

International Journal of Social, Political and Economic Research

IJOSPER

ISSN: 2667-8810 (Online)

ijosper.uk



Original Article

Received Date: 17-11-2020

Accepted Date: 21-12-2020

doi.org/10.46291/IJOSPERvol7iss4pp819-837

Sağlıklı Hayat Merkezine Başvuranlarda Sağlıklı Beden İmajı

Bülent ÖNGÖREN

Dr.Öğr.Üyesi, Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Seydikemer Uyg.Bil.Y.O., Sosyal Hizmet Bölümü

bulentongoren@mu.edu.tr

orcid.org/0000-0003-1288-0765

Zafer DURDU

Doçent Dr., Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Edebiyat Fakültesi, Sosyoloji Bölümü

zaferdurdu@mu.edu.tr

orcid.org/0000-0002-0573-9715

Özet

Günümüzde sağlıklı yaşam, hastalıklı olmama, kronik hastalık beraber yaşayabilme, uygun yeme alışkanlıkları spor, kozmetik, cilt bakımı, hatta modayı da kapsayacak kadar geniş şekilde tanımlanmaktadır. Bu nedenle beden ölçüleri ve bunların değişimi sağlıklı yaşam ölçütü olarak değerlendirilmekte, bunların toplum ve birey tarafından algılanması da beden imajını belirlemektedir. Çalışma sağlıklı yaşamın unsurlarının sosyodemografik açıdan değerlendirerek, sağlıklı beden imajını ortaya koymaya çalışmaktadır. **Yöntem:** Sağlıklı yaşamı ölçmek için çalışmada, sosyodemografik veriler, Beden Kitle İndeksi, Bel Çevresi, Biyoelektrik İmpedans Analizi, yeme alışkanlıkları, hareket düzeyi, spor veya egzersiz alışkanlıkları ve bazı kan değerleri kullanılmıştır. Muğla ilindeki Sağlıklı Hayat Merkezlerine (SHM) 2016 yılında başvuran 2773 kişi değerlendirmeye alınmıştır. Araştırma retrospektif bir çalışmadır. **Bulgular:** SHM'ye başvuranların bel çevresi ve BKİ açısından yüksek riskli yada şişman olduğu tespit edilmiştir. Danışanlar gün içerisinde 30 dakikadan az yürüyüş yapmakta, fakat ortalama 6 saat hareketsiz kalmaktadırlar. Aile fertlerinde şişman olması ise diğerlerinde de benzer eğilimlerin varlığını göstermektedir. **Sonuç:** Danışanların toplam yağ oranları ve vücut ağırlıklarında azalma olması ise SHM'lerin bireylere olumlu katkısıdır. Şişmanların SHM'leri düzenli takibi, beden imajlarında normalleşmeye neden olmakta ve fizyolojik değişimlere olanak sağlamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Sosyolojisi, Beden İmajı, Sağlıklı Hayat Merkezi, Obezite

Healthy Body Image in Applicants to Wellness Center

Summary

Objective: Today, healthy life, non-disease, chronic disease coexistence, appropriate eating habits are defined as wide enough to include sports, cosmetics, skin care and even fashion. For this reason, the measurements of the body and their changes are considered as criteria of healthy life, and their perception by the society and the individual determines the body image. The study tries to reveal the image of a healthy body by evaluating the elements of healthy life from a socio-demographic perspective. **Methods:** In order to measure healthy life, sociodemographic data, Body Mass Index, Waist Circumference, Bioelectrical Impedance Analysis, eating habits, movement level, sports or exercise habits and some blood values were used in the study. 2773 people who applied to the Healthy Life Centers (SHM) in Muğla province in 2016 were evaluated. The research is a retrospective study. **Results:** It was determined that the applicants to SHM are at high risk or obese in terms of waist circumference and BMI. Clients walk less than 30 minutes during the day, but remain still for an average of 6 hours. The fact that the family members are obese indicates the presence of similar trends in others. **Conclusion:** Total fat ratios and decrease in body weights of the clients are the positive contribution of SHMs to individuals. Regular follow-up of fatty SHMs causes normalization in their images and enables physiological changes.

Key Words: Medical Sociology, Body Image, Wellness Center, Obesity

1. GİRİŞ

Sağlık ve hastalık denildiğinde öncelikle akla tıp alanı ve bu alanla ilgili kavramlar gelmektedir. Bu kavramlar hastane ve sağlık ocağı, pansuman, ameliyat, enjeksiyon, hekim, hemşire, ilaç, tahliller vb. gibi tıbbi tanımları ve uygulamaları anımsatmaktadır. Bu bağlamda sağlık problemleri sadece biyolojik bir sorun olarak değerlendirilmekte ve çözüm yolu ise bu çerçeveye sınırlandırılmaktadır. Ancak sağlık veya sağlıksızlık tıbbi olmasıyla birlikte toplumsal ve kültürel yönleri de olan bir olgulardır. Yaşamın farklı özelliklerini ortaya çıkarmak, ona sahip olmak, korunmak ve devamını sağlamak açısından sağlık, sosyolojiktir. Günümüzde sağlığın toplumsal içeriği yadsınamaz ve ona sosyolojik bir çerçeveden bakmak zorunlu hale gelmiştir. Çünkü sağlık baştan sona insanların arasındaki toplumsal ilişkileri ve davranışları içermektedir. Bu nedenle sosyologlar günümüzde gündelik yaşamda hastalık hissi oluşmamış bireylerin, sınırları belirgin sağlık anlayışına dikkat çekmektedir. Artık birey üzerine odaklanmış halk sağlığına ilgi azalmış, bireyin arzu ve tutkularıyla bedenini yeniden oluşturmak için diyet gibi çevresel ve yapısal unsurlar ele alınmaya başlanmıştır (Öngören, 2011, IX). Örneğin hastalık semptomlarının neler olduğu, hastaların veya hekimlerin tercihleri, her ne kadar tıpla ilgili görünse de aslında daha çok kültürel ve toplumsaldır. Diğer taraftan sağlık alanında oluşan gruplar ve bu grupların diğer grup ve toplumsal yapıyla

ilişkisi, bir kurum olarak sağlık kurumunun işleyişi, diğer kurumlarla ilişkileri ve değişimleri sosyolojinin inceleme alanına girmektedir (Aytaç, Kurtdaş, 2015; 231-232).

Sağlık sosyolojisi perspektifinden bakıldığında hastalık daha çok insan eylemleri ile meydana gelir. Tıbbın sadece bilimsel olmayıp sosyal bir süreç olması, hastalığın doğal insan davranışı olmamasından kaynaklanmaktadır. Hekim bireyin davranışlarında ve durumlarında [belirti ve değişikliklerinde] olan sapmaları medikal alan içerisinde tanımlamakta, kendi hakimiyet alanına almakta ve söz söyleme yetkisini alarak onu tıpsallaştırmaktadır (Nazlı, 2004; 119). Bir olaya veya bir soruna tıbbi olarak yaklaşma, onu tıbbi terimlerle tanımlama, bu tanımlı yaparken tıbbi bir dil kullanarak ona tıbbi bir çerçeve çizme ve iyileştirirken tıbbi tedavi uygulamak tıpsallaşma kavramını açıklamaktır. Bu sosyokültürel süreç tıp mesleğinin etkisiyle tıbbi bir sosyal kontrol süreci haline gelmiş ve tıbbın alanını genişletmesine neden olmuştur. Bu tıbbi çerçeve daha önce tıp içerisinde tanımlanmayan birtakım problem veya olayların da tıbbileşmesine neden olmaktadır (Conrad, 1992; 211). Tıbbileşmenin olağan sonucu olarak da modern yaşamın her noktasına nüfuz eden tıp, iktidarın da her biriminde işe girişmiş, artık yönetim tedavi edici veya normalleştirici bir işlev üstlenmiştir. Dolayısıyla da hem tıbbi iktidar, hem de onun gücünü gösterme biçimleri veya tedavileri birer baskı biçimleridir. Tıp ya da onun karar mekanizması olarak hekim bireyin “normal”, “anormal”, “hasta” hatta “öteki” olduğunu belirleyen tek otoritedir (Foucault, 1995; Oneil, 2008). Modern birey geleneksele nazaran, bağımsız, rasyonel, üretken ve eyleyen olsa, modernin tıbbi iktidar tahakkümlerinin en kılcallarına kadar işlemesi nedeniyle isteyerek ya da farkında olmadan boyun eğmekte, birey temsil hakkını devretmektedir. Bu edilgin durum tıbbi iktidar tarafından normalleştirilen, uyumlaştırılan bireyin görünümüdür. Tüm bu görünümler modern zamanların bireyi açısından beden imajının da tıbbileşmesine yol açmış, ayrıca modern tüketim kültürü ile de birleşerek birey üzerinde ciddi bir baskı mekanizmasına dönüşmüştür.

1.1 Sağlıklı Beden İmajı

Bedene ve onun sağlığına, sağlık sosyolojisi merceğinden bakıldığında, modern dönem kültüründe esas olarak, üreten beden ve onun asgari tıbbi/hastalıklı olmayan sağlığı üzerinde durulduğu görülür. Günümüz geç modern toplumunda, sağlıklı beden üzerine odaklanılmaya başlanmıştır. Tüketim toplumunda bireyin, haz peşinde koşan, sürekli aktif ve fit olma durumunda olan bir kapasiteyi taşıması gerekmektedir. Bu kapasite ise, ancak sağlıklı olma ile sağlanabilmektedir. Bedenin sağlıklı olması, en basit şekliyle, onun daha fazla tüketebilmesini sağlayarak geç kapitalist sistemin devamlılığını sağlamada önemli bir unsur haline gelmesini sağlamaktadır. Bu nedenle, sağlıklı olmanın toplum içerisinde anlamı son

derece önemlidir (Öngören, 2011, IX). Bu bağlamda beden imajı, beden tipine ve bedenin toplam yeterliliğine atıf yapar. Beden imajı bireyin kendisini algılamasıdır ve onun görünümüne dayanır. Dolayısıyla kişiye ayna tuttuğu gibi, vücudun şekli ve hacmiyle ilgilidir ve cinsiyete göre değişmektedir (Featherstone, 2010; Tiggemann, 2003).

Beden imajı benliğin fiziki görünümünü içeren öznel değerlendirmelerdir (Dedeoğlu&Savaşçı, 2005; 79). Bireylerin kimlik oluşumunda bedenin tüketilen nesne olarak önemli bir işlevi vardır. Bocock'a (1997: 107) göre bireyler, bedenlerine ilişkin tüketimlerle kimliklerini oluştururken diyet, egzersiz, moda uygun giyinme, süslenme, yeme, estetik, sağlıklı olma çabaları gibi yollara başvururlar. Böylece bireyler, kimliklerini gerçek yaşam üzerine ötekinin arzularıyla gömülü anlamlar üzerinde bulmaktadır. Birey bu tüketimleri ile toplumla bağlantı kurmakta, bütünleşmekte ve uyum sağlamaktadır. Bağlantı ve bütünleşme aynı zamanda normalleşmeyi içerirken ötekilerden iyi-güzel-sağlıklı-fit olarak farklı olmayı da barındırmaktadır. Bunlar ise, kültürel idealler ile sağlanırken, kültürden ve zamandan bağımsız olmamaktadır (Dedeoğlu&Savaşçı, 2005; 80). Örneğin 20. Yüzyılın başlarındaki kilolu güzel idolleri yerlerini 80'ler 90'larda 90-60-90 modellere, günümüzde ise sıfır bedene bırakmıştır. Aynı zamanda bu kavramlar her ne kadar küresel idealleri de içermekle birlikte toplumlar arasında farklılaşma da kaçınılmazdır. Sürekli olarak medya, tıp, eğitim gibi kurumların söylemlerinden beslenen bu toplumsal idealler, bireyleri daha zayıf, daha fit, daha sağlıklı, daha pürüzsüz olmaya itmektedir. Bunu sağlamak için bireye diyet, egzersiz, estetik ve kozmetik, süslenme ve giyinme, cinsellik kuralları (daha tıbbi söylemlerle reçeteleri) verilmektedir (Dedeoğlu&Savaşçı, 2005; 80).

1.2 Şişmanlık (Obezite)

Bedenin gelişmesi, dokularının yenilenmesi ve çalışması için gerekli olan besin öğelerinin her birini yeterli miktarlarda alması gerekmektedir. İnsanın ihtiyacı olan ve gıdaların yarıya yakının içeriğinde besin öğeleri, proteinler, yağlar, karbonhidratlar, madenler, vitaminler ve sudur. Bu gıdalar birlikte ve yeterince alınırsa insan bedeni normal gelişimini sürdürebilir. Yeterli ve dengeli beslenmede bireylerin sosyodemografik özellikleri çok önemli olduğundan farklı özellikleri olanların değişik miktarlarda besin öğeleri ihtiyaç duyulur. Çünkü her gıdanın içeriği farklıdır. Bu nedenle, besinler; süt ve süttten yapılan yiyecekler, hayvansal gıdalarla baklagiller ve bu besinlerden yapılan ürünler, taze sebze ve meyveler, tahıllar ve tahıllardan yapılan yiyecekler olmak üzere 4 grupta toplanmaktadır. Genel olarak yetişkin bir birey her gruptan ortalama 2 porsiyon tüketildiğinde yeterli ve dengeli beslendiği ifade edilmektedir¹¹. Bununla birlikte özellikle 20.yüzyılda hayatımıza giren tuz, şeker ve

yağın temel olarak çok az tüketilmesi gerekmektedir. Ayrıca farklı yiyecek gruplarından beslenmenin yanı sıra Sağlık Bakanlığı sağlıklı beslenme önerilerini şu şekilde sıralamaktadır.

- Günlük yiyecekler çeşitli gruplardan, günde en az 3 öğün olarak ve doğal, taze ürünler alınmalıdır.

- Günlük beslenmede ekmek ve tahıl grubu besinler mutlaka alınmalı, günlük enerji ihtiyacının yarısından fazlası (%55) karbonhidratlardan alınmalıdır.

- Her gün farklı çeşit ve miktarlarda taze sebze ve meyve yenilmelidir.

- Günlük alınan yağ toplam enerjinin %30'unu geçmemelidir. Dolayısıyla yiyeceklerin pişirilmesinde asgari düzeyde yağ kullanılmalıdır.

- Sucuk, salam, sosis gibi işlenmiş ürünlerden çok, balık, kanatlı etleri veya kurubaklagiller seçilmelidir.

- Yağsız veya az yağlı süt ve süt ürünlerini tercih edilmelidir.

- Yüksek enerji içeren ürünler yerine az şekerli besinleri alınmalı, şeker, tatlı ve yüksek kalorili içeceklerin alımına sınır koyulması gerekir.

- Günlük tuz alımının azaltılması, ortalama 1 çay kaşığı olarak ayarlanması gerekmektedir.

- Alkol alınan yüksek enerjili besinler nedeniyle sınırlandırılması gerekmektedir.

- Yiyeceklerin pişirilirken haşlama, fırında ve buharda pişirme yöntemlerini tercih edilmesi tüketilen yağ, tuz ve şeker miktarını ciddi şekilde azaltacaktır.

Bu beslenme önerileri ve yeme alışkanlıklarının değişimine yönelik çabanın nedeni en üst düzey sağlıklı yaşamı hedefleyen beslenme anlayışının yaygınlaşmasıdır. Bu anlayışta bedenin çalışmasını sağlayacak kadar enerji ve gıdanın yeterince alınması gerekir (Yücecan, 2008; 7). Ancak hedef bu beslenme anlayışı olsa da 20. yüzyıldan itibaren yeme alışkanlıkları değişmeye başlamış, toplam alınan yağ, un, tuz miktarı artmıştır. Bununla birlikte, bireyden gün boyu süren zindelik hali istenmekteyken, birey kent yaşamında çok daha az hareket etmektedir. Gıdaların kimyasal analizi ile birlikte vücudun alabileceği/almaması gereken besinlerin belirlenmesi, beslenme kurallarının oluşmasıyla sonuçlanmıştır. Günümüzde ise, yukarıda bahsedildiği üzere beslenme daha karmaşık hale gelmiştir. Alınan gıdaların daha çok fast-food, yağlı, yüksek enerji içeren ve işlenmiş olduğu gözlenmektedir. Böylece, yeme ve beslenme bozuklukları ortaya çıkmakta bu problemler de bedenin toplumsal ideallerden uzaklaşmasına neden olmaktadır. Bedenin fiziksel ve fazlalıklarının veya eksikliklerinin tespiti amacıyla birtakım ölçütler kullanılmıştır. Bunlar arasında kullanımı en basit ve en yaygın olanı Beden Kitle İndeksi (BKİ)'dir.

BKİ vücut toplam yağı ile ilişkilidir. Bel çevresi ve bel kalça oranı ise bölgesel dağılımıdır. BKİ, boy ve kilo bileşenlerini içeren yaygın olarak kullanılan kilo düşüklüğü, kilo fazlalığı ve şişmanlık sınıflamasında kullanılan basit bir indekstir. Kilo kilogram olarak, boy ise metrenin karesi olarak tanımlanmış olup kg/m^2 olarak hesaplanmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) BKİ'ni, kolay ulaşılabilen, cinsiyet ayrımı yapılmadan, tüm bireylere uygulanabilen, en yaygın ve geçerli standart bir boy-ağırlık indeksi olarak açıklar. BKİ bireyleri, zayıf (≤ 18.50), normal ($18.50-24.99$), fazla kilolu (preobez+obez) (≥ 25.00) ve şişman (obez) olarak sınıflandırsa da şişmanlar kendi içinde de ayrılmaktadır. BKİ vücut yağ dağılımı hakkında bilgi vermemekte aynı zamanda da çocuklarda, hamilelerde ve sporcularda kullanılmamaktadır. Ayrıca fazla kilolu olma ve şişmanlığı belirlemede en yaygın olarak kullanılan yöntemdir (Kuyumcu, 2007; 1-5).

Yetişkin erkeklerde vücut ağırlığı içerisindeki yağ dokusu oranının erkeklerde %25, kadınlarda %30'un üzerine çıkması şişmanlık olarak tanımlanmaktadır. Şişmanlık; endokrin, kardiyovasküler, solunum, gastrointestinal vb. vücut sistemleri ve psikososyal durum üzerinde olumsuz etkiler yaratarak birçok sağlık sorununa yol açmaktadır. Şişmanlık birçok hastalığa neden olup morbidite ve mortaliteyi artırmaktadır (Türkiye Obezite İle Mücadele Programı Ve Ulusal Eylem Planı 2008-2012, 2006; 6-9). İdeal beden algısından uzaklaşma, beslenme düzensizliklerine ve yeme bozukluklarına neden olmaktadır. Yeme bozuklukları, öncelikle sosyokültürel etkenlerin etkisiyle ya da baskısıyla, kadın cinsiyet rolüne fiziksel görünüme odaklanması, kadınlara aşırı zayıflığın "ideal" beden imajı olarak sunulmaktadır. Bu imgelem kadının toplumsal hiyerarşide yükselebilmesi için fiziksel görünümü öncelediğinden durmaksızın diyet yapma ortaya çıkmakta, bu yetersiz kaldığında ise yediklerinden kurtulmak için kusma, yeme davranışı bozuklukları ortaya çıkmaktadır (Aslan, 2001; 41-42).

Şişmanlığı sınıflandırmanın en kolay ve ucuz yolu BKİ olmakla birlikte bel çevresi ölçümü de risklerin belirlenmesinde yaygın bir şekilde kullanılmaktadır. Bel çevresi ölçümünün kadınlar için 80 cm, erkekler için 94 cm ve üzerinde olması hastalık riskinin artmasına neden olmaktadır. (Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı). Şişmanlığın sınıflandırılmasında yağ yüzdesi ölçümü, deri kıvrımları ölçümü gibi teknikler kullanılmakla birlikte Biyoelektriksel impedans analizi (BİA), vücut kompozisyonunu belirlemede girişimsel olmayan, kolay, ucuz, portatif ve etkin bir tekniktir (Karadaş vd., 2005, 5).

Şişmanlıkla ilgili söz konusu bilgileri verdikten sonra tanımlanmasına da göz atalım. Şişmanlık fizyolojik, sosyal, davranışsal ve çevresel faktörlerin etkilediği çok yönlü bir sağlık durumudur (Mucci, 2013, 85). Daha önce üst gelir grubu ülkelerin bir sorunuyken,

günümüzde ciddi bir küresel sağlık sorunu haline gelmiştir. 2008 yılından itibaren şişman nüfusu ikiye katlanmıştır. 2015 yılında dünyada yetişkinlerin %39'u (1.9 milyar) aşırı kilolu, %13'ü (600 milyon) ise şişmandır. DSÖ fazla kilo ve şişmanlığı, "sağlıkta bozulabilecek anormal veya aşırı yağ birikimi" olarak tanımlar (www.who.int). Genel olarak bedenin yağ kütlelerinin yağsız kütleyle oranının aşırı artması sonucu boy uzunluğuna göre vücut ağırlığının arzu edilen düzeyin üstüne çıkmasıdır.

DSÖ'ye göre dünya nüfusunun %65'i fazla kiloluluk ve şişmanlıktan kaynaklanan ölümlerin fazla olduğu ülkelerde yaşamaktadır. Ayrıca şişmanlık küresel düzeyde ölümlerin ilk sıralarında yer alan kronik olmayan hastalıklardan kanser, diyabet, felç, kalp hastalıkları ve astım-KOAH gibi akciğer hastalıklarına zemin hazırlayan en önemli unsurdur (www.who.int). Küresel düzeyde bir salgın olan şişmanlık, sanayi devrimiyle birlikte değişen beslenme ve yeme alışkanlıkları nedeniyle yaygınlaşmaktadır. Sanayi devrimiyle başlayan yeme alışkanlıklarındaki dönüşüm gıdanın elde edilmesi, hazırlanması ve tüketilmesiyle ilgilidir. Sanayi devrimi sonrasında tarımdaki teknolojik gelişmeler ile tarımsal-endüstriyel gıdaları kolayca hazırlanması ve dağıtımı, insanlığın beslenme gereksinimini kolaylaştırmıştır. Geleneksel olarak evlerde yapılan gıda hazırlanması, ticarileşerek üretim hizmeti işletmelerince hazırlanmaya başladı. Bu dönüşüm kırsaldan kentte göçerek küçülen aileler, iş ve işgücü yapısının değişimi, zaman darlığı tarım alanlarının küçülmesi, teknolojik değişim gibi sosyal ve kültürel değişimin yansımasıdır. İlk başlarda ekonomik kalkınma ve askeri genişleme için teşvik edilen hızlı ve kolay üretilen enerji yoğun endüstriyel gıdalar bu değişimi arttırdı. Endüstriyel tarım ürünü gıda ağının genişlemesi ve yaygınlaşması ile şeker içeren lezzetli, enerji yoğun ve ucuz gıdaların tüketimi beslenme tarzının değişikliğine ivme kazandırdı. Beslenme alışkanlıkları, kırsal alanlardaki hazırlanması esnasında enerji sarf edilen ve düşük kalorili gıdalar yerine, kentsel ortamlarda yüksek yoğunlukta enerji içeren gıdaların tüketilmesine dönüşmüştür. Ülkeler tarafından desteklenen bu durum şişmanlığın küresel bir sağlık sorunu boyutuna ulaşmasına neden olmuştur (Mucci, 2013, 84-88).

Ülkemizde de dünyanın diğer ülkelerinde olduğu gibi şişmanlık prevalansı gün geçtikçe artmaktadır. Bölgelere ve illere göre farklılaşmalar bulunmaktadır. Ülkemizde yetişkinlerde şişmanlık sıklığını geniş çapta araştıran dört büyük çalışma bulunmaktadır. Erişkinlerde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri Çalışmasına (TEKHARF) araştırmasına göre, şişmanlık sıklığı cinsiyete göre (erkeklerde % 25.2, kadınlarda %44.2) değişmektedir (Onat, 2003, 282). Yetişkinler üzerinde yapılan Türkiye Şişmanlık ve Hipertansiyon Araştırmasına (TOHTA) göre, yetişkin kadınlarda şişmanlık görülme sıklığı %35.4 olarak saptanmış ve erkeklere göre şişmanlık riskinin 1.8 kat daha fazla olduğu belirtilmiştir. 1998 yılında yapılan

Türkiye Diyabet, Şişmanlık ve Hipertansiyon Epidemiyolojisi (TURDEP 1) çalışmasında, %22,3 olan Şişmanlık sıklığının %40 artarak 2010'da yapılan TURDEP 2 çalışmasında %31,2'ye ulaştığı görülmüştür. 2011 yılında yapılan TOAD-Türkiye şişmanlık Profili Çalışması ve Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Araştırmasına göre ise erkeklerde %15, kadınlarda %29 olduğu görülmüştür (Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı).

Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırmasına 2010 göre Türkiye'de şişmanlık sıklığı ortalama %30,3'tür. Fazla kilolu olanlar %34,6, fazla kilolu ve şişman olanlar %64,9, çok şişman olanların oranı %2,9 olarak bulunmuştur. Bölgesel dağılımlar göz önüne alındığında şişmanlık sıklığı; %22 ile Doğu Anadolu daha az, İç Anadolu'nun batısı ve Doğu Karadeniz'de %33 ile daha sık olduğu tespit edilmiştir. Muğla'nın da içinde bulunduğu Ege Bölgesinde ise şişmanlık sıklığı %28'dir (TBSA, 2010).

Bu çalışma bedeni, fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden etkileyen ve ciddi bir sağlık durumu olan şişmanlığı ve şişmanlık sıklığını, Muğla ilindeki Sağlıklı Hayat Merkezlerine başvuranlar çerçevesinde ve demografik veriler yardımıyla irdelemeyi amaçlamaktadır.

2. YÖNTEM VE GEREÇLER

Muğla ilindeki Menteşe, Fethiye ve Bodrum ilçelerindeki SHM'lere 2016 yılında başvuran danışanlarda, şişmanlık sıklığı, BKİ, bel çevresi ve BİA değerleri retrospektif olarak araştırıldı.

Bu danışma ofisinde 2 hemşire ve bir diyetisyen görevlidir. Çalışmaya BKİ, bel çevresi ve BİA ile vücut analizi değerleri alınan ve diyetisyen tarafından 2773 kişi ile görüşme yapılmıştır. Ayrıca kişi dosyalarında mevcut olan yaş, eğitim, gelir ve kronik hastalık durumu ile alkol ve sigara kullanım durumları da değerlendirilmiştir.

DSÖ, BKİ'ni, şişmanlığı sınıflandırmak için kullanılan, kilo cinsinden vücut ağırlığının metre cinsinden boya bölünmesi ile elde edilen bir ölçüm tekniği olup kg/m² olarak formüle edilmiştir. Ölçüm seca 769 boy ölçerli tartı ile çıplak ayak ile mont, kemer vb. ağırlık yapabilecek kıyafetler çıkarıldıktan sonra alınmıştır.

Bel çevresi ölçümü, karın bölgesindeki yağ dağılımını gösteren pratik bir ölçümdür. Yağın karın bölgesinde ve iç organlarda toplanması insülin direncine yol açmaktadır. İnsülin direnci ise şişmanlık ile kronik hastalıklar arasında (Tip 2 Diyabet, hipertansiyon, dislipidemi, koroner arter hastalıkları) ilişkiye neden olmaktadır. Sağlık Bakanlığına göre bel çevresi erkeklerde 94 cm, kadınlarda 80 cm ve altında olmalıdır. Bunun üzerindeki ölçümler hastalık riski taşımaktadır. Çalışmada bel çevresi ölçümü için 6 ayda bir yenilenen standart bir mezura

kullanılmıştır. Bireyin profilden karın bölgesinin en yüksek noktası, fazla kıyafetlerin azami ölçüde çıkarılarak ölçülmüştür.

Biyoelektrik impedans analizi (BİA), yağsız doku kitlesi ve yağın elektriksel geçirgenlik farkına dayalı bir analiz yöntemidir. Dokudan geçirilen düşük voltajlı elektrik akımı ile dokulardaki sıvı kütlesi ile ters orantılı olan impedans ölçülür. BİA cihazı ile vücut yağ yüzdesi (%), yağ ağırlığı, yağsız doku oranı ve ağırlığı, toplam vücut ağırlığının % olarak sıvı seviyesi, toplam vücut su miktarı, bazal metabolik oran (tahmini), ortalama enerji gereksinimi (tahmini), beden kitle endeksi, akım geçişine karşı vücut direnci (impedans) belirlenir (Kaya ve Özçelik, 2009, 1).

Vücut ağırlığı ve kompozisyonu analizi BİA yöntemiyle yapılmıştır. Ayakkabısız ve çorapsız bir şekilde çıplak ayakla ölçüm yapılmıştır. Çalışma retrospektif olması ve herhangi bir şekilde insanla ilgili bir işlem yapılmaması nedeniyle etik kurul izni alınmamıştır. Herhangi bir şekilde hastalara ait isim veya kimlik numarası içeren bilgi alınmamasına karşın hem İl Sağlık Müdürlüğünden izin alınmış ve veriler bu temsilciden alınmıştır. Çalışma Helsinki Deklerasyonu Prensipleri'ne uygun olarak yapılmıştır.

3. BULGULAR

Muğla ilindeki Sağlıklı Hayat Merkezlerine 2016-2017 yılları içerisinde 18 yaşından büyük 2773 kişi başvuruda bulunmuştur. Başvuranlarda şişmanlığı ve şişmanlık sıklığını, BKİ, bel çevresi ve bioelektrik impedans analizi ile tespit edilen vücudun toplam yağ yüzdeleri irdelenmiştir. Öncelikle demografik veriler ele alınmıştır.

Tablo.1 Sosyodemografik Özellikler

		N	%
Cinsiyet	Kadın	2362	85,2
	Erkek	411	14,8
Medeni Durum	Bekar	460	16,6
	Evli	2313	83,4
Yaş Grubu	18-28 Arası	311	11,2
	29-38 Arası	625	22,5
	39-48 Arası	746	26,9
	49-58 Arası	653	23,5
	59-68 Arası	352	12,7
	69 Ve Üzeri	86	3,1
Öğrenim Durumu	Okuma Yazma Bilmiyor	19	0,7
	İlköğretim	1234	44,5
	Lise	797	28,7
	Üniversite	693	25,0
	Lisansüstü	30	1,1
TOPLAM		2773	100.0

Katılımcıların çoğunluğu kadın (%85,2) olup 40 yaş grubunun bu merkezi en fazla (%26,9) tercih ettiği görülmektedir. Sadece 19 kişinin okuryazar olmadığı görülmekle birlikte Türkiye eğitim profiline uygun şekilde, danışanları yarıya yakını (%44,5) ilköğretim mezunudur.

Tablo 2. Sağlık Hayat Merkezlerine Göre Başvurular

	N	%
Fethiye	575	20,7
Bodrum	794	28,6
Menteşe	1404	50,6
Toplam	2773	100

Tablo incelendiğinde en fazla Muğla Mentese ilçesine başvuru yapıldığı gözlenmektedir. Ancak Sağlık Müdürlüğü ile yapılan görüşmede merkezlerde fiziki koşullar personel sıkıntıları nedeniyle diğer ilçelerde aksamlar olmasının bu durumun gerçekleşmesine neden olduğu anlaşılmaktadır. Bu nedenle ilçeler arasında bir karşılaştırılma yapılmamıştır.

Tablo 3. Temel Bedensel Göstergeler

N	Mean	Median	Std.Sapma	Minimum	Maximum
2773					
Boy (cm)	161,13	160	8,22	138	199
Ağırlık (kg)	86,28	83,9	14,44	46,3	179,2
Bel Çevresi (cm)	104,18	103	11,67	65	158
Beden Kitle İndeksi	33,21	32,53	4,81	17,21	57,85

Danışanların boy uzunluklarının 138 ile 199 cm arasında olduğu, kadınlarda ortalama boy uzunluğunun 157,6 cm erkeklerde ise 169,4 cm olduğu tespit edilmiştir. En düşük ve en yüksek ağırlıklar kadınlara aittir. Ortalama ağırlık 83,4 kg, erkeklerde 95,6'ya çıkarken kadınlarda 82,4 olarak görülmektedir. BKİ ortalaması tüm danışanlar dikkate alındığında obezite kategorisinde sınıfta yer almaktadır. Bu oranın erkeklerde 33,2, kadınlarda 33,3 olduğu tespit edilmiştir. Tüm danışanların bel çevresi ortalaması 103 olup, kadınlar için bu değer 101,5 erkekler için ise 112'dir. Bel çevresi ölçümleri her iki cinsiyete göre yüksek risk grubunda yer aldığı görülmektedir. En düşük bel çevresi kadınlarda, en yüksek bel çevresi ölçümü ise erkeklerde tespit edilmiştir.

Tablo 4. Şişmanlık (Obezite) Düzeyi

BKİ (kg/m ²)		Bel Çevresi	Normal	Riskli	Yüksek Riskli	Toplam
Beden Kitle İndeksi	Normal (18,5-24,9)		12	14	28	54
	Kilolu (25-29,9)		13	126	506	645
	1.Şişman/Obez (30-34,9)		1	36	1162	1199
	2.Şişman/Obez (35-39,9)		0	0	548	548
	Ağır derece Şişman/ Morbid Obez (≥40)		0	0	254	254
Toplam			26	176	2498	2700

Araştırma kapsamındaki danışanların 73'ünün bel çevresi ölçümü yapılamamıştır. BKİ'ne göre 2.derece şişman ve ağır derece şişman olanların bel çevresi açısından tamamının yüksek risk grubunda yer aldığı gözlenmiştir.

Tablo 5. Toplam Vücut Yağ Ölçümü

	1.Ölçüm N:1027		2.Ölçüm N:719		3.Ölçüm N:538	
	T.Yağ Oranı	Ağırlık Kg.	T.Yağ Oranı	Ağırlık Kg.	T.Yağ Oranı	Ağırlık Kg.
Ortalama	39,07	82,00	38,76	80,62	38,76	80,59
Ortanca	39,60	80,10	39,40	78,70	39,20	78,50
Minimum	13	46	19	46	18	55
Maksimum	55	162	52	159	52	157

Çalışmada danışanların tümüne teknik ve personel yetersizliği nedeniyle BİA yapılamamıştır. Tabloda görüldüğü üzere birinci ölçümde 1027, ikinci ölçümde 719, üçüncü ölçümde ise 538 danışanın tespitleri yapılmıştır. Ortanca değer açısından bakıldığında birinci ölçümde 39,60 olan Toplam yağ oranı üçüncü ölçümde 39,20'a düşmüştür. Danışanların vücut ağırlığı ortanca değerlerine bakıldığında 1.60 kg. düşüş gözlenmiştir. Danışanların toplam yağ oranları ve vücut ağırlıklarındaki azalma küçük değerlerde görülmekle birlikte bunun temel nedeni, ölçüm sıklığı arttıkça toplam yağ yüzdeleri ve vücut ağırlıkları daha fazla olanların merkeze başvurmalarıdır. Ölçümlerdeki minimum değerlerin artışı da bunu kanıtlamaktadır.

3. Ölçümde daha kilolu ve daha yüksek toplam yağ oranına sahip danışanlar olmasına rağmen, maksimum değerlerdeki düşüş bu merkezlerin şişman bireylere yönelik çalışmalarının olumlu bir sonucudur.

BİA ile ilk ölçüm danışanın bu merkezlere gelmesinden ortalama 32 gün sonra, 2.ölçüm 41 gün sonra, 3. ölçüm ise 72 gün sonra gerçekleşmiştir.

Tablo 6. Günlük Yaşamda Hareket Ve Beden Kitle İndeksi Değerlendirmesi

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Sapma	F	P
Gün içerisindeki yürüyüş süresi (dk.)	639	0	120	29,05	18,5	,704	,59
Gün içerisindeki hareketsiz oturma süresi (dk.)	658	30,00	600,00	297,33	83,51	1,29	,273

Danışanların çoğunluğunun şişman olması nedeniyle hareketli yaşamdan uzak oldukları görülmektedir. Yürüyüş ölçümü yapılabilen 639 kişi ortalama 30 dk yürüyüş yaptığı bunun karşılığında ise günlerinin ortalama 5 saatini hareketsiz oturarak geçirdiklerini ifade etmişlerdir. Ancak buna karşın yapılan varyans analizinde şişmanlık ile gün içerisinde yapılan yürüyüşün ve hareketsiz oturma bir ilişkisi tespit edilememiştir.

Tablo 7. Bel Çevresi ve Beden Kitle İndeksinin Sosyodemografik Verilerle İlişkisi

		N	Ortalama	BKİ	Bel Çevresi		
Cinsiyet	Kadın	2362	1382,11	u:473843 p: ,441	u:429170 p: ,001		
	Erkek	411	1415,10				
Medeni Durum	Bekar	460	1304,28	u:493937 p: ,015	u:447551 p: ,186		
	Evlü	2313	1403,45				
Yaş Grubu	18-28	311	31,88	KW:85,43 p: ,00	KW:46,45 p: ,00		
	29-38	625	32,55			3-4-5	3-4-5-6
	39-48	746	33,01			4-5	-
	49-58	653	33,78			5	1
	59-68	352	34,64			1-2	1
	69+	86	33,70			1-2-3	1
Eğitim Durumu	Okur Yazar Değil (OKD)	19	2156,47	KW: 244,752 p: 00	KW:42,19 p: ,00		
	İlköğretim	1234	1622,74			2-3-4-5	2-3-4
	Lise	797	1279,65			1-3-4-5	1-3-4
	Üniversite	693	1075,16			1-2-4	1-2
	Lisansüstü	30	1258,48			1-2-3	1-2
				1-2	-		

Tabloda görüldüğü üzere bel çevresi ve BKİ farklı özellikleri ele almasının sonucu olarak bireylerin şişmanlık düzeyine de farklılık getirmektedirler. BKİ'ye göre şişmanlık düzeyinin cinsiyet açısından bir farklılaşması bulunmamakta ancak bel çevresine göre erkeklerin şişmanlık düzeyi daha tespit edilmiştir.

Danışanların medeni durumları BKİ'ye göre şişmanlık durumunu etkilemekte, evlilerin şişmanlık düzeyinin bekarlardan daha yüksek olduğu görülmektedir. Ancak bel çevresi açısından bakıldığında medeni durumun şişmanlık düzeyini etkilemediği görülmektedir.

Danışanların yaşları da şişmanlığı etkilemektedir. Hem BKİ indeksine göre hem de bel çevresi ölçümüne göre yaş şişmanlığı etkilemekte olup, 18-28 yaş gurubu ileri yaşlara göre

daha düşük şişmanlık düzeyi bulunmaktadır. Bu durum bel çevresi ölçümünde daha belirgindir.

Danışanların eğitim düzeyi de şişmanlığı etkilemektedir. Eğitim düzeyi düştükçe şişmanlık artmaktadır. OKD ve ilköğretim mezunu olanların daha yüksek eğitim düzeyi olanlara göre şişmanlık düzeyleri yüksek tespit edilmiş olup, hem BKİ hem de bel çevresi ölçümü bu durumu desteklemektedir.

Tablo 8. Ailede Şişmanlığın Varlığı İle Danışanların Şişmanlık Düzeyi

		N	Ort.	
BKİ	Var	1444	1811,71	u: 786373 p: ,00
	Yok	1329	1513,98	

Ailede şişman başka bir üyenin varlığı ile danışanların BKİ'leri arasında bir ilişki olup olmadığı incelenmiştir. Bireyin ailesinde şişman bir kişinin varlığı kendisinin de şişman olmasına neden olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 9. Açlık Kan Şekeri İle Total Kolesterolün Beden Kitle İndeksi Ve Bel Çevresi Arasındaki İlişki

						BKİ	Bel Çevresi
	N	Min.	Max.	Mean	Std. Sapma		
AKS	267	74,00	173,00	93,0562	10,05439	r= ,264 p: ,00	r= ,252 p: ,00
T.Kolesterol	253	92,00	507,00	199,3585	45,73379	r= -,044 p: ,487	r= -,051 p: ,43

Açlık kan şekeri ile Beden kitle indeksi ve Bel çevresi ölçümü arasındaki ilişki incelendiğinde; aralarında pozitif yönde düşük düzeyde bir ilişki görülmüştür. Dolayısıyla açlık kan şekeri arttığında şişmanlığın da artacağı söylenebilir. Total kolesterol ile beden kitle indeksi ve bel çevresi arasında ilişki incelendiğinde ise aralarında herhangi bir ilişki tespit edilememiştir. Bu nedenle total kolesterol ile şişmanlık arasında bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir.

4. TARTIŞMA

Dünyada ve ülkemizde şişmanlık görülme sıklığı her geçen gün artmaktadır. OECD ülkelerinde yaşayan her iki yetişkinden biri, ülkemizde ise her üç yetişkinden biri kilolu ya da şişmandır. Çalışmada Muğla'daki SHM'lere başvuran her dört kişiden üçü şişmandır. Danışanların çoğunluğunun (%85) kadın olduğu tespit edilmiştir. Kadınların düşük beden imajları nedeniyle sürekli ideal bedeni yakalama çabası (Öngören, 2015, 37) buna neden olabilir. Ayrıca ülkemiz profilinde olduğu gibi, Muğla ilinde de kadınların çoğunluğunun ev

hanımı olmaları ve günlük aktivitelerinin büyük kısmını ev içerisinde gerçekleştirmeleri hareket kısıtlılığına neden olmaktadır. Doğumda alınan kilolar bu hareket kısıtlılığı ile birleştiğinde şişmanlığa yol açmaktadır.

Çalışmada bireylerin ortalama 160 cm uzunluğunda ve yaklaşık 84 kilo olduğu görülmektedir. Araştırmada Sağlıklı Hayat Merkezlerine başvuran danışanların bel çevresi ve BKİ açısından yüksek riskli ya da şişman kategorisinde olduğu tespit edilmiştir. Dolayısıyla danışanların sağlıklı yaşamdan uzaklaştıktan sonra bu merkezlere başvurduğu söylenebilir.

BKİ, en sık ve en yaygın kullanılan bir şişmanlık ölçüm aracıdır. Bununla birlikte tek başına da kullanılabilen bel çevresinin ölçümü şişmanlık düzeyi tespiti için kullanılmaktadır (Pekcan, 2008, 16). Ancak her ikisi beraber kullanıldığında şişmanlığı ve hastalık riskini ölçmek daha uygun olacağını düşünmemiz sebebiyle aynı anda bir fazla ölçüm gerçekleştirilmiştir. Her iki ölçüt değerlendirildiğinde danışanların %9,5'i ağır derecede şişmandır. Bununla birlikte BKİ'ne göre 1.derece şişman olanların %96,9'u bel çevresi ölçümü açısından yüksek riskli grup içerisinde yer almasına karşın, bel çevresi yüksek riskli grupta yer alanların sadece % 44,1'i 1. derece şişman görülmektedir. Burada bel çevresi ile BKİ'nin bireylerin şişmanlık durumunu farklı düzeylerde ölçtüğü görülmektedir.

Bu çalışmadaki veriler incelendiğinde SHM'ler tarafından takip edilen danışanların toplam yağ oranları ve vücut ağırlıklarında bir azalma olduğu görülmektedir. Tang vd.lerinin yaptığı çalışmada da düzenli diyet veya kontrolün vücudun yağ konsantrasyonlarını ve kolesterolü düşürdüğü belirlenmiştir (Tang vd., 1998, 1213). Bu da Sağlıklı Hayat Merkezlerinin şişman bireylere yönelik çalışmalarının olumlu bir sonucu olarak değerlendirilebilir.

Ülkemizdeki 20 yaş üzerindeki bireylerin yarıya yakını aktif bir yaşam sürmektedir. Hatta her dört kişiden biri ağır veya orta derecede aktivite yapmaktadır. Kadınlarda aktivite oranı düşük iken erkeklerde yüksektir (TBSA, 2010). Ayrıca şişmanlar daha az fiziksel aktivite yapmaktadır (Arslan ve Aydemir, 2019, 2). Bizim çalışmamızda deneklerin çoğunluğunun şişman ve kadın olması nedeniyle hareketsiz ve aktiviteden uzak bir yaşam sürdükleri söylenebilir. Danışanlar gün içerisinde ortalama yarım saatten daha az bir yürüyüş yapmakta, buna karşın ortalama 6 saat hareketsiz kalmaktadırlar. Bu merkezlere başvuranların düşük beden imajlarına sahip olduğu düşünülürse, bu durumdan kurtulmak için çaba gösterdikleri söylenebilir. Bu gibi kurumların aktif olarak danışanlara vermiş oldukları farkındalık ve yaşam tarzı değişikliği önerisi uzun vadede bireylerin yaşamına olumlu yönde etki edecektir.

Yaş ilerledikçe şişmanlık yaşamın ayrılmaz bir parçası haline gelmektedir. 50-65 yaş arasındaki 3 kadından ikisi, her 3 erkekten biri şişmandır. Çalışmanın yapıldığı merkeze kilo sorunu yaşayanların yönlendirilmiş olması nedeniyle şişmanlık oranı 18-29 yaş grubunda %63 iken 79 yaş üzerine gelindiğinde %86'ya çıkmaktadır. Turdep II çalışmasında olduğu gibi bu çalışmada da yaş ile şişmanlık arasında pozitif bir korelasyon tespit edilmiştir. TÜİK 2017 istatistiklerine göre Türkiye'de ortanca yaş 31,7 iken bizim çalışmamızda ise 44,7 olarak tespit edilmiştir. Bu nedenle çalışmamızdaki şişmanlık oranının yüksek olması kabul edilebilir bir durumdur.

Eğitim düzeyinin artması beden üzerindeki denetimi arttırmaktadır. Eğitim düzeyi yükseldiğinde (TBSA, 2010) ve daha profesyonel meslek sahiplerinde (Arslan ve Aydemir, 2019b, 346) şişmanlık düzeyi azalmaktadır. Bizim çalışmamızda da benzer şekilde eğitim düzeyi yükseldikçe şişmanlık düzeyinin azaldığı tespit edilmiştir. Özellikle BKİ verileri bunu daha belirgin bir şekilde gösterirken, bel çevresi ölçümlerinde eğitim düzeyinin etkisinin daha az olduğu görülmüştür. Ancak çalışmamızda danışanların yarıya yakını ilköğretim düzeyinde eğitim almış olmasına rağmen sağlıklı yaşam merkezlerinde başvurmuşlardır. Bu durum hem danışanların bedensel farkındalıklarının yüksek olduğunu hem de bu merkezlerin toplumun tüm kesimlerine hitap ettiğini göstermektedir. Bu tespitin bir kanıtı da danışanların yaklaşık $\frac{1}{3}$ 'ünün üniversite mezunu olmasıdır.

Bireyin beslenme durumunu diğer faktörlerin yanında genetik özellikler de etkilemektedir (Pekcan, 2008, 3). Hatta günümüzde şişmanlık genetik bir hastalık olarak tanımlanmaktadır (Amer, 2000, 9). Dolayısıyla ailede şişmanlığın olması çocukları ve ailenin diğer fertlerini de etkilemektedir. Bu durum ailenin şişmanlığa genetik açıdan yatkınlığını göstermektedir. Aynı zamanda ailenin beslenme alışkanlıkları çocukları da benzer bir beslenme ve yaşam tarzına itmektedir. Bizim çalışmamızda da aile fertlerinin herhangi birinin şişman olması, diğer fertlerinde de benzer eğilimlerin varlığını göstermektedir.

Kalp ve damar hastalıklarının önemli etmenlerinden biri kan kolesterol düzeyinin yüksekliğidir. Yüksek kolesterol varlığı birçok çalışmada total kolesterol düzeyinin 200mg/dl ve üzeri olması olarak tanımlanmaktadır (Ünal ve Ergör, 2013, 108). Ancak bizim çalışmamızda Total Kolestrol'ün şişmanlık ile ilişkisinin bulunmadığı tespit edilmiştir. Benzer çalışmalarda da total kolestrol yüksekliğinin doğrudan şişmanlık ile ilişkisinin olmadığı görülmektedir (Çayır vd., 2011, 18).

Açlık kan şekerinin yükselmesi diyabete neden olmaktadır. Diyabet ise çağımızın ciddi kronik hastalıklarından birisidir. Diyabetin önlenmesi ve tedavisinin en önemli koşullarından biri egzersiz ve hareketli yaşamdır (Boşnak vd., 2008, 8). Açlık kan şekeri

düzeşinin şişmanlık ile doğrudan ilişkisi bulunmamaktadır (Çayır vd., 2011, 18). Bizim çalışmamız da benzer bir durum sözkonusudur. Ancak hareketli yaşamdan uzaklaşan bireyin şişmanlık ve açlık kan şekerinin bozulması arasında pozitif bir korelasyon bulunmaktadır (Işıldak vd., 2004, 98). Dolayısıyla açlık kan şekerinin değerlendirilmesi şişmanlık açısından önemlidir.

Beden imajı, aslında bireyin kendi bedenine ilişkin algısıdır. Ancak bu algıyı belirleyen biyolojik, psikolojik, sosyal, çevresel birçok faktör sözkonusudur. Bu nedenle beden imajının tanımlamasında bireyin ve araştırmacının bakış açısı çok önemlidir. Şişmanlığın beden imajıyla birlikte değerlendirilmesi konusunda literatürde çok farklı anlayışlar ortaya çıkmaktadır. Çünkü normal beden imajı ve şişman beden imajının bakış açıları farklılıklar içerir. Beden imajı farklılığında klinik ile toplumsal düzeyde de bir ayrışma sözkonusudur (Schwartz ve Brownel, 2004, 43). Bu çalışmada daha çok klinik ve şişman bireylere normal kilolular açısından bakış açısı üzerinden bir değerlendirme yapılmıştır. Şişman bireylerin Sağlıklı Hayat Merkezlerini düzenli bir şekilde takip etmeleri, onların beden imajlarında normalleşmeye neden olmakta ve fizyolojik değişimlere olanak sağlamaktadır. Ancak bu bireylerin gün içerisindeki hareket azlığı bu dönüşümün gerçekleşmesine ket vurmaktadır. Dolayısıyla bu merkezlerin şişmanlar üzerine kilo kaybı bakımından olumlu etkisi olmakla birlikte, genel yaşam tarzına dokunan çalışmaların daha fazla etkili olacağı düşünülmektedir.

5.SONUÇ

Dünyada ve Türkiye’de şişmanlığın her geçen gün artışı, bireylerin sağlıklı beden imajının değişmesine neden olmaktadır. Bu değişimle birlikte bireyler kendileri için hedefledikleri ideal beden imajına ulaşabilmek için çeşitli arayışlara girmektedir. Sağlık Bakanlığının il ve ilçelerde hizmete sunduğu Sağlık Hayat Merkezleri bu arayışa cevap vermektedir.

Sağlık sosyolojisi açısından çalışmamıza baktığımızda öncelikle sembolik etkileşimcilik kuramına göre şu şekilde bir değerlendirme yapılabilir. SHM’ye başvuranların çoğunluğunun kadın olması Goffman’ın stigma kavramına görece uyum göstermektedir. Çalışmamızda “normal”den (normal beden ölçülerinden) sapan ve toplumdaki diğer bireylerin dalga geçtiği veya hor gördüğü şişmanların çoğunluğu kadındır. Şişman bireyler bu duruma olumsuz tepki geliştirmekte ve olumsuz durumu iyileştirme için SHM’ye başvurmuşlardır.

Birey toplumun diğer üyeleriyle etkileşimlerinin bozulmasına neden olan olumsuz durumu (damgalanmayı) şişmanlık olarak görmekte ve onu ortadan kaldırmak için çaba göstermektedir.

İşlevselci yaklaşıma göre kadınlar sağlık yardımı alma konusunda isteklidir. Buna karşın birlikte erkeklik algısından sürekli güçlü olma beklentisi, onların sağlık hizmetlerine daha az başvuruya sonuçlanmaktadır. Kadının aileye durmaksızın bakım verme zorunluluğu hissetmesi nedeniyle hastalık olarak tanımlanmış şişmanlıktan kurtulma gereksiniminin bireyleri zorlayarak yeniden fonksiyonel olma arzusu, kadınların daha fazla SHM'ye başvurusuna neden olmaktadır. Sosyal inşaacılık açısından bakıldığında, şişmanlık ve ona ilişkin değerlerin bireyin toplumsal ilişkilerini etkilediği görülmektedir. Bireylerin toplumun diğer üyelerinden daha az hareket etmesi, hantal bir görünüm sergilemesi, toplum tarafından hastalıklı olarak nitelenmesini sağlamaktadır. Hastalığın inşası, eğitim düzeyine bağlı olarak değişmektedir. Eğitim seviyesi arttıkça hem beden kontrolü hem de hastalık görünümleri değişmektedir. Düşük eğitim seviyesine sahip bireylerin kilo aldıklarını algılaması çok ilerleyen süreçte olduğundan daha geç önlem almaya başlamaktadırlar. Eğitimin bireyselleştirici etkisiyle kişide oluşan toplumsal normları özümleme süreci, onun hastalık olarak nitelenen şişmanlıktan uzaklaşmasıyla sonuçlanmaktadır.

Şişmanlığın nedenlerinden bazılarını çatışmacı kuram, bireyin hareketsiz yaşamasına neden olan sosyal ayrışmalar, ekonomik eşitsizlikler, kentsel mekanların hatalı yapılanması ve sağlıksız beslenme şekilleri olarak açıklamaktadır. Bireylerin eşitsiz bir şekilde (koruyucu) sağlık hizmetlerinden yararlanamaması da şişmanlığı körüklemektedir. Aynı zamanda tüketim odaklı idealize edilmiş beden imajı nedeniyle açmaza düşen birey, yeniden tüketime yönelmekte ve daha fazla sağlık hizmeti satın almaya çalışmaktadır.

Çalışmamızda kadınların ideal beden imajı kaygısının daha yüksek olduğunu, onların SHM'den daha fazla yararlanmaları nedeniyle söyleyebiliriz. Sistemin olanaklarından yararlanma olasılığı daha yüksek eğitilmiş kitleler lehine, şişmanlık görülme sıklığı azalmaktadır. Bu eşitsizlik kapitalist sistemin daha fazla tüket ve ideale ulaş! şiarına uygun bir şekilde, düşük sosyo-ekonomik seviyede bulunanları idealleştirilmiş bedenin yaratımına doğru itmektedir. Bu nedenle daha fazla sağlık hizmeti tüketimi oluşmaktadır.

Toplumsal yaşamda farklı nedenlerle daha az hareketsiz yaşama doğru bir kayma sözkonusudur. Kadınlar bundan daha fazla etkilenmekte, daha düşük bir beden algısıyla birlikte beden imajını değiştirme çabasına girmektedir. Uzun soluklu ve düzenli bir yaşam

değişikliği bireyin beden imajını değiştirmektedir. Bu durum bireyi hem fizyolojik hem de sosyal açıdan olumlu bir şekilde etkilediği görülmektedir.

TEŞEKKÜR: Bu çalışmaya destek veren Muğla İl Sağlık Müdürlüğüne ve samimi destekleri nedeniyle Sağlık Hayat Merkezleri çalışanlarına teşekkür ederiz.

KAYNAKLAR

1. Öngören B. (2011). Fizyolojik, sosyal ve kültürel açılardan sağlıklı beden imgesi, (Muğla örneği). Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ege Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü
2. Aytaç K., (2015). Sağlık-hastalığın toplumsal kökenleri ve sağlık sosyolojisi. Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 25(1), 231-250.
3. Nazlı A., (2004). Sapmanın tıpsallaştırılması ve tıbbın toplumsal normaliteyi sağlama işlevi. Sosyoloji Dergisi, 14, 115–132
4. Conrad P., (1992). Medicalization and social control. Annual Review Of Sociology, 18, 209-232
5. Foucault M., (1995). Deliliğin Tarihi. Ankara, İmge Yayınevi
6. O'Neil J., (2008). Disiplin toplumu; Weber'den Foucault'a. Doğu Batı Dergisi Şiddet Sayısı, 43,233-242
7. Featherstone M., (2010). Body, image and affect in consumer culture. Body&Society, 1(1), 1-126
8. Tiggemann M., (2003). Body İmage Across The Adult Life Span, Stability And Change. Body Image, 1(1), 29-41
9. Dedeoğlu A, Savaşçı İ., (2005). Tüketim kültüründe beden güzelliği ve yemek yeme arzuları, kadınların tüketim pratiklerine yansımaları. Ege Akademik Bakış Dergisi, 5(1-2), 77-88.
10. Bocock R., (1997). Tüketim. Ankara, Dost Yayınları
11. Yücecan S., (2008). Optimal Beslenme. Ankara. Sağlık Bakanlığı Yayın No, 726
12. Kuyumcu G., (2007). Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi 1. ve 6. Sınıf Öğrencilerinde Vücut Kitle İndeksi ve Bazı İlişkili Etmenler. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi
13. Türkiye Obezite ile Mücadele ve Kontrol Programı, (2010). Sağlık Bakanlığı. Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Ankara. Yayın No, 773
14. Aslan SH., (2001). Beden imgesi ve yeme davranışı bozuklukları ile medya ilişkisi. Düşünen Adam, 14(1), 41-47
15. Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı, (2013). Sağlık Bakanlığı. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Yayın No, 773
16. Karakas S, Taser F, Yıldız Y, Köse H., (2005). Tıp fakültesi ve spor yüksekokulu öğrencilerinde biyoelektriksel impedans analiz yöntemi ile vücut kompozisyonlarının karşılaştırılması. ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi, 6(3), 5–9
17. Mucci N., (2013). Global obesity and the changing materiality of food. Insight and Inquiry, 6(1), 84-104
18. Onat A., (2003). Obezitenin Türkiye'de kardiyovasküler hastalıklar üzerindeki etkileri. Turk Kardiyol Dern Ars, 31(5), 279-289
19. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (TBSA-2010), 2014, Sağlık Bakanlığı, Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Yayın No, 931
20. Kaya H, Özçelik O., (2009). Vücut bileşimlerinin değerlendirilmesinde vücut kitle indeksi ve biyoelektrik impedans analiz metodlarının etkinliğinin yaş ve cinsiyete göre karşılaştırılması. F.Ü.Sağ.Bil.Tıp Derg, 23(1), 1-5
21. Öngören B., (2015). Sosyolojik açıdan sağlıklı beden imgesi. Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Dergisi, Bahar/Spring-34, 25-45
22. Pekcan G., (2008). Beslenme Durumunun Saptanması. Sağlık Bakanlığı Yayın No, 726
23. Tang JL, Armitage JM, Lancaster T, Silagy CA, Fowler GH, Neil HAW., (1998). Systematic review of dietary intervention trials to lower blood total cholesterol in free-living subjects. BMJ, 316, 1213
24. Aslan M, Aydemir İ., (2020). Sağlık çalışanlarının uyku kalitesi ve fiziksel aktivite durumlarının BKİ ile ilişkisinin belirlenmesi. Türkiye Klinikleri J Health Sci, 5(1), 1-9
25. Aslan M, Aydemir İ., (2019). Relationship between emotional appetite, eating attitudes, sleep quality, and body mass index in healthcare workers, a multi-centre study. Psychiatry And Clinical Psychopharmacology, 9(3), 346-353

26. Arner P., (2000), Obesity—a genetic disease of adipose tissue? *British Journal of Nutrition*, 83(1), 9–16
27. Ünal B, Ergör G., (2013). Türkiye Kronik Hastalıklar Ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması. Sağlık Bakanlığı Yayın No, 909
28. Çayır A, Atak N, Köse SK., (2011). Beslenme ve diyet kliniğine başvuranlarda obezite durumu ve etkili faktörlerin belirlenmesi. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 64(1), 13-19
29. Boşnak M, Sağlam M, İnce DÜ, Arıkan H. Savcı S., (2008). Şeker Hastalığı Ve Egzersiz, Sağlık Bakanlığı Yayın No, 730
30. Işıldak M, Güven GS, Gürlek A. (2004). Metabolik sendrom ve insülin direnci. *Hacettepe Tıp Dergisi*, 35, 96-99
31. Schwartz MB, Brownell KD. (2004). Obesity and body image. *Body Image*, 1, 43–56