T.C.
ERCİYES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

ADIYAMAN İL MERKEZİNDE 15-49 YAŞ KADINLARDA OBEZİTE SIKLIĞI, FİZİKSEL AKTİVİTE DÜZEYİ VE SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI

Hazırlayan
Türkan ŞAHİN

Danışman
Yrd. Doç. Dr. Arda BORLU

Doktora Tezi

Şubat 2018
KAYSERİ

T.C.
ERCİYES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

ADIYAMAN İL MERKEZİNDE 15-49 YAŞ KADINLARDA OBEZİTE SIKLIĞI, FİZİKSEL AKTİVİTE DÜZEYİ VE SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI

Hazırlayan
TÜRKAN ŞAHİN

Danışman
Yrd. Doç. Dr. Arda BORLU

Doktora Tezi

Şubat 2018
KAYSERİ

BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK

Bu çalışmadaki tüm bilgilerin, akademik ve etik kurallara uygun bir şekilde elde edildiğini beyan ederim. Aynı zamanda bu kural ve davranışların gerektirdiği gibi, bu çalışmanın özünde olmayan tüm materyal ve sonuçları tam olarak aktardığımı ve referans gösterdiğimi belirtirim.

Adı-Soyadı
Türkan ŞAHİN
İmza:



YÖNERGEYE UYGUNLUK ONAYI

"Adıyaman İl Merkezinde 15-49 Yaş Kadınlarda Obezite Sıklığı, Fiziksel Aktivite Düzeyi Ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları" adlı Doktora Tezi, Erciyes Üniversitesi Lisansüstü Tez Önerisi ve Tez Yazma Yönergesi' ne uygun olarak hazırlanmıştır.

Tezi Hazırlayan
Türkan ŞAHİN
İmza

Danışman
Yrd.Doç.Dr. Arda BORLU
İmza

Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı
Prof. Dr. Osman GÜNAY
İmza

Yrd.Doç.Dr. Arda BORLU danışmanlığında Türkan ŞAHİN tarafından hazırlanan "Adıyaman İl Merkezinde 15-49 Yaş Kadınlarda Obezite Sıklığı, Fiziksel Aktivite Düzeyi Ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları" adlı bu çalışma jürimiz tarafından Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü **Halk Sağlığı** Anabilim Dalında **Doktora** tezi olarak kabul edilmiştir.

08 / 02 / 2018

JÜRİ:

Danışman : Yrd.Doç.Dr. Arda BORLU Halk Sağlığı Anabilim Dalı .....

Üye :Prof. Dr. Mualla AYKUT Nuh Naci Yazgan Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü .....

Üye :Prof. Dr. Zeynep BAYKAN Tıp Eğitimi Anabilim Dalı .....

Üye :Doç. Dr. İskender GÜN Halk Sağlığı Anabilim Dalı .....

Üye :Yrd. Doç. Dr. Ahmet Tevfik OZAN
Fırat Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı .....

ONAY:

Bu tezin kabulü Enstitü Yönetim Kurulunun ..... tarih ve ..... sayılı kararı ile onaylanmıştır.

...../...../.....

.....
Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Doktora tez çalışmam sürecinde bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan, emek, destek, hoşgörü ve sabrını esirgemeyen tez danışmanım Sayın Yrd.Doç.Dr. Arda BORLU'ya doktora eğitimime ve tez çalışma sürecime katkı ve desteğini esirgemeyen Sayın Prof. Dr. Osman CEYHAN'a, doktora eğitimime katkılarından dolayı Sayın Prof. Dr. Osman GÜNAY'a, Sayın Prof. Dr. MUALLA AYKUT'a, Sayın Prof. Dr. Ahmet ÖZTÜRK'e, Sayın Sayın Prof. Dr. Fevziye ÇETİNKAYA'ya, Sayın Doç.Dr.İskender GÜN'e, Sayın Doç. Dr. Elçin BALCI'ya, Tez İzleme Kurulu üyesi Sayın Prof. Dr. Zeynep BAYKAN'a eğitimimin tüm aşamalarında katkı ve destek sağlayan Halk Sağlığı Anabilim dalı personeline, çalışmamamın verilerinin istatistiksel analizinde ve yorumlanmasında yardımcı olan Uzm. Dr. Önder AYDEMİR'e, tablo çalışmalarım sırasında yardımlarını esirgemeyen değerli çalışma arkadaşım Arş.Görv. Dr. Sinan ASLAN'a, yaşamımın her döneminde beni her konuda destekleyen ve yüreklendiren sevgili eşim Hikmet Şahin'e sabır ve özveriyle yanımda olan oğlum Fırat Can ve kızım Ezgi'ye

Teşekkürlerimi sunarım.

Türkan ŞAHİN

Kayseri, Şubat 2018

ADIYAMAN İL MERKEZİNDE 15-49 YAŞ KADINLARDA OBEZİTE SIKLIĞI, FİZİKSEL AKTİVİTE DÜZEYİ VE SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI

TÜRKAN ŞAHİN

Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Halk Sağlığı Anabilim Dalı Doktora Tezi, Ocak 2018
Danışman: Yrd.Doç.Dr. Arda BORLU

ÖZET

Tanımlayıcı nitelikteki bu araştırma Adıyaman il merkezinde yaşayan 15-49 yaş grubu kadınlarda obezite sıklığı, fiziksel aktivite düzeyi ve sağlıklı yaşam davranışlarını belirlemek amacıyla yapılmıştır. Çalışmanın evrenini Adıyaman il merkezindeki 15-49 yaş grubu kadın nüfusu, örneklemi ise evreni bilinen örneklem yöntemi kullanılarak hesaplanmış 1100 kadın oluşturmuştur. Verilerin toplanması için gerekli izinler alınmış olup kadınlara Aile Sağlığı Merkezleri'nde ulaşılmıştır. Verilerin elde edilmesinde anket formu, geçerlik ve güvenirlikleri yapılmış uluslararası fiziksel aktivite ölçeği kısa formu ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği II kullanılmıştır. Sonuçların değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler, Pearson Ki-Kare Testi, Mann-Whitney U Testi, Kruskal Wallis Testi, Lojistik Regresyon analizi, Hosmer-Lemeshow testi istatistik analiz yöntemleri kullanılmış, $p<0.05$ anlamlı kabul edilmiştir.

Araştırmada kadınların yaş ortalaması 32,9±8,6 olup, %79,5'inin evli, %78,3'ünün ev hanımı,% 84,3'ünün çekirdek aile yapısına sahip, %38,4 ünün ilkokul,%31,9'unun lise ve üstü eğitime sahip olduğu belirlenmiştir. Kadınların %33,5'i fazla kilolu, %24,1'i obezdir. Beden kütle indeksleri grupları ile yaş grupları, aile tipi, eğitim durumları, medeni durum, çalışma durumu arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,001$). Kadınların toplam gebelik sayısı arttıkça fazla kilolu ya da obez olanların yüzdesi de anlamlı olarak artmıştır ($p<0,05$). Çalışmaya katılan kadınların %75,7' sinin fiziksel aktivitelerinin inaktif düzeyde, fiziksel aktivite şiddeti ortalamasının 446,2±575,1 Met-dk/hf ve toplam sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği puan ortalamasının 126,3 ±19,9 olduğu saptanmıştır. Kadınlar sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği alt bileşenlerinden en yüksek puanı 26,1±4,5 ile manevi gelişim, en düşük puanı ise

12,1±4,3 ile fiziksel aktivite alt boyutundan almıştır. Araştırmamızda kadınların çoğunun fiziksel aktivite düzeylerinin inaktif olduğu belirlenmiştir. Sağlıklı yaşam biçim davranış puanları ile yaş, eğitim durumu, medeni durum, aile tipi, gelir getiren bir işte çalışma ve sosyal güvenceye sahip olma durumları arasında istatiksel olarak anlamlılık olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Kadınlara fiziksel aktivite, sağlıklı yaşam davranışları ve obezite konusunda eğitimler verilmeli koruyucu sağlık politikaları oluşturulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Kadın, Obezite, Fiziksel Aktivite, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

RATE OF OBESITY, LEVEL OF PHYSICAL ACTIVITY AND HEALTHY LIFE STYLE BEHAVIORS IN WOMEN BETWEEN 15-49 YEARS OF AGE IN ADIYAMAN CITY CENTER

TÜRKAN ŞAHİN

Erciyes University, Graduate School of Health Sciences

Department of Public Health

PhD Thesis, January 2018

Supervisor: Asst. Prof. Arda BORLU

ABSTRACT

The aim of this descriptive study is to define the rate of obesity, levels of physical activity and healthy life style behaviors in women between 15-49 years of age living in Adıyaman city center. The population of the study consists of the female population in Adıyaman city center between 15-49 years of age and the sample was made up of 1100 women, calculated by means of sample size calculation for known population. Necessary consents were taken in order to collect the data and the women were contacted through Family Health Centers. The survey form, the international physical activity scale short form with proved validity and reliability and healthy life style behaviors scale II were used in collecting the data. For to assessment of the results; descriptive statistics, Pearson Chi-Square Test, Mann-Whitney U Test, Kruskal Wallis Test, Logistic Regression analysis, Hosmer-Lemeshow test statistical analysis methods were used and $p<0.05$ was considered significant.

The average mean age of the women in the study is 32.9±8.6; 79.5% are married, 78.3% are housewives, 84.3% live with their nuclear family; and 38.4% are elementary school graduates while 31.9% have finished high-school or more. 33.5% of the women are overweight and 24.1% are obese. There was a significant difference between body mass index groups and age groups, family type, education, marital status and employment status ($p<0,001$). As the number of total pregnancies increased, the percentage of overweight or obese women also increased significantly ($p<0.05$). It was also found out that 75.7% of the women participating in the study were inactive physically, the average physical activity intensity was 446.2±575.1 Met-dk/hf and average score in total healthy

life style behaviors scale was 126.3 ±19.9. Among the subcomponents of healthy life style behaviors scale, the women had the highest score in spiritual development with a score of 26.1±4.5 and the lowest score in physical activity sub-dimension with a score of 12.1±4.3. The physical activity levels of most of the women were found to be inactive in the study. It was determined that there was a statistical significance between healthy life style behaviors scores and age , education, marital status, family type, being employed in an income-generating job and having social security ($p<0.05$). Women should be educated about physical activity, healthy life style behaviors and obesity; and meanwhile, protective health policies need to be designed.

Key Words: Women, Obesity, Physical Activity, Healthy Life Style Behaviors

İÇİNDEKİLER

BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK i
YÖNERGEYE UYGUNLUK ONAYI ii
ONAY : iii
TEŞEKKÜR iv
ÖZET v
ABSTRACT vii
İÇİNDEKİLER vii
KISALTMALAR ve SİMGELER xii
TABLOLAR LİSTESİ xii
1.GİRİŞ ve AMAÇ 1
2.GENEL BİLGİLER 4
2.1.OBEZİTE 4
2.1.1.Obezitenin Tanımı ve Sınıflandırılması 4
2.1.2. Obezite Prevalansı 5
2.1.3.Obezite Nedenleri, Risk Faktörleri ve Yol Açtığı Sağlık Sorunları 7
2.1.4.Obezitede Tanı ve tedavi yöntemleri 9
2.1.4.1. Obezitenin tanı ve ölçüm yöntemleri 9
2.1.4.1.1. Vücuttaki Yağ Miktarının Direk Laboratuvar Metotları İle Ölçülmesi: 10
2.1.4.1.2. Vücuttaki Yağın İndirekt (Antropometrik) Ölçümü: 11
2.1.5. Obeziteden Korunma Yöntemleri 17
2.2.FİZİKSEL AKTİVİTE 18
2.2.1.Fiziksel Aktivite Tanımı ve Önemi 18
2.2.2.Fiziksel Aktivitenin Tipleri 19
2.2.3.Fiziksel Aktiviteyi Etkileyen Faktörler 21

2.2.4. Fiziksel Aktivitenin Etkileri 22

2.2.5. Fiziksel Aktivitenin Miktarı, Süresi ve Şiddetinin Ölçülmesi 23

2.2.6. Fiziksel Aktivitenin Değerlendirilmesi (Kriter Yöntemler, Objektif Yöntemler, Subjektif Yöntemler) 25

2.2.6.1. Kriter Yöntemler 25

2.2.6.2. Objektif Yöntemler..... 26

2.2.6.3. Subjektif Yöntemler 27

2.3. SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ 28

2.3.1. Sağlıklı Yaşam Biçimi Kavramı..... 28

2.3.2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları 29

3. GEREÇ VE YÖNTEM 35

3.1. Araştırmanın Türü Yeri ve Zamanı 35

3.2. Araştırmanın Evreni..... 35

3.3. Araştırmanın Örneklemi 35

3.4. Araştırmanın Etik Boyutu 37

3.5. Araştırmanın Sınırlılığı……..37

3.6. Veri Toplama Araçları 37

3.7. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması..... 39

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi..... 422

4. BULGULAR 43

4.1. BEDEN KÜTLE İNDEKSİNE GÖRE YAPILAN KARŞILAŞTIRMALAR 53

4.2. FİZİKSEL AKTİVİTE DÜZEYİNE GÖRE YAPILAN KARŞILAŞTIRMALAR 67

4.3. BAZI TANIMLAYICI ÖZELLİKLER İLE SYBDÖ SKORLARININ KARŞILAŞTIRMASI 75

5. TARTIŞMA ve SONUÇ 85

5.1. Araştırmaya Katılanların BKİ ve Diyet Özelliklerinin Değerlendirilmesi .. 85

5.2. Araştırmaya Katılanların Fiziksel Aktivite ile ilgili Özelliklerinin Değerlendirilmesi 89

5.3. Araştırmaya Katılanların SYBDÖ Özelliklerinin Değerlendirilmesi 91

5.3. 1. SYBDÖ puan ortalaması 91

5.3.2. SYBDÖ alt bileşenlerinden en yüksek puan alan bileşen 92

5.3.3. SYBDÖ alt bileşenlerinden en düşük puan alan bileşen 92

5.3.4. Sağlık sorumluluğu alt boyutu 93

5.3.5. Fiziksel aktivite alt boyutu 95

5.3.6. Beslenme alt boyutu 97

5.3.7. Stres yönetimi alt boyutu 98

6.KAYNAKLAR 103

EKLER

ÖZ GEÇMİŞ

KISALTMALAR ve SİMGELER

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
NHANES	National Health and Nutrition Examination Survey (ABD-Ulusal Beslenme ve Sağlık Araştırması)
ASM	Aile Sağlığı Merkezi
BKİ	Beden Kütle İndeksi
B/K	Bel-Kalça Oranı
CDC	Centers for Disease Control and Prevention (Hastalıkları Önleme Kontrol Merkezi)
DEXA	Dual Foton Absorpsiyometre ve Dual Enerji X-Işını Absorpsiyometre
TOBEC	Toplam Vücut Elektriksel Geçirgenliği Saptanması
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
IPAQ	International Physical Activity Questionnaire (Uluslararası Fiziksel Aktivite Ölçeği)
MET	Metabolic Equvalent (Metabolik Eşdeğer)
MONİCA	Multinational Monitoring of Trends and Determinants in Cardiovascular Diseese (Kardiyovasküler Hastalıkta Belirleyicilerin ve Eğilimlerin Çok Uluslu İzlenmesi)
NUTS 1	Nomenclature of Territorial Units for Statistics (İstatistiki Bölge Birimleri Sınıflandırması)
OECD	The Organisation for Economic Co-operation and Development (Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü)
SYBDÖ	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği
TBSA	Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması
TNSA	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
TOBEC	Toplam Vücut Elektriksel Geçirgenliği Saptanması
TURDEP	Türkiye Diyabet, Obezite ve Hipertansiyon Epidemiyolojisi Araştırması
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 4.1. Araştırma grubundaki kadınların bazı tanımlayıcı özellikleri 44

Tablo 4.2. Araştırma grubundaki kadınların kendi kilosunu algılama şekli ve diyet ve fiziksel aktivite yapma durumu ile ilgili özellikleri 48

Tablo 4.3. Araştırma grubundaki kadınların gebelik ve doğum ile ilgili özellikleri .. 50

Tablo 4.4. Araştırma grubundaki kadınların bazı antropometrik ölçümleri..... 51

Tablo 4.5. Araştırma Grubundaki Kadınların BKİ Değerlerine Göre Sınıflandırılması Ve Abdominal Obezite Durumları……

Tablo 4.6. Araştırma grubundaki kadınlara uygulanan Uluslararası Fiziksel Aktivite Değerlendirme Anketi (IPAQ) skorları

Tablo 4.7. Araştırma grubundaki kadınlara uygulanan Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (SYBDÖ) skorları 53

Tablo 4.8. Araştırma grubundaki kadınların bazı tanımlayıcı özelliklerine göre BKİ gruplarının dağılımı 54

Tablo 4.9. Araştırma grubundaki kadınların ailesel tanımlayıcı özelliklerine göre BKİ gruplarının dağılımı 55

Tablo 4.10. Araştırma grubundaki kadınların bazı yaşam şekli davranışlarına göre BKİ gruplarının dağılımı 56

Tablo 4.11. Araştırma grubundaki kadınların kendi kilosunu algılama şekli ve obezite sorunu yaşama durumu ile BKİ grupları arasındaki dağılım..... 57

Tablo 4.12. Araştırma grubundaki kadınların diyet yapma durumuyla ilgili özelliklerine göre BKİ gruplarının dağılımı 58

Tablo 4.13. Araştırma grubundaki kadınların fiziksel aktivite yapma durumuyla ilgili özelliklerine göre BKİ gruplarının dağılımı 59

Tablo 4.14. Araştırma grubundaki kadınların gebelik ve doğum ile ilgili özelliklerine göre BKİ gruplarının dağılımı 62

Tablo 4.15. Araştırma grubundaki kadınların BKİ gruplarına göre bel çevresi, kalça çevresi ve bel-kalça oranının dağılımı..... 63

Tablo 4.16. Araştırma grubundaki kadınların BKİ gruplarına göre IPAQ ve SYBDÖ skorlarının dağılımı 64

Tablo 4.17. Bazı olası prediktörlerin BKİ'nin 25 kg/m^2 ve daha fazla olmasını öngörmedeki bağımsız etkileri (Çok Değişkenli Lojistik Regresyon Analizi) 66

Tablo 4.18. Araştırma grubundaki kadınların bazı tanımlayıcı özelliklerine göre fiziksel aktivite düzeyinin dağılımı 68

Tablo 4.18. Devam. Araştırma grubundaki kadınların fiziksel aktivite düzeylerine göre bazı tanımlayıcı özelliklerin dağılımı 69

Tablo 4.19. Araştırma grubundaki kadınların kendi kilosunu algılama şekli ile ilgili özelliklerine göre fiziksel aktivite düzeylerinin dağılımı 70

Tablo 4.20. Araştırma grubundaki kadınların daha önce diyet yapma durumuyla ilgili özelliklerine göre fiziksel aktivite düzeylerinin dağılımı 71

Tablo 4.21. Araştırma grubundaki kadınların daha önce fiziksel aktivite yapma durumuyla ilgili özelliklerine göre fiziksel aktivite düzeylerinin dağılımı 72

Tablo 4.22. Araştırma grubundaki kadınların gebelik ve doğum ile ilgili özelliklerine göre fiziksel aktivite düzeylerinin dağılımı 73

Tablo 4.23. Araştırma grubundaki kadınların fiziksel aktivite düzeylerine göre bazı antropometrik ölçümlerinin dağılımı 74

Tablo 4.24. Araştırma grubundaki kadınların fiziksel aktivite düzeylerine göre SYBDÖ skorlarının dağılımı 75

Tablo 4.25. Araştırma grubundaki kadınların bazı tanımlayıcı özelliklerine göre SYBDÖ skorlarının dağılımı 78

Tablo 4.25. Devam. Araştırma grubundaki kadınların bazı tanımlayıcı özelliklerine göre SYBDÖ skorlarının dağılımı 81

Tablo 4.25. Devam. Araştırma grubundaki kadınların bazı tanımlayıcı özelliklerine göre SYBDÖ skorlarının dağılımı 84

1.GİRİŞ ve AMAÇ

Obezite; kişinin fiziksel aktivitesini ve bedensel işlevlerini kısıtlayan, tip2 diyabet, hipertansiyon, kalp damar hastalıkları gibi sık görülen kronik hastalıkların oluşumuna zemin hazırlayan ayrıca bir takım ruhsal ve sosyal sorunları da birlikte getiren önemli bir halk sağlığı sorunudur (1,2,3). Tüm Dünya'da görüldüğü gibi Türkiye'de de yaşam şekli, beslenme ve fiziksel aktivite alışkanlıklarının hızla farklılaşmasının bir sonucu olarak obezite sıklığı giderek artmış, halk sağlığını önemli ölçüde tehdit etmeye başlayan bir sorun halini almıştır (4). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2014 yılı verilerine göre 18 yaş ve üzeri yetişkin nüfusun yaklaşık 600 milyonunun (%13) obez olduğu; her yıl yaklaşık en az 2,8 milyon kişinin fazla kilo ve obezite yüzünden hayatını kaybettiği ortaya konmuştur (2,3). Dünya genelinde yetişkin nüfusta cinsiyetler arası obezite durumuna bakıldığında erkeklerin %11'i, kadınların %15'i obezdir. Amerika, Avrupa ve Doğu Akdeniz gibi DSÖ bölgelerinde yaşayan kadınların kilolu olma prevalansı % 50'nin üzerindedir. Kilolu kadınların yaklaşık yarısı da (Avrupa'da %25, Doğu Akdeniz'de %24, Amerika'da %30) obezdir (5). Obezite prevalansı açısından Türkiye'nin de gelişmiş batı ülkelerinden aşağı kalmadığı, özellikle kadınlarda belirgin derecede yüksek oranlara ulaştığı görülmektedir. Ülkemizde Sağlık Bakanlığı Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (TBSA-2010) sonuçlarına göre obezite sıklığı; yetişkin erkeklerde %20,5 ve kadınlarda %41 olarak bulunmuştur (4,6). Kadın cinsiyette obezite görülme prevalansı erkeklere oranla daha fazladır (3,4,7). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmalarında (TNSA) 15-49 yaş grubu kadınların obezite durumları incelendiğinde yıllara göre obezite prevalansında artış olduğu gözlenmektedir. TNSA araştırmalarının sonuçlarına göre, 15-49 yaş grubu kadınlarda obezite (Beden Kütle İndeksi $\geq$30 kg/m^2) prevalansı 1998, 2003, 2008 ve 2013 yıllarında sırasıyla %18,8, %22,7, %23,9 ve %26,5 olarak bulunmuştur. Aynı çalışmada NUTS 1 (Nomenclature of Territorial Units for Statistics- İstatistiki Bölge Birimleri Sınıflandırması) bölgelerinden Güneydoğu

Anadolu bölgesinde 15-49 yaş kadınlarda obezite prevalansı % 26,8 olarak saptanmıştır (2,7).

Obezite prevalansındaki bu artışın önemli bir nedeni de yetersiz fiziksel aktivitedir (8). Obezite ve ilişkili hastalıkların toplumda giderek artışla sonuçlanmasının etkenleri arasında fiziksel aktivite konusunda toplumun yetersiz bilgi düzeyinin olması, fiziksel aktivitenin sağlık için öneminin yeterince anlaşılamaması ve giderek daha hareketsiz bir yaşam tarzının benimsenmesi yer almaktadır (9-11).

2002 DSÖ raporuna göre, yılda 1,9 milyon kişinin ölümüne hareketsiz yaşam neden olmaktadır. Dünya çapında diyabet, kolon ve meme kanseri vakalarının yaklaşık %10-16'sına ve kalp hastalıklarının %22'sine yaşam tarzının haraketsiz olması sebep olmaktadır (12). Özellikle son 25-30 yıldan beri fiziksel inaktivite ve beslenme alışkanlıklarının sağlıksız olması gibi nedenlerin oluşması Türkiye'de de obezitenin yaygınlaşmasına neden olmuştur. Fiziksel inaktivitenin obezite prevalansında sorumluluk payının %67,5 olduğu rapor edilmiştir (13). Son zamanlarda kişilerin fiziksel, psikolojik ve sosyal sağlıklarının bozulması ve kişilerin verimliliklerinin azalmasında aktif olmayan yaşam şekli, ergonomik olmayan çalışma koşulları ve stresin yarattığı aşırı yüklenmenin etkili olduğu görülmüştür (14). DSÖ bölgeleri içerisinde Amerika ve Doğu Akdeniz bölgelerinde yetersiz fiziksel aktivite sıklığı en yüksek, Güney Doğu Asya'da ise en düşük oranlara sahiptir. DSÖ'ne üye devletler hem kendisinin bir sorun olmaya başlaması hem de hastalıklara neden olması açısından 2025 yılına kadar yetersiz fiziksel aktiviteyi %10 oranında azaltmak konusunda anlaşmaya varmışlardır. Bununla birlikte Türkiye'de yapılan çalışmaların sonuçları da dahil hemen her ülkede ortak nokta kadınlarda fiziksel aktivite yetersizliğinin erkeklere oranla daha fazla olduğudur (6,15-17). Sağlığı geliştirme oldukça önemli bir kavram olup, birey olarak insanların fiziksel ve ruhsal yönden yüksek sağlık düzeyine ve sosyal çevreye erişebilmeleri için kendi davranışlarını değiştirebilmelerini sağlayan yolları bulamalarını ve değişim sürecini etkileyen faktörleri tanımlayan bir süreçtir. Sağlığı geliştirmede, bireyin sağlıklı davranışı kazanması ve bunu devam ettirmesi gibi pozitif bir yaklaşım süreci esastır. Bireylerin sağlık sorunları yaşadığında yaptıkları ve sağlığı koruma yönündeki davranışları genellikle "sağlık davranışı" terimi olarak tanımlanmaktadır. Kişiler bireysel ve toplumsal kaynaklardan hareketle sağlıklarını koruma yönünde çeşitli şekillerde birtakım davranışlarda bulunurlar. Bunun sonucu

olarak sağlığı koruyucu davranışların tümünü ya da çoğunu yapanların, yapmayanlardan daha sağlıklı olduğu bulunmuştur (18). Sağlıklı yaşam biçimi davranışları veya aktiviteleri içinde; beslenme, sağlık sorumluluğu, kendini gerçekleştirme, kişilerarası destek, stres yönetimi, egzersiz ve fiziksel aktivite olarak belirtilen altı faktörün önemli düzeyde etkisinin olduğu bildirilmektedir (19). Bu altı faktörü etkileyen etmenleri belirlemek amacıyla çalışmalar yapılmıştır. Yaş, cinsiyet, eğitim, aylık gelir, medeni durum, beden kütle indeksi (BKİ) ve fiziksel kapasitenin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile ilişkili olabileceği belirtilmiştir. Ayrıca yaşam stili aktivitelerinin, örneğin merdiveni kullanıp asansöre tercih etme, ev işlerinin yapılması, bahçe uğraş ve işleri, alışveriş, arabayı uzağa park etmek vb. davranışların sağlığı korumada olumlu yaşam biçimi davranışları olduğu bilinmektedir (20,21). Bu anlamda sağlıklı yaşam davranışlarının obezite ve fiziksel aktivite yetersizliği problemlerinin önlenmesinde rol alabildiğini düşünebiliriz.

Bu araştırma Adıyaman il merkezinde yaşayan 15-49 yaş grubu kadınlarda obezite sıklığı, fiziksel aktivite düzeyi ve sağlıklı yaşam davranışlarını ortaya koymak için ;

- Bu kadınların obezite durumları, fiziksel aktivite düzeyleri, SYBD'ndaki durularını belirlemek ve aralarındaki ilişkiyi değerlendirmek
- Bu kadınların sosyodemografik faktörlerinin, fiziksel aktivite düzeyleri ile obezite durumlarıyla olan ilişkilerini saptamak
- Bu kadınların sosyodemografik faktörlerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına olan etkisini değerlendirmek ve bu alanda literatüre katkı sağlamak amacıyla yapılmıştır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1.OBEZİTE

2.1.1.Obezitenin Tanımı ve Sınıflandırılması

Obezite, latince ob-esum; yemekten dolayı anlamından gelmektedir (22). En basit anlamıyla şişmanlık ve obezite vücutta yağ fazlalığı olarak ifade edilen terimlerdir (23,24). DSÖ obeziteyi "vücutta anormal veya aşırı yağ birikmesinin sağlığı bozacak ölçülere ulaşması " olarak tanımlamaktadır (3,6). Vücuda giren ve harcanan kalori miktarı arasındaki dengesizlik sonucu ortaya çıkan obezite, davranış, endokrin ve metabolik değişiklikleriyle karakterize çok etmenli bir hastalık olarak da değerlendirilir (25). Bir başka basit anlamıyla obezite insan vücudundaki trigliserid formunda depolanan yağ fazlalığı olarak da tanımlanabilmekte ve kültürel, sosyal, genetik, fizyolojik, davranışsal ve psikolojik faktörlerin kompleks etkileşimi sonucu oluşmaktadır (22). Alınan enerjinin harcanandan fazla olduğu durumlarda da obeziteden bahsedilir (1,22). Genel olarak aynı anlama gelen değişik obezite tanımları mevcut olup bu tanımların farklı yönleri ile birbirini de tamamladıkları görülmektedir.

Obezite, başlama yaşına, etyolojik faktörlere, yağ dokusunun dağılımına ve anatomik özelliklerine göre birkaç farklı şekilde sınıflandırılabilir (25). Bu ana başlıklar altında obezitenin sınıflandırmasını açacak olursak;

1- Başlama yaşına göre obezite:

a- Çocukluk yaş gurubunda başlayan obezite

b- Erişkin dönemde başlayan obezite

2- Etiyolojiye göre obezite:

a- Basit ya da eksojen obezite (altta yatan başka hastalığın olmadığı bir tipdir)

b- Sekonder obezite (metabolik ve hormonal bozukluklara bağlı gelişen bir tipdir)

b. i- Endokrin kaynaklı nedenler (Bir çok hastalık ve neden bulunmakla birlikte hipotalamik bozukluklar, polikistik over sendromu, insülinoma, hiperinsülinizm örnek olarak verilebilir)

b. ii- İlaçlar (obezitede ilaçların da etkili olduğu düşünülmektedir örnek olarak glukokortikoidler, östrojen, progesteron gibi birkaç ilaç)

c- Genetik sendromlar ile birlikte olan obezite

3- Yağ dokusunun dağılımı ve anatomik özelliklerine göre:

a- Hiperselüler obezite: Çocukluk çağında başlayan yağ hücrelerinin sayıca artışı ile karakterize, erişkin dönemde nadiren görülen bir obezite tipidir.

b- Hipertrofik obezite: Erişkin yaşlarda başlayan, gebelik döneminde de görülen yağ hücrelerinin büyüklüğü ve lipit içeriğindeki artışın söz konusu olduğu obezite tipidir.

c- Yağ dağılımına göre obezite:

c. i- Android tip obezite (abdominal/santral): Erkek tipi şişmanlık adını alan ve yağ dokusu birikiminin karın ve göğüs bölgesinde olduğu bir obezite tipidir.

c. ii- Gynoid tip obezite (gluteal/periferal): Bu obezite tipinde yağ dokusu kalça ve uylukta toplanmıştır (23,25, 26).

DSÖ ise obeziteyi sınıflandırmakta ve ölçmekte BKİ değerlerini belirtmiştir. Bu sınıflandırma tüm dünyada ortak referans değerler olarak en yaygın kullanılan yöntemlerden birisidir. BKİ, bireyin vücut ağırlığının, boy uzunluğunun karesine oranı ile elde edilen bir değerdir. Ağırlık kilogram (kg), uzunluk metrekare (m^2) olarak hesaplamada kullanılır. Ayrıca boya göre vücut ağırlığını değerlendirirken, vücutta yağ dağılımı hakkında bilgi vermektedir (6,22-24,). Buna göre; BKİ = 25.0-29.9 kg/m^2 olduğunda kişiler fazla kilolu ve BKİ $\geq$30 kg/m^2 olduğunda ise obez olarak kabul edilmektedirler. Obezitenin alt sınflandırması da bulunmaktadır (I., II., III. derece obezite) (6,22,24).

2.1.2. Obezite Prevalansı

Obezite prevalansı, dünyada zengin-yoksul veya doğu-batı toplumu ayırımı gözetmeksizin giderek artmaktadır. Önceleri obezite gelişmiş ülkelerin bir sorunu olarak görülmekle birlikte, gelir düzeylerinin artması, batılı hayat şeklinin benimsenmesi, kırsaldan kentlere göç olgusunun artması ve enerji alımı artarken enerji harcanmasının azalması ile gelişmekte olan ülkelerde de önüne geçilemez bir sorun olmuştur (24). Obezite veya obeziteye bağlı sağlık sorunları tüm dünyada artık her yaşta görülmekte olup gebelik ve doğum gibi etkenlerin olmasından dolayı kadınlarda erkeklere oranla daha fazla karşılaşılmaktadır. Fiziksel olarak inaktif olmaları ve yaşam tarzları nedeniyle bazı meslek gruplarında ve ev hanımlarında obeziteye sık rastlanmaktadır (1).

DSÖ tarafından 12 yılda Asya, Afrika ve Avrupa'nın altı ayrı bölgesinde yürütülmüş, kardiyovasküler hastalıkta belirleyicilerin ve eğilimlerin ortaya konulmasının amaçlandığı Kardiyovasküler Hastalıkta Belirleyicilerin ve Eğilimlerin Çok Uluslu İzlenmesi (MONICA) çalışmasında obezite prevalansında 10 yılda (1980-1990 yılları arasında) %10-30 arasında bir artış saptandığı bildirilmiştir (4,6). Dünya'da tüm ülkeler arasında fazla kilolu ve obezite prevalansı en yüksek olan ülkelerden biri Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'dir; fazla kilolu olma ve obezite oranları sırasıyla: %61 ve %27'dir (4,5). ABD'de Hastalıkları Önleme Kontrol Merkezi (CDC) tarafından yürütülen Ulusal Beslenme ve Sağlık Araştırması (NHANES) çalışmasına göre 2005-2006 yıllarında obezite (BKİ ≥30) sıklığı erkeklerde %33,3, kadınlarda %35,3 iken 2009-2010 yılları arasında erkeklerde %35,5, kadınlarda %35,8 olarak tespit edilmiştir (4,6,22,27). 2017 Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (OECD) nün obezite güncel verilerine göre 2015 veya en yakın yılında 15 yaş üstü popilasyonda Japonya (%3,7), Kore (%5,3), Hindistan (%5,0) ve Endonezya (%5,7) gibi ülkelerde genel obesite prevalansı %6 dan daha az iken, Çin'de (%7,0), İtalya' da (%9,8) ve İsviçre'de (%10,3) genel obesite prevalansı %10-11 aralığındadır. Adı geçen bu ülkelerde 15 yaş üstü kadın poulasyonunda obezite prevalansı %10 ve altındadır. Almanya (%23,6), Finlandiya (% 24,8), Kanada (% 25,8), İngiltere (%26,9), Macaristan (%30), Meksika (%32,4) gibi ülkelerde ise genel obezite prevalansı %20'nin üzerindedir. Bu ülkelerin 15 yaş üstü kadın popilasyonunda da obezite prevalansının %20' nin üstünde olduğu görülmektedir (28).

Ülkemizde de dünyadaki diğer ülkelerde olduğu gibi obezite görülme sıklığı gün geçtikçe artmaktadır. 2017 OECD obezite güncel verilerine göre Türkiye'de 15 yaş üstü genel popilasyonda obezite prevalansı %22,3'dür. Aynı grubun kadın poplasyonunda obezite prevalansının genel popilasyona benzer şekilde % 20' lerin üzerinde olduğu görülmektedir (28). Sağlık Bakanlığı'nın ülkemizdeki bölgelerden seçilen yedi ilinde ondört sağlık ocağın da, 30 yaş üstü 15468 kişi üzerinde yapılan "Sağlıklı Beslenelim Kalbimizi Koruyalım" başlıklı araştırmasına göre; obezite görülme sıklığı, erkeklerde %21,2, kadınlarda ise %41,5 olarak bulunmuştur. Aynı çalışmada tüm yaş gruplarında kadınların BKİ değerleri, erkeklerin BKİ değerlerinden daha yüksektir (29). Türkiye Diyabet, Obezite ve Hipertansiyon Epidemiyolojisi Araştırması (TURDEP) -I çalışması ve bu çalışmadan 12 yıl sonra yapılan TURDEP-II çalışması yetişkin Türk toplumunda 1998'de %22,3 olan obezite prevalansının %40 oranda artış göstererek 2010'da

%31,2'ye ulaştığını saptamıştır. Kadınlarda obezite prevalansı %44, erkeklerde ise %27 olarak saptanmıştır (4). Sağlık Bakanlığı'nca yapılan Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (TBSA-2010) sonuçlarına göre obezite sıklığı; 19 yaş ve üzerinde bireylerde %30,3 iken bu oran erkeklerde %20,5 ve kadınlarda %41 olarak bulunmuş ayrıca fazla kilolu olma oranı ise %34,6 olarak tespit edilmiştir (4,24,30). Bu verilerden anlaşıldığı üzere obeziteye kadınlarda daha sık rastlanılmaktadır. Ülkemizde Adana (%28,3), Konya (%33,9), İzmir (%24,4), Elazığ (%27,3), Tokat (%33,6), Isparta (%23,6) gibi değişik illerde yetişkin kadınlar üzerinde obezite ile ilgili bazı çalışmalar yapılmıştır. Bu çalışmaların sonuçları göstermiştir ki obezite ülkemizde kadınlar arasında önemli bir halk sağlığı sorunu olarak devam etmektedir (1, 13,31-34).

2.1.3. Obezite Nedenleri, Risk Faktörleri ve Yol Açtığı Sağlık Sorunları

Tarih boyunca fazla kilo ve obezite tüm toplumlarda sağlık ve zenginlik göstergesi olarak görülmüştür (24). İnsanoğlunun tarihsel süreç içerisinde açlık, kıtlık ve yokluklarla mücadele ettiği düşünülürse böyle bir düşüncenin oluşması tabii görünmektedir. Açlık ve yokluk hala birtakım topluluklarda var olan bir sorun olarak devam etmektedir. Bir tek bu nedenle olmasa da beslenme noksanlığı, infeksiyon hastalıklarına bağlı sağlık sorunları sıkça karşılaşılan sorunlar olmuştur ancak günümüzde artık çoğu yerde aşırı beslenme ve obezitenin getirdiği sağlık sorunları daha çok ortaya çıkmaya başlamış ve önemli bir sorun haline gelmiştir (24). Bu gün en sık obezite nedeni enerjisi yoğun gıdaların tüketilmesi, bu gıdalara kolay ulaşılması ve durağan yaşamdır. Alınan enerji harcanan enerjiden fazla olduğunda enerji fazlası yağ şeklinde depolanmaktadır (4).

Obeziteye neden olan durumlar aşağıdadır;

1. Dengesiz beslenme: Aşırı yeme, karbonhidrat ve yağdan zengin beslenme; fazla kalori alma.
2. Yetersiz fiziksel aktivite
3. Bazı endokrin hastalıklar:

a) Metabolik sendrom

b) Diyabetes Mellitus

c) Hipotiroidi

d) Polikistik over sendromu

e) Cushing sendromu

f) Büyüme hormonu yetmezliği

g) Cinsiyet hormonlarında seks hormon azlığı

h) Obezite ile seyirli genetik sendromlar

4. İlaçlar: Metabolik kontrolü bozan ilaçlar: antipsikotikler, glukokortikoidler, anabolizan steroidler (4).

Obezitenin, doku ve organları olumsuz etkileyen, tedavi edilmediği takdirde yan etkileri ile insanların yaşam süresini kısaltan ve yaşam kalitesini bozan kronik bir hastalık olduğu bilinmektedir (4). Bu nedenle çağımızda sağlık problemleri içerisinde en büyük sorunlardan biri halinde olan obeziteden korunmada, obezitenin nedenlerini bilmek kadar risk faktörlerini de değerlendirebilmek oldukça önem taşır.

Obezite risk faktörleri değiştirilemeyen ve değiştirilebilir olarak iki grupta toplanır; (1,4).

1- Değiştirilemeyen Risk Faktörleri:

- Yaş,
- Cinsiyet (kadın),
- Genetik faktörler (Ailede obezite varlığı),

2- Değiştirilebilir Risk Faktörleri:

Beslenme alışkanlıkları,

Diyetin içeriği,

Yeme sıklığı,

Fiziksel aktivite,

Sosyo-kültürel ve sosyo-ekonomik durum,

Eğitim Düzeyi,

Doğurganlık özellikleri,

Sigaranın bırakılması ve alkol alışkanlığı,

İlaç kullanımı

Evlilik .

Obezite; fizyolojik olarak endokrin sistem, kardiyovasküler sistem, solunum sistemi, gastrointestinal sistem, deri, genitoüriner sistem, kas- iskelet sistemi gibi vücut sistemlerini etkilemesinin yanında psikososyal durum üzerinde yarattığı olumsuz etkilerden dolayı pek çok sağlık sorununa neden olmaktadır. Bunun yansıra obezitenin çeşitli hastalıklarla ilişkisi bilinmekte olup hastalığa yol açma ve ölüm oranınını artırıcı etkisi de ortaya konulmuştur (6).

Obezitenin yol açtığı sağlık sorunları şunlardır:

Kardiyovasküler Sistem Hastalıkları: Konjestif kalp yetersizliği, koroner arter hastalığı, hipertansiyon, periferik damar hastalıkları

Nörolojik Hastalıklar: İnme, subaraknoid kanama, periferik ve tuzak nöröpatiler

Metabolik-Hormonal Komplikasyonlar: İnsülin direnci, hiperinsülinemi, Tip 2 diabetes mellitus, dislipidemi, hipertansiyon, gut hastalığı

Solunum Sistemi Hastalıkları: Obezite-hipoventilasyon sendromu, obstrüktif uyku apne sendromu, astım

Sindirim Sistemi Hastalıkları: Gastroözofagial reflü hastalığı, hiatal herni, kolelitiazis ve safra kesesi hastalığı, karaciğer hastalığı (yağlı karaciğer, hepatosteatoz ve siroz)

Genitoüriner Sistem Hastalıkları: Cinsel işlev bozuklukları, obstetrik komplikasyonlar, menstruasyon düzensizlikleri

Deri Hastalıkları: Akantozis nigrikans, Fragilis kutis inguinalis

Cerrahi Komplikasyonlar: Perioperatif riskler (anestezi, yara komplikasyonları, enfeksiyonlar), insizyonal herni, pnömoni, tromboflebit

Kanser (özellikle hormona özgü kanserler): Meme, kolon, serviks, endometrium, over, safra kesesi, böbrek, prostat

Obezitenin Mekanik Komplikasyonları: Artrit, artroz, düşmeye eğilim, kas iskelet sistemi hastalıkları

Psiko-sosyal Komplikasyonlar: Psikolojik sorunlar, sosyal izolasyon, toplumsal uyumsuzluklar, azalmış özgüven, depresyon

Fiziksel görünüşte bozukluklar: Erkekte adipozo-gigantizm, psödojinekomasti, psödohipogenitalizm, kadında hirsutizm, artmış akneler (4, 6,35-37).

2.1.4.Obezitede Tanı ve Tedavi Yöntemleri

2.1.4.1. Obezitenin tanı ve ölçüm yöntemleri

Kişilerin şişman olup olmadığı tanısı koyulurken tek başına bakılarak da karar verilebilir yani alışkın, sürekli gören bir göz sadece inspeksiyonla tanı koyabilir. Fakat bu tanının objektif ölçütlerle kanıtlanmış olması gerekir (38). Obezite tanısı koyabilmek veya var olan obezitenin derecesini belirleyebilmek için iyi bir değerlendirme ve ölçüm yapmak gerekmektedir. Obez bir hastaya tıbbi, medikal ya da cerrahi bir yaklaşımda bulunulmadan önce genel olarak, obezite ve ilişkili faktörler açısından anamnez alınmalı, obezitenin derece ve tipini tayin etmek amacıyla iyi bir fizik muayene

yapılmalı, sekonder obezite nedenleri ve obezitenin komplikasyonları araştırılmalıdır (24).

Vücuttaki yağ dokusu ile yağsız dokunun oranını belirlemek obeziteyi tanımlarken önemlidir. Yağ dokusunun çoğunluğu deri altındadır fakat azımsanmayacak bir kısmı da organların çevresindedir. Kas dokusunda da bir miktar yağ bulunmaktadır (39). Tanı ve tedavide esas olan şişmanlığın derecesinin belirlenmesi ve tedavinin buna göre düzenlenmesidir. Bu sebeplerden dolayı vücuttaki yağ ölçümü yani obezitenin tanısı için kullanılan uygulaması kolay, değişik maliyeti ve doğruluk dereceleri farklı bir çok yöntem geliştirilmiştir. Bunlar direk laboratuvar metotları ve indirek (antropometrik) ölçüm yöntemleridir (22,38,39).

2.1.4.1.1. Vücuttaki Yağ Miktarının Direk Laboratuvar Metotları ile Ölçülmesi:

Çoğunlukla sık karşılaşılan bir sorun olması nedeniyle değerlendirmede kullanılan metodun; ucuz, güvenilir ve emin, kolaylıkla tekrar edilebilir olması istenen ve tercih edilen bir durumdur. Sınırlı sayıda bilimsel çalışmanın yapıldığı vücuttaki yağı ölçmede kullanılan direkt laboratuvar yöntemlerinin kullanımı yaygın değildir. Ayrıca bu yöntemlerin herkes tarafında yaygın kullanımında pratik ve ekonomik olmadığı gibi birçoğunun da çocuk yaş grubunda kullanımının uygun olmadığı bilinmektedir (1,22) .

Vücuttaki yağ miktarının doğrudan ölçümünü sağlayan yöntemler şunlardır: (22,38,39).

* Toplam vücut suyunun izotop dilüsyonu ile saptanması
* Vücuttaki toplam Potasyum miktarının ölçülmesi yöntemi
* Nötron aktivasyon analizi
* Su altı tartımı ile vücut dansitesinin hesaplanması
* Dual foton absorpsiyometre ve Dual enerji X-ışını absorpsiyometre (DEXA)
* Biyoelektriksel impedans analizi
* Radyolojik görüntüleme yöntemleri (ultrasonografi ile yağ kalınlığının ölçülmesi, bilgisayarlı tomografi, nükleer magnetik rezonans)
* Toplam vücut elektriksel geçirgenliği saptanması (TOBEC)
* İdrarla kreatinin atımı
* İnfrared İnteractance yöntemi
* Kimyasal Analiz ile ölçüm (Kadavradan)
* Toplam vücut nitrojenin ölçülmesi
* Yağda eriyen gaz yöntemi

Bu yöntemler arasında güvenilirlik ve uygulanabilirlik farklılıkları söz konusudur. Örneğin vücut dansitesi ölçümünün, DEXA ölçümüne göre vücut yağını %3 az tespit ettiği gösterilmiştir. Biyoelektirik empedans metodunun daha ucuz ve noninvaziv olduğu belirtilmektedir. Ultrasonografi total vücut yağını değil subkutan yağ dokusunu daha iyi gösteren bir yöntemdir. DEXA da lokal yağ dağılımlarını iyi tanımlamaktadır. TOBEC, yağ kitlesini çok doğru biçimde ölçen bir metoddur. Kolay uygulanabilirliği, radyasyon maruziyeti olmaması ve kısa sürede uygulanabilmesi avantajları olarak bildirilmektedir.

Tanı koymada bu laboratuvar yöntemlerinin tümünden yararlanılabilinmektedir ancak özellikle kolay uygulanabilmesi ve güvenilir olması nedeni ile birinci basamak sağlık merkezlerinde antropometrik ölçümlerden yararlanarak tespit edilen tanı kriterleri kullanılması kaçınılmazdır (39).

2.1.4.1.2. Vücuttaki Yağın İndirekt (Antropometrik) Ölçümü:

Antropometrik ölçümler, beslenme durumunun saptanmasında, protein ve yağ deposunun göstergeleri olmaları nedeniyle obezite tanısında sıklıkla kullanılan önemli bir yöntemdir. Bunun yanı sıra kolaydır, hızlı, pratik yapılabilir ve maliyeti oldukça düşüktür. (1,39). Antropometrik ölçümler için diğer önemli bir nokta da vücuttaki yağın ölçümünde, kullanılmasının pratikliği nedeniyle tercih edilebilir olmasıdır. Ayrıca ölçüm yaparken kullanılan araçların düzenli aralıklarla kontrol edilmesi, ölçümü yapan kişilerin belli zamanlarda sürekli eğitilmesi, referans değerlerin bulunması ve kesişim noktalarının belirlenmiş olması gerekmektedir (1,22).

"Antropometrik Ölçümler" olarak ifade edilen bu yöntemler şunlardır:

* Beden Kütle İndeksi,
* İdeal Vücut Ağırlığı (Relatif Ağırlık - Boya göre ağırlık),
* Deri Kıvrım Kalınlığı (Triseps cilt kıvrım kalınlığı),
* Çevre Ölçümleri (Bel-Kalça Oranı)

Beden Kütle İndeksi (BKİ), en yaygın kullanılan antropometrik ölçüm yöntemdir. DSÖ, obeziteyi BKİ ile sınflandırmayı önermektedir (38). BKİ, Ağırlık(kg) / Boy uzunluğu (m^2) formülü ile hesaplanır. DSÖ sınıflaması temel alınarak BKİ :

< 18,5 zayıf

18,5 - 24,9 normal

25,0 - 29,9 kilolu (hafif şişman- preobez, toplu, fazla kilolu, olarak da ifade edilebilir)

30-34,9 1. Derece obez (Şişman, obez olarak da ifade edilebilir)

35-39,9 2. Derece obez (Aşırı Şişman olarak da ifade edilebilir)

≥40 olması 3. derece obez (Morbid obezite, aşırı obezite olarak da ifade edilebilir) olarak değerlendirilir (1,40-42).

BKİ vücut yağ miktarının dolaylı olarak genel bir göstergesi olmakla birlikte yağ dağılımı ile ilgili bilgi vermez. Direkt olarak yağ ölçümünü içermediği için bazı kişilerde kullanılması önerilmeyen bir ölçümdür. Örneğin kas geliştiren sporcularda, hamilelerde, büyüme çağındaki çocuklarda, ileri derecede yaşlılarda, konjestif kalp yetmezliği veya böbrek yetmezliği gibi ödeme yol açan hastalıkları olan kişilerde yanılgıya yol açabilmektedir. Kaslı genç bir atlet ile orta yaşlı obez bir bayanın BKİ'si aynı bulunabilir (42). Çocuklar içinde BKİ değerlendirilmesi yaşa ve cinsiyete göre yapılmalıdır çünkü büyüdükçe yıllar içinde vücut yağ oranları değişmektedir. Bu nedenle çocuklarda uluslararası düzeyde yapılan çalışma ile kabul edilen 2-18 yaş grubunda yaşa ve cinsiyete özel BKİ tablosu obeziteyi belirlemek için kullanılmalıdır. Çocuk ve adölesanlar için BKİ değerleri genellikle yaş ve cinsiyet spesifik olan referans değerlerle kıyaslanır. Yaş ve cinsiyete göre belirlenmiş çizelgelerde BKİ'nin 85 ile 95 persentil arası olması fazla kilolu, 95 persentil üzeri ise obezite olarak tanımlanır (39,43).

İdeal vücut ağırlığı, yönteminde ABD yaşam sigortası şirketlerinin (Metropolitan Life Insurance Company) en uzun ömür beklentisine göre hazırladıkları tablolardan yararlanılır. Kullanılan bu tablolarda; kişilerin yaş, boy, cinsiyet ve vücudun yapısına göre ideal vücut ağırlığını gösterilmiştir ve bu tablolara bakılarak bireylerin ideal kilosunu yüzde kaç oranda aştığı bulunur. Ayrıca relatif ağırlığı hesaplamak için ölçülen ağırlık ideal ağırlığa bölünür. İdeal kilonun %10 aşılması (relatif ağırlığın %110 bulunması) fazla kilolu, %20 aşılması (relatif ağırlığın %120 bulunması) obez olarak tanımlanmaktadır (25).

Deri (Cilt) Kıvrım Kalınlığı, obezite ölçümü için kullanılabilen bir diğer yöntemdir. Obez kişilerde yağ oranının bir kısmı deri altında yağ depolarında yerleşip toplanır. Deri altındaki bu yağ dokusunu ölçmek için deri kıvrım kalınlığı ölçüm yöntemi kullanılır. Bu ölçüm yönteminde deri kıvrım kalınlığı kaliper adı verilen özel aletlerle değerlendirilir. Cilt kıvrım kalınlığı ölçümleri, triseps, biseps üzerinde, subskapular bölge, suprailiak bölge ve abdominal bölgelerden yapılmaktadır. En sık kullanılanı triseps cilt kıvrım kalınlığı ölçümüdür. Genelde erişkin bir erkekte triseps üzerindeki

ölçüm 19 milimetreyi (mm), kadında da 30 mm'yi, subskapular ölçümde erkekte 22 mm'yi, kadında 27 mm'yi aşıyorsa obeziteden söz edilmektedir. Erkeklere nazaran deri kıvrım kalınlığının kadınlarda biraz daha fazla olması normal olarak görülür (31,44).

Çevre ölçümleri, sıklıkla üst orta kol, bel (abdominal), kalça, uyluk ve baldır çevreleri kullanılarak yapılan ölçümlerdir. Bu ölçümlerle vücut dansitesi, yağsız vücut dokusu, adipoz doku kitlesi, total vücut protein kitlesi ve enerji depoları tespit edilir. Yağ dağılımını belirlenmek için bel-kalça oranı (B/K) kullanılan ölçütlerden biri olup aynı zamanda özellikle santral obezite değerlendirmesinde ve obeziteye bağlı riskin değerlendirilmesinde oldukça önemlidir. DSÖ bel/kalça oranını kadınlarda 0,85'den ve erkeklerde ise 0,90'dan fazla olmasını android tip obezite olarak kabul etmektedir (17). Ölçümlerde belin en ince olan kısmı, kalçanın en geniş olan kısmı alınmaktadır. B/K oranı obezitenin tipini belirlemede erişkinlerde sıklıkla kullanılmasına rağmen çocuklarda standart değerler henüz geliştirilmediğinden kullanılmamaktadır. Son yıllarda kolaylığı ve B/K oranı ile olan yüksek korelasyonu nedeniyle sadece bel çevresinin ölçülmesi de obezite ve riskinin belirlenmesinde yaygın olarak kullanılmaya başlanmıştır. Abdominal obezite göstergesi olarak bel çevresi ölçüm değeri erkeklerde 102, kadınlarda ise 88 cm üzerinde olması kabul edilmiş değerler olup bu değerler risk ve komplikasyonları önlemek için harekete geçme kriteri olarak kabul edilir (42,45).

2.1.4.2. Obezitenin tedavi yöntemleri

Genel olarak obezite tedavisinde amaçlanan sorunu yaşayan kişinin vücut ağırlığının azaltılmasıdır. Bunun yanında uzun dönemde vücut ağırlığının daha aşağı düzeyde tutulması, daha fazla kilo alınmasının önüne geçilmesi ve kilo alınmasıyla ortaya çıkabilecek diğer hastalık risk faktörlerinin kontrolü de tedavilerin diğer istenen amaç ve sonuçlarındandır (38). Önceleri ancak yol açtığı bir hastalıkla beraber ciddiye alınarak tedaviye kalkışılan obezitenin artık henüz hiçbir hastalıkla beraberliği yok iken tanınması ve tedavi edilmesi söz konusu olmuştur. Bu şekilde izlenen tedavi yolu hem gelişebilecek kronik bir çok hastalığın önüne geçilmesi sağlanmış hem de koruyucu sağlık politikalarının içinde yer almasını sağlamıştır. Bir hastalık olarak obezitenin etiyolojisinde genetik, çevresel, nörolojik, fizyolojik, biyokimyasal, kültürel ve psikolojik pek çok faktörün birbiri ile ilişkili olarak etkili olması bu hastalığın önlenmesi ve tedavisini son derecede güç ve komplike hale getirmektedir (31). Obezitenin tedavisinde kanıta dayalı üç ana yaklaşım vardır. Cerrahi tedavi, farmakoterapi, davranışsal tedavi (46). Bunların yanında tıbbi beslenme (diyet) tedavisi,

egzersiz tedavisi, kombine tedavi diğer tedavi yöntemleridir (38,47). Tedavinin şekli ne olursa olsun tümünde amaç; kişide uygun olan kiloya erişildikten sonra mevcut olan o kilonun uzun süre korunabilmesi ve yeni ağırlık kazanımının önlenmesidir (22).

Cerrahi, ciddi obez insanların sadece küçük bir kısmı için ayrılmış daha az oranda uygulanan bir tedavi yöntemidir (46,48). BKİ ≥40 olan morbid yada risk faktörleri olan (özellikle BKİ ≥35) komorbid bireylere uygulanabilir. Obez kişilerde cerrahi, başka tedaviler etkili olmadığında ve bu kişiler çok yüksek oranda morbidite ve mortalite riskine sahipse değerlendirilebilir bir yöntemdir (38,46,49). Böyle ameliyatlar genellikle iyi korunulursa sonrasında ilk 6-12 ay içinde önemli kilo kaybı (yaklaşık ameliyat öncesi ağırlığın %20-45'inin kaybı) ile sonuçlanır (46). Temelde obezitede cerrahi yaklaşım iki şekilde olur. Birincisi bariyatrik cerrahidir. Bu cerrahide hedef, alınan enerjinin azaltılmasına yönelik olarak alınan besinlerin gastrointestinal sistemde emilimlerini azaltmaktır. Gastrik bantlama, gastrik balon, bypass, gastroplasti vb. yöntemler bu amaçla kullanılır. İkinci ise rekonstrüktif cerrahidir. Rekonstrüktif cerrahide ise amaç, vücutta çeşitli yerlere lokalize olmuş yağ dokularının çıkarılmasıdır. Daha çok estetik ağırlıklı bir tedavidir ve eğer kişiler obezite tedavisinin gereklerini yerine getirmezse tekrar yağ birikimi gerçekleşmektedir (47).

İnsanlar obez olduklarında kendilerini zorlamayan ve kısa sürede kilo verdireceklerini düşündükleri ilaç tedavisine eğilimlidirler. Ancak şu an kullanılan ilaçların hiç biri "ideal ilaç" değildir. Kullanan kişilerde yan etkiler yapabilmektedirler, pahalıdırlar ve etkinlikleri sınırlıdır. Bu nedenle medikal tedavi uygulanacak hastanın seçimi çok önemlidir (49). Örneğin bu ilaçları hafif ve orta derecede ağırlık fazlalığı olan bireylerde kullanmak uygun değildir (47). Obezitenin ilaçla tedavisi birçok kez talihsizliklerle sonuçlanmıştır (50). Tedavide kullanılan ilaçların, hekimin önerdiği, güvenirliliği sağlık açısından kanıtlanmış, etyolojik olarak obezite nedenine uygun etkisi olan, kısa ve uzun vadede önemli yan etkileri olmayan, bağımlılık yapmayan ilaçlar olması büyük önem taşımaktadır (47). Tedavide kullanılan bazı ilaçların farklı etkilerinin olduğu ortaya çıkmıştır. Örneğin tiroid hormonunun; hipertiroidizm'e, dinitrofenolun; katarakt ve nöropatiye, amfetaminin; bağımlılığa neden olduğu, aminoreks'inin pazardan çekilmesinin nedeninin ise, primer pulmoner hipertansiyona yol açtığının tespit edilmesinin olduğu belirlenmiştir. Aynı şekilde, fenfluramin'in valvular kalp hastalıklarıyla ilişkili olduğunun görülmesinden sonra ilacın kullanımından vazgeçilmiştir. Günümüzde Amerika'da obezitenin uzun dönem

tedavisinde kullanılan başlıca iki önemli ilaç sibutramin ve orlistattır (50). Bu iki ilaç az miktarlarda kilo kaybı yapmaktadır, ancak tedavi kesildiğinde yeniden kilo artışı olması yaygındır (48). Ayrıca bu ilaçlarla ortalama %10'luk ağırlık kaybı sağlanması önemli olsa da, BKİ 30'un üstünde olan bir çok kişide yeterli olmayabilir. Son yapılan araştırmalarda, endojen kanabinoid sistemin keşfiyle birlikte kanabinoid reseptör antagonistlerinin obezite tedavisinde faydalı olabileceği düşünülmektedir. Obezitede genellikle ilaçla tedavi egzersiz ve düşük kalorili diyetlerin yetersiz kaldığı durumlarda uygulanmaktadır (50).

Davranışsal tedavi şekli, 1960'larda geliştirilen ve yıllar içinde giderek daha fazla işlenen bir konu olmuştur (46). Obezite tedavisinde davranışçı terapinin kullanılmasını öneren oldukça fazla çalışma mevcuttur. Davranışçı terapi hastalarda yeme ve aktivite alışkanlıklarını modifiye etmeye yarayan bir dizi ilke ve tekniği öğrenmeyi sağlamaktadır. Bu terapinin hedefi hastaya problem davranışların temellerine dair içgörü kazandırmaktan çok bu davranışları değiştirebilmesi için beceriler öğretmektir (51). Bu tedavinin diyet ve fiziksel aktivitenin yanında uygulanması faydalıdır. Kişilerin motivasyon durumları gözden geçirilerek değerlendirilir ve obezite için bir tedavi planı hazırlanır (49). Davranış değişikliği tedavisinin adımları: Kendi kendini gözlemleme, uyaran kontrolü, alternatif davranış geliştirme, pekiştirme, kendi kendini ödüllendirme, bilişsel yeniden yapılandırma ve sosyal destektir (47). Davranışçı programlar ömür boyu sürecek alışkanlık değişikliği oluşturmak ve kilo kaybını sürekli kılmayı amaçlamaktadır. Bu programlar, bireylerin sevdikleri ancak düşük kalorili yiyecekleri seçmek; hayatlarının geri kalanında bu tür bir yiyecek alışkanlığını sürdürmeleri ve yürüyüş gibi egzersizleri günlük her zaman yaptıkları davranışların bir parçası haline getirmeleri konusunda cesaretlendirmelidir (22).

Tıbbi beslenme tedavisi, obezitenin tedavisinde çok önemli role sahiptir. Özellikle kişilerin ağırlığının, boyuna göre olması gereken düzeye indirilmesi hedeflenmelidir. Obezite tedavisi gören ve kilo veren bireylerin %95'inden fazlası yeniden kilo almaktadır. Bu yüzden kişiler için gerçekçi kilo hedefleri konmalıdır. Bunu yaparken tıbbi beslenme tedavisinin kişiye özgü olduğu unutulmamalı ve başlangıç için 6 ayda %5-10 kilo kaybı hedeflenmelidir. Beslenme düzenlemesi yapılırken günlük alınan kalori miktarı azaltılması kilo kaybı için gerekli bir uygulamadır. Çoğunlukla kadınlar için 1000-1200 kkal/gün, erkekler için 1200-1600 kkal/gün enerji veren diyet listeleri uygundur (49). Kişiye göre hazırlamış zayıflama diyetleri yeterli ve dengeli beslenme

ilkeleri ile uyumlu olmalıdır. Burada amaç, bireye doğru beslenme alışkanlığı kazandırmak ve bu alışkanlığı sürdürmekdir. Vücut ağırlığı boya göre olması gereken normal düzeye geldiğinde ise tekrar kilo alımı önlenmeli ve kazanılan ağırlık korunmalıdır (47).

Egzersizin de obezite tedavisinde büyük önem vardır (49). Sürekli ve düzenli yapılan fiziksel aktivite, enerji dengesini düzenlenmekle kalmayıp, obeziteye bağlı oluşan sağlık risklerinin ve bu risklere bağlı ölüm hızının azaltılmasında da oldukça önemli bir yere sahiptir (22). Obez kişiler çoğunlukla daha az hareket etme eğilimindedirler. Ancak kalorisi düşük diyetler ve beraberinde çok ağır egzersiz programlarının yapılması da yanlış bir uygulamadır. İyi bir beslenme planı ve maksimum kalp hızının %60-70 ne ulaşmayı sağlayan bir egzersiz programının 20-30 dakika, haftada 4-5 kez veya 45-60 dakika, haftada 2-3 kez uygulanması uygun olacaktır (49). Obezite ile mücadele eden kişilerin egzersizin çok kötü ve cezalandırıcı bir durum olmadığını anlamalarına yardımcı olmak ve bu sürece katkıda bulunmak gerekir. Başlangıç olarak bireylere yaşam tarzlarını değiştirmeleri konusunda küçük önerilerde bulunmak gerekir. Örneğin yürüyerek merdiven çıkmayı asansöre tercih etmek, olabiliyor ise işe yürüyerek gitmek, arabasını iş yerinden biraz daha uzağa park etmek gibi (52). Egzersiz ve tıbbi beslenme tedavisi destekleyici nitelikte tedaviler olup bireylerin kilo almalarını engelleyebilmekte, zayıflama ve tekrardan ağırlık kazanmanın önlenmesi sağlanmaktadır. Obez kişilerde, egzersiz programının uygulanmasında dikkat edilmesi gereken en önemli noktalar, enerji harcamasını artırırken yaralanma riskinin en düşük düzeyde tutulmasının sağlanmasıdır. Egzersiz programı, kişiye özgü olarak önerilmeli, eğlenceli, uygulanması kolay ve kişinin günlük yaşam alışkanlıkları ile uyumlu olmalıdır (47).

Kombine Tedavi, davranış tedavisi, diyette düşük kalori ve fiziksek aktivitenin eklemesinin kombine uygulaması esasıyla kilonun düşmesi ve sabit kiloda kalma için başarılı bir tedavi seçeneği oluşturur. Diyette düşük kalori ve fiziksek aktivitenin kombine uygulanması; ağırlık kaybı, abdominal yağ oranının azaltılması ve kardiyorespiratuvar uyumun artmasına katkı sağlar. Davranışçı tedavi yaklaşımları diyet ve fizik egzersizle ilgili düzenlemelere hasta uyumunun artırılması için kullanılırlar (52).

2.1.5. Obeziteden Korunma Yöntemleri

Obeziteyle mücadelede en önemli faktör obezite oluşumunu engellemek yani oluşmadan korunma sağlamaktır. Obeziteden korunmaya, çocukluk çağında başlanmalı, adölesan dönemde devam ettirilmelidir. Bu dönemlerde oluşan obezitenin yetişkinlik dönemi obezitesi için zemin hazırladığı bilinen bir gerçektir. Özellikle aile, okul ve çevre bu nedenlerle yeterli ve dengeli beslenme ve fiziksel aktivite konularında bilgilendirilmelidir (47,53). 2004 yılı Türkiye Ulusal Hastalık Yükü-Maliyet Etkililik çalışmasına göre; obezite önlendiği takdirde ölümler erkeklerde %11,1 ve kadınlarda ise %15,8 azalır. Önlenebilecek hastalık yükü ise erkeklerde %6,7 iken kadınlarda %7,9'dur (4). Sıklığı giderek hızlı bir şekilde artan obeziteyi durdurmanın en önemli yolu kişilerin obez olmalarını önlemektir. Obeziteden primer korunma yolları dengeli beslenme, yeterli beslenme, fiziksel aktivite yapılması ve doğru davranışların kazandırılmasıdır. Kişiye yönelik korunmada asıl ve en önemli görev, sağlık çalışanlarına düşmektedir. Birinci basamakta çalışan sağlık çalışanlarının aileleri bu hususlarda bilgilendirip yönlendirmelerinin yararlı olacağı düşünülmektedir. Merkezi ve yerel yönetimlerin radyo, televizyon, gazete, intenet vb. tüm iletişim kanalları kullanılarak toplumu yeterli ve dengeli beslenme ve düzenli fiziksel aktivite hakkında devamlı bilgilendirmesi, bu konularda bireylere davranış ve alışkanlık kazandırmak amacıyla olanaklar sağlaması, fiziksel aktivite yapılabilecek alanlarını oluşturması, yürüyüş ve bisiklet yollarının yapması, toplu beslenme alanlarını yetkili kişilerce sık sık denetlemesi gibi sorumluluklarını yürütmesi ve bölgelerindeki eğitim kurumları ve işyerleri ile işbirliği yapmaları gerekmektedir. Yapılan bu tür hizmetler topluma yönelik koruyucu önlemlerdir (4).

Sekonder korunma yolları ise obezitenin erken tanılanması ve tedavisinin sağlanmasıdır. Tersiyer korunma yolları ise bireye topluma yönelik olarak sağlık personellerinin obezite ve obeziteyle ilgili konularda hizmet içi eğitimlerle programa dahil edilmesi, obeziteye yönelik mücadele programları ve ulusal veya yerel rehabilite merkezlerin açılması, desteklenmesi eğitim kurumları ve işyerleri gibi kurum ve kuruluşlarla işbirliği yapılmasıdır (1,45).

2.2.FİZİKSEL AKTİVİTE

2.2.1.Fiziksel Aktivite Tanımı ve Önemi

Fiziksel aktivite uluslararası bir terim olup enerji kullanarak vücut hareketlerini anlatmak için kullanılan bir ifadedir. Daha basit ve kolay tanımı ise enerjiyi harcamak için vücudun hareket etmesidir (54). DSÖ fiziksel aktiviteyi çalışırken, oynarken, ev işlerini yaparken, seyahatte veya eğlenirken gerçekleştirilen faaliyetler de dahil olmak üzere iskelet kaslarının kasılması ve enerji harcamasını gerektiren herhangi bir bedensel hareket olarak tanımlar (15). Başka bir tanımda fiziksel aktivite günlük yaşamda kas ve eklemlerimizi kullanarak enerji tüketimi ile gerçekleşen, kalp ve solunum hızını yükselten ve değişik şiddetlerde yorgunlukla sonuçlanan aktiviteler olarak da ifade edilmektedir. Sıçrama, bisiklete binme, yürüme, çömelme kalkma, yüzme, koşma, kol ve bacak hareketleri, baş ve gövde hareketleri gibi temel vücut hareketlerinin tümünü ya da bir kısmını içeren farklı spor dalları, dans, egzersiz, oyun ve gün içerisindeki aktiviteler fiziksel aktivite olarak kabul edilebilirler (54). Fiziksel aktivite birçok hastalık için hem önleyici, hem de iyileştirici etkilere sahiptir (55). Fizikse aktivitenin yeterince sağlanması, kişilerin fiziksel ve ruhsal sağlığının geliştirilmesinde temel araçlardan birisidir. Aynı zamanda toplum refahını, çevrenin korunmasını teşvik eder ve gelecek nesillere bir yatırım oluşturur. Fiziksel inaktivitenin olması önemli bir halk sağlığı sorunudur (16).

Ölüme neden olan risk faktörleri sıralamasında dünyada dördüncü sırada fiziksel hareketsizlik yer almaktadır (dünya genelindeki ölümlerin % 6'sı). İnaktif yaşam ya da yeterli olmayan fiziksel aktivite yüzünden her yıl 3,2 milyon insan yaşamını yitirmektedir (56). Yeterli derecede hareketli yaşamı olmayan insanlar, tüm sebeplere dayalı mortalite yönünden %20 ile %30 arasında daha yüksek risk altındadır. Yetersiz aktivitenin olması kardiyovasküler hastalıklar, diyabet, obezite, kanser gibi hastalıklar için önemli bir risk faktörüdür (56,57). Dünya genelinde 2008 de 15 yaş ve üzeri yetişkinlerin yaklaşık % 31'inin (erkeklerin % 28'i ve kadınların % 34'ü) aktiviteleri yetersizdir (16). 2010 yılında 18 yaş ve üstü yetişkin nüfusunun %23 ünün fiziksel aktivitesi yetersizdir (erkeklerde %20, kadınlarda %27). Yüksek ve düşük gelirli ülkeler karşılaştırıldığında gelir düzeyi yüksek ülkelerde, kadınların % 35'i, erkeklerin %26'sı ve gelir düzeyi düşük ülkelerde kadınların %24'ünün, erkeklerin %12'sinin fiziksel aktiviteleri yetersizdir (15). Türkiye'de 2011'de Sağlık Bakanlığı'nca yapılan "Kronik

Hastalıklar Risk Faktörleri Araştırması" na göre ülke genelinde kadınların %87'sinin, erkeklerin ise %77'sinin fiziksel aktiviteleri yeterli ölçüde yapmadığı belirlenmiştir. Böyle bir durum hareketsiz yaşam tarzının dünya ve ülkemiz için ciddi boyutlarda olduğunu ortaya koymasının yanında kadınlarda fiziksel inaktivitenin daha fazla düzeylerde olduğunu da göstermektedir. Dünya bir çok ülkede toplam ortalama sağlık harcamalarının yaklaşık %2'sini fiziksel hareketsizlik ve kötü beslenmenin neden olduğu sağlık sorunları için yapılan harcamalar oluşturmaktadır. Avrupa da ise kişi başı yıllık yaklaşık 150-300 Euro maliyetin fiziksel hareketsizlik nedeniyle olduğu tahmin edilmektedir. Sağlık harcamalarının dolayısıyla ekonomik maliyetin azaltılmasında fiziksel aktivitenin arttırılması etkin maliyet, uygulanabilir ve en temel stratejilerden birisidir (58). DSÖ'ne üye devletlerin yaklaşık % 80'ni fiziksel hareketsizlik sorununa yönelik olarak bu konuyu ele alan politikalar ve planlar geliştirmiştit. Ancak buna rağmen 2013 yılında ülkelerin sadece % 56'sı politikalar ve planları kullanıma hazır hale getirebilmiştir (15).

Türkiye'de Sağlık Bakanlığının 2013-2017 yılı Stratejik Planında da "Toplumu sağlıklı beslenme, obezite ve fiziksel aktivite konularında bilgilendirmek ve bilinçlendirmek, sağlıklı beslenme ve düzenli fiziksel aktivite alışkanlığı kazandırmak için destekleyici çevrelerle programlar oluşturmak" hedefler arasında yer almaktadır (56).

2.2.2.Fiziksel Aktivitenin Tipleri

Bir bireyin veya grubun fiziksel aktivitesi sıklıkla gerçekleşen aktivitenin ortamına göre sınıflandırılır. Yaygın olan sınıflandırmalar işte, evde ve ev çevresindeki aktiviteler, kişiye ait bakımı, boş zaman, spor veya ulaşımı içerir. Boş zaman aktivitesi, yarış sporları, bisiklete binme, dağa tırmanma gibi rekreasyonel aktiviteler ve egzersiz eğitimi gibi daha alt sınıflandırma da ayrılabilir (59).

Fiziksel aktivite, çoğunlukla egzersiz (veya egzersiz eğitimi), spor, fiziksel uygunluk ve sağlık terimleri ile karışmakta ve bu kavramlar çoğu zaman birbirinin yerine kullanılmaktadır (59,60). Oysa fiziksel aktivite, bu kavramlardan farklı anlamları ifade etmektedir ve fiziksel aktivite egzersiz ile karıştırılmamalıdır (15,60).

Egzersiz (veya egzersiz eğitimi): Fiziksel aktivitenin bir alt grubudur ve düzenli olarak yapılan fiziksel aktiviteyi ifade etmektedir. Aynı zamanda planlı, sürekli ve düzenli ve tekrarlanarak yapılan, fiziksel uygunluğun bir veya birkaç bileşenini geliştirmeyi hedefleyen vücut hareketlerini içerir (15,54,55).

Spor: Farklı tanımları bulunmakla birlikte en genel anlamda kuralları kendine özgü olan, tek kişiyle ya da toplu grup olarak yapılan, zihinsel veya bedensel yetilerin gelişimine katkı sağlayan ve bir yarışma esasına dayanan eğitici ve eğlendirici uğraştır (61).

Fiziksel uygunluk: Fiziksel aktivitenin etkinliğini yükselten bir nitelikler toplamı olarak düşünülebilir. İyi bir fiziksel uygunluk için yorgunluğun aşırı olmaması, yeterli enerjinin oluşması ve beklenmedik acil durumlarla başa çıkılarak yapılabilmesi gerekmektedir (59). Fiziksel uygunluğun korunması ve geliştirilmesi, fiziksel etkinlik düzeyini artırmak ve egzersiz yapmak ile mümkündür (62). Fiziksel aktivitenin en önemli faydası insanların fiziksel uygunluklarının gelişmesine katkıda bulunmakdır (63).

Sağlık: DSÖ Tüzüğü'nde 1948 yılında sağlık tanımı yapılmıştır. Sağlık yalnızca hastalık veya sakatlığın olmaması durumu değil, fiziksel, sosyal ve ruhsal yönden de iyilik halinin olması durumudur. Sağlık geliştirilebilir ve teşvik edilebilir olmalı ve bu bağlamda tanımının soyut bir durum olmaktan çıkıp çok fonksiyonel terimlerle anlatılabilen bir sonuca ulaşma aracı olarak, insanların kişisel, sosyal ve ekonomik olarak verimli bir hayat sürmesine izin veren bir kaynak olarak düşünülmektedir. Sağlık, insan hayatının bir amacı değil, günlük yaşamı için bir kaynaktır ve insanların sosyal ve kişisel kaynaklarını, fiziksel kapasitesini öne çıkaran pozitif bir kavramdır. Sağlık ve fiziksel uygunluk birbiriyle ilişkili kavramlardır (64). Fiziksel aktivite ve egzersiz tipleri, Dayanıklılık (Aerobik) aktiviteleri, Kuvvet aktiviteleri, Esneklik ve Denge aktiviteleri olarak sınıflandırılır.

Dayanıklılık (Aerobik) aktiviteleri: Daha uzun süre, yorgunluk olmadan herhangi bir fiziksel aktivitenin yapılabilmesi, dayanıklılık terimiyle ifade edilir. Dayanıklılık egzersizleri aerobik egzersizleri olarak da ifade edilir. Aerobik egzersizleri insan vücudunda oksijeni kullanma kapasitesini arttıran, büyük kas gruplarının dinamik ve ritmik olarak çalışmasını sağlayan egzersizlerdir. Bu egzersizlerin belli aralıklarla sabit bir şiddette ve belli zaman sürelerinde yapılması gereklidir. Tüm fiziksel aktivitelerimizi daha uzun süre sürdürebilir, yorulmadan gerçekleştirmesi dayanıklılık artıp geliştikçe meydana gelir. Dayanıklılığı arttırıp geliştirecek hareketlere örnek olarak; yürüme (düzenli ve sık adımlarla), yüzme (özellikle uzun süreli), bahçe veya

tarla işlerinde çalışma, bisiklete binme, tenis gibi aşırı yüklenme olmayan aktiviteler verilebilir (65).

Kuvvet aktiviteleri: Kasların dirençle karşılaştığında buna karşı koyabilme yeteneği kuvvet, güçlü şekilde kasılmalarını gerektiren aktiviteler ise kuvvet aktiviteleri olarak ifade edilir. Kuvvet aktiviteleri ile hem kaslar hem de kemikler güçlenir, bedendeki yağ oranını düşer, vücuttaki kas ve kemik oranları artar ve buralardaki kayıplar önlenir. Kuvvet attırıcı aktiviteler; sırt-bel, omuz-kol, karın, kalça ve bacak kasları gibi önemli vücut bölgeleri ve büyük kasları kuvvetlendirmeyi hedeflemelidir. Bunlara örnek olabilecek aktiviteler; bir ağırlık kaldırmak veya taşımak, merdiven çıkmak, sırtda çanta taşımak, şınav çekmek, mekik çekmek, ağırlıklarla kuvvet antrenmaları yapmak gibi aktiviteler verilebilir (65).

Esneklik ve Denge aktiviteleri: Bir fiziksel aktivite yaparken gövdeden, kol veya bacaklara kadar rahat hareket edebilme becerisidir. Diğer bir deyişle, esnek olma ya da eklemlerin geniş bir açıda hareket edebilmesidir. Yetişkinlerin esnek bir vücuda sahip olması, günlük hayatta rahat hareket etmelerini sağlar. Her eklem için ayrı ayrı esneklik egzersizleri yapılabilir. Esnekliği arttıran egzersizler arasında yoga, pilates ve Tai Chi gibi fiziksel aktiviteler sayılabilir. Bireyler ne kadar çok esnek bir vücuda sahip olursa günlük hareketlerini daha kolay yapabilir ve yaşam kalitelerini arttırabilirler (65).

Vücudumuzun düşmeden durabilmesi ve düzgün hareket edebilme yeteneği denge olarak tanımlanır. Dengede görme duyusunun yanı sıra iç kulaktaki denge ve derin duyunun sağlam olması ve ilgili kasların da yeterli düzeyde kuvvetli olması gerekir. Kişi iyi bir dengeye sahipse, parmak uçlarında rahatlıkla durabilmeli, gözleri kapalı iken veya düz çizgide yalpalanmadan yürüyebilmelidir. Düzenli denge egzersizleri yapıldığı takdirde denge gelişebilmektedir. Özellikle kas kuvvetini, esnekliğini ve dayanaklığını geliştiren egzersizler dengeyi de olumlu etkiler (65).

2.2.3. Fiziksel Aktiviteyi Etkileyen Faktörler

Fiziksel hareketsizlik kadınlarda emsalleri olan erkeklere göre daha yaygındır. Kadınlar için ortak fiziksel aktivite ve egzersiz engelleri şunlardır: zaman eksikliği, motivasyon eksikliği, aile bireylerinin ebeveynlik talepleri, enerji eksikliği, sağlık koşulları, para eksikliği, toplumsal cinsiyetle ilgili önyargılar ve kadınlardan kültürel beklentiler. Bunların dışında erkek ya da kadın cinsiyet ayırımı yapmaksızın psikolojik, fizyolojik

ve davranışsal bir çok değişkenin fiziksel aktiviteyi olumlu ya da olumsuz yönde etkilediği gösterilmiştir (59,66,67).

Bilinen bir çok faktör fiziksel aktiviteyi etkilemektedir. Birincisi bazı demografik özellikler (yaş, medeni durum, iş durumu, çocuk sahibi olma, eğitim durumu, cinsiyet, gelir durumu vb.) ve biyolojik faktörler (kalıtım, kalp hastalığı için yüksek risk, yaralanma hikayesi, obezite, ırk), ikincisi psikolojik, bilişsel ve emosyonel faktörler (davranışlar özellikler, egzersiz yapma engelleri, egzersizden zevk alıp alamama, aktivitelerden beklenen yararlar, egzersizi yapma nedeni, sağlık ve egzersiz hakkında doğru ya da yanlış bilgi, zamanın olmaması, ruhsal bozukluk, inanç, kişilik değişiklikleri, zayıf vücut yapısı, psikolojik sağlık, kendine güvenme ve motivasyon düzeyi, stres gibi), üçüncüsü bazı sosyal ve kültürel faktörlerin tek veya kombine faktörler olarak etkileri sayılabilir (çocukluk ve yetişkinlik dönemindeki yapılan aktivite öyküsü, alkol ve sigara içme davranışları, beslenme alışkanlıkları, geçmişteki egzersizleri ve değişimler, okuldaki sporları ve engellerle başa çıkma durumları, çağdaş egzersiz programı ve beceriler, sosyal sınıf, egzersiz modelleri, grup uyumu, geçmiş ailesel etkileri, doktorun aktiviteye etkileri, sosyal izolasyon durumu, aile ve arkadaşlardan alınan sosyal destek gibi). Bu üç faktörün yanında kişilerin fiziksel aktivite durumunu olumlu yada olumsuz olarak etkileyen fiziksel çevre faktörleri (sıcak, yüksek nem, soğuk, rüzgar, aktivitenin yapıldığı zeminin ve yerin uygunluğu, ışıklandırma), hizmetlerden yararlanma, aktivite şiddeti, algılanan efor, fiziksel aktivitenin özellikleri gibi faktörlerde etkilemektedir (59,68-72).

2.2.4. Fiziksel Aktivitenin Etkileri

İnsan sağlığı üzerine fiziksel aktivitenin etkileri olduğu bilinmektedir. Özellikle başlıklar haline şu üç etkiyi belirtebiliriz: (60).

1. Beden sağlığımız üzerine

2. Psikolojik ve sosyal sağlık üzerine

3. Bilinmeyen gelecekteki sağlık üzerine olan etkileri

Kişilerin yaşamında yeterli ve dengeli düzeyde yapıldığı takdirde fiziksel aktivitenin yararlı etkileri: Kardiyorespiratuvar alan ve kas gücünü artırır, kemiklerin sağlıklı olmasını sağlar ve sağlıklı kemik, kas, eklemlerin korunmasına ayrıca artrit ile ilişkili eklem şişliği ve ağrıyı kontrol etmeye yardımcı olur. Menapoz sonrası kemik kaybı

azalan östrojen replasman tedavisinin etkisini arttırabilir. Vücut için gerekli enerjinin dengede kalmasını ve kilonun korunmasını da sağlar ayrıca vücutta yağ azaltmaya yardımcı olur ve yağsız kas oluşumunu destekler. Gelişmekte olan yüksek kan basıncı, koroner kalp hastalığı, inme, diyabet, meme kanseri ve kolon kanseri riskini azaltır. Hipertansiyonu olan bazı kadınlarda kan basıncı azaltmaya yardımcı olabilir. Depresyona yakalanma riskini azaltır, anksiyete ve depresyon belirtilerini azaltır, ruhsal ve sosyal yönden iyileştirmeler yapar ve refah duygularını besler (15, 73, 74).

2.2.5. Fiziksel Aktivitenin Miktarı, Süresi ve Şiddetinin Ölçülmesi

Fiziksel aktivitenin şiddeti terimi, genelde vücut kütlesi ya da istirahat metabolizmasıyla alakalı olarak enerji harcaması ve en üst (tepe) performansla ilgili değer olarak tanımlanabilecek bir ifadedir (59,72). Yapılan fiziksel aktivite sırasında tüketilen oksijenin miktarını belirtmek amacıyla metabolik eşitlik (metabolik eş değer ya da Metabolic Equivalent) kullanılır ve bu değer kısaca MET olarak ifade edilir. Aynı zamanda MET, istirahat metabolik hızının katlarıdır. Bireyin çalışırken ya da özellikli bir aktivitesinin metabolik hızının istirahat metabolik hızına oranıdır. 1 MET istirahat oksijen tüketimine eşittir ve her 1 dakikada ortalama 200-250 ml oksijen tüketilir. Dolayısıyla 2 MET'lik iş için olması gereken, istirahatın 2 katı ya da 500 ml oksijen tüketimidir. Öte yandan vücut ağırlığının birimi başına gerekli oksijen tüketimi de MET olarak ifade edilir (mL/kg/dk) bundan dolayı 1 MET dinlenmiş bir halde kilogram başına 1 dakikada tüketilen takribi olarak 3,5 ml oksijeni ifade eder (1 MET= 3.5 ml/kg/dk) (59,72,75). Yaygın olarak fiziksel aktivitenin şiddetini ifade etmek ve sınıflandırmak için MET'e göre 3 farklı kategorik değerler kullanılır. Bunlar

• Hafif şiddetli aktivite < 3 MET,

• Orta şiddetli aktivite 3–6 MET

• Şiddetli veya çok şiddetli aktivite > 6 MET olarak belirtilmiştir (59,72,73,75).

Yoğunlukları açısından ise fiziksel aktiviteler üç ayrı şekilde değerlendirilir:

Düşük şiddette aktiviteler: Ev işleri, yavaş yürüyüş, vb. aktiviteler düşük şiddette aktivitelere örnektirler. Bu aktivitelerde nefes alma ve kalp atım sayısının dinlenme halindeki sayının biraz üzerinde olduğu görülür. Çok az çaba gerektiren günlük aktivitelerdir.

Orta şiddette aktiviteler: Düşük tempolu koşu veya hızlı yürüyüşler, dans, yüzme, ip atlama, masa tenisi oynama, yavaş hızda bisiklet sürme vb. orta şiddette aktivitelere örnektirler. Orta dereceli çaba gerektiren aktiviteler olup nefes alma ve kalp atım sayısı bu aktivitelerde normalden daha fazla olur, kasların zorlanmaya başladığı görülür. Aktivite sırasında kişi konuşabilir fakat şarkı söyleyemez.

Yüksek şiddette aktiviteler: Çok fazla çaba gerektiren aktivitelerdir. Şiddetli- ağır, çok şiddetli-aşırı yorucu aktiviteler olarak da adlandırılırlar. Futbol, basketbol, voleybol, hentbol ve tenis sporlarıyla uğraşmak, tempolu koşu, step, aerobik yapmak, tempolu dans gibi aktiviteler örnek olarak verilebilir. Nefes ve kalp atım sayısı normal değerinden çok daha fazladır veya kaslar daha fazla zorlanır. Birey, aktivite yaparken nefesi kesilmeden birkaç kelimeden fazlasını konuşamaz (59,73-75).

Aktiviteleri tek başına enerji kaybının olmasından bunun dışında aktivite ne kadar sürmüş, aktiviteyi yapan kişi kaç yaşında ve kişi fiziksel olarak aktiviteyi yapmaya uygun mu gibi soruların cevapları da oldukça önemlidir. Örneğin, gençler için maksimum oksijen alınımının %50'sinde 20 dakika egzersiz yapılması hafif bir aktivite iken, yaşlılarda normal iş gününde sekiz saatten fazla maksimum oksijen düzeyinin % 50'sinde çaba harcayarak çalışmak çok şiddetli bir aktivite olarak yorumlanır. Fiziksel aktivite süresi çoğunlukla aktif olarak kullanılan dakika veya yüzde olarak, fiziksel aktiviteye katılım sıklığı ise günlük veya haftalık aktiviteye katılım sayısı ya da yüzdesi olarak kaydedilmiştir (59,76).

Fiziksel aktivite programı ve fiziksel aktivitenin farklı formlarının yoğunluğu kişiye özeldir ve kişilere göre değişmektedir (75,77). Fiziksel aktiviteler ile ilgili programlar oluşturulurken, kişinin aktiviteleri ne sıklıkta, ne kadar bir süreyle, hangi yoğunlukta yaptığı konusunda bilgi alınmalıdır. Böylece aktivitenin sağlığa olumlu katkı sağlaması ve kalıcı davranış haline gelmesi gerçekleşecektir. İnsan sağlığı üzerine fiziksel aktivitenin olumlu etkilerinin açığa çıkması için haftalık üç veya dört kez, 30 ya da 60 dakika orta şiddette fiziksel aktivite yapmak yeterlidir (77).

Fiziksel aktivite için önerilen süreler:

Çocuk ve adölesan yaşlarda (5-17 yaş aralığı), her gün bir saat orta şiddetliden yüksek şiddetliye giden fiziksel aktivite yapılmalıdır. Bunun dışında haftada en az üç gün kas-kemik kuvvetlendiren egzersizler yapılmalıdır. Yetişkinler de (18-64 yaş aralığı), haftada en az 150 dakika orta şiddetli fiziksel aktivite veya 75 dakika yüksek şiddette

fiziksel aktivite yapılmalıdır. İstenirse her ikisinin kombinasyonu olmalıdır. Bunların yanısıra haftada iki gün veya daha fazla kas kuvvetlendirici egzersizler yapılmalıdır. 65 yaş ve üzeri yetişkinler için, haftada 150 dakika fiziksel aktivite yapılmalıdır ve haftada üç gün veya daha fazla dengeyi geliştiren egzersizler yapılmalıdır. Ek olarak haftada iki gün veya daha fazla kas kuvvetlendirici egzersizler yapılmalıdır (15, 58, 74).

2.2.6. Fiziksel Aktivitenin Değerlendirilmesi Kriter Yöntemler, Objektif Yöntemler, Subjektif Yöntemler

Fiziksel aktivite değerlendirilmesi oldukça önemlidir. Son zamanlarda fiziksel aktivite, sağlık, büyüme ve motor gelişim arasındaki ilişki ve bütünlüğün oluşmasıyla daha da önemi artmıştır. Günlük enerji tüketimin bilinmesi fiziksel aktivitenin değerlendirilmesinin bir ölçüsü olarak görülebilir. Kişilerin fiziksel aktiviteleri ya da enerji tüketimleri değerlendirilirken birçok yöntemden yararlanılabilinir(76).

Fiziksel aktivitenin ölçümünde üç farklı yöntem kullanılmaktadır. Her bir yöntemin güçlü ve zayıf yönleri bulunmaktadır (78). Bu yöntemler şunlardır;

1-Kriter yöntemler

2-Objektif yöntemler

3- Subjektif yöntemler

2.2.6.1. Kriter Yöntemler

Doğrudan (Davranışsal) gözlem: Burada motor aktiviteler direk davranışsal olarak gözlenir bu nedenle bir doğrudan izleme yoludur. Ayrıca gözlemler deneyimli bir gözlemci tarafından yapılır. Bu nedenle sahada fiziksel aktivitenin belirlenmesinde kullanılan en erken değerlendirme yöntemlerinden biridir (72).

Davranışsal yöntem kullanışlı bir yöntemdir fakat çok uzun süre gerektirmektedir. Küçük gruplar üzerinde, kesitsel karşılaştırmada veya diğer tekniklerin geçerliliğinin değerlendirilmesinde oldukça kullanışlı bir yöntemdir ancak kapsamlı çalışmalar için maliyeti yüksek ve yardımcıların eğitim süresi oldukça zahmetlidir (79). Sıklıkla araştırmaya katılanlar tarafından kolay kabul edilir. Ayrıca bir farklılığı ise diğer tekniklerin birçoğunun çocuklarda kullanımı uygun olmadığından çocuklarda en çok bu yöntem kullanılmaktadır (59).

Direkt kalorimetre: Isı üretimi veya ısı kaybının ölçülmesiyle değerlendirilen enerji harcamasıdır. Pratik uygulamaya elverişli bir yöntem değildir. Çünkü büyük topluluklara uygulaması hem pahalı hem de zordur. Yöntemin bu olumsuzlukları nedeniyle araştırmalarda çok tercih edilmemektedir (59).

İndirekt kalorimetre: Isı üretiminin ölçümü yapılarak enerji harcamasının bulunması ya da oksijen ve/veya karbondioksit üretimi ölçülerek bulunan enerji harcamasıdır (59,78).

Çift katmanlı su yöntemi: Bu yöntemde kişilerin laboratuar koşulları dışına çıkılarak da, günlük hayatlarında ekipman kullanmayı gerektirmeden enerji tüketimini doğru ölçebilen tek yöntemdir. Bu yöntemde iki izotop (H_2O_2 ve H_2O_{18}) kullanılır. İzotopların radyoaktif olmamaları ve içme suyu dahil tüm sularda doğal olarak bulunmaları nedeniyle güvenli bir yöntemdir. Bebek, çocuk ve erişkinlerde bu yöntemi kullanmak güvenlidir. Çift etiket su yöntemi indirek kalorimetre yönteminin farklı bir formudur. Diyetteki yiyeceklerde karbondioksit üretimini ölçmekte kullanılan direk bir yöntemdir (59,78,79).

2.2.6.2. Objektif Yöntemler

Objektif yöntemler belirli cihazların kullanımı ile fiziksel aktivitenin doğrudan ölçümünü sağlar. Bireylerin eksik veya yanlış beyanlarını önler. Ancak maliyetinin yüksek oluşu nedeniyle kullanımları sınırlıdır (78).

Pedometreler: Bu cihazla ne kadar adım atıldığı sayılır. Yapılan aktivitenin toplam hacmi ya da süresi işaretlenebilir. Fiziksel aktivite ölçümünde kullanılan bir hareket algılayıcısıdır. Pedometreler yürüme, koşma sırasındaki vücudun vertikal akselerasyonuna duyarlıdırlar. Laboratuvar ve saha koşullarında kullanılabilmektedir (79).

Akselerometreler: Üç boyutlu akselerometreler bütün hareketleri kaydetmede yeterlidir. Pedometrelere göre daha geçerli cihazlardır. Pedometrelerin sınırlı yanı olan yürüme ve koşma aktiviteleri dışındaki aktiviteleri kaydedememe problemi ortadan kalkmamıştır. Akselerometre kayıtları ile enerji harcaması arasında doğrusal pozitif bir ilişki vardır. Akselerometrenin avantajlı yanları hafif olmaları, uzun süreli kayıt yapabilmeleri ve taşıyan bireyin günlük yaşamına engel olmamalarıdır. Anket çalışmalarının sorgulanmasında sıklıkla başvurulan objektif bir yöntemdir (80).

Hareket Algılayıcıları: Hareketi algılayarak fiziksel aktiviteyi ölçen bir cihazdır. Salınımlar değişik şekillerde ölçülebilir. Birincisi vertikal yani tek eksende, ikincisi vertikal ve mediolateral yani iki eksende, üçüncüsü ise vertikal, medio-lateral ve antero-posterior yani üç eksende ölçülebilir (59).

Kalp hızı monitorizasyonu: Fiziksel aktiviteye verilen fizyolojik cevabı doğrudan ölçer. Bu yöntemin temeli egzersiz sırasında aktif olan büyük kas grupları ile kalp hızı arasındaki ilişki üzerine kurulmuştur. Bu yöntemin olumsuz yönleri ise yaş, cinsiyet, ağırlık, fitnes düzeyi gibi bireysel etmenler ile vücut postürü, stres ve anksiyete gibi duygusal durumun bu doğrusal ilişki üzerinde etkili olmasıdır (78).

2.2.6.3. Subjektif Yöntemler

Bu yöntemlerde bireyler kendileri bilgi aktarırlar ve anlattıkları bu bilgilerden faydalanılır. Bu yöntemlerle geniş kitlelerle çalışmak kolay hale gelir. Ekonomik olmaları, uygulamalarının kolaylığı ve çalışmaya dahil olanların, çalışmaya katılma konusunda diğer yöntemlerle karşılaştırıldığında daha ılımlı olmaları bu yöntemlerin avantajlı yanlarıdır (80).

Günlük ve kayıtlar: Günlük ve kayıt sistemleri fiziksel aktivitenin bireysel olarak rapor edilmesi yöntemidir. Günlükte bir kısıtlama olmadan birey gün boyu yaptığı bütün aktiviteleri kaydeder. Tüm aktiviteler MET değerlerine göre gruplandırılarak hesaplanır. Yine aktivitenin yoğunluğu (hafif, orta, ağır) olarak kaydedilir. Günlüklerin katılımcı tarafından tutulması oldukça zordur. Ayrıca kayıt tutulduğu dönem bireyin genel fiziksel aktivite durumunu yansıtmayabilir (78).

Günlüklerle karşılaştırıldığında kayıtlarında günlüklere benzer olduğu görülür. Fakat farklılık bütün aktiviteler değil de çok belirgin aktivitelerin yapılıp yapılmadığını gösterir. Aktivitelerin ne zaman başladığı ve ne zaman bittiği ya katılımdan sonra ya da günün sonunda kaydedilebilir. Günlükler katılımcı için uygun iken kayıtlar uygun olmayabilir ve kullanımları bireylerin davranışlarını etkileyebilir. Ancak kayıtlar, egzersiz eğitim programına katılım kaydı için yararlı olabilecektir (59).

Hatırlama anketleri: Bireylerin davranışını daha az etkileyen anketlerdir. Günlükler veya kayıtlarla karşılaştırılırsa genel anlamda daha az sorumluluk gerektirirler. Bununla birlikte, bazı katılımcılar fiziksel aktiviteye son katılımlarındaki detayları hatırlamada

zorluk çekerler. Bu anketler genel olarak yaşam boyu ile bir haftalık zaman dilimleri arasındaki fiziksel aktivitenin değerlendirilmesinde kullanılmaktadır (72).

Evrensel (Global) anketler: Hatırlamaya dayalı, aktivite düzeyini bir veya dört maddelik soruyla ölçen kısa anketlerdir. Bu anketle belirli aktivite tipleri ve fiziksel aktivite biçimi hakkında kısıtlı bilgiye ulaşılabilmekte, sonuçları ile sadece basit fiziksel aktivite sınıflandırması yapılabilmektedir (79). Burada bireylerin kendi aktivitelerini başkalarının aktiviteleriyle kıyaslamaları ve oranlama yapmaları beklenir. Katılımcının kendisini karşılaştırdığı kişi ile yaşıt ve aynı cinsiyette olması gerekir. Bu yöntemde en zayıf yön katılımcının kendisini daha farklı rapor etmesidir (80).

Nicel anketler: Yirmi maddeden daha çok soruya sahiptir ve diğer anketlere göre daha fazla detay içerir. Tüm yaşantı ya da son bir yıl içerisindeki boş zaman ve mesleki fiziksel aktivitelerin ne sıklıkta ve hangi sürelerle yapıldığı birlikte değerlendirilmektedir. Puanlama sürekli değişkenler (kilokal/ hafta, MET/gün vb.) ile yapılmaktadır (72).

Retrospektif geçmiş veriler: En genel anlamda kullanılan fiziksel aktivite hatırlama formudur. Bir yıla kadar olan zaman aralığının spesifik ayrıntılarını içerir. Eğer zaman aralığı yeterince uzunsa, geçmiş veriler yıllık fiziksel aktiviteyi yeterince göstermektedir. Örneğin, Minnesota Boş Zaman Fiziksel Aktivite anketi ve Tecumseh anketi önceki yılda yapılan spesifik fiziksel aktivitelerin listesi için katılımın ortalama süresi ve frekansı hakkında bilgi sağlar. Bir çok veri toplanması nedeniyle cevaplayanın hafızası için ağır bir yüktür. Anketin karmaşık olması ek bir zorluk yaratır (59).

2.3. SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ

2.3.1. Sağlıklı Yaşam Biçimi Kavramı

Davranış kelimesi, her zaman bilinçli ve isteyerek olmasa da bireylerin yaptıkları veya yapmaktan sakındıkları eylemleri anlatmaktadır. Sağlık davranışı ise "Sağlık ve sağlık düzeninin korunması, sağlığın geliştirilmesi ve iyileştirilmesiyle ilgili davranışlar bütünüdür" şeklinde tanımlanmaktadır. Yaşam biçimi, basitçe her gün bilinçsiz olarak yapılan, sonuçları kabul edilen bireysel yaşam alışkanlıklarıdır. Bu alışkanlıklar sağlığımızı olumlu veya olumsuz olarak etkiler (81). Sağlıklı yaşam biçimi ise bireylerin sağlığını etkileyebilen tüm davranışlarını kontrol etmesi ve günlük aktivitelerini kendi sağlık statüsüne uygun davranışları seçerek düzenlemesidir. Diğer

bir ifadeyle, sadece hastalıklardan korunmanın değil, yaşam boyunca iyilik düzeyini artıran davranışların sergilenmeye çalışılmasıdır (82).

DSÖ tahminlerine göre gelişmiş ülkelerdeki ölümlerin %70-80'inin, gelişmekte olan ülkelerdeki ölümlerin %40-50'sinin nedeni, yaşam biçimine bağlı olarak ortaya çıkan hastalıklardır. Bu hastalıkların oluşumunda kişinin kendi tutum ve davranışlarının rolü büyüktür. Yapılan çalışmalarda, ölüme neden olan hastalıkların yarısında sağlığa zarar veren davranışların rol oynadığı saptanmıştır (22).

2.3.2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Birey sağlıklı kalmak ve hastalıklardan korunmak ister ve bunun için inandığı ve uyguladığı bir takım davranışları vardır. İşte bu davranışların bütünü sağlıklı yaşam biçimi davranışları olarak tanımlanmaktadır. Bir başka tanıma göre sağlıklı yaşam biçimi davranışı, bireyin sosyo-ekonomik durumu, eğitimi, spor yapma alışkanlığı, beslenme alışkanlıkları, çevresel faktörler, özellikle stres faktörleri ile baş etme becerileridir (22).

Sağlıklı bir yaşama sahip olmak her insanın temel hakkıdır. İnsanların sağlıklı olmaları ve hayatlarını sağlıklı bir biçimde devam ettirebilmeleri büyük ölçüde kendi sorumlulukları altındadır. Dolayısıyla insanların sağlıklı bir yaşama sahip olmaları kendilerini kontrol etmelerine ve sağlıklarını geliştirici davranışlara yönelmeleri ile mümkündür. Ömür boyu sağlıklı olmak için de sağlığı geliştirici davranışları sürekli uygulamak gerekmektedir. Dolayısıyla toplum sağlığının geliştirilmesi için de toplum geneline sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazandırılması gerektiği söylenebilir (83). Sağlıklı yaşam biçimi davranışları; cinsiyet, yaş, yaşanılan yer, gelir düzeyi, sosyal güvencenin olup olmaması, sigara ya da alkol kullanımı ve sosyal aktivitelerin varlığı gibi pek çok faktörden etkilenmektedir (82). Olumlu sağlık davranışları olarak sağlık kontrollerini düzenli olarak yılda bir yaptırabilmek, iyi beslenebilmek (yeterli düzeyde dengeli), iyi ve kaliteli uyuyabilmek, spor yapabilmek, kişilerarası ilişkilerde olumlu tutum geliştirmek sayılabilir. Bazı davranışlar ise örneğin sigara ya da alkol kullanma alışkanlığı, çok yağlı yiyecek tüketimi, fast- food türü beslenme gibi sağlığa olumsuz etkileri olan davranışlardır (22).

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ana başlıklar halinde alt boyutlara ayrılmıştır. Bunlar beslenme davranışı, fiziksel aktivite davranışı, sağlık sorumluluğu alma davranışı,

kişiler arası ilişkiler davranışı, stres yönetimi ve kendini gerçekleştirme (ruhsal–manevi gelişim) davranışı alt boyutlarıdır (81,82).

Bu davranışlar aşağıdaki gibi tanımlanır:

Sağlık Sorumluluğu Alma

Çok eski tarihlerden bu yana sağlık için bireysel sorumluluk kavramı varola gelmiş ve günümüze kadar sürmüştür. Yaşam biçimi ve sağlık üzerine etkileri kavramının vurgulanması ise ilk olarak eski Yunan ve Roma'da karşımıza çıkmakta olup insanların kendi sağlıklarına ait sorumluluk alma kavramı orta çağ ve Rönesans boyunca değişen derecelerde devam etmiştir (84).

Sağlık sorumluluğunu alma, bireyin kendi sağlığıyla ilgili olarak koruyucu, önleyici ve sağlığı geliştiren davranışlara yönelik tutum ve davranış değişikliği göstermesi anlamına gelmektedir. Kendi sağlık sorumluluğunu alan, kendi sağlık bakımının da kalitesine etki etmiş olur ve bir birey olarak kendi sağlığına ne düzeyde katıldığını belirler. Bireyin kendi sağlığına ilişkin alabileceği sorumluluk maddeler halinde şöyle ifade edilebilir;

- Vücudunda ya da sağlığında değişiklikler ya da sapmalar olabileceği; bunları fark edebilmek için kendini tanıması ve olumsuzluklarda doktora ya da en yakın sağlık kuruluşuna başvurması,

- Belirli sürelerde düzenli olarak tıbbi kontrollerini yaptırması,

- Sağlıklı kalmak ve sağlıkla ilgili diğer konularda konuşabilmesi ve ilgili yayınları takip etmesi,

- Sağlığını sürdürmesi ve sağlığı koruması,

- Sağlıkla ilgili olumlu ya da olumsuz değişiklikleri fark etdiğinde gerekli önlemleri alması (81).

Sağlık sorumluluğu alma için verilebilecek en güzel örnek davranış ve aktiviteler şunlar olabilir: Kişinin şikayetlerini sağlık sorumlularına iletebilmesi, sağlıkla ilgili tartışmalara girebilmesi, sağlıkla ilgili yayınları takip edebilmesi ve okuması, çevre sağlığını ilgilendiren programlara katılmasıdır (85).

Kendini gerçekleştirme (ruhsal – manevi gelişim)

Kendisini bilip tanıyan, hangi yönlerinin kuvvetli ve hangi yönlerinin yetersiz olduğunu iyi bilen, yaşamını belirlediği plan, program ve hedeflere göre düzenleyen kişiler kendini gerçekleştirmiş bireylerdir. Kişilerin hayatı boyunca amaçladıkları, tek başlarına kendini gerçekleştirme yeteneği, kendini ne kadar tanıdığı ve memnun edebildiğidir (86). Kendini gerçekleştirmeye verilebilecek örnek uygulama ve aktiviteler büyüme değişikliklerini izleme, uzun vadeli hedefler geliştirme, gerçekçi hedefler belirleme, yaşamda amaç edinme, güçlü ve zayıf yönlerinin farkında olmadır (85).

Fiziksel Aktivite ve Egzersiz

Geçmişten günümüze bütün tarihsel süreçlerde fiziksel aktivite ve egzersiz, farklı medeniyetlerde ve popülasyonlarda, hayatın tüm dönemlerinde önemli bir yer tutmuştur (84). Bilinçli ve düzenli fiziksel aktivite programı uygulayarak, fiziksel kondisyonlarını koruyan bireylerin uzun ve kaliteli bir yaşam sürdüklerini kanıtlayan çok sayıda araştırma bulunmaktadır. Daha çok 50-70 yaşlarındaki bireyler üzerinde yapılan çalışmalar, fiziksel kondisyonu iyi ve aktiflerin, tersi durumda olanlara göre mortalitelerinin üç kat daha düştüğünü göstermiştir (85). Egzersiz ve fiziksel aktivitenin her ki cinsiyettede kolon kanseri riskini ve stresi azaltan, motivasyonu ise arttıran bir faktör olduğunu kanıtlayan çalışmalar belirtilmektedir. Genç yaş grubunun (16-24 yaş arası) evde veya ev ortamı dışındaki sporlara katılımı yüksek orandadır ve eğitim düzeyi yüksek olanlarda düşük olanlara göre katılımın giderek arttığı görülmüştür (87).

Egzersiz her yaşta sağlığa faydalıdır. Aksatılmayan fiziksel aktivite, çocuk ve gençlerin sağlıklı büyüme ve gelişmesine büyük katkı sunar. Ayrıca kişiliklerinin oturmasına, istenmeyen kötü alışkanlıklardan kurtulmasına, sosyalleşmesine de yardımcı olacaktır. Yetişkinlerin farklı kronik hastalıklardan korunmasında ya da bu hastalıkların tedavisinde veya tedavinin desteklenmesinde faydalıdır. Yaşlı bireylerin yaşamlarının bu dönemlerini aktif geçirmelerini sağlayacak, zihnen ve bedenen aktif olmaları bir başka deyişle bütün yaşam boyunca kaliteli hayat sürmelerinde önemli farklar yaratabilmektedir (88). Sağlığı geliştirme davranışlarından olan fiziksel aktivite ile ilgili örnek uygulama ve aktiviteler haftada üç kez etkili ve düzenli egzersiz yapma, yeni aktiviteler yaratmadır (85).

Kişiler Arası İlişki

Kişilerarası destek, gruplar halinde veya ikili görüşmelerin sonucu bireylerin birbirleriyle etkileşimiyle elde edilen ve sağlığı geliştirmedeki rolü önemli olan bir olgudur. Kişilerarası destek ilişkinin niteliğine, ilişkinin sürekliliğine ve ilişki düzeyine bağlıdır. İyi bir kişilerarası ilişkide etkin bir iletişimin sağlanması en önemli noktadır. Kişilerarası ilişkilerde destek alan kişiye veya kişilere, koşulsuz bir tutumla ve güven verici yaklaşımlarla iletişim sağlamak destek veren kişinin yaptığı yardımın nitelik kazanmasını sağlar (85,87). Bu nedenle kişilerin destek sistemlerini bilmek ilişki kurmakta oldukça önemlidir. Ayrıca bireylerin sağlıklarını sürdürmelerini ve geliştirmelerini sağlamaya katkıda bulunduğu gibi uygulanacak sağlığı geliştirme programları için de önemlidir (84,85).

Bazı örnekler kişiler arası ilişkiler kavramını somutlaştırmamızı mümkün kılabilir. Bunlar; karı-koca arasındaki etkileşim, çocuk-anne ve baba arasındaki etkileşim, arkadaşlar, akrabalar, meslektaşlar arası etkileşim, öğretmen-öğrenci etkileşimi, bireylerin birbirleriyle yaşadıkları duygusal ilişkiler gibi örneklerdir. Yapmış olduğu çalışmada Chen, kişiler arası ilişki desteğini; başkalarıyla anlamlı ve tatmin edici ilişkiler kurmak, başkalarına karşı ilgi ve sevgiyi ifade etmek ve onlara karşı içten olmak, yakın arkadaşlarla vakit geçirmek, kendine yakın kişilere dokunmaktan (aile, arkadaş vb.) ve onların dokunmasından hoşlanmak, kişisel sorunlarını yakın arkadaşlar ve aile üyeleri ile paylaşmak olarak değerlendirmiştir (84). Bireylerin mutlu ve verimli olmasında ve bütün hayatları boyunca başarıya ulaşmalarında "kişilerarası ilişkiler" büyük rol oynamaktadır. İnsan davranışlarının en büyük kısmı, genel olarak kişilerarası ilişkiler, özel olarak da ikili ilişkiler yoluyla şekillendiği bilinmelidir (87).

Eğer kişilerin bilgi, düşünce ve değer yargılarının değiştirebilirsek sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını da kazandırabiliriz (89). Daha iyi sorunlarla baş etme yeteneği olan ve bunun sonucunda üretebilen ve kaliteli yaşam sürebilen bireyler, kişilerarası desteği iyi olan bireydir (85).

Sağlığı geliştirme davranışlarından kişiler arası ilişkilere örnek uygulama ve aktiviteler problemlerini başkaları ile tartışabilme, kendini doğru ifade edebilme, sevgiyi ifade etmedir (85, 87).

Stres Yönetimi

Stres, bireylerin iç ve dış ortamdaki değişiklikleri tehdit, savaş veya tehlike olarak algıladığı, uygun başetme yolları kullanıldığında uyum sağladığı ve dengesini sürdürdüğü, uygun başetme yolları kullanamadığı durumlarda uyum ve dengesinin bozulduğu bir süreçtir (87). Stres çeşitli faktörlere bağlı ortaya çıkabilmektedir. Travma, sıcak, soğuk, fizyolojik, duygusal baskılar, iç ve dış çatışmalara bağlı gerilimler, eşle yaşanan problemler gibi faktörler psikolojik, çevre ve kültürün yarattığı durumlar sosyal stresörlerdir (85).

Herkese özgü stresörler var olduğundan, stresörlerin yarattığı etkilere karşı oluşan cevaplarda değişiklik gösterecektir. Bu nedenle kişilerin stres kontrolü kendilerine özel ve bireyin kendi içindedir. Strese cevap verme şekli çok sayıda faktöre bağlı olduğundan her kişiye göre değişebilmektedir. Bazı stresle baş etme yöntemleri şunlar olabilir; gevşeme egzersizleri, beden aktiviteleri, gerilim ve sebeplerinden uzaklaşma, sosyal faaliyet yapma, zihinsel düzenleme ve dönüşüm, davranışları değiştirme ve inanç. Yaşam tarzında yapılan değişikliklerde kişisel olarak stresle başetmenin bilinen en değerli yoludur. Hayat şeklinde yapılması gereken değişiklikleri Braham tarafından geliştirilen modelde görebiliriz. Geliştirilen bu model de D; değiştir, K; kabul et, B; boş ver, Y; yaşam tarzını yönet (DKBY) şeklindedir (84).

Değiştir: Bu adım imkan varsa, içinde bulunulan olumsuz durumu değiştirmektir. Olumsuz durum değişirse, bu durumun sebep olduğu stres ortadan kaldırılabilir.

Kabul et: Değiştirilmesi mümkün olmayan koşulların kabul edilmesi temeline dayanır.

Boş ver: Duygusal ve zihinsel açıdan farklı bir kavrayışla olaylara yeni ve farklı bir yorum getirmektir.

Yaşam tarzını yönet: Bu adımda egzersiz, diyet, rahatlama ve duygusal destek gibi yöntemlerle, gelecekte stres oluşturabilecek unsurlar ortadan kaldırılabilir (88).

Stres içinde olan bireyler kendilerine özen göstermezler ve sağlıklarını tehlikeye atacak davranışlarda bulunabilirler. Bu davranışlardan her biri, vücudun genel işlevini bozarak, hastalıklarla savaşma yeteneğini etkiler ve hastalığın gelişimine neden olabilir. Bunlara ek olarak stresin insanlarda sağlık davranışlarını negatif yönde etkilediği bilinmektedir. Stres ile baş etmeye yönelik olarak: Sağlıklı yaşam tarzı geliştirmek, başetme stratejileri geliştirmek, gevşeme yöntemlerini geliştirmek, eğitim, sosyal destekleri geliştirmek gibi

yöntemler kullanılabilir. Sağlığı geliştirme davranışlarından stres yönetimine örnek verilebilecek uygulama ve aktiviteler günlük gevşeme hareketleri, stresörleri görebilme, uykunun ihmal edilmemesi, stres kontrol yöntemleri kullanma, duyguları açıkça ifade etmedir (85).

Beslenme

Vücut fonksiyonlarını yapabilmek ve yaşamı sağlıklı, mutlu olarak sürdürebilmek amacıyla vücudun yediğimiz gıdalardan yararlanmasını beslenme olarak tanımlamaktayız (84). Başka bir tanımla beslenme, insanın büyümesi ve gelişmesi için gerekli besin maddelerinin dışarıdan alınması, bunların vücut tarafından kullanılmasıdır (85). İnsanlar için beslenme hakkı Uluslararası İnsan Hakları belgelerinde geçmektedir (84). Hayatın her döneminde bedenen ve zihnen sağlıklı olmak ve bunu devam ettirmek, yeterli ve dengeli beslenme ile mümkün olabilmektedir (81). Sağlıklı ve doğru beslenme dört ana kavramla açıklanabilir (88):

1. Her besinden alma (Dengeli beslenme)

2. Vücuda gerekli her besini ihtiyaca göre alma (Yeterli beslenme)

3. Farklı gıdaları tüketme

4. Sağlık için yararı olmayan gıdalardan kaçınma.

Besinlerde günlük alınan kalori miktarını aşmamalı, protein mutlaka olmalı, yağ, kolestrol, sodyum, rafine şeker içeriği az olmalıdır. Ayrıca kompleks karbonhidratlar, mineraller ve vitaminler bakımından zengin ve bol posalı olmalıdır. Uzun süre aç kalmaktan kaçınılmalı, aşırı yemek yenmemeli, cinsiyet, yaş, aktivite durumu, gelişimsel dönem gibi faktörler atlanmadan beslenme düzenlenmelidir. Yeterli ve dengeli beslenme için günde üç ana öğün, bir-iki ara öğün tüketilmedir. Bunun yanında yiyecekler iyi çiğnenip yavaş yenilinirse, öğün atlanmazsa, günlük yağ, şeker ve tuz tüketiminin azaltılırsa, posalı yiyecek tüketimi desteklenirse, her sabah kahvaltı edilirse iyi bir beslenme sağlanmış olur (81).

Bireyin öğünlerini seçme, düzenleme ve yiyecek seçimindeki değerini beslenme belirler (82) ve beslenme sağlığı geliştirme davranışlarından biridir. Örnek uygulama ve aktivitelere dikkat etme, gıda katkı maddesi içeren besinleri tüketmeme, öğün atlamama, besin sanitasyonuna dikkat etme sağlığı geliştirmede olumlu beslenme davranışlarıdır (85).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü Yeri ve Zamanı

Bu araştırma, Adıyaman İl Merkezi'nde 15-49 yaş kadınlarda obezite sıklığı, fiziksel aktivite düzeyi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının incelenmesi amacıyla yapılmış tanımlayıcı bir çalışmadır.

Adıyaman, Türkiye'nin Güneydoğu Anadolu Bölgesinde yer alan bir ildir. Kuzeyinde Malatya (Pütürge, Yeşilyurt ve Doğanşehir ilçeleri), batısında Kahramanmaraş (Merkez ile Pazarcık ilçesi), güneybatısında Gaziantep (Araban ilçesi), güneydoğusunda Şanlıurfa (Siverek, Hilvan, Bozova ve Halfeti ilçeleri), doğusunda ise Diyarbakır (Çermik ile Çüngüş ilçeleri) illeri bulunmaktadır. Merkez ilçe dahil dokuz ilçesi ile 406 köyü bulunmaktadır. Yüzölçümü 7614 km^2, nüfusu 2016 yılına göre 610.484'dür. Bu nüfus, 307.662 erkek ve 302.822 kadından oluşmaktadır. Merkez nüfusu 296.316 olup bu nüfusun 149.204'ü erkek, 147.112'i ise kadındır (90,91). Araştırmanın verileri Adıyaman İl Merkezi'nde Mart - Ağustos 2016 tarihleri arasında toplandı.

3.2. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini Adıyaman il merkezinde yaşayan 15-49 yaş grubu kadın nüfus oluşturmaktadır. Merkezde yaşayan 15-49 yaş grubu kadın nüfusun belirlenmesinde araştırmanın planlandığı tarihteki Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2015 yılı Adıyaman ilçe nüfuslarının yaş ve cinsiyete göre dağılımı tablosundan yararlanıldı (EK1) (91). TÜİK verisine göre 77873 kadın evren sayısını oluşturdu.

3.3. Araştırmanın Örneklemi

Örneklem büyüklüğü evreni bilinen örneklem yönteminde kullanılan $n=N.t^2.(p\times q)/d^2.(N-1)+ t^2.(p\times q)$ formülü kullanılarak hesaplandı (92). TNSA 2013 15-49 yaş kadınların Güneydoğu Anadolu bölgesi obezite prevalans değeri (%26,8) alınarak tolerans değerini 0.03, güven düzeyini 0.95 alarak örneklem büyüklüğü 868 kadın

olarak hesaplandı. Örneklemin %20 sinde kayıp verilerin de olabileceği göz önüne alınarak 1042 gönüllü kadının örnekleme alınmasına karar verildi. Çalışma 1100 gönüllü kadına ulaşılarak yapıldı.

Adıyaman'da 15-49 yaş grubu tüm kadınlar aile hekimleri tarafından izlenmekte ve kayıt altına alınmaktadır. Çalışma grubundaki kadınlara il merkezinde bulunan Aile Sağlığı Merkezlerindeki (ASM) aile hekimleri aracılığıyla ulaşıldı.

Adıyaman İl Merkezi'nde araştırmanın planlandığı tarihte 14 ASM bulunmakdır. Her ASM bölgesi İl Halk Sağlığı Müdürlüğü kayıtlarında numara ile isimlendirilmiştir (1Nolu ASM- 2Nolu ASM,….,14Nolu ASM). 14 ASM bölgesinde farklı sosyo-ekonomik düzeye sahip kadınlar yaşamaktadır ve her ASM'deki 15-49 yaş kadın toplam nüfusu sayısal olarak farklılık göstermektedir. Ayrıca ASM'lerinde aile hekimleri, 15-49 yaş grubu kadınları kendi bölgelerinde kendi nüfusları içerisinde takip etmektedirler. Bu nedenle araştırmanın yapılacağı ASM'lerini belirlerken küme örnekleme yöntemi kullanıldı. ASM'leri şehir merkezinden uzaklıklarına göre üç grupta kümelendi (merkezden uzakta, orta uzaklıkta ve merkeze yakın ASM'ler). Şehir merkezine en uzak ASM 5 kilometre en yakın ASM 175 metre uzaklıktadır.

Çalışma bulgularının evrene genellenebilirliliğini arttırabilmek amacıyla bu üç gruptan rastgele örnekleme yöntemi kullanılarak birer ASM'nin alınması sağlandı. Belirlenen üç ASM; 3, 4 ve 14 Nolu ASM'leri oldu. 3 Nolu ASM'de 4780, 4 Nolu ASM'de 3950, 14 Nolu ASM'de 4700 15-49 yaş grubu kadın olduğu saptandı. Bu ASM'lerden alınacak kadın sayısını belirlerken örneklem sayısı olan 1100 15-49 yaş kadın sayısı, tespit edilen ASM'lerdeki 15-49 yaş kadınların sayısına oranlandı ve her bir ASM'den ulaşılacak kişi sayısı belirlendi. Böylece 3 Nolu ASM'de 389 kadına, 4 Nolu ASM'de 325 kadına, 14 Nolu ASM'den 386 kadına ulaşılarak anket formları uygulanması ve antropometik ölçümlerin yapılması sağlandı.

Çalışma haftanın beş işgününde 08.00-17.00 saatleri içerisinde yapıldı. Herhangi bir nedenden dolayı aile hekimlerine başvuruda bulunan ve çalışmaya katılmayı kabul eden kadınlar araştırmaya dahil edildi. 15-49 yaş grubunda olmayan, gebe, yeni doğum yapmış ya da doğumdan sonraki iki aylık süreçte olan lohusalar, iletişim sorunu olan, fiziksel aktiviteyi etkileyecek herhangi bir sorunu olan, çalışmanın yapıldığı ASM bölgelerine kayıtlı olmayan, il merkezinde yaşamayan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olmayan kadınlar çalışmaya dahil edilmedi.

3.4. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın yapılabilmesi için Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi etik kurulu (Ek 2) onayı ve Adıyaman İl Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden (Ek 3) gerekli yazılı kurum izinleri alınmıştır. Ayrıca çalışmanın yürütüldüğü Aile sağlığı Merkezlerindeki aile hekimlerinden sözlü olarak izin alınmıştır. Araştırmanın uygulanma aşamasında katılımcı kadınlardan araştırmanın amacının açıklanmış olduğu bilgilendirilmiş olur formu okutularak yazılı onam alınmıştır. 18 yaş altı katılımcılardan kendisi dışında velisinden de onam alındı (Ek 4).

3.5. Araştırmanın Sınırlılığı

Araştırmanın ASM'lerine herhangi bir nedenle başvuruda bulunan 15-49 yaş kadınlar üzerinde yapılması bu çalışmanın sınırlılığını oluşturdu.

3.6. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veriler;

* Danışman görüşü alınarak hazırlanan 41 soruluk yapılandırılmış bilgi formu anketi (Ek 5),

* Uluslararası Fiziksel Aktivite Ölçeği (International Physical Activity Questionnaire, IPAQ) kısa formu (Ek 6),

* Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ II) kullanılarak toplandı (Ek 7) (59,93,94).

Kırkbir sorudan oluşan yapılandırılmış bilgi formunda; Kadınların sosyo-demografik özelliklerine (1-12. sorular), bazı alışkanlıkları, kronik hastalık durumu ve davranışlarına (13-22. sorular), kilosunu algılama durumu, yaşamının herhangi bir döneminde diyet ve fiziksel aktivite yapma durumu ve nedenlerine (23-29. sorular) obstetrik özellikleri (30-33. sorular), gebelik ve doğum sonrası dönem obezite sorunu, diyet ve fiziksel aktivite yapma alışkanlıklarına (34-37. sorular) ve bazı antropometik ölçümlere (38-41. sorular) yönelik sorular yer aldı.

Kadınların obezite ve fiziksel aktivitelerine yönelik bazı alışkanlık ve davranışlarını içeren sorularında, yaşamının her hangi bir döneminde yapılan diyet ve fiziksel aktiviteleri sorgulandı. Katılımcılardan fiziksel aktivite anketini cevaplarken anketin yapılmasından önceki son bir haftadaki zaman dilimlerini düşünerek cevaplamaları

istendi. Çalışmada boy, kilo, bel ve kalça çevresi gibi bazı antropometrik ölçümler yapıldı. Ölçümler araştırmacının kendisi ve eğitilmiş iki ankötör tarafından aynı ölçüm araçları kullanılarak yapıldı. Kilo ve BKİ değerleri Tanita BC-418 Vücut Analiz Cihazı kullanılarak ölçüldü. Cihaz BKİ değerlerini hesaplarken vücut ağırlığı (kg) / boy uzunluğu (m^2) formülünü baz almaktadır.

Cihazın ölçüm değerleri örneği Ek 8 'dir. Tanita BC-418 Vücut Analiz Cihazı Bioelectrical İmpedance Analysis tekniği ile çalışır. Bu alet, güvenli, hissedilmeyecek düzeyde düşük dozlarda elektrik akımını kaslara vererek kasın içindeki sıvıda dolaşımını sağlar ve böylece vücut bileşimini analiz eder. Verilen elektrik akımı yağ tabasıyla karşılaşınca dirençle karşılaşır ve bu dirençli bölgeler Tanita tarafından algılanarak kilo ve boy karşılaştırması yaparak yağ oranını ve BKİ'ni dijital ekranda gösterir.

DSÖ verilerine göre erkeklerde 0,90'dan, kadınlarda 0.85'den fazla bel/kalça oranı abdominal (android tip) obezite olarak kabul edilmektedir (17). Ülkemizde de Sağlık Bakanlığı bel kalça oranını DSÖ'nü refarans değer alarak kadınlarda 0,85'in üstünü abdominal obezite olarak değerlendirmektedir (2). Bu araştırmada da kadınların bel kalça oranı 0,85'in üstünde abdominal obezite olarak alındı.

Uluslararası Fiziksel Aktivite Değerlendirme Anketi 15-65 yaş aralığındaki katılımcıların fiziksel aktivite düzeylerini belirlemek amacıyla geliştirilmiştir (60). İlk pilot çalışma Uluslararası bir Konsensüs Grubu tarafından 1998-1999 yılları arasında yapılmış ve dört kısa şekilli, dört uzun şekilli formda geliştirilmiştir. Bunlar telefonla ile uygulanabilir, kendi kendine uygulanabilir, görüşme ile uygulanabilir, 'son 7 gün' veya 'herhangi bir haftada' yapılan uygulamalara yönelik soru tipleri olan form ile uygulanabilir anketlerdir (59,95). Sonrasında Craig ve arkadaşları tarafından 12 ülkeyi kapsayan uluslararası geçerlik ve güvenirlik çalışmaları yapılmış olup değerlendirmelerin sonucu ölçeğin birçok farklı kültür ve ortamda uygulanabileceğini düşündürmüştür (60,95). Craig ve arkadaşlarının bu çalışmasından sonra bir çok ülkede de geçerlik ve güvenirlik araştırmaları yapılmıştır. Türkiye'de bu çalışmalar 2005 yılında Öztürk, 2010 yılında Sağlam tarafından yapıldı (59, 93) .

IPAQ kısa ve uzun form olmak üzere iki şekildedir. Kısa şekli yedi soruluk ve son yedi günü içeriyor olup telefonla veya katılımcının kendisine verilebilerek uygulanabilen bir anket formudur. Uzun anket ise 27 soru içerir ve yüz yüze uygulamalar için

hazırlanmıştır (72). Bu araştırmada katılımcı kadınların fiziksel aktivite düzeyleri belirlenirken kısa anket formu kullanıldı. Sorularla orta düzeyde şiddetli aktiviteler, şiddetli aktiviteler, oturma ve yürüme de harcanan zaman hakkında bilgi sağlamaktadır (Ek 6).

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği 1987 yılında, Walker, Sechrist ve Pender tarafından geliştirilmiştir (22,94). Bu ölçek kişinin sağlıklı yaşam biçimi ile ilişkili sağlığı geliştiren tutum ve davranışları değerlendirmeye yöneliktir (22) (Ek 7). Ölçek, 1996'da yeniden yapılandırılıp SYBD-II ölçeği olarak isimlendirilmiştir (96). SYBD-II ölçeğinin ülkemizdeki geçerlik ve güvenirlik çalışması Bahar, Beşer, Gördes, Ersin, Kıssal tarafından yapılmıştır (94). Ölçekte 52 soru vardır ve bunlarda 6 maddelik alt gruplarda toplanmıştır. Alt gruplar; (94)

Sağlık sorumluluğu	Soru sırası 3,9,15,21,27,33,39,45,51
Fiziksel aktivite	Soru sırası 4,10,16,22,28,34,40,46
Beslenme	Soru sırası 2,8,14,20,26,32,38,44,50
Manevi gelişim	Soru sırası 6,12,18,24,30,36,42,48,52
Kişilerarası ilişkiler	Soru sırası 1,7,13,19,25,31,37,43,49 ve
Stres yönetimi	Soru sırası 5,11,17,23,29,35,41,47.

Her bir alt grup bağımsız olarak tek başına kullanılabilir. Ölçeğin genel puanı sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanını vermektedir (22,84). Ölçeğin tüm maddeleri olumludur. Derecelendirme dörtlü likert şeklindedir. Hiçbir zaman (1), bazen (2), sık sık (3), düzenli olarak (4) olarak kabul edilmektedir. Ölçeğin tamamı için en düşük puan 52, en yüksek puan 208'dir. Ölçekten alınan puanların yükselmesi, bireyin belirtilen sağlık davranışlarını yüksek düzeyde uyguladığını gösterir (84,94).

3.7. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Veriler araştırmacının kendisi tarafından ve eğitilmiş anketörler kullanılarak yüz yüze görüşme tekniği yöntemi ile topland. Soruların anlaşılmasını sağlamak amacıyla her soru kadınlara tek tek okunarak açıklandı ve cevaplamaları sağlandı. Aynı ölçüm araçları kullanıldığından bir ASM'de ulaşılması gereken kadın sayısı tamamlanmadan diğer ASM'ye geçilmemiştir.

<u>Antropometrik ölçümler</u>

Boy ölçümlerinde duvara sabitli standart metre kullanılmıştır. Kadınların boyu ölçülürken kendileri metreye doğru sırt sabitlenerek, ayakkabısız, ayaklar birleştirilip, dik bir pozisyonda, başın üzerinden uzunluk ölçülerek alınmıştır. Bel-kalça ölçümlerinde her ASM'de aynı el mezrosu kullanılarak, kadınlar ayakta dik duruşta, rahat bir halde iken, bel çevresi DSÖ önerdiği en alt kosta ile prosessus spna ilica anterior süperior arasındaki orta noktadan geçen en küçük bel çevresi alınarak, kalça çevresi büyük trokanterler etrafından alınarak ölçüldü ve anket formuna yazıldı.

Tanita BC-418 Vücut Analiz Cihazı

Tanita'yı kullanırken dijital ekranına öncelikle kadınların yaşı, boyu yazıldı sonrasında ayak ön ve topuk elektrotun bulunduğu platforma ayaklar çıplak olacak şekilde çıkartıldı. Her iki elle el kavrama bölümleri tutturuldu ve alet ölçümünü yaptıktan sonra sonuçların raporu termal kağıda çıkartıldı. Kadının ağırlığını Tanita BC-418 Vücut Analiz Cihazı ölmekte ve BKİ'ni ağırlık/boyun karesi formülü ile hesaplamaktadır.

Uluslararası Fiziksel Aktivite Değerlendirme anketi (IPAQ)

IPAQ kısa formunun soruları kadınlara okundu anlaşılmayan sorular açıklandı. Hiç bir soru boş bırakılmadı. Uygulama süresi yaklaşık 5-10 dakika sürdü. Bu anket ile toplanan verilerden katılımcının oturma, yürüme, orta düzeyde şiddetli aktiviteler ve şiddetli aktivitelerinin harcanan süreleri bulunup kaydedildi. Her bir katılımcının toplam aktivite sukoru oturma süresi toplam skoru hariç tutularak diğer aktivitelerin süreleri toplamları alınarak hesaplandı. Oturma süresi toplam aktivite skorundan ayrı olarak hesaplandı. Aktivitelerin değerlendirilmesinde elde edilen sürelerden Metabolik Eşdeğer, İstirahata oksijen tüketim katları (MET)–dakika(dk)/hafta(hft) skoru hesaplandı. Veriler toplanırken tüm aktivitelerin tek seferde en az 10 dakika yapılıyor olması ölçüt olarak alındı (22).

Bu aktivitelerin hesaplamasında sürelerin yanında her bir birey için tüm aktivitelerin toplam skorunu hesaplarken standart MET değerleri kullanılmıştır. Bunlar aşağıda verildiği gibidir; (60)

Yürüme = 3,3 MET,

Orta Şiddetli Fiziksel Aktivite = 4,0 MET,

Şiddetli Fiziksel Aktivite = 8,0 MET,

Oturma = 1 MET dir.

Bu standart değerler kullanılarak günlük ve haftalık fiziksel aktivite seviyesi şu şekilde hesaplandı.

Örneğin; 4 gün 40 dakika yürüyen bir kişinin yürüme MET-dk/hafta skoru için

Yürüme MET-dk/hafta = 3.3 x yürüme dakikası x yürüme gün sayısı

3.3 x 40 x 4 = 528 MET-dk/hafta olarak hesaplandı.

Orta şiddetli MET-dk/hafta = 4.0 x orta şiddetli aktivite dakikası x orta şiddetli aktivite yapılan gün sayısı

Şiddetli MET-dk/hafta = 8.0 x şiddetli aktivite dakikası x şiddetli aktivite yapılan gün sayısı

Toplam aktivite miktarı (Toplam MET-dk/hafta) = (yürüme + orta şiddetli+ şiddetli) MET-dk/hafta sayısı olarak hesaplandı (60).

IPAQ'da kullanılan oturma sorusu ek bir belirleyici olarak vardır. Fiziksel aktivitenin skorlamasının bir parçası olarak kullanılmamaktadır. Sedanter (oturma) davranışlar üzerine az veri vardır ve kategorisel seviye olarak gösterilen kabul edilmiş bir eşik değeri yoktur (59,78).

IPAQ anketinde populasyonları sınıflarken kategorisel olarak belirlenen üç fiziksel aktivite seviyesi vardır 'inaktif (aktif olmayan- kategori 1)', 'minimal aktif' (aktivite düzeyi düşük- kategori 2) ve 'çok aktif (sağlıklı olmayı artıran fiziksel aktivite- katagori 3)'. Bu seviyeler için kriterler yukarıda elde edilen sürekli skorlama değerleri hesaplanarak kurulmuştur (59,60,78). IPAQ kısa formu anketi bölümlerinin hesaplanmasında oluşan toplam harcanan enerji IPAQ scoring protocol (short-forms) verilerine göre hesaplandı. Fiziksel aktivite düzeyleri <600 MET-dk/hft fiziksel olarak aktif olmayan, 600–3000 MET-dk/hft fiziksel aktivite düzeyi düşük, >3000 MET-dk/hft aktif yani sağlık açısından yararlı olan şeklinde sınıflandırıldı (22, 60, 72, 97).

<u>Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği</u>

Bu ölçekteki toplam 52 maddelik sorular kadınlara okundu anlaşılmayan sorular açıklandı. Hiç bir soru boş bırakılmadı. Uygulama süresi yaklaşık 10-15 dakika sürdü.

Ölçekte yer alan dokuz soru sağlık sorumluluğu, sekiz soru fiziksel aktivite, dokuz soru beslenme, dokuz soru manevi gelişim, dokuz soru kişilerarası ilişkiler ve sekiz soruda

stres yönetimi olmak üzere toplam 52 maddelik altı alt boyutu temsil etmektedir. Ölçeğin alt boyutlarından sağlık sorumluluğu, beslenme alışkanlığı, ruhsal gelişim ve kişilerarası ilişkiler boyutlarının en az puanı 9, en çok puanı 36, fiziksel aktivite ve stres yönetimi boyutlarının en az puanı 8, en çok puanı 32 'dir (82).

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma verileri "SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 22.0 (SPSS Inc, Chicago, IL)" aracılığıyla bilgisayar ortamına girildi ve değerlendirildi. Tanımlayıcı istatistikler ortalama±standart sapma, ortanca (minimum-maksimum), frekans dağılımı ve yüzde olarak sunuldu. Kategorik değişkenlerin değerlendirmesinde Pearson Ki-Kare Testi ve Fisher'in Kesin Testi uygulandı. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu görsel (histogram ve olasılık grafikleri) ve analitik yöntemler (Kolmogorov-Smirnov/Shapiro-Wilk Testi) kullanılarak incelendi ve tüm sürekli değişkenlerin normal dağılım göstermediği saptandı. İki bağımsız grup arasındaki istatistiksel anlamlılıklarda Mann-Whitney U Testi, üç ve daha fazla bağımsız grup arasında ise Kruskal Wallis Testi istatistiksel yöntem olarak kullanıldı. Üç ve daha fazla bağımsız grup arasında anlamlı fark saptandığında farkın kaynağını belirlemeye yönelik post-hoc ikili karşılaştırmalarda Bonferroni düzeltmeli Mann-Whitney U Testi uygulandı. Çok değişkenli analizde, önceki analizlerde belirlenen olası faktörler kullanılarak BKİ değerinin 25 kg/m2 ve daha fazla olmasını öngörmede bağımsız prediktörleri Lojistik Regresyon analizi kullanılarak incelendi. Model uyumu için Hosmer-Lemeshow testi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edildi.

4. BULGULAR

Araştırmaya 15-49 yaş arasında olan toplam 1100 kadın katıldı. Katılımcı kadınların bazı tanımlayıcı özellikleri Tablo 4.1'de verilmiştir.

Araştırma grubundaki kadınların yaş ortalaması 32,9±8,6 yıldır. Katılımcıların % 39,5'i 30-39 yaşaralığında, %79,5'i evli ve %56,9 'u ilkokul-ortaokul mezunudur. Kadınların, %92,4'ünün sosyal güvenceye sahip olduğu, %78,3'ünün gelir getiren herhangi bir işte çalışmadığı ve ortalama gelir düzeylerinin 1569,4±1209,2 Türk Lirası olduğu görülmüştür. Kadınların % 84,3'ü çekirdek aileye sahiptir.

Tablo 4.1. Araştırma grubundaki kadınların bazı tanımlayıcı özellikleri

Özellikler (n=1100)	**Sayı**	**%**
Yaş		
<20 yaş	111	10,1
20-29	279	25,4
30-39	435	39,5
40-49	275	25,0
Aile Tipi		
Çekirdek	927	84,3
Geniş	152	13,8
Parçalı	21	1,9
Öğrenim Durumu		
Okuryazar değil	94	8,5
Okuryazar	30	2,7
İlkokul mezunu	422	38,4
Ortaokul mezunu	204	18,5
Lise mezunu	222	20,2
Üniversite mezunu	125	11,4
Lisansüstü	3	0,3
Medeni Durum		
Evli	874	79,5
Bekar	201	18,3
Boşanmış	12	1,0
Eşi ölmüş	13	1,2
Meslek		
Gelir getiren bir işte çalışmıyor	861	78,3
İşçi	41	3,7
Memur	46	4,2
Serbest meslek	12	1,1
Emekli	3	0,3
Diğer*	137	12,4
Sosyal güvence		
Var	1016	92,4
Yok	84	7,6
Eşinin Öğrenim Durumu (n=874)		
Okuryazar değil- Okuryazar	18	2,1
İlkokul mezunu	360	41,2
Ortaokul mezunu	174	19,9
Lise mezunu	197	22,5
Üniversite- Lisansüstü mezunu	125	14,3
Eşinin Mesleği (n=874)		
Gelir getiren bir işte çalışmıyor	59	6,8
İşçi	455	52,1
Serbest meslek	159	18,2
Memur	101	11,6
Emekli	36	4,1
Diğer*	64	7,2

n: Kadın sayısı; %: Yüzde
*Düzenli olmayan günlük yada haftalık işlerde çalışanlar

Araştırma grubu kadınların ailesinde birlikte yaşadığı birey sayısı ortalaması 4,9±1,5 (min:1, max:14) dir. % 80,7'si de sigara kullanmamaktadır (Tablo 1 devam). Sigara kulladığını belirten kadınların sigara kullanım süreleri ortalamaları 12,1±7,2 yıl (min: 1, max: 35 yıl), ortalama kullanılan sigara miktarı 9,8±7,4 adet/gün (min:1, max: 40 adet/gün) olarak bulunmuştur. Daha önce sigara kullanıp bırakan kadınların bırakmadan önce kullanım süresi ortalamasının 10,1±7,7 yıl (min:1, max:30 yıl), bırakmadan önce kullanım miktarı ortalamasının 8,3±6,6) adet/gün (min:1, max:20 adet/gün) olduğu belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan kadınlar %81,3 oranında kronik bir hastalıklarının bulunmadığını belirtmişlerdir. Ev dışındaki ulaşımlarını % 43,9'unun yürüyerek, % 37,0'sinin toplu taşıma aracı kullanarak sağladığı saptanmıştır. Kadınların bilgisayar, televizyon ve konuşma dışı günlük telefon kullanım süresi (dk) ortalaması 127,7±122,3 (min:0, max:720) olarak bulunmuştur (Tablo 1 devam).

Tablo 4.1. Devamı. Araştırma grubundaki kadınların bazı tanımlayıcı özellikleri

Özellikler (n=1100)	Sayı	%
Ailede Birlikte Yaşanılan Birey Sayısı		
≤3 kişi	162	14,7
4-5 kişi	597	54,3
≥6 kişi	341	31,0
Ailenin Toplam Aylık Geliri (TL)		
≤1000 TL	430	39,1
1001-1500 TL	371	33,7
>1500 TL	299	27,2
Ailede Bakıma Muhtaç Birey Varlığı		
Var	681	61,9
Yok	419	38,1
Kronik Hastalık Varlığı		
Var	206	18,7
Yok	894	81,3
Var Olan Kronik Hastalıklar (n=206)		
Astım	104	50,5
Hipertansiyon	55	26,7
Diyabetus mellitus	26	12,6
Astım dışında diğer solunum sistemi hastalıkları	6	2,9
Böbrek hastalığı	4	1,9
Kalp hastalığı	11	5,4
Ev dışındaki ulaşım şekli		
Kendi ve eşinin aracıyla	206	18, 7
Yürüyerek	483	43,9
Toplu taşıma	407	37,0
Diğer	4	0,4
Sigara Kullanma Durumu		
Kullanıyor	181	16,5
Kullanmıyor	888	80,7
Bırakmış	31	2,8
Düzenli Olarak Alkol Kullanma Durumu		
Kullanan	3	0,3
Kullanmayan	1097	99,7
Evde veya İşyerinde Bilgisayara Sahip Olma Durumu		
Var	370	33,6
Yok	730	66,4

n: Kadın sayısı; %: Yüzde

Araştırma grubundaki kadınların kendi kilosunu algılama şekli ile diyet ve fiziksel aktivite yapma durumu ile ilgili özellikleri Tablo 4.2' de verilmiştir.

Katılımcıların %38,0' i (n=418) şu anki kilolarını normal , %27,0' si (n= 297) şişman-çok şişman olarak algılamaktadır. Kadınların %20,5'i (n= 225) kendi düşüncesine göre şimdi obezite sorunu yaşadığını belirtmekte iken %66,9'u (n=736) yaşamlarının herhangi bir döneminde doktor tarafından tanı konulan ya da kendilerince algıladıkları bir obezite sorunu yaşamadıklarını ifade etmektedirler. Diyet yapan kadınların %49,1'i (n=136) , fiziksel aktivite yapanların %42,4' ü (n=203) kendi kararlarıyla zayıflamak amacıyla bu uygulamaları yaptıklarını ifade etmiştir.

Tablo 4.2. Araştırma grubundaki kadınların kendi kilosunu algılama şekli ve diyet ve fiziksel aktivite yapma durumu ile ilgili özellikleri

	Sayı	**%**
Kendi Kilosunu Algılama Şekli (n=1100)		
Zayıf	113	10,3
Normal	418	38,0
Hafif şişman	272	24,7
Şişman- Çok şişman	297	27,0
Yaşamında Kendine Göre ya da Doktor Tanısıyla Obezite Sorunu Yaşama Durumu		
Doktor tanısıyla daha önce yaşamış	61	5,5
Kendi düşüncesine göre daha önce yaşamış	65	5,9
Şu anda tanısı konmuş bir obezite sorunu var	11	1,0
Kendi düşüncesine göre şimdi yaşıyor	225	20,5
Hiç yaşamamış	736	66,9
Diğer	2	0,2
Yaşamının herhangi bir döneminde diyet yapma durumu		
Yapan	277	25,2
Yapmayan	823	74,8
Diyet Yapma Amacı (n=277)		
Zayıflamak için doktor/diyetisyen önerisiyle ve yardım alarak	29	10,5
Sağlık problemlerinden dolayı kendi kararıyla	22	7,9
Sağlık problemlerinden dolayı doktor/diyetisyen önerisiyle ve yardım alarak	46	16,6
Sağlık problemim yok, sağlıklı yaşamak için, kendi kararıyla	39	14,1
Sağlık problemim yok, sağlıklı yaşamak için, doktor/diyetisyen önerisiyle ve yardım alarak	3	1,1
Diğer	2	0,7
Yaşamının Herhangi Bir Döneminde Fiziksel Aktivite Yapma Durumu		
Yapan	479	43,5
Yapmayan	621	56,5
Fiziksel Aktivite Yapma Amacı (n= 479)		
Zayıflamak içn kendi kararıyla	203	42,4
Zayıflamak için doktor/diyetisyen önerisiyle ve yardım alarak	18	3,8
Sağlık problemlerinden dolayı kendi kararıyla	24	5,0
Sağlık problemlerinden dolayı doktor/diyetisyen önerisiyle ve yardım alarak	28	5,8
Sağlık problemim yok, sağlıklı yaşamak için, kendi kararıyla	199	41,5
Sağlık problemim yok, sağlıklı yaşamak için, doktor/diyetisyen önerisiyle ve yardım alarak	1	0,2
Diğer	6	1,3
Yaşamının Herhangi Bir Döneminde Diyet ve Fiziksel Aktiviteyi Birlikte Yapma Durumu		
Yapmamış	923	83,9
Yapmış	131	11,9
Bazen yapmış	46	4,2

n: Kadın sayısı; %: Yüzde

Araştırma grubundaki kadınların gebelik ve doğum ile ilgili özellikleri Tablo 4.3.'de verilmiştir.

Kadınların 873'ü (%79,4) daha önce gebelik geçirmiş, toplam gebelik sayısı ortalaması 3,4±1,7 (min:1- maks:11) olarak bulunmuştur. Katılımcı kadınların 871'i (%79,2) doğum yapmış, toplam doğum sayısı ortalamasının 2,9±1,4 (min: 1- max: 10) olduğu saptanmıştır. Gebelik yaşayan kadınların yalnızca % 8,6'sı gebelikte veya lohusalık dönemi hariç doğum sonrası dönemde doktor tarafından tanı konmuş obezite sorunu yaşadığını ifade etmiştir Gebelik ve doğum sonrası dönemi yaşayan katılımcı kadınların (n=364) büyük bir çoğunluğunun (%71,2, n=259) yaşamlarının bu dönemlerinde sağlık problemi olmadığı halde sağlıklı yaşamak için diyet yada fiziksel aktivite yaptıkları saptanmıştır.

Tablo 4.3. Araştırma grubundaki kadınların gebelik ve doğum ile ilgili özellikleri

Özellikler	Sayı	%
Daha Önce Gebelik Geçirme Durumu (n= 1100)		
Gebelik yaşayanlar	873	79,4
Gebelik yaşamayanlar	227	20,6
Toplam Gebelik Sayısı (n=873)		
1-2 gebelik	295	33,8
3-4 gebelik	367	42,0
≥5 gebelik	211	24,2
Doğum Yapma Durumu (n=1100)		
Yapanlar	871	79,2
Yapmayanlar	229	20,8
Toplam Doğum Sayısı (n=871)		
1-2 doğum	377	43,3
3-4 doğum	385	44,2
≥5 doğum	109	12,5
Gebelikte veya Lohusalık Hariç Doğum Sonrası Dönemde Doktor Tarafından Tanı Konmuş Obezite Sorunu Yaşama Durumu (n=873)*	75	8,6
Gebelikte veya Lohusalık Hariç Doğum Sonrası Dönemde Zayıflamak İçin Diyet Uygulama Durumu (n=873)**	128	14,7
Gebelikte veya Doğum Sonrası Dönemde Fiziksel Aktivite Yapma Durumu (n=873) **	314	36,0
Gebelikte veya Doğum Sonrası Dönemde Diyet veya Fiziksel Aktivite Yapma Nedeni (n=364)		
Sağlık problemi yok sağlıklı yaşam için uygulamış	259	71,2
Tanı konmuş bir obezite sorunu olduğu için	14	3,8
Kendince şişmanlık problemi olduğu için	48	13,2
Diğer	43	11,8

n: Kadın sayısı; %: Yüzde

* Obezite sorunu yaşayan kadın sayı ve yüzdesidir

** Diyet ve fiziksel aktiviteyi yapan kadın sayı ve yüzdesidir

Araştırma grubundaki kadınların bazı antropometrik ölçüm ortalamaları Tablo 4.4' te verilmiştir. Kadınların B/K oranı ortalaması 0,81±0,07, BKİ ortalamaları 26,6±5,5 olarak bulunmuştur.

Tablo 4.4. Araştırma grubundaki kadınların bazı antropometrik ölçüm ortalamaları

(n=1100)	$\bar{X}$±S	(min-maks)
Vücut Ağırlığı (kg)	67,9±14,1	(34,6-127,6)
Boy Uzunluğu (cm)	160,0±5,6	(140-177)
Bel Çevresi (cm)	85,2±13,2	(42-132)
Kalça Çevresi (cm)	104,4±11	(49-149)
Bel-Kalça Oranı	0,81±0,07	(0,39-1,21)
BKİ (kg/m^2)	26,6±5,5	(14,8- 47,4)

$\bar{X}$: Ortalama; S: Standart sapma; n: Kadın sayısı

Araştırma grubundaki kadınların BKİ değerlerine göre sınıflandırılması ve abdominal obezite durumları Tablo 4.5.'te verilmiştir.

Kadınların %25,5'inde abdominal obezite olduğu saptanmıştır. BKİ sınıflandırmasına göre katılımcı kadınların göre %37,0'sinin normal kiloda %24,1'nin obez olduğu görülmüştür.

Tablo 4.5. Araştırma grubundaki kadınların BKİ değerlerine göre sınıflandırılması ve abdominal obezite durumları

BKİ Sınıflandırması (n=1100)	**Sayı**	**%**
Zayıf	60	5,4
Normal kilolu	407	37,0
Fazla kilolu	368	33,5
Obez	265	24,1
Abdominal Obezite Yok (≤0,85)	818	74,4
Abdominal Obezite Var (>0,85)	282	25,6

n: Kadın sayısı; %: Yüzde

Araştırma grubundaki kadınlara uygulanan IPAQ skorları Tablo 4.6'da verilmiştir. Çalışmaya katılan kadınların toplam fiziksel aktivite şiddeti ortalaması 446,2±575,1 Met-dk/hf olarak bulunmuştur. Fiziksel aktivite düzeylerine bakıldığında katılımcıların %75,7'sinin inaktif (<600 Met-dk/hf) olduğu görülmüştür.

Tablo 4.6. Araştırma grubundaki kadınlara uygulanan Uluslararası Fiziksel Aktivite Değerlendirme Anketi (IPAQ) skorları

n=1100	$\bar{X}$±S	**Medyan (min-maks)**	
IPAQ Aktivite Şiddetleri			
Şiddetli aktivite (Met-dk/hf)	63,6±260,8	0 (0-2240)	
Orta şiddetli aktivite (Met-dk/hf)	22,3±139,8	0 (0-1800)	
Yürüme (Met-dk/hf)	360,2±438,8	198 (33-2310)	
Oturma süresi (dk)	238,4±146,4	210 (30-600)	
TOPLAM (Met-dk/hf)	446,2±575,1	198 (33-3626)	
IPAQ Toplam Aktivite Düzeyleri		**Sayı**	**%**
İnaktif (<600 Met-dk/hf)		833	75,7
Düşük aktif (600-3000 Met-dk/hf)		262	23,8
Aktif (>3000 Met-dk/hf)		5	0,5

$\bar{X}$: Ortalama; S: Standart sapma; n: Kadın sayısı; %: Yüzde

Araştırma grubundaki kadınlara uygulanan SYBDÖ skorları Tablo 4.7'de verilmiştir.

Araştırma grubundaki kadınların SYBDÖ alt bileşenlerinden en yüksek iki puanı 26,4±4,2 ile kişilerarası ilişkiler ve 26,1±4,5 ile manevi gelişim ile alt boyutlarından, en düşük puanı ise 12,1±4,3 ile Fiziksel aktivite alt boyutundan aldıkları tespit edilmiştir. Toplam SYBDÖ puan ortalaması 126,3±17,9 olarak saptanmıştır.

Tablo 4.7. Araştırma grubundaki kadınlara uygulanan Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (SYBDÖ) alt boyutları skorları

SYBDÖ Alt Boyutları (n=1100)	$\bar{X}$±S	Medyan (min-maks)
Sağlık sorumluluğu	21,1±5,0	21 (9-34)
Fiziksel aktivite	12,1±4,3	11 (8-32)
Beslenme	22,6±4,1	22 (10-34)
Manevi gelişim	26,1±4,5	26 (10-36)
Kişilerarası ilişkiler	26,4±4,2	26 (12-36)
Stres yönetimi	17,9±3,8	18 (8-30)
SYBDÖ TOPLAM SKORU	126,3±17,9	125 (66-192)

$\bar{X}$: Ortalama; S: Standart sapma; n: Kadın sayısı; %: Yüzde

4.1. BEDEN KÜTLE İNDEKSİNE GÖRE YAPILAN KARŞILAŞTIRMALAR

Araştırma grubundaki kadınlardan BKİ değeri 25 kg/m^2'den düşük olanlar "zayıf ya da normal kilolu" olarak adlandırılarak bir grup, BKİ değeri 25 kg/m^2 ve üzerinde olanlar ise "hafif şişman ya da şişman" olarak adlandırılarak diğer bir grup olacak şekilde sınıflandırılmıştır. Buna göre; araştırma kapsamında incelenen kadınların bazı tanımlayıcı özelliklerine göre BKİ gruplarının dağılımı Tablo 4.8 sunulmuştur.

Araştırmaya dahil edilen kadınlarınyaş ortalamaları, yaş grupları, öğrenim durumları, medeni durumları, gelir getiren bir işte çalışma durumuları, eşlerinin öğrenim durumuna göre BKİ grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,001$).

Tablo 4.8. Araştırma grubundaki kadınların bazı tanımlayıcı özelliklerine göre BKİ gruplarının dağılımı

Özellikler (n=1100)	**BKİ<25kg/m^2 (n=467)**		**BKİ≥25 kg/m^2 (n=633)**		**p**
Yaş	**Sayı**	**%**	**Sayı**	**%**	
<20 yaş	97	87,4	14	12,6	**<0,001***
20-29	174	62,4	105	37,6	
30-39	149	34,3	286	65,7	
40-49	47	17,1	228	82,9	
Öğrenim Durumu					
İlkokul mezunu ve daha az	129	23,6	417	76,4	**<0,001***
Ortaokul mezunu	110	53,9	94	46,1	
Lise mezunu	135	60,8	87	39,2	
Üniversite mezunu/Lisansüstü	93	72,7	35	27,3	
Medeni Durum					
Evli	280	32,0	594	68,0	**<0,001***
Evli değil	187	82,7	39	17,3	
Gelir Getiren Bir İşte Çalışma Durumu					
Çalışmıyor	278	32,3	583	67,7	**<0,001***
Çalışıyor	189	79,1	50	20,9	
Eşinin Öğrenim Durumu (n=874)					
İlkokul mezunu ve daha az	96	25,4	282	74,6	**<0,001***
Ortaokul mezunu	67	38,5	107	61,5	
Lise mezunu	61	31,0	136	69,0	
Üniversite mezunu/Lisansüstü	56	44,8	69	55,2	
Eşinin Gelir Getiren Bir İşte Çalışma Durumu					
Çalışmıyor	23	39,0	36	61,0	0,236*
Çalışıyor	257	31,5	558	68,5	

n: Kadın sayısı; %: Satır yüzdesi, *Ki-Kare Testi

Araştırma grubundaki kadınların ailesel tanımlayıcı özelliklerine göre BKİ gruplarının dağılımı Tablo 4.9' da verilmiştir.

Kadınların ailelerinin toplam aylık gelir ortalaması, aylık gelir grupları ile BKİ grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0,05).).

Tablo 4.9. Araştırma grubundaki kadınların ailesel tanımlayıcı özelliklerine göre BKİ gruplarının dağılımı

Ailesel özellikleri (n=1100)	**BKİ<25 kg/m^2 (n=467)**		**BKİ≥25 kg/m^2 (n=633)**		**p**
Aile Tipi	**Sayı**	**%**	**Sayı**	**%**	
Çekirdek	379	40,9	548	59,1	
Geniş	76	50,0	76	50,0	**0,042***
Parçalı	12	57,1	9	42,9	
Ailede Birlikte Yaşanılan Birey Sayısı					
≤3 kişi	92	56,8	70	43,2	
4-5 kişi	239	40,0	358	60,0	**<0,001***
≥6 kişi	136	39,9	205	60,1	
Ailenin Toplam Aylık Geliri (TL)					
≤1000 TL, n (%)	184	42,8	246	57,2	
1001-1500 TL, n (%)	147	39,6	224	60,4	0,304*
>1500 TL, n (%)	136	45,5	163	54,5	
Ailede Birlikte Yaşanılan Birey Sayısı $\bar{X}$±S (min-maks)	4,8±1,6 (2-12)		5,0±1,4 (1-14)		**<0,001****
Ailenin Toplam Aylık Geliri (TL) $\bar{X}$±S (min-maks)	1721,3±1504,6 (200-13000)		1457,4±918,6 (200-7000)		0,221**
Aylık Gelirden Faydalanan Ailedeki Birey Sayısı, $\bar{X}$±S (min-maks)	4,8±1,7 (1-12)		5,0±1,4 (1-12)		**0,001***

$\bar{X}$: Ortalama; S: Standart sapma; n: Kadın sayısı; %: Satır yüzdesi; *Ki-Kare Testi; **Mann-Whitney U Testi

Araştırma grubundaki kadınların bazı yaşam şekli davranışlarına göre BKİ gruplarının dağılımı Tablo 4.10'da gösterilmiştir.

Araştırma kapsamında incelenen kadınların sigara içme durumu ve sigara kullanma miktarı ile BKİ arasında anlamlı ilişki yokken, sigara içenler arasında BKİ yüksek olanlarda sigara içme süresi daha uzundur. Kadınların ev dışı işleri için ulaşım şekline göre BKİ grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p<0,05). Ev dışındaki işleri için toplu taşımayla ulaşım sağlayan kadınlar içinde hafif şişman ya da şişman olanların yüzdesi yürüyerek veya kendi aracıyla ulaşım sağlayanlardan düşüktür. Zayıf ya da normal kilolu kadınlarla hafif şişman ya da şişman kadınlar arasında bilgisayar, televizyon ve konuşma dışı günlük telefon kullanım süresi açısından

istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p<0,001). Hafif şişman ya da şişman olan kadınların bilgisayar, televizyon ve konuşma dışı günlük telefon kullanım süresi zayıf ya da normal kilolu olanlardan düşüktür.

Tablo 4.10. Araştırma grubundaki kadınların bazı yaşam şekli davranışlarına göre BKİ gruplarının dağılımı

Davranışlar (n=1100)	**BKİ<25 kg/m^2 (n=467)**		**BKİ≥25 kg/m^2 (n=633)**		**P**
Sigara Kullanma Durumu	**Sayı**	**%**	**Sayı**	**%**	
Kullanmıyor	385	41,9	534	58,1	0,396*
Kullanıyor	82	45,3	99	54,7	
Sigara Kullanım Süresi (yıl) (n=181), $\bar{X}$±S (min-maks)	9,9±5,8 (1-23)		13,9±7,7 (2-35)		**0,001****
Sigara Kullanım Miktarı (adet/gün) (n=181), $\bar{X}$±S (min-maks)	9,0±7,2 (1-35)		10,5±7,6 (1-40)		0,134**
Ev dışındaki ulaşım şekli (n=1096)#	**Sayı**	**%**	**Sayı**	**%**	
Yürüyerek	190	39,3	293	60,7	
Toplu taşıma	201	49,4	206	50,6	**0,002***
Kendi aracıyla	75	36,4	131	63,6	
Bilgisayar,Televizyonve Konuşma Dışı Günlük Telefon Kullanım Süresi (dk), $\bar{X}$±S (min-maks)	146,8±130,7 (0-600)		113,6±113,8 (0-720)		**<0,001****

$\bar{X}$: Ortalama; S: Standart sapma; n: Kadın sayısı; %: Satır yüzdesi; BKİ: Beden kütle indeksi; *Ki-Kare Testi; **Mann-Whitney U Testi; #"Diğer" şekillerde ulaşım sağlayanlar dışlanmıştır

Araştırma grubundaki kadınların kendi kilosunu algılama şekli ve obezite sorunu yaşama durumu ile BKİ grupları arasındaki dağılımı Tablo 4.11'da sunulmuştur.

Araştırmaya dahil edilen kadınların kendi kilosunu algılama şekline, yaşamında kendine göre ya da doktor tanısıyla obezite sorunu yaşama durumuna göre BKİ grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p<0,05). Kendi kilosunu zayıf algılayanlar içinde BKİ değeri 25 kg/m^2 ve daha yüksek olanların yüzdesi kendini normal, hafif şişman, şişman ve çok şişman algılayanlardan düşüktür. Hiç obezite sorunu yaşamayanlar içinde BKİ değeri 25 kg/m^2 ve daha fazla olanların yüzdesi doktor tanısıyla veya kendi düşüncesine göre daha önce obezite sorunu yaşayanlardan, şu anda

obezite tanısı alanlardan ve kendi düşüncesine göre obezite sorunu yaşayanlardan düşüktür.

Tablo 4.11. Araştırma grubundaki kadınların kendi kilosunu algılama şekli ve obezite sorunu yaşama durumuna göre BKİ gruplarının dağılımı

(n=1100)	**BKİ<25 kg/m^2 (n=467)**		**BKİ≥25 kg/m^2 (n=633)**		**p***
	Sayı	**%**	**Sayı**	**%**	
Kendi Kilosunu Algılama Şekli					
Normal	270	64,6	148	35,4	
Zayıf	105	92,9	8	7,1	
Hafif şişman	81	29,8	191	70,2	**<0,001**
Şişman	7	2,9	232	97,1	
Çok şişman	4	6,9	54	93,1	
Yaşamında Kendine Göre ya da Doktor Tanısıyla Obezite Sorunu Yaşama Durumu # (n=1098)					
Doktor tanısıyla daha önce yaşamış	13	21,3	48	78,7	
Kendi düşüncesine göre daha önce yaşamış	18	27,7	47	72,3	
Şu anda tanısı konmuş bir obezite sorunu var	0	0,0	11	100	**<0,001**
Kendi düşüncesine göre şimdi yaşıyor	19	8,4	206	91,6	
Hiç yaşamamış	416	56,5	320	43,5	

n: Kadın sayısı; %: Yüzde; *Ki-Kare Testi; #"Diğer" yanıtını verenler dışlanmıştır

Araştırma grubundaki kadınların diyet yapma durumuyla ilgili özelliklerine göre BKİ gruplarının dağılımı Tablo 4.12'da sunulmuştur.

Araştırmaya dahil edilen kadınların yaşamının herhangi bir döneminde diyet yapma durumuna, diyet yapma amacına göre BKİ grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Yaşamının herhangi bir döneminde diyet yapanlar içinde BKİ değeri 25 kg/m^2 ve daha fazla olanların yüzdesi yapmayanlardan yüksektir. Sağlık problemi olmayıp sağlıklı yaşamak için, doktor veya diyetisyen önerisiyle diyet yapanlar içinde BKİ değeri 25 kg/m^2 ve daha fazla olanların yüzdesi diğer diyet yapma amaçlarından düşüktür.

Tablo 4.12. Araştırma grubundaki kadınların diyet yapma durumuyla ilgili özelliklerine göre BKİ gruplarının dağılımı

(n=1100)	BKİ<25 kg/m^2 (n=467)		BKİ≥25 kg/m^2 (n=633)		p*
	Sayı	%	Sayı	%	
Yaşamının herhangi bir dönemind diyet yapma durumu					
Yapmamış	385	46,8	438	53,2	**<0,001**
Yapmış	82	29,6	195	70,4	
Diyet Yapma Amacı# (n=275)					
Zayıflamak için kendi kararıyla	41	30,1	95	69,9	
Zayıflamak için doktor/diyetisyen önerisiyle ve yardım alarak	4	13,8	25	86,2	
Sağlık problemlerinden dolayı kendi kararıyla	5	22,7	17	77,3	
Sağlık problemlerinden dolayı doktor/diyetisyen önerisiyle ve yardım alarak	7	15,2	39	84,8	**<0,001**
Sağlık problemim yok, sağlıklı yaşamak için, kendi kararıyla	22	56,4	17	43,6	
Sağlık problemim yok, sağlıklı yaşamak için, doktor/diyetisyen önerisiyle ve yardım alarak	2	66,7	1	33,3	

n: Kadın sayısı; %: Yüzde; *Ki-Kare Testi; #"Diğer" yanıtını verenler dışlanmıştır

Araştırma grubundaki kadınların fiziksel aktivite yapma durumuyla ilgili özelliklerine göre BKİ gruplarının dağılımı Tablo 4.13'de gösterilmiştir.

Araştırmaya dahil edilen kadınların yaşamının herhangi bir döneminde, fiziksel aktivite yapma amacına ve yaşamının herhangi bir döneminde diyet ve fiziksel aktiviteyi birlikte yapma durumuna göre BKİ grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Sağlık problemi olmayıp sağlıklı yaşamak için, kendi kararıyla fiziksel aktivite yapanlar içinde BKİ değeri 25 kg/m^2 ve daha fazla olanların yüzdesi diğer fiziksel aktivite yapma amaçlarından düşük iken yaşamının herhangi bir döneminde diyet ve fiziksel aktiviteyi birlikte yapanlar içinde BKİ değeri 25 kg/m^2 ve daha fazla olanların yüzdesi hiç yapmayanlardan ve bazen yapanlardan yüksektir.

Diğer taraftan yaşamının herhangi bir döneminde fiziksel aktivite yapma durumuna göre BKİ grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$) .

Tablo 4.13. Araştırma grubundaki kadınların fiziksel aktivite yapma durumuyla ilgili özelliklerine göre BKİ gruplarının dağılımı

(n=1100)	BKİ<25 kg/m² (n=467)		BKİ≥25 kg/m² (n=633)		
	Sayı	**%**	**Sayı**	**%**	**p***
Yaşamının Herhangi Bir Döneminde Fiziksel Aktivite Yapma Durumu					
Yapmamış	267	43,0	354	57,0	0,680
Yapmış	200	41,8	279	58,2	
Fiziksel Aktivite Yapma Amacı# (n=473)					
Zayıflamak için kendi kararıyla	52	25,6	151	74,4	**<0,001**
Zayıflamak için doktor/diyetisyen önerisiyle ve yardım alarak	3	16,7	15	83,3	
Sağlık problemlerinden dolayı kendi kararıyla	9	37,5	15	62,5	
Sağlık problemlerinden dolayı doktor/diyetisyen önerisiyle ve yardım alarak	1	3,6	27	96,4	
Sağlık problemim yok, sağlıklı yaşamak için, kendi kararıyla	129	64,8	70	35,2	
Sağlık problemim yok, sağlıklı yaşamak için, doktor/diyetisyen önerisiyle ve yardım alarak	0	0,0	1	100,0	
Yaşamının Herhangi Bir Döneminde Diyet ve Fiziksel Aktiviteyi Birlikte Yapma Durumu					
Yapmamış	410	44,4	513	55,6	**<0,001**
Yapmış	35	26,7	96	73,3	
Bazen yapmış	22	47,8	24	52,2	

n: Kadın sayısı; %: Yüzde; *Ki-Kare Testir

Araştırma grubundaki kadınların gebelik ve doğum ile ilgili özelliklerine göre BKİ gruplarının dağılımı Tablo 4.14'da sunulmuştur. Araştırmaya dahil edilen kadınların daha önce gebe kalma durumuna göre BKİ grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,001$). Daha önce en az bir kez gebe kalan kadınlar içinde fazla kilolu ya da obez olanların yüzdesi hiç gebe kalamayanlardan yüksektir.

Daha önce en az bir kez gebe kalan kadınların toplam gebelik sayısı gruplarına göre BKİ grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,001$). Kadınların toplam gebelik sayısı arttıkça fazla kilolu ya da obez olanların yüzdesi de anlamlı olarak artmaktadır. Ayrıca zayıf ya da normal kilolu kadınlarla fazla kilolu ya da obez olanlar arasında daha önce en az bir kez gebe kalanların toplam gebelik sayısı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Fazla kilolu ya da obez kadınların toplam gebelik sayısı zayıf ya da normal kilolu olanlardan anlamlı olarak yüksektir .

Araştırmaya katılan kadınların doğum yapma durumu ve BKİ grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,001$). Doğum yapan kadınlarda fazla kilolu ya da obez olanların yüzdesi hiç doğum yapmayan kadınlara göre anlamlı olarak yüksektir.

Daha önce en az bir kez doğum yapan kadınların toplam doğum sayısı gruplarına göre BKİ grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,001$). Kadınların toplam doğum sayısı arttıkça fazla kilolu ya da obez olanların yüzdesi de anlamlı olarak artmaktadır. Ayrıca zayıf ya da normal kilolu kadınlarla fazla kilolu ya da obez olanlar arasında daha önce en az bir kez doğum yapanların toplam doğum sayısı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Fazla kilolu ya da obez kadınların toplam doğum sayısı zayıf ya da normal kilolu olanlardan anlamlı olarak yüksektir.

Araştırma kapsamında incelenen kadınların gebelikte veya lohusalık hariç doğum sonrası dönemde doktor tarafından tanı konmuş obezite sorunu yaşama durumuna göre BKİ grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,001$). Gebelikte veya lohusalık hariç doğum sonrası dönemde doktor tarafından tanı konmuş obezite sorunu yaşayan kadınlar içinde fazla kilolu ya da obez olanların yüzdesi yaşamayanlardan yüksektir.

Kadınların gebelikte veya lohusalık hariç doğum sonrası dönemde zayıflamak için diyet uygulama durumuna göre BKİ grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Gebelikte veya lohusalık hariç doğum sonrası dönemde zayıflamak için diyet uygulayan kadınlar içinde fazla kilolu ya da obez olanların yüzdesi uygulamayanlardan yüksektir.

Araştırmaya dahil edilen kadınların gebelikte veya doğum sonrası dönemde diyet veya fiziksel aktivite yapma nedenine göre BKİ grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Tanı konmuş obezite sorunu olduğu için gebelikte veya doğum sonrası dönemde diyet veya fiziksel aktivite yapan kadınlar içinde fazla kilolu ya da obez olanların yüzdesi diğer nedenlerle diyet ya da fiziksel aktivite yapanlardan yüksektir.

Diğer taraftan gebelikte ya da doğum sonrası dönemde fiziksel aktivite yapma durumuna göre BKİ grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.14. Araştırma grubundaki kadınların gebelik ve doğum ile ilgili özelliklerine göre BKİ gruplarının dağılımı

Özellikler (n=1100)	**BKİ<25 kg/m^2 (n=467)**		**BKİ≥25 kg/m^2 (n=633)**		**p**
	Sayı	**%**	**Sayı**	**%**	
Daha Önce Gebe Kalma Durumu					
Hiç gebe kalmamış	195	85,9	32	14,1	**<0,001***
En az bir kez kalmış	272	31,2	601	68,8	
Toplam Gebelik Sayısı (n=873), $\bar{X}$±S (min-maks)	2,64±1,34 (1-7)		3,78±1,82 (1-11)		**<0,001****
1-2 gebelik	142	48,1	153	51,9	
3-4 gebelik	104	28,3	263	71,7	**<0,001***
≥5 gebelik	26	12,3	185	87,7	
Doğum Yapma Durumu (n=1100)					
Hiç doğum yapmamış	196	85,6	33	14,4	**<0,001***
En az bir kere yapmış	280	32,1	591	67,9	
Toplam Doğum Sayısı (n=871), $\bar{X}$±S (min-maks)	2,29±1,11 (1-6)		3,17±1,42 (1-10)		**<0,001****
1-2 doğum	173	45,9	204	54,1	
3-4 doğum	86	22,3	299	77,7	**<0,001***
≥5 doğum	13	11,9	96	88,1	
Gebelikte veya Lohusalık Hariç Doğum Sonrası Dönemde Doktor Tarafından Tanı Konmuş Obezite Sorunu Yaşama Durumu (n=873)					
Yaşamamış	262	32,8	536	67,2	**<0,001***
Yaşamış	10	13,3	65	86,7	
Gebelikte veya Lohusalık Hariç Doğum Sonrası Dönemde Zayıflamak İçin Diyet Uygulama Durumu (n=873)					
Uygulamamış	244	32,8	501	67,2	**0,014***
Uygulamış	28	21,9	100	78,1	
Gebelikte veya Doğum Sonrası Dönemde Fiziksel Aktivite Yapma Durumu (n=873)					
Yapmamış	168	30,1	391	69,9	0,348*
Yapmış	104	33,1	210	66,9	
Gebelikte veya Doğum Sonrası Dönemde Diyet veya Fiziksel Aktivite Yapma Nedeni (n=364)					
Sağlık problemi yokmuş, sağlıklı yaşam için uygulamış	94	36,3	165	63,7	
Tanı konmuş bir obezite sorunu olduğu için	0	0.0	14	100,0	**0,003***
Kendince şişmanlık problemi olduğu için	10	20,8	38	79,2	
Diğer	9	20,9	34	79,1	

$\bar{X}$: Ortalama; S: Standart sapma; n: Kadın sayısı; %: Satır yüzdesi; *Ki-Kare Testi; **Mann-Whitney U Testi

Araştırma grubundaki kadınların bel çevresi, kalça çevresi ve B/K oranı ortalamaları ile abdominal obezite durumlarının BKİ gruplarına göre dağılımı Tablo 4.15'de sunulmuştur.

Araştırma kapsamında incelenen kadınlardan zayıf ya da normal kilolu olanlarla hafif şişman ya da şişman olanlar arasında bel çevresi, kalça çevresi ve bel-kalça oranı ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p<0,05). Hafif şişman ya da şişman olan kadınların bel çevresi, kalça çevresi ve bel-kalça oranı ortalamaları zayıf ya da normal kilolu olanlardan yüksektir.

Kadınların BKİ gruplarına göre abdominal obezite durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p<0,05). Hafif şişman ya da şişman olan kadınlar içinde abdominal obezite saptananların yüzdesi zayıf ya da normal kilolu olanlardan yüksektir .

Tablo 4.15. Araştırma grubundaki kadınların bel çevresi, kalça çevresi ve bel-kalça oranı ortalamaları ile abdominal obezite durumlarının BKİ gruplarına göre dağılımı

(n=1100)	**BKİ<25 kg/m^2 (n=467)**		**BKİ≥25 kg/m^2 (n=633)**		**p**
	$\bar{X}$±S (min-maks)		$\bar{X}$±S (min-maks)		
Bel Çevresi (cm)	74,89±8,18 (55-106)		92,82±10,92 (42-132)		**<0,001****
Kalça Çevresi (cm)	95,42±7,27 (49-116)		111,0±8,63 (89-149)		**<0,001****
Bel-Kalça Oranı	0,79±0,07 (0,55-1,21)		0,84±0,07 (0,39-1,06)		**<0,001****
	Sayı	**%**	**Sayı**	**%**	
Abdominal Obezite Yok	403	86,3	415	65,6	**<0,001***
Abdominal Obezite Var	64	13,7	218	34,4	

$\bar{X}$: Ortalama; S: Standart sapma; n: Kadın sayısı; %: Sütun yüzdesi; *Ki-Kare Testi; **Mann-Whitney U Testi

Araştırma grubundaki kadınların IPAQ ve SYBDÖ skorlarının BKİ gruplarına göre dağılımı Tablo 4.16'de sunulmuştur.

Araştırmaya dahil edilen kadınların BKİ grupları arasında SYBDÖ'nün fiziksel aktivite, beslenme ve stres yönetimi alt ölçek skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p<0,05). Fazla kilolu ya da obez kadınların SYBDÖ'nün fiziksel aktivite ve stres yönetimi alt ölçek skorları zayıf ya da normal kilolu olanlardan düşük iken beslenme alt ölçek skoru yüksektir .

Diğer taraftan kadınların BKİ grupları arasında SYBDÖ toplam skoru ile sağlık sorumluluğu, manevi gelişim ve kişiler arası etkileşimler alt ölçek skorları ve de IPAQ toplam skoru ile şiddetli aktivite, orta şiddetli aktivite, yürüme ve oturma alt ölçek skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0,05) .

Tablo 4.16. Araştırma grubundaki kadınların IPAQ ve SYBDÖ skorlarının BKİ gruplarına göre dağılımı

(n=1100)	**BKİ<25 kg/m^2 (n=467)**		**BKİ≥25 kg/m^2 (n=633)**		**p**
	medyan (min-maks)		medyan (min-maks)		
IPAQ Aktivite Şiddeti					
Şiddetli aktivite (Met-dk/hf)	0 (0-2240)		0 (0-1800)		0,795**
Orta şiddetli aktivite (Met-dk/hf)	0 (0-1680)		0 (0-1800)		0,167**
Yürüme (Met-dk/hf)	198 (33-2310)		148,5 (33-2079)		0,053**
Oturma süresi (dk)	220 (30-600)		210 (30-600)		0,416**
TOPLAM (Met-dk/hf)	231 (33-3626)		198 (33-3532,5)		0,078**
Aktivite Düzeyi	**Sayı**	**%**	**Sayı**	**%**	
İnaktif (<600 Met-dk/hf)	353	75,6	480	57,6	0,927*
Düşük aktif/Aktif(≥600 Met-dk/hf)	114	42,7	153	57,3	
SYBDÖ	medyan (min-maks)		medyan (min-maks)		
Sağlık sorumluluğu	21 (9-34)		21 (9-33)		0,913**
Fiziksel aktivite	11 (8-31)		10 (8-32)		**<0,001****
Beslenme	22 (10-34)		23 (11-34)		**<0,001****
Manevi gelişim	26 (10-36)		26 (12-36)		0,665**
Kişilerarası ilişkiler	27 (16-36)		26 (12-36)		0,868**
Stres yönetimi	18 (8-30)		17 (9-30)		**<0,001****
TOPLAM	125 (66-192)		125 (81-180)		0,374**

n: Kadın sayısı; %: Sütun yüzdesi, *Ki-Kare Testi; **Mann-Whitney U Testi

Araştırma grubundaki kadınların bazı olası değişkenlerinin BKİ'nin 25 kg/m^2 ve daha fazla olmasını öngörmedeki bağımsız etkileri Tablo 4.17' de verilmiştir. Daha önce yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu belirlenen olası prediktörlerin fazla kilolu ya da obez olma durumunu öngörmedeki bağımsız etkileri çok değişkenli lojistik regresyon analizi ile değerlendirilmiştir.

Analiz aşamasında fazla kilolu ya da obez olma durumu bağımlı değişken olarak, yaş grupları, aile tipi, medeni durum, öğrenim durumu, gelir getiren bir işte çalışma durumu, ailede birlikte yaşanılan birey sayısı, ailede bakıma muhtaç birey varlığı, kronik hastalık durumu, ev dışındaki ulaşım şekli, evde ya da iş yerinde kendine ait bilgisayara sahip olma durumu, kendi kilosunu algılama şekli, yaşamının herhangi bir döneminde diyet yapma durumu, yaşamının herhangi bir döneminde diyet ya da fiziksel

aktiviteyi birlikte yapma durumu, daha önce gebe kalma durumu, abdominal obezite durumu ile SYBDÖ'nün fiziksel aktivite, beslenme ve stres yönetimi alt ölçek skorları bağımsız değişkenler olarak kabul edilmiştir.

Analiz sonuçlarına göre; aile tipi, öğrenim durumu, medeni durumu, gelir getiren bir işte çalışma durumu, ailede birlikte yaşanılan birey sayısı, kendi kilosunu algılama şekli, yaşamının herhangi bir döneminde diyet ve fiziksel aktiviteyi birlikte yapma durumu ve son olarak abdominal obezite durumunun hafif şişman ya da şişman olma durumunu öngörmede etkili prediktörler olduğu ($p<0,05$), diğer değişkenlerin ise olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Geniş aileye sahip olmanın hafif şişman ya da şişman olma riskini çekirdek aileye sahip olmaya göre 2,5 kat azalttığı, ortaokul mezunu olmanın en fazla ilkokul mezunu olmaya göre hafif şişman ya da şişman olma riskini 2,3 kat, lise mezunu olmanın 2,4 kat, üniversite mezunu olmanın ya da yüksek lisans yapmanın ise 3,5 kat azalttığı, evli olmamanın evli olmaya göre hafif şişman ya da şişman olma riskini 3,2 kat azalttığı, gelir getiren bir işte çalışmamanın çalışmaya göre hafif şişman ya da şişman olma riskini 2,0 kat arttırdığı, 6 ve daha fazla kişiyle yaşamanın 3 ve daha az kişiyle yaşamaya göre hafif şişman ya da şişman olma riskini 3,6 kat arttırdığı, kendini zayıf görmenin kendini normal görmeye göre hafif şişman ya da şişman olma riskini 5,6 kat azalttığı, bunun aksine kendini hafif şişman görmenin 4,8 kat, şişman görmenin 54 kat ve çok şişman görmenin 11,7 kat arttırdığı, yaşamanın herhangi bir döneminde diyet ve fiziksel aktiviteyi birlikte yapmanın yapmamaya göre hafif şişman ya da şişman olma riskini 2,7 kat arttırdığı son olarak abdominal obez olmanın olmamaya göre hafif şişman ya da şişman olma riskini 2,1 kat arttırdığı görülmüştür .

Tablo 4.17. Bazı olası prediktörlerin BKİ'nin 25 kg/m^2 ve daha fazla olmasını öngörmedeki bağımsız etkileri (Çok Değişkenli Lojistik Regresyon Analizi)

	B	SH	Waldχ^2	sd	OR	%95 GA	P
Yaş							
<20 yaş				*Referans*			
20-29	-0,043	0,491	0,008	1	0,958	0,366-2,507	0,930
30-39	0,293	0,515	0,324	1	1,341	0,488-3,681	0,569
40-49	0,689	0,537	1,643	1	1,992	0,695-5,711	0,200
Aile Tipi							
Çekirdek				*Referans*			
Geniş	-0,908	0,291	9,725	1	0,403	0,228-0,714	**0,002**
Parçalı	0,259	0,726	0,127	1	1,296	0,312-5,381	0,721
Öğrenim Durumu							
En fazla ilkokul				*Referans*			
Ortaokul	-0,846	0,266	10,117	1	0,429	0,255-0,723	**0,001**
Lise	-0,862	0,276	9,755	1	0,422	0,246-0,725	**0,002**
Üniversite/Lisansüstü	-1,262	0,378	11,139	1	0,283	0,135-0,594	**0,001**
Medeni Durum							
Evli				*Referans*			
Evli değil	-1,172	0,468	6,278	1	0,310	0,124-0,775	**0,012**
Gelir Getiren Bir İşte Çalışma Durumu							
Çalışıyor				*Referans*			
Çalışmıyor	0,698	0,331	4,439	1	2,009	1,050-3,844	**0,035**
Ailede Birlikte Yaşanılan Birey Sayısı							
≤3 kişi				*Referans*			
4-5 kişi	0,481	0,274	3,069	1	1,618	0,944-2,770	0,080
≥6 kişi	1,284	0,338	14,428	1	3,609	1,861-7,000	**<0,001**
Ailede Bakıma Muhtaç Birey Varlığı							
Yok				*Referans*			
Var	-0,005	0,216	0,000	1	0,995	0,652-1,520	0,983
Kronik Hastalık Durumu							
Yok				*Referans*			
Var	0,128	0,216	0,349	1	1,136	0,744-1,737	0,554
Ev dışındaki ulaşım şekli							
Yürüyerek				*Referans*			
Toplu taşıma	0,015	0,209	0,005	1	1,015	0,673-1,530	0,943
Kendi aracıyla	0,097	0,260	0,138	1	1,101	0,662-1,833	0,710
Evde veya İşyerinde Bilgisayara Sahip Olma Durumu							
Sahip değil				*Referans*			
Sahip	-0,050	0,218	0,053	1	0,951	0,620-1,459	0,818
Kendi Kilosunu Algılama Şekli							
Normal				*Referans*			
Zayıf	-1,722	0,423	16,531	1	0,179	0,078-0,410	**<0,001**
Hafif şişman	1,571	0,209	56,442	1	4,813	3,194-7,251	**<0,001**
Şişman	3,988	0,426	87,475	1	53,965	23,395-124,478	**<0,001**
Çok şişman	2,462	0,590	17,389	1	11,731	3,688-37,320	**<0,001**
Yaşamının herhangi bir döneminde diyet yapma durumu							
Yapmamış				*Referans*			
Yapmış	-0,072	0,283	0,066	1	0,930	0,535-1,618	0,798
Yaşamının Herhangi Bir Döneminde Diyet ve Fiziksel Aktiviteyi Birlikte Yapma Durumu							
Yapmamış				*Referans*			
Yapmış	0,986	0,387	6,481	1	2,682	1,255-5,731	**0,011**
Bazen yapmış	0,624	0,508	1,505	1	1,866	0,689-5,053	0,220
Daha Önce Gebe Kalma Durumu							
Hiç kalmamış				*Referans*			
En az bir kez kalmış	0,340	0,462	0,542	1	1,405	0,568-3,474	0,462
Bel-Kalça Oranı							
Abdominal Obez. Yok				*Referans*			
Abdominal Obez. Var	0,735	0,232	10,006	1	2,085	1,322-3,287	**0,002**
SYBDÖ							
Fiziksel aktivite	-0,024	0,026	0,846	1	0,976	0,928-1,027	0,358
Beslenme	-0,008	0,024	0,124	1	0,992	0,947-1,039	0,725
Stres yönetimi	-0,019	0,026	0,554	1	0,981	0,932-1,032	0,457

Bağımlı Değişken: BKİ≥25 kg/m^2 olması; Cox&Snell R^2: 0,48; Nagelkerke R^2: 0,64; Hosmer&Lemeshow χ^2=4,88, p=0,771; B: Regresyon katsayısı; SH: Standart hata; sd: Serbestlik derecesi; GA: Güven aralığı

4.2. FİZİKSEL AKTİVİTE DÜZEYİNE GÖRE YAPILAN KARŞILAŞTIRMALAR

Araştırma kapsamında incelenen kadınların bazı tanımlayıcı özelliklerine göre fiziksel aktivite düzeylerinin dağılımı Tablo 4.18'de sunulmuştur.

Araştırmaya dahil edilen kadınların öğrenim durumuna göre fiziksel aktivite düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,001$). Kadınların öğrenim düzeyi arttıkça düşük aktif ya da aktif olanların yüzdeleri artmaktadır.

Kadınların medeni durumuna göre fiziksel aktivite düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Evli olmayan kadınların içinde fiziksel aktivite düzeyi düşük aktif ya da aktif olanların yüzdesi evli olan kadınlardan yüksektir. Araştırma kapsamında incelenen kadınların gelir getiren bir işte çalışma durumuna göre fiziksel aktivite düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Gelir getiren bir işte çalışan kadınların içinde fiziksel aktivite düzeyi düşük aktif ya da aktif olanların yüzdesi çalışmayanlardan yüksektir.

Diğer taraftan kadınların yaş grupları, aile tipi ile fiziksel aktivite düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Ayrıca fiziksel aktivite düzeyi inaktif olanlarla düşük aktif ya da aktif olanlar arasında yaş ortalaması açısından da istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.18. Araştırma grubundaki kadınların bazı tanımlayıcı özelliklerine göre fiziksel aktivite düzeyinin dağılımı

Özellikler (n=1100)	**İnaktif (n=833)**		**DüşükAktif/ Aktif (n=267)**		**p**
Yaş (yıl), $\bar{X}$±S (min-maks)	33,2±8,6 (15-49)		32,3±8,9 (15-49)		0,124**
Yaş	**Sayı**	**%**	**Sayı**	**%**	
<20 yaş	81	73,0	30	27,0	
20-29	203	72,8	76	27,2	0,361*
30-39	340	78,2	95	21,8	
40-49	209	76,0	66	24,0	
Öğrenim Durumu, n (%)					
En fazla ilkokul mezunu	445	81,5	101	18,5	
Ortaokul mezunu	154	75,5	50	24,5	
Lise mezunu	150	67,6	72	32,4	**<0,001***
Üniversite mezunu/Lisansüstü	84	65,6	44	34,4	
Medeni Durum					
Evli	675	77,2	199	22,8	**0,022***
Evli değil	158	69,9	68	30,1	
Gelir Getiren Bir İşte Çalışma Durumu					
Çalışmıyor	670	77,8	191	22,2	**0,002***
Çalışıyor	163	68,2	76	31,8	

$\bar{X}$: Ortalama; S: Standart sapma; n: Kadın sayısı; %: Satır yüzdesi; BKİ: Beden kütle indeksi; *Ki-Kare Testi; **Mann-Whitney U Testi

Kadınların ailelerinde birlikte yaşadıkları birey sayısına göre fiziksel aktivite düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p<0,05). Ailesinde 4-5 kişi ile birlikte yaşayan kadınlar içinde fiziksel aktivite düzeyi düşük aktif ya da aktif olanların yüzdesi 3 kişi ve daha az kişiyle yaşayanlardan ve diğerlerinden düşüktür (Tablo 4.18 devam).

Araştırma kapsamında incelenen kadınların ailelerinde bakıma muhtaç birey bulunma durumuna göre fiziksel aktivite düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p<0,05). Ailesinde bakıma muhtaç birey olan kadınların içinde fiziksel aktivite düzeyi düşük aktif ya da aktif olanların yüzdesi olmayanlardan düşüktür (Tablo 4.18 devam).

Kadınların evinde veya iş yerinde kendilerine ait bilgisayar bulunma durumuna göre fiziksel aktivite düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p=0,016). Evinde veya işyerinde kendine ait bilgisayarı bulunan kadınlar içinde fiziksel aktivite düzeyi düşük aktif ya da aktif olanların yüzdesi bulunmayanlardan yüksektir (Tablo 4.18 devam).

Araştırma grubundaki kadınların, kronik hastalık varlığı, ev dışındaki ulaşım şekli, bilgisayar, televizyon ve konuşma dışı günlük telefon kullanım süresi ortalaması, gelir düzeyi ve sigara kullanma durumuna göre fiziksel aktivite düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0,05) (Tablo 4.18 devam).

Tablo 4.18. Devamı. Araştırma grubundaki kadınların bazı tanımlayıcı özelliklerine göre fiziksel aktivite düzeyinin dağılımı

Özellikler (n=1100)	**İnaktif (n=833)**		**Düşük Aktif/ Aktif (n=267)**		**p**
	Sayı	**%**	**Sayı**	**%**	
Ailede Birlikte Yaşanılan Birey Sayısı,					
≤3 kişi	115	71,0	47	29,0	0,019*
4-5 kişi	472	79,1	125	20,9	
≥6 kişi	246	72,1	95	27,9	
Gelir düzeyi					
≤1000 TL	324	75,3	106	24,7	0,126*
1001-1500 TL	293	79,0	78	21,0	
>1500 TL	216	72,2	83	27,8	
Ailede Bakıma Muhtaç Birey Varlığı					
Yok	297	70,9	122	29,1	0,003*
Var	536	78,7	145	21,3	
Sigara Kullanma Durumu					
Kullanmıyor	690	75,1	229	24,9	0,260*
Kullanıyor	143	79,0	38	21,0	
Kronik Hastalık Varlığı					
Yok	592	76,5	182	23,5	0,366*
Var	241	73,9	85	26,1	
Ev dışındaki ulaşım şekli (n=1096)#					
Yürüyerek	357	73,9	126	26,1	
Toplu taşıma	314	77,1	93	22,9	0,494*
Kendi aracıyla	158	76,7	48	23,3	
Evde veya İşyerinde Bilgisayara Sahip Olma Durumu					
Sahip değil	569	77,9	161	22,1	0,016*
Sahip	264	71,4	106	28,6	
Bilgisayar, Televizyon ve Konuşma Dışı Günlük Telefon Kullanım Süresi (dk), $\bar{X}$±S (min-maks)	129,7±123,2 (0-720)		121,5±119,4 (0-600)		0,390**

$\bar{X}$: Ortalama; S: Standart sapma; n: Kadın sayısı; %: Satır yüzdesi; *Ki-Kare Testi; **Mann-Whitney U Testi; #"Diğer" şekillerde ulaşım sağlayanlar dışlanmıştır

Araştırma grubundaki kadınların kendi kilosunu algılama şekli ile ilgili özelliklerine göre fiziksel aktivite düzeylerinin dağılımı Tablo 4.19'de sunulmuştur.

Araştırmaya dahil edilen kadınların kendi kilosunu algılama durumları ile fiziksel aktivite düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p>0,05). Yaşamında kendine göre ya da doktor tanısıyla obezite sorunu yaşama durumuna göre fiziksel aktivite düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p<0,05).

Tablo 4.19. Araştırma grubundaki kadınların kendi kilosunu algılama şekli ile ilgili özelliklerine göre fiziksel aktivite düzeylerinin dağılımı

(n=1100)	**İnaktif (n=833)**		**DüşükAktif/ Aktif (n=267)**		
	Sayı	**%**	**Sayı**	**%**	**p***
Kendi Kilosunu Algılama Şekli					
Normal	318	76,1	100	23,9	
Zayıf	87	77,0	26	23,0	
Hafif şişman	213	78,3	59	21,7	0,310
Şişman	169	70,7	70	29,3	
Çok şişman	46	79,3	12	20,7	
Yaşamında Kendine Göre ya da Doktor Tanısıyla Obezite Sorunu Yaşama Durumu# (n=1098)					
Doktor tanısıyla daha önce yaşamış	40	65,6	21	34,4	
Kendi düşüncesine göre daha önce yaşamış	41	63,1	24	36,9	
Şu anda tanısı konmuş bir obezite sorunu var	7	63,6	4	36,4	0,012
Kendi düşüncesine göre şimdi yaşıyor	167	74,2	58	25,8	
Hiç yaşamamış	576	78,3	160	21,7	

n: Kadın sayısı; %: Satır yüzdesi; *Ki-Kare Testi; #"Diğer" yanıtını verenler dışlanmıştır

Araştırma grubundaki kadınların daha önce diyet yapma durumuyla ilgili özelliklerine göre fiziksel aktivite düzeylerinin dağılımı Tablo 4.20'da sunulmuştur.

Araştırmaya dahil edilen kadınların yaşamının herhangi bir döneminde diyet yapma durumuna göre fiziksel aktivite düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p<0,05). Diğer yandan yaşamının herhangi bir döneminde diyet yapan kadınların diyet yapma amacına göre fiziksel aktivite düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0,05). Ayrıca fiziksel aktivite düzeyi düşük aktif/aktif olan kadınların içerisinde daha önce yaşamının herhangi bir döneminde diyet yapan kadınların yüzdesi yapmayanlardan yüksek bulunmuştur.

Tablo 4.20. Araştırma grubundaki kadınların daha önce diyet yapma durumuyla ilgili özelliklerine göre fiziksel aktivite düzeylerinin dağılımı

(n=1100)	İnaktif (n=833)		DüşükAktif/ Aktif (n=267)		p*
	Sayı	%	Sayı	%	
Yaşamının herhangi bir döneminde diyet yapma durumu					
Yapmamış	661	80,3	162	19,7	<0,001
Yapmış	172	62,1	105	37,9	
Diyet Yapma Amacı# (n=275)					
Zayıflamak için kendi kararıyla	82	60,3	54	39,7	
Zayıflamak için doktor/diyetisyen önerisiyle ve yardım alarak	20	69,0	9	31,0	
Sağlık problemlerinden dolayı kendi kararıyla	11	50,0	11	50,0	
Sağlık problemlerinden dolayı doktor/diyetisyen önerisiyle ve yardım alarak	31	67,4	15	32,6	0,746
Sağlık problemim yok, sağlıklı yaşamak için, kendi kararıyla	24	61,5	15	38,5	
Sağlık problemim yok, sağlıklı yaşamak için, doktor/diyetisyen önerisiyle ve yardım alarak	2	66,7	1	33,3	

n: Kadın sayısı; %: Satır yüzdesi; *Ki-Kare Testi; #"Diğer" yanıtını verenler dışlanmıştır

Araştırma grubundaki kadınların daha önce fiziksel aktivite yapma durumuyla ilgili özelliklerine göre fiziksel aktivite düzeylerinin dağılımı Tablo 4.21'de sunulmuştur.

Araştırmaya dahil edilen kadınların daha önce yaşamının herhangi bir döneminde fiziksel aktivite yapma durumuna ve yaşamının herhangi bir döneminde diyet ve fiziksel aktiviteyi birlikte yapma durumuna göre fiziksel aktivite düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Kadınlardan daha önce yaşamının herhangi bir döneminde fiziksel aktivite yapanların fiziksel aktiviteyi yapma amacına ile fiziksel aktivite düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Fiziksel aktivite düzeyi inaktif olan kadınların içerisinde daha önce yaşamının herhangi bir döneminde diyet ve fiziksel aktiviteyi birlikte hiç yapmayan kadınların yüzdesi birlikte yapan ve bazen yapanlardan yüksek olarak bulunmuştur.

Tablo 4.21. Araştırma grubundaki kadınların daha önce fiziksel aktivite yapma durumuyla ilgili özelliklerine göre fiziksel aktivite düzeylerinin dağılımı

Fiziksel Aktivite Yapma (n=1100)	İnaktif (n=833)		DüşükAktif/ Aktif (n=267)		p*
	Sayı	%	Sayı	%	
Yaşamının Herhangi Bir Döneminde Fiziksel Aktivite Yapma Durumu					
Yapmamış	518	83,4	103	16,6	<0,001
Yapmış	315	65,8	164	34,2	
Fiziksel Aktivite Yapma Amacı# (n=473)					
Zayıflamak için kendi kararıyla	131	64,5	72	35,5	
Zayıflamak için doktor/diyetisyen önerisiyle ve yardım alarak	11	61,1	7	38,9	
Sağlık problemlerinden dolayı kendi kararıyla	12	50,0	12	50,0	
Sağlık problemlerinden dolayı doktor/diyetisyen önerisiyle ve yardım alarak	14	50,0	14	50,0	0,079
Sağlık problemim yok, sağlıklı yaşamak için, kendi kararıyla	143	71,9	56	28,1	
Sağlık problemim yok, sağlıklı yaşamak için, doktor/diyetisyen önerisiyle ve yardım alarak	1	100.0	0	0.0	
Yaşamının Herhangi Bir Döneminde Diyet ve Fiziksel Aktiviteyi Birlikte Yapma Durumu					
Yapmamış	728	78,9	195	21,1	
Yapmış	73	55,7	58	44,3	<0,001
Bazen yapmış	32	69,6	14	30,4	

n: Kadın sayısı; %: Satır yüzdesi; *Ki-Kare Testi; #"Diğer" yanıtını verenler dışlanmıştır

Araştırma grubundaki kadınların gebelik ve doğum ile ilgili özelliklerine göre fiziksel aktivite düzeylerinin dağılımı Tablo 4.22'de sunulmuştur.

Araştırmaya dahil edilen kadınların daha önce gebe kalma durumuna göre fiziksel aktivite düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Daha önce en az bir kez gebe kalan kadınlar içinde fiziksel aktivite düzeyi düşük aktif ya da aktif olanların yüzdesi hiç gebe kalamayanlardan düşüktür.

Kadınların gebelikte veya lohusalık hariç doğum sonrası dönemde zayıflamak için diyet uygulama durumuna göre fiziksel aktivite düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Gebelikte veya lohusalık hariç doğum sonrası dönemde zayıflamak için diyet uygulayan kadınlar içinde fiziksel aktivite düzeyi düşük aktif ya da aktif olanların yüzdesi uygulamayanlardan yüksektir.

Diğer taraftan daha önce en az bir kez gebe kalan kadınların toplam gebelik sayısı gruplarına, doğum yapma durumuna, daha önce en az bir kez doğum yapan kadınların toplam doğum sayısı gruplarına, gebelikte veya lohusalık hariç doğum sonrası dönemde doktor tarafından tanı konmuş obezite sorunu yaşama durumuna, gebelikte ya da doğum sonrası dönemde fiziksel aktivite yapma durumuna ve nedenine göre fiziksel aktivite düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0,05) .

Tablo 4.22. Araştırma grubundaki kadınların gebelik ve doğum ile ilgili özelliklerine göre fiziksel aktivite düzeylerinin dağılımı

Özellikler (n=1100)	**İnaktif (n=833)**		**DüşükAktif/ Aktif (n=267)**		**p**
Daha Önce Gebe Kalma Durumu	**Sayı**	**%**	**Sayı**	**%**	
Hiç kalmamış	155	68,3	72	31,7	**0,003***
En az bir kez kalmış	678	77,7	195	2,3	
Toplam Gebelik Sayısı (n=873)					
1-2 gebelik	*226*	76,6	69	23,4	
3-4 gebelik	*293*	79,8	74	20,2	0,399*
≥5 gebelik	*159*	75,4	52	24,6	
Doğum Yapma Durumu (n=873)					
Hiç yapmamış	1	50,0	1	50,0	0,397***
En az bir kez yapmış	677	77,7	194	22,3	
Toplam Doğum Sayısı (n=871)					
1-2 doğum	296	78,5	81	21,5	
3-4 doğum	301	78,2	84	21,8	0,506*
≥5 doğum	80	73,4	29	26,6	
Gebelikte veya Lohusalık Hariç Doğum Sonrası Dönemde Doktor Tarafından Tanı Konmuş Obezite Sorunu Yaşama Durumu (n=873)					
Yaşamamış	620	77,7	178	22,3	0,943*
Yaşamış	58	77,3	17	22,7	
Gebelikte veya Lohusalık Hariç Doğum Sonrası Dönemde Zayıflamak İçin Diyet Uygulama Durumu (n=873)					
Uygulamamış	592	79,5	153	20,5	**0,002***
Uygulamış	86	67,2	42	32,8	
Gebelikte veya Doğum Sonrası Dönemde Fiziksel Aktivite Yapma Durumu (n=873)					
Yapmamış	442	79,1	117	20,9	0,183*
Yapmış	236	75,2	78	24,8	
Gebelikte veya Doğum Sonrası Dönemde Diyet veya Fiziksel Aktivite Yapma Nedeni (n=364)					
Sağlık problemi yokmuş, sağlıklı yaşam için uygulamış	197	76,1	62	23,9	
Tanı konmuş bir obezite sorunu olduğu için	10	71,4	4	28,6	0,392*
Kendince şişmanlık problemi olduğu için	31	64,6	17	35,4	
Diğer	33	76,7	10	23,3	

n: Kadın sayısı; %: Satır yüzdesi; *Ki-Kare Testi; **Mann-Whitney U Testi

Araştırma grubundaki kadınların bazı antropometrik ölçümlerine göre fiziksel aktivite düzeylerinin dağılımı Tablo 4.23'de sunulmuştur.

Kadınların abdominal obezite durumları ile fiziksel aktivite düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$).

Araştırma kapsamında incelenen kadınların vücut ağırlığı, boy uzunluğu, bel çevresi, kalça çevresi ve bel-kalça oranı ortalamalarna göre fiziksel aktivite düzeyi inaktif olanlarla düşük aktif ya da aktif olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Ayrıca kadınların BKİ ortalaması ve BKİ grupları ile fiziksel aktivite düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$) .

Tablo 4.23. Araştırma grubundaki kadınların bazı antropometrik ölçümlerine göre fiziksel aktivite düzeylerinin dağılımı

(n=1100)	**İnaktif (n=833)**		**Düşük Aktif/ Aktif (n=267)**		**p**
Vücut Ağırlığı (kg), $\bar{X}$±S (min-maks)	67,8±14,0 (34,6-127,6)		68,1±14,2 (40,2-111,6)		0,611**
Boy Uzunluğu (cm), $\bar{X}$±S (min-maks)	160,0±5,5 (144-177)		160,0±5,7 (140-176)		0,829**
BKİ (kg/m^2), $\bar{X}$±S (min-maks)	26,5±5,5 (14,81-47,44)		26,6±5,5 (15,58-46,43)		0,718**
Zayıf, n (%)	44	5,3	16	6,0	0,694*
Normal kilolu, n (%)	309	37,1	98	36,7	
Fazla kilolu, n (%)	285	34,2	83	31,1	
Obez, n (%)	195	23,4	70	26,2	
Bel Çevresi (cm), $\bar{X}$±S (min-maks)	85,3±12,9 (58-132)		85,0±14,4 (42-127)		0,843**
Kalça Çevresi (cm), $\bar{X}$±S (min-maks)	104,5±10,9 (65-149)		104,0±11,9 (49-139)		0,921**
Bel-Kalça Oranı, $\bar{X}$±S (min-maks)	0,81±0,07 (0,51-1,20)		0,82±0,09 (0,39-1,21)		0,727**
AbdominalObeziteYok, n (%)	636	76,4	182	68,2	**0,008***
AbdominalObezite Var, n (%)	197	23,6	85	31,8	

$\bar{X}$: Ortalama; S: Standart sapma; n: Kadın sayısı; %: Sütun yüzdesi; *Ki-Kare Testi; **Mann-Whitney U Testi

Araştırma grubundaki kadınların SYBDÖ skorlarına göre fiziksel aktivite düzeylerinin dağılımı Tablo 4.24'da sunulmuştur.

Araştırmaya dahil edilen kadınların fiziksel aktivite düzeyleri arasında SYBDÖ'nün sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi alt ölçek skorları ile SYBDÖ toplam skoru açısından istatistiksel olarak

anlamlı fark saptanmıştır (p<0,05). Fiziksel aktivite düzeyi düşük aktif ya da aktif olan kadınların SYBDÖ'nün sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi alt ölçek skorları ile SYBDÖ toplam skoru inaktif olanlardan yüksektir.

Diğer taraftan kadınların fiziksel aktivite düzeyleri arasında SYBDÖ'nün beslenme alt ölçek skoru açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0,05) .

Tablo 4.24. Araştırma grubundaki kadınların SYBDÖ skorlarına göre fiziksel aktivite düzeylerinin dağılımı

(n=1100)	**İnaktif (n=833)**	**Düşük Aktif/ Aktif (n=267)**	**p****
	$\bar{X}$±S (min-maks)	$\bar{X}$±S (min-maks)	
SYBDÖ			
Sağlık sorumluluğu	20,82±5,09 (9-33)	21,84±4,78 (9-34)	**0,004**
Fiziksel aktivite	11,27±3,48 (8-30)	14,73±5,41 (8-32)	**<0,001**
Beslenme	22,58±4,15 (10-34)	22,49±4,05 (12-34)	0,780
Manevi gelişim	25,94±4,56 (10-36)	26,74±4,38 (16-36)	**0,024**
Kişilerarası ilişkiler	26,24±4,20 (12-36)	27,02±4,30 (16-36)	**0,007**
Stres yönetimi	17,71±3,70 (8-30)	18,79±4,02 (9-30)	**<0,001**
TOPLAM	124,6±17,6 (66-180)	131,6±17,8 (87-192)	**<0,001**

$\bar{X}$: Ortalama; S: Standart sapma; n: Kadın sayısı;**Mann-Whitney U Testi

4.3. BAZI TANIMLAYICI ÖZELLİKLER İLE SYBDÖ SKORLARININ KARŞILAŞTIRMASI

Araştırmaya katılan kadınların bazı tanımlayıcı özelliklerine göre SYBDÖ skorlarının dağılımı Tablo 4.25'de sunulmuştur.

Araştırma kapsamında incelenen kadınların yaş grupları arasında SYBDÖ'nün sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme ve stres yönetimi alt ölçek skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p<0,05). Yapılan post-hoc ikili karşılaştırmalar sonucu sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite ve stres yönetimi alt ölçek skorlarındaki anlamlı farkın 20 yaşında ve daha küçük olan kadınlardan kaynaklandığı, beslenme alt ölçek skorundaki anlamlı farkın ise birden fazla gruptan kaynaklandığı görülmüştür. Yirmi yaşında ve daha küçük olan kadınların sağlık sorumluluğu alt ölçek skoru diğer yaş gruplarından düşük iken fiziksel aktivite ve stres yönetimi alt ölçek

skorları yüksek bulunmuştur. Tüm yaş gruplarının beslenme alt ölçek skoru birbirinden farklı bulunmuştur.

Yaş gruplarına göre manevi gelişim ve kişiler arası ilişkiler alt ölçek skorları ile toplam skor açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

İncelenen kadınların aile tiplerine göre beslenme alt ölçek skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Yapılan post-hoc ikili karşılaştırmalar sonucu anlamlı farkın parçalı aile tipinde olanlarla çekirdek aile tipinde olanlar arasında olduğu görülmüştür. Parçalı aile tipinde olanların beslenme alt ölçek skoru çekirdek aile tipinde olanlardan düşüktür. Aile tiplerine göre sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler ve stres yönetimi alt ölçek skorları ile toplam skor açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Araştırmaya dahil edilen kadınların öğrenim düzeylerine göre sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite ve stres yönetimi alt ölçek skorları ile toplam skor arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Yapılan post-hoc ikili karşılaştırmalar sonucu sağlık sorumluluğu ve fiziksel aktivite alt ölçek skorundaki anlamlı farkın üniversite mezunu olan veya lisansüstü eğitim alan kadınlardan kaynaklandığı bulunmuştur.

Stres yönetimindeki anlamlı farkın en fazla ilkokul mezunu ve ortaokul mezunu olanlarla lise ve üniversite mezunu/yüksek lisans yapanlar arasında olduğu saptanmıştır. Toplam skordaki anlamlı farkın ise üniversite mezunu/lisansüstü yapanlarla ilkokulve daha za eğitim alanlarla ve ortaokul mezunu olanlar arasında olduğu görülmüştür.

Üniversite mezunu olanların ya da lisansüstü eğitim alanların sağlık sorumluluğu ve fiziksel aktivite alt ölçek skorları diğer öğrenim gruplarından yüksek iken SYBDÖ toplam skoru en fazla ilkokul mezunu ve ortaokul mezunu olanlardan anlamlı olarak yüksektir. Ayrıca en fazla ilkokul ve ortaokul mezunu olanların stres yönetimi alt ölçek skoru lise ve üniversite mezunu olanlardan ya da lisansüstü yapanlardan anlamlı olarak düşüktür.

Diğer taraftan incelenen kadınların öğrenim düzeyleri ile beslenme, manevi gelişim ve kişiler arası ilişkiler alt ölçek skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$) .

Araştırmaya katılan kadınların medeni durumlarına göre fiziksel aktivite, beslenme ve stres yönetimi alt ölçek skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır

($p<0,05$). Evli olan kadınların fiziksel aktivite ve stres yönetimi alt ölçek skorları evli olmayanlardan düşük iken beslenme alt ölçek skorları yüksektir. Diğer taraftan kadınların medeni durumları arasında SYBDÖ'nün sağlık sorumluluğu, manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler alt ölçek skorları ve SYBDÖ toplam skoru açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

İncelenen kadınların sosyal güvence durumları ile sağlık sorumluluğu, manevi gelişim ve kişiler arası ilişkiler alt ölçek skorları ve toplam skor açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Sosyal güvencesi olan kadınların sağlık sorumluluğu, manevi gelişim ve kişiler arası ilişkiler alt ölçek skorları ve SYBDÖ toplam skoru sosyal güvencesi olmayanlardan yüksektir.

Diğer taraftan incelenen kadınların sosyal güvence durumları arasında SYBDÖ'nün fiziksel aktivite, beslenme ve stres yönetimi alt ölçek skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.25. Araştırma grubundaki kadınların bazı tanımlayıcı özelliklerine göre SYBDÖ skorlarının dağılımı

	Sayı	SYBDÖ						
		Sağlık sorumluluğu	**Fiziksel aktivite**	**Beslenme**	**Manevi gelişim**	**Kişilerarası ilişkiler**	**Stres yönetimi**	**TOPLAM**
Yaş								
<20 yaş	111	19,47±5,18 (9-34)	14,64±4.68 (8-28)	19,74±4,33 (10-31)	25,82±5,48 (10-36)	26,00±5,09 (16-36)	19,43±3,91 (8-28)	125,10±21,31 (66-177)
20-29	279	21,09±4,86 (10-33)	12,16±3,92 (8-25)	22,26±4,10 (12-34)	26,40±4,66 (13-36)	26,23±4,40 (15-36)	18,05±4,04 (8-30)	126,19±18,29 (81-180)
30-39	435	21,41±4,91 (11-33)	11,55±4,09 (8-31)	23,06±3,85 (12-34)	26,27±4,16 (13-36)	26,62±3,92 (16-36)	17,59±3,55 (9-30)	126,50±16,37 (76-192)
40-49	275	21,11±5,22 (9-33)	11,91±4,47 (8-32)	23,21±4,01 (11-34)	25,79±4,52 (12-36)	26,51±4,15 (12,36)	17,90±3,78 (9-30)	126,45±18,41 (86-175)
p*		***0,003***	***<0,001***	***<0,001***	*0,227*	*0,415*	***<0,001***	*0,857*
Aile Tipi								
Çekirdek	927	21,12±5,10 (9-34)	11,98±4,11 (8-31)	22,69±4,16 (10-34)	26,26±4,45 (10-36)	26,54±4,29 (12-36)	17,95±3,82 (8-30)	126,55±17,87 (66-192)
Geniş	152	20,60±4,49 (10-32)	12,75±4,92 (8-30)	22,00±3,75 (13-30)	25,36±4,87 (14-36)	25,73±4,33 (15-36)	17,85±3,72 (8-29)	124,30±17,63 (82-177)
Parçalı	21	21,71±5,41 (12-30)	13,14±6,84 (8-32)	20,81±4,75 (13-32)	26,10±4,78 (16-34)	26,86±4,71 (19-35)	19,67±3,57 (11-25)	128,28±21,04 (88-165)
p*		*0,477*	*0,350*	***0,011***	*0,135*	*0,095*	*0,053*	*0,307*
Öğrenim Durumu								
En fazla ilkokul	546	21,09±5,06 (9-33)	11,41±4,00 (8-32)	22,62±4,02 (11-34)	25,83±4,48 (10-36)	26,33±4,16 (12-36)	17,73±3,70 (8-30)	125,00±17,42 (66-175)
Ortaokul	204	20,16±5,16 (9-33)	11,86±3,72 (8-25)	22,36±4,31 (12-34)	26,26±4,62 (13-36)	26,19±4,41 (15-36)	17,46±3,77 (8-30)	124,29±18,32 (73-169)
Lise	222	21,03±4,92 (11-34)	12,94±4,72 (8-29)	22,50±4,37 (10-34)	26,43±4,56 (13,36)	26,65±4,30 (16-36)	18,48±4,04 (9-29)	128,04±17,96 (81-180)
Üniversite/Lisansüstü	128	22,44±4,60 (11-33)	14,04±4,81 (8-31)	22,73±3,89 (12-32)	26,74±4,46 (15-35)	26,86±4,14 (18-36)	18,93±3,66 (11-30)	131,75±18,00 (95,192)
p*		***0,001***	***<0,001***	*0,720*	*0,226*	*0,676*	***0,001***	***0,001***
Medeni Durum								
Evli	874	21,16±5,01 (9-33)	11,57±3,99 (8-30)	23,00±3,95 (11-34)	26,09±4,44 (12-36)	26,44±4,14 (12-36)	17,61±3,67 (8-30)	125,88±17,35 (76-180)
Evli değil	226	20,68±5,08 (9-34)	14,18±4,78 (8-32)	20,85±4,34 (10,34)	26,32±4,86 (10-36)	26,38±4,59 (16-36)	19,35±3,99 (8-30)	127,77±19,88 (66-192)
p**		*0,185*	***<0,001***	***<0,001***	*0,599*	*0,903*	***<0,001***	*0,189*
Sosyal Güvence Durumu								
Yok	84	19,56±4,84 (10-31)	11,73±3,75 (8-25)	21,71±3.98 (12-29)	24,51±4,62 (13-34)	26,71±4,15 (16-36)	17,48±3,69 (11-28)	119,70±16,86 (73-157)
Var	1016	21,19±5,03(9-34)	12,14±4,34 (8-32)	22,63±4,13 (10-34)	26,27±4,50 (10-36)	26,57±4,21 (12-36)	18,01±3,81 (8-30)	126,81±17,89 (66-192)
p**		***0,009***	*0,613*	*0,068*	***0,001***	***<0,001***	*0,166*	***0,002***

*Veriler "ortalama±standart sapma (minimum-maksimum)" şeklinde sunulmuştur; *Kruskal Wallis Testi; **Mann-Whitney U Testi

İncelenen kadınların gelir getiren bir işte çalışma durumları ile SYBDÖ'nün fiziksel aktivite, beslenme ve stres yönetimi alt ölçek skorları ile SYBDÖ toplam skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Gelir getiren bir işte çalışan kadınların fiziksel aktivite ve stres yönetimi alt ölçek skorları ile SYBDÖ toplam skoru çalışmayanlardan yüksek iken beslenme alt ölçek skorları düşüktür (Tablo 4.25 devam).

Diğer taraftan kadınların gelir getiren bir işte çalışma durumları ile SYBDÖ'nün sağlık sorumluluğu, manevi gelişim ve kişiler arası ilişkiler alt ölçek skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.25 devam).

İncelenen kadınların eşlerinin öğrenim düzeyleri ile SYBDÖ'nin fiziksel aktivite alt ölçek skoru ve SYBDÖ toplam skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Yapılan post-hoc ikili karşılaştırmalar sonucu fiziksel aktivite alt ölçek skorundaki anlamlı farkın eşi üniversite mezunu olanlardan veya lisansüstü eğiti alanlardan kaynaklandığı, SYBDÖ toplam skorundaki anlamlı farkın ise eşi en fazla ilköğretim mezunu olanlarla üniversite mezunu olanlar veya lisansüstü yapanlar arasında olduğu görülmüştür. Eşi üniversite mezunu olanların ya da lisansüstü yapanların SYBDÖ'nin fiziksel aktivite alt ölçek skoru diğer öğrenim gruplarından yüksek iken SYBDÖ toplam skoru eşi en fazla ilkokul mezunu olanlardan anlamlı olarak yüksektir (Tablo 4.25 devam).

Diğer taraftan kadınların eşlerinin öğrenim durumları ile SYBDÖ'nün sağlık sorumluluğu, beslenme, manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler ve stres yönetimi alt ölçek skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.25 devam).

Araştırma kapsamında incelenen kadınların eşlerinin gelir getiren bir işte çalışma durumları arasında SYBDÖ'nün sağlık sorumluluğu, manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler ve stres yönetimi alt ölçek skorları ile SYBDÖ toplam skoru açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Eşi gelir getiren bir işte çalışan kadınların sağlık sorumluluğu, manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler ve stres yönetimi alt ölçek skorları ile SYBDÖ toplam skoru eşi çalışmayanlardan anlamlı olarak yüksektir (Tablo 4.25 devam).

Diğer taraftan kadınların eşlerinin gelir getiren bir işte çalışma durumları ile SYBDÖ'nün fiziksel aktivite ve beslenme alt ölçek skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.25 devam).

İncelenen kadınların ailelerinde birlikte yaşadıkları kişi sayısı ile SYBDÖ'nün fiziksel aktivite alt ölçek skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Yapılan post-hoc ikili karşılaştırmalar sonucu anlamlı farkın ailesinde 4-5 kişi ile birlikte yaşayanlar ile 6 kişi ve daha fazla yaşayanlar arasında olduğu görülmüştür. Ailesinde 6 kişi ve daha fazla bireyle yaşayanların SYBDÖ'nün fiziksel aktivite alt ölçek skoru ailesinde 4-5 birey ile birlikte yaşayanlardan yüksektir (Tablo 4.25 devam).

Diğer taraftan kadınların ailelerinde birlikte yaşadıkları kişi sayısı ve SYBDÖ'nün sağlık sorumluluğu, beslenme, manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler ve stres yönetimi alt ölçek skorları ile SYBDÖ toplam skoru açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.25 devam).

Araştırma kapsamında incelenen kadınların aylık toplam hane gelir düzeyi grupları ile SYBDÖ'nün fiziksel aktivite, beslenme, kişiler arası ilişkiler ve stres yönetimi alt ölçek skorları ve SYBDÖ toplam skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Yapılan post-hoc ikili karşılaştırmalar sonucu SYBDÖ'nün stres yönetimi alt ölçek skoru ile SYBDÖ toplam skorundaki anlamlı farkın aylık geliri 1500 TL'nin üzerinde olanlardan kaynaklandığı, beslenme alt ölçek skorundaki anlamlı farkın aylık geliri 1000 TL ve daha az olanlardan kaynaklandığı, fiziksel aktivite alt ölçek skorundaki anlamlı farkın aylık geliri 1001-1500 TL arasında olanlarla 1500 TL'nin üzerinde olanlar arasında olduğu, kişiler arası ilişkiler alt ölçek skorundaki anlamlı farkın aylık geliri 1000 TL ve altında olanlarla 1500 TL'nin üzerinde olanlar arasında olduğu görülmüştür. Kadınlardan aylık toplam hane geliri 1500 TL'nin üzerinde olanların stres yönetimi alt ölçek skoru ile SYBDÖ toplam skoru diğer gelir gruplarından anlamlı olarak yüksek iken aylık geliri 1000 TL ve daha az olan kadınların beslenme alt ölçek skoru diğer gelir gruplarından anlamlı olarak düşüktür. Ayrıca aylık geliri 1001-1500 TL arasında olanların fiziksel aktivite alt ölçek skoru aylık geliri 1500 TL'nin üzerinde olanlardan anlamlı olarak düşük iken kişiler arası ilişkiler alt ölçek skoru aylık geliri 1000 TL ve daha az olanlardan anlamlı olarak anlamlı olarak yüksektir (Tablo 4.25 devam).

Diğer taraftan kadınların aylık toplam hane gelir düzeyi grupları ile SYBDÖ'nün sağlık sorumluluğu ve manevi gelişim alt ölçek skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.25 devam).

Tablo 4.25. Devamı Araştırma grubundaki kadınların bazı tanımlayıcı özelliklerine göre SYBDÖ skorlarının dağılımı

	Sayı	SYBDÖ						
		Sağlık sorumluluğu	Fiziksel aktivite	Beslenme	Manevi gelişim	Kişilerarası ilişkiler	Stres yönetimi	TOPLAM
Gelir Getiren Bir İşte Çalışma Durumu								
Çalışmıyor	861	21,17±5,06 (9-34)	11,51±3,86 (8-32)	22,81±3,98 (11-34)	26,06±4,45 (12-36)	26,37±4,15 (12-36)	17,64±3,70 (8-30)	125,6±17,4 (73-180)
Çalışıyor	239	20,66±4,93 (9-33)	14,25±5,05 (8-31)	21,66±4,51 (10-34)	26,41±4,78 (10-36)	26,64±4,53 (16-36)	19,16±3,93 (8-30)	128,8±19,3 (66-192)
p **		*0,174*	***<0,001***	***<0,001***	*0,454*	*0,495*	***<0,001***	***0,029***
Eşinin Öğrenim Durumu (n=874)								
En fazla ilkokul mezunu	378	21,11±5,10 (9-32)	11,35±3,87 (8-30)	22,90±3,87 (11-34)	25,77±4,34 (13-36)	26,24±4,10 (16-36)	17,52±3,58 (8-28)	124,9±17,0 (76-175)
Ortaokul mezunu	174	20,85±5,15 (10-33)	11,38±4,08 (8-29)	22,55±3,89 (12-34)	26,26±4,78 (12-36)	26,46±4,45 (12-36)	17,74±3,94 (9-27)	125,2±18,6 (86-171)
Lise mezunu	197	21,00±4,83 (12-32)	11,20±3,27 (8-24)	23,28±3,84 (12-33)	26,18±4,34 (15-36)	26,49±3,90 (15-36)	17,36±3,64 (10-30)	125,5±16,1 (89-171)
Üniversite mezunu/Lisansüstü	125	22,00±4,81 (11-33)	13,07±4,90 (8-29)	23,51±4,40 (12-34)	26,67±4,38 (15-36)	26,98±4,19 (16-36)	18,14±3,62 (10-26)	130,4±18,0 (87-180)
p *		*0,212*	***0,004***	*0,119*	*0,214*	*0,431*	*0,194*	***0,025***
Eşinin Gelir Getiren Bir İşte Çalışma Durumu								
Çalışmıyor	59	19,88±4,42 (11-29)	11,36±3,64 (8-29)	22,12±3,68 (13-28)	24,14±4,51 (12-34)	24,86±4,08 (12-36)	16,58±3,42 (8-25)	118,9±15,9 (86-156)
Çalışıyor	815	21,26±5,04 (9-33)	11,59±4,02 (8-30)	23,07±3,97 (11-34)	26,23±4,40 (13-36)	26,56±4,12 (15-36)	17,69±3,68 (9-30)	126,4±17,4 (76-180)
p **		***0,045***	*0,849*	*0,134*	***0,001***	***0,002***	***0,015***	***0,001***
Ailede Birlikte Yaşanılan Birey Sayısı								
≤3 kişi	162	21,04±4,92 (10-33)	12,08±3i99 (8-25)	22,83±4,11 (12-34)	25,94±4,49 (15-36)	26,38±3,97 (18-6)	17,90±3,66 (9-26)	126,2 (16,6 (90-180)
4-5 kişi	597	21,21±5,08 (9-33)	11,74±4,01 (8-32)	22,77±4,09 (11-34)	26,30±4,53 (10-36)	26,47±4,20 (12-36)	17,83±3,78 (8-30)	126,3±17,8 (66-173)
≥6 kişi	341	20,81±5,01 (9-34)	12,76±4,83 (8-31)	20,07±4,17 (10-34)	25,94±4,53 (15-36)	26,38±4,42 (15-36)	18,26±3,90 (8-30)	126,2±18,7 (76-192)
p *		*0,470*	***0,005***	*0,055*	*0,357*	*0,853*	*0,310*	*0,887*
Ailenin Toplam Aylık Geliri (TL)								
≤1000 TL	430	20,88±5,01 (9-34)	12,07±4,02 (8-30)	21,84±4,00 (10-34)	25,84±4,63 (10-35)	25,86±4,38 (12-36)	17,65±3,78 (8-28)	124,1±17,8 (66-174)
1001-1500 TL	371	20,91±5,02 (9-32)	11,52±3,97 (8-32)	22,94±4,07 (11-34)	26,11±4,42 (15-36)	26,52±4,04 (15-36)	17,84±3,77 (9-30)	125,8±17,3 (76-175)
>1500 TL	299	21,52±5,05 (10-33)	12,89±4,92 (8-31)	23,13±4,23 (12-34)	26,60±4,48 (15-36)	27,13±4,15 (17-36)	18,60±3,82 (10-30)	129,8±18,3 (87-192)
p *		*0,219*	***0,001***	***<0,001***	*0,174*	***0,002***	***0,002***	***0,001***

*Veriler "ortalama±standart sapma (minimum-maksimum)" şeklinde sunulmuştur; *Kruskal Wallis Testi; **Mann-Whitney U Testi

Araştırma kapsamında incelenen kadınların ailelerinde bakıma muhtaç birey bulunma durumları ile SYBDÖ'nün fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişiler arası iletişim ve stres yönetimi alt ölçek skorları ile SYBDÖ toplam skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Ailesinde bakıma muhtaç birey olan kadınların beslenme ve stres yönetimi alt ölçek skorları bakıma muhtaç birey bulunmayanlardan düşük iken fiziksel aktivite, manevi gelişim ve kişiler arası iletişim alt ölçek skorları ile SYBDÖ toplam skoru yüksektir (Tablo 4.25 devam).

Diğer taraftan kadınların ailesinde bakıma muhtaç birey olma durumları ile SYBDÖ'nün sağlık sorumluluğu alt ölçek skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.25 devam).

Kadınların sigara kullanma durumları ve SYBDÖ'nün stres yönetimi alt ölçek skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Sigara kullanan kadınların SYBDÖ'nün stres yönetimi alt ölçek skoru kullanmayanlardan düşüktür (Tablo 4.25 devam).

Diğer taraftan kadınların sigara kullanma durumları ve SYBDÖ'nün sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim ve kişiler arası iletişim alt ölçek skorları ile SYBDÖ toplam skoru açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.25 devam).

Araştırma kapsamında incelenen kadınların kronik hastalık durumları ile SYBDÖ'nün beslenme alt ölçek skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Kronik hastalığı olan kadınların beslenme alt ölçek skoru kronik hastalığı olmayanlardan yüksektir (Tablo 4.25 devam). Diğer taraftan kadınların kronik hastalık durumları ve SYBDÖ'nün sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, manevi gelişim, kişiler arası iletişim ve stres yönetimi alt ölçek skorları ile SYBDÖ toplam skoru açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.25 devam).

İncelenen kadınların ev dışındaki ulaşım şekilleri ile SYBDÖ'nün sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme ve kişiler arası ilişkileri alt ölçek skorları ve SYBDÖ toplam skoru açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Yapılan post-hoc ikili karşılaştırmalar sonucu sağlık sorumluluğu alt ölçek skorundaki anlamlı farkın ev dışında kendi aracıyla ulaşım sağlayanlardan kaynaklandığı, fiziksel aktivite alt ölçeğindeki anlamlı farkın kendi aracıyla ulaşım sağlayanlarla yürüyerek ulaşım sağlayanlar arasında olduğu, beslenme ve kişiler arası ilişkiler alt ölçek skorları ile

SYBDÖ toplam skorundaki anlamlı farkların ise kendi aracıyla ulaşım sağlayanlar ile toplu taşımayla ulaşım sağlayanlar arasında olduğu görülmüştür. Ev dışında kendi aracıyla ulaşım sağlayanların sağlık sorumluluğu alt ölçek skoru yürüyerek ve toplu taşımayla ulaşım sağlayanlardan yüksek iken fiziksel aktivite alt ölçek skoru yürüyerek ulaşım sağlayanlardan düşük, beslenme ve kişiler arası ilişkiler alt ölçek skorları ile SYBDÖ toplam skoru toplu taşımayla ulaşım sağlayanlardan yüksektir (Tablo 4.25 devam).

Diğer taraftan kadınların ev dışındaki ulaşım şekilleri ile manevi gelişim ve stres yönetimi alt ölçek skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.25 devam).

Araştırma kapsamında incelenen kadınların evlerinde veya işyerlerinde kendilerine ait bilgisayara sahip olma durumları ile SYBDÖ'nün fiziksel aktivite ve stres yönetimi alt ölçek skorları ile SYBDÖ toplam skoru açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Evinde veya iş yerinde kendisine ait bilgisayarı olan kadınların fiziksel aktivite ve stres yönetimi alt ölçek skorları ile SYBDÖ toplam skoru sahip olmayanlardan yüksektir (Tablo 4.25devam).

Diğer taraftan kadınların evlerinde veya işyerlerinde kendilerine ait bilgisayara sahip olma durumları arasında SYBDÖ'nün sağlık sorumluluğu, beslenme, manevi gelişim ve kişiler arası iletişim alt ölçek skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.25 devam).

Tablo 4.25. Devamı Araştırma grubundaki kadınların bazı tanımlayıcı özelliklerine göre SYBDÖ skorlarının dağılımı

	Sayı	SYBDÖ						
		Sağlık sorumluluğu	**Fiziksel aktivite**	**Beslenme**	**Manevi gelişim**	**Kişilerarası ilişkiler**	**Stres yönetimi**	**TOPLAM**
Ailede Bakıma Muhtaç Birey Varlığı								
Yok	419	20,78±4,98 (9-34)	12,96±4,55 (8-31)	21,62±4,09 (10-33)	25,25±4,87 (10-36)	25,90±4,45 (12-36)	18,34±3,79 (8-30)	124,8±18,7 (66-192)
Var	681	21,23±5,06 (9-33)	11,58±4,05 (8-32)	23,14±4,04 (11-34)	26,68±4,21 (13-36)	26,76±4,06 (15-36)	17,74±3,80 (8-30)	127,2±17,3 (73-180)
p **		*0,101*	***<0,001***	***<0,001***	***<0,001***	***0,001***	***0,017***	***0,015***
Sigara Kullanma Durumu								
Kullanmıyor	919	21,08±5,03 (9-34)	12,22±4,39 (8-32)	22,56±4,13 (10-34)	26,19±4,54 (10-36)	26,42±4,25 (12-36)	18,13±3,77 (8-30)	126,6±17,9 (66-192)
Kullanıyor	181	20,98±5,07 (10-32)	11,51±3,74 (8-27)	22,58±4,12 (12-34)	25,86±4,48 (13-36)	26,50±4,17 (16-35)	17,19±3,90 (8-28)	124,6±17,8 (81-169)
p **		*0,685*	*0,063*	*0,658*	*0,271*	*0,566*	***0,003***	*0,227*
Kronik Hastalık Durumu								
Yok	774	20,99±4,95 (10-34)	12,03±4,06 (8-31)	22,30±4,18 (10-34)	26,21±4,60 (10-36)	26,31±4,23 (15-36)	18,04±3,81 (8-30)	125,9±17,8 (66-192)
Var	326	21,23±5,21 (9-33)	12,30±4,81 (8-32)	23,18±3,93 (12-33)	25,96±4,35 (12-36)	26,72±4,23 (12-36)	17,80±3,80 (9-28)	127,2±18,2 (84-177)
p **		*0,455*	*0,888*	***0,002***	*0,268*	*0,208*	*0,316*	*0,521*
Ev dışındaki ulaşım şekli (n=1096)								
Yürüyerek	483	21,05±5,25 (9-34)	12,40±4,35 (8-32)	22,58±4,21 (10-34)	26,28±4,46 (13-36)	26,55±4,17 (15-36)	17,99±3,74 (8-30)	126,8±17,8 (73-177)
Toplu taşıma	407	20,54±4,74 (9-32)	11,90±4,11 (8-29)	22,17±4,03 (11-34)	25,88±4,44 (10-36)	26,06±4,17 (16-36)	17,95±3,93 (8-30)	124,5±17,2 (66-171)
Kendi aracıyla	206	22,26±4,85 (12-33)	11,81±4,55 (8-31)	23,36±4,04 (12-34)	26,35±4,84 (12-36)	27,00±4,41 (12-36)	17,97±3,73 (10-30)	128,7±19,1 (76-192)
p *		***0,001***	***0,013***	***0,004***	*0,209*	***0,022***	*0,963*	***0,018***
Evde veya İşyerinde Bilgisayara Sahip Olma Durumu								
Sahip değil	730	20,88±5,01 (9-34)	11,58±3,83 (8-29)	25,99±4,47 (12-36)	25,99±4,47 (12-36)	26,24±4,19 (12-36)	17,75±3,77 (8-30)	124,9±17,2 (73-171)
Sahip	370	21,42±5,06 (10-33)	13,16±4,97 (8-32)	26,43±4,64 (10-36)	26,43±4,64 (10-36)	26,80±4,30 (16-36)	18,41±3,84 (8-30)	129,0±18,9 (66-192)
p **		*0,115*	***<0,001***	*0,168*	*0,248*	*0,059*	***0,004***	***0,002***

*Veriler "ortalama±standart sapma (minimum-maksimum)" şeklinde sunulmuştur; *Kruskal Wallis Testi; **Mann-Whitney U Testi

5. TARTIŞMA ve SONUÇ

Kadın hayatının yaşam dönemlerinden 15-49 yaş arası üreme çağında obezite ve sedanter yaşam önemli sağlık sorunlarını da beraberinde getirmektedir (98). Bu araştırma Adıyaman il merkezinde yaşayan 15-49 yaş grubu kadınlarda obezite sıklığı, fiziksel aktivite düzeyleri ve sağlıklı yaşam davranışlarının belirlemesi amacıyla gerçekleştirilmiştir. Araştırma kapsamında 15-49 yaş arasında toplam 1100 kadın ile görüşülmüştür.

5.1. Araştırmaya Katılanların BKİ ve Diyet Özelliklerinin Değerlendirilmesi

Araştırmaya katılan kadınların %33,5'inin fazla kilolu, %24,1'inin obez olduğu saptanmıştır (Tablo 4.5.). Ülkemizde toplum tabanlı yapılan farklı çalışmalarda saptanan üreme çağındaki kadınların hafif şişman ve şişman olma prevalansları değişkenlik göstermektedir. Fazla kilolu olma prevalansı 20-55 yaş kadınlarda Ankara ve İzmirde yapılan bir çalışmada çalışmamızdan düşük biçimde sırasıyla %24,4 ve %23,2 olarak bulunmuştur (76). Elazığ'da yapılan çalışmada ise çalışmamıza benzer şekilde %37,6 olarak saptanmıştır (13). TNSA 2013 verilerine göre 15-19 yaş kadınların %15,0'i, 20-29 yaş kadınların %25,4'ü, 30-39 yaş kadınların %36,0'sı ve 40-49 yaş kadınların %32,7'si fazla kilolu olarak saptanmıştır (7).

Isparta ve İzmir'de yapılan çalışmalarda (1,33) kadınların obezite sıklığının (%23,6, %24,4) çalışmamızla benzer oranlarda bulunduğu, Elazığ ve Adana'lı kadınlar üzerinde yapılan çalışmalarda (13,31), obezite sıklığının (%27,3, %28,3) çalışmamızdaki kadınlardan bir miktar yüksek olduğu, 2010 yılında Ankara ve İzmir'de yapılan çalışmada (76), daha düşük (%8,9, %5,8), Tokat, Konya, ve Kayseri'de yapılan çalışmalarda (32,34,99) ise daha yüksek bulunduğu (%33,6, %33,9, %52,5) literatürde mevcuttur. TNSA 2013 verilerine göre 15-19 yaş kadınların %4,5'i, 20-29 yaş kadınların %13,3'ü, 30-39 yaş kadınların %31,8'i ve 40-49 yaş kadınların %51,1'i obez

olarak saptanmıştır (7). Çalışmalar arası farklılıklar çalışmaların yapıldığı zamanların ve kapsadığı grupların farklılığından kaynaklanıyor olabilir.

Diyet polikliniği ve spor merkezlerinde kadınlarda yapılan çalışmalarda obezite sıklığı %7,0-56,4 arasında, fazla kilolu olma sıklığı ise %20,5-48,2 aralığında tespit edilmiştir (100,101). Kırk yaş üzeri kadınlarda yapılan çalışmalarda obezite sıklığı %26,6-34,4 ve fazla kilolu olma sıklığı %44,3-55,9 olarak saptanmıştır (102,103).

Farklı ülkelerde yapılan çalışmalardan Bangladeş'te kadınlarda yapılan çalışmada fazla kilolu olma sıklığı %15,7 (104), Almanya'da yapılan bir çalışmada ise %31,3 olarak saptanmıştır(105). Finlandiya'da 15-49 yaş kadınlarda yapılan çalışmada Finlandiya'lıların %19,9'unun fazla kilolu, %9,8'inin obez; Rusların %18,5'inin fazla kilolu, %8,0'inin obez; Somali'lerin %32,9'unun fazla kilolu, %30,9'unun obez olduğu tespit edilmiştir (106). Tahran'da üreme çağında kadınlarda yapılan çalışmada kadınların %28,3'ü fazla kilolu, %15,6'sı obez olarak saptanmıştır (107). Çalışmamızın sonuçları üreme çağındaki kadınlarda yapılan çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Diyet polikliniklerinde yapılan çalışmalarda sıklıkların yüksek olması bu merkezlere kilolu insanların daha fazla başvurmasından kaynaklanmış olabilir.

Çalışmamızda kadınların dörtte birinin B/K oranına göre abdominal obezite varlığı saptanmıştır (Tablo 4.5.). Trabzon'da 2014 yılında diyet polikliniğine başvuran kadınlarda yapılan çalışmada kadınların %63,5'inin bel kalça oranı riskli (≥0,85) olarak saptanmıştır (100). Ankara'da bir zayıflama merkezinde yetişkin kadınlarda yapılan çalışmada kadınların %20,0'sinin bel kalça oranı riskli (≥0,85) olarak saptanmıştır (101). Her iki çalışmanın da zayıflama merkezinde yapılmış olması oranların yüksek olmasında etkili olmuş olabilir.

Türkiye'de Nüfusa Dayalı Obezite Çalışması 2010'da ise kadınların %40,3'ünün B/K oranı riskli (≥0,85) olarak saptanmıştır (108). Bu çalışmanın tüm Türkiye'yi kapsamış olması ve 49 yaş üstü kadınlarında çalışma grubununda olması sonuçların farklı çıkmasına neden olmuş olabilir.

Farklı ülkelerde kadınlarda yapılan çalışmalarda abdominal obezite sıklığı; ABD'de %64,7, Çin'de %51,7 ve Japonya'da %18,0 olarak saptanmıştır (109). Çalışmamızla diğer çalışmaların sonuçlarının farklı çıkmasında araştırmanın yapıldığı yerlerin ve diğer çalışmalarda 49 yaş üstü yetişkin kadın grubununun da olmasının etkili olduğu düşünülmektedir.

Araştırmada kendi kilosunu normal algılayanların %35,4'ünün BKİ değeri 25 kg/m^2 ve üzerindeyken şişman algılayanların %97,1'inin BKİ değeri 25 kg/m^2 ve üzerindedir (Tablo 4.11). Konya'da kadınlarda yapılan çalışmada kadınların ölçümle saptanan BKİ ile algıladıkları kendi vücut ağırlığı arasında %59,4 gözlenen tutarlılık tespit edilmiştir (32). Bulgularda belirtilmemiş olsada bizim çalışmamızdaki tutarlılık %16,2 olarak bulunmuştur. Kadınların ölçüm ve kendi fikirleri arasında çok düşük veya orta düzeyde bir tutarlılık saptanmıştır. İzmir'de doğurgan çağdaki kadınlarda yapılan çalışmada kadınların kendi bildirdikleri kilo ve boyları kullanılarak hesaplanan BKİ ile ölçülen arasında iyi düzeyde anlamlı bir tutarlılık saptanmıştır (33). Çalışmalar kadınların kilo algılarının kendi kilolarıyla tutarlı olduğunu göstermektedir. Bu sonuçlar kadınların kendi kiloları hakkında bilinçli oldukları ve kilo takiplerini yaptıklarını düşündürmektedir.

Çalışmamızda yaşın artmasının fazla kilolu ya da obez olma üzerinde etkili olduğu saptanmıştır (Tablo4.8.). Konya'da 676 ev kadınında yapılan çalışmada 30 yaş ve üzerinde şişmanlık görülme oranının 2,2 kat arttığı saptanmıştır (32). İzmir'de 246 kadında yapılan çalışmada 30 yaş üzeri kadınlarda obezite sıklığı daha yüksek saptanmıştır (33). Adana'da 20-64 yaş arası kadınlarda yapılan bir çalışmada obezite görülme sıklığının genç yaşlarda düşük, yaş ilerledikçe ise arttığı bulunmuştur (31). Bangladeş'te yapılan çalışmada yaşın artmasının obezitede etkili olduğu saptanmıştır (104). Türkiye'de Nüfusa dayalı Obezite çalışmasında yaşın artmasıyla birlikte obezite sıklığının arttığı tespit edilmiştir (108). Çalışmamızla benzer bir şekilde diğer çalışmalar yaşın obezite üzerine etkisinin olduğunu göstermektedir. Yaşla birlikte bazal metabolizmanın yavaşlaması ve sedanter yaşama geçilmesi bu burumda etkili olmuş olabilir. İlerleyen yaşla birlikte fiziksel aktivitede azalmalar görülmektedir (31). Yaş, cinsiyet, vücut cüssesi ve bileşimi, fiziksel aktivite gibi bazı faktörler bazal metabolizma için harcanan enerji miktarını etkilemektedir. Dinlenme ya da bazal metabolizma enerjisi kadında, erkeğe kıyasla %10- 15 daha azdır. Çünkü kadının vücudunda aynı ağırlıktaki erkeğe kıyasla daha fazla yağ bulunmaktadır (110).

Araştırmada eğitim durumunun artmasıyla fazla kilolu ve obez olma sıklığının azaldığı tespit edilmiştir (Tablo4.8.). Malatya'da kadınlarda yapılan çalışmada eğitim durumunun obezite üzerine etkisi saptanmamıştır (103). Konya'da kadınlarda yapılan çalışmada obezlerde obez olmayanlara göre, ilkokul ve altı öğrenim durumunda

bulunmak 2,7 kat daha fazla saptanmıştır (32). İzmir'de 246 kadında yapılan çalışmada ortaokul ve altı eğitim alanlarda obezite sıklığı daha yüksek saptanmıştır (33). Türkiye'de Nüfusa Dayalı Obesite çalışmasında kadınların eğitim durumunun artmasıyla obezite sıklığının azaldığı saptanmıştır (108). Çalışmaların sonuçları araştırmamızla benzerlik göstermektedir. Bu durum toplumda kadınların eğitim düzeyinin yükselmesiyle bilinç durumunun artması ve buna paralel olarak kişisel sağlık bilincinin de artması ile açıklanabilir.

Çalışmada evli olanlarda fazla kilolu ya da obez olma sıklığı daha yüksek saptanmıştır (Tablo4.8.). Malatya'da kadınlarda yapılan çalışmada medeni durumun obezite üzerine etkisi saptanmamıştır (103). İzmir'de kadınlarda yapılan çalışmada evli/dul/boşanmış olanlarda obezite sıklığı daha yüksek saptanmıştır (33). Evli olanların yaş ortalamasının daha yüksek olması bu sonuçlarda etkili olmuş olabilir.

Araştırmamızda gebelik sayısı artıkça obezite sıklığının arttığı saptanmıştır (Tablo4.12.). Konya'da 676 ev kadınında yapılan çalışmada gebelik sayısının 3-4 olması obezite sıklığını 2,9 kat arttırırken, beş ve üzeri olması 6,3 kat artırmaktadır (32). İzmir'de kadınlarda yapılan çalışmada dört ve üzeri doğum yapanlarda obezite sıklığı daha yüksek saptanmıştır (33). Çalışmaların sonuçları araştırmamızınki ile benzerlik göstermektedir. Bu durum gebelikte alınan kiloların verilememesinden kaynaklanmış olabilir. Ayrıca gebelik ve emzirme dönemlerinde kadınların beslenme konusunda bilinçsizce davranmış olabilmeleri ya da bilgilerinin yeterli olmamaları hafif şişmanlık ya da şişmanlık oranında artışında etkili olmuş olabilir.

Çalışmada kadınların dörtte biri yaşamının herhangi bir döneminde diyet yaptığını belirtmiştir (Tablo4.2.). İzmir'de yapılan bir çalışmada kadınların %49,2'si zayıflamak için diyeti tercih ettiğini belirtmiştir (33). Tokat'ta spor merkezinde yapılan çalışmada kadınların %50,5'inin diyet yaptıkları saptanmıştır (111). Ankara'da 110 yetişkin kadında yapılan çalışmada kadınların %63,6'sı son bir yıl içinde diyet uyguladığını belirtmiştir (101). Çalışmamızla birlikte diğer çalışmalarda da diyet yapma sıklığını yüksek bulunmuştur. İnsanların kilolardan kurtulma için öncelikle diyeti tercih etmesi, diyet yapma sıklığının yüksek bulunmasında önemli rol oynamış olabilir.

Diyet yapma amacına bakıldığında; %49,1'i zayıflamak için kendi kararıyla, %10,5'i zayıflamak için doktor/diyetisyen önerisiyle başladığını ifade etmiştir (Tablo 4.2.).

Tokat'ta yapılan çalışmada kadınların %17'sinin diyetisyen danışmanlığında zayıfladığı saptanmıştır (111). Ankara'da yetişkin kadınlarda yapılan çalışmada diyet uygulayan kadınların %47'si diyetisyen kararıyla, %40'ı kendi kararıyla uyguladığını belirtmiştir (101). Çalışma sonuçlarında araştırma yapılan yerin ve bunun sonucunda diyetisyene ulaşım imkanının etkili olduğu düşünülmektedir.

Araştırmada katılımcıların %11,9'u yaşamının herhangi bir döneminde diyet ve fiziksel aktiviteyi birlikte yaptığını belirtmiştir (Tablo4.2.).. İzmir'de 246 kadında yapılan kesitsel bir çalışmada kadınların %45,7'si zayıflamak için diyet ve fiziksel aktiviteyi tercih ettiğini belirtmiştir (33). Konya'da kadınlarda yapılan çalışmada zayıflama denemesi yapmış kadınların %40,3'ünün diyet ve fizik aktiviteyi beraber yaptığı saptanmıştır (32). Çalışmamızdaki sonuçların daha düşük çıkmasının nedeni araştırmamızın yapıldığı yerin diğer illere göre daha küçük olması ve imkanlarının sınırlı olması olabilir.

5.2. Araştırmaya Katılanların Fiziksel Aktivite ile ilgili Özelliklerinin Değerlendirilmesi

Araştırmada kadınların %75,7'si IPAQ'ya göre inaktif, %23,8'i düşük aktif iken sadece %0,5'i aktif olarak tespit edilmiştir (Tablo 4.6.). Ankara'da özel bir zayıflama merkezine başvuranlarda yapılan çalışmada kadınların fiziksel aktiflik düzeyleri (IPAQ skorları) incelendiğinde %60'ı inaktif, %38,2'si düşük aktif (minimum) ve %1,8'i çok aktif düzey olarak saptanmıştır (101). IPAQ uzun formu kullanıarak masa başı çalışanlarda yapılan bir çalışmada kadınların %29,1'inin fiziksel aktivite düzeyi aktif değil, %51,7'sinin düşük ve %19,2'sinin ise yeterli olarak saptanmıştır (72). Ankara'da 2011 yılında üniversite öğrencilerinde yapılan çalışmada kadınların %30,6'sının fiziksel aktivite düzeyi sedanter ya da hafif aktivite, %51,7'sinin orta aktivite ve %17,7'sinin fiziksel aktivite düzeyi ağır aktivite olarak tespit edilmiştir (78). Murathan'ın üniversite öğrencilerinde yaptığı çalışmada kadınların %55,9'u inaktif, %49,7'si düşük aktif, %44,4'ü aktif olarak tespit edilmiştir (22). Çalışmamızda kadınların fiziksel aktiflik durumunun diğer çalışmalara göre düşük olduğu görülmektedir. Çalışmamızın yapıldığı ilin ve çalışma grubunun yaş aralığı farklılığın olmasında etkili olmuş olabilir.

Araştırmada fiziksel aktivite düzeyi ile yaş arasında ilişki saptanmamıştır. Öğrenim düzeyinin artmasının, bekar olmanın, gelir getiren bir işte çalışmanın fiziksel aktiflikte

etkili olduğu görülmüştür (Tablo 4.18.). Hiç gebe kalmamanın da fiziksel aktiflikte etkili olduğu saptanmıştır (Tablo 4.22.).

Masa başı çalışanlarda yapılan çalışmada fiziksel aktivite düzeyi ile yaş grupları arasında bir ilişki bulunmamıştır (72). Ankara ve İzmir'de kadınlarda yapılan çalışmada da yaş ile fiziksel aktivite enerji harcaması arasında ilişki saptanmamıştır (76). Çalışmaların sonuçları benzerlik göstermektedir.

Çalışmada eğitim durumu arttıkça fiziksel aktivite yapma sıklığının arttığı saptanmıştır. Doğurganlık çağındaki Meksikalı kadınların fiziksel aktivitelerini etkileyen faktörleri belirlemeye yönelik 2367 kadınla yapılan bir çalışmada eğitim düzeyinin yüksek olmasıyla fiziksel aktivite arasında direk bir ilişki saptanmıştır (112). 2005 yılında 25-64 yaş arası yetişkinde yapılan çalışmada eğitim düzeyi arttıkça fiziksel aktivite yapma sıklığının arttığı saptanmıştır (113). 2014 yılında yaşlı kişilerde yapılan çalışmada eğitim düzeyi arttıkça fiziksel aktivite yapma sıklığının arttığı saptanmıştır (114). Çalışmamızla benzer şekilde diğer çalışmalarda da eğitim düzeyinin fiziksel aktivitede etkili olduğu görülmektedir. Bu durum eğitim düzeyinin artan kadınların fiziksel aktivite konusunda doğru bilgiler almaları ve bunları davranış haline getirmeleri ve bu konuda sağlık okuryazarlılıklarının daha iyi olmalarıyla açıklanabilir. Dünya Sağlık Örgütü sağlık okuryazarlığını; "sağlığın korunması ve sürdürülmesi için bireyin sağlık bilgisine ulaşma, anlama ve kullanma becerisi" olarak tanımlamıştır. Özdemir ve arkadaşlarının 2010 yılında Türkiye'de yapılan çalışmasında düşük öğrenim düzeyi, düşük sağlık okuryazarlığı düzeyi ile ilişkili bulunmuştur (115).

Çalışmamızda evli olmayanların fiziksel aktivite yapma sıklığının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. 60-90 yaş arası kişilerde yapılan çalışmada evli olanların fiziksel aktivite yapma sıklığının daha yüksek olduğu saptanmıştır (114). Yaş gruplarının farklı olması çalışma sonuçlarının farklı olmasına neden olmuş olabilir. Çalışmamızda bekar olanların kendisiyle ilgili sorumlulukları dışındaki sorumluluklarının az olması nedeniyle zamanlarının daha fazla olması fiziksel aktiviteye daha fazla zaman ayırmalarına neden olmuş olabilir. Diğer çalışmada ise kişiler ileri yaşta olduğundan evli olma birbirini teşvik etme ve ortak etkinlik aracı olarak görmeden kaynaklanmış olabilir.

Çalışmamızda gelir getiren bir işte çalışanların fiziksel aktivite yapma sıklığının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. 1906 yetişkin kişide yapılan çalışmada gelir düzeyi

arttıkça fiziksel aktivite yapma sıklığının arttığı saptanmıştır (113). 2014 yılında yaşlı kişilerde yapılan çalışmada halen çalışanların fiziksel aktivite sıklıkları daha yüksek saptanmıştır (114). Çalışmalarda benzer şekilde gelir getirici bir işte çalışmanın fiziksel aktivite de önemli rol oynadığını göstermektedir. Bu durum gelir getiren bir işte çalışan kadınların çalışmayan bayanlara göre fiziksel aktivite yapmanın önemini daha iyi kavramış olmalarından, sosyoekonomik durumlarının daha iyi olmalarından, fiziksel aktiviteye ayrı zaman ve para ayırmalarından, ekonomik ve sosyal anlamda daha özgür olmalarından, çalışmayan kadınların günlük yaşamda aktivite ayırdıkları zamanlarının az olmasından kaynaklanmış olabilir

Çalışmamızda hiç gebe kalmamanın fiziksel aktiflikte etkili olduğu saptanmıştır. Çalışmamızla benzer bir şekilde doğurganlık çağındaki Meksikalı kadınların fiziksel aktivitelerini etkileyen faktörleri belirlemeye yönelik 2367 kadınla yapılan bir çalışmada çocuk sahibi olmama ile fiziksel aktivite arasında pozitf yönde direkt ilişki saptanmıştır (112). Bu durum çalışmamızda evli olamayan kadınların olması, çocuk sahibi olan kadınların zamanlarının çoğunu çocuk bakımına ayırmak zorunda olmaları ve pek çok kadının gebelik yaşadıktan sonraki dönemlerinde fiziksel aktivite düzeylerinin azaltmasıyla açıkanabilir.

Araştırmamızda kronik hastalık varlığı ile fiziksel aktivite yapma durumu arasında ilişki saptanmamıştır (Tablo 4.18.Devamı).Yaşlı kişilerde yapılan çalışmada kronik hastalık ile fiziksel aktivite arasında ilişki saptanmamıştır (114).

Çalışmamızda fiziksel aktivite düzeylerine ile BKİ'leri arasında fark saptanmamıştır (Tablo 4.23.). Masa başı çalışanlarda yapılan çalışmada yeterli düzeyde fiziksel aktivite yapanlarda BKİ 25 kg/m^2 altında olma sıklığı daha yüksek saptanmıştır (72). Çalışmamızda fiziksel aktivite yapma sıklığının düşük olması ve yeterli düzeyde fiziksel aktivite yapan kadın sayısının az olması etkili olabilir.

5.3. Araştırmaya Katılanların SYBDÖ Özelliklerinin Değerlendirilmesi

5.3. 1. SYBDÖ puan ortalaması

Araştırmada SYBDÖ puan ortalaması 126,3±17,9 olarak saptanmıştır (Tablo 4.7.). Samsun'da 2006 yılında 15-49 yaş grubu kadınlarda yapılan çalışmada SYBDÖ puan ortalaması 124,6±17,9 olarak tespit edilmiştir (116). Ankara'da kadınlarda yapılan çalışmada SYBDÖ puan ortalaması 132,03±19,79 olarak tespit edilmiştir (101).

Manisa'da 2009 yılında üreme çağındaki kadınlarda yapılan çalışmada SYBDÖ puan ortalaması 112,7±20,8 olarak tespit edilmiştir (117). İstanbul'da 2011 yılında metabolik sendromlu kadınlarda yapılan çalışmada SYBDÖ puan ortalaması 130,7±18,7 olarak saptanmıştır (118). Çorum'da 2014 yılında 18-64 yaş grubu kadınlarda yapılan çalışmada SYBDÖ puan ortalaması 115,7±36,2 olarak saptanmıştır (119). Adana'da 2010-2011 yıllarında yapılan çalışmada SYBDÖ puan ortalaması 126,6±18,1 olarak saptanmıştır (120). Elazığ'da kadınlar üzerinde yapılan çalışmada SYBDÖ puan ortalaması 122,0±20,7 olarak saptanmıştır (13). Yapılan çalışmaların sonuçları benzerlik göstermektedir.

5.3.2. SYBDÖ alt bileşenlerinden en yüksek puan alan bileşen

Araştırma grubundaki kadınların SYBDÖ alt bileşenlerinden en yüksek puanı 26,4±4,2 ile kişilerarası ilişkiler alt boyutundan aldıkları saptanmıştır (Tablo 4.7.). İran'da üreme çağındaki kadınlarda yapılan çalışmada bizim çalışmamızla benzer olarak kadınların en yüksek puanı kişilerarası ilişkiler alt boyutundan aldıkları tespit edilmiştir (107). Bu çalışmanın bizim çalışmamızla benzer sonuçlarınının olması, çalışmanın bizim çalışmamızdaki kadın grubuyla benzer şekilde üreme çağındaki kadın grubunu yapılmış olmasından kaynaklanmış olabilir. Samsun'da 15-49 yaş grubu kadınlarda yapılan çalışmada SYBDÖ alt bileşenlerinden en yüksek puanı 37,6±6,0 ile kendini gerçekleştirme alt boyutundan aldıkları tespit edilmiştir (116). Elazığ'da kadınlar üzerinde yapılan çalışmada SYBDÖ alt bileşenlerinden en yüksek puanı 36,8±6,8 ile kendini gerçekleştirme alt boyutundan aldıkları saptanmıştır (13). Çorum'da 18-64 yaş grubu kadınlarda yapılan çalışmada SYBDÖ alt bileşenlerinden en yüksek puanı 35,3±8,9 ile kendini gerçekleştirme alt boyutundan aldıkları tespit edilmiştir (119). ABD'de 18 yaş üzeri kadınlarda yapılan çalışmada SYBDÖ alt boyutlarında en yüksek puanları manevi gelişim alt boyutundan aldıkları saptanmıştır (121). Ürdün'de yapılan çalışmada en yüksek puanı kendini gerçekleştirme alt boyutundan aldıkları saptanmıştır (122). Çalışmamızda diğer çalışmalardan farklı olarak en yüksek puanın kişilerarası ilişkiler olması çalışma yapılan yer ve kültürel farklılıklardan kaynaklanmış olabilir.

5.3.3. SYBDÖ alt bileşenlerinden en düşük puan alan bileşen

Çalışmamızda kadınların SYBDÖ alt bileşenlerinden en düşük puanı 12,1±4,3 ile fiziksel aktivite alt boyutundan aldıkları tespit edilmiştir (Tablo 4.7.). Samsun'da 2006 yılında 15-49 yaş grubu kadınlarda yapılan çalışmada SYBDÖ alt bileşenlerinden en

düşük puanı 8,3±2,8 ile fiziksel aktivite (egzersiz) alt boyutundan aldıkları tespit edilmiştir (116). Ankara'da kadınlarda yapılan çalışmada SYBDÖ alt bileşenlerinden en düşük puanı 15,8±5,4 ile fiziksel aktivite (egzersiz) alt boyutundan aldıkları tespit edilmiştir (101). Manisa'da 2009 yılında üreme çağındaki kadınlarda yapılan çalışmada SYBDÖ alt bileşenlerinden en düşük puanı 7,8±3,3 ile fiziksel aktivite (egzersiz) alt boyutundan aldıkları tespit edilmiştir (117). İstanbul'da 2011 yılında metabolik sendromlu kadınlarda yapılan çalışmada SYBDÖ alt bileşenlerinden en düşük puanı 14,3±4,6 ile fiziksel aktivite (egzersiz) alt boyutundan aldıkları tespit edilmiştir (118). Çorum'da 2014 yılında 18-64 yaş grubu kadınlarda yapılan çalışmada SYBDÖ alt bileşenlerinden en düşük puanı 9,4±3,4 ile fiziksel aktivite (egzersiz) alt boyutundan aldıkları tespit edilmiştir (119). Adana'da 2010-2011 yıllarında araştırma hastanesinde kadınlarda yapılan çalışmada SYBDÖ alt bileşenlerinden en düşük puanı 15,7±4,2 ile fiziksel aktivite (egzersiz) alt boyutundan aldıkları tespit edilmiştir (120). Elazığ'da kadınlar üzerinde yapılan çalışmada SYBDÖ alt bileşenlerinden en düşük puanı 7,8±2,8 ile fiziksel aktivite (egzersiz) alt boyutundan aldıkları tespit edilmiştir (13). ABD'de 18 yaş üzeri kadınlarda yapılan çalışmada SYBDÖ alt boyutlarında en düşük puanı fiziksel aktiviteden aldıkları saptanmıştır (121). İran'da yapılan çalışmada kadınların en düşük puanı fiziksel aktiviteden aldıkları tespit edilmiştir (107). Ürdün'de yapılan çalışmada en düşük puanı fziksel aktivite (egzersiz) aldıkları saptanmıştır (122). Tüm çalışmalarda ortak olarak fiziksel aktivite en düşük puan olarak saptamış olup bu durum kadınların yeterince fiziksel aktivite yapmadığını göstermektedir.

5.3.4. Sağlık sorumluluğu alt boyutu

Çalışmada yaşı büyük olanların sağlık sorumluluğu puanının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.25.). Samsun'da 15-49 yaş kadınlarda yapılan çalışmada yaşın sağlık sorumluluğunu etkilemediği saptanmıştır (116). Çorum'da kadınlarda yapılan çalışmada yaşın artmasının sağlık sorumluluğu puanını artırdığı tespit edilmiştir (119). Tahran'da yapılan çalışmada yaşın sağlık sorumluluğunda etkili olduğu tespit edilmiştir (107). Hemşirelerde yapılan çalışmada yaşın sağlık sorumluluğunu etkilemediği saptanmıştır (123). Yaşın artmasıyla birlikte sağlık sorunlarında artış olması kadınların kendi sağlıklarına daha fazla dikkat etmesi ve sağlık bilincinin artmasına neden olmuş olabilir.

Çalışmamızda üniversite mezunlarında sağlık sorumluluğu puanı daha yüksek saptanmıştır (Tablo 4.25.). Samsun'da 15-49 yaş kadınlarda yapılan çalışmada öğrenim durumunun sağlık sorumluluğunu etkilemediği saptanmıştır (116). İstanbul'da 2011 yılında metabolik sendromlu kadınlarda yapılan çalışmada eğitim durumunun sağlık sorumluluğunu etkilemediği saptanmıştır (118). ABD'de 18 yaş üzeri kadınlarda yapılan çalışmada eğitim düzeyinin artmasının sağlık sorumluluğu puanını artırdığı saptanmıştır (121). Tahran'da yapılan çalışmada eğitim durumunun sağlık sorumluluğunda etkili olduğu tespit edilmiştir (107). Çalışmamızda diğer illerde yapılan çalışmaların aksine yurtdışında yapılan çalışmalara benzer şekilde eğitimle birlikte sağlık sorumluluğu artmaktadır.

Çalışmamızda medeni durumun sağlık sorumluluğunu etkilemediği saptanmıştır (Tablo 4.25.). İstanbul'da 2011 yılında metabolik sendromlu kadınlarda yapılan çalışmada medeni durumunun sağlık sorumluluğunu etkilemediği saptanmıştır (118). ABD'de 18 yaş üzeri kadınlarda yapılan çalışmada evli olanların sağlık sorumluluğu puanının daha yüksek olduğu saptanmıştır (121). Hemşirelerde yapılan çalışmada bekarların sağlık sorumluluğu puanı daha yüksek saptanmıştır (123). Tahran'da yapılan çalışmada medeni durumun sağlık sorumluluğunda etkili olduğu tespit edilmiştir (107). Çalışmamızın aksine yurtdışında ve hemşirelerde yapılan çalışmada bekarların sağlık sorumluluğu daha yüksek saptanmıştır. Bu durum kültürel farklılıklardan kaynaklanmış olabilir.

Çalışmamızda gelir getiren bir işte çalışmanın sağlık sorumluluğunu etkilemediği saptanmıştır (Tablo 4.25 Devamı.). Samsun'da 15-49 yaş kadınlarda yapılan çalışmada aylık geliri olma durumunun sağlık sorumluluğunu etkilemediği saptanmıştır (116). İstanbul'da 2011 yılında metabolik sendromlu kadınlarda yapılan çalışmada çalışma durumunun sağlık sorumluluğunu etkilemediği saptanmıştır (118). ABD'de 18 yaş üzeri kadınlarda yapılan çalışmada gelirin sağlık sorumluluğunu etkilemediği saptanmıştır (121). Çorum'da kadınlarda yapılan çalışmada çalışanların sağlık sorumluluğu puanının daha yüksek olduğu saptanmıştır (119). Hemşirelerde yapılan çalışmada geliri giderden fazla olanların sağlık sorumluluğu puanı daha yüksek saptanmıştır (123).

Araştırmamızda kronik hastalık varlığının sağlık sorumluluğunu etkilemediği saptanmıştır (Tablo 4.25 Devamı.). Samsun'da 15-49 yaş kadınlarda yapılan çalışmada kronik hastalığı olma durumunun sağlık sorumluluğunu etkilemediği saptanmıştır (116).

İstanbul'da 2011 yılında metabolik sendromlu kadınlarda yapılan çalışmada başka kronik hastalığı olma durumunun sağlık sorumluluğunu etkilemediği saptanmıştır (118). Çalışmaların sonuçları benzerdir. Sağlıklı bir hayat sadece topluma sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesinin yükseltilmesiyle sağlanamaz. Bireylerin de kendi sağlığının farkında olması, hizmetleri talep etmesi ve olumlu yönde davranış değişikliği geliştirmesi gerekir (24). Bu çalışmaların ve bizim çalışmamızın sonuçları kronik hastalığı olan kadınların sağlık sorumluluklarını yerine getiremedikleri yada ihmal ettiklerini ve olumlu yönde davranış değişikliği geliştirmeleri gerektirdiklerini düşündürmektedir.

5.3.5. Fiziksel aktivite alt boyutu

Çalışmada yaşı 20'nin altında olanların fiziksel aktivite puanı daha yüksek saptanmıştır (Tablo 4.25.). Samsun'da 15-49 yaş kadınlarda yapılan çalışmada yaşın fiziksel aktivite (egzersiz) puanını etkilemediği saptanmıştır (116). Çorum'da kadınlarda yapılan çalışmada yaş arttıkça fiziksel aktivite (egzersiz) puanının arttığı saptanmıştır (119). Hemşirelerde yapılan çalışmada 19-28 yaş ve 39 yaş üstü kişilerde fiziksel aktivite puanının yüksek olduğu saptanmıştır (121). İran'da 1359 kadında yapılan çalışmada yaşın fiziksel aktivite alt boyutunda etkili olduğu saptanmıştır (107). Çalışmaların sonuçları farklılık göstermektedir. Bu durum çalışma yapılan yerin ve yaş gruplarının farklı olmasında kaynaklanmış olabilir.

Çalışmamızda aile tipinin fiziksel aktiviteyi etkilemediği saptanmıştır (Tablo 4.25.). Manisa'da 2009 yılında üreme çağındaki kadınlarda yapılan çalışmada çekirdek aileye sahip olanların fiziksel aktivite (egzersiz) puanı daha yüksek saptanmıştır (117).

Yaptığımız çalışmada üniversite mezunu olanların fiziksel aktivite puanı daha yüksek saptanmıştır. (Tablo 4.25.). Samsun'da 15-49 yaş kadınlarda yapılan çalışmada eğitim durumunun fiziksel aktivite (egzersiz) puanını etkilemediği saptanmıştır (116). İstanbul'da 2011 yılında metabolik sendromlu kadınlarda yapılan çalışmada lise üstü eğitim alanların ilk ve ortaokul eğimi alanlara göre fiziksel aktivite puanı daha yüksek saptanmıştır (118). İran'da 1359 kadında yapılan çalışmada eğitim durumunun fiziksel aktivite alt boyutunda etkili olduğu saptanmıştır (107). Kadınların eğitim durumunun artmasıyla fiziksel aktivitenin öneminin farkındalığının artması bu duruma neden olmuş olabilir

Araştırmada evli olmayanların fiziksel aktivite puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.25.). İstanbul'da 2011 yılında metabolik sendromlu kadınlarda yapılan çalışmada medeni durumunun fiziksel aktivite puanını etkilemediği saptanmıştır (118). Hemşirelerde yapılan çalışmada bekarların fiziksel aktivite puanı daha yüksek saptanmıştır (123). İran'da 1359 kadında yapılan çalışmada medeni durumun fiziksel aktivite alt boyutunda etkili olduğu saptanmıştır (107). Çalışmalarda bekarlarda fiziksel aktivite puanlarının yüksek olmasında ev ile ilgili sorumluluklarının az olması, egzersize daha fazla zaman ayırabilmelerinden kaynaklanmış olabilir.

Çalışmamızda gelir getiren bir işte çalışanlarda fiziksel aktivite puanı daha yüksek tespit edilmiştir (Tablo 4.25. Devamı). Samsun'da 15-49 yaş kadınlarda yapılan çalışmada aylık geliri olmayanların fiziksel aktivite (egzersiz) puanı daha yüksek saptanmıştır (116). Manisa'da 2009 yılında üreme çağındaki kadınlarda yapılan çalışmada çalışmayanların fiziksel aktivite (egzersiz) puanı daha yüksek saptanmıştır (117). İstanbul'da 2011 yılında metabolik sendromlu kadınlarda yapılan çalışmada çalışma durumunun fiziksel aktivite puanını etkilemediği saptanmıştır (118). Çorum'da kadınlarda yapılan çalışmada çalışma durumunun fiziksel aktivite puanını etkilemediği saptanmıştır (119). Hemşirelerde yapılan çalışmada geliri giderden fazla olanların fiziksel aktivite puanı daha yüksek saptanmıştır (123). Çalışmamızda çalışanların puanların daha yüksek çıkmasında; çalışanların sosyoekonomik düzeylerinin daha yüksek olması ve fiziksel aktiviteye zaman ayırabilmeleri, çalışmayanların ise ev işleriyle ve çocuk bakımıyla ilgilendiklerinden fiziksel aktiviteye ayıracak zaman ve fırsat bulamamaları etkili olmuş olabilir.

Araştırmamızda kronik hastalığın fiziksel aktiviteyi etkilemediği saptanmıştır (Tablo 4.25. Devamı). Samsun'da 15-49 yaş kadınlarda yapılan çalışmada kronik hastalık olma durumunun egzersiz fiziksel aktivite (egzersiz) puanını etkilemediği saptanmıştır (116). İstanbul'da 2011 yılında metabolik sendromlu kadınlarda yapılan çalışmada başka kronik hastalığı olma durumunun fiziksel aktivite puanını etkilemediği saptanmıştır (118). Çalışmaların sonuçları benzerdir. Kronik hastalıkların oluşmasında genetik, çevresel ve biyolojik faktörlerin dışında en önemli etken, hareketsizlik ve hatalı beslenmedir(24). Düzenli fiziksel aktivite, hastalıkların önlenmesi ve yaşam kalitesinin arttırılmasında önemli bir yere sahiptir. Bu nedenle, kronik hastalığı olan kişiler ve yaşlılar düzenli fiziksel aktivite yapmaları konusunda cesaretlendirilmelidir (74).

Çalışmamızda ve diğer çalışmalarda çıkan benzer sonuçların çıkmasında kronik hastalığı olanların hastalıkları konusunda eğitimsiz olmaları, fiziksel aktiviteyi zor ve kaçınılması gereken bir davranış olarak görmeleri, fiziksel aktivite yapmaları konusunda cesaretlendirilmemeleri etkili olmuş olabilir.

5.3.6. Beslenme alt boyutu

Çalışmada yaş artıkça beslenme puanının artığı saptanmıştır (Tablo 4.25.). Samsun'da 15-49 yaş kadınlarda yapılan çalışmada yaşın beslenme puanını etkilemediği saptanmıştır (116). Çorum'da kadınlarda yapılan çalışmada yaş arttıkça beslenme puanının arttığı saptanmıştır (119). Hemşirelerde yapılan çalışmada yaş arttıkça beslenme puanının arttığı saptanmıştır (123). İran'da yapılan çalışmada yaşın beslenme alt boyutunda etkili olduğu saptanmıştır (107). Çalışmalarda kadınların yaşla birlikte ev sorumluluklarının artması ve yemek düzeniyle daha fazla ilgilenmeleri, beslenmeye ilgilerini artırmış olabilir.

Çalışmamızda eğitim durumunun beslenme puanını etkilemediği saptanmıştır (Tablo 4.25.). Samsun'da 15-49 yaş kadınlarda yapılan çalışmada eğitim durumunun beslenme puanını etkilemediği saptanmıştır (116). İstanbul'da 2011 yılında metabolik sendromlu kadınlarda yapılan çalışmada eğitim durumun beslenme puanını etkilemediği saptanmıştır (118). ABD'de 18 yaş üzeri kadınlarda yapılan çalışmada eğitim durumunun beslenme puanını etkilediği saptanmıştır (121). İran'da yapılan çalışmada eğitim durumunun beslenme alt boyutunda etkili olduğu saptanmıştır (107). Çalışmamızla ülkemizde yapılan diğer çalışmaların sonuçları benzerdir. Bu durum kadınların hepsinin eğitimden bağımsız olarak beslenmeyle ilgili olduklarını göstermektedir. Yurtdışında yapılan çalışmalarla çalışmamız arasında kültür farklılığı nedeniyle farklı sonuçlar çıkmış olabilir.

Yaptığımız çalışmada evli olanların beslenme puanının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.25.). İstanbul'da 2011 yılında metabolik sendromlu kadınlarda yapılan çalışmada medeni durumun beslenme puanını etkilemediği saptanmıştır (118). ABD'de 18 yaş üzeri kadınlarda yapılan çalışmada medeni durumun beslenme puanını etkilediği saptanmıştır (121). Hemşirelerde yapılan çalışmada medeni durumun beslenme puanını etkilemediği saptanmıştır (123). İran'da yapılan çalışmada medeni durumun beslenme alt boyutunda etkili olduğu saptanmıştır (107). Çalışmamızın yapıldığı bölgenin kültürel özellikleri nedeniyle evli kadınların evle ilgili

sorumluluklarının fazla olması ve yemek işleriyle de ilgilenmeleri bu duruma etkili olmuş olabilir.

Çalışmamızda gelir getiren işte çalışmayanların beslenme puanı daha yüksek saptanmıştır(Tablo 4.25.Devamı.). Samsun'da 15-49 yaş kadınlarda yapılan çalışmada aylık gelirin beslenme puanını etkilemediği saptanmıştır (116). İstanbul'da 2011 yılında metabolik sendromlu kadınlarda yapılan çalışmada çalışma durumun beslenme puanını etkilemediği saptanmıştır (118). Çorum'da kadınlarda yapılan çalışmada çalışma durumun beslenme puanını etkilemediği saptanmıştır (119). ABD'de 18 yaş üzeri kadınlarda yapılan çalışmada gelirin beslenme puanını etkilediği saptanmıştır (121). Hemşirelerde yapılan çalışmada geliri giderden fazla olanların beslenme puanı daha yüksek saptanmıştır (123).

Araştırmamızda kronik hastalığı olanların beslenme puanı daha yüksek saptanmıştır (Tablo 4.25. Devamı). Samsun'da 15-49 yaş kadınlarda yapılan çalışmada kronik hastalık varlığının beslenme puanını etkilemediği saptanmıştır (116). İstanbul'da 2011 yılında metabolik sendromlu kadınlarda yapılan çalışmada başka kronik hastalık varlığının beslenme puanını etkilemediği saptanmıştır (118). Çalışmamızda kadınların sağlık hizmetine ulaşımının daha zor olmasının diğer çalışmalara göre farklılık göstereceğinden beslenmelerine daha dikkatli davranmalarında etkili olmuş olabilir.

5.3.7. Stres yönetimi alt boyutu

Çalışmamızda yaş artıkça stres yönetimi puanının azaldığı saptanmıştır (Tablo 4.25.). Samsun'da 15-49 yaş kadınlarda yapılan çalışmada yaşın stres yönetimi puanını etkilemediği saptanmıştır (116). Çorum'da kadınlarda yapılan çalışmada 40 yaş ve üzerinde stres yönetimi puanının daha yüksek olduğu saptanmıştır (119). Hemşirelerde yapılan çalışmada 19-28 yaş grubunda olanların stres yönetimi puanı daha yüksek saptanmıştır (123). Sağlığı geliştirici yaşam biçiminin toplumun tüm üyeleri için özellikle de kadınlar için önemli olduğu kabul edilmektedir. Kadınlar ailenin sağlığının sürdürülmesi ve geliştirilmesinde hayati rol oynamakta ve tüm kültürlerde ailenin sağlığından sorumlu bakım vericisi olarak kabul edilmektedirler (117). Yaşın artmasıyla birlikte yaşamdan tecrübe kazanılması, evlilik hayatı, çocuk bakımı, sosyal sorumluluklar v.b. konularda kadınların daha çok görev üstlenmesinin stres yönetimini etkilemiş olabilebilmesi bu sonuçlarda etkili olmuş olabilir

Çalışmada eğitim durumu artıkça stres yönetimi puanının artığı saptanmıştır (Tablo 4.25.). Samsun'da 15-49 yaş kadınlarda yapılan çalışmada eğitim durumunun stres yönetimi puanını etkilemediği saptanmıştır (116). İstanbul'da 2011 yılında metabolik sendromlu kadınlarda yapılan çalışmada eğitim durumun stres yönetimi puanını etkilemediği saptanmıştır (118). Tahran'da üreme çağındaki kadınlarda yapılan çalışmada eğitimin stres yönetimi alt boyutunda etkili olduğu saptanmıştır (107). Eğitimin artmasıyla birlikte sorunların çözümüne yönelik farklı değerlendirmeler yapılabilmesi stres yönetiminde önemli rol oynamış olabilir.

Araştırmada evli olmayanların stres yönetimi puanı daha yüksek saptanmıştır (Tablo 4.25.). İstanbul'da 2011 yılında metabolik sendromlu kadınlarda yapılan çalışmada medeni durumun stres yönetimi puanını etkilemediği saptanmıştır (118). Hemşirelerde yapılan çalışmada bekarların stres yönetimi puanı daha yüksek saptanmıştır (123). Tahran'da üreme çağındaki kadınlarda yapılan çalışmada medeni durumun stres yönetimi alt boyutunda etkili olduğu saptanmıştır (107). Evlilikle birlikte ev işlerinin, eş ve çocukla ilgili problemlerin ortaya çıkması bu sonuçları doğurmuş olabilir.

Çalışmada gelir getiren bir işte çalışanlarda stres yönetimi puanı daha yüksek saptanmıştır (Tablo 4.25. Devamı.). Samsun'da 15-49 yaş kadınlarda yapılan çalışmada aylık geliri olmanın stres yönetimi puanını etkilemediği saptanmıştır (116). Manisa'da 2009 yılında üreme çağındaki kadınlarda yapılan çalışmada çalışmayanların stres yönetimi puanı daha yüksek saptanmıştır (117). İstanbul'da 2011 yılında metabolik sendromlu kadınlarda yapılan çalışmada çalışma durumunun stres yönetimi puanını etkilemediği saptanmıştır (118). Çorum'da kadınlarda yapılan çalışmada çalışma durumunun stres yönetimini etkilemediği saptanmıştır (119). Hemşirelerde yapılan çalışmada geliri giderden fazla olanların stres yönetimi puanı daha yüksek saptanmıştır (123).

Yaptığımız çalışmada kronik hastalık varlığının stres yönetimi puanını etkilemediği saptanmıştır (Tablo 4.25. Devamı.). Samsun'da 15-49 yaş kadınlarda yapılan çalışmada kronik hastalık varlığının stres yönetimi puanını etkilemediği saptanmıştır (116). İstanbul'da 2011 yılında metabolik sendromlu kadınlarda yapılan çalışmada başka kronik hastalık varlığının stres yönetimi puanını etkilemediği saptanmıştır (118). Çalışmaların sonuçları benzerdir.

Sonuç Ve Öneriler

Çalışmamızda kadınların %33,5'inin fazla kilolu, %24,1'inin obez olduğu saptanmıştır.

Araştırmamızda gebelik sayısı arttıkça obezite sıklığının arttığı saptanmıştır. 1-2 gebeliği olanlarda BKİ≥25 kg/m^2 olma sıklığı %51,9 iken, beş ve üzeri gebeliği olanlarda %87,7'dir.

Çalışmamızda yaş ve eğitimin obezite üzerinde etkili olduğu saptanmıştır. Yirmi yaş altında olanlarda BKİ≥25 kg/m^2 olma sıklığı %12,6, 40-49 yaş grubunda ise %82,9 olarak saptanmıştır. En fazla ilkokul mezunu olanlarda BKİ≥25 kg/m^2 olma sıklığı %76,4, üniversite mezunu olanlarda %27,3 olarak saptanmıştır.

Çalışmamızda kronik hastalıkla obezite arasında bir ilişki saptanmamıştır.

Çalışmamızda kadınların %25,2'sinin yaşamının herhangi bir döneminde diyet yaptığı saptanmıştır.

Araştırmamızda katılımcıların %11,9'unun yaşamının herhangi bir döneminde diyet ve fiziksel aktiviteyi birlikte yaptığı saptanmıştır.

Araştırmamızda aile tipi, öğrenim durumu, medeni durumu, gelir getiren bir işte çalışma durumu, ailede birlikte yaşanılan birey sayısı, kendi kilosunu algılama şekli, yaşamının herhangi bir döneminde diyet ve fiziksel aktiviteyi birlikte yapma durumu ve abdominal obezite durumunun hafif şişman ya da şişman olma durumunu öngörmede etkili prediktörler olduğu saptanmıştır.

Araştırmamızda geniş aileye sahip olmanın hafif şişman ya da şişman olma riskini çekirdek aileye sahip olmaya göre 2,5 kat azalttığı, ortaokul mezunu olmanın en fazla ilkokul mezunu olmaya göre hafif şişman ya da şişman olma riskini 2,3 kat, lise mezunu olmanın 2,4 kat, üniversite mezunu olmanın ya da yüksek lisans yapmanın ise 3,5 kat azalttığı, evli olmamanın evli olmaya göre hafif şişman ya da şişman olma riskini 3,2 kat azalttığı, gelir getiren bir işte çalışmamanın çalışmaya göre hafif şişman ya da şişman olma riskini 2,0 kat arttırdığı, 6 ve daha fazla kişiyle yaşamanın 3 ve daha az kişiyle yaşamaya göre hafif şişman ya da şişman olma riskini 3,6 kat arttırdığı, kendini zayıf görmenin kendini normal görmeye göre hafif şişman ya da şişman olma riskini 5,6 kat azalttığı, bunun aksine kendini hafif şişman görmenin 4,8 kat, şişman görmenin 54 kat ve çok şişman görmenin 11,7 kat arttırdığı, yaşamanın herhangi bir döneminde diyet ve fiziksel aktiviteyi birlikte yapmanın yapmamaya göre hafif şişman

ya da şişman olma riskini 2,7 kat arttırdığı son olarak abdominal obez olmanın olmamaya göre hafif şişman ya da şişman olma riskini 2,1 kat arttırdığı görülmüştür.

Araştırmada kadınların %75,7'sinin IPAQ'ya göre inaktif, %23,8'inin düşük aktif olduğu tespit edilmiştir.

Araştırmamızda kadınların % 43,5'inin yaşamının herhangi bir döneminde fiziksel aktivite yaptığı saptanmıştır.

Çalışmamızda gelir getiren bir işte çalışanların fiziksel aktivite yapma sıklığı (%31,8), çalışmayanlara göre (%22,2) yüksek bulunmuştur.

Çalışmada öğrenim düzeyi artmasıyla fiziksel aktivite yapma sıklığının arttığı saptanmıştır. En fazla ilkokul mezunu olanlarda düşük aktif/aktif olma sıklığı %18,5 iken, üniversite mezunlarında %34,4'tür.

Çalışmamızda evli olmayanların fiziksel aktivite yapma sıklığı (%30,1), evli olanlara göre (%22,8) yüksek bulunmuştur.

Araştırmada kadınların SYBDÖ puan ortalaması 126,3±17,9 olarak saptanmıştır.

Araştırmamızda kadınların SYBDÖ alt bileşenlerinden en yüksek puanı kişilerarası ilişkiler alt boyutundan aldıkları saptanmıştır.

Çalışmamızda kadınların SYBDÖ alt bileşenlerinden en düşük puanı fiziksel aktivite alt boyutundan aldıkları tespit edilmiştir.

Araştırmada yaşın ve eğitim durumunun sağlık sorumluluğunu etkilediği saptanmıştır.

Araştırmamızda medeni durum, gelir getiren bir işte çalışma ve kronik hastalık varlığı ile sağlık sorumluluğu arasında ilişki saptanmamıştır.

Çalışmada eğitim durumu ve gelir getiren bir işte çalışmanın fiziksel aktivite yapmayı etkilediği saptanmıştır.

Çalışmamızda yaş artıkça beslenme puanının artığı saptanmıştır.

Çalışmada yaş artıkça stres yönetimi puanının azaldığı saptanmıştır.

Araştırmada eğitim durumu artıkça stres yönetimi puanının artığı saptanmıştır.

Araştırmamızda evli olmayanların stres yönetimi puanı daha yüksek saptanmıştır.

Çalışmada gelir getiren bir işte çalışanlarda stres yönetimi puanı 19,35±3,99, olanların ise 17,61±3,67 olarak saptanmıştır.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

Kadınlara obezitenin riskleri ve oluşabilecek sağlık sorunlarıyla ilgili eğitimler verilmelidir.

Kadınlara gebeliklerinde alması gereken kilo ile ilgili bilgiler verilmeli ve gebelik sonrası bu kiloların nasıl giderileceğiyle ilgili diyet ve fiziksel aktivite önerileri yapılmalıdır.

Kadınların yaşı ve eğitim düzeyinin obezite de etkili olması nedeniyle yaş gruplarına ve eğitim düzeylerine uygun obezite eğitimi ve fiziksel aktivite imkanları sunulmalıdır.

Kadınların evde kendi kendilerine yapabilecekleri hareketler ve diyet önerilerini bu konuda eğitim almış kişilerden almaları sağlanmalıdır.

Kadınlara fiziksel aktivitenin hem sağlığımız hem de yaşam davranışlarımız açısından çok önemli olduğu vurgulanmalı ve fiziksel aktivite yapma imkanları arttırılmalıdır.

Kadınların eğitim seviyesinin yüksek olmasının obezite, fiziksel aktivite ve SYBD'da olumlu etkiye sahip olduğu saptanmıştır. Ülke politikaları kapsamında kadınların eğitime yönlendirilmesi ve teşvik edilmesi çalışmalarının devam etmesi sağlanmalıdır.

Koruyucu sağlık hizmeti olarak obezite ile mücadele kliniklerinin yagınlaştırılmalı ve bu merkezlere ulaşım kolay hale getirilmelidir. Özellikle kadınlar için rahatlıkla ulaşabilecekleri spor yapabilecekleri sağlıklı yaşam merkezlerinin oluşturulması ve yaygınlaştırılması etkili olabilir.

Kadınlara santral obeziteye yönelik eğitimler yapılmadır.

Sağlığın korunması, sürdürülmesi ve geliştirilmesi amacıyla özellikle birinci basamak sağlık çalışanları tarafından kadınların sağlık davranışlarının ve sağlık davranışları üzerinde etkili olan değişkenlerin sorgulanması ve tüm bunlara yönelik sağlık eğitimi programlarının hazırlanması önemlidir. Bu konularda birinci basamak sağlık çalışanları daha fazla desteklenmelidirler.

6.KAYNAKLAR

1- Çelik R. Isparta Eğirdir İlçesi 15–49 Yaş Evli Kadınlarda Obesite Prevalansı ve İlgili Risk Faktörlerinin Belirlenmesi, Yükseklisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Isparta 2008: 1-25.

2- TC. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Obezite, Diabet ve Metabolik Hastalıklar Daire Başkanlığı, http://www.saglik.gov.tr/ , (23.10.2015)

3- WHO, Health topics, Obesity, http://www.who.int/topics/obesity/en/, (29.05.2016).

4- TC. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Birinci Basamak Hekimler İçin Obezite İle Mücadele El Kitabı, Anıl Matbaacılık, yayın No:904, Ankara 2013. http://beslenme.gov.tr/content/files/basin_materyal/obezite_mucadele_el_kitabi.pdf (29.05.2016).

5- WHO, Global Health Observatory (GHO) data, Overweight and obesity, Adults aged 18+, http://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/overweight_text/en/ (29.05.2016).

6- T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı 2014 – 2017, Yayın No : 773, Anıl Reklam Matbaa Ltd. Şti, Ankara, 2013. http://beslenme.gov.tr/content/files/yayinlar/turkiye_sagliklibeslenme_ve_hareketli_hayat_programi.2014_2017.pdf, (29.05.2016).

7- Türkiye Nüfüs ve Sağlık Araştırması 2013, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara, http://www.hips.hacettepe.edu.tr/TNSA_2013_ana_rapor.pdf, Syf: 170-171, (29.05.2016).

8- Affuso O, Singleton CR, Browne SC, et al. Associations Between Neighborhood Socioeconomic Environment and Physical Activity in Cuban İmmigrants. SSM-Population Health 2016; 2: Volume 2: 130-135.http://www.sciencedirect.com/science/journal/23528273/2/supp/C#, (25.07.2016).

9- Karadamar M. Ergenlerin Kiloları İle İlgili Algılarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları İle İlişkisi, Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Mersin 2010: 30.

10- Baltacı G. Obezite ve Egzersiz, Sağlık Bakanlığı Yayınları, Yayın No: 730, Birinci Basım, Klasmat Matbaacılık, Ankara, 2008. Syf: 3. https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/t37.pdf, (27.02.2017).

11- Gedik O. Obezite ve Çevresel Faktörler. Turkish Journal of Endocrinology and Metabolism 2003; Suppl. 2: 1-4, http://www.turkjem.org/uploads/pdf/7-2-0_1-4.pdf, (14.12.2017).

12- Akyol A, Bilgiç P, Ersoy G. Fiziksel Aktivite, Beslenme ve Sağlıklı Yaşam, TC. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Obezite, Diabetve Metabolik Hastalıklar Daire Başkanlığı Obezite Bilgi Serisi, Ankara, 2012. http://beslenme.gov.tr/content/files/arastirmalar/uyelik/beslenme_bilgi_serisi/Kitaplar/d/d_05_fizikselaktivitebeslenmevesaglikliyasam.pdf, (28.05.2016).

13- Arslan C, Ceviz D. Ev Hanımı Ve Çalışan Kadınların Obezte Prevalansı Ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2007; 21(5): 211-220 http://tip.fusabil.org/pdf/pdf_FUSABIL_529.pdf, (29.05.2016).

14- MacAuley D. A History of Physical Activity, Health and Medicine. J. R. Soc 1994; 87: 32-35. www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/.../jrsocmed00089-0044.pdf, (25.07.2016).

15- WHO, Physical Activity Fact Sheet Reviewed June 2016, http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs385/en/, (29.05.2016).

16- WHO, Physical Inactivity: A Global Public Health Problem, http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_inactivity/en/, (27.05.2016).

17- TC. Sağlık Bakanlığı Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2010, Beslenme Durumu Alışkanlıklarının değerlendirilmesi Sonuç Raporu , Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme Ve Diyetetik Bölümü, Yayın No: 931, Ankara Şubat 2014, http://www.sagem.gov.tr/TBSA_Beslenme_Yayini.pdf, (29.05.2016).

18- Yılmaz AN. Yetişkin Kadınların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları İle Besin Tüketimi ve Vücut Bileşimlerinin Karşılaştırılması, Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul 2013: 6-7.

19- Ata EE. Hemşirelik Eğitim Programının Öğrencilerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Gelişimine ve Yaşam Kalitesine Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas 2008: 13-14.

20- Cao W, Chen C, Hua Y, et al. Factor Analysis of a Health-Promoting Lifestyle Profile (HPLP): Application To Older Adults İn Mainland China. Archives Gerontology and Geriatrics 2012; 55 (3): 632–638. http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0167494312001458. (25.07.2016).

21- Yıldırım M, Akyol A, Ersoy G. Şişmanlık (Obezite) ve Fiziksel Aktivite Enerji Dengesinin Aktivite Yönüne Bir Bakış, TC. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Obezite, Diabet ve Metabolik Hastalıklar Daire Başkanlığı Obezite Bilgi Serisi, Ankara, 2012, http://beslenme.gov.tr/content/files/arastirmalar/uyelik/beslenme_bilgi_serisi/Kitaplar/d/d_11_sismanlikvefizikselaktivite.pdf, (23.10.2015).

22- Murathan F. Üniversite Öğrencilerinde Obezite Sıklığı, Fiziksel Aktivite Düzeyi ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının İncelenmesi, Doktora Tezi, Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Elazığ 2013: 1-38.

23- Obesity Among Adults, Health and Social Care Information Centre, Statistics on Obesity, Physical Activity and Diet: England 2015, www.hscic.gov.uk/.../obes-phys-acti-diet-eng-2015.pdf, (22.07.2016).

24- Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, Obezite Tanı Ve Tedavi Kılavuzu (1. Baskı) , Grafik Tasarım ve Yayın Hizmetleri BAYT Bilimsel Araştırmalar Basın Yayın ve Tanıtım Ltd. Şti. Miki Matbaacılık San. ve Tic. Ltd. Ş, Ankara, Mayıs 2014, www.turkendokrin.org/icerik.php?id=19=menu17, (04.08.2016).

25- Çetkin M. Obezlerde Kalça, Diz ve Ayak Bileği Eklemlerinde Hareket Genişliği Değerlerinin Normal Bireylerle Karşılaştırılması, Yüksek lisans tezi, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Edirne 2009: 27-32.

26- Öztora S. İlköğretim Çağındaki Çocuklarda Obezite Prevalansının Belirlenmesi ve Risk Faktörlerinin Araştırılması, Uzmanlık Tezi, T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dr. Sami Hatipoğlu Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği Şefi ve Aile Hekimliği Koordinatörü, İstanbul, 2005: 7-9. http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/tez/pdf/cocuk_sagligi/dr_serdar_oztora.pdf, (14.12.2017).

27- Dünyada Obezitenin Görülme Sıklığı, TC. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Obezite, Diabet ve Metabolik Hastalıklar Daire Başkanlığı, beslenme.gov.tr/index.php?lang=tr&page=39 (03.08.2016).

28- OECD (The Organisation for Economic Co-operation and Development), Figure 1: Obesity among adults, 2015 or nearest year , Obesity Update 2017 Page:3, https://www.oecd.org/els/health-systems/Obesity-Update-2017.pdf,(14.12.2017).

29- T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlıklı Beslenelim, Kalbimizi Koruyalım" Projesi Araştırma Raporu, (Editörler; Erel C, Uğurlu M, Aydınlı F, Kesici C, Çakır B, Özoğlu F, Kaplan Y.) Gürler Matbaası Dış Tic. Ltd. Şti, Ekim 2004, Ankara. http://beslenme.gov.tr/content/files/yayinlar/kitaplar/diger_kitaplar/kalbimizi_koruyalim.pdf. (03.08.2016).

30- Türkiye'de Obezitenin Görülme Sıklığı, TC. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Obezite, Diabet ve Metabolik Hastalıklar Daire Başkanlığı, beslenme.gov.tr/index.php?page=40, (03.08.2016).

31- Nazlıcan E, Demirhindi H, Akbaba M. Adana İli Solaklı Ve Karataş Merkez Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşayan 20-64 Yaş Arası Kadınlarda Obezite ve İlişkili Risk Faktörlerinin İncelenmesi. DÜ Sağlık Bil. Enst. Derg 2011;1(2): 5-12. http://www.sbedergi.duzce.edu.tr/article/view/1039000031, (04.08.2016).

32- Koruk İ, Şahin T K. Konya Fazilet Uluışık Sağlık Ocağı Bölgesinde 15-49 Yaş Grubu Ev Kadınlarında Obezite Prevalansı ve Risk Faktörleri. Genel Tıp Derg 2005; 15(4):147-155, www.geneltip.org/upload/sayi/46/GTD-00337.pdf, (04.08.2016).

33- Okyay P, Uçku R. İzmir'de Kentsel Bir Bölgedeki Doğurgan Çağdaki Kadınlarda Şişmanlık Prevalansı Ve Risk Faktörleri. ADU Tip Fak Derg 2002 ; 3(3) : 5 – 12 http://adudspace.adu.edu.tr:8080/xmlui/bitstream/handle/11607/2269/5-12.pdf?sequence=1&isAllowed=y, (04.08.2016).

34- Kutlutürk F, Öztürk B, Yıldırım B. ve ark. Obezite Prevalansı Ve Metabolik Risk Faktörleri İle İlişkisi: Tokat İli Prevalans Çalışması. Turkiye Klinikleri J Med 2011; 31(1):156-63, http://www.turkiyeklinikleri.com/article/tr-obezite-prevalansi-ve-metabolik-risk-faktorleri-ile-iliskisi-tokat-ili-prevalans-calismasi-59798.html, (04.08.2016).

35- Yılmaz H. Obez Çocuklarda Egzersiz Süresince Maksimum Yağ Oksidasyonunun Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya- 2011: 19.

36- Obezitenin Yol Açtığı Sağlık Problemleri, TC. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Obezite, Diabet ve Metabolik Hastalıklar Daire Başkanlığı, http://beslenme.gov.tr/index.php?lang=tr&page=42, (15.08.2016).

37- Can N. Çorlu Merkezdeki İlköğretgm Çağındaki Çocuklarda Obezite Görülme Sıklığı, Risk Faktörleri Ve Benlik Saygısı, Yüksek Lisans Tezi, Trakya Ünversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Edirne 2011: 6,11-12,23-25.

38- Demirel H. İzmir İli Menemen İlçesindeki İlköğretim İkinci Kademe (6-7-8. Sınıflar) Öğrencilerinde Obezite Sıklığı Ve Beslenme Davranışları, Yüksek lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya 2011: 8-14.

39- Kayhan R. Çocukluk Çağında Obezite Tanısı Alan Hastaların Klinik Ve Antropometrik Özellikleri Ve Metabolik Sendrom Sıklığı, Tıpta Uzmanlık Tezi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Samsun 2012: 14.

40- Obesity Among Adults, Statistics on Obesity, Physical Activity and Diet, Health and Social Care Information Centre, England 2015, Published 3 March 2015, digital. nhs. uk/catalogue/.../obes-phys-acti-diet-eng-2015.pd, (19.08.2016).

41- Obezite, Hipertansiyon, Obezite ve Lipid Metabolizması Hekim İçin Tanı Ve Tedavi Rehberi, Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, BAYT Bilimsel Araştırmalar Basın Yayın ve Tanıtım Ltd. Şti., Tuna Matbaacılık San ve Tic. A.Ş., Ekim 2009. www.turkendokrin.org/files/pdf/obezite.pdf, (19.08.2016).

42- Serter R. Obezite Atlası, Sağlık Bakanlığı Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Endokrinoloji ve Metabolizma Kliniği, Ocak 2003, http://www.rustuserter.com/tr/files/download/p193u4mirhafv1ltlgdb12nghpv4. pdf , (19.08.2016).

43- Yıldırın B. Elazığ Kent Merkezinde Bulunan Ortaöğretimde Okuyan Öğrencilerde Obezite Sıklığı Ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi, Uzmanlık Tezi, Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Elazığ 2010: 12.

44- Şafak S. Obezitenin Biyokimyasal Açıdan Değerlendirilmesi, Bitirme Tezi, Erciyes Üniversitesi Eczacılık Fakültesi, Biyokimya Anabilim Dalı, Kayseri 2013: 11. pharmacy.erciyes.edu.tr/ckfinder/userfiles/files/bitirmeler/Salih_Şafak_Tez.pdf, (22.08.2016).

45- Limnili G. Balçova Bölgesi 15-17 Yaş Arası Lise Öğrencilerinde Obezite Sıklığı Ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Obeziteyle İlişkisi, Uzmanlık Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İzmir 2010: 11.

46- Cooper Z, Fairburn CG. A New Cognitive Behavioural Approach to The Treatment of Obesity. Behaviour Research and Therapy, 2001; 39: 499-511, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11341247. (22.08.2016).

47- Obezitenin Tedavisi, TC. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Obezite, Diabet ve Metabolik Hastalıklar Daire Başkanlığı, http://beslenme.gov.tr/index.php?lang=tr&page=45, (22.08.2016).

48- Byrne SM , Cooper Z,. Fairburn CG. Psychological Predictors of Weight Regain in Obesity. Behaviour Research and Therapy 2004; 42: 1341–1356, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15381442, (24.08.2016).

49- Tam A.A, Çakır B. Birinci Basamakta Obeziteye Yaklaşım. Ankara Medical Journal 2012; 12(1):37-41, www.ankaramedicaljournal.com/article/viewFile/1047000073/1047000052, (24.08.2016).

50- Altunkaynak BZ, Özbek E. Obezite: Nedenleri ve Tedavi Seçenekleri. Van Tıp Dergisi 2006; 13 (4):138-142, vantipdergisi.yyu.edu.tr/2006-4/138-142,pdf.pdf, (24.08.2016).

51- Kutlu B. Beden İmajının Gelişimi Ve Sağlıklı Beden Ağırlığının Korunmasında Yemeyle İlgili Tutumlar, Temel İnançlar ve Ebeveyne Bağlanmanın Rolü, Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir 2009: 2.

52- Eker E, Şahin M. Birinci Basamakta Obeziteye Yaklaşım. sted 2002; 11(7): 246-249, www.ttb.org.tr/STED/sted0702/obezite.pdf, (24.08.2016).

53- Ballı E. Obezite, Obezitenin Tetiklediği Hastalıklar ve Tedavileri, Bitirme Tezi, Erciyes Üniversitesi Eczacılık Fakültesi, Farmasötik Kimya Anabilim Dalı, Kayseri 2013: 47 pharmacy.erciyes.edu.tr/ckfinder/userfiles/files/bitirmeler/Erhan_Ballı_Tez.pdf (22.08.2016).

54- Fiziksel Aktivite Nedir, TC. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Obezite, Diabet ve Metabolik Hastalıklar Daire Başkanlığı, http://beslenme.gov.tr/index.php?lang=tr&page=346, (26.08.2016).

55- Topsaç M. Üniversitede Okuyan Engellii Öğrencilerin Fiziksel Aktivite Düzeylerinin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Dumlupınar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kütahya 2013: 41.

56- Sayılarla Fiziksel Aktivite, TC. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Obezite, Diabet ve Metabolik Hastalıklar Daire Başkanlığı http://beslenme.gov.tr/index.php?lang=tr&page=36526.08.2016, (30.09.2016).

57- Politika ve Strajiler, TC. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Obezite, Diabet ve Metabolik Hastalıklar Daire Başkanlığı, http://beslenme.gov.tr/index.php?lang=tr&page=366, (30.09.2016).

58- Fiziksel Aktivite Önerileri, TC. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Obezite, Diabet ve Metabolik Hastalıklar Daire Başkanlığı, http://fizikselaktivite.gov.tr/tr/fiziksel-aktivite-onerileri/, (30.09.2016).

59- Öztürk M. Üniversitede Eğitim-Öğretim Gören Öğrencilerde Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketinin Geçerliliği ve Güvenirliği ve Fiziksel Aktivite Düzeylerinin Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara 2005: 4-17.

60- Özüdoğru E. Üniversite Personelinin Fiziksel Aktivite Düzeyi İle Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Burdur 2013: 5-7, 32-33.

61- Atasoy B, Kuter FÖ. Küreselleşme ve Spor. Uludağ Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 2005; 18 (1): 11-22. http://ucmaz.home.uludag.edu.tr/PDF/egitim/htmpdf/2005-18(1)/MAK-2.pdf (30.09.2016).

62- Akdur H, Donuk B, Korkmaz A. ve ark. Ev Kadınlarının ve Çalışan Kadınların Fiziksel Aktivite Düzeylerinin Araştırılması. İstanbul Üniversitesi Spor Bilim Dergisi 2003; 11(3) (ÖS): 43-46. http://sporbilimleri.istanbul.edu.tr/wp-content/uploads/2014/06/9.-MAKALE_Layout-1.pdf , (04.10.2016).

63- Cana H. Sakarya Üniversitesinde Çalışan Personelin Fiziksel Aktivite Düzeyleri, Bazı Fiziksel Özellikleri ve Fiziksel Uygunluk Seviyelerinin Tespiti, Yüksek Lisans Tezi, Sakarya Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Sakarya 2012: 15-16.

64- Sağlık, Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü Kısım I: Temel Terimler Listesi (1. Baskı), T. C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Anıl Matbaacılık, Ankara Nisan 2011, www.sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/Sağlığın%20Teşviki%20Sözlük.pdf (21.10.2016).

65- Fiziksel Aktivite Türleri, TC. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Obezite, Diabet ve Metabolik Hastalıklar Daire Başkanlığı, http://fizikselaktivite.gov.tr/tr/fiziksel-aktivite-ile-ilgili-bilgiler/fiziksel-aktivite-turleri/, (30.09.2016).

66- WHO Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health, Physical Activity and Women, www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_women/en/, (21.10.2016).

67- WHO Physical activity for women, Better Health Channel, https://www.betterhealth.vic.gov.au/.../physical-activity-for-. (21.10.2016).

68- Humpel N, Owen N, Leslie E. Enviromental Factors Associated with Adults' Participation İn Physical Activity. Am J Prev Med 2002; 22: 188-199.

69- Kirtland KA, Porter DE, Addy CL. et al. Enviromental Measures of Physical Activity Supports. Am J Prev Med 2003; 24: 323-331.

70- Saelens BE, Sallis JF, Black JB. et al. Neighborhood-Based Differences in Physical Activity: An Environment Scale Evaluation. Am J Prev Med 2003; 93: 1552-1558.

71- Trost SG, Owen N, Bauman AE. et al. Correlates of Adults' Participation in Physical Activity: Review and Update. Med Sci **Sports** Exerc. 2001; 34 (12): 1996-2001.

72- Vural Ö, Masa Başı Çalışanlarda Fiziksel Aktivite Düzeyi ve Yaşam Kalitesi İlişkisi, Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ankara 2010: 7, 11-13.

73- Benefits of Physical Activity, Centers for Disease Control and Prevention(CDS), http://www.cdc.gov/nccdphp/sgr/women.htm, (24.10.2016).

74- Fiziksel Aktivite Şiddeti, TC. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Türkiye Fiziksel Aktivite Rehberi (2 basım), Kuban Matbaacılık Yayıncılık, Sağlık Bakanlığı Yayın No: 940, Ankara 2014 http://fizikselaktivite.gov.tr/ , (30.09.2016).

75- WHO What is Moderate-intensity and Vigorous-intensity Physical Activity?, Intensity of physical activity., Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health, http://www.who.int/dietphysicalactivity/physical_activity_intensity/en/, (24.10.2016).

76- Berksoy D. İzmir Ve Ankara İllerinde Yasayan Kadınların Fiziksel Aktivite Düzeylerini Ve Beslenme Alışkanlıklarını Etkileyen Faktörlerin Karşılaştırılması, Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara 2011: 26-28.

77- Ne Kadar Ve Nasıl Yapılmalı, TC. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Obezite, Diabet Ve Metabolik Hastalıklar Daire Başkanlığı, Http://Beslenme.Gov.Tr/İndex.Php?Lang=Tr&Page=347, (30.09.2016).

78- Vassigh G. Üniversite Öğrencilerinin Fiziksel Aktivite Durumları İle Sağlıklı Beslenme İndekslerinin Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara 2012: 17-19.

79- Topsaç M. Üniversitede Okuyan Engelli Öğrencilerin Fiziksel Aktivite Düzeylerinin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Dumlupınar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kütahya 2013: 45-47.

80- Yıldız H. 14-18 Yaş Grubu Gençlerin Vücut Yağ Yüzdeleri, Vücut Kitle İndeksleri, Fiziksel Aktivite Ve Beslenme Alışkanlıklarının Araştırılması, Yüksek Lisans Tezi, Dumlupınar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kütahya 2011: 36-37.

81- Tambağ H. Huzurevindeki Yaşlılara Sağlıklı Yaşam Biçimi ve Yaşam Doyumu Geliştirmeye Yönelik Verilen Psikoeğitimin Değerlendirilmesi, Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara 2010: 12-13.

82- Çepni S A. Üniversite Öğrencilerinde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları İle Sağlık Kontrol Odağı Ve Sağlık Öz Yeterliği İlişkisi, Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara 2010: 1 ve 6.

83- Hekim M. Tip II Diyabet, Hipertansiyon ve Obezitenin Önlenmesinde Fiziksel Aktivitenin Önemi. Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi 2015; 8 (38): 1081-1086, http://www.sosyalarastirmalar.com/cilt8/sayi38pdf/8diger_sosyalbilimler/hekim_mesut.pdf, (14.01.2018).

84- Bozhüyük A. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi, Uzmanlık Tezi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Adana 2010: 22-24.

85- Aksoy T. Hemşirelik Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara 2010: 20-23.

86- Karalar YÜ. Kanser Tanısı Alan Erişkin Hastalarda Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Ve Değişkenlerin Tanımlanması, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul 2010: 21.

87- Sönmezer H. Kayseri İl Merkezinde Seçilmiş Bir Sağlık Ocağı Bölgesinde 18-64 Yaş Grubu Kadınların Sağlıkla ilgili Yaşam Biçimi Davranışları, Yüksek Lisans Tezi, Erciyes ÜniversitesiSağlık Bilimleri Enstitüsü, Kayseri 2009: 21-22, 25-27.

88- Bozhüyük A, Özcan S, Kurdak H. ve ark. Sağlıklı Yaşam Biçimi ve Aile Hekimliği. Turkısh Journal Of Famıly Medıcıne and Prımary Care (TJFMPC) 2012; 6(1): 13-21, www.tjfmpc.com, (01.11.2016).

89- Kostak MA, Kurt S, Süt N. ve ark. Hemşirelik ve Sınıf Öğretmenliği Öğrencilerinin SağlıklıYaşam Biçimi Davranışları. TAF Prev Med Bull 2014; 13(3): 189-196.

90- Adıyaman İl Kültür Turizm Müdürlüğü, http://www.adiyamankulturturizm.gov.tr/ , (11.11.2016).

91- Türkiye istatistik Kurumu, http://www.tuik.gov.tr, (08.08.2017).

92- Tezcan S, Biyoistatistik, Halk Sağlığında Temel Bilgiler, (ED: Güler Ç, Akın L), Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara 2006.

93- Sağlam M. Arıkan H, Savcı S ve ark. International Physical Activity Questionnaire: Reliability and Validity of The Turkish Version. Perceptual and Motor Skills 2010; 111: 278-284.

94- Bahar Z, Beşer A, Gördes N. ve ark. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II'nin Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışması. C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2008; 12(1):1-12.

95- Craig C L, Marshall AL, Sjostrom M, et al. International Physical Activity Questionnaire: 12-Country Reliability and Validity. Medicine and Science in Sports and Exercise 2003; 35 (8): 1381-1395.

96- Walker SN, Hill-Polerecky DM. Psychometric Evaluation of the Health Promoting Lifestyle Profile II.Unpublished Manuscript, University of Nebraska. Medical Center 1996. (http://app1.unmc.edu/Nursing/conweb/HPLPII_Abstract_Dimensions.pdf) (15.11.2016).

97- Deniz M. Yetişkinlerde Fiziksel Aktivite Düzeyi İle Sosyoekonomik Durum Arasındaki İlişkinin Araştırılması, Yüksek Lisans Tezi, Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bursa 2011: 26.

98- Yanıkkerem E. Obezitenin Kadın Sağlığına Etkileri. Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2017; 3 (1): 37-43. http://sagbil.kocaeli.edu.tr/dosyalar/duyuru_186_12.pdf, (15.04.2017) (15.11.2017).

99- Sönmezer H, Çetinkaya F, Naçar M. Kayseri İlinde Seçilmiş Kentsel Bir Bölgede Kadınların Olumlu Sağlık Davranışları. TAF Prev Med Bull 2012; 11(5): 521-528.

100- Yılmaz A. Trabzon Özel İmperial Hastanesi Diyet Polikliniğine Başvuran 20-64 Yaş Kadınlarda Antropometrik Ölçümler, Kan Biyokimyasal Değerleri, Kronik Hastalık Durumu Ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara 2014: 14-42.

101- Alemdar S. Özel Bir Zayıflama Merkezine Devam Eden Yetişkin Kadınlarda Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Ağırlık Kaybına Yansımasının Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara 2016: 33-73.

102- Aydemir H.İ. Edirne İl Merkezindeki 40–59 Yaş Arası Kadınların Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi, Uzmanlık Tezi, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Edirne 2007: 46-100.

103- Güneş G, Genç M, Pehlivan E. Yeşilyurt Sağlık Ocağı Bölgesindeki Erişkin Kadınlarda Obezite. Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi 2000; 7(1):48-53.

104- Khan MMH, Kraemer A. Factors Associated with Being Underweight, Overweight and Obese Among Ever-Married Non-Pregnant Urban Women in Bangladesh, . Singapore. Med J 2009; 50(8) : 804.

105- Stadler G, Oettingen G, Gollwitzer PM. Physical Activity in Women. Am J Prev Med 2009;36(1):29–34.

106- Kinnunen TI, Skogberg N, Härkänen T. et al. Overweight and Abdominal Obesity in Women Of Childbearing Age Of Russian, Somali And Kurdish Origin and The General Finnish Population. Journal of Public Health 2017; 1-9.

107- Mirghafourvand M, Baheiraei A, Nedjat S. et.al. Population-Based Study of Health-Promoting Behaviors and Their Predictors in Iranian Women of Reproductive Age. Health Promotion International 2014; 1-9.

108- Pekcan AG, Samur G, Dikmen D, et al. Population Based Study of Obesity in Turkey: Results of The Turkey Nutrition and Health Survey (TNHS)-2010. Progress in Nutrition 2017; 19(3): 248-256.

109- Du P, Wang HJ, Zhang B. et al. Prevalence of Abdominal Obesity Among Chinese Adults in 2011. J Epidemiol 2017; 27(6): 282-286.

110- Akbulut Çıtak G, Rakıcıoğlu N. Şişmanlığın Diyet Tedavisinin Planlanmasında Bazal Metabolizma Hızı/Dinlenme Metabolizma Hızı ve Etkileyen Etmenler. Turkiye Klinikleri J Cardiovasc Sci 2011; 23(1): 54-60.

111- Kozan D. Tokat'ta Spor Merkezlerine Devam Eden Kadınların, Beslenme Alışkanlıkları, Zayıflamaya Yönelik Uygulamaları ve Beslenme Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya 2013: 58.

112- Hernández B, Haene J, Barquera S. et al. Factors Associated with Physical Activity Among Mexican Women of Childbearing Age. Rev Panam Salud Publica 2003; 14(4):235-45.

113- Trinh OT, Nguyen ND, Dibley MJ. et al. The Prevalence and Correlates of Physical İnactivity Among Adults in Ho Chi Minh City. BMC Public Health 2008; 8: 204.

114- Sadrollahi A, Hosseinian M, Alavi NM. et al. Physical Activity Patterns in the Elderly Kashan Population. Iran Red Crescent Med J 2016; 18(6):e25008.

115- Yılmaz M, Tiryaki Z. Sağlık Okuryazarlığı Nedir? Nasıl Ölçülür?. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi 2016; 9(4): 142-147. http://www.deuhyoedergi.org/index.php/DEUHYOED/article/viewFile/237/200. (02.03.2018)

116- Altay B. Samsun 6 Nolu Sağlık Ocağı Bölgesindeki 15–49 Yaş Evli Kadınların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. Ondokuz Mayıs Ünniversitesi Tıp Dergisi 2006; 23(1): 1–8.

117- Altıparmak S, Kutlu AK. 15–49 Yaş Grubu Kadınlarda Sağlığı Geliştirme Davranışları ve Etkileyen Faktörler. TAF Prev Med Bull 2009; 8(5):421-426.

118- Kumsar AK, Pakyüz SÇ. Metabolik Sendromlu Kadınlarda Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının ve İlişkili Faktörlerin Belirlenmesi. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 2015; 12 (1): 19-24.

119- Yılmazel G, Duman NB. Healthy Lifestyle Behaviors and Preventive Health Applied to Women Ages 18-64: A Sample From The Çorum Province. TAF Prev Med Bull 2016;15: 1-6.

120- Nazik H, Nazik E, Özdemir F et. al. Effect of Parity on Healthy Promotion Lifestyle Behavior in Women. Contemporary Nurse 2015; 50: 267-273.

121- Jhonson RL. Gender Differences in Health-Promoting Lifestyles of African Americans. Public Health Nurs 2005; 22(2): 130-137

122- Ma'aitah RA, Haddad L, Umlauf MG. Health Promotion Behaviors of Jordanian Women. Health Care for Women International 1999; 20: 533-546

123- Bostan N, Beşer A. Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarını Etkileyen Faktörler. Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi 2017; 7;14 (1): 38-44.

EKLER

Ek-1 İLÇE NUFUSLARININ YAŞ VE CİNSİYETE GÖRE DAĞILIMI 2015 YILI (TÜİK)

EK: 1 İLÇE NÜFUSLARININ YAŞ VE CİNSİYETE GÖRE DAĞILIMI - 2015 YILI (TÜİK)

		0	1-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90+	TOPLAM
MERKEZ	Erkek	3.082	12.771	13.391	14.253	12.553	11.949	12.143	11.606	9.477	7.410	14.542	7.314	4.413	4.122	2.789	1.749	1.297	963	363	51	146.238
	Kadın	2.902	12.029	12.778	13.939	13.061	11.903	11.923	11.015	9.446	6.537	13.988	6.744	4.571	4.014	3.538	2.148	1.656	922	704	326	144.144
	TOPLAM	5.984	24.800	26.169	28.192	25.614	23.852	24.066	22.621	18.923	13.947	28.530	14.058	8.984	8.136	6.327	3.897	2.953	1.885	1.067	377	290.382
BESNİ	Erkek	866	2.615	3599	3670	3916	3034	2634	2702	2458	2278	1969	1950	1550	1383	1094	752	544	391	144	21	37.570
	Kadın	820	2.476	3460	3561	3613	2960	2477	2544	2567	2271	1779	1763	1413	1630	1360	960	815	501	349	152	37.471
	TOPLAM	1.686	5.091	7.059	7.231	7.529	5.994	5.111	5.246	5.025	4.549	3.748	3.713	2.963	3.013	2.454	1.712	1.359	892	493	173	75.041
ÇELİKHAN	Erkek	177	575	712	768	594	615	601	592	493	407	691	359	248	250	269	163	113	73	28	18	7.746
	Kadın	160	519	696	708	579	588	566	483	499	358	700	353	249	269	274	154	130	82	74	26	7.467
	TOPLAM	337	1.094	1.408	1.476	1.173	1.203	1.167	1.075	992	765	1.391	712	497	519	543	317	243	155	102	44	15.213
GERGER	Erkek	321	668	1.185	1.237	881	676	478	466	360	326	1.064	341	290	293	316	242	239	205	56	8	9.652
	Kadın	305	637	1.069	1.182	778	635	512	441	401	376	1.050	377	344	398	411	339	285	194	109	66	9.909
	TOPLAM	626	1.305	2.254	2.419	1.659	1.311	990	907	761	702	2.114	718	634	691	727	581	524	399	165	74	19.561
GÖLBAŞI	Erkek	509	1.605	2.059	2.329	1.702	1.748	1.817	1.748	1.668	1.290	2.156	1.392	1.046	973	724	549	393	282	122	15	24.127
	Kadın	484	1.525	1.965	2.182	1.660	1.674	1.770	1.732	1.716	1.218	2.035	1.277	1.047	1.046	800	656	475	315	211	112	23.900
	TOPLAM	993	3.130	4.024	4.511	3.362	3.422	3.587	3.480	3.384	2.508	4.191	2.669	2.093	2.019	1.524	1.205	868	597	333	127	48.027
KAHTA	Erkek	1.551	5.266	6.892	7.340	5.509	4.976	4.147	3.648	3.054	2.303	6.583	2.357	1.548	1.444	1.090	849	663	476	167	51	59.914
	Kadın	1.468	4.982	6.449	6.983	5.328	4.632	3.982	3.736	3.037	2.188	6.287	2.082	1.735	1.674	1.453	1.017	772	439	305	183	58.732
	TOPLAM	3.019	10.248	13.341	14.323	10.837	9.608	8.129	7.384	6.091	4.491	12.870	4.439	3.283	3.118	2.543	1.866	1.435	915	472	234	118.646
SAMSAT	Erkek	121	302	413	427	393	359	255	275	216	170	450	214	117	125	96	73	42	28	12	2	4.090
	Kadın	110	277	447	444	378	287	246	270	237	156	419	181	161	126	145	103	50	28	26	9	4.100
	TOPLAM	231	579	860	871	771	646	501	545	453	326	869	395	278	251	241	176	92	56	38	11	8.190
SİNCİK	Erkek	238	541	977	1.121	843	654	492	436	415	304	874	386	248	335	224	210	163	110	34	9	8.614
	Kadın	238	539	960	1.123	863	727	479	525	394	373	819	368	311	414	270	226	160	85	65	39	8.978
	TOPLAM	476	1.080	1.937	2.244	1.706	1.381	971	961	809	677	1.693	754	559	749	494	436	323	195	99	48	17.592
TUT	Erkek	131	358	487	493	344	411	367	373	339	252	478	280	191	168	189	131	88	83	40	9	5.212
	Kadın	114	315	456	395	304	338	332	368	306	227	448	245	204	231	203	153	125	63	53	30	4.910
	TOPLAM	245	673	943	888	648	749	699	741	645	479	926	525	395	399	392	284	213	146	93	39	10.122
İL GENELİ TOPLAMI	Erkek	6.996	24.701	29.715	31.638	26.735	24.422	22.934	21.846	18.480	14.740	28.807	14.593	9.651	9.093	6.791	4.718	3.542	2.611	966	184	303.163
	Kadın	6.601	23.299	28.280	30.517	26.564	23.744	22.287	21.114	18.603	13.704	27.525	13.390	10.035	9.802	8.454	5.756	4.468	2.629	1.896	943	299.611
	TOPLAM	13.597	48.000	57.995	62.155	53.299	48.166	45.221	42.960	37.083	28.444	56.332	27.983	19.686	18.895	15.245	10.474	8.010	5.240	2.862	1.127	602.774

Hdf Nfs		15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	TOPLAM
5.984	Merkez	13.061	11.903	11.923	11.015	9.446	6.537	13.988	77.873
1.686	Besni	3.613	2.960	2.477	2.544	2.567	2.271	1.779	18.211
337	Çelikhan	579	588	566	483	499	358	700	3.773
626	Gerger	778	635	512	441	401	376	1.050	4.193
993	Gölbaşı	1.660	1.674	1.770	1.732	1.716	1.218	2.035	11.805
3.019	Kahta	5.328	4.632	3.982	3.736	3.037	2.188	6.287	29.190
231	Samsat	378	287	246	270	237	156	419	1.993
476	Sincik	863	727	479	525	394	373	819	4.180
245	Tut	304	338	332	368	306	227	448	2.323
13.597	İL GENELİ	26.564	23.744	22.287	21.114	18.603	13.704	27.525	153.541

15-49 Yaş Kadın Nüfusu

EK-2 ETİK KURUL KARARI

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU (2017 - KAEK-00)

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Adıyaman İl Merkezinde 15-49 Yaş Kadınlarda Obezite Sıklığı, Fiziksel Aktivite Düzeyi ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	BELGE ADI	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐

DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	BELGE ADI		Açıklama
	SİGORTA	☐	
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐	
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐	
	İLAN	☐	
	YILLIK BİLDİRİM	☐	
	SONUÇ RAPORU	☐	
	GÜVENLİK BİLDİRİMLERİ	☐	
	DİĞER	☐	

T.C. ASLI GİZMİDİR

Bahri YANCAR
Fakülte Şefi

KARAR BİLGİLERİ		
	Karar No : 2016/70	Tarih : 05.02.2016
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.	

KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
ETİK KURUL BAŞKANI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof. Dr. Ruhan DÜŞÜNSEL

Unvanı / Adı Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyeti		Araştırma İle İlişki		Katılım (*)		İmza
Prof. Dr. Ruhan DÜŞÜNSEL	Çocuk. Sağ ve Hast.	E.Ü. Tıp Fak.	E ☐	K X	E ☐	H X	E X	H ☐	
Prof. Dr. Sami AYDOĞAN	Fizyoloji	E.Ü. Tıp Fak.	E X	K ☐	E ☐	H X	E X	H ☐	
Prof. Dr. Karamehmet YILDIZ	Anest. ve Rean.	E.Ü. Tıp Fak.	E X	K ☐	E ☐	H X	E ☐	H X	
Prof. Dr. Salih KUK	Tıbbi Parazitoloji	E.Ü. Tıp Fak.	E X	K ☐	E ☐	H X	E X	H ☐	
Prof. Dr. Kemal DENİZ	Patoloji	E.Ü. Tıp Fak.	E X	K ☐	E ☐	H X	E X	H ☐	
Prof. Dr. Musa KARAKÜKÇÜ	Çocuk. Sağ ve Hast.	E.Ü. Tıp Fak.	E X	K ☐	E ☐	H X	E X	H ☐	
Doç. Dr. Aydın ÜNAL	İç Hastalıkları	E.Ü.Tıp Fak.	E X	K ☐	E ☐	H X	E X	H ☐	
Doç. Dr. Güven KAHRİMAN	Radyoloji	E.Ü.Tıp Fak.	E X	K ☐	E ☐	H X	E X	H ☐	
Doç. Dr. Kemal ÖZYURT	Dermatoloji	Kayseri Eğitim Hast.	E X	K ☐	E ☐	H X	E X	H ☐	
Doç. Dr. Emin Murat CANGER	Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi	E.Ü. Diş Hek. Fak.	E X	K ☐	E ☐	H X	E X	H ☐	
Yard. Doç. Dr. Zafer SEZER	Farmakoloji	E.Ü. Tıp Fak.	E X	K ☐	E ☐	H X	E X	H ☐	
Yard.Doç.Dr. Gökmen ZARARSIZ	Biyoistatistik	E.Ü. Tıp Fak.	E X	K ☐	E ☐	H X	E ☐	H X	
Av. Zafer Tuğrul SARIASLAN	Avukat	Hukuk Müşaviri	E X	K ☐	E ☐	H X	E ☐	H X	
Ecz. Şükran TERZİ	Eczacı	Serbest Eczacı	E ☐	K X	E ☐	H X	E X	H ☐	
Serkan KARACA	Sivil Üye	Öğretmen	E X	K ☐	E ☐	H X	E X	H ☐	

*: Toplantıda Bulunma

Etik Kurul Başkanının
Ünvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Ruhan DÜŞÜNSEL
İmza:

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU (2011 - KAEK-80)

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Adıyaman İl Merkezinde 15-49 Yaş Kadınlarda Obezite Sıklığı, Fiziksel Aktivite Düzeyi ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

ETİK KURUL BİLGİLERİ

ETİK KURULUN ADI	ERCİYES ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
AÇIK ADRES	Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Melikgazi/KAYSERİ
TELEFON	0 352 437 49 10 - 11
FAKS	0 352 437 52 86
E-POSTA	byancar@erciyes.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ

KOORDİNATÖR / SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI / ADI / SOYADI	Prof.Dr. Osman Ceyhan				
KOORDİNATÖR SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Halk Sağlığı				
KOORDİNATÖR / SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı/Kayseri				
VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ ADI SOYADI					
DESTEKLEYİCİ					
PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)					
DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMCİLCİSİ					
ARAŞTIRMANIN FAZI VE TÜRÜ	FAZ 1				
	FAZ 2				
	FAZ 3				
	FAZ 4				
	Gözlemsel ilaç çalışması				
	Tıbbi cihaz klinik araştırması				
	İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları				
	İlaç dışı klinik araştırma	X			
	Diğer ise belirtiniz	Doktora Tezi			
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEKMERKEZ X	ÇOKMERKEZ	ULUSAL X	ULUSLARARASI	

Etik Kurul Başkanının
Ünvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Ruhan DÜŞÜNSEL
İmza:

T.C.

Bahri YANCAR
Fakülte Şefi

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır

EK-3 Adıyaman Valiliği Kurum İzni

ADIYAMAN HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ - ADIYAMAN
HALK SAĞLIĞI TOPLUM SAĞLIĞI BİRİMİ
07/03/2016 14:55 - 80330453 - 806.01.03 - E.65
00020327379

T.C.
ADIYAMAN VALİLİĞİ
Halk Sağlığı Müdürlüğü

Sayı : 80330453/ E.65 07/03/2016
Konu : Dilekçe

Sn. Türkan ŞAHİN
Adıyaman Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu
Gölbaşı Yolu Üzeri Altınşehir/ADIYAMAN

Müdürlüğümüze vermiş olduğunuz 29/02/2016 tarihli dilekçenizde, Adıyaman Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu Öğretim Görevlisi olarak görev yaptığınız, aynı zamanda Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü Tıp Halk Sağlığı Doktora öğrencisi olduğunuz ve Müdürlüğümüz Merkez Toplum Sağlığı Merkezine bağlı 3 Nolu, 4 Nolu ve 14 Nolu Aile Sağlığı Merkezlerinde, ***"15-49 Yaş Kadınlarda Obezite Sıklığı, Fiziksel Aktivite Düzeyi ve Yaşam Biçimi Davranışları"*** konulu tez çalışmasını yürütmek istediğiniz belirtilmiştir.

Yukarıda adı geçen Aile Sağlığı Merkezlerinde belirtmiş olduğunuz konuda yürüteceğiniz tez çalışması Müdürlüğümüzce uygun görülmüş olup, çalışma akabinde düzenleyeceğiniz sonuçtan Müdürlüğümüze bilgi verilmesi hususu;

Bilgilerinize sunulur.

Dr. H. Mustafa KUTLU
Halk Sağlığı Müdürü

Toplum Sağlığı Hizmetleri Şube Müdürlüğü
Siteler Mahallesi Kavi Caddesi 02200/Adıyaman
Telefon: 0416 225 10 23 Fax: 0416 225 20 75
toplumsagligibirimi02@gmail.com

Bilgi İçin: Fatih ÖZEL
Sağlık Memuru
Telefon: 0416 225 10 23 Dâhili: 118

Evrakın elektronik imzalı suretine http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden 35bebbfe-408c-4a00-a89b-8f3bd50251bc kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK: 4 BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (BGOF)

BİLGİLENDİRME:

Katılacak olduğunuz bu araştırmanın adı "Adıyaman İl Merkezinde 15-49 Yaş Kadınlarda Obezite Sıklığı, Fiziksel Aktivite Düzeyi ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları" dır.

Bu araştırmanın amacı; 15-49 yaşları arasındaki kadınlarda obezite(şişmanlık) sıklığını değerlendirmek, kadınların son bir hafta içerisindeki aktivite süre ve sıklıkları sorgulanarak bireylerin aktivite düzeylerinin belirlemek ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının İncelenmektir. Araştırma verilerinin toplanmasına 2016 yılı Mart ayında başlanacaktır.

Araştırmaya 1100 kadının alınması planlanmaktadır. Araştırma kişilere yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak anket formunun doldurulması ve boy, kilo, bel, kalça ölçümlerinin yapılması ve kayıt edilmesi şeklinde yapılacaktır.

Bu anket çalışmasına katılmak sizin isteğinize bağlı olup, istediğiniz zaman, bir cezaya veya yaptırıma maruz kalmaksızın ve hiçbir hakkınızı kaybetmeksizin, araştırmaya katılmayı reddedebilirsiniz ve araştırmadan çekilebilirsiniz. Bu çalışma için siz herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorsunuz ve size de bir ödeme yapılmayacaktır.

Kimliğinizi ortaya koyacak kayıtlar kesinlikle gizli tutulacaktır, kamuoyuna açıklanmayacaktır, araştırma sonuçlarının yayımlanması halinde bile kimliğiniz gizli kalacaktır.

Araştırma Süresince 24 Saat Ulaşılabilecek Kişi Adı / Soyadı / Telefonu: Öğretim Görevlisi Türkan ŞAHİN/0416 223 30 03 – 1651 (iç hat) Cep: 05055656512

GÖNÜLLÜ OLURU

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama, aşağıda adı belirtilen kişi tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Bu formun bir nüshası tarafıma verildi.

Gönüllünün Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Açıklamaları Yapan Kişinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Gerekiyorsa Olur İşlemine Tanık Olan Kişinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Gerekiyorsa Yasal Temsilcinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

18 Yaş Altı Gönüllünün Velisinin Adı / Soyadı/ İmzası / Tarih

EK: 5 ANKET

Anket No:

ASM Adı:

1. **Yaşınız:** ……..

2. **Aile tipiniz:** 1- Çekirdek 2- Geniş 3- Parçalı(anne-baba ayrı, ölü)

3. **Eğitim durumunuz:**
   1- Okuryazar değil 3- İlkokul mezunu 5- Lise mezunu 7- Lisans üstü
   2- Okuryazar 4- Ortaokul mezunu 6- Üniversite mezunu

4. **Medeni Durumunuz:** 1- Evli 2- Bekar 3- Boşanmış 4- Eşi ölmüş

5. **Eşinizin Eğitim Durumu:**
   1- Okuryazar değil 3- İlkokul mezunu 5- Lise mezunu 7- Lisans üstü
   2- Okuryazar 4- Ortaokul mezunu 6- Üniversite mezunu

6. **Herhangi bir sosyal/sağlık güvenceniz var mı?**
   1-Herhangi bir sosyal/sağlık güvencem yok
   2-SGK/ Genel sağlık Sigortası
   3-Diğer(belirtiniz) ……

7. **Eşinizin işi:**
   1-Herhangi bir işte çalışmıyor
   2-İşçi
   3-Serbest meslek ((Düzenli olarak yaptıkları ve düzenli olarak gelir getiren meslek ve işi olanlar esnaflık, büro işleri, iş yeri sahipliği gibi)
   4-Memur
   5- Emekli
   6-Diğer(belirtiniz)……..

8. **Siz gelir getirici herhangi bir işte çalışıyor musunuz?**
   1-Herhangi bir işte çalışmıyor ev hanımı
   2- işçi
   3-Memur

4-Serbest meslek (Düzenli olarak yaptıkları ve düzenli olarak gelir getiren meslek ve işi olanlar esnaflık, büro işleri, iş yeri sahipliği gibi)
5-Emekli
6-Diğer(belirtiniz)……..

9. Siz dâhil ailede birlikte yaşadığınız birey sayısı kaçtır? .....

10. Ailenin toplam ortalama aylık geliri (aile bütçesine bir ayda gelen toplam para): .....TL

11. Siz dâhil bu gelirden faydalanan kişi sayısı:..... kişi

12. Ailenizde sizin bakımınıza muhtaç birey var mı? (çocuk ya da yetişkin)
1- Hayır 2- Evet

13. Sigara kullanıyor musunuz?
1- Evet, halen içiyorum 2. Hayır hiç içmedim 3.).....yıl içtim, bıraktım

* Evet ise kaç yıldır içiyorsunuz (…..) * Evet ise kaç yıl içtiniz? (…..)

* Günde kaç adet içersiniz? (…..) * Günde kaç adet içerdiniz? (…..)

14. Hekim tarafından teşhis edilmiş herhangi bir kronik sağlık sorununuz var mı?
1-Yanıtınız Hayır ise (17. Soruya geçiniz)
2-Yanıtınız Evet ise (belirtiniz).....

15. Hastalığınızla ilgili doktor, diyetisyen tarafından önerilen bir diyet uyguluyor musunuz?
1-Yanıtınız Hayır ise (17. soruya geçiniz).
2-Yanıtınız Evet ise diyet türünü belirtiniz .....

16. Bu sorununuz fiziksel aktivite yapmanızı engelleyecek düzeyde mi?
1- Hayır 2- Evet

17. Size ait sürekli kullandığınız binek aracınız var mı?
1- Hayır 2- Evet

18. Eşinize ait sürekli kullandığınız binek aracınız var mı?
1- Hayır 2- Evet

19. Ev dışına çıkmakta/eve dönmekte/ ev dışı işlerinizi hallederken sıklıkla ulaşımınızı nasıl sağlarsınız?

1- Kendi aracınızla 2- Yürüyerek 3- Bisikletle 4- Toplu taşıma aracı
5- Diğer (…….)

20. Evde/ İşyerinizde bilgisayarınız var mı?

1- Hayır 2- Evet

21. Bilgisayar, televizyon ve konuşma dışı telefon kullanımı için <u>günlük</u> ne kadar süre harcarsınız? …….....saat/ dakika

22. Düzenli olarak alkol kullanıyor musunuz?

1- Hayır 2- Evet

* Evet, ise; günde ne sıklıkla alkol alırsınız?

1. Her gün (kaç bardak: .....)
2. Hafta 1 gün
3. Yalnızca hafta sonları
4. Haftada 3-5 kez

23. Siz kendi kilonuzu nasıl algılıyorsunuz?

1- Zayıf 2- Normal 3- Hafif şişman 4- Şişman
5- Çok şişman

24. Yaşamınızda kendinize göre yada doktor tanısıyla obezite (şişmanlık) sorunu yaşadınız mı?(size uygunsa birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

1-Doktor tanısıyla daha önce yaşadım
2-Kendi düşünceme göre daha önce yaşadım
3-Şu an tanı konmuş bir obezite sorunum var
4-Kendi düşünceme göre şimdi yaşıyorum
5-Hiç yaşamadım
6-Diğer ……..

25. Yaşamınızın her hangi bir döneminde yeme-içme alışkanlığınızı değiştirmeye yönelik uygulamalar (Diyet) yaptınız mı?

1- Hayır(Yanıtınız hayır ise 26. soruya geçiniz) 2- Evet (Yanıtınız evet ise 25. soruya geçiniz)

26. Yeme-içme alışkanlığınızı değiştirmeye yönelik uygulamaları (Diyet) ne amaçla/kimin kararıyla yaptınız?

1- Zayıflamak için kendim diyet yaptım
2- Zayıflamak için doktor/diyetisyen önerisine göre yardım alarak diyet uyguladım

3- Sağlık problemlerimden dolayı kendim diyet yaptım
4- Sağlık problemlerimden dolayı doktor/diyetisyen önerisine göre yardım alarak diyet uyguladım
5- Problemim yok sağlıklı yaşamak için yediklerime kendim dikkat ettim
6- Problemim yok sağlıklı yaşamak için doktor/diyetisyen önerisine göre yardım alarak yediklerime dikkat ettim
7- Diğer……

27. **Yaşamınızın her hangi bir döneminde herhangi bir fiziksel aktivite (Spor aktiviteleri, yürüyüş, koşma, yüzme, basit egzersizler, bisiklet sürme vb.)yaptınız mı?**

1- Hayır(Yanıtınız hayır ise 28. soruya geçiniz) 2- Evet (Yanıtınız evet ise 27. soruya geçiniz)

28. Fiziksel aktiviteye (Spor aktiviteleri, yürüyüş, koşma, yüzme, basit egzersizler, bisiklet sürme vb.)yönelik uygulamaları ne amaçla/kimin kararıyla yaptınız?

1-Zayıflamak için kendim fiziksel aktivite yaptım
2-Zayıflamak için doktor/diyetisyen önerisine göre yardım alarak fiziksel aktivite uyguladım
3- Sağlık problemlerimden dolayı kendim fiziksel aktivite yaptım
4- Sağlık problemlerimden dolayı doktor/diyetisyen önerisine göre yardım alarak fiziksel aktivite uyguladım
5- Problemim yok sağlıklı yaşamak için fiziksel aktiviteye kendim dikkat ettim
6- Problemim yok sağlıklı yaşamak için doktor/diyetisyen önerisine göre yardım alarak fiziksel aktiviteye dikkat ettim
7. Diğer…….

29. Yaşamınızın her hangi bir döneminde yeme-içme alışkanlığınızı değiştirmeye yönelik uygulamalar (Diyet) ve fiziksel aktivite (Spor aktiviteleri, yürüyüş, koşma, yüzme, basit egzersizler, bisiklet sürme vb.)uygulamalarını birlikte yaptınız mı? (Diyet + spor)

1- Hayır 2- Evet 3- Bazen 4- Diğer ……

30. Daha önce gebelik geçirdiniz mi? (Yanıtınız evet ise 30. soruya hayır ise ölçeklere geçiniz)

1-Hayır 2- Evet

31. **Toplam gebelik sayınız** ……..

32. **Doğum yaptınız mı?**

1-Hayır (Yanıtınız hayır ise 33. soruya geçiniz ve gebelik sürecinizi düşünerek yanıtlayınız)
2- Evet

33. **Toplam doğum sayınız** ……

34. Gebelikte ve doğum sonrası (lohusalık dönemi hariç) doktor tarafından tanı konulmuş bir obezite sorunu yaşadınız mı?

1- Hayır 2- Evet

35. Gebelikte ve doğum sonrası (lohusalık dönemi hariç) zayıflamak için yeme-içme alışkanlığınızı değiştirmeye yönelik değişiklikler (diyet) uyguladınız mı?

1- Hayır 2- Evet

36. Gebelik ya da doğum sonrası her hangi bir fiziksel aktivite (Spor aktiviteleri, yürüyüş, koşma, yüzme, basit egzersizler, bisiklet sürme gibi) yaptınız mı?

1- Hayır 2- Evet

37. Gebelik ya da doğum sonrası her hangi bir diyet yada her hangi bir fiziksel aktivite uyguladıysanız nedeni neydi?

1-Bir problemim yoktu sağlıklı yaşam için uyguladım
2-Tanı konmuş bir obezite problemim oldu
3-Kendimce şişmanlık problemim oldu
4-Varsa diğer nedenleriniz belirtiniz
…….

38. Ağırlık:.....kg

39. Boy:.....cm

40. Bel Çevresi: …….. cm

41. Kalça Çevresi: ……. cm

EK: 6 ULUSLARARASI FİZİKSEL AKTİVİTE ANKETİ

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

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

   Haftada……gün

   Şiddetli fiziksel aktivite yapmadım. → (3. soruya gidin.)

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

   Günde……saat……..dakika

   Bilmiyorum/Emin değilim

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

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

   Haftada……gün

   Orta dereceli fiziksel aktivite yapmadım. → (5.soruya gidin.)

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

   Günde ……saat…….dakika

   Bilmiyorum/Emin değilim

Son 7 günde bir seferde en az 10 dakika boyunca yürüyerek geçirdiğiniz zamanı düşünün. Bu işyerinde, evde, bir yerden bir yere ulaşım amacıyla veya sadece dinlenme, spor, egzersiz veya hobi amacıyla yaptığınız yürüyüş olabilir.

5. **Son 7 gün içerisinde, bir seferde en az 10 dakika yürüdüğünüz gün sayısı kaçtır?**

   Haftada……gün

   Yürümedim. → (7.soruya gidin.)

6. **Bu günlerden birinde yürüyerek genellikle ne kadar zaman geçirdiniz?**

   Günde ……saat ……..dakika

   Bilmiyorum/Emin değilim

Son 7 günde hafta içinde oturarak geçirdiğiniz zamanları düşünün. Buna işte, evde, çalışırken ya da dinlenirken geçirdiğiniz zamanlar dahildir. Bu masanızda, arkadaşınızı ziyaret ederken, okurken, otururken, araba, otobüs, tren gibi ulaşım araçlarında oturarak seyahat ederken veya uzanarak televizyon seyrettiğinizde geçirdiğiniz zamanları kapsamaktadır.

7. **Son 7 gün içerisinde, günde oturarak ne kadar zaman harcadınız?**

   Günde ……saat…….dakika

   Bilmiyorum/Emin değilim

EK: 7 SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ

	Hiçbir Zaman	Bazen	Sık Sık	Düzenli Olarak
1. Bana yakın olan kişilerle endişelerimi ve sorunlarımı tartışırım				
2. Sıvı ve katı yağı, kolesterolü düşük bir diyeti tercih ederim				
3. Doktora ya da bir sağlık görevlisine, vücudumdaki olağandışı belirti ve bulguları anlatırım.				
4. Düzenli bir egzersiz programı yaparım.				
5. Yeterince uyurum.				
6. Olumlu yönde değiştiğimi ve geliştiğimi hissederim.				
7. İnsanları başarıları için takdir ederim.				
8. Şekeri ve tatlıyı kısıtlarım.				
9. Televizyonda sağlığı geliştirici programları izler ve bu konularla ilgili kitapları okurum.				
10. Haftada en az 3 kez 20 dakika veya daha uzun süreli tempolu egzersiz yaparım (hızlı yürüyüş, bisiklete binme, aerobik, dans ve step egzersiz gibi)				
11. Her gün rahatlamak için zaman ayırırım.				
12. Yaşamamın bir amacı olduğuna inanırım.				
13. İnsanlarla anlamlı ve doyumlu ilişkiler sürdürürüm.				
14. Her gün 6-11 öğün ekmek, tahıl, pirinç ve makarna yerim				
15. Sağlık personeline önerilerini anlamak için soru sorarım.				
16. Hafif ve orta düzeyde fiziksel aktivitede bulunurum (Örneğin haftada 5 kez ya da daha fazla, 30-40 dakika kesintisiz yürürüm.).				
17. Yaşamımda değiştiremeyeceğim şeyleri kabullenirim				
18. Geleceğe umutla bakarım.				
19. Yakın arkadaşlarıma zaman ayırırım.				
20. Her gün 2-4 porsiyon meyve yerim				
21. Her zaman gittiğim sağlık personelinin önerileri ile ilgili kaygılarım olduğunda başka bir sağlık personeline danışırım.				
22. Boş zamanlarımda yüzme, dans etme, bisiklete binme gibi eğlendirici fizik aktiviteler yaparım.				
23. Uyumadan önce güzel şeyler düşünürüm.				
24. Kendimle barışık ve kendimi yeterli hissederim.				
25. Başkalarına ilgi, sevgi ve yakınlık göstermek benim için kolaydır.				
26. Her gün 3-5 porsiyon sebze yerim.				
27. Sağlık sorunlarımı sağlık personeliyle konuşurum.				
28. Haftada en az 3 kere kas güçlendirme egzersizleri yaparım.				

29. Stresimi kontrol etmek için uygun yöntemleri kullanırım.				
30. Hayatımdaki uzun vadeli amaçlar için çalışırım.				
31. Sevdiğim kişilerle kucaklaşırım				
32. Her gün 3-4 porsiyon süt, yoğurt veya peynir yerim.				
33. Vücudumu fiziksel değişiklikler, tehlikeli bulgular bakımından ayda en az bir kez kontrol ederim.				
34. Günlük işler sırasında egzersiz yaparım (örneğin, yemeğe yürüyerek giderim, asansör yerine merdiven kullanırım, arabamı uzağa park eder ve yürürüm.).				
35. İş ve eğlence zamanımı dengelerim.				
36. Her gün yapacak değişik ve ilginç şeyler bulurum.				
37. Yakın dostlar edinmek için çaba harcarım				
38. Her gün et, tavuk, balık, kuru bakliyat, yumurta, çerez türü gıdalardan sadece 3-4 porsiyon yerim.				
39. Kendime nasıl daha iyi bakabileceğim konusunda sağlık personeline danışırım.				
40. Egzersiz yaparken nabız ve kalp atışlarımı kontrol ederim.				
41.Günde 15-20 dakika gevşeyebilmek, rahatlayabilmek için uygulamalar yaparım.				
42. Yaşamımda benim için önemli olan şeylerin farkındayım.				
43. Benzer sorunu olan kişilerden destek alırım.				
44. Gıda paketlerinin üzerindeki besin, yağ ve sodyum içeriklerini belirleyen etiketleri okurum.				
45. Bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılırım.				
46. Kalp atımım hızlanana kadar egzersiz yaparım.				
47. Yorulmaktan kendimi korurum.				
48. İlahi bir gücün varlığı ile ilişkim olduğunu hissederim.				
49. Konuşarak ve uzlaşarak çatışmaları çözerim.				
50. Kahvaltı yaparım.				
51. Gereksinim duyduğumda başkalarından danışmanlık ve rehberlik alırım.				
52. Yeni deneyimlere ve durumlara açığım.				

EK-8

TANITA
BODY COMPOSITION
ANALYZER
BC-418

13 MAY 2016 00:07

BODY TYPE	STANDARD
GENDER	FEMALE
AGE	17
HEIGHT	154 cm
WEIGHT	56.0kg
BMI	23.6
BMR	5958 kJ
	1424kcal
FAT%	20.7%
FAT MASS	11.6kg
FFM	44.4kg
TBW	32.5kg

IMPEDANCE	
Whole Body	586 Ω
Right Leg	245 Ω
Left Leg	248 Ω
Right Arm	311 Ω
Left Arm	321 Ω

Segmental Analysis	
Right Leg	
Fat%	30.6%
Fat Mass	3.3kg
FFM	7.4kg
Predicted Muscle Mass	7.0kg
Left Leg	
Fat%	31.1%
Fat Mass	3.3kg
FFM	7.2kg
Predicted Muscle Mass	6.8kg
Right Arm	
Fat%	23.0%
Fat Mass	0.7kg
FFM	2.2kg
Predicted Muscle Mass	2.0kg
Left Arm	
Fat%	24.8%
Fat Mass	0.7kg
FFM	2.1kg
Predicted Muscle Mass	1.9kg
Trunk	
Fat%	12.7%
Fat Mass	3.7kg
FFM	25.5kg
Predicted Muscle Mass	24.4kg

ADIYAMAN İL MERKEZİNDE 15-49 YAŞ KADINLARDA OBEZİTE SIKLIĞI, FİZİKSEL AKTİVİTE DÜZEYİ VE SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI

ORIJINALLIK RAPORU

%20	%17	%8	%13
BENZERLIK ENDEKSI	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCI ÖDEVLERI

BIRINCIL KAYNAKLAR

1	Submitted to Ondokuz Mayıs Universitesi Öğrenci Ödevi	%1
2	halksagligiokulu.org İnternet Kaynağı	%1
3	www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	%1
4	library.cu.edu.tr İnternet Kaynağı	%1
5	www.mkumedicaljournal.com İnternet Kaynağı	%1
6	tarama.mehmetakif.edu.tr İnternet Kaynağı	%1
7	beslenme.gov.tr İnternet Kaynağı	%1
8	acikerisim.selcuk.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<%1

ÖZ GEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı, Soyadı: Türkan ŞAHİN
Uyruğu: Türkiye (TC)
Doğum Tarihi ve Yeri: 25.01. 1972, Erzurum
Medeni Durumu: Evli
Tel: 0416 2233001-1651
Fax:
email: tsahin@adiyaman.edu.tr
Yazışma Adresi: Adıyaman Üniversitesi Kampüsü Sağlık Yüksekokulu Altınşehir/Adıyaman

EĞİTİM

Derece	Kurum	Mezuniyet Tarihi
Yüksek Lisans	Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü	2012
Lisans	Atatürk Ünv. Hemşirelik Yüksek Okulu	1995
Lise	Gemlik Lisesi, Bursa-Gemlik	1990

İŞ DENEYİMLERİ

Yıl	Kurum	Görev
2006- Halen	Adıyaman Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu	Öğr. Grv.
2000–2006	İnönü Üniversitesi Adıyaman Sağlık Yüksek Okulu	Öğr. Grv.
1995-2000	Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi	Hemşire

YABANCI DİL

İngilizce