaları nedeniyle düşüktür. Bu yüzden diyet planı kişiye özel olmalıdır. Diyet tedavisindeki amaç da enerji alımının azaltılması ve tüm besin gruplarının belli oranlarda içermesi olmalıdır (1).

Diyet tedavisi ile zayıflama BKİ 25-30 kg/m² olup komorbiditesi olan kişiler ile BKİ >30 kg/m² olan kişileri kapsar.

Kilo kontrolünde amaç gıda alımının azaltılması ve enerji harcanmasının artırılmasıdır. Obezitenin diyetle tedavisinde amaç ise; enerji açığı oluşturarak vücut yağ depolarında azalma sağlamaktır. Kas ve vital organlarda hücre kütlesi kaybı olmadan yağ depolarında azalma sağlanmalı böylece vitamin, mineral, elektrolit kaybı önlenmelidir. Diyet tedavisi aşırı kilolu ve obezlerin tedavisinde basit, kolay uygulanabilir, ucuz ve güvenli bir yoldur.

Genelde 500-600 kkal/gün kalori kısıtlaması genellikle haftada 0,5 kg ve 6 ayda % 10 zayıflamaya neden olur. Çoğu sedanter yaşayan kişi için 1000-1600 kkal/gün diyetler yeterli olmaktadır. Total kalori kahvaltıda % 20-25, öğle yemeğinde % 30-35, akşam yemeğinde % 30-35 oranlarında bölünmeli. Sık yemek yemeleri ve açlık hissinin baskılanması sağlanmalıdır.

Uzun dönemde kabul edilebilir bir diyet programında,

- Enerji alımı enerji harcanmasından az olmalı
- Diyet içeriğinde proteinler, vitaminler, mineraller, esansiyel yağ asitlerinden yeterince bulunmalı
- Diyet doyma etkisi yaratmalı
- Diyet günlük kullanıma uygun olmalı ve major komplikasyon yaratmadan uzun süre uygulanabilmeli
- Diyet kişilerin damak tadı ve alışkanlıklarına uygun olmalı
- Yeterli lif ve protein içermeli

Obezite tedavisinde kullanılan kalori içeriği azaltılmış diyetler:

- Açlık diyeti: <200 kkal/gün (kardiak aritmi ve ani ölümler nedeniyle tercih edilmez)
- Çok düşük kalorili diyetler (ÇDKD): 200-800 kkal/gün
- Düşük kalorili diyetler (DKD): 800-1200 kkal/gün olarak sıralanabilir.

1000 kkal /gün altındaki diyetler hastanede yatırılarak uygulanmalıdır. 1000-1200 kkal/gün arasındaki diyetler ayaktan güvenle uygulanabilir (4).

2. Egzersiz :

Fiziksel egzersiz hem kilo kaybının sağlanması hem de kilonun devamlılığının önemli bileşenlerinden birisidir. Başlangıçta haftada 3-5 gün, günde 30-45 dakika süren orta derecede fiziksel aktivite için hastalar teşvik edilmelidir. Devamlı fiziksel aktivite yeniden kilo almayı önlerken, kardiyovasküler hastalık, Tip 2 diyabet riskinde de azalma sağlamaktadır. Fiziksel aktivite sırasında travmadan kaçınmak tedavide dikkat edilmesi gereken önemli bir noktadır. Aşırı obez bir kişinin basit egzersizlerle fizik aktiviteye başlaması ve dereceli olarak arttırması önerilir. Yeni bir fiziksel aktivite programına başlamadan önce mutlaka kardiyopulmoner kontrollerin yapılması gerekir.

Başlangıç aktiviteleri yürüme, yüzme, merdiven çıkma gibi günlük yaşam aktivitelerinin arttırılmasıdır. Fiziksel kapasiteye ve kilo verme miktarına göre daha sıkı egzersiz için teşvik edilir (tempolu yürüyüş, bisiklete binme, kürek çekme, kayak, aerobik dans, ip atlama).

Fiziksel aktivitenin artması vücut yağının azalması yanında, kilo kaybı sırasında kas kütesinin azalmasının da önlenmesinde yararlıdır. Fiziksel aktivite kilo kaybı, abdominal yağlanmada azalma ve kardiyorespiratuar zindelikte düzelmeye neden olur. Fiziksel aktivite yalnızca orta derecede kilo kaybı değil aynı zamanda uzun vadede kilo kontrolünde ve kilonun idamesinde de önemlidir. Fiziksel aktivitenin 2-10 yıllık sonuçları değerlendirildiğinde daha az kilo alımı olduğu görülmüştür.

Düşük yoğunluklu egzersizde; kalp ve solunum hızında artış yoktur. Örnek olarak, yavaş yürüme verilebilir. Orta yoğunluklu egzersizde; solunum ve kalp hızında hafif artış vardır. Kişi hafifçe terler. Örnek olarak, hızlı yürüme ya da yavaş yüzme verilebilir. Şiddetli yoğunluktaki egzersizde; solunum ve kalp hızlanmıştır. Örnek olarak tenis ve jogging verilebilir.

Birçok çalışmada kardiyovasküler hastalığı olan kişilerde düzenli egzersizin yararları gösterilmiştir. Erken ölüm riski azalmaktadır. Haftada 1600 kkal enerji harcanması koroner arter hastalığının ilerlemesini durdururken, haftada 2200 kkal enerji harcanması ise plak azalması ile ilişkili bulunmuştur. Egzersizin tip 2 diyabetin gelişim riskini de önlediği gösterilmiştir.

Orta derecede egzersiz ile 3-4 ay içinde, 4-5 kg civarında kilo kaybı olur. Aktivitenin arttırılması özellikle erkeklerde abdominal yağlanmayı azaltmaktadır. Egzersiz insülin düzeylerini azaltmakta, glukoz toleransını düzeltmekte, lipid profilinde HDL kolesterolde artma, trigliseridlerde azalmaya yol açmakta, sistolik (5-15 mmHg) ve diastolik (5-10 mmHg) kan basıncını düşürmekte ve hastaların psikolojik olarak kendilerini daha iyi hissetmelerini sağlamaktadır.

Egzersiz enerji kullanımını arttırarak, negatif kalori dengesi sağlar. Tek başına egzersiz; BKİ'ni % 2-3 azaltır. Diyet tedavisine yardımcı olarak kullanılmalıdır (4).

3. Obezitede Davranış Tedavisi:

Fizik aktiviteyi arttırmak ve diyet önerilerine uyma zorluğu yaşayan kişilerde, uyumu arttırmak için davranış tedavilerinden de yararlanılır. Davranış tedavisi kişinin motivasyonunu arttırır. Zayıflama tedavisinde yaşam tarzının değiştirilmesi sorun olduğundan tüm zayıflama programlarının

başarısında hasta motivasyonunun sağlanması esastır. Çoğu kişi ailelerinden ya da arkadaşlarından çok az destek görmektedir. Spesifik davranış stratejileri kendi kendini kontrol, stres yönetimi, uyarı denetimi, problem çözme, ihtimallerin yönetimi ve sosyal destektir.

Davranış tedavisinin ilk aşaması motivasyonun değerlendirilmesidir. Psikologlar genelde 'değişimin aşamaları' modelini kullanmaktadır. Bu modelde hastanın davranışındaki değişiklikler, niyet, tasarlama, hazırlanma, eylem ve devam ettirme şeklinde tanımlanmaktadır.

Hasta ile ortaklık oluşturmak, bir diğer husustur. Hasta davranış değişikliği için hedeflerin oluşturulmasına katılmalıdır. Davranış tedavisi, obeziteyi bazal metabolizma ve aktivitelerle harcanan enerjiden daha fazla enerjinin yeme davranışı ile alınması sonucu olarak ortaya çıkan pozitif enerji dengesi olarak tanımlar. Obezitede, davranış tedavisinin asıl amacı yemenin azaltılması, aktivitenin arttırılması ve bu yaşam tarzı değişikliğinin idamesini sağlamaktır.

Davranış değişimi, beslenme, fiziksel aktivite ve kişilik bilgisi gerektirir. Kişilik bilgisi ise bireysel uygunsuz yemeyi önlemede temeldir. Kişilik bilgisinde ilk basamak bir kişinin kendi yeme ve aktivite davranışını tanımlamasıdır. Hastalar miktar, zaman ve yeme koşullarını ve aktivite modellerinin farkında olmak için kendilerini izleme ihtiyacı duyarlar. Uygunsuz yeme davranışına yol açan tipik uyarı, kişiler ile temas ya da stres, anksiyete durumlarıdır. Özel uyaranlar belirlenmelidir ve hastalar kendilerini onlardan uzak tutmaya çabalamalıdır. Daha ileri bir davranış basamağı, yeme davranışını ve ne yediğini kontrol tekniklerini geliştirmektir. Bunların en önemlisi yeme davranışının yakın dikkat gösterme tekniğidir. Diğerleri ise kişinin yemek yediği yerin, yeme hızının, porsiyon boyutlarının ve yeme sıklığının farkında olmasıdır.

Davranış yaklaşımının avantajlarından birisi başarı ile kendi kendini güçlü hissetmedir. Hastalar kendi çabalarıyla pozitif sonuca ulaşabildiklerine inandıkları zaman tedaviye motive olmakta ve özgüvenlerini tekrar kazanmakta ve devam etmeyi arzulamaktadırlar. Davranış tedavisinin bir diğer avantajı hastalara her gün yaşadıkları doğal sosyal ve çevresel koşullar altındaki alışkanlıklarını değiştirmeye izin vermesidir.

Birçok davranış stratejisi kullanılmaktadır. Bunlar; kendi kendini izleme, uyarı denetimi, negatif düşünce, farkında olma, stresin tedavisi, problemi çözme, davranış hedefleri belirlenmesi, vücut biçiminin değiştirilmesi ve adaptasyon, yeme tarzında bozukluk ve farkında olma, pekiştirme ve güçlendirmedir.

Obezite için davranış tedavisi genellikle bir terapistin yönetiminde haftada 1-2 saatlik oturumlar halinde 10-15 kişilik gruplarla 12-20 hafta uygulanır. 6 ay haftada bir, sonra ayda 1-2 kez olan toplantılar iki yıla kadar uzatılabilir. Tek başına davranış tedavisi orta ve şiddetli obezite tedavisinde yeterli değildir. İlaç tedavisi ve ÇDKD ile kombine uygulanması önerilmektedir (4).

4. Kombine Tedavi:

Davranış tedavisi, düşük kalorili diyet ve fiziksel aktivitenin kombine uygulanması kilo verme ve sabit kiloda kalma için başarılı bir tedavi seçeneği oluşturur. Fiziksel aktivite ve düşük kalorili diyetin kombine uygulanması, ağırlık kaybını, abdominal yağ oranının azaltılmasını ve kardiyorespiratuvar uyumun artmasını sağlar. Davranışçı tedavi yaklaşımları diyet ve fizik egzersizle beraber hasta uyumunun arttırılması için kullanılırlar (16).

5. İlaç Tedavisi:

Obez hastalar kendilerini zorlamadan ve kısa sürede kilo verebilecekleri düşüncesi ile ilaç tedavisine eğilimlidir. Bununla birlikte günümüzde kullanılan ilaçların hiçbirisi 'ideal ilaç' değildir. Yan etkileri vardır, etkinlikleri sınırlıdır ve maliyetleri yüksektir. Bu nedenle medikal tedavi uygulanacak hastaların seçimi çok önemlidir. A.B.D.'de Mayo Kliniğinin obez hastalarda, ilaç tedavisi konusunda bazı önerileri bulunmaktadır (1).

Beden kitle indeksi 30 kg/m² veya 27 kg/m² ile birlikte bir veya daha fazla kilo vermekle gerilemeyeceği düşünülen komplikasyon varlığında, daha önceki diyet ve egzersizden oluşan konservatif tedaviye cevapsızlık durumunda ilaç tedavisi önerilmektedir. Bunun yanı sıra; hasta ilaç tedavisine başlamadan önce 2-4 haftalık diyet ve egzersizdeki uygulamaları kabul etmeli, hasta ilaç tedavisi altında iken diyet, egzersiz ve davranış değişikliği tedavilerini sürdürmeyi kabul etmeli, premenapozal kadınlar bir gebelik önleme yöntemi seçip kullanmalı, tedaviye başlarken gebelik ihtimali varsa

gebelik testi yapılmalı, ilaç tedavisinde verilecek ilaç için herhangi bir kontraendikasyon bulunmamalıdır (1).

İlaç tedavisi tüm tedaviler denendikten sonra düşünülmesi gereken bir tedavidir. Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi (FDA) tarafından onaylanan kilo vermeye yönelik ilaçlar BKİ 30 kg/m² olan hastaların tedavi programlarına eklenebilir. Obezite risk etmenleri taşıyan hastalarda, tedavi sınırı BKİ 27 kg/m²'ye çekilebilir. İlaç tedavisi; davranış değişikliği tedavisi, diyet tedavisi, fiziksel aktivitenin artırılması ya da bunların çeşitli kombinasyonlarıyla birlikte uygulanmalıdır. İlacın etkinliği ve yararlılığının değerlendirilmesi gerekir. Eğer ilaç ağırlık kaybına yardımcı olmuyor ya da yan etkiler ortaya çıkartıyorsa derhal kesilmelidir (16).

İdeal bir obezite ilacı; dozla ilişkili kilo kaybı yapmalı, ulaşılan hedef kilonun devamlılığını sağlamalı, kronik olarak kullanıldığında da güvenilir olmalı, tolerans gelişmemeli ve kötü kullanım ya da bağımlılık yapmamalıdır.

İlaçlar kilo kaybı programlarında tanımlayıcı role sahip olsalar da asla birincil olmayıp hemen her zaman tamamlayıcıdır. Hiçbir koşul altında tek başına tedavi olarak kullanılmamalıdır. Çünkü güçleri ve etkinlikleri düşüktür.

Obezite tedavisinde kullanılan ana ilaç grupları; besin alımını etkileyen santral etkili ilaçlar, periferik olarak diyetsetil emilimi bozanlar ve enerji harcanmasını arttıran ilaçlar olarak sınıflandırılabilir (4).

Obezite tedavisinde kullanılan ilaçlar şu şekilde sıralanabilir:

1. Orlistat: Orlistat gastrointestinal lipazı bağlar. Alınan yağın ince bağırsakta hidrolizini engelleyerek emilimini parsiyel olarak önler. Yaklaşık olarak alınan yağın üçte birinin emilimini etkin bir biçimde engeller. Dolayısıyla steatore yapar. İki yıldan uzun süreli randomize klinik çalışmalarda 1 yıldaki kilo kaybı plaseboda % 6.1, orlistatta % 10.2 bulunmuştur. Aşırı steatoreden kaçınmak için hasta tarafından yağ alımı azaltılmalıdır. Yağda eriyen vitaminlerin düzeyleri normal aralıkta kalsalar bile düşmektedir. Bu yüzden çoklu vitamin tabletleri alınmalıdır. Yemek başlangıcında 120 mg günde 3 kez önerilmektedir.

2. Sibutramin: Merkezi sinir sisteminde, nöral sinapslarda hem norepinefrin hem de serotonin geri alım inhibitörüdür. İlgili nörotransmitterlerin nöral sinapsta toplam kalış sürelerini uzatır, sinapstaki

konsantrasyonlarını artırır ve nörotransmisyonlarını güçlendirir. Sibutramin ile bir yıl ve daha uzun süreli kilo kaybı plasebodan anlamlı olarak büyük bulunmuştur. Bu ilaç randomize klinik çalışmalarda plasebodaki % 1-4'e kıyasla, % 5-8 kilo kaybı yapmıştır. Sibutramin norepinefrin nörotransmisyonunu arttırdığı için kan basıncı ve kalp hızı üzerine de etkiye sahiptir. Bu ilaç kullanıldığı zaman hipertansiyon açısından dikkatli izlem gerekebilir. İlaça günde 10 mg ile başlanıp, 15 mg/güne çıkılabilir. Yan etkileri arasında ağız kuruluğu, baş ağrısı, uykusuzluk ve konstipasyon gelmektedir (4).

İlaç tedavisinde en sık kullanılan iki önemli ilacın etki mekanizması, yan etkileri ve dozajı aşağıdaki tabloda belirtilmiştir.

Tablo-4: Sibutramine ve Orlistatin Karşılaştırılması(16)

İlaç	Etki Mekanizması	Yan Etkiler	Dozaj
Sibutramine	Serotonin Noradrenalin Dopamin reuptake inhibitörü	Kan basıncında artış Taşikardi Baş ağrısı İnsomnia Konstipasyon Ağız kuruluğu	Başlangıçta günlük doz 10 mg. Tedaviye yanıt vermeyenlerde 4. haftanın sonunda günlük doz 15 mg.
Orlistat	Reversible lipaz inhibitörü	Fekal inkontinans Steatore, flatus Vitamin malabsorbsiyonu	Günde 3 kez 120 mg.

3. Diğer ilaçlar:

Bir noradrenerjik ilaç olan Fenteramine; bir atipik antidepresan olan bupropion; bir anti-epileptik ajan olan topiramet; Tip 2 diyabetli hastalarda glukoz kontrolü için yaygın olarak kullanılan metformin, beyindeki iştah regülasyonunda rol oynayan endokanabioid sistemi bloke ederek etki eden Rimonobant, zaman zaman kullanılsa da etkinlik ve başarı bakımından yeterli bulunamamıştır.

4. Bitkisel preparatlar: Avrupa'da kilo kaybı için efedrin ve kafein kombinasyonları yanında efedrin, kafein ve aspirin kombinasyonu çalışması yapılmıştır. Bunların hepsi plaseboda daha etkin bulunmuştur.

5. Gelecekte obezite tedavisinde kullanılabilecek ilaçlar:

- Adrenomedullin
- Peroksisom proliferetör aktive edici reseptörler (PPARlar)
- Mitokondrial uncoupling proteinler
- Beta-3 adrenerjik reseptörler ve agonistleri
- Diptidil peptidaz IV inhibitörleri (4)

6. Obezitede Cerrahi Tedavi:

Şiddetli obezite BKİ > 40 kg/m² ve BKİ 35- 40 arasında ancak obezite ile ilişkili komorbid hastalık için yüksek risk taşıyan kişiler cerrahi tedavi için adaydır. Kilo kaybettiren cerrahi yöntemler diğer tedavi yöntemlerinin başarısız olduğu hastalara saklanmalıdır. Bunlar:

* Gastrik rezeksiyon:

- Horizontal gastropласти
- Vertikal bantlı gastropласти
- Gastrik bantlama

* Malabsorbsiyon yapan yöntemler

- Jejunoleal by-pass
- Retrokolik loop by-pass
- Roux-en Y gastrik by-pass

* Kombinasyonlar

- * Laparoskopik anti-obezite cerrahisi
- * Biliyopankreatik diversiyon
- * Liposuction
- * Lipektomi

İntestinal bypass ve gastrik balon uygulanması ise önerilmeyen cerrahi girişimlerdir.

Cerrahi tedavi ilkelerine bakıldığında:

- Obezite cerrahisi BKİ ≥ 40 kg/m² ya da BKİ 35-39.9 kg/m² arasında ve ciddi medikal koşullar varsa uygulanır.

- Obezite cerrahisinde alınan gıdaların azaltılması için mide ve ince barsak modifikasyonları uygulanır.
- Günümüzde obezitede kullanılan cerrahi yöntemler daha güvenilir ve etkilidir.
- Şiddetli obezitede cerrahi yöntem uzun vadede kilo kontrolü için iyi bir yöntemdir.
- Cerrahi öncesi kadar hastalar risk ve yararlar konusunda da bilgilendirilmelidir.
- Cerrahi sonrası hastalar yaşam tarzı değişiklikleri için motive edilmelidir.
- Bir medikal tim yaşam boyu takip planının parçası olmalıdır (4).

7. Obezitede Alternatif Tedavi

- Akupunktur: Etkinliği çok tartışmalı sonuçlar vermiştir. Büyük ölçekli çalışmalarda vücut ağırlığına etkisi olmadığı gösterilmiştir.
- Hipnoz: Bir dizi meta analiz sonuçlarının tartışmalı olduğunu göstermiştir (4).

Obezitenin Önlenmesi

Obezite epidemisi ile mücadele edebilmek için önce çevresel faktörler düzeltilmelidir. Obeziteye karşı korunmada davranışlarımızı düzeltecek üç ana yol vardır.

Öncelikle porsiyonları küçültmek konusunda eğitim verilmelidir. Böylece 'pasif aşırı yeme' engellenecektir. Ayrıca restoran endüstrisi, yüksek enerji yoğunluklu yiyeceklerde porsiyonları küçültme açısından cesaretlendirilmelidir.

İkinci adım olarak, düşük yağ ve düşük enerji yoğunluklu gıda kullanımı arttırılmalıdır. Bu tip gıdalar, sebze, meyve ve tahıl gibi restoran ve dükkanlarda daha kolay bulunabilir olmalıdır.

Üçüncü adım, çevreyi fiziksel aktivitenin önemine hazırlamaktır. Düzenli fiziksel aktivite uygulayan bireyler daha sağlıklı, daha az sağlık sorunu olan ve çalışma esnasında daha az sedanter olanlardır.

Uyulması Gereken Öneriler:

A- Alışverişe Yönelik Öneriler

- Yiyecek alışverişini tok karnına yapmak
- Alışverişe liste hazırlayıp öyle çıkmak
- Satın alırken aynı gruptaki besinlerin enerjisi düşük olanını seçmek

B- Planlı Olmaya Yönelik Öneriler

- Sabah kalkınca, her öğün öncesi, sırası ve sonrasında 1 bardak ılık su içmek
- Önerilen yiyecekleri planlanan zamanlarda yemek (5-6 öğün şeklinde). Öğün atlamamak
- İkramları kabul etmemek, bunu kabalık olarak nitelendirmemek.
- Düzenli dışkılama alışkanlığı edinmek (her gün sabah kalkınca)
- Her hafta, sabah aç karnına aynı kıyafetlerle tartılmak ve ağırlığı kaydetmek

C- Yemekle İlgili Aktivitelere Yönelik Önlemler

- Yenilmemesi gereken besinleri evde bulundurmamak
- Yemekte servis kepçesinin küçük olmasına dikkat etmek
- Yemek biter bitmez masadan kalkmak
- Mümkün olduğunca iyi çiğnemek ve yavaş yiyerek lokmaların tadına varmak
- Yemek yerken başka aktiviteler (TV seyretmek, okumak gibi) yapmamak
- Akşam yemeğinden sonra yemek yememek(şekersiz çay, ıhlamur içilebilir)
- Doyulmazsa tekrar alma şansı olduğunu düşünerek tabağa mümkün olduğu kadar az yemek koymak

- Alkol, zengin soslar ve süslemelerden kaçınmak

D- Özel Günlere Yönelik Önlemler

- Kalorisiz veya düşük kalorili içecekleri tercih etmek
- Her koşulda diyet listesine uygun besinleri seçmeye özen göstermek
- Çok aç olunduğunda düşük enerjili besin(salata, meyve, ayran, çorba) yemek
- Gerekirse besin tekliflerini reddetmek, aksilikler karşısında cesaretini kırmamak

E- Diğer Öneriler

- Aktiviteyi arttırmak. Kısa mesafelerde taşıt kullanmamak, asansöre binmemek, hızlı tempoyla yürümek, ev işlerini kendi kendine yapmaya çalışmak
- Çevredeki kişileri de 'yeterli ve dengeli beslenme' konularında teşvik etmek
- Yemek pişirirken düşük enerjili yemekler pişirmeye gayret etmek
- Açlık halinde yemek yeme ile oburca yemek yemeyi birbirinden ayırmak
- Kilo verme konusunda kendisine güvenmek, sabırlı olmak, sıkıntıları yiyerek gidermek yerine başka faaliyetlerde bulunmak(her gün kitap okumaya vakit ayırmak gibi) (4).

Sonuç olarak; obezitenin kontrolü tüm sağlık problemlerinde olduğu gibi, sorunun belirlenmesi ve korunma açısından öncelik taşımaktadır. Obezite tedavisi ne yazık ki uzun soluklu bir süreç olup çeşitli güçlükler içermektedir. Bu yüzden koruyucu yaklaşımların öncelik taşınmasına karşılık, obezitenin yüksek prevalansla görüldüğü ülkelerde tedavisi de gün geçtikçe önem kazanmaktadır.

Toplum eğitimlerinde fazla beslenmenin, az beslenme kadar olumsuz bir beslenme şekli olduğu anlaşılır hale getirilmelidir. Toplamların besin tüketim alışkanlıkları değerlendirilmeli, yeterli ve dengeli beslenmenin sağlanabilmesi için besin politikaları da yeniden gözden geçirilmelidir.

Tedavideki temel yaklaşım; enerji alımının azaltılması yanı sıra enerji harcamasının artırılmasıdır. Bu noktada davranışların değiştirilmesi önem taşımaktadır. Uzun ve güç bir süreç olan tedavi boyunca diyet ve egzersiz yanı sıra psikolojik ve sosyal destek kombinasyonu da sağlanmalıdır. Diyet bilinçli yapılmadığında çeşitli sağlık riskleri taşımaktadır bu yüzden bu husus akıldan çıkartılmamalıdır (2).

Kentleşme, modernleşme ve gıdaların küresel pazarlanması ile birlikte beslenme tarzındaki değişiklikler, özellikle endüstrileşmiş toplumlarda şişmanlık için önemli bir risk faktörü haline gelmiştir. Doymuş yağ asitlerinden zengin, yüksek kalorili gıda ve içeceklerin tüketimi, son yıllarda gelişmekte olan ülkeleri de tehdit etmektedir. Fiziksel aktivitelerin azalması, spor yapmama, uzun süreli oturma ve televizyon seyretme alışkanlıklarının

değişmesi olumsuz beslenme alışkanlıkları ile birleşince şişmanlığa zemin hazırlamaktadır. Bu yüzden; çocukluk yaşlarından itibaren beslenme alışkanlıklarının değiştirilerek, sağlıklı ve doğal bir beslenmenin oluşturulması, bunun egzersizle desteklenmesi, çevresel olanakların geliştirilmesi ve obezite ile olumsuz etkilerinin erken tanısını sağlayacak politikaların oluşturulması gerekmektedir (6).

Çalışmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı; Nilüfer Halk Sağlığı Eğitim Araştırma ve Uygulama Bölgesi'nde 20 yaş ve üzeri kadınlarda aşırı kiloluluk ve obezite prevalansı ile etkileyen etmenleri saptamaktır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırma Bölgesinin Tanıtılması

Nilüfer Halk Sağlığı Eğitim ve Araştırma Bölgesi (NHSEAB), Nilüfer ilçesi sınırlarında yer almaktadır. Bölge, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerine birinci basamakta uygulama olanağı yaratmak, halka nitelikli sağlık hizmeti sunmak ve halk sağlığı ile ilgili saha araştırmalarını yürütmek amacı ile Nilüfer belediyesi ve Uludağ Üniversitesi arasında 30 Ekim 2001'de imzalanan 10 yıllık bir protokolle kurulmuştur.

NHSEAB'de Fethiye, Kültür ve Ahmet Yesevi mahallelerinde 3 Halk Sağlığı Birimi (HSB) bulunmaktadır. Halk Sağlığı Birimlerinde öncelikli olarak birinci basamak sağlık hizmeti sunulmakta, bu hizmet sunumu sırasında tıp fakültesi son sınıf öğrencilerinin kırsal hekimlik uygulamalarına ortam sağlanmaktadır. Ayrıca bölgede bilimsel araştırmalar düzenlenip yürütülmektedir. Halk Sağlığı Birimlerinde ana- çocuk sağlığı ve aile planlaması, sağlık eğitimi, çevre sağlığı hizmetleri, poliklinik, ilk ve acil yardım, laboratuvar ve ücretsiz ilaç dağıtımı hizmetleri, istatistik işleri, gebe, lohusa, 0-6 yaş çocuk, 15-49 yaş evli kadın ve 65 yaş üstü yaşlılar gibi risk gruplarının izlenmesi hizmetleri verilmektedir. Risk grupları izlemleri bölgede çalışan ebe/ hemşireler tarafından, ev ziyaretleri yapılarak gerçekleştirilmektedir.

NHSEAB'nin ev halkı tespit fişlerine göre 2010 yılı yıl sonu nüfus 23.456 olup nüfusun % 50,1'i kadınlar, % 49,9'unu erkekler oluşturmaktadır.

Araştırmaya Ait Bilgiler

Bu araştırma; 1 Ocak 2010- 15 Haziran 2010 tarihleri arasında Bursa ili Nilüfer İlçesi'ndeki, Nilüfer Halk Sağlığı Eğitim Araştırma ve Uygulama Bölgesi Kordinatörlüğü'ne bağlı, kentsel, kırsal, yarı kentsel yapıdaki 13 mahallede yapılmış kesitsel tipte bir epidemiyolojik çalışmadır. Araştırma öncesinde; Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Araştırmalar Etik Kurulu'ndan araştırmanın yürütülmesi için 5 Ocak 2010 tarih, 2010-1/8 sayılı etik kurulu kararı ile gerekli izin alınmıştır.

Araştırmanın evrenini Bursa ili Nilüfer ilçesindeki, Nilüfer Halk Sağlığı Eğitim Araştırma ve Uygulama Bölgesi Kordinatörlüğü'ne bağlı 13 mahalledeki toplam 10207, 20 yaş ve üzeri kadın oluşturmaktadır.

Çalışmada örnek hacmi belirlenirken obezite prevalansı % 45 ve $d=0.03$ olarak kabul edilmiştir. Araştırmada örneklem büyüklüğünü hesaplamak için aşağıdaki formül kullanılmıştır.

$$n = \frac{N t^2 p q}{d^2 (N-1) + t^2 p q}$$

N = Evrendeki birey sayısı (10207) kişi

n = Örnekleme alınacak birey sayısı

p = İncelenen olayın görülme sıklığı (0.45)

q = İncelenen olayın görülmeme sıklığı (0.55)

t = 1.96 (α = 0.05, ∞ serbestlik derecesindeki teorik t değeri % 95 güven aralığı)

d = 0.03

Formüle göre örneklem büyüklüğü (n) 931 kişi olarak belirlenmiştir.

Araştırma planlanırken, mahalleler sosyoekonomik durum açısından kentsel, yarı kentsel ve kırsal olarak tabakalandırıldı ve örnekleme alınan bireyler de sistematik örnekleme ($w=10$) yöntemi ile seçildi.

Araştırmaya katılmayı reddedenler, araştırma sırasında vefat edenler ve hamile olanlar dışında her kadın araştırmaya dahil edilmiştir. Evlerine iki kere gidildiği halde evde bulunamayanların yerine ise yedek seçilmiş ve bunlara gidilmiştir.

Araştırma toplam 905 kadının katılımıyla gerçekleşmiştir. Araştırmadaki örneklem sayısı 931 olmakla beraber; 11 kadın görüşmeyi reddettiği için, 1 kadın görüşmeye gidilemeden önce yaşlılık sebebiyle öldüğü için, 14 kadın da hamile olduğu için araştırmaya alınamamıştır. Böylece 26 kadın araştırma dışında yer almış ve araştırmaya katılan kadın sayısı 905 olmuştur. Böylece; araştırmada örneklemin % 97,2'ne ulaşılmıştır.

Tablo-5: Çalışmanın Evreni ve Örneklem Nüfusu

	Toplam Nüfus		Örneklem Nüfusu	
	Sayı	%	Sayı	%
Kentsel	3855	37,8	342	37,8
Yarı kentsel	3847	37,7	341	37,7
Kırsal	2505	24,5	222	24,5
Toplam	10207	100,0	905	100,0

Araştırmanın amacı ve anket formu araştırmacı tarafından kadınlara açıklanmış, anket araştırmacı tarafından doldurulmuş ve kadınlara obezite konusunda bilgi verilmiştir. Anketle beraber aydınlatılmış onam formu araştırmaya katılan kadınlara verilerek imzalı onayları alınmıştır.

Anket sorularının son kısmında, araştırmaya katılan her kadının boy ve kilosu aynı araştırmacı tarafından ölçülerek, Beden Kitle İndeksi (BKİ) hesaplanmıştır.

Kadınların ağırlıkları, üzerlerindeki kalın giysiler çıkartıldıktan sonra, Tanita marka (BC 545) elektronik baskül ile; boyları ise 1mm hassasiyette ölçüm yapabilen metal mezüre ile kişiler dik pozisyonda ve sırtları duvara dayalı iken ayakkabıları çıkartılarak ölçülmüştür.

Rastgele seçilen 10 kişinin üzerlerinde kalan kıyafetleri ayrıca tartılarak ortalama olarak 800 gr. (0,8 kg.) giysi ağırlığı olduğu ortaya çıkmıştır. Bu nedenle ağırlıklarından giysi ağırlığı 800 gr. (0,8 kg.) çıkartılmıştır.

Araştırmada kullanılan BKİ; (kg)/ boy² (m) formülü ile hesaplanmış olup, NHLBI (National Heart, Lung and Blood Institute) kılavuzundan alınan BKİ sınıflaması kullanılmıştır.(5)

Anket Formu

Anket formu 37 sorudan oluşmaktadır. Kimlik bilgileri alındıktan sonra, kadının hamile olup olmadığı sorulmuş, evet cevabını vermiş ise anket bitirilmiş ve kadın araştırmaya dahil edilmemiştir. Eğer hayır cevabını verdi ise, diğer sorulara geçilmiştir. Şayet bilmiyorum cevabını vermiş ise, yine ankete devam edilmiştir.

Üçüncü soruda; kadının doğum tarihi sorulmuştur. Doğum tarihine göre, 20 yaş altındaki kadınlar araştırmaya dahil edilmemişlerdir.

Dördüncü soruda; kadının öğrenim durumu en son mezun olduğu okula göre değerlendirilmiş olup, okuma yazma bilmeyenler “okur-yazar değil” olarak, hiç okula gitmeyip de kurs yardımı ile okuma yazma öğrenenler ya da ilkokula başlamış ancak mezun olamamış olanlar “okur-yazar”olarak değerlendirilmiştir. İlkokul, ortaokul, lise mezunu olanlar farklı seçeneklerde belirtilirken; yüksekokul ya da üniversite mezunu olanlar aynı seçenekte belirtilmiştir.

Beşinci soruda; kadının medeni durumu sorulmuştur. Evli olanlar, bekar olanlar, eşi ölmüş olanlar ve eşinden ayrı olanlar ayrı ayrı seçeneklerde belirtilmişlerdir.

Altıncı soruda; kadının çalışma durumu temel olarak ev hanımı ya da çalışıyor şeklinde iki temel seçenekte sınıflandırılmıştır.

Yedinci soruda; kadının oturduğu semt şematik olarak satır ve sütunda ayrı ayrı belirtilmiştir. Satır bölümünde oturduğu semt sosyoekonomik olarak; iyi, orta, kötü olarak belirtilirken; sütun bölümünde evin fiziki koşulları; evi yok, gecekond, apartman dairesi ve müstakil ev şeklinde belirtilmiştir. Bu sorudaki amaç, kişinin oturduğu mahalleyi sosyoekonomik olarak sınıflarken; yine oturduğu evi, evin tipine ve fiziki koşullarına göre de sınıflamaktır.

Sekizinci soruda; kadının kaç doğum yaptığı sorulmuştur. Hiç doğum yapmamışlar ayrı bir seçenekte, 1 ya da 2 doğum yapanlar ayrı bir seçenekte, 3 ve üzeri doğum yapanlar ayrı bir seçenekte belirtilmiştir.

Dokuzuncu soruda; kadının kendine göre kilosuna sorulmuştur. Kendine göre zayıf, normal, kilolu, şişman ya da çok şişman olup olmadığını, farklı seçeneklerde işaretlenmesi istenmiştir.

Onuncu soruda; kadının tartılma durumu sorulmuştur. Kadının tartılma durumu; hiç tartılmam, en az 15 günde bir tartılırım, 1-3 ayda bir tartılırım, daha seyrek tartılırım şeklinde farklı seçeneklerde sorulmuştur.

Onbirinci soruda; kadının annesinin şişmanlık durumu sorulmuştur. Kadının annesinin şişman olup olmadığı evet, hayır, bilmiyorum şeklinde farklı seçeneklerde sorulmuştur.

Onikinci soruda; kadının babasının şişmanlık durumu sorulmuştur. Kadının babasının şişman olup olmadığı evet, hayır, bilmiyorum şeklinde farklı seçeneklerde sorulmuştur.

Onüçüncü soruda, kadının kardeşlerinin şişmanlık durumu sorulmuştur. Kadının kardeşlerinin şişman olup olmadığı sorulurken birden fazla kardeşinin olduğu ya da hiç kardeşinin olmadığı düşünülerek; kardeşim yok, hepsi şişman, bazıları şişman, hiçbiri değil, bilmiyorum şeklinde cevaplar farklı seçeneklerde sunulmuştur.

Ondördüncü soruda; kadının eşinin kilosu sorulmuştur. Eşi olmayanların ise, bu soruyu cevaplandırmaması istenmiştir. Bu soruda, kadının eşinin kilosu, zayıf, normal, kilolu, şişman, çok şişman ya da fikrim yok şeklinde farklı seçeneklerde sorulmuştur.

Onbeşinci soruda; kadına uzun süren bir hastalığının olup olmadığı sorulmuştur. Eğer hastalığı varsa var seçeneğini işaretlemesi, yoksa da yok seçeneğini işaretlemesi istenmiştir. Var seçeneğini işaretleyenlere parantez içerisinde, hangi hastalığının olduğu da açık uçlu olarak sorulmuştur.

Onaltıncı soruda; kadının adet durumu sorulmuştur. Adet görüp görmediği; evet düzenli olarak, evet düzensiz olarak, hayır menapozdayım ya da diğer şeklinde farklı seçenekler tarzında sorulmuştur. Diğer seçeneğini işaretleyenlere parantez içerisinde, nasıl bir durumu olduğu açık uçlu olarak sorulmuştur.

Onyedinci soruda; kadının günlük aktivite durumu sorulmuştur. Aktivite; hafif, normal çok hızlı ve yoğun olarak kategorize edilerek, 3 ayrı seçenek şeklinde sorulmuştur.

Onsekizinci soruda; kadının günlük hayatta ulaşımını genellikle nasıl sağladığı sorulmuştur. Bu soruda ulaşımını sağlarken; böyle bir ulaşımı kullanmadığı, genellikle yürüdüğü, toplu taşıma araçlarına bindiği, özel arabasıyla gittiği şeklinde 4 farklı seçenekte sorulmuştur.

Ondokuzuncu soruda; kadının günde kaç saat televizyon izlediği açık uçlu olarak sorulmuştur.

Yirminci soruda; kadının egzersiz yapıp yapmadığı sorulmuştur. Egzersiz yapıyorsa evet, yapmıyorsa hayır seçeneğini işaretlemesi istenmiştir. Evet seçeneğini işaretleyenlerin sonraki soruyla devam etmeleri

istenmiştir. Hayır seçeneğini işaretleyenlerin ise, diğer 2 soruyu atlamaları istenerek, sonraki sorularla devam etmeleri istenmiştir.

Yirmibirinci soruda, kadının haftada kaç kez egzersiz yaptığı sorulmuştur. Egzersiz haftada 1-2 kere yapanlar ayrı bir seçenekte, egzersiz 3 ve daha fazla yapanlar ise ayrı bir seçenekte verilerek, kadınların bu 2 seçenekten birisini işaretlemesi istenmiştir.

Yirmiikinci soruda; kadının egzersiz kaç dakika yaptığı sorulmuştur. İlk seçenekte 0-30 dakika verilmiş, ikinci seçenekte 31-60 dakika verilmiş, üçüncü seçenekte ise >60 dakika verilerek; kadının bu 3 seçenekten birisini işaretlemesi istenmiştir.

Yirmiüçüncü soruda; kadının yemek yeme hızı sorulmuştur. İlk seçenekte hızlı, ikinci seçenekte normal ve üçüncü seçenekte yavaş olarak sınıflandırılarak sorulmuştur.

Yirmidördüncü soruda; kadının genellikle nasıl yemek yediği; koşuşturma içerisinde, vakit ayırarak ya da televizyon seyredirken şeklinde sınıflandırılarak sorulmuştur.

Yirmibeşinci soruda; kadının gece yatmaya yakın yemek yiyip yemediği sorulmuştur. İlk seçenekte hayır, hiç yemem; ikinci seçenekte evet, her gece; üçüncü seçenekte ender olarak şeklinde sınıflandırılarak sorulmuştur.

Yirmialtıncı soruda; kadının günde kaç öğün yemek yediği sorulmuştur. İlk seçenekte günde 1-2 öğün, ikinci seçenekte günde 3-4 öğün, üçüncü seçenekte günde 5-6 öğün şeklinde sınıflandırılarak sorulmuştur.

Yirmiyedinci soruda; kadının ana öğünleri atlayıp atlamadığı sorulmuştur. İlk seçenekte evet, ikinci seçenekte bazen, üçüncü seçenekte hayır şeklinde sınıflandırılarak sorulmuştur.

Yirmisekizinci soruda; kadının kendisini genelde nasıl hissettiği sorulmuştur. İlk seçenekte iyi, ikinci seçenekte orta, üçüncü seçenekte kötü şeklinde sınıflandırılarak sorulmuştur.

Yirmidokuzuncu soruda; kadının üzüntülü ya da sevinçliyken yemek yeme durumu sorulmuştur. İlk seçenekte üzüntülüken artar, ikinci seçenekte üzüntülüken azalır, üçüncü seçenekte sevinçliyken artar, dördüncü

seçenekte sevinçliyken azalır ve son seçenekte de değişmez şeklinde sınıflandırılarak sorulmuştur.

Otuzuncu soruda; araştırmaya katılan kadının, hanımlar arası günlere gidip gitmediği sorulmuştur. Seçeneklerden birincisi düzenli olarak, ikincisi ara sıra, ncs hiç şeklinde sınıflandırılarak sorulmuştur.

Otuzbirinci soruda; kadının yemek yerken en çok hangi pişirme yöntemini kullandığı sorulmuştur. İlk seçenekte kızartma yöntemi, ikinci seçenekte haşlama yöntemi, nc seçenekte ızgara yöntemi ve son seçenekte de fırında pişirme yöntemi şeklinde sınıflandırılarak sorulmuştur.

Otuzikinci soruda; kadının yağda kızartılan besinleri kaç günde bir tükettiği sorulmuştur. İlk seçenekte her gün/ gün aşırı, ikinci seçenekte haftada 1-2, nc seçenekte daha seyrek şeklinde sınıflandırılarak sorulmuştur.

Otuznc soruda; kadının yemeklerini hazırlarken en sık kullandığı yağ çeşidi sorulmuştur. İlk seçenekte margarin, ikinci seçenekte tereyağı, nc seçenekte zeytinyağı ve son seçenekte de diğer şeklinde sınıflandırılarak sorulmuştur.

Otuzdördüncü soruda; kadının en sık hangi besin grubunu tükettiği sorulmaktadır. İlk seçenekte kuru baklagiller; ikinci seçenekte et, süt, yumurta; nc seçenekte sebze, meyve; dördüncü seçenekte pilav, makarna, börek; beşinci seçenekte kek, çerez, cips ve son seçenekte de hepsinden dengeli olarak tüketirim şeklinde sınıflandırılarak sorulmuştur.

Otuzbeşinci soruda; araştırmaya katılan kadınların ağırlıkları kilogram cinsinden hesaplanarak ilgili bölüme yazılmıştır. Bu lme esnasında, kadınların ağırlıkları, üzerlerindeki kalın giysiler çıkartıldıktan sonra, Tanita marka (BC 545) elektronik baskül ile ölçüldükten sonra yazılmıştır. Kadınların ağırlıklarından giysi ağırlığı olarak 800 gr. (0,8 kg) ıkartılmıştır Kadınların boyları ise, santimetre cinsinden hesaplanarak ilgili bölüme yazılmıştır. Kadınların boyları ölçülürken, 1mm hassasiyette ölçüm yapabilen metal mezüre ile kişiler dik pozisyonda ve sırtları duvara dayalı iken ayakkabıları çıkartılarak ölçüm yapılmıştır.

Beden kitle indeksine gelindiğinde; BKİ; (kg)/ boy² (m) formülü ile hesaplanmış olup, ilgili bölüme yazılmıştır. Bu hesaplama esnasında

kadının santimetre cinsinden olan boy uzunluğu, metreye çevrildikten sonra hesaplama yapılmıştır. BKİ; (kg)/ boy² (m) formülü ile hesaplanmış olup, NHLBI (National Heart, Lung and Blood Institute) kılavuzundan alınan BKİ sınıflaması kullanılmıştır. <18.5 kg/m² zayıf, 18.5-24.9 kg/m² normal kilolu, ≥25.0-29.9 kg/m² fazla kilolu, ≥30.00 kg/m² obez olarak değerlendirilmiştir.(5)

Otuzaltıncı soruda; kadının ne zaman kilo almaya başladığı sorulmaktadır. Bu soru sadece BKİ ≥25.0 olan kilolu ve BKİ ≥ 30.0 olan şişmanlar için sorulmuştur. BKİ < 25.0 olanlar bu soruyu yanıtlamayarak, anketi tamamlayacaklardır. İlk seçenekte hep kiloluydum, ikinci seçenekte ilk adeti görmeden önce, üçüncü seçenekte ilk adet sonrasında, dördüncü seçenekte doğumdan sonra, beşinci seçenekte ilaçlardan sonra, altıncı seçenekte menapozdan sonra ve en son seçenekte de diğer şeklinde sınıflandırılarak sorulmuştur.

Otuzyedinci soruda; kadının hangi zayıflama yöntemini kullandığı sorulmaktadır. Bu soruda yine sadece BKİ ≥25.0 olan kilolu ve BKİ ≥ 30.0 şişmanlar için, bir önceki soru cevaplandıktan sonra sorulmuştur. Bu soru hem birden fazla seçenek işaretlenecek şekilde hem de açık uçlu olarak sorulmuştur. İlk seçenekte hayır, ikinci seçenekte diyet, üçüncü seçenekte egzersiz, dördüncü seçenekte ilaç tedavisi, beşinci seçenekte ameliyat ve yapıldıysa çeşidi açık uçlu olarak; son seçenekte de diğer ve kullanılan yöntemin adı açık uçlu olarak sorulmuştur.

Böylece 37 sorunun tamamı cevaplandırıldıktan sonra anket sonlandırılmıştır.

Araştırma verileri SPSS (Versiyon 13.0) istatistik programı ile değerlendirilmiştir. Verilerin analizleri sırasında ki kare ve varyans analizi kullanılmıştır. Ortalamalar standart sapma ile birlikte verilmiştir.

Çalışma yapılan evlerde; 'şişmanlık ve etkileyen etmenler' konulu eğitimler verilmiştir. Bu eğitimler karşılıklı soru cevaplarla pekiştirilerek; şişmanlığın zararları ve etkileyen etmenlerin önemi vurgulanmış ve bu şekilde kadınların bu konular hakkında bilinçlendirilmiştir.

Araştırmada Kullanılan Değişkenler

Bağımlı Değişkenler

- Kilo fazlalığı ve obezite

Bağımsız Değişkenler

- Kadının yaşı
- Kadının öğrenim durumu
- Kadının medeni durum
- Kadının işi
- Kadının oturduğu semtin sosyoekonomik yapısı ve evin fiziki koşulları

- Kadının yaptığı doğum sayısı
- Kadının kilosu
- Kadının hangi sıklıkla tartıldığı
- Kadının annesinin obezite durumu
- Kadının babasının obezite durumu
- Kadının kardeşlerinin obezite durumu
- Kadının eşinin kilosu
- Kadının sürekli bir hastalığının varlığı
- Kadının adet görme durumu
- Kadının günlük aktivite durumu
- Kadının günlük hayatta ulaşımını neyle sağladığı
- Kadının günde kaç saat televizyon izlediği
- Kadının egzersiz yapıp, yapmadığı
- Kadının haftada kaç kez egzersiz yaptığı
- Kadının kaç dakika egzersiz yaptığı
- Kadının yemek yeme hızı
- Kadının genellikle nasıl yemek yediği
- Kadının gece yatmaya yakın yemek yiyip, yemediği
- Kadının kaç öğün yemek yediği
- Kadının ana öğünleri atlayıp, atlamadığı
- Kadının kendisini genelde nasıl hissettiği
- Kadının üzüntülü ya da sevinçliyken yemek yeme durumu
- Kadının hanımlar arası günlere gidip, gitmediği

- Kadının yemek yerken en çok hangi pişirme yöntemini kullandığı
- Kadının yağda kızartılan besinleri kaç günde bir tükettiği
- Kadının yemeklerini hazırlarken en sık kullandığı yağ çeşidi
- Kadının en sık hangi besin grubunu tükettiği
- Kadının ne zaman kilo almaya başladığı
- Kadının zayıflama yöntemi kullanıp, kullanmadığı

Çalışmanın Sınırlılıkları

Çalışmada 2009 yılına ait yıl sonu 20 yaş ve üzeri kadın nüfusu baz alınmış ancak örneklem seçilen nüfuslar içerisinde ölenler, hamile kalanlar, araştırmaya katılmak istemeyenler ya da evde bulunamayanlar olduğu için bunların yerine yedekler seçilerek araştırma bu şekilde tamamlanmıştır.

Ağırlık ölçümü sırasında, kadınların üzerindeki ağır kıyafetler çıkartılmasına ve her kadının ağırlığından 0.8 kg. düşülmesine rağmen, her kadının kıyafetinin ağırlık farkı tam olarak değerlendirilememiştir.

Araştırmaya katılan kadının oturduğu semt ile ilgili değerlendirmede sadece anketi yapanın, daha önceden çeşitli verilerle değerlendirdiği semtin sosyoekonomik durumuna göre iyi, orta, kötü şeklinde belirtilmiş; ölçek kullanılmamıştır.

Yine aynı şekilde, araştırmaya katılan kadının oturduğu evin tipi ve fiziksel koşulları da araştırmacı tarafından değerlendirilmiştir. Herhangi bir ölçek kullanılmamıştır.

BULGULAR

Bu araştırma, Bursa ili Nilüfer ilçesi, Halk Sağlığı Eğitim Araştırma ve Uygulama Bölgesi'ndeki kentsel, kırsal, yarı kentsel yapıda 13 mahalledeki, 20 yaş ve üzeri toplam 905 kadında gerçekleştirilmiştir. Araştırmaya katılan kadınların % 37,8'i (n:342) kentsel, % 37,7'si (n:341) yarı kentsel, % 24,5'i (n:222) kırsal mahallerde oturmaktadır. Araştırmaya alınan kadınların yaş ortalaması $41,3 \pm 15,7$ yıldır.

Araştırmaya katılan kadınların mahallelere göre dağılımı Tablo-6'de; yaş gruplarına, öğrenim durumlarına, medeni durumlarına, iş durumlarına, sürekli hastalık durumuna göre dağılımları ise Tablo-7'de gösterilmiştir.

Tablo-6: Araştırmaya katılan kadınların mahallelere göre dağılımı

Mahalleler	Sayı	%
Kentsel	342	37,8
Yarı kentsel	341	37,7
Kırsal	222	24,5
Toplam	905	100,0

Tablo-7: Araştırmaya katılan kadınların yaş gruplarına, öğrenim durumlarına, medeni durumlarına, iş durumlarına, sürekli hastalık durumuna göre dağılımı

Yaş grubu	Sayı	%
20-24	135	14,9
25-29	123	13,6
30-34	98	10,8
35-39	111	12,3
40-44	88	9,7
45-49	87	9,6
50-54	76	8,4
55-59	50	5,5
60-64	47	5,2
65-69	36	4,0
70-74	26	2,9
75-79	13	1,4
80 +	15	1,7
Öğrenim durumu		
Okur yazar değil	105	11,6
Okur yazar	46	5,1
İlkokul mezunu	419	46,3
Ortaokul mezunu	125	13,8
Lise mezunu	150	16,6
Üniversite/yüksekokul mezunu	60	6,6
Medeni durum		
Evli	697	77,0
Bekar	119	13,1
Eşi ölmüş	81	9,0
Eşinden ayrı	8	0,9
İş durumu		
Ev hanımı	720	79,6
Çalışan	177	19,6
Öğrenci	8	0,9
Sürekli hastalık durumu		
Var	544	60,1
Yok	361	39,9
Toplam	905	100,0

Araştırmaya katılan kadınların % 14'ü (n:135) 20-24 yaş grubunda yer alırken; % 1,4'ü (n:13) 75-79 yaş grubunda yer almıştır. Öğrenim durumlarına bakıldığında; % 46,3'ü (n: 419) ilkokul mezunu iken, % 5,1'i (n: 46) okuryazardır. Kadınların % 77'si (n: 697) evlidir. İş durumları değerlendirildiğinde, % 79,6'sı (n: 720) ev hanımıdır. Kadınların % 60,1'inde (n: 544) sürekli bir hastalık durumu bulunmaktadır.

Araştırmaya katılan kadınların BKİ'lerinin yaş gruplarına göre dağılımları Tablo-8'de görülmektedir.

Tablo-8 Araştırmaya katılan kadınların BKİ'lerinin yaş gruplarına göre dağılımı

Yaş grubu	Kadınların BKİ'leri									
	Zayıf		Normal kilolu		Fazla kilolu		Obez		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
20-29	29	80,5	146	49,9	52	19,7	31	9,9	258	28,5
30-39	5	13,9	78	26,6	67	25,4	59	18,9	209	23,1
40-49	-	-	39	13,3	67	25,4	69	22,1	175	19,3
50-59	1	2,8	12	4,1	37	14,0	76	24,4	126	13,9
60-69	-	-	6	2,0	27	10,2	50	16,0	83	9,2
70+	1	2,8	12	4,1	14	5,3	27	8,7	54	6,0
Toplam*	36	3,9	293	32,4	264	29,2	312	34,5	905	100,0

χ^2 :240,488

$p<0,001$

* Satır yüzdesi alınmıştır.

Kadınların bulundukları yaş grupları ile obez olma durumları arasında anlamlı fark saptanmıştır. Araştırmaya katılan kadınların 36'sı (% 3,9) zayıf; 293'ü (% 32,4) normal kilolu; 264'ü (% 29,2) fazla kilolu; 312'si (% 34,5) obez olarak saptanmıştır.

Araştırmaya katılan kadınların boy, kilo, BKİ ortalamaları Tablo-9'de görülmektedir.

Tablo-9: Araştırmaya katılan kadınların boy, kilo, BKİ ortalamaları

Yaş grubu	Ortalama boy (m)	Ortalama kilo (kg)	Ortalama BKİ (kg/ m ²)
20-24	1,63±0,06	59,91±11,85	22,50±4,33
25-29	1,60±0,05	65,02±14,09	25,35±5,85
30-34	1,59±0,06	67,79±12,65	26,81±5,11
35-39	1,60±0,05	71,47±12,53	27,92±5,00
40-44	1,58±0,05	71,33±13,74	28,39±5,49
45-49	1,58±0,05	76,74±12,77	30,52±5,09
50-54	1,56±0,05	78,21±15,59	31,82±6,32
55-59	1,54±0,05	76,64±11,86	32,11±4,94
60-64	1,57±0,07	77,53±16,11	31,48±6,44
65-69	1,56±0,05	77,71±13,42	31,76±5,08
70-74	1,54±0,05	73,59±14,82	30,79±5,90
75-79	1,52±0,08	75,30±16,21	32,49±6,38
80 +	1,52±0,07	64,12±16,57	27,46±6,41
Toplam	1,58±0,06	70,37±14,76	27,98±6,21
p değeri	<0,001	<0,001	<0,001

Araştırmaya katılan kadınların boy, kilo, BKİ ortalamaları ile yaş grupları arasında anlamlı fark saptanmıştır. Tüm yaş grupları ele alındığında, ortalama boy 1,58±0,06 m. iken, ortalama kilo 70,37±14,76 kg. ve ortalama BKİ 27,98±6,21 olarak saptanmıştır. En yüksek boy uzunluğu 1,63±0,06 m. ile 20-24 yaş grubunda saptanırken, en kısa boy uzunluğu 1,52±0,07 m. ile 80 yaş ve üzeri yaş grubunda saptanmıştır. En fazla kilo 78,21±15,59 kg. ile 50-54 yaş grubunda saptanırken; en düşük kilo 59,91±11,85 kg. ile 20-24 yaş grubunda saptanmıştır. En yüksek BKİ 32,49±6,38 ile 75-79 yaş grubunda saptanırken, en düşük BKİ 22,50±4,33 ile 20-24 yaş grubunda saptanmıştır.

Araştırmaya katılan kadınların öğrenim durumları ile obezite durumlarının karşılaştırması Tablo-10'da görülmektedir.

Tablo-10: Araştırmaya katılan kadınların öğrenim durumları ile obezite durumlarının karşılaştırılması

Öğrenim durumu	Kadınların BKİ'leri									
	Zayıf		Normal kilolu		Fazla kilolu		Obez		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Okur yazar değil	2	5,5	15	5,1	28	10,6	60	19,2	105	11,6
Okur yazar	-	-	11	3,8	13	4,9	22	7,0	46	5,1
İlkokul mezunu	4	11,1	108	36,9	143	54,2	164	52,6	419	46,3
Ortaokul mezunu	8	22,2	44	15,0	38	14,4	35	11,2	125	13,8
Lise mezunu	11	30,6	78	26,6	34	12,9	27	8,7	150	16,6
Üniversite/yüksek okul mezunu	11	30,6	37	12,6	8	3,0	4	1,3	60	6,6
Toplam	36	100,0	293	100,0	264	100,0	312	100,0	905	100,0

χ^2 : 159,714 $p < 0,001$

Araştırmaya katılan kadınların öğrenim durumları ile obezite durumları arasında anlamlı fark saptanmıştır. Obez kadınların % 52,6'sı (n:164) ilkokul mezunu iken; zayıf kadınların % 11,1'i (n:4) ilkokul mezunudur.

Araştırmaya katılan kadınların medeni durumları ile obezite durumlarının karşılaştırması Tablo-11'de görülmektedir.

Tablo-11 Araştırmaya katılan kadınların medeni durumları ile obezite durumlarının karşılaştırılması

Medeni durum	Kadınların BKİ'leri									
	Zayıf		Normal kilolu		Fazla kilolu		Obez		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Evli	14	38,9	195	66,5	223	84,5	265	84,9	697	77,0
Bekar	21	58,3	79	27,0	11	4,2	8	2,6	119	13,1
Eşi ölmüş	1	2,8	17	5,8	26	9,8	37	11,9	81	9,0
Eşinde n ayrı	-	-	2	0,7	4	1,5	2	0,6	8	0,9
Toplam	36	100,0	293	100,0	264	100,0	312	100,0	905	100,0

χ^2 : 166,418

$p < 0,001$

Araştırmaya katılan kadınların medeni durumları ile obez olma durumları arasında anlamlı fark saptanmıştır. Obez kadınların % 84,9'u (n: 265) evli iken; zayıf kadınların % 38,9'u (n:14) evlidir.

Araştırmaya katılan kadınların iş durumları ile obezite durumlarının karşılaştırması Tablo-12'de görülmektedir.

Tablo-12: Araştırmaya katılan kadınların iş durumları ile obezite durumlarının karşılaştırılması

İş durum u	Kadınların BKi'leri									
	Zayıf		Normal kilolu		Fazla kilolu		Obez		Toplam	
	Say ı	%	Say ı	%	Say ı	%	Say ı	%	Say ı	%
Ev hanımı	17	47,2	193	65,9	228	86,4	282	90,4	720	79,5
Çalışan	17	47,2	94	32,1	36	13,6	30	9,6	177	19,6
Öğrenci	2	5,6	6	2,0	-	-	-	-	8	0,9
Topla m	36	100, 0	293	100, 0	264	100, 0	312	100, 0	905	100, 0

χ^2 : 94,321

$p < 0,001$

Araştırmaya katılan kadınların iş durumları ile obez olma durumları arasında anlamlı fark saptanmıştır. Obez kadınların % 90,4'ü (n:282) ev hanımı iken; zayıf kadınların % 47,2'si (n:17) ev hanımıdır.

Araştırmaya katılan kadınların oturdukları mahalleler ile obezite durumlarının karşılaştırması Tablo-13'te görülmektedir.

Tablo-13: Araştırmaya katılan kadınların oturdukları mahalleler ile obezite durumlarının karşılaştırılması

Mahalleler	Kadınların BKİ'leri									
	Zayıf		Normal kilolu		Fazla kilolu		Obez		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Kentsel	17	47,2	109	37,2	114	43,2	102	32,7	342	37,8
Yarı kentsel	10	27,8	110	37,5	91	34,5	130	41,7	341	37,7
Kırsal	9	25,0	74	25,3	59	22,3	80	25,6	222	24,5
Toplam	36	100,0	293	100,0	264	100,0	312	100,0	905	100,0

χ^2 : 8,763 p= 0,187

Araştırmaya katılan kadınların oturdukları mahalleler ile obez olma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

Araştırmaya katılan kadınların sosyoekonomik durumları ile obezite durumlarının karşılaştırması Tablo-14'te görülmektedir.

Tablo-14: Araştırmaya katılan kadınların sosyoekonomik durumları ile obezite durumlarının karşılaştırılması

Sosyo ekonomi k durum	Kadınların BKİ'leri									
	Zayıf		Normal kilolu		Fazla kilolu		Obez		Toplam	
	Say ı	%	Say ı	%	Say ı	%	Say ı	%	Say ı	%
İyi	-	-	3	1,0	5	1,9	6	1,9	14	1,6
Orta	35	97,2	271	92,5	251	95,1	286	91,7	843	93,1
Kötü	1	2,8	19	6,5	8	3,0	20	6,4	48	5,3
Toplam	36	100, 0	293	100, 0	264	100, 0	312	100, 0	905	100, 0

χ^2 : 6,319

p= 0,388

Araştırmaya katılan kadınların sosyoekonomik durumları ile obez olma durumları arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Genel olarak kadınların % 93,1'nin sosyoekonomik durumu orta düzeydedir.

Araştırmaya katılan kadınların doğum sayıları ile obezite durumlarının karşılaştırması Tablo-15'te görülmektedir.

Tablo-15 Araştırmaya katılan kadınların doğum sayıları ile obezite durumlarının karşılaştırılması

Doğum sayıları	Kadınların BKİ'leri									
	Zayıf		Normal kilolu		Fazla kilolu		Obez		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
0	23	63,9	97	33,1	22	8,3	17	5,4	159	17,6
1-2	10	27,8	146	49,8	133	50,4	120	38,5	409	45,2
3+	3	8,3	50	17,1	109	41,3	175	56,1	337	37,2
Toplam	36	100,0	293	100,0	264	100,0	312	100,0	905	100,0

χ^2 : 202,671 $p < 0,001$

Araştırmaya katılan kadınların doğum sayıları ile obez olma durumları arasında anlamlı fark saptanmıştır. Obez kadınların % 56,1'i (n:175) üç ve üzerinde doğum yapmışken; zayıf olanların % 8,3'ü (n:3) üç ve üzerinde doğum yapmıştır.

Araştırmaya katılan kadınların sürekli hastalık durumu ile obezite durumlarının karşılaştırması Tablo-16'da görülmektedir.

Tablo-16 Araştırmaya katılan kadınların sürekli hastalık durumu ile obezite durumlarının karşılaştırılması

Sürekli hastalık durumu	Kadınların BKM'leri									
	Zayıf		Normal kilolu		Fazla kilolu		Obez		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Var	2	5,6	60	20,5	100	37,9	199	63,8	361	39,9
Yok	34	94,4	233	79,5	164	62,1	113	36,2	544	60,1
Toplam	36	100,0	293	100,0	264	100,0	312	100,0	905	100,0

χ^2 : 138,469

$p < 0,001$

Araştırmaya katılan kadınların sürekli hastalık durumları ile obez olma durumları arasında anlamlı fark saptanmıştır. Obez kadınların % 63,8'de (n:199) sürekli hastalık varken; % 36,2'de (n:113) sürekli bir hastalık bulunmamaktadır.

Araştırmaya katılan kadınların kendileri ile ilgili beden algıları ile obezite durumlarının karşılaştırması Tablo-17'de görülmektedir.

Tablo-17 Araştırmaya katılan kadınların kendileri ile ilgili beden algısı ile obezite durumlarının karşılaştırılması

Beden algısı	Kadınların BKİ'leri									
	Zayıf		Normal kilolu		Fazla kilolu		Obez		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Zayıf	32	88,9	60	20,5	9	3,4	2	0,7	103	11,4
Normal	4	11,1	197	67,2	151	57,2	69	22,1	421	46,5
Fazla Kilolu	-	-	30	10,2	80	30,3	147	47,1	257	28,4
Şişman	-	-	6	2,1	23	8,7	80	25,6	109	12,0
Çok şişman	-	-	-	-	1	0,4	14	4,5	15	1,7
Toplam	36	100,0	293	100,0	264	100,0	312	100,0	905	100,0

χ^2 : 526,010

$p < 0,001$

Araştırmaya katılan kadınların kendileri ile ilgili beden algıları ile obez olma durumları arasında anlamlı fark saptanmıştır. BKİ obez olup da, kendisini zayıf algılayan 2 kadın (% 0,7) varken, normal kilolu olduğu halde, kendisini şişman olarak algılayan 6 kadın (% 2,1) bulunmaktadır.

Araştırmaya katılan kadınların tartılma durumları ile obezite durumlarının karşılaştırması Tablo-18'de görülmektedir.

Tablo-18 Araştırmaya katılan kadınların tartılma durumları ile obezite durumlarının karşılaştırması

Tartılma durumu	Kadınların BKİ'leri									
	Zayıf		Normal kilolu		Fazla kilolu		Obez		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
15 günde bir	16	44,5	86	29,4	69	26,1	60	19,2	231	25,5
1-3 ayda bir	8	22,2	94	32,1	88	33,3	111	35,6	301	33,3
Daha seyrek	8	22,2	69	23,5	67	25,4	75	24,0	219	24,2
Hiç	4	11,1	44	15,0	40	15,2	66	21,2	154	17,0
Toplam	36	100,0	293	100,0	264	100,0	312	100,0	905	100,0

χ^2 : 18,924 $p < 0,05$

Araştırmaya katılan kadınların tartılma durumları ile obez olma durumları arasında anlamlı fark saptanmıştır. Obez kadınların % 19,2'si (n:60) 15 günde bir tartılırken; zayıf kadınların % 44,5'i (n:16) 15 günde bir tartılmaktadır.

Araştırmaya katılan kadınların annelerinin ve babalarının şişmanlık durumları ile obezite durumlarının karşılaştırması Tablo-19'da görülmektedir.

Tablo-19 Araştırmaya katılan kadınların annelerinin ve babalarının şişmanlık durumları ile obezite durumlarının karşılaştırılması

Annelerin şişmanlık durumu	Kadınların BKİ'leri									
	Zayıf		Normal kilolu		Fazla kilolu		Obez		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Evet	17	47,2	119	40,6	114	43,2	122	39,1	372	41,1
Hayır	9	52,8	173	59,0	150	56,8	189	60,6	531	58,7
Bilmiyorum	-	-	1	0,4	-	-	1	0,3	2	0,2
x ² : 2,489 p=0,870										
Babaların şişmanlık durumu										
Evet	2	5,6	62	21,2	51	19,3	59	18,9	174	19,2
Hayır	34	94,4	231	78,8	213	80,7	252	80,8	730	80,7
Bilmiyorum	-	-	-	-	-	-	1	0,3	1	0,1
Toplam	36	100,0	293	100,0	264	100,0	312	100,0	905	100,0
x ² : 6,956 p=0,325										

Araştırmaya katılan kadınların annelerinin ve babalarının şişmanlık durumları ile obez olma durumları arasında anlamlı fark saptanmamıştır.

Araştırmaya katılan kadınların kardeşlerinin şişmanlık durumları ile obezite durumlarının karşılaştırması Tablo-20'de görülmektedir.

Tablo-20 Araştırmaya katılan kadınların kardeşlerinin şişmanlık durumları ile obezite durumlarının karşılaştırılması

Kardeşleri n şişmanlık durumu	Kadınların BKİ'leri									
	Zayıf		Normal kilolu		Fazla kilolu		Obez		Toplam	
	Say ı	%	Say ı	%	Say ı	%	Say ı	%	Say ı	%
Hepsi şişman	-	-	12	4,2	17	6,5	45	14,6	74	8,3
Bazıları şişman	6	16,7	75	26,2	96	37,1	127	41,1	304	34,2
Hiçbiri değil	30	83,3	199	69,6	146	56,4	137	44,3	512	57,5
Toplam*	36	100, 0	286	100, 0	259	100, 0	309	100, 0	890	100, 0

χ^2 : 58,586

$p < 0,001$

* Kardeşi olmayan 15 kişi değerlendirmeye alınmamıştır.

Araştırmaya katılan kadınların kardeşlerinin şişmanlık durumları ile obez olma durumları arasında anlamlı fark saptanmıştır. Obez kadınların % 41,1'nin (n:127) kardeşlerinden bazıları şişmanken; zayıf kadınların % 16,7'nin (n:6) kardeşlerinden bazıları şişmandır.

Araştırmaya katılan kadınların eşlerinin şişmanlık durumları ile obezite durumlarının karşılaştırması Tablo-21'de görülmektedir.

Tablo-21 Araştırmaya katılan kadınların eşlerinin şişmanlık durumları ile obezite durumlarının karşılaştırılması

Eşlerin şişmanlık durumu	Kadınların BKİ'leri									
	Zayıf		Normal kilolu		Fazla kilolu		Obez		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Zayıf	5	35,7	44	22,6	38	16,9	59	22,1	146	20,9
Normal	4	28,6	103	52,8	109	48,7	123	46,1	339	48,4
Fazla Kilolu	5	35,7	32	16,4	62	27,7	58	21,7	157	22,4
Şişman	-	-	15	7,7	12	5,4	25	9,4	52	7,4
Çok şişman	-	-	1	0,5	3	1,3	2	0,7	6	0,9
Toplam*	14	100,0	195	100,0	224	100,0	267	100,0	700	100,0

χ^2 : 17,599 p=0,128

* Bekar olan 205 kişi değerlendirmeye alınmamıştır.

Araştırmaya katılan kadınların eşlerinin şişmanlık durumları ile obez olma durumları arasında anlamlı fark saptanmamıştır.

Araştırmaya katılan kadınların adet görme durumları ile obezite durumlarının karşılaştırılması Tablo-22'de görülmektedir.

Tablo-22 Araştırmaya katılan kadınların adet görme durumları ile obezite durumlarının karşılaştırması

Adet görme durumu	Kadınların BKİ'leri									
	Zayıf		Normal kilolu		Fazla kilolu		Obez		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Evet, düzenli olarak	30	6,0	231	45,8	141	28,0	102	20,2	504	100,0
Evet, düzensiz olarak	5	4,4	29	25,4	32	28,1	48	42,1	114	100,0
Hayır, menapozdayım	1	0,4	33	11,6	91	31,9	160	56,1	285	100,0
Lohusa	-	-	-	-	-	-	2	100,0	2	100,0
Toplam	36	3,9	293	32,4	264	29,2	312	34,5	905	100,0

$\chi^2=157,573$ $p<0,001$

Araştırmaya katılan kadınların adet görme durumları ile obez olma durumları arasında anlamlı fark saptanmıştır. Menapozda olanların % 56,1'i (n:160) obez iken, % 0,4'ü (n:1) zayıf olarak saptanmıştır.

Araştırmaya katılan kadınların günlük aktivite durumları ile obezite durumlarının karşılaştırması Tablo-23'te görülmektedir.

Tablo-23 Araştırmaya katılan kadınların günlük aktivite durumları ile obezite durumlarının karşılaştırılması

Günlük aktivite durumu	Kadınların BKİ'leri									
	Zayıf		Normal kilolu		Fazla kilolu		Obez		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hafif	3	2,0	29	19,3	37	24,7	81	54,0	150	100,0
Normal	10	2,5	115	29,1	125	31,7	145	36,7	395	100,0
Çok hızlı ve yoğun	23	6,4	149	41,4	102	28,3	86	23,9	360	100,0
Toplam	36	3,9	293	32,4	264	29,2	312	34,5	905	100,0

χ^2 : 57,845

$p < 0,001$

Araştırmaya katılan kadınların günlük aktivite durumları ile obez olma durumları arasında anlamlı fark saptanmıştır. Günlük aktivitesi hafif olanların % 54,0'ü (n: 81) obez iken, günlük aktivitesi çok hızlı ve yoğun olanların % 23,9'u (n:86) obezdir.

Araştırmaya katılan kadınların günlük hayatta ulaşımını sağlama durumları ile obezite durumlarının karşılaştırması Tablo-24'te görülmektedir.

Tablo-24 Araştırmaya katılan kadınların günlük hayatta ulaşımlarını sağlama durumları ile obezite durumlarının karşılaştırılması

Günlük hayatta ulaşım sağlama	Kadınların BKİ'leri									
	Zayıf		Normal kilolu		Fazla kilolu		Obez		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Ulaşım ihtiyacı duymama	2	8,3	3	12,5	7	29,2	12	50,0	24	100,0
Yürüme	12	3,1	127	33,3	108	28,4	134	35,2	381	100,0
Toplu taşıma araçlarına binme	13	4,3	111	36,4	95	31,1	86	28,2	305	100,0
Özel arabayla gitme	9	4,6	52	26,7	54	27,7	80	41,0	195	100,0
Toplam	36	3,9	293	32,4	264	29,2	312	34,5	905	100,0

χ^2 : 16,872

p= 0 ,051

Araştırmaya katılan kadınların günlük hayatta ulaşımlarını sağlama durumları ile obez olma durumları arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Ancak ulaşım ihtiyacı duymayanların % 50,0'si (n:12) ve özel araba kullananların % 41,0'i (n.80) obezdir.

Araştırmaya katılan kadınların televizyon izleme durumları ile obezite durumlarının karşılaştırması Tablo-25'te görülmektedir.

Tablo-25 Araştırmaya katılan kadınların televizyon izleme durumları obezite durumlarının karşılaştırılması

Televizyon İzleme durumu	Kadınların BKİ'leri									
	Zayıf		Normal kilolu		Fazla kilolu		Obez		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
0 saat	2	2,5	30	39,0	22	28,6	23	29,9	77	100,0
1-3 saat	26	4,5	195	33,6	174	30,0	185	31,9	580	100,0
4-6 saat	8	4,7	55	32,2	44	25,7	64	37,4	171	100,0
7-9	-	-	3	12,0	8	32,0	14	56,0	25	100,0
10+	-	-	10	19,2	16	30,8	26	50,0	52	100,0
Toplam	36	3,9	293	32,4	264	29,2	312	34,5	905	100,0

χ^2 : 21,281

$p < 0,05$

Araştırmaya katılan kadınların televizyon izleme durumları ile obez olma durumları arasında anlamlı fark saptanmıştır. On saat ve üzerinde televizyon izleyenlerin % 50,0'ı (n: 26) obez iken; 10 saat ve üzerinde televizyon izleyen hiç kimse zayıf olarak saptanmamıştır.

Araştırmaya katılan kadınların egzersiz yapma durumları ile obezite durumlarının karşılaştırması Tablo-26'da görülmektedir.

Tablo-26 Araştırmaya katılan kadınların egzersiz yapma durumları obezite durumlarının karşılaştırılması

Egzersiz yapma durumu	Kadınların BKİ'leri									
	Zayıf		Normal kilolu		Fazla kilolu		Obez		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Evet	4	11,1	45	15,4	47	17,8	40	12,8	136	15,0
Hayır	32	88,9	248	84,6	217	82,2	272	87,2	769	85,0
Toplam	36	100,0	293	100,0	264	100,0	312	100,0	905	100,0

χ^2 : 3,240

p=0,356

Araştırmaya katılan kadınların egzersiz yapma durumları ile obez olma durumları arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Genel olarak kadınların % 85,0'i egzersiz yapmamaktadır.

Egzersiz yapan kadınların haftada kaç kez egzersiz yaptığı, kaç dakika egzersiz yaptığı ile obezite durumlarının karşılaştırması Tablo-27'de görülmektedir.

Tablo-27 Egzersiz yapan kadınların haftada kaç kez egzersiz yaptığı, kaç dakika egzersiz yaptığı ile obezite durumlarının karşılaştırılması

Haftada kaç kez egzersiz yaptığı	Kadınların BKi'leri									
	Zayıf		Normal kilolu		Fazla kilolu		Obez		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
1-2	2	7,4	12	44,4	10	37,1	3	11,1	27	100,0
3+	2	1,9	33	30,3	37	33,9	37	33,9	109	100,0
x ² : 7,494 p=0,580										
Kaç dakika egzersiz yaptığı										
0-30 dak.	-	-	27	38,5	23	32,9	20	28,6	70	100,0
31-60 dak.	4	7,2	14	25,5	20	36,4	17	30,9	55	100,0
>60 dak.	-	-	4	36,4	4	36,4	3	27,2	11	100,0
Toplam	4	2,9	45	33,1	47	34,6	40	29,4	136	100,0
x ² : 7,728 p=0,259										

Egzersiz yapan kadınların haftada kaç kez ve kaç dakika egzersiz yaptığı ile obez olma durumları arasında anlamlı fark saptanmamıştır.

Araştırmaya katılan kadınların yemek yeme hızları ile obezite durumlarının karşılaştırması Tablo-28'de görülmektedir.

Tablo-28 Araştırmaya katılan kadınların yemek yeme hızı ile obezite durumlarının karşılaştırılması

Yemek yeme hızı	Kadınların BKİ'leri									
	Zayıf		Normal kilolu		Fazla kilolu		Obez		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hızlı	8	22,2	83	28,3	83	31,5	107	34,3	281	31,0
Normal	11	30,6	106	36,2	93	35,2	111	35,6	321	35,5
Yavaş	17	47,2	104	35,5	88	33,3	94	30,1	303	33,5
Toplam	36	100,0	293	100,0	264	100,0	312	100,0	905	100,0

χ^2 : 6,400

p=0,380

Araştırmaya katılan kadınların yemek yeme hızları ile obez olma durumları arasında anlamlı fark saptanmamıştır.

Araştırmaya katılan kadınların genellikle nasıl yemek yediği ile obezite durumlarının karşılaştırması Tablo-29'da görülmektedir.

Tablo-29 Araştırmaya katılan kadınların genellikle nasıl yemek yediği ile obezite durumlarının karşılaştırılması

Genellikle nasıl yemek yediği	Kadınların BKİ'leri									
	Zayıf		Normal kilolu		Fazla kilolu		Obez		Toplam	
	Say ı	%	Say ı	%	Say ı	%	Say ı	%	Say ı	%
Koşuşturma içerisinde	4	11,1	37	12,6	25	9,4	27	8,6	93	10,3
Vakit ayırarak	28	77,8	234	79,9	218	82,6	252	80,8	732	80,9
Televizyon seyrederken	4	11,1	22	7,5	21	8,0	33	10,6	80	8,8
Toplam	36	100,0	293	100,0	264	100,0	312	100,0	905	100,0

χ^2 : 4,839

p=0 ,565

Araştırmaya katılan kadınların genellikle nasıl yemek yedikleri ile obez olma durumları arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Genel olarak kadınların % 80,9'u (n:732) vakit ayırarak yemek yemektedir.

Araştırmaya katılan kadınların gece yatmaya yakın yemek yeme durumları ile obezite durumlarının karşılaştırması Tablo-30'da görülmektedir.

Tablo-30 Araştırmaya katılan kadınların gece yatmaya yakın yemek yeme durumu ile obezite durumlarının karşılaştırılması

Gece yatmaya yakın yemek yeme durumu	Kadınların BKİ'leri									
	Zayıf		Normal kilolu		Fazla kilolu		Obez		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hayır, hiç yemem	24	66,6	215	73,4	181	68,5	231	74,0	651	71,9
Ender olarak	10	27,8	55	18,8	67	25,4	67	21,5	199	22,0
Evet her gece	2	5,6	23	7,8	16	6,1	14	4,5	55	6,1
Toplam	36	100,0	293	100,0	264	100,0	312	100,0	905	100,0

χ^2 : 7,008

p=0 ,320

Araştırmaya katılan kadınların gece yatmaya yakın yemek yeme durumları ile obez olma durumları arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Genel olarak kadınların % 6,1'i (n:55) her gece yatmaya yakın yemek yediklerini söylemişlerdir.

Araştırmaya katılan kadınların kaç öğün yemek yeme durumları ile obezite durumlarının karşılaştırması Tablo-31'de görülmektedir.

Tablo-31 Araştırmaya katılan kadınların kaç öğün yemek yedikleri ile obezite durumlarının karşılaştırılması

Kaç öğün yemek yeme durumu	Kadınların BKİ'leri									
	Zayıf		Normal kilolu		Fazla kilolu		Obez		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
1-2	7	19,4	100	34,1	105	39,8	158	50,6	370	40,9
3-4	27	75,0	191	65,2	154	58,3	149	47,8	521	57,6
5+	2	5,6	2	0,7	5	1,9	5	1,6	14	1,5
Toplam	36	100,0	293	100,0	264	100,0	312	100,0	905	100,0

χ^2 : 30,127

$p < 0,001$

Araştırmaya katılan kadınların kaç öğün yemek yedikleri ile obezite durumları arasında anlamlı fark saptanmıştır. Obez kadınların % 50,6'sı (n:158) 1-2 öğün yemek yerken; zayıf kadınların % 19,4'ü (n:7) 1-2 öğün yemek yemektedir.

Araştırmaya katılan kadınların ana öğünleri atlama durumları ile obezite durumlarının karşılaştırması Tablo-32'de görülmektedir.

Tablo-32 Araştırmaya katılan kadınların ana öğünleri atlama durumu ile obezite durumlarının karşılaştırılması

Ana öğünleri atlama durumu	Kadınların BKİ'leri									
	Zayıf		Normal kilolu		Fazla kilolu		Obez		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Evet	7	19,4	98	33,4	90	34,1	144	46,2	339	37,5
Bazen	15	41,7	91	31,1	95	36,0	94	30,1	295	32,6
Hayır	14	31,9	104	35,5	79	29,9	74	23,7	271	29,9
Toplam	36	100,0	293	100,0	264	100,0	312	100,0	905	100,0

χ^2 : 22,124

$p < 0,05$

Araştırmaya katılan kadınların ana öğünleri atlama durumları ile obez olma durumları arasında anlamlı fark saptanmıştır. Obez olanların, % 46,2'si (n:144) ana öğünleri atlarken; zayıf olanların % 19,4'ü (n:7) ana öğünleri atlamaktadır.

Araştırmaya katılan kadınların kendilerini genelde nasıl hissettikleri ile obezite durumlarının karşılaştırması Tablo-33'te görülmektedir.

Tablo-33 Araştırmaya katılan kadınların kendilerini genelde nasıl hissettikleri ile obezite durumlarının karşılaştırılması

Kendilerin i genelde nasıl hissettikle ri	Kadınların BKi'leri									
	Zayıf		Normal kilolu		Fazla kilolu		Obez		Toplam	
	Say ı	%	Say ı	%	Say ı	%	Say ı	%	Say ı	%
İyi	18	50,0	160	54,6	126	47,7	136	43,6	440	48,6
Orta	13	36,1	99	33,8	100	37,9	101	32,4	313	34,6
Kötü	5	13,9	34	11,6	38	14,4	75	24,0	152	16,8
Toplam	36	100, 0	293	100, 0	264	100, 0	312	100, 0	905	100, 0

χ^2 : 20,724 $p < 0,05$

Araştırmaya katılan kadınların kendilerini genelde nasıl hissettikleri ile obez olma durumları arasında anlamlı fark saptanmıştır. Normal kiloluların % 54,6'sı (n:160) kendilerini iyi hissederken; obezlerin % 24,0'ü (n: 75) kendilerini kötü hissetmektedir.

. Araştırmaya katılan kadınların üzüntülü ya da sevinçliyken yemek yeme durumları ile obezite durumlarının karşılaştırması Tablo-34'te görülmektedir.

Tablo-34 Araştırmaya katılan kadınların üzüntülü ya da sevinçliyen yemek yeme durumu ile obezite durumlarının karşılaştırılması

Üzüntülü ya da sevinçliye n yemek yeme durumu	Kadınların BKİ'leri									
	Zayıf		Normal kilolu		Fazla kilolu		Obez		Toplam	
	Say ı	%	Say ı	%	Say ı	%	Say ı	%	Say ı	%
Üzüntülüye n artar	-	-	28	9,6	46	17,4	59	18,9	133	14,7
Üzüntülüye n azalır	29	80,5	185	63,1	156	59,1	165	52,9	535	59,1
Sevinçliye n artar	-	-	-	-	2	0,8	3	1,0	5	0,6
Sevinçliye n azalır	1	2,8	1	0,3	1	0,4	7	2,2	10	1,1
Değişmez	6	16,7	79	27,0	59	22,3	78	25,0	222	24,5
Toplam	36	100, 0	293	100, 0	264	100, 0	312	100, 0	905	100, 0

χ^2 : 33,813

$p < 0,001$

Araştırmaya katılan kadınların üzüntülü ya da sevinçliyen yemek yeme durumları ile obez olma durumları arasında anlamlı fark saptanmıştır. Obezlerin % 52,9'u (n: 165), zayıfların % 80,5'i (n:29) üzüntülü iken iştahlarının azaldığını belirtmişlerdir.

. Araştırmaya katılan kadınların misafir günlerine gitme durumları ile obezite durumlarının karşılaştırması Tablo-35'te görülmektedir.

Tablo-35 Araştırmaya katılan kadınların misafir günlerine gitme durumu ile obezite durumlarının karşılaştırılması

Misafir günlerin e gitme	Kadınların BKİ'leri									
	Zayıf		Normal kilolu		Fazla kilolu		Obez		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Düzenli olarak	2	5,6	56	19,1	77	29,2	60	19,2	195	21,6
Ara sıra	2	5,6	22	7,5	19	7,2	18	5,8	61	6,7
Hiç	32	88,8	215	73,4	168	63,6	234	75,0	649	71,7
Toplam	36	100,0	293	100,0	264	100,0	312	100,0	905	100,0

χ^2 : 18,284 $p < 0,05$

Araştırmaya katılan kadınların misafir günlerine gitme durumları ile obez olma durumları arasında anlamlı fark saptanmıştır. Obez olanların % 19,2'si (n:60) günlere giderken, zayıf olanların % 88,8'i (n:32) günlere gitmemektedir.

Araştırmaya katılan kadınların en çok kullandığı pişirme yöntemi ile obezite durumlarının karşılaştırması Tablo-36'da görülmektedir.

Tablo-36 Araştırmaya katılan kadınların en çok kullandığı pişirme yöntemi ile obezite durumlarının karşılaştırılması

En çok kullanılan pişirme yöntemi	Kadınların BKİ'leri									
	Zayıf		Normal kilolu		Fazla kilolu		Obez		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Kızartma	7	19,4	40	13,7	33	12,5	39	12,5	119	13,2
Haşlama	28	77,8	226	77,1	210	79,5	241	77,2	705	77,9
Izgara	-	-	7	2,4	6	2,3	8	2,6	21	2,3
Fırında pişirme	1	2,8	20	6,8	15	5,7	24	7,7	60	6,6
Toplam	36	100,0	293	100,0	264	100,0	312	100,0	905	100,0

χ^2 : 4,093

p=0,905

Araştırmaya katılan kadınların en çok kullandığı pişirme yöntemi ile obezite durumlarının karşılaştırması arasında anlamlı fark saptanmamıştır.

Araştırmaya katılan kadınların yağda kızartılan besinleri kaç günde bir tükettiği ile obezite durumlarının karşılaştırması Tablo-37'de görülmektedir.

Tablo-37 Araştırmaya katılan kadınların yağda kızartılan besinleri kaç günde bir tükettiği ile obezite durumlarının karşılaştırılması

Yağda kızartılan besinleri kaç günde bir tükettiği	Kadınların BKİ'leri									
	Zayıf		Normal kilolu		Fazla kilolu		Obez		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Her gün/ gün aşırı	7	19,4	30	10,2	24	9,1	19	6,1	80	8,8
Haftada 1-2	19	52,8	136	46,4	135	51,1	127	40,7	417	46,1
Daha seyrek	10	27,8	127	43,4	105	39,8	166	53,2	408	45,1
Toplam	36	100,0	293	100,0	264	100,0	312	100,0	905	100,0

χ^2 : 20,500

$p < 0,05$

Araştırmaya katılan kadınların yağda kızartılan besinleri kaç günde bir tükettiği ile obez olma durumları arasında anlamlı fark saptanmıştır. Yağda kızartılan besinleri obez olanların % 53,2'si (n:166) seyrek tükettiğini belirtmiştir. Zayıf olanların ise, % 19,4'ü (n:7) her gün ya da gün aşırı tükettiğini belirtmiştir.

Araştırmaya katılan kadınların yemeklerini hazırlarken en sık kullandığı yağ çeşidi ile obezite durumlarının karşılaştırması Tablo-38'de görülmektedir.

Tablo-38 Araştırmaya katılan kadınların yemeklerini hazırlarken en sık kullandığı yağ çeşidi ile obezite durumlarının karşılaştırılması

Yemekleri hazırlarken en sık kullanılan yağ çeşidi	Kadınların BKİ'leri									
	Zayıf		Normal kilolu		Fazla kilolu		Obez		Toplam	
	Say	%	Say	%	Say	%	Say	%	Say	%
Margarin	1	2,8	4	1,4	2	0,7	3	1,0	10	1,1
Tereyağı	2	5,6	13	4,4	19	7,2	14	4,5	48	5,3
Zeytinyağı	9	25,0	70	23,9	58	22,0	83	26,6	220	24,3
Diğer	24	66,6	206	70,3	185	70,1	212	67,9	627	69,3
Toplam	36	100,0	293	100,0	264	100,0	312	100,0	905	100,0

χ^2 : 5,515

p=0,787

Araştırmaya katılan kadınların yemeklerini hazırlarken en sık kullandıkları yağ çeşidi ile obezite durumlarının karşılaştırması arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Genel olarak tüketilen yağ çeşidi ayçiçek yağı, mısır özü yağı ve fındık yağı'dır.

Araştırmaya katılan kadınların en sık tükettikleri besin grupları ile obezite durumlarının karşılaştırması Tablo-39'da görülmektedir.

Tablo-39 Araştırmaya katılan kadınların en sık tükettikleri besin grupları ile obezite durumlarının karşılaştırılması

En sık tüketilen besin grupları	Kadınların BKİ'leri									
	Zayıf		Normal kilolu		Fazla kilolu		Obez		Toplam	
	Say	%	Say	%	Say	%	Say	%	Say	%
Kuru baklagiller	-	-	8	2,7	8	3,0	14	4,5	30	3,3
Et, süt, yumurta	3	8,3	21	7,1	12	4,5	25	8,0	61	6,7
Sebze, meyve	1	2,8	26	8,9	29	11,0	31	9,9	87	9,6
Pilav, makarna, börek, kek, çerez, cips	1	2,8	16	5,5	7	2,7	10	3,2	34	3,8
Hepsinden dengeli olarak tüketme	31	86,1	222	75,8	208	78,8	232	74,4	693	76,6
Toplam	36	100,0	293	100,0	264	100,0	312	100,0	905	100,0

χ^2 : 12,460

p= 0,409

Araştırmaya katılan kadınların en sık tükettikleri besin grupları ile obezite durumlarının karşılaştırması arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Genel olarak kadınlar % 76,6 oranında (n:693) hepsinden dengeli olarak tükettiklerini söylemişlerdir.

Araştırmaya katılan kadınların ne zaman kilo almaya başladıkları ile obezite durumlarının karşılaştırması Tablo-40'ta görülmektedir.

Tablo-40 Araştırmaya katılan kadınların ne zaman kilo almaya başladıkları ile obezite durumlarının karşılaştırılması

Ne zaman kilo almaya başladıkları	Kadınların BKİ'leri					
	Fazla kilolu		Obez		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hep kilolu	36	14,3	50	16,1	86	15,3
İlk adet sonrası	2	0,8	7	2,2	9	1,6
Doğumdan sonra	98	38,9	129	41,5	227	40,3
İlaçlardan sonra	24	9,5	36	11,6	60	10,7
Menapozdan sonra	36	14,3	44	14,1	80	14,2
Diğer	56	22,2	45	14,5	101	17,9
Toplam*	252	100,0	311	100,0	563	100,0

χ^2 : 7,589

p= 0,180

* 13 kişi fazla kilolu ve obez olduğu halde bu soruyu cevaplamamıştır.

Araştırmaya katılan kadınların ne zaman kilo almaya başladıkları ile obezite durumlarının karşılaştırması arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Kadınların % 15,3'ü (n:86) hep kilolu olduklarını belirtirlerken; % 40,3'ü (n:227) doğumdan sonra kilo aldıklarını belirtmişlerdir.

Araştırmaya katılan kadınların zayıflama yöntemi kullanıp kullanmama durumları ile obezite durumlarının karşılaştırması Tablo-41'de görülmektedir.

Tablo-41 Araştırmaya katılan kadınların zayıflama yöntemi kullanıp kullanmama durumları ile obezite durumlarının karşılaştırılması

Zayıflama yöntemi kullanıp kullanmama durumu	Kadınların BKM'leri					
	Fazla kilolu		Obez		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hayır	150	59,5	163	52,4	313	55,6
Diyet	43	17,1	69	22,2	112	19,9
Egzersiz	14	5,6	22	7,1	36	6,4
İlaç tedavisi	1	0,4	-	-	1	0,2
Diğer	6	2,4	13	4,2	19	3,4
Çoklu yöntem	38	15,0	44	14,1	82	14,5
Toplam*	252	100,0	311	100,0	563	100,0

$\chi^2: 14,200$

$p = 0,360$

*13 kişi fazla kilolu ve obez olduğu halde bu soruyu cevaplamamıştır.

Araştırmaya katılan kadınların zayıflama yöntemi kullanıp kullanmama durumları ile obezite durumlarının karşılaştırması arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Fazla kilolu ve obez kadınların % 55,6'sı (n.313) hiç zayıflamaya çalışmadıklarını belirtmişlerdir.

TARTIŞMA

Bu çalışmayla amaçlanan; Nilüfer Halk Sağlığı Eğitim Araştırma ve Uygulama Bölgesi'nde 20 yaş ve üzeri kadınlarda aşırı kiloluluk ve obezite prevalansı ile etkileyen etmenleri saptamaktır. Bu sebeple; Bursa ili Nilüfer ilçesi, Halk Sağlığı Eğitim Araştırma ve Uygulama Bölgesi'ndeki kentsel, kırsal, yarı kentsel yapıda 13 mahalledeki, 20 yaş ve üzeri toplam 905 kadınla görüşülmüştür. Araştırmaya katılan kadınların % 37,8'i (n:342) kentsel, % 37,7'si (n:341) yarı kentsel, % 24,5'i (n:222) kırsal mahallerde oturmaktadır. Araştırmaya alınan kadınların; yaş ortalaması $41,3 \pm 15,7$; boy ortalaması $1,58 \pm 0,06$ m.; kilo ortalaması $70,37 \pm 14,76$ kg.; BKİ'si ortalaması $27,98 \pm 6,21$ kg/m² olarak saptanmıştır.

Araştırmaya katılan kadınların; % 11,6'sı (n:105) okuryazar değil, % 46,3'ü (n:419) ilkokul mezunu, % 6,6'sı (n:60) üniversite ya da yüksek okul mezunudur. Kadınların % 77'si (n:697) evlidir. Araştırmaya katılan kadınların iş durumlarına bakıldığında; % 79,6'sı (n:720) ev hanımı, % 19,6'sı (n:177) çalışan, % 0,9'u (n:8) öğrenci olarak saptanmıştır. Kadınların % 60,1'de (n: 544) sürekli hastalık bulunmaktadır.

Araştırmaya katılan kadınların, % 3,9'u (n:36) zayıf; % 32,4'ü (n:293) normal kilolu; % 29,2'si (n: 264) fazla kilolu; % 34,5'i (n:312) obez olarak saptanmıştır. Araştırmaya katılan kadınların bulundukları yaş grupları ile obez olma durumları arasında anlamlı fark saptanmıştır (χ^2 :240,488 $p < 0,001$). Dr. Ersin Nazlıcan'ın 2008 yılında Adana İli Solaklı ve Karataş Merkez Sağlık Ocağı Bölgesinde yaşayan 20-64 yaş arası kadınlarda obezite ve ilişkili risk faktörlerini inceleyen bir araştırmasında, toplam 477 20-64 yaş arası kadının; %1,3'ü (n: 6) zayıf, %32,3'ü (n: 154) normal kilolu, %38,1'i (n: 182) fazla kilolu , %28,3'ü (n:135) obez olarak saptanmıştır(19). Aktener ve ark. tarafından 2006 yılında İzmir'de yarı kırsal bir bölgede 20-64 yaş üreme çağı ve menapoz sonrası kadınlarda şişmanlık prevalansı adlı bir araştırma da 297 kadında obezite prevalansı % 25,9 olarak saptanmıştır(6). Onat A. ve ark. yaptığı TEKHARF (Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri 1990-2000) araştırmasında, kadınlarda obezite prevalansı %32 olarak saptanmıştır(15). Bizim araştırmamız ve Adana'da yapılan

araştırmada normal kiloluluk prevalansı benzer iken, Adana'daki araştırmaya göre bizim araştırmamızdaki fazla kiloluluk prevalansı daha düşük, obezite prevalansı ise daha yüksek bulunmuştur. İzmir ve Adana'da yapılan araştırmalardaki obezite prevalansı birbirine yakinken; TEKHARF araştırmadaki obezite prevalansı da bizim araştırmamıza benzer olarak yüksek bulunmuştur. Bunun nedeni bizim çalışmamızda 20 yaş ve üzeri tüm yaş gruplarını almış olmamız ve evlere giderek yüzyüze görüşme yöntemiyle daha çok ev hanımına ulaşmamız olabilir. Gelişmiş ülkeler başta olmak üzere tüm dünyada obezite prevalansı giderek artmaktadır. Obezitenin tüm dünyadaki prevalansı % 8,2 olarak hesaplanmaktadır, bu ise tüm dünyadaki zayıflık prevalansından % 5,8 neredeyse iki kat daha yüksektir. Çin ve Japonya'da % 5'den düşük olan bu prevalans Samoa'da % 75'lere ulaşmaktadır (20).

Araştırmaya katılan kadınların boy, kilo, BKİ ortalamaları ile obez olma durumları arasında anlamlı fark saptanmıştır (varyans analizinde $p < 0,001$, $p < 0,001$, $p < 0,001$). Tüm yaş grupları ele alındığında, ortalama boy $1,58 \pm 0,06$ m. iken, ortalama kilo $70,37 \pm 14,76$ kg. ve ortalama BKİ $27,98 \pm 6,21$ olarak saptanmıştır.

Dr. Ersin Nazlıcan'ın 2008 yılında Adana İli Solaklı ve Karataş Merkez Sağlık Ocağı bölgesinde yaşayan 20-64 yaş arası kadınlarda obezite ve ilişkili risk faktörlerini inceleyen toplam 477 kişilik araştırmasında, ortalama BKİ $27,19 \pm 4,43$ olarak saptanmıştır(19). İç hastalıkları hemşiresi Sevda Efil'in 2005 yılında Afyon ilinde sağlık çalışanlarında yaptığı araştırmada ortalama BKİ $23,5 \pm 3,8$ olarak saptanmıştır(21). Dr. Duygu Horoz'un 2008 yılında Kayseri İl merkezinde görev yapan öğretmenlerde yaptığı çalışmada ortalama BKİ $24,37 \pm 3,65$ olarak saptanmıştır(22). Araştırmamızdaki ortalama BKİ ile Adana ilinde yapılan araştırmadaki ortalama BKİ benzerlik gösterirken; Afyon ve Kayseri illerindeki araştırmalarda bulunan ortalama BKİ'leri bizim araştırmamıza göre daha düşük bulunmuştur. Bunun nedeni, Afyon ve Kayseri'de yapılan araştırmalardaki kadınların hemşire ve öğretmen olmaları nedeniyle, eğitim düzeylerinin diğer kadınlara göre daha yüksek olmaları ve çalışmaları sonucunda ortalama BKİ'nin daha düşük olması olabilir. Gelişmekte olan ülkelerde kadınlar üzerinde yapılan çalışmalarda

ortalama BKİ, Bangladeş ve Mısır'da düşükken, Türkiye'de, A.B.D.'deki ortalama BKİ'nin bile üzerine çıkacak kadar yüksektir (23).

Araştırmaya katılan kadınların öğrenim durumları ile obez olma durumları arasında anlamlı fark saptanmıştır (χ^2 :159,714 $p < 0,001$). Obez kadınların % 52,6'sı (n:164) ilkokul mezunu iken; zayıf kadınların % 11,1'i (n:4) ilkokul mezunudur. Ayrıca araştırmaya katılan obez kadınların %1,3'ü (n: 4) üniversite ya da yüksek okul mezunu olarak saptanmıştır. Dr. Ersin Nazlıcan'ın 2008 yılında Adana İli Solaklı ve Karataş Merkez Sağlık Ocağı bölgesinde yaşayan 20-64 yaş arası kadınlarda obezite ve ilişkili risk faktörlerini inceleyen 477 kişilik araştırmasında toplamda, obez kadınların % 27,3'ü ilkokul mezunu iken, obez olup da üniversite mezunu olan kadın saptanmamıştır ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (19). Aykut ve ark Kayseri Talas ilçesinde yaptığı bir araştırmada ise; 373 kadından ilkokul mezunu olup da obez olanlar % 73,1 olarak bulunurken, yüksekokul ya da fakülte mezunu olup da obez olanlar % 48 olarak saptanmıştır ve istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur (24). Adana'da yapılan araştırmada obez kadınlarda ilkokul mezunu olma oranı bizim araştırmamıza göre daha düşük çıkmıştır. Talas İlçesinde yapılan araştırmada ise, ilkokul mezunu olup da obez olanlar çok yüksek bulunmuştur. Bölgeler arası farklılıklarla beraber; ilkokul mezunu olan kadınlarda obezite prevalansı, lise ve üniversite mezunu kadınlara göre daha yüksek bulunmaktadır. Bunun altında yatan etken; eğitim düzeyinin yükselmesi ile beraber hem dengeli hem de yeterli beslenmenin artmış olması yanı sıra, kadınların fiziksel görünümüne daha çok önem vermek istemeleri de olmuş olabilir. Monterio ve ark geliştirmekte olan ülkeleri irdeleyen meta analitik çalışmasında da, kadınlarda eğitim düzeyi düşüklüğü ile obezite arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır(25).

Araştırmaya katılan kadınların medeni durumları ile obez olma durumları arasında anlamlı fark saptanmıştır (χ^2 : 166,418 $p < 0,001$). Obez kadınların % 84,9'u (n: 265) evli iken; zayıf kadınların % 38,9'u (n:14) evlidir. Ayrıca obez kadınların % 2,6'sı (n:8) bekar iken, %0,6'sı (n: 2) eşinden ayrıdır.

Nazlıcan'ın araştırmasında evli olanların % 31'i obez iken, bekar olanların % 1,7'si obez olarak saptanmış(19), Aykut ve ark. Nın çalışmasında

ise evli olanların % 70,9'u obez iken, bekar olanların % 20,9'u obez olarak saptanmıştır ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur(24). Bölgeler arası farklılıklara rağmen; evli olan kadınlarda obezite prevalansı, bekar olan kadınlara göre daha yüksek bulunmaktadır. Bu durum bazı istisnalar dışında, dünya genelinde de böyle görülmektedir. İspanya'da yapılan bir çalışmada, obezite ile evlilik arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (26). Danimarka ve Finlandiya'da yapılan bir araştırmada ise, evli olmayan kadınların evli olanlara oranla daha obez oldukları bildirilmiştir(27).

Araştırmaya katılan kadınların iş durumları ile obez olma durumları arasında anlamlı fark saptanmıştır(χ^2 : 94,321 $p < 0,001$). Obez kadınların % 90,4'ü (n:282) ev hanımı iken; zayıf kadınların % 47,2'si (n:17) ev hanımıdır. Ev hanımları ve çalışan kadınların sağlık durumlarının değerlendirildiği bir çalışmada, düzenli diyet uygulama alışkanlığında çalışan kadınların, ev hanımlarına göre daha başarılı oldukları saptanmıştır bu da BKİ'ni azaltmaktadır; yine bu araştırmada obezite sıklığının diğer iş gruplarında çalışan kadınlara göre, ev kadınlarında 2 kat fazla olduğu bildirilmiştir (28). Bu araştırma sonucu bizim sonuçlarımızla uyumludur. Okyay ve Uçku'nun araştırmasında ise, kadınların ev hanımı olması ile şişmanlık arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (29) . Toplumsal yaşamla birlikte ev hanımı ya da çalışan kadınların fiziksel güce dayalı ev işlerinde azalma meydana gelmiştir. Ev işlerindeki hareketler tekrarlı ve tekdüze oldukları için enerji harcaması da buna bağlı olarak düşmekte ve vücut kompozisyonunu korumak da zorlaşmaktadır. Vücut ağırlık yüzdesi olarak kadınlar erkeklere göre daha fazla kilo almaya meyillidirler. Vücut yağı östrojenin de etkisiyle beraber puberte başlangıcında dişi bireylerde artmaktadır. Bu yağ ağırlığı artışına hamilelik ve menapozu da içeren bir dizi olay da eşlik etmektedir. (30)

Araştırmaya katılan kadınların oturdukları mahallelerin kentsel, yarı kentsel ve kırsal olma durumu ile obez olma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. TÜİK(Türkiye İstatistik Kurumu) Sağlık Araştırması 2008'e göre; kentsel bölgedeki kadınların % 6,2'si düşük kilolu, % 48,7'si normal kilolu, % 27'si fazla kilolu, % 18,1'i obez olarak saptanmıştır. Kırsal bölgede yaşayan kadınların ise; % 4,8'i düşük kilolu, %

46,9'u normal kilolu, % 28,7'si fazla kilolu, % 19,6'sı ise obez olarak saptanmıştır (31).TÜİK araştırması da, bizim araştırmamızla uyumlu görülmektedir. TURDEP-II araştırmasına göre de; obezite prevalansı kırsal kesimde % 19,6 iken, kentsel yerleşimde % 23,8 olarak tespit edilmiştir(13). Diğer bölgelerle karşılaştırıldığında doğu illerinde obezite oranı daha düşük bulunmuştur(13).

Araştırmaya katılan kadınların sosyoekonomik durumları ile obez olma durumları arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Genel olarak kadınların % 93,1'nin sosyoekonomik durumu orta düzeydedir. Nazlıcan'ın araştırmasında toplamda, hane aylık geliri 222 TL.'den düşük olan kadınların % 27,2'si obez iken, hane aylık geliri 222-381 TL. arasında olan kadınların % 27'si obez, hane aylık geliri 381 TL.'den yüksek olan kadınların % 29,5'i obez olarak saptanmıştır. Bu araştırmaya göre de hane aylık geliri ile obezite durumu arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır(19). Aykut ve ark.nın araştırmasında ise; 373 kadından hane aylık geliri 160 TL.'den az olanların % 62,3'ü obez iken, 160-299 TL. aylık gelire sahip olanların % 73,9'u obez, 300 TL. ve üzerinde gelire sahip olanların ise % 56,2'si obezdır ve anlamlı bir fark saptanmıştır (24). Bizim çalışmamızda sosyoekonomik durum ile obezite arasında anlamlı bir ilişki bulamamamızın nedeni araştırma yapılan bazı mahallelerde yaşayan insanların düzenli bir gelirlerinin olmaması ya da sosyoekonomik durumlarını olduğundan farklı algılamaları sebebiyle olmuş olabilir. Literatürde yapılan çalışmalarda da obezite ile sosyoekonomik durum arasındaki ilişki bazen anlamlı, bazen de anlamsız bulunmuştur. Yapılan bir araştırmada düşük eğitim düzeyi ve sosyoekonomik durumun BKİ ve bel çevresini arttırdığı gösterilmiştir (28) Obezite ile Mücadele ve Kontrol Programı'na (2010-2014) göre; obezite görülme sıklığı ile sosyoekonomik durum arasında ters bir ilişki olduğu saptanmıştır. Sosyoekonomik düzeyi çok düşük bölgelerde obezite prevalansı % 22,6 iken, sosyoekonomik düzeyi yüksek bölgelerde obezite prevalansı % 17,9 olarak saptanmıştır (32). Koruk ve ark. yaptığı bir çalışmada ise, sosyoekonomik durum ile obezite arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (33). Dünya geneline bakıldığında, gelişmiş ülkelerin orta ve az gelirli kesimlerinde obezite prevalansı yüksekken, gelişmekte olan ülkelerin orta ve üst gelir düzeyine sahip kesimlerinde

obezite prevalansı daha sık görülmektedir (34). Enerji alımı ve harcanması arasında dengenin gün geçtikçe alım lehine değişmesi ile obezite gelişimi de artmaktadır. Bu nedenle gelir düzeyi arttıkça obezite sıklığının artacağı akla gelmekle birlikte, düşük gelir düzeyli hanelerde de yüksek obezite düzeyleri saptanmaktadır. Bunun nedeni, bu toplumlarda enerjiden daha yoğun besinlerin tüketilmesi ile açıklanmaya çalışılmıştır(21).

Araştırmaya katılan kadınların doğum sayıları ile obez olma durumları arasında anlamlı fark saptanmıştır (χ^2 : 202,671 $p < 0,001$). Obez kadınların % 56,1'i (n:175) üç ve üzerinde doğum yapmışken; zayıf olanların % 8,3'ü (n:3) üç ve üzerinde doğum yapmıştır. Yine obez kadınların % 5,4'ü (n:17) hiç doğum yapmamıştır. Nazlıcan'ın araştırmasında, hiç gebe kalmayanlarda obezite prevalansı % 5,2 iken, 7 ya da 8 gebeliği olanlarda bu % 61,9'dur. Gebelik sayısı ile BKİ arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır(19). Efil'in araştırmasında, 339 kadın sağlık çalışanında, hiç doğumu olmayanlarda obezite prevalansı % 2,1 iken, birden fazla doğumu olanlarda % 13,6 olarak saptanmıştır ve doğum sayısı arttıkça obezite sıklığının da anlamlı olarak arttığı saptanmıştır (21). Aykut ve ark. Kayseri Talas ilçesinde yaptığı bir araştırmada ise; hiç doğum yapmamışlarda obezite prevalansı % 46,7 iken, 3 ve üzerinde doğum yapanlarda obezite prevalansı % 58,1'dir ve anlamlı bir fark saptanmıştır (24). Bizim araştırmamızla Adana'da yapılan araştırmada benzer sonuçlar çıkmışken, Afyon'da yapılan araştırmada 3 ve üzerinde doğum yapanlarda obezite prevalansı düşük çıkmıştır. Kayseri Talas'ta yapılan araştırmada ise hem doğum yapmamışlarda hem de 3 ve üzerinde doğum yapanlarda obezite prevalansı çok yüksek bulunmuştur. Bunun sebebi Talas'da yaşayan kadınların daha fazla tahıl ve unlu mamuller tüketmeleri sonucu hamile kalmadan da obezite prevalanslarının yüksek olmasından kaynaklanıyor olabilir. Literatüre bakıldığında, gebelik sayısı arttıkça obezite sıklığı da artmaktadır. Bu duruma gebelik sonrası verilemeyen kiloların da etkisi büyüktür. Gebelik sayısı arttıkça yaş da artmaktadır. Bunun yanı sıra kadın gebelik boyunca ortalama 12 kg. kadar almaktadır ve bunun 4 kg.'ı yağlanmadır (19). Okyay ve ark. İzmir'de yaptıkları bir çalışmada gebelik sayısı arttıkça obezite görülme sıklığını artmış olarak bulmuşlardır (29). Koruk ve ark. (33) ve Güneş ve ark.

yaptıkları çalışmalarda kadınların yaptıkları doğum sayıları arttıkça obezite sıklığının da artmakta olduğunu bulmuşlardır (34).

Araştırmaya katılan kadınların sürekli hastalık durumları ile obez olma durumları arasında anlamlı fark saptanmıştır (χ^2 : 138,469 $p < 0,001$). Obez kadınların % 63,8'de (n:199) sürekli hastalık varken; % 36,2'de (n:113) sürekli bir hastalık bulunmamaktadır. Nazlıcan'ın araştırmasında sürekli hastalığı olan kadınların % 43,4'ünde obezite varken, ek hastalığı olmayanların % 19,7'sinde obezite vardır. Sürekli hastalık ile obezite arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (19). Aykut ve ark. Kayseri'de yaptığı araştırmada ise; kronik hastalığı olanların % 72,4'ü obez iken, kronik hastalığı olmayanların % 58,1'i obezdır ve arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (24). Yukarıda yapılmış olan araştırmalar ile bizim yaptığımız araştırmamızın sonuçları benzer bulunmuştur. Bunun en önemli sebebi obezitenin bazı hastalıklarla birlikteliğinin de olması, obezitenin ek bazı sağlık sorunlarına yol açması ve bazı kronik hastalıkların da obezite gelişimine zemin hazırlaması nedeniyle olabilir. Doğurgan çağıdaki kadınlarda obezitenin önlenmesi kronik ve dejeneratif hastalıklardan korunmaya büyük ölçüde yardım etmektedir (35). Okyay ve ark. yaptıkları bir çalışmada da, kronik hastalığa sahip olanlarda, obezite görülme sıklığı daha yüksek oranda bulunmuştur (29). Koruk ve ark. yaptıkları bir çalışmada kronik bir hastalığa sahip olmanın obezite sıklığını 1,8 kat arttırdığı bulunmuştur (33).

Araştırmaya katılan kadınların kendileri ile ilgili beden algıları ile obez olma durumları arasında anlamlı fark saptanmıştır (χ^2 : 526,010 $p < 0,001$). BKİ obez olup da, kendisini zayıf algılayan 2 kadın (% 0,7) varken, normal kilolu olduğu halde, kendisini şişman olarak algılayan 6 kadın (% 2,1) bulunmaktadır. Aykut ve ark. Kayseri Talas ilçesinde yaptığı araştırmada ise; normal kiloda olanların % 42,9'u kendisini obez hissederken, hafif kilolu olanların % 78,0'i kendisini obez hissetmekte, obez olanların % 96,1'i kendisini obez hissetmekte, zayıf olanların ise, % 11,5'i ise kendisini obez hissetmektedir ve aralarında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (24). Her iki araştırma istatistiksel olarak anlamlı bulunsa da, bizim araştırmamızda normal kiloda olup kendisini obez hissedenenlerin oranı % 2,1 iken; Talas'ta yapılan çalışmada bu oran % 42,9'dur. Bu fark o yörede bulunanların

beslenme kültürlerinden ve beden algılarındaki farklılıklardan olabilir. Koruk ve ark. yaptıkları bir araştırmada araştırmaya katılan kadınların ölçümle elde ettikleri BKİ ile, algıladıkları vücut ağırlıkları arasında orta derecede anlamlılık bulunmuştur (33). Gençlik dönemlerinde beden imajı ve dış görünümle ilgili kaygılar daha yoğun yaşanırken, artan yaşla birlikte, bu kaygılar daha azalmaktadır. İleri yaştaki bireylerin fazla kilolarıyla ilgili daha çok iyimser yönde yaklaşımları olmaktadır (36)

Araştırmaya katılan kadınların tartılma durumları ile obez olma durumları arasında anlamlı fark saptanmıştır (χ^2 : 18,924 $p < 0,05$). Obez kadınların % 19,2'si (n:60) 15 günde bir tartılırken; zayıf kadınların % 44,5'i (n:16) 15 günde bir tartılmaktadır. Aykut ve ark. Kayseri Talas ilçesinde yaptığı araştırmada; kadınların % 79,9'u en az 3 ayda bir tartılırken, % 20,1'i hiç tartılmadığını belirtmiştir (24). Bizim araştırmamızda toplamda hiç tartılmayanların oranı % 17,0'dir. Bizim araştırmamızla; Talas'ta yapılan araştırmadaki tartılmama oranları benzer bulunmuştur. Obez kadınların % 19,2'nin 15 günde bir tartılırken, zayıf kadınların % 44,5'nin 15 günde bir tartılmasının sebebi, zayıf kadınların kendi bedenlerine daha çok özen göstermeleri ve buna paralel olarak daha çok kendileri ile ilgilenmeleri olabilir. Koruk ve ark. çalışmaya katılan kadınların % 75,2'nin ayda en az bir kez vücut ağırlıklarını ölçtükleri belirtmişlerdir (33).

Araştırmaya katılan kadınların annelerinin şişmanlık durumları ile obez olma durumları arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Bununla beraber; Nazlıcan, annesinde obezite olanların % 41,3'ünde obezite varken, annesinde obezite olmayanların % 24,5'inde obezite saptamıştır(19). Aile öyküsü obezite açısından en önemli risk faktörlerinden birisi olarak gösterilmektedir. Ailesinde obezite hikayesi olan kişilerde obezite riski ortalama iki kat artmaktadır (28). İki obez birey evlendiğinde; çocukların obez olma olasılığı % 60-70 oranında bulunmaktadır (37).

Okyay ve ark. yaptıkları çalışmada, birinci derecede akrabalarında obezite olanların, olmayanlara göre 4 kat fazla riske sahip olduklarını bulmuştur (29). Bizim araştırmamızda ise; böyle bir sonucun çıkmaması

araştırmaya katılan kadınların cevaplarına özen göstermemeleri ya da algılama sorununa bağlı olabilir.

Araştırmaya katılan kadınların babalarının şişmanlık durumları ile obez olma durumları arasında da anlamlı fark saptanmamıştır. Buna rağmen; Nazlıcan'ın araştırmasında, babasında obezite olanların % 53,1'i obez iken, babasında obezite olmayanların % 26,5'i obezdir ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (19). Koruk ve ark. yaptıkları çalışmada da, obezitenin, birinci derecede akrabalarında obezite olanlarda 1,6 kat daha fazla görüldüğü bulunmuştur (33). Ege Üniversitesi'nde yapılan bir çalışmada, obez bireylerin ailelerinde obez birey bulunma oranının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Aile öyküsü olan obez bireylerin % 45,7'nin annesi obez iken, % 18,6'nın babası obez, % 30,0'nun hem annesi hem de babası, % 5,7'nin ise kardeşi obez olarak saptanmıştır.(37).

Araştırmaya katılan kadınların kardeşlerinin şişmanlık durumları ile obez olma durumları arasında anlamlı fark saptanmıştır (χ^2 : 58,586 $p < 0,001$). Obez kadınların % 41,1'nin (n:127) kardeşlerinden bazıları şişmanken; zayıf kadınların % 16,7'nin (n:6) kardeşlerinden bazıları şişmandır. Duygu Horoz'un 2008 yılında Kayseri İl merkezinde görev yapan öğretmenlerde şişmanlık prevalansı adlı araştırmasında, kardeşinde obezite olanların % 72,4'de BKİ 25 ve üzerinde iken, kardeşinde obezite olmayanların % 54,8'de BKİ 25 ve üzerindedir ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur(22). Aktener ve ark. yaptıkları bir çalışmada, birinci derece akrabalarında obezite bulunan kadınlarda, obezitenin daha sık oranda görüldüğü bulunmuştur (6). Bizim araştırma sonucumuz da, literatürle uyumlu bulunmuştur.

Araştırmaya katılan kadınların eşlerinin şişmanlık durumları ile obez olma durumları arasında anlamlı fark saptanmamıştır. . Bununla beraber dünyanın farklı bölgelerinde yapılan araştırmalarda, bizim araştırmamıza göre farklı sonuçlar bulunmuştur; birlikte yaşayan çiftlerin obez olma olasılığı, ayrı yaşayanlardan 2 kat fazla bulunmuştur (38). Gordon-Larsen'in yaptığı bir araştırmaya göre; çiftlerin birliktelik süreleri uzadıkça, obez olma olasılıkları da artmaktadır. Bunun sebebi olarak da; insanların birlikte yaşadıklarında, daha fazla yemek pişirme, daha fazla yemeğe çıkma ve daha fazla birlikte yemek yeme eğilimi göstermeleri olarak belirtilmiştir. Yine birlikte yaşayan

evli çiftlerin spor yapmak yerine, birlikte televizyon izlemeyi tercih ettikleri bildirilmiştir. Yine bu araştırmaya göre, iki yıldan fazla birlikte yaşayan ya da evli olan çiftlerin, benzer obezite özellikleri ve fiziksel tutumlar sergiledikleri ifade edilmiştir (39).

Araştırmaya katılan kadınların adet görme durumları ile obez olma durumları arasında anlamlı fark saptanmıştır ($\chi^2=157,573$ $p<0,001$). Menopozda olanların % 56,1'i (n:160) obez iken, % 0,4'ü (n:1) zayıf olarak saptanmıştır. Yine aynı araştırmada, düzenli adet görenlerin % 20,2'si (n:102) obez olarak saptanmıştır. Horoz'un araştırmasında, menopozda olanların % 69,2'nin BKİ'si 25 ve üzerinde iken; düzenli adet görenlerin % 36,4'nün BKİ'si 25 ve üzerindedir ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (22). Aykut ve ark. araştırmasında da menopozda olanların % 74,6'sında obezite saptanırken, menopozda olmayanların % 61,5'inde obezite saptanmıştır (24). Bizim araştırmamızın sonuçları ile diğer araştırmaların sonuçları uyumludur. Talas ilçesindeki araştırmada ise hem menopozda olan hem de menopozda olmayanlarda obezite prevalansı çok yüksektir. Obezite 30 yaşından sonraki tüm yaş gruplarında belirgin olarak artmaktadır. 30 yaş ve üzerinde özellikle menopozun da etkisiyle obezitenin 3,5 kat arttığı saptanmıştır (29).

Araştırmaya katılan kadınların günlük aktivite durumları ile obez olma durumları arasında anlamlı fark saptanmıştır ($\chi^2: 57,845$ $p< 0,001$). Günlük aktivitesi hafif olanların % 54'ü (n: 81) obez iken, günlük aktivitesi çok hızlı ve yoğun olanların % 23,9'u (n:86) obezdır. Aykut ve ark.nın çalışmasında; günlük aktivitesi hafif olanların % 69,4'ü obez bulunurken, günlük aktivitesi çok hızlı ve yoğun olanların % 50,0'si obez bulunmuştur (24). Bu araştırma da bizim araştırmamızla benzer bulgulara sahiptir ve bizim sonuçlarımızı desteklemektedir. Horoz'un araştırmasında ise; günlük aktivitesi hafif olanların % 63,6'da BKİ 25 ve üzerinde iken; günlük aktivitesi normal olanların % 57,1'de BKİ 25 ve üzerinde, günlük aktivitesi çok hızlı ve yoğun olanların ise % 56,0'da BKİ 25 ve üzerindedir ve istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (22). Modern yaşam ve teknolojinin sunduğu kolaylıklara karşılık olarak azalan fiziksel aktivite, giderek yaygınlaşan sedanter yaşam obeziteye zemin hazırlamaktadır (4). Bütün obez bireylerde enerji alımı ile

tüketimi arasında bir dengesizlik vardır. Bireylerin yeme alışkanlıkları ve fiziksel aktiviteleri enerji dengesini etkilemektedir. Teknolojik gelişimle beraber sedanter yaşam, fastfood tarzı hızlı ve yüksek kalorili gıdaların tüketiminin artması obezite gelişimini etkileyen çevresel faktörler arasında sayılmaktadır. (1)

Araştırmaya katılan kadınların günlük hayatta ulaşımını sağlama durumları ile obez olma durumları arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Ancak ulaşım ihtiyacı duymayanların % 50,0'si (n:12) ve özel araba kullananların % 41,0'i (n:80) obezdir. Bununla beraber; Horoz'un araştırmasında, özel araba kullananların % 60,1'de BKİ 25 ve üzerinde bulunurken, özel araba kullanmayanların % 49,7'de BKİ 25 ve üzerinde bulunmuştur. Yine aynı çalışmada; işe yürüyerek gelenlerin % 60,7'de BKİ 25 ve üzerinde bulunmuş, işe özel araba ile gelenlerin % 58,2'de BKİ 25 ve üzerinde bulunmuş, işe otobüs ya da minibüsle gelenlerin % 50,1'de ise BKİ 25 ve üzerinde bulunmuştur ve bu istatistiksel olarak da anlamlıdır (22). Bizim çalışmamızla bu çalışmanın farklı çıkmasının nedeni bizim gittiğimiz evlerdeki kadınların daha düşük sosyoekonomik düzeye sahip olmaları ve daha çok ev hanımı olmalarından kaynaklanıyor olabilir. Kayseri'de yapılan çalışmada ise, çalışmaya katılanların tamamının öğretmen olması ve eğitim düzeylerinin yüksek olması nedeniyle daha çok özel araba kullanıyor olmaları ve buna bağlı olarak BKİ'nin daha yüksek çıkması olabilir. Buradaki bir başka husus da; özel arabası olan bireylerin ulaşım için daha az enerji harcamaları ve şişman olan bireylerin yürümeyi tercih etmeleri ile açıklanabilir. Fiziksel aktivitenin obezitenin önlenmesindeki rolü üzerinde önemle durulmaktadır. Amerikan Spor Hekimliği Koleji'nin önerisi, tüm erişkinlerin günde ortalama 30 dakika egzersiz yapması yönündedir. İşe yürüyerek gitme, yüzmeye, bisiklete binme, dans etme gibi aktivite tiplerine ilgiyi arttırmak hedef olarak seçilmesi önerilmektedir (40).

Araştırmaya katılan kadınların televizyon izleme durumları ile obez olma durumları arasında anlamlı fark saptanmıştır(χ^2 : 21,281 p<0,05). On saat ve üzerinde televizyon izleyenlerin % 50,0'si (n: 26) obez iken; 10 saat ve üzerinde televizyon izleyen hiç kimse zayıf olarak saptanmamıştır. Horoz'un araştırmasında ise, öğretmenlerin televizyon karşısında geçirdikleri

süre ile obezite arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (22). Bunun nedeni, araştırmamızda çalışan kadın oranının az olması ve buna bağlı olarak ev kadınlarının evde geçirdikleri sürelerin uzun olması nedeniyle, vakitlerini televizyon karşısında geçirmiş olmaları olabilir. Televizyon izleme en popüler boş zaman geçirme aktivitesi olarak bilinmektedir. Bir çok araştırmada, televizyon başında geçirilen süre ile obezite arasında doğrusal bir korelasyon olduğu gösterilmiştir. Özellikle günde 2 saat ve üzerinde televizyon izleyenlerde, obezite oranının arttığı görülmüştür. Bu bireylerin televizyon izlerken tükettikleri atıştırmalık besinlerin yüksek kalorisi nedeniyle BKİ’de anlamlı bir yükselme görülmektedir (41).

Araştırmaya katılan kadınların egzersiz yapma durumları ile obez olma durumları arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Genel olarak kadınların % 85,0’i egzersiz yapmamaktadır. Yine; Nazlıcan’ın araştırmasında da spor yapanların % 22,0’si obez iken, spor yapmayanların % 29,0’u obez bulunmuştur ve spor yapma ile obezite arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (19). Horoz’un araştırmasında da düzenli spor yapanların % 54,8’de BKİ’i 25 ve üzerinde iken, hiç spor yapmayanların % 53,9’da BKİ’i 25 ve üzerindedir ve arada istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (22). Hem bizim araştırmamızda hem de Adana’da yapılan araştırma hem de Kayseri’de yapılan araştırmalar birbirlerini desteklemektedir. Koruk ve ark. (33) ve Okyay ve ark. Yaptıkları araştırmalarda da, spor yapma ile obezite arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (29). Bununla beraber; Karacan ve ark.nın yaptıkları bir çalışmada, düzenli egzersiz uygulamalarının BKİ’ni azaltıcı yönde bir etkisi saptanmıştır (42). Elbette ki; egzersiz, obezitenin hem önlenmesinde hem de tedavisinde diğer tedavi yöntemlerine yardımcı ve vazgeçilmez bir yöntemdir. Egzersizin, kilo kontrolü ve kilo kaybını kolaylaştırıcı etkilerinin yanı sıra, obezitenin komplikasyonlarını önleme üzerine de olumlu etkileri vardır. Bugün birçok hastalığın da obeziteye bağlı olarak ortaya çıktığı bilinmektedir (43).

Araştırmaya katılan kadınların haftada yapılan egzersiz sayısı ile obez olma durumları arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Yine; Erkol ve ark.

araştırmasında da, düzenli egzersiz ile obezite arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (37).

Sağlık Bakanlığı tarafından 7 coğrafik bölgede, 7 ilde 30 yaş ve üstü 15.468 bireyde yapılan 'Sağlıklı Beslenelim, Kalbimizi Koruyalım' çalışmasına göre; Türkiye'deki bireylerin sadece % 3,5'nin her hafta düzenli olarak fiziksel aktivite yaptıkları tespit edilmiştir (40). Obezite prevalansında fiziksel inaktivitenin sorumluluk payı % 67,5 olarak rapor edilmiştir. Fiziksel inaktivite obezite gelişiminin en önemli nedenlerinden birisini oluşturmaktadır. Modern toplumlarda daha az enerji harcanarak işlerin yürütülme imkanı, vücudun kullanamadığı bu enerjiyi yağ olarak biriktirmesine neden olmaktadır, düzenli fiziksel aktivitenin haftada kaç kez yapıldığı bu bağlamda önem kazanmaktadır (10).

Araştırmaya katılan kadınların kaç dakika egzersiz yaptığı ile obez olma durumları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Ulusal Hane Halkı Araştırmasına göre; ülkemizde 18 yaş ve üzeri bireylerin % 20,32'nin hareketsiz yaşadığı, % 15,99'nun ise yetersiz düzeyde fiziksel aktivite yaptığı saptanmıştır (40). Pek çok çalışma egzersizin tek başına orta derecede kilo kaybını sağlayabilen etkili bir yöntem olduğunu işaret etmektedir. Kilo verme programında önerilen aerobik egzersizlerden yürüme, koşma, jogging gibi egzersizlere ağırlıkla katılamayan obezlere, sıcak banyo ve sauna da önerilmektedir. Haftada 3 kez 30-60 dakikalık egzersizin, düşük kalorili diyetle eklenmesi kilo kaybını yaklaşık olarak 2 kg. arttırmaktadır. Fazla miktarda kilo vermek isteyen bir kişide egzersiz tek başına arzu edilen kiloya ulaşmada yeterli olmayabilir ancak istenen kiloya ulaşıldıktan sonra, bu kilonun korunmasında en etkili yöntemlerden birisidir. Düzenli fiziksel aktivite, yağsız vücut ağırlığında artış, yağlı dokuda azalmaya neden olmaktadır. Egzersiz programlarının ilk dönemlerinde vücut ağırlığında fazla bir değişiklik olmamasının nedeni budur. Üç ay gibi kısa bir süre sonra yağsız vücut ağırlığı sabitleşir ve kilo kaybı hızlanır (44).

Araştırmaya katılan kadınların yemek yeme hızları ile obez olma durumları arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Bununla birlikte; Horoz'un araştırmasında, hızlı yemek yiyenlerin % 69,7'de BKİ 25 ve üzerinde iken, yavaş yemek yiyenlerin % 41,0'de BKİ 25 ve üzerinde saptanmıştır. Gruplar

arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (22). Yine; Aykut ve ark. Kayseri Talas ilçesinde yaptığı bir araştırmada ise; 373 kadından, hızlı yemek yiyenlerin % 70,0'de obezite tespit edilirken, yavaş yemek yiyenlerin % 54,3'de obezite tespit edilmiştir ve fark istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur (24). Bizim araştırmamız ile yukarıdaki araştırmalar uyumlu olarak saptanmamıştır. Koruk ve ark. yaptıkları bir çalışmada da, kadınların % 27,5'nin hızlı yemek yediği, % 48,4'nün ise, orta hızda yemek yediği saptanmıştır (33).

Araştırmaya katılan kadınların genellikle nasıl yemek yedikleri ile obez olma durumları arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Genel olarak kadınların % 80,9'u (n:732) vakit ayırarak yemek yemektedir. Bununla beraber; Nazlıcan'ın araştırmasında, koşuşturma içerisinde hızlıca, iyi çiğnemedi yemek yiyenlerde obezite prevalansı % 49,1 iken; vakit ayırarak yavaşça yiyenlerde ise obezite prevalansı % 17,9 olarak saptanmıştır ve istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur (19). Koruk ve ark. yaptıkları bir çalışmada yine aynı şekilde hızlı yemek yiyenlerde obezite daha sık görülmüştür (33). Bu iki araştırma ile bizim araştırmamız uyumlu çıkmamıştır.

Araştırmaya katılan kadınların gece yatmaya yakın yemek yeme durumları ile obez olma durumları arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Genel olarak kadınların % 6,1'i (n:55) her gece yatmaya yakın yemek yediklerini söylemişlerdir. Koruk ve ark. yaptıkları bir çalışmada; gece yatmaya yakın yemek yiyenlerin oranı % 44,8 olarak bulunmuştur (33). Bu oran bizim çalışmamıza göre çok yüksek bulunmuştur. Bunun nedeni bizim araştırma yaptığımız bölgedeki kadınların daha bilinçli olmaları olabilir.

Beslenme alışkanlıklarının değişmesi, obezitede potansiyel bir risk faktörüdür. Yapılan pek çok çalışmada, vücut ağırlığının enerji dengesi ile ilişkisini ortaya konmuştur. Düzenli olarak üç öğün yemek yenilmemesi, enerji alımının fazlalığına yol açan aşırı yeme, daha çok yağ ve şeker içerikli besinlerin tüketilmesi, öğün atlama, sürekli atıştırma alışkanlığı, tüketilen besinlerin kalori yoğunluğu, porsiyonların büyük olması, hızlı yemek yeme alışkanlığı ve anormal saatlerde yemek yeme, obeziteye yol açan beslenme alışkanlıkları arasında sayılabilir (45). Gece yeme (nokturnal yeme) alışkanlığı da yeme bozuklukları arasında yer almaktadır. Gece yemenin

belirtileri; sabah kahvaltı etmeme, akşamları aşırı yeme, akşamları gergin olma ve uykusuzluk çekme olarak sıralanabilir (46)

Araştırmaya katılan kadınların kaç öğün yemek yedikleri ile obezite durumları arasında anlamlı fark saptanmıştır (χ^2 : 30,127 $p < 0,001$). Obez kadınların % 50,6'sı (n:158) 1-2 öğün yemek yerken; zayıf kadınların % 19,4'ü (n:7) 1-2 öğün yemek yemektedir. Aykut ve ark.nın araştırmasında; 1-2 öğün yemek yiyenlerde obezite prevalansı % 62,2 iken, 4 ve üzerinde yemek yiyenlerde obezite prevalansı % 37,5'dir ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (24). Bu araştırma ile bizim araştırmamız uyumlu olarak bulunmuştur. Bununla beraber bizim araştırmamızla uyumsuz araştırmalar da vardır. Horoz'un araştırmasında günde 1 öğün yiyenlerin % 50,0'nin BKİ 25 ve üzeri iken; günde 4 öğün ve üzeri yiyenlerin % 58,2'nin BKİ 25 ve üzerindedir ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (22). Daha önce yapılan çalışmalarda, öğün tüketim sıklığı ile obezite arasında negatif bir ilişki olduğu gösterilmiştir. Öğün sayısının artması termogenezi artırırken, hiperinsülinemiye azaltır dolayısıyla postprandiyal lipideyi ve lipogenezi azaltır. Glisemik indeks (GI) de ağırlığı etkileyen bir başka unsurdur. Düşük glisemik indeksli besinler insülin duyarlılığını sağlar ve ağırlık kaybını artırır. Düşük GI'li besinler, yüksek GI'li besinlerden daha fazla doygunluğu sağlarlar ve öğün sonlarında daha az enerji alımına neden olurlar. Öğünleri atlamamanın yanı sıra, GI'i düşük besinleri de tercih etmek gerekir (45).

Araştırmaya katılan kadınların ana öğünleri atlama durumları ile obez olma durumları arasında anlamlı fark saptanmıştır (χ^2 : 22,124 $p < 0,05$). Obez olanların, % 46,2'si (n:144) ana öğünleri atlarken; zayıf olanların % 19,4'ü (n:7) ana öğünleri atlamaktadır. Yine aynı araştırmada obez kadınların % 23,7'si (n:74) ana öğünleri atlamamaktadır. Elazığ'da yapılan bir araştırmada ise, öğün sayısı, öğün atlama ile BKİ arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (47). Okyay ve ark. yaptıkları araştırmada da, obez bireylerin % 26,4'nün öğünlerini atladığı, % 18,4'nün ise öğünlerinin kısmen düzenli olduğu bildirilmiştir (29). Özkahraman ve ark. yaptığı bir araştırmada; kadınların % 70,8'nin öğlen öğünü atladıkları bulunmuş olup, BKİ ortalamaları açısından aralarında istatistiki olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (35). Öğün atlanması durumlarında, bir sonraki öğünün hem

miktar hem de enerji içeriği artmaktadır. Ayrıca tek seferde çok miktarda yendiği için, sempatik sinir sistemi daha çok uyarılmakta ve buna bağlı olarak depolama da artmaktadır. Bireyin obezite nedeniyle, ana öğünleri hem atlaması hem de diyetinde bazal metabolizmasının altında enerji alması, ciddi sağlık sorunlarına da yol açabilmektedir (45).

Araştırmaya katılan kadınların kendilerini genelde nasıl hissettikleri ile obez olma durumları arasında anlamlı fark saptanmıştır(χ^2 : 20,724 $p<0,05$). Normal kiloluların % 54,6'sı (n:160) kendilerini iyi hissederken; obezlerin % 24,0'ü (n: 75) kendilerini kötü hissetmektedir. Obez olanların % 43,6'sı (n: 136) kendisini iyi hissettiğini ifade etmiştir. Horoz'un araştırmasında da, morali bozuk olanların % 55,2'de BKİ 25 ve üzerinde iken, morali iyi olanların % 57,1'nin BKİ 25 ve üzerindedir ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (22). Aykut ve ark.nın araştırmada ise; morali bozuk olanların % 59,2'de obezite saptanırken, morali iyi olanların % 67,1'de obezite saptanmıştır ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (24). Bu iki araştırma sonuçları ile bizim araştırma sonuçlarımız birbirlerinden farklı şekilde çıkmıştır. Bunun nedeni; kadınların obeziteye bağlı olarak değişen duygu durumları olabilir. Bazı obez kadınlar kendilerini iyi hissederlerken, bazıları ise kendilerini kötü hissetmektedir. Babacan ve ark. yaptıkları bir araştırmada, araştırmaya katılan kadınların % 49,2'si kendilerini iyi, % 42,5'i orta, % 8,3'ü kötü olarak hissettiklerini ifade etmişlerdir (36). Okyay ve ark. yaptıkları bir diğer araştırmada da, obez bireylerin % 42,5'nin depresif olduğu, % 58,6'da benlik saygısının düşük olduğu, % 54,4'nün beden imajının bozuk olduğu belirlenmiştir (29). Bugün artık obezitenin psikososyal faktörlerle de yakın ilişkide olduğu tespit edilmiştir. Yapılan araştırmalarda, obez bireylerde depresyon, anksiyete, somatizasyon ve kişilik bozukluklarının yüksek oranda görüldüğü belirtilmiştir. Obez bireylerin % 81,3'de depresif bozukluk saptanırken, % 22,6'da sosyal fobi olduğu bildirilmiştir (36).

Araştırmaya katılan kadınların üzüntülü ya da sevinçliyen yemek yeme durumları ile obez olma durumları arasında anlamlı fark saptanmıştır (χ^2 : 33,813 $p<0,001$). Obezlerin % 52,9'u (n: 165) üzüntülü iken iştahlarının azaldığını belirtirken; zayıfların % 80,5'i (n:29) üzüntülü iken iştahlarının azaldığını belirtmişlerdir. Obez kadınların % 1'i (n: 3) ise; sevinçliyen

iştahının arttığını belirtmiştir. İnsanda yeme davranışının anksiyete, neşe, üzüntü, öfke, depresyon gibi farklı duygulara göre değiştiği yaygın olarak kabul edilmektedir. Emosyonel durumla bağlantılı olan yemek yeme davranışı emosyonel yeme olarak tanımlanmaktadır. Yapılan çalışmalarda; sıkıntı, depresyon, yorgunluk sırasında yeme miktarında artma, korku, gerilim, ağrı sırasında ise azalma olduğu bildirilmektedir. Üzüntü ve neşenin de yeme davranışını etkilediğini gösteren çalışmalar vardır. Yapılan bir araştırmaya göre; obez bireylerin anksiyeteli olduklarında aşırı yedikleri ve böylece yemenin anksiyetelerini azalttığı bildirilmiştir. Bu mekanizma tam olarak anlaşılamamış olmasına rağmen, protein ve karbonhidrat alımının özellikle serotonin sentezine farklı etkileri olduğu üzerinde durulmaktadır (48)

Araştırmaya katılan kadınların misafir günlerine gitme durumları ile obez olma durumları arasında anlamlı fark saptanmıştır (χ^2 : 18,284 $p < 0,05$). Obez kadınların % 19,2'si (n:60) düzenli olarak misafir günlerine giderken, zayıf olanların % 88,8'i (n:32) günlere gitmemektedir. Araştırmada; obez kadınların % 75,0'i misafir günlerine hiç gitmemektedir. Aykut ve ark. Kayseri Talas ilçesinde yaptığı araştırmada ise; düzenli olarak güne gidenlerin % 74,5'de obezite saptanırken, hiç gitmeyenlerin % 53,1'de obezite saptanmıştır ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (24). Horoz'un araştırmasında da, misafir günlerine düzenli giden kadınların % 42,0'da obezite saptanırken, misafir günlerine hiç gitmeyen kadınların % 39,2'de obezite saptanmıştır ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (22). Bizim araştırmamız ile Talas'ta yapılan araştırma birbiriyle uyumlu iken, Kayseri'de yapılan araştırmanın sonucu bizim verilerimizle uyumsuz çıkmıştır. Bunun nedeni; obez kadınların daha da kilo alma korkusu ile misafir günlerine gitmeme isteği olabilir.

Araştırmaya katılan kadınların en çok kullandığı pişirme yöntemi ile obezite durumlarının karşılaştırması arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Araştırmaya katılan kadınların % 13,2'si (n:119) yiyecekleri kızartarak, % 77,9'u (n:705) yiyecekleri haşlayarak, % 2,3'ü (n:21) yiyecekleri ızgara yaparak, % 6,6'sı (n:60) yiyecekleri fırında pişirme yöntemiyle pişirdiklerini belirtmişlerdir. Özkahraman ve ark. yaptıkları bir araştırmada; kadınların yemek pişirme yöntemleri sorulduğunda % 58,7'nin genellikle haşlayarak

pişirdiklerini belirtmişlerdir. Pişirme yöntemleri ve BKİ ortalamaları arasında anlamlı olarak fark bulunamamıştır (35). Yukarıdaki araştırma ile bizim araştırmamız benzerlik göstermektedir. Buna rağmen; her iki araştırmada da, araştırmaya katılan kadınlar en sık haşlama yöntemiyle yemek pişirdiklerini ifade etseler de, bu durum obez olmalarını engelleyememiştir. Yiyecek pişirmede amaç, gıdaların lezzetini arttırmak, sindirimlerini kolaylaştırmak, bu arada kendilerine özgü renk, koku, tat ve besin değerlerini kaybetmemelerini sağlamaktır. Yemek pişirmede kullanılan yöntemler arasında; haşlama, kızartma, kavurma, fırında pişirme, sote etme, saç üzerinde pişirme gelmektedir (46). Pişirme yöntemi hiç şüphesiz kadının yorgunluk, rahatsızlık, bilgi yetersizliği ve zamanının olmaması gibi nedenlerden etkilenmektedir. Beslenme konusuna gereken önemin verilmemesinden dolayı meydana gelebilecek kayıplar, aile bireylerinin beslenmesini, ailenin ekonomisini, hatta ülke ekonomisini dahi etkilemektedir (49).

Araştırmaya katılan kadınların yağda kızartılan besinleri kaç günde bir tükettiği ile obez olma durumları arasında anlamlı fark saptanmıştır (χ^2 : 20,500 $p < 0,05$). Yağda kızartılan besinleri obez olanların % 53,2'si (n:166) seyrek tükettiğini belirtmiştir. Zayıf olanların ise, % 19,4'ü (n:7) her gün ya da gün aşırı tükettiğini belirtmiştir. Horoz'un araştırmasında ise, her gün yağda kızartılmış yiyecekler yiyenlerin % 48,7'nin BKİ 25 ve üzerinde iken, 3 günde bir ya da daha seyrek yağda kızartılmış yiyecek tüketenlerin % 57,7'de BKİ 25 ve üzerindedir ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (22). Aykut ve ark.nın yaptığı araştırmada ise; her gün yağda kızartılmış yiyecekler tüketenlerin % 62,1'de obezite saptanmışken, seyrek olarak yağda kızartılmış yiyecek tüketenlerin % 59,5'de obezite saptanmıştır ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (24). Bizim araştırmamızın sonuçları ile bu diğer iki araştırmanın sonuçları birbirlerinden farklı olarak bulunmuştur. Bunun nedeni, bizim araştırma bölgemizde yaşayan kadınların obez olmaları sebebiyle yağda kızartılmış yiyeceklerden bilinçli olarak uzak durmaları ile açıklanabilir. Besin öğeleri, besinlerle karşılandığı için, besinlerin uygun seçimi, hazırlanması, pişirilmesi, saklanması ve tüketilmesinde belirli kurallara uyularak sağlığı bozucu duruma getirmeme, besleyici değerlerini koruma ve maliyeti en azda tutma beslenmenin diğer önemli amaçlarındandır

(49). Yapılan farklı araştırmalarda; kadınların sıklıkla pişirme yöntemi olarak, suda pişirme ve kızartma yöntemlerini kullandıkları tespit edilmiştir ve bunlar hafta içerisinde de sık olarak da tüketilmektedir (49).

Araştırmaya katılan kadınların yemeklerini hazırlarken en sık kullandıkları yağ çeşidi ile obezite durumlarının karşılaştırması arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Genel olarak tüketilen yağ çeşidi ayçiçek yağı, mısır özü yağı ve fındık yağı'dır. Nazlıcan'ın araştırmasında, yemeklerinde her gün zeytinyağı tüketen kadınların % 26,9'da obezite varken, hiç zeytinyağı tüketmeyen kadınların % 27,2'de obezite vardır ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (19). Yemeklerinde her gün bitkisel sıvı yağ tüketen kadınların % 27,9'da obezite varken, hiç bitkisel sıvı yağ tüketmeyen kadınların % 50,0'de obezite vardır ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (19). Yemeklerinde her gün bitkisel katı yağ tüketen kadınların % 48,8'de obezite varken, hiç bitkisel katı yağ tüketmeyen kadınların % 26,5'de obezite vardır ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (19). Yemeklerinde her gün hayvansal katı yağ tüketen kadınların % 42,4'de obezite varken, hiç hayvansal katı yağ tüketmeyen kadınların % 24,5'de obezite vardır ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (19). Bizim araştırmamızda; araştırma bölgesinde yaşayan kadınlar genellikle ayçiçeği yağı kullanmışlardır. Bu grupta özellikle obezite prevalansı yüksek bulunmuştur. Yücesan ve ark. Zonguldak'da yaptıkları bir araştırmada; düşük sosyoekonomik düzeydeki obez kadınların % 84,4 oranında bitkisel sıvı yağ, % 60,3 oranında hayvansal yağ, %60,1 oranında margarini tükettikleri bildirilmiştir ve aralarındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (50). Yine aynı araştırmada; orta sosyoekonomik düzeydeki obez kadınların % 80,6 oranında bitkisel sıvı yağ, % 62,9 oranında hayvansal yağ, % 61,2 oranında margarini tükettikleri bildirilmiştir ve aralarındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (50). Yağlar; günlük diyetimizdeki besinlerin bileşimlerinde ve görünür yağ olarak yer almaktadır. Ülkemizde günlük birey başına tüketilen görünür yağ miktarı 19-50 gr. arasında değişmektedir. Yağ üretilen bölgelerde yağ tüketimi genelde daha fazla olmaktadır. Köylerde hayvansal yağlar, kentlerde ise daha çok bitkisel sıvı yağlar tüketilmektedir (46). Ülkemizde toplam yağ

tüketim miktarında önemli farklılıklar olmasına rağmen, bitkisel sıvı yağ tüketiminin, katı yağa oranla arttığı görülmektedir (40). İnsanlarda yapılan çalışmalar, diyetteki yağın obezite gelişmesi açısından önemli olduğunu vurgulamaktadır. Pek çok çalışmada yüksek yağlı diyet alanların, enerji alımlarının düşük yağlı diyet alanlara göre daha fazla olduğunu göstermiştir (51). Yüksek yağ oranı içeren diyetler, obezite yanı sıra vücut yağ depolanmasında da artışa neden olmaktadır. Bu enerji hem protein hem de karbohidratlardan gelenlerden belirgin fazladır. Yağ normalde günlük enerjinin % 25-30'nu oluşturmaktadır. Yağlı besinler, proteinli besinler gibi tokluk hissi verirler ancak enerji içerikleri daha yüksektir. Kalorisi de, eş ağırlıktaki karbohidrat ve proteinin yaklaşık iki katıdır. Bu sebeple diyetteki yağ miktarı kısıtlandığında, kalori alımı da büyük ölçüde düşer. Yağın bir diğer olumsuz etkisi de yemeklerin lezzetini artırarak daha çok tüketilmelerine sebep olmasıdır (45).

Araştırmaya katılan kadınların en sık tükettikleri besin grupları ile obezite durumlarının karşılaştırması arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Genel olarak kadınlar % 76,6 oranında (n:693) hepsinden dengeli olarak tükettiklerini söylemişlerdir. Bununla birlikte; Nazlıcan'ın araştırmasında; haftada 2 ya da 4 kere kebab yiyen kadınlarda obezite prevalansı % 57,1 iken, hiç kebab yemeyenlerde obezite prevalansı % 16,9 olarak saptanmıştır ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (19). Aynı çalışmada, konserve gıda tüketenlerin % 32,4'de obezite saptanırken, konserve gıda tüketmeyenlerin % 28,0'de obezite saptanmıştır ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (19). Aynı çalışmada, her gün süt içen kadınlarda obezite prevalansı % 25,9 iken, hiç süt içmeyenlerde obezite prevalansı % 30,7 olarak saptanmıştır ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (19). Aynı çalışmada, her gün yoğurt yiyen kadınlarda obezite prevalansı % 36,1 iken, hiç yoğurt yemeyenlerde obezite prevalansı % 11,8 olarak saptanmıştır ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (19). Aynı çalışmada, her gün peynir yiyen kadınlarda obezite prevalansı % 30,7 iken, hiç peynir yemeyenlerde obezite prevalansı % 25,8 olarak saptanmıştır ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (19). Aynı çalışmada, her gün kırmızı et

tüketen kadınlarda obezite prevalansı % 66,7 iken, hiç kırmızı et tüketmeyenlerde obezite prevalansı % 21,7 olarak saptanmıştır ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (19). Aynı araştırmada, her gün beyaz et tüketen kadınlarda obezite prevalansı % 44,4 iken, hiç beyaz et tüketmeyenlerde obezite prevalansı % 50,0 olarak saptanmıştır ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (19). Aynı araştırmada, her gün yumurta yiyen kadınlarda obezite prevalansı % 30,7 iken, hiç yumurta yemeyenlerde obezite prevalansı % 20,5 olarak saptanmıştır ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (19). Aynı araştırmada, her gün kuru baklagil tüketen kadınlarda obezite prevalansı % 37,8 iken, hiç kuru baklagil tüketmeyenlerde obezite prevalansı % 33,3 olarak saptanmıştır ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (19). Aynı araştırmada, her gün makarna tüketen kadınlarda obezite prevalansı % 20,0 iken, hiç makarna tüketmeyenlerde obezite prevalansı % 25,0 olarak saptanmıştır ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (19). Aynı araştırmada, her gün taze meyve tüketen kadınlarda obezite prevalansı % 27,9 iken, hiç taze meyve tüketmeyenlerde obezite prevalansı % 16,7 olarak saptanmıştır ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (19). Aynı araştırmada, her gün taze sebze tüketen kadınlarda obezite prevalansı % 24,9 iken, hiç taze sebze tüketmeyenlerde obezite prevalansı % 0,0 olarak saptanmıştır ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (19). Aynı araştırmada, her gün bal, pekmez, reçel tüketen kadınlarda obezite prevalansı % 33,0 iken, hiç bal, pekmez, reçel tüketmeyenlerde obezite prevalansı % 31,2 olarak saptanmıştır ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (19). Aynı araştırmada, her gün hamur işi, kek, börek tüketen kadınlarda obezite prevalansı % 15,0 iken, hiç hamur işi, kek, börek tüketmeyenlerde obezite prevalansı % 26,0 olarak saptanmıştır ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (19).

Aykut ve ark.nın araştırmada ise; az miktarda ekmek tüketenlerin % 51,0'da obezite saptanmışken, çok miktarda ekmek tüketenlerin % 78,0'da obezite saptanmıştır ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (24). Horoz'un araştırmasında ise, her öğün tatlı yiyenlerin % 47,4'de BKİ'i 25 ve

üzerinde iken; 3 günde bir ya da daha seyrek tatlı yiyenlerin % 60,4'de BKİ 25 ve üzerinde bulunmuştur ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (22). Bizim araştırmamıza göre, tüm besin gruplarını dengeli şekilde tüketenlerde en fazla obezite sıklığı görülmektedir. Diğer araştırmalarda yapılan değerlendirmelerde farklılıklar bulunmaktadır.

Yeterli ve dengeli beslenme, toplumların ve onu oluşturan bireylerin sağlıklı ve güçlü yaşamalarında, ekonomik ve sosyal yönden gelişmelerinde, refah düzeylerinin artmasının yanı sıra, mutlu ve huzurlu olarak da varlıklarını sürdürebilmelerinin temel koşullarından birisidir. Ülkemizde yetersiz ve dengesiz beslenme tüm yaş gruplarını etkilemektedir. Özellikle yetişkin kadınlarda, zayıflık ve şişmanlık, kansızlık, iyot yetersizliğine bağlı hastalıklar ile vitamin eksiklikleri görülürken, yaşlılarda beslenmeye bağlı kronik hastalıklar da sık olarak görülmektedir (49). Türk halkının beslenme durumuna bakıldığında, temel besin ekmek ve diğer tahıl ürünleridir. Günlük enerjinin ortalama % 44'ü sadece ekmekten, % 56'sı sadece ekmek ve diğer tahıl ürünlerinden sağlanmaktadır. Yıllar içerisinde besin tüketim eğilimi incelendiğinde ekmek, süt, yoğurt, et ürünleri, taze sebze ve meyve üretiminin azaldığı; kurubaklagil, yumurta ve şeker tüketiminin ise arttığı söylenebilir (40).

Günlük tüketilen ekmek miktarı arttıkça obezite durumu da giderek artmaktadır. Bu durum ekmeğin karbonhidrat ağırlıklı bir besin olmasından kaynaklanmaktadır. Ekmek, unlu diğer gıdalar ve tatlılar günlük beslenmemizin 1/3'nü oluşturmaktadır. Dolayısıyla bunların azaltılması obeziteyi de azaltıcı yönde etki yapacaktır. Ancak bu gıdaların tam kısıtlanması, süratle bunların yerine karbonhidrat olmayan başka bazı gıdaların çok miktarda alınmasına neden olmaktadır ve bu da zayıflamayı engellemektedir. Obezite, enerji alımının enerji tüketimini aştığı zaman oluşabilir. Bugünkü çevremiz sınırsız olarak elde edilebilen oldukça ucuz, çok lezzetli ve enerji yüklü gıdalarla doludur. Buna düşük fiziksel aktiviteli yaşam da eklenince, obezite kolaylıkla oluşmaktadır (45). Tahıllar, insan beslenmesinde önemli yer tutmakla beraber önem derecesi toplumdan topluma fark göstermektedir. Ülkemizde halkın günlük enerji ihtiyacının % 70'i tahıllarla karşılanmaktadır (46). Sebzeler ve meyveler, genellikle günlük

enerji gereksinimine çok az katkıda bulunurlar. Bunun yanı sıra mineraller ve vitaminler bakımından zengindirler. Sebze ve meyve tüketim düzeyi kentlerde, köylerden daha yüksektir (46). Tatlılar (şeker, bal, pekmez); vücudumuza gerekli enerjiyi sağlarlar. Genellikle kadınların bu gruba aşırı düşkün olmaları obezite gelişiminde oldukça etkilidir (46).

Araştırmada fazla kilolu ve obez olan kadınların ne zaman kilo almaya başladıkları ile obezite durumlarının karşılaştırması arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Kadınların % 15,3'ü (n:86) hep kilolu olduklarını belirtirlerken; % 40,3'ü (n:227) doğumdan sonra kilo aldıklarını belirtmişlerdir. Yetişkinlerde obezitenin kadınlarda daha yüksek oranda görülme nedeni, gebelikte kazanılan ağırlığın daha sonra verilememesi, birbirini izleyen gebelikler ve menopoz döneminde hormon dengesinin bozulması gibi nedenler olmaktadır (52). Yapılan araştırmalar, kadınların % 70,7'nin doğumlardan sonra, % 84,2'nin ise evlendikten sonra kilo almaya başladıklarını tespit etmiştir (52). Orta ya da ileri yaşlarda obez olan kişilerde, obezlik büyük ölçüde ilave yağ hücreleri gelişmeksizin, mevcut olan yağ hücrelerinin hipertrofisi sonucu gelişmektedir. Bu tipteki obezite yaşam boyu olana göre tedaviye daha iyi cevap verebilir (52). Otuzbeş yaşından sonra erkek ve kadınlar 60 yaşına kadar her yıl 0,2-0,8 kg. yağ kazanırlarken, kasları zayıflamaktadır. Böylece kilo aynı kalsa bile, yağ kütlesi artmakta, vücut yoğunluğu azalmakta, vücut hacmi de genişlemektedir (52). Menopoz, kadının puberteden beri süregelen doğurganlığının sona erdiği ve bir seri fizyolojik, metabolik ve psikolojik değişikliklerin gerçekleştiği bir süreçtir (52). Kişilerin yaşı ilerledikçe vücut yağları artarken, kas dokuları maksimal oksijen alımları ve alınan enerji ihtiyaçları azalmaktadır. Bu olayın hızlanmasına neden olan etkenlerin başında da, fiziksel hareketliliğin azalması gelmektedir (52).

Araştırmada fazla kilolu ve obez olan kadınların zayıflama yöntemi kullanıp kullanmama durumları ile obezite durumlarının karşılaştırması arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Fazla kilolu ve obez kadınların % 55,6'sı (n:313) hiç zayıflamaya çalışmadıklarını belirtmişlerdir. Horoz'un araştırmasında zayıflama çabasında bulunanların % 70,6'da BKİ'i 25 ve üzerinde iken; zayıflama çabasında bulunmayanların % 51,9'da BKİ'i 25 ve

üzerindedir ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (22). Yine aynı araştırmada; zayıflama yöntemi olarak diyet kullananlar % 68,9 iken; spor kullananlar % 64,4 ve ilaç kullananlar % 28,2 olarak tespit edilmiştir (22). Koruk ve ark.nın araştırmasında; sağlık için zayıflamak isteyenlerde ve zayıflamayı deneyenlerde obezite daha fazla bulunmuştur. Bu durum zaten obez olanların daha çok zayıflama çabasında bulunmak istemeleri ile açıklanabilir (33).

Bizim araştırmamızdaki kadınların çoğunluğu herhangi bir zayıflama yöntemi kullanmamaktadır. Bunun nedeni çoğunluğunun ev hanımı olması, diğer araştırmadaki kişilerin ise öğretmen olmaları sonucu sosyokültürel düzeylerinin daha yüksek olmasına bağlı olabilir. Bizim araştırmamızda; diğer araştırmaya göre diyet yapanlar daha düşük, spor yapanlar da daha düşük, ilaç kullananlar da daha düşük çıkmıştır. Bunların hepsinin nedeni her iki grup arasındaki sosyokültürel farklılıklar olabilir. Yapılan bir başka çalışmada, 15-49 yaş kadınlardan % 24,0'nün bir zayıflama yöntemi kullandığı tespit edilmiştir (35). Yapılan bir araştırmada, araştırmaya katılan kadınların % 71,3'nün diyet uyguladığı ve buna bağlı olarak $7,7 \pm 0,9$ kg. verdikleri gözlenmiştir. Diyet uygulama süresi ise; ortalama $3,0 \pm 0,4$ ay bulunmuştur (46). Çalışan kadınların % 32,2'si, çalışmayan kadınların % 30,0'nun diyet yaptığı tespit edilmiştir. Çalışan kadınların % 38,2'si diyetisyen önerisiyle, % 31,0'i gazete, televizyon ve dergiden, % 17,2'si doktor tavsiyesiyle, % 13,8'i arkadaş tavsiyesiyle zayıflamaya çalışmıştır (46). Bilimsel araştırmalar her insanın düzenli aerobik antrenmanları ile fazla kilolarından kurtulabileceğini göstermektedir. Düzenli ve sürekli egzersiz yapanlar, aşırı yağlanmanın tüm sağlık sorunlarından kurtulabilecekleri gibi, dinamik ve verimli insanlar haline gelebilirler (52). Düzenli antrenman ile vücut yağının azaldığı bilinmektedir. Kan basıncı normal değerlere inmekte, kalp atış sayısında azalma, istirahat anında nabız sayısının düşüşü gibi değişimler görülmektedir (52). Hareketsiz yaşam genellikle kilo alınmasına neden olmaktadır. Sürekli ve etkili sportif çalışmalarla ise, kan ve kas miktarı artarken, deri altındaki yağ azalır. Çalışmalar göstermiştir ki; vücut yağı, fiziksel eğitimin de etkisi ile dinamik bir şekilde değişiklik göstermektedir (52). Obezite genelde çocukluktan itibaren başlamaktadır. Obez çocukların yağ

hacmi, normal çocukların yaklaşık üç katıdır. Yağ hücre sayısı puberteden sonra değişmezken, hacim kazanır. Pek çok çalışma egzersizin tek başına orta derecede kilo kaybını sağlayabilen etkili bir yöntem olduğunu işaret etmektedir. Bununla birlikte obezite tedavisinin yaşam şekli değişikliklerini de içeren çok disiplinli bir yaklaşım gerektirdiğini de dikkate almak gerekir. En başarılı obezite tedavi programlarında, egzersiz, orta ve ciddi kalori kısıtlaması ve davranış tedavisi birlikte kullanılmalıdır (40).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bursa ili Nilüfer ilçesi, Halk Sağlığı Eğitim Araştırma ve Uygulama Bölgesi'ndeki kentsel, kırsal, yarı kentsel yapıda 13 mahalledeki, 20 yaş ve üzeri toplam 905 kadında yapılan bu araştırmada; obezitenin dünya genelinde olduğu kadar ülkemizde de önemli bir sorun olduğu bulunmuştur. Araştırmamızda, en fazla kilonun 50-54 yaş grubunda görüldüğü saptanırken; en düşük kilonun 20-24 yaş grubunda görüldüğü saptanmıştır. Bunun nedeni kadınların doğum sonrası aldıkları kiloları verememelerinin yanı sıra, gerek menopozun etkisi, gerekse sedanter yaşamla beraber obezitenin yerleşmesidir. Belediyeler parklar içerisine kadınların rahatça spor yapabilecekleri aletler yerleştirmelidirler. Kadınların obezite konusunda bilinçlendirilmeleri için halk eğitimleri yapılmalıdır. Yine gerek görsel gerek yazılı medya aracılığı ile obezite konusunda bilgilendirme yapılması gerekir.

Obez kadınların büyük çoğunluğunun ilkökul mezunu olması nedeniyle, bu kadınların anlayabileceği şekilde, gerekirse evlere gidilerek, obezite konusunda eğitim verilebilir.

Obez kadınların, büyük çoğunluğunun ev hanımı olması nedeniyle ve bu kadınların büyük çoğunluğunun evde oturduğu düşünüldüğünde, bu kadınlara hareketlilik kazandırmak amacıyla halk eğitim merkezlerinde değişik kurslar, farklı aktiviteler düzenlenebileceği gibi, spor salonlarında da ücretsiz spor faaliyetleri yapılabilir.

Araştırmaya katılan kadınların doğum sayıları ile obez olma durumları ilişkili bulunmuştur. Buna paralel olarak; kadınlara aile planlaması konusunda eğitim verilmesi yararlı olabilir.

Obez kadınların büyük çoğunluğunda eşlik eden bir hastalık da bulunduğu için; bu kadınlara genel sağlık konuları ve kronik hastalıklar ile ilgili konularda eğitim verilmelidir.

Menopozda olan kadınların, büyük çoğunluğunda obezite görüldüğü için bu yaş grubuna giren kadınlara daha fazla dikkat gösterilerek, obezite konusunda eğitilmelerine ağırlık verilmelidir.

Araştırmaya katılan kadınların günlük aktivite durumları ile obez olma durumları ilişkili bulunduğu için, ev hanımlarının bütün gün evde oturmak yerine sosyal faaliyetlere ve spor faaliyetlerine yönlendirilmeleri faydalı olacaktır.

Ulaşım gelindiğinde, özel araba kullananların yarısına yakınının obez olduğu dikkate alındığında; bu kişilerin eğer işleri yakınsa işe yürüyerek gitmeleri özendirilmelidir. Otobüsle işe gidenlerin ise, ulaşımının bir kısmını yürüyerek yapmaları önerilmelidir.

Araştırmaya katılan kadınların televizyon izleme durumları ile obez olma durumları ilişkili bulunmuştur. Özellikle yedi saat ve üzerinde televizyon izleyenlerin yarıya yakını obez olarak saptanmıştır. Bu nedenle insanların televizyon izlemek yerine, diğer tüm fiziksel ve sosyal aktivitelere yönlendirilmeleri çok faydalı olacaktır. Ayrıca televizyon obezite eğitimi için de kullanılabilir.

Obez kadınların büyük çoğunluğunun özellikle zayıflamak için öğün atladıkları bilinmektedir ancak bu durum bir sonraki öğünde daha çok yemek yenmesine sebep olduğundan, obeziteyi arttırmaktadır. Bu konuda verilebilecek eğitimler ve medya yoluyla halkın bilgilendirilmesi gerekmektedir.

Pişirme yöntemleri içerisinde kızartma ve kızartılarak tüketilen besinler yağ içerikleri nedeniyle obeziteye neden olmaktadır. Özellikle hafta içerisinde de sık tüketilen bu gıdalar için, halkın bilinçlendirilmesi amacıyla, beslenme ve diyet uzmanlarının da ortak katılımıyla televizyonda eğitim programları düzenlenmelidir.

Obez ve fazla kiloluların yarıya yakını herhangi bir zayıflama yöntemi denemediğini belirtmiştir ki, bu durum çok çarpıcıdır. İnsanları obeziteyi yenebilecekleri konusunda bilgilendirmek için broşürler hazırlanarak, gazete ve dergilerde halkın bu konuya ilgisini çeken makaleler yayınlanmalıdır.

Son olarak, daha çocukluk yaşlarından itibaren bireylerin sağlıklı beslenme konusunda bilgilendirilmeleri gerekmekte ve gençlere de lezzetli alternatif yiyeceklerin de olabileceği hatırlatılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Dr. Ersoy R., Dr. Çakır B.; Obezite, Turkish Medical Journal 2007; 1:107-116
2. Dr. Çöl M.; Halk Sağlığı Yönünden Obezite , Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası Cilt 51, Sayı 3, 1998
3. Dr. Atilla S., Prof. Dr. Köksal O., Halk Sağlığı Temel Bilgiler, Toplum Beslenmesi 819-820.
4. Prof. Dr. Kaya A., Prof. Dr. Gedik Tonyukuk V., Prof. Dr. Bayram F., Prof. Dr. Bahçeci M., Doç.Dr. Sabuncu T., Doç. Dr. Tuzcu A., Dr. Arıkan Ş., Dr. Gökalp D., Hipertansiyon, Obezite ve Lipid Metabolizma çalışma Grubu 2009, sf 50-77, Ankara
5. NHLBI (National Heart Lung and Blood Institute) ; http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/obesity/prctgd_c.pdf
6. Aktener A., Dülger H., Erkayhan G., Görmeli G., Kafadar F., Keskinoglu P., Soyer A.; Yarı Kırsal Bir Bölgede 20-64 Yaş Üreme çağı ve Menapoz Sonrası Kadınlarda Şişmanlık; Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2006, Cilt 23, Sayı 3.
7. Dr.Aslan D., Dr. Atilla S., Önemli Bir Sağlık Sorunu: Şişmanlık, Sted 2002, cilt 11, sayı 5, 169
8. Flegal KM., Carrol MD., Kuczmarski RJ.,ve Johnson CL., Owerweight and obesity in the United States:Prevalence and trends, 1960-1994; International Journal of Obesity Related Metabolic Disorders 1998 January, 22(1):39-47
9. Flegal KM., Carrol MD., Ogden CL.,ve Curtin MR., Prevalence and trends in obesity among US adults 1999-2008; JAMA 2010 Jan 20;303(3):235-41
10. Bjöntop P.; The Lancet Volume 350, sf:423-426, 1997
11. Visscher TLS, Seidell K, The Public Health Impact of Obesity; Annual Reviews of Public Health 2001; 22 sf:355-375
12. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü Ankara Türkiye; Macro International Inc. Calverton Maryland U.S.A.; TNSA-98(Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998), 1999
13. Prof. Dr. Satman İ., proje yürütücüsü; TURDEP-I I (Türkiye Diyabet Hipertansiyon Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması, 2010); 13 Ekim 2010
14. Hatemi H. ve ark.; TOHTA(Türkiye Obezite ve Hipertansiyon Araştırması,2002); 2002
15. TEKHARF (Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri 1990-2000) Onat A. ve ark. 2000
16. Dr. Eker E., Dr. Şahin M., Birinci Basamakta Obeziteye Yaklaşım, Sted 2002, cilt 11, sayı 7, sf: 246
17. Kannel WB., Gordon T., Castelli WP., Obesity, lipids and glucose intolerance, The Framingham Study, American Journal of Clinical Nutrition, Vol 32, 1238-1245,1979
18. Doç. Dr. Aksoy M. ;Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilimdalı, Obezite: Küresel Epidemî, 6-7

19. Dr. Nazlıcan E.; Adana İli Solaklı ve Karataş Merkez Sağlık Ocağı Bölgesinde yaşayan 20-64 yaş arası kadınlarda obezite ve ilişkili risk faktörleri 2008
20. Taşan E., Obezitenin Tanımı, Değerlendirme Yöntemleri ve Epidemiyolojisi, Türkiye Klinikleri J. İnt. Med. Sci. 2005; 1(37):1-4
21. Efil S. Afyon İli Sağlık Çalışanlarında Obezite Sıklığı ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi, 2005
22. Dr. Horoz D., Kayseri İl Merkezinde Görev Yapan Öğretmenlerde Şişmanlık Prevalansı 2008.
23. Martorell R., Khan KL., Hughes ML., Obesity in Women From Developing Countries, Eur. J. Clin. Nutr. 2000; 54:247-252
24. Aykut M., Öztürk Y., Özer A., Aslan A., Erişkin Kadınlarda Şişmanlık Durumu ve Şişmanlığı Etkileyen Bazı Faktörler, Erciyes Üniversitesi Halk Sağlığı A.B.D.
25. Monterio CA., Conde WL., Lu B., Popkin BM., Obesity and Inequities In Health In The Developing World, Int. J. Obes. Relat. Metab. Disord. 2004;28:1181-6
26. Soriguer F., Rojo-Martinez G., Esteva de Antonio I., Prevalence of Obesity In South-east Spain and Its Relation With Social and Health Factors. Eur. J. Epidemiol. 2004; 19:33-40
27. Sarlio-Lahteenkorva S., lissau I., Lahelma E., The Social Paterning of Relative Body weight and obesity in Denmark and Finland, Eur. J. Public Health 2006;16:36-40
28. Karakoç A, Taşkın F, Olgun N, Sağlıkta Tehlike ve Obezite, Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu
29. Okyay P., Uçku R., İzmir’de Kentsel Bir Bölgedeki Doğurgan Çağdaki Kadınlarda Şişmanlık Prevalansı ve Risk Faktörleri, ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi 2002;3:5 -12
30. Arslan C, Ceviz D, Ev Hanımı ve Çalışan Kadınların Obezite Prevalansı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi, Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi 2007, cilt:21,sayı:5, sf.211-220
31. TÜİK(Türkiye İstatistik Kurumu) Sağlık Araştırması 2008, sf:44
32. Obezite ile Mücadele ve Kontrol Programı (2010-2014) sf:26
33. Koruk İ, Şahin KT, Konya Fazilet Uluişik Sağlık Ocağı Bölgesi’nde 15-49 Yaş Grubu Ev Kadınlarında Obezite Prevalansı ve Risk Faktörleri, Genel Tıp Dergisi 2005; 15(4):147-155
34. Güneş G., Genç M, Pehlivan E, Yeşilyurt Sağlık Ocağı Bölgesindeki Erişkin Kadınlarda Obezite, Turgut Özal Tıp Dergisi 2000;7(1):48-53
35. Özkahraman Ş, Kişioğlu N, Öztürk M, Bir Sağlık Ocağı Bölgesi’nde 15-49 yaş Evli Kadınlarda Obezite Prevalansı, Sağlık ve Toplum Dergisi, sayı 1, 2007 (146-ersin....Değirmenci Ş.)
36. Babacan A, Özgür G, Bal Özlem, Obez Bireylerin Stresle Başa Çıkma Yöntemleri, Celal Bayar Üniversitesi Yüksekokulu Dergisi 2006,10(3) 100-horoz
37. Erkol A, Khorshid L, Obezite; Predispozan Faktörler ve Sosyal Boyutun Değerlendirilmesi, SSK Tepecik Hastanesi Dergisi 2004; 14:101-107

38. <http://www.obesity-online.com/>
39. Penny Gordon Larsen ,Natalie S, Obesity, 18(9):1801 (2010) PMID
40. Türkiye Obezite ile Mücadele Programı ve Ulusal eylem Taslağı (2008-2012)
41. Oken E, Taveras EM, Popoola FA, Television, walking and diet: associations with postpartum weight retention , Am J Prev Med 2007;32:305-311
42. Karacan S, Çolakoğlu FF, Erol AE, Obez Orta Yaş Bayanlar ile Menapoz Dönemindeki Bayanlarda Aerobik Egzersizin Bazı Fiziksel Uygunluk Değerlerine Etkisi, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2004; 13(1) 35-42
43. Güngör K, Normal ve Bozuk Glikoz Toleranslı Obez Kadınlarda İnsülin Direnci ve Kortizol İlişkileri, Konya, 2006
44. Kokino S, Özdemir F, Zateri C, Obezite ve Fiziksel Tıp Yöntemleri, Balcan Medical Journal, 2006
45. [http:// www.medicorium.com/forum](http://www.medicorium.com/forum)
46. Oruç M, Otuz yaş Üstü Obez Kadınların Antropometrik ve Biyokimyasal Bulguları ile Beslenme Durumları Arasındaki İlişki, 2008, Ankara
47. Deveci SE, Güler H, Gülbayrak C, Elazığ Emniyet Müdürlüğü Kurum Hekimliği Polikliniğine Başvuran Polislerde Obezite Sıklığı, Fırat Üniversitesi Sağlık Birimleri Dergisi 2004;18: 223-228
48. Erdi Ö, Eren İ, Obez Hastalarda Psikiatrik Bozuklukların Sıklığı, Klinik Psikiatri 2003;6; 152-157
49. Güler B, Özçelik A, Çalışan ve Çalışmayan Kadınların Yiyecek Satın Alma Hazırlama Davranışları Üzerinde Bir Araştırma, Ankara 2002
50. Yücesan N, Zonguldak İl Merkezinde Yaşayan Farklı Sosyoekonomik Düzeydeki 20 Yaş ve Üzeri Kadınların Obezite Prevalansı ve Etkileyen Etmenlerin Saptanması, Ankara,1995
51. Gedik O, Obezite ve Çevresel Faktörler, Turkish Journal of Endocrinology and Metabolism 2003;2:1-4
52. Erbaş Ü, Orta Yaş Obez Bayanlara Yönelik Kalistenik Egzersizlerin Fiziksel ve Fizyolojik Etkileri, Ankara, 2007

EKLER

Nilüfer Halk Sağlığı Eğitim Araştırma ve Uygulama Bölgesinde 20 Yaş ve Üzeri Kadınlarda Aşırı Kiloluluk ve Şişmanlık Prevalansı ile Etkileyen Etmenler

Tarih:

Anket No:

1. Adı-Soyadı:
2. Şu anda hamile misiniz?
 - a. Evet (Anketi bitiriniz)
 - b. Hayır
 - c. Bilmiyorum
3. Doğum Tarihi:
4. Öğrenim durumu:
 - a. Okur yazar değil
 - b. Okur yazar
 - c. İlkokul mezunu
 - d. Ortaokul mezunu
 - e. Lise mezunu
 - f. Yüksekokul/üniversite mezunu
5. Medeni durumunuz nedir?
 - a. Evli
 - b. Bekar
 - c. Eşi ölmüş
 - d. Eşinden ayrı
6. İşiniz nedir?
 - a. Ev hanımı
 - b. Çalışıyor
- 7.

Oturduğu Semt	Evi yok	Gecekondu	Apartman dairesi	Müstakil ev
İyi				
Orta				
Kötü				

8. Kaç kez doğum yaptınız?
 - a. 0
 - b. 1-2
 - c. 3 ve üzeri
9. Sizce kilonuz nasıl?
 - a. Zayıf
 - b. Normal
 - c. Kilolu
 - d. Şişman
 - e. Çok şişman
10. Hangi sıklıkta tartılırsınız?
 - a. Hiç tartılmam
 - b. En az 15 günde bir
 - c. 1-3 ayda bir
 - d. Daha seyrek
11. Anneniz şişman mı/mıydı?
 - a. Evet
 - b. Hayır
 - c. Bilmiyorum
12. Babanız şişman mı/mıydı?
 - a. Evet
 - b. Hayır
 - c. Bilmiyorum
13. Kardeşleriniz şişman mı/mıydı?
 - a. Kardeşim yok
 - b. Hepsi şişman
 - c. Bazıları şişman
 - d. Hiçbiri değil
 - e. Bilmiyorum
14. Sizce eşinizin kilosu nasıl?(Eşi olanlar için)
 - a. Zayıf
 - b. Normal
 - c. Kilolu

- d. Şişman
 - e. Çok şişman
 - f. Fikrim yok
15. Sürekli ya da uzun süren bir hastalığınız var mı?
- a. Var:.....
 - b. Yok
16. Adet görüyor musunuz?
- a. Evet, düzenli olarak
 - b. Evet, düzensiz olarak
 - c. Hayır, menapozdayım
 - d. Diğer:.....
17. Günlük aktivite durumunuz nasıldır?
- a. Hafif
 - b. Normal
 - c. Çok hızlı ve yoğun
18. Günlük hayatta ulaşımınızı genellikle nasıl sağlarsınız?
- a. Böyle bir şeye ihtiyacım yok
 - b. Genellikle yürürüm
 - c. Toplu taşıma araçlarına binerim
 - d. Özel arabamla giderim
19. Günde kaç saat televizyon izliyorsunuz?
-
20. Egzersiz yapar mısınız?
- a. Evet
 - b. Hayır
21. Haftada kaç kez?
- a. 1-2
 - b. 3 ve daha fazla
22. Kaç dakika?
- a. 0-30 dakika
 - b. 31-60 dakika
 - c. > 60 dakika

23. Sizce yemek yeme hızınız nasıl?
- a. Hızlı
 - b. Normal
 - c. Yavaş
24. Genellikle nasıl yemek yersiniz?
- a. Koşuşturma içerisinde
 - b. Vakit ayırarak
 - c. T.V. seyredirken
25. Gece yatmaya yakın yemek yer misiniz?
- a. Hayır, hiç yemem
 - b. Evet, her gece
 - c. Ender olarak
26. Kaç öğün yemek yiyorsunuz?
- a.1-2
 - b.3-4
 - c.5-6
 - d. Diğer
27. Ana öğünleri atlıyor musunuz?
- a. Evet
 - b. Bazen
 - c. Hayır
28. Kendinizi genelde nasıl hissedersiniz?
- a. İyi
 - b. Orta
 - c. Kötü
29. Üzüntülü ya da sevinçliyken yemek yeme durumunuz nasıl olur?
- a. Üzüntülüken artar
 - b. Üzüntülüken azalır
 - c. Sevinçliyken artar
 - d. Sevinçliyken azalır
 - e. Değişmez

30. Hanımlar arası günlere gider misiniz?
- a. Düzenli olarak
 - b. Ara sıra
 - c. Hiç
31. Yemek yerken en çok hangi pişirme yöntemini kullanırsınız?
- a. Kızartma
 - b. Haşlama
 - c. Izgara
 - d. Fırında pişirme
32. Yağda kızartılan besinleri kaç günde bir tüketirsiniz?
- a. Her gün/gün aşırı
 - b. Haftada 1-2
 - c. Daha seyrek
33. Yemeklerinizi hazırlarken en sık kullandığınız yağ çeşidi hangisidir?
- a. Margarin
 - b. Tereyağı
 - c. Zeytinyağı
 - d. Diğer
34. En sık hangi besin grubunu tüketirsiniz?
- a. Kuru baklagiller
 - b. Et, süt, yumurta
 - c. Sebze, meyve
 - d. Pilav, makarna, börek
 - e. Kek, çerez, cips
 - f. Hepsinden dengeli olarak tüketirim.
35. Ağırlık:..... kg.
Boy:cm.
BKİ:kg/m²
36. Ne zaman kilo almaya başladınız?(Kilolu ve şişmanlar için)
- a. Hep kiloluydum
 - b. İlk adeti görmeden önce
 - c. İlk adet sonrası
 - d. Doğumdan sonra

- e. İlaçlardan sonra
- f. Menapozdan sonra
- g. Diğer

37. Zayıflama yöntemi kullanıyor musunuz? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir)

- a. Hayır
- b. Diyet
- c. Egzersiz
- d. İlaç tedavisi
- e. Ameliyat:.....
- f. Diğer:.....

TEŞEKKÜR

Halk sağlığı uzmanlık eğitimime katkılarından dolayı Uludağ Üniversitesi Tıp Fakóltesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nın tüm değerli öğretim üyelerine; ama özellikle benden beş yıl boyunca emeğini esirgemeyen Prof. Dr. Necla Tugay Aytekin'e, tezimin yazım aşamasında destek ve katkılarından dolayı tez danışmanlığımı yapan Doç. Dr. Emel İrgil'e, işçi sağlığı ile ilgili katkılarından dolayı Prof. Dr. Kayıhan Pala'ya, asistanlığım boyunca yönetim konusunda akıl danıştığım Yrd. Doç. Dr. Nalan Akış'a, halk sağlığına ilk başladığım günden beri dürüstlüğünü ve adaletini hep örnek aldığım Prof. Dr. A. Hamdi Aytekin'e çok teşekkür ederim.

Halk sağlığını büyük bir aile gibi düşündüğümüzde, bu ailenin başında yer alan Uzm. Dr. Harika Gerçek'e ve Uzm. Dr. Alpaslan Türkkkan'a; bu ailenin merkezinde yer alan ve işin büyük bir bölümünü sırtlayan asistan arkadaşlarıma, merkezlerde emeği geçen ve desteğini esirgemeyen tüm hemşirelere, personel arkadaşlara ve bizi büyük bir sabırla taşıyan değerli şöförlerimize ve sahasında araştırma yaptığım Nilüfer Belediyesi'ne teşekkürü bir borç bilirim.

Beni bu günlere getiren ve destekleyen aileme ve tüm arkadaşlarıma sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

ÖZGEÇMİŞ

1973 yılında Ayvalık'ta doğdum. İlk öğrenimimi İzmir Hakimiyet-i Milliye İlkokulunda, orta ve lise öğrenimimi İzmir Bornova Anadolu Lisesi'nde tamamladım. 1991 yılında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde başladığım eğitimimi 1997 yılında tamamladım. 1998-1999 yılları arasında İzmir Tepecik SSK Hastanesi'nde; 2000-2004 yılları arasında İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastanesi'nde çalıştım. 2005 yılında Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda araştırma görevlisi olarak uzmanlık eğitimine başlamış olup halen görevime devam etmekteyim.