



**T.C.  
CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA OBEZİTE SIKLIĞI VE  
ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

**MUHARREM AŞUDU**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ  
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI**

**SİVAS-2017**

**T.C.  
CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA OBEZİTE SIKLIĞI VE  
ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

**MUHARREM AŞUDU**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI**

**TEZ DANIŞMANI  
PROF. DR. MUKADDER MOLLAOĞLU**

**SİVAS-2017**

**“Sağlık Çalışanlarında Obezite Sıklığı ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi ”** adlı **Yüksek lisans Tezi**, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzuna uygun olarak hazırlanmış ve jürimiz tarafından Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü **İç Hastalıkları Hemşireliği** Ana Bilim Dalında **Yüksek Lisans** tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan(Danışman) Prof.Dr.Mukadder

MOLLAOĞLU

Üye

Prof.Dr.Hatice TEL AYDIN

Üye

Yrd.Doç.Dr.Nazan

KILIÇ

AKÇA

ONAY

Bu tez çalışması, 03.10.2017 tarihinde Enstitü Yönetim Kurulu tarafından belirlenen ve yukarıda imzaları bulunan jüri üyeleri tarafından kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Zübeyda AKIN POLAT  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
MÜDÜRÜ

Bu tez, Cumhuriyet Üniversitesi Senatosu'nun 18.02.2015 tarihli ve 4/4 sayılı kararı ile kabul edilen Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzuna göre hazırlanmıştır.

## ÖZET

### SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA OBEZİTE SIKLIĞI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Muharrem AŞDU

Yüksek Lisans Tezi

İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Danışman: Prof. Dr. Mukadder MOLLAOĞLU

2017, 91 sayfa

Bu çalışmanın amacı sağlık çalışanlarında obezite sıklığının belirlenmesi ve etkileyen faktörlerin incelenmesidir.

Tanımlayıcı olan bu araştırma Sivas İl Merkezi Yataklı Tedavi Kurumlarında ve Aile Hekimliklerinde görev yapan sağlık çalışanları (hekim, sağlık memuru, hemşire ve ebeler) üzerinde yapılmıştır. Araştırmada evrenin tümüne çeşitli nedenlerle (yıllık izin, rapor, çalışmada yer almak istememe...) ulaşamamış, 1421 sağlık personeli örnekleme oluşturmuştur. Veriler; Kişisel Bilgi Formu (KBF) ve Obezite Değerlendirme Formu (ODF) kullanılarak elde edilmiştir. Veri analizi SPSS(ver: 22.0) programında yapılmıştır.

Araştırma sonucunda sağlık çalışanlarının %52.5'i normal kiloda (746 kişi) iken, %34.8'i (494 kişi) fazla kilolu, %8.7'si (124 kişi) birinci derecede obez; %1.1'i ikinci derecede obez ve % 0.3'ü (4 kişi) ise morbid obez olarak değerlendirilmiştir. Öte yandan sağlık çalışanlarının %2.7'si (38 kişi) zayıf grubunda yer almaktadır.

Sağlık çalışanlarında obeziteyi etkileyen faktörler incelendiğinde; ileri yaşta olan sağlık çalışanlarında ve erkek cinsiyette, hekim ve sağlık memurlarında, düşük eğitimli olanlarda, evlilerde, yataklı tedavi kurumlarında çalışanlarda, çalışma yılı fazla olanlarda, poliklinikte çalışanlarda, sistemik bir hastalığı olanlarda ve gelir düzeyi yüksek olanlarda obezite sıklığı yüksek bulunmuştur. Ayrıca, örnekleme yer alan sağlık çalışanlarında; beslenme tarzı, ailesel yatkınlık, çalışma koşulları gibi faktörlerin de obezite üzerinde etkili olduğu belirlenmiştir.

Sağlık alışanlarında obezite sıklığı yüksektir ve obezite sıklığını arttıran faktörler kontrol altında tutulabilir ve önlenebilir özelliktedir. Sağlık alışanlarının obeziteye ilişkin farkındalığını arttırıcı daha geniş çalışmaların yapılması ve eğitim programlarının düzenlenmesi obezite sıklığını azaltabilecek önemli yaklaşımlar olarak değerlendirilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Sağlık alışanı, Obezite, Etkileyen Faktörler



## **ABSTRACT**

### **EVALUATION OF OBESITY AND IMPACTING FACTORS IN HEALTH WORKERS**

Master of Science Thesis

Department of Medical Nursing

Supervisor: Prof. Dr. Mukadder

MOLLAOĞLU 2017, 91 pages

The purpose of this study is to determine the frequency of obesity in health workers and to examine the affecting factors.

This descriptive study was conducted on health workers (physicians, health officers, nurses and ebeler) working in Sivas Provincial Centered Treatment Institutions and Family Physicians. In the study, the whole universe was not able to be reached for various reasons (annual leave, reporting, not wanting to take part in the study ...) and 1421 health personnel sample was formed. Data; Personal Information Form (KBF) and Obesity Evaluation Form (ODF). Data analysis was done in SPSS (ver: 22.0) program.

As a result of the research, 52.5% of the health workers were in normal weight (746 persons), 34.8% (494 persons) were overweight and 8.7% (124 persons) were obese in first grade; 1.1% were obese at Second Grade and 0.3% (4 persons) were morbidly obese. On the other hand, 2.7% (38 people) of the health care workers are in the weak group.

When the factors affecting obesity in health workers are examined; obesity prevalence was found to be high in elderly health workers and male sex, physician and health officer, low educated, married, inpatient, working, polyclinic, systemic, and high income. Furthermore, in the health workers included in the sample; nutrition style, familial predisposition, working conditions were also found to be effective on obesity.

Obesity is high in health workers and the factors that increase obesity frequency can be controlled and prevented. Wider studies to increase awareness of obesity by healthcare professionals and regulation of training programs are considered important approaches to reduce obesity prevalence.

**Key Words:** Health Worker, Obesity, Factors Affecting  
**Keywords:** Health Care Workers, Obesity And Factors Affecting





## TEŞEKKÜRLER

Araştırmanın her aşamasında yanımda olan ve desteğini esirgemeyerek en iyi şekilde rehberlik yapan hocam, tez danışmanım Prof. Dr. Sayın Mukadder MOLLAOĞLU'na, araştırmanın istatistiksel analizinin yürütülmesindeki yardımlarından dolayı Yrd. Doç. Dr. Sayın Ziyet ÇINAR'a, Yüksek Lisans eğitimim süresinde desteği ile hep yanımda olarak bana güç veren eşim Nisa GÜMÜŞSOY AŞUDU'ya, kızım Elif Erva AŞUDU'ya, canım aileme, çok değerli çalışma arkadaşlarım Mesut DİREK ve Zehra ÇELİK'e teşekkür ederim.



# İÇİNDEKİLER

## Sayfa No

<b>ÖZET .....</b>	<b>ii</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>iv</b>
<b>TEŞEKKÜRLER.....</b>	<b>vi</b>
<b>İÇİNDEKİLER .....</b>	<b>vii</b>
<b>ŞEKİLLER LİSTESİ .....</b>	<b>ix</b>
<b>TABLolar LİSTESİ .....</b>	<b>x</b>
<b>KISALTMALAR .....</b>	<b>xii</b>
<b>1. GİRİŞ .....</b>	<b>1</b>
1.1. Problem Tanımı ve Önemi .....	1
1.2. Araştırmanın Amacı .....	3
<b>2. GENEL BİLGİLER.....</b>	<b>4</b>
2.1. Obezite Kavramı .....	4
2.1.1. Obezite Epidemiyolojisi .....	7
2.1.2. Obezite Etyopatogenezi .....	9
2.2. Obezitenin Sebep Olduğu Sağlık Problemleri .....	10
2.2.1. Diyabet (Şeker Hastalığı) .....	10
2.2.2. İnsülin Direnci .....	11
2.2.3. Hipertansiyon .....	11
2.2.4. Kanser Çeşitleri .....	12
2.2.5. Solunum Sistemi Hastalıkları .....	12
2.3. Obezitenin Ortaya Çıkmasına Neden Olan Faktörler .....	13
2.3.1. Obezite Üzerinde Etkili Olan Demografik Faktörler .....	14
2.3.2. Obezite Üzerinde Etkili Olan Genetik Faktörler .....	15
2.3.3. Obezite Üzerinde Etkili Olan Tutumsal Faktörler .....	16
2.4. Obeziteyi Etkileyen Çevresel Faktörler .....	17
2.5. Obeziteyi Etkileyen Psikolojik Faktörler .....	20
2.6. Obezitenin Ölçüm Yöntemleri .....	21
2.6.1. Beden Kitle İndeksi (BKİ) .....	22
2.6.2. Rölatif Ağırlık (RA) .....	22
2.6.3. Deri Kıvrım Kalınlıkları (DKK).....	22
2.6.4. Bel/Kalça Oranı .....	23
2.7. Obezitenin Tedavisi .....	23
2.7.1. Diyet .....	24

2.7.2. Egzersiz .....	26
2.7.3. Tutumsal ve Bilişsel Davranışçı Terapiler .....	26
2.7.4. İlaç (Farmakolojik) Tedavi.....	28
2.7.5. Cerrahi Tedavi .....	30
2.8. Obezitenin Kişiler ve Hayat Üzerindeki Etkileri .....	31
2.9. Obezitenin Sağlıklı Hayat Formu Tutumları Üzerine Etkileri .....	33
2.10. Sağlık Çalışanı Olmak ve Obezite .....	35
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM.....</b>	<b>38</b>
3.1. Araştırmanın Tipi.....	38
3.2. Evren ve Örneklem .....	38
3.3. Veri Toplama Aracı.....	38
3.4. Veri Analizi.....	39
3.5. Araştırmanın Sınırlılıkları .....	39
3.6. Etik Yönü .....	40
<b>4. BULGULAR.....</b>	<b>41</b>
4.1. Demografik Özelliklere İlişkin Bulgular .....	41
4.2. Sağlık Çalışanlarında Obezite Sıklığını Etkileyen Faktörler .....	45
<b>5. TARTIŞMA.....</b>	<b>63</b>
5.1. Sağlık Çalışanlarında Obezite Sıklığına İlişkin Bulguların Tartışılması .....	63
5.2. Sağlık Çalışanlarında Obezite Sıklığını Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulguların Tartışılması.....	65
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>69</b>
<b>KAYNAKÇA.....</b>	<b>73</b>
<b>EKLER .....</b>	<b>84</b>
Ek-1. Anket Formu .....	84
Ek-2. Bilgilendirilmiş Olur Formu.....	87
Ek-3. Valilik İzin Formu .....	88
Ek-4. Cumhuriyet Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi İzin Formu.....	89
Ek-5. Girişimsel olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Karar Formu.....	90

## ŞEKİLLER LİSTESİ

### Sayfa No

Şekil 2.1. Yağ Birikimi Açısından Obezite Tipleri.....	6
Şekil 2.2. Türkiye’de Obezitenin Görülme Oranı (%).....	8
Şekil 2.3. Türkiye’de Bölgelere Göre Obezite Dağılımları (%) .....	9
Şekil 2.4. Obeziteyi Etkileyen Sosyal Faktörler .....	18
Şekil 2.5. Obeziteyi Etkileyen Kültürel Etmenler.....	19
Şekil 2.6. Obeziteyi Etkileyen Kişisel Faktörler .....	20
Şekil 2.7. Obezite Tedavisinde Yararlanılan Algoritma Örneği .....	25



## TABLolar LİSTESİ

### Sayfa No

Tablo 2.1. DSÖ'nün Yetişkinlerdeki Obezite Sınıflandırması .....	6
Tablo 2.2. Obezitenin Oluşum Süreci .....	13
Tablo 4.1. Araştırmaya Sosyo-Demografik Özellikleri İle İlgili Bulgular .....	41
Tablo 4.2. Araştırmaya Alınan Bireylerin Tanıtıcı Özellikleri ile İlgili Bulgular .....	43
Tablo 4.3. Araştırmaya Alınan Bireylerin BKİ'ne Göre Obezite Durumlarının Değerlendirilmesi .....	45
Tablo 4.4. Araştırmaya Alınan Bireylerin Bel Kalça Oranına Göre Obezite Durumlarının Değerlendirilmesi .....	45
Tablo 4.5. Yaş Gruplarına Göre Obezite Durumlarının Dağılımı .....	46
Tablo 4.6. Cinsiyetlere Göre Obezite Durumlarının Dağılımı.....	46
Tablo 4.7. Meslek Gruplarına Göre Obezite Durumlarının Dağılımı .....	47
Tablo 4.8. Medeni Durumlarına Göre Obezite Durumlarının Dağılımı .....	47
Tablo 4.9. Hemşire-Ebe-Sağlık Memurlarının Eğitim Seviyesine Göre Obezite Durumlarının Dağılımı.....	48
Tablo 4.10. Hekimlerin Eğitim Seviyesine Göre Obezite Durumlarının Dağılımı .....	48
Tablo 4.11. Hemşire-Ebe-Sağlık Memurlarının Görev Yaptığı Yere Göre Obezite Durumlarının Dağılımı .....	49
Tablo 4.12. Çalışılan Kuruma Göre Obezite Durumlarının Dağılımı.....	50
Tablo 4.13. Çalışılan Birime Göre Obezite Durumlarının Dağılımı.....	50
Tablo 4.14. Çalışma Yılına Göre Obezite Durumlarının Dağılımı .....	51
Tablo 4.15. Sigara Kullanma Durumuna Göre Obezite Durumlarının Dağılımı .....	51
Tablo 4.16. Alkol Kullanma Durumuna Göre Obezite Durumlarının Dağılımı.....	52
Tablo 4.17. Hastalık Durumlarına Göre Obezite Durumlarının Dağılımı .....	53
Tablo 4.18. Hastalığına Göre Obezite Durumlarının Dağılımı .....	53
Tablo 4.19. Doğum Sayısına Göre Obezite Durumlarının Dağılımı .....	54
Tablo 4.20. Gelir Durumuna Göre Obezite Durumlarının Dağılımı.....	54
Tablo 4.21. Uyku Süresine Göre Obezite Durumlarının Dağılımı .....	55
Tablo 4.22. Masa Başında Çalışma Süresine Göre Obezite Durumlarının Dağılımı .....	55
Tablo 4.23. Ayakta Çalışma Süresine Göre Obezite Durumlarının Dağılımı..	56

Tablo 4.24. Günlük Yürüme Süresine Göre Obezite Durumlarının Dağılımı .	56
Tablo 4.25. Yatarak TV İzleme Süresine Göre Obezite Durumlarının Dağılımı .....	57
Tablo 4.26. Oturarak TV İzleme Süresine Göre Obezite Durumlarının Dağılımı .....	58
Tablo 4.27. Spor Yapma Durumuna Göre Obezite Durumlarının Dağılımı....	58
Tablo 4.28. Uyku Problemlerine Göre Obezite Durumlarının Dağılımı .....	59
Tablo 4.29. Fazla Kilolu Olma Nedenleriyle İlgili Açıklamalarına Göre Obezite Durumlarının Dağılımı .....	59
Tablo 4.30. Obezite Tedavisi Alma Durumuna Göre Obezite Durumlarının Dağılımı .....	60
Tablo 4.31. Aldığı Tedavi Yöntemine Göre Obezite Durumlarının Dağılımı .	61
Tablo 4.32. Ana Öğün Sayısına Göre Obezite Durumlarının Dağılımı .....	61
Tablo 4.33. Ara Öğün Sayısına Göre Obezite Durumlarının Dağılımı.....	62

## KISALTMALAR

<b>ABD</b>	Amerika Birleşik Devletleri
<b>ACP</b>	Amerikan Hekimler Birliği
<b>BKİ</b>	Beden Kitle İndeksi
<b>DKK</b>	Deri Kıvrım Kalınlıkları
<b>DSÖ</b>	Dünya Sağlık Örgütü
<b>FDA</b>	Amerikan İlaç ve Gıda Dairesi
<b>RA</b>	Rölatif Ağırlık
<b>KBF</b>	Kişisel Bilgi Formu
<b>ODF</b>	Obezite Değerlendirme Formu
<b>KYTA</b>	Küresel Yetişkin Tütün Araştırması

# 1. GİRİŞ

## 1.1. Problem Tanımı ve Önemi

İnsanların günlük yaşam tarzları sağlık düzeylerini doğrudan etkileyen bir unsur olarak karşımıza çıkmaktadır. Ayrıca çevresel, sosyal ve ruhsal etmenler de kişilerin sağlıkları üzerinde doğrudan etkili olmaktadır. Bu açıdan obezite hastalığı bireylerin yaşam tarzları doğrultusunda ortaya çıkabileceği gibi, diğer faktörlerin etkisiyle ortaya çıkan bir hastalık türüdür (Ayılmaz vd.,2016:158). Obezite hastalığının kökeninde, vücutta sağlığa zarar verecek boyutta yağ birikimi bulunmaktadır. Obezite hastalığını bu kadar tehlikeli yapan unsur ise insanların ölümüne neden olan kalp rahatsızlıkları, hipertansiyon gibi hastalıkların bu hastalığın etkisiyle oluşmasıdır (Akbulut vd.,2007:6).

Obezite oluşumunda yağ birikimi etkilidir. Bu açıdan bireylerin aldıkları enerji ile harcadıkları enerji arasındaki fark yağ birikiminin olup olmayacağını belirlemektedir. Bireyler harcadıkları enerjiden fazla enerji alırlarsa yağ birikimi söz konusu olacak ve bu süreç aynı şekilde devam ederse obezite hastalığı ortaya çıkacaktır (Tezcan, 2009:40). Burada dikkat edilmesi gereken iki bölüm bulunmaktadır. Birincisi, bireyler fazla enerji içeren gıdalar tüketiyorlarsa bunu hareket ederek kullanmaları gerekmektedir. İkincisi ise, bireyler fazla hareket etmiyorsa fazla enerji içeren gıdalardan uzak durmaları gerekmektedir. Günümüzde masa başı işlerin yaygınlaşması insanların hareketliliğini azaltmış bu da enerji tüketimini kısıtlamıştır (Kayar ve Utku, 2013:2). Ayrıca hayatın rutinine hızlı adapte olmak durumunda kalan insan, fast-food tarzı, fazla enerji içeren besinlere yönelmiştir. Bu durum ise insanların daha fazla enerji almalarına sebep olmuştur. Bu unsurların etkisiyle insanlar giderek günümüzde obezite hastalığına daha yatkın hale gelmiştir (Avşar vd.,2013:39).

Obezite hastalığı insan yaşamını tehlikeye atmakla beraber, insanların fiziksel işlevliklerini de bozmaktadır. Bu hastaların diğer insanların kolayca gerçekleştirmiş oldukları yürüme, bisiklete binme, merdiven çıkma gibi eylemleri gerçekleştirebilmeleri pek mümkün olmamaktadır. Bu açıdan bu hastalıkla birlikte yaşam kalitesi oldukça azalmaktadır (Zaborskis vd.,2008:234). Bunun dışında bu hastalığın tedavisi de oldukça meşakkatli bir süreç olarak karşımıza çıkmaktadır. Değişen yaşam tarzları ve farklılaşan koşullar doğrultusunda obezite hastalığı günümüzde giderek yaygınlaşan bir hastalık haline gelmiştir. Bu açıdan bu hastalığının sebeplerinin ve bu hastalığı etkileyen



faktörlerin anlaşılması bu hastalığın önlenmesi ya da bu hastalığının daha kolay tedavi edilmesi açısından önem arz etmektedir (Rudolph vd.,2010:84).

Sağlık çalışanlarında nöbet usulü çalışmaktan kaynaklı uyku problemlerinin varlığı ve beslenme problemleri obeziteyi tetiklemektedir. Gece vardiyalı yada düzensiz saatlerde çalışma uyku kalitesini ve süresini azalttığı açık olarak görülen bir durumdur (Özkan ve Yılmaz, 2008). Gece vardiyasında çalışmak gündüz uyumak demektir ve bu da uykuyu hem nitel hem de nicel olarak etkilediği açıktır. Değişmekte olan mesai saatleri ile çalışmak sağlığı iki açıdan etkisi altında bırakmaktadır. Bunlardan birincisi özellikle uyku ve sindirim açısından bedenin biyolojik ritmini karşılamaz, ikincisi aile hayatını ve sosyal yaşamını bozar. Literatüre göre gece uykusunda 1,3 ile 1,5 saatlik kısalma ertesi günkü uyanıklığı %32 oranında azaltmaktadır (Yalçınkaya vd., 2007). Vardiyalı çalışan bireylerde uyku düzeninin iyi olmaması sirkadyen ritim bozukluğu, metabolik düzensizliklere sebep olmaktadır. Bu düzensizlikler obeziteye yatkınlığı önemli ölçüde arttıran etkenler arasında sayılabilmektedir (Karadeniz vd., 2007). Vardiyalı çalışma sistemi ve değişen çalışma saatleri sağlık çalışanlarının yaşamları boyunca karşılaştıkları durumlardır. Uykusuzluk ve uyku yoksunluğu olan bireylerde koroner arter hastalığı, hipertansiyon, diyabet gibi fiziksel hastalıkların yanı sıra bir çok ruhsal bozukluk ve sosyal uyum bozuklukları da görülür (Yalçınkaya vd., 2007). Uyku yoksunluğu ve sirkadiyen ritmin bozulması kardiyovasküler sistem üzerine olumsuz etki yapar ve akut miyokardiyal enfarktüs riskini artırır (Orsey vd.,2009). Uyku yoksunluğu, diyabet için bağımsız bir risk faktörü olduğu gösterilmiş, aynı zamanda hipertansiyon riskinin arttığı ve hipertansiyonda tedaviye direncin de arttığı tespit edilmiştir. Glukoz metabolizmasında önemli rolleri olan büyüme hormonu ve kortizol düzeyleri akut uyku yoksunluğundan olumsuz olarak etkilenir. Ayrıca vardiyalı çalışma sisteminde obezite ve kilo alım riskinin arttığı da gösterilmiştir (Avşar vd.,2013).

Sağlığın geliştirilmesi ve hastanın sağlıklı davranışlar konusunda bilgilendirilmesini ve yönlendirilmesini sağlayacak grup, sağlık kurumlarında profesyonelce bakım veren hemşirelerdir (Karadeniz vd., 2007). Sağlık çalışanları, mesleki sorumlulukları ve sosyal rolleri gereği sürdürdükleri yaşam biçimleri ile rol modeli olma ve sağlık eğitimi yönünden hizmet verdikleri grubu etkileme özelliğine sahiptir. Bundan dolayı sağlığı geliştirme aktivitelerinde sağlık çalışanlarına büyük sorumluluklar düşmektedir (Yalçınkaya vd., 2007).

Toplum sağlığının korunmasında önderlik eden, sağlığın korunması ve geliştirilmesinde rehberlik yapan ve tedavi hizmetlerinde görev alan sağlık çalışanları

öncelikle kendi sağlıklarına dikkat etmeli ve sağlık durumlarını olumlu ve olumsuz yönde etkileyen faktörlerin farkında olmaları çok önemlidir (Özkan ve Yılmaz, 2008) Sağlık çalışanlarında obezite durumu ve risklerin belirlenmesi oldukça önemlidir.

Obeziteyi etkileyen faktörler değişik çalışmalarla ortaya konulmuştur. Fakat sağlık çalışanlarında obezite sıklığını inceleyen çalışma sayısı sınırlıdır.

## **1.2. Araştırmanın Amacı**

Bu çalışmanın amacı Sivas il merkezinde görev yapan sağlık çalışanlarında obezite sıklığının belirlenmesi ve obeziteyi etkileyen faktörlerin incelenmesidir.



## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Obezite Kavramı

İnsanlar arasında şişmanlık şeklinde ifade edilen obezite, hayat kalitesini ve yaşam süresini negatif biçimde etkileyerek, bireylerde sistematik hastalıklara neden olmaktadır. Yapısal açıdan obezite bireylerde sebep olduğu psikososyal problemler ve hastalıklar sebebiyle, morbiditesi ve mortalitesi fazla kronik ve ilerleyen bir hastalık olarak kabul edilmektedir (Sivalingam vd., 2011: 617).

Obezite pek çok sistematik rahatsızlığın bir habercisi şeklinde değerlendirilmektedir. Obezitenin temelinde gerekenden fazla yemek yenmesi ve bunun sonucunda bedende yağ birikimin ortaya çıkması bulunmaktadır. Obezite kelimesi Latincedeki “obessus” kelimesinden türemiştir. Latince “obessus” kelimesi ise “yemekten dolayı” manasına gelmektedir (Güven, 2014: 3). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) obezite kavramını, bedendeki yağ miktarının sağlığa zarar verecek biçimde çok fazla ya da aşırı birikmesi biçiminde ifade etmiştir (Çömlekçi, 2011: 4). Gereğinden fazla yenmesi neticesinde bedende biriken yağ, bedenden uzaklaştırılmamakta ve bedenin farklı yerlerinde depolanmaya başlamaktadır. Söz konusu bu değişiklik metabolizmada birtakım hastalıkların ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Bazı durumlarda bedendeki hormon bozukluğu da obezitenin oluşmasına sebep olabilmektedir (Ayılmaz vd., 2016:158).

Eskiden bireylerdeki obezite, bireylerdeki maddi imkanların fazlalığını göstermekte ve bu açıdan diğer insanlar açısından bu durum oldukça sağlıklı bir durum olarak algılanmaktaydı. Tarihsel süreç içerisinde obezite hükümler, kudret, doğurganlık, heybetli, bolluk gibi anlamlarda da değerlendirilmiştir. Sanayi devrimiyle beraber şişmanlık, sağlıksız, sorunlu, yavaş, hantal gibi deyimlerle ifade edilmeye başlamıştır (Pehlivan, 2015: 14). Günümüzde ise obezite hayatı negatif etkileyecek ölçüde sınırlayıcı bir etmen ve hastalık habercisi olarak değerlendirilmektedir. Bunun dışında obezite aynı zamanda beden imajını bozan bir etmen olarak da ele alınmaktadır (Oğuz vd.,2008:401).

Kilo fazlalığının sağlıklı ilişkilendirildiği zamanlardan geçmiş kırk yıl öncesine kadar olan dönem içerisinde kadınların şişmanlıkları güzellik kavramıyla ilişkilendirilmiştir. Bu durum atasözlerinde bile kendimi göstermiştir. Örnek olarak “bir dirhem et, bin ayıp örter!” atasözünü göstermek mümkündür (İslamoğlu vd.,2008: 169).

Araştırmalar obezitenin, inme, tip 2 diyabet, hipertansiyon, kalın bağırsak, meme, rahim, prostat kanseri, uyku-apnesendromu, depresyon, varis, doğum zorlukları benzeri hastalıkların ortaya çıkmasında bir risk faktörü olduğu gösterilmiştir. (ömleki, 2011: 4). Günümüzde obezitenin giderek artış göstermesiyle birlikte bahsi geçen hastalıklar daha çok görülmeye başlamıştır. Obezitenin tedavi edilmesi durumunda ise bu hastalıkların daha kolay tedavi edilebileceği ya da bu hastalıkların görülme olasılıklarının azalacağı düşünölmektedir (Kalan ve Yeşil, 2010:79).

Dünya Sağlık Örgütü obeziteyle alakalı yürüttüğü çalışmalarda obezitenin yaygınlık oranının arttığını ifade etmektedir. Obezite teşhisiyle alakalı olarak bir çok metot kullanılması mümkün olmakla beraber teşhisle alakalı gözlem bile yeterli olmaktadır (Rudolph vd., 2010:84). Bireylerin beden imajların incelenmesi obezite teşhisi açısından en kolay yöntem olarak karşımıza çıkmaktadır. Ayrıca kategorilerine ayırmak ve obezite tipini tespit edebilmek maksadıyla beden kitle indeksi (BKİ) ile birlikte bel çevresi ölçölmektedir. Beden kitle indeksi kg cinsinden beden ağırlığının metre cinsinden boyun karesine bölünmesiyle hesaplanmaktadır (Kayıhan ve Ersöz, 2009:109).

$$\text{Beden Kitle İndeksi } \left( \frac{kg}{m^2} \right) = \frac{\text{Ağırlık (kg)}}{\text{Boy} \times \text{Boy (m}^2\text{)}}$$

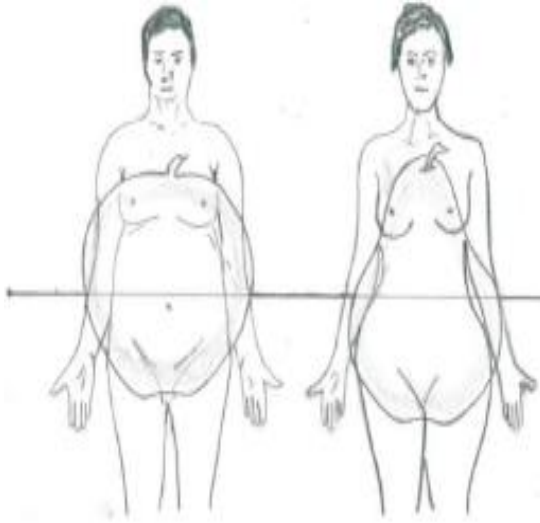
Dünya Sağlık Örgütü obeziteyi tespit etmek için çoğunlukla Beden Kitle İndeksi değer aralığını kullanmaktadır. Beden Kitle İndeksi bireyin boy uzunluğunu dikkate alarak vücut ağırlığını değerlendirmekte ve buna göre vücuttaki yağın dağılımıyla alakalı sonuçlar ortaya sermektedir. Tablo 2.1'de DSÖ'nün yetişkinlerdeki obezite sınıflandırılması gösterilmiştir.

Tablo 2.1. DSÖ'nün Yetişkinlerdeki Obezite Sınıflandırması

Sınıflandırma	BKİ (kg/m <sup>2</sup> )
Düşük kilolu	<18,5
Normal	18,5-24,99
Fazla kilolu	25,00-29,99
Obezite I. Derece	30,00-34,99
Obezite II. Derece	35,00-39,99
Morbid obezite III. Derece	≥40, 0

Kaynak: WHO, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>, erişim tarihi: 01.11.2017.

Obezite yağ birikimi sonucunda ortaya çıkan bir hastalık türü olarak karşımıza çıkmaktadır. Yağ birikimi bazı insanlarda elma tipi ve bazı insanlarda armut tipi formunda artış gösterebilmektedir (Çömlekçi, 2011: 7). Şekil 2.1'de obezite tipleri gösterilmiştir.



Şekil 2.1. Yağ Birikimi Açısından Obezite Tipleri

Kaynak: Ateş, 2015: 7.

Obezite hipertansiyon, diabetesmellitus, hiperlipidemi gibi hastalıklar dışında kardiyovasküler hastalıkların görülmesine neden olmaktadır. Elma tipi (Android) şişmanlığa genelde erkeklerde rastlanırken, armut tipi (jinoid) şişmanlığa daha çok kadınlarda rastlanmaktadır. Android tip şişmanlık genelde kalp damar rahatsızlıkları,

diabete sebep olurken jinoid tip şişmanlık polikistikover sendromu, kan dolaşımı bozukluğu gibi rahatsızlıklara sebep olmaktadır (Köksal ve Özel, 2008:36; Kayıran vd.,2011:14).

Obezitenin teşhisinde yararlanılan kriterler genel olarak hastalığın ortaya çıkmasına neden olan beden yağ dokusunun belirlenmesiyle alakalıdır (Çömlekçi, 2011: 7). Neticede vücut yağ dokusu hastalık faktörü olarak değerlendirilmektedir. Obezite teşhisinde bulunabilmek adına BKİ değer aralıkları önemli bir kriter olarak karşımıza çıkmaktadır.

### **2.1.1. Obezite Epidemiyolojisi**

Tarihsel süreç içerisinde obezite zenginlik, refah ve sağlık göstergesi olarak değerlendirilmiştir. Ayrıca günümüzde hayat standartlarının giderek artması, insanların daha az hareketlerine sebep olmaktadır. Topluluklar giderek büyümeye başlamış ve büyüyen topluluklarla birlikte farklı sağlık problemleri ortaya çıkmaya başlamıştır. Bu açıdan dünyada gelişen ya da gelişmiş ülkelerde obezite önemli bir sağlık problemi olarak karşımıza çıkmaktadır (Yerlikaya ve Akın, 2003:8).

Günümüzde neredeyse her ülkede obezite insidansı yükselmekte ve bu problem yediden yetmişe kadar tüm insanları yakında ilgilendirmektedir. Söz konusu bu koşulların ortaya çıkışında, modern hayatın bizlere sunduğu beslenme alışkanlıkları, şeker ve tatlı ürünlerin oldukça fazla tüketilmesi ile insanların fiziksel alışkanlıklardan uzaklaşarak dijital etmenlere yönelmeleri gibi faktörler etkili olmaktadır (Akkaya ve Akkaya, 2013:62).

Obezite yapısal açıdan pek çok sistematik hastalığa neden olmaktadır. Dolayısıyla DSÖ mevcut durumu “Küresel Obezite Epidemisi” şeklinde değerlendirmektedir (Çömlekçi, 2011: 4). Diyabet, bazı kanser çeşitleri, kardiovasküler hastalıklar, hipertansiyon ve benzeri hastalıklar obezite sebebiyle ortaya çıkmaktadır. Bu açıdan obezite yalnızca ülkemizi değil, tüm dünyayı yakından ilgilendiren bir sorun olarak değerlendirilmektedir (Hancı vd.,2012:2).

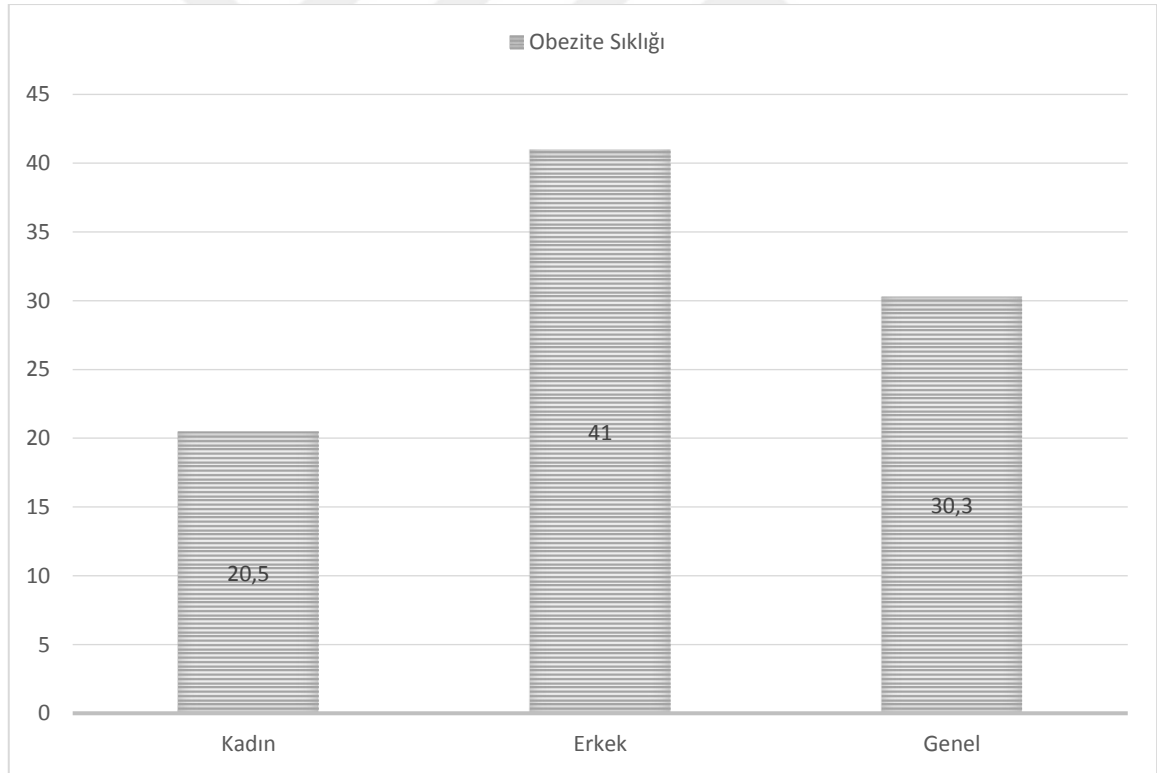
Obeziteyle alakalı yapılan çalışmalarda obezitenin önlenmesi ve insanların obeziteden korunabilmesiyle alakalı birtakım faktörler üzerinde durulmaktadır. Dünyada obeziteyle alakalı yürütülen ilk çalışma DSÖ Avrupa Bölge ve Ofisi tarafından 1997 yılında yürütülen çalışmadır. Söz konusu bu raporda obezitenin önlenmesi ile bunun tedavi edilmesi açıklanmıştır. 1999 yılında “Milano Deklarasyonu” adlı rapor 24 ülkenin imzasıyla birlikte yayınlanmıştır. Söz konusu raporda obezitenin günümüzün en büyük

sağlık sorunlarından biri olacağı ifade edilmiş ve bu rahatsızlığın yetişkinler ile çocuklar için bir tehdit unsuru haline geldiği belirtilmiştir. Ayrıca raporda obezitenin gelecekte de sağlık sorunlarına sebep vereceği ifade edilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2013: 13). Edinilen bulgulara göre obezite epidemisinin çocukluk çağına kadar indiği ve bu sebeple çocuklarda da obezite sorunuyla karşılaşıldığı imzada belirtilmiştir.

Dünyada özellikle okul dönemi çocuklarının yaklaşık %10'ununda obezite olduğu düşünülmektedir. Bazı ülkeler için bu oranlar şu şekildedir (Onisvd.,2007: 663):

- Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'de %32,
- Avrupa ülkelerinde %20,
- Orta Doğu ülkelerinde %16.

Türkiye'de Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan "Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması-2010" raporuna göre Türkiye'de obezite sıklığı ele alınmıştır. Bu raporun sonuçları Şekil 2.2'de gösterilmiştir.



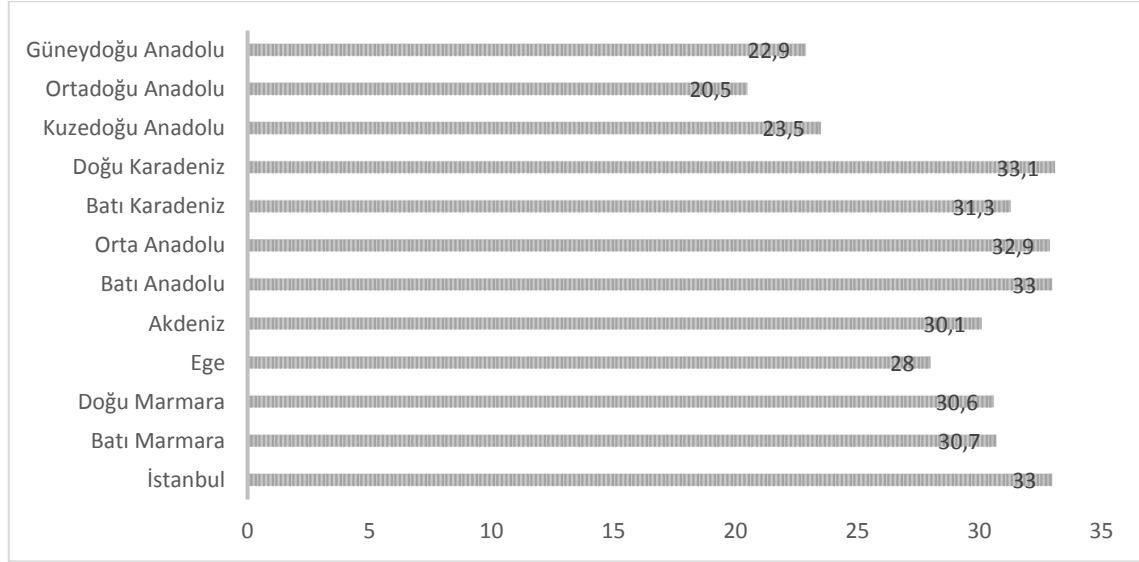
Şekil 2.2. Türkiye'de Obezitenin Görülme Oranı (%)

Kaynak: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu,

<http://beslenme.gov.tr/index.php?lang=tr&page=40>, erişim tarihi: 13.01.2017.

Şekil 2.2’de görüldüğü gibi Türkiye’de erkeklerde obezite görülme sıklığı kadınlara kıyasla daha fazladır. Kadınlarda %20,5 obezite görülürken erkeklerde bu oran %41’dir. Türkiye genelinde oran ise %30,3’tür.

Türkiye’de bölgesel açıdan obezite farklılıklar söz konusu olabilmektedir. Bu açıdan Şekil 2.3’de ise Türkiye’de bölgelere göre obezite dağılımları gösterilmiştir.



Şekil 2.3. Türkiye’de Bölgelere Göre Obezite Dağılımları (%)

Kaynak: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, <http://beslenme.gov.tr/index.php?lang=tr&page=40>, erişim tarihi: 13.01.2017.

Şekil 2.3’de görüldüğü gibi Türkiye’de İstanbul, Batı Anadolu, Orta Anadolu, Doğu Karadeniz gibi bölgelerde obezite oranı daha yüksektir. Türkiye’de en az obez görülme oranı Ortadoğu Anadolu’dadır. Onu Güneydoğu Anadolu ile Kuzeydoğu Anadolu izlemektedir.

### 2.1.2. Obezite Etyopatogenezi

Kişilerin sağlıklarının korunabilmesi açısından bedensel fonksiyonların belli değerler arasında olması gerekmektedir. Benzer şekilde bireylerin aldıkları enerjiyle, harcadıkları enerjinin eşit olması lazımdır. Harcanan enerji alınan enerjiden az olursa enerji fazlalığı yağ olarak depolanacak ve bu durum obezitenin ortaya çıkmasına neden olacaktır. Ayrıca harcanan enerji alınan enerjiden fazla olması durumunda ise birey kilo kaybedecektir (Arakurt vd.,2009:27).

Obezitenin sebebi değerlendirildiğinde pek çok faktörün etkili olduğunu söylememiz mümkün olmaktadır. Fiziksel hareket azlığı ile aşırı beslenme obezite sebebi



olarak değerlendirilse de bunlar dışında kişisel ve toplumsal etmenler de obeziteyi etkilemektedir. Obeziteyle alakalı yapılan epidemiyolojik çalışmalar, etnik köken, biyolojik faktörler, sosyo-kültürel faktörler, davranışsal faktörler benzeri faktörlerin kilo artışında etkili olduğu bilinmektedir (Doğan, 2012: 10). Bu açıdan obezite kaynağını yalnızca beslenme de aramamak gerekmektedir.

Bazı çalışmalar psikolojik sebeplerin de obeziteye neden olabileceğini ifade etmektedir. Obezite sorunu çeken kişiler ile bu bireylerin ruhsal durumları arasında etkili bir ilişkinin varlığından söz edilmektedir. Bazı stress kaynaklarının kişileri hızlı ve çok yemek yemeğe yönlendirdiği söylenmektedir. Bu durum obezite tedavisinde psikolojik etmenlerin de göz önünde bulundurulmasını gerektirmektedir (Ersoy, 2007: 92; Ulutaş vd., 2014:194)..

## **2.2. Obezitenin Sebep Olduğu Sağlık Problemleri**

Obeziteyle birlikte vücuttaki yağ birikimi fazlalaşmakta ve bu yağ birikimiyle birlikte bir takım sistematik hastalıklar ortaya çıkmaktadır. Bireylerdeki obezite sıklığının belirlenmesi ve obeziteyi meydana getiren faktörlerin tespiti, sağlık problemlerinin çözülebilmesi açısından oldukça önemlidir (Diri vd.,2013: 38).

Günümüzde obezite batı ülkelerinde yaygın şekilde rastlanan bir sağlık sorunu olmakla beraber, bu hastalığın etkileri her geçen gün etkisini daha da artırmaktadır. Yeme alışkanlıkları sebebiyle ortaya çıkan obezite aynı zamanda çevresel ve fizyolojik faktörlerden de etkilenmektedir. Bu sebeple obezite ilerledikçe bireyler ruhsal sorunlar yaşayamaya başlayabilmektedir (Kayar ve Utku, 2013:3). Bu bölümde obezitenin en fazla sebep olduğu sağlık problemleri üzerinde durulacaktır

### **2.2.1. Diyabet (Şeker Hastalığı)**

Obezitenin sebep olduğu en büyük sağlık problemlerinden biri tip 2 diyabettir. Obezitede fazla yağların bedenin hangi bölgesinde toplandığı oldukça önem arz etmektedir. Bedende fazla yağ birikmesi insülin hormonunun bedende dağılmasını zorlaştırmakta ve bu durum bedendeki diğer dokuların insüline cevabını zorlaştırmaktadır (Akkaya ve Çelik, 2010:6). Bunun dışında bedendeki yağ dokusu diyabet tedavisi de oldukça güçleştirmektedir. Spor ve kilo vermeyle azaltılan yağ dokusu kan şekerinin denetim altında tutulmasını kolaylaştırmaktadır (Altunoğlu vd., 2012:116).

Dünyada diyabet hastalığındaki artışın fazlalaşması obeziteyle alakalıdır. Dünyada tip 2 diyabet tedavisi için kullanılan oral antidiyabetiklerin obezite hastalığı olan

hastalarda daha fazla kullanıldığı bilinmektedir. Bu açıdan bedendeki yağ dokusu düştükçe bu antidiyabetiklerin kullanımının azalması söz konusu olmaktadır (Güven, 2014: 8).

Diyabet hastalarının düzenli spor yapmaları, düzenli beslenmeleri, düzenli insülin kullanmaları gerekmekte ve bu alışkanlıkları hayatlarının bir parçası haline getirmeleri gerekmektedir. Obezite hastalarında etkili kilo kaybıyla birlikte tip 2 diyabetin şiddetinin ve insidansının azaldığı pek çok araştırmada ifade edilmektedir (Efil, 2005: 17). Obezite ile diyabet arasında olan etkileşimin bu kadar fazla olması, obeziteyle alakalı yapılacak tedavilerin diyabet üzerinde de olumlu etki göstereceği ifade edilebilir. Ayrıca günümüzde yapılan çalışmalarda diyabetin kilo verilerek engellenebileceği ya da geciktirilebileceği söylenmektedir (Oğuz vd.,2016: 134). Bu açıdan tip 2 diyabet tedavisinde öncelikli olarak obezite tedavisine başlanması işi kolaylaştırılması açısından önemlidir.

### **2.2.2. İnsülin Direnci**

Diyabet ile obezite etkileşimi insülin direnciyle alakalıdır. İnsülin direnci ise, insülinin yağlar sebebiyle hedef dokulara erişememesi ve bu sebepten dolayı hedef dokuların insüline yönelik cevaplarının azalması anlamına gelmektedir. İnsülin direnciyle birlikte vücutta metabolik sorunlar ortaya çıkmakla beraber kardiovasküler hastalıklar da görülebilmektedir (Akkurt vd.,2009:27).

Obezite hastalığı olan her kişinin insülin direnci açısından değerlendirilmesi söz konusu rahatsızlığın önlenmesi açısından önemlidir. Türkiye’de yapılan Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği çalışmasına göre yirmi yaşından büyük bireylerin %34’ünde abdominal obezite bulunmaktadır. Abdominal bölgede yağ birikmesi insülin direncinin önemli göstergelerinde biri olarak kabul edilmektedir. Bu bakımdan insülin direnci tedavisinde bu bölgedeki yağlardan kurtulmak oldukça önemlidir (Koran, 2009: 11).

### **2.2.3. Hipertansiyon**

Toplumda hipertansiyon sıklıkla rastlanılan hastalıkların başında gelmektedir. Söz konusu bu hastalığın görülme olasılığı yaşa bağlı olarak artış göstermektedir. Obezite hastalığı olan kişilerde kan basıncının sıklıkla yükseldiği bilinmektedir. Ayrıca obezite bireylerde kardiovasküler hastalıklara da neden olmaktadır. Kan basıncı ile vücut ağırlığı

arasındaki etkileşim yaş, cinsiyet ile ırk gibi özelliklere göre farklılık göstermektedir (Oğuz vd.,2016: 134).

Yetişkin bireylerde hipertansiyon kan basıncının 140/90 mmHg üzerinde olması durumunda ortaya çıkmaktadır. Kişilerde hipertansiyon beslenme alışkanlıklarına, yaşa, cinsiyete bağlı olarak gelişim gösterecektir. Obezite hastalığının hipertansiyon hastalığındaki etkisi kesin olarak ifade edilememektedir. Fakat obezitenin sahip olduğu pek çok özellik kan basıncının artmasını sağlamaktadır (Yaylalı ve Yaylalı, 2013:47).

Tuz tüketimi kan basıncını artırmaktadır. Ayrıca kolesterolü yüksek olan gıdaların fazla tüketilmesi durumunda da kan basıncı yükselmektedir. Yüksek stresin ve fiziksel hareket azlığının obezite üzerinde etkili olarak hipertansiyona neden olduğu ifade edilmektedir (Oğuz vd.,2016: 135).

#### **2.2.4. Kanser Çeşitleri**

Obezite bedende bir takım metabolik ve hormonal değişikliklere neden olmakta ve etmenler vücutta kanser yapıcı etmenlerin oluşturulmasına sebep olabilmektedir. Dünyada son yıllarda artan obezite insidansı ile birlikte kanser çeşitleri ile kanser vakalarının da artış gözlemlenmektedir. Bu açıdan kanser vakalarında ölümlerin obezite temelli olduğu söylenebilmektedir (Koçak ve Erem, 2013:42)..

Kalça ile karın bölgesinde artan yağın kanser riskini artırdığı ifade edilmektedir. Bununla birlikte yağ depolanan bölgelerle alakalı bir takım hastalıkların ortaya çıkması, obezitenin kansere neden olduğunu fikrinin güç kazanmasını sağlamaktadır. Kanser tedavisi bir o kadar uzun bir süreç olmakla beraber bir o kadar maliyetli bir süreçtir. Bu durum kanser vakalarının önlenmesi açısından obezite tedavisine önem verilmesi gerektiğini açıkça ortaya koymaktadır (Öztürk ve Aktürk, 2011:55).

#### **2.2.5. Solunum Sistemi Hastalıkları**

Obezitenin solunum sistemi üzerinde ciddi etkilerinin olduğu bilinmektedir. Özellikle Uyku Apnesi Sendromu obezitenin etkisiyle çıkan solunum sistemi rahatsızlıklarından biridir. Uyku Apnesi Sendromu, gece uyku sırasında birden fazla ortaya çıkan üst solum yolu tıkanmaları olarak açıklanmaktadır. Gece uykudayken birden çok ortaya çıkan bu durum, ani ölüme sebep olabilmektedir (Kepez vd., 2011:428).

Obezite hastası kişilerde görülen uyku apnesinde, nefes alıp vermek adına bir çaba olmasına rağmen üst solunum yolu kısmi ya da tamamen kapanmaktadır. Bu apnelerin bazı zamanlar bir veya iki dakikayı bulması mümkün olmaktadır. Soluk alışverişinin

sonlanması boğulma hissinin oluşmasına da sebep olabilir. Karında ve göğüs duvarında aşırı miktarda yağ birikmesi solunumun zorlaşmasına sebep olabilmektedir. Oksijen tüketimi değerlendirildiğinde morbid obezler normal bir bireyle karşılaştırıldıklarında 3 kat oksijene ihtiyaç duymaktadırlar (Hatipoğlu, 2005:44) Söz konusu bu yüksek oksijen alınımı solunum için gerekli oksijen miktarı düşünülduğünde sistemin normal sistemlerle kıyasla daha verimsiz çalıştığını ortaya koymaktadır. Bu sebeple obezite sorunu ile uyku apnesi sorunu birbirleriyle ilişkilidir.

Obezite hastalığı olan ve uyku apnesi sorunu yaşayan bireylerde akciğerlerde bir rahatsızlık olmamasına rağmen uyku esnasında akciğerlere hava gidememesinden dolayı bu bireylerin kanlarındaki oksijen oranında bir düşüş söz konusu olmaktadır. Bu bireylerin uyku apnesi sorunu obezite hastalıklarının tedavisiyle geçirilebilmektedir (Nazlıcan vd.,2011:7).

Obezite hastalığının uyku apnesine neden olduğunu ortaya koyan pek çok araştırma bulunmaktadır. Bu açıdan bir çalışmada uyku apnesi olan kişilerin %70 ile %80'inin obezite hastalığı olduğu görülmüştür. Araştırmalarda BKİ %10 artmasının uyku apnesi görülme olasılığını %6 oranında artırdığı ifade edilmiştir (Güven, 2014: 11). Bu nedenle sağlıklı yaşam sürdürebilmek için obeziteden korunulması oldukça önemlidir.

### 2.3. Obezitenin Ortaya Çıkmasına Neden Olan Faktörler

İnsanlar gün içerisinde belli miktar enerji almakta ve bu aldıkları enerjiyi harcamaktadır. Obezite durumu alınan enerjinin harcanan enerjiden fazla olması durumunda gelişmeye başlamaktadır. Ayrıca kişinin metabolizması, genetiği, iştahı, fiziksel aktivitesi gibi etkenlerde obezite hastalığı üzerinde etkilidir. Bu açıdan bu hastalığın oluşumunda pek çok faktör etkili olmaktadır (Kayar ve Utku, 2013:2).

Tablo 2.2. Obezitenin Oluşum Süreci

Enerji Tüketimi (A)	Enerji Alımı (B)	B>A	
İş yaşamının sebep olduğu fiziksel aktivite azlığı	Yağ içerikli yiyeceklerin fazlalaşması	<b>YAĞ ARTIŞI</b>	<b>OBEZİTE</b>
Günlük Fiziksel Aktivitede Düşüş	Yiyeceklerin lezzetli ve ucuz olması		
Sedanter Hayat Tarzı	Porsiyonların büyümesi		

Kaynak: Güven, 2014: 12.

Obezitenin fiziksel aktivite yetersizliği ile aşırı beslenmeden dolayı oluştuğu düşünölmektedir. Bu bakımdan obezitenin oluşmasına neden olan faktörlerin bazı değiştirilebilirken bazıları değiştirilememektedir (Orsey vd., 2009:791). Söz konusu bu faktörler fizyolojik, kalıtsal, çevresel, psikolojik, sosyo-kültürel benzeri pek çok etmenin etkileşimine bağlı olabilmektedir. Günümüzde çocukluk döneminde obezitenin görölmeye başlanmış olması çevresel faktörlerin de obezite üzerinde oldukça etkili olduğunun düşünölmüne sebep olmuştur (Güven, 2014: 12).

Obezitenin oluşumunda etkili olan riskler şunlardır:

- Yanlış ve aşırı beslenme alışkanlıkları,
- Hareketsiz yaşam tarzı,
- Yaş,
- Cinsiyet,
- Metabolik ve hormonal hastalıklar,
- Kalıtım,
- Bilinçsiz diyet uygulamaları,
- Alkol ve sigara kullanımı,
- Psikolojik faktörler,
- Sosyo-kültürel faktörler,
- Kadınlarda yapılan doğum sayısı ile doğumlar arasındaki zaman,
- Eğitim düzeyi,
- Evlilik,
- Ekonomik durum,
- Antidepresan ilaçlar.

### **2.3.1. Obezite Üzerinde Etkili Olan Demografik Faktörler**

#### **2.3.1.1. Yaş**

Obezite hastalığı her yaş dilimi içerisinde görölebilmekle beraber, yaşın artmasıyla birlikte görölebilmek olasılığının arttığı bilinmektedir. İnsanlarda yaşın ilerlemesiyle birlikte vücuttaki yağ oranı artmaktadır. Ancak obezite yalnızca yetişkinlerde değil aynı zamanda çocuklarda ve gençlerde de görölebilmektedir (Tezcan, 2009:52). Bununla birlikte obezite kadınlarda ve erkeklerde 50 ile 60 yaşlarına kadar artma eğilimi gösterebilmektedir. Yaşın ilerlemesiyle birlikte fiziksel aktivitede azalma ortaya

çıkmakla birlikte bedeninin de enerji ihtiyacı azalmaktadır. Bu açıdan yaşın artışıyla beden ağırlığının artışında aynı yönlü bir ilişki bulunmaktadır. Günümüzde şişman yetişkinlerin büyük bir çoğunluğunda şişmanlığın çocuklukta başladığı iddia edilmektedir (Parlak ve Çetinkaya, 2006: 27). Özellikle çocukluk döneminde ortaya çıkan obeziteyle alakalı olarak önlem alınmaması durumunda bu hastalığın yaşamın her döneminde görülecek bir rahatsızlığına dönüşebileceği ifade edilmektedir.

Dünyada çocukluk dönemindeki obezite giderek artış göstermeye başlamıştır. Bir araştırmada 1989 yılında İngiltere’de obez çocuk oranı %5, fazla kilolu çocuk oranı %15 belirlenmiş, 1998 senesine gelindiğinde obez çocuk oranı %9, aşırı kilolu çocuk oranı %24 olarak belirlenmiştir (Oğuz vd.,2016: 136). Dünyada çocuklarda görülen obezitenin hızlı artış göstermesi bu hastalığın yalnızca genetik faktörlerle açıklanamayacağını ortaya koymuştur. Bu sebeple çevresel faktörlerin de göz önünde bulundurulması önemlidir (Metinoğlu vd.,2012:118).

### **2.3.1.2. Cinsiyet**

Obezite kadınlarda daha fazla görülmektedir. Özellikle doğum sayısı artıkça obezite olasılığı artış göstermektedir. Obezite doğuma ve gebelik sebebiyle ortaya çıkabildiği gibi östrojen hormonunun yağ artıran etkisiyle birlikte de ortaya çıkabilmektedir (Güven, 2014: 14). Adölesan dönemde salınımı artmaya başlayan östrojen yağ dokusunun artmasını sağlamaktadır. Ayrıca bu dönemde bu hormonun kızlarda erkeklere nazaran daha fazla salgılanmasıyla birlikte kızlarda yağ dokusu artışıyla birlikte kilo artışı yaşanmaktadır. Bu bakımdan adölesan dönemindeki kızlarda erkeklere kıyasla daha fazla obeziteye rastlanmaktadır. Araştırmalar kız çocukların erkek çocuklara kıyasla daha önceden obeziteyle tanıştıklarını ifade etmektedir (Savaşan vd.,2015:15).

Doğum denildiğinde akla gelen ilk olgulardan biri kilodur. Bunun dışında kadınlarda menopoz da bir kilo artışına dönemi olarak karşımıza çıkmaktadır. Özellikle menopoz sürecinde merkezi bölgede yağ birikimi söz konusu olmaktadır (Karamahmutoğlu, 2007: 26).

### **2.3.2. Obezite Üzerinde Etkili Olan Genetik Faktörler**

Aile içerisinde birden fazla obez üyenin olması, obezitenin genetik faktörlere bağlı olarak ortaya çıkma olasılığını artırmaktadır. Obezitede genetik etkilerin bulunduğu olgusuna aileler üzerinde yapılan araştırmalar etkili olmuştur (Zaborskis vd., 2008:234).

Bu açıdan aileler üzerinde yapılan çalışmalarda obezitenin %25 ile %40 arasında genetik faktörlere bağlı olduğu ortaya konulmuştur. Ayrıca obezite ile alakalı birden fazla genin varlığına rastlanmıştır. Bu sebeple obezitenin poligenik olduğu ifade edilmiştir. Bireylerde obezite genetik faktörler kapsamında alınan bilgiler ile çevresel faktörlerin etkisiyle birlikte ortaya çıkmaktadır (Önder ve Aydın, 2013:14).

Aşırı kilosu olan anne ve babaların çocuklarının da aşırı kilosu olabilmektedir. Fakat burada çevresel etkiler ile genetik faktörlerin etkisini birbirlerinden ayırt edebilmek oldukça zordur. Obesitenin ortaya çıkışıyla alakalı olarak genetik faktörlere sahip olan kişilerin çevresel etkenlere maruz kalmasıyla birlikte obezitenin ortaya çıktığı ifade edilmektedir. Bu açıdan genetik etkenler tetikleyici, çevresel etkenler ise direkt obeziteye neden olan faktörler olarak karşımıza çıkmaktadır (Oğuz vd.,2016: 142).

Bazı araştırmalar çevresel faktörlerin genetik faktörleri değiştirebildiklerini ifade etmektedir. İkiz ve evlatlık çocukları olan ailelerle yürütülen çalışmalarda obezite geçişi %30 ile %50 arasında değişmektedir. Bu durum evlat edilen çocuklarda %30 ile %50 arasında değişirken, ikizlerde %10 ile %30 arasında değişmektedir (Hamurcu, 2014: 14).

### **2.3.3. Obesite Üzerinde Etkili Olan Tutumsal Faktörler**

#### **2.3.3.1. Yeme ile Diyet Alışkanlıkları**

Obesite hastalığının ortaya çıkışında en önemli faktörlerden biri yeme ve diyet alışkanlıklarıdır. Hayatın ilk dönemlerindeki yeme alışkanlıkları gelecek açısından oldukça önemlidir. Birey bebekliği döneminde yeteri kadar anne sütü alamamışsa bağışıklık sisteminin tam olarak gelişmemesi söz konusu olabilecektir. Bu durumun obeziteye sebep olabilmesi mümkün olmaktadır. Bu açıdan anne sütü alamadan büyümüş kişilerde obezite görülme oranının arttığı ifade edilmektedir (Ayyılmaz vd., 2016:158).

Obesite temelinde aşırı bir yeme alışkanlığı bulunmaktadır. Genç yaşlarda yeni yağ hücrelerinin üretimi daha hızlı yapılmaktadır. Bu bakımdan yağ depolanması hızlı olmaktadır. Depolanan yağ miktarı arttıkça, yağ hücrelerinin sayısı da artış göstermektedir. Özellikle şişman çocuklarda diğer çocuklara nazaran üç katı yağ hücresinin olduğu ifade edilmektedir (Öncü, 2009: 16). Bu sebepten dolayı obezite görülen çocuklarda yağ hücresi sayısını azaltacak tedbirlerin alınması önemlidir. Obesitenin fazlalaşmasına etki eden bir diğer neden az çiğneyerek hızlı hızlı yemektir. Günümüzde hızlı yemek alışkanlığı giderek yaygınlaşmaktadır. Bunun dışında fastfood besin tüketiminin de artması obezitenin artmasına sebep olmaktadır (Avşar vd.,2013:40).

### **2.3.3.2. Fiziksel Hareketlilik**

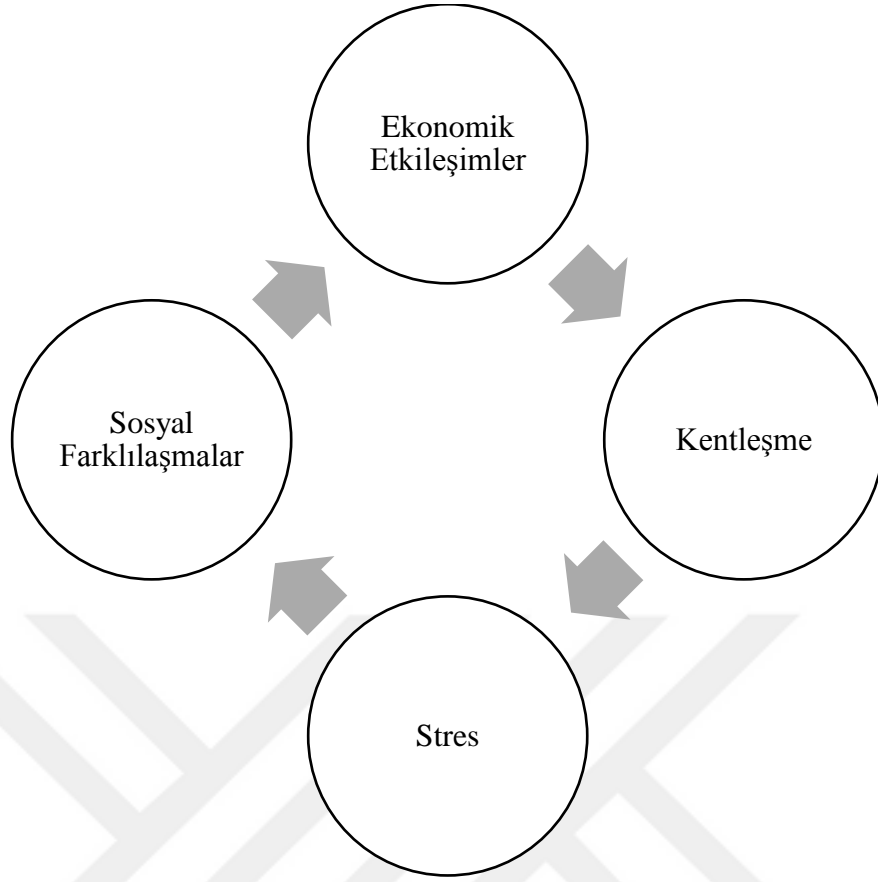
Obezite, bireyin sahip olduğu yüksek kilolar sebebiyle hareket etmelerini g¼çleřtiren bir hastalık olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu açıdan obezler sedanter yaşam tarzını yaşamak durumunda kalmaktadırlar. Obeziteye yakalanmamak adına fiziksel hareketliliği hayatın her dönemine sokmak son derece önemlidir (Sivalingam vd., 2011:618). Genelde fiziksel hareketlilikte bir azalma obezitenin sebebi olmaktan çok obezitenin bir sonucu olarak ifade edilmektedir. Bu bakımdan fiziksel hareket azlığı yalnız başına obezite sebebi olmamakla birlikte, obezitenin bir sonucu olarak karşımıza çıkmaktadır. Yaşamını daha az fiziksel hareketlilikle geçiren insanlar aktif olarak geçiren insanlara göre daha obez olmaktadır (Parlak ve Çetinkaya, 2006: 30).

Araştırmalar uzun süreli televizyon izlemekle obezite arasında aynı yönlü bir ilişkinin olduğunu ifade etmektedir. Televizyon başında geçirilen uzun saatler hareketsizliğe neden olarak vücutta yağ depolanmasına neden olmaktadır (Kayar ve Utku, 2013:3). Ayrıca televizyon reklamlarında sunulan beslenme seğıeneklerinin bireyleri yanlış beslenme alışkanlıklarına da yönlendirdiği bilinmektedir. Televizyon izlerken bireylerin ekstradan bir şeyler yemeleri de söz konusu olmaktadır. Bunun dışında günümüz iş hayatı insanları hareketsiz yaşama yönlendirmekte ve bunun sonucunda tüketilen besinlerin yağ olarak depolanması söz konusu olmaktadır (Baltacı, 2008:32).

### **2.4. Obeziteyi Etkileyen Çevresel Faktörler**

Obezitede çevresel faktörlerin önemli etkilerinin olduğu bilinen bir durumdur. Obezite sosyo-kültürel faktörlerden oldukça etkilenmektedir. Şekil 2.4'de obeziteyi etkileyen sosyal faktörler gösterilmiştir.



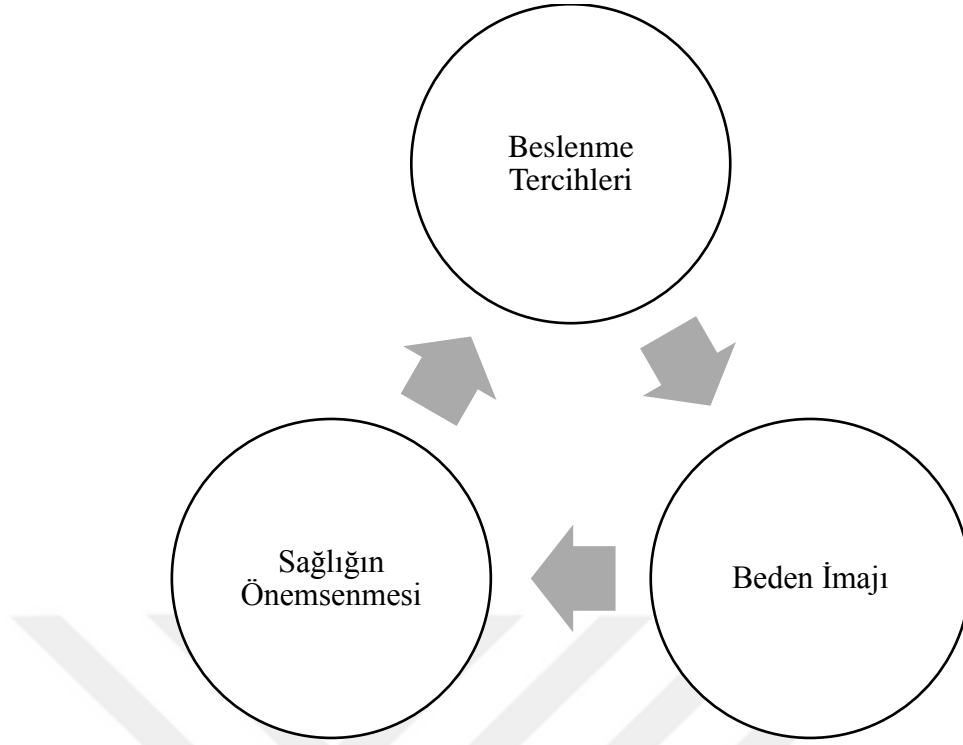


Şekil 2.4. Obeziteyi Etkileyen Sosyal Faktörler

Kaynak: Güven, 2014: 18.

Obezite kentleşmeden, sosyal alanda ortaya çıkan farklılaşmalardan, ekonomik etkileşimlerden ve stresten etkilenmektedir. Günümüzde yaşanan gelişmeler doğrultusunda hayat daha kolay hale gelmektedir. Söz konusu bu kolaylık ise kentleşme sürecinin hızlanmasına neden olmaktadır (Çelebi, 2015:14). Kentleşme süreci iş hayatının ve nüfusun şehirlere kaymasına sebep olmakta ve bu durum stres oluşumunu artırmaktadır. Bu faktörler obezite üstünde tetikleyici nitelik taşıyabilmektedir.

Obezite kültürel etmenlere dayalı olarak da ortaya çıkabilmektedir. Bu açıdan Şekil 2.5’de obeziteye etki eden kültürel faktörlere yer verilmiştir.

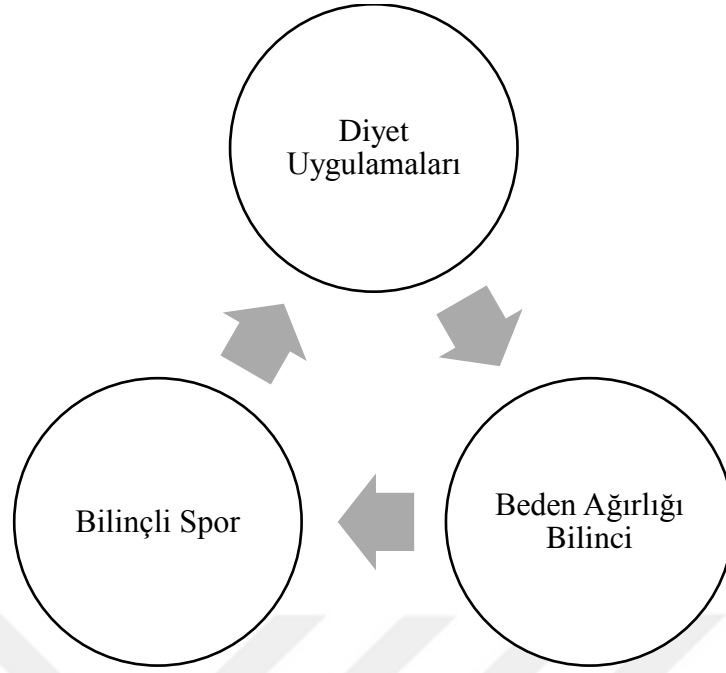


Şekil 2.5. Obeziteyi Etkileyen Kültürel Etmenler

Kaynak: Güven, 2014: 18.

Beslenme tercihleri, beden imajı, sağlığın önemsenmesi benzeri faktörler bireylerin yaşadıkları çevrenin kültürel etmenleri doğrultusunda ortaya çıkmaktadır. Bunlar bireylerin yaşam şekillerini etkileyerek bireylerin obezite olma ihtimallerine etki etmektedir. Beslenme tercihleri kapsamında son dönemde yüksek kalorili besinleri içeren fast-food yeme alışkanlığının giderek daha da fazlaştığı gözlemlenmektedir (Kayıran vd., 2011:14).

Bireyler çevrelerinde yaşadıkları olay ve durumlar neticesinde bir takım kişisel faktörler sergilemektedirler. Obeziteyi etkileyen kişisel faktörler Şekil 2.6'da gösterilmiştir.



Şekil 2.6. Obeziteyi Etkileyen Kişisel Faktörler

Kaynak: Güven, 2014: 19.

Çevresel etmenler bireylerin hareketlerini şekillendirmektedir. Bu açıdan bireylerin bilinçli spor yapması, beden ağırlıklarının bilincinde olması ve diyet uygulamalarını takip etmesi çevreden gelen etkiler doğrultusunda olmaktadır. Diyet uygulamaları genel olarak aile ve bulunulan çevrenin yemek yeme alışkanlıklarından kazanılmaktadır (Çayır vd., 2011:14). Bunun dışında aile ve çevrenin beden ağırlığı unsuruna önem vermeleri ve bilinçli spor yapmaları bireyin davranışlarını bu alışkanlıklar doğrultusunda şekillendirecektir. Eskiden yaşamı sürdürmek için yemek alışkanlığı bugün yerini zevk için yemeğe bırakmış durumdadır (Kayar ve Utku, 2013:3).

## 2.5. Obeziteyi Etkileyen Psikolojik Faktörler

Bireylerde obezite gelişimiyle beraber ruhsal sorunlar artış göstermektedir. Bu açıdan obez bireyler negatif alışkanlıklara kolay yönelebilmektedir. Söz konusu bu süreç ise kişilerin tedavisini zorlaştırmakla beraber bireylerin toplumdan soyutlanmasına neden olmaktadır. Ruhsal sıkıntılar ve problemler bireylerde iştahsızlığa neden olabildiği gibi aşırı yeme alışkanlığına da neden olabilmektedir (Balcıoğlu ve Başer, 2008:343).

İş hayatında çekilen sıkıntılar, ev yaşamındaki problemler, çevreden soyutlanma, stres benzeri unsurlar kişilerde beslenme alışkanlıklarının bozulmasına neden olmaktadır. Strese bağlı olarak yağ dokusunun fazlalaşması obeziteyle alakalı bir durumdur. Çok küçük bir olasılıkla obezite ruhsal bir hastalığa eşlik edebilmektedir. Zihinsel engelli

bireylerde obeziteye sık rastlanılmaktadır. Zeka geriliği olan kişiler genel olarak hareketsiz yaşam tarzı sürdürdükleri için bu tablo ortaya çıkmaktadır (Yüce, 2007: 14).

Obezite günümüzde çocuklarda da yaygın olarak görülen bir problem haline gelmiştir. Özellikle bebeklik döneminde sevgiye doyum sağlanamamışsa ilerleyen dönemlerde bu kendini yemek yeme arzusu şeklinde dışarı yansıtabilmektedir. Bu durum bebeklerin her ağlamasının açlık olarak nitelendirilmemesi gerektiğini ortaya koymaktadır (Berberoğlu, 2008:79).

Obezite hastalığına sahip her bireyin kişilik yapısı birbirinden farklıdır. Söz konusu bu kişilik yapıları ise çevre şartları, fizyolojik olgular, yeme-içme alışkanlıkları doğrultusunda gelişmektedir. Fakat toplumda obez bireyler kötü veya eksik bir karakter özelliğine sahip ve bedensel imajı kötü olan bireyler olarak nitelendirilebilmektedir (Öztürk ve Aktürk, 2011:54). Obez bireylere yöneltilen bu dışlamalar bu bireylerin ruhsal sıkıntı çekmelerine neden olabilmektedir. Bu açıdan bu kişilerde güvensizlik, aşağılık duygusu, çekingenlik, depresyon, sosyal yaşamdan kopma, depresyon gibi ruhsal sıkıntılar oldukça fazla görülmektedir. Söz konusu bu ruhsal sıkıntılar ise bireyde fiziksel aktivitede düşüşe, motivasyon kaybına sebep olmaktadır. Bu aşamada ise süreç daha da güç hale gelmektedir (Oğuz vd.,2016: 143).

Günümüzde kilo vermek adına bazı ürünler satılmaktadır. Kilo vermek adına kullanılan bu ürünlerin sağlık sorunlarına yol açabilmesi mümkündür. Kilo vermek için diyetisyen ve doktorlarla beraber çalışılması daha sağlıklı olacaktır. Özellikle çocukluk döneminde başlayan ve yetişkinlik döneminde de devam eden obezite vakalarında tedavi oldukça güçleşmektedir (Köksal ve Özel, 2008:32). Çocukken obez olan kişilerin yetişkinen tekrar obez olma olasılıkları artmaktadır. Ayrıca obezlikte ölüm riski artırmakla beraber farklı hastalıklara yakalanma riskini de yükseltmektedir (Alaçam vd.,2013:19).

## **2.6. Obezitenin Ölçüm Yöntemleri**

Obezite ölçüm yöntemleri kapsamında çeşitli yöntemlerden yararlanılmaktadır. Bu bölüm içerisinde ölçümde kullanılan dört yöntemden bahsedilecektir. Bu yöntemler; beden kitle indeksi (BKİ), rölatif ağırlık (RA), deri kıvrım kalınlıkları (DKK) ve bel/kalça oranıdır.

### 2.6.1. Beden Kitle İndeksi (BKİ)

Beden kitle indeksiyle obezitenin teşhis edilmesi mümkündür. Ayrıca bu ilişki kapsamında morbidite ve mortaliteyle etkileşim kurulması mümkündür. Vücut kitle indeksi en sık kullanılan yöntemlerden biri olarak dikkat çekmektedir. Vücut kitle indeksi kilonun kilogram cinsinden değerinin, boyun metre cinsinden değerinin karesine oranlanmasıyla bulunmaktadır (Aksoydan ve Cakir, 2011:265). Kişinin mevcut kilosunu koruyabilmesi açısından gün için alınan enerjinin gün içi harcanan enerjiye eşit olması gerekmektedir. Günlük alınan enerjinin tüketilen enerjiden fazla olması durumunda yağ depolanması söz konusu olmakta ve bu durum hızlı ilerlediğinde ise obezlik ortaya çıkmaktadır (Strock vd.,2005: 19).

Beden Kitle İndeksi kapsamında çıkan sonucun 25 ile 29,99 arasında olması durumu şişmanlık öncesi evreyi ifade ederken 30 ile üzerinde olması durumu şişmanlığı ifade etmektedir. Bu süreç sonrasında ise tehlike çanları başlamaya başlamaktadır (Kayıhan ve Ersöz, 2009:109).

### 2.6.2. Rölatif Ağırlık (RA)

Rölatif ağırlık mevcut ağırlığın ideal ağırlığa oranlanması neticesinde hesaplanmaktadır. Bu bakımdan rölatif ağırlık şu şekilde formüle edilmektedir.

$$RA = \frac{\text{Mevcut Ağırlık}}{\text{İdeal Ağırlık}} \times 100$$

Rölatif Ağırlık (RA) şu sonuçlara göre değerlendirilmektedir (Çömlekçi, 2011:8):

- %90 ile %110 arası normal kilolu,
- %110 ile %120 arası fazla kilolu,
- %120'nin üstünde olması hali obezite şeklinde ifade edilmektedir.

### 2.6.3. Deri Kıvrım Kalınlıkları (DKK)

Deri kıvrım kalınlığı ölçümleri kaliper denen aletlerden yararlanılarak yapılmaktadır. Vücudun farklı bölümleri deri kalınlık ölçümü yapılmaktadır. Bu ölçümler sırasında en fazla yararlanılan bölge triseps derisidir. Bu yöntem yağ kalınlığını sunması açısından avantaj sağlayıcı bir yöntem olarak karşımıza çıkmaktadır (Strock vd.,2005: 20).

#### 2.6.4. Bel/Kalça Oranı

Yağ ölçümünde kullanılan yöntemlerden bir diğeri bel ölçüsünün kalça ölçüsüne oranlanmasıdır. Söz konusu bu ölçüm yapılırken belin en ince kısmıyla kalçanın en geniş kısmının belirlenmesi önemlidir. Bu yöntem yetişkinlerde obezite varlığının belirlenmesi açısından oldukça yararlıdır (Nazlıcan vd.,2011:6).

Cinsiyete göre bel/kalça oranlarına göre risk değerleri ise şu şekildedir (WHO, 2008):

	Risk
Erkek	> 0,90
Kadın	> 0,85

#### 2.7. Obezitenin Tedavisi

Obezite her yaş grubu için oldukça üzerinde durulması gereken bir hastalık tipidir. Obezitenin tedavisinin yapılabilmesi için kişinin tedavi sürecine aktif katılımıyla birlikte tedavide devamlılık gerekmektedir. Yapısal açıdan ele alındığında obezitenin tedavisi uzun süreli ve komplike bir süreç olarak karşımıza çıkabilmektedir (Deveci, 2013: 24). Obezite tedavisi sırasında bireylerin hemen ideal kilolarına inmelerini sağlamaktan çok bireylerin iyi ve dengeli beslenme alışkanlığını edinmeleri sağlanmaya uğraşmaktadır. Bu alışkanlığın kazandırılmasının ardından bireylerin fiziksel özellikleri doğrultusunda ideal vücut ağırlıklarına ulaştırılması amaçlanmaktadır. İdeal vücut ağırlığa erişildikten sonra ise bu bireylerin ideal vücut ağırlığında kalmaları temin edilmeye çalışılmaktadır (Yücel, 2008: 15).

Yapılan çalışmalar obezite tedavisi sırasında %5 ile %10 arasındaki ağırlık kaybının obezite ile birlikte ortaya çıkan uyku apnesi, diyabet, hipertansiyon gibi hastalıkların tedavisinde etkili olduğunu ortaya çıkarmıştır (Deveci, 2013: 24). Fakat obezite tedavisinde uzman kişilerden yardım alınması gerekmektedir. Çalışmalar obez bireylerin egzersiz ile diyet yöntemlerini bir destek almadan uyguladıklarını ve bunun sonucunda da başarısız olduklarını göstermektedir (Ateş, 2015: 12).

Hastaların tedavi süreçlerindeki motivasyonları ve tedavi sürecine olan uyumları tedavinin başarılı olmasını sağlayan en büyük etkenlerdir. Bu açıdan obezite tedavisinin tüm özelliklerinin hastalara anlatılması önem arz etmektedir (Deveci, 2013: 25).

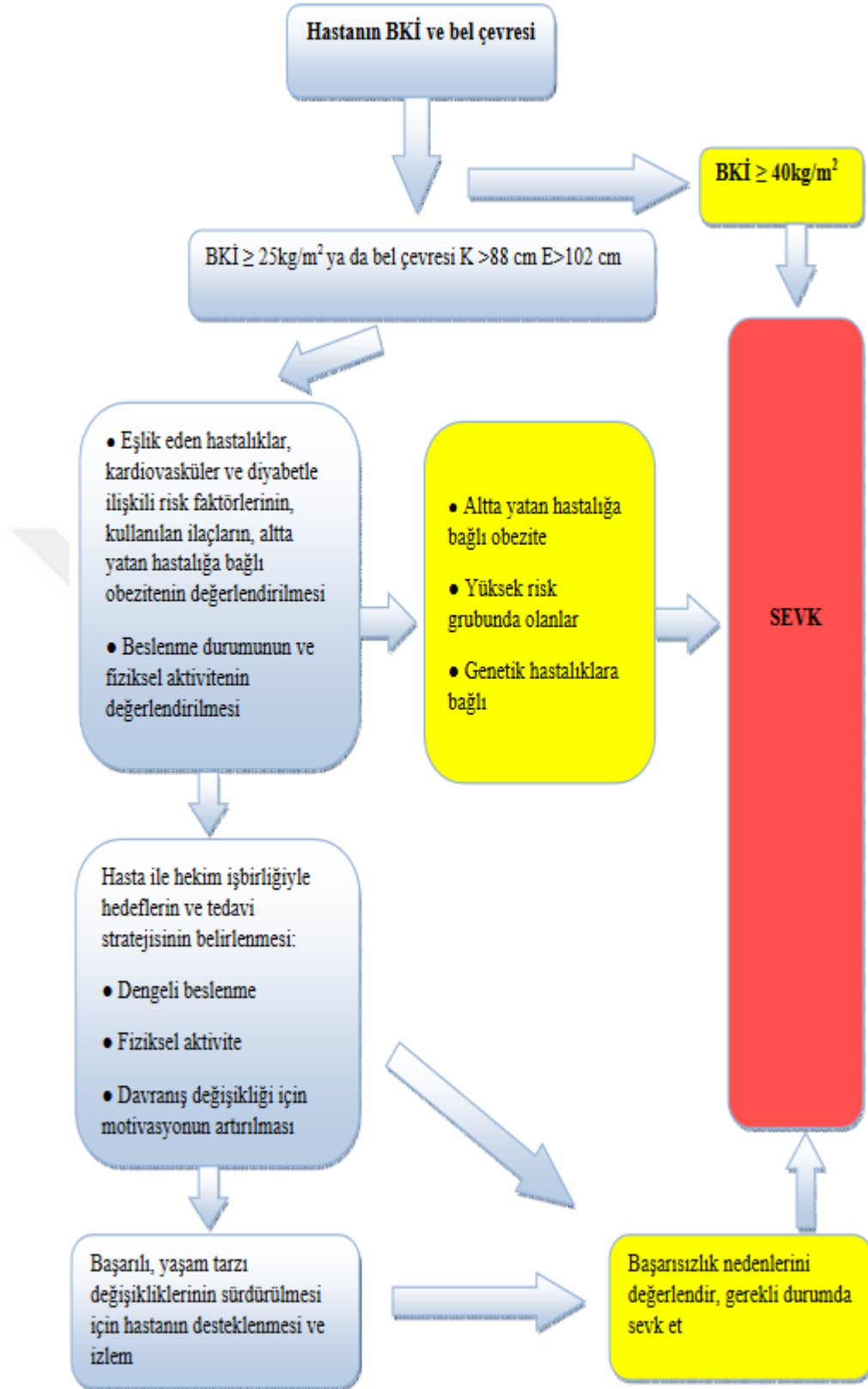
### 2.7.1. Diyet

Obezite hastalığının tedavisinde hastaların kişisel özelliklerine uygun beslenme programlarının oluşturulması ve bu beslenme programlarına bağlı olarak uygun kalori gereksinimlerinin hesaplanması gerekmektedir. Beslenme programları düşük kalorili olmakla birlikte hastanın kas kaybı olmadan yağ kaybını sağlayacak biçimde düzenlenmesi önemli olmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2010).

Obezite hastalarında uygulanan diyet programlarında Beden Kitle İndeksi önem arz etmektedir. Fakat çoğu zaman kullanılan diyetler “düşük kalorili diyetler” ile “çok düşük kalorili diyetler” şeklinde ele alınmaktadır (Aksoydan ve Cakir, 2011:266). Düşük kalorili diyetlerde kadınlarda ortalama 1000-1200 kalori alımı söz konusu olurken, erkeklerde 1200-1500 kalori söz konusu olmaktadır. Çok düşük kalorili diyetler de ise günlük 800 kalorinin altında kalori alımı söz konusu olmaktadır. Bu diyetlere ek olarak katı gıdalarla aynı kalori değerlerine sahip sıvı gıda tüketiminin eklenmesi mümkün olmaktadır. Düşük ve çok düşük kalorili diyetlerin tek başına uygulanması mümkün değildir. Bu diyetlerin bir uzman kontrolünde uygulanmaları gerekmektedir. Çok düşük kalorili diyetlerin kullanımı sırasında kardiyak sorunları, mineral eksikliği, baş ağrısı gibi problemlerin görülebilmesi uzman yardımıyla kullanılmasını gerektirmektedir (Johnson, 2010).

Tsai ve Wadden (2006) yaptıkları çalışmada düşük kalorili diyetler ile çok düşük kalorili diyetlerin özelliklerini karşılaştırmışlardır. Kısa dönemde çok düşük kalorili diyetlerin anlamlı kilo kaybına neden olduğunu belirlemişken, uzun dönemde ise bu iki diyet arasında bir fark olmadığını belirlemişlerdir.

Diyet uygulamaları sırasında bazı beslenme kurallarına uyulması gerekmektedir. Bu açıdan kişinin haftalık 0,5-1 kg kilo arasında kilo kaybını sağlayacak şekilde günlük kalori alması gerekmektedir. Ayrıca günlük kalori ihtiyacının %55-60 arası karbonhidratlardan, %25-30 arasının yağlardan, %12-15 arasının ise proteinlerden sağlanması lazımdır. Bunun dışında bireyin aldığı vitamin, mineral miktarının dengeli olmasıyla birlikte günlük olarak 2,5-3 litre sıvı tüketilmesi gerekmektedir (Deveci, 2013: 27). Obezitenin tedavi edilmesi sırasında bazı algoritmalarla yararlanılabilmektedir. Bu algoritma örneği Şekil 2.7’de gösterilmiştir.



Şekil 2.7. Obezite Tedavisinde Yararlanılan Algoritma Örneği

Kaynak: Deveci, 2013: 26.



### **2.7.2. Egzersiz**

Bireylerin yağ artışında etkili olan unsurlardan biri bireylerin aldıkları enerji miktarının tükettikleri enerji miktarından fazla olmasıdır. Bu bakımdan obezite döneminde enerji tüketiminin artırılması oldukça önemlidir. Enerji tüketiminin artırılmasında ise egzersizin büyük önemi bulunmaktadır (Tam ve Çakır, 2012:2).

Fiziksel aktivite obezite tedavisinde üzerinde durulan konulardan bir tanesidir. Fiziksel aktivite yalnız yağ yakımı veya mevcut kilonun korunabilmesi açısından önem arz etmemektedir. Obezite dolayısıyla ortaya çıkan hastalıkların iyileştirilmesi veya etkilerinin azaltılması açısından da önem arz etmektedir. Obezite hastalarının kilo verme süreçlerinin hızlandırılması açısından diyet programlarına egzersizin dahil edilmesi önemlidir (Baltacı, 2008:24). Egzersiz ile birlikte yürütülen diyet programları yağ yakımını artırırken kas korunumu temin etmektedir. Bu sebepten dolayı obezite hastalarının fiziksel aktivitelerinin fazlaştırılması yağ yakımının hızlandırılması açısından önem arz etmektedir (Çıtak vd.,2007: 8).

Çalışmalar yağ dokusunun yakılabilmesi açısından egzersizlerin en az 2 boyunca sürdürülmesi gerektiğini ifade etmektedir. Ayrıca yapılan haftada 3-5 kez yapılması gerektiği üzerinde durulmaktadır. Egzersiz yapmakta zorlanan obezlere başlangıçta hafif tempolu ve az süreli egzersizler yaptırılması ve giderek sürenin ve egzersiz şiddetinin artırılması gerektiğinden bahsedilmektedir. Böylece kilo kaybıyla birlikte elde edilen sonuçların korunması da mümkün olmaktadır (Çıtak vd.,2007: 8).

### **2.7.3. Tutumsal ve Bilişsel Davranışçı Terapiler**

Tutumsal ve bilişsel davranışçı terapiler kilo kaybında yararlanılan tedavi yöntemlerinden biridir. Bu terapilerde, hastanın fiziksel aktivitelerinde ve yeme alışkanlıklarında negatif etkilere sebep olan öğelerin ortadan kaldırılmasıyla birlikte pozitif tutum ve davranışların geliştirilmesinin sağlanmasıyla birlikte hastaların kilo vermesinin sağlanması amaçlanmaktadır. Çalışmalar diyet ile egzersizle birlikte tutumsal ve bilişsel davranışçı terapilerden yararlanılmasının yağ yakımını sürecini hızlandırdığını göstermektedir (Deveci, 2013: 29).

Tutumsal ve bilişsel davranışçı terapilerin obezite tedavisinde kullanılmasından evvel hastanın durumunun ve geçmişinin öğrenilmesi oldukça önemlidir. Tedavi sürecine geçilmeden evvel, hastanın yemek yeme alışkanlıkları, fazla yemek yeme isteğinin hangi zaman dilimlerinde fazlaştığı, hastanın stres yaşamasına neden olan sebepleri, hastanın psikolojik sorunlarının olup olmadığı gibi konularla alakalı bilgi edinilmesi

gerekmektedir. Burada üzerinde durulması gereken nokta hastanın fazla yemesine neden olan tetikleyicilerin kontrol altına alınabilmesidir (Yücel, 2008: 20).

Bu terapide bazı stratejilerden yararlanılmaktadır. Söz konusu stratejiler şu şekilde ifade edilebilir (Deveci, 2013: 29-30):

- Kendini İzleme: Bu strateji tedavi sürecinin ilk aşamasını oluşturmaktadır. Bu aşamada hastadan fiziksel aktivite ve yemek yeme alışkınlıklarıyla alakalı olarak bir kayıt tutması istenmektedir. Bu kayıtla birlikte hastanın şişmanlamasına sebep olan faktörleri anlaması istenmektedir. Söz konusu kayıt içerisinde yenen ana öğün ve ara öğün sayısı, yenmiş olan yemek miktarı, yemeğin ne zaman yenildiği, yapılan fiziksel aktiveler, hastanın ruhsal durumu gibi bilgiler yer almaktadır.
- Hedef Oluşturma: Tedaviye geçilmeden önce hedeflenen kilo kaybıyla alakalı amaçlar tespit edilmekte ve söz konusu amaçlar doğrultusunda ilerlenmektedir.
- Uyarı Kontrolü: bireyin fazla yemek yemesine sebep olan uyarı çevresel faktörler bireyi tetikleyerek bireyleri yemek yemeye yönlendirmektedir. Bu unsurların tespit edilmesi ve bu öğelerin kontrol altına alınmasıyla birlikte birey fazla yemek yemesi azaltılmaya çalışılmaktadır.
- Kendi Kendini Ödüllendirme: Kişi erişilmesi zor olan tutumsal hedefleri eriştiğinde yani kilo vermeyi başardığında ve kilonun korunmasını sağladığında bununla alakalı pekiştirme yapılması maksadıyla kendi kendini ödüllendirme metoduna başvurulmaktadır. Ödülün ne olacağıyla alakalı olarak diyetisyen veya doktorla birlikte karar verilmesi gerekmektedir.
- Sosyal Destek: Obezite hastalarına ailelerinin ve çevrelerinin büyük destek vermesi süreç açısından oldukça önemlidir. Bu konuyla alakalı yapılan çalışmalar, egzersiz ve diyet programlarına destek veren aile ve yakın çevrenin varlığının kişinin uzun dönemde kilo kaybına yardımcı olduğunu ortaya koymaktadır.

Obezite tedavisinde en çok rastlanan sorunlardan bir tanesi kaybedilmiş kiloların en kısa zamanda tekrar geri kazanılmasıdır. Söz konusu konuyla alakalı yapılan çalışmalarda, cerrahi müdahaleler dışında kullanılan metotlarda kişilerin neden aynı

kiloda kalamadıkları konusu üzerinde durulmuştur (Ayılmaz vd., 2016:159). Sonuç olarak cerrahi müdahale dışındaki yöntemlerde davranışsal metotlar üzerinde durulduğu, ancak bilişsel tekniklerin üzerinde durulmadığına karar verilmiştir (Deveci, 2013).

Obezite hastaları çoğunlukla bedenleriyle alakalı negatif fikirlere sahip olmaktadır. Önceden yapmış oldukları diyetler ve egzersizler neticesinde hedeflerine erişememiş olmaları söz konusu fikirlerin artmasına neden olmaktadır. Yapılan çalışmalar kilo verme süreçlerinin kişinin fikirleri ve inanışları doğrultusunda şekillendiğini ortaya koymuştur (Tezcan, 2009:51). Bu açıdan bilişsel yöntemlerle mevcut çalışmaların geliştirilmesi oldukça önemlidir. Obezite hastalarının zararlı fikir ve inançlarının değişebilmesi için uzman terapistlerden yardım alınması önemlidir. Ayrıca bu işleyişle birlikte bilişsel stratejilerden yararlanılması gerekmektedir (Akgün, 2008: 161).

#### **2.7.4. İlaç (Farmakolojik) Tedavi**

Beden Kitle İndeksi 27'nin üzerinde olmakla beraber obezite ile birlikte ortaya çıkan hastalıkları olan kişilerde ilaç tedavisinden yararlanılabilmektedir. Egzersiz ve diyetle birlikte kilo kaybının sağlandığı durumlarda kilonun korunmasını sağlamak veya kilo kaybına devam etmek gibi olguların gerçekleştirilebilmesi bazı durumlarda oldukça zordur. Söz konusu durumlarda kilo kaybının sürdürülmesi veya kilonun korunmasının sağlanması açısından ilaç tedavisinden yararlanılabilmektedir. Bu tedavide yararlanılacak ilaçların hastalarda bağımlılık yaratmaması ve hastanın sağlığını bozacak etkilerinin bulunmaması önemlidir (Türker, 2013: 340).

Obezite tedavisinde kullanılan ilaçlarla alakalı olarak Londra Hekimler Kraliyet Üniversitesi Beslenme Komitesi bir rehber yayınlamıştır. Bu rehberde göre obezite tedavisinde ilaç kullanımı şu şartlar olması halinde yapılmak durumundadır:

1. Egzersiz ve diyetle birlikte kilo veremeyen ve tıbbi açıdan risk ihtiva eden bireylerde,
2. Beden Kitle İndeksi 30 ve üzerinde olan hastalar veya beden kitle İndeksi 27 ve üzerin ve bununla birlikte ek hastalığı olan bireylerde,
3. Dislipidemi, tip 2 diyabet, hipertansiyon benzeri hastalıkları olan bireylerde,
4. Fazla kilolar sebebiyle artrit, nefes darlığı benzeri fiziksel sorunları olan bireylerde,

5. Tip 2 diyabet, aşırı kilo veya kardiyovasküler hastalıkları sebebiyle erken ölümlerin olduğu aile fertlerine sahip kişilerde ilaç kullanılması makul olarak kabul edilmektedir.

Obezite hastalarına cerrahi müdahale yapmadan ve ilaç tedavisine geçilmeden önce klinik kilo verme süreçlerinin yürütülmesi gerektiği konusu Amerikan Hekimler Birliği'nin (ACP) üzerinde durduğu bir konu olarak karşımıza çıkmaktadır. Ayrıca ACP hastaların cerrahi ve ilaç tedavisiyle alakalı bir yönlendirici kılavuz yayınlamıştır. Bu kılavuz kapsamında şu tavsiyelere yer verilmiştir (Deveci, 2013: 32):

1. Obezite hastalarının hepsinde başlangıçta egzersiz ve diyet yöntemleriyle birlikte davranışsal tüm tedavi yöntemlerinin denenmesi gerekmektedir.
2. Egzersiz ve diyetle kilo verdirilemeyen hastalarda ilaç yönteminin kullanılması gerekmektedir.
3. Hastalarda kullanılacak ilaçları seçerken ilacın tolerans düzeyi ön planda tutulmalıdır.
4. Beden kitle indeksi 40'dan fazla olan, yeterli egzersiz ve diyet tedavisi görmüş fakat kilo vermede başarısız kişilerde cerrahi yöntem kullanılmalıdır.
5. Hastalara cerrahi müdahalede bulunulmadan önce bu hastaların bu alanda tecrübeli merkezlere yönlendirilmesi gerekmektedir.

Obezite tedavisi kapsamında Amerikan İlaç ve Gıda Dairesi (FDA) tarafından onaylanan iki çeşit ilaç bulunmaktadır. Bunlardan biri "Orlistat" iken diğeri "Sibutramine" dir (Orzano ve Scott, 2004). Araştırmalar obezite hastalarının düzenli olarak Orlistat ve Sibutramine ilaçlarının düzenli olarak iki yıl kullanılması durumunda kilolarının %8 ile %10 arasında azalmanın olduğu göstermektedir (Deveci, 2013: 33).

Yeme davranışları ile iştah üzerinde etkileri olan merkezi sistem etkisi olan ilaçlar da söz konusudur. Bunlar serotonin ve ketokolamin üzerinden etki eden ilaçlar olarak karşımıza çıkmaktadır. Bunlar dışında termojenik etkisi olan ilaçlardan da yararlanılmaktadır. Bu ilaçlar kahverengi yağ dokusundaki ısıyı artırmakta ve dolayısıyla daha fazla enerji harcanmasına neden olmaktadır. Beta agonistler, tiroid hormonu ve efedrin bunlara örnek olarak gösterilebilecektir. Bunlar dışında gastrointestinal sistem üzerinde etkisi olan ilaçlardan da yararlanılabilmektedir (Sertkaya ve Orhan, 2008).

### **2.7.5. Cerrahi Tedavi**

Dünyada obezite hastalığına yakalanan kişi sayısı her geçen artmaktadır. Çalışmalar dünyada Beden Kitle İndeksi 30'da fazla olan ortalama olarak dört yüz milyon kişinin olduğunu ortaya koymaktadır. Bunun dışında bu hastalık sebebiyle ölümlerin her geçen gün daha da arttığı ifade edilmektedir. Obeziteyle obezitenin sebep olduğu hastalıklar sebebiyle dünyada 2,8 milyon kişinin öldüğü ifade edilmektedir. Önlenbilir ölümler açısından her yıl Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde her yıl dört yüz bin kişinin öldüğü ifade edilmektedir. Bu ölümlerin çoğunun ise sigara ve obezite dolayısıyla gerçekleştiği ifade edilmektedir. Bu bakımdan obezite tedavisinin büyük önemi bulunmaktadır (WHO, 2000).

Obezite hastalarının tedavisinde kullanılan cerrahi tedaviler dışındaki tedavilerin başarısızlıklara sebep olabildiği görülmüştür. Çalışmalar cerrahi dışı tedavi yöntemleriyle obezite hastalarının kilolarının yaklaşık %10'unu kaybettiği ancak tedaviden üç yıl sonra kiloların yeniden geri alındığını ortaya koymaktadır. Bu durum neticesinde ise birey hayal kırıklığına uğramakta ve kilo verebilmek adına farklı yöntemler bulmaya uğraşmaktadır. Bu açıdan son zamanlarda güvenilir olduğu düşünülerek kullanılan yöntemlerden birisi de obezite cerrahisi olarak karşımıza çıkmaktadır (Deveci, 2013: 33).

Obezite hastalarının cerrahi olarak tedavi edilmesiyle alakalı olarak Ulusal Sağlık Enstitüsü, bazı kurallar ve tavsiyeler sunmuştur. Bu tavsiye ve kurallar şu şekilde ifade edilebilir (Barbaros, 2013):

1. Hastanın beden kitle indeksinin 40 ile üstünde olması,
2. Hastanın beden kitle indeksinin 35 ile üzerinde olmasıyla birlikte tip 2 diyabet, hipertansiyon, koroner arter hastalığı, eklem rahatsızlıkları ya da uyku apnesi gibi hastalıkların görülmesi,
3. Hastanın ruhsal halinde denetim altında tutulamayan ruhsal bir ek hastalığının varlığı,
4. Hastanın genel anestezi yapılabilmesi açısından önemli bir kontraendikasyonunun olmaması,
5. Obezite tedavisinde cerrahi dışı yöntemlerin kullanılmış ve bunların başarısızlıkla sona ermiş olması lazımdır.

#### **2.7.5.1. Cerrahi Tedavide Kullanılan Yöntemler**

Obezite tedavisinde cerrahi yöntemler yapısal açıdan üç kısım altında ele alınmaktadır. Bunlar şu şekilde ifade edilmektedir (Barbaros, 2013):

1. Mide Büyüklüğü Küçülten-Kısıtlayan (Restriktif) Yöntemler
  - Mide Balonu uygulaması,
  - Mide Bandı uygulaması,
  - Tüp Mide uygulaması,
  - Vertikal Bant Gastroplasti.
2. Emilimi Engelleyen (Malabsorbif) yöntemler
  - Biliopankreatikdiversiyon,
  - Düşey Gastrektomi,
3. Kombine (Malabsorbif ve Restriktif) Yöntemler.

## **2.8. Obezitenin Kişiler ve Hayat Üzerindeki Etkileri**

Obezite rahatsızlığına sahip bireylerle alakalı olarak bazı klişeleşen fikirler bulunmaktadır. Genelde obeziteli bireylerin güler yüzlü ve neşeli insanlar oldukları ifade edilmektedir. Ancak, yürütülen araştırmalar bu durumun böyle olmadığını obezite hastalarının depresyon oranlarının yüksek olduğunu ortaya koymaktadır. Kitle iletişim araçlarında diyet uygulayan kişiler enerjik, cazibeli, iradeli insanlar olarak gösterilirken, çalışmalar bu kişilerin duygusal sorunlar yaşamaya ve agresifleşmeye daha fazla eğilimli olduğunu ortaya koymaktadır (Pehlivan, 2015).

Obezite hastaları kiloları nedeniyle karşılaştıkları fiziksel problemlerle birlikte benlik ve beden algılarıyla ilgili de sorunlar yaşamaktadır. Ayrıca sosyal hayat obezite hastaları üzerinde oldukça baskı yaratmakta ve bu bireylerin sorunlarının daha da büyümesine neden olmaktadır (Başbakkal vd.,2007:152; Sarısoy ve diğ.,2013:54).

Çalışmalar fazla kilo ve obezitede önyargının yetişkinlerde olduğu gibi çocuklarda da görüldüğü göstermektedir. Özellikle normal kiloya sahip çocukların arkadaşlarını yine normal kilolu çocuklardan seçmek istediği, obez çocukları seçmek istemedikleri görülmüştür. Ayrıca aşırı kilosu olan çocukların akranlarınca aptal, tembel görüldükleri ifade edilmektedir (Su ve Aurelia, 2012).

Toplumsal hayattaki bireylerin şişmanlığa karşı takındıkları tutumlar obezite hastalarında suçluluk duygusu, anksiyete, somatik yakınmalar, depresyon ile nefret gibi durumların gelişmesine neden olabilmektedir. Bunun dışında obezler iş bulma sıkıntısı, okul ve iş yaşamlarında reddedilme benzer problemlerle karşılaşmaktadırlar (Özdel vd., 2011:211). Çalışma yaşamında obez bireyler daha az vasıflı olarak değerlendirilmektedir. Bu bakımdan bireyler arası ilişkilerde, duygusal özelliklerde, çalışma alışkanlıklarında

problemleri olarak görülmektedirler. Obezite hastalığı olan kişilerin iyi bir iş bulma, iyi bir okula kayıt yaptırmaya olasıları oldukça azdır. Ayrıca obez bireyler düşük evlilik oranına sahip olmaktadır. Tüm bu öğeler obez bireylerin sosyal hayattan soyutlanmasına neden olmaktadır. Araştırmalar aşırı kilolu ve obez kadınların gelir seviyelerinin diğer kadınlardan farklı olduğunu ve gelir seviyelerinin daha düşük olduğunu ortaya koymaktadır (Değirmenci, 2006).

Obezite yapısal olarak kişi sağlığına etki ettiği kadar halk sağlığına da etkisi olan bir hastalık olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu durum obezitenin sosyal ve ekonomik kalkınmaya da etki etmesine neden olmaktadır. Obezite bu öğelere bağlı olarak sağlık hizmetlerindeki arz ve talebe etmektedir. Bunun dışında obezite sebebiyle mortalite oranları artmakta ve bu durum ekonomiyi etkisi altına almaktadır (Beyaz ve Koç, 2009).

Sağlık hizmetleri kapsamında yapılan harcamalar iki kısımda ele alınabilir. Bunlardan biri ekonomik maliyetlerken, diğeri dolaylı maliyetlerdir. İlaçlar, doktor muayene ücreti, hastanede kalma, teşhis ile tedavi gibi öğelerde yapılan harcamalara doğrudan harcamalar denilmektedir. Hastalık ile erken ölüm nedeniyle çalışmayan insanlara ödenen ücretleri içeren masraflara ise dolaylı harcamalar adı verilmektedir (Beyaz ve Koç, 2009).

Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) obezitenin doğrudan maliyetinin 70 milyar dolar civarında ifade edilmektedir. Bu ABD'deki sağlık harcamalarının %7'sine tekamül etmektedir. Bu durum Avrupa'da ise benzer şekilde %6'sına denk gelmektedir. Söz konusu maliyetlere dolaylı harcamaların eklenmesiyle birlikte obezitenin sebep olduğu ekonomik maliyetler oldukça artmaktadır (Değirmenci, 2006).

Özellikle batılı ülkelerde obezitenin fazlalaşması, teknolojiye bağlı artış sebebiyle gıda tüketme isteğindeki artış ile gıda üretiminin artması neticesinde artan talepler sebebiyle olduğu ifade edilmektedir. Sağlıklı olmayan ve fazla tüketilen gıdaların obeziteyle pozitif ilişkili olduğu bilinen bir gerçektir (Mavromaras, 2008).

Obezite hastalığı yaşam kalitesi kavramıyla doğrudan ilişkilidir. Bu açıdan obez kişilerin sosyal aktivitelerindeki azalma ve bu kişilerin yaşadıkları ruhsal ile fiziksel sorunlar yaşam kalitelerini olumsuz etkilemektedir. Obezite bireylerin özellikle fiziksel fonksiyonlarını bozmakta ve bu durum bireylerin yaşama katılımlarını azaltmaktadır. Yapılan araştırmalar obezite ile yaşam kalitesi arasında ters orantının olduğu ortaya koymaktadır (Mannucci vd.,2010).

Yaşam kalitesi kavramı doğrudan sağlıkla bir ilgili kavramdır. Bu açıdan obezitenin fiziksel, ruhsal sağlığı bozan etkileri yaşam kalitesinin olumsuz etkilenmesine neden

olmaktadır. Bu açıdan obezitenin kişiler ve ülkeler üzerindeki etkilerini şu şekilde özetlememiz mümkündür (Ateş, 2015: 22):

- Obezite sağlık hizmetlerindeki arz ile talebi yükselten bir sorun haline dönüşmüştür.
- Dünyada obezite tedavisi kapsamında yapılan sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payı oldukça fazla olmakla birlikte bu pay giderek artış göstermektedir.
- Obezite sağlık bütçelerini artırmakla beraber hükümet harcamalarının artmasına da neden olmaktadır.
- 1992 senesinde Fransa’da yapılan obezite araştırmasının sonuçlarına göre obezite tedavisinde yapılan harcamalar tüm sağlık harcamalarının %2’sini oluşturmaktadır.
- Benzer şekilde Avustralya’da bu oran %2 iken Hollanda’da %4’tür. 2002 senesinde obezitenin Avrupa’ya maliyeti 33 milyar avro civarında olduğu tespit edilmiştir.

## **2.9. Obezitenin Sağlıklı Hayat Formu Tutumları Üzerine Etkileri**

Sağlık kavramı insanların doğdukları andan, öldükleri ana kadar üzerinde durdukları önemli bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır. Sağlık denildiğinde akla en iyi düzeyde iyi olma hali anlaşılmaktadır. Bu açıdan sağlıklı bir hayat için bir hastalığa sahip olunmaması gerektiği üzerinde durulmamaktadır (Fa, 2011). Kişilerin bu açıdan hastalanmamak adına bazı tutumlar geliştirdikleri ve bazı davranışlar sergiledikleri ifade edilebilecektir. Fakat Dünya Sağlık Örgütü ise sağlığı yalnızca sakatlığa ve hastalığa sahip olmamak değil aynı zamanda ruhsal, sosyal ve fiziksel açıdan iyi olma olarak ifade etmektedir. Bunun dışında günümüz koşullarında sağlık bu unsurlara ek olarak kişinin çevresinin, ailesinin ve toplumun iyi olmasıyla birlikte ele alınan bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu bakımdan bireyin fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan iyi olması haline bireyin çevresinin ve çevresiyle olan ilişkilerin de iyi olması hali eklenmektedir. İyi olma hali içerisinde çevrenin kişinin ihtiyaçlarını algılaması ve bunları karşılamasının da ayrı bir önemi bulunmaktadır (Güler, 2009).

Dünya Sağlık Örgütü’nün (DSÖ) yaptığı tanım da ön planda tutulduğunda sağlık kavramı içerisinde kişinin fiziksel, bilişsel, psikolojik ve sosyal boyutlarının ilişki içinde olduğu, herkesin diğerlerinden farklı biçimde ailesi, çevresiyle ilişki içerisinde olduğu ile



hastalık kavramıyla sağlık kavramının ayrı ayrı ele alınamayacağı üzerinde durulmaktadır (Güler, 2009).

DSÖ'nün yapmış olduğu tahminlere göre gelişmek olan ülkelerdeki ölümlerin %40 ile %50'si, gelişmiş ülkelerdeki ölümlerin ise %70 ile %80'i hayat biçimine bağlı olarak ortaya çıkan hastalıklardan kaynaklanmaktadır. Söz konusu hastalıkların ortaya çıkmasında bireyin tutum ve davranışların etkisi oldukça fazladır. Çalışmalar ölüme sebep olan hastalıkların yüzde ellisinde sağlığa zararlı olan tutumların etkisi olduğu ortaya konulmuştur (Değirmenci, 2006).

Kişilerin sağlıklı kalmak ile hastalıklardan korunmak için uyguladıkları tutum ve davranışların tamamına sağlıklı yaşam biçimi davranışları denilmektedir. Bu açıdan kişinin sosyo-ekonomik durumu, spor yapma alışkanlığı, çevresel faktörler, beslenme alışkanlıkları, eğitim, stres gibi etmenler sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını şekillendirmektedir. Bu açıdan sağlık davranışlarının iki başlık altında ele alınması mümkündür. Bunlar (Özkan ve Yılmaz, 2008):

1. Olumlu Sağlık Davranışı: Kişinin kendi ve diğerlerinin sağlığını korumaya yönelik olarak istekli olarak yaptığı çabaları açıklamaktadır. Spor yapmak, dengeli beslenmek, düzenli uyumak, senede bir kez sağlık kontrolünden geçmek ile toplumdaki insanlarla iyi etkileşim içerisinde olmak gibi öğeleri kapsamaktadır.
2. Olumsuz Sağlık Davranışı: Kişinin kendi ve diğerlerinin sağlığını korumak adına hiçbir çaba harcamamakla beraber, sağlığa zararlı olabilecek eylemleri yapmayı kapsamaktadır. Olumlu sağlık davranışında ele alınan tutumların tam tersini yapmakla beraber sigara ve alkol tüketimi gibi zararlı alışkanlıkları da kapsamaktadır.

Sağlık davranışı kapsamında sağlık eğitimi kavramı önemli bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır. Sağlık eğitimi kapsamında sağlığa zarar veren davranışlar ile sağlığı geliştiren davranışlar şeklinde bir ayrımın yapılması yerinde olacaktır. Bu açıdan sağlığı geliştiren davranışlar ile sağlığa zarar veren davranışlar şu şekilde ayrılabilir (Molina vd.,2009):

- Sağlığa zarar veren davranışlar: Aşırı alkol tüketimi, sigara kullanımı, fast-food türü beslenme, aşırı tuzlu ve yağlı yeme alışkanlığı gibi davranışlar bu kategoride yer almaktadır.

- Sağlığı geliştiren davranışlar: Dengeli beslenme, dzenli uyuma, spor yapma gibi davranışları kapsamaktadır. Bunlar kişilerin hastalıklardan korunmasına yardımcı olmaktadır.

DSÖ tarafından hazırlanan raporda sağlığa en çok zarar 10 etken üzerinde durulmuştur. Bu etkenler; tansiyon, sigara ve alkol, güvenli olmayan cinsel ilişki, dengesiz beslenme, kötü çevre koşulları ve kirlı hava, aşırı şişmanlık, yüksek kolestrol, kapalı ortamda duman maruz kalmadır. DSÖ açısından dnyadaki 56 milyon ölümün üç birinden fazlasına söz konusu sağlığa zarar veren bu etkenler sebebiyle ortaya çıkmaktadır (Molina vd.,2009).

Günümüzde obezite sağlığa zarar veren etmenlerin başında ele alınmaktadır. Ayrıca obezite sağlıklı yaşam davranışlarıyla yakından ilgili bir sağlık sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır. Fiziksel hareketlilik, beslenme alışkanlıkları, ruhsal faktörler obezite açısından risk unsurlarıdır. Bu bakımdan sağlıklı yaşam davranışlarının uygulanması obeziteden korunabilmesi açısından gerekli bir öğe olmaktadır. Yapılan bir araştırmaya göre de sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının artmasıyla birlikte obezite sıklığının azaldığı ifade edilmiştir (Arslan ve Ceviz, 2007).

## **2.10. Sağlık alışanı Olmak ve Obezite**

Günümüzde birçok kişide obezite görölmektedir. Bununla beraber bazı mesleklerde obezite sıklığının daha fazla olduğu görölen bir durumdur. Özellikle masa başı iş yapan bireylerde obeziteye daha sık rastlanmaktadır (Özkan ve Yılmaz, 2008).

Sağlık sektöründe de birçok çalışan obeziteye yakalanmıştır. Sağlık sektöründe çalışmak çeşitli açılardan obezite riski barındırmaktadır. Sağlık sektörünün çalışana sunmuş olduğu çeşitli iş koşulları çalışanların obeziteye yakalanmasına neden olabilmektedir. Bunlar şu şekildedir (Yalçınkaya vd., 2007):

- Uyku problemi
- Nöbet usulü alışma
- Masa başı yapılan iş durumu
- Ayakta yapılan iş durumu
- Öğün atlamayla ilgili sorunlar
- Stres
- İş yükünün fazlalığı

Sağlık çalışanlarının özellikle nöbet usulü çalışmalarından kaynaklı olarak çeşitli uyku ve beslenme sorunları yaşadıkları açıktır. Gece nöbetlerinin sıklığı ve uyku düzenindeki bozulmayla beraber sağlık personelinin beslenme alışkanlıklarının değişiklik göstermesi obezite sıklığını arttırmaktadır. Özellikle gece uykusunun olmaması ve gece beslenme alışkanlığının edinilmesi, sağlık personelinde obeziteyi tetikleyen en önemli faktörler arasında gösterilebilir (Karadeniz vd., 2007).

Sağlık çalışanlarında mesleğe bağlı olarak kas iskelet sistemi problemleri sıklıkla yaşanmakta ve riskli grup arasında yer almaktadırlar. Sağlık çalışanları, çalışma ortamları gereği fazlaca stres altında bulunmaktadır (Tam ve Çakır, 2012:3). Hem fiziksel hem de psikolojik faktörler sebebiyle sağlık çalışanlarının günlük hayatları olumsuz yönde etkilenmekte ve stres faktörünü yoğun olarak yaşamak zorunda kalmaktadırlar. Bu durum sağlık çalışanlarının yemek yeme isteklerini arttırabilmektedir. Stres altında çalışan sağlık çalışanları, yoğun stresten kurtulmak adına sağlıksız beslenme yollarını tercih edebilmektedirler (Özkan ve Yılmaz, 2008).

Sağlıksız beslenme, obezitenin temel kaynağı olarak görülmektedir. Sağlık çalışanlarının yoğun çalışma ortamında kendi beslenmelerine önem vermemeleri ve özellikle abur cubur besinlere fazlaca yönelmeleri, obezite riskini arttırabilmektedir. (Oğuz vd., 2008).

Tüm sağlık personelinde olduğu gibi hemşirelerde de obezite görülmektedir. Hemşirelerin yoğun çalışma şekilleri, stres ve beraberinde iş yükünün varlığı obeziteyi tetiklemektedir. Sağlık hizmetlerinde iş yükünün fazlalığı ve sağlık hizmetlerinin hayati tehlike içermesi nedeniyle stres algısının yoğunluğu, obeziteyi tetiklemektedir (Yalçınkaya vd., 2007).

Hemşirelerin gece ve gündüz nöbetlerindeki değişiklikler, çalışma koşullarının zorluğu ve iş yüklerinin fazlalığı beslenme alışkanlıkları üzerinde etkili olmaktadır. Ayrıca fazla ayakta kalmanın verdiği yorgunlukla beslenme şeklinin değişmesi ve beraberinde spor imkanlarının kısıtlı olması, obezite riskini arttırmaktadır (Karadeniz vd., 2007).

Hemşirelerin yoğun iş temposu nedeniyle öğün atlama alışkanlıklarını kazanmaları da obezite için risk faktörü oluşturmaktadır. Yoğun çalışmalarından kaynaklı olarak kendilerine yemek arasını yaratamamaları, sağlıksız beslenmenin önünü açmaktadır. Öğün atlanması ve bir sonraki öğünde çok fazla kalori alımı, obeziteyi tetiklemektedir (Oğuz vd., 2008).

Obezitenin sürekli olarak arttığı günümüz dünyasında sağlık çalışanlarının diğer bireylere örnek teşkil etmeleri gerekmektedir. Sağlık çalışanlarının sağlıklı olmaları, diğer bireylere örnek olmalarını sağlayacaktır (Zaborskis vd., 2008:234). Sağlık çalışanlarının obezite ile mücadele eden kişiler olarak, kendi sağlıklarını öncelikle göz önünde bulundurmaları bir zorunluluk olarak görülebilir. Bu nedenle sağlık çalışanlarında obezite sıklığının belirlenmesi ve obeziteyi etkileyen faktörlerin tespit edilmesi, obezitenin önüne geçilmesinde önemli bir basamak olarak görülebilir.



### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Tipi**

Sivas il merkezinde görev yapan sağlık çalışanlarında obezite sıklığının ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılan bu çalışma tanımlayıcı özelliktedir. Bu çalışmada belirli bir süre içerisinde sağlık çalışanlarında obezite sıklığının görülmesi ve obeziteyi etkileyen faktörlerin etkileri ortaya çıkartılmıştır. Bu nedenle aynı zamanda bir durum saptama araştırmasıdır.

#### **3.2. Evren ve Örneklem**

Bu araştırma Sivas Numune Hastanesi, Sivas Devlet Hastanesi, Sivas il merkezinde bulunan Aile Hekimlikleri ve Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesinde yürütülmüştür.

Araştırmanın evrenini söz konusu sağlık kuruluşlarında görev yapan hekim, sağlık memuru, hemşire ve ebeler oluşturmaktadır. Araştırmaya belirtilen sağlık kuruluşlarında görev yapan hekim sağlık memuru hemşire ve ebelerin hepsi alındığı için bir örnekleme gidilmemiştir. Sivas Numune Hastanesinde 595, Sivas Devlet Hastanesinde 573 ve Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Hastanesinde 918 Sivas il merkezinde bulunan Aile Hekimliklerinde 263 olmak üzere toplam, toplam 2349 sağlık çalışanı evreni oluşturmaktadır. Ancak; doğum izni, yıllık izin, mazeret izni, askerlik izni, hastalık izni, görevden ayrılma, emeklilik, tayin olma ve çalışmaya katılmaya istekli olmama gibi nedenlerle örneklem 1421 kişiden oluşmuştur.

#### **3.3. Veri Toplama Aracı**

Bu çalışmanın verileri; Kişisel Bilgi Formu (KBF) ve Obezite Değerlendirme Formu(ODF) olmak üzere toplam iki formla elde edilmiştir.

Kişisel Bilgi Formu: Bu form sağlık çalışanlarının sosyo-demografik özelliklerini içeren toplam 11 sorudan oluşmaktadır. Formda; sağlık çalışanlarının yaş, cinsiyet, meslek, medeni durum, eğitim durumu, meslekteki çalışma süresi, çalıştığı kurumdaki görevi ve süresi, çalıştığı birimim özelliği ve süresi, gelir düzeyi gibi sorular yer almaktadır.

Obezite Değerlendirme Formu: Literatür bilgisi (Çömlekçi, N. 2011: 7, Efil, S. 2005) ve uzman görüşüne dayalı hazırlanan bu form toplam 10 sorudan oluşmaktadır.

Formda; vücut ölçüleri, obeziteye neden olduğu düşünülen durum, hastalık durumu, günlük öğün miktarı, obezite için aldıkları tedavi, sigara ve alkol kullanımı, bayanlar için doğum sayısı, günlük fiziksel aktivite durumu ve uyku düzeni gibi sorular yer almaktadır. Obezite sıklığı Tablo 2.1. de görüldüğü gibi DSÖ'nün Yetişkinlerdeki Obezite Sınıflamasına göre yapılmıştır (Çömlekçi, 2011: 7).

Sorular Cumhuriyet Üniversitesi Hastanesi obezite cerrahide çalışan bir Yrd. Doç. Dr, iç hastalıkları hemşireliği alanında çalışan iki profesör, Biyo-istatistik alanında çalışan bir öğretim üyesi olmak üzere toplam dört uzman görüşü alınarak hazırlanmıştır.

### **3.4. Araştırmanın Uygulama Şekli**

Araştırma için, Tıp tarihi ve etik bölümünden ve araştırma kapsamında olan sağlık kuruluşlarından gerekli izinler alınarak çalışmaya başlanmıştır. Çalışma Nisan-Aralık 2015 tarihleri arasında, Sivas Numune Hastanesi, Sivas Devlet Hastanesi, Sivas il merkezinde bulunan Aile Hekimlikleri ve Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesinde görev yapan toplam 2349 sağlık çalışanından, çalışmaya katılmayı kabul eden ve izinde olmayan kişiler üzerinden yürütülmüştür.

Çalışmaya katılan kişilere araştırmanın amacı belirtilerek, bilgilendirilmiş onam formu imzalatılarak, daha önceden hazırlanmış olan; Kişisel Bilgi Formu ve Obezite Değerlendirme Formuyüz yüze görüşme yöntemiyle uygulanmıştır. Toplam 21 sorudan oluşan anketin uygulama süresi yaklaşık 10 dakika olup, Beden Kitle İndeksi ve Bel/Kalça oranının belirlenmesinde, ölçümler tartı ve mezura ile yapılmıştır. Araştırmaya katılan kişilerin tüm bilgileri gizli tutulmuştur.

### **3.5. Veri Analizi**

Çalışmamızdan elde edilen veriler SPSS 22.0(Statistical Packace For The Social Sciences 22 For Windows ) paket programına yüklenerek verilerin değerlendirilmesinde sayımla elde edilmiş bir değişken yönünden bağımsız iki grup karşılaştırılırken 2x2 düzenlerde Khi-kare, sayımla elde edilmiş bir değişken yönünden bağımsız ikiden fazla grup karşılaştırılırken çok gözlü düzünler de Khi-kare testi uygulanmıştır. Verilerimiz tablolarda birey sayısı ve yüzdesiyle belirtilerek yanılma düzeyi 0.05 olarak alınmıştır.

### **3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Araştırmanın sınırlılıkları şu şekildedir:

- Araştırma kullanılan anket formu ile sınırlıdır.

### **3.7. Etik Yönu**

Araştırma kapsamında Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu ile görüşülerek 2015-03/03 karar numarası ile gerekli izinler alınmıştır. Ayrıca anket formları gönüllük esasına bağlı olarak yapılmış, sağlık personeli anket formunu uygulamaya zorlanmamıştır. Çalışmaya katılan bireylerin kişisel bilgileri gizli tutulmuştur.

Anket formu bireylere uygulanmadan önce ilgili sağlık kurumlarından izin alınmıştır.



#### 4. BULGULAR

Sağlık çalışanlarında obezite sıklığı ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi amacıyla yapılan çalışmanın bulguları; Sağlık çalışanlarında obezite sıklığı ve Sağlık çalışanlarında obezite sıklığını etkileyen faktörler başlıkları altında iki bölümde verilmektedir.

##### 4.1. Demografik Özelliklere İlişkin Bulgular

Tablo 4.1. Araştırmaya Sosyo-Demografik Özellikleri İle İlgili Bulgular

Sosyo-demografik Özellikler		N	%
Cinsiyet	Erkek	433	30,5
	Kadın	988	69,5
Medeni Durum	Evli	1020	71,8
	Bekar	401	28,2
Meslek	Hekim	353	24,8
	Hemşire	754	53,1
	Ebe	197	13,9
	Sağlık memuru	117	8,2
Yaş	18-25	238	16,7
	26-35	642	45,2
	36-45	419	29,5
	46 ve üst	122	8,6
Sağlık Memuru, Ebe, Hemşire için eğitim durumu	Lise	194	18,1
	Ön Lisans	107	10,0
	Lisans	701	65,5
	Yüksek Lisans	69	6,4
Hekimler için eğitim durumu	Pratisyen	106	30,3
	Asistan	102	29,1
	Uzman	106	30,3
	Öğretim üyesi	36	10,3
Çalıştığı kurum	Cumhuriyet Üniv.	522	36,7
	Sivas Devlet H.	307	21,6
	Sivas Numune H.	414	29,1
	Aile Hekimliği	178	12,5
Sağlık Memuru, Ebe, Hemşire için görev yaptığı birim	Servis	762	71,1
	Klinik Sorumlusu	81	7,6
	Poliklinikte	87	8,1
	Yönetici	10	,9
	Eğitim	17	1,6
	Aile Sağlığı Çalışanı	114	10,6
Çalışılan Birim	Cerrahi Servisler	454	31,9
	Dahili Servisler	528	37,2
	Acil Servisler	111	7,8
	Diğer	141	9,9
	Aile Hekimliği	187	13,2



Tablo 4.1. (Devamı)

Sigara Kullanımı	Hiç İçmedim	727	51,2
	İçiyorum	592	41,7
	Bıraktım	102	7,2
Alkol Kullanımı	Kullanmam	1218	85,7
	Haftada 2-3	17	1,2
	Haftada bir	28	2,0
	15 günde bir	40	2,8
	Ayda bir	118	8,3

Tablo4.1. incelendiğinde araştırmaya alınanların %30.5'i erkek, %69.5'i kadın, %71.8'i evli, % 28.2'si bekar, % 24.8'i hekim, %53.1 hemşire, %13.9'u ebe, %8.2'si sağlık memuru, %16.7'si 18-25 yaşında, %45.2'si 26-35 yaşında, %29.5'i 36-45 yaşında, %8.6'sı 46 yaş ve üstü, Sağlık Memuru-Ebe-Hemşire olarak çalışanların %18.1'i lise mezunu, %10'u önlisans mezunu, %65.5'i lisans mezunu, %6.4'ü yüksek lisans mezunu, hekimlerin %30.3'ü pratisyen hekim, %29.1'i asistan, %30.3'ü uzman, %10.3'ü öğretim üyesi, %36.7'si Cumhuriyet Üniversitesinde çalışıyor, % 21.6'sı Sivas Devlet Hastanesinde çalışıyor, %29.1'i Sivas Numune Hastanesinde çalışıyor, %12.5'i Aile Hekimliğinde çalışıyor, Sağlık Memuru-Ebe-Hemşire olarak çalışanların %71.1'i serviste görev yapıyor, %7.6'sı klinik sorumlusu olarak görev yapıyor, %8.1'i poliklinikte görev yapıyor, %0.9'u yönetici olarak görev yapıyor, %1.6'sı eğitimci olarak görev yapıyor, %10.6'sı aile sağlığı çalışanı olarak görev yapıyor, %31.9'u cerrahi serviste çalışıyor, %37.2'si dahili serviste çalışıyor, %7.8'i acil serviste çalışıyor, %9.9'u diğer servislerde çalışıyor, %13.2'si aile hekimliğinde çalışıyor, %51.2'si hiç sigara içmemiş, %41.7'si sigara içiyor, %7.2'si sigarayı bırakmış, %85.7'si alkol kullanmamış, %1.2'si haftada 2-3 günde bir alkol kullanıyor, %2'si haftada bir gün alkol kullanıyor, %2.8'si 15 günde bir alkol kullanıyor, %8.3'ü ayda bir alkol kullandığı görülmektedir.

Tablo 4.2. Araştırmaya Alınan Bireylerin Tanıtıcı Özellikleri ile İlgili Bulgular

Özellikler		N	%
Hastalık Durumu	Diyabet	56	55,2
	Troid	45	44,8
Doğum sayısı	1	233	39,8
	2	252	43,0
	3	91	15,5
	4 ve üstü	10	1,7
Gelir Düzeyi	1000 - 2000	27	1,9
	2001 - 3000	652	45,9
	3001 - 4000	234	16,5
	4001 ve üzeri	508	35,7
Uyku Süresi	6 saatten az	84	5,9
	6-8 saat	1145	80,6
	9-12 saat	182	12,8
	12 saat üzeri	10	,7
Masa Başında Çalışma Süresi	2 saatten az	266	18,7
	2-4 saat	792	55,7
	5-7 saat	297	20,9
	8 ve üzeri	66	4,7
Ayakta Çalışma Süresi	2 Saatten az	91	6,4
	2-4 Saat	476	33,5
	5-7 Saat	413	29,1
	8 saat ve üzeri	441	31,0
Günlük Yürüme Süresi	2 saatten az	693	48,8
	2-4 saat	698	49,1
	5-7 saat	22	1,5
	8 Saat ve üzeri	8	,6
Yatarak TV İzleme Süresi	2 Saatten az	882	62,1
	2-4 saat	524	36,9
	5-7 saat	15	1,0
Oturarak TV İzleme süresi	2 saatten az	573	40,4
	2-4 saat	836	58,8
	5-7 saat	12	,8
Spor Yapma Süresi	Spor yapmam	1384	97,4
	2 saatten az	37	2,6
Uyku Problemi	Hiç Uyumuyorum	31	2,2
	Uyurken sık sık uyanırım	327	23,0
	Uyku süresi az geliyor	285	20,1
	Çok zor uyurum	141	9,9
	Uyku problemim yok	637	44,8
Fazla Kilo Nedeni	Beslenme tarzına	338	34,0
	Ailesel yatkınlık	320	32,3
	Çalışma koşulu	259	26,1
	Psikolojik duruma	54	5,4
	Diğer	22	2,2
Obezite için alınan tedaviler	Diyet	147	87,5
	İlaç	18	10,7
	Cerrahi	3	1,8
Ana Öğün Sayısı	1	11	,8
	2	268	18,9
	3	1142	80,3
Ara Öğün Sayısı	1	488	34,3
	2	327	23,0
	3	135	9,5
	Almam	471	33,2

Tablo4.2. incelendiğinde araştırmaya katılıp kronik hastalığı bulunanların, %55.2'si diyabet hastası, %44.8'i troid hastası, %39.8'i 1 kez doğum yapmış, %43'ü 2 kez doğum yapmış, %15.5'i 3 kez doğum yapmış, %1.7'si 4 ve daha fazla kez doğum yapmış, %1.9'unun geliri 1000 – 2000 TL, % 45.9'unun geliri 2000 –3000 TL, %16.5'inin geliri 3000 –4000 TL, %35.7'sinin geliri 4000 TL ve üzerinde, %5.9'u günde 6 saatten az uyuyor, %80.6'sı günde 6-8 saat uyuyor, %12.8'i günde 9-12 saat uyuyor, %0.7'si günde 12 saatten fazla uyuyor, %18.7'si günde 2 saatten az masa başında çalışıyor, %55.7'si günde 2-4 saat masa başında çalışıyor, % 20.9'u günde 5-7 saat masa başında çalışıyor, %4.6'sı günde 8 saatten fazla masa başında çalışıyor, %6.4'ü günde 2 saatten az ayakta çalışıyor, %33.5'i günde 2-4 saat ayakta çalışıyor, %29.1'i günde 5-7 saat ayakta çalışıyor, %31'i günde 8 saatten fazla ayakta çalışıyor, %48.8'i günde 2 saatten az yürüyor, %49.1'i günde 2-4 saat yürüyor, %1.5'i günde 5-7 saat yürüyor, %0.6'sı günde 8 saatten fazla yürüyor, %62.1'i günde 2 saatten az yatarak TV izliyor, %36.9'u günde 2-4 saat yatarak TV izliyor, %1.1'i günde 5-7 saat yatarak TV izliyor, %40.3'ü günde 2 saatten az oturarak TV izliyor, %58.8'i günde 2-4 saat oturarak TV izliyor, %0.9'u günde 5-7 saat oturarak TV izliyor, %97.4'ü spor yapmıyor, %2.6'sı spor yapıyor, %2.2'si hiç uyumuyor, %23'ü uyurken sık sık uyanıyor, %20.1'ine uyku süresi az geliyor, %9.9'u çok zor uyanıyormuş, %44.8'inde uyku problemi yok, %34'ünde fazla kilonun nedeni beslenme tarzından kaynaklanıyor, %32.3'ünde fazla kilonun nedeni ailesel yatkınlıktan kaynaklanıyor, %26.1'inde fazla kilonun nedeni çalışma koşullarından kaynaklanıyor, %5.4'ünde fazla kilonun nedeni psikolojik durumundan kaynaklanıyor, %2.2'sinde fazla kilo diğer nedenlerden kaynaklanıyor, %87.5'i obezite için diyet yapmış, %10.7'si obezite için ilaç almış, %1.8'i obezite için cerrahi tedavi görmüş, %0.8'inin ana öğün sayısı 1, %18.9'unun ana öğün sayısı 2, %80.3'ünün ana öğün sayısı 3, %34.3'ünün ara öğün sayısı 1, % 23'ünün ara öğün sayısı 2, %9.5'inin ara öğün sayısı 3, %33.2'si ara öğün almıyor.

Tablo 4.3. Araştırmaya Alınan Bireylerin BKİ'ne Göre Obezite Durumlarının Değerlendirilmesi

	N	%
Düşük Kilolu	38	2.7
Normal	746	52.5
Fazla Kilolu	494	34.8
Obezite I. Derece	124	8.7
Obezite II. Derece	15	1.1
Morbid Obezite III. Derece	4	0.3
Toplam	1421	100

Araştırmaya katılan sağlık personelinin %52,5'i kilo olarak normal seviyedeyken, %34,8'i fazla kiloludur. Bununla beraber sağlık personelinin %8,7'si obezite I. Derece, %1,1'i obezite II. Derece ve %0,3'ü morbid obezite III. Derecede bulunmaktadır. Ayrıca 2.7'si ise düşük kiloda yer almaktadır.

Tablo 4.4. Araştırmaya Alınan Bireylerin Bel Kalça Oranına Göre Obezite Durumlarının Değerlendirilmesi

		N	%
Kadın	Normal	936	65,9
	>85 Risk	52	3,7
Erkek	Normal	850	21,9
	>90 Risk	123	8,7
Toplam		1421	100

Araştırmaya katılan kadın sağlık personelinin %3,7'si ve erkek sağlık personelinin %8,7'si bel/kalça oranına göre riskli gruptadır.

#### 4.2. Sağlık Çalışanlarında Obezite Sıklığını Etkileyen Faktörler

Araştırmaya alınanların yaş gruplarına göre obezite durumları arasında fark olup olmadığını anlamak amacıyla Khi-kare analizi yapılmıştır (Tablo 4.4).

Tablo 4.5. Yaş Gruplarına Göre Obezite Durumlarının Dağılımı

Yaş grupları	Obezite durumu				$\chi^2$	p
	Normal		Obez			
	N	%	N	%		
18-25	197	82,8	41	17,2	207.80	,001
26-35	395	61,5	247	38,5		
36-45	179	42,7	240	57,3		
46 ve üstü	13	10,7	109	89,3		

Tablo4.5 incelendiğinde, araştırmaya alınanların yaş gruplarına göre obezite durumları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bu bulgu araştırmaya alınanların yaş gruplarına göre obezite durumları açısından fark olduğunu göstermektedir. Tablodan 18-25 yaş grubundakilerin % 17.2'si, 26-35 yaş grubundakilerin % 38.5'i, 36-45 yaş grubundakilerin % 57.3'ü, 46 yaş ve üstündekilerin % 89.3'ü obez olduğu görülmektedir. Bu bulgular, yaş ilerledikçe obezite olanların oranının da arttığını göstermektedir.

Araştırmaya alınanların cinsiyetlerine göre obezite durumları arasında fark olup olmadığını anlamak amacıyla Khi-kare analizi yapılmıştır (Tablo 4.6).

Tablo 4.6. Cinsiyetlere Göre Obezite Durumlarının Dağılımı

Cinsiyet	Obezite durumu				$\chi^2$	p
	Normal		Obez			
	N	%	N	%		
Erkek	138	31,9	295	68,1	136.72	,001
Kadın	646	65,4	342	34,6		

Tablo4.6 incelendiğinde, araştırmaya alınanların cinsiyetlerine göre obezite durumları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bu bulgu araştırmaya alınanların cinsiyetlerine göre obezite durumları açısından fark olduğunu göstermektedir. Tablodan erkeklerin %68.1'inin, kadınların %34.6'sının obez olduğu görülmektedir. Bu bulgular, erkeklerde kadınlara göre obezitenin daha fazla olduğunu göstermektedir.

Araştırmaya alınanların yaş gruplarına göre obezite durumları arasında fark olup olmadığını anlamak amacıyla Khi-kare analizi yapılmıştır (Tablo 4.7).

Tablo 4.7. Meslek Gruplarına Göre Obezite Durumlarının Dağılımı

Meslek grupları	Obezite durumu				$\chi^2$	p
	Normal		Obez			
	N	%	N	%		
Hekim	137	38,8	216	61,2	93.44	,001
Hemşire	471	62,5	283	37,5		
Ebe	137	69,5	60	30,5		
S. Memuru	39	33,3	78	66,7		

Tablo 4.7 incelendiğinde, araştırmaya alınanların meslek gruplarına göre obezite durumları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bu bulgu araştırmaya alınanların meslek gruplarına göre obezite durumları açısından fark olduğunu göstermektedir. Tablodan hekimlerin %61.2'si, hemşirelerin %37.5'i, ebelerin %30.5'i, sağlık memurlarının %66.7'sini obez olduğu görülmektedir. Bu bulgular, hekim ve sağlık memurlarında hemşire ve ebelere göre obezite olanların oranının daha fazla olduğunu göstermektedir.

Araştırmaya alınanların medeni durumlarına göre obezite durumları arasında fark olup olmadığını anlamak amacıyla Khi-kare analizi yapılmıştır (Tablo 4.8).

Tablo 4.8. Medeni Durumlarına Göre Obezite Durumlarının Dağılımı

Medeni durum	Obezite durumu				$\chi^2$	p
	Normal		Obez			
	N	%	N	%		
Evli	492	48,2	528	51,8	70.33	,001
Bekar	292	72,8	109	27,2		

Tablo 4.8 incelendiğinde, araştırmaya alınanların medeni durumlarına göre obezite durumları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bu bulgu araştırmaya alınanların medeni durumlarına göre obezite durumları açısından fark olduğunu göstermektedir. Tablodan evli olanların %51.8'inin, bekar olanların %27.2'sinin obez olduğu görülmektedir. Bu bulgular, evlilerde bekarlara göre obezitenin daha fazla olduğunu göstermektedir.

Araştırmaya alınan hemşire-ebe-sağlık memurlarının eğitim seviyesine göre obezite durumları arasında fark olup olmadığını anlamak amacıyla Khi-kare analizi yapılmıştır (Tablo 4.9).

Tablo 4.9. Hemşire-Ebe-Sağlık Memurlarının Eğitim Seviyesine Göre Obezite Durumlarının Dağılımı

Eğitim seviyesi	Obezite durumu				$\chi^2$	p
	Normal		Obez			
	N	%	N	%		
Lise	83	42,8	111	57,2	41.67	,001
Ön Lisans	54	50,5	53	49,5		
Lisans	465	66,3	236	33,7		
Yüksek Lisans	47	68,1	22	31,9		

Tablo 4.9 incelendiğinde, araştırmaya alınan hemşire-ebe-sağlık memurlarının eğitim seviyesine göre obezite durumları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bu bulgu araştırmaya alınan hemşire-ebe-sağlık memurlarının eğitim seviyesine göre obezite durumları açısından fark olduğunu göstermektedir. Tablodan lise mezunu olanların %57.2'sinin, önlisans mezunu olanların %49.5'inin, lisans mezunu olanların %33.7'sinin, yüksek lisans mezunu olanların %31.9'unun obez olduğu görülmektedir. Bu bulgular, hemşire-ebe-sağlık memurlarında eğitim seviyesi arttıkça obezite olanların oranının azaldığını göstermektedir.

Araştırmaya alınan hekimlerin eğitim seviyesine göre obezite durumları arasında fark olup olmadığını anlamak amacıyla Khi-kare analizi yapılmıştır (Tablo 4.10).

Tablo 4.10. Hekimlerin Eğitim Seviyesine Göre Obezite Durumlarının Dağılımı

Eğitim seviyesi	Obezite durumu				$\chi^2$	p
	Normal		Obez			
	N	%	N	%		
Pratisyen	38	35,8	68	64,2	8.11	,044
Uzmanlık Öğrencisi	46	45,1	56	54,9		
Uzman	44	41,5	62	58,5		
Öğretim Üyesi	7	19,4	29	80,6		

Tablo 4.10 incelendiğinde, araştırmaya alınan hekimlerin eğitim seviyesine göre obezite istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bu bulgu araştırmaya alınan hekimlerine eğitim seviyesine göre obezite durumları açısından fark olduğunu göstermektedir.

Tablodan pratisyen olanların %64.2'sinin, uzmanlık öğrencisi olanların %54.9'unun, uzman olanların %58.5'inin, öğretim üyesi olanların %80.6'sının obez olduğu görülmektedir. Bu bulgular, pratisyen ve öğretim üyesi olanlarda uzmanlık öğrencisi ve uzman olanlara göre obezite olanların oranının daha fazla olduğunu göstermektedir.

Araştırmaya alınan hemşire-ebe-sağlık memurlarının görev yaptığı yere göre obezite durumları arasında fark olup olmadığını anlamak amacıyla Khi-kare analizi yapılmıştır (Tablo 4.11).

Tablo 4.11.Hemşire-Ebe-Sağlık Memurlarının Görev Yaptığı Yere Göre Obezite Durumlarının Dağılımı

Görev yapılan yer	Obezite durumu				$\chi^2$	p
	Normal		Obez			
	N	%	N	%		
Klinik Çalışanları	483	63,4	279	36,6	76.77	,001
Klinik Sorumlusu	39	48,1	42	51,9		
Poliklinik Çalışanları	21	24,1	66	75,9		
Yönetici	6	60,0	4	40,0		
Eğitim Hemşiresi/Ebesi	8	47,1	9	52,9		
Aile Sağlığı Çalışanı	92	80,7	22	19,3		

Tablo 4.12 incelendiğinde, araştırmaya alınan hemşire-ebe-sağlık memurlarının görev yaptığı yere göre obezite durumları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bu bulgu araştırmaya alınan hemşire-ebe-sağlık memurlarının görev yaptığı yere göre obezite durumları açısından fark olduğunu göstermektedir. Tablodan klinik çalışanlarının %36.6, klinik sorumlularının %51.9, Poliklinik çalışanlarının %75.9, Yönetici olarak çalışanların %40, Eğitim hemşiresi/ebesi olarak çalışanların %52.9, Aile sağlığı çalışanlarının %19.3 obez olduğu görülmektedir. Bu bulgular, hemşire-ebe-sağlık memurları için aile sağlığı çalışanları, klinik çalışanları ve yönetici olarak çalışanlarda obezite olanların oranının azaldığını göstermektedir.

Araştırmaya alınanların çalıştığı kuruma göre obezite durumları arasında fark olup olmadığını anlamak amacıyla Khi-kare analizi yapılmıştır (Tablo 4.12).



Tablo 4.12. Çalışılan Kuruma Göre Obezite Durumlarının Dağılımı

Çalışılan kurum	Obezite durumu				$\chi^2$	p
	Normal		Obez			
	N	%	N	%		
Cumhuriyet Üniv.	307	58,8	215	41,2	13.86	,003
Sivas Devlet H.	161	52,4	146	47,6		
Sivas Numune H.	204	49,3	210	50,7		
Aile Hekimliği	112	62,9	66	37,1		

Tablo 4.12 incelendiğinde, araştırmaya alınanların çalıştığı kuruma göre obezite durumları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bu bulgu araştırmaya alınanların çalıştığı kuruma göre obezite durumları açısından fark olduğunu göstermektedir. Tablodan Cumhuriyet Üniversitesinde çalışanların %41.2'sinin, Sivas Devlet Hastanesinde çalışanların %47.6'sının, Sivas Numune Hastanesinde çalışanların %50.7'sinin, Aile Hekimliğinde çalışanların %37.16'inin obez olduğu görülmektedir. Bu bulgular, Aile Hekimliğinde çalışanlarda Cumhuriyet Üniversitesinde, Sivas Devlet Hastanesinde, Sivas Numune Hastanesinde çalışanlara göre obezite olanların oranının daha az olduğu saptanmıştır.

Araştırmaya alınanların çalıştığı birime göre obezite durumları arasında fark olup olmadığını anlamak amacıyla ki-kare analizi yapılmıştır (Tablo 4.13).

Tablo 4.13. Çalışılan Birime Göre Obezite Durumlarının Dağılımı

Çalışılan birim	Obezite durumu				$\chi^2$	p
	Normal		Obez			
	N	%	N	%		
Cerrahi Klinikler	244	53,7	210	46,3	27.30	,003
Dahili Klinikler	310	58,7	218	41,3		
Acil Servis	63	56,8	48	43,2		
Aile Hekimliği	116	62,0	71	38,0		
Diğer	51	36,2	90	63,8		

Tablo 4.13 incelendiğinde, araştırmaya alınanların çalıştığı birime göre obezite durumları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bu bulgu araştırmaya alınanların çalıştığı birime göre obezite durumları açısından fark olduğunu göstermektedir. Tablodan

Cerrahi Kliniklerde çalışanların %46.3'ünün, Dahili Kliniklerde çalışanların %41.3'ünün, Acil Serviste çalışanların %43.2'sinin, Aile Hekimliğinde çalışanların %38'ininve diğer yerlerde (poliklinik, eğitim, yönetici) çalışanların %63.8'inin obez olduğu görülmektedir. Bu bulgular, diğer yerlerde çalışanlarda Cerrahi Kliniklerde, Dahili Kliniklerde, Acil Serviste ve Aile Hekimliğinde çalışanlara göre obezite olanların oranının daha fazla olduğunu göstermektedir.

Araştırmaya alınanların çalışma yılına göre obezite durumları arasında fark olup olmadığını anlamak amacıyla Khi-kare analizi yapılmıştır (Tablo 4.14).

Tablo 4.14.Çalışma Yılına Göre Obezite Durumlarının Dağılımı

Çalışma yılı	Obezite durumu				$\chi^2$	p
	Normal		Obez			
	N	%	N	%		
1 - 9 yıl	514	67,7	245	32,3	151.85	,001
10 - 19 yıl	233	49,3	240	50,7		
20 - 29 yıl	33	19,4	137	80,6		
30 - 39 yıl	4	21,1	15	78,9		

Tablo 4.14 incelendiğinde, araştırmaya alınanların çalışma yılına göre obezite durumları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bu bulgu araştırmaya alınanların çalışma yılına göre obezite durumları açısından fark olduğunu göstermektedir. Tablodan 1-9 yıldır çalışanların %32.3'ünün, 10-19 yıldır çalışanların %50.7'sinin, 20-29 yıldır çalışanların %80.6'sının, 30-39 yıldır çalışanların %78.9'unun obez olduğu görülmektedir. Bu bulgular, çalışma yılı arttıkça obezite olanların oranının da arttığını göstermektedir.

Araştırmaya alınanların sigara kullanma durumuna göre obezite durumları arasında fark olup olmadığını anlamak amacıyla Khi-kare analizi yapılmıştır (Tablo 4.14).

Tablo 4.15.Sigara Kullanma Durumuna Göre Obezite Durumlarının Dağılımı

Sigara kullanma durumu	Obezite durumu				$\chi^2$	p
	Normal		Obez			
	N	%	N	%		
Kullanmam	474	65,2	253	34,8	61.95	,001
Kullanıyorum	270	45,6	322	54,4		
Bıraktım	40	39,2	62	60,8		

Tablo 4.15 incelendiğinde, araştırmaya alınanların sigara kullanma durumuna göre obezite durumları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bu bulgu araştırmaya alınanların sigara kullanma durumuna göre obezite durumları açısından fark olduğunu göstermektedir. Tabloda sigara kullanmayanların %34.8'inin, sigara kullananların %54.4'ünün, sigarayı bırakanların %60.8'inin obez olduğu görülmektedir. Bu bulgular, sigara kullanmayanlarda, sigara kullananlara ve bırakanlara göre obezite olanların oranın daha fazla olduğunu göstermektedir.

Araştırmaya alınanların alkol kullanma durumuna göre obezite durumları arasında fark olup olmadığını anlamak amacıyla Khi-kare analizi yapılmıştır (Tablo 4.16).

Tablo 4.16. Alkol Kullanma Durumuna Göre Obezite Durumlarının Dağılımı

Alkol kullanma durumu	Obezite durumu				$\chi^2$	p
	Normal		Obez			
	N	%	N	%		
Kullanmam	711	58,4	507	41,6	46.81	,001
Haftada 2-3	12	70,6	5	29,4		
Haftada Bir	13	46,4	15	53,6		
İki Haftada Bir	12	30,0	28	70,0		
Ayda Bir	36	30,5	82	69,5		

Tablo 4.16 incelendiğinde, araştırmaya alınanların alkol kullanma durumuna göre obezite durumları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bu bulgu araştırmaya alınanların alkol kullanma durumuna göre obezite durumları açısından fark olduğunu göstermektedir. Tabloda alkol kullanmayanların %41.6'sının, haftada 2-3 gün kullananların %29.4'ünün, haftada bir gün kullananların %53.6'sının, iki haftada bir gün kullananların %70'inin, ayda bir gün kullananların %69.5'inin obez olduğu görülmektedir. Bu bulgular, Haftada bir, iki Haftada Bir ve Ayda Bir alkol alanların alkol kullanmayanların ve haftada 2-3 gün kullananlara göre obezite olanların oranın daha fazla olduğunu göstermektedir.

Araştırmaya alınanların hastalık durumlarına göre obezite durumları arasında fark olup olmadığını anlamak amacıyla Khi-kare analizi yapılmıştır (Tablo 4.17).

Tablo 4.17. Hastalık Durumlarına Göre Obezite Durumlarının Dağılımı

Hastalık durumu	Obezite durumu				$\chi^2$	p
	Normal		Obez			
	N	%	N	%		
Evet	35	34,3	67	65,7	19.33	,001
Hayır	749	56,8	570	43,2		

Tablo 4.17 incelendiğinde, araştırmaya alınanların hastalık durumlarına göre obezite durumları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bu bulgu araştırmaya alınanların hastalık durumlarına göre obezite durumları açısından fark olduğunu göstermektedir. Tablodan hasta olanların %65.7'sinin, hasta olmayanların %43.2'sinin obez olduğu görülmektedir. Bu bulgular, hasta olanlarda hasta olmayanlara göre obezitenin daha fazla olduğunu göstermektedir.

Araştırmaya alınanların hastalığına göre obezite açısından fark olup olmadığını anlamak amacıyla Khi-kare analizi yapılmıştır (Tablo 4.18).

Tablo 4.18. Hastalığına Göre Obezite Durumlarının Dağılımı

Hastalık	Obezite durumu				$\chi^2$	p
	Normal		Obez			
	N	%	N	%		
Diyabet	15	26,8	41	73,2	2.662	,103
Troid	19	42,2	26	57,8		

Tablo 4.17 incelendiğinde, araştırmaya alınanların hastalığına göre obezite durumları istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur. Bu bulgu araştırmaya alınanların hastalığına göre obezite durumları açısından fark olmadığını göstermektedir. Tablodan diyabet hastası olanların %73.2'sinin, troid hastası olanların %57.8'inin obez olduğu görülmektedir.

Araştırmaya alınanların doğum sayısına göre obezite durumları arasında fark olup olmadığını anlamak amacıyla Khi-kare analizi yapılmıştır (Tablo 4.19).

Tablo 4.19. Doğum Sayısına Göre Obezite Durumlarının Dağılımı

Doğum sayısı	Obezite durumu				$\chi^2$	P
	Normal		Obez			
	N	%	N	%		
1	174	74,7	59	25,3	66.42	,001
2	143	56,7	109	43,3		
3	27	29,7	64	70,3		
4 ve Üstü	1	10,0	9	90,0		

Tablo 4.19 incelendiğinde, araştırmaya alınanların doğum sayısına göre obezite durumları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bu bulgu araştırmaya alınanların doğum sayısına göre obezite durumları açısından fark olduğunu göstermektedir. Tabloda 1 kez doğum yapanların %25.3'ünün, 2 kez doğum yapanların %43.3'ünün, 3 kez doğum yapanların %70.3'ünün ve 4 ve daha fazla doğum yapanların %90'ının obez olduğu görülmektedir. Bu bulgular, doğum sayısı arttıkça obezite olanların oranının da arttığını göstermektedir.

Araştırmaya alınanların gelir düzeyine göre obezite durumları arasında fark olup olmadığını anlamak amacıyla Khi-kare analizi yapılmıştır (Tablo 4.20).

Tablo 4.20. Gelir Durumuna Göre Obezite Durumlarının Dağılımı

Gelir durumu	Obezite durumu				$\chi^2$	P
	Normal		Obez			
	N	%	N	%		
1000-2000	23	85,2	4	14,8	59.65	,001
2001-3000	420	64,4	232	35,6		
3001-4000	116	49,6	118	50,4		
4001 ve üzeri	225	44,3	283	55,7		

Tablo 4.20 incelendiğinde, araştırmaya alınanların gelir düzeyine göre obezite durumları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bu bulgu araştırmaya alınanların gelir düzeyine göre obezite durumları açısından fark olduğunu göstermektedir. Tabloda geliri 1000-2000 TL olanların %14.8'inin, geliri 2001-3000 TL olanların %35.6'sının, geliri 3001-4000 TL olanların %50.4'ünün ve geliri 4001 TL ve daha fazla olanların %55.7'sinin obez olduğu görülmektedir. Bu bulgular, gelir düzeyi arttıkça obezite olanların oranının da arttığını göstermektedir.

Araştırmaya alınanların uyku süresine göre obezite durumları arasında fark olup olmadığını anlamak amacıyla Khi-kare analizi yapılmıştır (Tablo 4.21).

Tablo 4.21. Uyku Süresine Göre Obezite Durumlarının Dağılımı

Uyku süresi	Obezite durumu				$\chi^2$	p
	Normal		Obez			
	N	%	N	%		
6 saatten az	39	46,4	45	53,6	5.380	,146
6-8 saat	633	55,3	512	44,7		
9-12 saat	104	57,1	78	42,9		
12 saat üzeri	8	80,0	2	20,0		

Tablo 4.21 incelendiğinde, araştırmaya alınanların uyku süresine göre obezite durumları istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur. Bu bulgu araştırmaya alınanların uyku süresine göre obezite durumları açısından fark olmadığını göstermektedir. Tabloda uyku süresine 6 saatten az olanların %53.6'sının, uyku süresi 6-8 saat olanların %44.7'sinin, uyku süresi 9-12 saat olanların %42.9'unun ve uyku süresi 12 saat ve daha fazla olanların %20'sinin obez olduğu görülmektedir.

Araştırmaya alınanların masa başında çalışma süresine göre obezite durumları arasında fark olup olmadığını anlamak amacıyla ki-kare analizi yapılmıştır (Tablo 4.22).

Tablo 4.22. Masa Başında Çalışma Süresine Göre Obezite Durumlarının Dağılımı

Masa başında çalışma süresi	Obezite durumu				$\chi^2$	p
	Normal		Obez			
	N	%	N	%		
2 Saatten Az	172	64,7	94	35,3	17.330	,001
2-4 Saat	432	54,5	360	45,5		
5-7 Saat	141	47,5	156	52,5		
8 Saat ve Üzeri	39	59,1	27	40,9		

Tablo 4.22 incelendiğinde, araştırmaya alınanların masa başında çalışma süresine göre obezite durumları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bu bulgu araştırmaya alınanların masa başında çalışma süresine göre obezite durumları açısından fark olduğunu göstermektedir. Tabloda masa başında çalışma süresine 2 saatten az olanların %35.3'ünün, masa başında çalışma süresi 2-4saat olanların %45.5'inin, masa başında çalışma süresi 5-7 saat olanların % 52.5'inin ve masa başında çalışma süresi 8 saat ve

daha fazla olanların %40.9'unun obez olduğu görülmektedir. Masa başında çalışma süresine 2 saatten az olanların, masa başında çalışma süresi 5-7 saat olanlara göre obezitenin daha az olduğunu göstermektedir.

Araştırmaya alınanların ayakta çalışma süresine göre obezite durumları arasında fark olup olmadığını anlamak amacıyla Khi-kare analizi yapılmıştır (Tablo 4.23).

Tablo 4.23. Ayakta Çalışma Süresine Göre Obezite Durumlarının Dağılımı

Ayakta çalışma süresi	Obezite durumu				$\chi^2$	p
	Normal		Obez			
	N	%	N	%		
2 Saatten Az	49	53,8	42	46,2	26.530	,001
2-4 Saat	225	47,3	251	52,7		
5-7 Saat	227	55,0	186	45,0		
8 Saat ve Üzeri	283	64,2	158	35,8		

Tablo 4.23 incelendiğinde, araştırmaya alınanların ayakta çalışma süresine göre obezite durumları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bu bulgu araştırmaya alınanların ayakta çalışma süresine göre obezite durumları açısından fark olduğunu göstermektedir. Tabloda ayakta çalışma süresine 2 saatten az olanların %46.2'sinin, ayakta çalışma süresi 2-4 saat olanların %52.7'sinin, ayakta çalışma süresi 5-7 saat olanların %45'inin ve ayakta çalışma süresi 8 saat ve daha fazla olanların %35.8'inin obez olduğu görülmektedir. Ayakta çalışma süresine 8 saat ve daha fazla olanların, ayakta çalışma süresi 2-4 saat olanlara göre obezitenin daha az olduğunu göstermektedir.

Araştırmaya alınanların günlük yürüme süresine göre obezite durumları arasında fark olup olmadığını anlamak amacıyla Khi-kare analizi yapılmıştır (Tablo 4.24).

Tablo 4.24. Günlük Yürüme Süresine Göre Obezite Durumlarının Dağılımı

Günlük yürüme süresi	Obezite durumu				$\chi^2$	p
	Normal		Obez			
	N	%	N	%		
2 Saatten Az	384	55,4	309	44,6	3,490	,321
2-4 Saat	381	54,6	317	45,4		
5-7 Saat	12	54,5	10	45,5		
8 Saat ve Üzeri	7	87,5	1	12,5		

Tablo 4.24 incelendiğinde, araştırmaya alınanların günlük yürüme süresine göre obezite durumları istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur. Bu bulgu araştırmaya alınanların günlük yürüme süresine göre obezite durumları açısından fark olmadığını göstermektedir. Tabloda günlük yürüme süresine 2 saatten az olanların %44.6'sının, günlük yürüme süresi 2-4 saat olanların %45.4'ünün, günlük yürüme süresi 5-7 saat olanların %45.5'inin ve günlük yürüme süresi 8 saat ve daha fazla olanların %12.5'inin obez olduğu görülmektedir.

Araştırmaya alınanların yatarak TV izleme süresine göre obezite durumları arasında fark olup olmadığını anlamak amacıyla ki-kare analizi yapılmıştır (Tablo 4.25).

Tablo 4.25. Yatarak TV İzleme Süresine Göre Obezite Durumlarının Dağılımı

Yatarak TV izleme süresi	Obezite durumu				$\chi^2$	p
	Normal		Obez			
	N	%	N	%		
2 Saatten Az	507	57,5	375	42,5	6,470	,039
2-4 Saat	267	51,0	257	49,0		
5-7 Saat	10	66,7	5	33,3		

Tablo 4.25 incelendiğinde, araştırmaya alınanların yatarak TV izleme süresine göre obezite durumları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bu bulgu araştırmaya alınanların yatarak TV izleme süresine göre obezite durumları açısından fark olduğunu göstermektedir. Tabloda yatarak TV izleme süresine 2 saatten az olanların %42.5'inin, yatarak TV izleme süresi 2-4 saat olanların % 49'unun, yatarak TV izleme süresi 5-7 saat olanların %33.3'ünün obez olduğu görülmektedir. Yatarak TV izleme süresi 5-7 saat olanların, yatarak TV izleme süresi daha az olanlara göre obezitenin daha az olduğunu göstermektedir.

Araştırmaya alınanların oturarak TV izleme süresine göre obezite durumları arasında fark olup olmadığını anlamak amacıyla Khi-kare analizi yapılmıştır (Tablo 4.26).



Tablo 4.26. Oturarak TV İzleme Süresine Göre Obezite Durumlarının Dağılımı

Oturarak TV izleme süresi	Obezite durumu				$\chi^2$	p
	Normal		Obez			
	N	%	N	%		
2 Saatten Az	351	61,3	222	38,7	14,800	,001
2-4 Saat	428	51,2	408	48,8		
5-7 Saat	5	41,7	7	58,3		

Tablo 4.26 incelendiğinde, araştırmaya alınanların oturarak TV izleme süresine göre obezite durumları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bu bulgu araştırmaya alınanların oturarak TV izleme süresine göre obezite durumları açısından fark olduğunu göstermektedir. Tabloda oturarak TV izleme süresine 2 saatten az olanların %38.7'sinin, oturarak TV izleme süresi 2-4 saat olanların %48.8'inin, oturarak TV izleme süresi 5-7 saat olanların %58.3'ünün obez olduğu görülmektedir. Oturarak TV izleme süresi arttıkça obezite olanların oranının da arttığını göstermektedir.

Araştırmaya alınanların spor yapma durumuna göre obezite açısından fark olup olmadığını anlamak amacıyla Khi-kare analizi yapılmıştır (Tablo 4.27).

Tablo 4.27. Spor Yapma Durumuna Göre Obezite Durumlarının Dağılımı

Spor yapma durumu	Obezite durumu				$\chi^2$	p
	Normal		Obez			
	N	%	N	%		
Spor Yapmam	767	55,4	617	44,6	1.300	,253
2 Saatten Az	17	45,9	20	54,1		

Tablo 4.27 incelendiğinde, araştırmaya alınanların spor yapma durumuna göre obezite durumları istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur. Bu bulgu araştırmaya alınanların spor yapma durumuna göre obezite durumları açısından fark olmadığını göstermektedir. Tablodan spor yapmayanların % 44.6'sının, 2 saatten az spor yapanların % 54.1'inin obez olduğu görülmektedir.

Araştırmaya alınanların uyku problemine göre obezite durumları arasında fark olup olmadığını anlamak amacıyla Khi-kare analizi yapılmıştır (Tablo 4.28).

Tablo 4.28. Uyku Problemlerine Göre Obezite Durumlarının Dağılımı

Uyku problemi	Obezite durumu				$\chi^2$	p
	Normal		Obez			
	N	%	N	%		
Hiç Uyuyamıyorum	17	54,8	14	45,2	21.470	,001
Uyurken sık sık uyanırım	166	50,8	161	49,2		
Uyku süresi az geliyor	186	65,3	99	34,7		
Çok zor uyurum	62	44,0	79	56,0		
Uyku problemim yok	353	55,4	284	44,6		

Tablo 4.28 incelendiğinde, araştırmaya alınanların uyku problemine göre obezite durumları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bu bulgu araştırmaya alınanların uyku problemine göre obezite durumları açısından fark olduğunu göstermektedir. Tabloda uyku uyuyamayanların %45.2'sinin, uyurken sık sık uyananların %49.2'sinin, uyku süresi az gelenlerin %34.7'sinin, çok zor uyuyanların %56'sının, uyku problemi olmayanların %44.6'sinin obez olduğu görülmektedir. Uyku süresi az gelenlerde diğerlerine göre obezitenin daha az olduğunu göstermektedir.

Araştırmaya alınanların fazla kilolu olma nedenleriyle ilgili açıklamalarına göre obezite durumları arasında fark olup olmadığını anlamak amacıyla Khi-kare analizi yapılmıştır (Tablo 4.29).

Tablo 4.29. Fazla Kilolu Olma Nedenleriyle İlgili Açıklamalarına Göre Obezite Durumlarının Dağılımı

Fazla kilo nedenleri	Obezite durumu				$\chi^2$	p
	Normal		Obez			
	N	%	N	%		
Beslenme tarzı	128	37,9	210	62,1	10.800	,029
Ailesel yatkınlık	135	42,2	185	57,8		
Çalışma koşulları	112	43,2	147	56,8		
Psikolojik duruma	30	55,6	24	44,4		
Diğer	14	63,6	8	36,4		

Tablo 4.29 incelendiğinde, araştırmaya alınanların fazla kilolu olma nedenleriyle ilgili açıklamalarına göre obezite durumları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bu bulgu araştırmaya alınanların fazla kilolu olma nedenleriyle ilgili açıklamalarına göre obezite durumları açısından fark olduğunu göstermektedir. Tabloda obezitenin beslenme tarzından kaynaklandığını ileri sürenlerin %62.1, obezitenin ailesel yatkınlıktan kaynaklandığını ileri sürenlerin %57.8, obezitenin çalışma koşullarından kaynaklandığını ileri sürenlerin %56.8, obezitenin psikolojik durumdan kaynaklandığını ileri sürenlerin %44.4, obezitenin diğer nedenlerden kaynaklandığını ileri sürenlerin %36.4'ünün obez olduğu görülmektedir. obezitenin beslenme tarzından kaynaklandığını ileri sürenlerde diğer nedenleri belirtenlere göre obezitenin daha fazla olduğunu göstermektedir.

Araştırmaya alınanların obezite tedavisi alma durumuna göre obezite açısından fark olup olmadığını anlamak amacıyla Khi-kare analizi yapılmıştır (Tablo 4.30).

Tablo 4.30. Obezite Tedavisi Alma Durumuna Göre Obezite Durumlarının Dağılımı

Obezite tedavisi alma durumu	Obezite durumu				$\chi^2$	p
	Normal		Obez			
	N	%	N	%		
Tedavi aldım	53	31,5	115	68,5	40.310	,001
Tedavi almadım	731	58,3	522	41,7		

Tablo 4.30. incelendiğinde, araştırmaya alınanların obezite tedavisi alma durumuna göre obezite durumları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bu bulgu araştırmaya alınanların obezite tedavisi alma durumuna göre obezite durumları açısından fark olduğunu göstermektedir. Tablodan obezite tedavisi alanların %68.5'inin, tedavi almayanların %41.7'sinin obez olduğu görülmektedir. Obezite tedavisi alanlarda almayanlara göre obezite durumunun daha fazla olduğu görülmektedir.

Araştırmaya alınanların aldığı tedavi yöntemine göre obezite açısından fark olup olmadığını anlamak amacıyla Khi-kare analizi yapılmıştır (Tablo 4.31).

Tablo 4.31. Aldığı Tedavi Yöntemine Göre Obezite Durumlarının Dağılımı

Aldığı tedavi yöntemi	Obezite durumu				$\chi^2$	p
	Normal		Obez			
	N	%	N	%		
Diyet	50	34,0	97	66,0	3.640	,162
İlaç	3	16,7	15	83,3		
Cerrahi	0	,0	3	100,0		

Tablo 4.31 incelendiğinde, araştırmaya alınanların aldığı tedavi yöntemine göre obezite durumları istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur. Bu bulgu araştırmaya alınanların aldığı tedavi yöntemine göre obezite durumları açısından fark olmadığını göstermektedir. Tablodan diyet tedavisi alanların %66'sının, ilaç tedavisi alanların %83.3'ünün, cerrahi tedavi almış olanların %100'ünün obez olduğu görülmektedir.

Araştırmaya alınanların ana öğün sayısına göre obezite açısından fark olup olmadığını anlamak amacıyla Khi-kare analizi yapılmıştır (Tablo 4.32).

Tablo 4.32. Ana Öğün Sayısına Göre Obezite Durumlarının Dağılımı

Ana öğün sayısı	Obezite durumu				$\chi^2$	p
	Normal		Obez			
	N	%	N	%		
1	10	90,9	1	9,1	15.480	,001
2	170	63,4	98	36,6		
3	604	52,9	538	47,1		

Tablo 4.32 incelendiğinde, araştırmaya alınanların ana öğün sayısına göre obezite durumları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bu bulgu araştırmaya alınanların ana öğün sayısına göre obezite durumları açısından fark olduğunu göstermektedir. Tablodan ana öğün sayısı 1 olanların %9.1'inin, ana öğün sayısı 2 olanların %36.6'sının, ana öğün sayısı 3 olanların %47.1'inin obez olduğu görülmektedir. Bu bulgular, ana öğün sayısı arttıkça obezite olanların oranının da arttığını göstermektedir.

Araştırmaya alınanların ara öğün sayısına göre obezite açısından fark olup olmadığını anlamak amacıyla Khi-kare analizi yapılmıştır (Tablo 4.33).

Tablo 4.33. Ara Öğün Sayısına Göre Obezite Durumlarının Dağılımı

Ara öğün sayısı	Obezite durumu				$\chi^2$	p
	Normal		Obez			
	N	%	N	%		
1	281	57,6	207	42,4	3.250	,354
2	169	51,7	158	48,3		
3	78	57,8	57	42,2		
Almam	256	54,4	215	45,6		

Tablo 4.33 incelendiğinde, araştırmaya alınanların ara öğün sayısına göre obezite durumları istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur. Bu bulgu araştırmaya alınanların ara öğün sayısına göre obezite durumları açısından fark olmadığını göstermektedir. Tablodan ara öğün sayısı 1 olanların %42.4'ünün, ara öğün sayısı 2 olanların %48.3'ünün, ara öğün sayısı 3 olanların %42.2'sinin ve ara öğün almayanların% 45.6'sının obez olduğu görülmektedir.

## 5. TARTIŞMA

Sağlık çalışanlarında obezite sıklığı ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi amacıyla yapılan çalışma; Sağlık çalışanlarında obezite sıklığı ve Sağlık çalışanlarında obezite sıklığını etkileyen faktörler başlıkları altında iki bölümde tartışılmaktadır.

### 5.1. Sağlık Çalışanlarında Obezite Sıklığına İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırmaya katılan sağlık personellerinden %2.7'si zayıf, %52.5'i normal kilolu, %34,8'i şişmanlık öncesi seviyede, %8,7'si şişmanlık I. Derece, %1,1'i şişmanlık II. Derece ve %0,3'ü şişmanlık III. Derecede bulunmuştur. Ayrıca araştırmada kadın sağlık personelinin %3,7'si ve erkek sağlık personelinin %8,7'si bel/kalça oranına göre riskli gruptadır. Onat (2003) çalışmalarında bel/kalça oranının riskli düzeyde olmasının önemli bir obesite göstergesi olduğu ve kardiyovasküler hastalıkları tetiklediğini belirtmiştir.

DSÖ belirlemelerine göre 2008 yılında obezite prevalansı %11, NHANES III çalışmasında 22.5, TEKHARF çalışmasında %28.6, TOHTA çalışmasında %25.2, TUR-DEP I çalışmasında %22.3, TUR-DEP II çalışmasında %31.2, Türkiye Metabolik Sendrom Araştırması'nda %36.2 olarak bulunmuştur. (Türkiye Endokrin ve Metabolizma Derneği 2014, Çayır vd. 2011) Çalışmamızda obezite oranının toplum geneline göre daha düşük çıkması, eğitim seviyesi yüksek, yaş ortalaması düşük ve kilo ile mücadelede konusunda daha duyarlı bir grup olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmaya alınanların %30.5'i erkek, %69.5'i kadın olup bunlardan, %24.8'i hekim, %75.2'i diğer sağlık personelidir. Karadeniz vd. (2007) yaptıkları çalışmalarında 209 kadın, 63 erkek olmak üzere hekim ve diğer sağlık personeli üzerinden çalışmayı yürütmüşlerdir. Bunların 68'i hekim, 204'ü diğer sağlık personelidir.

Araştırmaya katılanların %51.2'si hiç sigara içmemiş, %85.7'si alkol kullanmamıştır. Sigara kullanmayanlarda sigara kullananlara ve bırakanlara göre obezite olanların oranın daha az olduğu tespit edilmiştir. Oğuz vd. (2008) çalışmalarında kadın sağlık personelinin % 59.3'ünün ve erkek sağlık personelinin % 52.9'unun sigara kullanmadığı tespit etmiştir. Oğuz vd. (2008) yaptıkları çalışmalarında sigara kullanımı ve obezite arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiye rastlamamışlardır. Ayrıca çalışmada kadın sağlık personelinin % 83.6'sının ve erkek sağlık personelinin %61.5'inin alkol kullanmadığı tespit edilmiştir. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması,

Türkiye Raporu verilerine göre, (2012) 15 yaş üstü kişilerden 47.2'i hiç sigara kullanmamıştır. (KYTA 2012) Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TUİK) 2012 yılında yapmış olduğu sağlık araştırmasında, 15 yaş üstü nüfusun % 79.9'u hiç alkol kullanmamıştır. (TUİK 2012). Sağlık çalışanlarında alkol ve sigara kullanım oranı toplum geneline göre daha düşük bulunmuştur. Sigara kullanımına bağlı olarak obezite görülme sıklığında artış olduğu tespit edilmiştir. Araştırmada haftada bir, iki haftada bir ve ayda bir alkol alanların, alkol kullanmayanların ve haftada 2-3 gün kullananlara göre obezite olanların oranının daha fazla olduğu bulunmuştur. Çayır vd. (2011) çalışmasında düzenli alkol kullananların, hiç ya da ara sıra kullananlara göre daha fazla olduğunu belirtmişlerdir. Jeffery (1991) yaptığı çalışmasında alkol kullanan kadın sağlık çalışanlarının erkeklerle göre obezite durumlarının yüksek olduğunu belirtmiştir. Bu durum alkol alanların aldıkları alkol miktarlarının farklı olması nedeniyle olduğu düşünülmektedir.

Araştırmaya alınanlardan %7.17'sinin kronik hastalığı bulunduğu, bunlardan % 55.2'si diyabet hastası, % 44.8'i troid hastası olarak tespit edilmiştir. Karadeniz vd. (2007) çalışmasında katılımcıların %12,5'inin kronik hastalığı olduğunu belirtmiştir. TURDEP-II verilerine göre Türkiye'de 20 yaş ve üzeri nüfusta diyabet oranı % 13.7'dir. Çağlayan K, Çelik A.(2010), çalışmasında Türkiye'de troid bezi hastalıklarının görülme sıklığının %5-56 arasında olduğunu belirtmişlerdir. Çalışmamızda diyabet ve troid hastası olanların oranı daha düşük bulunmuştur. Bunun nedeninin araştırmaya katılan kişilerin yaş grubunun düşük olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Araştırmada kronik hastalığı olanlarda obezite oranı yüksek bulunmuştur. Diyabet hastası olanların %73.2'sinin, troid hastası olanların % 57.8'inin obez olduğu görülmektedir. Benzer şekilde Işıldak vd (2004) çalışmalarında kronik hastalıkların metabolik düzeni bozmasından kaynaklı olarak obezite sıklığının arttığını belirtmiştir.

Araştırmaya katılanların % 1.9'unun geliri 1000 – 2000 TL, % 45.9'unun geliri 2001 –3000 TL, % 16.5'inin geliri 3001 –4000 TL, % 35.7'sinin geliri 4001 TL ve üzerindedir. Karadeniz vd. (2007) çalışmasında katılımcıların %69,9'unun orta seviyede gelire sahip olduklarını belirtmiştir. Çayır vd. (2011) çalışmalarında aylık gelir azaldıkça obezite oranının arttığını belirtmişlerdir. Bunun nedeninin çalışmamızdaki gelir düzeyi düşük kişilerin yaş grubunun daha düşük olması ve bekar sayısının fazla olması, ayrıca yaşın ilerlemesiyle orantılı olarak fiziksel aktivitede azalma, masa başında çalışmanın artmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmamızda sağlık çalışanlarının büyük kısmının spor yapmadığı saptanmıştır. Karadeniz vd. (2007) çalışmalarında egzersiz yapanların oranını %34 olduğunu belirtmiştir. Araştırmada spor ve obezite ilişkisi anlamsız bulunmuştur. Karadeniz vd. (2007) çalışmalarında spor yapmanın obezite üzerinde etkili olduğunu tespit etmişlerdir. Hiç spor yapmayan bireyler obezite açısından riskli bulunmuştur. Martin-Biggers vd. (2014) çalışmalarında sporun obeziteyi önlemede önemli bir etken olduğunu belirtmiştir. Spor yapan bireylerde obeziteye yakalanma riski spor yapmayan bireylere göre daha düşük olarak tespit edilmiştir. Bunun nedeni olarak, ayakta çalışma süresinin fazla olması ve obezite konusunda bilinçli grupla çalışma yapılmasından çalışmaya alınan kişilerin yaş grubunun düşük olması ve yoğun çalışma temposu olduğu kaynaklandığı düşünülmektedir.

## **5.2. Sağlık Çalışanlarında Obezite Sıklığını Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulguların Tartışılması**

Araştırmada yaş ilerledikçe obezite olanların oranının da arttığı tespit edilmiştir. Benzer şekilde literatür bulguları çalışmamızla uyum göstermektedir. Oğuz vd. (2008) çalışmalarında yaş ilerledikçe obezitenin arttığını belirtmişlerdir. Atilla (2017) çalışmasında özellikle kadınlarda yaşın artması ve menopoz süreciyle beraber bazal metabolizmanın yavaşlamasından kaynaklı olarak obezite ciddi bir problem olarak görülmüştür.

Araştırmada erkeklerde kadınlara göre obezitenin daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Yalçınkaya vd. (2007) çalışmalarında kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışlara daha fazla önem verdiklerini belirtmiştir. TÜİK(2016) Türkiye Sağlık Araştırmaları kapsamında Türkiye’de obez bireylerin oranı %19,6’dır. Bunların %15,2’si erkek ve %23,9’u kadındır. TÜİK istatistiklerine göre Türkiye genelinde kadınların obezite oranı erkeklerden yüksekken, bu çalışmada sağlık çalışanlarında obezite durumu erkeklerde, kadınlardan daha fazla çıkmıştır. Dünya Sağlık Örgütü tarafından yürütülen MONICA çalışması kapsamında Amerika, Afrika, Doğu Akdeniz, Güney Asya, Batı Pasifik ve Avrupa bölgelerinde 10-20 yıllık epidemiyolojik değerlendirme yapılmıştır. Avrupa ülkelerinin büyük kısmında son 10 yıllık süreçte obezite prevalansının %10-40 oranında arttığı tespit edilmiştir. Bununla beraber erkeklerde obezite prevalansı %10-20 seviyelerinde artarken, kadınlarda %10-25 seviyelerinde artmıştır. Bununla beraber günümüzde ortalama olarak erkeklerin %15 ile



kadınların %22'si obezdir. Bu oranlar Türkiye'de yapılan TÜİK istatistiklerine yakındır. Benzer şekilde NHANES III verilerine göre obezite sıklığı kadınlarda daha yüksektir (İslamoğlu vd., 2008). Ancak sağlık çalışanlarında durum tam tersidir. Bu durumun nedeni sağlık sektöründe görev yapan kadınların sosya-kültürel değerlerinin diğer bireylere göre daha yüksek olmasından ve çalışmaya katılan kadınların yaş aralığının düşük ve doğum sayısının az olmaması ya da hiç doğum yapmamış olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Atilla (2017) çalışmasında sosyo-kültürel değerleri düşük olan ve köyde yaşayan kadınların erkeklere göre daha şişman olduğunu belirtirken, sosyo-kültürel seviye ve eğitim düzeyi arttıkça tersi bir durum söz konusu olduğunu belirtmektedir.

Araştırmaya alınanların meslek gruplarına göre obezite durumları açısından fark olduğunu tespit edilmiştir. Bu bulgular, hekim ve sağlık memurlarında hemşire ve ebelere göre obezite olanların oranının daha fazla olduğunu göstermektedir. Karadeniz vd. (2007) çalışmasında hekimlerde diğer sağlık personeline göre daha az sıklıkta obezite görüldüğünü belirtmiştir. Bunun nedeni olarak araştırmaya alınan hekim ve sağlık memurlarının hemşire ve ebelere göre daha ileri yaşta olmalarından kaynaklanacağı düşünülmektedir.

Araştırmaya alınanların medeni durumlarına göre obezite durumları açısından fark olduğunu tespit edilmiştir. Bu bulgular, evlilerde bekarlara göre obezitenin daha fazla olduğunu göstermektedir. Çayır vd. (2011) çalışmalarında evlilik süresinin artmasına bağlı olarak obezitenin de artış gösterdiğini belirtmişlerdir. Bekarlar da obezite sıklığının düşük olma nedeni, yaş ortalamasının daha az olması, doğum yapmamış olması ve kilo konusunda daha duyarlı davranmalarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmaya alınan hekimlerin eğitim seviyesine göre obezite durumları açısından fark olduğu tespit edilmiştir. Pratisyen ve öğretim üyesi olanlarda uzmanlık öğrencisi ve uzman olanlara göre obezite olanların oranının daha fazla olduğunu göstermektedir. Çalışmaya katılan öğretim üyelerinin yaş aralığının yüksek olması, obezite görülme sıklığını artırdığı düşünülmektedir. Pratisyenlerde ise çalışma koşulları ve beslenme şekli nedeniyle obezite sıklığının yüksek olduğu düşünülmektedir.

Hemşire-ebe-sağlık memurlarında eğitim seviyesi arttıkça obezite olanların oranının azaldığı tespit edilmiştir. Benzer şekilde literatür bulguları çalışmamızla

benzerlik göstermektedir. Çayır vd. (2011) çalışmalarında öğrenim düzeyinin artmasıyla, obezite oranının azalacağını belirtilmiştir.

Masa başında çalışma süresine 2 saatten az olanların, masa başında çalışma süresi 5-7 saat olanlara göre obezitenin daha az olduğu tespit edilmiştir. Maffeis vd. (2003) çalışmalarında masa başı işlerde çalışarak günlük enerjisini harcamayan bireylerin obeziteye yakalanma risklerinin daha fazla olduğunu belirtmiştir. Masa başı ve stresli iş durumu obezitenin temel kaynağı olarak görülebilir. 2016 TÜİK Türkiye Sağlık Araştırmaları kapsamında İstanbul'da obezite durumu %33 iken, yöresel yemekleriyle ünlü olan Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde obezite durumu %22,9'dur. Bu durum stres ve masa başı işin obezite üzerinde en etkili faktörler olduğunu göstermektedir.

Araştırmaya alınanların günlük yürüme süresine göre obezite durumları açısından fark olmadığı tespit edilmiştir. Kazanç vd. (2006) yeterli seviyede egzersiz yapmayan bireylerin aynı zamanda fazla enerji almaları durumunda ciddi obezite riskiyle karşı karşıya kaldıkları belirtilmiştir. Carey (1997) çalışmasında günlük egzersizlerin obezite üzerine önemli katkılar sağladığını belirtmiştir. Sağlık çalışanları üzerinde yapılan araştırmada obeziteyi önleyen en önemli etkenlerden birinin günlük egzersiz olduğunu belirtmiştir. Peterson (2015) çalışmasında egzersiz ile fazla alınan kaloringin yakıldığını ve bu durumun obeziteyi önlemede önemli bir faktör olarak görüldüğü belirtilmiştir. Günlük ve düzenli olarak yapılan yürüyüşler, obezite önündeki en önemli engel olarak belirtilmiştir. Çalışmamız da günlük yürüme süresinin obezite üzerinde etkisinde fark çıkmamasının nedeni olarak işyerinde ayakta çalışma süresinin fazlalığı ve obezite konusunda bilinçli olan gruba yönelik çalışma yapılmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Bu duruma benzer şekilde çalışmamızda ayakta çalışma süresi 8 saat ve daha fazla olanların, ayakta çalışma süresi 2-4 saat olanlara göre obezitenin daha az olduğu tespit edilmiştir.

Oturarak TV izleme süresi arttıkça obezite olanların oranının da arttığını göstermektedir. Oğuz vd. (2008) yaptıkları çalışmalarında günde 2 saatten fazla TV izleme durumu ve obezite arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiye rastlamamışlardır. Tackie vd. (2014) çalışmalarında sürekli oturmanın ve egzersiz yapmamanın obeziteyi tetiklediğini tespit etmişlerdir. Ayrıca TV karşısında yemek yeme alışkanlığı olan bireylerde diğerlerine göre obezite riski daha yüksek olarak tespit edilmiştir.

Araştırmada ana öğün sayısının artmasına bağlı olarak obezite oranlarının arttığı. Ara öğün alma sayısının ise obezite üzerinde etkili olmadığı tespit edilmiştir. Weiss vd.

(2004) çalışmalarında ise fast-food alışkanlıklarının artmasıyla beraber yeni neslin obezite yatkınlığının daha fazla olduğunu belirtmiştir. Altunkaynak vd. (2006) çalışmalarında sağlıklı beslenme şeklinin porsiyonların fazla olmaması kaydıyla alınan 3 ana öğünün hafif ara öğünlerle desteklenmesi gerektiği ve hızlı yemek yemenin obezite oluşumuna neden olduğunu belirtmişlerdir. Bu durumun nedeni olarak yemek yeme hızı ve porsiyon miktarında ki farklılıkların neden olduğu düşünülmektedir.

Araştırmada obezite tedavisi alanlarda almayanlara göre obezite durumlarının daha fazla olduğu ve tedavi yöntemlerine göre, obezite durumları açısından fark olmadığı bulunmuştur. Literatür bulguları çalışmamızla benzerlikler göstermektedir. Kayar H. Utku S. (2013) yaptıkları çalışmalarında obezite tedavisinde tek başına yada kombine tedavi seçenekleri kullanılabileceği ve tedavinin bireye özgü olması gerektiğini bildirmişlerdir. Çalışmamızda obezite için tedavi alanların obezite oranlarının yüksek çıkma nedeninin, cerrahi tedavi alanların cerrahi operasyonu kısa süre önce geçirmiş olmalarından, diyet ve ilaç tedavisi alanların ise düzenli şekilde tedaviye devam etmediklerinden ve yeteri kadar fiziksel egzersiz yapmamalarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan kişilerin fazla kilolu olma nedenleriyle ilgili açıklamalarına göre, fazla kilolu olma nedeni olarak beslenme tarzı, ailesel yatkınlık ve çalışma koşullarını ileri sürenlerde obezite görülme oranı daha yüksek bulunmuştur. Çayır vd. (2011) çalışmalarında obezite oluşumunu beslenme alışkanlıkları, fiziksel aktivite ailesel yatkınlık, yaş, cinsiyet ve sosyokültürel etmenlerin etkili olduğunu bildirmişlerdir.

Araştırmaya katılanlar uyku problemi bakımından karşılaştırıldığında, uyku süresi az gelenlerde obezite oranı düşük, çok zor uyuyanlarda ise obezite oranı yüksek bulunmuştur. Çalışmada uyku süresine göre ise, uyku süresi 6 saatten az olanların, uyku süresi 12 saatten fazla olanlara göre obezite oranlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Literatür bulguları çalışmamızla benzerlikler göstermektedir. Ulutaş vd. (2014) çalışmalarında obez olanlarda uyku süresinin daha fazla olduğunu belirtmişlerdir. Markwald vd. (2013) uyku süresinin kısalması leptin seviyesinin azalmasına, ghrelin seviyesinin artışıyla sağlayarak besin alımını arttırdığı ve enerji harcamasını azaltarak ağırlık artışına sebep olduğunu belirtmişlerdir.

Araştırmada doğum sayısındaki artışın, obezite oranının artmasına neden olduğu bulunmuştur. Çayır vd (2011) çalışmalarında çocuk sayısının artmasıyla obezite

oranının artacağı belirtmişlerdir. Nazlıcan vd (2011) çalışmalarında kadınlarda gebelik sayısının artmasıyla orantılı olarak Beden Kitle İndeksinin de arttığını belirtmişlerdir

## **6. SONUÇ VE ÖNERİLER**

Bu araştırmada sağlık çalışanlarında obezite sıklığı ve etkileyen faktörler değerlendirilmiştir. Araştırma kapsamında elde edilen sonuçlar aşağıda özetlenmiştir.

Araştırmaya alınanların yaş gruplarına göre obezite durumları açısından fark olduğu tespit edilmiştir. Bu bulgular, yaş ilerledikçe obezite olanların oranının da arttığı saptanmıştır.

Araştırmaya alınanların cinsiyetlerine göre obezite durumları açısından fark olduğu tespit edilmiştir. Bu bulgular, erkeklerde kadınlara göre obezitenin daha fazla olduğu saptanmıştır.

Araştırmaya alınanların meslek gruplarına göre obezite durumları açısından fark olduğu tespit edilmiştir. Bu bulgular, hekim ve sağlık memurlarında hemşire ve ebelere göre obezite olanların oranının daha fazla olduğu saptanmıştır.

Araştırmaya alınanların medeni durumlarına göre obezite durumları açısından fark olduğu tespit edilmiştir. Bu bulgular, evlilerde bekarlara göre obezitenin daha fazla olduğu saptanmıştır.

Araştırmaya alınan hemşire-ebe-sağlık memurlarının eğitim seviyesine göre obezite durumları açısından fark olduğu tespit edilmiştir. Hemşire-ebe-sağlık memurlarında eğitim seviyesi arttıkça obezite olanların oranının azaldığı saptanmıştır.

Araştırmaya alınan hekimlerine eğitim seviyesine göre obezite durumları açısından fark olduğu tespit edilmiştir. Pratisyen ve öğretim üyesi olanlarda uzmanlık öğrencisi ve uzman olanlara göre obezite olanların oranının daha fazla olduğu saptanmıştır.

Araştırmaya alınan hemşire-ebe-sağlık memurlarında eğitim seviyesi arttıkça obezite olanların oranının azaldığı saptanmıştır. .

Araştırmaya alınanların çalıştığı kuruma göre obezite durumları açısından fark olduğu tespit edilmiştir. Aile Hekimliğinde çalışanlarda Cumhuriyet Üniversitesinde, Sivas Devlet Hastanesinde, Sivas Numune Hastanesinde çalışanlara göre obezite olanların oranının daha az olduğu saptanmıştır.

Araştırmaya alınanların çalıştığı birime göre obezite durumları açısından fark olduğu tespit edilmiştir. Diğer yerlerde çalışanlarda Cerrahi Kliniklerde, Dahili Kliniklerde, Acil Serviste ve Aile Hekimliğinde çalışanlara göre obezite olanların oranın daha fazla olduğu saptanmıştır.

Araştırmaya alınanların çalışma yılına göre obezite durumları açısından fark olduğu tespit edilmiştir. Çalışma yılı arttıkça obezite olanların oranın da arttığı saptanmıştır.

Araştırmaya alınanların sigara kullanma durumuna göre obezite durumları açısından fark olduğu tespit edilmiştir. Sigara kullanmayanlarda sigara kullananlara ve bırakanlara göre obezite olanların oranın daha fazla olduğu saptanmıştır.

Araştırmaya alınanların alkol kullanma durumuna göre obezite durumları açısından fark olduğu tespit edilmiştir. Haftada bir, iki haftada bir ve ayda bir alkol alanların alkol kullanmayanların ve haftada 2-3 gün kullananlara göre obezite olanların oranın daha fazla olduğu saptanmıştır.

Araştırmaya alınanların hastalık durumlarına göre obezite durumları açısından fark olduğu tespit edilmiştir. Hasta olanlarda hasta olmayanlara göre obezitenin daha fazla olduğu saptanmıştır.

Araştırma sonucunda diyabet hastası olanların % 73.2'sinin, troid hastası olanların % 57.8'inin obez olduğu saptanmıştır.

Araştırmaya alınanların doğum sayısına göre obezite durumları açısından fark olduğu tespit edilmiştir. Doğum sayısı arttıkça obezite olanların oranın da arttığı saptanmıştır.

Araştırmaya alınanların gelir düzeyine göre obezite durumları açısından fark olduğu tespit edilmiştir. Bu bulgular, gelir düzeyi arttıkça obezite olanların oranın da arttığı saptanmıştır.

Araştırmaya alınanların uyku süresine göre obezite durumları açısından fark olmadığı saptanmıştır.

Masa başında çalışma süresine 2 saatten az olanların, masa başında çalışma süresi 5-7 saat olanlara göre obezitenin daha fazla olduğu saptanmıştır.

Araştırmaya alınanların ayakta çalışma süresine göre obezite durumları açısından fark olduğu tespit edilmiştir. Ayakta çalışma süresine 8 saat ve daha fazla olanların, ayakta çalışma süresi 2-4 saat olanlara göre obezitenin daha fazla olduğu saptanmıştır.

Araştırmaya alınanların günlük yürüme süresine göre obezite durumları açısından fark olmadığı saptanmıştır.

Yatarak TV izleme süresi 5-7 saat olanların, yatarak TV izleme süresi daha az olanlara göre obezitenin daha az olduğu saptanmıştır.

Oturarak TV izleme süresine 2 saatten az olanların % 38.7'sinin, oturarak TV izleme süresi 2-4 saat olanların % 48.8'inin, oturarak TV izleme süresi 5-7 saat olanların % 58.3'ünün obez olduğu görülmektedir. Oturarak TV izleme süresi arttıkça obezite olanların oranının da arttığı saptanmıştır.

Araştırmaya alınanların spor yapma durumuna göre obezite durumları açısından fark olmadığı saptanmıştır.

Araştırmaya alınanların uyku problemine göre obezite durumları açısından fark olduğu tespit edilmiştir. Uyku süresi az gelenlerde diğerlerine göre obezitenin daha az olduğu saptanmıştır.

Obezitenin beslenme tarzından kaynaklandığını ileri sürenlerin % 62.1'inin, obezitenin ailesel yatkınlıktan kaynaklandığını ileri sürenlerin % 57.8'inin, obezitenin çalışma koşullarından kaynaklandığını ileri sürenlerin % 56.8'inin, obezitenin psikolojik durumdan kaynaklandığını ileri sürenlerin % 44.4'ünün, obezitenin diğer nedenlerden kaynaklandığını ileri sürenlerin % 36.4'ünün obez olduğu görülmektedir. obezitenin beslenme tarzından kaynaklandığını ileri sürenlerde diğer nedenleri belirtenlere göre obezitenin daha fazla olduğu saptanmıştır.

Obezite tedavisi alanlarda almayanlara göre obezite durumunun daha fazla olduğu görülmektedir.

Araştırmaya alınanların ana öğün sayısına göre obezite durumları açısından fark olduğu tespit edilmiştir. Bu bulgular, ana öğün sayısı arttıkça obezite olanların oranının da arttığı saptanmıştır.

Araştırmaya alınanların ara öğün sayısına göre obezite durumları açısından fark olmadığı saptanmıştır.

Araştırma kapsamında öneriler şu şekildedir:

Obezitenin önlenmesi adına sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının öneminin kavranması ve günlük hayatta uygulanması çabalarının desteklenmesi önerilmektedir.

Enerji harcamaya yönelik olarak yapılacak fiziksel aktivitelere dayalı etkinliklere katılımın sağlanması önerilmektedir.

Kitle iletişim araçları vasıtasıyla fiziksel aktivite, sağlıklı yaşam ve obezite ile ilgili kamuoyu dikkati çekilmelidir.

Sağlık personeli obezite konusunda toplumu bilinçlendiren kişiler arasında yer almaktadır. Bu nedenle sağlık personelinin obezite konusunda bilinçlendirilmesine yönelik olarak hizmet içi eğitimler verilmelidir.



## KAYNAKÇA

1. Akbulut, G., Özmen, M., ve Besler, T. (2007). Çağın hastalığı obezite. *TÜBİTAK Bilim ve Teknik Dergisi*,2(7), 5-12.
2. Akgün, B. (2008) Beden Ağırlığı Yönetiminde Davranış Modifikasyonu, Yetişkinlerde Ağırlık Yönetimi, Ed. Ayşe Baysel ve Murat Baş, Türkiye Diyetisyenler Derneği, Ekspres Baskı A.Ş., Ankara, 158-170.
3. Akkaya, H.,& Çelik, S. (2010). Ratlarda diyabet öncesi ve sonrası oksidan-antioksidan durum. *FÜ Sağ. Bil. Vet. Dergisi*, 24(1), 5-10.
4. Akkaya, S. ve Akkaya, N. (2013). Obezite ve Kas İskelet Sistemi. *Türkiye Klinikleri Journal of Endocrinology Special Topics*, 6(1), 60-64.
5. Aksoydan, E.,& Cakir, N. (2011). Adölesanların Beslenme Alışkanlıkları, Fiziksel Aktivite Düzeyleri ve Vücut Kitle İndekslerinin Değerlendirilmesi. *Gülhane Tıp Dergi*, 53, 264-270.
6. Alaçam, H., Karadağ, R. F., ve Şengül, A. C. (2013). Obezite ve psikiyatri. *Türkiye Klinikleri Journal of Endocrinology Special Topics*, 6(1), 18-25.
7. Altunkaynak B. Z. Ve Özbek E. (2006), “Obezite: Nedenleri Ve Tedavi Seçenekleri”, *Van Tıp Dergisi*, 13 (4):138-142.
8. Altunoğlu, E. G., Sarı, Z., Erdenen, F., Müderrisoğlu, C., Ülgen, E., & Sarı, M. (2012). Tip 2 diabetes mellituslu hastalarda diyabet süresi ve HbA1c düzeyleri ile depresyon, anksiyete ve yeti yitimi arasındaki ilişki. *Istanbul Tıp Dergisi*, 13(3): 115-119.
9. Arakurt, F.,Köro, M. ve Burak, U. Z. (2009). Tiroid fonksiyonları obezite? çin Bir Risk Faktörü Müdür?.*Yeni Tıp Dergisi*,26(1), 27.
10. Arslan, C., Ceviz, D. (2007) Ev hanımı ve çalışan kadınların obezite prevalansı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi, *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 21(5): 211-220.
11. Ateş, D. (2015) Obezite cerrahisi öncesi ve sonrası yaşam kalitesi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının incelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
12. Atilla, S. (2017) Kadın sağlığı ve şişmanlık, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, 8-22.



13. Avşar, P., Kazan, E. E., ve Pınar, G. (2013). Üniversite öğrencilerinin beslenme alışkanlıkları ile obezite ve kronik hastalıklara ilişkin risk faktörlerinin incelenmesi. *Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Hemşirelik E-Dergisi*, 1(1): 38-46.
14. Ayılmaz, A., Özyayın, E., Demirel, F., & Köse, G. (2016). Obez adölesanlarda obezite gelişimini belirleyen faktörlerin ve metabolik sendrom varlığının retrospektif olarak değerlendirilmesi. *Türkiye Çocuk Hast Dergisi*, 3, 157-61.
15. Balcıoğlu, İ., ve Başer, S. Z. (2008). Obezitenin psikiyatrik yönü. *İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi*, 62(1), 341-348.
16. Baltacı, G. (2008). Obezite ve Egzersiz. *Sağlık Bakanlığı Yayınları*, Ankara.
17. Barbaros, U. (2013) Obezitenin Cerrahi Tedavisi, Yeme Bozuklukları ve Obezite Tanı ve Tedavi Kitabı, Ed. Başak Yücel, Asena Karakoç Akdemir, Ayça Gürdal Küey, Fulya Maner, Erdal Vardar, *Türk Psikiyatri Derneği Yayınları, Çalışma Birimleri Dizisi* 15, Ankara, 352-261.
18. Başbakkal, Z., Karayağız Muslu, G., Akçay, N., ve Bolışık, B. (2007). Obezite çocuklarda düşük benlik saygısına neden oluyormu. *Ege Pediatri Bülteni*, 14(3), 151-156.
19. Berberoğlu, M. (2008). Adölesanlarda Obezite. *İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri: Adölesan Sağlığı II, Sempozyum Dizisi*, (63), 78-79.
20. Beyaz, F.B., Koç, A.A. (2009) “Obezitenin Ekonomisi: Güncel Durum, Mücadele Politikaları ve Ekonomik Analizler”, Bildiri, Econ Anadolu 2009: Anadolu Uluslararası İktisat Kongresi, 17-19 Haziran 2009, Eskişehir, Türkiye.
21. Bor, S., Turan, İ., Özütemiz, Ö. (2007) “Morbid Obezite Tedavisinde İntragastrik Balon Uygulaması Sırasında Meydana Gelen Balon Rüptürü Vakası”, *Akademik Gastroenteroloji Dergisi*, 6, 2, s. 94- 96.
22. Carey, V. J. Walters, E. E., Colditz, G. A., Solomon, C. G., Willet, W. C., Rosner, B. A. & Manson, J. E. (1997). Body fat distribution and risk of non-insulin-dependent diabetes mellitus in women: the Nurses' Health Study. *American journal of epidemiology*, 145(7), 614-619.

23. Çağlayan K, Çelik A.(2010), “Benign Troid Hastalığında Ameliyat Yöntemleri Ve Komplikasyonların İncelenmesi: Troidektomi ve Komplikasyonları”, *Ulusal Cerrahi Dergisi*, 26(3):141-145
24. Çayır, A., Atak, N. & Köse, S. K. (2011). Beslenme ve diyet kliniğine başvuranlarda obezite durumu ve etkili faktörlerin belirlenmesi. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 64(01), 13-19.
25. Çelebi, M. M. (2015). Metabolik Sendrom ve Fiziksel Aktivite. *Türkiye Klinikleri Journal of Sports Medicine-Special Topics*, 1(1), 13-23.
26. Çıtak Akbulut, G., Özmen, M.M., Besler, H.T. (2007) “Obezite”, *Bilim ve Teknik Dergisi*, Mart, s. 1-15.
27. Çömlekçi, N. (2011) Kilonun Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi Ölçeği (IWQOL-LITE) Türkçe Versiyonunun Psikometrik Değerlendirmesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
28. Değirmenci, T. (2006) Obez Erişkinlerde Benlik Saygısı, Yaşam Kalitesi, Yeme Tutumu, Depresyon ve Anksiyete, Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Uzmanlık Tezi, Denizli.
29. Deniz Ş.M. (2014) Uyku Süresi İle Enerji Harcaması Ve Besin Alımı Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi, Başkent Üniversitesi, Sağlık bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
30. Deveci, E. (2013) Obezite Cerrahisi (Bariatrik) Adayı Olan Ve Olmayan Obez Bireylerde Yeme Özellikleri, Beden Bölgelerinden Hoşnutsuzluk, Tedavi Motivasyonu ve Psikopatolojinin Değerlendirilmesi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
31. Diri, H., Şimşek, Y. ve Bayram, F. (2013). Obezite ve metaboliksendrom. *Türkiye Klinikleri Journal of Endocrinology Special Topics*,6(1), 37-39.
32. Doğan, R. (2012) Eskişehir Büyükdere Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Gebelerde Obezite Sıklığının ve Obezitenin Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir
33. Efil,S. (2005), Sağlık Çalışanlarında Obezite Sıklığı ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afyon.

34. Ersoy, B. (2007). İlköğretim Çağındaki Çocuklarda Bodurluk ve Obezite İle İlişkisi. *Turkiye Klinikleri Journal of Pediatrics*, 16(2), 90-95.
35. Fa, A. (2011). Sağlık uygulamalarında temel kavramlar ve beceriler. *Nobel Tıp Kitabevleri*, İstanbul.
36. Güçlü L.P. (2016). Obez Bireylerde Ağırlık Kaybı İle Antropometrik Ölçümler, Bazı Biyokimyasal Bulgular Ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi, Başkent Üniversitesi, Sağlık bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
37. Güler, M. (2009) Sağlık Terimleri Sözlüğü. İstanbul: *Timaş Yayınları*.
38. Güven, P. (2014) Obezitenin Temel Boyutları, Diyarbakır'da Obezite Ve Obeziteye Karşı Alınması Gereken Önlemler, Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
39. Hamurcu,P. (2014) Obez Bireylerde Benlik Saygısı ve Beden Algısının Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
40. Hancı, T.,Türkon, H., ve Aydoğdu, A. Ç. (2012). Yüksek duyarlıklı c-reaktif protein (HSCR) ve obezite ilişkisi. *Türk Klinik Biyokimya Dergisi*, 10(1), 1-7.
41. Hatipoğlu, O. N. (2005). Obezite ve solunum sistemi bozuklukları. *Turkiye Klinikleri Journal of Internal Medical Sciences*, 1(37), 43-47.
42. Işıldak, M., Güven, GS., Gürlek, A. (2004). Metabolik sendrom ve insülin direnci, *Hacettepe Tıp Dergisi*, 35:96-99
43. İslamoğlu, Y., Koplay, M., Sunay, S., & Açikel, M. (2008). Obezite ve metabolik sendrom. *Tıp Araştırmaları Dergisi*, 6(3), 168-174.
44. Jeffery, R. W., French, S. A., Forster, J. L., & Spry, V. M. (1991). Socioeconomic status differences in health behaviors related to obesity: the Healthy Worker Project. *International journal of obesity*, 15(10), 689-696.
45. Johnson, D. (2010) The Relationship Between Binge Eating and Psychopathology in Obese Adults Seeking Bariatric Surgery, Unpublished Doctorate Thesis, the University Of Kansas, ABD.
46. Kalan, I., ve Yeşil, Y. (2010). Obezite ile ilişkili kronik hastalıklar. Diyabet ve Obezite, 23, 78-81.
47. Karadeniz, G., Yanikkerem, E., Sarıcan, E., Bülez, A., Arıkan, Ç., & Esen, A. (2007). Manisa ili sağlık çalışanlarında metabolik sendrom riski. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2(6), 13-24.

48. Karamahmutoğlu,F. (2007) Dirençli Hipertansiyonun Vücut Kitle İndeksi İle İlişkisi, Uzmanlık Tezi, İstanbul.
49. Kayar, H., ve Utku, S. (2013). Çağımızın Hastalığı Obezite ve Tedavisi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*,6(2):1-8
50. Kayıhan, G., ve Ersöz, G. (2009). 15-18 Yaş Grubu Adolesanlarda Obezite Tanısında ve Vücut Yağ Yüzdesinin Belirlenmesinde Kullanılan Farklı Yöntemlerin Karşılaştırılması. *Türkiye Klinikleri Journal of Sports Sciences*,1(2), 107-116.
51. Kayıran, P. G.,Taymaz, T., Kayıran, S. M., Memioğlu, N., Taymaz, B., ve Gürakan, B. (2011). Türkiye'nin üç farklı bölgesinde ilköğretim okulu öğrencilerinde kilo fazlalığı, obezite ve boy kısalığı sıklığı. *ŞEEAH Tıp Bülteni*, 45, 13-18.
52. Kazanç B(2006). Günümüzün bilinmeyen hastalığı Metabolik Sendrom. [www.maksimum.com/saglik/haber/166/59528.php](http://www.maksimum.com/saglik/haber/166/59528.php), erişim tarihi: 28.04.2017.
53. Kepez, A., Niksarlioglu, E. Y. Ö., Hazirolan, T., Hayran, M., Kocabas, U., Demir, A. U., Nazli, N. (2011). Asemptomatik hastalarda tomografik koroner kalsiyum skorlamasi ile öngörülen koroner risk skorlari ve obstrüktif uyku apnesi arasinda iliskinin degerlendirilmesi. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi: AKD*, 11(5), 428-440.
54. Koçak, M., ve Erem, C. (2013). Obezite ve Kanser. *Türkiye Klinikleri Journal of Endocrinology Special Topics*, 6(1), 40-44.
55. Koran S. (2009). Obezitesi ve AbdominalObezitesi Olan Hastalarda Kardiyovasküler Risk Profili Karşılaştırılması, Uzmanlık Tezi, İstanbul.
56. Köksal G., ve Özel, G. (2008). Çocukluk ve ergenlik döneminde obezite. *Basım, SB Yayın*.
57. Lambert, D.M., Sudan, R., Forse, R.A. (2006) Choice of Bariatric Procedures, Bariatric Surgery a Primerfor Your Medical Practice, Ed. Francis A. Farraye, R. ArmourForse, Slack, USA, 46-64.
58. Maffeis, C., Corciulo, N., Livieri, C. et al. (2003). Waist circumference as a predictor of cardiovascular and metabolic
59. Mannucci, E.,Petroni, M. L., Villanova, N., Rotella, C. M., Apolone, G., Marchesini, G. (2010) “Clinicaland Psychological Correlates of Health-

- Related Quality of Life in Obese Patients”, *Health And Quality of Life Outcomes*, 8(90): 1-9.
60. Markwald RR, Melanson EL, Smith MR. (2013), Impact of insufficient sleep on total Daily energy expenditure, food intake, and weight gain,*Proceedings of the National Academy of Sciences* 110(14):5695-5700,
61. Martin-Biggers, J., Spaccarotella, K., Berhaupt-Glickstein, A., Hongu, N., Worobey, J., & Byrd-Bredbenner, C. (2014). Come and get it! A discussion of family mealtime literature and factors affecting obesity risk. *Advances in Nutrition: An International Review Journal*, 5(3), 235-247.
62. Mavromaras, K. (2008) “Policy Forum: A Multidisciplinary View of Obesity Economics and Obesity”, *The Australian Economic Review*, 41, 1, s. 78–84
63. Metinoğlu, İ., Pekol, S. ve Metinoğlu, Y. (2012). Kastamonu’da 10-12 yaş grubu öğrencilerde obezite prevalansı ve etkileyen faktörler. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(2):117-123.
64. Molina Garcia, J., Castillo, I., Pablos, C. (2009) “Determinants of Leisure-Time Physical Activity and Future Intention to Practice in Spanish College Students”, *Spanish Journal of Psychology*, 12: 128-137.
65. Nazlıcan, E., Demirhindi, H., ve Akbaba, M. (2011). Adana ili solaklı ve karataş merkez sağlık ocağı bölgesinde yaşayan 20-64 yaş arası kadınlarda obezite ve ilişkili risk faktörlerinin incelenmesi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 1(2), 5-12.
66. Oğuz A., Temizhan, A., Abacı, A., Kozan, Ö., Erol, Ç., Öngen, Z., ve Çelik, S. (2008). Türk erişkinlerinde kardiyometabolik risk için alarm; obezite ve abdominal obezite. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi: AKD*, 8(6), 401.
67. Oğuz, A., Sağun, G., Uzunlulu, M., Alpaslan, B., Yorulmaz, E., Tekiner, E., & Sarıışık, A. (2008). Sağlık çalışanlarında abdominal obezite ve metabolik sendromsıklığı vebu durumlar hakkında farkındalık düzeyleri. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 36(5), 302-309.
68. Oğuz, G., Karabekiroğlu, A., Kocamanoğlu, B., Sungur, M. Z. (2016). “Obesite ve Bilişsel Davranışçı Terapi”, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 8(2), 133-144.
69. Onat, A. (2003). Türkiye’de obezitenin kardiyovasküler hastalıklara etkisi. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 31(5), 279-289.

70. Onis, M. D., Onyango, A. W., Borghi, E., Siyam, A., Nishida, C., Siekmann, J. (2007) "Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents", *Bulletin of the World Health Organization*, 85(9), 660-667.
71. Orsey RR, Eberhardt MS, Ogden CL. Racial/ethnic differences in weight perception. *Obesity (Silver Spring)* 2009;17(4):790-795.
72. Ozkan, S., Yılmaz, E. (2008) "Hastanede Çalışan Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Bicimi Davranışları", *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 3(7): 90-105.
73. Öncü İ. (2009) Çocukluk Çağı Obezitesinde Metabolik Parametrelerin Diyet ve Egzersizle İlişkisi, Uzmanlık Tezi, Adana.
74. Önder, E., ve Aydın, Y. (2013). Obezite genetiği. *Türkiye Klinikleri Journal of Endocrinology Special Topics*, 6(1), 13-17.
75. Özdel, O., Sözeri-Varma, G., Fenkçi, S., Değirmenci, T., Karadağ, F., Kalkan-Oğuzhanoglu, N., & Ateşçi, F. (2011). Obez kadınlarda psikiyatrik tanı sıklığı. *Klinik Psikiyatri*, 14(4), 210-7.
76. Öztürk, A., & Aktürk, S. (2011). İlköğretim öğrencilerinde obezite prevalansı ve ilişkili risk faktörleri. *Preventive Medicine Bulletin*, 10(1), 53-60.
77. Parlak, A., Çetinkaya, Ş. (2006)., Çocuklarda Obezitenin Oluşumunu Etkileyen Faktörler, Antalya.
78. Pehlivan, M. (2015). Yetişkin bireylerde kendine saygı ve duygu durumunun antropometrik ölçümler ve beslenme durumu ile ilişkisi, Yüksek Lisan Tezi, Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
79. Peterson, J. A. (2015). Behavioral Factors Affecting Obesity That Health/Fitness Professionals Need to Consider. *ACSM's Health & Fitness Journal*, 19(5), 58.
80. Rudolph H, Blüher S, Falkenberg C, Neef M, Körner A, Würz J, Kiess W, Brähler E. Perception of body weight status: a case control study of obese and lean children and adolescents and their parents. *Obes Facts* 2010;3(2):83-91
81. Sağlık Bakanlığı, (2010) "Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı-Birincil, İkincil ve Üçüncül Korumaya Yönelik Stratejik Plan ve Eylem Planı (2010-2014)", *Sağlık Bakanlığı Yayınları*, Ankara.

82. Sarısoy, G., Atmaca, A., Ecemiş, G., Gümüő, K., ve Pazvantoğlu, O. (2013). Obezite hastalarında dürtüsellik ve dürtüsellikğin beden algısı ve benlik saygısı ile ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*,14, 53-61.
83. Savaşhan, Ç., Erdal, M., Sarı, O., ve Aydoğan, Ü. (2015). İlkokul çağındaki çocuklarda obezite görülme sıklığı ve risk faktörleri. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*,19(1), 14-21.
84. Sertkaya, Ç. A., Orhan, Y. (2008) Şişman Hastaya Yaklaşım, Ed. Orhan, Y., Bozboru, A. Obezite Medikal ve Cerrahi Tedavi, *İstanbul Medikal Yayıncılık Ltd. Şti.*, İstanbul, 1: 1-30.
85. Sivalingam SK, Ashraf J, Vallurupalli N, Friderici J, Cook J, Rothberg MB. Ethnic differences in the self-recognition of obesity and obesity-related comorbidities: a cross-sectional analysis. *J Gen Intern Med* 2011;26(6):616-20.
86. Strock GA, Cottrell ER, Abang AE, Buschbacher RM Et Al. "Childhood Obesity: A Simple Equation With Complex Variables", *J Long Term Eff MedImplants* 2005;15:15-32.
87. Su, W., Aurelia, D. (2012) "Preschool Children's Perceptions of Overweight" *Journal of Early Childhood Research*, 10:19, s. 19-31.
88. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat programı (2013- 2017), Ankara, 2013
89. Tackie, N. O. Johnson, G. J., Braxton, M. P., Obeng, B., & Sampson, B. (2014). An Empirical Analysis of Factors Affecting Obesity in the Alabama Black Belt and Surrounding Counties. *Journal of Social Science Studies*, 2(1), 297.
90. Tam, A. A., & Çakır, B. (2012). Birinci basamakta obeziteye yaklaşım. *Ankara Medical Journal*, 12(1):1-10.
91. Tezcan B. (2009). Obez bireylerde benlik saygısı, beden algısı ve travmatik geçmiş yaşantılar (Uzmanlık tezi)Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, İstanbul.
92. Tsai, A.G. Wadden, T.A. (2006) "The Evolution of Very-Low-Calorie Diets: An Update and Meta-analysis", *Obesity*, 14, 8, s. 1283-1294.
93. TÜİK, Türkiye Sağlık Araştırması, 2016, *Haber Bülteni*, Sayı:24573.
94. Türker, F. (2013) "Obezite Tedavisinde Tıbbi Beslenme ve Farmakolojik Yaklaşımlar", *Yeme Bozuklukları ve Obezite Tanı ve Tedavi Kitabı*, Ed. Başak Yücel, Asena Karakoç Akdemir, Ayça Gürdal Küey, Fulya Maner, Erdal

- Vardar, *Türk Psikiyatri Derneği Yayınları, Çalışma Birimleri Dizisi* 15, Ankara, s. 337-350.
95. Türkiye Endokrinoloji Ve Metabolizma Derneği, (2014). *Obezite Tanı Ve Tedavi kılavuzu*, 1. Baskı, Ankara.
96. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, (2014), Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye 2012, Ankara.
97. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, <http://beslenme.gov.tr/index.php?lang=tr&page=40>, erişim tarihi: 13.01.2017.
98. Ulutaş, A. P., Atla, P. Say, Z. A., ve Sarı, E. (2014). Okul çağındaki 6-18 yaş arası obez çocuklarda obezite oluşumunu etkileyen faktörlerin araştırılması. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 45(4), 192-196.
99. Weiss, R., Dziura, J., Burgert, TS et al. (2004). Obesity and the metabolic syndrome in children and adolescents. *The New England Journal of Medicine*, 350:2362-2374. 2374.
100. WHO (2008). Waist Circumference and Waist-Hip Ratio Report of a WHO Expert Consultation Geneva, 8–11 December 2008. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.
101. WHO, (2000) “Obesity Preventing and Managing The Global Epidemic Report of a WHO Conculcation”, WHO Technical Report Series 894, Geneva: World Health Organization.
102. WHO, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>, erişim tarihi: 01.11.2017.
103. Yalçınkaya, M., Özer, F. G., & Karamanoğlu, A. Y. (2007). Sağlık çalışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6(6), 409-420.
104. Yaylalı, G. F., ve Yaylalı, Y. T. (2013). Obezite ve Kalp. *Türkiye Klinikleri Journal of Endocrinology Special Topics*, 6(1), 45-49.
105. Yerlikaya, E., ve Akın, F. (2013). Obezite Etiyopatogenezi. *Türkiye Klinikleri Journal of Endocrinology Special Topics*, 6(1), 7-12.
106. Yüce H. İ. (2007) Okul Çocuklarında Metabolik Sendrom Risk Faktörü Olarak Obezite ve Hipertansiyon Taraması, Uzmanlık Tezi, İstanbul.



107. Yücel, N. (2008) Kilolu ve Obez Kadınlarda Obezite ve Benlik Saygısı İlişkisinin Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı.
108. Zaborskis A, Petronyte G, Sumskas L, Kuzman M, Ionatti RJ. (2008). Body Image and Weight Control among Adolescents in Lithuania, Croatia, and the United States in the Context of Global Obesity. *Croat Med J* 49(2): 233–242.



## ÖZGEÇMİŞ

### Kişisel bilgiler

Adı Soyadı	Muharrem AŞUDU
Doğum Yeri ve Tarihi	Sivas-1986
Medeni Hali	Evli
Yabancı Dil	İngilizce
İletişim Adresi	Cumhuriyet Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Yoğun Bakım Servisi, 58000-Sivas
E-posta Adresi	<a href="mailto:asudu_58@hotmail.com">asudu_58@hotmail.com</a>

### Eğitim ve Akademik Durumu

Lise	Gürün Çok Programlı Lisesi 2003
Lisans	İnönü Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu 2009
Unvan	Sağlık Memurluğu

İş Tecrübesi: Cumhuriyet Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Hemşire 2009

## EKLER

### Ek-1. Anket Formu

Sayın meslektaşım;

Cumhuriyet Üniversitesi İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans öğrencisiyim. Bu anket, tezimde kullanılmak üzere yapılmaktadır. Araştırma Sivas bölgesinde çalışmakta olan hekim, hemşire ve ebeler için olup “sağlık çalışanlarında obezite sıklığı ve etkileyen faktörler” i değerlendirmek için yapılmaktadır. Dolduracağınız anket hiçbir kimse ya da hiçbir kuruma verilmeyecek yalnızca araştırmacı tarafından bilimsel amaçla kullanılacaktır. Araştırmanın amacına ulaşması, anket sorularının dikkatlice okunmasına, cevapların özenle seçilmesine ve soruların cevapsız bırakılmamasına bağlıdır. Yoğun çalışma temposunuz içinde zaman ayırdığınız için şimdiden çok teşekkür ederim.

Muharrem AŞUDU

Tarih: / /20...

### KİŞİSEL BİLGİ FORMU

**1. Yaş:**

- a) 18-25      b)26-35      c)36-45      d)46 yaş ve üzeri

**2. Cinsiyet:** a) Erkek      b) Kadın

**3. Mesleği:** a) Hekim      b) Hemşire      c) Ebe      d) Sağlık Memuru

**4. Medeni Durumu:** a) Evli      b) Bekar

**5. Eğitim Durumu (Hemşireler/Ebeler/Sağlık memurları için):**

- a) Lise      b) Ön lisans      c) Lisans      d) Yüksek lisans

**6. Eğitim Durumu (Hekimler için):**

- a)Pratisyen      b) Uzmanlık öğrencisi      c) Uzman      d)Öğretim üyesi

**7. Meslek süreniz (toplam):..... / yıl**

**8. Kurumunuzdaki göreviniz (Hemşireler/Ebeler/Sağlık memurları için):**

- a) Serviste      b) Servis sorumlu olarak      c) Poliklinikte  
d) Yönetici olarak      e) Eğitim Hemşiresi      f) Aile Sağlığı çalışanı

**9. Şu an çalıştığınız kurumunuz ve çalışma süresi:**

- a) Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, .....yıl
- b) Sivas Devlet Hastanesi, .....yıl
- c) Sivas Numune Hastanesi, .....yıl
- d) Aile Hekimliği, .....yıl

**10. Çalıştığınız birimin özelliği ve süresi;**

- a) Cerrahi servisler, .....yıl
- b) Dahili servisler, ..... yıl
- c) Acil servis, .....yıl
- d)Aile Hekimliği .....yıl
- e)Diğer,.....yıl

**11. Gelir düzeyi (aylık)**

- a)1000-2000 TL arası
- b)2001-3000 TL arası
- c)3001-4000 TL arası
- d) 4001 TL'den çok

**OBEZİTE DEĞERLENDİRME FORMU**

**1. VÜCUT ÖLÇÜMLERİ**

Boy: .....cm  
Kilo: .....kg  
Bel çevresi: .....cm  
Kalça çevresi: .....cm

**2. Kilonuzun fazla olduğunu düşünüyorsanız bunu neye bağlıyorsunuz ?**

- a) Beslenme tarzıma
  - b) Ailesel yatkınlığa
  - c) Çalışma koşullarıma
  - d) Psikolojik durumuma
  - e)Diğer;
- .....

**3. Belirtilen durumlardan herhangi birine sahip misiniz?**

- a) Evet
  - b) Hayır
- Diyabet                      Troid                      Cushing Sendromu  
Kalp yetersizliği              Kronik karaciğer hastalığı              Kronik böbrek yetersizliği

**4. Günde kaç öğün besleniyorsunuz?**

- a) Ana öğün.....
- b) Ara öğün.....

**5. Daha önce obezite için diyet, ilaç veya cerrahi tedavi aldınız mı?**

- a) Almadım
- b)Aldım.....

**6. Sigara kullanımı;**

- a) Hiç içmedim                      b) İçiyorum                      c) Bıraktım

**7. Alkol kullanır mısınız? Kullanıyorsanız ne kadar sıklıkta kullanırsınız?**

- a) Kullanmam  
b) Haftada 2-3 kez  
c) Haftada bir  
d) 15 günde bir  
e) Ayda bir

**8. Kadınlar için doğum sayısı;.....**

**9. Aşağıdaki bölüm fiziksel aktivitenizi değerlendirmek için yapılmıştır.**

- Günde kaç saat uyursunuz?.....  
Masa başında kaç saat çalışırsınız?.....  
Ayakta kaç saat çalışırsınız?.....  
Günde ne kadar yürürsünüz?.....  
Yatarak TV izleme süreniz?.....  
Oturarak TV izleme süreniz?.....  
Düzenli spor yapar mısınız?( günlük, kaç saat).....  
Diğer.....

**10. Uyku probleminiz var mı, varsa nasıl bir güçlük içindediniz?**

- a) Hiç uyuyamıyorum                      b) Uyurken sık sık uyanırım                      c) Uyku süresi az geliyor  
d) Çok zor uyuyorum                      e) Uyku problemim yok

## Ek-2. Bilgilendirilmiş Olur Formu



### C. Ü. GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

Sayın ...

Bu katılacağımız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı, Sağlık Çalışanlarında Obezite Sıklığı ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesidir.

Bu araştırmanın amacı, Sağlık Çalışanlarında Obezite Sıklığı ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesidir. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Bu araştırmada; kişinin yaşı, mesleği, çalışma koşulları, gelir düzeyi, eğitim düzeyi, medeni durumu, mesai dışındaki alışkanlıkları, sigara ve alkol alışkanlıkları, doğum sayısı, uyku düzeni, beslenme sıklığı ve bunların obezite ile ilişkisi araştırılacaktır. Bu araştırmada yer almanız için hazırlanmış olan anket formunu doldurmanız yeterlidir, araştırmada yer alacak sizin gibi gönüllülerin sayısı 2262'dir. Çalışma 8 ay sürecektir. Bu araştırmada sizin için herhangi bir risk ve zarar söz konusu değildir. Araştırma hakkında ek bilgiler almak için 0507 754 86 97 numaralı telefonda araştırmacı Yüksek lisans Öğrencisi Muharrem Aşudu'ya başvurabilirsiniz.

Eğer araştırmaya katılmayı kabul ederseniz 22 sorudan oluşan ankette; kişinin yaşı, mesleği, çalışma koşulları, gelir düzeyi, eğitim düzeyi, medeni durumu, mesai dışındaki alışkanlıkları, sigara ve alkol alışkanlıkları, doğum sayısı, uyku düzeni ve beslenme sıklığı ile ilgili sorular bulunmaktadır. Anket cevaplama süresi 10 dakika sürmektedir. Ayrıca çalışma kapsamında Beden Kitle İndeksi ve Bel/Kalça Oranının belirlenmesi için Yüksek Lisans Öğrencisi Muharrem Aşudu tarafından tartı ve mezro ile ölçüm yapılacaktır.

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz. Bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır.

Size ait tüm bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde bilgilerinize ulaşabilir.

#### **Çalışmaya Katılma Onayı:**

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın gönüllü olarak kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

#### **Gönüllünün,**

Adı-Soyadı:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

#### **Açıklamaları yapan araştırmacının,**

Adı-Soyadı: Muharrem Aşudu

Görevi: Yüksek Lisans Öğrencisi

Adresi: Cumhuriyet Üniversitesi E.A.H. Genel Cerrahi Servisi

Tel.-Faks: 0507 754 86 97

Tarih ve İmza:

#### **Olur alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin/görüşme tanığının,**

Adı-Soyadı:

Görevi:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

### Ek-3. Valilik İzin Formu



T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.  
SIVAS VALİLİĞİ  
Halk Sağlığı Müdürlüğü

Sayı :73192166-773/2015. 1229659. 539  
Konu: Muharrem AŞUDU'nun  
Anket Uygulama İzni

02.02/2015

#### VALİLİK MAKAMINA

Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Öğrencisi Muharrem AŞUDU'nun "Sağlık Çalışanlarında Obezite Sıklığı ve Etkileyen Faktörler" konulu araştırması kapsamında hazırladığı anket formunu 30 Mart 2015- 30 Kasım 2015 tarihleri arasında uygulayabilmesi uygun mütalaa edilmektedir;

Tensiplerinize arz ederim.

Uzm. Dr. Eevent SAĞLAM  
Halk Sağlığı Müdürü

OLUR  
02.02/2015

Turgay İLHAN  
Vali a.  
Vali Yardımcısı

**Ek-4. Cumhuriyet Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi İzin Formu**



**T.C**  
**Cumhuriyet Üniversitesi**

**TIP FAKÜLTESİ**  
**Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi**  
**BAŞHEKİMLİĞİ**

Sayı : 93596471-000/2 466

16.06.2015

Sayın; **Muharrem AŞUDU**

İlgi: 11.06.2015 tarihli dilekçeniz.

İlgi sayılı değerlendirilmiş olup, "Sağlık Çalışanlarında Obezite sıklığı ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi" konulu anket çalışmasını hastanemiz çalışanlarına uygulama isteğiniz değerlendirilmiş olup, uygun görülmüştür.

Gereğini rica ederim.

**Prof. Dr. Gökhan GÖKÇE**  
**Başhekim**



**Necde DOĞAN**  
**CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ**  
**Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi**  
**Başhekim Yardımcısı**

**ASLININ AYNI DİR**

**İLETİŞİM BİLGİLERİ: Cumhuriyet Üniversitesi Kampüsü 58140 /SİVAS**  
**Telefon: 0 346 258 13 26 Belgeç ( Faks ): 0 346 258 00 24**  
**E-mail adresi: [hastaneyazdeleri@cumhuriyet.edu.tr](mailto:hastaneyazdeleri@cumhuriyet.edu.tr)**



## Ek-5. Girişimsel olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Karar Formu

### GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Sağlık Çalışanlarında Obezite Sıklığı ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi	
ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Cumhuriyet Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başhekimlik Girişi Kampüsü, TR-58140 Merkez/Sivas
	TELEFON	0 346 258 00 25
	FAKS	0 346 258 00 24
	E-POSTA	gokaek2014@gmail.com

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof. Dr. Mukadder Mollaoğlu			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-			
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Yüksek lisans tezi			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>



Etik Kurul Başkan Vekili,  
Unvanı/Adı/Soyadı: Yrd. Doç. Dr. Gülşay Yıldırım  
İmza:

İRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Sağlık Çalışanlarında Obezite Sıklığı ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi
-----------------------	--

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama		
	SIGORTA	<input type="checkbox"/>		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>		
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>		
	İLAN	<input type="checkbox"/>		
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>		
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>		
DİĞER:	<input type="checkbox"/>			
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2015-03/03	Tarih: 13.03.2015		
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmacının/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmacının/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerden gerekli izin alınarak gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.			

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu, Helsinki Bildirgesi, Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Yönergesi
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Zeynep Sümer

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
			E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Zeynep Sümer	Mikrobiyoloji	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Görevli
Prof. Dr. Şahande Elagöz	Patoloji	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Naim Nur	Halk Sağlığı	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Ercan Özdemir	Fizyoloji	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Diğdem Eren	Diş Hastalıkları ve Tedavisi	Cumhuriyet Üniversitesi, Diş Hekimliği	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Hatice Ulusoy	Sağlık Yönetimi	Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Sulhaddin Arslan	Göğüs Hastalıkları	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Gülşay Yıldırım	Tıp Tarihi ve Etik	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Pakize Cantürk Kılıçkaya	Eczacılık Farmasötik Biyoteknoloji	Cumhuriyet Üniversitesi, Eczacılık Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

\*: Toplantıda bulunma

Etik Kurul Başkan Vekili.  
Unvanı/Adı/Soyadı: Yrd. Doç. Dr. Gülşay Yıldırım  
İmza:

