

T.C.
BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
SAĞLIK BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

OBEZ HASTALARDA SAĞLIK İNANÇ MODELİNİN
KULLANILDIĞI BESLENME DANIŞMANLIĞININ RANDOMİZE
KLİNİK DEĞERLENDİRMESİ

Dyt. Fatma Ahu DARICI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

Tez Danışmanı:
Prof. Dr. Mehmet Ali KURÇER

ZONGULDAK
2019

T.C.
BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
SAĞLIK BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

OBEZ HASTALARDA SAĞLIK İNANÇ MODELİNİN
KULLANILDIĞI BESLENME DANIŞMANLIĞININ RANDOMİZE
KLİNİK DEĞERLENDİRMESİ

Dyt. Fatma Ahu Darıcı
YÜKSEK LİSANS TEZİ

Tez Danışmanı:
Prof. Dr. Mehmet Ali KURÇER

ZONGULDAK

2019

KABUL ve ONAY

Fatma Ahu DARICI tarafından hazırlanan “OBEZ HASTALARDA SAĞLIK İNANÇ MODELİNİN KULLANILDIĞI BESLENME DANIŞMANLIĞININ RANDOMİZE KLİNİK DEĞERLENDİRMESİ” başlıklı bu çalışma jürimiz tarafından değerlendirilerek, Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir. 24/06/2019

▼ Başkan: Prof. Dr. Mehmet Ali KURÇER



Üye: Dr.Öğr.Üyesi Bilgehan AÇOKGÖZ




Üye: Prof. Dr. Mücahit EĞRİ



ONAY:

Yukarıda imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylıyorum.

24/06/2019



Prof. Dr. Veysel Haktan ÖZAÇMAK
Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

ÖZSÖZ

Bu çalışmanın gerçekleştirilmesinde, değerli bilgilerini benimle paylaşan, bana kıymetli zamanını ayırıp sabırla ve büyük bir ilgiyle faydalı olabilmek için elinden gelenin fazlasını sunan, deneyim ve bilgi birikimiyle rehberlik eden, saygıdeğer danışman hocam Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Mehmet Ali Kurçer'e ve değerli hocalarım Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Ferruh Niyazi Ayoğlu'na, Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Yrd. Doç Dr. Bilgehan Açıkğöz'e bu süreçte tüm stresli ve zor anlarımda yanımda olan ve desteğini esirgemeyen eşim Yiğit Osman Darıcı'ya sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Fatma Ahu DARICI

Haziran 2019, Zonguldak

ÖZET

Fatma Ahu DARICI. Obez hastalarda Sağlık İnanç Modelinin Kullanıldığı Beslenme Danışmanlığının Randomize Klinik Değerlendirmesi, Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi Zonguldak, 2019

Obezite; alınan enerjinin harcanandan daha fazla olması durumunda meydana gelir. Bu çalışmada obeziteye ve beslenmeye bakış açısı Sağlık İnanç Modeli doğrultusunda 5 alt maddede (sağlığın önemi, ciddiyet, duyarlılık, engel ve yarar algısı) incelenerek yanlış beslenme alışkanlıklarının yerine doğru beslenme ve egzersiz alışkanlıkları kazandıracak davranış değişikliklerini içeren bir diyet tedavisi uygularken OSİMÖ'den faydalanarak hem kilo kaybının sağlanmasına hem de kalıcı alışkanlıklar kazandırılmaya çalışılmıştır. Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Merkezi Diyet Polikliniği'ne obezite nedeniyle başvuran 135 yetişkin hasta çalışmamıza dâhil edilmiştir. Hastaların %85.9' u kadın, %14.1'i erkektir. BKİ ≥ 30 olan hastalar obez olarak değerlendirilmiş ve çalışmaya dâhil edilmiştir. Hastaların 64'üne genel beslenme danışmanlığı ile zayıflama diyeti tedavisi uygulanırken, 71'ine OSİMÖ'ye göre zayıflama diyeti tedavisi uygulanmıştır. Her iki grup bir ay sonra kontrole çağrılmıştır. VKİ, vücut ağırlığı, bel çevresi, beslenme ölçek puanı değerleri ile egzersiz sıklığı, egzersiz süresi, öğün sayısı gibi alışkanlıklarındaki değişimler incelenmiştir. Ve bu değişimleri 1 ay önceki değerleri ve alışkanlıkları ile kıyaslanmıştır. Vücut ağırlığı (kg), vücut kitle indeksi (VKİ) ve bel çevresi (cm) değerleri kıyaslandığında OSİMÖ'ye göre beslenme danışmanlığı verilen grupta genel beslenme danışmanlığı verilen guruba göre anlamlı düzeyde azalma olduğu gözlemlenmiştir. OSİMÖ' ye göre beslenme danışmanlığı alan grubun egzersiz yapma durumu ve beslenme ölçek puanında anlamlı düzeyde artış olduğu gözlemlenmiştir.

Obez hastalarda OSİMÖ'den faydalanmak diyet tedavisinin başarısını arttırmaktadır. Beslenme alışkanlıklarını olumlu yönde değiştirebilmelerinde de önemli bir motivasyon sağlamaktadır.

Anahtar Kelimeler: OSİMÖ, Obezite, Sağlık inanç modeli, Beslenme danışmanlığı

ABSTRACT

Fatma Ahu DARICI. Randomized Clinical Evaluation of Nutritional Counseling Using the Health Belief Model in Obese Patients, Zonguldak Bülent Ecevit University, Health Sciences Institute Department of Public Health Master Thesis Zonguldak, 2019

Obesity; learn from wasted energy occurs if not more. In this study, obesity and nutrition aspects of Health Belief Model in line 5 in sub-clause (health's importance, seriousness, sensitivity, barrier and benefit perceptions) examined aimed a diet containing instead of proper nutrition and behavioral changes. The dietary treatment of patients OSIMO advantage in both maintaining weight loss is trying to gain permanent habits Zonguldak Bülent Ecevit University Research and Application Center admitted Diet Clinic of 135 adult patients were included in our study obesity. %85,9 of patients were female, %14,1 were male. BMI \geq 30 patients were considered to be obese, and were included in the study. Participating in our study when applying the treatment, diet and general nutrition counseling patients to 64, according to SIM 71 diet treatment was applied. Interviews with patients after one month BMI, body weight, waist circumference, exercise and nutritional value scores, such as a change in the number of meals habits were investigated. This change of the individuals involved in the two groups were compared. Body weight (kg), BMI and waist circumference (cm) values more frequently in the group receiving nutritional counseling being provided by OSIMO reduction was achieved in both groups decreased. Nutrition counseling has increased at a rate nearly doubled. In both groups, the observed increase in nutrition scores, yet the OSIMO in accordance nutrition nutritional counseling group had scores of more rate increases.

Diet made to obese patients OSIMO to benefit from the diet increases the success of treatment. Change of patients being able to lose weight as well as eating habits in a positive direction to be able to provide an important motivation.

Key Words: OSIMO, Obesity, Health belief model, Nutrition counseling

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
ÖZSÖZ.....	iv
ÖZET	v
ABSTRACT.....	vi
İÇİNDEKİLER	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	x
TABLolar DİZİNİ	xi
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	xiii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Obezite Tanımı	4
2.2. Obezite Prevalansı.....	4
2.3. Obezite Etiyolojisi	5
2.3.1. Obezite oluşumunda olan etiyolojik faktörler	6
2.4. Obezite Nedenleri.....	7
2.4.1. Psikolojik nedenler	7
2.4.2. Çevresel faktörler.....	9
2.4.3. Genetik nedenler	9
2.4.4. Fiziksel aktivite-egzersiz yetersizliği	11
2.4.5. Sosyoekonomik-kültürel durum	12
2.4.6. Yaş	12
2.4.7. Cinsiyet	13
2.4.8. İlaçlar	13
2.4.9. Sigara	15
2.4.10. Stres	15
2.4.11. Uyku	16
2.5. Obeziteye Bağlı Görülebilen Komplikasyonlar	17
2.6. Obezite Tedavisi.....	19

2.6.1. Obezite tedavisindeki diyet içerikli uygulamalar	19
2.6.2. Obezite tedavisinde yapılan egzersiz uygulamaları.....	22
2.6.3. Obezite tedavisinde uygulanan davranışçı yaklaşımlar	25
2.6.4. Obezite tedavisinde uygulanan cerrahi yaklaşımlar	27
2.6.5. Obezitede ilaç tedavisi.....	31
2.7. Sağlık İnanç Modeli	31
2.7.1. Sağlık inanç modelinin temel bileşenleri.....	32
2.7.2. Duyarlılık/hassasiyet algısı.....	33
2.7.3. Ciddiyet/önemseme Algısı.....	34
2.7.4. Yarar algısı.....	35
2.7.5. Engel algısı	35
3. YÖNTEM.....	38
3.1. Araştırmanın Tipi	38
3.2. Araştırmanın Evreni	38
3.3. Araştırmaya Dâhil Etme Kriterleri	38
3.4. Araştırmada Hariç Tutma Kriterleri	38
3.5. Araştırma Etiği	39
3.6. Araştırma İzin Formu	39
3.7. Araştırmanın Değişkenleri.....	39
3.7.1. Bağımlı değişkenler	39
3.7.2. Bağımsız değişkenler	39
3.8. Veri Toplama Araçları.....	40
3.8.1. Bireylere uygulanan anket formu içeriği	40
3.8.2. Antropometrik ölçümler	40
3.8.3. Beslenme alışkanlıkları değerlendirme formu	41
3.8.4. 24 Saatlik besin tüketim formu.....	42
3.8.5. Obezitede sağlık inanç modeli ölçeği ve değerlendirme formu	42
3.8.6. Veri toplama araçlarının uygulanması.....	44
3.8.7. Verilerin analizi	44
4. BULGULAR.....	45
5. TARTIŞMA	59

6. SONUÇ	72
7. KAYNAKLAR	73
8. EKLER.....	92
Ek 1: Hasta Bilgi Formu.....	92
Ek 2: Beslenme Alışkanlığı ile İlgili Bilgiler Formu	93
Ek 3: Besin Grupları Formu:	95
Ek 4: Beslenme Alışkanlığı Puanlama Tablosu	96
Ek 5: Beslenme Alışkanlığı Puanlama Tablosu Açıklaması	97
Ek 6: Besin Tüketim Formu	98
Ek 7: Obezite Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Formu (OSİMÖ)	99
Ek 8: Obezite Sağlık İnanç Modeli Değerlendirme Formu.....	101
Ek 9: Etik Kurul	102
Ek 10: Araştırma İzin Formu	103
9. ÖZGEÇMİŞ	104

SİMGELER VE KISALTMALAR

DSO	: Dünya Sağlık Örgütü
BKI	: Beden Kütle İndeks
ABD	: Amerika Birleşik Devletler
SİM	: Sağlık İnanç Modeli
NASH	: Alkole bağlı olmayan karaciğer hastalığı
OSİMÖ	: Obezitede Sağlıkta İnanç Modeli Ölçeği
OUAS	: Obstrüktif Uyku Apnesi Sendromu
AHI	: Apne ve hipapne indeks
HDL	: High Density Lipoprotein
TURDEP	: Türkiye Hipertansiyon, Diyabet, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıkları Prevalans Çalışması
TEKHARF	: Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Riskleri
TOHTA	: Türkiye obezite ve hipertansiyon araştırması
STEPS	: Türkiye Bulaşıcı Olmayan Hastalıkları ve Risk Faktörleri Sıklığı
OECD	: Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü
KKMM	: Kendi kendine meme muayenesi
KVH	: Kardiyovasküler hastalık
KKH	: Koroner kalp hastalığı
FDA	: Amerikan Gıda ve ilaç Dairesi

TABLolar DİZİNİ

<u>Tablo</u>	<u>Sayfa</u>
1. Obezite ile Birlikteliği Gösterilen ve Araştırılan Genler	10
2. Obeziteye Neden Olan İlaç Çeşitleri.....	14
3. Obeziteye Neden Olan İlaç Etki Mekanizması	14
4. Obezitenin Neden Olduğu Hastalık Türleri	18
5. Ameliyat Öncesi Dönemde Beslenme Durumunun Değerlendirilmesi	29
6. Ameliyat Sonrası Önerilen Beslenme Takibi Programı.....	30
7. OSİMÖ ve Alt Boyutlarının Madde Sayısı, Toplam Puanları (minimum maksimum) ve Alt Boyutlarının Güvenirlik Katsayıları	43
8. Beslenme Danışmanlığı Alan Hastaların Cinsiyet Dağılımı (N=135).....	45
9. OSİMÖ 'ye Göre ve Genel Beslenme Danışmanlığı Alan Hastaların Medeni Durumlarına göre Dağılımı (N=135).....	45
10. Beslenme Danışmanlığı Alan Hastaların Eğitim Durumu Dağılımları (N=135).....	45
11. Beslenme Danışmanlığı Alan Hastaların Mesleki Dağılımları (N=135).....	46
12. Beslenme Danışmanlığı Alan Hastaların Uyku Sorunu (N=135).....	46
13. Beslenme Danışmanlığı Alan Hastaların Uykuya Dalma Süresinin 20 Dakikadan Uzun Sürmesi Durumu	47
14. Beslenme Danışmanlığı Alan Hastaların İstediği Saatten Erken Uyanması Durumu.....	47
15. Beslenme Danışmanlığı Alan Hastaların Gece Sık Sık Uyanma Durumu	47
16. Beslenme Danışmanlığı Alan Hastaların Yorgun ya da Dinlenmeden Uyanma Durumu(N=135)	48
17. Beslenme Danışmanlığı Alan Hastaların Kronik Bir Hastalığının Olup Olmama Durumu (N=135).....	48
18. Beslenme Danışmanlığı Alan Hastaların Kronik Hastalığının Tipi.....	48
19. Beslenme Danışmanlığı Alan Hastaların İlaç Kullanma Durumu (N=135)	49
20. Beslenme Danışmanlığı Alan Hastaların Alkol Kullanma Durumu (N=135)	49
21. Beslenme Danışmanlığı Alan Hastaların Sigara Kullanma Durumu (N=135)	50
22. Beslenme Danışmanlığı Alan Hastaların Ailesinde Kilo Sorunu (N=135)	50
23. Beslenme Danışmanlığı Alan Hastalarda Ailenin Kilo Sorunu Olan Üyeler	51
24. Beslenme Danışmanlığı Alan Hastaların Daha Önce Kilo Verme Girişimi (N=135).....	51
25. Beslenme Danışmanlığı Alan Hastaların Daha Önce Kilo Verme Denemesi	52

26. Beslenme Danışmanlığı Alan Çalışan Hastaların Kilolu Olmasının İşe Olumsuz Etkisi.....	52
27. Beslenme Danışmanlığı Alan Hastaların Kilolu Olmasının Eş/ Partner ilişkisine Olumsuz Etkisi	53
28. Beslenme Danışmanlığı Alan Hastalarda Obezitede Sağlık İnanç Modelinin 5 Algısı	53
29. OSİMÖ'ye Göre ve Genel Beslenme Danışmanlığı Alan Hastaların Önem Algısı (N=135)	54
30. OSİMÖ' ye Göre ve Genel Beslenme Danışmanlığı Alan Hastaların Ciddiyet Algısı (N=135)	54
31. OSİMÖ'ye Göre ve Genel Beslenme Danışmanlığı Alan Hastaların Duyarlılık Algısı (N=135)	55
32. OSİMÖ' ye Göre ve Genel Beslenme Danışmanlığı Alan Hastaların Engel Algısı (N=135)	55
33. OSİMÖ' ye Göre ve Genel Beslenme Danışmanlığı Alan Hastaların Yarar Algısı (N=135)	55
34. OSİMÖ' ye Göre ve Genel Beslenme Danışmanlığı Alan Hastaların Danışmanlık Öncesi ve Sonrası Bel Çevresi	56
35. OSİMÖ' ye Göre ve Genel Beslenme Danışmanlığı Alan Hastaların Danışmanlık Öncesi ve Sonrası Vücut Kitle İndeksi (VKI).....	56
36 OSİMÖ' ye Göre ve Genel Beslenme Danışmanlığı Alan Hastaların Danışmanlık Öncesi ve Sonrası Egzersiz Yapma veya Yapmama Durumu.....	56
37. OSİMÖ' ye Göre ve Genel Beslenme Danışmanlığı Alan Hastaların Danışmanlık Öncesi ve Sonrası Egzersiz Sıklığı.....	57
38. OSİMÖ' ye Göre ve Genel Beslenme Danışmanlığı Alan Hastaların Danışmanlık Öncesi ve Sonrası Egzersiz Süresi.....	57
39. OSİMÖ' ye Göre ve Genel Beslenme Danışmanlığı Alan Hastaların Danışmanlık Öncesi ve Sonrası Beslenme Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırması	58

ŞEKİLLER DİZİNİ

<u>Şekil</u>	<u>Sayfa</u>
1. Obezitenin yol açtığı sağlık sorunları	19
2. Dengeli diyetin enerji kaynaklarının oranları	21
3. Sağlık inanç modeli.....	33
4. Obez bireylerin obeziteye yönelik inanc ve tutum değerlendirilmesinde sağlık inanç modeli.....	36



1. GİRİŞ

Şişmanlık çok eski yıllardan beri yaşanan bir sağlık problemidir. Avrupada birçok yerde Paleolitik Dönem'den kalma şişman kadın kalıntılarına rastalanmış ve Greko-Romen dönemlerinden kalma şişmanlığın klinik boyutu ile ilgili belgeler bulunmuştur. Şişmanlıkla ilgili ilk çalışmalar 19.yy'da yapılmış ve ilk diyet kitabı yine bu dönemde hazırlanmıştır (1).

Obezite; vücutta yağ miktarının normalden fazla olmasıdır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) obezitenin sınıflandırmasını Vücut Kütle İndeksi (BMI) adı verilen bir indekse göre yapmıştır. Bireyin kilogram cinsinden ağırlığının metre cinsinden boyunun karesine bölünmesiyle vücut kütle indeksi belirlenir. Bu hesaplama göre; DSÖ BMI' nın 30' un üzerinde olması durumunu obezite olarak kabul eder (2).

Bel çevresi ölçümünün kalça çevresi ölçümüne oranlanmasıyla belirlenen santral abdominal (android) ve gluteofemoral (jinekoid) olmak üzere iki tür obezite vardır. Bu oranın kadınlarda 0.9 ve erkeklerde 1.0' ın altında bir değer çıkması 'jinekoid obezite', üzerinde bir değer çıkması ise 'android obezite' olarak tanımlanır (3). Obezite ve kardiyovasküler hastalıklar için, sigaradan sonraki ikinci önemli risk faktörü karın çevresinde yağ birikimidir. Bunu belirleyen ise bel çevresi genişliğidir. Bel çevresine göre değerlendirilirse erkeklerde 94-102 cm artmış risk ≥ 102 cm ise yüksek risk, kadınlarda ise 80-88 cm artmış risk ≥ 88 cm yüksek artmış risk olarak kabul edilir (4).

Enerji alımı ve enerji harcanması arasındaki dengesizlik sonucu obezite meydana gelir. Ayrıca hormonal ve metabolik bozukluklar, stresli bir yaşam, psikolojik etmenler, genetik yatkınlık, çevresel etkiler, fiziksel aktivite gibi birçok etmenin de obezite oluşumunda etkisi vardır (5).

Obezite birçok hastalıkla ilişkilidir. Obezlerde kronik hastalıkların görülme ihtimali yüksektir. Obeziteyle birlikte görülebilen hastalıklar;

- Kardiyovasküler sistem hastalıkları (koroner kalp hastalığı, hipertansiyon vb)

- Solunum sistemi ile ilgili hastalıklar (obstrüktif uyku apne sendrom, dispne)
- Gastrointestinal sistemle ilgili hastalıkları (NASH, safra taşları, vb)
- Nörolojik sistem hastalıkları (sinir sıkışmaları vb)
- Atrofiler (osteoarthritis)
- Genotoüriner ve üreme sağlığı problemleri (gebelik komplikasyonları, infertilite vb)
- Meme hastalıkları (meme kanseri)
- Psikososyal problemler (depresyon, vb) (6).

Tüm dünyada fazla kiloluluğun (hafif şişmanlığın) ve obezitenin (şişmanlığın) prevalansı giderek artmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 2016 yılında, dünya nüfusunun yarıdan fazlasının fazla kilolu ya da obez olduğunu, obezitenin bulaşıcı hastalıklardan ve açlığın neden olduğu hastalıklardan yüksek oranda ölüm riski oluşturduğunu belirtmiştir (7).

Obezite prevalansı ülkelere göre farklılık gösterebilmektedir. Yetişkin nüfusta obezite prevalansı %15-60 olup, Amerika Birleşik Devletleri'nde %65'i, Hollanda'da %34'ü obezdir (8).

Ücretsiz olarak gerçekleştirilen bir tüberküloz sağlık tarama programındaki başarısızlığın nedenlerini araştırmak amacıyla 1950'li yıllarda ABD'de sosyal psikoloji alanında uzman, halk sağlığı hizmetlerinde görevli Stephen Kegeles, Irwin Rosentock ve Godfrey Hochbaum tarafından SİM geliştirilmiştir. Model ilk önce dört kavramdan oluşmaktaydı. Bunlar Duyarlılık algısı, Önemseme (Ciddiyet Algısı), Yarar Algısı ve Engel Algısıdır. Eyleme Yöneltiler kavramı ise daha sonradan koruyucu sağlık davranışlarını başlatmak amacıyla modele eklenmiştir. Son olarak aşırı yeme ve sigara kullanımı gibi olumsuz sağlık davranışlarını değiştirebilmek amacıyla öz-etkililik-yeterlilik kavramı 1988'li yıllarda modele son eklenen bileşenidir (9).

Sağlık inanç modelini oluşturan bileşenler şunlardır; kişinin sağlığını tehdit eden hastalıklara yönelik algılarına hassasiyet/duyarlılık algısı; denir. Bu durum hastalığın kabulü ve hastalığa yakalanma olasılığı ile ilgili algıları kapsar. Hastalığın tedavisi kabul edilmediği zaman ortaya çıkacak sonuçları kapsayan algılar ciddiye/önemseme algısıdır. Hastalığın sakatlık, ağrı, sosyal kayıplar, ölüm gibi gerçekleşebilecek sonuçlarını düşünüp değerlendirilmesini sağlayan algılardır. Duyarlılık ve ciddiye birlikte değerlendirildiği zaman algılanan tehdit olarak tanımlanır. Bazı olumlu davranışların edinilmesi ile hastalık gelişme riskinin azaltılacağına yönelik algılar yarar algısıdır. Sağlığı koruyucu önlemlerin alınmasının hastalığın oluşumunu engelleme konusunda yarar sağlayacağı düşünülmektedir. Böylece hastalığa yakalanma riskinde azalacağı umut edilir. Bireyden yapılması istenen davranışların uygulamaya geçirilmesini zorlaştıran olumsuz yöndeki düşünceleri, alışkanlıkları ya da bireyin bu konudaki engelleridir. Birey kendisine önerilen davranışın olumlu veya olumsuz etkilerini değerlendirir. Kişinin inançlarından algılanan duyarlılık, yarar ve ciddiye, kişinin engellerinin etkisini azaltabilirse, kişi o davranışı gerçekleştirir. Hedeflerine ulaşabilmesi için kişinin kendine inanması, kararlı olabilmesi ve iradesini kullanabilmesi öz etkilik/yeterlilik olarak açıklanır. Bireyin davranışlarını değiştirebilmesi o davranışı sürdürülmesinde oldukça önemli bir rolü vardır. SİM'in sonradan eklenmiş bir bileşenidir (10).

SİM, sağlığı koruyucu çok fazla alanda kullanılmaktadır. Bunlar kendi kendine meme muayenesi, servikal kansere yönelik için pap smear testi, hipertansiyon, tüberküloz, diyabet hastalarının inançları, koroner kalp hastalığı gibi sağlıkla ilgili konulardır (11). Bütün bu alanların yanı sıra Dedeli Ö.'nün (2011) geliştirdiği Obezitede Sağlık İnanç Modeli Ölçeği (OSİMÖ) ile SİM obeziteye göre düzenlenmiştir. OSİMÖ obeziteye yönelik tutum ve inançları ölçmede bir kullanılabilen bir model olarak tasarlanmıştır.

Bu tez çalışmamızda OSİMÖ kullanılarak SİM' nin obezite üzerindeki etkileri incelenmiştir. Böylece, hastalara tutum ve inançları doğrultusunda doğru beslenme ve egzersiz alışkanlıkları kazandırılmaya çalışılmıştır. Obez hastalar üzerinde OSİMÖ kullanımı ile verilen diyet tedavisinin zayıflama ve sağlıklı beslenme alışkanlığı ve egzersiz alışkanlıkları kazandırma üzerindeki başarısının gözlemlenmesi hedeflenmiştir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Obezite Tanımı

Basit tanımlayacak olursak obezite; harcayabileceğinden fazla enerji alımına bağlı olarak vücuttaki yağ oranının fazlalaşmasıdır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) obeziteyi global bir epidemi olarak nitelemiştir. DSÖ'nün tanımına göre ise; "Sağlığı bozacak ölçüde vücutta anormal veya aşırı yağ birikmesi" olarak tanımlanmaktadır. DSÖ'nün belirlediği kriterlere göre beden kitle indeksi (BKI) 30'un üzerinde olan bireyler obezite sınıflamasına girer (2). Obezite kültürel, sosyal, genetik, fizyolojik, davranışsal ve psikolojik faktörlerin kompleks etkileşimi sonucu oluşmaktadır (12). Yaşam kalitesini bozucu nitelikte, birçok hastalığın oluşmasına sebep olan, kalıtsal ve toplumsal öneme sahip bir hastalıktır (13). Obezite sadece kişinin kendisini değil, toplumu da etkileyen fizyolojik, organik, sistemik, hormonal, metabolik, estetik, psikolojik ve sosyal sorunlara yol açabilen bir halk sağlığı sorunudur (14).

2.2. Obezite Prevalansı

TOHTA çalışmasına göre kadınların %50.0'ı, erkeklerin %40.0'ı ve erişkin toplumun %44.4'ü obezlerden oluşmaktadır (15).

2000-2005 yıllarında yapmış "Türkiye Obezite Profili" çalışması sonuçlarına göre 4056 kişi obez olarak belirlenmiş bu kişilerin %34.5'i kadınlardan, %21.8'i erkeklerden oluşmaktadır (16).

2010 yılı 'Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması-II (TURDEP-II Çalışması)'nin 15 ilde 540 merkezde gerçekleştirilmiş çalışma sonuçlarında Türkiye'de obezite sıklığı %32 olarak bulunmuştur. Kadınlarda obezite, erkeklerde kilo fazlalığının daha yaygın olarak görüldüğü belirlenmiştir. Türk toplumunda yetişkin yaşlardaki bireylerin 2/3'ü kilolu veya obezdir. 1998 TURDEP-I ve 2010'da yapılan TURDEP-II sonuçları karşılaştırıldığında 12 yılda Türkiye'de obezitenin %44 oranında arttığı görülmektedir (17).

Aralık 2000 - Mayıs 2002 yılları arasında Sağlıklı Beslenelim, Kalbimizi Koruyalım çalışması adı altında Türkiye’den 7 coğrafi bölge alınarak her birinden birer ilde (Balıkesir, Muğla, Aksaray, İçel, Ordu, Erzincan, Gaziantep), il merkezlerinden bir, kırsal bölgelerden de bir olmak kaydıyla toplam 14 sağlık ocağı seçilmiştir ve toplamda 15468 kişiye ulaşılmıştır. Bu çalışmanın sonuçlarına bakıldığında erkekler (I. Derece, II. Derece ve Morbid obez toplamı) %21.2 oranında obez, kadınların ise %41.5 oranında obez çıkmıştır. Kadın ve erkekler arasında istatistiksel açıdan obezitede önemli farklılık gözlemlenmiştir. (18) Türkiye İstatistik Kurumu’nun (TÜİK) araştırmasına göre 2016 yılında kadınlarda %23.9’unda obezite görülürken, %30.1’inin ise obez öncesi olduğu görüldü. Erkeklerde bu oranlar sırasıyla, %15.2 ve %38.6 olarak görülmüştür (19). 2016 yılı DSÖ verilerine göre Türkiyede’ki yetişkin nüfusun %32.1’inin obez olduğu sonucuna (erkeklerde %24.4’ü, kadınlarda %39.2’si) varılmıştır (20). 2017 yılı STEPS verilerine göre yetişkin nüfusunun %28.8’nin obez olduğu (erkeklerde %21.6, kadınlarda %35.9) bulunmuştur (21).

2016 yılı Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre yetişkinlerde 1,9 milyardan fazlası aşırı kilolu, 650 milyondan fazlasının obez olduğu görülmektedir. Kadınların %15’inin erkeklerin %11’inin ve dünyadaki yetişkin nüfusunda yaklaşık olarak %13 oranında obez olduğu ve dünya çapında obezite prevalansının 1975 yılından itibaren üç katı arttığı ve sıklığının giderek artmaya devam ettiği görülmektedir. (20) OECD ülkelerine bakıldığı zaman ise 15 yaş ve üzeri nüfusta obezite oranı %19.5 olarak belirlenmiştir. ABD %38.2 oranıyla en yüksek, Japonya’nın ise %3.7’lik bir oranla en düşük obezite oranına sahip olduğu görülmüştür. %22.3’lük oranla Türkiye OECD ülkeleri arasında 13. sırada ve %19.5 olan OECD ortalamasının üstünde olduğu görülmektedir (22).

2.3. Obezite Etyolojisi

Obezite multifaktöriyel bir hastalıktır dolayısıyla oluşumunda birden fazla etmen rol alır. Bunlar: yaş (yaşlandıkça artar), cinsiyet (vücut ağırlık yüzdesi olarak kadınlar erkekler göre kilo almaya daha meyilli), aşırı ve yanlış beslenme, sık aralıklı düşük enerjili diyet uygulamaları, bazı ilaçların etkisi (antidepresan vb), sedanter yaşam (düşük fiziksel aktivite), sosyo - kültürel etmenler (medeni durum, eğitim düzeyi), maddi gelir,

genetik etkiler, davranışsal alışkanlıklar (sigara, alkol vs), psikolojik problemler, stres, hormonal ve metabolik problemler gibi sorunlardır. Obezite; basit tanımıyla vücudumuzun enerji alımı ve enerji harcaması arasındaki dengenin sağlanamamasına bağlı gelişir. Yeme miktarının artmasıyla yüksek enerji alımı buna karşılık günlük fiziksel aktivitesinin az olması kilo artışının nedenidir (23, 24). Bunun dışındaki faktörler de obezite oluşumunda oldukça fazla etki gösterebilir. Kalıtsal etki %35, modifiye edici genler %15, çevresel faktörler de %15 oranında obeziteyi etkiler. Yanı sıra ruhsal durum ile yeme davranışı arasında etkileşim vardır. Ruhsal durumla yemek seçimi, yeme miktarı ve yeme sıklığı arasında, fizyolojik ihtiyaçlardan ayrı etkilenebilen bir ilişki vardır. Yeme davranışlarımızın depresyon, anksiyete, neşe, üzüntü, öfke gibi ruhsal durumumuza göre etki altında kaldığı bilinmektedir. Bu tür sorunlarda diyet tedavisiyle birlikte psikolojik destek de göz önünde bulundurulmalıdır. Obeziteye neden olan etyolojik faktörler aşağıda gösterilmiştir (25, 26).

2.3.1. Obezite oluşumunda olan etiyolojik faktörler

1. İyatrojenik etkiler

- Hipotalamus cerrahisinin etkileri
- İlaç ve hormonal tedavi

2. Diyetsetel obezite

- Yeme miktarının aşırılığı
- Bebeklik çağı yemeye bağlı sorunlar
- İlerleyici hiperfajik etkili obezite
- Sık aralıklı atıştırılmalar ve yemek yeme
- Yüksek yağlı beslenme

3. Nöroendokrinal obezite

- Hipotalamik sendromlar
- Cushing sendromu varlığı
- Gece yemek yeme sendromu

- İnsülinoma
- PCOS
- Hipogonadizm
- Growth hormon yetersizliği
- Psödohipoparatroidizm
- Bingeeating
- Hipotroidi varlığı

4. Sosyal sorunlar ve davranışların etkisi

- Etnik etkileri
- Sosyoekonomik etmenler

5. Psikolojik faktörler

- Mevsim kaynaklı duygusal sorunlar
- Anksiyete kaynaklı aşırı yeme
- Genç yaşta anne baba ölümü

6. Sedarter yaşamın etkisi

- Postoperatif inaktivite

7. Genetik kaynaklı obezite

- Otozomal resesif geçiş
- X'e bağlı geçici ya da kromozom anomali varlığı
- Otozomal dominant geçiş

8. Yaşlı olanın etkisi

- Virüslerin etkisiyle

2.4. Obezite Nedenleri

2.4.1. Psikolojik nedenler

Psikolojik faktörler obezitenin nedenlerinden birisidir. Yeme davranışı ile ruhsal durum ilişkilidir. Kişinin ruhsal durumundaki olumsuz değişikliklerle (anksiyete,

depresyon, stres, neşeli, öfkeli veya üzüntülü duygular) hipotalamik merkezler üzerinden yeme alışkanlıkları etkilenir ve obezite sonucunu doğurabilir (27). Obezite ve psikopatoloji üzerine yapılmış çalışmalarda, obezlerde depresyon, anksiyete gibi sorunlar özellikle de posttravmatik stress bozukluğu, yeme ile ilgili sorunlar, sigara bağımlılığı gibi durumların sık yaşandığı gözlemlenmiştir (28, 29).

Depresyon ve obezitede ilişkisinde çift yönlü bir ilişki varlığı belirtilmiştir. Bir çalışmanın verilerine göre dört yıllık yapılan izlem sonucu kadınlardan depresyon olan gurupta olmayanlara göre obezite riskinin, obezitesi olan kadınlarda ise normal kilolu kadınlara göre depresyon riskinin artmış ve daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır (30).

Sağlam 3 ana öğün olarak beslenilmesi düşüncesinin varlığı ve bu yanlış beslenmeye devam edilmesi obezite nedeni sayılabilmektedir. Çocukluk çağlarından gelen bu düşünce ömür boyu devam edebilmektedir. Buna karşılık az az, sık sık beslenme düşüncesi ile ana öğünler hafif ara öğünlerle tamamlanmalıdır. Kişinin bir yakınının ölümü veya ağır hastalık geçirme gibi bir durum yaşanması sonucu obezite görülebilir. Bu üzücü durumdan uzaklaşmak adına kişinin yeme miktarında aşırı bir artış yaşanabilir (31). Aşırı kilolu bireyler suçluluk duygularını açlıkla, kusma eylemi veya laksatiflerin kullanımı ile bastıramadığı için dürtü kontrolsüzlüğünü kendini yalanlayarak ya da inkârla bastırmaya çalışır. Obez hastalarda sıklıkla diyet denemelerinin yapılması kişisel olarak kendilerini kontrol altına alamamalarından kaynaklanmaktadır (32).

Yıldız ve ark. (2003)' nin yaptığı bir çalışmada; yetişkin kadınların %83,8'inin üzüntülü ve stresli duygu durumlarında, %49,6'sının sevinçli ve heyecanlı duygu durumlarında yeme miktarlarının değiştiği gözlemlenmiştir. Duygusal durum olarak üzüntülü ve stresli anlarında daha çok ve daha sık yiyeceklerin BKİ sonuçlarının, yeme miktarını değiştirmeyen ve besin alımını azaltan kadınlardan belirgin bir miktarda yüksek olduğu görülmüştür (33). Anksiyete düzeyi ile yeme tutumunun obez kişilerde ilişkili olduğu saptanmıştır. Yapılan araştırmalar sonucunda obez kişilerin anksiyete yaratan durumlarla karşılaştıklarında normal kilolu bireylere göre yemek yeme miktarının daha fazla olduğu görülmüştür. Bu tür davranışlar genellikle stres altında

ortaya çıkar ve stres geçinceye kadar devam eder. Açlık isteği olmaksızın yeme atakları yaşanır ve sonuçta kontrolü kaybederek aşırı miktarda besin tüketmeye meyil gösterilir (34). Yeme miktarına etkileyen bazı psikolojik problemler, obezlerde normal kilolu olanlara göre daha sıklıkla karşılaşılmaktadır. Ayrıca ruhsal sorunlar yeme ve egzersiz alışkanlıklarını olumsuz etkileyerek obezite sonucunu doğurur (35).

2.4.2. Çevresel faktörler

Çevresel etmenler kilo alımını kolaylaştırabilir. Artan enerji alımını alımını harcayamama sonucunda yani fiziksel aktivitenin azlığı çevresel koşulların da etkisiyle artmaktadır. Televizyon seyretmek, elektronik oyunlarla vakit geçirmek, bilgisayar karşısında uzun süreler bulunmak, ulaşımın daha kolay hale gelmesi, araç kullanımının artması ile fiziksel aktiviteyi düzeyi oldukça azalır. Yanısıra günümüz çevresel koşulları fiyatça ucuz, yüksek enerji ve yağ içeriği olan lezzeti yüksek gıdalara erişimi kolaylaştırmıştır. Bu türde yiyecekler büyük porsiyonlarda satılmakta ve ‘pasif durumda aşırı yemeye’ sebebiyet vermektedir. Bu gibi etmenlerin sonucunda obezite daha kolay ortaya çıkmaktadır. Obezite sıklığı endüstrileşme oranı yüksek ülkelerde eğitim ve gelir seviyesi düşük olanlara nazaran daha fazla görülmektedir Evlilik sonrası dönemde bireyler obezite gelişimde artış olduğu görülmüştür (36, 37).

2.4.3. Genetik nedenler

Obezitenin kalıtsal geçişi ortalama %25-40 civarında saptanmıştır. Enerji alımı, metabolik hız ve spontan yapılan fiziksel aktivite üzerinde genetiğin etkisi rol oynamaktadır (38).

Aynı çevrede olan ve beslenme alışkanlıkları benzer olmasına rağmen vücut ağırlığında farklılıklar görülmesi genetik özelliklerden kaynaklanmaktadır. Bireyin kilosu ve vücut kompozisyonu kişinin fiziksel aktivitesi, diyet alışkanlıkları ve genetik yapısının etkisiyle oluşmaktadır. Bazı kişilerde obeziteye genetik yatkınlık olabilir. Bu durum kişinin enerji alımını ve/veya enerji harcamasını etkileyici özellik gösterebilir (39, 40). Şişman ebeveynlerin çocukları normal kilodakilere göre obeziteye daha yatkındır. BKİ açısından bakıldığında evlatlık alınan çocukların biyolojik

ebeveynlerine daha çok benzedikleri belirlenmiştir. Kilo almayı kolaylaştırıcı çevreye maruz kalan kişilerde kilo almaya neden olan genlerin etkisiyle kilo almaya meyil ve daha fazla oranda risk artar, genlerin kendisi direk olarak kilo alımı yapmaz (41). Her iki ebeveyninde birden obezite olan çocuklarda obeziteye yakalanma oranı %80, ebeveynlerden sadece birinde obezite varsa %40, her iki ebeveyninde de obezite olmayanlarda ise %7 olarak bulunmuştur (42).

Genetik faktörlerin ikizler üzerindeki etkisi birçok araştırmada incelenmiştir ve beden kitle indeksinin genetik geçişle aktarılabileceği sonucuna varılmıştır (43, 44). Evlatlık alınan ikizler ve kendi ailesiyle yaşayan ikizler karşılaştırıldığında vücut kitle indeksi ve yağ oranının %25-40 farklı olduğu sonucuna varılmıştır. Yine yakın tarihteki araştırmalarda da beden kitle indeksinin kalıtsal etkiyle geçişinin olduğu gösterilmiştir (45). Obezite ile birlikteliği gösterilen pek çok gen vardır. Bunlar Tablo 1’de gösterilmiştir (38).

Tablo 1. Obezite ile Birlikteliği Gösterilen ve Araştırılan Genler

Tümör nekroz faktörleri (TNF)
Lipoprotein lipaz<3
Apolipoprotein D Apolipoprotein B
LDL reseptörleri
Dopamin reseptörü (D2)
Beta-3-reseptörleri
İnsülin genleri
Melanokortin 4 reseptörleri (MC4-R)
Leptin reseptörleri
Nöropeptidler
Le Peroxisome proliferator active reseptörleri (PPAR)

Beyaz yağ dokusundan sentezlenen leptin ve plazma miktarı yağ dokusu ile paralel etkileşimli bir hormondur. Leptin reseptörü gen bozukluklarının obeziteyi önemli derecede etkilediği düşünülmektedir. İkincil mediatör olarak nöropeptid Y (NPY) ve MCH’nin rolü obezitede oldukça önemlidir (38, 46, 47).

2.4.4. Fiziksel aktivite-egzersiz yetersizliği

Uzun süre televizyon izlemek, bilgisayar başında uzun zaman harcamak gibi fiziksel aktivitenin azalması ile sedanter bir yaşam sürmek obeziteye sebep olan etmenlerdir (36, 48). Bilgisayar teknolojisindeki ilerlemelerle kullanımının artması, çalışma koşullarının değişiklikler, ev ve işyerlerinde fiziksel aktivitenin azalmasına neden olan mekanik yardımcılarının artması, hayatımızı kolaylaştıran bir yandan da harcadığımız enerjiyi azaltan araçların kullanımının artması gibi çevresel etmenlerin sonucunda fiziksel aktivite alanları ve günlük enerji harcamamızda düşüş olmuştur. Bunun yanı sıra bireylerin boş zamanlarını fiziksel aktivite ile değerlendirmeleri de oldukça azalmıştır. Bunun yerine bilgisayarda zaman geçirmek, televizyon izlemek, DVD player veya video oyunları gibi çoğunlukla hareketin çok az olduğu alanlarda daha fazla vakit geçirilmeye başlanılmış ve sonuç olarak da enerji harcaması azalmıştır (49).

Hu ve ark.'nın (2003)' nin kadınların televizyon seyretme ve diğer hareketsiz yaşam tarzı alışkanlıkları ile şişmanlık arasındaki ilişkisini araştırdığı çalışmasında BKİ'si 30'un altında 50277 kadın 1992-1998 yılları arasında araştırma dâhilinde takip edilmiştir. Araştırma sonuçlarında; kadınların %7.5 'inde şişmanlık gelişmiş, TV seyredilen sürede günde 2 saatlik her artış şişmanlık riskinde %23.0, oturarak yapılan iş süresinde günde 2 saatlik her artış ise %5'lik bir artış oluşturduğu, günde 1 saatlik sıkı yürüyüş antrenmanlarının şişmanlık riskinde %24.0 oranında bir azalma oluşturduğu görülmüştür (50).

Üniversite öğrencilerinde yapılan bir çalışmada, obezitenin fiziksel inaktivite ile ilişkisinin olduğu saptanmıştır. Üniversite öğrencilerinin BKİ'sinde zaman içerisinde artış görülmektedir. Bu durumla ilgili olarak gençlerin vücut ağırlığı artışına neden olan alışkanlıkları ve bununla ilgili risk oluşturan etmenlerin incelendiği araştırmalar ve buna yönelik tedaviler geliştirilmesi üzerine çalışmalar planlanmalıdır (51). Akademisyenler üzerine yapılan bir çalışmada da akademisyenlerin yaşı, ünvanı ve çalışma yılına göre fiziksel aktiviteye ayırdığı zamanın azaldığı ve bununla birlikte kilolu olma durumlarında artış olduğu gözlemlenmiştir (52). Vücudumuza çok fazla yararı olan fiziksel aktivite ve sporun daha fazla yapılmasına yönelik alternatiflerin arttırılması toplumun bütünüyle beraber pek çok sektörü de kapsayan, geniş ve kültürel bir

yaklaşım ile gerçekleştirilebilir (53).

2.4.5. Sosyoekonomik-kültürel durum

Sağlık ve sosyoekonomik düzey ilişkisi yapılan birçok çalışmayla incelenmiştir. Paris'te yapılan gelir düzeyi düşük ailelerin çocuklarının dâhil edildiği çalışmada gelir düzeyi düşük ailelerin çocuklarında obezite %1.2 oranında, diğer ailelerde ise %0.3 oranında görülmüştür (54).

Kanada'da Hay ve ark. tarafından yapılmış bir çalışmada sosyoekonomik durum ne derece yüksekse kişinin sağlık düzeyinin o derece yüksek olduğu saptanmıştır. Sağlık ve sosyoekonomik düzey birbiri ile direkt ilişkili bulunmuş; ancak bu ilişkide kilo bir istisna olarak değerlendirilmiştir (55).

Sosyoekonomik durumun sağlık ve obeziteye etkisi tüm çalışmalarda aynı sonucu vermemiştir. Bazı araştırmalarda yüksek bazılarında da düşük sosyoekonomik düzeyde obezite prevalansını arttığı gözlemlenmiştir (56). Gelişmişlik düzeyi düşük veya gelişmekte olan ülkelerde öncelikli olarak doygunluk hissinin giderilmesine bağlı olarak karbonhidrat oranı yüksek gıdaların aşırı tüketimi, öğün atlamak ve öğünlerde aşırı yemenin etkisiyle yani düzensiz beslenme şeklinden dolayı şişmanlık meydana gelebilmektedir. Gelişmiş ülkelerde ise bu durum sağlıklı beslenme bilincinin yerleşmediği düşük sosyoekonomik düzeye sahip kişilerde yanlış beslenme ile teknolojik gelişmelerle işlerin çoğunlukla makineler tarafından yapılmasından kaynaklı fiziksel aktivitenin azalması ile şişmanlık gelişebilmektedir (57, 58).

2.4.6. Yaş

Bireyin doğuştan getirdiği yağ hücreleri ergenliğe kadar artar. Bu dönemdeki yağ hücrelerinin fazlalığı yetişkinlik dönemini de etkileyeceğinden çocukluk ve ergenlik çağı kilosunu kontrol altında tutulmalıdır. Artan yaşla beraber bazal metabolizma hızı ve fiziksel aktivite azalır. Bunun sonucunda obezite gelişebilir. Kişilerde en fazla kilo artışı cinsiyete göre değişmeksizin 24-35 yaş arasındadır (59).

Adana'da bir Sağlık Ocağında 20-64 yaş arası kadınlarda obezite ile ilişkili risk

faktörlerinin incelendiği bir çalışmada obezite görülme sıklığının 30 yaşından sonra artmaya başladığı 40-44 yaşlarında en yüksek noktaya ulaştığı saptanmıştır. Bu durum artan yaşla beraber bazal metabolizma hızının ve fiziksel aktivitenin azalmasına ile ilişkili olarak alınan enerjinin harcanamamasına bağlanmıştır (5).

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbn-i Sina Eğitim ve Araştırma Hastanesi Beslenme ve Diyet Bölümü'ne başvuranlarda obezite durumu ve etkili faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılmış bir çalışmanın sonucunda obezitenin yaşla ilişkisi incelenmiş, 61 yaş ve üzerindeki hastalarda obezite oranının en yüksek olduğu (%36.6) belirlenmiştir. Yaş artışı ile orantılı olarak obezite oranı da artmaktadır (60).

2.4.7. Cinsiyet

Dünyadaki oranlarla paralel olarak yapılan prevelans çalışmasında ülkemizde de obezite oranı kadınlarda erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur (61). Bu durum kadınların erkeklere oranla daha fazla yağ depolaması sonucu gerçekleşmektedir (62). Erkeklerde ortalama obezite oranı %21.2 kadınlarda bu oran %41.5 gibi daha yüksek bir sonuçtur. Türkiye'de hem gelişmiş ve hem de gelişmekte olan ülkelerin beslenme sorunları birlikte görülmektedir. Ülkemizde halkın beslenme durumunda yaşadığı bölgeye, sosyo-ekonomik düzeyine ve kentsel-kırsal yerleşim yerlerine göre farklılıklar görülmektedir. Ülkemizin çoğunluğunda, kırsal kesimde ve düşük sosyo ekonomik düzeye sahip kişilerde obezite daha fazladır (63).

2.4.8. İlaçlar

Kilo artışı birçok ilacın kullanımıyla sık rastlanan ancak çoğunlukla önemsiz olmayan bir yan etkidir. Bu tedaviler çoğunlukla iştah merkezindeki nörotransmitterleri etkiler bir kısmı da enerji kaybını azaltarak obeziteye neden olur. Obeziteye neden olan ilaçlar tablo 2 de, etki mekanizmaları tablo 3 de gösterilmektedir (64).

Tablo 2. Obeziteye Neden Olan İlaç Çeşitleri

1.Antipsikotik	
2.Antidepresan	Trisiklik antidepresanlar, MAO
3.Antikonvülzan	inhibitörleri
4.Antimigren ve antihistaminik	Valproat, karbamezepin
5.Antidiabetik	Kriptoheptadin, flunarizin, pizotifen
6.Glukokortikoid	İnsülin, glitazonlar
7.Beta-blokerlar	
8.Seks hormonu	Propranolol
9.Diğerleri	Yüksek dozda östrojen antineoplastik ajanların bazıları

Tablo 3. Obeziteye Neden Olan İlaç Etki Mekanizması

1.Serötinerjik ve döpaminerjik aktivitesinin azalması
2.Yağ asitlerinde beta-oksidasyon bozluğu ve substrat oksidasyonlardaki değişiklikleri
3. Sedasyon
4.Enerji haracamasının azalması
5. Sempatik sinir sistemi aktivitesinin azalması
6.Ağız kuruluğu ve yüksek kalorili içecek, yiyecek alımında artış yapan antikolinergik yan etkiler
7. Noropeptid Y veHipotalamik leptin aktivitesi değişiklikleri

Antidepresanlar: Yüksek oranda kilo artışı yapan trisiklik antidepresanlardır. Tedavi esnasında hastaların karbonhidratlı gıdalara düşkünlüğü artar, kalori kullanımı azalır (64). Serotonin spesifik geri alım inhibitörleri (SSRI) grubu ilaçlar tedavide kilonun artmasına neden olmaz ancak bazı olgularda paroksetin, sertralin ve fluoksetinin tedavide kullanımında kilo artışı gözlenebilmektedir. (65).

Antipsikotikler: Nedeni bilinmeyen mekanizmalarla Klorpromazin, klordiazepoksid, trioridazin, haloperidol kullanılan dozdan bağımsız olarak kilonun artmasına yol açabilmektedir. En çok kilo artışına Klozapin tedavisinin yol açtığı belirlenmiştir (64).

İnsülin ve Oral Hipoglisemik Ajanlar: Tip 1 diyabetikli hastalarda yoğun insülin tedavisi alanlarda bu tedavinin klasik insülin tedavisi alanlara göre ortalama 5 kg daha fazla kilo artışına sebep olduğu belirtilmiştir. DM hastaların değerlendirildiği bir çalışmada da yoğun insülin tedavisi alan hastalarda (ortalama 5.4 kg) klasik tedavi

alanlara (ortalama 2.5 kg) ve oral antidiabetik kullananlara göre (ortalama 3.2 kg) daha fazla kilo artışı olduğu belirtilmiştir (66). Çoğunlukla glikozürinin azalması ve düşük oranda da karbonhidrat, protein ve lipid metabolizmasındaki katabolik değişikliklerin aksi yönde değişmesiyle kilo artışının ilişkili olduğu belirtilmiştir (64).

Östrojen-Progesteron ve Türevleri: Oral kontraseptiflerden östrojen içeriği yüksek olanların kullanımının kilo artışına sıklıkla neden olmaktadır. Günümüzde kullanılan oral kontraseptifler fazla oranda bir kilo artışına neden olmamaktadırlar. Ancak kanser tedavisinde kullanılan megestrol asetat ve tamoksifenin kilo fazlalığına sebep olmaktadır (67).

Glukokortikoidler: Glukokortikoid tedavisi alan hastalarda iştah merkezindeki uyarıcı etkisi ile enerji kullanımını düşer kilo alımı meydana gelir. Bir yıl içinde kullanılan dozun etkisi ile 2-13 kg düzeyinde kiloda artış meydana gelebilir (68).

2.4.9. Sigara

Sigara kullanan bireylerde gıda alımı düşer ve enerji harcaması yükselir sonuçta kilo kaybı görülür. Buna göre sigara kullanan bireylerin kiloları ve BKİ değerleri sigara kullanmayanlara göre daha düşüktür (69). Sonuçta sigara içen kişilerin vücut ağırlığı ve BKİ içmeyenlere göre daha düşüktür (70). Sigara kullanımının 24 saatlik enerji harcanmasını %10 kadar arttırmaktadır (71).

2.4.10. Stres

Stres obezite oluşumunda oldukça etkilidir. Esterbauer ve ark.'nın (2001) yaptıkları bir çalışmada, obezlerin stresle baş etme konusunda yeterli bir etkiye sahip olamadıkları saptamıştır (72).

Ryden ve ark.'nın (2003) obez bireylerin kilo verdikten sonra stresle baş etme tarzlarını inceledikleri çalışmada, kilo veren tüm bireylerin duygusal odaklı baş etme derecelerinde düşüş, 20 kg ve üstü kilo veren bireylerin ise problem odaklı baş etme derecelerinde artış gözlenmiştir (73).

Üniversite gençleri ile (18-24 yaş) yapılan bir çalışmanın sonuçlarına göre stresin

etkisi ile beslenme davranışı etkilenen gençlerde riskli yeme davranışının daha fazla oranda olduğu saptanmıştır. Bu duruma gençlik döneminde karşılaşılabilecek stres etkenlerinin daha yüksek oranda olması ve gençlerin stresle nasıl baş edebilecekleri konusunda bilgisiz olmalarının yeme davranışlarına etkisinden kaynaklanabilir (74). Toro ve ark. (2006) tarafından yapılan bir çalışmada da aşırı kilo kontrollü davranışlar, kusma davranışı ya da abur cubur gibi kalorisi yüksek gıdaların tüketimi gibi yeme bozukluğu tarzındaki davranışları, kişilerin olumsuz duyguları hafifletmek veya bu tarzdaki duygularıyla mücadele için uyguladıkları yöntemler olarak gösterilmektedir (75). Yapılan başka bir araştırmada ise, sürekli zayıf olma düşüncesi, başkalarının yanında yemek yerken utanma duygusu yaşama ve şişmanlıktan korkma düşüncesi bazen yemeyi reddetme ve psikolojik sebeplerle kendini kontrol altına alamama neticesinde aşırı gıda alımından sonra duyulan suçluluk duygusundan kurtulmak için müshil kullanma, kusma davranışı veya aşırı egzersiz uygulamaları yapmak gibi olumsuz davranışların yaşandığı belirtilmektedir (76).

2.4.11. Uyku

BKİ üzerinde uykunun yeterince alınmamasının biyolojik olarak çok fazla zararlı etkisi vardır. Yapılan bazı çalışmalarda azalmış leptin hormon düzeyi ile uyku yoksunluğu ilişkilendirilmiş ve birçok çalışmada da ghrelin hormon düzeyinin uyku yoksunluğunda yükseldiği saptanmıştır. Oreksin sistemine dahil olan bu hormonlarda görülebilecek herhangi bir dengesizlik sonucu beslenme, uyanıklık ve enerji harcaması üzerindeki etkileri sebebiyle bireyin hissettiği açlıktaki değişikliği, atıştırmalık tüketiminin fazlalaşması ile yağ ve karbonhidrat tüketiminin artması sonuçta da iştahı etkilemesiyle beraber kilo artışına sebep olabilmektedir (77). Yakın çalışmalarda sıklıkla yapılan kısa dönem uyku süresi kısıtlaması sonrası yiyecek alımını arttırdığı belirtilmektedir (78). Kısa uyku süresinin kronikleşmesi durumunda iştahın artışıyla beraber gıda tüketiminin artması sonucu obezite ve obeziteyle beraber görülebilen hastalıkların yaşanmasına neden olabilmektedir. Yaşanan bu değişikliklerin, kısa uyku süresinin yaşanmasıyla beraber serum leptin düzeyinde düşme ve/veya serum ghrelin düzeyinde artma ile ilgili olabileceği belirtilmektedir (79).

Yüksek enerjili, lezzet oranı yüksek, kolay ulaşılabilir besinlerin bulunduğu yerlerde bulunmakla yüksek kalori alımı da uyanıklık zamanları ile orantılı olabilmekte ve uyanık olunan zamanların çoğunda, atıştırmalıkların fazla miktarda alındığı ekran tabanlı sedanter faaliyetlerde bulunulduğunda obeziteye zemin oluşturabilir (78). Bu düşünce, alışılmış bir kısa uyku süresinin, leptin ve ghrelin hormon düzeylerini etkilemediğini fakat gıda tüketiminde homeostatik bir durumdan çok hedonik olarak düşünülen atıştırmalık artışını belirtir çalışmalarla desteklenmektedir (80). Uykunun yetersiz süre alınması, homeostatik olmayan yeme alışkanlıklarına (örneğin ruh hali) dâhil olan beyin mekanizmalarını da etkileyebilir. Psikolojik problemler yaşanması ile gündüz uyku hali ve şekerli gıda tüketiminin ilişkili olduğu belirtilmiştir (81). Yapılan başka bir çalışmada, hafta sonu ve hafta içi uyku süresinin değişmesinin yeme davranışlarını değiştirici etki gösterdiği belirtilmektedir (82). Son zamanlarda, ölçülen yüksek uyku süresindeki değişkenliğin, diyetel risklerle alakalı olarak obezite oluşumuna neden olabileceği belirtilmektedir (83). Her geçen gün kısa uyku süresinin obezite oluşumunda risk oluşturduğuna dair kanıtlar çoğalmaktadır. Kısa uyku süresinde hızlı bir artış ve obezite olumundaki etkisi dolayısıyla toplum sağlığı açısından oldukça önemlidir (84).

2.5. Obeziteye Bağlı Görülebilen Komplikasyonlar

Obezite çok sayıda sağlık problemine neden olur. Bunlar tablo 4 de gösterilmiştir (85). Neden olduğu sağlık sorunları ve toplumdaki hızlı artışı dolayısıyla obezitenin oluşumunun önüne geçilmesi ve tedavi edilmesi oldukça önemlidir (86).

Tablo 4. Obezitenin Neden Olduğu Hastalık Türleri

Sistem	İlişkili sağlık sorunu
Kardiyovasküler Sistem Hastalıkları	Hipertansiyon KKH Serebrovasküler hastalıklar
Solunum Sistem Hastalıkları	Primer alveoler hipoventilasyon hastalığı OUAS Dispne
Sindirim Sistem Hastalıkları	Hiatus hernisi ve reflü hastalığı Safrada taş Karaciğerde yağlanma Kolon kanserleri Hemoroit
Metabolik / Endokrin Sistem Hastalıkları	Kan yağlarında yükselme Bozulmuş glikoz toleransı Tip 2 DM Gut adrenokortikal aktivitede artış
Hareket Sistemi ile ilgili Hastalıklar	Osteoartrit Sinir sıkışmaları
Genitoüriner sistem Hastalıkları	Proteinüri Üriner taş Stres inkontinansı Endometriyal kanser türleri Prostat kanseri oluşumu infertilite Cinsel ilişkide zorluk Gebelik komplikasyonları gelişimi PCOS Memede kanser oluşumu
Cilt Hastalıkları	Akontozis nigrikans Lenfödem Ter döküntüsü
Psikososyal Nedenli Hastalıklar	Kendinini beğenmeme Depresyon gelişimi Anksiyete
Diğer Türdeki Hastalıklar	Ameliyat risklerinin artması Horlama problemi



Şekil 1. Obezitenin yol açtığı sağlık sorunları

Obezitenin vücutta etkilemediği sistem yoktur. Endokrin sistem, kardiyovasküler sistem, solunum sistemi, gastrointestinal sistem, deri, genitouriner sistem, kas-iskelet sistemi yanında psikososyal durum değişik oranlarda bu hastalıktan etkilenir. Şekilde 1’de başlıca ko-morbiditeler görülmektedir. Tip 2 diyabet, osteoartrit, dislipidemi, KVH, safra taşları, kanser (kadında meme, over ve endometrium, erkekte kolon ve prostat Ca), gut, inme ve depresyon en başlıcaları olmak üzere çeşitli hastalıklara yol açar (87).

2.6. Obezite Tedavisi

2.6.1. Obezite tedavisindeki diyet içerikli uygulamalar

Şişmanlıkta Diyet Tedavisi Amaçları Şunlardır:

1. Vücut ağırlığını istenen kiloya düşürmek: bu kilo bireyin ideal ağırlığı ya da ideal ağırlığın üzerinde belirlenen bir ağırlık

2. Bireyin bütün ihtiyaçlarını yeterli ve dengeli oranda karşılayabilmektir

3. Yanlış beslenme alışkanlıklarını bırakmasını sağlayarak, doğru beslenme alışkanlıklarını kazandırmak

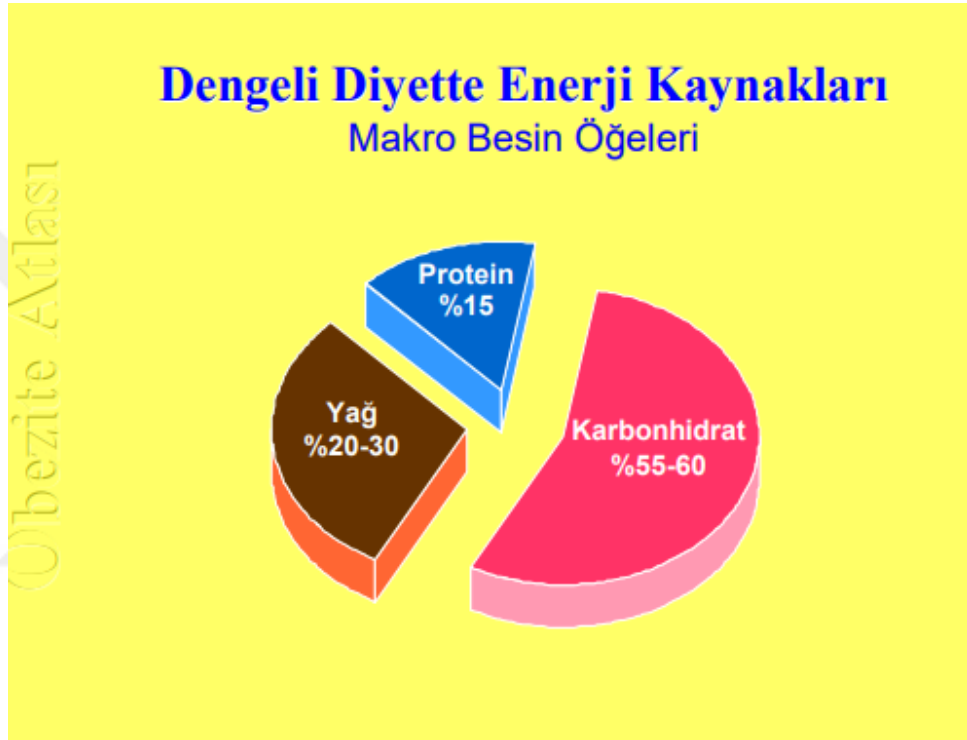
4. Vücut ağırlığı istenen kiloya indirildiğinde tekrar kilo alımının önüne geçerek kiloyu istenilen düzeyde koruyabilmek (88, 89).

Hastayla birlikte planlanan değişiklikler içinde birinci sırayı hastanın içinde bulunduğu durumu anlayabilmek ve ortak bir paylaşım ortamı oluşturmak alır. Doğru beslenme alışkanlıkları eğitimine başlamadan önce ilk adım olarak kişinin o anki beslenme alışkanlıkları ve besin tüketim durumunun incelenmesidir. Bu değerlendirme için hastanın bir günü hafta sonuna denk gelecek şekilde en az üç günlük besin tüketim kayıtları alınmalıdır. Bu incelemeden sonra hedef değişiklikler ve kararlar hastayla birlikte belirlenebilir. Hedef değişiklikler (mümkün olduğunca), lezzet ve uygulama kolaylığı açısından hastanın kabul edebileceği şekilde birlikte belirlenmelidir; bunun tersi olduğu takdirde hasta önerilen diyet ve davranış değişikliklerine uymakta zorlanacaktır (90).

Hastanın verilen diyet tedavisini uygularken nasıl bir ortamda yemek yediği, kaç öğün beslendiği ve öğün içeriği, yemek yerken herhangi bir aktivite yapılıp yapılmadığı ve yemek esnasında hastanın hissettiği duyguların diyetisyen tarafından belirlenmesi ve paylaşım içerisinde olunması hastanın kendisini değerlendirebilmesini ve yanlış olan davranışların düzenlenmesine büyük katkı sağlar (91). Öncelikle hastanın ihtiyacı olan günlük kalori hesabı yapılmalıdır. Yapılan kontrollerde hedefe ulaşıp ulaşılmadığı görüşülerek belirlenmelidir. Diyetin enerji içeriği %20-30 yağ, %15 -20 protein ve %55-60 oranında karbonhidratlardan oluşmak üzere ayarlanmalıdır (23).

Diyet günlük 25-30 g posa içermelidir. Posa kaynağı besinler sebze ve meyveler, kuru baklagiller, kepekli un ve kepekli ürünlerdir. Kalorisi çok düşük olmayan zayıflama diyetlerinde kişi alkol tüketme alışkanlığından vazgeçiremiyorsa az oranda tüketimine müsaade edilebilir. Alınan alkollü içkinin enerjisi hesaplanıp günlük toplam enerjiden düşülmesi gereklidir. En az 2-3 litre günlük sıvı alımı önerilmelidir. Her öğünde yemeklerden hemen önce su tüketimi önerilmelidir. Kalp yetmezliği ya da farklı sebeplerle ödem veya hipertansiyon problemi olanlara tuz kısıtlaması önerilir. Beslenme

programı 4-6 öğün olarak belirlenmelidir. Sık sık beslenme düzeni, fazla yemenin önüne geçer, acıkmayı geciktirir ve sonraki yenilen öğünde daha az gıda alımını sağlar. Hatalı hazırlanmış zayıfma diyetleri kişilerin sağlığını tehlikeye atabilir. Bu sebeple kişiye özgü en uygun beslenme programı ancak diyetisyen ve/veya beslenme ve diyet uzmanlarınca düzenlenmelidir (89, 92, 93).



Şekil 2. Dengeli diyetin enerji kaynaklarının oranları

Dengeli hazırlanmış diyetler, enerji kaynakları olarak karbonhidrat, yağ ve protein oranlarının vücudun ihtiyaç duyduğu şekilde yukarıda Şekil 2’de (94) belirtildiği haliyle düzenlendiği, gerekli vitamin ve mineralleri içeren sağlıklı diyetlerdir. Bu şekilde hazırlanmış bir diyet programı kalori miktarı kişiye özgü olarak ayarlanarak ömür boyu uygulanabilir hale gelir ve obezitenin kalıcı tedavisinin sağlanmasında oldukça önemlidir. Enerjinin %55- 60’ı KH’dan, %15’i proteinlerden, %20-30’u ise yağlardan gelecek şekilde düzenlenmiş ve doymuş yağ oranının <%10, kolesterol oranının <300 mg/gün ve diyet posa içeriğinin 20-30 gr/gün olarak hazırlanmış bir beslenme programı içerik olarak en sağlıklı olarak belirlenmiştir (94). Sağlıklı ve dengeli hazırlanmış bir diyetle beslenmenin kilo vermenin haricinde sağlığımıza önemli etkileri vardır. Örnek

verilecek olursa tüm Amerikalılar, yağ oranı %30 olan sağlıklı bir diyetle beslenirlerse KVVH'ya bağlı mortalitenin %4-20 oranında azalacağı düşünölmektedir (95). Yağdan gelen enerjinin toplam kaloriden %1 düşürölmesi ile yılda 10.000 kadar kansere bağlı ölümün önüne geçilebileceği söylenmektedir. Diyetteki posa(lif) oranı diyabet ve obezite oluşumunu azaltmaktadır (96). Çok düşük kalorili hazırlanmış diyetler bugün yaygın olarak kullanılmamaktadır. Bu diyetlerde ve düşük kalorili diyetlerin bazılarında günlük karbonhidrat alımının azaltılması sonucu kanda keton cisimcikleri ortaya çıkar bu tür diyetlere ketojenik diyet denir. Bu türde hazırlanmış diyetler hızla kilo veririr ve bu durum hastaya motivasyon sağlar. Ancak ketojenik diyetler sağlığa zarar verici etkileri bulunmkaktadır. Su-elektrolit dengesinde bozukluklar, kalsiyum kayıpları ile osteoporoz, hiperürisemi, gut gibi hastalıkların yanı sıra ortaya çıkabilecek kardiyak aritmiler sonucu ani ölümlere sebep olabilir (87, 97, 98).

2.6.2. Obezite tedavisinde yapılan egzersiz uygulamaları

Sedanter yaşam ve obezite yetişkinlerde görölebilecek biyolojik değişimler ve fiziksel sorunların bir nedeni olabilir (99). Egzersiz obezite tedavisinde oldukça önemli ve etkilidir. Obezlerde ve fazla kilolu bireylerde iyi sonuç veren bir uygulama olarak gösterilebilir. Egzersizin yapmanın aslında kötü ve cezalandırıcı bir uygulama olarak değerlendirilmemesi gerektiğini obez hastaların anlaması hususunda destek olmak gerekmektedir. Öncelikle yaşam tarzında ufak değişikliklerle günlük aktiviteleri arttırıcı yönde tavsiyelerde bulunarak obez bireylerin daha hareketli bir yaşama adım atması sağlanabilir. Yürüyüşü ön planda tutarak asansör yerine merdiven kullanımı, arabayı daha ileri bir yere park etme gibi fiziksel aktiviteyi arttırmak suretiyle daha hareketli bir yaşama geçiş sağlanabilir (100).

Egzersiz programlarının uygulanabilir hale gelmesi için, maliyeti düşük, sürdürülebilirliği olan programlar olmalıdır. Bunun yanısıra basit, evde uygulanabilir olmalıdır. Sağlımız için en çok tavsiye edilen egzersiz türü yürüyüştür (101). Yürüyüş, sağlık çalışanlarınca da sıklıkla tavsiye edilen bir egzersiz olmasının yanısıra (102) güvenli olması ve uygulamadaki kolaylığı açısından bakıldığında sıklıkla tercih edilir (103).

Şişman ve fazla kilolu hastalarda çoğunlukla egzersiz toleransının düşük olduğu görülmektedir. Dolayısıyla da süresi kısa olan, yoğun olmayan aktivitelerle egzersize başlanmalı, egzersizin süresi ve yoğunluğu yavaş yavaş arttırılmalıdır. Haftalık olarak 3 kez 10 dakika düşük hızda yürüyüşle egzersiz yapmaya başlanabilir. Bu başlangıç seviyesinin sonunda haftada 3-5 kez 30-45 dakika orta derece olarak değerlendirilen fiziksel aktivitelere geçilmesi tavsiye edilir. Sonraki günlerde günlük yapılmak suretiyle 30-60 dakikalık fiziksel aktivitelere geçilmelidir. Bu şekilde uygulandığında kilo verimi gerçekleştirilebilir ve kilonun korunabilir (104).

Egzersiz tedavisinin ilkeleri egzersiz türü, sıklığı, süresi ve şiddetinden oluşmaktadır.

Egzersiz Türü: Yürüyüş uygulaması, günlük aktiviteleri arttırmak, bir düzen ve program dahilinde yapılan kuvvet ve esneklik egzersizleridir.

Egzersiz Sıklığı: Her gün yapılması ya da haftada en az 5 gün yapılmasıdır.

Egzersiz Süresi: Egzersizin günde 1 kez 40-60 dakika ya da günde 2 kez 20-30 dakika sürmesidir.

Egzersiz Şiddeti: Kalp atım hızının maksimum oksijen tüketimi olacak şekilde hedef tutularak %50-70 arasında ayarlanmasıdır. (Hedef kalp hızı egzersiz boyunca kalbin dakikada atması gereken sayı demektir). Obezlerde yağ yakımını arttırmaya yönelik egzersiz şiddeti süre ve sıklığı belirleme çalışmalarında 30 dakikadan uzun, en fazla %65 O₂ harcama kapasitesini sağlayan, haftalık olarak en az beş gün uygulanan egzersizler en verimli olarak belirtilmiştir (105).

Dengeli ve yeterli beslenmenin yanısıra belirli bir düzende egzersiz eklenmesi, kilo vermeye yardımcı olmakla beraber kas kütlesi kaybını engellediği yağ dokusunun azalmasını sağladığı ve ideal VKİ'ni korumaya desteklediği çalışmalarla gösterilmektedir. (106, 107) Yanlızca 1000-1200 kcal/gün içerikli bir diyet tedavisi uygulayarak 3-12 ayda %8 üzeri bir kilo kaybı sağlanırken, haftalık olarak 3-7 gün 30-60 dk süresince yapılan orta derece aerobik egzersizlerle ortalama olarak bir yıl içinde 1.5-3.0 kg arasında kilo kaybı olduğu gözlemlenmiştir. Ancak hem diyet tedavisi hem

egzersiz uygulamaları birarada yapıldığında ise yalnızca diyetle göre 1.5-3.0 kg daha fazla kilo kaybı olduğu gözlemlenmiştir. Bunlar gözönünde bulundurulduğunda, obezite tedavilerine diyet+egzersiz+davranış tedavileri birarada düşünülerek başlanmalı; buna rağmen olumlu ilerleme sağlanamayan hastalarda ilaç ve cerrahi tedavi düşünülmelidir (108).

Amerikan Spor Hekimliği Koleji (American College of Sports Medicine-ACSM) yetişkinlere günlük olarak ortalama en az 30 dakika orta şiddet egzersiz uygulanmasını tavsiye etmektedir. Önerilen bu tarzda bir egzersizle günlük olarak 200 kkal kadar enerji harcanabilir (109).

Orta yoğunluktaki egzersiz örnekleri: 45-60 dakika voleybol, 45 dakika futbol, 35 dakika hızlı tempoda yürüyüş, yarım saat bisiklet binmek, 20 dakika yüzmek, 15 dakika ip atlamak. Ya da 45-60 dakika araba yıkama, 45-60 dakika cam veya yer silme, 30-45 dakika bahçe işi yapma, yarım saat yaprak tırmıklamak, 15 dakika kar temizleme veya 15 dakika merdiven çıkma gibi. Çok sedanter bir yaşam tarzı olan bireylerde egzersizlere çok hafif düzeyde başlanmalı egzersizin yoğunluğu hastanın egzersize gösterdiği uyum düzeyine göre kademeli olarak artırılmalıdır (100).

Hafif-orta düzeyde yapılan egzersizler, haftanın en az beş günü devam edilmeli, en az 30 dakika sürmeli ve 150 kkal değerinde enerji tüketilmesi sağlanmalıdır. Bisiklet binmek, yüzmek, ağırlık kaldırmak örnek olarak verilebilir, daha güvenli uygulanması nedeniyle tempolu yürüyüş daha sıklıkla tercih edilmektedir (110, 111).

Düzenli ve önerildiği gibi uygulanan egzersizler, kardiyovasküler hastalık riskini düşürür, insülin direncini azaltır ve tip 2 diyabet oluşumunu engeller, bazal metabolizma hızını arttırmaya yardımcı olur. Ağırlık kaybının kalıcılığını sağlamak için egzersiz yaşam boyu sürdürülmelidir (112).

Obezlerde egzersiz programları başlangıçta haftada üç gün 20 dk, sonraki zamanlarda süre 30-60 dk'ya artırılmalı ve haftanın her günü bu egzersiz uygulamasına devam edilmelidir. Günlük 100-200 kkal, haftalık toplamda 1000 kkal enerji harcamayı sağlayan egzersizler tercih edilmelidir. Egzersiz tedavisi; bel, diz ya da topuk ağrısı

problemi olanlarda eklemlerin üzerine yük binmeyecek şekilde ayarlanmalıdır. Kilo kaybının sağlanmasında fiziksel aktiviteyle birlikte kalori kısıtlaması da uygulanmalıdır. Ana kas gruplarını çalıştıran 8-10 tekrarlı bir veya iki set ağırlık kaldırma egzersizleri de haftalık olarak bir veya iki gün uygulamalara dâhil edilebilir. Obezilere en kolay aktivite olarak yürüyüş önerilebilir. Hastalara yaşam tarzı değişikliği yapabilecekleri alternatifler önerilmesi çok önemlidir, araç kullanmaktansa mümkünse yürüyerek ulaşım, asansör kullanımı yerine merdiven kullanımı tavsiye edilmelidir. Günlük 12.000 adım atılması kademeli arttırılarak amaçlanmalıdır. Okullarda kullanılabilir spor alanlarının arttırılması çocukluk çağı obezitesi ile mücadele adına oldukça önemlidir (113).

Uluslararası Obezite Çalışma Birliği (IASO), yetişkinlerde haftanın her günü en az 30 dk'lık orta derece fiziksel aktiviteyi kronik hastalıkların engellenmesi ve sağlığı koruyabilmek için tavsiye etmektedir. Fakat obez kişilerin kaybettiği kiloyu geri almamak için günde en az 60-90 dk orta veya hafif şiddette; normal kilodakilerin ise obeziteden korunabilmek için günde en az 45-60 dk orta şiddette fiziksel aktivite yapması gerekmektedir. Çocuklarda uygulanması gereken egzersiz düzeyi daha fazla oranda olmalıdır (114).

2.6.3. Obezite tedavisinde uygulanan davranışçı yaklaşımlar

Davranış değişikliği tedavisi ile bireylerin obezite ve diyet konusunda eğitilerek bilinçlendirilmesi kendine olan güvenin artmasıyla beraber tedavi programına uyumu kolaylaştıracaktır. Obezite tedavisinde davranış değişikliği eğitimi verilmesindeki amaç, diyet programına katılımın artması, programın bir parçası olduğuna inandırma, diyet programı için yapılması gerekenlerle ilgili olarak bilinçlendirerek istenen davranış değişikliğinin sağlanması ve sürdürülmesidir (115, 116).

Davranış değişikliği tedavisinin basamakları:

1. Kendi kendini gözleme: Tedavinin birinci basamağıdır ve kontrol altında tutulması gereken davranışları belirlenmesini sağlar. Kilo alımına neden olan davranışların belirlenmesini sağlar. Bu yöntemin temeli yemek yeme ve egzersizle ilgili davranışların kaydedilmesine üzerine kuruludur.

2. Uyarı kontrolü: Yanlış davranışlara neden olan olaylar zincirini tanımlamak ve zincirin erken aşamalarında müdahale edebilmek için stratejiler geliştirebilme temelini dayanır. Amaç, besin tüketimi ile ilgili olarak dış uyarıların etkisini engellemek, uygun yeme davranışı için uyarı artırmaktır. Bunu sağlamak için olumlu alternatif yöntemler geliştirilebilir.

3. Alternatif davranış geliştirme: Belirli aktivitelere yönlendirilebilmeye çalışır. Bunu asağlamak için ara öğün ve atıştırma isteğinin olduğu zamanlarda uygulamak için "yapmaktan hoşlanılan aktiviteler" listesi oluşturulur ve en uygun olanları belirlenir. Aktivitelerde bulunmak, aşırı yemeyi tetikleyebilecek ortamların oluşması ihtimalini düşürür. İştah kontrolünü kolaylaştırır. Kilo ile ilgili rahatsız edici düşüncelerden uzaklaşmayı sağlaması bakımında etkilidir. Özellikle düzenli ve sağlıklı yeme davranışları edinme esnasında kaygının başladığı, aşırı yemeye yatkınlığın arttığı kriz durumlarında bu tür faaliyetler bireye yardımcı olabilir. Faaliyetlerin belirlenmesinde kişi kendisi hoşuna giden aktivitelerin bir listesini oluşturabilir. Arkadaş ziyareti veya onu telefonla aramak, yürüyüş yapma, müzik dinlemek, bahçe işleriyle uğraşmak, duş almak gibi faaliyetler örnek gösterilebilir (117).

4. Pekiştirme, kendi kendini ödüllendirme: Kilo kaybı ve kilonun korunmasına yönelik uygun davranışları ödüllendirerek, pekiştirmeyi amaçlayan bir yöntem olarak kullanılır. Pekiştirme, zayıflamak için gerekli davranış değişikliğinin sürdürülmesinde yardımcıdır ve bireyin yemek dışındaki faaliyetlerden zevk almasına olanak sağlar. Pekiştirme, zayıflamak için gerekli davranış değişikliğinin sürdürülmesinde yardımcıdır ve yemek dışı faaliyetlerden de zevk alınmasına sağlar. Bunun için diyetisyenle hasta arasında sözleşmeler yapılabilir. Yapılan bu sözleşmeler kısa süreli olmalı ve kilo kaybının kendisinden çok; kilo kaybını destekleyen uygun davranışlara yönelik olarak oluşturulmalıdır. İlk zamanlarda yeme alışkanlığını değiştirme ve egzersize yönelik değişikliklerde kişi uyum zorluğu yaşayabilir. Kişinin yaşam tarzındaki bu değişikliklere uyumunu desteklemek için "ödü" gereksinim duyulabilir. Verilecek ödöl kişisel olmalı ve kişiyi mutlu edici olmalıdır. Yemek yeme yerine geçebilecek aktiviteler de ödöl olarak kullanılabilir (118).

Bazı araştırmacılar diyet tedavisi süresince bireylere ayın 1 gününü "serbest

beslenme günü" olarak değerlendirmeyi önererek kişinin kendisini ödüllendirmesini ve aynı zamanda motivasyonunu artırması amaçlanmaktadır. Bu "serbest beslenme günü" nde bireyler gün içinde özledikleri ya da tüketmeyi çok istedikleri besinleri yiyip içer, ertesi gün ise diyet programına yeniden dönerler (98).

5. Bilişsel yeniden yapılandırma: Olumlu düşünmeyi sağlama ve motivasyon için doğru tutumları geliştirmeyi sağlar.

6. Sosyal destek: obezite ile mücadele sürecinde aile üyelerinin desteğini arttırmak ve aile üyelerinden gelen bilinçli ya da bilinçsizce yapılan olumsuz etkileri azaltmak, zayıflama tedavisinde başarıyı arttırmada çok önemli bir etkidir. Eş ya da arkadaşların aktif desteğini almak kesinlikle olumlu katkı sağlar (119).

Davranış modifikasyonunda görüşme sıklığı da dikkat edilmesi gereken bir unsurdur. Tedavi başlangıcında ilk ay haftada 2-3 kez, sonra ayda en az 2 kez, koruma döneminde ise daha seyrek görüşmeler başarıyı sağlamada önemlidir. Bu konudaki çalışmalarda, eşli terapi uygulanan tedavilerde ağırlık kaybının daha fazla ve kiloyu koruma süresinin daha uzun olduğu gözlemlenmiştir (25). Obezite tanısı en kolay konan ancak tedavisi en güç olan hastalıklardandır ve tedaviye uyumun sağlanmasında hasta motivasyonu oldukça önemlidir. Obezite tedavisinde başvuran hastalara empatik, destekleyici, açıklayıcı, gerçekçi açıklamalarla ve yol gösterici bir şekilde yaklaşılması tedaviye uyumun sağlanmasında çok önemli faktörlerdir (120).

2.6.4. Obezite tedavisinde uygulanan cerrahi yaklaşımlar

Cerrahi tedavi yöntemi, diğer tedavi yöntemlerinden bir sonuç alamamış morbid obez ($VKİ \geq 40$) veya $VKİ \geq 35$ olan ve obezitenin mortalite ve morbidite risklerine sahip hastalara uygulanabilir (121).

Obezite cerrahisine başvuran hastaların genel cerrah, anestezi uzmanı, gastroenterolog, endokrinolog, göğüs hastalıkları uzmanı, kardiyolog, diyetisyen ve psikoloğun da dahil olduğu bir ekip tarafından ameliyat öncesi değerlendirilmeleri yapılmalıdır (122).

Bu tedavi gastrointestinal sistem cerrahisi (bariyatrik cerrahi) ve rekonstrüktif

(estetik amaçlı) olarak iki şekilde yapılabilir. Bariyatrik cerrahi besinler yoluyla alınan kaloriyi azaltmak için gastrointestinal sistemde besinlerin emiliminin azaltılması sağlanır. Bu tedavide bypass, gastropласти, laparoskopik gastrik bantlama, gastrik balon vb. cerrahi yöntemler kullanılır. Bu yöntemde beklenen hastanın zayıflatılması ve kilosunu koruyabilmesidir. Hastalar genelde fazla kilolarının %40-75'ini, toplam kilosunun ise %30-40'mı kaybederler. Cerrahi tedavide 5 yılın sonunda fazla kiloların %50'sinin hala verilmiş olması başarı olarak değerlendirilir (87, 123). Rekonstrüktif cerrahide amaç; vücudun çeşitli bölgelerinde yerleşmiş yağ dokularının uzaklaştırılmasıdır. Bu yöntem uygulandıktan sonra kişi kilosuna korumaya dikkat etmezse eski kilosuna kısa zamanda geri döner (124).

Cerrahi yöntemlere başvurmadan önce hastanın psikolojik durumu da değerlendirilmelidir. Hastada herhangi bir psikiyatrik sorun olmamalıdır. Hasta cerrahi müdahaleden sonra hayatını daha az yiyerek geçirmeye karşı hazırlıklı olmalıdır. Özellikle mide küçültme operasyonları bulimia veya anorexia gibi psikiyatrik hastalıkları alevlendirebilir. Bariyatrik operasyonlar diğer konvansiyonel tedavilerden fayda görmemiş, komplikasyonları nedeniyle zayıflamasının özellikle önem arz ettiği morbid obez (BKİ> 40 kg/m²) hastalar için uygundur (123).

Bariyatrik cerrahi öncesi komorbiditelerin taraması ve tedavisi, ASMBS 'nin rehberine uygun olmalıdır. Bariyatrik cerrahide beslenme eğitimi ile medikal beslenme tedavisi, cerrahi sonuçları iyileştireceği gibi uzun süre kilo kaybının korunmasının sağlanmasında da önemlidir. Amerikan Metabolik ve Bariyatrik Cerrahi Derneği rehberinde önerilen ameliyat öncesi beslenme durumunun değerlendirilmesi Tablo 5'te, ameliyat sonrası beslenme takibi Tablo 6'te gösterilmiştir (125, 126).

Tablo 5. Ameliyat Öncesi Dönemde Beslenme Durumunun Değerlendirilmesi

Değerlendirme ölçütleri	Değerlendirilmesi önerilen ölçütler	Diğer değerlendirmeler
Antropometrik ölçümler Yaş, cinsiyet, ırk, boy- kilo, BKI, aşırı vücut ağırlığı	Gözle yapılan saç, cilt, tırnak muayenesi	•Bel çevresi ölçümü •Diğer vücut ölçümleri
Ağırlık hikâyesi içeriği • Başarısız kilo kaybı girişimleri ve sayısı • Son ameliyat öncesi kilo kaybı girişimleri	Kilo değişimine sebepleri sayılabilecek olaylar	Kilo kaybına yönelik hedefler
Tıbbi öykü içeriği • Mevcut komorbiditeler •Mevcut ilaçlar • Vitamin/mineral/bitki takviyeleri • Gıda alerjileri/intoleransları	•Tıbbi öykü • Varsa: dinlenme metabolizma hızı (oksijen hacmi); solunum katsayısı, biyoelektrik empedansla belirlenen vücut yağ analizi	•Vücut yağ dağılımı sonuçları •Hastanın vücut kas yapısına göre ve BKİ sınıflandırılmasının incelenmesi
Laboratuvar değerleri uygunluğu		
Psikolojik hikayesi Diyetle yiyecek/sıvı alımı: •24 saatlik günlük/haftalık besin kaydı •Besin tüketim sıklığı kaydı veya •Yiyecek sıklığı için günlük tutmak veya •Besinin, kişinin ruh halinin ve fiz.aktivitenin günlüğünü tutmak	•Kültürel diyet değişiklikleri •Dine bağlı yiyecek kısıtlamaları •Yemek hazırlamaya yeteneği-isteği •Çok arzulan/tetikleyici besinler •Hareketliyen yenilenler	•Bilgisayarlı besin analizi (varsa) • Gıda seçimleri •Besinlere bakış açısı
Fiziksel aktivite düzeyi •Aktiviteyi engelleyen-kısıtlayan fiziksel koşullar •Şimdiki fiz. aktivite durumu	•Eskiden hoşlanılan aktivite türleri •Günlük sedanter aktivitelere harcanan zamanın süresi	•Gelecek için aktivite tercihleri •Fiziksel aktiviteye yaklaşım
Psikososyal durum •Motivasyon/araştırılan cerrahi girişimin sebepleri •Davranışlar, beslenme, egzersiz ve yaşam şekli	•Kilo kaybının devamlılığına inanma •Beklenen yaşamsal değişiklikler	•Yaşam değişikliğine karşı bakış açısı •Uzun süre vitamin desteğine karşı yaklaşım

Tablo 6. Ameliyat Sonrası Önerilen Beslenme Takibi Programı

Değerlendirme ölçütleri	Değerlendirilmesi önerilen ölçütler	Diğer değerlendirmeler
Antropometrik ölçümler Şimdiki boy, kilo, BKİ ve fazla kilolarının oranı	Genel sağlık değerlendirmesi	Gebelikten korunmak için kontraseptif kullanımı bilgisi düzeyi
Biyokimyasal bulgular Laboratuvar bulgularını değerlendirilmesi, yeniden gözden geçirilmesi	Aktivite düzeyi Fiz. aktivite sıklığı, şiddeti, tipi ve sıklığı	Psikososyal bulgular • Psikolojik duruma göre gıda tüketimi değişimi ilişkisi • Destek sistemindeki var olan değişiklikler • Stresle baş etme • Beden imajı algısı ve bakışı
İlaçların gözden geçirilmesi İlaçları takibinde primer hekimin kontrolüne özendirilerek komorbiditeleri (hipertansiyon, diyabetes mellitus vb) iyileştirme çabası		
Vitamin/mineral destekleri		
Diyetle alım içeriği •Şimdiki ve/veya her zamanki günlük beslenmesi •Protein alım miktarı •Sıvı alım miktarı •Anti-obeziteye yönelik yiyecek değerlendirilmesi •Yiyecek dokusunun uyumu •Yiyecek tolerans durumlarının değerlendirilmesi (örn, bulantı/kusma, “dumping”) •Uygun beslenme programı düzenlemek ve geliştirmek •Kişisel hasta şikâyetlerini tartışmak • kilo kaybının devamlılığının sürdürülebilmesi için gerekli eğitim ve yaşam şekli değişiklikleri	•Şimdiki ve/veya her zamanki gıda alımı enerjisinin incelenmesi • Yiyecek toleransını iyileştirmek için sezgisel bir yeme tarzının önerilmesi • Uygun yemek planlaması yapmak	Anti-obezite yiyeceklerinin içeriğinin düzenlenmesi, tanıtılması: •Omega-3 yağ asidi alımı • posa içeriği yüksek gıda •Etsiz kaliteli protein kaynakları • meyveler ve sebzeler •Antioksidanlar ve fitokimyasallar açısından zengin gıdalar •Düşük yağ içeren süt ürünleri kullanımı (kalsiyum) İşlenmiş yiyeceklerden oluşan obezite yanlısı yiyecekleri önerme

2.6.5. Obezitede ilaç tedavisi

Amerikan Gıda ve ilaç Dairesi (FDA) tarafından onaylanan kilo vermeye yönelik ilaçlar VKI 30 kg/m² olan hastaların tedavi programlarına eklenebilir. Obezite risk etmenleri taşıyan hastalarda bu tedavi sınırı VKI 27 kg/m²'ye çekilebilir. İlaç tedavisi; davranış değişikliği tedavisi, diyet tedavisi, fiziksel aktivitenin artırılması ya da bunların farklı kombinasyonlarıyla birlikte uygulanmalıdır (86). İlaç tedavisi diyet, egzersiz ve davranış tedavileriyle birlikte uygulandığı zaman 3 ayda %10 kilo kaybı sağlayabilir. İlaç tedavisinde kullanılan santral veya periferik etkili ilaçlar kullanılır. Santral etkili ilaçlar; sibutramin, romonobant ve fentermindir. Periferik etkili olansa orlistattır (23). Tedavideki başarı verilen kilo ve mevcut risk faktörlerindeki iyileşme ile ölçülür. İlaç tedavisinin ilk ayında 2 kg'dan fazla kilo verimi, 3-6. aylarda var olan kilonun %5 kadarını vermek ve bu kiloyu korumak etkili bir tedavi olarak değerlendirilebilir. Kilodaki %5-10'luk bir azalma diyabet ve kardiovasküler hastalık riskini ciddi oranda azaltır (127, 128).

2.7. Sağlık İnanç Modeli

Sağlık İnanç Modeli, davranış bilimlerinden uyarlanan ilk modeldir. Bu model, bazı insanların hastalıklardan korunmada neden sorumluluk alırken, bazılarının kendini korumada sorumluluk almayı neden başaramadıklarını anlayabilmek için geliştirilmiştir (11). Model, 1950'li yılların başında Birleşmiş Milletler Temel Sağlık Hizmetlerinde çalışan bir grup sosyal psikolog Rosentock, Leventhal, Hochbaum ve Kegeles tarafından geliştirilmiştir (129). Sağlık inanç modeli, bireyin sağlık davranışını etkileyen faktörleri, medikal davranışlarını ve semptom yönetimini anlamada en eski ve sık kullanılan modeldir (130).

Lewin ve Becker'in sosyo psikolojik kuramından faydalanarak oluşturulmuştur. Hastalık ve yetmezlik durumlarından korunmak için davranışın nasıl şekillendiğini ve etkilendiğini açıklayan bu model Rosenstock tarafından geliştirilmiştir. Tanısı konulan hastalık ve bu hastalığın tedavisine verilen yanıtları kapsayacak şekilde genişletilmiştir. Model, koruyucu sağlık davranışlarının uygulanmasında önemlidir. Modele göre sağlık davranışları, hastalıkla ilgili algılanan ciddiyet ve tehdidi azaltmak için eyleme

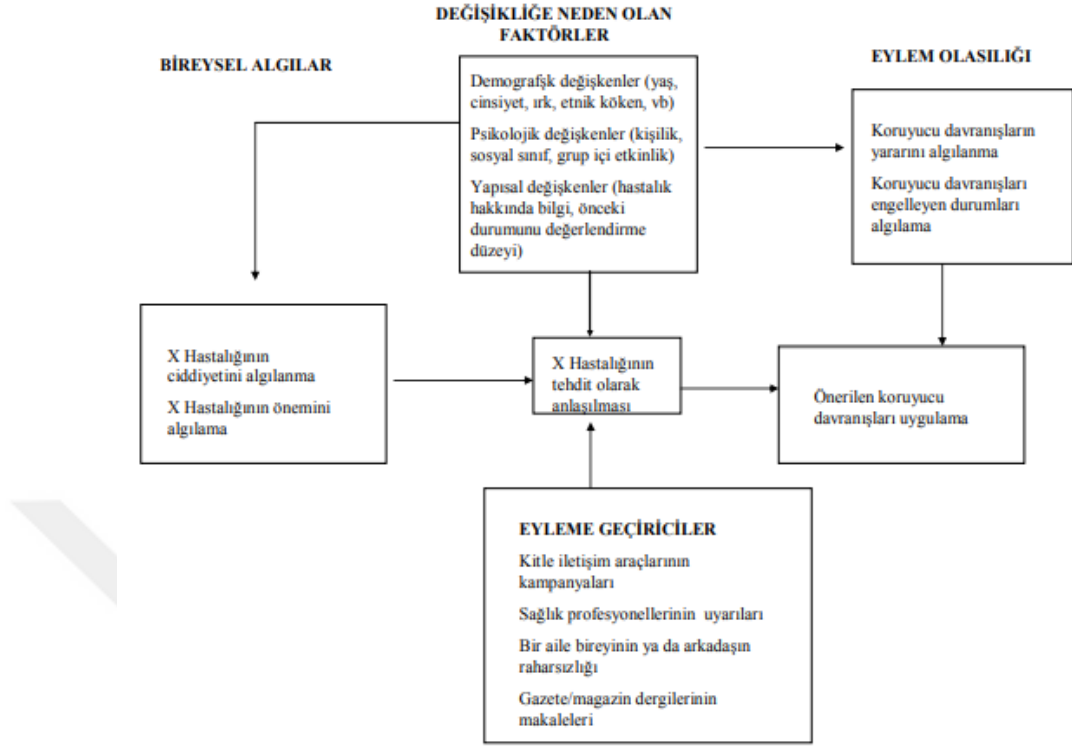
geçilmesinin getirilerine ilişkin algılanan yararlar ilişkilidir (131).

Skinner'a göre davranışın gerçekleşme sıklığı sonuçlarını belirler. Davranışın sonucu olumlu ise tekrarlama ihtimali de artmaktadır. Bilişsel kuramcılara göre bir davranışı gerçekleştirmede, nesnel olmayan varsayımlar ve beklentiler etkilidir. Davranış belirli bir sonucun nesnel olmayan değerinin veya sonuca ulaşılmasını sağlayan belirli bir eylemle ilgili beklentilerin işlevidir. SİM, bir değer-beklenti modelidir. Değer ve beklenti kavramları, sağlıkla ilgili davranışlar kapsamında değerlendirildiğinde, hastalığı engelleme isteği veya iyi olmak değer; sağlıkla ilgili olan bir davranışın, hastalığı önleyeceği inancı ise beklentidir (10).

Sağlık İnanç Modeli toplum sağlığını korumak amacıyla planlanmış çok sayıda programda kullanılmıştır. Bu programlar; tüberküloz, meme kanseri, AIDS gibi toplumda sık görülen sağlık sorunlarından korunmaya olarak hazırlanmıştır. Modelin bileşenlerine göre değerlendirilen birey, eksik olduğu yönlerde desteklenerek davranış uygulaması sağlanabilmektedir (132).

2.7.1. Sağlık inanç modelinin temel bileşenleri

SİM, bireyi koruyucu davranışlara neyin motive ettiğini, erken tanı için sağlık taramalarını yaptırmak ve hastalıklarını kontrol altında tutmak için nasıl eyleme geçtiklerini anlamak üzere birkaç bileşen kullanır. Conner ve Brkshire'in (2005) bildirdiğine göre, SİM bileşenlerinin neler olması gerektiğine ilişkin yapılan 46 kalitatif çalışmada; ciddiyet, yarar, duyarlılık ve engel algısının SİM'in en temel bileşenleri olduğu saptanmıştır. Öz etkililik/yeterlilik ise modele sonradan eklenmiştir (133). Son yıllarda yazılmış olan güncel bir kaynakta, SİM için sekiz bileşen bildirilmiştir. Bunlar; algılanan hassasiyet/duyarlılık, ciddiyet, yarar, motivasyon, engel, tehdit, davranışın etkililiği ve eyleme geçme olasılığıdır (130).



Şekil 3. Sağlık inanç modeli (134, 135)

Sağlık İnanç Modelinin bileşenleri aşağıda açıklanmıştır;

2.7.2. Duyarlılık/hassasiyet algısı

Kişisel risk veya hassasiyet bireylerin sağlıkla ilgili davranış sergilemesinde önemli bir algıdır. Kişi kendini ne kadar risk altında hissederse riskli davranışlarını o kadar azaltır. Kişinin kendini belli koşullarda hassas ve incinebilir hissetmesi, hastalığın bir tehdit olarak algılanmasıdır. Algıda etkisi olan faktörlerden demografik değişkenler, psikososyal değişkenler, sosyoekonomik değişkenler ve hastalıkla ilgili değişkenler etkilidir. Bazı durumlar duyarlılık algısını arttırabilir. Örneğin ailesinde meme kanseri olmayan bir kadın, bu hastalığı kendisi için bir tehdit olarak görmezken hem annesi hem de teyzesi meme kanserinden ölmüş bir kadın bu hastalığı kendisi için yüksek olasılıklı bir tehdit olarak görür.

2.7.3. Ciddiyet/önemseme Algısı

Hastalığın uracağı sonuçlara karşı bireyde oluşan ciddiyet veya şiddetin nasıl algılandığıdır. Bu algı özellikle de kişinin sağlık bilgisinden etkilenir. Kişi hastalığın genel kapsamı hakkında bilgi sahibi ise algısı da buna bağlı etkilenir. Örneğin sağlıklı bir insan grip olduğunda, belki izin alıp birkaç gün dinlenerek iyileşecektir, ancak, bir astım hastası grip olduğunda hastaneye yatarak tedavi görmesi gerekebilir. Bu ikisi arasındaki fark kişideki ciddiyet algısını oluşturmaktadır (136).

Sağlık sorununa karşılık bireyin inançlarını, sorunu algılamasına yönelik ciddiyetini ifade eder. Kişi bazen bazı organlara ya da sağlık sorunlarına karşı daha fazla oranda hassasiyet gösterilebilir. Bu durum kendi yaşam tecrübelerinden ya da hastalıkların getirebileceği sağlık sorunları veya yaşamsal riskleriyle ilgili bilinçlenmiştir. Algılanan ciddiyet arttıkça kişideki koruyucu sağlık davranışı da artar (137-142).

Hastalığın ciddiyetinin algılanması; aşılama, düzenli dış muayenesi yaptırma, tüberküloz ve kanser gibi durumlara yönelik tarama programlarına katılma ile direk ilişkilidir, örneğin, çocuklarının hastalanma durumunu önemseyen ailelerde çocuklarının tedavi programını ve hekim kontrolünün gerekliliği benimseme oranı daha yüksektir (143).

Ciddiyet algısı hastalığın ölüm, sakatlık, ağrı, sosyal kayıplar gibi doğurabileceği sonuçlarla ilgili değerlendirmelerimizdir. Duyarlılık ve ciddiyetin birlikte ele alınması, algılanan tehdit olarak tanımlanmaktadır (10). Algılanan tehdit koruyucu sağlık davranışının gerçekleşmesini sağlayan faktörlerden birtanesidir. Hastalığın getireceği sonuçlar, tedavi süreci ve hastalığın ne kadar ciddi olduğunu kavrayabilme durumudur. Örneğin; diyabetli bir bireyin hastalığının kendisinde fiziksel yetersizlik, sosyal kısıtlama ya da ağrı gibi sorunlar oluşturabileceğini algılaması onun davranışlarını da etkileyecektir (144, 145).

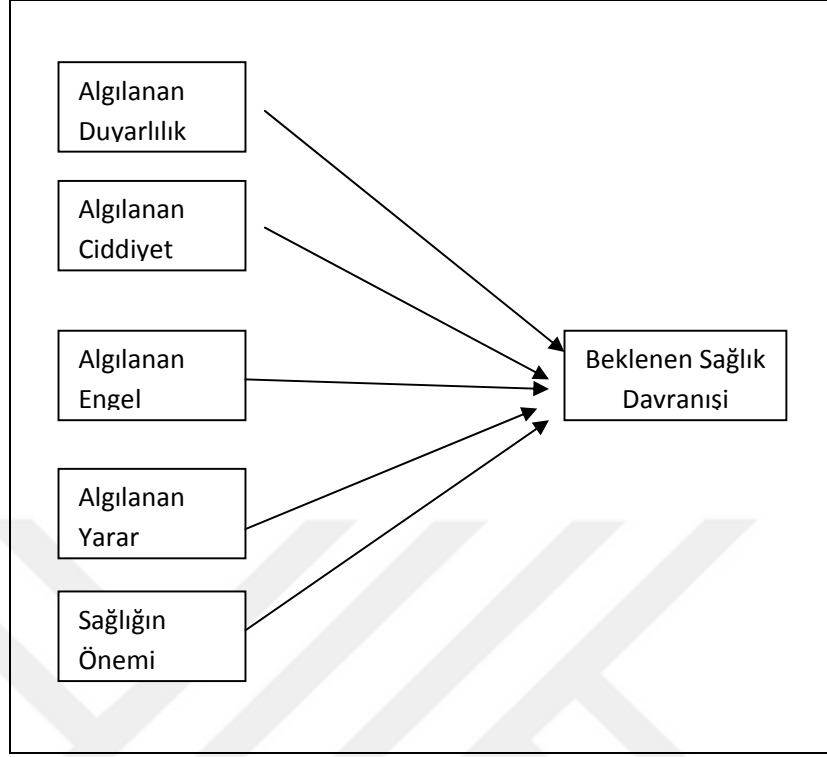
2.7.4. Yarar algısı

Yarar algısı, bireylerin koruyucu önlemler alarak hastalıktan korunabileceğine karşı inancıdır. Koruyucu davranışların yaşam kalitesi ve süresi üzerindeki olumlu etkileri kişilere öğretilir. Bu sayede olumlu sağlık davranışı, tutumu ve koruyucu sağlık uygulamaları yapmanın yararıyla ilgili bilincin oluşturulabilmesi de mümkün olur (129). Örneğin; kendi kendine meme muayenesi konusundaki yarar algısı ne kadar artarsa kendi kendine meme muayenesi uygulamaları da o oranda artmaktadır (146).

2.7.5. Engel algısı

Önerilen bir davranışın gerçekleştirilmesini zorlaştıran engeller ya da davranışın olumsuz yönleri ile ilgili algılardır. Kişi, davranışın olumlu ve olumsuz sonuçlarını değerlendirir. Algılanan duyarlılık, ciddiyet ve yarar, algılanan engellerin etkisini azaltırsa, o davranış gerçekleştirilir. Farklı bir ifadeyle, sağlıkla ilgili koruyucu bir davranışın gerçekleştirilmesini engelleyen ya da zorlaştıran etmenlerle ilgili algılardır (10). Koruyucu sağlık davranışlarının gerçekleştirilmesini engelleyen en önemli değişken, algılanan engel ve algılanan yarar arasındaki farklardır (139). Koruyucu sağlık davranışının uygulanmasını güçleştiren içsel ve dışsal pek çok engel vardır (147). Örneğin, sağlığı tehdit eden bir davranış konusunda kendisinin değişmeyeceğine inanmak veya bazı hastalıkların ailede ve yakın çevrede bilinmesinin kişiye hissettirdiği huzursuzluk ve kurtulamayacağına inanmak. Herhangi bir hastalığa bağlı olarak cinsiyeti, ırkı veya yaşı olumsuz değerlendirmek gibi düşüncelerde örnek olarak verilebilir. Ayrıca sağlık hizmetlerinden yararlanmanın zor olduğunu düşünmek, engel algısının artmasını sağlayan etkenlerdir (147, 135, 148).

Pap smear testini yaptırmaya yönelik kadınların algıladıkları engeller arasında bireyin sağlık algısının düşük olması, herhangi bir sağlık güvencesinin olmaması, kanser korkusu, ulaşım sorunları, sağlık kurumlarından uzak mesafede olmak, kanser ve erken tanı hakkında bilgi yetersizliği, kültürü, geleneksel uygulamalar gibi nedenlerin yer aldığı söylenmektedir (149). KKMM konusunda sıklıkla tanımlanan engeller; bilgisizlik, kanser korkusu, unutkanlık, boş zaman ayıramamak, kendi memesine dokunmaktan korkmak şeklinde sıralanmaktadır (150, 151).



Şekil 4. Obez bireylerin obeziteye yönelik inanc ve tutum değerlendirilmesinde sağlık inanç modeli (134)

Algılanan Duyarlılık: Obezitenin önemli bir sağlık sorunu olması, obezitenin sağlık sorunlarına ve çeşitli komplikasyonlara neden olabileceğine yönelik algıladıkları hassasiyettir.

Algılanan Ciddiyet: Obezitenin komplikasyonları ve getireceği sonuçlara yönelik algıladıkları inançlardır.

Algılanan Engel: Kilo verme ile ilgili olarak algılanan engellerdir.

Algılanan Yarar: Kilo vermeye yönelik olarak verilen önerilerin yararlı olacağına dair inançlarıdır.

Sağlığın önemi: Bireye göre sağlığın önemi ve bireyin genel olarak sağlıklı olmak ve sağlıklı kalabilmek için gerekli tutum ve inançlarıdır (152).

Sağlık İnanç Modeli obez kişilere uygulandığında, obez bireylerin aşağıdaki

durumların varlığında daha güdülü olacakları düşünülmektedir.

Obez bireyler:

-Obezitenin önemli bir sağlık sorunu olduğuna inanırlarsa,

-Obeziteye bağlı önemli sağlık sorunlarının ve çeşitli komplikasyonların gelişebileceğine ve obez olmanın olumsuz sonuçları doğurabileceğine inanırlarsa,

-Kilo vermenin zor ve sorunlu olmadığına inanırlarsa,

-Uzman kontrolünde kilo vermeye başlamanın obeziteye bağlı olarak gelişebilecek komplikasyonları ve sağlık risklerini önleme konusunda etkili olacağına inanırlarsa kilo verme ve kilo verme programlarına katılma yönünde güduları daha fazla olacaktır (134).

3. YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma müdahale tarzında bir araştırmadır.

Araştırmanın Yeri ve Zamanı:

Çalışma, Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Diyet polikliniği'nde 2012 yılının 1 Şubat-1 Mayıs ayları arasında yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın yürütüleceği tarihler arasında Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Diyet Polikliniği'ne başvuran 152 yetişkin hasta araştırmanın evrenini oluşturmuştur. Hastalar müdahale ve kontrol grubu olarak 76'şar kişilik iki gruba ayrılmıştır. Araştırma evrenin tamamı dâhil etme kriterlerini karşılamış olup, herhangi bir örnekleme yöntemi kullanılmadan bu 152 kişiden müdahale grubundan 5 kişi, kontrol grubundan 12 kişi kontrole gelmediğinden dolayı çalışmadan çıkarılarak, genel beslenme danışmanlığı alan 64 kişi, OSİMÖ'ne göre beslenme danışmanlığı alan 71 kişi olmak üzere 135 erişkin obez hasta araştırmanın örneklemini oluşturmuştur.

3.3. Araştırmaya Dâhil Etme Kriterleri

- 1-Algılama bozukluğu olmamak
- 2-İletişim engeli olmamak
- 3-18 yaş üzerinde olmak
- 4-Beden kitle indeksi ≥ 30 kg/m² olmak
- 5-Çalışmaya katılmayı kabul etmek

3.4. Araştırmada Hariç Tutma Kriterleri

- 1-Algılama bozukluğu olmak
- 2-İletişim engeli olmak
- 3-18 yaş altında olmak

4-Beden kitle indeksi ≤ 30 kg/m² olmak

5-Çalışmaya katılmayı kabul etmemek

3.5. Araştırma Etiği

Araştırma için 25.01.2017 tarihinde 2017/02 toplantı numarasıyla T.C. Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Klinik Araştırma Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığından resmi izin alınmıştır (Ek-9). Araştırma öncesinde, katılımcıların yazılı aydınlatılmış onamları alınmıştır. Araştırmaya katılım gönüllülük esasına göre sağlanmıştır.

3.6. Araştırma İzin Formu

Araştırma için 15.02.2017 tarihli, 36771699-302.08.01-8504 sayılı yazı ile T.C Zonguldak Bülent Ecevit Üniveritesi Tıp Fakültesi Uygulama ve Araştırma Merkezi Başhekimliği'nden resmi izin alınmıştır.

3.7. Araştırmanın Değişkenleri

3.7.1. Bağımlı değişkenler

OSİMÖ puanları ve antropometrik ölçümleri (kilo, BKİ, bel çevresi) bağımlı değişkenlerdir.

3.7.2. Bağımsız değişkenler

Obezitede Sağlık İnanç Modeline göre verilen beslenme danışmanlığı, rutin olarak verilen beslenme danışmanlığı, yaş, cinsiyet, medeni durum, meslek, eğitim durumu, gelir durumu, sigara içme, ilaç kullanma, ailede kilo sorunu olan birileri olup olmama durumu, alkol kullanma durumu, bilgisayar ve televizyon izleme süresi, uyku durumu, uyku sorunu olup olmadığı, kilonun aile ve iş ilişkilerine olumsuz etkisi olup olmadığı, daha önce egzersiz yapma sıklığı, daha önce kilo verme girişimi olup olmadığı, daha önce kilo vermek için ne yaptığı, hastaların tanıtıcı özellikleri, 24 saatlik besin tüketim formundaki bilgileri ile beslenme alışkanlıkları bilgi formundaki; kaç öğün yemek yediği, öğün atlayıp atlamadığı, öğün atlama nedeni, üzüntülü/yorgun ve

sevinçli heyecanlı olduğunda yemek yeme durumu öğün araları atıştırmaları gibi beslenme alışkanlıkları ile ilgili bilgileri araştırmanın kontrol değişkenlerini oluşturmuştur.

3.8. Veri Toplama Araçları

3.8.1. Bireylere uygulanan anket formu içeriği

Çalışmaya dâhil edilecek hastaların genel özellikleri Ek 1’ de yer alan hasta katılımcı bilgi formu içeriğinde; sosyo demografik özellikleri adı altında yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumuna ilişkin sorular sorulmuştur. Hastaya ait genel bilgiler adı altında; egzersiz yapma durumu, uyku sorunları olup olmadığı, kronik hastalıkları, kendi beyanına göre ilaç, sigara, alkol kullanım durumu, ailede kilo sorunu olup olmadığı, kilo probleminin eş-arkadaş ilişkilerine yansıyan olumsuz etkileri olup olmadığına ilişkin sorular yer almaktadır. Hastanın antropometrik verilerine ilişkin olarak kilo (kg), boy, bel çevresi(cm), Beden kütle indeksi (BKI) verileri alınmıştır.

Hastaların beslenme alışkanlıkları ile ilgili olarak beslenme alışkanlığı bilgileri formu (Ek 2) ile hastaların tükettiği ve atladığı öğünler, neden öğün atladığı, duygu durumuna göre yeme durumundaki değişim, ara öğün atıştırmaları ve hastaların besin guruplarına göre tüketimi (Ek 3) ile ilgili bilgileri alınmıştır. Beslenme alışkanlığı bilgileri formuyla alınan veriler beslenme alışkanlıkları puanlama tablosuna (Ek 4) göre puanlanmıştır. Ek 5’de beslenme alışkanlıkları puanlama tablosunun detaylı açıklaması yer almaktadır. Ayrıca hastalardan 24 saatlik geriye dönük besin tüketim kaydı alınmıştır. (Ek 6) Hastaların Sağlık İnançlarının değerlendirilmesi ve ona yönelik diyet tedavisine başlanması için obezitede sağlık inanç modeli ölçeği formu (Ek 7) kullanılmıştır ve bu ölçeğin değerlendirilmesinde obezitede sağlık inanç öodeli değerlendirme formu (OSİMÖ) kullanılarak puanlaması yapılmıştır. (Ek 8)

3.8.2. Antropometrik ölçümler

Çalışmaya katılan bireylerin vücut ağırlığı, boy uzunluğu, bel çevresi ölçümleri alınmış ve beden kütle indeksi (BKI) hesaplanmıştır.

Hastaların kilosu vücut ağırlığı 0.1 kg'a duyarlı taşınabilir tartı ile az kıyafetli ve ayakkabılar çıkarılmış bir şekilde olarak ölçülmüştür.

Hastaların Boy ölçümü ayakkabılar çıkarılarak, ayaklar yan yana sıralanarak ve baş Frankfurt düzlemde (göz üçgeni ve kulak kepçesi üstü aynı hizada) olacak şekilde yapılmıştır. (153)

Hastaların BKI'sı vücut ağırlığının (kg), boy uzunluğunun karesine (m²) oranı alınarak hesaplanmıştır. BKI değerleri WHO'a göre değerlendirilmiştir. BKI değeri 30 ve üzeri olanlar ise şişman (obez) sınıfında değerlendirilmiştir (154). BKI değerlendirilmesinde hastaların ağırlığı (kg) ve boyu (cm) NAN marka SCALE/DR-MOD:85 model boy ölçerli tartı ile ölçülmüştür.

Hastaların bel çevresi en alt kaburga kemiği ile kristailiyak arası bulunup orta noktadan esnemeyen mezürle ölçülmüştür (153). Bel çevresi değerlerinin erkeklerde <94 cm ve kadınlarda <80 cm şeklinde olması WHO tarafından tavsiye edilen değerlerdir. Buna göre erkeklerde 94-102 cm ve kadınlarda 80-88 cm arasında olması riskli olduğunu, erkeklerde ≥ 102 cm ve kadınlarda ≥ 88 cm olması ise yüksek risk olduğunu göstermektedir (155).

3.8.3. Beslenme alışkanlıkları değerlendirme formu

Hastaların beslenme alışkanlıkları ile ilgili veriler Perihan Arslan'ın (156) beslenme alışkanlıklarını belirlemek için geliştirdiği puanlama yöntemince incelenmiştir. Buna göre, bireyin beslenme alışkanlığının hangi sorularla saptandığı, bu sorulara verilen yanıtların nasıl puanlandığı ve puanlama tablosunun açıklanması Ek 4 ve Ek 5 te belirtilmiştir.

Beslenme alışkanlıklarının saptanmasındaki bu formun içeriğinde; hastaların kaç öğün yemek yediği, atladığı öğünler, neden öğün atıldığı, üzüntü ve sevinç gibi duygu durumlarında yeme miktarı, öğün aralarındaki atıştırmalar, öğünlerin nerde tüketildiği ve içeriği şeklinde sorular bulunmaktadır. Buna göre puanlaması yapılmaktadır. Beslenme alışkanlığında en yüksek puan 52'dir. 35'den az puan kötü, 35-84 arası puan orta, 84'den fazla puan iyi beslenme alışkanlığı olarak değerlendirilmiştir.

3.8.4. 24 Saatlik besin tüketim formu

Hastaların besin tüketimleri "24 saatlik bireysel besin tüketim kaydı yöntemi" kullanılarak değerlendirilmiştir. "24 saatlik bireysel besin tüketim kaydı" (153) kişinin 1 gün boyunca tükettiği besinlerin türü ve miktarının belirlendikten sonra enerji ve besin öğelerinin belirlenmesine dayalı bir sistemdir. (Ek 6). Bireylerin evde tükettikleri gıdalar ve içecekler sorularak bilgi edinilmiştir. Evde tüketilen yemeklerin bir porsiyonlarına giren besin miktarları, hastalara sorularak kaydedilmiştir. Tüketilen besinlerin miktarının saptanmasında "Yemek ve Besin Fotoğraf Kataloğu-Ölçü ve Miktarlar" kataloğundan (157) ev dışında tüketilen yemeklerin bir porsiyonlarına giren besinlerin miktarlarının belirlenmesinde ise "Standart Yemek Tarifeleri" kitabından faydalanarak hesaplanmıştır (158) Hastaların enerji ve besin ögesi ihtiyacının yeterliliği "Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberi" (159) önerilerine göre belirlenmiştir. 24 Saatlik besin tüketim kaydı hastaların beslenme örüntüsü, ortalama olarak günlük aldığı enerji değerinin belirlenmesi, hastanın beslenme alışkanlıkları ile ilgili bilgi edinilmesi ve buna yönelik diyet planlanmasında ışık tutucu olmuştur.

3.8.5. Obezitede sağlık inanç modeli ölçeği ve değerlendirme formu

Dedeli (160) tarafından (2010) geliştirilen OSİMÖ (EK 7) bireylerin kilo vermeye yönelik inanç ve tutumlarını değerlendirmektedir. Toplam 32 maddeden oluşan ölçeğin cronbach alfa katsayısı 0.80'dir. OSİMÖ puanlaması ve değerlendirmesi Ek 8 de yer alan obezitede sağlık inanç modeli ölçeği değerlendirme formunda belirtildiği şekilde punlanır. OSİMÖ'nün sağlık inancı, duyarlılık, ciddiyet, yarar ve engel algısı olmak üzere birbirinden bağımsız kullanılabilen beş alt boyutu bulunmaktadır. Sağlığın önemi; bireylerin sağlığına verdikleri önemin hangi düzeyde olduğunu göstermekte ve sekiz maddeden (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8) oluşmaktadır. Algılanan duyarlılık; bireylerin obeziteye bağlı olarak gelişebilecek sağlık sorunları ve komplikasyonlara kendilerini ne düzeyde yatkın bulduklarını, obezite ile ilgili olarak yapılacak girişimleri ne düzeyde faydalı bulduklarını değerlendirir ve dört maddeden (12, 13, 14, 16) oluşmaktadır. Algılanan ciddiyet; bireylerin obeziteyi hangi düzeyde ciddi bir hastalık olarak gördüklerini değerlendirir ve dört maddeden (9, 10, 11, 17) oluşmaktadır. Algılanan yarar; bireylerin obeziteyi yönetebildikleri zaman sağlıkları açısından kazanacakları

faydaların ne düzeyde farkında olduklarını gösterir ve 8 maddeden (21, 22, 24, 25, 26, 27, 28, 32) oluşmaktadır. Algılanan engel; bireylerin obeziteye yönelik sağlık önerilerini uygulama konusunda algıladıkları engellerin ne düzeyde olduğunu gösterir ve sekiz maddeden (15, 18, 19, 20, 23, 29, 30, 31) oluşmaktadır. Ölçek her bir madde için 5'li likert tipte bir ölçektir. Ölçekte sağlığın önemi alt boyutu için; “Hiçbir zaman” için 1, “Bazen” için 2, “Sık” için 3, “Çok sık” için 4, “Her zaman” için 5 puan verilerek değerlendirme yapılır. Algılanan duyarlılık, ciddiye, engel ve yarar algıları için; “Kesinlikle katılmıyorum” için 1, “Katılmıyorum” için 2, 17 “Kararsızım” için 3, “Katılıyorum” için 4, “Kesinlikle katılıyorum” için 5 puan verilerek değerlendirme yapılmaktadır OSİMÖ’nün toplam ölçek puan ortalaması hesaplanmamaktadır. Ölçeğin her alt boyutuna ait alt ölçeğe ait maddelerin puanları toplanarak hesaplanmaktadır ters puanlanan madde ters kodlandığında (16. madde) ve her bir alt ölçekteki madde sayısına bölünmektedir. Ölçekteki her maddeye cevap verilmediyse, yanıt verilen madde sayısına karşılık gelen derecelendirmeler toplanarak hesaplanmakta ve o alt ölçekte yanıt verilen kadar madde sayısına bölünmektedir. OSİMÖ ve alt boyutlarının madde sayısı, toplam puanları (minimum-maksimum) ve alt boyutlarının güvenilirlik katsayıları ve bu çalışmanın iç tutarlılık katsayıları Tablo 7’de sunulmuştur (160).

Tablo 7. OSİMÖ ve Alt Boyutlarının Madde Sayısı, Toplam Puanları (minimum-maksimum) ve Alt Boyutlarının Güvenirlik Katsayıları

OSİMÖ alt boyutları	Madde sayısı	Toplam Puanları (minimum maksimum)	İç Tutarlılık Katsayısı (α)	Bu Çalışmada İç Tutarlılık Katsayısı (α)
Sağlığın önemi	8	8-40	0.63	0.80
Algılanan duyarlılık	4	4-20	0.62	0.62
Algılanan ciddiye	4	4-20	0.74	0.90
Algılanan yarar	8	8-40	0.72	0.87
Algılanan engel	8	8-40	0.85	0.84

3.8.6. Veri toplama araçlarının uygulanması

Araştırmaya katılmayı kabul eden hastalara veri toplama araçları araştırmacı tarafından uygulanmıştır. Araştırmaya ilişkin açıklama sözlü ve yazılı olarak yapılarak aydınlatılmış onamları alınmıştır. Çalışmada hastalar kontrol ve müdahale olmak üzere iki gruba ayrılarak değerlendirilmiştir. Kontrol grubuna anket içeriğindeki tüm sorular ve ölçekler de dâhil sorulduktan sonra genel beslenme danışmanlığına yönelik diyetin içeriği anlatılmıştır. Müdahale grubuna ise anket içeriğindeki tüm sorular sorulduktan sonra Dedeli tarafından (2010) Sağlık İnanç Modelinden uyarlanarak geliştirilen OSİMÖ'nin sonuçlarına göre; hastanın obeziteye yönelik sağlık inançları ele alınarak (algılanan duyarlılık/hassasiyet, algılanan ciddiyet, algılanan engel, algılanan yarar, sağlığın önemi) diyet tedavisi verilmiştir. Hastanın obeziteye yönelik olumlu sağlık inançları (ciddiyet, yarar, önem, duyarlılık) desteklenerek güçlendirilmesi sağlanmıştır. Hastanın obeziteye yönelik algılanan engelleri gibi olumsuz inançlarına karşılık uygulanabilir alternatifler sunulması ya da diyet tedavisi hasta tarafından olumsuz karşılanan yönlerini azaltma için günlük hayata uygulanabilirliğini sağlayıcı yönde uyarlanmaya çalışılması ile yanlış beslenme alışkanlıklarının düzeltilmesi ve diyet başarısının artırılmasına çalışılmıştır. Hem müdahale hem de kontrol grubu hastaları 1 ay sonra kontrole çağırılmıştır. Görüşmeler yüz yüze görüşme tekniğiyle yapılmıştır.

3.8.7. Verilerin analizi

Verilerin istatistik analizinde SPSS paket programı kullanılmıştır. Ortalamalar standart sapmalarıyla verilmiş, Müdahale ve kontrol gruplarının ortalamaları arasında ki farkın değerlendirilmesinde t testi kullanılmıştır. Müdahale ve kontrol gruplarının danışmanlık öncesi ve danışmanlık sonrası ortalamaları arasında ki farkın değerlendirilmesinde tekrarlı ölçümler testi kullanılmıştır.

4. BULGULAR

Tablo 8. Beslenme Danışmanlığı Alan Hastaların Cinsiyet Dağılımı (N=135)

CİNSİYET	Sayı	%
Kadın	116	85.9
Erkek	19	14.1
Toplam	135	100.0

Çalışmaya katılan hastaların %85,9 'u (n=116) kadın, %14,1 'i (n=19) erkektir.

Tablo 9. OSİMÖ 'ye Göre ve Genel Beslenme Danışmanlığı Alan Hastaların Medeni Durumlarına göre Dağılımı (N=135)

Medeni Durum	Sayı	%
Bekâr	28	20.7
Evli	107	79.3
Toplam	135	100.0

Çalışmaya katılan hastaların %20,7 'si (n=28) bekâr, %79,3'ü (n=107) evlidir.

Tablo 10. Beslenme Danışmanlığı Alan Hastaların Eğitim Durumu Dağılımları (N=135)

Eğitim Durumu	Sayı	%
Okuryazar Değil	7	5.2
Okuryazar	7	5.2
İlkokul	54	40.0
Ortaokul	17	12.6
Lise	24	17.8
Yüksekokul	26	19.2
Toplam	135	100.0

Çalışmaya katılan hastaların %5.2 'i (n=7) okuryazar değilken, %5.2 'i (n=7) okuryazar, %40.0 'ı (n=54) ilkokul mezunu, %12.6 'i (n=17) ortaokul mezunu, %17.8 'i (n=24) lise mezunu, %19.2 'si (n=26) ise yüksekokul mezunudur.

Tablo 11. Beslenme Danışmanlığı Alan Hastaların Mesleki Dağılımları (N=135)

Mesleki Dağılımları	Sayı	%
Ev Hanımı	93	69.0
Serbest Meslek	8	5.9
Memur	8	5.9
İşçi	8	5.9
Öğrenci	10	7.4
Emekli	8	5.9
Toplam	135	100.0

Çalışmaya katılan hastaların %69.0'u (n=93) ev hanımı, %5.9 'u (n=8) serbest meslek, %5.9 'u (n=8) memur, %5.9 'u (n=8) işçi, %7.4 'ü (n=10) öğrenci, %5.9 'u (n=8) ise emeklidir.

Tablo 12. Beslenme Danışmanlığı Alan Hastaların Uyku Sorunu (N=135)

Uyku Sorunu	Sayı	%
Evet	53	39.3
Hayır	82	60.7
Toplam	135	100.0

Çalışmaya katılan hastaların %39.3'ü (n=53) uyku sorunu yaşamaktayken, %60.7 'si (n=82) herhangi bir uyku sorunu yaşamadığını belirtmiştir.

Tablo 13. Beslenme Danışmanlığı Alan Hastaların Uykuya Dalma Süresinin 20 Dakikadan Uzun Sürmesi Durumu

Uykuya Dalmanın Uzun Sürmesi	Sayı	%
Hayır	18	33.9
Evet	35	66.1
Toplam	53	100.0

Uyku sorunu yaşadığını belirten hastaların (n=53), %33.9'u (n=18) uykuya 20 dakikadan daha uzun sürede dalabilirken, %66.1'i (n=35) 20 dakikadan daha kısa sürede uykuya dalabilmektedir.

Tablo 14. Beslenme Danışmanlığı Alan Hastaların İstedığı Saatten Erken Uyanması Durumu

Erken Uyanma	Sayı	%
Evet	31	58.5
Hayır	22	41.5
Toplam	53	100.0

Uyku sorunu yaşadığını belirten hastaların (n=53), %58.5'i (n=31) uyanmak istediği saatten daha erken uyanmaktayken, %41.5'i (n=22) böyle bir sorun yaşamamaktadır.

Tablo 15. Beslenme Danışmanlığı Alan Hastaların Gece Sık Sık Uyanma Durumu

Sık Sık Uyanma	Sayı	%
Evet	37	70.0
Hayır	16	30.0
Toplam	53	100.0

Uyku sorunu yaşadığını belirten hastaların (n=53), %70.0'i (n=37) gece sık sık uyanma sorunu yaşamakta, %30'u (n=16) böyle bir sorun yaşamamaktadır.

Tablo 16. Beslenme Danışmanlığı Alan Hastaların Yorgun ya da Dinlenmeden Uyanma Durumu (N=135)

Yorgun Uyanma	Sayı	%
Evet	88	65.2
Hayır	47	34.8
Toplam	135	100.0

Çalışmaya katılan hastaların %65.2'si (n=88) yorgun ya da dinlenmeden uyanıldığını belirtirken, %34.8'i (n=47) böyle bir sorun yaşamadığını belirtmiştir.

Tablo 17. Beslenme Danışmanlığı Alan Hastaların Kronik Bir Hastalığının Olup Olmama Durumu (N=135)

Kronik Hastalık	Sayı	%
Hayır	76	56.3
Evet	59	43.7
Toplam	135	100.0

Çalışmaya katılan hastaların %56.3'ünün (n=76) herhangi bir kronik hastalığı yokken, %43.7 'sinin (n=59) kronik hastalığı bulunmaktadır.

Tablo 18. Beslenme Danışmanlığı Alan Hastaların Kronik Hastalığının Tipi

Kronik Hastalığın tipi	Sayı	%
Hipertansiyon	22	37.3
HT+DM	15	25.4
Diyabet	11	18.6
Troid	6	10.2
Diğer*	5	8.5
Toplam	59	100.0

Kronik hastalığı olan hastaların (n=59), %37.3'ünde (n=22) sadece hipertansiyon, %25.4'ünde (n=15) hipertansiyon ve diyabet, %18.6'sında (n=11) sadece diyabet, %10.2'sinde (n=6) sadece tiroid hastalıkları bulunmaktadır. Diğerlerini oluşturan %8.5' inde (n=5) koroner kalp hastalığı, hipertansiyon ile tiroid birlikte, hipertansiyon ile kronik böbrek yetmezliği birlikte, hipertansiyon, tiroid ve diyabetin birlikte bulunduğu görülmektedir.

Tablo 19. Beslenme Danışmanlığı Alan Hastaların İlaç Kullanma Durumu (N=135)

İlaç Kullanma	Sayı	%
Hayır	78	57.8
Evet	57	42.2
Toplam	135	100.0

Çalışmaya katılan hastaların %57.8'i (n=78) herhangi bir ilaç kullanmazken, %42.2'si (n=57) ilaç kullandığını belirtmiştir.

Tablo 20. Beslenme Danışmanlığı Alan Hastaların Alkol Kullanma Durumu (N=135)

Alkol Kullanma	Sayı	%
Hayır	127	94.1
Evet	8	5.9
Toplam	135	100.0

Çalışmaya katılan hastaların %94.1'nin (n=127) alkol kullanımı yokken, %5.9'u (n=8) alkol kullanımı vardır.

Tablo 21. Beslenme Danışmanlığı Alan Hastaların Sigara Kullanma Durumu (N=135)

Sigara Kullanma	Sayı	%
Hiç İçmedim	87	64.5
Her Gün	19	14.1
Ara Sıra	6	4.4
Bıraktım	23	17.0
Toplam	135	100.0

Çalışmaya katılan hastaların %64.5 'i (n=87) hiç sigara içmemiş olduğunu, %14.1'i (n=19) her gün sigara içmekte olduğunu, %4.4 'ü (n=6) ara sıra sigara içmekte olduğunu, % 17.0 'si (n=23) ise sigarayı bıraktığını ifade etmiştir.

Tablo 22. Beslenme Danışmanlığı Alan Hastaların Ailesinde Kilo Sorunu (N=135)

Ailede Kilo Sorunu	Sayı	%
Evet	106	78.5
Hayır	29	21.5
Toplam	135	100.0

Çalışmaya katılan hastaların %78.5 'inin (n=106) ailede kilo sorunu varken, % 21.5'inde (n=29) ailede kilo sorunu yoktur.

Tablo 23. Beslenme Danışmanlığı Alan Hastalarda Ailenin Kilo Sorunu Olan Üyeler

Ailenin Kilo Sorunu Olan Üyeleri	Sayı	%
Anne	20	18.9
Baba	6	5.7
Kardeş	24	22.6
Eş	5	4.7
İki Aile Üyesinde	35	33.0
Üç ve daha çok Aile Üyesinde	16	15.1
Toplam	106	100.0

Ailesinde kilo sorunu olduğunu belirten hastaların (n=106), aile üyelerinden %18.9 'u (n=20) annede, %5.7 'si (n=6) babada, %22.6 'sı (n=24) kardeşte, %4.7 'si (n=5) eşte kilo sorunu olduğunu belirtmiştir. Yine bu hastalardan %33.0'ü (n=35) iki aile üyesinde, %15.1'i (n=16) üç veya daha çok aile üyesinde kilo sorunu olduğunu belirtmiştir.

Tablo 24. Beslenme Danışmanlığı Alan Hastaların Daha Önce Kilo Verme Girişimi (N=135)

Kilo Verme Girişimi	Sayı	%
Evet	89	65.9
Hayır	46	34.1
Toplam	135	100.0

Çalışmaya katılan hastaların %65.9 'si (n=89) daha önce kilo verme girişiminde bulunmuş, %34.1'ü (n=46) daha önce hiç kilo verme girişiminde bulunmamıştır.

Tablo 25. Beslenme Danışmanlığı Alan Hastaların Daha Önce Kilo Verme Denemesi

Kilo Vermek İçin Yapılanlar	Sayı	%
Kendi Kendine Diyet Uygulayanlar	8	8.9
Yediklerine Dikkat Etti	14	15.7
Spor – Egzersiz Yaptı	6	6.7
Birden fazla yöntem deneyenler	52	58.4
Diğer (akupunktur, herballife, diyetisyen vb)	9	10.3
Toplam	89	100.0

Çalışmaya katılan hastaların %8.9 'u (n=8) kendi kendine diyet uygulama, %15.7 'si (n=14) yediklerine dikkat etme, %6.7 'si (n=6) spor – egzersiz yapma, %58.4'ü birden fazla yöntemi birarada deneyerek (diyetisyen ve akupunktur, spor-egzersiz ve yediklerine dikkat etme vb) %10.3 'ü (n=9) diğer yöntemleri (akupunktur, cerrahi işlemler, güzellik- estetik merkezi, bitkisel tedavi yöntemleri, diyetisyen) uygulayarak daha önce kilo vermeyi denemiştir. Çalışmaya toplamda katılan (n=135) hastalardan 89 kişi daha önceden kilo vermek için herhangi bir girişimde bulunmamıştır.

Tablo 26. Beslenme Danışmanlığı Alan Çalışan Hastaların Kilolu Olmasının İşe Olumsuz Etkisi

İşe Olumsuz Etkisi	Sayı	%
Her zaman	1	4.3
Sık sık	6	25
Bazen	10	41.6
Hiç	7	29.1
Toplam	24	100.0

Bu çalışmadaki çalışan hasta sayısının (n=24), %4.3'ü (n=1) kilolu olmanın her zaman, %25'i (n=6) sık sık, %41.6'sı (n=10) bazen iş yaşamına olumsuz etkisinin olduğunu, %29.1'i (n=7) ise kilolu olmanın iş yaşamına hiçbir olumsuz etkisinin olmadığını belirtmiştir.

Tablo 27. Beslenme Danışmanlığı Alan Hastaların Kilolu Olmasının Eş/ Partner İlişkisine Olumsuz Etkisi

Eş ile ilişkilerini Olumsuz Etkileme	Sayı	%
Her zaman	7	6.6
Sık sık	18	16.8
Bazen	41	38.3
Hiç	41	38.3
Toplam	107	100.0

Çalışmaya katılan hastaların eş/partner ilişkisi olan hastalardan (n =107), %6.6'sı (n=7) kilolu olmanın eş/partner ilişkisine her zaman, %16.8'i (n=18) sık sık, %38.3'ü (n=41) bazen olumsuz etkisinin olduğunu, %38.3'ü (n=41) ise kilolu olmanın eş/partner ilişkisine hiçbir olumsuz etkisinin olmadığını belirtmiştir.

Tablo 28. Beslenme Danışmanlığı Alan Hastalarda Obezitede Sağlık İnanç Modelinin 5 Algısı

Obezitede Sağlık İnanç Modelinin 5 Algısı	Sayı	Ortalama ± standart sapma
Sağlığın Önemi	135	18.70±3.55
Ciddiyet Algısı	135	16.86±2.44
Duyarlılık Algısı	135	13.74±2.90
Engel Algısı	135	21.09±4.72
Yarar Algısı	135	34.46±3.39

Tablo 29. OSİMÖ'ye Göre ve Genel Beslenme Danışmanlığı Alan Hastaların Önem Algısı (N=135)

Önem Algısı	Sayı	Ortalama±standart sapma	p
Genel Beslenme Danışmanlığı	64	17.78±3.24	0.004
OSİMÖ'ne Göre Beslenme Danışmanlığı	71	19.54±3.62	

OSİMO kullanılarak beslenme danışmanlığı verilen hastaların genel beslenme danışmanlığı verilen hastalara göre önem algısı puanları anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur(p=0.004).

Tablo 30. OSİMÖ' ye Göre ve Genel Beslenme Danışmanlığı Alan Hastaların Ciddiyet Algısı (N=135)

Ciddiyet Algısı	Sayı	Ortalama±standart sapma	p
Genel Beslenme Danışmanlığı	64	16.51±2.18	0.114
OSİMÖ'ne Göre Beslenme Danışmanlığı	71	17.18±2.63	

OSİMÖ kullanılarak beslenme danışmanlığı verilen ve genel beslenme danışmanlığı verilen hastaların ciddiyet algıları arasında anlamlı fark yoktur (p=0.114).

Tablo 31. OSİMÖ'ye Göre ve Genel Beslenme Danışmanlığı Alan Hastaların Duyarlılık Algısı (N=135)

Duyarlılık Algısı	Sayı	Ortalama±standart sapma	p
Genel Beslenme Danışmanlığı	64	13.26±2.86	
OSİMÖ'ne Göre Beslenme Danışmanlığı	71	14.16±2.90	0.071

OSİMÖ kullanılarak beslenme danışmanlığı verilen ve genel beslenme danışmanlığı verilen hastaların duyarlılık algıları arasında anlamlı bir fark yoktur. (p=0.071)

Tablo 32. OSİMÖ' ye Göre ve Genel Beslenme Danışmanlığı Alan Hastaların Engel Algısı (N=135)

Engel Algısı	Sayı	Ortalama±standart sapma	p
Genel Beslenme Danışmanlığı	64	23.71±3.27	
OSİMÖ'ne Göre Beslenme Danışmanlığı	71	18.73±4.58	<0.001

OSİMO kullanılarak beslenme danışmanlığı verilen hastaların genel beslenme danışmanlığı verilen hastalara göre engel algısı puanları anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur(p=0.004).

Tablo 33. OSİMÖ' ye Göre ve Genel Beslenme Danışmanlığı Alan Hastaların Yarar Algısı (N=135)

Yarar Algısı	Sayı	Ortalama±standart sapma	p
Genel	64	33.28±2.63	
OSİMÖ	71	35.5±3.65	<0.001

OSİMÖ kullanılarak beslenme danışmanlığı verilen hastaların genel beslenme danışmanlığı verilen hastalara göre yarar algısı puanları anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. (p=0.001)

Tablo 34. OSİMÖ' ye Göre ve Genel Beslenme Danışmanlığı Alan Hastaların Danışmanlık Öncesi ve Sonrası Bel Çevresi

Gruplar	Bel Çevresi		p
	Öncesi (n=64)	Sonrası (n=71)	
Genel	109.0 ± 15.94	108.2±15.74	0.006
OSİMÖ	101.8 ± 12.84	99.6±12.64	

OSİMÖ'ye göre beslenme danışmanlığı verilen hastaların genel beslenme danışmanlığı verilen hastalara göre bel çevresinin anlamlı düzeyde azaldığı görülmüştür. (p=0.006)

Tablo 35. OSİMÖ' ye Göre ve Genel Beslenme Danışmanlığı Alan Hastaların Danışmanlık Öncesi ve Sonrası Vücut Kitle İndeksi (VKI)

Gruplar	VKI		p
	Öncesi (n=64)	Sonrası (n=71)	
Genel	39.53 ± 8.05	39.08±8.03	p=0.040
OSİMÖ	39.27±7.03	35.39±6.28	

OSİMÖ'ye göre beslenme danışmanlığı verilen hastalarda genel beslenme danışmanlığı verilen hastalara göre vücut kitle indeksinin anlamlı düzeyde azaldığı görülmüştür. (p=0.040)

Tablo 36. OSİMÖ' ye Göre ve Genel Beslenme Danışmanlığı Alan Hastaların Danışmanlık Öncesi ve Sonrası Egzersiz Yapma veya Yapmama Durumu

Gruplar		DS Egzersiz	DS Egzersiz	p
		Hayır	Evet	
Genel	DÖ Egzersiz Hayır	41 (%93.2)	3 (%6.8)	0.727
	DÖ Egzersiz Evet	5 (%25.0)	15 (%75.0)	
OSİMÖ	DÖ Egzersiz Hayır	36 (%72.0)	14 (%28.0)	0.031
	DÖ Egzersiz Evet	4 (%19.0)	17 (%81.0)	

Genel beslenme danışmanlığı almadan önce egzersiz yapmayan 3 kişi (%6.8) danışmanlık sonrası egzersiz yapmaya başlamış, öncesinde egzersiz yapan 5 kişi (%25.0) danışmanlık sonrası egzersizi bırakmıştır. Genel beslenme danışmanlığı alan grupta anlamlı farklılık olmamıştır ($p=0.727$). Buna karşılık OSİMÖ'ye göre beslenme danışmanlığı alan hastalardan öncesinde egzersiz yapmayan 14 kişi (%28) sonrasında egzersize başlamış, öncesinde egzersiz yapan 4 (%19) hasta egzersizi bırakmıştır. Sonuçta OSİMÖ'ye göre beslenme danışmanlığı alan grupta egzersiz yapma durumunda anlamlı artış olmuştur ($p=0.031$).

Tablo 37. OSİMÖ' ye Göre ve Genel Beslenme Danışmanlığı Alan Hastaların Danışmanlık Öncesi ve Sonrası Egzersiz Sıklığı

Gruplar	Egzersiz sıklığı (hafta/kez) öncesi	Egzersiz sıklığı (hafta/kez) sonrası	p
Genel	2.75 ± 1.74	2.44 ± 1.29	0.157
OSİMÖ	4.29 ± 2.45	4.06 ± 2.03	

Hem genel beslenme danışmanlığı hem de OSİMÖ'ye göre beslenme danışmanlığı alan hastalarda danışmanlık öncesi ve sonrası egzersiz sıklığına (hafta/kez) bakıldığında anlamlı farklılık olmamıştır. ($p=0.157$)

Tablo 38. OSİMÖ' ye Göre ve Genel Beslenme Danışmanlığı Alan Hastaların Danışmanlık Öncesi ve Sonrası Egzersiz Süresi

Gruplar	Egzersiz Süresi Önce (dk)	Egzersiz Süresi Sonra (dk)	p
Genel	36.38±16.58	37.64±16.76	0.135
OSİMÖ	46.6±24.15	46.73±15.55	

Hem genel beslenme danışmanlığı verilen hem de OSİMÖ'ye göre beslenme danışmanlığı verilen hastalarda danışmanlık öncesi ve sonrası egzersiz yapma süresine (dk) bakıldığında anlamlı farklılık olmadığı görülmüştür($p=0.135$).

Tablo 39. OSİMÖ' ye Göre ve Genel Beslenme Danışmanlığı Alan Hastaların Danışmanlık Öncesi ve Sonrası Beslenme Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırması

Gruplar	Beslenme Ölçek Önce	Beslenme Ölçek Sonra	p
Genel	37.3±8.81	41.6±8.72	<0.001
OSİMÖ	37.9±8.72	52.6±8.33	

OSİMÖ'ye göre beslenme danışmanlığı alan hastalarda genel beslenme danışmanlığı alan hastalara göre danışmanlık sonrası beslenme ölçeği puanlarında danışmanlık öncesi puanlarına göre anlamlı bir artış olduğu görülmüştür (p <0.001).

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada araştırmanın sürdüğü zaman kesitinde obezite polikliniğine başvuran obez hastaların büyük bir kısmını %85.9'unu kadınlar; %14.1 'ini erkekler oluşturmaktadır. Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması-II (TURDEP II) sonuçlarına göre obezite prevalansı, kadınlarda ortalama %38; erkeklerde %22'dir (17). Türkiye Obezite ve Hipertansiyon Araştırması (TOHTA) çalışması sonuçlarına göre toplamda prevalans %44.4, erkeklerde %40.0 kadınlarda %50.0'dır (161). Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) 2016 yılı çalışmasının sonuçlarına göre kadınların %23.9'unun obez, %30.1'inin ise obez öncesi olduğu görülmüştür. Erkeklerde ise bu oranların sırasıyla, %15.2 ve %38.6 olduğu gözlemlendi (19). Bu çalışmadaki bulgular, ilgili çalışmaların bulguları ile uyumludur. Görüldüğü gibi toplumda kadınlarda obezite erkeklere göre daha önemli bir sorundur.

Obezitenin medeni durumla ilişkisi değerlendirildiğinde, çalışmaya katılan obez hastaların büyük bir kısmını %79.3'ünü (n=107) evliler, %20.7 'si (n=28) bekârlar oluşturmaktadır. Medeni durumun obeziteye etkileri ile ilgili çalışmalara bakıldığında Nyaruhucha ve ark. evli yetişkinlerin anlamlı düzeyde daha obez olduğunu bildirmişlerdir (162). Aykut ve ark.'nın yaptığı araştırmada evlilerde obezite daha yüksek oranda bulunmuştur (163). Yetkin'in çalışmasında da evlilik sonrası kilo alan kişilerin %50.2'sinin obez olduğu belirtilmiştir (164). Bu çalışmanın bulguları ilgili çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Bu duruma evli kişilerin bekârlara kıyasla daha düzenli ve sakin bir hayat yaşaması dolayısıyla da enerji harcamasının daha az olması, bekârlıkta daha az çeşitle bir öğün geçirilirken evlilikte çok çeşitli ve kalorige yüksek yiyeceklerle öğünlerin yapılması gibi farklı yaşamsal alışkanlıkları neden olabilir (165).

Bu çalışmaya katılan obez hastaların yaklaşık beşte biri yükseköğretim mezunudur. İlkokul düzeyinde öğrenim gören hasta oranı ise %40 olarak görülmüştür. Okuryazar olmayan ve sadece okuryazarlığı olup okula gitmemiş hasta oranı ise %5, Eğitim düzeyi yüksek hasta sayısının daha az olduğu görülmektedir. Bu çalışmada eğitim düzeyi ile obezite oranları literatürle paralellik göstermektedir. Redigör ve ark. eğitim düzeyi ve sosyal durumun düşük olmasının, BKİ ve bel çevresini olumsuz etkilediğini belirtmiştir (166). Başka çalışmalarda da bu çalışmayla benzerlik gösteren bulgular elde edilmiştir (167, 168, 169).

Türkiye 2003 Nüfus ve Sağlık Araştırması'nın (TNSA 2003) çalışmasında ilkokul ve altı öğrenim düzeyinde obezitenin daha fazla oranda olduğu tespit edilmiştir (170). Obezite sıklığının eğitim düzeyi ile ters orantılı olması, bireylerin eğitim düzeylerinin artmasıyla beraber daha dengeli ve yeterli beslenmeleri hem de sosyal hayattaki konumu yönünden fiziksel görünümüne daha fazla özen gösterilmesinden dolayı eğitim düzeyi obezite sıklığını negatif yönde etkileyebilir.

Çalışmaya katılan hastaların yaklaşık %70'i ev hanımıdır. Serbest meslek, memur, işçi, emekli oranları %5.9 öğrenci oranı ise %7.4 olarak görülmüştür. Bu çalışmada ev hanımlarında obezite oranının diğer meslek guruplarına göre daha fazla oranda olduğu görülmüştür. Kır ve ark.'nın bir çalışmasında da benzer sonuçlar elde edilmiştir (14). Aksakal ve ark.'nın çalışmasında ev hanımları referans alındığında serbest meslek sahibi olma, memur olma, öğrenci, emekli olma, işsiz olma obezite yönünden daha az riskli olduğu belirlenmiştir (171). TURDEP çalışmasında obezite prevalansının ev kadınlarında %30.7, emeklilerde, %18.8, işçilerde %17.4, memurlarda %14.9 ve serbest meslek sahiplerinde %15.1 olduğu belirlenmiştir (172). Bu oran kadınlarda çalışma oranlarıyla uyumlu olabilse de ev ortamının sedanter yapısının bu konuda önemli bir etken olduğu unutulmamalıdır. Bu nedenle bu grup obezite müdahaleleri için önemli bir stratejik hedef olarak düşünülebilir. Bu da ev hanımlarının ileride planlanacak olan müdahale çalışmalarında stratejik hedef olduklarını gösterebilir.

Bu çalışmada hastaların yaklaşık %60'ı herhangi bir uyku sorunu yaşamadığını belirtirken, %40'ı çeşitli uyku sorunları yaşadığını (uykuya dalma süresinin uzaması, istediği saatten erken uyanma, gece sık sık uyanma) belirtmiştir. Yine bu çalışmada hastaların %65'i yorgun ya da dinlenmeden uyandığını ifade etmiştir. Obezlerde uykuya ilişkili şikâyetler (gündüz uykululuğu, yorgun uyanma, uykudan boğularak uyanma, horlama gibi) sıklıkla karşılaşılmaktadır (173). Lopes ve ark. (2005) 27'si erkek, 73'ü kadın olan hafif şişman ve obez 110 diyabetli hasta ile yaptıkları çalışmada katılımcıların %45'inin uyku kalitesinin zayıf olduğu (PSQI> 6) belirtilmiş ve ortalama PUKİ (Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi) puanı 6.29 ± 3.89 olarak bulunmuştur (174). Altın (2011)'in araştırma görevlilerinde uyku sorunları ve uyku kalitesi ile ilgili bir çalışmada BKİ'ya göre uyku kalitesi değerlendirildiğinde zayıfların %66.7'si, normal

kilodakilerin %38.3'ü, hafif şişmanların %52.9'u ve çok şişmanların %75' i kötü uyku kalitesine sahip olduğu, aradaki ilişkinin anlamlı olduğu bulunmuştur (175). Bu çalışmadaki bulgularda uyku sorunu yaşayan hastaların oranı literatürdeki çalışmalara göre daha düşük kalırken ve yorgun uyanma durumu yaşayan hastaların oranı literatürdeki çalışmalarla paralellik göstermektedir. Bu durum uyku üzerine BKI dışında birçok kronik hastalıklar yaş gibi farklı faktörlerinde etkilili olmasıyla ilişkilendirilebilir.

Kronik hastalığa sahip olma açısından değerlendirildiğinde, çalışmaya katılan hastaların yarıya yakınında bir kronik hastalık bulunmaktadır. Obezitenin en başta diabetes mellitus (DM) olmak üzere sistemik hipertansiyon (HT), lipit metabolizması bozukluğu, inme, miyokard infarktüsü, koroner kalp hastalığı, konjestif kalp yetmezliği gibi birçok kronik hastalıklığın yanı sıra birçok sağlık sorununa da yol açtığı bilinmektedir (176). Okyay ve ark.'nın araştırmasında kronik hastalığı olanlarda obezite sıklığı daha yüksek oranlarda görülmüştür (177). Vançelik ve ark. çalışmasında, herhangi bir sağlık sorunu olanlarda obezitenin daha yüksek oranda görüldüğü saptanmıştır (178).

Bu çalışma hastane tabanlı planlanılmış olması bakımından toplumun genelini yansıtmamaktadır bununla beraber hastaların üçte birine yakın oranda olmak üzere hipertansiyon olduğu görülmüştür. Artmış vücut ağırlığı sıklıkla artmış kan basıncı ile birlikte. Hipertansif hastaların en az 1/3-2/3'ü obezlerden oluşmaktadır. Obez bireylerde hipertansiyon gözlenme ihtimali 3 kat fazladır (179). NHANES (National Health and Nutrition Examination Survey) III verilerine göre erkek ve kadınlarda vücut kitle indeksindeki her artışın kan basıncındaki progresif artış ile ilişkilidir. (180,181) Ulusal çapta yapılmış üç büyük çalışmanın sonuçlarına göre genel hipertansiyon prevalansı %33.7 (TEKHARF çalışması), %31.8 (Türkiye Hipertansiyon Prevalans Çalışması (Patent çalışması) ve %41.7 (METSAR çalışması) olarak saptanmıştır. (182, 183, 184) Çöl ve ark.'nın bir sağlık ocağı bölgesi içinde 40 yaş ve üstü nüfusa yaptığı bir araştırmada BKI 30 kg/m² olanlarda hipertansif olanların oranı %57.3 olarak bulunmuştur. Bu durum yaş sınırlamasının yüksek olmasıyla ilişkili olabilir (185). Bu çalışmadaki sonuçlar hipertansiyonla ilgili yapılmış çalışmaların sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir.

Bu çalışmada hastaların %22'sinde diyabet hastalığının var olduğu görülmüştür. Oranları bu çalışmadan farklı olsada obezitenin diyabet için risk faktörü olduğu daha önceki çalışmalarda gösterilmiş ve literatürde yerini almıştır. Tip 2 DM riski obezitenin derecesi, süresi ve abdominal obezite varlığına göre artmaktadır. Tip 2 diyabeti olan hastaların %65'inin etiyolojisinde obezite bulunmaktadır (186). Obezite, Tip 2 diyabete sıklıkla eşlik eden bir metabolizma bozukluğudur. Bununla birlikte diyabet gelişebileceğini de belirleyen önemli bir risk faktörüdür. Tüm obezlerde tip 2 diyabet olmasa bile, tip 2 diyabetli hastaların büyük bir kısmını obezler oluşturmaktadır (185). TURDEP çalışmasında hem beden kitle indeksi (BKİ) hem de santral obezite artışlarının diyabet ile pozitif ilişkilendirilmiştir (164).

Bu çalışmadaki hastalarda çok az bir kısmında troid fonksiyonlarıyla ilgili sağlık sorunu (hipotroidi vb) olduğu görülmüştür. Troid fonksiyonlarıyla ilgili problemlerin kilo alımını olumsuz yönde etkilediği yapılan çalışmalarda gösterilmiştir. Büyük popülasyonlarda yapılmış çalışmalarda ötiroid hastalarda serum TSH değerlerinin vücut ağırlığı ve vücut kitle indeksi ile doğru orantılı sonuç gösterdiği görülmüştür (186). 165 obez ve 118 normal kilolu hasta üzerine yapılmış bir araştırmada, obezlerde hipotiroidinin yanı sıra tiroid otoantikor pozitifliğinde de artış görülmüştür (187). Obezite üzerine troid hormonlarının etkisinin olduğu çok sayıda çalışmada gösterilmiştir. Tiroid hormonlarının birçok metabolik yolu düzenlemesi ve enerji tüketimine etkisi ile ilgili olabilir (188).

Çalışmaya katılan hastaların çeşitli kronik hastalıklara bağlı olarak (diyabet, hipertansiyon, KKH vb) %42.2'sinin (n=57) ilaç kullandığı görülmüştür. Bu sonuç kronik hastalık görülme oranı ile birbirine paralel olarak yakın oranda görülmüştür. İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Obezite Polikliniğine 2 yıl boyunca başvuran obez hastalar incelenmiş ve hastaların %79'unun başvuru sırasında obeziteyle birlikte sıklıkla görülebilen hastalıklar nedeni olarak (Diabetes mellitus, Hipertansiyon-Koroner Arter Hastalığı-hipotiroidi gibi) ilaç kullandığı görülmüştür. (189) Edirne merkezde, Binevler Sağlık Ocağı'nda daha önce hipertansiyon tanısı almış en az 6 aydır antihipertansif ilaç kullanan 500 hipertansif hastanın incelendiği araştırmada toplam hasta sayısının %41.2'sini BKİ 30 ve üzeri olanlardan (obez), oluştuğu saptanmıştır.

Katılımcı sayısı artırılarak araştırmanın yapılması konuya daha fazla açıklık kazandıracaktır. Bu konuyla ilgili daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

Bu çalışmadaki danışanların büyük bir kısmının (%94.1) alkol kullanmadığı görülmüştür. Bu sonuç ülkemizin kültürel yapısının obez hastalar üzerindeki etkisi olarak yorumlanabilir. Obez hastalarda alkolün olumsuz etkilerini hafifletmesi açısından sevindirici bir durum olduğu söylenebilir. Tolstrup ve ark.'nın çalışmasında kadın ve erkeklerde tüketilen alkol miktarı ile BKİ ilişkisi anlamlı bulunmuştur. Ancak az miktarda ve sıkça alınan alkol ile BKİ arasında ters bir ilişki olduğu görülmüştür. Bu durumda tüketilen alkol miktarı arttıkça BKİ artarken, az ve sık alkol tüketimi ise BKİ'yi azaltmaktadır (190). Onat ve ark.'nın yaptığı çalışmada ılımlı alkol tüketiminin dahi erkeklerde visceral adipoziteyi arttırdığı belirtilmiştir (191).

Bu çalışmada her gün sigara içen obez hastaların oranı %14.1'dir. Hiç içmeyen hastaların oranı %64.5'dir. Bu durum sigaranın iştahı azalttığını düşündürmektedir. Bu sonuç literatürdeki çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Sigara ile şişmanlık arasında ters bir ilişkinin olduğu; sigara içenlerin daha zayıf olduğu, sigaranın bırakılmasıyla beraber beslenme davranışındaki değişiklikler sonucu kilo alımının başladığı bildirilmektedir (192, 193). Grunberg sigara üzerine yaptığı çalışmasında sigara içen bireylerin genellikle içmeyen yaşlıları ile kıyaslandığında vücut ağırlıklarının daha düşük olduğunu belirtmiştir. Bu duruma sigara ve nikotinin besin tüketimi ve tat tercihini etkilemesi neden olarak gösterilebilir (194).

Bu çalışmadaki hastaların dörtte üçü (%78.5) ailesinde kilo sorunu olduğunu belirtmiştir. Ailesinde kilo sorunu olan hastaların(n=106), %33'ünün iki aile üyesinde %22.6'nın kardeşinde, %18.9'unun annesinde, %15.1'inin üç veya daha fazla aile üyesinde, %5.7'sinin babasında, %4.7'sinin eşinde kilo sorunu bulunmaktadır. Bu bulgular literatür bilgilerini doğrular niteliktedir. Turacı Çelik ve ark.'nın yaptığı çalışmalarda da birinci derecede akrabasında obezite olanlarda obezite sıklığının daha fazla oranda olduğu gözlemlenmiştir (195). VKİ'nin, birinci dereceden akrabalar arasında yüksek korelasyon gösterdiği (196) ve ebeveynleri obez olanlarda, obezite riskinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir (197). Koruk ve ark.'nın bir çalışmasında, birinci derece akrabasında obezite olanlarda obezitenin 1.6 kat daha fazla olduğu

saptanmıştır (198). Ailede başka obezlerin olması, genetik etkinin yanında bireyin kabul gördüğü bir çevre oluşturarak da obeziteyi tetikleyebilir (199). Obez anne ve baba çocuklarında orta dereceli obezite riski 2-3 kat, şiddetli obezite riski ise 8 kat fazladır (200). Okyay ve ark.'nın çalışmasının sonuçlarına göre, birinci derece akrabasında obezite olanlar olmayanlara göre 4 kat daha fazla obezite riskine sahiptir (177).

Bu çalışmaya katılan hastaların üçte ikisi (%65.9) daha önce kilo verme girişiminde bulunduğu halde obezite sorununu çözememiş hastalardır. Bu çalışmada daha önce kilo verme girişiminde bulunmuş hastalardan (n=89), %15.7'si kendi kendine diyet, %15.7'si yediklerine dikkat ederek kilo vermeyi denemiş hastalardan oluşturmaktadır. Yine bu hastaların %6.7'si spor ve egzersiz yaparak, %10.3'ü akupunktur, cerrahi işlemler, güzellik-estetik merkezi, bitkisel tedavi yöntemleri ve diyetisyen gibi diğer yöntemlerle, %58.4'ü birden fazla yöntemi (diyetisyen ve akupunktur, spor-egzersiz ve yediklerine dikkat etmek vb) bir arada deneyerek daha önce zayıflamayı denemiştir. Hafif şişman ve şişman kadınların zayıflamaya yönelik tutum ve davranışlarının inceleyen bir çalışmada şişman kadınların %70.8'i, hafif şişmanların ise %55.1' i daha önce kilo verme girişiminde bulunmuş hastalardır. Şişman hastaların %76.3'ü diyetle, %16.2'si fiziksel aktivitesini artırarak daha önce zayıflamayı denemiştir (201). Konya Fazilet Uluşık Sağlık Ocağı Bölgesinde 15-49 yaş arası ev kadınları üzerine yapılmış bir çalışmada, %42.3'nün daha önce zayıflama denemesi yaptığı ve zayıflama denemesi yapmış olan kadınlarında tek başına diyet yapma (%41.7) ve "diyet + fizik" aktivitenin (%40.3) en sık tercih edilen zayıflama yöntemleri olduğu saptanmıştır (198). Obezite tedavisinde fazla bir ilerleme sağlandığı söylenemez. Tedavi ve diyet yöntemiyle bazı kişiler kilo verdikleri halde yeniden kilo alabilmektedirler (202). Tüm bu uygulamalar sonucunda obez hastalar kilo verseler dahi verdikleri kiloyu korumakta başarısız olabilmektedirler (203). Hastanın kilo kaybını ve motivasyonunun takibi, gerektiğinde kilo kaybı programını sürdürülebilmesi açısından hastayı cesaretlendirmek için hastalar haftalık veya iki haftada bir takip edilmelidir. İzlem, hekimin hastası ile yüz yüze görüşme şeklinde olabileceği gibi, hekimin kişisel geri bildirim, telefon görüşmeleri, mektup veya grup terapileri düzenleyerek de olabilmektedir (204). Diyet başarısının artırılması ve kalıcı kilonun sağlanabilmesi için diyet motivasyonunun artırılması gereklidir ve bunu yapabilmek için de tam bir sağlık

bilinci takip edilen hastaya kazandırılmalıdır. Bu açıdan yeni yöntemler desteklenerek bu yönde araştırmalar arttırılarak devamlılığı sağlanmalıdır.

Bu çalışmaya katılan çalışan hastaların %12'si (n=17) kilolu olmanın iş yaşantısına (%4.3'ü her zaman, %25'i sık sık, %41.6'i bazen) olumsuz etkisinin olduğunu, %29.1'i ise herhangi bir olumsuz etkisinin olmadığını belirtmiştir. Aşırı kilo nedeni ile sosyal dışlanma, eleştirilme iş ya da okul hayatını etkileyebilir. Kişinin sosyal ilişkilerinde ve fiziksel etkinliklere katılımında olumsuz ve çekingen bir tutum içine girmesine neden olabilir. (205). Yeterli ve dengeli beslenme; çalışanın iş verimini ve yapılan üretimi artırır, hastalıkları, iş kazalarını ve meslek hastalıklarını azaltır, çalışanların sağlığını geliştirir, işe devamsızlığı azaltır, iş yeri psikolojisini ve huzurunu güçlendirir (206). Mobilya montaj hattında çalışan bireylerde bedensel zorlanma ve eylemsel duruş ilişkisi üzerine yapılan bir çalışmada çalışanların %16.67'si fazla kilolu, %11.11'inin obez (şişman) grubunda yer aldığı ve yapılan anket sonuçlarına göre, kaza yaşayanların ve kas – iskelet sistemi rahatsızlığı olanların çoğunluğu fazla kilolu ve obez grubunda çıkmıştır (207).

Bu çalışmada hastaların %48.8'i (n=66) farklı sıklıklarda olmak üzere obez olmanın eş ilişkilerini olumsuz etkilediğini belirtmiştir. Toplumdaki gençlik, güzellik ve incelik gibi değerlere verilen önem dolayısıyla obez bireylerin yetersiz oldukları ve çekici olmadıkları duygusuna kapılmalarına neden olabilmektedir (27). Sarwer, Wadden ve Foster tarafından incelenen obez kadınlarda vücut şeklini beğenmeme durumunun normal kilodaki kadınlara oranla daha fazla olduğu görülmüştür. Obez kadınların yaklaşık üçte biri ile yarıya yakınının, görüntülerinin sosyal ilişkilerini olumsuz etkilediğini bulmuşlardır. Vücut şeklini beğenmeyen bir grup hastanın vücutlarını “çirkin ve küçük düşürücü” bulduğu, diğerlerinin de kendilerine “nefret ve düşmanlıkla” bakıldığını düşündükleri tanımlanmıştır. Bu durumun nedeni olarak çocuklukta yaşlıları tarafından kilo sebebiyle alaya alınmanın ve ailesi tarafından hor görülmenin de katkısı olduğu düşünülmektedir (208). Kilolu ve obez kadınlarda obezite ve benlik saygısı ilişkisinin değerlendirildiği bir çalışmada BKİ'i yüksek olan kadınlarda benlik saygısı değerinin düşük olduğu görülmüş ve bu kadınlarla yapılan poliklinik görüşmesinde diyetisyene gelme nedeninin sağlık riskleri değil ince görünüp, daha güzel olma kaygısı

olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmada evli olan kadınlarda bekar kadınlara göre daha yüksek görülen BKI'nın eşleri tarafından beğenilmeme korkusu taşıyan ve çoğunlukla da şişmansın diye yargılanan kadınlardan ince bir bedene sahip olma isteğini yansıttığı şeklinde değerlendirilmiştir (209). Gorilduğu üzere bu sorun daha çok kadın obez hastaların yaşadıkları bir sorun olarak görülmektedir.

OSMO'ye göre beslenme danışmanlığı alan hastaların obezitede önem algısı genel beslenme danışmanlığı alan hastalara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. OSMO'ye göre beslenme danışmanlığı verirken; günlük su tüketim miktarı, uyku düzeni, egzersiz, yürüyüş, bisiklet binme gibi fiziksel aktiviteler yapma, yediğine içtiğine dikkat etme ve çoğun atlamama, kendi sağlığının hayatındaki önemi ile ilgili maddeler üzerinden hastanın önem algısı güçlendirilmeye çalışılmıştır.

OSMO'ye göre ve genel beslenme danışmanlığı alan hastaların ciddiye alma algısı ve duyarlılık algısı arasında anlamlı fark yoktur. Obezitenin bir hastalık olduğu, tedavi edilebilir olduğu, aksi takdirde ciddi sağlık problemleri oluşturabileceği gibi maddeler üzerinde obezitenin ne denli tehlikeli bir hastalık olduğuna dair algı yaratılarak hastanın obeziteye karşı ciddiye alma algısı arttırılmaya çalışılmıştır. Obeziteye bağlı sağlık sorunlarının gelişme ihtimali, obeziteye bağlı gelişebilecek sağlık problemlerinin bireyin tüm hayatını etkileyebilmesi ile ilgili maddeler üzerinden hastanın obeziteye karşı duyarlılık algısı arttırılmaya çalışılmıştır. Daniel ve Messer'in yaptığı araştırmada da yüksek ciddiye alma algısı ve duşuk engel algısının tedaviye uyumu arttırdığı bulunmuştur (210). Sağlıksız bir kilonun duşuk enerjili olma, bitkinlik, sıkan dar elbiseler gibi günlük hayata olumsuz etkileri ile diyabet, hipertansiyon ve kalp hastalığı gibi olumsuz hastalık göstergelerini de tartışmak hastaya daha fazla motivasyon sağlayabilir (211).

OSMO'ye göre beslenme danışmanlığı alan hastaların obezitede engel algısı genel beslenme danışmanlığı alan hastalara göre anlamlı düzeyde duşuk bulunmuştur. Hastaların kilo vermenin kişiye bir yarar sağlamayacağı, diyet egzersiz programlarına asla kendini hazır hissetmeyeceği, kilo veremeyeceği ya da istediği kiloya ulaşamayacağına yönelik korkuları, diyet sürecindeki olumsuz duyguları, yeme ya da fiziksel aktivite gibi yaşam alışkanlıklarını değiştirmeyeceğine dair diyet uyumunu engelleyici olumsuz düşünceleri belirlenerek hastanın engel algısı azaltılmaya

çalışılmıştır. Hastadan istenen davranışların hasta tarafından gerçekleştirilebilmesi için engel algısının düşük olması önemlidir (212, 213). Hastanın engellerini oluşturan bu inandığı olumsuz düşünceleri aşabilecek bilimsel bilgilerle hastayı bilinçlendirilmeye çalışılarak ve hastayı yönlendirici alternatifler sunarak diyet hastanın yaşam koşullarına uydurulmaya çalışılmış ona göre bir diyet programı hazırlanmış ve danışmanlık hizmeti verilmiştir. Engel algısı yüksek kişilerde tedaviye uyum ya da yaşam tarzı değişiklikleri başarısının düşük olduğu yapılan çalışmalarla gösterilmiştir (214, 215, 216).

OSİMÖ kullanılarak beslenme danışmanlığı alan hastaların genel beslenme danışmanlığı alan hastalara göre yarar algı puanları anlamlı düzeyde yüksektir. Kilo vermesinin sağlık açısından yararlı olacağı, kilo vererek daha iyi bir fiziksel görünüme sahip olacağı, kendini daha iyi ve daha mutlu hissedeceği, düzenli yapılan egzersizin kilo vermeye yardımcı olacağı, kilo vermenin sosyal ilişkilerini olumlu yönde değiştireceği gibi maddeler üzerinden yarar algısı kuvvetlendirilerek diyet motivasyonu arttırılmaya çalışılmış ve diyet başarısının sağlanması hedeflenmiştir. Kilo kaybı programını planlamaya geçmeden önce hekim hasta motivasyonunu, kilo vermeye yönelik ve bunu sürdürme isteğini değerlendirmelidir. Başarılı bir kilo verme programının sağlanabilmesi için hasta motivasyonunu değerlendirmek vazgeçilmez kuraldır (203, 217).

Sağlıklı bir kiloda olmanın ve hatta sadece birkaç kilo vermenin hastalara getirebileceği faydaları hastayla yapılan görüşmelerde vurgulanmalıdır (218). Kilo vermenin sağlık ve sosyal yararlarından bahsetmek, yeme alışkanlıklarını, fiziksel aktivite seviyelerini ve çevresel etkilere verilen tepkiyi değiştirmek için güçlü motivasyon olabilir (211). Petro-Nustas çalışmasında, hastaların sağlık durumlarına ilişkin davranış değişikliği yapmalarında; engel algısına oranla yarar algısının yüksek olmasının istenen bir durum olduğunu belirtmiştir (146).

OSİMÖ'ne göre beslenme danışmanlığı verilen hastalar, OSİMÖ ölçek soruları dâhilinde önem algısı, ciddiyet algısı, duyarlılık algısı, engel algısı, yarar algısı olmak üzere bu 5 alt boyutta değerlendirilmiştir. OSİMÖ'nün genel beslenme danışmanlığından farkı hastaların inançları üzerinden gidilerek obeziteye ve diyeteye bakış açıları bakımından zayıf ve güçlü taraflarının kullanılarak danışmanlık hizmetininin

etkinliğini arttırmak ve verilen diyet tedavisinin sürdürülebilirliğini sağlamaktır. Eker ve ark.'nın yaptığı bir araştırmanın sonuçlarına göre hastalara yalnız diyet tedavisi uygulamak ilk bakışta doğru gibi gelse de başarı oranı yüzdesi bir yöntemdir. Davranış tedavisi, yemek alışkanlıklarını değiştirme, grup terapisi gibi çeşitli destek yöntemleri kullanılarak desteklendiğinde çok daha etkili bir hale gelmektedir (219). Motivasyonel görüşme programları herhangi bir teori üzerine oturtulmamıştır, ancak birey merkezli danışmanlık, bilişsel davranışsal tedavi, sosyal bilişsel teori, sağlık inanç modeli, transteoretik model gibi birçok modelden yararlanılarak oluşturulmaktadır. Bireyler kendilerine uygulanan tedavi ve diyet önerilerine uyumlarını ve bireysel izlemlerini sağlamak için motive edici stratejilere gereksinim duyarlar (220).

Genel beslenme danışmanlığı ve OSİMÖ'ye göre beslenme danışmanlığı verilen hastalarda danışmanlık öncesi ve sonrası bel çevresi ölçümlerine bakıldığında OSİMÖ'ye göre beslenme danışmanlığı verilen hastalarda genel beslenme danışmanlığı verilen hastalara göre bel çevresinde anlamlı düzeyde azalma olduğu görülmüştür. VKİ şişmanlığın objektif ve basit bir ölçüsüdür ancak tek ölçüm yolu değildir ve bel çevresi, sağlık için bakılması gerekli başka bir kriterdir (219). BKİ ile tespit edilen fazla kilo ve obezite durumlarının ciddi mortalite ve morbiditeye riski oluşturduğu ve bel çevresi ölçümlerine göre belirlenen santral obezitenin tip 2 diyabet, hiperlipidemi, hipertansiyon ve KKH riskini BKİ>25 olan kişilerde arttırdığı bilinmektedir (113). Olumsuz davranışları değiştirebilmek için birey odaklı programların daha etkili olduğu bilinmektedir. Fakat bu girişimlerin de başarıya ulaşabilmesi için bireyin söylenenlerin büyük bir kısmını uygulaması gerekmektedir bu durum birey ve uzmanın karşılıklı iyi bir iletişim kurabilmesinin sonucunda gerçekleşebilir. Empatik yaklaşım göstererek bireyin öz-yeterliliğini desteklemek, davranış değişikliği konusunda yaşadığı çelişkileri çözümlemesine yardımcı olmak ve davranış değişikliğini sağlayabilmesi için motivasyonel görüşme etki sağlamaktadır (221). Alıcı ve Pınar'ın 80 deney, 80 kontrolden oluşan 160 obez kişiye 3 ay süre ile 6 kez eğitim oturumu düzenleyerek yaptıkları çalışmada, eğitim bittikten 6 ay sonra alınan sonuçlara göre deney grubundaki kişilerin aldıkları eğitimin sonucunda ortalama bel çevresinin 4.45 cm azaldığı görülmüştür (222). Bel çevresi ölçümlerinin takibi obeziteyle bağlantılı olarak diyabet, hipertansiyon, KKH gibi kronik hastalıkların risklerini belirlemede etkili olması

bakımından önemlidir. Bu çalışmada yapılan görüşmelerde OSİMÖ'ye dayalı beslenme danışmanlığında genel beslenme danışmanlığından farklı olarak sadece diyet içeriği anlatılmamış hastada davranış değişikliği sağlamaya yönelik beslenme danışmanlığı ile çözümleyici ve destekleyici bir iletişim içinde diyet tedavisi verilerek sonrasında olumlu sonuçlar alınmaya çalışılmıştır. OSİMÖ ile beslenme danışmanlığı alan hastaların bel çevrelerinde anlamlı düzeyde daralma olması hastaların sağlığı açısından olumlu bir gelişmedir.

VKI'nın OSİMÖ'ye göre beslenme danışmanlığı verilen hastalarda genel beslenme danışmanlığı verilen hastalara göre anlamlı düzeyde azaldığı görülmüştür. Bu da OSİMÖ'ye göre beslenme danışmanlığı ve diyet tedavisi alan gurubun daha fazla kilo kaybettiğini göstermektedir. Ağırlık kaybetme ile ilişkili parametreleri belirlemek amacıyla 123 obez birey üzerinde yapılan bir çalışmada hastaların diyet, fiziksel aktivite ve sağlık durumları incelenmiş ve bunun sonucunda da güçlü motivasyonun sağlıklı ağırlık kaybetmede en önemli etmen olduğu gösterilmiştir (223). Romano ve Scott'un yaptığı bir çalışmada SİM'e temellendirilmiş on altı haftalık sağlık koçluğu programının (224) Baji ve ark.'nın kadın lise öğrencilerine verdiği SİM temelli altı seanslık beslenme eğitiminin (225) Rabiei ve ark.'nın adölesan kadınlar üzerinde yaptığı SİM temelli eğitimin, BKİ'yi azalttığı açıklanmıştır (226). Açikel'in yaptığı çalışmada BKİ'si 30'dan fazla olan 30-49 yaş arası hastalarda 3 ay süresince davranışsal tedavi uygulanmış bunun sonucunda da BKİ düzeyi anlamlı derecede azalmıştır (227). Bu çalışmada da benzer şekilde diyet tedavisinin yönetiminde OSİMÖ kullanılarak diyet danışmanlığı verilen hastaların inançlarından yola çıkılarak motivasyonel bir beslenme danışmanlığı verilmiş ve diyet tedavisi anlatılmıştır. OSİMÖ'ye göre verilen danışmanlık sonrası yapılan kontrollerde VKI 'da anlamlı düzeyde azalma gözlenmiştir.

Bu çalışmadaki hastaların danışmanlık öncesi ve sonrası egzersiz yapma ve yapmama durumlarına bakıldığında genel beslenme danışmanlığı alan grupta anlamlı farklılık oluşmamıştır. ($p=0.727$). OSİMÖ'ye göre beslenme danışmanlığı alan grupta ise danışmanlık öncesi ve sonrası egzersiz yapma durumları kıyaslandığında anlamlı artış olmuştur. ($p=0.031$). Buna karşılık egzersiz süresi (dk) ve sıklığına bakıldığında ise (hafta/kez) anlamlı farklılık olmadığı görülmektedir. ($p=0.135$, $p=157$). Yapılan bazı

çalışmalarda egzersiz ve beslenme programına uyumla ilişkili engel algılarının değerlendirildiği çalışmalarda öne çıkan başlıklar şunlardır; yeterli zaman olmaması, güçlü iradeye sahip olunmaması, yüksek maliyet, ailenin yeterince destek olmaması, sağlıklı besinlere ulaşımdaki güçlük, restoranlarda sağlıklı besinlerin çok az sayıda olmasıdır (228, 229, 230). Bu alışmada OSİMÖ'ye yönelik beslenme danışmanlığı verilen hastaların engel ve yarar algısı üzerinden egzersizin kilo kaybı ve diyet motivasyonu üzerindeki etkisine yönelik bilgilendirilmesi sağlanmış ve egzersizin günlük hayata uygulanabileceği ve düzenli hale getirilmesine yönelik alternatif tavsiyelerle etkinliği arttırılmaya çalışılmış sonuçta da bu gurupta egzersiz yapan hasta sayısında anlamlı yönde artış gerçekleşmiştir.

Bu alışmada OSİMÖ'ye göre beslenme danışmanlığı alan hastaların danışmanlık öncesi ve sonrası beslenme ölçeği puanlarına bakıldığında genel beslenme danışmanlığı alan hastalara göre beslenme ölçeği puanlarında anlamlı bir artış olduğu görülmüştür. Kardiyovasküler hastalık ve kanser risklerini azaltan sağlıklı beslenme davranışlarını teşvik etmek için üniversite personeline Sağlık İnanç Modeli'ne (HBM) dayalı 8 haftalık bir beslenme eğitimi müdahalesi uygulanmıştır. Bu müdehalenin sonucunda kontrol gurubuna göre beslenme bilgi düzeyinde artış gerçekleşmiş, enerji, yağ, doymuş yağ ve kolesterol alım miktarları ulusal önerilere uygun seviyelere indirgenebilmiştir (231). Yaşlı kadınların beslenme davranışını iyileştirmeye yönelik sağlık inanç modeline dayalı 3 aylık bir eğitim sonucu yapılan müdehale ile yaşlı kadınların beslenme bilgi düzeyi ve sağlıklı beslenmeyle ilgili davranışlarını geliştirme üzerine olumlu etkiler görülmüştür (232). Gebelik öncesi bakım gören obez ve fazla kilolu kadınlar arasındaki sağlık inançları ve davranış geliştirici değişiklik aşamalarını geçiren önyargı bakımı üzerine sağlık inanç modelinin kullanıldığı bir çalışma yapılmıştır. Bunun sonucunda sağlık inanç modelinin, beslenme ve fiziksel aktivite davranışları da dâhil olmak üzere kilo ayarlama davranışlarına dair bir öngörücü olabileceği görülmüştür. Bu nedenle de sağlık inancı modeline dayalı eğitim müdahalelerinin doğum öncesi bakım altındaki obez ve fazla kilolu kadınlarda, bu davranışların iyileştirilmesinde etkili olabileceği sonucuna varılmıştır (233). Sağlık inanç modeli diyabet, kalp hastalıkları, kanser gibi hastalıklardan korunmaya yönelik birçok çalışmada kullanılmış ancak buna karşılık kilo yönetimi üzerine daha az sayıda

alışması vardır. Bu konuda çalışmalar çoğaltılarak geliştirilebilir. Obezlerin sağlık inançları kullanılarak daha etkili görüşmeler yapılabilir ve motivasyon yüksek tutularak obez bireylerin beslenme davranışlarını olumlu yönde düzeltmeleri ve kilo yönetiminde daha fazla başarı elde etmeleri sağlanabilir.



6. SONUÇ

Bu araştırmada, sağlık davranışını gerçekleştirmede, obez hastaları sağlık davranışlarını gerçekleştirmede motive eden, engelleyen ya da doğru alışkanlıkları kazanmasında ve diyet tedavisini sürdürmesinde destekleyici yöndeki yarar ya da ciddiye gibi algılarını değerlendiren bir model olarak OSİMÖ kullanılmıştır. Obeziteye yönelik tutum ve inançları değerlendiren bu türde davranış modellerinden yararlanılarak obez bireylerin neleri kendilerine engel olarak gördükleri, neleri yarar olarak gördükleri ve obezitenin ciddiyeini algıladıkları düzey gibi obeziteye karşı neler düşündüklerinin belirlenmesiyle obezite ile mücadelede gerçekçi politikalar oluşturularak daha etkili adımlar atılabilir. Sağlık Bakanlığı'nın da en önemli gündem maddelerinden birisi olan obezite ile mücadele hususunda nitel çalışmalara ağırlık verilerek, obez hastaların problem alanlarının detaylı değerlendirilebilmesi önerilmektedir. Bu çalışmanın da boyutlarını oluşturan obeziteye yönelik önem, ciddiye, engel ve yarar algısı gibi hastanın obeziteye bakış açısının ve düşüncelerinin anlaşılmasını sağlayan inançlarının derinlemesine görüşmeler ile belirginleştirilmesi ve kişiselleştirilmesi ile kilo kontrolünde ve kalıcı beslenme alışkanlıklarının oluşturulmasında başarı oranlarının artacağı düşünülmektedir. Bu amaçla obezitede davranış değerikliği oluşturmada ve uygulanan diyet tedavisinin uzun süreli devamlılığının sağlanabilmesinde sağlık kuruluşlarında bu hastalara yönelik ücretsiz danışmanlıkların sağlanması ve arttırılması önerilmektedir. Bu anlamda bu çalışmada obez hastalara uygulanan OSİMÖ ile diyet tedavisi uygulayan ve danışmanlık hizmeti sağlayan birçok beslenme uzmanına diyetin etkinliğinin arttırılması ve kalıcı beslenme alışkanlıklarının oluşturulabilmesi için ışık tutucu bilimsel bir dayanak olabilir.

7. KAYNAKLAR

1. Aslan D, Atilla S. Önemli bir sağlık sorunu: Şişmanlık. Sürekli Tıp Eğitim Dergisi 11(5): 169-171,2002.
2. World Health Organization Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic. WHO Obesity Technical Report Series 894: World Health Organization Geneva, Switzerland, 2000.
3. Gülcan E, Özkan A. Obezite. Fen Bilimleri Enstitüsü Dergisi 10 (1):1302-3055, 2006.
4. Booth ML, Hunter C, Gore CJ, Bauman A, Owen N. The relationship between body mass index and waist circumference: implications for estimates of the population prevalence of overweight. Int J Obes Relat Metab Disord 24: 1058-61, 2000.
5. Nazlıcan E. Adana İli Solaklı ve Karataş Merkez Sağlık Ocağı bölgesinde yaşayan 20-64 yaş arası kadınlarda obezite ve ilişkili risk faktörlerinin incelenmesi. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Yüksek lisans Tezi, Adana, 2008.
6. Tam AA, Çakır B. Birinci basamakta obeziteye yaklaşım. Ankara Medikal Journal 12(1):37-41,2012.
7. World Health Organization. Obesity and Overweight Fact Sheet. <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>. Erişim Tarihi:17.07.2018.
8. Alvarez AG, Majem LS, Barba LR, Castell C, Faz M, Uauy R. Obesity and overweight trends in Catalonia, Spain (1992-2003): Gender an socio-economic determinants. Public Health Nutr 10:1368-7, 2007.
9. Yarbrough SS, Braden CJ. Utility of health belief model as a guide for explaining or predicting breast cancer screening behaviours. J Adv Nurs 33(5):677-88, 2001.
10. Janz NK, Champion VL, Strecher VJ. The Health belief model in: Glanz K, Rimer BK, Lewis F, editors. Health behavior and health education: theory, research and practice. Jossey-Bass; San Francisco 3(1),45-66,2002.
11. Stanhope M, Lancaster J. Community Public Health Nursing, Mosby, St. Louis, Toronto, 5(1) 271, 2000.
12. Atalay A, Haşçelik H.Z. Obezite. Hacettepe Tıp Dergisi 31 (4):320-329, 2000.
13. Yılmaz, Candeğer, MR, Yılmaz, H, Elbi C, Özgürbüz E, Duman, C. Değirmenci. "Kilonuz Mercek Altında", Ege Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Bilim Dalı Obezite Okulu. Yayın dizisi 1, s.1-4, İzmir, 2003

14. Kır T, Kılıç S, Uçar M, Açık C, Göçgeldi E, Oğur R. Erlerde Obesite Prevalansını ve Etkileyen Faktörlerin Saptanması. *Gülhane Tıp Dergisi*, 46 (3), 219-225, 2004.
15. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Obezite ile Mücadele Programı ve Ulusal Eylem Planı Taslağı. 3. Taslak, 2008-2012.
16. Bağrıaçık N, İpbüker A, Görpe U. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı “Ulusal Diyabet ve Obezite Programı” Diyabet ve Obezite Eğitim Kursu Notları. Türk Diyabet Cemiyeti -Türkiye Obezite Araştırma Derneği, Türk Diyabet ve Obezite Vakfı Yayını, İstanbul, 2003.
17. Satman İ. editör. TURDEP –II sonuçları. Türk Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği. Available from:http://www.turkendokrin.org/files/file/TURDEP_II_2011.pdf Accessed at 16 May 2011.
18. Erel C, Uğurlu M, Aydın F, Kesici C, Çakır B, Özoğlu F ve Kaplan Y. Sağlıklı Beslenelim Kalbimizi Koruyalım Projesi Araştırma Raporu. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, s.42-46, Ankara, 2004.
19. 6.Turkey Health Survey-TUIK www.tuik.gov.tr/PrehaberBultenleriGetir.do?id=24573. Erişim Tarihi: 31 Mayıs 2017.
20. World Health Organization. Global Health Observatory (GHO) data. http://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/overweight_obesity/obesity_adults/en/ 24.07.2018.
21. Üner S, Balcılar M, Ergüder T. Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması: Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Prevalansı 2017 (STEPS) Dünya Sağlık Örgütü Türkiye Ofisi, s.5-6, 1 Basım, Ankara, 2018.
22. OECD. Obesity Update. <http://www.oecd.org/health/health-systems/obesityupdate.htm>. Erişim Tarihi: 24.07.2018
23. Arslan M, Başkal N, Çorakçı A, Görpe U, Korugan Ü, Orhan Y, Özbey N, Özer E. Ulusal Obezite Rehberi. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği Yayını, 1999.
24. Branca F, Nikogosian H, Lobstein T. (eds) The challenge of Obesity in the WHO European Region and the Strategies for Response: Summary. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2007.
25. Baysal A, Baş M. Yetişkinlerde Ağırlık Yönetimi. 1.basım, s.5-19, s.49-67, s.158-160, İstanbul, 2008.
26. Ganley RM. Emotion and eating in obesity: a review of the literature. *Int J Eat Disord* 8(1) 343-361, 1989.

27. Eren İ, Erdi Ö. Obez hastalarda psikiyatrik bozuklukların sıklığı. Klinik Psikiyatri Dergisi 6(3): 152-157, 2003.
28. Black DW, Goldstein RB, Mason EE. Prevalance of mental disorder in 88 morbidly obese bariatric clinic patients. Am J Psychiatry 149: 227-234, 1992.
29. Scott KM, Mc Gee Magnus A, Wells J et al. Obesity and mental disorders in the adult general population. J Psychosom Res 64: 97-105, 2008.
30. Pan, A, Q Sun, S Czernichow, M Kivimaki, O I Okereke, M Lucas, J E Manson, A Ascherio, F B Hu. Bidirectional association between depression and obesity in middle-aged and older women. International Journal of Obesity (Lond.) 36, 595-602, 2012.
31. Altunkaynak B. ve Özbek, E. Obezite nedenleri ve tedavi seçenekleri. Van Tıp Dergisi 13(4): 138-142, 2006.
32. Wilson CP, Personality structure and psychoanalytic treatment of Obesity, Ed: Wilson CP, Hogan CC, Mintz I. Psychodynamic technique in treatment of the eating disorders, p.81-95, Northvale, New Jersey, London, 1992.
33. YILDIZ, E. Yetişkin Kadınlarda Emosyonel Durum ile Bazı Antropometrik Parametreler ve Besin Tüketim Durumları Arasındaki İlişki. 2.Ulusal Obezite Kongresi ve 1. Balkan Obezite Kongresi. Satellit Sempozyumu Sheraton Hotel-Çeşme. Program ve Özet Kitabı. Türkiye Obezite Araştırma Derneği Yayını Ankara, 13-16 Nisan 2003.
34. Balcıoğlu İ, Başer SZ. "Obezitenin psikiyatrik yönü" İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Sempozyum Dizisi, 62(7);341-348, 2008.
35. ÖZMEN Mine. Obezite ve Psikososyal Faktörler. 2.Ulusal Obezite Kongresi ve 1.Balkan Obezite Kongresi. Satellit Sempozyumu Sheraton Hotel-Çeşme. Program ve Özet Kitabı. Türkiye Obezite Araştırma Derneği Yayını 13-16 Nisan 2003.
36. Gedik O. Obezite ve çevresel faktörler. Turkish Journal of Endocrinology and Metabolism Suppl 2: 1-4, 2003.
37. Sermez Y. Obezite İçinde: Özata M, Yöner A. Ed. Endokrinoloji Metabolizma ve Diyabet, s.529-549, İstanbul Medikal Yayıncılık, İstanbul, 2006.
38. Başkal N. Obezite. İçinde: Erdoğan G. Ed. Klinik Endokrinoloji, s. 325-353, Antıp A.Ş, Ankara, 2003.
39. Kebapçı N. Obezite genetiği. Türkiye Klinikleri J Int Med Sci 1(37):9-13, 2005.
40. Semerci NC. Obezite ve genetik. Gülhane Tıp Dergisi 46(4):353 – 359, 2004.

41. Gürel S, İnan G. Çocukluk çağı obezitesi tanı yöntemleri, prevalansı ve etyolojisi. ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi 2(3): 39-46, 2001.
42. Şarbat G, Demirkol M. Obezite, Ed: Ekşi A, Ben Hasta Değilim, s:441-450, Nobel Tıp Kitapevleri, 1999.
43. Sengier A. Multifactorial etiology of obesity: nutritional and central aspects. Rev Med Brux 26: 211-214, 2005.
44. Wangensteen T, Undlien D, Tonstad S, Retterstol L. Genetic causes of obesity. Tidsskr Nor Laegeforen, 125: 3090-3093, 2005.
45. Malczewska-Malec M, Wybranska I, Leszczynska Golabek I, Partyka L, Hartwich J, Jabrocka A, Kiec-Wilk B, Kwasniak M, Motyka M, Dembinska-Kiec A. Analysis of Candidate Genes in Polish Families With Obesity. Clin Chem Lab Med 42(5): 487-493, 2004.
46. Özbey N. Enerji metabolizması ve obezitenin patogenezi. Türkiye Klinikleri J Int Med Sci 1(37): 5-8, 2005.
47. Kabalak T, Yılmaz C, Tüzün M. Endokrinoloji El Kitabı, 2. Baskı, s.691-730, Güven Kitabevi, İzmir, 2001.
48. Baur L.A. Child and adolescent obesity in the 21st century: An Australian perspective. Asia Pac J Clin Nutr 11(3):524-8, 2002.
49. Corsica JA, Hood MM. Eating Disorders In An Obesogenic Environment. Journal Of The American Dietetic Association 111(7):996-1000, 2011.
50. Frank B. Hu, MD, PhD; Tricia Y. Li, MD; Graham A. Colditz, MD, DrPH; Jo L. Freudenheim, PhD; Fuchs C.S, MD; Giovannucci E, MD; R. Goldbohm A, PhD; Graham S PhD; Harnack L, DrPH; Hartman A.M, MS, Jacobs D.R, PhD; Kato I, MD; Krogh V, MD; Leitzmann M.F, MD; McCullough M.L, ScD; Miller A.B, MB, BCh; Pietinen P, ScD; Rohan T.E, MB, BS; Schatzkin A, MD; Willett W.C, MD; Wolk A, DMSc; Zeleniuch-Jacquotte A, MD; Zhang S.M, ScD; Smith-Warner S.A, PhD ve Television watching and other sedentary behaviors in relation to risk of obesity and type 2 diabetes mellitus in women. JAMA, doi: 10.1001/jama.294.22.2849 294(22):2849-2857, 2005.
51. Soyuer F, Ünalın D. Elmalı, F. Normal ağırlıklı ve obez üniversite öğrencilerinde fiziksel aktivite. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi 7(2): 1-11, 2010.
52. Kalkavan A, Özkara AB, Alemdağ C, Çavdar, S. Akademisyenlerin fiziksel aktiviteye katılım düzeyleri ve obezite durumlarının incelenmesi. International Journal of Science Culture and Sport (IntJSCS) 4(3), 329 - 339.9, 2016.

53. Özkan S. Türkiye Fiziksel Aktivite Rehberi: Yaşlılarda fiziksel aktivite. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Obezite, Diyabet ve Metabolik Hastalıklar Daire Başkanlığı, , s.12-13, 3. Basım Ankara, 2013.
54. Tabone MD, Vincelet C. Socioeconomic status and health in children: the experience of Paris Child Health Checkup Center. Arch Pediatr 7: 1274-83, 2000.
55. Hay DI. Socioeconomic status and health status: A study of males in the Canada health survey. Soc Sci Med 27(12):1317-1325, 1988.
56. Gnani R, Spagnoli TD, Galotto C, Pugliese E, Carta A, Cesari L. Socioeconomic status, overweight and obesity in prepubertal children: a study in an area of Northern Italy. Eur J Epidemiol 16:797-803, 2000.
57. Arslan P. (Der.) Çocukluk çağı şişmanlığı. Şişmanlık çeşitli hastalıklarla etkileşimi ve diyet tedavisinde bilimsel uygulamalar. Hizmet İçi Eğitim Semineri, Türkiye Diyetisyenler Derneği Yayını 4, Ankara, 4-5 Haziran 1992.
58. Sürücüoğlu MS. Beslenme ve Sağlığımız. Standart, 38(448), 40-51, 1999.
59. Arslan, P. Enerji hesaplama yöntemleri. Şişmanlık çeşitli hastalıklarla etkileşimi ve diyet tedavisinde bilimsel uygulamalar. Hizmet içi eğitim semineri. Türkiye Diyetisyenler Derneği Yayını 4, Ankara, 4-5 Haziran 1992
60. Çayır A, Atak N, Köse SK. Beslenme ve diyet kliniğine başvuranlarda obezite durumu ve etkili faktörlerin belirlenmesi. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası 64(1):13-19, 2011.
61. Doğan N, Toprak D, Demir S. Afyonkarahisar ilinde obezite prevalansı ve ilgili risk faktörleri türkiye klinikleri J Med Sci 31(1):122-32, 2011.
62. Wadden T. A, Stunkard A.J. Obezite Tedavisi El Kitabı, s.4-193, And Yayıncılık, İstanbul, 2002.
63. Beyaz B, Koç A. Obezitenin Ekonomisi: Güncel Durum, mücadele politikaları ve ekonomik analizler, econ anadolu, Eskişehir, <http://www.econanadolu.org/en/index.php/past-congresses/econ-2009/articles2009/3315>. Erişim Tarihi:17-19 Haziran 2009.
64. Güldiken S. Sekonder obezitenin ayırıcı tanısı. Türkiye Klinikleri J Int Med Sci 1(37):14-17, 2005.
65. Fernstrom MH, Kupfer DJ. Antidepressant-induced weight gain: a comparison study of four medications. Psychiatry Research 26(3):265-271, 1988.
66. UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group. Effect of intensive blood-glucose control with metformin on complications in overweight patients with type 2 diabetes (UKPDS 34). Lancet 352(9131):854-865, 1998.

67. Rosenberg M. Weight change with oral contraceptive use and during the menstrual cycle. Results of daily measurements. *Contraception* 58(6):345-349, 1998.
68. Tataranni PA, Larson DE, Snitker S, Young JB, Flatt JP, Ravussin E. Effects of glucocorticoids on energy metabolism and food intake in humans. *American Journal of Physiology* 271(2):317-325, 1996.
69. Sarandöl A. Nikotin bağımlılığı ve tedavi yaklaşımı. *Akciğer Arşivi* 3(3):129-139, 2002.
70. Albanes D, Jones DY, Micozzi MS, Mattson ME. Associations between smoking and body weight in the US population: Analysis of NHANES II. *Am J Pub Health* 77(4):439, 1987.
71. Hofstetter A, Schutz Y, Jequier E, Wahren J. Increased 24-hour energy expenditure in cigarette smokers. *N Engl J Med* 314(2):79-82, 1986.
72. Esterbauer E, Anders I, Ladurner G, Huemer M, Wranek U. Stress management in heart diseases, obesity, nicotine and alcohol use. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 113(23-24): 947-953, 2001.
73. Ryden, A, Karlsson, J, Sullivan, M, Torgerson, JS, Taft, C. Coping and distress: what happens after intervention? A 2 year follow up from the swedish obese subjects (SOS) study. *Psychosom Med* 65: 435– 442, 2003.
74. Kadioğlu M, Ergün A. Üniversite öğrencilerinin yeme tutumu, öz-etkililik ve etkileyen faktörler. *Journal of Marmara University Institute of Health Sciences* 5(2): 96-104, 2015
75. Toro J, Gomez-Peresmitre G, Sentis J. Eating Disorders And Body Image in Spanish and Mexican Female Adolescents. *Soc Psychiatry Epidemiol* 41(1): 556-565, 2006.
76. Kazkonda, İ. Üniversite öğrencilerinde ortoreksiya nervosa (sağlıklı beslenme takıntısı) belirtilerinin incelenmesi. Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Aile Ekonomisi ve Beslenme Eğitimi Anabilim Dalı, Yüksek lisans tezi, Ankara, 2010.
77. Knutson KL, Van Cauter E. Associations between sleep loss and increased risk of obesity and diabetes. *Annals of the New York Academy of Sciences* 1129: 287-304, 2008.
78. Chaput JP. Sleep patterns, diet quality and energy balance. *Physiology & Behavior* 134: 86- 91, 2014.
79. Doo M, Kim Y. Association between sleep duration and obesity is modified by dietary macronutrients intake in Korean. *Obesity Research & Clinical Practice* 10(4): 424- 431, 2016.

80. Nedeltcheva AV, Kilkus JM, Imperial J. Sleep curtailment is accompanied by increased intake of calories from snacks. *The American Journal of Clinical Nutrition* 89: 126- 33, 2009.
81. Moubarac JC, Cargo M, Receveur O. Psychological distress mediates the association between daytime sleepiness and consumption of sweetened products: cross-sectional findings in a Catholic Middle-Eastern Canadian community. *British Medical Journal* 3(2):1-8, 2013.
82. Lucassen EA, Zhao X, Rother KI. Evening chronotype is associated with changes in eating behavior, more sleep apnea, and increased stress hormones in short sleeping obese individuals. *Public Library of Science One* 8(3): 56519, 2013.
83. He F, Bixler EO, Liao J. Habitual sleep variability, mediated by nutrition intake, is associated with abdominal obesity in adolescents. *Sleep Medicine* 16: 1489–1494, 2015.
84. Patel RS, Hu FB. Short sleep duration and weight gain: a systematic review. *Obesity (Silver Spring)*. 16 (3): 643- 653, 2008
85. Obesity: The Prevention, Identification, Assessment and management of overweight and obesity in adults and children. National Institute for Health and Clinical Excellence: Guidances s.120, 6 year review, London, 2011.
86. Pi-Sunyer X, Becker D. M, Bouchard C, Carleton R. A, G. A, Colditz W. H. Foreyt J. P, R. J. Garrison, Grundy Scott M , Hansen B. C, Higgins M, Hill J. O, Howard B. V, Kuczmarski, R. J, Kumanyika S, Legako R. D, Prewitt T. E, Rocchini A. P, Smith P. L, Snetselaar L. G. Clinical guidelines on the identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults: executive summary. Expert panel on the identification, evaluation, and treatment of overweight in adults. *The American Journal of Clinical Nutrition* 68: 899-917, 1998.
87. Serter R. Obezite Atlası. 1. Baskı, s.43, Karakter Color, Ankara, 2004
88. Mercanlıgil S. Kaybedilen ağırlığın korunması. *Turkish Journal of Endocrinology and Metabolism Suppl* 2: 39-43, 2003.
89. Mercanlıgil S. Yetişkin bireylerde obezite denetiminde beslenme. V. Uluslararası Beslenme ve Diyetetik Kongresi, Kongre Kitabı. S.162-164, Ankara, 2006.
90. Summerbell C.D. Obezitede diyet tedavisi. *Klinik Obezite*, s.381-414, And Yayıncılık, 2000.
91. Macquish A.C, Ford M.J. Dietary management of obesity and related disease. *The treatment of obesity*. MTP Press, p.19-52, England, 2013.

92. Good C. K, Holschuh N, Albertson A.M, Eldridge A.L. Whole grain consumption and body mass index in adult women: an analysis of NHANES 1999-2000 and the USDA pyramid servings database, *Journal of the American College of Nutrition* 27(1):80-872, 2008.
93. Akbulut G. Yetişkin şişman kadınlarda vücut ağırlığı kaybının dinlenme metabolik hızı, vücut bileşimi ve bazı biyokimyasal parametreler üzerine etkisi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara, 2008.
94. Gans K. New tools to rapidly assess/discuss nutrition with patients. *Clin Fam Pract* 4(2):391, 2002.
95. Browser WS, Westerhouse J, Tice JA. What if americans ate less fat? A quantitative estimate of the effect on mortality. *Jama* 265:3285-91, 2008.
96. Kromhout D, Bloemberg B, Seidell JC, Nissinen A, Menotti A. Physical activity and dietary fiber determine population body fat levels: the Seven countries study. *Int J Obes Relat Metab Disord* 25: 301–6, 2001.
97. Caterson ID, Broom J. Pocket picture guide: Obesity. Mosby International, 1st Edition, p.33-48, London, 2001.
98. Kabalak T. Obezitenin diyetle tedavisi. İçinde: Yılmaz C. Ed. Obezite, s.141-168, Nobel Tıp Kitabevleri Ltd Şti, İstanbul, 1995.
99. Anton, Manini TM, Milsom VA, Dubyak P, Cesari M, Cheng J, Daniels, MJ, Marsiske M, Pahor M, Leeuwenburgh C. Effects of a weightloss plus exercise program on physical function in overweight, olderwomen: a Randomized controlled trial. *Clinical Interventions in Aging* 6: 141-149, 2011.
100. Baltacı, G. Obezite ve Egzersiz. Sağlık Bakanlığı Yayınları, s:7-8, Klas Matbaacılık, Ankara, 2008.
101. Kosmadakis GC, John SG, Clapp EL, Viana JL, Smith AC, Bishop NC, Bevington A, Owen PJ, McIntyre CW, Feehally J. Benefits of regular walking exercise in advanced pre-dialysis chronic kidney disease. *Nephrol Dial Transplant* 27: 997–1004, 2012.
102. Lee LL, Watson MC, Mulvaney CA, Tsai CC, Lo SF. The effect of walking intervention on blood pressure control: A Systematic Review. *International Journal of Nursing Studies* 47: 1545–1561, 2010.
103. Tudor-Locke C, Craig CL, Aoyagi Y, Bell RC. Croteau KA. Bourdeaudhuij I, Ewald B, Gardner AW, Hatano Y, Lutes LD, Matsudo SM, Ramirez-Marrero F A, Rogers LQ, Rowe D.A, Schmidt MD, Tully MA, Blair SN. How many steps/day are enough? for older adults and special populations. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* 8: 80, 2011.

104. Serdula K, Mary L.K, Khan L.K. ve Dietz W.H. Weight loss counseling revisited. JAMA 289(14), s.1747-1750, 2003.
105. Baltacı G. Obezite tedavisinde egzersizin yeri, 1.Ulusal Adölesan Sağlığı Kongresi Kitabı.1.Basım, s.131-133, Ankara, 2006.
106. Kokino S, Özdemir F, Zateri C. Obezite ve fiziksel tıp yöntemleri. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 23(1):47-54, 2006.
107. Kempen KPG, Saris WHM, Westerterp KR. Energy balance during an 8-wk energy- restricted diet with and without exercise in obese women. Am J Clin Nutr 62(4):722-9, 1995.
108. Orzano AJ, Scott JG. Diagnosis and treatment of obesity in adults: an applied evidence-based review. J Am Board Fam Pract 17: s.359-69, 2004.
109. Haskell W. L, Lee, I-M, Pate, R. R, Powell K. E, Blair S. N, Franklin B. A, Macera A.C, Heath W.G, Thompson P.D, Bauman, A. Physical activity and public health: Updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. Circulation, 116(9), s.1081-1093, 2007.
110. Dunitz M. Obezite ve İlişkili Hastalıkların Tedavisi. 1. Baskı, AND Danışmanlık Eğitim Yayıncılık ve Organizasyon Ltd. Şti, İstanbul, 2001.
111. Bray G. A, Davies P. S. W, Despres J.P. Klinik Obezite.1. Baskı, Blackwell Scianse Limited, Oxford, 1998.
112. Akbulut G, Özmen M, Besler T. Çağın hastalığı obezite. Bilim ve Teknik Dergisi, Yeni Ufuklar Eki s. 1-15, Mart 2007.
113. National Institutes of Health [NIH] & National Heart, Lung, and Blood Institute [NHLBI] Obesity Education Initiative. Clinical guidelines on the identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults retrieved from http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/obesity/ob_gdlns.pdf,1998. Erişim Tarihi: Mayıs, 2016
114. Saris WHM, Blair S.N, Van Baak M.A, Eaton SB, Davies PS, Di Pietro L, Fogelholm M, Rissanen A, Schoeller D, Swinburn B, Tremblay A, Westerterp KR, Wyatt H.How much physical activity is enough to prevent unhealthy weight gain? Outcome of the IASO 1st Stock Conference and consensus statement. The International association for the study of obesity. Obesity Reviews 4(2):101-14, 2003.
115. Garibağaoğlu M, İşsever H, Alphan E, Sabuncu HH. Obesitenin Tedavisinde Düşük Kalorili Diyet ve Davranış Değişikliği Programının Birlikte Uygulanması. Klinik Gelişim 8: 3897, 1995.

116. Baysal A, Aksoy M, Bozkurt N, Merdol Kutluay T, Pekcan G, Keçecioglu S, Besler HT, Mercanlıgil S. Beslenme Eğitimi, Diyet El Kitabı. S.225-253, Hatipoğlu Baskı, Ankara, 2002.
117. Teixeira PJ, Silva MN, Coutinho SR, Palmeira AL, Mata J, Vieira PN, Carraça E.V, Santos T.C, Sardinha L.B. Mediators of weight loss and weight loss maintenance in middle-aged women. 18(4):725-735, 2010.
118. Foreyt JP, Goodrick GK. Evidence for success of behavior modification in weight loss and control. Ann Intern Med 119: 698, 1993.
119. Akgün B. Beden ağırlığı yönetiminde davranış modifikasyonu. Yetişkinlerde ağırlık yönetimi, Türkiye Diyetisyenler Derneği Yayını, Ekspres Baskı, s.158-170, A.Ş, Ankara, 2008.
120. Wadden T. A, Osei S. Ed. Uz. Dr. Arif Nihat Dursun Obezite Tedavisi. Obezite Tedavi El Kitabı, p.229-248, İstanbul, 2003.
121. Hubbard VS, Hall WH. Gastrointestinal surgery for severe obesity: National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement. Am J Clin Nutr 1(3):257-265, 1991.
122. Arslan P, Dağ A, Türkmen EG. Her yönüyle obezite; önleme ve tedavi yöntemleri. Türkiye Diyetisyenler Derneği Yayını s.169-174, İstanbul, 2012.
123. Choban PS, Jackson B, Poplawski S, Bistolarides P. Bariatric surgery for morbid obesity: why, who, when, how, where, and then what? Cleve Clin J Med. 69(11):897-903, 2002.
124. Fried M, Hainer V, Basdevant A, Buchwald H, Deitel M, Finer N, Greve JW, Horber F, Mathus - Vliegen E, Scopinaro N, Steffen R, Tsigos C, Weiner R, Widhalm K. Bariatric scientific collaborative group expert panel. interdisciplinary european guidelines for surgery for severe (morbid) obesity. Obes Surg 17(2): 260-270, 2007.
125. Tüfekçi Alphan ME. Hastalıklarda Beslenme Tedavisi. 1.baskı, s.277-304, Hatipoğlu Matbaacılık, İstanbul, 2013.
126. Mechanick JI, Youdim A, Jones DB, Garvey WT, Hurley DL, McMahon MM, Heinberg LJ, Kushner R, Adams TD, Shikora S, Dixon J. B, Brethauer S. AACE/TOS/ASMBS guidelines clinical practice guidelines for the perioperative nutritional, metabolic, and nonsurgical support of the bariatric surgery patient. Surg Obes Relat Dis 21(1): 159–91, 2013.
127. Knowler WC, Barret-Connor E, Fowler SE. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. N Engl J Med 346(6):393-403, 2006.

128. Douketis JD, Macie C, Thabane L, Williamson DF. Systematic review of long-term weight loss studies in obese adults: clinical significance and applicability to clinical practice. *Int J Obes (Lond)* 29:1153-1167, 2005.
129. Domingo MAB. Attitude-behavior relationship: A comparative analysis using the health belief model and the theory of reasoned action. Master of arts, Faculty of The University of Delaware, USA, 1989
130. Rohleder P. Critical issues in clinical and health psychology. S.55-60, SAGE Publications Ltd, London, 2012.
131. Grubbs L. M, Tabano M. Use of sunscreen in health care professionals: The health belief model. *Cancer Nursing* 23(3): 164-167, 2000.
132. Taylor, C, Lillis C, Lemane P, Lynn P. Fundamentals of nursing The art and science of nursing care, J.B. Lippincott Company, p.150-155, Third Edition, New York, 1997.
133. Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice. San Francisco. Published by Jossey-Bass, Fourth Edition, 2008.
134. Dedeli Ö, Fadiloğlu C. Development and evaluation of The health belief model scale in obesity. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 10(5): 533-542, 2011.
135. Janz N. K, Becker MH. The health belief model: a decade later. *Health Education Quarterly* 11(1):1-47, 1984.
136. Hayden J. Health belief model. Introduction to health behavior theory. Canada. Jones and Barlett Publishers, 2013.
137. Clemen-Stone S, Mcguire S. L, Eigsti D.G. Comprehensive health nursing family aggregate and community practice. Published by Mosby, p.386-387, Sixth edition. 2002.
138. Pender N.J, Pender A.R. Health promotion in nursing practice, s.37-53, Second edition, 1987.
139. Baltaş Z. Sağlık Psikolojisi, 2. Baskı, s.37-39, Remzi Kitabevi, İstanbul, 2000.
140. Tabak R.S. Sağlık Eğitimi. 2. Baskı,s.11-12, s.39-40, Özkan Matbaacılık ,Ankara, 2000.
141. Rees G, Fry A, Cull A, Sutton S. Illness perceptions and distress in women at increased risk of breast cancer. *Psychology and health*. 19(6): 749-765, 2004.

142. Brain K, Norman P, Gray J, Mansel R. Anxiety and adherence to breast self-examination in women with a family history of breast cancer. *Psychosomatic Medicine* 61(2): 181-187, 1999.
143. Nahcivan N, Seçginli S. Meme kanserinde erken tanıya yönelik tutum ve davranışlar: Bir rehber olarak sağlık inanç modelinin kullanımı, *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 7(1):33- 38, 2003.
144. Finfgeld DL, Wongvatunya S, Conn VS, Grando VT, Russell CL. Health belief model and reversal theory: a comparative analysis. *Journal of Advanced Nursing* 43(3), 288-297, 2003.
145. Redding CA, Rossi JS, Rossi SR, Velicer WF, Prochaska JO. Health behavior models. *The International Electronic Journal of Health Education* 3, p.180-193, 2000.
146. Petro-Nustas W, Mikhail BI. Factors associated with breast self-examination among Jordanian Women. *Public Health Nursing* 19(4): 263-271, 2002.
147. Spector RE. Health belief model. *Cultural diversity in health & illness*. Prentice Hall New Jersey, p.12-16, U.K. Fifth Edition, 2000.
148. Health Belief Model <http://www.etr.org/recapp/theories/hbm/HowtoUse.htm>. 2002. Erişim Tarihi: Haziran, 2017.
149. Juon H, Seung-Lee C, Klassen AC. Predictors of regular pap smear among Korean-American women. *Preventive Medicine* 37, s.585-592, 2003
150. Rao R.S.P, Nair S, Nair N.S, Kamath V.G. Acceptability and effectiveness of a breast health awareness of a breast health awareness programme for rural women in India. *Indian Journal Medicine Science* 59(9): 398-402, 2005.
151. Seif N.Y, Azız M.A. Effect of breast self-examination training program on knowledge, attitude and practice of a group of working women. *Journal of the Egyptian National Cancer Institute* 12(2): 105-110, 2000.
152. Rosenstock IM Historical origins of the health belief model. *Health Education Monographs* 2: 328-35, 1974.
153. Pekcan, G. Beslenme Durumunun Saptanması. *Diyet El Kitabı*. Hatiboğlu Yayınevi, 6.basım, Ankara, 2011.
154. WHO Global Database on Body Mass Index. http://www.apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html. Erişim Tarihi: 24 Kasım 2010.
155. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2010, Beslenme Durumu ve Alışkanlıklarının

Değerlendirilmesi Sonuç Raporu. Hacettepe Üniversitesi Sağlık bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü. Sağlık Bakanlığı, Yayın No:931, Ankara, 2014.

156. Arslan P. çalışan yetişkin kadınların enerji gereksinmelerinin değerlendirilmesi üzerine bir araştırma. H.Ü. Sağlık Teknolojisi Yüksek Okulu, Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Doçentlik Tezi, Ankara, 1982.
157. Rakıcıoğlu N, Tek Acar N, Ayaz A, Pekcan G. photograph catalog of food and dishes: portion sizes and amounts. Ata Ofset Pub, 2.basım, Ankara, 2009.
158. Merdol Kutluay T. Toplu beslenme yapılan kurumlar için standart yemek tarifeleri: Hatipoğlu Yayınevi, 3.basım, Ankara, 2003.
159. Pekcan G, Şanlıer N, Baş M. Türkiye'ye özgü beslenme rehberi. Hacettepe Üniversitesi ve Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2007
160. Hacıoğlu N. Hemşirelikte öğretim öğrenme ve eğitim. Nobel Tıp Kitapevi, 2013.
161. Hatemi H, Turan N, Arık N, Yumuk V. Türkiye obezite ve hipertansiyon çalışması (TOHTA). Endokrinolojide Yönelişler Dergisi 11: 1-16, 2002.
162. Nyaruhucha CN, Achen JH, Msuya JM, Syaho NB, Kulwa KB. Prevalance and awareness of obesity among people of different age groups in educational institutions in Morogoro, Tanzania. East Afr Med J 80(2):68-72, 2003.
163. Aykut M, Öztürk Y, Özer A, Aslan A. erişkin kadınlarda şişmanlık durumu ve şişmanlığı etkileyen faktörler. 8.Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı, s.744-47, Diyarbakır, 2002.
164. Yetkin F. Konya il merkezinde özel hastanelere başvuran 18-60 yaş grubu kadınların obezite prevalansı ve bunu etkileyen etmenler üzerine bir araştırma. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Konya, 2008
165. Taze M, Akkoyunlu Y. Üniversite çalışanlarında cinsiyet, yaş, medeni durum ve eğitim düzeyi bakımından obeziteyi etkileyen faktörler. Selçuk Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Bilim Dergisi 12(3):214-218, 2010.
166. Regidor E, Gutierrez-Fisac JL, Banegas JR, Lopez-Garcia E, Rodriguez-Artalejo F. Obesity and socioeconomic position measured at three stages of the life course in the elderly. Eur J Clin Nutr Suppl Mar 58(3): 488-494, 2004.
167. Maskarinec G, Takata Y, Pagano I, Carlin L, Goodman M, Marchand L, Nomura A. trends and dietary determinants of overweight and obesity in a multiethnic population. Obesity 14: 717-26, 2006.
168. Fouad MF, Rastam S, Ward KD, Maziak W. Prevalence of obesity and its associated factors in Aleppo, Syria. Prev Control. 2: 85-94, 2006.

169. Alvarez AG, Majem LS, Barba LR, Castell C, Faz M, Uauy R.. Obesity and overweight trends in Catalonia, Spain. Gender and socio-economic determinants. *Public Health Nutr* 10: 1368-78, 2007.
170. Türkiye 2003 Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Devlet Planlama Teşkilatı ve Avrupa Birliği, s.7-9, Ankara, 2004.
171. Aksakal FN, Özdemirkan T, Özkan S, Tunca MZ, Aycan S. Ankara İl Merkezi'nde bazı aile sağlığı merkezlerine başvuranlarda obezite algısı ve sıklığı. 17.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı, 2014.
172. Satman Y, Yılmaz Y, Şengül A, Salman S. Population-based study of diabetes and risk characteristics in Turkey. *Diabetes Care* 25(9):1551-1556, 2002.
173. Taheria S, Thomas GN. Is sleep duration associated with obesity—Where do you stand? *Sleep Medicine* 12, p.299– 302, 2008.
174. Patel RS, Ayas NT, Malhotra M.R, White DP, Schernhammer ES, Speizer FE Stampfer MJ, Hu FB. A Prospective study of sleep duration and mortality risk in women. *Sleep* 27(3):440-4, 2004.
175. Altın M. Erciyes üniversitesi araştırma görevlilerinde uyku sorunları ve uyku kalitesinin değerlendirilmesi. Yayınlanmamış Tez, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Kayseri, Türkiye, 2011.
176. Rosen JC, Orosan P, Reiter J. Cognitive behaviour therapy for negative body image in obese women. *Behaviour Therapy* 26(1):25-42, 1995.
177. Okyay P, Uçku R. İzmir'de kentsel bir bölgedeki doğurgan çağdaki kadınlarda şişmanlık prevalansı ve risk faktörleri. *ADÜ Tıp Fak. Dergisi* 3(3):5-12, 2002.
178. Vançelik S. Erzurum ili pasinler eğitim araştırma sağlık grup başkanlığı bölgesinde 20 yaş ve üzeri kadınlarda obezite prevalansı ve bazı değişkenlerle ilişkisi. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Erzurum, 1999.
179. King DS, Wofford MR. Obesity and hypertension. *Drug Topics* 3: 59-67, 2000.
180. Kuczmarski RJ, Carrol MD, Flegal KM, Troiano RP. Varying body mass index cutoff points to describe overweight prevalence among U.S. adults: NHANES III (1988 to 1994). *Obes Res* 5: 542- 48, 1997.
181. Gillum RF, Sempos CT. Ethnic variation in validity of classification of overweight and obesity using self-reported weight and height in American women and men: the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *Nutritional Journal* 6: 27, 2005.

182. Soydan İ, Hipertansiyon ile ilgili TEKHARF çalışması verileri ve yorumu. In: Onat A (ed). Türk erişkinlerde kalp sağlığı (TEKHARF). Argos iletişim, İstanbul, 2003.
183. Altun B, Arıcı M, Nergizoğlu G, Derici Ü, Karatan O, Turgan Ç, Sindel Ş, Erbay B, Hasanoğlu E, Çağlar Ş. Turkish society of hypertension and renal diseases, prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Turkey (the PatenT study) in 2003. J Hypertens 23: 1817-1823, 2005.
184. METSAR araştırmacıları (Kozan O, Oğuz A, Erol Ç, Şenocak M, Öngen Z, Abacı A, Temizhan A, Çelik Ş) Türk erişkinlerde metabolik sendrom prevalansı. TKD XX. Ulusal kongresi, Antalya, 2004.
185. Çöl M, Özyurda F. Sağlık ocağı bölgesinde 40 yaş üzeri nüfusta hipertansiyon prevalansı. Ankara Tıp Mecmuası 45: 247-262, 1992.
186. Ford ES, Williamson DF, Liu S. Weight change and diabetes incidence: findings from a national cohort of US adults. Am J Epidemiol 146:214-22, 1997.
187. Marzullo P, Minocci A, Tagliaferri MA, Guzzaloni G, Di Blasio A, De Medici C. Investigations of thyroid hormones and antibodies in obesity: leptin levels are associated with thyroid autoimmunity independent of bioanthropometric, hormonal, and weight-related determinants. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism 95: 3965-72, 2010.
188. Jee-Young Oh, Yeon-Ah Sung, Hye Jin Lee. Elevated thyroid stimulating hormone levels are associated with metabolic syndrome in euthyroid young women. Korean J Intern Med 28: 180-6, 2013.
189. Akbaş F, Atmaca H, Karadaş E, Yıldız İ. İlker nihat okten hastanemizde ilk kez kurulan bir birim olarak istanbul eğitim ve araştırma hastanesi obezite polikliniği ve 2 yılın sonundaki verilerimizin değerlendirilmesi. İstanbul Med J 14: 253-6, 2013.
190. Tolstrup JS, Heitmann BL, Tjonneland AM, Overvad OK, Sorensen TI, Gronbaek MN. The relation between drinking pattern and body mass index and waist and hip circumference. Int J Obes Relat Metab Disord 11(Epub ahead of print), 2005.
191. Onat A, Hergenç G, Yazıcı M. ve ark. Alkol içiminin prospektif incelemede risk değişkenleri, metabolik sendrom ve koroner risk üzerine etkileri. Türk Kardiyol Dern Arş 31(8): 417-425, 2003.
192. Aktener AY, Dülger Hİ, Erkayhan GE, Görmeli G, Kafadar FS, Yıldız M, Keskinoglu P, Soyer A. Yarı kırsal bir bölgede 20-64 yaş üreme çağı ve menopoz sonrası kadınlarda şişmanlık sıklığı. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İnciraltı, İzmir Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 23(3):119-126, 2006.

193. Zablotsky D, Mack KA. Changes in obesity prevalence among women aged 50 years and older. Results from the behavioral risk factor surveillance system, 1990-2000. *Research on Aging* 26(1):13-30, 2004.
194. Grunberg NE. The effects of nicotine and cigarette smoking on food consumption and taste preferences. *Addictive Behaviors* 7(4): 317-331, 1982.
195. Turacı Çelik G, Ozan AT, Açık Y. Yenimahalle Eğitim Araştırma Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşayan 40 yaş üzeri erişkinlerde obezite risk faktörleri ve prevalansı. 8. Halk Sağlığı Günleri Bildiri Özet Kitabı, s:70, Sivas, 2003.
196. Hill JO, Wyatt HR, Melanson EL. Genetic and enviromental contributions to obesity. *Med Clin North Am* 84: 333-46, 2000.
197. Dickey RA, Bray GA. Obesity. In: *Manual of Endocrinology and Metabolism*. Third edition. 510-9, Philadelphia: Lippincott Williams& Wilkins, 2002.
198. Koruk İ, Şahin KT. Konya Fazilet Uluşık Sağlık Ocağı bölgesinde 15-49 yaş grubu ev kadınlarında obezite prevalansı ve risk faktörleri. *Genel Tıp Dergisi* 15(4):147-155, 2005.
199. Kopelman PG, Finer N, Fox KR, Hill A, Mac-Donald I.A. ASO Concensus statement on obesity. *Int J Obesity* 18 (4):189-191, 1994.
200. Marti A, Moreno-Aliaga MJ, Hebebrand J, Martínez JA. Genes, lifestyles and obesity. *International Journal of Obes Relat Metab Disord* 28(3):29-36, 2004.
201. Yurttagül M. Hafif şişman ve şişman kadınların beslenme alışkanlıkları ve zayıflamaya ilişkin tutum ve davranışları. *Beslenme Diyet Dergisi* 24: 59-73, 1995.
202. Nedercoorn C, Jansen E, Mulken S, Jansen A. Impulsivity predicts treatment outcome in obese children. *Behav Res Ther* 45: 1071-1075, 2007.
203. Hill JO, Wyatt H. Outpatient management of obesity: Aprimary care perspective. *Obes Res* 10 (2):124-130, 2002.
204. Bowerman S, Bellman M, Saltsman P. Implementation of a primary care physician network obesity management program. *Obes Res* 9 (4):321-325, 2001.
205. Tezcan B. Obez bireylerde benlik saygısı, beden algısı ve travmatik geçmiş yaşantılar. Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2009.
206. Aktaş N, Çekal N. İş verimliliğinin artırılmasında beslenmenin rolü, II. Ulusal İş Sağlığı ve İşyeri Hemşireliği Sempozyumu, s.119-123, 2001.

207. Özkaya K, Polat O, Kalıncara V, Çakanel H. Mobilya montaj hattında çalışan bireylerde bedensel zorlanma ve eylemsel duruş ilişkisi. *Mühendislik Bilimleri ve Tasarım Dergisi* 6(1) 271 – 278, 2017.
208. Wadden T.A, Stunkard A.J. *Obezite Tedavi El Kitabı*. And Yayıncılık, 1(1), s.4, İstanbul, 2003.
209. Yücel N. Kilolu ve obez kadınlarda obezite ve benlik saygısı ilişkisinin değerlendirilmesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2008.
210. Daniel M, Messer LC. Perceptions of disease severity and barriers to self-care predict glyceimic control in Aboriginal persons with type 2 diabetes mellitus. *Chronic Diseases and Injuries in Canada* 23(4):130-8, 2002.
211. James DC, Poobee JW, Oxidine D, Brown L, Joshi G. Using the health belief model to develop culturally appropriate weight-management materials for African-American women. *Beslenme Diyetetik Akademi Dergisi* 112(5):664-670, 2012.
212. Vietri V, Poskitt S, Slainka SC. Enhancing Breast Cancer Screening in the University Setting. *Cancer Nursing* 20(5): 323-329, 1997.
213. Holm CJ, Deborah IF, Curtin J. Health beliefs, health locus of control and women's mammography behavior. *Cancer Nursing* 22(2): 149-156, 1999.
214. Richardson MA, Simons-Morton B, Annegers JF. Effect of perceived barriers on compliance with antihypertensive medication. *Health Educ Behav* 20(4):489-503, 1993.
215. Polly RK. Diabetes health beliefs, self-care behaviors, and glyceimic control among older adults with non-insulin-dependent diabetes mellitus. *The Diabetes Educator* 18(4):321-7, 1992.
216. Wilson W, Ary D, Biglan A, Glasgow R, Toobert D, Campbell D. Psychosocial predictors of self-care behaviors (compliance) and glyceimic control in non-insulin-dependent diabetes mellitus. *Diabetes Care* 9(6):614-22, 1986.
217. Dickerson VM. Focus on primary care: Evaluation, management, and treatment of obesity in women. *Obstet Gynecol Surv* 56(10):650-63, 2001.
218. Özdoğan O, Kayıkçioğlu M. *Amerikan Diyet Kılavuzu Önerileri*. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, 43(8):667-672, İzmir, 2015.
219. Eker E, Melih Ş. Birinci basamakta obeziteye yaklaşım. *STED* 11: 246-249, 2002

220. Miller WR, Rollnick S. Motivasyonel Görüşme: Tıbbi ve halk sağlığı ortamlarında motivasyonel görüşme. Çeviren: Karadağ F, Ögel K, Tezcan AE. Hekimler yayın birliği, s.268-88, Ankara, 2009.
221. Uysal H, Enç N. Kronik kalp yetmezliği olan hastaların uyumu için motivasyonel görüşme. Türk Kardiyoloji Derneği Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi s.33-38, 2012.
222. Alıcı M, Pınar R. Obez hastalara verilen eğitimin etkinliğinin değerlendirilmesi. Turkish Journal of Research & Development in Nursing 10, 2008.
223. Kim J, Park SK, Lim YJ. Analysis of the factors affecting the success of weight reduction programs. Yonsei Med J 48(1):24-29, 2007.
224. Romano V, Scott I. Using health belief model to reduce obesity amongst African American and Hispanic populations. Procedia-Social and Behavioral Sciences 159: 707-711, 2014.
225. Baji Z, Baesi A, Shakerinejad G, Tehrani M, Hajinajaf S, Jarvandi F. The effect of education based on health belief model on eating behaviors and weight control on female high school students in ahwaz. Iranian Journal of Health Education and Health Promotion 6: (0-0), 2018.
226. Rabiei L, Masoudi R, Lotfizadeh Dehkordi M. Evaluation of the effectiveness of nutritional education based on health belief model on self-esteem and BMI of overweight and at risk of overweight adolescent girls. International Journal of Pediatrics 5: 5419-5430, 2017.
227. Açikel ME. Obez kadınlarda davranışsal tedavinin beslenme davranışına etkisi. İzmir Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2011.
228. Johnson CA, Corrigan SA, Dubbert PM, Gramling SE. Perceived barriers to exercise and weight control practices in community women. Women Health 16(3-4):177-91, 1990.
229. Sharifirad G, Entezari M, Kamran A, Azadbakht L. The effectiveness of nutritional education on the knowledge of diabetic patients using the health belief model. Journal of Research in Medical Sciences 14(1):1-6, 2009.
230. Vijan S, Stuart N, Fitzgerald J, Ronis D, Hayward R, Slater S, et al. Barriers to following dietary recommendations in Type 2 diabetes. Diabet Med 22(1):32-8, 2005.
231. Doris A. Abood, EdD, CHES; David R. Black PhD, HSPP, CHES, MPH, CPPE, FASHA, FSBM, FAAHB, Diane Feral MS, RD. Nutrition education worksite intervention for university staff: application of the health belief model. Journal of Nutrition Education and Behaviour 35(5):260-267, 2003.

232. Iran J. A, Rahman H.A, Motalebi S.A. Health Blief Model-based intervention to improve nutritional behavior among elderly women. *Nutr Res Pract* 10(3): 352–358, 2016.
233. Malverdy Z, Kazemi A. Health beliefs and stages of changes to improve behaviors among obese and overweight women undergoing preconception care *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research* 21(6):595-600, 2016



8. EKLER

Ek 1: Hasta Bilgi Formu

KATILIMCI BİLGİ FORMU:

1-SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER:

- 1.1-Hastanın cinsiyeti:
- 1.2- Hastanın Yaşı:
- 1.3-- Hastanın medeni Durumu:
- 1.4-Hastanın mesleği
- 1.5- Hastanın eğitim durumu

2-HASTAYA AİT GENEL BİLGİLER:

- 2.1-Haftada kaç kez egzersiz-spor yapıyor?
- 2.2-Herhangi bir kronik hastalık var mı?
- 2.3-Düzenli kullandığı bir ilaç var mı?
- 2.4-Alkollü içecek kullanıyor mu?
- 2.5-Sigara kullanıyor mu?
- 2.6-Ailesinde fazla kilo sorunu olan var mı?
- 2.7-Hastanın daha önce kilo vermek için bir girişimi olmuş mu?
- 2.8-Hasta uyku sorunu yaşıyor mu?
- 2.8.1Yatınca uykuya dalmam 20 dk'dan uzun sürüyor
- 2.8.2Uyanmak istediğim saatten daha erken uyanıyorum
- 2.8.2Gece sık sık uyanırım
- 2.9.Uykunuzu alamış şekilde yorgun ya da dinlenmeden kalktığınız olur mu?
- 2.10-kilolu olma eş-iş ilişkilerine olumsuz etkileri ne sıklıkta oluyor?

3-ANTROPOMETRİK VERİLER:

- 3.1- kilo(kg):
- 3.2-Boy:
- 3.3-Bel çevresi(cm):
- 3.4-BKI:

Ek 2: Beslenme Alışkanlığı ile İlgili Bilgiler Formu

BESLENME ALIŞKANLIĞI İLE İLGİLİ BİLGİLER FORMU

1. Genellikle günde kaç kez/öğün yemek yersiniz? ()

Hangi öğünler olduğunu işaretleyiniz

1. Sabah Kahvaltısı () 4. Öğlen – Akşam arası ()
2. Sabah- Öğlen arası () 5. Akşam yemeği ()
3. Öğlen yemeği () 6. Akşam yemeğinden sonra ()

2- Öğün atlıyorsanız genellikle hangisini atlarsınız?

1. Atlamam () 4. Sabah-Öğlen ()
2. Sabah kahv. () 5. Akşam yemeği ()
3. Öğlen yemeği () 6. Diğer ()

3- Neden öğün atlarsınız? (Bu soru 2. soruda “atlamam” diyenlere sorulmayacak).

1. Zayıflamak için ()
2. Canım istemediği için ()
3. Unuttuğum/ Fırsat bulamadığım için ()
4. Gereksiz (atlamayanlar) ()
5. Diğer (belirtiniz).....

4- Üzüntülü/ yorgun olduğunuzda

1. Hiç yemek yemem ()
2. Her zamankinden az yerim ()
3. Her zamankinden çok ve sık yerim ()
4. Bir değişiklik olmaz ()
5. Diğer (belirtiniz).....

5- Sevinçli ve heyecanlı olduğunuzda

1. Hiç yemek yemem ()
2. Her zamankinden az yerim ()
3. Her zamankinden çok ve sık yerim ()
4. Bir değişiklik olmaz ()
5. Diğer (belirtiniz).....

6- Öğün araları genellikle neler yersiniz? Aşırı miktarda Normal

1. Yemem
2. Çay-kahve Şekersiz
3. Çay-kahve şekerli
4. Bisküvi,simit v.b.
5. Kuruyemiş
6. Kolalı içecekler
7. Meyve
8. Meyve suları
9. Şeker, çikolata v.b.
10. Kek, pasta, börek
11. Dondurma
12. Diğer (belirtiniz)

7- Çalışma günlerinde GENELLİKLE sabah kahvaltısını NEREDE, ne yiyerek Yaparsınız? (Çoğunlukla tükettiğinizi işaretleyiniz)

1-Ev () 2-İşyeri () 3-Yemem ()

ÇAY	SÜT	PEYNİR	YUMURTA	Simit,Ekmek	Yağ	Zeytin	Bal,şeker, pekmez	Meyve, meyvesuyu	Tost	Sandviç

8- Çalışma günlerinde GENELLİKLE öğle yemeklerini NEREDE; ne yersiniz? (Çoğunlukla tükettiğinizi işaretleyiniz)

1- Ev () 2- İşyeri () 3- Lokanta () 4- Yemem ()

Çorba, pilav, makarna	Etsiz sebze	Etlı sebze	Et	Salata	Kurubaklagı	Ekmek	Hamur, tatlı	Sütlü tatlı	Süt, yoğurt	Meyve	Tost, sandviç	Diğer

9- Çalışma günlerinde GENELLİKLE akşam yemeklerini NEREDE, ne yersiniz?(Çoğunlukla tükettiğinizi işaretleyiniz)

1- Ev () 2- İşyeri () 3- Lokanta () 4- Yemem ()

Çorba, pilav, makarna	Etsiz sebze	Etlı sebze	Et	Salata	Kurubaklagil	Ekmek	Hamur, tatlı	Sütlü tatlı	Süt, yoğurt	Meyve	Tost, sandviç	Diğer

Ek 3: Besin Grupları Formu:

BESİN GRUPLARI FORMU

1. Grup: Et, yumurta,
Kurubaklagil
2. Grup: Süt ve ürünleri
Süt, yoğurt, peynir,
Çökelek
3. Grup: Sebze ve Meyve
4. Grup: Tahıllar
Ekmek, bisküvi,
Pirinç, bulgur,
Makarna
5. Grup: Yağlar ve Şekerler
Kati- sıvı yağ
Şeker, bal, pekmez
Reçel

Not: Dengeli dengesiz değerlendirmesi sadece gruplandırmaya göre yapıldığından miktarları verilmemiştir.

Ek 4: Beslenme Alışkanlığı Puanlama Tablosu

BESLENME ALIŞKANLIĞI İLE İLGİLİ BİLGİLER FORMU PUANLAMA TABLOSU

Soru 1-	1 kez 0 2 " 1 3 " 4 4 " 4 5 " 3 6 " 3 6+ 1	
Soru 2-	Atlamam 6 Sabah kahv. 2 Öğle yem. 3 Akşam yem. 3 Sabah-Öğle 0 Diğer (Duruma göre 0-2-3-)	
Soru 3-	Zayıflamak için 2 Canım istemediği için 0 Unuttuğum/ Fırsat bulamadığım için 0 Gereksiz (atlamayanlar) 4 Diğer (belirtiniz) (Duruma göre 0-2) Soru 4,5 Hiç yemek yemem 0 Her zamankinden az yerim 2 Her zamankinden çok ve sık yerim 2 Bir değişiklik olmaz 9	
Soru 4,5	Hiç yemek yemem 0 Her zamankinden az yerim 2 Her zamankinden çok ve sık yerim 2 Bir değişiklik olmaz 9	
Soru 6-	Normal işaret sayısı 12- (-----.) + Aşırı işaret sayısı X 3 4	
Soru 7,8,9-	Dengeli 6 Dengesiz 2 Yemem 0	
Beslenme alışkanlığında en yüksek puan 52'dir. 35'den az puan 35-48 arası puan 48'den fazla puan değerlendirilmiştir.		Kötü Orta İyi beslenme alışkanlığı olarak

Ek 5: Beslenme Alışkanlığı Puanlama Tablosu Açıklaması

BESLENME ALIŞKANLIĞI PUANLAMA TABLOSU AÇIKLAMASI

Beslenme alışkanlığı puanlama değerlendirmeleri, en az (0) ile en çok (12) puan arasında yapılmıştır. Soruların puan ağırlıkları,

Soru 1- Günlük öğün sayısı ile ilgilidir. Bu soru için tam puan (4)'dür. Günde üç öğünden az yemek yeme sağlık için sakıncalı olacağından; günde bir öğün yemek yiyenlere (0) puan, iki öğün yiyenlere (1) puan verilmiştir. Günde üç-dört öğünden fazla yemenin de enerji alımını artırabileceği düşüncesi ile günde beş-altı kez yiyenlere (3) puan, altı öğünden fazla yiyenlere de (1) puan verilmiştir. Günde üçdört öğün sayısı ise (4) puanla değerlendirilmiştir.

Soru 2- Hangi öğünü atladığı ile ilgilidir. Bu soru için tam puan (6)'dır. Bir gün önce akşam yemeğinden ertesi gün öğlen yemeğine kadar aç durmanın bireyin sağlığına zararlı etkisi göz önünde bulundurulduğundan sabah kahvaltısını atlayanlara (2) puan, sadece öğle ve akşam öğününü atlayanlara (3) puan, günde iki öğün atlayanlara (0) puan, hiç öğün atlamayanlara (6) puan verilmiştir

Soru 3- Öğün atlama nedenleri ile ilgilidir. Bu soru için tam puan (4) dür. Yemek yemeyi unutmak veya canı istemediği için öğün atlama bireyin kendi sağlığını bilinçsiz olarak bozduğundan (0) puan, bir gerekçe ile öğün atlıyorsa (2) puan verilmiştir. Öğün atlamayanlara hiç puan verilmediğinde genel puanlamaları düşeceğinden, öğün atlamayanlar (4) puanla değerlendirilmiştir

Soru 4,5- Psikolojik durumun yemek yemeyi etkilemesi ile ilgilidir. Bu sorular için tam puan (9) dur. Üzüntü, yorgunluk sevinç ve heyecanlı durumda birey hiç yemek yemiyorsa (0) puan, her zamankinden az veya çok yiyorsa (2) puan, bir değişiklik olmuyorsa (9) puan verilmiştir.

Soru 6- Öğün arası besin tüketim durumu ile ilgilidir. Bu soru için tam puan (12)'dir. Öğün arası besin tüketmeyen (şekersiz çay-kahve dışında) ve günde üç öğün yiyecek tüketenlere (12) puan verilmiştir. Aşırı veya normal düzeyde besin tüketimi için ise tablodaki formül kullanılmıştır.

Soru 7,8,9- Öğünlerde besin gruplarına göre yiyecek tüketim durumu ile ilgilidir. Bu soru için tam puan (6)'dır. Sabah kahvaltısı: sadece çay, zeytin, ekme, yağ, reçelden oluşmuşsa, dengesiz diye değerlendirilmiş ve (2) puan verilmiştir. Bu yiyeceklerin arasına proteinli bir yiyecek (peynir veya yumurta) girdiğinde beslenme şekli dengeli olarak değerlendirilmiş ve (6) puan verilmiştir. Öğle-akşam: çoğnlukla tost, sandviç veya tektür yiyecek yendiğinde, dengesiz (2) puan, yiyecek gruplarından en az üçü veya dördü bir arada ise, dengeli (6) puan verilmiştir. Her üç öğünde de yemeyenler (0)'la değerlendirilmişlerdir. Dengeli dengesiz örüntü değerlendirmesi Ek:3'deki besin grupları formuna göre yapılmıştır.

Ek 6: Besin Tüketim Formu

24 SAATLİK BESİN TÜKETİMİ FORMU

“Tüketilen besinlerin miktarı”

Anket No: Adı Soyadı:

Öğün	Menü	Tüketilen besin miktarı ölçü olarak	Biliniyorsa gram karşılığı
Sabah kahvaltısı			
Kuşluk			
Öğle yemeği			
İkinci			
Akşam yemeği			
Yatmadan önce			

Not: Yemek Kaşığı: YK

İnce Dilim: İD

Tatlı Kaşığı: TK

Orta Dilim: OD

Çay Kaşığı: ÇK

Kalın Dilim: KD

Kepçe: K

Su Bardağı: SB

Çay Bardağı: ÇB

Kibrit Kutusu: KK

Ek 7: Obezite Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Formu (OSİMÖ)

OBEZİTE SAĞLIK İNANÇ MODELİ ÖLÇEĞİ

	Hiçbir zaman	Bazen	Sık	Çok sık	Her zaman
1- Sağlık ile ilgili konularda kitap, dergi, radyo, televizyon gibi basın yayını takip ederim					
2- Sağlık uzmanları ile karşılaştığımda sağlık ile ilgili sorular sormaya meraklıyım.					
3- Sağlık ve yaşam ile ilgili konularda eğitici programlara ve toplantılara katılırım					
4- Her gün yediğim ve içtiklerime dikkat eder, öğünlerimi atlamamaya çalışırım					
5- Düzenli olarak egzersiz, yürüyüş, bisiklete binme ve koşma gibi aktiviteler yaparım					
6- Belirli bir uyku düzenim vardır					
7- Her gün 1.5-2 litre su içerim					
8- Hayatımda hiçbir şey sağlığımın iyi olmasından daha önemli olamaz					
9- Obezite bir hastalıktır					
10- Obezite ciddi sağlık sorunlarına yol açabilen önemli bir hastalıktır					
11- Obezite tedavi edilebilir bir hastalıktır.					
12- Yaşamımın herhangi bir döneminde obeziteye bağlı sağlık sorunlarımın gelişme ihtimali çok yüksektir.					
13- Obeziteye bağlı sağlık sorunlarımın gelişebilme ihtimali beni korkutur.					
14- Obez olmak ve obeziteye bağlı gelişen sağlık sorunları bütün hayatımı değiştirecek					
15- Obez olmanın sağlık açısından bir zararı yoktur.					

16-Kendime iyi baktığım sürece obeziteye bağlı sağlık sorunlarımın gelişebileceğine inanmıyorum					
17-Obezite tedavi edilmesi gereken bir hastalıktır					
18-Kilo vermek için gerekli olan diyet, egzersiz gibi programlara hiçbir zaman hazır olamayacağım					
19-Ne yaparsam yapayım kilo veremeyeceğim ya da istediğim kiloya ulaşamayacağım					
20-Kilo versem de benim için yararlı olacağını düşünmüyorum					
21-Belirli bir program çerçevesinde kilo verebilmek en büyük umudumdur					
22-Önümüzdeki altı ay boyunca kilo vermem sağlık açısından yararlı olacak					
23-Kilo vermek için yapılan diyet ve egzersiz programları bana sıkıcı geliyor, mutsuz oluyorum					
24-Kilo verirsem fiziksel olarak daha iyi görüneceğim					
25-Kilo verirsem kendimi daha iyi ve mutlu hissedeceğim					
26-İstediğim kiloya ulaşmak için yaşam tarzımı değiştirirsem benim için iyi olacak					
27-Düzenli egzersiz yapmanın kilo vermeye yardımcı olacağına inanıyorum					
28-Diyet yapmanın kilo vermeye yardımcı olacağına inanıyorum					
29-Kilo vermek için doktorun önerilerini uyguladığımda hayatımın kontrolünü kaybettiğimi hissediyorum					
30-Yeme alışkanlıklarımı değiştirmek benim için çok güçtür					
31-Fiziksel aktivite düzeyimi arttırmak benim için çok güçtür					
32-Kilo verdiğimde sosyal ilişkilerimin de olumlu yönde değişeceğine inanıyorum					

- ÖLÇEKLERİMİZ SONA ERMİŞTİR. KATILIMINIZ İÇİN TEŞEKKÜR EDERİZ-

Ek 8: Obezite Sağlık İnanç Modeli Değerlendirme Formu

OBEZİTEDE SAĞLIK İNANÇ MODELİ ÖLÇEĞİ DEĞERLENDİRME YÖNERGESİ

Alt boyutlar	Maddeler
Sağlığın önemi	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8
Ciddiyet algısı	9, 10, 11, 17
Duyarlılık algısı	12, 13, 14, 16*
Engel algısı	15, 18, 19, 20, 23, 29, 30, 31
Yarar algısı	21, 22, 24, 25, 26, 27, 28, 32

*Ters kodlanmaktadır.

Ölçeğin Puanlanması

Obezitede Sağlık İnanç Modeli Ölçeği (OSİMÖ)'nin toplam ölçek puan ortalaması hesaplanmamaktadır. OSİMÖ' nin her alt ölçeği, alt ölçeğe ait maddelerin derecelendirme puanları toplanarak hesaplanır (ters puanlanan madde ters kodlandığında) ve her bir alt ölçekteki madde sayısına bölünür. Ölçekteki her maddeye cevap verilmediyse, yanıt verilen madde sayısına karşılık gelen derecelendirmeler toplanarak hesaplanır ve o alt ölçekte yanıt verilen kadar madde sayısına bölünür.

Ek 9: Etik Kurul



T.C.
BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ
Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı

TOPLANTI TARİHİ : 25/01/2017
TOPLANTI NO : 2017/02

KARARLAR :

- 1- Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanlığı'nın 2016-96-24/08 Protokol no'lu "Obez Hastalarda Sağlıklı İnanç Modelinin Kullanıldığı Beslenme Danışmanlığının Randomize Klinik Değerlendirmesi" konulu çalışmasının Etik Kurul İlkelerine uygun olduğuna,

Oy birliği ile karar verilmiştir.

A S L I G İ B İ D İ R

Doç. Dr. Günür ÖZBAKİŞ DENGİZ
B.E.Ü. Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanı

Ek 10: Araştırma İzin Formu

Evrak Tarih ve Sayısı: 16/02/2017-9027



T.C.
BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdürlüğü

Sayı :16734702/302.08.01/
Konu :Bilimsel ve Eğitim Amaçlı

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi: 15/02/2017 Tarihli, 36771699- 302.08.01- 8504 sayılı yazınız,

Enstitünüz Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans programı öğrencisi Fatma Ahu DARICI'nın "Obez Hastalarda Sağlık İnanç Modelinin Kullanıldığı Beslenme Danışmanlığının Randomize Klinik Değerlendirmesi " konulu tez çalışmasını Merkezimiz Diyabet Polikliniğinde yapılması talebine ilişkin ilgi yazınız incelenmiş olup, talebiniz Başhekimliğimizce uygun bulunmuştur.

Bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır
Doç.Dr. Bekir Hakan BAKKAL
Başhekim

9. ÖZGEÇMİŞ

Fatma Ahu Darıcı.1984 yılıHatay'ın Kırıkhan ilçesinde doğdu. İlköğrenimi Kırıkhan Mehmet Akif İlkokulu'nda, ortaöğretim ve lise öğrenimini Kırıkhan Naim Atakaş Anadolu Lisesi'nde tamamladı.2008 yılı Kayseri Erciyes Üniversitesi Beslenme veDiyetetik Bölümü'nden mezun oldu.2008-2009 yılları arasında Osmaniye Özel İbn'i Sina Hastanesi ve Kırıkhan Özel Bilim Hastanesi'nde diyetisyen olarak çalıştı. -2009-2010 yılları arasında Uşak Üniversitesi'ne atanarak diyetisyen olarak 1 yıl görev yaptı. Daha sonra 2010 yılında Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi Uygulama ve Araştırma Merkezi'ne atandı. Hala aynı kurumda diyetisyen olarak görev yapmaya devam etmekte ve Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda tezli yüksek lisans öğrenimini sürdürmektedir.