



**TURGUT ÖZAL TIP MERKEZİ BESLENME VE DİYET
POLİKLİĞİNE BAŞVURAN YETİŞKİN BİREYLERİN
BESLENME DURUMLARI, YEME TUTUM VE
DAVRANIŞLARI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

Nurgül KILIÇ

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Erkan PEHLİVAN**

Yüksek Lisans Tezi-2020

**T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**TURGUT ÖZAL TIP MERKEZİ BESLENME VE DİYET
POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN YETİŞKİN BİREYLERİN BESLENME
DURUMLARI, YEME TUTUM VE DAVRANIŞLARI VE ETKİLEYEN
FAKTÖRLER**

Nurgül KILIÇ

**Halk Sağlığı Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi**

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Erkan PEHLİVAN**

**MALATYA
2020**

İÇİNDEKİLER

ÖZET	vi
ABSTRACT.....	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	viii
TABLolar DİZİNİ.....	ix
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Sağlıklı Beslenme	4
2.2. Toplumda Görülen Beslenme Sorunları	4
2.3. Toplumda Görülen Beslenme Sorunlarının Nedenleri	5
2.4. Yeterli ve Dengeli Beslenmemenin Sağlık Üzerindeki Etkisi.....	5
2.5. Besin Grupları.....	6
2.5.1. Süt ve Süt Ürünleri Grubu	6
2.5.2. Et ve Ürünleri, Yumurta, Kurubaklagiller ve Yağlı Tohumlar Grubu	7
2.5.3. Sebze ve Meyve Grubu.....	7
2.5.4. Ekmek ve Tahıl Ürünleri Grubu	8
2.6. Obezite	8
2.6.1. Obezite Görülme Nedenleri	11
2.6.2. Obezitenin Neden Olduğu Sağlık Sorunları	14
2.7. Obezitenin Tedavisi	15
2.7.1. Tıbbi Beslenme (Diyet) Tedavisi.....	15
2.7.2. Egzersiz Tedavisi.....	19
2.7.3. Davranış Değişikliği Tedavisi	19
2.7.4. İlaç Tedavisi.....	20
2.7.5. Cerrahi Tedavi	21
2.8. Yeme Bozuklukları	21
2.8.1. Yeme Bozukluğuna Neden Olan Faktörler.....	22
2.9. Obezite İle İlgili Yeme Bozuklukları.....	24
2.9.1. Anoreksiya Nervoza	24
2.9.2. Bulimia Nevroza	24
2.9.3. Tikanırçasına Yeme Bozukluğu.....	25
2.9.4. Gece Yeme Bozuklukları.....	25

3. MATERYAL VE METOT	27
3.1. Araştırmanın Türü.....	27
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	27
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	27
3.4. Verilerin Toplanması	27
3.5. Veri Toplama Araçları	28
3.5.1. Anket Formu	28
3.5.2. Yeme Tutum Testi Ölçeği (YTT)	28
3.6. Verilerin İstatistiksel Analizi	28
3.7. Araştırmanın Değişkenleri	29
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	29
3.9. Etik Kurul Onayı.....	29
4. BULGULAR.....	30
5. TARTIŞMA	41
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	53
KAYNAKLAR	55
EKLER.....	67
EK 1: Özgeçmiş	67
EK 2: Etik Kurul Onayı	68
EK 3: Anket İzni	69
EK 4: Anket Formu.....	70

TEŞEKKÜR

Tez çalıőmamın planlanması ve yurütulmesinde destek olan ve çalıőmam boyunca bilgi ve deneyimleri ile bana yol gosteren hocam sayın Prof. Dr. Erkan PEHLİVAN'a, yüksek lisans öğrenimimde emeği geçen sayın Prof. Dr. Ali ÖZER, sayın Prof. Dr. Metin Fikret GENÇ ve sayın Prof. Dr. Gülsen GÜNEŞ hocalarıma, hayatımdaki en büyük sevgi ve destek kaynaklarım anneme ve babama, ellerinden gelen yardımı yapan ve her zaman yanımda olan canım kardeőlerime, lisans üstü eğitimimde ve tez çalıőmamda destekleyici olan ve tüm kolaylıkları gösteren Turgut Özal Tıp Merkezi'nde çalışan değerli diyetisyen arkadaşlarıma ve hastane yönetimine, çalıőmamda küçük veya büyük katkısı olan herkese teőekkürlerimi sunarım.

Nurgül KILIÇ

ÖZET

Turgut Özal Tıp Merkezi Beslenme ve Diyet Polikliniğine Başvuran Yetişkin Bireylerin Beslenme Durumları, Yeme Tutum ve Davranışları ve Etkileyen Faktörler

Amaç: Turgut Özal Tıp Merkezi Beslenme ve Diyet Polikliniğine başvuran yetişkin bireylerin beslenme alışkanlıkları, yeme tutum ve davranışları ve etkileyen faktörleri yeme tutum testi ölçeği kullanarak araştırmaktadır.

Materyal ve Metot: Turgut Özal Tıp Merkezi Beslenme ve Diyet Polikliniğine başvuran 222 kadın, 88 erkek yetişkin birey üzerinde yapılmıştır. Sosyodemografik özellikler, beslenme alışkanlıkları, antropometrik ölçümler ve Yeme Tutumu Testi (EAT-40) ölçeğini içeren anket soruları, bireylere yöneltilmiştir. Verilerin incelenmesinde SPSS-22 programı kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde yüzde, ortalama, standart sapma, mann whitney U testi, lojistik regresyon analizi, ki-kare testi ve post hoc bonferroni düzeltmeli ki-kare testi, kruskal wallis ve post hoc testi kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan bireylerin %71.6'sı kadın, %28.4'ü erkektir ve bireylerin yaş ortalaması 36.3 ± 13.4 yıldır. Bireylerin %52.2'si obez, %24.8'i fazla kiloludur ve BKİ ortalaması 31.5 ± 8.7 'dir. Araştırmaya katılan bireylerin %58.7'si günde üç ana öğün tüketmektedir. Bireylerin %42.6'sı öğün atlamaktadır. Öğün atladığı saptanan bireylerin %16.1'inin sabah, %24.2'sinin öğle öğününü atladığı bulunmuştur. Hiç ara öğün tüketmeyenlerin oranı %23.9'dur. Katılımcılar ara öğünde %22.9'u kek-bisküvi, %38.4'ü sebze-meyve tükettiğini belirtmiştir. Cinsiyet, BKİ, diyet yapma, beden algısı, bireylerin yeme tutum davranışını etkilemektedir. Yaş, fiziksel aktivite, eğitim durumu, ekonomik durum, medeni durum, sigara kullanımı, hastalık görülme durumu ile yeme tutum davranışları arasında anlamlı ilişki bulunmamaktadır.

Sonuç: Araştırmaya katılan bireylerin yeme bozukluğu oranı %25.2'dir. Yeme davranış bozukluğu obez bireylerde yüksek oranda görüldü. Bireylerde obezite ve yeme bozukluklarını etkileyen faktörlerin sorgulanması ve çözümler üretilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Beslenme, diyet, yeme tutum ve davranışı.

ABSTRACT

Nutritional Status, Eating Attitudes and Behaviors and Affecting Factors Of Adult Individuals Admitted To Turgut Özal Medical Center Nutrition and Dietary Outpatient Clinic

Aim: Turgut Özal Medical Center investigates the nutritional habits, eating attitudes and behaviors of adult individuals who apply to the Nutrition and Dietary Outpatient Clinic and the factors affecting them using the eating attitude test scale.

Material and Method: It was performed on 222 female and 88 male adult individuals who applied to the Nutrition and Dietary Outpatient Clinic of Turgut Özal Medical Center. Questionnaire questions including sociodemographic characteristics, eating habits, anthropometric measurements and Eating Attitude Test (EAT-40) scale were directed to individuals. SPSS-22 program was used to analyze the data. Percentage, mean, standard deviation, mann whitney U test, logistic regression analysis, chi-square test and post hoc bonferroni corrected chi-square test, kruskal wallis and post hoc test were used in the evaluation of the research data.

Results: 71.6% of the individuals participating in the research are women, 28.4% are men and the average age of the individuals is 36.3 ± 13.4 years. 52.2% of the individuals are obese, 24.8% are overweight and the average BMI is 31.5 ± 8.7 . 58.7% of the individuals participating in the research consume three main meals a day. 42.6% of individuals skip meals. It was found that 16.1% of the individuals who were found to miss meals skipped the morning meal and 24.2% skipped lunch. The rate of those who do not consume any snacks is 23.9%. Participants stated that they consume 22.9% cake-biscuits and 38.4% vegetables and fruits during the snack. Gender, BMI, dieting, body perception affect the eating attitude of individuals. There is no significant relationship between age, physical activity, educational status, economic status, marital status, smoking, disease prevalence and eating attitudes.

Conclusion: The eating disorder rate of the individuals participating in the research is 25.2%. Eating behavior disorder was seen at a high rate in obese individuals. It is recommended to question the factors affecting obesity and eating disorders in individuals and to find solutions.

Key Words: Nutrition, diet, eating attitude and behavior.

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

AN	: Anoreksiya Nervoza
BKİ	: Beden Kütle İndeksi
BMH	: Bazal Metabolizma Hızı
BN	: Bulimia Nervoza
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
GYB	: Gece Yeme Bozukluğu
T2 DM	: Tip 2 Diyabetüs Mellitus
TBSA	: Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması
TEKHARF	: Türk Erişkinlerde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
TOHTA	: Türkiye Obezite ve Hipertansiyon Araştırması
TÖTM	: Turgut Özal Tıp Merkezi
TURDEP	: Türkiye Diyabet Prevelans Çalışması
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
TYB	: Tıkanırmasına Yeme Bozukluğu
YB	: Yeme Bozukluğu
YTT	: Yeme Tutumu Testi

TABLolar DİZİNİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 2.1. Bel Çevresi ve Bel/Kalça Oranı Risk Sınırları	9
Tablo 2.2. Beden Kitle İndeksi Sınıflandırması.....	9
Tablo 4.1. Araştırma kapsamına giren katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı	30
Tablo 4.2. Araştırma kapsamına giren katılımcıların cinsiyete göre yaş, boy, kilo ve BKİ ortalama, Min-Max değerleri dağılımı.....	31
Tablo 4.3. Araştırma kapsamına giren katılımcıların hastalık görülme durumunun dağılımı	32
Tablo 4.4. Araştırma kapsamına giren katılımcıların ana ve ara öğün sayısı, öğün atlama durumlarının dağılımı.....	33
Tablo 4.5. Araştırma kapsamına giren katılımcıların öğün aralarında tükettiği besinlerin dağılımı	33
Tablo 4.6. Araştırma kapsamına giren katılımcıların cinsiyete ve yaşa göre obezite durumlarının dağılımı	34
Tablo 4.7. Araştırma kapsamına giren katılımcıların YTT puan ortalamalarının BKİ gruplarına göre dağılımı.....	34
Tablo 4.8. Araştırma kapsamına giren katılımcıların YTT puanlarına göre dağılımı ...	35
Tablo 4.9. Araştırma kapsamına giren katılımcıların sosyo demografik özelliklerine göre YTT puanlarının dağılımı	36
Tablo 4.10. Araştırma kapsamına giren katılımcıların BKİ'ye göre YTT puanlarının dağılımı	37
Tablo 4.11. Araştırma kapsamına giren katılımcıların hastalık görülme ve daha önce diyet yapma durumuna göre YTT puanlarının dağılımı	37
Tablo 4.12. Araştırma kapsamına giren katılımcıların vücut algısı, mevcut ağırlığından memnuniyet ve duygusal durumunun beslenmeye etki etme durumuna göre YTT puanlarının dağılımı	38
Tablo 4.13. Araştırma kapsamına giren katılımcıların fiziksel aktivite ve sigara kullanma durumuna göre YTT puanlarının dağılımı	39
Tablo 4.14. Araştırma kapsamına giren katılımcıların YTT puanını etkilediği varsayılan değişkenlerin lojistik regresyon analiziyle değerlendirilmesi	40

1. GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre sağlık; bireyin "bedensel, zihinsel, sosyal ve psikolojik yönden tam bir iyilik halinde olması" olarak tanımlanmaktadır. Bireyin ve toplumun sağlığını etkileyen önemli faktörler arasında genetik ve çevre yer almaktadır. Beslenme ise bu çevresel faktörlerin başında gelir. Beslenme 1924 yılından bu zamana kadar yayımlanan uluslararası insan hakları bildirgelerinde bir hak olarak yer almaktadır (1).

Beslenme, canlıların yaşamlarını sürdürebilmeleri için gereken en temel fizyolojik gereksinimlerden biridir. Beslenme; büyüme, yaşamın devam ettirmek, sağlığı korumak ve geliştirmek için besinlerin vücutta kullanılmasıdır. Sağlıklı beslenme; kişinin yaşı, cinsiyeti ve fizyolojik durumunu dikkate alarak vücut için gerekli olan besin öğelerinin yeterli ve dengeli oranda alınmasıdır. Yetersiz beslenme fiziksel büyümeyi ve zekâ gelişimini olumsuz yönde etkilemektedir (2). Yeterli ve dengeli beslenme hayatın her safhasında sağlığın temel kısmını oluşturmaktadır. Yeterli ve dengeli beslenme için alınması gereken besin öğelerinden herhangi birini vücut için gerekli olan miktardan az ya da çok almak vücudun genel bütünlüğünün bozulmasına neden olabilmektedir. Yeterli ve dengeli beslenmeye dikkat edildiğinde, oluşacak sağlık sorunlarının önüne geçilebilmekte ve hastalıkların olumsuz etkileri azaltılabilmektedir. Yeterli ve dengeli beslenme ile bebek ve küçük çocuklarda görülen malnütrisyonun önlenmesi, yetişkinlik dönemi obezitesini engelleme, kadınlarda gebelik döneminin daha sağlıklı geçmesi ve normal doğum ağırlıklı bebeklerin doğması sağlanabilmektedir. Sağlıklı bireylerin ve toplumların yetişmesi için yeterli ve dengeli beslenmenin çok önemli olduğu tartışmasız bir konudur (1).

Yeterli ve dengeli beslenmenin önemli olması yalnız insanların yaşamsal faaliyetleri için değil toplumların gelişmesi için temel şarttır. Yeterli ve dengeli beslenme bireylerin zihinsel gelişim, iş verimi, beklenen hayat süresi, sağlık risklerini azaltması üzerine olumlu etkisi olmakta ve tüketicilerde sürekli yanlış besinleri tüketme yerine, doğru ve dengeli yiyecekleri tercih etme alışkanlığı geliştirmektedir. Kronik hastalık görülme oranının azalmasında beslenme alışkanlıklarında yararlı değişiklikler yapılmasının olumlu etkisi olmaktadır. Bireylerin diyetlerinde yaptığı olumlu yöndeki değişiklikler sağlık durumlarını korurken, daha sonradan meydana gelebilecek

kardiyovasküler hastalıklar, kanser, diyabet, hipertansiyon vb. hastalıkların oluşma riskini de engellemektedir (3).

Obezite insan sağlığını olumsuz yönde etkileyen ölümlere sebep olabilen karmaşık bir hastalık olarak kabul edilmektedir. Obezite; kalp-damar hastalıkları, tip 2 diyabet, prediyabet, uyku-apnesi, hipertansiyon, karaciğer yağlanması, hiperlipidemi, gastroözofageal reflü, çeşitli kanserler, safra yolu hastalıkları, depresyon ve polikistik over sendromu gibi birçok sağlık sorunlarına sebep olmakta ve bu sağlık sorunları sağlık harcamalarını artırmaktadır (4).

Obezite oluşmasına sebep olan bazı faktörler; yetersiz fiziksel aktivite, yaş, cinsiyet, fazla yemek yeme ve yetersiz dengesiz beslenme, sosyokültürel faktörler, bireyin gelir durumu, eğitim seviyesi, teknolojik gelişmeler, kalıtsal faktörlerdir (5).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 1998 yılında yaptığı açıklamada obezitenin 21. yüzyılın en önemli sağlık problemi olacağını söylemiştir. DSÖ'nün yaptığı bir açıklamaya göre, 2016 yılında dünya çapında 650 milyon obez ve 1.9 milyar fazla kilolu yetişkin birey olduğu öngörülmüştür. Ülkemizde de obezite görülme oranı çocuk, adolesanlar ve yetişkin bireylerde git gide arttığı görülmektedir. Yapılan bir çalışmaya göre dünya genelinde yetişkin bireylerde, yaşa göre obezite görülme oranı, 1975 yılından 2014 yılına kadar kadınlarda iki kat, erkeklerde ise üç kat arttığı gözlenmiştir. Avrupa ülkelerinde de obezite görülme sıklığı artmaktadır. DSÖ'nün verilerine göre, 1975 yılında 5-19 yaş arası çocuk ve adolesanların %1'inden daha azı obez iken, 2016 yılında erkeklerin %8'inin, kızların %6'sının obez olduğu görülmüştür. 5-19 yaş grubundaki bireylerin 124 milyonunun ve 5 yaşın altındaki çocukların 41 milyonunun obez olduğu tahmin edilmektedir. ABD'de 2-19 yaş arası çocuk ve adolesanların %16.9'unun, 20 yaş ve üstündeki yetişkin bireylerin %34.9'unun obez olduğu tespit edilmiştir. 2030 yılına kadar pek çok ABD eyaletinde obezite görülme oranının %50'ye ulaşacağı tahmin edilmektedir (4).

Ülkemizde yaşam şeklinin zamanla değişmesiyle obezite, önemli bir halk sağlığı sorunu olmaya başlamıştır. Ülkemizde yetişkin bireylerde obezite görülme oranı, %30'un üzerine çıkmıştır. Obezite görülme oranı kadınlarda erkeklere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (4).

Erkekler ve kadınlar günümüzde kilo vermek, ideal kiloda kalmak için dış görünüşlerini önemsemektedirler. Aşırı kilo takıntısı bazı bireylerde yeme bozuklukları gelişmesine ve bu bozukluklarla bağlantılı olarak önemli sağlık problemleri yaşamaktadırlar. Bazı yeme bozuklukları sıklığı kadınlarda erkeklere oranla fazla

bulunmaktadır. Ergen bireyler de yeme bozukluğu açısından önemli bir risk grubudur. Ergenlik döneminde ortaya çıkan bazı risk faktörleri, hayatlarındaki değişkenler, ergen bireyin beslenmesini olumsuz etkiler meydana getirmekte ve yetişkinliğe adım attığı bu dönemde doğru olmayan yeme tutum davranışlarına sebep olmaktadır. Yeme bozukluklarıyla alakalı bir araştırma televizyon, dergiler ve internet gibi kitle iletişim araçları, yeme bozukluklarının sebebi olan obezite ve olumsuz vücut görüntüsü arasındaki bağlantıyı göstermektedir. Yeme bozuklukları; vücut ağırlığı ve besin tüketimi, aşırı duygusal tutumlar ve davranışları etkileyen bozukluklardır. Yeme bozuklukları önemli ruhsal ve fiziksel sorunlara sebep olabilen, kadın ve erkeklerde görülebilen problemlerdir. Yeme bozuklukları, olması gerekenden daha fazla yeme, ağırlık kontrolünü sağlamak için yanlış çabalar ve algılanan beden algısıyla alakalı psikolojik hastalıklardır. Aneroksiya Nervosa, Bulimia Nervosa, tıkanırcasına yeme bozukluğu ve gece yeme sendromu bu yeme bozukluklarından bazılarıdır (6, 7). 1980 yılından beri yeme bozukluklarının görülme sıklığında artış olduğu saptanmıştır. Gelişmiş ülkelerde yapılan birçok araştırma yeme bozukluklarının toplumda sık görüldüğü Anoreksiya ve Bulumiya Nervosa görülme oranlarının git gide arttığı gözlenmiştir. Adolesan ve genç yetişkinlerde yüksek oranda görülebilen yeme bozuklukları, ruhsal ve bedensel problemlere yol açabilen ve hatta bazı durumlarda ölüme neden olan erken teşhis ve tedavi gerektiren bir durumdur. Yeme bozukluklarında birincil ve ikincil korumayı sağlamak amacıyla çeşitli yaş gruplarındaki görülme oranının saptanması ve yeme bozukluğuna sebep olan etmenlerin belirlenmesi önem arz etmektedir (8).

Turgut Özal Tıp Merkezi Diyet Polikliniğine başvuran hastalar üzerinde yapılması planlanmış bu araştırmanın amaçları şunlardır:

- Diyet polikliniğine başvuran hastaların yeme alışkanlık durumlarını ve yeme bozukluğu sıklığını saptamak
- Başvuran bireylerin yeme tutum davranış puanlarını saptamak
- Yeme tutum ölçek puanları ile obezite, beslenme alışkanlıkları ve araştırmanın bağımsız değişkenleri arasında ilişki olup olmadığını belirlemek.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sağlıklı Beslenme

Her canlı hayatını devam ettirebilmek için yeterli ve dengeli miktarda beslenmeye ihtiyaç duymaktadır. Sağlıklı ve dengeli beslenme, büyüme, gelişme, sağlıklı bir yaşam sürmek için vücuda gerekli olan enerji ve besin öğelerini yeterli miktarda almaktır. Bu öğelerin herhangi birisi birey tarafından alınmadığında veya gerekli miktardan fazla veya az alındığında, bireyin büyüme ve gelişmesinin etkilendiği, sağlığının bozulduğu belirtilmiştir. Beslenme fizyolojik yönünün yanı sıra sosyolojik ve psikolojik bir olaydır. Hayat boyunca beden ve zihin sağlığı açısından sağlıklı yaşamak, sağlığı sürdürmek yeterli, dengeli miktarda beslenme ile mümkün olmaktadır. İnsanın büyümesi, gelişmesi, vücudunun kendini yenilemesi için kırktan fazla çeşit besin öğesine ihtiyacı bulunmaktadır. Vücut için gerekli olan bu besin öğelerinin yeterli ve dengeli oranda vücuda alınması ve vücutta doğru biçimde kullanılmasına yeterli ve dengeli beslenme denmektedir. Beslenme, hastalıkların tedavi edilmesinin yanı sıra sağlığın korunmasında ve geliştirilmesinde önem arz etmektedir. Günümüzde kanser, kardiyovasküler hastalıklar, obezite, diyabet, hipertansiyon, osteoporoz gibi birçok kronik hastalığın engellenmesinde beslenmenin önemli bir rol üstlendiği bilinmektedir. Kronik hastalıklar genelde erişkinlik döneminde ortaya çıkmakta ve hastalıkların temeli ise anne karnından başlayarak çocukluk ve gençlik dönemlerinde atılmaktadır (3, 9).

2.2. Toplumda Görülen Beslenme Sorunları

Yeterli ve dengeli beslenme, bireyin sağlıklı yaşam sürmesi, ekonomik ve sosyal açıdan gelişmesi, refahının artması için temel şartlardan biridir. Dünyada görülen küresel değişiklikler ve hızlı kentleşmenin, insan sağlığı üzerinde doğrudan etkisi vardır. Bilim ve teknoloji alanındaki gelişmeler, ekonomik gelişmeler; yetersiz ve dengesiz beslenme ile ilgili sağlık problemlerinin azalmasına neden olurken, aşırı miktarda beslenme ve fazla enerji alımına ilişkin sorunların da ortaya çıkmasına sebep olmaktadır (10).

Beslenmeye bağlı olarak; demir eksikliği anemisi, vitamin ve mineral yetersizlikleri, zayıflık-şişmanlık, yeme davranışı bozuklukları, kalp-damar hastalıkları gibi sağlık sorunları oluşabilmektedir (11, 12).

2.3. Toplumda Görülen Beslenme Sorunlarının Nedenleri

Bireylerin besin seçiminde ve beslenme durumunda etkili olan birçok etken vardır. Bunları, genetik ve çevresel etkenler olmak üzere ikiye ayırabiliriz (13). Toplumda beslenme eksikliği problemlerinin görülmesindeki nedenlerin bazıları aşağıda belirtilmiştir: (2)

1. Bazı ailelerin yeterli ekonomik seviyede olmalarına rağmen, beslenme konusundaki hatalı alışkanlıklar, inanışlar ve kültürel nedenlerden dolayı yetersiz ve dengesiz beslenmeleri,

2. Ekonomik durumu yetersiz olan bireylerin hayvansal gıdaları yeterli miktarda satın alamamaları,

3. Gelir düzeyi düşük olan ailelerde nüfus oranının hızla artmasına bağlı olarak beslenmeye yönelik harcamaların düşmesi,

4. Beslenme konusunda yeterli eğitim düzeyinin olmaması,

5. Besin maddelerinin hijyen, sağlık ve beslenmeyle ilgili kurallara uygun hazırlanmamaları, işleme sürecindeki hatalar, yenme sürecindeki hatalar, çevre kirliliği, besin maddelerindeki bozulmalar, kirlenmeler,

6. Yeterince besin üretiminin yapılmaması, üretilen besinlerin işleme, depolama, dağıtma ve pazarlama aşamalarındaki eksiklikler,

7. Fastfood denilen beslenme alışkanlığının yaygınlaşması (2, 14-16).

2.4. Yeterli ve Dengeli Beslenmemenin Sağlık Üzerindeki Etkisi

İnsan yeterli miktarda beslenmesine rağmen, doğru seçim yapmadığında ya da doğru pişirme yöntemleri uygulamadığında besin öğelerinde kayıplar görülür ve bunun sonucunda yetersiz ve dengesiz beslenme meydana gelmektedir (17). Ülkemizde de dünyanın birçok ülkesinde görüldüğü gibi yeterli ve dengeli beslenmenin olmayışı sağlık açısından bir problem olmuştur. Ayaküstü beslenme alışkanlıklarının artması ve hareketliliğin azalması özellikle yetersiz ve dengesiz beslenmenin en önemli sonucu olan obezite görülme oranının artmasının temelinde yatan önemli nedenler arasında bulunmaktadır (18). Yeterli ve dengeli beslenmemeye bağlı şişmanlık ve bağlı kronik hastalıkların (kalp damar hastalıkları, diyabet, osteoporoz vb.) görülme oranı her geçen gün artmaktadır. Ülkemizde son dönemlerde çocukluk çağı obezitesi sorunu üzerinde durulmuştur. Yapılan çalışmalar önlem alınmazsa sorunun öneminin artacağını göstermektedir (19).

Ülkemizde yeterli ve dengeli beslenmeme, büyüme çağındaki çocukların, gebe ve emzikli kadınların, ağır işlerde çalışan işçilerin önemli problemlerinden biridir. Yapılan araştırmalara göre ailelerin yaklaşık %8-17'si yeterli olmayan miktarda enerji almaktadırlar. Dünya Sağlık Örgütü'nün 2006 yılındaki raporunda “ gelişmekte olan ülkelerde her üç bireyden birinde vitamin ve mineral yetersizliği görüldüğü, bu da enfeksiyon, büyüme geriliği gibi durumlara sebep olmaktadır ” şeklinde belirtilmiştir (2). Yeterli ve dengeli beslenmeyen kişilerde; karında şişlik, ciltte yaralar, baş ağrısı, iştahsızlık, yorgunluk, görülmektedir (17).

Genel olarak 0 – 5 yaş grubu çocuklarda büyüme ve gelişme geriliği, raşitizm, demir eksikliği anemisi; okul çağı çocuklarda ve gençlerde zayıflık ve obezite, vitamin ve mineral yetersizlikleri, diş çürükleri; yetişkin kadınlarda zayıflık ve obezite, vitamin ve mineral yetersizlikleri; yaşlılarda beslenme ile bağlantılı ortaya çıkan kronik hastalıklar sık gözlenmektedir (20). Alkol ve sigara kullanımı da, beslenmeyi kötü yönde etkilemektedir. Çalışmalar; sigara kullanan kişilerin, C vitamini ve β karoten açısından zengin olan meyve, sebzeleri az miktarda tükettiğini göstermektedir ve bu yetersiz beslenmenin sonucu olarak bireylerin beslenme durumu bozulmaktadır (21). Uzun vadede alkol kullanımının çeşitli sağlık problemleri üzerindeki etkilerinin değerlendirildiği bir araştırmada, aşırı alkol kullanımının diyabet, kronik kalp hastalığı görülme oranını ve erkek bireylerde ölüm sıklığını arttırdığı gözlemlenmiştir. Ayrıca ılımlı miktarda alkol kullanımının diyabet veya metabolik sendrom riskini sadece kadın bireylerde düşürdüğü gözlemlenmiştir (22).

2.5. Besin Grupları

Besinler arasında içerisinde bulunan yapıtaşların miktarı ve çeşitliliği yönünden benzerlikler veya farklılıklar bulunmaktadır. Besinler, dört gruba ayrılmaktadır (23, 24).

2.5.1. Süt ve Süt Ürünleri Grubu

Süt ve süt ürünleri grubu, süt ve süttten işlenerek elde edilen yoğurt, kefir, peynir ve süt tozu vb. ürünlerden oluşmaktadır. Süt ve süt ürünleri, yapısında bulunan yüksek kaliteli proteinler, mineraller (çinko, kalsiyum ve fosfor) ve vitaminler (tiyamin, B6, B12, riboflavin ve niasin) ile birlikte yeterli ve dengeli beslenme için gerekli olan makro ve mikro besin öğeleri yönünden önemli kaynak olarak görülmektedir. Ayrıca, süt yağı içerisinde A, D, E ve K vitaminleri bulunmaktadır. Sütün yağ miktarı azaldıkça, içerisindeki vitamin miktarı da azalmaktadır. Yeterli ve dengeli bir beslenme için

gelişme çağındaki çocuklar ve gençler, fertilitite çağındaki kadınlar ve yaşlılar tarafından süt ve süt ürünlerinin her gün tüketilmesi önerilmektedir (2, 24, 25).

2.5.2. Et ve Ürünleri, Yumurta, Kurubaklagiller ve Yağlı Tohumlar Grubu

Et ve ürünleri, yumurta, kurubaklagiller ve yağlı tohumlar grubunda; kırmızı et, beyaz et, yumurta, fasulye, mercimek, nohut vb. besinler, sert kabuklu kuruyemişler, yağlı tohumlar bulunmaktadır. Sert kabuklu kuruyemişler ve yağlı tohumlar, içerisinde bulunan yağ miktarının diğer besin öğelerine göre daha fazla olması nedeniyle bu besinlerin tüketim miktarlarına dikkat edilmesi gerekmektedir. Bu grupta yer alan besinlerde, yüksek kaliteli protein, vitamin (B1, B6, B12 ve A) ve mineral (demir, çinko, fosfor ve magnezyum) bulunmaktadır. Kan hücreleri üretiminde ve sinir hücrelerinin korunmasında önemli olan B12 vitamini, yalnız hayvansal kaynaklı besinlerin içerisinde bulunmaktadır. Ayrıca, kurubaklagiller (fasulye, mercimek, nohut vb.), gastrointestinal sistemin sağlıklı çalışmasında etkili rol oynamakta ve lif içeriği bakımından zengin olduğu bilinmektedir (2, 24, 25).

Bu grupta yer alan besinler büyüme ve gelişmenin devam etmesinde, hücrelerin kendini yenilemesinde, dokuların onarımında, görmenin etkili sağlanmasında, kan hücresi üretiminde, sinir ve sindirim sisteminin sağlıklı çalışmasında ve cilt sağlığında etkili rol oynamaktadır. Ayrıca, bağışıklık sisteminin güçlenmesine yardımcı olarak hastalıklara karşı direncin artırılmasında önemli rol üstlenmektedir (24, 25).

2.5.3. Sebze ve Meyve Grubu

Sebze ve meyve grubu, bitkisel kaynaklı gıdalardan oluşmaktadır. Bu besin grubunun içeriğinin büyük bir kısmı sudan oluşmaktadır. Bu nedenle, sebze ve meyve grubundaki besinlerin vücuda sağladığı enerji ve protein miktarı diğer besin gruplarına göre daha az olmaktadır. Bununla beraber, mineral ve vitamin miktarı bakımından öteki besin gruplarına oranla daha zengin içeriğe sahiptir. Sebze ve meyve grubunun folat, beta-karoten E, C, K vitaminleri; kalsiyum, magnezyum, potasyum gibi mineraller ve posa ve antioksidan yönünden zengin bir içeriğe sahiptir. Bu grup; büyüme ve gelişmede, doku ve hücrelerin yenilenmesinde, ağız ve diş sağlığının korunmasında, vücut direncinin sağlanmasında önemli rol oynamaktadır. Ayrıca, sebze ve meyve grubu tüketimiyle beraber sağlıklı ve dengeli beslenmeye sonucu oluşan obezite ve kronik hastalıkların (hipertansiyon, tip 2 diyabet v.b) oluşma olasılığı azalmaktadır. Sebze ve meyve grubu, özellikle çocuk ve yetişkinlerde ideal kilonun sağlanmasında ve

korunmasında, doygunluk hissini oluşmasında, yapısında yer alan zengin posa içeriği ile gastrointestinal sistemin sağlıklı bir şekilde çalışmasına yardımcı olduğu bilinmektedir (2, 24, 25).

2.5.4. Ekmek ve Tahıl Ürünleri Grubu

Ekmek ve tahıl grubu, özellikle sosyoekonomik durumu düşük olan toplumların besin kaynaklarının başında gelmektedir. Bu grupta; buğday, pirinç, mısır, çavdar, yulaf, arpa ve darı gibi bitkisel tohumlar yer almaktadır. Bu bitkisel tohumların işlenmesi ile oluşan makarna, erişte, ekmek, un çeşitleri ve undan yapılan gıdalar da bu tahıl grubunun içerisine girmektedir. Ülkemizde kişi başına düşen günlük enerji alım miktarının büyük bir kısmını maliyetlerinin diğer besin gruplarına oranla daha düşük olması ve yeme kültüründeki alışkanlıklar sebebiyle tahıllar oluşturmaktadır. Ülkemizde ağırlıklı olarak tüketilen tahıl çeşitleri buğday ve buğday ürünleridir. Buğdayın içeriğindeki besin öğelerinin oranları; %69-75 karbonhidrat, %8-12 protein, %1-5 yağ ve %1-2 ise mineraller şeklindedir. Rafine edilmemiş (işlenmemiş) tahıllar ve bulgurun E vitamini, B12 dışındaki B grubu vitaminlerince zengin olduğu bilinmektedir. Ayrıca tahıllar B1 vitamini yönünden de önemli bir kaynaktır. Tam tahıllı ürünlerin, işlenmiş tahıl ve tahıl ürünlerine oranla daha fazla lif, vitamin ve mineral içeriği nedeniyle daha sıklıkla tüketilmelidir (2, 24, 25).

2.6. Obezite

Obezite, dünya genelinde önemli halk sağlığı problemlerinden biridir. Obezite; besinlerden alınan enerjinin vücutta harcanan enerjiden fazla olması ve alınan bu fazla enerjinin vücutta yağ olarak depolanması sonucu ortaya çıkmaktadır (26). Obeziteyi tanımlamak için beden kütle indeksi (BKİ) kullanılmaktadır. BKİ kilonun boyun karesine oranlanması (kg/m^2) olarak hesaplanmaktadır. Buna göre erişkin bireylerde beden kütle indeksi (BKİ)'nin 25'in üzerinde olması hafif kilolu, 30'un üzerinde olması obez olarak tanımlanmaktadır (19). Obezitenin tanımlanması için BKİ'nin yanısıra bel çevresi ve bel/kalça oranı da kullanılabilir. Bel çevresinin erkeklerde 102 cm, kadınlarda 88 cm üzerinde olması, bel/kalça oranı erkekte 1.0, kadında 0.8'in üzerinde olması obezite olarak tanımlanmaktadır (2). Bunların dışında yaşa göre vücut ağırlığı, boya göre vücut ağırlığı, deri kıvrım kalınlığı ölçümü de obezitenin tanımlanmasında kullanılan diğer yöntemlerdir (19).

Tablo 2.1. Bel Çevresi ve Bel/Kalça Oranı Risk Sınırları

Cinsiyet	Bel Çevresi Risk (Uyarı Sınırı)	Bel Çevresi Yüksek Risk (Eylem Sınırı)	Bel/Kalça Oranı Risk (Eylem Sınırı)
Kadın	> 80 cm	> 88 cm	>0.85
Erkek	> 94 cm	> 102 cm	> 1.0

Yetişkin erkeklerde vücut ağırlığının %15-18'i, kadınlarda ise vücut ağırlığının %20-25'i yağ dokusundan meydana gelmektedir. Erkeklerde bu yağ dokusu miktarının %25, kadınlarda ise %30'un üstüne çıkmasıyla obezite oluşmaktadır. DSÖ sınıflandırması esas alınarak obeziteyi tespit etmek için sıklıkla Vücut Kütle İndeksi (BKİ-Body Mass Index BMI) kullanılmaktadır. DSÖ sınıflamasına göre BKİ < 18.5 kg/m² zayıf, 18.5-24.9 kg/m² arası normal kilolu, 25-29.9 kg/m² arası fazla kilolu, 30-34.9 kg/m² arası I. derece şişman, 35-39.9 kg/m² arası II. derece şişman ve 40 kg/m² üzeri III. derece şişman olarak tanımlanmaktadır (27, 28).

İdeal BKİ değerleri yaşla beraber değişiklik göstermektedir. BKİ değerleri yaşla artmakta olup, yetişkinlerdeki normal değerler; 19-25 yaş arası ideal değer 19-24, 35-65 yaş arası ideal değer 21-27, 65 yaş ve üstü için ideal değer 24-29'dur. BKİ değerleri şişmanlığın ve vücut yağının değerlendirilmesinde iyi bir kriter olduğu bilinmektedir (27, 28).

Tablo 2.2. Beden Kitle İndeksi Sınıflandırması

Sınıflandırma	BKİ (kg/m ²)	
	Temel kesişim noktaları*	Geliştirilmiş kesişim noktaları*
Zayıf (düşük ağırlıklı)	<18.50	<18.50
Aşırı düzeyde zayıflık	<16.00	<16.00
Orta düzeyde zayıflık	16.00 - 16.99	16.00 - 16.99
Hafif düzeyde zayıflık	17.00 - 18.49	17.00 - 18.49
Normal	18.50 - 24.99	18.50 - 22.99
		23.00 - 24.99
Toplu, hafif şişman, fazla kilolu	≥25.00	≥25.00
Şişmanlık öncesi (Pre-obez)	25.00 - 29.99	25.00 - 27.49
		27.50 - 29.99
Şişman (Obez)	≥30.00	≥30.00
Şişman I. Derece	30.00 - 34.99	30.00 - 32.49
		32.50 - 34.99
Şişman II. Derece	35.00 - 39.99	35.00 - 37.49
		37.50 - 39.99
Şişman III. Derece	≥40.00	≥40.00

BKİ vücut toplam yağ miktarını tahmin etmekte kullanılmakta olup, vücuttaki yağ dağılımını göstermemektedir (29). Vücut yağ miktarının saptanması özellikle

obezite tanısında önemli bir yere sahiptir. BKİ ile vücut yağ miktarı arasında yakın bir ilişki olduğu bilinmektedir. BKİ ile vücut yağ oranı arasındaki ilişki etnik kökenli gruplara göre farklılık göstermektedir. Farklı etnik kökenli gruplarda aynı BKİ değeri farklı düzeyde vücut yağı anlamına gelmektedir. Aynı BKİ değeri olan bireyler arasında kadınların vücudundaki yağ oranı erkeklerden, yaşlıların vücudundaki yağ oranı gençlerden ve sarı ırkın vücudundaki yağ oranı beyazlardan fazla olduğu bulunmuştur (27).

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2018 sonuçları incelendiğinde Beden Kütle İndeksine göre kadınların %29'u fazla kilolu; %30'u ise obezdir. Bir başka ifade ile Türkiye'de her on kadından altısı aşırı kilolu veya obezdir (30). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) Sağlık Araştırması 2019 verilerine göre ise kadınların %24.8'inin obez ve %30.4'ünün fazla kilolu, erkeklerin ise %17.3'ünün obez ve %39.7'sinin fazla kilolu olduğu belirtilmiştir (31). Obezitenin görülme oranında, dünya genelinde farklılık görülmektedir. Yetişkin bireylerde obezite görülme sıklığı %15 ile 60 arasında değişiklik göstermektedir. Türkiye'de, yetişkin bireylerde obezite oranı 1990 yılında %18.6 olmasına rağmen, 2000 yılında bu oranın %17.7 artarak %21.9 olduğu görülmüştür. Genel olarak kadınlarda erkeklere oranla daha fazla görülmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre, obezite dünya çapında salgın durumuna gelmiştir (32, 33).

Obezitenin sıklığı tüm dünyada her geçen gün artmakta olup; diyabet, hipertansiyon, iskemik kalp hastalığı, gibi belirli hastalıklara sebep olan kronik bir hastalık olarak halk sağlığı açısından önemli derecede sorun oluşturmaktadır. Şişmanlık günümüzde sigara kullanımından sonra en önemli sağlık sorunu olarak bilinmektedir (27).

DSÖ verilerine göre, aşırı kiloluluk ve obezitenin Avrupa'daki yetişkin bireylerde T2DM'nin %80'inden, iskemik kalp hastalıklarının %35'inden ve hipertansiyonun %55'inden sorumlu olduğu bildirilmiştir ve her yıl obezite bir milyondan fazla insanın ölümüne sebep olmaktadır. Hiçbir tedbir alınmadığı durumda ve obezite görülme sıklığındaki artışın 1990'lardaki hızıyla devam ettiği farz edilirse, Avrupa'da 2010 yılına kadar 150 milyon yetişkin, 15 milyon çocuk ve adolesanın obez olabileceği düşünülmektedir. Avrupa'da yetişkin bireylerde aşırı kilolu olma sıklığı erkeklerde %32–79, kadınlarda ise %28–78 arasındadır. Aşırı kiloluğun en fazla görüldüğü ülkeler Bosna-Hersek, Arnavutluk ve İngiltere (İskoçya)'dır. Aşırı kilolu görülme sıklığının en düşük olduğu ülkeler Türkmenistan ve Özbekistan'dır. Bu

ülkelerde obezite erkeklerde %5–23, kadınlarda %7–36 oranında görülmektedir (29, 34).

Ülkemizde Türk Kardiyoloji Derneği tarafından yapılan ve 3681 kişiyi içerisine alan Türkiye’de Erişkinlerde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri (TEKHARF) çalışmasında BKİ’nin 30 ve üstünde olması obezite olarak isimlendirilmiş olup ve 1990 yılı kohortunda obezite görülme sıklığı %16.4 (kadın ve erkeklerde görülme oranı sırası ile %24.0 ve %9.0) oranında olduğu görülmüştür. Aynı çalışmanın 1997/98 kohortunda obezite görülme sıklığının %28.6’ya (kadın ve erkeklerde görülme sıklığı sırasıyla %38.8 ve %18.7) yükseldiği gözlemlenmiştir. Bu çalışmaya göre geçen 8 yıl içinde obezite görülme sıklığı kadınlarda %50 ve erkeklerde %65 oranında artış göstermiştir. 2000 yılında yapılan çalışmanın incelenmesinde ise obezite görülme oranının kadınlarda %43.0’e, erkeklerde %21.1’e yükseldiği görülmüştür (29).

1999–2000 yılları arasında 23.888 yetişkin birey üzerinde yapılan Türkiye Obezite ve Hipertansiyon Araştırması (TOHTA) çalışmasının kohortunda genel yetişkin bireylerin %44.4’ünün (kadınların %50’si, erkeklerin %40’ı) normal kilonun üzerinde olduğu gözlemlenmiştir (29).

Türkiye Diyabet, Hipertansiyon ve Obezite Epidemiyoloji-TURDEP II araştırmasında Türkiye’de obezite görülme sıklığı %32 olarak bulunmuştur. 2010’da tamamlanan TURDEP-II çalışmasında, 1998’de yapılan TURDEP-I çalışmasına göre, Türkiye’de 12 yılda diyabet görülme sıklığı %90, obezite görülme sıklığı ise %44 oranında arttığı gözlemlenmiştir (35).

2.6.1. Obezite Görülme Nedenleri

Günümüzde obezitenin en bilinen nedenleri arasında kalorisi yüksek besinlerin fazla tüketilmesi ve yetersiz fiziksel aktivite gösterilmektedir.

Obezitenin başlıca nedenleri;

- 1.Düzenli olmayan, dengesiz ve yanlış beslenme alışkanlıkları
- 2.Sıklıkla çok düşük kalorili diyetlerin uygulanması
- 3.Hormonal ve metabolik hastalıklar
- 4.Yaş, cinsiyet gibi demografik özellikler
- 5.Sürekli kullanılan bazı ilaçların yan etkileri (antidepresanlar vb.)
- 6.Çevresel etmenler (arkadaşlar, medya baskısı vb.)
- 7.Kalıtsal yatkınlık
- 8.Sigara ve alkol kullanımı

9.Fiziksel aktivite yetersizliği

10.Psikolojik faktörler (26, 36, 37).

Psikolojik problemleri olan bireylerde düzensiz ve yanlış beslenme alışkanlıkları, ağırlık artışı ve düşük bilişsel algı görölmektedir. Stres ve olumsuz duygu durumu, bazı insanlarda tıkanırmasına yeme davranışına neden olmaktadır. Bireylerin yoğun stres yaşamasına sebep olan olaylarda ya da depresif bireylerde yeme alışkanlıkları bireyin psikolojisinden olumsuz etkilenmekte ve aşırı miktarda yeme sonucunda bireylerde kilo alımı gözlenmektedir (36, 38). Yapılan çalışmalar stresin önemli bir risk etkeni olduğunu ortaya koymaktadır. Stresle beraber gece yeme sendromu, tıkanırmasına yeme sendromu gibi ruhsal rahatsızlıklar kişilerin doymasını engellemekte ve sürekli yemek yemeye bağlı olarak bireylerin obez olmasına neden olmaktadır (39).

Obezite oluşumunda en önemli faktörlerden biri yeterince fiziksel aktivite yapılmamasıdır. Fiziksel aktivitenin yetersiz olmasına yaşlılık, işe bağlı faktörler vb. durumlar neden olmaktadır. Modern toplumlarda teknolojinin gelişimi ve her alanda yoğun olarak kullanılması yüzünden insanlar işlerini daha az enerji harcayarak daha kısa sürede yapmaktadırlar. Fiziksel aktivitenin yeterince yapılmaması durumunda vücutta kullanılmayan yağlar depo edilmektedir. Yapılan araştırmalarda erkeklerde kilo fazlalığına sebep olan en önemli faktörün sedanter yaşam olduğu belirlenmiştir (37).

Tablet ve akıllı telefon gibi teknolojik aletlerin kullanımının yaygınlaşması, bilgisayar, internet, araç kullanımının artması, video, ve televizyon gibi hareket gerektirmeyen eğlenme olanaklarının artması bireylerdeki fiziksel aktivitenin çocukluktan itibaren azalmasına neden olmaktadır ve bu fiziksel aktivitenin azalması obezite görülme oranını artırmaktadır (39).

Obezitenin en sık görülen nedenlerinden birisi de insanlar tarafından yeterli ve dengeli beslenmenin günde sadece üç öğün beslenme olarak algılanmasıdır. Bireyler çocukluktan itibaren bu düzende yetiştirilmekte ve günde üç öğün yeme alışkanlığıyla büyütölmektedir. Ancak yeterli ve dengeli beslenme sadece üç öğün beslenme ile olmamakta; aşırı miktarda olmayacak şekilde bu üç öğüne ara öğünlerde ekleyerek mümkün olabilmektedir. Genel endüstriyel ve bilimsel yönde gelişmelere bakılarak gıda sanayinde kullanılan çeşitli tuz, şeker ve yağ gibi maddeler nörokimyasal yolları kullanarak beyinde zevk ve koku uyarılarını oluşturmaktadır. Ayrıca daha gıda sanayiindeki gelişmeler besinlerin üretim miktarını ve çeşitliliğini artırmış ve buna ek olarak şeker ve yağ içeriği yüksek olan besinlerin üretilmesini artırmıştır. İnsanların alım gücünde toplumsal olarak artması ile beraber besinlere erişim kolaylaşmış; şeker

ve yağ içeriği yüksek gıda ürünleri obezite yönünden risk haline gelmiştir. Ayrıca milyonlarca ürünün bir arada bulunduğu marketlerin sayısının artması da obezite açısından risk oluşturmaktadır. Bu uyarılar insanların enerji içeriği yüksek, sağlıklı olmayan ama beyinde zevk bölgesini uyaran gıdalara yönelmesini sağlamakta ve bu gıdaları sık tüketmeyi alışkanlık haline getirmek zamanla obeziteye sebep olmaktadır. Bazı endokrin hastalıklar da obeziteye neden olmaktadır. Cushing sendromu, GH ve PCOS eksikliği ve hipotiroidi gibi bazı endokrin hastalıklar da genel olarak obezite ile birlikte görülmektedir (37, 39).

Genetik faktörler de obeziteye de kilolu olma durumunu etkilenmekte; bu durum aileye özgü de olabilmektedir. Özellikle genetik ve çevresel etkenlerle iç içe bir hastalık olarak kabul edilen obezitenin gelişiminde genetiğin rolü %25-40 oranında olmaktadır. Etnik köken yönünden kalıtsal farklılıklar ve yaşam tarzlarının farklılıklar göstermesi obezite yönünden ciddi risk oluşturabilmektedir. Obeziteye sebep olan genetik faktörler aşağıda sıralanmaktadır:

- a. Bir rahatlama mekanizması olarak oluşan kişiyi yemek yemeye iten ya da iştahı açan genetik anormal psikolojik etmenler
- b. Karbonhidrat ve yağ depolanmasıyla bağlantılı genetik bozukluklar
- c. Beslenme merkezinin enerji döngülerini düzenlenmesindeki kalıtsal anormallikler (40, 41).

Merkezi sinir sistemi bozuklukları obeziteye neden olmaktadır. Merkezi sinir sisteminin bir bölümü olan hipotalamusta iştah ve tokluk hissini sağlayan merkez bulunmaktadır. Beyindeki iştah ve tokluk merkezi oldukça birbirine yakın konumlanmış olup, iştah merkezi üstünde tokluk merkezinin birbiriyle etkileşimiyle açlık ve tokluk kontrol altına alınmaktadır. Eğer tokluk merkezinde herhangi bir sorun, zedelenme ya da hasar meydana gelirse, kişi doyma noktasına ulaşamamakta, iştahı obeziteye neden olabilecek dereceye ulaşabilmektedir. Çünkü iştah merkezi üzerinde kontrolü sağlayan tokluk merkezi işlevini tam sağlayamamaktadır. Tokluk merkezi etrafında oluşan enfeksiyon, travma ya da tümör hipotalamik obeziteye neden olmaktadır (41).

Obezite görülme oranını en çok etkileyen risk faktörleri arasında yaş ve cinsiyet yer almaktadır. İnsanlarda yaş ilerledikçe bazal metabolizma hızı yavaşlamakta ve obezite riski de artmaktadır. Ayrıca yapılan araştırmalara göre kadınlar erkeklere göre daha yüksek obezite riski taşımakta ve bu risk yapılan doğum sayısı ile paralel bir şekilde artmaktadır. Medeni duruma bakıldığında ise bekar insanlarda obezite görülme oranı evli insanlara göre daha az görülmekte; evli insanlarda obezite görülme riski daha

yüksek olmaktadır. Sigara ve alkol kullanımının obezite üzerine etkisi değerlendirildiğinde; sigara bırakma ile iştahın arttığı ve alkol kullanımı ile de yeme miktarının arttığı gözlenmiştir ve kilo artışı gerçekleşmiştir.

Obezite üzerinde etkisinin olduğu düşünülen diğer bir etmen ise “anne sütü alımı”dır. Bebeklik döneminde anne sütü almış olan bireyler, almamış olan bireylere göre daha az obezite riski gözlenmektedir (41).

Genel olarak değerlendirildiğinde obezite ekonomik, sosyal faktörler, ruhsal stres, düşük yağ oksidasyonu, genetik yatkınlık, normalden fazla enerji alınması ve yetersiz miktarda enerji harcanmasıyla oluşmaktadır. Bunlara ek olarak bireylerde yaşın artması ile azalan bazal metabolizma hızı ve bireylerin daha az fiziksel aktivite yapmasına bağlantılı olarak enerji harcamasının azalması kilo almaya ve önlem alınmadığında obeziteye neden olmaktadır (42).

2.6.2. Obezitenin Neden Olduğu Sağlık Sorunları

Obezite, endokrin bozukluklar, kardiyovasküler hastalıkları, solunum sistemi, gastrointestinal sistem hastalıkları ve psikolojik sorunlara neden olan bir hastalıktır.

Obezitenin neden olduğu hastalıklar şu şekilde sıralanabilmektedir (31):

1. Gastrointestinal hastalıklar (reflü, safra kesesi hastalığı, karaciğer yağlanması vb.)
2. Hormonal hastalıklar ve sorunlar (büyüme hormonu seviyesinde azalış, infertilite, polikistik over sendromu, mensturasyon bozuklukları)
3. Metabolik hastalıklar ve sorunlar (insulin direnci, metabolik sendrom, tip 2 diabetes mellitus, dislipidemi, kolesterol)
4. Kardiyovasküler hastalıklar ve sorunlar (hipertansiyon, koroner arter hastalığı vb.)
5. Kanser (karaciğer, rektum, pankreas, kolon, meme vb. kanserler)
6. Diğer hastalıklar ve sorunlar (astım, uyku apnesi, ortopedik sorunlar, yeme bozuklukları (anoreksiya nevroza, bulimia nevroza vb.) vb.) (2, 4, 44-46)

Bu hastalıklarla beraber obezite sonucunda bu hastalıklara bağlantılı olarak ölüm gerçekleşebilmektedir (48). Yapılan bir çalışmada fazla kiloluluk ve obezitenin depresyon ve davranış bozuklukları riskini artırdığı görülmektedir (47). Ayrıca obezite hem bireyin ağırları ve sağlık sorunları sebebiyle işe gidememesi yönünden hem de devletlere getirdiği sağlık maliyeti yükü yönünden de ciddi problemlere yol açmaktadır (48).

2.7. Obezitenin Tedavisi

Ulusal Kalp, Akciğer ve Kan Enstitüsü ve Kuzey Amerika Obezite Çalışma Grubu' nun yayınladığı rehberine göre, BKİ değerleri ve kişide bulunan hastalığa göre tedavi planlanmaktadır. $BKİ \geq 25 \text{ kg/m}^2$ olan bireyler için diyet, fiziksel aktivite ve davranış tedavisinden oluşan yaşam tarzı değişikliği önerilmektedir. Bireyin bir hastalığı varsa ve $BKİ \geq 27-29.9 \text{ kg/m}^2$ ise veya bireyin herhangi bir hastalığı yok ve $BKİ \geq 30 \text{ kg/m}^2$ ise ilaç tedavisi planlanmaktadır. Cerrahi tedavi yapmak için ise, bireyin bir hastalığı varsa ve $BKİ \geq 35 \text{ kg/m}^2$ veya bireyin herhangi bir hastalık olmaksızın $BKİ \geq 40 \text{ kg/m}^2$ olması gerekmektedir (49). Obezite tedavisinde, bireyin fazla kilosundan kurtulmasını sağlamak ve uzun zaman diliminde verilen kiloyu korumak amaçlanmaktadır. Başarılı ve etkili bir obezite tedavisiyle, abdominal yağ oranında azalma, obezite ile bağlantılı sağlık problemlerinde iyileşme, ölüm görülme oranında azalma, yaşam standardında artma hedeflenmektedir (50).

Obezite tedavisinde 5 yöntem kullanılmaktadır:

1. Tıbbi beslenme (diyet) tedavisi
2. Egzersiz tedavisi
3. Davranış değişikliği tedavisi
4. İlaç tedavisi
5. Cerrahi tedavi

Obezite tedavisi hekim, diyetisyen, psikolog, fizyoterapistten oluşan alanında yetkin bir ekip tarafından takip edilmelidir (51).

2.7.1. Tıbbi Beslenme (Diyet) Tedavisi

Vücut ağırlığının, boya göre olması gereken ($BKİ=18.5-24.9 \text{ kg/m}^2$) düzeye çekilmesi hedeflenmektedir. Diyet tedavisinin bireye özgü düzenlenmesi gerekmektedir. Bireyin uygulayacağı zayıflama diyeti yeterli ve dengeli beslenme kurallarına uymalıdır. Amaç, bireye doğru beslenme alışkanlığı kazandırmak ve bu alışkanlığın devam ettirilmesini sağlamaktır. Bireyin ağırlığı boya göre ideal ağırlığa geldiğinde tekrar kilo alması önlenmeli ve bu geline ağırlık korunmalıdır (51).

a. Enerji: Obezitenin diyet tedavisinde haftada 0.5-1 kg ağırlık kaybı hedeflenmektedir. Bu da bireyin günlük enerji alımında 500- 1000 kkal azaltılarak ayda 2-4 kg ağırlık kaybı sağlanmaktadır. Çok düşük kalorili diyetlerin bireyler tarafından yapılması ise, yan etkilerinden, uzun vadede sağlık riski oluşturmasından ve devamlılık sağlanamadığından dolayı obezitenin diyet tedavisinde tavsiye edilmemektedir.

Birey hızlı ve kısa sürede zayıflatılmamalıdır. Zayıflama diyetlerinde temel amaç bireye günlük harcadığından daha az miktarda enerji vermektir. Ancak bireyin bazal metabolizma hızı (BMH) veya dinlenme metabolizma hızı (DMH) altında enerji almaması gerekmektedir (23, 51)

b. Karbonhidrat: Günlük enerji ihtiyacının büyük bir bölümünü karşılayan karbonhidratlar, içeriğindeki glikozun sayısına göre basit ve kompleks karbonhidratlar olarak sınıflandırılmaktadır. Tek molekül içeren karbonhidratlar glikoz, fruktoz ve galaktoz; iki molekül içeren karbonhidratlar ise maltoz, laktoz ve sukrozdur. Yapısında bir veya iki molekül şeker içeren karbonhidratlara basit karbonhidratlar denmektedir ve besinlerin tadının tatlı olmasını sağlamaktadır. Basit karbonhidratların bulunduğu besinler, meyve, gazlı ve meyveli içecekler, süt, şekerlemeler ve tatlılardır. Kompleks karbonhidratların yapısında nişasta ve posa bulunmaktadır. Kompleks karbonhidrat içeren bazı besinler kurubaklagiller (kuru fasulye, mercimek, nohut), tahıllar (buğday, yulaf, arpa, çavdar, pirinç ve darı)'dır (24, 25).

Yeterli ve dengeli beslenme için günlük enerjinin yaklaşık %55-60'ı karbonhidratlardan sağlanmalıdır. Sağlıklı beslenme önerisi olarak günlük enerjinin %10'unu geçmeyecek şekilde şeker gibi basit karbonhidratlar azaltılmalıdır. Kurubaklagiller, tam tahıl ürünleri gibi kompleks karbonhidrat içeren besinlerin artırılması gerekmektedir (51).

c. Protein: Yetişkin insan vücudunun %16'sı proteinlerden meydana gelmektedir. Proteinler, gastrointestinal sistemde yapı taşları olan aminoasitlere ayrılarak kan yoluyla başta karaciğer olmak üzere organlara iletilmektedir. Aminoasitler, vücutta farklı görevleri olan enzim ve hormon gibi yapıların oluşturulmasında görev almaktadır. Vücudumuzda aminoasitlerin depolanması oldukça az miktarda olmaktadır ve depo aminoasitler ise karaciğerde depolanmaktadır. Proteinlerin insan vücudunda birçok görevi vardır. Aminoasitlerin bazı görevleri büyüme ve gelişmeye, doku ve organların yapısında bulunan hücrelerin yenilenmesine yardımcı olmak ve bağışıklık sisteminin devamlılığının sağlamaktır. Yeterli ve dengeli beslenme için günlük enerjinin %10-20'si proteinlerden sağlanması gerekmektedir (24, 25).

Et, tavuk ve diğer kümes hayvanları, balık, et yerine geçen peynir, süt, yumurta, kuru yemişler, baklagiller gibi gıdalar ve bazı nişastalı gıdalar protein kaynakları olarak bilinmektedir. Bu gıdaları tükettiğimizde vücudumuzda proteinlerin temel yapıtaşı olan amino asitlere dönüştürülmektedir. Vücudumuzda bazı amino asitleri

beslenme yoluyla almamız gerekirken; bazı aminoasitler vücut tarafından üretilmektedir. Hayvansal kaynaklı besinlerden alınan proteinler vücudumuzun ihtiyacı olan tüm temel amino asitleri içerirken; bu durum bitkisel kaynaklı besinlerden alınan protein için geçerli olmamaktadır (52).

Gıdaların içeriğinde bulunan protein bağışıklık sisteminin aşırı tepkisi olarak tanımlanan gıda alerjilerine neden olmaktadır. Yapılan bazı çalışmalarda beslenmeyle alınan protein miktarı ile sağlıklı insanlarda kronik hastalıkların görülmesi arasında ilişki gözlemlenmiştir (53). Harvard Sağlık Yüksek Okulunda yapılan bir çalışmada az miktarda sürekli olarak tüketilen kırmızı et, özellikle işlenmiş olan etler kalp hastalıkları, felç riski ile kalp damar hastalıklarına ya da başka bir sebebe bağlı olarak ölüm riskinin artmasına neden olmaktadır. Diğer taraftan kırmızı et ve işlenmiş et türleri yerine kümes hayvanları, balık veya kurubaklagiller gibi sağlıklı protein kaynakları daha sık tüketildiğinde bu hastalık risklerin azaldığı tespit edilmiştir (54, 55).

Diyabet olma riski yönünden proteinler incelendiğinde, proteinin kalitesi miktarından daha çok önemli olmaktadır. Son dönemlerde yapılan çalışmalarda diyetlerinde fazla miktarda doğal veya işlenmiş kırmızı et tüketen bireylerde nadir olarak doğal veya işlenmiş et tüketenlere kıyasla daha fazla tip 2 diyabet olma riski taşıdığı gözlenmiştir (56, 57). Başka bir çalışmada ise Tip 1 diyabet (eski adıyla juvenil ya da insüline bağlı diyabet) yönünden proteinler değerlendirildiğinde inek sütünde bulunan proteinlerin Tip 1 diyabete eğilimi olan bebeklerde hastalığın gelişmesinde etkili olduğu gözlenmiş; ama kesin bir sonuca varılamamıştır (58). Kanser yakalanma yönünden de proteinin miktarından kalitesi önem arz etmektedir. Protein ile kanser arasındaki ilişkiye dair yapılan çalışmalarda elde edilen bazı verilerde kırmızı et ve işlenmiş et fazla tüketiminin kolon kanseri riskini arttırdığını ortaya koymuştur (59).

d. Yağ: Yetişkin insanların vücudunun %15-20'si yağdan oluşmaktadır. Yağlar vücutta gastrointestinal sistemde yapı taşları olan yağ asitlerine ayrılarak emilimi sağlanmaktadır. Vücutta harcanan enerjinin besinlerden alınan günlük enerjiden az olması halinde, yağ asitlerinin bir kısmı vücutta depolanmaktadır. Yağlar vücutta bazı hormonların ve kolesterolün yapımında kullanılmaktadır. Vücutta depolanan yağların enerji metabolizmasında önemli görevi vardır ve vücuda yeterli miktarda enerji alınmadığında vücut yağ deposunu kullanmaktadır. Ayrıca, yağlar vücut ısısının düzenlenmesine, vücut için gerekli olan kimyasal bileşenler ve yağda eriyen vitaminlerin vücuda alınmasına yardımcı olmaktadır. Yiyeceklerde bulunan yağ

molekülleri, diğer yiyeceklere oranla daha yavaş sindirilmekte ve bu sayede yağlar doygunluk hissi sağlamaktadır (24, 25).

Yeterli ve dengeli beslenme için günlük enerjinin yaklaşık %25-30'u yağlardan oluşmalıdır. Bu alınan enerjinin doymuş yağ asidi oranı %10'un altında olmalı, çoklu doymamış yağ asidi oranı %7-8, tekli doymamış yağ asidi oranı %10-15 olmalıdır. Yağda eriyen vitaminlerin (A, D, E, K vitaminleri) vücutta kullanmak için yağ miktarının çok azaltılmaması gerekmektedir. Ayrıca yağ oranının önerilen miktarın üstünde alınması durumunda obezite, kalp damar hastalıkları gibi sağlık problemleri meydana gelmektedir (51).

e. Vitaminler ve Mineraller: Vitaminler, yağda ve suda çözünen olmak üzere iki gruba ayrılmaktadır. Suda çözünen B grubu ve C vitaminleri ve yağda çözünen A, D, E ve K vitaminleri; enerji metabolizmasında, kan hücrelerinin yapımında ve bağışıklık sisteminin çalışmasında, büyüme ve gelişmede önemli rolü olan D vitamini kemik gelişiminin sürdürülebilmesinde görev almaktadır. A, E ve C vitaminleri, vücuttaki serbest radikallerin etkilerinin azaltılmasında ve uzaklaştırılmasında antioksidan olarak; folik asit, B6, B12 ve C vitaminleri, kan hücrelerinin yapımında önemli rol oynamaktadır. Yetişkin insan vücudunun %6'sı minerallerden oluşmaktadır. Kalsiyum, magnezyum ve fosfor gibi mineraller kemik ve diş dokularının yapısında bulunmaktadır. Demir ve kobalt ise, kan yapımında ve çinko bağışıklık sisteminde önemli görevler üstlenmektedir (24, 25). Bireylerin uyguladığı düşük enerjili zayıflama diyetleri paralel vitamin ve mineral (B grubu vitaminler, demir, kalsiyum vb.) yetersizliklerine neden olmaktadır. Besin öğeleri açısından yeterli ve dengeli, düşük kalorili olmayan diyetlerde, vitamin ve mineral yetersizliğine rastlanmamaktadır (51).

f. Lif (Posa): Bireylerin beslenmesindeki lif miktarı azaltılmaması gerekmektedir (25-30 g/gün). Bazı posa kaynakları sebzeler, meyveler, kurubaklagiller, tam tahıl ürünleri, kepekli un ve kepekli ürünlerdir (51).

g. Sıvı: Su başta olmak üzere, içecekler ve besinlerin içerisinde bulunan su "sıvı" olarak isimlendirilmektedir. Önerilen günlük sıvı miktarı en az 2-3 litre olmalıdır. Günlük 8-10 su bardağı su önerilmektedir. Bireysel farklılıklar ve fiziksel aktivite düzeyi sıvı ihtiyacını etkilemektedir. Vücuttaki atıklarının dışarıya atılabilmesi için yeterince sıvı tüketilmesi gerekmektedir. Yemek öncesi ve sonrası bol su tüketilmesi kabızlığın önlemede de yardımcı olmaktadır. İhtiyaç duyulan sıvıyı şeker eklenmiş hazır meyve sularından, kola, gazoz vb. içeceklerden almaktan sakınılmalıdır (51).

h. Tuz: Diyetle alınan tuz miktarının <5 gr/gün olması gerekmektedir. Hipertansiyon, kalp yetmezliği vb. hastalıkları bulunan obez kişilerin diyetlerindeki tuz miktarına dikkat etmeleri gerekmektedir (51).

ı. Öğün Düzeni: Günlük öğün düzeni 3 ana ve 3 ara öğün şeklinde planlanmalıdır (51).

2.7.2. Egzersiz Tedavisi

Egzersiz, obezitenin önlenmesi ve obezite tedavisinde önemli bir yöntemdir. Diyetle beraber yapılan egzersiz, vücut kas kütlelerinin korunmasında, yağ dokusundaki kayıp miktarının artmasında ve de BMH'nin korunmasında etkili olmaktadır. Egzersiz, zayıflama diyetlerinin önemli bir parçasını oluşturmaktadır ve tek başına kilo kaybettirebilmektedir. Yapılan çalışmalarda, egzersizin obeziteyi, obezitenin neden olduğu komplikasyonları önlediği ve tedavi ettiği gösterilmiştir. Enerjisi azaltılmış diyetle beraber yapılan egzersiz, yağsız dokuyu korumakla beraber, bazal metabolizma hızının düşmemesine neden olmaktadır. Egzersiz, enerji elde etmek için vücutta yağ dokusunun harcanmasında etkili olmakta ve kilo kaybı süresince kas dokusunun fazla miktarda kaybını önlemektedir. Bir meta-analiz raporunda, sedanter yaşayan insanlarda aerobik egzersizin vücut ağırlığı ile yakından alakalı olduğu, kilo kaybının haftalık fiziksel aktivite yapma sıklığı ve vücut yağ miktarı arasında pozitif bir korelasyon ilişkisi göstermiştir. Yapılan bir diğer araştırmada ise, fiziksel aktivitenin enerjisi azaltılmış ve az yağ içeren diyetle beraber yapılması enerji harcamasını, vücutta kilo ve yağ dokusu kayıp miktarını arttırdığını göstermektedir. Yağ dokusu miktarında azalma sağlanması için egzersiz programının en az 2 ay sürmesi gerekmektedir. Ağırlık kaybını ve kaybedilen bu ağırlığın korunmasını sağlamak için de egzersiz hayat boyu devam ettirilmelidir (60).

2.7.3. Davranış Değişikliği Tedavisi

Obezite tekrarlama potansiyeline sahip uzun süre takip ve tedavi gerektiren bir hastalıktır. Bu nedenle diyet ve egzersiz tedavisinin yanı sıra davranış değişikliği tedavisini de uzun süreli ve başarılı sonuçlar elde etmek için uygulamak gerekmektedir. Kilo kontrolünde davranış değişikliği tedavisi kilo almaya sebep olan fazla yemek yeme ve yetersiz hareket gibi davranışları olumlu olarak değiştirmeyi veya azaltmayı; olumlu davranışları ise güçlendirerek yaşam tarzı haline gelmesini sağlayan tedavinin önemli kısmını oluşturmaktadır (51, 61).

Davranış değişikliği tedavisinin basamakları:

- a. Kendi kendini gözlemlene
- b. Uyarın kontrolü
- c. Alternatif davranış geliştirme
- d. Pekiştirme, kendi kendini ödüllendirme
- e. Bilişsel yeniden yapılandırma
- f. Sosyal destek

a. Kendi kendini gözlemlene: Kontrol altına alınması gereken davranışları belirlemede yardımcı olmaktadır. Böylece birey, obeziteye sebep olan davranışlarını farketmektedir. Bu yöntemin temeli yemek yeme ve fiziksel aktiviteyle bağlantılı davranışların kaydedilmesine dayanmaktadır.

b. Uyarın kontrolü: Şişmanlığa neden olan davranışa yol açan olayları tanımlama ve olaylara erken dönemde müdahale için yöntemler geliştirme esasına dayanmaktadır. Amaç, yemek yemeyi etkileyen dış uyarınları engellemek, doğru yemek yeme davranışına neden olan uyarınların artmasını sağlamaktır.

c. Alternatif davranış geliştirme: Bireyin doğru aktivitelere yönlendirilmesi amaçlanmaktadır. Bu amaçla ara öğünlerde ve atıştırma isteğinin yoğun olduğu dönemlerde uygulanmak üzere yapmaktan zevk alınan faaliyetler listesi önceden belirlenmekte ve bu aktiviteler içinden bireye en uygunu seçilmektedir.

d. Pekiştirme, kendi kendini ödüllendirme: Bu yöntem kilo kaybı ve bu kaybedilen kiloyu korumaya yönelik doğru davranışları ödüllendirerek, pekiştirmeyi amaçlamaktadır. Pekiştirme, kilo vermek için gerekli olan davranış değişikliğinin devam etmesinde yardımcı olmaktadır ve bireyin yemek dışındaki etkinliklerden mutlu olmasına olanak sağlamaktadır.

e. Bilişsel yeniden yapılandırma: Olumlu düşünme ve motivasyonu devam ettirmek için uygun davranışların oluşmasını sağlamaktadır.

f. Sosyal destek: Obez bireyler için ailenin desteğini almak ve yine aile fertlerinden gelen birey üzerindeki olumsuz etkileri azaltmak, obezite tedavisinin başarısında önemlidir. Eş veya arkadaşların olumlu yönde desteğinin sağlanması birey için oldukça önem arz etmektedir (51).

2.7.4. İlaç Tedavisi

Obezite tedavisinde kullanılan ilaçlar hafif ve orta düzeyde kilo fazlası olan kişiler için önerilmektedir. Obezite tedavisinde kullanılan ilaçların, sağlık açısından

güvenilir olması, obeziteye sebep olan durumları tedavi etmesi, kısa ve uzun vadede önemli yan etkilerinin olmaması ve bağımlılık yapmaması önemli olmaktadır. Bu tür ilaçların doktor önerisi ve kontrolünde kullanılması gerekmektedir.

Obezitede ilaç tedavisi yapılabilecek durumlar :

BKİ >30 kg/m² olması (obeziteyle ilişkili başka bulunmadığında)

BKİ >27 kg/m² olması ve obeziteyle bağlantılı komplikasyonlardan (kalp-damar hastalıkları, diyabet, hipertansiyon vb.) en az birinin olması

Tıbbi beslenme tedavisi ve fiziksel aktivite içeren davranış değişikliği tedavisinin işe yaramaması

Obezite tedavisinde başarı elde etmek için hastanın ilaç tedavisiyle beraber tıbbi beslenme tedavisi ve egzersiz tedavisini devam ettirmesi ve belli periyotlarla kontrollerine gitmesi önem arz etmektedir (51).

2.7.5. Cerrahi Tedavi

Obezite tedavisinde cerrahi yöntem temelde ikiye ayrılmaktadır. Yiyeceklerle alınan enerjiyi azaltmaya yönelik bariyatrik cerrahi yönteminde hedef, yiyeceklerin gastrointestinal sistemde emiliminin azalmasını sağlamaktır. Bu amaçla gastrik bypass, gastroplastisi, gastrik balon gibi obezite cerrahisi ameliyatları yapılmaktadır. Obezite tedavisinde kullanılan rekonstrüktif cerrahide ise hedef; vücudun çeşitli bölgelerinde yer alan yağların uzaklaştırılmasıdır. Bu tedavide eğer hasta obezite tedavisi sonrası yapması gerekenleri yerine getirmezse tekrar kilo alma ve yağ birikimi gerçekleşebilmektedir (51).

2.8. Yeme Bozuklukları

Yeme bozuklukları (YB), gençlerde, ergen kızlarda ve yetişkin kadınlarda fiziksel ve psikososyal sorunlara yol açabilen psikiyatrik bozukluklardır. Ergenlik dönemindeki kızlar ve yetişkin kadınlarda, 18 yaşından küçük bireylerde, gelişmiş toplumlarda yeme bozukluğu daha sık görülmektedir (62, 63).

Günümüzde erkekler ve kadınlar kilo vermek, formda kalmak, toplumda kabul görmek amacıyla dış görünüşlerine özen göstermektedirler. Bu bazı bireylerde YB ortaya çıkmasına sebep olmaktadır. Bazı YB görülme sıklığı erkeklerde ve özellikle kadınlarda artış göstermektedir. YB üzerine yapılan bir araştırmada televizyon, filmler, dergiler ve internet gibi iletişim araçları, YB'ye neden olan obezite ve olumsuz beden algısı arasındaki bağlantıyı ortaya koymaktadır (5, 65).

Batı ülkelerinde 1960'lı yıllardan başlayarak zayıflığın toplumlarda normal görünüm olarak kabul edilmesi özellikle kadınlar arasında yaygınlaşmıştır. Kişiler obez olup olmadıklarına bakmaksızın, kendilerini obez olarak görmekte, buna bağlı olarak da zayıflamanın lüzumlu olmadığı durumlarda bile kilo vermek için istenilmeyen bazı davranışlarda bulunmaktadır. Bu konuda, ismi geçen toplumlar üzerinde yapılan çalışmalardan elde edilen sonuçlara göre normal kilolu kızların %60'ından fazlası kendilerini obez hissetmektedirler. Kendi vücutlarından memnun olmayan bireylerde psikolojik rahatsızlıkların görülme oranının da artış görülmektedir. Kişilerin fiziksel dış görünüşlerini gereğinden fazla önemsemesi, özellikle adolesan bireylerde görülen YB'nin artmasına neden olmaktadır. Pek çok uyarandan etkilenen adolesanlarda, bu tür sağlık problemleri diğer yaş gruplarına göre daha fazla görülmektedir. Ayrıca, YB görülen bireylerin %90.0'ından fazlası kadınlardan oluşmaktadır. Amerika'da yapılan araştırmalar, YB'nin son 20 yılda önemli ölçüde arttığını göstermektedir (5, 66).

YB; beslenme yetersizliği, aşırı miktarda yeme, depresyon, madde bağımlılığı gibi ciddi sağlık problemlerine sebep olabilen, yeme alışkanlıklarında ciddi değişiklikler olmasıdır. YB psikiyatrik sorunlar arasında çok sık olarak görülmekte ve genellikle genç kadınlarda görülmektedir. Dünyada; % 0.2–0.7 oranında adolesan ve genç yetişkin kadınlarda AN, % 1.0–2.5 oranında adolesan ve genç yetişkin kadınlarda ise BN gibi yeme bozukluğu görülmüştür (84, 85). AN'ye bağlı ölüm görülme sıklığı farklı araştırmalarda % 0-22 oranında bulunmuştur. Hasta olan bireylerin 1/3'ü iyileşmiştir. BN'nin yaş ve cinsiyete değişkenlerine göre görülme oranı AN'ye benzemektedir fakat başlama yaşı AN'ye göre biraz daha geç yaştaadır. BN tüm toplumlarda %1 sıklıkta görülmektedir. Genç kadınlar erkeklere göre 10 kat daha fazla risk altındadır (5, 67).

Yeme bozukluklarının diğer psikolojik rahatsızlıklarla birlikte bulunabileceği son yıllarda dikkat çeken bir durumdur. Yapılan araştırmalara göre, özellikle depresyon, anksiyete, madde kullanım bozuklukları ve kişilik bozuklukları YB görülen kişilerde sıklıkla teşhis edilmektedir. (68, 69).

2.8.1. Yeme Bozukluğuna Neden Olan Faktörler

YB rahatsızlıklarının oluşumuna neden olan temel bir sebep bulunmamasına rağmen, biyolojik (genetik veya nöro- kimyasal), kültürel, bireysel, psikolojik, ailesel ve çevresel faktörler yeme bozukluklarının gelişmesine neden olmaktadır. Yapılan çalışmalarda, zayıflık ideali, hızlı ekonomik kalkınma, sanayileşme, şehirleşme, sosyo-

kültürel etkenler ve toplumsal normlar da yeme davranışı bozukluklarının oluşmasında etkili olduğu görülmüştür (66).

Yeme bozuklukları risk faktörleri arasında; genel ve sosyal faktörlerin (cinsiyet, kültür gibi), ailesel faktörlerin (genetik obezite, ebeveyn psikopatolojisi, aile içi ilişkiler, iletişim şekilleri gibi), gelişimsel faktörlerin (premorbid obezite, çocukluk çağı yeme problemleri, beden görünüşüyle ilgili yanlış yorumlar, çocukluk dönemi anksiyete bozuklukları gibi), yaşamdaki kötü olayların, ruhsal ve davranışsal faktörlerin (diyet, bedenle alakalı aşırı uğraşlar, dış görünüş memnuniyetsizliği, düşük benlik saygısı, alkol/madde bağımlılığı gibi) ve biyolojik faktörlerin (kalıtım gibi) rol oynadığı bilinmekte olup, psikopatolojiyi hangi faktörlerin nasıl etkilediği net olarak bilinmemektedir (5, 71).

Gelişmekte olan ülkelerde toplumun beslenme alışkanlıklarını etkileyen basın ve yayın organları (özellikle televizyon, gazete gibi), sağlık yönünden yanlış olan pek çok diyet, zayıflama programları yeme bozukluklarının görülme oranının toplumlarda artmasına yol açmaktadır (5, 66).

Günümüzde medya ve toplum zayıf olmayı özendirilmektedir ve bu düşünce özellikle bedensel ve psikolojik değişimlerin olduğu adölesan çağındaki kişileri etkilemektedir. Bireyler olmak istedikleri kiloyu olması gerekene göre değil, dış görünüşlerindeki kendi memnuniyetlerine göre belirlemektedir. Bu durum bireyleri yanlış diyet ve fiziksel aktivite uygulamalarına yönlendirmekte, çoğunlukla da bireylerin bu girişimlerinde sağlığı tehlikeye sokacak sonuçlar meydana gelmektedir. Yetersiz ve dengesiz beslenme, yeme davranışı bozuklukları ve ruhsal problemler bu sonuçlardan bazılarıdır (66, 72).

Bireylerde vücut algısının değişmesi ve bununla bağlantılı olarak da yeme bozuklukları görülme oranında artması, toplumsal alışkanlıkların değişimiyle alakalıdır. Küreselleşme, beslenme alışkanlıklarını etkileyen önemli bir faktör olarak kabul edilmektedir. Küreselleşmenin hızlanması ve toplumların bu durumdan etkilenmesi beslenme ile ilgili alışkanlıkların değişmesinde önemli rol oynamaktadır. Bu konuda araştırmalar yapılmaktadır. Örneğin, Fiji adalarında Becker tarafından yapılan bir araştırmaya göre, televizyonun adadaki kişilerin hayatına girmesiyle beraber, adölesan kızlarda yeme bozukluklarının görülme oranının arttığı gözlemlenmiştir (66).

2.9. Obezite İle İlgili Yeme Bozuklukları

YB bireylerde, yeme miktarında artma veya azalma olmak üzere iki farklı şekilde kendini göstermektedir. YB olan bireylerde öğün ve yeme düzensizliği, aşırı miktarda yeme atakları görülmektedir. Atak durumunda birey yemek yemeyi durduramaz ve yüksek miktarda enerji alır. Bunun sonucu olarak, bireyler de genellikle fazla kilolu ve obezdirlir. Daha çok psikolojik sebeplerden dolayı olduğu düşünülen bu durum, yemeyi azaltma sonrasında veya emosyonların etkisi ile oluştuğu gözlenmiştir. Bireylerde yemeyi azaltma durumu bireylerin daha fazla miktarda yemek yemelerine sebep olduğu görülmüştür (73-75). Fazla kilolu ve obez kişilerde yaygın olarak tıkanırcasına yeme bozukluğu (TYB) ve gece yeme bozuklukları (GYB) görülmektedir (76).

2.9.1. Anoreksiya Nervoz

Anoreksiya nervoz, yiyecek ve kilo ile aşırı derecede uğraşı, kilo almaktan aşırı korkma haliyle seyreden uzun dönemde çok düşük kalorili beslenme veya aç kalma ile ortaya çıkan, sıklıkla ergenlik dönemindeki kızlarda görülebilen psikiyatrik bir rahatsızlıktır. Hastalığın temel belirtileri kilo almaktan aşırı derecede korkma, zayıf bir görünüme sahip olma arzusu, beden algısında meydana gelen bozukluk ve adet kesilmesidir. Bireyler sıkı diyet programlarıyla alınan yemek miktarı ciddi düzeyde kısıtlanmanın yanında aşırı miktarda spor yapma eğiliminde olmakta ve kilo vermeyi hedeflemektedir. Bunların yanı sıra, anoreksik bireyler yedikleri besinlerin kalorisini azaltmak için laksatif ve diüretik gibi ilaçlar da kullanılmaktadırlar. Bu kişilerde sağlığını tehdit edecek miktarda kilo kaybı görülmekle beraber, bu kişiler zayıf görünümünün riskli hale geldiğini algılayamazlar. Bu bireylerde sağlıklı kilo alımını ve dengeli ve doğru beslenme alışkanlığı geliştirmek için ayaktan veya gerekli olması durumunda yatarak tedavi uygulanmaktadır (77, 78).

2.9.2. Bulimia Nervoz

Bulimia nervoz, kısa bir süre içerisinde yiyemeyeceği kadar fazla miktarda yemeğin tüketilmesi sonrası duyulan pişmanlık, suçluluk ve öfke ile kilo alımından korkma gibi belirtilerle kendini gösteren nöbetler ve ardından gelen kusma atakları ile devam eden psikolojik bir rahatsızlıktır. Bu kişiler anoreksiya nervozada olduğu gibi yediklerini dışarı atma ve yiyeceklerin kalori yapıcı etkilerini azaltmak için laksatif kullanımı, yediğini çıkarma, aşırı egzersiz yapma gibi çeşitli yollara başvurmaktadırlar.

Bulimik kişilerin kilosu anoreksiya nevrozadan farklı olarak normal ya da fazla kilolu olmaktadır. Bulimia nervosa görülen bireylerde sağlıklı ve dengeli beslenme alışkanlığı kazandırmak ve aşırı yeme ataklarının önlenmesi için uygun tedavi planlanmaktadır (78, 79).

2.9.3. Tıkanırçasına Yeme Bozukluğu

Bir bireyin kısa bir süre içinde yiyebileceğinden çok fazla miktarda yiyeceği tüketmesi, yemek yemeyi durduramaması ve aşırı miktarda yemek yeme davranışının tekrar etmesi şeklinde gelişen yeme bozukluğudur. TYB'nin bulimia nervozadan (BN) ayırt edici özelliği bireyin kendisini kusmaya zorlaması, ishale yol açan ilaçlar kullanması, ağır fiziksel aktivite uygulamalarıyla metabolizmayı hızlandırması gibi tedbirlerin alınmamasıdır.

TYB'si olan bireyler, belirli bir zaman diliminde, birçok kişinin yiyebileceğinden çok daha fazlasını yerler. Bireyler bu zaman diliminde hiçbir şeyin kendilerini yemek yemekten alıkoyamayacağı hissine kapılırlar. Yemek yemeyi durduramazlar ve neyi ne kadar yediğini bilemezler. Bunun yanı sıra birey normalden daha hızlı, fazla miktarda yemek yediğinin ve bu yeme davranışının normal olmadığını farkındadır. Bireyler fazla yediklerini kimsenin görmemesi için yalnızken yemek yemeyi tercih ederler. Yeme atağı sırasında birey kendini mutlu hissetmesine rağmen, aşırı yemenin verdiği pişmanlık, kişisel ve bedensel kaygılar bireyin psikolojisini olumsuz yönde etkilemektedir. Bu yeme bozukluğu olan bireylerde fazla kiloluluk ve obeziteye sık rastlanmaktadır. Bu bireylerde yeme ataklarını azaltmak ve tekrarını önlemek, sağlıklı yemek yeme davranışı geliştirmek ve ideal kiloya ulaşmak amacıyla uzman yardımıyla uygun tedavi yapılmaktadır (80, 81).

2.9.4. Gece Yeme Bozuklukları

Gece yeme bozukluğu, gece uykudan uyandıktan sonra tekrar uyumak için yeme isteği veya yeme isteği nedeniyle uyanma şeklinde kendini gösteren bir yeme bozukluğu şeklindedir. GYB olan bireyde gündüz iştahsızlık ve düşük miktarda enerji alımı görülürken, günün ilerleyen saatlerinde yeme isteği ve alınan enerji miktarı artar.

Gece yeme bozukluğu olan bireyler günlük enerjinin yarısından daha fazlasını akşam yemeği ve sonrasında almaktadır. Özellikle stresli dönemlerde uykusuzluk ve uyuyamama gibi şikayetleri olan bireylerde GYB başlayabilmekte, uykuya dalmak isteyen bireyde gece yeme isteği artmaktadır. Gece yemeklerinde yüksek karbonhidratlı

yiyecekler seratonin düzeyini yükselterek uykunun başlamasına yardımcı olmaktadır. Yapılan çalışmalar GYB olan bireylerin obezite olma eğiliminin olduğu bildirilmiştir (82, 83).



3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Türü

Bu çalışma, Turgut Özal Tıp Merkezi Beslenme ve Diyet Polikliniğine başvuran yetişkin bireylerin beslenme durumları, yeme tutum ve davranışları ve etkileyen faktörleri tespit etmek amacıyla yapılan kesitsel tipte (cross sectional) bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Bu kesitsel tipte araştırmanın verileri Malatya Turgut Özal Tıp Merkezi'nde 1 Haziran 2019 – 1 Ekim 2019 tarihleri arasında toplanmıştır.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırma evreni veri toplama tarihleri arasında Turgut Özal Tıp Merkezi Beslenme ve Diyet Polikliniğine başvuran katılımcılar rastgele seçilen, özel bir kriter aranmayan 18 yaş ve üstü yetişkin bireylerden oluşmaktadır. Örneklem büyüklüğü hesaplanırken evreni bilinmeyen gruplarda kullanılan örneklem büyüklüğü formülü kullanılarak tespit edilmiştir.

Örneklem büyüklüğü hesaplanırken ($n = \frac{t^2 \times p \times q}{d^2}$) formülü kullanılmıştır.

p: Araştırılan durumun görülme oranı

q: Araştırılan durumun görülmemesi oranı

t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosundan bulunan teorik değer

d: Araştırılan durumun görülme oranına göre yapılmak istenen \pm sapmadır.

%95 olasılıkla t:1,96 d:0,05 sapma ile bizim çalışmamız için örneklem büyüklüğü hesaplanmıştır ve 246 bulunmuştur. Örneklem büyüklüğünün %26 fazlası olan 310 kişiye anket uygulanmıştır.

3.4. Verilerin Toplanması

Veri toplama sırasında araştırmacı tarafından Ek-4'te verilen anket formu polikliniğe başvuran yetişkin bireylere izinleri doğrultusunda gözlem altında yüz yüze mülakat tekniği kullanılarak uygulanmıştır. Araştırmacı tarafından katılımcılara anket uygulamadan önce poliklinikte anket hakkında bilgi verildikten sonra katılımcılardan anketleri doldurmaları istenmiştir. Anket formunda sosyodemografik özellikler,

beslenme alışkanlıkları ve etkileyen faktörler, antropometrik ölçümler ve yeme bozukluğu oranını tespit etmeye yönelik yeme tutum testi yer almaktadır.

3.5. Veri Toplama Araçları

3.5.1. Anket Formu

Araştırmacı tarafından hazırlanan ve uygulanan anket formu 27 soru ve bir yeme tutum testi ölçeğinden oluşmaktadır. Anket formunda yer alan 27 soruda katılımcıların yaşı, cinsiyeti, ağırlığı, boyu, beden kitle indeksi (BKI), medeni durumu, öğrenim seviyesi, ekonomik durumu, sigara kullanma, bireylerin genel sağlık durumunu, fiziksel aktivite durumu, diyet yapma durumu, beden ağırlığı memnuniyet durumu, bireylerin hissettiği beden algısı, bireylerin duygusal durumun beslenmeye etkisi, beslenme hakkında bilgi aldığı kaynak, beslenme alışkanlıkları (ana ve ara öğün sayısı, öğün atlama durumu ve atlanan öğün, ara öğün tüketme durumu ve tüketilen besinin cinsi, dışarıda yemek yeme sıklığı ve tercih edilen yiyecek türü, yüksek kalorili içecekleri tüketme sıklığı, yemek yeme hızı) sorgulanmıştır.

3.5.2. Yeme Tutum Testi Ölçeği (YTT)

1979 Garner ve Garfinkel tarafından geliştirilen YTT ölçeğinin Türkçe'ye ilk çevirisi Doğan tarafından, ikinci çevirisi ile geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Erol ve Savaşır tarafından 1989'da uygulanmıştır. YTT 40 maddeden oluşmaktadır ve yüksek puanlar yeme davranışı bozukluğu olduğunu göstermektedir. Altılı Likert'e göre daima, çok sık, sık sık, bazen, nadiren, hiçbir zaman şeklinde cevaplanmaktadır. 1, 18, 19, 23, 27 ve 39. maddeler için bazen 1 puan, nadiren 2 puan, hiçbir zaman 3 puan ve diğer cevaplar 0 olarak değerlendirilmektedir. Ölçeğin diğer maddelerinde ise daima 3 puan, çok sık 1 puan ve diğer cevaplar 0 puan olarak değerlendirilmektedir. En az 0, en fazla 120 puan olan YTT ölçeği için ayırım değeri 30 puan olarak kabul edilmiştir. 30 ve üzeri puan alanlarda yeme davranış bozukluğu olduğu belirtilmiştir (86).

3.6. Verilerin İstatistiksel Analizi

Araştırmacı tarafından anket formu uygulandıktan sonra verilerin değerlendirilmesinde SPSS 22.0 istatistik paket programı kullanılarak analiz edildi. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler yüzde, ortalama, standart sapma; Ki-Kare testi, Kruskal Wallis ve ikili karşılaştırmalarında K.W Post Hoc testi, Kikare

testi ve farkı yaratan grubu bulmak için Bonferroni düzeltilmeli Post Hoc testi, Mann Whitney U testi, Lojistik Regresyon analizi kullanılmıştır. $P < 0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

3.7. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımsız değişkenleri; yaş, cinsiyet, eğitim durumu, ekonomik durum, medeni durum, hastalık durumu, hareketlilik, sigara kullanma vb. değişkenlerdir.

Araştırmanın bağımlı değişkeni; YTT puanı'dır.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın Turgut Özal Tıp Merkezi Beslenme ve Diyet Polikliniğine başvuran yetişkin bireyler üzerinde yapılmış olması araştırmanın sınırlılığını oluşturmaktadır.

3.9. Etik Kurul Onayı

İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan 02.07.2019 tarih ve 2019/247 karar sayılı yazısı ile izin alınmıştır (EK-2). Araştırmanın uygulanabilmesi için Turgut Özal Tıp Merkezi Başhekimliğinden 06.05.2019 tarihli 68636013-770 sayılı karar ile izin alınmıştır (EK-3).

4. BULGULAR

Araştırma kapsamına giren katılımcıların sosyodemografik özellikleri Tablo 4.1’de verilmiştir. Tablo 4.1’de görüldüğü gibi katılımcıların %71.6’sı kadın, %28.4’ü erkektir. Katılımcıların %38.4’ü 18-29 yaş aralığında, %21.6’sı 30-39 yaş aralığında, %18.4’ü 40-49 yaş aralığında ve %21.6’sı 50 yaş ve üzerindedir. Katılımcıların %64.2’si evli, %35.8’i bekar. Araştırma kapsamına giren katılımcıların %28.7’si ilkokul ve altı, %16.1’i ilköğretim, %32.9’u lise, %22.3’ü üniversite ve üzeri öğrenime sahiptir. Katılımcıların aylık geliri %35.2’sinin 2100 TL altı, %56.5’inin 2100-4999 TL, %8.4’ünün 5000 TL ve üzerindedir.

Tablo 4.1. Araştırma kapsamına giren katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı

	N	%
Cinsiyet		
Kadın	222	71.6
Erkek	88	28.4
Yaş		
18-29	119	38.4
30-39	67	21.6
40-49	57	18.4
50 ve üstü	67	21.6
Medeni Durum		
Evli	199	64.2
Bekar	111	35.8
Eğitim Durumu		
Okur Yazar Değil-İlkokul	89	28.7
Ortaokul-İlköğretim	50	16.1
Lise	102	32.9
Üniversite- Lisans Üstü	69	22.3
Ekonomik Durum		
2100 TL altı	109	35.2
2100-4999 TL	175	56.5
5000 TL ve üstü	26	8.4
Toplam	310	100.0

Araştırma kapsamına giren katılımcıların cinsiyete göre yaş, ağırlık, boy ve beden kitle indeksi (BKİ) değerlerinin aritmetik ortalama (AO) ve standart sapması (S), minimum (Min.), maksimum (Max.) değerleri Tablo 4.2’de verilmiştir. Katılımcıların ortalama yaşı 36.3 ± 13.4 yıl, ağırlığı 85.8 ± 24.3 kg, boyu 165.0 ± 9.3 cm ve BKİ değeri 31.5 ± 8.7 ’dir. Cinsiyete göre yaş, boy, BKİ ortalamaları arasındaki fark anlamlıdır ($p < 0.05$).

Tablo 4.2. Araştırma kapsamına giren katılımcıların cinsiyete göre yaş, boy, kilo ve BKİ ortalama, Min-Max değerleri dağılımı

	Kadın	Erkek	Toplam	p
	AO±SD	AO±SD	AO±SD (Min-Max)	
Yaş	35.2±13.1	39.1±13.9	36.3±13.4 (18.0-66.0)	0.022
Ağırlık	84.5±24.0	89.0±25.1	85.8±24.3 (37.0-176.0)	0.200
Boy	161.3±7.1	174.3±7.3	165.0±9.3 (144.0-187.0)	0.001
BKİ	32.4±8.9	29.2±7.6	31.5±8.7 (14.0-60.8)	0.004

*Mann Whitney U testi

Araştırma kapsamına giren katılımcılarda hastalık görülme durumu ve hastalık dağılımları Tablo 4.3’te verilmiştir. Tablo 4.3’te görüldüğü üzere katılımcıların %43.9’u herhangi bir hastalığı olduğunu söylemiştir. Katılımcıların %39.6’sında şeker hastalığı(diyabet), %22.3’ünde hipertansiyon, %13.2’sinde sindirim sistemi hastalıkları, %12.2’sinde kalp damar hastalıkları vardır.

Tablo 4.3. Araştırma kapsamına giren katılımcıların hastalık görülme durumunun dağılımı

Hastalık	n	%
Evet	136	43.9
Hayır	174	56.1
Toplam	310	100.0
Kalp damar hastalığı	24	12.2
Şeker hastalığı(Diyabet)	78	39.6
Hipertansiyon	44	22.3
Kanser	1	0.5
Sindirim sistemi hastalığı	26	13.2
Solunum sistemi hastalığı	3	1.5
Kas iskelet sistemi hastalığı	4	2.0
Endokrin hastalıklar	12	6.1
Vitamin ve mineral yetersizliği	5	2.5

Araştırma kapsamına giren katılımcıların ana ve ara öğün sayısı, öğün atlama durumları, hangi öğünü atladıklarının dağılımı Tablo 4.4'te verilmiştir. Tabloda görüldüğü üzere katılımcıların %58.7'si günde üç ana öğün, %41.3'i günde iki ana öğün tüketmektedir. Katılımcıların ara öğün tüketme durumlarına bakıldığında bir ara öğün tüketenlerin oranı %21.3, iki ara öğün tüketenlerin oranı %41.6, üç ara öğün tüketenlerin oranı %13.2 ve hiç ara öğün tüketmeyenlerin oranı %23.9'dur.

Araştırmaya kapsamına giren katılımcıların öğün atlama durumuna bakıldığında %42.6'sının öğün atladığı görülmektedir. Öğün atladığı saptanan katılımcıların %16.1'i sabah, %24.2'si öğle, %1.9'u akşam ve %0.3'ü öğle ve akşam öğünü atladığını belirtmiştir.

Tablo 4.4. Araştırma kapsamına giren katılımcıların ana ve ara öğün sayısı, öğün atlama durumlarının dağılımı

	N	%		N	%
Ana Öğün			Öğün Atlama		
Bir	0	0.0	Hayır	178	57.4
İki	128	41.3	Evet	133	42.6
Üç	182	58.7	Atlama Öğün		
Ara Öğün			Sabah	50	16.1
Bir	66	21.3	Öğle	75	24.2
İki	129	41.6	Akşam	6	1.9
Üç	41	13.2	Öğle-Akşam	1	.3
Tüketmiyor	74	23.9	Öğün Atlamayanlar	178	57.4
Toplam	310	100.0	Toplam	310	100.0

Araştırma kapsamına giren katılımcıların öğün aralarında tükettiği besinlerin dağılımı Tablo 4.5'te verilmiştir. Tabloda görüldüğü üzere katılımcıların %8.9'u çay-kahve, %22.9'u kek- bisküvi, %38.4'ü sebze-meyve, %13.8'i kuruyemiş, %13.4'ü süt, yoğurt veya ayran tükettiğini belirtmiştir.

Tablo 4.5. Araştırma kapsamına giren katılımcıların öğün aralarında tükettiği besinlerin dağılımı

Öğün Arası Tüketilen Yiyecek *	N	%
Çay-Kahve	43	8.9
Kek-Bisküvi	111	22.9
Sebze-Meyve	186	38.4
Kuruyemiş	67	13.8
Süt-yoğurt-ayran	65	13.4
Meşrubat-meyve suyu	6	1.2
Kola-gazoz	6	1.2

*Satır yüzdesi

Araştırma kapsamına giren katılımcıların cinsiyete ve yaşa göre obezite durumunun dağılımı Tablo 4.6'da verilmiştir. Katılımcıların %52.2'si obez, %24.8'i fazla kiloludur. Kadınların ise %25.2'si fazla kilolu, %55.4'ü obez; erkeklerin %23.9'u fazla kilolu, %44.3'ü obez olup, gruplar arasındaki fark anlamlı değildir ($p>0.05$). 18-29 yaş grubundaki katılımcıların %39.5'u obez, %22.7'si fazla kilolu; 30-39 yaş

grubundaki katılımcıların %59.7'si obez, 25.4'ü fazla kilolu; 40-49 yaş grubundaki katılımcıların %66.7'si obez, %22.8'i fazla kilolu; 50 ve üzeri yaş grubundaki katılımcıların %55.2'si obez, %29.9'u fazla kilolu olup, gruplar arasındaki fark anlamlıdır (p<0.05). Farkı yaratan grup 18 -29 yaş arası katılımcılardır.

Tablo 4.6. Araştırma kapsamına giren katılımcıların cinsiyete ve yaşa göre obezite durumlarının dağılımı

	<18.5		18.5-24.9		25.0-29.9		>30.0		Toplam		χ^2	p
	n	%*	N	%*	n	%*	n	%*	n	%**		
Cinsiyet												
Kadın	13	5.9	30	13.5	56	25.2	123	55.4	222	71.6	6.063	0.109
Erkek	7	8.0	21	23.9	21	23.9	39	44.3	88	28.4		
Yaş												
18-29	18	15.1	27	22.7	27	22.7	47	39.5	119	38.4 ^a	35.826	0.000
30-39	1	1.5	9	13.4	17	25.4	40	59.7	67	21.6		
40-49	1	1.8	5	8.8	13	22.8	38	66.7	57	18.4		
50 ve üstü	0	0.0	10	14.9	20	29.9	37	55.2	67	21.6		
Toplam	17	6.5	41	16.5	64	24.8	188	52.2	310	100.0		

* Satır yüzdesi **Sütun yüzdesi

a Farkı yaratan grup (Bonferroni düzeltilmeli Post Hoc Ki Kare Testi ile bulundu)

Araştırma kapsamına giren katılımcıların YTT puan ortalamalarının BKİ gruplarına göre dağılımı Tablo 4.7'de verilmiştir. Normal ve obez katılımcılar ile fazla kilolu ve obez katılımcılar karşılaştırmasının istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür (p<0.05).

Tablo 4.7. Araştırma kapsamına giren katılımcıların YTT puan ortalamalarının BKİ gruplarına göre dağılımı

	A.O±SS	Medyan (Min-Max)	Karşılaştırma Grupları	p
<18.5(Zayıf)	21.15±8.32	18.5 (12-40)	Zayıf×Normal	0.626
			Normal×Fazla Kilolu	0.334
18.5-24.99 (Normal)	20.16±10.30	17.0 (3-55)	Normal×Obez	0.001
25.00-29.99 (Fazla Kilolu)	22.18±10.70	20.0 (8-66)	Zayıf×Fazla Kilolu	0.855
≥30.0 (Obez)	26.15±10.67	24.0 (7-52)	Zayıf×Obez	0.227
			Fazla Kilolu×Obez	0.008

*Kruskal Wallis Post Hoc Test

Araştırmaya kapsamına giren katılımcıların YTT puanlarına göre dağılımı Tablo 4.8’de verilmiştir. Tabloda görüldüğü üzere katılımcıların %25.2’sinin YTT puanı 30 puan ve üstü olup yeme bozukluğu belirtilerine sahip olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.8. Araştırma kapsamına giren katılımcıların YTT puanlarına göre dağılımı

	n	%
YTT<30	232	74.8
YTT≥30	78	25.2
Toplam	310	100.0

Araştırmaya kapsamına giren katılımcıların sosyo demografik özelliklerine göre YTT puanlarının dağılımı Tablo 4.9’da verilmiştir. Katılımcıların cinsiyete göre yeme davranışı bozukluğu olup olmama durumu dağılımları incelendiğinde kadınların %30.6’sında, erkeklerin %11.4’ünde yeme davranışı bozukluğu tespit edilmiş olup, gruplar arasındaki fark anlamlıdır ($p<0.05$). Yaş grubuna göre incelendiğinde 18-29 yaş grubundaki katılımcıların %29.4’ünde, 30-39 yaş grubundakilerin %25.4’ünde, 40-49 yaş grubundakilerin %21.1’inde, 50 ve üzeri yaş grubundakilerin %20.9’unda yeme davranışı bozukluğu tespit edilmiş olup, gruplar arasındaki fark anlamlı değildir ($p>0.05$). Evlilerin %24.1’inde, bekarların %27.0’sinde yeme davranışı bozukluğu tespit edilmiş olup, gruplar arasındaki fark anlamlı değildir ($p>0.05$). Eğitim durumuna göre değerlendirildiğinde ilköğretim mezunu ve altında %19.1, ilköğretim mezununda %38.0, lise mezununda %25.5, üniversite mezunu ve üzeri öğrenimde %23.2 oranında yeme davranışı bozukluğu tespit edilmiş olup, gruplar arasındaki fark anlamlı değildir ($p>0.05$). Aylık geliri 2100 TL altında olanların %24.8’inde, 2100-4999 TL olanların %25.7’sinde, 5000 TL ve üstü olanların %15.4’ünde yeme davranışı bozukluğu tespit edilmiş olup, gruplar arasındaki fark anlamlı değildir ($p>0.05$).

Tablo 4.9. Araştırma kapsamına giren katılımcıların sosyo demografik özelliklerine göre YTT puanlarının dağılımı

	YTT<30		YTT≥30		Toplam		χ^2	p
	N	%	n	%	N	%		
Cinsiyet								
Kadın	154	69.4	68	30.6	222	71.6	12.423	0.000
Erkek	78	88.6	10	11.4	88	28.4		
Yaş								
18-29	84	70.6	35	29.4	119	38.4	2.302	0.512
30-39	50	74.6	17	25.4	67	21.6		
40-49	45	78.9	12	21.1	57	18.4		
50 ve üstü	53	79.1	14	20.9	67	21.6		
Medeni Durum								
Evli	151	75.9	48	24.1	199	64.2	0.320	0.572
Bekar	81	73.0	30	27.0	111	35.8		
Eğitim Durumu								
İlkokul ve altı	72	80.9	17	19.1	89	28.7	6.261	0.100
Ortaokul- İlköğretim	31	62.0	19	38.0	50	16.1		
Lise	76	74.5	26	25.5	102	22.3		
Üniversite ve üstü	53	76.8	16	23.2	69	22.3		
Ekonomik Durum								
2100 TL altı	82	75.2	27	24.8	109	35.2	1.596	0.450
2100-4999 TL	128	73.1	47	25.7	175	56.5		
5000 TL ve üstü	22	84.6	4	15.4	14	8.4		
Toplam	232	74.8	78	25.2	310	100.0		

Araştırmaya kapsamına giren katılımcıların BKİ'ye göre YTT puanlarının dağılımı Tablo 4.10'da verilmiştir. Katılımcıların BKİ'ye göre YTT puanları incelendiğinde fazla kiloluların %16.9'unda, 1. derece obezlerin %24.6'sında, 2. derece obezlerin %29.2'sinde, morbid obezlerin %42.1'inde yeme bozukluğu tespit edilmiş olup, gruplar arasındaki fark anlamlıdır ($p<0.05$). Farkı yaratan grup morbid obezlerdir.

Tablo 4.10. Araştırma kapsamına giren katılımcıların BKİ'ye göre YTT puanlarının dağılımı

	YTT<30		YTT≥30		Toplam		χ^2	p
	N	%	n	%	n	%		
BKİ								
<18.5(Zayıf)	17	85.0	3	15.0	20	6.5	13.845	0.017
18.5-24.99 (Normal)	41	80.4	10	19.6	51	16.5		
25-29.99 (Fazla Kilolu)	64	83.1	13	16.9	77	24.8		
30-34.99(1.derece obez)	43	75.4	14	24.6	57	18.4		
35-39.99(2.derece obez)	34	70.8	14	29.2	48	15.5		
40 ve üstü(Morbid Obez)	33	57.9	24	42.1	57	18.4 ^a		
Toplam	232	74.8	78	25.2	310	100.0		

a Farkı yaratan grup (Bonferroni düzeltilmeli Post Hoc Ki Kare Testi ile bulundu)

Araştırmaya kapsamına giren katılımcıların hastalık görülme ve daha önce diyet yapma durumuna göre YTT puanlarının dağılımı Tablo 4.11'de verilmiştir. Herhangi bir hastalığı olan katılımcıların %19.9'unda yeme davranışı bozukluğu tespit edilmiş olup, gruplar arasındaki fark anlamlı değildir ($p>0.05$). Daha önce diyet yapan katılımcıların %34.3'ünde, daha önce diyet yapmayan katılımcıların %14.6'sında yeme davranışı bozukluğu tespit edilmiş olup, gruplar arasındaki fark anlamlıdır ($p<0.05$).

Tablo 4.11. Araştırma kapsamına giren katılımcıların hastalık görülme ve daha önce diyet yapma durumuna göre YTT puanlarının dağılımı

	YTT<30		YTT≥30		Toplam		χ^2	p
	n	%	n	%	N	%		
Hastalık								
Evet	109	80.1	27	19.9	136	43.9	3.626	0.057
Hayır	123	70.7	51	29.3	174	56.1		
Daha Önce Diyet Yapma								
Evet	109	65.7	57	34.3	166	53.5	15.979	0.000
Hayır	123	85.4	21	14.6	144	46.5		
Toplam	232	74.8	78	25.2	310	100.0		

Araştırmaya kapsamına giren katılımcıların vücut algısı, mevcut ağırlığından memnuniyet ve duygusal durumunun beslenmesine etki etme durumuna göre YTT puanlarının dağılımı Tablo 4.12’de verilmiştir. Kendisini obez (şişman) hissedenlerin %36.4’ünde, hafif şişman hissedenlerin %23’ünde, mevcut ağırlığından memnun olmayan katılımcıların %29.8’inde, duygusal durumunun beslenmeyi etkilediğini söyleyen katılımcıların %29.7’sinde yeme davranışı bozukluğu tespit edilmiş olup, gruplar arasındaki fark anlamlıdır ($p < 0.05$). Farkı yaratan grubu kendini normal ve obez algılayan katılımcılar oluşturmuştur.

Tablo 4.12. Araştırma kapsamına giren katılımcıların vücut algısı, mevcut ağırlığından memnuniyet ve duygusal durumunun beslenmeye etki etme durumuna göre YTT puanlarının dağılımı

	YTT<30		YTT≥30		Toplam		χ^2	p
	N	%	n	%	n	%		
Vücut Algısı								
Zayıf	34	82.9	7	17.1	41	13.2	12.643	0.005
Normal	53	85.5	9	14.5	62	20.0 ^a		
Hafif Şişman	77	77.0	23	23.0	100	32.3		
Obez (Şişman)	68	63.6	39	36.4	107	34.5 ^a		
Mevcut Ağırlığından								
Memnuniyet								
Memnunum	60	92.3	5	7.7	65	21.0	13.329	0.000
Memnun Değilim-	172	70.2	73	29.8	245	79.0		
Kararsızım								
Duygusal Durumun								
Beslenmeye Etkisi								
Evet	123	70.3	52	29.7	175	56.5	4.424	0.035
Hayır	109	80.7	26	19.3	135	43.5		
Toplam	232	74.8	78	25.2	310	100.0		

***3 kişi kararsız cevabı vermiştir.

a Farkı yaratan gruplar (Bonferroni düzeltilmeli Post Hoc Ki Kare Testi ile bulundu)

Araştırmaya kapsamına giren katılımcıların fiziksel aktivite ve sigara kullanma durumuna göre YTT puanlarının dağılımı Tablo 4.12’de verilmiştir. Katılımcıların

fiziksel aktivite durumuna göre YTT puanı incelendiğinde hareketsiz katılımcıların %27.6'sında, biraz hareketli katılımcıların %23.5 'inde, çok hareketli katılımcıların %27.7'sinde yeme davranışı bozukluğu tespit edilmiş olup, gruplar arasındaki fark anlamlı değildir ($p>0.05$). Sigara kullanan katılımcıların %24.4'ünde, kullanmayan katılımcıların %25.5'inde yeme davranışı bozukluğu tespit edilmiş olup, gruplar arasındaki fark anlamlı değildir ($p>0.05$).

Tablo 4.13. Araştırma kapsamına giren katılımcıların fiziksel aktivite ve sigara kullanma durumuna göre YTT puanlarının dağılımı

	YTT<30		YTT≥30		Toplam		χ^2	p
	N	%	n	%	N	%		
Fiziksel Aktivite								
Hareketsiz	76	72.4	29	27.6	105	33.9	1.541	0.673
Biraz hareketli	75	76.5	23	23.5	98	31.6		
Hareketli	34	81.0	8	19.0	42	13.5		
Çok hareketli	47	72.3	18	27.7	65	21.0		
Sigara Kullanımı								
Evet	68	75.6	22	24.4	90	29.0	0.035	0.852
Hayır	164	74.5	56	25.5	220	71.0		
Toplam	232	74.8	78	25.2	310	100.0		

Araştırma kapsamına giren katılımcıların YTT puanını etkilediği varsayılan değişkenlerin lojistik regresyon analizi Tablo 4.14'te verilmiştir. Bu değişkenlerden Cinsiyetin kadın olması 2.689 kat, daha önce diyet yapma durumu 2.335 kat YTT puanını tanımlayan faktörler olarak elde edilmiştir ($p<0.05$). Duygusal durum (1.680 kat) ile obezite (1.668 kat) tahmini rölatif risk değerlerinin güven aralıkları 1 değerini içerdiği için YTT puanlarını etkilemedikleri sonucuna varılmıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.14. Araştırma kapsamına giren katılımcıların YTT puanını etkilediği varsayılan değişkenlerin lojistik regresyon analiziyle değerlendirilmesi

	B	P	OR	% 95 GÜVEN ARALIğI
Cinsiyet	0.989	0.009	2.689	1.283-5.637
Obezite	0.512	0.082	1.668	0.938-2.967
Duygusal Durumun Beslenmeye Etkisi	0.519	0.070	1.680	0.958-2.948
Daha Önce Diyet Yapma	0.848	0.006	2.335	1.281-4.257
Constant	-1.550	0.000	0.212	

5. TARTIŞMA

Araştırma kapsamına giren katılımcıların %71.6'sı kadın, %28.4'ü erkektir. Yücel'in yapmış olduğu çalışmadaki kadın katılımcıların oranı %70.1, erkek katılımcıların oranı %29.9 olarak saptanmıştır (87). Katılımcıların %38.4'ü 18-29 yaş aralığında, %21.6'sı 30-39 yaş aralığında, %18.4'ü 40-49 yaş aralığında ve %21.6'sı 50 yaş ve üzerindedir. Araştırma kapsamına giren katılımcıların %64.2'si evli, %35.8'i bekar. Oruç'un obez kadınlar üzerinde yaptığı bir araştırmada; araştırmaya katılanların %80.0'i evli olup, bu çalışmadaki gibi evli oranı fazla bulunmuştur (88).

Katılımcıların %28.7'si ilköğretim mezunu ve altı, %16.1'i ilköğretim mezunu, %32.9'u lise mezunu, %22.3'ü üniversite mezunu ve üzeri öğrenime sahiptir. Eker'in Edirne ili kentsel alandaki yetişkin bireyler üzerinde yapmış olduğu araştırmada; katılımcıların %40.3'ünün lise ve üzeri eğitim düzeyine sahip olduğu görülmüştür (89). Norveç'te yapılan bir araştırmada bireylerin %65.1'inin lise altı, İran'da yapılan bir diğer araştırmada ise bireylerin %60.6'sının lise ve üstü eğitim seviyesine sahip oldukları bildirilmiştir (90, 91). Bizim çalışmamızda eğitim seviyesi orta düzeyde saptanmıştır. Bireylerin aylık geliri %35.2'sinin 2100 TL altı, %56.5'inin geliri 2100-4999 TL, %8.4'ünün geliri 5000 TL ve üzerindedir. Üniversite öğrencilerinde yapılmış bir araştırmada öğrencilerin %54.5'inin ailesinin gelir seviyesinin orta düzeyde olduğu görülmüş olup, bu çalışmayla benzerlik göstermektedir (6).

Araştırma kapsamına giren katılımcıların yaş ortalaması 36.3 ± 13.4 yıl, ağırlık ortalaması 85.8 ± 24.3 kg, boy ortalaması 165.0 ± 9.3 cm ve ortalama BKİ değerleri 31.5 ± 8.7 'dir. Cinsiyete göre yaş, boy, BKİ grupları arasındaki fark anlamlıdır ($p < 0.05$). Kadınlar üzerinde yapılan bir çalışmada ise yaş ortalaması 33.31 ± 8.59 . BKİ ortalaması 34.06 ± 6.85 olduğu belirtilmiştir (92). BKİ ve yaş ortalaması bu çalışmayla benzer çıkmıştır. Tanton ve arkadaşlarının İngiltere'deki öğrenciler üzerinde yaptıkları araştırmada ortalama BKİ değerleri 23.5 ± 4.0 , Güney Kore'deki bir diğer çalışmada ise ortalama BKİ değerleri 20.13 ± 2.2 bulunmuştur (93).

Bu çalışmada katılımcıların %43.9'u herhangi bir hastalıkları olduğunu belirtmişlerdir. Katılımcıların %39.6'sında şeker hastalığı (diyabet), %22.3'ünde hipertansiyon, %13.2'sinde sindirim sistemi hastalıkları, %12.2'sinde kalp damar hastalıkları vardır. İstanbul'da özel hastanede yapılan bir çalışmada bireylerin %76.0'sında sağlık problemi olduğu saptanmıştır. Bireylerin %34.0'ünde diyabet,

%24.0' ünde kalp-damar hastalıkları ve %20.0'sinde anemi tespit edilmiştir (94). Bilge'nin 2009'da Edirne ilinde tekstil çalışanlarında yapılan bir araştırmada katılımcıların %25.4'ünün sağlık problemi olduğu belirtilmiştir (95). Bu çalışmada sağlık sorunu oranının yüksek çıkma nedeninin katılımcıların herhangi bir sağlık sorunu sebebiyle hastaneye başvurmuş olmaları olarak düşünülebilir.

Araştırma kapsamına giren katılımcıların %58.7'si günde üç ana öğün, %41.3'i günde iki ana öğün tüketmektedir. Yapılan bir araştırmada katılımcıların %54.0'ünün günde 3 ana öğün, %46.0'sının 2 ana öğün tükettiği tespit edilmiştir (96). Özçelik'in 2000 yılında yaptığı çalışmada, yetişkin bireylerin % 62.25'inin, Sabbağ'ın 2003 yılında öğretmenler üzerinde yaptığı çalışmada bireylerin % 54.3'ünün günde üç öğün yemek yedikleri belirtilmiştir (97, 119). Bu çalışma literatürdeki çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Öğün atlama bireylerin yeterli ve dengeli beslenmesini engelleyen günümüzde çok sık görülen yanlış beslenme alışkanlıklarındandır. Bireylerin yeterli ve dengeli beslenmesi için günde 3 ana öğün yemesi gerekmektedir. Bireylerin öğün atlayarak zayıflayacağını düşünmesi doğru değildir. Çünkü öğün atlayan bireyler diğer öğünlerde daha fazla yemek ve daha fazla açlık hissetmektedirler. Araştırma kapsamına giren katılımcıların öğün atlama durumuna bakıldığında %42.6'sının öğün atladığı görülmektedir. Öğün atladığı saptanan bireylerin %16.1'i sabah, %24.2'si öğle, %1.9'u akşam ve %0.3'ü öğle ve akşam öğünü atladığını belirtmiştir. Günün en önemli öğünü olan gün boyu bireyin verimliliğini etkileyen kahvaltıyı atlamak yetersiz ve dengesiz beslenmeye neden olmaktadır. Özçelik'in 2000 yılında kadınlar üzerinde yaptığı çalışmada, bireylerin en çok atladığı öğün sabah kahvaltısı olduğu, bireylerin % 36.8'inin öğün atladığı, %34.2'sinin bazen öğün atladığı ve % 29.1'inin ise hiç öğün atlamadığı bulunmuştur (97). Ankara'da yetişkin kadınlar üzerinde yapılan bir çalışmada bireylerin %61'inin kahvaltıyı erken kalkamadıkları için atladıkları gözlenmiştir (1). Yapılan başka bir çalışmada ise en çok öğle öğününün atlandığı görülmüştür (7). Boral'ın obez kadınlarda insülin direncini değerlendirdiği bir çalışmada da %80 oranında öğle öğününün atlandığı belirtilmiştir (99). Onurlubaş ve arkadaşlarının üniversite öğrencileri üzerinde yaptığı çalışmada ise en çok atlanan öğünün %52.3 oranında öğlen öğünü olduğu tespit edilmiştir (100). Bu çalışmada da en çok atlanan öğünün öğlen öğünü olduğu görülmüş olup, bunu sabah kahvaltısı takip etmiştir.

Katılımcıların ara öğün tüketme durumlarına bakıldığında bir ara öğün tüketenlerin oranı %21.3, iki ara öğün tüketenlerin oranı %41.6, üç ara öğün tüketenlerin oranı %13.2 ve hiç ara öğün tüketmeyenlerin oranı %23.9'dur. Katılımcıların ara öğünde %8.9'u çay-kahve, %22.9'u kek- bisküvi, %38.4'ü sebze-meyve, %13.8'i kuruyemiş, %13.4'ü süt, yoğurt veya ayran tükettiğini belirtmiştir. Ankara'da yetişkin kadınlar üzerinde yapılan bir çalışmada katılımcıların sadece %21.1'i ara öğün tüketmektedir (1). Yapılan başka bir çalışmaya katılan bireylerin %5.6'sı öğün aralarında hiç besin tüketmemektedirler. Aynı çalışmada bireylerin %59.0'u öğün aralarında kek, bisküvi ya da cips, %28.0'i kola-gazoz-fanta gibi asitli içecekleri tüketmektedirler (8).

Hemşireler üzerinde yapılan bir çalışmada bireylerin %50.0'si ara öğün bazen yaptığı, %40.1'i ara öğün her zaman yaptığı, %9.9 ara öğün yapmadığı bulunmuştur. Ara öğünde bireylerin %60.8'i meyve ve çiğ sebzeyi, %57.3'ü kek-bisküvi-cipsi, %49.8'i kuruyemiş, %30.8'i süt-yoğurt-ayran, %15.4'ü kola-gazoz-fantayı tercih etmiştir (5). Dede'nin 2011 yılında yaptığı çalışmada bireylerin ara öğünde 27.1'inin meyve ve %9.8'inin bisküvi veya kraker gibi ürünler tükettiği bulunmuştur (43). Bu çalışmada ara öğün tüketme durumu literatürdeki çalışmalardan biraz fazla çıkmıştır. Ara öğünde tüketilen besinler yönünden değerlendirildiğinde bu çalışmada en çok meyve sebze tüketimi olduğu saptanmış olup, bunu kek bisküvi takip etmiştir ve bu bulgular literatürdeki çalışmalarla benzerlik göstermiştir. Ara öğünlerde meyve ve sebze tercih etme oranlarının yüksek olması beslenme açısından olumlu olsa da, kek-bisküvi gibi zararlı, kalorisi fazla ve besin içeriği az yiyeceklerin tercih edilmesi olumsuz bir durumdur.

Araştırma kapsamına giren bireylerin %52.2'si obez, %24.8'i fazla kiloludur. Cinsiyete göre BKİ değerlendirildiğinde kadınların ise %25.2'si fazla kilolu, %55.4'ü obez; erkeklerin %23.9'u fazla kilolu, %44.3'ü obez olup, gruplar arasındaki fark anlamlı değildir ($p>0.05$). Sağlık Bakanlığının sağlık personeli üzerinde yaptığı bir çalışmada çalışanların %2.9'u zayıf, %51.2'si normal, %35.5'i fazla kilolu, %11.4'ü obez olduğu görülmüştür (101). Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan "Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (TBSA)-2010" raporuna göre Türkiye'de obezite görülme oranı erkeklerde %20.5, kadınlarda ise % 41.0'dir. Araştırmaya göre fazla kiloluların oranı %34.6, obez olanların oranı %30.3, çok obez olanların oranı %2.9 olarak tespit edilmiştir (19).

Hamurcu'nun, Aladağ ve arkadaşlarının, Çayır ve arkadaşlarının yetişkin katılımcılarda yaptığı araştırmalarda obezite kadınlarda erkeklere göre istatistiksel yönden anlamlı olarak daha fazla görülmüştür (10, 102, 103). Çayır ve arkadaşlarının yetişkin katılımcılarda yaptığı araştırmada kadınların %35.1'inin, erkeklerin %16.4'ünün obez olduğu bulunmuştur (10). Işık ve arkadaşlarının yaptıkları araştırmada erkeklerin BKİ ortalamalarının kadınlara göre anlamlı olarak daha fazla olduğu görülmüş olup, kadınların %55.3'ü, erkeklerin %63.9 şişman sınıfında yer almaktadır (105). Suriye'de yapılan bir araştırmada fazla kiloluluk erkeklerde, obezite kadınlarda istatistiksel açıdan anlamlı olarak fazla olduğu belirtilmiştir (106). Aynı çalışmada kadınlarda %46.4, erkeklerde %28.8 oranında obezite saptanmıştır (106). Hawaii'de yapılan bir başka araştırmada fazla kilolu bireyler erkeklerde daha fazla, obez bireyler ise her iki cinsiyette benzer sıklıkta olduğu görülmüştür. Aynı çalışmada fazla kilolu birey görülme sıklığı erkeklerde %37.0, kadınlarda %23.0 oranındadır (107). Lübnan'da yapılan bir araştırmada erkeklerde fazla kiloluluk görülme oranı kadınlardan istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuş olup, kadınların % 6.1'inde ve erkeklerin %23.8'inde aşırı kiloluluk gözlenmiştir (108). Japonya'da yapılan başka bir araştırmada erkeklerin BKİ ortalaması kadınlardan fazla olduğu görülmüş olup, gruplar arası fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (109). Bu çalışmada kadınlarda fazla kiloluluk ve obezite görülme oranı erkeklerden fazla bulunmuş olup, gruplar arası fark istatistiksel olarak anlamlı görülmemiştir. Bu çalışma literatürdeki bazı çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Bu sonucun çıkmasına bizim çalışmamızda kadın katılımcı sayısının erkek katılımcı sayısından önemli derecede fazla olması neden olmuş olabilir.

18-29 yaş grubundaki bireylerin %39.5'i obez, %22.7'si fazla kilolu; 30-39 yaş grubundaki bireylerin %59.7'si obez, 25.4'ü fazla kilolu; 40-49 yaş grubundaki bireylerin %66.7'si obez, %22.8'i fazla kilolu; 50 ve üzeri yaş grubundaki bireylerin %55.2'si obez, %29.9'u fazla kilolu olup, gruplar arasındaki fark anlamlıdır ($p<0.05$). Çayır ve arkadaşlarının ve Hamurcu'nun yaptıkları araştırmada yaş arttıkça, obezite görülme oranı istatistiksel yönden anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (10, 102). Çayır ve arkadaşlarının yaptıkları araştırmada 20-40 yaş grubundaki bireylerin %10.0'unda, 41-60 yaş grubundaki bireylerin %33.2'sinde, 61 yaş ve üstündeki bireylerin %36.6'sında obezite olduğu belirtilmiştir (10). Işık ve arkadaşlarının aile hekimliğine başvuran katılımcılar üzerinde yaptığı araştırmada yaş arttıkça BKİ'nin istatistiksel yönden anlamlı olarak yüksek bulunduğu görülmüştür (105). Yabancı ülkelerdeki çalışmalarda da yaş arttıkça BKİ'nin de yükseldiği görülmüştür (106, 107). Yapılan bir çalışmada 46-65 yaş

grubunda obezite görülme oranı diğer alt yaş gruplarına göre fazla olduğu bulunmuştur (106). Bu çalışmada da literatürdeki çalışmalarla benzer sonuçlar çıkmıştır. Araştırmaya katılan katılımcılarda yaş arttıkça BKİ değeri artmakta olup, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür.

Araştırmaya kapsamına giren katılımcıların %25.2'sinin YTT puanı 30 puan ve üstü olup yeme bozukluğu belirtilerine sahip olduğu saptanmıştır. Literatürde üniversite öğrencileri üzerinde yapılan bir araştırmada, bireylerin %11.7'sinde yeme bozukluğu saptanmıştır (110). 253 üniversite öğrencisi üzerinde yapılan bir araştırmada, bireylerin %7.9'unda ve 951 üniversite öğrencisi üzerinde yapılan bir araştırmada ise bireylerin %7.5'inde yeme tutum bozukluğu tespit edilmiştir (111, 112). Tıp Fakültesi öğrencilerinde yapılan bir araştırmada bireylerin %11.1'inde yeme davranış bozukluğu olduğu görülmüştür. Yapılan başka bir çalışmada ise, yeme bozukluğu görülme oranı %12.3'tür (113). Literatürde yeme bozukluğu görülme oranı değişkenlik göstermektedir. Bu çalışmada yeme bozukluğu oranı literatürdeki çalışmalardan yüksek çıkmıştır. Bu oranın yüksek çıkmasını çalışmanın hastanede polikliniğe başvuran hastalar üzerinde yapılmasına bağlayabiliriz.

Araştırmaya kapsamına giren katılımcıların cinsiyete göre yeme davranışı bozukluğu görülme durumu dağılımları değerlendirildiğinde kadınların %30.6'sında, erkeklerin %11.4'ünde yeme davranışı bozukluğu tespit edilmiş olup, gruplar arasındaki fark anlamlıdır ($p<0.05$). Türkiye'de Başkent Üniversitesi'nden 2006 yılında EAT- 40 testi kullanılarak 482 öğrencinin katıldığı bir çalışmada bireyler yeme davranış bozukluğu yönünden incelendiğinde erkeklerin kadınlardan daha iyi bir beslenme davranışı sergilediği saptanmıştır (114). Japonya'da Yamamoto ve arkadaşlarının 12-15 yaş aralığındaki 483 öğrencide yaptıkları bir çalışmada bireylere doldurtulan yeme tutum testine göre kızlarda %7.0, erkeklerde %3.0 yeme bozukluğu sıklığı saptanmıştır (115). Yapılan bir çalışmada YTT ve cinsiyet arasındaki ilişki incelendiğinde kadınların %33.2'si (109 kişi), erkeklerin %17.2' si (16 kişi) YTT'den yüksek puan alarak yeme davranışı bozukluğu gözlenmiş olup, gruplar arası bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Yapılan bir çalışmaya göre kadınların erkeklere göre daha yanlış yeme tutum davranışlarına sahip oldukları görülmüştür (116).

Bitlis'te 294 üniversite öğrencisinde yapılan bir araştırmada kız öğrencilerin %11.9'unda, erkek öğrencilerin ise %14.9'unda yeme davranışı bozukluğu görülmüş olup, gruplar arası farkın anlamlı olmadığı görülmüştür (117). Tayvan'da öğrenciler üzerinde yeme tutum testi kullanılarak yapılan bir çalışmada kadınlarda erkeklere oranla

yeme bozukluğunun daha fazla olduğu görülmüştür (118). Bu çalışmada da literatürdeki çalışmalar gibi kadınlarda yeme bozukluğu görülme sıklığı daha fazladır ve literatürdeki çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Bu oran farklılığının bir sebebinin de kız öğrencilerin erkeklere göre daha fazla beden imajı ve estetiğe önem vermesi gösterilebilir.

Katılımcılar yaş grubuna göre incelendiğinde 18-29 yaş grubundaki bireylerin %29.4'ünde, 30-39 yaş grubundaki bireylerin %25.4'ünde, 40-49 yaş grubundaki bireylerin %21.1'inde, 50 ve üzeri yaş grubundaki bireylerin %20.9'unda yeme davranışı bozukluğu tespit edilmiş olup, gruplar arasındaki fark anlamlı değildir ($p>0.05$). Kadioğlu ve Ergün'ün üniversite öğrencileri üzerinde yaptıkları araştırmada yaş arttıkça, yeme davranışı bozukluğu oranının da anlamlı olarak arttığı görülmüştür (72). Yapılan başka bir çalışmada da bireylerde yaş arttıkça, YTT puanının da artmakta olduğu, 40-49 yaş grubunda 18-29 yaş grubuna göre YTT puanının anlamlı olarak daha fazla olduğu görülmüştür (86). Sosyal medya üzerinden diyet yapan bireyler üzerinde yapılan bir çalışmada 35-44 yaş arası katılımcıların %41'inde, 18-24 yaş arası katılımcıların % 33.5'inde, 45 yaş üstü katılımcıların %17.6'sında yeme bozukluğu görülmüş olup, gruplar arasındaki fark anlamlı değildir (116).

Kadınlar üzerine Norveç'te yapılan bir araştırmada 20-25 yaş arası kadınlarda, 25-30 yaş arası kadınlara göre daha fazla oranda bozulmuş yeme tutum ve davranışı görülmüştür (90). İzmir Dokuz Eylül Üniversitesi'nde 202 öğrencide yapılan bir araştırmada, ileri yaştaki bireylerin yeme davranışının daha olumlu olduğu görülmüştür (121). Ankara'da 1989 yılında 11-70 yaş arasında 745 bayan üzerinde yapılan bir çalışmada 20 yaş üzeri katılımcılarla 20 yaş altı katılımcıların karşılaştırılması sonucu 20 yaş üzeri katılımcıların daha az yeme davranışı bozukluğu riski taşıdıkları tespit edilmiştir (122). Literatürde bu konuda çelişkiler olduğu görülmektedir. Bu çalışmada literatürdeki bazı çalışmalarla uyumluluk göstermektedir.

Çalışmada evlilerin %24.1'inde, bekarların %27.0'sinde yeme davranışı bozukluğu tespit edilmiş olup, gruplar arasındaki fark anlamlı değildir ($p>0.05$). Sivas il merkezinde Semiz ve arkadaşlarının yaptıkları araştırmada yeme davranışı bozukluğu olan evli katılımcıların, bekar katılımcılardan daha fazla olduğu ve bu farkın anlamlı olmadığı bulunmuştur (123). Yapılan başka bir çalışmada da medeni durum ile YTT puan ölçeği arasında anlamlı fark saptanmamıştır (86). Bu çalışmada da gruplar arası fark anlamlı olmamakla beraber, kısmen literatürle uyumlu olmaktadır.

Araştırma kapsamına giren katılımcılar eğitim durumuna göre değerlendirildiğinde ilkokul mezunu ve altında %19.1’inde, ilköğretim mezununda %38.0’inde, lise mezununda %25.5’inde, üniversite mezunu ve üzeri öğrenimde %23.2’sinde yeme davranışı bozukluğu tespit edilmiş olup, gruplar arasındaki fark anlamlı değildir ($p>0.05$). Yapılan bir çalışmada yeme bozukluğu görülme oranları incelendiğinde, lise ve öncesi eğitimi almış katılımcıların %54.5’inde, üniversite mezunlarının %25.4’ünde yüksek lisans/doktora eğitimi almış katılımcıların %23.3’ünde yeme davranışı bozukluğu görülmüştür. Eğitim düzeyi arttıkça yeme bozukluğu sıklığı azalmış olup, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmüştür (116). Yapılan başka bir çalışmada lise altı eğitim seviyesine sahip bireylerde lise ve üzeri eğitim seviyesindeki bireylere göre YTT ölçeği puan ortalaması daha fazladır (86). Bireyin eğitim düzeyi arttıkça doğru beslenme alışkanları geliştirmesi ve yeme davranışı bozukluğu görülmemesi beklenir. Tabii bunun tam tersi de başka faktörlere bağlı olarak görülebilmektedir. Bu çalışmanın bulguları literatürdeki çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Çalışmadaki katılımcılar aylık gelirine göre değerlendirildiğinde aylık geliri 2100 TL altında olanların %24.8’inde, 2100-4999 TL olanların %25.7’sinde, 5000 TL ve üstü olanların %15.4’ünde yeme davranışı bozukluğu tespit edilmiş olup, gruplar arasındaki fark anlamlı değildir ($p>0.05$). Ünsal ve arkadaşlarının lise öğrencileri üzerinde yaptığı bir araştırmada ekonomik durum ile yeme bozukluğu görülme oranı arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür (124). Almanya’da yapılan bir araştırmada düşük sosyoekonomik seviyeye sahip bireylerde, yüksek sosyoekonomik seviyeye sahip bireylere göre yeme bozukluğu görülme oranı yaklaşık 2 kat daha fazla görülmüştür (125). Yapılan bazı araştırmalarda yeme davranış bozukluğu ile sosyoekonomik durum arasında anlamlı bir ilişki görülmemiştir (126, 127, 139). Ancak yeme bozukluğu ile ilgili literatürde yer alan bazı çalışmalar yeme davranışı bozukluklarının üst sosyo-ekonomik seviyedeki bireylerde daha sık görüldüğünü bildirmektedir (128, 129). Literatürdeki bu farklılıkların gelir düzeyini sınıflamadaki farklılıklardan kaynaklanabilir. Bu çalışmada düşük ve orta gelir düzeyli bireylerde yeme bozukluğu görülme oranı daha yüksek çıkmıştır.

Araştırma kapsamına giren katılımcıların BKİ’ye göre YTT puanı incelendiğinde zayıf bireylerin %15.0’inde, normal bireylerin %19.6’sında, fazla kilolu bireylerin %16.9’unda, 1. derece obez bireylerin %24.6’sında, 2. derece obez bireylerin %29.2’sinde, 3. derece obez bireylerin %42.1’inde yeme davranışı bozukluğu tespit

edilmiş olup, gruplar arasındaki fark anlamlıdır ($p<0.05$). Sağlık yüksekokulunda 272 üniversite öğrencisinin yeme davranışı bozukluklarını tespit etmek amacıyla yaptıkları araştırmada normal kilolu katılımcıların yeme bozukluğu görülme sıklığının anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür (130). Yapılan başka bir çalışmada da BKİ arttıkça yeme bozukluğu görülme sıklığı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde arttığı gözlenmiştir (131).

Sosyal medya üzerinden diyet yapan bireylerin değerlendirildiği bir çalışmada BKİ sınıflandırması ve YTT ölçek puanı karşılaştırılması yapıldığında kilolu katılımcıların %38.8'inde, obez katılımcıların %38.6'sında, zayıf katılımcıların %23.8'inde, normal katılımcıların %20.9'unda yeme bozukluğu görülmüştür. Bu çalışmaya göre yeme bozukluğu görülme oranı fazla kilolularda normal kilolulara göre anlamlı olarak daha fazla görülmüştür (116). Bitlis'te yapılan bir araştırmada, zayıf üniversite öğrencilerinin %7.8'inde, normal üniversite öğrencilerinin %13.6'sında ve fazla kilolu üniversite öğrencilerinin %15.5'inde yeme bozukluğuna yatkınlık tespit edilmiş olup, üniversite öğrencilerinin BKİ değerleri ile YTT-40 puanları arasındaki fark anlamlı değildir (117). Ünsal ve arkadaşlarının yaptıkları araştırmada obez bireyler ile obez olmayan bireyler arasında olası yeme bozukluğu görülme oranı yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark görülmemiştir (124). Yabancı ülkelerde yapılan bazı araştırmalarda yeme davranışı bozukluğu ile BKİ arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür (132-134). Bu doğrultuda, bu çalışmadaki veriler literatürdeki çalışmaları desteklemektedir. Kilolu olmak yeme bozukluğu açısından risk oluşturmaktadır.

Çalışmada herhangi bir hastalığı olan katılımcıların %19.9'unda, hastalığı olmayan katılımcıların %29.3'ünde yeme davranışı bozukluğu tespit edilmiş olup, gruplar arasındaki fark anlamlı değildir ($p>0.05$). Üniversite öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada hastalığı olanların %15.2'sinde, hastalığı olmayanların %9.9'unda yeme bozukluğu olduğu görülmüş olup, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (135). Sağlık personeli olan 206 kişi ve sağlık personeli olmayan 206 kişinin karşılaştırıldığı bir araştırmada yeme tutum ve davranışları ile kronik hastalık arasındaki ilişki değerlendirildiğinde her iki grupta da kronik hastalıkların yeme davranışı bozukluğunu arttırdığına yönelik bir anlamlı fark tespit edilmemiştir (136). Bu çalışmada da yeme bozukluğu ile hastalık görülme durumu arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır.

Daha önce diyet yapan katılımcıların %34.3'ünde, daha önce diyet yapmayan katılımcıların %14.6'sında yeme davranışı bozukluğu tespit edilmiş olup, gruplar arasındaki fark anlamlıdır ($p<0.05$). Ulaş ve arkadaşlarının yaptıkları araştırmada diyet yapanlarda YTT ölçek puanının istatistiksel olarak anlamlı bir yükseklik olduğu görülmüştür (137). Yapılan başka bir çalışmada da diyet yapan bireylerde YTT ölçek puanı yüksek bulunmuş olup, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır (86). İstanbul'da bir üniversitede 525 öğrenci üzerinde yapılan bir çalışma değerlendirildiğinde diyet yapma oranları ve yeme davranış bozukluğu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiş olup, diyet yapan öğrencilerin hiçbir zaman diyet yapmayan öğrencilere göre yeme bozukluğu görülme sıklığı daha yüksek çıkmıştır (72).

Literatürde diyet yapma, sağlıklı olmayan kilo verme yöntemlerine başvurulmasının yeme bozukluğuyla bağlantılı olduğu araştırmalar bulunmaktadır (138). Hemşirelik öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada diyet yapma ve yeme davranışı bozukluğu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmüştür (139). Üniversite öğrencilerinde yapılan bir çalışmada diyet yapan öğrencilerin %30.6'sında YTT 30 puan üzerinde iken, diyet yapmayan öğrencilerin % 7.1'inde YTT 30 puan ve üzerindedir. Diyet yapma durumu ile yeme davranışı bozukluğu görülme oranı arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (6). Yapılan başka bir çalışmada bireylerin diyet yapmasının yeme davranışına etkisi değerlendirildiğinde; diyet yapan bireylerin %30'unda, diyet yapmayan bireylerin %10.4'ünde yeme davranışı bozukluğu olduğu ve gruplar arasında fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (135). Bu çalışmadaki veriler literatürdeki verilerle benzerlik göstermiştir. Diyet yapan bireylerde diyet yapmayan bireylere göre anlamlı olarak yeme bozukluğu görülme sıklığı fazla bulunmuştur. Bu durum diyet uygulamanın bireyleri psikolojik yönden etkilediğinden dolayı yeme bozukluğuna neden olduğu şeklinde yorumlanabilir.

Araştırmaya kapsamına giren katılımcılar vücut algısı, mevcut ağırlığından memnuniyet ve duygusal durumunun beslenmesine etki etme durumuna göre değerlendirilmiştir. Kendisini obez (şişman) hissedenlerin %36.4'ünde, hafif şişman hissedenlerin %23'ünde yeme davranışı bozukluğu tespit edilmiş olup, gruplar arasındaki fark anlamlıdır ($p<0.05$).

Yapılan bir çalışmaya alınan öğrencilerin beden ağırlığını algılama durumları ve yeme bozukluğu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bedenini fazla kilolu algılayan öğrencilerde bedenini normal algılayan öğrencilere göre yeme davranışı

bozukluğu görülme sıklığı daha yüksek olduğu görülmüştür. Benzer şekilde bedenini obez olarak gören öğrencilerde, bedenini normal olarak gören öğrencilere göre yeme davranışı bozukluğu daha fazla olduğu bulunmuştur. Uskun ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada YTT ölçek puanı ile beden algısı puanı arasında pozitif bir ilişki olduğu, 'Beden Algısı Puanı' arttıkça 'Yeme Tutum Puanı'nın da arttığı gözlenmiştir. Öğrencilerin beden ağırlığını algılama durumları ve YTT puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuş olup, ağırlığını normal olarak görenlerin YTT puanı, kendisini zayıf ve aşırı kilolu/şişman görenlerden daha yüksek çıkmıştır (139, 140). Bu çalışmada çıkan sonuçla literatür arasında anlamlı olarak benzerlik görülmektedir.

Mevcut ağırlığından memnun olmayan katılımcıların %29.8'inde yeme davranışı bozukluğu tespit edilmiş olup, gruplar arasındaki fark anlamlıdır ($p<0.05$). Üniversite öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada beden ağırlığından hiç memnun olmayan öğrencilerin %43.9'unda yeme davranışı bozukluğu görülmüştür. Vücut ağırlığından memnuniyet düzeyleri ve yeme bozukluğu görülme sıklığı değerlendirildiğinde anlamlı fark tespit edilmiştir (72). Oruçlular'ın öğrenciler üzerinde yaptığı araştırmada tüm bireylerde ve erkeklerde vücut ağırlığı memnuniyetsizliği ve yeme bozukluğu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Kadınların vücut ağırlığındaki memnuniyetsizlik arttıkça yeme davranışı bozukluğunun da istatistiksel olarak anlamlı arttığı gözlenmiştir (141). Yapılan başka bir araştırmada ise beden ağırlığından hoşnutsuzluk ile YTT puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (86). Bu konuda yapılan araştırma sonuçlarına göre normal kilolu kızların %60'ından fazlası kendilerini obez olarak hissetmektedirler. Kendi beden ağırlığından memnun olmayan bireylerde ruhsal hastalıkların görülme oranında artış görülmektedir (66). Bu çalışma literatürle anlamlı bir şekilde benzerlik göstermektedir.

Duygusal durumunun beslenmeyi etkilediğini söyleyen katılımcıların %29.7'sinde yeme davranışı bozukluğu tespit edilmiş olup, gruplar arasındaki fark anlamlıdır ($p<0.05$). Bireyler stresli anlarında daha fazla yüksek yağlı ve şekerli besinler tüketebilmekte, bu durum obeziteyi arttırabilmektedir. Bireyler stresi baskılamak amacıyla besinleri kullanmaktadırlar. Bununla birlikte stres durumuna karşı tepkili olan bireylerde bir hormon olan kortizol yüksektir ve bu da duygusal yemeyi tetiklemektedir. Erken yaşlarda yaşanan stresli hayat tecrübelerinin ve yüksek BKİ'nin de beslenmeyle bağlantısı olduğu görülmüştür. Bu konularda daha çok araştırma yapılması obezitenin tedavisinde daha etkili olmayı sağlayacaktır. Bazı araştırmalarda kadınların duygusal durumunun beslenmelerini daha çok etkilediği ve stres altındayken daha çok yemek

yedikleri kilo aldıkları görülmüştür (104). Obez kişilerde yeme davranışı ile kişinin duyguları arasında bağlantı vardır. Obez kişilerde özellikle de olumsuz duygu durum hallerinin yeme miktarını arttırdığı gözlenmiştir (70). Yapılan araştırmalarda öfke, korku, mutluluk gibi temel duyguların yeme davranışını etkilediği görülmüştür (120).

Üniversite öğrencilerinde yapılan bir çalışmada stres durumunda beslenmesinin etkileneceğini belirten öğrencilerin %14.5'inde, etkilenmeyeceğini belirten öğrencilerin %5.5'inde yeme bozukluğu görülmüş olup, gruplar arasında anlamlı fark bulunmuştur (116). Bu çalışmada da duygusal durumun beslenmeyi etkilediğini söyleyen bireylerin önemli bir kısmında yeme bozukluğu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Araştırmaya kapsamına giren katılımcıların fiziksel aktivite durumuna göre YTT puanı incelendiğinde hareketsiz bireylerin %27.6'sında, biraz hareketli bireylerin %23.5'inde, çok hareketli bireylerin %27.7'sinde yeme davranışı bozukluğu tespit edilmiş olup, gruplar arasındaki fark anlamlı değildir ($p>0.05$). İtalya'da 577 atlele, 217 sedanter yaşayan birey kıyaslandığında yeme davranışı bozukluklarının kontrol grubuna göre daha fazla görüldüğü görülmüştür (98). Sağlık personeli olan 206 kişi ve sağlık personeli olmayan 206 kişinin katıldığı yeme bozukluğunu konu alan bir çalışmada bireylerin yeme tutumları ve fiziksel aktivite seviyesi arasında anlamlılık görülmemiştir (136).

Yapılan bir çalışmada bireylerin düzenli egzersiz yapmasıyla yeme davranış bozukluğu arasındaki ilişki değerlendirildiğinde düzenli egzersiz yapanların %34'ünde yeme bozukluğu görüldüğü, düzenli egzersiz yapmayanların %25.9'unda yeme bozukluğu görüldüğü gözlenmiştir. Düzenli egzersiz yapan veya yapmayan bireylerin yeme davranış bozukluğu görülme durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlılık bulunmamaktadır (116). Elazığ'da bir hastanede diyet polikliniğine zayıflamak amacıyla başvuran bireylerde fiziksel aktivite ile yeme davranışı bozukluğu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmemiştir (86). Yapılan başka bir çalışma değerlendirildiğinde öğrencilerin günlük hayattaki hareket durumu ile yeme davranışı bozukluğu arasında anlamlılık görülmüştür. Hareketsiz olan bireylerde yeme bozukluğu görülme sıklığı %66.7 iken, çok hareketli olan bireylerde bu sıklık %36.0 bulunmuştur (139). Bu çalışmada fiziksel aktivitesi yetersiz olan ve çok hareketli bireylerde yeme bozukluğu görülme oranı fazla çıkmıştır ve gruplar arasındaki fark anlamlı değildir. Bu durum, çalışmaya katılan bireylerin çoğunluğunun günlük hayatta hareketlerinin yetersiz olmasından kaynaklanabilir.

Sigara kullanan katılımcıların %24.4'ünde, kullanmayan katılımcıların %25.5'inde yeme davranışı bozukluğu tespit edilmiş olup, gruplar arasındaki fark anlamlı değildir ($p>0.05$). Yapılan bir çalışmada sigara kullanma durumu ile yeme bozukluğu görülme durumu arasında anlamlı fark tespit edilmemiştir. Üniversite öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada sigara kullanımı ile yeme bozukluğu görülme oranı arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu bulunmuştur (64). Yapılan başka bir çalışmada da öğrencilerin sigara kullanma ile yeme bozukluğu görülme sıklığı arasındaki fark anlamlı olduğu görülmüştür. Sigara kullanan öğrencilerin kullanmayan öğrencilere göre yeme bozukluğu görülme oranı iki kat fazla olduğu gözlemlenmiştir (139). Bu çalışmada sigara kullanımı ve yeme bozukluğu sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

Araştırma kapsamına giren katılımcıların YTT puanını etkilediği varsayılan bazı değişkenler lojistik regresyon analizi ile değerlendirilmiştir. YTT puanı cinsiyet ve daha önce diyet yapma durumlarına göre değerlendirildiğinde çıkan sonuçlar anlamlıdır ($p<0.05$). Cinsiyetin kadın olması 2.689 kat, daha önce diyet yapma durumu 2.335 kat daha fazla yeme bozukluğunu tanımlayan faktörler olarak bulunmuştur. Bireyin duygusal durumu 1.680 kat, obezite ise 1.668 kat yeme bozukluğu riskini arttırıyor görünmekle birlikte istatistiksel olarak anlamlı faktörler olarak bulunmamıştır. Yapılan çalışmalarda cinsiyetin kadın olması, bireyin duygusal durumu ve yediği yiyecekleri kısıtlama durumunun yeme bozukluğu riskini arttırdığı bulunmuştur (130, 142). Obezite durumunun yeme bozukluğunu etkilediğine ilişkin lojistik regresyon analizleri içeren bazı çalışmalarda anlamlı ilişki bulunmasına karşın (72, 142) bizim çalışmamızda bir ilişki bulunamamıştır. Bu durum hastaneye başvuran bireylerden oluşturulan örneklemden kaynaklanabilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Turgut Özal Tıp Merkezi Beslenme ve Diyet Polikliniğine başvuran yetişkin bireylerin beslenme alışkanlıkları, yeme tutum ve davranışları ile etkileyen faktörleri yeme tutum testi (EAT-40) de kullanarak değerlendirmeyi amaçlayan araştırmamızda katılımcıların %71.6'sı kadın, %28.4'ü erkektir.

Katılımcıların %38.4'ü 18-29 yaş aralığında, %21.6'sı 30-39 yaş aralığında, %18.4'ü 40-49 yaş aralığında ve %21.6'sı 50 yaş ve üzerindedir. Araştırma kapsamına giren katılımcıların yaş ortalaması 36.3 ± 13.4 yıldır.

Araştırmadaki katılımcıların %64.2'si evli, %35.8'i bekdir.

Katılımcıların %28.7'si ilkokul mezunu ve altı, %16.1'i ilköğretim mezunu, %32.9'u lise mezunu, %22.3'ü üniversite mezunu ve üzeri öğrenime sahiptir.

Bireylerin aylık geliri %35.2'sinin 2100 TL altı, %56.5'inin geliri 2100-4999 TL, %8.4'ünün geliri 5000 TL ve üzerindedir.

Katılımcıların %43.9'u hastalığı olduğunu belirtmiştir.

Araştırma kapsamına giren katılımcıların %58.7'si günde üç ana öğün tüketmektedir. Öğün atlama durumuna bakıldığında %42.6'sının öğün atladığı görülmektedir. Öğün atladığı saptanan bireylerin %16.1'inin sabah, %24.2'sinin öğle öğünü atladığı bulunmuştur. Hiç ara öğün tüketmeyenlerin oranı %23.9'dur. Katılımcılar ara öğünde %22.9'u kek- bisküvi, %38.4'ü sebze-meyve tükettiğini belirtmiştir.

Katılımcıların %52.2'si obez, %24.8'i fazla kiloludur ve ortalama BKİ değerleri 31.5 ± 8.7 'dir. Cinsiyete göre BKİ değerlendirildiğinde kadınların %25.2'si fazla kilolu, %55.4'ü obez; erkeklerin %23.9'u fazla kilolu, %44.3'ü obez olup, anlamlı fark bulunmuştur.

Araştırmaya kapsamına giren katılımcıların %25.2'sinin YTT puanı 30 puan ve üstü olup yeme bozukluğu belirtilerine sahip olduğu saptanmıştır.

Araştırmaya kapsamına giren katılımcıların cinsiyete göre YTT puanları karşılaştırıldığında kadınların %30.6'sında, erkeklerin %11.4'ünde yeme davranışı bozukluğu tespit edilmiş olup, gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur.

Katılımcıların BKİ ve YTT puanları değerlendirildiğinde kilo arttıkça yeme bozukluğu davranışının anlamlı olarak arttığı bulunmuştur.

Katılımcıların medeni durum, eğitim ve ekonomik durumuna göre YTT puanı değerlendirildiğinde gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Daha önce diyet yapan bireylerin %34.3'ünde yeme davranışı bozukluğu tespit edilmiş olup, gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur.

Kendisini obez (şişman) hissedenenlerin %36.4'ünde, hafif şişman hissedenenlerin %23.0'ünde yeme davranışı bozukluğu tespit edilmiş olup, gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur.

Mevcut ağırlığından memnun olmayan bireylerin %29.8'inde yeme davranışı bozukluğu tespit edilmiş olup, gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur.

Duygusal durumunun beslenmeyi etkilediğini söyleyen bireylerin %29.7'sinde yeme davranışı bozukluğu tespit edilmiş olup, gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur.

Katılımcıların hareket etme ve sigara kullanma durumuna göre YTT puanı incelendiğinde gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

YTT puanı cinsiyet ve daha önce diyet yapma durumlarına göre lojistik regresyon analiziyle değerlendirildiğinde anlamlı fark bulunmuştur ve YTT puanı obezite durumuna göre lojistik regresyon analiziyle değerlendirildiğinde ise anlamlı fark bulunmamıştır.

Çalışmada edinilen sonuçlara göre bireylerde obezite ve yeme davranış bozuklukları görülme oranını birçok faktör etkilemektedir. Yeme davranış bozukluğu her yaş ve kiloda görülebildiği gibi obez bireylerde daha yüksek oranda görülmektedir. Öneri olarak;

- Bireylerin kilosunu etkileyen sosyodemografik faktörler, beslenme alışkanlıkları ve yeme davranışları sorgulanmalı ve çözümler üretilmelidir.
- Fiziksel aktiviteyi artırmayı amaçlayan uygulamalar geliştirilmeli ve çocukluk çağından itibaren egzersiz teşvik edilmelidir.
- Yeme bozukluğu yönünden riskli bireyler saptanmalı ve yeme bozukluğuna yönelik önleyici tedbirler alınmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Yardımcı H, Özçelik A. Ankara İli Gölbaşı İlçesinde Yetişkin Kadınların Antropometrik Ölçümleri ve Beslenme Alışkanlıkları Üzerinde Bir Araştırma. Fen Bilimleri Enstitüsü, Ev Ekonomisi (Beslenme Bilimleri) Anabilim Dalı. Doktora Tezi, Ankara: Ankara Üniversitesi, 2006.
2. Baysal A. *Beslenme*, 12. Baskı. Ankara, Hatiboğlu Yayınları, 2009: 17-74.
3. Karadağ MG, Elibol E, Yıldırım H, Akbulut G, Çelik MG, Değirmenci M, Söğüt M, Güneş M, Dinler MF. Sağlıklı yetişkin bireylerde yeme tutum ve ortorektik davranışlar ile obezite arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. *Gazi Medical Journal* 2016, 27: 107-14.
4. *Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği*. Obezite Tanı ve Tedavi Kılavuzu, 8. Baskı, 2019, 1-76.
5. Koç HG. Turgut Özal Tıp Merkezi Hemşirelerinin Zayıflama Amaçlı Diyet Ürünü Kullanma Durumları ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Malatya: İnönü Üniversitesi, 2015.
6. Ulaş B. Üniversite Öğrencilerinde Hemoglobın A1c Taraması ve Olası Yeme Bozukluğu Sıklığı. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Doktora Tezi, Malatya: İnönü Üniversitesi, 2013.
7. Devran BS. Doğu Anadolu Bölgesinde Yaşayan Adölesan ve Yetişkinlerin Beslenme Alışkanlıkları ile Yeme Tutum Ve Davranışlarının Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Başkent Üniversitesi, 2014.
8. Ulaş B. Malatya Asker Hastanesinde 2007 Yılında Görev Yapan Personelin Sağlıklı Beslenme Konusundaki Tutum ve Davranışları. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Malatya: İnönü Üniversitesi, 2008.
9. Erçim RE, Pekcan G. Genç yetişkinlerin beslenme durumunun sağlıklı yeme indeksi-2005 ile değerlendirilmesi. *Beslenme ve Diyet Dergisi* 2014, 42: 91-8.
10. Çayır A, Atak N, Köse SK. Beslenme ve diyet kliniğine başvuranlarda obezite durumu ve etkili faktörlerin belirlenmesi. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası* 2011, 64: 13-9.

11. Baş M, Sağlam D. Yetişkinlerde Ağırlık Yönetimi. İçinde: Tüfekçi Alphan E, (editör). *Hastalıklarda Beslenme Tedavisi*, 1. baskı. Ankara, Hatipoğlu Yayınevi, 2013: 135-276.
12. Gündoğdu S. Adana İlinde Görev Yapan Okulöncesi Öğretmenlerinin Beslenme Bilgi Düzeyleri Ve Alışkanlıklarının Araştırılması. Sosyal Bilimler Enstitüsü, İlköğretim Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi, Konya: Selçuk Üniversitesi, 2009.
13. Karaağaoğlu N, Samur G. *Anne ve Çocuk Beslenmesi*, 1.Baskı. Ankara, Pegem Yayınları, 2011: 1-2.
14. Yağmur C, Güneş E. Dengeli beslenme açısından Türkiye’de gıda üretimi ve tüketiminin irdelenmesi. VII. Ziraat Mühendisliği Teknik Kongresi, Ankara: 2010.
15. Baysal A. Sosyal eşitsizliklerin beslenmeye etkisi. *C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi* 2003, 25: 66-72.
16. Bilici S. Sağlık Bakanlığı-Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Toplu Beslenme Sistemleri Çalışanları İçin Hijyen El Kitabı, <http://www.akeo.org.tr/ckfinder/userfiles/files/hijyen.pdf> Son Erişim Tarihi: 18 Ağustos 2020.
17. T. C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye’ye Özgü Beslenme Rehberi. <https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/saglikli-beslenme-hareketli-hayat-db/Yayinlar/kitaplar/Kitaplar-eski/Turkiye-Beslenme-Rehberi-Turkce.pdf> Son Erişim Tarihi: 18 Ağustos 2020.
18. Aslan D, Gürtan E, Hacım A. Ankara’da Eryaman sağlık ocağı bölgesi’nde bir lisenin ikinci sınıfında okuyan kız öğrencilerin beslenme durumlarının ve bazı antropometrik ölçümlerinin değerlendirmeleri. *C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi* 2003, 25: 55-62.
19. Türkiye Beslenme Ve Sağlık Araştırması (TBSA). <https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/saglikli-beslenme-hareketli-hayat-db/Yayinlar/kitaplar/diger-kitaplar/TBSA-Beslenme-Yayini.pdf> Son Erişim Tarihi: 18 Ağustos 2020.
20. III. Temel Sağlık Hizmetleri Sempozyumu. Toplum Beslenmesi ve Sektörler Arası İşbirliği. <https://docplayer.biz.tr/19258009-iii-temel-saglik-hizmetleri-sempozyumu.html> Son Erişim Tarihi: 18 Ağustos 2020.
21. Uçar A. Ankara Üniversitesi Öğrencilerinin Sigara Kullanma Durumunun Beslenme Alışkanlıkları ve Bazı Hematolojik Parametreler Üzerine Etkisi. Fen

- Bilimleri Enstitüsü, Ev Ekonomisi (Beslenme Bilimleri) Anabilim Dalı. Doktora Tezi, Ankara: Ankara Üniversitesi, 2006.
22. Onat A, Hergenç G, Küçükduzmaç Z. Moderate and heavy alcohol consumption among Turks: long-term impact on mortality and cardiometabolic risk. *Türk Kardiyol Dern Arş - Arch Turk Soc Cardiol* 2009, 37: 83-90.
 23. Baysal A, Bozkurt N, Pekcan G, Besler T, Aksoy M, Merdol KT, Keçecioglu S, Mercanlıgil SM. *Diyet El Kitabı*, 3. Baskı. Ankara, Hatipoğlu Yayınevi, 2002: 24-38.
 24. *Hacettepe Üniversitesi SBF Beslenme ve Diyetetik Bölümü*. Türkiye'ye Özgü Besin ve Beslenme Rehberi, Yenilenmiş 1. Baskı, 2015: 11-33.
 25. Erol Ö. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Ortoreksiya Nervoza Belirtilerinin ve Yeme Tutumlarının Saptanması. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Malatya: İnönü Üniversitesi, 2018.
 26. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Obezite. <http://www.thsk.gov.tr/> Son Erişim Tarihi: 19 Ağustos 2020
 27. Orhan Y, Bozbora A. *Obezite Medikal ve Cerrahi Tedavisi*, 1.Baskı. İstanbul, İstanbul Medikal Yayıncılık, 2007: 1-20.
 28. NHLBI (National Heart, Lung, and Blood Institute). The Practical Guide Identification, Evaluation, and Treatment of Overweight and Obesity in Adults. https://www.nhlbi.nih.gov/files/docs/guidelines/prctgd_c.pdf Son Erişim Tarihi: 19 Ağustos 2020.
 29. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/t14.pdf> Son Erişim Tarihi: 19 Ağustos 2020.
 30. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara, 2018. http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/TNSA2018_ana_Rapor.pdf Son Erişim Tarihi: 20 Ağustos 2020.
 31. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). <https://www.tuik.gov.tr/tr/> Son Erişim Tarihi: 20 Ağustos 2020.

32. Hajian-Tilaki KO, Heidari B. Prevalence of obesity, central obesity and the associated factors in urban population aged 20–70 years, in the north of Iran: a population-based study and regression approach. *Obesity reviews* 2006, 8: 3–10.
33. Yumuk VD. Prevalence of obesity in Turkey. *Obesity reviews* 2005, 6: 9–10.
34. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Türkiye Obezite ile Mücadele ve Kontrol Programı (2010-2014). http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/sb/halksag/belge/mevzuat/turkiye_obeziite_mucadele_kontrol_prg.pdf Son Erişim Tarihi: 20 Ağustos 2020.
35. TURDEP-II sonuçlarının özeti. http://www.istanbul.edu.tr/itf/attachments/021_turdep.2.sonuclarinin.aciklamasi.pdf Son Erişim Tarihi: 20 Ağustos 2020.
36. Roberts RE, Kaplan GA, Shema SJ. Are the obese at greater risk for depression? *American Journal of Epidemiology* 2000, 152: 163-70.
37. *Türkiye Diyetisyenler Derneği*. Yayını. Her Yönüyle Obezite; Önleme ve Tedavi Yöntemleri, 1.Baskı, 2012: 1-168.
38. De Hert M, Detraus J, Van Winkel R. Metabolic and cardiovascular adverse effects associated with antipsychotic drugs. *Nat Rev Endocrinol* 2012, 8: 114-26.
39. Prentice AM, Jebb SA. Fast foods, energy density and obesity: a possible mechanistic link. *Obesity Reviews* 2003, 4: 187–94.
40. Altunkaynak BZB, Özbek E. Obezite: nedenleri ve tedavi seçenekleri. *Dicle Tıp Dergisi* 2007, 34: 144-9.
41. Serter R. *Obezite Atlası*. 1. Baskı. Ankara, Karakter Color, 2003: 1-98.
42. Kayar H, Utku S. Çağımızın anahtarı obezite ve tedavisi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2013, 6: 1-8.
43. Dede H. Samsun İli Merkezinde Yaşayan Kadınların Beslenme Alışkanlıkları ve Beslenme Durumlarının Değerlendirilmesi. Fen Bilimleri Enstitüsü, Ev Ekonomisi Yüksekokulu (Beslenme) Ana Bilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Ankara Üniversitesi, 2011.
44. Uzun N. Ergenlerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Algılanan Ebeveyn Kontrolü ve Depresyon ile Obezitenin İlişkisi: Obezite için Koruyucu ve Risk Faktörleri. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Aydın: Adnan Menderes Üniversitesi, 2014.
45. Keskin S, Sayalı E, Temeloglu E. Obezite ve inflamasyon. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2005, 25: 636-41.

46. Molarius A, Seidell JC, Sans S. Educational level, relative body weight, and changes in their association over 10 years: an international perspective from the WHO MONICA project. *Am.J Pub Health* 2000, 90: 1260-8.
47. Pan HJ, Cole BM, Geliebter A. The benefits of body weight loss on healthrelated quality of life. *Journal of the Chinese Medical Association* 2011, 74: 169-75.
48. Tomaka J, Thompson S, Palacios R. The relation of social isolation, loneliness, and social support to disease outcomes among the elderly. *Journal of Aging And Health* 2006, 18: 359-84.
49. Aronne LJ, Nelinson DS, Lillo JL. Obesity as a disease state: a new paradigm for diagnosis and treatment. *Clinical Corners/one* 2009, 9: 9-29.
50. Cannon CP, Kumar A. treatment of overweight and obesity: lifestyle, pharmacologic, and surgical options. *Clinical Corners/one* 2009, 9: 55-71.
51. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı (2013-2017). <https://dosyaism.saglik.gov.tr/Eklenti/8861,turkiye-saglikli-beslenme-ve-hareketli-hayat-programipdf.pdf?0> Son Erişim Tarihi: 21 Ağustos 2020.
52. McKinley Health Center. Macronutrients: the importance of carbohydrate, protein, and fat. *Urbana*, 2014; 232: 1-2.
53. Bernstein AM, Sun Q, Hu FB, Stamfer, MJ, Manson, JE, Willett WC. Major dietary protein sources and risk of coronary heart disease in women. *Circulation* 2010, 122: 876-83.
54. Pan A, Sun Q, Bernstein AM, Schulze MB, Manson JE, Stamfer MJ, Willett WC, Hu FB. Red meat consumption and mortality: results from 2 prospective cohort studies. *Arch Intern Med* 2012, 172: 555-63.
55. Bernstein AM, Pan A, Rexrode KM, Stampfer M, Hu FB, Mozaffarian D, Willett WC. Dietary protein sources and the risk of stroke in men and women. *Stroke* 2012, 43: 637-44.
56. Ley SH, Sun Q, Willett WC, Eliassen AH, Wu K, Pan A, Grodstein F, Hu FB. Associations between red meat intake and biomarkers of inflammation and glucose metabolism in women. *Am J Clin Nutr* 2014, 99: 352-60.
57. Pan A, Sun Q, Bernstein AM, Schulze MB, Manson JE, Willett WC, Hu FB. Red meat consumption and risk of type 2 diabetes: 3 cohorts of US adults and an updated meta-analysis. *Am J Clin Nutr* 2011, 94: 1088-96.

58. Vaarala O, Ilonen J, Ruohtula T, Pesola J, Virtanen SM, Haärkönen T, Koski M, Kallioinen H, Tossavainen O, Poussa T, Jaärvenpää AL, Komulainen J, Lounamaa R, Kerblom HKA, Knip M. Removal of bovine insulin from cow's milk formula and early initiation of beta-cell autoimmunity in the FINDIA Pilot Study. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2012, 166: 608-14.
59. Bouvard V, Loomis D, Guyton KZ, Grosse Y, Ghissassi FE, Benbrahim-Tallaa L, Guha N, Mattock H, Straif K; International Agency for Research on Cancer Monograph Working Group. Carcinogenicity of consumption of red and processed meat. *Lancet Oncol* 2015, 16: 1599-600.
60. Akbulut G. Erişkinlerde şişmanlığın diyet tedavisinde güncel yaklaşımlar ve fiziksel aktivitenin önemi. *Mised* 2010, 23-4: 87-90.
61. Güney M. Kadınlarda Ağırlık Yönetiminin Yeme Tutumu Davranışı Üzerine Etkilerinin Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Başkent Üniversitesi, 2014.
62. Fairburn CG, Harrison PJ. Eating disorders. *Lancet* 2003, 361: 407-16.
63. Özgen L, Kınacı B, Arlı M. Eating attitudes and behaviours of adolescents. *Ankara University Journal of Faculty of Educational Sciences* 2012, 45: 229-47.
64. İlhan MN, Özkan S, Aksakal FN, Aslan S, Durukan E, Maral I. Bir tıp fakültesi öğrencilerinde olası yeme bozukluğu sıklığı. *Türkiye'de Psikiyatri* 2006, 8: 151-5.
65. Jennifer L, Derenne MD, Eugene V, Beresin MD. Body image, media, and eating disorders. *Academic Psychiatry* 2006, 30: 257-61.
66. Aslan D. Beden algısı ile ilgili sorunların yaratabileceği beslenme sorunları. *Sted* 2004, 13: 326-9.
67. Kocabaşoğlu, N. Yeme bozuklukları. *Yeni Symposium* 2001, 39: 95-9.
68. Miller CA, Golden NH. An introduction to eating disorders: clinical presentation, epidemiology and prognosis. *Nutr Clin Pract* 2010, 25: 110-5.
69. Kuruoğlu AÇ. Yeme bozukluklarında genetik etkenler. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2000, 10: 32-7.
70. Geliebter A, Aversa A. Emotional eating in overweight, normal weight, and underweight individuals. *Eat Behav* 2003, 3: 341-7.
71. Ağırman A, Maner F. Yeme bozuklukları ve duygusal istismar: olgu sunumu. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi* 2010, 23: 121-7.

72. Kadioğlu M, Ergün A. Üniversite öğrencilerinin yeme tutumu, öz-etkililik ve etkileyen faktörler. *MUSBED* 2015, 5: 96-104.
73. Sevinçer GM, Konuk N. Emosyonel yeme. *Journal of Mood Disorders* 2013, 3: 171-8.
74. Bayraktar F. Aşırı yeme bozuklukları. *Türkiye Klinikleri* 2009, 2: 25-9.
75. Öyekçin DG, Deveci A. Yeme bağımlılığının etyolojisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2012, 4: 138-53.
76. Balcıoğlu İ, Başer SZ. Obezitenin psikiyatrik yönü. *İ.Ü.Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Etkinlikleri* 2008, 62: 341-8.
77. Kaya N, Çilli AS. Anoreksiya nervoza. *Genel Tıp Dergisi* 1997, 7: 107-10.
78. Kabakçı E, Demir B. Yeme bozuklukları. *Hacettepe Tıp Dergisi* 2001, 32: 125-31.
79. Maner F, Aydın A. Bulumiya nervozada psikokültürel etmenler. *Düşünen Adam* 2007, 20: 25-37.
80. Spitzer RL, Yanovski S, Wadden T, Wing R, Marcus MD, Stunkard A, Devlin M, Hasin D, Horne RL. Binge eating disorder: its further validation in a multisite study. *Int J Eat Disorder* 1993, 13: 137-53.
81. de Zwaan M. Binge eating disorder and obesity. *International Journal of Obesity* 2001, 25: 51-5.
82. Allison KC, Tarves MA. Treatment of night eating sendrome. *Psychiatr Clin North Am.* 2011, 34: 785-96.
83. Orhan FÖ, Tuncel D. Gece yeme bozuklukları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2009, 1: 132-54.
84. Pritts SD, Susman J. Diagnosis of eating disorders in primary care. *Am Fam Physician* 2003, 67: 297-304.
85. Dönmez N. Tıp I Diabetes Mellituslu Bireylerde Yeme Bozuklukları ve Etkileyen Etmenleri Saptamaya Yönelik Bir Çalışma. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Bölümü. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2005.
86. Özyazgan AA. Elazığ Eğitim ve Araştırma Hastanesi Diyet Polikliniğine Zayıflamak İçin Başvuran Bireylerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Yeme Davranış Bozuklukları ve Etkileyen Faktörler. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Malatya: İnönü Üniversitesi, 2016.

87. Yücel B. Sağlık Çalışanlarının Beslenme Alışkanlıkları ve Beslenme Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Bölümü. Uzmanlık Tezi, Ankara: Başkent Üniversitesi, 2015.
88. Oruç M. Otuz Yaş Üstü Obez Kadınların Antropometrik ve Biyokimyasal Bulguları ile Beslenme Durumları Arasındaki İlişki. Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Aile Ekonomisi Ve Beslenme Eğitimi Bilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Gazi Üniversitesi, 2008.
89. Eker E. Edirne İli Kentsel Alanında Yaşayan Erişkinlerde Beslenme Durum Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Aile Hekimliği Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi, Edirne: Trakya Üniversitesi, 2006.
90. Eik-Nes T, Romild U, Guzey I, Holmen T, Micali N, Bjornelv S. Women's weight and disordered eating in a large Norwegian community sample: the Nord-Trøndelag Health Study (HUNT). *BMJ Open* 2015, 5: 1-8.
91. Rakhshani T, Shojaiezadeh D, Lankarani KB, Rakhshani F, Kaveh MH, Zare N. The association of health-promoting lifestyle with quality of life among the iranian elderly. *Iran Red Crescent Med J* 2014, 16: 1-6.
92. Özer Ö. Polikliniğe Başvuran Obez Kadınların Çalışıp Çalışmama Durumlarının Beslenmelerine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Bölümü. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Haliç Üniversitesi, 2012.
93. Woo J. A survey of overweight, body shape perception and eating attitude of Korean female university students. *J. Exerc. Nutr. Biochem* 2014, 18: 287-92.
94. Coşkun B. İstanbul'da Özel Bir Hastanenin Diyet Polikliniği'ne Başvuranların Bazı Özelliklerinin ve Beslenme Durumlarının Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Bölümü. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Haliç Üniversitesi, 2013.
95. Bilge E. Bir İşletmede Çalışanların Beslenme Durumları ve Enerji Harcamalarının Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi Edirne: Trakya Üniversitesi, 2009.
96. Avan Z. Özel Bir Spor Merkezine Devam Eden 18-30 Yaş Arası Bireylerin Beslenme Durumlarının ve Beden Algılarının Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Bölümü. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Başkent Üniversitesi, 2015.
97. Özçelik AÖ. Sağlık personelinin beslenme alışkanlıkları üzerinde bir araştırma. *Gıda* 2000, 25: 93-9.

98. Garcia C, Papaiani MC, Caglioti F, Procopio L, Nisticò CG, Bombardiere L. Orthorexia nervosa: a frequent eating disordered behavior in athletes. *Eat Weight Disord* 2012, 17: 226-33.
99. Boral N. Obez Ev Kadınlarında İnsülin Direnci. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Haliç Üniversitesi, 2016.
100. Onurlubaş E, Doğan HG, Demirkıran S. Üniversite öğrencilerinin beslenme alışkanlıkları. *Gaziosmanpaşa Üniversitesi Ziraat Fakültesi Dergisi* 2015, 32: 61-9.
101. Sağlık Bakanlığı Temel Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Çalışanlarında Obezite (Şişmanlık) ve Zayıflık Durumunun Belirlenmesi Araştırma Raporu, <https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/saglikli-beslenme-hareketli-hayatdb/Yayinlar/kitaplar/diger-kitaplar/saglik-calisanlari-sismanlik.pdf> Son Erişim Tarihi: 15 Eylül 2020.
102. Hamurcu P. Obez Bireylerde Benlik Saygısı ve Beden Algısının Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: İstanbul Bilim Üniversitesi, 2014.
103. Aladağ N, Ciğerli Ö, Topsever P, Filiz TM, Topallı R, Görpelioğlu S. Değirmendere Aile hekimliği polikliniğine başvuran erişkin hastalarda obezite sıklığı ve eşlik eden hastalıklarla ilişkisi: bir olgu kontrol çalışması. *Türk Aile Hekimliği Dergisi* 2003, 7: 117-21.
104. Cotter E, Kelly N. Stress-related eating, mindfulness, and obesity. *Health Psychology* 2018, 37: 516–25.
105. Işık E, Kanbay Y, Aslan Ö, Işık K, Çınar S. Aile hekimliği birimine başvuran bireylerde obezite sıklığı ve ilişkili etmenler: Artvin örneği. *Hemşirelik Dergisi* 2013, 21: 107-15.
106. Fouad MF, Rastam S, Ward KD, Maziak W. Prevalence of obesity and its associated factors in Aleppo, Syria. *Prev Control* 2006, 2: 85-94.
107. Maskarinec G, Takata Y, Pagano I, Carlin L, Goodman M, Marchand L, Nomura A. Trends and dietary determinants of overweight and obesity in a multiethnic population. *Obesity* 2006, 14: 717-26.
108. Khawaja M, Afifi-Soweid RA. Images of body weight among young men and women: evidence from Beirut, Lebanon. *Epidemiol Community Health* 2004, 58: 352–3.

109. Wei CN, Harada K, Ueda K, Fukumoto K, Minamoto K, Ueda A. Assessment of health-promoting lifestyle profile in Japanese university students. *Environ Health Prev Med* 2012, 17: 222-7.
110. İlhan MN, Özkan S, Aksakal FN, Aslan S, Durukan E, Maral I. Bir tıp fakültesi öğrencilerinde olası yeme bozukluğu sıklığı. *Türkiye'de Psikiyatri* 2006, 8: 151-5.
111. Altuğ A, Elal G, Slade P, Tekcan A. The Eating Attitudes Test (EAT) in Turkish university students: relationship with sociodemographic, social and individual variables. *Eat Weight Disord* 2000, 5: 152-60.
112. Kuğu N, Akyüz G, Doğan O, Ersan E, Izgiç F. The prevalence of eating disorders among university students and the relationship with some individual characteristics. *Aust N Z J Psychiatry* 2006, 40: 129-35.
113. Kavas AB. Eating attitudes and depression in a Turkish sample. *Eur Eat Disord Rev* 2007, 15: 305-10.
114. Asçı FH, Tüzün M, Koca C. An Examination of eating attitudes and physical activity levels of Turkish University students with regard to self- presentational concern. *Eat Behav* 2006, 7: 362-7.
115. Yamamoto C, Uemoto M, Shinfuku N, Maeda K. The usefulness of body image tests in the prevention of eating disorders. *Kobe J Med Sci* 2007, 53: 79-91.
116. Tepe SÖ. Sosyal Medya Üzerinden Diyet Yapan Bireylerin Ortoreksiya Nervoza ve Yeme Tutumlarının Saptanması: Instagram Örneği. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Malatya: İnönü Üniversitesi, 2019.
117. Oğur S, Aksoy A. Üniversite öğrencilerinin yeme davranışı bozukluğuna yatkınlıkları: Bitlis Eren Üniversitesi örneği. *BEÜ Fen Bilimleri Dergisi* 2016, 5: 14-26.
118. Wong Y, Lin JS, Chang YJ. Body satisfaction, emotional intelligence, and the development of disturbed eating: a survey of Taiwanese students. *Asia Pac J Clin Nutr* 2014, 23: 651-9.
119. Sabbağ Ç. İlköğretim Okullarında Görevli Öğretmenlerin Beslenme Alışkanlıkları ve Beslenme Bilgi Düzeyleri. Fen Bilimleri Enstitüsü, Ev Ekonomisi Yüksekokulu (Beslenme) Ana Bilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Ankara Üniversitesi, 2003.

120. Ünal SG. Duygusal yeme ve obezite. *Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* 2018, 2: 30-47.
121. Siyez DM, Baş AU. Bir grup üniversite öğrencisinin anoreksik yeme tutumları ile aile yapısı arasındaki ilişki. *Yeni Symposium* 2006, 44: 19-24.
122. Savaşır I, Erol N. Yeme tutunu testi: Anoreksiya nevroza belirtileri indeksi. *Psikoloji Dergisi* 1989, 23: 19-25.
123. Semiz M, Kavakçı Ö, Yağız A, Yontar G, Kuğu N. Sivas il merkezinde yeme bozukluklarının yaygınlığı ve eşlik eden psikiyatrik tanılar. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2013, 24: 149-57.
124. Ünsal A, Tozun M, Ayrancı U, Arslantaş D. Türkiye'nin batısındaki bir ilçede lise öğrencilerinde olası yeme bozukluğu görülme sıklığı ve ilişkili faktörler. *Dirim Tıp Gazetesi* 2010, 85: 110-2.
125. Hölling H, Schlack R. Eating disorders in children and adolescents. first results of the german health interview and examination survey for children and adolescents (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2007, 50: 794-9.
126. Usta E, Sağlam E, Şen S, Aygün D, Sert H. Hemşirelik öğrencilerinin yeme tutumları ve obsesif-kompulsif belirtileri. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi* 2015, 2: 187-97.
127. Çelik S, Yoldaşcan EB, Okyay RA, Özenli Y. Kadın üniversite öğrencilerinde yeme bozukluğunun yaygınlığı ve etkileyen etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2016, 17: 42-50.
128. Mulders-Jones B, Mitchison D, Girosi F, Hay P. Socioeconomic correlates of eating disorder symptoms in an Australian population-based sample. *PLOS ONE* 2017, 12: 1-17.
129. O'Brien KM, Whelan DR, Sandler DP, Hall JE, Weinberg CR. Predictors and long-term health outcomes of eating disorders. *PloS one* 2017, 12: 1-14.
130. Ünal D, Öztıp DB, Elmalı F, Öztürk A, Konak D, Pırlak B, Güneş D. Bir grup sağlık yüksekokulu öğrencisinin yeme tutumları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki. *Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi* 2009, 16: 75-81.
131. Erol A, Toprak G, Yazıcı F. Üniversite öğrencisi kadınlarda yeme bozukluğu ve genel psikolojik belirtileri yordayan etkenler. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2002, 13: 48-57.

132. Nadjarzadeh A, Vaziri N, Imanesh AM, Naderi Z. Assessment of the eating disorders in female students of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran. *Journal of Community Health Research* 2012, 1: 79-84.
133. Liao Y, Knoesen NP, Castle DJ, Tang J, Deng Y, Bookun R, Chen X, Hao W, Meng G, Liu T. Symptoms of disordered eating, body shape, and mood concerns in male and female Chinese medical students. *Compr Psychiatry* 2010, 51: 516–23.
134. Shevchenko Y, Vesnina L, Kaydashev I. Features of eating behavior in persons with normal and increased body weight. *Fiziol Zh* 2015, 61: 51-8.
135. Kargar Mohammadınazhad A. Üniversite Öğrencilerinde Farklı Beslenme İndeksleri ile Yeme Davranışının Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme Ve Diyetetik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2016.
136. Ergin G. Sağlık Personeli Olan Ve Olmayan Bireylerde Ortoreksiya Nervoza Sıklığı Araştırması. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme Ve Diyetetik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Başkent Üniversitesi, 2014.
137. Ulaş B, Uncu F, Üner S. Sağlık yüksekokulu öğrencilerinde olası yeme bozukluğu sıklığı ve etkileyen faktörler. *İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2013, 2: 15-22.
138. White S, Reynolds-Malear JB, Cordero E. Disordered eating and the use of unhealthy weight control methods in college students: 1995, 2002, and 2008. *Eating disorders* 2011, 19: 323-34.
139. Uzun R, Balcı E, Günay O, Özdil K, Küçük Öztürk G. Hemşirelik öğrencilerinde yeme tutumları, beden algısı, benlik saygısı ve ilişkili etmenler. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi* 2018, 2: 48-63
140. Uskun E, Şabaplı A. Lise öğrencilerinin beden algıları ile yeme tutumları arasındaki ilişki. *TAF Prev Med Bull* 2013, 12: 519-28.
141. Oruçlular Y. Vücut Algısının Aracı Rolü Üzerinden Özerk-İlişkisel Benlik Özellikleri ve Yeme Tutumu İlişkisi. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı Klinik Psikoloji Bilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2006.
142. Kermen S, Kermen U, Dinçer F, Muslu M. Üniversite öğrencilerinde yeme bozukluğu riskinin lojistik regresyon ile belirlenmesi. *Yaşam Becerileri Psikoloji Dergisi* 2019, 3: 149-63.

EKLER

EK 1: Özgeçmiş

Ad Soyad: Nurgül KILIÇ
Doğum Tarihi: 03.08.1993
Doğum Yeri: Elazığ
Cep Telefonu: 0531 522 64 73
E-Posta: nurgulll1993@gmail.com

Eğitim Durumu:

2018- Devam İnönü Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı
Tezli Yüksek Lisans Programı
2011-2015 Kırklareli Üniversitesi
Sağlık Yüksekokulu, Beslenme ve Diyetetik Bölümü

Çalıştığı Kurum:

02.03.2018- Halen Turgut Özal Tıp Merkezi/Diyetisyen
30.05.2016-28.02.2018 Şırnak Silopi İlçe Sağlık Müdürlüğü/Diyetisyen

Yabancı Dil: İngilizce(Orta)

EK 2: Etik Kurul Onayı

T.C. İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİĞİ KURULU (Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu)			
Oturum Tarihi	Oturum Sayısı	Karar Sayısı	
02.07.2019	11	2019/247	
<p>Karar No: 2019/247: Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu 02.07.2019 tarihinde İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi İbn-i Sina Toplantı Salonunda toplandı. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'n da Prof. Dr. Erkan PEHLİVAN'ın sorumlu araştırmacı olduğu; İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezinde Diyetisyen Nurgül KILIÇ'ın yardımcı araştırmacı olduğu; "Turgut Özal Tıp Merkezi Beslenme ve Diyet Polikliniğine Başvuran Yetişkin Bireylerin Beslenme Durumları, Yeme Tutum ve Davranışları ve Etkileyen Faktörler" başlıklı çalışması Üniversitemiz Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi açısından uygun olup-olmadığı hususundaki başvurusuna ilişkin raportör raporu görüşüldü. Çalışma Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi açısından değerlendirildiğinde çalışmada <u>herhangi bir etik kusur olmadığına</u>; oy birliği ile karar verildi.</p>			
Prof. Dr. Osman CELBİŞ Etik Kurul Başkanı			
Prof. Dr. Kadir ERTEM Etik Kurul Başkan Yrd.	KATILDI	Prof. Dr. Gülsen GÜNEŞ Etik Kurul Üyesi	KATILMADI
Prof. Dr. Cemşit KARAKURT Etik Kurul Üyesi	KATILDI	Prof. Dr. Yüksel SEÇKİN Etik Kurul Üyesi	KATILDI
Prof. Dr. Sermin TİMUR TAŞHAN Etik Kurul Üyesi	KATILDI	Prof. Dr. Barış OTLU Etik Kurul Üyesi	KATILDI

EK 3: Anket İzni



Evrak Tarih ve Sayısı: 06/05/2019-E.34407

T.C.

İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ  TURGUT ÖZAL TIP MERKEZİ

Başhekimliği



Sayı : 68636013-770

Konu : Uygulama İzni (Nurgül KILIÇ)

REKTÖRLÜK MAKAMINA

İlgi : 29/04/2019 tarihli ve 32891 sayılı yazınız,

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Nurgül KILIÇ'ın, Prof. Dr. Erkan PEHLİVAN danışmanlığında yapması planlanan "Turgut Özal Tıp Merkezi Beslenme ve Diyet Polikliniğine Başvuran Yetişkin Bireylerin Beslenme Durumları, Yeme Tutum ve Davranışları ve Etkeleyen Faktörler" isimli çalışması hakkındaki ilgi sayılı yazımıza istinaden;

İlgili birimin konu ile ilgili cevabi yazısı yazımız ekinde sunulmuştur.
Bilgilerinize arz ederim.

e-İmzalıdır

Doç.Dr. Evren KÖSE

Başhekim a.

Başhekim Yardımcısı

Ek: İlgili yazı (1 Sayfa)

EK 4: Anket Formu

TURGUT ÖZAL TIP MERKEZİ BESLENME VE DİYET POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN YETİŞKİN BİREYLERİN BESLENME DURUMLARI, YEME TUTUM VE DAVRANIŞLARI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Sayın anket katılımcısı;

‘Turgut Özal Tıp Merkezi Beslenme ve Diyet Polikliniğine Başvuran Yetişkin Bireylerin Beslenme Durumları, Yeme Tutum ve Davranışları ve Etkileyen Faktörler’ adlı çalışma ile sizlerin beslenme durumunuzu, yeme tutum davranışlarınızı ve bunları etkileyen faktörleri anlamayı amaçlıyoruz. Sizi bu araştırmaya katılmaya davet ediyoruz. Bu çalışmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Sizden edinilen bilgiler sadece bilimsel amaçlar için kullanılacak, gizli tutulacaktır ve başka amaçlar için kullanılmayacaktır. Size verilen anketin doldurulmasında gerekli özeni göstereceğinizi umar, katkılarınız için teşekkür ederiz.

Danışman Prof. Dr. Erkan PEHLİVAN
Yüksek lisans Öğrencisi Nurgül KILIÇ
İnönü Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

1) Yaşınız (yıl):

2) Cinsiyetiniz: 1. Kadın 2. Erkek

3) Ağırlığınız:.....

4) Boyunuz :.....

5) BKİ:.....

6) Medeni Durumunuz: 1. Evli 2. Bekâr

7) Öğrenim Düzeyi:

1. Okuryazar Değil 2. İlkokul 3. Ortaokul
4. İlköğretim 5. Lise 6. Üniversite 7. Lisans Üstü

8) Ekonomik Durum (Aylık Ortalama Gelir):

1. 2107 TL ve altı 2. 2107-3000 TL 3. 3000-4000 TL
4. 4000-5000 TL 5. 5000-6863 TL 6. 6863 TL ve üstü

9) Sürekli devam eden bir sağlık probleminiz var mı?

1. Evet 2. Hayır

10) Sağlık probleminiz var ise aşağıdakilerden hangisi / hangileridir? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz.)

1. Kalp-damar hastalıkları
2. Şeker hastalığı (Diyabet)
3. Yüksek tansiyon (Hipertansiyon)
4. Kanser
5. Sindirim sistemi hastalıkları (karaciğer, mide vb.)

6. Solunum sistemi hastalıkları (akciğer vb.)
7. Ruhsal problemler (depresyon, aşırı yeme vb.)
8. Kas iskelet sistemi hastalıkları (eklem ağrıları vb.)
9. Endokrin (hormonal) hastalıklar
10. Vitamin ve mineral yetersizlikleri (Demir, B12 vitamini yetersizliği vb.)
11. Diğer(.....)

11) Sigara içiyor musunuz?

1. Evet
2. Hayır

12) Günde kaç öğün yersiniz?

- | | | | |
|----------|--------|--------|-------|
| Ana Öğün | 1. Bir | 2. İki | 3. Üç |
| Ara Öğün | 1. Bir | 2. İki | 3. Üç |

13) Öğün atlıyor musunuz?

1. Hayır
2. Evet

14) Öğün atlıyorsanız hangi öğünü atlıyorsunuz?

1. Sabah
2. Öğle
3. Akşam
4. Sabah-Öğle
5. Öğle-Akşam
6. Sabah-Akşam

15) Öğün aralarında besin tüketiyor musunuz ?

1. Evet
2. Hayır
3. Bazen

16) Öğün aralarında besin tüketiyorsanız ne yediğinizi işaretleyiniz. (Birden fazla işaretleyebilirsiniz.)

1. Çay-Kahve
2. Kek, bisküvi, v.b.
3. Sebze, meyve
4. Kuruyemiş (fındık, fıstık vb.)
5. Süt-Yoğurt-Ayran
6. Meşrubat, meyve suyu
7. Kola, gazoz, vb.
8. Diğer
.....

17) Yemek yeme sekiniz nasıldır?

1. Hızlı
2. Yavaş
3. Normal

18) Dışarda ne sıklıkla yemek yersiniz?

1. Her gün
2. Haftada 2-3 gün
3. 2 haftada bir
4. Ayda bir
5. Yılda 1-2 gün
6. Hiç

19) Dışarda en çok tercih ettiğiniz yemek çeşidi nedir?

1. Fast-food
2. Ev yemekleri
3. Simit/ poğaça
4. Izgara et
5. Kebap/ döner
6. Salata
7. Diğer

20) Yüksek kalorili içecekleri (kola ,fanta, hazır meyve suyu) vb. ne sıklıkla tüketirsiniz?

1. Her gün
2. Haftada 2-3 gün
3. 2 haftada bir
4. Ayda bir
5. Yılda 1-2 gün
6. Hiç

21) Kendinizi nasıl buluyorsunuz?

1. Zayıf 2. Normal 3. Hafif Şişman 4. Obez (şişman)

22) Mevcut kilonuzdan memnun musunuz?

1. Memnunum 2. Kararsızım 3. Memnun Değilim

23) Beslenmeyle ilgili bilgileri nereden takip edersiniz?

1. Kitaplar (Beslenme Üzerine Diyetisyenlerin Yazdığı Kaynaklar) 2. Popüler diyet kitapları
3. Televizyon, radyo 4. İnternet 5. Doktor/Diyetisyen 6. Diğer.....

24) Genellikle duygusal durumunuzun beslenmenizi etkilediğini düşünüyor musunuz?

1. Evet 2. Hayır

25) Psikolojik durumunuza göre (üzüntü/sevinç/stres) beslenme miktarınız değişiyor mu?

1. Değişmez 2. Daha az yerim 3. Daha fazla yerim 4. Diğer

26) Daha önce diyet yaptınız mı?

1. Evet 2. Hayır

27) Günlük hayatınızda ne kadar hareketlisiniz?

1. Hareketsiz 2. Biraz Hareketli 3. Hareketli 4. Çok Hareketli

28) Yeme Tutum Testi (EAT 40)

Aşağıda tabloda verilen tutum ve davranışların karşısındaki boşluklara size en uygun cevabı lütfen işaretleyiniz.

		Daima	Çok Sık	Sık sık	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
1.	Başkaları ile birlikte yemek yemekten hoşlanırım						
2.	Başkaları için yemek pişiririm, fakat pişirdiğim yemeği yemem.						
3.	Yemekten önce sıkıntılı olurum.						
4.	Şişmanlamaktan ödüm kopar.						
5.	Acıktığımda yemek yemeye çalışırım.						
6.	Aklım fikrim yemektir						
7.	Yemek yemeyi durduramadığım zamanlar olur.						
8.	Yiyeceğimi küçük küçük parçalara bölerim.						

9.	Yediğim yiyeceklerin kalorisini bilirim.						
10.	Ekmek, patates. pirinç gibi yüksek kalorili yiyeceklerden kaçınırım.						
11.	Yemeklerden sonra şişkinlik hissederim.						
12.	Ailem fazla yememi bekler.						
13.	Yemek yedikten sonra kusarım.						
14.	Yemek yedikten sonra aşırı suçluluk duyarım.						
15.	Tek düşüncem daha fazla zayıf olmaktır.						
16.	Aldığım kalorileri yakmak için yorulana kadar egzersiz yaparım.						
17.	Günde birkaç kere tartılırım.						
18.	Vücudumu saran dar elbiselerden hoşlanırım.						
19.	Et yemekten hoşlanırım.						
20.	Sabahları erken uyanırım.						
21.	Günlerce aynı yemeği yerim.						
22.	Egzersiz yaptığımda harcadığım kalorileri hesaplarım.						
23.	Adetlerim düzenlidir. (Sadece kızlar işaretleyecek)						
24.	Başkaları zayıf olduğumu düşünür.						
25.	Şişmanlayacağım (vücudumun yağ toplayacağı) düşüncesi zihnimi meşgul eder.						
26.	Yemeklerimi yemek başkalarınınkinden daha uzun sürer.						
27.	Lokantada yemek yemeyi severim.						
28.	Müşhil kullanırım.						
29.	Şekerli yiyeceklerden kaçınırım.						
30.	Diyet (perhiz) yemekleri yerim.						
31.	Yaşamımı yiyeceğin kontrol ettiğini düşünüyorum.						
32.	Yiyecekler konusunda kendimi denetleyebilirim.						
33.	Yemek konusunda başkalarının bana baskı yaptığını hissederim.						
34.	Yiyeceklerle ilgili düşünceler çok zamanımı alır.						
35.	Kabızlıktan yakınırım.						
36.	Tatlı yedikten sonra rahatsız olurum.						
37.	Perhiz yaparım.						

38.	Midemin boş olmasından hoşlanırım.						
39.	Şekerli, yağlı yiyecekleri denemekten hoşlanırım.						
40.	Yemeklerden sonra içimden kusmak gelir.						

