

T.C.
OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

BESLENME VE DİYETETİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

GÜNGÖREN TOPLUM SAĞLIĞI MERKEZİ SAĞLIKLI
BESLENME VE OBEZİTE POLİKLİĞİNE BAŞVURAN
YETİŞKİN OBEZ KADINLARIN BESLENME
DURUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

İLKNUR EKER

Tez Danışmanı

YRD. DOÇ. DR. MEHMET AKMAN

İSTANBUL, 2017

T.C.
OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

BESLENME VE DİYETETİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

GÜNGÖREN TOPLUM SAĞLIĞI MERKEZİ SAĞLIKLI
BESLENME VE OBEZİTE POLİKLİĞİNE BAŞVURAN
YETİŞKİN OBEZ KADINLARIN BESLENME
DURUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

İLKNUR EKER

152039002

Tez Danışmanı

YRD. DOÇ. DR. MEHMET AKMAN

İSTANBUL, 2017

T.C
OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

YÜKSEK LİSANS
TEZONAYI

ÖĞRENCİNİN

Adı ve Soyadı : İlkur Eker Öğrenci No : 152039002
Anabilim/Bilim Dalı : Beslenme ve Diyetetik Tez Savunma Tarihi : 22.12.2017
Danışman : Yrd. Doç. Dr. Mehmet Akman Tez Savunma Saati : 16.00

Tez Konusu : Güngören Toplum Sağlığı Merkezi Sağlıklı Beslenme ve Obezite Polikliniğine Başvuran Yetişkin Obez Kadınların Beslenme Durumlarının Değerlendirilmesi

TEZ SAVUNMA SINAVI, Lisansüstü Öğretim Yönetmeliği'nin 28.Maddesi uyarınca yapılmış, sorulara alınan cevaplar sonunda adayın tezinin kabulüne 'ne (OYBİRLİĞİ) OYÇOKLUĞUYLA karar verilmiştir.

JÜRİ ÜYESİ	KANAATI (KABUL/RED/ DÜZELTME)	İMZA
Yrd. Doç. Dr. Mehmet Akman	KABUL	
Yrd. Doç. Dr. Dilek Özçelik Ersü		
Yrd. Doç. Dr. Hande Öngün Yılmaz	Kabul	

YEDEK JÜRİ ÜYESİ	KANAATI (KABUL/RED/ DÜZELTME)	İMZA
Prof. Dr. M. Emel Tüfekçi Alphan		
Yrd. Doç. Dr. Elif Dinçerler (Üsküdar Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü)	KABUL	

ÖZET

Obezite prevalansı tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de giderek artmaktadır. Modern yaşamın kaçınılmaz sonucu olarak görülen obezite DSÖ tarafından önlem alınması gereken epidemi olarak değerlendirilmektedir.

Bu çalışmanın amacı; Sağlıklı Beslenme ve Obezite polikliniğine başvuran yetişkin obez kadınların beslenme durumunun değerlendirilmesidir. Çalışma Mayıs 2017- Temmuz 2017 tarihleri arasında obezite polikliniğine başvuran 19-64 yaş arası $BKİ \geq 30$ kg/m² şartlarına uyan ve araştırmaya katılmaya gönüllü tüm kadınlar üzerinde (144 kadın) yürütülmüştür. Kadınların boy, kilo ve bel çevresi ölçümü yapılmış, obez bireyleri belirlemek için Beden Kütle İndeksi kullanılmıştır. Araştırmada kullanılan anket kişisel bilgiler, beslenme alışkanlıkları ve antropometrik ölçümlerin yer aldığı üç ana bölümden oluşmaktadır.

Çalışmaya katılan kadınların BKİ ortalaması $35,37 \pm 4,78$ kg/m²'dir. Kadınların %50'si 1.Derece obezite sınıfında yer almakta iken %18,1'i morbiz obezdir. Obez kadınların yaş, eğitim ve medeni durumu ile BKİ değeri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($p < 0,05$). Akşam öğününü atlayan obez kadınların sabah ve öğle öğününü atlayanlara oranla daha yüksek BKİ değerine sahiptir ($p < 0,05$). Üzüntülü bir durumla karşılaştıklarında daha çok yemek yerim diyen obez kadınlar hiç yemek yemeyenlere oranla daha yüksek iştah derecesine sahip bulunmuştur ($p < 0,05$). Yemeğini yavaş yiyen obez kadınların yemeğini çok hızlı yiyenlere oranla iştah derecesi daha düşük saptanmıştır ($p < 0,05$). Çalışmaya katılan obez kadınlar Türkiye ortalamasına oranla daha az sebze tüketirken; ekmek, pilav-makarna grubunu daha çok tercih ettiği belirlenmiştir. Obez kadınlar paketli, işlenmiş ürün olan kahvaltılık gevrek ve cipsi daha çok tüketmektedir.

Çalışma sonuçları obez bireylerin beslenme alışkanlıkları doğrultusunda yapılacak çalışmalara katkı sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: Obezite, Beden kütle indeksi, Beslenme alışkanlıkları.

ABSTRACT

EVALUATION OF COMMUNITY HEALTH CENTER GÜNGÖREN HEALTHY NUTRITION AND OBESITY CLİNİC OBESE ADULTS ADMITTED TO THE NUTRITIONAL STATUS OF WOMEN

Obesity prevalence gradually increases all over the world as well as in our country. Obesity is deemed as an inevitable outcome of modern life and considered as an epidemics to be prevented by WHO.

The aim of the present study is evaluation of nutrition states of obese women who refers Healthy Nutrition and Obesity polyclinic. The study was conducted on women between 19 and 64 years old with a $BMI \geq 30$ kg/m² who referred the polyclinic between May-July 2017(144 women). Body weight, body weight and waist circumference measurements of the women were performed and Body Mass Index was used to detect the obese individuals. The questionnaire used in the research consisted of three main parts including personal information, nutritional habits and anthropometric measurements.

Average BMI of the participant women was $35,37 \pm 4,78$ kg/m². Half of the participants (50%) were at Grade 1 obesity class whereas 18,1% were morbid obese. A statistically significant association was detected between age, educational level and marital status of the obese women and BMI values ($p < 0.05$). The obese women who skip the dinner had higher BMI values than those skipping the breakfast and lunch ($p < 0.05$). The obese women who tend to eat more when they face a sad situation were detected with a higher appetite degree than those who never eat ($p < 0.05$). Appetite level of obese women who eat slowly have a lower appetite degree than fast eaters ($p < 0.05$).

The outcomes of the study would contribute to the studies to be conducted on nutritional habits of obese individuals.

Key Words: Obesity, Body mass index, Nutritional habits.

ÖNSÖZ

Yüksek lisans eğitimim boyunca bilgi ve tecrübelerinden yararlanırken göstermiş olduğu hoşgörü ve sabırdan dolayı değerli hocam Sayın Prof. Dr. M. Emel TÜFEKÇİ ALPHAN'a ve tez çalışmam boyunca desteğini benden hiç esirgemeyen tez danışmanım Sayın Yrd. Doç. Dr. Mehmet AKMAN'a teşekkür ederim.

Çalışmamın başından sonuna kadar sürekli yanımda olan aileme, Dyt. Nureşan Konyalığıl'e ve Dyt. Hanim Şeyma Özmen'e sonsuz teşekkür ederim.

İlknur EKER

İstanbul, 2017

BEYAN

Bu çalışmanın kendi tez çalışmam olduğunu, tezde kullanılan bilgileri etik kurallar içerisinde elde ettiğimi daha önce üretilmiş olan ve yararlandığım bütün bilgi, fikir ve yorumları akademik kurallar kullandığım ve kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

İlknur EKER



İÇİNDEKİLER

SAYFA NO

ÖZET	iii
ABSTRACT.....	iv
ÖNSÖZ	v
BEYAN	vi
İÇİNDEKİLER	vii
TABLolar LİSTESİ	x
ŞEKİLLER LİSTESİ	xiv
SEMBOLLER/KISALTMALAR LİSTESİ	xv
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	2
2.1. Obezite.....	2
2.1.1. Obezitenin Tanımı.....	2
2.1.2. Obezitenin Sınıflandırılması	2
2.1.3. Obezite Prevelansı	4
2.1.4. Obezite Patogenezi	7
2.1.5. Obezitenin Etiyolojisi	8
2.1.5.1. Demografik Özellikler	8
2.1.5.1.1. Yaş.....	8
2.1.5.1.2. Cinsiyet	8
2.1.5.2. Genetik Faktörler	8
2.1.5.3. Çevresel Faktörler	9
2.1.5.4. İntrauterin Faktörler	9
2.1.5.5. Davranışsal Faktörler	10
2.1.5.5.1. Yeme Alışkanlıkları.....	10
2.1.5.5.2. Fiziksel Aktivite(FA)	10
2.1.5.6. Psikolojik Faktörler	10
2.1.6. Obezitenin Komplikasyonları	11
2.1.7. Obezite Tanı Yöntemleri.....	11
2.1.7.1. Vücuttaki Yağın Direkt Ölçümü	12
2.1.7.1.1. Sualtı Tartımı İle Vücut Dansitesinin Hesaplanması	12

2.1.7.1.2. Toplam Vücut Suyunun İzotop Dilüsyonu İle Saptanması	12
2.1.7.1.3. Toplam Vücut Potasyumunun Ölçülmesi.....	12
2.1.7.1.4. Biyoelektriksel İmpedans Analizi(BİA).....	12
2.1.7.1.5. Bilgisayarlı Tomografi Ve Manyetik Rezonans Görüntüleme.....	12
2.1.7.1.6. Dual Enerji X-Ray Absorpsiyonunun Değerlendirilmesi	12
2.1.7.2. Vücuttaki Yağın indirekt Ölçümü	12
2.1.7.2.1. Boya Göre Ağırlık (Rölatif Ağırlık-Ra).....	13
2.1.7.2.2. Beden Kütle İndeksi (BKİ).....	13
2.1.7.2.3. Çevre Ölçümleri	14
2.1.7.2.4. Deri Kıvrım Kalınlıkları	14
2.1.8. Obezitenin Tedavi Yöntemleri.....	14
2.1.8.1. Tıbbi Beslenme Tedavisi(TBT)	15
2.1.8.1.1. Enerji	15
2.1.8.1.1. Protein.....	16
2.1.8.1.3. Yağ	16
2.1.8.1.4. Karbonhidrat.....	16
2.1.8.1.5. Vitamin-mineral	17
2.1.8.1.6. Sıvı.....	17
2.1.8.1.7. Posa	17
2.1.8.2. Egzersiz Tedavisi	17
2.1.8.3. Davranış Değişikliği Tedavisi	18
2.1.8.3.1. Hedef Belirleme	19
2.1.8.3.2. Kendi Kendini İzleme.....	19
2.1.8.3.3. Uyarın Kontrolü	19
2.1.8.3.4. Alternatif Davranış Geliştirme	20
2.1.8.3.5. Pekiştirme – Kendi Kendini Ödüllendirme	20
2.1.8.3.6. Kognitif Yapılanma Ve Sosyal Destek	20
2.1.8.4. Farmakoloji Tedavisi.....	20
2.1.8.5. Cerrahi Tedavi.....	21
2.2. Beslenme.....	23
2.2.1. Yeterli Ve Dengeli Beslenme	23
2.2.2. Besinler Ve Besin Grupları	23
2.2.2.1. Protein.....	24

2.2.2.2. Yağ	24
2.2.2.3. Karbonhidrat.....	24
2.2.2.4. Mineral.....	24
2.2.2.5. Vitamin.....	24
2.2.2.6. Su.....	24
2.2.2.7. Süt Ve Süt Ürünleri Grubu	25
2.2.2.8. Et, Yumurta Ve Kurubaklagil Grubu	25
2.2.2.9. Sebze ve Meyve Grubu	26
2.2.2.10. Ekmek ve Tahıl Grubu	26
2.2.3. Beslenme Sorunlarının Nedenleri	26
2.2.4. Beslenmenin Kadın Sağlığı Üzerine Etkileri	27
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER.....	28
3.1. Araştırma Yeri, Zamanı Ve Örneklem Seçimi	28
3.2. Verilerin Toplanması Ve Değerlendirilmesi	28
3.2.1. Kişisel Bilgilerin Ve Beslenme Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi ...	28
3.2.2. Antropometrik Ölçümlerin Değerlendirilmesi.....	29
3.2.2.1. Vücut Ağırlığı Ve Boy Uzunluğu.....	29
3.2.2.2. Beden Kütle İndeksi(BKİ).....	29
3.2.2.3. Bel Çevresi Ölçümü	30
3.2.2.4. VAS (Visual Analogue Scale)	30
3.3. Verilerin İstatistiksel Olarak Değerlendirilmesi	31
4. BULGULAR	32
4.1. Yetişkin Obez Kadınların Tanımlayıcı Özelliklerinin İncelenmesi	32
4.2. Yetişkin Obez Kadınların Beslenme Durumlarının Değerlendirilmesi	35
4.3. Çözümleyici Analizler BKİ Düzeylerine Göre Değerlendirme	49
5.TARTIŞMA	59
5.1. Araştırmaya Katılan Yetişkin Obez Kadınların Boy, Kilo, BKİ Ve Bel Çevresi Ölçülerinin Tartışması	59
5.2. Araştırmaya Katılan Yetişkin Obez Kadınların Genel Bilgilerinin Tartışması	60
5.3. Araştırmaya Katılan Yetişkin Obez Kadınların Beslenme Alışkanlıkları Ve Bazı Besin Tüketim Sıklıklarının Tartışması.....	63
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	69
KAYNAKÇA	73
EKLER	81
ÖZGEÇMİŞ.....	90

TABLolar LİSTESİ

SAYFA NO

Tablo 1. MONICA Çalışmasının Birinci ve Üçüncü Aşamasına Katılan Avrupa	5
Tablo 2. TURDEP-1 Ve TURDEP-2 Çalışmalarının Obezite Prevelans Sonuçlarının Değerlendirilmesi.....	6
Tablo 3. DSÖ Verilerine Göre Beden Kütle İndeksinin Sınıflandırılması.	13
Tablo 4. Cinsiyet Bağlı Bel Çevresi Ölçümleri.	14
Tablo 5. Başlangıçtaki BKİ Değerine Göre Kilo Kaybetmek İçin Gerekli Enerji Açığının Kilo Kaybettikten Sonraki Dönemde Kilo Koruma İçin Gerekli Enerji Açığının Karşılaştırılması.	16
Tablo 6. Orta Derecede Egzersiz Çeşitleri İçin Örnekler.	18
Tablo 7. Obezitenin Farmakolojik Tedavi Algoritması.	22
Tablo 8. DSÖ Verilerine Göre Beden Kütle İndeksinin Sınıflandırılması.	30
Tablo 9. Cinsiyet Bağlı Bel Çevresi Ölçümleri.	30
Tablo 10: Araştırmaya Katılan Yetişkin Obez Kadınların Antropometrik Ölçümlerinin Ortalama(X), Standart Sapma (SS) Ve Alt-Üst Değerleri.	32
Tablo 11. Araştırmaya Katılan Yetişkin Obez Kadınların BKİ Değerine Göre Dağılımı.	32
Tablo 12. Araştırmaya Katılan Yetişkin Obez Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	33
Tablo 13. Araştırmaya Katılan Yetişkin Obez Kadınların Tanısı Konulmuş Bir Sağlık Sorununa Sahip Olup Olmama Durumu Ve Tanı Alınmış Sağlık Sorununa Göre Dağılımı.....	34
Tablo 14. Araştırmaya Katılan Yetişkin Obez Kadınların Ailede Obez Birey Olma Ve Ailede Obez Olan Kişiye Göre Dağılımı.	34
Tablo 15. Araştırmaya Katılan Yetişkin Obez Kadınların Vitamin-Mineral Desteği Kullanma Durumu, Vitamin-Mineral Kullanımı Öneren Kişi Ve Vitamin- Mineral Kullanma Amacına Göre Dağılımı.....	35
Tablo 16. Araştırmaya Katılan Yetişkin Obez Kadınların Günlük Öğün Sayısı, Öğün Atlama Durumu, Atlanılan Öğün Ve Öğün Atlama Nedenine Göre Dağılımı.	36

Tablo 17. Araştırmaya Katılan Yetişkin Obez Kadınların Öğün Aralarında Tercih Edilen Yiyecek Sıklığına Göre Dağılımı.....	37
Tablo 18. Araştırmaya Katılan Yetişkin Obez Kadınların Yemek Yeme Hızı ve Gece Kalkıp Yemek Yeme Durumuna Göre Dağılımı.	38
Tablo 19. Araştırmaya Katılan Yetişkin Obez Kadınların İştah Değerine Göre Dağılımı.	39
Tablo 20. Araştırmaya Katılan Yetişkin Obez Kadınların Duygu Durumunun Beslenme Davranışına Göre Dağılımı.	39
Tablo 21. Araştırmaya Katılan Yetişkin Obez Kadınların Etiket Bilgisi Okuma ve Tv, Radyo, Promosyon Vb. Yapılan Reklamların Beslenme Tercihine Etki Durumunun Dağılımı.....	40
Tablo 22. Araştırmaya Katılan Yetişkin Obez Kadınların ‘Light, Düşük Kalorili, Diyabetik’ Hazır Yiyecek Tüketme Durumuna Göre Dağılımı.	41
Tablo 23. Araştırmaya Katılan Yetişkin Obez Kadınların ‘Light, Düşük Kalorili, Diyabetik’ Ürün Kullanılma Sıklığına Göre Dağılımı.....	41
Tablo 24. Araştırmaya Katılan Yetişkin Obez Kadınların Daha Önce Zayıflama Diyeti Uygulama, Uygulanan Diyet Türü Ve Diyeti Öneren Durumuna Göre Dağılımı.....	42
Tablo 25. Araştırmaya Katılan Yetişkin Obez Kadınların Uygulanan Zayıflama Diyetinin Süresi Ve Sağlanan Kilo Kaybının Değerlendirilmesi.....	43
Tablo 26. Araştırmaya Katılan Yetişkin Obez Kadınların Kilo Vermek İçin Diyet Dışında Başka Bir Yöntem Uygulama Durumuna Göre Dağılımı.	44
Tablo 27. Araştırmaya Katılan Yetişkin Obez Kadınların Günlük Su Tüketimi Bakımından Dağılımı.....	44
Tablo 28. Araştırmaya Katılana Yetişkin Obez Kadınların Beslenme İle İlgili Bilgileri Öğrenme Kaynağına Göre Dağılımı.	45
Tablo 29. Araştırmaya Katılan Yetişkin Obez Kadınların Özen Göstererek Yaptığı Beslenme Tercihlerine Göre Dağılımı.	45
Tablo 30. Araştırmaya Katılan Yetişkin Obez Kadınların Yemeklerdeki Tuz Tercihine Göre Dağılımı.	45
Tablo 31. Araştırmaya Katılan Yetişkin Obez Kadınların Obeziteyi Sağlık Sorunu Olarak Görüp Görmeme Durumuna Göre Dağılımı.....	46
Tablo 32. Araştırmaya Katılan Yetişkin Obez Kadınların Besin Tüketim Sıklığı	

Dağılımı.	47
Tablo 33. Araştırmaya Katılan Obez Kadınların Yaşı İle Bki Derecesinin Değerlendirilmesi.	49
Tablo 34. Araştırmaya Katılan Obez Kadınların Medeni Durumu İle BKİ Değerinin Değerlendirilmesi.	49
Tablo 35. Araştırmaya Katılan Obez Kadınların Gelir- Gider Durumu İle BKİ Değerinin Değerlendirilmesi.	49
Tablo 36. Araştırmaya Katılan Obez Kadınların Tanı Almış Sağlık Sorunu Olup Olmama Durumu Ve Sağlık Sorununu İle BKİ Değerinin Değerlendirilmesi.	50
Tablo 37. Araştırmaya Katılan Yetişkin Obez Kadınların Ailede Obez Birey Olup Olmama Durumu ve Ailede Obez Olan Kişi İle BKİ Değerinin Değerlendirilmesi.	51
Tablo 38. Araştırmaya Katılan Yetişkin Obez Kadınların Vitamin-Mineral Kullanıp Kullanmama Durumu İle BKİ Değerinin Değerlendirilmesi.	51
Tablo 39. Araştırmaya Katılan Yetişkin Obez Kadınların Eğitim Durumları İle BKİ Değerinin Değerlendirilmesi.	52
Tablo 40. Araştırmaya Katılan Yetişkin Obez Kadınların Günlük Öğün Sayısı İle BKİ Değerinin Değerlendirilmesi.	52
Tablo 41. Araştırmaya Katılan Yetişkin Obez Kadınların Öğün Atlama Durumu, Atlanılan Öğün, Öğün Atlama Nedeni İle BKİ Değerinin Değerlendirilmesi.	53
Tablo 42. Araştırmaya Katılan Yetişkin Obez Kadınların Gece Yemek Yeme Durumu, Yemek Yeme Hızı İle BKİ Değerinin Değerlendirilmesi.	54
Tablo 43. Araştırmaya Katılan Yetişkin Obez Kadınların TV, Radyo, Promosyon Reklamlarının Beslenme Tercihine Etkisi İle BKİ Değerinin Değerlendirilmesi.	54
Tablo 44. Araştırmaya Katılan Obez Kadınların Etiket Bilgisi Okuma Durumu, Okunan Etiket Bilgisi İle BKİ Değerinin Değerlendirilmesi.	55
Tablo 45. Araştırmaya Katılan Yetişkin Obez Kadınların Zayıflamak İçin Diyet Dışında Başka Yöntem Uygulama, Uygulanan Yöntem İle BKİ Değerinin Değerlendirilmesi.	55
Tablo 46. Araştırmaya Katılan Yetişkin Obez Kadınların Daha Önce Zayıflama Diyeti Uygulama Durumu, Uygulanan Zayıflama Diyet Türü, Zayıflama	

Diyetini Öneren Kişi İle BKİ Değerinin Değerlendirilmesi.....56

Tablo 47. Araştırmaya Katılan Yetişkin Obez Kadınların Günlük Su Tüketimi Beslenme İle İlgili Bilgi Öğrenme Kaynağı, Özen Gösterilerek Yapılan Beslenme Tercihi, Yemekteki Tuz Oranı, Obeziteninin En Önemli Sebebi Ve Obezitenin Sağlık Sorunu Olarak Görülüp Görülme Durumu İle BKİ Değerinin Değerlendirilmesi.....57



ŞEKİLLER LİSTESİ

SAYFA NO

- Şekil 1. DSÖ Verilerine Göre 18 Yaş ve Üzeri Kadınların Ülke Bazında Obezite....4
- Şekil 2. 2014 Verilerine Göre DSÖ'ne Kayıtlı Ülkeler Bazında Türkiye'deki Kadınların Obezite Prevelansı Sıralaması.....6
- Şekil 3. 2014 Verilerine Göre DSÖ'ne Kayıtlı Ülkeler Bazında Türkiye'deki Erkeklerin Obezite Prevelansı Sıralaması.....6
- Şekil 4. Besin Gruplarını Gösteren Dört Yapraklı Yonca.25



SEMBOLLER/KISALTMALAR LİSTESİ

ABD	: Amerika Birleşik Devleti
ACSM	: American College of Sports Medicine
AGRP	: Agouti-related protein
BİA	: Biyoelektriksel İmpedans Analizi
BKİ	: Beden Kütle İndeksi
CDC	: Center For Disease Control
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
FA	: Fiziksel Aktivite
NHANES	: National Health and Nutrition Examination Survey
NPY	: Nöropeptid Y
RA	: Rölatif Ağırlık
TBSA	: Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması
TBT	: Tıbbi Beslenme Tedavisi
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
TOHTA	: Türkiye Obezite ve Hipertansiyon Taraması
TURDEP	: Türkiye Diyabet, Obezite ve Hipertansiyon Epidemiyolojisi Araştırması
Kg	: Kilogram
m	: Metre
m²	: Metrekare
N	: Çalışmaya Katılan Birey Sayısı
SS	: Standart Sapma
p	: p değeri
r	: Korelasyon Katsayısı
X⁻	: Ortalama

1. GİRİŞ

Prevelası tüm dünyada giderak artan obezite küresel boyutta epidemik bir sorundur (1). Obezite; vücuttaki enerji alımı ve harcanmasındaki dengesizliklere bağılı olarak vücut yağının artması şeklinde tanımlanabilir (2,3). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından en riskli on hastalık arasında yer almaktadır (4).

Obezite multifaktöriyel ve kompleks bir etiyojijyededir. Temelde alınan ve harcanan enerji arasındaki dengenin bozulmasına dayanmaktadır. Ancak çevresel, biyokimyasal, genetik, sosyoekonomik, kültürel, psikolojik pek çok faktör obezite oluşumuna neden olmaktadır (5).

2014 DSÖ verilerine göre 18 yaş ve üzeri 1,9 milyar kişinin fazla kilolu olduğu bunların 600 milyondan fazlasının obez olduğu belirtilmiştir (6). Ülkemizde yetişkinler için obezite prevalansını saptayan dört büyük çalışma bulunmaktadır. Türkiye'de Erişkinlerde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri Çalışması (TEKHARF), Türkiye Obezite ve Hipertansiyon Araştırması (TOHTA), Türkiye Diyabet, Obezite ve Hipertansiyon Epidemiyolojisi (TURDEP) Çalışması ve TOAD-Türkiye Obezite Profili Çalışmasıdır (6).

1998 yılında 24.788 kişinin katıldığı TURDEP-1 (Türkiye Diyabet, Obezite ve Hipertansiyon Epidemiyolojisi Araştırması-1) çalışması 12 yıl sonra tekrarlandığında ortaya çıkan çarpıcı sonuç obezite prevalansının %40 arttığını göstermektedir (7).

TBSA-2010(Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması) Sağlık Bakanlığı tarafından 19 yaş ve üzeri bireylerde yürütölmüş çalışmanın sonunca obezite prevalansı %30,3 olarak bulunmuştur. Kadınlarda obezite görölme oranın erkeklere oranla daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Kadınlarda %41 obezite prevalansı saptanmışken erkeklerde bu oran %20,5'te kalmıştır (9).

Bu çalışmanın amacı; Sağlıklı Beslenme ve Obezite polikliniğine başvuran yetişkin obez kadınların beslenme alışkanlıkları hakkında bilgi toplayıp, değerlendirmektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Obezite

Bu bölümde her yönüyle obezite hakkında literatür bilgisi yer almaktadır.

2.1.1. Obezitenin Tanımı

DSÖ' ne göre obezite; 'vücuttaki yağ dokularında aşırı miktarda yağ birikimi' olarak kabul edilmektedir (1). Genel tanımlama 'Bedenin yağ kütlelerinin yağsız kütleyle oranının aşırı artması sonucu, boy uzunluğuna göre vücut ağırlığının arzu edilen düzeyin üstüne çıkması" şeklindedir (2). Vücut yağındaki değişim, enerji alımı ve harcaması arasındaki dengenin bozulmasıyla ortaya çıkan obezite DSÖ tarafından belirlenen on riskli hastalık arasında bulunmaktadır (3). Ayrıca DSÖ tarafından obezite ve birçok kanser çeşidi arasında ilişki olduğu belirtilmektedir (4).

2.1.2. Obezitenin Sınıflandırılması

Giderek büyüyen bir sağlık sorunu olarak karşımıza çıkan obezitenin sınıflandırılmasında birçok tanımlama bulunmaktadır. İlk olarak Hipokrateler tarafından insanlar kısa-şişman, uzun-zayıf olarak sınıflandırılmış ve bu durum obeziteye gönderme olarak değerlendirilmektedir. Teknolojinin ilerlemesiyle beraber DSÖ obeziteyi, yağ dokusunun dağılımı ve anatomik özelliklerine göre, yağ dağılımına göre, ortaya çıktığı yaşa göre ve etiyolojiye göre obezite olmak üzere dört gruba ayırmaktadır (5).

A. Yağ dokusunun dağılımı ve anatomik özelliklerine göre: (5)

Yağ dokusu dağılımına göre obezite iki grupta incelenmektedir.

1. Hiperseleüler obezite:

Yağ hücre sayısının arttığı obezite türüdür. Çocukluk çağı obezitesi olarak bilinmektedir.

2. Hipertrofik obezite:

Yağ hücrelerinin büyüklüğü ve lipit içeriğinin artışı şeklinde tanımlanmaktadır. Erişkin dönem ve gebelik dönemindeki obezite bu türün içerisinde yer almaktadır.

B. Yağ dağılımına göre obezite:

Obezitenin yağ dağılımı açısından sınıflandırılması aşağıda ayrıntılı belirtilmektedir.

1. Android tip obezite (abdominal/santral):

Karın ve göğüs bölgesinde yağ dokusu artışı ile karakterizedir.

2. Gynoid tip obezite (gluteal/periferal):

Kalça ve uylukta yağ dokusu birikimi ile görülmektedir.

C. Obezitenin başlama yaşına göre:

Obezite başlama yaşına göre iki grup altında incelenmektedir.

1. Çocukluk dönemi obezite

2. Erişkin dönem obezite

D. Etiyolojide rol oynayan faktörlere göre: (5)

Basit obezite, sekonder obezite ve genetik sendromlar ile birlikte görülen obezite olmak üzere 3 şekilde ele alınmaktadır.

1. Basit obezite

Bu türdeki obezitenin en önemli nedeni harcanandan daha fazla enerjinin vücuda sokulmasıdır. Obezlerin %95 'i bu grubu oluşturur ve altta yatan herhangi bir başka hastalık bulunmamaktadır.

2. Sekonder obezite:

Kişilerde obezite gelişimi çeşitli hastalıklarla beraber seyreder. Obez bireylerin % 5 'lik kısmını oluşturmaktadır.

3. Genetik sendromlar ile seyreden obezite:

Prader-Willi, Bardet- Biedl, Cohen, Turner sendromu gibi genetik rahatsızlıklarda görülen obezite bu türü oluşturmaktadır.

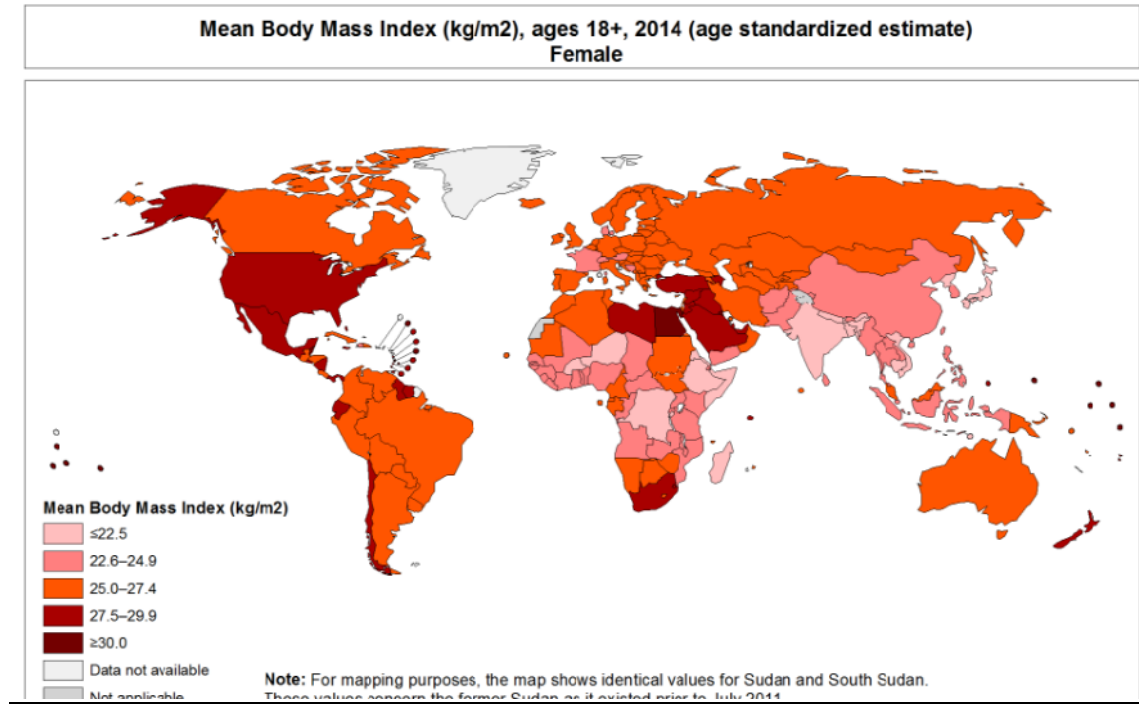
2.1.3. Obezite Prevelansı

Obezite prevalansı tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de giderek artmaktadır. Modern yaşamın kaçınılmaz sonucu olarak görülen obezite DSÖ tarafından önlenmesi gereken epidemi olarak değerlendirilmektedir (6,7).

DSÖ verilerine bakıldığında 1995'ten 2000'li yıllara gelindiğinde obezite prevalansının %50 arttığı görülmektedir (7).

2014 DSÖ verilerine göre 18 yaş ve üzeri 600 milyondan fazla obez olduğu belirtilmiştir. Obezitenin kadınlar için daha ciddi boyutlarda olduğunu DSÖ verilerine bakarak söylemek mümkündür. DSÖ verilerine göre 18 yaş ve üzeri kadınların ülke bazında obezite prevalansı Şekil 1'de gösterilmektedir (8).

Şekil 1. DSÖ Verilerine Göre 18 Yaş ve Üzeri Kadınların Ülke Bazında Obezite Görülme Sıklığı.



Kaynak: 8 numaralı kaynaktan alınmıştır.

DSÖ tarafından 12 yılda tamamlanan MONICA adındaki (Kardiyovasküler Hastalıkta Belirleyicilerin ve Eğilimlerin Çokuluslu İzlenmesi) 100000 kişiyi kapsayan çalışmasının sonucunda obezite prevalansında 10 yıl içerisinde %10 – 30 arasında artış olduğu bildirilmiştir (9). Çalışma, ilk aşama verileri 1983-1986 ve üçüncü aşama verileri 1989-1996 yılları arasında toplanmıştır (10). MONICA çalışmanın birinci ve

üçüncü aşamasına katılan Avrupa Birliği ülkelerindeki obezite prevalansı Tablo 1’de gösterilmektedir (10).

Tablo 1: MONICA Çalışmasının Birinci ve Üçüncü Aşamasına Katılan Avrupa Birliği Ülkelerindeki Obezite Prevalansları.

	KADIN		ERKEK	
	1.AŞAMA %	3.AŞAMA %	1.AŞAMA %	3.AŞAMA %
İzlanda	14	18	12	17
İsveç	14	14	11	14
Finlandiya	20	25	18	24
Danimarka	10	12	11	13
İngiltere	16	23	11	23
Almanya(Kent)	15	21	18	18
Almanya(Kır)	22	23	20	24
Belçika	11	11	9	10
Fransa	17	22	13	17
İsviçre	14	16	19	13
Rusya	33	21	14	8
Polonya	26	28	18	22
Çek Cumhuriyeti	32	29	18	22
İtalya	15	18	11	14

Kaynak: 10 numaralı kaynaktan alınmıştır.

ABD’de CDC (Hastalıkları Önleme ve Kontrol Merkezi) tarafından yapılan NHANES (ABD-Ulusal Beslenme ve Sağlık Araştırması) çalışmasına göre, 2011-2012 yılları arasında 20 yaş üzeri yetişkinlerin % 35,1’inin obez ve % 6,4’ünün morbid obez olduğu belirtilmiştir (11).

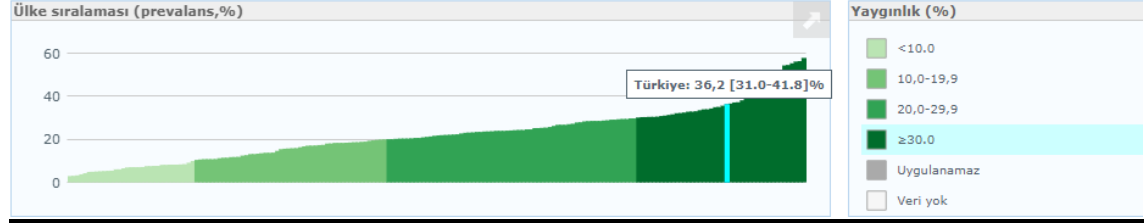
Avrupa ’da yetişkinler üzerinde yürütülen çeşitli çalışmalara göre obezite prevalansı ise erkeklerde %5-23, kadınlarda %7-36 arasında değişmektedir (9).

Diğer ülkelerde olduğu gibi Türkiye’de de obezite endişe edici boyutta büyüyen bir sağlık sorunudur (12). Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen 30 yaş üstü 15468 bireyi tarayan “Sağlıklı Beslenelim Kalbimizi Koruyalım” çalışmasında, obezite prevalansı erkeklerde %21,2, kadınlarda ise % 41,5 bulunmuştur (12).

2014 DSÖ verilerine göre Türkiye’de kadınlarda obezite görülme sıklığı %36,2 iken erkeklerde %22,2’dir (13).

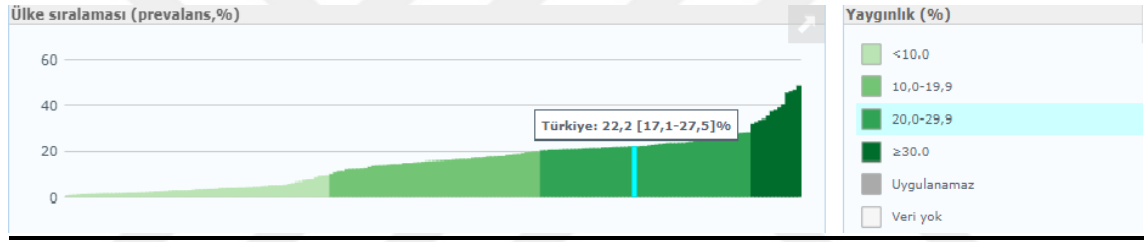
2014 DSÖ verilerine bakıldığında DSÖ ‘ne kayıtlı ülkeler bazında Türkiye’de kadın ve erkeklerde obezite prevalansı sıralaması Şekil 2 ve Şekil 3’te gösterilmektedir.

Şekil 2. 2014 Verilerine Göre DSÖ’ne Kayıtlı Ülkeler Bazında Türkiye’deki Kadınların Obezite Prevalansı Sıralaması.



Kaynak: 13 numaralı kaynaktan alınmıştır.

Şekil 3. 2014 Verilerine Göre DSÖ’ne Kayıtlı Ülkeler Bazında Türkiye’deki Erkeklerin Obezite Prevalansı Sıralaması.



Kaynak: 13 numaralı kaynaktan alınmıştır.

1998 yılında 24.788 kişinin katıldığı TURDEP – 1 (Türkiye Diyabet, Obezite ve Hipertansiyon Epidemiyolojisi Araştırması-1) çalışması 12 yıl sonra tekrarlandığında ortaya çıkan çarpıcı sonuç obezite prevalansının %40 arttığını ortaya koyan önemli bir çalışmadır (9). Tablo 2’de TURDEP -1 VE TURDEP-2 çalışmasının obezite prevalansı sonuçları kadın, erkek ve genel toplumda değerlendirilmesi gösterilmektedir.

Tablo 2. TURDEP-1 Ve TURDEP-2 Çalışmalarının Obezite Prevalans Sonuçlarının Değerlendirilmesi.

	KADIN	ERKEK	GENEL
	%	%	%
TURDEP-1(1998)	30	13	22,3
TURDEP-2(2010)	44	27	31,3

Kaynak: 9 numaralı kaynaktan alınmıştır.

TOHTA (Türkiye Obezite ve Hipertansiyon Taraması; 2002) çalışmasında obezite prevalansı %25,2 olarak gösterilmiştir. Aynı çalışma sonuçlarına göre kadın ve erkek bireylerde obezite prevalansı sırasıyla % 36,17, %21.56 olarak saptanmıştır (14).

TBSA – 2010 (Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması) 19 yaş ve üzeri yetişkinlerde yürütülmüş ve çalışmanın sonunca obezite prevalansı %30,3 olarak bulunmuştur. Bu çalışmanın sonuçlarına göre de Türk kadınlarındaki obezite prevalansı Türk erkeklerine göre daha yüksek saptanmıştır. Kadın ve erkeklerde obezite prevalansı sırasıyla %41 ve %20,5 olarak bulunmuştur (9).

2.1.4. Obezite Patogenezi

İnsanlarda kilonun çoğunlukla sabit kalmasının sebebi enerji homeostazisidir. Enerji alımı ve harcanması arasındaki ilişki de bu homeostaz sayesinde sağlanmaktadır. En önemli görevi kilo kaybını önlemek olan vücuttaki enerji homeostazında sorumlu yer hipotalamustur (9).

Hipotalamus vücuttaki açlık ve tokluk sinyallerini almaktadır. Besin alımında etkili olan peptidlerden kolesistokinin ve ürokortin besin alımını azaltır. Nöropeptid Y (NPY) ise besin alımını arttırıcı yönde etki etmektedir. NPY iştah arttırıcı etki yapmasının yanı sıra insülin ve kortizol salgılarını arttırarak yağ sentezini hızlandırır, total enerji tüketimini baskılar (15).

Tokluk metabolizmasında etkili olan leptin hormonu NPY üretimini baskılayarak iştah ve besin alımını azaltmaktadır. Yapılan araştırmalarda obez bireylerde leptin hormonun salgılanmasında ve metabolizmasında oluşan bir bozukluk sonucu bireylerde leptin direnci gözlenmiştir. Obez bireylerde leptin seviyesi normal kilolu bireylere göre daha yüksek bulunmuştur (15).

İnsan metabolizmasında iştah arttırıcı ve azaltıcı peptidler aşağıda verilmiştir(14).

2.1.4.1. Oreksijenik Peptidler

Nöropeptid Y (NPY), agouti-related protein (AGRP), endojen opioid peptidler, endokannabinoidler gibi peptidler iştah açıcı peptidlerdir.

2.1.4.1. Anoreksijenik Sinyaller

Alfa-MSH, kortikotropin-salğılatıcı hormon (CRH) ailesi peptidler, urokortin, nörotensin, ghrelin gibi peptidler iştah azaltıcı etki yapmaktadır.

Çeşitli hormonların yanında göz, burun, dil, gastrointestinal sistem, kas dokusu, yağ dokusu ve beynin diğer alanları da iştah yönetimi ve enerji dengesinden sorumludur. Bu alanların herhangi birinde meydana gelecek bir sorun obeziteye neden olmaktadır (9).

2.1.5. Obezitenin Etiyolojisi

Temelde aşırı ve yanlış beslenme ile fiziksel aktivite eksikliği ile ilişkilendirilse de obezite içinde birçok faktörü barındıran kompleks etiyojjiye sahip olan epidemidir (7).

2.1.5.1. Demografik Özellikler

Obeziteyi etkileyen demografik özelliklerden yaş ve cinsiyet faktörleri aşağıda ayrıntılı olarak anlatılmaktadır.

2.1.5.1.1. Yaş

Obezite her yaş grubunda görülmektedir. Ancak yapılan çalışmalar yaş ilerledikçe obezite prevalansının da arttığını belirtmektedir. Kilo artışının özellikle 24-35 yaş arasında en yüksek seyrettiği görülmektedir (1). Yaşın ilerlemesi ile birlikte fiziksel aktivitenin azalması ve enerji alımının artması buna sebep olarak düşünülmektedir (16).

2.1.5.1.2. Cinsiyet

Dünya genelinde kadınların obezite prevalansının erkeklerden daha fazla olduğu bilinmektedir (17). Kadınların yağ dokusu erkeklere oranla her yaş grubunda daha fazladır (18). Bu duruma sebep olarak östrojen hormonu, gebelik ve menapoz dönemlerinin etkileri olabileceği üzerinde durulmaktadır (18).

2.1.5.2. Genetik Faktörler

Genetik faktörlerin obezitede büyük önem taşıdığı yapılan çok çeşitli çalışmalarla ortaya konulmuştur (19). Obezite gelişiminde genetik faktörlerin oranı %40-70 arasında olduğu düşünülmektedir (20).

Çocuğun anne ve babasında obez tanısı varsa çocuğunda obez olma ihtimali %80 olarak değerlendirilirken anne ve ya babadan birinin obez olması çocuğun obez olma ihtimalini %50 'ye düşürmektedir (19).

Obezite ile ilgili ortalama 600 gen saptanmıştır (20). Ob geni, db geni, fat geni, tub geni, agouti geni gibi genler örnek verilebilir. Bu genlerden ob geni leptin sentezinde etkili olarak iştahı azaltırken Db geni ise vücutta leptin bağlanmasını düzenlemektedir (15).

2.1.5.3. Çevresel Faktörler

Obez bireylerin fazla yemek yeme isteğinin çevresel faktörlerle şekillendiği üzerinde durulmaktadır. Yaşamın ilk yıllarında çevreyi gözlemleyerek kazanılan yeme alışkanlığı çocukluk çağı obezitesinin en önemli sebebidir (21).

Obez bireylerin beslenme alışkanlıklarının şekillenmesinde etkili olan diğer çevresel faktör basın-yayın organlarıdır. Yapılan çalışmalar adolesan dönemde TV karşısında atıştırma yapan kişilerde obezite görülme oranının daha fazla olduğunu saptamıştır (22).

Sosyoekonomik düzeyle obezite arasında da ilişki bulunmaktadır. Yapılan araştırmalar yüksek ve düşük sosyoekonomik düzeylerde obezite görülme sıklığının arttığı yönündedir. Gelişmiş ülkelerde düşük sosyoekonomik düzeydeki kişilerde obezite sıklığı daha yüksek olarak saptanmıştır (23).

Anne ve babanın eğitim durumu, ailedeki çocuk sayısı, anne ve babanın yaşı da önemli çevresel faktörlerdir. Yaşı büyük anne ve babanın çocuklarında obezite prevalansı yüksek iken annenin eğitim seviyesi arttıkça çocuğun obez olma ihtimali azalmaktadır (24).

2.1.5.4. Intrauterin Faktörler

Whitaker ve Dietz tarafından yapılan araştırmanın sonuçları maternal obezite ile ileriki dönemlerinde ortaya çıkan obezite arasında ilişkiler olduğunu göstermektedir. Maternal obezite plasenta üzerinde besin geçişini arttırarak iştahta kalıcı değişiklikleri beraberinde getirir (21).

İntrauterin dönemde hiperglisemiye maruz kalan çocuklarda ilerleyen yaşla beraber glukoz toleransı ve obezite görülme sıklığı artmaktadır (23).

2.1.5.5. Davranışsal Faktörler

Obezite oluşumunda etkili olan davranışsal faktörlerden yeme alışkanlıkları ve fiziksel aktivite aşağıda ayrıntılı olarak anlatılmaktadır.

2.1.5.5.1. Yeme Alışkanlıkları

Hızlı, fazla yemek yeme, az çiğneme gibi yeme alışkanlıkları obezitede önemli etkidir (26). Modern yaşamın getirdiği ayaküstü beslenme ile yağ, sodyum, basit karbonhidrat ve rafine şekerden zengin, liften fakir gıda seçimi obeziteyi artırıcı yönde etkilemektedir (27).

2.1.5.5.2. Fiziksel Aktivite(FA)

Artan kiloların fiziksel inaktiviteyi de beraberinde getirmesi sonucunda kronik bir sorun olan obezite ile karşılaşmaktadır. Sedanter yaşamın obezite etkeni olduğu aynı zamanda obezitenin sedanter yaşamı beslediği kısır bir döngü bulunmaktadır (26).

İş yaşamındaki makineleşme, ev işlerini kolaylaştıran aletler, araba kullanımı ve TV ve internetin hayatımıza girmesi gibi faktörler fiziksel aktivitenin azalmasına yol açmaktadır (6).

Yapılan araştırmalar sonucunda obez ve obez olmayan bireylerin hemen hemen birbirine yakın miktarlarda besin aldıklarını ancak obez bireylerin fiziksel aktivitelerinin çok daha az olduğunu ortaya koymaktadır (28).

Yapılan çalışmalar sonucunda TV izleme süresi arttıkça fiziksel inaktivite süresinin de arttığını göstermektedir. Bu durum kişinin kilo artışı anlamı olarak etkilemektedir (12).

2.1.5.6. Psikolojik Faktörler

Bazı bireylerin psikolojik sıkıntılarla karşılaştıklarında yemek yeme isteği azalırken bazılarında durumun tam tersi olduğu görülmektedir (26). Ailevi sorunlar,

arkadaş bulmada yaşanan zorluklar, okuldaki başarısızlıklar gibi sorunlar bireyin ruhsal durumunu olumsuz yönde etkilemektedir. Ruhsal sorunlar beslenme bozukluklarını da beraberinde getirmektedir (15).

Toplumsal dışlanmanın sonucu olarak obez bireylerde genellikle özgüven eksikliği görülmektedir. Toplumsal dışlanma kişileri sosyal hayattan kendini geri çekmeye, işsizliğe, depresyona itmektir. Bu gibi sorunların devam etmesi obez bireylerin kilo verme ve fiziksel aktiviteyi artırma yönündeki isteği azaltmaktadır (26).

2.1.6. Obezitenin Komplikasyonları

Obezite konjektif kalp yetersizliği, koroner arter hastalığı, hipertansiyon, insülin direnci, Tip 2 diyabet, dislipidemi, gut, gastroözofagial reflü, karaciğer yağlanması, siroz, uyku apnesi gibi sağlık sorunlarını da beraberinde getirmektedir (9).

Obez bireylerde psiko-sosyal sorunlarda görülmektedir. Yapılan araştırmalar obez bireylerde depresyon eğiliminin daha fazla olduğu saptamıştır (30).

NHANES 2005-2010 verilerine bakıldığında Amerika'da 20 yaş üzeri yetişkinlerin %34,6'sı obez iken bu bireylerin %7,2'si son iki hafta içerisinde depresif belirtiler göstermiştir (30).

Obez kadın bireylerde safra kesesi, rahim, meme ve yumurtalık kanseri görülme sıklığı daha fazladır. Obez erkek bireylerde ise kolon, rektum ve prostat kanseri riski daha yüksektir (12).

Obezitenin en çok etkilediği sistemlerinin başında solunum sistemi gelmektedir. Yapılan araştırmalarda uyku apnesi olan bireylerin %70-80'ininde obezite varlığı saptanmıştır (26).

Deri hastalıkları, cerrahi komplikasyonlar ile artrit, düşmeye eğilim gibi mekanik komplikasyonlar da obez hastalarda görülebilmektedir (9).

2.1.7. Obezite Tanı Yöntemleri

Obezite derecesinin saptanıp ona uygun tedavi yönteminin belirlenmesi büyük önem taşımaktadır. Obezite tanı yöntemlerinin genel amacı vücuttaki yağ dokusu ve yağ dokusu dışında kalan dokuların hesaplanmasıdır (31).

2.1.7.1. Vücuttaki Yağın Direkt Ölçümü

Aşağıda vücuttaki yağın direkt ölçüm yöntemleri yer almaktadır.

2.1.7.1.1. Sualtı Tartımı İle Vücut Dansitesinin Hesaplanması

‘Altın standart’ olarak kabul gören uygulamada yağsız doku ve yağ dokusu su altı tartımı ile saptanmaktadır (6). Yetişkin obezitenin saptanmasında kullanılabilecek en güvenilir yöntemdir (23).

2.1.7.1.2. Toplam Vücut Suyunun İzotop Dilüsyonu İle Saptanması

Total vücut sıvısını saptamak için 2 veya 3 değerlikli hidrojen izotopu kullanılır. Vücut suyunun yağsız dokuya oranı %72 olarak kabul edilir (12).

2.1.7.1.3. Toplam Vücut Potasyumunun Ölçülmesi

Yağsız doku hücrelerinde biriken potasyumun saptanması vücuttaki yağsız kütle hakkında bilgi sahibi olunmasını sağlamaktadır (6).

2.1.7.1.4. Biyoelektriksel İmpedans Analizi(Bia)

Yağsız kütle ile yağ dokusunun elektriksel farkına dayanır. Kullanımı pratik olan bu yöntemle vücuda zayıf elektriksel akım gönderilmektedir (2).

2.1.7.1.5. Bilgisayarlı Tomografi Ve Manyetik Rezonans Görüntüleme

Bölgesel yağ dağılımı hakkında bilgi veren bir yöntem olsa da pahalı ve radyasyona maruz kalma söz konusudur (6).

2.1.7.1.6. Dual Enerji X-Ray Absorpsiyonunun Değerlendirilmesi:

Hem bölgesel hem de total yağ dağılımı hakkında bilgi vermektedir. Yağ ve yağsız doku ile kemiklerdeki minerallerin saptanmasında etkilidir (31).

2.1.7.2. Vücuttaki Yağın indirekt Ölçümü

Kolay, hızlı, pratik ve ucuz olmaları sebebiyle obezite tanısında en çok kullanılan yöntemlerdir.

2.1.7.2.1. Boya Göre Ağırlık (Rölatif Ağırlık-Ra)

Çocukluk çağı obezitesinin saptanmasında kullanılır. Çocukların ideal ağırlıklarını saptamak için her ülkenin kendine özgü persentil tablolarının kullanması tavsiye edilir (6).

2.1.7.2.2. Beden Kütle İndeksi (BKİ)

Günderik yaşantıda ve poliklinik hizmetlerinde en çok kullanılan ölçüm yöntemidir (32).

BKİ= Ağırlık (kg) / Boy²(m²) formülü kullanılarak hesaplanır. DSÖ verilerine göre BKİ'nin sınıflandırılması Tablo 3'de gösterilmektedir (32).

Tablo 3. DSÖ Verilerine Göre Beden Kütle İndeksinin Sınıflandırılması.

SINIFLANDIRMA	BKİ (kg/ m ²)	
	ÖNEMLİ KESME NOKTALARI	EK KESME NOKTALARI
NORMALDEN ZAYIF	<18,50	<18,50
ŞİDDETLİ ZAYIFLIK	<16,00	<16,00
İLİMLİ ZAYIFLIK	16,00-16,99	16,00-16,99
HAFİF ZAYIFLIK	17,00-18,49	17,00-18,49
NORMAL ARALIK	18,50-24,99	18,50-22,99
		23,00-24,99
KİLOLU	≥25,00	≥25,00
ÖN OBEZ	25,00-29,00	25,00-27,49
		27,50-29,00
ŞİŞMAN	≥30,00	≥30,00
OBEZİTE 1. DERECE	30,00-34,99	30,00-32,49
		32,50-34,99
OBEZİTE 2. DERECE	35,00-39,99	35,00-37,49
		37,50-39,99
OBEZİTE 3. DERECE	≥40,00	≥40,00

Kaynak: 32 numaralı kaynaktan alınmıştır.

DSÖ, BKİ sınıflandırmasına göre fazla kilolu ve obezitenin belirlenmesi için ülkeler arası farklılıklar olabileceğini belirtmiştir. Örneğin; Asya ülkeleri için 26-31 kg/ m² yüksek risk obezite varlığından söz edilebilir (33).

BKİ değerlerinin, yař, toplam gebelik sayısı, canlı doğum sayısı, yaşayan çocuk sayısı, isteyerek dūřuk sayısı ve evlilik sūresi gibi faktōrlerle pozitif yōnlū bir ilişkisi vardır. Bu faktōrlerdeki artış BKİ değerlerini de arttırır (28).

2.1.7.2.3. Çevre Ölçümleri

Üst kol, orta kol, bel, kalça, uyluk ve baldır çevresi ölçümleri yapılarak yağ doku, yağsız vūcut dokusu ve dağılımları hakkında bilgi sahibi olunmaktadır. En sık kullanılan çevre ölçümü bel çevresidir (7). Cinsiyet bağlı risk durumlarının sınıflandırıldığı bel çevresi ölçümleri Tablo 4’de gösterilmektedir (7).

Tablo 4. Cinsiyet Bağlı Bel Çevresi Ölçümleri.

	RİSK	YÜKSEK RİSK
ERKEK	≥94 cm	≥102 cm
KADIN	≥80 cm	≥88 cm

Kaynak: 7 numaralı kaynaktan alınmıştır.

Bel çevresi ölçümü tek başına kullanılabilmekte ve kronik hastalık riskini tanımlamada belirleyici olmaktadır (2).

2.1.7.2.4. Deri Kıvrım Kalınlıkları

Triseps, subskapular, biceps ve suprailiak deri kıvrım kalınlığı ölçümleri yapılmaktadır (6). Tecrübe gerektiren triseps ölçümünde erkek ve kadında sırasıyla 23mm ve 30 mm aştığında obezite varlığından söz edilmektedir (28).

2.1.8. Obezitenin Tedavi Yōntemleri

Obezite tedavisinin genel amaçları vūcut ağırlığının azaltılması, uzun vadede geri kilo alımının önlenmesi ve ya obez kişinin daha fazla kilo alımının önlenmesidir (34). Obez bireyler kilo verme sürecinde gerçeği olmayan kayıplara odaklandıkları için verilen kiloların geri kazanma olasılığı %95’tir. Obezitenin tedavisinde amaç 6 aylık bir sürede vūcut ağırlığının %5-10 kaybıdır (14). Obezitenin tedavi yōntemleri aşağıda sıralanmıştır:

- Tıbbi beslenme tedavisi
- Egzersiz tedavisi

- Davranış değişikliği tedavisi
- Farmakoloji tedavisi
- Cerrahi tedavi

Obezite multidisipliner bir ekiple tedavi edilmelidir. Bu ekibin içinde doktor, diyetisyen, psikolog, hemşire, fizyoterapist gibi farklı branşlardan meslek grupları yer almalıdır (34).

2.1.8.1. Tıbbi Beslenme Tedavisi(TBT)

Obezite tedavisinin temel taşı beslenme tedavisi oluşturmaktadır (35). Genel olarak obez bireyler kilo vermek için kalori kısıtlamasına gitmekte ancak TBT sadece kalori kısıtlaması olarak düşünülmemelidir. Çünkü obez kişilerin beslenme hatalarından kaynaklı makro ve mikro besin eksikleri olmaktadır (36).

TBT'nin amaçları; hedeflenen ideal vücut ağırlığına ulaşmak, besin öğeleri açısından yeterli ve dengeli beslenmenin sağlanması, doğru beslenme alışkanlıklarının kazandırılmasıdır (9).

2.1.8.1.1. Enerji

Kişiyeye bazal metabolizmasının altında olmamak şartıyla harcadığından daha az enerji verilmelidir (27). Bireyin enerji alımının azaltılması ile haftalık 0,5- 1 kg arası kilo kaybı sağlanmalıdır (28).

Kilo kaybının sağlanması enerji açığının oluşturulmasına bağlıdır. %5 'lik kilo kaybı sağlandıktan sonra enerji açığı oluşturulmasında BKİ değerleri arasında çok anlamlı bir farklılık yoktur (36). Kadın ve erkek bireylerin başlangıçtaki BKİ değerine göre kilo kaybetmek için gerekli enerji açığının kilo kaybettikten sonraki dönemde kilo koruma için gerekli enerji açığının karşılaştırılması Tablo 5'te gösterilmektedir (36).

Tablo 5. Başlangıçtaki BKİ Değerine Göre Kilo Kaybetmek İçin Gerekli Enerji Açığının Kilo Kaybettikten Sonraki Dönemde Kilo Koruma İçin Gerekli Enerji Açığının Karşılaştırılması.

	ERKEK		KADIN	
	6 AYLIK DÖNEMDE %5 LİK KİLO KAYBI İÇİN GEREKLİ ENERJİ AÇIĞI(KCAL/GÜN)	6 AYLIK DÖNEMDE %5LİK KİLO KAYBINDAN SONRA KİLO KORUMA İÇİN GEREKLİ ENERJİ AÇIĞI(KCAL/GÜN)	6 AYLIK DÖNEMDE %5 LİK KİLO KAYBI İÇİN GEREKLİ ENERJİ AÇIĞI(KCAL/GÜN)	6 AYLIK DÖNEMDE %5LİK KİLO KAYBINDAN SONRA KİLO KORUMA İÇİN GEREKLİ ENERJİ AÇIĞI(KCAL/GÜN)
25 kg/ m ²	-230	-100	-200	-80
30 kg/ m ²	-290	-110	-250	-80
35 kg/ m ²	-350	-110	-300	-90
40 kg/ m ²	-410	-110	-350	-90
45 kg/ m ²	-470	-120	-400	-100
50 kg/ m ²	-530	-130	-450	-100

Kaynak: 36 numaralı kaynaktan alınmıştır.

2.1.8.1.1. Protein

Günlük enerjinin %10-15'i protein grubundan sağlanmalıdır. Kaliteli protein kaynakları diyetin bileşenlerini oluşturmalıdır (27).

Son zamanlarda yapılan bazı araştırmalar yüksek protein içerikli diyetlerin geleneksel düşük yağlı diyetlere oranlara daha fazla kilo kaybı sağlandığını göstermektedir. Scholler tarafından yapılan araştırmada 12 hafta düşük karbonhidratlı diyetler (<90gr/gün) düşük yağlı diyetlere (enerjinin <%25'i) göre ortalama 2,5 kg daha fazla kilo kaybı sağlamıştır (37).

2.1.8.1.3. Yağ

Obezite tedavisinde yağlar tokluk hissi veren makro besin ögesidir (14). Günlük enerjinin %25-30'u yağlardan sağlanmalıdır (9). Yağdan gelen enerji günlük enerjinin %20'sinin altına inmemelidir (18).

2.1.8.1.4. Karbonhidrat

Günlük enerjinin %50-60'ı karbonhidratlardan sağlanmalıdır. Tedavide seçilen karbonhidratın glisemik indeksi düşük ve lif içeriği yüksek olmalıdır (38).

Obez bireylerin sıklıkla yaptığı hataların başında karbonhidrat miktarını azaltmak gelir. Ancak uzun süreli karbonhidrat kısıtlaması yapmak uygulanabilirlik açısından zor bir süreçtir. Yapılan araştırmalara göre düşük karbonhidratlı diyetler başlangıçta fazla kilo kaybı sağlasa da uzun vadede kalorisi kısıtlı diyetlerle karşılaştırıldığında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (14).

Düşük karbonhidratlı diyetler hızlı kilo kaybı, serum trigliserid ve insülin seviyelerinde düşüş, kan basıncında azalma ve iştahın baskılanması gibi olumlu etkilere sahiptir (20).

2.1.8.1.5. Vitamin-mineral

Düşük kalori diyetler uzun süre uygulandıklarında vitamin-mineral eksikliklerine sebep olmaktadır. Bu sebepten dolayı obez bireylerin TBT’de vitamin-mineral eksikliğini önlemek için takviyelere ihtiyaç duyulabilir (9).

2.1.8.1.6. Sıvı

TBT’ de günlük 2-3 litre sıvı alınması önemlidir (14).

2.1.8.1.7. Posa

Doygunluk hissini arttırması, konstipasyonu engellemesi ve sindirimi yavaşlatması bakımından günlük 25-30 gr diyet posası alınmalıdır (9). Taze sebze ve meyveler, kurrubaklagiller, tam tahıllı ürünler doğal posa kaynakları arasında yer almaktadır (14).

2.1.8.2. Egzersiz Tedavisi

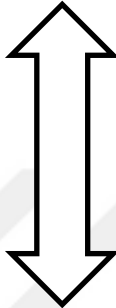
Egzersiz hem obezitenin önlenmesinde hem de tedavisinde vazgeçilmez bir faktördür (39). Obez bireylerin tedavisinde bireye özgü, uygulanabilir ve günlük hayatı ile uyumlu egzersizler seçilmelidir (40).

Egzersiz türü, egzersizin sıklığı, egzersizin süresi ve egzersizin şiddeti önem taşımaktadır (40).

Seçilen egzersiz türünün tüm kas gruplarını çalıştırması için aerobik egzersizler tercih edilmelidir (35). Aerobik egzersizler, glikojen depoları yerine daha fazla miktarda

olan yağ depoların kullanımını arttırır (20). Aeorobik egzersiz türüne tempolu koşu, bisiklet binme, yüzme gibi egzersizler örnek verilebilir. Bu egzersiz tek başına orta düzeyde kilo ve yağ kaybı sağlanabilir (35). Tablo 6’da orta dereceli egzersiz çeşitleri için örnekler verilmiştir (27).

Tablo 6. Orta Derecede Egzersiz Çeşitleri İçin Örnekler.

SPORTİF ETKİNLİKLER	ETKİNLİK SÜRE VE ŞİDDETİ	EV/İŞ ORTAMI ETKİNLİKLERİ
Düz Yolda Yürümek (3 Km/30 dk)		Araba Yıkamak (45-50 dk)
Doğa Yürüyüşü Yapmak (20-30 dk)		Camları Yerleri Silmek (45-50 dk)
Tempolu Yürümek(20 dk)		Bahçe İşleri Yapmak (30-45 Dk)
Hızlı Bisiklet Sürmek (20 dk)		Dans Etmek (20 dk)
İp Atlamak (15 dk)		Hafif Yük Taşıma(15-20 dk, <15kg)
Basketbol, Futbol Gibi Yarışmalı Sporlar(15-20 dk)		Merdiven Çıkmak(15 dk)
Koşmak (2 Km/15 dk)		Kar Küremek (15 dk)
		Kısa Süreli/Çok Yorucu

Kaynak: 27 numaralı kaynaktan alınmıştır.

ACSM (American College of Sports Medicine) ve CDC (Centers for Disease Control) her yaş grubundaki obez bireyler için günde ortalama 30-45 dakika süren ve mümkünse haftanın her günü yapılan orta düzeyde egzersiz önermektedir (41).

Egzersiz ile obez bireyin tıbbi beslenme tedavisine destek sağlanabilir (28).Egzersiz ve diyet tedavisinin beraber uygulanması sadece diyet tedavisi uygulanan durumlara göre daha başarılı olmaktadır (42).

2.1.8.3. Davranış Değişikliği Tedavisi

Yaşam tarzının davranışsal olarak değişimi kilo yönetiminin uzun dönemde koruma konusunda rol oynamaktadır (20).

Davranış değişikliğinin temel hedefi kişinin yeme alışkanlıkları üzerinde nasıl kontrol sağlayacağını öğretmesidir (43). Davranış değişikliği tedavisinin süresinin en az 16 hafta olması gerektiği ve tedavi sonrasında ise en az 1 yıl kilo korumanın sağlanması gerektiği yapılan araştırmalarda belirtilmiştir (44).

Finlandiya Diyabet Önleme çalışmasında (Finnish Diabetes Prevention Study) 3,234 aşırı kilolu ve obez diyabet hastası gözlem altına alınmıştır. 1 yıllık takip

sonucunda yaşam değişikliği yapan aşırı kilolu ve obez diyabet hastaları ortalama 6,7 kilo kaybı yaşarken metmorfin ve plasebo grubu sırasıyla ortalama 2,7 kg ve 0,7 kg kayıp yaşamıştır. İzlem süresi 4 yıla çıkarıldığında ise yaşam tarzı değişikliği, metmorfin ve plasebo grubunda kilo kayıpları sırası ile 3,5kg, 1,3 kg ve 0,2 kg'dır (20).

Davranış değişikliği tedavisi kendi kendini gözleme, uyarın kontrolü, hedef belirleme, alternatif davranış geliştirme, pekiştirme-kendi kendini ödüllendirme, kognitif yapılanma ve sosyal destek gibi unsurları içerir (44).

2.1.8.3.1. Hedef Belirleme

Tedavinin başlangıcında bireye gerçekçi ve ulaşılabilir amaçlar belirlenir. Haftalık, aylık ya da tedavi sonucunda ulaşılmak istenen kilo ya da kazanılması gereken doğru beslenme alışkanlıkları gibi hedefler buna örnek olabilir (45).

2.1.8.3.2. Kendi Kendini İzleme

Kendi kendini izleme yöntemi davranışsal tedavinin temelini oluşturarak obeziteye neden olan davranışların fark edilmesini sağlamaktadır. Yeme atakları, gece yeme ve sinirlilik, gerginlik anlarında yeme gibi yeme durumlarının ortaya çıkmasına öncülük etmektedir (44).

Davranışsal tedavinin ana unsuru olan kendi kendini gözleme yöntemi ile kilo arasında sürekli bir ilişki bulmuştur. Erken dönem(1985-1990) obezitede davranış değişikliği tedavisinde sadece besin günlükleri üzerinde durulmuştur. Ancak yeni dönem kendi kendini izleme tedavisinde egzersiz, kilo ve besin takibi kayıt teknikleri de ele alınmaktadır (46).

2.1.8.3.3. Uyarın Kontrolü

Aşırı yemek yemeye neden olabilecek herhangi bir uyarın yanlış bir açlık sinyali olarak algılanabilir. Obez birey uyarınların çeşitliliğine yanıt olarak yemek yiyerek kendini ödüllendirmek isteyebilir. Uyarın kontrolünün sağlanması iştahın artmasını ve yanlış algılanan açlık durumunun engellenmesi açısından önemlidir (44).

2.1.8.3.4. Alternatif Davranış Geliştirme

Sevilen aktivitelerin yapılması aşırı yemek yemeyi arttırabilecek durumlardan uzaklaşılmasını sağlamaktadır. Bir arkadaşı ziyaret etmek, yürüyüş yapmak, müzik dinlemek gibi faaliyetler yeme kontrolünün daha rahat kurulmasını sağlamaktadır (47).

2.1.8.3.5. Pekiştirme – Kendi Kendini Ödüllendirme

Bazı araştırmacılar tedavide bireylere 1 gün serbest beslenme yetkisinin verilmesinin bireyi ödüllendirme ve aynı zamanda motivasyon yükseltici olarak görmektedir. Ama bazı bireylerin de serbest beslenme gününden sonra diyet tedavisine dönmede zorluk yaşadığı gösterilmiştir (47).

2.1.8.3.6. Kognitif Yapılanma Ve Sosyal Destek

Davranışsal tedavide kendi bedenleri hakkında olumsuz düşünmeye eğilimli obez bireylerin bu olumsuz düşüncelerinin farkına varıp değiştirmesine yönelik bir çalışmalar amaçlanmaktadır (47).

Zayıflama tedavilerinde aile bireylerinin desteği, obez bireylerin kilo verme sürecinde pozitif etkilere sebep olmaktadır (44). Yapılan bir araştırmada 24 obez çocuğa ve ailesine verilen davranışsal tedavi sonucunda obez çocukların yeme davranışlarında ve duygusal durumlarında olumlu gelişmeler kaydedilmiştir (48).

2.1.8.4. Farmakoloji Tedavisi

Obez bireyler kısa sürede ve zorlanmadan kilo verme düşüncesi sebebiyle ilaç kullanma eğilimindedirler. Obezite tedavisinde kullanılacak ilaçların maliyeti yüksek, yan etkileri ve sınırlılıkları vardır (45).

Obezite de farmakolojik tedavi asla temel tedavi yöntemi değildir. Etkinliği ve gücü düşük olduğu için tamamlayıcı tedavi yöntemi olarak düşünülmelidir (27).

Tedavi de kullanılan ana ilaç gruplarını santral sinir sistemini etkileyen ilaçlar, periferik olarak gıda emilimini bozan ilaçlar ve enerji harcamasını arttıran ilaçlar olarak 3 ana grupta toplanır (27).

Metmorfin antidiyabetik ilaç grubundan obezite tedavisinde en çok tercih edilen ilaçtır (49). Yapılan çalışmalar metmorfin kullanımının plaseboya göre daha fazla kilo kaybı sağladığı gösterilmiştir. Metmorfinin obezite ilacı olarak atfedilmesi doğru değildir çünkü yapılan çalışmalar yeterli ve anlamlı değildir (49).

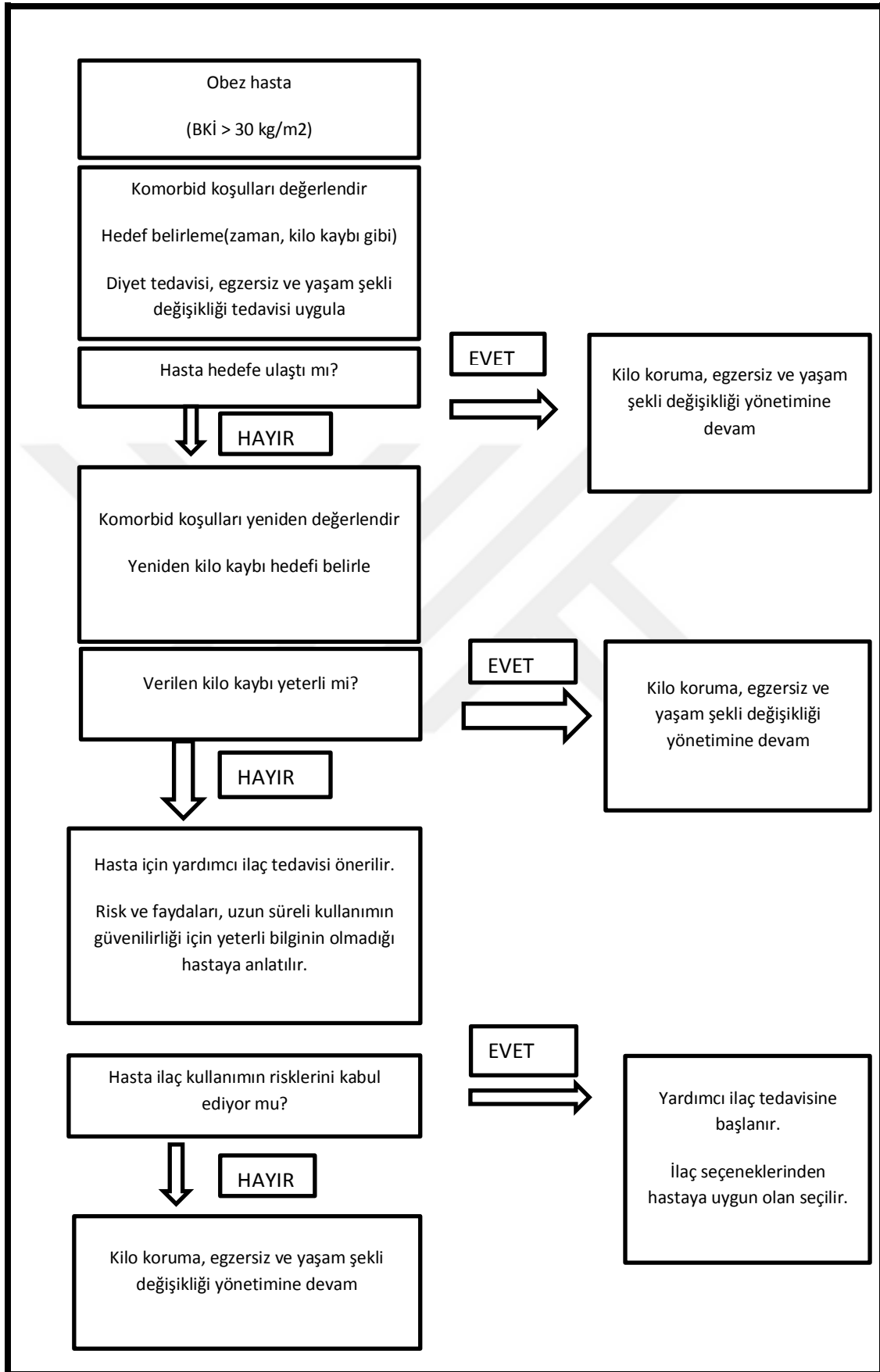
Farmakolojik tedavinin algoritması Tablo 7’de gösterilmektedir (50).

2.1.8.5. Cerrahi Tedavi

BKİ > 40 ya da BKİ 35-39,9 arasında ve obezite komplikasyonlarının varlığı sonucunda cerrahi operasyon uygulanır (14). Son yıllarda giderek artan bariatrik cerrahi ilk kez 1960 yılında uygulanmıştır (50). Yapılan cerrahi işlemler, malabsorpsiyona yol açarak ya da gıda alımını kısıtlayarak kilo kaybına yol açmaktadır (51).

Bariatrik cerrahi diğer yöntemlerde karşılaştırıldığında uzun süreli kilo kaybı, yaşam kalitesinin artırılmasında ve obezitenin komorbiditelerinin tedavisinde daha başarılı olduğu yapılan araştırmalarla gösterilmektedir (52).

Tablo 7. Obezitenin Farmakolojik Tedavi Algoritması.



Kaynak: 50 numaralı kaynaktan alınmıştır.

2.2. Beslenme

DSÖ'ne göre beslenme, 'vücudun diyet gereksinimleriyle bağlantılı olarak kabul edilen gıdaların alınması' şeklinde tanımlanmıştır (53).

Bir bilim dalı olan beslenmenin ilgi alanlarına besin ögelerinin türleri, miktarlar, özellikleri ve bu besin ögelerine vücutta verilen tepkiler ile her yaş grubu için uygun beslenme planlarının oluşturulması girmektedir (54).

Yapılan bilimsel araştırmalar sonucunda sağlıklı bir yaşamın sürdürülmesi için insan vücudunun 70'e yakın besin ögesine ihtiyacı olduğunu saptanmıştır. Bu besin ögeleri az ya da çok alındığı durumunda sağlığı bozucu etki yapmaktadır (55).

2.2.1. Yeterli Ve Dengeli Beslenme

Vücudun büyümesi, onarımı ve çalışması için gerekli olan enerji ve besin ögelerinin hepsinin yeterli miktarda vücuda alınması ve vücut tarafından kullanılmasına 'yeterli ve dengeli beslenme' denilmektedir (55).

Yeterli ve dengeli beslenme için besin gruplarının bilinmesi gerekmektedir. Bilim adamları besin ögelerini ve besin gruplarının günlük alınması gereken miktarlarını saptamak için çalışmalar yapmaktadır (31).

Yeterli ve dengeli beslenme için gerekli besin ve besin grupları aşağıda ayrıntılı olarak anlatılmıştır.

2.2.2. Besinler Ve Besin Grupları

Bitki ve hayvanların yenilebilen kısımlarına besin denilmektedir. Besinlerin içinde bulunan organik ve inorganik yapılara ise besin ögesi adı verilmektedir (56).

Besin ögelerini 6 başlık altında inceleyebiliriz (55):

- Protein
- Yağ
- Karbonhidrat
- Mineral - Vitamin
- Su

2.2.2.1. Protein

Hücrelerin esas yapısını oluşturan proteinlerin enerji olarak kullanılabilme gibi bir özelliği yoktur (55). Vücut karbonhidrat ya da yağlardan protein yapamadığı için dışarıdan yiyeceklerle protein alınması gerekir. Aksi takdirde hücrelerin çoğalması, yenilenmesi ya da metabolik tepkimelerde aksaklıklar oluşmaktadır (54).

2.2.2.2. Yağ

Bir gliserol molekülü ve yağ asitlerinin yapmış olduğu esterler sonucunda oluşan yağlar insan vücudunun %18 'ini oluşturmaktadır (55).

Kadın vücudunda oransal olarak daha fazla bulunan yağ dokusunun temel görevi enerji depolamaktır (55).

2.2.2.3. Karbonhidrat

Enerji sağlamak temel görevi olan karbonhidratlar insan vücudunun %1'ini oluşturmaktadır. Vücut dokuları enerji ihtiyaçlarını sağlamak için karbonhidratları kullanırken beyin dokusu enerji ihtiyacının tamamını karbonhidratlardan sağlamaktadır (54).

2.2.2.4. Mineral

Mineraller, vücudun çalışmasını düzenleyen enzimlerin yapısına katılır ve vücudun savunma sisteminde görev almaktadırlar (55).

2.2.2.5. Vitamin

B grubu vitaminleri karbonhidrat, yağ ve proteinin metabolik ve biyokimyasal tepkimelerde görev almaktadır. D vitamini kalsiyum ve fosforun kemik ve dişlere aktarılmasında görev alırken C, E ve A vitaminleri antioksidan seviyesinin artırılmasından sorumludur (55).

2.2.2.6. Su

Su besinlerin sindirim, emilim ve hücrelere taşınmasında, vücut ısısının düzenlenmesinde, metabolizma sonucu oluşan atıkların akciğer ve böbreklere taşınmasında görev almaktadır (54).

Her besin içerdiği besin öğelerine farklılık göstermektedir. Ancak bazı besin öğelerin içindekileri birbirine benzerdir. Amerika merkezli besin ve beslenme konseyi besinleri dört grup altında toplamıştır (31). Bu dört besin grubunun gösterildiği şekile ise dört yapraklı yonca denilmektedir. Besin grupları belirten 4 yapraklı yonca Şekil 4’de gösterilmektedir (55).

Şekil 4. Besin Gruplarını Gösteren Dört Yapraklı Yonca.



Kaynak: 55 numaralı kaynaktan alınmıştır.

Besinleri içerdikleri besin öğeleri yakınlığına göre 4 farklı grupta incelenebilir (55):

- Süt ve süt ürünleri
- Et, yumurta, kurubaklagiller
- Sebze ve meyveler
- Ekmek ve tahıllar

2.2.2.7. Süt Ve Süt Ürünleri Grubu

Süt, yoğurt ve peynir bu grupta yer almaktadır. Kalsiyum, fosfor, B vitaminleri ve protein içermektedir (31).

Süt ve süt grubundan yetişkinler için bir günde 3 porsiyon tüketmesi istenmektedir (55).

2.2.2.8. Et, Yumurta Ve Kurubaklagil Grubu

Bu grupta et, tavuk, balık, yumurta, kuru fasulye, nohut, mercimek gibi besinler bulunur. Ceviz, fındık, fıstık, badem gibi yağlı tohumlar da bu grupta yer alır (55).

Protein, demir, çinko, fosfor, magnezyum gibi mineraller, B6, B12, B1 ve A vitaminleri ile posa açısından zengin olan bu grubunun önerilen günlük porsiyon yetişkinlerde ve 65 yaş üzeri bireylerde 2,5-3 porsiyondur (55).

2.2.2.9. Sebze ve Meyve Grubu

Sebze ve meyve grubu, su ve posadan zengin, düşük enerjili olmaları nedeniyle obeziteye karşı koruyucudur (55). Bunun yanında mineraller ve vitaminler bakımından folik asit, betakaroten, E, C, B12 vitamini, kalsiyum, potasyum, demir, magnezyum, lif ve antioksidan zengin bir gruptur (31).

Günlük tüketim miktarı en az 5 porsiyon olmalıdır. Günlük tüketilen sebze ve meyvenin en az iki porsiyonu yeşil yapraklı sebzeler/turunçgiller/domates olması tavsiye edilmektedir (55).

2.2.2.10. Ekmek ve Tahıl Grubu

Buğday, pirinç, mısır, çavdar ve yulaf gibi tahıl tanelerinden oluşan bu grup toplumların temel besin grubudur (55).

Tam tahıllardan yapılan yiyecekler vitaminler, mineraller ve posa yönünden zengindir. Tam tahıllı besinler aynı zamanda lif içeriği yüksek olduğu için bağırsak hareketlerini düzenlemektedir (31).

Yetişkin erkeklerde 8 porsiyon, yetişkin kadınlarda 7 porsiyon tam tahıl tüketimi tavsiye edilmektedir (55).

2.2.3. Beslenme Sorunlarının Nedenleri

Türkiye’de beslenme durumunun sorunları hem gelişmiş ülkelerin hem de gelişmekte olan ülkelerin sorunları ile benzerdir (58). Halkın beslenme durumu bölgelere, mevsimlere, sosyoekonomik düzeye ve kentsel-kırsal alanda yaşama durumuna göre farklılıklar göstermektedir (58).

Artan insan nüfusuna oranla tüketilecek besinin artmaması beslenme sorunun temelini oluşturmaktadır (54).

Beslenme sorunları ile ilgili en önemli faktör gelir durumudur. Halkın gelir düzeyinin düşük olması, ailedeki birey sayısının artması besin bulmayı güçleştirmektedir. Gıda alımında en önemli etkenler arasında gösterilen gelir dağılımındaki adaletsizlik tercih edilen besin çeşidini etkilemektedir. Günlük enerjinin ortalama %50'si ekmek ve tahıl ürünlerinden sağlanması gelir durumunun en önemli sonucudur (59).

Çocukluk döneminde görülen beslenme sorunlarının temelinde ise ailenin eğitim seviyesinin yetersiz olmasıdır. Yaşa göre ağırlık endeksi hem akut hem de kronik yetersiz beslenmeyi değerlendirmekte olup genel olarak beslenme durumunun uzun dönemli değerlendirilmesinde kullanılmaktadır (60). TNSA-2013 raporu beş yaşın altındaki her 10 çocuktan birinin bodur, bu çocukların üçte birinden fazlasının ise ciddi şekilde bodur olduğunu göstermektedir (60).

2.2.4. Beslenmenin Kadın Sağlığı Üzerine Etkileri

Kadın sağlığını; aile ve toplumdaki kaynaklanan psikososyal faktörler, kadının bireysel sağlık durumu, doğurganlık, sağlık hizmetlerinin kalitesi gibi faktörler etkilemektedir (61).

Kadın sağlığını etkileyen önemli faktörlerden biri de beslenme durumudur. Günümüzde karşılaşılan birçok hastalığın temelinde beslenme bulunmaktadır. Beslenme sorunları kanser, diyabet, obezite ve kalp hastalıkları gibi birçok hastalıkta etkilidir. Bununla birlikte pre ve post menopoz dönemlerinde de bazı sağlık risklerini arttırıcı etki yapmaktadır (62).

Menstrüasyon gören kadınlarda kanamanın fazla olması demir kayıplarına sebep olduğu için bu gruptaki kadınlarda demir eksikliği anemisi görülmesi yüksektir (62).

Kadın sağlığının korunması ve geliştirilmesinde beslenme alışkanlıklarının önemli bir payı vardır. Kadınların genel sağlığının korunması ve geliştirilmesi için beslenme alışkanlıklarını iyileştirici yönde çalışmalar yapılmalıdır (62).

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1. Araştırma Yeri, Zamanı ve Örneklem Seçimi

Tanımlayıcı ve kesitsel türde planlanan araştırmada Güngören Toplum Sağlığı Merkezi Sağlıklı Beslenme ve Obezite Polikliğine Mayıs 2017 – Temmuz 2017 arasında başvuran 19–64 yaş arasındaki obezite tanısı konmuş 150 kadından araştırmaya katılmayı kabul eden 144 kişi örneklemini oluşturmaktadır.

Çalışmaya başlamadan önce yetişkin obez kadınlara "Gönüllü Onam Formu (EK-2)" okutulmuş ve çalışmaya katılmayı isteyip istemedikleri sorulmuştur. Çalışmaya gönüllü olarak katılmayı isteyen bireyler dahil edilmiştir.

Bu çalışma için Okan Üniversitesi Etik Kurulu'ndan 82/9 sayılı ve 20/04/2017 tarihli 'Etik Kurul Onayı' (EK-1) alınmıştır.

Bu çalışmanın yürütülebilmesi için İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü ile araştırmacı arasında bir protokol imzalanmıştır (EK-4).

3.2. Verilerin Toplanması ve Değerlendirilmesi

Çalışmayı kabul eden obez kadınların kişisel bilgileri, antropometrik ölçümleri, beslenme alışkanlıkları değerlendirilmiştir. Kişinin araştırmayı kabul etmesi tamamen gönüllük esastır ve çalışma ilişkin gönüllü onam formu EK-2'de gösterilmektedir.

3.2.1. Kişisel bilgilerin ve beslenme alışkanlıklarının değerlendirilmesi

Araştırmaya katılan bireylerin kişisel özelliklerini saptamak için 36 sorudan oluşan bir anket formu uygulanmıştır (EK-3). Anket formu, bireylerin demografik özellikleri, beslenme alışkanlıklarına ilişkin bilgileri ve genel sağlık bilgilerini içermektedir. Anket formuyla veri toplamak için yüz yüze görüşme yöntemi kullanılmıştır. Kullanılan anket formu, konu ile ilgili kaynaklardan ve daha önce yapılmış araştırmalardan yararlanılarak araştırmacı tarafından hazırlanmıştır (69, 80, 94, 95, 96, 97, 98, 99).

3.2.2. Antropometrik ölçümlerin değerlendirilmesi

Araştırma kapsamındaki bireylerin boy, kilo ve bel çevresi ölçümleri anket formunun son kısmına kaydedilmiştir (EK-3).

Bireylere ait antropometrik ölçümler araştırmacının kendisi tarafından ölçülmüştür.

3.2.2.1. Vücut ağırlığı ve boy uzunluğu:

Bireylerin vücut ağırlığı az giysili, ayakkabısız ve çorapsız olarak Tanita BC-418 marka biyoelektriksel impedans analiz cihazı ile ölçülmüştür.

Boy uzunlukları ölçümleri alınırken, ayaklarının birleşik olmasına ve fronkfort düzlemde (göz ve kulak kepçesi üstü aynı hizada) olmalarına dikkat edilmiştir.

3.2.2.2. Beden kütle indeksi (BKİ) :

Bireylerin vücut ağırlıkları ve boy uzunlukları kullanılarak aşağıdaki formül ile hesaplanmıştır:

$$\text{BKİ (kg/m}^2\text{)} = \text{Vücut ağırlığı (kg)} / \text{Boy uzunluğu}^2 \text{ (m}^2\text{)}$$

BKİ sonuçları Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sınıflamasına göre Tablo 3'de değerlendirilmiştir (32).

Tablo 8. DSÖ Verilerine Göre Beden Kütle İndeksinin Sınıflandırılması.

SINIFLANDIRMA	BKİ (KG/ M ²)	
	ÖNEMLİ KESME NOKTALARI	EK KESME NOKTALARI
NORMALDEN ZAYIF	<18,50	<18,50
ŞİDDETLİ ZAYIFLIK	<16,00	<16,00
İLİMLİ ZAYIFLIK	16,00-16,99	16,00-16,99
HAFİF ZAYIFLIK	17,00-18,49	17,00-18,49
NORMAL ARALIK	18,50-24,99	18,50-22,99
		23,00-24,99
KİLOLU	≥25,00	≥25,00
ÖN OBEZ	25,00-29,00	25,00-27,49
		27,50-29,00
ŞİŞMAN	≥30,00	≥30,00
OBEZİTE 1. DERECE	30,00-34,99	30,00-32,49
		32,50-34,99
OBEZİTE 2. DERECE	35,00-39,99	35,00-37,49
		37,50-39,99
OBEZİTE 3. DERECE	≥40,00	≥40,00

Kaynak: 32 numaralı kaynaktan alınmıştır.

3.2.2.3. Bel çevresi ölçümü

Bireylerin bel çevresi ölçümü ayakta, kolları yanda ve ayakları bitişik şekilde dururken iliak (spina iliaca anterior superior) çıkıntının tepe noktası ile en son kosta arasında kalan mesafenin orta noktasından geçecek şekilde ve esnek olmayan mezura kullanılarak ölçülmüştür (7). Bel çevresinin değerlendirilmesi Tablo 4'e göre yapılmıştır.

Tablo 9. Cinsiyet Bağlı Bel Çevresi Ölçümleri.

	RİSK	YÜKSEK RİSK
ERKEK	≥94 cm	≥102 cm
KADIN	≥80 cm	≥88 cm

Kaynak: 7 numaralı kaynaktan alınmıştır.

3.2.2.4. VAS (Visual Analogue Scale)

Ankete başvuran obez kadınların iştah durumu saptamak için ölçülemeyen bazı değerler için kullanılan VAS tercih edilmiştir (83). Görsel Analog Ölçeği bir çizgi

boyunca uzanan ve ölçülemeyen karakteristik özelliklerinin belirlenmesini sağlamaktadır (100). Ölçülecek iştah derecesi tutumu için çizgi 1 ile 10 arasında sıralanmıştır. 1 numara çok iştahsız, 10 numara ise çok iştah derecesini bildirmektedir. Anket uygulanırken bireylerden iştah derecesini 1'den 10'a kadar bir sayı ile belirtmeleri istenmiş ve VAS üzerinde işaretlenmiştir. Değerlendirmede ise bireylerin değer ortalamaları saptanmıştır.

3.3. Verilerin İstatistiksel Olarak Değerlendirilmesi

Verilerin analizinde IBM SPSS Statistics 20 paket programı kullanılmıştır. Sayısal değişkenler ortalama, standart sapma, median [minimum-maksimum] değerler ile kategorik değişkenler ise sayı ve yüzde ile değerlendirilmiştir. Bağımsız gruplar arasında kategorik değişkenler bakımından farklılık olup olmadığı ki kare testi ile araştırılmıştır. Sayısal değişkenlerin normalliği Shapiro Wilks testi ile incelenmiştir. Sayısal değişkenler bakımından iki bağımsız grup arasında farklılık olup olmadığı parametrik test varsayımlarının sağlanması durumunda bağımsız gruplarda t testi ile sağlanmadığında ise Mann Whitney U testi ile araştırılmıştır. Kategorik değişkenliklerin iki ya da daha fazla gruplar arasında farklılık olan durumlarda Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Sayısal değişkenler arası ilişki Pearson korelasyon katsayısı ile verilmiştir. Anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak alınmıştır.

4. BULGULAR

4.1. Yetişkin Obez Kadınların Tanımlayıcı Özelliklerinin İncelenmesi

Tablo 10: Araştırmaya Katılan Yetişkin Obez Kadınların Antropometrik Ölçümlerinin Ortalama(\bar{X}), Standart Sapma (SS) Ve Alt-Üst Değerleri.

YAŞ VE ANTROPOMETRİK ÖLÇÜMLER	\bar{X}	SS	ALT DEĞER	ÜST DEĞER
Yaş (Yıl)	41,33	10,72	19	60
Boy (m)	1,59	0,06	1,40	1,75
Kilo (kg)	90,32	13,24	68,10	153,60
BKİ (kg/m ²)	35,37	4,78	30	53
Bel Çevresi (cm)	109,41	11,04	80	146

Araştırmaya katılan yetişkin obez kadınların yaşları 19 ile 60 yaş arasında değişmekte ve yaş ortalaması $41,33 \pm 10,72$ yaştır. Yapılan istatistiksel analizler sonucunda yaşın ilerlemesi ile birlikte BKİ değeri de artmaktadır ($X^2=9,978$ $p=0,007$). Morbiz obez olan bireylerin yaş ortalaması 1. Derece Obezite olanlara oranla daha yüksektir ($U=609,500$ $Z=-2,630$ $p=0,009$).

Yetişkin obez kadınların boy, kilo ve BKİ ortalamaları sırasıyla $1,59 \pm 0,06$ m, $90,32 \pm 13,24$ kg ve $35,37 \pm 4,78$ kg/m²'dir.

Araştırmaya katılan yetişkin obez kadınların bel çevresi en düşük 80 cm ve en yüksek 146 cm olarak ölçülmüştür. Araştırmacıların bel çevresi ortalaması $109,41 \pm 11,04$ cm'dir. Yapılan analizler sonucunda BKİ değeri ile bel çevresi arasında pozitif bir korelasyon bulunmaktadır ($r=1$ $p=0,00$). Bel çevresi arttıkça BKİ değeri de pozitif yönde artmaktadır.

Tablo 11. Araştırmaya Katılan Yetişkin Obez Kadınların BKİ Değerine Göre Dağılımı.

BKİ DERECESİ	N	%
1.Derece Obezite	72	50,0
2. Derece Obezite	46	31,9
Morbid Obezite	26	18,1
Toplam	144	100,0

Araştırma Mayıs-Temmuz ayları arasında obezite polikliniğine başvuran $BKİ \geq 30$ olan yetişkin kadın olgulardan oluşmaktadır. Yetişkin obez kadınlar BKİ

değerine göre incelendiğinde %50'sinin 1.derece, %31,9'u 2.derece obezite ve %18,1'i morbid obezite olduğu saptanmıştır.

Tablo 12. Araştırmaya Katılan Yetişkin Obez Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı.

ÖĞRENİM DURUMU	N	%
Okuryazar Değil	4	2,8
Okuryazar	10	6,9
İlkokul	70	48,6
Ortaokul	26	18,1
Lise	24	16,7
Üniversite Ve Üzeri	10	6,9
Toplam	144	100,0
MEDENİ DURUM	N	%
Evli	128	88,9
Bekar	16	11,1
Toplam	144	100,0
GELİR-GİDER DURUMU	N	%
Geliri Giderinden Fazla	13	9,1
Geliri Giderinden Az	48	33,3
Geliri Giderine Eşit	83	57,6
Toplam	144	100,0

Araştırmaya katılan yetişkin obez kadınların %2,8'i okuryazar değil,%6,9'u okuryazar, %48,6'sı ilkokul, %18,1'i ortaokul, %16,7'si lise ile %6,9'u üniversite ve üzeri mezundur.

Araştırmaya katılan yetişkin obez kadınların %88,9'u evli iken %11,1'i bekadır.

Araştırmaya katılan yetişkin obez kadınların gelir-gider durumu bakımından anket cevapları incelendiğinde %9,1'i geliri giderinden fazla olduğunu, %33,3'ü geliri giderinden az olduğunu ve %57,6'sı ise geliri giderine eşit olduğunu söylemiştir.

Tablo 13. Araştırmaya Katılan Yetişkin Obez Kadınların Tanısı Konulmuş Bir Sağlık Sorununa Sahip Olup Olmama Durumu Ve Tanı Alınmış Sağlık Sorununa Göre Dağılımı.

SAĞLIK SORUNU OLUP OLMAMA DURUMU	N	%
Var	40	27,8
Yok	104	72,2
Toplam	144	100,0
TANISI ALINMIŞ SAĞLIK SORUNU	N	%
Diyabet	8	20,5
Hipertansiyon	12	30,8
Hipotiroidi	14	35,9
Kalp-Damar Hastalıkları	0	0,0
Astım	3	7,7
Diğer	2	5,1
Tanı Alınmış Olanlar	105	0,0
Toplam	144	100,0

Araştırmaya katılan yetişkin obez kadınların %27,8'i sağlık soruna sahip iken %72,2'si ise bir sağlık sorunu olmadığını belirtmiştir.

Sağlık sorunu olan katılımcıların %35,9'u hipotiroidi, %30,8'i hipertansiyona ve %20,5'i ise diyabet hastalığına sahip olduğu saptanmıştır.

Tablo 14. Araştırmaya Katılan Yetişkin Obez Kadınların Ailede Obez Birey Olma Ve Ailede Obez Olan Kişiye Göre Dağılımı.

AİLEDE OBEZ BİREY VARLIĞI	N	%
Var	68	47,2
Yok	76	52,8
Toplam	144	100,0
AİLEDEKİ OBEZ BİREY OLAN KİŞİ	N	%
Anne	25	37,3
Baba	12	17,9
Çocuk	7	10,4
Kardeş	23	34,3
Diğer	0	0,0
Ailede Obez Birey Olmayanlar	77	0,0
Toplam	144	100,0

Araştırmaya katılan yetişkin obez kadınların %52,8'inin ailesinde obez birey bulunurken %47,2'sinin ailesinde obez birey bulunmamaktadır.

Araştırmanın sonucuna göre yetişkin obez kadınların %37,3'ünde anne,%17,9'unda baba, %10,4'ünde çocuk ve %34,3'ünde kardeşte obezite varlığı saptanmıştır.

Tablo 15. Araştırmaya Katılan Yetişkin Obez Kadınların Vitamin-Mineral Desteği Kullanma Durumu, Vitamin-Mineral Kullanımı Öneren Kişi Ve Vitamin-Mineral Kullanma Amacına Göre Dağılımı.

VİTAMİN-MİNERAL DESTEĞİ KULLANMA DURUMU	N	%
Vitamin-mineral kullanıyor	39	27,1
Vitamin-mineral kullanmıyor	98	68,0
Vitamin-mineral bazen kullanıyor	7	4,9
Toplam	144	100,0
VİTAMİN-MİNERAL KULLANIMINI ÖNEREN KİŞİ	N	%
Doktor	40	90,9
Diyetisyen	3	6,8
Eczacı	0	0
Diğer	1	2,3
Vitamin-Mineral Kullanmayanlar	100	0,0
Toplam	144	100,0
VİTAMİN-MİNERAL KULLANMA AMACI	N	%
Hastalık İçin	17	38,6
Zinde Ve Sağlıklı Olmak İçin	6	13,6
Doktor Önerisi	20	45,5
Hastalıklardan Korunmak İçin	1	2,3
Diğer	0	0,0
Vitamin-Mineral Kullanmayanlar	100	0,0
Toplam	144	100,0

Araştırmaya katılan obez kadınların %68,1'i vitamin-mineral desteği kullanmazken %27,1'i vitamin-mineral kullanmaktadır. %4,9'u ise bazen vitamin mineral desteği kullanmaktadır.

Obez kadınların %90,9'u doktor, %6,8'i diyetisyen, %2,3'ü diğer kişilerin önerisi sonucu vitamin-mineral desteği kullanmaktadır.

Araştırmacıların vitamin-mineral desteğini kullanma amacı incelendiğinde %38,6 hastalık için, %13,6'sı zinde ve sağlıklı olmak için, %45,5'i doktor önerisi, %2,3'ü hastalıklardan korunmak için kullandığını belirtmiştir.

4.2. Yetişkin Obez Kadınların Beslenme Durumlarının Değerlendirilmesi

Tablo 16. Araştırmaya Katılan Yetişkin Obez Kadınların Günlük Öğün Sayısı, Öğün Atlama Durumu, Atlanılan Öğün Ve Öğün Atlama Nedenine Göre Dağılımı.

GÜNLÜK ÖĞÜN SAYISI	N	%
1 Öğün	3	2,1
2 Öğün	51	35,9
3 Öğün	76	53,5
4 Öğün Ve Fazlası	12	8,5
Toplam	144	100,0
ÖĞÜN ATLAMA DURUMU	N	%
Öğün atlıyor	95	66,4
Öğün atlamıyor	22	14,7
Bazen öğün atlıyor	27	18,9
Toplam	144	100,0
ATLANILAN ÖĞÜN	N	%
Sabah	15	12,2
Öğle	77	62,6
Akşam	10	8,1
Ara Öğün	21	17,1
Toplam	144	100,0
ÖĞÜN ATLAMA NEDENİ	N	%
Zaman Yetersizliğinden	24	19,7
Canım İstemiyor, İştahsızım	18	14,8
Geç Kalıyorum	16	13,1
Hazırlanmadığı İçin	7	5,7
Zayıflamak İçin	14	11,5
Alışkanlığı İçin	39	32,0
Diğer	4	3,3
Toplam	144	100,0

Araştırmaya katılan yetişkin obez kadınların %2,1'i bir öğün,%35,9'u iki öğün, %53,5'i üç öğün ve %8,5'i dört öğün ve fazlasını tüketmektedir.

Araştırmacıların %66,4'ü öğün atlamaktadır. Yetişkin obez kadınların %14,7'si öğün atlamamaktadır ve %18,9'u bazen öğün atlamaktadır. Öğün atlayanların %12,2'si sabah,'62,6'sı öğle, %8,1'i akşam ve %17,1'i ara öğünü atlamaktadır. Yetişkin obez kadınların %32,0'ı alışkanlığı olmadığı, %19,7'si zaman yetersizliğinden ve %14,8'si canım istemiyor, iştahsız olduğundan öğün atladığını belirtmiştir.

Tablo 17. Araştırmaya Katılan Yetişkin Obez Kadınların Öğün Aralarında Tercih Edilen Yiyecek Sıklığına Göre Dağılımı.

ARA ÖĞÜN SEÇENEKLERİ	Her Gün		Haftada 3-4 Kez		Haftada 1-2 Kez		Ayda 1-2 Kez		Seyrek		Hiç	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Bisküvi-Kraker	7	14,2	11	10,6	26	26,8	23	23,7	29	29,8	1	1,03
Simit-Poğaç	5	4,7	13	12,2	35	33,0	27	25,4	25	23,5	1	0,9
Kek-Pasta	3	2,6	16	14,1	27	23,8	35	30,9	31	27,4	1	0,8
Çay	120	91,6	4	3,05	2	1,5	2	1,5	2	1,5	1	0,7
Kahve	55	51,8	7	6,6	16	15,0	7	6,6	20	18,8	1	0,9
Meyve Suyu	8	16,3	7	14,2	8	16,3	6	12,2	19	38,7	1	2,0
Meyve	63	45,0	25	17,8	16	11,4	26	18,5	8	5,7	2	1,4
Kuruyemiş	13	13,4	17	17,5	27	27,8	18	18,5	20	20,6	2	2,0
Bitki Çayı	24	36,9	4	6,1	7	10,7	9	13,8	19	29,8	2	3,0
Çikolata	19	19,7	12	12,5	17	17,7	20	20,8	26	27,0	2	0,2
Şekerleme	9	50,0	10	18,0	6	20,0	7	14,0	17	34,0	1	2,0

Araştırmaya katılan obez kadınların ara öğünde tercih ettikleri besinlerin sıklığı Tablo 17’de gösterilmektedir. Katılımcıların ara öğünde tercih ettikleri besinler incelendiğinde bisküvi-kraker gibi atıştırmalıkları yaklaşık %30’u seyrek tükettiğini belirtmiştir.

Araştırmaya katılan yetişkin obez kadınların ara öğünde simit, poğaç tüketme alışkanlığı sorulduğunda %33’ü haftada 1-2 kez, %25’i ise ayda 1-2 kez tükettiğini belirtmiştir.

Araştırmaya katılan obez kadınların ara öğünlerde kek, pasta tüketme sıklığı sorulduğunda %31’ ayda 1-2 kez, %27’si seyrek tükettiğini belirtmiştir.

Araştırmaya katılan obez kadınların ara öğünlerde çay tüketme sıklığı ve miktarı sorulduğunda yaklaşık %92’si her gün tükettiğini belirtmiştir.

Araştırmaya katılan yetişkin obez kadınların ara öğünlerde kahve tercih etme sıklığı ve miktarı sorulduğunda yaklaşık %52'si her gün, %19'u seyrek içtiğini belirtmiştir.

Araştırmaya katılan yetişkin obez kadınların ara öğünlerde meyve suyu içme miktarı ve sıklığı sorulduğunda %39'u seyrek, %17'si her gün ve %16'sı haftada 1-2 kez tercih ettiğini belirtmiştir.

Araştırmaya katılan yetişkin obez kadınların ara öğünlerde meyve tercih etme sıklığı ve miktarı sorulduğunda %45'i her gün, %19'u ayda 1-2 kez, %18'i haftada 3-4 kez tercih ettiğini belirtmiştir.

Araştırmaya katılan obez kadınlara ara öğünlerde kuruyemiş tercih etme miktarı ve sıklığı sorulduğunda %28'i haftada 1-2 kez, %19'u ayda bir kez ve %21'i seyrek tükettiğini belirtmiştir.

Araştırmaya katılan yetişkin obez kadınların ara öğünlerde bitki çayı tercih etme sıklığı ve miktarı sorulduğunda %37'si her gün, %14'ü ayda 1-2 kez ve %30'u seyrek tükettiğini belirtmiştir.

Araştırmaya katılan yetişkin obez kadınların ara öğünlerde çikolata tercih etme sıklığı ve miktarı sorulduğunda %20'si her gün, %21'i ayda 1-2 kez ve %27'si seyrek tükettiğini belirtmiştir.

Araştırmaya katılan yetişkin obez kadınlara ara öğünlerde şekerleme tüketim sıklığı ve miktarı sorulduğunda %48'i her gün, %20'si haftada 3-4 kez ve %34'ü seyrek tükettiğini belirtmiştir.

Tablo 18. Araştırmaya Katılan Yetişkin Obez Kadınların Yemek Yeme Hızı ve Gece Kalkıp Yemek Yeme Durumuna Göre Dağılımı.

YEMEK YEME HIZI	N	%
Yavaş	20	13,9
Orta	65	45,1
Hızlı	53	36,8
Çok Hızlı	6	4,2
Toplam	144	100,0
GECE KALKIP YEMEK YEME DURUMU	N	%
Gece yemek yiyenler	13	9,0
Gece yemek yemeyenler	111	77,1
Gece bazen yemek yiyenler	20	13,9
Toplam	144	100,0

Araştırmaya katılan yetişkin obez kadınların yemek yeme hızına göre dağılımı Tablo 18’de gösterilmektedir. Obez kadınların %13,9’u yavaş, %45,1’i orta, %36,8’i hızlı ve %4,2’si çok hızlı yemek yediğini belirtmiştir.

Araştırmaya katılan obez kadınların gece kalkıp yemek yeme durumuna göre dağılımı Tablo 18’ de gösterilmektedir. Yetişkin obez kadınların yemek kalkıp yemek yeme durumu sorulduğunda %9,0’ı evet, %77,1’i evet ve %13,9’u bazen cevap vermiştir.

Tablo 19. Araştırmaya Katılan Yetişkin Obez Kadınların İştah Değerine Göre Dağılımı.

	N	ORTALAMA	SS	MİNİMUM	MAKSİMUM
İŞTAH DERESESİ	144	6,63	2,148	2	10

Araştırmaya katılan yetişkin obez kadınların iştah değerine göre dağılımı Tablo 19’da gösterilmektedir. Obez kadınlara anket uygulanırken iştah derecelerine 1 ile 10 numara arasında bir değer belirtmeleri istenmiştir. 1 numara iştahsız ve 10 numara çok iştahlı olarak kabul edilmektedir. İştah değerine göre yapılan analizler sonucunda ortalama $6,63 \pm 2,148$ bulunmuştur.

Tablo 20. Araştırmaya Katılan Yetişkin Obez Kadınların Duygu Durumunun Beslenme Davranışına Göre Dağılımı.

DUYGU DURUMU	ÜZÜNTÜLÜ		SIKINTILI		SEVİNÇLİ		HEYECANLI		YORGUN	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Hiç Yemek Yemem	38	26,4	29	20,1	24	16,7	28	19,4	43	29,9
Daha Az Yemek Yerim	21	14,6	28	19,4	29	20,1	30	20,8	34	23,6
Daha Çok Yemek Yerim	65	45,1	67	46,5	44	30,6	32	22,2	29	20,1
Değişiklik Olmaz	20	13,9	20	13,9	47	32,6	54	37,5	38	26,4
Diğer	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Toplam	144	100,0	144	100,0	144	100,0	144	100,0	144	100,0

Araştırmaya katılan obez kadınlara üzüntülü bir durumda beslenme davranışının nasıl etkilendiği sorulduğunda %45,1’i daha çok yemek yemediğini belirtmiştir. Hiç

yemek yemeyenlerin oranı ise %26,4 saptanmıştır. Farklı duygu durumlarında meydana gelen beslenme durumundaki değişiklikler Tablo 20’de gösterilmektedir.

Araştırmaya katılan yetişkin obez kadınlara sevinçli bir durumla karşılaştıklarında meydana gelen beslenme değişiklikleri sorulduğunda %33’ü değişiklik olmadığını, %30’u daha çok yemek yediğini belirtmiştir.

Araştırmaya katılan yetişkin obez kadınlara heyecanlı bir durumla karşılaştıklarında değişen beslenme alışkanlıkları sorulduğunda %22’si daha çok yemek yediğini, %21’i daha az yemek yediğini ve %38’i değişiklik olmadığını belirtmiştir.

Araştırmaya katılan yetişkin obez kadınlara yorgun bir durumda karşılaştıklarında beslenme davranışında meydana gelen değişiklikler sorulduğunda %30’u hiç yemek yemediğini, %24’ü daha az yemek yediğini, %20’si daha çok yemek yediğini ve %30’u değişiklik olmadığını belirtmiştir.

Tablo 21. Araştırmaya Katılan Yetişkin Obez Kadınların Etiket Bilgisi Okuma ve Tv, Radyo, Promosyon Vb. Yapılan Reklamların Beslenme Tercihine Etki Durumunun Dağılımı.

ETİKET BİLGİSİ OKUMA	N	%
Evet	84	58,3
Hayır	31	21,5
Bazen	29	20,1
Toplam	144	100
DİKKAT EDİLEN ETİKET BİLGİLERİ	N	%
Son Kullanma Tarihine	29	25,4
Üretim Tarihine	6	5,3
Üretim Ve Son Kullanma Tarihine	20	17,4
Firma İsmine	6	5,3
Besin Değerine	6	5,3
Katkı Maddelerine	10	8,8
Hepsine	35	30,7
Diğer	2	1,8
Toplam	144	100,0
TV, RADYO, PROMOSYON VB.REKLAMLARIN BESLENME TERCİHLERİNE ETKİSİ	N	%
Etkiliyor	17	11,8
Etkilemiyor	108	75,0
Bazen etkiliyor	19	13,2
Toplam	144	100,0

Araştırmaya katılan obez kadınlara satın aldıkları ambalajlı ürünlerdeki etiket bilgilerini okuyup okumama durumu sorulduğunda %58,3’ü evet, %21,5’i hayır ve

%20,1'i bazen cevabını vermiştir. Obez kadınların etiket bilgisini okuma durumuna göre dağılımı Tablo 21'de gösterilmektedir.

Araştırmaya katılan yetişkin obez kadınların satın aldıkları ürünlerdeki okudukları etiket bilgilerine göre dağılımına bakıldığında %25,4'ü son kullanma tarihine, %17,5'i son kullanma ve üretim tarihine, %30,7'si ise her bilgiye baktığı görülmektedir. Firma ismine ve besin değerine bakanların oranı ise %5,3'tür

Araştırmaya katılan yetişkin obez kadınlara TV, radyo, promosyon vb reklamların beslenme tercihlerini etkileyip etkilemediği sorulduğunda %75'i hayır, %13,2'si bazen ve %11,8'i evet cevabını vermiştir. Obez kadınların yapılan reklamların beslenme tercihlerine etkisi Tablo 21'de gösterilmektedir.

Tablo 22. Araştırmaya Katılan Yetişkin Obez Kadınların 'Light, Düşük Kalorili, Diyabetik' Hazır Yiyecek Tüketme Durumuna Göre Dağılımı.

LİGH T, DÜŞÜK KALORİLİ, DİYABETİK' HAZIR YİYECEK TÜKETME	N	%
Tüketiyor	64	44,4
Tüketmiyor	80	55,6
Toplam	144	100,0

Araştırmaya katılan yetişkin obez kadınların %55,6'sı 'Light, Düşük Kalorili, Diyabetik' ürün kullanmazken %44,4'ü ise 'Light, Düşük Kalorili, Diyabetik' ürün kullanmaktadır. Obez kadınların 'Light, Düşük Kalorili, Diyabetik' ürün kullanımına göre dağılım Tablo 22'de gösterilmektedir.

Tablo 23. Araştırmaya Katılan Yetişkin Obez Kadınların 'Light, Düşük Kalorili, Diyabetik' Ürün Kullanılma Sıklığına Göre Dağılımı.

LİGH T, DÜŞÜK KALORİLİ, DİYABETİK' HAZIR YİYECEK ÇEŞİDİ	Sürekli		Ara Sıra		Seyrek		Hiç	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Yağsız Süt	5	27,8	10	55,6	2	11,1	1	5,6
Yarım Yağlı Süt	13	43,3	10	33,3	7	23,3	0	0
Yarım Yağlı Yoğurt	22	64,7	7	20,6	4	11,8	1	2,9
Az Yağlı Peynir	24	70,6	5	14,7	5	14,7	0	0
Diyabetik Çikolata	0	0	2	28,6	1	14,3	4	57,1
Diyet Reçel	0	0	1	16,7	1	16,7	4	66,7
Diyet Yaş Pasta	0	0	1	12,5	4	50,0	3	37,5
Diyet Kola	0	0	3	50,0	1	16,7	2	33,3
Kepekli Ekmek	22	62,9	11	31,4	2	5,7	0	0
Diyet Form Bisküvi	2	10,0	13	65,0	4	20,0	0	0
Tatlandırıcılar	0	0	4	66,7	0	0	2	33,3

Araştırmaya katılan yetişkin obez kadınların ‘Light, Düşük Kalorili, Diyabetik’ ürün kullananların sıklığına göre dağılımı Tablo 23’de gösterilmektedir. Obez kadınların %55,6’sı ara sıra yağsız süt, %43,3’ sürekli yarım yağlı süt kullanmaktadır. Sürekli yarım yağlı yoğurt kullananların oranı %64,7 iken az yağlı peynir kullananların oranı ise 70,6’dır.

Araştırmaya katılan obez kadınların %57,1’i diyabetik çikolatayı, %66,7’si diyabetik reçeli hiç kullanmamaktadır. Seyrek olarak diyet yaş pasta tüketenlerin oranı %50,0’dır. Obez kadınların %50,0’si ara sıra diyet kola içmekte ve %62,9’u sürekli kepek ekmeğini tüketmektedir.

Diyet form bisküvi tüketen obez kadınların 565,0’ı ara sıra tercih ettiğini belirtmektedir. ‘Light, Düşük Kalorili, Diyabetik’ ürün kullanan obez kadınların %66,7’si ara sıra tatlandırıcı kullandığını belirtmiştir.

Tablo 24. Araştırmaya Katılan Yetişkin Obez Kadınların Daha Önce Zayıflama Diyeti Uygulama, Uygulanan Diyet Türü Ve Diyeti Öneren Durumuna Göre Dağılımı.

DAHA ÖNCEDEN ZAYIFLAMA DİYETİ UYGULAMA DURUMU	N	%
Uygulayanlar	78	54,1
Uygulamayanlar	66	45,9
Toplam	144	100,0
ZAYIFLAMAK İÇİN UYGULANAN DİYET TÜRÜ	N	%
Bireye Özgü Diyet Listesi İle	48	65,8
Karbonhidrat Kısıtlı Diyet	20	27,4
Tek Tip Beslenmeye Dayalı Diyet	5	6,8
Zayıflama Diyeti Uygulamayanlar	71	0,0
Toplam	144	100,0
ZAYIFLAMA DİYETİNİ ÖNEREN	N	%
Doktor	15	20,0
Diyetisyen	37	49,3
Komşu/Arkadaş	3	4,0
Tv/İnternet/Gazete-Dergi	6	8,0
Diğer	14	18,7
Zayıflama Diyeti Uygulamayanlar	69	0,0
Toplam	144	100,0

Araştırmaya katılan yetişkin obez kadınlara daha önce zayıflama diyeti uygulayıp uygulamadığı sorulduğunda %54,5’i evet, %45,5’i hayır cevabını vermiştir.

Obez kadınların daha önce zayıflama diyeti uygulama durumuna göre dağılımı Tablo 24’de gösterilmektedir.

Araştırmaya katılan yetişkin obez kadınların %65,8’i bireye özgü hazırlanan liste ile 27,4’ü karbonhidrat kısıtlı diyet ile, %6,8’i tek tip beslenmeye dayalı diyet uyguladığını belirtmiştir. Obez kadınların daha önce uyguladıkları zayıflama diyet türüne göre dağılımı Tablo 39’ da gösterilmektedir.

Araştırmaya katılan obez kadınlara daha önce uyguladıkları zayıflama diyetlerini kimin önerdiği sorulduğunda %20,0’ı doktor, %49,3’ü diyetisyen, %4,0’ı komşu/arkadaş, %8,0’ı TV/internet/gazete-dergi ve %18,7’si ise diğer cevabını vermiştir. Obez kadınların daha önce uyguladıkları zayıflama diyetini öneren kişiye göre dağılımı Tablo 24’de gösterilmektedir.

Tablo 25. Araştırmaya Katılan Yetişkin Obez Kadınların Uygulanan Zayıflama Diyetinin Süresi Ve Sağlanan Kilo Kaybının Değerlendirilmesi.

	ORTALAMA	SS	MAKSİMUM	MİNİMUM
UYGULANAN SÜRE(HAFTA)	13,85	13,37	52	1
VERİLEN KİLO(KG)	10,43	6,47	29	0

Araştırmaya katılan yetişkin obez kadınların daha önce uyguladıkları zayıflama diyeti süresi ve verilen kilo miktarı Tablo 25’te gösterilmektedir. Daha önce zayıflama diyeti uygulayan obez kadınlar en az 1, en fazla ise 52 hafta ve ortalama $13,85 \pm 13,37$ hafta diyeti uyguladıkları saptanmıştır.

Obez kadınların daha önce uyguladıkları zayıflama diyeti ile verdikleri kiloların ortalaması $10,43 \pm 6,47$ bulunmuştur. Kadınların daha önceden uyguladıkları diyet ile en fazla 29 kg verdikleri ve hiç kilo vermeyenlerin olduğu da saptanmıştır.

Tablo 26. Araştırmaya Katılan Yetişkin Obez Kadınların Kilo Vermek İçin Diyet Dışında Başka Bir Yöntem Uygulama Durumuna Göre Dağılımı.

DİYET DIŞINDA BAŞKA BİR YÖNTEM UYGULAMA DURUMU	N	%
Uygulayanlar	52	36,2
Uygulamayanlar	92	63,8
Toplam	144	100,0
ZAYIFLAMAK İÇİN UYGULANAN DİĞER YÖNTEMLER	N	%
Zayıflama İlacı	8	16,7
Bitkisel Çaylar	35	72,9
Besin Destekleri	0	0,0
Liposuction	0	0,0
Laksatif	2	4,2
Kusma Yöntemi	0	0,0
İdrar Söktürücü	0	0,0
Diğer	0	0,0
Herhangi Bir Yöntem Uygulamayanlar	99	0,0
Toplam	144	100,0

Araştırmaya katılan obez kadınlara kilo vermek için diyet dışında başka bir yöntem uygulayıp uygulamadığı sorulduğunda %36,42'ü evet, %63,6'sı hayır cevabını vermiştir. Obez kadınları kilo vermek için zayıflama diyeti dışında başka bir yöntem uygulama durumuna göre dağılımı Tablo 26'da gösterilmektedir.

Araştırmaya katılan obez kadınların zayıflamak için diyet dışında uyguladıkları yöntemler bakımından dağılımı Tablo 26'da gösterilmektedir. Obez kadınların %72,9'u bitkisel çay, %16,7'si zayıflama ilacı ve %4,2'si laksatif kullanarak zayıflamayı denediğini belirtmiştir.

Tablo 27. Araştırmaya Katılan Yetişkin Obez Kadınların Günlük Su Tüketimi Bakımından Dağılımı.

GÜNLÜK SU TÜKETİMİ	N	%
3 Bardak Ve Daha Az	28	18,9
4-6 Bardak	39	27,3
6-8 Bardak	15	10,5
8-10 Bardak	21	14,7
10 Bardak Ve Daha Fazla	41	28,7
Toplam	144	100,0

Araştırmaya katılan yetişkin obez kadınların günlük su tüketimine ait dağılım Tablo 27'de gösterilmektedir. Obez kadınların %18,9'u üç bardak ve daha az, %27,3'ü 4-6 bardak, %10,5'i 6-8 bardak, %14,7'si 8-10 bardak ve %28,7'si 10 bardak ve üzeri su tüketmektedir.

Tablo 28. Araştırmaya Katılana Yetişkin Obez Kadınların Beslenme İle İlgili Bilgileri Öğrenme Kaynağına Göre Dağılımı.

BESLENME İLE İLGİLİ BİLGİ KAYNAĞI	N	%
Aile	50	35,0
Gazete/Dergi	7	4,9
Tv/Radyo	28	19,6
İnternet	18	12,5
Diyetisyen	41	28,0
Toplam	144	100,0

Araştırmaya katılan yetişkin obez kadınlara beslenme ile ilgili bilgileri nerden öğrenirsiniz diye sorulduğunda %35,0'ı aile, %4,9'u gazete/dergi, %19,6'sı Tv/radyo, %12,6'sı internet ve %28,0'ı diyetisyen cevabını vermiştir. Obez kadınların beslenme ile ilgili bilgi kaynağına göre dağılımı Tablo 28'de gösterilmektedir.

Tablo 29. Araştırmaya Katılan Yetişkin Obez Kadınların Özen Göstererek Yaptığı Beslenme Tercihlerine Göre Dağılımı.

BESLENME SEÇENEKLERİ	N	%
Yağ Oranı Düşük	25	16,8
Tuz Oranı Düşük	17	11,9
Vitaminsiz Zengin	24	16,8
Lezzetli Olması	78	54,5
Diğer	0	0,0
Toplam	144	100,0

Araştırmaya katılan yetişkin obez kadınlara besin tercihlerinde özen gösterdikleri seçim sorulduğunda %16,8'i yağ oranı düşük, %11,9'u tuz oranı düşük, %16,8'i vitaminsiz zengin ve %54,5'i vitaminsiz zengin cevabını vermiştir. Yetişkin obez kadınların özen göstererek yaptıkları beslenme tercihlerine göre dağılımı Tablo 29'da gösterilmektedir.

Tablo 30. Araştırmaya Katılan Yetişkin Obez Kadınların Yemeklerdeki Tuz Tercihine Göre Dağılımı.

YEMEKLERDEKİ TUZ MİKTARI	N	%
Tuzsuz	5	3,5
Az Tuzlu	39	27,1
Normal	93	64,5
Tuzlu	7	4,9
Toplam	144	100,0

Araştırmaya katılan yetişkin obez kadınların yemeklerdeki tuz tercihlerine göre dağılım Tablo 30’da gösterilmektedir. Obez kadınların %3,5’i tuzsuz, %27,1’i az tuzlu, %64,6’sı normal ve %4,9’u çok tuzlu yemekler tercih etmektedir.

Tablo 31. Araştırmaya Katılan Yetişkin Obez Kadınların Obeziteyi Sağlık Sorunu Olarak Görüp Görmeme Durumuna Göre Dağılımı.

OBEZİTEYİ SAĞLIK SORUNU OLARAK GÖRÜP GÖRMEME	N	%
Sağlık sorunu olarak görenler	133	92,4
Sağlık sorunu olarak görmeyenler	11	7,6
Toplam	144	100,0
OBEZİTE SEBEBİ	N	%
Çevre	4	2,8
Genetik	13	9,0
Yiyecek	41	28,5
Stres	32	22,2
Hareketsizlik	54	37,5
Toplam	144	100,0

Araştırmaya katılan yetişkin obez kadınların %92,4’ü obeziteyi sağlık sorunu olarak görürken %7,6’sı ise sağlık sorunu olarak görmemektedir. Obez kadınları obeziteyi sağlık sorunu olarak görüp görmeme durumuna göre dağılımı Tablo 31’de gösterilmektedir.

Araştırmaya katılan yetişkin obez kadınlara obezitenin en önemli sebebi sorulduğunda %37,5’i hareketsizlik, %28,5’i yiyecek ve %22,2’si stres cevabını vermiştir. Obez kadınların obezitede en sebebe göre dağılımı Tablo 31’de gösterilmektedir.

Tablo 32. Araştırmaya Katılan Yetişkin Obez Kadınların Besin Tüketim Sıklığı Dağılımı.

SIKLIK	HER GÜN		İKİ GÜNDE BİR		HAFTADA 1-2 KEZ		15 GÜNDE BİR		AYDA BİR		YEMİYORUM		TOPLAM	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Et	17	11,8	28	19,4	51	35,4	20	13,9	24	16,7	4	2,8	144	100,0
Yumurta	83	57,6	27	18,8	21	14,6	4	2,8	4	2,8	5	3,5	144	100,0
Balık	3	2,1	7	4,9	42	29,2	29	20,1	36	25,0	27	18,8	144	100,0
Sucuk, Salam, Sosis	3	2,1	8	5,6	25	17,4	18	12,5	20	13,9	70	48,6	144	100,0
Kurubaklagil	3	2,1	14	9,7	72	50,0	34	23,6	12	8,3	9	6,2	144	100,0
Süt	16	11,1	15	10,4	37	25,7	11	7,6	9	6,2	56	38,9	144	100,0
Cips	3	2,1	9	6,2	18	12,5	7	4,9	14	9,7	93	64,6	144	100,0
Yoğurt-Peynir	112	77,8	9	6,2	7	4,9	3	2,1	2	1,4	11	7,6	144	100,0
Dondurma	29	20,1	23	16,0	39	27,1	13	9,0	16	11,1	24	16,7	144	100,0
Sebze	83	57,6	25	17,4	22	15,3	8	5,6	2	1,4	4	2,8	144	100,0
Meyve	77	53,5	22	15,3	28	19,4	5	3,5	7	4,9	5	3,5	144	100,0
Ekmek	108	75,0	5	3,5	13	9,0	6	4,2	2	1,2	10	6,9	144	100,0
Makarna-Pilav	33	22,9	26	18,1	47	32,6	15	10,4	11	7,6	12	8,3	144	100,0
Mısır Gevreği	5	3,5	3	2,1	24	16,7	11	7,6	9	6,2	92	63,9	144	100,0
Hamur İşleri	6	4,2	8	5,6	35	24,2	32	22,2	26	18,1	27	18,8	134	100,0
Reçel-Bal	33	22,9	15	10,4	20	13,9	17	11,8	17	11,8	42	29,2	144	100,0
Ketçap-Mayonez	6	4,2	10	6,9	10	6,9	18	12,5	21	14,6	79	54,9	144	100,0
Kola	3	2,1	12	8,3	12	8,3	12	8,3	22	15,3	83	57,6	144	100,0
Tatlı	8	5,6	15	10,4	39	27,1	24	16,7	29	20,1	29	20,1	144	100,0

Araştırmaya katılan obez kadınların bazı besinleri tüketim sıklığı Tablo 32’de gösterilmektedir.

Obez kadınların et, yumurta ve balık tüketim sıklığına bakıldığında her gün et tüketenler 11,8 iken haftada 1-2 kez et tüketenlerin oranı 35,4’tür. Hiç et yemeyenlerin oranı ise 2,8’dir. Obez kadınlar %57,6’sı her gün yumurta tüketmekte iken %3,5’i hiç yumurta tüketmemektedir. Balık tüketimi değerlendirildiğinde haftada 1-2 kez tüketenler %29,2, her gün tüketenler ise %2,1’dir. Hiç balık tüketmeyenler ise %18,8 olarak saptanmıştır.

Araştırmaya katılan obez kadınlara sucuk, salam, sosis gibi fermente et tüketimleri sorulduğunda %48,6’sı hiç tüketmediğini, %13,9’u ayda bir kez tükettiğini belirtmiştir. Her gün tüketenlerin oranı ise %2,1’dir.

Araştırmaya katılan obez kadınlara kurubaklagil tüketimi sorulduğunda %50’si haftada 1-2 kez, 23,9’u 15 günde bir tükettiğini ve %6,2’si ise hiç tüketmediğini belirtmiştir.

Araştırmaya katılan obez kadınların %11,1'i her gün süt içerken, %38,9'u hiç süt içmemektedir. %25,7'si haftada 1-2 kez süt tükettiğini belirtmiştir.

Araştırmaya katılan obez kadınların %64,6'sı hiç cips yemediğini belirtirken her gün tüketenlerin oranı ise %2,1'dir. %9,7'si ayda bir, %12,5'i haftada 1-2 kez cips tüketilmektedir.

Araştırmaya katılan obez kadınların %77,8'i her gün yoğurt-peynir tüketmektedir. %6,2'si haftada 3-4 kez tüketirken hiç tüketmeyenlerin oranı %7,8'dir.

Araştırmaya katılan obez kadınlara dondurma tüketimi sorulduğun %20,1'i her gün, %27,1'i haftada 1-2 kez tükettiğini belirtmiştir. Hiç dondurma tüketmeyen obez kadınların oranı %16,7'dir.

Araştırmaya katılan obez kadınlara sebze ve meyve tüketme sıklığı sorulduğunda %57,6'sı sebze ve 53,5'i meyveyi her gün tüketmektedir. Hiç sebze ve meyve yemelerin oranı sırasıyla 2,8 ve 3,5'tir.

Araştırmaya katılan obez kadınların %75'i her gün, %15,3' haftada 3-4 kez ve %19,4' haftada 1-2 kez ekmek tüketmektedir. Hiç ekmek yemeklerin ise %6,9'dur.

Araştırmaya katılan obez kadınların makarna-pilav tüketimine bakıldığında %22,9'u her gün, %32,6'sı haftada 3-4 kez, %10,4' 15 günde bir tükettiği saptanmıştır. Hiç pilav-makarna yemeyenlerin oranı ise %8,3'tür.

Araştırmaya katılan obez kadınlara kahvaltılı mısır gevreği tüketim durumu sorulduğunda %63,9'u hiç tüketmediğini %3,5'i her gün tükettiğini belirtmiştir.

Araştırmaya katılan obez kadınların %4,2'si her gün, %24,3' haftada 1-2 kez, %22,22'si haftada 3-4 kez ve %25'i ayda bir kez hamur işi tükettiğini saptanmıştır. Hiç hamur işi yemelerin oranı ise %18,8'dir.

Araştırmaya katılan obez kadınların reçel- bal tüketimi sorulduğunda %22,9'u her gün yediğini belirtmiştir. %12,5'i haftada 3-4 kez, %14,6'sı ayda bir tüketmektedir. Hiç reçel bal tüketmeyenler ise %29,2'dir.

Araştırmaya katılan obez kadınların hiç ketçap-mayonez, kola ve tatlı yemeyenlerin oranı sırasıyla %54,9, %57,6 ve %20,1'dir.

4.3. Çözümleyici Analizler BKİ Düzeylerine Göre Değerlendirme

Tablo 33. Araştırmaya Katılan Obez Kadınların Yaşı İle BKİ Derecesinin Değerlendirilmesi.

BKİ	N	SD	f	p
Şişman	72	10,17	4,922	0,009
Aşırı Şişman	46	10,79		
Morbid Obez	26	10,52		
TOPLAM	144			

Araştırmaya katılan kadınların BKİ ile yaşı arasında pozitif bir korelasyon bulunmaktadır ($r=0,262$, $p=0,001$). Yaş arttıkça BKİ'de artmaktadır. Gruplar arası istatistiksel analizler yapıldığında morbid obez olan kadınlar şişman ve aşırı şişman kadınlara oranlara daha daha büyük yaşa sahiptir ($p=0,010$, $p=0,014$).

Tablo 34. Araştırmaya Katılan Obez Kadınların Medeni Durumu İle BKİ Değerinin Değerlendirilmesi.

Medeni Durum	N	TEST DEĞERİ	Z	p
Evli	128	720,00	-2,113	0,035
Bekar	16			
Toplam	144			

Araştırmaya katılan yetişkin obez kadınların BKİ derecesi ile medeni durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Evli olan obez kadınların BKİ derecesi bekar olanlara oranla daha yüksektir ($p<0,05$).

Tablo 35. Araştırmaya Katılan Obez Kadınların Gelir- Gider Durumu İle BKİ Değerinin Değerlendirilmesi.

	N	TEST DEĞERİ	df	p
Geliri Giderinden Fazla	13	0,53	2	0,778
Geliri Giderinden Az	48			
Geliri Giderine Eşit	83			
Toplam	144			

Araştırmaya katılan obez kadınların BKİ değeri ve gelir-gider durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Tablo 36. Araştırmaya Katılan Obez Kadınların Tanı Almış Sağlık Sorunu Olup Olmama Durumu ve Sağlık Sorununu İle BKİ Değerinin Değerlendirilmesi.

TANI ALMIŞ SAĞLIK SORUNU OLUP OLMAMA DURUMU				
	N	TEST DEĞERİ	Z	p
Var	104	1954,00	-0,614	0,539
Yok	40			
Toplam	144			
TANI ALMIŞ SAĞLIK SORUNU				
	N	TEST DEĞERİ	df	p
Diyabet	8	8,276	3	0,041
Hipertansiyon	12			
Hipotiroidi	14			
Astım	3			
Tanısı Konulmuş Sağlık Sorunu Olmayanlar	109			
Toplam	144			

Araştırmaya katılan obez kadınların tanı almış sağlık sorunu olup olmama durumu ve BKİ derecesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$). Tanı almış sağlık sorunu olan obez bireylerin BKİ değerleri daha yüksektir.

Araştırmaya katılan obez kadınların tanı almış sağlık sorunu ile BKİ değeri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). Araştırmaya katılanlar obez kadınlar arasında hipertansiyon sorunu olanların tiroid sorunu olanlara oranla daha yüksek BKİ değerine sahip olduğu bulunmuştur ($U=37,00$, $Z=-2,797$, $p=0,015$).

Tablo 37. Araştırmaya Katılan Yetişkin Obez Kadınların Ailede Obez Birey Olup Olmama Durumu ve Ailede Obez Olan Kişi İle BKİ Değerinin Değerlendirilmesi.

AILEDE OBEZ BİREY OLUP OLMAMA DURUMU				
	N	TEST DEĞERİ	Z	p
Var	68	2404,00	-0,788	0,431
Yok	76			
Toplam	144			
AILEDE OBEZ OLAN KİŞİ				
	N	TEST DEĞERİ	df	p
Anne	25	2,734	3	0,435
Baba	12			
Çocuk	7			
Kardeş	23			
Ailede Obez birey olmayanlar	77			
Toplam	144			

Araştırmaya katılan obez kadınlar arasında ailesinde obez birey bulunanların bulunmayanlara oranla daha yüksek BKİ değerine sahip olduğu ancak istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Araştırmaya katılan obez kadınların ailesinde obez olan kişi ile BKİ değeri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmasa da ailesinde anne ve ya çocuğun obez olduğu araştırmacılar baba ve ya kardeşin obez olduğu araştırmacılara oranla daha yüksek BKİ değerine sahiptir.

Tablo 38. Araştırmaya Katılan Yetişkin Obez Kadınların Vitamin-Mineral Kullanıp Kullanmama Durumu İle BKİ Değerinin Değerlendirilmesi.

VİTAMİN-MİNERAL KULLANMA DURUMU	N	TEST DEĞERİ	df	p
Vitamin-mineral kullanıyor	39	4,106	2	0,128
Vitamin-mineral kullanmıyor	98			
Vitamin-mineral bazen kullanıyor	7			
Toplam	144			

Araştırmaya katılan obez kadınların vitamin-mineral kullanıp kullanmama durumu ile BKİ değeri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır. Bazen ya da hiç vitamin-mineral kullanmayan obez kadınların kullananlara oranla daha yüksek BKİ değerine sahip olduğu bulunmuştur ($p>0,05$).

Tablo 39. Araştırmaya Katılan Yetişkin Obez Kadınların Eğitim Durumları İle BKİ Değerinin Değerlendirilmesi.

EĞİTİM DURUMU	N	TEST DEĞERİ	df	p
Okuryazar Değil	4	18,308	5	0,003
Okuryazar	10			
İlkokul	70			
Ortaokul	26			
Lise	24			
Üniversite Ve Üzeri	10			
Toplam	144			

Araştırmaya katılan obez kadınların eğitim seviyesi ile BKİ derecesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Eğitim seviyesi düşük olanlarda BKİ derecesi daha yüksektir ($p < 0,05$). Yapılan analizler sonucunda okuryazar olmayanlar ilkokul ($U=46,5$, $p=0,016$) ve üniversite mezunlarına ($U=0,500$, $p=0,001$) göre daha yüksek BKİ değerine sahip bulunmuştur. Aynı zamanda ilkokul mezunları da üniversite mezunlarına göre BKİ dereceleri daha yüksektir ($U=193,0$, $p=0-012$).

Tablo 40. Araştırmaya Katılan Yetişkin Obez Kadınların Günlük Öğün Sayısı İle BKİ Değerinin Değerlendirilmesi.

GÜNLÜK ÖĞÜN SAYISI	N	TEST DEĞERİ	df	p
1 Öğün	3	4,837	3	0,184
2 Öğün	51			
3 Öğün	76			
4 Öğün Ve Fazlası	12			
Toplam	144			

Araştırmaya katılan obez kadınların günlük tükettikleri öğün sayısı ile BKİ derecesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p > 0,05$).

Tablo 41. Araştırmaya Katılan Yetişkin Obez Kadınların Öğün Atlama Durumu, Atlanılan Öğün, Öğün Atlama Nedeni İle BKİ Değerinin Değerlendirilmesi.

ÖĞÜN ATLAMA DURUMU				
	N	TEST DEĞERİ	df	p
Evet	95	3,313	2	0,209
Hayır	22			
Bazen	27			
Toplam	144			
ATLANILAN ÖĞÜN				
	N	TEST DEĞERİ	df	p
Sabah	15	9,559	3	0,023
Öğle	75			
Akşam	10			
Ara	21			
Cevap Vermeyenler	21			
Toplam	144			
ÖĞÜN ATLAMA NEDENLERİ				
	N	TEST DEĞERİ	df	p
Zaman Yetersizliğinde	24	8,857	6	0,182
Canım İstemiyor, İştahsızım	18			
Geç Kalıyorum	16			
Hazırlanmadığı İçin	7			
Zayıflamak İçin	14			
Alışkanlığım Yok	39			
Diğer	4			
Toplam	144			

Araştırmaya katılan obez kadınların öğün atlama durumu ve BKİ derecesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Araştırmaya katılan obez kadınların atladığı öğün ile BKİ derecesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). Akşam öğününü atlayanlar sabah öğününü atlayanlara oranla daha yüksek BKİ değerine sahip bulunmuştur ($U=36,00$, $Z=-2,419$, $p=0,031$). Aynı şekilde akşam öğünü atlayanlar öğle öğününü atlayanlara oranla daha yüksek BKİ değerine sahiptir ($U=229,0$, $Z=-2,269$, $p=0,023$).

Öğün atlama sebepleri ve BKİ değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır. Hazırlanmadığı ve canım istemiyor, iştahsızım diyen obez kadınların diğer öğün atlama sebeplerine göre daha yüksek BKİ değerine sahip olduğu bulunmuştur ($p>0,05$).

Tablo 42. Araştırmaya Katılan Yetişkin Obez Kadınların Gece Yemek Yeme Durumu, Yemek Yeme Hızı İle BKİ Değerinin Değerlendirilmesi.

GECE YEMEK YEME DURUMU				
	N	TEST DEĞERİ	df	p
Gece yemek yiyenler	13	2,945	2	0,229
Gece yemek yemeyenler	111			
Gece bazen yemek yiyenler	20			
Toplam	144			
YEMEK YEME HIZI				
	N	TEST DEĞERİ	df	p
Yavaş	20	3,063	2	0,382
Orta	65			
Hızlı	53			
Çok Hızlı	6			
Toplam	144			

Araştırmaya katılan obez kadınların gece uyanıp yemek yiyen ve yemeyenler arasında BKİ değeri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$). Araştırmaya katılan obez kadınların yemek yeme hızı ile BKİ değeri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Tablo 43. Araştırmaya Katılan Yetişkin Obez Kadınların TV, Radyo, Promosyon Reklamlarının Beslenme Tercihine Etkisi İle BKİ Değerinin Değerlendirilmesi.

TV, RADYO, PROMOSYON REKLAMLARININ BESLENME TERCİHİNE ETKİSİ				
	N	TEST DEĞERİ	df	p
Etkiliyor	17	4,001	2	0,135
Etkilemiyor	108			
Bazen etkiliyor	19			
Toplam	144			
LİGH, DÜŞÜK KALORİLİ, DİYABETİK ÜRÜN KULLANMA DURUMU				
	N	TEST DEĞERİ	df	p
Kullanıyor	64	1,797	1	0,180
Kullanmıyor	80			
Toplam	144			

Araştırmaya katılan obez kadınların TV, radyo, promosyon reklamlarının beslenme tercihine etkisi ile BKİ değeri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Araştırmaya katılan obez kadınları light, düşük kalorili, diyabetik ürün kullanma durumu ile BKİ değeri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Tablo 44. Araştırmaya Katılan Obez Kadınların Etiket Bilgisi Okuma Durumu, Okunan Etiket Bilgisi İle BKİ Değerinin Değerlendirilmesi.

ETİKET BİLGİSİ OKUMA DURUMU				
	N	TEST DEĞERİ	df	p
Etiket bilgisi okuyor	84	6,251	2	0,044
Etiket bilgisi okumuyor	31			
Bazen etiket bilgisi okuyor	29			
Toplam	144			
OKUNAN ETİKET BİLGİSİ				
	N	TEST DEĞERİ	df	p
Son Kullanma Tarihine	29	8,234	7	0,312
Üretim Tarihine	6			
Üretim Ve Son Kullanma Tarihine	20			
Firma İsmine	6			
Besin Değerine	6			
Katkı Maddelerine	10			
Hepsine	35			
Diğer	2			
Toplam	144			

Araştırmaya katılan obez kadınların etiket bilgisi okuyup okumama durumu ile BKİ derecesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p < 0,05$). Etiket bilgisi bazen ya da hiç okumayanların okuyanlara oranla BKİ derecesi daha yüksek bulunmuştur ($U=992,00$, $Z=-2,157$, $p=0,031$). Obez kadınların ambalaj üzerinde okudukları etiket bilgisi ile BKİ derecesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p > 0,05$).

Tablo 45. Araştırmaya Katılan Yetişkin Obez Kadınların Zayıflamak İçin Diyet Dışında Başka Yöntem Uygulama, Uygulanan Yöntem İle BKİ Değerinin Değerlendirilmesi.

ZAYIFLAMAK İÇİN DİYET DIŞINDA BAŞKA YÖNTEM UYGULAMA DURUMU				
	N	TEST DEĞERİ	df	p
Uygulayanlar	52	0,035	1	0,852
Uygulamayanlar	92			
Toplam	144			
ZAYIFLAMAK İÇİN UYGULANAN DİYET DIŞINDA UYGULANAN BAŞKA YÖNTEMLER				
	N	TEST DEĞERİ	df	p
Zayıflama İlacı	8	4,764	3	0,190
Bitkisel Çaylar	35			
Laksatif	4			
Zayıflamak İçin Başka Yöntem Uygulamayanlar	96			
Toplam	144			

Araştırmaya katılan obez kadınların zayıflamak için diyet dışında başka yöntem uygulama durumu, uygulanan yöntemler ile BKİ değeri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Tablo 46. Araştırmaya Katılan Yetişkin Obez Kadınların Daha Önce Zayıflama Diyeti Uygulama Durumu, Uygulanan Zayıflama Diyet Türü, Zayıflama Diyetini Öneren Kişi ile BKİ Değerinin Değerlendirilmesi.

DAHA ÖNCE ZAYIFLAMA DİYETİ UYGULAMA DURUMU				
	N	TEST DEĞERİ	df	p
Uygulayanlar	78	0,178	1	0,673
Uygulamayanlar	66			
Toplam	144			
DAHA ÖNCE UYGULANAN ZAYIFLAMA DİYET TÜRÜ				
	N	TEST DEĞERİ	df	p
Kişiyeye özgü liste ile	48	2,208	2	0,332
Karbonhidrat Kısıtlı Diyet	20			
Tek Tip Beslenme	5			
Zayıflama Diyeti Uygulamayanlar	71			
Toplam	144			
DAHA ÖNCE UYGULANAN ZAYIFLAMA DİYETİNİ ÖNEREN KİŞİ				
	N	TEST DEĞERİ	df	p
Doktor	15	5,692	4	0,190
Diyetisyen	37			
Komşu/Arkadaş	3			
TV/İnternet/Gazete-Dergi	6			
Diğer	14			
Zayıflama Diyeti Uygulamayanlar	71			
Toplam	144			

Araştırmaya katılan obez bireylerin daha önce zayıflama diyeti uygulama durumu ile BKİ değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$). Uygulanan diyet türü ve diyeti öneren kişi ve BKİ değeri arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Tablo 47. Araştırmaya Katılan Yetişkin Obez Kadınların Su Tüketimi, Beslenme İle İlgili Bilgi Öğrenme Kaynağı, Yapılan Beslenme Tercihii, Yemekteki Tuz Oranı, Obeziteninin Sebebi Ve Obezitenin Sağlık Sorunu Olarak Görülüp Görülme Durumu İle BKİ Değerinin Değerlendirilmesi.

GÜNLÜK SU TÜKETİMİ				
	N	TEST DEĞERİ	df	p
3 Bardak Ve Daha Az	28	7,885	4	0,096
4-6 Bardak	39			
6-8 Bardak	15			
8-10 Bardak	21			
10 Bardak Ve Daha Fazla	41			
Toplam	144			
BESLENME İLE İLGİLİ BİLGİ ÖĞRENME KAYNAĞI				
	N	TEST DEĞERİ	df	p
Aile	51	6,023	4	0,197
Gazete/Dergi	7			
Tv/Radyo	28			
İnternet	18			
Diyetisyen	40			
Toplam	144			
ÖZEN GÖSTERİLEREK YAPILAN BESLENME TERCİHİ				
	N	TEST DEĞERİ	df	p
Yağ Oranı Düşük	25	3,531	3	0,317
Tuz Oranı Düşük	17			
Vitamince Zengin	24			
Lezzetli Olması	78			
Toplam	144			
YEMEKLERDEKİ TUZ MİKTARI				
	N	TEST DEĞERİ	df	p
Tuzsuz	5	2,159	3	0,540
Az Tuzlu	39			
Normal	93			
Tuzlu	7			
Toplam	144			
OBEZİTEDE EN ÖNEMLİ SEBEP				
	N	TEST DEĞERİ	df	p
Çevre	4	6,037	4	0,196
Genetik	13			
Yiyecek	41			
Stres	32			
Hareketsizlik	54			
Toplam	144			
OBEZİTEYİ SAĞLIK SORUNU OLARAK GÖRME DURUMU				
	N	TEST DEĞERİ	df	p
Sağlık sorunu olarak görenler	133	1,481	1	0,224
Sağlık sorunu olarak görmeyenler	11			
Toplam	144			

Araştırmaya katılan obez kadınların BKİ değeri ile günlük su tüketimi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($X^2=7,885$ $p=0,096$). Obez kadınların günlük su tüketimi ile iştah derecesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($X^2=11,411$, $p=0,022$). Günlük 3 bardak ve daha az su tüketen obez kadınları günlük 10 bardak ve daha fazla su içenlere oranla iştah derecesi daha yüksek saptanmıştır ($U=313,500$, $Z=-3,057$, $p=0,002$).

Araştırmaya katılan obez kadınların beslenme ile ilgili bilgi öğrenme kaynağı, zen gösterilerek yapılan beslenme tercihi, yemekteki tuz oranı, obeziteninin en önemli sebebi ve obezitenin sağlık sorunu olarak görülüp görülmeme durumu ile BKİ derecesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır.

Araştırmaya katılan obez kadınların zen gösterilerek yapılan beslenme tercihleri sorusunda vitamince zengin seçeneğini işaretleyenler yağ, tuz oranı düşük ve lezzetli olmasını işaretleyenlere oranla daha düşük BKİ değerine sahiptir ($p>0,05$).

Obeziteyi sağlık sorunu olarak görmeyen obez bireylerin görenlere oranla BKİ derecesi daha yüksektir ($p>0,05$).

5.TARTIŞMA

İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğüne bağlı Sağlıklı Beslenme ve Obezite Polikliğine başvuran yetişkin obez kadınların beslenme alışkanlıklarının değerlendirilmesi amacıyla yapılan araştırmada bulgular aşağıdaki üç ana başlıkta tartışılmıştır.

- Obez kadınların boy, kilo, BKİ ve bel çevresi gibi antropometrik ölçümleri
- Obez kadınların genel özellikleri
- Obez kadınların sahip oldukları beslenme alışkanlıkları ve bazı besinleri tüketim sıklığı

5.1. Araştırmaya Katılan Yetişkin Obez Kadınların Boy, Kilo, BKİ Ve Bel Çevresi Ölçülerinin Tartışması

TBSA-2010 verilerine göre İstanbul'da yaşayan 19-64 yaş arası kadınların boy ortalaması ile çalışmaya katılan kadınların boy ortalaması paralellik göstermektedir. TBSA- 2010 verilerine göre kadınların boy ortalaması $158\pm 6,2$ cm iken çalışmaya katılan kadınların ise $159\pm 6,0$ cm'dir (58).

TBSA-2010 verilerine göre İstanbul'da yaşayan kadınların kilo ortalaması $71,3\pm 15,7$ kg'dır (58). Bu çalışma sadece obez kadınlarda yürütüldüğü için kilo ortalaması daha yüksek ve $90,32\pm 13,24$ kg şeklinde bulunmuştur. Meryem ve arkadaşları (63) tarafından benzer tarzda sadece obez kadınlarda yapılan bir araştırmada ise kilo ortalaması $89,90 \pm 9,63$ kg olarak saptanmıştır ve çalışmanın sonucu ile paralellik göstermektedir. Yapılan başka bir çalışmada obez kadınların kilo ortalaması $90,4\pm 13,7$ olarak bulunmuştur (64).

TBSA-2010 verilerine göre İstanbul'da yaşayan yetişkin kadınların BKİ ortalaması $28,6\pm 6,6$ 'dır (58). Katherine ve arkadaşları (65) tarafından yapılan randomize bir araştırmada BKİ ortalaması $35,0\pm 2,3$ bulunmuştur. Padem (64) tarafından yapılan çalışmada ise obez kadınların BKİ ortalaması $36,6\pm 3,8$ ve Deveci ve arkadaşları (66) tarafında yapılan çalışmada ise 37.84 ± 6.51 kg/m² olarak bulunmuştur.

Gönül ve arkadaşları (67) tarafından yapılan araştırmada ortalama BKİ 35.60 ± 3.13 kg/m² iken Pınar ve arkadaşlarının (68) çalışmasında ise BKİ ortalaması 32.21 ± 4.33 kg/m² 'dir.

Bu çalışmanın BKİ ortalaması $35,37\pm 4,78$ kg/m² olarak saptanmıştır. Araştırma sonucunun TBSA verilerinin çok üzerinde olmasının sebebi çalışmanın sadece obez kadınlar üzerinde yürütülmesidir. Sadece obez kadınlar üzerinde yürütülen çalışmalar ile BKİ ortalaması paralellik göstermektedir.

Bel çevresi tek başına sağlığını bozulduğunun göstergesidir (69). TBSA-2010 verilerine göre İstanbul'da yaşayan yetişkin kadınların bel çevresi ortalaması yüksek ve $90,1\pm 15,0$ cm'dir (58). Demir (35) tarafından İstanbul'da yapılan bir çalışmada obez kadınların bel çevresi ortalaması $113,70\pm 9,94$ cm olarak bulunmuştur. Sayın (69) tarafından 30 obez üzerinde yapılan çalışmada bel çevresi ortalaması $97,1\pm 2,22$ cm olarak bulunmuştur. Bu çalışmanın sonucunda obez kadınların bel çevresi ortalaması ise $109,41\pm 11,04$ cm olarak saptanmıştır ve beklenildiği gibi TBSA-2010 verilerinin üzerinde bir değerdedir. İstanbul bazlı obez kadınlar üzerinde yapılan çalışmalarda bel çevresi ölçümleri paralellik göstermektedir.

5.2. Araştırmaya Katılan Yetişkin Obez Kadınların Genel Bilgilerinin Tartışması

1996 İngiltere Sağlık araştırması sonuçlarının derlendiği çalışmada hem erkek hem kadın için yaş obezitede risk faktörüdür. 55-64 yaş arası bireylerde obezite sıklığı artarken bu yaştan sonra azalma eğilimi göstermektedir (70). Güven (26) tarafından Diyarbakır merkezli çalışmada obezite sıklığı en çok 25-45 yaş arası grupta saptanmıştır. Koruk ve arkadaşları (71) tarafından yapılan bir çalışmada obezlerde obez olmayanlara göre, 30 ve üzeri yaşta bulunmak 2,2 kat daha fazladır. Obezite, 30 yaşından sonraki tüm yaş gruplarında belirgin olarak artarak, 44-49 yaş grubunda zirve yapmıştır. Akbaş ve arkadaşları (72) tarafından İstanbul'da yapılan bir çalışmada obezite sıklığı %50 oranla en çok 30-49 yaş arasında görülmektedir. Bu araştırmanın sonucu literatür ile paralellik göstermektedir. Yaş dağılımı açısından bakıldığında yaşın ilerlemesi ile birlikte obezite sıklığı artmaktadır ($p<0,005$).

Yapılan bir çalışmada yüksek gelirin obezite sebebi olduğu yüksek eğitim düzeyinin ise obezite de koruyucu olduğu saptanmıştır (73). 1998 Korean National Health and Nutrition Examination Survey'e göre kadınların eğitim düzeyi ile bel çevresi ve BKİ ters orantılı bulunmuştur (73). 13 yılda daha uzun süre eğitim alan kadınlara göre diğer eğitim grubundaki kadınlar daha şişman bulunmuştur (73). Güven (26) tarafından

Diyarbakır'da yapılan bir çalışmada ilkokul mezunu olanların %30'u, lisans ve üzeri olan bireylerin sadece %5'inde obezite görülmektedir. Ankara'da (69) yapılan bir çalışmada üniversite mezunu olan bireylerde obezite sıklığı daha yüksek bulunmuştur. Şişli Hamidiye Etfal hastanesinde 200 obez diyabetik kadın üzerinde yapılan bir çalışmada ise kadınların %28'i ilkokul ve %50'si ilkokul mezunu bulunmuştur (35). Konya'da bir sağlık ocağı bölgesinde 15-49 yaş arası kadınlar üzerinde yapılan bir çalışmada obezlerde obez olmayanlara göre, ilkokul ve altı öğrenim durumunda bulunmak 2,7 kat daha fazladır (71). Bu çalışmanın sonucu literatür bilgileri ile paralellik göstermektedir. Araştırmaya katılan obez kadınların eğitim seviyesi ile BKİ değeri arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Eğitim seviyesi düşük olanlarda obezite sıklığı daha yüksektir ($p<0,05$).

Polonya'da (75) evli olan ve olmayan bireyler üzerinde yapılan bir çalışmada evli olan bireylerin BKİ her zaman daha yüksek saptanmıştır. Sayın (69) ve Vançelik (74) tarafından yapılan çalışmalarda evli olan bireylerde obezite sıklığı daha yüksek bulunmuştur. Yıldırım (76) tarafından yapılan çalışmada medeni durum ve BKİ arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuş ve evli olanlarda obezite sıklığı daha yüksek bulunmuştur. İstanbul'da yapılan bir çalışmada obez kadınların depresyon, benlik ve imaj kaygılarını inceleyen bir araştırmada %59,7'si evli saptanmıştır (68). Deveci ve arkadaşları (66) tarafından endokrinoloji polikliniğine başvuran obezite tanısı konan ardışık 50 hasta üzerinde yapılan bir çalışmada kadınların %72,0'ı evli bulunmuştur. Araştırmanın sonucu literatür ile paralellik göstermektedir. Evli olan obez kadınların BKİ derecesi bekar olanlara oranla daha yüksektir ($p<0,005$).

Literatür bilgileri bilgilerine göre bazı çalışmalar ekonomik durum ile BKİ değeri arasında pozitif bazı çalışmalar ise negatif yönlü bir ilişki saptanmıştır. Ekonomik durum ve BKİ arasında hiç ilişki saptamayan çalışmalarda mevcuttur. Vançelik ve arkadaşları (74) tarafından yapılan bir çalışmada ekonomik düzey ile BKİ arasında pozitif bir ilişki saptanmış olup ekonomik düzeyi yüksek olan kişilerin obezite sıklığı daha yüksek bulunmuştur. Riobo ve arkadaşları (77) tarafından yapılan bir araştırmada düşük sosyoekonomik düzeyin obezite için risk faktörü olabileceği belirtilmiştir. Bu çalışmanın sonuçlarına göre evli olanlarda obezite sıklığı daha yüksektir ($p<0,005$).

Vançelik ve arkadaşlarının (74) yaptığı çalışmada, doktor tarafından tanısı konulmuş herhangi bir sağlık sorunu olanlarda obezitenin daha yüksek oranda

görüldüğünü saptanmıştır. Değirmenci ve arkadaşlarının (78) yaptıkları çalışmada kronik bir hastalığı olanlarda obezite sıklığı yüksek bulunmuştur. Ankara'da 2010 yılında yapılan bir çalışmada obez bireylerde kronik hastalık görülme oranı daha yüksek saptanmıştır (64). Adana'da 135 kadın üzerinde yapılan başka bir çalışmada obez olmanın yanında bir sağlık sorunu bulunan obez bireylerin oranı %43,4 ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0,05$) (79). Obez kadınlar üzerinde yapılan başka bir çalışmada tanı almış bir sağlık sorunu olanların oranı %96,0 ve tanı almış bir sağlık sorunu olan bireylerde obezite sıklığı artmaktadır ($p>0,05$) (35). Koruk ve arkadaşları (71) tarafından yapılan çalışmada ise obezlerde obez olmayanlara oranla, bireyin bir kronik hastalığı olması 1,8 kat daha fazla bulunmuştur. Bu çalışmanın bulguları literatür ile uyumlu ve tanı alınmış sağlık sorunu olan bireylerde obezite sıklığı daha yüksek saptanırken istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Obezite oluşumunda genetik faktörlerin etkili olduğu bilinmektedir (68). Aktaner ve arkadaşları (64) tarafından yapılan bir çalışmada ailesinde obezite olan kadınlarda obezite sıklığı daha yüksek bulunmuştur. Benzer bir çalışmada obez bireylerin ailesinde obez olma yüzdesi %58,6'dır (68). İstanbul'da yapılan bir çalışmada ailesinde obez birey olan obezlerin sıklığı %53,5 ve ailesinde obezite görülen olguların BKİ ortalaması ailesinde obezite görülmeyen olgulardan istatistiksel olarak anlamlı yüksektir ($p<0,01$) (35). Koruk ve arkadaşları (71) tarafından yapılan bir çalışmada ise obezite, birinci derece akrabasında obezite olanlarda 1,6 kat daha fazla görülmektedir. Adana'da yapılan başka bir çalışmada kadınların ailelerindeki obez kişilerin dağılımı ile obez sıklığı karşılaştırıldığında birinci derece akrabasında obez var diyenlerde obezite sıklığı olmayanlara oranla istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (79). Çalışmanın bulguları literatür ile uyumlu bulunmuştur. Ailesinde obez birey bulunan kadınların obezite sıklığı daha yüksek ancak istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,005$).

Yeterli ve dengeli, beslenmemenin sağlanamadığı durumda ortaya çıkması muhtemel olan vitamin mineral takviyesinin kullanılması gerekmektedir. Takviye vitamin-mineral kullanımı hekim tarafından belirlenmesi büyük önem taşımaktadır. Çalışma sonuçlarına göre kadınların %27,1'i takviye kullanmakta ve %90,9'u doktor tavsiyesi üzerine kullanıma başlamıştır. Sayın (69) tarafından yapılan bir çalışmada kadınların %15'i vitamin-mineral takviyesi kullanmaktadır. Kullandığı vitamin-mineral takviyesine %66,7'si doktor aracılığıyla başlamış ve %38,9'u hastalıktan korunmak için

kullanmaktadır. Özçelik ve Yardımcı tarafından (80) yapılan başka bir çalışmada da takviye kullanma durumu %28 olarak bulunmuştur.

5.3. Araştırmaya Katılan Yetişkin Obez Kadınların Beslenme Alışkanlıkları Ve Bazı Besin Tüketim Sıklıklarının Tartışması

Bireylerin öğün sayı ve zamanları, öğün atlama durumu, öğün atlama nedeni gibi faktörler yeterli ve dengeli beslenmeyi etkileyen faktörlerdir (81). Özfer (81) tarafından yapılan bir çalışmada kadınların %61,89'u günde 3 öğün tüketmektedir. Aynı şekilde kadınların %37,71'i sabah öğününü atlamakta ve %60,26'sı unuttuğu/fırsat bulamadığı için öğün atladığını belirtmiştir. Ankara'da yapılan bir çalışmada obez kadınların %60,9'u üç öğün tüketmektedir. Aynı araştırma kapsamında kadınların %39,5'i öğün atlamaktadır (76). Yapılan başka bir çalışmada öğün atlayan obezlerin oranı %40 ve en çok atlanılan öğün %42,9 ile sabahtır (69). Katılımcıların öğün atlama nedeni zaman bulamamak ve zayıflamak için tercihleri oransal olarak daha yüksek saptanmıştır. Sürücüoğlu ve Kocadereli (82) yaptıkları çalışmada günde 3 öğün tüketenlerin oranını %80,2 bulmuştur. Padem (64) tarafından yapılan bir çalışmada şişman bireylerin %90'ı öğün atlamakta ve en çok atlanılan öğün %77,8 ile öğle öğünüdür. Obez bireylerin %66,7'si kahvaltıyı çok geç yaptığı için öğle öğününü atladığını belirtmiştir. Bir başka çalışmada yetişkin kadınların %58,1'i üç ana öğün ve %64,5'i bir ara öğün tükettiğini belirtmiştir. Kadınların %30,8'i zaman yetersizliğinden öğün atlamaktadır (83). Köremezli (84) tarafından yapılan bir çalışmada bireylerin %67'si öğün atlamakta ve bu bireylerin %62'si obezdir. Konya'da yapılan bir çalışmada kadınların %76,4'ü bir ve ya iki öğün tüketmektedir. %54,4'ü öğle öğününü atlamakta ve %39,7'si zaman yetersizliğinden kaynaklı öğün atladığını belirtmiştir (85). Kılıç ve Şanlıer (86) tarafından yapılan bir çalışmada kadınların %75'i üç öğün tüketmektedir. %51,1'i öğün atladığını ve %79,1'i öğle öğününü atlamaktadır. Kadınların %62,69'u zaman yetersizliğinden öğün atladığını belirtmektedir. Gündüz (87) yaptığı çalışmada obez kadınların %91,3'ü öğün atladığını ve atlanılan öğünün %62,2 öğle öğünü olduğu saptanmıştır. Öğün atlama nedeni olarak %43,3'ü canı istemediği için olduğunu belirtmiştir. Çalışmanın bulguları literatür ile uyumludur. Çalışmaya katılan bireylerin %53,5'i üç öğün tüketmektedir. Obez kadınların %66,4'ü öğün atlamakta ve %62,6 oranında öğle öğünü atlanmaktadır. Öğün atlama sebebi olarak %32,0'ı alışkanlığı olmadığını belirtmiştir. Atlanılan öğün ile ilgili yapılan çalışmalarda farklılıklar

mevcuttur. Çalışmalarda bireylerin en sık atladığı öğün sabah ya da öğle öğünüdür. Bu çalışmada katılımcıların çoğunlukla ev hanımı ve geç kahvaltılı alışkanlığı olduğu için öğle yemeği yeme alışkanlığının olmadığı düşünülmele birlikte istatistiksel bilgilerde bu doğrultudadır.

Yeterli ve dengeli beslenmede öğün sayısı kadar öğünün içinde ne barındırdığı da önemlidir. Öğünlerde besin öğelerinin dağılımı ne kadar dengeli olursa vücudunda o kadar düzenli çalıştığı bilinmektedir (88). Padem (64) tarafından yapılan bir çalışmada obezlerin tamamı ara öğünde çay, kahve tercih etmektedir. Obez bireylerin ara öğünlerde tercih ettiği besinler sırasıyla bisküvi, simit-poğaça-börek, kuruyemiş, hazır meyve suyudur. Yılmaz (45) tarafından yapılan çalışmada obez bireyler ara öğünde sırasıyla en fazla kuruyemiş, peynir-ekmek, tatlı ve hamur işi tercih etmektedir. Sayın (69) tarafından yapılan başka bir çalışmada da benzer sonuçlar mevcuttur. Obez bireylerin ara öğün tercihlerini sırasıyla sandviç- tost-börek ve simit-bisküvi-kurabiye oluşturmaktadır. Özçelik'in (81) Ankara'da kadın sağlık personeli üzerinde yaptığı bir çalışmada ara öğün olarak %83,2'si çay, kahve ve %57,7'si meyve tercih etmektedir. Araştırmanın bulguları değerlendirildiğinde obez kadınların çoğunluğun ara öğünde her gün çay, kahve tercih ettiği görülmektedir. Literatür bilgileri ile bir uyum söz konusu değildir. Araştırmaya katılan obez kadınların ara öğünde günlük en çok meyve tercih etmektedir.

Hızlı yemek yeme belirli süre içerisinde fazla besin, dolayısı ile fazla enerji alımına sebep olabilir. Koruk ve arkadaşları (71), Güneş ve arkadaşları (71) tarafından yapılan çalışmada hızlı yemek yiyenlerde obezite prevalansı yüksek bulunmuştur. Yardımcı (76) tarafından Ankara'da yapılan bir çalışmada obez kadınların %42,7'si hızlı yemek yediği saptanmıştır. Nazlıcan ve arkadaşları (79) tarafından yapılan bir başka çalışmada da hızlı yemek yiyen kadınlarda obezite prevalansı yüksek bulunmuştur. Gündüz (87) tarafından yapılan çalışmada obez bireylerin %53,9'unun orta ve %29,4'ünün hızlı yemek yediğini saptanmıştır. Çayır ve arkadaşları (89) tarafından yapılan bir çalışmada hızlı yiyenlerin % 40,0'ı obez olup bulunmuştur. Bu araştırmanın sonucu yapılan diğer çalışmalarla paralellik göstermemektir. Yavaş yemek yiyen obez kadınlarda obezite sıklığı daha yüksek saptanmıştır.

Gece yemek yeme sorunu obez bireylerde %8, tüm popülasyonda ise %0,5-1,5 olduğu rapor edilmektedir (90). İstanbul'da yapılan bir çalışmada kadınların %17,5'inde

gece yemek yeme alışkanlığı olduğu belirtmiştir (35). Yapılan bir başka çalışmada ise gece yemek yemeyenlerin obez kadınların oranı %45'tir (64). Gündüz (87) yaptığı çalışmada gece yemek yiyen obezlerin oranı %17'dir. Bu çalışmada gece yemek yeme oranı %9 olarak saptanmıştır. Diğer çalışmalara göre gece yemek yeme oranı düşük olsa da rapor edilen oranla uyum göstermektedir.

Psikolojik duruma göre yemek yeme obezite için önemli bir risk faktörüdür. Genellikle bireylerin olumsuz durumlarda daha çok yeme eğilimi göstermeleri beklenmektedir. Yapılan çalışmalara arasında farklılıklar bulunmaktadır (57). Bireylerin beslenme alışkanlıklarının duygu durumundan etkilenmesine bakılan bir araştırmada üzüntülü ve yorgun olduklarında daha az yemek tüketirken sevinçli ve heyecanlı olduklarında bir değişiklik olmadığını belirtmiştir (81). Geibter ve arkadaşları (92) tarafından duygusal durumdaki değişimlere bağlı olarak fazla yemenin zayıf, normal ve hafif şişman bireyler üzerinde yaptıkları çalışmalarında, olumsuz duygusal durum içinde olan hafif şişman kişilerin, normal ve zayıf kişilerden daha fazla yediği, olumlu duygusal durumda ise normal ve zayıf kişilerden daha az yediği belirlenmiştir. Padem (64) tarafından yapılan araştırma sonucuna göre obez kadınlar üzüntülü, yorgun, sevinçli ve heyecanlı olduklarında daha çok yemek yeme eğilimi göstermektedir. Yılmaz (45) tarafından yapılan çalışmada ise obez bireylerin %74,2'si üzüntü ve sıkıntı durumunda daha çok yediğini belirtmiştir. Bu çalışmanın sonuçlarına göre obez bireyler üzüntülü ve sıkıntılı olduklarında daha çok yemek yeme eğilimi göstermektedir. Bireyler sevinçli ve heyecanlı olduklarında yemek yeme alışkanlıklarında değişiklik olmaz iken yorgun olduklarında hiç yemek yememe eğilimi göstermektedir.

Vücut fonksiyonların sağlıklı bir şekilde devam etmesi için su büyük önem taşımaktadır. Sağlıklı ve dengeli beslenmede yetişkin bireylerin ortalama 10-12 bardak su tüketmesi önerilmektedir (55). Padem (64) tarafından yapılan çalışmada günlük ortalama $8,4 \pm 3,5$ su bardağı su tüketmektedir. Coşkun (83) tarafından yapılan çalışmada yetişkin kadınlar günde ortalama $878,05 \pm 278,75$ ml su tükettiği saptanmıştır. Yılmaz (45) tarafından yapılan bir çalışmada obez kadınların günlük su tüketimi $4,25 \pm 2,22$ su bardağıdır (45). Dede (92) tarafından yapılan çalışmada kadınların %37,5'i 4-5 bardak su tüketmektedir. Bu çalışmanın sonuçlarında obez kadınların 28,7'si günde 10 bardak ve üzeri su tüketirken %27,3'ü 4-6 bardak su tüketmektedir. Obez kadınların %28,7'si 10 bardak ve daha fazla, %27,3'ü ise 4-6 bardak su tüketmektedir.

Sayın (69) tarafından yapılan çalışmada obez kadınların %70'i daha önce zayıflama diyeti uyguladığını belirtmiştir. Kadınların %90,5'i profesyonel destek olmadan diyet uyguladığını belirtirken %28,6'sı doktor ve %28,6'sı diyetisyen kontrolünde diyet yaptığı saptanmıştır. %28,6'sı kendi kendine diyet uygulamaktadır. Kadınların uyguladıkları zayıflama diyetinin süresi ortalama $4,1 \pm 0,54$ aydır. Kadınların uyguladıkları zayıflama diyeti ile ortalama $14,2 \pm 1,54$ kg kilo verdikleri saptanmıştır. Coşkun (83) tarafından yapılan bir çalışmada kadınların %80'i daha önce zayıflama diyeti uyguladığı saptanmıştır. Gündüz (87) tarafından yapılan çalışmada kadınların %81,6'sı daha önceden diyet uyguladığını belirtmiştir. Kadınların %54,4'ü kendi kendine diyet yaparken %25,7'si diyetisyen kontrolünde diyet yapmıştır. Dede (93) tarafından yapılan çalışmada da benzer sonuçlar bulunmuştur. Çayır ve arkadaşları (89) tarafından yapılan araştırmada obez kadınların %47,7'si daha önceden diyet yaptığını belirtmiştir. Pekcan ve Baltaoğlu (89) tarafından yapılan çalışmada bireylerin %42,4'ü kendi kendine diyet uygularken %12,1'i doktor, %12,2'si diyetisyen kontrolünde diyet uygulamaktadır. Bu çalışmaya katılan kadınların %54,5'i daha önceden zayıflama diyeti uyguladığını belirtmiştir. Ülkemizde bireylerin çoğunluğu profesyonel yardım almadan sağlıksız yöntemlerle diyet uygulamaktadır. Çalışma sonuçlarına göre kadınlar %65,8 oranında uzman kontrolünde diyet uyguladığı saptanmıştır ve bu durum diğer çalışmalarla paralellik göstermemektedir. Bireye özgü diyet uygulayanların %49,3'ü diyetisyen, %20,0'ı ise doktor kontrolünde diyet uygulamaktadır.

TBSA 2010 verilerine göre kadınlarının %20,3 hiç et tüketmemekte %29,3'ü ise ayda 1-2 kez et tüketmektedir (58). Araştırma sonuçlarına bakıldığında ise obez kadınların et tüketiminin daha sık olduğu görülmektedir. Hiç et yemeyenlerin oranı %2,8 iken %35,4'ü haftada 1-2 kez et tüketmektedir.

TBSA 2010 verilerine göre kadınların %6,1'i hiç yumurta tüketmemekte, %29,0'ı her gün, %27,1'i haftada 1-2 kez tüketmektedir (58). Araştırma bulgularına göre ise obez kadınların %3,5'i hiç yumurta yememekte ve %57,6'sı ise her gün yumurta tüketmektedir.

Yapılan çalışmalar omega 3 yağ asitleri alımının artmasının insan vücudundaki yağ dokuyu azaltabileceği üzerine yoğunlaşmaktadır (93). TBSA-2010 verilerine göre kadınların %39,4'ü hiç balık tüketmemektedir. %17,8'i haftada 1-2 kez, %15,2'si ayda bir kez tüketmektedir (58). Çalışmamızın sonuçlarına bakılınca obez kadınların %18,8'i

hiç balık tüketmediğini, %29,2 haftada 1-2 kez tüketmektedir. Çalışmada kadınlar Türkiye ortalamalarına göre daha sık balık tüketmektedir. Balık tüketimi sağlıklı yağ asitlerinin vücuda alınması, kalp damar sağlığının korunması açısından obez kadınları destekleyecek yönde bir sağlıklı beslenme alışkanlığıdır.

TBSA verilerine göre kadınların %6,8'i salam, sucuk ve sosis gibi ürünleri hiç tüketmemektedir. Haftada 1-2 kez tüketenlerin oranı %15,3'dür (58). Çalışma verilerine bakıldığında obez kadınların %48,6'sı bu ürünleri hiç tüketmemekte, %17,4'ü haftada 1-2 kez, %12,5'i 15 günde bir tercih etmektedir. Türkiye ortalaması daha yüksek oranda sucuk, salam, sosis gibi işlenmiş ürün tercih etmektedir.

Türkiye'de kadınların %42,5'i haftada 1-2 kez kurubaklagil tercih etmektedir (58). Çalışmamızdaki obez kadınlar Türkiye dağılımı ile paralellik göstermektedir. Obez kadınların %50,0'ı haftada 1-2 kez kurubaklagil tüketmektedir.

Türk kadınlarının %43,4'ü hiç süt tüketmemektedir. Her gün tüketenlerin oranı %13,3 iken haftada 1-2 kez tüketenlerin oranı %20,4'tür (58). Çalışma verileri Türkiye dağılımı ile paralellik göstermektedir. Hiç süt tüketmeyen kadınların oranı %38,9'dur. Her gün süt tükettiğini belirten obez kadınların oranı ise %11,1'dir. TBSA verilerine göre Türk kadını tarafından yoğurt daha çok tercih edilen süt ürünüdür. Kişilerin genellikle süt tüketimi sonrası hazımsızlık, gaz sorunu ile karşılaşması süt yerine yoğurt tercih etmelerine sebep olmaktadır. Türk kadınlarının %2,9'u hiç yoğurt yemediğini %52,5'i ise her gün yoğurt tükettiğini belirtmiştir. Hiç peynir yemeyenlerin oranı ise %3,9'dur. Her gün peynir yediğini söyleyen kadınların oranı %80,8'dir (58). Çalışma verileri Türkiye dağılımı ile benzerlik göstermektedir. Obez kadınların %77,8'i her gün yoğurt-peynir tüketmektedir.

İşlenmiş, paketli ürünlerin kullanımı kilo alımında önemli rol oynamaktadır. Türkiye'de kadınların %76,6'sı hiç cips tüketmediği %9,1'i haftada 1-2 kez tükettiği saptanmıştır (58). Çalışma verilerinde ise obez kadınların cips tüketmeyi daha çok tercih ettiği görülmektedir. Obez kadınların %64,6'sı hiç cips yemediğini, haftada 1-2 kez yediğini belirtenler ise %12,5'tir.

Türkiye'de kadınların %4,1'i hiç sebze tüketmemektedir. Her gün sebze tüketenlerin oranı ise 89,2'dir (58). Çalışma verilerine bakıldığında obez kadınların sebze tüketiminin Türkiye verilerinin altında olduğu görülmektedir. Her gün sebze

tüketen obez kadınların oranı %57,6'dır. Türkiye'deki kadınların meyve tüketimi incelendiğinde %3,2'si hiç meyve yemediğini, %57,6'sı ise her gün yediğini belirtmiştir (58). Meyve tüketimi açısından obez kadınların dağılımı paralellik göstermektedir.

TBSA-2010 verilerine göre kadınların %79,3'ü her gün ekmek tüketmektedir. Hiç ekmek tüketmeyenler ise %12,8'dir (58). Çalışma verilerine göre obez kadınların %75'i her gün ekmek tüketmektedir. Hiç ekmek tüketmediğini söyleyenlerin oranı ise %3,5'tir. Obez kadınlar beslenmelerinde ekmek tüketimini daha çok tercih etmektedir. Türkiye verilerine bakıldığında kadınların %2,4'ü hiç pilav-makarna tüketmemektedir. %20,6'sı her gün, %31,7'si haftada 1-2 kez pilav-makarna tüketmektedir (58). Çalışmaya katılan obez kadınların pilav-makarna tüketimi %22,9'u her gün, %32,6'sı haftada 1-2 kez şeklinde saptanmıştır. Hiç pilav-makarna tüketmeyenlerin oranı ise %8,3'tür. Her gün kahvaltılık gevrekler tercih edenlerin kadınların oranı %1,4'tür (58). Obez kadınların kahvaltılık gevrek tercih etme yüzdesi %3,5'tir. Obez kadınlar işlenmiş, paketlenmiş ürünleri daha çok tercih etmesi, daha yüksek enerji almalarına sebep olabilir.

TBSA verilerine göre reçel-bal hiç yemeyen kadınların oranı %18,7'dir. Her gün reçel-bal tüketenler ise %53,1'dir (58). Çalışma verilerine göre obez kadınların reçel-bal tüketimi daha az bulunmuştur.

Hamur işi tüketimine bakıldığında Türk kadınlarının %24'ü haftada 1-2 kez tüketmektedir. Her gün tüketenler ise %1,7'dir (58). Obez kadınların %4,2'si her gün, %24,3'ü haftada 1-2 kez hamur işi tüketmektedir.

Genel olarak çalışmaya katılan obez kadınlar Türk kadınlarının besin tüketim sıklıkları açısından karşılaştırıldığında; daha fazla protein tüketimi görülmektedir. Bununla beraber ekmek, pilav-makarna grubunu da daha çok tercih etmektedir. Kahvaltılık gevrek, hamur işi, cips gibi besinleri tercih yüzdesi daha fazladır. Obez kadınların daha az sebze tükettiği saptanmıştır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğüne bağlı Sağlıklı Beslenme ve Obezite Polikliğine başvuran yetişkin obez kadınların beslenme alışkanlıklarının değerlendirilmesi amacıyla yapılan bu araştırmadan aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır.

1.Çalışmaya katılan obez kadınların boy, kilo, BKİ ve bel çevresi ölçümleri obez kadınlar üzerinde yapılan çalışmalarla paralellik göstermektedir. Kadınların bel çevresi ölçümleri ile BKİ değerleri arasında pozitif bir korelasyon bulunmuştur. Bel çevresi değeri arttıkça BKİ değeri de artmaktadır ($p<0,05$).

2.Çalışmaya katılan obez kadınları BKİ derecelerine göre sınıflandırıldığında yarısının 1. Derece Obezite (BKİ:30,00-34,99 kg/m²) sınıfında olduğu görülmektedir. Çalışmada morbid obez (BKİ \geq 40 kg/m²) olan katılımcıların oranı %18,1'dir.

3.Çalışmaya katılan obez kadınların yaşı ile BKİ değeri arasında pozitif bir korelasyon saptanmıştır. Yaş BKİ değerinin artmasında bir risk faktörüdür. Yaşça büyük olan obez kadınların BKİ değeri daha büyüktür ($p<0,05$).

4.Çalışmaya katılan obez kadınların medeni durumu ile BKİ arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Evli olan kadınlarda BKİ değeri daha yüksektir ($p<0,05$).

5.Çalışmaya katılan obez kadınların sağlık sorunu olup olmama durumu ile BKİ değeri arasında anlamlı bir ilişki saptanmamışken; hipertansiyon sorunu olan obez kadınların BKİ değeri tiroid sorunu olan obez kadınlara göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

6.Çalışmaya katılan obez kadınlar arasında ailesinde obez birey bulunanların bulunmayanlara oranla daha yüksek BKİ değerine sahip olduğu ancak istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

7.Çalışmaya katılan obez kadınların ailesinde anne ve ya çocuğun obez olduğu durumlar baba ve ya kardeşin obez olduğu durumlara oranla daha yüksek BKİ değerine sahiptir ($p>0,05$).

8.Çalışmaya katılan obez kadınların eğitim seviyesi ile BKİ değeri arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Eğitim seviyesi düşük olanlarda BKİ değeri daha yüksektir ($p<0,05$).

9.Çalışmaya katılan obez kadınların arasında günde 1 ve ya 2 öğün tüketenlerin BKİ değeri daha yüksek ancak istatistiksel olarak anlamlı bulunmamaktadır ($p>0,05$). Akşam öğününü atlayan obez kadınların sabah ve öğle öğününü atlayanlara oranla BKİ değeri daha yüksektir ($p<0,05$).

10.Çalışmaya katılan obez kadınların %92'si her gün ara öğünde çay, %52'si kahve tercih etmektedir. Çay ve kahveden sonra obez kadınlar diğer çalışmalardan farklı olarak ara öğünde her gün en çok meyve tercih etmektedir.

11.Çalışmaya katılan obez kadınların ara öğünlerde bitki çayı tüketimi sorgulandığında %37'si her gün tükettiğini belirtmiştir.

12.Çalışmaya katılan obez kadınların %77'sinin gece kalkıp yemek yeme alışkanlığı yoktur. Aynı zamanda kadınların %35,7'si yemeğini orta hızda yemektedir. Yemeğini orta hızda yiyen obez kadınların BKİ değeri yaş, hızlı ve çok hızlı yiyenlere oranla daha düşüktür ($p>0,05$).

13.Çalışmaya katılan obez kadınların iştah derecesi ortalaması $6,63\pm 2,14$ 'tür. Analizler sonucunda iştah derecesi ile üzüntülü duygu durumunda beslenme alışkanlığında meydana gelen değişiklikler ve iştah derecesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). Üzüntülü bir durumla karşılaştıklarında daha çok yemek yerim diyen obez kadınlar hiç yemek yemeyenlere oranla daha yüksek iştah derecesine sahiptir ($p<0,05$). Yemeğini yavaş yiyen obez kadınların yemeğini çok hızlı yiyenlere oranla iştah derecesi daha düşük saptanmıştır ($p<0,05$).

14.Çalışmaya katılan obez kadınlar üzüntülü ve sıkıntılı olduklarında daha çok yemek yeme eğilimi göstermektedir ($p>0,05$). Bireyler sevinçli ve heyecanlı olduklarında yemek yeme alışkanlıklarında değişiklik olmaz iken yorgun olduklarında hiç yemek yememe eğilimi göstermektedir ($p>0,05$).

15.Çalışmaya katılan obez kadınlar arasında etiket bilgisi bazen ya da hiç okumayanların okuyanlara oranla BKİ derecesi daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

16.Çalışmaya katılan obez kadınların %54,5'i daha önce zayıflama diyeti uygulamıştır. Uygulanan diyetin türü bakıldığında %65,8'i uzman kontrollü liste ile, 27,4'ü karbonhidrat kısıtlı diyet ile, %6,8'i tek tip beslenmeye dayalı diyet uyguladığını belirtmiştir. %49,3'ü uygulanan diyeti diyetisyenin önerdiğini belirtmiştir.

17.Çalışmaya katılan obez kadınların %36,4'ü zayıflamak için diyet dışında başka yöntemler uyguladığını belirtmiştir. Zayıflamak için bitkisel çayları kullanan obez kadınların BKİ değeri daha yüksek saptanmıştır ($p>0,05$).

18.Günlük 3 bardak ve daha az su tüketen obez kadınları günlük 10 bardak ve daha fazla su içenlere oranla iştah derecesi daha yüksek saptanmıştır ($p<0,05$). Günlük 3 bardak ve daha az su tüketenler günlük 8-10 bardak tüketenlere oranla daha az yapılan reklamlara göre beslenme tercihi yapmaktadır ($p<0,05$).

19.Çalışmaya katılan obez kadınların sorulduğunda %35,0'ı aile, %4,9'u gazete/dergi, %19,6'sı Tv/radyo, %12,6'sı internet ve %28,0'ı diyetisyen aracılığıyla beslenme ile ilgili bilgileri öğrenmektedir. Beslenme ile ilgili beslenme kaynağı olarak gazete/dergi ve diyetisyeni kullanan obez kadınların ortalama BKİ değeri daha yüksektir ($p>0,05$).

20.Çalışmaya katılan obez kadınların %64,6'sı yemeklerini normal tuzlu tüketmektedir. Yemekleri tuzlu tüketenlerin oranı %4,9'dur.

21.Çalışmaya katılan obez kadınların %92,4'ü obeziteyi bir sağlık sorunu olarak görmektedir. %37,5'i obezite sebebi olarak hareketsizliği %28,5'i yiyecek olarak göstermektedir.

22.Çalışmaya katılan obez kadınların bazı besinleri tüketim sıklığı TBSA-2010 verileri ile karşılaştırıldığında daha fazla et, yumurta, balık tükettiği saptanmıştır. Obez kadınlar Türkiye ortalamasına oranla daha az sebze tüketirken; ekmek, pilav-makarna grubunu da daha çok tercih etmektedir. Obez kadınlar paketli, işlenmiş ürün olan kahvaltılık gevrek ve cipsi daha çok tüketmektedir. Ayrıca obez kadınların hamur işi tüketim sıklığı daha yüksektir.

ÖNERİLER

1.Çalışma yapılan bölgede genelde eğitim seviyesi düşük olan kişiler bulunmaktadır. Ancak bununla beraber kadınlar beslenme ile ilgili bilgilere ulaşmada diyetisyene başvurmaktadır. Ulaşılan bu verilerden hareketle bölgedeki kadınlara sağlıklı beslenme eğitimleri düzenli aralıklarla yapılmalıdır.

2.Çalışmanın kısıtlılığı olarak kadınların çay tüketimini şekerli ya da şekerli olmayan çayla sınırlanmamıştır. Her gün çay tüketimi %92 gibi oldukça yüksek bir orandadır. Eğer kişilerin çayı şekerli tüketme gibi alışkanlığı varsa fazladan enerji alımı yüksek bulunacaktır. Yapılacak diğer çalışmalarda bölgedeki kadınların çayı şekerli ya da şekerli olmayan çay tüketimi sorgulanmalıdır.

3.Çalışmanın diğer bir kısıtlılığı ise kadınların fiziksel aktivite durumunun sorgulanmamasıdır. Kadınların çoğunluğu obezite sorunu olarak hareketsizliği göstermektedir. Çalışmanın yapıldığı bölgede fiziksel aktivite yapılacak alanlarının kısıtlı olması obezite sıklığının artmasında bir etken olarak düşünülmektedir.

4.Çalışma sonuçlarına bakılacak olursa paketli, işlenmiş ürün tüketimi bölgedeki obez kadınlarda daha yüksek görülmektedir. Kadınlara verilecek beslenme eğitimlerinde etiket bilgisi, paketli ürün kullanımı üzerinde ayrıca durulmalıdır.

KAYNAKÇA

1. Gümüşler A. *Rize İli Çayeli İlçesindeki Lise Öğrencilerinde Obezite Sıklığı Ve Beslenme Alışkanlıkları* (Tez). Karadeniz Teknik Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Trabzon, 2006.
2. Baysal A. *Diyet El Kitabı*, Hatiboğlu Yayınevi, Ankara, 2011.
3. Çöl M. 'Halk Sağlığı Yönünden Obezite', *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 1998, 51(3):173-176.
4. Altunkaynak B.Z, Özbek E. 'Obezite: Nedenleri Ve Tedavi Seçenekleri', *Van Tıp Dergisi*, 2006, 13(4):138-142.
5. Öztora S. *İlköğretim Çağındaki Çocuklarda Obezite Prevalansının Belirlenmesi Ve Risk Faktörlerinin Araştırılması* (Tez). T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Dr. Sami Hatipoğlu Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Kliniği Şefi Ve Aile Hekimliği Koordinatörü Uzmanlık Tezi, 2005.
6. Pulat Demir H. *Farklı Sosyoekonomik İlköğretim Çocuklarında Beslenme, Fiziksel Aktivitelerin Değerlendirilmesi Ve Obezite Prevalansının Belirlenmesi* (Tez). İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı Beslenme Programı Doktora Tezi, 2011.
7. Tam A.A, Çakır B. 'Birinci Basamakta Obeziteye Yaklaşım', *Ankara Medical Journal*,2012; 12(1):37-41.
8. WHO. 'Obesity and overweight 2016'. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/> Erişim tarihi: 26.08.2017.
9. T.C Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. *Birinci Basamak Hekimler İçin Obezite İle Mücadele Kitabı*, Ankara, 2013.
10. Björntorp P. *International Textbook of Obesity*, JOHN WILEY & SONS, LTD, Chichester, 2002.
11. Cheryl D. Fryar, M.S.P.H, Margaret D. Carroll, M.S.P.H, Cynthia L. Ogden, Ph.D. 'Prevalence of Overweight, Obesity, and Extreme Obesity Among Adults: United States, 1960–1962 Through 2011–2012', *Division of Health and Nutrition Examination Surveys*,2014.
12. Hacıoğlu Metinoğlu İ. *Kastamonu İl Merkezi İlköğretim Öğrencilerinde Obezitenin Sebepleri, Akademik Başarı İle İlişkisi Ve Fen Dersleri Müfredatının*

Beslenme Bilgi Düzeylerine Etkisi (Tez). Kastamonu Üniversitesi, İlköğretim Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, 2010.

13. WHO. 'Obesity'.
http://gamapserver.who.int/gho/interactive_charts/ncd/risk_factors/obesity/atlas.html Erişim tarihi:26.08.2017.
14. Kaya A, Tonyukuk Gedik V, Bayram F, Bahçeci M, Sabuncu T, Tuzcu A, Arıkan Ş, Gökalp D. '*Hipertansiyon, Obezite Ve Lipid Metabolizması Hekim İçin Tanı Ve Tedavi Rehberi*', Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, Ankara, 2009.
15. Babaoğlu K, Hatun Ş. 'Çocukluk Çağında Obezite', *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 2002, 11(1):10.
16. Peker İ, Çiloğlu F, Buruk Ş, Bulca Z. '*Egzersiz Biyokimyası ve Obezite*, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 2000: 83-92.
17. Şeker G. '*Eksojen Obezite Tanısıyla Takip Edilen Hastaların Tedavi Başarısının Değerlendirilmesi* (Tez). Çukurova Üniversitesi, Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, 2015.
18. Barbaros H, Balcı S. 'Küreselleşen Dünyada Çocuklarda Büyüyen Sorun: Obezite', *Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik E-Dergisi*, 2015, 3(2):40-41.
19. T.C Sağlık Bakanlığı Türkiye Beslenme Ve Sağlık Araştırması (TBSA) 2010 Saha Uygulaması El Kitabı, Ankara, 2010.
20. Hainer V, Hermann T, Mitrakou A. 'Treatment Modalities of Obesity', *Diabetes Care*, 2008, 31(2):269-270.
21. Ebbeling C, Pawlak D, Ludwig D. 'Childhood obesity: public-health crisis, common sense cure', *Lancet*, 2002, 360: 473–82.
22. Aktaş D, Öztürk F.N, Kapan Y. 'Adölesanlarda obezite sıklığı ve etkileyen risk faktörleri, beslenme alışkanlıklarının belirlenmesi', *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2015, 14(5):407.
23. Gürel F.S, İnan G. 'Çocukluk Çağı Obezitesi Tanı Yöntemleri, Prevalansı Ve Etyolojisi', *Adü Tıp Fakültesi Dergisi*, 2001,2(3): 39 – 46.
24. Krebs NF, Jacobson MS. 'Prevention of Pediatric Overweight and Obesity', *American Academy Of Pediatrics*, 2003, 112(2):425-426.
25. Gross S. 'Effects Of The İntrauterine Environment On Childhood Growth', *British Medical Bulletin*, 1997, 53(1):81-95.

26. Polat Güven S. *Obezitenin Temel Boyutları, Diyarbakır'da Obezite Ve Obeziteye Karşı Alınması Gereken Önlemler* (Tez). Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı Hastane Ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, 2014.
27. Satman İ, Yumuk V.D, Erem C, Bayram F, Bahçeci M, Araz M, Sönmez A, Peker Y, Küçükerdönmez Ö. *Obezite Tanı Ve Tedavi Kılavuzu*, Türkiye Endokrinoloji Ve Metabolizma Derneği, Ankara, 2014.
28. Demirel H. *İzmir İli Menemen İlçesindeki İlköğretim İkinci Kademe (6-7-8. Sınıflar) Öğrencilerinde Obezite Sıklığı Ve Beslenme Davranışları* (Tez). Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Çocuk Gelişimi Ve Ev Yönetimi Eğitimi Anabilim Dalı Beslenme Eğitimi Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, 2011.
29. Wing R, Matthews A.K, Kuller, Meilahn L, Plantinga P. 'Waist to Hip Ratio in Middle Aged Women Associations With Behavioral and Psychosocial Factors and With Changes in Cardiovascular Risk Factors', *Arteriosclerosis, Thrombosis, and Vascular Biology*, 1991,11(5):1250.
30. Pratt L.A, Ph.D, Brody D, M.P.H. 'Depression and Obesity in the U.S. Adult Household Population, 2005–2010', *NCHS Data Brief*, 2014,167:2.
31. Özilbey P. *İlköğretim 1. Kademe Öğrencilerinden Obezite Prevalansının Belirlenmesi Ve Beslenme Alışkanlıklarının İncelenmesi* (Tez). Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Yüksek Lisans Tezi, 2014.
32. WHO. BMI.
http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html Erişim tarihi: 28.08.2017.
33. Altschuler E.L. 'Appropriate body-mass index for Asian populations and its implications for policy and intervention strategies', *Lancet*, 2004,363(9412):902.
34. T.C Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. *Türkiye Sağlıklı Beslenme Ve Hareketli Hayat Programı (2010-2014)*, Ankara, 2011.
35. Demir G. *Diyabetik Obez Kadınlarda Obeziteyi Etkileyen Süreçlerin Genel Olarak Değerlendirilmesi* (Tez). T.C. Sağlık Bakanlığı Şişli Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi 2. İç Hastalıkları Kliniği Uzmanlık Tezi, 2009.
36. Dietz W, Baur L.A, Hall K, Puhl R.M, Taveras E.M, Uauy R, Kopelman P. 'Management Of Obesity: Improvement Of Health-Care Training And Systems For Prevention And Care', *Lancet*, 2015; 385: 2521–2533.

37. Schoeller DA, Buchholz AC. 'Energetics of obesity and weight control. does diet composition matter?', *JAMA*, 2005;105(1):24-8.
38. Akbulut G, Rakıcıoğlu N. 'Şişmanlığın beslenme tedavisinde güncel yaklaşımlar', *Genel Tıp Dergisi*, 2010;20(1):39.
39. Özkan Ş. *Kahramanmaraş İli Kahramanmaraş İlköğretim Okulu İkinci Kademe (6,7,8. Sınıflar) Öğrencilerinde Beslenme Davranışları Ve Obezite Durumlarına Spor Aktivitelerinin Etkisi* (Tez). T.C. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beden Eğitimi Ve Spor Yüksekokulu Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, 2013.
40. T.C Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. *Türkiye Sağlıklı Beslenme Ve Hareketli Hayat Programı (2013-2017)*, Ankara, 2013.
41. Pekmez C.T, Özdemir G, Ersoy G. 'The importance of exercise to obesity treatment', *Journal of Human Sciences*, 2012, 9(2): 141-160.
42. Limnili G, Özçakar N. 'Adölesanlarda Obezite', *The Journal of Turkish Family Physician*, 1997;1(2):11-16.
43. Foreyt J, Scott L.W, Gotto A.M. 'Weight Control And Nutrition Education Programs In Occupational Settings', *Health Promotion At The Worksite*, 1980, 95(2):128.
44. Erge S. 'Obezitede Diyet Tedavisini Destekleyen Davranışsal Tedavi', *Turkish Journal of Endocrinology and Metabolism*, 2003, 2: 75-82.
45. Öngün Yılmaz H. *Obez Bireylere Verilen Beslenme Eğitiminin Beden İmgesiyle Uğraşıya, Beslenme Davranışına Ve Kilo Vermeye Etkisi* (Tez). Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, 2009.
46. Burke L.E, Wang J, Sevick M.A. 'Self-Monitoring in Weight Loss: A Systematic Review of the Literature', *J Am Diet Assoc*, 2011, 111(1): 92-102.
47. Oğuz G, Karabekiroğlu A, Kocamanoğlu B, Sungur M.Z. 'Obezite ve Bilişsel Davranışçı Terapi', *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2016; 8(2):133-144.
48. Levine MD, Ringham RM, Kalarchian MA. 'Is Family-based Behavioural Weight Control Appropriate for Severe Pediatric Obesity?', *Int J Eat Disord*, 2001, 30(3): 318.
49. Orzano J, Scott J.G. 'Diagnosis and Treatment of Obesity in Adults: An Applied Evidence-Based Review', *Diagnosis and Treatment of Obesity in Adults*, 2004, 17(5):359-367.

50. Snow V, Barry P, Fitterman N, Qaseem A, Weiss K. 'Pharmacologic and Surgical Management of Obesity in Primary Care: A Clinical Practice Guideline from the American College of Physicians', *Pharmacologic and Surgical Management of Obesity in Primary Care*, 2005,142(7):526.
51. Mechanick J.I, Youdim A, Jones D.B, Garvey W.T, Hurley D.L, McMahon M.M , Heinberg L.J, Kushner R, Adams T.D, Shikora S, Dixon J.B, Brethauer S. 'Clinical Practice Guidelines for the Perioperative Nutritional, Metabolic, and Nonsurgical Support of the Bariatric Surgery Patient—2013 Update: Cosponsored by American Association of Clinical Endocrinologists, The Obesity Society, and American Society for Metabolic & Bariatric Surgery, AACE/TOS/ASMBS, *Bariatric Surgery Clinical Practice Guidelines*, 2013, 19(2).
52. Lee W, Almulaifi A, Chong K ,Yao W , Tsou J.J, Ser K.H, Lee Y.C, Chen S.C, Chen J.C. 'Bariatric versus diabetes surgery after five years of follow up', *Asian Journal of Surgery*, 2016, 39: 96-102.
53. WHO. 'Nutrition'. <http://www.who.int/topics/nutrition/en/> Erişim Tarihi:30.08.2017
54. Baysal A. *Beslenme*, Hatipoğlu Yayınevi, Ankara, 2009.
55. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme Ve Diyetetik Bölümü, *Türkiye'ye Özgü Besin Ve Beslenme Rehberi*, Ankara, 2015.
56. Sarıdağ Devran B. *Doğu Anadolu Bölgesinde Yaşayan Adölesan Ve Yetişkinlerin Beslenme Alışkanlıkları İle Yeme Tutum Ve Davranışlarının Belirlenmesi* (Tez). Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme Ve Diyetetik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, 2014.
57. Gündoğdu S. *Adana İlinde Görev Yapan Okul Öncesi Öğretmenlerinin Beslenme Bilgi Düzeyleri Ve Alışkanlıklarının Araştırılması* (Tez). Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü İlköğretim Anabilim Dalı Okulöncesi Öğretmenliği Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, 2009.
58. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme Ve Diyetetik Bölümü. *Türkiye Beslenme Ve Sağlık Araştırması 2010*,Ankara,2014.
59. Berkel M. *Trakya Bölgesi'ndeki Üniversitelerde Çalışan Akademik Personelin Beslenme Alışkanlıkları Üzerine Bir Araştırma* (Tez). Namık Kemal Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü Gıda Mühendisliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, 2011.

60. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü *2013 Türkiye Nüfus Ve Sağlık Araştırması*, Ankara, 2014.
61. T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü, *Politika Dokümanı Kadın Ve Sağlık*, Ankara, 2008.
62. Nazif S. *Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde Yaşayan 19-40 Yaş Arası Kadınların Beslenme Durumunun Saptanması Ve Kalsiyum Tüketim Durumunun Değerlendirilmesi* (Tez). Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme Bilimleri Programı Yüksek Lisans Tezi, 2012.
63. Alıç M, Pınar R. 'Obez Hastalara Verilen Eğitimin Etkinliğini Değerlendirilmesi', *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2008, 2:39.
64. Padem Z. *Farklı Beden Kütle İndeksleri Olan Hipertansiyonlu Hastaların Beslenme Durumlarının Ve Bazı Biyokimyasal Bulgularını Değerlendirilmesi* (Tez). Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Diyetetik Programı Yüksek Lisans Tezi, 2010.
65. Esposito K, Pontillo A, Di Palo C, Giuglino G, Masella M, Marfella R, Giuglino D. 'Effect of Weight Loss And Lifestyle Changes on Vascular Inflammatory Markers in Obese Woman', *American Medical Association*, 2003, 289(14):1801.
66. Deveci A, Demet M.M, Özmen B, Özmen E, Hekimsoy Z. 'Obez Hastalarda Psikopatoloji, Aleksitimi Ve Benlik Saygısı', *Anatolian Journal of Psychiatry*, 2005, 6: 84-91.
67. Özgür G, Babacan Gümüş A, Palaz C. 'Obez Bireylerin Depresif Belirti Düzeylerinin ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi', *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2008, 11: 3.
68. Pınar R. 'Obezlerde Depresyon, Benlik Saygısı ve Beden İmajı: Karşılaştırmalı Bir Çalışma', *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2002, 6(1):33.
69. Sayın I. *Zayıflamak Amacıyla Özel Bir Merkeze Başvuran Yetişkin Kadınların Fiziksel Aktivite Ve Beslenme Durumlarının Değerlendirilmesi* (Tez). Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Diyetetik Programı Yüksek Lisans Tezi, 2009.
70. Wardle J, Waller J, J. Jarvis M. 'Sex Differences in the Association of Socioeconomic Status With Obesity', *American Journal of Public Health*, 2002, 92(8):1300-1302.

71. Koruk İ, Şahin T.K. 'Konya Fazilet Uluişik Sağlık Ocağı Bölgesinde 15-49 Yaş Grubu Ev Kadınlarında Obezite Prevalansı ve Risk Faktörleri', *Genel Tıp Dergisi*, 2005, 15(4):148-153.
72. Akbaş F, Usta Atmaca H, Karadaş E, Yıldız İ, Ökten İ.N. 'Hastanemizde İlk Kez Kurulan Bir Birim Olarak İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Obezite Polikliniği ve 2 Yıl Sonundaki Verilerimizin Değerlendirilmesi', *İstanbul Medical Journal*, 2013, 14: 253-256.
73. Williamson D.F, Forman M.F, Binkın N.J, Gentry E.M, Remington P.L, Trowbridge F.L. 'Alcohol And Body Weight In United States Adults', *American Journal Of Public Health*, 1987, 77(10): 1324-1328.
74. Vançelik S. *Erzurum İli Pasinler Eğitim Araştırma Sağlık Grup Başkanlığı Bölgesinde 20 Yaş Ve Üzeri Kadınlarda Obezite Prevalansı Ve Bazı Değişkenlerle İlişkisi* (Tez). Atatürk Üniversitesi, Tıp Fakültesi Uzmanlık Tezi, 1999.
75. Lipowicz A, Gronkiewicz S, Malina RM. 'Body Mass Index, Overweight and Obesity in Married and Never Married Men And Women in Poland', *American Journal Human Biology*, 2002, 14: 468-75.
76. Yardımcı H. *Ankara İli Gölbaşı İlçesinde Yetişkin Kadınların Antropometrik Ölçümleri Ve Beslenme Alışkanlıkları Üzerinde Bir Araştırma* (Tez). Ankara Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü Ev Ekonomisi (Beslenme Bilimleri) Anabilim Dalı Doktora Tezi, 2006.
77. Riobó P, Fernández Bobadilla B, Kozarcewski M, Fernández Moya JM. 'Obesity in women', *Nutricion Hospitalaria*, 2003, 18(5):233-7.
78. Değirmenci Ş. *Gülveren Sağlık Ocağı Bölgesindeki 25-64 Yaş Grubu Kadınların, Obezite İle İlgili Bilgi Düzeyleri, Günlük Yaşam Alışkanlıkları Ve Obezite Görülme Sıklığı* (Tez). Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Uzmanlık Tezi, 2000.
79. Nazlıcan E, Demirhindi H, Akbaba M. 'Adana İli Solaklı Ve Karataş Merkez Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşayan 20-64 Yaş Arası Kadınlarda Obezite Ve İlişkili Risk Faktörlerinin İncelenmesi', *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2011,1(2): 5-12.
80. Tekin P. *Karaciğer Yağlanması Olan Hastaların Beslenme Alışkanlıkları İle Antropometrik Ölçümlerinin Belirlenmesi* (Tez). Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme Ve Diyetetik Bölümü Yüksek Lisans Tezi, 2014.

81. Özçelik A.Ö. ‘Sağlık Personelinin Beslenme Alışkanlıkları Üzerine Bir Araştırma’, *GIDA*, 2000, 25(2):93-99.
82. Sürücüoğlu M, Kocadereli S. ‘Beslenme Alışkanlıklarının Diş Sağlığı Üzerine Etkileri’, *Beslenme Ve Diyet Dergisi*, 1994, 23(1):37-50.
83. Coşkun B. *İstanbul’da Özel Bir Hastanenin Diyet Polikliniği’ne Başvuranların Bazı Özelliklerinin Ve Beslenme Durumlarının Değerlendirilmesi* (Tez). Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme Ve Diyetetik Yüksek Lisans Tezi, 2013.
84. Köremezli H. *Amasya Devlet Hastanesi Dahiliye Polikliniğine Başvuran Hastaların Beslenme Alışkanlıklarının Kan Lipit Düzeyi Değişimine Etkisi Üzerine Araştırmalar* (Tez). Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, 2007.
85. Önay Derin D, Keskin S, Çelikörs D. ‘Konya İl Merkezinde Çalışan Bazı Kamu Memurlarının Beslenme Alışkanlıkları Üzerine Bir Araştırma’, *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2015, 4(3).
86. Kılıç E, Şanlıer N. ‘Üç Kuşak Kadınının Beslenme Alışkanlıklarının Karşılaştırılması’, *Kastamonu Eğitim Dergisi*, 2007, 15(1):31-44.
87. Kaya Gündüz G. *Obezite Tanısı Almış Kadınların Obezite Dereceleri İle Problemlili Yeme Davranışları Arasındaki İlişki* (Tez). İstanbul Gelişim Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı Psikoloji Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, 2016.
88. Matthys C, De Henauw S, Devos Cand, De Backer G. ‘Estimated Energy İntake, Macronutrient İntake and Meal Pattern of Flemish Adolescents’, *European Journal of Clinical Nutrition*, 2003, 57: 366–375.
89. Çayır A, Atak N, Köse S.K. ‘Beslenme Ve Diyet Kliniğine Başvuranlarda Obezite Durumu Ve Etkili Faktörlerin Belirlenmesi’, *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 2011, 64(1).
90. Miller Y.G, Barrett G, Farrington D, Lawrance P, Harrison, N. ‘Dietary Exposures To Nitrate İn The UK’, *Food Additives &Contaminants*, 1999, 16: 521–532.
91. Geliebter A, Aversa A. ‘Emotional Eating in Overweight, Normal Weight and Underweight Individuals’, *Eating Behaviors*, 2003, 3(4):344.
92. Dede H. *Samsun İli Merkezinde Yaşayan Kadınların Beslenme Alışkanlıkları Ve Beslenme Durumlarının Değerlendirilmesi* (Tez). Ankara Üniversitesi, Fen

- Bilimleri Enstitüsü Ev Ekonomisi (Beslenme Bilimleri) Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, 2011.
93. Buckley J. D, Howe P. R. C. ‘Anti-Obesity Effects Of Long-Chain Omega-3 Polyunsaturated Fatty Acids’, *Obesity Reviews*, 2009, 10: 648–659.
94. Kaya Özdemir S. *Bartın İli Sağlık Meslek Lisesi ve Genel Lise Öğrencilerinin Beslenme Alışkanlıkları ve Obezite Sıklığı* (Tez).Bülent Ecevit Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, 2015.
95. Avan Z. *Özel Bir Spor Merkezine Devam Eden 18 – 30 Yaş arası Bireylerin Beslenme Durumlarının ve Beden Algularının Değerlendirilmesi* (Tez). Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme ve Diyetetik Bölümü Yüksek Lisans Tezi, 2015.
96. Korkmaz A. *Kocaeli ili Gebze İlçesindeki İlköğretim 2. Basamak(6-7-8.sınıflar) Öğrencilerinde Obezite Sıklığı ve Beslenme Davranışları* (Tez). Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Çocuk Gelişimi ve Ev Yönetimi Anabilim Dalı Beslenme Eğitimi Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, 2008.
97. Haklı G. *Konya Merkezdeki Gıda Üretim ve Tüketim Tesislerinde Çalışan İşçilerin Beslenme Alışkanlıkları ve Beslenme Durumlarının Belirlenmesi* (Tez). Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Beslenme Eğitimi Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, 2008.
98. Börekci S. *Tip 2 Diyabetli Hastalarda Tuz Tüketimi ve Beslenme Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi* (Tez). Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Diyetetik Programı Yüksek Lisans Tezi, 2015.
99. Ünsal E.M. *Diyet Eğitimin Hiperlipidemik Hastaların Beslenme Alışkanlıkları, Beslenme Bilgi Düzeyleri Ve Beslenme Durumuna Etkisinin Değerlendirilmesi* (Tez). Gazi Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü Aile Ekonomisi ve Beslenme Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, 2008.
100. D. Gould. ‘Information Point: Visual Analogue Scale (VAS)’, *Journal of Clinical Nursing*, 2001, 10: 697-706.

EKLER

EK-1: ETİK KURUL ONAY FORMU

OKAN ÜNİVERSİTESİ Etik Kurul Kararı

Toplantı Tarihi: 20.04.2017

Toplantı Sayısı: 82

Toplantıya Katılanlar:

Prof. Dr. Mithat Kıyak	(Başkan)
Prof. Dr. Mazhar Semih Başkan	(Üye)
Prof. Dr. Dilek Öztürk	(Üye)
Prof. Dr. Ali Tayfun Atay	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Nermin Bölükbaşı	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Nihat Özaydın	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Didem Torun Özkan	(Üye) (Katılmadı)
Yrd. Doç. Dr. Erdiñ Ünal	(Üye)


Okan Üniversitesi Etik Kurulu 20.04.2017 tarihinde Prof. Dr. Mithat Kıyak Başkanlığında toplandı.

Yapılan görüşmeler sonucunda;


Karar 9. Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü – Beslenme ve Diyetetik Bölümünden **İlknur EKER**'in “Güngören Toplum Sağlığı Merkezi Sağlıklı Beslenme ve Obezite Polikliniğine Başvuran Yetişkin Obez Kadınların Beslenme Durumlarının Değerlendirilmesi” başlıklı çalışması için başvuru talebi uygun görülüp oy birliği ile onaylanmıştır.



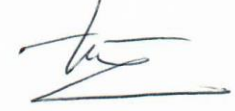
Prof. Dr. Mithat Kıyak
(Başkan)




Prof. Dr. Mazhar Semih Başkan
(Üye)



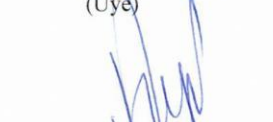
Prof. Dr. Dilek Öztürk
(Üye)




Prof. Dr. Ali Tayfun Atay
(Üye)



Yrd. Doç. Dr. Nermin Bölükbaşı
(Üye)



Yrd. Doç. Dr. Nihat Özaydın
(Üye)



Yrd. Doç. Dr. Erdiñ Ünal
(Üye)

Yrd. Doç. Dr. Didem Torun Özkan
(Üye) (Katılmadı)

EK-2: GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

EK - A

Gönüllü Onam Formu

Bu çalışma, Dyt. İlknur EKER tarafından, İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğüne bağlı Güngören Toplum Sağlığı Merkezi Sağlıklı Beslenme ve Obezite polikliniğine başvuran obez tanısı almış kadın hastalar ile yürütülecektir. Çalışmanın amacı polikliniğine başvuran obez kadınların beslenme durumlarının değerlendirilmesidir. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Ankette, sizden kimlik belirleyici hiçbir bilgi istenmemektedir. Cevaplarınız gizli tutulacak ve sadece araştırmacı tarafından değerlendirilip, elde edilecek bilgiler bilimsel yayımlarda kullanılacaktır. Anketimizde genel olarak kişisel rahatsızlık verecek soruları içermemektedir. Ancak, katılım sırasında sorulardan ya da herhangi başka bir nedenden ötürü kendinizi rahatsız hissederseniz soruları cevaplamadan, katılımdan vazgeçebilirsiniz. Böyle bir durumda anketi uygulayan kişiye, anketi tamamlamadığınızı söylemek yeterli olacaktır. Anket sonunda, bu çalışmayla ilgili sorularınız cevaplanacaktır. Bu çalışmaya katıldığınız için şimdiden teşekkür ederiz.

Bu çalışmaya tamamen gönüllü olarak katılıyorum ve istediğim zaman yarıda kesip çıkabileceğimi biliyorum. Verdiğim bilgilerin bilimsel amaçlı yayımlarda kullanılmasını kabul ediyorum. (Formu doldurup imzaladıktan sonra uygulayıcıya geri veriniz).

ARAŞTIRMACI		İMZASI
AD SOYAD/GÖREVİ	İlknur EKER / Diyetisyen	
ADRES	Güngören Toplum Sağlığı Merkezi	
TELEFON		
MAİL ADRESİ	dytilknureker@gmail.com	
TARİH		

AD SOYAD

TARİH

İMZA

EK-3: ANKET FORMU

EKB Veri Toplama Formu

GÜNGÖREN TOPLUM SAĞLIĞI MERKEZİ SAĞLIKLI BESLENME VE OBEZİTE POLİKLİĞİNE BAŞVURAN YETİŞKİN OBEZ KADINLARIN BESLENME DURUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Sayın katılımcı;

Bu çalışma Güngören Toplum Sağlığı Merkezi Sağlıklı Beslenme ve Obezite Polikliğine başvuran, yetişkin obez tanısı almış kadınların beslenme durumlarının değerlendirilmesi amacıyla yapılmaktadır. Çalışmaya katılım zorunlu değildir. Çalışmaya katılmayı kabul ettiğiniz durumda size; sosyoekonomik özelliklerinize ve beslenme alışkanlıklarınıza ilişkin sorular sorulacaktır. Verileriniz toplanırken ad ve soyadınız kaydedilmeyecektir. İstedığınız aşamada çalışmadan ayrılabilirsiniz. Çalışmaya katıldığınız için teşekkür ederim.

Araştırmacı

Dyt. İLKNUR EKER

Sıra no:

Tarih:

Kişisel Bilgiler

1)Doğum tarihi :/...../.....

2)Öğrenim durumu : Okuryazar değil Okuryazar İlkokul
 Ortaokul Lise Üniversite ve üzeri

3)Medeni durumu : Evli Bekar

4)Gelir gider durumu: Geliri giderinden fazla Geliri giderinden az
 Geliri giderine eşit

5)Tanısı konulmuş bir sağlık sorununuz var mı?

Hayır Evet (belirtiniz).....

6) Ailenizde obez birey var mı?

Evet Hayır

7) Cevabınız 'Evet' ise ailenizdeki obez birey kimdir?

Anne Baba Çocuk Kardeş Diğer (belirtiniz).....

8) Vitamin – mineral desteği (suplement) kullanıyor musunuz?

- Evet Hayır Bazen

9)Kullandığımız vitamin – minerali size kim önerdi?

- Doktor Diyetisyen Eczacı Diğer (belirtiniz)

10)Vitamin – mineral kullanma amacınız nedir?

- Hastalık için Zinde ve sağlıklı olmak için Doktor önerisi
 Hastalıklardan korunmak için Diğer(belirtiniz)

Beslenme Durumlarının Değerlendirilmesine İlişkin Sorular

11)Günde kaç öğün yemek yersiniz?

- 1 Öğün 2 Öğün 3 Öğün 4 Öğün ve fazlası

12)Öğün atlar mısınız?

- Evet Hayır Bazen

13)Cevabımız ‘Evet’ ise sıklıkla hangi öğün ya da öğünleri atlarsınız? (birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)

- Sabah Öğle Akşam Ara öğün

14)Öğün atlama nedeniniz nedir?

- Zaman yetersizliğinden Canım istemiyor, iştahsızım Geç kalıyorum
 Hazırlanmadığı için Zayıflamak için Alışkanlığım yok
 Diğer (belirtiniz).....

15)Öğün aralarında ne tür yiyecek ve içecek tüketiyorsunuz, aşağıdaki tabloda işaretleyiniz?

Yiyecek ve İçecek	her gün	haftada 3-4	haftada 1-2	ayda 1-2	seyrek	tüketmiyorum
Bisküvi, kraker vb.						
Simit, poğaç						
Kek, pasta						
Çay						
Kahve						
Meyve suları						
Meyve						
Kuruyemiş						
Bitki çayları						
Çikolata						
Şekerleme						

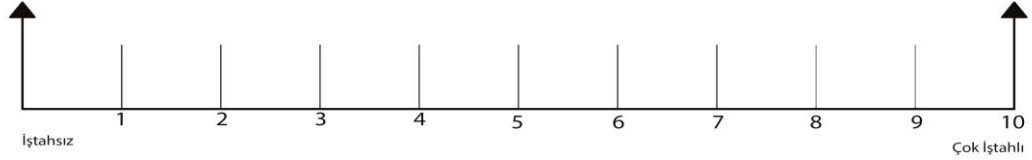
16)Gece kalkıp bir şeyler yer misiniz?

Evet Hayır Bazen

17)Yemek yeme hızınız nasıldır?

Yavaş Hızlı Orta Hızlı Çok Hızlı

18)İştahınızı 1 ve 10 arasında numaralandırmanız istense hangi rakamı işaretlerdiniz?



19)Aşağıdaki durumlar beslenme durumunuzu nasıl etkiler?

Davranışlar	Üzütülü	Sıkıntılı	Sevinçli	Heyecanlı	Yorgun
Hiç yemek yemem					
Daha az yemek yerim					
Daha çok yemek yerim					
Değişiklik olmaz					
Diğer(açıklayınız)					

20)TV, radyo, promosyon vb. yapılan reklamların beslenme tercihlerinizde etkisi oluyor mu?

Evet Hayır Bazen

21)Satın aldığımız ambalajlı ürünlerde etiket bilgisi okur musunuz?

Evet Hayır Bazen

22)Cevabınız 'Evet' ya da 'Bazen' ise hangi bilgilere dikkat edersiniz?

Son kullanma tarihine Üretim tarihine Üretim ve son kullanma tarihine

Firma ismine Besin değerine Katkı maddelerine

Hepsine Diğer (belirtiniz).....

23)'Light, düşük kalorili, diyabetik' gibi adlandırılan hazır yiyeceklerden tüketiyor musunuz?

Evet Hayır

24)Eğer cevabınız ‘Evet’ ise kullandığınız ürünler nelerdir?

Ürünler	Sürekli	Ara sıra	Seyrek	Hiç
Yağsız süt				
Yarım yağlı süt				
Yarım yağlı yoğurt				
Az yağlı beyaz peynir				
Diyabetik çikolata				
Diyet reçel				
Diyet yaş pasta				
Diyet kola				
Kepekli ekmek				
Diyet form bisküvi				
Tatlandırıcılar				

25)Daha önce zayıflama diyeti uyguladınız mı?

- Evet Hayır

26)Hangi zayıflama diyetlerini ne kadar süre ile uyguladınız?

Diyet türü	Kilo kaybı	Uygulanan süre (hafta/ay/yıl)

27)Uyguladığınız zayıflama diyetini size kim önerdi?

- Doktor Diyetisyen Komşu/ Arkadaş TV/ İnternet/ Gazete – Dergi
 Diğer (belirtiniz)

28)Kilo vermek için diyet dışında başka bir yöntem uyguladınız mı?

- Evet Hayır

29)Zayıflamak için başka ne tür bir yöntem uyguladınız?

- Zayıflama ilacı Bitkisel çaylar Besin destekleri Liposuction
 Laksatif Kusma yöntemi İdrar söktürücü
 Diğer(belirtiniz).....

30)Günlük su tüketiminiz kaç bardaktır?

- 3 bardak ve daha az 4 – 6 bardak 6 – 8 bardak 8 – 10 bardak
 10 bardak ve daha fazla

31)Beslenme ile ilgili bilgilerinizi nereden ediniyordunuz?

- Aile Gazete /dergi TV/radyo İnternet
 Diyetisyen

32)Sizce obezitenin en önemli sebebi nedir?

- Çevre Genetik Yiyecek Stres Hareketsizlik

33)Sizce obezite yaşamı etkileyen önemli bir sağlık sorunu mudur?

Evet Hayır

34)Aşağıdaki beslenme seçeneklerinden hangisine daha çok özen göstererek seçim yaparsınız?

Yağ oranı düşük Tuz oranı düşük Vitamince zengin Lezzetli olması

Diğer(belirtiniz).....

35)Yemeklerinizi nasıl tüketirsiniz?

Tuzsuz Az tuzlu Normal Tuzlu

36)Aşağıdaki besinleri hangi sıklıkla kullanıyorsunuz?

	Her Gün	İki Günde Bir	Haftada 1-2 kez	15 Günde Bir	Ayda Bir	Yemiyorum
Et						
Yumurta						
Balık						
Sucuk,Salam,Sosis						
Kurubaklagil						
Süt						
Cips						
Yoğurt- Peynir						
Dondurma						
Sebze						
Meyve						
Ekmek						
Makarna-Pilav						
Mısır Gevreği						
Hamur İşleri						
Reçel-Bal						
Ketçap-Mayonez						
Kola						
Tatlı						

Antropometrik Ölçümler (Araştırmacı tarafından doldurulacaktır.)

BOY (m)	
KİLO (Kg)	
BEL ÇEVRESİ(cm)	

EK-4

T.C. İSTANBUL HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ PROTOKOLU

PROTOKOL

Çalışmayı yürütecek olan kişiler:	Yrd. Doç. Dr. Mehmet AKMAN sorumluluğunda İlnur EKER
Çalışmanın Türü	Yüksek Lisans Tezi
Çalışmanın adı:	"Güngören Toplum Sağlığı Merkezi Sağlıklı Beslenme ve Obezite Polikliniğine Başvuran Yetişkin Obez Kadınların Beslenme Durumlarının İncelenmesi"
Çalışmanın gerçekleştirileceği kurum/kuruluşlar:	İstanbul ili; Güngören Toplum Sağlığı Merkezi
Çalışmanın gerçekleştirileceği tarih aralık	22.05.2017 – 31.07.2017 tarihleri arası.

Madde 1. Bu protokol TC Sağlık Bakanlığı İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü ile İlnur EKER (Güngören Toplum Sağlığı Merkezi / Ünlü Sk. No:8 Güngören - İSTANBUL) arasında düzenlenmiştir.

Madde 2. Bu protokol İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü'nün sorumlu olduğu sahada gerçekleştirilecek olan çalışmaların kurala bağlamak amacı ile düzenlenmiştir. Çalışmayı gerçekleştirecek kişi veya kişiler çalışma süresince kapsam dışı hiçbir veri toplamayacaklardır. Çalışmanın kapsamı Müdürlük'e ıslak imzalı olarak sunulan başvuru dosyasındaki bilgilerle belirlenmiştir. Herhangi bir anlaşmazlıkta Başvuru Dosyasında sunulan bilgiler esas alınacaktır.

Madde 3. Protokol, çalışmanın taraflarca planlanan ve kabul edilen süresi ile sınırlıdır. Uzatılması ancak yeni bir protokole bağlıdır. Şartlarda oluşabilecek değişikliklere bağlı olarak taraflar protokolü daha önce sonlandırma hakkına sahiptir.

Madde 4. Çalışmaya katılım için gönüllülük esastır. Çalışma kapsamında kişilere önce çalışmanın amacı hakkında bilgi verilecek ve kişilerden onay alınacaktır. Araştırma sırasında veriler kişi mahremiyetini ihlal etmeyecek şekilde geçerli gizlilik ve şahsi itibarın korunması hükümlerine uyulması suretiyle toplanabilecektir.

Madde 5. Protokole konu olan çalışmayı sadece yukarıda ismi anılan kişiler yapabileceklerdir. Saha çalışmasına katılan ve protokolle tesbit edilen kişide değişiklik yapılması ya da yeni kişinin çalışmaya dahil edilmesi ancak İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü'nün onayına tabidir. Aksi durumda protokol iptal edilecek ve gerekli işlemler başlanacaktır.

Madde 6. Protokolün uygulanması ile ilgili çıkabilecek sorunlar tarafların yetkili temsilcileri tarafından görüşülerek çözülecektir. Anlaşılmasında durumunda yetkili mahkemeler itilafın çözümü için sürece dahil edilecektir.

Madde 7. Araştırma sonuçlarının kullanılarak üretilecek olan her türlü materyalde (tez, makale, poster sunum vb.) çalışmanın gerçekleştirildiği kurum veya kuruluşların ismi açık olarak kullanılmayacaktır. Aksi takdirde cezai müeyyide uygulanacaktır.

Madde 8. Çalışmanın sonucunda elde edilecek olan sonuç raporu, akademik yayın veya tezin bir örneği Müdürlük kütüphanesinde değerlendirilmek üzere İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü Projeler Birimi'ne teslim edilecektir.

Araştırmacı
Adı-Soyadı: 
24.05.2017
Dyt.İlnur EKER

Halk Sağlığı Müdür Yardımcısı
Dr. Erdoğan KOCAYİĞİT

OLUR
Dr. Abdülrahman Emre GÜNER
Halk Sağlığı Müdürü

EK-5

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	İlknur	Soyadı	Eker
Doğum Yeri	İstanbul	Doğum Tarihi	10/05/1992
Uyruğu	T.C	Telefon	
E- Mail	dytilknureker@gmail.com		

Eğitim Düzeyi

Derece	Alan	Okul	Yıl
Lise	Fen-Matematik	Gaziosmanpaşa Anadolu Lisesi	2006-2010
Lisans	Beslenme Ve Diyetetik	Trakya Üniversitesi	2010-2014

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre
Diyetisyen	İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü- Güngören Toplum Sağlığı Merkezi	2016- Halen