

OBEZİTENİN KADIN SAĞLIĞI VE TOPLUMSAL CİNSİYET AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

Ayla Berkiten ERGİN*

Obezite başta gelişmiş ülkeler olmak üzere tüm dünyada ve ülkemizde yaygınlığı gittikçe artan küresel bir salgındır. Etiyolojisini genetik, çevresel, nörolojik, fizyolojik, biyokimyasal, kültürel ve ruhsal pek çok etkenin yer alması hastalığın önlenmesi ve tedavisini son derecede güç ve karmaşık bir hale getirmektedir. Dünya genelinde, çok sayıda sosyo-kültürel dinamikler ve cinsiyetler arasındaki farklılıklar kilo durumunu etkiler. Aşırı kilo alımındaki cinsiyete özel biyolojik ayrımlara rağmen, toplumsal cinsiyet farklılıkları ve sosyo-kültürel faktörler halk sağlığı söylemlerinde ve buna bağlı önlem ve çözümlerde genelde yer almamaktadır. Oysa küresel olarak sosyal ve kültürel faktörler ve değişimler yeme ve egzersiz alışkanlığını değiştirmekte ve bu değişiklikler kadın cinsiyetini daha fazla etkilemektedir. Ülkemizde hemşirelik literatüründe obezitenin kadın sağlığına ve toplumsal cinsiyet üzerine etkilerini konu alan makale ve çalışmalar yetersizdir. Bu nedenle makalede amaç; obezitenin kadın sağlığına ve toplumsal cinsiyet üzerine etkileri incelemek, obezite ve cinsiyet farklılıklarını ortaya koyan çalışmalara katkı sağlayarak, bu küresel pandeminin daha iyi anlaşılmasına yardımcı olmak, obezite ile mücadelede hemşirelere ve diğer sağlık profesyonellerine farklı bir bakış açısı geliştirmektir.

Anahtar Kelimeler: Obezite, toplumsal cinsiyet, kadın sağlığı ve hemşirelik

Evaluation of Obesity in Perspective Of Women Health and Gender Roles

Obesity is a globally increasing epidemic disorder that threatens mainly the developed countries and the developing countries like Turkey. The contribution of genetic, environmental, neurologic and spiritual factors to the etiology of obesity makes it an extremely difficult to prevent and treat disorder. The presence of variety of socio-cultural dynamics and differences among genders influence weight status around the globe. Despite of the knowledge of contributions of socio-cultural and gender differences to obesity, these two factors and precautions that are needed to be taken do barely mentioned in public speeches. Contrary to this fact, social and cultural factors can change eating and exercising habits and in overall these changes affect women health more then men. There are limited numbers of studies in the nursing literature that examines the effects of obesity on women health and public gender in Turkey. Therefore, the purpose of this study was to analyze the effects of obesity on women health and public gender to contribute to the previous studies that examined the effects of obesity on women health and public gender in Turkey. The findings are hope to provide a better understanding of global pandemics and might give a different perspective to nurses and health care providers.

Key Words: Obesity, gender, women's health and nursing

* Kocaeli Üniversitesi Kocaeli Sağlık Yüksekokulu Ebelik Bölümü, Yard. Doç. Dr.

e-mail: ayla.ergn@gmail.com; ayla.ergin@kocaeli.edu.tr

Obezite başta gelişmiş ülkeler olmak üzere tüm dünyada ve ülkemizde yaygınlığı gittikçe artan küresel bir salgındır (Kanter ve Caballero 2012; Crosnoe 2007). DSÖ verilerine göre, dünyada 400 milyonun üzerinde obez ve 1.6 milyar civarında hafif şişman birey bulunmaktadır (Global status report on noncommunicable diseases [WHO]. 2010). Ülkemizde ise Sağlık Bakanlığı verilerine göre, kadınlarda obezite görülme oranı % 41.0'dır. (<http://www.thsk.saglik.gov.tr/obezite-sismanlik>, 2010).

Yaygınlık oranındaki artışa yanlış beslenme, aktivite yetersizliği, yaş, cinsiyet, eğitim, gelir, ırk, sosyo-kültürel yapı, genetik, stres ve depresyon, sigara, alkol, ilaçlar, doğum sayısı ve doğum aralıkları etki etmektedir. Ampirik çalışmalarda gelir, cinsiyet, meslek, medeni durum, gıda maliyeti, kent mimarisi, kadınların iş gücüne katılımları, kentleşme ve bölgesel farklılıkların obeziteyi etkilediğini göstermektedir. Latince de “obesus” yemek yeme anlamına gelen “obedere” nin geçmiş zaman halidir. Eski çağlardan beri var olan obezite değişik dönem ve yörelerde gücün, kudretin, ihtişamın, zenginliğin ve hatta güzelliğin simgesi olmuştur. Ancak son yıllarda yol açtığı kronik sağlık sorunlarının mali ve ruhsal etkileri giderek daha çok fark edilmeye başlandığından, obezitenin bir hastalık olduğu ve tedavi edilmesi gerektiği kabul edilmektedir. Bir hastalık olarak obezitenin etiolojisinde genetik, çevresel, nörolojik, fizyolojik, biyokimyasal, kültürel ve ruhsal pek çok etkenin birbiri ile ilişkili olması önlenmesi ve tedavisini son derecede güç ve karmaşık bir hale getirmektedir (Kanter ve Caballero 2012; Crosnoe 2007).

Obezite nedenleri hem biyolojik hem de sosyal olarak her iki cinsiyeti de etkilemekle birlikte ülkemizde obezitenin kadın sağlığına ve toplumsal cinsiyet üzerine etkileri ele alan hemşirelik literatüründe makale ve çalışmalar oldukça yetersizdir. Bu makale de amaç, obezitenin kadın sağlığına ve toplumsal cinsiyet üzerine etkilerini incelemek, obezite ve cinsiyet farklılıklarını ortaya koyan çalışmalara katkı sağlayarak, bu küresel salgının daha iyi anlaşılmasına yardımcı olmak, hemşireleri ve diğer sağlık profesyonellerini bu konuda aydınlatmaktır.

Obezite Epidemiyolojisi ve Cinsiyetle İlişkisi

Dünyada her yıl 2,8 milyon insan, fazla kilo ya da obezite nedeniyle hayatını kaybetmektedir. (Bulaşıcı Olmayan Hastalıklara İlişkin Küresel Durum Raporu, 2010). Ülkelere göre cinsiyetler arasında obezite görülme oranı oldukça farklıdır. Bu farklılıklar özellikle Orta Doğu ve Kuzey Afrika gibi gelişmekte olan ülkelerde daha fazladır. Gelişmiş ülkelerde ise, erkeklerin aşırı kiloluk oranı, kadınlara göre daha yüksektir. Kadınlarda obezite yaygınlık

oranı İngiltere, Almanya, Yunanistan ve Finlandiya'da %20'nin üzerindedir. Aşırı kilolu olma durumunun en yüksek olduğu ülkeler Arnavutluk, Bosna-Hersek ve İngiltere (İskoçya bölgesinde)'dir. Türkmenistan ve Özbekistan obezite yaygınlığı düşük olup, erkeklerde %5-23, kadınlarda %7-36 arasında değişmektedir (Beyaz, Koç, 2009).

Her ülkede obezite prevalansı, sosyoekonomik gruplara göre de değişkenlik göstermektedir. 56 ülkede yapılan bir çalışmada, 46 ülkenin kadınlarında obezite oranı erkeklerden daha yüksek bulunmuştur (Nishida, Mucavele, 2005). Avrupa Birliği'nde özellikle Hollanda, İspanya, İsveç ve İngiltere'de daha yakın bir tarihte yapılmış olan bir araştırmada ise, gerek erkekler gerek kadınlar arasında eğitim ile BKİ ya da obezite arasında ters orantılı bir ilişki bulunmuştur. Orta ve düşük gelirli ülkelerde ise, erkekler, kadınlar ve çocuklarda sosyoekonomik durum ile obezite arasında pozitif bir ilişki olduğu vurgulanmıştır. (Beyaz ve Koç 2009)

Ülkemizde de dünyadaki oranlara benzer olarak yapılan prevelans çalışmasında, obezite oranı kadınlarda erkeklere oranla daha yüksek bulunmuştur (Doğan, Toprak, Demir, 2011, Aydın ve ark, 2012) Sağlık Bakanlığı obeziteyi özellikle çocukluk çağının en sık görülen kronik hastalıklarından biri olarak kabul etmiştir. Erkeklerde ortalama obezite oranı yüzde 21.2 iken, kadınlarda yüzde 41.5'e kadar çıkmaktadır. Türkiye'de hem gelişmiş ve hem de gelişmekte olan ülkelerin beslenme sorunları ile birlikte yaşanmaktadır. Türkiye'de halkın beslenme durumu bölgelere, sosyo-ekonomik düzeye ve kentsel-kırsal yerleşim yerlerine göre önemli farklılıklar göstermektedir. Ancak, ülke genelinde, kırsal kesimde ve düşük sosyo ekonomik gruplarda obezite yaygınlığı artmaktadır. (Beyaz, Koç, 2009). Dünya genelinde iktisatçılar, ekonomik gelişmeyle birlikte emek yoğun sektörlerin istihdamdaki payının gerilediğini, tüketicilerin satın alma gücünün arttığını ve tüketim kalıplarının da değiştiğini, gıda ve daha çok kalori tüketimi gerçekleştiğini, göçlerin, alım gücündeki artış veya azalışın ve gelişen gıda piyasalarının bireylerin beslenme durumunu etkilediğini ileri sürmektedirler (Beyaz ve Koç, 2009). Şüphesiz ki ülkemizde de özellikle kadınları etkileyen benzer nedenler olmakla birlikte ayrıca bölgesel farklılıklar da önemli hale gelmektedir.

Mevcut bilgiler, dünya genelinde, çok sayıda sosyo-kültürel dinamiklerin, cinsiyetler arasındaki kilo alma nedenlerini arttırmaktadır. Örneğin; kadınlar genelde daha sağlıklı gıda tükettiklerini belirtmelerine rağmen, şekerli yiyecekleri erkeklerden daha fazla tüketmektedirler (Kanter ve Caballero 2012; Conley ve Glauber 2007; Odom 2006).

Obezite Nedenleri ve Kadın Sağlığı

Obezite artık dünyada bir salgındır ve toplumun tüm yaş ve sosyal gruplarını ve özellikle de kadın cinsiyetini daha fazla etkilemektedir. Bu salgın, özellikle kadının yaşam süresini ve kalitesini olumsuz yönde etkiler. Ayrıca, pek çok organik, sistemik, hormonal, metabolik, estetik, ruhsal ve toplumsal sorunları da beraberinde getirir (Cordero ve ark. 2009). Yeme alışkanlıkları, kültür, fiziksel aktivite, sigara ve alkol tüketimi, teknolojik gelişimle birlikte hareketsiz yaşam, hızlı beslenme, yüksek kalorili gıdaların tüketilmesi, milli gelir artışı ve kentleşme, obeziteyi etkileyen genel ruhsal-toplumsal etkenler olup yaş (özellikle ergenlik ve premenopozal dönem) gebelik, doğum sayısı, emzirme süresi, evlilik gibi etkenler de kadına özgü obezite nedenleri arasında sayılabilir. Kadınlar biyolojik faktörlerin etkisi ile ergenlik döneminin başından itibaren erkeklere oranla daha kiloludurlar. Ergenlik, gebelik, doğum sayısı, emzirme süresi, menopozal dönem ve emeklilik gibi yaşam dönemleri kadın için önemli riskli dönemler olarak kabul edilmektedir (Belahsan ve Rguibi 2006; Gavin, Simon ve Ludman 2010; Cordero ve ark. 2009; Haslam 2005). Adölesan dönemin başlangıcında kadınlarda ayrıca fizyolojik olarak, östrojen hormonunun etkisi ile vücut yağ dokusu, kas kütlelerine oranla artar. Bu ağırlık artışına gebelik ve menopoz gibi bir dizi olay da katkıda bulunur. Menopoza geçişin vücut yağ dağılımı üzerine etkisi açık olmamakla birlikte bazı çalışmalar merkezi ve yağ birikiminin özellikle karın içi yağların menopoza geçiş ile ilişkili olduğunu göstermektedir (Kanter ve Caballero 2012; Cordero ve ark. 2009; Haslam 2005; Odom 2006).

Obezite ve İnfertilite:

Obezite, özellikle kadın üreme sağlığını olumsuz etkilemektedir. Vücuttaki aşırı yağlanma, menstrual anomalilere, infertiliteye, abortuslara ve yardımcı üreme tekniklerinde bazı zorluklara neden olmaktadır. Polikistik over sendromu (PCOS) ile ilgili ovulasyon bozuklukları obez kadınlarda daha fazladır. Yine bazı jinekolojik ve ovulasyonsuz sikluslar daha fazla görülür ve bu kişilerin yardımcı üreme tekniklerinden daha fazla yararlandığı bildirilmiştir (Haslam 2005; Kulie ve ark. 2011; Redman 2006). Norman ve arkadaşları (2004) yaptıkları literatür incelemesinde, kadınların yaklaşık beş kg vermesi ile menstrual fonksiyonların ve fertilitenin olumlu yönde değiştiğini bildirmektedirler. (Norman, Noakes, Davies, Moran ve Wang 2004). Üreme dönemindeki kilo artışı ya da obezite, kadının hormonal döngüsünü de etkiler. Örneğin disfonksiyonel uterin kanamalar obez kadınlarda

daha fazla görülür. Erken puberte ile depresyon riski de obezite sorunu yaşayan kız adölesanlarda daha fazla görülmektedir. (Lash, Armstrong 2009; Norman, Noakes, Davies, Moran ve Wang 2004).

Obezite ve Kontrasepsiyon :

Kontraseptif yöntemler ve obezite ilişkisi uzun yıllardır tartışılan bir konu olarak güncelliğini korumaktadır. Birçok metabolik süreç adipoz dokuyu etkiler. Bu değişimler yöntemlerin kontraseptif etkisini de değiştirmektedir. Hatta hormonal yöntemlerin obez kadınlarda daha az etkili olduğuna dair bazı kanıtlar bildirilmiştir (Kanter ve Caballero 2012). Bu etkinin hipotalamik, hipofizer ve overyan yetersizlikten kaynaklandığı düşünülmektedir. Ancak bu konuda daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır. (Smith 2012). Kontraseptif ilaçlar, metabolizmada adipoz dokuda dağılır ve sonuçta dolaşımdaki ilacın kontraseptif etkisi azalır. Ayrıca hormonal kontraseptif kullanan obez kişilerde tromboemboli riski artmıştır. (Kanter ve Caballero 2012; Smith 2012). Aile planlaması danışmanlığı alan obez kadınlarda, bazı yöntem tercihleri değişebilir. Özellikle yaşlı ve obez kadınlarda bu risk daha da fazladır. DSÖ'de obez kadınlarda oral kontraseptif yöntemlerinin kullanımını kategori II olarak önermektedir. Beden kitle indeksi'nin (BKİ), RİA üzerine etkisini inceleyen çalışmalarda da, RİA'nın obezite üzerine etkisinin olmadığını belirtilmektedir. Üreme sağlığı ve aile planlaması danışmanlığı yapan tüm sağlık profesyonelleri, bu gelişmeleri takip etmeli ve obez kadınlarda DSÖ'ünün tavsiyelerine göre hareket etmelidir (Kanter ve Caballero 2012; Smith 2012).

Obezite ve Gebelik:

Kadının yaşam döngüsünde gebelik ve doğum önemli bir yaşam deneyimi olarak kabul edilir. Bu dönemlerde kadın metabolizmasında fizyolojik ve psikolojik pek çok değişiklik meydana gelir. En önemli fizyolojik gelişim ise gebelikte alınan kilolardır. Kilolar, fizyolojik olarak gelişen yağ depolanması, plazma hacminin artması ve vücut toplam su hacminin artması ile ortaya çıkan normal bir olaydır. Ancak anne adaylarının az ya da fazla kilo alması perinatal ölümlere ve erken doğumlara neden olması açısından önemlidir (Smith, 2012; Simmons 2011; Daşkıran ve Kavlak 2009)

Kadınlarda obezite gibi kronik sorunlarda gebelik komplikasyonlarını arttırmaktadır. Gebelik öncesi obezite de preeklampsi, hipertansiyon ve gestasyonel diyabet gibi riskleri arttırmaktadır. Gebelikte kilo alımı önemli bir problemdir. Amerikan Tıp Enstitüsü (IOM)

obez kadınların gebelikte 5-9 kg., İngiliz Dietetik Derneği ise maksimum 6 kg. alması gerektiğini bildirmiştir (Smith 2012; Simmons 2011, British Dietetic Association (2013). Ayrıca literatürde gebelik ve çocuk sayısı ile obezite arasındaki ilişki bildirilmektedir (Bastian, West, Corcoran ve Munger 2005). Bu ilişkinin nedenleri, gebelikler sırasında insülin direnci, hormonal değişimler, glikokortikoid aktivitesinde artış ve özellikle gebelikte femoral bölgede yağ oranının artışı gibi birkaç mekanizma ile açıklanabilir. Gebelikte kadının fizyolojisinin yanında pek çok psiko-sosyal değişimlerde yaşanır. Özellikle yaşça küçük çocuğa sahip olmak, kadınların beslenme alışkanlıklarını ve fiziksel aktivite düzeylerini etkiler. Dünya’da gebe kadınlarda obezite insidansının %18.5 - %38.3 arasında olduğu tahmin edilmektedir. Maternal obezite anne ve çocuk için kısa ve uzun dönem ciddi komplikasyonlar yaratır. Özellikle BKİ >30’un üzerinde olan obez kadınlarda erken dönemde spontan abortus riski artmaktadır. Bu dönemde gebelik kayıplarının büyük nedeni PKOS ile ilişkilendirilmektedir. Ayrıca obez kadınlarda gestasyonel diyabet, preeklampsi, tromboemboli gibi yüksek riskli gebelik komplikasyonları, ölü doğum, uzamış doğum eylemi ve sezaryen gibi riskli doğum sonuçları daha fazla görülmektedir. (Kulie ve ark. 2011). Sezaryen doğuma bağlı cerrahi, anestezi ve diğer postpartum riskler daha fazla görülmektedir. Meta analiz çalışmaları, maternal obezite ile ölü doğum ilişkisini göstermektedir (Smith 2012).

Emzirmeye başlama ve sürdürmede obeziteyi etkileyen diğer önemli faktörlerdendir. Postpartum dönemde obezite yara iyileşmesini geciktirmenin yanı sıra, üriner yol enfeksiyonlarını tetikler. Obez kadınlarda gebelik ve doğum sonu dönemde (özellikle 6-18 aylar arasında) üriner enfeksiyon oranlarında artış olduğunu belirten güçlü kanıtlar mevcuttur (Smith 2012).

Maternal obezite ayrıca perinatal ölümler ve fetal anomalilerle de ilişkilidir (Smith 2012; Daşkiran ve Kavlak 2009). Her seviyedeki sağlık bakım uygulayıcılarının obezitenin anne ve bebek sağlığını etkileyen sorunların farkına varması, etkili ve uygun girişimlerde bulunması önemlidir.

Obezite ve Diğer Kadın Sağlığı Sorunları

Obez kişilerde fizyolojik sorunların yanı sıra depresyon, bulimik davranış, beden imajı algısına bağlı ruhsal sorunlar, damgalanma, gece yeme sendromu veya bir şeyi daha fazla yiyerek psikolojik doyum sağlamaya çalışma ve uyku bozuklukları gibi psiko-sosyal sorunlarında daha fazla görüldüğü çalışmalarda bildirilmiştir. Son yıllarda bazı kanser

istatistiklerinde önemli artışlar mevcuttur. Özellikle obez kişilerde, kolon, rektum, böbrek, mesane, özafagus, pankreas, troid kanseri daha fazladır. Kadınlarda meme ve endometrium kanser (postmenopazal dönemde) oranları da obezite ile ilişkili olarak giderek atmaktadır. Smith 2012; Kulie ve ark. 2011). Bu sonuçlarda kadın sağlığı açısından obezitenin ne kadar önemli olduğunu ortaya koymaktadır.

Ev dışı istihdamın az olması, yemek porsiyonlarının giderek büyümesi, geleneksel olarak spor aktiviteleri alışkanlığının az olması, sosyal yaşama katılımının ve sosyo-ekonomik ihtiyaçların artmasına neden olan yaşam tarzı değişimleri ve medya kadınların beden kitle indekslerini sıklıkla değiştirmektedir (Lash ve Armstrong 2009; Aviram, Moshe ve Yogev 2011).

Görüldüğü gibi fizyolojik yaşam dönemleri, sosyo-kültürel faktörler ve pek çok sağlık sorunları kadınlarda görülen obeziteyi direkt ya da dolaylı olarak etkilemektedir. Son yıllarda obezite ve toplumsal cinsiyet ilişkisi de tartışılmaktadır. Toplumsal cinsiyet ve kadın sağlığı ilişkisi de önemli olduğundan, makalenin bundan sonraki bölümünde obezite, toplumsal cinsiyet ve kültür ilişkisi ele alınarak tartışılacaktır.

Obezite ve Toplumsal Cinsiyet İlişkisi

Sağlıktaki eşitsizliklere her ne kadar biyolojik, fizyolojik etkenler sayılsa da, bu farklılıkların yanı sıra; toplumsal cinsiyet ayrımcılığından kaynaklanan farklılıklarda sağlık ve hastalık ilişkisini etkiler. Obezite ve onun getirdiği komplikasyonlarda benzer şekilde kadınlarda daha yaygındır (Akın 2007). Gelişmiş ülkelerdeki çalışmalar, toplumsal cinsiyete bağlı gıda tercihlerinin olduğunu ve kişinin sosyo-kültürel değerlerinin de bu tercihleri etkilediğini göstermektedir. Bu ülkelerde, kadınların sağlıklı besinleri yediklerini veya yemeyi istediklerini söylemelerine rağmen, kurabiye, çikolata ve dondurma gibi yüksek enerjili işlenmiş ve şekeri yüksek gıdaları erkeklere göre daha çok tercih ettikleri görülmüştür. Kadınların erkeklerden daha fazla süt ürünlerini, erkeklerinse kadınlara göre oldukça fazla alkol tükettiği, Amerika Birleşik Devletler (ABD) ve Avrupa'dan gelen ulusal anket sonuçları onaylanmıştır. Bu nedenle, gelişmiş ülkelerde, hayvansal kaynaklı süt ürünleri ve yüksek enerjili alkollü içecek tüketimi cinsiyetler arasında farklı olup bu faktörler obeziteyi tetikler. Yine, yoğurt gibi süt ürünleri kilo alımıyla negatif bir ilişki içerisinde olsa da, dondurma gibi ilave şekerli süt ürünlerinin ve şekerlendirilmiş diğer ürünlerin kadınlar tarafından aşırı tüketimi, gelişmiş ülkelerde, cinsiyetler arasındaki obezite görülme oranındaki

dramatik farklılıkların sebepleri olarak sayılabilir (Kanter ve Caballero, 2012; Conley ve Glauber 2007)

Obezitedeki cinsiyet farklılıklarının diğer bir nedeni kültürel etkileşimdir. Christakis ve arkadaşlarının (2007) yaptıkları çalışmada, erkeklerin obez bir erkek arkadaşına sahip olduklarında obez olma riskinin %100 arttığını ileri sürerken, aynı etkinin kadın arkadaşlıkları arasında anlamlı olmadığı gösterilmiştir (Christakis ve Fowler 2007).

Yunanistan ve İspanya gibi diğer gelişmiş ülkelerde, erkeklerin sosyal statüsü arttıkça daha obez oldukları gözlenirken, kadınlara daha ince olma fikrinin aşılması aşırı kiloluluk ve obezitedeki toplumsal cinsiyet farkını ortaya koymaktadır (Kanter ve Caballero 2012) Kadınlarda daha ince bir beden imajını vurgulayan kültürel faktörlerde, erkeklerin bu ülkelerde kadınlardan önemli oranda aşırı kilolu olduğunun da bir açıklaması olabilir.

20. yüzyılın sonlarına doğru, gelişmiş ülkelerde mesleki rollerin büyük bir çoğunluğu hareketsizdir. Bu hareketsizlik toplumsal cinsiyete göre büyük bir değişkenlik göstermemektedir. (Conley ve Glauber 2007). Bütün bunlar göz önüne alındığında, sayısız sosyo-kültürel ve ekonomik faktörler, gelişmiş ülkelerdeki cinsiyete özgü obezite farklılıklarını ortaya koyar. Oysa düzenli egzersiz, kemik, yağ profili ve endotel fonksiyonlarını düzenler, glikoz toleransı, insülin duyarlılığı azaltarak obeziteyi engeller, kanser riskini azalır ve yaşam kalitesini etkiler (Odom 2006; Redman 2006).

Gelişmekte olan ülkelerde ise, cinsiyete ait obezite nedenlerinden biri de meslektir. Erkekler, kadınlara oranla daha çok günlük fiziksel aktivitede bulunmaktadırlar (Kanter ve Caballero 2012; Casea ve Menendez 2009). Rusya'da da, benzer şekilde obezite nedeni işsizlik ve fiziksel hareketsizlik olarak gösterilmektedir. Rusyalı kadınlarda (%47), Çek (%32) ve Polonyalı (%34) kadınlara oranla obezite daha fazla görülürken, erkeklerde bu oran tam tersidir (Pikhart ve ark. 2007).

Sosyo-kültürel faktörler ve inançlar özellikle Latin Amerika ve Karayipler'deki kadınları erkeklere oranla daha çok aşırı kilo alımına itmiştir. Kırsalda yaşayan Meksikalı kadınların birçoğu, büfelerle sağlanan gıdalara ulaşımın kolaylaşması, kendi ürettikleri ürünlerini taşıyama gerek duymama gibi nedenlerle daha fazla kilo almaktadırlar. Meksika'da kadınlarda obezite oranı %32.4'tür. Jamaika'da ise, %63.8'dir. Jamaikada, obezite kültürel olarak daha kabul edilmektedir. Çünkü aşırı kilolu olmak annelik ve çocuk büyütmeyle ilişkilendirilmektedir. (Rivera, Irizarry ve González-de Cossío 2009; Jackson ve ark. 2007). Marshall Adaları'nda da, kültürel inançların obeziteyi etkilediği ileri sürülür. Bu ülkede, zayıflık, özellikle de kadınlarda, infertilite ya da hastalıkla ilişkilendirilirken, büyük bedenli

olmak sağlıklı olmayı tanımlar. Bu tip kültürel inançlar, elbette yiyecek seçimi ve yaşam biçimini etkiler (Kanter ve Caballero 2012). Afrika, Güney-Doğu Asya ve Doğu Akdeniz Bölgelerinde, kadınlarda obezite prevalansı erkeklere oranla iki kat fazladır (Casea ve Menendes 2009). Bu ülkelerde yüksek sosyal statü, doğurganlık artışı, giyim tarzı ve fiziksel hareketsizlik obeziteyi arttırmaktadır. Mokhtar ve arkadaşları, Kuzey Afrika'daki geleneksel bol kadın giyim tarzını "gizli şişmanlık", "gizli obezite" ya da tersi bir söylemle "gizli açlık" ile eş değerde tutar. Ayrıca kadınlarda yaşanan bu kısıtlamalar ve sosyo-kültürel inançlar, kadınların boş zamanlarında fiziksel aktivite yapmalarına engel olur ve bu da sonuç olarak bu bölge kadınlarının erkeklere oranla daha fazla kilo almaya eğilimlidirler (Kanter ve Caballero, 2012; Casea ve Menendes 2009).

Ortadoğu ülkelerinde aşırı kiloluluk ve obezite oranı %50 oranında artmıştır. Mısır, Fas, Umman, Tunus, İran ve Ürdün gibi ülkelerde kentsel alanlarda obezite oranı daha yüksektir. Kuveyt'de, işsiz kadınlar arasında obezite yüzde % 47 iken, çalışan kadınların bu oran % 34 civarındadır. Genel olarak bu bölgede gençlerde (30-50 yaş), evli, yüksek eğitilmiş, çalışmayan, 2 saatten fazla televizyon izleyen, kendi arabası olan ve haftada 3'den daha az taze meyve tüketen kadınlarda obezite daha fazla görülmektedir. Bu ülkelerdeki yüksek doğurganlık ve sık doğumlar kadınlar için bir obezite nedenidir. (Musaiger 2011; Kanter ve Caballero 2012)

Muhafazakar toplumlarda, özellikle de Orta Doğu ve Kuzey Afrika bölgelerinde ve Umman, Kuveyt, Suudi Arabistan gibi OECD'ye dahil olmayan yüksek gelirli ülkelerde, kadınlar genelde aşırı korunmakta ve dini inanç engelleri yüzünden halka açık alanlarda fiziksel aktivitelere katılmaktadırlar. Bu bölgedeki 6 ülkede yapılan çalışmada (Mısır, Ürdün, Bahreyn, Katar, Sudan ve Irak) spor tesislerin eksikliği, kadın kulüplerinin yetersizliği, ulaşım zorluğu, pahalı ücretler, sosyal engeller, motivasyon, psikolojik destek eksikliği, cesaret eksikliği (özellikle aile ve eş tarafından), kültürel engeller inançlar ve tutumlar, kadınlara karşı ayrımcılık, ve çevresel engeller (uygun olmayan hava, sağlık ve fizyolojik, koşullar (gebelik) gibi nedenlerle kadınlar fiziksel olarak daha az hareket ederler (Musaiger, 2011). Mısır gibi bazı ülkelerde kadınlardaki aşırı kilo alımı kültürel açıdan daha fazla kabul edilmektedir (Musaiger 2011; Kanter ve Caballero 2012). Gelişmekte olan birçok ülkedeki değişen fiziksel aktivite alışkanlıklarıyla eş zamanlı olarak 1990'lardan itibaren rafine karbonhidratlar ve ilave şekerlerden oluşan işlenmiş gıda ürünlerinin tüketiminde bir artış olmuştur. Bu nedenle beslenme geçişi, gelişmekte olan ülkelerde aşırı kiloluluk ve obezite oranları giderek artmaktadır.

Obezite ve Hemşirelik Bakımı

Hemşireler yaşamın sağlıklı sürdürülmesini sağlayarak, aşırı kiloluluğu ve obeziteyi azaltmada anahtar role sahiptirler. Uluslar arası hemşireler birliği (ICN) ve diğer bazı uluslar arası hemşirelik organizasyonları pozitif yaşam şekli oluşturmada, kilo kontrolünde ve beslenme eğitiminde hemşirelerin önemli stratejik rolleri olduğunu vurgulamaktadır (Sheehan ve Yin 2006; Lazarau ve Kouta 2010).

Literatürde obezite ve yönetiminde pek çok hemşirelik modelin kullanılabileceği belirtilmektedir. Son yıllarda da güçlendirme modeli de önerilen modeller arasındadır (Dereli ve Fadiloğlu 2012). Bu model insanların gerçekten sağlıklı olmaları için yalnızca sosyal ortamdaki bireysel davranışlarını değil, aynı zamanda yaşamlarını etkileyen çevresel değişiklikleri de ele alma varsayımına dayanmaktadır. Böylelikle kadın sağlığı alanında çalışan hemşireler ya da halk sağlığı hemşireleri prekonsepsiyonel danışmanlık yaparak obezite ve riskleri konusunda bilgilendirmelidirler. Ayrıca hemşireler emzirme, fiziksel aktivite ve egzersiz, düzenli, dengeli beslenme ve kilo kontrolü gibi konularda eğitim ve danışmanlık vererek ve bireyleri güçlendirme gibi modelleri de kullanarak obezite ve risklerinin azalmasına yardım edebilirler (Sheehan ve Yin 2006; Lazarau ve Kouta 2010; Dereli ve Fadiloğlu 2012).

İngiltere’de hemşireler, halkı sağlıklı kilo hakkında bilgilendirme, eğitimi ve danışmanlığı vermektedirler. Bu ülkede çocuklar için sağlıklı büyüme ve sağlıklı kiloyu yaygınlaştırmak, sağlıklı besinlerin reklamını yapmak, günlük yaşamda fiziksel aktiviteye yer vermek, daha iyi sağlık için teşvik yaratmak (okullarda, kafeteryalarda, restoranlarda ve otomatik satış yapan makinelerde sağlıklı besinlerin seçilmesi ve yürüyüş ve bisiklet kullanım alanlarının yaratılması), obezite ve aşırı kiloluluk durumunda bireysel destek verilmesi gibi önemli stratejiler geliştirilmiştir. Hatta halk sağlığı hemşireleri ve kadın sağlığı alanında çalışan hemşireler, genç annelerin eğitiminde “5 gün meyve ve sebze alın ve bunun sağlıklı olduğunu bilin” gibi sloganlar hazırlayarak obezite ile mücadelede aktif rol almaktadırlar. Hemşirelerin hastalıkla mücadelede rol almaları ile birlikte kan basıncı, kolesterol, diyet ve fiziksel aktivitede olumlu yönde değişimlerin olduğu çalışmalarda belirtilmiştir. (Sargent, Forrest, Parker 2010, Phillips, Wood, Kinnersley, 2014) Benzer şekilde de ABD’de hemşireler eğitim ve danışmanlık çalışmaları yürütmekte ve obezite ile mücadelede aktif görev almaktadırlar (Beyaz ve Koç, 2009, Lazarou, ve Kouta, 2010)

Hemşireler tarafından esnek, bireysel ve holistik bakım uygulandığında obezite ile mücadelede, daha olumlu sonuçların elde edildiği göstermiştir (Goldie 2012). Hemşireler için bireylerin obezite riskleri ve cinsiyetler arası farklılıkları anlamak bakımın niteliği açısından da oldukça önemlidir. Bu nedenle bakım, eğitim ve küresel yenilikler, değişimler ve modeller hemşireler tarafından da yakından izlenmelidir.

Sonuç ve öneriler

Dünyada obezite görülme sıklığını etkileyen etmenlerin başında genetik (kalıtım), yaş, cinsiyet, eğitim ve yaşam tarzı gibi değişkenler yer almaktadır. Kentleşme, ekonomik gelişme ve diyet alışkanlıklarında değişme, çalışma koşulları, fiziksel aktivitelerde azalmalar (okul servisleri, asansör, ulaşımın ve diğer teknolojik araçları, kentlerde yetersiz yeşil alan, televizyon ve bilgisayar başında fazla zaman geçirme), reklamlar ve medya gıda tüketim kalıbını değiştirmektedir. Küresel olarak sosyal ve kültürel faktörler ve değişimler yeme ve egzersiz alışkanlığını değiştirmekte ve bu değişiklikler kadın cinsiyetini daha fazla etkilemektedir. Gelişmekte olan ülkelerde de ayrıca fiziksel aktiviteyi etkileyen mesleki değişimler ve sosyo-kültürel faktörler ve inançlar özellikle kadınlarda obezite sıklığının artışı açıklamaktadır. Her iki cins için obezite riskleri ve farklılıkları anlamak etkili politika müdahalesi için gerekli ve önemli bir ilk adımdır. Bu nedenle kadınların obezitesine yönelik kalitatif ve kantitatif çalışmaların yapılması ve hemşirelik literatürüne bu gelişmelerin de ilave edilmesi pandemi ile mücadele de önemli bir adım olacaktır.

Toplumda önemli bir halk sağlığı sorunu olan obezitenin önlenmesinde sağlıklı beslenme, düzenli egzersiz yapma ve normal vücut ağırlığını koruma son derece önemlidir. Toplumun sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazandırılmasında sağlık profesyonellerine düşen görev; obeziteden korunma ya da hastalıkla mücadelede devlet, sivil toplum, özel sektör, meslek ağları, medya ve uluslararası kuruluşlar arasında ilişkilerin güçlendirilmesi ve ortak hareket edilmesi önerilmektedir.

Ülkemizde de obezitenin önlenmesi ve tedavisinde nüfusa, çocuklara ve toplumsal cinsiyete yönelik halk sağlığı stratejileri kültürel normlar ile birleştirmelidir. Davranış değişikliklerini oluşturmada etkili ve kanıt temelli bakım sunan halk sağlığı, okul sağlığı ve kadın sağlığı alanında çalışan hemşireler, bu küresel sorunların çözümüne katkı sağlayacak çalışmalar yapmalı, toplumsal cinsiyete özgü değişiklikleri de ele alan esnek, kişi merkezli holistik bakım uygulamalıdır.

KAYNAKLAR

- Akın A. (2007). Toplumsal Cinsiyet (Gender) Ayırmıcılığı ve Sağlık, Toplum Hekimliği Bülteni, 26 (2): 1-9.
- Aviram A, Moshe H, Yogev Y. (2011). Maternal obesity: Implications for pregnancy outcome and long-term risks—a link to maternal nutrition 2011. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*;115 (1): 6–10. doi. 10.1016/S0020-7292(11)60004-0.
- Aydın Y, Celbek G, Kutlucan A, Önder E, Güngör A, Alemdar R, Coşkun H, Özhan, H. (2012). Batı Karadeniz Bölgesinde Obezite Prevelansı: Melen Çalışması, *Turkish Journal of Endocrinology and Metabolism, Turk Jem* 16: 52-57.
- Bastian L, West N, Corcoran C, Munger R. (2005). Number of children and risk of obesity in older women. *Preventive Medicine*, 40:99-104. doi: 10. 1016/j.ypped. 2004.05.007.
- Belahsan R, Rguibi M. (2006). Population Health and Mediterranean Diet in Southern Mediterranean Countries. *Public Health Nutrition*, Dec; 9(8A):1130-1135.doi: 10.1017/S1368980007668517.
- Beyaz B, Koç A. (2009). Obezitenin Ekonomisi: Güncel Durum, Mücadele Politikaları Ve Ekonomik Analizler, *Econ Anadolu*, 17-19 Haziran 2009, Eskişehir, <http://www.econanadolu.org/en/index.php/past-congresses/econ-2009/articles2009/3315>
- British Dietetic Association (2013) ‘Food Fact Sheet: Pregnancy, Version 4’. BDA www.bda.uk.com/foodfacts
- Bulaşıcı Olmayan Hastalıklara İlişkin Küresel Durum Raporu, 2010, DSÖ Kütüphanesi Katalogu-Yayın Verileri Data, ISBN: 978 92 4 156422 9) [http:// beslenme. gov.tr/ content/ files/ home/ kuresel_durum_raporu.pdf](http://beslenme.gov.tr/content/files/home/kuresel_durum_raporu.pdf)
- Casea A, Menendez A. (2009). Sex differences in obesity rates in poor countries: Evidence from South Africa. *Economics and Human Biology* 7: 271–282.
- Christakis N, Fowler J. (2007). The Spread of Obesity in a Large Social Network over 32 Years. *N Engl J Med* (357) : 370-379. doi. 10.1056/NEJMsa066082
- Conley D, Glauber R. (2007). Gender Body Mass and socioeconomic status: New evidence from the PISD. *Adv Health Econ Health Serv Res.* (17):253-75. doi:10.1016/S0731-2199(06)17010-7.
- Cordero A et al. (2009). Casanovas on behalf of the MESYAS Registry investigators. Gender differences in obesity related cardiovascular risk factors in Spain. *Preventive Medicine* , 48:134–139. doi.10.1016/j.ypped.2008.10.024.
- Crosnoe R. (2007). Gender, obesity, and education. *Sociology of Education*, 80 (3): 241–260. doi: 10.1177/003804070708000303.
- Daşkiran Z, Kavlak O. (2009). Maternal Obezite: Gebelik Komplikasyonları ve Gebe Kadının Yönetimi. *Türkiye Klinikleri, Hemşirelik Bilimleri Dergisi*, 1(1): 39-46.

- Dereli Ö, Fadiloğlu Ç. (2012). Obezitede güçlendirme ve hemşirelik yaklaşımları, Türkiye Klinikleri J Nurs. Sci. 4 (2): 94-101.
- Doğan N, Toprak D, Demir S (2011). Afyonkarahisar İlinde Obezite Prevalansı ve İlgili Risk Faktörleri Türkiye Klinikleri J Med Sci 31(1):122-32.
- Ergül Ş, Kalkım A.(2011). Önemli Bir Kronik Hastalık: Çocukluk ve Ergenlik Döneminde Obezite. TAF Prev Med Bull, 10(2): 223-23.
- Gavin A, Simon GE, Ludman E. (2010). The association between obesity, depression, and educational attainment in women: The mediating role of body image dissatisfaction. Journal of Psychosomatic Research 69 (6): 573–581. doi: [10.1016/j.jpsychores.2010.05.001](https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2010.05.001).
- Güler Y., Gönener H.D., Altay B., Gönener A. (2009) Adölesanlarda obezite ve hemşirelik bakımı. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, Cilt 4, Sayı:10, s:165.
- Haslam D. Gender-specific aspects of obesity. Journal of mens Health and Gender, 2005 WPMH GmbH. Published by Elsevier Ireland Ltd. 2005 June; 179: (2): 179–185. doi:10.1016/j.jmhg.2005.04.015.
- Jackson M, Walker S, Cruickshank JK, Sharma S, Cade J, Mbanya J-C. (2007). Diet and overweight and obesity in populations of African origin: Cameroon, Jamaica and the UK. Public Health Nutr. ;10 (2):122-30. doi: 10.1017/S1368980007246762
- Kanter R, Caballero B. (2012). Global Gender Disparities in Obesity: A Review. Advances in Nutrition An International Review Journal 3: 491–498. doi: 10.3945/an.112.002063.
- Kulie T, et al (2011). Obesity and Women's Health: An Evidence-Based Review. Journal of American Board Family Medicine 24: 75– 85. doi: 10.3122/jabfm.2011.01.100076.
- Lash M, Amstrong A. (2009). Impact of obesity on womens health. *Fertility and Sterility*, 91(5): 1712-6. doi. 10.1016/j.fertnstert.2008.02.141
- Lazarou C, Kouta C. (2010). The role of nurses in the prevention and management of obesity. British Journal of Nursing ;19 (10): 641-647. doi.org/ 10.12968/ bjon.2010.19.10.48203
- Musaiger A.O. (2011). Overweight and Obesity in Eastern Mediterranean Region: Prevalence and Possible Causes. Journal of Obesity Volume 1-17. <http://dx.doi.org/10.1155/2011/407237>
- Nishida C, Mucavele P. (2005). Monitoring the rapidly emerging public health problem of overweight and obesity: the WHO Global Database on Body Mass Index, SCN News, 29(1):5-12.
- Norman RJ, Noakes M, Wu R, Davies MJ, Moran L, Wang JX. (2004). Improving reproductive performance in overweight/obese women with effective weight management. Hum Reprod Update.10(3):267-80.doi.10.1093/humupd/dmh018.
- Odom N.J. (2006). Overweight and Obesity in Women: A Literature Review. The University of Arizona. A Master's Project Submitted to the Faculty of the Arizona. College of Nursing . Master of Science in Nursing, 2-72.

- Öztora S. (2005). İlköğretim Çağındaki Çocuklarda Obezite Prevalansının Belirlenmesi ve Risk Faktörlerinin Araştırılması. Bakırköy Tıp Fakültesi Uzmanlık Tezi. İstanbul. s.5-9.
- Pikhart H, Bobak M, Malyutina S, Pajak A, Kubínová R, Marmot M. (2007), Obesity and Education in Three Countries of The Central and Eastern Europe: The Hapieve Study. *Cent Eur J Public Health* 15 (4): 140–142. doi:10.1186/1471-2458-9-439.
- Redman L. (2006). Physical activity and its effects on reproduction. *Reproductive BioMedicine Online*. 12(5): 579–586. Rivera JA, Irizarry M, González-de Cossío T. (2009). Overview of the nutritional status of the Mexican population in the last two decades, *Salud Pública Méx* 51(*sup* 4): 645-656.
- Sargent GM, Forrest LE, Parker RM. (2012). Nurse delivered life stil Nurse delivered lifestyle interventions in primary health care to treat chronic disease risk factors associated with obesity: a systematic review. *Obes Rev*. Dec;13(12):1148-71. doi: 10.1111/j.1467-789X.2012.01029.x. Epub 2012 Sep 13.
- Sheehan NC, Yin L. (2006). Childhood obesity: nursing policy implications. *J Pediatr Nurs* 21(4): 308-10. doi. 10.1111/j.1466-7657.2008.00708.x
- Simmons D. (2011). Diabetes and obesity in pregnancy. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 25 (1): 25-36. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2010.10.006. Epub 2011 Jan 17.
- Smith H. (2012). Obesity and its complications in women . *S Afr Pharm J* 79(10):26-30.
- TC. Sağlık Bakanlığı. Obezite ve Şişmanlık. <http://www.thsk.saglik.gov.tr/obezite-sismanlik>, 2010 (Erişim tarihi: 15.07.2014).
- World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases, 2010, WHO Library Cataloguing-in-Publication Data Global status report on noncommunicable diseases 2010. ISBN 978 92 4 156422 8, 144-158. (Erişim tarihi: 15.07.2014).