

HAFIF ŞİŞMAN VE ŞİŞMAN KADINLARIN BESLENME ALIŞKANLIKLARI VE ZAYIFLAMAYA İLİŞKİN TUTUM VE DAVRANIŞLARI

Doç.Dr.Mine YURTTAGÜL*

Bu çalışma 338 hafif şişman ve 141 şişman yetişkin kadın üzerinde yapılmıştır. Şişmanlık oluşumunu etkileyen yaş, eğitim durumu, doğum sayısı, beslenme alışkanlıkları ile zayıflamaya ilişkin tutum ve davranışları saptanmış ve kıyaslama yapılmıştır. Şişman kadınların yaşı, evli ve ev hanımı olanların oranı ve ikiden çok doğum yapanların oranı hafif şişmanlardan yüksek, eğitim düzeyleri ise düşüktür. Şişman kadınlar pişirmede kızartma yöntemini daha çok kullanmaktadırlar. Şişman kadınlar daha çok sağlık için, hafif şişmanlar ise estetik için zayıflamak istemektedir. Hafif şişmanlarda zayıflama yöntemi olarak fiziksel aktiviteyi artıranların oranı, şişmanlarda ise diyet uygulayanların oranı daha yüksektir.

GİRİŞ

Şişmanlık, gereksinenden daha fazla enerji alımı sonucu vücutta yağ oranının artması ile ortaya çıkan bir beslenme sorunudur. Şişmanlığın saptanmasında en pratik ölçüt Beden Kitle İndeksi (BKI) dir. BKI'nin 20-24.9 arasında olması normal, 25-29.9 arası hafif şişman 30-39.9 arası şişman ve 40'ın üzerinde olması ağır veya morbid şişmanlık olarak değerlendirilir (1). Şişmanlığın komplikasyonları, artmış genel mortalite, hipertansiyon, dia-

* H.Ü. Beslenme ve Diyetetik Bölümü Öğretim Üyesi

betes mellitus, pulmoner yetmezlik, aterosklerotik kardiyovasküler hastalıklar, konjestif kalp yetmezliği, venoz yetmezlik, tromboflebit, dislipidemi, kolelitiasis, karaciğer bozuklukları, uyku apnesi, infertilite, amenore, yara infeksiyonları, gebelik olursa preeklampsi, dejeneratif artrit, deri hastalıkları, immün bozukluklar, bazı kanserlerin görülme olasılığında artma, psikolojik ve sosyal sorunlar olarak sıralanabilir (2). Genel olarak şişmanlık sağlığı bozucu bir etmen olarak düşünülür ve düzeltilmesi gereklidir. Şişmanlığın düzeltilmesinde ilk adım şişmanlık oluşumundaki nedenlerin araştırılması ve bunlara yönelik önlemlerin alınmasıdır.

Bu çalışma yetişkin hafif şişman ve şişman kadınların bazı beslenme alışkanlıklarının ve zayıflamaya ilişkin tutum ve davranışlarının araştırılması amacıyla yapılmıştır.

ARAŞTIRMA YÖNTEMİ VE ARAÇLARI

Bu çalışma 338 hafif şişman, 141 şişman yetişkin kadın üzerinde yapılmıştır. Bireylerin genel özellikleri, beslenme alışkanlıkları ve zayıflamaya ilişkin tutum ve davranışları soruşturma yöntemi ile saptanmıştır. Boy uzunlukları ve vücut ağırlıkları yöntemine uygun olarak ölçülmüş ve Ağırlık (kg)/boy² (m) formülü ile BKİ'leri hesaplanmıştır. BKİ=25-29.9 olanlar hafif şişman BKİ=30 ve üzeri olanlar şişman olarak değerlendirilmiştir (1).

Elde edilen verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde dağılımlar yapılmış ve ki-kare önemlilik testi uygulanmıştır (3).

BULGULAR ve TARTIŞMA

Araştırma kapsamına alınan kadınların % 70.5'i hafif şişman (BKİ=25-29.9), % 29.5'i ise şişman (BKİ=30 ve üzeri) grubundadır. Tablo 1'de hafif şişman ve şişman bireylerin çeşitli özelliklerine göre dağılımları gösterilmiştir.

Hafif şişman-kadınların % 55.3'ü, şişman kadınların ise % 77.3'ü 35 yaş ve üzerindedir ($p<0.01$). Yaş BKİ arasında pozitif ilişki vardır (4). Yapılan bir çalışmada 20-34 yaş grubu 2133 kadının BKİ ortalaması 25.5, 35 yaş ve üzeri 367 kadının ise 28.0 olarak bulunmuştur (5). Sağlam (6) ile Pekcan ve arkadaşlarının (7) yaptığı çalışmalarda da yaşla birlikte şişmanlık oranının arttığı saptanmıştır. Hafif şişman kadınların % 45.3'ü ortaokul lise mezunu, % 8.3'ü yüksek okul mezunu iken, bu oranlar şişman kadınlarda sırasıyla %

Tablo 1: Hafif Şişman ve Şişman Kadınların Çeşitli Özelliklere Göre Dağılımları

Özellik	Hafif Şişman n=338		Şişman n=141		X ²	p
	Sayı	%	Sayı	%		
Yaş (yıl)						
20-34	151	44.7	32	22.7	25.976	p<0.01
35-49	160	47.3	97	68.8		
50 ve +	27	8.0	12	8.5		
Eğitim						
Okur yazar değil	27	7.9	26	18.4	39.711	p<0.01
İlkokul mezunu	130	38.5	82	58.2		
Orta-Lise mezunu	153	45.3	31	21.9		
Yüksekokul mezunu	28	8.3	2	1.5		
Çalışma Durumu						
Ev hanımı	230	68.1	121	85.8	16.577	p<0.01
Çalışıyor	108	31.9	20	14.2		
Medeni Durum						
Evli	240	85.1	88	90.7	7.212	p<0.05
Bekar	22	7.8	3	3.1		
Dul	20	7.1	6	6.2		
Menarj Yaşı (yıl)						
11-12	54	16.0	22	15.6	4.338	p>0.05
13-14	245	72.5	93	66.0		
15 ve +	39	11.5	26	18.4		
Doğum Sayısı						
Hiç	48	14.2	5	3.5	34.296	p<0.01
1	50	14.8	15	10.6		
2	108	32.0	30	21.3		
3	63	18.6	33	23.4		
4 ve +	69	20.4	58	41.2		
Doğum Aralığı (yıl)	n=240		n=121			
1-2	122	50.8	76	62.8	5.015	p<0.05
3 ve +	118	49.2	45	37.2		
Ailede Şişman Birey						
Var	191	56.5	71	50.4	1.458	p>0.05
Yok	147	43.5	70	49.6		
Şişmanlığın Başlama Zamanı						
Çocukluk	33	9.8	11	7.8	17.895	p<0.01
Buluğ	105	31.1	20	14.2		
Doğumlardan sonra	188	55.6	101	71.6		
Diğer	12	3.5	9	6.4		

21.9 ve % 1.5 dur ($p < 0.01$). Öğrenim düzeyi düştükçe BKİ yükselmektedir (5,6,8). Hafif şişman kadınların %68.1'i şişman kadınların % 85.8'i ev hanımıdır ($p < 0.01$). Şişmanlığa yol açan enerji dengesizliğinde hareketsizliğin rolü büyüktür. Şişmanların beden ağırlığının kilogramı başına harcadıkları enerji daha düşük bulunmuştur (9). Hafif şişman kadınların % 85.1'i, şişman kadınların ise % 90.7'si evlidir ($p > 0.05$). Sağlam (6) ile Pekcan ve arkadaşlarının (7) yaptığı çalışmalarda normal ağırlıklı kadınlarla şişman kadınların medeni durumları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır. Hafif şişman ve şişman kadınların sırasıyla % 72.5 ve % 66.0'sının menarj yaşı 13-14 olarak bulunmuştur ($p > 0.05$). Erken menarj ile şişmanlık arasında pozitif ilişki saptanmıştır (10). Hiç doğum yapmamış hafif şişman kadınların oranı % 14.2 iken 2 doğum yapanların oranı % 32.0, 3 ve üzerinde doğum yapanların oranı %39'dur. Bu değerler şişman kadınlarda sırasıyla % 3.5, % 21.3 ve % 64.6'dır. Hafif şişman ve şişman kadınların doğum sayıları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p < 0.01$). Canlı doğum sayısı ile birlikte BKİ de artış 2646 kadın üzerinde yapılan bir çalışmada da saptanmıştır. Bir doğum yapanların BKİ 24.1, 2-3 doğum yapanların 26.1, 4-5 doğum yapanların ise 27.0 olarak bulunmuştur (5). Sağlam'ın (6) çalışmasında da birden fazla doğum yapmış şişman kadınların oranı % 82.3 iken, normal kadınlarda bu oran % 50.8'dir. Hafif şişman kadınların % 50.8'inin, şişman kadınların ise % 62.8'inin doğum aralıkları 1-2 yıldır ($p < 0.05$). Gebelik döneminde alınan kilolar verilemeden sık aralıklarla yeniden gebelik geçirme şişmanlık riskini artırabilmektedir. Hafif şişman kadınların % 56.5'inin şişman kadınların ise % 50.4'ünün ailesinde şişman birey vardır ($p > 0.05$). Şişmanlarda besinlerin termik etkisi normal ağırlıklılardan düşük bulunmuş (11) ve kilo verme ile termik etkinin düşmediği saptanmıştır. Düşük termik etki şişmanlık oluşumunda etkili faktörlerden biridir ve bu kalıtsaldır (12). Beden yağlanmasında kalıtım etkisi % 25 olarak hesaplanmıştır (13). Ailenin beslenme alışkanlıkları da şişmanlığın aile bireylerince paylaşılmasında etkilidir. Şişmanlığın başlama zamanı hafif şişman kadınların % 31.1'inde buluş dönemi, % 55.6'sında doğumlardan sonraki dönemdir. Şişman kadınların ise, % 14.2'si buluş döneminden sonra % 71.6'sı ise doğumlardan sonra şişmanlamaya başladıklarını belirtmişlerdir ($p < 0.01$). Onsekiz yaşındaki BKİ değerinin 60. persentilden yüksek olmasının 35 yaşta, erkeklerde % 34, kadınlarda % 37 oranında şişmanlıkla sonuçlanabileceği belirlenmiştir (14). Çocukluk ve ergenlik şişmanlığın başması için kritik dönemlerdir. Ancak bu çalışmada doğumlardan sonra şişmanlama oranı daha yüksek bulunmuştur.

Hafif şişman ve şişman kadınların bazı beslenme alışkanlıklarına göre dağılımları Tablo 2'de verilmiştir. Günde 3 ve daha fazla öğün tüketenlerin oranı hafif şişmanlarda % 92.3 iken, şişmanlarda % 76.6 ($p < 0.01$) dır. Öğün sayısı azalıp, öğünde yenen miktar arttığında daha çok besin öğesinin emilimi insülin yanıtını artırarak depolamayı artırmaktadır. Az az çok öğünde yeme ise insülin konsantrasyonunu düşürerek trigliserit sentezini azaltmaktadır (15). Hafif şişman ve şişman kadınların öğün atlama oranları sırasıyla % 53.8 ve % 41.1 ($p < 0.01$) dir. Özellikle kahvaltı yapmama, akşam öğününe ağırlık verme, termik etkiyle enerji kaybını azalttığından (16) veya aralarda abur cubur yemeğe neden olduğundan (17) zayıflama diyetinin etkinliğini azaltır. Öğün aralarında yeme oranı heriki grupta da yüksektir ($p > 0.05$). Normal kişilerde ise öğün aralarında yeme oranı, şişmanlardan düşük bulunmuştur (6). Yemeğin hızlı ya da yavaş yenmesi ve üzüntülü ya da sevinçli iken daha çok veya daha az yeme açısından hafif ve şişman kadınlar arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır ($p > 0.05$). Normal ağırlıklı ve şişman kadınlar üzerinde yapılan çalışmalarda ise şişmanların daha hızlı yemek yedikleri (6,7) ve üzüntülü, sevinçli olayların şişmanların besin tüketimini daha çok etkilediği (7) bulunmuştur. Hafif şişman ve şişman kadınların sırasıyla % 47.9'u ve % 45.4'ü sigara içmektedir ($p > 0.05$). Heriki grupta da günde 5 adet ve daha az sayıda sigara içenler çoğunluktadır. Sigara içimi ile şişmanlık arasında ters ilişki bulunmuştur (18). Sigara içenlerin vücut ağırlığı (19) ve beden yağ oranı (20) içmeyenlerden daha düşük bulunmuştur. Nikotinle dinlenme metabolik hızı başlangıca göre % 6.5 artmıştır (21). Sigaranın katekolaminlerin salınımını uyararak metabolizmayı hızlandırdığı düşünülmektedir (22). Hafif şişman ve şişman kadınların alkol tüketim oranı düşüktür (sırasıyla % 10.9 ve % 5.7). Alkol tüketen hafif şişmanların % 10.8'i haftada 2 kez, % 56.8'i haftada 1 kez, geri kalanı daha seyrek alkol tüketirken, alkol tüketen şişman kadınların % 50.0'si haftada 2 kez, % 25'i haftada 1 kez, gerisi daha seyrek alkol tüketmektedir. Hafif şişman ve şişman kadınların alkol tüketme oranları arasında fark istatistiksel olarak önemsiz bulunurken ($p > 0.05$), diğer çalışmalarda normal ağırlıklı ve şişman kadınların alkol tüketme oranları arasındaki fark önemli bulunmuştur (7). Alkolün enerji gereksinmesinin üzerinde alındığında yağ deposunu artırdığı savunulmakta (23) ve alkol alımı ve BKİ arasında ilişki bulunmamaktadır (18,24). Alkol ve sigaranın birlikte alımı da dinlenme enerji harcamasını artırmaktadır (25). Metabolizma sırasında etil alkolün asetata, asetatın esetil CoA'ya dönüşümünde fazla ATP harcandığı ve bu nedenle alkolün kilo alımını

artırmadığı görüşü de vardır (26). Hafif şişman ve şişman kadınların öğün aralarında tükettikleri besinlerin çoğunluğunu çay ve kahve oluşturmakta bunu kek ve bisküvi v.b. izlemektedir. Çayın ve kahvenin şekerli içilip içilmediği önemlidir. Şekerli içildiği takdirde enerji tüketimini artırmaktadır. Aksi halde kafeinin termojenik etkisi ile yağ depolarının yıkımını artırabileceği belirtilmektedir (27). Şişman kadınlar hafif şişmanlara oranla yemek pişirmede kızartma yöntemini daha çok kullanmaktadırlar ($p < 0.01$). Kızartma yöntemi besinin enerji içeriğini artıran bir yöntemdir. Sağlık açısından riskleri de düşünüldüğünde kullanımı minimuma indirilmelidir. Normal ve şişman kadınların uyguladıkları pişirme yöntemleri arasındaki fark bir başka çalışmada önemsiz bulunmuştur (7).

Hafif şişman ve şişman kadınların zayıflamaya ilişkin tutum ve davranışlarının dağılımı Tablo 3'de görülmektedir. Hafif şişman kadınların % 75.2'si, şişman kadınların % 80.1'i zayıflamak istemektedir ($p > 0.05$). Ancak şişman kadınların çoğunluğu sağlık, hafif şişman kadınların çoğunluğu ise estetik nedenlerle zayıflamak istemektedirler ($p < 0.01$). Hafif şişmanlık sağlık sorunlarının başladığı bir dönemdir. Önlem alınmayıp şişmanlık geliştiğinde, koroner kalp hastalıkları (28), diyabet (29) başta olmak üzere pek çok sağlık sorunu için risk oluşturacaktır. Şişman kadınların % 70.8'i, hafif şişmanların ise % 55.1'i zayıflama yöntemi uygulamıştır ($p < 0.01$). Hafif şişmanların zayıflama yöntemi uygulayıp kilo vermeleri daha kolaydır. Hafif şişman ve şişman kadınların uyguladıkları zayıflama yöntemleri arasında fark vardır ($p < 0.05$). Diyet uygulayanların oranı şişman kadınlarda yüksek, fiziksel aktiviteyi artıranların oranı ise hafif şişman kadınlarda daha yüksektir. Zayıflama diyeti, fiziksel aktivite artırılarak uygulandığında daha yararlı olmaktadır (30-33). Fiziksel aktivitenin artırılması da tek başına kilo vermede etkili bulunmamış, enerji sınırlaması ile desteklenmesi gerektiği vurgulanmıştır (34). Zayıflama diyetlerinin yanında fiziksel aktivitenin artırılması yağsız doku kütlelerinin kaybını önlemekte (35) günlük enerji harcamasını artırmakta (36), iş yapma yeteneğinde artışa neden olmakta (37), kolesterol ve trigliserit düzeylerinde daha fazla düşüş, HDL de de daha fazla artış sağlanmaktadır (38).

Diyet uygulayan hafif şişman kadınların % 50'si, şişman kadınların ise % 37.7'si diyeti sık sık bıraktıklarını belirtmişlerdir ($p > 0.05$). Diyeti bırakma nedeni, hafif şişman kadınlarda, diyetin çok sınırlı olması (% 27.3), istenilen ağırlığa gelme (% 23.6), sağlık sorunlarının çıkması (% 20.5) şeklinde

Tablo 2: Hafif Şişman ve Şişman Kadınların Bazı Beslenme Alışkanlıklarına Göre Dağılımları

Beslenme Alışkanlığı	HafifŞişman n= 338		Şişman n= 141		x2	p
	Sayı	%	Sayı	%		
Öğün Sayısı						
1-2	26	7.7	33	23.4	27.068	p < 0.01
3	296	87.6	96	68.1		
4 ve +	16	4.7	12	8.5		
Öğün Atlama						
Evet	182	53.8	58	41.1	6.794	p < 0.01
Hayır	156	46.2	83	58.9		
Öğün Aralarında Yeme						
Evet	316	93.5	127	90.1	1.778	p > 0.05
Hayır	22	6.5	14	9.9		
Yemek Yeme Şekli						
Hızlı	72	21.3	40	28.4	2.878	p > 0.05
Yavaş	95	28.1	38	26.9		
Normal	171	50.6	63	44.7		
Üzüntülü ya da Sevinçli iken						
Aynı miktarda yeme	134	39.6	52	36.9	1.203	p > 0.05
Daha çok yeme	95	28.1	47	33.3		
Daha az yeme	109	32.3	42	29.8		
Sigara						
İçen	162	47.9	64	45.5	0.250	p > 0.05
İçmeyen	176	52.1	77	54.6		
İçilen sigara miktarı/gün		n=162		n=64		
5 adet ve daha az	79	48.8	47	73.4		
1/2 paket	49	30.3	5	7.8		
1 paket	32	19.7	11	17.2		
2 paket	2	1.2	1	1.6		
Alkol						
İçen	37	10.9	8	5.7	2.980	p > 0.05
İçmeyen	301	89.1	133	94.3		
Alkol içme sıklığı		n=37		n=8		
Haftada 2	4	10.8	4	50.0		
Haftada 1	21	56.8	2	25.0		
Ayda 2	2	5.4	-	-		
Ayda 1	10	27.0	2	25.0		
Öğün Aralarında Yeneler						
Çay, kahve	271	43.9	106	36.8		
Kek, bisküvi vb.	201	32.5	69	24.0		
Meyve-çiğ sebze	88	14.2	62	21.5		
Süt, ayran, yoğurt	30	4.9	28	9.7		
Kuruyemiş	15	2.4	14	4.9		
Meşrubat	10	1.6	5	1.7		
Çikolata	3	0.5	4	1.4		
Kullanılan Pişirme Yöntemi						
Kızartma	201	33.1	223	42.6	13.211	p < 0.01
Haşlama	233	38.4	191	36.4		
Izgara+fırın	173	28.5	110	21.0		

Tablo 3: Hafif Şişman ve Şişman Kadınların Zayıflamaya İlişkin Tutum ve Davranışlarının Dağılımı

Zayıflamaya İlişkin Tutum ve Davranışlar	Hafif Şişman		Şişman		x ²	p
	Sayı	&	Sayı	%		
Zayıflama İsteği		n=338		n=141		
Var	254	75.2	113	80.1	1.4	p > 0.05
Yok	84	24.8	28	19.9		
Zayıflama İsteme Nedeni		n=254		n=113		
Sağlık	105	41.3	51	45.1		
Estetik	135	53.2	42	37.2	16.846	p < 0.01
Sağlık+Estetik	14	5.5	20	17.7		
Zayıflama Yöntemi Uygulama						
Evet	140	55.1	80	70.8	7.675	p < 0.01
Hayır	114	44.9	33	29.2		
Uygulanan Zayıflama Yöntemi		n=140		n=80		
Diyet	88	62.9	61	76.3		
Fiziksel Aktiviteyi Artırma	44	31.4	13	16.2	6.557	p < 0.05
Diğer	8	5.7	6	7.5		
Diyeti Sık Sık Bırakma		n=88		n=61		
Evet	44	50.0	23	37.7	1.795	p > 0.05
Hayır	44	50.0	38	62.3		
Diyeti Bırakma Nedeni						
İstenilen ağırlığa gelme	38	23.6	16	19.5		
Çok sınırlı	44	27.3	21	25.6		
Hazırlaması zor	26	16.2	9	11.6		
Sağlık sorunlarının çıkması	33	20.5	26	31.7		
Kilo verememe	20	12.4	10	12.2		
Diyetin Alındığı Kaynak						
Beslenme Uzmanı	44	19.1	18	15.4		
Hekim	34	14.8	29	24.8		
Gazete, dergi	43	18.7	9	7.7		
TV, radyo	11	4.8	8	6.8		
Arkadaş	35	15.2	14	12.0		
Kendisi	63	27.4	39	33.3		

sıralanırken, şişman kadınlarda sağlık sorunlarının çıkması (% 31.7), diyetin çok sınırlı olması (% 25.6) ve istenilen ağırlığa gelme (% 19.5) şeklinde sıralanmaktadır. Aralıklarla diyet yapma beden bileşimini değiştirmekte ve toplam enerji gereksinmesini etkilemektedir. Diyet yapılmayan dönemde, şişman kişiler normal ağırlıklılar düzeyinde enerji almalarına karşın onlardan daha kilolu ve yağlıdırlar. Sık sık diyet yapıp bırakarak kilo alıp verme yerine

uygun bir diyeti yaşam boyu sürdürmek daha doğrudur (39, 40). Diyetin alındığı kaynak incelendiğinde hafif şişmanların % 27.4'ü, şişmanların % 33.3'ü kendi bildikleri diyeti uygulamışlardır. Hafif şişmanların % 19.1'i beslenme uzmanından % 14.8'i hekimden diyet alırken, bu oranlar şişmanlarda sırasıyla % 15.4 ve % 24.8 dir. Konunun uzmanı kişiler tarafından önerilmeyen diyetler sağlık açısından riskli olabilen diyetlerdir (41).

Diyet uygulayanlardan (149 kişi) % 82.5'u kilo kaybettiğini, % 17.5'u ise kilo kaybedemediğini belirtmiştir. Tablo 4'de ağırlık kaybetme ve kaybedilen ağırlığı tekrar kazanma durumları gösterilmiştir.

Tablo 4: Ağırlık Kaybetme ve Kaybedilen Ağırlığı Tekrar Kazanma Durumuna Göre Dağılım (n=123)

Kaybedilen Ağırlık	Tekrar Kazanılan Ağırlık										Toplam			
	Kaybedilen Ağırlığın													
	Hiç		1/4'ü		1/2'si		3/4'ü		Hepsi		Hepsinden çoğu		Sayı	%
Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%			
Haftada 1 kg'dan az	29	33.3	5	5.8	2	2.3	9	10.4	11	12.6	31	35.6	87	70.7
1 kg/hafta	4	17.4	3	13.1			2	8.7	7	30.4	7	30.4	23	18.7
2 kg/hafta							4	40.0	3	30.0	3	30.0	10	8.1
haftada 2 kg'dan çok	2	66.7							1	33.3			3	2.5
Toplam	35	28.5	8	6.5	2	1.6	15	12.2	22	17.9	41	33.3	123	100.0

Şişman ve hafif şişman kadınların % 70.7'si haftada 1 kg.'dan az, % 18.7'si 1 kg/hafta, % 8.1'i 2 kg/hafta ve % 2.5'u da haftada 2 kg. dan çok ağırlık kaybetmişlerdir. Ancak kilo kaybedenlerin % 28.5'i ağırlıklarını korurken, % 71.5'i koruyamamış, % 33.3'ü kaybettikleri ağırlıktan daha fazlasını, % 17.9'u kaybettikleri ağırlığın hepsini geri kazanmışlardır. Kısa sürede zayıflama ile tekrar kilo alma riski artmaktadır (42). Kısa sürede zayıflama aşırı enerji sınırlaması ile gerçekleştiğinde, metabolik hız düşmekte (43,44), organların hücre yapılarında değişimler olmaktadır (45). Genç yetişkin ve orta yaşlılarda vücut ağırlığındaki sık değişimler koroner arter hastalıklarından ölüm riskini artırırken (42) şişman bireylerin kilo vermeleri ve o kiloyu korumaları kardiyovasküler risk faktörlerini olumlu yönde etkilemektedir (46). Kilo kaybından sonra tekrar kilo alımında yağ dokusu

lipoprotein lipaz enziminin etkili olduğu düşünülmektedir. Şişman kadınlarda bu enzimin aktivitesi normal kilolulardan 3-4 kat yüksek bulunmuş ve kilo verme ile değişmediği saptanmıştır. Bu enzim yağ hücrelerin trigliseritlerle dolmasını hızlandırmaktadır. Yüksek yağlı diyet yağ asiti sağlamakta ve yağ yıkımını önlemektedir (47). Şişman kişiler kilo verdikten sonra bu ağırlığı sürdürebilmek için düşük yağlı diyete devam etmeli (48-50) ve fiziksel aktivitelerini artırmalıdır (51-53). Yavaş hareket çok yağlı bedende önemli etki yapmamaktadır. Şişman bireyler hızlı yürüdükleri zaman enerji harcamasını artırmaktadırlar (54). Günde yaklaşık 1 saat yürüme, uygun beden ağırlığına gelmede en etkili fiziksel aktivite artırma yöntemi olarak önerilmektedir (55).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Şişman kadınlarda; 35 yaş ve üzerinde olanların, ev hanımı olanların, evli olanların, 2 veya daha çok doğum yapanların oranı hafif şişmanlardan istatistiksel olarak önemli ölçüde yüksek, eğitim düzeyi ise düşüktür. Menarj yaşı ve ailede başka şişman birey bulunması açısından hafif şişman ve şişman kadınlar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Hafif şişmanlarda buluş döneminde sonra, şişmanlarda ise doğumlardan sonra şişmanlamaya başlayanların oranı yüksektir ($p < 0.01$).

Şişman kadınlarda günde 3 den az öğün tüketenlerin oranı hafif şişmanlardan fazladır ($p < 0.01$). Öğün aralarında yeme, hızlı ya da yavaş yeme, üzüntülü veya sevinçli iken daha az ya da çok yeme, sigara ve alkol kullanma açısından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Şişman kadınlar pişirme yöntemi olarak kızartma yöntemini hafif şişman kadınlardan daha çok kullanmaktadırlar ($p < 0.01$).

Hafif şişman ve şişman kadınların zayıflama istekleri arasında fark bulunmazken ($p > 0.05$) şişmanlarda sağlık gerekçesiyle hafif şişmanlarda estetik nedenlerle zayıflamak isteyenler daha fazladır ($p < 0.01$). Şişmanlarda zayıflama yöntemi uygulayanların oranı daha yüksektir ($p < 0.01$). Hafif şişmanlarda zayıflama yöntemi olarak fiziksel aktiviteyi artıranların oranı, şişmanlarda ise diyet uygulayanların oranı daha yüksektir ($p < 0.05$). Diyet uygulayarak kilo kaybeden hafif şişman ve şişman kadınların yalnızca % 28.5'u kaybettikleri ağırlığı tekrar kazanmamışlar % 33.3, kaybettiklerinden fazlasını, % 17.9'u ise kaybettiklerinin hepsini geri kazanmışlardır.

Hafif şişmanlık sağlık risklerinin başladığı bir dönemdir. Önlem alınmazsa şişmanlıkla sonuçlanabilir ve şişmanlığın yol açtığı sağlık sorunları görülme riski artabilir. Ağırılık sürekli izlenmeli ve BKİ'nin 25'i aşması durumunda özellikle de kişiler 50 yaşın altında ise, hipertansiyon, hiperlipidemi, diyabet ve üst vücut yağ depolanması söz konusu ise uygun diyet, fiziksel aktivitenin artırılması ve davranış değişikliği ile BKİ 25 in altına getirilmelidir. Şişmanlığın önlenmesi, düzeltilmesinden daha kolaydır.

SUMMARY

DIETARY HABITS OF OVERWEIGHT AND OBESE WOMEN AND ATTITUDES FOR THE WEIGHT LOSS

Yurttagül, M.

This study was carried out on 338 overweight and 141 obese adult women. Age, education, parity, food habits and attitudes for weight loss of the subjects were determined and compared. Age and multiparity were higher in obese women. The number of married women and housewives were also found higher among obese ones, but their educational status was lower compared with overweights. Frying was mostly used cooking method among the obese subjects. Reasons of the obese and overweight subjects mentioned for being on a diet were health and esthetic respectively. Methods chosen by the subjects to loss weight were increasing physical activity and dieting. The former was higher for the overweights while the later was mostly practised by the obese ones.

KAYNAKLAR

1. Thomas B. Obesity, Manual of Dietetic Practice, Blackwell Scientific Publications, Oxford, s.333, 1988.
2. Çakmakçı, M. Morbid obesiteye cerrahi yaklaşım. Obstrüktif Sleep Apne Sendromu (Ed:Barış I.) Türkiye Akciğer Hastalıkları Vakfı Yayınları No:5,s.113, 1993.
3. Sümbüloğlu K. Sağlık Bilimlerinde Araştırma Teknikleri ve İstatistik. Matis Yayınları, Çağ Matbaası, Ankara, 1978.

4. Romieu I. Willett W C. Stampfer MJ. et al. Energy intake and other determinants of relative weight. *Am J Clin Nutr* 47:406, 1988.
5. Sağlık Bakanlığı (Türkiye), Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü ve Macro International Inc. 1994. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1993, Ankara, Türkiye.
6. Sağlam F. Kadınlarda şişmanlığın görülme sıklığı ve oluşumunu etkileyen etmenler, *Beslenme ve Diyet Dergisi* 18 (2): 195, 1989.
7. Pekcan G. Baltacıoğlu S. Şişman kadınların beslenme bilgi düzeyi ve alışkanlıklarının saptanması, *Beslenme ve Diyet Dergisi* 17 (2) : 221, 1988.
8. Flegal KM. Harlan VR. Landis R J. Secular trends in body mass index and skinfold thickness with socioeconomic factors in young adult women . *Am J Clin Nutr* 48:535, 1988.
9. Canley J A. Laporte RE. Sandler RB. et al. Comparison of methods to measure physical activity in post menopausal women. *Am J Clin Nutr* 45:14, 1987.
10. Gran SM. Lavelle M. Rosenberg KR. Hawthorne V M. Maturation timing as a factor in female fatness and obesity. *Am J Clin Nutr* 43:879, 1986.
11. Segal KR. Edano A. Blando L. Pi-Sunyer FX. Comparison of thermic effects of constant and relative caloric loads in lean and obese man. *Am J Clin. Nutr* 51: 14, 1990.
12. Nelson KM. Weinsier RL. James LD. et al. Effect of weight reduction on resting energy expenditure substrate utilization and the thermic effects of food in moderately obese women. *Am J Clin Nutr* 55:924, 1992.
13. Bouchard C. Bray GA. Hubbard VS. Basic and clinical aspects of regional fat distribution. *Am J Clin Nutr* 52:946, 1990.
14. Guo SS. Roche AF. Chumlea WC. et al. The predictive value of childhood body mass index values for overweight at age 35 year. *Am J Clin Nutr* 59:810, 1994.
15. Tai MM. Castillo P. Pi-Sunyer FX. Meal size and frequency: Effect on the thermic effect of food. *Am J Clin Nutr* 54: 783, 1992.
16. Romen M. Edme JL. Boulenez C et al. Circadian variation of diet induced thermogenesis. *Am J Clin Nutr* 57:476, 1993.
17. Schlundt DG. Hill JO. Sbrocco T. et al. The role of breakfast in the treatment of obesity: A randomized clinical trial. *Am J Clin Nutr* 55:645, 1992.
18. Kromhout D. Saris WHM. Horst CH. Energy intake energy expenditure and

smoking in relation to body fatness: The Zutphan Study. *Am J Clin Nutr* 47:668, 1988.

19. Troisi J R. Heinold WJ. Vokonas SP. et al. Cigarette smoking, dietary intake and physical activity: Effects on body fat distribution. The normative again study. *Am J Clin Nutr* 53: 1104, 1991.
20. Klesges RC. Eck LH. Isabell TR. et al. Smoking status: Effect on the dietary intake, physical activity and body fat of adult men. *Am J Clin Nutr* 51:784, 1990.
21. Perkins KA. Epstein LH. Stiller RL. et al. Metabolic effect of nicotine after consumption of a meal in smokers and nonsmokers. *Am J Clin Nutr*. 52:228, 1990.
22. Perkins KA. Epstein LH. Stiller RL. et al. Acute effects of nicotine on resting metabolic rate in cigarette smokers. *Am J Clin Nutr* 50:545, 1989.
23. Sonko BJ. Prentice AM. Murgatroyd PR. et al. Effect of alcohol on postmeal fat storage. *Am J Clin Nutr* 59:619, 1994
24. Lieber CS. Perspectives: Do alcohol calories count. *Am J Clin Nutr* 54:976, 1992.
25. Klesges RC. Mealer CL. Klesges ML. Effect of alcohol intake on resting energy expenditure in young women social drinks. *Am J Clin Nutr* 59:805, 1994.
26. Colditzs AG. Giovannuci E. Rimun BE. et al. Alcohol intake in relation to diet and obesity in women and men. *Am J Clin Nutr* 54:49, 1992.
27. Astrup A. Toubro S. Cannon S. et al. Caffein: A doubleblind, placebo-controlled study of its thermogenic metabolic and cardiovascular effect in healthy volunteers *Am J Clin Nutr* 51:759, 1990.
28. Anon. Coronary heart disease without risk factors. *Nutr Rev* 47:18, 1989.
29. Stern MP. Primary prevention of type II diabetes mellitus, *Diabetes Care* 14:5, 401, 1991.
30. Tremblay A. Despres JP. Leblanc C. et al. Effect of intensity of physical activity on body fatness and fat distribution. *Am J Clin Nutr* 51:153, 1990.
31. Staten MA. The effect of exercise on food intake in men and women. *Am J Clin Nutr* 53:27, 1991.
32. Slattery MC. Mc Donald A. Bild DE. et al. Association of fat and its distribution with dietary intake, physical activity, alcohol and smoking in blacks and whites. *Am J Clin Nutr* 55:943, 1992.
33. Trambly A. Alweras N. Boer J. et al. Diet composition and post exercise energy balance. *Am J Clin Nutr* 59:975, 1994.

34. Sweeney ME. Hill JO. Heller PA. et al. Severe and moderate energy restriction with and without exercise in the treatment of obesity. Efficiency of weight loss. *Am J Clin Nutr* 57:127, 1993.
35. Ballor DL. Karch VL. Becque MD Marks CR. Resistance weight training during caloric restriction enhances lean body weight maintenance. *Am J Clin Nutr* 47:19, 1988.
36. Horton TJ. Geissler CA. Effect of habitual exercise on daily energy expenditure and metabolic rate during standardized activity. *Am J Clin Nutr* 59:13, 1994.
37. Donnelly EJ. Pronk PN. Jacobson JD. et al. Effects of very low calorie diet and physical training regimens on body composition and resting metabolic rate in obese females. *Am J Clin Nutr*. 54:51, 1992.
38. Karoley JA. Andresen-Reid MC. Oeming L. et al. Differential health benefits of weight loss in upper-body and lower-body obese women. *Am J Clin Nutr* 57:20, 1993.
39. Manore MM. Berry TE. Skinner JJ. et al. Energy expenditure at rest and during exercise in non obese female cyclical dieters and in nondieting control subjects. *Am J Clin Nutr* 54:41, 1992.
40. Van-Dale D. Saris WHM. Repetitive weight loss and weight regain: Effects on weight reduction resting metabolic rate and lipolytic activity. *Am J Clin Nutr* 49:409, 1989.
41. Koray V. Pekcan G. Tirajı yüksek dört gazetede yayınlanan zayıflama diyetlerinin bilimsel geçerliliğinin saptanması. *Beslenme ve Diyet Dergisi* 14:101, 1985.
42. Anon. Does weight change in young adulthood influence long-term mortality. *Nutr. Rev* 47:371, 1989.
43. Elliot DL. Goldberg L. Kuehl KS. Banned WM. Sustained depression of the resting metabolic rate after massive weight loss. *Am J Clin Nutr* 49:93, 1989.
44. Anon. Energy expenditure and the control of body weight. *Nutr Rev* 47:249, 1989.
45. Young EA. Canty TL. Harris M M: Gastrointestinal and cardiac response to refeeding after low-calorie semistarvation. *Am J Clin Nutr*. 50:922, 1989.
46. Dattilo MA. Kris-Etherton PM. Effect of weight reduction on blood lipids and lipoproteins a meta analysis. *Am J Clin Nutr* 56:320, 1992.
47. Anon. Failure to maintain weight loss: Permissive role of lipoprotein lipase. *Nutr Rev* 47:328, 1989.

48. Kendall A. Levitsky AD. Strupp JB. et al. Weight loss on a low-fat diet:Consequence of the imprecision of the control of food intake in humans. *Am J Clin Nutr* 53:1124, 1991.
49. Sheppard J. Kristal AR. Huski LH. et al. Weight loss in women participating in a randomized trial of low fat diets. *Am J Clin Nutr* 54:821, 1992.
50. Prewitt E T. Schmeisser D. Bowen EP. et al. Changes in body weight, body composition and energy intake in women fed high and low-fats diets. *Am J Clin Nutr* 54:304, 1992.
51. Anon. Physical fitness and basal metabolic rate. *Nutr Rev* 47:324, 1989.
52. Kayman S. Bruvold W. Stern JS. Maintenance and relapse after weight loss in women: Behavioral aspects. *Am J Clin Nutr* 52:800, 1990.
53. Ferraro R. Boyce LV. Swinburn B. et al. Energy cost of physical activity on a metabolic ward in relation to obesity. *Am J Clin Nutr* 53:1368, 1991.
54. Katch V. Becque D. Marks C et al. Oxygen uptake and energy output during walking of obese male and female adolescents. *Am J Clin Nutr* 47:26, 1988.
55. Whatley J E. Gillespie WJ. Honig J. et al. Does tha amount of endurance exercise in combination with weight training and a very low energy diet affect resting metabolic rate and body composition. *Am J Clin Nutr* 59:1088, 1994.