

T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HASTANE ÇALIŞANLARINDA FAZLA KİLOLULUK/OBEZİTE İLE BAZI
PSİKOSOSYAL ETKENLER VE YEME TUTUMU İLİŞKİSİ:
VAKA KONTROL ÇALIŞMASI

Uzm. Dr. Çiğdem SAVAŞ DUMAN

Epidemiyoloji Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ

ANKARA
2024

T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HASTANE ÇALIŞANLARINDA FAZLA KİLOLULUK/OBEZİTE İLE BAZI
PSİKOSOSYAL ETKENLER VE YEME TUTUMU İLİŞKİSİ:
VAKA KONTROL ÇALIŞMASI

Uzm. Dr. Çiğdem SAVAŞ DUMAN

Epidemiyoloji Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Bahar (GÜÇİZ) DOĞAN

ANKARA
2024

HASTANE ÇALIŞANLARINDA FAZLA KİLOLULUK/OBEZİTE İLE BAZI PSİKOSOSYAL
ETKENLER VE YEME TUTUMU İLİŞKİSİ: VAKA KONTROL ÇALIŞMASI

Uzm. Dr. Çiğdem SAVAŞ DUMAN

Danışman: Prof. Dr. Bahar (GÜÇİZ) DOĞAN

Bu tez çalışması 2.10.2024 tarihinde jürimiz tarafından "Epidemiyoloji Programı"nda yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı: Prof. Dr. Mutlu HAYRAN

(Hacettepe Üniversitesi)

Üye: Prof. Dr. Bahar (GÜÇİZ) DOĞAN

(Hacettepe Üniversitesi)

Üye: Doç. Dr. Mahmut YARDIM 

(Hacettepe Üniversitesi)

Üye: Prof. Dr. Şehnaz ÖZYAVUZ ALP

(Hacettepe Üniversitesi)

Üye: Doç. Dr. Asiye UĞRAŞ DİKMEN

(Gazi Üniversitesi)

Bu tez, Hacettepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun bulunmuştur.

Prof. Dr. Müge YEMİŞÇİ ÖZKAN

01 Kasım 2024

Enstitü Müdürü 

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin/raporumun tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kâğıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Hacettepe Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinlerin yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

Yükseköğretim Kurulu tarafından yayınlanan **“Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge”** kapsamında tezimin aşağıda belirtilen koşullar haricince YÖK Ulusal Tez Merkezi / H.Ü. Kütüphaneleri Açık Erişim Sisteminde erişime açılır.

- Enstitü / Fakülte yönetim kurulu kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren 2 yıl ertelenmiştir.⁽¹⁾
- Enstitü / Fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren ... ay ertelenmiştir.⁽²⁾
- Tezimle ilgili gizlilik kararı verilmiştir.⁽³⁾

04/11/2024

Uzm. Dr. Çiğdem SAVAŞ DUMAN

“Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge”

(1) Madde 6. 1. Lisansüstü teze ilgili patent başvurusu yapılması veya patent alma sürecinin devam etmesi durumunda, tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulu iki yıl süre ile tezin erişime açılmasının ertelenmesine karar verebilir.

(2) Madde 6. 2. Yeni teknik, materyal ve metotların kullanıldığı, henüz makaleye dönüşmemiş veya patent gibi yöntemlerle korunmamış ve internetten paylaşılması durumunda 3. şahıslara veya kurumlara haksız kazanç imkânı oluşturabilecek bilgi ve bulguları içeren tezler hakkında tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile altı ayı aşmamak üzere tezin erişime açılması engellenebilir.

*(3) Madde 7. 1. Ulusal çıkarları veya güvenliği ilgilendiren, emniyet, istihbarat, savunma ve güvenlik, sağlık vb. konulara ilişkin lisansüstü tezlerle ilgili gizlilik kararı, tezin yapıldığı kurum tarafından verilir *. Kurum ve kuruluşlarla yapılan iş birliği protokolü çerçevesinde hazırlanan lisansüstü tezlerle ilişkin gizlilik kararı ise, ilgili kurum ve kuruluşun önerisi ile enstitü veya fakültenin uygun görüşü üzerine üniversite yönetim kurulu tarafından verilir. Gizlilik kararı verilen tezler Yükseköğretim Kuruluna bildirilir.*

Madde 7.2. Gizlilik kararı verilen tezler gizlilik süresince enstitü veya fakülte tarafından gizlilik kuralları çerçevesinde muhafaza edilir, gizlilik kararının kaldırılması halinde Tez Otomasyon Sistemine yüklenir

** Tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulu tarafından karar verilir.*

ETİK BEYAN SAYFASI

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında zgn olduğunu, Prof. Dr. Bahar (GÜÇİZ) DOĞAN danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Yönergesine göre yazıldığını beyan ederim.

Uzm. Dr. Çiğdem SAVAş DUMAN

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca heyecanıma ortak olan, danışmanlık yaptığı dört yıllık süreçte sadece değerli akademik bilgileriyle değil yaşam tecrübeleri ile de bana yol gösteren, eleştirel düşünme becerilerimi güçlendirerek çalışmalarımda beni cesaretlendiren ve geliştiren sevgili danışman hocam Prof. Dr. Bahar (GÜÇİZ) DOĞAN'a,

Epidemiyoloji Bilimi'ne inancımı, merakımı, hayranlığımı artıran, akademik yaşamımdan feyz aldığım hocam Prof. Dr. Banu ÇAKIR'a; yüksek lisans başvuru sürecimde başaracağıma inancı olan hocam Prof. Dr. Hakan ALTINTAŞ'a; bir Halk Sağlığı Uzmanı olarak meslek hayatım boyunca sağlığa etkisini değerlendirmede en çekindiğim alan olan Çevre Sağlığı alanında tereddütlerime son veren hocam Prof. Dr. Cavit Işık YAVUZ'a; sağlıkta cinsiyetin, daha da önemlisi toplumsal cinsiyetin etkisini değerlendirmeyi kalıcı şekilde bana benimseten hocam Prof. Dr. Şevkat BAHAR ÖZVARIŞ'a; analitik düşünme becerilerimi geliştiren hocam Prof. Dr. Mutlu HAYRAN'a

çalışmanın katılımcıları olan hastane çalışanlarına ve zorlu öğrenme dönemlerimde bana destek olan epidemiyolog arkadaşlarıma,

meslek yaşamıma bir tezden daha fazlasını eklediğim bu dönemde her zaman yanımda olan, beni her konuda destekleyen ve yalnız bırakmayan sevgili aileme, canım babama ama özellikle beni her zaman anlamayı başarmış minik kızlarım Ayzen Lale ve Esil İnci'ye

Çok teşekkür ederim.

ÖZET

Savaş Duman, Ç., Hastane Çalışanlarında Fazla Kiloluluk/Obezite ile Bazı Psikososyal Etkenler Ve Yeme Tutumu İlişkisi: Vaka Kontrol Çalışması, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Epidemiyoloji Programı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2024. Bu çalışmada temel amaç, hastane çalışanlarında fazla kilolu/obez olma durumunda yeme tutumunun, algılanan stresin ve algılanan sosyal desteğin ana etken olup olmadığını ve diğer kuvvetle muhtemel etkenleri incelemektir. Ayrıca, fazla kilo/obezitenin olası sağlık sonuçlarını kişilerin beyanlarına göre son bir hafta içerisinde gelişen şikayet sıklıklarına göre değerlendirmek de amaçlanmıştır. Çalışma, Türkiye genelinde sağlık çalışanlarında fazla kiloluluk ve obezitenin yeme tutumu ve psikososyal özellikler ile ilişkisini değerlendiren ilk çalışmadır. Bu çalışmada 149 fazla kilolu, 113 obez ve 224 normal kilolu sağlık çalışanı ile görüşülmüştür. Obez vaka grubunun ileri analizlerinde değişkenler ile Logistik Regresyon Testi kullanılarak 4 farklı model oluşturulmuş olup modeller arası uyum analizine göre seçilmiş modelin OR ve güven aralıkları değerlendirilmiştir. Her ne kadar istatistiksel olarak anlamlı değilse de kontrol grubu ile karşılaştırıldığında obez grupta erkeklerin kadınlardan 1,4 kat daha fazla olduğu görülmüştür (%95 GA 0,73-2,67) ($p=0,30$). Kontrol grubu ile karşılaştırıldığında, 30-39 yaş aralığında olan obezlerin, 20-29 yaş aralığında olanların 5,6 katı (%95 GA 3,11-10,35; $p<0,001$) olduğu görülmüştür. Obezlerde ana etken (main effect) olarak araştırılan yeme tutumu değişkeni incelendiğinde, bozulmuş yeme tutumuna sahip olanların, yeme tutumu bozulmuş olmayanların 2,4 katı (%95 GA 1,05-5,70; $p=0,037$) olduğu görülmüştür. Fazla kilolu çalışanlarda en fazla lise düzeyinde eğitim görenlerin lise üstü eğitim görenlerden 1,6 kat daha fazla oldukları saptanmıştır (OR= 1,6, %95 GA=1,04-2,73; $p=0,034$). Obez sağlık çalışanlarında “diğer meslek mensuplarının”, “sağlık meslek mensuplarının” 5,1 katı (%95 GA=2,76-9,71; $p<0,001$); fazla kilolularda ise 2,4 katı (%95 GA=1,27-4,70; $p=0,001$) olduğu görülmüştür. Kontrol grubu ile karşılaştırıldığında, fazla kilolu ve obez çalışanların hane halkı büyüklüklerinin kontrol grubundan daha fazla olduğu (hane halkı büyüklüğü ≥ 5 olanlar Kontrol grubunda %16,5, Fazla kilo grubunda %18,1, obez grubunda %27,4; $p_1=0,10$, $p_2=<0,001$) görülmüş olup, hane halkı sayısına eklenen bir bireyin obezite görülme ihtimalini 1,4 kat artırdığı (%95 GA=1,19-1,82; $p<0,001$) tespit edilmiştir. Obezite bir sağlık sorunu olmasına rağmen obez hastane çalışanları, genel sağlık durumlarını iyi/çok iyi şeklinde değerlendirmiştir. Fazla kilolu/obez çalışanların çoğunun en az bir kez kilo vermeyi denemiş olmaları ve halen kilo vermeyi istemeleri, sağlık algılarından ziyade beden imajına verdikleri önemden kaynaklandığını düşündürmektedir. Sağlık iş gücünün korunması ve geliştirilmesinde, Sağlık Bakanlığının önerileri doğrultusunda, çalışanların periyodik tarama programlarının içinde yıllık BKİ takiplerine yer verilmesi önemlidir. Bu programlar, obez çalışanların ek sağlık riskleri gözetilerek olası sağlık sonuçlarını erken tespit edebilmek amacıyla ek ileri tetkikleri de içermelidir.

Anahtar Kelimeler: Fazla kilo, obezite, yeme tutumu, psikososyal, sağlık çalışanı.

ABSTRACT

Duman, Ç.S., The Relationship Between Overweight/Obesity and Some Psychosocial Factors and Eating Attitudes in Hospital Employees: Case Control Study, Hacettepe University Graduate School of Health Sciences Epidemiology Program Master's Thesis, Ankara, 2024. The main purpose of this study is to examine whether eating attitudes, perceived stress and perceived social support are the main factors in the case of being overweight/obese in hospital workers and other possible factors. In addition, it is also aimed to evaluate the possible health consequences of overweight/obesity according to the frequency of complaints developed in the last week according to the statements of the individuals. The study is the first study to evaluate the relationship between overweight and obesity and eating attitudes and psychosocial characteristics in healthcare workers in Turkey. In this study, 149 overweight, 113 obese and 224 normal weight healthcare workers were interviewed. In the advanced analysis of the obese case group, 4 different models were created using the Logistic Regression Test with variables and the OR and confidence intervals of the selected model were evaluated according to the fit analysis between the models. Although it was not statistically significant, it was seen that males were 1.4 times more than females in the obese group compared to the control group (95% CI 0.73-2.67) ($p=0.30$). Compared with the control group, it was seen that obese people aged between 30-39 were 5.6 times more than those aged between 20-29 (95% CI 3.11-10.35; $p<0.001$). When the eating attitude variable investigated as the main effect in obese people was examined, it was seen that those with disturbed eating attitudes were 2.4 times more than those without disturbed eating attitudes (95% CI 1.05-5.70; $p=0.037$). It was found that among overweight workers, those with at most high school education were 1.6 times more than those with above high school education (OR= 1.6, 95% CI=1.04-2.73; $p=0.034$). Among obese healthcare workers, "members of other professions" were 5.1 times more than "members of healthcare professions" (95% CI=2.76-9.71; $p<0.001$); and 2.4 times (95% CI=1.27-4.70; $p=0.001$) in overweight people. When compared with the control group, it was seen that the household sizes of overweight and obese employees were higher than the control group (household size ≥ 5 was 16.5% in the control group, 18.1% in the overweight group, 27.4% in the obese group; $p_1=0.10$, $p_2<0.001$) and it was found that an additional individual to the household size increased the probability of obesity by 1.4 times (95% CI=1.19-1.82; $p<0.001$). Although obesity is a health problem, obese hospital employees rated their general health status as good/very good. The fact that most of the overweight/obese employees have tried to lose weight at least once and still want to lose weight suggests that this is due to the importance they give to body image rather than their perception of health. In order to protect and develop the health workforce, it is important to include annual BMI monitoring in periodic screening programs of employees in line with the recommendations of the Ministry of Health. These programs should also include additional advanced examinations in order to detect possible health outcomes early, considering the additional health risks of obese employees.

Keywords: Overweight, obesity, eating attitude, psychosocial, health worker.

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI	iii
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI	iv
ETİK BEYAN SAYFASI	v
TEŞEKKÜR	vi
ÖZET	vii
ABSTRACT	viii
İÇİNDEKİLER	ix
SİMGELER VE KISALTMALAR	xii
ŞEKİLLER	xiii
TABLolar	xiv
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Obezitenin Tanımı ve Sınıflandırılması	5
2.1.1. Obezitenin BKİ Kullanılarak Ölçülmesindeki Sınırlılıklar	6
2.2. Yetişkin Bireylerde Obezite	7
2.2.1. Küresel Düzeyde Sıklık	7
2.2.2. Türkiye’de Obezite Sıklığı	10
2.3. Literatürde Obezite ile İlişkili Faktörler	13
2.3.1. Sosyodemografik Faktörler	13
2.3.2. Davranışsal Faktörler (Beslenme Alışkanlığı ve Yaşam Tarzı)	14
2.3.3. Genetik Faktörler	14
2.3.4. Komorbidite ve İlaç Kullanımı	15
2.3.5. Stres ve Yeme Davranışları	17
2.3.6. Sosyal Destek	20
2.4. Obezitede Nedensellik Ağı	22
2.5. Obezitenin Sonuçları	23
2.6. Sağlık Çalışanları	25
2.6.1. Sağlık Çalışanlarında Obezite	27

2.7. Obezite ile Mücadele	30
3. YÖNTEM	31
3.1. Araştırmanın Amaçları	31
3.1.1. Kısa-Orta Erimli Amaçlar	31
3.1.2. Uzun Erimli Amaçlar	31
3.2. Araştırmanın Hipotezleri	31
3.3. Araştırmanın Yeri	31
3.4. Araştırmanın Tipi	32
3.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	32
3.5.1. Vaka Gruplarına Dahil Edilme Kriterleri	34
3.5.2. Kontrol Grubuna Dahil Edilme Kriterleri	34
3.5.3. Vaka ve Kontrol Grupları İçin Dışlama Kriterleri	34
3.6. Araştırmanın Değişkenleri	35
3.7. Terim, Sınıflama, Kriterler	36
3.8. Veri Toplama Aracı ve Ön Deneme	39
3.9. Araştırmanın İnsan Gücü ve Verilerin Toplanması	41
3.10. Verilerin Analizi	43
3.11. Etik Konular	44
3.12. Çalışmanın Güçlü Yönleri, Kısıtlılıkları ve Yaşanan Zorluklar	45
3.13. Araştırmanın Zaman Çizelgesi	46
4. BULGULAR	47
4.1. Tanımlayıcı Analizle	47
4.2. İleri Analizler	70
4.2.1. Obezite ile İlgili İleri Analiz Bulguları	70
4.2.2. Fazla Kiloluluk ile İlgili İleri Analiz Bulguları	75
5. TARTIŞMA	77
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	88
6.1. Sonuç	88
6.2. Öneriler	91

7. KAYNAKLAR

93

8. EKLER**EK 1:** Anket Formu**EK 2:** Tez Çalışması ile İlgili Etik Kurul İzin Belgesi**EK 3:** Tez Çalışması Mamak Devlet Hastanesi Araştırma Uygulama İzni**EK 4:** Tez Çalışması Orijinallik Raporu**EK 5.** Digital Makbuz**EK 6** Vaka kontrol gruplarındaki bireylerin son bir hafta içinde yaşadıkları sağlıkla ilgili bazı şikâyetlerin dağılımı (Ankara Mamak Devlet Hastanesi, 2022)**EK 7:** Çalışmada kullanılan ölçeklerin korelasyon matris tabloları**EK 8:** Logistik regresyon analizi (kontrol ve obez grup) korelasyon matris tablosu**9. ÖZGEÇMİŞ**

SİMGELER VE KISALTMALAR

ASD	Algılanan Sosyal Destek
ASÖ	Algılanan Stres Ölçeği
BKİ	Beden Kütle İndeksi
CPAP	Continuous Positive Airway Pressure
ÇBASDÖ	Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
GSYİH	Gayri Safi Yurtiçi Hasıla
HPA	Hipotalamo-Hipofizer-Adrenal
İBBS-1	İstatistiksel Bölge Birimleri Sınıflaması-1
İSG	İş Sağlığı ve Güvenliği
K	Kontrol Grubu
KVH	Kardiyo Vasküler Hastalık
MDB	Major Depresif Bozukluk
MI	Myokart İnfaktüsü
OSHA	Occupational Safety and Health Administration
PTSB	Post Travmatik Stres Bozukluğu
SSD	Sağlanan Sosyal Destek
T2DM	Tip 2 Diyabetes Mellitus
TBSA	Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması
TEKHARF	Türkiye Erişkin Kalp Sağlığı ve Hipertansiyon Araştırması ve Risk Faktörleri
TNSA	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
TOHTA	Türkiye Obezite ve Hipertansiyon Araştırması
TURDEP	Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Araştırması
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
V₁	Vaka 1 (Fazla Kilolu Grup)
V₂	Vaka 2 (Obez Grup)
YT	Yeme Tutumu
YTT-40	Yeme Tutumu-40 Ölçeği

ŞEKİLLER

Şekil	Sayfa
2.1. Kadın ve erkeklerde vücut bileşenlerinin sağlıklı kabul edilen miktarlarının dağılımı.	5
2.2. Fazla kilolu ve obez yetişkinlerin küresel tahmini prevalans haritası, 2024.	8
2.3. Obez yetişkinlerin küresel tahmini prevalans haritası, 2024.	9
2.4. Obezite yönetiminde fiziksel, sosyal ve psikolojik faktörler ve aralarındaki ilişkiler.	18
2.5. Obeziteye neden olan veya obezite ile ilişkili olduğu gösterilen faktörler.	22
3.1. Araştırmaya katılan toplam kişi sayısı.	33

TABLOLAR

Tablo	Sayfa
2.1. BKİ'ye göre ağırlık sınıflaması ve hastalık riski.	5
2.2. Türkiye'de erkek ve kadınların yıllara ve vücut kitle indeksine göre dağılımı (%), 2008-2019 (TÜİK,2020).	11
2.3. Türkiye'de yetişkinlerde yapılmış obezite çalışmaları.	12
2.4. Obezitenin primer ve sekonder biyolojik nedenleri.	1
4.1. Vaka ve kontrol grubundaki katılımcıların bazı kişisel özelliklerine göre dağılımı (Ankara Mamak Devlet Hastanesi, 2022).	48
4.2. Vaka ve kontrol gruplarındaki katılımcıların bazı hane halkı özelliklerine göre dağılımı (Ankara Mamak Devlet Hastanesi, 2022).	49
4.3. Vaka ve kontrol gruplarındaki katılımcıların ekonomik durum ile ilgili bazı özelliklerine göre dağılımı (Ankara Mamak Devlet Hastanesi,2022).	51
4.4. Vaka ve kontrol gruplarındaki katılımcıların iş ve çalışma koşulları ile ilgili bazı özelliklerine göre dağılımı. (Ankara Mamak Devlet Hastanesi, 2022).	52
4.5. Vaka kontrol gruplarındaki katılımcıların meslekte ve görev sürelerine göre dağılımı (Ankara Mamak Devlet Hastanesi, 2022).	52
4.6. Vaka kontrol gruplarındaki katılımcıların çalışma yaşamlarından memnuniyet ve şiddete maruz kalma durumları (Ankara Mamak Devlet Hastanesi, 2022).	54
4.7. Vaka ve kontrol grubundaki katılımcıların bazı yaşam alışkanlıklarına göre dağılımı (Ankara Mamak Devlet Hastanesi, 2022).	54
4.8. Vaka ve kontrol gruplarındaki katılımcıların uyku sürelerine göre dağılımı (Ankara Mamak Devlet Hastanesi, 2022).	55
4.9. Araştırmaya katılan vaka gruplarındaki katılımcıların mevcut vücut ağırlıklarına ilişkin bazı özelliklerine göre dağılımı (Ankara Mamak Devlet Hastanesi, 2022).	56
4.10. Vaka ve kontrol gruplarındaki katılımcıların sağlık durumlarına ilişkin bazı özelliklerine göre dağılımı. (Ankara Mamak Devlet Hastanesi, 2022).	57
4.11. Vaka ve kontrol gruplarındaki katılımcıların öz değerlendirmeye göre genel sağlık durumu ve son bir yıl içinde muayene ve/veya tahlil yaptırma durumu (Ankara Mamak Devlet Hastanesi, 2022).	59
4.12. Vaka kontrol gruplarındaki kadın katılımcıların bazı obstetrik özelliklerine göre dağılımı (Ankara Mamak Devlet Hastanesi, 2022).	62

- 4.13.** Vaka kontrol gruplarındaki katılımcıların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Algılanan Stres Ölçeği puan dağılımları (Ankara Mamak Devlet Hastanesi, 2022). 63
- 4.14.** Vaka kontrol gruplarındaki katılımcıların Yeme Tutumu-40 Ölçeği puan gruplarına göre dağılımları (Ankara Mamak Devlet Hastanesi, 2022). 65
- 4.15.** Obezite ile ilişkili bağımsız değişkenlerin kontrol ve v2 grubunda yeme tutumu ile ilişkisi (Ankara Mamak Devlet Hastanesi, 2022). 66
- 4.16.** Obezite ile ilişkili bazı numerik değişkenlerin kontrol ve v₂ grubunda yeme tutumu puan gruplarına göre dağılım özellikleri ilişkisi (Ankara Mamak Devlet Hastanesi, 2022). 67
- 4.17.** Kontrol ve V₂ gruplarındaki bireylerin Yeme Tutumu-40 Ölçeği puan gruplarına ve eğitim durumlarına göre dağılımları (Ankara Mamak Devlet Hastanesi, 2022). 68
- 4.18.** Kontrol ve V₂ gruplarındaki bireylerin Yeme Tutumu-40 Ölçeği puan gruplarına ve medeni durumlarına göre dağılımları (Ankara Mamak Devlet Hastanesi, 2022). 68
- 4.19.** Kontrol ve V₂ gruplarındaki bireylerin Yeme Tutumu-40 Ölçeği puanı ve meslek gruplarına göre dağılımları (Ankara Mamak Devlet Hastanesi, 2022). 69
- 4.20.** Kontrol ve V₂ gruplarındaki kadın bireylerin Yeme Tutumu-40 Ölçeği puan gruplarına ve iş yerinde sözel şiddete maruz kalma durumlarına göre dağılımları (Ankara Mamak Devlet Hastanesi, 2022). 70
- 4.21.** Obezite ile ilişkili bulunan bazı değişkenlerin etki değiştirici ve karıştırıcı olma durumlarının değerlendirilmesi (Ankara Mamak Devlet Hastanesi, 2022). 71
- 4.22.** V₂ ve kontrol grubunda regresyon analizine dâhil edilen değişkenler ile oluşturulan modellere ilişkin regresyon analizi sonuçları (Ankara Mamak Devlet Hastanesi, 2022). 72
- 4.23.** Logistik regresyon analizi ile hazırlanan modeller arası uyum analizi Sonuçları. 73
- 4.24.** V₁ ve kontrol grubunda analize dahil edilen değişkenler ile oluşturulan modellere ilişkin regresyon analizi sonuçları (Ankara Mamak Devlet Hastanesi, 2022). 75

1. GİRİŞ

Normal şartlarda “erkeklerde vücut ağırlığının %15-20’sini, kadınlarda ise %25-30’unu yağ dokusu oluşturur ve erkeklerde bu oranın %25, kadınlarda ise %30’un üstüne çıkması durumu” obezite olarak tanımlanır (1). Obezite ölçümleriyle ilgili bir dizi metodolojik kaygıya rağmen Beden Kütle İndeksi (BKİ) halen kabul edilen standart küresel obezite ölçütüdür ve boy uzunluğu/vücut ağırlığı ölçümünün basitliği, ucuzluğu, kolaylığı, vücut yağı ve obezite ile ilişkili hastalıklar ile pozitif korelasyonu nedeniyle ilgi çeken bir epidemiyolojik ve klinik ölçüm aracı olmaya devam etmektedir (2).

Son istatistikler aşırı vücut ağırlığına sahip insan sayısının 2 milyardan fazlaya ulaştığını, yani dünya nüfusunun yaklaşık %30’unu geçtiğini işaret ederek fazla kiloluk ve obezitenin küresel yükselişinin devam ettiğini göstermektedir (3). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Avrupa Bölgesi Obezite Raporu 2022’ye göre Bölgede obezite sıklığının en yüksek olduğu ülke Türkiye’dir. Bu rapora göre Türkiye’de 18 yaş üstü nüfusun %66,8’i fazla kilolu veya obez iken, %32,1’i obezdir (4).

Obezitede genetik yapı, sosyoekonomik durum ve kültürel etkileri barındıran biyolojik, psikososyal ve davranışsal faktörler arasındaki karmaşık ilişkiler bilinmektedir (5). Obeziteye giden yollar çoğu zaman birbirleriyle bağlantılı ve dairesel yollardır (6). Obezite yaş, artan doğurganlık, uyku eksikliği, endokrin hastalıklar, farmasötik tedaviler, mikroorganizmalar, epigenetik, intrauterin ve nesiller arası etkileşimlerle ilişkilidir (7). Tüm etkenler ve aralarındaki etkileşimler, bireyin yaşamı boyunca etkiler üretmektedir (8).

Fazla kilo ve obezitenin geleneksel olarak kalori alımının kalori harcamasından daha fazla olmasından kaynaklandığına inanılmaktadır (9). Ancak son araştırmalar vücuttaki yağ birikiminin insan nöroendokrin aktivitesiyle ilişkili olduğunu ortaya çıkarmıştır. Araştırmalar, sürekli stresin insan hipotalamo hipofizer adrenal aksı (HPA) aktive edebildiğini, kortizol salgısını artırabildiğini, uykuyu etkileyebildiğini ve "kendini ödüllendiren gıda" (yüksek yağ ve yüksek şeker) alımını

artırabildiğini, dolayısıyla obeziteyi, özellikle abdominal obezite insidansını artırabildiğini göstermektedir (10). Ayrıca stres yönetimi bozuklukları, anksiyete ve depresif ruh hali gibi olumsuz duygusal sorunlara yol açarak iştahın artmasına ve fazla kilo ve obezite riskinin artmasına neden olabilir (11)

Yetişkinler arasında obezite prevalansını düşürme hedefinde tedavi uygulamaları çoğunlukla başarısız olduğundan, araştırma çabalarının obeziteyi önlemeye odaklanması gerekmektedir (12). İlaç tedavisi ve bariatrik cerrahi gibi klinik müdahaleler mevcut olmasına ve etkili oldukları görülmesine rağmen, bu müdahaleler herkes için uygun değildir ve net kriterler ile bu tedavinin uygun olacağı kişilerin belirlenmeleri gerekmektedir. Ayrıca, klinik yaklaşımlar tek başına değil, davranış değişikliğini hedefleyen müdahalelerle birlikte kullanılmalıdır (13).

DSÖ Avrupa Bölgesi'nde, obezite ve diyabetteki artışı durdurma hedefine ulaşma yolunda ilerleyen tek bir üye devlet yoktur (14). Obezitenin küresel ekonomik etkisi yaklaşık olarak 2 trilyon dolardır. Yani küresel gelirin yüzde 2,8'idir. Bu düzey obezitenin, gelişmiş/gelişmekte olan ülkelerin ekonomilerine yük getirdiği gerçeğini yansıtmaktadır (15). Türkiye'de 2019 yılında aşırı kilo ve obezitenin ekonomik etkisinin 14,64 milyar ABD doları olduğu tahmin edilmektedir. Bu, kişi başına 175 ABD dolarına ve Gayrisafi Yurtiçi Hasıla'nın (GSYİH) %1,9'una eşdeğerdır. Toplam maliyetlerin sırasıyla %17,4'ünü doğrudan maliyetler %82,6'sını ise dolaylı maliyetler oluşturmuştur; 2060 yılına gelindiğinde bu maliyetlerde 9 katlık bir artışı olacağı tahmin edilmektedir (16).

Tüm ülkelerde yoğun iş gücünü oluşturan sağlık çalışanları, dünyadaki en büyük küresel iş gücü olarak kabul edilmektedir. DSÖ, dünya çapında toplam 59,8 milyon sağlık çalışanı bulunduğunu tahmin etmektedir. Bunların yaklaşık üçte ikisi (39,5 milyon kişi) sağlık hizmeti sunarken, üçte biri sağlık yönetimi ve destek hizmetleri çalışanlarından oluşmaktadır. Sağlık ve sosyal hizmetlerdeki iş gücünün yaklaşık %70'i kadındır (17).

Bazı sağlık kurumlarında yapılan çalışmalarda, sağlık çalışanları arasında fazla kilolu olma ve obezite düzeyinin Güney Afrika'da %70,7 (18). Brezilya'da %45,9 (19), Almanya'da %40,9 (20), İtalya'da %35,0 (21) ve Britanya'da %69,1 (22) olduğu tespit edilmiştir. Yine yakın zamanda Malezya'da yapılan bir araştırmada sağlık çalışanlarının %33,1'i aşırı kilolu, %21,1'i ise obez bulunmuştur (23). Türkiye'de Aşudu'nun 2017 yılında yaptığı tez çalışmasında hastane alışanlarında fazla kilolu ve obez olma sıklığının %47,6 olduğu bulunmuştur (24).

Sağlık alışanlarının, uzun çalışma saatleri, kendilerine az zaman ayırabilmeleri ve yüksek tükenmişlik düzeyleri nedeniyle diğer birçok sektördeki çalışanlara göre daha ağır bir iş yükü ve zihinsel stres yaşadıkları düşünülmektedir; bu da onları muhtemelen fazla kilo/obezite riskine daha duyarlı hale getirmektedir (25). Son dört yılda, COVID-19 salgınının getirdiği ekstra yk sağlık personeli için oldukça zorlayıcı olmuştur. Pandemiden etkilenen sağlık personeli arasında anksiyete ile ilişkili semptomların sistematik bir incelemesi ve meta-analizinde, çalışanların %40'ının akut stres yaşadığı bildirilmiştir (26).

Sağlık alışanları, insanları obezite konusunda bilinçlenmeye, obezitenin nlenmesine ve sağlıklı bir yaşam tarzına sahip olmaya teşvik edecek rol modeller olabilmektedir. Ancak, genel nüfusa benzer şekilde, artan obezite prevalansı sağlık çalışanlarını da etkilemiş ve sağlık çalışanları arasında erken emekliliğe, kronik hastalık morbiditesine ve mortaliteye neden olmuştur (27).

Sağlık alışanlarının görev kapsamı hastaların iyileştirilmesi olarak görüldüğünden, bu kişilerin her gün karşılaştığı tehlikeler ve riskler genellikle göz ardı edilmekte veya öncelik olarak algılanmamaktadır (17). Fakat hastalık koşulları, işe devamsızlık düzeylerini artırarak ve sağlık iş gücü kapasitesini önemli lde azaltarak sağlık sisteminin yararlılığı ve sürdürülebilirliği açısından önemli bir sorun haline gelmektedir (28).

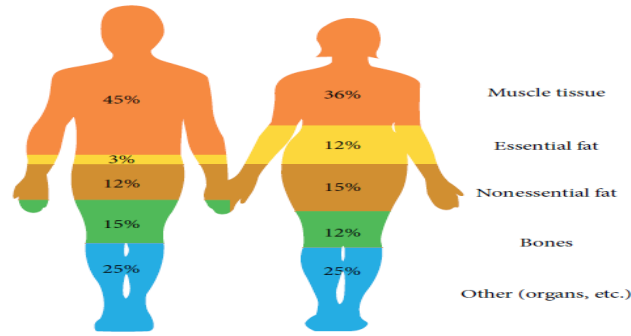
“Toplum sağlığının korunmasında önderlik eden, sağlığın korunması ve geliştirilmesinde rehberlik yapan ve tedavi hizmetlerinde görev alan sağlık çalışanları

öncelikle kendi sağlıklarına dikkat etmeli ve sağlık durumlarını olumlu ve olumsuz yönde etkileyen faktörlerin farkında olmalılar” (29). Bu bakımdan da sağlık çalışanlarında obezite durumunun ve risklerin belirlenmesi oldukça önemlidir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Obezitenin Tanımı ve Sınıflandırılması

“Erkeklerde vücut ağırlığının %15-20’sini, kadınlarda ise %25-30’unu yağ dokusu oluşturur. Erkeklerde yağ dokusu yüzdesinin %25, kadınlarda ise %30’un üstüne çıkması durumu obezite” olarak tanımlanır. Şekil 3.1’de kadın ve erkeklerde vücut bileşenlerinin ideal dağılımları sunulmaktadır (1).



Şekil 2.1. Kadın ve erkeklerde vücut bileşenlerinin sağlıklı kabul edilen miktarlarının dağılımı (1).

Yetişkinlerde obezitenin sınıflandırılması ve obezite ile ilişkili kronik hastalık risklerinin ölçümünde küresel bir ölçüt olan Beden Kütle indeksi (BKİ) kullanılmaktadır. BKİ, kilogram cinsinden vücut ağırlığının, metre cinsinden boy uzunluğunun karesine bölünmesi ile ($BKİ = \frac{kg}{m^2}$) hesaplanır (30). Günümüzde yaygın olarak kullanılan BKİ sınıflaması Tablo 3.1’de gösterilmiştir (31).

Tablo 2.1. BKİ’ye göre ağırlık sınıflaması ve hastalık riski (31).

Ağırlık Sınıflaması	Obezite sınıfı	BKİ (kg/m ²)	Hastalık Riski
Düşük kilolu	-	<18,5	Artmış
Normal	-	18,5-24,99	Sabit
Fazla kilolu	-	25-29,99	Artmış
Obez	I	30-34,99	Yüksek
Obez	II	35-39,99	Çok yüksek
Morbid obez	III	40+	Aşırı yüksek

2.1.1. Obezitenin BKİ Kullanılarak Ölçülmesindeki Sınırlılıklar

BKİ, çoğu insan için bütünsel yaklaşımla toplam vücut yağını değerlendiren, evrensel obezite ölçüsü olarak kabul edilse de, gerçek vücut yağını ölçmediği için tanımlanmış birkaç sınırlaması vardır. BKİ, bir kişinin boyuna göre ağırlığının bir ölçüsüdür (2,32). BKİ vücut kompozisyonu bileşenleri arasında ayırım yapmaz. Bu nedenle, vücut geliştiriciler gibi artan kas dokusuna sahip kişiler fazla kilolu/obez olarak yanlış sınıflandırılabilirken, zayıflık, hareketsiz yaşam tarzı veya artan yaş nedeniyle kas kütlelerini kaybetmiş kişiler için yağ kütleleri düşük algılanabilir (2).

İkinci sınırlılık BKİ'nin vücut yağının dağılımını ölçmemesi ve farklı bireylerde ve popülasyonlarda karın içi yağ seviyelerini ve ilişkili sağlık risklerini doğru bir şekilde yansıtmayabilmesidir. Aslında, belirli kronik hastalıkların gelişme riskini artırmada rol oynayan periferik veya deri altı yağ dokudan ziyade genellikle iç organ veya karın yağıdır (33).

Üçüncü sınırlılık BKİ kesme noktalarının morbiditede önemli olabilecek varyasyon aralıklarını göstermemesidir (34). Obez kişiler arasında bile bir kısım insan sağlıklıdır (35).

Dördüncü sınırlılık BKİ düzeyi ile hastalık riskinin etnik kökene göre değişmesinden dolayı, evrensel BKİ kesme noktalarının kullanılmasının uygun olmayabileceğidir (36). Yetişkin bireyler açısından fazla kilolu veya obez olmak için BKİ kesim değerleri, esas olarak beyaz ırk üzerinde yapılan çalışmalardan elde edilmiştir ve bu kesme noktaları diğer etnik gruplar için yanlış olabilir. DSÖ 2004 yılında, fazla kiloluluk ve obezite için evrensel BKİ kriterlerinin Asya popülasyonları için uygun olmadığını rapor etmiştir. (37). Bu duyuru öncelikle, Asyalıların diğer etnik gruplardan çok daha düşük BKİ değerlerinde, kronik hastalık riski altında olduklarını gösteren çalışmalara dayandırılmıştır (38).cx DSÖ raporunda, kişileri, coğrafya, kültür, etnik köken, kentleşme düzeyi, sosyal ve ekonomik durum gibi geniş çeşitlilikte değişkenlerle, "Asyalı" terimi şemsiyesi altında adlandırmasına rağmen, alt gruplar arasındaki ortak nokta, Asyalı olmayan popülasyonlarda

gözlemlenenlerden daha düşük ortalama ve medyan BKİ değerleridir (32). Bu veriler ve diğerleri Asya bölgelerinin Asya'ya özgü daha düşük düzeyde BKİ kesme noktaları kullanmasını önerenlerin gerekçesini açıklamaktadır (38). Bu durum ayrıca DSÖ için halk sağlığı eylemleri adına kullanılabilir, ek uluslararası BKİ kesme noktalarını (23,0; 27,5; 32,5 ve 37,5 gibi) geliştirmede temel teşkil etmiştir (39).

Obezite ölçümleriyle ilgili bir dizi metodolojik kaygıya rağmen, BKİ şu anda kabul edilen standart küresel obezite ölçüsüdür. Öncelikle boy uzunluğu ve vücut ağırlığı ölçümünün basitliği, ucuzluğu, kolaylığı, doğruluğu/güvenilirliği, vücut yağı ve obezite ile ilişkili hastalıklar ile pozitif korelasyonu nedeniyle ilgi çeken bir epidemiyolojik ve klinik ölçüm aracı olmaya devam etmekte (2), ulusal ve uluslararası sürveyans ve ekolojik karşılaştırmalar için kullanılacak standart bir obezite tanımı sağlamaktadır (40).

2.2. Yetişkin Bireylerde Obezite

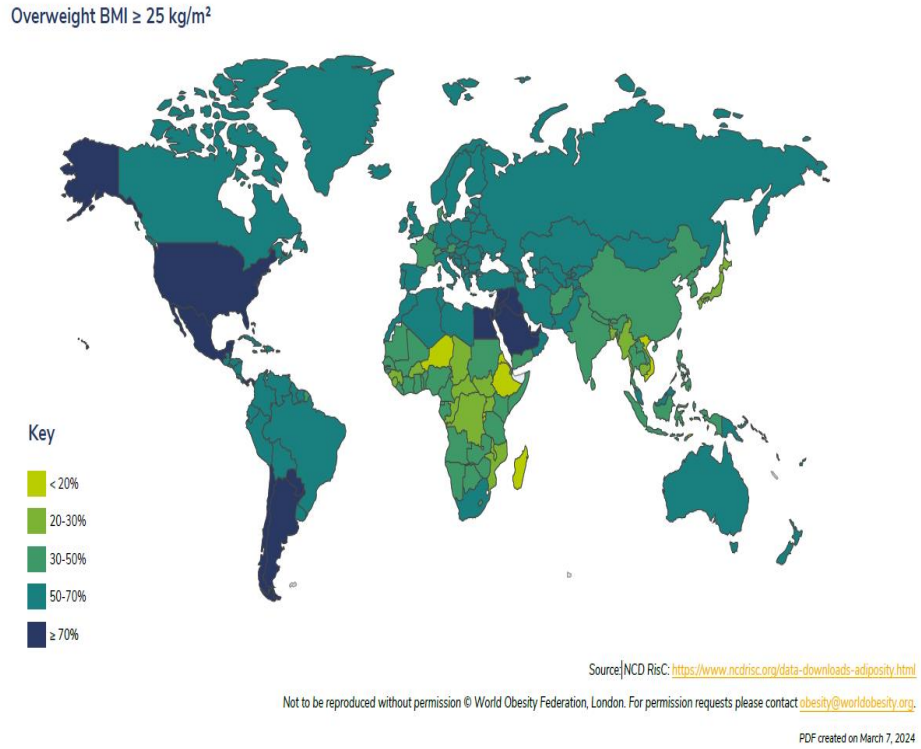
2.2.1. Küresel Düzeyde Sıklık

DSÖ, dünya çapındaki obezite ve obezite ile ilişkili hastalık pandemisini takip etmek ve müdahale ve önleme stratejilerindeki ilerlemeyi izlemek için küresel bir sürveyans programı oluşturmuştur. DSÖ'ye üye ülkelerde yürütülen nüfus araştırmalarından elde edilen BKİ verileri, dünya popülasyonundaki fazla kilolu ve obez bireylerin sayısını ve yaygınlığını tahmin etmek için derlenmektedir (41). 2000 yılında, 15 yaş ve üstü yaklaşık 750 milyon kişi fazla kilolu ve 300 milyon kişi ise obez iken (42) 5 yıl sonra 2005'te 1 milyar kişi fazla kilolu ve 400 milyondan fazlası obez olarak tahmin edilmiştir (43). Bu rakamlar göstermektedir ki obezite yıllık yaklaşık %6,6 düzeyinde artmaktadır ve bu, mevcut yıllık dünya nüfus artış hızı olan %1,3'ten en az beş kat daha fazladır (44).

Son istatistikler fazla vücut ağırlığına sahip insan sayısının 2 milyardan fazlaya ulaştığını yani dünya nüfusunun yaklaşık %30'unu geçtiğini işaret ederek fazla kiloluk ve obezitenin küresel yükselişinin devam ettiğini göstermektedir (3). Bir diğer ifade ile küresel kapsamda her beş yetiştikten 2'si fazla kilolu ya da obezdir (45).

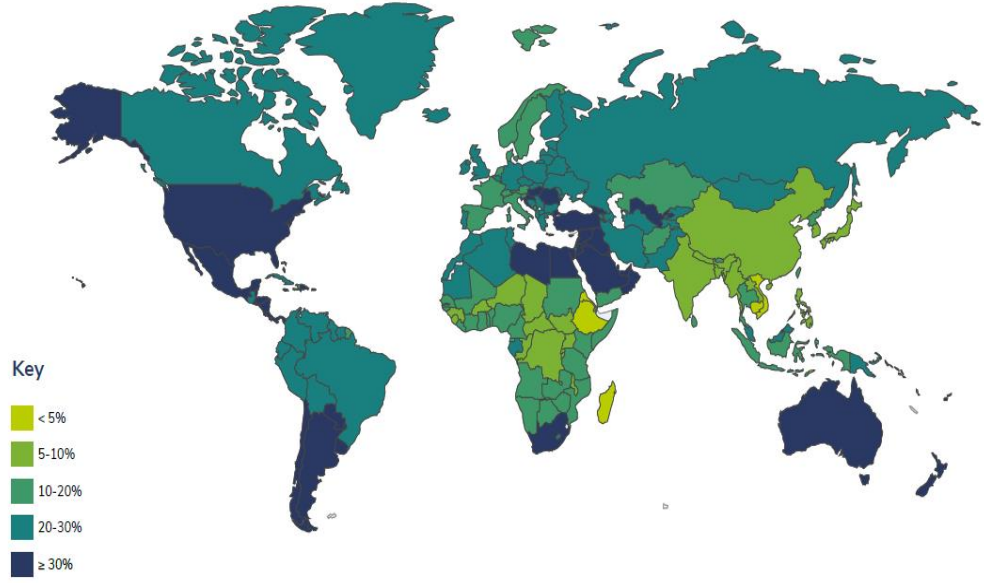
“DSÖ bölgeleri içinde yetişkin obezite prevalansı en yüksek üç bölge Amerika (%29), Avrupa (%23) ve Doğu Akdeniz Bölgeleri (%21)’dir. Ülkelerdeki gelir artışıyla birlikte obezite prevalansı da artmıştır. Düşük gelirli ülkelerdeki nüfusun yaklaşık %7’si obez iken, yüksek gelirli ülkelerdeki nüfusun %25’i obezdir” (46). Ancak güncel veriler obezite prevalansının düşük gelirli ülkelerde de artmakta olduğunu göstermektedir.

Dünya Obezite Federasyonun 2024 yılı küresel fazla kilolu/obez ve sadece obez olma tahmin haritaları Şekil 3.2 ve Şekil 3.3’te sunulmuştur (47). Fazla kiloluluk ve obezitenin ulusal yaygınlık tahminleri, obeziteyi de bu gruba katarak fazla kiloluluğu tanımlamak için $BKİ \geq 25$ ve obeziteyi tanımlamak için $BKİ \geq 30$ kesme noktası kullanılarak hesaplanmıştır.



Şekil 2.2. Fazla kilolu ve obez yetişkinlerin küresel tahmini prevalans haritası, 2024 (47).

Obesity BMI ≥ 30 kg/m²



Source: NCD RisC: <https://www.ncdrisc.org/data-downloads-adiposity.html>

Not to be reproduced without permission © World Obesity Federation, London. For permission requests please contact obesity@worldobesity.org.

PDF created on March 1, 2024

Şekil 2.3. Obez yetişkinlerin küresel tahmini prevalans haritası, 2024 (47).

Prevalans tahminleri Vietnam, Hindistan, Çin, Japonya, Kore, Filipinler, Pakistan ve birkaç Afrika ülkesinde %5'in altından, Güney Pasifik adalarında ikamet eden Polinezya popülasyonlarında %60'ın üstünde değişmektedir(48)

Diğer bir ifade ile “2000 ve 2016 yılları arasında, obezite tüm DSÖ bölgelerinde ve gelir gruplarında istikrarlı bir artış göstermiş ve küresel prevalans 2000'de %9'dan 2016'da %13'e yükselmiştir” (47).

Avrupa kıtası özelinde prevalansı değerlendirdiğimizde, “DSÖ Avrupa Bölgesi Obezite Raporu 2022'ye göre Avrupa Bölgesi'ndeki yetişkinlerin %59'u (erkeklerin %63'ü, kadınların %54'ü) fazla kilolu veya obezdir” (4).

Neredeyse Avrupa Bölgesi'ndeki yetişkinlerin dörtte biri (%23) obezite ile yaşamaktadır. Elli üç üye devletten 49'unda, yetişkinlerin beşte biri, bazı ülkelerde üçte biri obez olarak yaşamına devam etmektedir. DSÖ Avrupa Bölgesi düzeyinde ve ülkelerin yaklaşık yarısında fazla kilolu olmanın aksine, obezite kadınlar arasında (%24) erkeklerden (%22) daha fazla yaygındır. Hem fazla kilolu olmanın hem de

obezitenin en yüksek seviyeleri, Akdeniz ve Doğu Avrupa ülkelerinde görülmektedir. Yaygın eğitim eşitsizlikleri, yani daha düşük eğitim düzeyine sahip kişiler daha yüksek obezite prevalansı ile birlikte (4).

Toplumsal cinsiyet incelemeleri de, DSÖ Avrupa Bölgesi'nde erkekler ve kadınlar arasındaki fazla kiloluluk ve obezite düzeylerindeki eşitsizliklerin yaygın olduğunu, aynı zamanda gelir, eğitim, istihdam durumu ve ikamet yeri gibi sosyoekonomik belirleyicilerin arasında heterojenliğin olduğunu göstermektedir (49).

2.2.2. Türkiye’de Obezite Sıklığı

Ülkemizde yaşam tarzlarının ve alışkanlıkların değişimi ile obezite, toplum sağlığı açısından sıklığı artmakta olan önemli bir probleme dönüşmüştür (50). Türkiye’de 18 yaş üstü nüfusta obezite prevalansı %30’dan fazladır. Obezite sıklığı kadınlarda daha yüksek görülmekle beraber, son zamanlarda erkek obezitesindeki hızlı artış da dikkati çekmektedir (51). DSÖ Avrupa Bölgesi Obezite Raporu 2022’ye göre Bölgede obezite sıklığının en yüksek olduğu ülke Türkiye’dir. Türkiye’de 18 yaş üstü nüfusun %66,8’i fazla kilolu/obez, %32,1’i obezdir (4).

Türkiye’de ulusal düzeyde obezite konusunda yapılan çalışmalar Tablo 1’de özetlenmiştir (51). İlk çalışmalardan biri olan ve 1997-98 yıllarında gerçekleştirilen “Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans (TURDEP-I) Çalışması”nda 540 merkezde, 20 yaş ve üstü 24.788 kişi incelenmiş ve obezite sıklığı %22,3 (kadınlarda %30, erkeklerde %13) saptanmıştır (52). Yaklaşık 24 bin katılımcıyla 1999-2000 yıllarında yapılan “Türkiye Obezite ve Hipertansiyon Araştırması (TOHTA)” nda obezite prevalansı %19,4 (kadınlarda %24,3, erkeklerde %14,4) olarak saptanmıştır (53). “Türkiye Erişkin Kalp Sağlığı ve Hipertansiyon Araştırması ve Risk Faktörleri (TEKHARF) Araştırması”nda (2000) obezite 18 yaş üstü kadınlarda %43, erkeklerde %21,1 düzeyinde iken; aynı araştırmanın üç yıl sonra yapılan tekrarında kadınlarda %44,2, erkeklerde %25,2 olarak bulunmuştur (54).

TURDEP-I Çalışması'ndan 12 yıl sonra yapılan TURDEP-II Çalışması'nda ise obezite sıklığı, toplumun genelinde %35 (kadınlarda %44, erkeklerde %27) olarak bulunmuştur (55). TURDEP-II Çalışması'nın sonuçları, TURDEP-I popülasyonuna göre standardize edilip karşılaştırıldığında ise 18 yaş üstü bireylerde obezite sıklığının %22,3'ten %31,2'ye yükseldiği (kadınlarda %34, erkeklerde %107 düzeyinde bir artış) görülmüştür (51).

“Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (TBSA) “nda (2010) TURDEP-II çalışmasına benzer sonuçlar bulunmuştur. TBSA'da 18 yaş üstü bireylerin %30,3'ü (kadınların %41'i, erkeklerin %20,5'i) obez; %2,9'u (kadınların %5,3'ü, erkeklerin %0,7'si) morbid obez olarak saptanmıştır (56). Tekrarı 2017 yılında yapılan TBSA'nın sonuçlarına göre obezite prevalansı %28,3 (kadınlarda %29,2; erkeklerde %27,4) bulunmuştur (57).

Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü'nün 2017 raporunda, Türkiye'nin de aralarında bulunduğu 34 ülkede, 20-79 yaş grubu yetişkinlerin fazla kiloluluk ve obezite sıklıkları sırasıyla %34,5 ve %19,4 iken, Türkiye için bu değerler %33,1 ve %22,3 olarak belirtilmiştir (51).

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) Sağlık Araştırması sonuçlarına göre 2016 yılında 15 yaş ve üstünde obezite sıklığı %19,6 iken, 2019'da %21,1'e yükselmiştir (kadınların %24,8'i obez ve %30,4'ü aşırı kilolu; erkeklerin ise %17,3'ü obez ve %39,7'si fazla kiloludur) (58). Türkiye'de 2008- 2019 yılları arası cinsiyete göre BKİ dağılımı Tablo 3.1.'de sunulmuştur.

Tablo 2.2. Türkiye'de erkek ve kadınların yıllara ve vücut kitle indeksine göre dağılımı (%), 2008-2019 (TÜİK, 2020) (51).

		2008	2012	2016	2019
Kadın	Düşük Kilolu	5,9	5,1	5,6	4,9
	Normal Kilolu	48,2	43,6	40,4	40
	Obez Öncesi	27,4	30,4	30,1	30,4
	Obez	18,5	20,9	23,9	24,8
Erkek	Düşük Kilolu	2,7	2,7	2,5	2,7
	Normal Kilolu	48,1	44,7	43,8	40,3
	Obez Öncesi	36,9	39	38,6	39,7
	Obez	12,3	13,7	15,2	17,3

Sağlık Bakanlığınca yapılan “Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması-2017” raporuna göre 15 yaş ve üstündeki bireylerde obezite sıklığı İBBS-1 (İstatistiksel Bölge Birimleri Sınıflaması-1) bölgelerine göre şöyledir: İstanbul’da %30,7, Batı Marmara’da %33,7, Ege’de %33,1, Doğu Marmara’da %32,0, Batı Anadolu’da %32,6, Akdeniz’de %32,1, Orta Anadolu’da %36,9, Batı Karadeniz’de %37,5, Doğu Karadeniz’de %35,4, Kuzeydoğu Anadolu’da %24,7, Ortadoğu Anadolu’da %24,5, Güneydoğu Anadolu’da %24,2 (59).

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü tarafından 2018 yılında yapılan “Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA)”na göre 15-49 yaş aralığındaki kadınların %29’u fazla kilolu ve %30’u obez olarak belirlenmiş, son 15 yılda doğurgan çağ kadınlarda obezite sıklığının %23’ten %30’a yükseldiği görülmüştür (60). Türkiye’de yetişkinlerde yapılmış obezite çalışmaları Tablo 3.3’te özetlenmiştir (51).

Tablo 2.3. Türkiye’de yetişkinlerde yapılmış obezite çalışmaları (51).

Çalışma/Yazar	Yapıldığı Yer/Yıl	Katılımcı Sayısı/Yaş Grubu	Obezite Prevalansı (%)
Türkiye Diyabet Obezite ve Hipertansiyon Epidemiyoloji Çalışması-I (TURDEP-I) Satman ve ark.	15 il, 540 merkez 1997-1998	n= 24.788 (K=13.708, E=11.080) ≥20 yaş	Toplam= 22,3 Kadın= 29,9 Erkek= 12,9
Türkiye Obezite ve Hipertansiyon Araştırması (TOHTA) Yumuk ve ark.	1999-2000	n= 23.888 (K=6969,E=169191) ≥20 yaş	Genel=19,4 (K=24,3/E=14,4)
TURDEP-II Satman ve ark.	15 il, 540 merkez/2010	n=26499 (K=16696,E=9327) ≥20 yaş	Genel=31,2 (K=44,0/E=27,0)
Türkiye Sağlık Araştırması TÜİK	Türkiye/2008 Türkiye/2010 Türkiye/2012 Türkiye/2016 Türkiye/2019	≥15 yaş*	Genel=15,2 (K=18,5/E=12,3) Genel=16,9 (K=21,0/E=13,2) Genel=17,2 (K=20,9/E=13,7) Genel=19,6 (K=23,9/E=15,2) Genel=21,1(K=24,8/E=17,3)
Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (TBSA) Sağlık Bakanlığı	81 il, 600 merkez/2010 81 il/2017	n=4853 (K=3038,E=1815) ≥19 yaş n=11617 (K=6167,E=5450) ≥19 yaş	Genel=30,3 (K=41,0/E=20,5) Genel=28,3 (K=29,2/E=27,4)

*Araştırmanın yapıldığı tüm yıllarda 15 yaş ve üstü kişiler çalışmalara dâhil edilmiştir.

2.3. Literatürde Obezite ile İlişkili Faktörler

Farklı çalışmalarda genetik, yaşanılan coğrafya, sosyal koşullar, politik ve ekonomik faktörlere bağlı olarak değişen, obeziteyi gelişimini etkileyen birçok predispozan faktörden bahsedilmektedir. Toplamda en yaygın tespit edilmiş faktörler sosyodemografik, davranışsal, genetik özellikler ve obezojenik bir ortamda yaşamaktır (61).

2.3.1. Sosyodemografik Faktörler

Farklı literatür çalışmaları, obeziteyle yüksek oranda ilişkili olan sosyodemografik faktörleri açıkça tanımlamıştır. Örneğin, bazı kesitsel ve kohort çalışmalarında obezitenin ileri yaş (62, 63) ve kadın cinsiyetle (62, 64) ilişkili olduğu gösterilmiştir. Benzer şekilde diğer bazı kesitsel çalışmalarda evli olma (medeni durum) (65), düşük zenginlik endeksi (66), kentsel yerleşim (67), özel okullarda öğrenim görmek (63), serbest ticaret politikası nedeniyle sağlıksız veya enerji yoğun gıdalara ve paketlenmiş hayvansal kaynaklı gıdalara kolay erişilebilirlik (62), kırsaldan kente göç (68), yerel tarım işletmelerinin gıda perakendeciliğiyle değiştirilmesi (68), yüksek eğitim düzeyi (69) ve gebeliğin (70) obezite ile ilişkili oldukları gösterilmiştir. Kadın yaşamının üreme çağı sonrasındaki menopoz dönemi ve obezite arasında da güçlü bir ilişki vardır. Kadınlarda over hormonlarının azalması ile obezitenin artış gösterdiği saptanmıştır. Menopoz, abdominal obezite ve metabolik sendrom riskini %18 düzeyinde artırmaktadır (71).

Önceki bulguların aksine, Fransız kadınlar arasında yürütülen bir çalışma, daha yüksek gelire, daha yüksek meslek sınıfına ve daha yüksek eğitim seviyesine sahip olmanın ve evde sıcak su bulunmasının obezitenin oluşumunu azalttığını göstermektedir (72). Ancak evde sıcak su ile obezite oluşumunun patofizyolojisi henüz incelenmemiştir. Çoğunlukla gelişmekte olan ülkelerde görülen obezitenin bir diğer nedeni de erken yaştaki yetersiz beslenmenin daha sonraki yaşlarda obeziteye ve metabolik bozukluklara yol açmasıdır. Çocukluk çağındaki yetersiz beslenme ile daha sonraki yaşlarda obezite gelişimi arasındaki ilişkiyi açıklayan bilim insanları

tarafından açıklanan farklı hipotezlere rağmen henüz idiyopatik olduğu kabul edilmektedir (62).

2.3.2. Davranışsal Faktörler (Beslenme Alışkanlığı ve Yaşam Tarzı)

Beslenme alışkanlığı, yalnızca obezite için değil, sağlığımız için de önemli bir belirleyici faktördür. Bilimsel olarak, şekerlemeler, meşrubatlar, yağlar ve alkol gibi enerji yoğun yiyecekleri tüketmek, obezite ve kronik hastalıklarla yüksek düzeyde korelasyona sahiptir (73). Çeşitli kesitsel çalışmalarda beslenme alışkanlığı kültürünün, hamur işi yiyeceklerin tüketilmesinin (74), işlenmiş gıdaların (yeniden işlenmiş karbonhidrat) tüketilmesinin (68), aşırı alkol tüketiminin (65, 75) ve monoton diyetin veya düşük gıda kalitesinin (73) obezitenin oluşumunu artırdığı belirtilmiştir. Kahvaltı ve meyve yemek obezitenin oluşumunu azaltırken (76), akşam atıştırmalığı obeziteye neden olmaktadır (77). Birçok çalışmada, düzensiz fiziksel egzersiz veya fiziksel hareketsizliğin (65, 74), kısa uyku süresinin (73), vardiyalı çalışmanın (73), stresin (78), obezogenik olan çevrenin (kentleşme ve sanayileşme) (78), sigara içmenin (75) ve ulaşım için sık sık taksi kullanımının (79) fazla kilo/obezite için belirleyici faktörler olduğu belirlenmiştir. Ayrıca iki saatten fazla elektronik ekranlara bakmak, basit bir gözlem sırasında beynin glikozu kullanmaması ve bunun sonucunda karbonhidratın glikojen ve yağa dönüşümünün tutarlı bir şekilde artması nedeniyle obezitenin gelişimini artırmaktadır (76). Stres ile obezitenin gelişimi arasındaki korelasyonun farklı bilimsel açıklamaları yapılmış, çoğu bilim insanı hormonal varyasyonun bir neden olabileceği sonucuna varmıştır. Stres sırasında, kortizol seviyeleri yükselmekte, bu durum da iştahı artırarak karın bölgesinde aşırı yağ birikmesine neden olmaktadır (80, 81).

2.3.3. Genetik Faktörler

Kanıtlar, aile öyküsünün ve genlerin obezite için bir risk olduğunu ortaya koymuştur (75). Genom çalışmaları 250'den fazla gen ve lokusun obezite ile ilişkili olduğunu belirlemiştir. Yetişkinler arasında yürütülen çalışmalarda, bu genler ile

yüksek BKİ, yağ kitle indeksi ve leptin konsantrasyonları arasındaki ilişki açıkça gösterilmektedir (79, 82, 83).

2.3.4. Komorbidite ve İlaç Kullanımı

Bir takım komorbid koşullar ve bazı tedaviler de obezitenin gelişiminde önemli faktörler olabilir. Obezitenin primer ve sekonder biyolojik nedenlerinin listesi Tablo 3.4'te sunulmuştur (84).

Tablo 3.4. Obezitenin primer ve sekonder biyolojik nedenleri (84).

Primer nedenler

Genetik nedenler

Monogenetik rahatsızlıklar

Melanocortin 4 Reseptör Mutasyonu

Leptin eksikliği

Proopiomelanocortin eksikliği

Sendromlar

Prader Willi

Bardet Biedl

Cohen

Aiström

Froehlich

Sekonder nedenler

Nörolojik

Kafa travması

Beyin tümörleri

Kranial radyoterapi

Hipotalamik obezite

Endokrin

Hipotiroidi

Cushing Sendromu

Growht Hormon eksikliği

Psödohipoparatiroidizm

Psikolojik

Depresyon

Yeme bozuklukları

İlaç kullanımı

Trisiklik antidepresanlar

Oral kontraseptifler

Antipsikotikler

Antikonvülsanlar

Glukokortikoidler

Sülfonilüreler

Glitazonlar

Betablokerler

Hipotalamik obezite

Endokrin

Hipotiroidi

Cushing Sendromu

Growht Hormon eksikliği

Psödohipoparatiroidizm

Psikolojik

Depresyon

Yeme bozuklukları

İlaç kullanımı

Trisiklik antidepresanlar

Oral kontraseptifler

Antipsikotikler

Antikonvülsanlar

Glukokortikoidler

Sülfonilüreler

Glitazonlar

Betablokerler

Hipotiroidizm, Cushing sendromu, polikistik over sendromu ve bazı nörolojik problemler fazla kilo alımı ile ilişkilidir. Hipotiroidizmin obeziteye neden mi olduğu yoksa şiddetini mi arttırdığı tartışmalıdır (85).

Hipotiroidizm ve obezite arasındaki ilişkiye daha yakından bakarsak, aradaki ilişkinin karmaşık bir durum sergilemekte olduğunu görebiliriz. Hipotiroidizm vücut ağırlığının artışında etkili oluyorken, obezite de tiroid fonksiyonlarını etkilemektedir (86). Tiroid hormonları vücut kütlelerinin kompozisyonuyla bağlantılıdır. Çünkü bazal metabolizma ve termojenezin ana belirleyicisi iken bu hormonlar glikoz ve lipit metabolizmasını, yağ oksidasyonunu ve gıda alımı etkilerler (87).

Vücudun mikrobiyomunu vücudun içinde ve üzerinde yaşayan ökaryotik mikroplar bakteriler, virüsler, arkeler (archaea) oluşturur. Bunlar, metabolizmanın işlevine katkıda bulunmak da dahil olmak üzere çeşitli şekillerde insan fizyolojisini etkileme potansiyeline sahiptir. Çalışmalar bağırsak mikrobiyomunun diyetten enerji kullanımını artırabildiğini ve "kalın bir mikrobiyom'un", "ince bir mikrobiyomdan" daha fazla toplam vücut yağıyla sonuçlandığını göstermiştir (88).

Antidepresanlar, atipik antipsikotikler, antiepileptik ilaçlar ve beta blokerler dâhil olmak üzere, çeşitli ilaç sınıfları vücut ağırlığı artışı ile ilişkilendirilmiştir. Antidepresanlar, Major Depresif Bozukluk (MDB) tedavisinde sıklıkla kullanılan ilaçlardır ve obezite riskini artırabilirler. Spesifik antidepresan sınıfları diğerlerine göre daha fazla kilo alımıyla ilişkilidir (89).

MDB'de yardımcı tedavi olarak kullanılan antipsikotiklerin kilo alımı, diyabet ve lipid bozuklukları ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (90). Düşük dozlarda bile uzun süreli tedavi, kanda lipit, trigliserit ve glikoz artışı neticesinde kilo alımına yol açabilir (91).

Tip 2 Diyabet (T2DM) için kullanılan birçok ilaç da kilo alımı ile ilişkilidir. Hastaların tedavinin başlangıcından sonraki 6 ay içinde 10 kg'a kadar kilo alma potansiyeli olduğu belirtilmektedir. Bunun aksına, bazı ilaç sınıflarının (SGLT-2 inhibitörleri, GLP-1 reseptör agonistleri ve DDP4 inhibitörleri gibi) ise kilo azaltıcı

veya kilo nötr tedaviler olduğu gösterilmiştir. Ayrıca metforminin de kilo kaybıyla ilişkili olduğu bildirilmiştir (84).

Valproik asit, karbamazepin ve gabapentin kilo alımı ile ilişkili antiepileptik ilaçlardır (92).

İnflamatuvar hastalıkların tedavisinde kullanılan steroidler de kilo alımı ile ilişkilidir (93).

Migren ve miyokardial enfarktüs profilaksisi, hipertansiyon ve kalp yetmezliğinde kullanılan beta bloker tedavisinin vücut ağırlığında ortalama 1,2 kg artışla ilişkili olduğu gözlemlenmiştir (94).

2.3.5. Stres ve Yeme Davranışları

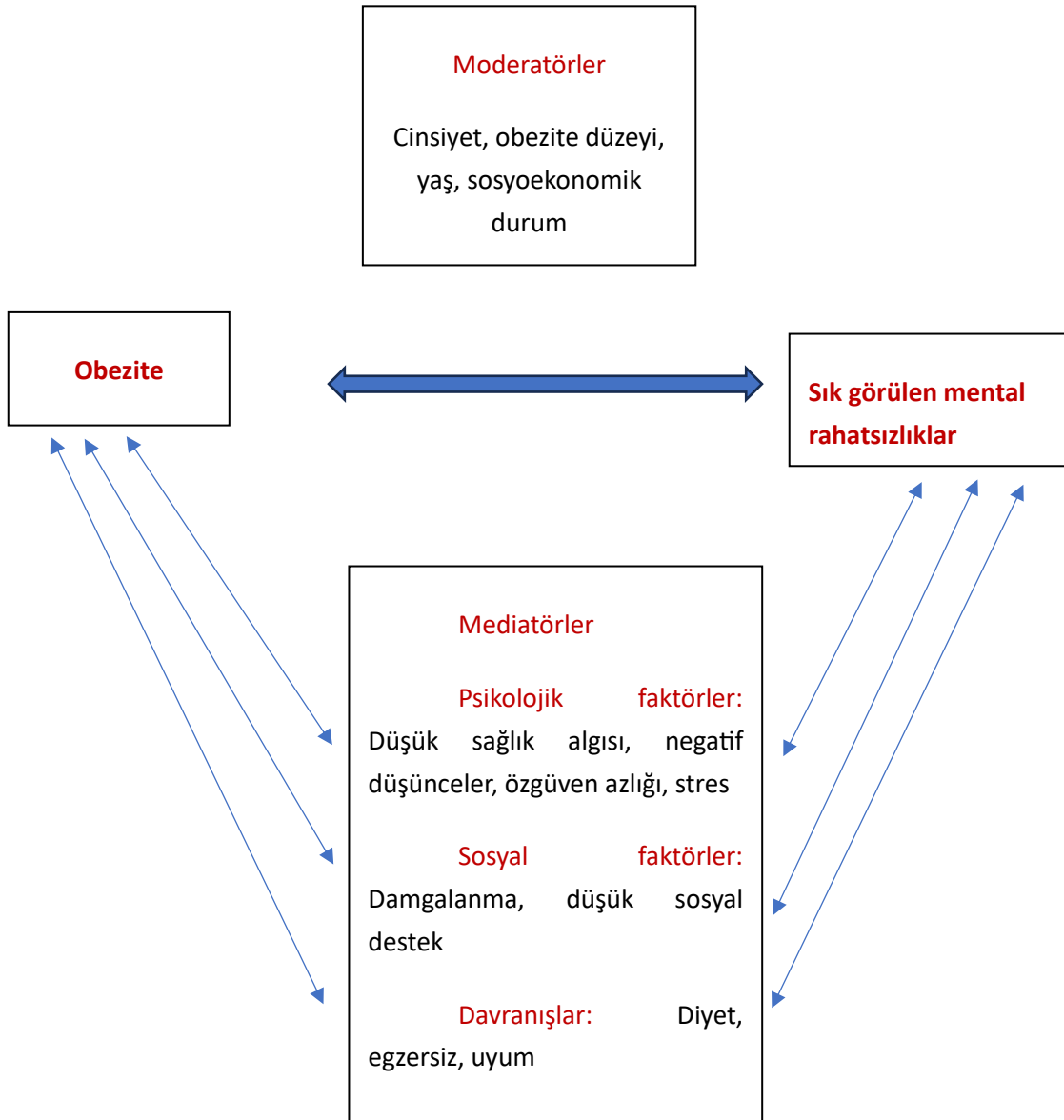
Günümüzde stres (zorlanma), modern hayatın önemli bir parçası haline gelmiştir. Gündelik hayatta dilimizdeki karşılığı sorgulanmaksızın kullanılan bir terim haline gelen stres, insan hayatının bütün yönlerini etkileyebilen bir etmendir. Stres insanın normal işlevlerini olumsuz yönde etkilediği gibi, strese uzun süre maruz kalmak insanda değişik sağlık sorunlarının ortaya çıkmasına da yol açmakta, hatta hayat kalitesini de olumsuz etkilemektedir (95).

Laboratuvar ve alan çalışmaları stresin, kişinin kontrol ve sosyal destek algısı gibi psikolojik özellikleriyle etkileşim içerisinde, adrenal medulla ve pitüiter-adrenal aks üzerinden salgılanan adrenalin ve kortizol hormonları yoluyla organizmayı etkilediğini göstermektedir (96).

Fazla kilolu olma ve obezitenin psikolojik, sosyal ve davranışsal medyatörleri ve psikolojik sağlık arasındaki ilişki karmaşık çift yönlü bir ilişkidir. Obezite ile yaşamak yaşam kalitesini bozar psikiyatrik ve duygusal bozukluklar riskini artırır; tersine olarak psikolojik sorunları olan kişiler, ilaçların yan etkisi nedeniyle ve/veya yiyecekleri başa çıkma stratejisi olarak kullanarak obez olabilir (97). Bazı insanlar sıkıldıklarında, öfkelendiklerinde veya strese girdiklerinde normalden daha fazla yemek yerler. Aşırı yemek zamanla kilo alımına yol açar ve fazla kiloya veya

obeziteye neden olabilir. Ayrıca ağrıya ve hareket kısıtlılığına neden olan hastalıklar veya fiziksel engellilik nedeniyle hareketsizlik döngüsünde yaşayan bireylerde depresif ruh halini geliştirebilir ve bu durum daha fazla kilo alımına neden olabilir (98).

Obezite yönetiminin fiziksel, sosyal ve psikolojik faktörleri ve aralarındaki ilişkiler Gatineau'nun açıkladığı şekli ile Şekil 3.4'te sunulmuştur (97).



Şekil 2.4. Obezite yönetiminde fiziksel, sosyal ve psikolojik faktörler ve aralarındaki ilişkiler (97).

Stres terimi zararlı olay ve uyaranlara karşı algı, değerlendirme ve yanıt vermeyi içeren süreçleri ifade eder. Kişilerin stres deneyimleri duygusal (kişilerarası çatışmalar, sevilen yakınların kaybı vb.) ya da fizyolojik olarak (gıda yoksunluğu, hastalık, uyuşturucu madde yoksunluğu vb.) gerçekleşebilir (99). Stres aynı zamanda, kişinin iş koşullarının ve içinde bulunduğu ortamın kişiyi etkilemesi ile vücudunda özel biyokimyasal salgıların oluşması ve kişinin mevcut koşullara uyum sağlanması için düşünsel ve bedensel olarak harekete geçmesi olarak da tanımlanmaktadır (100).

Stres bir organizmanın fizyolojik olarak var olan vücut dengesine bir meydan okumadır. Organizma stres sebebiyle bozulan dengeyi yeniden sağlamak için fizyolojik bir tepki geliştirerek strese yanıt verir. Böylece bedendeki homeostaz dengeleri bozulmaya başlar ve bozulan dengelerden biri de kişinin beslenme davranışdır (99).

Yeme davranışı, yaşam boyu devam eden, duygu, düşünce, bulunulan ortam ve psikolojik durum olmak üzere pek çok faktörden etkilenebilen bir davranıştır. Yemek yeme davranışı bireye verdiği haz dışında yetersiz ya da fazla miktarda beslenmeye neden olarak (yeme bozukluğu) bazı sağlık sorunlarına sebep olabilmektedir. Bu sebeple bireylerin yeme davranışını etkileyen faktörlerin, bireyi yeme davranışına yönelten duygu, düşünce ve dürtülerin iyi anlaşılması önemlidir (101).

Psikolojik stresin beslenme davranışları ile ilişkili olduğu literatürde gösterilmiştir. Birçok insanın stres altındayken daha fazla yediği, yaklaşık %30'nun ise normalden daha az yediği tahmin edilmektedir (102). Bazı kişiler yeme davranışını stresi azaltma, olumsuz duygular ve olaylar ile başa çıkmanın bir yolu olarak kullanmaktadır. Sosyal durum ve olayların beraberinde getirdiği stres, bazı kişilerde daha yüksek şeker, yağ ve kalori içeren besin tüketiminde artışa sebep olmaktadır (103).

Pandemi ve COVID-19'un yayılımını sınırlamaya yönelik halk sağlığı önlemleri toplumda yüksek düzeyde kaygı, depresyon ve stres ile ilişkilidir. Yetersiz zihinsel sağlık ve stres kiloyla ilgili sağlıksız davranışlara yol açmaktadır (104). Örneğin kanıtlar stres ve düşük fiziksel aktivite düzeyleri arasında pozitif bir ilişki olduğunu (105) ve sosyal izolasyon/yalnızlığın fiziksel aktivite düzeylerine zararlı etkilerine dikkat çekmiştir (106). Bu nedenle pandeminin ağırlaştırdığı yalnızlık muhtemelen egzersiz için bir engel olmuştur. Aynı şekilde kanıtlar stres ve sağlıksızlık yeme alışkanlıkları arasındaki bağlantıyı da desteklemektedir (107). Stresin yeme davranışı üzerindeki olumsuz etkileri pandemi zamanlarında evde geçirilen ek "boş zaman" "yiyecek stoklaması", "atıştırılmalık" fırsatlarını artırarak şiddetlenmektedir.

Stresin bir diğer önemli etkisi uyku üzerinedir. Stres uyku bozuklukları ile pozitif yönlü bir korelasyona sahiptir (108). Düşük kaliteli uyku obezite, düşük düzeyde fiziksel aktivite ve metabolik düzensizlik ile bağlantılıdır (109).

Özetle pandemi dönemi boyunca insanların içinde bulunduğu ruhsal durum, artan stres, azalan fiziksel aktivite gibi nedenlerden dolayı yüksek miktarda rafine karbonhidrat, şeker ve yağ içeriği yüksek gıdaların tüketiminde artış gözlenmiştir. Dünya çapında Batı Diyeti olarak da adlandırılan bu diyet tipi Tip 2 diyabet ve obezite gelişme riskini arttırmaktadır (110). Karbonhidrat içeriği yüksek besinler vücutta serotonin salgısını artırdığından duygu durumunda iyileşme yolu ve stres yönetiminde bir çözüm olarak düşünülmektedir. Bu pozitif etki, besinlerin glisemik indeksi ile ters orantılıdır (111).

2.3.6. Sosyal Destek

Sosyal destek iletişim ve etkileşim sonucu ortaya çıktığı için sosyal desteğin kesin ve net bir tanımını yapmak zor olmaktadır (112).

Bazı araştırmacılar sosyal desteği genel olarak; bireyin stresli bir ortamdayken yaşamında önemli yeri olan arkadaşları, ailesi ve komşuları gibi yakın çevresiyle sosyal ilişkiler kurarak sağlamış olduğu maddi ve manevi yardımlar olarak tanımlamaktadır (113). Rubens ve ark. (2013) ise sosyal desteği, bireyin stres

durumuyla baş etmede bir kaynak olarak görmüştür. Başka bir tanımla sosyal destek, kişinin ihtiyaç duyduğunda maddi, duygusal, sosyal yardım alarak kişiler arası etkileşim kurmasıdır (114).

Sosyal destek, sağlanan sosyal destek (SSD) ve algılanan sosyal destek (ASD) şeklinde ikiye ayrılmaktadır. SSD, destek sağlayanlar tarafından bireye verilmiş olan destek miktarı şeklinde tanımlanırken; ASD ise bireyin destek sağlayanların varlığına, yeterliliğine ve güçlü ilişkilerinin olduğuna güvenmesidir (115). ASD'de bireyin bakış açısı önemlidir (116). ASD, kişinin mevcut bir sosyal desteği olduğuna, ihtiyaç duyulan gereksinimlerin karşılandığına inancısıdır (117).

ASD ne kadar yüksek olursa kişi problemlerle o kadar kolay başa çıkabilecek, ruhsal açıdan kendini daha sağlıklı ve iyi hissedecektir. ASD düşük olduğu zamanlarda ise birey sosyal izolasyon yaşayıp psikolojik ve fiziksel açıdan olumsuz etkilenecektir (118).

Tüm bu yapılan tanımların odak noktası, bireyin herhangi bir sorunla karşılaştığı zaman çevresindeki kişilerden sosyal destek alarak ortadaki sorunu yok etmesi veya en aza indirgemesidir. Sosyal destek sayesinde kişi fiziksel veya psikolojik sorunları oldukça kolay çözmektedir. Sosyal destekle birlikte birey olumsuz durumlara karşı kendini koruyacak ve stres düzeyi azalacaktır (119).

Literatürdeki çalışmalar incelendiğinde sosyal destek ile sağlık arasındaki ilişkiyi ele alan yazarlar genel olarak iki görüş üzerinde durmaktadırlar. Bunlardan ilki, sağlık ile sosyal destek arasında direkt bir ilişkinin var olduğunu ve sosyal destek arttıkça bireyin sağlığında olumlu etkilerin kaçınılmaz olduğundan bahsedilmektedir. Diğeri ise, olumsuz olay meydana geldiği zaman sosyal destek sayesinde bireyin ruh sağlığının korunmasıdır (119).

Sosyal destek düzeyi yüksek olanların sağlık davranışlarına dikkat ettikleri, kronik-akut hastalıklara karşı dirençlerinin yüksek olduğu, hastalandıkları zaman tedavi sürecine daha kolay uyum sağladıkları ve daha hızlı iyileştikleri belirtilmektedir (120).

Sosyal destek kaygının, depresyonun azalmasında diğer bir ifade ile psikolojik hastalıklarla mücadelede etkilidir (121). Sosyal destek eksikliği algısı olan bireylerde ise bilişsel zayıflama, depresyon ve uyku problemleri ortaya çıkabilmektedir (122). Bu olumsuz sağlık sonuçlarının obezite ile ilişkili durumlar olduğu göz önünde bulundurulur ise sosyal destek eksikliğinin de obezite gelişiminde etkili olabileceği sonucuna varılabilir.

Sonuç olarak sağlığın korunmasında, geliştirilmesinde sosyal desteğin büyük önemi vardır (123). Sosyal destekle birlikte moral, saygınlık ve yaşamdan duyulan memnuniyet artar (124). Sosyal desteğin duygusal iyi oluş ve bireysel sağlık üzerinde olumlu etkisi (125) sayesinde bireyin tüm yaşamı boyunca sosyal destek sistemlerine ihtiyacı olduğu unutulmamalıdır (126).

2.4. Obezitede Nedensellik Ağı

Literatürde görülen ve yukarıda belirtilen obeziteye neden olan veya obezite ile ilişkili olduğu gösterilen faktörler Şekil 3.8'de özetlenen nedensellik ağında özetlenmiştir.



Şekil 2.5. Obeziteye neden olan veya obezite ile ilişkili olduğu gösterilen faktörler.

2.5. Obezitenin Sonuçları

Obezite çok yaygın görülen ciddi bir sağlık sorunu ve dünya genelinde birçok olumsuz sağlık sonucuna yol açan bir epidemik tehdittir. Her yıl obezite ve obezite ile ilişkili komplikasyonlar nedeniyle çok sayıda insan hayatını kaybetmektedir (127).

Amerikan Kalp Derneği obezitenin önemli bir kardiyovasküler hastalık (KVH) risk faktörü olduğunu vurgulamaktadır. Çeşitli çalışmalarda, artan BKİ'nin, erkeklerde ve kadınlarda, miyokard enfarktüsü (MI), anjina, kalp yetmezliği ve ani ölüm gibi KVH ile önemli ölçüde ilişkili olduğu saptanmıştır (37, 128).

Hipertansiyon dünya çapında yaklaşık 1 milyardan fazla insanı etkilemektedir (129). Kannel (1993) Framingham kohortundan elde edilen verilerden yararlanarak obezitenin erkeklerde %78 ve kadınlarda %65 oranında esansiyel hipertansiyona neden olduğunu bildirmiştir (130).

Obezite diyabette özellikle de tip 2 diyabette önemli role sahiptir (131). Obezite ile tip-2 diyabet arasındaki bağlantılar ve bunların birbirine bağımlılığı nedeniyle her iki salgın için türetilen ortak bir terim: "diyabetizy"dir (132). Obezite ve tip-2 diyabet sıklıkla birlikte ortaya çıkar ve çalışmalar tip 2 diyabetli hastaların yaklaşık %60-90'ının obez olduğunu bulmuştur (133).

Obezite, adipoz dokudaki adipositlerde hipertrofi ve hiperplaziye sebep olan enerji dengesizliği ile karakterizedir. Aşırı adipozite artışı, preadipositler ve makrofajlardan sitokin üretiminin artmasına neden olarak inflamatuvar yanıt oluşturmaktadır (134). Ayrıca adiponektin ve leptin gibi glukoz ve lipid metabolizmasının düzenlenmesini sağlayan adipoz doku kaynaklı hormonların sekresyon dengesini bozmaktadır. Adiponektin, makrofaj aktivasyonu ve proinflamatuvar sitokin üretimini azaltırken, leptin ise proinflamatuvar sitokin üretimini artırmaktadır. Dolayısıyla obez bireylerde, proinflamatuvar ve antiinflamatuvar medyatörlerin geri bildirim eksikliğine bağlı olarak sistemik etkileri olan "kronik inflamasyon" oluşmakta ve bu durum olası "sitokin fırtınasına" zemin hazırlamaktadır. Bu durum, kronik metabolik bozuklukların oluşmasına zemin

hazırlamakla birlikte konak hücrenin, enfeksiyona karşı yanıtını da azaltmaktadır (135).

Fazla kilo/obezite osteoartritin en belirgin risk faktörüdür. Birçok çalışma obezitenin el, diz ve kalça osteoartriti ile ilişkili olduğunu doğrulamıştır (136). Holliday (2011) BKİ ile ilişkili diz osteoartrit riskini kadınlarda erkeklere göre daha yüksek bulmuştur (137).

Geç başlangıçlı Alzheimer hastalığı, tüm demans vakalarının %70-90'ını oluşturarak en yaygın demans türüdür (138). Merkezi obezite, geç başlangıçlı Alzheimer hastalığında artan risk ile ilişkilidir (139). Ancak obeziteyi geç başlangıçlı Alzheimer hastalığına bağlayan olası mekanizmalar henüz belli değildir.

Obezitenin de son zamanlarda tiroid kanseri (140), prostat kanseri (141), meme kanseri, endometriyal kanser, yumurtalık kanseri ve rahim ağzı kanseri gibi kadın malignitelerinin gelişimini kolaylaştırdığı belirtilmektedir (142). Oberman ve arkadaşları (2015), obezite ve tip 2 diyabetin farklılaşmış tiroid kanseri gelişiminde etkili olduğunu göstermişlerdir (140).

Yapılan çalışmalar obezitenin COVID-19'a karşı önemli bir risk faktörü olabileceğini göstermiştir. Bu konudaki yayınlardan elde edilen sonuçlar dikkat çekici olup obezite ve COVID-19 arası ilişkiyi çok açık bir şekilde düşündürmektedir(143) . Obezite, metabolik hastalıkların (dislipidemi, insülin direnci ve Tip 2 diyabet) oluşum riskini artırabilen ve bağışıklık reaksiyonlarını değiştirerek bağışıklık sistemini daha aktif hale getirebilen düşük dereceli kronik enflamasyon durumunu ifade etmektedir (144). Obez hastaların solunum fizyolojisi incelendiğinde solunum kapasitelerinin azaldığı ve bu durumun da COVID-19 komplikasyonları için risk oluşturduğu düşünülmektedir (145).

COVID-19'un belirli gruplar üzerindeki farklı dağılımı, obezite prevalansındaki farklılıklarla örtüşmektedir. Örneğin, beyaz ve Asyalı kadınlara kıyasla en çok siyahi kadınlar etkilenmektedir (146).

Obezitenin direk ya da dolaylı sağlık sonuçlarının ekonomik etkilerini değerlendirdiğimizde, obezitenin küresel ekonomik etkisinin yaklaşık olarak 2 trilyon dolar olduğu tespit edilmiştir. Yani bu değer küresel gelirin yüzde 2,8'idir. Bu düzey obezitenin hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerin ekonomilerine yk getirdiği gerçeğini yansıtılmaktadır (15). Avrupa'nın tamamı yıllık toplam sağlık harcamalarının %1,9-%4,7'sini ve yıllık hastane masraflarının %2,8'ini fazla kilolu ve obez hastaların tedavilerine ayırmaktadır (147).

Türkiye'de 2019 yılında fazla kilo ve obezitenin ekonomik etkisinin 14,64 milyar ABD doları olduğu tahmin edilmektedir. Bu, kişi başına 175 ABD dolarına ve GSYİH'nın %1,9'una eşdeğerdir. Toplam maliyetlerin sırasıyla %17,4'n doğrudan maliyetler ve %82,6'sını ise dolaylı maliyetler oluşturmuştur. 2060 yılına gelindiğinde ekonomik etkilerin 132,53 milyar ABD dolarına çıkacağı tahmin edilmektedir. Bu, kişi başına 1.353 ABD dolarına ve GSYİH'nın %3,2'sine eşdeğerdir ve bu değerler toplam maliyetlerde 9 katlık bir artışı temsil etmektedir (16).

2.6. Sağlık alışanları

Dünya Sağlık rgt (DSÖ) sağlık sektörünü, "organize olmuş kamu ve özel sağlık hizmetleri (sağlığı geliştirme, hastalıkların önlenmesi, teşhis, tedavi ve bakım hizmetleri dâhil), sağlık bakanlıklarının ve sağlık ile ilgili bölümlerin politika ve faaliyetleri, sağlıkla ilgili sivil toplum örgütleri, toplum grupları ve meslek birliklerinden oluşur" şeklinde tanımlamaktadır (148).

Tüm ülkelerde yoğun işgücünü oluşturan sağlık çalışanları, dünyadaki en büyük küresel iş gücü olarak kabul edilmektedir. DSÖ, dünya çapında toplam 59,8 milyon sağlık çalışanı bulunduğunu tahmin etmektedir. Bunların yaklaşık üçte ikisi (39,5 milyon kişi) sağlık hizmeti sunarken, üçte biri sağlık yönetimi ve destek hizmetleri çalışanlarından oluşmaktadır. Sağlık ve sosyal hizmetlerdeki iş gücünün yaklaşık %70'i kadındır (17).

Sağlık iş gücü DSÖ'ye göre, sağlık hizmetleri veren bireyler (doktorlar, hemşireler, ebeler, diş hekimleri, acil tıbbi müdahale ekipleri, tıp, hemşirelik ve diş

sağlığı asistanları, terapistler, laboratuvar teknisyenleri, sosyal hizmet uzmanları ve eczacılar) ile bu alanlarda eğitim gören öğrencilerin yanı sıra yönetsel ve destek hizmetleri sunan kişileri de (yöneticiler, finans görevlileri, büro personeli ile gıda, ulaşım, güvenlik, temizlik ve tesis işlemlerinde tesisatçılar, elektrikçiler, grafikerler, marangozlar çalışanları) kapsamaktadır (17).

Sağlık Bakanlığı'nın 2014 yılında Sağlık Meslek Mensupları ile Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik'i gereğince; hekim/uzman ekim, dış hekimi/uzman dış hekimi, eczacı, hemşire, ebe, klinik psikolog, fizyoterapist, fizyoterapi teknikeri, odyolog, odyometri teknikeri, diyetisyen, dil ve konuşma terapisti, podolog, sağlık fizikçisi, radyoterapi teknikeri, anestezi teknisyeni/teknikeri, tıbbi laboratuvar teknisyeni, tıbbi laboratuvar ve patoloji teknikeri, tıbbi görüntüleme teknisyeni/teknikeri, ağız ve diş sağlığı teknikeri, diş protez teknikeri, tıbbi protez ve ortez teknisyeni/teknikeri, ameliyathane teknikeri, adli tıp teknikeri, diyaliz teknikeri, perfüzyonist, eczane teknikeri, iş ve uğraşı terapisti (ergoterapist), iş ve uğraşı teknikeri (ergoterapi teknikeri), elektronörofizyoloji teknikeri, mamografi teknikeri, optisyen, acil tıp teknikeri, acil tıp teknisyeni, hemşire yardımcısı, ebe yardımcısı, sağlık bakım teknisyeni "sağlık meslek mensupları" olarak tanımlanmaktadır (149).

Aynı yönetmelikte, doğrudan sağlık meslek mensubu olmadığı hâlde "sağlık hizmetlerinde çalışan diğer meslek mensupları" ise psikolog, biyolog, çocuk gelişimci, sosyal çalışmacı/sosyal hizmet uzmanı, sağlık eğitimcisi/tıbbi teknolog, sağlık idarecisi, çevre sağlığı teknisyeni/teknikeri, yaşlı bakım teknikeri/ evde hasta bakım teknikeri, tıbbi sekreter ve biyomedikal cihaz teknikeri olarak sıralanmaktadır. Sağlık kurumunda sağlık iş gücünü oluşturan bireylerin birtakım anlayışı içinde çalışması, hastaya etkili bir sağlık hizmeti sunmanın anahtarlarından birisidir. Hekim, hastaya yönelik tıbbi uygulamalarda sağlık ekibinin lideri olarak iletişim ve iş birliği ilkeleri içinde birlikte çalıştığı her bir ekip üyesinin kendi maksimum potansiyelini gerçekleştirmesini sağlar (149).

2.6.1.Sağlık Çalışanlarında Obezite

Obezite ve meslek arasındaki ilişki tam olarak araştırılmamış olsa da işle ilgili görev, pozisyon, iş stresi ve uzun süreli çalışma (fazla mesai, gece çalışması ve hareketsiz çalışma dahil) gibi faktörlerin kilo alımını ve özellikle karın bölgesinde yağ birikmesini artırabileceği belirtilmiştir (150). Sağlık sonuçlarının çoğu farklı maruz kalma faktörlerinden kaynaklanmaktadır ve iş süreçleri birçok açıdan çalışanların yetersiz yaşam tarzı alışkanlıklarının ve hatta hastalıklarının şekillenmesine katkıda bulunmaktadır (151).

Sağlık kurumlarında yapılan çeşitli çalışmalarda, sağlık çalışanları arasında fazla kilolu olma ve obezite düzeyinin Güney Afrika'da %70,7 (18), Brezilya'da %45,9 (19), Almanya'da %40,9 (20), İtalya'da %35,0 (21) ve Britanya'da %69,1 (22) olduğu tespit edilmiştir. Yine yakın zamanda Malezya'da yapılan bir araştırmada (23) sağlık çalışanlarının %33,1'inin fazla kilolu, %21,1'inin obez olduğu gösterilmiştir. Türkiye'de Aşudu'nun 2017 yılında yaptığı tez çalışmasında hastane çalışanlarında fazla kilolu ve obez olma sıklığının %47,6 olduğu bulunmuştur (24).

Sağlık çalışanlarının sağlığıyla ilgili yapılan benzer başka araştırmalarda da çalışanların önemli bir kısmının obez olduğunu tespit etmiştir (152, 153). Avustralya, Yeni Zelanda veya Birleşik Krallık'ta kayıtlı yaklaşık 5000 hemşire ve ebe üzerinde yapılan bir araştırmada, hemşire ve ebelerin obezite ve fazla kilo prevalansının genel nüfusa göre daha yüksek olduğu ortaya koyulmuştur (154).

Sağlık çalışanları arasında obezitenin yaygınlığının üç ana nedenden dolayı doğru bir şekilde değerlendirilmesi gerekmektedir. Birincisi, obezite, sağlık çalışanları için işle bağlantılı hastalıkların ve iş yeri yaralanmalarının önde gelen nedenleri olan kas-iskelet sistemi bozuklukları (27) ve zihinsel sağlık sorunlarının (155) olasılığını artırmaktadır.

İkincisi, farklı sağlık meslekleri gruplarındaki ve genel nüfustaki obezite düzeylerinin karşılaştırılması, sağlık profesyonelleri arasında artan obezite sıklığında olumsuz iş yeri faktörlerinin olası katkısını belirlemeye faydası olacaktır (156).

Üçüncüsü, iş yaşamında yaygın obezitenin, sağlık profesyonellerinin sağlığı geliştirme çabalarının etkililiğini engelleyebilir olmasıdır. Kişisel sağlık davranışlarının sağlığın teşviki ve geliştirilmesi uygulamaları üzerindeki etkisine ilişkin sistematik bir inceleme, hastaların fazla kilolu veya obez bir sağlık uzmanına kıyasla gözle görülür şekilde sağlıklı bir sağlık uzmanı tarafından sunulan tavsiyeleri kabul etme olasılıklarının daha yüksek olduğunu ortaya çıkarmıştır (157).

Yıllar geçtikçe güvencesiz çalışma koşulları, mesleki strese ilişkin bilimsel ve yasal tartışmalara yol açmıştır (151). Hastaneler, personelin 24 saat çalışabildiği ve vardiyalı çalışmanın olduğu stresli ortamlardır. Çalışmalar, uzun çalışma saatleri ve vardiyalı çalışmanın, sağlık çalışanlarının, metabolizma hızı ve stres düzeylerindeki etkisi nedeniyle obez olma ihtimallerinin daha yüksek olduğunu göstermiştir (158). Ayrıca hastanelerdeki yiyecek ve fiziksel aktivite imkanları çalışanların vücut ağırlıklarını etkileyebilmektedir (159).

Çalışanların iş yerinde çalıştıkları çevrenin dışında bir de toplumsal çevresi vardır. Stres kaynaklarının işe bağlı olup olmadığının ayırt edilmesi her zaman mümkün olamamaktadır. Çünkü günümüzde birey iş, aile ve sosyal çevre üçgeni arasında hayatını sürdürmekte, zaman zaman iş hayatını iş dışı yaşantısı etkilemekte veya tersi durumlarla karşı karşıya kalmaktadır. Belirli sorumluluk kademesine gelen kişiler, iş ve aile yaşantısını dengelemek, her iki yaşantıyı da özel bir sosyal ortamda yürütmek zorundadırlar.

İş yaşamı ile aile yaşamının gerektirdikleri de kişi üzerinde strese neden olmaktadır. İş dışı olan ancak bireyi işinde de etkileyen stres kaynakları, genellikle yeni bir çocuğun doğumu, şiddetli geçimsizlik, ekonomik yetersizlikler gibi ailevi olaylar; beklenmedik bir harcama yapmak zorunda kalınması, düşük ücretle çalışmak gibi ekonomik sorunlar ve daha önce uğraşılan bir hobiden vazgeçilmesi ya da kişinin düzenli bir hayat yaşayamaması gibi kişisel etmenler olarak sıralanabilir. Bu olumsuz koşullar, bireylerin iş-ev ortamlarında daha fazla stres yaşamalarına neden olabilmektedir (160).

Sağlık çalışanlarının uzun çalışma saatleri, kendilerine az zaman ayırabilmeleri ve yüksek tükenmişlik durumları nedeniyle diğer birçok sektördeki çalışanlara göre daha ağır iş yükü ve zihinsel stres yaşadıkları düşünülmektedir; bu da onları muhtemelen fazla kilo/obezite riskine daha duyarlı hale getirmektedir. Son dört yılda, COVID-19 salgınının getirdiği ekstra yük sağlık personeli için oldukça zorlayıcı olmuştur. Pandemiden etkilenen sağlık personeli arasında anksiyete ile ilişkili semptomların sistematik bir incelemesi ve meta-analizinde, çalışanların %42'sinin anksiyetenin karakteristik özelliklerini sergilediği, %40'ının akut stres, %37'sinin tükenmişlik ve %32'sinin PTSS (Post Travmatik Stres Bozukluğu) özelliklerini gösterdiğini ve duygusal semptomlar arasında depresyonun uyku bozukluğu olanların %33'ünden sorumlu iken bu uyku bozukluklarının %42'sinin insomnia olduğunu bildirmiştir (26).

Pek çok çalışmada obezitenin COVID-19 enfeksiyonu riskini artırabileceği gösterilmiştir (161). Koronavirüs (COVID-19) pandemisinde obezite bağımsız bir risk faktörü olarak tanımlanmıştır (162). Ayrıca OSHA (Occupational Safety and Health Administration) COVID-19 enfeksiyonu riski açısından çok yüksek ve yüksek risk grubunda değerlendirdiği çalışan grubu sağlık çalışanlarıdır (163).

Artan obezite prevalansı sağlık çalışanlarını da etkilemiş ve sağlık çalışanları arasında erken emekliliğe, kronik hastalık morbiditesine ve mortaliteye neden olmuştur (164). Hastalık koşulları, işe devamsızlık oranlarını arttırarak ve sağlık çalışanlarındaki sağlık iş gücünün kapasitesini önemli ölçüde azaltarak sağlık sisteminin yararlılığı ve sürdürülebilirliği açısından önemli bir sorun haline gelmektedir (28). Bu değerlendirmelere rağmen sağlık çalışanlarının görev kapsamı hastaların iyileştirilmesi olarak görüldüğünden, bu kişilerin her gün karşılaştığı tehlikeler ve riskler genellikle göz ardı edilmekte veya öncelik olarak algılanmamaktadır (17).

Toplum sağlığının korunmasında önderlik eden, sağlığın korunması ve geliştirilmesinde rehberlik yapan ve tedavi hizmetlerinde görev alan sağlık çalışanları öncelikle kendi sağlıklarına dikkat etmeli ve sağlık durumlarını olumlu ve olumsuz

yönde etkileyen faktörlerin farkında olmalılar (29). Bu bakımdan da sağlık çalışanlarında obezite durumunun ve risklerin belirlenmesi oldukça önemlidir.

2.7. Obezite ile Mücadele

Obezite ile yaşayanların tedaviye ihtiyaçları vardır. Tedavi seçiminin bir dizi başka kişisel faktörle birlikte, obezitenin şiddetine dayanan bir “kronik bakım” gereksinimine göre belirlenmesi tavsiye edilmektedir (165). Çok bileşenli davranışsal müdahalelerin hem çocuklarda hem de yetişkinler için genellikle en iyisi olduğu kabul edilir (13). Obezite tedavisi için yoğun ve uzun süreli bakım stratejileri önerilmektedir (166). İlaç tedavisi ve bariatrik cerrahi gibi klinik müdahaleler mevcut olmasına ve etkili oldukları görülmesine rağmen, tüm insanlar için uygun değildirler ve net kriterler ile bu tedavinin uygun olacağı kişilerin belirlenmeleri gerekmektedir. Ayrıca, klinik yaklaşımlar tek başına değil davranış değişikliğini hedefleyen müdahalelerle birlikte kullanılmalıdırlar (13). Ancak, obezitenin bireysel sağlık sonuçlarını önlemede ve toplumsal maliyetlerini azaltmada sağlık politikalarının ve halk sağlığı eylemlerinin geliştirilmesinin anahtar rol üstleneceği göz ardı edilmemelidir.

3. YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amaçları

3.1.1. Kısa erimli amaçlar

Araştırmanın kısa erimli amaçları,

1. Hastane çalışanlarında fazla kilolu/obez olma durumunda yeme tutumu, algılanan stres ve algılanan sosyal desteğin ana etken olup olmadığını ve kuvvetle muhtemel etkenleri incelemek,

2. Hastane çalışanlarında fazla kilolu/obez olma durumunun öz bildirimine göre olası sağlık sonuçlarını değerlendirmektir.

3.1.2. Uzun erimli amaç

Araştırmanın uzun erimli amacı, özellikle sağlık çalışanlarında periyodik taramaların önemine dikkat çekmek ve çalışanların taramalara katılımlarını artırma ile ilgili yapılacak faaliyetlere katkıda bulunmaktır.

3.2. Araştırmanın Hipotezleri

1) Fazla kilolu/obez olan hastane çalışanlarında sosyal destek düzeyi, normal kilolulardan farklıdır.

2) Fazla kilolu/obez olan hastane çalışanlarında stres düzeyi, normal kilolulardan farklıdır.

3) Fazla kilolu/obez hastane çalışanlarının yeme tutumu normal kilolulardan farklıdır.

3.3. Araştırmanın Yeri

Araştırmanın yeri, Ankara İli Mamak İlçesi'nde bulunan Mamak Devlet Hastanesi'dir. Temmuz 2021'de açılmış olan hastane 250 yatak kapasiteli olup 126

hekim, 142 hemşire ve 455 diğer hastane çalışanı ile merkezi randevu sisteminden randevu almış bütün bireylere poliklinik ve yataklı tedavi hizmeti vermektedir. Hastanenin ameliyathane, yoğun bakım ve acil servisi bulunmaktadır. Hastanede Aşı, Genel Pediatri, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Genel Cerrahi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon, Üroloji, Göğüs Hastalıkları, Kulak Burun Boğaz, Enfeksiyon, Kardiyoloji, Dermatoloji, Dâhiliye, Ortopedi ve Psikiyatri Poliklinikleri'nde günlük ortalama 3.500-4.000 kişi hizmet almaktadır. Hastanede çeşitli kardiyolojik, nörolojik, odyolojik ve radyolojik tetkikler yapılmaktadır. Hastanenin Biyokimya, Patoloji ve Mikrobiyoloji laboratuvarı da mevcuttur.

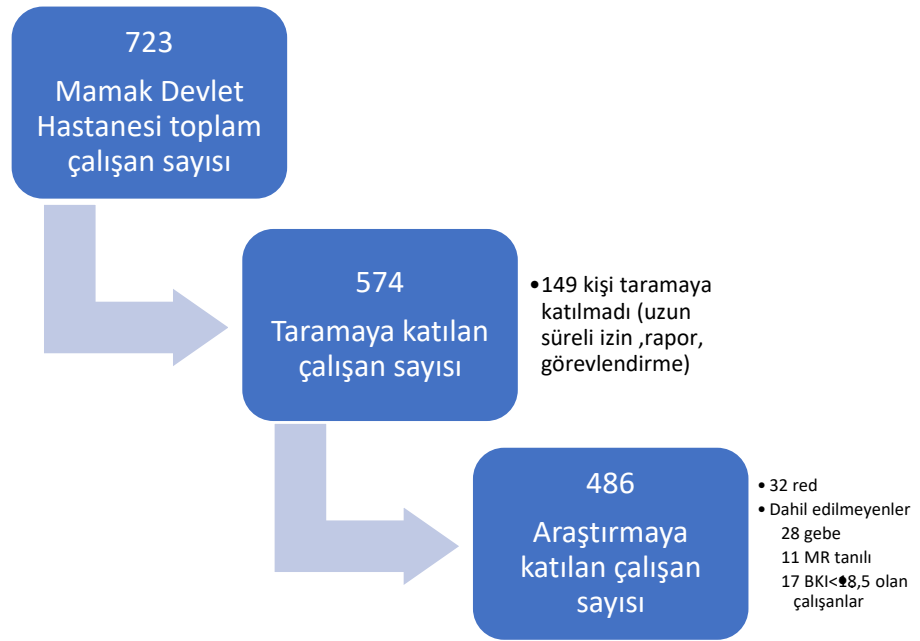
3.4. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma, vaka-kontrol tipte analitik bir epidemiyolojik araştırmadır. Fazla kilo/obezitenin patogenezinin kişiler arasında değişmekle beraber etkenle belli bir süre karşılaşmanın sonucu olduğu bilinmektedir. Bu çalışmada nedenselliği tartışabilme imkanının öngörülebilmesi ve hızlı değerlendirmeye imkân vermesi nedeniyle araştırmanın tipinin vaka kontrol çalışması olmasına karar verilmiştir. Araştırmanın yeri olan Mamak Devlet Hastanesi'nin 2022 yılı sağlık tarama verileri kullanılarak Vaka ve Kontrol grupları oluşturulmuştur. Vaka ve kontrol grupları yaş ve cinsiyet değişkenleri ile kontrol edilerek eşleştirilmeye çalışılmıştır. Fakat kontrol grubunun çoğunun genç ve kadın olması nedeniyle eşleştirme yapılamamış olup bu değişkenler analize karıştırıcı değişken olarak dahil edilmiştir.

3.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Mamak Devlet Hastanesi'nde çalışmanın yapıldığı dönemde toplam 723 personel çalışmaktadır. Araştırmanın evrenini, bu çalışanlardan, 2022 yılında sağlık taramasına katılmış 574 kişi (toplam çalışanların %79,4) oluşturmuştur. Araştırmanın yeri olarak belirlenen ve B grubunda olduğu bilinen Mamak Devlet Hastanesi'nde çalışan toplam 723 kişiden 149'unun (%20,2) iş sağlığı uygulamaları kapsamında yapılan boy uzunluğu ve vücut ağırlığı ölçümlerini yaptırmadıkları görülmüştür. Antropometrik ölçümleri yapılmış olan 574 kişinin de %5,6'sı (32 kişi) çalışmaya

katılmayı reddetmiştir. Bu redlerin 23'ü (%71,9) kontrol grubuna dâhil edilme kriterlerini karşılayan, 9'u (%28,1) vaka gruplarına dâhil edilme kriterlerini karşılayan kişilerdir. Elli altı kişi (%9,8) ise çalışmaya dâhil edilme kriterlerini karşılamadığı için çalışmaya dâhil edilmemiştir. Her ne kadar araştırmaya katılmayı kabul eden kişilerin sayısı vaka ve kontrol grupları için belirlenen optimum büyüklükleri karşılamak için yeterli olsa da vaka ve kontrol grupları arasında eşleştirme yapılmasına elvermemiştir.



Şekil 3.1. Araştırmaya katılan toplam kişi sayısı.

Sağlık çalışanlarında obezite ile psikosoyal etkenler ve yeme tutumu ilişkisine yönelik olarak literatürde bir bilgisiyeye erişilememiş, bu nedenle etkenle karşılaşma yüzdesi 0,50 kabul edilerek optimum örnek büyüklüğü EpiInfo StatCalc bilgisayar programından yararlanarak hesaplanmıştır. Örnek büyüklüğü hesaplamasında kontrol/vaka oranı 2, saptanabilecek en küçük "odds" oranı 2 ve çalışmanın gücü %80 olarak alınmıştır. Bu durumda örnek büyüklükleri Kelsey yöntemi ile vaka= 105 ve kontrol= 210 kişi; Fleiss yöntemi ile vaka= 103 ve kontrol= 206 kişi olarak belirlenmiştir (167).

3.5.1. Vaka Gruplarına Dâhil Edilme Kriterleri

- Mamak Devlet Hastanesi çalışanlarında 2022 yılında yapılan sağlık taramasında BKİ hesaplamasına göre fazla kilolu ya da obez olduğu saptanmış olmak,
- Araştırmanın veri toplama sürecinde hastanenin personeli olmak,
- Veri toplama sürecinde fiilen hastanede çalışıyor olmak.

3.5.2. Kontrol Grubuna Dâhil Edilme Kriterleri

- Mamak Devlet Hastanesi'nde sağlık çalışanlarında 2022 yılında yapılan sağlık taramasında BKİ hesaplamasına göre normal kilolu olduğu saptanmış olmak,
- Araştırmanın veri toplama sürecinde hastanenin personeli olmak,
- Veri toplama sürecinde fiilen hastanede çalışıyor olmak.

3.5.3. Vaka ve Kontrol Grupları İçin Dışlama Kriterleri

- Mamak Devlet Hastanesi'nde sağlık çalışanlarında 2022 yılında yapılan sağlık taramasında BKİ hesaplamasına göre BKİ değeri 18,5'in altında olmak,
- Veri toplama sürecinde uzun süreli izin, rapor, görevlendirme, vb. gibi nedenlerle araştırma yerinde bulunmamak,
- Anket formundaki soruların %10'undan fazlasına yanıt vermemiş olmak,
- Gözetim altında anket sorularına yanıt verecek zihinsel yeterliliğe sahip olmamak (Örneğin, Metal Retardasyon tanısı almış olmak),
- Gebe olmak.

3.6. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler:

Fazla kilolu ($30 > \text{BKİ} > 25$) ya da obez ($\text{BKİ} > 30$) olma durumu

Bağımsız Değişkenler:

- Bazı sosyo-demografik özellikler
(Cinsiyet, Yaş, Medeni durum, Eğitim düzeyi, Ekonomik durum algısı)
- Hane halkı özellikleri
(Eşin çalışma durumu, Çocuk sahibi olma, 6 yaşından küçük çocuk sahibi olma, Küçük çocuğun bakımını yapan kişi, Ankara dışında okuyan çocuğu olma, Borç durumu, Borç ödemede zorlanma durumu, Barınma için kira ödeme, Yalnız yaşama durumu, Birlikte yaşadığı kişilerde kronik hastalık olma durumu)
- Çalışma yaşamına ilişkin bazı özellikler
(Meslek, Meslekte görev süresi, Çalıştığı birim, Fazla mesai yapma durumu, Gece çalışma durumu)
- Sağlık durumları ve bazı sağlık davranışları
(Kronik hastalığı olma durumu, Kronik hastalık sayısı, Sürekli ilaç kullanma durumu, Uyku süresi, Düzenli egzersiz yapma durumu, Sigara içme durumu, Alkollü içecek tüketme durumu, Vaka gruplarında ne süredir mevcut kilosunda olduğunu bilme, Öz değerlendirmeye göre genel sağlık durumu)
- Kadın katılımcıların bazı obstetrik özellikleri
(Gebelik sayısı, Adet görme durumu, Hormonal doğum kontrol yöntemi kullanma durumu)
- Çalışma yaşamından memnuniyet ve şiddete maruz kalma durumu
(İşinden memnun olma durumu, Çalışma arkadaşlarından memnun olmadurumu, Hasta/hasta yakınlarının sözel şiddetine maruz kalma durumu, Hasta/hasta yakınlarının fiziksel şiddetine maruz kalma durumu, Sosyal yaşamda şiddete maruz kalma durumu)

- Çok Boyutlu Algılan Sosyal Destek Ölçeği puanı
- Algılanan Stres Ölçeği puanı
- Yeme Tutumu Testi puanı

3.7. Terim, Sınıflama, Kriterler

Beden Kütle İndeksi (BKİ): BKİ obezitenin değerlendirilmesinde kullanılan ve kilogram cinsinden vücut ağırlığının metre cinsinden boy uzunluğunun karesine bölünmesiyle elde edilen bir ölçüttür (30). BKİ sınıflama kriterleri için Bkz.Tablo 3.1.

Algılanan Sosyal Destek (ASD): Sosyal destek, genel olarak, bireyin stresli bir ortamdayken yaşamında önemli yeri olan arkadaşları, ailesi ve komşuları gibi yakın çevresiyle sosyal ilişkiler kurarak sağlamış olduğu maddi ve manevi yardımlardır (113). Sosyal destek, SSD ve ASD şeklinde ikiye ayrılmaktadır. ASD, bireyin destek sağlayanların varlığına, yeterliliğine ve güçlü ilişkilerinin olduğuna güvenmesidir (115). ASD’de bireyin bakış açısı önemlidir (116). Çalışmada ASD, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) ile değerlendirilmiştir. Yüksek puanlar bireylerin algıladıkları sosyal destek düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir.

Algılanan Stres: Stres, kişinin psikolojik ya da fiziksel durumunu, çevresindeki sorunlarla mücadele edebilme gücünü olumsuz etkileyen ve çeşitli nedenlerden dolayı insan üzerinde oluşan bir gerilim durumudur (168). Phillips’e (2013) göre algılanan stres, bireyin belirli bir zaman diliminde ya da belirli bir durumda ne kadar stres altında olduğuna ilişkin duygu ve düşünceleridir (169). Bu çalışmada stres düzeyi Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ) ile değerlendirilmiştir. Yüksek puanlar bireylerin stres düzeylerinin yüksek olduğunu göstermektedir (168)

Yeme Tutumu: Bireyin yeme ve beslenmeyle ilgili düşüncelerini, davranışlarını ve duygularını oluşturan eğilim olarak tanımlanmaktadır (170). Bireylerin yeme tutum ve davranışları Yeme Tutumu Testi (YTT-40) ile değerlendirilmiştir (171). Testten 27 puanın üstünde alanlar “bozulmuş yeme davranışına sahip” bireyler olarak değerlendirilmiştir (172).

Sağlık Çalışanı: Çalışmada, 2014 yılında Sağlık Meslek Mensupları ile Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik gereğince çalışanlar, “sağlık meslek mensubu olanlar”, “diğer sağlık mensubu olanlar” ve “diğer meslekler” şeklinde 3 grupta incelenmiştir. İlgili yönetmelik sınıflamasında yer almayan meslek mensubu çalışanlar, “diğer meslekler” grubuna dahil edilmiştir.

Yaş: Tek yaşlar olarak elde edilen yaş değişkeni, sınıf aralığı 10 olacak şekilde, en genç katılımcının 20 yaşında olduğu tespiti ile “20-29”, “30-39”, “40-49”, “50 yaş ve üstü” olacak şekilde gruplanmıştır. İlişki değerlendirme aşamasında obez vaka grubunda “50 yaş ve üstü” kişilerin sayısının çok düşük olması sebebiyle ileri analizlerde bu kişiler “40-49 yaş” grubu ile birleştirilmiştir.

Eğitim Düzeyi: Eğitim düzeyi değişkeni ilkokul, ortaokul, lise, ön lisans, lisans, yüksek lisans ve doktora/uzmanlık eğitimi gruplarına sınıflandırılarak tanımlayıcı analizlere başlanmıştır. İlişki değerlendirme aşamasında eğitim düzeyi değişkeni “lise ve altı” ile “lise üstü” olacak şekilde iki sınıfta değerlendirilmiştir.

Medeni Durum: Medeni durum değişkeni tanımlayıcı analizlerde bekar, evli ve diğer (eşi vefat etmiş, eşinden ayrı yaşıyor ve eşinden boşanmış) şeklinde gruplandırılmıştır. İlişki değerlendirme aşamasında medeni durum değişkeninin “bekar” ve “diğer” olacak şekilde iki sınıfta değerlendirilmesine karar verilmiştir.

Ekonomik Durum: Ekonomik durum, öz bidirime göre “çok kötü”, “kötü”, “orta”, “iyi”, “çok iyi” kategorileri ile değerlendirilmiştir. Bu değişken, ilişki değerlendirmesi aşamasından “çok iyi/iyi”, “orta”, “kötü/çok kötü” şeklinde gruplanarak değerlendirilmiştir.

Yalnız Yaşama Durumu: Bu değişken, “yalnız yaşayanlar” ve “diğer” (aile üyesi veya ev arkadaşı) şeklinde gruplandırılmıştır.

Meslekte Görev Süresi: Meslekte görev süresi değişkenine ilişkin veriler yıl olarak toplanmış olup tanımlayıcı analizler “<5 yıl”, “5-9 yıl”, “10-14 yıl”, “15-19 yıl”,

≥20 yıl” sınıflarında gruplanmış olup ilişki değerlendirme aşamasında veriler düşük gözlem sayıları nedeniyle “<10 yıl”, “10-19 yıl”, “≥20 yıl” olarak sınıflandırılmıştır. İleri analizlerde meslekte görev süresi numerik değişken olarak modellere alınmıştır.

Sigara İçme: Sigara içme değişkeni “hiç içmemiş”, “içmeyi bırakmış” ve “halen içiyor” gruplarına sınıflandırılarak değerlendirilmiştir. Sigara içmeyi bırakmasının üstünden 1 yıl geçmiş olan katılımcılar “bırakmış” grubuna dahil edilmiştir.

Alkollü içecek Tüketme: Alkollü içecek tüketme değişkeni “hiç içmemiş”, “içmeyi bırakmış” ve “halen içiyor” gruplarına sınıflandırılarak değerlendirilmiştir.

Semptom Sıklık: Çalışanların, literatüre göre fazla kilo/obezite nedeni ile oluşabileceği belirtilen bazı semptomları son bir hafta içinde deneyimleme sıklıkları açık uçlu olarak öğrenilmiş olup gruplar arası karşılaştırmaya imkân olacak şekilde deneyimleme sıklıkları birleştirilmiştir. Semptomlara göre sıklıklar aşağıda belirtildiği gibidir.

Yorgunluk: 0/1-2/3 ve üstü

Ağrı: 0/1-2/3 ve üstü

Bulantı: 0/1-2/3 ve üstü

Uyku bölünmesi: 0/1-3/4-6/7 ve üstü

Sıkıntılı üzgün hissetme: 0/1-2/3-4/5 ve üstü

Nefes darlığı: 0/1-3/4 ve üstü

Hatırlamada güçlük: 0/1-2/3-4/5 ve üstü

İştahsızlık: 0/1-3/4 ve üstü

Kusma: 0/1 ve üstü

Uyuşma: 0/1-3/4 ve üstü

İdrara çıkmada zorluk: 0/1 ve üstü

Deri problemleri: 0/1-5/6 ve üstü

3.8. Veri Toplama Aracı ve Ön Deneme

Veriler, araştırmacılar tarafından literatür bilgilerinden de yararlanılarak oluşturulmuş bir anket formu aracılığı ile toplanmıştır (Ek 1). Ankette sosyodemografik özellikler ile ilgili 21, sağlık durumlarını değerlendirmeye yönelik 23 ve çalışma yaşamının değerlendirilmesine yönelik 11 soru olmak üzere toplam 55 soru vardır. Ayrıca katılımcılara 12 maddelik Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, 10 maddelik Algılanan Stres Ölçeği ve 40 maddelik Yeme Tutumu Testi uygulanmıştır.

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği: Dahlem, Zimet ve Farley (1988) tarafından geliştirilen ölçek bireylerin algılanan sosyal destek unsurlarının tespit edilmesi amacıyla hizmet etmektedir (173). Ölçek, “kesinlikle hayır” ile “kesinlikle evet” arasında değişen 7 dereceli (1-7puan), toplam 12 sorudan oluşan Likert tipi bir ölçektir. “Aile”, “arkadaş” ve “özel bir insan”dan alınan desteği belirlemeye yönelik, her biri 4 maddeden oluşan 3 alt boyutu olan ölçekte alt boyutlardan alınabilecek en düşük puan 4, en yüksek puan 28’dir. Ölçeğin tamamından ise en düşük 12, en yüksek 84 puan alınabilmektedir. Her alt ölçekteki dört maddenin puanlarının toplanması ile alt ölçek puanı ve bütün alt ölçek puanlarının toplanması ile ölçeğin toplam puanı elde edilmektedir. Toplam puanın yüksek olması bireyin sosyal destek düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir. Bu ölçeğin Türkçe’ye adaptasyon çalışması Eker ve Akar (1995) tarafından yapılmış olup Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve alt ölçek puanlarının iç tutarlılığı iyi düzeyde (Cronbach alfa katsayıları= 0,80-0,95) bulunmuştur (174). Bu araştırma grubunda da ölçek için hesaplanan Cronbach’s alfa katsayısı 0,89’dur.

Algılanan Stres Ölçeği: Stresin ölçülmesiyle ilgili iki yöntemin yaygın olarak kullanıldığı bilinmektedir. Bunlardan ilki stresör hayat olaylarının insanın başına gelip

gelmediğini ele alan ölçüm araçlarını kullanmaktır. İkinci yöntemde ise kişinin öznel stres algısını ele alan ölçüm araçları kullanılır (169). Cohen, Kamaric ve Mermelstein (1983) tarafından geliştirilen Algılanan Stres Ölçeği bu türdeki araçlardan en sık kullanılanıdır (175). Monroe (2008) modern stres ölçme yöntemlerin ele aldığı gözden geçirme yazısında algılanan stresi ölçen ölçüm yöntemlerinin hayat olaylarını ele alan yöntemlerden daha az ölçüm hatası içerdiğini bildirmektedir (96). Cohen ve arkadaşlarının (1983) geliştirmiş oldukları Algılanan Stres Ölçeğinin 14 maddelik uzun formu ile birlikte 4 ve 10 madde olarak ayrı ayrı iki formu da vardır. Algılanan Stres Ölçeği 5'li Likert tipinde hazırlanmış 10 madde ve iki boyuttan oluşmaktadır. Bu çalışmada Algılanan Stres Ölçeğinin 10 maddelik formundan yararlanılmıştır. Ölçeğin puanlaması 0-40 arasında değişmektedir. Ölçekten yüksek puan alınması stres düzeyinin yüksek olduğunu ortaya koymaktadır (175). Algılanan Stres Ölçeği, Eskin ve arkadaşları tarafından 2013 yılında Türkçe'ye uyarlanmıştır. Ölçeğin iç tutarlık katsayısı 0,84, test-tekrar-test güvenilirlik katsayısı ise 0,87 olarak hesaplanmıştır (95). Bu araştırma grubunda ölçek için hesaplanan Cronbach's alfa katsayısı 0,61 olup kabul edilebilir düzeydedir (176).

Yeme Tutumu Testi, Garner ve Garfinkel tarafından 1979 yılında yeme bozukluğu olan hastalarının yeme davranış ve tutumlarını, normal bireylerde ise yeme davranışlarındaki olası bozuklukları değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş bir ölçektir (177). Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 1989 yılında Savaşır ve Erol tarafından yapılmıştır (171). Ölçek, 6'lı Likert tipinde 40 sorudan oluşmakta ve "daima", "çok sık", "sık sık", "bazen", "nadiren", "hiçbir zaman" şeklinde cevaplanmaktadır. Ölçekteki her maddeden en yüksek 3 puan alınabilmektedir. Puanlar hesaplanırken 1., 18., 19., 23. ve 39. maddeler için "bazen" 1 puan, "nadiren" 2 puan, "hiçbir zaman" 3 puan ve "sık sık", "çok sık" ve "daima" seçenekleri 0 puan olarak değerlendirilmektedir. Ölçeğin diğer maddeleri "daima" 3 puan, "çok sık" 2 puan, "sık sık" 1 puan ve "bazen", "nadiren" ve "hiçbir zaman" seçenekleri 0 puan olarak puanlanmaktadır. "Yeme tutum ve davranışları için toplam puan, her bir madde için verilen cevabın puanlarının toplamı olarak hesaplanmaktadır. Olası puan aralığı 0-120 şeklindedir ve yüksek puanlar yeme

tutumlarındaki bozulmayı ifade etmektedir” (171). “Ölçeğin, yeme bozukluğu açısından klinik değerlendirmeyi gerektirecek kesme değeri 30 puan olup, Cronbach alfa katsayısı 0,70 olarak bildirilmiştir” (177). “Kesme puanı 30 olarak belirlenmekle birlikte ülkemizde yapılan çalışmalarda kesme değeri 27 puan alındığında en yüksek duyarlılık ve özgüllük değerinin sağlandığı belirtilmektedir” (173). Bu araştırmanın analizlerinde Yeme Tutumu Testi kesme puanı olarak 27 kabul edilmiştir ve Cronbach alfa katsayısı 0,87 olarak bulunmuştur.

Veri toplama aracının ön denemesi Ankara İli’nde başka bir Devlet Hastanesi’nde fazla kilolu ya da obez olan 20 ve BMI’si normal olan 10 olmak üzere toplam 30 sağlık çalışanı üzerinde yapılmış olup işlemeyen herhangi bir soru olmadığı görülmüştür.

3.9. Araştırmanın İnsan Gücü ve Verilerin Toplanması

Araştırmacı, çalışmanın verilerinin toplandığı tarihlerde Ankara Mamak Devlet Hastanesi’nde İş Sağlığı ve Güvenliği (İSG) hizmetleri kapsamında sağlık gözetimini yürütmek için görevlendirilmiştir ve İş Yeri Hekimi olarak çalışanların periyodik tarama programını hazırlayıp yürüten hekimdir. İSG Kurulu tarafından 2022 yılında yapılması kararı alınan periyodik taramalar (BKİ değerlerinin takibi dâhil olmak üzere) Başhekimin onayı alınarak, araştırmacı tarafından gerçekleştirilmiştir. Bu bağlamda periyodik taramalarda diğer bulgularla birlikte çalışanların BKİ ölçüm değerleri de kişilerin iş yeri sağlık değerlendirme dosyalarına kaydedilmektedir. İş yeri sağlık sorumlusunun sorumluluk alanında olması münasebetiyle ve Sağlık Bakanlığı’nın ‘obezitenin önlenmesi ve metabolik sendromun değerlendirilmesi’ ile ilgili önerileri doğrultusunda, çalışanların BKİ değerlerinin izlenmesi gerekmektedir. Vücut ağırlığının normalin dışında olduğunu bilmeyen çalışanların tespit edilmesinin erken müdahale açısından önemli olması kadar, normal BKİ’si olan çalışanların da bu durumlarının sürdürülmesi ile ilgili olarak izlenmeleri iş yeri hekiminin görevleri arasındadır. Çalışanların boy uzunluğu ve vücut ağırlığı ölçümleri aynı diyetisyen tarafından, tek boy ölçer ve tek tartı kullanılarak yapılmıştır. Belirtilen koşullar nedeniyle iş sağlığı uygulamaları sırasında, bu araştırmanın konusu olan ve olası

vaka ve kontrol gruplarına dâhil edilme kriterlerine uyan çalışanlar ile karşılaştığında, araştırmanın gerekçeleri açıklanarak katılımcılar araştırmaya katılmaya davet edilmiş, katılmayı kabul edenlere anket formu ve ölçekler uygulanmıştır.

Aydınlatılmış onamları alınan katılımcılar anket formunun doldurulması için mesai saatleri içinde İş Sağlığı ve Güvenliği poliklinik odasına davet edilmişlerdir. Araştırmacı anketi, yüz yüze görüşme metodu ile uygulanmıştır; ölçekleri ise katılımcılar, gözlem altında kendi kendine yanıtlanmıştır. Her bir katılımcıdan verilerin toplanması 20-30 dakika arasında sürmüştür. Katılımcıların kimlik bilgileri kaydedilmemiştir. Verilerin toplanması süreci COVID-19 kurallarına uygun olarak yürütülmüştür. Çalışmanın verileri bir sağlık kurumunda toplandığından, bu süreçte "Sağlık Kurumlarında Çalışma Rehberi ve Enfeksiyon Kontrol Önlemleri" rehberine (178) uygun davranılmıştır. Bu doğrultuda, tüm çalışma süresi boyunca yüz yüze iletişim durumunda kişisel koruma donanımlarını herkes için kullanmıştır. Katılımcıları araştırmaya davet etme ve formların doldurulması aşamalarında sosyal mesafe kuralına dikkat edilemiş, katılımcı ile arada en az 1,5 metre mesafe olmasına özen gösterilmiştir. Formların doldurulması için verilen kalemler, iş bittiğinde dezenfektan ile temizlenerek bir sonraki katılımcıya iletilmiştir. Ayrıca, her form doldurma işleminden sonra, bu iş için kullanılan alan havalandırılmış, kullanılan masa ve sandalyeler dezenfektanlı mendil ile silinmiştir. Araştırmacı da her katılımcı ile ilgili olarak, bu prosedürün başında ve sonunda ellerini dezenfekte ederek, her beş görüşmede bir maske değiştirmiştir.

Gerek araştırmaya davet etme, gerekse de anket uygulanması sırasında katılımcıların kimlik bilgileri, iş yerinin kayıtları dışında herhangi başka bir listeye ve/veya anket formlarına kaydedilmemiştir. Her katılımcının doldurduğu anket formları bir zarfın içinde, araştırmacı tarafından, üçüncü şahısların erişemeyeceği bir yerde saklanmıştır.

3.10. Verilerin Analizi

Veriler, araştırmacı tarafından bilgisayar ortamına aktarılmıştır. İstatistiksel değerlendirmede SPSS 21.0 ve Epi Info istatistik paket programı kullanılmıştır. Kategorik değişkenler sayı ve yzde dağımları ile değerlendirilmiştir. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında gzlener farkların anlamlı olup olmadığı Pearson Ki Kare testi (gerektiği durumda Fisher'in kesin testi) ile incelenmiştir. Çalışmadaki srekli değişkenler merkezi yerleşim ve dağılım olutleri ile (ortalama±standart sapma, ortanca, 1.–3. eyrek, en kuk–en buk değerler) sunulmuştur. Normal dağılıma uymayan srekli değişkenlerin iki kategorili değişkenlere göre karşılaştırılmalarında Mann Whitney U testi, u ve üstü kategorili değişkenlerde ise Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır.

Bağımsız değişkenlerin sonuç değişkeni ile ilişkilerinin önemini ve byklğn belirlenmek için çok değikenli lojistik regresyon analizi yapılmıştır. nce, Vaka ve Kontrol gruplarında olası etkenle karşılaşma durumlarına yönelik tahmini rölatif risk (OR-Odds Ratio) hesaplamaları yapılmış, daha sonra bağımsız değişkenlerin etki değiştiricilik durumu Breslow-Day testi ile, karşıtrıcı olma durumu Mantel Haenzel OR (dzeltiymiş OR) ve kaba OR'lar karşılaştırılarak değerlendirilmiştir. Kaba ve dzeltiymiş OR değerleri arasında %10'dan fazla fark olması durumunda ilgili değişken karşıtrıcı olarak belirlenmiştir (179). Breslow-Day testi p değeri <0,05 olan değişkenler etki değiştirici kabul edilmiştir.

Fazla kilolu/obez olmanın ana etkeni olabilecek “yeme tutumu” ile ilişkili olan faktörler de çoklu lojistik regresyon analizi ile, ‘enter’ metodu kullanılarak araştırılmıştır. Lojistik Regresyon analizine dahil edilecek olan bağımsız değişkenlere karar verilirken iki değişkenli analizlerde $p < 0,20$ değeri sınır değer olarak belirlenmiştir.

Araştırmada istatistiksel anlamlılık sınırı olarak $p < 0,05$ kabul edilmiştir. Logistik Regresyon Testi'nin istatistiksel olarak anlamlılığı değerlendirilirken Hosmer and Lemeshow Testi p değeri 0,05'in üstünde olan modeller istatistiksel olarak

anlamli kabul edilmiştir. Logistik Regresyon analizlerinde anlamli bulunan modeller arasında uyum R tabanlı Jamovi paket programı ile analiz edilmiştir.

3.11. Etik Konular

Araştırmanın etik izni Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 19.4.2022 tarih ve 2022/07-07 No'lu karar ile alınmıştır (Ek 2).

Araştırma verilerinin toplandığı Ankara Mamak Devlet Hastanesi Başhekimliği'nden idari izin alınmıştır (Ek 3).

Anket uygulamasından önce kişilerden sözlü onam alınmıştır. Anket formunda katılımcıya ait isim, soy isim ve iletişim adresi bulunmamaktadır. Veriler bilimsel amaçlar dışında paylaşılmamış ve her aşamada gizli tutulmuştur.

Çalışma öncesi sorumlu çalışmacı tarafından oluşturulan periyodik tarama programı hastane İş Sağlığı ve Güvenliği (İSG) Kurulu'na sunulmuş olup, kurulun hastane tarama programı kapsamında çalışanların yıllık BKİ takiplerinin yapılması kararını hastane Başhekimisi onaylamış bulunmaktadır. Çalışma sonrası sorumlu araştırmacının hastane yönetimine çalışmanın bulgularını, hastane yönetiminin talep ettiği formatta (rapor/sunum) sunması planlanmıştır. Aynı zamanda sorumlu araştırmacı, hastanenin tüm çalışanlarına obezite ile bireysel mücadeleye yönelik sunacağı seminerleri hastane yönetimi ile birlikte planlayıp seminerlerin sunumunu gerçekleştirecektir. Seminerin 2025 yılı İSG haftasında yapılması araştırmacı tarafından önerilecek olup içeriğinde çalışmanın bulgularından hareketle bozulmuş yeme davranışlarının fazla kilolu/obez olmada belirleyici olduğuna ve doğru ve dengeli beslenmenin obezite gelişiminde önleyici etkisine yer verilecektir.

3.12. Çalışmanın Güçlü Yönleri, Kısıtlılıkları ve Yaşanan Zorluklar

Çalışmanın güçlü yönü, sağlık çalışanlarının sağlığı ile ilgili olarak obezitenin bazı psikososyal etkenler ve yeme tutumunun ana etken olma durumunun araştırıldığı ilk araştırmalardan olmasıdır. Çalışmada pre-obez ve obezlerin adı geçen değişkenler yönünden ayrı ayrı değerlendirilmiş olması ve araştırmanın analitik niteliği de güçlü yönlerindedir.

Araştırma grubu, sadece Ankara İli'nde bulunan bir hastane çalışanları ile sınırlıdır. Bu nedenle dış geçerliliği kısıtlıdır; sonuçlar sadece araştırılan grup için geçerlidir. Veri toplama aşamasında yoğun çalışan birimlerde çalışan personelin araştırmaya katılma yüzdesini yükseltmekte zorluk yaşanmış, bu amaçla birimlere birçok kez ziyaret gerçekleştirilmiştir. Katılımcılar geçmişe yönelik sorular ile ilgili hatırlamada güçlük yaşamış olabilirler veya olası etkenlere yönelik durumlar ile ilgili vaka gruplarındaki katılımcıların daha doğru (veya yanlış) hatırlama ihtimali mevcuttur. Anket formunda sorulan iş ortamı dışında aile içi ve sosyal yaşamda maruz kalınan şiddete yönelik sorular, bazı katılımcılar tarafından gizli kalmasını istedikleri bilgilerin sorgulandığı algısı nedeniyle cevaplanmak istenmemiştir. Bu sorulara yanıt veren katılımcı sayısı düşük olduğu için bu değişken analiz dışı bırakılmak zorunda kalmıştır.

4. BULGULAR

4.1. Tanımlayıcı Bulgular

Fazla kilo/obezite ile bazı psikososyal etkenler ve yeme tutumu ilişkisinin araştırıldığı bu çalışmanın bulguları iki bölüm halinde sunulmuştur. Vaka Kontrol çalışması olarak planlanan bu araştırmada 149 fazla kilolu (V_1 -Vaka 1 grubu), 113 obez (V_2 -Vaka 2 grubu) birey vaka gruplarını oluşturulmuştur. Her iki vaka grubuna karşılık aynı kontrol grubu karşılaştırma grubu olmuş olup 224 bireyden oluşmaktadır. Araştırma kapsamında toplam 486 kişi ile görüşülmüştür.

Her iki vaka ve kontrol gruplarındaki katılımcıların bazı kişisel özelliklerine göre dağılımları Tablo 5.1'de verilmiştir. Grupların cinsiyet dağılımları incelendiğinde kontrol grubundaki katılımcıların dörtte üçünün, V_1 grubundaki katılımcıların %44,3'ünün, V_2 grubundaki katılımcıların %56,6'sının kadın olduğu görülmüştür. Kontrol ve vaka grupları arasında cinsiyet dağılımları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p_1 < 0,001$, $p_2 < 0,001$). Kontrol grubundaki katılımcıların en yüksek yüzde ile 20-29 yaş aralığında (%41,5), V_1 grubundakilerin 30-39 yaş aralığında (%33,6), V_2 grubundakilerin 40-49 yaş aralığında (%54,9) olduğu saptanmıştır. Kontrol ve vaka grupları arasında yaş dağılımları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p_1 < 0,001$, $p_2 < 0,001$). Kontrol grubundaki katılımcıların yarısı, V_1 (%29,5) ve V_2 (%28,3) grubundaki katılımcıların yaklaşık üçte biri üniversite mezunudur. Kontrol ve vaka grupları arasında eğitim düzeyleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p_1 < 0,001$, $p_2 < 0,001$). Tüm gruplarda katılımcıların evli olan katılımcılar en yüksek yüzdelerdedir (Kontrol grubunda %54,9, V_1 grubunda %70,5, V_2 grubunda %81,4); gruplar arasında medeni durum özellikleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p_1 < 0,001$, $p_2 < 0,001$). Kontrol grubunun beşte dördünden fazlası (%83,6), vaka gruplarının tamamına yakını (V_1 grubunun %89,3'ü, V_2 grubunun %94,7'si) ailesi ile birlikte yaşamaktadır. Kontrol ve V_1 grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamışken, kontrol ve V_2 grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p_1 = 0,078$, $p_2 < 0,001$). Kontrol grubundaki katılımcıların %26,8'inin

hanelerindeki kişi sayısı 3 iken, vaka gruplarının üçte birinin hanelerindeki kişi sayısı 4 olarak tespit edilmiştir (V_1 grubunda %35,6, V_2 grubunda %35,4). Kontrol ve vaka grupları arasında hanelerindeki kişi sayısı bakımından farklar incelendiğinde kontrol ve V_1 grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamışken, kontrol ve V_2 grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p_1=0,10$, $p_2<0,001$).

Tablo 4.1. Vaka ve kontrol gruplarındaki katılımcıların bazı sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı (Ankara Mamak Devlet Hastanesi, 2022).

Özellikler	Kontrol (n=224)		Fazla Kilolu (n=149)		Obez (n=113)		p_1^2	p_2^3
	n	% ¹	n	% ¹	n	% ¹		
Cinsiyet							<0,001	<0,001
Erkek	54	24,1	83	55,7	49	43,4		
Kadın	170	75,9	66	44,3	64	56,6		
Yaş							<0,001	<0,001
20-29	93	41,5	21	14,1	6	5,3		
30-39	58	25,9	50	33,6	34	30,1		
40-49	60	26,8	45	30,2	62	54,9		
50 ve üstü	13	5,8	33	21,1	11	5,7		
Eğitim düzeyi							<0,001	<0,001
İlkokul/Ortaokul	20	8,9	23	15,4	23	20,4		
Lise	36	16,1	44	29,5	34	30,1		
Yüksekokul	40	17,9	26	17,4	20	17,7		
Üniversite	112	50,0	44	29,5	32	28,3		
Lisansüstü/Uzmanlık	16	7,1	12	8,2	4	3,5		
Medeni durum							<0,001	<0,001
Bekâr	80	35,7	32	21,5	9	8,0		
Evli	123	54,9	105	70,5	92	81,4		
Diğer ⁴	21	9,4	12	8,0	12	10,6		
Yalnız yaşama durumu							0,078	<0,001
Ailesiyle yaşayan	152	67,9	117	78,5	99	87,6		
Ev arkadaşıyla yaşayan	39	17,4	18	12,1	8	7,1		
Yalnız yaşayan	33	14,7	14	9,4	6	5,3		
Hanede kişi sayısı							0,10	<0,001
1 (Yalnız yaşayan)	33	14,7	14	9,4	6	5,3		
2	39	17,4	18	12,1	8	7,1		
3	60	26,8	37	24,8	28	24,8		
4	55	24,6	53	35,6	40	35,4		
5 ve üstü	37	16,5	27	18,1	31	27,4		

¹Kolon yüzdesi ² kontrol- V_1 gruplarının ki kare testi p değeri ³kontrol- V_2 gruplarının ki kare testi p değeri ⁴Diğer: Ayrı yaşayan, boşanmış, eşi vefat etmiş

Kontrol grubundaki katılımcıların birlikte yaşadıkları kişilerin %26,8'inde, V₁ grubundakikatılımcıların birlikte yaşadıkları kişilerin %20,7'sinde ve V₂ grubundakikatılımcıların birlikte yaşadıkları kişilerin %22,4'ünde en az bir kronik hastalık olduğu belirlenmiş, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p₁=0,20, p₂=0,040).

Vaka ve kontrol gruplarındaki katılımcıların bazı hane halkı özelliklerine göre dağılımları Tablo 5.2'de verilmiştir.

Tablo 4.2. Vaka ve kontrol gruplarındaki katılımcıların bazı hane halkı özelliklerine göre dağılımı (Ankara Mamak Devlet Hastanesi, 2022)

Özellikler	Kontrol (n=224)		Fazla Kilolu (n=149)		Obez (n=113)		p ₁ ²	p ₂ ³
	n	% ¹	n	% ¹	n	% ¹		
Eşin çalışma durumu	n ⁴ =123		n ⁴ =105		n ⁴ =92		<0,001	0,01
Çalışıyor	22	17,9	42	40,0	31	33,7		
Çalışmıyor	101	82,1	63	60,0	61	66,3		
Çocuğu	n ⁵ =119		n ⁵ =104		n ⁵ =95		<0,001	<0,001
Yok	105	46,9	45	30,2	18	15,9		
Var	119	53,1	104	69,8	95	84,1		
6 yaşından küçük çocuğu	n ⁵ =119		n ⁵ =104		n ⁵ =95		0,48	0,38
Yok	77	64,7	72	69,2	67	70,5		
Var	42	35,3	32	30,8	28	29,5		
Küçük çocuğun bakımını yapan kişi	n ⁶ =42		n ⁶ =32		n ⁶ =28		0,05	0,35
Eş	10	23,8	16	50,0	11	39,3		
Büyükanne	17	42,9	10	31,3	10	35,7		
Kreş/Bakıcı/Akraba	15	33,3	6	18,7	7	25,0		
Ankara dışında okuyan çocuğu	n ⁵ =119		n ⁵ =104		n ⁵ =95		0,15	0,30
Yok	112	94,1	92	88,5	85	89,5		
Var	7	5,9	12	11,5	10	10,5		

¹Kolon yüzdesi ² Kontrol-V₁ gruplarının ki kare testi p değeri ³Kontrol-V₂ gruplarının ki kare testi p değeri ⁴Evlili olan katılımcı sayısı ⁵Çocuğu olan katılımcı sayısı ⁶Altı yaşından küçük çocuğu olan katılımcı sayısı

Evli olan katılımcıların eşlerinin çalışma durumları incelendiğinde tüm gruplarda eşlerin önemli bir kesiminin çalışmadığı görülmüştür (K grubunda %82,1, V₁ grubunda %60,0, V₂ grubunda %66,3); gruplar arasında eşlerin çalışma durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p_1 < 0,001$, $p_2 = 0,01$). Grupların çocuk sahibi olma durumları incelendiğinde kontrol grubundaki katılımcıların yarısının (K grubunda %53,1), her iki vaka grubunda ise yarıdan fazlasının (V₁ grubunda 69,8, V₂ grubunda 84,1) çocuk sahibi oldukları görülmüştür; gruplar arasında çocuk sahibi olma durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p_1 < 0,001$, $p_2 < 0,001$). Çocuğu olan katılımcıların 6 yaşından küçük çocuğu olma durumu değerlendirildiğinde, tüm gruplarda benzer şekilde küçük çocuk sahibi olma yüzdesinin düşük olduğu tespit edilmiş, (K grubunda %35,3, V₁ grubunda 30,8, V₂=29,5) gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p_1 = 0,48$, $p_2 = 0,38$). Küçük çocuk sahibi olan katılımcıların kendileri çocuklarının yanında olmadığına çocuklarına kimin baktığı değerlendirildiğinde, kontrol grubunun (%42,9'unda çocuğa büyükannelerin) bakım verdiği, V₁ grubunun yarısında ve V₂ grubunun %39,3'ünde eşlerin baktığı görülmüştür; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p_1 = 0,05$, $p_2 = 0,35$). Tüm gruplarda çocuğu olan katılımcıların tamamına yakınının şehir dışında okuyan çocuğu yoktur (K grubunda %94,1, V₁ grubunda 88,5, V₂ grubunda 89,5) ve gruplar arasında ilgili değişken bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmemiştir ($p_1 = 0,15$, $p_2 = 0,30$).

Vaka ve kontrol gruplarındaki katılımcıların ekonomik durum ile ilgili bazı özelliklerine göre dağılımları Tablo 5.3'de verilmiştir.

Tüm gruplarda katılımcıların yarıdan fazlasının öz değerlendirmeye göre ekonomik durumlarını orta düzey olarak tanımladıkları (K grubunda %65,2, V₁ grubunda 61,1, V₂ grubunda 60,2) ($p_1 = 0,23$, $p_2 = 0,66$), yine benzer yüzdelerle borçlarının olduğunu (K grubunda %65,6, V₁ grubunda 62,4, V₂ grubunda 71,7) ($p_1 = 0,58$, $p_2 = 0,27$) ve barınma için kira ödemediklerini beyan ettikleri (K grubunda %61,6, V₁ grubunda 65,1, V₂ grubunda 66,4) görülmüştür ($p_1 = 0,79$, $p_2 = 1,00$). Tüm

gruplarda borcu olanların en az yarısı borçlarını ödemekte zorlanmadığını belirtmiştir (K grubunda %53,1, V₁ grubunda 50,5, V₂ grubunda 63,1) (p₁=0,51, p₂=0,40). İlgili tüm değişkenler bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmemiştir.

Tablo 4.3. Vaka ve kontrol gruplarındaki katılımcıların ekonomik durum ile ilgili bazı özelliklerine göre dağılımı (Ankara Mamak Devlet Hastanesi, 2022).

Özellikler	Kontrol (n=224)		Fazla Kilolu (n=149)		Obez (n=113)		p ₁ ²	p ₂ ³
	n	% ¹	n	% ¹	n	% ¹		
Ekonomik durum algısı							0,23	0,66
İyi/Çok iyi	67	29,9	44	29,5	39	34,5		
Orta	146	65,2	91	61,1	68	60,2		
Kötü/Çok kötü	11	4,9	14	9,4	6	5,3		
Borcu olma durumu							0,58	0,27
Hayır	77	34,4	56	37,6	32	28,3		
Evet	147	65,6	93	62,4	81	71,7		
Borç ödemedede zorlanma							0,79	1,00
Borcu olanların sayısı	n=147		n=93		n=81			
Hayır	69	46,9	46	49,5	38	46,9		
Evet	78	53,1	47	50,5	43	53,1		
Barınma için kira ödeme							0,51	0,40
Hayır	138	61,6	97	65,1	75	66,4		
Evet	86	38,4	52	34,9	38	33,6		

¹Kolon yüzdesi ² Kontrol-V₁ gruplarının ki kare testi p değeri ³Kontrol-V₂ gruplarının ki kare testi p değeri

Vaka ve kontrol gruplarındaki katılımcıların iş ve çalışma koşulları ile ilgili bazı özelliklerine göre dağılımları Tablo 5.4 Tablo 5.5 ve Tablo 5.6'da sunulmuştur.

Kontrol ve vaka gruplarının meslek sınıflarının dağılımını incelendiğinde kontrol grubunun yarıdan fazlasının (%59,4) sağlık meslek mensubu olduğu, vaka gruplarında ise çoğunluğun diğer meslek mensubu olduğu tespit edilmiştir (V₁ grubunda 46,3, V₂ grubunda 61,9). Kontrol ve vaka gruplarının meslek sınıflarının dağılımları arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p₁<0,001, p₂<0,001). Tüm gruplarda katılımcıların yaklaşık yarısı gece mesaisi yaptığını (K

grubunda %46,9, V₁ grubunda 44,3, V₂ grubunda 45,1) ($p_1=0,24$, $p_2=0,30$) ve yarıdan fazlası ise fazla mesai yapmadığını (K grubunda %69,2, V₁ grubunda 75,2, V₂ grubunda 75,2) belirtmişlerdir ($p_1=0,67$, $p_2=0,81$). İlgili değişkenler bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmemiştir (Tablo 5.4).

Tablo 4.4. Vaka ve kontrol gruplarındaki katılımcıların iş ve çalışma koşulları ile ilgili bazı özelliklerine göre dağılımı. (Ankara Mamak Devlet Hastanesi, 2022).

Özellikler	Kontrol (n=224)		Fazla Kilolu (n=149)		Obez (n=113)		p_1^2	p_2^3
	n	% ¹	n	% ¹	n	% ¹		
Meslek							<0,001	<0,001
Sağlık meslekleri	133	59,4	54	36,2	33	29,2		
Diğer sağlık meslekleri	32	14,3	26	17,4	10	8,8		
Diğer meslekler	59	26,3	69	46,3	70	61,9		
Fazla mesai							0,24	0,30
Yapmıyor	155	69,2	112	75,2	85	75,2		
Yapıyor	69	30,8	37	24,8	28	24,8		
Gece mesaisi							0,67	0,81
Yapmıyor	119	53,1	83	55,7	62	54,9		
Yapıyor	105	46,9	66	44,3	51	45,1		

¹Kolon yüzdesi ² Kontrol-V₁ gruplarının ki kare testi p değeri ³Kontrol-V₂ gruplarının ki kare testi p değeri

Tablo 4.5. Vaka kontrol gruplarındaki katılımcıların meslekte çalışma sürelerine göre dağılımı (Ankara Mamak Devlet Hastanesi, 2022).

Çalışma Süresi (yıl)	Kontrol (n=224)		Fazla Kilolu (n=149)		Obez (n=113)		p_1^2	p_2^3
	n	% ¹	n	% ¹	n	% ¹		
<5	86	38,4	33	22,1	12	10,6	<0,001	<0,001
5-9	42	18,8	21	14,1	17	15,0		
10-14	42	18,8	36	24,2	28	24,8		
15-19	19	8,5	33	22,1	27	23,9		
20 ve üstü	35	15,6	26	17,4	29	25,7		

¹Kolon yüzdesi ² Kontrol-V₁ gruplarının ki kare testi p değeri ³Kontrol-V₂ gruplarının ki kare testi p değeri

Kontrol ve vaka gruplarındaki katılımcıların meslekte çalışma süreleri incelendiğinde (Tablo 5.5), kontrol grubundaki katılımcıların %38,4'ünün, V₁ grubundaki katılımcıların %22,1'inin ve V₂ grubundaki katılımcıların ise sadece %10,6'sının çalışma sürelerinin 5 yılın altında olduğu görülmüştür. İlgili değişken bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p_1 < 0,001$, $p_2 < 0,001$). Numerik verilerin gruplarda dağılım özellikleri incelendiğinde verilerin normal dağılmadıkları görülmüştür. Kontrol ve vaka grupları arasında ölçek ortanca değerler karşılaştırılmıştır. Meslekte toplam çalışma süresi ortanca değerinin en yüksek V₂ grubunda olduğu tespit edilmiştir (K grubunda $\bar{x}=9,10$, $SS=8,52$ Ortanca=7,0, 1.-3. Çeyrek= 2,0-13,2, EKD=0,08, EBD=39,00; V₁ grubunda $\bar{x}=12,03$, $SS=7,92$ Ortanca=12,08, 1.-3.Çeyrek= 5,66-16,87, EKD=0,08, EBD=34,00; V₂ grubunda $\bar{x}=14,64$, $SS=7,55$ Ortanca=14,33 1.-3.Çeyrek=9,83-20,0, EKD=0,08, EBD=32,00) olduğu görülmüştür. Gruplar arasındaki farklar yine istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p_1 < 0,001$, $p_2 < 0,001$).

Kontrol ve vaka gruplarının hastanede yaptıkları işten ve çalışma arkadaşlarından memnun olma durumlarını değerlendirildiğinde, tüm gruplarda katılımcıların tamamına yakınının yaptıkları işten ($p_1=0,56$, $p_2=0,20$) ve çalışma arkadaşlarından memnun oldukları ($p_1=0,69$, $p_2=0,47$) görülmüştür. Her iki değişken bakımından kontrol ve vaka grupları arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Dağılımın detayları için Bkz. Tablo 5.6. Katılımcıların görevlerini icra ederken sözel şiddete uğrama durumlarının dağılımını incelendiğinde kontrol grubundaki katılımcıların (%39,3) diğer gruplardaki katılımcılardan daha yüksek düzeyde sözel şiddete maruz kaldıkları görülmüştür (V₁ grubunda %29,5, V₂ grubunda %23,9). İlgili değişken bakımından kontrol ve V₁ grubu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamışken, kontrol ve V₂ grubu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p_1=0,06$, $p_2 < 0,001$) (Tablo 5.6).

Tablo 4.6. Vaka kontrol gruplarındaki bireylerin çalışma yaşamlarından memnuniyet ve şiddete maruz kalma durumları (Ankara Mamak Devlet Hastanesi, 2022).

Özellikler	Kontrol (n=224)		Fazla Kilolu (n=149)		Obez (n=113)		p ₁ ²	p ₂ ³
	n	% ¹	n	% ¹	n	% ¹		
İşinden							0,56	0,20
Memnun değil	39	17,4	22	14,8	13	11,5		
Memnun	185	82,6	127	85,2	100	88,5		
Çalışma arkadaşlarından							0,69	0,47
Memnun değil	16	7,1	13	8,7	5	4,4		
Memnun	208	92,9	136	91,3	108	95,6		
İş yerinde sözel şiddete							0,06	<0,001
Maruz kalmamış	136	60,7	105	70,5	86	76,1		
Maruz kalmış	88	39,3	44	29,5	27	23,9		

¹Kolon yüzdesi ² Kontrol-V₁ gruplarının ki kare testi p değeri ³Kontrol-V₂ gruplarının ki kare testi p değeri

Vaka ve kontrol gruplarındaki katılımcıların sağlık durumları ve bazı sağlık davranışları ile ilgili özelliklerine göre dağılımları Tablo 5.7, Tablo 5.8, Tablo 5.9, Tablo 5.10 ve Tablo 5.11’de verilmiştir.

Tablo 4.7. Vaka ve kontrol grubundaki katılımcıların bazı yaşam alışkanlıklarına göre dağılımı (Ankara Mamak Devlet Hastanesi, 2022).

Özellikler	Kontrol (n=224)		Fazla Kilolu (n=149)		Obez (n=113)		p ₁ ²	p ₂ ³
	n	% ¹	n	% ¹	n	% ¹		
Düzenli egzersiz							0,90	0,35
Yapmıyor	163	72,8	107	71,8	88	77,9		
Yapıyor	61	27,2	42	27,2	25	22,1		
Sigara içme							0,10	0,19
Hiç içmemiş	130	58,0	71	47,7	66	58,4		
İçmiş, bırakmış	14	6,3	15	10,1	13	11,5		
Halen içiyor	80	35,7	63	42,2	34	30,1		
Alkollü içecek tüketme							0,11	0,04
Hiç tüketmemiş	179	79,8	116	77,9	100	88,5		
Tüketmiş, bırakmış	13	5,8	17	11,4	7	6,2		
Halen tüketiyor	32	14,3	16	10,7	6	5,3		

¹Kolon yüzdesi ² Kontrol-V₁ gruplarının ki kare testi p değeri ³Kontrol-V₂ gruplarının ki kare testi p değeri

Tüm gruplarda katılımcıların büyük kısmı, benzer şekilde, düzenli olarak egzersiz yapmadıklarını beyan etmişlerdir (K grubunda %72,8, V₁ grubunda 71,8, V₂ grubunda 77,9); gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır

($p_1=0,90$, $p_2=0,35$). Kontrol ve vaka grupları sigara içme durumlarına göre incelendiğinde kontrol ve V_2 grubunun yaklaşık üçte birinin (K grubunda %35,7, V_2 grubunda %30,1), V_1 grubundaki katılımcıların ise yaklaşık yarısının (%42,2) sigara içtiklerini beyan ettikleri görülmüştür. Kontrol ve vaka grupları arasında ilgili değişken bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p_1=0,10$, $p_2=0,19$). Katılımcılar alkol tüketme durumlarına göre incelendiğinde, en fazla kontrol grubundaki katılımcılar halen alkol tükettiğini beyan etmişken (%14,3), en düşük yüzde ile V_2 grubundaki katılımcılar halen alkol tükettiğini beyan etmiştir (%5,3). İlgili değişken bakımından kontrol ve V_1 grubu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamışken, kontrol ve V_2 grubu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p_1=0,11$, $p_2<0,04$) (Tablo 5.7).

Tablo 4.8. Vaka ve kontrol gruplarındaki katılımcıların uyku sürelerine göre dağılımı (Ankara Mamak Devlet Hastanesi, 2022).

Uyku süresi (saat/gün)	Kontrol (n=224)		Fazla Kilolu (n=149)		Obez (n=113)		p_1^2	p_2^3
	n	% ¹	n	% ¹	n	% ¹		
<7	57	25,4	51	34,2	37	32,7		
7-8	87	38,8	46	30,9	30	26,5	0,13	0,74
>8	80	35,7	52	34,9	46	40,7		

¹Kolon yüzdesi ² Kontrol- V_1 gruplarının ki kare testi p değeri ³Kontrol- V_2 gruplarının ki kare testi p değeri

Kontrol ve vaka gruplarındaki katılımcıların uyku süreleri değerlendirildiğinde kontrol grubundakilerin %38,8'i, V_1 grubundakilerin %30,9'u ve V_2 grubundakilerin ise %26,5'i 7-8 saat uyuduğunu beyan etmiştir. İlgili değişken açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p_1=0,13$, $p_2=0,74$) (Tablo 5.8).

Fazla kilolu (V_1) ve obez (V_2) katılımcıların kendi beyanlarına göre BKİ değerlerinin normalin üzerinde olma süresini bilme durumu incelendiğinde V_1 grubundaki katılımcıların yarıdan fazlasının (%55,0), V_2 grubundaki katılımcıların ise yaklaşık yarısının (%46,9) süreyi bilmedikleri görülmüştür. İlgili değişken açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,19$). Fazla

kilolu katılımcıların %9,4'ünün fazla kiloları nedeniyle hareket kısıtlılığı ve çabuk yorulma, obez katılımcıların %23,9'unun hareket kısıtlılığı, çabuk yorulma ve nefes darlığı nedenleri ile çalışma yaşamlarının olumsuz etkilendiğini beyan ettikleri saptanmıştır. Çalışma yaşamı değişkeninin gruplar arasındaki yüzdeler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,001$). Vaka gruplarının daha önce kilo vermeyi deneme ve halen kilo vermeyi düşünme durumları değerlendirildiğinde, fazla kiloluların %45,6'sının kilo vermeyi daha önce denediği ve aynı yüzde ile halen kilo vermeyi düşündükleri tespit edilmiştir. Benzer şekilde obez gruptaki bireylerin %64,6'sının daha önce kilo vermeyi denemiş oldukları ve %71,7'sinin halen kilo vermeyi düşündükleri tespit edilmiştir (Tablo 5.9). Daha önce kilo vermeyi deneme ve halen kilo vermeyi isteme değişkenleri açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (sırasıyla $p=0,002$ ve $P<0,001$).

Tablo 4.9. Araştırmaya katılan vaka gruplarındaki katılımcıların mevcut vücut ağırlıklarına ilişkin bazı özelliklerine göre dağılımı (Ankara Mamak Devlet Hastanesi, 2022).

Özellikler	Fazla Kilolu (n=149)		Obez (n=113)		p
	n	% ¹	n	% ¹	
Mevcut vücut ağırlığında olma süresini					0,19
Bilmiyor	82	55,0	53	46,9	
Biliyor	67	45,0	60	53,1	
Vücut ağırlığının fazla olması çalışma yaşamını					0,001
Etkilemiyor	135	90,6	86	76,1	
Etkiliyor	14	9,4	27	23,9	
Hareket kısıtlılığına neden oluyor*	3	21,4	13	48,1	
Yorulmaya neden oluyor*	11	78,6	11	40,7	
Nefes darlığına neden oluyor*	-	-	3	11,1	
Daha önce kilo vermeyi					0,002
Denememiş	81	54,4	40	35,4	
Denemiş	68	45,6	73	64,6	
Halen kilo vermeyi					<0,001
Düşünmüyor	81	54,4	32	28,3	
Düşünüyor	68	45,6	81	71,7	

¹ Kolon yüzdesi * Yüzdeler, her grupta vücut ağırlığının fazla olmasının çalışma yaşamını etkilediğini belirten kişiler üzerinden alınmıştır.

Tablo 4.10. Vaka ve kontrol gruplarındaki katılımcıların sağlık durumlarına ilişkin bazı özelliklerine göre dağılımı. (Ankara Mamak Devlet Hastanesi, 2022).

Özellikler	Kontrol (n=224)		Fazla Kilolu (n=149)		Obez (n=113)		p ₁ ²	p ₂ ³
	n	% ¹	n	% ¹	n	% ¹		
Kronik hastalığı							0,19	0,10
Yok	140	62,5	83	55,7	60	53,1		
Var	84	37,5	66	44,3	53	46,9		
Kronik hastalık sayısı							*	0,50
	n ⁴ =84		n ⁴ =66		n ⁴ =53			
1	62	73,8	55	83,3	32	60,4		
2	18	21,4	9	13,6	12	22,6		
3 ve üstü	4	4,8	2	3,1	9	17,0		
Obeziteye neden olabilecek kronik hastalığı							0,47	0,36
	n ⁴ =84		n ⁴ =66		n ⁴ =53			
Yok	71	84,5	59	89,4	41	77,4		
Var	13	15,5	7	10,6	12	22,6		
Tedavi							0,82	0,10
Yok	136	60,7	88	59,1	58	51,3		
Var	88	39,3	61	40,9	55	48,7		
İlaç	87	98,9	59	96,7	53	96,4		
İlaç dışı ⁶	1	1,1	2	3,3	2	3,6		
Sürekli olarak ilaç								
**	n ⁵ =87		n ⁵ =59		n ⁵ =53			
Kullanıyor	82	36,6	57	38,3	53	46,9		
Obezojenik ilaç ⁷	41	50,0	20	35,1	24	45,3	0,08	0,60
Obezojenik olmayan ilaç ⁸	41	50,0	37	64,9	29	54,7		
Hastanede yatarak tedavi							0,01	0,02
Yok	113	50,4	55	36,9	42	37,2		
Var	111	49,6	94	63,1	71	62,8		
Ameliyat öyküsü							0,09	0,20
Yok	117	52,2	64	43,0	50	44,2		
Var	107	47,8	85	57,0	63	55,8		
Maluliyet							0,53	0,27
Yok	216	96,4	146	98,0	106	93,8		
Var	8	3,6	3	2,0	7	6,2		

¹Kolon yüzdesi ² Kontrol-V₁ gruplarının ki kare testi p değeri ³Kontrol-V₂ gruplarının ki kare testi p değeri ⁴Kr. hastalığı olan kişi sayısı ⁵ İlaç kullanan kişi sayısı ⁶Fizyoterapi, Continuous Positive Airway Pressure (CPAP) ⁷ Bkz. Tablo 3.4 ⁸Tablo 3.4'de bulunmayan ilaçlar *Çok gözlü kikare test varsayımı sağlanamadığı için p değeri hesaplanamamıştır. **Sürekli ilaç kullanmayan K grubunda 5 V₁ grubunda 2 kişi tabloda gösterilmemiştir.

Kontrol ve vaka gruplarının kronik hastalık durumları değerlendirildiğinde, kontrol grubunun üçte birinin (%37,5) en az bir kronik hastalığı mevcutken, vaka gruplarının yaklaşık yarısında (V_1 grubunda 44,3, V_2 grubunda 46,9) en az bir kronik hastalık olduğu tespit edilmiştir. İlgili değişken bakımından kontrol grubu ve vaka grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p_1=0,19$, $p_2=0,10$). Kronik hastalığı olduğunu beyan eden katılımcıların kronik hastalık sayılarını değerlendirildiğinde, kontrol ve V_1 gruplarında 3 ve üstü sayıda kronik hastalığa sahip olma yüzdesinin benzer olduğu (K grubunda %4,8, V_1 grubunda %3,1) ancak V_2 grubundaki katılımcılarda kronik hastalık yüzdesinin daha fazla (%17,0) olduğu görülmüştür. Kontrol ve V_1 grupları arasındaki farkın anlamlılığı çok gözlü kıkare test varsayımı sağlanamadığı için değerlendirilememişken, Kontrol ve V_2 grupları arasında ilgili değişken bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p_2=0,50$). Kontrol ve V_1 gruplarında, kronik hastalığı olduğunu beyan edenler arasında obeziteye neden olan hastalığı olma yüzdelerinin benzer olduğu (K grubunda %15,5, V_1 grubunda %10,6), V_2 grubunda ise obeziteye neden olan hastalığa sahip olan katılımcı yüzdesinin daha yüksek olduğu (%22,6) görülmüştür. İlgili değişken bakımından kontrol ve vaka grupları arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p_1=0,47$, $p_2=0,36$). Vaka ve kontrol gruplarının kendi beyanlarına göre hastanede yatarak tedavi görme ve ameliyat olma öyküleri değerlendirildiğinde, benzer şekilde kontrol grubunun yaklaşık yarısının hastanede yatarak tedavi görme ve ameliyat olma öyküsü olduğu saptanmışken (sırasıyla %49,6 ve %47,8) vaka gruplarının yarıdan fazlasının hastanede yatarak tedavi görüp ameliyat olduğu tespit edilmiştir (sırasıyla V_1 grubunda %63,1 ve %57,0; V_2 grubunda %62,8 ve %55,8). Gruplar arasında hastanede yatarak tedavi görme bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmişken ($p_1=0,01$, $p_2=0,02$), ameliyat olma bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p_1=0,09$, $p_2=0,20$). Katılımcıların beyanlarına göre maluliyet durumları incelendiğinde maluliyet yüzdesinin kontrol grubunda %3,6, V_1 grubunda %2,0, V_2 grubunda ise %6,2 olduğu belirlenmiştir. İlgili değişken bakımından kontrol ve vaka grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p_1=0,53$, $p_2=0,27$). Kontrol

ve vaka gruplarının tedavi görme durumları incelendiğinde ilgili değişken bakımından kontrol ve V₁ gruplarında dağılımın benzer olduğu V₂ grubunda ise bireylerin tedavi görme yüzdesinin daha yüksek olduğu görülmüştür (K grubunda %39,3, V₁ grubunda %40,9, V₂ grubunda %48,7). İlgili değişken bakımından vaka ve kontrol grupları arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p_1=0,82$, $p_2=0,10$). Kontrol grubunda bir kişi (fizik tedavi), vaka gruplarında ikişer kişi (çpap ve fizik tedavi) hariç, katılımcıların tamamı ilaç tedavisi gördüklerini beyan etmişlerdir. İlaç kullandığını beyan eden kontrol grubundaki bireylerin yarısı obezjenik ilaç kullanırken, vaka gruplarında bu yüzdelerin daha düşük olduğu belirlenmiştir (V₁ grubunda %35,1, V₂ grubunda %45,3). İlgili değişken bakımından kontrol ve vaka grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p_1=0,08$, $p_2=0,60$) (Tablo 5.10).

Tablo 4.11. Vaka ve kontrol gruplarındaki katılımcıların öz değerlendirmelerine göre genel sağlık ve son bir yıl içinde muayene ve/veya tahlil yaptırma durumu (Ankara Mamak Devlet Hastanesi, 2022).

Özellikler	Kontrol (n=224)		Fazla Kilolu (n=149)		Obez (n=113)		p_1^2	p_2^3
	n	% ¹	n	% ¹	n	% ¹		
Genel sağlık puanı							0,86	0,55
4 ve altı	9	4,0	5	3,4	5	4,4		
5-7	96	42,9	61	40,9	55	48,7		
8 ve üstü	119	53,1	83	55,7	53	46,9		
Son bir yıl içinde muayene sayısı							0,59	0,04
0	32	14,3	29	19,5	27	23,9		
1	53	23,7	31	20,8	15	13,3		
2	49	21,9	31	20,8	23	20,4		
3 ve üstü	90	40,2	58	38,9	48	42,5		
Son bir yıl içinde tahlil yaptırma sayısı (kez)							0,01	0,29
0	36	16,1	42	28,2	24	21,2		
1	64	28,6	43	28,9	23	20,4		
2	48	21,4	19	12,8	29	25,7		
3 ve üstü	76	33,9	45	30,2	37	32,7		

¹Kolon yüzdesi ² Kontrol-V₁ gruplarının ki kare testi p değeri ³Kontrol-V₂ gruplarının ki kare testi p değeri

Katılımcılardan sağlık durumlarını 1 ile 10 arasında puan vererek değerlendirmeleri istenmiştir. Kontrol ve vaka gruplarındaki katılımcıların öz değerlendirmelerine göre sağlık durumlarını değerlendirildiğinde kontrol ve V₁ gruplarındakilerin yarıdan fazlasının (K grubunda %53,1, V₁ grubunda %55,7), V₂ grubundaki bireylerin ise yarıya yakınının (%46,9) sağlık durumlarını, “iyi” veya “çok iyi” olarak değerlendirilebilecek, 10 üstünden 8 ve üstü puan ile değerlendirdikleri görülmüştür; ilgili değişken bakımından vaka ve kontrol grupları arasında fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p_1=0,86$, $p_2=0,55$). Genel olarak tüm gruplarda bireylerin ancak yarısı sağlık durumunu yüksek puan ile tanımlarken kontrol grubundakilerin %14,4’ünün, V₁ grubundakilerin %19,5’inin ve V₂ grubundakilerin %23,9’unun son bir yıl içinde hiç muayene olmadığı belirlenmiştir. İlgili değişken bakımından kontrol ve V₁ grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamışken ($p_1=0,59$), kontrol ve V₂ grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p_1=0,59$, $p_2=0,04$). Katılımcıların son bir yıl içinde tahlil yaptırmaları değerlendirildiğinde, V₁ grubunda hiç tahlil yaptırmama yüzdesinin (%28,2) diğer gruplardan daha yüksek olduğu görülmüştür (K grubunda %16,1, V₂ grubunda %21,2). İlgili değişken bakımından kontrol ve V₁ grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmışken ($p_1=0,01$), kontrol ve V₂ grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p_2=0,29$) (Tablo 5.11).

Literatürde belirtilen, obezitenin sonuçlarının tespitinde takip edilen bazı semptomlar bakımından çalışanların durumu değerlendirilmiştir. Kontrol ve vaka gruplarının öz bildirimine göre son bir hafta içinde deneyimledikleri bazı klinik şikayetlerin dağılımı incelendiğinde, V₂ grubunun %60,2’sinin en az 3 kez yorgunluk, V₂ grubunun %37,2’sinin en az üç kez ağrı, V₁ grubunun %8,1’inin en az 3 kez bulantı, V₂ grubunun %14,2’sinin en az 7 kez uyku bölünmesi, V₂ grubunun %23,9’unun en az 5 kez kendisini sıkıntılı/üzgün hissettiği, V₂ grubunun %14,2’sinin en az 4 kez nefes darlığı, V₂ grubunun %18,6’sinin en az 5 kez hatırlamada güçlük, K grubunun %11,2’sinin en az 4 kez iştahsızlık, V₂ grubunun %7,1’inin en az 1 kez kusma, V₂ grubunun %14,2’sinin en az 4 kez uyuşma, V₂ grubunun %7,1’inin en az bir kez idrara

çıkımda zorluk ve K grubunun %8,9'un en az 6 kez deri problemleri şikayetinin diğer gruplara göre daha fazla olduğu görülmüştür (EK 5).

Kontrol ve vaka gruplarındaki bireylerin COVID-19 öyküleri değerlendirildiğinde V₂ grubunda diğer gruplardan daha fazla görülmekle birlikte (%77,0), diğer grupların da yarısından fazlasının (K=%61,2, V₁=%58,4) en az bir kez COVID-19 enfeksiyonu geçirmiş oldukları belirlenmiştir. İlgili değişken bakımından kontrol ve V₁ grupları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamışken, kontrol ve V₂ grupları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p_2 < 0,001$). COVID-19 enfeksiyonu geçirmiş olan bireylerin kaç kez COVID-19 tanısı aldıkları incelendiğinde V₂ grubundaki her beş kişiden birinin (%20,4), diğer gruplardan daha fazla olarak (K=%12,5, V₁=%14,1), 2 ve daha fazla kez COVID-19 enfeksiyonu geçirdiklerini beyan ettikleri görülmüştür. İlgili değişken bakımından kontrol ve V₁ grupları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamışken kontrol ve V₂ grupları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p_2 < 0,001$). COVID-19 enfeksiyonu geçirmiş olan ve hastanede yatarak tedavi görenlerin dağılımı incelendiğinde V₂ grubunda yaklaşık her dört kişiden birinin (%24,1) diğer gruplardan daha fazla olarak (K grubunda %11,7, V₁ grubunda %16,1) hastanede yatarak tedavi görmüş oldukları belirlenmiştir. İlgili değişken bakımından kontrol ve V₁ grupları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamışken, kontrol ve V₂ grupları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p_2 = 0,01$). Kontrol ve vaka gruplarındaki bireylerin birlikte yaşadıkları kişilerin COVID-19 enfeksiyonu geçirme durumları değerlendirildiğinde V₂ grubunda daha fazla olmakla birlikte tüm gruplarda katılımcıların yaklaşık yarısının birlikte yaşadığı kişiler, en az bir kez COVID-19 enfeksiyonu geçirmişlerdir (K grubunda %44,2, V₁ grubunda %52,3, V₂ grubunda %60,0). İlgili değişken bakımından kontrol ve V₁ grupları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamışken kontrol ve V₂ grupları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p_1 = 0,13$, $p_2 < 0,001$). Kontrol ve vaka gruplarındaki bireylerin tamamına yakınının COVID-19 nedeniyle ölen aile bireyi olmadığı belirlenmiştir (K grubunda %92,0, V₁ grubunda %96,0, V₂ grubunda %92,9). Ancak V₂ grubundaki katılımcıların yakınlarının %18,6'sı diğer

gruplardan daha fazla olarak (K grubunda %14,3, V₁ grubunda %14,1) hastanede yatarak COVID-19 enfeksiyonu tedavisi görmüştür. İlgili değişkenler bakımından kontrol ve vaka grupları arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Vaka ve kontrol gruplarındaki kadın katılımcıların bazı obstetrik özelliklerine göre dağılımları Tablo 5.12’de verilmiştir.

Tablo 4.12. Vaka kontrol gruplarındaki kadın katılımcıların bazı obstetrik özelliklerine göre dağılımı (Ankara Mamak Devlet Hastanesi, 2022).

Özellikler	Kontrol (n=224)		Fazla Kilolu (n=149)		Obez (n=113)		p ₁ ²	p ₂ ³
	n	% ¹	n	% ¹	n	% ¹		
Gebelik sayısı							0,04	<0,001
0	82	48,2	19	28,8	4	6,3		
1	31	18,2	11	16,7	7	10,9		
2	34	20,0	23	34,8	19	29,7		
3	14	8,2	8	12,1	21	32,8		
4 ve üstü	9	5,4	5	7,6	13	20,3		
Halen adet görme							<0,001	<0,001
Hayır	7	4,1	10	15,2	15	23,4		
Evet	163	95,9	56	84,8	49	76,6		
Hormonal kontraseptif yöntem								
Kullanmıyor	133	78,2,5	50	75,8	42	65,6	0,68	0,048
Kullanıyor	37	21,8	16	24,2	22	34,4		

¹Kolon yüzdesi ² Kontrol-V₁ gruplarının ki kare testi p değeri ³Kontrol-V₂ gruplarının ki kare testi p değeri

Kontrol ve vaka gruplarındaki kadın bireylerin gebelik sayılarına göre dağılımı incelendiğinde kontrol ve V₁ gruplarındaki kadınların %10’undan daha azı (K grubunda %5,4, V₁ grubunda %7,6) 4 ve daha fazla kez gebe kalmışken, V₂ grubundaki her beş kadından birinin (%20,3) 4 ve daha fazla kez gebe kaldığı görülmüştür. İlgili değişken bakımından kontrol ve vaka grupları arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p₁=0,04, p₂=0,00). Kontrol grubundaki kadın katılımcıların tamamına yakınının halen adet gördüğü (%95,9), V₁ grubundaki kadınların %15,9’sinin ve V₂ grubundaki kadınların %23,4’ünün adet görmediği belirlenmiştir. Kontrol ve vaka grupları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p₁<0,001, p₂<0,001). Gruplar arasında modern kadınların hormonal

yöntem kullanma durum dağılımlarını incelendiğinde, kontrol grubunun yaklaşık beşte birinin, V₁ grubunun yaklaşık dörtte birinin ve V₂ grubunun yaklaşık üçte birinin (K grubunda %21,8, V₁ grubunda %24,2, V₂ grubunda %34,4) hormonal aile planlaması yöntemi kullandıkları görülmüştür. İlgili değişken bakımından kontrol ve V₁ grupları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamışken kontrol ve V₂ grupları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p₁=0,68, p₂=0,04). (Tablo 5.12)

Vaka ve kontrol gruplarındaki katılımcıların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Algılanan Stres Ölçeği puan dağılım özellikleri Tablo 5.13'te, YT-40 Testi puan gruplarına göre dağılımları Tablo 5.14'te verilmiştir.

Tablo 4.13. Vaka kontrol gruplarındaki katılımcıların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Algılanan Stres Ölçeği puan dağılımları (Ankara Mamak Devlet Hastanesi, 2022).

Test	Kontrol (n=224)	Fazla Kilolu (n=149)	Obez (n=113)	p ₁ ¹	p ₂ ²
³ÇBASDÖ puanı				0,45	0,48
Ortalama ± SS	68,26±15,01	70,12±12,83	67,61±14,45		
Ortanca	72,00	73,00	71,00		
1.-3. çeyrek	60,00-80,00	62,00-81,00	58,00-79,00		
En küçük- En büyük	18,00-84,00	18,00-84,00	14,00-84,00		
⁴ASÖ puanı				0,35	0,05
Ortalama ± SS	20,34±4,43	19,83±4,83	19,12±5,74		
Ortanca	20,00	20,00	20,00		
1.-3. çeyrek	18,00-23,00	18,00-23,00	16,00-23,00		
En küçük- En büyük	0,00-31,00	0,00-20,00	0,00-35,00		

¹Kontrol-V₁ gruplarının Mann-Whithney U testi p değeri ²Kontrol-V₂ gruplarının Mann-Whithney U testi p değeri ³ÇBASDÖ: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ⁴ASÖ: Algılanan Stres Ölçeği

Çalışmada bağımsız değişken olabileceği tahmin edilen ÇBASDÖ'nden alınabilecek en düşük puan 12, en yüksek puan 84'tür. Benzer şekilde değerlendirdiğimiz ASÖ'nin puanlamasından alınabilecek puan 0-40 arasında değişmektedir. Her iki ölçek verileri normal dağılım özelliğine sahip olmadığı için kontrol ve vaka grupları arasında ölçek puanlarının ortanca değerleri karşılaştırılmıştır. ÇBASDÖ puanı ortanca değerinin en yüksek V_1 grubunda (K grubunda Median=72,0 1.Çeyrek=60,0-3.Çeyrek=80,0, V_1 grubunda Median=73,0 1.Çeyrek=62,0-3.Çeyrek=81,0, V_2 grubunda Median=71,0 1.Çeyrek=58,0-3.Çeyrek=79,0) olduğu görülmüştür ($p_1=0,45$, $p_2=0,48$). ASÖ puanı ortanca değeri ise tüm gruplarda 20,0 bulunmuştur (K grubunda 1.Çeyrek=18,0-3.Çeyrek=23,0, V_1 grubunda 1.Çeyrek=18,0-3.Çeyrek=23,0, V_2 grubunda 1.Çeyrek=16,0-3.Çeyrek=23,0) ($p_1=0,35$, $p_2=0,05$). Kontrol ve vaka gruplarının Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Algılanan Stres Ölçeği puan dağılımları incelendiğinde kontrol ve vaka grupları arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Bkz. Tablo 5.13).

Ölçekler arası olası ilişkiyi görebilmek amacıyla ölçekler arası korelasyon analizi yapılmıştır. Kontrol ve vaka gruplarında ölçek puanları arasında korelasyon olup olmadığını değerlendirildiğinde, kontrol grubunda Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ile Algılanan Stres Ölçeği puanları arasında negatif yönde, %21 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı korelasyon saptanmıştır ($Rho=-0,211$, $p=0,001$). Benzer şekilde V_2 grubunda da Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ile Algılanan Stres Ölçeği puanları arasında negatif yönde, %20 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı korelasyon saptanmıştır ($Rho=-0,203$, $p=0,031$). V_1 grubunda ise ölçekler arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon saptanmamıştır ($Rho=0,084$, $p=0,31$). Ölçekler arası korelasyon tabloları EK 5'te sunulmuştur (Bkz.EK 5).

Tablo 4.14. Vaka ve kontrol gruplarındaki katılımcıların Yeme Tutumu-40 Ölçeği puan gruplarına göre dağılımları (Ankara Mamak Devlet Hastanesi, 2022).

YTT-40 grup	Kontrol (n=224)		Fazla Kilolu (n=149)		Obez (n=113)		p ₁ ²	p ₂ ³
	n	% ¹	n	% ¹	n	% ¹		
≤27	207	92,4	135	90,6	94	83,2	0,53	0,01
>27	17	7,6	14	9,4	19	16,8		

¹Kolon yüzdesi ² kontrol-V₁ gruplarının ki kare testi p değeri ³kontrol-V₂ gruplarının ki kare testi p değeri

Türkiye’de yapılan bir çalışmada YTT-40 ölçek kesme puanı 27 olarak belirlendiğinde testin Cronbach alfa değerinin daha yüksek bulunduğu belirtilmiştir (172). Buna göre, kontrol ve vaka gruplarına uygulanan Yeme Tutumu-40 Ölçeği’nde kesme değeri 27 puan olarak belirlendiğinde, V₂ grubundaki bireylerde (%16,8), diğer gruplara göre daha daha yüksek düzeyde bozulmuş yeme davranışları olduğu saptanmıştır (K grubunda %7,6, V₁ grubunda %9,4). İlgili değişken bakımından kontrol ve V₁ grupları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamışken, kontrol ve V₂ grupları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p₁=0,53, p₂<0,01) (Tablo 5.14).

Yapılan ikili analizlerde araştırmannın amacında belirtilen Yeme Tutumu ana etken olarak seçilmiştir. Ayrıca, obezitenin kuvvetle muhtemel nedenleri olabilecek diğer bağımsız değişkenler de tespit edilmiştir. Hem etken hem de sonuç ile ilişkili olup karıştırıcılık özelliğine sahip değişkenlerin değerlendirilmesinin ilk adımı olarak, ilgili değişkenler ile YT-40 puan grupları arasındaki ilişkilerin değerlendirilmesi ile analizlere devam edilmiş olup sonuçlar Tablo 5.15’te sunulmuştur.

İkili analizlerde obezite ile istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanan değişkenlerden eğitim düzeyi, medeni durum, meslek ve iş yerinde sözel şiddete maruz kalma ile yeme tutumu arasında da istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir (sırası ile p=0,001, p=0,028, p=0,048) (Tablo 5.15).

Tablo 4.15. Obezite ile ilişkili bağımsız değişkenlerin kontrol ve V₂ grubunda Yeme Tutumu ile ilişkisi (Ankara Mamak Devlet Hastanesi, 2022).

Özellikler	YTT-40 puan ≤27 (n=298)		YTT-40 puan >27 (n=39)		p
	n	% ¹	n	% ¹	
Eğitim düzeyi					0,001
Lise ve altı	92	81,4	21	18,6	
Lise üstü	209	93,3	15	6,7	
Medeni durum					0,028
Bekar	85	95,5	4	4,5	
Diğer ²	216	87,1	32	12,9	
Yalnız yaşama					1,00*
Evet	35	89,7	4	10,3	
Hayır ³	266	89,3	32	10,7	
Meslek					0,048
Sağlık meslek mensubu	155	93,4	11	6,6	
Diğer sağlık meslek mensubu	37	88,1	5	11,9	
Diğer meslek mensubu	109	84,5	20	15,5	
Eşin çalışma durumu					0,24
Evet	50	93,4	3	5,7	
Hayır	144	88,9	18	11,1	
Çocuk sahibi olma					0,12
Var	187	87,4	27	12,6	
Yok	114	92,7	9	7,3	
Hanede kişi sayısı					0,32
1	35	89,7	4	10,3	
2	39	83,0	8	17,0	
3	83	94,3	5	5,7	
4	83	87,4	12	12,6	
5+	61	89,7	7	10,3	
Meslekte çalışma süresi (yıl)					0,17
< 10	145	92,4	12	7,6	
10-19	99	85,3	17	14,7	
20, +	57	89,1	7	10,9	
İş yerinde sözel şiddet					0,007
Evet	110	95,7	5	4,3	
Hayır	191	86,0	31	14,0	
Gebelik sayısı					0,07
0	80	93,0	6	7,0	
1-2	77	84,6	14	15,4	
3 ve üstü	46	80,7	11	19,3	
Menopoz durumu					0,18*
Evet	17	77,3	5	22,7	
Hayır	186	87,7	26	12,5	

¹Satır yüzdesi, ²Diğer: evli, boşanmış, ayrı yaşıyor, eşi ölmüş, ³Hayır: aile, arkadaş * Fisher'in Kesin Testi

Her bir birimlik artışın obezite üzerinde etkisini değerlendirme imkânı olup olmadığını öngörebilmek amacıyla numerik değişkenlerin YT-40 puan gruplarında dağılımları incelenmiştir. İkili analizlerde obezite ile istatistiksel olarak anlamlı ilişkili olduğu saptanmış olan gebelik sayısı, meslekte çalışma süresi ve hanedeki kişi sayısı

değişkenlerinin dağılımları YTT-40 puan gruplarına göre değerlendirildiğinde, hanede kişi sayısı ve toplam çalışma süresi ile yeme tutumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamış (sırasıyla, $p=0,82$ ve $p=0,05$), ancak gebelik sayısı ile anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p=0,006$). Bu durumda, her bir gebelik sayısındaki artışın obezite üzerindeki etkisini değerlendirebilmek amacıyla ileri analizlerde gebelik sayısı değişkeninin numerik olarak bırakılmasına karar verilmiştir.

Tablo 4.16. Obezite ile ilişkili numerik değişkenlerin kontrol ve V_2 grubunda Yeme Tutumu ile ilişkisi (Ankara Mamak Devlet Hastanesi, 2022).

Özellik	YTT-40 puan \leq 27	YTT-40 puan $>$ 27	P*
Gebelik sayısı	n=203	n=31	0,006
Ortalama \pm SS	1,39 \pm 1,51	2,19 \pm 1,57	
Ortanca	1,00	2,00	
1.-3. çeyrek	0,00-2,00	1,00-3,00	
En küçük- En büyük	0,00-10,00	0,00-6,00	
Çalışma süresi (yıl)	n=301	n=36	0,05
Ortalama \pm SS	10,92 \pm 8,62	13,44 \pm 8,02	
Ortanca	10,00	11,50	
1.-3. çeyrek	2,00-16,50	8,00-18,00	
En küçük- En büyük	0,00-39,00	0,00-32,00	
Hanede kişi sayısı	n=301	n=36	0,82
Ortalama \pm SS	3,37 \pm 1,36	3,27 \pm 1,40	
Ortanca	3,00	4,00	
1.-3. çeyrek	3,00-4,00	2,00-4,00	
En küçük- En büyük	1,00-8,00	1,00-6,00	

* Mann-Whitney U Testi

Obezite ile yeme tutumu ilişkisinde karıştırıcı ve/veya etki değiştirici olabileceği düşünülen değişkenler ile kontrol edilerek yeme tutumu-obezite ilişkisi V_2 ve kontrol grubuna göre tekrar değerlendirilmiş, bulgular Tablo 5.17, Tablo 5.18, Tablo 5.19 ve Tablo 5.20'de sunulmuştur.

Tablo 4.17. Kontrol ve V₂ gruplarındaki katılımcıların Yeme Tutumu puan gruplarına ve eğitim düzeylerine göre dağılımı (Ankara Mamak Devlet Hastanesi, 2022).

Eğitim Düzeyi	Yeme Tutumu Puanı	Kontrol		Obez		Toplam
		Sayı	Yüzde*	Sayı	Yüzde*	Sayı
Lise ve altı	≤27	47	83,9	45	78,9	91
	>27	9	16,1	12	21,1	22
	Toplam	56	100,0	57	100,0	113
$\chi^2 = 0,46, sd=1, p=0,49$						
Lise üstü	≤27	160	95,2	49	87,5	207
	>27	8	4,8	7	12,5	17
	Toplam	168	100,0	56	100,0	224
$\chi^2 = 4,025, sd=1, p=0,062^{**}$						
Toplam	≤27	207	92,4	94	83,2	298
	>27	17	7,6	19	16,8	39
	Toplam	224	100,0	113	100,0	337
$\chi^2 = 6,69, sd=1, p=0,010$						

*Sütun yüzdesi **Fisher'in Kesin Testi

Eğitim düzeyi lise ve altında olan katılımcılar ile lise üstü olan katılımcılarda yeme tutumu puanı 27 üstünde olanların yüzdesi obezlerde (V₂ grubu) daha yüksek olmasına rağmen, gözlemlenen farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (sırasıyla p=0,49 ve p=0,062) (Tablo 5.17).

Tablo 4.18. Kontrol ve V₂ gruplarındaki katılımcıların Yeme Tutumu puan gruplarına ve medeni durumlarına göre dağılımı (Ankara Mamak Devlet Hastanesi, 2022).

Medeni Durum	Yeme Tutumu Puanı	Kontrol		Obez		Toplam
		Sayı	Yüzde*	Sayı	Yüzde*	Sayı
Bekâr	≤27	76	95,0	9	100,0	84
	>27	4	5,0	-	-	5
	Toplam	80	100,0	9	100,0	89
$\chi^2 = 0,471, sd=1, p=1,00^{**}$						
Diğer**	≤27	131	90,3	85	81,7	216
	>27	13	9,7	19	18,3	32
	Toplam	144	100,0	104	100,0	248
$\chi^2 = 4,589, sd=1, p=0,032$						
Toplam	≤27	207	92,4	94	83,2	298
	>27	17	7,6	19	16,8	39
	Toplam	224	100,0	113	100,0	337
$\chi^2 = 6,69, sd = 1, p = 0,010$						

*Sütun yüzdesi **Fisher'in Kesin Testi

Bekar obez katılımcılardan yeme tutumu puanı 27'nin üstünde olan katılımcı olmadığı görülmüş olup aile/ev arkadaşı ile yaşayan obezlerde yeme tutumu puanı 27'nin üstünde olanların yüzdesinin kontrol grubundakilerin yaklaşık iki katı olduğu belirlenmiştir. Gözlemlenen fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,032$) (Tablo 5.18).

Tablo 4.19. Kontrol ve V₂ gruplarındaki katılımcıların Yeme Tutumu puanı ve meslek gruplarına göre dağılımı (Ankara Mamak Devlet Hastanesi, 2022).

Meslek	Yeme Tutumu Puanı	Kontrol		Obez		Toplam
		Sayı	Yüzde*	Sayı	Yüzde*	Sayı
Sağlık Meslekleri	≤27	127	95,5	28	84,8	155
	>27	6	4,5	5	15,2	11
	Toplam	133	100,0	33	100,0	166
$\chi^2 = 4,83, sd=1, p=0,04^{**}$						
Diğer Sağlık Meslekleri	≤27	28	87,5	9	90,0	36
	>27	4	12,5	1	10,7	6
	Toplam	32	100,0	10	100,0	42
$\chi^2 = 0,04, sd=1, p=1,00^*$						
Diğer Meslekler	≤27	52	88,1	57	81,4	109
	>27	7	11,9	13	18,6	20
	Toplam	59	100,1	70	100,0	129
$\chi^2 = 1,09, sd=1, p=0,29$						
Toplam	≤27	207	92,4	94	83,2	298
	>27	17	7,6	19	16,8	39
	Toplam	224	100,0	113	100,0	337
$\chi^2 = 6,69, sd = 1, p = 0,010$						

*Sütun yüzdesi **Fisher'in Kesin Testi

Sağlık meslek mensubu olan obezlerden yeme tutumu puanı 27 üstünde olanların yüzdesi kontrol grubunun 3 katından fazladır. Gözlemlenen fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,04$). Diğer Sağlık Meslek mensubu obezlerden yeme tutumu puanı 27 üstünde olanların yüzdesi kontrol grubuna benzerdir ve gözlemlenen fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=1,00$). Diğer meslek mensubu obezlerden yeme tutumu puanı 27 üstünde olanların yüzdesi kontrol grubundan yüksek bulunmasına rağmen gözlemlenen fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,29$) (Tablo 5.19).

İş yerinde sözel şiddete maruz kalmayan obezlerden yeme tutumu puanı 27 üstünde olanların yüzdesi kontrol grubundan daha yüksek bulunmuş olup, gözlenen fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,01$). İş yerinde sözel şiddete maruz kalan

obezlerden yeme tutumu puanı 27 üstünde olanların yüzdesi kontrol grubundan daha düşük bulunmuş olup gözlenen fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=1,00$) (Tablo 5.20).

Tablo 4.20. Kontrol ve V₂ gruplarındaki katılımcıların Yeme Tutumu puan gruplarına ve iş yerinde sözel şiddete maruz kalma durumlarına göre dağılımı (Ankara Mamak Devlet Hastanesi, 2022).

İş Yerinde Sözel Şiddet	YTT-40 Puan	Kontrol		Obez		Toplam
		Sayı	Yüzde*	Sayı	Yüzde*	Sayı
Yok	≤27	123	90,4	68	79,1	191
	>27	13	9,6	18	20,9	31
	Toplam	136	100,0	86	100,0	222
$\chi^2 = 5,67, sd=1, p=0,01$						
Var	≤27	84	95,5	26	96,3	110
	>27	4	4,5	1	3,7	5
	Toplam	88	100,0	27	100,0	115
$\chi^2 = 0,03, sd=1, p=1,00$						
Toplam	≤27	207	92,4	94	83,2	298
	>27	17	7,6	19	16,8	39
	Toplam	224	100,0	113	100,0	337
$\chi^2 = 6,69, sd=1, p=0,010$						

*Sütun yüzdesi

4.2. İleri Analiz Bulguları

4.2.1. Obezite ile İlgili İleri Analiz Bulguları

Bir ileri adım olarak, obezite ve yeme tutumu ile ilgili analizlerde ilişkili bulunan ortak değişkenlerin karıştırıcı ya da etki değiştirici olma durumları, Mantel-Haenszel ve Breslow-Day Testleri ile değerlendirilmiş, sonuçlar Tablo 5.21'de sunulmuştur.

Eğitim düzeyi, medeni durum, meslek ve iş yerinde sözel şiddete maruz kalma değişkenlerinin karıştırıcı ve/veya etki değiştirici olma durumları Breslow-Day ve Mantel Haenszel Testleri ile değerlendirildiğinde, Breslow-Day testine göre hiçbir değişkende etki değiştirici özellik saptanmamıştır. İş yerinde sözel şiddete maruz kama değişkeninin kaba OR ve Mantel Haenszel OR değerleri arasında %10'dan fazla fark bulunmuştur (Tablo 5.21).

Tablo 4.21. Obezite ile ilişkili bulunan bazı değişkenlerin etki değiştirici ve karıştırıcı olma durumlarının değerlendirilmesi (Ankara Mamak Devlet Hastanesi, 2022).

Olası ilişkiler	Kategoriler	Kontrol (n=224)		Obez (n=113)	
		OR	%95 GA	OR	%95 GA
Eğitim	Lise ve altı	1,192	0,70-2,031	0,856	0,559-1,310
	Lise üstü	1,435	0,889-2,318	0,502	0,277-0,910
	Kaba OR (%95 GA)		2,461 (1,224-4,948)		
	Mantel-Haenszel OR (%95 GA)	1,873 (0,915-3,836)		$\chi^2=2,487$, sd=1, p=0,115	
	Breslow-Day		$\chi^2=0,983$, SD=1, p=0,321		
Medeni durum	Bekâr	0,894	0,831-0,962	-	-
	Diğer	1,493	0,969-2,301	0,663	0,476-0,923
	Kaba OR (%95 GA)		2,461 (1,224-4,948)		
	Mantel-Haenszel OR (%95 GA)	2,065 (0,991-4,305)		$\chi^2=3,052$, sd=1, p=0,081	
	Breslow-Day		$\chi^2=1,012$, SD=2, p=0,314		
Meslek	Sağlık meslekleri	1,502	0,871-2,589	0,397	0,192-0,824
	Diğer sağlık meslekleri	0,946	0,588-1,521	1,216	0,193-7,680
	Diğer meslekler	1,363	0,727-2,556	0,805	0,557-1,163
	Kaba OR (%95 GA)		2,461 (1,224-4,948)		
	Mantel-Haenszel OR (%95 GA)	1,961 (0,940-4,094)		$\chi^2=2,725$, sd=1, p=0,099	
	Breslow-Day		$\chi^2=1,806$, SD=1, p=0,405		
İş yerinde sözel şiddete maruz kalma	Yok	1,536	1,002-2,355	0,613	0,430-0,874
	Var	0,955	0,608-1,498	1,182	0,198-7,043
	Kaba OR (%95 GA)		2,461 (1,224-4,948)		
	Mantel-Haenszel OR (%95 GA)	2,190 (1,073-4,471)		$\chi^2=3,913$, sd=1, p=0,048	
	Breslow-Day		$\chi^2=0,939$, SD=1, p=0,333		

V₂: Vaka grubu-2 (Obez) OR:Odds Ratio, GA:Güven Aralığı

İlk analizlerde V₂ ve kontrol grupları karşılaştırılmasında anlamlı bulunan veya p<0,020 olan tüm değişkenlere ilişkin regresyon analizleri yapılarak analizlere devam edilmiştir. Regresyon analizine, ilk modele, çalışmada karıştırıcı olarak kabul edilen cinsiyet ve yaş değişkenleri dâhil edilerek başlanmıştır. İkinci adımda ana etken (main effect) olarak kabul edilen Yeme Tutumu değişkeni modele eklenmiştir. Sonrasında ise p<0,20 olan diğer değişkenler teker teker modele eklenerek değişimler değerlendirilmiş ve sonuçta hangi değişkenlerin modelde kalacağına karar verilmiştir (5.22).

Tablo 4.22. V₂ ve Kontrol Grubunda Regresyon Analizine Dâhil Edilen Değişkenler ile Oluşturulan Modellere İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları (Ankara Mamak Devlet Hastanesi, 2022).

Değişken	Model 1			Model 2			Model 3			Model 4		
	OR	%95 GA	p	OR	%95 GA	p	OR	%95 GA	p	OR	%95 GA	p
Cinsiyet	1			1			1			1		
Kadın (R)												
Erkek	1,6	0,8-3,0	0,12	1,4	0,7-2,6	0,30	1,4	0,7-2,6	0,29	1,3	0,6-2,6	0,38
Yaş	1			1			1		<0,001	1		<0,001
20-29 (R)												
30-39	5,1	2,8-9,1	<0,001	5,6	3,1-10,3	<0,001	5,6	3,1-10,3	<0,001	4,7	2,5-8,8	<0,001
40 ve üstü	1,7	0,6-4,7	0,29	1,7	0,6-4,9	0,27	1,7	0,6-4,8	0,28	2,2	0,7-6,5	0,13
YTT-40 puan	1			1			1			1		
≤27(R)												
>27	2,3	1,0-5,4	0,044	2,4	1,05-5,7	0,037	0,7	0,1-38,0	0,89	2,0	0,08-4,9	0,093
Hanede kişi sayısı	1,4	1,1-1,7	0,001	1,4	1,19-1,8	<0,001	1,6	1,1-2,3	<0,001	1,3	1,0-1,6	0,016
Meslek Sağlık meslek (R)	1			1			1		<0,001	1		<0,001
Diğer sağlık meslek	1,7	0,7-4,2	0,22	1,6	0,6-4,1	0,24	1,6	0,6-4,1	0,24	1,7	0,6-4,2	0,24
Diğer meslek	5,2	2,8-9,7	<0,001	5,1	2,7-9,7	<0,001	5,1	2,7-9,6	<0,001	4,8	2,4-9,5	<0,001
Stres				0,9	0,8-0,9	0,031	0,9	0,1-1,0	0,097	0,9	0,8-0,9	0,033
YTT-40*Stres							1,0	0,8-1,1	0,98			
YTT-40* Hanede kişi sayısı							1,4	0,7-2,7	0,33			
Medeni durum										1		
Bekar ve diğer (R)												
Evli										2,8	1,1-6,9	0,021
Meslekte görev süresi (yıl)										1,0	1,0-1,07p	0,037
Constant		-1,620			-0,541			-1,008			-0,934	
-2 Log likelihood		335,734			331,052			329,967			315,514	
Hosmer Lemeshow p değeri		0,930			0,303			0,136			0,227	
Nagelkerke r ²		0,338			0,353			0,356			0,399	
Tahmin gücü (%)		75,1			75,7			75,7			76,6	

OR: Odds ratio GA: Güven Aralığı R: referans

Vaka grubundaki kişi sayısının 113 olduğu göz önüne alınarak, her değişkendeki kategorilerin her birinde en az 10 kişi olması dikkate alınacak şekilde uygun değişkenler ile en geçerli model olan Model 4 elde edilmiştir. Bu değişkenler medenidurum, hanede kişi sayısı, eşin çalışma durumu, çocuk sahibi olma, meslek, meslekte görev süresi, sigara

içme, işinden memnun olma ve algılanan stres ölçek puanıdır. Ek 6'da sunulan "Korelasyon Matris Tablosu"nda eğitim düzeyi ve meslek alt grubu arasında yüksek düzeyde korelasyon (kolinearite 0,597) tespit edilmesi nedeni ile eğitim düzeyi değişkeni modele dahil edilmemiştir. İş yerinde sözel şiddet ve alkol tüketimi değişkenlerinin tanımlayıcı analizlerinde dağılım özellikleri nedeniyle bu değişkenlerin modele dâhil edilmeleri uygun görülmemiştir. Hanede kişi sayısı değişkeninin yalnız yaşama durumu ile ilgili bilgiyi de içermesinden dolayı 'yalnız yaşama durumu' değişkeni modele dâhil edilmemiştir. Gebelik sayısı, menopozda olma durumu ve hormonal yöntem kullanma durumu değişkenlerinin obezite ile ilişkisi, vaka ve kontrol gruplarının alt gruplarında kadın sayısının düşük olması nedeniyle değerlendirilememiştir.

Modeller arası uyum R tabanlı Jamovi istatistik paket programından yararlanılarak değerlendirilmiş olup sonuçlar Tablo 5.23'te sunulmuştur.

Tablo 4.23. Logistik regresyon analizi ile hazırlanan modeller arası uyum analizi sonuçları

Model	Model	χ^2	sd	p
1	2	4,79	1	0,029
2	3	2,17e-5	1	0,996
3	4	15,44	2	<0,001

Üçüncü ve dördüncü model arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olması en geçerli modeli kullanmayı önerse de geçerli modelde ana değişkenin anlamlı olmaması ve güven aralığının 1'i içeriyor olması ve modele eklenen değişkenler ile ana değişkenin etkisinin kaybolmaya başlaması nedeniyle 4. Modelin kullanılması uygun görülmemiştir. Üçüncü ve ikinci model arasında istatistiksel olarak anlamlı farkın olmaması, değişken sayısının az olduğu 2. Modelin 3. Modele tercih edilebileceğini düşündürmektedir. Aynı zamanda 2. ve 1. Model arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olması en küçük anlamlı model yerine 2. Modelin tercih edilmesini gerektirmektedir. Bu sonuçlar neticesinde 2. Modelin çalışmanın bulgularının tartışılması ve yorumlanması için en uygun model olduğuna karar verilmiştir (Tablo 5.24).

Model 2, YT (yeme tutumu), cinsiyet, yaş, meslek, hanedeki kişi sayısı ve stres değişkenleri ile obezite gelişiminde nedenselliğin %35'ini (Nagelkerke r^2 değeri), %75,7 tahmin gücü ile istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde açıklamaktadır. Bu modele göre, kontrol grubu ile karşılaştırıldığında obez grupta erkeklerin kadınlardan 1,4 kat daha fazla obez olduğu görülmüştür (%95 GA 0,73-2,67) ($p=0,30$). Kontrol grubu ile karşılaştırıldığında, 30-39 yaş aralığında olan obezlerin, 20-29 yaş aralığında olanların 5,6 katı (%95 GA 3,11-10,35; $p<0,001$), 40 yaş ve üstü olan obezlerin 1,7 katı (%95 GA 0,63-4,95; $p=0,27$) olduğu tespit edilmiştir. Ana etken (main effect) olarak araştırılan yeme tutumu değişkeni, kontrol grubu ile karşılaştırıldığında, obezlerde bozulmuş yeme tutumuna sahip olanların yeme tutumu bozulmuş olmayanların 2,4 katı (%95 GA 1,05-5,70; $p=0,037$) olduğu görülmüştür. Meslek değişkenine göre kontrol grubu ile karşılaştırıldığında, obezlerde “diğer sağlık meslek mensupları” grubunun, “sağlık meslek mensupları” grubunun 1,6 katı olduğu (%95 GA 0,69-4,09; $p=0,24$), “diğer meslek mensupları” grubunun ise 5,1 katı (%95 GA 2,76-9,71; $p<0,001$) olduğu görülmüştür. Modelin değişkenlerinden hane halkı birey sayısı değişkenine göre kontrol grubu ile karşılaştırıldığında, hane halkı sayısına eklenen her bir bireyin obezite görülme ihtimalini 1,4 kat artırdığı (%95 GA 1,19-1,82; $p<0,001$) tespit edilmiştir. Modeldeki son değişken olan stres değişkenine göre kontrol grubu ile karşılaştırıldığında, artan her bir algılanan stres puanının obezite gelişme ihtimalini %10 azalttığı (OR:0,9, %95 GA 0,8-0,9; $p=0,031$) tespit edilmiştir. Stres değişkeni modelden çıkarıldığında ana değişkenin (yeme tutumu) OR değerini %10'dan fazla değiştirdiği gözlemlenmiş olup, stres değişkenin bağımsız bir değişken olabileceği gibi karıştırıcı değişken de olabileceği düşünülmüştür. Daha önce stres değişkeninin etki değiştirici olup olmadığı değerlendirilmiş olup bu değişkenin bu çalışmada etki değiştirici özelliğinin olmadığı belirlenmiştir (Bkz. Tablo 5.23).

4.2.2. Fazla Kiloluluk ile İlgili İleri Analiz Bulguları

Yapılan ikili analizler sonunda, fazla kiloluluk ile ilgili ana değişken olarak değerlendirilmesi planlanan değişkenlerin, fazla kiloluluk ile ilişkili olmadığı belirlenmiştir. Bu durumda, fazla kilolu olmayı açıklamada karıştırıcı olduğu düşünülen değişkenler ve ikili analizlerde p değerinin $0,05 > p < 0,20$ olarak saptandığı tüm değişkenler ile ayrı modeller oluşturulmuştur. Logistik Regresyon analizlerine karıştırıcı değişkenlerin analizleri ile başlanmış olup Model 1 oluşturulmuştur (Nagelkerke $r^2 = 0,188$, Hosmer Lemeshow $p = 0,707$). Fazla kilolu olma durumunda bir belirleyici olabileceğini düşünülen eğitim, medeni durum ve meslek değişkenlerinin dahil edildiği modeller Tablo 5.24'te sunulmuştur.

Tablo 4.24. V₁ ve kontrol grubunda analize dahil edilen değişkenler ile oluşturulan 1. ve 2. modele ilişkin regresyon analizi sonuçları (Ankara Mamak Devlet Hastanesi, 2022).

Değişken	Model 1			Model 2			Model 3			Model 4		
	OR	%95 GA	p	OR	%95 GA	p	OR	%95 GA	p	OR	%95 GA	p
Cinsiyet	1			1			1			1		
Kadın (R)												
Erkek	2,3	1,3-3,9	0,002	2,1	1,2-3,6	0,005	2,4	1,4-4,0	0,001	2,2	1,2-4,0	0,004
Yaş	1			1			1			1		
20-29 (R)												
30-39	3,0	1,6-5,6	0,001	2,8	1,5-5,3	0,001	2,5	1,2-4,9	0,007	2,6	1,3-5,0	0,003
40-49	2,5	1,3-4,8	0,004	2,5	1,3-4,8	0,004	2,2	1,1-4,3	0,018	2,6	1,3-5,0	0,003
50 ve üstü	5,2	2,0-13,1	<0,001	4,7	1,8-12,1	0,001	4,6	1,8-11,9	,001	5,0	1,9-12,7	0,001
Eğitim düzeyi				1								
Lise üstü(R)												
En fazla lise				1,6	1,04-2,73	0,034						
Medeni durum							1					
Bekar ve diğer (R)												
Evli							1,4	0,8-2,5	0,17			
Meslek										1		
Sağlık meslek (R)												
Diğer sağlık meslek										2,4	1,2-4,7	0,007
Diğer meslek										1,7	1,0-2,9	0,050
Constant		-0,224			-0,160			-0,306			-0,092	
-2 Log likelihood		444,129			441,648			444,239			437,442	
Hosmer Lemeshow p değeri		0,707			0,266			0,829			0,441	
Nagelkerke r^2		0,188			0,202			0,194			0,215	
Tahmin gücü (%)		67,6			67,6			67,8			68,4	

OR: Odds ratio GA: Güven Aralığı R: referans

Cinsiyet, yaş, eğitim durumu değişkenleri ile oluşturulan 2. Modelde kontrol grubu ile karşılaştırıldığında fazla kilolu olma ihtimali en fazla lise eğitim düzeyinde olanların eğitim düzeyi lise üstü olanların 1,6 katı (%95 GA 1,04-2,73; p=0,034) olduğu görülmüştür (Nagelkerke $r^2 = 0,20$, Hosmer Lemeshow p=0,26). Cinsiyet, yaş, medeni durum değişkenleri ile oluşturulan 3. Modelde kontrol grubu ile karşılaştırıldığında evli olanların fazla kilolu olma ihtimali evli olmayanlara göre 1,4 kat daha fazladır (%95 GA 0,36-0,96; p=0,03) (Nagelkerke $r^2 = 0,19$, Hosmer Lemeshow p=0,82). Cinsiyet, yaş ve meslek değişkenleri ile oluşturulan 4. Modelde kontrol grubu ile karşılaştırıldığında, fazla kilolu olma ihtimali “sağlık meslek mensubu” olanlara göre “diğer sağlık meslek mensubu” olanlarda 2,4 kat (%95 GA 1,270-4,7; p=0,001); “diğer meslek mensubu olanlar” da ise 1,7 kat daha fazladır (%95 GA 1,00-2,94; p=0,05) (Nagelkerke $r^2 = 0,21$, Hosmer Lemeshow p=0,44) (Tablo 5.25).

5. TARTIŞMA

Yaşam, koşulları farklı gruplar tarafından öznel bir şekilde deneyimlenmekte (örneğin etnik köken, sosyoekonomik durum, engellilik ve cinsiyet gibi) ve yaşamdaki bu eşitsizlikler, sağlıklı diyetleri tüketmede bireysel fırsat eşitsizliklerine ve yetersiz fiziksel aktiviteye dönüşmektedir (180).

Bu çalışma, etyopatogenezi oldukça karmaşık olan fazla kilolu/obez olma durumunun sağlık çalışanları özelinde hem kuvvetle muhtemel etiyolojik faktörlerini saptamak hem de periyodik tarama çalışmalarını desteklemek amacıyla yapılmıştır. Fazla kilolu ve obez gruplarda, normal kilolulara göre değişkenlerin dağılımları arasındaki farkları tespit etmek amacıyla analizler bir kontrol grubuyla ve iki ayrı vaka grubu (fazla kilolu-V₁ ve obez-V₂) arasında ayrı ayrı yapılmıştır.

Çalışmada, Dünya Obezite Federasyonu'nun 2024 Türkiye tahminlerine (181) paralel olarak fazla kilolu olanlarda çoğunluğun erkek (%55,7), obez olanlarda ise kadın olduğu (%56,6) tespit edilmiştir ($p_1 < 0,001$, $p_2 < 0,001$).

Yaşlandıkça kas kütlesi kaybedilme eğilime girmekte ve kas kütlesinin kaybı ile vücudun kalori yakma hızı yavaşlayabilmektedir. Her iki vaka grubundaki katılımcıların kontrol grubundaki katılımcılardan daha ileri yaşlarda olduğu görülmüştür ($p_1 < 0,001$, $p_2 < 0,001$). Bu sonuçlar, İngiltere'de yapılan bir kohort çalışmasının (182) sonuçları ile de benzerdir. Bu çalışmada, BKİ değerinin hem erkeklerde hem de kadınlarda artan yaşla beraber yükseldiği saptanmıştır. Bu bulgular ile kas kütlesinin yaş arttıkça kaybı da göz önünde bulundurulduğunda bireylerin yaşlandıkça kalori alımını azaltmamaları durumunda kilo alabilecekleri varsayımı desteklenmektedir (183).

Literatürde yerli ve yabancı pek çok çalışmada sosyo demografik incelemelerde, evli olanlarda, beslenme alışkanlıklarının değişiminin de etkisiyle fazla kilo ve obeziteye daha fazla rastlanmıştır (184,185). Bu çalışmada tüm gruplarda katılımcıların yarıdan fazlası evlidir ancak medeni duruma göre dağılımda, normal kilolu grupta evli olanların yüzdesi vaka gruplarından anlamlı düzeyde düşüktür (K grubunda %54,9, V₁ grubunda %70,5, V₂ grubunda %81,4), ($p_1 = < 0,001$, $p_2 = < 0,001$). Aynı zamanda, bu sonuçlarla uyumlu olacak şekilde, her iki vaka

grubunda yalnız yaşayanların yüzdesi normal kilolu gruptan daha düşük bulunmuştur (K grubunda %14,7, V₁ grubunda %9,4, V₂ grubunda %5,3). Türkiye’de hane halkı büyüklüğü ve yapısındaki değişimler incelendiğinde, 2008’te 4 olan ortalama hane halkı büyüklüğünün 2020’ye gelindiğinde 3,3’e gerilediği ve toplam hane halkı içinde tek kişilik hanelerin yüzdesi artarken çekirdek ve geniş ailelerden oluşan hanelerin yüzdesinin azaldığı görülmüştür (186).

Kontrol grubunun beşte dördünden fazlası (%83,6), vaka gruplarının tamamına yakını (V₁ grubunda%89,3, V₂ grubunda%94,7) ailesi veya ev arkadaşı ile yaşamaktadır ($p_1<0,078$, $p_2<0,001$). Benzer şekilde vaka gruplarının hane halkı büyüklüklerinin kontrol grubundan daha fazla olduğunu görülmüştür (hane halkı büyüklüğü 5 ve üstü olanlar K grubunda %16,5, V₁ grubunda %18,1, V₂ grubunda %27,4) ($p_1=0,10$, $p_2<0,001$). Bu çalışmada kontrol grubu ile karşılaştırıldığında, hane halkında artan her bir bireyin obezite görülme olasılığını 1,4 kat artırdığı (%95 GA 1,19-1,82) ($p<0,001$) tespit edilmiştir.

Yaşam döngüsü olayları, bireylerin ekonomik anlamda birtakım kazanç ya da kayıplar yaşamasına yol açarak hanelerin ve/veya bireylerin yoksul olma ve ekonomik açıdan zorluk çekme ihtimalini etkileyebilmektedir. Browning ve ark. bireylerin evlilikten bazı kazançlar sağladığını belirtmektedir. Bu kazançlar, eşlerden biri hasta ya da işsiz iken diğer eşin çalışması gibi risk paylaşımının sağlanması, eşlerden biri çalışırken diğer eşin hane içi işlerle meşgul olması gibi iş bölümüne gidilmesi ve eşlerin aynı evi kullanması gibi ortak malların paylaşımıdır (187). Bu araştırmada, tüm gruplarda evli olan katılımcıların eşlerinin önemli bir kesiminin çalışmadığı belirlenmiştir (K grubunda %82,1, V₁ grubunda %60,0, V₂ grubunda %66,3); ($p_1<0,001$, $p_2=0,01$).

Çalışmada katılımcıların en az yarıdan fazlasının (K grubunda %53,1, V₁ grubunda %69,8, V₂ grubunda %84,1) çocuk sahibi oldukları görülmüştür ($p_1<0,001$, $p_2<0,001$). Bağımlı çocuk sahibi olma durumu ise tüm gruplarda benzer şekilde düşüktür (6 yaşından küçük çocuk sahibi olma K grubunda %35,3, V₁ grubunda %30,8, V₂ grubunda %29,5; $p_1=0,48$, $p_2=0,38$). Bağımlı çocuklara kontrol grubunun

%42,9'unda büyükannelerin, V_1 grubunun yarısında ve V_2 grubunun %39,3'ünde eşlerin bakım verdiği görülmüştür ($p_1=0,05$, $p_2=0,35$). Tüm gruplarda çocuğu olan katılımcıların tamamına yakınının şehir dışında okuyan çocuğu yoktur (K grubunda %94,1, V_1 grubunda 88,5, V_2 grubunda 89,5), ($p_1=0,15$, $p_2=0,30$). Altı yaş altında küçük çocuğun olması özellikle kadın eşlerin iş gücü piyasasından çekilmesine neden olabileceği için bağımlı çocuğun varlığı, evlilikten sağlanan kazançların bazılarının ya bir nebze azalmasına ya da tamamen ortadan kalkmasına sebep olabilmektedir. Bu görüşü destekler şekilde, bağımlı çocuğun olmadığı hane halklarına göre diğerleri için yoksulluk düzeylerinin daha yüksek olduğu ifade edilmiştir. Bununla birlikte her iki eşin çalıştığı bir hanede bile haneye yeni doğan bir bebeğin dahil olması ile artan hane halkı büyüklüğü, eşler ve bağımlı çocuklardan oluşan çekirdek aileleri yoksulluğa itebilmektedir. Buna ek olarak haneye bağımlı bir çocuğun katılması harcamaların artmasına da neden olacağı için ekonomik zorluk çekme riskini de artırabilmektedir (188).

Tüm gruplarda katılımcıların üçte ikisi barınma için kira ödemezken (K grubunda %61,6, V_1 grubunda %65,1, V_2 grubunda %66,4), ($p_1=0,51$, $p_2=0,40$), en az üçte ikisi borcu olduğunu beyan etmiştir (K grubunda %65,6, V_1 grubunda %62,4, V_2 grubunda %71,7), ($p_1=0,58$, $p_2=0,27$). Bu koşullarda tüm gruplarda katılımcıların yarıdan fazlası ekonomik durumlarını orta düzey olarak tanımlamış olup (K grubunda %65,2, V_1 grubunda %61,1, V_2 grubunda %60,2), ($p_1=0,23$, $p_2=0,66$) yine tüm gruplarda borcu olan katılımcıların yarısı borçlarını ödemekte zorlanmadığını beyan etmişlerdir (K grubunda %53,1, V_1 grubunda %50,5, V_2 grubunda %53,1), ($p_1=0,79$, $p_2=1,00$). Ekonomik faktörler sağlıklı vücut ağırlığını teşvik eden belirleyicilerin/eylemlerin yapılabirliğini ve arzu edilirliliğini etkilemektedir. Bu belirleyiciler, özellikle düşük gelirli olan veya hiç geliri olmayanlar için sağlıklı beslenmenin karşılanabilirliğinde etkilidir (189). Bu bulgular tüm gruplarda katılımcıların çoğunun ekonomik sorunlarının olmadığını düşündürmektedir. Bu çalışma grubunda hane halkı büyüklüğü dışındaki ekonomik belirleyicilerin fazla kilolu/obez olma ile ilişkili faktörler olmadığını düşündürmektedir.

Literatürde eğitimin obezite üzerinde etkisi için zıt görüşler olsa da genel anlamda düşük eğitim düzeyine sahip bireylerin fazla kilolu/obez olma ihtimallerinin daha yüksek olduğu kabul edilmektedir (190). Bu çalışmada, fazla kilolularda ileri eğitim düzeyinin koruyucu olduğu tespit edilmiştir. En fazla lise düzeyinde eğitim görenlerin lise üstü düzeyde eğitim görenlerden 1,6 kat daha fazla fazla kilolu oldukları görülmüştür (%95 GA 1,04-2,73; p=0,034).

Hastanelerdeki beslenme ve fiziksel aktivite imkanları ile stresli bir iş ortamı çalışanların vücut ağırlıklarını etkileyebilmektedir (158, 159). Bu çalışmada kontrol grubunun aksine, vaka gruplarında çoğunluğun diğer meslek mensubu olduğu tespit edilmiştir. Kontrol grubu ile karşılaştırıldığında, obez vaka grubunda diğer sağlık meslek mensuplarının sağlık meslek mensuplarının 1,6 katı olduğu, diğer meslek mensuplarının ise sağlık meslek mensuplarının 5,1 katı olduğu görülmüştür. Fazla kiloluluk durumunu açıklayan modelde ise fazla kilolu diğer sağlık meslek mensubu olanlar, fazla kilolu sağlık meslek mensubu olanların 2,4 katı, diğer meslek mensubu olan fazla kilolular sağlık meslek mensubu olanların 1,7 katıdır. Sağlık meslek mensuplarında fazla kilo/obezitenin az görülme nedeninin, bu gruptaki kişilerin eğitim düzeylerinin daha yüksek olması ve aldıkları eğitimin içeriğinin konu ile ilgili daha fazla bilgi sunması olabileceği düşünülmüştür.

Hastaneler, personelin 24 saat çalışabildiği ve vardiyalı çalışmanın olduğu stresli ortamlardır. Literatürde uzun çalışma saatleri ve vardiyalı çalışan sağlık çalışanlarının sirkadiyen ritimlerinde, metabolizma hızı ve stres düzeylerindeki değişiklikler nedeniyle obez olma ihtimalinin daha yüksek olduğunu gösterilmiş olsa da bu çalışmada (158) gece mesaisi ve fazla mesainin fazla kilolu/obez olma ile ilişkisi gösterilememiştir. Kontrol ve vaka gruplarındaki katılımcı sayısı bu ilişkiyi göstermek için yeterli olmamış olabilir.

Stres bir organizmanın fizyolojik olarak var olan vücut dengesine bir meydan okumadır; organizma ise stres sebebiyle bozulan dengeyi yeniden sağlamak için fizyolojik bir tepki geliştirerek strese yanıt verebilir. Böylece bedendeki homeostaz dengeleri bozulmaya başlar. Bozulan dengelerden biri de kişinin beslenme

davranışdır (191) Çalışmada katılımcıların tüm gruplarda ASÖ puanları maksimum 40 puan üzerinden yaklaşık 20'dir. ASÖ puanları sınıflanabilen bir ölçek olmamasına rağmen katılımcıların sters düzeylerin düşük-orta olduğu düşünülebilir. Bu çalışmada her ne kadar stres düzeyinin odds ratio değeri 1'e yakın olsa da literatür ile uyumlu bulmadığımız bu odds değeri çalışmanın çok selektif bir grupta yapılması ve/veya çalışmaya katılmayan stres düzeyinin yüksek olduğunu tahmin ettiğimiz kesimin etkisinin gösterilememesi nedeni ile olmuş olabilir (OR:0,94, %95 GA 0,892-0,995, p=0,031).

Çalışanların iş yerinde çalıştıkları çevrenin dışında bir de toplumsal çevresi vardır. Stres kaynaklarının işe bağlı olup olmadığının ayırt edilmesi her zaman mümkün olmamaktadır (160). Bu çalışmada çalışma ortamının stresörleri hakkında veriler hastane yönetiminin uygun görmemesi nedeniyle çalışanlara direk sorular yöneltilerek öğrenilememiştir. Çalışanların yaptıkları işten ve çalışma arkadaşlarından memnun olma durumlarını yansıtan verilerin analiz edilmesi ile çalışma ortamının stresör etkisi dolaylı yoldan belirlenmeye çalışılmıştır. Tüm gruplarda çalışanların tamamına yakınının yaptıkları işten ve çalışma arkadaşlarından memnun oldukları görülmüştür. Aynı zamanda iş yerinde sözel sözel şiddete uğrama durumunun vaka gruplarında daha az görülmüş olması çalışanların çalışmanın yapıldığı dönemde iş ortamı nedeni stres yaşamadıklarını düşündürmektedir. Benzer şekilde çalışanların sosyal yaşamlarından kaynaklanan, stresör olabileceğini düşündüğümüz ekonomik belirleyicilerin de vaka gruplarında belirgin etkisinin olmadığı gözlemlenmiştir. Tüm bu belirleyiciler birlikte değerlendirildiğinde self report biasın olmaması durumunda, çalışanların düşük stres düzeyi, bu bulgular ile açıklanabilir.

İş yerinde sözel şiddete maruz kalma değişkeninin kaba OR ve Mantel Haenszel OR değerleri arasında %10'dan fazla fark olması bu değişkenin istatistiksel olarak karıştırıcı olabileceğini düşündürse de, literatürün iş yerinde şiddete maruz kalmanın bir stres nedeni olduğu da değerlendirildiğinde (192) ikili analizlerde vaka

gruplarında daha az sözel şiddete maruz kalan katılımcı gözlenmesi bulunan istatistiki anlamlı ilişkinin tesadüfi olduğunu düşündürmüştür.

Yeme davranışı yaşam boyu devam eden ve duygu, düşünce, bulunulan ortam ve psikolojik durum olmak üzere pek çok faktörden etkilenebilen bir davranıştır. (101). Psikolojik stresin beslenme davranışları ile ilişkili olduğu literatürde gösterilmiştir. Birçok insanın stres altındayken daha fazla yediği, yaklaşık %30'nun ise normalden daha az yediği tahmin edilmektedir (193.). Çalışmada düşük stres düzeyi, fazla kilolu çalışanlarda bozulmuş yeme tutumunun ilişkisini ve etkisini gözlemleyememizin nedeni olabilir. Diğer yandan düşük stres düzeyine rağmen obezlerde bozulmuş yeme tutumunun odds ratio değerinin yüksek olduğu (OR:2,44, 95 GA 1,05-5,70, p=0,039) olduğu görülmüştür. Bu sonuçlar çalışmanın çok selektif bir grupta yapıyor olmasından kaynaklanıyor olabileceği gibi çalışmaya katılmaya ikna edemediğimiz belki de stres düzeyi yüksek grubun eksikliği nedeniyle de olabilir.

Sağlıklı yaşam biçimi, bireyin sağlığını etkileyebilen tüm davranışlarını kontrol etmesi, günlük aktivitelerini düzenlemede kendi sağlık durumuna uygun davranışları seçerek düzenlemesi olarak tanımlanmaktadır. Bu davranışlar sağlıklı olan davranışların sorumluluğunu alma, dengeli beslenme, yeterli ve düzenli egzersiz yapma, sigara kullanmama, sağlığı için gerekli önlemleri alma, kişiler arası olumlu ilişkiler kurma ve stres yönetimini kapsar (194). Çalışanların sağlık davranışlarını değerlendirdiğimizde, tüm gruplarda katılımcıların büyük kısmı düzenli olarak egzersiz yapmamaktadırlar (K grubunda %72,8, V₁ grubunda 71,8, V₂ grubunda 77,9) (p₁=0,90, p₂=0,35). Obezlerde düşük fiziksel aktivite düzeyi obezitenin nedeni olabileceği gibi bu bireylerde obezite nedenli hareket kısıtlılığı gelişmiş olması nedeniyle de olabilir. Literatürde fazla kilo/obez olmada belirleyici olduğu belirtilen sigara içme ve alkol tüketimi etkisinin bu çalışmada gösterilememesi nedeni fazla kilolu/obez katılımcıların sağlık düzeylerini iyileştirmek amacı ile bu maddeleri tüketmeyi bırakmayı tercih etmeleri olabilir (sigarayı bırakanlar K grubunda %6,3, V₁ grubunda %10,1, V₂ grubunda %11,5, p₁=0,10, p₂=0,19) (alkol tüketimini bırakanlar K grubunda %5,8, V₁ grubunda %11,4, V₂ grubunda %6,2, p₁=0,11, p₂<0,04). Bu

çalışmada literatürde fazla kilo/obez olmada belirleyici olduğu belirtilen uyku eksikliğinin etkisi katılımcıların çoğunun 7 saatten az uyumaması nedeniyle gösterilememiştir.

Sağlık algısı; “bireyin kendi sağlığına ilişkin kişisel duygu, düşünce, önyargı ve beklentilerinin bir bileşimi” olarak tanımlanabilir (195). Sağlık inanç modeline göre; sağlık durum algısı, sağlık davranışlarını ve sağlık sorumluluğunu etkilemektedir (196). Fazla kilolu ve obez katılımcıların önemli kısmı daha önce en az bir kez kilo vermeyi denemiş olup halen kilo vermeyi istemektedir. Bu sonuçlar sağlık çalışanlarının fazla kilo ve obezitenin olası olumsuz sağlık sonuçları hakkında farkındalıklarının olduğunu düşündürmektedir.

Obezite veya aşırı kilo osteoartritin en belirgin risk faktörleridir. Birçok çalışma obezitenin el, diz ve kalça osteoartriti ile ilişkili olduğunu doğrulamıştır (136). Yaklaşık olarak her 4 obez katılımcıdan biri ve her 10 fazla kilolu katılımcıdan biri mevcut kiloda olmanın çalışma yaşamlarını olumsuz etkilediğini belirtmiştir (V_1 grubunda %9,4, V_2 grubunda %23,9). Bu kişilerden obez katılımcıların çoğu işini yaparken hareket kısıtlılığı yaşadığını belirtirken fazla kiloluların çoğu çabuk yorulmadan yakınmaktadır.

Tüm gruplarda çalışanların en fazla obez grupta olmak üzere yarıdan fazlası son bir hafta içerisinde yorgunluk şikayeti olduğunu belirtmiştir. Aynı zamanda vardiyalı çalışma ve fazla mesai yapma gruplarında yorgunluk durumu bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmüştür. Bu sonuçlar çalışanların yorgun olmalarında genel sağlık durumlarının daha etkili olduğunu düşündürmektedir. Katılımcıların yine en fazla obez grupta olmak üzere yaklaşık 1/5'i sıkıntılı ve üzgün hissetme yakınması olduğunu belirtmiştir. Bu grupta olası psikiyatrik sorunlar yorgun hissetmenin küçük bir kısmı açıklasa da önemli bir kısım psikiyatrik problemler haricinde nedenler ile yorgunluk yakınmasına sahiptir. Yorgunluğun önemli nedenlerinden biri kardiyovasküler hastalıklarıdır ki kardiyak problemlerin obezitenin önemli sağlık sonuçlarından olduğu da bilinmektedir. Obez çalışanların yorgunluk yakınmasının olması, bu çalışanların obezite nedenli olumsuz

sağlık sonuçları ile karşılaşmış olma ihtimallerini düşündürmektedir. Ayrıca her beş çalışandan birinin kendini üzgün hissetmesi de çalışanlara detaylı psikiyatrik incelemelerin yapılması gereğini göstermektedir.

Alt üriner sistem semptomlarının metabolik sendrom komponentleri, kalp hastalığı ve diyabet gibi kronik rahatsızlıklarla, sigara ve alkol kullanımı, fiziksel aktivite gibi yaşam tarzı faktörleriyle ilişkili olduğu yapılan birçok klinik ve epidemiyolojik çalışmalarla kanıtlanmıştır (197). Vaka gruplarının kontrol grubundan daha fazla alt üriner sistem semptomlarına sahip olması fazla kilo/obezite nedeniyle sağlık sonuçlarının çalışanların sağlık durumlarını olumsuz yönde etkilemeye başladığını tekrar düşündürmektedir.

Vaka gruplarında kontrol grubundan daha fazla nefes darlığı yakınması mevcuttur. Son yıllarda obezite ve astım prevalanslarının birlikte artışı her iki hastalık arasında ilişki olabileceğini akıllara getirmektedir (198). Bu bakımdan çalışanların nefes darlığı yakınmalarının, özellikle nedeni bilinmeyenlerde aydınlatılması sürecinde rutin tarama parametreleri haricinde ileri tetkiklere duyulan ihtiyacı tekrar göstermektedir.

Mevcut yakınmalarına rağmen, fazla kilolu ve obez hastane çalışanlarının önemli kısmı üstelik hastane çalışanı olmalarına rağmen ne süredir mevcut kilolarında olduğunu bilmemektedir (V_1 grubunda %55,0, V_2 grubunda %46,9). Bu durum çalışanların vücut farkındalık düzeylerinin düşük olduğunu düşündürmektedir. Vücut farkındalığı aynı zamanda, günlük hayatta bedensel bilgiyi kullanmayı, vücutta oluşan değişiklikleri fark etmeyi ve çevrede gelişen değişikliklere karşı duygusal olarak tepki göstermeyi içermektedir ve temel düzeyde bireyin vücut şekli konusunda ne kadar bilgi sahibi olduğunu tanımlamaktadır (199).

2020 yılında Sakarya'da bir Eğitim Araştırma Hastanesinde yapılan çalışmada çalışanlarda en az bir kronik hastalığa sahip olma yüzdesi %36,7 bulunmuştur (200). Çalışmamızda katılımcıların önemli kısmının en az bir kronik hastalığı vardır (K grubunda %37,5, V_1 grubunda %44,3, V_2 grubunda %46,9) ve üç ve üstü sayıda

kronik hastalığı olma yüzdesi obezlerde en yüksektir (K grubunda %4,8, V₁ grubunda %3,1, V₂ grubunda %17,0). Her 5 obezden birisi obeziteye neden olan kronik hastalıklardan birine sahiptir. Bu duruma rağmen katılımcıların son bir yıl içerisinde sağlık hizmeti alma durumlarını son bir yıl içerisinde mayene olma ve tahlil yaptırmaya sayıları ile değerlendirdiğimizde katılımcıların görev yerinin hastane olmasına rağmen hiç muayene olmamış ve tahlil yaptırmamış çalışanların bulunması bu çalışanların periyodik muayenelere de katılmamış olduklarını düşündürmektedir (muayene olmama K grubunda %14,3, V₁ grubunda %19,5, V₂ grubunda %23,9) (tahlil yaptırmama K grubunda %16,1, V₁ grubunda %28,2, V₂ grubunda %21,2).

2021 yılında sağlık çalışanları üzerinde yapılmış bir çalışmada düzenli olarak ilaç kullanan çalışan yüzdesi 13,4 bulunmuştur (201). Çalışmamızda obez grupta herhangi bir tedavi görme yüzdesi (%48,7) diğer gruplardan daha yüksektir. Tüm gruplarda katılımcıların tamamına yakını ilaç tedavisi görmektedir. Kontrol grubunun yarısı, vaka gruplarının yarıdan fazlası en az bir adet obeziteye neden olan ilaçlardan kullanmaktadır. Kontrol grubunun yaklaşık yarısı, vaka gruplarının yarıdan fazlası en az bir kez hastaneye yatarak tedavi görmüş olup benzer dağılımla öz geçmişlerinde en az bir kez ameliyat olma öyküsü vardır. Ayrıca tüm gruplarda katılımcıların tamamına yakınının maluliyeti yokken obezlerde maluliyet yüzdesi diğer gruplardan daha yüksektir (K grubunda %3,6, V₁ grubunda %2,0, V₂ grubunda %6,2).

Çalışma, COVID-19 pandemisinin toplumsal etkilerinin azalmaya başladığı fakat hala küresel halk sağlığı acil durumu olmaya devam ettiği bir dönemde yapılmıştır. Yapılan çalışmalar obezitenin COVID-19 ile ilgili önemli bir risk faktörü olabileceğini göstermiştir (143). Bütün sağlık çalışanları, COVID-19 bulaşında risk altındaki grup olmalarına rağmen bu çalışmada da en fazla obez katılımcıların COVID-19 enfeksiyonu tanısı aldıkları belirlenmiştir. Bu dönemde sağlık çalışanları toplumun pandemiden en fazla etkilenmiş kesimi olmaları nedeniyle, COVID-19'un olası stres yapıcı etkisini değerlendirebilmek amacıyla, çalışanların kendi beyanlarına göre COVID-19 ile ilişkili bazı özellikleri belirlenmiştir. Çalışmada vaka gruplarına göre, üç ana değişkenden birisi olan algılanan stres ölçek puanları arasındaki farkın

anlamli olmaması nedeniyle ilerleyen analizlerde COVID-19 ile ilgili değişkenler sadece tanımlayıcı düzeyde analizler ile sunulmuştur.

Özellikle obez çalışanların mevcut sağlık durumlarına dair elde edilen olumsuzluklara rağmen katılımcıların önemli kısmı genel sağlık durumuna 10 üzerinden 8 ve üstü puan vermişlerdir (K grubunda %53,1, V₁ grubunda %55,7, V₂ grubunda %46,9). Bu durum çalışanların sağlık algılarının düşük olduğunu düşündürmekte olup, vaka gruplarının kilo vermeyi deneme ve halen kilo vermeyi isteme durumlarının sağlık algılarından ziyade beden imajına verdikleri önemden kaynaklandığını düşündürmektedir.

Bir çalışmada vücut yağ oranındaki bireysel farklılıkların yaklaşık %60'ının genetiğe atfedildiği belirtilmektedir. Aynı çalışmada kimin obez olacağını genetiğin ortaya çıkardığı, çevrenin ise obezitenin boyutunu belirlediği belirtilmiştir. (202). Bu bilgi dikkate alındığında obezitenin genetik hariç nedenleri obezite gelişiminde nedenselliğin %40'ını açıklayabilmektedir. Bu çalışmada da obezite ile ilişkili olan YT (yeme tutumu), cinsiyet, yaş, meslek, hanedeki kişi sayısı ve stres değişkenleri ile oluşturulan lojistik regresyon modelinin açıklayıcılık düzeyi %35 olarak bulunmuştur.

Literatürde kadınların fazla kilolu/obez olmasında belirleyici olduğu belirtilen ve çalışmada katılımcılardan bilgisini topladığımız menopoz, gebelik ve hormonal kontraseptif kullanımının ikili analizlerde fazla kilolu/obez olmada ilişkili oldukları gözlemlenebilmiştir. Fakat kadınların değişkenlerin alt gruplarındaki gözlem sayılarının düşük olması, ilgili değişkenler ile ileri analizlerin yapılmasına elvermemiştir.

Çalışmada veriler toplanırken anket formunun ölçekler hariç kısmı veri kaybını azaltmak amacıyla yüzyüze görüşme tekniği ile toplanmıştır. Anketin tamamının ya da kişilerin sosyal kaygılar nedeniyle cevap vermemiş olabileceklerini düşündüğümüz, şiddetle karşılaşma durumuna ilişkin soruların da gözlem altında kendi kendine doldurma şeklinde uygulamasında, bu soruların daha rahat yanıtlanmasının mümkün olabileceği düşünülmektedir. Ancak ön denemeye katılan

grupta bu soruların yanıtlanması konusunda herhangi bir tereddütle karşılaşılmamıştır.

6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER

6.1 Sonuçlar

Fazla kiloluluk ve obezitenin belirleyicilerinin incelendiği bu vaka-kontrol çalışmasında 149 fazla kilolu, 113 obez ve 224 normal kilolu sağlık çalışanı ile görüşülmüştür. Kuvvetle muhtemel etkili değişkenleri belirlemek amacıyla iş ve çalışma yaşamı, sosyal yaşam, stres düzeyleri ve fazla kilolu/obez olmanın olası sağlık etkilerini belirten özelliklere dair bilgilere ulaşılmıştır.

Çalışmada fazla kilolu olanların çoğunun erkek, obez olanların çoğunun kadın olduğu tespit edilmiştir. Yaş arttıkça hem fazla kilolu olma, hem de obezite gelişme ihtimali artmaktadır.

Lise üstü eğitim düzeyine sahip olmanın hem fazla kilolu olma, hem de obezite gelişiminde koruyucu olmuş olabileceği görülmüştür.

Her iki vaka grubunun çoğu evlidir ve her iki vaka grubunda yalnız yaşayanlar normal kilolu gruptan daha düşük düzeydedir. Benzer şekilde her iki vaka grubunun hane halkı büyüklükleri normal kilolulardan daha fazladır.

Tüm gruplarda normal kilolularda daha fazla olmak üzere, evli katılımcıların çoğunun eşleri çalışmamaktadır. Tüm gruplarda vaka gruplarında daha fazla olmak üzere, katılımcılar çocuk sahibidir. Normal kilolularda daha fazla olmak üzere tüm gruplarda katılımcıların çoğunun 6 yaşından küçük çocuğu bulunmamaktadır. Bağımlı çocuğun bakımını kreş yada bakıcıdan temin etme durum tüm gruplarda düşük düzeydedir.

Tüm gruplarda katılımcıların çoğu barınma için kira ödememekte olup, borçları olmasına rağmen bu borcu ödemekte zorlanmadıklarını belirtmişlerdir. Tüm gruplarda katılımcıların çoğu ekonomik durumlarını orta olarak tanımlamışlardır.

Kontrol grubunun çoğunluğu sağlık meslek mensubu iken, her iki vaka grubunun çoğu diğer meslek mensubudur. Diğer meslek mensuplarının, sağlık

çalışanlarına göre hem fazla kilolu olma hem de obez olma ihtimali daha yüksektir. Tüm gruplarda çoğunluk fazla mesai ya da gece mesaisi yapmamaktadır.

Normal kilolu gruptakilerin çoğunun meslekte görev süresi 10 yılın altında iken her iki vaka grubundaki katılımcıların çoğunun meslekte görev süreleri 10 yıl üstüdür.

Tüm gruplarda katılımcıların tamamına yakını işinden ve çalışma arkadaşlarından memnundur. Her iki vaka grubunda çalışma ortamında sözel şiddete maruz kalma, normal kilolu gruptan daha düşüktür.

Düzenli egzersiz yapma, sigara içme ve alkollü içecek tüketmenin obezlerde diğer gruplara göre daha düşük düzeyde olduğu görülmüştür. Bu grupta uyku süresi 8 saat üstü olan katılımcı yüzdesi diğer gruplardan daha fazladır.

Obez katılımcıların yarıya yakını, fazla kilolu katılımcıların ise yarıdan fazlası ne kadar süredir mevcut kilolarında olduğunu bilmemektedir. Yaklaşık olarak her dört obez katılımcıdan biri ve her on fazla kilolu katılımcıdan biri mevcut kiloda olmanın çalışma yaşamlarını olumsuz etkilediğini belirtmiştir. Bu kişilerden obez katılımcıların çoğu işini yaparken hareket kısıtlılığı yaşadığını belirtirken, fazla kiloluların çoğu çabuk yorulmadan yakınmaktadır.

Obez katılımcıların yarıdan fazlası fazla kilolu katılımcıların ise yarıya yakını en az bir kez kilo vermeyi denemiş olup her dört obezden üçü ve her iki fazla kiloludan biri kilo vermeyi istemektedir.

En az bir kronik hastalığa sahip olma ve kronik hastalık sayısı obezlerde diğer gruplardan daha yüksek düzeydedir. Her beş obezden birisi obeziteye neden olan kronik hastalıklardan birine sahiptir.

Obez grupta herhangi bir tedavi görme yüzdesi diğer gruplardan daha yüksektir ve obezlerin yaklaşık yarısı tedavi görmektedir. Tüm gruplarda katılımcıların tamamına yakını ilaç tedavisi görmektedir. Kontrol grubunun yarısı,

vaka gruplarının yarısından fazlası en az bir adet obeziteye neden olan ilaç kullanmaktadır.

Kontrol grubunun yaklaşık yarısı, vaka gruplarının yarısından fazlası en az bir kez hastaneye yatarak tedavi görmüş olup benzer dağılımla öz geçmişlerinde en az bir kez ameliyat olma öyküsü vardır.

Tüm gruplarda katılımcıların maluliyet yüzdesi oldukça düşük olup obezlerde maluliyet yüzdesi diğer gruplardan daha yüksektir.

Her beş obez katılımcıdan biri son bir yıl içinde hiç muayene olmamış ve tahlil yaptırmamışken aynı katılımcıların yaklaşık yarısı sağlık durumlarına 10 üzerinden 8 veya daha yüksek puan vermişlerdir.

Yaklaşık her üç fazla kilolu katılımcıdan biri son bir yıl içinde hiç muayene olmamış ve tahlil yaptırmamışken aynı katılımcıların yarısından fazlası sağlık durumlarına 10 üzerinden 8 ve üstü puan vermişlerdir.

En fazla obezlerde olmak üzere tüm gruplarda katılımcıların yarısından fazlası COVID-19 enfeksiyonu tanısı almıştır. Fazla kilolu/obez olmanın olumsuz sağlık sonuçları hakkında fikir veren semptomların son bir hafta içinde görülme sıklığı obezlerde daha yüksektir.

Yaklaşık her beş obez kadın çalışandan biri ve yaklaşık her sekiz fazla kilolu kadın çalışandan 1'i menopoza girmiş bulunmaktadır. Obez kadınların yaklaşık yarısı fazla kiloluların yaklaşık beşte birinin en az 3 çocuğu vardır. Her üç obez kadın katılımcıdan biri ve her dört fazla kilolu kadın katılımcıdan biri kontrol grubundan daha fazla olmak üzere hormonal kontraseptif yöntem kullanmaktadır.

Bozulmuş yeme tutumuna sahip olma yüzdesi ise obezlerde diğer gruplardan daha yüksektir ve obezlerde bozulmuş yeme tutumuna sahip olma olmayanlardan 2,4 kat daha fazladır.

Lise üstü eğitim düzeyine sahip olanlarda, bekar olan katılımcılarda, sağlık meslek mensubu olanlarda, eşi çalışan katılımcılarda, çocuk sahibi olmayanlarda, hanede tek yaşayan katılımcılarda, meslekte görev süresi 10 yıldan az olanlarda, gebelik deneyimi olmayan ve menopoza girmemiş olan kadın katılımcılarda bozulmuş yeme tutumu daha az görülmüştür.

6.2. Öneriler

Sağlık çalışanlarının fazla kilolu ve obez olmalarında etkili olan sosyokültürel ve iş yaşam özelliklerine ilişkin belirleyicilerin daha geniş örneklem gruplarında çalışılmasına ihtiyaç vardır. Bozulmuş yeme tutumunun altta yatan nedenlerinin belirlenmesi için daha fazla nitel çalışma yapılmalı ve obezite ile bireysel ve kitlesel mücadelede başarının artırılması için yeme tutumu üstündeki etkili faktörler ve bu faktörlerin belirleyicileri aydınlatılmalıdır.

Çalışmada obezite-yeme tutumu-stres-algılanan sosyal destek ilişkisinin özellikle algılanan sosyal destek düzeyinde gösterilememesinin nedeni de örnek büyüklüğünün yeterli olmaması olabilir. Daha geniş çalışan gruplarında bu değişkenlerin araştırıldığı çalışmalar yapılmalıdır.

Sağlık iş gücünün korunması ve geliştirilmesinde, Sağlık Bakanlığının önerileri doğrultusunda, Bakanlığın tüm kurumlarında çalışanların periyodik tarama programları planlanmalı ve bu planlarda yıllık BKİ takiplerine yer verilmelidir. Tarama programlarında obez çalışanların ek sağlık riskleri gözetilerek, obezitenin olası sağlık sonuçlarını erken tespit edebilmek amacıyla bazı ileri tetkikleri de içermelidir. Her ne kadar bu çalışmada stresin obezite olasılığını arttırdığı sonucuna varılamamış olsa da sağlık hizmetini sunumunda yoğun strese maruz kalan çalışanların düzenli psikiyatrik muayenelerinin yapılması ihmal edilmemelidir.

Çalışanların İSG kapsamında periyodik muayeneye katılımlarını artırmak için eğitim ve farkındalık faaliyetleri artırılmalı ve çalışanlara sağlık hizmeti sunumunda ve çalışanların hizmete erişiminde süreklilik sağlanmalıdır.

Kapsayıcı sağlık hizmeti sunumunda sadece toplumun çalışan kesimleri değil, özellikle dezavantajlı olarak nitelenen, toplumun sosyal güvenceden yoksun ve bağımlı grupları dahil edilerek ve riskli gruplar önceliklendirilerek, toplumun tüm kesimlere sağlık hizmeti sunumunda BKİ takipleri ihmal edilmemelidir.

7. KAYNAKLAR

- 1) C. Kerry, "What is a healthy body fat percentage?," [Internet] October 2017, [Erişim Tarihi 15. 09. 2024].Erişim adresi:<https://bodyfatloss.com/what-is-a-healthy-body-fatpercentage/>
- 2) Kuczmarski RJ, Flegal KM. Criteria for definition of overweight in transition: background and recommendations for the United States. *Am J Clin Nutr.* Kasım 2000;72(5):1074-81.
- 3) Caballero B. Humans against Obesity: Who Will Win? *Adv Nutr Bethesda Md.* 01 Ocak 2019;10(suppl_1):S4-9. doi:10.1093/advances/nmy055
- 4) WHO European Regional Obesity Report 2022 [Internet]. [a.yer 06 Haziran 2024]. Erişim adresi: <https://iris.who.int/handle/10665/353747>.
- 5) McAllister EJ, Dhurandhar NV, Keith SW, Aronne LJ, Barger J, Baskin M, vd. Ten putative contributors to the obesity epidemic. *Crit Rev Food Sci Nutr.* Kasım 2009;49(10):868-913. doi: 10.1080/10408390903372599.
- 6) Kuh D, Shlomo YB. *A Life Course Approach to Chronic Disease Epidemiology.* OUP Oxford; 2004. 500 s
- 7) Camacho S, Ruppel A. Is the calorie concept a real solution to the obesity epidemic? *Glob Health Action.* 2017;10(1):1289650
- 8) Kumar R, Rizvi MR, Saraswat S. Obesity and Stress: A Contingent Paralysis. *Int J Prev Med.* 2022;13:95
- 9) Dakanalis A, Mentzelou M, Papadopoulou SK, Papandreou D, Spanoudaki M, Vasios GK, vd. The Association of Emotional Eating with Overweight/Obesity, Depression, Anxiety/Stress, and Dietary Patterns: A Review of the Current Clinical Evidence. *Nutrients.* 26 Şubat 2023;15(5):1173
- 10) Tomiyama AJ. Stress and Obesity. *Annu Rev Psychol.* 04 Ocak 2019;70:703-18
- 11) Knutsson A, Akerstedt T. The healthy-worker effect: Self-selection among Swedish shift workers. *Work Stress.* Nisan 1992;6(2):163-7
- 12) Ünlü TN, Deniz D. TÜRKİYE'DE UYGULANAN OBEZİTE POLİTİKALARI; ALMANYA UYGULAMA KARŞILAŞTIRILMASI. *Selçuk Sağlık Derg.* 24 Mart 2022;3(1):62-78
- 13) The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; [Internet] 2007 [Erişim Tarihi 15. 09. 2024]. Erişim adresi:<https://apps.who.int/iris/handle/10665/326533>
- 14) Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *J Pers Assess.* 01 Mart 1988;52(1):30-41.
- 15) Tremmel M, Gerdtham UG, Nilsson PM, Saha S. Economic Burden of Obesity: A Systematic Literature Review. *Int J Environ Res Public Health.* 19 Nisan 2017;14(4):435.
- 16) World Obesity Federation Global Obesity Observatory [Internet]. [a.yer 09 Haziran 2024]. Economic impact of overweight and obesity. Erişim adresi: <https://data.worldobesity.org/economic-impact-new/countries/TR.pdf>
- 17) Yüksel DE., Torun Ş, Cingi C, Çatlı T, Okay A, Bulduklu Y Sağlık Kurumlarında İletişim. Eskişehir, Anadolu Üniversitesi, 2019
- 18) Mojtahedzadeh N, Neumann FA, Rohwer E, Nienhaus A, Augustin M, Harth V, vd. The Health Behaviour of German Outpatient Caregivers in Relation to the COVID-19 Pandemic: A Mixed-Methods Study. *Int J Environ Res Public Health.* 03 Ağustos 2021;18(15):8213
- 19) Lazzeri G, Ferretti F, Pozza A, Dori F, Volpe E, Giovannini V, vd. The Workplace Health Promotion (WHP) programme in an Italian University Hospital. *J Prev Med Hyg.* Eylül 2019;60(3):E243-9

- 20) Kyle RG, Neall RA, Atherton IM. Prevalence of overweight and obesity among nurses in Scotland: A cross-sectional study using the Scottish Health Survey. *Int J Nurs Stud*. Ocak 2016;53:126-33.
- 21) Kunyahamu MS, Daud A, Jusoh N. Obesity among Health-Care Workers: Which Occupations Are at Higher Risk of Being Obese? *Int J Environ Res Public Health*. 20 Nisan 2021;18(8):4381
- 22) Aşudu, M. (2017). Sağlık çalışanlarında obezite sıklığı ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Sivas Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sayfa:50
- 23) Studnek JR, Bentley M, Crawford JM, et al. An assessment of key health indicators among emergency medical services professionals. *Prehosp Emerg Care* 2010;14:14–20
- 24) Holman GT, Thomas RE, Brown KC. A health comparison of Alabama nurses versus US, UK, and Canadian normative populations. *J Orthop Nurs* 2009;13:172–82
- 25) Dyrbye LN, Burke SE, Hardeman RR, et al. Association of clinical specialty with symptoms of burnout and career choice regret among us resident physicians. *JAMA*. 2018;320(11):1114–30
- 26) Huang R, Zhu L, Xue L, Liu L, Yan X, Wang J, vd. Clinical findings of patients with coronavirus disease 2019 in Jiangsu province, China: A retrospective, multi-center study. *PLoS Negl Trop Dis*. Mayıs 2020;14(5):e0008280 DOI: 10.1371/journal.pntd.0008280
- 27) Fujishiro K, Lawson CC, Hibert EL, Chavarro JE, Rich-Edwards JW. Job strain and changes in the body mass index among working women: a prospective study. *Int J Obes* 2005. Eylül 2015;39(9):1395-400.
- 28) Barlow SE, Expert Committee. Expert committee recommendations regarding the prevention, assessment, and treatment of child and adolescent overweight and obesity: summary report. *Pediatrics*. Aralık 2007;120 Suppl 4:S164-192. doi: 10.1542/peds.2007-2329C.
- 29) Townsend N, Scriven A. Public health mini-guides: obesity. London: Churchill Livingstone, Elsevier; 2014
- 30) Harris, R. E. (2019). *Epidemiology of chronic disease: global perspectives*. Jones & Bartlett Learning, s:610.
- 31) National Institutes of Health. (1998). The evidence report. *Obesity Research*, 6, 51S–209S.
- 32) WHO.. Appropriate body mass index (BMI) for Asian populations and its implications on policy and intervention strategies: Report of a WHO Expert Consultation. (2004)*Lancet*, 363, 157–163.
- 33) Bergman RN, Kim SP, Catalano KJ, Hsu IR, Chiu JD, Kabir M, vd. Why visceral fat is bad: mechanisms of the metabolic syndrome. *Obes Silver Spring Md*. Şubat 2006;14 Suppl 1:16S-19S.
- 34) Stommel M, Schoenborn CA. Variations in BMI and prevalence of health risks in diverse racial and ethnic populations. *Obes Silver Spring Md*. Eylül 2010;18(9):1821-6. doi:10.1038/oby.2009.472.
- 35) Brochu M, Tchernof A, Dionne IJ, Sites CK, Eltabbakh GH, Sims EA, vd. What are the physical characteristics associated with a normal metabolic profile despite a high level of obesity in postmenopausal women? *J Clin Endocrinol Metab*. Mart 2001;86(3):1020-5.
- 36) Stevens J. Ethnic-specific cutpoints for obesity vs country-specific guidelines for action. *Int J Obes Relat Metab Disord J Int Assoc Study Obes*. Mart 2003;27(3):287-8.
- 37) A. Romero-Corral, V.M. Montori, V.K. Somers, J. Korinek, R.J. Thomas, T.G. Allison, F. Mookadam, F. Lopez-Jimenez, Association of body-weight with total mortality and with cardiovascular events in coronary artery disease: a systematic review of cohort studies, *Lancet* 368 (2006) 666–678. , [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)69251-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(06)69251-9).

- 38) Misra A. Revisions of cutoffs of body mass index to define overweight and obesity are needed for the Asian-ethnic groups. *Int J Obes Relat Metab Disord J Int Assoc Study Obes*. Kasım 2003;27(11):1294-6.
- 39) Manson JE, Willett WC, Stampfer MJ, Colditz GA, Hunter DJ, Hankinson SE, vd. Body weight and mortality among women. *N Engl J Med*. 14 Eylül 1995;333(11):677-85.
- 40) Flegal KM, Carroll MD, Ogden CL, Curtin LR. Prevalence and trends in obesity among US adults, 1999-2008. *JAMA*. 20 Ocak 2010;303(3):235-41.
- 41) WHO. Obesity. Preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation on obesity. Geneva, Switzerland: World Health Organization. [Internet] (1997). [Erişim Tarihi 15. 09. 2024]. Erişim adresi: <https://iris.who.int/handle/10665/63854> 42)
- 42) Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation. World Health Organ Tech Rep Ser. 2000;894:i-xii, 1-253.
- 43) WHO. (2005). Preventing chronic diseases. Geneva, Switzerland: World Health Organization/Preventing Chronic Diseases: A Vital Investment - World Health Organization - Google Kitaplar [Internet]. [06 Haziran 2024]. Erişim adresi: [https://books.google.com.tr/books?hl=tr&lr=&id=dF00DgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR3&dq=WHO.+ \(2005\).+Preventing+chronic+diseases.+Geneva,+Switzerland:+World+Health+Organization&ots=8YTaMwtkLB&sig=DoS3njcpFaWIHrHeWm1YaCYrWHY&redir_esc=y#v=onepage&q=WHO.%20 \(2005\).%20Preventing%20chronic%20diseases.%20Geneva%2C%20Switzerland%3A%20World%20Health%20Organization&f=false](https://books.google.com.tr/books?hl=tr&lr=&id=dF00DgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR3&dq=WHO.+ (2005).+Preventing+chronic+diseases.+Geneva,+Switzerland:+World+Health+Organization&ots=8YTaMwtkLB&sig=DoS3njcpFaWIHrHeWm1YaCYrWHY&redir_esc=y#v=onepage&q=WHO.%20 (2005).%20Preventing%20chronic%20diseases.%20Geneva%2C%20Switzerland%3A%20World%20Health%20Organization&f=false)
- 44) Harris, R. E. (2019). *Epidemiology of chronic disease: global perspectives*. Jones & Bartlett Learning, s:612.
- 45) Okunogbe A, Nugent R, Spencer G, Powis J, Ralston J, Wilding J. Economic impacts of overweight and obesity: current and future estimates for 161 countries. *BMJ Glob Health*. Eylül 2022;7(9):e009773..
- 46) World Health Organization. Noncommunicable diseases country profiles 2018 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2018 [a.yer 06 Haziran 2024]. 223 s. Erişim adresi: <https://iris.who.int/handle/10665/274512>.
- 47) World Obesity Federation. Global Obesity Observatory (Presentation Maps) [Internet]. 2024 [Erişim Tarihi 2 Temmuz 2024]. Erişim Adresi <https://data.worldobesity.org/maps/>.
- 48) Organization WH. Global Health Risks: Mortality and Burden of Disease Attributable to Selected Major Risks. World Health Organization; 2009. 71 s
- 49) World Health Organisation. Gender And Noncommunicable Diseases In EUROPE: analysis of STEPS data. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe 2020 Report No: WHO/EURO:2020-1664-41415-56457 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/337471>)
- 50) Demiray G, Yorulmaz F. Halk Sağlığı Bakışıyla Obezite Yönetimi. *Sağlık Bilim Değer*. 20 Ocak 2023;13(1):147-55.
- 51) Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (TEMED). *Obezite Tanı ve Tedavi Kılavuzu*. Ankara:2019. [Internet]. [a.yer 06 Haziran 2024]. Erişim adresi: <https://temd.org.tr/>
- 52) Satman I, Yılmaz T, Sengül A, Salman S, Salman F, Uygur S, et al. Population-based study of diabetes and risk characteristics in Turkey: Results of the Turkish Diabetes Epidemiology Study (TURDEP). *Diabetes Care*. 2002; 25(9): 1551-6.
- 53) Hatemi H, Turan N, Arık N, Yumuk V. Türkiye obezite ve hipertansiyon taraması sonuçları (TOHTA). *Endokrinolojide Yönelişler Dergisi*. 2002; 11(1): 1-16
- 54) Onat A, Keleş İ, Çetinkaya A, Başar Ö, Yıldırım B, Erer B, ve ark. On yıllık tekharf çalışması verilerine göre türk erişkinlerinde koroner kökenli ölüm ve olayların prevalansı yüksek. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*. 2001; 29(1): 8-19.

- 55) Satman I. Türkiye'de obezite sorunu. *Türkiye Klinikleri J Gastroenterohepatol-Special Topics*. 2016; 9: 1-11
- 56) Türkiye Beslenme Ve Sağlık Araştırması (TBSA) 2010: Beslenme Durumu ve Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi Sonuç Raporu. Ankara;TC Sağlık Bakanlığı Yayını No:931.
- 57) T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (2017). Birinci Basamak Sağlık Kurumları İçin Obezite Ve Diyabet Klinik Rehberi. TC Sağlık Bakanlığı Yayını No:1070, Ankara.
- 58) tuik.gov.tr [internet] Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu. [Son güncelleme tarihi: 31.05.2017; ErişimTarihi: 08.04.2022]. Erişim Adresi: <https://data.tuik.gov.tr/bulten/index?p=turkiye-saglik-arastirmasi-2016>
- 59) Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2017, <http://www.thsk.gov.tr/guncel/haberler/5-haberler/turkiye-beslenme-ve-saglik-arastirmasi-2017-tbsa-2017.html>, Erişim tarihi: 30.02.2018.
- 60) Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2018. (2019). Ankara: Elma Teknik Basım Matbaacılık Yayın No: NEE-HÜ.19.01.)
- 61) Endalifer ML, Diress G. *Epidemiology, Predisposing Factors, Biomarkers, and Prevention Mechanism of Obesity: A Systematic Review*. *J Obes*. 2020;2020:6134362. Published 2020 May 31.doi:10.1155/2020/6134362
- 62) N. D. Ford, S. A. Patel, and K. M. V. Narayan, "Obesity in lowand middle-income countries: burden, drivers, and emerging challenges," *Annual Review of Public Health*, vol. 38, no. 1,pp. 145–164, 2017.
- 63) T. Adom, A. P. Kengne, A. De Villiers, and T. Puoane, "Prevalence of overweight and obesity among African primary school learners: a systematic review and meta-analysis," *Obesity Science & Practice*, vol. 5, no. 5, pp. 487–502, 2019.
- 64) G. M. Al Kibria, K. Swasey, M. Z. Hasan, A. Sharmeen, and B. Day, "Prevalence and factors associated with underweight, overweight and obesity among women of reproductive age in India," *Global Health Research Policy*, vol. 4, no. 1, p. 24, 2019
- 65) P. N. O. Addo, K. M. Nyarko, S. O. Sackey, P. Akweongo, and B. Sarfo, "Prevalence of obesity and overweight and associated factors among /nancial institution workers in Accra Metropolis, Ghana: a cross sectional study," *BMC Research Notes*, vol. 8, no. 1, 2015
- 66) M. Firouzbakht, M. E. Riahi, M. Hajian-Tilaki et al., "Relationship of social capital with overweight and obesity among female health care workers," *Caspian Journal of Internal Medicine*, vol. 10, no. 3, pp. 281–288, 2019
- 67) P. C. d. Santos, K. S. d. Silva, J. A. d. Silva et al., "Change in overweight and obesity over a decade according to sociodemographic factors in Brazilian adolescents," *Ci^encia &Sa^ude Coletiva*, vol. 24, no. 9, pp. 3335–3344, 2019.
- 68) B. M. Popkin, C. Corvalan, and L. M. Grummer-Strawn, "Dynamics of the double burden of malnutrition and the changing nutrition reality," *?e Lancet*, vol. 395, no. 10217, pp. 65–74, 2020
- 69) H. Y. Berhane, M. Jirstr^om, S. Abdelmenan et al., "Social strati/cation, diet diversity and malnutrition among preschoolers: a survey of Addis Ababa, Ethiopia," *Nutrients*, vol. 12, no. 3, p. 712, 2020.
- 70) G. M. Al Kibria, K. Swasey, M. Z. Hasan, A. Sharmeen, and B. Day, "Prevalence and factors associated with underweight, overweight and obesity among women of reproductive age in India," *Global Health Research Policy*, vol. 4, no. 1, p. 24, 2019.
- 71) Yanikkerem E. Obezitenin Kadın Sağlığına Etkileri. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilim Derg*. 31 Ocak 2017;3(1):37-43.

- 72) A. Auguste, D. Julien, M. Gwenn, C. Barul, J.-B. Richard, and D. Luce, "Social distribution of tobacco smoking, alcohol drinking and obesity in the French West Indies," *BMC Public Health*, vol. 19, no. 1, p. 1424, 2019.
- 73) A. Hruby, J. E. Manson, L. Qi et al., "Determinants and consequences of obesity," *American Journal of Public Health*, vol. 106, no. 9, pp. 1656–1662, 2016.
- 74) F. Gokosmanoglu, H. Cengiz, C. Varim, S. Yaylaci, A. Nalbant, and C. Karacaer, "The prevalence of obesity and the factors affecting obesity in the students of secondary education," *International Journal of Research in Medical Sciences*, vol. 7, no. 8, pp. 2989–2994, 2019.
- 75) J. Baalwa, B. B. Byarugaba, E. K. Kabagambe, and A. M. Otim, "Prevalence of overweight and obesity in young adults in Uganda," *African Health Sciences*, vol. 10, no. 4, pp. 367–373, 2010.
- 76) H. Sagbo, D. K. Ekouevi, D. T. Ranjandriarison et al., "Prevalence and factors associated with overweight and obesity among children from primary schools in urban areas of Lomé, Togo," *Public Health Nutrition*, vol. 21, no. 6, pp. 1048–1056, 2018.
- 77) W. E. Barrington and S. A. A. Beresford, "Eating occasions, obesity and related behaviors in working adults: does it matter when you snack?" *Nutrients*, vol. 11, no. 10, p. 2320, 2019.
- 78) C. Andonian, F. Langer, J. Beckmann et al., "Overweight and obesity: an emerging problem in patients with congenital heart disease," *Cardiovascular Diagnosis and Therapy*, vol. 9, no. S2, pp. S360–S368, 2019.
- 79) E. E. Cinteza and M. Cinteza, "Biomarkers in obesity," *Revista Română de Medicină de Laborator*, vol. 26, no. 3, pp. 353–358, 2018.
- 80) E. S. van der Valk, M. Savas, and E. F. C. van Rossum, "Stress and obesity: are there more susceptible individuals?" *Current Obesity Reports*, vol. 7, no. 2, pp. 193–203, 2018.
- 81) N. Rasheed, "Stress-associated eating leads to obesity," *International Journal of Health Sciences (Qassim)*, vol. 11, no. 2, pp. 1-2, 2017.
- 82) E. G. Seay, G. Mulholland, and R. C. Dedhia, "Upper airway surgery to rescue the "untitratable" patient with OSA and obesity," *Journal of Clinical Sleep Medicine*, vol. 16, no. 1, pp. 149–151, 2019.
- 83) E. Ferris and C. Gregg, "Parallel accelerated evolution in distant hibernators reveals candidate cis elements and genetic circuits regulating mammalian obesity," *Cell Reports*, vol. 29, no. 9, pp. 2608.e4–2620.e4, 2019.
- 84) Apovian CM, Aronne LJ, Bessesen DH, et al; Endocrine Society. Pharmacological management of obesity: an Endocrine Society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab*. 2015;100(2):342-362. doi: 10.1210/jc.2014-.
- 85) Kumar DS, Banji D, Harani A. Physiological factor in obesity. *Am-Euras J Toxicol Sci*. 2010;2(3):177-189.
- 86) Pearce EN. Thyroid hormone and obesity. *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes*. 2012;19(5):408-413. doi: 10.1097/MED.0b013e328355cd6c
- 87) Longhi S, Radetti G. Thyroid function and obesity. *J Clin Res Pediatr Endocrinol*. 2013;5(suppl 1):40-44. doi: 10.4274/jcrpe.856.
- 88) Turnbaugh PJ, Ley RE, Mahowald MA, Magrini V, Mardis ER, Gordon JI. An obesity-associated gut microbiome with increased capacity for energy harvest. *Nature*. 2006;444(7122):1027-1031
- 89) Grundy A, Cotterchio M, Kirsh VA, Kreiger N. Associations between anxiety, depression, antidepressant medication, obesity, and weight gain among Canadian women. *PLoS One*. 2014;9(6):e99780. doi: 10.1371/journal.pone.0099780.

- 90) Lieberman JA, Stroup TS, McEvoy JP, Swartz MS, Rosenheck RA, Perkins DO, vd. Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. *N Engl J Med.* 22 Eylül 2005;353(12):1209-23
- 91) Wang P, Si T. Use of antipsychotics in the treatment of depressive disorders. *Shanghai Arch Psychiatry.* 2013;25(3):134-140. doi: 10.3969/j.issn.1002-0829.2013.03.002
- 92) Ness-Abramof R, Apovian CM. Drug-induced weight gain. *Drugs Today Barc Spain* 1998. Ağustos 2005;41(8):547-55
- 93) Wung PK, Anderson T, Fontaine KR, et al; Wegener's Granulomatosis Etanercept Trial Research Group. Effects of glucocorticoids on weight change during the treatment of Wegener's granulomatosis. *Arthritis Rheum.* 2008;59(5):746-753. doi: 10.1002/art.23561
- 94) Dailey G, Admane K, Mercier F, Owens D. Relationship of insulin dose, A1c lowering, and weight in type 2 diabetes: comparing insulin glargine and insulin detemir. *Diabetes Technol Ther.* 2010;12(12):1019-1027. doi: 10.1089/dia.2010.0063.
- 95) Aydemir Ö, Köroğlu E. (Ed.). *Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler (6.Baskı)* Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2012.
- 96) Monroe SM Modern approaches to conceptualizing and measuring human stress. (2008) *Annual Review of Clinical Psychology*; 4: 33-52.
- 97) Gatineau M, Dent M. Obesity and Mental Health. *National Obesity Observatory*, 2011.1-28
- 98) Taylor VH, Forhan M, Vigod SN, McIntyre RS, Morrison KM. The impact of obesity on quality of life. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab.* Nisan 2013;27(2):139-46.
- 99) Crane. B. Full catastrophe living; using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness. Jon Kabat-Zinn, 1996 Publisher: Piatkus, London ISBN: 0-749-915-854. *Spiritual Health Int.* 2002;3(2):52-52
- 100) Shapiro SL, Brown KW, Biegel GM. Teaching self-care to caregivers: Effects of mindfulness-based stress reduction on the mental health of therapists in training. *Train Educ Prof Psychol.* 2007;1(2):105-15
- 101) Özkan N, Bilici S. Yeme Davranışında Yeni Yaklaşımlar: Sezgisel Yeme ve Yeme Farkındalığı. *Gazi Sağlık Bilimleri Dergisi.* 2018;3(2):16-24.
- 102) Adam TC, Epel ES. Stress, eating and the reward system. *Physiol Behav.* 24 Temmuz 2007;91(4):449-58
- 103) Oliver G, Wardle J, Gibson EL. Stress and food choice: a laboratory study. *Psychosomatic medicine.* 2000;62(6):853-65
- 104) Chwastiak LA, Rosenheck RA, Kazis LE. Association of psychiatric illness and obesity, physical inactivity, and smoking among a national sample of veterans. *Psychosomatics.*2011;52(3):230-6
- 105) Stults-Kolehmainen MA, Sinha R. The effects of stress on physical activity and exercise. *Sports Med.* 2014;44(1):81-121.
- 106) Hawkey LC, Thisted RA, Cacioppo JT. Loneliness predicts reduced physical activity: cross-sectional & longitudinal analyses. *Health Psychol Off J Div Health Psychol Am Psychol Assoc.* Mayıs 2009;28(3):354-63
- 107) Yau YHC, Potenza MN. Stress and eating behaviors. *Minerva Endocrinol.* Eylül 2013;38(3):255-67
- 108) Kim EJ, Dimsdale JE. The effect of psychosocial stress on sleep: a review of polysomnographic evidence. *Behav Sleep Med.* 2007;5(4):256-78.
- 109) Hargens TA, Kaleth AS, Edwards ES, Butner KL. Association between sleep disorders, obesity, and exercise: a review. *Nat Sci Sleep.* 2013;5:27-35

- 110)** Dietz W, Santos-Burgoa C. Obesity and its Implications for COVID-19 Mortality. *Obes Silver Spring Md.* Haziran 2020;28(6):1005. doi:10.1002/oby.22818
- 111)** Wu C, Chen X, Cai Y, Xia J, Zhou X, Xu S, vd. Risk Factors Associated With Acute Respiratory Distress Syndrome and Death in Patients With Coronavirus Disease 2019 Pneumonia in Wuhan, China. *JAMA Intern Med.* 01 Temmuz 2020;180(7):934-43. doi:10.1001/jamainternmed.2020.0994
- 112)** Özdevecioğlu M., Yalçın Y., "Spor Tatmininin Sporcuların Stres ve Saldırganlık Düzeyleri Üzerindeki Etkisi" , Niğde Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi, Cilt: 4, Sayı: 1, 2010, s. 68.
- 113)** Yaman A, Bedensel engelli bireylerin sosyal destek düzeyleri ve yaşam doyumu arasındaki ilişkinin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya. 2019.
- 114)** Rubens S, Vernberg E, Felix ED, Canino G, Peer deviance, social support, and symptoms of internalizing disorders among youth exposed to Hurricane Georges. 2013.*Psychiatry*, 76(2), 169-81.
- 115)** Park HS,. Effects of social support, coping strategies, self-esteem, mastery, and religiosity on the relationship between stress and depression among Korean immigrants in the United States: Structural equation modeling. Yüksek Lisans Tezi, The University of Texas at Austin,2007
- 116)** Mackinnon SP,. Perceived social support and academic achievement: cross-lagged panel and bivariate growth curve analyses. *Journal of Youth Adolescence* 2012, 41, 474-85.
- 117)** Mattson M , Hall JG,. Health as Communication Nexus: A Service Learning Approach.Social Support. 1th Ed., Kendall Hunt Publishing Company, United States,2011,181-218.
- 118)** Haskan Avcı Ö, Yıldırım İ. Ergenlerde şiddet eğilimi, yalnızlık ve sosyal destek. *H.U.Journal of Education*, 2014, 29(1), 157-68.
- 119)** Khorshid L, Arslan GG, 2006. Hemşirelik ve Sosyal Desteğin Önemi.*Dirim*, 81, 182-88. Şahin P, 2012..
- 120)** Özgür G,. Sosyal Destek ve Sağlık. *Türk Hemşireler Dergisi*, 43(2), 1993,25- 26.
- 121)** Peterson SJ, Bredow TS,. Middle Range Theories Application to Nursing Research.3rd Edition, Chine: Wolters Kluwer Health Lippincott Williams & Wilkins, 2013, 108-21.
- 122)** Bashir Bhatti A, Haq AU,. The Pathophysiology of Perceived Social Isolation: Effects on Health and Mortality. *Cureus*,2017, 9(1), 1-10.
- 123)** Hendryx M, Green CA, Perrin NA,. Social Support, Activities, and Recovery from Serious Mental Illness. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*,2009, 36, 320-29.
- 124)** Patterson BJ,. The process of social support: adjusting to life in a nursing home. *J Adv Nursing.*, 1995, 21, 682-89.
- 125)** Pugliesi K, Shook L,. Gender, Ethnicity And Network Characteristics: Variation In Social Support Resources. *Sex Roles*,1998, 38, 215-38.
- 126)** Eker D, Arkar H, Yıldız H. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2001, 12, 17-25.
- 127)** Fontaine KR, Redden DT, Wang C, Westfall AO, Allison DB. Years of life lost due to obesity. *JAMA.* 08 Ocak 2003;289(2):187-93
- 128)** Hubert HB, Feinleib M, McNamara PM, Castelli WP. Obesity as an independent risk factor for cardiovascular disease: a 26-year follow-up of participants in the Framingham Heart Study. *Circulation.* Mayıs 1983;67(5):968-77

- 129)** Kearney PM, Whelton M, Reynolds K, Muntner P, Whelton PK, He J. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. *Lancet Lond Engl.* 15 Ocak 2005;365(9455):217-23. , [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)17741-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(05)17741-1).
- 130)** Kannel WB, Garrison RJ, Dannenberg AL. Secular blood pressure trends in normotensive persons: the Framingham Study. *Am Heart J.* Nisan 1993;125(4):1154-8.
- 131)** Väre L, Nookaew I, Nielsen J. Novel insights into obesity and diabetes through genome-scale metabolic modeling. *Front Physiol.* 2013;4:92, <http://dx.doi.org/10.3389/fphys.2013.00092>
- 132)** Zimmet P, Alberti KG, Shaw J. Global and societal implications of the diabetes epidemic. *Nature.* 13 Aralık 2001;414(6865):782-7, <http://dx.doi.org/10.1038/414782a>
- 133)** Stumvoll M, Goldstein BJ, van Haefen TW. Type 2 diabetes: principles of pathogenesis and therapy. *Lancet Lond Engl.* 09 Nisan 2005;365(9467):1333-46. , [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)61032-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(05)61032-X).
- 134)** Asghar A, Sheikh N. Role of immune cells in obesity induced low grade inflammation and insulin resistance. *Cell Immunol.* 01 Mayıs 2017;315:18-26. [Crossref] [PubMed]
- 135)** Rojas-Osornio SA, Cruz-Hernández TR, Drago-Serrano ME, Campos-Rodríguez R. Immunity to influenza: Impact of obesity. *Obes Res Clin Pract.* 01 Eylül 2019;13(5):419-29.
- 136)** Visser AW, Ioan-Facsinay A, de Mutsert R, Widya RL, Loef M, de Roos A, vd. Adiposity and hand osteoarthritis: the Netherlands Epidemiology of Obesity study. *Arthritis Res Ther.* 22 Ocak 2014;16(1):R19, doi:10.1186/ar4447
- 137)** Holliday KL, McWilliams DF, Maciewicz RA, Muir KR, Zhang W, Doherty M. Lifetime body mass index, other anthropometric measures of obesity and risk of knee or hip osteoarthritis in the GOAL case-control study. *Osteoarthritis Cartilage.* Ocak 2011;19(1):37-43. , <http://dx.doi.org/10.1016/j.joca.2010.10.014>
- 138)** K. Ritchie, S. Lovestone, The dementias, *Lancet* 360 (2002) 1759–1766. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)11667-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(02)11667-9)
- 139)** Fitzpatrick AL, Kuller LH, Lopez OL, Diehr P, O’Meara ES, Longstreth WT, vd. Midlife and late-life obesity and the risk of dementia: cardiovascular health study. *Arch Neurol.* Mart 2009;66(3):336-42, <http://dx.doi.org/10.1001/archneurol.2008.582>.
- 140)** Oberman B, Khaku A, Camacho F, Goldenberg D. Relationship between obesity, diabetes and the risk of thyroid cancer. *Am J Otolaryngol.* 2015;36(4):535-41. , <http://dx.doi.org/10.1016/j.amjoto.2015.02.015>
- 141)** Agalliu I, Williams S, Adler B, Androga L, Siev M, Lin J, vd. The impact of obesity on prostate cancer recurrence observed after exclusion of diabetics. *Cancer Causes Control CCC.* Haziran 2015;26(6):821-30. , <http://dx.doi.org/10.1007/s10552-015-0554-z>.
- 142)** Benedetto C, Salvagno F, Canuto EM, Gennarelli G. Obesity and female malignancies. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* Mayıs 2015;29(4):528-40, <http://dx.doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2015.01.003>.
- 143)** World Health Organization. Global Health Observatory (GHO) data: overweight and obesity.[İnternet] [Erişim tarihi 10 Eylül 2020] Erişim Adresi:https://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/overweight_obesity/obesity_adults/en.
- 144)** Chiappetta S, Sharma AM, Bottino V, Stier C. COVID-19 and the role of chronic inflammation in patients with obesity. *Int J Obes* 2005. Ağustos 2020;44(8):1790-2. doi:10.1038/s41366-020-0597-4
- 145)** Iannelli A, Favre G, Frey S, Esnault V, Gugenheim J, Bouam S, vd. Obesity and COVID-19: ACE 2, the Missing Tile. *Obes Surg.* Kasım 2020;30(11):4615-7. doi:10.1007/s11695-020-04734-7

- 146)** Blackshaw J., Feeley A., Mabbs L., Niblett P., Atherton E., Elsom R. Excess weight and COVID-19: insights from new evidence. London, UK: Public Health England (2020) <https://www.gov.uk/government/publications/excess-weight-andcovid-19-insights-from-new-evidence> (accessed on 13th May 2021)
- 147)** Von Lengerke T, Krauth C. Economic costs of adult obesity: a review of recent European studies with a focus on subgroup-specific costs. *Maturitas*. Temmuz 2011;69(3):220-9
- 148)** WHO Division of Health Promotion, Education, and Communication. Health promotion glossary. Sayfa:12 (1998). [İnternet] 07 Mart 2020. Erişim Adresi:<https://apps.who.int/iris/handle/10665/64546>WHO, Occupational Health. Healthy Workers, Healthy Future. Erişim: 07 Mart 2020
- 149)** Langenberg C, Hardy R, Kuh D, Brunner E, Wadsworth M. Central and total obesity in middle aged men and women in relation to lifetime socioeconomic status: evidence from a national birth cohort. *J Epidemiol Community Health*. Ekim 2003;57(10):816-22
- 150)** International Labour Office. *Workplace Stress: A Collective Challenge*; ILO: Geneva, Switzerland, 2016
- 151)** Hidalgo KD, Mielke GI, Parra DC, Lobelo F, Simões EJ, Gomes GO, vd. Health promoting practices and personal lifestyle behaviors of Brazilian health professionals. *BMC Public Health*. 24 Ekim 2016;16(1):1114
- 152)** Bogossian FE, Hepworth J, Leong GM, Flaws DF, Gibbons KS, Benefer CA, vd. A cross-sectional analysis of patterns of obesity in a cohort of working nurses and midwives in Australia, New Zealand, and the United Kingdom. *Int J Nurs Stud*. Haziran 2012;49(6):727-38.
- 153)** Anandacoomarasamy A, Caterson I, Sambrook P, Fransen M, March L. The impact of obesity on the musculoskeletal system. *Int J Obes* 2005. Şubat 2008;32(2):211-22.
- 154)** Luppino FS, de Wit LM, Bouvy PF, Stijnen T, Cuijpers P, Penninx BWJH, vd. Overweight, obesity, and depression: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Arch Gen Psychiatry*. Mart 2010;67(3):220-9
- 155)** Kelly, M., Wills, J., & Sykes, S. Do nurses' personal health behaviours impact on their health promotion practice? A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, (2017). 76, 62-77.
- 156)** Han K, Trinkoff AM, Storr CL, Geiger-Brown J. Job stress and work schedules in relation to nurse obesity. *J Nurs Adm*. Kasım 2011;41(11):488-95.
- 157)** Knutson KL. Sleep duration and cardiometabolic risk: a review of the epidemiologic evidence. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab*. Ekim 2010;24(5):731-43.
- 158)** Winston CP, Sallis JF, Swartz MD, Hoelscher DM, Peskin MF. Reliability of the hospital nutrition environment scan for cafeterias, vending machines, and gift shops. *J Acad Nutr Diet*. Ağustos 2013;113(8):1069-75.
- 159)** Aymerich C, Pedruzo B, Pérez JL, Laborda M, Herrero J, Blanco J, vd. COVID-19 pandemic effects on health worker's mental health: Systematic review and meta-analysis. *Eur Psychiatry J Assoc Eur Psychiatr*. 21 Ocak 2022;65(1):e10
- 160)** Popkin BM, Du S, Green WD, Beck MA, Algaith T, Herbst CH, vd. Individuals with obesity and COVID-19: A global perspective on the epidemiology and biological relationships. *Obes Rev Off J Int Assoc Study Obes*. Kasım 2020;21(11):e13128
- 161)** Protecting Workers: Guidance on Mitigating and Preventing the Spread of COVID-19 in the Workplace | Occupational Safety and Health Administration [İnternet]. [a.yer 09 Haziran 2024]. Erişim adresi: <https://www.osha.gov/coronavirus/safework/>

- 162)** Iwuala SO, Ayankogbe OO, Olatona FA, Olamoyegun MA, Okparalgwe U, Sabir AA, vd. Obesity among health service providers in Nigeria: danger to long term health worker retention? *Pan Afr Med J.* 2015;22:1.
- 163)** Kyle RG, Wills J, Mahoney C, Hoyle L, Kelly M, Atherton IM. Obesity prevalence among healthcare professionals in England: a cross-sectional study using the Health Survey for England. *BMJ Open.* 04 Aralık 2017;7(12):e018498.
- 164)** Ozkan, S., Yılmaz, E. "Hastanede Çalışan Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Bicimi Davranışları", *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, (2008)3(7): 90-105.
- 165)** Farpour-Lambert NJ, Baker JL, Hassapidou M, Holm JC, Nowicka P, O'Malley G, vd. Childhood Obesity Is a Chronic Disease Demanding Specific Health Care--a Position Statement from the Childhood Obesity Task Force (COTF) of the European Association for the Study of Obesity (EASO). *Obes Facts.* 2015;8(5):342-9. doi: 10.1159/000441483
- 166)** Gortmaker SL, Swinburn BA, Levy D, Carter R, Mabry PL, Finegood DT, vd. Changing the future of obesity: science, policy, and action. *Lancet Lond Engl.* 27 Ağustos 2011;378(9793):838-47. doi: 10.1016/S0140-6736(11)60815-5
- 167)** Open Source Epidemiologic Statistics for Public Health. Sample size. [Internet]. 2024 [Erişim Tarihi 15 Eylül 2024]. Erişim adresi:<https://www.openepi.com/SampleSize/SSCohort.htm>
- 168)** Cohen S, Kessler RC, LU Measuring Stress: A Guide for Health and Social Scientists. (1995) New York: Oxford Univeristy Press Inc.
- 169)** Phillips A.C. Perceived stress. In: Gellman M.D., Turner J.R. (eds) *Encyclopedia of Behavioral Medicine.* Springer, (2013) New York, NY.
- 170)** Holmes TH, Rahe RH Social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research;* (1967) 11: 213-218.
- 171)** Savaşır, I. ve Erol, N. Yeme tutumu testi: Anoreksiya nevroza belirtileri indeksi. (1989). *Turk J Psychol*, 7, 19-25
- 172)** Demirtaş, S. Üniversite öğrencilerinde yeme tutumu, benlik saygısı, depresyon ve yaşam doyumu düzeyi arasındaki ilişkinin incelenmesi. Diss. Yüksek Lisans Tezi. Haliç Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul, 2021
- 173)** Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *J Pers Assess.* 01 Mart 1988;52(1):30-41.
- 174)** Eker, D., ve Arkar, H.. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği' nin faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği [Factorial Structure, Validity, and Reliability of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support]. *Türk Psikoloji Dergisi*, (1995) 10(34), 17
- 175)** Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R (1983) A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior;* 24: 385-396.
- 176)** Kılıç, S.. Cronbach'ın Alfa Güvenirlik Katsayısı *Journal of Mood Disorders (JMOOD)* (2016) 6(1):47-8. DOI: 10.5455/jmood.20160307122823.
- 177)** Garner DM, Garfinkel PE. The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychol Med.* Mayıs 1979;9(2):273-9. DOI:<https://doi.org/10.1017/S0033291700030762>
- 178)** 2014T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Kurumlarında Çalışma Rehberi ve Enfeksiyon Kontrol Önlemleri. [Internet]. (2020). [Erişim Tarihi 15 Eylül 2024]. Erişim adresi: <https://covid19.saglik.gov.tr/Eklenti/40282/0/covid19-saglikkurumlarindacalismarehberiveenfeksiyonkontrolonlemleri>,(Erişim Tarihi:24.01.2022

- 179)** Budtz-Jørgensen E, Keiding N, Grandjean P, Weihe P. Confounder selection in environmental epidemiology: assessment of health effects of prenatal mercury exposure. *Ann Epidemiol.* 2007;17(1):27-35.
- 180)** Torraco R. Economic inequality, educational inequity, and reduced career opportunity: a self-perpetuating cycle? *New Horiz Adult Educ Hum Resour Dev.* 2018;30(1):19–29. doi: 10.1002/nha3.20206.
- 181)** <https://data.worldobesity.org/tables/prevalence-of-adult-overweight-obesity-2/>
- 182)** Fannon Z, Monden C, Nielsen B. Modelling non-linear age-periodcohort effects and covariates, with an application to English obesity 2001–2014. *J R Stat Soc Ser A Stat Soc.* 2021;184(3):842-867.
- 183)** Mohammed, M. S., Sendra, S., Lloret, J., & Bosch, I. . Systems and WBANs for controlling obesity. *Journal of Healthcare Engineering,* 2018
- 184)** Liao C, Gao W, Cao W, et al. Association of Educational Level and Marital Status With Obesity: A Study of Chinese Twins. *Twin Res Hum Genet.* 2018;21(2):126-135. doi:10.1017/thg.2018.8
- 185)** Lee J, Shin A, Cho S, Choi JY, Kang D, Lee JK. Marital status and the prevalence of obesity in a Korean population. *Obes Res Clin Pract.* 2020;14(3):217-224. doi:10.1016/j.orcp.2020.04.003
- 186)** TÜİK İstatistiklerle Aile, [Internet]. 2020.[Erişim Tarihi 15 Eylül 2024]. Erişim adresi: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=İstatistiklerle-Aile-2020-37251>. (Erişim: 07.12.2021)
- 187)** Browning, M., Chiappori, P. A. ve Weiss, Y. *Economics of the Family.* United Kingdom: Cambridge University Press, (2014).
- 188)** Munoz Boudet, A. M., Buitrago, P., Leroy De La Briere, B., Newhouse, D. L., Rubiano Matulevich, E. C., Scott, K. ve Suarez-Becerra, P. Gender Differences in Poverty and Household Composition Through the Life-Cycle: A Global Perspective. *World Bank Policy Research Working Paper,* (2018). (8360)
- 189)** Zorbas C, Lee A, Peeters A, Lewis M, Landrigan T, Backholer K. Streamlined data-gathering techniques to estimate the price and affordability of healthy and unhealthy diets under different pricing bscenarios. *Public Health Nutr.* 2021;24(1):1–11.doi: 10.1017/S1368980020001718
- 190)** WHO Regional Office for Europe HESRI Health Equity Dataset [internet]. Copenhagen;2024 [Erişim Tarihi:15.09.2024] Erişim Adresi: <https://www.who.int/europe/initiatives/health-equity-status-report-initiative>
- 191)** Crane B. *Full catastrophe living; using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness.* Jon Kabat-Zinn, 1996 Publisher: Piatkus, London ISBN: 0-749-915-854. *Spirituality and Health International.* 2002;3(2):52
- 192)** Liu, J., Gan, Y., Jiang, H., Li, L., Dwyer, R., Lu, K., ... & Lu, Z.. Prevalence of workplace violence against healthcare workers: a systematic review and meta-analysis. *Occupational and environmental medicine,* (2019),76(12), 927-937.
- 193)** Adam TC, Epel ES. Stress, eating and the reward system. *Physiology & beh4vior.* 2007;91(4):449-58
- 194)** Tambağ H, Turan Z. Öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına halk sağlığı hemşireliği dersinin etkisi. *Hemşirelikt Araştırma Geliştirme Dergisi* 2012;1:46-55.
- 195)** Çapık C. *Yoksul ve yoksul olmayan kadınlarda sağlık algısını etkileyen etmenlerin incelenmesi.* Yüksek Lisans Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir: 2006.
- 196)** Bottorff JL, Johnson JL, Ratner PA, Hayduk LA. The effects of cognitive-perceptual factors on health promotion behavior maintenance. *Nurs Res* 1996;45:30-6. [CrossRef]

- 197)** Rohrmann S, Smit E, Giovannucci E et al: Association between markers of the metabolic syndrome and lower urinary tract symptoms in the Third National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES III). *Int J Obes (Lond)* 2005; 29(3):310-6
- 198)** Dixon, A.E., Holguin, F., Sood, A., Salome, C.M., Pratley, R.E., Beuther, D.A., Celedón, J.C., Shore, S.A., American Thoracic Society Ad Hoc An Subcommittee on Obesity and Lung Disease (2010). An Official American Thoracic Society Workshop Report: Obesity and Asthma. *Proc Am Thorac Soc* 7(5):325-335.
- 199)** Erden A, Altuğ F, Cavlak U. Sağlıklı kişilerde vücut farkındalık durumu ile ağrı, emosyonel durum ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Journal of Kartal Training & Research Hospital/Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi* 2013;24(3):145-50
- 200)** PEKDEMİR, Mehmet, et al. Bir eğitim ve araştırma hastanesi çalışan sağlığı biriminde değerlendirilen personelin genel sağlık durumunun, yakınmalarının ve sık görülen hastalıklarının incelenmesi. *Sakarya Tıp Dergisi*, 2020, 10.Özel Sayı: 41-50.
- 201)** Çolak, M., & Erol, S.. Sağlık çalışanlarının genel sağlık durumu, fiziksel aktivite düzeyleri ve etkileyen faktörler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, (2021), 24(2), 139-147.
- 202)** Price RA, Gottesman II. Body fat in identical twins reared apart: roles for genes and environment. *Behavior Genetics* 1991;21(1):1-7.

8. EKLER

EK 1: ANKET FORMU

Tarih..../...../.....

Anket No:

Fazla Kilolu ve Obez Hastane Çalışanlarında Bazı Olası Psikososyal Etkenler ile Yeme Tutumu İlişkisinin Saptanması

Sayın Katılımcılar,

Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı tarafından yapılmakta olan “**Fazla Kilolu ve Obez Hastane Çalışanlarında Bazı Olası Psikososyal Etkenler ile Yeme Tutumu İlişkisinin Saptanması**” isimli bu çalışmada, sağlık çalışanlarında fazla kiloluluk ve obezitenin olası nedenleri tespit etmek amaçlanmaktadır. Sizin yanıtlarınızdan elde edilecek sonuçlarla sağlık çalışanlarının içinde bulunduğu şartlar ortaya konabilecek, fazla kiloluluğun ve obezitenin azaltılması, çalışanların sağlıklarını korumaları için önerilerde bulunulabilecek ve şartların iyileştirilmesi için bazı planlamalar yapılabilecektir. Bu nedenle soruların tümüne ve içtenlikle cevap vermeniz büyük önem taşımaktadır.

Araştırmaya katılmanız gönüllülük esasına dayalıdır. Bu form aracılığı ile elde edilecek bilgiler gizli kalacaktır ve sadece bilimsel amaçlar için kullanılacaktır. Çalışmaya katılmamayı tercih edebilirsiniz veya anketi yanıtlarken istemezseniz son verebilirsiniz.

Çalışmada adınızı ve soyadınızı öğrenmek istemiyoruz.

Araştırmamıza katıldığınız için teşekkür ederiz.

Çalışma ile ilgili herhangi bir sorunuz olduğunda aşağıda iletişim numaraları belirtilmiş olan araştırmacılar ile iletişim kurabilirsiniz:

Prof. Dr. Bahar GÜÇİZ DOĞAN Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Telefon: 0 312 3244623

Uzm. Dr. Çiğdem SAVAŞ DUMAN Ankara Mamak Devlet Hastanesi

Telefon: 0 312 552 20 25

Çalışmaya katılmayı kabul ediyorsanız aşağıdaki kutucuğu X ile işaretleyiniz.

Kabul ediyorum

1. Doğum yılınızı belirtiniz.
 2. Cinsiyetinizi belirtiniz.
 - 1) Erkek
 - 2) Kadın
 3. En son mezun olduğunuz eğitim düzeyi nedir?

1) İlkokul	5) Lisans
2) Ortaokul	6) Yüksek lisans
3) Lise	7) Doktora/Uzmanlık
4) Ön lisans	8) Diğer (belirtiniz:)
 4. Medeni durumunuzu nedir?

0) Hiç evlenmemiş	3) Eşi vefat etmiş
1) Halen evli, eşyle birlikte yaşıyor	4) Eşinden ayrılmış (boşanmış)
2) Halen evli, eşinden ayrı yaşıyor	5) Diğer (.....)
 5. Evli iseniz eşiniz çalışıyor mu?
 - 0) Hayır
 - 1) Evet (Eşiniz ne iş yapıyor? :)
 6. Çocuğunuz var mı?
 - 0) Hayır
 - 1) Evet, (Kaç çocuğunuz var? Çocuk)
 7. Altı yaşından küçük çocuğunuz var mı?
 - 0) Hayır → → → **9.SORUYA ATLAYINIZ**
 - 1) Evet
 8. Altı yaşından küçük çocuğunuza siz yanında olmadığımızda kim bakıyor?

.....bakıyor
 9. Ankara dışında okuyan çocuğunuz var mı?
 - 0) Hayır
 - 1) Evet
- DİKKAT: 10-13. SORULAR YALNIZ KADIN KATILIMCILARA SORULACAKTIR!**
10. Bugüne kadar toplam kaç kez gebe kaldınız? kez canlı doğum
.....kez düşük
 11. Halen adet görüyor musunuz?
 - 0) Evet
 - 1) Hayır → **13. SORUYA ATLAYINIZ**
 12. Halen herhangi bir doğum kontrol yöntemi kullanıyor musunuz? .
 - 0) Kullanmıyor
 - 1) Kullanıyor (Hangi yöntemi kullanıyorsunuz?)

13. Şimdiye kadar/daha önce hormonal bir doğum kontrol yöntemi kullandınız mı?
0) Hayır

1) Evet (Hangi yöntemi kullandınız?)

14. Hastanedeki göreviniz nedir?

- | | |
|----------------------|------------------------------|
| 1)Uzman Doktor | 6)Büro memuru |
| 2)Doktor | 7)Tıbbi sekreter |
| 3)Hemşire | 8)Laborant |
| 4)Temizlik görevlisi | 9)Güvenlik görevlisi |
| 5)Teknisyen | 10)Diğer (belirtiniz:) |

15. Hastanede hangi birimde çalışıyorsunuz?

- | | |
|-------------------|------------------------------|
| 1)Acil | 8)Sterilizasyon |
| 2)Poliklinik | 9)Yoğun bakım |
| 3)Servis | 10)Covid poliklinik |
| 4)İdari hizmetler | 11)COVİD-servis |
| 5)Radyoloji | 12)Covid Yoğun Bakım |
| 6)Ameliyathane | 13)Aşı |
| 7)Laboratuvar | 14)Diğer (belirtiniz:) |

16. Toplam olarak ne kadar süredir çalışıyorsunuz?

.....ay /yıl

17. Ne kadar süredir bu hastanede çalışıyorsunuz?

.....ay

18. Çevrenizdekilere göre ekonomik düzeyinizi nasıl tanımlarsınız?

- | | |
|-------------|------------|
| 1) Çok kötü | 4) İyi |
| 2) Kötü | 5) Çok iyi |
| 3) Orta | |

19. Borcunuz var mı?

- | | |
|--|----------|
| 0) Hayır | |
| 1) Evet (Borcunuzu ödemekte zorlanıyor musunuz?) | |
| | 0) Hayır |
| | 1) Evet |

20. Oturduğunuz konut için kira ödüyor musunuz?

- | |
|----------|
| 0) Hayır |
| 1) Evet |

21. Yaşadığınız konutta kimlerle birlikte yaşıyorsunuz?

- | |
|------------------------------|
| 1) Yalnız yaşıyorum. |
| 2) Diğer (belirtiniz:) |

22. Yaşadığınız konutta kaç kişi ile birlikte yaşıyorsunuz?

..... kişi

23. Birlikte yaşadığınız kişiler arasında kronik hastalığı/engeli olan var mı?
 0) Hayır
 1) Evet (Hastalığını/engelini belirtiniz:)
24. Pandemi döneminde, haftada en az 2-3 gün ve günde en az 45 dk. süren koşu, bisiklete binme gibi fiziksel egzersiz yapıyor musunuz?
 0) Evet
 1) Hayır
25. Sigara içiyor musunuz?
 0) Hiç içmemiş
 1) İçiyormuş, bırakmış → Ne kadar süre önce bıraktınız? ay / yıl
 2) Halen içiyor → Ne kadar süredir içiyorsunuz? ay / yıl
 → Günde kaç adet sigara içiyorsunuz? ...adet
26. Alkollü içecek tüketiyor/içiyor musunuz?
 0) Hiç tüketmemiş/içmemiş
 1) Tüketiyormuş/içiyormuş, bırakmış
 2) Tüketiyor/içiyor
27. Günde ortalama kaç saat uyduğunuzu belirtiniz: saat
28. Doktor tarafından tanısı konmuş herhangi bir kronik hastalığınız ve/veya engeliniz var mı?
 0) Hayır
 1) Evet (Hastalığınız ve/veya engeliniz nedir:
29. Tanı aldığınız herhangi bir hastalık nedeniyle tedavi görüyor musunuz?
 0) Hayır
 1) Evet (Ne tür bir tedavi görüyorsunuz?
30. Şimdiye kadar hiç hastanede yatarak tedavi gördünüz mü?
 0) Hayır
 1) Evet (Neden hastaneye yatmıştınız?)
 (Ne zaman hastaneye yatmıştınız?
31. Ameliyat oldunuz mu?
 0) Hayır
 1) Evet (Neden ameliyat oldunuz?)
 (Ne zaman ameliyat oldunuz?
32. Meslek hastalıkları ile ilgili herhangi bir tetkik yaptırdınız mı veya muayene edildiniz mi?
 0) Hayır
 1) Evet (Sonuç neydi?

33. Herhangi bir maluliyetiniz var mı?

0) Hayır

1) Evet (Maluliyet düzeyiniz nedir?

34. Sürekli olarak kullandığınız bir ilaç var mı?

0) Hayır

1) Evet (İlacın ismi nedir?

DİKKAT: 35-38. SORULARI BKİ DEĞERİ 25,00 VE DAHA YÜKSEK OLAN KİŞİLERE SORUNUZ.

35. Ne kadar süredir BKİ değeriniz bu düzeyde ?

.....yıl /ay

36. Sizece kilonuz çalışma yaşamınızı etkiliyor mu?

0) Hayır

1) Evet (Kilonuz çalışma yaşamınızı nasıl etkiliyor?

37. Şimdiye kadar hiç kilo vermeyi denediniz mi?

0) Hayır

1) Evet (Kaç kez denediniz?kez)

38. Şu an kilo vermeniz gerektiğini düşünüyor musunuz?

0) Hayır

1) Evet

39. Genel sağlık durumunuzu 1 ile 10 arasında puanlayınız.

1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....9.....10

Çok kötü

40. Hatırladığınız kadarıyla son 1 yılda kaç kere muayene olma ve/veya tahlil yaptırma ihtiyacı duydunuz?

.....kez muayene oldum kez tahlil yaptırdım

41. Aşağıda belirtilen durumları son bir hafta içinde ne sıklıkta yaşadığınızı belirtiniz.

(DİKKAT: HİÇ YAŞAMADIYSA 0 YAZINIZ.)

Durumlar	Sıklık
Yorgunluk	
Ağrı	
Bulantı	
Uyku bölünmesi sorunu	
Sıkıntılı ve üzgün hissetme	
Nefes darlığı	
Hatırlamada güçlük	
İştahsızlık	
Kusma	
Uyuşukluk	
İdrara çıkmada zorluk	
Deri problemleri	

42. Bugüne kadar size COVID-19 tanısı konuldu mu?

0) Hayır. **47. SORUYA ATLAYINIZ**

1) Evet, hastanede tedavi görmüş

2) Evet, ilaçlarımı evde kullanarak tedavi görmüş

3) Evet, ilaç verilmiş ama kullanmamış

43. Kaç kez COVID-19 geçirdiniz?kez

44. COVID-19 geçirdiğiniz tarih/tarihleri hatırlıyor iseniz söyler misiniz?

0) Hatırlamıyorum

1) COVID-19 tarih1.....

2) COVID-19 tarih2.....

3) COVID-19 tarih3.....

4) COVID-19 tarih4.....

45. Aynı hanede birlikte yaşadığınız kişilerden COVID-19 tanısı alan oldu mu?

0) Hayır **50. SORUYA ATLAYINIZ**

1) Evet

46. COVID-19 nedeniyle hastanede yatarak tedavi gören yakınınız (aile bireyi, akraba, yakın arkadaş) oldu mu? Evet ise?

0) Hayır

1) Evet (Ne zaman yatarak tedavi oldu?

(Size olan yakınlığı neydi?

47. COVID-19 nedeniyle yakınlarınızdan ölen oldu mu?

0) Hayır

1) Evet (Ölen kişi ne zaman öldü ve size olan yakınlığı neydi?)

Yakınlık	Ölüm zamanı

48. Hastanede birlikte çalıştığınız arkadaşlarınızdan memnun musunuz?

0) Evet

1) Hayır

49. Halen yaptığınız işten memnun musunuz?

0) Evet

1) Hayır

50. Fazla mesai yapıyor musunuz?

0) Hayır

1) Evet

51. Gece çalışması yapıyor musunuz?

0) Hayır

1) Evet

52. Son 1 yılda çalışırken hasta ve/veya hasta yakınlarının sözlü şiddetine maruz kaldınız mı?

0) Hayır

1) Evet (Kaç kez?kez)

53. Son 1 yılda hasta ve/veya hasta yakınlarının fiziksel şiddetine maruz kaldınız mı?

0) Hayır

1) Evet (Kaç kez?kez)

54. İş dışı sosyal yaşamınızda şiddete maruz kaldınız mı/kalıyor musunuz?

0) Hayır

1) Evet (Ne tür bir şiddete maruz kaldınız/kalıyorsunuz? **BİRDEN ÇOK SEÇENEK İŞARETLENEBİLİR**)

- a) Sözel şiddete maruz kaldım/kalıyorum
- b) Fiziksel şiddete maruz kaldım/kalıyorum
- c) Duygusal şiddete maruz kaldım/kalıyorum
- d) Ekonomik şiddete maruz kaldım/kalıyorum
- e) Diğer.....

55. Kim(ler) tarafından şiddete maruz kaldınız/kalıyorsunuz? (**BİRDEN ÇOK SEÇENEK**

İŞARETLENEBİLİR)

- 1) Eşi
- 2) Nişanlısı
- 3) Sözlüsü
- 4) 1. Derece Akrabalarım (Size olan yakınlığı nedir?)
- 5) Diğer akrabalar (Size olan yakınlığı nedir?)
- 6) Yakın arkadaşları
- 7) İş arkadaşları
- 8) Diğer belirtiniz:

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

Aşağıda 12 cümle ve her cümle altında da cevaplarınızı işaretlemeniz için 1 den 7'ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini daire içine alarak işaretleyiniz. Bu şekilde 12 cümlelerin her birine bir işaret koyarak cevabınızı veriniz. Lütfen hiç bir cümleyi cevapsız bırakmayınız. Sizce doğruya en yakın olan rakamı işaretleyiniz.

1.İhtiyacım olduğunda yanımda olan özel bir insan var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 kesinlikle evet

2.Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim özel bir insan var

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 kesinlikle evet

3.Ailem bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 kesinlikle evet

4.İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden alırım.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 kesinlikle evet

5.Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan özel bir insan var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 kesinlikle evet

6.Arkadaşlarım gerçekten bana yardımcı olmaya çalışırlar.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 kesinlikle evet

7.İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 kesinlikle evet

8.Sorunlarımı ailemle konuşabilirim

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 kesinlikle evet

9.Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 kesinlikle evet

10.Yaşamımda duygularıma önem veren özel bir insan var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 kesinlikle evet

11.Kararlarımı vermede ailem bana yardımcı olmaya isteklidir.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 kesinlikle evet

12.Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 kesinlikle evet

ALGILANAN STRES ÖLÇEĞİ

Bu ölçekteki sorular, son bir aydır düşündükleriniz ve hissettikleriniz üzerine sorulmuştur. Lütfen, her bir soruyu, ne kadar sık hissettiğinizi veya düşündüğünüzü işaretleyiniz.

1-Son bir ay içinde beklenmeyen bir şeyler olması nedeniyle ne sıklıkta altüst (hayal kırıklığına uğramak, sarsılmak, şoke olmak) oldunuz?

1= Hiçbir zaman 2= Hemen hemen hiç 3= Bazen 4= Sıklıkla 5= Çok Sık

2- Son bir ay içinde kendi yaşamınızdaki en önemli şeyleri kontrol edemediğinizi hangi sıklıkta hissettiniz?

1= Hiçbir zaman 2= Hemen hemen hiç 3= Bazen 4= Sıklıkla 5= Çok Sık

3- Son bir ay içinde kendinizi hangi sıklıkta sinirli ve stresli hissettiniz?

1= Hiçbir zaman 2= Hemen hemen hiç 3= Bazen 4= Sıklıkla 5= Çok Sık

4-Son bir ay içinde kişisel problemlerinizi çözebilecek gücünüze ne sıklıkta güvendiniz?

1= Hiçbir zaman 2= Hemen hemen hiç 3= Bazen 4= Sıklıkla 5= Çok Sık

5- Son bir ay içinde sizinle ilgili bir şeylerin yolunda gittiğini ne sıklıkta hissettiniz?

1= Hiçbir zaman 2= Hemen hemen hiç 3= Bazen 4= Sıklıkla 5= Çok Sık

6- Son bir ay içinde yapmanız gereken tüm şeylerle ilgili olarak üstesinden gelemeyeceğinize ne sıklıkta inandınız?

1= Hiçbir zaman 2= Hemen hemen hiç 3= Bazen 4= Sıklıkla 5= Çok Sık

7- Son bir ay içinde kendi yaşamınızla ilgili olarak öfkenizi hangi sıklıkta kontrol ettiniz?

1= Hiçbir zaman 2= Hemen hemen hiç 3= Bazen 4= Sıklıkla 5= Çok Sık

8- Son bir ay içinde birçok sorunun üstesinden geldiğinizi (pek çok şeye yetebildiğinizi) ne sıklıkta düşündünüz?

1= Hiçbir zaman 2= Hemen hemen hiç 3= Bazen 4= Sıklıkla 5= Çok Sık

9- Son bir ay içinde kontrolünüzün dışında olan bir şeylerden dolayı hangi sıklıkta sinirlendiniz?

1= Hiçbir zaman 2= Hemen hemen hiç 3= Bazen 4= Sıklıkla 5= Çok Sık

10-Son bir ay içinde üstesinden gelemeyeceğiniz şeylere takılıp kalmanın zorluğunu ne sıklıkta hissettiniz?

1= Hiçbir zaman 2= Hemen hemen hiç 3= Bazen 4= Sıklıkla 5= Çok Sık

Yeme Tutumu Testi (YTT-40)

Yeme Tutumu Testi (YTT-40)						
Bu anket sizin yeme alışkanlıklarınızla ilgilidir. Lütfen her bir soruyu dikkatlice okuyunuz ve size uygun gelen seçeneği işaretleyiniz. Örneğin "Çikolata yemek hoşuma gider" cümlesini okudunuz. Çikolata yemek hiç hoşunuza gitmiyorsa, "Hiçbir zaman" seçeneğine karşı gelen "f" kutucuğunu işaretleyiniz; her zaman hoşunuza gidiyorsa "Daima" seçeneğine karşı gelen "a" kutucuğunu işaretleyiniz.	f. Hiçbir zaman	e. Nadiren	d. Bazen	c. Sık sık	b. Çok sık	a. Daima
1. Başkaları ile birlikte yemek yemekten hoşlanırım.						
2. Başkaları için yemek pişiririm, fakat pişirdiğim yemeği yemem.						
3. Yemekten önce sıkıntılı olurum.						
4. Şişmanlamaktan ödüm kopar.						
5. Acıktığımda yemek yememeğe çalışırım.						
6. Aklım fikrim yemektedir.						
7. Yemek yemeyi durduramadığım zamanlar olur.						
8. Yiyeceğimi küçük küçük parçalara bölerim.						
9. Yediğim yiyeceğin kalorisini bilirim.						
10. Ekmek, patates, pirinç gibi yüksek kalorili yiyeceklerden kaçınırım.						
11. Yemeklerden sonra şişkinlik hissederim.						
12. Ailem fazla yememi bekler.						
13. Yemek yedikten sona kusarım.						
14. Yemek yedikten sonra aşırı suçluluk duyarım.						
15. Tek düşüncem daha zayıf olmaktır.						
16. Aldığım kalorileri yakmak için yorulana dek egzersiz yaparım.						
17. Günde birkaç kere tartılırım.						
18. Vücudumu saran dar elbiselerden hoşlanırım.						
19. Et yemekten hoşlanırım.						
Bu anket sizin yeme alışkanlıklarınızla ilgilidir. Lütfen	f. Hi	e. Na	d. Ba	c. Sı	b. Ço	a. Da

her bir soruyu dikkatlice okuyunuz ve size uygun gelen seçeneği işaretleyiniz. Örneğin "Çikolata yemek hoşuma gider" cümlesini okudunuz. Çikolata yemek hiç hoşunuza gitmiyorsa, "Hiçbir zaman" seçeneğine karşı gelen "f" kutucuğunu işaretleyiniz; her zaman hoşunuza gidiyorsa "Daima" seçeneğine karşı gelen "a" kutucuğunu işaretleyiniz.						
20. Sabahları erken uyanırım						
21. Günlerce aynı yemeği yerim.						
22. Egzersiz yaptığımda harcadığım kalorileri hesaplarım.						
23. Adetlerim düzenlidir.						
24. Başkaları çok zayıf olduğumu düşünür.						
25.Şişmanlama (vücudumun yağ toplayacağı) düşüncesi zihnimi meşgul eder						
26. Yemeklerimi yemek başkalarınınkinden daha uzun sürer.						
27. Lokantada yemek yemeyi severim.						
28. Müshil kullanırım						
29. Şekerli yiyeceklerden kaçınırım						
30. Diyet (perhiz) yemekleri yerim						
31. Yaşamımı yiyeceğin kontrol ettiğini düşünürüm.						
32. Yiyecek konusunda kendimi denetleyebilirim						
33. Yemek konusunda başkalarının bana baskı yaptığını hissedirim..						
34. Yiyeceklerle ilgili düşünceler çok zamanımı alır						
35. Kabızlıktan yakınırım.						
36. Tatlı yedikten sonra rahatsız olurum.						
37. Perhiz yaparım.						
38. Midemin boş olmasından hoşlanırım						
39. Şekerli yağlı yiyecekleri denemekten hoşlanırım.						
40. Yemeklerden sonra içimden kusmak gelir.						

KATKILARINIZ İÇİN TEŞEKKÜR EDERİZ.

EK:2 ETİK KURUL ONAYI

T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 16969557 / 793
Konu : ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

Toplantı Tarihi : 19 NISAN 2022 SALI
Toplantı No : 2022/07
Proje No : GO 22/210 (Değerlendirme Tarihi: 01.03.2022)
Karar No : 2022/07-07

Üniversitemiz Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı öğretim üyelerinden Prof. Dr. Bahar Güçüz DOĞAN'ın sorumlu araştırmacı olduğu, Uzm. Dr. Çiğdem Savaş DUMAN'ın yüksek lisans tezi olan, GO 22/210 kayıt numaralı "*Hastane Çalışanlarında Fazla Kiloluluk/Obezite ile Bazı Psikososyal Etkenler ve Yeme Tutumu İlişkisi: Vaka-Kontrol Çalışması*" başlıklı proje önerisi araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, 20 Nisan 2022 – 20 Nisan 2023 tarihleri arasında geçerli olmak üzere etik açıdan **uygun bulunmuştur**. Çalışma tamamlandığında sonuçlarını içeren bir rapor örneğinin Etik Kurulumuza gönderilmesi gerekmektedir.

1. Prof. Dr. G. Burça AYDIN	(Başkan)	8. Doç. Dr. Hande Güney DENİZ	(Üye)
2. Prof. Dr. M. Özgür UYANIK	(Üye)	9. Doç. Dr. Tolga YILDIRIM	(Üye)
3. Prof. Dr. Ayşe Kin İŞLER	(Üye)	10. Doç. Dr. Merve BATUK	(Üye)
4. Prof. Dr. Sibel PEHLİVAN	(Üye)	11. Doç. Dr. Gülten KOÇ	(Üye)
5. Doç. Dr. H. Tuna Çak ESEN	(Üye)	12. Dr. Öğr. Üyesi Müge DEMİR	(Üye)
6. Doç. Dr. Nüket Paksoy ERBAYDAR	(Üye)	13. Av. Buket ÇINAR	(Üye)
7. Doç. Dr. Betül Çelebi SALTIK	(Üye)		

IZINLI

Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
06100 Sıhhiye-Ankara
Telefon: 0 (312) 305 1082 • Faks: 0 (312) 310 0580 • E-posta: goetik@hacettepe.edu.tr

Ayrıntılı Bilgi için:

EK 3: Mamak Devlet Hastanesi Başhekimliği Araştırma İzin Yazısı



T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Mamak Devlet Hastanesi



Sayı : E-20541108-929
Konu : DR111257 Uzm. Dr. Çiğdem Savaş
DUMAN

Sayın Uzm. Dr. Çiğdem SAVAŞ DUMAN
Halk Sağlığı Uzmanı

İlgi : 21/01/2022 tarih ve 302 Sayılı Dilekçeniz .

İlgi dilekçeniz ile Hastanemizde yapılması planlanan " Hastane Çalışanlarında Fazla Kiloluluk/ Obezite İle Bazı Psikososyal Etkenler Ve Yeme Tutumu İlişkisi;Vaka Kontrol Çalışması" isimli projeye yardımcı araştırmacı olarak katılma talebiniz incelenmiş olup, etik kurallar ve meri mevzuatlar dahilinde gerekli izinin verilmesi uygun görülmüştür.
Bilgilerinize rica ederim.

Doç. Dr. Mevlüt KARATAŞ
Başhekim

Belgenin Aslı
Elektronik İmzalıdır
25/01/2022
Orhan Kızılarkaya
Evrak Kayıt Birimi

EK 4. Tez Çalışması Orjinallik Raporu



Sayfa 2 of 101 - Bütünlük Genel Bakış

Gönderi Kimliği trmsid::13066527293

9% Genel Benzerlik

Her veri tabanı için çıkan kaynaklar da dâhil tüm eşleşmelerin kombine toplamı.

Rapordan Filtrelenen

- Bibliyografya
- Alıntılanan Metin
- Atıf Yapılan Metin
- Küçük Eşleşmeler (8 sözcükten az)
- Teslim edilen çalışmalar
- İnternet kaynakları

Ön Sıradaki Kaynaklar

- 0% İnternet kaynakları
- 9% Yayınlar
- 0% Gönderilen çalışmalar (Öğrenci Makaleleri)

Bütünlük Bayrakları

İnceleme için 1 Bütünlük Bayrağı

- Gizli Metin**
1 sayfada 107 şüpheli karakter
Metin, belgenin beyaz arka planına karıştırılmak üzere değiştirilmiştir.

Sistemimizin algoritmaları bir belgede, onu normal bir gönderiden ayarabilecek her türlü tutarsızlığı derinlemesine inceler. Tuhaf bir şey fark ederseniz incelemeniz için bayrak ekleriz.

Bir Bayrak mutlaka bir sorun olduğunu göstermez. Ancak daha fazla inceleme için dikkatinizi vermenizi öneririz.



Sayfa 2 of 101 - Bütünlük Genel Bakış

Gönderi Kimliği trmsid::13066527293

EK 5. Digital Makbuz



Digital Receipt

This receipt acknowledges that Turnitin received your paper. Below you will find the receipt information regarding your submission.

The first page of your submissions is displayed below.

Submission author: Çiğdem Savaş Duman
 Assignment title: HASTANE ÇALIŞANLARINDA FAZLA KİLOLULUK VE OBEZİTE
 Submission title: HASTANE ÇALIŞANLARINDA FAZLA KİLOLULUK OBEZİTE İLE...
 File name: HASTANE ÇALIŞANLARINDA FAZLA KİLOLULUK OBEZİTE İLE...
 File size: 951.47K
 Page count: 91
 Word count: 21,250
 Character count: 141,914
 Submission date: 04-Nov-2024 04:05PM (UTC+0300)
 Submission ID: 2507977505



EK 6. Vaka kontrol gruplarındaki bireylerin son bir hafta içinde yaşadıkları sağlıkla ilgili bazı şikâyetlerin dağılımı (Ankara Mamak Devlet Hastanesi, 2022)

Şikâyetler	Kontrol (n=224)		Fazla kilolu (n=149)		Obez (n=113)		P ₁ ²	P ₂ ³
	s	% ¹	s	% ¹	s	% ¹		
Yorgunluk							0,53	0,52
0	75	33,5	47	31,5	35	31,00		
1-2	27	12,1	24	16,1	10	8,80		
3 ve üstü	122	54,5	78	52,3	68	60,20		
Ağrı							0,82	0,45
0	110	49,1	78	52,3	59	52,2		
1-2	35	15,6	22	14,8	12	10,6		
3 ve üstü	79	35,3	49	32,9	42	37,2		
Bulantı							0,01	0,81
0	189	84,4	135	90,6	98	86,7		
1-2	18	8,00	2	1,3	7	6,2		
3 ve üstü	17	7,60	12	8,1	8	7,1		
Uyku bölünmesi							0,21	0,09
0	118	52,7	92	61,7	66	58,4		
1-3	46	20,5	24	16,1	11	9,7		
4-6	34	15,2	23	15,4	20	17,7		
7 ve üstü	26	11,6	10	6,7	16	14,2		
Sıkıntılı üzgün hissetme							0,23	0,24
0	108	48,2	88	59,1	65	57,5		
1-2	36	16,1	18	12,1	11	9,7		
3-4	27	12,1	15	10,1	10	8,8		
5 ve üstü	53	23,7	28	18,8	27	23,9		
Nefes darlığı							0,31	0,13
0	179	79,9	122	81,9	86	76,1		
1-3	28	12,5	12	8,1	11	9,78		
4 ve üstü	17	7,6	15	10,0	16	14,2		
Hatırlamada güçlük							0,84	0,52
0	149	66,5	101	67,8	70	61,9		
1-2	21	9,4	14	9,4	15	13,3		
3-4	19	8,5	9	6,0	7	6,2		
5 ve üstü	35	15,6	25	16,8	21	18,6		
İştahsızlık							0,08	0,00
0	180	80,4	127	85,2	107	94,7		
1-3	19	8,5	15	10,1	6	5,3		
4 ve üstü	25	11,2	7	4,7	0	0,00		
Kusma							0,42	0,31
0	214	95,5	145	97,3	105	92,9		
1 ve üstü	10	4,5	4	2,7	8	7,1		

EK 5.(Devam) Vaka kontrol gruplarındaki bireylerin son bir hafta içinde yaşadıkları sağlıkla ilgili bazı şikâyetlerin dağılımı (Ankara Mamak Devlet Hastanesi, 2022)

Uyuşma							0,87	0,21
0	185	82,6	123	82,6	85	75,2		
1-3	20	8,9	15	10,1	12	10,6		
4 ve üstü	19	8,5	11	7,3	16	14,2		
İdrara çıkmada zorluk							0,11	0,08
0	218	97,3	140	94,0	105	92,9		
1 ve üstü	6	2,7	9	6,0	8	7,1		
Deri problemleri							0,05	0,87
0	177	79,0	126	84,6	92	81,4		
1-5	27	12,1	19	12,8	12	10,6		
6 ve üstü	20	8,9	4	2,6	9	8,0		

¹Kolon yüzdesi, ² kontrol-V₁ gruplarının ki kare testi p değeri ³kontrol-V₂ gruplarının ki kare testi p değeri

EK 7: Çalışmada kullanılan ölçeklerin korelasyon matris tabloları

Tablo 1. Kontrol ve V₁ Gruplarında Ölçekler Arası Korelasyon

Ölçekler		ÇBASD* puan	AS** puan	YTT-40*** puan
ÇBASD*	Rho	1,00	-,099	-,042
	p	.	,056	,414
	n	373	373	373
AS** puan	Rho	-,099	1,00	-,017
	p	,056	.	,745
	n	373	373	373
YTT-40 puan***	Rho	-,042	-,017	1,00
	p	,414	,745	.
	n	373	373	373

*Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek, **Algılanan Stres, ***Yeme Tutumu Testi

Tablo 2. Kontrol ve V₂ Gruplarında Ölçekler Arası Korelasyon

Ölçekler		ÇBASD* puan	AS** puan	YTT-40*** puan
ÇBASD*	Rho	1,00	-,203**	-,043
	p	.	,000	,436
	n	337	337	337
AS** puan	Rho	-,203**	1,00	-,019
	p	,000	.	,722
	n	337	337	337
YTT-40*** puan	Rho	-,043	-,019	1,00
	p	,436	,722	.
	n	337	337	337

*Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek, **Algılanan Stres, ***Yeme Tutumu Testi

Tablo 3. Kontrol Grubunda Ölçekler Arası Korelasyon

Ölçekler		ÇBASD* puan	AS** puan	YTT-40*** puan
ÇBASD*	Rho	1,00	-,211**	-,002
	p	.	,001	,975
	n	224	224	224
AS puan**	Rho	-,211**	1,00	-,040
	p	,001	.	,550
	n	224	224	224
YTT-40*** puan	Rho	-,002	-,040	1,00
	p	,975	,550	.
	n	224	224	224

*Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek, **Algılanan Stres, ***Yeme Tutumu Testi

Tablo 4 .V₁ Grubunda Ölçekler Arası Korelasyon

Ölçekler		ÇBASD* puan	AS** puan	YTT-40*** puan
ÇBASD*	Rho	1,00	,084	-,111
	p	.	,310	,178
	n	149	149	149
AS** puan	Rho	,084	1,00	,015
	p	,310	.	,854
	n	149	149	149
YTT-40*** puan	Rho	-,111	,015	1,00
	p	,178	,854	.
	n	149	149	149

*Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek, **Algılanan Stres, ***Yeme Tutumu Testi

Tablo 5. V₂ Grubunda Ölçekler Arası Korelasyon

Ölçekler		ÇBASD* puan	AS** puan	YTT-40*** puan
ÇBASD*	Rho	1,00	-,203*	-,098
	p	.	,031	,304
	n	113	113	113
AS** puan	Rho	-,203*	1,00	,042
	p	,031	.	,658
	n	113	113	113
YTT-40*** puan	Rho	-,098	,042	1,00
	p	,304	,658	.
	n	113	113	113

*Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek, **Algılanan Stres, ***Yeme Tutumu Testi

EK 8. Logistik regresyon analizi (kontrol ve obez grup) korelasyon matrisi tablosu

Değişken	Constant	Cinsiyet Kadın(R)	Yaş 20-29(R) 30-39	Yaş 40 ve üstü	YTT-40 ≤27(R) >27	Eğitim düzeyi Lise üstü(R) En fazla lise	Meslek Sağlık meslek(R) Diğer Sağlık meslek	Meslek Diğer meslek
Constant	1,000	,181	-,001	,421	,618	,102	,304	-,220
Cinsiyet Kadın(R)	,181	1,000	,008	-,303	,191	-,019	,101	-,174
Yaş 20-29(R) 30-39	-,001	,008	1,000	,225	,025	-,020	,146	,255
Yaş 40 ve üstü	,421	-,303	,225	1,000	,042	-,075	,044	,018
YTT-40 ≤27(R) >27	,618	,191	,025	,042	1,000	-,137	,002	-,004
Eğitim düzeyi Lise üstü(R) En fazla lise	,102	-,019	-,020	-,075	-,137	1,000	-,083	-,585
Meslek Sağlık meslek(R) Diğer Sağlık meslek	,304	,101	,146	,044	,002	-,083	1,000	,314
Meslek Diğer meslek	-,220	-,174	,255	,018	-,004	-,585	,314	1,000

9.ÖZGEÇMİŞ

