OBEZİTE HASTALIĞI NEDENLERİ VE BESLENMESİ

Obezite, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından “sağlığı bozacak ölçüde vü-cutta aşırı yağ birikmesi” olarak tanımlanmaktadır. Yetişkin erkeklerdevücut ağırlığının ortalama %15-20’sini, kadınlarda ise %25-30’unu yağ do-kusu oluşturur. Erkeklerde bu oranın %25, kadınlarda ise %30’un üzerine çıkmasıdurumu obezite olarak tanımlanır.1Obezite her ne kadar artmış vücut ağırlığı ile eş-değer olarak görülse de bu tam olarak doğru değildir. Mesela zayıf fakat kas kitlesifazla olan bir kişide yağ dokusu artışı olmadan da normalin üstünde vücut ağırlığıolabilir. Yağlanmayı direkt olarak ölçmese de obezitenin ölçümünde yaygın olarakBeden Kitle İndeksi (BKİ) kullanılmaktadır. BKİ bireyin vücut ağırlığının (kg), boyuzunluğunun (m) karesine bölünmesi ile elde edilen bir değerdir.2Obezite, tüm toplumlarda çok yaygın görülen bir sağlık sorunudur ve giderekküresel bir epidemi halini almaktadır. DSÖ tarafından Asya, Afrika ve Avrupa’nınaltı ayrı bölgesinde yapılan ve 12 yıl süren MONICA (Kardiyovasküler HastalıktaBelirleyicilerin ve Eğilimlerin uluslararası İzlenmesi) çalışmasında obezite preva-lansında 10 yılda %10-30 arasında bir artış olduğu bildirilmiştir.3Obezite sıklığınınbu hızlı artışını durdurmanın en önemli yolu bireylerin obez olmalarını önlemek-tir. Bu amaçla topluma dönük doğru ve bilimsel uygulamalar çocukluktan itibarenTurkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics 2014;5(6) 61Obezitenin ÖnlenmesindeDiyetetik YaklaşımlarÖÖZZEETT Şu anda Türk erişkinlerin yaklaşık %60’ı obez veya aşırı kilolu olarak kategorize edilmekteolup, bu durum birinci basamak hekimi tarafından görülen en yaygın kronik sağlık sorunlarındanbiridir. Bu nedenle, Sağlık Bakanlığı fiziksel aktiviteyi ve sağlıklı bir diyeti teşvik etmek için uygundanışmanlık ile birlikte tüm hastaların periyodik olarak boy ve kilo ölçümlerini önermektedir. Buyazıda sağlıklı beslenme ele alınacaktır.AAnnaahh ttaarr KKee llii mmee lleerr::Diyet; diyet tedavisi; obezite; önleme ve kontrolAABBSS TTRRAACCTT Nearly 60% of Turkish adults currently categorized as overweight or obese and thiscondition represents one of the most common chronic medical problems seen by the primary carephysician. For this reason, Ministry of Health recommends periodic height and weight measure-ments for all patients along with appropriate counseling to promote physical activity and a healthydiet. In this paper, a healthy diet will be discussed.KKeeyy WWoorrddss:: Diet; diet therapy; obesity; prevention & controlTTuurrkkiiyyee KKlliinniikklleerrii JJ FFaamm MMeedd--SSppeecciiaall TTooppiiccss 22001144;;55((66))::6611--77Mustafa Kürşat ŞAHİN,aGülay ŞAHİN,bFüsun YARIŞbaCanik Toplum Sağlığı Merkezi,bAile Hekimliği AD,Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi,SamsunYazışma Adresi/Correspondence:Mustafa Kürşat ŞAHİNCanik Toplum Sağlığı Merkezi,Samsun, TÜRKİYEm.kursatsahin@yahoo.comCopyright © 2014 by Türkiye KlinikleriDERLEME

başlatılmalıdır. Temel olarak iki husus önemsenmelidir.Bunlar: 1. Yeterli ve dengeli beslenme ve 2. Fiziksel ak-tivite yapılmasıdır.Beslenme; insanın büyüme, gelişme, sağlıklı veüretken olarak uzun süre yaşaması için gerekli olan besinögelerini alıp vücudunda kullanabilmesidir. Vücudunbüyümesi, yenilenmesi ve çalışması için gerekli olanbesin ögelerinin her birinin yeterli miktarlarda alınmasıve vücutta uygun şekilde kullanılması durumu “yeterlive dengeli beslenme” deyimi ile açıklanmaktadır.4FAZLA KİLOLU VE OBEZ BİREYLERDE DİYET TEDAVİSİNİN AMAÇLARI1. Vücut ağırlığını hedeflenen düzeye indirmek (budüzey kişinin olması gereken ideal vücut ağırlığı veyaideal vücut ağırlığının üzerinde bir ağırlık olabilir),2. Kişinin bütün besin ögesi gereksinimlerini yeterlive dengeli bir şekilde karşılamak,3. Kişiye yanlış beslenme alışkanlıkları yerinedoğru beslenme alışkanlıklarını kazandırmak,4. Vücut ağırlığı arzu edilen düzeye geldiğinde, tek-rar ağırlık kazanımını engellemek ve sürekli bu düzeydetutmak, 5. Çocuklarda normal büyüme ve gelişmeyi sür-dürmektir.4Yapılması planlanan değişikliklerin ilk basamağı,hastanın mevcut durumunu anlamak ve ortak bilinç or-tamı oluşturmaktır. Yeni beslenme alışkanlıkları ile il-gili eğitime başlamak için kişinin var olan beslenmealışkanlıklarının ve besin tüketim durumunun değer-lendirilmesi gereklidir. Yirmi dört saatlik ya da bir günühafta sonuna gelmek üzere üç günlük besin tüketim ka-yıtları için hastaya hangi besini, ne şekilde, ne zaman,ne kadar yediği konusunda sorular sorulur ve kayıt tu-tulur. Uygun olan durumlarda hastadan üç günlük besinkaydını kendisinin tutması istenebilir, böylece yedikle-rinin farkına varması sağlanır. Besin tüketim sıklığı içinönceden hazırlanmış bir besin listesi eşliğinde hangi be-sinleri ya da besin gruplarını hangi sıklıkla yediği soru-lur. Böylece hangi besinleri daha çok, hangi besinleridaha az tükettiği belirlenir. Hastanın besinler ve bes-lenme konusundaki tutum ve davranışları, belirlemekiçin de önceden hazırlanmış bir anket aracılığı ile gö-rüşme yapılır. Ankette besinleri ne zaman ne şekilde, nekadar yediği yanında sevdiği ve sevmediği besinler, ne-denleri, günlük aktiviteleri, öğün saatleri, besin hazır-lama ve pişirme şekilleri, yemeği kimin hazırladığı gibikonularda yer alır. Böylece, hedeflenen değişikliklerhakkındaki kararlar hasta ile birlikte alınabilir. Yapıla-cak değişiklikler, mümkün olduğu kadar lezzet ve uygu-lanabilirlik açısından birey tarafından kabul edilebilirolmalıdır. Aksi takdirde birey önerilen diyete uyum sağ-layamamaktadır. Ancak buradaki olası sorun, bireyinenerji alımını olduğundan daha düşük bildirme olasılı-ğıdır. Bu durum dikkate alınmalı ve gerekli kontrolleryapılmalıdır. Buna rağmen, doğru sonuç alındığına ina-nılmıyorsa, bireyin enerji alımı prediktif denklemlerkullanılarak hesaplanmalıdır.4-8FAZLA KİLOLU VE OBEZ BİREYLERDE DİYET TEDAVİSİNİN İLKELERİ4,9ENERJİZayıflama için önerilen beslenme programlarında gün-lük enerji miktarının belirlenmesinde ilke, kişiye har-cadığından daha az enerji vermektir. Bireyin bazalmetabolizmasının altında enerji verilmemelidir. Alınanenerjinin azlığı oranında bazal metabolizma hızı azalır.Kişinin günlük enerji alımı, haftada 0,5-1 kg vücut ağır-lık kaybını sağlayacak şekilde azaltılmalıdır. Bu düzey,çoğunlukla bireyin günlük alması gereken enerjisinden500-1000 kcal’lik azaltma ile sağlanabilir. Ağırlık kay-bını sağlarken mümkün olduğunca yüksek enerji (en azbazal metabolizma hızı düzeyinde) içeren beslenmeprogramları ile bireyler uzun sürede zayıflatılmalıdır.10PROTEİNGünlük enerjinin yaklaşık olarak %12-15’i proteinler-den sağlanmalı ve daha çok kaliteli protein kaynakları-nın tüketilmesi önerilmelidir. Toplam proteinin %30-40kadarı, B12 vitamini gereksinmesini karşılamak için hay-vansal kaynaklardan karşılanmalıdır. Hayvansal kay-naklı bu proteinin %40-70’i yağsız süt ve ürünlerinden,%20-30’u ise yağı az et, balık ve yumurtadan gelmelidir.Toplam proteinin kalan kısmının %25’inin ise kuru bak-lagiller, sebze ve yağlı tohumlardan gelmesi önerilmek-tedir. Proteinlerin yeterli miktarda alınması; tokluk hissisağlamaları, yağsız vücut kütlesinin korunması ve dokuyapımındaki olumlu etkileri nedeniyle önemlidir.11YAĞGünlük enerjinin yaklaşık %25-30’u yağlardan sağlan-malıdır. Yağlı besinler de proteinli besinler gibi toklukhissi vermektedir. Ayrıca, yağda çözünen vitaminlerin(A, D, E, K vitaminleri) vücutta kullanımını sağlamakiçin diyetin toplam yağ miktarı azaltılmamalı ve enerji-Mustafa Kürşat ŞAHİN ve ark. OBEZİTENİN ÖNLENMESİNDE DİYETETİK YAKLAŞIMLARTurkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics 2014;5(6)62

nin yağdan gelen oranı %20’nin altına düşürülmemeli-dir. Tüketilen yağ türüne de dikkat edilmelidir. Enerji-nin doymuş yağ asidinden gelen oranı %10’un altındaolmalı, çoklu doymamış yağ asidi %7-8, tekli doymamışyağ asidi %10-15 olacak şekilde belirlenmelidir. Günlükalınan kolesterol miktarı 300 mg’ın altında olmalıdır.Bazı bitkisel ve hayvansal yağlardaki yağ asitlerinin da-ğılımı Tablo 1’de yer almaktadır.DDooyymmuuşş yyaağğ aassiittlleerrii: Hayvansal kaynaklı besinler-den kırmızı et, tavuk (derili), tereyağı, tam süt ile bitki-sel besinlerden palmiye ve palmiye tohumu yağı ilehindistan cevizi yağı doymuş yağlardan zengindir.TTeekkllii ddooyymmaammıışş yyaağğ aassiittlleerrii: Tekli doymamış yağasitlerinden zengin yağlar oda sıcaklığında sıvı formda-dır. Kanola, fındık yağı ve zeytinyağları bu yağ asitle-rinden zengindir.ÇÇookklluu ddooyymmaammıışş yyaağğ aassiittlleerrii: Yağ asidinde bulunankarbon molekülleri arasındaki çift bağlardan iki veyadaha fazlası kırılmıştır. Çoklu doymamış yağ asitlerin-den zengin yağlar oda sıcaklığında sıvı veya yumuşakformdadır. Mısır, soya ve ayçiçek yağlarının çoklu doy-mamış yağ asidi içerikleri yüksektir. Deniz ürünlerin-deki yağların büyük bir kısmını da çoklu doymamış yağasitleri oluşturmaktadır. Çoklu doymamış yağ asitleriiçinde iki ana grup vardır:OOmmeeggaa--66 yyaağğ aassiittlleerrii: özellikle mısır özü, ayçiçeği,soya fasulyesinde bulunmaktadır.OOmmeeggaa--33 yyaağğ aassiittlleerrii: Özellikle soğuk sularda yaşa-yan uskumru, ton, somon gibi yağlı balıklarda bulun-maktadır. KARBONHİDRATGünlük enerjinin %50-60’ı karbonhidratlardan sağlan-malıdır. Şeker gibi basit karbonhidratların tüketimi az-altılmalı (günlük alınan enerjinin <%10 olmalıdır); tahıl,kuru baklagiller gibi besinlerde bulunan kompleks kar-bonhidratların tüketimi artırılmalıdır. Yağlara kıyaslakarbonhidratların enerji yoğunluğunun düşük, açlığıbastırma yönündeki etkisinin yüksek, depo kapasitesi-nin düşük, solunum oranının yüksek ve lipojenik et-kisinin düşük olduğu görülmektedir. Karbonhidratlarözellikle de posa içeriği yüksek olan oligosakkaridler vepolisakkaridlerin tokluk hissi oluşturarak enerji alını-mını kontrol ettiği ve obezitenin gelişmesindeki riskiazaltabildiği bildirilmiştir.Çocuk ve adolesan bireylerin sıklıkla tükettikleriiçecekler, hamur işi ve tatlıların içerisinde yer alan fruk-tozun artan obezite insidansı ile ilişkili olduğu bildiril-miştir. Buna neden olarak fruktozun vücutta metabolizeolurken glukozdan farklı bir yol izlediği ve böylece in-sülin düzeyini arttırmadığı, leptin düzeyini düşürdüğüve ghrelin salınımını baskılamadığı bildirilmiştir. Leptingenel olarak açlık durumunda azalırken, besin alımıylaartmakta ve iştahı azaltmaktadır. Ghrelinin ise açlıklaarttığı ve iştahı arttırdığı bilinmektedir.13GLİSEMİK İNDEKSElli gram karbonhidrat içeren referans besine (glukozveya beyaz ekmek) kıyasla seçilen besinin 50 gram kar-bonhidrat içeren miktarının kan şekerini yükseltmeoranı “glisemik indeks” olarak tanımlanır. Glisemik in-deks değeri 55’in altında olan besinler (çavdar ekmeğigibi tam tahıl ekmekleri, kuru baklagiller, sebzeler, süt,yoğurt ve birçok meyve -elma, armut, şeftali vb.) düşük,56-69 arasında olan besinler (muz, kiraz, dondurma, spa-getti) orta ve 70’in üzerinde olan besinler (beyaz ekmekgibi birçok rafine tahıl ürünleri, patates, pirinç) ise yük-sek glisemik indekse sahip besinler olarak tanımlan-maktadır. Glisemik indeks ağırlığın kaybını etkileyenönemli bir unsurdur.OBEZİTENİN ÖNLENMESİNDE DİYETETİK YAKLAŞIMLAR Mustafa Kürşat ŞAHİN ve ark.Turkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics 2014;5(6) 63Çoklu doymamış Tekli doymamış Doymuş yağ asitleri yağ asitleri yağ asitleri(%) (%) (%)Bitkisel yağlarAspir yağı 70 12 9Ayçiçeği yağı 66 20 10Mısır yağı 59 24 13Soya fasulyesi yağı 58 23 14Pamuk yağı 52 18 26Kanola yağı 33 55 7Zeytinyağı 8 74 13Fındık yağı 32 46 17Margarin, yumuşak 31 47 18Margarin, sert 18 59 19Palmiye yağı 9 37 49Hindistancevizi yağı 2686Palmiye çekirdeği yağı 2 11 81Hayvansal yağlarTuna balığı yağı 37 26 27Tavuk yağı 21 45 30Koyun eti yağı 8 41 47Sığır yağı 4 42 50Tereyağı 4 29 62TABLO 1: Bitkisel ve hayvansal yağlardaki yağ asitleridağılımı.12

Düşük glisemik indekse sahip besinler vücut ağırlı-ğının kontrolünde doygunluğu uyararak ve karbonhid-rat oksidasyonu yerine yağ oksidasyonunu destekleyerekolumlu etki gösterebilir. Düşük glisemik indeks ve yük-sek karbonhidratlı besinler insülin duyarlılığını sağlar vekilo kaybını artırır. Düşük glisemik indeksli besinleryüksek glisemik indeksli besinlerden daha fazla doy-gunluk sağlar ve öğün sonunda da daha az enerji alımınaneden olurlar. Yüksek glisemik indeksli besinler hızlıkarbonhidrat emilimine neden olurken insülin ve glu-kagon salınım dengesinin bozulmasına, doygunluk his-sinin azalmasına ve uzun vadede aşırı besin alımınaneden olurlar. Yüksek glisemik indeks ve yüke sahip be-sinlerin tüketimi ile artmış kronik hastalıklar ve özel-likle obezite ilişkilendirilmektedir.14VİTAMİN VE MİNERALLERZayıflama diyetlerinde çok düşük enerjili diyetler uy-gulanmadıkça, vitamin-mineral yetersizliklerine rast-lanmamaktadır. Ancak çok düşük enerjili diyetlerde;özellikle B grubu vitaminler, demir ve kalsiyum yönün-den yetersizlikler oluşabilmektedir. Bu durumda diyetevitamin-mineral desteği gerekebilmektedir. Kadın bi-reyler için 1200 kcal’den, erkek bireyler için 1500kcal’den düşük diyetlerde günlük ek multivitamin kul-lanımına gereksinim duyulabilir.POSADiyet posasının arttırılmasının, birçok kronik hastalıktaolduğu gibi obezitenin önlenmesinde ve kilo alımını en-gellenmesinde etkin olduğu görüşü yaygındır. Posa; çiğ-neme süresinin uzun olması nedeniyle yemek yemezamanını uzatması, hacmine karşılık düşük enerji içer-mesi nedeniyle enerji alımını azaltması, mide boşalmahızını yavaşlatarak tokluk hissini sağlaması, safra asidive yağ asidi emilimini azaltması, barsak hareketlerini vedışkı hacmini artırarak konstipasyonu önlemesi ve insü-lin düzeyini fazla yükseltmemesi gibi birçok nedenlebeslenme programının uygulanmasında önemli bir öge-dir. Günlük 25-30 g posa alımı yeterlidir. Bunun özel-likle 7-13g’ı suda çözünür posadan sağlanmalıdır. Sudaeriyebilen posanın kalp hastalıkları, diyabet ve bazı kan-ser türlerinden korunma ve tedavisinde olumlu etkisi-nin olduğu bilinmektedir. Taze sebze ve meyveler, kurubaklagiller, kepekli un ve tam tahıllı ürünler önerilendoğal posa kaynaklarıdır.15,16ALKOLZayıflama diyetlerinde kullanımı önerilmemektedir.Ancak çok düşük enerjili olmayan zayıflama diyetle-rinde, eğer kişi alkol tüketme alışkanlığından kesinliklevazgeçemiyorsa, az miktarda tüketimine izin verilebilir.Ancak, alınan alkollü içkinin içerdiği alkol miktarınagöre enerjisi hesaplanarak günlük tüketilmesi gerekenenerjiden çıkarılması gereklidir. Ilımlı alkol tüketimi ka-dınlar için günde ≤ 15 g, erkekler için ≤ 30 g’dır. 15 galkol içeren içeceklere örnekler; 375 mL bira (1 küçükşişe, 160 kkal), 135 mL şarap (iki kadeh, 115 kkal), 45 mLcin (105 kkal), 40 mL votka (105 kkal), 35 mL viski (95kkal) ve 30 mL rakıdır (1 duble, 100 kkal).17SIVIYemek öncesi ve sonrası alındığında mide dolgunluğunuarttırması ve metabolik artıkların atılımındaki görevlerinedeniyle günlük en az 2-3 L sıvı tüketilmelidir. Özel-likle bu sıvının 1-1,5 litresi sudan karşılanmalıdır. Suiçilmesi kabızlığın önlenmesinde oldukça önemlidir. Ka-bızlık bireyin kilo vermesini olumsuz yönde etkilemek-tedir. Sıvı tüketimi amacıyla şeker ilave edilmiş hazırmeyve suları ve gazlı içeceklerden vb. kaçınılmalıdır.TUZKalp yetmezliği veya diğer nedenlerle ödem ve hiper-tansiyonu olan kişilerde tuz kısıtlanmalıdır. Bu sorunlarmevcut değil ise tuz kısıtlamasına gerek yoktur. Yine detuz alımı günde 5 gramı geçmemelidir.ÖĞÜN ZAMANI VE DÜZENİGünlük beslenme programı üç ana ve en az iki ara öğünolarak planlanmalıdır. Sık aralıklarla beslenme, gereğin-den fazla yemeyi önlemekte, acıkmayı geciktirmekte vebir sonraki öğünde besin alımını azaltmaktadır. Öğün at-lama ile vücut yağ kütlesi, leptin konsantrasyonu ve so-lunum kapasitesinde artış olduğu saptanmıştır. Obezhastalar düzenli aralıklar ile besin alarak tok tutulmalı-dır. Ek olarak sık öğün diyete bağlı termogenezi dahafazla uyarmaktadır. Günlük enerji alımının %20-25’ininkahvaltıda, %30-35’inin öğle yemeğinde, %30-35’ininakşam yemeğinde gerçekleştiği bilinmektedir. Kalori alı-mının kalan kısmının da (%5-20) aralarda birbirine ben-zer büyüklüklerde iki veya üç ara öğün şeklinde alınmasıönerilmektedir.18PORSİYON BOYUTUBüyük porsiyon miktarları ve enerji yoğunluklarınınfazla olması nedeniyle fast food tüketimi ağırlık kazanı-mını arttırmaktadır. Fast food satış noktalarındaki bur-gerlerin, kızarmış patates, pizza vb. ile gazlı içeceklerinporsiyonlarının son 50 yılda 2-5 kat arttığı belirtilmek-Mustafa Kürşat ŞAHİN ve ark. OBEZİTENİN ÖNLENMESİNDE DİYETETİK YAKLAŞIMLARTurkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics 2014;5(6)64

tedir.19 Besinlerin porsiyon miktarları ve besin öğesi içe-rikleri Tablo 2’de yer almaktadır.Obezitenin tedavisinde vücut ağırlık kaybı kadar,kaybedilen vücut ağırlığının korunması da önemlidir.Kaybedilen kiloların korunması zor olduğundan birey-lerin koruma programına alınması büyük önem taşır.Ağırlık kaybetmiş obezlerde prognozun çok iyi olmadığı,eski yaşam tarzına ve beslenme alışkanlıklarına dönüşünyüksek olduğu rapor edilmiştir. Bireylerin tekrar kilo al-maları sonucu yağ dokusunda artış meydana gelmekteve hiperlipidemi, tansiyon, diyabet gibi sağlık sorunlarıriski artmaktadır. Tedavi sürecinde; 12 hafta içerisindebireyin vücut ağırlığında %5-10 kayıp hedeflenmelidirve koruma programında ise iki yıl boyunca vücut ağırlıkartışının en fazla üç kg olması kabul edilebilir düzey-dir.4,21Şişmanlığın toplumlarda yüksek oranda görülme-sine rağmen kilo verme ve korumayla ilgili girişimlerinbaşarısızlıkla sonuçlanması insanları ideal kilo verdirendiyeti bulma arayışına itmektedir. Bu arayışlar sırasındakişilerin uyguladıkları hatalı diyetler kişilerin sağlık so-runları yaşamalarına neden olmaktadır. Tablo 3’te bazıdiyetler ve kalorileri yer almaktadır. Diyetlerle ilgili ya-pılan karşılaştırılmalı çalışmalarda hiçbir diyet diğerin-den daha üstün bulunmamıştır. Bilimsel olmayan sadecepopüler oldukları için tercih edilen sağlıksız diyetler ko-nusunda dikkatli olunmalıdır ve tüm hatalı popüler di-yetlerin sağlık açısından olumsuz olduğu mesajlarınıdaha güçlü bir şekilde topluma aktarmak gerekmekte-dir. Dengeli diyetlerle kilo verme kişiye özgü olmalı veyaşam boyu sürdürülmelidir.22-27 Gebelik sürecinden baş-layarak obezitenin önlenmesi için bazı beslenme öneri-leri aşağıda sıralanmıştır.OBEZİTENİN ÖNLENMESİNE YÖNELİK BESLENME ÖNERİLERİ4Gebeliğin başlangıcından itibaren annenin yanlışbeslenme alışkanlıkları düzeltilerek, gebelik için dengelibir diyetisyenlik hizmetinin alması sağlanmalı,Gebeliği süresince boya uygun olarak 9-12 kgağırlık kazanması önerilmeli,Emzirme döneminde annelere dengeli bir diyetalması gerektiği önerilmeli, düşük enerjili diyetlerdensakınmaları gerektiği belirtilmeli,Bebeğin her ağlamasının açlık ağlaması olmadığı,bebeği zorla beslemenin sakıncalı olduğu belirtilmeli,anne sütü ile beslenme ve tamamlayıcı beslenme danış-manlığı için diyetisyenlik hizmeti alması sağlanmalı,Bebeği zayıflatmak için anne sütünün kesilmesi-nin sakıncalı olduğu belirtilmeli,İlk altı ay tek başına anne sütü verilmesi yönündeanne desteklenmeli, 6. aydan sonra da anne sütü devamederken uygun tamamlayıcı besinler ile emzirmenin ikiyaşına kadar sürdürülmesi önerilmeli,OBEZİTENİN ÖNLENMESİNDE DİYETETİK YAKLAŞIMLAR Mustafa Kürşat ŞAHİN ve ark.Turkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics 2014;5(6) 65Besin Porsiyon Miktar (gr) Protein (gr) Karbonhidrat (gr) Yağ (gr) Enerji (kkal)Süt ürünleriSüt veya yoğurt 1 porsiyon 240 ml 8 12 8 170Peynir ½ porsiyon 25-30 g 8 0,5 8 105Dondurma 1 porsiyon 240 g 6 27 14 287Et ürünleri, yumurta, kuru baklagillerEt, tavuk, balık 1 porsiyon 60-90 g 21 - 15 220Yumurta ½ porsiyon 1 adet 7--75Kuru baklagiller 1 porsiyon 120 g 2 15 - 70Taze sebze ve meyvelerTaze sebzeler 1 porsiyon 120 g 2 15 - 70Patates 1 porsiyon 1 orta boy 2 15 - 70Elma 1 porsiyon 1 orta boy - 10 - 50Kayısı 1 porsiyon 3-4 adet - 10 - 50Portakal 1 porsiyon 1 orta boy - 10 - 50Tahıllar ve ürünleri, ekmekEkmek 1 porsiyon 1 ince dilim 3 15 - 80Tahıllar, bulgur vb. 1 porsiyon 120 g 3 15 - 80TABLO 2: Besinlerin porsiyon miktarları ve besin öğesi içerikleri.20

Altıncı aydan itibaren uygun tamamlayıcı besin-lere azar azar başlanmalı, verilen tamamlayıcı besinlerçocuğun ayına uygun olmalı, İlk verilen ek besin tatlı olmamalı, süt, şeker-bal,reçel, bisküvi, muhallebi gibi besinlerin verilmesininenerji alımını arttıracağı unutulmamalı,Bebeğin tükettiği diğer besinlerin yaşına uygunmiktarlarda verilmesi sağlanmalı,Anne biberon yerine kaşıkla beslenme yönündeteşvik edilmeli,Çocuğun ayına uygun, yeterli miktarda, kolayulaşılabilen tamamlayıcı besinlerin, güvenli (hijyenik)olarak verilmesi sağlanmalı,Bebeğin büyüme ve gelişmesinin izlenmesi ge-rektiği ve belli aralıklarla ağırlık ve boy kontrolünün ya-pılması gerektiği belirtilmeli,Şeker ve yağ içeriği fazla olan besinlerin çocuk is-tediği için ya da ödül olsun diye verilmemesi gerektiğivurgulanmalı,Çocuğun yaşına göre olması gereken ağırlığauygun bir program içerisinde beslenmesi gerektiği belir-tilmeli,Düşük enerjili diyetlerin uygulanmaması gerek-tiği belirtilmeli,Öğün atlanmamalı, günde 3 ana ve en az 2 araöğün şeklinde beslenilmesi önerilmeli,Her öğünde dört besin grubundan yiyecek bu-lunmasına dikkat edilmesi gerektiği belirtilmeli,Her sabah düzenli olarak kahvaltı yapma alış-kanlığı kazanmalarına özen gösterilmeli,Kahvaltı yapmadan güne başlanmaması öneril-meli,Çocuğun aile sofrasında, aile bireyleri ile birlikteyemek yemesi önerilmeli,Sebze ve meyve tüketiminin artırılması öneril-meli,Doymuş yağ ve trans yağ alımını azaltmak içintereyağı ve diğer hayvansal yağların kullanımı azaltıl-ması sağlanmalı,Yağ ve/veya şeker miktarı azaltılmış (diyet/light)ürünler, her zaman düşük enerji içermemektedir. Tam tahıl ürünlerinin (tam tahıl ekmeği vb.) ter-cih edilmesi sağlanmalı,İki yaş üzeri hafif şişman veya şişman çocuk veadolesanların yağı azaltılmış süt ve süt ürünlerini tüket-meleri önerilmeli,Haftada en az iki kez balık (ızgara veya buğulama)tüketilmesi önerilmeli,Kızartma yerine ızgara, haşlama, buharda ve fı-rında pişirme yöntemleri seçilmelidir.Tuz alımının sınırlandırılması ve tuzlu işlenmişürünlerden kaçınılması önerilmeli,Mustafa Kürşat ŞAHİN ve ark. OBEZİTENİN ÖNLENMESİNDE DİYETETİK YAKLAŞIMLARTurkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics 2014;5(6)66Günlük karbonhidrat miktarı Günlük protein miktarı Günlük yağ miktarı Diyet Günlük total kalori (kalorisinin yüzdesi) (kalorisinin yüzdesi) (kalorisinin yüzdesi)Tipik Amerikan diyeti 2200 275 (%50) 82,5 (%15) 85 (%35)Düşük karbonhidratlı diyetAtkins diyetiGeçiş fazı 1152 13 (%5) 102 (%35) 75 (%59)Devam fazı 1627 35 (%9) 134 (%33) 105 (%58)Sürdürme fazı 1990 95 (%19) 125 (%25) 114 (%52)Karatay diyeti (%12) (%30) (%58)Zone diyeti (%40) (%30) (%30)Orta karbonhidratlı diyetAddict diyeti 1476 87 (%24) 84 (%23) 89 (%54)Düşük glisemik indeksli diyetSugar Busters diyeti 1521 176 (%46) 89 (%23) 44 (%26)Düşük yağlı diyetWeight Watchers diyeti 1462 207 (%57) 73 (%20) 42 (%26)Çok düşük yağlı diyetOrnish diyeti 1273 258 (%81) 48 (%15) 13 (%9)TABLO 3: Bazı diyetler ve içerdikleri kalorileri yüzdeleri.26,27

Günde en az 8-10 bardak su tüketilmesi teşvikedilmeli,Sağlıklı beslenmek için doğal ve taze besinlerintercih edilmesi sağlanmalı, açıkta satılan besinlerin tü-ketilmemesi önerilmeli,Televizyon ve bilgisayara ayrılan zamanın iki saatile sınırlandırılması ve bu sırada besin tüketilmemesiönerilmeli,Yemek yenilen ortamlarda televizyonun bulun-durulmaması önerilmeli.Hızlı vücut ağırlık kaybına neden olan popülerdiyetler kesinlikle uygulanmamalıdır.OBEZİTENİN ÖNLENMESİNDE DİYETETİK YAKLAŞIMLAR Mustafa Kürşat ŞAHİN ve ark.Turkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics 2014;5(6) 671. World Health Organization. Obesity and Over-weight Fact Sheet No:311, Geneva, WHO.http://who.int/ mediacentre/factsheets/fs3117en/print.html.2. James WP. What are health risks? The med-ical consequences of obesity and its healthrisks. Exp Clin Endocrinol Diabetes 1998;106Suppl 2:1-6.3. Molarius A. Seidel JC, Sans S, Toumilehto J,Kuulasmaa K. Varying sensitivity of waist ac-tion levels to identify subjects with overweightor obesity in 19 populations of the WHO MON-ICA Project. J Clin Epidemiol 1999;52(12):1213-24.4. Birinci Basamak Hekimler İçin Obezite İle Mü-cadele El Kitabı. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu,Yayın No:904, Ankara; 2013.5. Akbulut G, Rakıcıoğlu N. Şişmanlığın bes-lenme tedavisinde güncel yaklaşımlar. GenelTıp Derg 2010;20(1):35-40.6. Mercanlıgil S. Yetişkin Bireylerde obezite de-netiminde beslenme, V. Uluslarası Beslenmeve Diyetetik Kongresi, Kongre Kitabı. Ankara;2006. p.162-4.7. Merdol TK. Obezitede diyet tedavisi temel il-keleri ve eğitim. Turk Endocrinology and Me-tabolism 2003;7(2):33-8.8. Pekcan, G. Beslenme durumunun saptan-ması, T.C. Sağlık Bakanlığı Temel SağlıkHizmetleri Genel Müdürlüğü Beslenme veFiziksel Aktiviteler Daire Başkanlığı Bes-lenme Bilgi Serisi 1.Klasmat Matbaacılık,Ankara; 2008.9. Bahçeci M. Obezite. In: TEMD Obezite, Disli-pidemi, Hipertansiyon Çalışma Grubu eds.Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma DerneğiHipertansiyon, Obezite ve Lipid MetabolizmasıTanı ve Tedavi Rehberi. Ankara: Miki Matba-acılık; 2011. p.50-80.10. Mohan L, Arlin M. Krause’s Food, Nutritionand Diet Therapy. 11th ed. Philadelphia: WBSaunders Company; 2004.11. Yaman M. Obezitede diyet tedavisi. Archivesof Clinical Toxicology 2014;1:8-12.12. Semma M. Trans Fatty Acids: Properties,Benefits and Risks. Journal of Health Science2002;48(1):7-13.13. Wylie-Rosett J, Seal-Isaacson CJ, Segal-Isaacson A. Carbohydrates and increases inobesity: does the type of carbohydrate make adifference? Obes Res 2004;12 Suppl 2:124S-9S.14. Youn S, Woo HD, Cho YA, Shin A, Chang N,Kim J. Association between dietary carbohy-drate, glycemic index, glycemic load, and theprevalence of obesity in Korean men andwomen. Nutr Res 2012;32(3):153-9.15. Flood A, Mai V, Pfeiffer R, Kahle L, RemaleyAT, Rosen CJ, et al. The effects of a high-fruitand -vegetable, high-fiber, low-fat dietary in-tervention on serum concentrations of insulin,glucose, IGF-I and IGFBP-3. Eur J Clin Nutr2008;62(2):186-96.16. Tudor M, Havranek J, Serafini M. Dairy foodsand body weight management. Mljekarstvo2009;59(2):88-95.17. Türkiye’ye özgü beslenme rehberi, T.C. SağlıkBakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Mü-dürlüğü, Ankara; 2007.18. Erdoğan M, Özgen G. Obezite tedavisinde far-makolojik olmayan tedavi ilkeleri. Türkiye Kli-nikleri J Int Med Sci 2005;1(37):72-84.19. Stender S, Dyerberg J, Astrup A. Fast food:unfriendly and unhealthy. Int J Obes (Lond)2007;31(6):887-90.20. Toplumun Beslenmede BilinçlendirilmesiSaha Personeli İçin Toplum Beslenmesi Prog-ramı Eğitim Materyali, Sağlık Bakanlığı TemelSağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, HacettepeÜniversitesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü,Ankara; 2002.21. Mercanlıgil S. Kaybedilen ağırlığın korunması.Turk J Endoc Metab 2003;Suppl 2:39-43.22. Centers for Disease Control and Prevention(CDC). State-specific prevalence of obesityamong adults--United States, 2007. MMWRMorb Mortal Wkly Rep 2008;57(28):765-8.23. Dansinger ML, Gleason JA, Griffith JL,Selker HP, Schaefer EJ. Comparison of theAtkins, Ornish, Weight Watchers, and Zonediets for weight loss and heart disease riskreduction. a randomized trial. JAMA 2005;293(1):43-53.24. Nonas CA. A model for chronic care of obe-sity through dietary treatment. J Am DietAssoc 1998;98(10 Suppl 2):S16-22.25. Gortmaker SL, Swinburn BA, Levy D, CarterR, Mabry PL, Finegood DT, et al. Changingthe future of obesity: science, policy, and ac-tion. Lancet 2011;378(9793):838-47.26. Last AR, Wilson SA. Low-carbohydrate diets.Am Fam Physician 2006;73(11):1942-8.27. Navruz S, Acar Tek N. Yüksek proteinli diyetakımlarının vücut ağırlığının korunması vesağlık üzerine kısa ve uzun dönemli etkileri.Gümüşhane University Journal of Health Sci-ences 2014;3(1):656-73