

**Gazimağusa İlçesinde İkamet Eden
20-40 Yaş Arası Kadınların Obezite İle İlgili
Önyargılarının ve Sağlıklı Beslenme Takıntılarının
Değerlendirilmesi**

Diyetisyen Neşe Ormancı

Lisansüstü Eğitim, Öğretim ve Araştırma Enstitüsüne Beslenme ve
Diyetetik dalında Yüksek Lisans Tezi olarak
sunulmuştur.

Doğu Akdeniz Üniversitesi
Ocak 2017
Gazimağusa, Kuzey Kıbrıs

Lisansüstü Eğitim, Öğretim ve Araştırma Enstitüsü onayı

Prof. Dr. Mustafa Tümer L.E.Ö.A.
Enstitü Müdürü

Bu tezin Beslenme ve Diyetetik Bölümü Yüksek Lisans derecesinin gerekleri doğrultusunda hazırlandığını onaylarım.

Prof. Dr. Halit Tanju Besler
Beslenme ve Diyetetik Bölüm Başkanı

Bu tezi okuyup değerlendirdiğimizi, tezin nitelik bakımından Beslenme ve Diyetetik Bölümü Yüksek Lisans derecesinin gerekleri doğrultusunda hazırlandığını onaylarız.

Yrd. Doç. Dr. Seray Kabaran
Tez Danışmanı

Değerlendirme Komitesi

1. Prof. Dr. Halit Tanju Besler

2. Yrd. Doç. Dr. Ceren Gezer

3. Yrd. Doç. Dr. Seray Kabaran

ABSTRACT

Ormancı, N. Evaluation of Women's Obesity-Related Biases and Their Obsessed With Healthy Eating Who Between 20 and 40 Ages and Live in Famagusta. Eastern Mediterranean University, Health Sciences Faculty, Nutrition and Dietetic Master Thesis, Famagusta, 2016.

In this study, obesity in women between the ages of 20-40 and was carried out to identify prejudices against the obsessed with healthy eating. The study data was conducted on May and July in 2016. Woman between the ages of 20 to 40 who reside in the district of Famagusta 475 and have been visiting in home or work place. Data were collected with face-to-face meetings. In virtue of questionnaires were evaluated participants' demographic information, general eating habits and eating behaviours. Moreover, individuals' biases against obesity to measure by GAMS-27 scale, also evaluated for orthorexic behaviour assessment were used by ORTHO-11. The average age of women are 30.67 ± 6.08 . The average of body mass index (BMI) is 24.68 ± 5.01 kg/m². 21% of participants of the study have health problem that diagnosed by a doctor. The other participants (78.9%) do not have any health problem. The their average scores of ORTO-11 are 26.73 ± 3.27 . Furthermore, average score of GAMS-27 for results are 75.97 ± 11.99 . According to results of women's obesity bias scale are 26.1% biased, 48.0% prone to bias, 25.9% unbiased. When considering the obsession of healthy eating; 24.8% prone to orthorexia and 75.2% healthy were found. Unbiased and biased against obesity in women, in terms of bread consumption are statistically significant ($p < 0.05$). The women of unbiased and biased BMI, waist and hip circumference, fat percentage, fat mass, percentage

Sep, percentage with the amount of liquid and liquid are statistically significant ($p<0.05$). Prone to orthorexia individuals and healthy individuals in terms of bread consumption are statistically significant ($p<0.05$). Prone to orthorexia individuals and healthy individuals' waist circumference, hip circumference, BMI and muscle mass, amount of liquid are statistically significant ($p<0.05$). As a result of the study is recommended that further studies be done that could represent the society.

Keywords: Orthorexia Nervosa, Obsessed with Healthy Eating, Obesity Bias

ÖZ

ORMANCI, N. Gazimağusa İlçesinde İkamet Eden 20-40 Yaş Arası Kadınların Obezite İle İlgili Önyargılarının ve Sağlıklı Beslenme Takıntılarının Değerlendirilmesi. Doğu Akdeniz Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Beslenme ve Diyetetik Yüksek Lisans Tezi, Gazimağusa, 2016.

Bu çalışma, 20-40 yaş arasındaki kadınların obeziteye karşı önyargılarını ve sağlıklı beslenme takıntılarını değerlendirmek amacıyla yapılmıştır. Çalışma verileri Mayıs-Temmuz 2016 tarihleri arasında Gazimağusa ilçesinde ikamet eden 20-40 yaş arası 475 kadın ev veya iş yerlerinde ziyaret edilerek yüz yüze görüşülerek elde edilmiştir. Katılımcıların anket formu ile genel demografik bilgileri, genel beslenme alışkanlıkları ve yeme davranışları değerlendirilmiştir. GAMS-27 ölçeği ile obeziteye karşı bireylerin önyargıları ölçülmüştür, ortorektik davranış değerlendirmesi için ORTO-11 ölçeği kullanılmıştır. Kadınların yaş ortalaması 30.67 ± 6.08 'dir. Beden kütle indeksi (BKI) ortalamaları $24.68 \pm 5.01 \text{ kg/m}^2$ 'dir. Çalışmaya katılanların %21.1'inde doktor tarafından tanısı konulmuş sağlık sorunu varken %78.9'unun herhangi bir sağlık sorunu bulunmamaktadır. ORTO-11 ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları 26.73 ± 3.27 'dir. GAMS-27 ölçek sonuçları için ortalama puan ise 75.97 ± 11.99 'dur. Kadınların obezite önyargı ölçeğinden aldığı puanlara göre %26.1'i önyargılı, %48.0'ı önyargıya eğilimli, %25.9'u önyargısız olarak bulunmuştur. Sağlıklı beslenme takıntılarında bakıldığında %24.8'i ortoresksiya eğilimli, %75.2'si sağlıklı olarak bulunmuştur. Obeziteye karşı önyargısız ve önyargılı olan kadınların ekmek tüketimi arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık vardır ($p < 0.05$). Önyargısız ve önyargılı kadınların BKI, bel ve kalça

evresi, yağ yüzdesi, yağ kütlesi, kas yüzdesi, sıvı yüzdesi ve sıvı miktarı arasında istatistiksel yönden anlamlı farklılık vardır ($p<0.05$). Ortoreksiya eğilimli bireyler ile sağlıklı olanların ekmek tüketimleri arasında istatistiksel yönden anlamlı farklılık vardır ($p<0.05$). Ortoreksiya eğilimliler ile sağlıklı olanların bel çevresi, kalça evresi, BKİ ve kas kütlesi, sıvı miktarı arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık vardır ($p<0.05$). Çalışmanın sonucunda toplumu temsil edebilecek daha ileri çalışmalar yapılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Ortoreksiya Nervoza, Sağlıklı Beslenme Takıntısı, Obezite nyargısı

TEŞEKKÜR

Çalışmanın her aşamasında bilimsel bilgi ve tecrübesiyle olduğu kadar anlayışı ve manevi desteğiyle de yanımda olan çok değerli hocam ve tez danışmanım Yrd.Doç.Dr. Seray Kabaran'a,

Gerek bilimsel gerek manevi anlamda desteklerini esirgemeyen, tezimin veri toplaması aşamasında yardımları olan çok değerli arkadaşlarım Uzm.Psikolog Ayşen Kovan ve Sezin Karademir'e,

Çalışmanın istatistiksel değerlendirmesindeki değerli katkıları ve özverili çalışmalarıyla destek veren Doç.Dr.Bayram Topal'a,

Manevi destekğiyle hep yanımda hissettiğim, bana akademik anlamda yön veren, bana güvenen ve destekleyen Prof.Dr. Ahmet Başustaoğlu'na,

Yüksek lisans eğitimim her aşamasında yanımda olan, stresli zamanlarımda bana desteğini esirgemeyen, moral veren ve varlığıyla bana huzur veren sevgili Uğur Gündüz'e,

Her dönemimde sonsuz sabır, hoşgörü, özveri ve güvenle maddi ve manevi anlamda desteklerini hissettiğim, beni bugünlere getiren annem Emine Ormancı, babam Nail Ormancı ve kardeşimlerim Çiğdem Aktülün, Yüksek Müh. Dilek Şanslı ve İlker Ormancı'ya,

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Neşe ORMANCI

Ocak, 2017

İÇİNDEKİLER

ABSTRACT	iii
ÖZ	v
TEŞEKKÜR.....	vii
KISALTMALAR	xii
TABLO LİSTESİ.....	xivi
ŞEKİL LİSTESİ.....	xvii
1 GİRİŞ	1
1.1 Hipotez	4
1.2 Amaç	4
2 GENEL BİLGİLER	5
2.1 Obezite Tanımı.....	5
2.2 Obezitenin Sınıflandırılması	5
2.3 Obezite Prevalansı.....	6
2.3 Obezite Oluşumunu Etkileyen Faktörler.....	7
2.3.1 Genetik Faktörler	9
2.3.2 Davranışsal Faktörler	10
2.3.2.1 Beslenme	10
2.3.2.2 Fiziksel Aktivite (FA)	11
2.3.3 Çevresel Faktörler	11
2.3.4 Psikolojik Faktörler	12
2.4 Obezitenin Saptamasında Kullanılan Yöntemler	13
2.4.1 Antropometrik Ölçümler.....	13

2.4.1.1 BKI.....	13
2.4.1.2 Deri Kıvrım Kalınlığı (DKK)	14
2.4.1.3 Bel / Kalça Oranı.....	15
2.4.1.4 Bel Çevresi / Boy Uzunluğu Oranı	16
2.4.2 Laboratuvar Yöntemleri ile Yapılan Ölçümler	16
2.5 Obezitenin Komplikasyonları	16
2.5.1 Obezite ve Hipertansiyon.....	17
2.5.2 Obezite ve Kardiyovasküler Hastalıklar	17
2.5.3 Obezite ve Diyabet.....	18
2.5.4 Obezite ve Solunum Sistemi.....	19
2.5.4 Obezite ve Üreme Sistemi	20
2.6 Obezitede Kullanılan Tedavi Yöntemleri	23
2.6.1 Diyet Tedavisi.....	23
2.6.2 Fiziksel Aktivite (FA).....	24
2.6.3 İlaç Tedavisi.....	25
2.6.4 Cerrahi Tedavi	25
2.7 20-40 Yaş Arası (Doğurganlık Çağındaki) Kadınlarda Obezite.....	26
2.8 Obez Bireylere Karşı Önyarığı.....	28
2.9 Sağlıklı Beslenme Takıntısı - Ortoreksiya Nervoza (ON)	30
3 GEREÇ VE YÖNTEM	35
3.1 Araştırma Yeri, Zamanı ve Örneklem Seçimi.....	35
3.2 Verilerin Toplanması	35
3.2.2 Ölçekler.....	36
3.2.2.1 GAMS-27	36

3.2.2.2 ORTO-11	37
3.2.3 Antropometrik Ölçümler.....	39
3.3 Verilerin Analizi.....	40
4 BULGULAR	41
4.1 Bireylerin Genel Demografik Özelliklerine Göre Dağılımları	41
4.2 Bireylerin Genel Sağlık Durumları ve Sigara Kullanımlarına Yönelik Bulgular	42
4.3 Bireylerin Genel Beslenme Alışkanlıklarına Yönelik Bulgular.....	44
4.4 Bireylerin Antropometrik Ölçümlerine Yönelik Bulgular	50
4.5 Bireylerin GAMS-27 ve ORTO-11 Ölçeklerine Yönelik Bulgular	52
4.6 Bireylerin Genel Demografik Özelliklerine, Genel Sağlık Durumları ve Sigara Kullanımlarına, Kahvaltı Alışkanlıkları ve Ara Öğün Tüketimlerine Göre GAMS-27 Puanlarının Değerlendirilmesi	54
4.7 Bireylerin Antropometrik Ölçümlerine Göre GAMS-27 Puanlarının Değerlendirilmesi	59
4.8 Bireylerin Genel Demografik Özelliklerine, Genel Sağlık Durumları ve Sigara Kullanımlarına, Kahvaltı Alışkanlıkları ve Ara Öğün Tüketimlerine Göre ORTO-11 Puanlarının Değerlendirilmesi	62
4.9 Bireylerin Antropometrik Ölçümlerine Göre ORTO-11 Puanlarının Değerlendirilmesi.....	66
4.10 Bireylerin Antropometrik Ölçümlerine Göre GAMS-27 ve ORTO-11 Puanları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi	69
4.11 Bireylerin Bazı Besinleri Tüketimlerine Göre GAMS-27 ve ORTO-11 Puanları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi.....	71

4.12 GAMS-27 Obezite Önyargı Ölçeği.....	73
4.13 ORTO-11 Sağlıklı Beslenme Takıntısı Ölçeği	75
5 TARTIŞMA	77
6 SONUÇ	104
7 ÖNERİLER	110
KAYNAKLAR	111
EKLER.....	147
EK 1: Enstitü Kurul Kararı	148
EK 2: Araştırma Amaçlı Çalışma İçin Aydınlatılmış Onam Formu.....	149
EK 3: Gazimağusa’da İkamet Eden 20-40 Yaş Arası Kadınların Obezite Önyargısı ve Sağlıklı Beslenme Takıntılarının Değerlendirilmesi	151
EK 4: Obezite Önyargı Ölçeği	152
EK 5: Bireylerin Sağlıklı Beslenme Takıntısının Belirlenmesi	153

KISALTMALAR

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
BIA	Ultrason, Biyoelektriksel İmpedans Analizi
BKİ	Beden Kütle İndekslerinin
BOT	Bratman's Orthorexia Test
cm	Santimetre
DASH	Dietary Approaches To Stop Hypertension
DM	Diabetes Mellitus
DKK	Deri Kıvrım Kalınlığı
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
DSM-IV	The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
FA	Fiziksel Aktivite
g	Gram
HT	Hipertansiyon
KG	Kilogram
KB	Kan Basıncı
MC4R	Melanokortin 4 Reseptörü
MRI	Magnetik Rezonans Görüntüleme
NHANES	Ulusal Beslenme ve Sağlık Araştırması
OGTT	Oral Glukoz Tolerans Testi
TBSA	Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması
TOBEC	Total Vücut Elektrik Geçirgenliği

TURDEP II	Türkiye, Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Prevalans Çalışması II
TOÇBİ	Türkiye’de Okul Çağı Çocuklarında Büyümenin İzlenmesi Projesi
ON	Ortoreksiya Nervoza
OÖÖ	Obezite Önyargı Ölçeği

TABLO LİSTESİ

Tablo 2.1: BKİ (kg/m ²) Değerlerine Göre Sınıflandırma.....	5
Tablo 2.2: Yetişkinlerde Vücut Yağ Yüzdesi Değerleri (%).....	14
Tablo 2.3: Cinsiyete Göre Bel Çevresi Değerleri (cm).....	15
Tablo 2.4: Bel Çevresi/Boy Uzunluğu (cm).....	16
Tablo 2.5: Günlük Enerjinin Besin Öğelerinin Dağılımı.....	24
Tablo 2.6: Obezite Tedavisinde Kullanılan Cerrahi Ameliyatlar.....	25
Tablo 4.1: Bireylerin Genel Demografik Özelliklerine Göre Dağılımları.....	42
Tablo 4.2: Bireylerin Genel Sağlık Durumları ve Sigara Kullanımları.....	43
Tablo 4.3: Bireylerin Kahvaltı ve Ara Öğün Tüketim Alışkanlıklarına Göre Dağılımları.....	44
Tablo 4.4: Bireylerin Bazı Besinleri Tüketim Sıklıklarına Göre Dağılımları.....	46
Tablo 4.5: Bireylerin Bazı Besinleri Tüketikleri Günlük Ortalama Değerleri.....	49
Tablo 4.6: Bireylerin BKİ'ne Göre Dağılımları	50
Tablo 4.8: Bireylerin Antropometrik Ölçümlerinin Ortalama Değerleri.....	52
Tablo 4.9: Bireylerin GAMS-27 ve ORTO-11 Ölçeğinden Aldıkları Puanlara Göre Dağılımları.....	53
Tablo 4.10: Bireylerin Normal Dağılım Tablosu.....	53
Tablo 4.11: Bireylerin Genel Demografik Özelliklerine Göre GAMS-27 Puanları Açısından Değerlendirilmesi.....	55
Tablo 4.12: Bireylerin Hastalık Durumu, Sigara Kullanımına Göre GAMS-27 Puanları Açısından Değerlendirilmesi.....	56
Tablo 4.13: Bireylerin Kahvaltı Alışkanlıkları ve Ara Öğün Tüketimine Göre	

GAMS-27 Puanları Açısından Değerlendirilmesi.....	57
Tablo 4.14: Bireylerin Bazı Besinleri Tüketimlerine Göre GAMS-27 Puanlarının Değerlendirilmesi.....	58
Tablo 4.15: Bireylerin Antropometrik Ölçümlerine Göre GAMS-27 Puanlarının Değerlendirilmesi.....	60
Tablo 4.16: Bireylerin Bel Çevresi Aralığı, Bel/Kalça Oranı ve Bel/Boy Oranına Göre GAMS-27 Puanlarının Değerlendirilmesi.....	61
Tablo 4.17: Bireylerin Genel Demografik Özelliklerine Göre ORTO-11 Puanları Açısından Değerlendirilmesi.....	62
Tablo 4.18: Bireylerin Hastalık Durumu ve Sigara Kullanımına Göre ORTO-11 Puanları Açısından Değerlendirilmesi.....	63
Tablo 4.19: Bireylerin Kahvaltı Alışkanlıkları ve Ara Öğün Tüketimine Göre ORTO-11 Puanları Açısından Değerlendirilmesi.....	64
Tablo 4.20: Bireylerin Bazı Besinleri Tüketimlerine Göre ORTO-11 Puanlarının Değerlendirilmesi.....	65
Tablo 4.21: Bireylerin Antropometrik Ölçümlerine Göre ORTO-11 Puanlarının Değerlendirilmesi.....	67
Tablo 4.22: Bireylerin Bel Çevresi Aralığı, Bel/Kalça Oranı ve Bel/Boy Oranına Göre ORTO-11 Puanlarının Değerlendirilmesi.....	68
Tablo 4.23: Bireylerin Antropometrik Ölçümlerine Göre GAMS-27 ve ORTO-11 Puanları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi.....	70
Tablo 4.24: Bireylerin Bazı Besinleri Tüketim Sıklıklarına Göre GAMS-27 ve ORTO-11 Puanları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi.....	72
Tablo 4.25: GAMS-27 Obezite Önyargı Ölçeği.....	74

Tablo 4.26: ORTO-11 Sağlıklı Beslenme Takıntısı Ölçeği.....	76
---	----

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 2.1: Enerji Alınımı ve Tüketimi Çeşitli Etkenlerle İlişkisi.....8

Bölüm 1

GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) obeziteyi sağlığı bozabilecek şekilde yüksek oranda yağ birikimi olarak tanımlamaktadır (1). Ayrıca obezite, ekonomi açısından ciddi yük oluşturmaktadır (2). DSÖ, dünya genelindeki 1.4 milyar bireyin kilolu, 500 milyondan fazla bireyin ise obez olduğunu ve dünyada obezite oranını %10 olarak bildirmektedir (1). Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen “Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2010” raporuna göre Türkiye genelinde yetişkinlerde yaklaşık olarak obezite prevalansı %30.3 (erkeklerde %20.5, kadınlarda ise %41.0), kilolu oranı %34.6 ve kilolu ve obez olma oranı ise toplam %64,9 olarak belirtilmiştir. Ancak bu durum coğrafik bölgelere göre farklılık göstererek, obezite prevalansı %20.5 - %33.1 arasında değişmektedir (3).

Obezite, gerek gelişmiş gerekse gelişmekte olan ülkelerde her geçen gün daha da artmaktadır. Dünyada 2008 yılında 1.4 milyar kilolu, 400 milyon obez birey bulunmakta iken, 2015 yılında 2.3 milyar kilolu, 700 milyon obez olduğunu bildirilmiştir (4). DSÖ'nün Avrupa, Afrika ve Asya kıtalarının 6 farklı bölgesinde, 12 yıl süren MONICA çalışmasında 10 yıl içinde obezite sıklığının %10-%30 oranında arttığı belirtilmiştir (4).

ABD Ulusal Beslenme ve Sağlık Araştırması'nda (NHANES) 2003 ile 2004 yıllarında obezite prevalansının erkek bireylerde %31.1, kadın bireylerde ise %33.2,

2005 ile 2006 yıllarında ise erkek bireylerde %33.3, kadın bireylerde ise %35.3 olarak belirlenmiştir (4).

TURDEP II'ye göre Türkiye'de obezite sıklığı kadınlarda %42.0, erkeklerde ise %27.3'tür (5).

Tüm bunlara ek olarak, Avrupa'da yetişkin bireylerde obez olma prevalansı erkeklerde %32-79, kadınlarda ise %28-78 arasında değişmektedir. DSÖ verilerine göre kilolu olma ve obezite Avrupa'daki yetişkinlerde tip 2 diyabetin %80'inden, iskemik kalp hastalıklarının %35'inden ve hipertansiyonun %55'inden sorumludur ve her yıl 1 milyondan fazla ölüme neden olmaktadır (4).

Obezite sıklığının tüm dünyada oldukça yüksek olması nedeni ile tedavi edilmesi gereken bir hastalıktır. Bugüne dek yapılan çalışmalar, morbid obezitenin ilaç, diyet veya psikososyal terapilerle kalıcı olarak tedavi edilmesinin neredeyse olanaksız olduğunu göstermektedir. Artmış vücut ağırlığı ile yapılan mücadeledeki her başarısız deneyim, kişinin psikolojik durumunu bozmakta, kaybedilen ağırlığın her seferinde fazlasıyla alınmasına ve metabolizmanın bozulmasına neden olmaktadır. Ayrıca bireylerin sadece %2-5'inin kaybettikleri vücut ağırlığını koruyabildikleri, %95-98'inin ise kaybettikleri vücut ağırlığı geri aldığı belirtilmiştir. Ağırlık kaybının ve kazanımının bazı kişilerde döngü haline gelmesine "yoyo sendromu ya da etkisi" denilmektedir (6). Bu gibi nedenlerle obezite; çok etkenli, fiziksel, ciddi psikiyatrik ve psikolojik problemlere sebep olabilen kronikleşmiş sağlık sorunudur (7).

Obez kişilerin yaklaşık %25-30'unun duygusal gerginlik, sıklıkla aşırı yeme ile ilişkili psikolojik sorunları vardır. Bu bireyler kısa zamanda kontrollerini kaybederek hızlı ve çok yemek yemekte-dirler (7).

Bunlara ek olarak obeziteye neden olan psikolojik faktörlerde bulunmaktadır (8). Obezite, kişinin benlik algısında değişimlere neden olmakla birlikte çevrelerinden gördükleri tepkiler karşısında itiraf etmeseler de kendilerini toplumdan dışlanmış olarak görmektedirler. Bu durum obezlerin, psikolojik sorun yaşamalarına (intihar girişimleri, depresyon gibi) neden olabilmektedir (9,10,11,12).

Medya ve sosyal ortamlar zayıflığı yüceltmesinin yanında obezleri sürekli beceriksiz, tembel, akılsız, iradesiz ve başarısız gibi rollerde göstermesi diğer kişilerin zaman içerisinde bu düşünceleri benimsemesine ve doğal olarak obez bireylere karşı önyargı oluşmasına neden olmaktadır (13,14,15). Obezitenin neden olduğu önyargı, sosyal dışlanma, damgalama ve ayrımcılıktan fazla bahsedilmemiştir. Önyargı; “-eksik veya hatalı bir yargılama süreci sonucunda oluşmuş, bir insan grubuna veya o grubun tekil üyelerine yönelik, genellikle olumsuz bir tutum-”dur (16).

Obeziteye yönelik olumsuz davranışların obez kişilerde olumsuz psikolojik yansımaları olabilmektedir. Eğitim, iş, sağlık hizmeti ortamı gibi her bireyin hayatının değişik dönemlerinde mutlaka bulunması gerektiği ortamlarda obezite önyargısıyla sıklıkla karşı karşıya kalmaktadır (14,17,18).

1.1 Hipotez

Obeziteye karşı önyargılı kadınların ortoreksiya nervozaya eğilimi vardır.

1.2 Amaç

KKTC'de Gazimağusa ilçesinde ikamet eden 20-40 yaş arasındaki kadınların obeziteye karşı önyargılarını ve sağlıklı beslenmeye karşı hassasiyetlerini değerlendirmektir.

Bölüm 2

GENEL BİLGİLER

2.1 Obezite Tanımı

Obezite, Latince “obesus” sözcüğünden türemiş olup, şişman karşılığı olarak kullanılan “obesus”, iyi beslenmiş anlamına gelmektedir (19). İngilizce’de ise; obezite-şişmanlık “fazla yüklenme” anlamına gelir. Obezite, vücutta aşırı yağ depolanması ile ortaya çıkan, fiziksel ve ruhsal sorunlara neden olabilen enerji metabolizması bozukluğudur (20).

2.2 Obezitenin Sınıflandırılması

DSÖ tarafından kabul edilen uluslararası geçerli Beden Kütle İndeksi (BKI) sınıflandırması geliştirilmiştir. BKI, kilogram (kg) cinsinden vücut ağırlığının boy uzunluğunun (cm) karesine bölünmesiyle elde edilmektedir (21).

Tablo 2.1: BKI (kg/m²) Değerlerine Göre Sınıflandırma

Sınıflandırma	Beden Kütle İndeksi (BKI)
Normal	18.50-24.99
Kilolu	≥ 25.00
Pre Obez	25.00-29.00
Obez	≥ 30.00
I.Derece Obez	30.00-34.99
II. Derece Obez	35.00-39.99
III. Derece Obez	≥ 40

2.3 Obezite Prevalansı

Tüm dünyada kilolu olma ve obezite prevalansı giderek artmaktadır. DSÖ verilerine göre kilolu olan yaklaşık 1.6 milyar ve obez olan 400 milyonun üzerinde birey bulunmaktadır. Bu rakamın 2015 yılında daha da artarak, 2.3 milyar kilolu ve 700 milyon obez bireyi bulacağı belirtilmiştir (4).

Türkiye’de ise, “Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (TBSA) 2010” raporuna göre Türkiye genelinde obezite sıklığı %30.3 olarak bulunmuştur. Toplamda bireylerin %64.9’unun kilolu, %2.9’unun obez olduğu tespit edilmiştir (3). Türkiye’de çocuklarda yapılan bir araştırmaya göre, 6-7 yaş grubunda olanlarda obezite prevalansı erkeklerde %6.4, kızlarda %10.0 (22), Konya ilinde ergenler arasında yapılan bir çalışmaya göre katılımcıların %27.2’sinin obez olduğu saptanmıştır (24). Sinop’ta 2013’te 3352 öğrenci üzerinde yapılan başka bir çalışmaya göre erkeklerin %7.6’sının ve kızların %4.3’nün obez olduğu belirtilirken (25), diğer bir araştırmada ise 11-15 yaş arasında olan çocuk ve adölesanda obezite prevalansı %15.3 olarak tespit edilmiştir (26).

Çocuklarda ise; “Türkiye’de Okul Çağı Çocuklarında Büyümenin İzlenmesi Projesi (TOÇBİ)” raporuna (2009) göre Türkiye’de 6-10 yaş arası çocuklarda kilolu olma oranı %14.3 ve obezite oranı %6.5 olup toplamda bu değer %20.8’lere ulaşmaktadır (27). TBSA 2010 raporunda Türkiye’de 0-5 yaşta kilolu ve obez olanlar %26.4, 6-18 yaşta ise kilolu ve obez olanlar %22.5 olarak saptanmıştır (3). Isparta’da 5026 çocuk ve ergende yapılan çalışmada obezite prevalansı %11.6 ve kilolu olma prevalansı ise %12.2 olarak tespit edilmiştir (29). Diğer bir araştırmada ise; yaşları 12 ile 14 arasında değişen ergenin obezite prevalansı %25.2’dir. (30).

Obezite en sık yaşamın ilk yılı, 5-7 yaş arası ve ergenlik döneminde görülmektedir. Obez çocukların 1/3'ü, obez adolesanların ise %80'i erişkin yaşlarında da obez olmaktadır. Erişkin obezlerin yaklaşık %30'unun çocukluk çağında da obez oldukları görülmüştür (21).

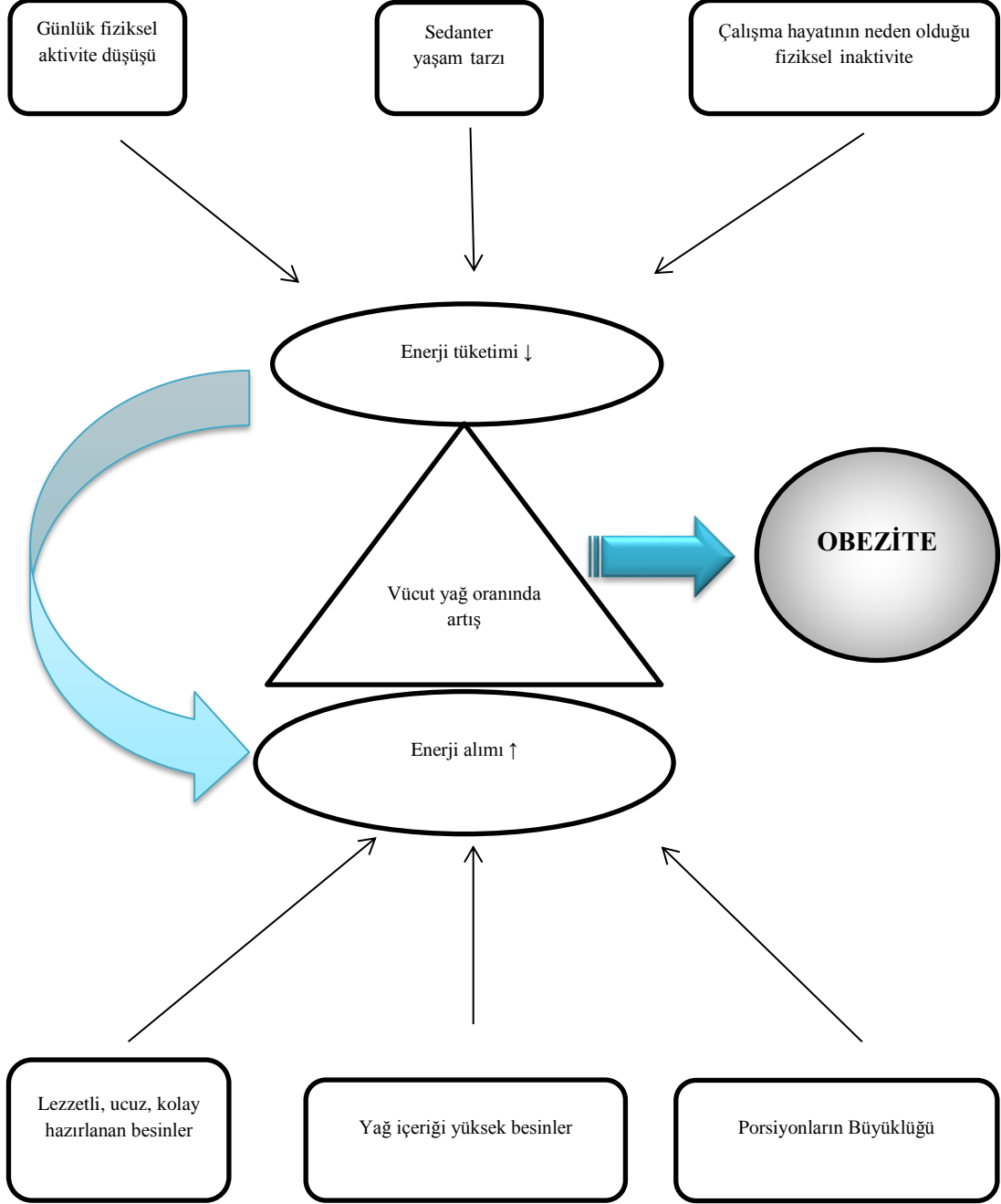
Dünya genelinde, DSÖ'nün 2008 yılında 194 ülkeden topladığı verilere dayanan istatistik raporlarına göre obezitenin en yüksek oranda görüldüğü ülkeler sırasıyla Suudi Arabistan (%35.2), Mısır (%34.6), Meksika (%32.8), Amerika Birleşik Devletleri (ABD) (%31.8) ve Libya (%30.8) iken Güneydoğu Asya Ülkeleri ise %3 görülme oranı ile obezite prevalansında son sıralarda yer alıp prevalansın 1980 ve 2008 yılları arasında 2 katına çıktığı ve kadınlar arasında obezitenin daha yaygın olduğu görülmüştür (23)

Son verilere göre; ABD genelinde 6-17 yaş çocukların ve adolesanların %20'si kilolu olarak tespit edilmiştir. İki-beş yaş arası çocuklarda kilolu olma prevalansının %5'ten %13.9'a; 6-11 yaşta % 6.5'dan %18.8'e ve 12-19 yaşta %5'ten %17.4'e yükseldiği bildirilmiştir (23).

2.3 Obezite Oluşumunu Etkileyen Faktörler

Obeziteyi etkileyen çeşitli risk faktörleri bulunmaktadır (31). Yüksek enerji alımının nedenleri arasında aşırı yeme, büyük porsiyon tüketimi, ev dışında beslenmenin artması ve buna bağlı olarak yağ ve şeker içeriği yüksek, enerji yoğunluğu fazla olan yiyecek ve içeceklerin alımının artması ve fiziksel aktivenin azalması sayılabilir. Tüketilen porsiyonların büyümesinin yanında öğün atlama, hızlı yeme gibi yanlış beslenme alışkanlıkları enerji alımını artıran etkenlerdendir. Enerji harcamasının azlığı ve sedanter yaşamın benimsenmesi ise çalışma koşullarına

bağlıdır. Özellikle masa başı çalışma, ulaşım koşullarının değişmesi, şehirleşmenin artmasıyla birlikte fiziksel aktivite azalmıştır (23,32).



Şekil 2.1: Enerji Alınımı ve Tüketimi Çeşitli Etkenlerle İlişkisi (22)

2.3.1 Genetik Faktörler

Obezitede genetik faktörlerin rolü büyüktür. Obezitenin tekil gen formunu oluşturan insan genleri iki grupta toplanabilir. Birincisi, sendromik olmayan obezite ile ilişkili Melanokortin 4 reseptörü (MC4R) genindeki mutasyonlardır. MC4R geni, obezite olgularının %1-4'ünü içeren ve sık görülen obezite genidir. İkincisi ise, leptin, leptin reseptörü ve POMC'yi kodlayan genlerdir (33). Bu genlerden son dönemlerde popüler olanlar arasında 1994'te keşfedilmiş olan leptin üretiminde görev alan ob genidir (34). Kandaki leptin düzeyleri ile yağ doku kütlesi arasında güçlü bir ilişki bulunmaktadır (35). Leptin, vücuttaki birçok dokuda vardır. Ancak doygunluk etkisi hipotalamusdaki reseptörler yoluyla olmaktadır (36). Leptin seviyesi kadınlarda daha fazladır. Diyetteki karbonhidrat miktarının yüksek olmasıyla enerji alımının artması halinde leptin seviyesi yükselmektedir. Karbonhidrat alımı düşük olan bireylerde leptin seviyesi azalmaktadır (37). Obezitenin oluşumuna neden olan gen mutasyonları, vücut ağırlığının düzenlenmesinde rol almakta ve obezite tedavisinde ilaç geliştirilmesini sağlamaktadır (33).

Obezite oluşumuna neden olan genetik faktörlerin enerji dengesinin düzenlenmesinde de büyük önemi vardır. Ağırlığın kısa süreli düzenleyicileri olan glikoz, yağlar, protein, gastrik düzenleyiciler gibi kısa süreli metabolik düzenleyiciler; ghrelin, kolesistokinin ve bazı peptitler ile ağırlığın uzun süreli düzenleyicileri insülin, leptin ve leptin reseptörleri vardır (38,39).

2.3.2 Davranışsal Faktörler

2.3.2.1 Beslenme

Obezitenin oluşmasında dikkat edilmesi gereken bir başka husus da yaşamın ilk yıllarındaki beslenme şeklidir. Süt çocukluğu döneminde mama ile beslenme, zamanından önce tamamlayıcı besinlere geçilmesi obeziteye zemin hazırlayarak bu dönemde ağırlığı %90. persentilin üzerinde olan bebeklerin %36'sının, normal kilolu olanların ise %14'ünün ileri yaşamlarında obez oldukları görülmektedir (40). Yaşamın ilk zamanlarında yeni yağ hücrelerinin oluşum hızı oldukça yüksektir. Yağ depolanması hızlandıkça yağ hücrelerinin sayısı da artmaktadır. Obez çocuklarda yağ hücrelerinin sayısı çoğu kez normal çocuklardakinin yaklaşık üç katı kadardır. Bu nedenle obezite gelişen çocukta bir an önce yağ dokusunun azalması için önlem alınmalıdır (40).

Obezitenin oluşumunun nedenleri arasında aşırı ve hızlı yemek, az çiğnemek vardır. Özellikle de modern yaşamın getirdiği beslenme alışkanlıklarıyla ilgili yenilikler obezite prevalansı artışında bir risk faktörüdür. Buna örnek olarak fast food tarzı beslenme gibi alışkanlıklar gösterilebilir (41). Günümüzde çevremizde sınırsız olarak kolayca elde edilebilen, lezzetli, ucuz ve enerjisi yüksek besinler bulunmaktadır. Bireylerin yaşam tarzının değişmeye başlamasıyla bu besinlerin tüketimi daha hızlı olmakta, ana öğün tüketiminin yerini hızlı atıştırılabilir yiyecekler almış ve buna düşük fiziksel aktivite de eklenmiştir. Artık bireyler tüketime hazır halde bulunan besinleri geleneksel yöntemlerle pişirilen yiyeceklere tercih etmektedir. Bu ve bunun gibi faktörler obezitenin gün geçtikçe artmasına neden olmaktadır (39).

2.3.2.2 Fiziksel Aktivite (FA)

Son 30 yıldır fiziksel çevredeki değişimlerin obezite prevalansını arttırdığı görülmektedir. Bilgisayar teknolojisinin ilerlemesi, ev ve işyerlerinde mekanik yardımların olması, hayatı kolaylaştıran araçların kullanımının artması vb. çevresel değişiklikler fiziksel aktivite alanlarını ve günlük enerji harcamasını düşürmüştür. Bununla birlikte bireyler boş zamanlarında fiziksel aktivite yapmamaktadırlar. Bunun yerine bilgisayar, televizyon, internet başında daha fazla zaman harcanmaya başlanmış, bu durum ise enerji harcanmasını azaltmıştır (40). Öztora ve diğerlerinin (42) 2006 yılında yaptığı bir çalışmaya göre televizyon izlemenin, BKI artışında önemli bir role sahip olduğu saptanmıştır. Kopelman'ın (10) 2000 yılında yaptığı başka bir çalışmaya göre, 4 saat ve üzeri günlük televizyon ve bilgisayar karşısında oturmanın, BKI artışında önemli olduğunu belirtmiştir. Adölesan grupla yapılan farklı bir çalışmaya göre, düzenli egzersiz yapmayanlarda %52,2 oranında obezite görülmüş, kızların erkeklere göre daha sedanter olduğu saptanmıştır (43).

Fiziksel aktivitenin obezite ile mücadelede ve uzun dönemde obezite kaynaklı sağlık sorunlarını önlemeye çalışmada olumlu etkilerinin ortaya konulması fiziksel egzersiz programlarının ve tekniklerinin geliştirilmesini sağlamıştır. Soyuer ve diğerleri (44) tarafından yapılan bir çalışmada üniversite öğrencileri arasında da ideal ağırlıkta olma ve yüksek fiziksel aktivite seviyelerinin teşvik edilmesi gerektiğinin altı çizilmiştir.

2.3.3 Çevresel Faktörler

Obezite oluşumunda, genetik faktörlerin yanında çevresel faktörlerin de önemi büyüktür. Özellikle son yıllarda yüksek enerjili besinler, hızlı yemek yeme gibi yanlış yeme alışkanlıkları, fast food tarzı beslenme, besinlere ulaşımın

kolaylaşması, porsiyonların büyük olması ve şekerle tatlandırılmış içeceklerin tüketimi obezitenin oluşmasında oldukça etkilidir (45). Fast-food tarzı beslenen ülkelerde büyüyen porsiyonlar, karbonhidrat ve şeker ağırlıklı besinleri bireylerin ‘büyük boy’ olarak tüketmesine ve günlük alması gerekenin üzerinde enerji almasına neden olmaktadır (46, 47).

Diyet, vücut ağırlığı ve bilinçli egzersiz gibi faktörler bireyin kendisiyle ilgili etkenler olup çevresiyle şekillenebilen, kişinin ve ailesinin yeme alışkanlıkları ve yemek seçim tercihleri ile birleşen bir bütündür. Kişiler için, yemek yeme genellikle sosyal bir durumdur, aileyi ve arkadaşları içeren grubu gözlemleyerek kendi yeme tarzını oluşturur. Geçmişte “yaşamak için yemek” olan beslenme anlayışı, zamanımızda “yemek için yaşamak” halini almıştır (39, 48).

Sosyal ve ekonomik değişimlerin ayrıca şehirleşme ve stres gibi faktörlerin obezitenin oluşmasında etkisi büyüktür. Teknolojinin gelişmesiyle sağlanan yaşam kolaylığı, en çok şehirleşmenin yaygın olduğu bölgelerde görülür. Buna paralel olarak iş hayatının yoğunlaşması strese neden olup, obezite oluşumunun hızlanmasına neden olur (47).

2.3.4 Psikolojik Faktörler

Son yıllarda yapılan araştırmalar obezite ve depresyon arasında anlamlı bir ilişki olduğunu göstermektedir. Bu nedenle depresyonun obezite gelişiminde belirleyici bir faktör olduğunu göstermektedir (49,50).

Luppino ve diğerlerinin (50) 2010 yılında yaptığı bir meta analize göre; 15 farklı çalışmadan elde edilen 58.745 kişinin verileri doğrultusunda, gençlerde ve yetişkinlerde obezitenin depresyon riskini arttırdığını bildirmişlerdir.

Finlandiya’da yapılan bir araştırmada ise klinik takipte olan 2,844 kişi arasından seçilen 1,731 kişinin BKİ değerleri ve depresyon sıklığı izlemeye alınmış, yetişkinlerde ve ergenlik dönemindeki gençlerde yüksek depresyon olgularına rastlandığı saptanmıştır (51).

2013’te Klinitzke ve diğerlerinin (52) obezite ve intihar eğilimi arasında ilişki olup olmadığını inceleyen bir meta analize göre; obez kadınlarda intihar eğiliminin daha yüksek olduğunu saptamışlardır. Ancak genelde obez olmakla intihar eğilimi arasında pozitif bir ilişki olduğunu gösterecek yeterli veri bulunmamaktadır.

2.4 Obezitenin Saptamasında Kullanılan Yöntemler

2.4.1 Antropometrik ölçümler

Antropometri, insan vücudunu ölçme bilimidir. Boy uzunluğu, vücut ağırlığı, vücut çapları, deri kıvrımları gibi antropometrik ölçümler bulunmaktadır. Obezite, mortalite ve morbidite arasındaki ilişkinin değerlendirilmesinde antropometrik ölçümler yaygın bir şekilde kullanılmaktadır (53).

2.4.1.1 BKİ

DSÖ, vücut ağırlığının değerlendirilmesi için BKİ’nin belirleyici olarak kullanılmasını desteklemektedir (1). DSÖ’ye göre BKİ sınıflandırılması Tablo 2.1’de verilmiştir.

BKİ, kişinin ağırlığının fazla olup olmadığını yansıtan bir parametredir. Ağırlığa başlıca etki eden u vücut komponenti kas, yağ dokusu ve kemiktir. Ağırlık artışı daha çok vücut yağının artmasına bağlı olarak gelişmektedir. Ancak BKİ yükselmesi hemen her zaman vücut yağ kütlesinin artışı demek değildir. Örneğin sporcularda kas kütlesi fazla olup, bununla birlikte kişilerde yüksek BKİ değerleri gözlemlenir (54). BKİ ile vücut yağ oranı etnik gruplara göre de değişim

göstermektedir. Farklı etnik gruplardaki aynı BKİ düzeyi farklı miktarlarda vücut yağ oranı anlamına gelebilmektedir. Her etnik grupta obezite tanısı için o popülasyona uygun bir BKİ sınırı uyarlanmasının kullanımı önerilmektedir (55).

2.4.1.2 Deri Kıvrım Kalınlığı (DKK)

Deri kıvrım kalınlığının toplam yağ miktarını değerlendirdiği düşünülmektedir. Yaş, cinsiyet, vücut ağırlığı, etnik köken ile toplam yağ oranı değişmektedir. DKK, adipoziteyi hesaplamada kullanılabilen fakat viseral yağ doğrudan ölçememektedir. Ölçüm için kaliper kullanılmaktadır. Tablo 2.2’de yetişkin bireylerde vücut yağ yüzdeleri verilmiştir (56).

Tablo 2.2: Yetişkinlerde Vücut Yağ Yüzdesi Değerleri (%)

Sınıflama	Erkek	Kadın
Zayıf	< 8	<15
Sağlıklı	8-15	15 – 22
Kilolu	16-20	23-26
Obez	21-24	27-32
Morbid Obez	> 25	> 32

a) Triceps deri kıvrım kalınlık ölçümü: Sol kolun akromion (omuz) ve olekranon (dirsek) çıkıntıları arası orta noktası bulunur ve işaretlenir. Sağ elle kaliper ile işaretli yerden ölçüm yapılır.

b) Biceps deri kıvrım kalınlığı ölçümü: Triceps deri kıvrım kalınlığı için konulan işaretin hizasında, orta kolun anterior bölümüne, cubital fossa üzerine işaret konularak ölçüm yapılır.

c) Subskapular deri kıvrım kalınlığı ölçümü: Sol skapula kemiğinin inferior köşesine işaret konulur. Sol elle katman omuriliğe 45° açı ile tutulur ve ölçüm yapılır.

d) Suprailiak deri kıvrım kalınlığı ölçümü: İliak kemiğinin 2 cm üzeri midaksiller çizgiye işaret konulur ve ölçüm yapılır (53, 57).

2.4.1.3 Bel / Kalça Oranı

Yetişkinlerde bel çevresi ve bel/kalça oranı kronik hastalıklar riskinin değerlendirilmesi amacıyla kullanılmaktadır. Bel çevresi ölçümü; en alt kaburga kemiği ile kristailiyak arası bulunarak, bu orta noktadan geçen çevre ölçümü mezür ile ölçülerek yapılmaktadır. Kalça çevresi ölçümü ise; bireyin yan tarafında durularak, en geniş noktadan çevre ölçümünün alınması ile yapılmaktadır. Bel çevresi visceral yağlanmanın en önemli belirleyicisi olup, metabolik komplikasyonlar ve koroner kalp hastalığı için önemli risk olduğunun göstergesidir (58). Bel çevresi ölçümü tek başına da kullanılmakta ve kronik hastalıklar için belirleyici olabilmektedir (Tablo 2.3). Bel/kalça oranı kadınlarda <0.8'in altı, erkeklerde ise <1.0'in altı normal değerler olarak belirtilmiştir (56).

Tablo 2.3: Cinsiyete Göre Bel Çevresi Değerleri

	Risk	Yüksek risk
Kadın	≥ 80 cm	≥ 88 cm
Erkek	≥ 94 cm	≥ 102 cm

2.4.1.4 Bel Çevresi / Boy Uzunluğu Oranı

Ashwell ve diğerleri (48) tarafından geliştirilmiştir. Tüm yaş gruplarında kullanılabilir. Bel/boy oranı 0.6'nın üzerinde olması ve 0.4'ün altında olması durumları risk oluşturmakta ve önlem alınması gerekmektedir. Bel/boy oranının BKİ'ye oranla tip 2 diyabet, hipertansiyon, metabolik sendrom, ve kardiyovasküler hastalığın tanısının konulması için daha iyi bir parametre olduğu belirtilmiştir (59).

Tablo 2.4: Bel Çevresi/Boy Uzunluğu Oranı (48)

Bel Çevresi/Boy Uzunluğu Oranı	Sınıflama
<0.4	Dikkat
0.4-0.5	Uygun
0.5-0.6	Eylem Düşün (<5 yaşta eyleme geç)
>0.6	Eyleme Geç

2.4.2 Laboratuvar Yöntemleri ile Yapılan Ölçümler

Magnetik rezonans görüntüleme (MRI), total vücut elektrik geçirgenliği (TOBEC), ultrason, biyoelektriksel impedans analizi (BIA) ve bilgisayarlı tomografi kullanımını son yıllarda vücut bileşiminin saptanmasında kullanılmaktadır. Ancak bu yöntemlerin bazıları zor ve pahalı olduğundan dolayı kullanımı daha az sıklıkla tercih edilebilmektedir (56).

2.5 Obezitenin Komplikasyonları

Obezite, birçok hastalık ile ilişkili bir durumdur. ABD'de koroner arter hastalığı ve hipertansiyon tanısı almış hastaların %17'sinin, diyabet hastalarının ise % 61'inin obeziteyle bağlantılı olduğu bulunmuştur (2).

2.5.1 Obezite ve Hipertansiyon

Yüksek tansiyon, 18 yaş ve üzeri kişilerde, farklı zamanlarda yapılan en az iki ölçümün ortalamasında, diyastolik kan basıncının 90 mm-Hg ve sistolik kan basıncının 140 mm-Hg üzerinde olması olarak tanımlanır (60). Hipertansiyon (HT), dünyanın en önemli sağlık sorunları arasındadır. Yüksek kan basıncı, gelişmiş ülkelerde yetişkin nüfusun %30-40'ını etkileyen temel halk sağlığı sorunlarından biridir (60). Ülkemizde, hipertansiyonun cinsiyet ve yaşa göre sıklığı erkeklerde %27.5, kadınlarda %36.1 toplamda %31.8 olarak saptanmıştır (61). Kontrol altına alınmamış yüksek kan basıncı, tüm dünyadaki en önemli ölüm nedeni arasında yer almaktadır (62). Hipertansiyon, damar içi akımın artmasına, endotel hücrelerinde fonksiyon bozukluğu ve damar düz kas hücrelerinde hipertrofiye neden olarak ateroskleroza neden olmaktadır. Büyük ve küçük damarlarda gelişen bu skleroz sonucunda, hedef organ hasarı oluşmaktadır. Framingham Kalp Çalışması'nda hipertansiyonun kalp yetmezliği, miyokard enfarktüsü, böbrek yetmezliği ve inme için en önemli risk faktörü olarak bildirmiştir (63). Yüksek kan basıncı riski normal ağırlıktaki kişilere göre obez kişilerde 5 kat daha yüksek olarak saptanmıştır (64).

2.5.2 Obezite ve Kardiyovasküler Hastalıklar

DSÖ'nün yaptığı araştırmaya göre kardiyovasküler hastalık ve hipertansiyonun dünyada en yaygın ölüm nedeni olduğu ve 17 milyon kişinin kardiyovasküler hastalık nedeniyle öldüğü bildirilmiştir. Ölümlerin %80'inin düşük ve orta gelirli ülkelerde gerçekleştiği saptanmıştır (65). Ülkemizde de bu durum aynıdır. Sağlık Bakanlığı'nın 2010 yılı verilerine göre 205.457 ölümün, ölüm nedenleri içinde ilk sırada kardiyovasküler hastalıklar (tüm ölüm nedenlerinin %47.73'ü) olduğu bildirilmiştir (66).

Obezitenin toplumdaki riski, yüksek tansiyon ve sigara içiminden sonra üçüncü sırada gelmektedir. Her yıl gelişen yeni kardiyovasküler hastalık olgularından yirmi beş bininin obeziteye ilişkili olduğu tahmin edilmektedir (67). Obezite konjestif kalp yetmezliği, iskemik kalp hastalıkları ve ani ölüm için önemli bir risktir. Nurse's Health Study (Hemşire Sağlığı Çalışmasında) BKİ'yi 29 kg/m²'nin üzerinde olan 195 kadın 16 yıl boyunca izlenmiş ve bu kadınlarda kardiyovasküler hastalıklardan ölüm oranı BKİ'si 21 kg/m²'nin altında olanlara göre 4 kat daha fazla olduğu saptanmıştır (68).

Obezite, vücuttaki yağ miktarının artmasına o da doku kütlelerinin artmasına ve metabolik gereksinime bağlı olarak oksijen tüketiminin artmasına neden olmaktadır. Bunlarla birlikte kalp debisi, total kan volümü de artmaktadır. Bu artış, hipertansiyona neden olmaktadır. Ağırlık kaybı ise trigliserid ve LDL-kolesterol düzeylerini düşürmekte, HDL-kolesterol düzeyini artırmaktadır. Bu değişiklikler de kardiyovasküler hastalık riskini azaltmaktadır (69).

2.5.3 Obezite ve Diyabet

Obezite, tip 2 DM hastaları arasında sık görülmektedir. Tip 2 DM hastalarının %80-95'i obezdir. ABD'de yirmi dört milyon olan DM hastalarının yaklaşık %80'i tip 2 DM'lidir. Tip 2 DM'li bireylerin sosyal ve medikal maliyeti, normal ağırlığındaki bireylere göre daha fazla önem taşımaktadır (70). Genetik yatkınlıkla birlikte obezite, tip 2 DM için de en önemli risk faktörleri arasındadır. Normal ağırlığından %20 daha obez olan bireylerde DM hastalığı görülme sıklığı %8 iken, normal ağırlığının %20 altında olan bireylerde bu oran %2 olarak saptanmıştır. Tip 2 DM riski ile ağırlık artışı arasında güçlü ilişki vardır. Kaybedilen vücut ağırlığı ile DM riski %50-70 oranında düşmektedir (71).

İstanbul'da 2015 yılında tip 2 DM hastalarında kan lipid düzeylerinin HbA1c ve obezite ile ilişkisinin araştırıldığı bir çalışmada, DM olma yaşı 5'i geçmeyen, son 6 ay içerisinde herhangi bir hiperlipidemi tedavisi almayan, kanıtlanmış iskemik kalp hastalığı olmayan, sadece oral antidiyabetik ilaç kullanan, sigara ve alkol kullanmayan, kan lipid düzeyini etkileyecek bilinen bir endokrin bozukluğu olmayan 83'ü kadın, 82'si erkek toplam 165 hastanın lipid düzeyleri ile HbA1c, BKI ve diyabet yaşı arasındaki ilişkiler değerlendirilmiştir. Çalışmanın sonucuna göre; BKI değerleri arttıkça total kolesterol, trigliserid ve LDL kolesterol düzeylerinin de arttığı, HDL kolesterol düzeylerinin ise düştüğü görülmüştür. HbA1c değeri yüksek olan hastalarda total kolesterol, trigliserid ve LDL kolesterol düzeylerinin yüksek olduğu saptanmıştır. DM yaşı artıkça HbA1c düzeyleri arasında doğru bir orantı bulunurken, kan lipid düzeyinde anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (72).

2.5.4 Obezite ve Solunum Sistemi

Obez bireylerde yağ dokusunun artmasıyla birlikte solunum için daha fazla enerji harcanmasına ve bu da solunum kaslarının fonksiyonunun bozulmasına neden olmaktadır. Aşırı ağırlık toraks ve abdomene baskı yaparak göğüs kafesinin hareketlerini zorlaştırmaktadır. Herhangi bir iş yaparken obez bireyler, obez olmayan bireylere göre daha fazla oksijen kullanıp, daha çok karbondioksit üretmektedirler (73). Obezite, abdominal bölgede ve üst solunum yolu çevresinde yağ birikimi ile üst solunum yolu açıklığını ve solunum örüntüsünü etkileyerek, obstruktif uyku apne eğilimini yükseltmektedir (74). Obstruktif uyku apnesi, uyku sırasında solunumun geçici süre durmasıyla karakterizedir. Hem erkek hem kadında BKI 40 kg/m²'yi geçtiği zaman normal bireylere göre uyku apnesi görülme sıklığının 40 kat fazla olduğu belirtilmiştir (75).

2.5.4 Obezite ve Üreme Sistemi

Obeziteyle ilişkili üreme sorunları kısırlık sorunlarından, düşüklere, gebelik komplikasyonlarına kadar geniş bir konuyu içermektedir. Obezitenin menarşi tetiklediğini ilk kez Frisch ve diğerleri tarafından (76) 1971’de belirtilmiştir.

Obezite, menstrual siklusu olumsuz yönde etkilemektedir. Obez kadınlar menarş sonrası dönemdeki östrojen progesteron oranlarının değişmesi ile düzensiz aralıklarla adet görme gibi sorunlarla karşılaşmaktadırlar (77). Menstruasyon görülen yıllardaki östrojen seviyesi karın bölgesindeki yağların birikimini önlemede önemlidir, menopozdan sonraki hormon replasman tedavisi alan kadınlardaki yağ birikiminin daha az olduğu görülmüştür (78).

Polikistik over sendromu (PCOS), fertilitede azalma, siklus bozuklukları, cinsel istekte azalma obezlerde sık görülen sorunlardır. Obezlerde serbest östrojen ve testosteron miktarı yükselmektedir. PCOS’lu kişilerin yarısından fazlası obezdir. Seyrek adet dönemi, aşırı tüylenme, artmış LH salınımı artan testosteron düzeyleri bu sendromun özelliğidir (79).

Ayrıca obezite kadınlarda yumurtalama sorunu, doğurganlığın engellenmesi ve düşük gebelik sorununu da arttırmaktadır. Chehab ve diğerlerinin (80) 3.288 yaşına göre normal ağırlıklı kadın ve 1.644 obez kadın ile yaptıkları vaka kontrol çalışmasında, obez olan kadınlarda erken düşük ve düşük riskinde artış olduğunu saptamışlardır. Jauniaux ve diğerleri (81) obez kadınların kilo vermelerinin tekrarlayan düşüklere ile baş etmede ilk tedavi basamağı olduğunu bildirmişlerdir.

Gebelikte de obezite önemli sorun teşkil etmektedir. Gebe kadın obezse gebelik sırasında meydana gelen fizyolojik değişikliklerin çoğu, normal vücut ağırlığındaki gebe kadınlara göre farklılık göstermektedir (82). Avrupa’da büyük bir

örnekleme yapılan bir çalışmada obezitenin gebelik hipertansiyonu, gestasyonel diyabet, üriner enfeksiyon, toksemi, sezaryen doğum ve hastanede kalma süresinde uzama riskini artırdığı saptanmıştır. Bu araştırmanın sonucunda birçok obez annenin bebeği yoğun bakım tedavisi görmüştür. Bu araştırmaya göre, maternal obezitenin yenidoğan bebekler üzerinde zararlı etkilerinin olduğu ancak bunların ölümcül düzeyde olmadığı saptanmıştır (83). Obez gebelerde normal doğumda; yüksek doğum ağırlıklı bebeğin (4 kg'nin üstü) neden olduğu anormal kanamalar, uzamış doğum eylemi, mesane yaralanmaları ve omuz distosisi gibi komplikasyonlar görülebileceğinden obez kadınlarda sezaryenle doğum daha fazla olmaktadır (82).

Dempsey ve diğerleri (84) sezaryenle doğum olasılığının, normal vücut ağırlığındaki gebe kadınlara göre kilolu kadınlarda 2 kat, obez kadınlarda ise 3 kat fazla olduğunu saptamışlardır. Sezaryen doğum oranını, Weiss ve diğerleri (85) normal kilolu kadınlar için %20.7, obez kadınlar için %33.8 ve morbid obez kadınlar için %47.4 olarak bildirmişler ve obezitenin sezaryen doğumlarda bağımsız bir risk faktörü olduğunu saptamışlardır.

United Kingdom'da tekil gebeliğe sahip, 100 obez kadın ve 100 obez olmayan kadın arasında yapılan bir çalışmada, obezite üç kategoride incelenmiş olup; birinci grubun BKİ'si 30-34 kg/m² (n=39), ikinci grubun BKİ'si 35-39.9 kg/m² (n=43), üçüncü grubun BKİ'si >40 kg/m² (n=21) olarak gruplandırılmıştır. Bu gebelerde normal doğum oranı obez olmayan kadınlarda %60, birinci grupta %62, ikinci grupta %49, üçüncü grupta %24 olarak saptanmıştır. Anesteziye giriş evresinin obez gebelerde, normal vücut ağırlığına sahip gebelere göre yüksek olduğu saptanmıştır. Doğum biçimlerine göre gruplar karşılaştırıldığında normal doğum birinci ve ikinci grup gebelerinde %44 (7/39 ve 9/43), üçüncü grupta %14 (3/21) iken

obez olmayan gebelerde bu oran %60'tır. Obezite oranı arttıkça sezaryen oranları artmaktadır. Sezaryen doğum oranları birinci gruptaki gebelerde %26, ikinci gruptaki gebelerde %33, üçüncü gruptaki gebelerde %62 iken obez olmayan kadınlarda %20 olarak saptanmıştır (86). Simic ve diğerleri (87) 2010 yılında obez gebelerde yaptığı çalışmaya göre, uzamış gebelik oranının arttığı, doğumun en az 7 gün gecikmesinin obez olan gebelerde %31.9, normal vücut ağırlıktaki gebelerde %23.7 olduğunu saptamışlardır.

Birçok erişkinin çocukluk ve ergenlik çağında obez olduğu bilinmektedir (88). Çocukluk çağında kilolu olma hem çocuklukta hem de yetişkinlikte diyabet riskinin artışı ve metabolik hastalıklarla bağlantılıdır. Özellikle 2-5 yaş ve 6-9 yaş arasındaki kilolu bireyler gelecekteki obezite prevalansının yüksek olmasına yol açması yönünden önemlidir (89). Yardımcı ve diğerinin (90) Ankara'da kadınlar üzerinde yaptığı çalışmaya göre; bebeklik döneminde kilolu olduğunu bildiren kadınların %60,5'inin, çocukluk döneminde kilolu olduğunu bildiren kadınların %57.3'ünün, adolesan dönemde kilolu olduğunu bildiren kadınların %70.3'ünün, yetişkinlikte kilolu olduğunu bildiren kadınların %84.0'ünün, gebelikte kilolu olduğunu bildiren kadınların %74.4'ünün, menopoz döneminde kilolu olduğunu bildiren kadınların ise %82.4'ünün BKI > 30 kg/m² olarak saptanmıştır.

Gunnarsdottir ve diğerleri (91) yaptıkları çalışmada, doğum ağırlığının her iki cinsiyet için de yetişkinlikteki yüksek BKI ile pozitif bir ilişki gösterdiği ancak yetişkinlikte sahip olunan yüksek BKI'nin yüksek doğum ağırlığının bir risk faktörü olmadığını saptamışlardır.

2.6 Obezitede Kullanılan Tedavi Yöntemleri

2.6.1 Diyet Tedavisi

Yeterli ve dengeli beslenme, kişinin içinde bulunduğu fizyolojik duruma (çocuk, yaşlı, gebe vb), yaşa, cinsiyete göre bütün besin öğelerinden yeteri kadar alınıp vücutta kullanılmasıyla olmaktadır (92, 93).

Besin öğeleri, vücut gereksiniminden az alınırsa yetersiz beslenme, gereğinden fazla alınırsa vücutta yağ birikimine bu da dengesiz beslenmeye neden olmaktadır. Bunun sonucunda büyüme gelişme geriliği, obezite, kalp damar hastalığı, diyabet, solunum sistemi hastalığı, üreme sistemi hastalıklarına neden olmaktadır (93).

Beslenme konusunda bilgisi olmayan kişilerin besinleri üretmesi, dağıtması, gıda teknolojisindeki yetersizlik ve düzensizlikler, satın alma gücünün yetersizliği, çevre koşullarının sağlık kurallarına uygun olmayışı yetersiz ve dengesiz beslenmenin nedenleri arasında sayılabilir. Bu nedenle beslenme eğitiminin önemi büyüktür (93).

Özellikle alınacak enerji kişinin haftada 0.5-1 kg ağırlık kaybetmesini, yani yavaş zayıflamasını sağlamalıdır. Ağırlık kaybı hızlı olmamalıdır (94).

Obezitede diyet tedavisinin amacı harcanan enerjinin alınan enerjiden fazla olmasıdır. Günlük enerjinin besin öğelerinin dağılımı tablo 2.5'te verilmiştir.

Tablo 2.5: Günlük Enerjinin Besin Öğelerinin Dağılımı (94)

BESİN ÖĞELERİ	ENERJİNİN	
Karbonhidrat	%55 - %60	Kompleks karbonhidratlar kullanılmalı, örneğin; kurubaklagiller gibi
Protein	%12 - %15	Kaliteli proteinler
Yağ	%25 – 30	%20'nin altına düşmemeli, yağda eriyen A,D,E,K vitaminlerinin vücutta kullanılabilmesi için
Vitamin-Mineral	Yeterli ve Dengeli	
Posa (Lif)	Yüksek olmalı	Sebze, meyve, kurubaklagiller, kepekli ekmek gibi
Sıvı	Yaklaşık 3 litre	
Öğün Sayısı	Sık ve düzenli aralıklarla	6 – 8 öğün

2.6.2 Fiziksel Aktivite (FA)

Yapılan kontrollü çalışmalarda fiziksel aktivite ve diyet tedavisinin birlikte yapılması, sadece diyet tedavisinin yapılmasıyla karşılaştırıldığında daha fazla ağırlık kaybını sağladığı saptanmıştır. Fiziksel aktivite, ağırlık kaybının uzun vadeli olmasına yardımcı olmakla birlikte orta dereceli bir fiziksel aktivite sedanter bir yaşam tarzına göre sağlığın korunması açısından gereklidir. Fiziksel aktivite yağsız vücut kütlesi kaybını azaltır. Diyetle kaybedilen ağırlığın %25 kadarı yağsız vücut kütlesinden oluşmaktadır. Her gün düzenli olarak yapılan en az 20 dakikalık koşma, yüzme, yürüme gibi aktiviteler kilo kaybı ile birlikte bozulan metabolik parametrelerin düzelmesi için yeterli olur (95).

2.6.3 İlaç Tedavisi

Obezite de ilaç tedavisi; herhangi bir hastalık veya cerrahi tedavi için zayıflaması gerekli olan kişilerde, en az 6 aylık davranış değişikliği, egzersiz ve diyet tedavisine karşın BKI'ı 30 kg/m² üzerinde olan ya da BKI'ı 27 kg/m² üzerinde olup buna eşlik eden DM, HT, dislipidemi gibi hastalıklara sahip kişilerde kullanılabilir. Obezite tedavisinde kullanılacak ilaçların potansiyel olarak enerji kaybını arttırıcı, besin alımını azaltıcı özellikte olması gerekmektedir (96).

2.6.4 Cerrahi Tedavi

Obezite cerrahisi; fiziksel aktivite artışı, diyet tedavisi ve ilaç tedavisinin yetersiz olduğu durumlarda yapılmalıdır (97).

Cerrahi işlem uygulanması için; hasta 18-55 yaş arasında olmalı, hastanın santral obezitesi olmalı, en az 5 yıllık diyet, egzersiz ve ilaç tedavisine karşın BKI 40 kg/m² üzerinde devam eden hastalara veya BKI 35-40 kg/m² arasında olup metabolik sendromu (HT, DM, hiperlipidemi, dejeneratif artrit) olan hastalara uygulanır (98). Obezite cerrahisinde kullanılan ameliyatlar tablo 2.6'da verilmiştir.

Tablo 2.6: Obezite Tedavisinde Kullanılan Cerrahi Ameliyatlar

Kısıtlayıcı Ameliyatlar <i>(Mide Küçültme Ameliyatları)</i>	Kısıtlayıcı Ve Emilim Bozucu Ameliyatlar <i>(İnce Bağırsak Boyutunun Kısaltılması)</i>
Mide kelepçesi (gastrik silikon band)	Mini gastrik bypass
Tüp mide(sleeve gastrektomi)	Biliyopankreatik Diversiyon / Duodenal Switch
Mide katlama(gastrik plikasyon)	Duodojejunal bypass
	Roux-en-Y gastric bypass (GBP)

2.7 20-40 Yaş Arası (Doğurganlık Çağındaki) Kadınlarda Obezite

ABD'de 2009-2010 verilerine göre doğurganlık çağındaki kadınların yarısından fazlası kilolu veya obezdir (99).

Aşırı ağırlık gebe kadınlarda gestasyonel diyabet, preeklampsi, sezaryenle doğum, ölü doğum, doğumsal anomaliler gibi sorunların riskini artırabilir, diyabet ve yüksek tansiyon gibi birçok kronik hastalıklar ile de bağlantılıdır (100, 101). Madan ve diğerlerinin (102) 2010 yılında yaptıkları çalışmada, kadınların %5'inin morbid obez, %23'ünün obez olduğu ve yaşları ilerledikçe BKİ'lerinin arttığı tespit edilmiştir. Morbid obez kadınlarda gebelik öncesi dönemde kronik hipertansiyon ve diyabet, gebelik sırasında ise gestasyonel diyabet, preeklampsi, riskli doğum ve sezaryen ile doğumların arttığı görülmüştür. Yine aynı çalışmada morbid obez kadınların %10'unda, obez kadınların %9'unda, kilolu kadınların %8'inde, normal vücut ağırlığındaki kadınların ise %8'inde erken doğum olduğu belirlenmiştir. Obez gebelerin erken doğum riskinin yüksek olmasının preeklampsi ve gestasyonel hipertansiyon riskinin artmasıyla ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Bu tarz gebelerde düşük doğum ağırlıklı bebek ve plasenta dekolmanı riskinin de daha fazla olduğu saptanmıştır (102).

Farah ve diğerleri 2009'da (103) Avrupa'da bir üniversite hastanesinde doğum yapan III. sınıf obez kadınlarda gebelik sonuçlarını inceledikleri bir araştırma yapmışlardır. Bu araştırmaya göre doğum kilosu ≥ 500 g ağırlığında olan tekil gebelikler ve BKİ'leri ilk trimestırda hesaplanmış kadınlar (n=5824) alınmış ve bu kadınların %0.6'sının morbid obez olduğu belirlenmiştir. BKİ'si normal olan kadınların %9.8'inde gebeliğin neden olduğu hipertansiyon ya da preeklampsi varken, morbid obez kadınların %35.8'inde bu sorunlar görülmüştür. Normal BKİ'li

kadınların %1.7'sinde fetal makrozomiye (doğum ağırlığı >4.5 kg) rastlanırken, obez kadınların %6.3'ünde rastlanmamıştır.

Simic ve diğerlerinin 2010 (104) yılında yaptıkları bir araştırmada, maternal obezitenin ultrasonla gebelik tarihini saptama üzerine etkisini değerlendirmişlerdir. Tahmini doğum tarihi son menstrual periyot ve ultrason taramasına göre belirlenen 842.083 tekil gebelik için İsveç Tıbbi Doğum Kayıtları kullanılmıştır. Tahmini doğum tarihinin BKI'si 30 ve üzerinde olan kadınlar arasında sıklıkla 7-13 gün kadar ertelendiğini belirtmişlerdir.

Bunlara ek olarak, obez kadınların çocukları obezite ve buna bağlı kronik hastalıkların artan riski ile karşı karşıyadır (105,106). Hastalık Kontrol ve Gebelik Öncesi Bakımı Önleme Paneli Merkezi'nde 2006 yılında gebelik öncesi obezite ve bununla ilgili riskleri, sağlıkla ilgili bilgi ve doğurganlık çağındaki kadınlarda tutum geliştirilmesi de dahil olmak üzere kadınların gebelik öncesinde bakımı geliştirmek için öneriler yayınlanmıştır (107). Obezite ile ilişkili riskleri azaltmak için, kadınların gebelik öncesi ağırlık kaybetmesi önerilmiştir (108). Ancak, birçok kadın kendisini obez olarak görmediği için, kilo vermeyi denememektedirler (109).

Genel olarak, üreme çağındaki kadınların obezite ile ilişkili riskler konusunda yetersiz bilgiye sahip olduğu görülmektedir. Ancak, gebe kalmayı düşünmeyen kadınların, gebe kalmayı planlayan kadınlara kıyasla daha iyi bir diyet ve sağlıkla ilgili bilgiye sahip olup olmadığı bilinmemektedir (110).

2.8 Obez Bireylere Karşı Önyargı

Psikolojide önyargıya dair ilk kapsamlı araştırma 1954'te Allport tarafından yapılmıştır. Önyargı terimini “hatalı ya da esnek olmayan bir genellemeye dayanan antipati” olarak bildirmiştir (16).

Vücut ağırlığı önyargısı, obezlere karşı olumsuz tutumlara yol açan obez fobisidir (111). Ayrıca vücut ağırlığı önyargısı, literatür taramalarında ‘ağırlık damgalama (weight stigma)’, ‘anti-şişman önyargı (anti-fat prejudice)’, ‘anti-şişman tutumlar (anti-fat attitudes)’ ve vücut ağırlığına dayalı önyargı olarak tanımlanan ‘weightism’ olarak da ifade edilmektedir. Bunlara ek olarak, obez olarak algılanan kişiye karşı negatif bir tutumu, davranışları veya kalıp yargıyı barındırmaktadır (112).

Vücut ağırlığı önyargısı ‘açık önyargı’ ve ‘örtük önyargı’ olarak ikiye ayrılabilir (113). Toplum bireyleri obezlere karşı isim yakıştırma ve sataşma gibi bilinçli kötü tutumlar gösterdiklerinde buna ‘açık önyargı’; obez bireyleri kendi aralarında istemediklerini tutum ve davranışlarıyla gösterdiklerinde ise buna ‘örtük önyargı’ adı verilmektedir (111,114). Örtük önyargı davranışlar ‘Örtük Çağrışım Testi (ÖÇT)’, ağırlık önyargısı ise ‘Ağırlık Örtük Çağrışım Testi’ ile ölçülebilmektedir (115).

Ağırlık önyargısının oluşumunda moda endüstrisi, zayıflama endüstrisi, medya, hükümet politikaları gibi bir çok kurum ve kuruluşlar etkilidir. Bu kurumlar zayıflığın sağlıklı olmak ile ilintili olduğunu düşündürmektedir (116). Avrupa Birliği ülkelerinde ve ABD’de obezite önyargısının son 15 yılda %66 oranında yükseldiği saptanmıştır (117). Türkiye’de ise bu konuyla ilgili herhangi bir istatistiksel bilgiye ulaşılamamıştır.

Obez bireylere karşı ayırım ve önyargı çocukluk çağında görülmeye başlamaktadır. Stafferi, 40 yıl kadar önce 6 yaşındaki çocuğun, kilolu olan başka bir çocuğun görünüşünün “tembel, kirli, akılsız, çirkin” olduğunu düşündüğünü saptamıştır. Obezler toplum tarafından etiketlenmektedirler. Bu da onların özsaygılarının azalmasına, böylece depresyona açık duruma gelmelerine neden olmaktadır (118,119).

Obez bireyler birçok alanda ayrımcılıkla karşılaştıkları gibi çalışma hayatında ayrımcılıkla karşı karşıya gelmektedir. İşverenlerin %44’ü özel şartlar tanımını altında obezleri çalıştırmayı kabul etmekte, %16’sı ise obez kadınlara iş vermemektedir. Hava yolları, itfaiye birimleri ve güvenlik güçleri ise obez bireyleri işe almamaktadır (118). Gelir seviyelerinin göz önünde bulundurulduğu diğer bir çalışmada, aileler obez çocuklarına zayıf çocuklarına kıyasla daha az üniversite desteği sağladığı belirtilmiştir (120).

Dört yüz sağlık çalışanın katıldığı başka çalışmada ise olumsuz karşıladıkları 5 tanı kategorisini ve sosyal karakteristiği sıralamaları istenmiş ve grubun üçte biri uyuşturucu bağımlılığı, alkolizm ve akıl sağlığının ardından en yaygın 4. sırada obeziteyi sıralamışlardır (118). Diğer bir çalışmada beslenme alanında uzmanlaşmış sağlık çalışanlarının obez bireylerle ilgili davranışları incelenmiş ve uzmanların %32’si obezlerin zayıf iradeli olduğunu, %74’ü ailevi sorunlarının olduğunu ve %87’si rahatına düşkün olduğunu belirtmişlerdir. Aynı çalışmada %70’i obezitenin duygusal sorunların nedeni olabileceğini, %88’i obezitenin sevgi eksikliği için bir telafi biçimi olduğunu söylemişlerdir (120).

Özmen ve diğerlerinin (121) 2007’de yaptığı bir araştırmaya göre kendini obez olarak tanımlayan öğrencilerin özgüvenlerinin ve beden imajı

memnuniyetlerinin daha düşük olduğu saptanmıştır. Beden imajı memnuniyetinin depresyon ve özgüvene belirgin etkisi olduğu görölmektedir. Beden imajı memnuniyeti düşük olan öğrencilerin özgüvenlerinin de düşük olduğu belirtilmektedir.

Çocukluk ve ergenlik döneminde ağırlıklarıyla fazla eleştirilmeyen bireylerin daha olumlu beden imajı geliştirdiği görölmektedir. Örneğin, çocukluk ve adolesan döneminde vücut ağırlığına rağmen sporda başarılı olan, ailesi ve çevresinden olumlu geribildirim alan bireylerin yetişkinlik döneminde özgüvenlerinin yüksek olduğu görölmektedir. Ancak çocukluk ve adolesan döneminde vücut ağırlığından dolayı ailesi ve çevresinden zayıflaması konusunda eleştirilen obez bireyler olumsuz beden imajı geliştirmektedirler. Eğer obezler bu konuda psikolojik destek almazlarsa savunma olarak yemek yemeyi seçerler ve bu durumda ağırlık kaybetmelerini zorlaşarak ağırlık artışları giderek artabilir (122).

2.9 Sağlıklı Beslenme Takıntısı - Ortoreksiya Nervoz (ON)

Yeme bozukluğu, Lucas ve Huse tarafından 1994 yılında ‘‘hastalığa ya da beslenme yetersizliğine neden olabilen yeme alışkanlıklarındaki sapmalar’’ olarak tanımlanmıştır (123). Yeme bozukluğu olanlar, çok kısıtlı beslenme, yemekleri takiben kendini kusturma, laksatif kullanma, çok fazla egzersiz yapma, bedenini olduğundan daha kilolu ve şekilsiz bulma gibi davranışlar göstermektedirler (124). İngiltere’de ortalama 60 000 kişide yeme bozukluğu olduğu bilinmekte ve bu sayı her yıl giderek artış göstermektedir (125).

Yeme bozuklukları DSM-IV sınıflandırılmasında; anoreksiya nervoz (AN), bulimiya nervoz (BN) ve başka türlü adlandırılmayan yeme bozuklukları (BTA-YB)’dır. Son zamanlarda yapılan araştırmalarda, yeni bir yeme bozukluğu olarak

görülen ortoreksiya nevrozayı (ON) ve tıkanırcasına yeme bozukluğunu ayrı bir sınıflandırma olarak belirtmedirler (126,127).

ON, sağlıklı yemek yemeyle ilgili patolojik bir durumdur. Bu durumu ilk kez 1997’de Steven Bratman tanımlamıştır (128). Burada kişinin amacı, zayıf olmak değil sağlıklı besinleri tercih edip sağlıksız olanları reddetmektir. Bu isteğin zihinsel ve davranışsal olarak aşırı uğraşılması ile obsesif kompulsif bozukluğa dönüşmektedir (129,130). Ortorektikler, besin seçimlerinde enerji değerlerini dikkate almamakta ve besinlerin saf olmasına dikkat etmektedirler (131). Bu nedenle, başkalarının hazırladıkları yiyecekleri tüketmekte zorlanmaktadırlar. Diğer yeme bozukluklarında olduğu gibi ON’ye anksiyete, mükemmeliyetçi eğilimler, depresyon ve stres eşlik etmektedir (132).

ON’li bireyler sadece çiğ sebze tüketme, vejeteryan beslenme gibi beslenme ile ilgili sınırlamaların yanında besin hazırlama, pişirilmesi sırasında kullanılan yöntem ve materyaller hakkında endişe duymaktadırlar. Bu gibi takıntıları olduğundan ON’li bireyler dışarıda yemek yememekte ve arkadaş ilişkilerinde sorunlar yaşamaktadırlar (125,133).

ON’li bireyler daha çok yiyecekleri düşünme, hazırlama ve sağlıklı olarak düşündükleri besinleri tüketme ile zaman geçirirler. ON’liler kendi yeme davranışlarının mümkün olabilecek tek davranış şekli olduğunu ve diğer insanların yeme davranışlarına göre kendi yeme davranışlarının mükemmel olduğu kanısındadırlar (133).

Bratman, ortorektik davranış gösteren bireylerin belirli bir teoriyi veya felsefeyi (örneğin; belirli bir kan tipi için geliştirilen diyetler gibi) izlemeye yatkın olduklarını ve diyet ne kadar karmaşık veya zorlayıcı olursa, bireylerin diyetlerine o

kadar sadık kaldığını saptamıştır. Bratman, kendini iyileşmekte olan ortoreksiyalı olarak tanımlayan bir tıp doktorudur ve kendisiyle bağlantıya geçen kişilerin, beslenme ile ilgili kendi düşüncelerini paylaşan diğer bireylerle sıklıkla bir araya gelmeyi tercih ettiğini, ancak bu zihinsel uğraşlarının kendi aile fertleriyle ve arkadaşlarıyla öğün paylaşma keyfini önlediğini belirtmektedir (134).

Medyada çıkan bozulmuş tavuk etleri, balık etinde cıva zehirlenmesi, deli dana hastalığı gibi besinlerle ilgili aşırı miktarda yapılan medya uyarıları, bireylerin besinleri sadece “sağlığı” temel alarak değerlendirmelerine ve tüm besin sınıflarını dışlayan sıkı diyetler yapmalarına neden olmaktadır. Bu da, sosyal ve kişisel ilişkilerde değişim, genel psiko-fiziksel durumlarda farklılaşma ve elzem besin öğelerinde yetersizliğe neden olmaktadır (135).

ON’li bireyler besinlerin işlenmemiş ve saf olmasına oldukça önem vermektedirler. Bu yüzden birçok sebze ve meyveyi çiğ tüketmekte ve yanlış olduğunu düşündükleri pişirme yöntemlerini kullanmamaktadırlar. Örneğin alüminyum kaplar bu insanların asla kullanamayacakları araç ve gereçler arasındadır.

ON uzun dönem görülmediğinde yani birkaç hafta için sağlıklı yiyeceklere verilen dikkat obsesyonun üzerinde olmadığı sürece ve kişinin üzerinde olumsuz etki bırakmadığı sürece bozukluk olarak tanımlanmamaktadır (136).

Yeni bir kavram olan ON’nin geçerli bir tanısal kriteri olmadığı için literatürde yeterli bir bilgi birikimi yoktur. Literatürdeki bu boşluğu doldurmak için Donini ve diğerleri (130) 2004’te İtalyan örnekleme prevalansı incelemek ve ON tanı önerisi geliştirmek için 525 denek ile katılımcıların hem obsesif kompulsif ve fobik özellikleri açısından hem de besin seçimleri açısından değerlendirmek için bir araştırma yapmışlardır. Obsesif kompulsif ve fobik özelliklerin değerlendirilmesi için

Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri (MMPI) kullanmışlardır. Sağlıklı besin seçimi, dağılımın alt ucunda yer alan %25'lik kısmına girenler “sağlık fanatikleri” olarak belirtilmiştir. Donini ve diğerleri (130), hem MMPI da belirledikleri kesim noktasının üzerinde puan alanlara hem de sağlıklı beslenme seçiminde dağılımın %25'lik kısmında yer alanlara çalışmalarında ON tanısını koymuşlardır. Bu tanıma uyanlar örneklemin %6.9 olduğunu saptamışlardır. Donini ve diğerleri (137) 2005'te yaptıkları diğer bir çalışmayla ON'nin değerlendirildiği ORTO-15 ölçeğinin geçerliliği için bir araştırma yapmışlardır. Bu araştırmalarının dışında 2005'te Zamora ve diğerleri (138) İspanya'da ortoreksiya özelliklerini taşıdığı düşünülen bir vaka çalışması yapmışlardır. Türkiye'de ise 2006 yılında Bosi ve diğerleri (139) tarafından ORTO-15'i kullanarak 318 katılımcıyla tanımlayıcı nitelikte başka bir araştırma yürütülmüştür. Kesme puanı olarak Donini ve diğerlerinin (137) belirledikleri puanı kullanıp, örneklemelerinin %45.5'inin yeme alışkanlıkları konusunda aşırı duyarlı tutum gösterdiklerini saptamışlardır.

ON'liler, obsesif-kompulsif bozukluğu (OKB) ve yeme bozukluğu olan hastalar “ya hep ya hiç düşünce biçimi” ne sahiptirler. Bu hastalar besin seçimlerini veya yaşamlarının diğer yönlerini “iyi” - “kötü”, “güzel” - “çirkin”, “siyah” - “beyaz” gibi kesin yargılamaktadırlar. Ortalama kavramları yoktur (140).

ON'li bireylerin besinler ile ilgili takıntı düzeyinde bağlantı kurmaları “sağlıklı” besinleri aramaya yönelik saldırgan davranışlar göstermelerine neden olmaktadır. Bratman'ın araştırma sonuçları (128), diğer yazarlar tarafından da desteklenmiştir (130,137,138). ON'nin, malnütrisyon gibi olası sonuçları doğurması besin öğelerindeki eksikliklerinden kaynaklandığı belirtilmiştir. ON'li bireyler, yaşantılarının önemlilik ölçülerine göre besinlere öncelikli bir önem vermekte,

obsesyonel alışkanlıklar göstererek nereye giderlerse gitsinler yiyecekleri yanlarında taşıyarak sıkı bir diyet yapmakta, tüm yiyecekleri tartma gereksinimi ve yenilen her şeyi hesaplama gereksinimi duymakta, kendi yeme alışkanlıklarını diğer bireylerle paylaşmayarak diğer yeme davranışı bozukluklarında olduğu gibi “mükemmellik”e ulaşmaya çalışmaktadırlar (137, 133).

Kater, ON’lıların AN ve BN ile mücadele eden insanlarla, kontrol gereksinimi, mükemmeliyetçiliğe olan genetik yatkınlık gibi bazı ortak davranışlar gösterebileceklerini saptamıştır (28).

Bölüm 3

GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Araştırma Yeri, Zamanı ve Örneklem Seçimi

Bu çalışma, Gazimağusa’da ikamet eden 20-40 yaş arası kadınların obeziteye karşı önyargılarını ve sağlıklı beslenme takıntılarını değerlendirmeye yönelik betimleyici bir çalışmadır.

Araştırma örneklemini, araştırma evrenini temsil edecek şekilde basit rastgele örnekleme yöntemi kullanılarak %95 güven aralığı ve %5 örnekleme hatası ile güç analizi yapılarak KKTC 2011 nüfus sayımının sonuçlarına göre belirlenmiş ve 475 kişiyle gerçekleştirilmiştir. Bu çalışma Doğu Akdeniz Üniversitesi Sağlık Alt Etik Kurulu tarafından onaylanmıştır (Etik Kurul no: ETK00-2016-0113)(EK 1).

3.2 Verilerin Toplanması

Veriler katılımcıların gönüllü onam formu, demografik özellikleri, genel beslenme alışkanlıkları, GAMS-27 ve ORTO-11 ölçeklerinin bulunduğu anket formu ile ev veya iş yerlerinde ziyaret edilerek ve araştırmacı tarafından yüz yüze görüşülerek alınmıştır.

Katılımcıların gönüllü onam formu doldurmaları istenmiş ve bu formda araştırma hakkında kısaca bilgi verilmiştir. Ayrıca anket bilgilerinin gizli tutulacağı, ancak çalışmanın kalitesini denetleyen görevliler, etik kurullar ya da resmi makamlarca gereği halinde incelenebileceği, çalışmanın gönüllük esasına dayalı

olduğundan katılımcılardan ücret alınmayacağı ve araştırmaya katıldığı için ek ödeme yapılmayacağı, istedikleri zaman çalışmadan ayrılabilceği belirtilmiştir (EK 2).

Birinci bölümde katılımcıların genel demografik özelliklerinde kronik hastalıklar, kahvaltı alışkanlıkları, ara öğün tüketimleri ve sigara kullanımları gibi sorular sorulmuş olup, genel beslenme alışkanlıkları değerlendirilmiştir (EK 3).

İkinci bölümde antropometrik ölçümleri taşınabilir TANİTA MC 780 MA vücut analiz cihazı ile yapılmış olup, buna ek olarak esnemeyen mezür ile boy uzunluğu, bel çevresi ve kalça çevresi ölçümleri alınmıştır. Boy uzunluğu ve vücut ağırlığı ölçümü kullanılarak BKİ (kg/m^2), bel/kalça oranı, bel/boy oranı hesaplanmıştır (EK 3).

Üçüncü bölümde ise GAMS-27 obezite önyargı ölçeğini doldurmaları istenmiştir (EK 4). Yine bu kısımda katılımcılara diğere bir ölçek olan ORTO-11 sağlıklı beslenme takıntısı ölçeğini doldurmaları istenmiştir (EK 5).

3.2.2 Ölçekler

3.2.2.1 GAMS-27

GAMS-27 (Obesite Önyargı Ölçeği), 2015 yılında Ercan ve diğere (141) tarafından geliştirilmiştir. Açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi ile ölçeğin geçerliliği incelendiğinde, tüm ölçek maddelerinin tek bir boyut altında toplandığı ve bu nedenle ölçeğin tek boyutlu olduğu sonucuna varılmıştır. Ölçeğin güvenilirliği için madde analizi uygulanmış ve ölçekte kalan 27 maddenin Cronbach Alfa katsayısı 0.847 olarak yüksek güvenilirlikte bulunmuştur (141).

Ölçek, liste halinde obez insanları tanımlamak için kullanılan 27 maddeden oluşmakta ve maddelerin derecelendirilmesi 5'li Likert derecelendirme sistemine

göre yapılmıştır. Ölçek; “kesinlikle katılıyorum”, “katılıyorum”, “kararsızım”, “katılmıyorum” ve “kesinlikle katılmıyorum” şeklinde derecelendirilmiştir. Olumlu maddeler (2, 4, 7, 10, 11, 14, 15, 17, 20, 22, 25, 27) “kesinlikle katılıyorum” seçeneğinden başlamak üzere 5’den 1’e doğru; olumsuz maddeler (1, 3, 5, 6, 8, 9, 12, 13, 16, 18, 19, 21, 23, 24, 26) ise “kesinlikle katılıyorum” seçeneğinden başlamak üzere 1’den 5’e doğru puanlanmıştır. Toplamda 27 maddeden oluşan; “Obezite Önyargı Ölçeği”nden alınabilecek en düşük puan 27 ve en yüksek puan ise 135’dir (141).

Bu çalışmada GAMS-27 ölçeğinin değerlendirilmesi için kullanılan kesim noktası Ercan ve diğerlerinin (141) kullandığı %25’lik, %50’lik ve %75’lik kesim noktası elde etme yöntemiyle belirlenmiştir. Çalışmanın kesim noktası %25’lik 69 puan ve altı alanlar önyargısız, kesim noktası %50’lik 69.01-81.99 puan alanlar önyargıya eğilimli, kesim noktası %75’lik 82 puan ve üstü önyargılı olarak değerlendirilmiştir. Buna göre, GAMS-27 ölçeğinden aldıkları puan arttıkça bireylerin obeziteye karşı önyargılı olduğu söylenebilmektedir.

3.2.2.2 ORTO-11

Bireylerde sağlıklı beslenme takıntısının belirlenmesine yönelik geliştirilmiş bir ölçektir. Donini tarafından (130) 1997 yılında, İtalya’da geliştirilmiş olan ORTO-15 ölçeği 15 sorudan oluşmaktadır. Donini ve diğerlerinin (130) yol gösterici olarak kullandıkları ölçek ise Bratman’ın (128) hazırladığı sorulara dayanan Bratman’s Orthorexia Test (BOT) olarak bilinen, “evet”, “hayır” şeklinde iki şıklı cevaplama yöntemi ile tanı koymayı ilk kez kullanan, 10 soruluk ölçek oluşturmaktadır. Ölçeğin soruları pilot çalışma yapılarak Donini ve diğerleri (130) tarafından yeniden düzenlenerek ve Bratman’ın testinden bazı maddeler (1, 3, 7, 8, 9, 10) değiştirilerek

kullanılmıştır. Tam anlaşılmayan bazı maddeler, daha net yanıt alabilmek açısından değiştirilmiş, ölçek son kullanılabilir haline dönüştürülmüştür. Maddeler son halinde, 4 dereceli formatta cevaplanacak biçimde yazılmış olup, ölçekte; bireylerin kendilerini ne sıklıkla maddelerde tarif edildiği şekilde hissettiklerini “her zaman”, “sık sık”, “bazen” ve “hiçbir zaman” seçeneklerinden birini işaretlemeleri belirtilmiştir. Her madde en çok 1, 2, 3 ve 4 puanlarından biriyle puanlanmaktadır.

ORTO-15 ölçeğinde maddelerden 2, 5, 8 ve 9. maddeler (3, 4, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 15 maddelerinin) tersine puan verilerek hesaplanmaktadır. Soru 13’te ise her zaman için ‘2’, sıklıkla için ‘4’, bazen için ‘3’ ve asla cevabı için ‘1’ puanı verilmiştir. Maddeler, satın alma, hazırlama, bireylerin seçme ve kendilerinin sağlıklı olarak nitelendirdikleri besinleri tüketme konularındaki obsesif davranışlarını araştırmayı amaçlamaktadır (13).

ORTO-15 ölçeğinin Türkçe’ye uyarlama çalışması Arusoğlu (127) tarafından 2006 yılında yapılmış ve ORTO-11 olarak uyarlanmıştır. ORTO-15’te bulunan “1.Yemek yerken yediklerinizin kalorisine dikkat eder misiniz?”, “2.Çeşitli yiyeceklerin olduğu bir yerde yiyecek seçmek durumunda kalırsanız kararsızlık yaşar mısınız?”, “9.Sizce, ruhsal durumunuz yeme düzeninizi etkiler mi?”, “15.Son zamanlarda yemeklerinizi özellikle tek başına yemeği tercih eder misiniz?” soruları istatistiksel olarak güçlü bulunmadığından ölçekten çıkarılmıştır.

ORTO-11 ölçeğinde 3. ve 6. maddelerdeki sorulara her zaman için ‘4’, sık sık için ‘3’, bazen için ‘2’ ve hiçbir zaman için ‘1’ puan verilmiştir. Soru 1, 2, 4, 5, 7, 8, 9, 11 tersine puanlanarak hesaplanmıştır. Soru 10 ise her zaman için ‘2’, sık sık için ‘4’, bazen için ‘3’ ve hiçbir zaman için ‘1’ puanı verilmiştir (127).

Bu çalışmada ORTO-11 ölçeğinin değerlendirilmesi için kullanılan kesim noktası, Arusoğlu'nun Türkçe'ye Uyarlama Çalışması'nda kullandığı kesim noktasıdır (127). Buna göre kesim noktası %25'lik dilimde 24 puan olarak belirlenmiştir. Toplamda 24 puanın altında kalanlar ortoreksiya eğilimli, 24 puanın üstündekiler ise sağlıklı olarak değerlendirilmiştir. Ölçeğin değerlendirilmesinde puan artıkça ortoreksiya nervosa riskinin azaldığını göstermektedir.

3.2.3 Antropometrik Ölçümler

Vücut ağırlığı ve vücut bileşiminin ölçümü en az 3 saatlik açlık sonrası ve ince kıyafetlerle ayakkabısız olarak 0.1 kg'a duyarlı TANİTA MC 780 MA vücut bileşim cihazı ile yapılmıştır. Bireylerin; ölçümden 24-48 saat önce ağır fiziksel aktivite yapmamış, 24 saat önce alkol kullanmamış, en az 3 saat önce yemek yemiş, test öncesinde çok su içmemiş, testten en az 4 saat önce çay, kahve içmemiş olmalarına dikkat edilerek gerçekleştirilmiştir (56).

Boy uzunluğu ölçümü ise dik pozisyonda, frankfort düzlemde, kalçalar ve omuz düz duvara dayalı olarak çıplak ayak ile ölçülmüştür. Boy uzunluğu, bel çevresi ve kalça çevresi esnemeyen mezür ile alınmıştır. Bel çevresi ölçümü birey ayakta iken, kollar yana sarkıtılmış, bacaklar bitişik durumda, en alt kaburga ile kristailiak arası orta nokta işaretlenerek alınmıştır. Kalça ölçümü ise bireyin yan tarafında durularak kalçanın en geniş noktasından çevre uzunluğu ölçülerek alınmıştır. Alınan antropometrik ölçümler ile bel/kalça, bel/boy oranı hesaplanmıştır (56).

Boy uzunluğu ve vücut ağırlığı kullanılarak bireylerin BKİ değeri her birey için kg/m^2 cinsinden hesaplanmıştır. BKİ değeri DSÖ'ye göre $\leq 18.49 \text{ kg/m}^2$ zayıf, $18.5-24.9 \text{ kg/m}^2$ arası normal, $25-29.9 \text{ kg/m}^2$ arası kilolu, $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ obez olarak

gruplandırılmıştır. Bel çevresini, DSÖ kadınlar için >80 cm risk, >88 cm ise yüksek risk olarak değerlendirilmiştir (102). Bel çevresi/boy uzunluğu Ashwell ve arkadaşları (48) tarafından geliştirilmiştir. Buna göre bel çevresi/boy uzunluğu <0.4 dikkat, 0.4-0.5 uygun, 0.5-0.6 eylem düşün (<5 yaşta eyleme geç), >0.6 eyleme geç olarak değerlendirilmiştir.

Son olarak da süt, yoğurt, kırmızı et, beyaz et, balık, peynir, meyve, sebze, şeker ve ekmek gibi besin grupları için besin tüketim sıklığı alınmıştır. Bu besin gruplarını ne sıklıkla tükettikleri ve günlük ortalama değerleri gram cinsinden hesaplanmıştır.

3.3 Verilerin Analizi

Anketle toplanan verilerin kodlanmasında ve çözümlenmesinde, SPSS (The Statistical Packet for The Social Sciences) sürüm 20.0 istatistik programından yararlanılmıştır. Verileri değerlendirirken tanımlayıcı istatistik metotları sayı, yüzde, alt, üst, ortalama ve standart sapma değerleri kullanılmıştır. Ölçeklerde iç tutarlılığın belirlenmesi için Cronbach Alfa katsayısı incelenmiştir (0.713). Nicel verilerin analizine geçmeden önce bu tür değişkenlere ait verilerin normal dağılıma uygunluğuna “Kolmogrov Simirnov Testi” ile bakılıp, normal dağılıma uygunluğu olmayanlar “Kruskal Wallis H Testi” ve “Ki-Kare Testi” uygulanmıştır.

Elde edilen bulgular istatistiksel olarak %95 güven aralığında %5 anlamlılık olarak kabul edilmiştir.

Bölüm 4

BULGULAR

Bu bölümde, çalışmaya katılan bireylerin genel demografik özellikleri, genel sağlık durumları, genel beslenme alışkanlıkları, antropometrik ölçümleri ve araştırmada kullanılan ölçeklere yönelik bulgular yer almaktadır.

4.1 Bireylerin Genel Demografik Özelliklerine Göre Dağılımları

Bu çalışmaya, KKTC'nin Gazimağusa ilçesinde ikamet eden 20-40 yaş arasındaki 475 kadın katılmıştır. Bireylerin demografik özelliklerine göre dağılımları tablo 1'de verilmiştir. Kadınların yaş ortalamaları 30.67 ± 6.08 yıldır. Kadınların %44.2'si evli, %55.8'i bekadır.

Kadınların %22.5'ni ev hanımları, %34.3'ünü serbest meslek grubu, %28.8'ini memurlar, %14.4'ünü diğer meslek gruplarına ait bireyler oluşturmaktadır. Eğitim durumlarına bakıldığında da ise %8.8'i ilkokul, %7.6'sı ortaokul, %33.9'u lise, %42.8'i üniversite, %6.9'u da yüksek lisans mezunudur (Tablo 4.1).

Tablo 4.1: Bireylerin Genel Demografik Özelliklerine Göre Dağılımları

	n	%
Yaş (yıl)		
20-30	223	46.9
30-40	252	53.1
Toplam	475	100.0
Yaş Ort. (yıl)	30.67 ± 6.08	
X̄+SS		
Medeni Durum		
Evli	210	44.2
Bekar	265	55.8
Toplam	475	100.0
Eğitim Durumu		
İlkokul Mezunu	42	8.8
Ortaokul Mezunu	36	7.6
Lise Mezunu	161	33.9
Üniversite Mezunu	203	42.8
Lisans Üstü	33	6.9
Toplam	475	100.0
Meslek		
Ev Hanımı	107	22.5
Serbest Meslek	163	34.3
Memur	137	28.8
Diğer**	68	14.4
Toplam	475	100.0

**diğer: Kuaför, sekreter, bankacı, kasiyer, mühendis, tekniker, öğrenci

4.2 Bireylerin Genel Sağlık Durumları ve Sigara Kullanımlarına

Yönelik Bulgular

Çalışmaya katılanların %21.1'inde doktor tarafından tanısı konulmuş hastalığı varken %78.9'unun herhangi bir hastalığı yoktur. Kadınlarda en çok

görülen hastalık diyabettir (%5.3). Ankete katılanların %27.8'i sigara kullanırken, %72.2'si sigara kullanmamaktadır (Tablo 4.2).

Tablo 4.2: Bireylerin Sağlık Durumları ve Sigara Kullanımları

	n	%
Tanıısı Konulmuş Hastalık		
Var	100	21.1
Yok	375	78.9
Toplam	475	100.0
Hastalıklar		
Hipertansiyon	13	2.7
Diyabet	24	5.3
Kalp-Damar	8	1.7
GIS Hastalıkları	3	0.6
Kemik ve Eklem	4	0.8
Solunum Hastalıkları	9	1.9
Anemi	4	0.8
Böbrek Hastalıkları	2	0.4
Kanser	1	0.2
Gluten intöleransı	1	0.2
Diğer**	31	6.5
Toplam	100	21.1
Sigara Kullanımı		
Evet	132	27.8
Hayır	343	72.2
Toplam	475	100.0
Sigara Kullanımı (yıl)		
1-5	46	9.7
6-10	38	8.0
11-15	20	4.2
16-20	23	4.8
21-25	5	1.1
Toplam	132	27.8
Sigara Günlük Adet		
1-10	64	13.6
11-20	60	12.6
21-30	4	0.8
31-40	4	0.8
Toplam	132	27.8

**diğer: astım, migren, alerjik rinit, yumurtalık kisti, fitik, panik atak, hepatit B taşıyıcısı

4.3 Bireylerin Genel Beslenme Alışkanlıklarına Yönelik Bulgular

Ankete katılan kadınların %58.5'i düzenli kahvaltı yaparken %32.4'ü bazen yapmakta, %9.1'inin ise düzenli kahvaltı alışkanlığı bulunmamaktadır. Bireylerin günlük ara öğün tüketimi incelendiğinde, %46.1'i bazen ara öğün tükettiğini belirtmiştir. Ara öğün tüketenler günlük ortalama 2.15 ± 0.97 adet ara öğün tüketmektedir. Çalışmaya katılan kadınların %53.7'si beyaz ekmeğe, %24.8'i tam tahıllı, %20.0'ı çavdar ekmeği tüketirken, %1.5'i hiç ekmeğe tüketmediğini belirtmiştir (Tablo 4.3).

Tablo 4.3: Bireylerin Kahvaltı ve Ara Öğün Tüketim Alışkanlıklarına Göre Dağılımları

	n	%
Düzenli Kahvaltı Yapılması		
Evet	278	58.5
Bazen	154	32.4
Hayır	43	9.1
Toplam	475	100.0
Ara Öğün Tüketimi		
Evet	167	35.2
Bazen	219	46.1
Hayır	89	18.7
Toplam	475	100.0
Günlük Ara Öğün Tüketimi (Adet) $\bar{X} \pm SS$		2.15±0.97
1-2 Adet	274	57.7
3-4 Adet	102	21.5
≥5 Adet	10	2.1
Toplam	386	81.3
Ekmek Çeşidi		
Beyaz Ekmeğe	255	53.7
Tam Tahıllı Ekmeğe	118	24.8
Çavdar Ekmeği	95	20.0
Hiç	7	1.5
Toplam	475	100.0

Tablo 4.4'te kadınların bazı besinleri tüketim sıklıklarına göre dağılımları verilmiştir. Kadınların %31.4'ü her gün süt içerken %16.8'i hiç süt tüketmemektedir. Bunun yanında %37.9'u her gün şeker tüketirken %34.1'i hiç şeker kullanmamaktadır. Kadınların %36.8'i haftada 2-3 gün kırmızı et tüketirken, %7.2'si hiç et tüketmemekte; tavuğu %42.1'i haftada 2-3 gün tüketirken, %4.0'ı hiç tüketmemekte, %64'ü her gün peynir tüketmekte %2.7'si ise hiç peynir tüketmemekte; %44'ü her gün meyve tüketmekte, %1.7'si hiç meyve tüketmemekte; %43.2'si her gün sebze tüketmekte, %2.9'u hiç sebze tüketmemektedir. Ayrıca %57.1'i her gün, %22.9'u ise her öğün ekme tüketmektedir.

Tablo 4.4: Bireylerin Bazı Besinleri Tüketim Sıklıklarına Göre Dağılımları

		n	%
Süt	Her Gün	149	31.4
	Haftada 1	79	16.6
	Haftada 2-3	64	13.5
	Haftada 4-6	29	6.1
	Ayda 2-3	22	4.7
	Seyrek	52	10.9
	Hiç	80	16.8
	Toplam	475	100.0
Yoğurt	Her Gün	181	38.1
	Her Öğün	14	2.9
	Haftada 1	42	8.8
	Haftada 2-3	110	23.2
	Haftada 4-6	76	16.0
	Ayda 2-3	11	2.4
	Seyrek	23	4.8
	Hiç	18	3.8
Toplam	475	100.0	
Et	Her gün	19	4.0
	Haftada 1	110	23.2
	Haftada 2-3	175	36.8
	Haftada 4-6	52	10.9
	Ayda 2-3	42	8.8
	Seyrek	43	9.1
	Hiç	34	7.2
	Toplam	475	100.0

Tablo 4.4: Bireylerin Bazı Besinleri Tüketim Sıklıklarına Göre Dağılımları (Devamı)

		n	%
Tavuk	Her gün	37	7.8
	Haftada 1	82	17.3
	Haftada 2-3	200	42.1
	Haftada 4-6	82	17.3
	Ayda 2-3	27	5.7
	Seyrek	28	5.8
	Hiç	19	4.0
	Toplam	475	100.0
Balık	Haftada 1	110	23.2
	Haftada 2-3	35	7.4
	Haftada 4-6	19	4.0
	Ayda 2-3	92	19.4
	Seyrek	108	22.7
	Hiç	111	23.3
	Toplam	475	100.0
Peynir	Her gün	304	64.0
	Haftada 1	32	6.7
	Haftada 2-3	62	13.1
	Haftada 4-6	43	9.1
	Ayda 2-3	6	1.3
	Seyrek	15	3.1
	Hiç	13	2.7
	Toplam	475	100.0
Meyve	Her gün	209	44.0
	Her öğün	3	0.6
	Haftada 1	60	12.6
	Hafta 2-3	76	16.0
	Haftada 4-6	48	10.1
	Ayda 2-3	19	4.1
	Seyrek	52	10.9
	Hiç	8	1.7
	Toplam	475	100.0

Tablo 4.4: Bireylerin Bazı Besinleri Tüketim Sıklıklarına Göre Dağılımları (Devamı)

		n	%
Sebze	Her gün	205	43.2
	Haftada 1	47	9.9
	Haftada 2-3	121	25.5
	Haftada 4-6	67	14.1
	Ayda 2-3	8	1.7
	Seyrek	13	2.7
	Hiç	14	2.9
	Toplam	475	100.0
Şeker	Her gün	180	37.9
	Her öğün	19	4.0
	Haftada 1	25	5.3
	Haftada 2-3	22	4.6
	Haftada 4-6	17	3.6
	Ayda 2-3	4	0.8
	Seyrek	46	9.7
	Hiç	162	34.1
Toplam	475	100.0	
Ekmek	Her gün	271	57.1
	Her öğün	109	22.9
	Haftada 1	5	1.1
	Haftada 2-3	30	6.3
	Haftada 4-6	21	4.4
	Seyrek	30	6.3
	Hiç	9	1.9
	Toplam	475	100.0

Tablo 4.5'te bu tükettiklerin besinlerin günlük ortama miktarları, standart sapması, alt ve üst değerleri verilmiştir. Buna göre günlük ortalama süt tüketimi 121.15±120.47 g.; günlük ortalama yoğurt tüketimi 100.84±84.39 g.; günlük ortalama kırmızı et tüketimi 26.14±25.31 g.; günlük ortalama tavuk tüketimi 35.08±28.63 g.; günlük ortalama balık tüketimi 24.03±27.75 g.; günlük ortalama peynir tüketimi 43.54±28.17 g.; günlük ortalama meyve tüketimi 86.92±73.63 g.; günlük ortalama sebze tüketimi 94.95±63.53 g.; günlük ortalama şeker tüketimi 8.48±7.98 g.; günlük ortalama ekmek tüketimi 106.01±100.95 g'dır.

Tablo 4.5 : Bireylerin Bazı Besinleri Tükettikleri Günlük Ortalama Değerleri

	$\bar{X} \pm SS$ (Alt – Üst)
Süt	121.15±120.47 (1.60-600.00)
Yoğurt	100.84±84.39 (1.20-450.00)
Kırmızı Et	26.14±25.31 (0.48-141.30)
Tavuk	35.08±28.63 (0.48-141.30)
Balık	24.03±27.75 (0.10-300.00)
Peynir(toplam)	43.54±28.17 (0.48-150.00)
Meyve	86.92±73.63 (1.60-500.00)
Sebze	94.95±63.53 (1.20±300.00)
Şeker	8.48±7.98 (0.05-54.00)
Ekmek	106.01±100.95 (0.04-600.00)

4.4 Bireylerin Antropometrik Ölçümlerine Yönelik Bulgular

Kadınların BKİ'ne göre dağılımları incelendiğinde, %6.7'si zayıf, %54.3'ü normal, %25.1'i kilolu, %13.9'u obez olduğu saptanmıştır (Tablo 4.6).

Tablo 4.6: Bireylerin BKİ'ne Göre Dağılımları

	n	%
BKİ Aralığı		
Zayıf \leq (18,49 kg/m ²)	32	6.7
Normal (18,5-24,9 kg/m ²)	258	54.3
Kilolu (25,0-29,9 kg/m ²)	119	25.1
Obez \geq (30,0 kg/m ²)	66	13.9
Toplam	475	100.0

Tablo 4.7'de kadınların antropometrik ölçümlerinin genel ortalama ve standart sapmaları gösterilmiştir. Buna göre BKİ'nin genel ortalaması 24.68±5.01 kg/m²; bel çevresinin genel ortalaması 80.32±11.64 cm.; kalça çevresinin genel ortalaması 102.16±9.57 cm.; yağ yüzdesinin genel ortalaması 28.17±6.78; yağ kütlesinin genel ortalaması 19.44±8.69 kg; kas yüzdesinin genel ortalaması 68.00±6.54; kas kütlesinin genel ortalaması 44.13±5.77 kg; sıvı yüzdesinin genel ortalaması 51.64±5.14; sıvı miktarının genel ortalaması 33.42±4.28 kg'dir.

Tablo 4.7: Bireylerin Antropometrik Ölçümlerinin Ortalama Değerleri

	$\bar{X} \pm SS$ (Alt – Üst)
BKI (kg/m²)	24.68±5.01 (15.20–44.70)
Bel Çevresi (cm)	80.32±11.64 (60.00–127.00)
Kalça Çevresi (cm)	102.16±9.57 (79.00–132.00)
Yağ (%)	28.17±6.78 (8.20–46.70)
Yağ (kg)	19.44±8.69 (3.60–76.50)
Kas (%)	68.00±6.54 (43.70–87.10)
Kas (kg)	44.13±5.77 (31.40–72.60)
Sıvı (%)	51.64±5.14 (33.10–69.30)
Sıvı (kg)	33.42±4.28 (23.10–54.80)

Tablo 4.8’de katılımcıların bel çevresi aralığı, bel/kalça oranı ile bel/boy oranına göre dağılımları bulunmaktadır. Kadınların bel çevresi aralığına göre %53.5’i, bel/kalça oranına göre %63.4’ü, bel/boy oranına göre %55.2’si sağlıklıdır.

Tablo 4.8: Bireylerin Antropometrik Ölçümlerinin Ortalama Değerleri

		n	%
Bel Çevresi Aralığı	Normal*	254	53.5
	Risk**	113	23.8
	Yüksek Risk***	108	22.7
	Toplam	475	100.0
Bel/Kalça Oranı	Sağlıklı●	301	63.4
	Obez●●	174	36.6
	Toplam	475	100.0
Bel/Boy (cm)	Oranı Dikkat[°]	26	5.5
	Uygun^{°°}	262	55.2
	Eylem Düşün^{°°°}	142	29.8
	Eyleme Geç^{°°°°}	45	9.5
	Toplam	475	100.0

*<80cm., **80-88cm., ***>88; ●<0.85cm., ●●>0.85cm.; °<0,4cm., °°0,4-0,5cm., °°°0,5-0,6cm., °°°°>0,6cm.

4.5 Bireylerin GAMS-27 ve ORTO-11 Ölçeklerine Yönelik Bulgular

Bireylerin obezite önyargı ölçeğinden aldığı puanlar gruplandırıldığında, %26.1'i önyargılı, %48.0'ı önyargıya eğilimli, %25.9'u önyargsız olarak bulunmuştur. Sağlıklı beslenme takıntılarına göre puanların gruplandırılması yapıldığında ise %24.8'i ortoreksiya eğilimli, %75.2'si sağlıklı olarak bulunmuştur. GAMS-27 ölçeğinin genel ortalaması 75.97±11.99 puan; ORTO-11 ölçeğinin genel puan ortalaması 26.73±3.27 olarak bulunmuştur (Tablo 4.9).

Tablo 4.9: Bireylerin GAMS-27 ve ORTO-11 Ölçeğinden Aldıkları Puanlara Göre Sınıflamaları

GAMS-27	Puan Sınırı	n	%	Alt-Üst
Önyargısız	≤69 Puan	123	25.9	42.00-69.00
Önyargıya Eğilimli	69,01-81,99	228	48.0	70.00-81.00
Önyargılı	≥82 Puan	124	26.1	82.00-110.00
	Toplam	475	100.0	
GAMS-27 Puan $\bar{X} \pm SS$			75.97±11.99	
ORTO-11				
Ortoreksiya Eğilimli	≤24 Puan	118	24.8	18.00-24.00
Sağlıklı	>24 Puan	357	75.2	25.00-37.00
	Toplam	475	100.0	
ORTO-11 Puan $\bar{X} \pm SS$			26.73±3.27	

GAMS-27 ve ORTO-11 ölçeklerinin normal dağılıma uygunluğu test etmek için normal dağılım testi uygulanmıştır ve normal dağılmadığı görülmüştür. ($p>0,05$) (Tablo 4.10).

Tablo 4.10: Normal Dağılım Tablosu

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
GAMS-27 Puan	.074	475	.000	.983	475	.000
ORTO-11 Puan	.082	475	.000	.989	475	.002

4.6 Bireylerin Genel Demografik Özelliklerine, Genel Sağlık Durumları ve Sigara Kullanımlarına, Kahvaltı Alışkanlıkları ve Ara Öğün Tüketimlerine Göre GAMS-27 Puanlarının Değerlendirilmesi

Çalışmaya katılan kadınlar GAMS-27 puanları açısından değerlendirildiğinde önyargısız, önyargıya eğilimli ve önyargılıların yaş, medeni durum, meslek ve eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$)

(Tablo 4.11).

Tablo 4.11: Bireylerin Genel Demografik Özelliklerine Göre GAMS-27 Puanları Açısından Değerlendirilmesi

	GAMS-27						p
	≤69 Puan Önyargısız		69.01-81.99 Puan Önyargıya Eğilimli		≥82 Puan Önyargılı		
	n	%	n	%	n	%	
Yaş (yıl)							0.764
20-30	55	45.1	111	48.7	57	45.6	
30-40	67	54.9	117	51.3	68	54.4	
Toplam	122	100.0	228	100.0	125	100.0	
Medeni Durum							0.186
Evli	51	41.8	95	41.7	64	51.2	
Bekar	71	58.2	133	58.3	61	48.8	
Toplam	122	100.0	228	100.0	125	100.0	
Eğitim Durumu							0.376
İlkokul	12	9.8	21	9.2	9	7.2	
Ortaokul	15	12.3	16	7.0	5	4.0	
Lise	35	28.7	83	36.4	43	34.4	
Üniversite	52	42.6	93	40.8	58	46.4	
Lisans Üstü	8	6.6	15	6.6	10	8.0	
Toplam	122	100.0	228	100.0	125	100.0	
Meslek							0.831
Ev Hanımı	29	23.8	50	21.9	28	22.4	
Serbest Meslek	36	29.5	82	36.0	45	36.0	
Memur	35	28.7	66	28.9	36	28.8	
Diğer**	22	18.0	30	13.2	16	12.8	
Toplam	122	100.0	228	100.0	125	100.0	

**diğer: Kuaför, sekreter, bankacı, kasiyer, mühendis, tekniker, öğrenci

Tablo 4.12’de kadınların hastalık durumu ve sigara kullanımları GAMS-27 puanları açısından değerlendirildiğinde; önyargısız, önyargıya eğilimli ve

önyargılıların tanısı konulmuş hastalığı ve sigara kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$).

Tablo 4.12: Bireylerin Hastalık Durumu, Sigara Kullanımına Göre GAMS-27 Puanları Açısından Değerlendirilmesi

	GAMS-27						p
	≤69 Puan Önyargısız		69.01-81.99 Puan Önyargıya Eğilimli		≥82 Puan Önyargılı		
	n	%	n	%	n	%	
Hastalık Durumu							0.278
Evet	30	24.6	41	18.0	29	23.2	
Hayır	92	75.4	187	82.0	96	76.8	
Toplam	122	100.0	228	100.0	125	100.0	
Sigara Kullanımı							0.250
Evet	41	33.6	59	25.9	32	25.6	
Hayır	81	66.4	169	74.1	93	74.4	
Toplam	122	100.0	228	100.0	125	100.0	

Tablo 4.13'te kadınların kahvaltı alışkanlığı ve ara öğün tüketimi GAMS-27 puanları açısından değerlendirildiğinde; önyargısız, önyargıya eğilimli ve önyargılı düzenli kahvaltı yapması ile istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Önyargısız, önyargıya eğilimli ve önyargılı olan kadınların ara öğün tüketimi değerlendirildiğinde aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 4.13: Bireylerin Kahvaltı Alışkanlıkları ve Ara Öğün Tüketimine Göre GAMS-27 Puanları Açısından Değerlendirilmesi

	GAMS-27						p
	≤69 Puan Önyargısız		69.01-81.99 Puan Önyargıya Eğilimli		≥82 Puan Önyargılı		
	n	%	n	%	n	%	
Düzenli Kahvaltı							0.190
Evet	81	66.4	124	54.4	73	58.4	
Bazen	33	27.0	78	34.2	43	34.4	
Hayır	8	6.6	26	11.4	9	7.2	
Toplam	122	100.0	228	100.0	125	100.0	
Ara Öğün							0.018
Evet	51	41.8	79	34.6	37	29.6	
Bazen	41	33.6	110	48.2	68	54.4	
Hayır	30	24.6	39	17.1	20	16.0	
Toplam	122	100.0	228	100.0	125	100.0	

Tablo 4.14'te GAMS-27 puanına göre bazı besinleri tüketimleri değerlendirilmiştir. Önyargısız kadınların günlük ortalama ekmek tüketimleri 118.75 ± 106.26 g., önyargıya eğilimlilerin 107.13 ± 104.58 g., önyargılı olanların 91.72 ± 87.23 g.'dir. Önyargısız ve önyargılı olanların ekmek tüketim miktarı arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$). Önyargısız, önyargıya eğilimli ve önyargılı olan katılımcıların süt, yoğurt, kırmızı et, tavuk, balık, peynir, meyve, sebze ve şeker tüketimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 4.14: Bireylerin Bazı Besinleri Tüketimlerine Göre GAMS-27 Puanlarının Değerlendirilmesi

	GAMS-27			p
	≤69 Puan	69.01-81.99 Puan	≥82 Puan	
	Önyargısız	Önyargıya Eğilimli	Önyargılı	
	$\bar{X} \pm SS$ (Alt-Üst)	$\bar{X} \pm SS$ (Alt-Üst)	$\bar{X} \pm SS$ (Alt-Üst)	
Süt (g)	136.28±130.72 (1.60-600.00)	111.03±117.59 (1.60-600.00)	125.22±114.51 (3.20-600.00)	0.717
Yoğurt (g)	112.64±97.05 (1.20-450.00)	95.16±79.61 (1.20-450.00)	99.59±78.88 (1.20-300.00)	0.214
K.Et (g)	25.77±19.99 (0.48-94.20)	25.67±24.81 (0.48-120.00)	27.36±30.29 (0.48-141.30)	0.855
Tavuk (g)	33.10±25.64 (0.48-117.75)	34.03±27.83 (0.48-120.00)	39.07±32.57 (0.48-141.30)	0.204
Balık (g)	23.69±19.85 (1.20-117.75)	22.57±29.06 (0.48-300.00)	27.07±31.68 (0.10-235.50)	0.097
Peynir (g)	46.38±26.44 (0.48-120.00)	42.66±29.70 (0.48-150.00)	42.38±26.95 (0.48-120.00)	0.191
Meyve (g)	92.45±75.18 (1.60-300.00)	85.03±72.52 (1.60-500.00)	85.03±74.45 (1.60-400.00)	0.833
Sebze (g)	89.22±57.81 (1.20-300.00)	94.81±65.45 (1.20-300.00)	100.74±65.25 (1.20-300.00)	0.106
Şeker (g)	8.88±7.07 (0.10-36.00)	8.65±8.78 (0.05-54.00)	7.85±7.23 (0.05-36.00)	0.300
Ekmek (g)	118.75±106.26 (0.80-450.00)	107.13±104.58 (0.40-600.00)	91.72±87.23 (0.04-450.00)	0.004

4.7 Bireylerin Antropometrik Ölçümlerine Göre GAMS-27

Puanlarının Değerlendirilmesi

Kadınların GAMS-27 puanına göre antropometrik ölçümleri değerlendirildiğinde, önyargısız olanların BKI ortalaması $23.97 \pm 4.86 \text{ kg/m}^2$, önyargıya eğilimlilerin $24.50 \pm 4.85 \text{ kg/m}^2$, önyargılı olanların $25.71 \pm 5.31 \text{ kg/m}^2$ 'dir. Önyargısız olan kadınların bel çevresi ortalaması $79.45 \pm 11.84 \text{ cm.}$, önyargıya eğilimlilerin $79.60 \pm 10.96 \text{ cm.}$, önyargılı olanların $82.49 \pm 12.46 \text{ cm.}$ 'dir. Yağ yüzde ortalaması önyargısız olan kadınların $\%27.70 \pm 6.77$, önyargıya eğilimlilerin $\%28.03 \pm 6.62$, önyargılıların $\%28.88 \pm 7.07$ 'dir. Önyargısız, önyargıya eğilimli ve önyargılı olanların BKI, bel çevresi, kalça çevresi, yağ yüzdesi, yağ kütlesi, kas yüzdesi, sıvı yüzdesi ve sıvı miktarı arasındaki istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0.05$). Önyargısız, önyargıya eğilimli ve önyargılı olanların kas kütlesi arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$). Önyargısız ve önyargıya eğilimli kadınların BKI, bel çevresi, kalça çevresi, yağ yüzdesi, yağ kütlesi, kas yüzdesi, sıvı yüzdesi ve sıvı miktarı ile istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$). Önyargısız ve önyargılı kadınların BKI, bel çevresi, kalça çevresi, yağ yüzdesi, yağ kütlesi, kas yüzdesi, sıvı yüzdesi ve sıvı miktarı ile istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0.05$). Önyargıya eğilimli ve önyargılı kadınların BKI, bel çevresi, sıvı miktarı ile istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0.05$). Önyargıya eğilimli ve önyargılı kadınların kalça çevresi, yağ yüzdesi, yağ kütlesi, kas yüzdesi, sıvı yüzdesi ile istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$) (Tablo 4.15).

Tablo 4.15: Bireylerin Antropometrik Ölçümlerine Göre GAMS-27 Puanlarının Değerlendirilmesi

	GAMS-27			p
	≤69 Puan	69.01-81.99 Puan	≥82 Puan	
	Önyargısız	Önyargıya Eğilimli	Önyargılı	
	$\bar{X} \pm SS$ (Alt-Üst)	$\bar{X} \pm SS$ (Alt-Üst)	$\bar{X} \pm SS$ (Alt-Üst)	
BKI (kg/m²)	23.97±4.86 (16.50-41.60)	24.50±4.85 (15.90-41.00)	25.71±5.31 (15.20-44.70)	0.000
Bel Çevresi(cm)	79.45±11.84 (60.00-115.00)	79.60±10.96 (61.00-115.00)	82.49±12.46 (60.00-127.00)	0.002
Kalça Çevresi(cm)	100.68±8.71 (79.00-125.00)	102.13±9.78 (84.00-132.00)	103.67±9.81 (81.00-130.00)	0.002
Yağ (%)	27.70±6.77 (8.20-44.50)	28.03±6.62 (12.00-45.10)	28.88±7.07 (13.50-46.70)	0.007
Yağ (kg)	18.86±9.02 (3.60-76.50)	19.21±8.34 (5.20-58.50)	20.41±8.97 (5.80-52.40)	0.027
Kas (%)	68.22±6.74 (43.70-87.10)	68.30±6.27 (52.20-83.50)	67.25±6.82 (49.60-84.60)	0.029
Kas (kg)	43.66±5.48 (31.40-67.30)	43.92±5.82 (34.30-72.60)	45.00±5.90 (31.90-63.20)	0.056
Sıvı (%)	51.82±5.40 (33.10-69.30)	51.83±4.97 (38.90-65.00)	51.10±5.21 (38.10-65.20)	0.025
Sıvı (kg)	32.89±3.98 (24.00-50.50)	33.32±4.32 (26.20-54.80)	34.11±4.44 (23.10-47.30)	0.022

Tablo 4.16'da kadınların bel çevresi aralığı, bel/boy oranları, bel/kalça oranı GAMS-27 puanları açısından değerlendirilmiştir. Önyargısız katılımcıların %59.0'ı, önyargıya eğilimlilerin %54.8'i, önyargılıların ise %45.6'sı bel çevresi aralığında normal sınırlardadır. Bel/kalça aralığında önyargısız katılımcıların %60.7'si,

önyargıya eğilimlilerin %66.2'si, önyargılıların ise %60.8'i normal aralıktadır. Önyargısız katılımcıların %61.5'i, önyargıya eğilimlilerin %57.0'ı, önyargılıların %45.6'sı bel/boy oranına göre normal sınırlardadır. Önyargılı, önyargıya eğilimli ve önyargısız bireylerin bel çevresi aralığı ile bel/boy oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Önyargılı, önyargıya eğilimli ve önyargısız katılımcıların bel/kalça oranı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.16: Bireylerin Bel Çevresi Aralığı, Bel/Kalça Oranı ve Bel/Boy Oranına Göre GAMS-27 Puanlarının Değerlendirilmesi

		GAMS-27						
		≤69 Puan		69.01-81.99 Puan		≥82 Puan		
		Önyargısız		Önyargıya Eğilimli		Önyargılı		
		n	%	n	%	n	%	P
Bel	Normal*	72	59.0	125	54.8	57	45.6	0.029
Çevresi	Risk**	24	19.7	57	25.0	32	25.6	
Aralığı	YüksekRisk***	26	21.3	46	20.2	36	28.8	
(cm)	Toplam	122	100.0	228	100.0	125	100.0	
Bel/Kalça	Sağlıklı●	74	60.7	151	66.2	76	60.8	0.623
Oranı	Obez●●	48	39.3	77	33.8	49	39.2	
(cm)	Toplam	122	100.0	228	100.0	125	100.0	
Bel/Boy	Dikkat°	8	6.6	13	5.7	5	4.0	0.012
Oranı	Uygun°°	75	61.5	130	57.0	57	45.6	
(cm)	EylemDüşün°°°	25	20.5	69	30.3	48	38.4	
	Eyleme Geç°°°°	12	11.5	16	7.0	15	12.0	
	Toplam	122	100.0	228	100.0	125	100.0	

*<80cm, **80-88cm, ***>88cm; ●<0.85cm, ●●>0.85cm; °<0.4cm, °°0.4-0.5cm, °°°0.5-0.6cm, °°°°>0.6cm

4.8 Bireylerin Genel Demografik Özelliklerine, Genel Sağlık Durumları ve Sigara Kullanımlarına, Kahvaltı Alışkanlıkları ve Ara Öğün Tüketimlerine Göre ORTO-11 Puanlarının Değerlendirilmesi

Çalışmaya katılan kadınlar ORTO-11 puanları açısından değerlendirildiğinde ortoreksiya eğilimli ve sağlıklı olanların yaş, medeni durum, meslek ve eğitim durumuyla istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.17).

Tablo 4.17: Bireylerin Genel Demografik Özelliklerine Göre ORTO-11 Puanları Açısından Değerlendirilmesi

	ORTO-11				p
	≤24 Puan		>24 Puan		
	n	%	n	%	
Yaş (yıl)					0.854
20-30	55	46.2	168	47.2	
30-40	64	53.8	188	52.8	
Toplam	119	100.0	356	100.0	
Medeni Durum					0.896
Evli	52	43.7	158	44.4	
Bekar	67	56.3	198	55.6	
Toplam	119	100.0	356	100.0	
Eğitim Durumu					0.972
İlkokul	10	8.4	32	9.0	
Ortaokul	8	6.7	28	7.8	
Lise	39	32.8	122	34.3	
Üniversite	54	45.4	149	41.9	
Lisans Üstü	8	6.7	25	7.0	
Toplam	119	100.0	356	100.0	
Meslek					0.441
Ev Hanımı	21	17.6	86	24.2	
Serbest Meslek	44	37.0	119	33.4	
Memur	34	28.6	103	28.9	
Diğer**	20	16.8	48	13.5	
Toplam	119	100.0	356	100.0	

**diğer: Kuaför, sekreter, bankacı, kasiyer, mühendis, tekniker, öğrenci

Ortoreksiya eğilimli kadınların %16.8'in tanısı konulmuş hastalık varken, %83.2'sinin hastalığı yoktur. Sağlıklı kadınların %20.5'inde tanısı konulmuş hastalık varken, %77.5'inin herhangi bir hastalığı yoktur. Ortoreksiya eğilimli kadınların %20.2'si sigara kullanırken, %79.8'i sigara kullanmamaktadır. Sağlıklı olanların %30.3'ü sigara kullanırken, %69.7'si sigara kullanmamaktadır. Çalışmaya katılan kadınlar ORTO-11 puanları açısından değerlendirildiğinde ortoreksiya eğilimli ve sağlıklı olanların tanısı konulmuş hastalığı açısından değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Ortoreksiya eğilimli ve sağlıklı olan katılımcıların sigara kullanımı ile istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.18).

Tablo 4.18: Bireylerin Hastalık Durumu ve Sigara Kullanımına Göre ORTO-11 Puanları Açısından Değerlendirilmesi

	ORTO-11				p
	≤24 Puan		>24 Puan		
	n	%	n	%	
Hastalık Durumu					0.189
Var	20	16.8	80	20.5	
Yok	99	83.2	276	77.5	
Toplam	119	100.0	356	100.0	
Sigara Kullanımı					0.032
Evet	24	20.2	108	30.3	
Hayır	95	79.8	248	69.7	
Toplam	119	100.0	356	100.0	

Çalışmaya katılan ortoreksiya eğilimli kadınların %62.2'si düzenli kahvaltı yaparken, %8.4'ü düzenli kahvaltı yapmamaktadır. Sağlıklı olan kadınların %57.3'ü düzenli kahvaltı yapmakta, %9.4'ü kahvaltı yapmamaktadır. Ortoreksiya eğilimli

kadınların %48.7'si bazen ara öğün tüketmekte ve sağlıklı olan kadınların ise %45.2'si bazen ara öğün tüketmektedirler. Çalışmaya katılan ortoreksiya eğilimli ve sağlıklı olan kadınların düzenli kahvaltı yapma durumu ve ara öğün tüketimi açısından değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.19).

Tablo 4.19: Bireylerin Kahvaltı Alışkanlıkları ve Ara Öğün Tüketimine Göre ORTO-11 Puanları Açısından Değerlendirilmesi

	ORTO-11				p
	≤24 Puan		>24 Puan		
	n	%	n	%	
Düzenli Kahvaltı					0.644
Evet	74	62.2	204	57.3	
Bazen	35	29.4	119	33.4	
Hayır	10	8.4	33	9.3	
Toplam	119	100.0	356	100.0	
Ara Öğün					0.641
Evet	42	35.3	125	35.1	
Bazen	58	48.7	161	45.2	
Hayır	19	16.0	70	19.7	
Toplam	119	100.0	356	100.0	

Tablo 4.20'de ORTO-11 puanına göre bazı besinleri tüketim durumları verilmiştir. Ortoreksiya eğilimli kadınların günlük ortalama ekmek tüketimi 78.95 ± 67.61 g., sağlıklı olanların ise 115.09 ± 108.47 g.'dir. Ortoreksiya eğilimli ve sağlıklı olanların ekmek tüketim miktarı arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Ortoreksiya eğilimli ve sağlıklı olan kadınların süt, yoğurt, kırmızı et, tavuk, balık, peynir, meyve, sebze ve şeker günlük tüketimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.20: Bireylerin Bazı Besinleri Tüketimlerine Göre ORTO-11 Puanlarının Değerlendirilmesi

ORTO-11			
	≤24 Puan	>24 Puan	
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	
	(Alt-Üst)	(Alt-Üst)	p
Süt (g)	122.40±122.73 (1.60-600.00)	120.72±119.89 (1.60-600.00)	0.719
Yoğurt (g)	103.48±90.28 (1.20-450.00)	99.98±82.49 (1.20-450.00)	0.312
Kırmızı Et (g)	23.28±22.68 (0.48-120.00)	27.10±26.10 (0.48-141.30)	0.740
Tavuk (g)	36.33±29.44 (0.48-120.00)	34.66±28.39 (0.48-141.30)	0.423
Balık (g)	27.57±28.56 (0.48-117.75)	23.00±27.48 (0.10-300.00)	0.448
Peynir (g)	44.13±26.87 (1.92-150.00)	43.35±28.66 (0.48-120.00)	0.583
Meyve (g)	88.51±74.32 (1.60-500.00)	86.38±73.50 (1.60-400.00)	0.745
Sebze (g)	99.58±61.54 (1.20-300.00)	93.46±64.17 (1.20-300.00)	0.409
Şeker (g)	8.09±8.27 (0.05-36.00)	8.59±7.91 (0.05-54.00)	0.804
Ekmek (g)	78.95±67.61 (0.40-300.00)	115.09±108.47 (0.40-600.00)	0.048

4.9 Bireylerin Antropometrik Ölçümlerine Göre ORTO-11

Puanlarının Değerlendirilmesi

Kadınların ORTO-11 puanına göre antropometrik ölçümleri değerlendirilmiştir. Ortoreksiya eğilimli kadınların BKI ortalaması 23.66 ± 4.39 kg/m^2 , bel çevresi ortalaması 77.84 ± 10.39 cm., kas kütlesi 43.01 ± 5.85 kg; sağlıklı olanların BKI ortalaması 25.02 ± 5.16 kg/m^2 , bel çevresi ortalaması 81.16 ± 11.93 cm, kas kütlesi ortalaması 44.51 ± 5.70 kg'dir. Ortoreksiya eğilimli ve sağlıklı olanların BKI, bel çevresi, kalça çevresi ve kas kütlesi, sıvı miktarı arasındaki istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0.05$). Ortoreksiyaya eğilimli ve sağlıklı olanların yağ, kas, sıvı yüzdeleri ve yağ kütlesi ile arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$) (Tablo 4.21).

Tablo 4.21: Bireylerin Antropometrik Ölçümlerine Göre ORTO-11 Puanlarının Değerlendirilmesi

ORTO-11			
	≤24 Puan	>24 Puan	
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	
	(Alt-Üst)	(Alt-Üst)	p
BKI (kg/m²)	23.66±4.39 (15.20-36.50)	25.02±5.16 (15.90-44.70)	0.025
Bel Çevresi (cm)	77.84±10.39 (60.00-110.00)	81.16±11.93 (60.00-127.00)	0.004
Kalça Çevresi (cm)	100.12±8.40 (81.00-123.00)	102.84±9.84 (79.00-132.00)	0.032
Yağ (%)	27.18±6.55 (12.00-45.10)	28.50±6.83 (8.20-46.70)	0.066
Yağ (kg)	17.81±7.30 (5.20-43.10)	19.98±9.05 (3.60-76.50)	0.061
Kas (%)	68.84±6.46 (49.60-84.60)	67.72±6.56 (43.70-87.10)	0.230
Kas (kg)	43.01±5.85 (31.40-72.60)	44.51±5.70 (34.00-67.30)	0.020
Sıvı (%)	52.53±4.95 (40.30-65.20)	51.34±5.18 (33.10-69.30)	0.066
Sıvı (kg)	32.60±4.37 (23.10-54.80)	33.69±4.22 (26.20-50.50)	0.011

Tablo 4.22’de ortoreksiya eğilimli kadınların %62.2’si, sağlıklı olanların %50.5’i bel çevresi aralığında normal değerler aralığındadır. Bel/kalça oranında ortoreksiya eğilimli katılımcıların %70.6’sı, sağlıklı olanların %61.0’ı normal değerlerdedir. Bel/boy oranında ortoreksiya eğilimli katılımcıların %63.0’ı, sağlıklı olanların %52.5’i normal değerlerdedir. Kadınların bel çevresi aralığı, bel/boy

oranları, bel/kalça oranı ORTO-11 puanları açısından değerlendirilmiş ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.22: Bireylerin Bel Çevresi Aralığı, Bel/Kalça Oranı ve Bel/Boy Oranına Göre ORTO-11 Puanlarının Değerlendirilmesi

		ORTO-11				
		≤24Puan		>24 Puan		
		n	%	n	%	
Bel Çevresi Aralığı (cm)	Normal*	74	62.2	180	50.5	p = 0.064
	Risk**	27	22.7	86	24.2	
	YüksekRisk***	18	15.1	90	25.3	
	Toplam	119	100.0	356	100.0	
Bel/Kalça Oranı (cm)	Sağlıklı●	84	70.6	217	61.0	p = 0.073
	Obez●●	35	29.4	139	39.0	
	Toplam	119	100.0	356	100.0	
Bel/Boy Oranı (cm)	Dikkat°	8	6.7	18	5.1	p = 0.192
	Uygun°°	75	63.0	187	52.5	
	EylemDüşün°°°	29	24.4	113	31.7	
	Eyleme Geç°°°°	7	5.9	38	10.7	
	Toplam	119	100.0	356	100.0	

*<80cm, **80-88cm, ***>88cm; ●<0.85cm, ●●>0.85cm; °<0.4cm, °°0.4-0.5cm, °°°0.5-0.6cm, °°°°>0.6cm

4.10 Bireylerin Antropometrik Ölçümlerine Göre GAMS-27 ve ORTO-11 Puanları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Tablo 4.23'te kadınların GAMS-27 ve ORTO-11 ölçeğinden aldıkları puanlara göre BKI, bel çevresi, kalça çevresi, yağ yüzdesi, yağ kütlesi, kas yüzdesi, kas kütlesi, sıvı yüzdesi ve sıvı miktarları arasındaki ilişki incelenmiştir. GAMS-27 puanı ile BKI arasında pozitif yönlü korelasyon bulunmuştur ($r=0.165$, $p=0.000$). Bel çevresi ile GAMS-27 puanı arasında pozitif yönlü korelasyon bulunmuştur ($r=0.142$, $p=0.002$). Kalça çevresi ile GAMS-27 puanı arasında pozitif yönlü korelasyon bulunmuştur ($r=0.142$, $p=0.002$). Yağ yüzdesi ile GAMS-27 puanı arasında pozitif yönlü korelasyon bulunmuştur ($r=0.124$, $p=0.007$). Yağ kütlesi ile GAMS-27 puanı arasında pozitif yönlü korelasyon bulunmuştur ($r=0.101$, $p=0.027$). Kas yüzdesi ile GAMS-27 puanı arasında negatif yönlü korelasyon bulunmuştur ($r=-0.100$, $p=0.029$). Sıvı yüzdesi ile GAMS-27 puanı arasında negatif yönlü korelasyon ve istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($r=-0.103$, $p=0.025$). Sıvı kütlesi ile GAMS-27 puanı arasında pozitif yönlü korelasyon ve istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($r=0.105$, $p=0.022$).

ORTO-11 puanıyla BKI arasında pozitif yönlü korelasyon bulunmuştur ($r=0.103$, $p=0.025$). Bel çevresi ile ORTO-11 puanı arasında pozitif yönlü korelasyon bulunmuştur ($r=0.131$, $p=0.004$). Kalça çevresi ile ORTO-11 puanı arasında pozitif yönlü korelasyon bulunmuştur ($r=0.098$, $p=0.032$). Kas kütlesi ile ORTO-11 puanı arasında pozitif yönlü korelasyon bulunmuştur ($r=0.107$, $p=0.020$). Sıvı kütlesi ile ORTO-11 puanı arasında pozitif yönlü korelasyon bulunmuştur ($r=0.117$, $p=0.011$).

Tablo 4.23: Bireylerin Antropometrik Ölçümlerine Göre GAMS-27 ve ORTO-11 Puanları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

	GAMS	ORTO	BKI	Bel Ç.	Kalça Ç.	Yağ%	Yağ-kg	Kas%	Kas-kg	Sıvı%	Skg	
GAMS	r	1										
	p	.										
	n	475										
ORTO	r	-0,035	1									
	p	0,443	.									
	n	475	475									
BKI	r	0,165**	0,103*	1								
	p	0,000	0,025	.								
	n	475	475	475								
Bel Ç.	r	0,142**	0,131*	0,887**	1							
	p	0,002	0,004	0,000	.							
	n	475	475	475	475							
Kalça Ç.	r	0,142**	0,098*	0,897**	0,804**	1						
	p	0,002	0,032	0,000	0,000	.						
	n	475	475	475	475	475						
Yağ%	r	0,124**	0,085	0,827**	0,753**	0,824**	1					
	p	0,007	0,066	0,000	0,000	0,000	.					
	n	475	475	475	475	475	475					
Yağ-kg	r	0,101*	0,086	0,848**	0,792**	0,816**	0,846**	1	-			
	p	0,027	0,061	0,000	0,000	0,000	0,000	.				
	n	475	475	475	475	475	475	475				
Kas%	r	-0,100*	-0,055	-0,784**	-0,716**	-0,776**	-0,948**	-0,883**	1	-		
	p	0,029	0,230	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	.			
	n	475	475	475	475	475	475	475	475			
Kas-kg	r	0,088	0,107*	0,694**	0,689**	0,688**	0,408**	0,646**	-0,401**	1		
	p	0,056	0,020	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	.		
	n	475	475	475	475	475	475	475	475	475		
Sıvı%	r	-0,103*	-0,084	-0,807**	-0,735**	-0,804**	-0,966**	-0,898**	0,968**	-0,438**	1	
	p	0,025	0,066	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	.	
	n	475	475	475	475	475	475	475	475	475	475	
Sıvı-kg	r	0,105*	0,117*	0,683**	0,675**	0,676**	0,397**	0,581**	-0,352**	0,975**	-0,386**	1
	p	0,022	0,011	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	.
	n	475	475	475	475	475	475	475	475	475	475	475

4.11 Bireylerin Bazı Besinleri Tüketimlerine Göre GAMS-27 ve ORTO-11 Puanları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Tablo 4.24'te kadınların GAMS-27 ve ORTO-11 ölçeğinden aldıkları puanlara göre günlük ortalama süt, yoğurt, kırmızı et, tavuk, balık, peynir, meyve, sebze, şeker ve ekmek tüketimleri arasındaki ilişki değerlendirilmiştir. GAMS-27 puanı ile günlük ekmek tüketimi arasında negatif yönlü korelasyon bulunmuştur ($r=-0.0133$, $p=0.004$). ORTO-11 puanı ile günlük ekmek tüketimi pozitif yönlü korelasyon bulunmuştur ($r=0.091$, $p=0.048$).

Tablo 4.24: Bireylerin Bazı Besin Tüketim Sıklıklarına Göre GAMS-27 ve ORTO-11 Puanları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

		GAMS27	ORTO11	Süt	Yoğurt	K.Et	Tavuk	Balık	Peynir	Meyve	Sebze	Şeker	Ekmek
GAMS27	r	1											
	p												
	n	475											
ORTO11	r	-0,035	1										
	p	0,443											
	n	475	475										
Süt	r	0,018	-0,018	1									
	p	0,717	0,719										
	n	395	395	395									
Yoğurt	r	-0,058	-0,047	0,161**	1								
	p	0,214	0,312	0,002									
	n	457	457	383	457								
K.Et	r	0,009	0,016	0,101	-0,030	1							
	p	0,855	0,740	0,053	0,536								
	n	441	441	368	425	441							
Tavuk	r	0,060	-0,038	0,102*	0,054	0,255**	1						
	p	0,204	0,423	0,048	0,264	0,000							
	n	456	456	377	438	429	456						
Balık	r	0,087	-0,040	0,177**	0,113*	0,153**	0,036	1					
	p	0,097	0,448	0,002	0,033	0,004	0,505						
	n	364	364	300	353	345	355	364					
Peynir	r	-0,061	-0,026	0,179**	0,174**	0,210**	0,067	0,073	1				
	p	0,191	0,583	0,000	0,000	0,000	0,161	0,173					
	n	462	462	385	449	429	444	353	462				
Meyve	r	-0,010	-0,015	0,184**	0,186**	0,028	0,041	0,185**	0,122**	1			
	p	0,833	0,745	0,000	0,000	0,561	0,384	0,000	0,009				
	n	467	467	389	450	434	448	360	455	467			
Sebze	r	0,075	-0,039	0,121*	0,159**	0,059	0,046	0,018	0,215**	0,261**	1		
	p	0,106	0,409	0,018	0,001	0,221	0,330	0,733	0,000	0,000			
	n	461	461	383	446	430	442	356	450	456	461		
Şeker	r	-0,059	-0,014	-0,008	0,000	0,067	0,046	-0,179**	0,049	-0,139*	-0,074	1	
	p	0,300	0,804	0,892	0,997	0,249	0,426	0,004	0,389	0,015	0,196		
	n	313	313	263	304	298	301	254	309	307	304	313	
Ekmek	r	-0,0133**	0,091*	0,100*	0,097*	0,170**	0,063	-0,051	0,243**	0,058	0,128**	0,200**	1
	p	0,004	0,048	0,049	0,040	0,000	0,184	0,339	0,000	0,219	0,007	0,000	
	n	466	466	388	448	433	447	355	454	458	452	309	466

4.12 GAMS-27 Obezite Önyargı Ölçeği

GAMS-27 obezite önyargı ölçeğinde yer alan, '*obez bireylerin hareket yetenekleri kısıtlıdır*' cümlesine araştırmaya katılan bireylerin %39.8'u kesinlikle katılıyorum, %39.2'si katılıyorum, %12.0'si kararsızım, %7.2'si katılmıyorum, %1.9'u kesinlikle katılmıyorum cevabını vermiştir. '*Obezlerin hareketleri yavaştır*' cümlesine bireylerin %33.9'u kesinlikle katılıyorum, %45.5'i katılıyorum, %11.2'si kararsızım, %7.2'si katılmıyorum, %2.3'ü kesinlikle katılmıyorum olarak cevaplamıştır. '*Obezlerin iyi dinleyicidirler*' cümlesine araştırmaya katılan bireylerin %12.2'si kesinlikle katılıyorum, %25.3'ü katılıyorum, %52.2'si kararsızım, %7.4'ü katılmıyorum, %2.9'u kesinlikle katılmıyorum cevabını vermiştir. '*Obezlerin sağlıklı görünürler*' cümlesine %8.8'i kesinlikle katılıyorum, %9.5'i katılıyorum, %19.1'i kararsızım, %40.2'i katılmıyorum, %21.9'u kesinlikle katılmıyorum cevabını vermiştir. '*Obezler toplumda yemek yemekten hoşlanmazlar*' cümlesine katılanlar ile '*korkaktırlar*' cümlesine katılanlar (%37.9) aynı cevabı vererek kararsız olduklarını belirtmişleridir. Katılımcıların %21.9'u obezlerin '*güzel yüzlü*' ve '*güler yüzlü*' olduğu hakkındaki cümleye kesinlikle katılıyorum diyerek aynı cevabı vermiş ve aynı sorulara %26.9'u kararsızım olarak cevaplamıştır %23.6'sı obezler hakkındaki cümlelerden '*mutludurlar*' ve '*toplumda yemek yemekten hoşlanmaz*' cümlesine katılmıyorum olarak aynı cevabı vermişlerdir. '*obezlerin görünümlerinden dolayı duygusal ilişkilerde tercih edilmez*' ve '*güzel yemek yaparlar*' cümlelerinin her ikisine de araştırmaya katılan bireylerin %25.5'i katılıyorum olarak cevaplamışlardır. Katılımcıların %4.2'si obezler '*tembeldirler*' ve '*görünümlerinden dolayı duygusal ilişkilerde tercih edilmez*' sorusuna kesinlikle katılmıyorum diyerek aynı cevabı vermişlerdir (Tablo 4.25).

Tablo 4.25: GAMS-27 Obezite Önyargı Ölçeği

GAMS-27	Kesinlikle Katılıyorum		Katılıyorum		Kararsızım		Katılmıyorum		Kesinlikle Katılmıyorum		TOPLAM	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bencildirler	48	10,1	54	11,4	130	27,4	169	35,6	74	15,6	475	100
Güzel yüzlüdürler	104	21,9	190	40,0	128	26,9	43	9,1	10	2,1	475	100
Estetik değildirler	110	23,2	183	38,5	98	20,6	68	14,3	16	3,4	475	100
Güler yüzlüdürler	104	21,9	177	37,3	128	26,9	56	11,8	10	2,1	475	100
İradesizdirler	132	27,8	162	34,1	109	22,9	55	11,6	17	3,6	475	100
Hastalıklara yatkındırlar	178	37,5	189	39,8	67	14,1	29	6,1	12	2,5	475	100
Mutludurlar	58	12,2	89	18,7	183	38,5	112	23,6	33	6,9	475	100
Toplumda yemek yemekten hoşlanmaz	57	12,0	92	19,4	180	37,9	112	23,6	34	7,2	475	100
Korkaktırlar	26	5,5	68	14,3	180	37,9	154	32,4	47	9,9	475	100
Misafirperver	77	16,2	175	36,8	158	33,3	43	9,1	22	4,6	475	100
Çekicidirler	28	5,9	60	12,6	171	36,0	152	32,0	64	13,5	475	100
Hareket yetenekleri kısıtlıdır	189	39,8	186	39,2	57	12,0	34	7,2	9	1,9	475	100
Ter kokarlar	88	18,5	125	26,3	149	31,4	88	18,5	25	5,3	475	100
Sempatiktirler	92	19,4	167	35,2	147	30,9	54	11,4	15	3,2	475	100
Sağlıklı görünürler	42	8,8	45	9,5	93	19,6	191	40,2	104	21,9	475	100
Hareket etmeyi sevmeyenler	132	27,8	181	38,1	87	18,3	55	11,6	20	4,2	475	100
Özgüvenlidir	40	8,4	84	17,7	175	36,8	118	24,8	58	12,2	475	100
Yaşam kaliteleri düşüktür	111	23,4	156	32,8	122	25,7	72	15,2	14	2,9	475	100
Olduğundan daha yaşlı görünürler	101	21,3	160	33,7	122	25,7	75	15,8	17	3,6	475	100
Sosyal ilişkileri güçlüdür	54	11,4	121	25,5	205	43,2	78	16,4	17	3,6	475	100
Çabuk yorulurlar	186	39,2	205	43,2	45	9,5	29	6,1	10	2,1	475	100
İyi dinleyicidirler	58	12,2	120	25,3	248	52,2	35	7,4	14	2,9	475	100
Hareketlerinde yavaştırlar	161	33,9	216	45,5	53	11,2	34	7,2	11	2,3	475	100
Tembeldirler	106	22,3	131	27,6	148	31,2	70	14,7	20	4,2	475	100
Güzel yemek yaparlar	108	22,7	121	25,5	178	37,5	49	10,3	19	4,0	475	100
Görünümlelerinde dolayı duygusal ilişkilerde tercih edilmezler	118	24,8	121	25,5	154	32,4	62	13,1	20	4,2	475	100
Cana yakındırlar	106	22,3	160	33,7	167	35,2	26	5,5	16	3,4	475	100

4.13 ORTO-11 Sağlıklı Beslenme Takıntısı Ölçeği

Araştırmaya katılan bireylerden ORTO-11 ölçeğinde yer alan '*Piyasada sağlıksız besinlerin de satıldığını düşünür müsünüz?*' sorusunu %58.1'i her zaman, %28.0'i sık sık, %9.7'si bazen, %4.2'si hiçbir zaman olarak cevaplamıştır. Katılımcılar '*sağlıklı beslenme ile ilgili düşünceler sizi günde üç saatten fazla meşgul eder mi?*' sorusuna 215'i (%45.3) hiçbir zaman, 138'i (%29.1) bazen, 86'sı (%18.1) sık sık, 36'sı (%7.6) her zaman olarak cevaplamışlardır. '*Sağlığınızla ilgili endişeleriniz besin seçiminizi etkiler mi?*' sorusuna %42.5'i sık sık, %25.3'ü bazen, %21.5'i her zaman, %10.7'si hiçbir zaman olarak cevaplamıştır. Katılımcılara sorulan '*uyguladığınız beslenme tipi yaşam tarzınızı değiştirir mi?*' sorusuna %31.2'si bazen, %32.0'si sık sık, %19.2'si hiçbir zaman, %17.7'si her zaman olarak cevaplamıştır (Tablo 4.26).

Tablo 4.26: ORTO-11 Sağlıklı Beslenme Takıntısı Ölçeği

ORTO-11	Her Zaman		Sık Sık		Bazen		Hiçbir Zaman		TOPLAM	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Son üç ay içerisinde besinler konusunda endişelendiğiniz oldu mu?	111	23,4	151	31,8	74	15,6	139	29,3	475	100
Sağlığınızla ilgili endişeleriniz besin seçiminizi etkiler mi?	102	21,5	202	42,5	120	25,3	51	10,7	475	100
Yemeğinizin sağlıklı olması sizin için lezzetli olmasından daha mı önemlidir?	83	17,5	148	31,2	140	29,5	104	21,9	475	100
Daha sağlıklı, daha taze besinler satın almak için daha fazla para harcamak ister misiniz?	120	25,3	146	30,7	129	27,2	80	16,8	475	100
Sağlıklı beslenme ile ilgili düşünceler sizi günde üç saatten fazla meşgul eder mi?	36	7,6	86	18,1	138	29,1	215	45,2	475	100
Sağlıksız olduğunu düşündüğünüz besinleri yediğiniz olur mu?	148	31,2	177	37,3	119	25,1	31	6,5	475	100
Besinler içerisinde sadece sağlıklı olanlarını tüketmek kendinize olan güveninizi artırır mı?	110	23,2	161	33,9	141	29,7	63	13,3	475	100
Uyguladığınız beslenme tipi yaşam tarzınızı değiştirir mi? (dışarıda yeme sıklığı, arkadaşlar vb. açısından)	84	17,6	152	32,0	148	31,2	91	19,2	475	100
Sağlıklı beslenmenin dış görünümünüzü daha iyi hale getirebileceğini düşünür müsünüz?	174	36,6	168	35,4	114	24,0	19	4,0	475	100
Sağlıksız beslendiğinizde kendinizi suçlu hisseder misiniz?	129	27,2	166	34,9	96	20,2	84	17,7	475	100
Piyasada sağlıksız besinlerin de satıldığını düşünür müsünüz?	276	58,1	133	28,0	46	9,7	20	4,2	475	100

Bölüm 5

TARTIŞMA

Obezite; tüm dünyada fizyolojik, psikolojik, sosyal sonuçları olan kronik bir sağlık sorunudur. WHO 2013 yılındaki açıklamasında dünyada yetişkin nüfusun %10'unundan fazlasının obez olduğunu belirtmiştir (1). Dünya genelinde obezite prevalansı artmakla birlikte daha çok kadınları etkilemektedir (138). NHANES çalışmasına göre, 2005-2006 yılında kadınlarda obezite prevalansı %35.3 olarak belirlenmiştir (4).

Yaş ilerledikçe obezite prevalansı da artmaktadır (58). Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı kapsamında 2010-2014 yılları arasında yapılan çalışmada obezite prevalansının 20-45 yaş arasındaki bireylerde doğrusal olarak yükseldiği belirlenmiştir (65). Yılmaz'ın (133) 2014 yılında 20-64 yaş kadın arasında yaptığı çalışmaya göre, kadınların %39.7'si 20-29 yaş, %34.6'sının 30-39 yaş arasında olduğunu saptamıştır. Bu araştırmaya katılan kadınların %53.1'i 30-40 yaş arasındadır (Tablo 4.1).

Bu çalışmaya katılan kadınların %44.2'si evli, %55.8'i bekar; %8.8'i ilkokul, %7.6'sı ortaokul, %33.9'u lise, %42.8'i üniversite, %6.9'u da yüksek lisans mezunudur. Bunun yanında %22.5'ini ev hanımları, %34.3'ünü serbest meslek grubu, %28.8'ini memurlar ve %14.3'ünü diğer meslek gruplarına ait bireylerin oluşturduğu görülmektedir. (Tablo 4.1). Pehlivan (93) 2015 yılında yaptığı çalışmada kadınların %44.0'ı evli, %54.0'ı bekar; %2.0'si ilkokul, %10.0'u lise ve dengi, %56.0'sı üniversite mezunu, %32.0'si yüksek lisans mezunu; %4.0'ü ev

hanımı, %20.0'si diğer meslek gruplarına ait bireylerden oluşmuş, bunun yanında %44.0'ü memur, %34.0'ü akademisyen olarak saptanmıştır. Öçal (142) 2015'te yaptığı çalışmaya katılanların %31.0'i evli, %69.0'u bekar; %9.0'u ilkokul, %2.0'si ortaokul, %11.0'i lise, %70.0'i üniversite ve %8.0'i lisansüstü mezunudur. Ayrıca %66.0'ı sigortalı işçi, %22.0'si öğrenci, %4.0'ü serbest meslek, %6.0'sı çalışmıyor, %2.0'sinin memur olduğunu saptamıştır. Alp'in (143) 2014'te yaptığı çalışmada %77.8'i evli, %22.2'si bekar; %33.4'ü ilkokul, %7.4'ü ortaokul, %18.5'i lise, %37.0'ı üniversite, %3.7'si yüksek lisans mezunu; %63.0'ı ev hanımı, %18.5'i serbest meslek, %11.1'i memur, %7.4'ü diğer meslek gruplarına ait bireyler oluşturmaktadır. Tekdemir (144) 2013'te yaptığı çalışmada ise %80.0'i evli, %20.0'si bekar; %59.0'u ilkokul, %25.3'ü ortaokul ve lise, %13.0'ı üniversite mezunudur. Yılmaz'ın (133) 2014 yılında yaptığı çalışmada kadınların %55.1'i evli, 44.9'u bekar; %7.7'si ilkokul, %12.8'i ortaokul mezunu, %39.1'i lise mezunu, %40.4'ü üniversite mezunu olarak saptamıştır.

Yaşam şartlarının neden olduğu stres, depresyon, psikolojik faktörler ve sosyal baskı; yetersiz ve dengesiz beslenme, fiziksel aktivitenin azlığı, sigara kullanımı gibi faktörler hipertansiyon, hiperlipidemi, hiperglisemi gibi risk faktörlerinin de etkisiyle kronik hastalık yükü yükselmektedir (145). Ülkemiz açısından kronik hastalıklar büyük öneme sahiptir. Türkiye'de kronik hastalıklar ve ölüm nedenlerinin araştırıldığı en kapsamlı çalışmalardan biri Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan Ulusal Hastalık Yükü Maliyet Etkililik araştırmasıdır. Bu araştırmaya göre Türkiye'de 2000 yılı içinde ölümlerin toplam %71'inin nedeni kronik hastalıklardır. Koroner kalp hastalıkları, inme ve tip 2 diyabetin kontrol altına alınmasıyla %80 oranında önlenabilir olacağı belirtilmiştir (146).

Çalışmamıza katılan kadınların hastalık durumları incelendiğinde %78.9'unda tanısı konulmuş herhangi bir hastalık bulunmazken, %21.1'inde tanısı konulmuş hastalık bulunmaktadır (Tablo 4.2). Tekdemir'in (144) 2013'te yaptığı çalışmada bireylerin %71.1'inde tanısı konulmuş hastalık yokken, %28.9'unda tanısı konulmuş hastalığı vardır. Pehlivan'ın (93) 2015 yılında yaptığı çalışmaya katılan kadınların %86.0'sında herhangi bir sağlık problemi yokken, %14.0'ünde tanısı konulmuş hastalık vardır. Yılmaz'ın (147) 2013 yılında yaptığı çalışmaya katılan kadınların %86.0'sında tanısı konulmuş hastalık yokken, %14.0'ünde tanısı konulmuş hastalık olduğu belirlenmiştir. Okyay ve Uçku'nun (148) 2002 yılında İzmir'de kadınlar ile yaptığı çalışmada kadınların %84.2'sinde hastalık tanısı yokken, %15.8'inde tanısı konulmuş hastalık bulunmaktadır. Tokuç ve Berberoğlu'nun (149) 2007 yılında yaptığı başka bir çalışmada ise öğretmenlerde tanısı konulmuş hastalık görülme sıklığı %20.7 olarak saptanmıştır. Sivas'ta sağlık personelleri arasında yapılan farklı bir çalışmada da hastalık görülme oranı %21.1 olarak belirtilmiştir (150). Özdoğan ve ark. (151) yaptığı çalışmaya katılan bireylerin %13.6'sında tanısı konulmuş hastalık bulunurken, %86.4'ünde tanısı konulmuş hastalığı olmadığını saptamışlardır. Çalışmamızın verileri bu çalışma verileri ile paralellik göstermektedir.

Sigara, kalp üzerindeki olumsuz etkilerinin yanında nefes borusu, akciğer, yutak, ağız gibi kanser türleri içinde önemli risk faktörlerinden birisidir. Yaşın ilerlemesi ile birlikte birçok hastalık ortaya çıkmakta ve bu hastalıkların ortaya çıkmasında sigara içilmesinin önemi bilinmektedir. Sigara içen kadınlarda menopoza sonrası osteoporoz görülme sıklığı daha fazladır. Sigara kullanan bireylerde diabetes mellitus, hipertansiyon, koroner kalp hastalıkları gibi hastalıkların daha fazla olduğu

görülmüştür (90). Devlet politikalarının ve sağlık personelinin sigara ile mücadelesi konusunda bilgili ve kararlı olması sigara kullanım oranını düşüreceği yadsınamaz bir gerçektir. Her sağlık kontrolünde bireylerin sigara kullanım durumu gözden geçirilmeli ve sigara kullanmayanların uzak durması, kullananların bırakması için danışmanlık hizmeti verilmelidir (152). Bu çalışmaya katılan kadınların %27.8'i sigara kullanırken %72.2'si gibi büyük çoğunluğu sigara içmemektedir (Tablo 4.2). Yılmaz'ın (147) 2013 yılında yaptığı çalışmada, katılımcıların %75.0'i sigara kullanmadığını, %3.0'ünün sigara kullanıp bıraktığını ve %22.0'sinin sigara içtiğini saptamıştır. Fidan ve ark. (153) öğrenciler arasında yaptığı çalışmada ise %13.4'ünün sigara içtiğini, %56.9'unun sigara içmediği belirtmiştir. Türkiye İstatik Kurumu Sağlık Araştırması 2012 verilerine göre, Türkiye'de yaşayan kadınların %13.8'i sigara kullandıklarını; %8.9'u sigara kullanıp bıraktıklarını; %77.3'ü ise hiç sigara kullanmadığı saptanmıştır (154). Sözmen ve ark. (155) 2016'da yaptığı çalışmasında kadınların %12.8'i sigara içerken, %87.2'sinin sigara içmediğini saptamıştır. Yılmaz ve ark. (156) 2007 yılında yaptığı çalışmaya katılan bireylerin %12.6'sı sigara içmekte ve %87.4'ü sigara içmediği saptanmıştır. Özdoğan ve ark. (151) yaptığı çalışmaya katılan bireylerin %24.1'inin sigara içtiğini, %75.9'unun sigara içmediğini saptamışlardır. Öçal'ın (142) 2015'te yaptığı çalışmaya katılan kadınların %23.3'ünün sigara içtiğini ve %76.7'sinin sigara içmediğini saptamıştır. Aksoydan (157) araştırmasında, bale sanatçılarının %81.1'i, senfoni orkestrası sanatçılarının %31.8'i ve opera sanatçılarının ise %27.3'ünün sigara içtiği saptamıştır. Ergin'in 2014'te (158) yaptığı çalışmaya göre, bireylerin %29.1'i sigara içtiği saptamıştır.

Düzenli olarak kahvaltı yapılması ile doğru besin örüntüsünün seçilmesi büyüme, gelişme ve sağlığın devamı için gerekli olan besin öğelerinin önemli bir

bölümü alınmış olur. Kahvaltı günün geri kalan bölümünde besinlerle enerji alımını regüle etmektedir. Yeterli ve dengeli bir kahvaltı, öğün sonrası tok olmayı ve kan şekerinin dengelenmesini sağlamaktadır. Akşam yemeği ile sabah kahvaltısı arasında yaklaşık 10-12 saatlik açlık süresi olmakta ve bu süre içerisinde gereksinim duyulan enerji vücut depolarından karşılanmaktadır. Bilimsel veriler kahvaltının, sağlığın sürdürülmesinde önemli bir öğün olduğunu belirtmektedir. Kahvaltı öğünü atlandığında gün içerisinde güçsüzlük, baş ağrısı, halsizlik, algılamada sorunlar, dikkat dağınıklığı gibi sorunlarla karşılaşmaktadır (3). Yapılan çalışmalarda kahvaltı öğününün atlanması ile obezitenin ilişkili olduğu görülmüştür (159, 160). Günün en önemli öğünü kahvaltıdır. Kutluay'ın (161) yaptığı çalışmada, kahvaltı yapanların kahvaltı yapmayanlara oranla gün içindeki verimliliğin daha yüksek olduğunu belirtmiştir.

Ayrıca metabolizmanın düzenli çalışması için yiyeceklerin günde en az üç öğünde tüketilmesi gerekmektedir. Yeterli ve dengeli beslenebilmek için günlük diyet en az üç ana, iki ara öğün halinde tüketilmeli ve öğünler arasındaki süre 4-5 saat olmalıdır (161). Günlük diyetin iki öğün ve daha az olması sağlıklı beslenme alışkanlıkları açısından uygun görülmemektedir (162). Bu çalışmaya katılan kadınların %58.0'ı düzenli kahvaltı yaparken, %46.1'i ara öğünü bazen tüketmekte ve %57.7'si günde 1-2 adet ara öğün tüketmektedir (Tablo 4.3). Çayır ve diğerlerinin 2011'de (163) yaptığı araştırmaya göre %78.0'ının her gün kahvaltı yaptığı ve %1.8'inin 3 ara öğün yediği saptamıştır. TBSA 2010'a göre, Türkiye genelindeki kadınların %87.5'inin sabah kahvaltısı yaptığı belirlenmiştir (3). Alp (143) kadınlar arasında yaptığı çalışmada ise %63.0'ının kahvaltı yaptığını, %22.2'sinin de ara öğün tükettiğini saptamıştır. Aktaş'ın (164) 2011 yılında yaptığı çalışmada kadınların

%59.1'inin düzenli kahvaltı yaptığını ve %42.0'inin ara öğün tükettiğini saptamıştır. Yılmaz ve diğerlerinin (156) yaptığı diğer çalışmada ise katılımcıların %59.4'ünün düzenli kahvaltı yaptığını saptamışlardır. Mazıcıoğlu ve Öztürk'ün (165) yaptığı çalışmada bireylerin %48.9'unun kahvaltı yaptığını saptamıştır. Önder ve diğerlerinin (166) yaptığı çalışmada %60.7'sinin düzenli kahvaltı yaptığını saptamıştır. Özdoğan ve diğerlerinin (151) yaptığı çalışmada kadınların %66.8'inin düzenli kahvaltı yaptığını saptamışlardır. Öçal'ın (142) 2015'te yaptığı çalışmaya katılan kadınların %64.0'ünün düzenli kahvaltı yaptığını ve %50.0'sinin ara öğün tükettiğini saptamıştır. Yardımcı ve Özçelik'in (90) 2006 yılında Ankara'da yetişkin kadınlar arasında yaptığı çalışmaya katılan kadınların ara öğün tüketimi sorulmuş ve %21.1'i bazen ara öğün tükettiğini belirtmişlerdir. Ünsal'ın (167) 2008 yılında yine Ankara'da yaptığı başka bir çalışmada ise kadınların ara öğün tüketimi sorulmuş ve %40 civarı kadının ara öğün tükettiği saptanmıştır. Ayrıca kahvaltı yapmamanın obezite riskini de arttırdığı belirtilmiştir. Bu nedenle bireyler sağlıklı öğün tüketim sıklığı ve kahvaltı yapma alışkanlığı kazanmaları konusunda bilgilendirilmelidir (168).

Diyetin makro besin ögesi bileşiminin obezite, hipertansiyon, kardiyovasküler hastalıklar ve tip 2 diyabet gibi kronik hastalıklar üzerine etkisi olduğu bilinmektedir. Bu yüzden günlük ortalama alınan enerjinin makro besin ögelerine dağılımına da dikkat edilmelidir (59).

Her öğünde alması gereken dört temel besin grubundan biri olan süt ve süt ürünleri, vücudumuz için gerekli B2 vitamini ve kalsiyum en iyi kaynağıdır. Süt ve ürünleri tüketilmeden kemik sağlığı için gerekli olan kalsiyumun vücuda alınması zordur. Süt ve ürünleri ayrıca B12 vitamini, protein ve fosfor bakımından da

zengindir (169). Bu çalışmaya katılan kadınların %31.4'ü her gün süt içmekte, %38.1'i her gün yoğurt yemekte, %64.0'ü her gün peynir tüketmekte olduğunu bildirmiştir (Tablo 4.4). Yılmaz ve diğerlerinin (156) yaptığı çalışmaya katılan bireylerin %51.0'inin her gün süt, %76.0'sının her gün peynir tükettiğini saptamışlardır. Kutlu ve diğerlerinin 2009'da (170) yaptığı araştırmada katılımcıların %56.9'u her gün peynir tüketirken, %7.6'sı hiç peynir tüketmediğini belirtmiştir. Tamel'in (171) 2010 yılında KKTC'de yaptığı çalışmaya katılan kadınların %57.9'u sütü, %66.9'u yoğurdu, %76.0'sı peyniri her gün tükettiğini saptamıştır. Aynı şekilde Nazif'in (172) KKTC'de yaşayan 19-40 yaş kadınların beslenme durumunun saptanması ile ilgili çalışmasında kadınların her gün %35.4'ü süt, %64.0'ü yoğurt, %83.7'si peynir tükettiğini saptamıştır. Yine KKTC'nin Gazimağusa ilçesinin köylerinde yaşayan yetişkin bireylerin besin tüketim durumlarının saptanması amacıyla yapılan çalışmada kadınların %74.8'inin her gün peynir tükettiği saptanmıştır (173). KKTC'nin İskele ve Karpaz ilçelerinde yaşayan bireylerin beslenme durumlarının saptanması amacıyla yapılan başka bir çalışmada da kadınların %48.7'si sütü her gün, %64.1'i yoğurdu her gün ve %82.9'u peyniri her gün tükettiğini belirtilmiştir. Bu çalışmada kadınların peynir tüketimlerinin, süt ve yoğurt tüketimlerine göre daha fazla olduğu söylenmiştir (174). Türkiye'de de durum benzerdir. Süt ve süt ürünleri tüketimi ve kahvaltı yapma alışkanlıkları üzerine yapılan bir araştırmada bireylerin peynir tüketiminin, süt ve yoğurt tüketimine göre daha fazla olduğu saptanmıştır (175).

Kırmızı et, yüksek oranda iyi kalite protein içerdiğinden dolayı en önemli protein kaynaklarından biridir. Et, vitamin ve mineral açısından da oldukça zengin bir besin ögesidir. Özellikle çinko ve demir bakımından zengindir. Etin, içeriğindeki

kolesterol, doymuş yağ, ve üretimi sırasında eklenen nitrit-nitrat, tuz, heterosiklik aminler nedeniyle insan sağlığını olumsuz şekilde etkilemektedir (176). Koroner kalp hastalığı ile ilgili diyetsel faktörler diyetteki yağın yapısını oluşturan yağ asitleri ve yağ miktarı arasındaki dengesizlik, diyetin antioksidan içeriği ve diyetteki yağın kullanım biçimidir (177). Bu gibi nedenlerden dolayı kırmızı et tüketiminde önerilen miktarlara uyulması ve doğru pişirme yöntemlerin kullanması önerilir (172).

Bu çalışmaya katılan kadınların %36.8'i haftada 2-3 kez kırmızı et tükettiğini, %7.2'si hiç kırmızı et tüketmediğini; %42.1'i haftada 2-3 kez beyaz et tükettiğini, %4.0'ı hiç beyaz et tüketmediğini; %23.3'ü hiç balık tüketmediğini bildirmiştir (Tablo 4.4). Yılmaz ve ark. (156) yaptığı çalışmada %32.0'nin 2 haftada 1 kırmızı et, %10.3'ünün hiç kırmızı et tüketmediğini; %30.9'u 2 haftada 1 beyaz et, %5.1'i hiç beyaz et tüketmediğini; %21.7'sinin hiç balık tüketmediğini saptamıştır. Kutlu ve arkadaşının 2009'da (170) yaptığı araştırmada katılımcıların %47.3'ü haftada 1-2 kez kırmızı et tüketirken, %13.2'si hiç et tüketmediğini; %60.7'si haftada 1-2 kez beyaz et tüketirken, %7.6'sı hiç beyaz et tüketmediğini saptamışlardır. Tamel'in (171) 2010 yılında KKTC'de yaptığı çalışmaya katılan kadınların %32.2'sinin haftada 2-3 kez kırmızı et tükettiğini, %38.8'inin haftada 2-3 kez beyaz et tükettiğini ve %6.8'inin hiç balık tüketmediğini saptamıştır. KKTC'de yapılan başka bir çalışmaya göre, kadınların %29.1'inin eti haftada 2-3 defa tükettiği saptanmıştır (174). Nazif'in (172) 2012 yılında KKTC'de yaptığı çalışmaya göre, kadınların %23.0'ü kırmızı eti haftada 3-5 defa, %49.3'ü tavuğu haftada 3-5 defa, %9.1'i ise balığı hiç tüketmemektedir. TBSA 2010 verilerine göre Türkiye'deki kadınların %39.1'i hiç balık tüketmemektedir (3).

Bireylerde sebze ve meyve tüketimi, dünyadaki birçok sağlık otoritesi tarafından önerilmekle birlikte, çeşitli kampanyalar ile de desteklenmektedir (178, 179). Sebze ve meyveler, vitamin ve mineral açısından oldukça zengin ve posa içerikleri de yüksektir. Ayrıca antiinflamatuar, antikarsinojenik ve antioksidatif etkileri bulunmaktadır (178). Meyve ve sebze tüketimi üzerine yapılan çalışmalar, kemik sağlığı ile meyve sebze tüketiminin arasında pozitif bir ilişki olduğunu saptamışlardır (180, 181).

Günde en az beş porsiyon sebze veya meyve tüketilmesi, bunun en az iki porsiyonunun sebzeler ya da turunçgillerden oluşması tüketilmesi önerilmektedir (162). Miller ve diğerlerinin (182) 2004 yılında yaptıkları çalışmada, meyve tüketimi ile akciğer kanseri arasında anlamlı bir ilişki olduğu bildirmişlerdir.

Bu çalışmaya katılan kadınların %44.0'ü her gün meyve tükettiğini ve %43.2'si her gün sebze tükettiğini bildirmişlerdir (Tablo 4.4). Kutlu ve diğerlerinin 2009'da (170) yaptığı çalışmada katılımcıların %63.0'ı her gün meyve tükettiğini; Yılmaz ve diğerlerinin (156) yaptığı çalışmada bireylerin %34.4'ünün her gün meyve tükettiğini saptamıştır. Tanel'in (171) çalışmasında ise kadınların %49.6'sı her gün sebze, %74.4'ü ise her gün meyve tüketmektedir.

Fazla tüketilen basit karbonhidrat olan şeker, enerji dengesizliğine yol açarak obeziteye ve obezite ile ilgili kronik hastalıklara neden olmaktadır (183). Bu çalışmaya katılan kadınların %37.9'unun her gün şeker tükettiği ve %34.1'inin ise hiç şeker tüketmediği saptanmıştır (Tablo 4.4). KKTC'de yapılan benzer bir çalışmada kadınların %37.8'inin her gün şeker tükettiği saptanmıştır (172). Kutlu ve diğerlerinin 2009'da (170) yaptığı çalışmada katılımcıların %25.5 her gün şeker

tükettiğini; Yılmaz ve diğerlerinin (156) yaptığı çalışmada %32.6'sının haftada 5 kez şeker tükettiğini saptamışlardır.

Yeterli ve dengeli beslenmede içeriğindeki karbonhidrat, posa, vitamin ve mineral gibi besin öğeleri açısından zengin olan tahıl ve tahıl ürünleri oldukça önemlidir (162). Bu çalışmada kadınların %57.1'i her gün ekmek tükettiğini, %1.9'u hiç ekmek tüketmediğini belirtmiştir (Tablo 4.4). Kutlu ve diğerlerinin 2009'da (170) yaptığı araştırmada katılımcıların %87.4'ü her gün ekmek tüketirken, %1.1'i hiç ekmek tüketmediğini bildirmiştir. Yılmaz ve diğerlerinin (156) yaptığı çalışmada %38.3'ünün her gün ekmek tükettiğini, %2.9'unun hiç ekmek tüketmediğini saptamışlardır. Nazif (172) çalışmasında ise kadınların %2.4'ünün hiç ekmek tüketmediğini saptamıştır.

Bu çalışmaya katılan kadınların günlük süt tüketimi ortalama 121.15 ± 120.47 g; günlük yoğurt tüketimi ortalama 100.84 ± 84.39 g; günlük peynir tüketimi ortalama 43.54 ± 28.17 g'dır (Tablo 4.5). Yetişkin bireyler için önerilen günlük süt tüketimi en az 500 g'dır (173). Bu çalışmaya katılan bireylerin oldukça düşük süt tükettiği görülmektedir. Nazif'in (172) 2012 yılında KKTC'deki kadınlar ile yaptığı çalışmaya göre katılımcıların günlük süt tüketimi ortalama 118.62 ± 109.95 g; günlük peynir tüketimi ortalama 36.71 ± 26.91 g olarak saptamıştır. Yine KKTC'de yapılan bir çalışmaya göre kadınların günlük ortalama 79.66 ± 122.35 g süt; 83.77 ± 84.15 g yoğurt; 41.26 ± 37.49 g peynir tükettiği görülmüştür (184). TBSA verilerine göre, 31-50 yaş grubu kadınlarda 141.3 g süt ve süt ürünü tüketiminin olduğu saptanmıştır (3).

Bu çalışmaya katılan kadınların günlük kırmızı et tüketimi ortalama 26.14 ± 25.31 g; günlük tavuk tüketimi ortalama 35.08 ± 28.63 g; günlük balık tüketimi ortalama 24.03 ± 27.75 g'dır (Tablo 4.5). KKTC'de kadınlar arasında yapılan

çalışmaya göre katılımcıların günlük kırmızı et tüketimi ortalama 28.34 ± 43.47 g; günlük tavuk tüketimi ortalama 39.62 ± 58.11 g; günlük balık tüketimi ortalama 14.88 ± 39.89 g (172). Yine KKTC’de yapılan başka bir çalışmaya göre ise kadınların günlük kırmızı et tüketimi ortalama 28.67 ± 25.28 g.; günlük tavuk tüketimi ortalama 42.88 ± 35.06 g. olarak saptanmıştır (184). Çalışmamız KKTC’de yapılan bu çalışma verileri ile paralellik göstermektedir.

Ancak Bountziouka ve diğerlerinin (185) 2012 yılında yaptığı çalışmada katılımcıların günlük ortalama et ve ürünleri tüketimini 98.0 g olduğu belirtilmiştir. Kore’de 2007-2009 yılları arasında 19-64 yaş arası bireyler ile yapılan bir çalışmada et ve et ürünü tüketiminin $106.1-124.4$ g arasında değiştiği saptanmıştır (186). TBSA 2010 verilerine göre ise, 31-50 yaş grubu kadınlarda et ve ürünlerinin tüketiminin 47.4 g. olduğu saptanmıştır (3). Kore’de 2007-2009 yılları arasında araştırmaya katılan bireylerin et ve ürünü tüketimi günlük ortalaması $106.1-124.4$ g arasında olduğu belirtilmiştir (186).

Diyetin sebze ve meyvelerden zengin olması, serum antioksidan düzeyini önemli derece artırmaktadır (187). Ayrıca meyve ve sebze barsakların çalışmasında da oldukça önemlidir. Günlük diyetle mutlaka en az 5 porsiyon sebze ve meyve tüketilmesi önerilir (177). Bu çalışmaya katılan kadınların günlük meyve tüketimi ortalama 86.92 ± 73.63 g; günlük sebze tüketimi ortalama 94.95 ± 63.53 g’dır (Tablo 4.5). Nazif’in (172) 2012 yılında yaptığı çalışmaya göre katılımcıların günlük meyve tüketimi ortalama 86.92 ± 73.63 g; günlük sebze tüketimi ortalama 94.95 ± 63.53 g’dır. Kabaran (184) KKTC’de yaptığı çalışmasında kadınların 128.00 ± 105.21 g sebze, 151.05 ± 175.61 g turunçgil, 253.72 ± 176.17 g diğer meyvelerden tükettiklerini saptamıştır. Kore’de 19-64 yaş arası bireylerde yapılan çalışmaya göre, meyve

tüketiminin 130.8-158.6 g ve sebze tüketiminin 390.4-412.4 g arasında olduğu tespit edilmiştir (186).

Şekerler saf karbonhidrat olup yoğun enerji kaynağıdır. Fazla tüketildiklerinde besleyici değeri yüksek olan besinlerin az alınmasına ve kan şekerinin hızlı yükselmesine sebep olurlar. Karbonhidrat kaynağı olarak tahıl ve ürünleri önerilmektedir (3, 157). Bu çalışmaya katılan kadınların günlük şeker tüketimi ortalama 8.48 ± 7.98 g'dır (Tablo 4.5). KKTC'de 2012 yılında yaptığı çalışmaya göre kadınların günlük şeker tüketimi ortalama 4.91 ± 0.59 g olarak saptanmıştır (172).

Türk toplumunun temel besin grubundan olan tahıl ve ürünleri içeriğindeki karbonhidrat, posa, vitamin ve mineraller gibi besin öğeleri açısından oldukça önemlidir (162, 177). Bu çalışmaya katılan kadınların günlük ortalama ekmek tüketimi 106.01 ± 100.95 g.'dır (Tablo 4.5). KKTC'de kadınlar arasında yapılan çalışmaya göre kadınların günlük ortalama ekmek tüketimi 94.98 ± 4.19 g. olarak saptanmıştır (172). TEKHARF çalışmasında ise ortalama tüketilen ekmek miktarı 185.0 ± 152.8 g. olarak saptanmıştır (188).

Obezite, sağlığı bozabilecek düzeyde vücutta aşırı yağ birikmesi olarak tanımlanmaktadır. Toplam vücut yağı ile korelasyon gösteren, boy uzunluğun karesinin vücut ağırlığına bölünmesiyle bulunan parametre olan BKİ, obezite ve obezite riskinin tanımlanması için kullanılmaktadır (189). Yetişkin bireyde boy sabit olacağından dolayı, vücut ağırlığındaki artış istisnalar dışında yağ artışı gösterir (1). BKİ, ≥ 30 olduğunda kardiyovasküler mortalite için önemli bir risk faktörü oluşturmaktadır (190, 191). Bu çalışmaya katılan kadınların BKİ'ne göre dağılımları incelendiğinde, %6.7'si zayıf, %54.3'ü normal, %25.1'i kilolu, %13.9'u obez olarak

bulunmuştur (Tablo 4.6). Ergin'in (158) yaptığı çalışmada bireylerin %6.3'ünün zayıf, %56.6'sının normal, %28.4'ünün kilolu, %8.7'sinin obez olduğunu saptamıştır. Pehlivan'ın (93) 2015'te 20-64 yaş kadın arasında yaptığı çalışmaya göre kadınların %2.9'unun zayıf, %68.6'sının normal, %22.9'unun kilolu, %5.7'sinin obez olarak saptanmıştır. Özdoğan ve diğerlerinin (151) yaptığı çalışmada kadınların %13.2'si zayıf, %74.5'i normal, %12.3'ünün obez olduğunu saptamışlardır. Öçal'ın (142) 2015'te yaptığı çalışmaya katılan kadınların %13.3'ü zayıf, %76.7'si normal, %6.7'si kilolu ve %3.3'ünün obez olduğu saptanmıştır.

Bu çalışmaya katılan kadınların BKİ ortalaması $24.68 \pm 5.01 \text{ kg/m}^2$ 'dir (Tablo 4.7). Özdoğan ve diğerlerinin (151) yaptığı araştırmaya katılan 18-35 yaş aralığındaki kadınların BKİ ortalaması $22.1 \pm 3.07 \text{ kg/m}^2$ 'dir. TBSA 2010 verilerine göre Türkiye'deki kentte yaşayan kadınların BKİ ortalaması $23.9 \pm 3.2 \text{ kg/m}^2$ 'dir (3). Altun'un (192) 18 yaş üstü kadınlarda yaptığı çalışmaya katılan kadınların BKİ ortalamaları $21.2 \pm 3.54 \text{ kg/m}^2$ 'dir. Nazlıcan'ın (193) 20-64 yaş arasındaki kadınlar üzerinde yaptığı çalışmada BKİ ortalaması 24.19 ± 4.43 'tür. Aktener ve diğerlerinin (194) İzmir'de 20-64 yaş arası kadınlarda yaptığı çalışmada BKİ ortalamasını $24.92 \pm 3.04 \text{ kg/m}^2$ olarak saptamıştır. Yılmaz ve diğerlerinin 2007 (156) yılında yaptığı çalışmada bireylerin BKİ ortalamalarını $20.51 \pm 2.39 \text{ kg/m}^2$ olarak saptamıştır. Mazıcıoğlu ve Öztürk'ün (165) yaptığı çalışmada ise bireylerin BKİ ortalamasını $20.77 \pm 2.06 \text{ kg/m}^2$ olarak saptamışlardır. Ergün'ün 2014'te (195) yaptığı çalışmaya katılan kadınların BKİ ortalaması $20.6 \pm 1.7 \text{ kg/m}^2$ olarak saptamıştır. Öçal (142) 2015'te yaptığı çalışmaya katılanların BKİ ortalamasını $23.0 \pm 3.7 \text{ kg/m}^2$ olarak saptamıştır. Çinli, Malezyalı ve Hindistanlı yaşları 18-69 arasında değişen 139 kadın ile yapılan çalışmada, BKİ ortalamaları Çinli kadınlarda $21.8 \pm 4.2 \text{ kg/m}^2$, Malezyalı

kadınlarda 24.3 ± 4.7 kg/m² ve Hindistanlı kadınlarda 25.2 ± 5.2 kg/m² olarak saptanmıştır (196). Bu çalışma BKİ ortalaması sonucu çalışmalarla uyum göstermektedir. Ancak Samur ve diğerlerinin (197) 2003 yılında, farklı sosyo-ekonomik düzeydeki kadınlarda yaptığı çalışmada, BKİ ortalamasını 26.14 ± 0.11 kg/m² olarak bulmuşlardır. Snijder ve diğerlerinin (198) 2004 yılında, Avustralya'da yaşayan 4582 kadın ile yaptıkları çalışmada, kadınlarda ortalama BKİ ortalamasını 26.1 ± 5.3 kg/m² olarak saptamışlardır. Onat ve diğerlerinin (199) 2004'te 234 menapoz sonrası kadınlar arasında yaptığı çalışmada, BKİ ortalamasını 30.9 ± 5.5 kg/m² olarak belirtmişlerdir.

Bel çevresi visceral yağlanmanın en önemli belirleyicisi olup, kadınlarda ≥ 80 cm risk, ≥ 88 cm. yüksek risk anlamına gelmektedir. Ayrıca bel çevresi yüksekliği, metabolik komplikasyonlar ve koroner kalp hastalığı için de önemli risk oluşturmaktadır (67). Bel çevresi ölçüsü yükseldikçe hastalık riski yükselmekte ve subklinik organ hasarı da oluşmaktadır (200). Özellikle kalp krizinde bel çevresi yüksek olan obez bireyler, jinoid obezitesi olan bireylere göre daha yüksek risk taşıdığı belirtilmiştir (201). Wang ve Hoy (202) 2004 yılında, yaşları 20-74 arası değişen 836 kadında kardiyovasküler hastalık risk faktörlerini belirlemede BKİ, bel çevresi ve kalça çevresinin etkilerini incelemişlerdir. Buna göre bel çevresinin, BKİ ve kalça çevresinden bağımsız olarak kardiyovasküler hastalıklar ile ilişkisi yönünden iyi bir gösterge olacağını belirtmişlerdir. Ian ve diğerlerinin (203), 2002 yılında 14924 yetişkin birey ile yaptıkları çalışmada, BKİ'yi normal ağırlıkta, kilolu ve obez olarak 3 kategoriye ayırmışlardır. Aynı BKİ değerine sahip kişilerde bel çevresindeki artış ile metabolik sendrom, hiperlipidemi ve tip 2 diyabet görülme oranları arasında bir ilişki olup olmadığını incelemişlerdir. Araştırmacılar aynı

BKI'ye sahip bireylerde bel çevresindeki artışın metabolik sendrom, hiperlipidemi ve tip 2 diyabet gelişme risklerini artırdığını saptamışlardır. Bu çalışmada kadınların bel çevresi ortalaması 80.32 ± 11.64 cm'dir (Tablo 4.7). Kadınlar bel çevresi bakımından normal sınırlardadır. Arslan ve diğerlerinin (204) 2007'de ev hanımları ile çalışan kadınlar arasında yaptığı araştırmada bel çevresi ortalamasını 85.78 ± 11.14 cm olarak saptamıştır. Kutlutürk ve diğerlerinin (205) 2011'de yaptığı çalışmada kadınların bel çevresi ortalaması 87.77 ± 14.47 cm'dir. Pehlivan'ın (93) 2015'te yaptığı başka bir çalışmada ise kadınlarda bel çevresi ortalaması 81.78 ± 12.17 cm olarak bulmuştur. Ergün'ün 2014'te (195) yaptığı çalışmaya katılan kadınların bel çevresi ortalaması 80.0 ± 9.04 cm'dir. KKTC'nin Güzelyurt ilçesinde yapılan çalışmaya katılan kadınların bel çevresi ortalaması 83.4 ± 14.5 cm'dir (171). Çin'in Singapur ve Beijing bölgesinde yaşları 18-68 arasında değişen 199 kadın ile yapılan bir çalışmada ise Singapur bölgesinde yaşıyan kadınların bel çevresi ortalaması 74.0 ± 10.3 cm, Beijing bölgesinde kadınların bel çevresi ortalaması 73.1 ± 10.1 cm olarak belirtilmiştir (196). Ergün ve Erten (206) 2004 yılında üniversitede öğrenim görenler ile yaptıkları bir çalışmada kız öğrencilerde bel çevresi ortalamasını 67.01 ± 6.3 cm olarak saptamışlardır. Ancak TBSA 2010 verilerine göre Türkiye genelindeki kadınların bel çevresi ortalama değeri 90.1 ± 15.2 cm'dir (3). Özçelik ve diğerlerinin (90) 2006 yılında Ankara'da kadınlar üzerinde yaptığı çalışmaya göre kadınların bel çevresi ortalamasını 97.2 ± 0.55 cm olarak saptamıştır.

Buna ek olarak bu çalışmaya katılan kadınların kalça çevresi ortalaması 102.16 ± 9.57 cm'dir (Tablo 4.7). TBSA 2010 verilerine göre Türkiye genelindeki kadınlarda kalça çevresi ortalaması 107.5 ± 12.8 cm olarak saptanmıştır (3). Keten ve diğerlerinin (207) 2015'te yaptığı çalışmada kadınların kalça çevresi ortalaması

106.5±7.9 cm olarak saptamışlardır. Pehlivan'ın (93) 2015'te yaptığı başka bir çalışmada ise kadınlarda kalça çevresi ortalaması 104.0±10.92 cm.'dir. Ergün'ün 2014'te (195) yaptığı çalışmaya katılan kadınların kalça çevresi ortalaması 98.0±15.60 cm'dir. Özçelik ve diğerlerinin (90) 2006 yılında Ankar'da kadınlar üzerinde yaptığı çalışmaya göre kadınların kalça çevresi ortalamasını 105.8±0.42 cm olarak saptamıştır. Çin'in Singapur ve Beijing bölgesinde yaşları 18-68 arasında değişen 199 kadın ile yapılan bir çalışmada ise Singapur bölgesinde yaşıyan kadınların kalça çevresi ortalaması 94.1±7.7 cm, Beijing bölgesinde kadınların bel çevresi ortalaması 92.8±5.7 cm olarak belirtilmiştir (196)

Vücudun fizyolojik yapısı hakkında bilgi alabilmek için vücut bileşim ölçümleri yapılmaktadır. Vücut yoğunluğu, yağ yüzdesi, yağ kütlesi, kas yüzdesi, kas kütlesi, sıvı yüzdesi ve sıvı miktarı değişkenleri biraya gelerek vücut bileşimini hakkında bilgi vermektedir (56). Bu çalışmaya katılan kadınların vücut yağ yüzde ortalamaları %28.17±6.78; yağ kütleleri 19.44±8.69 kg; kas yüzdeleri %68±6,54; kas kütleleri 44.13±5.77 kg; sıvı yüzdeleri %51.64±5.14; sıvı miktarları 33.42±4.28 kg'dir (Tablo 4.7). Pehlivan'ın (93) 2015'te yaptığı çalışmada kadınların vücut yağ yüzdesini %29.10±7.56; kas kütlelerini 42.89±4.36 kg olarak saptamıştır. Ergün'ün 2014'te (195) yaptığı çalışmaya katılan kadınların vücut yağ yüzde ortalamaları %22.60±7.90; yağ kütleleri 12.30±5.60 kg'dir. Ancak Yılmaz'ın (133) 2014'te yaptığı 20-64 yaş kadın arasında yaptığı çalışmada vücut yağ yüzdesi ortalaması %40.8±8.39; kas yüzdesini %26.2±4.03 olarak saptamıştır. Yılmaz'ın (147) 2013 yılında yaptığı çalışmaya katılan kadınların ortalama vücut yağ miktarı 26.7±11.5 kg, yağ yüzdesi %34.6±8.0 olarak saptamıştır. Ancak bu iki araştırma da yaptığı çalışma

kapsamına sadece obez kadınları almadığı halde kadınların BKI ortalamaları yüksek olduğundan yağ yüzde değerlerini de yüksek olduğu düşünülebilmektedir.

Alp'ın (143) 2014 yılında sadece obez kadınlar üzerinde yaptığı araştırmaya göre kadınların yağ yüzdesi ortalamaları 43.3 ± 4.02 ; yağ kütlesi ortalamaları 37.94 ± 6.85 kg; kas kütlesi ortalamaları 57.06 ± 4.19 kg; sıvı yüzdesi ortalamaları 41.49 ± 2.93 olarak saptamıştır. Arslan ve Ceviz'in (204) 2007 yılında Elazığ'da çalışan kadınlar ve ev hanımları arasında yaptığı çalışmada, ev hanımlarının vücut yağ yüzdesi 35.53 ± 5.13 , çalışan kadınların 32.88 ± 4.92 ; yağ kütlesi ev hanımlarının 26.03 ± 7.33 kg, çalışan kadınların 22.19 ± 6.68 kg; kas kütlesi ev hanımlarının 41.97 ± 4.66 kg, çalışan kadınların 40.34 ± 4.82 kg; sıvı miktarı ev hanımlarının 33.14 ± 3.75 kg, çalışan kadınların 31.75 ± 3.86 kg olarak belirtmişleridir. Ankara'da yapılan başka bir çalışmada ise bireylerin vücut yağ yüzdesi 38.3 ± 0.27 , vücut yağ kütlesi 27.8 ± 0.37 kg, kas kütlesi 42.8 ± 0.22 kg olarak saptanmıştır (90). Japonya'da BKI'ye göre kilolu kadınlar üzerinde yapılan çalışmada vücut yağ yüzdesi 37.6 ± 6.9 olarak bulunmuştur (208). Çin'de kadınlar üzerinde yapılan bir başka çalışmada ise katılımcıların yağ yüzdesi 32.4 ± 7.6 olarak saptanmıştır (196). Snijder ve arkadaşlarının (198) Avustralya'da yaşayan 4582 kadın arasında yaptığı çalışmada kadınların vücut yağ yüzdesini 39.0 ± 10.5 olarak belirtmişlerdir. Vücut yağ kütlelerinin değişiklik göstermesi, etnik ve bölgesel farklılıklardan olabileceği görülmektedir.

Bel/kalça oranı, epidemiyolojik araştırmalarda kullanılmak üzere geliştirilen ilk antropometrik yöntem olup, metabolik hastalıklarla ilişkili yağ dağılımının göstergesidir. Aynı zamanda bel/kalça oranı, BKI'den bağımsız olarak tip 2 diyabet ve kardiyovasküler hastalığın mortalite ile ilişkili olduğunu göstermiştir (209).

Bel/kalça oranı arttıkça insüline duyarlılık azalarak DM riski yükselmektedir (210,211). Bel/kalça oranı kadınlarda <0.85 cm sağlıklı, >0.85 cm obezite için risk faktörüdür (56). Bel-kalça oranı, BKİ ile düşük ilişkili olduğu ve yağ dağılımının bir göstergesi olduğu için kullanılmaktadır. İsveç'te yapılan bir çalışmada bel/kalça oranının bel çevresi ve BKİ'ye göre kardiyovasküler hastalık ile daha çok ilişkili olduğu söylenmiştir (209). Bu çalışmada bel/kalça oranına göre kadınların %63.4'ü sağlıklı (<0.85 cm.), %36.6'sı (>0.85 cm) bel/kalça oranına göre risk altında olduğu bulunmuştur (Tablo 4.8). Özçelik ve diğerlerinin (90) 2006 yılında Ankara'da kadınlar üzerinde yaptığı çalışmaya göre kadınların % 80.6'sının normal aralıkta olduğunu saptamışlardır. Arslan ve diğerlerinin (204) 2007'de yaptığı araştırmaya göre kadınların %34.9'unun bel/kalça oranına göre obez olduğunu saptamıştır.

Otuz bir çalışma verisi kullanılarak 2012 yılında yapılan meta-analiz sonuçlarına göre bel/boy oranının BKİ'ye göre, metabolik sendrom, tip 2 diyabet, hipertansiyon ve kardiyovasküler hastalığın tanısının konulması için daha iyi bir gösterge olduğu görülmüştür (212). Türkiye'de ise yapılan bir çalışmada bel/boy oranının birçok kardiyometabolik tanısı için en iyi antropometrik ölçüt olduğu bulunmuştur (213). Türkiye'de yapılan bir başka çalışmada bel/boy oranının, kardiyovasküler hastalık tanısı için her iki cinsiyette de en iyi öngören antropometrik ölçüm olduğu saptanmıştır (214). Bel/boy oranı 0.6'nın üzerinde olması ve 0.4'ün altında olması risk oluşturmakta ve önlem alınması gerekmektedir (27). Bu çalışma da kadınların %5.5'inin 0.4'ün altında ve %9.5'i 0.6'nın üzerindedir (Tablo 4.8). TBSA 2010 verilerine göre Türkiye geneli kadınların %2.8'i 0.4'ün altında ve %36.2'si 0.6'nın üzerindedir (3).

Çalışmaya katılan bireylerin obeziteye önyargı ölçeğinden aldıkları puanlara göre; (≤ 69 puan) %25.9'u önyargsız, (69.01-81.99 puan) %48.0'ı önyargıya eğilimli, (≥ 82 puan) %26.1'i önyargılı olarak bulunmuştur (Tablo 4.9). Altun (192) 2015 yılında üniversite öğrencileri üzerinde yaptığı araştırmaya göre sağlık bilimleri fakültesinde öğrenim gören öğrencilerin %18.3'ünün önyargsız, %56.9'unun önyargıya eğilimli, %24.8'inin önyargılı olarak; ticari bilimler fakültesinde okuyanların %18.9'unun önyargılı, %49.4'ünün önyargıya eğilimli, %31.7'sinin önyargılı olduğunu saptamıştır. Yaptığımız çalışmanın sonuçları, bu çalışma ile paralellik göstermektedir.

Çalışmaya katılan kadınlar obezite önyargı ölçeğinden aldıkları puanlara göre değerlendirildiğinde önyargsız, önyargıya eğilimli ve önyargılıların yaş, medeni durum, meslek, eğitim durumu, sigara kullanımı ve hastalık durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) Obeziteye karşı önyargının bu gibi genel demografik özelliklere bağlı olmadığı söylenebilir (Tablo 4.11).

Çalışmaya katılan önyargsız, önyargıya eğilimli ve önyargılı kadınlar düzenli kahvaltı yapma durumuna göre değerlendirildiğinde aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Önyargsız, önyargıya eğilimli ve önyargılı olan kadınlar ara öğün tüketimi açısından değerlendirildiğinde aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.13). Bu durum, obeziteye karşı önyargısı olan kadınların vücut imajı konusundaki endişelerinden dolayı düzenli öğün tüketme alışkanlığına yatkınlığı olduğunu düşündürmektedir.

Çalışmaya katılan kadınların obezite önyargı ölçeğinden aldıkları puanlara göre bazı besin tüketimleri değerlendirildiğinde önyargsız, önyargıya eğilimli ve

önyargılı olan katılımcıların süt, yoğurt, et, tavuk, balık, peynir, meyve, sebze ve şeker tüketim miktarları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.14).

Türk halkının genel beslenme alışkanlıklarına bakıldığında, temel besin ögesi ekmek ve diğer tahıl ürünleridir. Bireylerin günlük enerji alımının ortalama %44.0'ü sadece ekmekten, %58.0'i ise diğer tahıl ürünlerinden gelmektedir (215). Arslan ve diğerlerinin (188) 2006 yılında, 10 il ve ilçe köylerinde 787 bireyde beslenme alışkanlıkları ve örüntüsünü saptamış, yıllar içerisindeki değişimi inceleyerek günlük enerjinin %37'sinin tahıllardan sağlandığını saptamışlardır. Aynı şekilde Pekcan'ın (169) Ankara'da 1627 bireyle yaptığı çalışmada %43.0'ünün tahıl ve ürünlerinden geldiğini belirtmiştir. Bu çalışmada önyargısız, önyargıya eğilimli ve önyargılı olan kadınların ekmek tüketim miktarı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.14). Bu çalışmaya katılan kadınların obeziteye önyargısı arttıkça ekmek tüketimleri azalmaktadır. Bunun nedeni medyada sık sık yer alan karbonhidrat kısıtlı beslenme programlarından etkilenmeleri olabilir (142). Ekmeği fazla tükettiğinde kişilerinde şişmanlık korkusu oluşmaktadır. Toplumsal baskı ve ince bir vücuda sahip olma düşüncesi ile vücut memnuniyetsizliği artmakta ve sürekli diyet yapma güdüsünün oluşmaktadır (216).

Bu çalışmada kadınların obezite önyargı ölçeğinden aldıkları puanına göre antropometrik ölçümlerine bakıldığında, önyargısız olanların BKİ ortalaması $23.97\pm 4.86 \text{ kg/m}^2$, önyargıya eğilimlilerin $24.50\pm 4.85 \text{ kg/m}^2$, önyargılı olanların $25.71\pm 5.31 \text{ kg/m}^2$ 'dir (Tablo 4.15). Buna göre kadınların BKİ'leri arttıkça obeziteye karşı önyargıları da artmıştır. Altun'un (192) 2015'te yaptığı çalışma ile bu çalışma benzer olarak BKİ'si yüksek bireylerin obezite önyargısının da yüksek olduğu

saptanmıştır. Bu durum obezlerde vücut imajı endişesinin arttığından önyargısında arttığı görülmektedir.

Ancak Wellborn'ün (217) 88 diyetetik öğrencisi ve 26 mezun diyetisyen ile şişman fobilerini ve anti-şişman tutumlarını belirlemek amacıyla yaptığı bir araştırmada BKİ sınıflamasına göre normal BKİ'ye (18.50-24.99 kg/m²) sahip katılımcılar kilolu ve obez bireylere karşı önyargılıyken, kilolu veya obez mezun diyetisyenlerin zayıf veya normal BKİ'ye sahip olan diyetisyenlere göre önyargısız olduğunu saptamıştır.

Obeziteye karşı önyargısız olan kadınların bel çevresi ortalaması 79.45±11.84 cm., kalça çevresi ortalaması 100.68±8.71 cm, yağ yüzdesi ortalaması %27.70±6.77, yağ kütlesi ortalaması 18.86±9.02 kg, kas yüzdesi ortalaması %68.22±6.74, sıvı yüzdesi ortalaması %51.82±5.40, sıvı miktarı ortalaması 32.89±3.98 kg'dir (Tablo 4.15). Önyargılı olan kadınların bel çevresi ortalaması 82.49±12.46 cm, kalça çevresi ortalaması 103.67±9.81 cm, yağ yüzdesi ortalaması %28.88±7.07, yağ kütlesi ortalaması 20.41±8.97 kg, kas yüzdesi ortalaması %67.25±6.82, sıvı yüzdesi ortalaması %51.10±5.21, sıvı miktarı ortalaması 34.11±4.44 kg'dir. Obeziteye karşı önyargısız ve önyargılı kadınların bel çevresi, kalça çevresi, yağ yüzdesi, yağ kütlesi, kas yüzdesi, sıvı yüzdesi ve sıvı miktarı ile arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p<0.05). Yani obeziteye karşı önyargılı kadınların bel çevresi, kalça çevresi, yağ yüzdesi ile yağ kütlesi önyargısız olanlara oranla daha yüksekken, kas yüzdesi ve kas kütlesi daha düşüktür. Sonuç olarak antropometrik ölçümleri yüksek kadınların “içselleştirilmiş obezite önyargı”ları olduğu düşünülebilir. “İçselleştirilmiş obezite önyargısı” başkalarının damgalamaları ile oluşan önyargı sonucu obez kişilerde olumsuz davranışları kabullenmesiyle ortaya çıkmaktadır.

“İçselleştirilmiş obezite önyargısının” bozulmuş beden algısı, özgüven eksikliği, ağırlıkla ilişkili endişeler, yeme bozuklukları ve depresyon gibi psikolojik durumun bozulması ile ilgili durumlarla ilişkili olduğu belirtilmiştir (218). Obeziteye karşı önyargılı bireyler antropometrik ölçümleri yüksek olduğundan öncelikle kendilerini damgalıyor olabilir.

Çalışmaya katılan kadınların sağlıklı beslenme takıntısından aldıkları puana göre; (≤ 24) puan %24.8’i ortoreksiya eğilimli, (>24) puan %75.2’si sağlıklı olarak bulunmuştur (Tablo 4.9). Kinzl ve diğerlerinin (219) 283 kadın diyetisyen üzerinde yaptığı araştırmada kadınların %52.3’ünün sağlıklı, %12.8’inin ortoreksiya eğilimli ve %34.9’unun bazı semptomları gösterdiğini saptamıştır. Ergin (158) 2014 yılında sağlık personeli olan ve sağlık personeli olmayan bireyler arasında yaptığı çalışmada sağlık personeli olanların %60.1’ini ortoreksiya eğilimli olarak saptamıştır. Fidan ve diğerlerinin (153) ORTO-15 ölçeğini kullanarak tıp öğrencileri üzerinde yaptığı çalışmada tıp öğrencilerinin %43.6’sının ortoreksiya eğilimli olduğu saptanmıştır. Bağcı Bosi ve diğerlerinin (220), 2007’de ORTO-15 ölçeğini kullanarak 318 tıp doktorunun katılımı ile yaptığı çalışmada %45.5’inin ortoreksiya eğilimli olduğunu saptamıştır. Varga ve diğerlerinin (221) 2014 yılında üniversite öğrencileri üzerinde yaptığı çalışmada, öğrencilerin %56.9’unun ortoreksiya eğilimi olduğunu saptamıştır. Ernst’in (222) 2011 yılında yine üniversite öğrencilerinin katılımıyla yaptığı başka bir çalışmada, öğrencilerin %83.0’ünün ortoreksiya eğilimli olduğunu belirtmiştir. Aksoydan ve Camcı’nın (157) 2009 yılında performans sanatçılarının sağlıklı beslenme takıntılarının araştırıldığı çalışmada, bireylerin %56.4’ünün ortoreksiya eğilimli olduğunu belirtmiştir.

Ramacciotti ve diğ erlerinin (223) 2011 yılında 177 kişinin katılımıyla yaptığı çalışmada, bireylerin %57.6'sının ortoreksiya eğ ilimli oldu ğ u gösterilmiştir. Bu çalışmaya katılan katılımcılar sadece 20-40 yaş arasında, kadınlardan oluş tuğ u ve daha fazla birey arasında yapıldığı için ortoreksiya eğ ilim sıklığı da değ iş iklik göstermektedir.

Bu çalışmaya göre, bireylerin genel demografik özellikleri ortoreksiya eğ ilimi için istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Tablo 4.17). Ergin'in (158) 2014'te yaptığı çalışmaya göre de katılımcıların demografik özelliklerine göre ORTO-11 puanları değ erlendirilmiş ve anlamlı bir farklılık görülmemiştir. Ancak, Arusoğ lu'nun (127) 2006 yılında ORTO-15 ölçeğ inin Türkçe'ye uyarlama çalışmasında kadınların daha fazla ortoreksiya eğ ilimleri oldu ğ unu, evlilerin bekarlardan daha fazla ortoreksiya eğ ilimlerinin oldu ğ unu ve eğitim düzeyi azaldıkça ortoreksiya eğ ilimin yükseldiğ ini saptamıştır. Arusoğ lu'nun yaptığı bu çalışmada evlilerin ve eğitim seviyelerinin düşük olan bireylerde daha çok ortoreksiya eğ ilim göstermesinin nedeni, aile bilinci ile daha fazla her besini inceleyip öyle tükettiğ i ve bunun eğitim seviyesi düşük yani bilinçsiz kişilerde daha fazla görülmemesinin yazılı ve görsel medyada doç ru veya yanlış çıkan haberlere inanarak besinleri öyle tükettikleri olarak düşünülebilir. Örneğ in, genel kanı olarak konserve ürünleri "tehlikeli", endüstriyel ürünler "suni" ve biyolojik ürünler "sağ lıklı" olarak sınıflandırılır. Ancak ortoreksiya eğ ilimli bireyler için "taze" ürünleri, "tazelik"ten çok "kontrol edilmiş" kavramına daha uygun bulmaktadır (137).

Bosi ve diğ erlerinin (220) ve Donini ve diğ erlerinin (137) yaptıkları çalışmada yaş arttıkça ortoreksiyaya eğ ilimin arttığını saptamışlardır. Bunun nedeninin ise yaş arttıkça sağ lıklı beslenmeye hassasiyetin daha fazla olacağ ını

düşünmektedirler. Çalışmamızda ise kadınların ortoreksiya eğilimli ve sağlıklı olanların demografik özellikleri ile istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$)

(Tablo 4.17).

Arusoglu (127) 2006 yılında yaptığı çalışmada hastalık durumuyla ORTO-11 puanının istatistiksel olarak anlamlı olmadığını saptamıştır. Çalışmamızda bu çalışmayı destekler nitelikte, ortoreksiya eğilimli ve sağlıklı olan kadınların tanısı konulmuş hastalığı açısından değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.18).

Çalışmamıza katılan kadınların ORTO-11 puanı ile sigara kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.18). Shelton (224) yaptığı araştırmaya göre sigara içenlerin ortoreksiya eğiliminin daha düşük olduğunu saptamıştır. Fidan ve diğerlerinin (153) yaptığı çalışmada sigara içmeyenlerin ortoreksiya eğilimlerinin daha fazla olduğunu bildirmiştir. Ancak Ergin (158) yaptığı çalışmada ise bireylerin sigara kullanımı ile ORTO-11 puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Ortoreksiya eğilimli bireyler, sağlıklı bireylere göre düzenli öğün tüketimleri konusunda daha hassastırlar (158). Fakat bu çalışmada ortoreksiya eğilimli ve sağlıklı olan kadınların düzenli kahvaltı yapması ve ara öğün tüketimi açısından değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.19).

Bu çalışmada ortoreksiya eğilimli ve sağlıklı olan kadınların süt, yoğurt, et, tavuk, balık, peynir, meyve, sebze ve şeker günlük tüketimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.20). Bunun nedeni ise,

ortoreksiya eğilimli kişiler yeme davranışlarının doğru olup olmadığını sorgulamadan, mükemmelliğe ulaşma çabalarından dolayı bu davranışı sergilemeleridir (137). Ancak, ortoreksiya eğilimli ve sağlıklı olanların ekmeğin tüketim miktarı arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.20). Ortoreksiya eğilimli kadınların günlük ortalama ekmeğin tüketimi 78.95 ± 67.61 g, sağlıklı olanların ise 115.09 ± 108.47 g'dır. Ortoreksiya eğilimliler sağlıklı olanlara kıyasla daha az ekmeğin tüketmektedir. Bunun nedeni kadınlar arasındaki ekmeğin yemediği ya da ekmeğini az tükettiğinde zayıf olacağı, ekmeğsiz diyet yapılacağı kanısının olabileceği düşünülebilir. ON'li bireyler, beslenme davranışlarını yazılı veya görsel basında çıkan reklamlardan ve haberlerden etkilenerek bu davranışlarını alışkanlığa dönüştürebilmektedirler (137). Ernst'in (222) 2011 yılında yaptığı çalışmada ortoreksiya eğilimi azaldıkça sağlıklı beslenme davranışı düzeylerinin arttığını saptamıştır. Gezer ve Kabaran'ın (225) araştırmasına göre, ortoreksiya eğilimliğinin artması ile yeme davranış bozukluğunun azaldığı ($p<0.01$) saptanmıştır.

Kadınların ORTO-11 ölçeğinden aldıkları puana göre antropometrik ölçümlerine bakıldığında, ortoreksiya eğilimli kadınların BKİ ortalaması 23.66 ± 4.39 kg/m^2 , bel çevresi ortalaması 77.84 ± 10.39 cm, kas kütlesi 43.01 ± 5.85 kg; sağlıklı olanların BKİ ortalaması 25.02 ± 5.16 kg/m^2 , bel çevresi ortalaması 81.16 ± 11.93 cm, kas kütlesi ortalaması 44.51 ± 5.70 kg'dır (Tablo 4.21). Ortoreksiyaya eğilimli ve sağlıklı olanların BKİ, bel çevresi, kalça çevresi ve kas kütlesi, sıvı miktarı arasındaki istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Ortoreksiya eğilimli kadınların BKİ, bel çevresi, kalça çevresi sağlıklı olanlardan daha yüksektir. Larsen'in (226) yaptığı çalışmada ise, BKİ'si yüksek bireyler ortoreksiyaya

eğilimlidir. Gezer ve Kabaran'ın (225) çalışması, bu çalışmayı destekler niteliktedir. ORTO-11 puanı ile BKİ değerlendirmiş ve gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğunu saptamışlardır. Aynı şekilde Fidan ve diğerlerinin (153) 2010 yılında yaptığı çalışmada BKİ ile ortoreksiya eğilimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bulmuşlardır. Bosi ve diğerlerinin (220) doktorlar arasında yaptığı çalışmada ise BKİ'si düşük olanların daha düşük ORTO-15 puanına sahip olduğunu bildirmişlerdir. Ancak, Ergin'in (158) 2014 yılında yaptığı çalışmada ORTO-11 puanı ile BKİ'ye bakılmış ve istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Yine Arusoğlu (127), Aksoydan (157) ve Donini ve diğerlerinin (137) yaptığı çalışmada BKİ ile ortoreksiya eğilimlerine bakılmış ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

GAMS-27 puanı ile BKİ arasında pozitif yönlü korelasyon bulunmuştur ($r=0.165$, $p=0.000$). Yani BKİ'si yüksek bireyler obeziteye karşı önyargılıdır. Bel çevresi ile GAMS-27 puanı arasında pozitif yönlü korelasyon bulunmuştur ($r=0.142$, $p=0.002$). Bel çevresi ölçüsü yükseldikçe obeziteye karşı önyargılı olma durumu artmaktadır. Kalça çevresi ile GAMS-27 puanı arasında pozitif yönlü korelasyon bulunmuştur ($r=0.142$, $p=0.002$). Kalça çevresi ölçüsü yükseldikçe obeziteye karşı önyargılı olma durumu artmaktadır (Tablo 4.23).

ORTO-11 puanı ile BKİ arasında pozitif yönlü korelasyon bulunmuştur ($r=0.103$, $p=0.025$). Yani BKİ'si yüksek bireyler ORTO-11 puanına göre sağlıklı olan bireylerdir. Bu, BKİ değerleri yüksek olanların, BKİ değerleri düşük olanlara göre satın aldıkları ürünlerin içeriğine önem verme, yiyecek seçimi yapma gibi konularda daha özgür ve serbest olduklarını ortaya koymaktadır (174). Bel çevresi ile ORTO-11 puanı arasında pozitif yönlü korelasyon bulunmuştur ($r=0.131$, $p=0.004$). Bel çevresi ortalaması yüksek bireylerin sağlıklı beslenme takıntısının olmadığı

söylenbilir. Kalça çevresi ile ORTO-11 puanı arasında pozitif yönlü korelasyon bulunmuştur ($r=0.098$, $p=0.032$). Kalça çevresi yüksek kadınların ortoreksiya eğilimleri bulunmamaktadır. (Tablo 4.23).

Kadınların GAMS-27 ölçeğinden ve ORTO-11 ölçeğinden aldıkları puanlara göre günlük ortalama süt, yoğurt, et, tavuk, balık, peynir, meyve, sebze, şeker ve ekmek tüketimlerinin korelasyonuna bakılmıştır. GAMS-27 puanı ile günlük ekmek tüketimi arasında negatif yönlü korelasyon bulunmuştur ($r=-0.0133$, $p=0.004$). Kadınların ekmek tüketimi azaldıkça obeziteye karşı önyargılı olmaktadır. ORTO-11 puanı ile günlük ortalama ekmek tüketimi arasında pozitif yönlü korelasyon bulunmuştur ($r=0.091$, $p=0.048$). Bireylerin ekmek tüketimi azaldıkça ORTO-11 puanı azalmaktadır (Tablo 4.24).

Bölüm 6

SONUÇ

Bu çalışmada KKTC'nin Gazimağusa ilçesinde ikamet eden 20-40 yaş arası kadınların GAMS-27 ve ORTO-11 ölçek sorularına verdikleri cevaplar puanlandırılarak incelenmiştir. Çalışmadan çıkan sonuçlara göre;

1)Çalışmaya 475 kadın katılmıştır.

2)Kadınların yaş ortalaması 30.67 ± 6.08 yıldır (Tablo 4.1).

3)Çalışmaya katılan kadınların %44.2'si evli, 55.8'i bekadır. Kadınların %22.5'ni ev hanımları, %34.3'ünü serbest meslek grubu, %28.8'ini memurlar, %14.4'ünü diğer meslek gruplarına ait bireyler oluşturmaktadır. Eğitim durumlarına baktığımızda ise %8.8'i ilkokul, %7.6'sı ortaokul, %33.9'u lise, %42.8'i üniversite, %6.9'u da yüksek lisans mezunudur (Tablo 4.1).

4)Çalışmaya katılanların %21.1'inde doktor tarafından tanısı konulmuş hastalığı varken %78.9'unun herhangi bir hastalığı yoktur. Kadınlarda en çok görülen hastalık diyabettir (%5.3). Ankete katılanların %27.8'i sigara kullanırken, %72.2'si sigara kullanmamaktadır (Tablo 4.2).

5)Ankete katılan kadınların %58.5'i düzenli kahvaltı yaparken %32.4'ü bazen yapmakta, %9.1'inin ise düzenli kahvaltı alışkanlığı bulunmamaktadır. Bireylerin günlük ara öğün tüketimi incelendiğinde, %46.1'i bazen ara öğün tükettiğini belirtmiştir. Ara öğün tüketenler günlük ortalama 2.15 ± 0.97 adet ara öğün tüketmektedir. Çalışmaya katılan kadınların %53.7'si beyaz ekmek, %24.8'i tam

tahıllı, %20.0'ı çavdar ekmeği tüketirken, %1.5'i hiç ekmek tüketmediğini belirtmiştir (Tablo 4.3).

6)Kadınların %31.4'ü her gün süt içerken %16.8'i hiç süt tüketmemektedir. Bunun yanında %37.9'u her gün şeker tüketirken 34.1'i hiç şeker kullanmamaktadır. Kadınların %36.8'i haftada 2-3 gün kırmızı et tüketirken, %7.2'si hiç et tüketmemekte; tavuğu %42.1'i haftada 2-3 gün tüketirken, %4.0'ı hiç tüketmemekte, %64.0'ü her gün peynir tüketmekte %2.7'si ise hiç peynir tüketmemekte; %44.0'ü her gün meyve tüketmekte, %1.7'si hiç meyve tüketmemekte; %43.2'si her gün sebze tüketmekte, %2.9'u hiç sebze tüketmemektedir. Ayrıca %57.1'i her gün, %22.9'u ise her öğün ekmek tüketmektedir (Tablo 4.4)

7)Çalışmaya katılan kadınların bazı besinleri tüketimlerine göre; günlük ortalama süt tüketimi 121.15 ± 120.47 g; günlük ortalama yoğurt tüketimi 100.84 ± 84.39 g; günlük ortalama kırmızı et tüketimi 26.14 ± 25.31 g; günlük ortalama tavuk tüketimi 35.08 ± 28.63 g; günlük ortalama balık tüketimi 24.03 ± 27.75 g; günlük ortalama peynir tüketimi 43.54 ± 28.17 g; günlük ortalama meyve tüketimi 86.92 ± 73.63 g; günlük ortalama sebze tüketimi 94.95 ± 63.53 g; günlük ortalama şeker tüketimi 8.48 ± 7.98 g; günlük ortalama ekmek tüketimi 106.01 ± 100.95 g'dır (Tablo 4.5).

8)Kadınların BKI'ne göre dağılımları incelendiğinde, %6.7'si zayıf, %54.3'ü normal, %25.1'i kilolu, %13.9'u obez olarak bulunmuştur (Tablo 4.6).

9)Kadınların BKI'nin genel ortalaması 24.68 ± 5.01 kg/m²; bel çevresinin genel ortalaması 80.32 ± 11.64 cm; kalça çevresinin genel ortalaması 102.16 ± 9.57 cm; yağ yüzdesinin genel ortalaması 28.17 ± 6.78 ; yağ kütesinin genel ortalaması 19.44 ± 8.69 kg; kas yüzdesinin genel ortalaması 68.00 ± 6.54 ; kas kütesinin genel ortalaması

44.13±5.77 kg; sıvı yüzdesinin genel ortalaması 51.64±5.14; sıvı miktarının genel ortalaması 33.42±4.28 kg olarak bulunmuştur (Tablo 4.7).

10)Kadınların bel çevresi aralığına göre %53.5'i, bel/kalça oranına göre %63.4'ü, bel/boy oranına göre %55.2'si sağlıklı olarak bulunmuştur (Tablo 4.8).

11)Kadınların obeziteye karşı önyargı ölçeğinden aldığı puanlar gruplandırıldığında, %26.1'i önyargılı, %48.0'ı önyargıya eğilimli, %25.9'u önyargsız olarak bulunmuştur. Sağlıklı beslenme takıntılarına göre puanların gruplandırılması yapıldığında ise %24.8'i ortoreksiya eğilimli, %75.2'si sağlıklı olarak bulunmuştur. GAMS-27 ölçeğinin genel ortalaması 75.97±11.99 önyargıya eğilimli; ORTO-11 ölçeğinin genel puan ortalaması 26.73±3.27 sağlıklı olarak bulunmuştur (Tablo 4.9).

12)Kadınların GAMS-27 puanları açısından değerlendirildiğinde önyargsız, önyargıya eğilimli ve önyargılıların yaş, medeni durum ,meslek ve eğitim durumuyla istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0.05) (Tablo 4.11).

13)Kadınların hastalık durumu ve sigara kullanımları GAMS-27 puanları açısından değerlendirildiğinde; önyargsız, önyargıya eğilimli ve önyargılıların tanısı konulmuş hastalığı ve sigara kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (p>0.05) (Tablo 4.12).

14)Kadınların kahvaltı alışkanlığı ve ara öğün tüketimi GAMS-27 puanları açısından değerlendirildiğinde; önyargsız, önyargıya eğilimli ve önyargılı düzenli kahvaltı yapması ile istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0.05). Önyargsız, önyargıya eğilimli ve önyargılı olan kadınların ara öğün tüketimi açısından değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p<0.05) (Tablo 4.13).

15)Kadınların GAMS-27 puanı ile bazı besinleri tüketimleri değerlendirilmiştir. Önyargısız ve önyargılı olanların ekmek tüketim miktarı arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Önyargısız, önyargıya eğilimli ve önyargılı olan katılımcıların süt, yoğurt, et, tavuk, balık, peynir, meyve, sebze ve şeker tüketimleri arasında istatistiksel olarak anlamlılık bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.14).

16)Kadınların GAMS-27 puanı ile antropometrik ölçümleri değerlendirildiğinde; önyargısız ve önyargılı kadınların BKI, bel çevresi, kalça çevresi, yağ yüzdesi, yağ kütlesi, kas yüzdesi, sıvı yüzdesi ve sıvı miktarı ile istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Önyargıya eğilimli ve önyargılı kadınların BKI, bel çevresi, sıvı miktarı ile istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Önyargıya eğilimli ve önyargılı kadınların kalça çevresi, yağ yüzdesi, yağ kütlesi, kas yüzdesi, sıvı yüzdesi ile istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) Önyargısız ve önyargıya eğilimli kadınların BKI, bel çevresi, kalça çevresi, yağ yüzdesi, yağ kütlesi, kas yüzdesi, sıvı yüzdesi ve sıvı miktarı ile istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). (Tablo 4.15).

17)Kadınların bel çevresi aralığı, bel/boy oranları, bel/kalça oranı GAMS-27 puanları açısından değerlendirilmiştir. Önyargısız katılımcıların %59.0'ı, önyargıya eğilimlilerin %54.8'i, önyargılıların ise %45.6'sı bel çevresi aralığında normal sınırlardadır. Bel/kalça aralığında önyargısız katılımcıların %60.7'si, önyargıya eğilimlilerin %66.2'si, önyargılıların ise %60.8'i normal aralıktadır. Önyargısız katılımcıların %61.5'i, önyargıya eğilimlilerin %57.0'ı, önyargılıların %45.6'sı bel/boy oranında normal sınırlardadır. Önyargılı, önyargıya eğilimli ve önyargısız bireylerin bel çevresi aralığı ile bel/boy oranları arasında istatistiksel olarak anlamlılık bulunmuştur ($p<0.05$). Önyargılı, önyargıya eğilimli ve önyargısız

katılımcıların bel/kalça oranı ile istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.16).

18)Çalışmaya katılan kadınlar ORTO-11 puanları açısından değerlendirildiğinde; ortoreksiya eğilimli ve sağlıklı olanların genel demografik özellikleri ile istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.17).

19)Çalışmaya katılan kadınların ORTO-11 puanları açısından değerlendirildiğinde; ortoreksiya eğilimli ve sağlıklı olanların tanısı konulmuş hastalığı açısından değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Ortoreksiya eğilimli ve sağlıklı olan katılımcıların sigara kullanımı ile istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.18).

20)Çalışmaya katılan ortoreksiya eğilimli ve sağlıklı olan kadınların düzenli kahvaltı yapması ve ara öğün tüketimi açısından değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.19).

21)Ortoreksiya eğilimli ve sağlıklı olan kadınların ekmek tüketim miktarı arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.20).

22)Ortoreksiya eğilimli ve sağlıklı olanların BKI, bel çevresi, kalça çevresi ve kas kütlesi, sıvı miktarı arasındaki istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.21).

23)Kadınların antropometrik ölçümleri ile GAMS-27 puanının korelasyonuna bakılmıştır. Buna göre; GAMS-27 puanı ile BKI arasında pozitif yönlü korelasyon bulunmuştur ($r=0.165$, $p=0.000$). Bel çevresi ile GAMS-27 puanı arasında pozitif yönlü korelasyon bulunmuştur ($r=0.142$, $p=0.002$). Kalça çevresi ile GAMS-27 puanı arasında pozitif yönlü korelasyon bulunmuştur ($r=0.142$, $p=0.002$). Yağ yüzdesi ile GAMS-27 puanı arasında pozitif yönlü korelasyon bulunmuştur ($r=0.124$, $p=0.007$).

Yağ kütlesi ile GAMS-27 puanı arasında pozitif yönlü korelasyon bulunmuştur ($r=0.101$, $p=0.027$). Kas yüzdesi ile GAMS-27 puanı arasında negatif yönlü korelasyon bulunmuştur ($r=-0.100$, $p=0.029$). Sıvı yüzdesi ile GAMS-27 puanı arasında negatif yönlü korelasyon ve istatistiksel olarak anlamlılık bulunmuştur ($r=-0.103$, $p=0.025$). Sıvı kütlesi ile GAMS-27 puanı arasında pozitif yönlü korelasyon ve istatistiksel olarak anlamlılık bulunmuştur ($r=0.105$, $p=0.022$) (Tablo 4.23).

24) Kadınların antropometrik ölçümleri ile ORTO-11 puanının korelasyonuna bakılmıştır. Buna göre; ORTO-11 puanıyla BKİ arasında pozitif yönlü korelasyon bulunmuştur ($r=0.103$, $p=0.025$). Bel çevresi ile ORTO-11 puanı arasında pozitif yönlü korelasyon bulunmuştur ($r=0.131$, $p=0.004$). Kalça çevresi ile ORTO-11 puanı arasında pozitif yönlü korelasyon bulunmuştur ($r=0.098$, $p=0.032$). Kas kütlesi ile ORTO-11 puanı arasında pozitif yönlü korelasyon bulunmuştur ($r=0.107$, $p=0.020$). Sıvı kütlesi ile ORTO-11 puanı arasında pozitif yönlü korelasyon bulunmuştur ($r=0.117$, $p=0.011$) (Tablo 4.23).

25)Kadınların bazı besinleri tüketimleri ile GAMS-27 puanın korelasyonuna bakılmıştır. Buna göre; GAMS-27 puanı ile günlük ekmek tüketimi arasında negatif yönlü korelasyon bulunmuştur ($r=-0.0133$, $p=0.004$) (Tablo 4.24).

26)Kadınların bazı besinleri tüketimleri ile ORTO-11 puanın korelasyonuna bakılmıştır. Buna göre; ORTO-11 puanı ile günlük ekmek tüketimi pozitif yönlü korelasyon bulunmuştur ($r=0.091$, $p=0.048$) (Tablo 4.25).

Bölüm 7

ÖNERİLER

1) Elde edilen bu veriler obezite önyargısı ve sağlıklı beslenme takıntısı için genellenmemelidir. Bu araştırma az sayıda katılımcı ile sınırlı alanda yapılmıştır.

2) Seçilen örneklem sadece kadınlar üzerinde yapılmıştır. Fakat gerek daha büyük bir örneklem gerekse hem kadın hem de erkeğin birarada olacağı ve birey sayısının daha yüksek olacağı başka bir çalışmada tekrarlanmalıdır.

3) Yeni bir kavram olan ortoreksiya nervoza ile ilgili araştırmaların kısıtlılığı açısından konunun daha fazla araştırılması gerekmektedir.

4) ORTO-11 ölçeği, geçerlilik ve güvenilirliği yüksek olmayan bir ölçek olduğundan ölçek üzerinde daha ayrıntılı araştırmalar yapılmalıdır. Böylece çelişkili sonuçlar elde edilmesi engellenmelidir.

5) Medyanın, obezite önyargısı ve sağlıklı beslenme takıntılarının oluşumu ve gelişmesindeki rolü göz ardı edilemez. Medyanın yeterli ve dengeli beslenme konusunda bireyleri doğru şekilde yönlendirmesi için bilinçlendirme çalışmaları olmalıdır.

6) Ortoreksiya nervoza sadece sağlıklı beslenme takıntısı olarak ele alınmamalı, obsesif kompulsif bir sağlık sorunu olarak düşünülmelidir.

7) Bireylerin obezlere karşı önyargını azaltmaya yönelik çalışmalar yapılmalıdır.

KAYNAKLAR

- [1] World Health Organization. (2016), Obesity and overweight fact sheet no:311.
Erişim:<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en>. Erişim tarihi:
10/03/2016.
- [2] Antipatis-Vicki, J. & Tim, P.G. (2001), Obesity as a global problem." International textbook of obesity, 3-22.
- [3] Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Türkiyede Obezitenin Görülme Sıklığı. Erişim:
www.beslenme.gov.tr/index.php?lang=tr&page=40. Erişim: 20/06/2016.
- [4] Dünyada Obezitenin Görülme Sıklığı, beslenme.gov.tr Erişim Tarihi:
22.05.2016.
- [5] TURDEP II Sonuçları. www.turkendokrin.org.tr Erişim Tarihi: 22.04.2016.
- [6] Crujeiras, A.B., Goyenechea, E., Abete, I., Lage, M., Carreira, M.C., Martínez, J.A. & Casanueva, F.F. (2010), Weight regain after a diet-induced loss is predicted by higher baseline leptin and lower ghrelin plasma levels. *Clin Endocrinol Metab*, 95:5037-44.
- [7] Welborn, S. (2013), Comparison of obesity bias, attitudes, and beliefs among under graduate dietetic students, dietetic interns, and practicing registered

dietitians. Yüksek Lisans Tezi, East Tennessee State University, Department of Allied Health Sciences, East Tennessee.

[8] World Health Organization. (1997), Obesity; Preventing and Managing the Global Epidemic of Obesity, *Report of the WHO Consultation of Obesity*, June: 3-5.

[9] World Health Organization. (2000), Obesity Preventing and Managing the Global Epidemic. Technical Report, 894: 256.

[10] Kopelman, P.G. (2000), Obesity as a medical problem. *Nature*, 404: 635-643.

[11] Wadden, A.T. & Stunkard, J.A. (2003), *Obezite Tedavi El Kitabı Türkçesi*, 1.Baskı, And yayıncılık, İstanbul.

[12] Eker, E. & Şahin, M. (2002), Birinci basamakta obeziteye yaklaşım. *Sted.* 11: 246-24.

[13] Bratman, S. & Knight, D. (2000), *Health food junkies: Overcoming the obsession with healthful eating.* 0385495730. Broadway Books.

[14] Yılmaz, C.Y. & Dinç Z. F. (2010), Beden eğitimi ve spor yüksekokulunda öğrenim gören genç kadın ve erkek öğrencilerin kilo fobi düzeylerinin karşılaştırılması, *Spormetre Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*, 8-1:29-34.

- [15] Daniëlsdóttir, S., O'Brien, K.S. & Ciao, A. (2010), Anti-fat prejudice reduction: a review of published studies, *Obese Facts The European Journal of Obesity*, 3:47–58.
- [16] Paker, M. (2016), Psikolojik açıdan önyargı ve ayrımcılık-ayrımcılık: çok boyutlu yaklaşımlar, İstanbul Bilgi Üniversitesi Sosyoloji ve Eğitim Çalışmaları Birimi seçbir. Erişim: www.secbir.org. Erişim Tarihi: 12/06/2016.
- [17] Hansson, L.M., Naslund, E. & Rasmussen, F. (2010), Perceived discrimination among men and women with normal weight and obesity. A Population-Based Study From Sweden. *Scandinavian Journal of Public Health*, 38: 587–596.
- [18] Semerci, N.C. (2004), Obezite ve genetik, *Gülhane Tıp Dergisi*, 46(4):353-359.
- [19] Tüfekçi-Alphan, E. (2013), Hastalıklarda Beslenme Tedavisi, Yazarlar. E. Alphan Tüfekçi & ark., 137-269, Hatipoğlu Yayınları, Ankara.
- [20] Donohoue, P.A. (2004), Obesity. 17.ed. In: Behrman, R.E., Kliemen, R.M., Jenson, H.B., Nelson Textbook of Pediatrics. Philadelphia: W.B. Saunders.
- [21] Lee, H.S., Duffey, K.J., Kim, C.Ş., Popkin, BM. (2013), The relationship between family and child weigh status by household structure in South Korea. *AmJ Clin*, 24:12-15.

- [22] Öztora, S. (2005), İlköğretim çağındaki çocuklarda obezite prevalansının belirlenmesi ve risk faktörlerinin araştırılması, Yayınlanmamış Uzmanlık tezi. Dr. Sami Hatipoğlu Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul.
- [23] World Health Organization, Obesity Health Observatory Data Repository, Overweight/Obesity: Obesity (body mass index \geq 30) by country, <http://apps.who.int/gho/data/node.main.A900>, Erişim Tarihi: 2015.
- [24] Kayhan, E.Ş. & Şahin, T.K. (2000), Konya’da iki yetiştirme yurdunda barınan adölesanların beslenme durumları, *Beslenme ve Diyet Dergisi*; 29: 25-33.
- [25] Cabar, D.H. & Özeren, G.S. (2013), Nutritional habits and obesity: Primary school students in Sinop, the northernmost point of Turkey.
- [26] Mendes, E., Mendes, B. & Karacabey, K. (2011), Obesity and exercise in adolescent period. *STED* 22:32-35.
- [27] Türkiye’de Okul Çağı Çocuklarında (6-10 Yaş Grubu) Büyümenin İzlenmesi (TOÇBİ) Projesi Araştırma Raporu. (2011), T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara.
- [28] .Kater-Kathy, J., John, R. & Karen, L. (2002), Vücut görüntüsü, yeme ve kilo kaygısı önlemek için bir üst ilkokul programının değerlendirilmesi, *Okul Sağlığı Dergisi*, 72,5: 199-204.

- [29] Güler, Y., Gönener, D., Altay B. & Gönener, A. (2009), Adolesanlarda Obezite ve Hemşirelik Bakımı, *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 10 (4):21-25.
- [30] Şanlıer, N. & Güler, A. (2005), İlköğretimin ikinci kademesinde eğitim gören öğrencilere verilen beslenme eğitiminin öğrencilerin beslenme bilgi düzeyi ve alışkanlıklarına etkisi, *Beslenme ve Diyet Dergisi*, 32: 31-38.
- [31] Birinci Basamak Hekimler İçin Obezite İle Mücadele El Kitabı. (2013), Ankara: T.C.Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu.
- [32] Wellman, NS., Friedberg, B. (2002), Causes And Consequences Of Adult Obesity: Health, Social And Economic Impacts In The United States. *Asia Pac J Clin Nutr*, 11:705-709.
- [33] ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi (2001), Derleme: Çocukluk Çağı Obezitesi Tanı Yöntemleri, Prevalansı ve Etyolojisi, 2(3) : 39 – 46.
- [34] Wolf, G., Sheldon, C., Dong, C.H. & Fuad, N.Z. (2002), Leptin and renal disease, *American Journal of Kidney Diseases*, Vol 39, No 1, 1-11.
- [35] Funahashi, H., Yada, T., Suzuki, R. & Shioda, S. (2003), Distribution, function, and properties of leptin receptors in the brain, *Int Rev Cytol*, 224:1-27.
- [36] Caterson, I.D. & Brom, J. (2001), Pocket Picture Guide Obesity 1th edition, 20-47.

- [37] Arslan, M., Başkal, N., Çorakçı, A., Görpe, U., Korugan, Ü., Orhan, Y., Özbey, N., Özer, E. (1999), *Ulusal Obezite Rehberi. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği Çalışma Grubu*. Syf. 1-24.
- [38] Rankinen, T., Zuberi, A. & Chagnon, Y.C. (2006), Weisnagel S.J., Argyropoulos G., Walts B., v.d., The Human Obesity Gene Map: The 2005 Update, *Obesity*, 14, 4, s. 529 644.
- [39] Alphan, E.T. (2008), “Obezitenin Etiyolojisi” Yetişkinlerde Ağırlık Yönetimi, Ed. Baysal, A. & Baş, M., Türkiye Diyetisyenler Derneği, s. 17-34.
- [40] Corsica, J.A., Hood, M.M. (2011), Eating Disorders In An Obesogenic Environment. *Journal Of The American Dietetic Association*, 111(7):996-1000.
- [41] Dişçigil, G. (2007), Günümüzün Çocukluk ve Adolesan Çağı Epidemisi: Obezite, *Türk Aile Hekimliği Dergisi*, S. 11.2, s. 92-96.
- [42] Öztora, S., Hatipoğlu, S., Barutçugil, M.B., Salihoğlu, B., Yıldırım, R. & Şevketoğlu, E. (2006), İlköğretim çağındaki çocuklarda obezite prevalansının belirlenmesi ve risk faktörlerinin araştırılması. *Bakırköy Tıp Dergisi*, 2: 11-14.
- [43] T.C. Sağlık Bakanlığı toplumun beslenmede bilinçlendirilmesi. (2002), Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Yayınları.

- [44] Soyuer, F., Ünalın, D. & Elmalı, F. (2010), Normal Ağırlıklı ve Obez Üniversite Öğrencilerinde Fiziksel Aktivite. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 7(2):862-872.
- [45] Gedik, O. (2003), Obezite ve Çevresel Faktörler. *Turkish Journal of Endocrinology and Metabolism*, Suppl. 2, s. 1-4.
- [46] Rolls, B.J., Morris, E.L. & Roe, L.S. (2002), Portion Size of Food Affects Energy intake in Normal-Weight and Overweight Men and Women, *Am J Clin Nutr*. 76, s. 1207-1213.
- [47] Deveci, A. & Demet, M. (2005), Obez hastalarda psikopatoloji, aleksitimi ve benlik saygısı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 6: 84-91.
- [48] Ashwell, M. & Hsieh S.D. (2005), Six reasons why the waist-to-height ratio is a rapid and effective global indicator for health risks of obesity and how its use could simplify the international public health message on obesity. *In Journal Food Sci Nutr* 56:303-307.
- [49] Hawkins, M.A. & Stewart, J.C. (2012), Do negative emotional factors have independent associations with excess adiposity? *J Psychosom Res*. 73(4):243-250.
- [50] Luppino, F.S., De Wit, L.M., Bouvy, P.F., Stijnen, T., Cuijpers, P., Penninx, B.W. & Zitman, F.G. (2010), Overweight, obesity, and depression: a systematic

review and meta-analysis of longitudinal studies. *Arch Gen Psychiatry*. 67(3):220-229.

- [51] Jokela, M., Elovainio, M., Keltikangas-Järvinen, L., Batty, G.D., Hintsanen, M., Seppälä, I., Kähönen, M., Viikari, J.S., Raitakari, O.T., Lehtimäki, T. & Kivimäki, M. (2012), Body mass index and depressive symptoms: Instrumental-variables regression with genetic risk score. *Genes Brain Behav*.
- [52] Klinitzke, G., Steinig, J., Blüher, M., Kersting, A. & Wagner, B. (2013), Obesity and suicide risk in adults-A systematic review. *J Affect Disord*. 145(3):277-284.
- [53] Ohkawara, K. (2007), Aerobik egzersiz ve viseral yağ azaltma arasında bir doz-yanıt ilişkisi, Klinik çalışmaların sistematik gözden obezite, *Uluslararası Dergisi*. 31.12: 1786-1797.
- [54] Serter, R. (2003), Obezite Atlası. Roche Müstahzarları Sanayi A.ş., 27.
- [55] Bray, G.A. (2004), Assessment of Obesity, 16(12):1-22.
- [56] Pekcan, G. (2008), Beslenme durumunun saptanması, Hacettepe Üniversitesi-Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü. Ankara, Erişim: http://diyabet.gov.tr/content/files/yayinlar/kitaplar/beslenme_bilgi_serisi_1/a14.pdf, Erişim Tarihi:25.03.2016.

- [57] Greenspan, S.F. & Gardner, D.G. (2004), Basic and Clinical Endocrinology. 7th Ed. New York: Mc.Graw-Hill.
- [58] Deveci, S.E., Güler, H., Demet, M., Özmen, E. & Hekimsoy, Z. (2004), Elazığ Emniyet Müdürlüğü Kurum Hekimliği Polikliniğine Başvuran Polislerde Obezite Sıklığı, *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilgileri Dergisi*; 18:223-28.
- [59] Azadbakht, L., Mirmiran, P., Esmailzadeh, A. & Azizi, F. (2005), Dairy consumption is inversely associated with the prevalence of the metabolic syndrome in Tehranian adults. *American Journal of Clinical Nutrition*; 82(3): 523-30.
- [60] Chobanian, A.V., Bakris, G.L., Black, H.R., Cushman, W.C., Green, L.A., Izzo, J.L., et al. (2003), The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: The JNC 7 report. *JAMA*, 289: 2560-72.
- [61] Altun, B., Arıcı, M., Nergizoğlu, G., Derici, U., Karatan, O., Turgan, C., et al. (2005), Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Turkey the Patent study. *J Hypertens*, 23:1817-23.
- [62] Lopez, A.D., Mathers, C.D., Ezzati, M., Jamison, D.T., Murray, C.J.L. (2006), Global and regional burden of disease and risk factors: Systematic analysis of population health data. *Lancet*, 367: 1747-57.

- [63] Loyd-Jones, D.M., Leip, E.P., Larson, M.G., D'agostino, R.B., Beiser, A., Wilson P.W., et al. (2006), Prediction of lifetime risk for cardiovascular disease by risk factor burden at 50 years of age. *Circulation*, 113:791-8.
- [64] Haslam, D.W. & James, W.P. (2005), Obesity. *Lancet*, 366:1197-209.
- [65] Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı-Birincil, İkincil ve Üçüncül Korumaya Yönelik Stratejik Plan ve Eylem Planı (2010-2014), Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara.
- [66] Lash, M.M. & Armstrong, A. (2009), Impact of obesity on women's health. *Fertil Steril.*; 91: 1712 1715.
- [67] Onat, A. (2003), Türkiye'de Obezitenin Kardiyovasküler Hastalıklara Etkisi Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi - Arch Turk Soc Cardiol (31):279-289.
- [68] Wudden, A.T. & Stunkarda, J. A. (2003), Obezite Tedavi El Kitabı. İstanbul.
- [69] Görpe, U. (2003), Obezite ve Kardiyovasküler Sistem, *Obezite Dergisi*, Vol: 2, Sayı: 2-3: 24-27.
- [70] Steelman, M.C. (2010), Health Hazards Of Obesity. Obesity Evaluation And Treatment Essentials. Steelman. M.G Westman E.C (Ed). Informa UK Ltd. London. (25-34).

- [71] Sheen, J.A. (2001), Obezite ve Diyabet. Obezite ve ilişkili Hastalıkların Tedavisi. Kopelman P.G., Dunitz M (Ed). AND Danışmanlık, Eğitim, Yayıncılık ve Organizasyon Ltd. (11-44).
- [72] Mac-Evilly, C. (2001), The Price of Perfection. *Nutrition Bulletin*. 26(4): 275-276.
- [73] Tabak, L. & Çuhadaroğlu, Ç. (2008), “Obezite ve Akciğer”. Orhan Y., Bozboran A (Edt). Obezite ve Tedavisi. İstanbul Medikal Yayıncılık, İstanbul. (315-329).
- [74] Ursavaş, A., Göktaş, K., Sütçigil, L. & Özgen, F. (2004), Obstrüktif Uyku Apnesi Sendromu Olan Hastalarda Obezite ve Kardiyovasküler Hastalıkların Değerlendirilmesi, *Türk Toraks Dergisi* 5(2): 079-083.
- [75] Wudden, A.T. & Stunkarda, J. A. (2003), Obezite Tedavi El Kitabı, İstanbul.
- [76] Ahemed, M.L., Ong, K., Morrel, D., Cox, L., Drayer, N. & Perry, L. (1999), Longitudinal study of leptin concentrations during puberty: sex differences and relationship to changes in body composition. *J Clin Endocrinol Metab.*; 84: 899–905.
- [77] Körükçü, Ö. & Kukulu, K. (2011), Obezitenin Üreme Sistemleri Üzerine Etkisi, Antalya.

- [78] Pi-Sunyer, F.X. (2000), Symposium on "Body weight regulation and obesity: metabolic and clinical aspects" 1 st plenary session: 'Obesity'. Obesity criteria and classification. *Proceedings of the Nutrition Society*, 59; 505 – 509.
- [79] Apay, S.E. & Pasinlioğlu, T. (2009), Obezite ve Gebelik, *TAF Preventive Medicine Bulletin*; 8(4): 345- 350.
- [80] .Chehab, F.F., Lim, M.E. & Lu, R. (1996), Correction of the sterility defect in homozygous obese female mice by treatment with the human recombinant leptin. *Nat Genet*; 12: 318-320.
- [81] Jauniaux, E., Farquharson, R.G., Christiansen, O.B. & Exalto, N. (2006), Evidence based guidelines for investigation and medical management of recurrent miscarriage. *Hum Reprod*; 21: 2216-2222.
- [82] Galtier-Dereure, F., Mantpeyroux, F., Bringer, J. & Jaffol, C. (1995), Weight excess before pregnancy: complication and cost. *Int J Obesity*; 26: 883-896.
- [83] Apay, S.E., Kılıç, M. & Pasinlioğlu, T. (2010), Obez gebelerde doğum eylemi ve doğum sonu dönem. *TAF Preventive Medicine Bulletin*; 9(2): 151- 156.
- [84] Dempsey, J., Ashiny, Z., Qiu, C., Miller, R.S., Sorensen, T.K., Williams, M.A. (2005), Maternal pre-pregnancy overweight status and obesity as risk factors for cesarean delivery. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*; 17(3): 179-185.

- [85] Dempsey, J., Ashiny, Z., Qiu, C., Miller, R.S., Sorensen, T.K. & Williams, M.A. (2005), Maternal pre-pregnancy overweight status and obesity as risk factors for cesarean delivery. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*; 17(3): 179-185.
- [86] Majumdar, A., Saleh, S. & Candelier, C.K. (2010), Failure to recognise the impact of 'moderate' obesity (BMI 30-40) on adverse obstetric outcomes. *J Obstet Gynaecol*; 30(6): 567-570.
- [87] Simic, M., Wåhlin, I.A., Marsál, K. & Källén, K. (2010), Maternal obesity is a potential source of error in midtrimester ultrasound estimation of gestational age. *Ultrasound Obstet Gynecol*; 35(1): 48-53.
- [88] Baysal, A. (1994), Çocukluk çağı şişmanlığı ve önlenmesi, *Beslenme ve Diyet Dergisi*, 23 (2); 155- 160.
- [89] .Hanley, A. J. G., Harris, S. B, Gittelsohn, J., Wolever, T.M.S., Saksıvıg, B, & Zinman, B. (2000), Overweight among children and adolescents in a Native Canadian community: prevalence and associated factors. *American Journal of Clinical Nutrition*, 71; 693 – 700.
- [90] Yardımcı, H. & Özçelik, A. (2006), Ankara İli Gölbaşı İlçesinde Yetişkin Kadınların Antropometrik Ölçümleri ve Beslenme Alışkanlıkları Üzerine Bir Çalışma, Ankara.

- [91] Gunnarsdottir, I., Birgisdottir, B. E., Benediktson, R., Gudnason, V., & Thorsdottir, I. (2004), Association between size at birth, truncal fat and obesity in adult life and its contribution to blood pressure and coronary heart disease; study in a high birth weight population. *European Journal of Clinical Nutrition*, 58 (5); 812-818.
- [92] Ersoy, G. (2001), Okul çağı ve spor yapan çocukların beslenmesi. (1.Baskı). Ankara.
- [93] Pehlivan, M. (2015), Yetişkin Bireylerde Kendine Saygı ve Duygu Durumunun Antropometrik Ölçümler ve Beslenme Durumu İlişkisi, Ankara, Yüksek Lisans Tezi.
- [94] Mercanlıgil, S.M. (2008), Hacettepe Üniversitesi-Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Ankara.
- [95] Cooper, Z. & Fair, G.C. (2003), Kognitif Davranışçı Obezite Tedavisi, Obezite Tedavisi El Kitabı. Wadden T.A., Stunkard A. (Edt) and Yayıncılık Ltd 480-493 465-479.
- [96] Sertkaya, Ç.A. (2008), Obezitenin Medikal Tedavisi ve Güncel Yaklaşımlar, Orhan Y., Bozbora A. (Edt), Obezite, İstanbul Medikal Yayıncılık, İstanbul 329-341.

- [97] Atila, K. (2014), Morbid Obezitenin Cerrahi Tedavisi Archives of Clinical Toxicology; 1:23-7.
- [98] Buchwald, H. (2008), Introduction and current status of bariatric procedures, Surg. Obes. Relat. Dis. 4:S1–S6.
- [99] Flegal, K.M., Carroll, M.D., Kit, B.K. & Ogden, C.L. (2012), Prevalence of obesity and trends in the distribution of body mass index among US adults, 1999-2010. *JAMA*; 307(5):491-497.
- [100] Krummel, D.A. (2007), Postpartum weight control: A vicious cycle. *J Am Diet Assoc.*;107(1):37-40.
- [101] Rosenberg, T.J., Garbers, S., Chavkin, W. & Chiasson, M.A. (2003), Prepregnancy weight and adverse perinatal outcomes in an ethnically diverse population. *Obstet Gynecol*; 102(5 Pt 1):1022-1027.
- [102] Madan, J.C., Davis, J.M., Craig, W.Y., et al. (2010), Maternal obesity and markers of inflammation in pregnancy. *Cytokine*; 47(1): 61-64.
- [103] Farah, N., Maher, N., Barry, S., Kennelly, M., Stuart, B. & Turner, M.J. (2009), Maternal morbid obesity and obstetric outcomes. *Obes Facts.*; 2(6): 352-354.

- [104] Simic, M., Wahlin, I.A., Marsál, K. & Kallén, K. (2010), Maternal obesity is a potential source of error in midtrimester ultrasound estimation of gestational age. *Ultrasound Obstet Gynecol.*; 35(1): 48-53.
- [105] Whitaker, R.C. (2004), Predicting preschooler obesity at birth: The role of maternal obesity in early pregnancy. *Pediatrics*; 114(1):e29-e36.
- [106] Ehrlich, S.F., Rosas, L.G., Ferrara, A., et al. (2012), Pregnancy glucose levels in women without diabetes or gestational diabetes and childhood cardiometabolic risk at 7 years of age. *J Pediatr*; 161(6):1016-1021.
- [107] Johnson, K., Posner, S.F., Biermann, J., et al. (2006), Recommendations to improve preconception health and health care United States. A report of the CDC/ATSDR Preconception Care Work Group and the Select Panel on Preconception Care. *MMWR Recomm Rep.*; 55(RR-6):1-23.
- [108] Zera, C., Mc Girr, S. & Oken, E. (2011), Screening for obesity in reproductive-aged women. *Prev Chronic Dis.*; 8(6):A125.
- [109] Rahman, M., Berenson, A.B. (2010), Self-perception of weight and its association with weight-related behaviors in young, reproductive-aged women. *Obstet Gynecol.*; 116(6):1274-1280.

- [110] Rahman, M., Justiss, A.A. & Berenson, A.B. (2012), Racial differences in obesity risk knowledge among low-income reproductive-age women. *J Am Coll Nutr.*; 31(6):397-400.
- [111] Welborn, S. (2013), Comparison of obesity bias, attitudes, and beliefs among under graduate dietetic students, dietetic interns, and practicing registered dietitians. Yüksek Lisans Tezi, East Tennessee State University, Department of Allied Health Sciences, East Tennessee.
- [112] Daniélsdóttir, S., O'Brien, K.S. & Ciao, A. (2010), Anti-fat prejudice reduction: a review of published studies, *Obese Facts The European Journal of Obesity*, 3:47–58.
- [113] Tomiyama, A.J., Finch, L.E. & Belsky, A.C.I. (2014), Weight bias in 2001 versus 2013: contradictory attitudes among obesity researchers and health professionals. *Obesity* 0:1-8.
- [114] Li, W. & Rukavina, P.A. (2009), Review on coping mechanisms against obesity bias in physical activity/education settings. *Obesity Reviews*, 10:87-95.
- [115] Harvard University, Implicit Association Test. Erişim: <https://implicit.harvard.edu/implicit/common/enus/html/ProgressBar.jsp?tid=0>, Erişim tarihi: 15/06/2016.

- [116] Lewis, S., Thomas, S.L. & Blood, R.W. (2011), How do obese individuals perceive and respond to the different types of obesity stigma that they encounter in their daily lives? A qualitative study. *Social Science&Medicine*. 73: 1349-1356.
- [117] Andreyeva, T., Puhl, R.M. & Brownell, K.D. (2008), Changes in perceived weight discrimination among americans, 1995–1996 through 2004–2006. *Obesity* 16-5: 1129–1134.
- [118] Tezcan, B. (2009), Obez bireylerde benlik saygısı, beden algısı ve travmatik geçmiş yaşantılar. Uzmanlık Tezi, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2. Psikiyatri Kliniği, İstanbul.
- [119] Balcıoğlu, İ. & Başer, S.Z. (2008), Obezitenin Psikiyatrik Yönü. Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar: Sempozyum Dizisi, 62;341-348.
- [120] Rolland-Cachera, M.F., Dehereger, M., Guilloud, B. (1987), Tracking the development of adiposity from one month of age to adulthood. *Ann Hum Biol*; 14:219-229.
- [121] Özmen, D., Özmen, E., Ergin, D., Çakmakçı, Ç.A., Gen, N., Erbay, D.P., Taşkın, E.O. (2007), The association of self-esteem, depression and body satisfaction with obesity among Turkish adolescents. *BMC Public Health*, 7:1-7.

- [122] Bayrak, M.E. (2008), Obezitenin Klinik Yönetimi. İçinde: Yetişkinlerde Ağırlık Yönetimi, Eds: Baysal A., Baş M., 1. Baskı. Türkiye Diyetisyenler Derneği Yayını. Ekspres Baskı A.ş., İstanbul.
- [123] Huse, D.M., Lucas, A.R. (1984), Dietary Patterns in Anorexia Nervosa. *The American journal of clinical nutrition*. 40(2): 251-254.
- [124] DSM 5. (2013), In: Association AP, editor. 5 ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- [125] Evilly, M.C. (2001), Facts Behind the Headlines. The Price of Perfection, British Nutrition Foundation, *Nutrition Bulletin*, 26, 275-276.
- [126] J. M. (2005), What is Orthorexia? *J Am Diet Assoc*. 105(10): 1510-1511.
- [127] Arusoğlu, G., Kabakçı, E., Köksal, G. & Merdol, T.K. (2008), Orthorexia Nervosa and adaptation of ORTO-11 in Turkish. *Türk Psikiyatri Dergisi*; 19(3): 1-9.
- [128] Bratman, S. (1997), Obsession with dietary perfection can sometimes do more harm than good, says one who has been there. *Yoga Journal*; 136: 42-46.
- [129] Mathieu, J. (2005), What Is Orthorexia?, *Journal of the American Dietetic Association*; 105 (10): 1510–1512.

- [130] Donini, L.M., Marsili, D., Graziani, M.P., Imbriale, M. & Cannella, C. (2004), Orthorexia nervosa: A preliminary study with a proposal for diagnosis and an attempt to measure the dimension of the phenomenon, *Eat. Weight Disord*; 9(2):151-157.
- [131] Brytek-Matera, A. (2012), Orthorexia Nervosa- an eating disorder, obsessive-compulsive disorder or disturbed eating habit?, *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*; 1: 55-60.
- [132] Hepworth, K. (2010), Eating disorders today--not just a girl thing. *J Christ Nurs*; 27(3):236-41.
- [133] Yılmaz, A. (2014), Trabzon Özel İmperial Hastanesi Diyet Polikliğine Başvuran 20-64 Yaş Kadınlarda Antropometrik Ölçümler, Kan Biyokimyasal Değerleri, Kronik Hastalık Durumu ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- [134] Fugh-Berman, A. (2001), *The Journal of the American Medical Association*; 285; No:17; 2255-2256, May 2.
- [135] Billings, T. (2005), Other Types of Eating Disorders. Erişim: <http://www.something-fishy.org>, Erişim Tarihi:16/06/2016.
- [136] Bratman, S. (2004), www.orthorexia.com , Orthorexia Nervosa Home Page, 25.03.2004-02.11.2005.

- [137] Donini, L.M., Marsili, D., Graziani, M.P. & ark. (2005), Orthorexia nervosa: Validation of a diagnosis questionnaire. *Eat. Weight Disord*, 10 (June), e28-e32.
- [138] Zamora, M.L.C., Bonaecha, B.B., Sanchez, F.G. & ark. (2005), Orthorexia nervosa. A new eating behavior disorder? *Actas Esp Psiquiatr*, 33(1):66-68.
- [139] Bosi, A.T.B., Çamur, D., Akın, Ç. & ark. (2006), Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde çalışan araştırma görevlilerinin orthorexia nervosa sıklığı. V. International Nutrition and Dietetics Congress, 12-15 Nisan, Ankara.
- [140] Sinton, S. (2005), Healthy eating may be hazardous to your health., <http://www.dolfzine.com/page1.html>.
- [141] Ercan, A., Akçıl-Ok, M. & Kızıltan G. (2015), Sağlık bilimleri öğrencileri için obezite önyargı ölçeğinin geliştirilmesi: GAMS 27-obezite önyargı ölçeği, *DBHAD Uluslararası Hakemli Beslenme Araştırmaları Dergisi*.
- [142] Öçal, Ö. (2015), Acıbadem Maslak Hastanesi Beslenme ve Diyet Polikliniğine Başvuran Yetişkin Bireylerde Besin Tüketiminin Pittsburg Uyku Kalitesi Ölçeği İle İlişkisi, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- [143] Alp, G. (2014), Özel Bir Fizik Tedavi Merkezinde Uygulanan Obezite Tedavisinin Kilo Verme Üzerine Etkisinin Saptanması, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

- [144] Tekdemir, Ş. (2013), Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinin Obezite Polikliniğine Başvuran Obez Bireylerin Beden Algılarının Benlik Saygısı Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- [145] Ripoll, R. (2012), Lifestyle medicine: The importance of considering all the causes of disease. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc.)* 5(1):48-52.
- [146] Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı. (2010), Erişim: <http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-71613/h/kalp-ve-damar-hastaliklarini-onleme-ve-kontrol-programi.pdf>. Erişim Tarihi: Haziran 2016.
- [147] Yılmaz, A. (2013), Yetişkin Kadınların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları İle Besin Tüketimi ve Vücut Bileşimlerinin Karşılaştırılması, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- [148] Okyay, P. & Uçku R. (2002), İzmir’de kentsel bir bölgedeki doğurgan çağdaki kadınlarda şişmanlık prevalansı ve risk faktörleri, *Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 3(3):5-12.
- [149] Tokuç, B. & Berberoğlu, U. (2007), Edirne merkez ilçe ilköğretim okullarında çalışan öğretmenlerde sağlığı geliştirici davranışlar, *Kor Hek* 6(6):421-426.
- [150] Akgül, N. (2008), Sivas İl Merkezi Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında Çalışan Sağlık Personelinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Öz-

etkililik-yeterlilik Düzeylerinin Belirlenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Sivas.

- [151] Özdoğan, Y., Yardımcı H. & Özçelik A. (2006), Yurtta Kalan Üniversite Öğrencilerinin Beslenme Alışkanlıkları, Ankara.
- [152] Aydın D. (2006), Toplum ve birey için sağlıklı yaşlanma: yaşam biçiminin rolü, *S.D.Ü. Tıp Fak. Derg.* 13(4):43-48.
- [153] Fidan T., Ertekin V., Işıkkay S. & Kırpınar I. (2010), Prevalence of Orthorexia Among Medical Students in Erzurum, Turkey, *Comprehensive Psychiatry*. 51(1): 49-55.
- [154] Türkiye İstatistik Kurumu Sağlık Araştırması (2013), Türkiye İstatistik Kurumu Matbaası, Ankara.
- [155] Sözmen, K., Ünal, B., Sakarya, S., Dinç, G., Yardım, N., Keskinılıç, B. & Ergör, G. (2016), Türkiye’de Antropometrik Ölçüm Yöntemlerinin Kardiyovasküler Hastalık Riski İle İlişkisi, *Dicle Tıp Dergisi*; 43 (1):99-106.
- [156] Yılmaz, E. & Özkan, S. (2007), Üniversite Öğrencilerinin Alışkanlıklarının İncelenmesi, V. Temel Sağlık Hizmetleri Sempozyumu, Manisa.

- [157] Aksoydan, E. & Camcı, N. (2009), Prevalence of orthorexia nervosa among Turkish performance artists. *Eating and Weight disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 14(1): 33-37.
- [158] Ergin, G. (2014), Sağlık Personeli Olan ve Olmayan Bireylerde Ortoreksiya Nervoza Sıklığı Araştırması, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- [159] Boston, M.A. (2010), Weight loss and breakfast: Breakfast benefits health and can aid in weight loss. Harvard health publication. Erişim Temmuz 2016, www.health.harvard.edu/weight-loss-healthy-breakfast.
- [160] Deshmukh-Taskar, P.R., Nicklas, T.A., O'Neil, C. E., Keast, D.R., Redcliffe, J.D. & Cho, S. (2010), The relationship of breakfast skipping and type of breakfast consumption with nutrient intake and weight status in children and adolescents: The National Health and Nutrition Examination Survey 1999-2006. *Journal of the American Dietetic Association*, 110(6), 869-78.
- [161] Kutluay-Merdol, T. (2001), Kahvaltının önemi ve kahvaltı örüntümüz. Türk mutfak kültürü üzerine araştırmalar. *Türk Halk Kültürü Araştırma ve Tanıtımı Vakfı Yayınları*, Takas Matbaası, Ankara. 1211-1237.
- [162] Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberi. (2004), Erişim: http://www.beslenme.gov.tr/content/files/yayinlar/kitaplar/diger_kitaplar/beslenme_rehberi.pdf, Erişim Tarihi: Temmuz 2016. Ankara.

- [163] Çayır, A., Atak, N. & Köse, K.S. (2011), Beslenme ve Diyet Kliniğine Başvuranlarda Obezite Durumu ve Etkili Faktörlerin Belirlenmesi, Ankara Üniversitesi Tıp Mecmuası.
- [164] Aktaş, E. (2011), Ahi Evran Üniversitesindeki Öğrencilerin Beslenme Durumlarının Arizona Besin Tüketim Sıklığı Formu ile Saptanması, Yüksek Lisans Tezi, Kayseri.
- [165] Mazıcioğlu, M.M. & Öztürk A. (2003), Üniversite 3 ve 4. Sınıf Öğrencilerinde Beslenme Alışkanlıkları ve Bunu Etkileyen Faktörler, *Erciyes Tıp Dergisi (Erciyes Medical Journal)*, 25 (4):172-178.
- [166] Önder, F.O., Kurdoğlu, M., Oğuz G., Özben, B., Atilla S. & Oral, S.N. (2000), Gülveren Lisesi Son Sınıf Öğrencilerinin Bazı Beslenme Alışkanlıklarının Saptanması ve Bunun Malnütrisyon Prevalansı ile Olan İlişkisi, <http://www.thb.hacettepe.edu.tr/2000/20001.shtml>, Erişim: Temmuz 2016.
- [167] Ünsal, E. (2008), Diyet Eğitiminin Hiperlipidemik Hastaların Beslenme Alışkanlıkları, Beslenme Bilgi Düzeyleri ve Beslenme Durumuna Etkisinin Değerlendirilmesi. Gazi Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- [168] Farshchi, H., Taylor, M. & Macdonald, I. (2005), Beneficial metabolic effects of regular meal frequency on dietary thermogenesis, insulin

sensitivity, and fasting lipid profiles in healthy obese women. *Am J Clin Nutr* (81):16–24.

[169] Pekcan, G. (2001), Türkiye’de beslenme yetersizliği sorunları, besin ve beslenme politikaları, *Beslenme ve Diyet Dergisi*, 30:1: 45-47.

[170] Kutlu, R. & ivi, S. (2009), Özel Bir İlköğretim Okulu Öğrencilerinde Beslenme Alışkanlıklarının ve Beden Kütle İndekslerinin Değerlendirilmesi, *Fırat Tıp Dergisi*; 14(1): 18-24.

[171] Tamel, S.T. (2010), Güzelyurt bölgesinde yaşayan yetişkin bireylerin diyet örüntülerinin ve besin çeşitliliğinin beslenme durumlarına etkisi üzerine bir çalışma, Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Besin ve Beslenme Bilimleri Programı Yüksek Lisans Tezi, Lefkoşa.

[172] Nazif, S. (2012), Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti’nde Yaşayan 19-40 Yaş Arası Kadınların Beslenme Durumunun Saptanması ve Kalsiyum Tüketim Durumunun Değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme Bilimleri Programı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

[173] Şafakoğulları, S. (2011), Magosa kırsal bölgede yaşayan 19-65 yaş arası yetişkin bireylerin besin tüketim durumlarının saptanması. Yüksek Lisans Tezi. Yakın Doğu Üniversitesi, Lefkoşa, KKTC.

- [174] İnce, N. (2010), İskele-Karpaz Bölgesinde Yaşayan 19-65 Yaş Arası Yetişkin Bireylerin Beslenme Alışkanlıklarının ve Beslenme Durumlarının Saptanması. Yüksek Lisans Tezi. Yakındoğu Üniversitesi, Lefkoşa, KKTC.
- [175] Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Gıda Güvenliği Daire Başkanlığı. (2006), Ülkemizde Süt ve Süt Ürünleri Tüketimi ve Kahvaltı Yapma Alışkanlığı Raporu, Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı. 1-2.
- [176] Linseisen, J., Kesse, E., Slimani, N., Bueno-de-Mesquita, H.B., Ocke', M.C., Skeie, G. & diğerleri (2002), Meat consumption in the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC) cohorts: results from 24-hour dietary recalls. *Public Health Nutrition*, 5(6), 1243–125.
- [177] Baysal, A., Aksoy, M., Besler, H., Bozkurt, N., Keçecioglu, S. & ark. (2008), *Diyet El Kitabı*. Ankara: Hatipoğlu Yayınevi.
- [178] WHO Technical Report. (2003), Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases, Report of a WHO/FAO Expert Consultation. Geneva.
- [179] National Health Service. (2011), Your health, your choices. <http://www.nhs.uk/Livewell/5ADAY/Pages/Why5ADAY.aspx> , Erişim: Ağustos 2016.
- [180] Tucker, K.L., Hannan, M.T., Chen, H., Cupples, L.A., Wilson, P.W. & Kiel, D.P. (1999), Potassium, magnesium, and fruit and vegetable intakes are

associated with greater bone mineral density in elderly men and women. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 69(4), 727–736.

- [181] Macdonald, H.M., New, S.A., Fraser, W.D., Campbell, M.K. & Reid, D.M. (2005), Low dietary potassium intakes and high dietary estimates of net endogenous acid production are associated with low bone mineral density in premenopausal women and increased markers of bone resorption in postmenopausal women. *Journal of Clinical Nutrition*, 81(4), 923-933.
- [182] Miller, A.B., Altenburg H.P., Bueno-de-Mesquita B. (2004), Fruits and vegetables and lung cancer: Findings from the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition *Int J Cancer*, 10; 108(2): 269-76.
- [183] Tavani, A., Giordano, L., Gallus, S., Talamini, R., Franceschi, S., Giacosa, A. & diğerleri (2005), Consumption of sweet foods and breast cancer risk in Italy. *Annals of Oncology*, 17(2), 341-345.
- [184] Kabaran, S. (2015), KKTC Güzelyurt Bölgesi'nde Üretilen Zeytinyağı İle Olası Ağır Metal Alımı Arasındaki İlişkiyi İncelemeye Yönelik Bir Çalışma, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Programı, Doktora Tezi, Ankara.
- [185] Bountziouka, V., Bathrellou, E., Giotopoulou, A., Katsagoni, C., Bonou, M., Vallianou, N. & diğerleri (2012), Development, repeatability and validity regarding energy and macronutrient intake of a semi-quantitative food

frequency questionnaire: methodological considerations. *Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases*, 22 (8), 659-667.

- [186] Hur, I., Jang, M.-J., Oh, K. (2011), Food and Nutrient Intakes According to Income in Korean Men and Women. *Osong Public Health And Research Perspectives*, 2 (3), 192-197.
- [187] Bendinelli, B., Masala, G., Saieva, C., Salvini, S., Calonico, C., Sacerdote, C. & diğeri (2010), Fruit, vegetables, and olive oil and risk of coronary heart disease in Italian women: the EPICOR Study. *American Journal of Clinical Nutrition*, 93, 275-283.
- [188] Arslan, A., Mercanlıgil, S., Özel G.H., Akbulut G.Ç., Dönmez, N., Çiftçi, H. & ark. (2006), TEKHARF 2003-2004 taraması katılımcılarının genel beslenme örüntüsü ve beslenme alışkanlıkları. *Türk Kardiyol Dern Arş*, 34, 331-339.
- [189] Pekcan, G. (2000), Şişmanlığın tanımı ve saptanması. III. uluslararası beslenme ve diyetetik kongresi, s. 93 - 104. Ankara.
- [190] Aranceta, J., Perez-Rodrigo, C., Serra-Majem, L. (2001), Influence of sociodemographic factors in the prevalence of obesity in Spain. The SEEDO'97 Study. *European Journal of Clinical Nutrition*, 55(6), 430-435.

- [191] Rosmond, R., Lapidus, L., Bjorntorp, P. (1996), The influence of occupational and social factors on obesity and body fat distribution in middleaged men. *International Journal of Obesity Related Metabolic Disorders*, 20(7), 599-607.
- [192] Altun, S. (2015), Üniversite Öğrencilerinin Obeziteye İlişkin Önyargılarının Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- [193] Nazlıcan, E. (2008), Adana İli Solaklı ve Karataş Merkez Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşayan 20-64 Yaş Arası Kadınlarda Obezite ve İlişkili Risk Faktörlerinin İncelenmesi, Uzmanlık Tezi, Adana.
- [194] Aktener, Y.A., Dülger, İ.H., Erkayhan, E.G., Görmeli G., Kafadar S.F. & ark. (2006), Yarı kırsal bir bölgede 20-64 yaş üreme çağı ve menapoz sonrası kadınlarda şişmanlık sıklığı, *Trakya Ü. Tıp Fak. Dergisi*; 23(3):119-126.
- [195] Ergun, R. (2014), Türkiye'ye Özgü Bazı Ekmek Türlerinin Glisemik İndeks Değerlerinin Saptanması. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme Bilimleri Programı Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- [196] Deurenberg, P., Deurenberg M. (2002), Validation of skinfold thickness and hand-held impedance measurements for estimation of body fat percentage among Singaporean Chinese, Malay and Indian subjects. *Asia Pasifile Journal of Clinical Nutrition*, 11 (1); 1-7.

- [197] Samur, G., Yıldız, E., Gökmen-Özel, H., Kuyumcu, A., Çıtak-Akbulut, G., Okut, E. & Arslan, P. (2003), Ankara'da yaşayan farklı sosyoekonomik düzeydeki kadınlarda şişmanlık görülme durumu. *IV. Uluslararası Beslenme ve Diyetetik Kongresi*, s. 214, Antalya.
- [198] Snijder, M.B., Zimmet, P.Z., Visser, M., Dekker, J.M., Seidell, J.C. & Shavv, J.E. (2004), Independent and opposite associations of waist and hip circumferences with diabetes, hypertension and dyslipidemias the AusDiab study. *International Journal of Obesity*, 28; 402 – 409.
- [199] Onat, A., Uyarel, H., Türkmen, S., Hergenç, G., Uzunlar, B., Sarı, İ., Yazıcı, M., Can, G. & Sansoy, V. (2004), Menopozal Türk kadınlarında serum testosteron düzeyiyle koroner risk. *Türk Kardiyoloji Derneği Araştırmaları*, 32; 137-144.
- [200] Sasai, H., Katayama, Y., Nakata, Y., Eto, M., Tsujimoto, T., Ohkubo, H. & Tanaka, K. (2010), The effects of vigorous physical activity on intra-abdominal fat levels: A preliminary study of middle-aged Japanese men. *Diabetes Res Clin Pract* (88):34-41.
- [201] Chrostowska, M., Szyndler, A., Hoffmann, M., Narkiewicz, K. (2013), Impact of obesity on cardiovascular health. *Baillieres Best Pract Res Clin Endocrinol Metab* 4:1-10.

- [202] Wang, Z., Hoy, W.E. (2004), Waist circumference, body mass index, hip circumference and waist-to-hip ratio as predictors of cardiovascular disease in Aboriginal people. *European Journal of Clinical Nutrition*, 58 (6); 888 -893.
- [203] Ian-Janssen-Peter, T. & Robert, R. (2002), Body Mass Index, Waist Circumference, and Health Risk. *Arch Intern Med*, 162, 2074-2079.
- [204] Arslan, C. & Ceviz D. (2007), Ev hanımı ve çalışan kadınların obezite prevalansı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. *F.Ü. Sağlık Bilimleri Dergisi*, 21: 211-220.
- [205] Kutlutürk, F., Öztürk, B., Yıldırım, B., Özüğurlu, F., Çetin, İ., Etikan, İ., Sazlıdere, H., Tetikçok, R., Akbaş, A. & Şahin, İ. (2011), Obezite Prevalansı ve Metabolik Risk Faktörleri ile İlişkisi:nTokat İli Prevalans Çalışması. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*; 31(1):156-63.
- [206] Ergün, A. & Erten, S. (2004), Öğrencilerde vücut kitle indeksi ve bel çevresi değerlerinin İncelenmesi, *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 57 (2); 57-61.
- [207] Keten, H.S., Gürarlan, O., Gençoğlan, S., Önay, H. & Işık O. (2015), Obez Kadınlarda Metabolik Sendrom ve Öfke Arasındaki İlişkisinin Belirlenmesi, *Çukurova Medical Journal*; 40(3):525-533.

- [208] Nakade, M., Lee, J., Kawakubo, K., Amano, Y., Mori, K. & Akabayashi, A. (2007), Correlation between food intake change patterns and body weight loss in middle-aged women in Japan. *Obes Res Clin Pract* (1)79-89.
- [209] Lapidus, L., Bengtsson, C., Larsson, B., et al. (1984), Distribution of adipose tissue and risk of cardiovascular disease and death: a 12 year follow up of participants in the population study of women in Gothenburg, Sweden. *Br Med J (Clin Res Ed)*; 289:1257-1261.
- [210] Golay, A. & Felber, J.P. (1994), Evolution from obesity to diabetes. *Diabetes Metab.*; 20: 3-14.
- [211] Colditz, G.A., Willet, C. & Rotnitzky, A. (1995), Weight gain as a risk factor for clinical diabetes mellitus in women. *Ann Intern Med.*; 122: 481-486.
- [212] Ashwell, M., Gunn, P. & Gibson, S. (2012), Waist-to-height ratio is a better screening tool than waist circumference and BMI for adult cardiometabolic risk factors: systematic review and meta-analysis. *Obes Rev*; 13:275-286.
- [213] Can, A.S., Bersot, T.P., Gonen, M. et al. (2009), Anthropometric indices and their relationship with cardiometabolic risk factors in a sample of Turkish adults, *Public Health Nutr*; 12:538-546.

- [214] Meseri, R., Ucku, R., Unal, B. (2014), Waist:height ratio: a superior index in estimating cardiovascular risks in Turkish adults, *Public Health Nutr*; 17:2246-2252.
- [215] Toplumun Beslenmede Bilinçlendirilmesi Saha Personeli İçin Toplum Beslenmesi Programı Eğitim Materyali (2002), Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Hacettepe Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Ankara.
- [216] Ercan, A. (2013), Yeme Bozuklukları. Editör: Alphan M.E., Hastalıklarda Beslenme Tedavisi, Hatiboğlu Yayınları, Ankara.
- [217] Welborn, S. (2013), Comparison of obesity bias, attitudes, and beliefs among under graduate dietetic students, dietetic interns, and practicing registered dietitians. Yüksek Lisans Tezi, East Tennessee State University, Department of Allied Health Sciences, East Tennessee.
- [218] Pearl, R.L. & Puhl, R.M. (2014), Measuring internalized weight attitudes across body weight categories: validation of the modified weight bias internalization scale. *Body Image*, 11: 89–92.
- [219] Kinzl, J.F., Hauer, K., Traweger, C. & Kiefer I. (2006), Orthorexia nervosa in dieticians. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 75(6): 395-396.

- [220] Bağcı-Bosi, A.T., Çamur, D. & Güler Ç. (2007), Prevalence of Orthorexia Nervosa in Resident Medical Doctors in the Faculty of Medicine, Ankara, Turkey, *Appetite*. 49(3): 661-666.
- [221] Varga, M., Dukay-Szabó, S., Túryfvan-Furth-Eric, F. (2013), Evidence and gaps in the literature on orthorexia nervosa. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. 18(2): 103-111.
- [222] McInerney-Ernst, E.M. (2011), Orthorexia nervosa: real construct or newest social trend?, Doctor of Philosophy Thesis, University of Missouri; Kansas City.
- [223] Ramacciotti, C., Perrone, P., Coli, E., Buralassi, A., Conversano, C., Massimetti, G., & ark. (2011), Orthorexia nervosa in the general population: a preliminary screening using a self-administered questionnaire (ORTO-15). *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. 16(2): 130-133.
- [224] Shelton, N.J. (2005), “What not to eat: inequalities in healthy eating behaviour, evidence from the 1998 Scottish Health Survey”, *Journal of Public Health*. 27(1): 36-44.
- [225] Gezer, C. & Kabaran, S. (2013), Beslenme ve diyetetik bölümü kız öğrencileri arasında görülen ortoreksiya nervosa riski. *SDU Journal of Health Science Institute/SDÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 4(1): 9-22.

[226] Larsen, K.I. (2013), Similarities and differences between eating disorders and orthorexia nervosa, Master Thesis. The University of Rome; Rome.

EKLER

EK 1: Enstitü Kurul Kararı

 <p>Doğu Akdeniz Üniversitesi "Güvenle Kurulur Eyle"</p>	<p>Eastern Mediterranean University "The Best International Choice"</p>	<p>PK. 99629 Gazimagusa K2029 KIBRIS Famagusta North Campus, 44200 Mersin 12 T.C/99629 Tel: +90532 537 1995 Faks: +90532 537 2818 Beylikdüzü 9100 31</p>
<p>Etik Kurulu / Ethics Committee</p>		
<p>Sayı: ETK00-2016-0113</p>		
<p>21.05.2016</p>		
<p>Sayın Neşe Ormancı Beslenme ve Diyetetik Bölümü Yüksek Lisans Öğrencisi</p>		
<p>Doğu Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu'nun 30.05.2016 tarih ve 2016/28-04 sayılı karar doğrultusunda "Gazimagusa İlçesinde İkamet Eden 20-40 Yaş Arası Kadınların Obezite ile İlgili Önyargılarının ve Sağlıklı Beslenme Takımlarının Değerlendirilmesi" konulu çalışmanızı Yrd. Doç. Dr. Seray Kabanar'ın danışmanlığında araştırmanız Bilimsel ve Araştırma Etiği açısından uygun bulunmuştur.</p>		
<p>Bilginize rica ederim.</p>		
 <p>Doç. Dr. Şükrü Tüzmen Etik Kurulu Başkanı</p>		

EK 2: Araştırma Amaçlı Çalışma İçin Aydınlatılmış Onam Formu

Araştırmacının Açıklaması:

Ankete katılan kişilerin obezite önyargısını ve sağlıklı beslenme takıntılarının değerlendirilmesi için araştırma yapmaktayız. Araştırmanın ismi ‘‘Gazimağusa’’da İkamet Eden 20-40 Yaş Arası Kadınların Obezite nyargısı ve Sağlıklı Beslenme Takıntılarının Değerlendirilmesi’’dir.

Sizin de bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Ancak çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Eğer araştırmaya katılmayı kabul ederseniz diyetisyen tarafından kilonuz, vücut yağ, yağsız doku ktleniz taşınabilir tartı kullanılarak, boy uzunluğunuz, bel çevreniz ve kalça çevreniz esnemeyen mezur (metro) yardımıyla llecektir. Bu işlem sırasında herhangi bir acı duymayacaksınız. Beslenme alışkanlıklarınız, obezite önyargısı ve sağlıklı beslenme takıntısı ile ilgili sorular yine diyetisyen tarafından size yüz yüze sorulacak ve bu bilgiler diyetisyen tarafından kaydedilecektir.

Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığımız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır.

Sizinle ilgili bilgiler gizli tutulacak, ancak çalışmanın kalitesini denetleyen görevliler, etik kurullar ya da resmi makamlarca gereği halinde incelenebilecektir.

Bu çalışmaya katılmayı reddedebilirsiniz. Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır. Yine çalışmanın herhangi bir aşamasında çalışmadan ayrılabilirsiniz.

Katılımcının Beyanı:

Sayın Diyetisyen Neşe Ormancı tarafından Doğu Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümünde bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya ‘‘katılımcı’’ olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam diyetisyen ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük zen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla

kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. *(Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağına bilincindeyim)*

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırma sırasında araştırmayla ilgili herhangi bir konu hakkında danışmak istersem, Diyetisyen Neşe Ormancı'yı 05338826659 numaralı telefondan arayabileceğimi biliyorum.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde "katılımcı" olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Katılımcı:

Adı, soyadı:

Tel:

İmza:

Görüşme tanığı:

Adı, soyadı:

Tel:

İmza:

Katılımcı ile Görüşen Diyetisyen:

Adı, Soyadı, Ünvanı: Diyetisyen Neşe ORMANCI

Adres: Kalilant Apartmanı No:19 Mağusa/ KKTC

Tel: : 05338826659

İmza:

EK 3: Gazimağusa'da İkamet Eden 20-40 Yaş Arası Kadınların Obezite Önyargısı ve Sağlıklı Beslenme Takıntılarının Değerlendirilmesi

A) GENEL BİLGİLER

1) Yaş :

2) Medeni Durum : 1) Evli 2) Bekar 3) Boşanmış

3) Eğitim Durumunuz : 1) İlkokul mezunu 3) Lise mezunu 5) Lisans üstü

2) Ortaokul mezunu 4) Üniversite mezunu

4) Mesleğiniz : 1) Ev hanımı 3) Memur 5)Diğer

2) Serbest Meslek 4) Emekli

5) Doktor tarafından tanısı konulmuş herhangi bir sağlık sorunuz var mı?

1) Evet 2)Hayır

1) Hipertansiyon 2) Diyabet 3) Kalp-Damar Hastalıkları

4)Diğer

6) Sigara Kullanıyor musunuz? Kullanıyorsanız kaç yıldan beri? Günde kaç adet?

1) Evet 2) Hayır

7) Düzenli olarak sabah kahvaltısı yapıyor musunuz?

1) Evet 2) Bazen 3) Hayır

8) Ara öğün tüketiyor musunuz? _____ kaç ara öğün

1) Evet 2) Bazen 3) Hayır

9) Hangi tür ekmek tüketiyorsunuz?

1) Beyaz ekmek 2) Tam Tahıllı Ekmek 3)Çavdar ekmeği 4)Diğer

B) TÜKETİM SIKLIĞI

	Her gün	Her öğün	Haftada 1	Haftada 2-3	Haftada 4-6	Ayda 2-3	Seyrek	Hiç	Miktar (gr)	Günlük ortalama
Süt (.....)										
Yoğurt (..)										
Et										
Tavuk										
Balık										
Peynir(...)										
Meyve										
Sebze										
Şeker										
Ekmek										

EK 4: Obezite Önyargı Ölçeği

	Aşağıdaki ifadeleri okuyunuz ve size göre en uygun seçeneği (√) ile işaretleyiniz. Şişman Bireyler	Kesinlikle Katlıyorum	Katlıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
1	Bencildirler					
2	Güzel yüzlüdürler					
3	Estetik değildirlir					
4	Güler yüzlüdürler					
5	İradesizdirler					
6	Hastalıklara yatkındırlar					
7	Mutludurlar					
8	Toplumda yemek yemekten hoşlanmazlar					
9	Korkaktırlar					
10	Misafirperverdirler					
11	Çekicidirler					
12	Hareket yetenekleri kısıtlıdır					
13	Ter kokarlar					
14	Sempatiktirler					
15	Sağlıklı görünürler					
16	Hareket etmeyi sevmezler					
17	Özgüvenlidirlir					
18	Yaşam kaliteleri düşüktür					
19	Olduğundan daha yaşlı görünürler					
20	Sosyal ilişkileri güçlüdür					
21	Çabuk yorulurlar					
22	İyi dinleyicidirler					
23	Hareketlerinde yavaştırlar					
24	Tembeldirlir					
25	Güzel yemek yaparlar					
26	Görünimlerinden dolayı duygusal ilişkilerde tercih edilmezler					
27	Cana yakındırlar					

EK 5: Bireylerin Sağlıklı Beslenme Takıntısının Belirlenmesi

		HERZAMAN	SIK SIK	BAZEN	HİÇBİR ZAMAN
1	Son üç ay içerisinde besinler konusunda endişelendiğiniz oldu mu?				
2	Sağlığınızla ilgili endişeleriniz besin seçiminizi etkiler mi?				
3	Yemeğinizin sağlıklı olması sizin için lezzetli olmasından daha mı önemlidir?				
4	Daha sağlıklı, daha taze besinler satın almak için daha fazla para harcamak ister misiniz?				
5	Sağlıklı beslenme ile ilgili düşünceler sizi günde üç saatten fazla meşgul eder mi?				
6	Sağlıksız olduğunu düşündüğünüz besinleri yediğiniz olur mu?				
7	Besinler içerisinde sadece sağlıklı olanları tüketmek kendinize olan güveninizi artırır mı?				
8	Uyguladığınız beslenme tipi yaşam tarzınızı değiştirir mi? (dışarıda yeme sıklığı, arkadaşlar vb. açısından)				
9	Sağlıklı beslenmenin dış görünümünüzü daha iyi hale getirebileceğini düşünür müsünüz?				
10	Sağlıksız beslendiğinizde kendinizi suçlu hissedersiniz mi?				
11	Piyasada sağlıksız besinlerin de satıldığını düşünür müsünüz?				

Kilo :

Boy :

BKI (kg/m²) :

Bel çevresi:

Kalça çevresi:

Yağ (%) :

Kas (%) :

Su (%) :

Yağ (kg) :

Kas (kg) :

Su (kg) :