



T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

MUĞLA İLİ MERKEZ İLÇEYE BAĞLI AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİ'NE BAŞVURAN KİŞİLERİN FİZİKSEL AKTİVİTE, BESLENME ALİŞKANLIĞI VE OBEZİTE DURUMU

(Uzmanlık Tezi)

Dr. SÜLEYMAN ÇİFTÇİ

DANIŞMAN

Prof. Dr. Serpil DEMİRAĞ

AYDIN, 2016

T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**MUĞLA İLİ MERKEZ İLÇEYE BAĞLI AİLE
SAĞLIĞI MERKEZLERİ'NE BAŞVURAN
KİŞİLERİN FİZİKSEL AKTİVİTE, BESLENME
ALİŞKANLIĞI VE OBEZİTE DURUMU**

(Uzmanlık Tezi)

Dr. SÜLEYMAN ÇİFTÇİ

DANIŞMAN

Prof. Dr. Serpil DEMİRAĞ

AYDIN, 2016

Bu araştırma Adnan Menderes Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi tarafından
TPF-15059 numaralı proje olarak desteklenmiştir.

ÖNSÖZ

Bir toplumun geleceği, bilime verdiği değere bağlıdır. Çağdaş medeniyetler seviyesine ulaşmak için özgün ve özen gösterilmiş çalışmalar desteklenmeli ve teşvik edilmelidir. Yaptığım bu tez çalışmasının bilimsel alanda küçük bir yer teşkil etmesi bile beni mutlu edecektir.

Bu tez çalışmasının tasarlanmasında ve çalışmanın gerçekleştirilmesinde bana destek ve yardımcı olan, eğitimim boyunca her aşamada bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan, desteğini ve yardımını esirgemeyen, öğrencisi olmaktan her zaman gurur duyduğum çok değerli tez danışmanım Prof. Dr. Serpil DEMİRAĞ'a teşekkür ederim.

Ayrıca bu tez çalışmasının anketlerinin yapılması sırasındaki desteklerinden dolayı Muğla İl Sağlık Müdürü Dr. Cihan TEKİN'e, Muğla Halk Sağlığı Müdürü Uzm. Dr. Mustafa Nuri CEYHAN'a, Aile Hekimliği İzleme ve Değerlendirme Şube Müdürü Dr. Sakine YENİÇERİ'ye, Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilimdalı öğretim üyesi Doç. Dr. Neşe YENİÇERİ'ye teşekkür ederim. Bu tezin analizlerinin gerçekleştirilmesinde desteğini esirgemeyen ve yardımcı olan birlikte keyif alarak çalıştığım sevgili dostum Arş. Gör. Dr. Ali ARIKAN'a, iyi bir hekim olarak yetişmemde katkısı olan, bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan Anabilim Dalı'mız öğretim üyelerine teşekkür ederim.

En son ve en önemli olarak; her zaman yanımda olan, benim için hayatı güzel ve yaşanılır kılan sevgili eşim Aslıhan Kenber ÇİFTÇİ'ye çok teşekkür ederim.

Dr. Süleyman ÇİFTÇİ

İÇİNDEKİLER

Tablo Dizini	I
Simgeler ve Kısaltmalar Dizini	II
Ekler Dizini	III
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Obezitenin Tanımı ve Sınıflandırılması.....	3
2.1.2. Başlama yaşına göre.....	3
2.1.1. Yağ dokusunun dağılımı ve anatomik özelliklerine göre.....	3
2.1.3. Etiyolojiye göre.....	4
2.2.Obezitenin Etyopatogenezi.....	7
2.3.Obezite Prevalansı.....	8
2.4.Obeziteyi Etkileyen Başlıca Faktörler.....	9
2.4.1.Yaş.....	9
2.4.2.Cinsiyet.....	9
2.4.3. Aşırı ve Yanlış Beslenme Alışkanlıkları.....	10
2.4.5.Fiziksel Aktivite.....	11
2.4.6.Genetik Yatkınlık.....	12
2.4.7.Sosyo-Ekonomik Düzey ve Eğitim Düzeyi.....	13
2.4.8.Psikolojik Etmenler	14
2.4.9.Hormonal ve Metabolik Hastalıklar.....	14
2.4.10.Kullanılan İlaçlar.....	15
3.GEREÇ VE YÖNTEM.....	16
3.1. Çalışma Tasarımı.....	16
3.2.Anket ve Veri Toplama Süreci.....	16
3.3. İzinler.....	18
3.4. İstatiksel Değerlendirme.....	18

4.BULGULAR	19
4.1. Genel Özellikler.....	19
4.2. Beslenme Alışkanlıkları İle İlgili Bulgular.....	25
4.3. Obeziteyle İlgili Bulgular.....	27
4. Fizik Aktiviteyle İlgili Bulgular.....	34
5. TARTIŞMA	43
6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	54
7. ÖZET.....	56
8. KAYNAKLAR.....	62
9. EKLER	70
EK 1 Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu.....	70
EK 2 Anket Formu.....	73
EK 3 Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul onay yazısı.....	79
EK 4 Muğla Halk Sağlığı Müdürlüğü Araştırma İzin yazısı.....	80

TABLO DİZİNİ

Tablo I	Yetişkinlerde VKI'ne göre zayıflık, fazla kiloluluk ve obezite sınıflandırması	7
Tablo II	Fiziksel Aktivite Durumu ve Vücut Kitle İndeksi (VKİ)	20
Tablo III	Katılımcıların Bazı Sosyo-Demografik Özellikleri	22
Tablo IV	Aylık Gelir ve Başvuru Nedeni tablosu	24
Tablo V	Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerin VKİ İle İlişkisi	28
Tablo VI	Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerin VKİ İle İlişkisi	31
Tablo VII	Obezite ve risk faktörleri için lojistik regresyon analizi sonuçları	33
Tablo VIII.	Vücut Kitle İndeksine göre MET skor Puan Dağılımları	35
Tablo IX	Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine göre Fiziksel Aktivite Düzeyleri	37
Tablo X	Katılımcıların Bazı Özelliklerine Göre Fiziksel Aktivite Düzeyleri	40
Tablo XI	Fiziksel aktivite ve risk faktörleri için lojistik regresyon analizi sonuçları	42

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
BKO	: Bel Kalça Oranı
IDF	: Uluslararası Diyabet Federasyonu; International Diabetes Federation
VKİ	: Vücut Kitle İndeksi
NPY	: Nöropeptid Y
DM	: Diyabetes Mellitus
TURDEP	: Türkiye Diyabet Epidemiyoloji Projesi
TOHTA	: Türkiye Obezite ve Hipertansiyon Araştırması
TEKHARF	: Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri Çalışması
HT	: Hipertansiyon
BMH	: Bazal Metabolik Hız
PKOS	: Polikistik Over Sendromu
MS	: Metabolik Sendrom
ASM	: Aile Sağlığı Merkezi
IPAQ	: Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi; International Physical Activity Questionnaire
s	: Sayı
TUİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
MET	: Metabolic Equivalent of Task (Metabolik Eşdeğer)

EKLER DİZİNİ

EK 1 Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	70
EK 2 Anket Formu	73
EK 3 Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi girişimsel olmayan klinik araştırmalar etik kurul onay yazısı.....	78
EK 4: Muğla Halk Sağlığı Müdürlüğü Araştırma İzin yazısı.....	79



1.GİRİŞ VE AMAÇ

Obezite dünyadaki en önemli halk sağlığı sorunlarından biridir. Epidemiyolojik çalışmalar; yaş, cinsiyet gibi demografik faktörlerle, eğitim düzeyi, medeni durum gibi sosyo-kültürel faktörler yanında biyolojik faktörlerin ve beslenme alışkanlıklarının, sigara ve alkol tüketimi ile fiziksel aktivite azlığı gibi yaşam biçimi faktörlerinin de obeziteden sorumlu olduğunu göstermektedir.

Özellikle, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde bu sorun giderek daha fazla büyümektedir. Önceden sadece gelişmiş ülkelerin sorunu olarak görülen obezite hastalığı, beraberinde getirdiği sağlık sorunlarıyla birlikte düşük-orta gelirli ülkeleri de etkisi altına almaya başlamıştır (1, 2). Gelişmiş ülkelerde olduğu kadar gelişmekte olan ülkelerde de, özellikle batılı yaşam tarzının yaygınlaşmasıyla obezite sıklığı hızla artmaktadır.

Şüphesiz modern teknolojinin gelişi ve gelişiminin bu duruma etkisi büyüktür. İnsanların fiziksel işlerinin çoğunun yerini artık makinaların almasıyla yaşam tarzları da değişmiş, insanlar giderek hep daha az fiziksel aktif yaşam sürer hale gelmiştir. Teknolojinin gelişmesiyle birlikte, insanlar oturduğu yerden birçok işi yapabilmektedir.

“Fastfood” tarzı beslenmenin yaygınlaşması, refah ve gelir düzeyinin artmasına paralel olarak gıda ürünlerinin çeşitliliği ve tüketiminin artmasıyla birlikte, süreç bir kısır döngüye girmektedir.

Amerika Birleşik Devletleri’nde (ABD), 20 yaşın üzerindeki genel nüfusun %54,9’nun aşırı kilolu ve %22,5’nin obez olduğu tahmin edilmektedir. Bu hızla artacak olursa, 2025 yılında ABD’de obezite sıklığının %50 olması beklenmektedir (3). Diğer gelişmiş ülkelerde de durum pek farklı gözükmemektedir (4).

Dünya Sağlık Örgütü’ne (DSÖ) göre 2014 yılında yaklaşık 2 milyar yetişkin fazla kilolu ve 600 milyon yetişkin obez saptanmıştır (5). Bu rakamlar 1980 yılı verilerinin iki katıdır. Günümüzde, önlenabilir ölümlerin sigaradan sonra gelen ikinci önemli nedeni obezitedir (6).

Yaşın artmasıyla birlikte beslenmeyle ilgili sağlık sorunları oluşmakta, insanların fiziksel aktivitesi azalmakta ve özellikle kadınlar arasında sedanter yaşamla daha fazla oranda karşılaşmaktadır. Dünya nüfusunun büyük bir oranının yeterli fiziksel aktiviteye sahip olmadığı ve özellikle az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerdeki yetişkinlerin hayat tarzının daha hareketsiz olduğu düşünülmektedir. Toplumda çocukluk ve genç erişkinlik döneminin kişilere fiziksel aktivite alışkanlığının kazandırılması ve ömür boyu devam ettirilmesi için en

uygun dönem olduğu düşünölmektedir. Fiziksel aktivitenin bireysel faydası kronik hastalıkları önlemesi, toplumsal faydası halk sağlığını iyileştirmesidir. Kadın, erkek, her yaş grubundaki kişilere fiziksel, zihinsel ve ruhsal yararlar sağladığı düşünölmektedir. Fiziksel aktivite sonucu, beslenme alışkanlıkları düzelmekte, iş kapasitesi artmakta, sigara, alkol ve uyuşturucu gibi bağımlılık yapan maddelerin kullanımı azalmakta, sosyal ilişkiler daha güçlü duruma gelmektedir.

Muğla yöresinde obezite durumunu belirleyen, beslenme, fiziksel aktivite ve obezite ile ilgili yeterince çalışma yapılmamış olması nedeniyle de önemlidir. Araştırmanın amacı, Muğla yöresindeki insanların beslenme, fiziksel aktivite ve obezite durumu ve birbirleri arasındaki ilişkiyi belirlemektir.



2.GENEL BİLGİLER

2.1.Obezitenin Tanımı ve Sınıflandırılması

DSÖ tarafından obezite, sağlığı bozacak ölçüde vücutta aşırı yağ birikmesi olarak tanımlanmıştır (7). Her ne kadar, artmış vücut ağırlığı ile eşdeğer olarak görülse de, bu tam olarak doğru değildir. Mesela, zayıf fakat kas kitlesi fazla olan bir kişide yağ dokusu artışı olmadan da normalin üstünde vücut ağırlığı olabilir.

Farklı bir tanımla obezite, vücutta beslenme ile alınan enerjinin, vücutta harcanan enerjiden daha fazla olmasından dolayı, fazla enerjinin vücutta yağ dokusu olarak depolanmasıyla ortaya çıkan, vücudun yağ kütlesinin, yağsız vücut kütlelerine oranla artması ile karakterize olan, metabolik bir hastalıktır (8,9).

Obezite genetik, metabolik, hormonal, hipotalamik, psikolojik, sosyo-ekonomik, beslenme ve fiziksel aktivite düzeyi gibi birçok etmenin bir arada görüldüğü multifaktöryel bir hastalıktır (10). DSÖ, obeziteyi, önlem alınması gereken önemli bir epidemi olarak tanımlamıştır.

Obezite, özelliklerine göre birkaç farklı şekilde sınıflandırılabilir (11). Bunlar:

1. Başlama yaşına göre
2. Yağ dokusunun dağılımı ve anatomik özelliklerine göre
3. Etyolojide rol oynayan faktörlere göre olarak ayrılabilir.

2.1.1. Başlama yaşına göre:

- a. Çocukluk yaş grubunda başlayan obezite
- b. Erişkin dönemde başlayan obezite

2.1.2.Yağ dokusunun dağılımı ve anatomik özelliklerine göre:

- a. **Hipertrofik obezite:** Yağ hücre sayısının artışı ile seyreden obezite şeklidir. Çocukluk çağında görülen obezite tipidir. Nadiren erişkin dönemde de ortaya çıkabilir.
- b. **Hiperselüler obezite:** Yağ hücrelerinin büyüklüğü ve lipit içeriğindeki artış ile karakterizedir. Erişkin dönemde ve gebelikte başlayan obezite bu tiptedir.
- c. **Yağ dağılımına göre obezite:**

i. *Android tip obezite (abdominal/santral)*: Yağın vücudun üst kısmında (bel, üst karın ve göğüs) toplanması da “android tip” (elma biçimi) olarak tanımlanır. Sıklıkla erkeklerde görülen obezite türüdür.

ii. *Gynoid tip obezite (gluteal/ perifer)*: Yağın daha çok vücudun alt kısmında (kalça, uyluk ve bacaklarda) toplanmasıyla karakterize tip ‘gynoid tip’ (armut biçimi) olarak tanımlanır ve daha çok kadınlara özgüdür. 1991’de Bouchard vücutta yağlanmanın yerleşim yerlerine göre dört tip obezite tanımlamıştır:

Tip-I: Vücut ağırlığında ve yağ kitlesinde aşırı artış görülmektedir. 1992’de Egger tarafından ovoid şekil olarak isimlendirilmiştir. Bu tipte vücut yağı belli bir bölgede birikim yapmaktan ziyade, tüm vücuda benzer oranlarda dağılmaktadır.

Tip-II: Deri altı yağın vücudun gövde bölgesinde aşırı miktarda yoğunlaşmasıdır. Android yağ depolanması veya elma tipi denilen obezite bu gruba girer. Yapılan çalışmalar bu tipin, insülin direnci ile güçlü bir ilişkisi olduğunu ortaya koymuştur.

Tip-III: Viseral (karın boşluğunda bulunan organları çevreleyen) yağın karın bölgesinde yoğunlaşmasıdır. Çalışmalar viseral yağ dokusu artışı ile glukoz intoleransı, hiperlipidemi ve hipertansiyon riski arasında güçlü bir ilişki olduğunu göstermektedir. Android tip obeziteyle aynı değildir. Androidden farklı olarak deri altı değil, viseral yağ miktarı artmıştır. Erkeklerde kadınlardan daha fazla görülür ve yaş ilerledikçe bu bölgedeki yağ birikimi artmaktadır.

Tip-IV: Uyluk ve kalçada bölgesinde aşırı miktarda yağ depolanmıştır. Gynoid yağ dağılımı olur ve armut tipi obezite olarak tanımlanır. Yağ dağılımının en basit göstergesi bel/kalça oranına bakmaktır. Bel/kalça oranı ile kronik hastalıklar arasındaki ilişkinin karın bölgesi yağlarının miktarlarıyla bağlantılı olduğu tespit edilmiştir. Bel/kalça oranının erkeklerde <1,0 ve kadınlarda <0,85 olması karın yağ birikiminin normal olduğunu göstermektedir. Tek başına bel çevresinin ölçülmesi, karın yağ dağılımı ve sağlığın bozulmasına bir gösterge olarak gynoid tipte pratik kullanım sağlamaktadır. Bel çevresi normal kişilerde kadınlarda 88 cm, erkeklerde 102 cm’nin altında olmalıdır. Vücut yağının fazlalığı kadar eksikliği de sağlığın bozulmasına yol açabilmektedir (12).

2.1.3. Etiyolojiye göre:

a. *Basit Obezite (Eksojen Obezite)*: Kişinin tükettiğinden fazla miktarda enerji alması, başlıca nedenidir. Altta yatan başka hastalığın olmadığı obezite türüdür ve obezlerin %95 gibi büyük bir kısmı bu gruba girer.

b. *Metabolik ve hormonal bozukluklara sekonder obezite*: Bu obezite türü çeşitli hastalıklardan dolayı meydana gelmektedir. Obezlerin %5'i bu gruba girer.

i. Endokrin nedenler:

1. Hipotalamik bozukluklar
 - a. Travma
 - b. Frohlich Sendromu
 - c. Post-enfeksiyöz (Ensefalit)
 - d. Tümör (Kraniyofarenjiyoma)
2. Cushing hastalığı ve Sendromu
3. Büyüme hormonu eksikliği
4. Hipotiroidizm
5. Pseudohipoparatiroidi
6. Polikistik Over Sendromu
7. İnsülinoma, Hiperinsülinizm

ii. İlaçlar

1. Glukokortikoidler
2. Siproheptadin
3. Amitriptilin (Trisiklik antidepresanlar)
4. Lityum
5. Östrojen
6. Progesteron
7. Fenotiazin

c. *Genetik sendromlar ile birlikte olan obezite*

- i. Turner Sendromu
- ii. Carpenter Sendromu
- iii. Cohen Sendromu
- iv. Bardet- Biedl Sendromu
- v. Prader-Willi Sendromu
- vi. Alström Sendromu

Obeziteyi belirlemek için günümüzde birçok yöntem kullanılmaktadır.

1. **Bel/kalça oranı (BKO)**: DSÖ bel/kalça oranının kadınlarda 0,85'den ve erkeklerde ise 1,0'den fazla olması durumunu android tip obezite olarak kabul etmektedir (13). Net bir

fikir birliğine ulaşamadığı için BKO günümüzde çok fazla kullanılmamaktadır. BKO yerine tek başına bel çevresinin ölçümü daha fazla kabul görmüştür. Uluslararası Diyabet Federasyonu; International Diabetes Federation (IDF)'na göre tek başına bel çevresi ölçümünün erkeklerde 94 cm, kadınlarda 80 cm ve üzerinde olması obezite ile ilişkilidir (14).

2. **Deri Kıvrım Kalınlığının Ölçülmesi:** Deri kıvrım kalınlığının ölçülmesi obezite değerlendirilmesi için kullanılan yöntemlerden biridir. Ölçüm kaliper denilen özel alet ile yapılır. Deri kıvrımları aletin uçları arasında tutularak vücudun çeşitli bölgelerinden ölçüm alınmaktadır. Deri kıvrım kalınlığı şu bölgelerden ölçülür;

- i- Subskapular bölge; Kürek kemiğinin altından ölçülür.
- ii- Triceps Üzeri; Deri kıvrım kalınlığının en çok ölçüldüğü yerdir. Omuz ile dirsek arasında, kolun arka yüzünde Triceps kası üzerindeki deriden ölçülür.
- iii- Abdominal Bölge; Göbeğin yaklaşık 5 cm sağından veya solundan ölçüm yapılır (15).

3. **Vücut Kitle İndeksi (VKİ):** Obeziteyi belirlemek için en sık kullanılan yöntemdir. Obezitenin belirlenmesi için DSÖ'nün obezite sınıflandırması kullanılmakta ve genellikle VKİ esas alınmaktadır (16). VKİ, bireyin vücut ağırlığının (kg), boy uzunluğunun (m) karesine ($VKİ=kg/m^2$) bölünmesiyle elde edilen değerdir (17). VKİ boy uzunluğuna göre vücut ağırlığını değerlendirendirir, vücutta yağ dağılımı hakkında bilgi vermez (18). VKİ'ye göre yetişkinlerde zayıflık, fazla kiloluluk ve obezite sınıflandırması Tablo I' de verilmiştir.

Tablo I. Yetişkinlerde VKİ' ne göre zayıflık, fazla kiloluluk ve obezite sınıflandırması (19).

Sınıflandırma	VKİ (kg/m²)
Zayıf (Düşük ağırlıklı)	< 18.50
Normal	18.50 – 24.99
Fazla Kilolu	25.00 – 29.99
I. Derece Obez	30.00 – 34.99
II. Derece Obez	35.00 – 39.99
III. Derece Obez (Morbid)	≥ 40.00

2.2.Obezitenin Etyopatogenezi

Obeziteye neden olan fazla yemenin mekanizmasına baktığımızda, hipotalamusun iştah merkezi önemli rol oynamaktadır. İnsan ve hayvanlarda hipotalamusun ventromedial çekirdeği tokluk, lateral çekirdeği ise açlık sinyallerini alan merkez olduğu gösterilmiştir. Besin tüketimini etkileyen peptidler; kolesistokinin, ürokortin ve nöropeptid Y'dir (NPY). Kolesistokinin ve ürokortin besin tüketimini azaltırken, NPY ise besin tüketimini artırmaktadır. NPY beynin birçok bölgesinde bulunur. Özellikle hipotalamus, hipokampus, korteks ve beyin sap nükleuslarında tespit edilmiştir. Birçok obezite modelinde paraventriküler ve arkuat nükleus arkında NPY artışı vardır. NPY, kortikotropin ve kortikotropin salgılatıcı hormon salınımını artırır ve aynı zamanda insülin ile sürekli etkileşim halindedir.

Leptin NPY' nin sentez ve salınımını inhibe ederek kilo alımını engeller ve ob geni tarafından kodlanır. Vücut ağırlığı ve metabolizmasının düzenlenmesinde önemli rolü

vardır. Leptin, NPY sentezini ve salınımını azaltarak iştahı azaltmaktadır. Leptin tokluk faktörü olarak bilinir, besin alımını azaltır ve enerji harcanmasını artırır. Obezlerde, leptin sinyalinde bir bozukluk olduğunda ya da leptin etkisine karşı direnç geliştiğinde serum leptin düzeyleri artar (20).

Kişilerde hiperinsülinemiye rağmen normal glukoz düzeyleri, insülin direncinin varlığını gösterir. Önlem alınamadığı durumlarda, insülin direnci sebebiyle glukoz toleransı bozulup hiperglisemi gelişebilmektedir. Vücut ağırlığının arttığı durumlarda, insülinde de belirgin artış olabilmektedir. İnsülin direnci yağ hücre kütlelerinin büyümesi ve insülin gereksiniminin artmasına karşın reseptör sayısının azalması olarak ifade edilmektedir. Özellikle son yıllarda Tip II Diyabetes Mellitus(DM) hastalığının sıklığı gittikçe artmaktadır ve obez kişilerde ortaya çıkışı kolaylaşmaktadır.

2.3. Obezite Prevalansı

Obezite prevalansı, Türkiye'de de giderek artmaktadır. 24.788 kişinin katıldığı Türkiye Diyabet Epidemiyoloji Projesi (TURDEP I) çalışmasının sonuçlarına göre obezite prevalansı Türkiye'de erkeklerde % 13, kadınlarda %30, genel de ise % 22,3 oranında olmak üzere tespit edilmiştir. Yaş dağılımına baktığımızda ise, obezitenin 30'lu yaşlarda arttığı 45-65 yaşlarında zirve yaptığı görülmektedir (21).

Sonrasında yapılan TURDEP II çalışması ise, obezitedeki artışın ne kadar ciddi boyutlara ulaştığını göstermiştir. TURDEP II çalışması, 1997-98 yıllarında yapılan TURDEP I çalışmasının tekrarı niteliğinde planlanmış, aynı yöntem kullanılarak aynı merkezlerde gerçekleştirilmiştir. 15 ilden 540 merkezde, Ocak 2010-Haziran 2010 tarihleri arasında 26 499 kişinin katılımı ile yapılmıştır. TURDEP I' den sonra geçen 12 yıllık süre zarfında; kadınlarda kilo altı kg, bel çevresi altı santimetre, kalça çevresi yedi santimetre; erkeklerde ise kilo sekiz kg, bel çevresi yedi santimetre, kalça çevresi iki santimetre artmıştır. Türkiye'de obezite sıklığı %32 ile TURDEP I' e göre, yaklaşık %10 civarında arttığı gözlemlenmiştir. Genel olarak, erişkin yaş grubundaki Türk toplumunun 2/3'ü kilolu veya obezdir (22). Türkiye'de 12 yıl içinde obezitedeki artış kadınlarda %34, erkeklerde %107 olarak gerçekleşmiştir (23). Bu rakamlar, obezitenin çok önemli bir halk sağlığı sorunu olduğunu göstermektedir.

Yaklaşık 25000 kişinin tarandığı Türkiye Obezite Ve Hipertansiyon Araştırması (TOHTA) çalışmasında, obezite ($VKİ >30 \text{ kg/m}^2$) prevalansı kadınlarda %36, erkeklerde %21,5 ve genel toplumda ise %25 olarak saptanmıştır. Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve

Risk Faktörleri (TEKHARF) çalışmasında ise, 1990'dan 2000 yılına kadar, ülkemizde obezite prevalansının kadınlarda %36, erkeklerde %75 oranında arttığı, 2000 yılında obezite prevalansının erişkin kadınlarda %43, erkeklerde ise %21,1 olduğu bildirilmiştir (14).

2.4.Obeziteyi Etkileyen Başlıca Faktörler

2.4.1.Yaş

Yaş arttıkça, bazal metabolizma ve fiziksel aktivite azalmaktadır. Bazal metabolizmanın azalması, enerji ihtiyacının da azalmasına neden olur. Beslenme ile alınan enerji, yaş arttıkça pozitif enerji olmaya başlar ve bu fazla enerji vücutta yağ olarak depolanır. Bu nedenle yaş arttıkça vücut ağırlığı da artmaktadır (24).

Bireylere göre farklılık göstermekle beraber, erkek ve kadınlarda kilo artışı yaklaşık 60- 65 yaşlarına kadar devam eder. Altmış beş yaşından sonra ise kas kitlesindeki kayıp arttığından dolayı ağırlık kaybı hızı artar.

Yaşlandıkça kas dokusu azalır, bunun tersi olarak yağ tabakası artar. Çünkü yağ, yağsız kitlenin yerini alır. Bu nedenle, aynı VKİ 'ne sahip yaşlı bireyler, gençlere kıyasen daha fazla yağ oranına sahiptirler (25).

2.4.2.Cinsiyet

Obezite her iki cinste de görülmekle birlikte, kadınlarda görülme oranı daha yüksektir. Kadınlarda, gebelik döneminde fazla ağırlık kazanılıp emziklilik döneminde verilememesi, birbirini izleyen gebelikler ve menopoz döneminde hormon dengesinin bozulması gibi nedenlerden dolayı, erkeklerden daha fazla obezite görülmektedir (26).

Vücut bileşimi açısından aynı yaş grubundaki kadınlar ve erkekler incelendiğinde, genellikle, kadınlarda vücuttaki yağ miktarının erkeklerden daha fazla olduğu ve erkeklerde ise, vücuttaki kas miktarının kadınlardan daha fazla olduğu görülmüştür.

2012 yılında yapılan bir çalışmada, 414 (%78,4) 'ü kadın, 114 (%21,6)'ü erkek toplam 528 yetişkin incelenmiştir. Normal kiloda olma oranı, kadınlar ve erkeklerde benzerken obez olma oranının kadınlarda daha fazla olduğu görülmüştür. Tüm popülasyonun %23,5'i, kadınların % 25,8'i, erkeklerin de %14,9'u obez olduğu belirlenmiştir (27).

Yapılan başka bir çalışma ile, 541 erkek (%49,4), 554 kadın (%50,6) ve toplamda 1.095 kişi incelenmiştir. Cinsiyete göre değerlendirildiğinde, obezite sıklığının kadınlarda %33,6 iken erkeklerde %12,9 olduğu bildirilmiştir (28).

2.4.3. Aşırı ve Yanlış Beslenme Alışkanlıkları

Ülkemiz, beslenme durumu yönünden hem gelişmekte olan, hem de gelişmiş ülkelerin sorunlarını birlikte içermektedir. Türkiye’de halkın beslenme durumu bölgelere, mevsime, sosyoekonomik düzeye ve kentsel-kırsal yerleşim yerlerine göre değişmektedir. Bu durumun temel nedenlerinin başında, gelir dağılımındaki dengesizlik gelmektedir.

Beslenme sorunlarının niteliği ve görülme sıklığı değişmektedir. Ayrıca beslenme konusundaki bilgisizlik, hatalı besin seçimine, yanlış hazırlama, pişirme ve saklama yöntemlerinin uygulanmasına neden olmakta, beslenme sorunlarının boyutlarının artmasına yol açmaktadır (29).

Öğün sıklığı ve düzeni de, beden ağırlığını etkileyen önemli faktörlerdendir. Günde üç veya daha fazla beslenen, öğünlerini düzenli tüketen kişilerde, günde bir veya iki kez gibi düzensiz sıklıkta beslenen kişilerden daha az obeziteye rastlanmaktadır (30).

Tahıllar, hemen hemen tüm ülkelerin temel gıdası olması nedeniyle, sıklıkla zenginleştirilen ürünler olup günlük enerjinin ortalama %50'sini sağlamaktadır. Türkiye’de de günlük enerjinin %44’ü yalnızca ekmekten, %58’i ise ekmek ve diğer tahıllardan gelmektedir. Yıllar içerisindeki gıda tüketim eğilimi incelendiğinde; ekmek, süt-yoğurt, et, taze sebze ve meyve tüketiminin azaldığı, kuru baklagiller, yumurta ve şeker tüketiminin ise arttığı söylenebilir. Genelde, toplam yağ tüketim miktarında önemli farklılık olmamasına karşın bitkisel sıvı yağ tüketim miktarının katı yağa oranla arttığı gözlenmektedir (31).

Sık sık ve az miktarda yeme durumunda insülin salgısı kısmen az olurken az sayıda ve çok miktarda yeme ile insülin salgısı daha fazla olur ve obeziteye eğilim artar. Özellikle, diyetle yağ alımının artmasının obezite ile birlikte olduğuna dikkat çekilmiştir. Yağ içeriği yüksek gıdaların daha lezzetli olması, aşırı tüketime neden olmaktadır. Yeme davranışı bozuklukları da, aşırı ve dengesiz beslenme nedeniyle obeziteye neden olur. Sebze ve meyve tüketiminin azalması, ev dışı iş yemeklerinin sıklaşması, hızlı yemek yeme ve gece yemek yeme alışkanlığı, obeziteye neden olan diğer faktörler olarak karşımıza çıkmaktadır (32).

“Fastfood” şekli beslenme ve abur-cubur atıştırmalar, çabuk yemek yeme gibi yanlış yeme alışkanlıkları, besinlere ulaşımın kolaylaşması obezite oluşumunda etkili olmaktadır. Bir araştırmada, gece uykudan uyanıp yeme alışkanlığının fazla kilolularda (%18) normal kilolularda (%4) göre önemli düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur (33).

Artık, bazı geleneksel yiyeceklerin yerini yüksek yağlı, enerji içeriği yüksek, iştahı uyarıcı, süslü bir şekilde paketlenmiş, işlenmiş, tüketime hazır, rahatça ve ucuz olarak bulunan

yiyecekler almıştır. Artık beslenme ihtiyacı, endüstriyel yemek kuruluşlarında veya restoran-lokanta tarzı ev dışı yerlerde karşılanmaktadır. Dışarıda tüketilen her öğünle daha fazla yağ tüketimi olmaktadır. Dışarıda tüketilen yiyecekler, ideal kilonun korunması için gerekli besin porsiyon büyüklüğünün üstünde olabilmektedir (34).

Enerji alımını ve enerji tüketimi arasındaki ilişki, pozitif veya negatif enerji balansını ortaya çıkararak beden ağırlığını değiştirmektedir. Erişkinler yılda ortalama bir milyon k/cal tüketirler. Burada, enerji alımında tüketimine karşı yapılacak %5'lik bir hatanın beden ağırlığında ortalama yedi kg kadar değişime neden olduğu belirtilmektedir. O halde obezite yalnızca, enerji alımının enerji tüketimini aştığı zaman olmaktadır. Bugünkü çevremiz limitsiz olarak kolaylıkla elde edilebilen, oldukça ucuz, çok lezzetli ve enerji yüklü gıdalarla doludur. Buna, düşük fiziksel aktiviteli yaşam stili de eklenmiştir. Bu çevresel koşullar, yüksek enerji alımına ve düşük enerji kullanımına neden olmaktadır. Pozitif enerji balansı ile beden kitlesi artmaktadır (35).

2.4.5.Fiziksel Aktivite

Aile hekimliği, doğumdan başlayarak bir bireyin ölümüne kadar hayatındaki gelişimi takip edebilen tek meslek grubudur. Fiziksel aktivitenin bireylerin hayatında bir yer edinmesi sırasında ve sonuçlarının değerlendirmesinde de Aile Hekimleri doğal olarak rol almaktadır. Bu nedenlerle aile hekimlerinin fiziksel aktiviteye yaklaşımları çok büyük önem kazanmaktadır.

Aile Hekimleri, sağlıklı bir hayatın sürdürülmesi (bireylerle yapılan görüşmelerde fiziksel aktivite konusunun konuşulması), hastalıkların tedavisi (DM, Obezite, Hipertansiyon (HT), Kas-eklem rahatsızlıkları vb. hastalıkların tedavi programlarının içerisine 'fiziksel aktivite'nin yerleştirilmesi), rehabilitasyon (yatalak, hareket kısıtlılığı olan hastaların güncel hayatlarının içerisine evde, olduğu yerde yapabileceği 'fiziksel aktivite' örneklerinin anlatılması, gösterilmesi) için fiziksel aktiviteyi bir araç olarak kullanmalıdır. Bunun yanı sıra, fiziksel aktivite sırasında oluşabilecek hastalıklarla (başta kas iskelet sistemi rahatsızlıkları olmak üzere) ilgili tedaviyi yönlendirebilmeli, önlemleri alabilmelidir. Sağlıklı bireylerin yapacağı şiddetli egzersizler bile, oldukça düşük bir risk taşır. Risk değerlendirmesi yapıldığında, sağlık için esas büyük riski inaktivite ve obezite oluşturmaktadır (36).

Fiziksel aktivite; "Günlük yaşamımızda kas ve eklemlerimizi kullanarak enerji harcanmasını içeren, kalp ve solunum hızını artıran, farklı şiddetlerde yapılabilen ve

yorgunlukla sonuçlanan aktiviteler” olarak tanımlanmaktadır (37). Günümüzde, iş yaşamı, teknolojik ilerlemeler, kentleşme ve diğer faktörler insan sağlığını olumsuz etkilemektedir. Düzenli fiziksel aktivite obezite, diyabet, kardio-vasküler hastalıklar ve kanser gibi hastalıklar sonucu meydana gelen mortalite riskini azaltır, yaşam süresinde ve kalitesinde artış sağlar. bu durum bize fiziksel aktivitenin ne kadar önemli olduğunu göstermektedir (38).

Toplam enerji tüketiminin %60-70’ini Bazal Metabolik Hız (BMH) oluşturmaktadır. BMH, vücudun dinlenme durumundayken solunum, dolaşım ve vücut ısısının sürdürülmesinde gerekli enerji olarak tanımlanır; ırk, yaş, vücut ağırlığı, genetik, yağ ve kas oranı gibi faktörler ile oranı değişebilir (38). Enerji tüketiminin %10-15’ini ise, besinlerin sindirim veya boşaltımı için gerekli olan, besin alımı ile artan enerji harcaması oluştururken %20-30’unu fiziksel aktivite veya kas aktivitesi sonucu oluşan aktif enerji tüketimi oluşturmaktadır (38).

Yapılan çalışmalarda, diyet ve egzersizin beraber uygulanması ile sadece diyet karşılaştırıldığında, kilo kaybının daha fazla olduğu gözlenmiştir. Obezite tedavisinde egzersizin bir yaşam tarzı haline getirilmesi çok önemlidir. Bireyin hem kilo vermesinde, hem verilen kilonun korunmasında, hem de komplikasyon riskinin azalmasında önemli rol oynar. Egzersiz sonucu yağ kaybı artırılırken, yağsız doku kitlesi korunmaktadır. Egzersizin uzun süreli kilo kontrolünde etkisi vardır, obezitenin tekrar ortaya çıkmasını engellediği bilinmektedir (39).

Günümüzde artık daha az enerji harcayarak işlerin yapılması, bilgisayar ve televizyon karşısında daha fazla vakit geçirilmesi, pozitif enerjiye sebep olur ve vücudun kullanamadığı enerjiyi yağ olarak depolanır. Modern yaşamda, önemli beslenme sorunu olan pozitif enerji dengesini engelleyecek en önemli etken fiziksel aktivitedir. Bu konuda yapılan bir çalışmaya göre, fiziksel aktivite yetersizliğinin obezitenin oluşmasından %67,5 oranında sorumlu olduğu ifade edilmektedir. Ayrıca, sedanter hayatın erkeklerde görülen obezitenin en önemli nedeni olduğu bildirilmiştir (40).

2.4.6.Genetik Yatkınlık

Bilimsel araştırmalar, genetiğin obezitede rol oynadığını göstermiştir. Bardet-Biedl ve Prader Willi Sendromu gibi hastalıklarda genler direkt olarak obeziteye yol açmaktadır (41). Bununla beraber, bir kimsenin fazla kilolu olmasında genler ve davranışın birlikte rol oynadığı gösterilmiştir. Bazı durumlarda ise, birden fazla gen bir kimsenin

obeziteye duyarlılığını artırabilmekte ve çok fazla besin almak ya da az fiziksel aktivite gibi dış faktörleri de gerektirmektedir (42).

Bazı genlerdeki mutasyonların insandaki obezitenin monogenik formlarına yol açtığı bilinmektedir. Bunlara en çarpıcı örneklerden birini, LEP genindeki mutasyonlar oluşturmuştur. Leptin eksikliği ve dolayısıyla obeziteye yol açan mutasyonun leptin hormon terapisi ile geri çevrilebildiği gösterilmiştir (43). Ayrıca, birçok lokus ve birçok aday gen ve bu genlerdeki mutasyonlar ile poligenik, multifaktöryel geçiş modelli fazla kiloluluk veya obezite arasında ilişki olduğunu gösteren bulgular elde edilmiştir. Bu genlerden bir kısmının da içinde olduğu, melanokortin sinyal yolu ön plana çıkmaktadır ve bu sinyal yolunda rol oynayan birçok gendeki ve ilişkili genlerdeki mutasyonların obezite ve ilgili fenotiplerle ilişkili olduğu birçok çalışmada ortaya konmuş olup bu konuda çalışmalar hala devam etmektedir (44).

2.4.7.Sosyo-ekonomik Düzey ve Eğitim Düzeyi

Son 20 yılda, gelişmiş ülkelerde olduğu gibi ülkemizde de, sosyoekonomik durum ve yiyecek alışkanlıklarının değişmesi ile birlikte obezite oranlarında artış görülmüştür. Yaş, sosyoekonomik durum ve ırka bağlı olarak farklılık görüle bile, 20–55 yaş grubu arasındaki kadınlarda obezite oranlarında 2 kat artış görülmektedir. Bu artış özellikle düşük sosyo-ekonomik düzeydeki kadınlarda, üst düzey gelir grubundakilere göre 2,5 kat daha fazla olmuştur (45).

Sosyoekonomik düzey ve obezite arasındaki ilişki açısından değişken sonuçlar bulunmuştur. Bu sonuçların bazıları yüksek sosyo-ekonomik düzeyde ve bazıları da düşük sosyo-ekonomik düzeyde obezite prevalansının arttığı görüşündedir. Ancak, 50 gelişmekte olan ülkeden 32'sinde obezite prevalansının %2,3'ün altında olduğu ve bu ülkeler için obezitenin bir sorun teşkil etmediği ifade edilmiştir. Ebeveynin eğitim durumu ve meslek sahibi olmaları ile obezite arasındaki ilişki için de farklı iddialar olsa da, zor yaşam şartlarında ve kötü ortamlarda büyüyen çocukların obezite riskleri daha yüksektir (46).

Az gelişmiş veya gelişmekte olan ülkelerde şişmanlık, halkın daha çok doygunluk isteğinin tatmin edilmesine bağlı olarak karbonhidrattan zengin besinlerin aşırı tüketilmesi, öğün atlanması ve bazı öğünlerde çok yenilmesi, yani düzensiz beslenme nedeniyle olabilmektedir. Gelişmiş ülkelerde ise, sağlıklı beslenme bilincinin yerleşmediği düşük sosyoekonomik gruplarda yanlış beslenmenin yanı sıra, teknolojik gelişmelerin doğrultusunda

pek çok işin makinelerle yapılması sonucu hareket azlığı da, şişmanlığın oluşmasında önemli bir etkindir (47).

Yapılan bir çalışmada, gelir düzeyi arttıkça obezite sıklığı artmakta; buna karşılık, öğrenim düzeyi arttıkça obezite sıklığının azalmakta olduğu sonucuna ulaşılmıştır (48). Bir başka çalışmada ise, gelişmiş toplumlarda öğrenim düzeyi ve gelir azaldıkça obezite oranlarında artış görüldüğü sonucuna ulaşılmıştır (45). Ülkemizde obezitenin sosyoekonomik olarak orta düzeydeki ailelerde görülmesi, ülkemizdeki orta sosyoekonomik düzeydeki insanların gelişmiş ülkelerdeki yoksul kesim gibi beslendiğini düşündürmektedir (49).

2.4.8.Psikolojik Etmenler

Obezitenin, psikososyal açıdan da değerlendirilmesi ve tedavisinde multidisipliner bir yaklaşım sergilenmesi, sadece kilo vermeye odaklanan beslenme programlarının düzenlenmesi yerine, bireylerin obezite nedeniyle yaşadıkları psikolojik ve sosyal sorunların ve obeziteye neden olabilecek psikolojik etmenlerin dikkate alınması gereklidir (50).

Obez hastalarda, özellikle depresyon ve kişilik bozukluklarının eşlik ettiği psikopatolojik durumların daha fazla olduğu gösterilmiştir (49).Yapılan çalışmaların önemli bir kısmında erişkinlerde VKİ ve benlik saygısı arasında ters bir ilişki olduğu gösterilmiştir (51). Ancak böyle bir ilişki olmadığını gösteren çalışmalar da mevcuttur (52). Ülkemizde yürütülen bir çalışmada obez katılımcıların benlik saygısının, obez olmayanlara göre anlamlı oranda düşük olduğu gösterilmiştir (53).

2.4.9.Hormonal ve Metabolik Hastalıklar

Polikistik Over Sendromunda (PKOS) androjen fazlalığı, tüylenme artışı, ovulatuvar bozukluk (düzensiz menstrüel siklus, menstrüel siklusun olmaması ve anovulatuvar siklus) ve overlerde polikistik varlığı görülmektedir. PKOS' u olan kadınların %30-70'inde obezite mevcuttur (54).

IDF 2005 yılında Metabolik Sendrom (MS)'un tanımını yaparken, daha önce MS'nin komponentlerinden biri olarak kabul edilen santral obeziteyi MS tanısının olmazsa olmazı konumuna çekmiş ve buna ilave olarak santral obezite tanımında popülasyona özgü bel çevresi kesim noktalarının kullanılması gerektiğini bildirmiştir. IDF, bu verileri mevcut olmayan toplumlarda coğrafi ve yaşam tarzı özellikleri en yakın olan bölgesel rakamların dikkate alınmasını önermektedir. Buna göre, Türk toplumunda Avrupa için belirlenmiş bel çevresi rakamları (kadın için ≥ 80 cm, erkek için ≥ 94 cm) kullanılmalıdır (14). Kadınlarda

obezite, erkeklere göre daha sık görülmektedir. Kadınlarda obezite sıklığı farkını yaratan etmenler arasında gebelik, menopoz gibi dönemlerde oluşan hormonal değişiklikler söz konusudur (55).

2.4.10.Kullanılan İlaçlar

Kilo artışı, birçok ilacın kullanımı sırasında yaygın olarak görülen, fakat genellikle dikkat edilmeyen önemli bir yan etkidir. Bu tedavilerin birçoğu, iştah merkezindeki nörotransmitterleri etkilerken bir kısmı da, enerji kaybında azalmaya neden olarak obeziteye yol açmaktadır (32).

Duyarlı kişilerde kilo artışı, klinik olarak anlamlı obeziteyle ve ilişkili komorbiditeleri ile sonuçlanabilir. Obeziteye neden olan ilaçlar aşağıda özetlenmiştir (53):

- * Antidepresanlar: Amitriptilin, doksepin, mirtazapin, imipramin, nortriptilin, fenelzin, SSRI'lar
- * Antipsikotikler: Klorpromazin, klozapin, tioridazin, olanzapin, sertindol, risperidon, trifluprazin, flufenazin
- *Antidiyabetikler: Sülfonilüreler, bütün insülin preparatları, glitazonlar
- * Duygudurum düzenleyicileri: Lityum, valproik asit, karbamazepin
- *Antimigren ve antihistaminikler: Siproheptadin, flunarizin, pizotifen
- *Glikokortikoidler: Farmakolojik dozları
- *Beta blokörler: Non spesifik (örnek: propranolol)
- * Seks hormonları: Östrojen (yüksek doz), megestrol asetat, tamoksifen
- *Diğer: Bazı antineoplastik ajanlar.

İlaç kullanımı sonucu oluşan obezitede yer alan mekanizmalar ise; serotonerjik ve dopaminerjik aktivitede azalma, sempatik sinir sistemi aktivitesinin azalması, yağ asitlerinin beta oksidasyonunun bozulması ve substrat oksidasyonundaki diğer değişiklikler, enerji sarfiyatının azalması, sedasyon, ağız kuruması ve kalorili içeceklerin alımının artmasına neden olan antikolinerjik yan etkiler, hipotalamik leptin ve NPY aktivitesinde değişiklik şeklinde açıklanabilir (48).

3.GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Çalışma Tasarımı

Araştırmamız, tanımlayıcı, kesitsel bir çalışmadır. Araştırmamızın evrenini, Muğla İli Merkezine bağlı Aile Sağlığı Merkezlerine (ASM) 01/Kasım/2015-31/Aralık/2015 tarihleri arasında başvuran 18 yaş ve üstü kişiler oluşturmaktadır. Çalışma kapsamında, Muğla merkeze bağlı toplam 14 ASM'nin tamamında çalışma yürütülmüştür. Örneklem büyüklüğü, STATCALC Programı kullanılarak %50 beklenen prevalans (en kötü değer %45) olarak alındığında ve %95 güven aralığında, 384 kişi olarak saptanmıştır. Ancak bu değere, olası kayıplar (yetersiz ve eksik olan anket formları) göz önüne alınarak %10 yedek eklenerek en son örnek büyüklüğü 422 olarak tespit edilmiştir. TÜİK 2013 verilerine göre çalışmanın yapıldığı ASM'lerin bulunduğu Muğla Merkez Menteşe ilçesinin nüfusu 99,911'dir. Çalışmaya, Muğla ili merkez ASM'lerine başvuran, ankete katılmayı kabul eden, 18 yaş ve üstünde olan, sözel sorulara cevap verebilen kişiler dahil edilmiştir. Çalışmaya katılmayı kabul etmeyenler, anketleri yarıda bırakanlar, sözel sorulara cevap veremeyenler ve 18 yaş altı kişiler çalışmaya dahil edilmemiştir. Anket uygulanan gönüllü kişilerden ayrıca bilgilendirilmiş gönüllü olur formu da alınmıştır. Anketler dört anketör tarafından yüz yüze görüşme yöntemiyle uygulanmıştır. Her gün dört farklı ASM'de anketler uygulanmıştır. İki anketör üç ASM'de diğer iki anketör ise dört ASM'de anketleri uygulamıştır. Anketörlere çalışma öncesinde, çalışma hakkında bilgi ve anket uygulanmasıyla ilgili eğitim verilmiştir. Katılımcılara ASM'ye başvurdukları gün, önce anket formu uygulanmış sonra bel çevresi, boy, kilo ve tansiyon ölçümleri yapılmıştır. 1/Kasım/2015-31/Aralık/2015 tarihleri arasında başvuran her gün için öğleden önce ve öğleden sonra çalışmayı kabul eden ilk iki kişi çalışmaya dahil edilmiştir. Katılımcılar ortalama 10-20 dakika içinde anketi yanıtlamışlardır. Hesaplanan katılımcı sayısına ulaşıldığında veri toplama işlemi sonlandırılmıştır.

3.2.Anket ve Veri Toplama Süreci

Veri toplama aracı olarak 4 bölümden oluşan 55 soruluk anket formu kullanılmıştır. Anket formunun ilk bölümünde, sosyodemografik özellikleri ve diğer genel bilgileri içeren sorular; ikinci bölümde beslenme alışkanlıkları; üçüncü bölümde diyet uygulama durumları; dördüncü bölümde fiziksel aktivite ölçeği bulunmaktadır.

Bu çalışmada, bireylerin fiziksel aktivite düzeylerini belirlemek için Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi; International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) kısa formu kullanılmıştır. Uluslararası geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Craig ve arkadaşları tarafından yapılan bu anket için (56), Türkiye’deki geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Öztürk tarafından üniversite öğrencilerine yapılmıştır (57). Bu anket, oturma, yürüme, orta düzeyde şiddetli aktiviteler ve şiddetli aktivitelerde harcanan zaman hakkında bilgi sağlamaktadır.

Kısa formun toplam skorunun hesaplanması yürüme, orta şiddetli aktivite ve şiddetli aktivitenin süre (dakikalar) ve frekans (günler) toplamını içermektedir. Aktiviteler için gerekli olan enerji (Metabolic Equivalent of Task (Metabolik Eşdeğer)) MET-dakika skoru ile hesaplanır. Bu aktiviteler için standart MET değerleri oluşturulmuştur. Bunlar; Yürüme=3,3 MET, Orta Şiddetli Fiziksel Aktivite=4,0 MET, Şiddetli Fiziksel Aktivite=8,0 MET.

Bu değerler kullanılarak günlük ve haftalık fiziksel aktivite seviyesi hesaplanır. Örneğin; üç gün 30 dakika yürüyen bir kişinin yürüme MET-dk/hafta skoru: $3,3 \times 3 \times 30 = 297$ MET-dk/hafta olarak hesaplanmaktadır.

-Yürüme MET-dk/hafta = $3,3 \times \text{yürüme dakikası} \times \text{yürüme gün sayısı}$

-Orta şiddetli MET-dk/hafta = $4,0 \times \text{orta şiddetli aktivite dakikası} \times \text{orta şiddetli aktivite yapılan gün sayısı}$

-Şiddetli MET-dk/hafta = $8,0 \times \text{şiddetli aktivite dakikası} \times \text{şiddetli aktivite yapılan gün sayısı}$

-Toplam, MET-dk/hafta = (yürüme + orta şiddetli+ şiddetli + oturma) MET-dk/hafta

Bu sürekli skorlamanın yanı sıra elde edilen sayısal verilere göre sınıflandırma yapılmaktadır. Buna göre üç aktivite seviyesi vardır:

1-İnaktif (Kategori 1) : En alt fiziksel aktivite seviyesidir. Kategori 2 ve 3 içine dâhil edilemeyen durumlar inaktif olarak düşünülür.

2- Minimal Aktif (Kategori 2): Aşağıdaki kriterlerden herhangi birine girenler minimal aktiftir.

a. üç veya daha fazla gün en az 20 dakika şiddetli aktivite yapmak

b. beş veya daha fazla gün orta şiddetli aktivite veya yürümenin günde en az 30 dakika yapılması

c. Minimum 600 MET-dk/haftayı sağlayan beş veya daha fazla gün yürüme ve orta şiddetli aktivitenin birleşimi

3- Çok Aktif (Kategori 3): Bu ölçüm yaklaşık olarak en az günde bir saat veya daha fazla olan orta şiddetli bir aktiviteye eşittir. Bu kategori, sağlıkla ilgili yararların sağlanmasında gereken düzeydir.

a. Minimum 1500 MET-dk/haftayı sağlayan en az üç gün şiddetli aktivite veya

b. Minimum 3000 MET-dk/haftayı sağlayan yedi veya daha fazla gün yürüme, orta şiddetli veya şiddetli aktivitenin kombinasyonu.

Bel çevresi, en alt kosta ile processus spina ilaca anterior superior arasındaki en küçük bel çevresi, göbek üzerinden yere paralel transfers mezura ile ölçülerek kaydedildi. Ağırlık ölçümü ayakta günlük kıyafetler ile elektronik baskül üzerine çıkılarak yapıldı. Boy ölçümü çıplak ayakla, ayakta dik dururken derin inspirasyon sırasında başa temas eden zemine paralel ince çubuk ile ayak tabanı ve başın en üst noktası arası mesafe 0,5 cm hassasiyetinde ölçüldü. VKI: Antropometrik ölçümlerden, vücut ağırlığının boyun metre cinsinde karesine oranlanması ile (ağırlık / boy², kg / m²) formülünden elde edildi. Tansiyon ölçümleri için hasta sessiz, rahat bir odada en az 5 dakika dinlendirildikten sonra uygun kol manşonu bulunan elektronik tansiyon aleti ile brakiyal arter üzerinden 2 ölçümün ortalaması alınarak hesaplandı. Çalışmamıza katılan medeni durumu dul ve boşanmış olanlar bekar grubuna dahil edilmiştir.

3.3. İzinler

Çalışma için Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan 2015/658 protokol numarası ile 17/08/2015 tarih ve 14 nolu kararla izin alınmıştır. Ayrıca çalışmanın ASM’lerde gerçekleştirilebilmesi için Muğla Halk Sağlığı Müdürlüğü’nden 15/09/2015 tarih ve 78793774/215/9939 sayılı kararla yazılı izin alınmıştır. Çalışma öncesinde de, her katılımcıya bilgi verilerek katılımcıların sözlü ve yazılı onamları alınmıştır.

3.4. İstatiksel Değerlendirme

Çalışmanın veri girişi ve analizleri SPSS 17 programı kullanılarak tanımlayıcı analizlerde sayı, yüzde, ortalama±standart sapma ve ortanca (minimum-maksimum) verilmiş olup, analitik analizlerde başlıca ki kare, Student’s T testi, Mann-Whitney U testi, Kruskal-Wallis testi ve lojistik regresyon analizi uygulanmıştır. Tip I hata düzeyi $\alpha=0,05$ olarak alınmıştır ($p<0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir).

4. BULGULAR

4.1. Genel Özellikler

Muğla İli merkez ASM'ye başvuran kişilerde (VKİ); 24,99 Altı (Normal ve Zayıf) olan 162 (%39,1) kişi, VKİ 25-29,99 (Fazla Kilolu) olan 153 (%37) kişi, VKİ 30 ve üstü (Obez) olan 99 (%23,9) kişi saptandı. Çalışmaya katılan kişilere geçerlilik ve güvenirliği kanıtlanmış uluslararası fiziksel aktivite ölçeği uygulandı. Bu ölçeğe göre, çalışmamıza katılan kişilerin 166'sı (%40,1) inaktif, 161'i (%38,9) minimal aktif, 87'si (%21) çok aktif saptandı. Bulgular Tablo II'te gösterildi.

Tablo II. Fiziksel Aktivite Durumu ve Vücut Kitle İndeksi (VKİ)

	S	%
Fiziksel Aktivite Durumu		
İnaktif	166	40,1
Minimal Aktif	161	38,9
Çok Aktif	87	21
VKİ		
24,99 Altı (Normal ve Zayıf)	162	39,1
25-29,99 (Fazla Kilolu)	153	37
30 ve üstü (Obez)	99	23,9

Araştırmamıza toplam 414 kişi katılmış olup, katılımcıların %58,9'u kadındır (244). 297'si evli (%71,7) olan katılımcıların yaş ortalaması $46,9 \pm 18,5$ 'tir. Kadın katılımcıların yaş ortalaması $47,9 \pm 17,4$; erkek katılımcıların yaş ortalaması ise $45,5 \pm 19,9$ idi. En genç katılımcı 18 yaşında iken en yaşlı katılımcı 89 yaşında idi. Çalışmamıza katılan kişilerin altısı (%1,4) okuryazar değil, 21'i (%5,1) okuryazar, 49'u (%11,8) ilkokul, 75'i (%18,4) ortaokul, 136'sı (%32,9) lise, 127 kişi (%30,7) üniversite mezunu idi. Mesleklere göre dağılımda ise; 148 kişi (%35,7) ev hanımı, 44 kişi (%10,6) memur, 19 kişi (%4,6) işçi, 44 kişi esnaf-serbest meslek (%10,6), 59 kişi (%14,3) öğrenci, 90 kişi (%21,7) emekli, 10 kişi (%2,4) diğer meslek grubuna sahipti. Boy ortalaması $166,5 \pm 8,9$ santimetredir. Kadın katılımcıların boy ortalaması $161,7 \pm 6,6$ cm; erkek katılımcıların boy ortalaması ise $173,4 \pm 7$ cm idi. Bulgular Tablo III'de gösterilmiştir.

Tablo III. Katılımcıların Bazı Sosyo-Demografik Özellikleri

	S	%
Cinsiyet		
Kadın	244	58,9
Erkek	170	41,1
Yaş		
18-24	69	16,7
25-64	259	62,6
65 ve üstü	86	20,8
Eğitim Durumu		
Okuryazar Değil	6	1,4
Okuryazar	21	5,1
İlkokul	49	11,8
Ortaokul	75	18,1
Lise	136	32,9
Üniversite ve Üzeri	127	30,7
Medeni Durum		
Evli	297	71,7
Bekar	117	28,3
Meslek		
Ev hanımı	148	35,7
Memur	44	10,6
İşçi	19	4,6
Esnaf-Serbest meslek	44	10,6
Öğrenci	59	14,3
Emekli	90	21,7
Diğer	10	2,4

Muğla ili merkez ASM'ye başvuran kişilerde sigara içenlerin sayısı 117 (%28,3) idi. Sigara içmeyen 297 (%71,7) kişi vardır. Erkeklerde sigara içen 67 kişi (%39,4), kadınlarda sigara içen 50 kişi (%20,5) saptandı. Alkol alanların sayısı 59 (%14,3), alkol kullanmayanların sayısı 355 (%85,7) saptandı. Erkeklerde alkol kullanan 44 kişi (%25,9), kadınlarda alkol kullanan 15 kişi (%6,1) saptandı.

Çalışmaya katılan kişilerin bel çevresi ortalaması $93 \pm 14,1$ cm, kadın katılımcıların bel çevresi ortalaması $91,3 \pm 15,4$ cm; erkek katılımcıların bel çevresi ortalaması ise $95,4 \pm 11,5$ cm bulunmuştur. Kadınlarda bel çevresi 80 cm ve üzerinde olan 183 (%75) kişi, erkeklerde bel çevresi 94 cm ve üzerinde olan 110 (%64,7) kişi saptandı.

Katılımcıların tansiyon ortalaması sistolik $130,1 \pm 15,3$ mmHg, diyastolik $80,9 \pm 11,8$ mmHg bulundu. Kadın katılımcıların tansiyon ortalaması $130 \pm 16,3 / 80,5 \pm 12,6$ mm Hg; erkek katılımcıların tansiyon ortalaması ise $130,2 \pm 13,9 / 81,6 \pm 10,5$ mmHg idi. Tansiyonu 140/90 mmHg ve üzerinde olan 194 (%46,8) kişi saptandı. Bunlardan 120'si kadın (%49,1) ve 74'ü erkek (%43,5) idi.

Yaptığımız çalışmada 303 kişinin (%73,2) çocuğu vardı. Kişilerin hastalandıklarında ilk olarak nereye başvurduğu sorgulandığında en çok 218 (%52,7) kişi ile ASM'ye, daha sonra 189 (%45,7) kişi ile Devlet Hastanesine ve yedi (%1,7) kişi ile üniversite hastanesine başvurdıkları saptandı.

Aylık geliri 0-1000 TL arası olan 72 (%17,4) kişi, 1001-2000 TL arası 180 (%43,5) kişi, 2001-3000 TL arası 110 (%26,6) kişi, 3000 TL ve üstü olan 52 (%12,6) kişi saptandı. Ortalama aylık geliri 2000 TL ve altında olan 252 (%60,9) kişi, 2001 TL ve üstü gelir düzeyine sahip 162 (%30,1) kişi bulundu (Tablo IV).

Katılımcılarımızdan en çok 187 (%45,2) kişi ile ilaç yazdırmak için, daha sonra sırasıyla 184 (%44,4) kişi muayene için, 36 (%8,7) kişi rapor-izin için, enjeksiyon için dört (%1) kişi, bebek aşı-takip için iki (%0,5) kişi ve bir (%0,2) kişinin ise diğer sebeple başvurdu (Tablo IV).

Tablo IV. Aylık Gelir ve Başvuru Nedeni tablosu

	S	%
Aylık Gelir		
0-1000 TL	72	17,4
1001-2000 TL	180	43,5
2001-3000 TL	110	26,6
3000 TL ve üstü	52	12,6
Başvuru Nedeni		
Muayene	184	44,4
İlaç Yazdırma	187	45,2
Rapor-İzin	36	8,7
Bebek aşı-Takip	2	0,5
Enjeksiyon	4	1
Diğer	1	0,2

4.2. Beslenme Alışkanlıkları İle İlgili Bulgular

Çalışmamıza katılan 414 kişiden 90 (%21,7) kişi daha önce zayıflamak için diyet yapmış olduğunu belirtti. 29 (%7,0) kişi zayıflamak için daha önce aktardan aldığı bitkisel ürün kullandı. Yeterli ve dengeli beslendiğini düşünen 307 (%74,2) kişi varken düşünmeyen 65 (%15,7) kişi, kararsız kalan 42 kişi (%10,1) mevcuttu.

289 (%69,8) kişi günde üç öğün yemek tüketirken, iki öğün yiyen 117 (%28,3) kişi, tek öğün yiyen altı (%1,4) kişi, üçten fazla ana öğün tüketen iki kişi (%0,5) saptandı. Ana öğün atlamadıklarını söyleyenlerin sayısı 175 (%42,3) olarak saptandı. Ana öğün atladığını belirten 239 kişiden sabah ana öğününü atlayan 44 (%10,6) kişi, öğle öğününü atlayan 182 (%44) kişi, akşam öğününü atlayan 13 (%3,1) kişi olarak bulundu. Ana öğün atlama nedenlerine bakıldığında, 183 kişi (%52,2) zamanı olmadığı için, 89 kişi (%25,4) alışkanlığı olmadığı için, 57 kişi (%16,2) iştahsızlık ve canının istememesi nedeniyle, 21 kişi (%5,9) ise diğer nedenlerden dolayı ana öğünü atladıklarını belirtmiştir (Bu veri için birden fazla şık işaretlenmesi söz konusudur).

Günde yalnızca bir ara öğün tüketen 154 (%37,2) kişi, iki ara öğün tüketen 87 (%21) kişi, üç ara öğün tüketen 26 (%6,3) kişi saptandı. Ara öğün atlamadığını belirtenlerin sayısı 35 (%8,5) olarak tespit edildi. Katılımcıların hangi ara öğünü atladıkları incelendiğinde; kuşluk ara öğününü atayan 43 kişi (%11,3), ikindi ara öğününü atayan 37 kişi (%9,8), gece ara öğününü atayan 27 kişi (%7,1), birden fazla ara öğün atlayan 272 kişi (%71,8) olduğu görüldü.

Ara öğün atlama nedenlerine bakıldığında katılımcılardan 90'ı (%17,8) zamanı olmadığı için, 277'si (%54,9) alışkanlığı olmadığı için, 99'u (%19,6) iştahsızlık ve canının istememesi nedeniyle, 38'i (%7,3) ise, diğer nedenlerden dolayı ara öğünü atladıklarını belirtti (Bu veri için birden fazla şık işaretlenebilmesi söz konusudur).

Katılımcıların 365'i (%88,2) düzenli kahvaltı yaptığını belirtti. Düzenli kahvaltı yapan 340 kişi (%82,1) evde, 25 kişi (%6) ise iş yerinde kahvaltılarını yapmıştıgı belirtti. Sabah kahvaltısında 326 kişi (%78,7) çay, peynir, zeytin, yumurta vb. tüketmektedir. 31 kişi (%7,5) çay, poğaç, tost, simit vb. tüketmektedir. Bir kişi (%0,2) süt ile birlikte tahıl gevreği tüketmekte iken yedi kişi (%1,7) kahvaltıda diğer besinleri tükettiğini belirtti.

Katılımcıların 265'i (%64) düzenli öğle yemeği yediğini belirtti. Bu kişilerin 195'i (%47,1) yemeğini evinde yerken, 32'si (%7,7) iş yeri yemekhanesinde, 21'i (%5,1) lokantada, sekiz tanesi (%1,9) evinden getirmekte, üçü (%0,7) ayaküstü olarak restoranda,

üçü (%0,7) iş yerine lokantadan getirmekte, üçü (%0,7) diğer şekilde beslenmektedir. Öğle yemeklerinde ne tür yemek yedikleri sorgulandığında ise, 185'i (%44,7) ev yemeği, 63'ü (%15,2) tabldot türü (sulu yemek), 12'si (%2,9) "fastfood" yiyecekler tükettiğini belirtmekte, üçü (%0,7) evinden getirmekte, ikisi (%0,5) ise diğer besinleri tüketti.

Katılımcıların 400'ü (%99,6) düzenli akşam yemeği yediğini belirtti. Düzenli akşam yemeği yiyen kişilerin 384'ü (%92,8) akşam yemeğini evinde yerken, altısı (%1,4) evinden getirmekte, beşi (%1,2) lokantada, dördü (%1) iş yeri yemekhanesinde, biri (%0,2) ayaküstü restoranda akşam yemeklerini tüketti. Akşam yemeklerinde ne tür yemek yedikleri sorgulandığında 357'si (%86,2) ev yemeği, 32'si (%7,7) tabldot türü (sulu yemek), sekizi (%1,9) "fastfood", bir (%0,2) kişi diğer besinleri tükettiğini bildirdi.

Çalışmaya katılan kişilerin sebze ve meyve tüketimleri incelendi. Buna göre sebze tüketim ortalaması $1,1 \pm 0,6$ tabak saptandı. Sebze tüketmeyen 63 (%15,2) kişi, günde bir tabak sebze tüketen 241 (%58,2) kişi, iki tabak tüketen 103 (%24,9) kişi, üç tabak tüketen yedi (%1,7) kişi saptandı. Dört tabak ve üzeri tüketen kişi saptanmadı.

Tüketilen meyve ise adet olarak sorgulandığında meyve tüketim ortalaması $2,1 \pm 1,7$ meyvedir. Meyve tüketmeyen 51 (%12,3) kişi, günde bir adet meyve tüketen 124 (%30) kişi, iki adet tüketen 105 (%25,4) kişi, üç adet tüketen 73 (%17,6) kişi, dört adet ve üzeri tüketen 61 (%14,7) kişi saptandı.

Çalışmaya katılan kişilerin 212'si (%51,2) ev dışında yemek yediğini belirtmişti. 202 (%48,8) kişi ise ev dışında yemek yemediğini belirtmişti. Ev dışında yemek yiyenlerin %2,8'i (6 kişi) kahvaltıyı, %29,2'si (62 kişi) öğle öğününü, %50'si (106 kişi) akşam öğününü, %18'i (35 kişi) ise birden fazla öğünü ev dışında tüketmiştir. Düzenli olarak kahvaltı yapanların içinde kahvaltıyı ev dışında yapanların sayısı 25 (%6,8), düzenli olarak öğle öğünü yiyenlerin içinde öğle yemeğini ev dışında yiyenlerin sayısı 70 (%26,4), düzenli olarak akşam öğünü yiyenlerin içinde akşam yemeğini ev dışında tüketenlerin sayısı 16 (%4) saptandı. Düzenli olarak evde en sık tüketilen öğün 384 (%92,8) kişi ile akşam öğünü olmuştur. Ev dışında yemek yenilen gün sayısı ortancası sekiz (minimum:1, maksimum:28) gün olarak bulundu. Ev dışında yemek yiyen kişilerden; 122 (%29,5) kişi lokanta/restoran, 49 (%11,8) kişi fastfood restoran, 17 (%4,1) kişi kebabçı/pideci, 14 (%3,4) kişi iş yeri yemekhanesi, dört kişi (%1) pastane, bir kişi (%0,2) büfe, beş (%1,2) kişinin ise diğer cevabı verdiği saptanmıştır.

4.3. Obeziteyle İlgili Bulgular

Çalışmaya katılan 414 kişiden 99'u (%23,9) obezdi. Kadınlarda obezite sıklığı %30,3 (74 kişi) iken erkeklerde %14,7 (25 kişi) olarak bulundu. Kadınlar ile erkekler arasında, obezite açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,001$) (Tablo V).

Katılımcılardan evli olanların 88'i (%29,6) obez iken bekarların 11'i (%9,4) obez olarak saptandı. Evli veya bekar olma durumuna göre, obezite açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,001$) (Tablo V).

Meslek gruplarına bakıldığında en yüksek obezite oranının 61 kişi (%41,2) ile ev hanımlarında olduğu bulundu. Bunu sırasıyla; 19 emekli (%21,1), dört işçi (%21,1), beş memur (%11,4), altı öğrenci (%10,2), dört esnaf-serbest meslek (%9,1) izlemiştir. obezite açısından meslek grupları arasında anlamlı fark bulundu. ($p<0,001$) (Tablo V).

Katılımcılardan lise ve altı düzeyde eğitim alanların %29,3'ü (84 kişi) obez iken, üniversite ve üstü eğitim alanların %11,8'i (15 kişi) obez saptandı. Eğitim seviyeleri arasında obezite açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0,001$) (Tablo V).

Katılımcıların VKİ'si yaş dağılımı açısından bakıldığında 18-24 yaş arası genç erişkin grupta obezite oranı %7,2 (5 kişi), 25-64 yaş arası yetişkin grupta %27 (70 kişi), 65 yaş ve üstü yaşlı grupta ise obezite oranı %27,9 (24 kişi) saptandı. Yaş arttıkça obezite sıklığının arttığı bulunmuş olup yaş grupları arasında obezite açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ($p<0,001$) (Tablo V).

Çocuk sahibi olan kişilerin %29,4'ü (89 kişi) obez iken çocuğu olmayanların sadece %9'u (10 kişi) obez saptandı. Yine aynı şekilde çocuk sahibi olanların %42,9'u (130 kişi) fazla kilolu iken, çocuğu olmayanların %20,7'si (23 kişi) fazla kilolu saptandı. Çocuk sahibi olanlarla olmayanların obezite açısından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,001$) (Tablo V).

Aylık geliri düşük olan grubun (2000 TL ve altı) %29'u (73 kişi) obez iken, aylık geliri yüksek olan grubun (2001 TL ve üstü) obezite oranı %16 (26 kişi) bulundu. Aylık gelir durumu ile obezite arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p=0,01$) (Tablo V).

Çalışmaya katılan kişilerden sağlıklı ve dengeli beslendiğini düşünenler (%26,4; 81 kişi) düşünmeyenlere (%16,8; 18 kişi) göre daha obez bulundu ($\chi^2=3,987$; $p=0,046$).

Tablo V. Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerin VKİ İle İlişkisi

		VKİ						χ^2	P
		Zayıf-Normal		Fazla Kilolu		Obez			
		Kilolu							
		S	%	s	%	s	%		
Cinsiyet									
	Kadın	101	41,4	69	28,3	74	30,3	23,111	p<0,001
	Erkek	61	35,9	84	49,4	25	14,7		
Yaş									
	18-24	53	76,8	11	15,9	5	7,2	49,872	p<0,001
	25-64	84	32,4	105	40,5	70	27		
	65 ve üstü	25	29,1	37	43	24	27,9		
Medeni Durum									
	Evli	86	29	123	41,4	88	29,6	47,813	p<0,001
	Bekar	76	65	30	25,6	11	9,4		
Eğitim									
	Lise ve altı	85	29,6	118	41,1	84	29,3	37,238	p<0,001
	Üniversite ve üstü	77	60,6	35	27,6	15	11,8		
Meslek									
	Ev hanımı	43	29,1	44	29,7	61	41,2	80,200	p<0,001
	Memur	20	45,5	19	43,2	5	11,4		
	İşçi	8	42,1	7	36,8	4	21,1		
	Esnaf-serbest	18	40,9	22	50	4	9,1		
	meslek								
	Öğrenci	44	76,4	9	15,3	6	10,2		
	Emekli	23	25,6	48	53,3	19	21,1		
	Diğer	6	60	4	40	0	0		
Çocuk Sahibi Olma									
	Hayır	78	70,3	23	20,7	10	9	62,490	p<0,001
	Evet	84	27,7	130	42,9	89	29,4		
Aile Aylık Geliri(TL)									
	2000 TL ve altı	90	35,7	89	35,3	73	29	9,271	p=0,010
	2001 TL ve üstü	72	44,4	64	39,5	26	16		

Sigara içen kişilerin %13,7'si (16 kişi) obez iken, içmeyenlerin %27,9'u (83 kişi) obez olarak saptandı. Sigara içme durumu ile obezite arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p=0,005$) (Tablo VI). İçilen sigara sayısına bakıldığında günde bir paket ve az (%14,6; 7 kişi) içenler ile günde bir paketten fazla (%13,0; 9 kişi) içenler arasında obezite açısından anlamlı fark bulunamadı ($p=0,098$).

Alkol alımına göre obezite durumu karşılaştırıldığında; alkol kullanan beş kişi (%8,5) obez iken, kullanmayan 94 kişi (%26,5) obez bulundu. Alkol kullanmama ile obezite arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,009$) (Tablo VI).

Tanı konulmuş hastalığı olan kişilerin 72'si (%34,4) obez iken tanı konulmuş hastalığı olmayanların 27'si (%13,2) obez bulundu. Tanı konulmuş hastalığı olup olmama durumu ile obezite arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,001$). Diyabeti olan 53 kişiden 27'si (%50,9) obez iken diyabeti olmayan 156 kişiden 45'i (%28,8) obez saptanmıştır. Diyabeti olanlarla olmayanlar arasında obezite açısından anlamlı fark bulundu ($p=0,001$) (Tablo VI).

Sürekli ilaç kullanan kişilerin 64'ü (%35,4) obez iken, sürekli ilaç kullanmayan kişilerin 35'i (%15) obez bulundu. Sürekli ilaç kullanma durumu ile obezite arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,001$). Antidiyabetik ilaç kullanan 41 kişiden 19'u (%46,3) obez iken antidiyabetik ilaç kullanmayan 142 kişiden 46'sı (%32,4) obez saptanmıştır. Antidiyabetik ilaç kullanma ile kullanmama arasında obezite açısından anlamlı fark saptanamadı ($p=0,025$).

Daha önce zayıflamak için diyet uygulayan kişilerin 30'u (%33,3) obez iken, daha önce zayıflamak için diyet uygulamayan kişilerin 69'u (%21,3) obez saptandı. Daha önceden diyet uygulama durumu ile obezite arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p=0,017$) (Tablo VI).

Daha önce aktardan zayıflama amacıyla herhangi bir ilaç ya da bitkisel ürün alan kişilerin 13'ü (%44,8) obez iken almayan kişilerin 86'sı (%22,3) obez bulundu. Daha önce aktardan herhangi bir ilaç ya da bitkisel ürün alma ile obezite arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p=0,009$) (Tablo VI).

Fazla kilolu olduğunu düşünen kişilerin 85'i (%43,1) obez iken, fazla kilolu olduğunu düşünmeyen kişilerin 14'ü (%6,5) obez bulundu. Fazla kilolu olmayı düşünme ile obezite arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p<0,001$) (Tablo VI).

Kilo vermek isteyen kişilerin 76'sı (%42,5) obez iken kilo vermek istemeyen kişilerin 23'ü (%9,8) obez olarak bulundu. Kilo vermeyi isteme durumu ile obezite arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p<0,001$) (Tablo VI).



Tablo VI. Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerin VKI İle İlişkisi

		Vücut Kitle İndeksi						χ^2	p
		Zayıf-Normal		Fazla Kilolu		Obez			
		Kilolu							
		s	%	s	%	s	%		
Sigara kullanımı									
	Hayır	106	35,7	108	36,4	83	27,9	10,427	p=0,005
	Evet	56	47,9	45	38,5	16	13,7		
Alkol kullanımı									
	Hayır	132	37,2	129	36,3	94	26,5	9,530	p=0,009
	Evet	30	50,8	24	40,7	5	8,5		
Tanı konulmuş hastalık									
	Hayır	108	52,7	70	34,1	27	13,2	39,524	p<0,001
Sürekli ilaç kullanma									
	Hayır	122	52,4	76	32,6	35	15	44,173	p<0,001
	Evet	40	22,1	77	42,5	64	35,4		
Daha önce diyet uygulama									
	Evet	25	27,8	35	38,9	30	33,3	8,172	p=0,017
	Hayır	137	42,3	118	36,4	69	21,3		
Daha önce aktardan bitkisel ürün alma									
	Evet	5	17,2	11	37,9	13	44,8	9,531	p=0,009
	Hayır	157	40,8	142	36,9	86	22,3		
Fazla kilolu olduğunu düşünme									
	Evet	34	17,3	78	39,6	85	43,1	104,800	p<0,001
	Hayır	128	59	75	34,6	14	6,5		
Kilo vermek isteme									
	Evet	32	17,9	71	39,7	76	42,5	82,381	p<0,001
	Hayır	130	55,3	82	34,9	23	9,8		

Obezite risk etkenlerinin belirlenmesi için oluşturulan lojistik regresyon modeli incelendiğinde obezite için medeni durumun ve diyabet hastalığının olma durumunun anlamlı bir risk etkeni olduğu görüldü. Evli olanların bekar olanlara göre obez olma olasılığı 3,855 kat, diyabet hastalığı tanısı olanların olmayanlara göre obez olma olasılığını 2,2 kat daha fazla arttırdığı bulunmuştur (Tablo VII).



Tablo VII. Obezite ve risk faktörleri için lojistik regresyon analizi sonuçları

Modeldeki değişkenler	Beta	Standart Hata	P	OR	95% Güven Aralığı
Medeni Durum (Bekar*)	1,349	0,637	0,034	3,855	1,106-13,436
Yaş (45 yaş ve altı)	-0,658	0,519	0,205	0,518	0,187-1,432
Diyabet Hastalığı Varlığı (Yok*)	0,793	0,350	0,024	2,209	1,113-4,385
Meslek (İşçi-Serbest meslek*)	0,528	0,713	0,459	1,695	0,419-6,849
Eğitim (Lise ve Üstü*)	0,503	0,399	0,207	1,654	0,756-3,619
Sigara (Evet*)	0,338	0,542	0,533	1,402	0,484-4,058
Alkol (Evet*)	-0,911	1,137	0,423	0,402	0,043-3,738
Çocuk Sahibi olma (Yok*)	0,690	0,786	0,380	1,995	0,427-9,313
Cinsiyet (Erkek*)	0,559	0,384	0,146	1,749	0,824-3,713
Aile Gelir Durumu (2001 TL ve Üstü*)	0,239	0,414	0,565	1,270	0,564-2,859

* Referans alınan gruplar

4. Fizik Aktiviteyle İlgili Bulgular

VKİ açısından fiziksel aktivite durumu incelendi. Buna göre Normal-zayıf olan kişilerin 48'i (%44) inaktif iken, 34'ü (%31,2) minimal aktif, 27'si (%24,8) çok aktif saptandı. Fazla kilolu kişilerin 58'i (%40,8) inaktif iken 61'i (%43) minimal aktif, 23'ü (%16,2) çok aktif saptandı. Obez kişilerin 48'i (%51,1) inaktif iken 28'i (%29,8) minimal aktif, 18'i (%19,1) çok aktif saptandı. VKİ ile fiziksel aktivite düzeyleri karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p=0,121$).

VKİ'ne göre kişilerin fiziksel aktivite toplam MET skor puanları incelendi. Buna göre VKİ Normal-Zayıf olan kişilerin ortalama MET skor puanı $2586,3 \pm 3682,0$, fazla kilolu kişilerin ortalama MET skor puanı $2134 \pm 3277,1$ obez kişilerin ortalama MET skor puanı ise $2129,4 \pm 4030,3$ bulundu. VKİ ile fiziksel aktivite MET Skor Puanı karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,030$). Yani, kişilerin VKİ'si arttıkça ortalama MET skor puanı azaldı. Fiziksel aktivite durumunu kategorik olarak incelediğimizde VKİ ile arasındaki fark anlamsız iken ($p=0,56$) (Tablo VIII), MET skor puanı açısından incelendiğinde VKİ ile arasında anlamlı fark bulundu.

Çalışmaya katılan kişilerden fiziksel olarak inaktif olanlar (%30,1; 50 kişi) aktif olanlara (%19,8; 49 kişi) göre daha obez bulundu ($\chi^2=5,869$; $p=0,015$).

Tablo VIII. Vücut Kitle İndeksine göre MET skor Puan Dağılımları

Fiziksel Aktivite MET Skor Puanı						
VKİ	s	%	Ortalama±ss	Ortanca (min-max)	Kw	P
Normal-Zayıf	162	39,1	2586,3±3682	1146,2 (0,0-21084,0)		
Fazla Kilolu	153	37	2134±3277,1	924 (0,0-19200,0)	7,033	0,030
Obez	99	23,9	2129,4±4030,3	693,0 (0,0-26292,0)		

Çalışmamıza katılan kişilerin fiziksel olarak 166'sı (%40,1) inaktif iken 161'i (%32,9) minimal aktif, 87'si (%21) aktif olarak saptandı. Kadınların 124'ü (%50,8) inaktif iken 80'i (%32,8) minimal aktif, 40'ı (%16,4) çok aktif saptandı. Erkeklerin 42'si (%24,7) inaktif iken 81'i (%47,6) minimal aktif, 47'si (%27,6) aktif olarak saptandı. Cinsiyet açısından fiziksel aktivite durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,001$).

Yaş grupları açısından fiziksel aktivite düzeyi incelendi. Buna göre 18-24 yaş arası genç erişkin grubun 12'si (%17,4) fiziksel olarak inaktif iken, 38'i (%55,1) minimal aktif, 19'u (%27,5) aktif saptandı. 25-64 orta yaş grubunun 100'ü (%38,6) fiziksel olarak inaktif iken, 98'i (%37,8) minimal aktif, 61'i (%23,6) aktif bulundu. 65 yaş ve üzeri yaşlı grubun 54'ü (%62,8) fiziksel olarak inaktif iken, 25'i (%29,1) minimal aktif, yedisi (%8,1) aktif bulundu. Yaş grupları açısından fiziksel aktivite durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,001$) (Tablo IX). Yapılan ikili alt grup analizinde tüm yaş grupları arasında anlamlı fark bulundu.

Çalışmamızdaki evli ve bekar kişilerin fiziksel aktivite durumu incelenmiş, buna göre evli kişilerin 138'i (%46,5) fiziksel olarak inaktif iken, 104'ü (%35) minimal aktif, 55'i (%18,5) aktif olarak bulundu. Bekar kişilerin 28'i (%23,9) fiziksel olarak inaktif iken, 57'si (%48,7) minimal aktif, 32'si (%27,4) aktif olarak saptandı. Medeni durum açısından fiziksel aktivite düzeyleri karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,001$) (Tablo IX).

Lise ve altı eğitim alan kişilerin 129'u (%46,9) fiziksel olarak inaktif iken 100'ü (%34,8) minimal aktif, 58'i (%20,2) aktif olarak bulundu. Üniversite ve üstü eğitimi olan kişilerin 37'si (%29,1) fiziksel olarak inaktif iken 61'i (%48) minimal aktif, 29'u (%22,8) aktif olarak saptandı. Eğitim durumu açısından fiziksel aktivite düzeyleri karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p=0,008$) (Tablo IX).

Meslek grupları arasında fiziksel aktivite düzeyi incelenmiştir. Ev hanımlarının 81'i (%54,7) fiziksel olarak inaktif iken 40'ı (%27) minimal aktif, 27'si (%18,2) aktif olarak bulundu. Memurların 19'u (%43,2) fiziksel olarak inaktif iken 22'si (%50) minimal aktif, üçü (%6,8) aktif olarak saptandı. İşçilerin dördü (%21,1) fiziksel olarak inaktif iken dördü (%21,1) minimal aktif, 11'i (%57,9) aktif olarak bulundu. Esnaf-serbest meslek grubunun sekizi (%18,2) fiziksel olarak inaktif iken 20'si (%45,5) minimal aktif, 16'sı (%36,4) aktif olarak saptandı. Öğrencilerin dokuzu (%15,3) fiziksel olarak inaktif iken 36'sı (%61) minimal aktif, 14'ü (%23,7) aktif olarak bulundu. Emeklilerin 44'ü (%48,9) fiziksel olarak inaktif iken 34'ü (%37,8) minimal aktif, 12'si (%13,3) aktif olarak saptandı. Meslek grupları açısından fiziksel aktivite düzeyleri karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,001$). Çocuk sahibi olan kişilerin 138'i (%45,5) fiziksel olarak inaktif iken 106'sı (%35) minimal aktif, 59'u (%19,5) aktif olarak bulundu. Çocuk sahibi olmayan kişilerin 28'i (%25,2) fiziksel olarak inaktif iken 55'i (%49,5) minimal aktif, 28'i (%25,2) aktif olarak bulundu. Çocuk sahibi olma ve olmama durumu ile fiziksel aktivite düzeyleri karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,05$) (Tablo IX).

Aylık geliri 2000TL ve altı olan kişilerin 121'i (%48) fiziksel olarak inaktif iken 81'i (%32,1) minimal aktif, 50'si (%19,8) aktif olarak saptandı. Aylık geliri 2001 TL ve üstü olan kişilerin 45'i (%27,8) fiziksel olarak inaktif iken 80'i (%49,4) minimal aktif, 37'si (%22,8) aktif olarak saptandı. Aylık gelir durumu ile fiziksel aktivite düzeyleri karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,001$) (Tablo IX).

Tablo IX. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine göre Fiziksel Aktivite Düzeyleri

Fiziksel Aktivite Düzeyi									
		İnaktif		Minimal Aktif		Çok Aktif		χ^2	P
		s	%	S	%	s	%		
Cinsiyet									
	Kadın	124	50,8	80	32,8	40	16,4	28,768	p<0,001
	Erkek	42	24,7	81	47,6	47	27,6		
Yaş									
	18-24	12	17,4	38	55,1	19	27,5	35,887	p<0,001
	25-64	100	38,6	98	37,8	61	23,6		
	65 ve üstü	54	62,8	25	29,1	7	8,1		
Medeni Durum									
	Evli	138	46,5	104	35,0	55	18,5	17,796	p<0,001
	Bekar	28	23,9	57	48,7	32	27,4		
Eğitim									
	Lise ve altı	129	44,9	100	34,8	58	20,2	9,717	p=0,008
	Üniversite ve üstü	37	29,1	61	48	29	22,8		
Meslek									
	Ev hanımı	81	54,7	40	27,0	27	18,2	71,080	p<0,001
	Memur	19	43,2	22	50,0	3	6,8		
	İşçi	4	21,1	4	21,1	11	57,9		
	Esnaf-serbest meslek	8	18,2	20	45,5	16	36,4		
	Öğrenci	9	15,3	36	61,0	14	23,7		
	Emekli	44	48,9	34	37,8	12	13,3		
	Diğer	1	10,0	5	50,0	4	40,0		
Çocuk Sahibi Olma									
	Hayır	28	25,2	55	49,5	28	25,2	14,077	p<0,05
	Evet	138	45,5	106	35,0	59	19,5		
Aile Aylık Geliri(TL)									
	2000TL ve Altı	121	48	81	32,1	50	19,8	18,031	p<0,001
	2001TL ve Üstü	45	27,8	80	49,4	37	22,8		

Sigara içen kişilerin 29'u (%24,8'i) fiziksel olarak inaktif iken 52'si (%44,4) minimal aktif, 36'sı (%30,8) aktif olarak saptandı. Sigara içmeyen kişilerin 137'si (%46,1) fiziksel olarak inaktif iken 109'u (%36,7) minimal aktif, 51'i (%17,2) aktif olarak saptandı. Sigara içme durumu ile fiziksel aktivite düzeyleri karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,001$) (Tablo X).

Alkol kullanan kişilerin 13'ü (%22) fiziksel olarak inaktif iken 30'u (%50,8) minimal aktif, 16'sı (%27,1) aktif olarak saptandı. Alkol kullanmayan kişilerin 153'ü (%43,1) fiziksel olarak inaktif iken 131'i (%36,9) minimal aktif, 71'i (%20'si) aktif olarak saptandı. Alkol kullanma durumu ile fiziksel aktivite düzeyleri karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p=0,009$) (Tablo X).

Tanı konmuş hastalığı olan kişilerin 107'si (%51,2) fiziksel olarak inaktif iken 73'ü (%34,9) minimal aktif, 29'u (%13,9) aktif olarak saptandı. Tanı konmuş hastalığı olmayan kişilerin 59'u (%28,8) fiziksel olarak inaktif iken 88'i (%42,9) minimal aktif, 58'i (%28,3) aktif olarak saptandı. Tanı konmuş hastalık ile fiziksel aktivite düzeyleri karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,001$) (Tablo X).

Sürekli ilaç kullanan kişilerin 101'i (%55,8) fiziksel olarak inaktif iken 63'ü (%34,8) minimal aktif, 17'si (%9,4) aktif olarak saptandı. Sürekli ilaç kullanımı olmayan kişilerin 65'i (%27,9) fiziksel olarak inaktif iken 98'i (%42,1) minimal aktif, 70'i (%30) aktif olarak saptandı. Sürekli ilaç kullanma durumu ile fiziksel aktivite düzeyleri karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,001$) (Tablo X).

Daha önce zayıflamak için herhangi bir diyet uygulayan kişilerin 44'ü (%48,9) fiziksel olarak inaktif iken 32'si (%35,6) minimal aktif, 14'ü (%15,6) aktif olarak saptandı. Daha önce zayıflamak için herhangi bir diyet uygulamayan kişilerin 122'si (%37,7) fiziksel olarak inaktif iken 129'u (%39,8) minimal aktif, 73'ü (%22,5) aktif olarak saptandı. Daha önce herhangi bir diyet uygulama durumu ile fiziksel aktivite düzeyleri karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamadı ($p=0,124$) (Tablo X). Obez olan kişilerin içinde diyet yapanların %60'ı fiziksel olarak inaktif iken fazla kilolu olanların %48,6'sı, normal-zayıf kişilerin %9'u inaktif saptandı. Obez olan kişilerin içinde diyet yapmayanların %46,4'ü fiziksel olarak inaktif iken fazla kilolu olanların %35,6'sı, normal-zayıf kişilerin %35'i inaktif saptandı.

Fazla kilolu olduğunu düşünen kişilerin 86'sı (%43,7) fiziksel olarak inaktif iken 74'ü (%37,6) minimal aktif, 37'si (%18,8) aktif olarak saptandı. Fazla kilolu olduğunu

düşünmeyen kişilerin 80'i (%36,9) fiziksel olarak inaktif iken 87'si (%40,1) minimal aktif, 50'si (%23) aktif olarak saptandı. Fazla kilolu olduğunu düşünme durumu ile fiziksel aktivite düzeyleri karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p=0,325$) (Tablo X).

Kilo vermek isteyen kişilerin 79'u (%44,1) fiziksel olarak inaktif iken 71'i (%39,7) minimal aktif, 29'u (%16,2) aktif olarak saptandı. Kilo vermek istemeyen kişilerin 87'si (%37) fiziksel olarak inaktif iken 90'ı (%38,3) minimal aktif, 58'i (%24,7) aktif olarak saptanmıştır. Kilo vermeyi düşünme durumu ile fiziksel aktivite düzeyleri karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanamadı ($p=0,09$) (Tablo X).



Tablo X. Katılımcıların Bazı Özelliklerine Göre Fiziksel Aktivite Düzeyleri

Fiziksel Aktivite Düzeyi									
		İnaktif		Minimal		Çok Aktif		χ^2	P
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Sigara içme Durumu									
	Hayır	137	46,1	109	36,7	51	17,2	18,214	p<0,001
	Evet	29	24,8	52	44,4	36	30,8		
Alkol Kullanma									
	Hayır	153	43,1	131	36,9	71	20	9,349	p=0,009
	Evet	13	22	30	50,8	16	27,1		
Tanı konulmuş hastalık									
	Hayır	59	28,8	88	42,9	58	28,3	24,907	p<0,001
	Evet	107	51,2	73	34,9	29	13,9		
Sürekli ilaç kullanma									
	Hayır	65	27,9	98	42,1	70	30	41,832	p<0,001
	Evet	101	55,8	63	34,8	17	9,4		
Daha önce diyet uygulama									
	Hayır	122	37,7	129	39,8	73	22,5	4,176	p=0,124
	Evet	44	48,9	32	35,6	14	15,6		
Fazla kilolu olduğunu düşünme									
	Evet	86	43,7	74	37,6	37	18,8	2,248	p=0,325
	Hayır	80	36,9	87	40,1	50	23		
Kilo vermek isteme									
	Evet	79	44,1	71	39,7	29	16,2	4,808	p=0,090
	Hayır	87	37	90	38,3	58	24,7		

Fiziksel inaktivite risk etkenlerinin belirlenmesi için oluşturulan lojistik regresyon modeli incelendiğinde fiziksel inaktivite için **medeni durum, meslek, eğitim durumu ve cinsiyet** anlamlı bir risk etkeni olduğu görülmektedir. Evli olanların bekar olanlara göre **2,658 kat**, orta okul ve altı eğitim seviyesi olanların lise ve üstü eğitim seviyesi olanlara göre **2,527 kat**, kadınların erkeklere göre **2,231 kat**, ev hanımı, memur, öğrenci ve emekli olanların işçi, esnaf ve serbest meslek işi yapanlara göre **2,231 kat** daha fazla fiziksel inaktivite olasılığını arttırdığı görüldü (Tablo XI).



Tablo XI. Fiziksel aktivite ve risk faktörleri için lojistik regresyon analizi sonuçları

Modeldeki değişkenler	Beta	Standart Hata	P	OR	95% Güven Aralığı
Medeni Durum (Bekar*)	0,977	0,390	0,012	2,658	1,238-5,707
Yaş (45 Yaş ve Altı*)	0,313	0,307	0,308	1,368	0,749-2,496
Meslek (İşçi-Serbest Meslek*)	0,803	0,378	0,034	2,232	1,063-4,685
Eğitim (Lise ve Üstü*)	0,927	0,284	0,001	2,527	1,449-4,406
Çocuk (Yok*)	-0,561	0,435	0,197	0,571	0,243-1,339
Cinsiyet (Erkek*)	0,803	0,243	0,001	2,231	1,386-3,592
Aile Gelir Durumu (2001 TL ve Üstü*)	0,377	0,252	0,134	1,458	0,891-2,388

*Referans alınan gruplar

5.TARTIŞMA

Yaptığımız çalışmada obezite açısından risk faktörleri; cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, aylık gelirin düşük olması, çocuk sahibi olma, kronik hastalık olarak bulunmuştur. Fiziksel aktivite risk faktörleri ise; cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, meslek, çocuk sahibi olma, aylık gelirin düşük olması, kronik hastalık varlığı, sigara ve alkol kullanımı olarak tespit edilmiştir.

Obezite, enerjisi yüksek olan besinlerin aşırı tüketilmesi ve yaşamımızda fiziksel aktivitelerin giderek azalması gibi çevre koşullarındaki değişiklikler nedeni ile günümüzde özellikle sanayileşmiş toplumlarda önemli bir sağlık problemi haline gelmiştir. Sosyo-ekonomik çevre ve demografik yapı da obezitenin ortaya çıkması ile yakından ilgilidir.

TURDEP II çalışmasında, Türk erişkin toplumunda standardize obezite prevalansının 1998’de %22,3’ten %40 artarak 2010’da %31.2’ye ulaştığı bulunmuştur. Buna göre son 12 yılda kadınlarda obezitenin %34, erkeklerde ise %107 oranında artmış olduğu saptanmış (14). Yaklaşık 25000 kişinin tarandığı TOHTA araştırmasında obezite (VKİ >30 kg/m²) prevalansı kadınlarda %36, erkeklerde %21,5 ve genel toplumda ise %25 olarak tespit edilmiştir (14). TÜİK 2014 verilerine göre, 15 yaş ve üstü bireylerin %19,9’unun obez, %33,7’sinin fazla kilolu, %42,2’sinin normal kilolu, %4,2’sinin ise düşük kilolu olduğu tespit edilmiş. Cinsiyet ayrımında bakıldığında; kadınların %24,5’inin obez, %29,3’ünün ise fazla kilolu olduğu görülmüş. Erkeklerde ise bu oranların sırasıyla, %15,3 ve %38,2 olduğu gözlenmiş (58). Sağlık Bakanlığı’nın yaptığı bir çalışmada Türkiye genelinde obezite kadın bireylerde %41,0, erkeklerde ise %20.5 oranında bulunmuştur (59). Bizim yaptığımız çalışmada 162 kişi (%39,1) normal ve zayıf, 153 kişi (%37) fazla kilolu ve 99 kişi (%23,9) obez bulunmuştur. Yine bizim çalışmamızda, kadınlarda obezite sıklığı %30,3 iken erkeklerde %14,7 olarak bulunmuştur. Çalışmamızdaki obezite oranı TURDEP II ve TOHTA çalışmasına göre düşük, TÜİK verilerine göre yüksek çıkmıştır. Çalışmamızdaki obezite oranının TURDEP II ve TOHTA çalışmalarına göre düşük çıkması çalışmanın Akdeniz kuşağında yer alan Muğla ilinde yapılmış olmasından kaynaklanıyor olabilir. Akdeniz kuşağındaki beslenme alışkanlıkları ve yaşam tarzı bu duruma yol açmış olabilir. Yaş arttıkça obezite görülme oranı artmaktadır. Çalışmamızdaki obezite oranının TÜİK çalışmasından yüksek çıkmasını şu şekilde açıklayabiliriz. TÜİK çalışmasına 15 yaş ve üstü kişiler dahil edilmiştir, dolayısıyla TÜİK çalışması daha genç yaş grubunu kapsamıştır. Bizim çalışmamıza ise 18 yaş ve üstü kişiler dahil edilmiştir.

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2014 verilerine göre genç (15-24 yaş grubu) erkeklerin 2012 yılında boy ortalamaları 173,5 cm iken kilo ortalamaları 68,4 kg'dır. Aynı yaş grubundaki genç kadınların boy ortalamaları ise 162,8 cm iken kilo ortalamaları 58,1 kg'dır (60). Bizim çalışmamızda da, erkeklerin boy ortalamaları 173,4±7 cm iken kilo ortalamaları 79,4 kg'dır. Kadınların boy ortalamaları ise 161,7±6,6 cm iken kilo ortalamaları 70,7 kg saptanmıştır. Çalışmamızdaki boy verileri TÜİK ile uyumlu iken kilo verilerinin uyumlu olmamasının sebebi, çalışmamızdaki kişilerin yaş ortalamasının yüksek olmasından kaynaklanmış olabilir.

TÜİK 2012 verilerine göre sigara içme oranı %27,1, erkeklerde %41,4, kadınlarda %13,1 saptanmış (61). Bulgular bizim çalışmamızla benzer olup çalışmamızda sigara içenlerin oranı %28,3 idi. Erkeklerde sigara içme oranı %39,4 kadınlarda sigara içme oranı %20,5 saptandı. 2012'de genel nüfus arasında %27,1'lik sigara içme oranı ile tütün kullanımı hala bulaşıcı olmayan hastalıklar için ana risk faktörlerinden olmaya devam ettiğinden tütünle mücadele programının yürütülmesi önemlidir.

Ülkemizde son yıllarda alkol tüketimi artmasına rağmen küresel ortalama ile karşılaştırıldığında halen düşüktür ve alkolün sebep olduğu hastalıklar; obezite, tütün gibi engellenebilir risk faktörlerinin sebep olduğu hastalıklar ile karşılaştırıldığında Türkiye'deki tüm hastalık yükünün küçük bir kısmını oluşturmaktadır. Kişi başı sadece 1,5 litre ile Türkiye, Avrupa'daki en düşük orana sahiptir. Türkiye'de alkol tüketenlerin oranı %17 iken %83'lük kısım hiç alkol tüketmemiştir (62). Bizim çalışmamızda da benzer olarak alkol alanların sayısı 59 (%14,3), alkol kullanmayanların sayısı 355 (%85,7) saptanmıştır.

Hacettepe Üniversitesi'nin 44607 kişide Sağlık Bakanlığı ile ortak yaptığı bir çalışmada, Türkiye genelinde erkeklerin %48,7'sinin bel çevresi>94 cm'nin, kadınlarda ise %73,4'ünün>80 cm'nin üstünde saptanmış (59). Bizim çalışmamızda, kadınlarda biraz daha yüksek olarak 183 (%75) kişi saptandı. Erkeklerde ise, yine daha yüksek oran ile 110 (%64,7) kişi saptandı. Bizim çalışmamızda oranın yüksek çıkmasının sebebi Hacettepe Üniversitesi'nin çalışmasına katılan kişilerin yaş sınırının 5 yaş ve üstü olarak alınmış olması olabilir.

Altun ve arkadaşlarının yaptığı 4992 kişinin katıldığı Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışmasında, ortalama kan basıncı 127,9±21,1/81,4±12,7 mmHg, erkeklerde 126,2±17,4/80,8±11,0 mmHg, kadınlarda 129,8±24,2/82,0±14,3 mmHg olarak bulunmuş. Türkiye'de hipertansiyon prevalansının %31,8 olduğu bulunmuş. Hipertansiyon prevalansı

kadınlarda (% 36,1) erkeklerden (% 27,5) daha yüksek saptanmış (63). Bizim çalışmamızda, tansiyon ortalaması $130,1 \pm 15,3/80,9 \pm 11,8$ mmHg olarak bulundu. Kadın katılımcıların tansiyon ortalaması $130 \pm 16,3/80,5 \pm 12,6$ mm Hg; erkek katılımcıların tansiyon ortalaması ise $130,2 \pm 13,9/81,6 \pm 10,5$ mmHg olarak saptandı. Tansiyonu 140/90 mmHg ve üzerinde olan 194 (%46,8) kişi saptandı. Bunların 120'si kadın (%49,1) ve 74'ü erkek (%43,5) olarak bulundu. Bu değer, Altun ve arkadaşlarının bulduğu değerden daha yüksektir. Bu farkın sebebi şu şekilde açıklanabilir: bizim çalışmamızda farklı olarak hipertansiyon prevalansı değil, oranı bakıldı. Ayrıca Altun ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada katılımcıların yaş ortalaması daha yüksek olabilir ve onların çalışmasında kan basıncı ölçümü için standart civalı sfingomanometreler kullanılmışken bizim çalışmamızda, dijital cihaz ile koldan ölçüm yapılmıştır.

Yapılan bir çalışmada, ASM'ye en sık başvuru nedeni 1269 kişi (%53,9) ile muayene amaçlı, bunu sırasıyla 754 kişi (%32) ilaç yazdırma, 249 kişi (%10,6) kontrol, 54 kişi (%2,3) rapor, 22 kişi (%1) sevk ve sekiz kişi (%0,3) diğer amaçla başvurmuştur (64). Bizim çalışmamızda, en çok başvuru nedeni 187 (%45,2) kişi ile ilaç yazdırma, daha sonra sırasıyla 184 (%44,4) kişi muayene, 36 (%8,7) kişi rapor-izin, enjeksiyon dört (%1) kişi, bebek aşı-takip iki (%0,5) kişi ve bir (%0,2) kişinin ise diğer sebeple başvurduğu belirlenmiştir.

Türkiye genelinde bir çalışmada, üç ana öğün tüketenlerin oranı %67,9, iki öğün tüketenlerin %25,8, bir ana öğün veya hiç öğün tüketmeyenlerin oranının %6,3 olduğu saptanmıştır (59). Bizim çalışmamızda da, sırasıyla üç ana öğün tüketenlerin oranı %69,8, iki öğün tüketenlerin %28,3, bir ana öğün veya hiç öğün tüketmeyenlerin oranının %1, ile birbirine yakın olduğu saptanmıştır. Üniversite öğrencilerinde yapılan bir çalışmada ana öğün atlama sebepleri incelenmiş olup en sık iki sebebin zaman olmadığı için %28,6 ve kendini aç hissetmediği için (%27,4) olduğu saptanmıştır (65). Bizim çalışmamızda, en sık iki sebep zamanı olmadığı için %52,2 ve alışkanlığı olmadığı için %25,4 olarak saptandı. İnsanların öğün atlamadan düzenli beslenmesini sağlamak için ailelere eğitim verilmesi yanında, çocuklarda düzenli beslenmenin önemini belirten basın yayın organlarında programlar yapılması sağlanabilir.

Ankara'da farklı sosyoekonomik düzeydeki ailelerin beslenme alışkanlıkları ve bunu etkileyen faktörleri incelendiği bir araştırmada; ailelerin %74,79'unun kahvaltı, %67,71'inin öğle, %91,94'ünün akşam öğünlerini düzenli tükettiklerini ve çoğunluğunun (%75,83) öğün zamanlarının düzenli olduğu saptanmıştır (66). Bizim çalışmamızda, katılımcıların 365'i

(%88,2) düzenli kahvaltı yaptığını, 265'i (%64) düzenli öğle yemeği, 400'ü (%99,6) düzenli akşam yemeği yediğini belirtmiştir. Evde bulunma, daha çok düzenli öğün tüketmeyi sağlamış olabilir.

Obezite durumu medeni duruma göre değerlendirildiğinde; Ankarada yapılan bir çalışmada, bekarların %13,8'inin obez, evlilerin %28,6'sının obez olduğu saptanmıştır (29). Çalışmamızda, benzer olarak katılımcılardan evli olanların 88'i (%29,6) obez iken, bekarların 11'i (%9,4) obez olarak saptanmıştır. Evlilerin yaş ortalamasının yüksek olması bu duruma neden olmuş olabilir.

Obezite durumu mesleğe göre değerlendirildiğinde; yapılan bir çalışmada, obezite prevalansının ev kadınlarında %30,7; emeklilerde %18,4; işsizlerde %18,8; işçilerde %17,4; memurlarda %14,9 ve serbest meslek sahiplerinde %15,1 olduğu görülmüştür (21). Bizim çalışmamızda da, en yüksek obezite oranı 61 kişi (%41,2) ile ev hanımlarında olduğu bulunmuştur. Ev hanımlarının evde fiziksel olarak daha inaktif kalması ayrıca ev hanımlarının gün, toplantı gibi buluşmalarında hamur işi, kısır, tatlı ve benzeri besinlerin tüketiminin olması bu duruma neden olmuş olabilir.

Öğrenim düzeyi arttıkça obezite oranı azalmaktadır. Yapılan bir çalışmada, okur-yazar olmayanların % 64,0'ının, okuryazar olanların % 41,7'sinin, ilkokul mezunu olanların % 42,4'ünün, ortaokul mezunu olanların % 25,6'sının, lise mezunu olanların % 13,7'sinin, yüksekokul mezunu olanların % 17,2'sinin obez olduğu belirlenmiştir (29). Bizim çalışmamızda da benzer olarak katılımcılardan lise ve altı düzeyde eğitim alanların %29,3'ü (84 kişi) obez iken, üniversite ve üstü eğitim alanların %11,8'i (15 kişi) obez olarak saptanmıştır. Bu anlamlılık, eğitilmiş kişilerin sağlıklı olmaya özen göstermesinden ve fiziksel aktiviteye karşı olan ilgi, farkındalık ve bilginin daha fazla olmasından kaynaklanabilir.

Obezite, 26499 kişinin katıldığı TURDEP II çalışmasına göre, hem kadınlarda hem de erkeklerde 20-24 yaş grubundan itibaren 50-54 yaş grubuna kadar sürekli artış göstermekte, bu yaştan sonra ise ileri yaşlara kadar azalma eğilimine girmektedir (14). Çalışmamızda, 18-24 yaş arası genç erişkin grupta obezite oranı %7,2 (5 kişi), 25-64 yaş arası yetişkin grupta %27 (70 kişi), 65 yaş ve üstü yaşlı grupta ise obezite oranı %27,9 (24 kişi) saptanmıştır. Bizim çalışmamızda da TUPDEP II'ye benzer olarak genç erişkin grupta obezite düzeyi anlamlı oranda düşük bulunmuş, fakat obezitenin pik yaptığı yaş grubu %44,4 ile 60-69 yaş arası olmuş, 70 yaş ve üstünde bu oran %17,9'a gerilemiştir. TURDEP II den farklı olarak

obezitenin pik yaptığı yaş aralığı 50-54 değil 60-69 olmuştur. Yaşlılarda oranın düşük çıkması vücudun yağ kaybından ziyade kemik ve kas kayıplarına bağlı olabilir.

Yapılan bir çalışmada, aylık geliri 800 TL'nin altında olanların % 33,3'ünün obez, 801-1500 TL olanların 25,8'inin obez ve 1500-3000 TL olanların %26,6'sının obez olduğu belirlenmiş (29). Çalışmamızda aylık geliri düşük olan grubun (2000 TL ve altı) %29'u (73 kişi) obez iken, aylık geliri yüksek olan grubun (2001 TL ve üstü) obezite oranı %16 (26 kişi) bulunmuştur. Yani, aylık gelir düzeyi arttıkça obezitenin azaldığı saptanmıştır. Fakat, anne ve babanın gelir düzeylerinin çocuk obezitesi ile ilişkili olduğu belirlenen bir çalışmada, geliri fazla olan ailelerin çocuklarında kilolu ve obez olma riski daha fazla bulunmuştur ($p=0,001$) (67). Bunun nedeni, aylık geliri yüksek olan kişilerin daha eğitilmiş, bilinçli, spor ve benzeri faaliyetlere daha çok ayıran ve sağlık algılarının da daha yüksek olduğu söylenebilir.

Sigara içme ve obezite arasında değişik sonuçları olan çok sayıda çalışma vardır. Okyay ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, sigara içenler ve içmeyenler arasında obezite yönünden fark olduğu, sigara içenlerin daha zayıf oldukları bulunmuştur (68). Aktener ve arkadaşlarının (69) yaptıkları çalışmada, Bozkır'ın (70) çalışması gibi benzer olarak sigara içme durumu ile obezite arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Bizim çalışmamızda da, Okyay ve arkadaşlarının yaptığı çalışma gibi, sigara içenlerin daha zayıf olduğu bulunmuştur. Bu duruma neden, sigaranın iştah kesici etkisi ve bunun sonucu olarak dengesiz ve sağlıklı beslenme olabilir. Sigaranın zararlı olan birçok etkisi göz önüne alındığında, bu durum onlardan birisidir.

Çayır'ın yaptığı çalışmada; obezite durumu ile alkol kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (29). Yine Hamurcu'nun (71) yaptığı çalışmada Çayır'ın yaptığı çalışmayla benzer bulunmuştur. Tolstrup ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada tüketilen alkol miktarı ile VKİ arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur. Ancak, az miktarda ve sıkça alınan alkol ile VKİ arasında ters bir ilişki saptanmıştır. Buradan anlaşılıyor ki, toplam tüketilen alkol miktarı arttıkça VKİ artmakla birlikte, az ve sık alkol tüketimi VKİ'ni azaltmaktadır (72). Bizim yaptığımız çalışmada, alkol alan bireyler anlamlı olarak daha zayıf bulunmuştur. Muğla ilinde alkol tüketenler, çoğunlukla az ve sık alkol tüketim paternine sahip olabilirler. Ayrıca, alkol kullananların yaş ortalamasının düşük olması VKİ'lerinin düşük çıkmasına sebep olabilir.

Obezite, tip II diyabet için önemli bir risk faktörüdür. Obezlerdeki insülin direncinin tip II diyabete neden olduğu kanıtlanmıştır (73). Bizim çalışmamızda da, diyabeti olanlarla olmayanlar arasında obezite açısından anlamlı fark bulunmuştur.

Sürekli ilaç kullanma durumu ile VKİ arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Sürekli ilaç kullanan kişilerin 64'ü (%35,4) obez iken, sürekli ilaç kullanmayan kişilerin 35'i (%15) obez bulunmuştur. Diyabet hastalığı varlığı obezite için risk faktörü iken anti diyabetik ilaç kullanma ile kullanmama arasında obezite açısından anlamlı fark saptanmamıştır. Bu anlamlılığın, sürekli ilaç kullananların yaş ortalamasının yüksek olmasından kaynaklandığı düşünülmüştür. Ya da ilacın etkisiz kullanımının söz konusu olduğu düşünülmüştür. Ayrıca diyabet hastalığı olan kişilerin önemli bir kısmı ilaç kullanmıyor olabilir.

Çayır ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, daha önce diyet yapma durumu ile obezite arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (29). Bizim yaptığımız çalışmada da, daha önce diyet yapanların anlamlı olarak daha fazla obez oldukları saptanmıştır. Obezite kronik bir durumdur, diyet ise çoğunlukla kısa süreli uygulanan bir metottur. Obezitenin üstesinden gelmek için uzun vadeli çözümlere yönelmeli, diyet değil yaşam tarzı değişikliklerinin uygulanması gerekmektedir.

Ata ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, obez olanların % 54,9 olasılıkla kendilerini kilolu olarak algıladıklarını ancak % 45,1 olasılıkla kendilerini normal olarak gördüklerini, yani yanıldıklarını anlıyoruz (74). Bizim çalışmamızda, fazla kilolu olduğunu düşünen kişiler fazla kilolu olduğunu düşünmeyen kişilere göre anlamlı olarak daha obez bulunmuştur. Buradan sonuçla, bizim katılımcılarımızın farkındalıklarının daha fazla olduğu sonucunu çıkarabiliriz

Yapılan çalışmaların büyük çoğunluğu, obez gruplarda daha fazla beden hoşnutsuzluğu olduğunu göstermektedir (51,53,75). Bizim çalışmamızda kilo vermek isteyen kişilerin 76'sı (%42,5) obez iken kilo vermek istemeyen kişilerin 23'ü (%9,8) obez olarak bulunmuştur. Obezite, daha çok hoşnutsuzluğa yol açtığı düşünülen bir durumdur. Çalışmamızdaki obez kişiler, obezitenin sağlıksız bir durum olduğunun farkında oldukları için, sağlıkları için daha fazla kilo verme düşüncesinde olabilirler.

Arabacı ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, VKİ açısından fiziksel aktivite durumu MET puanı ile incelendiğinde anlamlı fark bulunmuştur (76). Bizim çalışmamızda da, VKİ ile fiziksel aktivite MET Skor Puanı karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark

bulunmuştur. Kişilerin VKİ'si arttıkça ortalama MET skor puanı azalmıştır. Fakat kişilerin fiziksel aktivite durumunu kategorik olarak incelediğimizde ise, VKİ ile arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur.

Aktaş ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, çalışmaya katılanların 59'unun (%14,8) fiziksel aktivite düzeyinin yeterli olduğu, 174'ünün (%43,5) fiziksel aktivite düzeyinin düşük olduğu ve 167'sinin (%41,8) fiziksel olarak aktif olmadığı tespit edilmiş. Erkeklerin %22,2'si yeterli fiziksel aktiviteye sahipken, bu oranın kadınlarda %7,8'e düştüğü ve farkın istatistiksel olarak da anlamlı olduğu saptanmış (77). Bizim çalışmamıza katılan erkeklerde, fiziksel aktivite düzeyi kadınlara oranla anlamlı olarak fazla bulunmuştur. Kitiş ve Gümüş' ün yaptığı çalışmada, son bir haftada 10 dakikadan uzun süre şiddetli fiziksel aktivite yapanların sıklığı %9,7, orta şiddette fiziksel aktivite yapanların sıklığı %30,7, hafif düzeyde fiziksel aktivite yapanların sıklığı %59,6 saptanmış ve IPAQ hesaplamasına göre kadınların büyük kısmının fiziksel aktivite düzeyleri düşük bulunmuş (78). Bu sonuç, kadın ve erkek arasındaki biyolojik farklılıktan çok, kadınların aile içi ve dışındaki sosyal rolleriyle ilişkili olabilir. Kadınların çalışmaları dahi, ev işleriyle meşgul olması kendilerine yeterli zaman ayıramamalarına ve daha fazla evde kapalı kalmalarına neden olmaktadır. Bu durum, kadınların egzersiz yapmalarını olumsuz yönde etkileyebilir. Bizim çalışmamızdaki kadınların da büyük çoğunluğu ev hanımlarından oluşmaktadır. Savcı ve arkadaşlarının fiziksel aktivite düzeylerinin belirlenmesine yönelik üniversite öğrencileri üzerinde yaptığı çalışmada, öğrencilerin %67,5'inin minimal aktif oldukları (79); Genç ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada katılımcıların %56'sının (80) minimal aktif; Vural, Eler ve Güzel tarafından yapılan çalışmada da, katılımcıların %48,9'unun fiziksel aktivite düzeylerinin minimal aktif olduğu belirtilmiştir (81). Bizim çalışmamıza katılan öğrencilerin %15,3'ü inaktif, %61'i minimal aktif, %23,7'si çok aktif saptanmıştır. Özellikle öğrencilerde minimal aktif kesim yüksek orana sahip olup üniversitelerin bu öğrencilerin daha aktif olmalarını sağlayacak etkinlikler düzenlenmesi önemlidir. Toplum bireylerinin hareketli yaşam tarzının benimsenmesini ve fiziksel aktivite kazanması sağlamak amacıyla DSÖ Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Önlenmesi ve Kontrolünde Avrupa Stratejisi Uygulanması Eylem Planında da (2012-2016), fiziksel aktivite üzerinde durulmaktadır (82). Planda, orta dereceli egzersiz alışkanlığının kazandırılmasında sağlık çalışanları başta olmak üzere herkese büyük görevler düştüğü vurgulanmaktadır.

Türkiye Fiziksel Aktivite Rehberine göre, erkeklerde 12-14 ve 15-18 yaş gruplarında hiç egzersiz yapmayanların oranı sırasıyla %41,4 ve %44,6 iken bu oranın 19-30 yaş grubunda %69,5, 31-50 yaş grubunda %73,2, 75 yaş üzeri grupta ise %83,7'ye kadar yükseldiği saptanmıştır. Kadınlarda da, erkeklere benzer şekilde hiç egzersiz yapmayanların oranı yaşla birlikte artış gösterirken 12-14 yaş grubunda %69,8, 15-18 yaş grubunda %72,5, 19-30 yaş grubunda %76,6, 75 ve üzeri yaş grubunda ise %88,0 olarak gözlenmiştir (83). Bizim çalışmamızda da, yaş grupları açısından fiziksel aktivite durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş, benzer şekilde yaş arttıkça fiziksel aktivite azalmıştır. Yaşlıların daha sağlıklı olmaları adına, yaşlılara özel fiziksel aktiviteyi artırıcı programlar yapılabilir.

Aktaş ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, tekli analizlerde fiziksel aktivite düzeyi ile medeni durum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki ile evlilerin fiziksel olarak daha az aktif oldukları bulunmuş (77). Bizim çalışmamızda da, Aktaş ve arkadaşlarının yaptığı çalışmayla benzer olarak, anlamlı bir ilişki ile evlilerin fiziksel olarak daha az aktif oldukları bulunmuştur. Bu sonuç, bekarların daha genç ve enerjik olmasıyla açıklanabilir. Ek olarak çalışmamızda, evlilerin yaş ortalamasının bekarların yaş ortalamasından daha yüksek olması fiziksel inaktivite durumlarını açıklayabilir. Ayrıca, evli olmak kişilerin dışarda daha az zaman geçirmelerine neden olabildiğinden fiziksel aktiviteyi sınırlamış olabilir.

Yaşlıların fiziksel aktivite düzeylerinin incelendiği çalışmalardan çıkan sonuçlara göre, eğitim düzeyi arttıkça fiziksel aktiviteye katılım artmaktadır (84-86). Çalışmamızda da, eğitim düzeyi açısından fiziksel aktivite durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş, eğitim düzeyi arttıkça fiziksel aktivite düzeyleri de artmıştır. Eğitimli kişilerde sağlık bakım algısı daha yüksek olduğu için, eğitim fiziksel aktivitenin farkındalığı artırıyor olabilir.

Amerika'da yapılan bir çalışmada, hareketsiz yapılan işlerde çalışanların hem daha çok obez hem de fiziksel olarak daha inaktif oldukları bulunmuş (87). Bizim çalışmamızda da, benzer olarak, ev hanımlarının %54,7'si fiziksel olarak inaktif, emeklilerin %48,9'u, memurların %43,2'si, işçilerin %21,1'i, esnaf-serbest meslek grubunun %18,2'si, öğrencilerin %15,3'ü fiziksel olarak inaktif bulunmuştur. Evde ya da işyerinde kapalı kalmak, kişilerin daha çok fiziksel olarak inaktif kalmasına neden olmuş olabilir.

Bulut'un yaptığı bir çalışmada, fiziksel aktivite düzeyinin kişilerin çocuk sahibi olma durumlarına bağlı olarak değiştiğini gösterilmiştir (88). Biz çalışmamızda, çocuk sahibi olan

kişilerin anlamlı olarak fiziksel inaktif olduğunu saptadık. Buna sebep, çocuk sahibi olan kişilerin evlerinden dışarı fazla çıkmamaları ya da yaş ortalamalarının daha yüksek olmasıyla açıklanabilir.

Türkiye’de üniversite öğrencilerinde yapılan bir çalışmada, aylık gelirleri ile fiziksel aktivite düzeyleri incelendiğinde, öğrencilerin aylık gelir düzeyleri arttıkça fiziksel aktiviteye katılma düzeylerinin de buna paralel olarak artış gösterdiği bulunmuştur (89). Bizim çalışmamızda da, benzer sonuç bulunmuş olup bu durum, katılımcıların ekonomik durumlarının daha iyi olması halinde spor, egzersiz yapabilme olanaklarının ve bilinç düzeylerinin fazla olmasının etkisinden kaynaklanıyor olabilir.

Kayseri’de üniversite öğrencilerinde yapılan bir çalışmada, sigara içenlerin daha düşük fiziksel aktiviteye sahip oldukları saptanmış (90). Bizim çalışmamızda ise, sigara içenlerin daha yüksek fiziksel aktiviteye sahip olduğu saptandı. Bu farklılık, bizim çalışmamızın üniversite öğrencilerinden ziyade tüm toplumu kapsamamasından kaynaklanmış olabilir. Ayrıca, bizim çalışmamızdaki erkeklerin bazılarının, meslek açısından incelendiğinde Kayseri’deki öğrencilere nazaran fiziksel olarak aktif çalıştıkları işlerinin olması bu duruma sebep olmuş olabilir.

Gençer (2008)’in spor ve fiziksel aktivitelere katılan üniversite öğrencileri arasında alkol ve sigara kullanımını araştırdığı çalışmasında, daha yüksek düzeyde spor yapan kız öğrencilerin daha düşük düzeyde spor yapan kızlara göre anlamlı düzeyde daha az alkol kullanmalarını saptamıştır (91). Çalışmamızda, alkol kullanma durumu ile fiziksel aktivite düzeyleri karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş alkol kullananların fiziksel olarak daha aktif olduğu saptanmıştır. Aynı zamanda, alkol kullanan kişiler daha zayıf bulunmuştur. Bu durum, alkol içmeyen kişilerin daha çok yaşlı ve kadınları içermelerinden kaynaklanmış olabilir. Ayrıca, çalışmamıza katılmış fiziksel olarak aktif kişilerin, daha fazla spor yapan, daha zayıf, eğitim düzeyi daha yüksek, dolayısıyla alkol tüketimine dikkat eden bireyler olduğu düşünülebilir.

Yaptığımız çalışmada, fazla kilolu olduğunu düşünme durumu ile fiziksel aktivite düzeyleri karşılaştırıldığında, fazla kilolu olduğunu düşünenler fazla kilolu olduğunu düşünmeyen gruba göre daha inaktif saptanmış olup bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildi. Bu duruma sebep olarak, çalışmamızdaki fazla kilolu olduğunu düşünenlerin fiziksel aktivite açısından farkındalık durumu ve bilgi, tutum ve davranışlarının yetersiz oldukları düşünülebilir. Aynı şekilde kilo vermek isteme durumu ile fiziksel aktivite düzeyleri

karşılaştırıldığında, kilo vermek isteyen kişiler kilo vermek istemeyenlere göre daha inaktif olarak saptanmıştır, fakat bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Bu duruma sebep olarak, çalışmamızdaki kilo vermek isteyenlerin fiziksel aktivite açısından farkındalık durumu ve bilgi, tutum ve davranışlarının yetersiz oldukları düşünülebilir. Fazla kilolu olduğunu düşünen ve kilo vermek isteyen kişiler daha obez saptanmışlardı. Buradan şu sonucu çıkarabiliriz, fazla kilolu olduğunu düşünen ve kilo vermek isteyen kişiler obez durumlarının farkında fakat yetersiz fiziksel aktiviteye sahip olduklarının farkında değildirler.

Çalışmamızda, tanı konmuş hastalık ile fiziksel aktivite düzeyleri karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş olup tanı konmuş hastalığı olan kişiler fiziksel olarak daha inaktif bulunmuştur. Bu duruma, tanı konmuş ve kronik hastalıkları olan grubun yaş ortalamasının daha yüksek olması neden olabilir. Yine aynı şekilde, sürekli ilaç kullanan kesimin yaş ortalamasının daha yüksek olması fiziksel olarak daha inaktif olmalarını açıklayabilir. Katılımcıların tanı konulmuş hastalıklarının ve kullandıkları ilaçların beyanlarına dayalı olması nedeniyle hastalık tanısı ve ilaç türü net tespit edilemediği için, hastalık ve ilaçların türüyle obezite ve fiziksel aktiviteyle ilgili ilişki olup olmadığı konusunda yorum yapılmamıştır. Daha ileri çalışmalarla, bu durum daha detaylı olarak araştırılabilir.

Ki kare testi kullanarak yaptığımız analizlerde, VKİ'si zayıf, fazla kilolu ve obez olarak üç kategori alındığında VKİ ile cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, aylık gelir, meslek, çocuk sahibi olma, kronik hastalık, sigara ve alkol kullanımı arasında anlamlı ilişki bulunmuşken lojistik regresyon analizi yapıldığında, sadece medeni durum ve diyabet hastalığı varlığı ile anlamlı ilişki bulunmuştur. Nazlıcan ve arkadaşlarının yaptığı obezite oluşumu için risk faktörlerinin değerlendirildiği lojistik regresyon modeli çalışmasında, yaş, ekmek tüketimi, ayakta geçirilen zaman, medeni durum, ek hastalık varlığı, haftada bir iki kez zeytinyağı tüketimi ve hızı lokma tüketimi ile anlamlı fark bulunmuş (92). Lojistik regresyon analizinin obez ve obez olmayan grup olmak üzere iki kategori üzerinden yapılması çalışmamızdaki bu farklılığı oluşturmuş olabilir.

Yine aynı şekilde, ki kare testi kullanarak yaptığımız analizlerde fiziksel aktivite durumu inaktif, minimal aktif ve çok aktif olarak üç kategori alındığında, fiziksel aktivite düzeyi ile cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, meslek, çocuk sahibi olma, aylık gelir, kronik hastalık, sigara ve alkol kullanımı arasında anlamlı ilişki bulunmuşken lojistik regresyon analizi yapıldığında, medeni durum, meslek, eğitim durumu ve cinsiyet ile anlamlı

fark saptanmıştır. Lojistik regresyon analizinin fiziksel aktif ve olmayan grup olmak üzere iki kategori üzerinden yapılması çalışmamızdaki bu farklılığı oluşturmuş olabilir.



6.SONUÇ ve ÖNERİLER

Sonuç olarak, çalışmamızda obeziteyle ilgili ilginç verilere ulaşılmıştır. Obezite, pik yaptığı yaş grubu olan 60-69 yaş arasına kadar sürekli artış göstermekte, fakat 70 yaşından sonra azalma eğilimine girmektedir. Evli olmak obez olma olasılığını 3,855 kat, diyabetli olmak ise 2,2 kat arttırmaktadır. Fiziksel aktivite açısından ise, çalışmamızda, fiziksel inaktivite olasılığını evli olmanın 2,658 kat, ortaokul ve altı eğitim seviyesinde olmanın 2,527 kat, kadın cinsiyetin 2,231 kat, hareketsiz meslek veya ev hanımı olmanın fiziksel iş yapanlara göre 2,231 kat daha fazla etkilediği görülmüştür. İlginci olarak, fazla kilolu olduğunu düşünen ve kilo vermek isteyen kişilerin, obez durumlarının farkında oldukları, fakat yetersiz fiziksel aktiviteye sahip olduklarını düşünmedikleri tespit edilmiştir.

Birinci basamakta Aile Hekimleri'nin periyodik sağlık muayeneleri esnasında hastalara sağlıklı yaşam tarzının benimsenmesine yönelik beslenme, egzersiz ve yaşam tarzıyla ilgili önerilerde bulunması çok önemlidir.

Gıda ve beslenme modelleri obezitenin dışında birçok kronik durumu da etkilemektedir. Bu nedenle Aile Hekimleri ASM'de hastaların öncelikle kilo ve boylarını ölçüp VKİ'sini hesaplamalıdır. Özellikle VKİ>30 olan obez hastaların diyet ve egzersizlerini düzenlemelidir. Bu kapsamda hastaların bir hafta boyunca yediklerinin listesi çıkarılmalıdır. Tahıllar, süt ürünleri, meyveler, sebzeler, et ve baklagilleri kapsayan bir diyet programını önerilebilir. Kalori alımı, trans yağlar ve doymuş yağların kullanımını azaltma önerilebilir. Günlük stresi azaltmaya yönelik gevşeme hareketleri ve nefes egzersizleri önerilebilir. Fiziksel aktivite düzeyi ve düzenli egzersiz yapılmasına yönelik önerilerde bulunulması çok önemlidir.

Çalışmamızdaki tüm bu sonuçlara dayanarak, yaş arttıkça fiziksel aktivitenin düşmesi nedeniyle büyük yaş gruplarına özel programlar yapılabilir. Bu amaçla, basın yayın kuruluşları ile insanlar daha fazla bilinçlendirilip obeziteyle ilgili kamu spotu reklamlar hazırlanabilir. Yine bu amaçla, belediyeler şehirlerdeki park ve yeşil alan sayısını artırarak buralara koşu ve yürüyüş yolu ile fiziksel egzersiz aletleri koymanın etkili olabilmesi mümkündür. Obezitenin üstesinden gelmek için uzun vadeli çözümlere yönelmeli, yaşam tarzı değişikliklerinin uygulanması gerekmektedir. Özellikle öğrencilerde, yüksek oranda minimal aktiflik söz konusu olup bu öğrencilerin daha aktif olmalarını sağlayacak etkinlikler düzenlenmesi önemlidir. Yaşlıların daha sağlıklı olmaları adına yaşlılara özel fiziksel aktiviteyi artırıcı programlar yapılabilir. İnsanların öğün atlamadan düzenli beslenmesini

sağlamak için aileler eğitilip özellikle çocuklarda, düzenli beslenmenin önemini belirten basın yayın organlarında çizgi film, reklam, dizi ve film yapılması sağlanabilir.



7.ÖZET

MUĞLA İLİ MERKEZ İLÇEYE BAĞLI AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİ'NE BAŞVURAN KİŞİLERİN FİZİKSEL AKTİVİTE, BESLENME ALIŞKANLIĞI VE OBEZİTE DURUMU

Giriş ve Amaç

Obezite dünyadaki en önemli halk sağlığı sorunlarından biridir. Epidemiyolojik çalışmalar; yaş, cinsiyet gibi demografik faktörlerle, eğitim düzeyi, medeni durum gibi sosyo-kültürel faktörler yanında biyolojik faktörlerin ve beslenme alışkanlıklarının, sigara ve alkol tüketimi ile fiziksel aktivite azlığı gibi yaşam biçimi faktörlerinin de obeziteden sorumlu olduğunu göstermektedir. Araştırmanın amacı, Muğla yöresindeki insanların beslenme, fiziksel aktivite ve obezite durumu ve birbirleri arasındaki ilişkiyi belirlemek ve toplumda farkındalık yaratmaktır.

Gereç Ve Yöntem

Araştırmamız, tanımlayıcı, kesitsel bir çalışmadır. Araştırmamızın evrenini, Muğla İli Merkezine bağlı Aile Sağlığı Merkezlerine (ASM) başvuran 18 yaş ve üstü tüm kişiler oluşturmaktadır. Veri toplama aracı olarak 4 bölümden oluşan 55 soruluk anket formu kullanılmıştır. Bu çalışmada, bireylerin fiziksel aktivite düzeylerini belirlemek için Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi; International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) kısa formu kullanılmıştır. Çalışmanın veri girişi ve analizleri SPSS 17 programı kullanılarak tanımlayıcı analizlerde sayı, yüzde, ortalama±standart sapma ve ortanca (minimum-maksimum) verilmiş olup, analitik analizlerde başlıca ki kare, Student's T testi, Mann-Whitney U testi, Kruskal-Wallis testi ve lojistik regresyon analizi uygulanmıştır. Tip I hata düzeyi $\alpha=0,05$ olarak alınmıştır ($p<0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir).

Bulgular

Çalışmamıza Muğla İli merkez ASM'ye başvuran 414 kişi katıldı. Katılımcıların yaş ortalaması $46,9\pm18,5$ olarak saptandı. Katılımcıların 244'ü kadın (%58,9) iken 170'i erkekti (%41,1). Çalışmaya katılan kişilerin bel çevresi ortalaması $93\pm14,1$ cm olarak saptanmıştır. 289 (%69,8) kişi günde üç öğün yemek tüketirken, iki öğün yiyen 117 (%28,3) kişi, tek öğün yiyen altı (%1,4) kişi, üçten fazla ana öğün tüketen iki kişi (%0,5) olarak tespit

edilmiştir. Katılımcıların 162'si (%39,1) normal ve zayıf, 153'ü (%37) fazla kilolu ve 99'u (%23,9) obez olarak saptanmıştır. Kadınlar, evli olanlar, eğitim seviyesi düşük olanlar, yaşı ortalamanın üstünde olanlar, çocuk sahibi olanlar, aylık geliri 2000 TL ve altı olanlar, sigara ve alkol kullanmayanlar daha obez bulunmuştur. Obezite risk etkenlerinin belirlenmesi için oluşturulan lojistik regresyon modeli incelendiğinde, evli olanların bekar olanlara göre obez olma olasılığı 3,855 kat, diyabet hastalığı tanısı olanların olmayanlara göre obez olma olasılığını 2,2 kat daha fazla arttırdığı bulunmuştur.

Çalışmamıza katılan kişilerin fiziksel aktive durumları incelendiğinde, kadınlar, yaşlılar, evliler, lise ve altı eğitim alanlar, memurlar, çocuk sahibi olanlar ve aylık geliri ortalamanın altında olanlar fiziksel olarak daha inaktif bulundu. Fiziksel inaktivite risk etkenlerinin belirlenmesi için oluşturulan lojistik regresyon modeli incelendiğinde fiziksel inaktivite için medeni durum, meslek, eğitim durumu ve cinsiyet anlamlı bir risk etkeni olduğu görülmektedir. Evli olanların bekar olanlara göre 2,658 kat, orta okul ve altı eğitim seviyesi olanların lise ve üstü eğitim seviyesi olanlara göre 2,527 kat, kadınların erkeklere göre 2,231 kat, ev hanımı, memur, öğrenci ve emekli olanların işçi, esnaf ve serbest meslek işi yapanlara göre 2,231 kat daha fazla fiziksel inaktivite olasılığını arttırdığı görülmüştür.

Tartışma

Ankara'da farklı sosyoekonomik düzeydeki ailelerin beslenme alışkanlıkları ve bunu etkileyen faktörleri incelendiği bir araştırmada; ailelerin %74,79'unun kahvaltı, %67,71'inin öğle, %91,94'ünün akşam öğünlerini düzenli tükettiklerini ve çoğunluğunun (%75,83) öğün zamanlarının düzenli olduğu saptanmıştır (61). Bizim çalışmamızda katılımcıların 365'i (%88,2) düzenli kahvaltı yaptığını, 265'i (%64) düzenli öğle yemeği, 400'ü (%99,6) düzenli akşam yemeği yediğini belirtmiştir. Evde bulunma daha çok düzenli öğün tüketmeyi sağlamış olabilir.

Türk erişkin toplumunda, standardize obezite prevalansının TURDEP II çalışmasında 1998'de %22,3'ten %40 artarak 2010'da %31,2'ye ulaştığı bulunmuştur. Buna göre son 12 yılda kadınlarda obezitenin %34, erkeklerde ise %107 oranında artmış olduğu saptanmış (12). Bizim yaptığımız çalışmada 99 kişi (%23,9) obez bulunmuştur. Çalışmamızdaki obezite oranının düşük çıkması çalışmanın Akdeniz kuşağında yer alan Muğla ilinde yapılmış olmasından kaynaklanıyor olabilir. Akdeniz kuşağındaki beslenme alışkanlıkları ve yaşam tarzı bu duruma yol açmış olabilir.

Fiziksel aktivite durumu inaktif, minimal aktif ve çok aktif olarak üç kategori alındığında fiziksel aktivite düzeyi ile cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, meslek, çocuk sahibi olma, aylık gelir, kronik hastalık, sigara ve alkol kullanımı arasında anlamlı ilişki bulunmuşken lojistik regresyon analizi yapıldığında medeni durum, meslek, eğitim durumu ve cinsiyet ile anlamlı fark saptanmıştır. Lojistik regresyon analizinin fiziksel aktif ve olmayan grup olmak üzere iki kategori üzerinden yapılması aradaki bu farklılığı oluşturmuş olabilir.

Sonuç

Sonuç olarak, çalışmamızda obeziteyle ilgili ilginç verilere ulaşılmıştır. . Evli olmak obez olma olasılığını 3,855 kat, diyabetli olmak ise 2,2 kat arttırmaktadır. Fiziksel aktivite açısından ise, çalışmamızda, fiziksel inaktivite olasılığını evli olmanın 2,658 kat, ortaokul ve altı eğitim seviyesinde olmanın 2,527 kat, kadın cinsiyetin 2,231 kat, hareketsiz meslek veya ev hanımı olmanın fiziksel iş yapanlara göre 2,231 kat daha fazla etkilediği görülmüştür. Çalışmamızdaki tüm bu sonuçlara dayanarak, yaş arttıkça fiziksel aktivitenin düşmesi nedeniyle büyük yaş gruplarına özel programlar yapılabilir, obezitenin azaltılması amacıyla basın yayın kuruluşları ile insanlar daha fazla bilinçlendirilmeli, obeziteyle ilgili kamu spotu reklamlar hazırlanmalıdır. Obezitenin üstesinden gelmek için uzun vadeli çözümlere yönelmeli, diyet değil yaşam tarzı değişikliklerinin uygulanması gerekmektedir.

Anahtar Sözcükler: Obezite, fiziksel aktivite, beslenme alışkanlıkları, kesitsel çalışma

7. SUMMARY

PHYSICAL ACTIVITY, EATING HABITS AND OBESITY STATUS OF PEOPLE WHO ADMITTED TO FAMILY HEALTH CENTERS OF MUĞLA CENTRAL DISTRICT

Introduction and Aim

Obesity is the most important public health problem all around the World. According to the epidemiological studies, demographic factors such as age and sex; socio-cultural factors like level of education and marital status; and also biological factors, nutritional habits, alcohol consumption, low level of physical activity etc. Life style factors are caused to the obesity.

The purpose of the study is to detect correlation between the obesity and nutritional, physical activities in Muğla providence and to create awareness about the obesity in the society.

Tools and Method

Our research is local and descriptive. My scope is 18 years and all older people who applied a dependent Family Practice Centers (FPC) of central district of Muğla Province. As a data, collection tool which consists of 4 sections 55-item questionnaire was used. In this research, for evaluation of individuals' physical activity levels the short form of International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) is used. For the data entry and analysis of research, the number of descriptive analysis using SPSS 17 program, percentage, mean $\pm$ standard deviation and median (minimum-maximum) are given, chi-square test in analytical analysis, Student's T-test, Mann -Whitney U test, Kruskal-Wallis test and logistic regression analysis was applied. Type I error level is taken as $\alpha = 0.05$ ($p < 0.05$ was considered statistically meaningful).

Results

414 people attended to our research that they admitted to center FPC of Muğla Province. The average age of the participants was 46.9 ± 18.5 . 244 participants were women (58.9%) and 170 were male (41.1%). The average waist circumference of participants of the

study were found to be 93 ± 14.1 cm. 289 (69.8%) individuals consuming three meals a day, 117 (28.3%) consuming two meals, and 6 (1.4%) person had a single meal, lastly there was two people (0.5%) who consume more than three main meals.

162 participants (39.1%) normal and weak, 153 (37%) were overweight and 99 (23.9%) were diagnosed as obese. Women, who are married, people who have low educational level, above average of age, children, people who have 2000 TL monthly income and lower than that, and people who don't use tobacco and alcohol were found to be more obese than others. When we analyzed the Logistic Regression Model, which made for designating risk factors of obesity, compare to singles people who are married 3.855 times; compare to normal people who diagnosed with diabetes 2.2 times likelihood of being obese.

When we analyzed physical activity status of the people who participated in our research, women, the elderly people, married, high school or less educational level than that, civil servants, parents and people who have lower a monthly income than normal were found physically inactive compare to average. When we analyzed logistic regression model which was created to designated physical inactivity, the risk factors for physical inactivity, marital status, occupation, education level and gender seems to be meaningful risk factors.

People who are married compared to singles 2.658 times; people who have middle school education and lower than that compare to educated at least high school 2.527 times; women compare to men 2.231 times; housewives, civil servants, students and retired workers compare to self-employed and artisans 2.231 times more suitable of physical inactivity.

Discussion

According to a research in Ankara on families from different socioeconomic levels about eating habits and the affecting factors of it, 74.79 % of the families have regular breakfast, 67.71 % of them have regular lunch and 91.94 % of them regular dinner. Also they find that majority of families (75,83 %) eat their meals in regular meal times (61). In our study, 365 participants (88.2 %) having regular breakfast, 265 (64 %) have regular lunch, and 400 of the participants (99.6 %) have regularly dinner. To staying at home maybe affected on the eating meals regularly.

The Turkish adult population, the standardized prevalence of obesity in the research of TURDEP II in 1998 increase 40 % and reached from 22,3 % to 31.2% in 2010. According to this, in last 12 years, obesity in women population 34 % and in men population increased

107 % (12). In our research, 99 people (23.9 %) classified obese. The factors of lower obesity rate in our study maybe due to our research field which Muğla province located in the Mediterranean region. Dietary habits and lifestyle of the Mediterranean belt may have caused to this situation.

When physical activity status taken as three categories, inactive, minimally active and very active the activity level and sex, age, marital status, education, occupation, having a child, monthly income, chronic diseases, smoking and alcohol consumption there was a significant correlation. In the logistic regression analyzes marital status, occupation, educational level and sex we found some significant differences. The analysis of logistic regression as two categories physical active and non-active maybe affected this differences.

Result

In conclusion, our study has reached some interesting data about obesity. To be married 3,855 times and diabetes 2.2 times increase to possibility to be obese. In terms of physical activity, in our research we found that being married 2,658 times, to have middle school or lower education levels 2,527 times, the be a female 2,231 times, compare to the people in physical works fields sedentary occupations or being a housewife 2,231 times has been shown more impact on possibility of physical inactivity.

Based on all these results of our study there can be some special programs for the elderly people due to decreasing physical activity parallel to ageing. In order to reducing obesity people should informed by media organizations and there must be some public spotlight. To overcome obesity we should directed to the long-term solutions and they would not use diets they must change theirs lifestyle.

Keywords: obesity, physical activity, dietary habits, cross-sectional study

8.KAYNAKLAR

1. British Medical Association Report. Preventing Childhood Obesity, London; 2005.
http://www.worldobesity.org/site_media/uploads/Preventing_childhood_obesity_2005.pdf 05.05. 2016.
2. Preventing Chronic Diseases - A Vital Investment. WHO Global Report; 2005.
http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/en/index.html 05.05.2016.
3. World Health Organization 2008. Global Strategy On Diet Physical Activity And Health.
http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_english_web.pdf 05.05.2016.
4. Bahçeci M. Obezite. In: TEMD Obezite, Dislipidemi, Hipertansiyon Çalışma Grubu Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği Hipertansiyon, Obezite, ve Lipid Metabolizması Tanı ve Tedavi Rehberi. 2011, Ankara, Miki Matbaacılık, pp: 50-80.
5. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/> 14.04.2016.
6. Obezite Tanı ve Tedavi Kılavuzu, Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, Ankara, Mayıs 2015.
7. World Health Organization, Obesity And Overweight Fact Sheet, no:311,Geneva,
<http://who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/print.html>, 14.04.2016.
8. Altunkaynak Berrin Z. ve Özbek, E. Obezite: Nedenleri ve Tedavi Seçenekleri. Van Tıp Dergisi, 13(4), 2006; S:138-142.
9. Murathan F. Üniversite Öğrencilerinde Obezite Sıklığı, Fiziksel Aktivite Düzeyi ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının İncelenmesi. Fırat Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora tezi, 2013.
10. Akbulut G, Özmen M ve Besler T. Çağın Hastalığı Obezite, TÜBİTAK Bilim ve Teknik Dergisi, Ek. 2-15,Mart, 2007.
11. Kandemir N. Obezitenin Sınıflandırması Ve Klinik Özellikleri. Katkı Pediatri Dergisi 2000; 21 (4): 500-506.
12. Özbey N. Obesite. In: Büyükoztürk K (ed). İç hastalıkları Cilt 1 İstanbul:Nobel Tıp Kitabevleri Ltd Şti. 2007; s:271-77.
13. Yorgancı Koyuer E. Obez, Tip-II Diyabetli Hastalarda İnsülin Direnci İle Il-6, Crp Ve Fibrinojen İlişkisi. T.C Sağlık Bakanlığı Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Biokimya ve Klinik Biokimya Laboratuvarı. Uzmanlık Tezi. 2015.

14. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği; Obezite, Dislipidemi, Hipertansiyon Çalışma Grubu; Obezite Tanı Ve Tedavi Kılavuzu, 1.Baskı, Ankara 2014; s:978-605-4011-19-3-12.
15. Gray D, Bauer M, Kaplan K, Gemayel N, Wool R., Greenway F, Kirk S. Skinfold Thickness Measurements in Obese Subjects, Am. J. Clin 1990; 51: 571- 577.
16. Global Database on BMI, WHO, http://www.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html. 12.05.2016.
17. World Health Organization. Obesity: Preventing And Managing The Global Epidemic. Technical Report Series WHO, Geneva, 2000 No: 894.
18. Yıldırım M, Akyol A, Ersoy G. Şişmanlık (Obezite) ve Fiziksel Aktivite (Koord. Besler T ve Rakıcıoğlu N, Ed: Coşkun A, Kesici C, Çelikcan E, Bilici S.) Hastalıklarda Beslenme ve Obezite Bilgi Serisi Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara, 2008; s; 235-244.
19. World Health Organization. 10 Facts On Obesity. <http://www.who.int/features/factfiles/obesity/facts/en/> 12.05.2016.
20. Kaya R. Edirne İl Merkezinde İlköğretim Okullarındaki öğrencilerde Beslenme-Obezite-Fiziksel Aktivite İlişkisinin Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Edirne 2008.
21. Satman İ, Şengül AM, Uygur S, Salman F, Baştar İ, Sargın M, Tütüncü Y, Karşıdağ K, Dinççağ N, Özcan C, Yılmaz MT. The TURDEP Group. Population Based Study Of Diabetes And Risk Characteristics İn Turkey: Results Of The Turkish Diabetes Epidemiology Study (TURDEP). Diabetes Care 2002; 25:1551-1556.
22. TURDEP-II Sonuçlarının Özeti. http://istanbultip.istanbul.edu.tr/wp-content/uploads/attachments/021_turdep.2.sonuclarinin.aciklamasi.pdf 12.05.2016.
23. Satman İ, Alagöl F, Ömer B, et al. Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite Ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması-II (TURDEP-II). www.turkendocrin.org/files/fileD_156.pdf 12.05.2016.
24. Baysal A. Beslenme, Hatipoğlu Yayınevi, 12. Baskı Ankara, 2009; S:98-99.
25. Aslan D, Attila, S. Önemli Bir Sağlık Sorunu: Şişmanlık. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk sağlığı A.D. Dergisi, 11(5), 2002; s:169-170.
26. Doğu Çiftçi A. Obez Çocuklarda Erken Aterosklerotik Risk Faktörlerinin ve Hiperhomosisteineminin Değerlendirilmesi, Erken Aterosklerotik Bulguların

- Varlığının Araştırılması ve Mevcut Risk Faktörleri ile İlişkilerinin Değerlendirilmesi. T.C. Sağlık Bakanlığı Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Uzmanlık tezi, İstanbul, 2006.
27. Gökmen Durgun A. Bursa İlinde Obezite Sıklığı Ve İlişkili Faktörler. Uludağ Üniversitesi, Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Uzmanlık tezi, Bursa, 2012.
28. Kutlutürk F. ve arkadaşları. Obezite Prevalansı ve Metabolik Risk Faktörleri ile İlişkisi: Tokat ili Prevalans Çalışması. 2011, Türkiye Klinikleri J Med Sci 2011: 31(1);156-63.
29. Çayır A. Beslenme ve Diyet Kliniğine Başvuranlarda Obezite Sıklığı ve Etkili Faktörlerin Belirlenmesi. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Eğitimi Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2009.
30. Kabalak T. Obezitenin Diyetle Tedavisi. In: Obezite. Ed:Yılmaz C. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri, 1995:107-137.
31. Ulusal Gıda Ve Beslenme Stratejisi Çalışma Grubu Raporu. Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı İktisadi Sektörler ve Koordinasyon Genel Müdürlüğü, Ankara. 2001: S;51.
32. Doğan R. Eskişehir Büyükdere Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Gebelerde Obezite Sıklığının ve Obezitenin Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir, 2012.
33. Can S. Nişantaşı Obezite Taraması. Türkiye Obezite Araştırma Derneği Yayını, İstanbul. 2003: s; 65-72.
34. Gracey M. Junk Food Or Junk Eating? Nestlé Nutr Workshop Series Pediatri Program 2005; s;56: 143–155.
35. Shepard TY, Weil KM, Sharp TA, Grunwald GK, Bell ML, Hill JO, Eckel RH. Occasional Physical Inactivity Combined With A High-Fat Diet May Be Important In The Development And Maintenance Of Obesity In Human Subjects. Am J Clin Nutr 2001;73;703-708.
36. Bilgiç S. C. , Birinci Basamakta Fiziksel Aktivite Yaklaşımı, T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Fiziksel Aktivite Çalıştay, Ankara. 2015; s:49-50.
37. Branca F, Nikogosian H, Lobstein T, eds. The Determinants Of Obesity. In: The Challenge of Obesity in the WHO European Region and The Strategies For Response. 1st ed. Copenhagen: WHO, 2007; s:13-23.

38. Vanhees L, Lefevre J, Philippaerts R, Martens M, Huygens W, Troosters T, Beunen G. How to assess physical activity? How to assess physical fitness? *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*, 12: 2005: s;102-114,
39. Atalay A, Kutsal YG. Pediatrik Obezite Ve Egzersiz. *Katkı Pediatri Dergisi* 2000;21(4): 537-548.
40. Atar A. Obezlerde Plazma Lipid Düzeyleri ile Antropometrik Ölçümler Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, T.C. Sağlık Bakanlığı Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Koordinatörlüğü, Uzmanlık tezi, İstanbul, 2005.
41. Farooqi IS, O'Rahilly S. Monogenic human obesity 9. syndromes. *Recent Prog Horm Res*. 2004;59:409-24.
42. Sözen M. A. Obezite ve Obezitenin Genetiği. *Kocatepe Tıp Dergisi, The Medical Journal of Kocatepe* 2006: s; 7: I-II.
43. Gibson WT, Farooqi IS, Moreau M, DePaoli AM, Lawrence E, O'Rahilly S, Trussell RA. Congenital Leptin Deficiency Due To Homozygosity For The Delta 133G Mutation: Report Of Another Case And Evaluation Of Response To Four Years Of Leptin Therapy . *J Clin Endocrinol Metab* . 2004; 89(10):4821 -6.
44. Rankinen T, Zuberi A, Chagnon YC, Weisnager SJ, Argyropoulos G, Walts B, Perusse L, Bouchard C. The Human Obesity Gene Map: The 2005 Update *Obesity (Silver Spring)*. 2006;14(4):529-644.
45. Malnick SDH, Knobler H. The Medical Complications Of Obesity. *Q J Med*. 2006; 99:565-579.
46. Gnani R, Spagnoli TD, Galotto C, Pugliese E, Carta A, Cesari L. Socioeconomic Status, Overweight And Obesity In Prepubertal Children: A Study In An Area Of Northern Italy. *European Journal Of Epidemiology*. 2000; 16 s:797-803.
47. Memiş E. Üniversite Öğrencilerinde Şişmanlık (Obezite) Durumu ve Diyet Ürünleri Kullanmaları Üzerinde Bir Araştırma. Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Gelişimi ve Ev Yönetimi Eğitimi Anabilim Dalı, Aile Ekonomisi ve Beslenme Eğitimi Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2004.
48. Atkinson RL. The Management Of Eating Disorders And Obesity. In: *Etiologies Of Obesity*. Ed:DJ. Goldstein. Totowa, NJ, Humana Press Inc. 2005; s: 25-27.

49. Yücel N. Kilolu ve Obez Kadınlarda Obezite ve Benlik Saygısı İlişkisinin Değerlendirilmesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2008.
50. Hamurcu P, Öner C, Telatar B, Yeşildağ Ş. Obezitenin Benlik Saygısı Ve Beden Algısı Üzerine Etkisi. Türk Aile Hek Derg 2015;19 (3): 122 – 128.
51. Mond J, van den Berg P, Boutelle K, Hannan P, Neumark-Sztainer D. Obesity, Body Dissatisfaction, And Emotional Well-Being İn Early And Late Adolescence: Findings From The Project EAT Study. J Adolesc Health 2011; 48: 373-8.
52. Değirmenci T. Obez Erişkinlerde Benlik Saygısı, Yaşam Kalitesi, Yeme Tutumu, Depresyon ve Anksiyete. Denizli Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, 2006.
53. Tezcan B. Obez Bireylerde Benlik Saygısı, Beden Algısı ve Travmatik Geçmiş Yaşantılar. Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi; Uzmanlık Tezi. İstanbul. 2009.
54. Vrbikova J, Hainer V. Obesity and polycystic ovary syndrome. Obes Facts. 2009; 2:26-35.
55. Öztora S. İlköğretim çağındaki çocuklarda obezite prevalansının belirlenmesi ve risk faktörlerinin araştırılması. Uzmanlık Tezi, 2005.
56. Craig, C. L., Marshall, A.L., Sjostrom, M., Bauman, A. E., Booth, M. L. International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. Medicine and Science in Sports and Exercise,35. 2003; s:1381-1395.
57. Öztürk M. Üniversitelerde eğitim-öğretim gören öğrencilerde uluslararası fiziksel aktivite anketinin geçerliliği ve güvenilirliği ve fiziksel aktivite düzeylerinin belirlenmesi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Programı. Yüksek lisans tezi, 2005.
58. TÜİK Türkiye Sağlık Araştırması 2014. Haber Bütteni. Sayı: 18854 <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=18854> 20.08.2016.
59. Türkiye Beslenme Ve Sağlık Araştırması 2010. Beslenme Durumu Ve Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi Sonuç Raporu. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme Ve Diyetetik Bölümü. Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. Şubat 2014. Yayın No : SB-SAG-2014/0.

60. Türkiye İstatistik Kurumu Haber Bülteni. Dünya Nüfus Günü, 2014. Sayı: 15975 <http://www.tuik.gov.tr/HbPrint.do?id=15975> 20.08.2016.
61. TUİK Küresel Yetişkin Tütün Araştırması, 2012. Haber Bülteni. Sayı: 13142 <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=13142> 21.08.2016.
62. Melitta Jakab, Loraine Hawkins, Belinda Loring, Juan Tello, Toker Ergüder, Mehmet Kontaş. Bulaşıcı Olmayan Hastalıklarda Daha İyi Sonuçlar: Sağlık Sistemi için Zorluklar ve Fırsatlar, No.2. Türkiye Ülke Değerlendirmesi. DSÖ 2014. http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/BOH_%C3%9Clke_raporu_TR.pdf 21.08.2016.
63. Altun B, Arıcı M, Nergizoğlu G, Derici Ü, Karatan O, Turgan Ç, Sindel Ş, Erbay B, Hasanoğlu E, Çağlar Ş. Turkish Society of Hypertension and Renal Diseases. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Turkey (the Patent study) in 2003. Journal of Hypertension 2005; 23(10);1817-1823.
64. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü. Toplumun Akılcı İlaç Kullanımına Bakışı. Araştırma Serisi:9 Ankara 2011: s;3.
65. Özdoğan Y. Yardımcı H. Üniversite Öğrencilerinin Öğün Düzenleri. Gazi Üniversitesi Endüstriyel Sanatlar Eğitim Fakültesi Dergisi Sayı: 29, 2012: s;66-74.
66. Aytekin, F. Ankara’da farklı sosyoekonomik düzeydeki ailelerin beslenme alışkanlıkları ve etkileyen faktörler üzerine bir araştırma. Ankara Üniversitesi, Yüksek lisans tezi 1994.
67. Savaşhan Ç. İlkokul çağındaki çocuklarda obezite görülme sıklığı ve risk faktörleri. Türk Aile Hek Derg 2015;19 (1): 2-9.
68. Okyay P, Uçku R. İzmir’de kentsel bir bölgedeki doğurgan çağıdaki kadınlarda şişmanlık prevalansı ve risk faktörleri. ADÜ Tıp Fak. Dergisi 2002;3(3):5-1.
69. Aktener YA, Dülger İH, Erkeyhan EG, Görmeli G, Kafadar SF ve diğerleri. Yarı kırsal bir bölgede 20-64 yaş üreme çağı ve menapoz sonrası kadınlarda şişmanlık sıklığı. Trakya Ü. Tıp Fak. Dergisi 2006;23(3):119-126.
70. Bozkır Ç. Malatya İl Merkezinde Yaşayan Bedensel Engelli Bireylerde Obezite Prevelansı Ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. T.C İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi. Malatya 2013.

71. Hamurcu P. Obez Bireylerde Benlik Saygısı Ve Beden Algısının Değerlendirilmesi T.C. İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi İstanbul. 2014.
72. Tolstrup JS, Heitmann BL, Tjonneland AM, Overvad OK, Sorensen TI, Gronbaek MN. The relation between drinking pattern and body mass index and waist and hip circumference. *International Journal of Obesity*. 2005; 29:490–497.
73. Mert M, Adaş M. Obezitenin Endokrin ve Metabolik Komplikasyonları. *Okmeydanı Tıp Dergisi* 2014; 30 (Ek sayı 1):1-4.
74. Ata A, Vural A, Keskin F. Beden Algısı ve Obezite. *Ankara Med J*, 2014; 14(3): 74 - 84.
75. Pınar R. Obezlerde depresyon, benlik saygısı ve beden imajı: karşılaştırmalı bir çalışma. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2002; 6(1): 30-41.
76. Arabacı R, Çankaya C. Beden Eğitimi Öğretmenlerinin Fiziksel Aktivite Düzeylerinin Araştırılması. *Uludağ Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi* XX (1). 2007; s:1-15.
77. Aktaş H, Şaşmaz C, Kılınçer A, Mert E, Gülbol S, Külekçioğlu D, Kılar S, Yüce R, İbik Y, Uğuz E, Demirtaş A. Yetişkinlerde Fiziksel Aktivite Düzeyi Ve Uyku Kalitesi İle İlişkili Faktörlerin Araştırılması. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilim Dergisi* 2015;8(2).
78. Kitiş Y, Gümüş Y. 20 Yaş Ve Üzeri Kadınların Fiziksel Aktivite Düzeyleri, Fiziksel Aktiviteye İlişkin İnançları Ve Davranış Aşamalarının Belirlenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi / Gümüşhane University Journal of Health Sciences*: 2015;4(3).
79. Savcı S, Öztürk M, Arıkan H, İnce D.E, Tokgözoğlu L. Üniversite Öğrencilerinin Fiziksel Aktivite Düzeyleri. *Türk Kardiyoloji Derneği*, 2006; 34(1): 166-172.
80. Genç M, Eğri M ve ark. Malatya Kent Merkezindeki Banka Çalışanlarında Fiziksel Aktivite Sıklığı. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2002; 9 (4): 237-240.
81. Vural Ö, Eler S, Güzel N.A. Masa Başı Çalışanlarda Fiziksel Aktivite Düzeyi ve Yaşam Kalitesi İlişkisi. *Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi* 2010; 8 (2): 69-75.
82. DSÖ Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Önlenmesi ve Kontrolünde Avrupa Stratejisi Uygulanması Eylem Planı (2012-2016) http://www.sugav.org/pdf/sugav_bulten7.pdf 21.08.2016.

83. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Türkiye Fiziksel Aktivite Rehberi. Yetişkinlerde Fiziksel Aktivite. Ankara 2014: s;1.
84. Shephard RJ. Gender, physical activity, and aging. CRC Press, New York. 2002: s; 121-218.
85. Bonnefoy M. Physical activity and aging. Rev Mal Respir. 2001: 18(2 Suppl):S41-2.
86. Van Heuvelen MJK, Kempen JM, Ormel J. Physical fitness related to age and physical activity in older persons. Med Sci Sports Exerc 1998; 30: 434-441.
87. BongKyoo Choi, ScD, Peter L. Schnall, MD, Haiou Yang, PhD, Marnie Dobson, PhD, Paul Landsbergis, PhD, Leslie Israel, DO, Robert Karasek, PhD, and Dean Baker, MD. Sedentary Work, Low Physical Job Demand, and Obesity in US Workers. American Journal Of Industrial Medicine 2010 3: 122-126.
88. Bulut S. Sağlıkta Sosyal Bir Belirleyici; Fiziksel Aktivite. Türk Hijyen ve Deneysel Biyoloji Dergisi: 2013; 70(4): 205 – 214.
89. Topsaç M. Üniversitede Okuyan Engelli Öğrencilerin Fiziksel Aktivite Düzeylerinin İncelenmesi. Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi Sayı 40, Nisan 2014: s;171.
90. Soyluer F, Ünalın D, Elmalı F. Sigara İçmek Üniversite Öğrencilerinin Fiziksel Aktivitesini Etkiliyor mu? Kafkas Tıp Bilimleri Dergisi. Kafkas J Med Sci 2011; 1(3):103–108.
91. Gençer R. Spor Ve Fiziksel Aktivitelere Katılan Üniversite Öğrencileri Arasında Alkol Ve Sigara Kullanımı İle Spora Katılım Ve Spora Yönelik Güdülenme İlişkisi. E-Journal of New World Sciences Academy 2009, Volume: 4, Number: 2. s;101.
92. Nazlıcan E, Demirhindi H, Akbaba M. Adana İli Solaklı ve Karataş Merkez Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşayan 20-64 Yaş Arası Kadınlarda Obezite ve İlişkili Risk Faktörlerinin İncelenmesi. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2011; 1 (2): 5-12.

9.EKLER

Ek 1: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (FORM 4)

LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ !!!

Bu çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz.

ÇALIŞMANIN AMACI NEDİR?

Çalışmanın amacı Muğla yöresindeki insanların beslenme, fiziksel aktivite ve obezite durumu belirlenemek ve isanlarda farkındalık yaratmaktır.

KATILMA KOŞULLARI NEDİR?

Bu çalışmaya dahil edilebilmeniz için Muğla ili merkez ASM'lerden birine başvurmanız gerekir.

NASIL BİR UYGULAMA YAPILACAKTIR?

Muğla ili merkez ASM'lerine başvuran 384 kişi çalışmaya dahil edilecek, örneklem seçilmeyecektir. Form 9'da eklediğimiz anketler anketörler tarafından Muğla ili merkez ASM'lerine başvuran kişilere yüz yüze görüşme yöntemiyle yapılacaktır.

SORUMLULUKLARIM NEDİR?

Araştırma ile ilgili olarak ankete cevap vermek ve bel çevresi ile tansiyonunuzu ölçtürmek sizin sorumluluklarıdır. Bu koşullara uymadığınız durumlarda araştırmacı sizi uygulama dışı bırakabilme yetkisine sahiptir

KATILIMCI SAYISI NEDİR?

Araştırmada yer alacak gönüllülerin sayısı 384'tür.

ÇALIŞMANIN SÜRESİ NE KADAR ?

Bu araştırma için öngörülen süre 1 yıldır.

GÖNÜLLÜNÜN BU ARAŞTIRMADAKİ TOPLAM KATILIM SÜRESİ NE KADAR ?

Bu araştırmada yer almanız için öngörülen zamanınız 20 dakikadır.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI YARAR NEDİR?

Bizim çalışmamızın amacı muğla yöresindeki insanların beslenme, fiziksel aktivite ve obezite durumu belirlenemek ve isanlarda farkındalık yaratmaktır. Muğla yöresinde beslenme, fiziksel aktivite ve obezite ile ilgili yeterince çalışma yapılmamış olması bu yörenin obezite durumunu belirlemek açısından önemlidir. Günümüzde toplumun fiziksel aktivite ve obezite konusunda bilgi düzeyinin yetersiz olması, fiziksel aktivitenin sağlık için öneminin yeterince anlaşılamaması ve giderek daha hareketsiz bir yaşam tarzının benimsenmesi sonucu gelişen obezite için ne gibi önlemlerin alınabileceği planlanacaktır.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI RİSKLER NEDİR?

Gönüllülük esasına dayanan çalışmamız ile ilgili herhangi bir risk beklenmemektedir.

HANGİ KOŞULLARDA ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILABİLİRİM?

Araştırmaya gönüllü olarak katılmak istemiyorsanız, soruların hepsini cevaplamazsanız, ankete başladıktan sonra uyum göstermediğiniz takdirde çalışmadan çıkarılabilirsiniz.

ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLAR İÇİN KİMİ ARAMALIYIM?

Uygulama süresi boyunca, zorunlu olarak araştırma dışı ilaç almak durumunda kaldığınızda Sorumlu Araştırmacıyı önceden bilgilendirmek için, araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklarınız için 0555 560 09 10 no.lu telefondan Dr. Süleyman Çiftçiye başvurabilirsiniz.

herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklarınız için 0555 560 09 10 no.lu telefondan Dr. Süleyman Çiftçiye başvurabilirsiniz.

ÇALIŞMA KAPSAMINDAKİ GİDERLER KARŞILANACAK MIDIR?

Yapılacak her tür tetkik, fizik muayene ve diğer araştırma masrafları size veya güvencesi altında bulunduğunuz resmi ya da özel hiçbir kurum veya kuruluşa ödetilmeyecektir.

ÇALIŞMAYI DESTEKLEYEN KURUM VAR MIDIR ?

Bu araştırma Adnan Menderes Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi tarafından TPF-15059 numaralı proje olarak desteklenmiştir

ÇALIŞMAYA KATILMAM NEDENİYLE HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILACAK MIDIR?

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

ARAŞTIRMAYA KATILMAYI KABUL ETMEMEM VEYA ARAŞTIRMADAN AYRILMAM DURUMUNDA NE YAPMAM GEREKİR?

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; reddetme veya vazgeçme durumunda bile sonraki bakımınız garanti altına alınacaktır. Araştırmacı, uygulanan tedavi şemasının gereklerini yerine getirmemeniz, çalışma programını aksatmanız veya tedavinin etkinliğini artırmak vb. nedenlerle isteğiniz dışında ancak bilginiz dahilinde sizi araştırmadan çıkarabilir. Bu durumda da sonraki bakımınız garanti altına alınacaktır.

Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler bilimsel amaçla kullanılmayacaktır.

KATILMAMA İLİŞKİN BİLGİLER KONUSUNDA GİZLİLİK SAĞLANABİLECEK MİDİR?

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren üç sayfalık metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

GÖNÜLLÜNÜN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

VELAYET VEYA VESAYET ALTINDA BULUNANLAR İÇİN VELİ VEYA VASİNİN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

ARAŞTIRMA EKİBİNDE YER ALAN VE YETKİN BİR ARAŞTIRMACININ		İMZASI
ADI & SOYADI		
TARİH		

ARAŞTIRMA EKİBİNDE YER ALAN VE YETKİN BİR ARAŞTIRMACININ		İMZASI
ADI & SOYADI		
TARİH		

EK 2: Anket Formu

MUĞLA İLİ MERKEZ İLÇEYE BAĞLI AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİ'NE BAŞVURAN KİŞİLERİN FİZİKSEL AKTİVİTE, BESLENME ALIŞKANLIĞI VE OBEZİTE DURUMU

AÇIKLAMA: Bu çalışma şişmanlık durumu ile beslenme ve fiziksel aktivite alışkanlıklarının belirlenmesi amacıyla planlanmıştır. Ankete katılım isteğe bağlı olup verilecek bilgiler gizli tutulacak ve bu çalışma dışında hiçbir kişi veya kurumla paylaşılmayacaktır. Tüm ifadeleri okuyup, eksik işaretleme yapmamaya özen gösteriniz. İsminizi yazmanız beklenmemektedir. İlginiz için teşekkür ederiz.

Prof. Dr. Serpil Demirağ
Araş. Gör. Dr. Süleyman Çiftçi

A. GENEL BİLGİLER

1. Cinsiyetiniz : ☐ (1) Kadın ☐ (2) Erkek
2. Yaşınız :
3. Kilonuz :
4. Boyunuz :
5. Bel çevreniz :cm
6. Tansiyon :/..... mm/Hg
7. Medeni durum : ☐ (1) Evli ☐ (2) Bekar
8. Mesleğiniz: Eğitim Durumu:
9. Sigara içiyor musunuz? 1) Hayır
2) Evet Günde..... paketyıl
10. Alkol alıyor musunuz? 1) Hayır
2) Evet Günde..... kadehyıl
11. Çocuğunuz varsa, sayısını belirtiniz: 1)Hayır(yok)
2) Evettane
12. Ailenizin aylık geliri nedir?
☐ (1) 0-1000 TL ☐ (2) 1001-2000 TL ☐ (3) 2001-3000 TL ☐ (4) 3001 TL ve üstü
13. Bugünkü başvuru nedeniniz nedir? :
14. Hastalandığınızda ilk nereye gidersiniz? : ☐ (1) ASM ☐ (2) Devlet hastanesi
☐ (3) Üniversite hastanesi
15. Tanı konulmuş bir hastalığınız var mı? :
16. Sürekli kullandığınız bir ilaç var mı, varsa isimleri nelerdir?:
1) Hayır 2) Evet:.....
17. Ailede tansiyon, şeker, kalp hastalığı, kolesterol yüksekliği, hipotiroidi gibi obeziteye yol açabilecek bir hastalık tanısı konmuş kişi var mı? Varsa, hangi hastalık olduğunu belirtiniz.....

B. BESLENME ALIŞKANLIKLARI

18. Daha önce hiç diyet yaptınız mı?: ☐ (1) Evet ☐ (2) Hayır

19. Daha önce hiç aktardan zayıflamak için ilaç yada bitkisel ürün aldınız mı?:
☐ (1) Evet ☐ (2) Hayır

20. Sizce yeterli ve dengeli besleniyor musunuz? :

☐ (1) Evet ☐ (2) Hayır ☐ Bazen

21. Günde kaç ana öğün yemek yersiniz?.....öğün

22. Ana öğün atlar mısınız? (Cevabınız hayır ise 18.soruya geçiniz)

☐ (1) Evet ☐ (2) Hayır ☐ (3) Bazen

23. Cevabınız evet veya bazen ise genelde hangi ana öğünü atlarsınız?

☐ (1) Sabah ☐ (2) Öğle ☐ (3) Akşam

24. Ana öğün atlıyorsanız atlama nedenlerinizden size göre önemli olanları işaretleyiniz.
(En fazla 3 seçeneği işaretleyiniz) :

1. Zamanım yok.....
2. Geç kalıyorum.....
3. Alışkanlığım yok.....
4. Canım istemiyor/iştahsızım.....
5. Kurs, spor vb. faaliyetlerim nedeniyle.....
6. Hazırlanmadığı için.....
7. Diğer (belirtiniz)

25. Düzenli olarak kahvaltı yapar mısınız?

☐ (1)Evet ☐ (2)Hayır (cevabınız hayır ise 21.soruya geçiniz)

26. Cevabınız evet ise sabah kahvaltısını genellikle nerede yapıyorsunuz? (tek seçenek işaretleyiniz)

☐ (1) Evde ☐ (2) İşyerinde

27. Sabah kahvaltısında genellikle ne tür besinleri tercih ediyorsunuz? (tek seçenek işaretleyiniz)

1. Çay, peynir, zeytin, yumurta vb. besinler
2. Çay, poğaç, tost, simit vb. besinler
3. Sadece içecek
4. Süt ile birlikte tahıl gevreği
5. Diğer(belirtiniz)

28. Düzenli olarak öğle yemeği yer misiniz?

☐ (1)Evet

☐ (2)Hayır (cevabınız hayır ise 23.soruya geçiniz)

29. Cevabınız evet ise öğle yemeklerini genellikle nerede yiyorsunuz? (tek seçenek işaretleyiniz)

1. İşyeri yemekhanesinde
2. Lokantada
3. Ayaküstü restoranda
4. Evden getiriyorum.
5. Evimde yiyorum.
6. İşyerime lokantadan getirtiyorum
7. Diğer (belirtiniz).....(yazı ile belirtiniz)

30. Öğle yemeğinde genellikle ne tür yemek yemeyi tercih ediyorsunuz? (tek seçenek işaretleyiniz)

1. Tabldot türü (sulu yemek)
2. Fast food türü (hamburger, patates kızartması, ekmek arası döner, ekmek arası köfte, sandviç, simit vb.)
3. Evden getiriyorum
4. Evimde yiyorum
5. Diğer (belirtiniz)

31. Düzenli olarak akşam yemeği yer misiniz?

☐ (1)Evet

☐ (2)Hayır (cevabınız hayır ise 34.soruya geçiniz)

32. Cevabınız evet ise akşam yemeklerini genellikle nerede yiyorsunuz? (tek seçenek işaretleyiniz)

1. İşyeri yemekhanesinde
2. Lokantada
3. Ayaküstü restoranda
4. Evden getiriyorum.
5. Evimde yiyorum.

33. Akşam yemeğinde genellikle ne tür yemek yemeyi tercih ediyorsunuz? (tek seçenek işaretleyiniz)

1. Tabldot türü (sulu yemek)
2. Fast food türü (hamburger, patates kızartması, ekmek arası döner, ekmek arası köfte, sandviç, simit vb.)
3. Evden getiriyorum
4. Evimde yiyorum
5. Diğer (belirtiniz)

34. Günde kaç ara öğün (kuşluk, ikindi, gece) yemek yersiniz?öğün

35. Ara öğün atlar mısınız? (cevabınız hayır ise 38. soruya geçiniz)

☐ (1)Evet ☐ (2)Hayır ☐ (3)Bazen

36. Cevabınız evet veya bazen ise genelde hangi ara öğünü veya öğünleri atlarsınız?

☐ (1)Kuşluk ☐ (2)İkinci ☐ (3)Gece

37. Ara öğün atlıyorsanız atlama nedenlerinizden size göre önemli olanları işaretleyiniz. (en fazla 3 seçeneği işaretleyiniz)

1. Zamanım yok.....
2. Geç kalıyorum.....
3. Alışkanlığım yok.....
4. Canım istemiyor/iştahsızım.....
5. Kurs, spor vb. faaliyetlerim nedeniyle.....
6. Hazırlanmadığı için.....
7. Diğer (belirtiniz)

38. Bir günde yediğiniz sebze-meyve sayısı nedir?

☐ (1)Sebze:tabak

☐ (2)Meyve:adet

39. Ev dışında yemek yer misiniz? (Cevabınız hayır ise C bölümüne geçiniz)

☐ 1. Hayır ☐ 2. Evet

40. Cevabınız evet ise hangi öğünleri ev dışında yersiniz? (Birden fazla şıkkı işaretleyebilirsiniz.)

☐ 1. Kahvaltı ☐ 2. Öğle ☐ 3. Akşam

41. Ev dışında toplam yemek yeme sıklığınız nedir?

☐ (1) Her gün ☐ (2) Haftada ... kez ☐ (8) Ayda ... kez

42. Ev dışında en sık nerede yemek yersiniz?

☐ (1)İşyeri yemekhanesi ☐ (2)Lokanta/Restaurant (sulu yemek) ☐ (3) Kebapçı/Pideci
☐ (4) Büfe ☐ (5) Fast-food restaurant ☐ (6) Pastane ☐ (7) Diğer.....

C. DİYET UYGULAMA DURUMU

43. Fazla kilolu olduğunuzu düşünüyor musunuz? ☐ (1) Evet ☐ (2)Hayır

44. Kilo vermek istiyor musunuz? ☐ (1)Evet ☐ (2)Hayır

45. Cevabınız evet ise kilo vermek için ne yapıyorsunuz? (birden fazla seçenek işaretlenebilir)

1. Sadece diyet yapıyorum
2. Diyet ile birlikte fiziksel aktivite olarak yapıyorum
3. Sadece fiziksel aktivite olarakyapıyorum
4. Zayıflama ilacı kullanıyorum
5. Zayıflama ürünleri (bitkisel çay, zayıflama bandı vb. kullanıyorum)
6. Diyetetik ürünler (az yağlı süt-yoğurt, diyet bisküvi, diyet reçel vb.) kullanıyorum
7. Hiçbir şey yapmıyorum.

46. Son bir ay içerisinde diyet yaptınız mı? (cevabınız hayır ise fiziksel aktivite bölümüne geçiniz)

☐ (1)Evet ☐ (2)Hayır

47. Cevabınız evet ise son bir ay içinde zayıflamak için uyguladığınız diyeti belirtiniz?
..... diyeti

48. Uyguladığınız diyeti kim önerdi ?(tek seçenek işaretleyiniz)

1. Doktorum
2. Diyetisyenim
3. Medya/internet
4. Ailem, yakınlarım, komşum
5. Kimse önermedi kendim uyguluyorum
6. Diğer (belirtiniz) :

D. FİZİKSEL AKTİVİTE DURUMU

ULUSLARARASI FİZİKSEL AKTİVİTE ANKETİ (KISA)

İnsanların günlük hayatlarının bir parçası olarak yaptıkları fiziksel aktivite tiplerini bulmayla ilgileniyoruz. Sorular son 7 gün içerisinde fiziksel olarak harcanan zamanla ilgili olarak sorulacaktır. Lütfen yaptığınız aktiviteleri düşünün; işte, evde, bir yerden bir yere giderken, boş zamanlarınızda yaptığınız spor, egzersiz veya eğlence aktiviteleri.

Son 7 günde yaptığınız şiddetli aktiviteleri düşünün. Şiddetli fiziksel aktiviteler zor fiziksel efor yapıldığını ve nefes almanın normalden çok daha fazla olduğu aktiviteleri ifade eder. Sadece herhangi bir zamanda en az 10 dakika yaptığınız bu aktiviteleri düşünün

49. Geçen 7 gün içerisinde kaç gün ağır kaldırma, kazma, aerobik, basketbol, futbol veya hızlı bisiklet çevirme gibi şiddetli fiziksel aktivitelerden yaptınız?

Haftada ___gün

☐ Şiddetli fiziksel aktivite yapmadım. → (51.soruya gidin.)

50. Bu günlerin birinde şiddetli fiziksel aktivite yaparak genellikle ne kadar zaman harcadınız?

Günde ___ saat

Günde ___ dakika

☐ Bilmiyorum/Emin değilim

Geçen 7 günde yaptığınız orta dereceli fiziksel aktiviteleri düşünün. Orta dereceli aktivite orta derece fiziksel güç gerektiren ve normalden biraz sık nefes almaya neden olan aktivitelerdir. Yalnız bir seferde en az 10 dakika boyunca yaptığınız fiziksel aktiviteleri düşünün.

51. Geçen 7 gün içerisinde kaç gün hafif yük taşıma, normal hızda bisiklet çevirme, halk oyunları, dans, bowling veya çiftler tenis oyunu gibi orta dereceli fiziksel aktivitelerden yaptınız? Yürüme hariç.

Haftada ___ gün

☐ Orta dereceli fiziksel aktivite yapmadım. → (53.soruya gidin.)

52. Bu günlerin birinde orta dereceli fiziksel aktivite yaparak genellikle ne kadar zaman harcadınız?

Günde ___ saat

Günde ___ dakika

☐ Bilmiyorum/Emin değilim

Geçen 7 günde yürüyerek geçirdiğiniz zamanı düşünün. Bu işyerinde, evde, bir yerden bir yere ulaşım amacıyla veya sadece dinlenme, spor, egzersiz veya hobi amacıyla yaptığınız yürüyüş olabilir.

53. Geçen 7 gün içerisinde, bir seferde en az 10 dakika yürüdüğünüz gün sayısı kaçtır?

Haftada ___ gün

☐ Yürümedim. → (55.soruya gidin.)

54. Bu günlerden birinde yürüyerek genellikle ne kadar zaman geçirdiniz?

Günde ___ saat

Günde ___ dakika

☐ Bilmiyorum/Emin değilim

Geçen 7 günde hafta içinde oturarak geçirdiğiniz zamanlarla ilgilidir. İşte, evde, çalışırken ya da dinlenirken geçirdiğiniz zamanlar dahildir. Bu masanızda, arkadaşınızı ziyaret ederken, okurken, otururken veya yatarak televizyon seyrettiğinizde oturarak geçirdiğiniz zamanları kapsamaktadır.

55. Geçen 7 gün içerisinde, günde oturarak ne kadar zaman harcadınız?

Günde ___ saat

Günde ___ dakika

☐ Bilmiyorum/Emin değilim

EK 3: Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul onay yazısı



**T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU**



Sayı : 56989545/050.04-290
Konu : Çalışmanız hk.

17/08/2015
AYDIN

Sayın, Prof.Dr. Serpil DEMİRAĞ
Aile Hekimliği AD

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 13.08.2015 tarihinde yapılan olağan toplantısında çalışmanızla ilgili alınan 14 nolu karar aşağıda sunulmuştur.

Bilgilerinize sunarım.

Yrd.Doç.Dr.Aykut SOYDER
Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurul Başkan Yardımcısı

KARAR 14

Protokol No : 2015/658
Sorumlu Yürütücü : Prof.Dr. Serpil DEMİRAĞ
Aile Hekimliği AD

Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı öğretim üyesi Prof.Dr. Serpil DEMİRAĞ'ın "Muğla ili merkez ilçeye bağlı aile sağlığı merkezleri'ne başvuran kişilerin fiziksel aktivite, beslenme alışkanlığı ve obezite durumu" konulu yukarıda bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup, çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde (kurum izninin alınması ve izin belgesi ile destekleyicisi olan ADÜBAP başvurusunun kabulü ve bütçe onayının dosyaya konulmak üzere gelmeleri şartıyla) gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına oy birliğiyle karar verilmiştir.

Yine sorumlu araştırmacıya; Form 2'nin 14.1.'in son bölümünde taahhüt edilen çalışma bittikten sonra nihai raporun, [Sonuç Raporu (web'te), BGOF (Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu-gönüllüler tarafından bizzat kendilerinin kendi adı-soyadını yazması ve imzalamasının sağlanması ile adreslerinin eksiksiz olarak formlara yazılmasına dikkat edilmelidir.) ve ORF (Olgu Rapor Formu/Anket)] lerin gönderilmesi gerektiğinin hatırlatılmasına ve sorumlu yürütücülerinin bu hususa özen göstermesi gerektiğinin bir kez daha vurgulanmasına oy birliğiyle karar verilmiştir.

Adres: Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Merkez Kampüsü – Kepez Mevkii- AYDIN
Tel: 256- 225 31 66
Faks : 256-212 31 69
Web : <http://www.site.adu.edu.tr/etikkurulu/goek/>

e-posta: goetik@adu.edu.tr

EK 4: Muğla Halk Sağlığı Müdürlüğü Araştırma İzin yazısı



**T.C.
MUĞLA VALİLİĞİ
Halk Sağlığı Müdürlüğü**

Sayı :78793774/ 215 18833
Konu: Araştırma İzin Talebi

15/09/2015

**ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)**

İlgi: 26/08/2015 tarih 605/1191 sayılı yazınız.

İlgi yazınızla, Adnan Menderes Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda Asistan olan Süleyman ÇİFTÇİ'nin Muğla ili Merkez Aile Sağlığı Merkezlerinde 01.09.2015-29.02.2016 tarihleri arasında Muğla İli Merkez İlçeye bağlı Aile Sağlığı Merkezlerine başvuran kişilerin fiziksel aktivite, beslenme alışkanlığı ve obezite durumlarının araştırılmasıyla ilgili bir çalışma yapılması planlandığı belirtilmiş olup, söz konusu çalışmaya araştırma izni verilmesi talep edilmektedir.

Çalışma konusu, Birinci Basamakta Yapılacak Olan Bilimsel Araştırma Taleplerini Değerlendirme Komisyonu tarafından değerlendirilmiş olup; Birinci basamak sağlık hizmetleri alanında yapılacak tüm araştırmalarda Tıbbi Deontoloji Tüzüğüne ve Hasta Hakları Yönetmeliğine uyulması, çalışmaların başvuruda bulunan araştırmacılar tarafından bire bir yapılması, aile sağlığı merkezi çalışanlarının iş yükünü arttırmadan yürütülmesi, aile sağlığı merkezinde gerçekleşecek olan araştırmada bu merkezde çalışan personelden gönüllü olduklarına dair belge alınması, aile hekimlerine kayıtlı nüfusla ilgili verileri şahsın veya yasal vasisinin izni olmadan üçüncü kişiler ile paylaşılmaması, yapılacak çalışmada aile sağlığı merkezinin işleyişi ve güvenirliliğine zarar verilmemesi, aile hekimleri ile aile sağlığı elemanlarının onayı çerçevesinde çalışma mesaisi ve hizmeti aksatmadan çalışmanın yürütülmesi koşulları ile " Muğla İli Merkez İlçeye Bağlı Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuran Kişilerin Fiziksel Aktivite, Beslenme Alışkanlığı ve Obezite Durumu" konulu çalışma başvurusu "UYGUN" bulunmuştur.Söz konusu çalışma tamamlandığında raporun bir nüshasının Türkiye Halk Sağlığı Kurumuna iletilmek üzere Müdürlüğümüze teslim edilmesi hususunda;

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Uzm.Dr.Mustafa Nuri CEYHAN
Halk Sağlığı Müdürü

Ayrıntılı Bilgi İçin: S.YENİÇERİ
Elektronik Posta: hsm48.tsh@saglik.gov.tr

