

T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
HASTANE VE SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ BİLİM DALI

**SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA OBEZİTE DÜZEYİ
DEĞERLENDİRİLMESİ
(KIRKLARELİ ÖRNEĞİ)**

(Yüksek Lisans Tezi)

Tezi Hazırlayan: **İlknur EROL**

İstanbul, 2014

T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
HASTANE VE SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ BİLİM DALI

**SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA OBEZİTE DÜZEYİ
DEĞERLENDİRİLMESİ
(KIRKLARELİ ÖRNEĞİ)**

(Yüksek Lisans Tezi)

Tezi Hazırlayan:

İlknur EROL

Öğrenci No:

110746889

Danışman:

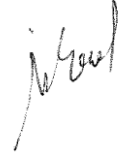
Yrd. Doç. Dr. Aygöl YANIK

İstanbul, 2014

YEMİN METNİ

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum “**Sağlık Çalışanlarında Obezite Düzeyi Değerlendirilmesi (Kırklareli Örneği)** ” başlıklı bu çalışmanın, bilimsel ahlak ve geleneklere uygun şekilde tarafımdan yazıldığını, yararlandığım eserlerin tamamının kaynaklarda gösterildiğini ve çalışmamın içinde kullanıldıkları her yerde bunlara atıf yapıldığını belirtir ve bunu onurumla doğrularım. 08/03/2014

İlknur Erol



T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
TEZLİ YÜKSEK LİSANS SINAV TUTANAĞI

08/03/2014

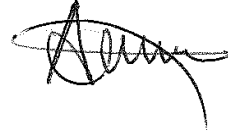
Enstitümüz *İşletme Yönetimi* Anabilim dalı *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi* Programı yüksek lisans öğrencilerinden **110746889** numaralı **İlknur EROL'nin** "*Beykent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim - Öğretim Yönetmeliği*"nin ilgili maddesine göre hazırlayarak, Enstitümüze teslim ettiği "*Sağlık Çalışanlarında Obezite Düzeyi Değerlendirilmesi (Kırklareli Örneği)*" konulu tezini, Yönetim Kurulumuzun 25.02.2014 tarih ve 2014/05 sayılı toplantısında seçilen ve Taksim Yerleşkesinde toplanan biz jüri üyeleri huzurunda, ilgili yönetmeliğin (c) bendi gereğince (45) dakika süre ile aday tarafından savunulmuş ve sonuçta adayın tezi hakkında *oyçokluğu/oybirliği* ile **Kabul/Red veya Düzeltme** kararı verilmiştir.

İşbu tutanak, 4 nüsha olarak hazırlanmış ve Enstitü Müdürlüğü'ne sunulmak üzere tarafımızdan düzenlenmiştir.

DANIŞMAN
YRD.DOÇ. DR. AYGÜL YANIK



ÜYE
YRD. DOÇ. DR. ALİ SAYGILI



ÜYE
PROF. DR. MEHMET FİKRET GEZGİN

Adı ve Soyadı : İlknur Erol

Danışmanı : Yrd. Doç. Dr. Aygöl Yanık

Türü ve Tarihi : Yüksek Lisans/ 2014

Alanı : Hastane Ve Sağlık Kurumları Yönetimi

Anahtar Kelimeler : Obezite, Beden Kitle İndeksi, Sağlık Çalışanları

ÖZ

SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA OBEZİTE DÜZEYİ DEĞERLENDİRİLMESİ

(KIRKLARELİ ÖRNEĞİ)

Tüm dünyada ve ülkemizde giderek artış gösteren obezite, vücutta yağ dokusunun normalden fazla olmasıdır. Obezite oluşumunda; çevre, yaşam tarzı, genetik gibi birçok faktör etkili olmakta ve obezite; kalp-damar hastalıkları, diyabet, hipertansiyon, kanser gibi birçok kronik hastalıklara neden olabilmektedir.

Çalışmamız, Kırklareli Babaeski Devlet Hastanesi ve Kırklareli Lüleburgaz Özel Medikent Hastanesi sağlık çalışanlarına uygulanmıştır. Çalışma; toplumun rol modeli olan sağlık çalışanlarının beslenme alışkanlıkları, fiziksel aktivite düzeyleri gibi yaşam tarzlarının belirlenmesi ve bunun sonucunda obezite düzeylerini, obezite görülme sıklığını, risk faktörlerini belirlemek, tedavi amacıyla kullandıkları yöntemleri değerlendirmek amacıyla düzenlenmiştir.

Obezite görülme sıklığını ve etkileyen faktörleri değerlendirme doğrultusunda; sağlık çalışanlarının sosyo-demografik özellikleri tespit edilmiştir. Bulgularımızda; kadın çalışanların %21,6'sının fazla kilolu, %5,6'sının obez, erkek çalışanların ise %46,4'sının fazla kilolu, %13,4'ünün obez olduğu saptanmıştır. Sağlık çalışanlarının obezite açısından ilaç tedavisi boyutu yüksek, beslenme boyutu orta, cerrahi tedavi boyutu yüksek, diyet tedavisi boyutu yüksek ve egzersiz boyutu düşük düzeyde bulunmuştur. Obezite üzerinde etkili faktörler ise; cinsiyet, medeni

durum, evlilik yılı, çalışma pozisyonları, çalışılan birimler, ailede obez birey bulunması olarak tespit edilmiştir.

Sonuç olarak; obezite konusunda bilinçli ve bilgili olması gereken sağlık çalışanları da toplum gibi obezite riski altındadır. Bu nedenle sağlık çalışanlarına; obezitenin nedenleri, tedavi yöntemleri, beslenme ve fiziksel aktivitenin önemini belirten eğitimler verilmeli, bu eğitimler sonucunda edinilen davranış değişikliklerinin sağlık çalışanlarında ve toplumda yaşama geçirilmesi sağlanmalıdır.

Araştırmanın benzer araştırmalara yön vereceği tahmin edilmektedir. Obezite konusunda daha kapsamlı araştırmalar yapılmalı ve önlemeye yönelik sağlığı geliştirme stratejileri planlanmalı ve uygulamaya geçilmelidir.

Name and Surname : İlknur Erol

Supervisor : Assistant Professor Aygöl Yanık

Degree and Date : Master/2014

Major : Hospital And Health Organizations Management Program

Key Words : Obesity, Body Mass Index, Health Care Workers

ABSTRACT

EVALUATION OF THE LEVEL OF OBESITY HEALTH WORKERS (EXAMPLE KIRKLARELI)

All over the world and in our country are increasingly showing an increase in obesity, adipose tissue in the body is more than usual. The formation of obesity; many factors, such as environment, lifestyle, genetic effect, and obesity; heart-vascular diseases, diabetes, hypertension, cancer may cause as many chronic diseases.

Our study, a private hospital in the State hospital and the Quezon Babaeski Justice has been applied to health workers. Study; Community role model is the physical activity levels, eating habits, health care workers, such as the determination of the levels of obesity and as a result, lifestyles, obesity incidence, risk factors, treatment, use, in order to determine the methods to evaluate.

Obesity incidence and influencing factors of assessment; health care workers have been identified in the socio-demographic characteristics. Bulgularımızda; 21.6% of overweight women employees, 5.6% 46.4% of obese, male employees of overweight, % 13.4 percent were found to be obese. Health care workers in terms of the size of the drug treatment of obesity is high, the size of medium-size high-nutrition diet therapy, surgical treatment is high and the size of the size of the low level of exercise. On the effective factors of obesity; gender, marital status, year of marriage, the study found obese individuals in the family of units, positions, has been identified as.

As a result; Obesity-conscious and knowledgeable should be health care workers are at risk of obesity, such as the community. For this reason, health workers; Obesity causes, methods of treatment, nutrition and physical activity as a result of this training should be given training, indicating the significance of the changes of health workers and community life of the acquired behavior should be provided.

It is estimated that similar research will be the direction of the research. Obesity should be a more comprehensive research and prevention about health development strategies must be planned and should be implemented.

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

ÖZET	i
ABSTRACT	iii
TABLolar LİSTESİ.....	x
KISALTMALAR	xiii
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM

OBEZİTENİN TANIMI VE İLGİLİ KAVRAMLAR

1. OBEZİTENİN TANIMI VE PREVALANSI	8
2. OBEZİTENİN ETYOPATOGENEZİ	10
3. OBEZİTE OLUŞUMUNU ETKİLEYEN FAKTÖRLER	13
3.1. Kalıtım.....	13
3.2. Beslenme Alışkanlıkları	13
3.3. Psikolojik Etki	14
3.4. Yaş.....	15
3.5. Sosyo-Ekonomik Düzey	15
3.6. Cinsiyet.....	16
3.7. Fiziksel Aktivite	17
3.8. Metabolik Faktörler	18
4. OBEZİTENİN TANISI	19
4.1. Ağırlık ve Boy Uzunluğuna Dayalı Oranlar	19
4.2. Bel/Kalça Oranı	21
4.3. Deri Kıvrım Kalınlığının Ölçülmesi.....	22
4.4. Kol Yağ Alanının Saptanması	23
4.5. Vücuttaki Yağın Direkt Ölçümü	23
5. OBEZİTENİN TEDAVİSİ	26
5.1. Davranış Terapisi	29
5.2. Diyet Tedavisi	31

5.3. Egzersiz	34
5.4. İlaç Tedavisi	36
5.5. Cerrahi Tedavi.....	39
6. OBEZİTE KAYNAKLI HASTALIKLAR	42
6.1. Hipertansiyon	42
6.2. Diabetes Mellitus.....	43
6.3. Kroner Arter Hastalığı.....	45
6.4. Uyku Apne Sendromu	46
6.5. Osteoartrit.....	47
6.6. Kanser.....	48
7. OBEZİTENİN PSİKOLOJİK - SOSYAL VE EKONOMİK SONUÇLARI	50
7.1. Obezitenin Psikolojik Sonuçları	50
7.2. Obezitenin Sosyal Sonuçları	52
7.3. Obezitenin Ekonomik Sonuçları.....	53
8. SAĞLIK BAKANLIĞININ OBEZİTE POLİTİKALARI.....	56

İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA OBEZİTE DÜZEYİ DEĞERLENDİRİLMESİ (KIRKLARELİ ÖRNEĞİ)

1. SAĞLIK ÇALIŞANLARININ DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ	58
1.1.Çalışanların Demografik Özellikler Açısından Sıklık Dağılımı.....	58
1.2. Çalışanların Mesleki Durumlarına İlişkin Sıklık Dağılımı.....	60
1.3. Çalışanların Çalışma Durumlarına İlişkin Sıklık Dağılımı	61
1.4. Çalışanların Sigara-Alkol Alışkanlıklarına İlişkin Sıklık Dağılımı	63
1.5. Çalışanların Beslenme Eğitimi- Doğum Sayısı- Ailede Obez Birey Bulunması- Egzersiz Durumları ve Beden Kitle İndeksine İlişkin Sıklık Dağılımı	64
1.6. Çalışanların İş Gününü Tanımlama-Diyet Yapma-Kronik Sağlık Sorunlarına İlişkin Sıklık Dağılımı	66
1.7. Çalışanların Kilo İle İlgili Durumlara İlişkin Sıklık Dağılımı	69
2. OBEZİTE ÖLÇEĞİ BOYUTLARI, BOYUTLAR ARASINDAKİ İLİŞKİ VE ÖLÇEĞİN GÜVENİLİRLİĞİ.....	70
3. SAĞLIK ÇALIŞANLARININ DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ VE OBEZİTE İLE İLGİLİ DEĞERLENDİRMELERİ	74
3.1. Çalışanların Cinsiyetlerine Göre Obezite İle İlgili Değerlendirmeleri.....	74
3.2. Çalışanların Medeni Durum larına Obezite İle İlgili Değerlendirmeleri.....	74

3.3. Çalışanların Çalıştıkları Kurumlara Göre Obezite İle İlgili Değerlendirmeleri	75
3.4. Çalışanların Yaşlarına Göre Obezite İle İlgili Değerlendirmeleri	75
3.5. Çalışanların Evlilik Yıllarına Göre Obezite İle İlgili Değerlendirmeleri	77
3.6. Çalışanların Eğitimlerine Göre Obezite İle İlgili Değerlendirmeleri	77
3.7. Çalışanların Pozisyonlarına Göre Obezite İle İlgili Değerlendirmeleri	78
3.8. Çalışanların Statülerine Göre Obezite İle İlgili Değerlendirmeleri	79
3.9. Çalışanların Mesleki Deneyimlerine Göre Obezite İle İlgili Değerlendirmeleri	80
3.10. Çalışanların Çalışma Şekline Göre Obezite İle İlgili Değerlendirmeleri	82
3.11. Çalışanların Çalıştığı Birime Göre Obezite İle İlgili Değerlendirmeleri	83
3.12. Çalışanların Gelirlerine Göre Obezite İle İlgili Değerlendirmeleri	84
3.13. Çalışanların Sigara İçme Durumuna Göre Obezite İle İlgili Değerlendirmeleri	86
3.14. Çalışanların Sigara İçme Süresine Göre Obezite İle İlgili Değerlendirmeleri	87
3.15. Çalışanların Alkol Alma Durumlarına Göre Obezite İle İlgili Değerlendirmeleri ..	88
3.16. Çalışanların Alkol Alma Süresine Göre Obezite İle İlgili Değerlendirmeleri	89
3.17. Çalışanların Beslenme Eğitimi Almalarına Göre Obezite İle İlgili Değerlendirmeleri	90
3.18. Çalışanların Doğum Sayısına Göre Obezite İle İlgili Değerlendirmeleri	91
3.19. Çalışanların Evinde Yaşayan Kişi Sayısına Göre Obezite İle İlgili Değerlendirmeleri	92
3.20. Çalışanların Ailesinde Obez Kişi Bulunmasına Göre Obezite İle İlgili Değerlendirmeleri	93
3.21. Çalışanların Egzersiz Yapma Durumlarına Göre Obezite İle İlgili Değerlendirmeleri	94
3.22. Çalışanların Egzersiz Yapma Sıklığına Göre Obezite İle İlgili Değerlendirmeleri	95
3.23. Çalışanların Bir İş Gününü Tanımlamalarına Göre Obezite İle İlgili Değerlendirmeleri	96
3.24. Çalışanların İşe Gidiş Şekline Göre Obezite İle İlgili Değerlendirmeleri	97
3.25. Çalışanların Diyet Yapma Durumuna Göre Obezite İle İlgili Değerlendirmeleri ..	98
3.26. Çalışanların Diyet Yapma Sıklığına Göre Obezite İle İlgili Değerlendirmeleri	99
3.27. Çalışanların Diyet Yapma Şekline Göre Obezite İle İlgili Değerlendirmeleri	100
3.28. Çalışanlarda Kronik Hastalıkların Bulunmasına Göre Obezite İle İlgili Değerlendirmeleri	102
3.29. Çalışanların Kilo Açısından Kendilerini Tanımlamalarına Göre Obezite İle İlgili Değerlendirmeleri	103
3.30. Çalışanların Kilo Fazlalıklarının Nedenlerine Göre Obezite İle İlgili Değerlendirmeleri	103

3.31. Çalışanların Belirttikleri Obezite Nedenlerine Göre Obezite İle İlgili Değerlendirmeleri	104
3.32. Çalışanların Kilo Vermek İçin Tercih Ettiği Yöntemlere Göre Obezite İle İlgili Değerlendirmeleri	106
4. ÇALIŞANLARIN BEDEN KİTLE İNDEKSİ İLE DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ ARASINDAKİ FARKLILIKLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ	107
4.1. Çalışanların BKİ İle Cinsiyeti Arasındaki Farklılığın Değerlendirilmesi	107
4.2. Çalışanların BKİ İle Yaşı Arasındaki Farklılığın Değerlendirilmesi	108
4.3. Çalışanların BKİ İle Medeni Durumu Arasındaki Farklılığın Değerlendirilmesi ..	109
4.4. Çalışanların BKİ İle Evlilik Süresi Arasındaki Farklılığın Değerlendirilmesi	110
4.5. Çalışanların BKİ İle Eğitim Durumu Arasındaki Farklılığın Değerlendirilmesi ...	111
4.6. Çalışanların BKİ İle Mesleki Pozisyonları Arasındaki Farklılığın Değerlendirilmesi	112
4.7. Çalışanların BKİ İle Mesleki Deneyimleri Arasındaki Farklılığın Değerlendirilmesi	113
4.8. Çalışanların BKİ İle Çalışma Şekli Arasındaki Farklılığın Değerlendirilmesi	114
4.9. Çalışanların BKİ İle Çalıştıkları Birim Arasındaki Farklılığın Değerlendirilmesi	115
4.10. Çalışanların BKİ İle Çalıştıkları Kurumlar Arasındaki Farklılığın Değerlendirilmesi	116
4.11. Çalışanların BKİ İle Geliri Arasındaki Farklılığın Değerlendirilmesi	117
4.12. Çalışanların BKİ İle Sigara Kullanımı Arasındaki Farklılığın Değerlendirilmesi	118
4.13. Çalışanların BKİ İle Alkol Kullanımı Arasındaki Farklılığın Değerlendirilmesi	119
4.14. Çalışanların BKİ İle Beslenme Eğitimi Alma Arasındaki Farklılığın Değerlendirilmesi	120
4.15. Çalışanların BKİ İle Doğum Sayısı Arasındaki Farklılığın Değerlendirilmesi	121
4.16. BKİ İle Çalışanların Ailesinde Obez Birey Bulunması Arasındaki Farklılığın Değerlendirilmesi	122
4.17. Çalışanların BKİ İle Egzersiz Yapma Arasındaki Farklılığın Değerlendirilmesi	123
4.18. Çalışanların BKİ İle Egzersiz Yapma Sıklığı Arasındaki Farklılığın Değerlendirilmesi	124
4.19. Çalışanların BKİ İle İş Gününü Tanımlama Şekilleri Arasındaki Farklılığın Değerlendirilmesi	124
4.20. Çalışanların BKİ İle Diyet Yapma Arasındaki Farklılığın Değerlendirilmesi	125
4.21. Çalışanların BKİ İle Diyet Yapma Sıklığı Arasındaki Farklılığın Değerlendirilmesi	126
4.22. Çalışanların BKİ İle Diyet Yapma Yöntemleri Arasındaki Farklılığın Değerlendirilmesi	127

SONUÇ	128
KAYNAKLAR	134
ANKET METNİ.....	137

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 1. Yetişkinlerde BKİ'ne göre Zayıflık, Fazla Kiloluk ve Şişmanlık Durumunun Sınıflandırması	20
Tablo 2. Çalışanların Demografik Özellikleri Açısından Sıklık Dağılımı	60
Tablo 3. Çalışanların Mesleki Durumlarına İlişkin Sıklık Dağılımı	61
Tablo 4. Çalışanların Çalışma Durumlarına İlişkin Sıklık Dağılımı	63
Tablo 5. Çalışanların Sigara-Alkol Alışkanlıklarına İlişkin Sıklık Dağılımı	64
Tablo 6. Çalışanların Beslenme Eğitimi- Doğum Sayısı- Ailede Obez Birey Bulunması- Egzersiz Durumları ve Beden Kitle İndeksine İlişkin Sıklık Dağılımı	66
Tablo 7. Çalışanların İş Gününü Tanımlama-Diyet Yapma-Kronik Sağlık Sorunlarına İlişkin Sıklık Dağılımı	68
Tablo 8. Çalışanların Kilo İle İlgili Durumlara İlişkin Sıklık Dağılımı	70
Tablo 9. Obezite Ölçeği Boyutları Dağılımı ve Güvenilirliği.....	71
Tablo 10. Obezito Ölçeği Boyutları Ortalama ve Güvenilirlik Değerleri	72
Tablo 11. Obezite Boyutları Arasındaki İlişki (Korelasyon Analizi).....	73
Tablo 12. Çalışanların Cinsiyetlerine Göre Obezite İle İlgili Değerlendirmeleri	74
Tablo 13. Çalışanların Medeni Durumlarına Obezite İle İlgili Değerlendirmeleri	75
Tablo 14. Çalışanların Çalıştıkları Kurumlara Göre Obezite İle İlgili Değerlendirmeleri	75
Tablo 15. Çalışanların Yaşlarına Göre Obezite İle İlgili Değerlendirmeleri	76
Tablo 16. Çalışanların Evlilik Yıllarına Göre Obezite İle İlgili Değerlendirmeleri.....	77
Tablo 17. Çalışanların Eğitimlerine Göre Obezite İle İlgili Değerlendirmeleri.....	78
Tablo 18. Çalışanların Pozisyonlarına Göre Obezite İle İlgili Değerlendirmeleri	79
Tablo 19. Çalışanların Statülerine Göre Obezite İle İlgili Değerlendirmeleri	80
Tablo 20. Çalışanların Mesleki Deneyimlerine Göre Obezite İle İlgili Değerlendirmeleri ..	81
Tablo 21. Çalışanların Çalışma Şekline Göre Obezite İle İlgili Değerlendirmeleri.....	82
Tablo 22. Çalışanların Çalıştığı Birime Göre Obezite İle İlgili Değerlendirmeleri	84
Tablo 23. Çalışanların Gelirlerine Göre Obezite İle İlgili Değerlendirmeleri	86
Tablo 24. Çalışanların Sigara İçme Durumuna Göre Obezite İle İlgili Değerlendirmeleri...	87
Tablo 25. Çalışanların Sigara İçme Süresine Göre Obezite İle İlgili Değerlendirmeleri.....	88
Tablo 26. Çalışanların Alkol Alma Durumlarına Göre Obezite İle İlgili Değerlendirmeleri	89
Tablo 27. Çalışanların Alkol Alma Süresine Göre Obezite İle İlgili Değerlendirmeleri	90
Tablo 28. Çalışanların Beslenme Eğitimi Almalarına Göre Obezite İle İlgili Değerlendirmeleri	91

Tablo 29. Çalışanların Doğum Sayısına Göre Obezite İle İlgili Değerlendirmeleri	92
Tablo 30. Çalışanların Evinde Yaşayan Kişi Sayısına Göre Obezite İle İlgili Değerlendirmeleri	93
Tablo 31. Çalışanların Ailesinde Obez Kişi Bulunmasına Göre Obezite İle İlgili Değerlendirmeleri	94
Tablo 32. Çalışanların Egzersiz Yapma Durumlarına Göre Obezite İle İlgili Değerlendirmeleri	95
Tablo 33. Çalışanların Egzersiz Yapma Sıklığına Göre Obezite İle İlgili Değerlendirmeleri	96
Tablo 34. Çalışanların Bir İş Gününü Tanımlamalarına Göre Obezite İle İlgili Değerlendirmeleri	97
Tablo 35. Çalışanların İşe Gidiş Şekline Göre Obezite İle İlgili Değerlendirmeleri.....	98
Tablo 36. Çalışanların Diyet Yapma Durumuna Göre Obezite İle İlgili Değerlendirmeleri	99
Tablo 37. Çalışanların Diyet Yapma Sıklığına Göre Obezite İle İlgili Değerlendirmeleri .	100
Tablo 38. Çalışanların Diyet Yapma Şekline Göre Obezite İle İlgili Değerlendirmeleri ...	101
Tablo 39. Çalışanlarda Kronik Hastalıkların Bulunmasına Göre Obezite İle	102
Tablo 40. Çalışanların Kilo Açısından Kendilerini Tanımlamalarına Göre.....	103
Tablo 41. Çalışanların Kilo Fazlalıklarının Nedenlerine Göre Obezite İle İlgili Değerlendirmeleri	104
Tablo 42. Çalışanların Belirttikleri Obezite Nedenlerine Göre Obezite İle İlgili Değerlendirmeleri	105
Tablo 43. Çalışanların Kilo Vermek İçin Tercih Ettiği Yöntemlere Göre Obezite İle İlgili Değerlendirmeleri	106
Tablo 44. Çalışanların BKİ İle Cinsiyeti Arasındaki Farklılığın Değerlendirilmesi.....	108
Tablo 45. Çalışanların BKİ İle Yaşı Arasındaki Farklılığın Değerlendirilmesi.....	109
Tablo 46. Çalışanların BKİ İle Medeni Durumu Arasındaki Farklılığın Değerlendirilmesi	110
Tablo 47. Çalışanların BKİ İle Evlilik Süresi Arasındaki Farklılığın Değerlendirilmesi ...	111
Tablo 48. Çalışanların BKİ İle Eğitim Durumu Arasındaki Farklılığın Değerlendirilmesi	112
Tablo 49. Çalışanların BKİ İle Mesleki Pozisyonları Arasındaki Farklılığın Değerlendirilmesi.....	113
Tablo 50. Çalışanların BKİ İle Mesleki Deneyimleri Arasındaki Farklılığın Değerlendirilmesi.....	114
Tablo 51. Çalışanların BKİ İle Çalışma Şekli Arasındaki Farklılığın Değerlendirilmesi ...	115
Tablo 52. Çalışanların BKİ İle Çalıştıkları Birim Arasındaki Farklılığın Değerlendirilmesi	116

Tablo 53. Çalışanların BKİ İle Çalıştıkları Kurumlar Arasındaki Farklılığın	
Değerlendirilmesi.....	117
Tablo 54. Çalışanların BKİ İle Geliri Arasındaki Farklılığın Değerlendirilmesi.....	118
Tablo 55. Çalışanların BKİ İle Sigara Kullanımı Arasındaki Farklılığın Değerlendirilmesi	
.....	119
Tablo 56. Çalışanların BKİ İle Alkol Kullanımı Arasındaki Farklılığın Değerlendirilmesi	120
Tablo 57. Çalışanların BKİ İle Beslenme Eğitimi Alma Arasındaki Farklılığın	
Değerlendirilmesi.....	121
Tablo 58. Çalışanların BKİ İle Doğum Sayısı Arasındaki Farklılığın Değerlendirilmesi ..	122
Tablo 59. BKİ İle Çalışanların Ailesinde Obez Birey Bulunması Arasındaki Farklılığın	
Değerlendirilmesi.....	123
Tablo 60. Çalışanların BKİ İle Egzersiz Yapma Arasındaki Farklılığın Değerlendirilmesi	123
Tablo 61. Çalışanların BKİ İle Egzersiz Yapma Sıklığı Arasındaki Farklılığın	
Değerlendirilmesi.....	124
Tablo 62. Çalışanların BKİ İle İş Gününü Tanımlama Şekilleri Arasındaki Farklılığın	
Değerlendirilmesi.....	125
Tablo 63. Çalışanların BKİ İle Diyet Yapma Arasındaki Farklılığın Değerlendirilmesi....	126
Tablo 64. Çalışanların BKİ İle Diyet Yapma Sıklığı Arasındaki Farklılığın	
Değerlendirilmesi.....	126
Tablo 65. Çalışanların BKİ İle Diyet Yapma Yöntemleri Arasındaki Farklılığın	
Değerlendirilmesi.....	127

KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
BKİ	: Beden Kitle İndeksi
BMH	: Bazal Metabolizma Hızı
CDC	: Centers For Disease Control and Prevention (Hastalıkları Önleme ve Kontrol Merkezi)
DM	: Diabetes Mellitus (Şeker Hastalığı)
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
FDA	: Amerikan Gıda ve İlaç İdaresi
HT	: Hipertansiyon
NHANES	: National Health and Nutrition Examination Survey (ABD Ulusal Sağlık ve Beslenme Araştırması)
OA	: Osteoartrit
OUAS	: Obstrüktif Uyku Apnesi Sendromu
TDKK	: Triseps Deri Kıvrım Kalınlığı
TOAD	: Türkiye Obezite Araştırmaları Derneği
T.O.İ.M.V.K.P.	:Türkiye Obezite İle Mücadele ve Kontrol Programı
S.Ç.O.V.Z.D.B.A.R.	:Sağlık Çalışanlarında Obezite ve Zayıflık Durumunun Belirlenmesi Araştırma Raporu

GİRİŞ

-Çalışma Konusunun Seçimi: İnsanın varlığını sürdürebilmesi ve sağlıklı yaşayabilmesi için beslenme temel ihtiyaçtır. Sağlıklı beslenme; büyüme ve gelişme, yaşamın sürdürülmesi, sağlığın korunması ve geliştirilmesi, hastalık durumunda iyileştirilmesi, yaşam kalitesinin artırılması için besinlerin yeterli ve dengeli tüketilmesidir. Beslenmenin yetersiz ya da aşırı olması hastalıkların ve buna bağlı olarak ölümlerin oluşumunda rol oynamaktadır. Çünkü beslenme, insan sağlığının en önemli ve değiştirilebilir yaşam biçimi belirleyicisidir.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) obeziteyi, vücuttaki yağ dokusunun artması ve bu artmanın insan ve toplum sağlığında olumsuz sonuçlara yol açması olarak tanımlamaktadır. Modern toplumlarda en sık görülen sağlık sorunlarından biri olup, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde ve ülkemizde de tehlikeli boyutlara ulaşan ve sıklığı giderek artan önlenabilir bir sorun olmakla kalmayıp, önemli bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir.

Küresel bir halk sağlığı problemi olan obezite; yanlış beslenme, genetik faktörler, hormonal dengesizlik, sedanter yaşam biçimi, fiziksel ve psikolojik hastalıklar ve psikososyal etmenler nedeniyle vücutta aşırı yağ dokusunun artması ve birikmesi sonucunda ortaya çıkar.

Obezite, günümüz koşullarında teknolojideki gelişmelere bağlı olarak kişilerin yaşam tarzlarındaki hareketsizlik sonucunda da meydana gelebilmekte ve toplumu tıbbi, sosyal ve ekonomik olarak olumsuz yönde etkilemektedir. Kişilerin yaşam koşuşturması içinde; yemek yeme alışkanlıklarının değişmesi, yeterli dengeli beslenememesi, yüksek enerjili yiyeceklerin tüketiminin artması ve fiziksel aktiviteye zaman ayıramamaları obezite oluşumunda önemli etkenlerdir.

Kalp damar hastalıkları, diyabet, hipertansiyon, sindirim sistemi hastalıkları, solunum sistemi hastalıkları gibi kronik hastalıklara zemin hazırlamaktadır.

Psikolojik, sosyal ve ekonomik sorunlara da neden olarak, yaşam kalitesini düşürerek yaşam süresini kısaltan, önlenabilir kronik bir hastalık olarak kabul edilmektedir.

Obezitenin önlenmesi ile toplumu; obeziteye bağlı olarak gelişen kronik hastalıkların büyük bir bölümünün oluşumundan korumak mümkün olabilecektir. Kronik hastalıkların; bazılarının önlenabilir olması, birçoğunun yaşam boyu tedavi gereksiniminin olması, tedavide sorumlulukların sağlık çalışanları, hasta ve yakınları tarafından paylaşılmasının gerekliliği, komplikasyonların önlenabilir olması ve maliyetlerinin çok yüksek olması önemli özellikleridir.

Gelişmiş ülkelerdeki sağlık harcamalarının bir kısmından sorumlu olan obezite artık günümüzde kozmetik bir sorun olmaktan çıkıp bir hastalık olarak ele alınmaktadır. Obezite ile ilgili harcamaların çoğu obezitenin neden olduğu fiziksel komplikasyonlar, psikolojik hastalıklar ile ilgilidir. Toplumda obezlere yönelik olumsuz bakış açısı obez kişilerin iş bulma güçlüğü yaşamasına, daha düşük ücretlerle çalışmak zorunda kalmalarına neden olarak obezitenin toplumsal maliyetini arttırmaktadır.

Toplumda obez kişilere karşı gösterilen davranışlar nedeniyle kişilerde anksiyete, depresyon, suçluluk duygusu, nefret gelişebilir. Obez kişiler de özgüven, vücut imajı ve sosyal hareketlilik de etkilenmektedir. Ayrıca iş bulma güçlüğü, okul ve iş çevrelerince reddedilme gibi psiko-sosyal sorunlara neden olmaktadır.

Yetişkinlerde obezite tanısının konulması ve buna bağlı olarak tedavi programının planlanması ve yürütülmesi için en sık kullanılan yöntem Beden Kütle İndeksi (BKİ)'dir. BKİ; kg cinsinden vücut ağırlığının, m cinsinden boy uzunluğunun karesine bölünmesidir. $BKİ = \frac{kg}{m^2}$ BKİ sağlık çalışanları tarafından yetişkinlerde zayıflık, fazla kiloluk ve obezite düzeyini belirlemek için yaygın olarak kullanılan bir indekstir. BKİ'si 30 un üzerinde olan kişi obez, 25 in üzerinde olan ise vücut ağırlığı fazla yani fazla kilolu olarak tanımlanmaktadır. 18.5 ve 24.9 arası sağlıklı, ancak 25-29 arası obezite ile ilişkili hastalıklar açısından risk altındadır.

Obezitenin kişide yaratmış olduğu kronik hastalıkların oluşumunun engellenmesi için gerekli olan kilo kaybı her kişide farklı olacağından, kişiye özel tedavi programı hazırlanmalıdır. Obezite tedavisinde kişi; uzman doktor (endokrinolog, dahiliye uzmanı), diyetisyen, fizyoterapist ve psikolog gibi multidisipliner bir ekip tarafından değerlendirilmeli, obezitenin nedeni belirlenmeli ve kişiye özel tedavi yöntemi geliştirilmelidir. Tedavide amaç, kilo vermeyi sağlamak ve verilen kilonun yeniden alınmasını önlemektir. Obezite tedavisinde; davranış terapisi, diyet tedavisi, egzersiz, ilaç tedavisi, cerrahi tedavi gibi çeşitli tedavi yöntemleri uygulanmaktadır.

Yukarıda belirtilen nedenlerden dolayı obezitenin sağlık açısından önemi göz önüne alınarak obezite konusu seçilmiş ve önder niteliğindeki sağlık hizmetlerinin uygulayıcıları ile çalışma gerçekleştirilmiştir.

-Çalışmanın Amacı: Koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetleri sunan sağlık çalışanları; toplum sağlığının korunması ve geliştirilmesinde önemli rol oynamaktadırlar. Mesleki sorumlulukları ve toplumdaki sosyal rolleri gereği sürdürdükleri yaşam biçimleri ile rol modeli olma ve sağlık eğitimi yönünden hizmet verdikleri grubu etkileme özelliğine sahiptirler. Bu nedenlerle, obezitenin önlenmesinde, toplumun obezite konusunda bilinçlenmesinde, tedavi çalışmalarının yürütülmesinde, toplum sağlığının korunması ve geliştirilmesinde sağlık çalışanlarına büyük görevler düşmektedir.

Toplum sağlığının korunmasında, geliştirilmesinde ve hastalıkların tedavi edilmesinde hizmet veren sağlık çalışanlarının kendi yaşamlarındaki olumsuz davranış ve alışkanlıkları farkında olmaları önemlidir. Stresli çalışma koşulları, düzensiz uyku ve beslenme gibi çalışma koşullarına bağlı olarak biçimlenen yaşam şekilleri ile sağlık çalışanları da obezite riski taşımaktadırlar.

Bu çalışma; toplumun rol modeli olan sağlık çalışanlarının beslenme alışkanlıkları, fiziksel aktivite düzeyleri gibi yaşam tarzlarının belirlenerek obezite düzeylerinin, obezite görülme sıklığının, risk faktörlerinin, tedavi amacıyla kullandıkları yöntemlerini belirlemek ve değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

-Çalışma Planı: Çalışma, sağlık çalışanlarının obezitenin nedenlerinden olan beslenme tarzı, fiziksel aktivite düzeylerini ve kullanabilecekleri tedavi yöntemlerini belirlemek için planlanmıştır.

Çalışmanın birinci bölümünde obezite üzerine genel bilgiler olan; tanımı, görülme sıklığı, nedenleri, tanı yöntemleri, tedavi seçenekleri ve obezite kaynaklı kronik hastalıklar konularında ilgili kaynaklardan derlenerek açıklanmıştır. İkinci bölümde ise; sağlık çalışanlarının demografik özellikleri, obezite boyutları ile bu boyutların demografik özellikler ile ilişkilerinin değerlendirilmesi ve tanı yöntemlerinden biri olan BKİ ile demografik özelliklerin karşılaştırılması yer almaktadır.

Bu çalışma ile; sağlık çalışanlarında obezite konusunda bir farkındalık yaratıp, kendi yaşamlarını irdeleyip, toplum sağlığının korunması ve geliştirilmesinde sorumluluklarını yerine getirmede bilinçlenmesinin sağlanması hedeflenmektedir.

-Kullanılan Metod ve Teknikler: Veri toplama aracı olarak; araştırmacı tarafından hazırlanan anket formu kullanılmıştır. Anket formunda; araştırma amacına uygun üç bölümden oluşan, 55 soru yer almıştır. Birinci bölümde; sağlık çalışanlarının alışkanlıkları, yaşam tarzı, obezitenin nedenleri ve tedavisi hakkındaki düşüncelerini belirlemek amacıyla çoktan seçmeli 20 soru sorulmuştur. İkinci bölümde, sağlık çalışanlarının yemek yeme alışkanlıklarını ve obezite tedavisinde kullandıkları ya da ne kullanacaklarını belirlemek amacıyla likert metodu ile hazırlanan 20 soru yer almıştır. Üçüncü bölümde ise kişisel bilgileri belirlemek için 15 soru sorulmuştur.

Çalışma gerçekleştirilmeden önce Kırklareli ili Kamu Hastaneleri Birliği yönetiminden gerekli izinler alınmıştır. Çalışanlara araştırmanın amacı hakkında bilgi verilerek gönüllülük esas alınmıştır. Veriler, 13-23 Eylül 2013 tarihleri arasında sağlık çalışanlarına anket formu uygulanarak toplanmıştır. Çalışanların anketi tam ve doğru bir şekilde doldurmaları istenmiştir.

-Çalışmanın Evreni: Çalışma evrenini, Kırklareli ilindeki Babaeski Devlet Hastane'sinde görev yapan 170 sağlık çalışanı ve Lüleburgaz Özel Medikent Hastane'sinde görev yapan 210 sağlık çalışanı oluşturmuştur.

Çalışmanın örnekleminde basit tesadüfî örneklem yöntemi seçilmiş olup, Babaeski Devlet Hastane'sinde çalışan 120 ve Medikent Hastane'sinde çalışan 137 olmak üzere toplam 257 sağlık çalışanı örneklemini oluşturmuştur.

-Verilerin İstatistiksel Analizi: Araştırmada toplanan veriler SPSS for Windows 19.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Araştırmada anket sonuçlarına ilişkin veriler; bağımsız örneklem t-testi, tek yönlü varyans analizi, tukey testi ve cross tab analiz yöntemleri kullanılarak değerlendirilmiştir. İstatistiksel anlamlılık $p<0,05$ ile tanımlanmıştır. Farklılığın tespiti için tukey testi ve aritmetik ortalama kullanılmıştır.

- Karşılaşılan Zorluklar ve Sınırlamalar: Bu araştırma, Kırklareli Babaeski Devlet Hastanesi ve Kırklareli Özel Medikent Hastanesi çalışanları ile sınırlı olup, genellenemez. Çalışanların vereceği bilgiler hazırlanan anket formu ile sınırlıdır. Obezite ile ilgili çok fazla araştırma olmasına rağmen, sağlık çalışanlarında obezite araştırmaları çok fazla bulunmamaktadır. Ayrıca, veriler katılımcıların öz bildirimlerine dayalıdır.

- Varsayımlar: Çalışmada sağlık çalışanlarının sosyo-demografik özellikleri belirlenmiş ve belirtilen varsayımlar test edilmiştir:

- i. Çalışanların cinsiyetleri ile obezite boyutları arasında anlamlı bir ilişki yoktur.
- ii. Çalışanların medeni durumları ile obezite boyutları arasında anlamlı bir ilişki vardır.
- iii. Çalışanların çalıştıkları kurumları ile obezite boyutları arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

- iv.** Çalışanların yaşları ile obezite boyutları arasında anlamlı bir ilişki vardır.
- v.** Çalışanların evlilik yılları ile obezite boyutları arasında anlamlı bir ilişki vardır.
- vi.** Çalışanların eğitimleri ile obezite boyutları arasında anlamlı bir ilişki yoktur.
- vii.** Çalışanların pozisyonları ile obezite boyutları arasında anlamlı bir ilişki yoktur.
- viii.** Çalışanların statüleri ile obezite boyutları arasında anlamlı bir ilişki vardır.
- ix.** Çalışanların mesleki deneyimleri ile obezite boyutları arasında anlamlı bir ilişki yoktur.
- x.** Çalışanların çalışma şekli ile obezite boyutları arasında anlamlı bir ilişki vardır.
- xi.** Çalışanların çalışma birimi ile obezite boyutları arasında anlamlı bir ilişki yoktur.
- xii.** Çalışanların gelirleri ile obezite boyutları arasında anlamlı bir ilişki vardır.
- xiii.** Çalışanların sigara içme durumu ile obezite boyutları arasında anlamlı bir ilişki vardır.
- xiv.** Çalışanların sigara içme süresi ile obezite boyutları arasında anlamlı bir ilişki vardır.
- xv.** Çalışanların alkol alma durumu ile obezite boyutları arasında anlamlı bir ilişki yoktur.
- xvi.** Çalışanların beslenme eğitimi alması ile obezite boyutları arasında anlamlı bir ilişki vardır.

- xvii.** Çalışanların doğum sayısı ile obezite boyutları arasında anlamlı bir ilişki vardır.
- xviii.** Çalışanların ailesinde obez kişi yada kişilerin bulunması ile obezite boyutları arasında anlamlı bir ilişki vardır.
- xix.** Çalışanların egzersiz yapma ile obezite boyutları arasında anlamlı bir ilişki vardır.
- xx.** Çalışanların diyet yapma durumu ile obezite boyutları arasında anlamlı bir ilişki vardır.
- xxi.** Çalışanların kronik hastalık bulunma durumu ile obezite boyutları arasında anlamlı bir ilişki yoktur.
- xxii.** Çalışanlar beden kitle indeksine göre normal kilodadır.
- xxiii.** 24 saat nöbet usulü çalışanların diğer çalışanlara göre obezite oranı daha yüksektir.
- xxiv.** Çalışanlarda obezitenin nedeni beslenme tarzıdır.
- xxv.** Kadın çalışanların, erkek çalışanlara oranla obezite oranı daha yüksektir.
- xxvi.** Devlet hastanesinde çalışanların özel hastanede çalışanlara oranla obezite düzeyi daha yüksektir.
- xxvii.** Gelir düzeyi yüksek olan çalışanlarda obezite düzeyi daha yüksektir.

BİRİNCİ BÖLÜM

OBEZİTENİN TANIMI VE İLGİLİ KAVRAMLAR

1. OBEZİTENİN TANIMI VE PREVALANSI

Bir salgın şeklinde hızla artış gösteren obezite ülkemiz ve tüm dünya için önemli bir sağlık sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır. “Obezite; Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından; sağlığı bozacak ölçüde vücutta anormal veya aşırı miktarda yağ birikmesi olarak tanımlanmaktadır.”¹ İstenmeyen biçimde her hangi bir nedene bağlı olarak, vücuttaki yağ kütesinin yağsız kütleyle oranla daha fazla olmasıdır. “Obezite, ayrıca vücuda besinler ile alınan enerjinin, harcanan enerjiden fazla olmasından kaynaklanan ve vücut yağ kitlesinin, yağsız vücut kitlesine oranla artması ile karakterize olan kronik bir hastalık, olarak da tanımlanmaktadır.”² Kadın ve erkek vücudundaki yağ dokusu oranları birbirinden farklıdır. “Yetişkin erkeklerde vücut ağırlığının %15-18’i, kadınlarda ise %20-25’ini yağ dokusu oluşturmaktadır. Erkeklerde bu oranın %25, kadınlarda ise %30’unun üzerine çıkması durumu obezite olarak tanımlanmaktadır.”³ Kadın vücudundaki yağ oranı erkek vücuduna göre daha fazladır. Kadınlarda anatomik olarak göğüs ve bel bölgesinde depolanan yağ miktarı ve fizyolojik olarak bazı hormonal fonksiyonlardan dolayı yağ dokusu daha fazladır.

Obezite günlük yaşamda besinler ile vücuda alınan enerjinin, gereğinden fazla alınması ve bu harcanamayan enerjinin vücutta yağ dokusu olarak depolanması ile ortaya çıkan bir hastalıktır. Bireylerin yaşına, cinsiyetine, yaptığı işe ve kişide bulunan kronik hastalıklara göre değişen enerji ihtiyacı vardır ve sağlıklı bir yaşam sürdürebilmek için vücuda alınan gıdalardan sağlanan enerji ile harcanan enerji arasında bir denge bulunmalıdır.

¹Sağlık Çalışanlarında Obezite (Şişmanlık) ve Zayıflık Durumunun Belirlenmesi Araştırma Raporu(S.Ç.O.V.Z.D.B.A.R.), (Editör(Ed.)N.Şanlıer-E.Köksal-S.Bilici), Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (S.B.T.S.H.G.M.), Ankara, 2011, Sayfa(s.).11.

² B. Z. Bulucu Altunkaynak-E. Özbek, “Obezite: Nedenleri ve Tedavi Seçenekleri”, Dicle Tıp Dergisi (Ed. A.Ece), Cilt(C.)34, Sayı(S.)2, Diyarbakır, 2007, s.144.

³M. Taze-Y. Akkoyunlu, “Üniversite Çalışanlarında Cinsiyet, Yaş, Medeni Durum ve Eğitim Düzeyi Bakımından Obeziteyi Etkileyen Faktörler”, Selçuk Üniversitesi (S.Ü.)Beden Eğitimi ve Spor Bilim Dergisi (Ed. N.Erkmen),C.12, S.3, Konya, 2010, s.215.

Çok büyük bir hızla artış gösteren obezitenin DSÖ'nün yaptığı bir araştırmaya göre görülme sıklığı şaşırtıcı oranda yüksek tespit edilmiştir. "DSÖ verilerine göre, dünyada 400 milyonun üzerinde obez ve 1.6 milyar civarında da hafif şişman bulunmaktadır."⁴ Tüm dünyada hızla, obez birey rakamları artmakta ve durumun ciddiyeti göz önüne serilmektedir. "Mevcut eğilimler 2015 yılında yaklaşık 2.3 milyar yetişkinin aşırı kilolu ve 700 milyondan fazla obez olacağını göstermektedir."⁴ Geçmiş yıllarda yapılan araştırma sonuçları incelendiğinde gelecek yıllarda obez birey sayısı düşündürücü derecede yüksek olması beklenmektedir. "En kolay görülebilen fakat aynı zamanda en kolay gözden kaçan bir halk sağlığı problemidir."⁵ Toplumda obez birey sayısı gözle görülür bir artış gösterir iken; önlenabilir bir hastalık olan obezite önemsenmeyerek toplumu tehdit eder duruma gelmiştir.

Obezite ABD (Amerika Birleşik Devletleri) gibi gelişmiş ülkelerin ve ülkemiz gibi gelişmekte olan ülkelerin en önemli ortak problemi durumundadır. "Obezitenin en sık görüldüğü ABD'de Hastalıkları Önleme ve Kontrol Merkezi (CDC) tarafından yürütülen NHANES (ABD Ulusal Beslenme ve Sağlık Araştırması) çalışmasına göre, obezite prevalansı 2005-2006 yıllarında erkeklerde %33.3, kadınlarda %35.3 olarak bulunmuştur. Türkiye Obezite Araştırma Derneği (TOAD) tarafından, 2000-2005 yılları arasında altı ilde (İstanbul, Konya, Denizli, Gaziantep, Kastamonu, Kırklareli) yirmi yaş üstü 13.878 bireyde yapılan "Türkiye Obezite Profili" çalışmasında ise bireylerin % 30.9'unun BKİ<25 kg/m, % 39.6'sının BKİ=25-30 kg/m ve % 29.5'inin BKİ>30 kg/m olduğu saptanmıştır."⁶ Geçmiş yıllarda geliyorum diyen obezite görülme oranı kadın ve erkek cinsinde eşit olduğu gözlenirken, günümüzde kadınlarda obezite görülme oranının daha yüksek olduğu gözlenmektedir. "Türkiye'de en son 47 ilde ve 87 noktada 4264 kişi üzerinde yapılan metabolik sendrom araştırması verilerine göre; obezite sıklığı Marmara bölgesinde %37.7, İç Anadolu'da %35.3, Doğu Anadolu'da %35.4, Karadeniz bölgesinde %40.2, Güneydoğu Anadolu'da %31.9, Akdeniz bölgesinde %34.2, Ege

⁴ , <http://www-medical.net/health/What-is-Obesity.aspx> (28.05.2013)

⁵T.Kır-S.Kılıç-M.Uçar-C.H.Açıkel-E.Göçgeldi-R.Oğur, "Erlerde Obezite Prevelansının Ve Etkileyen Faktörlerin Saptanması", Gülhane Tıp Dergisi (Ed.S.Çetiner),C.46, S.3, Ankara, 2004, s.219.

⁶N.Döner-Ş.Yaşar-T.R.Ekmekçi, "Obezite ile İlişkili Dermatolojik Hastalıkların Obezlerde ve Aşırı Kilolularda Araştırılması", Türkderm(Edt.N.Onsun), C.45, S.3, İstanbul, 2011, s.147.

bölgesinde %36.6 olarak tespit edilmiş olup genel ortalama %36.2 olarak bulunmuştur. Ayrıca çalışmada obezite sıklığı kadınlarda %54.8, erkeklerde %17.2 dir.”⁷ Yapılan araştırmalar incelendiğinde, obezite görülme sıklığı açısından ülkemizde bölgeler arasında farklılıklar tespit edilmiştir. Bölgeler arasındaki bu farklılığın nedeni ise; sosyo-ekonomik farklılıkların yani kentsel-kırsal yerleşim ve gelir dağılımının bir sonucu olduğu düşünülmektedir. Ülkemizde değişik coğrafi bölgelerde yetişen tarım ürünlerinin farklılığı ve o bölgede yaşayan halkın yetişen tarım ürünlerine göre gelişen beslenme kültürü obezite için bir risk faktörü olabilmektedir.

Şişmanlığın insan yaşamında bir çok olumsuz etkileri vardır. Bu etkilerin bazıları şunlardır; yaş ilerledikçe ağırlaşan vücudu taşımak zorlaşır ve eklem ağrıları meydana gelebilir, günümüzde estetik anlayışa verilen önem nedeniyle psikolojik olarak sorunlar meydana getirebilir. Fiziksel ve psikolojik hareketsizlik oluşturur. Karaciğer, kalp gibi iç organların fonksiyonlarını bozar. Hipertansiyon, diyabet gibi kronik hastalıkların oluşmasına neden olarak yaşam süresini ve kalitesini düşürmektedir.⁸ Obezite; sağlığı olumsuz yönde etkileyerek, kronik sağlık problemlerine yol açarak, yaşam süresini kısaltmaktadır. Dolaşım, endokrin, boşaltım, sindirim, sinir, solunum ve kas-iskelet sistemi, psikolojik bozukluklara neden olarak bireyin ve ailesinin yaşamını sosyo-ekonomik olarak ve dolaylı olarak tüm toplumu olumsuz etkilemektedir.

2. OBEZİTENİN ETYOPATOGENEZİ

Obezitenin oluşumunda birçok faktör etkili olmaktadır. “Obezitenin etyopatogenezinden çevresel, genetik, yapısal etmenler ve sekonder hastalıklar sorumludur.”⁹ Obezite oluşumunda etkili olan bu faktörler bazen tek başına bazen birbiri ile ilişkili olarak obeziteye neden olabilmektedir.

⁷ Apay-Pasinlioğlu, s.346.

⁸ E.Memiş, Üniversite Öğrencilerinde Şişmanlık (Obezite) Durumu ve Diyet Ürünleri Kullanmaları Üzerine Bir Araştırma, Gazi Üniversitesi(G.Ü.) Yüksek Lisans Tezi(Y.L.T.), Ankara, 2004, s.3-4.

⁹ S.Kokino-F.Özdemir-C.Zateri, “Obezite ve Fiziksel Tıp Yöntemleri”, Trakya Üniversitesi(T.Ü)Tıp Fakültesi Dergisi, (Ed.C.Uzun),C.23, S.1, Edirne, 2006, s.47-48.

İnsanların yaşamları boyunca fizyolojik olarak kilo alma eğiliminde olduğu dönemler vardır. “Fizyolojik olarak 5-7 yaşlar ile adölesan dönemi, erken erişkinlik ve menapozda kilo alma eğilimi artmaktadır.”¹⁰ Adölesan ve erken erişkinlik dönemlerinde hızlı büyüme gelişme nedeniyle kalori ihtiyacı artmakta ve yanlış beslenme, hareketsizlik, psikolojik değişimler sonucunda obezite kaçınılmaz olmaktadır. “Obesite genelde çocukluktan itibaren başlamaktadır. Şişman çocukların yağ hücre sayısının normal çocukların yaklaşık üç katı kadar olduğu hesaplanmıştır. Yağ hücre sayısı çocuklukta artar, puberteden sonra ise sayısı değişmez ancak hacim kazanırlar. Normal anne ve babanın çocukları arasında obezite sıklığı %8-9, anne babadan birinin şişman olduğu ailelerde %40, her ikisi şişman olan ailelerin çocuklarında %80’dir. Genellikle bu ailelerin yemeklerinin enerji değeri yüksektir ve bütün fertler fazla enerjili beslenmektedir. Obesitede çocukların ailelerinin beslenme düzeni, toplumun yeme alışkanlıkları, yaşadıkları ortam, genetik, iş koşulları, eğitim düzeyleri görülme sıklığını etkiler. Öğünlerde alınan gıda miktarı, öğün sayısı, karbondhidratların aşırı tüketimi aşırı kilo alışına neden olur. Yirmi birinci yüzyılda ekonomik koşullar, oyun alanlarının azlığı, kitap okuma alışkanlığı, bilgisayar karşısında saatlerce kalma, fiziksel aktiviteyi azaltmakta ve kilo alımına yol açmaktadır.”¹¹ Çocuklarda obezite görülme sıklığının en önemli nedenleri; anne babadan gelen genler ve enerji alımı, harcanması arasındaki dengesizliktir. Çocukların ailelerinden öğrendiği ve alışkanlık haline getirdiği; yemek alışkanlıkları, yemek hazırlama yöntemleri, boş vakitlerini geçirme şekli bile obezite oluşumunda etkili faktörlerdir.

Bedenin başlıca deposu olan yağ, adipoz dokunun esasını oluşturur. Yetişkin bir kadının beden ağırlığının % 20-27’si; erkeğin ise %12-15’i adipoz dokudur. Şişmanlık adipoz dokunun artışı sonucunda meydana gelmektedir. Adipoz dokunun artışı; hücrelere lipit eklenerek genişleme (hipertrofi) veya yeni hücreler sentezlenerek hücre sayısının artması (hiperplazi) sonucunda olabilmektedir. Şişmanlık hipertrofi veya hiperplazi sonucu olduğu gibi her ikisinin artışı sonucunda da meydana gelebilmektedir. Çocuklarda ve ergenlerde hiperplazi, yetişkinlerde ise hipertrofi şeklinde artış gözlenmektedir. Hiperplazik şişmanlıkta kilo vermek güçtür

¹⁰ A.Erkol-L.Khorshid, “Obesite;Predispozan Faktörler ve Sosyal Boyutun Değerlendirilmesi”, SSK Tepecik Hastanesi Dergisi(Ed.I.Yaprak),C.14, S.2, İzmir, 2004, s.102.

¹¹ Kokino-Özdemir-Zateri, s.48.

ve verilen kilolar çok hızlı geri alınabilmektedir.¹² Çocukluk ve ergenlik döneminde görülen obezitede kilo vermek daha zor olduğu için çocukluk obezitesinin oluşmadan önlenmesi sağlanmalıdır.

Enerji alımı kadar alınan bu enerjinin tüketilmeside enerji dengesinin korunması açısından çok önemlidir. “Enerji dengesinin ikinci komponenti olan total tüketim üç şekilde olmaktadır. Bazal metabolik hız, besinlerin termik etkisi, fiziksel aktivite. Sedanter erişkinlerde total enerji tüketiminin yaklaşık %60’ı bazal metabolik hız (BMH) ile olmaktadır. Tüketimin %10’u besinlerin termik etkisi ile %30’u fiziksel aktivite ile sağlanmaktadır. Bazal metabolik hız yağsız vücut kitlesi ile ilişkilidir. Obezlerin hem yağ dokuları hem de yağsız kitleleri artmıştır ve bu nedenle daima bazal metabolik hızları yüksektir. Ağır bedensel aktivitesi olanlarda total enerji tüketimi artmaktadır.”¹³ Bazal metabolizma dinlenme esnasında vücudun harcadığı enerji miktarıdır ve enerji tüketiminin büyük çoğunluğu bazal metabolizma ile olmaktadır. Bazal metabolizma, kilo vermek isteyen kişilerin diyetle ne kadar zayıflayacağını belirleyen en önemli faktördür. Örneğin; vücuda alınan gıdanın yağa dönüşüp nerede depolanacağını belirleyerek; yaş, cinsiyet, vücut ağırlığı, egzersiz gibi faktörlerden etkilenmektedir. Yapılan egzersizler sonucunda bazal metabolizma hızı artmakta bunun sonucunda kilo verme görülmekte ve obezite görülme riski azalmaktadır.

Besinlerin vücuda alınması ve depolanması esnasında artan metabolizma hızına bağlı olarak enerji harcaması olmakta ve ısı oluşumuna neden olmaktadır. Yani, aldığımız besinler vücudumuzun ısı üreticileridir. “Şişman bireylerde termik etki, normal bireylere göre daha düşüktür. Bazal metabolizma hızını yağsız vücut kitlesi, yaş, cinsiyet, tiroid hormonu, protein turnover; termik etkiyi besin alımı, soğuk etkisi, termojenik etmenler, stres; fiziksel aktiviteyi ise aktivitenin şiddeti ve süresi etkilemektedir.”¹⁴ Yiyecek alımı ve egzersiz yapımı esnasında vücut ısı artmaktadır. Vücut ısı yükselmesinden kendini korumak amacıyla iştahı baskılayarak yiyecek alımı ile oluşabilecek enerji tüketimini yani termik etkiyi önlemektedir.

¹², www.huksam.hacettepe.edu.tr/Turkce/SayfaDosya/kadin sagligi ve sismanlik.pdf (17.10.2013)

¹³, www.huksam.hacettepe.edu.tr/Turkce/SayfaDosya/kadin sagligi ve sismanlik.pdf (17.10.2013)

¹⁴ N.Şanlıer, “Gençlerde Biyokimyasal Bulgular, Antropometrik Ölçümler, Vücut Bileşimi, Beslenme Ve Fiziksel Aktivite Durumlarının Değerlendirilmesi”, G.Ü.Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi (Ed.M.Bulut), C.25, S.3, Ankara, 2005, s.49.

3. OBEZİTE OLUŞUMUNU ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Şişmanlık, enerji alımı ile enerji harcanması arasında uzun süren dengesizlik sonucunda meydana gelmektedir. Şişmanlığın oluşumunda kalıtsal ve çevresel faktörlerin etkisi vardır.¹⁵ Obezite oluşumunda kişiye özel bir ya da daha fazla birbiri ile ilişkili neden olabilir. Genel olarak obezite oluşumunu etkileyen en önemli nedenler ise şunlardır;

3.1. Kalıtım

Obezite oluşumunda anne ve babadan gelen genler en kuvvetli nedenlerdir. “Kalıtım çalışmaları, insanın beden ağırlığındaki farklılıkların %70 oranında genetik etkenlerle açıklanabileceğini göstermiştir. Normal kilolu anne ve babanın çocukları arasında şişmanlık %8-9 iken, anne veya babanın şişman oluşu ile çocuklardaki şişmanlık sıklığı %40’a, her ikisinin de şişman oluşu ile %80’e çıkması şişmanlık üzerinde kalıtımın etkisini göz önünde bulundurmak gereklidir.”¹⁶ Obez anne ve babaların, obez olmayan anne ve babalara oranla çocuklarının obez olma ihtimali daha yüksektir. Obez anne ve babadan gelen genler, obez anne ve baba ile yaşayan çocuğun yaşam tarzı obezite riskini arttırmaktadır. Bu durum; beslenme tarzı, porsiyonların büyüklüğü, yemeklerin yapılış ve pişiriliş şekli, enerjiden zengin yiyeceklerin tüketiminin fazla olması ile ilişkilidir.

3.2. Beslenme Alışkanlıkları

Çocukluktan yetişkinlik dönemine kadar gelen kazanılmış beslenme alışkanlıkları obezite oluşumunda etkili olmaktadır. “Doğumdan itibaren uygulanan beslenme şekli çocuğun beslenme alışkanlıklarını belirlemektedir. Enerjiden zengin besinlere erken başlamak ve bunları uzun süre vermek şişmanlığa yol açan ve çocuğun mide kapasitesini genişleten uygulamalardır. Şişman çocukların önemli bir oranı yetişkinlikte de şişman olmaktadır. Karbonhidratlı besinlerin ve yağ tüketiminin fazla olması, hızlı-hazır besinleri fazla tüketme, zevk için yemek yeme ihtiyaçtan fazla enerji alınmasına neden olan alışkanlıklar olarak söylenebilir.”¹⁷ Bebeklik döneminde hazır mamalarla yani yapay beslenme obezite riskini arttırırken,

¹⁵ Memiş, s.12.

¹⁶ Memiş, s.12.

¹⁷ Memiş, s.12-13.

anne sütüyle beslenme obeziteye karşı koruyucudur. Çocukluk döneminde kazanılan olumsuz beslenme alışkanlıkları obezite oluşumunda rol oynamaktadır. Hızlı yemek yemek, büyük lokmalar halinde yemek, az çiğnemek, öğün atlayarak yemek, fast food tarzı beslenme, yüksek enerjili gıda tüketimi obezite riskini arttıran olumsuz alışkanlıklardır.

3.3. Psikolojik Etki

Psikolojik sorunlar mı obeziteye neden olur ya da psikolojik sorunlar obezitenin bir sonucu mudur? Bu sorunun cevabı obezitede iki durum içinde doğrudur. “Bazı kişiler üzüntü, sıkıntı ve güvensizliklerini gidermek için fazla yeme eğilimi gösterirler. Kısa sürede, kontrol dışı ve rahatsız oluncaya kadar yeme (binge eating) ve bilinçsiz diyet kısıtlamaları psikopatolojik yeme bozuklukları için önemli sorun kaynağıdır. Bulimia nevroza, vücut ağırlığı ve şekliyle ilgi sonucu oluşan bir hastalıktır. Hastaların kontrollerini kaybederek kısa sürede çok miktarda ve özellikle de diyetlerinde kendilerine yasakladıkları yiyecekleri tüketme ve bunu takiben fazla egzersiz, çok kısıtlı diyet yapma ve bu yiyecekleri kusarak çıkarma bu hastalığın belirtileridir. Şişmanlığın estetik yönden olumsuz değerlendirilmesi, özellikle ergenlik çağındaki kızlarda psikolojik sorunlara yol açmaktadır. Yeme bozukluğu ve depresyon gibi bazı ruhsal sorunlar, şişman kişilerde normal kilolu olanlara daha sık görülmektedir. Diğer yandan ruhsal hastalıklarda yeme davranışının ve egzersiz alışkanlıklarının değişmesine yol açarak şişmanlığın gelişmesine etkiye bulunabilmektedir. Yapılan bir çalışmada şişmanlarda görülen ruhsal bozukluğun bir neden değil, maruz kaldıkları ön yargılar ve dışlanma dolayısıyla bir sonuç olduğu belirtilmiştir.”¹⁸ Stres, hastalık, bir yakınının kaybedilmesi, iş hayatındaki sorunlar gibi stresli durumlarda lüzumsuz yeme alışkanlığı stresten kurtulma olarak görülse de obezite riskini arttırmaktadır. Çikolata, puding gibi yüksek enerjili yiyeceklerin kişilere mutluluk vermesi ve stresli durumlarda bu yiyeceklerin daha fazla tüketilmesine neden olmaktadır. Obez bireylerin toplum tarafından dışlanması, yalnızlığa itilmesi, özgüven eksikliği, ön yargı ile karşılaşması gibi durumlar psikolojik sorunlara neden olmaktadır.

¹⁸ Memiş, s.13-14.

3.4. Yaş

Bebeklerde ve çocuklarda obezite görülme oranı giderek artış göstermekte ve bu durum, gelecekte toplumda obez bireylerin sayısının ne kadar çok olacağının bir göstergesidir. “Obez çocuk obez yetişkin olma eğilimindedir. Pediatrik obezitedeki dramatik artış yetişkin obezite prevalansının hızlı artışı ile paraleldir.”¹⁹ Önlem alınmadığı durumda obez bebek, obez çocuk; obez çocukta gelecekte obez birey demektir. Bu nedenle obezite oluşumu çocukluktan itibaren önemlidir, tedavisine en erken dönemde başlanması gerekmekte ve önlenmelidir.

Vücuttaki yağ hücrelerinin sayısı ve büyüklükleri çocukluktan başlayarak yaşla birlikte artış göstermektedir. “Vücuttaki yağ dokusunun yağ hücrelerini sayıları ve büyüklükleri ile ilişkilidir. Yağ hücrelerinin sayısı doğum öncesi ve doğumu izleyen ilk yıllarda artma gösterir. Bu artış ergenliğe kadar devam etmektedir. Çocuklarda ve gençlerde şişmanlık önemli gibi görülmese de ileriki yaşlarda yol açabileceği sorunlar göz önüne alınarak önlenmesi gerekmektedir. Çocukluk çağı şişmanlığı büyük oranda erişkinlik dönemine sarmaktadır. Bu nedenle yaşam boyu şişmanlığın önlenmesi için çocukluk ve özellikle de ergenlik çağında şişmanlığa dikkat edilmelidir. Ayrıca yaş ilerledikçe bazal metabolizma yavaşlamaktadır, buna bağlı olarak enerji harcaması azalmaktadır. Enerji alımı bunu dengelemezse yaş arttıkça vücut ağırlığı da artmaktadır.”²⁰ Yaşa bağlı olarak yavaşlayan metabolizma hızı kas kütesinin azalmasına, yağ dokusunun artmasına neden olur. Yaşın ilerlemesi ile gün içinde alınan enerji ihtiyacı azalmakta, kas dokusunu azalmasına bağlı olarak kas iskelet sistemindeki rahatsızlıklar nedeniyle fiziksel aktiviteler de azalmaktadır. Bu nedenle alınan kaloriler yakılamamakta alınan enerji ile harcanan enerji arasındaki denge bozulmaktadır.

3.5. Sosyo-Ekonomik Düzey

Sosyo ekonomik durum obezite oluşumunda diğer nedenler gibi önemli görülmese de önemli nedenlerden biridir. “Az gelişmiş veya gelişmekte olan ülkelerde şişmanlık, halkın daha çok doygunluk isteğinin tatmin edilmesine bağlı olarak karbonhidrattan zengin besinlerin aşırı tüketilmesi, öğün atlanması ve bazı

¹⁹ L.Barness-J.Opitz-E.Barness Gilbert, “Obesity:Genetic,Molecular and Environmental Aspects”, American Journal of Medical Genetics Part A, C.143A, S.24, Florida, USA, 2007, s.3016.

²⁰ Memiş, s.14.

öğünlerde çok yenilmesi, bazı düzensiz beslenme şeklinde olabilmektedir. Gelişmiş ülkelerde ise sağlıklı beslenme bilincinin yerleşmediği düşük sosyo-ekonomik gruplarda çok ve yanlış beslenmenin yanı sıra teknolojik gelişmelerin doğrultusunda pek çok işin makinelerle yapılması sonucu hareket azlığı da şişmanlığın oluşmasında önemli bir etkidir. Yapılan bir çalışmada düşük ve orta sosyo-ekonomik düzeyde olan kadınların, yüksek sosyo-ekonomik düzeyde olan kadınlardan daha şişman oldukları belirlenmiştir.”²¹ Sosyo-ekonomik düzeyi yüksek ailelerin çocukları enerjiden zengin ve aşırı beslenme nedeniyle, sosyo- ekonomik düzeyi düşük ailelerin çocukları ise tok tutan tek çeşit yiyeceklerin fazla tüketimine yani dengesiz beslenmeye bağlı olarak obezite riski altındadır.

3.6. Cinsiyet

Obezite her iki cinstede görülebilmekte fakat bazı nedenlerle kadınlarda daha fazla görülmektedir.“Şişmanlık her iki cinstede de görülebilmektedir. Yapılan bir çalışmada şişmanlık oranının erkeklerde %21.0, kadınlarda %34.0 olduğu saptanmıştır. Diğer bir çalışmada ise erkeklerden %44.4’ünün hafif şişman, %21.6’sının şişman; kadınların %33.9’unu hafif şişman, %36.2’sinin şişman olduğu belirlenmiştir. Hamilelik kadınlar arasında şişmanlık sıklığını artıran bir etkidir. Dört ve üzerinde doğum yapmış kadınların daha az doğum yapanlara göre daha şişman olduğu, ayrıca dört ve üzerinde doğum yapan kadınların daha az doğum yapmış olanlara göre 11 kat daha fazla şişmanlık riskine sahip olduğu belirlenmiştir.”²² Yapılan araştırmalar yapılan doğum sayısının kadınlar arasında obezite görülme sıklığını belirlemede önemli bir belirteç olduğunu göstermiştir.

Doğum, emzirme, menapoz gibi dönemlerde hormonlara bağlı nedenlerle obezitenin kadınlarda görülme sıklığı daha fazladır. “Kadınlarda sık doğumlar “iki can taşıyor” inancı ile gereğinden fazla tüketilen besinler sonucu alınan kilolar ileriki dönemlerde şişmanlığa neden olabilmektedir. Lohusalık döneminde süt salgılanması ile enerji harcamasının artacağı ve alınan kiloların anne sütü emzirme süresince yavaş yavaş verileceği unutulmamalıdır. Yaş ilerledikçe metabolizma hızı azalacağından kilo vermek zorlaşmaktadır. Özellikle menapoz döneminden sonra kadınlarda menstural siklusun sona ermesi, yavaşlayan bazal metabolizma ve

²¹ Memiş, s.14-15.

²² Memiş, s.15.

hareketsiz yaşam sonucu şişmanlık bu dönemde de bir sağlık sorunu olarak ortaya çıkabilmektedir.”²³ Gebelikte iki can taşıyor düşüncesiyle, emzirme döneminde de süt salınımını arttırmak nedeniyle yüksek kalorili yiyeceklerin tüketilmesi ve alınan kiloların verilememesi; gebelik ve menapoz döneminde hormonal değişiklikler ve menapoz döneminde metabolizmanın yavaşlaması, yaş ilerledikçe azalan aktivite kadınlarda obezite oluşumunun önemli nedenleridir.

3.7. Fiziksel Aktivite

Teknolojinin gelişmesine bağlı olarak gittikçe azalan aktivite içeren yaşam, obezite oluşumunda önemli bir nedendir. “Genellikle hareketsiz kişiler, hareketli olanlar kadar yemektedir. Bu durumda, hareketsiz olanların enerji dengesi, enerji alımı lehine bozulmaktadır. Teknolojik gelişmeler beden gücü yerine makineyi getirmiştir. İş yerine araçla gitme, oturarak çalışma, asansör ve yürüyen merdiven kullanımı gibi günlük yaşamımıza teknolojinin getirdiği kolaylıklar bir yandan da enerji harcamamızı azaltmıştır. Televizyon ve bilgisayar başında geçirilen sürenin giderek artması da hareketsiz yaşam şeklinin oluşumuna daha fazla neden olmaktadır. Televizyon izlerken atıştırma davranışı ve televizyon izlerken yenilen besinlerin yüksek yağ, şeker ve tuz içermesi de enerji alımı ve harcanması arasındaki dengesizliği artırmaktadır. Bütün bunlar şişmanlığın yaygınlaşmasında önemli etken oluşturmaktadır.”²⁴ Teknolojinin gelişmesiyle günlük hayatta birçok iş makine ile yapılmakta ve yapılan fiziksel aktivite oranı azalmaktadır. “Televizyon, bilgisayar, video oyunları, uzaktan kumanda, çamaşır makineleri, bulaşık makineleri ve diğer modern kolaylık cihazların gelmesiyle, halkın çoğunluğu kendi anne ve dedesi ile karşılaştırıldığında çok daha sedanter yaşam tarzına sahiptir.”²⁵ Obezite oluşumunun engellenmesinde besinlerle alınan kaloringin harcanması önemlidir. Teknolojinin gelişmesine bağlı olarak artan sedanter yaşam tarzı, fiziksel aktivite azlığını obezitenin hem nedeni hem de sonucu yapmıştır.

²³, www.huksam.hacettepe.edu.tr/Turkce/SayfaDosya/kadin sagligi ve sismanlik.pdf (17.10.2013)

²⁴ Memiş, s.16.

²⁵, www.medicalnewstoday.com/info/obesity (29.05.2013)

3.8. Metabolik Faktörler

Metabolik faktörler, obezite oluşumunda kişinin müdahale edemediği ve tıbbi tedavi gerektiren nedenlerdir. “Özellikle zayıflama diyetlerine dirençli çok az sayıdaki şişmanlıklar hormonal ve metabolik nedenlere dayanır. Bu tür şişmanlık, toplumdaki toplam şişmanların küçük bir bölümünü içermektedir. Bazı hormonlar bazal metabolizma hızını etkiler. Hormonal nedenle bazal metabolizma hızının yavaş oluşu, enerji harcamasını azaltarak alınan besinlerin bir bölümünün yağ şeklinde depolanmasına neden olmaktadır.”²⁶ Vücudun bazal metabolizma hızı üzerinde etkisi olan troid hormonu az salgılandığı zaman metabolizma hızı düşmekte, kalori yakılamamakta ve yağ olarak depolanmaktadır. Kişide açlık ve tokluk hissi yaratmakta görevli hormonların salınımında problemler oluşabilmektedir. Tokluk hissi uyandıran hormonun azalması sonucunda kişi daha geç tokluk hissetmekte; açlık hissi uyandıran hormonun artması sonucunda hasta daha fazla gıda almakta ve kilo alımı artmaktadır.

Son yıllarda yapılan çalışmalarda daha önce obezite oluşumunda adı geçmeyen uykunun önemi vurgulanmaktadır. “Profesör Cappuccio; uyku yoksunluğuna bağlı hormonal değişikliklerin bir sonucu olarak artan iştahın obeziteye yol açtığını belirtmiştir.”²⁷ Uykusuzluk halinde vücutta meydana gelen değişikliklerin obeziteye neden olabileceği vurgulanmaktadır.

Azalan uyku süresi sonucunda, kalori miktarı artmakta ve enerji kullanımı sınırlanmaktadır. İştah mekanizması ve kilo dengesini düzenleyen hormonlarda dengesizlik oluşabilmektedir. Gündüz saatlerinde de uykusuzluk sonucunda azalan fiziksel aktivite kilo alımına neden olabilmektedir.²⁸ Yapılan araştırmalar yetersiz uykunun, kilo alma nedenlerinden biri olduğunu ortaya koymuştur. Uyanık iken kişinin abur cubur tarzı enerjisi yüksek yiyecek ve içecek tüketimi, bunun sonucunda günlük kalori ihtiyacının aşılması ve uyku sırasında vücutta metabolizmanın hızlanmasını sağlayıp, doyumluk hissi veren hormonun seviyesinin düşmesi nedenlerdendir.

²⁶ Memiş, s.16.

²⁷, www.medicalnewstoday.com/info/obesity (28.05.2013)

²⁸,D.Yenibertiz,www.hepimizaileyiz.com/Doc/5832/Kalitesiz-ve-Duzensiz-Uyku-Obezitiye-Davetiye-Cikariyor (15.11.2013)

4. OBEZİTENİN TANISI

Obezite tedavisinde tanının konulması önemli yer tutar. Çünkü obezitenin derecesi ve yağın birikme yerine göre belirlenen obezite çeşidine göre tedavi planlanmaktadır. “Görünüşe bakılarak kişinin şişman veya zayıf olduğu söylenebilir. Ancak kilolu görünüm aşırı adale yapısıyla da ilgili olabilmektedir. Diğer yandan zayıf görülen bir kişinin vücudunda gereğinden fazla yağ olabilmektedir. Şişmanlık fazla vücut yağı nedeniyle ciddi şekilde aşırı kilolu olmaktır. Tedavide temel olan şişmanlığın derecesinin belirlenmesi ve tedavinin buna göre düzenlenmesidir. Bu nedenlerden dolayı şişmanlığın saptanması için yöntemler geliştirilmiştir.”²⁹ Kişilerin dış görünüşüne bakılarak obez olup olmadığını söylemek yanlış olur, obezite kişinin vücudundaki yağ oranı ile ilgilidir. Obeziteyi belirlemek ve tanı koymak için bazı yöntemler kullanılmaktadır. Bu yöntemler şunlardır;

4.1. Ağırlık ve Boy Uzunluğuna Dayalı Oranlar

Obezite düzeyinin ve çeşidinin belirlenmesinde hangi yöntemin kullanılacağı, araştırmacı kişinin olanakları sonucunda belirlenir.

-Beden Kitle İndeksi (BKİ): DSÖ tanımına göre, BKİ; yetişkinlerde kilogram cinsinden ağırlığın metre cinsinden boyun karesine oranlanmasıdır.³⁰ Obezite tanısı konulmasında, pratik ve basit olması nedeniyle en sık kullanılan yöntemdir. “Sağlıklı vücut ağırlığı tahmin etmek için yararlı bir yol olarak kabul edilir olsa da, vücut yağ yüzdesini ölçmek için değildir. BKİ ölçümü bazen yanıltıcı olabilir. Bununla birlikte, genel olarak BKİ ölçümü ortalama kişi için yararlı bir gösterge olabilir.”³¹ Obezitenin tanı konulmasında pek çok yöntem bulunmakta fakat pratik olmamalarından dolayı sık kullanılmamaktadırlar. Boy ölçümü yetişkinlerde ayaklar yan yana ve dik duruş esnasında, çocuklarda iki yaşına kadar yatarak daha sonra ayakta ölçüm yapılır. Kilo ölçümleri sabah, üzerinde aynı kıyafetler ve aynı tartı ile yapılmalıdır. BKİ’nin en önemli eksikliği aşırı yağın vücuttaki dağılımı hakkında bilgi verememesidir.

DSÖ’ nün obezite sınıflandırmasında kullandığı tablo aşağıdadır:

²⁹ Memiş, s.6.

³⁰ Memiş, s.6.

³¹ , www.medicalnewstoday.com/info/obesity (29.05.2013)

Tablo 1. Yetişkinlerde BKİ'ne göre Zayıflık, Fazla Kiloluk ve Şişmanlık Durumunun Sınıflandırması

Sınıflandırma	BKİ (kg/m ²)
Zayıf (düşük ağırlık)	<18.5
Aşırı düzeyde zayıflık	<16.0
Orta düzeyde zayıflık	16.0-16.9
Hafif düzeyde zayıflık	17.0-18.4
Normal	18.5-24.9
Toplu, hafif şişman, fazla kilolu	≥25.0
Şişmanlık öncesi(Pre-obez)	25.0-29.9
Şişman(obez)	≥30.0
Şişman 1. derece	30.0-34.9
Şişman 2. derece	35.0-39.9
Şişman 3. derece	≥40.0

Kaynak: Sağlık Çalışanlarında Obezite (Şişmanlık) ve Zayıflık Durumunun Belirlenmesi

Araştırma Raporu (Ed. N.Şanlıer-E.Köksal-S.Bilici), Ankara, 2011, s.13.

-Lorentz Formülü: Cm cinsinden boydan 150 çıkartılır kadınlarda 2'ye, erkeklerde 4'e bölünür. Bulunan değer, cm cinsinden boydan 100 çıkartılarak bulunan değerden çıkartılır ve ideal kilo hesaplanır.

İdeal kilo:
$$\text{Boy(cm)} - 100 - \frac{\text{Boy(cm)} - 150}{2 \text{ (Kadın)}} \quad \text{veya} \quad \frac{\text{Boy(cm)} - 150}{4 \text{ (Erkek)}}$$
³² Çok fazla tercih edilen bir tanı yöntemi değildir.

-Boya Göre Ağırlık Ölçümü: Çocuklardaki obezite düzeyini belirlemede kullanılan bir yöntemdir. “Çocuklarda şişmanlığın belirlenmesinde gerçek ağırlıkları, ideal ağırlıkları ile karşılaştırılmaktadır. Yaş ve cinsiyete göre düzenlenmiş boy ve vücut ağırlığını içeren tablolarda bulunan standartlardan yararlanarak çocuğun boyuna uygun ideal ağırlığı bulunur. Ölçülen ağırlık ideal ağırlığa oranlanmaktadır. Bu oranın %120'nin üzerinde olması şişmanlık olarak kabul edilmektedir.

³² Memiş, s.7-8.

$$\frac{\text{Gerçek Ağırlık}}{\text{İdeal Ağırlık}} \times 100 \text{ }^{33}$$

Çocuğun, yatarak ve ayakta ölçüm yapılarak bulunan gerçek ağırlığı, DSÖ tarafından hesaplanan çocuğun boyuna göre kilosunu gösteren persentil değerlerdeki ideal ağırlığına bölünerek 100 ile çarpılır ve değer bulunur. Bulunan değer % 120'nin üzerinde olmamalıdır. Bazı yaş grupları için hazırlanmış persentil değerler; yaşa göre yatarak ve ayakta ölçülen boy uzunluğu, kilo ve baş çevresi ölçümlerini içermektedir.

4.2. Bel/Kalça Oranı

Vücutta yağ dokusunun aşırı birikmesi kadar nerede biriktiği de önemlidir. Çünkü yağ dokusunun biriktiği yere göre obezite çeşitlenmektedir. “Yağın, bedenin alt bölümlerinde toplanması “jenosid”, üst bölümlerinde toplanması “ android ” şişmanlık olarak ifade edilmektedir.”³⁴ Yağın vücudun alt bölümlerinde birikmesi kadınlarda, üst bölümlerde birikmesi erkeklerde daha sık görülen obezite çeşididir. “Yağın abdominal bölgede ve iç organlarda toplanması Tip 2 DM, hipertansiyon, dislipidemi, kronik arter hastalığı ile de yakın ilişkili olan insülin direncine yol açmaktadır. Yağın ekstremitelerde, gluteofemoral bölgede toplandığı obezitede ise bu hastalıklar için risk daha düşüktür. Bu nedenle obeziteye bağlı riskin değerlendirilmesinde Bel/Kalça oranı önemlidir.”³⁵ Karın bölgesinde yağın depolanması karın bölgesinde bulunan iç organlarda yağın toplanması demektir ve kalp hastalıkları, diyabet, hipertansiyon gibi yan hastalıklar açısından kişi daha fazla risk taşımaktadır. Üst bölge yağ depolanması erkeklerde daha fazla görüldüğü için erkekler kalp-damar hastalıkları, hipertansiyon, diyabet gibi hastalıklara yakalanma açısından daha fazla risk taşımaktadırlar.

Bel çevresinin cm cinsinden değerinin, kalça çevresinin cm cinsinden değere bölünmesi ile bulunur. “Bel/Kalça oranı kadında 0.8'i, erkekde 1.0'ı aşarsa şişman olarak değerlendirilmektedir. Ölçümü yapılacak birey gece yarısından sonra aç kalmalıdır. Ölçüm yapılırken bireyin üzerinde az giysi olmalı, ayakta dik, kollar iki

³³ Memiş, s.7-8.

³⁴ Memiş, s.8.

³⁵ R.Ersoy-B.Çakır, “Obesity”, Turkish Medical Journal (Ed. H.C.Hasanoğlu) C.1, S.2, Ankara, 2007, s.5-6.

yanda, ayaklar birleşik durumda bulunmalıdır. Bel en alt kaburga kemiği ile kristailiyak arası, kalça; maksimum kabalardan geçen nokta esas alınarak ölçülür.”³⁶ Bel ölçümü göbek deliği hizasından, kalça ölçümü de kalçanın en geniş olduğu bölümden esnemeyen mezur ile yapılmalıdır. “Bel çevresinin tek başına ölçümü de riskin belirlenmesinde yaygın olarak kullanılmaya başlanmıştır. Erkeklerde 102 cm, kadınlarda 88 cm üzerindeki bel çevresi ölçümleri metabolik sendrom için yüksek risk göstergesidir.”³⁷ Bel kalça oranının değerlendirilmesi kronik hastalıkların oluşma riskini değerlendirmek açısından önemli bir göstergedir.

4.3. Deri Kıvrım Kalınlığının Ölçülmesi

Vücudumuzda fazla bulunan yağ dokusunun bir kısmı deri altında depolanmaktadır. “Cilt altı yağ dokusunu belirlemek için deri kıvrım kalınlığı ölçümü yapılır. Ölçüm kaliper adı verilen aletle yapılmaktadır. Kaliperin kolları, deri kıvrımını 10 g/mm²’lik basınçla kavrar ve ölçüm 2-3 kez tekrarlanır. Tek bölgeden deri kıvrım kalınlığının ölçülmesinde triseps veya subskapular deri kıvrım kalınlıklarının ölçümü kullanılmaktadır. Triseps deri kıvrım kalınlığının erkeklerde 23 mm, kadınlarda 30 mm üstünde olması şişmanlık göstergesi olarak belirtilmiştir.”³⁸ Ölçüm kolun üst kısmındaki ön kol ve arka kısmından yapılmakta gerektiğinde ise kürek kemiği üzerindeki deriden de yapılabilir. “Erkek ve kadınlarda vücut dağılımı farklılık gösterdiğinden tek bölgeden ölçüm uygun bulunmamaktadır. Bu nedenle triseps, biceps, subskapula ve suprailiak bölgelerinin ölçümleri yapılır. Bunların ortalamaları alınıp, vücut yağ oranının hesaplanması için hazırlanmış standart tablo ile kıyaslanarak vücut yağ yüzdesi bulunmektedir. Toplam vücut yağı(kg); vücut ağırlığının, vücut yağ yüzdesi ile çarpılması sonucunda bulunabilir.

$$\text{Toplam Vücut Yağı (kg)} = \frac{\text{Vücut Ağırlığı(kg)} \times \% \text{Vücut Yağı}}{100}$$

³⁶ Memiş, s.8.

³⁷ Ersoy-Çakır, s.7.

³⁸ Memiş, s.9.

Yağsız vücut kitlesi(kg)=Vücut ağırlığı(kg)-Vücut Yağı(kg) ³⁹ Kısaç şeklindeki bir araçla yapılan ölçüm deri altındaki yağ miktarını değerlendirmek için yetişkinlerde, gençlerde ve çocuklarda kullanılan en hassas ölçüm yöntemidir. Deri kıvrım kalınlığı miktarı; yaş ve cinsiyete göre hazırlanmış standart tablolar ile kıyaslanarak tanı konulmaktadır.

4.4. Kol Yağ Alanının Saptanması

Deri kıvrım kalınlığı ve kol çevresi ölçümlerinden yararlanarak hesaplanan kol yağ alanı, tek başına deri kıvrım kalınlığının kullanılmasından daha güvenilir vücut yağ oranını göstermektedir.

$$\text{Yağ Alanı(mm)} = \frac{\text{TDKK} \times C1}{2} - \frac{\pi \times (\text{TDKK})^2}{4}$$

C=Orta kol çevresi (mm)

TDKK=Triseps deri kıvrım kalınlığı (mm)

$\pi=3.1416$ göstermektedir. ⁴⁰

Orta kol çevresinin mm olarak değeri ile triseps deri kıvrım kalınlığının mm olarak ölçülmesi ve formülde yerine konularak yağ alanı mm olarak hesaplanır. Standart vücut yağ yüzdesi tablosu ile kıyaslanarak tanı konulmaktadır.

4.5. Vücuttaki Yağın Direkt Ölçümü

Vücuttaki yağın direkt ölçümü; sualtında tartım, pletismograf ile ölçüm, toplam vücut suyunun saptanması, toplam vücut potasyumunun ölçülmesi, toplam vücut nitrojeni, vücudun biyoelektriksel iletkenliğinin saptanması, bilgisayarlı tomografi, manyetik rezonans görüntüleme, dual enerji x-ray absorbsiyonunun değerlendirilmesi ile yapılmaktadır ve aşağıda açıklanmıştır.

-Sualtında Tartım: Vücut yağını hesaplamak için kişinin su içinde ve su dışında tartılarak vücut volümünü bulmak ve bu değeri kullanarak vücut dansitesini

³⁹ Memiş, s.9.

⁴⁰ Memiş, S.9.

tespit etmek amacıyla kullanılmaktadır. Vücut yağının ortalama dansitesi 36 ° C’de 0.90, yağsız vücut dokusunun ortalama dansitesi ise 1.10’dur. Yapılan ölçümler daha önceden hazırlanmış vücut dansitesine göre yağ oranları tabloları ile kıyaslanarak dansiteye karşılık gelen yağ oranları bulunur.

$$\text{Toplam Vücut Yağı(kg)} = \frac{\text{Vücut Ağırlığı(kg)} \times \% \text{Vücut Yağı}}{100} \quad 41$$

Çok fazla pratik olmasa da en hassas ölçüm yöntemlerinden biridir. Kişinin su içinde ve dışındaki ağırlık ölçümlerinin karşılaştırılması esasına dayanır.

-Pletismograf: Şişmanlık tanısı konulmasında geniş bir kullanım alanı olmayan bir yöntemdir. “Pletismograf kullanımı ile bireyin su içine girmesine gerek kalmaz. Pletismograf önce sıfırlanır, sonra su ile doldurulur. Birey tartılır ve bireyin ağırlığı kadar su pletismograftan alınır. Daha sonra birey boynuna kadar suya girer, başı plastik kaskla örtülür. Baş, akciğer ve bağırsakları kaplayan hava hacmi, basınç değişikliğinin ölçülmesi ile bulunur. Bu bireyin toplam hacminin hesaplanmasını sağlar.”⁴² Büyük olmasından dolayı çok yer kaplayan bu cihaz kapalı mekan fobisi olan bireylerde kullanılmamaktadır.

-Toplam Vücut Suyunun Saptanması: Vücutta yağ dokusunda bulunan su miktarının ölçülmesi esasına dayanır. “Yetişkinlerde toplam vücut suyu oranı yağsız vücut ağırlığının %72’si kadardır ve bu oran oldukça sabit bir değerdir. Bu değerden yararlanılarak vücut yağ oranı saptanabilir.

$\text{Vücut Yağı} = \text{Vücut ağırlığı} - \text{Toplam vücut suyu} / 0.72$ ⁴³ Kişilerin vücut ağırlığından boy ve kiloya göre hazırlanmış olan toplam vücut suyu çıkarıldıktan sonra, 0.72’ye bölünmesi ile vücut yağ oranı hesaplanır.

-Toplam Vücut Potasyumunun Ölçülmesi: Diğer tanı yöntemlerinin aksine bu yöntemde vücuttaki yağsız kitle ölçülmektedir. “Yağsız vücut kitlesi hakkında fikir vermektedir. K-42 kullanarak izotop dilüsyonu veya K-40 kullanarak tüm vücut taraması ile ölçüm yapılabilir. İnstrasellüler sıvıdaki potasyum miktarı sabit

⁴¹Memiş, s.10.

⁴²Memiş, s.10.

⁴³ Memiş, s.10.

farzedilerek hesaplama yapılmaktadır.”⁴⁴ Çok fazla tercih edilmemektedir. “Pahalı ve güç uygulanabilir bir yöntem olmasının yanında yağ doku hakkında dolaylı bilgi verir.”⁴⁵ Yağsız vücut dokusunda bulunan potasyum ile vücuttaki yağsız vücut dokusu ölçülmekte ve tüm ağırlıktan çıkarılarak yağ dokusu hesaplanması esasına dayanmaktadır.

-Toplam Vücut Nitrojeni: Obezite tanısı konulmasında kullanılan yöntemlerden biri olan toplam vücut nitrojeni ölçülmesi ile vücuttaki protein miktarı hesaplanmaktadır. “Vücudun nitrojen miktarının ölçülmesi toplam vücut protein miktarını verir. (1g N: 6.25g protein) Toplam nitrojenin ölçülmesi için toplam vücut nötron aktivasyon sistemi geliştirilmiştir. Yöntem N¹⁴’ün N¹⁵’e çevrilmesine dayalıdır.”⁴⁶ Vücut proteininde bulunan nitrojen miktarının ölçülmesi ile hesaplanmaktadır.

-Vücudun Biyoelektriksel İletkenliğinin Saptanması: Düşük voltajlı elektrik akımı verilerek, vücudun elektrik geçirgenliği ölçülmektedir. “Elektrolit içeren vücut sıvılarının akımı ileteceği temeline dayanan bir sistemdir. Dokudan geçirilen düşük voltajlı elektrik akımı ile dokulardaki sıvı kitlesi ile ters orantılı olan impedans ölçülür. Yağ dokusunun %10’u, kas dokusunun ise %73’ü sudan oluşur. Kişinin hidrasyon durumundan etkilenmekle birlikte tekniğin hata payı %2’dir. Dört ekstremiteden, sadece eller veya sadece ayaklardan ölçüm yapan cihazlar mevcuttur.”⁴⁷ Vücuda el veya ayaklara bağlanan bir cihazdan elektrik akımı verilerek, vücudun yağlı –yağsız dokularının farklı elektrik geçirgenliği esasına göre hesaplanan bir yöntemdir. Vücudun yağ- yağsız kütle miktarı, yağın vücutta dağılımı ve vücudun su miktarı hakkında bilgi vermektedir. Kişiye düşük dozda elektrik akımı verildiği için kalp pili olan hastalarda kullanılmamaktadır.

-Bilgisayarlı Tomografi ve Manyetik Rezonans Görüntüleme: Bilgisayarlı tomografinin esası X ışınlarının vücuda verilerek bölgesel olarak vücudun incelenmesine dayanır. “Tomografi ve MR bölgesel yağ dağılımı konusunda fikir vermektedir. Bilgisayarlı tomografi ile x- ışını radyasyon kullanılır ve 1 cm kesitlerle vücudu tarayabilir. Ancak fazla radyasyon vermemek için

⁴⁴ Memiş, s.11.

⁴⁵ Ersoy-Çakır, s.8.

⁴⁶ Memiş, s.11.

⁴⁷ Ersoy-Çakır, s.8.

Çalışmaların oğunda L 4 - L 5 pozisyonunda tek kesit alınarak değerlendirme yapılmaktadır. MR'nin riski yoktur, ancak tomografiye göre işlem daha uzun sürmektedir.”⁴⁸ Manyetik rezonans görüntülemede güçlü manyetik alanda yağ dokusunun gevşeme özelliğinden yararlanılarak ölçüm yapılmaktadır. Vcttaki yağ miktarı ve dağılımı hakkında veri vermektedir. Vcda radyasyon verilmesi ve pahalı bir yöntem olduğu için fazla kullanılmamaktadır.

-Dual Enerji X-Ray Absorbsiyonunun Değerlendirilmesi: X işınlarının dokularda farklı emilmesi ile değerlendirilir. “Farklı dokuların işınları farklı absorbsiyon veya soğurma glerine dayanılarak yapılan ölçümler kemik, kas, yağ kitlesini hesaplamak için kullanılır. Pahalı olması, standardizasyonun glğ ve 150 kg üzeri olan kişilerde kullanılamaması yöntemin dezavantajlarıdır.”⁴⁹ Belli bir süre cihaza bağlı kalarak vcda düşük doz X işını verilerek; vcttaki yağ dokusu, yağsız doku ve kemik mineral düzeyinin X işınlarını emilimi sayesinde saptanır.

5. OBEZİTENİN TEDAVİSİ

Obezite tüm vcttaki sistemleri direkt ve dolaylı olarak etkilemekte ve birçok yan hastalığın oluşmasına neden olmasından dolayı tedavisi önemlidir, ciddiye alınması gerekmektedir.“Obezite ile birlikte oluşan hastalıkların çeşitliliği, aşır kiloların tüm sistemleri etkilemesinden dolayı hastalığın tedavisinde, tıbbın birçok dalında çalışmalar sürmektedir. Obezitenin tedavisi, beslenme ve yaşam tarzına ilişkin alışkanlık ve uygulamalarda davranış değişikliğini gerektirir. Obezite, alınan enerji miktarının harcanandan fazla olması ile oluşur. Tedavinin esası, alınan ve harcanan enerjinin dengelenmesidir. Obezite de; diyet, fiziksel aktivite artışı, davranış değişikliği, farmakoterapi, cerrahi yöntemler ve akupunktur uygulaması etkili tedavi yaklaşımlarıdır. Bu yöntemlerden hastaya göre değişik formları birlikte uygulanabilir. Obezite tedavisinin genel hedefleri ağırlık kaybı, düşük vücut ağırlığının uzun süre korunması ve hastalık risk faktörlerinin kontrol edilmesidir.”⁵⁰ Obezite tedavisi kişiye göre; davranış değişikliği, diyet, egzersiz, ilaç ve cerrahi tedavilerinden bir ya da birkaçının birlikte kullanılmasının içerir. Obezite tedavisinde

⁴⁸ Memiş, s.11.

⁴⁹ Ersoy-akır, s.8.

⁵⁰ M.T.Cabrioğlu-N.Ergene-S.Bodur, “Obezlerde Ağırlık Kaybı İçin Uygulanan Elektroakupunktur ve Diyet Tedavisinin Serum Lipid Düzeylerine Akut Etkileri”, S..Tıp Fakültesi Dergisi,C.19, S.3, Konya, 2003, s.146.

amaç; kişinin sağlıklı kiloya inmesi ve bu kiloyu koruyabilmesi olmalıdır. Sağlıklı kilonun korunması da; davranış değişikliği, yeterli-dengeli, sağlıklı beslenme ve arttırılan fiziksel aktiviteye bağlıdır.

Obezitenin olumsuz etkileri, zararları hastalara ve ailelerine anlatılmalı, hasta ve ailesine gerekli durumlarda psikolojik destek verilmelidir. “Obez çocukları olanlara, obez genç ve erişkinlere, şişmanlığın zararları öğretilmeli, kişilerin gelecekte sağlıklı olabilmeleri için motivasyon kazandırılarak kilo verme programlarına katılımları sağlanmalıdır. Eğitim ve psikoterapi ile, obezlerin kendi sağlık şartlarına uygun olan ve yalnızca diyetisyen tarafından düzenlenen, doktor kontrolündeki sağlıklı beslenme programlarının çok uzun süreler uygulanmasının gerekliliği öğretilmelidir. Kısa sürede fazla kilo verdiren diyet programlarının yarar yerine zarar verdiği, diyet programlarının durdurulmasından sonra verilen kiloların fazlasıyla geri alındığı anlatılmalıdır. Kalori içeren gıdalardan tamamen uzak tutularak yaptırılan açlık diyetleri tıbbi gözetim altında uygulandığında hastalarda günlük 0.5 -1 kg kayıp elde edilebilir, ancak bunun önemli yan etkileri vardır.”⁵¹ Obez hastalar kısa sürede çok kilo vermek isterler ancak kısa sürede kilo vermenin zararları vardır. Kısa sürede ve aç kalınarak yapılan diyetler de verilen kilolar kısa sürede geri alınmaktadır ve aç kalınarak yapılan diyetler vücutta hayati önem taşıyan su, vitamin ve mineral eksiklikleri sonucunda bazen ölümle bile sonlanmaktadır.

Obezite tedavisinde hastanın psikolojik sorunları tedaviye engel olabilmektedir. “Obez kişinin zayıflamasında, psikolojik olarak kendini hazır hissetmesinin ve motivasyonunun sağlanması gerekir. Depresyon, anksiyete, uykusuzluk gibi bulgular programın başarısını engeller. Kişinin eğitilmesi, obezite risklerinin anlatılması, ailenin uyarılması gibi girişimler diyet ve egzersiz programının düzgün uygulanmasını sağlar.”⁵² Psikolojik sorunları olan hastaların obezite tedavisinde istenen sonuçlar elde edilemez. Bu nedenle psikolojik sorunu olan hastaların öncelikle psikolojik tedavileri düzenlenmeli, daha sonra obezite tedavisine geçilmesi tedavide daha başarılı sonuçlar sağlamaktadır.

Estetik yada psikolojik sorunlar açısından değil hastanın yaşam süresi ve kalitesi açısından obezite tedavisi ciddi ve zor bir iştir. Tedavide hasta, sağlık ekibi

⁵¹ Kokino-Özdemir-Zateri, s.49.

⁵² , http://www.randevual.com/makaleler/obezite-ve-diyet-tedavisi-_155.aspx, (09.02.2013)

ve aileye önemli görevler düşmektedir. “Kişiler genellikle kendi vücut ağırlıklarından memnun değildir. İdeal ağırlığına erişmek ve daha sonra bunu korumak için pek çok kişi sürekli mücadele içindedir. Şişmanlığın tedavisi sadece estetik kaygılarla değil, şişmanlık ve mortalite (ölüm oranı) arasında korelasyon bulunması nedeniyle önemlidir. Şişmanlığın tedavisi öncelikle kişinin etkin katılımına bağlıdır. Tedavi, yeni bir yaşam biçimi ve yeni beslenme alışkanlıkları kazanmayı zorunlu kılmaktadır. Tedavide hekim ve diyetisyene belirgin bir rol düşmektedir. Bununla birlikte hastanın yanında sürekli ailesi bulunacağından, tüm ailenin yaşam düzeninin ve beslenme alışkanlıklarının düzeltilmesi tedavinin temelini oluşturmaktadır. Beslenme uzmanları ve bu konuda araştırma yapan bilim adamları kilo kaybını elde etmenin çeşitli formülleriyle uğraşırken, aynı konu estetik kaygısı olan şişman kişiler nedeni ile cerrahları da ilgilendirmiştir. Diğer taraftan günlük aktivitenin artırılması açısından egzersiz bilimi ile uğraşanlar ve fizyoterapistler de bu soruna çözüm getirmeye çalışmaktadırlar. Tüm tedavi yöntemlerinin amacı başlangıçta kilo kaybını sağlamak, devamında ise kaybedilen ağırlığı korumaktır”.⁵³ İlgilendikleri branşlar açısından obezide tedavisini endokrinolog, uzman hekim, diyetisyen, psikolog, fizyoterapist ve cerrahlardan oluşan multidisipliner bir ekip tarafından oluşturmaktadır. Hasta; diyetinin düzenlenmesinde diyetisyene, egzersiz uygulaması için fizyoterapist ve psikolojik destek için psikologa ihtiyaç duymaktadır. Obezitenin hormonal nedenlerinin çözümü için endokrinolog; hipertansiyon, şeker hastalığı gibi yan hastalıklar için dahiliye hekimine de tedavide önemli görevler düşmektedir. Bazı hastalar için tedavinin son noktasını oluşturan, bazıları içinde estetik kaygıların giderilmesini teşkil eden cerrahi tedavide cerrahlara ihtiyaç duyulmaktadır.

Obezite tedavisi; davranış değişikliği, diyet, egzersiz, ilaç ve cerrahi tedaviden oluşmaktadır. “Obezite tedavisinde kilo vermeyi amaçlayan çeşitli tedavi seçenekleri vardır. Çok düşük kalorili diyetler, fiziksel egzersiz programları, farmakolojik tedaviler, cerrahi operasyonlar ve bilişsel davranışçı terapiler etkili tedavi seçeneklerindendir. Bunların bireye özgü ve birlikte kullanılmaları günümüzdeki obezite tedavisinin temelini oluşturmaktadır. En yüz güldürücü sonuçları uzun döneme yayılmış, beslenme, yemek yeme ve fiziksel egzersiz

⁵³ Memiş , s.17.

davranışlarını değiştiren tedavi yaklaşımlarının verdiği belirtilmektedir.”⁵⁴ Obezitenin oluşum nedeni her kişide farklı olduğu gibi tedavisi de kişiye özel olmalıdır. Obezitenin nedeni belirlenmeli ve nedene göre bir tedavi planı yapılmalı ve bireyin cinsiyeti, yaşı, fiziksel aktivitesi, beslenme alışkanlıkları göz önünde bulundurularak tedavi programı hazırlanmalıdır. Davranış değişikliği, diyet ve egzersiz obezite tedavisinin ana temelini oluşturmaktadır. Kişinin yan hastalıklarının bulunmasına göre ilaç tedavisi yada cerrahi tedavi tercih edilmektedir.

Davranış değişikliği, diyet ve egzersiz tedavinin temelidir. İlaç ya da cerrahi tedavi uygulanması planlanan hastalarada; tedavinin temeli olan diyet, egzersiz ve davranış terapisi uygulanmalıdır. “Tüm obez hastalara, ilaç tedavisi veya cerrahi tedavi planlanıyorsa bile temel tedavi yapılmalıdır. Temel tedavi kalori kısıtlaması, davranış tedavisi ve fizik aktiviteden oluşmalıdır. Diyet, uygulanabilir olmalı ve yeme davranışlarında pratik değişiklikler üzerine kurulu olmalıdır. Diyet önerileri kişinin yeme alışkanlıkları, yaşam biçimi, etnik ve kültürel özelliklerine diğer hastalıklarının varlığına ve kullandığı ilaçlara uygun yapılmalıdır.”⁵⁵ Diyet listesi hazırlanır iken; kişinin alışkanlıklarına, yan hastalığı bulunup bulunmadığına ve kullandığı ilaçlara özen gösterilmelidir.

5.1. Davranış Terapisi

Obezite tedavisinde en önemli ve ilk basamak davranış değişiklidir. “Obezite tedavi yöntemleri arasında davranış değişikliği önemli bir yer tutmaktadır. Davranış değişikliği çalışmaları hem yeme biçimleri, hem egzersiz alışkanlığı ve hem de yemek yemeye neden olan davranışlar üzerinde yoğunlaşmaktadır. Bilişsel - Davranışçı stratejilerden biri kendini-izlem (self-monitoring) yöntemidir ve bu yöntemin yenilen gıda miktarının takibi için etkin kullanımının, kilo kontrolünde etkili olduğu gösterilmiştir. Ayrıca beslenme sırasında alışkanlık edinilen porsiyon büyüklükleri doyma hissinden bağımsız olarak oluşmaktadır. Büyük porsiyonlar fazla enerji alımına ve sonuç olarak vücutta yağlanmaya neden olmaktadır. Normal kilolu veya obez kişilerin aldığı enerji tabağa konan miktar ile doğru orantılıdır ve yemek servisini kimin yaptığı ve yemeği yiyecek olan kişinin özellikleri bu doğru

⁵⁴ Ö.Ö.Sertöz-H.E.Mete, “Obezite Tedavisinde Bilişsel Davranışçı Grup Terapisinin Kilo Verme, Yaşam Kalitesi ve Psikopatolojiye Etkileri: Sekiz Haftalık İzlem Çalışması”, Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, C.15, S.3, İstanbul,2005, s.120.

⁵⁵ , http://www.randevual.com/makaleler/obezite-ve-diyet-tedavisi-_155.aspx, (09.02.2013)

orantıyı değiştirmemektedir. Bu açıdan bakıldığında tabağa konan porsiyon önem kazanır.”⁵⁶ Kilo vermede ilk iş kişinin günlük hayatta davranış haline gelen alışkanlıklarını değiştirmektir. Hızlı yemek, enerji içeriği yüksek olan; kola, cips gibi abur cabur tarzı beslenmek, yemekte büyük porsiyonlar kullanmak, televizyon karşısında yemek, günün büyük çoğunluğunu televizyon ya da bilgisayar karşısında oturarak geçirmek gibi hayatı olumsuz yönde etkileyen davranışlar değiştirilmelidir.

Davranış değişikliğinde hastanın yeme alışkanlıklarının değiştirilmesi kadar fiziksel aktivite içeren alışkanlıklarının irdelenmesi gerekir. “Günlük hayatta asansör ve yürüyen merdiven kullanmak yerine merdiven çıkmak, yakın mesafelerde taşıt kullanmak yerine yürümeyi tercih etmek gibi davranışların alışkanlık haline getirilmesi sağlanmalıdır. Günlük diyet, egzersiz ve aktivite planı düzenlenip, bunun uzun süreli yaşam şekli olması gerektiği hastaya benimsetilmelidir.”⁵⁷ Hastaların merdiven kullanması, özel ya da taşıma araçlarının olabildiğince az kullanılması benimsetilmelidir. Obezite tedavisinin ana ilkeleri olan yaşam tarzı değişikliği gerektiren davranış terapisi, sağlıklı ve düşük kalorili beslenme, düzenli fiziksel aktivite, hasta tarafından benimsenmeli ve hayata geçirilmelidir.

Davranış değişimi kişinin sadece fiziksel alışkanlıklarını değil, psikolojik alışkanlıklarını ve iç dünyasını da kapsamaktadır. “Aşırı kilo sağaltımında en zor sağlanan değişim davranışsal değişimdir. Bu yalnızca daha az yemek ve daha fazla spor yapmayı değil tüm yaşama değişiklik getirmeyi içerir. Sevinçleri ve üzüntüleri algılama ve zorluklarla başa çıkma yönteminden, günlük işlerin yapılma şekil ve sırası, arkadaşlarla geçirilen zamanda yapılanları hatta arkadaş seçiminde değişiklikler gerektirebilir. Her şeyden önce var olan yaşam şeklinin aşırı kiloya katkıda bulunan bölümleri belirlenmeli ve bunlar yaşamdan çıkartılmalıdır.”⁵⁸ Kişinin sevinç ve üzüntüleri algılama şekilleri, üzüntü ve stres ile başa çıkma yöntemleri, hatta arkadaşları ile geçirdikleri zamanda yaptıkları bile önemlidir. Kişinin kilo almasına ya da kilo verememesine neden olan ortamlardan gerekirse arkadaş ortamından bile uzaklaşması gerekebilmektedir.

⁵⁶F.S.Gürel-A.Gemalmaz-G.Dişçigil-N.Tekin-N.Şensoy-O.Başak, “Kalori Bilgisinin Yeme Miktarı Üzerine Etkisi”, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi,C.30, S.1, Bursa, 2004, s.21-22.

⁵⁷ Memiş, s.20.

⁵⁸, www.obezitenedir.com/obezite-tedavisi/index.html (09.02.2013)

Kişinin yaşamında olumlu ve olumsuz alışkanlıklarını bilmesi ne kendini tanıması önemlidir. Hasta yapıp yapamayacaklarını belirleyerek hedef belirlemeli ve gerçekleştirmek için çaba harcamalıdır. “Vücut ağırlığının denetiminde davranış değişikliği tedavisi, fazla ağırlık kazanımına neden olan yemek yeme ve fiziksel aktivite ile ilgili olumsuz davranışları olumlu yönde değiştirmeyi veya azaltmayı, olumlu davranışları ise pekiştirerek yaşam biçimi haline gelmesini amaçlayan bir tedavi şeklidir. Davranış değişikliği tedavisinin basamakları:

- Kendi kendini gözlemleme
- Uyarı kontrolü
- Alternatif davranış geliştirme
- Pekiştirme, kendi kendini ödüllendirme
- Bilişsel yeniden yapılandırma
- Sosyal destek”⁵⁹

Kişinin kilo almasına veya kilo verememesine neden olan düşünce ve davranışlar belirlenmeli ve değiştirilmelidir. İstenmeyen olumsuz davranışın ortadan kaldırılması, olumlu istenen davranışın pekiştirilerek davranış olarak hayata geçirilmesi sağlanmalıdır. Olumsuz davranışın yerine olumlu bir davranış geliştirilmeli ve kişinin bunun sonucunda kendini ödüllendirilmesi sağlanmalıdır. Kontrol altında tutulması gereken davranışlar ve bu davranışlara yol açan faktörler belirlenmeli, olumsuz faktörler yerine birey farklı aktivitelere yönlendirilmelidir. Uygun davranışlar ödüllendirilerek, pekiştirilerek, kişinin olumlu düşüncelerini arttırmak amacıyla uygun tutumlar geliştirilmelidir.

5.2. Diyet Tedavisi

Zayıflama diyetlerinin amacı besinlerle alınan enerjinin kısıtlanarak, vücuttaki yağ depolarının kullanılması olmalıdır. Yaşa ve cinsiyete göre belirlenen kalori gereksinimlerinden daha düşük kalorili diyet uygulanmalıdır. Diyet yapılırken kaybedilen kas dokusu değil yağ dokusu olmalıdır. Bu nedenle zayıflama diyetlerinde temel ilke; enerji kısıtlamasına gidilerek yeterli ve dengeli beslenme olmalıdır.⁶⁰ Diyet tedavisinde gıdalar ile alınan enerji değerinin belirlenmesi ve

⁵⁹, www.beslenme.gov.tr/index.php?lang=tr&page=45, (09.02.2013)

⁶⁰ Memiş, s.18-19.

enerji değerini düşük gıdaların tüketilmesi sağlanmalıdır. Vücuda zarar vermeden yağ dokusunun kaybedilmesi sağlanmalıdır.

Zayıflama diyetlerinde sağlıklı beslenme amaçlanmalı ve öğün atlanarak aç kalınmamalıdır. “Yiyecekler en az üç öğünde yenmelidir. Diyetle ilave edilmek koşulu ile düşük kalorili ara öğünler verilebilir. Böylece günlük kalori ana öğünlere ağırlık verilerek, ara öğünlerle birlikte beş veya altı öğüne dağıtılmış olur. Yiyecek ve içecekler şekere ve yağ ilavesinden kaçınılır. Yiyecekler kızartma yerine ızgara veya haşlama olarak verilir. Diyetle en az kalori içeren gıdalar ile doyum sağlama amaçlanmalıdır. Yemeğe kalorisini düşük fakat yer işgal eden ve doyumu kolaylaştırabilecek salatalık, marul gibi yiyecekler ile başlanabilir. Posalı gıdalar diyetin kalorisini azaltmakta, yeme süresini uzatmaktadır. Ayrıca sindirimi ve emilimi uzun olduğu için acıkma hissinin geciktirmektedir. Diyetin monotonluktan kurtarılması, besin gruplarının öğrenilmesi ve değişimlerin kişiye özgü olarak yapılması gerekmektedir. Diyetin, aç kalma olmadığı, her türlü besinden dengeli tüketilerek egzersiz ile birlikte uygulanması gerektiği hastaya vurgulanmalıdır.”⁶¹ Açlık durumu hızlı kilo kaybına neden olsa da; kaybedilen yağ dokusu değil kas dokusudur. Kaybedilen kas dokusu da bir daha yerine konulamamaktadır. Kısa sürede hızlı kilo verdiren diyetler sonunda verilen kilolar en kısa sürede yeniden alınmaktadır. Diyetlerin başarılı olamamalarının nedeni hastaların diyeti uygulamamaları ve bırakmalarındır. Bu nedenle diyetler kişiye göre planlanmalıdır. Diyet tedavisinde amaç, enerji veren yiyeceklerin tüketiminin azaltılması ve tüm besin gruplarının yeterli ve dengeli miktarda alınması olmalıdır.

Diyet tedavisi ucuz, basit, uygulaması kolay ve güvenilir bir tedavi yöntemidir. Diyet tedavisinin katı kuralları olmamalı, ılımlı olmalıdır. Televizyon, internet gibi iletişim kaynaklarından öğrenilen diyetler çoğunlukla tek besin tüketimine dayalı olduğu için kişiye zarar vermektedir. Diyetlerin ilk bölümünde hızlı bir kilo kaybı olmaktadır. “Tüm diyetlerde kilo kaybının iki fazı vardır. İlk faz hızlıdır. Glikojen ve protein katabolizması ile ilgili olarak belirgin sıvı kaybı olur. 24-48 saat içinde glikojen depoları azalır. Kilo kaybı için enerji açığı yaratacak şekilde bir diyet planlanması tedavinin temelini oluşturur. Diyetle yağ miktarının azaltılması herkes tarafından benimsense de total enerji alımının azalmaması

⁶¹ Memiş, s.18-19.

durumunda kilo azalması olmaz. Sadece diyetteki yağ miktarını azaltmakla 6-9 ayda ortalama 0.7-4.4 kg zayıflanır. O nedenle obeziteye çok fazla bir etkisi olmaz. Ancak obezite gelişimini önleyebilir. Özel bir gıdanın yenmesi veya yenmemesi total enerji alımı azalmadıkça hiçbir avantaj sağlamaz. Bu diyetlerle genellikle devamlılık sağlanamaz ve diyetin bırakılması durumunda kilo alımı olur. Dengeli bir diyetle enerjinin %30 veya daha azı yağlardan sağlanmalı ve geri kalanı sebze ve meyve oluşturmalıdır. Gıda alımının azaltılması veya egzersizin artırılması ile sağlanacak olan 250-500 kilokalorilik günlük bir enerji azalması ağırlığın haftada 0.25-0.5 kg azalmasına neden olur. Çok düşük kalorili diyetler örneğin günlük 250-800 kilokalorilik diyetler başlangıçta büyük bir kilo kaybına neden olur. Bu diyetler sıklıkla uzun süre devam ettirilemez ve tekrar kilo alma oranı çok yüksektir ve o nedenle pek tavsiye edilemez. Diyetle ilgili olarak hastalara şu konuları dikkat etmeleri de önerilir:

- Farklı gıdaların enerji değerini öğrenme
- Gıdaların içeriğini bilme
- Gıdaların üzerindeki enerji miktarlarına dikkat etme
- Alış veriş yaparken düşük kalorili gıdalar almayı alışkanlık haline getirme
- Yemek pişirirken yüksek kalorili gıdalar ilave etmeme
- Yüksek kalorili gıdalar almamaya dikkat etmek
- Günde en az 2 litre su içmek
- Alkol alımını azaltmak⁶²

Sebze ağırlıklı, düşük kalorili, az yağlı, posalı yiyecekler ve bol su tüketmek diyet tedavisinin temelini oluşturur. Besinlerle alınan enerjinin azalması ve bunun sonucunda yağ depolanmasında azalma sağlanmalıdır. Kas dokusuna zarar vermeden yağ depoları azaltılmaya çalışılmalı ve mineral, vitamin kaybı önlenmelidir. Öğün atlanarak yapılan diyetler sonucunda bastırılan açlık dürtüsü sonucunda daha fazla besin tüketilmekte ve daha fazla kilo alımı oluşmaktadır. Bu nedenle günlük kalori miktarı azar azar, sık sık yiyerek alınmalıdır. Öğün atlanmamalı, üç ana üç ara öğün tüketilmelidir. Alkol tüketimi azaltılmalıdır. Alkol tüketimi ile vücuda fazla kalori alınmakta, enerjiye dönüşmektedir. Alkol alımı ile birlikte karbonhidrat ve yağlarla alınan kaloriler yakılamamakta ve depolanmaktadır.

⁶², www.obezitecerrahisi.com/diyet_tedavisi, (09.02.2013)

5.3. Egzersiz

Egzersiz tedavisinin temeli yiyecekler ile alınan enerjinin tüketilmesi ve yağ olarak depolanmasını engellemektir. “Şişmanlık alınan kalori ile harcanan arasındaki dengesizlik sonucunda ortaya çıktığı için, alınan kaloringin kısıtlanması ile birlikte harcanan enerjinin artırılması tedavide çok önemli rol oynamaktadır. Uzun süreli diyet ve egzersizin birlikte uygulanması, sadece diyet uygulanmasına göre daha başarılı sonuç sağlamaktadır. Şişman ve fazla kilolu hastaların birçoğunun egzersiz toleransı düşüktür. Bu nedenle egzersize kısa süreli, düşük yoğunluklu aktivitelerle başlayarak, süreyi ve yoğunluğu kademeli olarak arttırmak gerekir. Örneğin hasta haftada 3 kez 10 dk. düşük hızla yürüyerek başlayabilir. Bu sürecin sonunda hastalar haftada 3-5 kez 30-45 dk. orta derecede aktiviteye teşvik edilmelidir. Daha sonra her gün 30-60 dk. aktiviteye geçilmelidir. Böylece fazla kiloların verilmesi ve bu durumun korunması sağlanabilir. Egzersiz ucuz, basit ve güvenli bir tedavi yöntemidir. Düzenli egzersiz vücut ağırlığında, toplam kan kolesterolünde serum trigliseridlerinde, düşük yoğunluklu lipoprotein kolesterolünde ve hipertansiyonu olan hastaların kan basıncında azalma sağlamaktadır. Ayrıca lipit ve karbonhidrat metabolizmasını da olumlu yönde etkilemektedir.”⁶³ Kişi enerji kaybederek kilo vermelidir. Egzersiz ve diyet programı birlikte kullanıldığında kişi gıda alımını ile kalori alımını azalttığında ve fizik aktivitesini arttırdığında metabolizma hızı artmakta ve istenen kilo kaybı sağlanmaktadır.

Obez bireyler vücut ağırlığının fazla olması nedeniyle genellikle az hareket etme istemektedirler. “Egzersiz tedavisi ile tıbbi beslenme tedavisini destekleyici nitelikte bireylerin ağırlık kazanımları engellenebilmekte, zayıflama ve tekrar ağırlık kazanmanın önlenmesi sağlanmaktadır. Önerilen egzersiz programı, bireye özgü olmalı, eğlenceli, uygulanabilir ve bireyin günlük yaşam alışkanlıkları ile uyumlu olmalıdır.”⁶⁴ Egzersiz programı ile enerji harcaması arttırılmalı, bireye özgü, uygulanabilir ve kişinin alışkanlıkları ile uyumlu olmalıdır. Kısa dönemli egzersiz programları ile kilo kaybı olmamakta ancak uzun dönemli egzersiz programları ile hedeflenen kilo kaybı sağlanmaktadır. Hasta uzman bir doktor tarafından değerlendirilerek egzersize başlamalı, egzersizler yavaş yavaş arttırılmalı, düzenli ve devamlı bir program izlenmelidir.

⁶³ Memiş, s.19.

⁶⁴, www.beslenme.gov.tr/index.php?lang=tr&page=45.(09.02.2013)

Egzersiz sadece obez hastalara değil sağlıklı kişiler içinde fiziksel, psikolojik birçok olumlu sonucu vardır. Egzersizin obezite tedavisindeki olumlu etkileri şunlardır;

- “Egzersiz sırasında enerji harcanmasında artış
- Egzersiz sonrası enerji harcanmasında artış
- Egzersiz dışı fiziksel aktivitede artış
- İstirahat metabolizma hızında artış
- Yağ içeriği yüksek gıdaların tercihinde azalma
- Diyet sırasında yağsız vücut kitlesinde daha az kayıp
- Diyet sırasında istirahat metabolizma hızında daha az düşüş
- Psikolojiye olumlu etkileri
- Obeziteye bağlı komplikasyonların gelişme riskinde azalma”⁶⁵

Hastaların asansör, yürüyen merdiven yerine merdiven kullanması, yürüme mesafesinde toplu taşıma aracı kullanmaması, özel araçların mümkün olduğunca az kullanılması yararlı olacaktır. Boş zamanlarda televizyon seyretmek ve karşısında atıştırmak yerine egzersiz yapmak herkes için yararlı alışkanlıklardır.

Fiziksel aktivite ile ideal vücut ağırlığına kavuşulur, yağ dokusu azalır; kas dokusu gelişir, kalp ve damarlar kuvvetlenir, kişinin ruh hali daha pozitif olur ancak aşırı yüklenme ve ani hareket açısından egzersiz yapımı esnasında dikkatli olunmalıdır.

Düzenli egzersiz ile sağlıklı kilonun sürdürülmesi, zindelik, dayanıklılık, vücut esnekliği sağlanmakta ve kronik hastalıklara yakalanma riski azalmaktadır. Kaliteli, uzun ve sağlıklı bir yaşam sürdürmek için her gün düzenli olarak, orta düzeyde en az 30 dakika spor yapılmalıdır. Kronik hastalığı olan kişiler hangi sporu, ne kadar süre, hangi sıklıkla yapacağını belirlemek için uzman bir doktora başvurmalıdır.

⁶⁵, www.obezitecerrahisi.com/diyet_tedavisi, (09.02.2013)

5.4. İlaç Tedavisi

İlaç tedavisi; davranış, diyet, egzersiz tedavileri yeterli olmadığı, hastanın bu tedavileri uygulayamadığı, başka bir kronik sağlık probleminin bulunması durumlarında tercih edilmektedir. “İlaç kullanımı diğer yöntemlerin işe yaramadığı, BKİ’nin 30’un üzerinde olan, BKİ’si 27’nin üzerinde olup kiloya bağlı yandaş hastalığı (uyku apne sendromu, hipertansiyon, diyabet vb.)olan kişilerde kullanılabilen bir yöntemdir.”⁶⁶ Davranış değişikliği, diyet, egzersiz tedavilerinin işe yaramadığı ve hastanın yüksek tansiyon, şeker hastalığı gibi yan hastalıklardan birinin bulunması ve ileri derecede obez tanısı konmuş kişilerde kullanılan bir yöntemdir.

Obezitenin her çeşidinde ve her hastada ilaç tedavisinin yan etkilerinin çok olması nedeniyle kullanılması sakıncalıdır. “Obezite tedavisinde kullanılacak ilaçlar hafif ve orta derecede ağırlık fazlalığı olan bireyler için uygun değildir. Kullanılan ilaçların, sağlık yönünden güvenilirliğinin saptanmış olması, obeziteye neden olan etiyolojiye uygun bir etki göstermesi, kısa ve uzun dönemde önemli yan etkisinin olmaması ve bağımlılık yapmaması ve bu tür ilaçların mutlaka hekim tavsiyesi ve kontrolünde kullanılması gerekliliği büyük önem taşımaktadır. Obezite tedavisinin başarılı olması için hastanın ilaç tedavisinin yanı sıra tıbbi beslenme tedavisi ve egzersiz tedavisini sürdürmeyi kabul etmesi ve düzenli olarak kontrollere gitmesi gerekmektedir.”⁶⁷ Davranış değişikliği, diyet ve egzersiz programları ile birlikte kullanılmalıdır. Tüm ilaç tedavilerinde olduğu gibi ilaçların birçok yan etkisi vardır ve doktor kontrolünde başlanmalı ve bırakılmalıdır. İlaçların sürekli ya da uzun süre kullanımı önerilmemektedir. İlaç tedavisinde kullanılan ilaçlar obeziteye neden olan faktöre etki göstermeli, uzun süre kullanıldığında güvenilir olmalı, yan etkileri olmamalı, bağımlılık yapmamalı obezite eşlik eden yan hastalıkların ilaçları ile etkileşmemeli ve Sağlık Bakanlığı tarafından izinli olmalıdır.

Şişmanlığın tedavisinde kullanılan üç grup ilaç vardır. Sempotomimetik ilaçlar; sinir sistemini etkileyerek iştahı azaltıcı etki göstermekte, yağ emilimini azaltan ilaçlar; bağırsaklarda yağın tam parçalanmadan atılmasını sağlamakta ve enerji tüketimini artıran ilaçlar ise; termogenezi artırarak kilo kaybına neden

⁶⁶, www.obezitenedir.com/obezite-tedavisi/index.html (09.02.2013)

⁶⁷, www.beslenme.gov.tr/index.php?lang=tr&page=45 (09.02.2013)

olmaktadır.⁶⁸ Vücudun değişik bölgelerine etki gösteren bu ilaçların yararı olduğu kadar zararlı yan etkileri vardır. Hastanın zayıflama ilacı kullanmadan önce riskleri açısından bilgilendirilmesi önemlidir.

Piyasada birçok zayıflama ilacı bulunmakta ve hastalar bu ilaçları çok büyük umutlarla kullanmaya başlamaktadırlar. “Mevcut durumda 2010 yılına kadar Amerikan Gıda ve İlaç İdaresi (FDA)’nın zayıflama için onayladığı üç ilaç bulunmaktaydı: Sibutramin (Reductil), Orlistat (Xenical) ve Noradrenerjik ürünler. Bunların tümü de azaltılmış kalori diyeti, egzersiz ve davranış değişikliği ile birlikte kullanılması önerilmektedir. Yeni bir ilaç Rimonabant henüz bu yıl FDA tarafından zayıflama için onaylanmıştır. Bu ilaç, kardiyometabolik risk faktörlerini azaltmayı ve kilo kaybı ile olası sigara bırakmada yardımcı olmayı hedeflemektedir”⁶⁹ Yeni bir ilaç olan rimonabant, iştah kontrol mekanizması üzerinde etkisi ile kilo vermeyi amaçlamaktadır.

.Sibutramin: Bir çok yan etkisi olan sibutramin 1999 – 2010 yılları arasında pek çok obez hastanın umudu olmuştur. “Sibutramin zayıflamak ve zayıflamayı sürdürmek için yetişkinlerde kullanılmak üzere 1999 yılında FDA tarafından onaylanmıştır. Aynı zaman da hastaların daha çabuk doyum hissetmelerine ve yemek isteklerini azaltmalarına yardımcı olmak için beyin kimyasalları ile (serotonin ve norepinefrin) birlikte çalışır. Sibutramin ve Fentermin de benzer yan etkiler görülür. Yetersiz kontrollü tansiyon, kalp hastalığı, aritmi, kalp yetmezliği ve felçli hastalar sibutramin kullanmamalıdır. Birçok antidepresan, ağrı kesiciler, bazı antibiyotikler ve bitkisel ilaçlar sibutramin ile etkileşebilir. Uykusuzluk, hipertansiyon, baş ağrısı, ağız kuruluğu ve sinirlilik gibi yan etkiler bildirilmiştir. Sibutramin 2010 yılı içerisinde bildirilen yan etkilerindeki artış ve problemlerden dolayı FDA tarafından kullanımı yasaklanmış ve piyasadan kaldırılmıştır.”⁷⁰ Merkezi sinir sistemini etkileyerek erken doyumluk hissi sağlayıp gıda alımını azaltarak kilo vermeyi sağlayan bu ilaç yan etkileri nedeniyle yasaklanmıştır.

.Orlistat: Orlistat, yetişkinlerde ve 12 yaş üzeri çocuklarda kullanılmaktadır. “Orlistat 1998 yılında yetişkinlerde, 1999 yılında da gençlerde (12 yaş ve üzeri) zayıflamak için onaylanmıştır. Orlistat, merkezi olarak etki etmeyen ve yağın

⁶⁸ Memiş, s.20-21.

⁶⁹, H. Çoşkun, www.obezitecerrahisi.com/zayıflama_ürünleri_ve_ilac_tedavisi. (09.02.2013)

⁷⁰, H. Çoşkun, www.obezitecerrahisi.com/zayıflama_ürünleri_ve_ilac_tedavisi. (09.02.2013)

barsaklardaki emilimini azaltarak çalışan ilk ilaçtır. Orlistat, gıdalarla alınan yağın yaklaşık 1/3'ünü "bloke" eder. Genel olarak orlistat güvenli bir ilaçtır. Az sayıda ilaçla etkileşmekte olup hemen her hastada kullanılabilir. Yağda çözünen vitaminlerin emilimindeki azalmadan dolayı hastaların, orlistatin kronik kullanılması ile birlikte bir multivitamin alması tavsiye edilmektedir. Orlistatin yan etkileri ishal, gaz, yağlı büyük abdest ve dışkı kaçırmayı içermektedir. Bu yan etkiler zamanla azalmaktadır."⁷¹ Orlistat; vücuda alınan yağın ince bağırsaklarda emilimini önleyerek kana geçmesini engellemektedir. Uzun süre orlistat kullanımlarında ise yağda eriyen vitaminlerin emiliminde azalma olmaktadır. Vücut için gerekli olan bu vitaminlerin A, D, E, K dışarıdan ek olarak alınması gerekmektedir.

.Fentermin: Fentermin zayıflama için en çok reçete edilen ilaçtır. Fenterminin 12 haftadan az kullanımı onaylanmaktadır; bu noktada hastaların çoğu ilaç için tolerans geliştirmiş olmalarından dolayı etkisi azalmaktadır. Bu ilaç ile beyindeki kimyasal uyarılar değiştirilerek iştah baskılanmaktadır. Sinirlilik, ağız kuruluğu, kabızlık, tansiyon artışı ve nabız artışı gibi yan etkileri vardır.⁷² Fentermin iştahı baskılayarak kilo kaybı sağlamaktadır ve diğer ilaçlar gibi bir çok yan etkisi vardır.

Hastalar ilaçlardan mucize sonuçlar beklemekte, maddi ve manevi zararlara uğrayabilmektedirler. "Obez hastalar kendilerini zorlamadan ve kısa sürede kilo verecekleri düşüncesi ile ilaç tedavisine eğilimlidir. Bununla birlikte günümüzde kullanılan ilaçların hiç biri "ideal ilaç" değildir. Yan etkileri vardır, etkinlikleri sınırlıdır ve maliyetleri yüksektir. Bu nedenle medikal tedavi uygulanacak hastanın seçimi çok önemlidir."⁷³ Diyet ve egzersiz tedavilerini uygulamada sorun yaşayan hastalar ilaç tedavisini mucize bir kurtuluş yolu olarak görmekte ve tedavinin kolay bir o kadar zararlı yolunu seçmektedirler.

İlaç beni zayıflatıyor düşüncesi ile diyet ve egzersiz programları bırakılmamalı ve doktor kontrolleri aksatılmamalıdır. İlaç tedavi ile birlikte uygulanan diyet ve egzersiz tedavilerinde istenen kilo kaybına ulaşıldıktan sonra da devam edilmelidir. Kitle iletişim araçlarından öğrenilerek, alınan ve kullanılan zayıflama ilaçları ve zayıflama ürünleri kişilerin yaşamını olumsuz etkilemekte hatta ölümlere bile yol açabilmektedir bu nedenle doktor kontrolünde kullanılmalıdır.

⁷¹, H. Çoşkun, www.obezitecerrahisi.com/zayıflama_ürünleri_ve_ilaç_tedavisi. (09.02.2013)

⁷², H. Çoşkun, www.obezitecerrahisi.com/zayıflama_ürünleri_ve_ilaç_tedavisi. (09.02.2013)

⁷³ Ersoy-Çakır , s.24.

5.5. Cerrahi Tedavi

Hastanın kilo vermesini sağlamak ve verilen kilolar sonucunda vücutta meydana gelen olumsuzlukları ortada kaldırmak amacıyla uygulanmaktadır. “Obezitede cerrahi yaklaşım temelde ikiye ayrılır. Besinlerle alınan enerjinin azaltılmasına yönelik bariyatrik cerrahide hedef, besinlerin gastrointestinal sistemde emilimlerini azaltmaktır. Bu amaçla bypass, gastroplasti, gastrik bantlama, gastrik balon vb. yöntemleri kullanılır. Rekonstrüktif cerrahide ise amaç; vücudun çeşitli bölgelerinde lokalize olmuş mevcut yağ dokularının uzaklaştırılmasıdır. Bu tedavi estetik ağırlıklıdır ve eğer hasta obezite tedavisinin gereklerini yerine getirmezse yağ birikimi tekrar gerçekleşmektedir.”⁷⁴ Bariyatrik cerrahide; mide ve bağırsakta cerrahi girişim yapılmakta ve alınan gıdaların emiliminin azaltılması amaçlanmaktadır. Rekonstrüktif cerrahide ise, vücuttaki birikmiş yağın cerrahi yöntem ile alınmasıdır, yağ birikimi tekrarlayabilmektedir.

Obezite tedavisinin kesin ve etkin yöntemidir. “Cerrahi tedavi morbid obezite tedavisinde tek etkili yöntemdir ve obeziteye bağlı morbidite ve mortaliteyi azalttığı gösterilmiştir. Cerrahi tedavide kısıtlayıcı, absorbsiyon bozucu veya her ikisini içeren ameliyatlara kullanılmaktadır. Bunlar arasında mide bandı kısıtlayıcı bir ameliyattır, Kuzmak ve Forsell tarafından tanımlandığından beri dünyada yaygın olarak kullanılmaya başlamıştır. Hayatı tehdit eden komplikasyonların az olması, minimal invaziv bir girişim olması nedeni ile mide bandı sıklıkla tercih edilen cerrahi tedavi yöntemidir.”⁷⁵ Cerrahi tedavide hastanın BKİ’nin yüksek olması, solunum- kalp yetmezliği gibi yan hastalıklarının bulunması büyük risk taşımaktadır. Ameliyat öncesinde hastalar iyi değerlendirilmeli ve hastaya uygun tedavi yöntemi seçilmelidir. İleri derece de obez hastalar için cerrahi tedavi daha güvenilir ve daha etkilidir. Hastalar tedavinin olumlu ve olumsuz yönleri hakkında tam olarak bilgilendirilmelidir çünkü bazı cerrahi tedavilerin geri dönüşümü olmamaktadır. Cerrahi tedavide kullanılan tedavi yöntemleri şunlardır;

-Mide Bandı (Mide Kelepçesi): Mide bandı ameliyatı ile gıda alımı azaltılarak kişinin kilo vermesi hedeflenmektedir. “Bu ameliyat restrüktif (mide hacminin

⁷⁴, www.beslenme.gov.tr/index.php?lang=tr&page=45 (09.02.2013)

⁷⁵ O.Banlı-H.Altun-R.Karakoyun-H.Özdoğan-K.Kahveci-B.Çakmak, “Obezite Tedavisinde Laparoskopik Gastrik Bant Yerleştirilmesi Sonuçları: İlk 100 Olgu”, Ulusal Cerrahi Dergisi,C.25, S.1, Ankara,2009,s.11-12.

kısıtlayıcı) bir ameliyattır. Kilo vermenin temeli mide hacminin küçülmesiyle fazla gıda alınamaması esasına dayanmaktadır. Kelepçe takılması sonucu oluşturulan küçük mide dolduğunda fazla gıda alımı mümkün olmamaktadır. Kelepçenin en önemli özelliği içyapısındaki hazneye sıvı verilerek şişirilebilme etkisinin olmasıdır. Böylelikle üstteki küçük mide ile alttaki mide bağlantısını sağlayan genişlik rahatlıkla ayarlanabilmektedir. Bunun avantajı, eğer kişinin yemek yemesi fazlasıyla bu ayarlama yapılarak gıda alımı azaltılabilir, böylelikle kilo verme oranında artış sağlanabilir. Mide kelepçesi uygulatmayı düşünen hastalarda dikkat edilmesi gereken en önemli nokta bu kişilerin yeme alışkanlıklarının irdelenmesidir. Özellikle yüksek kalorili gıdalarla (dondurma, çikolata, tatlı vb.) beslenme alışkanlığı olan kişilerin dikkatli olması gerekir. Çünkü bu tür gıdalar, hacmi küçük kalorisi yüksek gıdalardır. Dolayısıyla kelepçe takılı hastalarda kelepçe de ne kadar ayarlama yapılırsa yapılsın bu tür gıdaların alımı ve geçişi rahat olacağından kilo verme oranlarında düşme meydana gelecektir. Mide kelepçesi uygulaması sonrası yapılan takiplerde uzun dönem kilo verme oranı fazla kilonun %50-60'ı oranında değişim göstermektedir. Mide kelepçe uygulaması yüksek kalorili gıdalarla beslenme alışkanlığı olmayan, morbid obez hastalarda (BKİ>40 kg/m²) uygulaması kolay ve uzun dönem sonuçlarında kilo verme oranları tatminkar düzeyde olan bir ameliyattır.”⁷⁶ Midenin üst bölümünün etrafını ayarlanabilir bir bant ile sarılarak uygulanan tedavi yöntemidir. Ayarlanabilen bu bant hava verilerek daraltılmakta ve bu bant ile üstten sıkıştırılmış kese oluşturulmaktadır. Küçülen mide daha çabuk dolacağından fazla gıda alımı engellenmektedir. Operasyon sonrası hastaların sıvı ve yumuşak gıda tüketmeleri gerekmektedir. Mide bandının kayması ihtimali nedeniyle sık sık kontrol edilmesi gerekmektedir. Uygulaması kolay ve geri dönüşümlüdür.

-Mide Balonu: Son yıllarda en çok uygulanan yöntemlerden biri olan bu yöntemde mideye balon yerleştirilmektedir. “Bu yöntemin en önemli avantajı genel anestezi gerektirmeden endoskopik olarak gerçekleştirilmesidir. Mide balonunun iç hacmi 400-700 cc arasındaki sıvı veya hava ile şişirilmeye dayanıklıdır. Bu hacim sayesinde mide volümünde kısıtlama sağlanmakta ve böylelikle mide hacmi küçüldüğünden fazla gıda alımı engellenmektedir. Mide balonu uygulaması cerrahi dışı bir tedavidir. Özellikle cerrahi tedaviyi düşünmeyen ancak diyet ve egzersizle yeterli kilo kaybedemeyen hastalar için uygun bir alternatiftir. Ancak bu uygulama

⁷⁶, H. Coşkun, www.obezitecerrahisi.com/ (09.02.2013)

süre açısından sınırlıdır, mide balonunun midede kalış süresi maksimum 180 gün (6 ay) dır. Bu süreden sonra balonun çıkartılması gerekmektedir. Bu süre içerisinde hastalar fazla kilolarının %30-90'nını kaybedebilirler. Kilo kaybetmedeki başarı hastanın uyumuyla yakından ilişkilidir. Uygulama sonrası hastalarda kalori kısıtlaması önerilmektedir. Mide balonu cerrahi tedavi düşünmeyen ya da bu tarz cerrahi işlemlerden çekinen obez hastalar için (mide bandı, tüp mide yada gastric bypass gibi) önerilebilecek, uygulaması kolay bir yöntemdir. Ancak bu yöntemle birlikte hastaların uzun dönemde kalıcı kilo kaybı sağlamaları için mutlaka yeme alışkanlıklarını değiştirme gayreti içerisinde olmalıdırlar.”⁷⁷ Genel anestezi gerekmeden mideye yerleştirilen balonun hava ya da sıvı ile şişirilmesi midenin kapasitesini düşürür ve gıda alımı azalmaktadır. Mide balonunun midede kalış süresi en fazla 6 ay ile sınırlıdır ve bu süre sonunda çıkarılmalıdır. Uygulaması kolay bir yöntemdir.

-Tüp Mide: Tüp mide yönteminde midenin cerrahi operasyonla büyük bir kısmının çıkartılıp, daha küçük hacimli bir mide oluşturulur. Kısıtlayıcı etki ve endokrin etki ile kilo kaybı olmaktadır. Kısıtlayıcı etkide, mide hacminin küçülmesine bağlı olarak kilo kaybı endokrin etkide ise, çıkartılan mide bölümünde salgılanan açlık hormonunun az salgılanması sonucunda kişide açlık hissi oluşmamasına bağlı olarak kilo kaybı olmaktadır.⁷⁸ Midenin bir kısmının çıkartılıp, midenin küçülmesine ve mideden salgılanan hormon miktarının düşürülmesinin sağlanması sonucunda tokluk hissi oluşturmaya bağlı olarak kilo kaybı sağlanır. Cerrahi müdahale ile çıkartılan midenin üst kısmından salgılanan iştah hormonu salgılanmadığı için hastanın acıkması engellenmektedir. Hasta daha az yemek yiyerek tokluk hissetmektedir.

-Gastric Bypass: Elde edilen başarıdan dolayı en fazla tercih edilen fakat geri dönüşümü olmayan bir yöntemdir. “Obezite tedavisi için dünyada en fazla uygulanan cerrahi yöntemdir. İlk olarak mide hacmi küçültülmekte ve dolayısıyla hastanın alabileceği yiyecek miktarı azalmaktadır. İkinci olarak besinlerin emilimi ince barsakta katedilen yol kısaldığı için azalmaktadır. Bu ameliyat özellikle yüksek kalorili diyetle beslenme alışkanlığı olan hastalarda daha fazla tercih edilmelidir. Gastric Bypass ameliyatı mide hacminin küçültülmesinin yanında yenilen gıdaları emilimini de etkileyerek vücuda faydalı olmadan atılmasını sağlamaktadır. Bu

⁷⁷H.Coşkun, www.obezitecerrahisi.com/ (09.02.2013)

⁷⁸H.Coşkun, www.obezitecerrahisi.com/ (09.02.2013)

ameliyatın en önemli sıkıntısı, alınan gıdalarda meydana gelen emilim bozukluğundan dolayı ilerleyen günlerde bir takım vitamin eksikliklerinin oluşabilmesidir (Vit B12, Folik asit, Demir eksikliği gibi). Ancak bu durum için dışarıdan alınacak vitamin takviyesi ile bir sorun yaşanmamaktadır. Gastric Bypass diğer yöntemlere göre kilo kaybedilmesi ve elde edilen başarı daha yüksektir. Ancak bu ameliyat olunduktan sonra geri dönüşümü oldukça zordur. Bu ameliyatı tercih edecek hastaların kalıcı bir ameliyat olacaklarını bilmeleri gerekmektedir. Gastric Bypass ameliyatı uzun dönem sonuçları oldukça başarılı olan bir yöntemdir. Ayrıca yüksek kalorili gıdalarla beslenen hasta grubu için diğer yöntemlerle kıyaslandığında daha fazla tercih edilmelidir.”⁷⁹ Gastric Bypass yöntemi ile mide küçültülerek hastanın daha az gıda alması ve kısaltılan ince bağırsak ile alınan gıdaların emiliminin vücuda faydasının az olması hedeflenmektedir. Gıda emiliminin az olmasına bağlı olarak mineral ve vitamin emilimi de az olacağından mineral ve vitaminlerin dışarıdan alınması gerekmektedir.

Obezitenin en etkin, kalıcı ve kesin tedavi yöntemi cerrahi tedavidir. Obezitenin cerrahi tedavisi sonucunda; hipertansiyon, diyabet, uyku apne sendromu gibi pek çok yan hastalıkların bazı komplikasyonları ortadan kaldırılabilmekte ve hasta daha sağlıklı ve kaliteli bir yaşam sürmektedir.

6. OBEZİTE KAYNAKLI HASTALIKLAR

Obezite tüm vücut sistemlerini olumsuz etkilemekte ve bunun sonucunda birçok kronik hastalıklara neden olmaktadır. Endokrin, kardiyovasküler, solunum, sindirim, üriner, kas-iskelet sistemi ve deri üzerinde olumsuz etkileri bulunmakta ve kalp-damar hastalıkları, hipertansiyon, diyabet, uyku apne sendromu, safra kesesi hastalıkları, mantar, meme kanseri, prostat kanseri, osteoartrit gibi hayatı olumsuz etkileyen kronik hastalıklara neden olmaktadır. Obezitenin neden olduğu en önemli kronik hastalıklar şunlardır;

6.1. Hipertansiyon

Yarattığı geri dönüşümsüz sonuçlar açısından obezite kaynaklı olabilen en önemli kronik hastalıklardan biridir. “Kilo alımı vücutta yağ dokusunun artmasına

⁷⁹, H.Coşkun, www.obezitecerrahisi.com/ (09.02.2013)

neden olur. Bedenimizde diğer dokular gibi yağ dokusu da oksijen ve beslenmek için besin öğelerine gereksinim duyar. Artmış olan oksijen ve besin gereksinimi damar içi kan miktarında da artışa neden olur. Artmış kan miktarı damar duvarına artış bası anlamı taşır. Tansiyon kan damarı içindeki kan hacmine ve damarın bu basınca verdiği esneklik cevabı ile ilintilidir. Şişmanlık kanda ki insülin düzeyinde artışa neden olur; artmış insülin ise tuz ve su tutulmasına dolayısı ile de kan hacminde artışa neden olur. Artmış kilo kalp dakika atışında artışa ve damarlarda biriken ve kireçlenen yağ yastıkçıkları (damar sertliği) nedeni ile de damarların esnekliğinde azalmaya yol açar. Şişmanlığın doğrudan ve dolaylı olarak yol açtığı tüm bu nedenler tansiyon yüksekliğine yol açar.”⁸⁰ Kanın dolaşımı sırasında damarlara yaptığı basınç tansiyondur. Yüksek tansiyon bu basıncın normalden yüksek olmasıdır. Yüksek tansiyon kan basıncının $\geq 140/90$ mmHg olması şeklinde tanımlanmıştır.⁸¹ Tansiyonun normal değeri 120/80 mmHg, 140/90’nın üzerindeki değerler ise yüksek tansiyon olarak değerlendirilmektedir. Obezite, hareketsizlik, yaş, cinsiyet, stres, sigara-alkol tüketimi, tuz tüketiminin fazla olması gibi nedenlerle bu basınç normalden fazla olmaktadır. Baş ağrısı, kulak çınlaması, baş dönmesi, burun kanaması, çarpıntı, bulantı, kusma gibi belirtileri vardır. Kalp krizi, felç ve böbreklerde geri dönüşümü olmayan hastalıklara neden olabilmesi nedeniyle tedavi edilmesi gerekmektedir.

Sigarayı bırakmak, tuz alımını azaltmak, kilo vermek, stresle başa çıkma yöntemlerini öğrenmek, egzersiz yapmak, alkolü bırakmak, sağlıklı dengeli beslenmek ve gerekli durumlarda doktor kontrolünde tansiyon düşürücü ilaçlar kullanmak yüksek tansiyon tedavisini oluşturur.⁸² Kronik bir hastalık olması nedeniyle tedavisi uzun ve sürekli.

6.2. Diabetes Mellitus

İnsülin hormonunun kısmi ya da tam olarak salgılanamaması sonucunda kandaki şeker miktarının yükselmesi ile kendini gösteren hastalıktır. “Diabetes Mellitus (DM), insülin salgılanmasında, insülin etkisinde veya bunların her ikisinde görülen

⁸⁰, [www.obezitenedir.com/hipertansiyon-ve-obezite /index.html](http://www.obezitenedir.com/hipertansiyon-ve-obezite/index.html) (09.02.2013)

⁸¹ M.Schachter, Birinci Basamak Sağlık Hizmetinde Karşılaşılan Hastalıkların Özetleri Hipertansiyon (Ed.Ş. Dursun), İstanbul, 2011, s.8-9.

⁸² Ö.Kırımlı-E.Özpelit, Aile Hekimliği Tanı ve Tedavi Kılavuzları (Ed. C.Alpoğuz), Ankara, 2011, s.68.

bozulma sonucu karbonhidrat, protein ve yağ metabolizmasında bozukluklara yol açan ve kronik hiperglisemi ile seyreden bir metabolizma hastalığı olarak tanımlanmaktadır.”⁸³ İnsülin hormonu salgılayan pankreasın; insülin üretememesi yada insülinin kullanılamaması durumunda meydana gelen hastalıktır. Tanı, açlık kan şekeri ölçümü ve oral glikoz tolerans testi ile konur.

Yaş, genetik, gebelik, yanlış ve fazla beslenme sonucunda oluşan obezite diabetes için risk faktörleridir. “Hazır gıdaların artan tüketimi ve azalan fiziksel aktivite dünya çapında bir obezite ve tip 2 diabetes mellitus patlamasına yol açmıştır ve bu artış en belirgin olarak genç nüfusta gözlenmektedir. Diabetes çevresel ve genetik etmenlerin karmaşık bir etkileşiminden oluşmaktadır. Tip 1 diabetes hastalığında bu durum pankreatik beta hücrelerinin ve dolayısıyla ile vücudun insülin üretme kabiliyetinin kaybına yol açar. Tip 2 diabetes artan hücrel insülin direncinin sonucu gelişir. Obezite ve fiziksel inaktivite bu gelişmeleri hızlandırmaktadır.”⁸⁴ Yağ kütlesinin artmasına bağlı olarak hücrelere insülin girişi zorlaşmakta ve kişide kan şekeri miktarı yükselmektedir. Şişmanlık, hareketsizlik, yanlış ve dengesiz beslenme, yaş, cinsiyet gibi faktörler diabetes oluşumunda etkilidir. Çok susama, çok yemek yeme, sık idrara çıkma ve kilo kaybı gibi belirtileri vardır.

Yaşam boyu tedavi olunması gereken ve sağlıklı beslenme sağlanarak hastanın yaşam kalitesini artırmak amaçlanmaktadır. “Diabetes Mellitus tedavisinde temel amaçlar; semptomların giderilmesi, akut metabolik komplikasyonların önlenmesi, kronik dejeneratif komplikasyonların önlenmesi ve yaşam kalitesinin yükseltilmesidir. Tüm diabetik hastalarda eğitim, diyet ve egzersiz uygulanmasının yanı sıra, kilo kaybının sağlanması ve sigaranın bırakılması gibi önlemleri de içeren yaşam tarzı değişikliği sağlanmalıdır. Tip 1 diabetik hastalarda bunlarla birlikte insülin tedavisi, Tip 2 diabette ise oral antidiyabetikler ve gerektiğinde insülin uygulanması gereklidir. Kullanılacak insülin dozları kişisel olarak belirlenmelidir.”⁸⁵ Doktor kontrolündeki diyet ve gerekli durumlarda ilaç tedavisi kullanılmaktadır. Sağlıklı dengeli beslenme, düzenli uyku ve egzersiz, fazla kilo varsa kilonun verilmesi, kilo alınmaması, sigara ve alkolün bırakılması diabetten korunmada etkilidir.

⁸³ E.Güney, Aile Hekimliği Tanı ve Tedavi Kılavuzları (Ed. C.Alpoğuz), Ankara, 2011, s.327.

⁸⁴ J.E.South-P.S.C.Matheny-E.L.Lewis, Aile Hekimliği Tanı ve Tedavi (Ed.A.Kut-M.G.Eminsoy) Ankara, 2011, s.380-381.

⁸⁵ Güney, s.329-333.

6.3. Kroner Arter Hastalığı

Damarlarımızda dolaşan kanın içinde bulunan yağ miktarının yanlış beslenme sonucunda artması ve damarlarda birikip, kalp-damar hastalıklarına neden olmasıdır. “Doymuş yağlardan (kırmızı et, yağda kızarmış gıdalar vs.) zengin beslenmek şişmanlığa neden olabileceği gibi kanda ki kötü huylu olarak adlandırılan düşük yoğunluklu (LDL) kolesterol düzeyinde de artışa neden olur. Şişmanlıkta, iyi huylu olarak tanımlanan yüksek yoğunluklu (HDL) kolesterol de düşme; trigliseritte ise artış izlenir. Vücutta ki yağın büyük kısmı trigliserit olarak depolanır. Uzun süreç de artmış olan yağ oranları bunun atardamar duvarında birikmesine ve damar sertliğine neden olur. Kalp damar hastalığının oluşumunda en önemli risk unsuru damar sertliğidir. Bu kalp hastalığının oluşma nedeni kalbin kaslarını besleyen atardamarların damar duvarında oluşan yağlı birikimler ile sertleşmesi ve daralmasıdır. Kalp kasının, özellikle de artmış gereksinim durumlarında (merdiven çıkarken, hızlı yürürken, spor yaparken vb.) yeterli beslenmemesi sonucu göğüs ağrısı oluşur.”⁸⁶ Obezitenin nedenlerinden olan hareket azlığı ve aşırı yemek yeme sonucunda kandaki fazla yağ miktarı damarlarda birikir ve damarların esnekliği bozulur. Zamanla esnekliği bozulan damar tıkanır, daralır bunun sonucunda kalbe yeterince kan taşınmaz ve ağrı oluşur, kalp krizi oluşma riski yükselir.

Yaş, cinsiyet, genetik gibi değiştirilemeyen; özellikle erkeklerde daha çok görülen üst bölge yağlanması ile karakterize şişmanlık risk faktörlerindendir. “Kroner arter hastalığında rol oynayan aterosklerozun (damarlarda kalınlaşma ve esneklik kaybı) etyopatolojisi kesin olarak aydınlatılamamakla birlikte gelişimini etkileyen bir takım önemli risk faktörleri bilinmektedir. Yaş, cins, aile öyküsü gibi değiştirilemeyen; diabetes mellitus, hipertansiyon, hiperkolesterolemi, sigara, obezite, sedanter yaşam gibi değiştirilebilecek risk faktörleri vardır.”⁸⁷ Cinsiyet, yaş, genetik gibi kişisel ve sigara kullanımı, stres ve obezite gibi sonradan kazanılan risk faktörleri vardır.

Hastalarda en çok kalp krizi gibi kalıcı hasarlar ile belirtiler gösteren kroner arter hastalığının tanısı için risk grubu hastaların belirli periyotlarda check up yaptırmaları gerekmektedir. “Kardiyoloji uzmanları tarafından yapılan muayene

⁸⁶, [www.obezitenedir.com/kalp-hastaligi-ve-obezite /index.html](http://www.obezitenedir.com/kalp-hastaligi-ve-obezite/index.html).(09.02.2013)

⁸⁷ S.Ö.Aygün, Kroner Arter Hastalığında Leptin ve hs CRP Düzeyleri, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Adana, 2011, s.14.

sonrasında gerekli tetkikler (EKG, Eforlu EKG, Talyum miyokard sintigrafisi, Ekokardiyografik inceleme, Koroner anjiyografi) sonucu hastaya en uygun tedavi yöntemi seçilir. Her hastaya aynı yöntem uygulanmaz. Genelde ilk tercih edilen yöntem ilaç tedavisidir. İlaçla yapılan tedavinin amacı göğüs ağrısını önlemek, damarları genişletmek ve kalbin oksijen ihtiyacını azaltmaktır. Hastalığın ilerlediği durumlarda kalp damarlarını açmak için ameliyat uygulanır. Bu ameliyatlar koroner arter bypass ve anjiyoplastidir.”⁸⁸ Gerekli tetkikler ve uzman doktor muayenesi sonucunda teşhis konulan hastaya ilaç tedavisi ya da damar tıkanıklığının seviyesine göre uygun olan cerrahi tedavi yöntemi uygulanır.

6.4. Uyku Apne Sendromu

Obez hastalarda boyun kısmında fazla yağ depolanmasına bağlı olarak hava yolu daralması sonucu solunum sıkıntısı ile karakterize hastalıktır. “Obstrüktif uyku apnesi sendromu (OUAS), uyku sırasında tekrarlayan üst solunum yolu obstrüksiyonu epizotları ve sıklıkla arteriyel oksijen saturasyonunda azalma ile tanımlanan bir sendromdur. OUAS için bilinen başlıca risk faktörleri; ileri yaş, erkek cinsiyeti, obezite, kısa ve kalın boyun yapısı, sigara, alkol ve sedatif kullanımıdır. Özellikle erkek tipi santral obezite; boyun çevresi yağ birikimi ile de solunum paternini etkileyerek, OUAS riskini artırmaktadır.”⁸⁹ Daralan üst solunum yolları nedeniyle hastada soluk alma sırasında kesilmeler meydana gelir. Göğüs bölgesindeki yağ depolanmasına bağlı olarak da göğüs kafesinin elastik direncinin düşmesi sonucunda akciğerler yeteri kadar oksijenle dolamamakta ve hasta nefes almak için daha fazla enerji harcamaktadır.

Uyku apnesi en çok ileri yaş erkeklerde görülmektedir. “Uyku apne sendromu, her yaşta görülebilirse de, en sık 40-60 yaşları arasında ortaya çıkar ve erkeklerde 2-3 kat fazla saptanır. Obezite, bu hastalık için en önemli bağımsız risk faktörüdür. OUAS’lu olguların %60-90 kadarı kilolu veya obezdir. Benzer şekilde, obez kişilerde uyku apne sendromu prevalansının %40 olduğu bulunmuştur. OUAS’u kesin tanısının konulabilmesi için hastanın bir gece uyku laboratuvarına

⁸⁸, www.sağlık.net/koroner arterhastalığı:nedenleri,belirtileri,tanısı ve tedavisi (20.02.2013)

⁸⁹ A.Ursavaş-K.Göktaş-L.Sütçigil-F.Özgen, “Obstrüktif Uyku Apnesi Sendromu Olan Hastalarda Obezite ve Kardiyovasküler Hastalıkların Değerlendirilmesi”, Türk Toraks Dergisi (Ed.H.Bayram-O. Kılınç),C.5, S.2, Ankara, 2004, s.79-80.

yatırılarak polisomnografi (PSG) yapılması gerekmektedir.”⁹⁰ Yapılan araştırmalarda obezite uyku apnesi için en önemli risktir. Uyku laboratuvarında uyku esnasında hastanın nefes alış- veriş, akciğerlerin oksijen ile dolma düzeyi, kalp atım hızı takip edilerek tanı konulmaktadır.

Hastanın daha rahat nefes almasını sağlamak ve oluşabilecek yan hastalıkları önlemek tedavinin amacıdır. “OUAS tedavisindeki amaç; hastalığa eşlik eden sağlık sorunlarının (kalp yetmezliği, solunum yetmezliği, vb.) kötüleşmesini engellemek ve hastanın yaşam kalitesini artırmak olmalıdır.”⁹¹ Tedavinin ilk basamağında hasta kilo vermeye ve sigara kullanıyor ise bırakmaya teşvik edilmekte, gerektiği durumlarda hastanın daha kaliteli bir yaşam sürmesi için cerrahi yöntemler de kullanılmaktadır.

6.5. Osteoartrit

Obezite kaynaklı eklem hastalığı olan osteoartrit; vücuttaki yağ dokusu fazlalığını taşıyamayan eklemlerin ağrılı hastalığıdır. “Osteoartrit (OA); dünyada en yaygın eklem hastalığıdır. Altmış beş yaş üzerindeki bireylerin yaklaşık olarak %70’inde radyolojik olarak OA saptanabilir. OA’nın kesin etiyolojisi bilinmemektedir. Risk faktörleri şunlardır; yaş, cinsiyet, obezite, osteoporoz olmaması mesleki zorlanmalar, spor aktiviteleri, eklemdaki bozukluk ve daha önceki hasarlanmalar, kas güçsüzlüğü, fiziksel egzersiz azlığı ve propriosepsiyon bozukluğu, genetik faktörler. OA tedavisinde amaç; ağrının ve diğer semptomların kontrolü ile hayat kalitesinin artırılması, eklem fonksiyonlarının korunması ve iyileştirilmesi, kas kuvvetinin korunması ve mobilizasyonun sağlanması, tedaviye bağlı gelişebilecek olası komplikasyonların önlenmesi, hasta eğitimi ve tedavinin bireyselleştirilmesi olarak özetlenebilir.”⁹² Fazla kiloya sahip vücudun ağırlığını taşıyan eklemlerde kıkırdak dokunun harabiyeti ve yıkılması sonucunda eklem ağrısı ve eklem tutukluluğu ile kendini gösteren bir hastalıktır. Tedavide; fazla kiloya sahip hastaların kilo vermesi, fizyoterapi ile kısıtlanan hareketlerin daha rahat yapılmasının sağlanması, ilaç tedavisi ile eklem ağrılarının en aza indirilmesi amaçlanmaktadır.

⁹⁰ Ö.K.Başıoğlu-B.S.Yürekli-P.Taşkıranlar-Ş.Tunçel-C.Yılmaz, “Ege Obez Hasta Okulu Anket Çalışması: Obezite ile Obstrüktif Uyku Apne Sendromu Semptomları ve Gündüz Uykululuk İlişkisi”, Ege Tıp Dergisi (Ed.Z.Özcan-A.Oktay-H.Tekgöl-A.Başçı-S.Karaman-A.Yavaşoğlu),C.50, S.2, İzmir, 2011, s.112.

⁹¹ O.Köktürk-T.U.Çiftçi, “Obstrüktif Uyku Apne Sendromu Genel Önlemler ve Medikal Tedavi”, Tüberküloz ve Toraks Dergisi (Ed.D.Alper),C.50, S.1, Ankara, 2002, s.120.

⁹² Güney, s.349-354.

6.6. Kanser

Obezite kaynaklı en fazla ölümcül risk taşıyan hastalık grubudur. “Obezite; kanser riskini, vücutta meydana gelen hormonal ve metabolik değişiklikler sonucu kanser oluşumuna neden olan faktörlerin artışı ile arttırmaktadır. Obez bireylerde, yağ hücreleri tarafından kana salınan çeşitli hormonlar ve bazı büyüme faktörlerinin çok fazla miktarda ve sürekli olması, hücreleri daha fazla büyümeleri ve bölünmeleri yönünde uyarmakta ve bu durum kanser oluşumunu tetiklemektedir. DSÖ’nün Uluslararası Kansere Araştırmaları Temsilciliği, obezite ve fiziksel aktivite yetersizliğinin %20-25 oranında meme, kolon, endometrium ve özefajial kanserlere yakalanma riskini arttırdığını göstermiştir. Yine obezitenin; pankreas, uterus, prostat ve yumurtalık kanserleri riskini arttırdığı saptanmıştır. 2020 yılında dünya çapında kanserlerin obezite kaynaklı olanlarının %50’lere varacağı tahmin edilmektedir.”⁹³ Vücuttaki yağ kütlesinin artması ve birikmesi sonucunda bazı hormonal değişikliklere bağlı olarak kanser oluşmasını kolaylaştıran bazı hücreler artmakta ve kanser oluşumu hızlanmaktadır. Kanda bulunan bazı hormonların şişman kişilerde sürekli salgılanması kanserli hücrelerin beslenmesi, büyümesi ve artmasına neden olmaktadır. Obeziteye neden olan; olumsuz beslenme alışkanlıkları, hareketsiz yaşam kanserin de nedenleri arasındadır ve bu nedenle obezite görülme oranı arttıkça obeziteye bağlı olarak gelişen kanser türleride artmaktadır.

-Obezite-Meme Kanseri: Meme hücrelerinde kanser hücrelerinin görülmesidir. “Meme kanseri, toplam obezite ile çok ilişkili görünmemesine karşın abdominal obeziteyle yakın bağlantısı olduğu bildirilmektedir. Abdominal (karın) ve kalça bölgesindeki yağ dokusu arttıkça, kanser riski de artmaktadır. Bu etki, kadının menapoz dönemi ile bağlantılıdır. Menapozdaki kadının kansere yakalanma olasılığı az olmakla birlikte, menapoz sonrası şişman kadınlarda risk yükselir. Obezitenin meme kanseri riskini arttırması, postmenapoz hormonları ile ilişkili olup bu da östrojen hormonundaki artış ile olmaktadır. Menapoz öncesi gerekli olan östrojen, artan yağ dokusu tarafından üretilir. Östrojene hassas dokular, şişmanlıkta bu hormonun salınımını uyarırlar. Bu da tümörün büyümesine neden olur. Meme kanseri ile obezite arasındaki bir diğer ilişki de, obez olanlarda tümörün daha geç aşamada fark edilmesidir. Bunda BKİ’ndeki yüksekliğin önemli bir faktör olduğu

⁹³ Dünya Kansere Raporu 2008(D.K.R. 2008), (Ed. P.Boyle-B.Levin), D.S.Ö. Uluslararası Kansere Araştırmaları Kurumu, Lyon, 2008, s.57.

bildirilmektedir. Vücutta yağ dağılımı da meme kanser riskini etkiler.”⁹⁴ Yaş, genetik meme kanserinin oluşumunda etkili faktörlerdir. Erkeklerde de görülmesine rağmen kadınlarda özellikle ileri yaş kadınlarda daha fazla görülmektedir. Obez kadınlarda östrojen hormonunun daha fazla salgılanması meme kanseri için bir risk faktörüdür. Çünkü yağ dokusu östrojen hormonu salınımını arttırmaktadır. Şişman kadınların memedeki yağ dokusu daha fazla olduğu için meme kanseri daha ileri evrelerde teşhis edilmektedir. Erken teşhis tedavi için çok önemlidir bu nedenle risk grubu kadınların kendi kendine muayene ve mamografi denilen meme filmini çekirtmesi gereklidir.

-Obezite-Uterus (Rahim) Kanseri: Nedeni tam olarak bilinmemekle birlikte obezite, rahim kanseri ile ilişkili bulunmuştur. Şişman kadınlarda yüksek östrojen hormonu ve insülin düzeyinin sebep olabileceği düşünülmektedir. Rahim kanserinin %40’ının obezite nedeni olabileceği düşünülmektedir.⁹⁵ Rahim hücrelerinde bozukluk, kanser hücrelerinin artması olarak tanımlanabilir. Meme kanserinde olduğu gibi rahim kanserinde de fazla salgılanan östrojen hormonu etkili olmaktadır. Yaş, genetik, şişmanlık, başka bir nedenle östrojen tedavisi görme rahim kanseri riskini arttırmaktadır. Tüm kanser türlerinde olduğu gibi erken teşhis çok önemlidir. Risk grubundaki kadınların düzenli periyodlarla jinekolojik muayene ve smear testi yaptırmaları tanı için önemlidir. Tanı konulan hastalarda tedavi cerrahi tedavi yani rahmin çıkarılmasıdır. Kanserın vücudun diğer organlarına sıçraması durumunda hastaya radyoterapi, kemoterapi tedavi yöntemleri de uygulanmaktadır.

-Obezite-Kolon Kanseri: Kalın bağırsağın kolon denilen kısmında görülen tümörlerdir ve şişman erkeklerde daha fazla görülmektedir. “Kolon kanseri de şişman bireylerde daha sıklıkla görülmektedir. Özellikle erkek bireylerde BKİ’ndeki artış ile kolon kanseri arasında kadınlarda olduğundan daha kuvvetli bir ilişki saptanmıştır. Meme ve endeometriyum kanserlerinden farklı olarak kadınlarda, östrojen hormonunun kolon kanserine karşı koruyucu olduğu bildirilmiştir. Ancak, obezite ve östrojen arasındaki denge de kolon kanserini tetikleyebilir. BKİ değeri 30 ve üstü olan 30-54 yaş arası bireylerde, kolon kanseri riskinin %50 arttığı bildirilmiştir. Abdominal obezitenin her iki cins için de tetikleyici bir faktör olabileceği bildirilmektedir. BKİ’nin yanı sıra; bel/kalça oranı veya bel çevresi

⁹⁴D.K.R.2008,s.57.

⁹⁵D.K.R.2008,s.57.

ölçümü de kolon kanseri ile pozitif korelasyon göstermektedir. Kolon kanseri ile obezite arasındaki ilişkiyi irdeleyen en önemli hipotez; obez bireylerdeki yüksek insülin ve insüline bağlı büyüme faktörlerinin tümör gelişimini arttıracasına yöneliktir.”⁹⁶ Beslenme tarzı ve genetik oluşumunda etkili faktörlerdir. Rektal muayene, dışkıda kan aranması ve kolonoskopi denilen kalın bağırsağın görüntülenmesi ile tanı konulmaktadır. Tümörlü kısmın çıkarılması kolon kanserinin tedavisini oluşturur ve gerekli durumlarda hastaya kemoterapi ve radyoterapide verilebilmektedir.

-Obezite-Prostat Kanseri: Erkek üreme sistemindeki prostat bezinde görülen kanserdir. “Erkeklerde abdominal obezite ve bel/kalça oranı artışının prostat kanseri için bir risk faktörü olduğu bildirilmektedir. Özellikle yayılmaya (metastaz) meyilli prostat tümörlerinde obezite daha da risk taşımaktadır.”⁹⁷ Obezite, yaş, genetik oluşumunda etkilidir. Kan tahlili, rektal muayene, tomografi ile tanı konulmaktadır. Prostatın çıkarılmasının içeren cerrahi tedavi, kemoterapi ve radyoterapi tedaviyi oluşturur.

Kanser tedavisi; kanserin yerleşim yeri, kanserin tipi, hastanın genel durumuna göre planlanmaktadır. Tedavide kullanılan yöntemler, tümörlü kısmın çıkarılmasını gerektiren cerrahi tedavi, ışın tedavisi olan radyoterapi ve ilaç tedavisini içeren kemoterapidir. Bu tedavi yöntemlerinden bir yada birkaçı birlikte kullanılmaktadır.

Kanserden korunmak için; kişinin ideal kilosunda kalması, sağlıklı yeterli dengeli beslenmesi, fiziksel aktivite arttırılmalı, sigara alkol tüketimi azaltılmalı, sebze- meyve tüketimi arttırılmalı, yiyecekler sağlıklı pişirilme yöntemleri ile pişirilmeli, tuz tüketimi azaltılmalıdır.

7. OBEZİTENİN PSİKOLOJİK - SOSYAL VE EKONOMİK SONUÇLARI

7.1. Obezitenin Psikolojik Sonuçları

Obezite görülme yaşı ne kadar erken olursa psikolojik sorunlarda o kadar fazla olmaktadır. Yapılan bir çalışmada; 13-14 yaşındaki obez çocukların yaşlıtlarına

⁹⁶ D.K.R. 2008,s.57.

⁹⁷ D.K.R.2008,s.57.

oranla daha düşük benlik yapısına sahip oldukları, sıkıntı, yalnızlık ve sinirlilik düzeyinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Sınav, yeni bir işe giriş gibi stres yaratan etmenler obezitenin başlamasında rol oynamaktadır. Yapılan bir diğer çalışma sonucunda ise; obez grubun normal gruba göre daha baş eğici olduğu, bedensel hoşnutsuzluk yaşadığı ve kişiler arası güvensizliğin daha fazla olduğu belirtilmiştir.⁹⁸ Obez bireylerde görülen psikolojik bozukluklar şunlardır; anksiyete, panik bozukluk, sosyal fobi, obsesif-kompulsif bozukluk ve travma sonrası stres bozukluklarıdır. Kişiler duygularını, düşüncelerini ifade etmede zorlanmakta; vücutlarıyla ve bozulan vücut imajı ile takıntılı bir şekilde uğraşmaktadırlar.⁹⁹ Obezitenin neden olduğu psikolojik hastalıkların çokluğu obezite tedavisinin önemini bir kez daha göz önüne sermektedir.

Duygusal durum değişiklikleri sonucunda bazı kişilerde enerji içeriği yüksek, yemek yeme isteği artmakta ve yedikçe daha fazla yeme ihtiyacı duymaktadırlar. “Ruhsal durumda yemek seçimi, yeme miktarı, yeme sıklığı arasında, fizyolojik ihtiyaçlardan bağımsız bir ilişki mevcuttur. İnsanda yeme davranışının anksiyete, neşe, üzüntü, öfke, depresyon farklı duygulara göre yaygın olarak kabul edilmektedir. Çalışmalarda sıkıntı, depresyon, yorgunluk sırasında yeme miktarında artma, korku, gerilim ve ağrı sırasında azalma olduğu bildirilmektedir. Yeme davranışı ve nöronal sistemler arasında karşılıklı etkileşim mevcuttur. Yeme serotonin başta olmak üzere kompleks nörol mekanizmaların kontrolü altındadır. Serotonin duygu durum, iştah, ağrı duyusu, kan basıncı ile ilgili olduğu bilinmektedir. Hastaların karbonhidrat alımı serotonin salınımına bağlı olarak kendilerini daha iyi hissetmelerine neden olmakta, bunun sonucunda bu gıdalara karşı bir düşkünlük meydana gelmektedir. Karbonhidrat alımı insanların kendini iyi hissetmesine neden olurken aynı zamanda kilo alımına da neden olmaktadır. Yeme davranışı ile karşılıklı ilişkisi olan serotonin aynı zamanda birçok psikiyatrik bozukluğun olması hastada hem psikiyatrik bozukluğun hem de obezitenin gelişmesini açıklayabilir.”¹⁰⁰ Fizyolojik ihtiyaç dışında kişilerin psikolojik durumuna göre yemek yeme isteği artmakta veya azalmaktadır. Çikolata, puding gibi tatlı

⁹⁸ A.Erkol-L.Khorshid, “Obezite; Predispozan Faktörler ve Sosyal Boyutun Değerlendirilmesi”, SSK Tepecik Hastanesi Dergisi, C.14, S.2, İzmir, 2004, s.105-106.

⁹⁹, www.obezitenedir.com/psikiyatrik-hastaliklar/index.html (09.02.2013)

¹⁰⁰, www.obezitenedir.com/psikiyatrik-hastaliklar/index.html (09.02.2013)

yiyecekler mutluluk hormonu denilen serotonin salgılamakta olduğundan dolayı; stresli ve üzüntülü durumlarda enerji içeriği fazla olan bu yiyecekler tüketilmektedir.

Obezitenin fiziksel sonuçları kadar psikolojik sonuçları da kişinin hayatını olumsuz etkilemektedir. “Obezite ile birlikte psikososyal bozukluklar sıklıkla görülmektedir. Ancak, obezitenin mi psikososyal bozukluğa, yoksa psikososyal bozukluğun mu obeziteye neden olduğu tartışılmaktadır. Obezite nedeniyle bireylerin hayatı olumsuz yönde etkilenmektedir. Çünkü obez bireyler okul ve iş yaşamlarında ve toplumda diğer alanlarda aşağı görülmekte ve onlarla alay edilmektedir. Bu ayırım ve etiketleme (stigma) toplum tarafından yadırganmamakta ve bu konuya yeterli derecede önem verilmemektedir. Bu sorunlar ise obez bireylerde, beden imajında ve benlik kavramında bozulmaya; mahcup olma, kendinden iğrenme, kendine güvensizlik ve suçluluk duygusuna, sosyal izolasyon ve depresyona neden olabilmektedir.”¹⁰¹ Obez bireyler sosyal yaşamlarında; aşağı görülüp, alay konusu olabilmekte ve toplumda ‘obez’ olarak etiketlenmektedirler. Kişide; kendinden iğrenme, güvensizlik, suçluluk duygusu ve sonucunda kendini toplumdan izole etmeye kadar gidebilmektedir.

Obez hastalar hızlı ve kolay zayıflamayı istemekte fakat kolay verilemeyen kilolar hastalarda moral ve motivasyon düşmesine ve tedaviyi bırakmasına neden olmaktadır. Kilo verme konusunda kişinin kendine güvenmesi, sabırlı olması, stresli ve üzüntülü durumlarda sıkıntılarını yemek yerine; spor yapmak, kitap okumak, müzik dinlemek gibi davranış değişikliklerini alışkanlık haline getirmesi gerekmektedir.

7.2. Obezitenin Sosyal Sonuçları

Obezite sadece kişinin ve ailesinin sorunu olmaktan çıkmış, yarattığı maddi manevi sorunlar nedeniyle toplumun sorunu olmuş durumdadır. Günümüzde sosyal kullanım alanları olan toplu taşıma araçları; tiyatro, sinema, spor, konferans salonları obez bireylere göre dizayn edilmeye başlanmıştır. “Şişmanlık toplumsal, psikolojik ve ekonomik yönü ile devleti, herkesi, toplumun her kesimini ilgilendirir. Şişmanlar için stadyumlarda, arabalarda, sinemalarda, spor sahalarında, tiyatro gibi yerlerde oturak mekanları değiştirilmek zorunda kalmıştır. Dolayısıyla şişmanlık hekimlerle

¹⁰¹, <http://sağlıklıtoplum.org.tr/obeziteyle-mucadele/obezite-hastaliklari/obezite> ve Cerrahisinin Hastada Yarattığı Psikolojik sorunlar <<Sağlıklı Toplum Derneği>> (09.02.2013)

birlikte mühendisleri, mimarları ve tasarımcıları da ilgilendirmektedir. Obez bireylere karşı küçük görme, önyargı ve saygısızlık son derece yaygındır. Sobal ve Stunkard “ the last socially acceptable form of prejudice/sosyal olarak kabul gören önyargı” demişlerdir. Obez bireyler toplumsal alanlarda “etkilenirler”. Ayrımcılık onların özsaygılarının azalmasına, depresyona açık duruma gelmelerine yol açar. Benlik saygısının azalması obez bireylerin disforik ve depresif olmalarına sebep olur.”¹⁰² Obez olan bireyler okulda, işte ve toplumun her kesiminde aşağı görülmekte ve alay konusu olmaktadır. Bozulmuş beden imajı, azalan benlik saygısı, kilo artışı ile ilgili endişe, toplum tarafından yargılanma ve dışlanma, toplum tarafından şişman olarak etiketlenme; kişide kendine güvenmeme, suçluluk duygusu, toplumdan kendini izole etme sorunlarını ortaya koymaktadır.

Toplumda inceliğe gösterilen değer nedeniyle, uygulanan baskı sonucunda obez hastalarda yeme bozukluklarının daha fazla gelişme olasılığı yüksektir.“Toplumda gençlik, güzellik ve incelik gibi değerlere verilen önem bireylerde yetersiz ve çekici olmadıkları duygusuna neden olmaktadır. Bu nedenle ve insanların uzun bakışları, fısıltı ile yorum yapmaları gibi sosyal etkenlerin sonucunda bu hastaların yaşadıkları toplum dışına itilme davranışı depresyon, kaygı ve diğer bozuklukların gelişmesine katkıda bulunabilir. Yapılan çalışmalar obezitenin şiddetinden çok varlığının ruhsal bozukluklarla ilişkili olduğunu düşündürmektedir.”¹⁰³ Obez kişiler toplum tarafından yargılanmakta ve sosyal izolasyona maruz kalmaktadırlar. Benlik saygısı azalan kişi toplumda kişiler arası ilişkilerinde sorunlar yaşamakta, toplumdan daha fazla dışlanır ve bu durum depresyon, kişilik bozuklukları ile sonuçlanabilmektedir.

7.3. Obezitenin Ekonomik Sonuçları

Obez hastaların tedavilerinin uzun sürmesi, hastaların çalışamaması ve obez hastaların yaşamlarını kolaylaştırmak için hastalara uyumlu yaşam mekanlarının yapılmasının maddi olarak ağır sonuçları olmaktadır.“Obezitenin sağlık, fiziksel ve psikolojik sonuçlarının haricinde ağır ekonomik sonuçları olmaktadır. Bu sonuçlar

¹⁰² İ.Balcıoğlu-S.Z.Başar, “Obezitenin Psikiyatrik Yönü”, Türkiyede Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Sempozyum Serisi,C.62, İstanbul, 2008, s.342-343

¹⁰³ ..., www.obezitenedir.com/psikiyatrik-hastaliklar/index.html (09.02.2013)

hem bireysel hem de toplumsal boyuttur. Obezitenin bireysel ve toplumsal olarak ortaya çıkan ekonomik sonuçları, obezitenin tedavisi ve obezitenin emek piyasasındaki etkileri şeklinde iki yönlüdür. Obezite bireysel olarak ekonomiyle ilişkilendirildiğinde, kazanılan gelir, eğitim durumu, sosyo-ekonomik gelişmişlik düzeyi ve emek piyasasındaki verimlilik gibi değişkenlerin etkileri araştırılmaktadır. Bu değişkenlerin obez bireylerin üzerinde negatif etkilerinin olduğu bulunmuştur. Obezitenin düşük ücretlere, düşük ücretlerinde obeziteye neden olduğu ileri sürülmektedir. Özellikle emek piyasasında kadınların obezite nedeniyle daha az verimli oldukları tespit edilmiştir. Obezite verimliliği azaltan bir neden olarak kabul edilir. İşverenler, Amerika gibi gelişmiş ülkelerde obez bireylere özellikle obez olan kadınlara daha az ücret ödemektedirler. Bu durumun, obeziteye bağlı hastalığın verimliliği azaltması yüzünden veya işverenin ayırım yapması yüzünden olduğu ileri sürülmektedir. Bunun yanında obez olan bireylerin fiziksel kısıtlama yaşamalarından dolayı daha yavaş hareket ettikleri ve bu durumun onları daha az çalışır olmaya zorladığı bilinen bir gerçektir. Bu nedenle obez bireylerin emek arzları daha az olmaktadır. Çalışmalar özellikle kadınlarda, ücretlerle vücut ağırlığı arasında negatif bir ilişki bulmuştur. Obezitenin emek piyasasına farklı bir yansıması da işverenler üzerinedir.”¹⁰⁴ Obez birey sayısındaki artışa paralel olarak iş yerlerinde düşük verimlilik ve iş kaybı nedeniyle ekonomik ve sosyal maliyet artmaktadır. Kadın çalışanlarda kilo arttıkça, harcanan emek az olmakta ve kişi daha az ücret almaktadır ve bu durum obezitenin bireysel ekonomik sonucudur.

Çalışma hayatında yarattığı ekonomik sonuçlar gibi tedavisinin de uzun ve sürekli olmasından dolayı tedavi masrafları da ekonomiye yük olmaktadır.“Obezitenin ekonomiye olan bir diğer etkisi, tedavi maliyetidir. Obez veya aşırı kilolu olan bireyler sağlık sorunlarından dolayı ülkelerin sosyal güvenlik sistemleri üzerinde ek bir yük oluştururlar. Ülkelerde doğal olarak sosyal güvenlik sistemlerinin kaynakları sınırlıdır ve kısıtlı kaynaklar üzerine obezite, çok büyük hastalanma ve ölüm maliyetleri yüklemektedir. Obezite bunun yanında bu sebeplerden dolayı topluma da ek bir vergi yükü getirmektedir. Bunun sonucu olarak daha fazla tıbbi bakım ve tedavi hem bireyler açısından hem de toplum açısından daha fazla vergi ödemeyi gerektirir. Obezitenin tedavi maliyetlerinin yüksek

¹⁰⁴ M.Çetin, Obezitenin İktisadi Belirleyicileri, Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Y.Y.L.T. , Denizli, 2007, s.10-11.

olmasının nedeni obez bireylerin hastalanma oranlarının yüksek olmasındandır. Hastalık oranı doğrudan ve dolaylı maliyetler ile ayrı ayrı ilişkilendirilmiştir. 2000 yılında, obezitenin hastalıklara bağlı doğrudan maliyetleri 61 milyar dolar olarak, dolaylı maliyetleri ise 56 milyar dolar olarak hesaplanmıştır. Doğrudan maliyetler, örneğin doktor ziyaretleri ve hastaneye yatarak tedavi gibi olan maliyetlerdir. Dolaylı maliyetler ise hastalık veya sakatlık nedeniyle çalışamayan, hatta erken ölümler nedeniyle bireylerin daha önce kazandıkları ve tasarruf ettikleri gelirlerinde meydana gelen değer kaybıdır.”¹⁰⁵ Tedavi masrafları ve yan hastalıklarının çok olması nedeniyle sık sık tedavi görmek zorunda olan ve fazla kiloları sebebiyle aktif hareket edememeleri sonucunda düşük verimlilikte çalışan obez kişiler iş yerleri için sorun teşkil etmekte ve obez kişilerin işe kabulü ya da diğer çalışanlara oranla ücret alımı azalmaktadır.

Obezitenin görülme sıklığının gittikçe artması, çocuklarda ve bebeklerde bile görülmesi gelecek yıllarda ekonomiye yükünün daha da artacağını göstermektedir. “Günümüzde dünyanın hemen hemen tüm bölgelerinde obezite prevalansı artmakta, bu durum sadece yetişkin kadın ve erkeği değil, çocukları ve gençleri de etkilemektedir. Kalp ve damar hastalıkları, diyabet, hipertansiyon, bazı kanser türleri, kas-iskelet sistemi hastalıkları gibi hastalıkların oluşmasına, yaşam kalitesinin azalmasına ve ölümlere yol açan obezite, sadece küresel boyutta bir halk sağlığı problemi olmakla kalmayıp, ülke ekonomilerine olumsuz yönde etki eden bir unsur olarak da karşımıza çıkmaktadır. Obezite, ülke ekonomilerini doğrudan veya dolaylı olarak etkilemektedir. Obezite ile ilgili sağlık harcamaları gelişmiş ülkelerde tüm sağlık harcamalarının %2-7’sini oluşturmaktadır. ABD’de obezitenin doğrudan maliyetinin hastalığın tanı ve tedavisi ile ilgili olan harcamaların, sağlık harcamalarının %7’sini (yaklaşık 70 milyar dolar), Fransa ve Avustralya’da sağlık harcamalarının %2’sini ve Hollanda’da ise %4’ünü oluşturduğu bildirilmektedir. Dolaylı harcamaların (erken ölüm ve hastalık nedeniyle çalışamayan insanlara verilen ücretleri yansıtan verim kaybını da içeren harcamalar) ise ABD’de 48 milyar dolar olduğu tahmin edilmektedir.”¹⁰⁶ Obez hastaların tedavileri ve obezitenin neden olabileceği yan hastalıkların sağlık harcamaları çok yüksek olup, ülke ekonomisine yükü de ciddi boyutlara ulaşmıştır. Toplum da eğitim seviyesinin artmadığı, yeterli

¹⁰⁵ Çetin, s.10-11.

¹⁰⁶ ‘Türkiye Obezite(Şişmanlık) ile Mücadele ve Kontrol Programı(T.O.İ.M.V.K.P.)(2010-2014)’, Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara, 2010, s.15

dengeli beslenme ve fiziksel aktivite artışının önemi konusunda toplum bilinçlenmediği sürece obez bireyleri sayısı ve bu bireylerin ülke ekonomisine yükü giderek artacaktır.

Obezite ekonomisine bir diğer bakış açısı ise; obezitenin oluşmasında rol oynayan nedenlerden biri olan enerji içeriği yüksek olan gıdaların üretimi ve obezitenin tedavisinde kullanılan ilaç ve zayıflama ürünlerinin bazı ticari kesimler için kazanç kaynağı olmasıdır. Bazı ticari şirketler toplumda daha çok tüketilen kalori miktarı yüksek yiyecek ve içeceklerin; daha az kalori içeren yeni ürünlerini üreterek kendilerine yeni kazanç kapıları açmışlardır.

8. SAĞLIK BAKANLIĞININ OBEZİTE POLİTİKALARI

Tüm dünyada politikacılar ülke ekonomilerine direk ve dolaylı olarak büyük zararlar veren obezite ile mücadele için etkin ve kullanılabilir obezite politikaları üretme ve geliştirme çabası içine girmişlerdir. “Obezite ile mücadelede DSÖ başta olmak üzere pek çok uluslararası kuruluş, tüm dünyada beslenme alışkanlıklarının değiştirilmesi, yeterli ve dengeli beslenme alışkanlıklarının yerleştirilmesi ve hareketli yaşam biçiminin benimsenmesi konularında çeşitli programlar geliştirerek öncülük etmekte ve dünyadaki birçok ülke tarafından bu çabalar farklı strateji ve eylem planları şeklinde bireylere ulaştırılmaya çalışılmaktadır. DSÖ tarafından ‘Küresel Beslenme, Fiziksel Aktivite ve Sağlık Strateji’nin geliştirilmesi, İkinci Avrupa Beslenme Eylem Planı’nda özellikle çocukluk ve adolesan dönemi obezitesi ile mücadeleye yer verilmesi, Avrupa Komisyonu tarafından Avrupa’da beslenme, fazla kiloluluk ve obezite ile ilişkili hastalıklar konusunda stratejiyi de içeren ‘Beyaz Doküman’ın hazırlanması, Avrupa Birliği ‘Beslenme, Fiziksel Aktivite ve Sağlık Platformu’nun oluşturulması bu girişimlere örnek olarak verilebilir.”¹⁰⁷ Ülkemizde Sağlık Bakanlığı, DSÖ ile birlikte hareket ederek obeziteyi önlemek amacıyla programlar geliştirerek topluma öncülük yapmaya çalışmaktadır. Geliştirilen programlar ile obezite ile mücadele devlet tarafından toplum katılımıyla yürütülmektedir.

Obezitenin önlenmesine yönelik faaliyetlere hız vermek, belirlenen hedeflere ulaşmak, ihtiyaçlar doğrultusunda yeni hedef ve stratejiler belirlemek ve faaliyetlerin

¹⁰⁷ T.O.İ.M.V.K.P.,s.15-16.

belirli bir çerçevede yürütülmesini sağlamak amacıyla ulusal bir programın hazırlanması ve eylem planının acilen uygulanması ihtiyacı doğmuştur. “Türkiye Obezite (Şişmanlık) ile Mücadele ve Kontrol Programı” ülkemizde görülme sıklığı giderek artan obezitenin önlenmesine yönelik bilimsel ve politik kararlılığın oluşturulması ve sektörler arası faaliyetlerin güçlendirilmesi amacıyla hazırlanmıştır.”¹⁰⁸ Obezitenin önlenmesi ve engellenmesine yönelik politik kararlılığın oluşturulması, obez birey sayısının aşağı çekilmesi amaçlanmalıdır. Önlenebilir olması, tedavi masraflarının yaşam boyu olması nedeniyle oluşumunun en aza indirilmesi, toplumsal ekonomiye büyük katkı sağlayacaktır. Oluşturmadan önlenmesini içeren koruyucu sağlık hizmetleri, toplumun obezite konusunda eğitilmesi ve bilinçlendirilmesini içermektedir. Bireyler öncelikle, yeterli-dengeli beslenme ve düzenli egzersiz hakkında bilgilendirilmelidir.

Obezitenin birden fazla faktöre bağlı olarak meydana gelmesi, mücadelede de kurumsal, toplumsal mücadeleyi gerektirmektedir. Obezite ile mücadelede sağlık sektörü; iletişim, eğitim, gıda, özel sektör, sivil toplum kuruluşları ile işbirliği içinde olmalı, ortak politikalar geliştirmeli ve hayata geçirilmelidir. Enerji içeriği yüksek olan yiyecek ve içeceklerin pazarlamasına gerekli önlemler içeren düzenlemelerin yapılması ve bu ürünlerin ticari faaliyetlerinde çocuk ve gençler gibi özel gruplara ilgi gösterilmelidir.

Devlet obezite ile mücadelede ilgili politikalar üretip toplumu teşvik etmeli; toplum ise devletin sağladığı imkanlardan yararlanarak olumlu alışkanlıklar kazanmalı ve yaşam tarzı haline getirilmelidir. Toplumda örnek olması nedeniyle; tv, gazete gibi iletişim kaynaklarında Sağlık Bakanı gibi politikacıların parklarda bulunan spor aletlerinde spor yaparken çekilen görüntüleri geniş yer kaplamakta ve olumlu örnek olmaktadır.

¹⁰⁸T.O.İ.M.V.K.P.,s.15-16.

İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA OBEZİTE DÜZEYİ DEĞERLENDİRİLMESİ (KIRKLARELİ ÖRNEĞİ)

Çalışma, Kırklareli Kamu Hastaneleri Birliği'ne bağlı Babaeski Devlet Hastanesi ve Kırklareli ili Lüleburgaz ilçesinde bulunan Özel Medikent Hastane'lerinde yapılmıştır. Babaeski Devlet Hastanesi 50 ve Medikent Hastanesi 50 yatak kapasitelidir. Babaeski Devlet Hastanesinin 170 çalışanı, Medikent Hastanesinin 210 çalışanı bulunmaktadır.

Çalışma yapılmadan önce gerekli izinler alınmış olup, çalışmaya katılan sağlık çalışanlarına çalışmanın önemi ve amacı hakkında açıklamalar yapılmış ve çalışmaya gönüllü olarak katılımları sağlanmıştır. Çalışmanın anket cevaplanması sırasında sonucu etkileyecek hiçbir müdahalede bulunulmamıştır.

1. SAĞLIK ÇALIŞANLARININ DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ

Bu kısımda anket uygulanan sağlık çalışanlarının demografik özellikleri olan yaş, cinsiyet, çalışılan kurum, medeni durum, eğitim durumu, mesleki deneyim süresi gibi sıklıklar yer almaktadır. Bu demografik özellikler tablolarla açıklamalı olarak sunulmuştur.

1.1.Çalışanların Demografik Özellikler Açısından Sıklık Dağılımı

Yıllardır sağlık sektörü kadın işi olarak görüldüğü için, sağlık sektöründe kadın emeği kullanılmaktadır. Bu doğrultuda çalışmamızda; katılımcıların %62,5'i kadın, %37,5'i erkeklerden oluşmaktadır. Son yıllarda erkek çalışan sayısı artış göstermiş olsa da sağlık sektöründe hala kadın çalışan sayısı daha fazladır.

Tüm yaş gruplarında 26 – 30 yaş aralığında olan katılımcıların en fazla oranda olduğu görülmektedir. Gruplara topluca bakıldığında; 21 – 40 yaş arası, genç ve orta yaş olarak sayılabilecek, katılımcılar büyük çoğunluğu oluşturmaktadır. 20 yaş altı ve 40 yaş üstü katılımcıların tamamı %10'un altındadır. İş yoğunluğu, çalışma şekli, zorlu çalışma koşulları nedeniyle genç ve orta yaş çalışanlar

hastanelerde, yaş ilerledikçe çalışanlar daha geri planda çalışmayı tercih etmektedirler.

Evli olan katılımcılar, bekar olanlara göre yaklaşık %30 daha fazladır. Evli olan katılımcılar daha çok 11 – 20 yıldır evlidir. İkinci olarak en fazla oran ise 1 – 5 yıldır evli olanlara aittir. Seçenekler arasında en fazla yıl olan 20 yıldan fazla süredir evli olan katılımcılar en az orandadır. Bu oranlar, ülkemizdeki evlilik yaşı ile birlikte düşünüldüğünde yaşlar ile paralellik göstermektedir.

Lise düzeyinde eğitim seviyesine sahip olanlar %44,8 ile yarıya yakın ve en fazla orandadır. Ön lisans düzeyinde eğitime sahip olanlar ise %20,5 ile ikinci olarak en fazla orandadır. Lisans ve ilköğretim seviyesinde eğitimi olanlar bunların ardından gelmektedir. Yüksek lisans mezunları ise tek %10'un altında kalan eğitim seviyesidir ve en az orandadır. Kırklareli sağlık çalışanlarının eğitim durumu incelendiğinde her eğitim türünden çalışanın mevcut olduğu gözlenmektedir. Lise düzeyi eğitim seviyesinin yüksek olması, sağlık çalışanlarının kısa sürede iş hayatına atıldıklarının bir göstergesidir.

Kırklareli sağlık çalışanlarının cinsiyet, yaş, medeni durum, evlilik yılı ve eğitim düzeyine ilişkin sıklıklar Tablo 2' de sunulmuştur.

Tablo 2. Çalışanların Demografik Özellikleri Açısından Sıklık Dağılımı

		Frekans	Yüzde (%)
Cinsiyet	Kadın	161	62,5
	Erkek	96	37,5
	Toplam	257	100,0
Yaş	20 ve altı	13	5,0
	21-25	51	20,8
	26-30	62	23,9
	31-35	51	19,7
	36-40	42	16,2
	41-45	22	8,5
	46-50	6	2,3
	50 ve üstü	9	3,5
	Toplam	257	100,0
Medeni Durum	Evli	161	64,1
	Bekar	89	34,7
	Diğer	3	1,2
	Toplam	257	100,0
Evlilik Süresi	1-5 yıl	46	18,1
	6-10 yıl	44	17,0
	11-20 yıl	48	18,9
	20 yıldan fazla	26	10,0
	Boş	93	35,9
	Toplam	257	100,0
Eğitim	İlköğretim	30	11,6
	Lise	114	44,8
	Ön lisans	53	20,5
	Lisans	46	17,8
	Yüksek lisans	14	5,4
	Toplam	257	100,0

1.2. Çalışanların Mesleki Durumlarına İlişkin Sıklık Dağılımı

Hemşire – ebe pozisyonunda çalışanlar, ankete %23,6 ile en fazla oranda katılım sağlamıştır. Tıbbi sekreterler ikinci sırada yer almaktadır. Doktorlar dışındaki diğer hastane personeli %10’un üzerindeyken doktorlar %3,9 ile en az oranda katılım sağlayanlardır. Hemşire-ebe olarak çalışanların sağlık kurumlarında iş gereği sayı olarak daha fazla oldukları için çalışmamızda da daha az oranda olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcı personelin %31,7’si kadrolu, %30,5’i ise sözleşmeli ve %37,8 ‘si taşeron çalışanıdır. Devlet Hastanesi’nde çalışanların çoğunluğu kadrolu iken, özel kurumda çalışmaya dahil olduğu için taşeron çalışan sayısı daha fazla bulunmuştur.

1 – 5 yıl çalışanlar %45,2 ile en fazla oranda ankete katılım göstermiştir. 6 – 10 yıl çalışanlar hemen ardından gelen gruptur. 20 yıl fazla süredir çalışanlar ise en az orandadır. Aynı hastanede 1 – 5 yıl çalışanlar yarıdan fazla orandadır. Burada en az oranı 16–20 yıl ve 20 yıldan fazla süre çalışanlar paylaşmaktadır. Hastanelerdeki çalışma koşullarının zorluğu nedeniyle ileri çalışma yıllarında hastaneler çalışma ortamı olarak fazla tercih edilmemektedir. Başka kurumda iş bulan veya emekliliği gelen çalışan hemen ayrılmaktadır. Sağlık Bakanlığı’nın son yıllarda yapmış olduğu personel alımları da genç çalışan olarak sonuçlara yansımaktadır. Tablo 3’te sağlık çalışanlarının pozisyon, statü, meslek yılı ve hastanede çalışma yılları verilmiştir.

Tablo 3. Çalışanların Mesleki Durumlarına İlişkin Sıklık Dağılımı

		Frekans	Yüzde (%)
Pozisyon	Doktor	10	3,9
	Hemşire-ebe	61	23,6
	Sağlık memuru	31	12,0
	Tıbbi sekreter	48	18,5
	Temizlik	36	13,9
	Diğer	71	28,2
	Toplam	257	100,0
Statü	Kadrolu	82	31,7
	Sözleşmeli	79	30,5
	İhale ile	41	15,8
	Diğer	55	22,0
	Toplam	257	100,0
Meslek Yılı	1 yıldan az	19	7,3
	1-5 yıl	115	45,2
	6-10 yıl	63	24,3
	11-15	23	8,9
	16-20 yıl	20	7,7
	20 yıldan fazla	17	6,6
	Toplam	257	100,0
Hastanede Çalışma Yılı	1 yıldan az	54	20,8
	1-5 yıl	147	57,5
	6-10 yıl	39	15,1
	11-15 yıl	9	3,5
	16-20 yıl	4	1,5
	20 yıldan fazla	4	1,5
	Toplam	257	100,0

1.3. Çalışanların Çalışma Durumlarına İlişkin Sıklık Dağılımı

Çalışma şekilleri arasında sürekli gündüz çalışan katılımcılar yarıdan fazla orandadır. 24 saatlik nöbet şeklinde çalışanlar da ikinci sırada yer almaktadır. 8

saatlik vardiya şeklinde çalışanlar en az orandadır. Çalışmaya katılan iki sağlık kuruluşunda tüm çalışanların çalışmaya dahil edilmesi sonucu gündüz çalışan sayısı yüksek bulunmuş, çalışmamıza en yüksek katılımı gösteren hemşire- ebe statüsündeki çalışanların 24 saatlik nöbet şeklinde çalışmalarından dolayı 24 saat nöbet şeklindeki çalışanların ise ikinci olarak yüksek oranda olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcılar %23,6 oranında servis ve kliniklerde çalışmaktadır. Polikliniklerde çalışanlar %19,3 oranındadır. Seçenekler arasında yer almayıp diğer olarak belirtilen birimlerde çalışanların oranı da %34,7'dir. Katılımcıların büyük çoğunluğunu oluşturan hemşirelerin servislerde çalışmalarından kaynaklanmaktadır.

Katılımcıların %53,7'si Medikent Hastanesi ve %46,3'ü Babaeski Devlet Hastanesinde çalışmaktadır. Medikent Hastanesi çalışanlarının sayısının daha fazla olması ve araştırmaya daha fazla ilgi gösterdiklerini düşündürmektedir.

1000TL–2000TL geliri olan katılımcılar %44 çoğunluktadır. Gelir yükselmesine paralel olarak gelir grubunun oranı da azalmaktadır. Ancak en az gelir düzeyi olan 500TL–1000TL geliri olanlar %13,9 ile en az orandadır. Çalışmamız sonucunda çalışma yapılan hastanelerde çalışmaya katılanların en fazla 1000-2000 TL ücret aldıkları saptanmıştır. Çalışma şekli, çalışılan birim, çalışılan kurum, gelir düzeyine ait sonuçlar Tablo 4'te sunulmuştur.

Tablo 4. Çalışanların Çalışma Durumlarına İlişkin Sıklık Dağılımı

		Frekans	Yüzde (%)
Çalışma Şekli	Sürekli gündüz	136	52,5
	8 saatlik vardiya	6	2,3
	08-16, 16-08 vardiya	25	9,7
	24 saatlik nöbet	64	24,7
	Diğer	26	10,8
	Toplam	257	100,0
Birimi	Poliklinikler	50	19,3
	Servis-klinikler	61	23,6
	İdari birimler	21	8,1
	Laboratuvarlar	22	8,5
	Ameliyathane	15	5,8
	Diğer	88	34,7
	Toplam	257	100,0
Kurumu	Babaeski Devlet Hastanesi	120	46,3
	Medikent Hastanesi	137	53,7
	Toplam	257	100,0
Geliri (TL)	500-1000	36	13,9
	1000-2000	112	44,0
	2000-3000	54	20,8
	3000 den fazla	55	21,2
	Toplam	257	100,0

1.4. Çalışanların Sigara-Alkol Alışkanlıklarına İlişkin Sıklık Dağılımı

Katılımcıların %51,4'ü sigara içmezken, %48,6'sı sigara kullanmaktadır. Sigara kullananların %15,1'i 1 – 5 yıldır, %14,7'si 6 – 10 yıldır kullanmaktadır. En uzun süre kullanım yılı olan 16 ve daha fazla yıldır kullananlar %8,5 ile en az orandadır. Sağlık çalışanlarının yarısına yakını sigara kullanmaktadır. Çalışanların stresli ve baskı altındaki çalışma ortamı ile baş edebilmek ve kendilerini daha iyi hissetmek amacıyla sigara kullandıkları ve katılımcıların yaş ortalamasının genç olması sebebiyle kullanım yılının düşük olduğu düşünülmektedir.

Alkol alan katılımcılar %25,9, almayanlar %74,1'dir. Alkol alan katılımcıların %13,1'i 1-5 yıldır, %8,1'i 6-10 yıldır alkol almaktadır. 16 yıldır ve daha uzun süredir alkol alanların oranı %1,9 ile bir hayli düşüktür. Çalışmamızda; çalışanların büyük çoğunluğunun alkol kullanmadıkları tespit edilmiş ve nedenininde alkolün vücuda verdiği zararları bildikleri düşünülmüştür. Çalışmaya katılan çalışanların yaş ortalamasının genç ve orta olması nedeniyle alkol tüketim oranının ve kullanım yıllarının düşük olduğunu göstermiştir. Çalışanların sigara – alkol alışkanlıklarına ilişkin sıklık dağılımı Tablo 5'te gösterilmiştir.

Tablo 5. Çalışanların Sigara-Alkol Alışkanlıklarına İlişkin Sıklık Dağılımı

		Frekans	Yüzde (%)
Sigara İçme Durumu	İçiyor	125	48,6
	İçmiyor	133	51,4
	Toplam	257	100,0
Sigara İçilen Yıl Dağılımı	1-5 yıl	39	15,1
	6-10 yıl	38	14,7
	11-15 yıl	26	10,0
	16 ve fazla yıl	22	8,5
	Yanıt yok	133	51,7
	Toplam	257	100,0
Alkol Alma Durumu	Alıyor	67	25,9
	Almıyor	192	74,1
	Toplam	259	100,0
Alkol Alınan Yıl Dağılımı	1-5 yıl	34	13,1
	6-10 yıl	21	8,1
	11-15 yıl	7	2,7
	16 ve fazla yıl	5	1,9
	Yanıt yok	190	74,1
	Toplam	257	100,0

1.5. Çalışanların Beslenme Eğitimi- Doğum Sayısı- Ailede Obez Birey**Bulunması- Egzersiz Durumları ve Beden Kitle İndeksine İlişkin Sıklık Dağılımı**

Öğrenim sırasında beslenme eğitimi alan katılımcılar %47,9 oranında iken, böyle bir eğitim almayanlar %52,1'dir. Çalışanların yarıya yakınının beslenme eğitimi alması, beslenme hakkında bilgilerinin olduğu ve obezite risk faktörlerini bildikleri düşünülmektedir.

Sağlık Bakanlığının sağlık çalışanlarına yaptığı bir araştırma sonucuna göre; sağlık çalışanlarının % 45' inin annesi, %21,7' sinin babası, %27,2'sinin kardeşinin obez olduğu belirtilmiştir. ¹⁰⁹ Çalışmamızda ailesinde obez kişiler olan katılımcılar %22,4, ailesinde obez bulunmayanlar %77,6'dır. Anne-babasının her hangi birinin yada her ikisinin de obez olması obezite görülme oranını çok yüksek oranda arttırmaktadır. Çalışmamızda ailesinde obez birey bulunma oranının düşük olması genetik açıdan Kırklareli sağlık çalışanlarının risk taşımadığını düşündürmektedir.

¹⁰⁹ S.Ç.O.V.Z.D.B.R., s.20.

Sağlık Bakanlığı'nın 2011 yılında Sağlık Çalışanlarında Obezite (Şişmanlık) ve Zayıflık Durumunun Belirlenmesi Araştırma Raporu'nda; Kırklareli sağlık çalışanlarının %58,6'sının normal, %28,2'sinin fazla kilolu, %8,8'inin obez, %3,7'sinin zayıf olduğu tespit edilmiştir.¹¹⁰ Çalışmamız sonuçlarının da bu doğrultuda çıkmış olması çalışmamız güvenilirliğini yükseltmiştir. Çalışmamızda; BKİ 18.5–24.9 arası normal olan katılımcılar %56 oranındadır. BKİ 25 – 29.9 fazla kilolu olanlar ise %30,9'dur. Obez ve ileri derecede obez olanlar toplamda %8,9'dur. Zayıf olan katılımcılar ise %4,2'dir. Çalışanların genetik yapı, beslenme tarzı gibi obezite risk faktörlerini taşımadıkları çalışmamız sonuçlarında gözlenmekte ve BKİ sonuçlarımız ile doğrulanmaktadır. Obezitenin bir basamak öncesi olan fazla kilolu çalışanların oranının %30,9 olması çok yakın gelecekte sağlık çalışanlarının BKİ açısından obez olma ihtimalini düşündürmektedir.

Yapılan araştırmaya göre, egzersiz her zaman yapanlar % 19,3 oranında, hiç yapmayanlar %33,4 oranında iken; haftada 1-2 gün yapanlar %41,4 haftada 3-4 gün yapanlar ise %25,1 olduğu bulunmuştur.¹¹¹ Çalışmamızda da egzersiz yapmayanlar çoğunlukta bulunmuştur. Kilolarını korumak için egzersiz yapanlar %37,5 ve egzersiz yapmayanlar %62,5'tir. Egzersiz yapanların çoğu haftada 1–2 gün egzersiz yapmakta iken her gün egzersiz yapanlar en az oranlardadır. Çalışanların yoğun çalışma temposu nedeniyle egzersize vakit ayıramadıkları ve çalışma saatlerinin 24 saat nöbet ve 16 saat nöbet gibi düzensiz olması nedeniyle her gün egzersiz yapamadıkları düşünülmektedir.

Evlerinde 3 ve daha fazla kişi yaşayanlar %39,8'dir. Sadece 3 kişi yaşayanlar %39,4'tür. Evde 1 kişi yaşayanlar en az orandadır. 1 kere doğum yapan katılımcılar en fazla orandadır. İki kez doğum yapanlar bunlardan yaklaşık %1 daha azdır. 3'ten fazla doğum yapan katılımcı bulunmamaktadır. Çalışmamıza katılan kadın çalışanların yaş aralığının genç olması doğum sayısının az olmasını doğrulamaktadır.

Tablo 6'da beslenme eğitimi, doğum sayısı, ailede obez birey bulunması, egzersiz durumları ve beden kitle indeksine yönelik bulgular gösterilmiştir.

¹¹⁰ S.Ç.O.V.Z.D.B.R.,s.50.

¹¹¹ S.Ç.O.V.Z.D.B.R.,s.32-34.

Tablo 6. Çalışanların Beslenme Eğitimi- Doğum Sayısı- Ailede Obez Birey Bulunması- Egzersiz Durumları ve Beden Kitle İndeksine İlişkin Sıklık Dağılımı

		Frekans	Yüzde
Öğrenim Sırasında Beslenme Eğitimi Alma Durumu	Aldı	123	47,9
	Almadı	134	52,1
	Toplam	257	100,0
Yapılan Doğum Sayısı	1 doğum	47	18,1
	2 doğum	44	17,0
	3 doğum	7	2,7
	4 ve fazla	0	0,0
	Yanıt yok	159	62,2
	Toplam	257	100,0
Evde Birlikte Yaşanan Kişi Sayısı	1 kişi	11	4,2
	2 kişi	43	16,6
	3 kişi	101	39,4
	3 ve fazla	102	39,8
	Toplam	257	100,0
Ailede Obez Kişi- Kişilerin Olma Durumu	Var	58	22,4
	Yok	199	77,6
	Toplam	257	100,0
Kiloyu Korumak veya Zayıflamak İçin, Egzersiz Yapma Durumu	Yapıyor	97	37,5
	Yapmıyor	162	62,5
	Toplam	259	100,0
Egzersiz Yapma Sıklığı	Her gün	13	5,0
	Haftada 3-4 gün	31	12,0
	Haftada 1-2 gün	43	16,6
	15 günde bir	27	10,4
	Yanıt yok	143	56,0
	Toplam	259	100,0
BKİ	18.5 altı zayıf	11	4,2
	18.5-24.9 arası	143	56,0
	25-29.9 fazla	80	30,9
	30-39.9 arası obez	22	8,5
	40 üzeri ileri	1	0,4
	Toplam	257	100,0

1.6. Çalışanların İş Gününü Tanımlama-Diyet Yapma-Kronik Sağlık Sorunlarına İlişkin Sıklık Dağılımı

Bir iş günlerini bazen oturarak bazen de ayakta geçirdiğini belirten katılımcılar %70,6 oranındadır. Sürekli ayakta olanlar %20,5 ve sürekli oturanlar da %8,9'dur. Hastanelerde yapılması gereken işler çoğunlukla ayakta yapılması gereken işler

olduğu için bazen ayakta, bazen oturarak oranları yüksek bulunmuştur. İşe otobüsle ulaşım sağlayanlar yarıya yakın orandadır. Ardından kendi aracıyla ve yürüyerek gelenler sıralanmaktadır. Diğer yollarla gelenler en az orandadır. Çalışma yapılan kurumların biri şehir merkezinde diğeri merkeze uzak olmasından dolayı sağlık çalışanlarının taşıma araçlarını kullandıkları düşünülmektedir.

İdeal kilolarını koruyabilmek veya kilo vermek için diyet yapanlar %13,9, bu amaçla diyet yapmayanlar %49,4'tür. Bazen yapanlar ise %36,7'dir. Diyet yapanların büyük çoğunluğu kilo aldıklarında diyet yapmaktadırlar. Nadiren diyet yapanlar ikinci sırada yer almaktadır. Sürekli diyet yapanlar ise en az orandadır. Çalışanların kilolarını korumak için diyet yapmadıkları ve sadece kilo aldıklarında diyet yaptıkları tespit edilmiştir. Yoğun çalışma koşulları nedeniyle çalışanların aldıkları enerjiyi harcadıkları kilolarını korumak için diyet yapmaya gerek duymadıkları düşünülmektedir.

Yapılan araştırma sonuçlarına göre; diyet yapanların %55,6' sı kendi bildikleri ile, %10,6' sı diyetisyen %6,6' sı doktor tedavisi ile, %4,8'i medya %3,5'i arkadaş aracılığı ile diyet yapmaktadır.¹¹² Çalışmamızda ise; diyet yapanlar en çok iletişim kaynakları vasıtasıyla diyet yapmaktadırlar. Doktor kontrolü ve arkadaş tavsiyesi ile yapanlar hemen ardından sıralanmaktadırlar. Zayıflama ilacı ile diyet yapanlar ise en az oranlardadır. Çalışanların tv, gazete, dergi gibi iletişim kaynaklarına ulaşmaları daha kolay olduğu ve iletişim kaynaklarının cazip edici reklamlarının sürekli göz önünde bulunması nedeniyle tercih ettikleri düşünülmektedir.

Sağlık Bakanlığının çalışanlarına yaptığı anket sonuçlarına göre; sağlık çalışanlarının %46,8'inin kronik sağlık problemi yok iken, %36,1'inin kronik sağlık sorunu vardır.¹¹³ Bu kronik hastalıkların %16,8'i ruhsal sorunlar, % 8,9'u kalp-damar hastalıkları, %8,0'ı sindirim sistemi hastalıkları, %1,4'ü hipertansiyon oluşturmaktadır.¹¹⁴ Çalışmamıza katılan çalışanların sayısının Sağlık Bakanlığının yaptığı çalışmaya oranla az olması nedeniyle kronik hastalıkların bulunmaması oranı ve çeşitliliğinin az olması yüksek bulunmuştur. Her hangi kronik bir sağlık sorunu

¹¹² S.Ç.O.V.Z.D.B.R.,s.39.

¹¹³ S.Ç.O.V.Z.D.B.R.,s.21.

¹¹⁴ S.Ç.O.V.Z.D.B.R.,s.22.

bulunmayanlar %86,9'dur. Hipertansiyon ve sindirim sistemi rahatsızlıkları bulunanlar %3,1 oranındadırlar. Ruhsal sorunları olanlar ise en az orandadır. Katılımcıların yaş ortalamasının genç olması sebebiyle kronik hastalıkların bulunmaması oranı yüksek bulunmuştur.

Tablo 7. Çalışanların İş Gününü Tanımlama-Diyet Yapma-Kronik Sağlık Sorunlarına İlişkin Sıklık Dağılımı

		Frekans	Yüzde (%)
Bir İş Gününün Nasıl Tanımlandığı Dağılımı	Sürekli oturarak	23	8,9
	Sürekli ayakta	53	20,5
	Bazen oturarak bazen ayakta	181	70,6
	Toplam	257	100,0
İşe Nasıl Gidip Gelindiği	Otobüsle	119	45,9
	Kendi aracımıla	63	24,3
	Yürüyerek	54	20,8
	Diğer	23	9,0
	Toplam	257	100,0
İdeal Kiloyu Korumak veya Kilo Vermek İçin Diyet Yapma Durumu	Yapıyor	36	13,9
	Yapmıyor	128	49,4
	Bazen yapıyor	93	36,7
	Toplam	257	100,0
Diyet Yapma Sıklığı	Sürekli	7	2,7
	Kilo aldığında	98	37,8
	Nadiren	57	22,0
	Boş	95	37,5
	Toplam	257	100,0
Diyet Yapanların En Çok Hangi Yolu Tercih Ettiği	Doktor kontrolü	48	18,5
	Zayıflama ilacı	16	6,2
	Arkadaş önerisi	34	13,1
	İletişim kaynakları	75	29,0
	Boş	84	33,2
	Toplam	257	100,0
Kronik Bir Sağlık Sorunu Olma Durumu	Yok	223	86,9
	Hipertansiyon	8	3,1
	Kalp damar hastalıkları	5	1,9
	Diyabet	0	0,0
	Kanser	0	0,0
	Ruhsal sorunlar	3	1,2
	Sindirim sistemi	8	3,1
	Diğer	10	3,9
	Toplam	257	100,0

1.7. Çalışanların Kilo İle İlgili Durumlara İlişkin Sıklık Dağılımı

İdeal kilolu olarak kendini tanımlayan katılımcılar %56,8 oranındadır. Şişman olarak kendilerini tanımlayanlar %36,3 ile ikinci olarak en fazla orandadır. Kendilerini aşırı şişman olarak nitelendirenler en az orandadır. Çalışanların çoğunluğu kendilerini normal olarak tanımlarken, çalışmamızda çalışanların boy ve kilo ölçümleri alınarak hesaplanan BKİ oranında çalışanların normal ağırlıkta olduğunu göstermiştir. Diyet ve egzersiz yapmayan çalışanların çoğunluğunun hareketli çalışma ortamı sonucunda normal kiloda kaldıkları düşünülmektedir.

Sağlık Bakanlığının yaptığı çalışmada çalışanların; %37,5'i kendini fazla kilolu olarak tanımlamıştır.¹¹⁵ Kilosunun fazla olduğunu düşünen katılımcıdan beslenme tarzından dolayı fazla kilosu olduğunu belirtenler %37,1 ile en fazla orandadır. Kronik hastalıklar nedeniyle fazla kilosu olduğunu belirtenler en az orandadır. Çalışma koşullarının düzensiz, zor ve stresli olması nedeniyle yeterli dengeli beslenme sorunu yaşayan çalışanlarda kilo almaya neden olduğunu düşünülmektedir.

Obezitenin nedeni, katılımcıların %71,8 gibi büyük bir çoğunluğuna göre beslenme tarzıdır. Ailesel yatkınlığın obeziteye neden olduğunu düşünenler %15,8'dir. Diğer faktörler %5'in altında obezite nedeni olarak gösterilmiştir. Sağlıklı beslenme, dinlenme, spor yapabilme gibi düzenli bir yaşam stiline sahip olamayan çalışanlar obezitenin nedeni olarak beslenme tarzını ifade etmişlerdir.

Yapılan bir araştırmada çalışanlar kilo vermek için; %12,7'si diyet, %10,6'sı fiziksel aktivite, %10,7'si diyet artı fiziksel aktivite, % 1,4'ü ilaç ve %41,8'i hiçbir şey yapmamayı tercih etmektedirler.¹¹⁶ Çalışmamızda kilo vermek için egzersiz yapmayı tercih edenler yarıdan fazla orandadır. Diyet yapmayı tercih edenler ise %42,5 oranındadır. İlaç ve cerrahi müdahaleyi öngörenler toplamda %3,1'dir. Yapılan bir çalışmada sağlık çalışanları kilo vermek için hiçbir şey yapmamayı tercih ederken, çalışmamızda kilo vermek için çalışanların egzersiz daha sonra diyet yapmayı tercih ettikleri gözlenmiştir. Çalışmamızda çalışanlar fazla kilonun nedenini beslenme tarzı olduğunu düşünmektedirler. Çalışanların kendilerini tanımlaması,

¹¹⁵S.Ç.O.V.Z.D.B.R.,s.36.

¹¹⁶S.Ç.O.V.Z.D.B.R.,s.37.

kendi yaşamlarındaki fazla kilonun nedeni, obezitenin nedeni ve kilo vermek için tercih edilen yöntem sonuçları Tablo 8’de verilmiştir.

Tablo 8. Çalışanların Kilo İle İlgili Durumlara İlişkin Sıklık Dağılımı

		Frekans	Yüzde
Katılımcıların Kilosunu Değerlendirdiğinde Nasıl Tanımladığı	İdeal kilodayım	146	56,8
	Zayıfım	17	6,6
	Şişmanım	93	36,3
	Aşırı şişmanım	1	0,4
	Toplam	259	100,0
Katılımcıların Kilosunu Fazla Düşünme Nedeni	Beslenme tarzı	95	37,1
	Ailesel yatkınlık	23	8,9
	Çalışma koşulları	13	5,0
	Kronik hastalıklar	1	0,4
	Psikolojik faktörler	6	2,3
	Diğer	12	4,6
	Boş	101	41,7
	Toplam	259	100,0
Katılımcılara Göre Obezitenin Nedeni	Beslenme tarzı	185	71,8
	Ailesel yatkınlık	41	15,8
	Çalışma koşulları	6	2,3
	Kronik hastalıklar	8	3,1
	Psikolojik faktörler	9	3,5
	Diğer	8	3,5
	Toplam	259	100,0
Kilo Vermek İçin Tercih Edilen Yöntem Dağılımı	Diyet	109	42,5
	Egzersiz	140	54,4
	İlaç	7	2,7
	Cerrahi	1	0,4
	Toplam	257	100,0

2. OBEZİTE ÖLÇEĞİ BOYUTLARI, BOYUTLAR ARASINDAKİ İLİŞKİ VE ÖLÇEĞİN GÜVENİLİRLİĞİ

Ölçeğin tamamında yer alan toplam 16 maddenin 6 tanesi “ilaç tedavisi” alt boyutunda değerlendirilmiştir. İlaç tedavisi alt boyutunun açıklayıcılık oranı % 17’dir. “Beslenme” alt boyutunda 3 madde yer almıştır. Bu alt boyutun açıklayıcılık oranı ise % 12 olarak tespit edilmiştir. “Cerrahi tedavi” alt boyutu 3 maddeden oluşmaktadır. Cerrahi tedavi alt boyutunun açıklama oranı ise % 11,5 bulunmuştur. İkişer maddeden oluşan son iki alt boyutta ise “diyet tedavisi” alt boyutunun açıklayıcılık oranı % 11,4 ve “egzersiz” alt boyutunun ise açıklayıcılık oranı % 9,6 olarak gerçekleşmiştir. Obezite 5 alt boyutta değerlendirilmiş olup, bu alt boyutların

dağılımı, faktör ağırlığı, açıklayıcılık oranı ve güvenilirliği Tablo 9 ve Tablo 10’da verilmiştir.

Tablo 9.Obezite Ölçeği Boyutları Dağılımı ve Güvenilirliği

Boyut Adı	Maddeler	Faktör ağırlığı	Açıklayıcılık (%)	Güvenilirlik
İLAC TEDAVİSİ	Obezite de zayıflamak için, ilaç tedavisinde arkadaş önerisi ile ilaç kullanabilirim.	0,823	17,051	0,840
	Televizyon-radyo programlarındaki zayıflama ilaçlarını kullanırım.	0,799		
	Reklamlardan etkilenecek kullanılan ilaç tedavisi ile kilo verilebilir.	0,739		
	İlaç herkesi zayıflatır; ‘diyet ve egzersize gerek yok’ diye düşünüyorum	0,669		
	Obezitenin ilaç tedavisi uzman kontrolünde olmalıdır.	0,728		
	Obezitenin ilaç tedavisinin yan etkileri çok fazladır.	0,708		
BESLENME	Üç ana ve üç ara öğünde her besin grubundan (protein, vitamin, karbonhidrat vb.) yeterli miktarda alırım.	0,833	12,247	0,810
	Her gün düzenli olarak 3 ana öğün yemek yerim.	0,798		
	Her gün düzenli olarak 3 ara öğün yemek yerim.	0,677		
CERRAHİ TEDAVİ	İsteyen herkes cerrahi tedavi ile zayıflayabilir.	0,823	11,528	0,800
	İlaç ve diyet tedavisine rağmen kilo veremeyen herkes cerrahi tedavi yaptırabilir.	0,764		
	Televizyon programlarında gördüğüm cerrahi zayıflama yöntemlerini yaptırabilirim.	0,635		
DİYET TEDAVİSİ	Televizyon-radyo programlarından öğrendiğim diyetleri uygulayırım.	0,767	11,477	0,769
	Kronik hastalığı(diabet, hipertansiyon vb...)olan herkes istediği diyeti yapabilir.	0,702		
EGZERSİZ	Düzenli olarak spor salonunda eğitmen eşliğinde egzersiz yaparım.	0,777	9,686	0,702
	Evde egzersiz(yürüyüş bandı, pilates vb.) yaparım	0,772		
	TOTAL	-	% 61,989	0,804

*KMO değeri 0,890, Bartlett's test için p=0,00

Obezite ölçeği alt boyutlarından güvenilirliği en yüksek olan “ilaç tedavisi” boyutudur. Güvenilirlik seviyesi (0,840) “yüksek güvenilirlik” düzeyindedir. Güvenilirlik seviyesi açısından ikinci sırada yer alan alt boyut ise “beslenme” boyutudur. Beslenme alt boyutunun güvenilirlik seviyesi (0,810) “yüksek güvenilirlik” düzeyindedir.

Güvenilirlik seviyesi açısından 3. sırada yer alan alt boyut ise “cerrahi tedavi” boyutudur. Bu boyut (0,800) güvenilirlik katsayısıyla “yüksek güvenilirlik” düzeyindedir. 4. ve 5. sırada yer alan alt boyutlarımızın egzersiz (0,702) ve diyet tedavisi (0,769) alt boyutlarının her ikisinde de “oldukça güvenilir” düzeyi ile iyi derecede güvenilirlik düzeyine sahiptir. 16 maddeden oluşan toplam ölçeğin ise güvenilirlik düzeyi (0,804) ile “yüksek güvenilirlik” seviyesindedir.

Sağlık çalışanlarının ilaç tedavisi boyutu (4,1645±0,65861) yüksek, beslenme boyutu (2,6577±0,97090) orta, cerrahi tedavi boyutu (3,9614±0,75184) yüksek, diyet tedavisi boyutu (3,9054±0,79590) yüksek ve egzersiz boyutu (2,3977±0,99619) düşük düzeyde bulunmuştur. Egzersiz boyutunun soru sayısının az olması nedeniyle, katılımcıların bu konudaki düşüncelerinin tam olarak ifade edilememesi nedeniyle diğer boyutlara bakışla güvenilirliği düşürmüş olabileceği düşünülmektedir. Tablo 10’ da gösterilmiştir.

Tablo 10. Obezito Ölçeği Boyutları Ortalama ve Güvenilirlik Değerleri

Ölçek	$\bar{x}$	Ss	Madde Sayısı	Cronbach's Alpha
İlaç Tedavisi	4,1645	0,65861	6	0,840
Beslenme	2,6577	0,97090	3	0,810
Cerrahi Tedavi	3,9614	0,75184	3	0,800
Diyet Tedavisi	3,9054	0,79590	2	0,769
Egzersiz	2,3977	0,99619	2	0,702
TOTAL			16	0,804

Pearson Korelasyon analizine obezite ölçeği alt boyutları arasında bulunan bazı anlamlı ilişkiler şunlardır;

- İlaç tedavisi ile; cerrahi tedavi arasında (0,433), diyet tedavisi arasında (0,292) aynı yönde anlamlı ilişki söz konusudur. İlaç tedavisi ile egzersiz arasında ise (-0,131) zıt yönlü anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Kısaca ilaç tedavi, cerrahi tedavi ve diyet tedavisi, biri artırılırken diğeri de artırılırsa obezite açısından daha olumlu olarak değerlendirilebilir. Ancak ilaç tedavisi artırılırken egzersiz azaltılmalıdır.
- Beslenme ile diyet tedavisi (-0,209) arasında aynı yönlü ilişki, beslenme ile egzersiz arasında (0,225) aynı yönlü anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Obezite açısından beslenme ile diyet tedavi aynı doğrultuda etki etmektedir. Yani fazla beslenme ve kötü bir diyet obeziteyi artırırken, yeterli beslenme ve uygun bir diyet obeziteyi önlemektedir.
- Cerrahi tedavi ile diyet tedavisi arasında (0,190) aynı yönlü ilişki bulunurken, cerrahi tedavi ile egzersiz arasında (-0,172) ters yönlü anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Kısaca hem cerrahi tedavi hem de diyet tedavisi uygulanırsa obezite açısından daha iyi sonuç alınabilir. Yani obezite önlenir.
- Diyet tedavisi ile egzersiz arasında (-0,229) zıt yönlü anlamlı ilişki olduğu anlaşılmaktadır. Beklenen bir durum değildir. Aynı yönlü bir ilişki olması beklenirdi.

Obezite boyutları arasındaki ilişki Tablo 11’de sunulmuştur.

Tablo 11. Obezite Boyutları Arasındaki İlişki (Korelasyon Analizi)

	Değişken	1	2	3	4	5
1	İlaç	1				
2	Beslenme	0,028	1			
3	Cerrahi	0,433(**)	-0,065	1		
4	Diyet	0,292(**)	-0,209(**)	0,190(**)	1	
5	Egzersiz	-0,131(*)	0,225(**)	-0,172(**)	-0,229(**)	1

** p<0,01, * p<0,05

3. SAĞLIK ÇALIŞANLARININ DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ VE OBEZİTE İLE İLGİLİ DEĞERLENDİRMELERİ

3.1. Çalışanların Cinsiyetlerine Göre Obezite İle İlgili Değerlendirmeleri

Obezite ölçeği alt boyutlarında katılımcılarımızın cinsiyet açısından ortalamalarının farklı olup olmadığının test edilebilmesi için bağımsız örneklem t-testi uygulanmıştır. Olasılık değeri p tüm alt boyutlarda anlam düzeyinden büyük ($p>0,05$) bulunduğundan cinsiyete göre fark bulunamamıştır. Obezite alt boyutları konusunda cinsiyetler açısından farklılık saptanmamıştır. Yani kadın ve erkeklerin obezite durumlarının benzer düzeyde olduğu belirlenmiştir. Bu durum Tablo 12’de gösterilmiştir.

Tablo 12. Çalışanların Cinsiyetlerine Göre Obezite İle İlgili Değerlendirmeleri

Alt Boyutlar	Cinsiyet	N	$\bar{X}$	Ss	t	Sd	P
İlaç tedavisi	Kadın	161	4,1778	0,64644	0,419	257	0,675
	Erkek	96	4,1423	0,68127			
Beslenme	Kadın	161	2,6914	0,97771	0,721	257	0,471
	Erkek	96	2,6014	0,96182			
Cerrahi tedavi	Kadın	161	3,9280	0,73531	-0,924	257	0,356
	Erkek	96	4,0172	0,77932			
Diyet tedavisi	Kadın	161	3,8827	0,78127	-0,592	257	0,554
	Erkek	96	3,9433	0,82246			
Egzersiz	Kadın	161	2,4599	1,02147	1,300	257	0,195
	Erkek	96	2,2938	0,94855			

3.2. Çalışanların Medeni Durumlarına Göre Obezite İle İlgili Değerlendirmeleri

Obezite ölçeği alt boyutlarında katılımcılarımızın medeni durum açısından ortalamalarının farklı olup olmadığının test edilebilmesi için bağımsız örneklem t-testi uygulanmıştır. Olasılık değeri p tüm alt boyutlarda anlam düzeyinden büyük ($p>0,05$) bulunduğundan medeni duruma göre fark bulunamamıştır. Yani evli ve bekarların obezite durumlarının benzer düzeyde olduğu belirlenmiştir. Bu durum Tablo 13’de verilmiştir.

Tablo 13. Çalışanların Medeni Durumlarına Göre Obezite İle İlgili Değerlendirmeleri

Alt Boyutlar	Medeni	N	$\bar{X}$	Ss	t	Sd	P
İlaç tedavisi	Evli	166	4,163	0,64509	-0,215	256	0,830
	Bekar	90	4,182	0,66949			
Beslenme	Evli	166	2,702	0,96750	0,780	256	0,436
	Bekar	90	2,603	0,97650			
Cerrahi tedavi	Evli	166	3,967	0,71936	0,050	256	0,960
	Bekar	90	3,963	0,79393			
Diyet tedavisi	Evli	166	3,849	0,82658	-1,442	256	0,151
	Bekar	90	4,000	0,74200			
Egzersiz	Evli	166	2,280	0,95735	-2,230	256	0,027
	Bekar	90	2,566	1,02552			

3.3. Çalışanların Çalıştıkları Kurumlara Göre Obezite İle İlgili

Değerlendirmeleri

Obezite ölçeği alt faktörlerinde katılımcılarımızın çalıştıkları kurum açısından ortalamalarının farklı olup olmadığının test edilebilmesi için bağımsız örneklem t-testi uygulanmıştır. Olasılık değeri p tüm alt boyutlarda anlam düzeyinden büyük ($p>0,05$) bulunduğundan çalışılan kuruma göre fark bulunamamıştır. Yani çalışanların çalıştıkları kurumlara göre obezite durumlarının benzer düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Çalışılan kurumlar ve obezite arasındaki ilginin değerlendirilmesi Tablo 14’te sunulmuştur.

Tablo 14. Çalışanların Çalıştıkları Kurumlara Göre Obezite İle İlgili Değerlendirmeleri

Alt Boyutlar	Kurum	N	$\bar{X}$	Ss	t	Sd	P
İlaç tedavisi	Babaeski	120	4,1650	0,6960	0,012	257	0,991
	Medikent	137	4,1640	0,6270			
Beslenme	Babaeski	120	2,6667	1,0189	0,138	257	0,890
	Medikent	137	2,6499	0,9310			
Cerrahi tedavi	Babaeski	120	4,0389	0,7181	1,546	257	0,123
	Medikent	137	3,8945	0,7760			
Diyet tedavisi	Babaeski	120	3,9333	0,7473	0,524	257	0,601
	Medikent	137	3,8813	0,8374			
Egzersiz	Babaeski	120	2,3750	1,0436	-0,340	257	0,734
	Medikent	137	2,4173	0,9566			

3.4. Çalışanların Yaşlarına Göre Obezite İle İlgili Değerlendirmeleri

Obezite ölçeği alt faktörlerinde katılımcılarımızın yaş gruplarına göre ortalamalarının farklı olup olmadığının test edilebilmesi için tek yönlü varyans

analizi uygulanmıştır. Olasılık değeri p tüm alt boyutlarda anlam düzeyinden büyük ($p>0,05$) bulunduğundan yaş gruplarına göre anlamlı farklılık bulunamamıştır. Yani çalışanların yaşlarına göre obezite durumlarının değişmediği belirlenmiştir. Tablo 15'te obezite boyutları ile yaş arasındaki farklılığın değerlendirilmesi verilmiştir.

Tablo 15. Çalışanların Yaşlarına Göre Obezite İle İlgili Değerlendirmeleri

Alt Boyutlar	Yaş	N	$\bar{x}$	Ss	F	P
İlaç tedavisi	20 ve altı	13	4.1692	.44607	0,520	0,819
	21-25	53	4.1259	.79650		
	26-30	62	4.1419	.67594		
	31-35	50	4.1725	.64624		
	36-40	42	4.0857	.56937		
	41-45	22	4.3273	.58406		
	46-50	6	4.4667	.64083		
	50 ve üstü	9	4.2667	.61644		
	Total	257	4,1645	0,65861		
Beslenme	20 ve altı	13	2.6923	.71312	0,659	0,707
	21-25	53	2.5864	1.00509		
	26-30	62	2.5914	.98332		
	31-35	50	2.6209	1.01767		
	36-40	42	2.7143	.93580		
	41-45	22	2.9848	1.00516		
	46-50	6	3.0000	.47140		
	50 ve üstü	9	2.4074	1.12765		
	Total	257	2,6577	0,97090		
Cerrahi tedavi	20 ve altı	13	4.0256	.90739	0,477	0,851
	21-25	53	4.0617	.77723		
	26-30	62	3.8710	.74744		
	31-35	50	3.9542	.87437		
	36-40	42	3.8810	.66186		
	41-45	22	3.9848	.62129		
	46-50	6	4.2222	.40369		
	50 ve üstü	9	4.0741	.59577		
	Total	257	3,9614	0,75184		
Diyet tedavisi	20 ve altı	13	3.7692	.80662	0,190	0,987
	21-25	53	3.9352	.82443		
	26-30	62	3.8468	.82774		
	31-35	50	3.9510	.89585		
	36-40	42	3.9405	.65521		
	41-45	22	3.9545	.73855		
	46-50	6	3.9167	.97040		
	50 ve üstü	9	3.7778	.61802		
	Total	257	3,9054	0,79590		
Egzersiz	20 ve altı	13	2.4615	.77625	1,330	0,236
	21-25	53	2.6852	1.01543		
	26-30	62	2.3790	.98632		
	31-35	50	2.3725	1.04328		
	36-40	42	2.3690	1.11015		
	41-45	22	2.0000	.84515		
	46-50	6	2.0833	.49160		
	50 ve üstü	9	2.1667	.75000		
	Total	257	2,3977	0,99619		

3.5. Çalışanların Evlilik Yıllarına Göre Obezite İle İlgili Değerlendirmeleri

Obezite ölçeği alt boyutlarında katılımcılarımızın evlilik yıllarına göre ortalamalarının farklı olup olmadığının test edilebilmesi için tek yönlü varyans analizi uygulanmıştır. Olasılık değeri p tüm alt boyutlarda anlam düzeyinden büyük ($p>0,05$) bulunduğundan evlilik yıllarına göre anlamlı farklılık bulunamamıştır. Çalışanların evlilik yıllarına göre obezite durumlarının benzer olduğu söylenebilir. Bu durum Tablo 16’da sunulmuştur.

Tablo 16. Çalışanların Evlilik Yıllarına Göre Obezite İle İlgili Değerlendirmeleri

Alt Boyutlar	Evlilik Yılı	N	$\bar{x}$	Ss	F	P
İlaç tedavisi	1-5 yıl	46	4.1149	.80406	0,130	0,971
	6-10 yıl	44	4.1591	.56169		
	11-20 yıl	49	4.2122	.62903		
	20 yıldan	2	4.1692	.49539		
	Bos	93	4.1656	.68564		
	Total	257	4,1645	0,65861		
Beslenme	1-5 yıl	46	2.6738	.90487	1,264	0,284
	6-10 yıl	44	2.5227	.95208		
	11-20 yıl	49	2.9184	1.00123		
	20 yıldan	2	2,6538	1,01754		
	Bos	93	2.5771	.97696		
	Total	257	2,6577	0,97090		
Cerrahi tedavi	1-5 yıl	46	3.9007	.90066	0,219	0,928
	6-10 yıl	44	4.0455	.68044		
	11-20 yıl	49	3.9592	.66886		
	20 yıldan	2	3.9744	.49820		
	Bos	93	3.9498	.81048		
	Total	257	3,9614	0,75184		
Diyet tedavisi	1-5 yıl	46	3.8404	.91549	0,761	0,552
	6-10 yıl	44	3.7955	.88474		
	11-20 yıl	49	3.9286	.81009		
	20 yıldan	2	3.8077	.58441		
	Bos	93	4.0054	.73164		
	Total	257	3,9054	0,79590		
Egzersiz	1-5 yıl	46	2.3511	.99954	2,046	0,088
	6-10 yıl	44	2.3864	.94539		
	11-20 yıl	49	2.1837	1.05423		
	20 yıldan	2	2.1538	.68948		
	Bos	93	2.6075	1.03433		
	Total	257	2,3977	0,99619		

3.6. Çalışanların Eğitimlerine Göre Obezite İle İlgili Değerlendirmeleri

Obezite ölçeği alt boyutlarında katılımcılarımızın eğitim durumlarına göre ortalamalarının farklı olup olmadığının test edilebilmesi için tek yönlü varyans

analizi uygulanmıştır. Olasılık değeri p tüm alt boyutlarda anlam düzeyinden büyük ($p>0,05$) bulunduğundan eğitim durumuna göre anlamlı farklılık tespit edilememiştir. Obezite değerlendirmelerinin eğitim grupları açısından değişmediği belirtilebilir. Tablo 17’de eğitim durumu arasındaki farklılığın değerlendirilmesi gösterilmiştir.

Tablo 17. Çalışanların Eğitimlerine Göre Obezite İle İlgili Değerlendirmeleri

Alt Boyutlar	Eğitim Durumu	N	$\bar{x}$	Ss	F	P
İlaç tedavisi	İlköğretim	30	4,0400	0,56666	0,546	0,702
	Lise	114	4,1655	0,67773		
	Önlisans	53	4,1434	0,68767		
	Lisans	46	4,2217	0,69439		
	Yükseklisans	14	4,3143	0,44177		
	Total	257	4,1645	0,65861		
Beslenme	İlköğretim	30	2,4222	0,87945	1,355	0,250
	Lise	114	2,6264	0,94808		
	Önlisans	53	2,7358	1,01980		
	Lisans	46	2,6594	1,01224		
	Yükseklisans	14	3,1190	0,96615		
	Total	257	2,6577	0,97090		
Cerrahi tedavi	İlköğretim	30	3,9778	0,67769	0,290	0,884
	Lise	114	3,9713	0,83007		
	Önlisans	53	3,8868	0,63023		
	Lisans	46	3,9638	0,75106		
	Yükseklisans	14	4,1190	0,71141		
	Total	257	3,9614	0,75184		
Diyet tedavisi	İlköğretim	30	4,0500	0,62076	0,921	0,452
	Lise	114	3,8362	0,81234		
	Önlisans	53	3,8396	0,85358		
	Lisans	46	4,0435	0,77335		
	Yükseklisans	14	3,9643	0,84271		
	Total	257	3,9054	0,79590		
Egzersiz	İlköğretim	30	2,0500	0,80247	2,150	0,075
	Lise	114	2,4483	1,04128		
	Önlisans	53	2,3208	1,02888		
	Lisans	46	2,6630	0,96064		
	Yükseklisans	14	2,1429	0,77033		
	Total	257	2,3977	0,99619		

3.7. Çalışanların Pozisyonlarına Göre Obezite İle İlgili Değerlendirmeleri

Obezite ölçeği alt boyutlarında katılımcılarımızın çalıştıkları pozisyona göre ortalamalarının farklı olup olmadığının test edilebilmesi için tek yönlü varyans analizi uygulanmıştır. Olasılık değeri egzersiz boyutu hariç tüm alt boyutlarda anlam düzeyinden büyük ($p>0,05$) bulunduğundan çalışılan pozisyona göre anlamlı farklılık

tespit edilememiştir. Obezite ölçeği alt boyutlarından egzersiz boyutunda olasılık düzeyi $p < 0,05$ olduğundan gruplar arasında farklılık olduğu anlaşılmıştır. Farklılığın kaynağının tespiti için yapılan tukey testinde bu farklılığın temizlik elemanı ile hemşire-ebe arasında olduğu anlaşılmıştır. Tanımlayıcı istatistiklere bakıldığında ise egzersiz boyutunda temizlik elemanı ortalaması (1,91), hemşire-ebe ortalamasından (2,57) küçük olduğu anlaşılmaktadır. Hemşire-ebe grubundaki çalışanların temizlik personeline oranla daha fazla egzersiz yaptıkları düşünülmektedir. Bu durum Tablo 18’de verilmiştir.

Tablo 18. Çalışanların Pozisyonlarına Göre Obezite İle İlgili Değerlendirmeleri

Alt Boyutlar	Pozisyon	N	$\bar{x}$	Ss	F	P
İlaç tedavisi	Doktor	10	4.4800	.37947	1,859	0,102
	Hemsire-ebe	61	4.2984	.62463		
	Sağlık memuru	31	4.0839	.80461		
	Tıbbi sekreter	48	4.1667	.74757		
	Temizlik	36	3.9500	.65093		
	Diğer	71	4.1479	.56177		
	Total	257	4.1645	.65861		
Beslenme	Doktor	10	2.9667	1.02379	1,057	0,385
	Hemsire-ebe	61	2.7978	.96663		
	Sağlık memuru	31	2.5269	.93798		
	Tıbbi sekreter	48	2.5972	1.07619		
	Temizlik	36	2.4259	.90013		
	Diğer	71	2.7078	.93944		
	Total	257	2.6577	.97090		
Cerrahi tedavi	Doktor	10	4.0667	.79815	1,076	0,374
	Hemsire-ebe	61	4.0656	.61107		
	Sağlık memuru	31	4.0323	.95201		
	Tıbbi sekreter	48	3.7917	.90605		
	Temizlik	36	3.8333	.68776		
	Diğer	71	4.0046	.67011		
	Total	257	3.9614	.75184		
Diyet tedavisi	Doktor	10	4.2000	.91894	1,098	0,362
	Hemsire-ebe	61	3.9098	.76653		
	Sağlık memuru	31	4.0323	.86540		
	Tıbbi sekreter	48	3.7083	.89224		
	Temizlik	36	3.9861	.60340		
	Diğer	71	3.8973	.78598		
	Total	257	3.9054	.79590		
Egzersiz	Doktor	10	2.0500	.79757	2,741	0,020
	Hemsire-ebe	61	2.5738	1.02809		
	Sağlık memuru	31	2.3065	1.12307		
	Tıbbi sekreter	48	2.4688	1.10322		
	Temizlik	36	1.9167	.79732		
	Diğer	71	2.5274	.88542		
	Total	257	2.3977	0,99619		

3.8. Çalışanların Statülerine Göre Obezite İle İlgili Değerlendirmeleri

Obezite ölçeği alt boyutlarında katılımcılarımızın çalıştıkları statüye göre ortalamalarının farklı olup olmadığının test edilebilmesi için tek yönlü varyans

analizi uygulanmıştır. Olasılık değeri tüm alt boyutlarda anlam düzeyinden büyük ($p>0,05$) bulunduğundan statüye göre anlamlı farklılık tespit edilememiştir. Çalışanların statüleri açısından obezite durumlarının benzer olduğu söylenebilir. Tablo 19’da statü ve obezite alt boyutları arasındaki farklılığın değerlendirilmesi gösterilmiştir.

Tablo 19. Çalışanların Statülerine Göre Obezite İle İlgili Değerlendirmeleri

Alt Boyutlar	Statü	N	$\bar{x}$	Ss	F	P
İlaç tedavisi	Kadrolu	82	4,1756	0,71829	1,571	0,197
	Sözleşmeli	79	4,0582	0,70176		
	İhale ile	40	4,1500	0,61727		
	Diğer	56	4,3034	0,50989		
	Total	257	4,1645	0,65861		
Beslenme	Kadrolu	82	2,6911	1,03939	0,080	0,971
	Sözleşmeli	79	2,6582	0,97106		
	İhale ile	40	2,6583	0,90735		
	Diğer	56	2,6092	0,93479		
	Total	257	2,6577	0,97090		
Cerrahi tedavi	Kadrolu	82	4,0407	0,75248	2,154	0,094
	Sözleşmeli	79	3,7890	0,85097		
	İhale ile	40	4,0917	0,57975		
	Diğer	56	3,9943	0,68538		
	Total	257	3,9614	0,75184		
Diyet tedavisi	Kadrolu	82	3,9817	0,76354	0,939	0,422
	Sözleşmeli	79	3,9114	0,72836		
	İhale ile	40	3,7250	0,69752		
	Diğer	56	3,9138	0,97395		
	Total	257	3,9054	0,79590		
Egzersiz	Kadrolu	82	2,3963	1,11316	0,667	0,573
	Sözleşmeli	79	2,5127	0,97394		
	İhale ile	40	2,2625	0,85476		
	Diğer	56	2,3362	0,94770		
	Total	257	2,3977	0,99619		

3.9. Çalışanların Mesleki Deneyimlerine Göre Obezite İle İlgili Değerlendirmeleri

Obezite ölçeği alt boyutlarında katılımcılarımızın çalışma yılı gruplarına göre ortalamalarının farklı olup olmadığının test edilebilmesi için tek yönlü varyans analizi uygulanmıştır. Olasılık değeri tüm alt boyutlarda anlam düzeyinden büyük ($p>0,05$) bulunduğundan çalışma yılı gruplarına göre anlamlı farklılık tespit edilememiştir. Çalışanların mesleki deneyimlerine göre obezite durumlarının benzer

olduğu söylenebilir. Mesleki deneyim ile obezite alt boyutları arasındaki farklılıklar Tablo 20’de belirtilmiştir.

Tablo 20. Çalışanların Mesleki Deneyimlerine Göre Obezite İle İlgili Değerlendirmeleri

Alt Boyutlar	Mesleki Deneyim	N	$\bar{x}$	Ss	F	P
İlaç tedavisi	1yıldan az	19	4,1263	0,49982	0,550	0,739
	1-5yıl	115	4,1197	0,73394		
	6-10 yıl	63	4,2698	0,57154		
	11-15	23	4,1217	0,75976		
	16-20 yıl	20	4,2400	0,43335		
	20 yıldan	17	4,0941	0,67126		
	Total	257	4,1645	0,65861		
Beslenme	1yıldan az	19	2,5439	0,65932	1,296	0,266
	1-5yıl	115	2,6923	1,00778		
	6-10 yıl	63	2,5344	0,97005		
	11-15	23	2,9420	0,79552		
	16-20 yıl	20	2,3833	1,01610		
	20 yıldan	17	2,9412	1,10702		
	Total	257	2,6577	0,97090		
Cerrahi tedavi	1yıldan az	19	3,8070	0,88412	0,538	0,747
	1-5yıl	115	4,0114	0,78776		
	6-10 yıl	63	3,9153	0,70321		
	11-15	23	3,9855	0,80703		
	16-20 yıl	20	4,0667	0,64527		
	20 yıldan	17	3,8039	0,57806		
	Total	257	3,9614	0,75184		
Diyet tedavisi	1yıldan az	19	4,0000	0,70711	0,798	0,552
	1-5yıl	115	3,8462	0,84195		
	6-10 yıl	63	4,0000	0,70138		
	11-15	23	3,8261	1,05107		
	16-20 yıl	20	4,1000	0,61985		
	20 yıldan	17	3,7353	0,68733		
	Total	257	3,9054	0,79590		
Egzersiz	1yıldan az	19	2,5000	0,76376	0,855	0,512
	1-5yıl	115	2,4017	0,98751		
	6-10 yıl	63	2,4762	1,09408		
	11-15	23	2,3913	1,01081		
	16-20 yıl	20	1,9750	0,88071		
	20 yıldan	17	2,4706	1,02272		
	Total	257	2,3977	0,99619		

3.10. Çalışanların Çalışma Şekline Göre Obezite İle İlgili Değerlendirmeleri

Obezite ölçeği alt boyutlarında katılımcılarımızın çalışma şekillerine göre ortalamalarının farklı olup olmadığının test edilebilmesi için tek yönlü varyans analizi uygulanmıştır. Olasılık değeri cerrahi tedavi boyutu hariç tüm alt boyutlarda anlam düzeyinden büyük ($p>0,05$) bulunduğundan çalışma şekillerine göre anlamlı farklılık tespit edilememiştir. Obezite ölçeği alt boyutlarından cerrahi tedavi boyutunda olasılık düzeyi $p<0,05$ olduğundan gruplar arasında farklılık olduğu anlaşılmıştır. Farklılığın kaynağının tespiti için yapılan tukey testinde bu farklılığın sürekli gündüz ile 24 saatlik nöbet arasında olduğu anlaşılmıştır. Tanımlayıcı istatistiklere bakıldığında ise cerrahi tedavi boyutunda sürekli gündüz ortalaması (3,3) 24 saatlik nöbet ortalamasından (4,17) küçük olduğu anlaşılmaktadır.

Obezite ölçeği alt boyutlarından ilaç tedavisi boyutunda olasılık düzeyi $p<0,05$ olduğundan gruplar arasında farklılık olduğu anlaşılmıştır. Farklılığın kaynağının tespiti için yapılan tukey testinde bu farklılığın sürekli gündüz ile 24 saatlik nöbet arasında olduğu anlaşılmıştır. Tanımlayıcı istatistiklere bakıldığında ise ilaç tedavisi faktöründe sürekli gündüz ortalaması (3,3) 24 saatlik nöbet ortalamasından (4,17) küçük olduğu anlaşılmaktadır. Tablo 21’de çalışma şekli arasındaki farklılığın değerlendirilmesi verilmiştir.

Tablo 21. Çalışanların Çalışma Şekline Göre Obezite İle İlgili Değerlendirmeleri

Alt Boyutlar	Çalışma Şekli	N	$\bar{x}$	Ss	F	P
İlaç tedavisi	Sürekli gündüz	134	4,1059	0,70761	1,910	0,109
	8 saatlik vardiya	6	3,8333	0,42740		
	08-16, 16-08	25	4,0480	0,60904		
	24 saatlik nöbet	64	4,3000	0,58445		
	Diğer	28	4,3143	0,59982		
	Total	257	4,1645	0,65861		
Beslenme	Sürekli gündüz	134	2,7770	1,00456	1,519	0,197
	8 saatlik vardiya	6	2,7222	0,82776		
	08-16, 16-08	25	2,7067	0,74734		
	24 saatlik nöbet	64	2,4948	0,93528		
	Diğer	28	2,3929	1,04253		
	Total	257	2,6577	0,97090		
Cerrahi tedavi	Sürekli gündüz	134	3,8333	0,78881	4,032	0,003
	8 saatlik vardiya	6	3,3333	0,76012		
	08-16, 16-08	25	4,0533	0,59067		
	24 saatlik nöbet	64	4,1771	0,67447		
	Diğer	28	4,1429	0,69937		
	Total	257	3,9614	0,75184		
Diyet tedavisi	Sürekli gündüz	134	3,8750	0,81366	2,404	0,051
	8 saatlik vardiya	6	3,3333	1,21106		
	08-16, 16-08	25	3,6600	0,82563		
	24 saatlik nöbet	64	4,0938	0,67774		
	Diğer	28	3,9643	0,75680		
	Total	257	3,9054	0,79590		
Egzersiz	Sürekli gündüz	134	2,5404	0,99639	1,708	0,149
	8 saatlik vardiya	6	2,1667	0,75277		
	08-16, 16-08	25	2,1600	0,88647		
	24 saatlik nöbet	64	2,3203	1,02882		
	Diğer	28	2,1429	0,99868		
	Total	257	2,3977	0,99619		

3.11. Çalışanların Çalıştığı Birime Göre Obezite İle İlgili Değerlendirmeleri

Obezite ölçeği alt boyutlarında katılımcılarımızın çalışma şekillerine göre ortalamalarının farklı olup olmadığının test edilebilmesi için tek yönlü varyans analizi uygulanmıştır. Olasılık değeri ilaç tedavisi boyut hariç tüm alt boyutlarda anlam düzeyinden büyük ($p>0,05$) bulunduğundan çalışma şekillerine göre anlamlı farklılık tespit edilememiştir. Tablo 22’de çalışılan birim arasındaki farklılığın değerlendirilmesi sunulmuştur.

Tablo 22. Çalışanların Çalıştığı Birime Göre Obezite İle İlgili Değerlendirmeleri

Alt Boyutlar	Bölüm	N	$\bar{x}$	Ss	F	P
İlaç tedavisi	Poliklinikler	50	4,2040	0,61742	2,549	0,028
	Servis-klinikler	61	4,3377	0,61918		
	İdari birimler	21	3,8667	0,85868		
	Laboratuvarlar	22	3,9273	0,70521		
	Ameliyathane	15	4,0133	0,75391		
	Diğer	88	4,1778	0,59695		
	Total	257	4,1645	0,65861		
Beslenme	Poliklinikler	50	2,5867	1,07867	0,367	0,871
	Servis-klinikler	61	2,6284	1,00388		
	İdari birimler	21	2,7619	1,00079		
	Laboratuvarlar	22	2,8485	0,91274		
	Ameliyathane	15	2,8000	1,14642		
	Diğer	88	2,6222	0,87438		
	Total	257	2,6577	0,97090		
Cerrahi tedavi	Poliklinikler	50	3,9400	0,86160	1,902	0,094
	Servis-klinikler	61	4,1475	0,59791		
	İdari birimler	21	3,6508	0,74144		
	Laboratuvarlar	22	3,7879	0,74568		
	Ameliyathane	15	3,8000	0,76428		
	Diğer	88	3,9889	0,76348		
	Total	257	3,9614	0,75184		
Diyet tedavisi	Poliklinikler	50	4,0300	0,70284	0,723	0,607
	Servis-klinikler	61	3,8852	0,74941		
	İdari birimler	21	3,6667	0,95307		
	Laboratuvarlar	22	3,8182	0,71623		
	Ameliyathane	15	4,0000	0,53452		
	Diğer	88	3,9111	0,88869		
	Total	257	3,9054	0,79590		
Egzersiz	Poliklinikler	50	2,1100	0,93836	1,680	0,140
	Servis-klinikler	61	2,5000	1,03682		
	İdari birimler	21	2,7619	,95681		
	Laboratuvarlar	22	2,5000	1,11270		
	Ameliyathane	15	2,5333	1,04312		
	Diğer	88	2,3556	0,95177		
	Total	257	2,3977	0,99619		

3.12. Çalışanların Gelirlerine Göre Obezite İle İlgili Değerlendirmeleri

Obezite ölçeği alt boyutlarında katılımcılarımızın ekonomik duruma göre ortalamalarının farklı olup olmadığını test edilebilmesi için tek yönlü varyans analizi uygulanmıştır. Olasılık değeri cerrahi tedavi ve diyet tedavisi boyutunda hariç tüm alt boyutlarda anlam düzeyinden büyük ($p>0,05$) bulunduğundan ekonomik duruma göre anlamlı farklılık tespit edilememiştir.

Obezite ölçeği alt boyutlarından cerrahi tedavi boyutunda olasılık düzeyi $p<0,05$ olduğundan gruplar arasında farklılık olduğu anlaşılmıştır. Farklılığın kaynağının tespiti için yapılan tukey testinde bu farklılığın 500 TL-1000 TL grubu ile 2000TL-3000TL ve 3000TL ve üzeri grubu arasında olduğu anlaşılmıştır. Tanımlayıcı istatistiklere bakıldığında ise cerrahi tedavi faktöründe 500 TL-1000 TL grubu ortalaması (3,59), 2000TL-3000TL ortalamasından (4,18) ve 3000TL ve üzeri grubu ortalamasından (4,03) küçük olduğu anlaşılmaktadır.

Obezite ölçeği alt boyutlarından diyet tedavisi boyutunda olasılık düzeyi $p<0,05$ olduğundan gruplar arasında farklılık olduğu anlaşılmıştır. Farklılığın kaynağının tespiti için yapılan tukey testinde bu farklılığın 1000 TL-2000 TL grubu ile 2000TL-3000TL ve 3000TL ve üzeri grubu arasında olduğu anlaşılmıştır. Tanımlayıcı istatistiklere bakıldığında ise diyet tedavi boyutunda 1000 TL-2000 TL grubu ortalaması (3,7), 2000TL-3000TL ortalamasından (4,083) ve 3000TL ve üzeri grubu ortalamasından (4,081) küçük olduğu anlaşılmaktadır. 2000-3000TL kazanan çalışanların diğer gruplara göre daha fazla diyet yaptığı bulunmuş. Diğer gruplara oranla BKİ fazla kilolu olan çalışanların kilolarından kurtulmak amacıyla diyet yapmayı tercih ettikleri düşünülmektedir. Bu durum Tablo 23'te sunulmuştur.

Tablo 23. Çalışanların Gelirlerine Göre Obezite İle İlgili Değerlendirmeleri

Alt Boyutlar	Gelir	N	$\bar{x}$	Ss	F	P
İlaç tedavisi	500 TL – 1000 TL	36	4,072	0,66617	2,241	0,084
	1000 TL – 2000 TL	112	4,075	0,69200		
	2000 TL – 3000 TL	54	4,288	0,63206		
	3000 TL den fazla	55	4,287	0,58089		
	Total	257	4,164	0,65861		
Beslenme	500 TL – 1000 TL	36	2,342	0,86735	2,401	0,068
	1000 TL – 2000 TL	112	2,728	0,95376		
	2000 TL – 3000 TL	54	2,537	1,07070		
	3000 TL den fazla	55	2,836	0,92934		
	Total	257	2,657	0,97090		
Cerrahi tedavi	500 TL – 1000 TL	36	3,592	0,87690	5,019	0,002
	1000 TL – 2000 TL	112	3,929	0,75450		
	2000 TL – 3000 TL	54	4,185	0,64644		
	3000 TL den fazla	55	4,048	0,67103		
	Total	257	3,961	0,75184		
Diyet tedavisi	500 TL – 1000 TL	36	4,000	0,64365	4,530	0,004
	1000 TL – 2000 TL	112	3,706	0,90674		
	2000 TL – 3000 TL	54	4,083	0,71209		
	3000 TL den fazla	55	4,081	0,62185		
	Total	257	3,905	0,79590		
Egzersiz	500 TL – 1000 TL	36	2,402	0,94732	1,266	0,287
	1000 TL – 2000 TL	112	2,495	0,96966		
	2000 TL – 3000 TL	54	2,175	0,93242		
	3000 TL den fazla	55	2,409	1,12666		
	Total	257	2,397	0,99619		

3.13. Çalışanların Sigara İçme Durumuna Göre Obezite İle İlgili Değerlendirmeleri

Obezite ölçeği alt boyutlarında katılımcılarımızın sigara kullanma açısından ortalamalarının farklı olup olmadığının test edilebilmesi için bağımsız örneklem t-testi uygulanmıştır. İlaç tedavisi alt boyutu hariç olmak üzere diğer tüm alt boyutlarda olasılık değeri p anlam düzeyinden büyük ($p>0,05$) bulunduğundan sigara kullanma durumuna göre fark bulunamamıştır.

Obezite ölçeği alt boyutlarından ilaç tedavisi faktöründe olasılık düzeyi $p<0,05$ olduğundan gruplar arasında farklılık olduğu anlaşılmıştır. Tanımlayıcı istatistiklerden aritmetik ortalamaya bakıldığında sigara içmeyenlerin ortalaması (4,26), sigara içenlerin ortalamasından (4,0) yüksek olduğu anlaşılmaktadır. Çalışanların sigara içme oranının düşük olması nedeniyle düşük bulunmuştur. Tablo

24'te sigara içme durumu ile obezite arasındaki farklılığın değerlendirilmesi sunulmuştur.

Tablo 24. Çalışanların Sigara İçme Durumuna Göre Obezite İle İlgili Değerlendirmeleri

Alt Boyutlar	Sigara İçme Durumu	N	$\bar{X}$	Ss	t	Sd	P
İlaç tedavisi	İçiyor	121	4,0571	0,734	-2,562	233,724	0,011
	İçmiyor	132	4,2662	0,561			
Beslenme	İçiyor	121	2,5899	0,969	-1,093	257	0,275
	İçmiyor	132	2,7218	0,971			
Cerrahi tedavi	İçiyor	121	3,9339	0,807	-,573	257	0,567
	İçmiyor	132	3,9875	0,696			
Diyet tedavisi	İçiyor	121	3,9206	0,832	,299	257	0,765
	İçmiyor	132	3,8910	0,762			
Egzersiz	İçiyor	121	2,3373	1,003	-,949	257	0,343
	İçmiyor	132	2,4549	0,989			

3.14. Çalışanların Sigara İçme Süresine Göre Obezite İle İlgili Değerlendirmeleri

Obezite ölçeği alt boyutlarında katılımcılarımızın sigara kullanma yılına göre ortalamalarının farklı olup olmadığının test edilebilmesi için tek yönlü varyans analizi uygulanmıştır. Olasılık değeri cerrahi tedavi ve egzersiz boyut hariç tüm alt boyutlarda anlam düzeyinden büyük ($p>0,05$) bulunduğundan sigara kullanma yılına göre anlamlı farklılık tespit edilememiştir.

Obezite ölçeği alt boyutlarından cerrahi tedavi boyutunda olasılık düzeyi $p<0,05$ olduğundan gruplar arasında farklılık olduğu anlaşılmıştır. Farklılığın kaynağının anlaşılması için yapılan tukey testinde bu farklılığın 11-15 yıl grubu ile 1-5 yıl grubu arasında olduğu anlaşılmıştır. Tanımlayıcı istatistiklere bakıldığında ise cerrahi tedavi boyutunda 11-15 yıl grubu ortalaması (4,32), 1-5 yıl grubu ortalamasından (3,87) büyük olduğu anlaşılmaktadır.

Obezite ölçeği alt boyutlarından egzersiz boyutunda olasılık düzeyi $p<0,05$ olduğundan gruplar arasında farklılık olduğu anlaşılmıştır. Farklılığın kaynağının anlaşılması için yapılan tukey testinde bu farklılığın 11-15 yıl grubu ile 1-5 yıl grubu ve 16 yıl ve üzeri grubu arasında olduğu anlaşılmıştır. Tanımlayıcı istatistiklere

bakıldığında ise egzersiz faktöründe 1-5 yıl grubu ortalaması (2,70), 11-15 yıl grubu ortalamasından (2,11) ve 16 yıl ve daha üzeri grubu ortalamasından (2,09) büyük olduğu anlaşılmaktadır. Bu durum Tablo 25’te verilmiştir.

Tablo 25. Çalışanların Sigara İçme Süresine Göre Obezite İle İlgili Değerlendirmeleri

Alt Boyutlar	Sigara İçme Yılı	N	$\bar{x}$	Ss	F	P
İlaç tedavisi	1-5	39	3,8769	0,79155	4,192	0,003
	6-10	38	3,9632	0,77370		
	11-15	26	4,3231	0,59887		
	16 ve fazla	22	4,1909	0,62481		
	Total	125	4,1645	0,65861		
Beslenme	1-5	39	2,6496	0,95191	0,554	0,696
	6-10	38	2,4649	0,86833		
	11-15	26	2,5897	1,12470		
	16 ve fazla	22	2,7273	1,02682		
	Total	125	2,6577	0,97090		
Cerrahi tedavi	1-5	39	3,8718	0,90034	0,395	0,812
	6-10	38	3,8860	0,81751		
	11-15	26	3,9487	0,77570		
	16 ve fazla	22	4,0606	0,66377		
	İçmiyor	125	3,9950	0,69967		
Diyet tedavisi	Total	39	3,9614	0,75184	1,122	0,347
	1-5	38	3,7179	0,86447		
	6-10	26	3,9474	0,86828		
	11-15	22	4,0577	0,82858		
	16 ve fazla	125	4,0909	0,70096		
Egzersiz	Total	39	3,9054	0,79590	2,459	0,046
	1-5	38	2,7051	1,05580		
	6-10	26	2,2237	0,86756		
	11-15	22	2,1154	1,00307		
	16 ve fazla	125	2,0909	0,99566		
	Total	39	2,3977	0,99619		

3.15. Çalışanların Alkol Alma Durumlarına Göre Obezite İle İlgili Değerlendirmeleri

Obezite ölçeği alt boyutlarında katılımcılarımızın alkol alma açısından ortalamalarının farklı olup olmadığının test edilebilmesi için bağımsız örneklem t-testi uygulanmıştır. Tüm alt boyutlarda olasılık değeri p anlam düzeyinden büyük ($p>0,05$) bulunduğundan alkol alma durumuna göre fark bulunamamıştır. Alkol alan ve almaların obezite durumlarının benzer olduğu söylenebilir. Tablo 26’da alkol alma ve obezite alt boyutları arasındaki farklılığın değerlendirilmesi belirtilmiştir.

Tablo 26. Çalışanların Alkol Alma Durumlarına Göre Obezite İle İlgili Değerlendirmeleri

Alt Boyutlar	Alkol	N	$\bar{X}$	Ss	t	Sd	P
İlaç tedavisi	Alıyor	67	4,2149	0,69745	0,728	257	0,468
	Almıyor	192	4,1469	0,64548			
Beslenme	Alıyor	67	2,7164	0,92887	0,575	257	0,566
	Almıyor	192	2,6372	0,98668			
Cerrahi tedavi	Alıyor	67	4,0100	0,80606	0,613	257	0,540
	Almıyor	192	3,9444	0,73342			
Diyet tedavisi	Alıyor	67	3,9478	0,72370	0,537	129,54	0,592
	Almıyor	192	3,8906	0,82088			
Egzersiz	Alıyor	67	2,2985	0,95766	-0,946	257	0,345
	Almıyor	192	2,4323	1,00943			

3.16. Çalışanların Alkol Alma Süresine Göre Obezite İle İlgili Değerlendirmeleri

Obezite ölçeği alt boyutlarında katılımcılarımızın alkol alma yılına göre ortalamalarının farklı olup olmadığının test edilebilmesi için tek yönlü varyans analizi uygulanmıştır. Olasılık değeri tüm alt boyutlarda anlam düzeyinden büyük ($p>0,05$) bulunduğundan alkol alma yılına göre anlamlı farklılık tespit edilememiştir. Alkol alma süresinin obezite durumunu etkilemediği söylenebilir. Tablo 27’de alkol alma süresi ile obezite arasındaki farklılığın değerlendirilmesi gösterilmiştir.

Tablo 27. Çalışanların Alkol Alma Süresine Göre Obezite İle İlgili Değerlendirmeleri

Alt Boyutlar	Alkol Alma Yılı	N	$\bar{x}$	Ss	F	P
İlaç tedavisi	1-5	34	4,0882	0,75187	0,523	0,719
	6-10	21	4,2952	0,68591		
	11-15	7	4,2571	0,57404		
	16 ve fazla	5	4,4000	0,48990		
	Total	77	4,1645	0,65861		
Beslenme	1-5	34	2,7843	0,99115	0,208	0,934
	6-10	21	2,5873	0,89384		
	11-15	7	2,7619	1,01314		
	16 ve fazla	5	2,6667	0,62361		
	Total	77	2,6577	0,97090		
Cerrahi tedavi	1-5	34	4,0882	0,82188	0,338	0,852
	6-10	21	3,9524	0,86465		
	11-15	7	3,8095	0,69007		
	16 ve fazla	5	4,0000	0,74536		
	Total	77	3,9614	0,75184		
Diyet tedavisi	1-5	34	3,8824	0,55129	0,320	0,865
	6-10	21	3,9524	1,01125		
	11-15	7	4,2143	0,69864		
	16 ve fazla	5	4,0000	0,35355		
	Total	77	3,9054	0,79590		
Egzersiz	1-5	34	2,6029	0,96750	2,087	0,083
	6-10	21	1,8810	0,78906		
	11-15	7	2,2857	1,14953		
	16 ve fazla	5	2,0000	0,70711		
	Total	77	2,3977	0,99619		

3.17. Çalışanların Beslenme Eğitimi Almalarına Göre Obezite İle İlgili Değerlendirmeleri

Obezite ölçeği alt boyutlarında katılımcılarımızın öğrenim sırasında beslenme eğitimi alma açısından ortalamalarının farklı olup olmadığının test edilebilmesi için bağımsız örneklem t-testi uygulanmıştır. Tüm alt boyutlarda olasılık değeri p anlam düzeyinden büyük ($p>0,05$) bulunduğundan öğrenim sırasında beslenme eğitimi alma durumuna göre fark bulunamamıştır. Beslenme eğitimi almanın obezite durumunu değiştirmediği söylenebilir. Bunun nedeni olarak çalışanların eğitim esnasında aldıkları bilgileri yeterli bulmadıkları veya kullanmadıkları düşünülmektedir. Tablo 28’de öğrenim sırasında beslenme eğitimi alma ile obezite arasındaki farklılığın değerlendirilmesi sunulmuştur.

Tablo 28. Çalışanların Beslenme Eğitimi Almalarına Göre Obezite İle İlgili Değerlendirmeleri

Alt Boyutlar	Öğrenim sırasında beslenme eğitimi alma	N	$\bar{X}$	Ss	t	Sd	P
İlaç tedavisi	Evet	124	4,174	0,6516	0,125	255	0,901
	Hayır	133	4,163	0,6687			
Beslenme	Evet	124	2,723	0,9708	1,126	255	0,261
	Hayır	133	2,586	0,9728			
Cerrahi tedavi	Evet	124	3,962	0,7688	-0,027	255	0,978
	Hayır	133	3,964	0,7422			
Diyet tedavisi	Evet	124	3,987	0,7794	1,545	255	0,124
	Hayır	133	3,834	0,8088			
Egzersiz	Evet	124	2,342	1,0580	-0,810	255	0,419
	Hayır	133	2,443	0,9387			

3.18. Çalışanların Doğum Sayısına Göre Obezite İle İlgili Değerlendirmeleri

Obezite ölçeği alt boyutlarında katılımcılarımızın doğum sayısı açısından ortalamalarının farklı olup olmadığının test edilebilmesi için varyans analizi testi uygulanmıştır. Tüm alt boyutlarda olasılık değeri p anlam düzeyinden büyük ($p>0,05$) bulunduğundan doğum sayısı durumuna göre fark bulunamamıştır. Doğum sayısının obeziteyi etkilemediği görülmüştür. Çalışmamıza katılan kadın çalışanların yaş sınırının düşük olması nedeniyle doğum sayısının az olması sonucunda doğum sayısının obeziteyi etkilemediği düşünülmektedir. Bu durum Tablo 29’da verilmiştir.

Tablo 29. Çalışanların Doğum Sayısına Göre Obezite İle İlgili Değerlendirmeleri

Alt Boyutlar	Doğum Sayısı	N	$\bar{x}$	Ss	F	P
İlaç tedavisi	1 doğum	47	4,2298	0,52582	0,548	0,650
	2 doğum	44	4,1227	0,61790		
	3 doğum	7	4,4000	0,44721		
	Hiç	159	4,1466	0,71090		
	Total	257	4,1645	0,65861		
Beslenme	1 doğum	47	2,7163	1,05633	1,917	0,127
	2 doğum	44	2,9318	1,02571		
	3 doğum	7	2,2857	0,70523		
	Hiç	159	2,5818	0,92967		
	Total	257	2,6577	0,97090		
Cerrahi tedavi	1 doğum	47	3,8085	0,73801	0,900	0,442
	2 doğum	44	3,9470	0,58818		
	3 doğum	7	4,0952	0,56811		
	Hiç	159	4,0041	0,80016		
	Total	257	3,9614	0,75184		
Diyet tedavisi	1 doğum	47	3,9149	0,70956	0,783	0,504
	2 doğum	44	3,7500	0,75097		
	3 doğum	7	3,7857	0,69864		
	Hiç	159	3,9503	0,83517		
	Total	257	3,9054	0,79590		
Egzersiz	1 doğum	47	2,2021	0,84480	1,075	0,360
	2 doğum	44	2,3409	1,02170		
	3 doğum	7	2,7143	0,99403		
	Hiç	159	2,4565	1,02833		
	Total	257	2,3977	0,99619		

3.19. Çalışanların Evinde Yaşayan Kişi Sayısına Göre Obezite İle İlgili Değerlendirmeleri

Obezite ölçeği alt boyutlarında katılımcılarımızın hane halkı sayısı açısından ortalamalarının farklı olup olmadığının test edilebilmesi için varyans analizi testi uygulanmıştır. Tüm alt boyutlarda olasılık değeri p anlam düzeyinden büyük ($p>0,05$) bulunduğundan hane halkı sayısı durumuna göre fark bulunamamıştır. Çalışanların evinde yaşayan kişi sayısının obezite durumlarını etkilemediği görülmüştür. Bu durum Tablo 30'da gösterilmiştir.

Tablo 30. Çalışanların Evinde Yaşayan Kişi Sayısına Göre Obezite İle İlgili Değerlendirmeleri

Alt Boyutlar	Evdeki Kişi Sayısı	N	$\bar{x}$	Ss	F	P
İlaç tedavisi	1 kişi	11	4,3455	0,61378	0,336	0,799
	2 kişi	43	4,1395	0,77279		
	3 kişi	99	4,1760	0,66926		
	3 ve fazla	104	4,1448	0,60669		
	Total	257	4,1645	0,65861		
Beslenme	1 kişi	11	2,3939	1,16255	1,245	0,294
	2 kişi	43	2,7209	0,87569		
	3 kişi	99	2,7733	0,97543		
	3 ve fazla	104	2,5492	0,97947		
	Total	257	2,6577	0,97090		
Cerrahi tedavi	1 kişi	11	4,1818	0,60302	1,832	0,142
	2 kişi	43	4,0853	0,82003		
	3 kişi	99	3,8333	0,81167		
	3 ve fazla	104	4,0095	0,66258		
	Total	257	3,9614	0,75184		
Diyet tedavisi	1 kişi	11	4,0909	0,62523	0,676	0,567
	2 kişi	43	3,7907	0,97121		
	3 kişi	99	3,8800	0,82914		
	3 ve fazla	104	3,9571	0,69723		
	Total	257	3,9054	0,79590		
Egzersiz	1 kişi	11	2,5909	1,24133	0,300	0,826
	2 kişi	43	2,3140	1,05798		
	3 kişi	99	2,4350	0,92293		
	3 ve fazla	104	2,3762	1,02089		
	Total	257	2,3977	0,99619		

3.20. Çalışanların Ailesinde Obez Kişi Bulunmasına Göre Obezite İle İlgili Değerlendirmeleri

Obezite ölçeği alt boyutlarında katılımcılarımızın ailede obez kişi ya da kişilerin varlığı açısından ortalamalarının farklı olup olmadığının test edilebilmesi için bağımsız örneklem t-testi uygulanmıştır. Tüm alt boyutlarda olasılık değeri p anlam düzeyinden büyük ($p>0,05$) bulunduğundan ailede obez kişi ya da kişilerin varlığı durumuna göre fark bulunamamıştır. Çalışmamız sonuçlarında, çalışanların ailesinde obez kişi bulunup bulunmaması obezite üzerinde etkili değildir çünkü ailesinde obez birey bulunan çalışan sayısı çok azdır. Tablo 31’de ailede obez kişi bulunması ile obezite arasındaki farklılığın değerlendirilmesi sunulmuştur.

Tablo 31. Çalışanların Ailesinde Obez Kişi Bulunmasına Göre Obezite İle İlgili Değerlendirmeleri

Alt Boyutlar	Ailede obez kişi ya da kişilerin varlığı	N	$\bar{X}$	Ss	t	Sd	P
İlaç tedavisi	Evet	57	4,1138	0,68067	-0,623	256	0,534
	Hayır	200	4,1750	0,65215			
Beslenme	Evet	57	2,4655	0,90038	-1,783	256	0,076
	Hayır	200	2,7217	0,98042			
Cerrahi tedavi	Evet	57	3,9885	0,68673	0,343	256	0,732
	Hayır	200	3,9500	0,77131			
Diyet tedavisi	Evet	57	3,9310	0,69742	0,332	107,517	0,741
	Hayır	200	3,8950	0,82454			
Egzersiz	Evet	57	2,2500	0,84423	-1,376	110,970	0,172
	Hayır	200	2,4325	1,03054			

3.21. Çalışanların Egzersiz Yapma Durumlarına Göre Obezite İle İlgili Değerlendirmeleri

Obezite ölçeği alt boyutlarında katılımcılarımızın kilo koruma veya zayıflama amacıyla egzersiz yapma durumu açısından ortalamalarının farklı olup olmadığının test edilebilmesi için bağımsız örneklem t-testi uygulanmıştır. Egzersiz alt boyutu hariç tüm alt boyutlarda olasılık değeri p anlam düzeyinden büyük ($p>0,05$) bulunduğundan kilo koruma veya zayıflama amacıyla egzersiz yapma durumu durumuna göre fark bulunamamıştır. Obezite ölçeği alt boyutlarından egzersiz boyutunda olasılık düzeyi $p<0,05$ olduğundan gruplar arasında farklılık olduğu anlaşılmıştır. Egzersiz yapanların egzersiz alt boyutunda aritmetik ortalamaları (2,69), egzersiz yapmayanların ortalamasından (2,20) yüksek bulunmuştur. Tablo 32’de egzersiz yapma ve obezite alt boyutları arasındaki farklılığın değerlendirilmesi verilmiştir.

Tablo 32. Çalışanların Egzersiz Yapma Durumlarına Göre Obezite İle İlgili Değerlendirmeleri

Alt Boyutlar	Kilo koruma veya zayıflama amacıyla egzersiz yapma	N	$\bar{X}$	Ss	t	Sd	P
İlaç tedavisi	Evet	97	4,2124	0,71052	0,726	174,628	0,469
	Hayır	160	4,1500	0,59006			
Beslenme	Evet	97	2,6804	1,01598	0,292	255	0,770
	Hayır	160	2,6438	0,94881			
Cerrahi tedavi	Evet	97	4,0069	0,75917	0,668	255	0,505
	Hayır	160	3,9438	0,71933			
Diyet tedavisi	Evet	97	3,8608	0,84392	-0,822	255	0,412
	Hayır	160	3,9438	0,74603			
Egzersiz	Evet	97	2,6959	0,99884	3,947	255	0,00*
	Hayır	160	2,2063	0,94234			

3.22. Çalışanların Egzersiz Yapma Sıklığına Göre Obezite İle İlgili Değerlendirmeleri

Obezite ölçeği alt boyutlarından beslenme boyutunda olasılık düzeyi $p < 0,05$ olduğundan gruplar arasında farklılık olduğu anlaşılmıştır. Farklılığın kaynağının anlaşılması için yapılan tukey testinde bu farklılığın haftada 3-4 gün grubu ile 15 günde bir grubu arasında olduğu anlaşılmıştır. Tanımlayıcı istatistiklere bakıldığında ise beslenme faktöründe haftada 3-4 gün grubu ortalaması (3,13), 15 günde bir grubu ortalamasından (2,43) büyük olduğu anlaşılmaktadır.

Obezite ölçeği alt boyutlarından egzersiz faktöründe olasılık düzeyi $p < 0,05$ olduğundan gruplar arasında farklılık olduğu anlaşılmıştır. Farklılığın kaynağının anlaşılması için yapılan tukey testinde bu farklılığın haftada 3-4 gün grubu ve haftada 1-2 gün grubu ile her gün grupları arasında olduğu anlaşılmıştır. Tanımlayıcı istatistiklere bakıldığında ise egzersiz faktöründe 3-4 gün grubu ortalaması (2,89) ve 1-2 gün grubu ortalaması (2,83), her gün grubu ortalamasından (2,19) büyük olduğu anlaşılmaktadır. Çalışanların yoğun çalışma temposundan egzersize vakit ayıramadığı ve aldıkları enerjiyi çalışma ortamında verdikleri düşünülmektedir.

Tablo 33'te egzersiz yapma sıklığı arasındaki farklılığın değerlendirilmesi sunulmuştur.

Tablo 33. Çalışanların Egzersiz Yapma Sıklığına Göre Obezite İle İlgili Değerlendirmeleri

Alt Boyutlar	Egzersiz Sıklığı	N	$\bar{x}$	Ss	F	P
İlaç tedavisi	Her gün	13	4,1692	0,53445	0,638	0,636
	Haftada 3-4 gün	31	4,1871	0,85936		
	Haftada 1-2 gün	43	4,2977	0,76017		
	15 günde bir	27	4,0741	0,58480		
	Total	114	4,1645	0,65861		
Beslenme	Her gün	13	2,4103	0,93446	2,670	0,033
	Haftada 3-4 gün	31	3,1398	0,92606		
	Haftada 1-2 gün	43	2,5581	1,06588		
	15 günde bir	27	2,4321	0,94197		
	Total	114	2,6577	0,97090		
Cerrahi tedavi	Her gün	13	4,3333	0,52705	2,087	0,083
	Haftada 3-4 gün	31	4,1720	0,76918		
	Haftada 1-2 gün	43	3,7829	0,83534		
	15 günde bir	27	3,9630	0,64935		
	Total	114	3,9614	0,75184		
Diyet tedavisi	Her gün	13	4,1923	0,56045	2,268	0,062
	Haftada 3-4 gün	31	3,5484	1,02758		
	Haftada 1-2 gün	43	4,0116	0,75976		
	15 günde bir	27	3,8704	0,76702		
	Total	114	3,9054	0,79590		
Egzersiz	Her gün	13	2,1923	0,80463	7,808	0,000
	Haftada 3-4 gün	31	2,8387	1,12833		
	Haftada 1-2 gün	43	2,8953	0,90342		
	15 günde bir	27	2,5926	1,01940		
	Total	114	2,3977	0,99619		

3.23. Çalışanların Bir İş Gününü Tanımlamalarına Göre Obezite İle İlgili Değerlendirmeleri

Obezite ölçeği alt boyutlarında katılımcılarımızın bir iş günü tanımlamaları açısından ortalamalarının farklı olup olmadığının test edilebilmesi için varyans analizi testi uygulanmıştır. Tüm alt boyutlarda olasılık değeri p anlam düzeyinden büyük ($p>0,05$) bulunduğundan bir iş günü tanımlamaları açısından gruplar arasında anlamlı farklılık bulunamamıştır. Çalışanların bir iş gününü sürekli oturarak, sürekli ayakta ve bazen ayakta bazen oturarak geçirmelerinin obezite durumlarını değiştirmedeği söylenebilir. Bunun nedeni olarak çalışan yaş ortalamasının düşük olması, oturarak çalışan genç çalışanların sosyal hayatlarında aktif bir yaşam

sürdükleri düşünülmektedir. Tablo 34’te bir iş gününü tanımlama ile obezite arasındaki farklılığın değerlendirilmesi gösterilmiştir.

Tablo 34. Çalışanların Bir İş Gününü Tanımlamalarına Göre Obezite İle İlgili Değerlendirmeleri

Alt Boyutlar	Bir İş Günü	N	$\bar{x}$	Ss	F	P
İlaç tedavisi	Sürekli oturarak	23	4,1391	0,81449	0,599	0,550
	Sürekli ayakta	54	4,2519	0,60462		
	Bazen	180	4,1418	0,65403		
	Total	257	4,1645	0,65861		
Beslenme	Sürekli oturarak	23	2,9420	0,92470	2,300	0,102
	Sürekli ayakta	54	2,4506	1,02415		
	Bazen	180	2,6832	0,95335		
	Total	257	2,6577	0,97090		
Cerrahi tedavi	Sürekli oturarak	23	3,9855	0,88465	0,087	0,916
	Sürekli ayakta	54	3,9938	0,71372		
	Bazen	180	3,9487	0,74893		
	Total	257	3,9614	0,75184		
Diyet tedavisi	Sürekli oturarak	23	3,6304	0,97953	1,649	0,194
	Sürekli ayakta	54	3,9815	0,69338		
	Bazen	180	3,9176	0,79627		
	Total	257	3,9054	0,79590		
Egzersiz	Sürekli oturarak	23	2,5217	1,00542	0,459	0,633
	Sürekli ayakta	54	2,4722	1,02062		
	Bazen	180	2,3599	0,99078		
	Total	257	2,3977	0,99619		

3.24. Çalışanların İşe Gidiş Şekline Göre Obezite İle İlgili Değerlendirmeleri

Obezite ölçeği alt boyutlarında katılımcılarımızın bir iş günü tanımlamaları açısından ortalamalarının farklı olup olmadığının test edilebilmesi için varyans analizi testi uygulanmıştır. Tüm alt boyutlarda olasılık değeri p anlam düzeyinden büyük ($p>0,05$) bulunduğundan bir iş günü tanımlamaları açısından gruplar arasında anlamlı farklılık bulunamamıştır. Çalışanların işe gidiş şekline göre obezite durumlarının benzer olduğu görülmektedir. Tablo 35’te çalışanların işe gidiş şekline göre obezite ile ilgili değerlendirmeleri sunulmuştur.

Tablo 35. Çalışanların İşe Gidiş Şekline Göre Obezite İle İlgili Değerlendirmeleri

Alt Boyutlar	İşe Nasıl Gider	N	$\bar{x}$	Ss	F	P
İlaç tedavisi	Otobüsle	117	4,1798	0,60022	1,453	0,228
	Kendi aracımlla	63	4,1079	0,70832		
	Yürüyerek	54	4,0926	0,75407		
	Diğer	23	4,4087	0,53421		
	Total	257	4,1645	0,65861		
Beslenme	Otobüsle	117	2,5574	0,94192	1,990	0,116
	Kendi aracımlla	63	2,8942	0,97427		
	Yürüyerek	54	2,5556	1,02383		
	Diğer	23	2,7681	0,91803		
	Total	257	2,6577	0,97090		
Cerrahi tedavi	Otobüsle	117	3,9356	0,74191	0,246	0,864
	Kendi aracımlla	63	4,0317	0,87726		
	Yürüyerek	54	3,9383	0,63137		
	Diğer	23	3,9565	0,72686		
	Total	257	3,9614	0,75184		
Diyet tedavisi	Otobüsle	117	3,9538	0,78652	1,367	0,253
	Kendi aracımlla	63	3,9841	0,71824		
	Yürüyerek	54	3,8148	0,78486		
	Diğer	23	3,6522	1,02730		
	Total	257	3,9054	0,79590		
Egzersiz	Otobüsle	117	2,3067	0,91852	0,905	0,439
	Kendi aracımlla	63	2,5317	1,12477		
	Yürüyerek	54	2,4815	0,93144		
	Diğer	23	2,3043	1,15541		
	Total	257	2,3977	0,99619		

3.25. Çalışanların Diyet Yapma Durumuna Göre Obezite İle İlgili Değerlendirmeleri

Obezite ölçeği alt boyutlarından diyet tedavisi boyutunda olasılık düzeyi $p < 0,05$ olduğundan gruplar arasında farklılık olduğu anlaşılmıştır. Farklılığın kaynağının anlaşılması için yapılan tukey testinde bu farklılığın hayır grubu bazen grubu arasında olduğu anlaşılmıştır. Tanımlayıcı istatistiklere bakıldığında ise diyet tedavisi faktöründe hayır grubu ortalaması (4,03), bazen grubu ortalamasından (3,7) büyük olduğu anlaşılmaktadır. Çalışanların sorulara hayır diyerek; tedavi yada kilo vermek için diyet yapmadıkları yada diyeti tercih etmeyecekleri, diğer tedavi yöntemlerini kullanabilecekleri düşünülmektedir ve Tablo 36'da değerlendirilmektedir.

Tablo 36. Çalışanların Diyet Yapma Durumuna Göre Obezite İle İlgili Değerlendirmeleri

Alt Boyutlar	Diyet Yapma	N	$\bar{x}$	Ss	F	P
İlaç tedavisi	Evet	36	4,1889	0,78696	0,176	0,839
	Hayır	126	4,1812	0,64500		
	Bazen	95	4,1326	0,62950		
	Total	257	4,1645	0,65861		
Beslenme	Evet	36	2,5741	1,07382	0,532	0,588
	Hayır	126	2,6224	0,95605		
	Bazen	95	2,7368	0,95513		
	Total	257	2,6577	0,97090		
Cerrahi tedavi	Evet	36	3,9167	0,88147	0,950	0,388
	Hayır	126	4,0260	0,69822		
	Bazen	95	3,8912	0,76946		
	Total	257	3,9614	0,75184		
Diyet tedavisi	Evet	36	3,7917	0,84832	3,433	0,034
	Hayır	126	4,0352	0,74290		
	Bazen	95	3,7737	0,82439		
	Total	257	3,9054	0,79590		
Egzersiz	Evet	36	2,5972	0,89298	2,031	0,133
	Hayır	126	2,2773	1,02106		
	Bazen	95	2,4842	0,98783		
	Total	257	2,3977	0,99619		

3.26. Çalışanların Diyet Yapma Sıklığına Göre Obezite İle İlgili Değerlendirmeleri

Obezite ölçeği alt boyutlarında katılımcılarımızın diyet yapma sıklığına göre ortalamalarının farklı olup olmadığının test edilebilmesi için tek yönlü varyans analizi uygulanmıştır. Olasılık değeri cerrahi tedavi boyutu hariç diğer alt boyutlarda anlam düzeyinden büyük ($p>0,05$) bulunduğundan diyet yapma sıklığına göre anlamlı farklılık tespit edilememiştir.

Obezite ölçeği alt boyutlarından cerrahi tedavi boyutunda olasılık düzeyi $p<0,05$ olduğundan gruplar arasında farklılık olduğu anlaşılmaktadır. Farklılığın kaynağının anlaşılması için yapılan tukey testinde bu farklılığın sürekli diyet yaparım grubu ile kilo aldığında diyet yaparım ve nadiren diyet yaparım grubu arasında olduğu anlaşılmıştır. Tanımlayıcı istatistiklere bakıldığında ise cerrahi tedavi boyutunda sürekli diyet yaparım grubu ortalaması (4,71), kilo aldığında diyet yaparım ortalamasından (3,85) ve nadiren diyet yaparım grubu ortalamasından (3,97)

büyük olduğu anlaşılmaktadır. Tablo 37’de diyet yapma sıklığı ile obezite arasındaki farklılığın değerlendirilmesi gösterilmiştir.

Tablo 37. Çalışanların Diyet Yapma Sıklığına Göre Obezite İle İlgili Değerlendirmeleri

Alt Boyutlar	Diyet Yapma Sıklığı	N	$\bar{x}$	Ss	F	P
İlaç tedavisi	Sürekli	7	4,5714	0,50897	1,033	0,379
	Kilo aldığımda	98	4,1245	0,73134		
	Nadiren	61	4,1574	0,56346		
	Total	166	4,1645	0,65861		
Beslenme	Sürekli	7	2,5714	1,01314	0,462	0,709
	Kilo aldığımda	98	2,6531	1,00505		
	Nadiren	61	2,7760	0,86006		
	Total	166	2,6577	0,97090		
Cerrahi tedavi	Sürekli	7	4,7143	0,35635	3,165	0,025
	Kilo aldığımda	98	3,8571	0,77917		
	Nadiren	61	3,9727	0,72851		
	Total	166	3,9614	0,75184		
Diyet tedavisi	Sürekli	7	3,9286	0,73193	3,054	0,059
	Kilo aldığımda	98	3,7194	0,89404		
	Nadiren	61	3,9836	0,73579		
	Total	166	3,9054	0,79590		
Egzersiz	Sürekli	7	2,7143	1,14953	4,670	0,053
	Kilo aldığımda	98	2,6378	0,97859		
	Nadiren	61	2,3934	0,90423		
	Total	166	2,3977	0,99619		

3.27. Çalışanların Diyet Yapma Şekline Göre Obezite İle İlgili Değerlendirmeleri

Obezite ölçeği alt boyutlarında katılımcılarımızın diyet yapma sıklığına göre ortalamalarının farklı olup olmadığının test edilebilmesi için tek yönlü varyans analizi uygulanmıştır. Olasılık değeri beslenme ve egzersiz boyutu hariç diğer alt boyutlarda anlam düzeyinden büyük ($p>0,05$) bulunduğundan diyet yapma şekline göre anlamlı farklılık tespit edilememiştir.

Obezite ölçeği alt boyutlarından beslenme boyutunda olasılık düzeyi $p<0,05$ olduğundan gruplar arasında farklılık olduğu anlaşılmaktadır. Farklılığın kaynağının anlaşılması için yapılan tukey testinde bu farklılığın doktor kontrolünde diyet yapanlar ve zayıflama ilacı kullananlar arasında olduğu anlaşılmıştır. Tanımlayıcı istatistiklere bakıldığında ise doktor kontrolünde diyet yapanlar grubu ortalaması

(2,97), zayıflama ilacı kullananların ortalamasından (2,27) büyük olduğu anlaşılmaktadır.

Obezite ölçeği alt boyutlarından egzersiz faktöründe olasılık düzeyi $p<0,05$ olduğundan gruplar arasında farklılık olduğu anlaşılmaktadır. Farklılığın kaynağının anlaşılması için yapılan tukey testinde bu farklılığın doktor kontrolünde diyet yapanlar ve zayıflama ilacı kullananlar arasında olduğu anlaşılmıştır. Tanımlayıcı istatistiklere bakıldığında ise doktor kontrolünde diyet yapanlar grubu ortalaması (2,64), zayıflama ilacı kullananların ortalamasından (2,12) büyük olduğu anlaşılmaktadır. Çalışanların mesleki bilgileri ve deneyimleri sonucunda bir çok yan etkisi bulunan ilaç tedavisi yerine diyet tedavisini tercih ettikleri düşünülmektedir. Tablo 38’de diyet yapma şekli ile obezite arasındaki farklılığın değerlendirilmesi sunulmuştur.

Tablo 38. Çalışanların Diyet Yapma Şekline Göre Obezite İle İlgili Değerlendirmeleri

Alt Boyutlar	Diyet Yapma	N	$\bar{x}$	Ss	F	P
İlaç tedavisi	Doktor kontrolü	48	4,3125	0,60902	1,299	0,271
	Zayıflama ilacı	16	3,9625	0,82047		
	Arkadaş önerisi	34	4,1412	0,65418		
	İletişim kaynakları	75	4,2027	0,68299		
	Total	173	4,1645	0,65861		
Beslenme	Doktor kontrolü	48	2,9722	0,89346	2,566	0,039
	Zayıflama ilacı	16	2,2708	0,78144		
	Arkadaş önerisi	34	2,8235	0,95781		
	İletişim kaynakları	75	2,5867	1,07642		
	Total	173	2,6577	0,97090		
Cerrahi tedavi	Doktor kontrolü	48	4,0208	0,74188	0,341	0,850
	Zayıflama ilacı	16	4,0625	0,78144		
	Arkadaş önerisi	34	4,0000	0,73855		
	İletişim kaynakları	75	3,8889	0,75999		
	Total	173	3,9614	0,75184		
Diyet tedavisi	Doktor kontrolü	48	4,0729	0,77177	2,324	0,057
	Zayıflama ilacı	16	3,9375	0,98107		
	Arkadaş önerisi	34	3,7206	0,94701		
	İletişim kaynakları	75	3,7400	0,74598		
	Total	173	3,9054	0,79590		
Egzersiz	Doktor kontrolü	48	2,6458	1,00508	3,671	0,006
	Zayıflama ilacı	16	2,1250	0,95743		
	Arkadaş önerisi	34	2,5882	0,88310		
	İletişim kaynakları	75	2,5400	1,01262		
	Total	173	2,3977	0,99619		

3.28. Çalışanlarda Kronik Hastalıkların Bulunmasına Göre Obezite İle İlgili Değerlendirmeleri

Obezite ölçeği alt boyutlarında katılımcılarımızın kronik sağlık sorunlarına göre ortalamalarının farklı olup olmadığının test edilebilmesi için tek yönlü varyans analizi uygulanmıştır. Olasılık değeri tüm alt boyutlarda anlam düzeyinden büyük ($p>0,05$) bulunduğundan diyet yapma şekline göre anlamlı farklılık tespit edilememiştir. Çalışanlarda kronik hastalık bulunup bulunmamasının obeziteyi etkilemediği, neden olarak çalışanların yaşlarının ortalama olarak genç olması düşünülmektedir. Bu durum Tablo 39’da verilmiştir.

Tablo 39. Çalışanlarda Kronik Hastalıkların Bulunmasına Göre Obezite İle İlgili Değerlendirmeleri

Alt Boyutlar	Kronik-Sağlık Sorunu	N	$\bar{x}$	Ss	F	P
İlaç Tedavisi	Hipertansiyon	8	4,2500	0,29761	0,723	0,0591
	Kalp damar hastalıkları	5	4,1600	0,80498		
	Ruhsal sorunlar	3	4,0000	0,34641		
	Sindirim sistemi	8	4,2250	0,53918		
	Diğer	10	4,0000	0,71802		
	Total	34	4,1645	0,65861		
Beslenme	Hipertansiyon	8	3,0000	0,79682	0,367	0,871
	Kalp damar hastalıkları	5	2,4000	1,53478		
	Ruhsal sorunlar	3	2,5556	1,34715		
	Sindirim sistemi	8	3,0000	0,79682		
	Diğer	10	2,3333	0,92962		
	Total	34	2,6577	0,97090		
Cerrahi tedavi	Hipertansiyon	8	4,0000	0,43644	1,902	0,094
	Kalp damar hastalıkları	5	4,0667	0,54772		
	Ruhsal sorunlar	3	4,2222	0,69389		
	Sindirim sistemi	8	3,7500	0,68429		
	Diğer	10	3,7667	0,90335		
	Total	34	3,9614	0,75184		
Diyet tedavisi	Hipertansiyon	8	4,0000	0,65465	0,723	0,607
	Kalp damar hastalıkları	5	4,1000	0,41833		
	Ruhsal sorunlar	3	3,6667	1,15470		
	Sindirim sistemi	8	3,4375	0,97970		
	Diğer	10	3,3500	1,20301		
	Total	34	3,9054	0,79590		
Egzersiz	Hipertansiyon	8	2,2500	0,84515	1,680	0,140
	Kalp damar hastalıkları	5	2,0000	1,00000		
	Ruhsal sorunlar	3	1,6667	1,15470		
	Sindirim sistemi	8	2,3750	0,87627		
	Diğer	10	2,1500	0,57975		
	Total	34	2,3977	0,99619		

3.29. Çalışanların Kilo Açısından Kendilerini Tanımlamalarına Göre Obezite İle İlgili Değerlendirmeleri

Obezite ölçeği alt boyutlarında katılımcılarımızın kilolarını tanımlama durumuna göre ortalamalarının farklı olup olmadığının test edilebilmesi için tek yönlü varyans analizi uygulanmıştır. Olasılık değeri tüm alt boyutlarda anlam düzeyinden büyük ($p>0,05$) bulunduğundan kilolarını tanımlama şekline göre anlamlı farklılık tespit edilememiştir ve obezite durumlarının çalışanların kilo açısından kendilerini tanımlamalarına göre benzer değerlendirmeler yaptığı söylenebilir. Bu durum Tablo 40’da gösterilmiştir.

Tablo 40. Çalışanların Kilo Açısından Kendilerini Tanımlamalarına Göre Obezite İle İlgili Değerlendirmeleri

Alt Boyutlar	Kendini Tanımlama	N	$\bar{x}$	Ss	F	P
İlaç tedavisi	İdeal kilodayım	147	4,1973	0,66579	0,479	0,620
	Zayıfım	17	4,0706	0,46336		
	Şişmanım	93	4,1305	0,67903		
	Total	257	4,1645	0,65861		
Beslenme	İdeal kilodayım	147	2,7075	0,99075	0,488	0,615
	Zayıfım	17	2,5294	0,99344		
	Şişmanım	93	2,6035	0,94067		
	Total	257	2,6577	0,97090		
Cerrahi tedavi	İdeal kilodayım	147	3,9546	0,76911	0,220	0,803
	Zayıfım	17	4,0784	0,65117		
	Şişmanım	93	3,9509	0,74689		
	Total	257	3,9614	0,75184		
Diyet tedavisi	İdeal kilodayım	147	3,9388	0,77171	1,112	0,330
	Zayıfım	17	4,0882	0,61835		
	Şişmanım	93	3,8211	0,85650		
	Total	257	3,9054	0,79590		
Egzersiz	İdeal kilodayım	147	2,3946	0,97438	0,026	0,975
	Zayıfım	17	2,3529	0,86177		
	Şişmanım	93	2,4105	1,05935		
	Total	257	2,3977	0,99619		

3.30. Çalışanların Kilo Fazlalıklarının Nedenlerine Göre Obezite İle İlgili Değerlendirmeleri

Obezite ölçeği alt boyutlarında katılımcılarımızın kilo fazlalığı nedenine göre ortalamalarının farklı olup olmadığının test edilebilmesi için tek yönlü varyans analizi uygulanmıştır. Olasılık değeri tüm alt boyutlarda anlam düzeyinden büyük ($p>0,05$) bulunduğundan kilo fazlalığı nedenine göre anlamlı farklılık tespit

edilememiştir. Obezite durumlarının çalışanların kilo fazlalıklarının nedenlerine göre değişmediği söylenebilir. Bu durum Tablo 41’de sunulmuştur.

Tablo 41. Çalışanların Kilo Fazlalıklarının Nedenlerine Göre Obezite İle İlgili Değerlendirmeleri

Alt Boyutlar	Kilo Fazlalığı Nedeni	N	$\bar{x}$	Ss	F	P
İlaç tedavisi	Beslenme tarzı	96	4,1104	0,69759	1,214	0,303
	Ailesel yatkınlık	23	4,2174	0,75778		
	Çalışma koşulları	13	4,2615	0,38630		
	Psikolojik faktörler	6	3,6667	0,82624		
	Diğer	13	4,0462	0,56068		
	Total	151	4,1645	0,65861		
Beslenme	Beslenme tarzı	96	2,5382	0,89882	0,669	0,647
	Ailesel yatkınlık	23	2,6232	1,06981		
	Çalışma koşulları	13	2,6154	1,13730		
	Psikolojik faktörler	6	2,5000	1,02740		
	Diğer	13	2,7179	1,02601		
	Total	151	2,6577	0,97090		
Cerrahi tedavi	Beslenme tarzı	96	3,9340	0,81881	2,035	0,074
	Ailesel yatkınlık	23	4,0870	0,78636		
	Çalışma koşulları	13	3,7436	0,43363		
	Psikolojik faktörler	6	3,3889	0,57413		
	Diğer	13	4,4103	0,45448		
	Total	151	3,9614	0,75184		
Diyet tedavisi	Beslenme tarzı	96	3,8906	0,88319	1,212	0,304
	Ailesel yatkınlık	23	3,9348	0,43444		
	Çalışma koşulları	13	3,4615	0,87706		
	Psikolojik faktörler	6	3,5833	1,20069		
	Diğer	13	4,0000	0,73598		
	Total	151	3,9054	0,79590		
Egzersiz	Beslenme tarzı	96	2,3958	1,06107	0,905	0,478
	Ailesel yatkınlık	23	2,5652	1,00345		
	Çalışma koşulları	13	2,7308	0,63296		
	Psikolojik faktörler	6	2,7500	1,08397		
	Diğer	13	2,0769	1,13369		
	Total	151	2,3977	0,99619		

3.31. Çalışanların Belirttikleri Obezite Nedenlerine Göre Obezite İle İlgili Değerlendirmeleri

Obezite ölçeği alt boyutlarında katılımcılarımızın kendileri açısından obezite nedenine göre ortalamalarının farklı olup olmadığının test edilebilmesi için tek yönlü varyans analizi uygulanmıştır. Olasılık değeri tüm alt boyutlarda anlam düzeyinden büyük ($p>0,05$) bulunduğundan kendileri açısından obezite nedenine göre anlamlı

farklılık tespit edilememiştir. Çalışanların belirttikleri obezite nedenlerine göre obezite ile ilgili değerlendirmelerinin benzer olduğu söylenebilir. Bu durum tablo 42’de verilmiştir.

Tablo 42. Çalışanların Belirttikleri Obezite Nedenlerine Göre Obezite İle İlgili Değerlendirmeleri

Alt Boyutlar	Obezite Nedeni	N	$\bar{x}$	Ss	F	P
İlaç tedavisi	Beslenme tarzı	184	4,1763	0,65022	0,830	0,529
	Ailesel yatkınlık	41	4,0439	0,69212		
	Çalışma koşulları	6	4,2333	0,67429		
	Kronik hastalıklar	8	4,3250	0,55485		
	Psikolojik faktörler	9	4,0000	0,81854		
	Diğer	9	4,4444	0,60645		
	Total	257	4,1645	0,65861		
Beslenme	Beslenme tarzı	184	2,6720	0,95135	1,188	0,316
	Ailesel yatkınlık	41	2,6016	0,97530		
	Çalışma koşulları	6	2,1667	1,24276		
	Kronik hastalıklar	8	2,2500	0,88641		
	Psikolojik faktörler	9	3,1852	1,15604		
	Diğer	9	2,7778	1,01379		
	Total	257	2,6577	0,97090		
Cerrahi tedavi	Beslenme tarzı	184	4,0072	0,73844	1,273	0,276
	Ailesel yatkınlık	41	3,7480	0,73326		
	Çalışma koşulları	6	3,9444	0,77220		
	Kronik hastalıklar	8	4,1667	0,66667		
	Psikolojik faktörler	9	3,6667	1,19024		
	Diğer	9	4,1111	0,55277		
	Total	257	3,9614	0,75184		
Diyet tedavisi	Beslenme tarzı	184	3,9516	0,80560	1,145	0,337
	Ailesel yatkınlık	41	3,7561	0,73418		
	Çalışma koşulları	6	4,0000	0,54772		
	Kronik hastalıklar	8	4,1875	0,25877		
	Psikolojik faktörler	9	3,5556	1,15770		
	Diğer	9	3,6667	0,82916		
	Total	257	3,9054	0,79590		
Egzersiz	Beslenme tarzı	184	2,3172	1,00481	1,255	0,284
	Ailesel yatkınlık	41	2,5854	1,01182		
	Çalışma koşulları	6	2,5000	1,00000		
	Kronik hastalıklar	8	2,5625	0,77632		
	Psikolojik faktörler	9	3,0000	0,96825		
	Diğer	9	2,3889	0,82074		
	Total	257	2,3977	0,99619		

3.32. Çalışanların Kilo Vermek İçin Tercih Ettiği Yöntemlere Göre Obezite İle İlgili Değerlendirmeleri

Obezite ölçeği alt boyutlarında katılımcılarımızın kilo verme yöntemlerine göre ortalamalarının farklı olup olmadığının test edilebilmesi için tek yönlü varyans analizi uygulanmıştır. Olasılık değeri tüm alt boyutlarda anlam düzeyinden büyük ($p>0,05$) bulunduğundan kilo verme yöntemlerine göre anlamlı farklılık tespit edilememiştir. Çalışanların bu açıdan değerlendirmelerinin değişmediği görülmektedir. Tablo 43'te kilo vermek için tercih edilen yöntemler ile obezite arasındaki farklılığın değerlendirilmesi sunulmuştur.

Tablo 43. Çalışanların Kilo Vermek İçin Tercih Ettiği Yöntemlere Göre Obezite İle İlgili Değerlendirmeleri

Alt Boyutlar	Kilo Verme yöntemleri	N	$\bar{x}$	Ss	F	P
İlaç tedavisi	Diyet	110	4,0982	0,72883	1,940	0,146
	Egzersiz	139	4,2312	0,59005		
	İlaç	8	3,9000	0,71714		
	Total	257	4,1645	0,65861		
Beslenme	Diyet	110	2,5333	0,93215	1,583	0,207
	Egzersiz	139	2,7470	0,98311		
	İlaç	8	2,7917	1,20761		
	Total	257	2,6577	0,97090		
Cerrahi tedavi	Diyet	110	3,8727	0,81522	1,425	0,242
	Egzersiz	139	4,0331	0,70745		
	İlaç	8	3,9167	0,49602		
	Total	257	3,9614	0,75184		
Diyet tedavisi	Diyet	110	3,8455	0,86137	1,146	0,320
	Egzersiz	139	3,9326	0,75408		
	İlaç	8	4,2500	0,46291		
	Total	257	3,9054	0,79590		
Egzersiz	Diyet	110	2,2818	1,00350	1,347	0,262
	Egzersiz	139	2,4894	0,98646		
	İlaç	8	2,3750	1,02644		
	Total	257	2,3977	0,99619		

4. ÇALIŞANLARIN BEDEN KİTLE İNDEKSİ İLE DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ ARASINDAKİ FARKLILIKLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Çalışanların boy ve kiloları öğrenilerek, kg/m² formülünde yerine konularak hesaplanan beden kitle indeksi ile çalışanların cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim, evlilik yılı ve mesleki pozisyonlar gibi demografik özellikler arasındaki farklılıkların belirlenmesi amacıyla düzenlenmiştir.

4.1. Çalışanların BKİ İle Cinsiyeti Arasındaki Farklılığın Değerlendirilmesi

BKİ ve cinsiyet başlıkları arasında ilişki olup olmadığının test edilebilmesi için ki-kare testi uygulanmıştır. BKİ'ine göre cinsiyetler arasında bağımlılık, ilişki tespit edilmiştir. ($\chi^2 = 32,549$ p= ,000 *) Kadın çalışanların %66,0'ı, erkek çalışanların %39,2'sinin normal ağırlıkta; kadın çalışanların %21,6'sının, erkek çalışanların ise %46,4'ünün fazla kilolu olduğu görülmüştür. Kadın çalışanların %5,6'sının, erkek çalışanların %13,4'ünün obez olduğu bulunmuştur.

Sağlık Bakanlığının yaptığı çalışmada ise; erkek çalışanların %38,2'si kadın çalışanların %58,5'i normal, erkek çalışanların %46,2'si kadın çalışanların %27,9'u fazla kilolu ve erkek çalışanların %14,0'ı kadın çalışanların %9,8'i obez olduğu tespit edilmiştir.¹¹⁷ Sağlık Bakanlığının 2011 yılında yaptığı araştırma ile çalışmamız sonuçları aynı paralelde olduğu gözlenmiştir. 2011 yılında yapılan çalışmada ve çalışmamızda çoğunluktaki kadın çalışanların; normal, erkek çalışanların; fazla kilolu olduğu tespit edilmiştir. Kadın çalışanların estetik açıdan erkeklere oranla kendilerine daha fazla dikkat ettikleri ve kilo durumlarını daha sıkı bir şekilde takip etmeleri sonucunda normal kiloda kaldıkları düşünülmektedir. Tablo 44'te BKİ ile cinsiyet arasındaki farklılığın değerlendirilmesi gösterilmiştir.

¹¹⁷ S.Ç.O.V.Z.D.B.R.,s.40.

Tablo 44. Çalışanların BKİ İle Cinsiyeti Arasındaki Farklılığın Değerlendirilmesi

		BKİ									
		18.5 altı zayıf		18.5-24.9 arası normal		25-29.9 fazla kilolu		30-39.9 arası obez		40 üzeri ileri derecede obez	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
cinsiyet	kadın	11	6,8	107	66,0	35	21,6	9	5,6	0	0,0
	erkek	0	0,0	38	39,2	45	46,4	13	13,4	1	1,0

4.2. Çalışanların BKİ İle Yaşı Arasındaki Farklılığın Değerlendirilmesi

BKİ ve yaş başlıkları arasında ilişki olup olmadığını belirlemek amacıyla ki-kare testi uygulanmış ve aralarında ilişki tespit edilememiştir. ($\chi^2 = 40,338$ $p = ,062$) İleri obez çalışanların en çok 31-35 yaş aralığında (%2,0), obez çalışanlar ise en çok 41-45 yaş grubunda (%18,2) ve 36-40 yaş grubunda (%11,9) olduğu gözlenmiştir. Fazla kilolu çalışanlar 41-45 (%50,0) ve 46-50 (%50,0) yaş grubunda en fazladır.

Yapılan çalışmada BKİ'ine göre, normal sınıflamasına göre en fazla yaş grubu %72,6 ile 18-24 yaş grubu iken, fazla kilolu sınıflamasında %49,1 ile 51 yaş üstü ve obez sınıflamasında ise %21,9 ile yine 51 yaş üstü grubudur.¹¹⁸ Çalışmamızda çalışmaya katılan katılımcıların yaş grubunun genç olması ve genç nüfusun dış görünüşe verdiği önem sonucunda, genç grubun normal ağırlıkta olduğu ve yaşla birlikte kilo alma eğiliminin arttığı gözlenmiştir. Tablo 45'te BKİ ile yaş arasındaki farklılığın değerlendirilmesi sunulmuştur.

¹¹⁸ S.Ç.O.V.Z.D.B.R.,s.40.

Tablo 45. Çalışanların BKİ İle Yaşı Arasındaki Farklılığın Değerlendirilmesi

		BKİ									
		18.5 altı zayıf		18.5-24.9 arası normal		25-29.9 fazla kilolu		30-39.9 arası obez		40 üzeri ileri derecede obez	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
yaş	20 ve altı	1	7,7	11	84,6	1	7,7	0	0,0	0	0,0
	21-25	6	11,1	37	68,5	8	14,8	3	5,6	0	0,0
	26-30	4	6,5	31	50,0	22	35,5	5	8,1	0	0,0
	31-35	0	0,0	29	56,9	16	31,4	5	9,8	1	2,0
	36-40	0	0,0	22	52,4	15	35,7	5	11,9	0	0,0
	41-45	0	0,0	7	31,8	11	50,0	4	18,2	0	0,0
	46-50	0	0,0	3	50,0	3	50,0	0	0,0	0	0,0
	50 üstü	0	0,0	5	55,6	4	44,4	0	0,0	0	0,0

4.3. Çalışanların BKİ İle Medeni Durumu Arasındaki Farklılığın Değerlendirilmesi

BKİ ve medeni durum arasında ilişki olup olmadığını belirlemek amacıyla ki-kare testi uygulanmış, BKİ ve medeni durum arasında bağımlılık, ilişki tespit edilmiştir. ($\chi^2 = 24,279$ $p = ,002^*$) Obez olan evli çalışanlar (%10,8), bekarlara (%4,4); fazla kilolu evli çalışanlar (%36,1), bekarlara (%22,2); normal kilolu bekar çalışanlarda (%64,4), evli çalışanlara (%51,2) göre daha fazladır. Çalışmamızda evli çalışanlarda obezite görülme sıklığı bekar çalışanlara oranla daha fazla olduğu tespit edilmiştir.

Yapılan araştırma sonuçlarında ise; bekar çalışanlar %65,3 oranı ile normal, %21,8 oranı ile fazla kilolu, %6,2 oranı ile obez bulunurken; evli çalışanlar %47,6 oranı ile normal, %37,7 oranı ile fazla kilolu ve %12,7 oranı ile obez sınıflamasında tespit edilmiştir.¹¹⁹ Kişilerin bekar iken dış görünüşüne ve kilolarına dikkat ettiği

¹¹⁹ S.Ç.O.V.Z.D.B.R.,s.41.

ancak evlendikten sonra dikkat etmedikleri ve hareketsiz bir yaşam sürmeleri sonucunda fazla kilolu oldukları düşünülmektedir. Tablo 46’da medeni durum ile BKİ arasındaki farklılığın değerlendirilmesi gösterilmiştir.

Tablo 46. Çalışanların BKİ İle Medeni Durumu Arasındaki Farklılığın Değerlendirilmesi

		BKİ									
		18.5 altı zayıf		18.5-24.9 arası normal		25-29.9 fazla kilolu		30-39.9 arası obez		40 üzeri ileri derecede obez	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Medeni durum	evli	2	1,2	85	51,2	60	36,1	18	10,8	1	0,6
	bekar	8	8,9	58	64,4	20	22,2	4	4,4	0	0,0
	diğer	1	33,3	2	66,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0

4.4. Çalışanların BKİ İle Evlilik Süresi Arasındaki Farklılığın Değerlendirilmesi

BKİ ve evlilik yılları arasında ilişki olup olmadığını belirlemek amacıyla ki-kare testi uygulanmış, BKİ ve evlilik yılları arasında bağımlılık, ilişki bulunmuştur. ($\chi^2 = 28,022$ p= ,031*) 11-20 yıl evli olan çalışanlarda obezite (%14,3), 6-10 yıl arası evli olan çalışanlarda fazla kilolu (%43,2) oranı yüksek bulunmuştur. Uzun yıllardır evli olan çalışanlar; yaşları daha ileri olduğu için, ileri yaşın getirdiği, daha rahat bir yaşam biçimine sahip oldukları, yavaşlayan metabolizma hızı ve azalan aktivite sonucunda kilo alma eğilimlerinin arttığı söylenebilir. Tablo 47’de evlilik süresi ile BKİ arasındaki farklılığın değerlendirilmesi sunulmuştur.

Tablo 47. Çalışanların BKİ İle Evlilik Süresi Arasındaki Farklılığın Değerlendirilmesi

		BKİ									
		18.5 altı zayıf		18.5-24.9 arası normal		25-29.9 fazla kilolu		30-39.9 arası obez		40 üzeri ileri derecede obez	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Kaç yıllık evli	1-5 yıl	1	2,1	27	57,4	14	29,8	5	10,6	0	0,0
	6-10 yıl	1	2,3	19	43,2	19	43,2	4	9,1	1	2,3
	11-20 yıl	0	0,0	24	49,0	18	36,7	7	14,3	0	0,0
	20yıldan fazla	0	0,0	15	57,7	9	34,6	2	7,7	0	0,0
	boş	9	9,7	60	64,5	20	21,5	4	4,3	0	0,0

4.5. Çalışanların BKİ İle Eğitim Durumu Arasındaki Farklılığın Değerlendirilmesi

BKİ ve eğitim durumu arasında ilişki olup olmadığının test edilebilmesi için ki-kare testi uygulanmış ve aralarında bağımlılık, ilişki tespit edilememiştir. ($\chi^2 = 17,391$ p= ,361) İlköğretim (%13,3), lise (%9,5), önlisans (%9,4) mezunlarının obez; yüksek lisans (%57,1), ilköğretim (%40,0), lise (%32,8) mezunu çalışanların fazla kilolu olduğu belirlenmiştir.

Yapılan diğer çalışmada, normal sınıflandırmada %55,2 oranı ile lisans mezunları, fazla kilolu %42,2 oranı ile ve obez %20,5 oranı ile ilköğretim mezunları olduğu bulunmuştur.¹²⁰ Eğitim seviyesi düştükçe kilo alma eğiliminin artmış olduğu belirlenmiş ve nedeninin eğitim seviyesi yükseldikçe, artan bilgi düzeyi ve gelir düzeyinin artması sonucu olduğu düşünülmüştür. Tablo 48’de eğitim durumu ve BKİ arasındaki farklılığın değerlendirilmesi sunulmuştur.

¹²⁰ S.Ç.O.V.Z.D.B.R., s.41.

Tablo 48. Çalışanların BKİ İle Eğitim Durumu Arasındaki Farklılığın Değerlendirilmesi

		BKİ									
		18.5 altı zayıf		18.5-24.9 arası normal		25-29.9 fazla kilolu		30-39.9 arası obez		40 üzeri ileri derecede obez	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
eğitim	ilköğretim	1	3,3	13	43,3	12	40,0	4	13,3	0	0,0
	lise	7	6,0	59	50,9	38	32,8	11	9,5	1	0,9
	önlisans	1	1,9	36	67,9	11	20,8	5	9,4	0	0,0
	lisans	2	4,3	31	67,4	11	23,9	2	4,3	0	0,0
	yükseklisans	0	0,0	6	42,9	8	57,1	0	0,0	0	0,0

4.6. Çalışanların BKİ İle Mesleki Pozisyonları Arasındaki Farklılığın Değerlendirilmesi

BKİ ve pozisyonlar arasındaki bağımlılığı tespit edebilmek için ki-kare testi uygulanmış ve aralarında bağımlılık, ilişki tespit edilmiştir. ($\chi^2 = 31,404$ p= ,049*) Hemşire-ebelerin normal (%68,9), doktorların fazla kilolu (%60,0), sağlık memurlarının obez (%9,7) oranı yüksek bulunmuştur. Erkeklerde kadınlara oranla sigara içme ve alkol tüketiminin yüksek olması ve erkeklerin kadınlara oranla daha az hareket etmeleri, dış görünüşlerine kadınlar kadar önem vermedikleri ve dikkat etmedikleri nedeniyle erkeklerin daha yatkın olduğu belirtilebilir. Bu durum Tablo 49'da gösterilmiştir.

Tablo 49. Çalışanların BKİ İle Mesleki Pozisyonları Arasındaki Farklılığın Değerlendirilmesi

		BKİ									
		18.5 altı zayıf		18.5-24.9 arası normal		25-29.9 fazla kilolu		30-39.9 arası obez		40 üzeri ileri derecede obez	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
pozisyon	doktor	0	0,0	4	40,0	6	60,0	0	0,0	0	0,0
	hemşire-ebe	6	9,8	42	68,9	9	14,8	4	6,6	0	0,0
	sağlık memuru	1	3,2	14	45,2	13	41,9	3	9,7	0	0,0
	tıbbi sekreter	2	4,2	31	64,6	12	25,0	2	4,2	1	2,1
	temizlik elemanı	0	0,0	20	55,6	13	36,1	3	8,3	0	0,0
	diğer	2	2,7	34	46,6	27	37,0	10	13,7	0	0,0

4.7. Çalışanların BKİ İle Mesleki Deneyimleri Arasındaki Farklılığın Değerlendirilmesi

BKİ ve mesleki yıllar arasındaki bağımlılığı tespit etmek amacıyla yapılan ki-kare testi sonucunda aralarında bağımlılık, ilişki tespit edilememiştir. ($\chi^2 = 20,013$ $p = ,457$) 16-20 yıl çalışanların obez (%25,0), 11-15 yıl çalışanların fazla kilolu (%43,5), 1 yıldan az çalışanların normal kiloda (%68,4) olduğu gözlenmiştir. Çalışma yılı arttıkça obezite görülme oranının arttığı tespit edilmiştir. Çalışanların yaş ortalamasının düşük olması; genç nüfusun dış görünüme bakış açısı ve diğer yaş gruplarına oranla daha hareketli bir yaşam tarzlarının olması nedeniyle normal kiloda oldukları düşünülmektedir. Tablo 50’de gösterilmiştir.

Tablo 50. Çalışanların BKİ İle Mesleki Deneyimleri Arasındaki Farklılığın Değerlendirilmesi

		BKİ									
		18.5 altı zayıf		18.5-24.9 arası normal		25-29.9 fazla kilolu		30-39.9 arası obez		40 üzeri ileri derecede obez	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Meslek yılı	1yıldanaz	1	5,3	13	68,4	3	15,8	2	10,5	0	0,0
	1-5yıl	7	6,0	68	58,1	36	30,8	6	5,1	0	0,0
	6-10 yıl	3	4,8	32	50,8	20	31,7	7	11,1	1	1,6
	11-15	0	0,0	12	52,2	10	43,5	1	4,3	0	0,0
	16-20 yıl	0	0,0	9	45,0	6	30,0	5	25,0	0	0,0
	20yıldan fazla	0	0,0	11	64,7	5	29,4	1	5,9	0	0,0

4.8. Çalışanların BKİ İle Çalışma Şekli Arasındaki Farklılığın Değerlendirilmesi

BKİ ve çalışma şekli arasındaki bağımlılığı tespit etmek amacıyla yapılan ki-kare testi sonucunda aralarında bağımlılık, ilişki tespit edilememiştir. ($\chi^2 = 10,588$ p= ,834) 8 saatlik vardiya ile çalışanların obez (%16,7), 24 saatlik nöbet ile çalışanların fazla kilolu (%39,1) olduğu bulunmuştur. 24 saat nöbet sırasında çalışanların enerji içeriği yüksek yiyeceklerden çok tüketmesi ve nöbet sonrasındaki gün içinde hareket kısıtlaması sonucunda fazla kilolu oldukları düşünülmektedir. Tablo 51’de çalışma şekli ile BKİ arasındaki farklılığın değerlendirilmesinin sonuçları verilmiştir.

Tablo 51. Çalışanların BKİ İle Çalışma Şekli Arasındaki Farklılığın Değerlendirilmesi

		BKİ									
		18.5 altı zayıf		18.5-24.9 arası normal		25-29.9 fazla kilolu		30-39.9 arası obez		40 üzeri ileri derecede obez	
Çalışma şekli	sürekli gündüz	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	8saatlik vardiya	6	4,4	77	56,6	41	30,1	12	8,8	0	0,0
	08-16,16- 08 vardiya	0	0,0	3	50,0	2	33,3	1	16,7	0	0,0
	24 saatlik nöbet	1	4,0	14	56,0	6	24,0	4	16,0	0	0,0
	diğer	2	3,1	33	51,6	25	39,1	3	4,7	1	1,6
	diğer	2	7,1	18	64,3	6	21,4	2	7,1	0	0,0

4.9. Çalışanların BKİ İle Çalıştıkları Birim Arasındaki Farklılığın Değerlendirilmesi

BKİ ve çalışılan birimler arasındaki bağımlılığı tespit edebilmek için ki-kare testi uygulanmış ve aralarında bağımlılık, ilişki tespit edilmiştir. ($\chi^2 = 37,789$ $p = ,012^*$) İleri derecede obez (%4,8), obez (%14,3), fazla kilolu (%57,1) çalışanların idari birimlerde çalıştığı bulunmuştur. Günün büyük kısmını oturarak çalışan idari birimlerde çalışanlarda kilo alma oranı daha yüksektir. Yiyecek kısıtlaması yapmayan ve enerji alımı fazla olan ancak çalışma koşulları nedeniyle hareket kısıtlaması sonucunda enerji tüketimi daha az olan idari çalışanları diğer çalışanlara oranla daha fazla kiloludur. Tablo 52’de çalışılan birim ile BKİ arasındaki farklılığın değerlendirilmesi sunulmuştur.

Tablo 52. Çalışanların BKİ İle Çalıştıkları Birim Arasındaki Farklılığın Değerlendirilmesi

		BKİ									
		18.5 altı zayıf		18.5-24.9 arası normal		25-29.9 fazla kilolu		30-39.9 arası obez		40 üzeri ileri derecede obez	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
birim	poliklinikler	1	2,0	33	66,0	13	26,0	3	6,0	0	0,0
	servis- klinikler	2	3,3	44	72,1	13	21,3	2	3,3	0	0,0
	idari birimler	0	0,0	5	23,8	12	57,1	3	14,3	1	4,8
	laboratuvarlar	2	9,1	10	45,5	7	31,8	3	13,6	0	0,0
	ameliyathane	0	0,0	9	60,0	4	26,7	2	13,3	0	0,0
	diğer	6	6,7	44	48,9	31	34,4	9	10,0	0	0,0

4.10. Çalışanların BKİ İle Çalıştıkları Kurumlar Arasındaki Farklılığın Değerlendirilmesi

BKİ ve çalışılan kurumlar arasındaki bağımlılığı tespit etmek amacıyla yapılan ki-kare testi sonucunda aralarında bağımlılık, ilişki tespit edilememiştir. ($\chi^2 = 5,399$ p= ,249) Babaeski Devlet Hastanesi çalışanları(%51,7), Medikent Hastanesi çalışanlarının (%59,7) normal kiloya sahip oldukları bulunmuştur. Devlet hastanesi ve özel hastane çalışanları arasında bir fark tespit edilememiştir. Sadece özel hastane çalışanları değil, devlet hastanesi çalışanları da dış görünüşe önem vermekte ve düşünülenin aksine devlet hastanesi çalışanları da özel hastane çalışanları kadar aktif çalışmaktadır. Tablo 53'te çalışılan kurum İle BKİ arasındaki farklılığın değerlendirilmesi verilmiştir.

Tablo 53. Çalışanların BKİ İle Çalıştıkları Kurumlar Arasındaki Farklılığın Değerlendirilmesi

		BKİ									
		18.5 altı zayıf		18.5-24.9 arası normal		25-29.9 fazla kilolu		30-39.9 arası obez		40 üzeri ileri derecede obez	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Kurum	Babaeski Devlet Hastanesi	3	2,5	62	51,7	43	35,8	11	9,2	1	0,8
	Medikent Hastanesi	8	5,8	83	59,7	37	26,6	11	7,9	0	0,0

4.11. Çalışanların BKİ İle Geliri Arasındaki Farklılığın Değerlendirilmesi

BKİ ve gelir durumu arasındaki bağımlılığı tespit etmek amacıyla yapılan ki-kare testi sonucunda aralarında bağımlılık, ilişki tespit edilememiştir. ($\chi^2 = 11,131$ p= ,518) 500 TL-1000 TL arası gelire sahip çalışanlarda fazla kiloluluk (%41,7)- ileri derecede obezite (%2,8), 3000 TL’den fazla alan çalışanlarda ise obezite oranı (%10,9) yüksek bulunmuştur. Genel olarak bütün gelir düzeyine sahip çalışanların normal kilolu olanlar birbirine yakındır.

Yapılan araştırmada genel olarak bütün gelir gruplarında normal kilolu olanlar birbirine yakın ve yüksek çıkmıştır. Ancak ayda 1000 TL’ye kadar geliri olan çalışanlarda obezite; ayda 3000 TL’den fazla geliri olanlarda ise fazla kiloluluk diğer gelir gruplarına göre daha yüksektir.¹²¹ Gelir düzeyi düşük olan çalışanlar enerji içeriği yüksek olan, tek çeşit, ucuz yiyecek tüketimi sonucunda, gelir düzeyi yüksek olan çalışanlarda yiyeceklerin çok fazla tüketilmesi sonucunda fazla kilolu olma eğilimindedir. Tablo 54’te gelir durumu İle BKİ arasındaki farklılığın değerlendirilmesi verilmiştir.

¹²¹ S.Ç.O.V.Z.D.B.R.,s.43.

Tablo 54. Çalışanların BKİ İle Geliri Arasındaki Farklılığın Değerlendirilmesi

		BKİ									
		18.5 altı zayıf		18.5-24.9 arası normal		25-29.9 fazla kilolu		30-39.9 arası obez		40 üzeri ileri derecede obez	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
gelir	500 TL-1000 TL	0	0,0	17	47,2	15	41,7	3	8,3	1	2,8
	1000 TL - 2000TL	6	5,3	67	58,8	32	28,1	9	7,9	0	0,0
	2000 TL -3000 TL	2	3,7	31	57,4	17	31,5	4	7,4	0	0,0
	3000 TL den fazla	3	5,5	30	54,5	16	29,1	6	10,9	0	0,0

4.12. Çalışanların BKİ İle Sigara Kullanımı Arasındaki Farklılığın Değerlendirilmesi

BKİ ve sigara kullanımı arasındaki bağımlılığı test etmek amacıyla uygulanan ki-kare testi sonucunda aralarında bağımlılık, ilişki tespit edilememiştir. ($\chi^2 = 7,261$ p= ,123) Normal ve fazla kilolu çalışanlarda sigara içme ve içmeme oranları yüksek çıkmıştır.

Yapılan çalışma sonuçlarına göre; sigara içen %35,7 oranı ile normal, %35,5 oranı ile fazla kilolu, %32,5 oranı ile obez; sigara içmeyen %62,8 oranı ile normal, %63,0 oranı ile fazla kilolu ve %65,9 oranı ile obez bulunmuştur. BKİ arttıkça sigara içme alışkanlığının azalmakta olduğu belirlenmiştir.¹²² Sigaranın zararları herkes tarafından bilinsede sigara içme ile BKİ arasında ters ilişki vardır. Sigara içme oranı arttıkça BKİ azalmaktadır. Sigara vücuda alınan tüm mineral, vitaminlerin yararlarını azalttığı gibi vücuda alınan yağında etkisini azaltarak depolanmasını engellediği

¹²² S.Ç.O.V.Z.D.B.R.,s.43.

düşünülmektedir. Tablo 55’te sigara kullanımı ve BKİ arasındaki farklılığın değerlendirilmesi verilmiştir.

Tablo 55. Çalışanların BKİ İle Sigara Kullanımı Arasındaki Farklılığın Değerlendirilmesi

		BKİ									
		18.5 altı zayıf		18.5-24.9 arası normal		25-29.9 fazla kilolu		30-39.9 arası obez		40 üzeri ileri derecede obez	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sigara içiyor musunuz?	evet	2	1,6	68	54,0	45	35,7	10	7,9	1	0,8
	hayır	9	6,8	77	57,9	35	26,3	12	9,0	0	0,0

4.13. Çalışanların BKİ İle Alkol Kullanımı Arasındaki Farklılığın Değerlendirilmesi

BKİ ve alkol kullanımı arasındaki bağımlılığı tespit etmek amacıyla uygulanan ki-kare testi sonucunda aralarında bağımlılık, ilişki tespit edilememiştir. ($\chi^2 = 4,124$ p= ,39) Alkol alan ve almayan çalışanlarda normal ve fazla kiloluluk oranları yüksek bulunmuştur. Alkol alan çalışanların alkol ile vücuda fazladan enerji aldıkları ancak yüksek tempolu çalışma koşullarında bu enerjiyi harcadıkları düşünülmektedir. Tablo 56’da alkol kullanımı ve BKİ arasındaki farklılığın değerlendirilmesi gösterilmiştir.

Tablo 56. Çalışanların BKİ İle Alkol Kullanımı Arasındaki Farklılığın Değerlendirilmesi

		BKİ									
		18.5 altı zayıf		18.5-24.9 arası normal		25-29.9 fazla kilolu		30-39.9 arası obez		40 üzeri ileri derecede obez	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Alkol alıyor musunuz?	evet	2	3,0	33	49,3	27	40,3	5	7,5	0	0,0
	hayır	9	4,7	112	58,3	53	27,6	17	8,9	1	0,5

4.14. Çalışanların BKİ İle Beslenme Eğitimi Alma Arasındaki Farklılığın Değerlendirilmesi

BKİ ve beslenme eğitimi alma arasındaki bağımlılığı tespit etmek amacıyla yapılan ki-kare testi sonucunda aralarında bağımlılık, ilişki tespit edilememiştir. ($\chi^2 = 6,358$ p= ,607) Öğrenimi sırasında beslenme eğitimi alan çalışanların normal (%57,3), beslenme eğitimi almayan çalışanların da normal (%55,6) BKİ'sine sahip oldukları bulunmuştur ve Tablo 57'de sunulmuştur. Çalışmamızda beslenme eğitimi alma yada almama ile obezite arasında bir ilişki bulunamamıştır. Nedeni ise çalışanların eğitim sırasında beslenme eğitimi alması sonucunda bilgi düzeyinin yükselmesi, eğitim almayan çalışanların ise beslenme konusunda tv, gazete, dergi gibi iletişim kaynaklarından yeterli bilgi edindiği düşünülmektedir.

Tablo 57. Çalışanların BKİ İle Beslenme Eğitimi Alma Arasındaki Farklılığın Değerlendirilmesi

		BKİ									
		18.5 altı zayıf		18.5-24.9 arası normal		25-29.9 fazla kilolu		30-39.9 arası obez		40 üzeri ileri derecede obez	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Öğreniminiz sırasında beslenme eğitimi aldınız mı?	evet	6	4,8	71	57,3	35	28,2	12	9,7	0	0,0
	hayır	5	3,8	74	55,6	43	32,3	10	7,5	1	0,8

4.15. Çalışanların BKİ İle Doğum Sayısı Arasındaki Farklılığın Değerlendirilmesi

BKİ ve yapılan doğum sayısı arasındaki bağımlılığı tespit etmek amacıyla yapılan ki-kare testi sonucunda aralarında bağımlılık, ilişki tespit edilememiştir. ($\chi^2 = 5,869$ $p = ,923$) Obez (%14,3) 3 doğum yapan çalışanların, fazla kilolu (%31,8) 2 doğum yapan çalışanların BKİ'leri yüksek bulunmuştur. Yapılan doğum sayısı arttıkça kilo eğilimi artmaktadır. Çünkü kadınların gebelik ve süt verme dönemlerinde daha fazla yiyecek tükettikleri ve daha az hareket ettikleri bilinmektedir. Çalışmamızda yaş ortalamasının düşük olması nedeniyle yapılan doğum sayısında daha azdır. Tablo 58'de doğum sayısı ile BKİ arasındaki farklılığın değerlendirilmesi verilmiştir.

Tablo 58. Çalışanların BKİ İle Doğum Sayısı Arasındaki Farklılığın Değerlendirilmesi

		BKİ									
		18.5 altı zayıf		18.5-24.9 arası normal		25-29.9 fazla kilolu		30-39.9 arası obez		40 üzeri ileri derecede obez	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
kaç doğum yaptınız?	1 doğum	2	4,3	28	59,6	14	29,8	3	6,4	0	0,0
	2 doğum	0	0,0	27	61,4	14	31,8	3	6,8	0	0,0
	3 doğum	0	0,0	5	71,4	1	14,3	1	14,3	0	0,0
	4 ve fazla	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	boş	9	5,6	85	52,8	51	31,7	15	9,3	1	0,6

4.16. BKİ İle Çalışanların Ailesinde Obez Birey Bulunması Arasındaki Farklılığın Değerlendirilmesi

BKİ ve ailede obez birey bulunması arasındaki bağımlılığı belirlemek amacıyla yapılan ki-kare testi sonucunda aralarında bağımlılık, ilişki tespit edilmiştir. ($\chi^2 = 41,449$ $p = ,000^*$) Ailesinde obez birey bulunan çalışanların obez (%20,7), fazla kilolu (%31,0) olduğu bulunmuştur. Ailede obez birey bulunması; evde yemekleri yapan kişinin, yemek pişirilme alışkanlıklarının, porsiyon büyüklüğü gibi yemek alışkanlıklarının, yemek kültürünün ve genetik bir sorun var ise bir göstergesi olmaktadır. Tablo 59’da ailede obez birey bulunması ile BKİ arasındaki farklılığın değerlendirilmesi sunulmuştur.

Tablo 59. BKİ İle Çalışanların Ailesinde Obez Birey Bulunması Arasındaki Farklılığın Değerlendirilmesi

		BKİ									
		18.5 altı zayıf		18.5-24.9 arası normal		25-29.9 fazla kilolu		30-39.9 arası obez		40 üzeri ileri derecede obez	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Ailenizde obez kişi ya da kişiler var mı?	evet	2	3,4	25	43,1	18	31,0	12	20,7	1	1,7
	hayır	8	4,0	120	60,0	62	31,0	10	5,0	0	0,0

4.17. Çalışanların BKİ İle Egzersiz Yapma Arasındaki Farklılığın Değerlendirilmesi

BKİ, kiloyu korumak veya zayıflamak için egzersiz yapma arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan ki-kare testi sonucunda aralarında bağımlılık, ilişki tespit edilememiştir. ($\chi^2 = 7,437$ $p = ,490$) Obez çalışanların kilolarını korumak veya zayıflamak için egzersiz yapmadıkları (%11,2) bulunmuştur. Çalışmamızda kilolarını korumak veya zayıflamak için egzersiz yapanlarda yapmayanlarda normal ağırlıkta oldukları tespit edilmiştir. Çünkü hareketli çalışma koşullarına bağlı olarak çalışanlar normal kilolarını koruyabilmektedirler.

Tablo 60. Çalışanların BKİ İle Egzersiz Yapma Arasındaki Farklılığın Değerlendirilmesi

		BKİ									
		18.5 altı zayıf		18.5-24.9 arası normal		25-29.9 fazla kilolu		30-39.9 arası obez		40 üzeri ileri derecede obez	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Kilonuzu korumak veya zayıflamak için egzersiz yapıyor musunuz?	evet	2	2,1	59	60,8	32	33,0	4	4,1	0	0,0
	hayır	9	5,6	85	53,1	47	29,4	18	11,2	1	0,6
	bazen	0	0,0	1	50,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0

4.18. Çalışanların BKİ İle Egzersiz Yapma Sıklığı Arasındaki Farklılığın Değerlendirilmesi

BKİ ve egzersiz yapma sıklığı durumu arasındaki bağımlılığı belirlemek amacıyla yapılan ki-kare testi sonucunda aralarında ilişki, bağımlılık tespit edilememiştir ($\chi^2 = 13,779$ $p = ,615$). Normal kiloda olan çalışanların her gün (%61,5) egzersiz yaptığı tespit edilmiştir. Normal ve fazla kilolu çalışanların diğer gruplara göre daha fazla fiziksel aktivite yaptıkları belirlenmiştir.¹²³ Tablo 61’de egzersiz yapma sıklığı ile BKİ arasındaki farklılığın değerlendirilmesi gösterilmiştir.

Tablo 61. Çalışanların BKİ İle Egzersiz Yapma Sıklığı Arasındaki Farklılığın Değerlendirilmesi

		BKİ									
		18.5 altı zayıf		18.5-24.9 arası normal		25-29.9 fazla kilolu		30-39.9 arası obez		40 üzeri ileri derecede obez	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Ne sıklıkla egzersiz yapıyorsunuz?	her gün	0	0,0	8	61,5	5	38,5	0	0,0	0	0,0
	haftada 3-4 gün	0	0,0	16	51,6	12	38,7	3	9,7	0	0,0
	Haftada 1-2 gün	3	7,0	25	58,1	14	32,6	1	2,3	0	0,0
	15 günde bir	3	11,1	16	59,3	7	25,9	1	3,7	0	0,0
	boş	5	3,4	80	55,2	42	29,0	17	11,7	1	0,7

4.19. Çalışanların BKİ İle İş Gününü Tanımlama Şekilleri Arasındaki Farklılığın Değerlendirilmesi

BKİ ve bir iş gününü tanımlama (oturarak, ayakta) arasındaki bağımlılığı belirlemek amacıyla yapılan ki-kare testi sonucunda aralarında bağımlılık, ilişki tespit edilememiştir. ($\chi^2 = 14,023$ $p = ,081$) İleri derecede obez (%4,3) ve fazla

¹²³S.Ç.O.V.Z.D.B.R., s.47.

kilolu çalışanların (%43,5) sürekli oturarak çalıştığı bulunmuştur. Sürekli ayakta çalışanların normal (%61,1) kiloda olduğu bulunmuştur ve Tablo 62’de sunulmuştur. Sürekli oturarak çalışanlar aldıkları enerjiyi tüketemedikleri için, sürekli ayakta çalışanlar ise aldıkları enerjiyi ekstra bir güç sarf etmeden sadece çalışarak tükettikleri ve normal kiloda kaldıkları düşünülmektedir.

Tablo 62. Çalışanların BKİ İle İş Gününü Tanımlama Şekilleri Arasındaki Farklılığın Değerlendirilmesi

		BKİ									
		18.5 altı zayıf		18.5-24.9 arası normal		25-29.9 fazla kilolu		30-39.9 arası obez		40 üzeri ileri derecede obez	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Bir iş gününüzü nasıl tanımlarsınız?	sürekli oturarak	1	4,3	9	39,1	10	43,5	2	8,7	1	4,3
	sürekli ayakta	1	1,9	33	61,1	16	29,6	4	7,4	0	0,0
	bazen	9	4,9	103	56,6	54	29,7	16	8,8	0	0,0

4.20. Çalışanların BKİ İle Diyet Yapma Arasındaki Farklılığın Değerlendirilmesi

BKİ, ideal kilonuzu korumak veya kilo vermek için diyet yapma durumları arasındaki bağımlılığı belirlemek amacıyla yapılan ki-kare testi sonucunda aralarında bağımlılık, ilişki tespit edilmiştir. ($\chi^2 = 19,419$ $p= ,013^*$) Fazla kilolu (%41,1), obez (%9,5) çalışanların kilolarını korumak veya kilo vermek için bazen diyet yaptığı bulunmuştur. Fazla kilolu ya da obez çalışanların normal kilolu çalışanlardan daha az diyet yaptıkları belirlenmiştir. Çalışanların yediklerine dikkat etmeleri sonucunda normal kiloda oldukları gözlenmiştir. Enerji içeriği az; sağlıklı, yeterli, dengeli beslenme bilgilerini kullanarak beslenmeleri sonucunda normal kiloda kaldıkları düşünülmektedir. Tablo 63’te diyet yapma ve BKİ arasındaki farklılığın değerlendirilmesi gösterilmiştir.

Tablo 63. Çalışanların BKİ İle Diyet Yapma Arasındaki Farklılığın Değerlendirilmesi

		BKİ									
		18.5 altı zayıf		18.5- 24.9 arası normal		25-29.9 fazla kilolu		30-39.9 arası obez		40 üzeri ileri derecede obez	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
İdeal kilonuzu koruyabilmek veya kilo vermek için diyet yapıyor musunuz?	evet	0	0,0	24	66,7	10	27,8	2	5,6	0	0,0
	hayır	11	8,6	74	57,8	31	24,2	11	8,6	1	0,8
	bazen	0	0,0	47	49,	39	41,1	9	9,5	0	0,0

4.21. Çalışanların BKİ İle Diyet Yapma Sıklığı Arasındaki Farklılığın Değerlendirilmesi

BKİ ve diyet yapma sıklığı arasındaki bağımlılığı belirlemek amacıyla yapılan ki-kare testi sonucunda aralarında bağımlılık, ilişki tespit edilememiştir. ($\chi^2 = 19,915$ $p = ,069$) Nadiren diyet yapanların (%13,1) obez, kilo aldığı diyet yapanların (%37,8) fazla kilolu olduğu bulunmuştur ve Tablo 64'te sunulmuştur. Çalışanlarda sürekli diyet yapanlar normal, kilo aldığı diyet yapanlar fazla kilolu, nadiren yapanlar ise obez olarak tespit edilmiştir. Aldığı yiyeceklere sürekli dikkat ederek beslenen, yaş ortalaması genç çalışanların normal kiloda olmaları gayet normal bir durumdur.

Tablo 64. Çalışanların BKİ İle Diyet Yapma Sıklığı Arasındaki Farklılığın Değerlendirilmesi

		BKİ									
		18.5 altı zayıf		18.5- 24.9 arası normal		25-29.9 fazla kilolu		30-39.9 arası obez		40 üzeri ileri derecede obez	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Diyet yapıyorsanız hangi sıklıkla yapıyorsunuz?	sürekli	0	0,0	6	85,7	1	14,3	0	0,0	0	0,0
	kilo aldığınızda	1	1,0	55	56,1	37	37,8	5	5,1	0	0,0
	nadiren	3	4,9	27	44,3	23	37,7	8	13,1	0	0,0
	boş	7	7,5	57	61,3	19	20,4	9	9,7	1	1,1

4.22. Çalışanların BKİ İle Diyet Yapma Yöntemleri Arasındaki Farklılığın Değerlendirilmesi

BKİ ve en çok tercih edilen diyet yöntemleri arasındaki bağımlılığı belirlemek amacıyla yapılan ki-kare testi sonucunda aralarında bağımlılık, ilişki tespit edilememiştir. ($\chi^2 = 14,983$ $p = ,526$) İleri derecede obez çalışanların iletişim kaynaklarını kullanarak (%1,3), fazla kilolu çalışanlar doktor kontrolü (%41,7) ile diyet yaptıkları bulunmuştur. Normal kilo sınıfındaki çalışanlar diyet yapma yöntemlerinin her basamağında yüksek bulunmuştur ve bu durum normal ağırlıktaki çalışanların kilo kontrolünü diyet ile yaptığını göstermiştir. Tablo 65'te diyet yapma yöntemleri ile BKİ arasındaki farklılığın değerlendirilmesi gösterilmiştir.

Tablo 65. Çalışanların BKİ İle Diyet Yapma Yöntemleri Arasındaki Farklılığın Değerlendirilmesi

		BKİ									
		18.5 altı zayıf		18.5-24.9 arası normal		25-29.9 fazla kilolu		30-39.9 arası obez		40 üzeri ileri derecede obez	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Diyet yaptıysanız en çok hangi yolu tercih ettiniz?	doktor kontrolü	0	0,0	23	47,9	20	41,7	5	10,4	0	0,0
	zayıflama ilacı	1	6,2	10	62,5	4	25,0	1	6,2	0	0,0
	arkadaş önerisi	3	8,8	20	58,8	10	29,4	1	2,9	0	0,0
	iletişim kaynakları	2	2,7	41	54,7	26	34,7	5	6,7	1	1,3
	boş	5	5,8	51	59,3	20	23,3	10	11,6	0	0,0

SONUÇ

Mesleki sorumlulukları ve toplumdaki rolleri gereği sürdürdükleri yaşam ile sağlık çalışanları topluma rol modeli olmaktadır. Bu çalışmada toplum sağlığının korunması ve geliştirilmesinde rol oynayan ve büyük sorumluluklar taşıyan sağlık çalışanlarının obezite düzeyinin belirlenmesi ve değerlendirilmesi kapsamında aşağıda belirtilen sonuçlar elde edilmiştir.

Araştırmaya katılan çalışanların %62,5'i bayan; %37,5'i erkektir. 26-30 yaş aralığı çoğunluğu oluşturmaktadır. Evli olan katılımcılar, bekar olanlara göre %30 daha fazladır. Çalışanların yarıya yakını lise mezunudur. Çalışanların %31,7'si kadrolu, %30,5'i ise sözleşmelidir. Beslenme eğitimi alan çalışanların oranı %47,9'dur. Çalışmaya %23,6 oranı ile en fazla hemşire-ebe pozisyonunda çalışanlar katılım göstermiştir. Çalışanların % 45,2'si 1-5 yıl aralığında sağlık çalışanı olarak görev yapmaktadır. Araştırmaya katılan çalışanların %44'ü 1000-2000 TL gelire sahip olduğu tespit edilmiştir.

Çalışmamızda çalışanların yarısı kendilerini ideal kiloda olarak tanımlamışlardır. Kendini fazla kilolu olarak tanımlayan çalışanlara göre fazla kilonun nedeni beslenme tarzıdır. Kilo vermek için çalışanların yarıdan fazlası egzersiz yapmayı tercih etmektedir. Obez olan evli çalışanlar, bekarlara; normal kilolu bekar çalışanlarda, evli çalışanlara göre daha fazladır. Evlilik süresi arttıkça BKİ'nin arttığı gözlenmiştir. Yaşla birlikte fazla kilonun arttığı tespit edilmiştir.

Araştırmamızda BKİ'ne göre; hemşire-ebeler normal, doktorlar fazla kilolu, sağlık memurlarının obez olduğu belirlenmiştir. Çalışma yılı arttıkça BKİ'nin arttığı gözlenmiştir. İdari birimlerde çalışanların, diğer birimlerde çalışanlara oranla daha fazla kilolu olduğu belirlenmiştir. Çalışmaya katılan çalışanların genç grup olması nedeniyle bir doğum yapan katılımcılar en fazla orandadır. Yapılan doğum sayısı arttıkça obezite riskinin arttığı görülmüştür. Fazla kilolu çalışanların sürekli oturarak çalıştığı ve sürekli ayakta çalışanların normal kiloda olduğu tespit edilmiştir. Çalışmamıza katılan kamu ve özel hastanelerde çalışanların BKİ açısından bir fark taşımadıkları ve çalışanların normal kiloya sahip oldukları bulunmuştur.

Giriş bölümünde belirlenen varsayımlar ikinci bölümde açıklanan çalışma ışığında incelenmektedir.

Sağlık çalışanlarının obezite açısından ilaç tedavisi boyutu yüksek, beslenme boyutu orta, cerrahi tedavi boyutu yüksek, diyet tedavisi boyutu yüksek ve egzersiz boyutu düşük düzeyde bulunmuştur.

“Çalışanların cinsiyetleri ile obezite boyutları arasında anlamlı bir ilişki yoktur.” Cinsiyetler açısından çalışmamızda farklılık saptanmamıştır. Yani kadın ve erkeklerin obezite durumlarının benzer düzeyde olduğu belirlenmiştir ve varsayımımız doğrulanmıştır. Geçmiş yıllarda yapılan araştırmalar sonucunda kadınlarda obezite görülme oranı daha fazla iken, son yıllarda erkeklerde de obezite görülme oranı artmış ve cinsiyetler arasında bir fark kalmamıştır. “Çalışanların medeni durumları ile obezite boyutları arasında anlamlı bir ilişki vardır.” Çalışmamızda evli ve bekarların obezite durumlarının benzer düzeyde olduğu belirlenmiş ve varsayımımız doğrulanamamıştır. Çalışmamız diğer bölümünde yapılan BKİ ile medeni durum arasında ilişki tespit edilmiş ve evli çalışanlarda obezite görülme sıklığı bekarlara oranla daha fazla bulunmuştur.

“Çalışanların çalıştıkları kurumları ile obezite boyutları arasında anlamlı bir ilişki yoktur.” Çalışanların çalıştıkları kurumlara göre obezite durumlarının benzer düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Çalışmamızda kamu ve özel hastane çalışanları normal kiloda bulunmuş, kamu ve özel hastane çalışanları arasında bir fark bulunamamıştır ve varsayımımız doğrulanmıştır. “Çalışanların yaşları ile obezite boyutları arasında anlamlı bir ilişki vardır.” Çalışmamızda yaş gruplarına göre anlamlı farklılık bulunamamıştır. Çalışanların yaşlarına göre obezite durumlarının değişmediği belirlenmiştir. Çalışmamıza katılan katılımcıların yaş ortalamasının genç olmasından dolayı bir ilişki bulunamamış ve varsayımımız doğrulanamamıştır.

“Çalışanların evlilik yılları ile obezite boyutları arasında anlamlı bir ilişki vardır.” Evlilik yıllarına göre ilişki bulunamamış ve varsayımımız doğrulanamamıştır. Çalışanların evlilik yıllarına göre obezite durumlarının benzer olduğu söylenebilir. Ancak BKİ ile evlilik yılları arasında ilişki bulunmuş, evlilik yılına paralel olarak artan yaşla birlikte azalan metabolizma hızı ve aktivite sonucu obezite oluşma riski artmıştır. “Çalışanların eğitimleri ile obezite boyutları arasında

anlamli bir iliski yoktur.” Eğitim durumuna göre iliski tespit edilememiştir. Obezite değerlendirmelerinin eğitim grupları açısından değişmediği belirlenmiş ve varsayımımız doğrulanmıştır.

“alışanların pozisyonları ile obezite boyutları arasında anlamli bir iliski yoktur.” çalışılan pozisyona göre iliski tespit edilememiştir. Varsayımımız doğrulanmış ve BKİ ile pozisyonlar arasında iliski tespit edilmiştir. Hemşire pozisyonunda çalışanlar normal, doktor pozisyonunda çalışanlar fazla kilolu ve sağlık memuru olarak çalışanlar obez olarak tespit edilmiştir. “alışanların statüleri ile obezite boyutları arasında anlamli bir iliski vardır.” Statü ile obezite boyutları arasında iliski bulunamamış ve varsayımımız doğrulanamamıştır. Çalışanların statüleri açısından obezite durumlarının benzer olduğu söylenebilir. “alışanların mesleki deneyimleri ile obezite boyutları arasında anlamli bir iliski yoktur.” çalışma yılı gruplarına göre anlamli farklılık tespit edilememiştir. Çalışanların mesleki deneyimlerine göre obezite durumlarının benzer olduğu belirlenmiş ve varsayımımız doğrulanmıştır.

“alışanların çalışma şekli ile obezite boyutları arasında anlamli bir iliski vardır.” çalışma şekillerine göre anlamli farklılık tespit edilememiş ve varsayımımız doğrulanamamıştır. “alışanların çalışma birimi ile obezite boyutları arasında anlamli bir iliski yoktur.” çalışma birimine göre anlamli bir iliski bulunamamış ve varsayımımız doğrulanmıştır. BKİ ile çalışılan birim arasında iliski tespit edilmiş sürekli oturarak çalışan idari birim çalışanlarının diğer birim çalışanlarına oranla daha fazla kilolu olduğu tespit edilmiştir. “alışanların gelirleri ile obezite boyutları arasında anlamli bir iliski vardır.” Gelir ile obezite boyutları arasında anlamli bir iliski bulunamamış ve varsayımımız doğrulanamamıştır.

“alışanların sigara içme durumu ile obezite boyutları arasında anlamli bir iliski vardır.” Sigara kullanma ile obezite boyutları arasında bir iliski bulunamamıştır ve varsayımımız doğrulanamamıştır. “alışanların sigara içme süresi ile obezite boyutları arasında anlamli bir iliski yoktur.” Sigara kullanma yılı ile obezite boyutları arasında iliski bulunamamış ve varsayımımız doğrulanamamıştır. “alışanların alkol alma durumu ile obezite boyutları arasında anlamli bir iliski yoktur.” Alkol alma durumuna göre fark bulunamamıştır. Alkol alan ve almayanların obezite durumlarının benzer olduğu söylenebilir ve varsayımımız doğrulanmıştır.

“Çalışanların beslenme eğitimi alması ile obezite boyutları arasında anlamlı bir ilişki vardır.” Öğrenim sırasında beslenme eğitimi alma durumuna göre fark bulunamamıştır. Beslenme eğitimi almanın obezite durumunu değiştirmedeği belirlenmiş ve varsayımımız doğrulanamamıştır.

“Çalışanların doğum sayısı ile obezite boyutları arasında anlamlı bir ilişki vardır.” Doğum sayısı durumuna göre fark bulunamamıştır. Doğum sayısının obeziteyi etkilemediği görülmüştür. Çalışmaya katılan çalışanların yaptığı doğum sayısının az olması ve çalışanların yaş ortalamasının genç olmasından dolayı fark bulunamamış ve varsayımımız doğrulanamamıştır. “Çalışanların ailesinde obez kişi yada kişilerin bulunması ile obezite boyutları arasında anlamlı bir ilişki vardır.” Ailede obez kişi ya da kişilerin varlığı durumuna göre çalışmamızda fark bulunamamış ve varsayımımız doğrulanamamıştır. Çalışanların ailesinde obez kişi bulunup bulunmaması obezite üzerinde etkili olmadığı belirlenmiştir. BKİ ile ailede obez birey bulunması arasında ilişki tespit edilmiş ve ailesinde obez birey bulunan çalışanlar fazla kilolu olarak tespit edilmiştir.

“Çalışanların egzersiz yapma ile obezite boyutları arasında anlamlı bir ilişki vardır.” Egzersiz yapma durumuna göre çalışmamızda fark bulunamamıştır. Çalışanların yoğun çalışma temposu nedeniyle egzersiz yapmaya vakit bulamadıkları, gerek duymadıkları düşünülmüş ve varsayımımız doğrulanamamıştır. “Çalışanların diyet yapma durumu ile obezite boyutları arasında anlamlı bir ilişki vardır.” Diyet yapma durumu ile obezite boyutları arasında ve BKİ arasında ilişki bulunmuştur. Fazla kilolu çalışanların kilo vermek için diyet yaptığı belirlenmiştir ve varsayımımız doğrulanmıştır. “Çalışanların kronik hastalık bulunma durumu ile obezite boyutları arasında anlamlı bir ilişki yoktur.” Çalışanlarda kronik hastalık bulunup bulunmamasının obeziteyi etkilemediği belirtilebilir ve varsayımımız doğrulanmıştır.

“Çalışanlar beden kitle indeksine göre normal kilodadır.” Çalışmamızda çalışanların BKİ göre; %56’sı normal, %30,9’u fazla kilolu, %8,9’u obez ve %4,2’si zayıf olduğu bulunmuştur. Yarıdan fazla sağlık çalışanı normal kiloda bulunarak, varsayımımız doğrulanmaktadır.

“24 saat nöbet usulü çalışanların diğer çalışanlara göre obezite oranı daha yüksektir.” Diğer gruplarda çalışanların obezite düzeyleri 24 saat çalışanlara oranla

daha fazla bulunmuştur. 24 saatlik nöbetle çalışanların obezite oranı ise %4,7 olarak bulunmuş ve varsayımımız doğrulanamamıştır.

“Çalışanlarda obezitenin nedeni beslenme tarzıdır.” Obezitenin nedeni, katılımcıların %71,8 gibi büyük bir çoğunluğuna göre beslenme tarzıdır. Sağlık çalışanları obezitenin nedenini yüksek bir oranla beslenme tarzına bağlamış ve varsayımımızı doğrulamıştır.

“Kadın çalışanların, erkek çalışanlara oranla obezite oranı daha yüksektir.” Çalışmamızda kadın çalışanların %66,0’ı, erkek çalışanların %39,2’sinin normal ağırlıkta; kadın çalışanların %21,6’sının, erkek çalışanların ise %46,4’ünün fazla kilolu olduğu görülmüştür. Kadın çalışanların %5,6’sının, erkek çalışanların %13,4’ünün obez olduğu bulunmuştur. Erkek çalışanların kadın çalışanlara göre fazla kilolu ve obez oranları daha yüksek bulunmuştur ve varsayımımız doğrulanamamıştır.

“Devlet hastanesinde çalışanların özel hastanede çalışanlara oranla obezite düzeyi daha yüksektir.” Babaeski Devlet Hastanesi çalışanları %9,2 oranında, Medikent Hastanesi çalışanları %7,9 oranında obez olarak tespit edilmiş olup ; Kamu Hastanesi olan Babaeski Devlet Hastanesi çalışanlarının obezite oranı Özel Hastane olan Medikent Hastanesine oranla küçük bir farkla olsa daha fazla bulunmuştur. Kamu ve Özel Hastane arasında büyük bir fark olmadığını her kesimde çalışanların obezite riski taşıdığını göstermektedir.

“Gelir düzeyi yüksek olan çalışanlarda obezite düzeyi daha yüksektir.” 3000TL den fazla geliri olan çalışanların %10,9; 500-1000TL geliri olan çalışanlar %8,3; 1000-2000TL geliri olan çalışanların %7,9 oranında obezdir ve varsayımımız doğrulanmaktadır.

Sağlık çalışanları; toplum sağlığını koruma ve geliştirmeyi içeren çalışmalarda yer almakta ve büyük sorumluluklar üstlenmektedirler. Mesleki sorumlulukları ve toplumdaki sosyal rolleri gereği sürdürdükleri yaşam biçimleri ile rol modeli olma ve sağlık eğitimi yönünden hizmet verdikleri grubu etkileme özelliğine sahiptirler. Bu yüzden sağlık çalışanlarına obezitenin önlenmesinde, toplumun obezite konusunda bilinçlenmesinde, tedavi çalışmalarının yürütülmesinde, toplum sağlığının korunması

ve geliştirilmesinde çok önemli büyük görevler düşmektedir. Sağlık çalışanları hizmet kullanıcılarına sağlık ile ilgili konularda daima örnek olmalıdır.

Sonuç olarak; obezite konusunda bilinçli ve bilgili olması gereken sağlık çalışanları da toplum gibi obezite riski altındadır. İş yoğunluğu, stres, uykusuzluk gibi nedenlere bağlı olarak kazanılan sağlıksız beslenme alışkanlıklarına sahip olabilen sağlık çalışanlarına gereksinimleri doğrultusunda; çalışanların sosyal, fiziksel ve psikolojik sağlığını olumlu yönde etkileyecek aktiviteler uygulanmalıdır.

Sağlık çalışanlarında iş gücü kaybını önlemek ve verimliliği arttırmak amacıyla sağlık kuruluşlarında beslenme hizmetleri düzenlenmeli ve fiziksel aktivite imkanlarını arttırıcı önlemler alınmalıdır.

Sağlık çalışanlarını ve toplumu obezite ile mücadele konusunda bilinçlendirmek amacıyla eğitici programlar uygulanmalıdır. Bu eğitimlerde sağlık çalışanlarını obezite konusunda bilgilendirmek, farkındalığı ve duyarlılığı arttırmak amaçlanmalıdır. Bu yüzden sağlık çalışanlarına yönelik; obezitenin nedenleri, tanı-tedavi yöntemleri, beslenme, fiziksel aktivite konularında hizmet içi eğitimler düzenlenmeli ve uygulamaya konulmalıdır. Bu eğitimlerin sonucundaki edinilen davranış değişikliklerinin önce sağlık çalışanlarının kendi yaşamlarında daha sonra toplumda yaşama geçirilmesi sağlanmalıdır.

Araştırmanın benzer araştırmalara yön vereceği tahmin edilmektedir. Obezite konusunda daha kapsamlı araştırmalar yapılmalı ve önlemeye yönelik sağlığı geliştirme stratejileri planlanmalı ve uygulamaya geçirilmelidir.

KAYNAKLAR

- Apay,S.E.- Pasinlioğlu,T., “Obezite ve Gebelik”, Ankara, 2009.
- Aygün,S.Ö., Koroner Arter Hastalığında Leptin ve hs CRP Düzeyleri,Adana, 2011
- Balcıoğlu,İ.- Başar,S.Z., “Obezitenin Psikiyatrik Yönü”, İstanbul, 2008.
- Banlı,O.- Altun,H.- Karakoyun,R.- Özdoğan,H.- Kahveci,K.- Çakmak,B., 2009.
- Başıoğlu,Ö.K.- Yürekli,B.S.- Taşkiranlar,P.- Tunçel,Ş.- Yılmaz,C., “Ege Obez Hasta Okulu Anket Çalışması: Obezite ile Obstrüktif Uyku Apne Sendromu Semptomları ve Gündüz Uykululuk İlişkisi”, İzmir, 2011.
- Bulucu Altunkaynak,B.Z.- Özbek,E., “Obezite: Nedenleri ve Tedavi Seçenekleri”, Diyarbakır, 2007.
- Cabioğlu,M.T.- Ergene,N.- Bodur,S., “Obezlerde Ağırlık Kaybı İçin Uygulanan Elektroakupunktur ve Diyet Tedavisinin Serum Lipid Düzeylerine Akut Etkileri”, Konya, 2003.
- Çetin,M., Obezitenin İktisadi Belirleyicileri, Denizli, 2007.
- Çoşkun,H.,www.obezitecerrahisi.com/zayıflama_ürünleri_ve_ilaç_tedavisi.
(09.02.2013)
- D.S.Ö. Uluslararası Kanser Araştırmaları Kurumu, Dünya Kanser Raporu2008, Lyon, 2008.
- Dallar,Y.- Erdeve,Ş.S.- Çakır,İ.- Köstü,M., “Obezite, çocuklarda depresyon ve özgüven eksikliğine neden oluyor mu?”, Ankara, 2006.
- Döner,N.- Yaşar,Ş.- Ekmekçi,T.R., “Obezite ile İlişkili Dermatozların Obezlerde ve Aşırı Kilolularda Araştırılması”, İstanbul, 2011.
- Erkol,A.- Khorshid,L., “Obezite; Predispozan Faktörler ve Sosyal Boyutun Değerlendirilmesi”, İzmir, 2004.
- Ersoy,R.- Çakır,B., “Obesity”, Ankara, 2007.

- Güney,E., Aile Hekimliği Tanı ve Tedavi Kılavuzları ,Ankara, 2011.
- Gürel,F.S.- Gemalmaz,A.- Dişçigil,G.- Tekin,N.- Şensoy,N.-Başak,O., “Kalori Bilgisinin Yeme Miktarı Üzerine Etkisi”, Bursa, 2004.
- Kır,T.- Kılıç,S.- Uçar,M.- Açikel,C.H.- Göçgeldi,E.- Oğur,R., “Erlerde Obezite Prevelansının Ve Etkileyen Faktörlerin Saptanması,Ankara, 2004.
- Kırımlı,Ö.- Özpelit,E., Aile Hekimliği Tanı ve Tedavi Kılavuzları ,Ankara, 2011.
- Kokino,S.- Özdemir,F.- Zateri,C., “Obezite ve Fiziksel Tıp Yöntemleri”,Edirne , 2006.
- Köktürk,O.- Çiftçi,T.U., “Obstrüktif Uyku Apne Sendromu Genel Önlemler ve Medikal Tedavi”,Ankara, 2002.
- Memiş,E., “Üniversite Öğrencilerinde Şişmanlık (Obezite) Durumu ve Diyet Ürünleri Kullanmaları Üzerine Bir Araştırma”, Ankara, 2004.
- Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, “Türkiye Obezite (Şişmanlık) ile Mücadele ve Kontrol Programı”, Ankara, 2010.
- Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Çalışanlarında Obezite (Şişmanlık) ve Zayıflık Durumunun Belirlenmesi Araştırma Raporu, Ankara, 2011.
- Schachter,M., Birinci Basamak Sağlık Hizmetinde Karşılaşılan Hastalıkların Özetleri, İstanbul, 2011.
- Sertöz,Ö.Ö.- Mete,H.E., “Obezite Tedavisinde Bilişsel Davranışçı Grup Terapisinin Kilo Verme, Yaşam Kalitesi ve Psikopatolojiye Etkileri: Sekiz Haftalık İzlem Çalışması”, 2005.
- South,J.E.- Matheny,P.S.C- Lewis,E.L., Aile Hekimliği Tanı ve Tedavi, Ankara, 2011.
- Şanlıer,N., “Gençlerde Biyokimyasal Bulgular, Antropometrik Ölçümler, Vücut Bileşimi, Beslenme Ve Fiziksel Aktivite Durumlarının Değerlendirilmesi”, Ankara, 2005.

- Taze,M.- Akkoyunlu,Y., “Üniversite Çalışanlarında Cinsiyet, Yaş, Medeni Durum ve Eğitim Düzeyi Bakımından Obeziteyi Etkileyen Faktörler”, Konya, 2010.
- Ursavaş,A.- Göktaş,K.- Sütçigil,L.- Özgen,F., “Obstrüktif Uyku Apnesi Sendromu Olan Hastalarda Obezite ve Kardiyovasküler Hastalıkların Değerlendirilmesi”, Ankara, 2004.
-,Yenibertiz,D.,www.hepimizaileyiz.com/Doc/5832/Kalitesiz-ve-Duzensiz-Uyku-Obezitiye-Davetiye-Cikariyor (15.11.2013)
-,<http://sağlıklıtoplum.org.tr/obeziteyle-mucadele/obezite-hastaliklari/obezite> ve Cerrahisinin Hastada Yarattığı Psikolojik sorunlar <<Sağlıklı Toplum Derneği>> (09.02.2013)
-,www. huksam.hacettepe.edu.tr./Turkce/SayfaDosya/kadın sagligi ve sismanlik.pdf (17.10.2013)
-,www.beslenme.gov.tr/index.php?lang=tr&page=45, (09.02.2013)
-,www.obezitecerrahisi.com/diyet_tedavisi, (09.02.2013)
-,www.obezitenedir.com/hipertansiyon-ve-obezite /index.html (09.02.2013)
-,www.obezitenedir.com/kalp-hastaligi-ve-obezite /index.html.(09.02.2013)
-,www.obezitenedir.com/obezite-tedavisi/index.html (09.02.2013)
-,www-medical.net/healt/What-is-Obesity.aspx (28.05.2013)
-,www.medicalnewstoday.com/info/obesity (29.05.2013)
-,www.randevual.com/makaleler/obezite-ve-diyet-tedavisi-_155.aspx, (09.02.2013)
-,www.saglik.net/koronerarterhastaligi:nedenleri,belirtileri,tanisi ve tedavisi (20.02.2013)

ANKET METNİ

Bu anket formu, sağlık alışanlarında obeziteye (şışmanlık) yönelik bir alan araştırması amacıyla hazırlanmıştır. Dolduracağınız anket hiçbir kuruma verilmeyecek olup yalnızca bilimsel amaçla kullanılacaktır.

Katkılarınızdan dolayı teşekkür ederim.

Anketi Düzenleyen

İlknur Erol

BÖLÜM 1.

1.Sigara içiyor musunuz?

1)Evet 2)Hayır

2. Evet ise; kaç yıldır sigara içiyorsunuz?

1)1-5yıl 2)6-10yıl 3)11-15yıl 4)16yıldan fazla

3.Alkol alıyor musunuz?

1)Evet 2)Hayır

4.Evet ise; kaç yıldır alkol alıyorsunuz?

1)1-5yıl 2)6-10yıl 3)11-15yıl 4)16yıldan fazla

5.ğreniminiz sırasında beslenme eğitimi aldınız mı?

1)Evet 2)Hayır

6.Kadınlar için; kaç doğum yaptınız?

1)1 doğum 2)2 doğum 3)3 doğum 4)3 doğumdan fazla

7.Evinizde kaç kişi yaşıyor?

1)1 kişi 2)2 kişi 3)3 kişi 4)3 kişiden fazla

8.Ailenizde obez kişi ya da kişiler var mı?

1)Evet 2)Hayır

9.Kilonuzu korumak veya zayıflamak için egzersiz yapıyor musunuz?

1)Evet 2)Hayır

10.Evet ise; ne sıklıkla egzersiz yapıyorsunuz?

1)Her gün 2)Haftada 3-4 gün 3)Haftada 1-2 gün 4)15 günde bir

11.Bir iş gününüzü nasıl tanımlarsınız?

1)Sürekli oturarak 2)Sürekli ayakta 3)Bazen oturarak bazen ayakta

12.İşe ne ile gidip geliyorsunuz?

1)Otobüsle 2)Kendi aracınızla 3)Yürüyerek 4) Diğer

13.İdeal kilonuzu koruyabilmek veya kilo vermek için diyet yapıyor musunuz?

1)Evet 2)Hayır 3)Bazen

14.Diyet yapıyorsanız hangi sıklıkla yapıyorsunuz?

1)Sürekli 2)Kilo aldığımı hissettiğimde 3)Nadiren

15.Diyet yaptıysanız en çok hangi yolu tercih ettiniz?(tek şık işaretleyiniz)

1)Doktor kontrolü 2)Zayıflama ilacı
3)Arkadaş önerisi 4)İletişim kaynakları(gazete, radyo-televizyon gibi)

16.Kronik bir sağlık sorununuz var mı?

1)Yok 2)Hipertansiyon(yüksek tansiyon)
3)Kalp-damar hastalıkları 4)Diabet(şeker hastalığı)
5)Kanser 6)Ruhsal sorunlar(depresyon, aşırı yeme, kusma gibi)

7)Sindirim sistemi hastalıkları(mide, safra kesesi gibi) 8)Diğer

17.Kilonuzu değerlendirmek isterseniz kendinizi nasıl tanımlarsınız? (Tek şık işaretleyiniz.)

1)İdeal kilodayım 2)Zayıfım
3)Şişmanım 4)Aşırı şişmanım

18.Kilonuzun fazla olduğunu düşünüyorsanız nedeni sizce nedir? (Tek şık işaretleyiniz.)

1)Beslenme tarzı 2)Ailesel yatkınlık 3)Çalışma koşulları
4)Kronik Hastalıklar (diyabet, hipertansiyon vb...) 5)Psikolojik Faktörler
6)Diğer

19.Sizce obezitenin nedeni nedir? (Tek şık işaretleyiniz.)

- 1)Beslenme tarzı 2)Ailesel yatkınlık 3)Çalışma koşulları
4)Kronik Hastalıklar (diyabet, hipertansiyon vb...) 5)Psikolojik Faktörler
6)Diğer

20.Kilo vermek için aşağıdaki yöntemlerden hangisini tercih edersiniz? (Tek şık işaretleyiniz.)

- 1)Diyet tedavisi 2)Egzersiz 3)İlaç tedavisi 4)Cerrahi tedavi

BÖLÜM 2.	Tamamen Katılmıyorum(1	Katılmıyorum(2	Kararsızım(3)	Katılıyorum(4)	Tamamen Katılıyorum(5)
1.Her gün düzenli olarak 3 ana öğün yemek yerim.					
2.Her gün düzenli olarak 3 ara öğün yemek yerim.					
3.Üç ana ve üç ara öğünde her besin grubundan (protein, vitamin, karbonhidrat vb.)yeterli miktarda alırım.					
4.Kronik hastalığı(diabet, hipertansiyon vb...)olan herkes istediği diyeti yapabilir.					
5.Televizyon-radyo programlarından öğrendiğim diyetleri uygulayırım.					
6.Televizyon-radyo programlarındaki öğrendiğim egzersizleri yaparım.					
7.Düzenli olarak spor salonunda egzersiz yaparım.					
8.Evde egzersiz(yürüyüş bandı, pilates vb.)yaparım.					
9.Televizyon-radyo programlarındaki zayıflama ilaçlarını kullanırım.					
10. Obezitede zayıflamak için, ilaç tedavisinde arkadaş önerisi ile ilaç kullanabilirim.					
11.Obezitenin ilaç tedavisinin yan etkileri çok fazladır.					
12.Obezitenin ilaç tedavisi uzman kontrolünde olmalıdır.					
13.Reklamlardan etkilenecek kullanılan ilaç tedavisi ile kilo verilebilir.					
14. 'İlaç herkesi zayıflatır; diyet ve egzersize gerek yok' diye düşünüyorum.					
15.Televizyon programlarında gördüğüm cerrahi zayıflama yöntemlerini yaptırabilirim.					
16. İsteyen herkes cerrahi tedavi ile zayıflayabilir.					
17.İlaç ve diyet tedavisine rağmen kilo veremeyen herkes cerrahi tedavi yaptırabilir.					
18.Obezite tedavisinde; eğitim, diyet, egzersiz ve yaşam tarzı değişikliği olması gerekir.					
19.Dünya Sağlık Örgütü'obezite tedavi edilmesi gerekmeyen bir hastalıktır' demektir.					
20.Hızlı yemek yemenin obezite üzerinde etkisiyoktur.					

BÖLÜM 3.KİŞİSEL BİLGİLER

1.Cinsiyetiniz?

1)Kadın 2)Erkek

2.Yaşınız?

1)20 ve altı 3)26-30 5)36-40 7)46-50
2)21-25 4)31-35 6)41-45 8)50 ve üstü

3.Medeni durumunuz?

1)Evli 2)Bekar 3) Diğer

4.Evli iseniz; kaç yıldır evlisiniz?

1)1-5 yıl 2)6-10 yıl 3)11-20 yıl 4)20 yıldan fazla

5.Boyunuz: cm

6.Kilonuz: kg

7.Eğitim durumunuz?

1)İlköğretim veya ortaokul 3)Önlisans 4)Lisans

2)Lise ve dengi okul 5)Lisansüstü (yüksek lisans, doktora, uzmanlık)

8.Şu anda hangi pozisyonda çalışmaktasınız?

1)Doktor 3)Sağlık Memuru 5) Temizlik Elemanı

2)Hemşire-ebe 4)Tıbbi Sekreter 6) Diğer

9.Çalışma statünüz?

1)Kadrolu Devlet Memuru 3)İhale ile istihdam edilen personel

2)Sözleşmeli 4)Diğer

10.Kaç yıldır bu mesleği yürütmektesiniz?

1)1 yıldan az 3)6-10 yıl 5)16-20 yıl

2)1-5 yıl 4)11-15 yıl 6)20 yıldan fazla

11.Kaç yıldır bu hastanede çalışmaktasınız?

- | | | |
|---------------|-------------|-------------------|
| 1)1 yıldan az | 3)6-10 yıl | 5)16-20 yıl |
| 2)1-5 yıl | 4)11-15 yıl | 6)20 yıldan fazla |

12.Çalışma şekliniz?

- | | | |
|---------------------|-----------------------|----------|
| 1)Sürekli gündüz | 3)08-16;16-08 vardiya | 5) Diğer |
| 2)8 saatlik vardiya | 4)24 saat nöbet | |

13.Çalıştığınız birim?

- | | |
|------------------|---|
| 1)Poliklinikler | 4)Laboratuvar(radyoloji, kan merkezi dahil) |
| 2)Servis | 5)Ameliyathane |
| 3)İdari Birimler | 6) Diğer |

14.Hangi kurumda çalışmaktasınız?

- | | |
|-----------------------------|----------------------|
| 1)Babaeski Devlet Hastanesi | 2)Medikent Hastanesi |
|-----------------------------|----------------------|

15.Ailenizin aylık geliri nedir?

- | | | | |
|--------------|---------------|---------------|----------------|
| 1)500-1000tl | 2)1000-2000tl | 3)2000-3000tl | 4)3000tl üzeri |
|--------------|---------------|---------------|----------------|

Görüş ve önerileriniz.

Teşekkürler.

ÖZGEÇMİŞ

20.08.1978 tarihinde Tekirdağ İli Hayrabolu İlçesi doğumluyum. İlk, orta ve liseyi aynı ilçede tamamladıktan sonra, Trakya Üniversitesi Kırklareli Sağlık Yüksekokulunu 2003 yılında bitirdim. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji servisinde daha sonra Haydarpaşa Numune Hastanesi Cerrahi servisinde hemşire olarak görev yaptım. 2007 yılından beri Kırklareli Babaeski Devlet Hastanesi acil servisinde görevimi sürdürmekteyim. 2012 yılında Beykent Üniversitesi İşletme Anabilim Dalı Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi yüksek lisans eğitimine başladım.

Yabancı dil; İngilizce

İlknur EROL