



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

**POLİKLİNİĞE BAŞVURAN OBEZ KADINLARIN ÇALIŞIP-
ÇALIŞMAMA DURUMLARININ BESLENMELERİNE ETKİSİ**

**ÖZLEM ÖZER
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

BESLENME VE DİYETETİK

**DANIŞMAN
Yrd. Doç. Dr. ZEYNEP ÖZERSON**

İSTANBUL - 2012



T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**POLİKLİNİĞE BAŞVURAN OBEZ KADINLARIN ÇALIŞIP-
ÇALIŞMAMA DURUMLARININ BESLENMELERİNE ETKİSİ**

ÖZLEM ÖZER
YÜKSEK LİSANS TEZİ

BESLENME VE DİYETETİK

DANIŞMAN
Yrd. Doç. Dr. ZEYNEP ÖZERSON

İSTANBUL - 2012

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Beslenme ve Diyetetik programı Yüksek Lisans Öğrencisi Özlem ÖZER tarafından hazırlanan **"Polikliniğe Başvuran Obez Kadınların Çalışıp/Çalışmama Durumlarının Beslenmelerine Etkisi"** konulu çalışması jürimizce Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi :18.01.2012

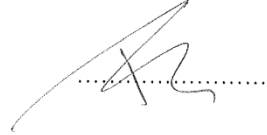
(Jüri Üyesinin Ünvanı, Adı, Soyadı ve Kurumu):

İmzası

Jüri Üyesi :Yrd.Doç.Dr.Zeynep ÖZERSON
:Haliç Üniversitesi/ SBYO.
(Danışmanı)



Jüri Üyesi : Prof.Dr.Filiz AÇKURT
: Haliç Üniversitesi/ SBYO.



Jüri Üyesi : Prof.Dr.Muazzez GARİPAĞAOĞLU
: Medipol Üniversitesi/ Sağ. Bil. Fak.



Bu tez Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulunun kararıyla kabul edilmiştir.



Yrd.Doç.Dr.Leman ŞENTURAN
Sağlık Bilimleri Ens. Müdürü

ÖNSÖZ

Günümüzde şehirleşmeye, ekonomik gelişmeye, yaşam biçiminde ve diyetle hızlı değişmeye bağlı olarak beslenmede hızlı geçişler ortaya çıkmıştır. Bu durum hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde şişmanlık (obezite) gibi önemli sağlık ve beslenme sorunlarının ortaya çıkmasına neden olmuştur. Şişmanlık; enerji yoğunluğu, fazla besinlerin tüketimi, düşük fiziksel aktivite ve sedanter yaşam ile ilintili olarak ortaya çıkmaktadır.

Genel olarak aşırı besin alımı ve hareketsizlik şişmanlığa yol açmaktadır. Sağlıklı beslenme hakkında seminer ve toplantıların düzenlenmesi, insanların; sağlıklı besinleri öğrenmelerini, doğru gıda seçimi yapabilmelerini ve doğru pişirme yöntemlerini uygulamalarını sağlayabilir. Sağlıklı yetişkinler için obezitenin bir sağlık sorunu olduğu toplumumuza her fırsatta aşılmalı, ülkemiz tarafından bir sağlık politikası olarak kabul edilmeli ve toplum bilinçlendirilmelidir.

Bu tezin hazırlanmasında emeğini, zamanını ve bilgisini benimle paylaşan saygıdeğer tez danışmanım Yrd. Doç. Dr. Zeynep Koç Özerson'a, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Öğretim Üyelerinden saygıdeğer Prof. Dr. Filiz Açıktur'a, sevgili arkadaşım Uzm. Psk. Hande İşbakan'a, yardımlarını eksik etmeyen Meleğime, sabrı - desteği ve ilgisi için sevgili eşim Ahmet Altundağ'ya ve aileme çok teşekkür ederim.

Dyt. Özlem ÖZER ALTUNDAĞ

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
I. Önsöz	I
II. İçindekiler	II
III. Kısaltmalar ve Simgeler	III
IV. Tablolar	VI
1. Özet	1
2. Summary	2
3. Giriş ve Amaç	4
4. Genel Bilgiler	6
4.1. Şişmanlık(Obezite)	6
4.2. Şişmanlığın Epidemiyolojisi ve Nedenleri	7
4.2.1. Demografik Nedenler	8
4.2.2. Davranışsal Nedenler	8
4.3. Şişmanlık ve Cinsiyet	9
4.4. Şişmanlık ve Beslenme İlişkisi	10
4.5. Şişmanlığın Neden Olduğu Hastalıklar	10
4.6. Antropometrinin Tanımı ve Uygulama Şekli	12
4.6.1. Antropometrinin Tanımı	12
4.6.2. Antropometrik Ölçümler	12
4.7. Fiziksel Aktivite	17
4.8. Egzersiz	18
4.9. Şişmanlığın Diyet Tedavisi	21
5. Gereç ve Yöntem	24
6. Bulgular	26
7. Tartışma	41
8. Sonuç ve Öneriler	49
9. Kaynaklar	51
10. Ekler	57

Ek 1 Anket	57
Ek 2 Özgeçmiş	68
Ek 3 İzin Belgesi	70

SİMGELER VE KISALTMALAR

AHA	American Heart Association- Amerikan Kalp Birliği
BKI	Beden kütle indeksi
cm	Santimetre
dL	Desilitre
DM	Diabetes Mellitus
TG	Triglyceride-Trigliserid
g	Gram
Kg	Kilogram
VLDL	Very Low Density Lipoprotein- Çok Düşük Dansiteli Lipoprotein
kg	Kilogram
Kkal	Kilokalori
LDL	Low Density Lipoprotein- Düşük Dansiteli Lipoprotein
HDL	High Density Lipoprotein- Yüksek Dansiteli Lipoprotein
mcg	Mikrogram
mg	Miligram
RDA	Recommended Dietary Allowances- Günlük Önerilen Alım Miktarı
KKH	Koroner Kalp Hastalıkları
NIDDM	İnsüline bağımlı olmayan diyabet
WHO	World Health Organization- Dünya Sağlık Örgütü
BKO	Bel / Kalça Oranı
ÜOKÇ	Üst Orta Kol Çevresi
DKK	Deri Kıvrım Kalınlıkları
BIA	Biyoelektrik İmpedansı
MR	Manyetik Rezonans
NHLBL	Ulusal Kalp Karaciğer ve Kan Enstitüsü
NAASO	Güney Amerika Kalp Çalışması

S_p	Standart Sapma
S_x	Standart Hata
$\bar{x}$	Aritmetik Ortalama
n	Örneklem Sayısı

TABLolar	Sayfa
Tablo 1. BKi'lerine Göre Vct Ağırlıklarının Değerlendirilmesi	14
Tablo 2. Katılımcıların Demografik zelliklerinin Dağılımı	26
Tablo 3. Katılımcıların alışma Durumuna Göre BKi Değerlendirilmesi	27
Tablo 4. Katılımcıların Ağırlık Ortalamaları, Son İki Yıl İçindeki Değişimi Ve Son İki Yılda Kilo Alma Durumlarının Dağılımları	28
Tablo 5. Katılımcıların Bel-Kalça Oranının Değerlendirilmesi	29
Tablo 6. Katılımcıların alışma Durumuna İlişkin Diyet Uygulama, Ana-Ara ğn Tüketimi ve ğn Atlama Durumlarının Değerlendirilmesi	30
Tablo 7. Katılımcıların Stres Durumlarının Beslenmelerine Etkisinin Değerlendirilmesi	31
Tablo 8. Katılımcıların Gece Yemek Yeme Durumlarının Değerlendirilmesi	32
Tablo 9. Katılımcıların ğn Arası Gıda Tüketimlerinin Değerlendirilmesi	33
Tablo 10. Katılımcıların ğn Arasında Gıda Tercihlerinin Değerlendirilmesi	34
Tablo 11. Katılımcıların Su Tüketim Miktarlarının Değerlendirilmesi	35
Tablo 12. Katılımcıların En Sevdikleri Yemeklerin Değerlendirilmesi	36
Tablo 13. Katılımcıların Dışarıda Yemek Yeme Sıklıklarının Değerlendirilmesi	37
Tablo 14. Katılımcıların Meyve Tüketme Oranlarının Karşılaştırılması	38
Tablo 15. Katılımcıların Spor Yapma Durumlarının Değerlendirilmesi	40

ÖZET

Şişmanlık (obezite) diyetle alınan fazla kaloringin vücutta yağ depolarını artırmasıyla karakterize olan bir sağlık problemidir. Şişmanlığın temelinde beslenmede yapılan yanlış uygulamalar yer almaktadır. Kişilerin beslenme alışkanlıklarının dışında, yaşam şekilleri de şişmanlığın oluşumunda etkindir. Bu çalışmanın amacı obez kadınların çalışma durumlarının beslenmelerine etkisini saptamaktır. Bu çalışma 2010-2011 yılları arasında İstanbul’ da bulunan özel bir hastanenin diyet polikliniğine başvuran, obez, 18 yaş üstü 103 gönüllü kadın üzerinde yapılmıştır. Çalışmaya dahil edilen obez kadınlar çalışan ve çalışmayan grup olmak üzere ikiye ayrılıp; kadınların demografik özellikleri, beslenme alışkanlıkları, spor yapma durumları, vücut ağırlıkları, BKI ve B/K oranı değerleri karşılaştırılmıştır. Verilerin istatistiksel değerlendirilmesi SPSS 15.0 paket programı ile yapılmıştır. Gruplarının karşılaştırılmasında Student’s t-testi, Ki-kare testi ve Fisher’s Exact Ki-Kare testi uygulanmıştır. $P<0,05$ düzeyi anlamlı olarak kabul edilmiştir. Araştırmaya katılan kadınların %35,9’u çalışan, %64,1’i çalışmayan kadından oluşmaktadır. Çalışan kadınların BKI ortalamaları $31,44\pm5,41$ kg/m², çalışmayan kadınların $35,53\pm7,17$ kg/m² bulunmuştur. Çalışan kadınların ana ve ara öğün tüketimleri ve öğün atlama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Fakat öğün atlama nedenlerine bakıldığında anlamlı bir fark bulunmaktadır. Çalışan kadınlar iş yoğunluğundan, çalışmayan kadınlar ise geç kalktığı için öğün atlamaktadırlar. Çalışmaya katılan kadınların stres durumlarında beslenmelerinde anlamlı bir fark bulunmamakla birlikte, her zamankinden daha sık yerim seçeneği yüksektir. Çalışan kadınlarda her hangi bir sporla uğraşan kadın yüzdesi, çalışmayan kadınlara oranla daha yüksektir(%24,3). Bu çalışmada çalışan kadınların beslenmelerine daha az dikkat ettikleri ve fiziksel aktivitelerinin daha az olduğu sonucu çıkması beklenirken, tam tersi olarak çalışan kadınların beslenmelerine daha fazla dikkat ettikleri ve daha çok sporla uğraştığı sonucu elde edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Beslenme, Şişmanlık, Fiziksel Aktivite, Çalışma Durumu

SUMMARY

The effect of obese women's working or nonworking situations who start to polyclinic on their nutrition

Obesity is a health problem which arise with the increase of fat storage in a body. The aim of this study was to determine the effect of employment status of obese women on their nutrition habits. This study, which involves 103 over 18 years old obese women living in Istanbul. The participants were departed to two groups according to their working and non-working status. In this study, demographic charecteristiscs, eating habits, exercise habits, body weight, BMI and W/H averages of women were calculated. These datas, we used SPSS 15.0. The value of $P < 0,05$ is admitted significant. 35,9% of the women participating in this study were employed, while the other 64,1% were not. The BMI average of the former was found to be $31,44 \pm 5,41$ kg/cm², the latter was $35,53 \pm 7,17$ kg/cm². We see that working women skip meals because of business at work, where as non-working women skip meals because of getting up late. Up on looking in to the changes in nutritional status of these women when they were stressed, the rate of the "I eat more and oftener than ever" option can be seen to be high for both groups. The percentage of working women engaged in any sport is higher than the percentage of non-working women engaged in any sport(24,3%). As a result of this study, it was expected that working women had healthier nutritions and were more involved in sports.

Key words: Eating, Overweight, Physical Activity, Employment Status

GİRİŞ VE AMAÇ

Obezite, enerji alımı ve harcanması arasındaki dengesizlik sonucu oluşan, vücutta yağ dokusu artışı ile karakterize olan; kalp-damar, solunum gibi vücutta bir çok organı, sistemi etkileyerek önemli bozukluklara zemin hazırlayan; morbidite ve mortalite de artışa yol açan; bireyin yaşam süresini, kalitesini olumsuz yönde etkileyen ve bu nedenlerle de tedavi edilmesi gereken sosyal, çevresel, metabolik, psikolojik, fizyolojik, kültürel, genetik, hücrel, moleküler ve davranışsal, bir hastalıktır (Montague, 2004). Kısaca bedenin yağ kütlesinin yağsız kütleyle oranının aşırı artması sonucu boya göre ağırlığın arzu edilen düzeyin üstüne çıkması olarak da belirtilebilir(Pekcan, 2008).

Aşırı yeme, fiziksel aktivitedeki azlık, psikolojik, metabolik ve hormonal bozukluklar obezitenin oluşumunda etkili iken, erişkin şişmanların büyük çoğunluğunda, bu durumun başlangıcının çocukluk yaşlarına kadar uzandığı ve şişman adölesanların %80,0' inin obez yetişkinler olduğu bilinmektedir(Gündağ, 1993; Yiğit ve ark., 2002).

Toplunun ve bireylerin beslenme durumunun izlenmesinde antropometrik ölçümlerden yararlanılmaktadır (Yolsad ve ark., 1998 ve Kır ve ark., 2000). Antropometri; bireysel ve toplumsal özellikleri basit ve güçlü tahmin edici olup, ileride oluşabilecek hastalık, sağlık, fonksiyonel bozukluklar ve mortalitenin hastalıklarla ilişkisini gösterir. Ayrıca epidemiyolojik çalışmalarda hastalıkların nedenlerinin belirlenmesinde izlenmesinde de önemlidir (Çöl, 1998 ve Bağcı-Bosi, 2003 ve Tuncer, 2004).

Ülkemizde yetişkin kadınlara yönelik beslenme ile ilgili birçok araştırma yapılmıştır. Yapılan araştırmaların içinde beslenme durumunun saptanmasında antropometrik ölçümler de sıklıkla kullanılmaktadır. Antropometrik ölçümler her toplumda yaşa ve cinsiyete göre değişik olup birçok unsurdan etkilenebilmektedir. Bu unsurlar kendi ülkemiz için de farklı olacağından toplumumuza ait antropometrik ölçümlerin geliştirilmesi ve referans değerler oluşturulması önem taşımaktadır (Yardımcı, 2006).

Bu alışma polikliniğe zayıflama amacıyla başvuran obez kadınların çalışma durumlarının beslenmelerini, besin tercihlerini ve fiziksel aktivitelerini ne şekilde etkilediğini araştırmak amacıyla planlanmış ve yürütülmüştür.

GENEL BİLGİLER

4.1. Şişmanlık(Obezite)

Obezite, Latince ‘obesus’ sözcüğünden türemiştir. Şişman karşılığı olarak kullanılan ‘obesus’, iyi beslenmiş anlamına gelir (Erbaş, 2007).

Obezite; vücudun yağ kitlesinin yağsız kitleye oranının aşırı artması sonucu boya göre ağırlığın arzu edilen düzeyin üstüne çıkması olarak tanımlanmaktadır (Pekcan, 2007).

Vücuda enerji çıkışından fazla enerji girişi obeziteye yol açar (Erbaş, 2007).

Obezite sıklığının dünyada gittikçe artmasının nedeni sosyo-kültürel faktörler, biyolojik faktörler ve davranışsal faktörlerle besin çeşit ve alımının artması, sigara bırakma, alkol tüketiminin artması ve medeniyetlerin ilerlemesi ile birlikte fiziksel aktivite ve günlük enerji harcamasının azalması olarak bildirilmiştir(Tezcan, 2000).

Obezite dünyada ve Türkiye’de hızla artmakta olan bir hastalıktır. Obezite de önemli olan vücut yağ oranıdır. Bu nedenle şişman tanısı konurken, vücut yağ oranı da değerlendirilmelidir. Bazıları vücut kitle indeksi kullanırlar.

Normal bir insandaki yağ yüzdesi veya ağırlık fazlası tespit edilerek bu kişinin şişman olup olmadığı kolayca saptanabilir. Son yıllarda vücuttaki yağ dağılımının üzerinde önemle durulmaktadır. Bir bireyin şişman ya da kas kitlesinin fazlalığına bağıntılı olarak hafif şişmanlığın tanımlanması için, vücut ağırlığının, vücut bileşiminin ve vücutta yağ dağılımının değerlendirilmesi gerekir. Bölgesel yağ dağılımı genetik olarak erkek ve kadınlarda farklılık gösterir. Jinoid tüp şişmanlık armut tipi olarak, kadınlar için tanımlanmakta ve yağ dağılımının uyluk ve kalçalarda olduğu, android veya elma tipinde ise bel ve vücudun üst bölümünde yağ dağılımı gözlendiği ve erkeklerde daha sık görüldüğü bilinmektedir (Pekcan, 2001). Normal bir kişide yağ oranı erkeklerde %20’den kadınlarda %30 ‘dan az olmalıdır. Yağ erkeklerde %20’yi kadınlarda %30’u aşarsa şişman, %50 -%70’i aşarsa ağır şişman tanımına girer. Eğer yağ % si azsa zayıf olarak tanımlanır.

Obezitenin tanımlanması ve vücuttaki yağ miktarının ölçülmesi için direkt labratuvar metodları veya indirekt antropometrik ölçümler kullanılmaktadır.

Amerikan kalp akciğer ve kan enstitüleri (NHLBI) ve dünya sağlık örgütü (WHO) klinik olarak şişmanlığı tanımlamak için kilonun boyun karesine oranlanması (kg/m^2) ile elde edilen vücut kitle indeksi kullanılır (Erbaş, 2007).

Yapılan çeşitli çalışmalardan elde edilen bulgular ağırlık kazanımında en önemli diyetel faktörün yağ alımı olduğunu göstermektedir. Vücut, diyetle alınan aşırı yağ karbonhidratlardan daha kolay depolamaktadır. Bunun dışında posa içeriği yüksek besinler tokluk hissi vererek enerji alımını azaltmaktadır. Özellikle şişman ailelerden gelen bireylerde yağdan sağlanan enerji arttıkça obezite riski de artış göstermektedir (Ergün, 2003).

Yapılan bir başka çalışmada ise şişmanlarda yoğun egzersiz ve diyet ile bozulmuş glikoz toleransı olanların tip 2 diyabete dönüşüm oranlarının ortalama 3,2 yılda % 58 oranında azaldığı rapor edilmiştir (Erbaş, 2007).

4.2. Şişmanlığın Epidemiyolojisi ve Nedenleri

Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) yayınladığı raporda; şişmanlığın global epidemik bir sorun olduğu, Obezite prevalansının endüstrileşmiş, gelişmiş ülkelerde oldukça artış gösterdiği ve dünyada yaklaşık bir milyar insanın fazla kilolu, üç yüz milyon insanın ise şişman olduğu vurgulanmıştır.

Birleşik Devletler' de yapılan çalışmalar, obezite prevalansının son 10 yılda oldukça arttığını göstermiştir. Buna göre; erkeklerin %63' ü, kadınların ise %55'i fazla kilolu olarak değerlendirilirken, beden kütle indeksleri 25 kg/m^2 den fazla olan bireylerin toplamının da 120 milyonu bulduğu belirtilmektedir. Obez bireylerin diyabete, kardiyovasküler hastalıklara ve bazı kanser türlerine daha duyarlı olduğu bilinmektedir. Yapılan çalışmalarda Birleşik Devletler' de ki obezite kaynaklı ölüm vakalarının yaklaşık üç yüz bin civarında olduğu belirtilmiştir (Kılıç, 2006).

Amerika Birleşik Devletleri, Avrupa Topluluğu ülkeleri, Japonya, Kanada ile bu ülkelerin ilgili kuruluşları ve WHO' nun koroner kalp hastalıkları riskini azaltmaya yönelik yayınladığı önerilerinde 'şişmanlığı önlemek için kalori alımını azaltın, beden

hareketini artırın' ibaresi yer almaktadır. Bu da obezitenin kalp sağlığında da önemli bir yere sahip olduğunun göstergesidir (Baysal ve ark., 2002).

TEKHARF (1999-2002) araştırmasında koroner kalp hastalıklarının (KKH) gelişiminde, yaşam tarzındaki olumsuz risk faktörleri incelenmiştir. Beslenme de yaşam tarzının önemli bir bileşenidir ve 2000, 2002 WHO raporlarında KKH'nın 1/3'ünün gelişiminden yanlış ve olumsuz beslenme alışkanlıklarının sorumlu olduğu bildirilmiştir (Arslan, 2008).

Ülkemizde ise obezite prevalansı erkek bireylerde Akdeniz ve Karadeniz bölgelerinde (%16,9 ve %16) en yüksek Ege, (%2,5) bölgesinde en düşük iken; kadınlarda bu prevalans; en yüksek Karadeniz Bölgesi (%35,6), en düşük Akdeniz bölgesi (%14,1) olarak saptanmıştır (İlhan ve ark., 2004).

4.2.1. Demografik Nedenler

Yaş ve cinsiyet, obezite prevalansını önemli derecede etkilemektedir. Yapılan çalışmalarda, erkek ve kadın bireylerde, en azından 50-65 yaşlarına kadar yaşa bağlı olarak, obezite prevalansında da artış olduğu ve kadın bireylerde obezite prevalansının, erkek bireylere göre özellikle 50 yaşın üstünde daha yüksek olduğu bildirilmektedir.

Yapılan bir çalışmada ise; bir kez doğum yapan kadın bireylerin beden kütle indeksleri 24,1 kg/m², 2-3 kez doğum yapanların 26,1 kg/m², 4-5 kez doğum yapanların 27 kg/m² olarak saptanmıştır (Kılıç, 2006).

4.2.2. Davranışsal Nedenler

Pozitif enerji dengesinin sağlanmasında beslenmesinin çok önemli yeri bulunmakla birlikte bu konuda çalışmalar hala sürmektedir. Hiperkolesterolemik şişman bireylerin beslenme durumlarını değerlendirmek amacıyla 30 kadın ve 20 erkek bireyin katıldığı bir çalışma sonunda BKİ'leri 26 kg/m² den büyük bireylerin oranı %70 olarak bulunmuştur. Alınan üç günlük besin tüketimlerine bakıldığında ise; tahıl, şeker ve sıvı yağ tüketimleri RDA'nın önerdiği miktardan daha fazla, yeşil yapraklı ve diğer grup sebzelerin tüketiminin her iki grupta da düşük olduğu bulunmuştur. Protein alımı RDA'nın önerdiği miktara yakınken yağ ve toplam enerji tüketimleri her iki grupta da yüksek olduğu saptanmıştır (Kılıç, 2006).

4.3. Şişmanlık ve Cinsiyet

Obezite her iki cinsten de görülebilir. Ancak kadınlarda görülme sıklığı daha fazladır. İlkokul çağında ve puberte dönemlerine kızlar arasında erkeklere kıyasla daha yüksek oranda obezite olgusuna rastlanmaktadır(Aslan, 2003).

Kızlarda puberteden sonra kilo alımı erkeklere oranla daha fazladır. Gebelik ve emzirme dönemlerinde alınan kilolar da verilememekte ve obezitenin görülme sıklığı yükselmektedir. Yaşın ilerlemesi her iki cinsiyette de aktivite azalması sonucu, enerji harcanmamasına neden olmaktadır.

Kadınlarda hücre genişliği ve büyüklüğü erkeklere göre daha fazladır. Major obezitelere hücre hipertrofisi yanında, hücre sayısında da artış vardır. Yetişkinlikte obezitenin kadınlarda daha yüksek oranda görülme nedeni olarak, gebelikte kazanılan ağırlığın emzilikten sonra verilmemesi, birbirini izleyen gebelikler ve menopoz döneminde hormon dengesinin bozulması gibi etkenler sayılabilmektedir(Okyay ve ark., 2002).

Obezite kızlarda ergenliğin erken başlaması ve erken menarş ile birlikte görülür. Ergenlik dönemi, günümüzde geçmişe göre daha erken yaşlarda görülmekte olup bu dolaylı ya da dolaysız olarak toplumun vücut ağırlığının artmasıyla ilişkilidir. Obezite erken ergenliğe neden olabileceği gibi ergenliğin gecikmesine de yol açabilir(Erbaş, 2007).

Gebelik ve emzirme devresinde alınan kalorilerin verilmemesi, gebelik ve menopoz devrelerinde hormon dengesinin bozulması, kadınlarda obezitenin sıklığını artırmaktadır. Kadınlarda %70,7'sinin doğumlardan sonra %84,2'sinin de evlendikten sonra kilo almaya başladıkları tespit edilmiştir(Toprak ve ark., 2002).

Kadının vücut yağı gerek mutlak anlamda gerek nispi anlamda erkeğinkinden çok fazladır (Erkekte %10-15, aynı yaşlardaki kadında %20-25).

Devlet Planlama Teşkilatı Sağlık Özel İhtisas Komisyonu'nun bilgesel araştırmalara dayalı olarak 2001'de hazırladığı raporda yetişkin kadınların %33'ünün kilolu, %19'unun şişman, yetişkin erkeklerin ise %10'unun şişman olduğu bildirilmiştir (Erbaş, 2007).

4.4. Şişmanlık ve Beslenme İlişkisi

Kilo kaybının olumlu etkilerine rağmen şişman bireyler uygun vücut ağırlığına ulaşmakta zorluk çekmektedirler. Vücut ağırlığındaki uygun kayıp (yaklaşık %10 ya da daha az) daha gerçekçi olmakla birlikte bu ağırlığı korumak daha kolay olmaktadır (Pekcan ve ark., 2007). Birçok araştırma, başlangıç kilolarının %10'u kadar olarak belirtilen orta derecede ki kilo kaybının obezitenin beraberinde getirdiği sağlık sorunlarını kontrol etmede yeterli olduğunu göstermekle birlikte vücut ağırlığında ki her %1'lik düşüşün ortalama olarak sistolik basıncı %1, diastolik basıncı ise %2 oranında etkilediği, glisemik kontrol için ise %5 oranında ki ağırlık kaybının kritik bir nokta oluşturduğu, %6'lık bir kilo kaybının ise insüline bağımlı olmayan diyabete yol açabilecek bozulmuş glukoz tolerans riskini azaltabileceği düşündürmektedir (Pelkman, 2004). Kilo kazanımı veya tekrarlayan kilo kayıpları ile mortalite arasındaki ilişkiye bakıldığında ise; kiloları dalgalanmaya uğrayan bireylerin kilolarını koruyan şişman bireylere göre daha büyük mortalite riskine sahip olduğu görülmüştür. Bunun sonunda da orta derecede ki kilo kaybının aşırı kilo kayıplarına göre daha güvenilir olduğu saptanmıştır (Kılıç, 2006).

4.5. Şişmanlığın Neden Olduğu Hastalıklar

Başta kardiyovasküler hastalıklar olmak üzere birçok hastalık için önemli bir risk faktörü olan obezitenin, erken tanısı ve değerlendirilmesi önem kazanmaktadır. Obezite; erken menarş, hipertansiyon, tromboz, bazı kanser türleri, osteoropoz, koroner arter hastalığı ve insüline bağımlı olmayan diyabet (NIDDM), dislipidemi, sindirim ve kas-iskelet sistemi problemlerine felç, non-alkolik yağlı karaciğer, kolelitiazis, akantozis, nigrikans, psödotümör serebri, polikistik over, uykuda solunum bozuklukları, kabızlık, özgüven kaybı, ortopedik ve mental bozukluklar gibi birçok hastalığa zemin hazırlamaktadır (Pelkman, 2004). Böylece yaşam süresi ve kalitesini olumsuz yönde etkilenebilir (Sayın, 2009). Şişmanlığın tanımında son yıllarda vücut yağ dağılımının üzerinde önemle durulmaktadır. Bölgesel yağ dağılımı erkek ve kadınlarda farklılık göstermektedir. Yağ miktarı toplam vücut ağırlığının erkeklerde %20'yi kadınlarda ise %30'u aştığında şişmanlık ortaya çıkmaktadır. Bu durumun saptanmasında, BKİ (kg/m^2) değerleri kullanıldığı gibi, bel çevresi, bel çevresi/kalça çevresi oranları, triseps,

suprailak vb., deri kıvrım kalınlığı gibi çeşitli antropometrik ölçümler de kullanılmaktadır (Özenoğlu, 2001).

BKI ile akut iskemik felç, yüksek kan basıncı ve yüksek kan kolesterolü gibi kardiyovasküler ve koroner arter hastalık riski arasındaki ilişki 2005 ve 2006 yılında yapılan iki ayrı çalışmada incelenmiştir. AHA (Amerika Kalp Birliği) tarafından sınıflandırılan çok faktörlü bir kronik hastalık olan obezite, koroner arter hastalıkları için modifiye edilebilir bir risk faktörü olduğu sonucuna varılmıştır (Andersson, 2006, Yoloğlu, 2005).

Yapılan araştırmalarda, vücut yağ dokusunun artışı sonucunda gelişen obezitenin, başta kalp damar hastalıkları olmak üzere, diyabet, hipertansiyon, solunum sistemi, sindirim sistemi, kanser gibi hastalıkların öncelikle ortaya çıkmasına neden olduğu bildirilmiştir. Bu çalışmalarda obezitenin özellikle erkek ve kadınlarda koroner arter hastalığı için bağımsız bir risk faktörü olduğu da gösterilmiştir (Pekcan, 2008). Vücut ağırlık durumunu tanımlayan BKI'nin yanı sıra, bel çevresi ölçümünün, santral obezitede gerek erkekte, gerekse kadında koroner arter hastalığı için önemi belirtilmektedir (Akman, 2004). Erkek bireylerde koroner kalp hastalığı riski; bel çevresinde ki her 6 cm genişleme ile %24, her 12 cm genişleme ile %53 oranında arttığı bildirilmektedir (Pekcan, 2008). Kadın bireylerde bel çevresinde 5-10 cm'lik azalmanın risk faktörlerinden en az birini %10 kadar iyileştirdiği, bel-kalça oranında 0,15 birimlik artışın ise kanser ve/veya koroner kalp hastalığı riskini %60 oranında arttırdığını bildirilmiştir (Sayın, 2009).

Obezite kanserden ölüm ile diyetdeki yağın miktarı ve türü ile ilişkili bulunmuştur. A, C, E ve B grubu vitaminleri ile kalsiyum minerali kanser oluşumunda inhibitör ajandır. Tekli doymamış yağ asitleri çoklu doymamış yağ asitlerine göre daha tümör uyarıcı etkiye sahiptir. Doymamış yağ asitleri balıktan geliyorsa (bu yağ n-3 ve n-6 yağ asitlerinden zengindir) tümör oluşumunda etkinliği azaltmaktadır (Şanlıer, 2005).

Obezitenin getirdiği risk faktörlerini önleyebilmek; alınan enerji ile harcanan enerjiyi dengelemek ile mümkün olmaktadır (Baysal ve ark., 2002). Obezite ve sağlıkla ilgili uluslararası kuruluşlar, bireyin harcadığı kadar olan enerji ve bu enerjinin makro

besin öğelerine dağılımının yeterli ve dengeli olduğu zayıflama programlarını önermektedirler. Diyetel faktörlerin tüketim durumları ve düzeyleri obezite gelişiminde rol oynarken, kardiyovasküler hastalıklar gibi obezitenin neden olabileceği hastalıkların gelişim hızında, hastalık geliştikten sonra seyrinde ve şiddetinde de etken olabileceği kabul edilmektedir. Birçok hafif şişman ve şişman birey karbonhidratın ciddi şekilde sınırlandırıldığı diyetleri uygulayarak beslenmelerinde protein ve yağdan gelen enerji oranını arttırarak sağlıkları açısından büyük tehlike oluşturmaktadırlar.

Ülkemizde de şişmanlık prevalansı ve buna bağlı sağlık sorunlarının artışına ilişkin araştırmalar bulunmakta olup şişmanlığın oluşumunu önlemek ya da şişman bireylerin zayıflamaları ile ilgili uygulamalar yapılmaktadır. Bu uygulamaların hepsi ağırlık kaybettirmeye yöneliktir. Uygun bir zaman diliminde kaybedilen ağırlıkların kan lipidleri ile ilişkisini izleyen yayınlar bulunmakla birlikte kaybedilen ağırlığın yüzdesi ile ilişkili olan araştırmalar sınırlı sayıdadır (Kılıç, 2006).

4.6. Antropometrinin Tanımı ve Uygulama Şekli

4.6.1. Antropometrinin tanımı

Antropometri tüm yaş gruplarında insan vücudunun fiziksel boyutlarının, orantılarının ve kabaca bileşiminin ölçülüp değerlendirilmesidir (Kır ve ark., 2000 ve Bağcı Bosi, 2003).

Antropometrik yöntemler, her yaş grubunda uygulanabilir, pratik ve ucuz yöntemlerdir. Ayrıca toplumun sağlığını ve refahını etkileyen halk sağlığı ve klinik kararlar açısından da önemlidir (Kır ve ark., 2000, Pekcan 2001, Bağcı Bosi 2003, Sürücüoğlu ve Özçelik 2003).

4.6.2. Antropometrik Ölçümler

Antropometrik ölçümler beslenme durumunun saptanmasında, protein ve yağ durumunun göstergesi olması nedeniyle önem taşır. Antropometrik ölçümler sürekli ve düzenli olarak kullanıldığında bireyin beslenme durumu sağlıklı olarak değerlendirilebilir (Pekcan, 2001).

Bireyin beslenme durumunun saptanmasında sıklıkla kullanılan antropometrik ölçümler; vücut ağırlığı, boy uzunluğu, BKI, deri kıvrım kalınlıkları, bel çevresi, BKO, ÜOKÇ, dirsek genişliği, baş çevresi, göğüs çevresi, diz boyu ve benzeridir (Alikashiöğlu ve Yordam, 2000).

Vücut Ağırlığı ve Boy Uzunluğu

Vücut ağırlığı; kemik, diş, kas, organlar, sıvılar ve adipoz dokunun toplamıdır. Yetişkin bedeninin ortalama %60'ını oluşturan sıvılar su alım ve kayıp durumuna göre 1-2 kg değışiklik gösterir (Baysal, 2004).

Vücut ağırlığı pahalı olmayan ve çabuk elde edilebilen fiziksel bir ölçüm olup birçok standartlarla karşılaşılarak beslenme durumunu ortaya koyar (Bağcı Bosi, 2003). Vücut ağırlığı beslenme yetersizliklerinde boy uzunluğundan daha kolay etkilenmektedir.

Ağırlık; yaşa göre ağırlık, yaşa göre boy uzunluğu ve boya göre ağırlık indekslerinin hepsinde önemlidir. Boya göre vücut ağırlığı indeksi, sadece vücut ağırlığının ölçülmesinden daha spesifik bir ölçümdür. Zayıflık ya da şişmanlık olarak da ifade edilebilir. Boya göre ağırlık indeksi, vücut ağırlığını boy uzunluğuna göre değerlendirilir ve ölçümün yapıldığı sıradaki beslenme durumunu tanımlar (Sürücüoğlu ve Özçelik, 2003).

Boy Uzunluğu; genelde vücut ve iskelet yapısının temel göstergesidir. Boy uzunluğu linear büyümenin ölçümü olup bedensel gelişimi en iyi tanımlayan antropometrik değışkenlerden biridir. Vücut ağırlığı ölçümleri ile birlikte kullanılmakta olup, vücut ağırlığına kıyasla daha duranıdır. Erişkinlerin ulaştığı boy, sosyoekonomik durum ile ilişkili olup, çocuklukta ve gelişme çağında alınan besinlerin ve geçirilen ciddi hastalıkların da sonuçlarını yansıtmaktadır (Yolsal ve ark., 1998). Yaşa göre boy indeksi, bir toplumda yetersiz beslenmenin uzun dönemdeki etkilerinin iyi bir göstergesidir (Akgün ve Pekcan, 1997).

BKI

Ölçülen vücut ağırlığının (kg) boy uzunluğunun karesine (m²) oranıdır.(Arslan, 1993; Yolsad ve ark., 1998; Alikaşifoğlu ve Yordam, 2000; Pekcan, 2001; Ergün ve Erten, 2004).

BKI günümüzde yaygın olarak kullanılan pratik bir yöntemdir (Baysal ve ark., 2002). BKI'nin 25 kg/m²'nin altında tutulması kişinin normal vücut ağırlığında olduğunu gösterir.

BKI' ne göre vücut ağırlığının değerlendirilmesinde Dünya Sağlık Örgütü (WHO) Sınıflandırılması tablo 1'de olduğu gibidir (WHO, 1995; WHO, 2000; WHO, 2004).

Tablo 1: BKI'ne göre vücut ağırlığının değerlendirilmesi

BKI	Vücut ağırlığının durumu
18,5-kg/ m ²	Normal altı (zayıf)
18,5-19,9 kg/m ²	Normal kabul edilebilir
20,0-24,9 kg/m ²	Normal
25,0-29,9 kg/m ²	Hafif şişman
30,0-34,9 kg/m ²	I. derece şişman
35,0-39,9 kg/m ²	II. derece şişman
≥40,0 kg/m ²	III.derece (Ağır) şişman

BKI bir denklemle vücut yağ yüzdesinin hesaplanmasında da kullanılabilir (Pekcan, 2001).

$$\text{Vücut yağ (\%)} = \text{Erkek : } (1,281 \times \text{BKI}) - 10,13$$

$$\text{Kadın : } (1,480 \times \text{BKI}) - 7,0$$

BKI kullanılarak, başka bir denklemle yine vücut yağ yüzdesi hesaplanabilir.(Yardımcı, 2006) :

$$\text{Vücut yağ \%} = (1,2 \times \text{BKI}) + (0,23 \times \text{yaş (yıl)}) - 5,4$$

BKI hastalık ve ölüm riski yönünden iyi bir göstergedir. Endüstrileşmiş ülkelerde ortalama BKI vücut ağırlığında olduğu gibi orta yaşla birlikte artmakta ve bu artıştan sonra erkeklerde Kadınlardan daha erken dönemde durağan hale geçmektedir. BKI, yağ ve kas kitlesi arasındaki ilişki yaşla birlikte değişim göstermektedir (Bağcı-Bosi, 2003).

BKI ile ilgili terminoloji yıllar içinde ufak tefek değişiklikler göstermesine rağmen genel olarak kabul görmüş olan nokta; BKI = 25 kg/ m² olması şeklindedir (Flegal ve ark., 2001). Dünya Sağlık Örgütü (WHO) hafif şişmanlık ve şişmanlık için kesişim noktaları (cut- off-points) oluşturmuştur. Bunlar BKI = 25 kg/m² ve BKI =30 kg/m²'dir. BKI ve vücut yağ yüzdesi arasındaki ilişkinin bilinmesi şişmanlığın yol açtığı hastalık risklerini belirlemede kullanılır (Aslan ve Attila, 2002).

Bel-Kalça Ölçümleri

Vücut dansitesi, yağsız vücut dokusu, adipoz vücut kütlesi, total vücut protein kütlesi ve enerji depolarının göstergesidir. Sık kullanılanlar; üst orta kol, bel, kalça, uyluk ve baldır çevreleridir. Bel-kalça oranı ve bel çevresi ölçümü vücut yağ dağılımının göstergesidir. Vücuttaki yağ dağılımı hastalıkların morbidite ve mortalitesi ile yakın ilişkisi nedeniyle, üzerinde önemle durulmaktadır (Pekcan, 2001).

Bel çevresi; Bel çevresi ölçümü geçerli ve basit bir ölçümdür. Boy uzunluğuna bağlı olmayıp, BKI ve bel-kalça oranı ile de korelasyon gösterir (WHO, 1997; Pekcan, 2001).

Vücuttaki toplam yağın miktarı önemli olmakla beraber yağın nerede biriktiğinin bilinmesi daha önemlidir. Karın çevresindeki yağlanma sağlık risklerine neden olur. Bel çevresi ile ilişkili hastalık riskinin farklı toplumlarda değişkenlik gösterdiği unutulmamalıdır. (Eker ve Şahin, 2002).

Bel çevresi ölçümünden vücut yağ yüzdesi bulunabilmektedir:

Erkek: $0,567 \text{ Bel çevresi (cm)} + 0,101 \text{ Yaş (yıl)} - 31,8$

Kadın: $0,439 \text{ Bel çevresi (cm)} + 0,221 \text{ Yaş (yıl)} - 9,4$

Birçok kadın ve erkeğin kendi bel çevresi hakkında bilgiye sahip olması önemlidir. Yapılacak olan araştırmalarda bel çevresinin ölçülmesinin, şişmanlığın derecesinin bilinmesinde BKİ' ne göre daha iyi ve en az onun kadar iyi bir belirleyici olduğu ortaya konursa, sağlık alanında çalışanlarının bel çevresi ölçümlerine daha fazla önem vermesi gerekmektedir. Hem erkek hem de kadınlarda yükselen bel çevresi değerlerine bağlı olarak kronik hastalıklar, semptomlar ve düşük yaşam kalitesi oranları gittikçe atmaktadır (Yardımcı, 2006).

Boya bağlı olmaması, uygulamanın basit olması bel çevresi ölçümünü daha cazip hale getirmektedir. Ayrıca BKİ ve bel-kalça oranı ile de yakın korelasyon göstermektedir (WHO, 1997).

Bel-Kalça Oranı: Bel çevresinin kalça çevresine bölünmesiyle elde edilen değerler erkeklerde 0,95'i kadınlarda 0,8'i geçmemesi gerekir. BKİ sabit kalsa bile, bel kalça oranındaki olumlu değişiklik, riskin azalmasına neden olabilir. Çünkü bölgesel dağılım şişmanlığın derecesinden de bağımsız gözükmemektedir (WHO, 1997; Çöl, 1998).

Bel-kalça çevresi ölçümleri; postprandiyal durum, gün içersinde ölçüm zamanı, ayakta durma şekli, solunum derinliği, ölçüm yeri ve ölçen kişi etmeninden etkilenmektedir (Yardımcı, 2006).

Deri Kıvrım Kalınlıkları (DKK)

Deri altı yağ dokusunun belirlenmesinde deri kıvrım kalınlığı ölçümü yapılır. DKK, vücutta on ayrı noktadan ölçülebilmekte ve bu ölçüm değerleri vücut yağ miktarının doğrudan göstergesi kabul edilmektedir. Ölçümler triseps, biceps, subskapular, suprailiyak vb. bölgelerden skinfold kaliper denilen alet ile ve sol taraftan yapılmaktadır. Çalışmalar için genellikle sol triseps ya da sol subskapula tercih edilmektedir. Her deri kıvrım kalınlığı için ortalama değerler, yaşa göre persentil değerleri belirlenmiştir. Örneğin triseps ölçümünün 30-50 yaş arası erkeklerde 23 mm ve kadınlarda ise 30 mm'den fazla olmaması gerekmektedir (Alikashioglu ve Yordam, 2000; Bağcı-Bosi, 2003; Sürücüoğlu ve Özçelik, 2003).

Yetişkinlerde en yaygın 'Durnin ve Womersley'e ait denklem kullanılır. Değerlendirmede ölçümle bulunan triseps ölçümünün 85-95. Persentiller arasında olması yetişkinler için hafif şişmanlık 95. Persentil üzeri ise şişmanlık göstergesidir.

Triseps deri kıvrım kalınlığı ile üst orta kol çevresi ölçümleri birlikte kullanılarak üst orta kol yağ alanı ve kol kas alanı hesaplanabilir (Pekcan, 2001). Amerika Birleşik Devlet'lerinde triseps+subskapular bölgenin toplamalarının kadınlarda 70 mm, erkeklerde 51 mm' nin üzerinde olması obezite ile uyumlu olarak bulunmuştur. Yağ dokusu miktarlarının farklı bölgelerdeki dağılım farklılıkları, uygulanan basınca göre değişik sonuçların alınması bu yöntemin olumsuz yönleridir.

Çevre ve deri kıvrım kalınlıklarının ölçümü; yaş, cinsiyet, ırk, aşırı su ve susuz olma gibi birçok faktörden etkilenebilir. Spesifik referans verilerinin kullanılmasında yarar vardır (Yardımcı, 2006).

4.7. Fiziksel Aktivite

Fiziksel aktivite, negatif enerji dengesi oluşturup kilo kaybı süresince yağsız kitleyi koruyarak kardiyovasküler yönden rahatlık sağlamaktadır. Aynı zamanda fiziksel aktivitenin, eğer bir kalori kısıtlaması yoksa minimal kilo kaybını da sağladığı bilinmektedir. Haftanın dört günü 45-60 dakikalık yapılan yürüyüşlerin haftada yaklaşık 1000 kcal'lık bir azalma ile 0.15 kg kilo kaybı sağladığı; düşük kalorili bir diyet programı ile birlikte uygulandığında ise 3500-7000 kcal-hafta azalma ile beraberinde haftada 0,5-1,0 kg'lık kaybı oluşturduğu belirtilmiştir (Kılıç, 2006).

Kronik olarak fiziksel hareketsizlik insanların genetik olarak uyum sağlayamadığı bir durumdur. Son yüzyıllarda ekonomik gelişmeler yaşama koşullarını değiştirmiş, teknolojik ilerlemeler ve besin bolluğu sedanter bir yaşam tarzını ve fiziksel hareketsizliği desteklemiştir. Buna bağlı olarak fiziksel hareketsizlik insan sağlığını iki farklı şekilde olumsuz olarak etkilemektedir. Bunlardan birincisi hastalıkların gelişimi, ikincisi ise fonksiyonel kapasitedeki azalmalardır (Ergün, 2003).

Fiziksel aktivite, programlı ve yaşam şekli olarak ikiye ayrılmaktadır. Programlı aktivite, planlı egzersiz ya da yürüyüş gibi aktiviteler iken; yaşam şekli enerji harcamasını artırmak için yapılan davranışlardır. Asansör kullanmamak, uzak yere park etmek gibi davranışlar yaşam şekli olarak bu kategoriye girmektedir. Her iki fiziksel aktivitenin de kombine olarak yürütülmesini sağlayan bir çalışmada 16 haftada yaklaşık 8 kilogramlık bir kilo kaybının sağlandığı saptanmıştır. Aynı program sırasındaki bir yıl içinde ise; yaşam şekli olarak fiziksel aktivite yapan bireylerde, programlı fiziksel

aktivite yapan bireylere oranla daha az kilo artışı görülmüştür. Fazla kilo, sadece fiziksel aktivite eksikliğine veya fazla miktarda besin tüketimine bağlı olmamakla birlikte çok sayıda epidemiyolojik çalışma başka faktörlerin de toplumdaki fazla kilo ile ilişkisi olduğunu göstermiştir (Kılıç, 2006).

Genellikle yüksek beden kütle indeksi, yüksek morbite ve mortalite demektir. Bu durum intraabdominal yağ tabakası tarafından oluşturulmaktadır. Kilo ve boyla ilişkili olan beden kitle indeksi, popülasyonlardaki obezite prevalansını tahmin etmede en sık kullanılan ve vücut ağırlığını ölçmede en basit yöntem olarak kabul edilmektedir. Fakat bu indeks, vücudun yağ dağılımını ve abdominal bölgedeki yağ kütlesini hesaplamada kullanışlı olmadığı belirtilmektedir. Aşırı derecede intra abdominal yağ birikiminin, tüm vücuttaki yağ dağılımından daha fazla obezite kaynaklı morbite ile ilişkili olduğu göz önünde bulundurulduğunda; bel çevresi, bel kalça oranı gibi diğer verilerin de beden kütle indeksine alternatif olarak klinikte düzenli kullanılması gerektiği belirtilmektedir (Kılıç, 2006).

Fiziksel aktivitenin artan düzeyleri kronik hastalıkların risk faktörlerini, ağırlığını ve sonuçlarını azaltmaktadır; sedanterlikten kaynaklanan anormallikleri düzletir ve yaşlanma sürecinin fizyolojik, metabolik, immünolojik ve endoktrin değişiklikler yoluyla oluşturduğu bozucu etkileri yavaşlatır. Fiziksel aktivite sadece felç, periferik hastalıkları, koroner kalp hastalıkları, kronik obstrüktif pulmoner hastalıkları, osteoporoz, çeşitli kanser türleri, obezite, hiperlipidemi ile sınırlı olmayan birçok hastalık üzerinde pozitif etkiler göstermektedir.

Son 30-40 yılda obezite prevalansında dramatik bir artış gözlenmiştir. Obezite prevalansındaki bu artış da diyabet, kalp hastalıkları ve kanser gibi hastalıkların riskindeki artışlarla ilişkilidir (Ergün, 2003).

4.8. Egzersiz

Fiziksel aktivite, yerçekimi kuvvetleri ve yapışma yerlerinden kasların traksiyonu yoluyla iskelet üzerinde mekanik yük oluşturmaktadır.

Egzersiz uzun süreli ve düşük şiddetli uygulanması ve enerji harcanmasının maksimuma çıkarılması negatif enerji dengesini başlatır. Bu şu demektir. Aktiviteler

aerobik ve bireyin enerji kaynaklarının serbest kullanılmasını sağlayacak şekilde olmalıdır.

Kalistenik Egzersiz

Kültür-fizik hareketleri olarak tanımlanmaktadır. Diğer bir anlamda ise; aerobik ve step adımlamaları ile büyük kas gruplarını çalıştırmaya yönelik ve içersinde bölgesel çalışma içeren son beş dakikasında dinlenme ile bitirilen aerobik nitelikli çalışma türüdür.

Aerobik Egzersizler

Büyük kas gruplarının ritmik ve dinamik olarak kasıldığı egzersizlerdir. Mitokondri çapındaki artışları ve aerobik enzimlerin aktivitesindeki değişiklikleri, antremanlı kasın artmış kapilarizasyonu ve karbonhidrat yağ oksidasyonundaki değişiklikleri kapsar. Bu adaptasyonlar, ATP'nin aerobik üretimindeki artışa bağlı olarak gerçekleşir. Bu egzersiz, kardiyovasküler sistem fonksiyonel boyutunda değişikliklere yol açar (Erbaş, 2007).

Egzersizin etki mekanizmaları aşağıda belirtilmiştir.

- İskelet kasları tarafından glikoz alımı artar.
- Özellikle GLUT 4 formundaki glikoz taşıyıcı proteinlerin sayısı ve aktivitesi plazma ve iskelet kaslarında artış gösterir.
- Artan glikojen sentezi ve glikozun oksidatif olmayan atımı sonucu glikojen sentetaz aktivitesi artar.
- Adipoz dokuda insülinin reseptörlerine bağlanma miktarı hafif düzeyde artar.
- Kaslardaki kapiller yoğunluğun artması ve hücre içi glikoz metabolizmasındaki artış fiziksel egzersize adapteasyonda önemlidir (Ergün, 2003).

Ağırlık çalışması kasların ve kemiklerin ağırlığını arttırarak, kalori kısıtlanmasıyla oluşan azalmaya karşı koyar. Az ve orta ağırlıklı aerobik egzersizleri, hareketi ve enerji kullanımını ortaya çıkarmak için yükseltilir ve düzene sokulur. Bu metod vücutta yağ azalmasının en etkili yoludur(Erbaş, 2007).

Şişmanlara genellikle pek çok kas grubunu bir arada çalıştıran dinamik egzersiz programları önerilmektedir. Aerobik enerji yolunu devreye daha fazla sokan, düşük şiddette ve uzun süre veya kapalı ortamlarda yapılabilen (örneğin; yürüyüş, jogging, bisiklet, yüzme vb. gibi) düşük maliyetli, tercihlere göre bireysel veya grupla uygulanabilen etkinlikler olmalıdır. Egzersizin süresi 20 ile 60 dakika arasında olmalıdır. Daha düşük sürelerde egzersizin yararı çok sınırlıdır. İstenen gelişme sağlanamayabilir. Daha uzun süren egzersizler ise yorgunluk oluşturmakta, motivasyon kaybına ve yaralanmalara yol açabilmektedir. Egzersizin sıklığı ise, egzersiz toleransı düşük olan ve yeni başlayan bireyler için haftada 1-2, en fazla 3 seans, daha sonraki dönemlerde haftada 3-4 ve 5 gün (seans) olarak önerilmektedir (Erbaş, 2007).

Egzersiz yüksek tansiyon, şeker hastalığı, aşırı kilo, kolesterol ve halsizlik gibi risk faktörlerini engeller. Zihin açıklığı ve ruhsal dengeyi korur, enerji seviyesini geliştirir. Kemik ve kas sağlığını destekler. Kan basıncını düşürür ve vücutta oluşan toksinlerin dışarı atılmasını sağlar.

Yetişkinlerde düzenli fiziksel aktivite, yağsız vücut ağırlığında artış yağlı dokuda azalmaya neden olur. Egzersiz programının ilk döneminde vücut ağırlığında fazla bir değişiklik olmamasının nedeni budur. Üç ay gibi bir süre sonra yağsız vücut ağırlığı sabitleşir ve kilo kaybı hızlanır (Erbaş, 2007).

Egzersiz ve Kadın

Bilimsel araştırmalar her insanın, düzenli aerobik antrenmanları ile fazla kilolarından kurtulabileceğini kanıtlamış bulunuyor. Düzenli ve devamlı egzersiz yapanlar, aşırı yağlanmanın tüm sağlık sakıncalarından kurtulabilecekleri gibi, organizmalarının tüm fonksiyonel kapasitelerini geliştirerek dinamik ve verimli insanlar haline gelebilirler.

Fiziksel çalışma birçok kadın için temel fiziksel aktiviteler olmaya devam ederken, günümüzde sporu bir boş zaman faaliyeti olarak görmeyip uğraş olarak kabul eden kadınların sayısı da her geçen gün artmaktadır. Özellikle son 10 yılda bu ilgi patlama şeklinde artışa neden olmuştur. Bugün başta atletizm olmak üzere kadınların pek çok spor dalında yer almaları kurumlaşmış ve olimpik yarışmalar kapsamına alınmıştır (Erbaş, 2007).

Gelişen teknoloji insanları daha pasif yaşama itmekte ve onları hareketsiz bir canlı varlık haline getirmektedir. Hareketsiz bir yaşam tarzı; kalp-dolaşım hastalıkları, stres, eklemlerde deforme, hazımsızlık, yüksek tansiyon, obezite, omurga hastalıkları, psikolojik depresyonlar ve daha birçok hastalığın direk ya da dolaylı sebebi olarak görülmektedir.

Egzersiz ve antrenmana verilen yanıtlar ve egzersizde fizyolojik ve biyokimyasal yanıtları kontrol eden mekanizmalar her iki cinsten de aynıdır. Kadınlar ve erkekler arasındaki sportif performans farklılıkları; vücut kompozisyonu, enerji sistemleri, kas gücü ve fonksiyonu, antrenman yapabilme kapasitesi, jinekolojik faktörler gibi anatomik ve fizyolojik faktörlere ve bu faktörlerin büyüklüğüne bağlıdır.

Yoğun egzersiz vücut yağ kitlesini azaltır. Bu azalmanın derecesi egzersiz tipine, sıklığına ve şiddetine bağlıdır. Özellikle dayanıklılık sporu yapan kadınların vücut yağ oranının %8-10 'a kadar düştüğü bilinmektedir. Kadınlarda kas içi yağ miktarı da daha fazladır ve yağ dokusundaki oksidatif enzim aktiviteleri daha yüksektir.

Düzenli antrenman yapan kadınlarda vücut yağının azaldığı bilinmektedir. Kan basıncı normal değerlere inmekte, aynı eforu yaparken kalp atış sayısında azalma, istirahat anında nabız sayısının düşüşü gibi değişimler görülmektedir (Erbaş, 2007).

4.9. Şişmanlığın Diyet Tedavisi

Obezitenin temelinde genetik, metabolik ve hormonal etkilerin bulunmasına rağmen kişisel faktörler, porsiyon büyüklüğü, fiziksel aktivite eksikliği de obezite prevalansını arttırmaktadır. Aynı zamanda üç yüzün üstünde genin, özellikle de leptinin obezitenin temelini oluşturduğu bilinirken; %20-30 oranında etkili olduğu düşünülen genetik faktörler ve bilinen/bilinmeyen birçok diğer faktörün de obezite gelişimini etkileyebildiği bilinmektedir (Pekcan, 2001).

Diyet Tedavisi: Diyet, yunanca bir kelime olup yaşam şekli anlamına gelmektedir. obezite tedavisinde ise diyet, hastalık ve ölüm riskini azaltacak yeni bir yaşam şeklini ifade etmektedir. Kronik hastalıklarda diyet iki anlam taşımaktadır. Akut fazda; diyet hastalığın semptomlarını hafifletmede yardımcı bir tedavi şeklidir. Kronik fazda ise; yaşam şeklinin vazgeçilmez bir bileşeni olmaktadır. Diyabet tedavisine

benzer olarak, obezite tedavisi süresince de yaşam şeklini ve sağlık durumundaki değişiklikleri adapte etmede periyodik olarak ayarlamaya ihtiyaç duyulur (Kılıç, 2006).

Obezite gelişiminin temel nedeni; bireyin uzun süreli olarak günlük diyetinde almış olduğu enerjinin, günlük enerji gereksiniminden fazla olmasıdır. Günlük alınan diyetin toplam enerji miktarı kadar diğer diyetel faktörlerin (karbonhidrat, yağ protein vs.) de önemi açıktır (Pekcan, 2001).

Ağırlık kaybında diyet tedavisi olarak; düşük kalorili ve düşük yağlı, günde 800-1500 kkal'lık diyetler üzerinde durulmakla birlikte; günde tüketilen kaloriden 500-1000 kkal kadar kısıtlama yapılarak da diyet programında düzenleme sağlanabilmektedir. Aynı zamanda, yaklaşık 800 kkal'den az olan, çok düşük kalorili diyetlerin bir yıldan sonra hiçbir etkisinin olmadığını gösteren çalışmaların bulunduğu bildirilmektedir. Düşük kalorili diyetlerin davranış değişikliği tedavisi ile birlikte yürütülmesi en etkili yöntem olarak belirtilmektedir (Kılıç, 2006).

Düşük kalorili diyetler günde 500-1000 kkal enerji kısıtlaması demektir ve haftada 0.5-1 kilogram kilo kaybını hedeflemektedir. NHLBI (Ulusal Kalp Karaciğer ve Kan Enstitüsü) ve NAASO (Güney Amerika Kalp Çalışması) yüksek kilolu bir kadın birey için 1000-1200 kkal/ gün, yüksek kilolu bir erkek birey ya da düzenli egzersiz yapan bir kadın ya da 75 kilogramdan ağır bir kadın birey için düşük kalorili diyetlerde 1200- 1600 kkal/gün uygun görmektedir (Kılıç, 2006).

Şişmanlarda kanserden ölüm ile diyetteki yağın miktarı ve türü ilişkili bulunmuştur. A, C, E ve B grubu vitaminleri ile kalsiyum minerali kanser oluşumunda inhibitör ajandır. Tekli doymamış yağ asitleri çoklu doymamış yağ asitlerine göre daha tümör uyarıcı etkiye sahiptir. Doymamış yağ asitleri balıktan geliyorsa (bu yağ n-3 ve n-6 yağ asitlerinden zengindir) tümör oluşumunda etkinliği azaltmaktadır (Shaff, 1998).

Diyet tedavisinin yanı sıra uygulanan davranışsal tedavi ise; kendi kendini kontrol etme, beslenme eğitimi, yavaş yeme, egzersiz gibi multidisipliner bir yaklaşım olarak bilinmektedir. Bu tarz davranışsal yaklaşımda ilk altı aylık sürede vücut ağırlığının %10'unun kaybı hedeflenmektedir (Kılıç, 2006).

Ayrıca şışman bireylerde erken menarş, hepatik steatoz, akantozis nigrikans, uyku apnesi, psödotümör serebri, polikistik over hastalığı, kolelitiyazis gibi birçok komplikasyon görülebilmektedir. Şışman bireyler ayrıca ortopedik sorunlar ve benlik saygısı yönünden değerdendirilmelidir. Obeziteye yol açan risk etmenlerine karşı alınacak tedbirler ile obezitenin önlenmesi hem bu komplikasyonlardan koruyacak hem de sağlıklı olmalarını sağlayacaktır. (Sağlık Bakanlığı, 1994).

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırma örnekleminin seçimi

Bu çalışma 2010 Temmuz 2011 Şubat tarihleri arası özel bir hastanenin diyet polikliniğine zayıflamak amacıyla başvuran, araştırmaya katılmayı kabul eden 18 ile 56 yaş arası 103 gönüllü yetişkin şişman kadın üzerinde yapılmıştır.

Araştırma verilerinin toplanması

Araştırma verileri, konu ile ilgili yayınlardan faydalanılarak ve uzman görüşü alınarak oluşturulan anket formunun araştırmaya katılan kadınlara araştırmacı tarafından yüz yüze uygulanarak elde edilmiştir.

Özel bir hastanenin diyet polikliniğine başvuran kadınlardan oluşan katılımcılara uygulanan anket formunda; bireylerin yaşları, çalışma durumları, medeni durumları, eğitim durumları, mesleki bilgileri, alkol ve sigara kullanım durumları, öğün sayıları, öğün arası gıda seçimi, çalışan kadınların hangi öğünleri iş yerlerinde tükettikleri, tatlı seçimleri ve tatlı tüketim sıklıkları, su tüketimleri, çay – kahve tüketimleri, duygusal durumlarının beslenmelerine etkisi, meyve ve sebze tüketimleri, süt ve türevleri tüketimleri, en sevdikleri yiyeceğin hangisi olduğu, dışarıda ne sıklıkla beslendikleri ve hangi besini seçtikleri, spor yapma durumları ve süreleri sorulmuştur.

Kişilerin antropometrik ölçümleri diyetisyen tarafından jawon marka Gaia 359 plus vücut analiz cihazı kullanılarak ölçülmüştür. Bu ölçüm cihazı ile katılımcıların vücut ağırlıkları, yağ ağırlıkları, yağ yüzde dağılımları, kas yüzde dağılımları, beden kitle indeksleri, bazal metabolizma hızları ve su ağırlık dağılımları bölgesel dağılımlara göre kaydedilmiştir. Boy ölçümleri için Seca marka boy ölçer kullanılmış olup, kişilerin boyları duvara monte halinde olan cihazın altına geçirilerek sadece ayaklarında çorapları kalarak alınmıştır. Katılımcıların bel – kalça ölçümleri diyetisyen tarafından mezura ile alınmıştır.

Araştırma verilerinin değerlendirilmesi

Araştırmaya katılan katılımcıların şişmanlık sınıflandırılması ağırlığın boyun karesine bölünmesiyle elde edilen BKİ değerlerine göre belirlenmiştir. Çalışmada oluşturulan BKİ değerleri aralıkları WHO Sınıflandırılmasından yararlanılarak oluşturulmuştur. BKİ değeri 25kg/m² ve üzeri olan kadınlar şişman olarak kabul edilmiş ve araştırmaya dahil edilmiştir.

Çalışmaya katılan katılımcıların B/K oranları ise bel çevresi ölçümlerinin, kalça çevresi ölçümlerine bölünmesiyle elde edilmiş olup, WHO verilerinden yararlanılarak kadınlarda B/K oranı 0,8'in üzerinde olan kadınlar şişman kabul edilmiştir.

Araştırmanın sınırlılıkları

Araştırmaya katılan katılımcılar, çalışmaya dahil olmayı kabul eden şişman kadınlar arasından seçilmiştir. Diyet polikliniğine ideal ağırlığına ulaşmak için başvuran BKİ değerleri 25 ve altında olan kadınlar çalışmaya dahil edilmemiştir.

Eğitim düzeyi düşük hastalar tarafından anlaşılamayan sorulara açıklama yapılmıştır(dışarıda hangi tür gıda seçimi, ana ve ara öğün bilgisi, hangi öğünü atlama bilgisi gibi).

İstatistiksel Değerlendirme

Çalışmaya dahil edilen kadınların ağırlık, boy, BKİ, bel-kalça ölçümlerinin, beslenme alışkanlıklarının ve fiziksel aktivite durumlarının istatistiksel değerlendirmesi SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 15.0 programı ile yapılmıştır. Veriler ortalama $\pm$ SD ve yüzde (%) olarak verilmiştir. Çalışma verileri değerlendirilirken niceliksel verilerin karşılaştırılmasında Student's t-testi ve niteliksel verilerin karşılaştırılmasında Ki-kare testi ve Fisher's Exact Ki-Kare testi kullanılmıştır. Bağımlı değişken ile bağımsız değişkenler arasındaki neden sonuç ilişkisi değerlendirilmiştir. P<0,05 düzeyi anlamlı olarak kabul edilmiştir.

BULGULAR

Tablo 2’ de araştırmaya katılan kadınların yaş, ağırlık, boy gibi demografik özellikleri ve çalışma durumları belirtilmiştir.

Tablo 2: Katılımcıların Demografik Özelliklerinin Dağılımı

		Min – Max	Ort±SS
Yaş		18 - 56	33,31±8,6
Boy (cm)		145 - 178	160,07±6,5
Ağırlık (kg)		60,4 - 144,3	87,42±17,4
BKI		25,1 - 57,1	34,1±6,8
		n	%
Eğitim Durumu	İlköğretim mezunu	38	36,9
	Lise mezunu	44	42,7
	Lisans ve üzeri mezunu	21	20,4
Medeni Durum	Evli	79	76,7
	Bekar	24	23,3
Çalışma Durumu	Evet	37	35,9
	Hayır	66	64,1
Meslek (n=37)	Memur	25	67,6
	İşçi	9	24,3
	Yönetici	3	8,1
Şişmanlık	Hafif şişman	32	31,1
	I.derece şişman	31	30,1
	II.derece şişman	22	21,4
	III.derece (ağır) şişman	18	17,5

Çalışmaya dahil olan katılımcıların demografik özelliklerine bakıldığında; yaşları 18 ile 56 arasında değişmekte olup, ortalaması 33,31±8,6’dur. Katılımcıların boy

ve ağırlık dağılımlarına bakıldığında ise; boyları 145 cm ile 178 cm arasında değişmekte olup, ortalaması $160,07 \pm 6,5$ cm, ağırlıkları ise 60,4 kg ile 144,3kg arasında değişmekte olup, ortalaması $87,42 \pm 17,4$ kg'dır. BKİ değerleri ise $25,1 \text{ kg/m}^2$ ile $57,1 \text{ kg/m}^2$ arasında değişmekte olup, ortalaması $34,1 \pm 6,8 \text{ kg/m}^2$ dir.

Katılımcıların medeni durumları incelendiğinde ise; kadınların %76,7'si evli, %23,3'ü bekardır. Çalışma durumlarına bakıldığında ise; kadınların %35,9'u çalışırken, %64,1'i ev hanımıdır. Çalışan kadınların %67,6'sı memur, %24,3'ü işçi, %8,1'i yöneticidir.

Çalışmaya katılan kadınların sigara ve alkol tüketimleri incelendiğinde çalışan kadınların %16,2'si sigara kullanırken, çalışmayan kadınların %12,1'i sigara kullanmaktadır. Alkol tüketimlerine bakıldığında ise çalışan kadınların %10,8'i alkol tüketirken, çalışmayan kadınlarda alkol tüketen yoktur. Ek vitamin ve mineral alımlarına bakıldığında ise çalışan kadınların %29,7'si ek vitamin-mineral kullanırken, çalışmayan kadınlarda bu oran %10,6'lara düşmektedir. Sigara kullanımı çalışan kadınlarda ortalama günde on dört tane iken, çalışmayan kadınlarda ortalama günde dokuz tanedir.

Tablo 3: Katılımcıların Çalışma Durumuna Göre BKİ Değerlendirilmesi

		BKİ(kg/m ²)	<i>t, p</i>
		Ort±SS	
Çalışma	Evet	31,44±5,41	<i>t:3,021;</i>
Durumu	Hayır	35,53±7,17	<i>p:0,003**</i>
<i>Student t test kullanıldı</i>		<i>**p<0,01</i>	

Katılımcıların BKİ değerlendirmeleri Tablo 3'de belirtilmiştir. Çalışmayan kadınların beden kitle indeksi ortalamaları, çalışan kadınlardan istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı yüksektir ($p<0,01$). Katılımcıların çalışma durumlarına göre BKİ dağılımlarında, çalışan kadınlarda hafif şişman oranı(%43,2) yüksek iken, çalışmayan kadınların BKİ dağılımları bütün gruplar için birbirine yakın oranlardadır. Sadece ağır şişman kadın yüzdeleri karşılaştırıldığında; çalışmayan kadınların ağır şişman dağılımları, çalışan kadınlardan daha yüksektir.

Tablo 4: Katılımcıların Ağırlık Ortalamaları, Son İki Yıl İçindeki Değişimi ve Son İki Yılda Kilo Alma Durumlarının Dağılımları

		Çalışma Durumu		<i>t, χ^2, p</i>
		Evet	Hayır	
		Ort±SS	Ort±SS	
Ağırlık(kg)		81,27±15,06	90,87±17,73	<i>t</i> :-2,777; <i>p</i> :0,007**
Olması gereken ağırlık ile şu andaki ağırlık farkı (kg)		24,62±14,09	34,66±17,40	<i>t</i> :-3,108; <i>p</i> :0,002**
		n (%)	n (%)	
Son İki Yıl İçinde Kilo Alma	Evet	35 (%94,6)	60 (%90,9)	<i>χ^2</i> :0,450; <i>p</i> :0,503
	Hayır	2 (%5,4)	6 (%9,1)	
Student t test ve Ki-kare testi kullanıldı		** <i>p</i> <0,01		

Katılımcıların ağırlık ortalamaları, son iki yıl içindeki kilo alma durumları ve olmaları gereken ağırlık ile şuan ki ağırlıkları arası kilo farkı Tablo 4’te gösterilmiştir. Çalışmayan kadınların ağırlık ortalamaları, çalışan kadınlardan istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı yüksektir ($p<0,01$). Çalışmayan kadınların normalde olmaları gerek ağırlık ile şu andaki ağırlıkları arasındaki farkın ortalaması, çalışan kadınların ortalamasından istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı yüksektir ($p<0,01$). Çalışan ve çalışmayan kadınların son iki yıl içerisinde kilo alma oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Çalışan ve çalışmayan kadınların şişmanlık dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır.

Tablo 5: Katılımcıların Bel-Kalça Oranının Değerlendirilmesi

Şişmanlık	Bel / Kalça ölçümü(cm)	Çalışma Durumu		χ^2, p
		Evet	Hayır	
		n (%)	n (%)	
Hafif Şişman	≤0,88	14 (%87,5)	15 (%93,8)	$\chi^2:0,368$
	0,88 – 0,99	2 (%12,5)	1 (%6,3)	$p: 1,000;$
I.derece Şişman	≤0,88	12 (%100,0)	15 (%78,9)	$\chi^2:2,901;$
	0,88 – 0,99	0 (%0,0)	4 (%21,1)	$p:0,139$
II.derece Şişman	≤0,88	4 (%66,7)	12 (%75,0)	$\chi^2:0,153;$
	0,88 – 0,99	2 (%33,3)	4 (%25,0)	$p:1,000$
III.derece Şişman	≤0,88	2 (%66,7)	5 (%33,3)	$\chi^2:1,414;$ $p:0,493$
	0,88 – 0,99	1 (%33,3)	7 (%46,7)	
	> 1	0 (%0,0)	3 (%20,0)	

Ki-kare test ve Fisher's Exact test kullanıldı

Katılımcıların bel-kalça oranlarının dağılımları şişmanlık derecelerine göre incelendiğinde gruplar arasında alınan ölçümde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır.

Çalışmaya katılan kadınların %71,8'i bu zamana kadar en az bir kez diyet uygulaması yapmış olup, %52,5'i kendi kendine yediklerini azaltma yöntemiyle diyet uygulamış ve sadece %28,8'i diyetlerini bir diyetisyenden alıp, onun eşliğinde gerçekleştirmiştir. Katılımcıların çalışma durumları ile daha önceden diyet uygulamış olmaları, diyet uygulama nedenleri ve diyeti temin etme yöntemleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır(Tablo 6).

Tablo 6: Katılımcıların Çalışma Durumuna İlişkin Diyet Uygulama, Ana-Ara Öğün Tüketimi ve Öğün Atlama Durumlarının Değerlendirilmesi

		Çalışma Durumu		χ^2, p
		Evet	Hayır	
		n (%)	n (%)	
Diyet	Evet	24 (%64,9)	50 (%75,8)	$\chi^2:1,391$ $p:0,238$
Uygulama	Hayır	13 (%35,1)	16 (%24,2)	
Diyet	Kilolu olduğum için	22 (%88,0)	48 (%96,0)	$\chi^2:1,864$ $p:0,394$
Uygulama	Daha zayıf olmak için	2 (%8,0)	1 (%2,0)	
Nedeni	Diğer	1 (%4,0)	1 (%2,0)	
Uygulanan Diyeti Temin Etme	Doktor	4 (%14,3)	5 (%9,6)	$\chi^2:2,359$ $p:0,670$
	Diyetisyen	7 (%25,0)	16 (%30,8)	
	Komşu	0 (%0,0)	3 (%5,8)	
	Dergi – gazete	1 (%3,6)	2 (%3,8)	
	Diğer	16 (%57,1)	26 (%50,0)	
Ana Öğün	2	11 (%29,7)	24 (%36,4)	$\chi^2:0,465$ $p:0,495$
	3	26 (%70,3)	42 (%63,6)	
Ara Öğün	0	2 (%5,4)	3 (%4,5)	$\chi^2:2,698$ $p:0,610$
	1	1 (%2,7)	3 (%4,5)	
	2	28 (%75,7)	41 (%62,1)	
	3	6 (%16,2)	18 (%27,3)	
	4	0 (%0,0)	1 (%1,5)	
	5	0 (%0,0)	0 (%0,0)	
Öğün Atlama	Evet	14 (%37,8)	24 (%36,4)	$\chi^2:0,289$ $p:0,865$
	Hayır	8 (%21,6)	12 (%18,2)	
	Bazen	15 (%40,5)	30 (%45,5)	
Öğün Atlama Sebebi	İş yoğunluğu	15 (%51,7)	7 (%13,0)	$\chi^2:16,447$ $p:0,006^{**}$
	Canım istemiyor	4 (%13,8)	13 (%24,1)	
	Geç kalkmak	10 (%34,5)	27 (%50,0)	
	Zayıflamak için	0 (%0,0)	1 (%1,9)	
	Alışkanlığım yok	0 (%0,0)	3 (%5,6)	
	Diğer	0 (%0,0)	3 (%5,6)	

Ki-kare test kullanıldı

$^{**} p < 0,01$

Çalışmaya katılan kadınların ana ve ara öğün tüketimlerine bakıldığında çalışan kadınların %70,3'ü üç ana öğün yaparken, çalışmayan kadınların %63,6'sı üç ana öğün tüketmektedir. Katılımcıların çalışma durumlarına göre ana öğün ve ara öğün tüketme sıklıkları ve öğün atlama sıklıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Çalışmaya dahil olan katılımcılardan çalışan kadınların %78,3'ü, bazen veya hep öğün atlarken, çalışmayan kadınların %81,9'u bazen veya hep öğün atlamaktadır. Katılımcıların çalışma durumlarına göre öğün atlama sebepleri arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,01$). Çalışanların kadınların %40,5'i iş yoğunluğu nedeniyle öğün atladığını söylerken, çalışmayanların %40,9'u öğün atlama sebebini geç kalmak olarak söylemiştir.

Tablo 7: Katılımcıların Stres Durumlarının Beslenmelerine Etkisinin Değerlendirilmesi

		Çalışma Durumu		χ^2, p
		Evet	Hayır	
		n (%)	n (%)	
Üzüntülü-Yorgun Olma durumuna göre beslenme	Her zamankinden az yerim	6 (%16,2)	11 (%16,7)	$\chi^2:0,062;$ $p:0,970$
	Her zamankinden çok ve sık yerim	26 (%70,3)	45 (%68,2)	
	Bir değişiklik olmaz	5 (%13,5)	10 (%15,2)	
Sevinçli-Heyecanlı Olma durumuna göre beslenme	Her zamankinden az yerim	7 (%18,9)	8 (%12,1)	$\chi^2:3,843;$ $p:0,146$
	Her zamankinden çok ve sık yerim	15 (%40,5)	18 (%27,3)	
	Bir değişiklik olmaz	15 (%40,5)	40 (%60,6)	

Ki-kare test kullanıldı

Çalışmaya katılan kadınların çalışma durumları ile stres durumlarındaki beslenmeleri incelendiğinde, her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır. Her iki grup kadında yüksek oranda üzüntülü-yorgun olduklarında her zamankinden daha çok ve sık yedikleri belirtilirken, sevinçli-heyecanlı olduklarında beslenme durumlarında her hangi bir değişiklik olmadığı belirtilmiştir.

Tablo 8: Katılımcıların Gece Yemek Yeme Durumlarının Değerlendirilmesi

Şişmanlık	Gece Yemek	Çalışma Durumu		χ^2, p
	Yeme	Evet	Hayır	
	Durumu	n (%)	n (%)	
Hafif Şişman	Evet	3 (%18,8)	5 (%31,3)	$\chi^2:0,667;$
	Hayır	13 (%81,3)	11 (%68,8)	$p:0,685$
I.derece Şişman	Evet	1 (%8,3)	3 (%15,8)	$\chi^2:0,364;$
	Hayır	11 (%91,7)	16 (%84,2)	$p:1,000$
II.derece Şişman	Evet	1 (%16,7)	4 (%25,0)	$\chi^2:0,173;$
	Hayır	5 (%83,3)	12 (%75,0)	$p:1,000$
III.derece Şişman	Evet	0 (%0,0)	4 (%26,7)	$\chi^2:1,029;$
	Hayır	3 (%100,0)	11 (%73,3)	$p:1,000$

Fisher's exact test kullanıldı

Çalışmaya katılan kadınların gece yemek yeme durumları ile şişmanlık durumları karşılaştırıldığında, BKİ değerleri yükseldikçe gece yemek yeme oranı da artmaktadır. Fakat çalışma durumları ile gece yemek yeme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Araştırmaya katılan kadınların öğün arası gıda tüketme durumları şişmanlık derecelerine göre karşılaştırıldığında, çalışan ve çalışmayan kadınların öğün arası gıda tüketimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Her şişmanlık derecesinde hem çalışan kadınların hem de çalışmayan kadınların büyük bir kısmının öğün arasında her hangi bir gıda tükettikleri görülmektedir(Tablo 9).

Tablo 9: Katılımcıların Öğün Arası Gıda Tüketimlerinin Değerlendirilmesi

Şişmanlık	Öğün Arası	Çalışma Durumu		χ^2, p
		Evet	Hayır	
		n (%)	n (%)	
Hafif şişman	Evet	14 (%87,5)	15 (%93,8)	$\chi^2:1,034;$ $p:0,596$
	Hayır	1 (%6,3)	0 (%0,0)	
	Bazen	1 (%6,3)	1 (%6,3)	
I.derece şişman	Evet	12 (%100,0)	17 (%89,5)	$\chi^2:1,350;$ $p:0,509$
	Hayır	0 (%0,0)	1 (%5,3)	
	Bazen	0 (%0,0)	1 (%5,3)	
II.derece şişman	Evet	6 (%100,0)	15 (%93,8)	$\chi^2:0,393$ $p:1,000$
	Hayır	0 (%0,0)	1 (%6,3)	
III.derece şişman	Evet	3 (%100,0)	15 (%100,0)	-
	Hayır	-	-	

Ki-kare test ve Fisher's exact test kullanıldı

Katılımcıların öğün arası gıda tüketimleri şişmanlık dereceleriyle karşılaştırıldığında, çalışan kadınlar ile çalışmayan kadınların ara öğünlerde tercih ettikleri gıdalar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Kadınların çalışma durumlarından etkilenmeden şişmanlık derecelerinin her birinde en çok tüketilen gıda türünün hamurlu gıdalar olduğu görülmektedir (Tablo 10).

Tablo 10: Katılımcıların Öğün Arasında Gıda Tercihlerinin Değerlendirilmesi

Şişmanlık	Öğün Arası Yenen Gıda	Çalışma Durumu		χ^2, p
		Evet	Hayır	
		n (%)	n (%)	
Hafif Şişman	Hamurlu gıdalar	3 (%20,0)	1 (%6,7)	$\chi^2:4,676;$ $p:0,457$
	Bisküvi çeşitleri	5 (%33,3)	9 (%60,0)	
	Süt türevleri	1 (%6,7)	1 (%6,7)	
	Meyveler	3 (%20,0)	2 (%13,3)	
	Çay tüketimi	2 (%13,3)	0 (%0,0)	
	Çikolata türevi	1 (%6,7)	2 (%13,3)	
I.derece Şişman	Hamurlu gıdalar	3 (%25,0)	2 (%11,1)	$\chi^2:8,912;$ $p:0,113$
	Bisküvi çeşitleri	4 (%33,3)	14 (%77,8)	
	Süt türevleri	1 (%8,3)	0 (%0,0)	
	Meyveler	3 (%25,0)	1 (%5,6)	
	Çay tüketimi	0 (%0,0)	1 (%5,6)	
	Kuruyemişler	1 (%8,3)	0 (%0,0)	
II.derece Şişman	Süt türevleri	0 (%0,0)	5 (%31,3)	$\chi^2:4,469;$ $p:0,215$
	Bisküvi çeşitleri	5 (%83,3)	6 (%37,5)	
	Meyveler	0 (%0,0)	2 (%12,5)	
	Çikolata türevi	1 (%16,7)	3 (%18,8)	
III.derece Şişman	Hamurlu gıdalar	1 (%33,3)	3 (%20,0)	$\chi^2:1,080;$ $p:0,583$
	Bisküvi çeşitleri	2 (%66,7)	8 (%53,3)	
	Meyveler	0 (%0,0)	4 (%26,7)	

Ki-kare test kullanıldı

Çalışmaya katılan kadınların çalışma durumlarına göre çay kahve tüketme oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Çalışan kadınların %59,5(22 kişi)'i, çalışmayan kadınların %68,2(45 kişi)'si çay-kahve tüketmektedir. Sadece hafif şişman olup çalışmayan kadınların çay-kahve tüketme oranları, hafif şişman olup çalışan kadınlardan ileri düzeyde anlamlı yüksektir ($p<0,01$). Bunun nedeni sorgulandığında ise çalışmayan kadınların arkadaş toplantılarında en çok tercih edilen içeceğin çay-kahve türevlerinin olmasıdır.

Araştırmaya katılan kadınların çay kahve tüketme miktarları şişmanlık dereceleriyle karşılaştırıldığında, çalışan ve çalışmayan kadınların arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Katılımcıların çay- kahvelerine kullandıkları şeker miktarlarına bakıldığında ise hiçbir şişmanlık derecesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır.

Tablo 11: Katılımcıların Su Tüketim Miktarlarının Değerlendirilmesi

Şişmanlık	Su Tüketim Miktarı	Çalışma Durumu		χ^2, p
		Evet	Hayır	
		n (%)	n (%)	
Hafif Şişman	Günde 1-3 bardak	9 (%56,3)	5 (%31,3)	$\chi^2:2,043;$ $p:0,360$
	Günde 4-7 bardak	4 (%25,0)	6 (%37,5)	
	Günde 8 bardak ve üzeri	3 (%18,8)	5 (%31,3)	
I.derece Şişman	Günde 1-3 bardak	3 (%25,0)	12 (%63,2)	$\chi^2:6,413;$ $p:0,040^*$
	Günde 4-7 bardak	2 (%16,7)	4 (%21,1)	
	Günde 8 bardak ve üzeri	7 (%58,3)	3 (%15,8)	
II.derece Şişman	Günde 1-3 bardak	2 (%33,3)	8 (%50,0)	$\chi^2:3,850;$ $p:0,146$
	Günde 4-7 bardak	4 (%66,7)	4 (%25,0)	
	Günde 8 bardak ve üzeri	0 (%0,0)	4 (%25,0)	
III.derece Şişman	Günde 1-3 bardak	1 (%33,3)	8 (%53,3)	$\chi^2:2,960;$ $p:0,228$
	Günde 4-7 bardak	0 (%0)	4 (%26,7)	
	Günde 8 bardak ve üzeri	2 (%66,7)	3 (%20,0)	

Ki-kare test kullanıldı

* $p<0.05$

Araştırmaya katılan kadınların su tüketme miktarları arasında her iki grup kadın içinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Sadece I.derece şişman kadınlarda; çalışan kadınların günde 8 bardak ve üzerinde su tüketme oranları, çalışmayan kadınlardan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Bu sonuca göre çalışan kadınların su tüketimine daha dikkat ettikleri, çalışmayan kadınların da çay tüketim oranlarının daha yüksek olmasına bağlı olarak su tüketiminin azaldığı görülmektedir.

Tablo 12: Katılımcıların En Sevdikleri Yemeklerin Değerlendirilmesi

Şişmanlık	En Sevilen Yemek	Çalışma Durumu		χ^2, p
		Evet	Hayır	
		n (%)	n (%)	
Hafif Şişman	Etli yemekler	8 (%50,0)	5 (%31,3)	$\chi^2:2,835;$ $p:0,586$
	Etli sebze yemekleri	1 (%6,3)	1 (%6,3)	
	Zeytinyağlı sebze yemekleri	3 (%18,8)	4 (%25,0)	
	Hamurlu gıdalar	3 (%18,8)	6 (%37,5)	
	Tatlılar	1 (%6,3)	0 (%0,0)	
I.derece Şişman	Etli yemekler	6 (%50,0)	10 (%52,6)	$\chi^2:4,516;$ $p:0,341$
	Etli sebze yemekleri	0 (%0,0)	2 (%10,5)	
	Zeytinyağlı sebze yemekleri	4 (%33,3)	2 (%10,5)	
	Hamurlu gıdalar	2 (%16,7)	3 (%15,8)	
	Tatlılar	0 (%0,0)	2 (%10,5)	
II.derece Şişman	Etli yemekler	3 (%50,0)	7 (%43,8)	$\chi^2:7,631;$ $p:0,106$
	Etli sebze yemekleri	0 (%0,0)	2 (%12,5)	
	Zeytinyağlı sebze yemekleri	2 (%33,3)	0 (%0,0)	
	Hamurlu gıdalar	0 (%0,0)	4 (%25,0)	
	Tatlılar	1 (%16,7)	3 (%18,8)	
III.derece Şişman	Etli yemekler	2 (%66,7)	11 (%73,3)	$\chi^2:2,215;$ $p:0,529$
	Etli sebze yemekleri	0 (%0,0)	1 (%6,7)	
	Zeytinyağlı sebze yemekleri	0 (%0,0)	2 (%13,3)	
	Hamurlu gıdalar	1 (%33,3)	1 (%6,7)	

Ki-kare test kullanıldı

Katılımcıların en sevdikleri yemeklerin dağılımlarının şişmanlık derecelerine göre karşılaştırılmasında, çalışan ve çalışmayan grup kadınların arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Her iki grup kadınlarda da ağırlıklı sevilen yemeklerin etli gıdalar olduğu görülmektedir.

Araştırmaya katılan kadınların çikolata tüketim sıklıkları şişmanlık dereceleriyle karşılaştırıldığında, çalışan kadınlar ile çalışmayan kadınların çikolata tüketme

miktarları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Her iki grup kadın içinde ağırlıklı olarak haftada bir- iki kez çikolata tüketildiği görülmektedir.

Araştırmaya katılan kadınların kızartma tüketim sıklıkları şişmanlık derecelerine göre karşılaştırıldığında, çalışan kadınlar ile çalışmayan kadınların kızartma tüketme miktarları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Her iki grup kadınlarında ağırlıklı olarak haftada bir-iki kez kızartma tükettikleri görülmektedir.

Tablo 13: Katılımcıların Dışarıda Yemek Yeme Sıklıklarının Değerlendirilmesi

Dışarıda Yeme Sıklığı	Çalışma Durumu	
	Evet	Hayır
	n (%)	n (%)
Hergün	4(%10,8)	5(%7,5)
Haftada bir-iki kez	15(%40,5)	18(%27,3)
Ayda bir ve daha az	14(%37,8)	33(%50,1)

Araştırmaya katılan kadınların dışarıda yemek yeme durumları karşılaştırıldığında, çalışan kadınların %89,2'si, çalışmayan kadınların %84,8'i dışarıda yemek yemektedirler. Kadınların dışarıda yemek yeme durumları şişmanlık derecelerine göre karşılaştırıldığında iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır. Kadınların ne sıklıkla dışarıda bir şeyler yedikleri karşılaştırıldığında ise çalışan kadınlar ağırlıklı olarak haftada bir-iki kez ya da hergün dışarıda bir şeyler yedikleri belirtirken, çalışmayan kadınların büyük çoğunluğu ayda bir kez ya da daha az dışarıda bir şeyler yediklerini belirtmişlerdir.

Ayrıca bu iki grubun şişmanlık derecelerine göre dışarıda yeme sıklıkları karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır. Katılımcıların dışarıda yemek yediklerindeki gıda seçimleri karşılaştırıldığında her iki grupta da ağırlıklı olarak fast food gıdaların tüketildiği görülmektedir. Çalışan kadınların %83,8'i, çalışmayan kadınların %81,8'i dışarıda gıda seçimlerinde fast food gıdalara yöneldiğini belirtmiştir. Katılımcılardan çalışan gruba ait olan %2,7'lik bir grup sadece dışarıda salata türevlerini tükettiklerini belirtmiştir. Bu sonuca göre çalışan

kadınlar çalışmayan kadınlara oranla dışarıda daha sağlıklı gıda seçimine yönelebilmektedir.

Katılımcıların tatlı tüketimleri karşılaştırıldığında çalışan kadınların tamamı tatlı tükettiklerini belirtirken, çalışmayan kadınların %97'si tatlı tükettiğini belirtmektedir. Bu iki grup kadınların şişmanlık derecelerine göre tatlı tercihleri karşılaştırıldığında sadece I.derece şişman kadınların grubunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır($p<0,05$). I.derece şişman çalışan kadınlar tatlı tüketiminde ağırlıklı olarak(%66,7) sütlü tatlı-dondurma tercih ettiklerini belirtirken, I.derece şişman olup çalışmayan kadınlar ağırlıklı olarak(%73,7) her iki tatlı türünü de tercih ettiklerini belirtmişlerdir. Katılımcıların tatlı tüketim sıklıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır. Her iki grupta ağırlıklı olarak haftada bir-iki kez tatlı tüketmektedirler.

Tablo 14: Katılımcıların Meyve Tüketme Oranlarının Karşılaştırılması

Şişmanlık	Meyve Tüketme	Çalışma Durumu		χ^2, p
		Evet	Hayır	
		n (%)	n (%)	
Hafif	Evet	16 (%100,0)	16 (%100,0)	-
Şişman	Hayır	-	-	
I.derece	Evet	12 (%100,0)	18 (%94,7)	$\chi^2:0,653;$ $p:1,000$
Şişman	Hayır	0 (%0,0)	1 (%5,3)	
II.derece	Evet	6 (%100,0)	16 (%100,0)	-
Şişman	Hayır	-	-	
III.derece	Evet	3 (%100,0)	13 (%86,7)	$\chi^2:0,450;$ $p:1,000$
Şişman	Hayır	0 (%0,0)	2 (%13,3)	

Fisher's exact test kullanıldı

Araştırmaya katılan kadınların meyve tüketimleri karşılaştırıldığında, çalışan kadınların tamamı meyve tükettiklerini belirtirken, çalışmayan kadınların %4,5’luk bir bölümü hiç meyve tüketmemektedir. Katılımcıların şişmanlık derecelerine göre meyve tüketme oranları karşılaştırıldığında sadece ağır şişman kadınlar grubunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmektedir($p<0,05$). Ağır şişman çalışan kadınların(%66,7) haftada üç-dört kez meyve tükettikleri görülürken, çalışmayan ağır şişman kadınların(%69,2) günde bir-iki kez meyve tükettikleri görülmektedir. Katılımcıların sebze tüketimlerine bakıldığında ise, tüm katılımcıların sebze tükettikleri görülmektedir.

Katılımcıların süt ve türevlerini tüketimleri karşılaştırıldığında çalışan katılımcıların tamamı süt ve türevlerini tüketirken, çalışmayan katılımcıların %3’lük bir kısmı hiç süt türevi tüketmemektedir. Katılımcıların süt türevleri tüketim sıklıklarına bakıldığında ise tüm şişmanlık dereceleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır. Çalışan kadınların %56,8’i, çalışmayan kadınların ise %47’si günde bir-iki porsiyon süt türevlerini tüketmektedirler.

Katılımcıların şekerli ve şekerli olmayan gazlı içecek tüketimleri karşılaştırıldığında çalışan ve çalışmayan kadın grupları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır. Şekerli olmayan gazlı içecek tüketimi çalışan kadın grubunda daha yüksek olmasına rağmen, araştırmanın anlamlılık derecesine etkileyecek düzeyde değildir. Şekerli gazlı içecek tüketim oranları ise her iki grup kadınlarda da birbirine çok yakın oranlara sahiptir. Katılımcıların şekerli ve şekerli olmayan içecek tüketimi şişmanlık derecelerine göre karşılaştırıldığında ise gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır.

Tablo 15: Katılımcıların Spor Yapma Durumlarının Değerlendirilmesi

Şişmanlık	Spor Yapma Durumu	Çalışma Durumu		χ^2, p
		Evet	Hayır	
		n (%)	n (%)	
Hafif	Evet	3 (%18,8)	4 (%25,0)	$\chi^2:0,183;$
Şişman	Hayır	13 (%81,3)	12 (%75,0)	$p:1,000$
I.derece	Evet	4 (%33,3)	3 (%15,8)	$\chi^2:1,295;$
Şişman	Hayır	8 (%66,7)	16 (%84,2)	$p:0,384$
II.derece	Evet	1 (%16,7)	4 (%25,0)	$\chi^2:0,173;$
Şişman	Hayır	5 (%83,3)	12 (%75,0)	$p:1,000$
III.derece	Evet	1 (%33,3)	1 (%6,7)	$\chi^2:1,800;$
Şişman	Hayır	2 (%66,7)	14 (%93,3)	$p:0,314$

Ki-kare test kullanıldı

Araştırmaya katılan çalışan kadınların %24,3'ü spor yaparken, çalışmayan kadınların %18,2'si spor yapmaktadırlar. Katılımcıların şişmanlık derecelerine göre spor yapma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Kadınların hangi spor türünü uyguladıkları karşılaştırıldığında ise her iki grup kadınlarda da ağırlıklı uygulanan spor dalının yürüyüş olduğu belirlenmiştir (çalışanların %13,5'i, çalışmayanların %13,6'sı).

TARTIŞMA

Aşırı besin alımı ve fiziksel hareketsizlik şişmanlığa yol açmaktadır. Şişmanlık; diyabet (DM), hipertansiyon (HT), koroner kalp hastalıkları oluşumunda önemli bir risk etmenidir (Baysal ve ark., 2002).

Sayın (2009), çalışmasında yaş ortalaması $35\pm 8,6$ yıl olan morbid obez bireylerin, antropometrik ölçümlerini ve besin tüketimlerini incelenmiştir. BKİ ortalama $47,5\pm 7,2$ kg/m² bulunmuştur. Besin tüketimlerinde yüksek enerji, yüksek yağ, düşük karbonhidrat ve düşük diyet lifi ile kolesterolden zengin besin tüketimi olduğu gözlenmiştir. Bizim çalışmamızda ise yaş ortalaması $33,31\pm 8,59$ yıl olan 103 şişman kadının BKİ ortalaması $34,06\pm 6,85$ kg/m² bulunmuştur. Besin tüketimlerine bakıldığında ise hamurlu gıda tüketimleri çalışan ve çalışmayan her iki grup içinde yüksektir.

Samur ve ark (2003), Ankara’da yaşayan farklı sosyo ekonomik düzeydeki kadınlarda şişmanlık görülme durumunu incelemiş ve 20-60 yaş arası 2000 kişide BKİ değerinin $25,0$ kg/m² üzerinde olma oranını % 54,1 olarak belirlemişlerdir.

İlhan Akalın ve Değirmenci (2004), Balçova Korutürk Sağlık Ocağı Bölgesinde 30 yaş üzeri popülasyonda BKİ, bel-kalça oranı ve kronik hastalıklarla ilişkisini incelemişlerdir. Kadınlarda $>0,80$ cm bel-kalça oranını yüksek olarak kabul etmişlerdir. BKİ’ne göre obez olan grupta (ortalama BKİ= $28,8 \pm 4,8$ kg/m²) yüksek BKO(bel-kalça oranı) değerine sahip olan kadınları ise %48,1 oranında saptamışlardır. Yaş gruplarına göre bel-kalça oranının yüksekliğinde ilk sırada 60 yaş ve üzeri %46,7 oranında olmuş, bunu %45,8 ile 50-59 yaş, %34,7 ile 40-49 yaş, %25,8 ile 30-39 yaş aralığı izlemiştir. Bel-kalça oranı yüksek olanlarda diyabet risk dağılımı %17,5 hipertansiyon risk dağılımı %41,4 koroner arter hastalığı risk dağılımını ise % 13,8 olarak belirlemişlerdir. Bizim çalışmamızda kadınların bel çevresi ve BKO değerlerine bakıldığında bel çevresi ortalaması $98,55\pm 13,80$ cm, BKO ise $0,83\pm 0,07$ cm bulunmuştur. Kadınların % 65,04’ünün BKO $0,80$ cm’ den yüksektir. Bu sonuca göre bu çalışmaya dahil olan kadınların kronik kalp hastalıklarına yakalanma yüzdeleri yüksektir.

Özçelik (2000), çalışmasında kadınların eğitim düzeylerinin artması ile BKİ’nin azaltmakta olduğunu belirtmektedir. İlkokul mezunu ve daha az eğitim görmüş

kadınlarda BKI ≥ 30 kg/m² olma oranı % 88,1 iken, ortaokul ve daha fazla eğitim almış kadınlarda bu oran % 11,9'dur. BKI 25-29,9 kg/m² olanlarda da yine aynı şekilde ilkokul mezunu ve daha az eğitim alanlarda oran % 72,2, ortaokul ve daha üzeri eğitim alanlarda % 27,8'dir. Yapılan istatistiksel analiz sonucu kadınların BKI'lerinin eğitim durumlarına göre farklılık gösterdiği belirlenmiştir. Tokgöz ve ark. (1998), çalışmasında şişmanlık görülme sıklığını ev hanımlarında % 80,41, hiçbir eğitim görmemiş olanlarda % 61,60 ve evli kadınlarda % 85,31 olarak saptamışlardır. Eğitim düzeyinin yükselmesi şişmanlığın görülme sıklığını azaltmaktadır. Bizim çalışmamızda da kadınların eğitim durumları ile BKI dereceleri karşılaştırıldığında, eğitim seviyesi düştükçe BKI oranı artmaktadır. Lise veya üzeri mezunu kadınların %75 fazla kilolu, %80,6'sı hafif şişman ve %27,8'i ağır şişman iken, ilkokul mezunu veya daha altı olan kadınların %66,7'si ağır şişmandır.

Günel ve ark. (2001), üniversitede çalışan 400 kişi üzerinde bazı davranışsal sağlık risk faktörlerini araştırmak amacı ile yaptıkları bir çalışmada; sigara içenlerin oranını % 45, içip bırakanların oranını % 11,5, hiç içmeyenlerin oranını ise % 43,5 olarak belirlemişlerdir.

Özçelik (2000), yaptığı bir çalışmada kadınların % 72' si hiç sigara içmezken, %23,8' i halen sigara içtiğini, % 4,2' si ise bıraktığını bildirmiştir. Sigarayı bırakan kadınlara (n = 27) ne kadar süre içtikleri sorulduğunda % 55,6' sı sekiz yıl ve daha üzeri sigara içtiklerini söylemişlerdir. Bizim çalışmamızda ise çalışan kadınların %16,2'si sigara içerken, çalışmayan kadınların %12,1'i sigara içmektedir. Çalışan kadınlar günde ortalama 14 tane sigara içerken, çalışmayan kadınlar günde ortalama 9 tane sigara içmektedirler.

Çok sayıdaki epidemiyolojik çalışma, hafif ile orta derecede alkol kullanan kişilerde, ölümcül ya da ölümcül olmayan koroner kalp hastalığı riskinin, hiç alkol kullanmayanlara göre daha düşük olduğunu göstermiştir. Yakın zamanlarda gerçekleştirilen ve 51 (43'ü kohort) çalışmayı kapsayan bir meta –analizde günde 0-20 g alkol (1-2 kadeh) tüketiminin, riskte % 20 azalmaya yol açtığı ve günde 72 g' a (6 kadeh) kadar olan alkol tüketiminin de bir ölçüde risk azalmasıyla ilişkili olduğu hesaplanmıştır (Klatsky, 2001).

Çıltık (2009), kadınlar üzerinde yaptığı çalışmada; alkol kullanan kadınların oranını % 2,3 olarak belirlemiştir. Bizim çalışmamızda çalışmayan kadınlar hiç alkol tüketmezken, çalışan kadınların %10,8'i alkol tüketmektedir. Çalışan kadınların haftada tükettikleri alkol miktarı ise ortalama iki kadehtir.

Yurttagül (1995), 338 hafif şişman ve 141 şişman yetişkin kadının beslenme alışkanlıkları ve zayıflamaya ilişkin tutum ve davranışlarını incelemek üzere bir çalışma yapılmıştır. Şişmanlık oluşumunu etkileyen yaş, eğitim durumu, doğum sayısı, beslenme alışkanlıkları ile zayıflamaya ilişkin tutum ve davranışlar saptanmıştır. Şişman kadınların yaşı, evli ve ev hanımı olanların oranı ile ikiden çok doğum yapanların oranları hafif şişmanlardan yüksek, eğitim düzeyleri ise düşük bulunmuştur. Şişman daha çok sağlık için, hafif şişmanlar ise estetik için zayıflamak istemektedirler. Hafif şişmanlarda zayıflama yöntemi olarak fiziksel aktiviteyi arttıranların oranı, şişmanlarda ise diyet uygulamaların oranı daha yüksektir. Günde üç ve daha fazla öğün tüketenlerin oranı hafif şişmanlarda %92,3 iken, şişmanlarda %76,6 olmuştur. Hafif şişman ve şişman kadınların öğün atlama oranları sırası ile %53,8 ve 41,1, öğün arasında yemek yeme oranı her iki grupta da yüksek, normal ağırlığa sahip olanlarla da ise öğün aralarında yeme oranı şişmanlara göre düşük bulunmuştur. Şişman kadınlarda günde üç öğünden az öğün tüketenlerin ve pişirme yöntemi olarak kızartma yöntemini daha çok kullananların oranının hafif şişman kadınlardan fazla olduğu saptanmıştır. Sonuçta; hafif şişmanlık sağlık risklerinin başladığı bir dönemdir. Önlem alınmazsa şişmanlıkla sonuçlanabilir ve şişmanlığın yol açtığı sağlık sorunların riski artabilir denmiştir. Bizim çalışmamızda kadınların %76,7'si evli, %23,3'ü bekardır. Ana ve ara öğün tüketimlerine bakıldığında ise çalışanların %70,3'ü üç ana öğün tüketirken, çalışmayanların %63,6'sı üç ana öğün tüketmektedirler. Ara öğün tüketimlerinde ise her iki grubunda en fazla iki kez ara öğün yaptığı belirlenmiş olup, çalışanların %75,7'si; çalışmayanların %62,1'i iki ara öğün tüketmektedirler.

Sürücüoğlu ve Kocadereli (1994), yaptıkları çalışmada, günde üç öğün yemek yiyen bireylerin oranı % 80,2, iki öğün yemek yiyenlerin oranı ise % 11 olarak saptanmıştır. Özçelik (2000), yetişkin bireylerin % 65,5'inin, Sabbağ (2003) öğretmenlerin % 54,3'ünün günde üç öğün yediklerini belirlemişlerdir. Açık ve ark. (2003), üniversite öğrencilerinin beslenme alışkanlıklarını araştırdıklarında kız

öğrencilerinin % 58,6'sının üç- dört öğün, % 37,8'inin üçten az öğün yediklerini bulmuşlardır.

Öğün atlama günümüzde sık rastlanan kötü beslenme alışkanlıklarından biridir ve alışkanlık haline geldiği zaman bireyin yeterli ve dengeli beslenmesi engellenmektedir. Özçelik (2000), çalışmasında kadınların öğün atlama durumlarına bakıldığı zaman, % 36,8'inin öğün atladığı ve en çok atlanan öğünün sabah kahvaltısı olduğu, % 34,2'sinin bazen öğün atladığı, % 29,1'inin ise hiç öğün atlamadığı görülmektedir. Bizim çalışmamızda kadınların öğün atlama durumlarına bakıldığında çalışan kadınların %37,8'i hep öğün atlarken, %40,5'i bazen öğün atlamaktadır. Çalışmayan kadınların ise %36,4'ü hep öğün atlarken, %45,5'i bazen öğün atlamaktadır.

Yapılan araştırmalarda en çok atlanan öğünün sabah kahvaltısı olduğu belirlenmiştir (Açık ve ark., 2003). Günün en önemli öğünü kahvaltı, en kötü beslenme alışkanlığından birisi ise kahvaltıyı atlamaktır. Yapılan çalışmalar, kahvaltı yapmayanlarda verimliliğin kahvaltı yapanlara göre çok düşük olduğunu işaret etmektedir (Kutluay-Merdo1, 2001). Bizim çalışmamızda çalışan kadınların %27'si sabah, %45,9'u ise öğle öğününü atlarken, çalışmayan kadınların %34,5'i sabah, %58,6'sı öğle öğününü atlamaktadır.

Öğün atlama nedenleri arasında %52,5 oranında sabah geç kahvaltı yapılmasının yer aldığı ve bunu % 18 oranında iştahsızlığın, %12,4 oranında vakit olmayışının takip ettiği görülmektedir(Bilge, 2009). Bizim çalışmamızda kadınların öğün atlama nedenlerine baktığımızda çalışanların %51,7'si iş yoğunluğundan öğün atlarken, çalışmayan kadınların %50,5'i geç kalkmaktan ötürü öğün atlamaktadır.

Kadınlar üzerine yapılan araştırmalarda da zayıflama, canı istememe/iştahsız olma, fırsat bulamama/unutma gibi nedenlerle öğün atlandığı belirlenmiştir (Açık ve ark., 2003).

Rakıcıoğlu ve ark (2003), sigara içen ve içmeyen bireylerde taze sebze-meyve tüketiminin tercihlerini inceledikleri çalışmada; sigara içen bireylerin % 21'inin sebzeleri, % 12'sinin meyveleri tüketmekten hoşlandıklarını; sigara içmeyenlerin neredeyse tamamına yakınının sebze-meyve tüketmekten hoşlandıklarını bildirmişlerdir.

Bizim çalışmamızda kadınların %97,1 meyve tüketirken, %100 sebze tüketmektedir. Meyve tüketmeyenler sadece çalışmayan kadın grubundan çıkarken bu oran %4,5'dur.

Özçelik (2000), çalışması incelendiğinde süt ve süt ürünleri içinde yüzde tüketim puanı en yüksek olan besinin yoğurt olduğu görülmektedir. (77,8). Bizim çalışmamızda ise çalışan kadınların tamamı süt türevlerini tüketirken, çalışmayan kadınların %3'lük bir dilimi hiç süt türevlerini tüketmemektedir. Günlük süt ve türevleri tüketimlerine bakıldığında ise günde 1-2 porsiyon süt türevleri tüketimi, çalışan kadınlarda çalışmayan kadınlara oranla daha yüksektir(%56,8).

Çay toplumumuzda sudan sonra yetişkinlerin en fazla tükettikleri içeceklerden biridir. Özçelik (2000), tarafından yapılan bir çalışmada kadınların içecek tüketimlerine bakıldığında %98,1 ile en çok tüketilen çay bulunmuştur. Bizim yaptığımız çalışmada ise kadınların %65'i çay-kahve tüketirken, %35'i tüketmemektedir. Gazlı içecek tüketimlerine bakıldığında ise %61,2'si şekerli gazlı içecek tüketirken, %5,8'i şekersiz gazlı içecek tüketmektedirler. Çay-kahve tüketimi çalışmayan kadınlarda %68,2'i iken, çalışanlarda %59,5'tir. Bu sonuca göre çay-kahve tüketimi çalışmayan kadınlarda daha yüksektir. Ortaya çıkan bu sonucun sebebi çalışmayan kadınların birbirlerine yaptıkları ev ziyaretleridir.

Çay şekeri saf karbonhidratlardır ve boş enerji kaynağıdır. Fazla tüketildiklerinde kan şekerinin hızlı yükselmesine neden olabileceği gibi vücut ağırlığında artışa ve besleyici değeri yüksek olan besinlerin tüketiminin azalmasına neden olurlar. Karbonhidrat kaynağı olarak tahıllar, kepeği ayrılmamış tahıl unları vb tercih edilmelidir (Aksoydan, 2005). Çalışmamızda çalışan kadınların %45.94'ünün çay-kahvesine şeker kullandığı, çalışmayan kadınların %43.93'ü şeker kullanarak fazladan enerji aldığı saptanmıştır.

Atilla (2003), kadınlar üzerinde yaptığı çalışmada kadınların %7,7' sinin ek vitamin-mineral (demir ve kalsiyum minerali) kullandıklarını belirtmişlerdir. Bizim çalışmamızda kadınların ek vitamin-mineral kullanımına baktığımızda çalışan kadınların %29,7'si, çalışmayan kadınların %10,6'sı ek vitamin-mineral kullanmaktadır.

Psikolojik durum kişinin yemek yeme alışkanlıklarını etkileyebilir. Bazı kimseler üzüntü, sıkıntı ve güvensizliklerini örtmek için fazla yemeye meyilli olabileceği gibi, bunun tam tersi durumlar da söz konusudur (Tokgöz ve ark., 1995).

Üzüntü-sinirli olma durumunda yemek yeme düzeni etkilenenlerin oranı (%84,5 - %82,6) sevinçli-heyecanlı olma durumlarında etkilenenlerden (49,2, %56,2) daha yüksektir. Daha az yiyecek tüketenlerin oranı da daha çok tüketenlerden yüksek olup, üzüntülü olma durumunda %59,1, sinirli olma durumunda %57,7, sevinçli olma durumunda %33,4, heyecanlı olma durumunda ise %47,7 olarak belirlenmiştir (Erge, 2003).

Arslan (1993) ve Tokgöz ve ark. (1995), yaptıkları çalışmalarda üzüntülü /sıkıntılı olma durumlarında üniversite gençleri arasında daha az besin tüketenlerin oranının; İlter (2008), yetişkinler üzerinde yaptığı çalışmada üzüntülü/yorgun iken daha az besin tüketenlerin oranının ve Açık ve ark. (2003), üniversiteli kızlar üzerinde yaptığı çalışmada üzüntülü olma durumunda yeme durumunun daha çok değiştiği belirlenmiştir. Bizim çalışmamızda kadınların üzüntülü/yorgun olduklarında beslenmelerine bakıldığında, çalışan kadınlar %70,3'ü, çalışmayan kadınların ise %68,2'si her zamankinden çok ve sık yerim derken; sevinçli/heyecanlı olduklarında çalışanların %40,5'i her zamankinden çok ve sık yerim, %40,5'i bir değişiklik olmaz derken, çalışmayan kadınların %60,6'sı bir değişiklik olmaz şikkını işaretlemiştir. Bu sonuca göre kadınların duygusal durumları beslenmelerini etkilemektedir.

Hatalı yeme davranışı bireyi obeziteye götüren ana nedendir. Obezitenin nedeni olarak öne sürülen hatalı yeme davranışdır. Uyarılara karşı hassas olma durumunda olumlu veya olumsuz (üzüntü-sevinç) strese yanıt olarak besin alımı artar ve ağırlık kazanımına neden olur (Erge, 2003).

Erge (2000), yaptığı bir çalışmada ağırlık kazanımına neden olan hatalı yeme davranışlarını sorduğunda; %80'inin hızlı ve fazla yemek %64'ünün yağlı ve karbonhidratlı besinleri fazla yemek, %44'ünün ise acıkmadan yemek, tokluk hissedememek şeklinde cevaplar verdiğini belirlemiştir. Bizim çalışmamızda kadınların yemek yeme hızlarına baktığımızda, çalışan kadınların %59,5'i, çalışmayanların %63,6'sı yemeklerini hızlı yemektedirler.

Gece yemek yeme –noktürnal (gece uykudan uyanıp yeme) alışkanlığı yeme davranışı bozuklukları arasında yer almaktadır. Gece yeme sendromunun belirtileri; sabah kahvaltı etmeme, akşamları aşırı yeme, akşamları gergin veya üzgün hissetme ve uykusuzluk çekmedir (Erge, 2003).

Tokgöz ve ark. (1995), yaptığı araştırmasında kadınlara ‘gece yemek yer misiniz?’ diye sorulmuş; %86,5’i yemediği %10,3’ü bazen yediği %3,2’si her zaman gece bir şeyler yediği cevabını vermiştir. Gece bazen ya da her zaman yemek yediğini ifade eden kadınlara (n=88) ne yedikleri sorulduğunda, kadınların % 59,1’inin ekmek %47,7 ‘sinin peynir-zeytin, %27,3’inin meyve, %25,0’inin kek bisküvi vb yiyecekler yedikleri belirlenmiştir. Bizim çalışmamızda kadınların gece yemek yeme durumlarına bakıldığında ise çalışanların %13,5’i gece bir şeyler atıştırırken, çalışmayanların %24,2’si gece bir şeyler yemektedirler. Atıştırılan gıda türüne bakıldığında ise her iki grubunda ağırlıklı olarak hamurlu gıdalar tüketildiği görülmektedir.

Düzenli yapılan bedensel etkinliklerin insan yaşamı için çok önemli ve gerekli olan vücut işlevlerini ve bedensel uygunluğu geliştirdiği, yaşlanmaya bağlı işlevlerin azalmasını önlediği, sağlıkta bozulmanın engellenebildiği, hareketsiz yaşamın neden olduğu riskleri azalttığı bilinmektedir (Güner, 2004). Fiziksel inaktivite Avrupa’da ölümlerin %10,0’u hastalıklarınsa %3,5’una neden olan en önemli risk faktörüdür. Sağlıksız diyet, fiziksel inaktivite, birçok hastalık için risk faktörü olan obeziteye yol açmaktadır (Baysal ve ark., 2002).

Yardımcı ve ark. (2006), Ankara’nın Gölbaşı ilçesinde yaptığı bir çalışmada kadınların büyük çoğunluğu (%77,5) egzersiz yapmadığını, %22,5’ i egzersiz yaptığını belirtmiştir. Egzersiz yapıyorum diyen kadınların % 48,6’ sı yürüyüş, %21,9’ u bahçe işi, % 21,9’ u beden hareketi yaptığını belirtmiştir.

Akgün ve ark. (2004), yaptıkları bir çalışmada, çalışmaya katılan 65 yaş ve üzeri 91 kişinin % 4,6’ sının her gün düzenli egzersiz yaptığını, yapılan egzersizin ise %75,0’ ni yürüyüşün oluşturduğunu belirtmişlerdir. Bizim çalışmamızda kadınların spor yapma durumlarına baktığımızda ise çalışan kadınların %24,3’ü, çalışmayan kadınların %18,2’si spor yapmaktadır. Yapılan egzersizin türüne bakıldığı zaman her iki grupta da en çok %13,6 ile yürüyüş yapıldığı görülmektedir. Bu çalışmada ki fiziksel hareket

dağılımına bakıldığında her iki grup içinde her hangi bir spor dalıyla uğraşma yüzdesi düşük olmasına rağmen, çalışan kadınların egzersiz ve spor yapmaya daha yakın olduğu yüzdelik diliminin daha yüksek olmasına bağlı olarak belirtilebilir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırma sonrasında obez kadınların yaşının, ağırlığının, medeni durumunun, çalışma durumunun, gece yemek yeme alışkanlıklarının ve fiziksel aktivitelerinin BKİ değerlerinde rol oynadığı saptanmıştır. Araştırma kapsamına alınan kadınların çalışma durumlarının kadınların beslenme şeklini etkilediği ve BKİ değerlerinde önemli bir etkiye sahip olduğu belirlenmiştir.

- Polikliniğe zayıflamak amacıyla gelen obez kadınlardan çalışmayan kadınların BKİ değerleri çalışan kadınların BKİ değerlerinden daha yüksek bulunmuştur.
- Beslenmeleri süresince düzenli üç ana öğün tüketen kadınların oranı çalışan kadınlarda çalışmayan kadınlara oranla daha yüksek saptanmıştır.
- Kadınların öğün atlama sebeplerine bakıldığında çalışan kadınlar iş yoğunluğu sebebiyle öğün atlarken, çalışmayan kadınlar güne geç başlamaktan dolayı öğün atladıkları bulunmuştur. Bu sonuca bağlı olarak çalışmayan kadınların daha düzensiz öğün tükettikleri belirlenmiştir.
- Çalışmayan ağır şişman kadınlar **ara öğün**lerde çikolata, gofret vb. tercih ederken, çalışan ağır şişman kadınlar süt grubu ve kuruyemiş tercih ettiği saptanmıştır.
- I.derece şişman çalışan kadınlar zeytinyağlı sebze yemekleri ve salataları ikinci en sevdikleri yemek tercih ederken, I.derece şişman çalışmayan kadınların ikinci tercihleri pilav, makarna vb. gıdalar olarak bulunmuştur.
- Çalışan kadınların spor yapma oranları, çalışmayan kadınların spor yapma oranlarından daha yüksek bulunmuştur.
- Çalışan kadınların tamamı meyve tüketirken, çalışmayan kadınların bir kısmının hiç meyve tüketmediği belirlenmiştir.
- Çalışmayan kadınların ağırlıkları ile olmaları gereken ağırlıkları arası farkın ortalaması, çalışan kadınların olması gereken ağırlıkları ile mevcut ağırlıkları arası farkın ortalamasından daha yüksek olarak bulunmuştur.
- Çalışmayan kadınların vermesi gereken ağırlığı, çalışan kadınların vermesi gereken ağırlığına göre daha yüksek olarak belirlenmiştir.

Obez kadınların diyet uygulama çalışma durumlarından etkilenmezken; genel beslenme durumları ve fiziksel aktivitelerinden etkilenmektedir. Çalışan kadınlar şişman olsalar bile çalışmayan şişman kadınlardan beslenmelerine daha dikkat etmektedirler ve daha fazla fiziksel aktiviteyle ilgilenmektedirler. Kadınların şişmanlamamak için beslenmelerine daha dikkat etmeleri ve sedanter yaşamdan daha hareketli bir yaşam şekline geçmeleri konusunda toplum bilinçlendirilmelidir. İş yerlerinde toplu yemek veren şirketlerin yemeklerini üretirken kişilerin çalışma şartlarına uygun olarak daha dengeli, sağlıklı beslenme programları oluşturmaları konusunda iş yerleri ve şirketlere eğitimler verilmelidir.

KAYNAKLAR

- Açık Y., Çelik G., Ozan AT., Oğuzöncül AF., Deveci SE. ve Gülbayrak C. (2003) Üniversite öğrencilerinin beslenme alışkanlıkları. Sağlık ve Toplum, 13(4); s:74-80.
- Akgün S. ve Pekcan G. (1997) Çocuklarda Beslenme Durumunun Saptanmasında Kullanılan Antropometrik Yöntemler. Sendrom, 9 (3); s:53-59.
- Akgün S., Bakar C. Ve Budakoğlu I. (2004) Başkent Üniversitesi Hastanesinde Yatarak Tedavi Gören Yaşlılarda Günlük Aktivite Kısıtlılığı. Türk Geriatri Dergisi, s:175.
- Akman M., Budak Ş., Kendir M.(2004) Genel Dahiliye Polikliniğine Başvuran Hastalarda Obezite Sıklığı ve İlişkili Sağlık Problemleri, Marmara Medical Journal, Cilt 17, sayı 3, s: 113-120.
- Aksoydan E. (2005) Yaşlılık ve Beslenme. (Ed. Uğurlu M., Buzgan T., Kesici C., Çakır B., Kaplan Y., Ekşi A. ve Soylu M.) Burgaz Matbaası, Ankara, s:56.
- Alikaşifoğlu A. ve Yordam N. (2000) Obezitenin Tanımı ve Prevelansı. Katkı Pediatri Dergisi, 21 (4); s:475-481.
- Andersson P., Sjöberg RL., Ohrvik J., Leppert J. (2006) Knowledge About Cardiovascular Risk Factors Among Obese Individuals. Eur J Cardiovasc Nurs. 5(4), p:275-9.
- Aslan D. ve Attila S. (2002) Önemli Bir Sağlık Sorunu: Şişmanlık. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 11 (5); s:167,171.
- Aslan D. (2003) Bir Sağlık Sorunu Olarak Kadın ve Beslenme. Toplumsal Cinsiyet, Sağlık ve Kadın (Ed: Akın, A.). Hacettepe Üniversitesi Yayınları. Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Basım Evi, s:141-151, Ankara
- Arslan M. (1993) Obezite (Şişmanlık). Süreli Tıp Eğitim Dergisi, 2(6), s:198-201.
- Arslan P. (2008) Tekharf 2003-2007 Beslenme Araştırması: Besin Tüketimi, Beslenme Alışkanlığı ve Kan Lipidleri İlişkisi, Antalya, s:17.
- Attila S. (2003) Kadın Sağlığı ve Şişmanlık. Toplumsal Cinsiyet, Sağlık ve Kadın(Ed. Akın A.), Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Basım Evi, Ankara, s:152-163.
- Bağcı-Bosi T. (2003) Yaşlılarda Antropometri. Geriatri, 6 (4); 147-151 s.

Baysal A., Bozkurt N., Pekcan G., Mercanlıgil S., Besler T., Aksoy M., Merdol TK., Keçecioğlu S.,(2002) Diyet El Kitabı. Hatipoğlu Yayınevi, Ankara, s: 39-44, 51, 52, 125, 219, 250, 258-260, 302.

Baysal A. (2004) Beslenme. Hatipoğlu Yayınları: 93, Ders Kitabı Dizisi: 26, Şahin Matbaası, 250 s. Ankara.

Bilge E. (2009) Bir İşletmede Çalışanların Beslenme Durumları ve Enerji Harcamalarının Değerlendirilmesi. Trakya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı ABD, Yüksek Lisans Tezi, Edirne.

Çıltık N. (2009) İstanbul İli Kağıthane İlçesinde Çalışan ve Çalışmayan Kadınların Beslenme Bilgi Düzeyleri ve Beslenme Alışkanlıklarının Saptanması. Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Çocuk Gelişimi ve Ev Yönetimi ABD, Beslenme Eğitimi Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Konya.

Çöl M. (1998) Halk Sağlığı Yönünden Obezite. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası. 51(3); s:275-291.

Eker E. ve Şahin M. (2002) Birinci Basamakta Obeziteye Yaklaşım. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 11(7); s:246-251.

Erbaş Ü. (2007) Orta Yaş Şişman Kadınlara Yönelik Kalistenik Egzersizlerin Fiziksel ve Fizyolojik Etkileri. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beden Eğitimi ve Spor ABD, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

Erge AS. (2000) Diyet Tedavisi ile Birlikte Uygulanan Davranış Değişikliği Tedavisinin Şişman Kadınların Ağırlık Kaybı ve Korunması Üzerine Etkileri. Hacettepe Üniversitesi, Doktora Tezi, Ankara.

Erge S. (2003) Obezlerde Yeme Davranışı ve Obezite Davranış Tedavisi İlkeleri. Beslenme ve Diyet Dergisi, 32 (1); s:47,59.

Ergün A. ve Erten S. (2004) Öğrencilerde Vücut Kitle İndeksi ve Bel Çevresi Değerlerinin İncelenmesi. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, 57(2); s:57-61.

Ergün C.(2003) Sağlıklı beslenme Kavramı ve Tüketici Algısı Üzerine Bir Araştırma. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara.

Flegal KM., Troiano RP. and Ballard-Barbash R.(2001) Aim for Healthy Weight: What is the Target? The Journal of Nutrition, 48; 535-543.

Günel SY. ve Günel Aİ. (2001) Fırat Üniversitesi Çalışanlarında Bazı Davranışsal Sağlık Risk Faktörleri. Sağlık ve Toplum, 11(2), s:62-68.

Gündağ M. (1993) Şişmanlığın Tedavisinde Kullanılan Bilimsel Diyetler. Şişmanlığın Çeşitli Hastalıklarla Etkileşimi ve Diyet Tedavisinde Bilimsel Uygulamalar, Arslan, P(Ed),Türkiye Diyetisyenler Derneği Yayını:4, Hizmet İçi Hizmet Eğitim Seminer, Ankara.

Güner R. (2004) Yaşlılarda Hareketsizlik ve Bedensel Etkinlik. I. Ulusal Yaşlı Sağlığı Kongresi, Türk Geriatri Dergisi, Antalya, s:119-124.

İlhan-Akalın S. ve Değirmenci H. (2004) Kentsel Bir Bölgede Beden Kitle İndeksi ve Bel- Kalça Oranları Yüksekliği Sorunlarının Sıklığı ve Kronik Hastalıklar ile İlişkileri.

İlter N. (2008) Çalışan Kadınlarda Besin Tüketimi, Beslenme Alışkanlıkları ve Beden Kitle İndekslerinin Değerlendirilmesi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı ABD, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Klatsky A. (2001) Kalp Hastaları Alkol Kullanmalı mı? JAMA Türkiye, 14(6), s:292-294.

Kılıç AV.(2006) Hafif ve Orta Şişman Yetişkin Bireylere Uygulanan Zayıflama Diyetleri sonucundaki vücut ağırlık kaybının serum lipid profilleri ve diğer bazı parametreler üzerine etkisi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Diyetetik Bölümü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

Kır T., Ceylan S. ve Hasde M. (2000) Antropometrinin Sağlık Alanında Kullanımı. Türkiye Klinik Tıp Bilimleri, 20; s:378- 384.

Kutluay-Merdol T.(2001) Kahvaltının Önemi ve Kahvaltı Örüntümüz. Türk Mutfak Kültürü Üzerine Araştırmalar. Türk Halk Kültürünü Araştırma ve Tanıtımı Vakfı Yayınları, Yayın no:28, Takav Matbaası, Ankara, s:121-137.

Montague MC., Broadnax PA. (2004) Health Consequences of Excess Weight and Obesity. J Natl black Nurses Assoc.,Jul,15(1), p:24-31.Links

Okyay P. ve Uçku R. (2002) İzmir’ de Kentsel Bir Bölgedeki Doğurgan Çağındaki Kadınlarda Şişmanlık Prevelansı ve Risk Faktörleri. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 3(3), s:5-12.

Özçelik AÖ. (2000) Sağlık Personelinin Beslenme Alışkanlıkları Üzerinde Bir Araştırma. Gıda, 25(2), s:93-99.

- Özenoğlu A. (2001) Obezitede Medical Nutrisyon Tedavisi. İstanbul, s:10-13.
- Pekcan G. (2001) Şişmanlık Tanısında Antropometrik Ölçümler ve Yorumu (Sunuya Hazırlayan; Arslan, P.) I. Ulusal Obezite kongresi diyetisyenler sempozyumu sunuları, s:13-38, İstanbul.
- Pekcan G., ve arkadaşları (2007) Türkiye Diyetisyenler Derneği Yetişkinlerde Ağırılık Yönetimi Sertifika Programı Katılımcı El Kitabı, Bolu, s:3.
- Pekcan G. (2008) Şişmanlık Belirleyicileri: Bugün ve Gelecek İçin Olası Senaryolar. Baysal A.ve Baş M.(Ed). Yetişkinlerde Ağırılık Yönetimi. İstanbul: Ekspres Baskı, s:1-16.
- Pelkman CL.(2004) Fishel I, VK., Maddox, DH., Pearson, TA., Mauger, DT., and Kris Edhorton, PM., Effects off modarete – fat (from monounsaturated fat) and low – fat weight – loss diets on the serum lipid profile in over weight and obese menand women. American Journal of Clinical Nutrition, 79(2), p: 204-212.
- Rakıcıoğlu N., Dikmen D. ve Özpay E. (2003) Sigara İçen ve İçmeyen 19-24 Yaş Arası Bireylerin Taze Sebze-Meyve Tüketim Tercihleri ile Beslenme Durumlarının Değerlendirilmesi. Beslenme ve Diyet Dergisi, 32(1), s:13-24.
- Sabbağ Ç.(2003) İlköğretim Okullarında Görevli Öğretmenlerin Beslenme Alışkanlıkları ve Beslenme Bilgi Düzeyleri. Ankara Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Samur G., Yıldız E., Gökmen-Özel H., Kuyumcu A., Çıtak-Akbulut G., Okut E. ve Arslan P. (2003) Ankara’ da Yaşayan Farklı Sosyo Ekonomik Düzeydeki Kadınlarda Şişmanlık Görülme Durumu. IV. Uluslararası Beslenme ve Diyetetik Kongresi, Antalya, s:214.
- Sayın I. (2009) Zayıflamak Amacıyla Özel Bir Merkeze Başvuran Yetişkin Kadınların Fiziksel Aktivite ve Beslenme Durumlarının Değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Sürücüoğlu MS. ve Kocadereli İ. (1994) Beslenme Alışkanlıklarının Dış Sağlığı Üzerine Etkileri. Beslenme ve Diyet Dergisi, 23(1), s:37-50.
- Sürücüoğlu, MS. ve Özçelik, AÖ. (2003) Antropometrik Yöntemlerle Beslenme Durumunun Değerlendirilmesi. 9 . Ulusal Ergonomi Kongresi, s.259-269.
- Şanlıer N.(2005) Gençlerde Biyokimyasal Bulgular, Antropometrik Ölçümler, Vücut Bileşimi, Beslenme ve Fiziksel Aktivite Durumlarının Değerlendirilmesi. Gazi

Üniversitesi, Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi, Cilt 25, Sayı 3, s:47-73.

Shaff S.M., Newcomb P.A. (1998) Diabetes, Body Size, and Risk of Endometrial Cancer, American Journal of Epidemiology 148, 1998, s:234-240.

Tezcan S., Güçiz-Doğan B., Sönmez R., Altıntaş H., ve Değirmenci Ş.(2000) Gülveren Sağlık Ocağı Bölgesinde 25-64 Yaş Nüfusta Şişmanlık Prevelansı. III Uluslararası Beslenme ve Diyetetik Kongresi, Ankara, s: 168.

T.C. Sağlık Bakanlığı, (1994) Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1993. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü ve Macro International Inc., Ankara.

Tokgöz P., Ertem M., Çelik F., Gökçe Ş., Saka G. ve Hatunoğlu R. (1995) Üniversite Öğrencilerinin Beslenme Alışkanlıklarının Saptanmasına İlişkin Bir Araştırma. Beslenme ve Diyet Dergisi, 24(2), s:229-238.

Tokgöz P., Ertem M., Saka G. ve Ceylan A.(1998) Diyarbakır'da Sağlık Ocaklarına Başvuran Kadınlarda Şişmanlığın Görülme Sıklığı ve Bunu Etkileyen Etmenlerin Analizi. Beslenme Alışkanlıklarının Saptanmasına İlişkin Bir Araştırma. Beslenme ve Diyet Dergisi, 27(1), s:25-30.

Toprak İ., Şentürk Ş., Yüksel B., Özer H., Çakır B., Bideci AE.(2002) Saha Personeli için Toplum Beslenmesi Programı Eğitim Materyali. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Müdürlüğü, Hacettepe Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Ankara.

Tuncer İ. (2004) Konya İl Merkezindeki İlköğretim Okulu Öğrencilerinde Bazı Antropometrik Ölçümler ile Büyüme ve Gelişmenin Değerlendirilmesi. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 11(4); s:233-236.

WHO (1995) Physical status: The Use and Interpretation of Anthropometry . Report of a WHO Expert Committee,454 p., Genova.

WHO (1997) Obesity Preventing and Managing The Global Epidemic Report of a WHO Consultation on Obesity Programme of Nutrition Family and Reproductive Health, 276 p., Geneva.

WHO (2000) Obesity: Preventing and Managing The Global Epidemic. Report of a WHO Consultation. WHO Technical Report Series 894. Geneva.

WHO (2004) Expert Consultation. Appropriate Body-mass index for Asian populations and its implications for policy and intervention strategies. The Lancet; p:157-163.

Yardımcı H, Özçelik AÖ. (2006) Ankara, Ankara İli Gölbaşı İlçesindeki Yetişkin Kadınların Antropometrik Ölçümleri ve Beslenme Alışkanlıkları Üzerine Bir Araştırma, Ankara Üniversitesi, Ev Ekonomisi Yüksek Okulu, 13.

Yiğit H., Ertekin V., Altınkaynak S.(2002) Çocukluk Çağında Obezite. Sendrom, 14(1), s:66-73.

Yoloğlu S., Sezgin AT., Sezgin N., Özdemir R., Yeşilada E., Topal E.(2005) Determination of Risk Factors in Obese and Non-obese Patients with Coronary Artery Disease. Acta Cardiol., 60(6), p:625-9.

Yolsal N., Kıyan A. ve Özden Y. (1998) Beslenme Durumunun Değerlendirilmesinde Beden Kitle İndeksinin Kullanılması. Beslenme ve Diyet Dergisi, 27 (2); s:43-48.

Yurttagül M.(1995) Hafif Şişman ve Şişman Kadınların Beslenme Alışkanlıkları ve Zayıflamaya İlişkin Tutum ve Davranışları. Beslenme ve Diyet Dergisi, 24(1), s:59-73.

EKLER

EKLER 1 ANKET ÖRNEĞİ

POLİKLİNİĞE ZAYIFLAMA AMACIYLA BAŞVURAN KADINLARIN BESLENME DURUMLARININ SAPTANMASI

Anket No:

Yapıldığı Tarih:

I.GENEL BİLGİLER

1. Ad Soyad:

2. Yaş:

3. Eğitim Durumu:

☐ Okur yazar değil

☐ Okur yazar

☐ İlkokul mezunu
mezunu

☐ Ortaokul mezunu

☐ Lise mezunu

☐ Lisans mezunu

☐ Yüksek Lisans

4. Medeni durumunuz?

a – Evli

b – Bekar

c – Boşanmış

d –

Dul

5. Çalışıyor musunuz?

a - Evet

b - Hayır

6. Çalışıyorsak ne işle meşgulüz?

.....

7. Alkol kullanıyor musunuz ?

a – Evet (.....miktar gün/hafta/ay/yıl

b – Hayır

8. Sigara kullanıyor musunuz ?
a – Evet (.....adet /gün 9
b – Hayır
9. Daha önce hiç diyet uyguladınız mı?
a – Evet b - Hayır
10. Cevabınız evet ise ne için diyet uygulaması yaptınız ?
a – Hastalığım için (.....)
b – Kilolu olduğum için
c – Merak ettiğim için
d – Daha zayıf olmak için
e – Diğer (.....)
11. Uyguladığınız diyeti nereden temin ettiniz ?
a – Doktor e – TV
b – Diyetisyen f – Diğer (.....)
c – Komşu
d – Dergi-Gazete
12. Doktor tarafından tanısı kesinleşmiş bir rahatsızlığınız var mı?
a – Evet b – Hayır
13. Cevabınız evet ise teşhis edilmiş sağlık sorununuz aşağıdakilerden hangisi ya da hangileridir ?
a – Anemi
b – Kalp-damar rahatsızlıkları
c – Şeker Hastalığı (Diyabet)
d – Karaciğer, safra kesesi hastalığı
e – Böbrek hastalığı
f – Solunum ile ilgili hastalıklar
e – Obezite
ı – Diğer (.....)

14. Doktor tarafından önerilen bir ilaç kullanıyor musunuz ?

a – Evet

b – Hayır

15. Cevabınız evet ise ilacın adı ve kullanım süreniz ?

a – Adı :

b – Süre :

16. Son bir yılda herhangi bir ek vitamin – mineral kullandınız mı / kullanıyor musunuz ?

a – Evet

b – Bazen

c – Hayır

17. Cevabınız evet ya da bazen ise adını, kullanım sıklığını ve süresini belirtiniz.

Adı :

Adet :

Süre :

18. Kullandığınız vitamin – minerali kim önerdi ?

a – Doktor

d - Komşu

b – Diyetisyen

e – Arkadaş

c – Eczacı

f – Diğer

19. Vitamin – Mineral kullanma amacınız nedir ?

a – Hastalığım için

b – Hastalıklardan korunmak için

c – Doktor önerisi olduğu için

e – Kilo vermek için

f – Diğer

II. BESLENME ALIŞKANLIKLARI

20. Günde kaç öğün yemek yiyorsunuz ?ana öğün,
.....ara öğün

21. Öğün atlar mısınız ?

a – Evet b- Hayır c – Bazen

22. Cevabınız evet ya da bazen ise hangi öğünü atlarsınız ?

a – Sabah d - İkinci
b – Kuşluk e - Akşam
c – Öğle f – Gece

23. Öğün atlama nedeniz nedir ?

a – İş yoğunluğu d – Alışkanlığım yok
b – Canım istemiyor e – Maddi yetersizlik
c – Geç kalkmak f – Tembellik
ı – Zayıflamak için i – Diğer (
.....)

24. Üzüntülü/ yorgun olduğunuzda

a - Hiç yemek yemem ()

b - Her zamankinden az yerim ()

c - Her zamankinden çok ve sık yerim ()

d - Bir değişiklik olmaz ()

e - Diğer (belirtiniz).....

25. Sevinçli ve heyecanlı olduğunuzda

a - Hiç yemek yemem ()

b - Her zamankinden az yerim ()

c - Her zamankinden çok ve sık yerim ()

d - Bir değişiklik olmaz ()

e - Diğer (belirtiniz).....

26. Gece uyanıp bir şeyler yer misiniz ?

a – Evet

b – Hayır

27. Cevabınız evet ise en çok hangi gıdaları tüketirsiniz ?

a – Şekerli gıdalar (meyve-tatlı-dondurma-çikolata vb.)

b – Gecedan kalan yemeklerden yerim (sulu yemek,pilav vb.)

c – Ekmek + Peynir

d – Diğer (.....)

28. Öğün aralarında bir şeyler yer misiniz ?

a – Evet

b – Hayır

c – Bazen

29. Cevabınız evet ya da bazen ise genelde hangi tür yiyecekleri tercih edersiniz ?

(birden fazla seçebilirsiniz)

a – Tost,poğaç

f – meşrubat,kola vb.

b – simit,bisküvi

g – çikolata, gofret

c – süt,yoğurt,ayran

h – kuruyemiş

d – meyve

ı – Diğer (.....)

e – çay, kahve

30. (Çalışan bayanlar için) Hangi öğünlerinizi iş yerinde tüketmektesiniz ?(Birden fazla seçilebilir)

- | | |
|------------|------------|
| a – Sabah | d - İkinci |
| b – Kuşluk | e - Akşam |
| c – Öğle | |

31. Bu öğünleriniz hangilerini iş yeriniz karşılamaktadır ? (birden fazla seçilebilir)

- | | |
|------------|------------|
| a – Sabah | d - İkinci |
| b – Kuşluk | e - Akşam |
| c – Öğle | |

32. Bu öğünleri iş yeriniz ne şekilde karşılamaktadır ?

- | | |
|-------------------|--------------------|
| a – Ticket vermek | c – Yemek vermek |
| b – Para vermek | d – Diğer (.....) |

33. En çok sevdiğinizveyediğiniz yemeklerden 3 tanesini söyley misiniz/işaretler misiniz?

- a) Köfte,kebab,tavuk,balık
- b) Etlisebzeyemekleri
- c) Zeytinyağlısebzeyemekleri
- d) Salatalar
- e) Etlikurubaklagilyemekleri
- f) Zeytinyağlıkurubaklagilyemekleri
- g) Pilav,makarna,mantı,börek

h) Süt lütatlılar

i) hamurtatlıları

j) Hamburger,döner,pizza

k) Patates kızartması

l) Ciğer,böbrek,yürek

m) Yumurtaveyumurtalı yemekler

34. Ne sıklıkla dışarıda yemek yersiniz ?

a – Hergün

d – İki haftada bir

b – Haftada 1-2 kez

e – Ayda 1 kez

c – Haftada 3-4 kez

f – Yılda 1-2 kez

35. Hangi yemekleri tercih edersiniz ?(Dışarıda yemekten)

a – Fast food

d - Salata

b – Sulu yemek

e – Simit,poğaç vb.

c – Makarna

f – Diğer (.....)

36. Öğün saatleriniz düzenli midir ?

a – Evet

b – Hayır

37. Yemeğinizi ne hızla yersiniz ?

a – Hızlı

b – Normal

c – Yavaş

38. Çay- kahve vb. içeceklerle şeker kullanıyor musunuz?

☐

Evet (..... Kadar)

☐

Hayır

39. Günde ne kadar çay-kahve vb. tüketirsiniz ?

a – 1-2 bardak

d – 7-8 bardak

b – 3-4 bardak

e – 10 bardak ve üzeri

c – 5-6 bardak

40. Günde ne kadar su tüketirsiniz ?

a – 1-2 bardak

d – 7-8 bardak

b – 3-4 bardak

e – 9-10 bardak

c – 5-6 bardak

f – 10 bardak üstü

41. Haftada kaç gün çikolata tüketiyorsunuz?

☐

1-2

☐

3-4

☐

5-6

☐

Hergün

42. Haftada kaç gün kızartma tüketiyorsunuz?

☐

1-2

☐

3-4

☐

5-6

☐

Hergün

43. Dışarıda yemek yer misiniz?

a – Evet

b – Hayır

44. Ne kadar sıklıkla dışarıda yemek yiyorsunuz?

☐

Hergün

☐

Haftada 1-2 kez

☐

Haftada 3-4 kez

☐

Haftada 5-6 kez

☐

2 haftada bir

☐

Ayda bir

☐

Ayda birden daha az

45. Dışarıda yemek olarak en çok aşağıdakilerden hangisini seçersiniz?

☐

Hamburger-döner-kebab

☐

Ev yemekleri

☐

Salata türleri

☐

Makarna-Simit vb. hamur işleri

işleri

46. Şekerli-gazlı içecekleri tükettirmisiniz?

☐ Evet (haftadabardak kadar) ☐ Hayır

47. Şekersiz gazlı içecek tüketir misiniz ?

a – Evet (.....bardak /gün-hafta)

b – Hayır

48. Tatlı tüketir misiniz?

☐ Evet

☐ Hayır

49. Hangi tatlı türünü daha çok tüketirsiniz?

☐ Sütlu tatlı-dondurma

☐ Hamur tatlıları

☐ Her ikisinde

50. Ne kadar sıklıkla tatlı tüketirsiniz?

☐ Hergün

☐ Haftada 1-2 kez

☐ Haftada 3-4 kez

☐ Haftada 5-6 kez

☐ İki haftada 1 kez

☐ Ayda 1 kez

☐ Ayda 1 kez daha az

51. Meyve tüketir misiniz?

☐ Evet

☐ Hayır

52. Ne kadar sıklıkla tüketirsiniz?

☐ Günde 1-2 porsiyon

☐ Günde 3-4 porsiyon

☐ Günde 5-6 porsiyon

☐ Haftada 1-2 kez

☐ Haftada 3-4 kez

☐ Ayda 1-2 kez

53. Sebze tüketir misiniz?

☐ Evet

☐ Hayır

54. Süt ve ürünlerini tüketir misiniz?

☐ Evet

☐ Hayır

55. Evet ise ne kadar sıklıkla tüketirsiniz?

☐ Günde 1-2 porsiyon

☐ Günde 3-4 porsiyon

☐ Günde 5-6 porsiyon

☐ Haftada 1-2 kez

☐ Haftada 3-4 kez

☐ Ayda 1-2 kez

56. Spor yapıyor musunuz?

☐ Evet

☐ Hayır

57. Evet ise hangi sporla uğraşıyorsunuz?

a - Yürüyüş

b - Bisiklet

c - Yüzme

d - Yürüyüş –Bisiklet

e – Diğer(.....)

58. Ne kadar süre spor yapıyorsunuz?

.....

59. Kendiniz nasıl hissediyorsunuz?

a – Kilolu-Şişman

d – Obez

b – Normal

e – Hafif toplu – Balık etli

c – Zayıf

60. Son bir 2 yıl içerisinde kilo aldınız mı ?

a – Evet (.....kg)

b – Hayır

61. Son 2 yıl içerisinde en fazlakg, en azkg oldum.

62. Sizce kilo fazlalığınız var ise ne kadar kilo fazlalığınız vardır ?

.....kg

III. ANTROPOMETRİK ÖLÇÜMLER

63. Boy :cm
64. Ağırlık :kg
65. Olması Gereken Ağırlık :kg
66. BKI :kg/m²
67. Bel Çevresi :cm
68. Kalça Çevresi :cm
69. Bel/Kalça Oranı :cm

VÜCUT BİLEŞİM KOMPOZİSYONU

- | | Ölçüm | Normal Değerler |
|----------------------------------|----------------|-----------------|
| 70. YAĞ Kitlesi (%) : |
..... | |
| 71. Yağ Kitlesi (kg) : |
..... | |
| 72. Yağsız Doku Kitlesi (%) : |
..... | |
| 73. Yağsız Doku Kitlesi (kg) : |
..... | |
| 74. Bazal Metabolizma Hızı : | | |

EKLER 2 CV ÖRNEĞİ

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı : Özlem ÖZER
Doğum Yeri ve Tarihi : Adana / 06.04.1984
Medeni Hali : Evli
Yabancı Dil : İngilizce
E Posta Adresi : dyt.ozlemaltundag@gmail.com
Tel : 535 467 74 92

Eğitim ve Akademik Durumu

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Lise	Fatih Sultan Mehmet Lisesi	2002
Lisans	Başkent Üniversitesi (Burslu)	2007

İş Tecrübesi

	Görev	Süre
Medicine Hospital Asya Hastanesi	Diyetisyen	2010 – halen
Renova Klinik	Diyetisyen	2009-2010
Başkent Üniversitesi İstanbul Hastanesi	Sorumlu Diyetisyen	2007-2009

Mesleki Dernek ve Kurum Üyeliği

Türkiye Diyetisyenler Derneği (TDD)

Türkiye Eğitim Gönüllüleri Vakfı (TEGV)

Kazanılan Ödüller, Teşvikler, Burslar

Ankara Minikler Badminton Turnuvası Çift Bayanlarda Gümüş Madalya

Bildiriler/ Yayınlar

12-19 Yaş Arası Adölesanların Fiziksel Aktivite, Beslenme ve Obezite İlişkinin Karşılaştırılması, Poster Sunumu

Beslenmenin Kanseri Oluşumuna Etkisi Poster Sunumu

Ankara İli Kazan İlçesinde Yaşayan Adölesanların Beslenme Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi Anket Çalışması ve Değerlendirilmesi

EKLER 3 İZİN BELGESİ



Tarih: 07.09.2010

T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
Beslenme ve Diyetetik Ana Bilim Dalı Başkanlığına
İSTANBUL

Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı yüksek lisans programı öğrencisi Özlem ÖZER ALTUNDAĞ' ın "Polikliniğe Başvuran Obez Kadınların Çalışıp-çalışmama Durumlarının Beslenmelerine Etkisi" konulu tezi ile ilgili anket çalışmasını hastanemizde uygulaması ve hasta verilerini kullanması uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ederim.

Op. Dr. Atakan ÖZKAN
Başhekim

ÖZEL MEDICINE HOSPITAL
ASYA HASTANESİ
Op.Dr.Atakan ÖZKAN
Başhekim
Genel Genelle Aile Hekimi
T.C. Sağlık Bakanlığı
T.C. Sağlık Bakanlığı
T.C. Sağlık Bakanlığı