



**ELAZIĞ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ DİYET  
POLİKLİNİĞİNE ZAYIFLAMAK İÇİN BAŞVURAN  
BİREYLERDE SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ...**

**Ash Ayça ÖZYAZGAN**

**HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**

**Tez Danışmanı  
Doç. Dr. Ali ÖZER**

**Yüksek Lisans Tezi - 2016**

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

**ELAZIĞ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ DİYET POLİKLİNİĞİNE  
ZAYIFLAMAK İÇİN BAŞVURAN BİREYLERDE SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ  
DAVRANIŞLARI, YEME DAVRANIŞ BOZUKLUKLARI  
VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

**Aslı Ayça ÖZYAZGAN**

**Halk Sağlığı Anabilim Dalı  
Yüksek Lisans Tezi**

**Tez Danışmanı  
Doç. Dr. Ali ÖZER**

**MALATYA  
2016**

## KABUL VE ONAY SAYFASI

İnönü Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı çerçevesinde yürütülmüş olan; **Aslı Ayça ÖZYAZGAN**'ın " **Elazığ Eğitim ve Araştırma Hastanesi Diyet Polikliniğine Zayıflamak İçin Başvuran Bireylerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Yeme Davranış Bozuklukları ve Etkileyen Faktörler** " konulu bu çalışması, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 06/04/2016

Prof. Dr. Metin Fikret GENÇ  
İnönü Üniversitesi  
Jüri Başkanı

Prof. Dr. Erkan PEHLIVAN  
İnönü Üniversitesi  
Üye

Prof. Dr. Gülsen GÜNEŞ  
İnönü Üniversitesi  
Üye

Doç. Dr. Ali ÖZER  
İnönü Üniversitesi  
Tez Danışmanı  
Üye

Yrd. Doç. Dr. Ahmet Tevfik OZAN  
Fırat Üniversitesi  
Üye

## ONAY

Bu tez, İnönü Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri üyeleri tarafından kabul edilmiş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun ...../...../2016 tarih ve 2016/..... sayılı Kararıyla da uygun görülmüştür.

Prof. Dr. Yusuf TÜRKÖZ  
Enstitü Müdürü

# İÇİNDEKİLER

ÖZET .....	vi
ABSTRACT.....	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ .....	viii
ŞEKİLLER DİZİNİ .....	ix
TABLOLAR DİZİNİ.....	x
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER .....	2
2.1. Beslenmenin Tanımı .....	2
2.2. Yeterli ve Dengeli Beslenme .....	3
2.3. Besin Öğeleri .....	3
2.3.1. Karbonhidratlar .....	4
2.3.2. Yağlar.....	4
2.3.3. Proteinler.....	5
2.3.4. Vitaminler .....	5
2.3.5. Mineraller.....	5
2.3.6. Su .....	5
2.4. Besin Grupları.....	6
2.4.1. Süt Grubu.....	7
2.4.2. Et - Yumurta - Kuru Baklagil Grubu .....	7
2.4.3. Sebze ve Meyve Grubu.....	7
2.4.4. Ekmek ve Tahıl Grubu.....	8
2.5. Beslenmeye Bağlı Görülen Sağlık Sorunları .....	8
2.6. Günümüzde Önemli Bir Sağlık Sorunu: Obezite .....	9
2.6.1. Obezitenin Tanımı ve Sınıflandırılması.....	9
2.6.2. Obezitenin Nedenleri .....	10
2.6.3. Obezitenin Yol Açtığı Sağlık Sorunları .....	11
2.6.4. Dünyada ve Türkiye'de Obezite.....	12
2.6.5. Obezitenin Tedavisi .....	13
2.7. Sağlıklı Yaşam Biçimi .....	17
2.8. Yeme Bozuklukları .....	18
2.8.1. Yeme Bozukluğuna Neden Olan Faktörler.....	18

2.8.2. Obezite İle İlişkili Yeme Bozuklukları.....	19
3. MATERYAL VE METOT .....	22
4. BULGULAR.....	26
5. TARTIŞMA.....	51
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	66
KAYNAKLAR .....	69
EKLER.....	85
Ek-1. Özgeçmiş.....	86
Ek-2. Etik Kurul Onayı.....	87
Ek-3. Çalışma İzni .....	90
Ek-4. Anket.....	91



Bu araştırmanın her adımında desteğini ve yardımını esirgemeyen danışmanım Doç. Dr. Ali ÖZER'e, yüksek lisans öğrenimimde emeği geçen hocalarıma, asistan arkadaşlarıma, enstitü çalışanlarına, hayatımdaki en büyük sevgi ve destek kaynaklarım anneme ve babama, ellerinden gelen yardımı yapan ve her zaman yanımda olan canım kardeşlerime, lisans üstü eğitimimde ve tez çalışmamda destekleyici olan ve tüm kolaylıkları gösteren Elazığ Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan değerli iş arkadaşlarıma ve hastane yönetimine, çalışmamda küçük veya büyük katkısı olan herkese teşekkür ederim.

**Aslı Ayça ÖZYAZGAN**

**NİSAN - 2016**

## ÖZET

### Elazığ Eğitim ve Araştırma Hastanesi Diyet Polikliniğine Zayıflamak İçin Başvuran Bireylerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Yeme Davranış Bozuklukları ve Etkileyen Faktörler

**Amaç:** Elazığ Eğitim ve Araştırma Hastanesi diyet polikliniğine zayıflamak için başvuran bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları, yeme davranış bozukluklarını ve etkileyen faktörleri araştırmaktır.

**Materyal ve Metot:** Elazığ Eğitim ve Araştırma Hastanesi diyet polikliniğine zayıflamak için başvuran 200 kadın, 46 erkek, 246 birey üzerinde yapılmıştır. Sosyodemografik özellikler, 'Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği' ve 'Yeme Tutumu Testi' ölçeklerini içeren anket, bireyler ile yüzyüze görüşülerek yapılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS-17 programı kullanılarak Kolmogorov-Smirnov testine göre normal dağılıma uymayan verilerde Mann-Whitney U Testi, Kruskal-Wallis Varyans Analizi, Ki-Kare Testi, normal dağılıma uyan verilerde Student t-testi, One-way ANOVA Testi kullanılmıştır.

**Bulgular:** Araştırmaya katılan bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği puan ortalaması  $115,8 \pm 16,6$  bulundu. Beden kütle indeksi, öğrenim düzeyi, anne öğrenim düzeyi, daha önce diyet yapmış olma ve diyet yapıyor olma sağlığı geliştirici davranışlarını etkilemektedir. Bireylerde olası yeme davranış bozukluğu sıklığı %6,9'dur. Yaş, anne öğrenim düzeyi ve diyet yapma bireylerde yeme davranışlarını etkilemektedir. Cinsiyet, medeni durum, baba öğrenim düzeyi ile sağlığı geliştirici davranışlar ve yeme davranışları arasında ilişki yoktur.

**Sonuç:** Çalışmaya katılan bireylerin %65,4'ü obezdir. Bireylerde beden kütle indeksi arttıkça, sağlığı geliştirici davranışları daha az sergiledikleri görüldü. Zayıflamak isteyen bireylerin sağlığı geliştirme ile ilgili yetersiz kaldıkları konularda bilgilendirilmeleri ve uygulayabilmeleri için programların oluşturulması ve uygulanması önerilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Diyet, obezite, yeme davranış bozukluğu.

## ABSTRACT

### **The Factors Effecting Healty Lifestyle Behaviors, Eating Behavior Disorders In The Person Who Applied To Diet Polyclinic In Order To Loss Weight In Elazig Training And Research Hospital**

**Aim:** Examining the healthy life style behaviors, eating behavior disorders and the related factors of the individuals who applied to the Diet Polyclinic of Elazig Training and Research Hospital for the purpose of losing weight.

**Material and Method:** The Study was conducted on 200 women, 46 men, and 246 people in total. The individuals applied to Diet Polyclinic of Elazig Training and Research Hospital for the purpose of losing weight. The questionnaire that included the socio-demographic characteristics of the individuals, the “Healthy Lifestyle Behaviors Scale”, and the “Eating Attitude Test” were applied with the face-to-face interview technique. The SPSS-17 Program was used for the assessment of the data. According to the Kolmogorov-Smirnov test, the Mann-Whitney U Test, Kruskal-Wallis Variance Analysis, and Chi-Square Test were used for the data that did not fit normal distribution; and the Student t-test and One-way ANOVA Tests were used for the data that fit the normal distribution.

**Results:** The healthy lifestyle behavior scale point average of the individuals who participated in the study was found as  $115.8 \pm 16.6$ . It was determined that the body mass index, education level, mother’s education level, having tried diet before, and having a dietary program at the time of the study influenced the behaviors that develop health. Possible eating behavior disorder in the individuals was 6.9%. Age, mother’s educational level, and having a dietary program influenced the eating behaviors of the individuals. No relations were found between the gender, marital status, father’s educational level, the behaviors that develop health, and eating behaviors.

**Conclusion:** 65.4% of the individuals who participated in the study were obese people. It was observed that as the body mass index increased in the individuals, they showed the behaviors that develop health at a less rate. It is recommended that the individuals that want to lose weight must be informed about the issues that lack adequate information, and relevant programs must be organized and applied for them.

**Key Words:** Diet, obesity, eating behavior disorder.



## SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

<b>BKİ</b>	: Beden Kütle İndeksi
<b>BKO</b>	: Bel/Kalça Oranı
<b>DÖ</b>	: Dünya Sağlık Örgütü
<b>GYB</b>	: Gece Yeme Bozukluğu
<b>NHANES</b>	: Nutritional Health and Nutrition Examination Survey
<b>OSAS</b>	: Obstrüktif Uyku Apnesi Sendromu
<b>SYBDÖ</b>	: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği
<b>TBAA</b>	: Türkiye Beden Algısı Araştırması
<b>TBSA</b>	: Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması
<b>TEKHARF</b>	: Türk Erişkinlerde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri
<b>TSA</b>	: Türkiye Sağlık Araştırması
<b>TURDEP</b>	: Türkiye Diyabet Prevelans Çalışması
<b>TYB</b>	: Tıkanırmasına Yeme Bozukluğu
<b>YB</b>	: Yeme Bozukluğu
<b>YTT</b>	: Yeme Tutumu Testi

## ŞEKİLLER DİZİNİ

<u>Sekil No</u>	<u>Sayfa No</u>
ŞEKİL 2.1. MASLOW'UN İHTİYAÇLAR HİYERARŞİSİ .....	2
ŞEKİL 2.2. DÖRT YAPRAKLI YONCA .....	6
ŞEKİL 2.3. OBEZİTE TEDAVİSİNDE KOMBİNE TEDAVİ YAKLAŞIMI.....	16



## TABLolar DİZİNİ

<b>Tablo No</b>	<b>Sayfa No</b>
<b>TABLO 2.1.</b> OBEZİTENİN SINIFLANDIRILMASI.....	10
<b>TABLO 3.1.</b> SYBDÖ'DEKİ ALT GRUPLARIN ÖLÇEKTEKİ MADDE NUMARALARI .....	23
<b>TABLO 4.1.</b> ARAŞTIRMAYA KATILAN BİREYLERİN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ.....	26
<b>TABLO 4.2.</b> ARAŞTIRMAYA KATILAN BİREYLERİN VÜCUT ALGISI VE MEVCUT AĞIRLIKLARINDAN MEMNUNİYETLERİNİN DAĞILIMI.....	27
<b>TABLO 4.3.</b> ÇALIŞMAYA KATILAN BİREYLERİN HAREKET DURUMU VE DİYET UYGULAMALARININ DAĞILIMI.....	28
<b>TABLO 4.4.</b> ÇALIŞMA GRUBUNDA HASTALIK TANISI ALANLARIN VE SORGULANAN HASTALIKLARIN DAĞILIMI .....	29
<b>TABLO 4.5.</b> ARAŞTIRMAYA KATILAN BİREYLERİN YAŞ VE ANTROPOMETRİK ÖLÇÜMLERİNİN ORTANCA VE MİNİMUM-MAKSİMUM DEĞERLERİ.....	29
<b>TABLO 4.6.</b> ÇALIŞMAYA KATILAN BİREYLERİN CİNSİYETE GÖRE BEL ÇEVRESİ VE BKO KARŞILAŞTIRILMASI.....	30
<b>TABLO 4.7.</b> ARAŞTIRMA GRUBUNU OLUŞTURAN BİREYLERİN CİNSİYETE GÖRE MEVCUT AĞIRLIKTAN MEMNUNİYET, DAHA ÖNCE DİYET YAPMA VE DİYET YAPIYOR OLMA DURUMLARININ KARŞILAŞTIRILMASI.....	31
<b>TABLO 4.8.</b> ÇALIŞMAYA KATILAN BİREYLERİN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE GÖRE OBEZİTE DURUMUNUN KARŞILAŞTIRILMASI.....	32
<b>TABLO 4.9.</b> ARAŞTIRMAYA KATILAN BİREYLERİN VÜCUT ALGISI, VÜCUT AĞIRLIĞINDAN MEMNUNİYET VE DİYET UYGULAMALARINA GÖRE BKİ DEĞERLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI.....	34

<b>TABLO 4.10.</b> ÇALIŞMAYA KATILAN BİREYLERİN YAŞ VE ÖĞRENİM DÜZEYİNE GÖRE BEL ÇEVRESİNİN KARŞILAŞTIRILMASI .....	35
<b>TABLO 4.11.</b> ARAŞTIRMAYA KATILAN BİREYLERİN SYBDÖ VE ALT ÖLÇEKLERİ PUAN TABLOSU .....	36
<b>TABLO 4.12.</b> ÇALIŞMAYA KATILAN BİREYLERİN YAŞA GÖRE SYBDÖ VE ALT GRUPLARININ PUANLARI .....	37
<b>TABLO 4.13.</b> ÇALIŞMAYA KATILAN BİREYLERİN CİNSİYETE GÖRE SYBDÖ VE ALT GRUPLARININ PUANLARI.....	38
<b>TABLO 4.14.</b> ARAŞTIRMAYA KATILAN BİREYLERİN BKİ'YE GÖRE SYBDÖ VE ALT GRUPLARININ PUANLARI.....	39
<b>TABLO 4.15.</b> ÇALIŞMAYA KATILAN BİREYLERİN MEDENİ DURUMA GÖRE SYBDÖ VE ALT GRUPLARININ PUANLARI .....	40
<b>TABLO 4.16.</b> ARAŞTIRMAYA KATILAN BİREYLERİN ÖĞRENİM DÜZEYİNE GÖRE SYBDÖ VE ALT GRUPLARININ PUANLARI.....	41
<b>TABLO 4.17.</b> ÇALIŞMAYA KATILAN BİREYLERİN ANNE ÖĞRENİM DÜZEYİNE GÖRE SYBDÖ VE ALT GRUPLARININ PUANLARININ DAĞILIMLARI .....	42
<b>TABLO 4.18.</b> ARAŞTIRMAYA KATILAN BİREYLERİN BABA ÖĞRENİM DÜZEYİNE GÖRE SYBDÖ VE ALT GRUPLARININ PUANLARI .	43
<b>TABLO 4.19.</b> ÇALIŞMAYA KATILAN BİREYLERİN EKONOMİK DURUMA GÖRE SYBDÖ VE ALT GRUPLARININ PUANLARI.....	44
<b>TABLO 4.20.</b> ARAŞTIRMAYA KATILAN BİREYLERİN VÜCUT AĞIRLIĞINDAN MEMNUNİYETE GÖRE SYBDÖ VE ALT GRUPLARININ PUANLARI .....	45
<b>TABLO 4.21.</b> ÇALIŞMAYA KATILAN BİREYLERİN DAHA ÖNCE DİYET YAPMA DURUMUNA GÖRE SYBDÖ VE ALT GRUPLARININ PUANLARI .....	46
<b>TABLO 4.22.</b> ARAŞTIRMAYA KATILAN BİREYLERİN ŞU ANDA DİYET YAPIYOR OLMA DURUMUNA GÖRE SYBDÖ VE ALT GRUPLARININ PUANLARI .....	47
<b>TABLO 4.23.</b> ÇALIŞMAYA KATILAN BİREYLERİN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE GÖRE YEME TUTUMUNUN KARŞILAŞTIRILMASI.....	48

<b>TABLO 4.24.</b> VÜCUT AĞIRLIĞINDAN MEMNUNİYET, DAHA ÖNCE DİYET YAPMA, DİYET YAPIYOR OLMA VE GÜNLÜK YAŞAMDA HAREKETLİLİĞİNE GÖRE YEME TUTUMUNUN KARŞILAŞTIRILMASI.....	50
--	----



# 1. GİRİŞ

Yapılan araştırmalar günümüzde özellikle gelişmiş ülkelerde hızla artan obezite görülme sıklığı halk sağlığı açısından da dikkatleri üzerine çekmiş olup, obezite artık bir hastalık olarak değerlendirilmektedir. Obezite ile birlikte obezite ile ilintili hastalıkların görülme sıklığının ve bunlara bağlı mortalitedeki artışlar nedeniyle obezite, günümüzün en önemli halk sağlığı sorunlarından birini teşkil etmektedir.

Sanayileşme ile birlikte gelişmiş ülkeler sınıfındaki toplumların yaşam tarzının ve beslenme şekillerinin değişmesi, evre şartlarının bu değişiminin genetik özelliklerle uyuşmamasının da etkisiyle obezite, geniş kitleler üzerinde ilerleme gösterdiği dşnlmektedir (1). Obezitenin artışına birçok etmen neden olmakla birlikte, başta Dünya Sağlık rgt (DSÖ) olmak üzere birçok kuruluş obezitenin önlenmesi ve tedavisinde doğru beslenme alışkanlıkları kazandırmayı ve fiziksel aktiviteyi teşvik edici, hareketli yaşamı temel alan yaşam tarzı değişikliği sağlayacak toplumsal ve bireysel boyutta programlar hazırlamayı ve uygulamayı önermektedir (2).

Her hastalıkta olduğu gibi obezitenin kontrolünde de hastalıktan korunma öncelik taşımaktadır. Obezitenin tedavisinin uzun, zor ve pahalı olması nedeniyle Türkiye gibi yüksek prevelanslı ülkelerde koruyucu çalışmalar daha çok önem kazanmaktadır. Toplumun eğitimi ile birlikte ülkenin beslenme durumu, sosyoekonomik ve kültürel durumu göz önüne alınarak uygun politikaların oluşturulması ve uygulanması gerekir. Toplumun da katılımı sağlanarak bireylerin ve toplumun sağlığının korunması ve geliştirilmesinde bireylere de sorumluluk yükleyerek kalıcı çözümler sağlanmalıdır (3).

Bunun yanında obezite psikosomatik bir hastalık olup, tedavisinin yalnızca fizyolojik değil psikolojik ve sosyal yönleriyle de ele alınıp çok boyutlu tedaviye yönelik çalışmaların yapılması tedavinin başarısını artıracaktır (4).

Bu çalışmanın amacı Elazığ Eğitim ve Araştırma Hastanesi diyet polikliniğine zayıflamak için başvuran bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları, yeme davranış bozuklukları ve etkileyen faktörlerin araştırılmasıdır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Beslenmenin Tanımı

Beslenme, canlıların yaşamlarını devam ettirebilmeleri için gereken en temel fizyolojik ihtiyaçlardan biridir. Fizyolojik olarak yaşamı devam ettirmenin yanında enerji sağlamak, sağlıklı ve kaliteli bir yaşam sürdürebilmek için beslenme çok önemlidir.



**Şekil 2.1.** Maslow'un İhtiyaçlar Hiyerarşisi

Maslow'un İhtiyaçlar Hiyerarşisi'ne (Şekil 2.1) göre en temel ihtiyaçlar basamağında yer alan fizyolojik ihtiyaçlar (başlıcaları yemek yeme ve su içme ihtiyacı) karşılanmadığında, canlı için güvenlik ihtiyacı, sosyal ve psikolojik ihtiyaçların önemi kalmaz. Bu sebeple toplumda insanların sadece yaşamını devam ettirebilmek değil; sağlıklı olması, çalışma hayatında verimli olması, diğer insanlarla sağlıklı ilişkiler kurmasının da temelinde beslenme yatmaktadır.

## **2.2. Yeterli ve Dengeli Beslenme**

Yaşamın temeli olan beslenme yalnızca karın doyurup vücuda gereken enerjiyi sağlamayı değil, tüketilen besinlerin besin öğeleri bakımından da vücudun ihtiyacını karşılayacak ölçüde olmayı gerektirir. Yaşamı sürdürebilmek, hastalıklardan korunmak, var olan hastalığın etkin tedavisini sağlamak ve tedavi süresini kısaltmak, sağlıklı ve kaliteli bir yaşam sürdürmek için beslenmenin yeterli ve dengeli olması gerekir (5).

Yeterli ve dengeli beslenmenin sağlanabilmesi için öncelikle kişinin fizyolojik durumu (yaş, cinsiyet, fiziksel aktivite düzeyi) ve özel durumları (hastalık vb.) göz önüne alınarak yeterli enerji sağlanmalıdır. Vücut için gerekli besin öğelerinin yeteri kadar alınması ve besinlerle alınan besin öğelerinin etkin biçimde vücutta kullanılabilmesi için de besinlerin uygun şartlarda hazırlanması, pişirilmesi ve tüketilmesi gerekir (5, 6).

## **2.3. Besin Öğeleri**

Günlük hayatta açlığı gidermek ve haz almak için beslenmenin yanında, tüketilen besinlerin kişinin ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde yeterli ve dengeli beslenmek sağlık açısından önem taşımaktadır.

Vücuda alınan besinler sindirim kanallarından geçerek sindirime uğrar ve yapı taşlarına yani besin öğelerine ayrılır. Sindirilen besinler emilerek kana verilir ve dolaşım yoluyla da besin öğeleri organlara taşınır (7, 8).

Yiyeceklerle alınan 50'den fazla besin öğesinin her birinin ayrı işlevi ve gerekliliği vardır. Her yiyeckte aynı miktarda ve aynı türde besin öğesi bulunmaz. Vücudumuz da her besin öğesine aynı miktarda ihtiyaç duymaz. Bu yüzden tek çeşit besinle beslenme ve besin öğelerinden birinin veya birkaçının eksik veya fazla alınması vücut çalışmasında aksamalara, fizyolojik, patolojik bozukluklara neden olur (7).

Besin öğeleri kimyasal yapılarına ve vücuttaki işlevlerine göre temel olarak 6 grupta toplanmaktadır:

1. Karbonhidratlar
2. Yağlar



3. Proteinler
4. Vitaminler
5. Mineraller
6. Su

Makro besin ögeleri olan karbonhidratlar, yağlar ve proteinler vücuda enerji sağlar ve günlük tüketilen miktarları diğer besin ögelerine göre daha fazladır. Mikro besin ögeleri olan vitaminler ve minerallerin vücutta günlük tüketilen miktarları daha azdır. Metabolik olayları düzenleyici olarak görev yaparlar (8).

### **2.3.1. Karbonhidratlar**

Besinlerde en çok bulunan ve vücudun ihtiyacı olan enerjinin büyük bir kısmını sağlayan besin ögesidir (9). Vücudun ihtiyacı olan enerjinin büyük bir kısmı karbonhidratlardan sağlanır. Sağlıklı yetişkin bireyler günlük enerji ihtiyacının %55-60'ını karbonhidratlardan sağlar. Bitkilerde fotosentez ile üretilip, yiyeceklerle vücuda aldığımız karbonhidratlar sindirilip emildikten sonra proteinlerle yapı taşı (glikoprotein) olarak vücutta görev yapar. Vücutta çoğunlukla karaciğerde olmak üzere kaslarda ve diğer organlarda glikojen olarak depolanır (7).

### **2.3.2. Yağlar**

Vücuda birim miktarında en çok enerji veren besin ögesidir. Sağlıklı yetişkin bireyler günlük enerji ihtiyacının %25-30'unu yağlardan karşılar. Besinlerle vücuda yağ alımının yanında, vücuda gereksinimden fazla alınan karbonhidratlar ve proteinler karaciğerde yağa dönüştürülerek vücutta depolanır. Bir anlamda vücut yağı, vücudun enerji deposudur. Yağlar, proteinlerle birlikte yapı taşı (glikolipid) olarak vücutta görev yapar (7). Temel yağ asitleri (linoleik ve araşidonik asit) yağda eriyen vitaminleri (A, D, E, K) taşıyarak bu vitaminlerin vücutta kullanımını sağlar. İştah açıcı ve sindirimi düzenleyicidirler (9).

### **2.3.3. Proteinler**

Vücuttaki temel görevi hücrelerin, enzimlerin ve hormonların yapısına katılarak yapı taşı olan proteinler, vücut için elzem olup yiyeceklerle vücuda alınır (9). Sindirim sisteminde aminoasitlere parçalanarak vücutta kullanılır. Proteinler tek başına veya karbonhidratlar ve yağlar ile bileşik yaparak hücre ve doku yapısına katılır. Ayrıca hormonların ve enzimlerin de yapısına katılarak düzenleyici rol oynar. Enerji kaynağı olarak da kullanılır. Enerji için kullanılmak üzere vücutta protein depolanmaz. Sağlıklı yetişkin bireyler günlük enerji ihtiyacının %10-15'ini proteinlerden sağlar (7).

### **2.3.4. Vitaminler**

Vücutta az miktarda bulunan ve vücut için günlük gereksinmesi az olan vitaminler, enzimlerle birlikte pek çok biyokimyasal olayda düzenleyici rol oynar. Enerji yapımında, büyüme ve gelişmede, bağışıklık sisteminde, sinir sisteminde, göz, kemik, cilt, üreme sağlığında etkilidirler. Bir kısım vitaminler vücutta depo edilebilirken, bir kısım vitaminler de depo edilemeyip fazla alınan miktar vücuttan atılmaktadır. Vitaminler ısı, ışık, asidite ve alkalite ile değişikliğe uğrayabildiğinden besin ögesi kaybı olmaması için besinlerin hazırlama ve pişirme yöntemleri önem kazanmaktadır (10).

### **2.3.5. Mineraller**

Vücutta yapı taşı olarak ve biyokimyasal olaylarda düzenleyici rol oynar. Hücre ve dokuların yapısına katılma, büyüme ve gelişme, kanın asitliğini ve kan basıncını düzenleme gibi önemli görevleri vardır. Mineraller ısı, ışık, asitlik gibi durumlarda değişikliğe uğramazlar (10).

### **2.3.6. Su**

Vücutun yarısından fazlasını oluşturur. Yetişkin bir insanın vücudunun yaklaşık %59'u sudan oluşur. Vücuttaki metabolik olaylar suyun oluşturduğu çözelti içerisinde meydana gelir. Dokularda yapı maddesi olarak görev alır. Besin öğelerinin ve

metabolizma atıklarının taşınmasını sağlar. Vücut ısısını düzenler. Kayganlık sağlayarak organları sürtünme ve aşınmadan korur. Vücuda gelecek darbelere karşı koruyucu görev yapar. Su ve içeceklerin dışında besinlerle ve metabolik olaylarla vücuda su sağlanır. Günlük su ihtiyacı yetişkin bireylerde ortalama 2,5 litredir (7, 9).

#### 2.4. Besin Grupları



Şekil 2.2. Dört Yapraklı Yonca

Yiyeceklerin içerdikleri besin öğelerinin türleri ve miktarları farklılıklar gösterir. Besin öğelerinin hepsi yeterli miktarda içeren bir besin olmadığı için besin tüketiminde çeşitlilik sağlamak önemlidir. Ancak bu çeşitliliği sağlarken vücudun yeterli ve dengeli beslenmesini sağlayacak miktarda ve çeşitte besin tüketilmelidir. Bunun en iyi şekilde sağlanabilmesi için ülkemizde halkın beslenme durumu, beslenme alışkanlıkları, ülkemizdeki besin üretimi de göz önünde bulundurularak günlük tüketilecek yiyeceklerle yeterli ve dengeli beslenmeyi sağlayacak besin grupları ‘dört yapraklı yonca’ (şekil 2.2) geliştirilmiştir (11).

#### **2.4.1. Süt Grubu**

Süt grubunda yer alan süt ve süttten yapılan besinler protein, kalsiyum, fosfor, riboflavin ve B12 vitamininin başlıca kaynağıdır. Doymuş yağ, kolesterol ve A vitamini içeriği yüksektir (11, 12).

Kaynağı olduğu besin öğeleri dolayısı ile hücre çalışmasında, kemik ve diş sağlığında önemli bir yere sahiptir (13).

#### **2.4.2. Et-Yumurta-Kuru Baklagil Grubu**

Et, tavuk, balık, yumurta, kurubaklagiller ve yağlı tohumlar bu besin grubuna dahildir. İyi kalite protein içeren et ve et ürünlerinin protein, doymuş yağ, kolesterol, B12 vitamini demir, çinko içeriği yüksektir. En yüksek kalitede protein içeren yumurta beslenmede önemli bir yere sahiptir. Doymamış yağ asitleri, kolesterol, demir, A vitamini ve B grubu vitaminleri yüksek miktarda içeren yumurtadaki bu besin öğeleri daha çok yumurtanın sarısında toplanmıştır (11, 12).

Bitkisel kaynaklı protein içeriği zengin olan kurubaklagiller, orta kalitede protein içerir. Yüksek miktarda kalsiyum, çinko, magnezyum ve demir içerir. Posadan da zengindir. Bu gruba dahil olan yağlı tohumlar yüksek oranda yağ, protein, B grubu vitaminler ve mineraller içerir (11).

Kaynağı olduğu besin öğeleri dolayısı ile hücre yenilenmesinde, doku onarımında, kan yapımında ve hastalıklara karşı direnç kazanılmasında önemli bir yere sahiptir (13).

#### **2.4.3. Sebze ve Meyve Grubu**

Büyük oranda su içeren sebze ve meyveler vitamin ve mineral içeriği zengindir. C, E, B2 vitaminleri, beta-karoten, folik asit, kalsiyum, magnezyum, demir ve posa içeriği yüksektir. Sebze ve meyvelerin hazırlama, pişirme ve saklamada vitamin ve mineral kaybı olmaması için dikkat edilmelidir (11).

Kaynağı olduğu besin öğeleri dolayısı ile büyüme ve gelişmede, hücre yenilenmesinde, doku onarımında, kan yapımında, hastalıklara karşı direnç oluşturmada, barsak çalışmasının düzenlenmesinde, deri, göz, diş ve diş eti sağlığında önemli bir yere sahiptir (13).

#### **2.4.4. Ekmek ve Tahıl Grubu**

Ekmek, tahıllar ve tahıl ürünleri önemli miktarda karbonhidrat içerir. Günlük beslenmenin karbonhidrat gereksiniminin büyük çoğunluğunu da bu gruptaki besinlerden karşılanır. Tiaminden zengindir. Kabuğu ve özünün ayrılmadığı tahıl ürünlerinin E vitamini, ve posa içeriği yüksektir (11, 12).

#### **2.5. Beslenmeye Bağlı Görülen Sağlık Sorunları**

Yetersiz ve dengesiz beslenme, besleyici olmayan yiyeceklerin çok miktarda tüketilmesi, toksik maddeler içeren yiyeceklerin çok miktarda ve/veya uzun süreli alımı, uzun süre aç kalma sağlığı bozucu etkiler yaratır (5).

Toplumda beslenme yetersizliği ve buna bağlı sorunların oluşmasında sosyoekonomik ve kültürel faktörler, eğitim, çevre ve sağlık koşulları, besinlerin üretiminde, dağıtımında ve teknolojisinde yetersizlikler ve düzensizlikler başlıca rol oynamaktadır (7).

Yeterli ve dengeli beslenme sağlanamazsa toplumda sıklıkla ortaya çıkan sağlık sorunları:

- Vitamin ve mineral yetersizlikleri
- Protein enerji malnutrisyonu
- Zayıflık-şışmanlık
- Beslenme ile ilişkili kronik hastalıklar

olarak dört temel başlık altında incelenir (5).

## 2.6. Günümüzde Önemli Bir Sağlık Sorunu: Obezite

Bulaşıcı olmayan hastalıklar dünyada diğer nedenlerden daha fazla ölüme yol açmaktadır. Bulaşıcı olmayan hastalıklardan ölümlerin 2020'ye kadar da yaklaşık olarak %15 artması beklenmektedir. Fazla kiloluluk ve obezite bulaşıcı olmayan hastalıklar için önemli ve önlenbilir bir risk faktörüdür. Dünya genelinde her yıl 2,8 milyon insan fazla kiloluluk ve obeziteden dolayı ölmektedir (14). 1980'den 2014'e obezite prevalansı iki katından fazla artış göstermiştir (15). Sağlığı tehdit eden obezitede ve obeziteye bağlı ortaya çıkan hastalıklarda artış görülmesi ile obezitenin tedavisi ve önlenmesi önem kazanmıştır.

### 2.6.1. Obezitenin Tanımı ve Sınıflandırılması

DSÖ'nün tanımına göre obezite, sağlığı tehdit edecek düzeyde vücutta anormal veya aşırı yağ birikmesidir.

Vücuttaki fazla yağlanmanın yerleşim yerine göre 4 şekilde sınıflandırılır (16):

1. Tip I: Vücut yağının tüm vücuda benzer oranlarda dağılmış olmasıdır.
2. Tip II (android tip): Vücut yağlanmasının turuncus ve abdomende yoğunlaşmasıdır.
3. Tip III: Abdominal bölgede yoğunlaşan deri altı yağlanmadır.
4. Tip IV (jinoid tip): Uyluk ve kalça bölgesinde yağlanmanın fazla olmasıdır.

Vücuttaki yağ hücresinin sayısı veya büyüklüğüne göre obezite, 2 sınıfta incelenir:

1. Hipertrofik Obezite: Normal sayıda ancak büyük hacimli adipositlerin varlığı ile karakterizedir. Orta yaşlardaki yetişkinlerde hafif ve orta dereceli obezitenin gelişimi genellikle hipertroftiktir. Yetişkinlerdeki olgun adipositler, vücuda alınan enerjiyi hücre bölünmesinde çok fazla kullanmaz. Fazla enerjiyi bünyesine alarak, adipositlerde büyüme meydana gelir. Hipertrofik tipte obez olan birey zayıflayınca, adipositler normal boyutlarına döner (17).
2. Hiperplastik Obezite: Normal büyüklükte ancak yüksek sayıda adipositlerin varlığı ile karakterizedir. Genellikle orta ve morbid obezitede ve sıklıkla da

jinoid tipte obezite ile birlikte görülmektedir. Hiperplastik tipte obez olan birey zayıflayınca, adipositlerin hacmi küçülür ancak sayıları değişmez (17).

**Tablo 2.1.** Obezitenin sınıflandırılması

Sınıf	BKİ (kg/m <sup>2</sup> )	
	Temel Kesim Noktaları	Geliştirilmiş Kesim Noktaları
<b>Zayıf</b>	< 18,50	< 18,50
Aşırı zayıflık	< 16,00	< 16,00
Orta seviyede zayıflık	16,00 – 16,99	16,00 – 16,99
Hafif zayıflık	17,00 – 18,49	17,00 – 18,49
<b>Normal</b>	18,50 – 24,99	18,50 – 22,99 23,00 – 24,99
<b>Fazla Kilolu</b>	≥ 25,00	≥ 25,00
Preobez	25,00 – 29,99	25,00 – 27,49 27,50 – 29,99
<b>Obez</b>	≥ 30,00	≥ 30,00
1.derece obez	30,00 – 34,99	30,00 – 32,49 32,50 – 34,99
2.derece obez	35,00 – 39,99	35,00 – 37,49 37,50 – 39,99
3.derece obez	≥ 40,00	≥ 40,00

DSÖ'nün vücut ağırlığının boy uzunluğunun karesine bölünmesi ile tanımlanan beden kütle indeksi (BKİ) sınıflamasına (Tablo 2.1) göre, yetişkin bireylerde BKİ'nin 18,50'nin altında olması zayıf, 18,50 ile 24,99 arasında olması normal kilolu, 25,00'in üzerinde olması fazla kilolu, 30,00'in üzerinde olması da obez olarak tanımlanır (15).

### 2.6.2. Obezitenin Nedenleri

Obeziteye sebep olan davranışsal, çevresel ve genetik nedenler birbirleriyle de ilişkili olup, budan dolayı obezite multifaktöriyel nedenli bir hastalıktır (18, 19).

Yapılan araştırmalar fazla kilolu ve obez bireylerde sağlıksız beslenme alışkanlıklarının daha fazla olduğunu ve günlük hayatta daha sedanter olduğunu göstermiştir. Bireysel ve davranışsal olan bu sebepler obezitenin temel ve değiştirilebilir sebepleri olduğundan obezitenin önlenmesinde ve tedavisinde önemli bir yer teşkil etmektedir. Öğün atlama, fazla yağlı yeme, öğün aralarında yüksek karbonhidratlı ve yağlı yiyecekler tüketme ve vücuda alınan fazla enerjinin kullanılmaması vücutta yağ depolanmasına yol açmaktadır. Psikolojik durum, ilaç kullanımı, sağlık durumu, sigara ve alkol kullanımı da obeziteye neden olan bireysel faktörlerdir (2, 19).

Sosyoekonomik durum, eğitim düzeyi, ailedeki kişi sayısı, sosyokültürel etmenler ve yaşanılan çevredeki olumsuz koşullar da obeziteye neden olan çevresel faktörlerdir (18, 19).

Vücut ağırlığı ve vücut kompozisyonundaki farklılıklar üzerinde genlerin de etkisi vardır. Biyolojik olarak genler obeziteye neden olduğu gibi genlerde meydana gelen mutasyonların da obeziteye yol açtığı düşünölmektedir (18, 20).

Bebeklik ve çocukluktaki beslenme şekli de yetişkinlik dönemindeki fazla kiloluluk ve obeziteyi etkilemektedir. Anne sütü ile besleme, tamamlayıcı besinlere geçiş zamanı, besin türleri ve miktarları da obezite üzerinde etkilidir (19).

Çocukluk çağında obezite varlığı, yetişkinlik dönemindeki obeziteye yol açmaktadır. Çocukken fazla kilolu olanların %60'ından fazlasının yetişkinlikte de fazla kilolu olduğu gözlenmiştir. Maternal obezite, çocuklukta fazla kiloluluk için önemli bir risk faktörüdür (21).

### **2.6.3. Obezitenin Yol Açtığı Sağlık Sorunları**

Toplumda fazla kiloluluk ve obezitenin artışı ile mortalite ve morbidite de artmaktadır. Bu artışa, fazla kiloluluk ve obezite ile birlikte yol açtıkları sağlık sorunları sebep olmaktadır (22).

Vücutta yağ dokusunun artışı temelde iki sebeple sağlık sorunlarına yol açmaktadır (23) :



1. Obezitenin gelişimi ile vücutta yağ dokusunda artış olmasıyla birlikte sağlık sorunları gelişmektedir. Fazla kilolu ve obez olan bireyler sosyal ve psikolojik sorunlarla karşı karşıya kalmaktadır. Obez bireylerde obeziteye bağlı gelişen obstrüktif uyku apnesi sendromu (OSAS) ve osteoartritler de sadece vücutta fazla yağ depolanmasına bağlı ortaya çıkmaktadır (23).
2. Yağ dokunun ve yağ hücrelerinin artması ve genişlemesi ile yağ dokularının salgıladığı patojenlerin de artması, sağlığı bozucu etkiler yaratmaktadır. Yağ hücrelerinin genişlemesi ve artışı insülin salınımında artışa neden olur. Bu artışın ilerlemesi ve devam etmesi özellikle insülin direnci ve tip2 diyabet gelişimine neden olur. Özellikle android tip şişmanlığın tip2 diyabet ile ilişkili olduğu bilinmektedir (23, 24). Kan basıncı ve dislipidemi üzerinde olumsuz etki gösteren obezite, kardiyovasküler hastalıklarda mortalite ve morbiditeyi artıran temel risk faktörlerinden biridir (25, 26). Obezitenin kolon, meme, endometrium ve böbrek kanserlerine yol açtığı bildirilmiştir. Özafagus, mide ve mesane kanserlerinin de obezite ile ilişkili olduğu düşünülmektedir (27).

#### **2.6.4. Dünyada ve Türkiye’de Obezite**

Dünya üzerinde fazla kiloluluk ve obezite sebebiyle her yıl 2,8 milyon kişi yaşamını yitirmektedir. 1980’den bu yana yetişkinlerde obezite prevalansı yaklaşık 2 kat artmıştır ve artmaya da devam etmektedir. Kadınlarda erkeklere göre fazla kiloluluk ve obezite görülme sıklığı daha fazladır. Ülkelerin gelişmişlik düzeyi arttıkça obezite prevalansı da artmaktadır (14).

1980 yılında yetişkin bireylerde erkeklerin %5’i, kadınların %8’i obez iken, 2014 yılında ise erkeklerin %11’i, kadınların %15’i obezdir. 2010 yılında yetişkin bireylerde %12 olan obezite prevalansı, 2014 yılında %13’ e çıkmış olup, erkeklerde %10’dan %11’e, kadınlarda %14’ten %15’e yükselmiştir (14, 28). DSÖ Avrupa bölgesinde tip2 diyabetin %80’ine, hipertansiyonun %55’ine, iskemik kalp hastalıklarının %35’ine neden olan fazla kiloluluk ve obezite; yılda 1 milyondan fazla ölüme yol açmaktadır (21).

Fazla kiloluluk prevalansı yetişkin bireylerde 2010 yılında %37'den %39'a çıkmış, bu durum erkeklerde %6'dan %39'a, kadınlarda %37'den %40'a yükselmiştir (29).

Çocuklarda da obezite önemli bir sağlık sorunu haline gelmiştir. Dünya'da 42 milyonun üzerinde fazla kilolu olan 5 yaş altı çocukların, 31 milyonu gelişmiş ülkelerde yaşamaktadır (30).

Türkiye'de de durum çok farklı değildir. Ulusal ve uluslararası çalışmalar Türkiye'de fazla kiloluluk ve obezite prevalansının arttığını göstermektedir.

DSÖ'nün verilerine göre Türkiye'de 2010'dan 2014'e obezite prevalansı %27'den %30'a, erkeklerde %20'den %23'e, kadınlarda %33'ten %36'ya yükselmiştir (31).

2010 yılında yapılan Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (TBSA-2010)'na göre 6-18 yaş çocuklarda obezite prevalansı %8, fazla kiloluluk prevalansı %14'tür. Kentte yaşayan çocuklarda obezite prevalansı daha fazla olup, erkek çocuklarda obezite daha sık görülmektedir. 18 yaş üstü yetişkin bireylerde obezite prevalansı %30,3, fazla kiloluluk prevalansı %34,6'tır. Erkeklerin %20,5'i, kadınların %41,0'ı obez; erkeklerin %39,1'i, kadınların %9,7'si fazla kiloludur (32).

Türkiye Diyabet Prevalans Çalışmaları TURDEP-I (1998) ve TURDEP-II (2010) çalışmalarına bakıldığında fazla kiloluluk ve obezitenin arttığı; obezitenin erkeklerde %107, kadınlarda %34 oranında artış olduğu görülmektedir (33).

Tüm bunlar dünya genelinde olduğu gibi Türkiye'de de fazla kiloluluk ve obezite görülme sıklığının yüksek olduğunu ve artmakta olduğunu göstermektedir. Obezitenin ve obeziteye bağlı meydana gelen sağlık sorunlarının kişiye ve topluma getirdiği maddi ve manevi zararlar da arttığından, önleyici ve tedavi edici yaklaşımlar önem kazanmaktadır.

#### **2.6.5. Obezitenin Tedavisi**

Tedavi süresi uzun ve tedavisi zorunlu kronik bir hastalık olan obezitede tedavilerin etkinlik gösterebilmesi için bireyin de etkin katılımı gerekmektedir. Birçok

nedene bağlı olarak gelişen obezitenin tedavisinde, kişinin özelliklerine uygun ağırlık hedeflemek ve doğru tedavi ile hedeflenen ağırlığa ulaşmak, şişmanlığa bağlı gelişen hastalıkların görülme sıklığını azaltmak, obeziteyle ilişkili mortalite ve morbiditeyi azaltmak, bireylerin yaşam kalitesini yükseltmek ve sağlıklı beslenme alışkanlıkları kazandırmak amaçlanmaktadır.

Obezite tedavisinde öncelikli olarak bireyin değerlendirilerek uygun tedavi yöntemi belirlenmesi tedavinin başarısını artırmaktadır. Obezitenin tedavisinde güncel olarak uygulanan tedavi yöntemleri şunlardır (34):

1. Tıbbi Beslenme (Diyet) Tedavisi
2. Egzersiz Tedavisi
3. Davranış Değişikliği Tedavisi
4. Farmakolojik Tedavi
5. Cerrahi Tedavi

### **Tıbbi Beslenme (Diyet) Tedavisi**

Obezite tedavisinin temelini oluşturan tıbbi beslenme (diyet) tedavisi olarak zayıflama diyetlerinin bireyin besin ve besin öğeleri ihtiyaçlarını yeterli ve dengeli biçimde karşılıyor olması gerekir. Tedavi boyunca bireye doğru beslenme alışkanlıkları kazandırmak da hedeflenir. Hedeflenen ağırlığa gelince, var olan ağırlığın korunması amaçlanır (34, 35).

Bireyin özellikleri göz önüne alınarak uygun enerji kısıtlaması yapılır. Verilen enerjiye göre diyetle besin ve besin öğeleri sağlanır. Bireyin günlük alması gereken sıvı ve posa alımı da sağlanarak öğün düzeni oluşturulur. Uzun süreli bu tedavide bireye doğru beslenme alışkanlıkları kazanması sağlanır (35, 36).

### **Egzersiz Tedavisi**

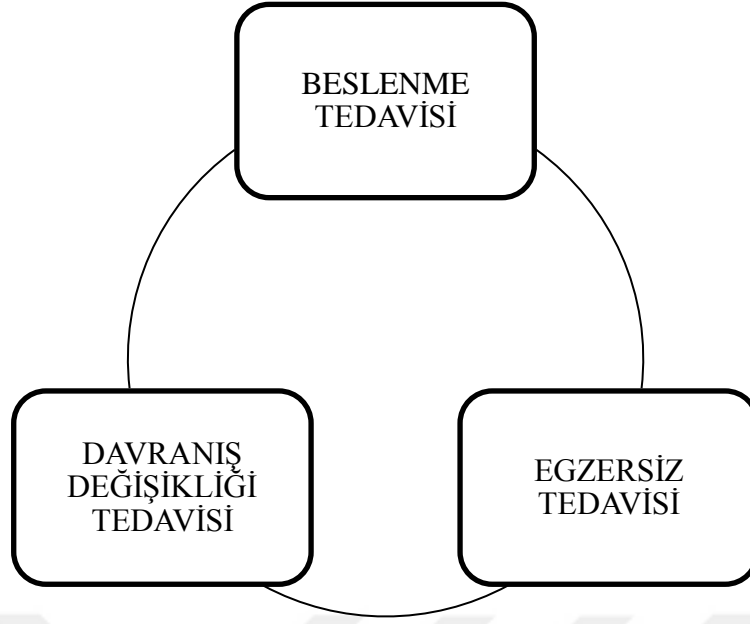
Fiziksel aktivite, iskelet kaslarının kasılması ile bazal düzeyin üzerinde enerji harcanmasını sağlayan bedensel hareketlerdir. Egzersiz ise düzenli ve planlı yapılan, fiziksel uygunluğun unsurlarından bir ya da birkaçını geliştirmeyi amaçlayan fiziksel

aktivitedir. Sağlık için bir tedavi yöntemi olarak görülen egzersiz ile bireylerde kalp solunum dayanıklılığı, kas dayanıklılığı, kas kuvveti ve vücut kompozisyonunun düzenlenmesi amaçlanır (37). Fiziksel aktivitenin artırılması ve egzersiz kilo kaybı ve kilo kontrolünde de etkilidir (9). Egzersizin ve fiziksel aktivitenin az olduğu sedanter yaşam tarzı, alınan enerji ile harcanan enerji arasında dengesizliği oluşumunun en önemli sebeplerinden biridir. Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri (TEKHARF) çalışmalarına bakıldığında ülkemizde kadınlarda ve yaş artışı ile sedanter yaşam tarzı artmaktadır. Buna paralel olarak obezitenin de arttığı görülmektedir (38).

Obezitenin tedavisinde egzersiz, yağ dokusunda azalmayı sağlayarak vücut ağırlığının denetimini sağlar (39). Egzersiz tedavisi, diyet tedavisi ile birlikte uygulandığında kilo kaybını artırmakta ve kas kütlesini koruyarak daha fazla yağ kütlesinden kayıp sağlamaktadır. Ayrıca kilo kaybının daha uzun süreli korunmasına da yardımcı olur (40, 41).

### **Davranış Değişikliği Tedavisi**

Fazla kilolu ve obez bireylerde ağırlık kaybı sağlamak için bireylerde sağlanacak yeme davranışları ve fiziksel aktivite alışkanlıklarında değişiklikler yapılarak bireylere doğru beslenme alışkanlıkları ve düzenli fiziksel aktivite alışkanlığı kazandırmak, kilo kaybında ve uzun süreli ağırlık denetimini sağlamada başarıyı artırmaktadır (42-44).



**Şekil 2.3.** Obezite tedavisinde kombine tedavi yaklaşımı

Diyet ve egzersiz tedavisi ile birlikte davranış değişikliği tedavisinin kombine olarak uygulanması, bireyin tedaviye olan uyumunu artıracığından kombine tedavi (Şekil 2.3) uygulanması önerilir (45). Kombine tedavi yaklaşımına yardımcı olacak bireye sosyal destek sağlanması ve bireylere ve sosyal çevresine bilişsel stratejiler sağlanması ile tedavi daha kapsamlı hale getirilebilir ve tedavide başarı şansı artar (46). Böylece bireye yaşam boyu sürdüreceği olumlu davranışların sürekliliği ile davranış değişikliği sağlanmış olur ve kaybedilen ağırlığın geri kazanılmaması ve ağırlık kontrolü başarılı bir şekilde sağlanmış olur.

### **Farmakolojik Tedavi**

Obezitenin tedavisi için birçok araştırma yapılmaktadır. Bu araştırmalarda obezitenin tedavisi ve risk faktörlerinin azaltılması konuları üzerinde durulmaktadır. Yapılan çalışmalarda klinikte kullanılan orlistat, sibutramin ve ribonabant türü ilaçların obez bireylerde (BKİ>29,9) etkisi görülmüştür (47). Bu ilaçların doğru kullanılması ve tek başına tedavi olarak değil de diyet, egzersiz ve davranış değişikliği tedavisi ile

birlikte kombine olarak kullanımı kilo kaybı sağlamada ve uzun süreli kilo kaybını koruma etkili olmaktadır (48, 49).

Bireyde diyet, egzersiz ve davranış değişikliği tedavisi uygulamaları ile tedavide yeterli başarı sağlanamadığında ve BKİ değeri 30,0 ve üzeri ise farmakolojik tedavi önerilmektedir (50).

### **Cerrahi Tedavi**

Diyet, egzersiz, davranış değişikliği tedavisi, farmakolojik tedavi ve bunların kombine şeklinde uygulandığı tedavilerin sonuç vermediği, BKİ değeri 25,0 ve üzeri olup komorbid hastalığı olan ve BKİ değeri 40,0 ve üzeri olan bireylere cerrahi tedavi uygulaması tercih edilir (51, 52).

Çeşitli yöntemlerle bireyin besin alımı kısıtlanmaktadır. Morbid obez hastalarda uygulanan cerrahi tedavi kilo vermede ve obezite ile ilgili hastalıkların azalmasında etkili olmaktadır (53).

### **2.7. Sağlıklı Yaşam Biçimi**

DSÖ'ye göre sağlık, bireyin sadece hastalık ve sakatlığının olmayışı değil, fiziksel, sosyal ve ruhsal yönden iyilik halinde olmasıdır (54). Sağlıklı bir yaşam sürdürebilmek için pek çok faktörün sağlanması gerekmektedir. Temel haklardan biri olan sağlık hakkı, mümkün olan en yüksek sağlık standartlarına ulaşabilmeyi gerektirir (55). Bunu sağlamak hükümetlerin ve yöneticilerin görevidir (56). Sağlanan sağlık imkanlarından en iyi şekilde yararlanmada bireylere büyük görev düşmektedir. Bireylerin yaşamlarındaki sağlıkla ilgili uygulama ve davranışları, morbidite ve mortaliteyi etkilemektedir. Bireyin sağlığı ile ilişkili davranışlarını kontrol ederek, uygun davranışları seçmesi ve uygulaması gerekmektedir. Sağlıklı yaşam sürdürebilmek ve var olan sağlık durumunun daha iyi olabilmesi için bireylerin bu davranışlarını tutum haline getirmeleri istenir. Litaratürde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını değerlendirirken beslenme, egzersiz, kişiler arası ilişki, stres yönetimi, sağlık sorumluluğu, kendini gerçekleştirme ve stres yönetimi konuları temel alınmaktadır (57). Bireylerin bu konularda istenen davranışlar geliştirmesi beklenir.

## **2.8. Yeme Bozuklukları**

Yeme bozuklukları (YB) hastalıkları daha çok gençlerde ve yetişkin kadınlarda görülen, ciddi yeme davranış bozuklukları ile karakterize, önemli fizyolojik sorunlara yol açabilen ve hatta ölüme sonuçlanabilen psikiyatrik bozukluklardır. Genç kız ve yetişkin kadınlarda, 25 yaşından küçük bireylerde, orta sosyoekonomik düzeye sahip bireylerde ve gelişmiş toplumlarda yeme bozukluğu hastalıklarına daha sık rastlanmaktadır (58, 59).

YB temelde psikolojik bir hastalık olmasına rağmen, hastaların çoğunluğu psikolojik tedavi görmemektedir. YB olan bireylerde sıklıkla depresyon, anksiyete, duygu durum bozuklukları, kişilik bozuklukları, madde bağımlılığı gibi psikolojik sorunlar beraberinde görülmektedir (60-63).

### **2.8.1. Yeme Bozukluğuna Neden Olan Faktörler**

YB hastalıklarının oluşumuna sebep olan temel bir sebep veya patojenez bulunamamıştır. Ancak yapılan çalışmalarda yeme bozukluğu olan bireylerde fizyolojik ve psikolojik bazı sorunlara sahip olduğu görülmektedir. Genetik yatkınlık ve sosyal çevredeki olumsuzlukların da bu tür hastalıkların oluşumunda rol aldığı düşünülmektedir. Yeme bozukluğu olan bireylerde içsel, ailesel baskı ve kaygılar, sosyal çevre baskısı ve estetik kaygılar ile diyet yapma sıklığı da yüksektir. Günümüz medyasında ve toplumda zayıf olma özendirilmekte ve bu düşünce ve baskılar özellikle bedensel ve psikolojik değişimlerin fazla olduğu adölesan dönemdeki bireyleri daha fazla etkilemektedir. Bireyler olmak istedikleri beden ağırlıklarını standartlara göre değil, fiziksel görünümündeki hoşnutluğa göre belirlemektedir. Bu durum bireyleri zayıflama diyetleri, egzersiz gibi uygulamalara yönlendirmekte, çoğunlukla da bu girişimlerinde uzman kişilere danışmadan kendilerince yaptıklarından sağlığı bozucu sonuçlar ortaya çıkabilmektedir. Sağlıksız beslenme, yeme davranışında bozukluklar ve psikolojik sorunlar bunlardan başlıcalarıdır (64, 65).

### **2.8.2. Obezite İle İlişkili Yeme Bozuklukları**

Bireylerde YB'na sebep olan faktörlerin varlığı, yeme davranışlarında yemeyi artırıcı veya azaltıcı olarak iki farklı şekilde etkiler. Aşırı yeme, yemekten kaçınma ve yediklerini çıkarma gibi davranışlar sağlığı bozucu etkiler gösterir. Obeziteye sebep olan YB'nda bireylerde öğün ve yeme düzensizliği, aşırı yeme atakları vardır. Ataklar sırasında birey yemeyi durduramaz ve yüksek enerji alır. Bu davranışların sürekliliği ile kilo alımı kaçınılmaz olup, bireyler de genellikle fazla kilolu ve obezdirler. Daha çok psikolojik temelli olan bu durum, yemeyi kısıtla sonrasında veya emosyonların etkisi ile ortaya çıktığı görülmektedir. Yemeyi kısıtlama düşüncesi ve olumsuz duyguların varlığı bireylerin yeme üzerindeki kontrollerini kaybetmelerine neden olmaktadır (66-68).

Fazla kilolu ve obez bireylerde yeme düzensizliği ve fazla enerji alımı ile kilo alımına sebep olan yeme bozuklukları sıklıkla tıkanırcasına yeme bozukluğu (TYB) ve gece yeme bozuklukları (GYB) olarak karşımıza çıkmaktadır (69).

#### **Anoreksiya Nervosa**

Kilo almaktan korkma ile uzun süreli çok düşük kalorili beslenme veya aç kalma ile kendini gösteren, daha çok ergenlik dönemindeki kızlarda görülen ve ölümlerle sonuçlanabilen psikolojik bir hastalıktır. Bireyler kendilerini olmaları gereken sağlıklı ağırlıktan daha düşük ağırlıklarda olmak için, vücutta enerji alımını kısıtlamak ve/veya enerji kullanımını artırmak sureti ile çok az yemek, enerjisi yüksek ve katı yiyecekler yememek, aç kalmak, yediğini çıkarmak, laksatif ve diüretik kullanmak, aşırı egzersiz uygulamaları gibi çeşitli davranışlarda bulunurlar. Genelde zayıf olmalarına rağmen kendilerinin her zaman daha zayıf olmaları gerektiğini düşünürler. Sağlıklı kilo alımını sağlamak ve beslenme alışkanlığı sağlamak için ayaktan veya gerekirse yatarak uygun tedavi uygulanır (70, 71).

#### **Bulimia Nevroza**

Kontrol edilemeyen ve tıkanırcasına yeme davranışları sonrası duyulan pişmanlık, suçluluk ve öfke ile kilo alımından korkarak anoreksiya nevrozalı bireylere benzer olarak laksatif kullanımı, yediğini çıkarma, aşırı egzersiz yapma gibi kilo almayı



önleyici davranışlarda bulunma ile karakterize psikolojik bir hastalıktır. Bireyler genelde fazla kilolu veya normal kilolulardır. Sağlıklı beslenme alışkanlığı kazandırmak ve yeme ataklarının önlenmesi için uygun tedavi planlanır (71, 72).

### **Tıkanırmasına Yeme Bozukluğu (Binge Eating Disorder)**

Fazla miktarda yüksek enerjili yiyeceği kısa süre içerisinde yeme ve bu davranışını kontrol edememe durumunu ifade eden bir yeme bozukluğu türüdür. Kilo vermek isteyen, fazla kilolu ve obez bireylerde görülme sıklığı daha fazladır. Oluşumunda genetik ve biyolojik etkilerin de rol aldığı bilinmesine karşın, daha çok psikolojik kökenli sebeplerin varlığı TYB'na sebep olmaktadır (73, 74).

Aşırı yeme atakları sırasında bireyde doyma hissinden çok, duygusal rahatlama ön plandadır. Bunun yanında birey normalden hızlı ve fazla miktarda yediğinin de farkında olup, bu davranışının normal olmadığını bilir. Bu durumu diğer insanların farketmesini istemediğinden yalnızken yemeyi tercih eder. Yeme atağı sırasında duygusal olarak rahatladığı halde, aşırı yemenin verdiği sıkıntı, pişmanlık, kişisel ve bedensel kaygılar bireyin psikolojisini olumsuz etkiler. Atakların sıklığı arttıkça bu durum davranış haline dönüşebilmekte ve sağlıksız olan bu durum süreklilik kazanabilmektedir. TYB olan bireylerin çoğunluğunda da yüksek miktarda enerji alımına bağlı olarak fazla kiloluluk ve obeziteye sık rastlanmaktadır. Nöbetleri azaltmak, ortadan kaldırmak ve tekrarını önlemek, sağlıklı yeme davranışı oluşturmak ve uygun ağırlığa ulaşmak amacıyla uzman kişilerce uygun tedavi geliştirilir (73, 75).

### **Gece Yeme Bozuklukları (Night Eating Disorders)**

Uyku ve yeme bozukluğunun birarada olduğu, gece uykudan uyandıktan sonra tekrar uyumak için yeme isteği veya yemek için uyanmanın varlığı ile karakterize bir yeme bozukluğu türüdür. GYB olan kişilerde günün başlangıcında iştahsızlık ve düşük enerji alımı görülürken, ilerleyen zamanla birlikte yeme isteği ve enerji alımı artar. Yapılan çalışmalara göre günlük alınan toplam enerji normalde alınması gereken toplam enerjiden çok da fazla olmamakla birlikte, günlük enerjinin yaklaşık yarısı ve daha fazlası akşam yemeği ve sonrasında alınmaktadır. Uykudan uyanma, uyuyamama ve

uykuya dalmak için de yeme isteğinin varlığı, gece yeme isteğini artırmaktadır. Özellikle stresli dönemlerde uykusuzluk ve uyuyamama gibi şikayetlerle bireylerde GYB başlayabilmekte olduğu, GYB olan bireylerde ise gece yemelerini artırdığı görülmüştür. Gece yemelerinde yüksek karbonhidratlı yiyeceklerin daha çok tercih sebebi olup, yüksek karbonhidratlı beslenmenin seratonin düzeyini yükselterek uykunun başlamasına yardımcı olabildiği bilinmektedir. Yapılan çalışmalar GYB olan bireylerin obez olma eğiliminde olduğunu göstermektedir. Uyku ve sağlıklı beslenme düzeni sağlamak amacıyla uzman kişilerce bireye uygun tedavi geliştirilir (76, 77).



### 3. MATERYAL VE METOT

Yapılan araştırma, tanımlayıcı tipte kesitsel bir çalışmadır. Araştırmanın örneklem büyüklüğü hesaplanırken yeme davranış bozukluğu görülme sıklığı %20,8 alındığında, %95 güven aralığında %80 güçle örneklem büyüklüğü 246 olarak hesaplanmıştır (78). Çalışmanın yapılması için İnönü Üniversitesi Etik Kurulu (2015/09) ve Elazığ İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'nden gerekli izinler alınmıştır. Bu araştırma, Ocak 2015 - Mayıs 2015 tarihleri arasında, Elazığ Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin Obezite Polikliniği'ne zayıflamak için başvuran ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan 18 yaş ve üzeri 200 kadın, 46 erkek, toplam 246 gönüllü birey üzerinde, yüz yüze görüşülerek yapılmıştır.

Bireylerin sosyodemografik ve antropometrik özelliklerini, hareket ve diyet uygulamalarını sorgulayan bilgi formu, 'Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (SYBDÖ)' ve 'Yeme Tutumu Testi-40 (YTT-40)' kullanılmıştır.

**Sosyodemografik Özellikler:** Bilgi formunda bireylerin yaşı, cinsiyeti, ağırlığı, boyu, bel çevresi, bel/kalça oranı (BKO), medeni durumu, öğrenim düzeyi, anne ve baba öğrenim düzeyi, ekonomik durumu, hastalıkları, günlük yaşamdaki hareketlilik durumu, ağırlığından memnuniyeti ve zayıflama diyeti uygulamaları sorgulanmıştır. Ağırlık ölçümünde 0,1 kilograma duyarlı elektronik baskül kullanılmıştır. Boy ölçümünde bireylerin ayakkabıları çıkartılıp, topukları birleşik, topukları, kalça ve omuzları stadiometreye dayalı olarak ölçümleri yapılmıştır. Elde edilen boy ve ağırlık değerleri kullanılarak  $Ağırlık(kg)/Boy(cm)^2$  hesaplaması ile BKİ ( $kg/m^2$ ) hesaplanmıştır. DSÖ'nün değerlendirmesine göre 18,5 ve 24,9 arasının normal kilolu, 25,0 ve 29,9 arasının fazla kilolu ve 30 ve üzerinin obez olarak değerlendirilmiştir (15). Bel çevresi ve kalça çevresi ölçümünde esnemeyen mezura kullanılmıştır. Düz zemin üzerinde birey dik duruşta, ayaklar birbirine yakın, kollar iki yanda frankfort düzlemi sağlanacak şekilde bireyler hizalandırıldıktan sonra, ince bir kıyafetinin üzerinden iliyak kemik ile son kaburga kemiğin tam ortasından birey nefes verirken bireylerin bel çevresi ölçülmüştür. Bel çevresinin kadınlarda 80 cm, erkeklerde 94 cm ve üzerinde olması kronik hastalıkların oluşumunda risk faktörü teşkil etmektedir. Bel çevresinin

kadınlarda 88 cm, erkeklerde 102 cm ve üzerinde olması kronik hastalıklar için yüksek risk oluşturmaktadır. Kalça çevresi ölçümünde bireyin kalçasının en yüksek noktasından, mezura yere paralel olacak şekilde ölçüm yapılmıştır. Saptanan bel çevresi uzunluğunun, kalça çevresine bölünmesi ile BKO hesaplanmıştır. Vücut yağ dağılımının bir göstergesidir. BKO değeri kadınlarda 0,8, erkeklerde 1,0'ın üzerine çıkması kronik hastalıkların oluşumunda risk olarak kabul edilen, android tip obezitenin göstergesidir (79). Ekonomik durum sorgulamasında kişisel bakış açısı ile, algılanan ekonomik durum olarak değerlendirilmiştir. Günlük yaşamdaki hareketliliğin sorgulanmasında hareket kısıtlılığı olanlar hareketsiz, evde ve/veya iş hayatında rutin yapılan ve fazla hareket gerektirmeyen durumda olanlar biraz hareketli, evde, sürekli ve uzun süre ayakta hareket isteyen bir yaşantısı var ise hareketli olarak değerlendirilmiştir. Fiziksel aktivitesi olan bireyler, DSÖ önerisine göre haftada en az 150 dakika süren orta şiddette egzersiz veya haftada en az 75 dakika süren yüksek şiddette egzersiz yapma şeklinde sorgulanıp, çok hareketli olarak değerlendirilmiştir (80).

**Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği:** Pender'in sağlığı geliştirme modeline dayandırılarak geliştirilen, bireyin sağlıklı yaşam biçimi ve sağlığı geliştiren davranışlarını ölçen SYBDÖ kullanılmıştır. Bu ölçek; dörtlü Likert'e göre hazırlanmış 48 sorudan oluşmaktadır. Ölçekte hiçbir zaman 1 puan, bazen 2 puan, sık sık 3 puan ve düzenli olarak 4 puan olarak değerlendirilmiş olup, ölçekte en düşük puan 48, en yüksek puan 192'dir. 'Kendini Gerçekleştirme', 'Sağlık Sorumluluğu', 'Egzersiz Alışkanlığı', 'Beslenme Alışkanlığı', 'Kişiler Arası Destek' ve 'Stres Yönetimi' başlıklı 6 alt ölçekten oluşmaktadır. Ölçekten alınan toplam puanının yükselmesi genel sağlık davranışlarının, alt ölçekten alınan puanların yükselmesi belirtilen sağlık davranışlarının iyi düzeyde uygulandığını gösterir.

**Tablo 3.1.** SYBDÖ'deki alt grupların ölçekteki madde numaraları

<b>Alt Ölçekler</b>	<b>Maddeler</b>	<b>Soru Sayısı</b>	<b>En Düşük – En Yüksek Puan</b>
Beslenme Alışkanlığı	1 – 6	6	6 – 24
Kendini Gerçekleştirme	7 – 19	13	13 – 52
Sağlık Sorumluluğu	20 – 29	10	10 – 40
Egzersiz Alışkanlığı	30 – 34	5	5 – 20
Kişiler Arası Destek	35 – 41	7	7 – 28
Stres Yönetimi	42 – 48	7	7 – 28
<b>Toplam</b>	<b>1 – 48</b>	<b>48</b>	<b>48 – 192</b>

Beslenme alışkanlığı alt ölçeği, bireyin sahip olduğu öğün düzeni, besin seçimi gibi beslenmesi ile ilgili uygulamalarını ve değerlerini belirtir.

Kendini gerçekleştirme alt ölçeği, bireyin yaşamdaki hedeflerini gerçekleştirmek için çabasını, kendisini ne kadar memnun ve tatmin edebildiğini belirtir.

Sağlık sorumluluğu alt ölçeği, bireyin kendi sağlığı üzerindeki sorumluluğunu ve çabalarını belirtir.

Egzersiz alışkanlığı alt ölçeği, bireyin yaşamında egzersize ayırdığı zamanı ve önemi belirtir.

Kişiler arası destek alt ölçeği, bireyin yakın çevresine ilgisini, ilişkisini ve devamlılığını belirtir.

Stres yönetimi alt ölçeği, bireyin çevresindeki stres kaynaklarını tanıması ve kontrolünü belirtir.

Her bir alt grup ayrı olarak değerlendirilebildiği gibi, ölçekten alınan toplam puan da sağlıklı yaşam biçimi davranışı puanını vererek değerlendirme olanağı sağlar. Ölçekten alınan puanların yükselmesi, bireyin belirtilen sağlığı geliştirici davranışları iyi düzeyde uyguladığını gösterir. 1987 yılında Walker, Sechrist ve Pender tarafından geliştirilen ölçek, 1996 yılında Esin tarafından Türkçe'ye uyarlanmış, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (81).

**Yeme Tutumu Testi:** Bireylerde var olan yeme davranışlarındaki olası bozuklukları değerlendirmek amacıyla geliştirilen YTT ölçeği kullanılmıştır. 1979 Garner ve Garfinkel tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçe'ye ilk çevirisi Doğan tarafından, ikinci çevirisi ile geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Erol ve Savaşır tarafından 1989'da yapılmıştır. 40 maddeden oluşan bu ölçekte yüksek puanlar yeme tutumu ve davranışlarındaki bozulma olduğunu gösterir. Altılı Likert'e göre (daima, çok sık, sık sık, bazen, nadiren, hiçbir zaman) yanıtlanmaktadır. 1, 18, 19, 23, 27 ve 39. maddeler için bazen 1 puan, nadiren 2 puan, hiçbir zaman 3 puan ve diğer yanıtlar 0 olarak değerlendirilir. Ölçeğin diğer maddelerinde ise daima 3 puan, çok sık 1 puan ve diğer yanıtlar 0 puan olarak değerlendirilir. En az 0, en fazla 120 puan olan YTT ölçeği için ayırım puanı 30 olarak değerlendirilir. 30 ve üzeri puan alanlarda yeme davranış bozukluğu olduğunu, 30'un altı puan alanlarda ise normal yeme davranışı olduğunu belirtir (82).

**İstatistiksel Analiz:** İstatistiksel analizlerde SPSS 17.0 programı kullanıldı. Yapılan Kolmogorov-Smirnov testinde kendini gerçekleştirme alt verisi ile SYBDÖ'nün toplam puan verisinin normal dağılıma uyduğu ( $p < 0,05$ ), diğer verilerin normal dağılıma uymadığı ( $p > 0,05$ ) görüldü. İstatistiksel analizlerde Ki-Kare testi, normal dağılıma uymayan verilerde nonparametrik testler (Mann-Whitney U Testi, Kruskal-Wallis Varyans Analizi posthoc test olarak bonferroni düzeltmesi yapılarak Mann-Whitney U Testi); normal dağılıma uyan verilerde parametrik testler (Student t-testi, One-way ANOVA Testi, posthoc test olarak bonferroni testi) kullanıldı. Tüm değerlendirmelerde  $p < 0,05$  kabul edildi.

## 4. BULGULAR

Çalışmaya katılan bireylerin yaş ortalaması  $36,6 \pm 11,8$ 'dir.

Araştırmaya katılan bireylerin sosyodemografik özellikleri Tablo 4.1'de sunulmuştur.

**Tablo 4.1.** Araştırmaya katılan bireylerin sosyodemografik özellikleri

Sosyodemografik Özellik	Sayı	%
<b>Cinsiyet</b>		
Erkek	46	18,7
Kadın	200	81,3
<b>Yaş</b>		
18-29	77	31,3
30-39	70	28,5
40-49	57	23,2
50≤	42	17,1
<b>BKİ</b>		
18.50-24.99	17	6,9
25.00-29.99	68	27,6
30.00≤	161	65,4
<b>Medeni Durum</b>		
Evli	185	75,2
Bekar	61	24,8
<b>Öğrenim Düzeyi</b>		
İlkokul ve altı	60	24,4
İlköğretim	26	10,6
Lise	86	35,0
Üniversite ve üstü	74	30,1
<b>Anne Öğrenim Düzeyi</b>		
İlkokul altı	115	46,7
İlkokul	69	28,0
İlköğretim	33	13,4
Lise ve üstü	29	11,8
<b>Baba Öğrenim Düzeyi</b>		
İlkokul altı	35	14,2
İlkokul	86	35,0
İlköğretim	42	17,1
Lise	53	21,5
Üniversite ve üstü	30	12,2
<b>Toplam</b>	246	100,0

Tablo 4.1’de görüldüğü gibi araştırmaya katılan bireylerin %18,7’si erkek, %81,3’ü kadındır. Bireylerin %31,3’ü 18-29 yaş aralığında, %28,5’i 30-39 yaş aralığında, %23,2’si 40-49 yaş aralığında ve %17,1’i 50 yaş ve üzerindedir. Çalışmaya katılan bireylerin %6,9’u normal kilolu, %27,6’sı fazla kilolu ve %65,4’ü obezdir. Bireylerin %75,2’si evli, %24,8’i bekadır.

Bireylerin %24,4’ü ilkokul mezunu ve altı, %10,6’sı ilköğretim mezunu, %35’i lise mezunu, %30,1’i üniversite mezunu ve üzeri öğrenime sahiptir. Çalışma grubunun anne öğrenim düzeylerine bakıldığında %46,7’si ilkokul altı öğrenim düzeyinde, %28,0’i ilkokul mezunu, %13,4’ü ilköğretim mezunu, %11,8’i lise mezunu ve üzeri öğrenime sahiptir. Çalışmaya katılan bireylerin baba öğrenim düzeylerine bakıldığında %14,2’si ilkokul altı öğrenim düzeyinde, %35,0’i ilkokul mezunu, %17,1’i ilköğretim mezunu, %21,5’i lise mezunu, %12,2’si üniversite mezunu ve üzeri öğrenime sahiptir (Tablo 4.1).

Araştırmaya katılan bireylerin vücut algısı ve mevcut ağırlıklarından memnuniyetlerinin dağılımı Tablo 4.2’de verilmiştir.

**Tablo 4.2.** Araştırmaya katılan bireylerin vücut algısı ve mevcut ağırlıklarından memnuniyetlerinin dağılımı

	Sayı	%
<b>Bireyin vücut algısı</b>		
Zayıf	2	0,8
Normal	39	15,9
Kilolu	161	65,4
Aşırı kilolu	44	17,9
<b>Vücut ağırlığından memnuniyet</b>		
Memnun	18	7,3
Kararsız	24	9,8
Memnun değil	204	82,9
<b>Toplam</b>	246	100,0

Araştırmaya katılan bireylerin kendi ağırlıklarını nasıl değerlendirdikleri sorgulandığında bireylerin %0,8’i zayıf, %15,9’u normal, %65,4’ü kilolu ve %17,9’u



aşırı kilolu olarak kendilerini tanımlamaktadır. Vücut ağırlıklarından sorulduğunda bireylerin %7,3'ü memnun, %9,8'i kararsız ve %82,9'u memnun olmadığını ifade etmiştir (Tablo 4.2).

Çalışmaya katılan bireylerin hareket durumu ve diyet uygulamalarının dağılımı Tablo 4.3'te gösterilmiştir.

**Tablo 4.3.** Çalışmaya katılan bireylerin hareket durumu ve diyet uygulamaları dağılımı

	Sayı	%
<b>Günlük yaşamda hareketlilik</b>		
Hareketsiz	17	6,9
Biraz hareketli	113	45,9
Hareketli	90	36,6
Çok hareketli	26	10,6
<b>Daha önce diyet yaptınız mı?</b>		
Evet	106	43,1
Hayır	140	56,9
<b>Şu anda diyet yapıyor musunuz?</b>		
Evet	67	27,2
Hayır	179	72,8
<b>Toplam</b>	<b>246</b>	<b>100,0</b>

Çalışma grubuna hareketlilik düzeyleri sorulduğunda %6,9'u hareketsiz, %45,9'u biraz hareketli, %36,6'sı hareketli ve %10,6'sı çok hareketli olduğunu belirtmiştir. Araştırma grubunun %43,1'i kilo vermek için daha önce diyet yaptığını, %27,2'si de diyet yapmakta olduğunu ifade etmiştir (Tablo 4.3).

Araştırmaya katılan bireylerin bir doktor tarafından teşhis edilmiş hastalığı olma durumu ve hastalık dağılımları Tablo 4.4'te verilmiştir.

**Tablo 4.4.** Çalışma grubunda hastalık tanısı alanların ve sorgulanan hastalıkların dağılımı

<b>Hastalık</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
Var	130	52,8
Yok	116	47,2
Kalp-damar hastalıkları	25	10,2
Diyabet	26	10,6
Hipertansiyon	42	17,1
Kanser	3	1,2
Sindirim sistemi hastalıkları	26	10,6
Solunum sistemi hastalıkları	9	3,7
Ruhsal sorunlar	14	5,7
Kas-iskelet sistemi hastalıkları	19	7,7
Endokrin hastalıklar	28	11,4
Vitamin-mineral yetersizlikleri	33	13,4
Böbrek hastalıkları	4	1,6

Tablo 4.4’de görüldüğü gibi bireylerin %52,8’i bir doktor tarafından teşhis edilmiş bir hastalığı olduğunu söylemiştir. Araştırmaya katılan bireylerde %17,0 sıklıkla hipertansiyon en sık görülen hastalıktır. Bireylerin %13,4’ünde vitamin-mineral yetersizlikleri, %11,4’ünde endokrin hastalıklar, %10,6 sıklıklar ile diyabet ve sindirim sistemi hastalıkları, %10,2’sinde kalp-damar hastalıkları vardır.

Araştırmaya katılan bireylerin yaş ve antropometrik ölçümlerinin ortanca ve minimum-maksimum değerleri Tablo 4.5’te gösterilmiştir.

**Tablo 4.5.** Araştırmaya katılan bireylerin yaş ve antropometrik ölçümlerinin ortanca ve minimum-maksimum değerleri

	<b>Ortanca (min-max)</b>
Yaş	36 (18-71)
BKİ	31,9 (19,4-59,4)
Bel çevresi	93,4 (71,0-164,3)
BKO	0,87 (0,72-1,40)

Tablo 4.5'e göre bireylerin yaş ortancası 36 (18-71), BKİ ortancası 31,9 (19,4-59,4), bel çevresi ortancası 93,4 (71,0-164,3) ve BKO ortancası 0,87 (0,72-1,40)'dir.

Çalışmaya katılan bireylerin cinsiyete göre bel çevresi ve BKO dağılımı Tablo 4.6'da verilmiştir.

**Tablo 4.6.** Çalışmaya katılan bireylerin cinsiyete göre bel çevresi ve BKO karşılaştırılması

	Cinsiyet						P
	Erkek		Kadın		Toplam		
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%**	
<b>Bel çevresi (cm)</b>							
Normal <sup>a</sup>	9	19,6	119	59,5	128	52,0	<0,001
Riskli	11	23,9	37	18,5	48	19,5	
Yüksek riskli	26	56,5	44	22,0	70	28,5	
<b>BKO</b>							
Normal	33	71,7	190	95,0	223	90,7	<0,001
Riskli	13	28,3	10	5,0	23	9,3	

\*Sütun yüzdesi

\*\*Satır yüzdesi

a:diğer gruplardan farklı

Tablo 4.6'da görüldüğü gibi erkeklerin %56,5'i, kadınların %22,0'ı bel çevreleri kronik hastalıklar için yüksek risk oluşturan değerlerin üzerindedir. Cinsiyete göre bel çevreleri arasındaki farklılık anlamlıdır (p<0,05). Erkeklerin %28,3'ünde, kadınların ise % 5,0'ında BKO yüksek olup aradaki fark anlamlıdır (p<0,05).

Araştırma grubunun cinsiyete göre mevcut ağırlıklarından memnuniyet, daha önce diyet yapma ve diyet yapıyor olma durumlarının değerlendirilmesi Tablo 4.7'de gösterilmiştir.

**Tablo 4.7.** Araştırma grubunu oluşturan bireylerin cinsiyete göre mevcut ağırlıktan memnuniyet, daha önce diyet yapma ve diyet yapıyor olma durumlarının karşılaştırılması

	Cinsiyet						p
	Erkek		Kadın		Toplam		
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%**	
<b>Mevcut ağırlıktan memnuniyet</b>							
Memnun	3	6,5	15	7,5	18	7,3	0,055
Kararsız	9	19,6	15	7,5	24	9,8	
Memnun Değil	34	73,9	170	85,0	204	82,9	
<b>Daha önce diyet yapan</b>	13	12,3	93	87,7	106	43,1	0,024
<b>Şu anda diyet yapan</b>	6	9,0	61	91,0	67	27,2	0,025

\*Sütun yüzdesi

\*\*Satır yüzdesi

Tablo 4.7’de görüldüğü gibi erkeklerin %73,9’u, kadınların %85,0’ı mevcut ağırlıklarından memnun olmayıp, cinsiyete göre gruplar arasındaki fark anlamlı değildir ( $p>0,05$ ). Erkeklerin %12,3’ü, kadınların %87,7’si daha önce diyet yapmış olup, kadınlar erkeklerden anlamlı oranda daha fazla daha önce diyet yapmışlardır ( $p<0,05$ ). Erkeklerin %9,0’ı, kadınların %91,0’ı anketin uygulandığı dönemde diyet yapmakta olup, gruplar arasındaki fark anlamlıdır ( $p<0,05$ ).

Çalışmaya katılan bireylerin sosyodemografik özelliklerine göre obezite durumunun karşılaştırılması Tablo 4.8’de gösterilmiştir.

**Tablo 4.8.** Çalışmaya katılan bireylerin sosyodemografik özelliklerine göre obezite durumunun karşılaştırılması

Sosyodemografik Özellikler	BKİ (kg/m <sup>2</sup> )								p
	18,50-24,99		25,00-29,99		30,00≤		Toplam		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%*	
<b>Cinsiyet</b>									
Erkek	0	0,0	7	15,2	39	84,8	46	18,7	0,006
Kadın	17	8,5	61	30,5 <sup>a</sup>	122	61,0	200	81,3	
<b>Yaş</b>									
18-29	6	7,8	31	40,3	40	51,9	77	31,3	0,123
30-39	5	7,1	16	22,9	49	70,0	70	28,5	
40-49	4	7,0	12	21,1	41	71,9	57	23,2	
50≤	2	4,8	9	21,4	31	73,8	42	17,1	
<b>Medeni durum</b>									
Evli	12	6,5	38	20,5	135	73,0	185	75,2	<0,001
Bekar	5	8,2	30	49,2 <sup>a</sup>	26	42,6	61	24,8	
<b>Öğrenim düzeyi</b>									
İlkokul ve altı	1	1,7 <sup>a</sup>	11	18,3 <sup>a</sup>	48	80,0	60	24,4	0,001
İlköğretim	0	0,0	5	19,2	21	80,8	26	10,6	
Lise	4	4,7 <sup>a</sup>	27	31,4	55	64,0	86	35,0	
Üniversite ve üstü	12	16,2	25	33,8	37	50,0	74	30,1	
<b>Anne öğrenim düzeyi</b>									
İlkokul altı	1	1,7 <sup>a</sup>	11	18,3 <sup>a</sup>	48	80,0	115	46,7	0,002
İlkokul	0	0,0	5	19,2 <sup>a</sup>	21	80,8	69	28,0	
İlköğretim	4	4,7	27	31,4	55	64,0	33	13,4	
Lise ve üstü	12	16,2	25	33,8	37	50,0	29	11,8	
<b>Baba öğrenim düzeyi</b>									
İlkokul altı	0	0,0	6	17,1	29	82,9	35	14,2	0,069
İlkokul	10	11,6	21	24,4	55	64,0	86	35,0	
İlköğretim	2	4,8	13	31,0	27	64,3	42	17,1	
Lise	1	1,9	18	34,0	34	64,2	53	21,5	
Üniversite ve üstü	4	13,3	10	33,3	16	53,3	30	12,2	

\*Sütun yüzdesi

a:fark oluşturan grup

Tablo 4.8’de görüldüğü gibi erkeklerin %15,2’si fazla kilolu, %84,8’i obez; kadınların ise %30,5’i fazla kilolu, %61,0’ı obez olup, gruplar arasındaki fark anlamlıdır (p<0,05). Farkı oluşturan grup fazla kilolu kadınlardır. 18-29 yaş grubundaki bireylerin %51,9’u, 30-39 yaş grubundaki bireylerin %70,0’ı, 40-49 yaş grubundaki

bireylerin %71,9'u, 50 ve üzeri yaş grubundaki bireylerin %73,8'i obez olup, gruplar arasındaki fark anlamlı değildir ( $p<0,05$ ).

Evlilerin %20,5'i fazla kilolu, %73,0'ı obez; bekarların %49,2'si fazla kilolu, %42,6'sı obez olup, gruplar arasındaki fark anlamlıdır ( $p<0,05$ ). Farkı oluşturan grup fazla kilolu bekarlardır (Tablo 4.8).

Öğrenim düzeyi ilköğretim mezunu ve altında olanların %80,0'ı, ilköğretim mezunu olanların %80,8'i, lise mezunu olanların %64,0'ı, üniversite mezunu ve üstü olanların %50,0'ı obezdir. Gruplar arasındaki fark anlamlıdır ( $p<0,05$ ). Bu farkı oluşturan gruplar ilköğretim ve altı öğrenim düzeyinde olan normal kilolu ve fazla kilolu gruplar ile lise öğrenim düzeyinde normal kilolu olan gruptur (Tablo 4.8).

Bireylerin annelerinin öğrenim düzeylerine göre ilköğretim altı öğrenim düzeyi olanların %18,3'ü fazla kilolu, %80,0'ı obez; ilköğretim mezunu olanların %19,2'si fazla kilolu, %80,8'i obez; ilköğretim mezunu olanların %31,4'ü fazla kilolu, %64,0'ı obez; lise mezunu ve üstü öğrenimi olanların %33,8'i fazla kilolu, %50,0'ı obez olup, gruplar arasındaki fark anlamlıdır ( $p<0,05$ ). Farkı oluşturan gruplar ilköğretim altı öğrenimi olan normal kilolu ve fazla kilolu gruplar ile ilköğretim mezunu öğrenimi olan gruptur (Tablo 4.8).

Tablo 4.8'de görüldüğü gibi bireylerin baba öğrenim düzeylerine göre ilköğretim altı öğrenimi olanların %17,1'i fazla kilolu, %82,9'u obez; ilköğretim mezunu olanların %24,4'ü fazla kilolu, %64,0'ı obez; ilköğretim mezunu olanların %31,0'ı fazla kilolu, %64,3'ü obez; lise mezunu olanların %34,0'ı fazla kilolu, %64,2'si obez; üniversite mezunu ve üstü öğrenimi olanların %33,3'ü fazla kilolu, %53,3'ü obez olup, gruplar arasındaki fark anlamlı değildir ( $p>0,05$ ).

Araştırmaya katılan bireylerin vücut algısı, vücut ağırlığından memnuniyet ve diyet uygulama durumlarına göre BKİ değerlerinin karşılaştırılması Tablo 4.9'da verilmiştir.

**Tablo 4.9.** Araştırmaya katılan bireylerin vücut algısı, vücut ağırlığından memnuniyet ve diyet uygulamalarına göre BKİ değerlerinin karşılaştırılması

	BKİ (kg/m <sup>2</sup> )								p
	18,5-24,9		25,0-29,9		30,0≤		Toplam		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%*	
<b>Bireyin vücut algısı</b>									
Zayıf ve normal	15	36,6 <sup>a</sup>	17	41,5 <sup>a</sup>	9	22,0	41	16,7	<0,001
Kilolu	2	1,2	49	30,4 <sup>a</sup>	110	68,3	161	65,4	
Aşırı kilolu	0	0,0	2	4,5	42	95,5	44	17,9	
<b>Vücut ağırlığından memnuniyet</b>									
Memnun	8	44,4 <sup>a</sup>	6	33,3 <sup>a</sup>	4	22,2	18	7,3	<0,001
Kararsız	4	16,7 <sup>a</sup>	10	41,7 <sup>a</sup>	10	41,7	24	9,8	
Memnun değil	5	2,5	52	25,5	147	72,1	204	82,9	
<b>Daha önce diyet yapma</b>									
Evet	9	8,5	30	28,3	67	63,2	106	43,1	0,655
Hayır	8	5,7	38	27,1	94	67,1	140	56,9	
<b>Şu anda diyet yapıyor olma</b>									
Evet	4	6,0	19	28,4	44	65,7	67	27,2	0,934
Hayır	13	7,3	49	27,4	117	65,4	179	72,8	

\*Sütun yüzdesi

a:farkı oluşturan grup

Tablo 4.9’da görüldüğü gibi araştırmaya katılan bireylerin vücut algısı sorgulandığında kendisini zayıf ve normal olarak değerlendirenlerin %36,6’sı normal kilolu, kendisini kilolu olarak değerlendirenlerin %30,4’ü fazla kilolu, kendisini aşırı kilolu değerlendirenlerin %95,5’i obez olup, gruplar arasındaki fark anlamlıdır (p<0,05).

Çalışma grubundaki bireylerin vücut ağırlığından memnuniyetleri sorgulamasında vücut ağırlığından memnun olanların %44,4’ü normal kilolu, %33,3’ü fazla kilolu, %22,2’si obez; vücut ağırlığı memnuniyeti bakımından kararsız olanların %16,7’si normal kilolu, %41,7’si fazla kilolu, %41,7’si obez; Vücut ağırlığından memnun olmayanların %2,5’i normal kilolu, %25,5’i fazla kilolu, %72,1’i obez olup, gruplar arasındaki fark anlamlıdır (p<0,05). Farkı oluşturan gruplar vücut ağırlığından memnun ve kararsız olan normal kilolu ve fazla kilolu gruplardır (Tablo 4.9).

Tablo 4.9'a göre daha önce diyet yapmış olanların %8,5'i normal kilolu, %28,3'ü fazla kilolu, %63,2'si obez olup aradaki fark anlamlı değildir ( $p>0,05$ ). Diyet yapmakta olanların %6,0'ı normal kilolu, %28,4'ü fazla kilolu, %65,7'si obez olup aradaki fark anlamlı değildir ( $p>0,05$ ).

Çalışma grubundaki bireylerin yaş ve öğrenim düzeyine göre bel çevresinin değerlendirilmesi Tablo 4.10'da verilmiştir.

**Tablo 4.10.** Çalışmaya katılan bireylerin yaş ve öğrenim düzeyine göre bel çevresinin karşılaştırılması

	Bel Çevresi (cm)								p
	Normal		Riskli		Yüksek Riskli		Toplam		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%*	
<b>Yaş</b>									
18-29	50	64,9 <sup>a</sup>	15	19,5	12	15,6	77	31,3	0,013
30-39	39	55,7	13	18,6	18	25,7	70	28,5	
40-49	24	42,1	10	17,5	23	40,4	57	23,2	
50≤	15	35,7	10	23,8	17	40,5	42	17,1	
<b>Öğrenim düzeyi</b>									
İlkokul ve altı	21	35,0	14	23,3	25	41,7	60	24,4	0,063
İlköğretim	13	50,0	5	19,2	8	30,8	26	10,6	
Lise	47	54,7	17	19,8	22	25,6	86	35,0	
Üniversite ve üstü	47	63,5	12	16,2	15	20,3	74	30,1	

\*Sütun yüzdesi

a:farkı oluşturan grup

Bel çevresi ölçümlerine göre 18-29 yaş grubunda olan bireylerin %19,5'i risk grubunda, %15,6'sı yüksek risk grubunda; 30-39 yaş grubundakilerin %18,6'sı risk grubunda, %25,7'si yüksek risk grubunda; 40-49 yaş grubundakilerin %17,5'i risk grubunda, %40,4'ü yüksek risk grubunda; 50 yaş ve üzerindeki %23,8'i risk grubunda, %40,5'i yüksek risk grubunda olup, gruplar arasındaki fark anlamlıdır ( $p<0,05$ ). Farkı oluşturan grup 18-29 yaş grubunda olan bireylerin bel çevresi ölçümlerine göre risk grubunda olmayanlardır (Tablo 4.10).

Tablo 4.10'a göre ilkokul mezunu ve altı düzeyinde öğrenim düzeyinde olan bireylerin %23,3'ü risk grubunda, %41,7'si yüksek risk grubunda; ilköğretim mezunu



olanların %19,2'si risk grubunda, %30,8'i yüksek risk grubunda; lise mezunu olanların %19,8'i risk grubunda, %25,6'sı yüksek risk grubunda; üniversite mezunu ve üzerinde öğrenim düzeyindekilerin %16,2'si risk grubunda, %20,3'ü yüksek risk grubunda olup, gruplar arasındaki fark anlamlı değildir ( $p>0,05$ ).

Araştırmaya katılan bireylerin SYBDÖ'den ve alt ölçeklerinden aldıkları puan ortancaları Tablo 4.11'de verilmiştir.

**Tablo 4.11.** Araştırmaya katılan bireylerin SYBDÖ ve alt ölçekleri puan tablosu

<b>SYBDÖ</b>	<b>Ortanca</b>	<b>min-max</b>
Beslenme alışkanlıkları	15	6 – 24
Kendini gerçekleştirme*	34,1±5,7	13 – 52
Sağlık sorumluluğu	25	12 – 40
Egzersiz alışkanlıkları	9	5 – 20
Kişiler arası destek	14	7 – 28
Stres yönetimi	18	7 – 28
<b>Toplam*</b>	<b>115,8±16,6</b>	<b>48 – 192</b>

\*AO±SS

Tablo 4.11.'de görüldüğü gibi SYBDÖ'nden alınan toplam puan ortalaması 115,8±16,6'dır. Beslenme alışkanlıkları alt grubundan 15 (6-24), kendini gerçekleştirme alt grubu 34,1±5,7, sağlık sorumluluğu alt grubu 25 (12-40), egzersiz alışkanlıkları alt grubu 9 (5-20), kişiler arası destek alt grubu 14 (7-28) ve stres yönetimi alt grubun 18 (7-28) olarak bulunmuştur.

Çalışmaya katılan bireylerin yaşa göre SYBDÖ ve alt ölçeklerinden alınan puanlar Tablo 4.12'de gösterilmiştir.

**Tablo 4.12.** Çalışmaya katılan bireylerin yaşa göre SYBDÖ ve alt gruplarının puanları

SYBDÖ Alt Ölçekleri	Yaş [Ortanca (min-max)]				p
	18-29	30-39	40-49	50≤	
Beslenme alışkanlıkları	14 (9-24)	15 (10-21)	14 (10-20)	15 (8-23)	0,557
Kendini gerçekleştirme*	33,7±5,4	34,7±5,5	34,2±5,6	33,9±6,5	0,714
Sağlık sorumluluğu	24 (18-40)	25 (14-34)	25 (12-33)	25 (12-35)	0,784
Egzersiz alışkanlıkları	9 (5-20)	10 (6-15)	9 (6-17)	10 (5-15)	0,475
Kişiler arası destek	15 (10-28)	14 (8-24)	14 (7-24)	14 (7-23)	0,272
Stres yönetimi	18 (11-28)	18 (8-25)	17 (9-23)	17 (7-25)	0,288
<b>SYBDÖ Toplam*</b>	115,1 ±15,6	117,4 ±15,9	115,0 ±16,3	115,6 ±20,2	0,824

\*AO±SS

Tablo 4.12'ye göre SYBDÖ puan ortalaması 18-29 yaş grubunda olan bireylerde 115,1±15,6, 30-39 yaş grubundakilerde 117,4±15,9, 40-49 yaş grubundakilerde 115,0±16,3, 50 yaş ve üzerindekilerde 115,6±20,2 olup, gruplar arasındaki fark anlamsızdır ( $p>0,05$ ). Yaş gruplarına göre SYBDÖ alt ölçeklerinden alınan puanlar arasındaki farkanlamlı değildir ( $p>0,05$ ).

Çalışma grubununun cinsiyete göre SYBDÖ ve alt ölçeklerinden alınan puan ortancaları Tablo 4.13'te verilmiştir.

**Tablo 4.13.** Çalışmaya katılan bireylerin cinsiyete göre SYBDÖ ve alt gruplarının puanları

SYBDÖ Alt Ölçekleri	Cinsiyet [Ortanca (min-max)]		p
	Erkek	Kadın	
Beslenme alışkanlıkları	15 (8-24)	14,5 (9-23)	0,790
Kendini gerçekleştirme*	34,5±5,9	34,1±5,6	0,628
Sağlık sorumluluğu	25 (12-40)	25 (12-36)	0,472
Egzersiz alışkanlıkları	10 (5-20)	9 (5-17)	0,161
Kişiler arası destek	14 (7-28)	14 (8-24)	0,199
Stres yönetimi	17 (7-28)	18 (8-25)	0,989
<b>SYBDÖ Toplam*</b>	<b>114,9±17,8</b>	<b>116,0±16,4</b>	<b>0,668</b>

\*AO±SS

Tablo 4.13'e göre SYBDÖ puan ortalaması erkeklerde 114,9±17,8, kadınlarda 116,0±16,4'tür. Cinsiyete göre SYBDÖ ve alt ölçeklerinin değerlendirilmesinde gruplar arasındaki fark anlamlı değildir (p>0,05).

Araştırmaya katılan bireylerin BKİ'ye göre SYBDÖ ve alt ölçek puanlarının değerlendirilmesi Tablo 4.14'te gösterilmiştir.

**Tablo 4.14.** Araştırmaya katılan bireylerin BKİ'ye göre SYBDÖ ve alt gruplarının puanları

SYBDÖ Alt Ölçekleri	BKİ (kg/m <sup>2</sup> ) [Ortanca (min-max)]			p
	18,5-24,9	25,0-29,9	30,0≤	
Beslenme alışkanlıkları	15 (11-19)	15 (9-21)	14 (8-24)	0,128
Kendini gerçekleştirme*	37,7±5,9 <sup>a</sup>	35,1±5,4	33,3±5,6	0,002
Sağlık sorumluluğu	27 (22-33) <sup>b</sup>	25 (19-36)	25 (12-40) <sup>c</sup>	0,021
Egzersiz alışkanlıkları	12 (8-15) <sup>a</sup>	9,5 (5-15)	9 (5-20)	0,002
Kişiler arası destek	16 (13-24)	16 (9-24)	14 (7-28) <sup>a</sup>	0,002
Stres yönetimi	19 (14-25)	18 (9-25)	17 (7-28)	0,063
<b>SYBDÖ Toplam*</b>	<b>127,1±15,6</b>	<b>119,2±16,9</b>	<b>113,2±15,9<sup>a</sup></b>	<b>0,001</b>

\*AO±SS

a:diğer gruplardan farklı

b,c:birbirinden farklı

Tablo 4.14'e göre BKİ gruplamasına göre normal olanların kendini gerçekleştirme puan ortalaması 37,7±5,9, fazla kilolu olanların 35,1±5,4, obez olanların 33,3±5,6 olup, normal olanların kendini gerçekleştirme ortalaması diğer gruplardan anlamlı olarak yüksektir (p<0,05). Sağlık sorumluluğu puan ortancası normal olanların 27 (22-33), fazla kilolu olanların 25 (19-36), obez olanların 25 (12-40) olup, normalolanların sağlık sorumluluğu ortancası obez olanlardan anlamlı olarak yüksektir (p<0,05). Egzersiz alışkanlıkları puan ortancası kilosu normal olanların 12 (8-15), fazla kilolu olanların 9,5 (5-15), obez olanların 9 (5-20) olup, normal kiloda olanların egzersiz alışkanlıkları ortancası diğer gruplardan anlamlı olarak yüksektir (p<0,05). Kişiler arası destek puan ortancası normal kilolu olanlarda 16 (13-24), fazla kilolu olanlarda 16 (9-24), obez olanlarda 14 (7-28) olup, obez olanların kişiler arası destek ortancası diğer gruplardan anlamlı olarak düşüktür (p<0,05).

Çalışmaya katılan bireylerin medeni duruma göre SYBDÖ ve alt gruplarının puanlarının değerlendirilmesi Tablo 4.15'te verilmiştir.

**Tablo 4.15.** Çalışmaya katılan bireylerin medeni duruma göre SYBDÖ ve alt gruplarının puanları

SYBDÖ Alt Ölçekleri	Medeni Durum [Ortanca (min-max)]		p
	Evli	Bekar	
Beslenme alışkanlıkları	15 (8-23)	15 (9-24)	0,576
Kendini gerçekleştirme*	34,3±5,5	33,5±6,1	0,320
Sağlık sorumluluğu	25 (12-35)	24 (17-40)	0,074
Egzersiz alışkanlıkları	10 (5-17)	9 (5-20)	0,237
Kişiler arası destek	14 (7-24)	14 (10-28)	0,550
Stres yönetimi	17 (7-25)	18 (11-28)	0,799
<b>SYBDÖ Toplam*</b>	<b>116,5±16,4</b>	<b>113,7±17,2</b>	<b>0,252</b>

\*AO±SS

Tablo 4.15'e göre SYBDÖ puan ortalaması evli olanlarda 116,5±16,4, bekar olanlarda 113,7±17,2'dir. Medeni duruma göre SYBDÖ alt ölçeklerinin puanlarındaki fark anlamlı değildir ( $p>0,05$ ).

Araştırmaya katılan bireylerin öğrenim düzeylerine göre SYBDÖ ve alt ölçeklerinin puanlarının değerlendirilmesi Tablo 4.16'da gösterilmiştir.

**Tablo 4.16.** Araştırmaya katılan bireylerin öğrenim düzeyine göre SYBDÖ ve alt gruplarının puan dağılımları

SYBDÖ Alt Ölçekleri	Öğrenim Düzeyi [Ortanca (min-max)]				p
	İlkokul ve altı	İlköğretim	Lise	Üniversite ve üstü	
Beslenme alışkanlıkları	15 (11-23) <sup>b</sup>	14 (11-21)	14 (9-24) <sup>c</sup>	15 (8-20) <sup>b</sup>	<0,001
Kendini gerçekleştirme*	33,0±5,7 <sup>b</sup>	33,5±4,6	33,0±5,5 <sup>b</sup>	36,6±5,5 <sup>c</sup>	<0,001
Sağlık sorumluluğu	25 (12-35)	25,5 (18-36)	24,5 (15-40)	26 (12-33)	0,051
Egzersiz alışkanlıkları	9 (6-17) <sup>b</sup>	10 (6-13)	9 (5-20) <sup>b</sup>	10 (5-17) <sup>c</sup>	0,002
Kişiler arası destek	14 (8-24) <sup>b</sup>	14 (11-24)	14 (7-28) <sup>b</sup>	16 (7-24) <sup>c</sup>	0,005
Stres yönetimi	17 (8-25)	16,5 (11-23)	17 (9-28)	18 (7-25)	0,073
<b>SYBDÖ Toplam*</b>	<b>113,6±18,2<sup>b</sup></b>	<b>115,2±15,0</b>	<b>112,2±15,0<sup>b</sup></b>	<b>122,0±16,1<sup>c</sup></b>	<b>0,001</b>

\*AO±SS

b,c:birbirinden farklı

Tablo 4.16'ya göre öğrenim düzeyi ilkokul ve altı olanların SYBDÖ puan ortalaması 113,6±18,2, ortaokul ve ilköğretim olanlarda 115,2±15,0, lise olanlarda 112,2±15,0, üniversite ve üstü olanlarda 122,0±16,1 olup, öğrenim düzeyi üniversite ve üstü olanların SYBDÖ toplam puan ortalaması ilkokul ve altı ile lise olanlardan anlamlı olarak daha yüksektir (p<0,05). Beslenme alışkanlıkları puan ortancası öğretim düzeyi ilkokul ve altı olanlarda 15 (11-23), ilköğretim olanlarda 14 (11-21), lise olanlarda 14 (9-24), üniversite ve üstü olanlarda 15 (8-20) olup, öğrenim düzeyi lise olanların beslenme alışkanlıkları ortancası ilkokul ve altı ile üniversite ve üstü olanlardan anlamlı olarak daha düşüktür (p<0,05). Kendini gerçekleştirme puan ortalaması ilkokul ve altı olanlarda 33,0±5,7, ilköğretim olanlarda 33,5±4,6, lise olanlarda 33,0±5,5, üniversite ve üstü olanlarda 36,6±5,5 olup, öğrenim düzeyi üniversite ve üstü olanların kendini gerçekleştirme puan ortalaması ilkokul ve altı ile lise olanlardan anlamlı olarak yüksektir (p<0,05). Egzersiz alışkanlıkları puan ortancası öğrenim düzeyi ilkokul ve altı olanlarda 9 (6-17), ilköğretim olanlarda 10 (6-13), lise olanlarda 9 (5-20), üniversite ve üstü olanlarda 10 (5-17) olup, öğrenim düzeyi üniversite ve üstü olanların egzersiz alışkanlıkları puan ortancası ilkokul ve altı ile lise olanlardan anlamlı olarak daha yüksektir (p<0,05). Kişiler arası destek ortancası öğrenim düzeyi ilkokul ve altı olanlarda 14 (8-24), ilköğretim olanlarda 14 (11-24), lise olanlarda 14 (7-28), üniversite

ve üstü olanlarda 16 (7-24) olup, öğrenim düzeyi üniversite ve üstü olanların kişiler arası destek puan ortancası ilkokul ve altı ile lise olanlardan anlamlı olarak daha yüksektir ( $p<0,05$ ).

Çalışma grubunun anne öğrenim düzeyine göre SYBDÖ alt ölçek puanlarının dağılımı Tablo 4.17’de verilmiştir.

**Tablo 4.17.** Çalışmaya katılan bireylerin anne öğrenim düzeyine göre SYBDÖ ve alt gruplarının puanlarının dağılımı

SYBDÖ Alt Ölçekleri	Anne Öğrenim Düzeyi [Ortanca (min-max)]				p
	Öğrenimi yok	İlkokul	İlköğretim	Lise ve üstü	
Beslenme alışkanlıkları	14(8-23)	15(10-24)	15(9-20)	15(11-19)	0,283
Kendini gerçekleştirme*	32,8±5,7 <sup>b</sup>	35,1±5,5 <sup>c</sup>	36,2±5,8 <sup>c</sup>	34,7±4,8	0,005
Sağlık sorumluluğu	25(12-35)	25(19-40)	26(12-33)	25(19-33)	0,179
Egzersiz alışkanlıkları	9(5-15)	10(6-20)	10(6-17)	9(5-17)	0,096
Kişiler arası destek	13(7-23) <sup>b</sup>	14(9-28) <sup>c</sup>	17(9-24) <sup>c</sup>	15(10-22)	<0,001
Stres yönetimi	17(7-25)	17(9-28)	19(11-23)	18(11-25)	0,117
<b>SYBDÖ Toplam*</b>	112,2 ±16,9 <sup>b</sup>	117,9 ±15,4	122,3 ±16,5 <sup>c</sup>	117,9 ±15,9	0,007

\*AO±SS

b,c:birbirinden farklı

Tablo 4.17’ye göre anne öğrenim düzeyi lise mezunu ve üstü olan bireylerin SYBDÖ toplam puan ortalaması 117,9±15,9, ilköğretim mezunu olanların 122,3±16,5, ilkokul mezunu olanların 117,9±15,4, öğrenimi olmayanların 112,2±16,9’dur. Öğrenimi olmayanların SYBDÖ toplam puan ortalaması, ilköğretim mezunu olanlara göre anlamlı olarak daha düşüktür ( $p<0,05$ ). Kendini gerçekleştirme alt ölçek puan ortalaması anne öğrenim düzeyi lise mezunu ve üstü olanların 34,7±4,8, ilköğretim mezunu olanların 36,2±5,8, ilkokul mezunu olanların 35,1±5,5, öğrenimi olmayanların 32,8±5,7’dir. Öğrenimi olmayanların kendini gerçekleştirme puan ortalaması ilkokul mezunu ve ilköğretim mezunu olanlara göre anlamlı olarak daha düşüktür ( $p<0,05$ ). Kişiler arası destek alt ölçek puan ortancası anne öğrenim düzeyi lise mezunu ve üstü olanların

15 (10-22), ilköğretim mezunu olanların 17 (9-24), ilkokul mezunu olanların 14 (9-28), öğrenimi olmayanların 13 (7-23)'tür. Anne öğrenimi olmayan bireylerin kişiler arası destek puan ortancası ilkokul ile ilköğretim olanlara göre anlamlı olarak düşüktür ( $p<0,05$ ).

Araştırmaya katılan bireylerin baba öğrenim düzeyine göre SYBDÖ ve alt ölçek puanlarının değerlendirilmesi Tablo 4.18'de gösterilmiştir.

**Tablo 4.18.** Araştırmaya katılan bireylerin baba öğrenim düzeyine göre SYBDÖ ve alt gruplarının puanları

SYBDÖ Alt Ölçekleri	Baba Öğrenim Düzeyi [Ortanca (min-max)]					p
	İlkokul altı	İlkokul	İlköğretim	Lise	Üniversite ve üstü	
Beslenme alışkanlıkları	14 (10-23)	14 (10-24)	15 (9-21)	15 (8-20)	15,5 (10-19)	0,712
Kendini gerçekleştirme*	32,8 ±5,3	34,0 ±6,0	34,9 ±5,9	34,4 ±5,6	34,7 ±4,6	0,526
Sağlık sorumluluğu	25 (18-35)	25 (14-40)	25 (12-34)	25 (12-35)	25 (21-33)	0,918
Egzersiz alışkanlıkları	10 (6-13)	10 (6-20)	9 (6-17)	9 (5-15)	9 (7-17)	0,934
Kişiler arası destek	14 (9-22)	14 (7-28)	15 (9-24)	14 (7-24)	16 (10-22)	0,077
Stres yönetimi	17 (13-25)	17 (8-28)	17,5 (11-23)	18 (7-25)	18 (11-25)	0,618
<b>SYBDÖ Toplam*</b>	114,7 ±17,8	114,8 ±16,4	118,1 ±16,8	114,4 ±17,4	119,2 ±14,3	0,572

\*AO±SS

Tablo 4.18'de görüldüğü gibi araştırmaya katılan bireylerin SYBDÖ puan ortalaması baba öğrenim düzeyi ilkokul altı olanlarda  $114,7\pm 17,8$ , ilkokul mezunu olanlarda  $114,8\pm 16,4$ , ilköğretim mezunu olanlarda  $118,1\pm 16,8$ , lise mezunu olanlarda  $114,4\pm 17,4$ , üniversite mezunu ve üzeri olanlarda  $119,2\pm 14,3$  olup, gruplar arasındaki fark anlamlı değildir ( $p>0,05$ ). Baba öğrenim düzeyine göre SYBDÖ alt ölçeklerinden puanlar arasındaki fark anlamlı değildir ( $p>0,05$ ).



Çalışmaya katılan bireylerin ekonomik durumuna göre SYBDÖ ve alt gruplarının puanlarının değerlendirilmesi Tablo 4.19’da verilmiştir.

**Tablo 4.19.** Çalışmaya katılan bireylerin ekonomik duruma göre SYBDÖ ve alt gruplarının puanları

SYBDÖ Alt Ölçekleri	Ekonomik Durum [Ortanca (min-max)]			p
	İyi	Orta	Kötü	
Beslenme alışkanlıkları	15 (11-24)	14 (8-23)	14 (10-19)	0,074
Kendini gerçekleştirme*	35,2±5,4 <sup>b</sup>	33,9±5,7	30,3±4,5 <sup>c</sup>	0,035
Sağlık sorumluluğu	25 (15-40)	25 (12-36)	23 (19-34)	0,604
Egzersiz alışkanlıkları	10 (5-20)	9 (5-17)	8 (6-15)	0,247
Kişiler arası destek	15 (9-28)	14 (7-24)	12,5 (7-24)	0,150
Stres yönetimi	19 (9-28) <sup>a</sup>	17 (7-25)	15,5 (9-24)	0,020
<b>SYBDÖ Toplam*</b>	<b>118,6±15,3</b>	<b>115,1±16,8</b>	<b>107,4±21,9</b>	<b>0,118</b>

\*AO±SS

a:diğer gruplardan farklı

b,c:birbirinden farklı

Tablo 4.19’a göre kendini gerçekleştirme puan ortalaması ekonomik durumu iyi olanlarda 35,2±5,4, orta olanlarda 33,9±5,7, kötü olanlarda 30,3±4,5’dir. Çalışmaya katılan bireylerden ekonomik durumu iyi olanların kendini gerçekleştirme ortalaması kötü olanlardan anlamlı olarak daha yüksektir (p<0,05). Ekonomik durumu iyi olanların stres yönetimi puan ortancası 19 (9-28), orta olanların 17 (7-25), kötü olanların 15,5 (9-24) olup, ekonomik durumu iyi olanların stres yönetimi ortancası diğer gruplardan anlamlı olarak daha yüksektir (p<0,05).

Araştırmaya katılan bireylerin vücut ağırlığından memnuniyetlerine göre SYBDÖ ve alt ölçek puanlarının değerlendirilmesi Tablo 4.20’de gösterilmiştir.

**Tablo 4.20.** Araştırmaya katılan bireylerin vücut ağırlığından memnuniyete göre SYBDÖ ve alt gruplarının puanları

SYBDÖ Alt Ölçekleri	Vücut Ağırlığından Memnuniyet [Ortanca (min-max)]			p
	Memnun	Kararsız	Memnun Değil	
Beslenme alışkanlıkları	16 (11-21)	14 (10-20)	15 (8-24)	0,224
Kendini gerçekleştirme*	35,2±5,4	34,5±6,6	34,0±5,6	0,657
Sağlık sorumluluğu	27,5 (19-34)	25,5 (19-35)	25 (12-40)	0,199
Egzersiz alışkanlıkları	11,5 (7-15) <sup>b</sup>	10 (7-14)	9 (5-20) <sup>c</sup>	0,024
Kişiler arası destek	14 (12-24)	13,5 (9-24)	14 (7-28)	0,414
Stres yönetimi	18 (12-25)	17,5 (9-23)	18 (7-28)	0,732
<b>SYBDÖ Toplam*</b>	<b>123,3±19,3</b>	<b>117,0±19,5</b>	<b>115,0±15,9</b>	<b>0,118</b>

\*AO±SS

b,c:birbirinden farklı

Tablo 4.20'ye göre araştırmaya katılan bireylerin egzersiz alışkanlıkları puan ortancası vücut ağırlığından memnun olanlarda 11,5 (7-15), kararsız olanlarda 10 (7-14), memnun olmayanlarda 9 (5-20) olup, vücut ağırlığından memnun olanların egzersiz alışkanlıkları ortancası vücut ağırlığından memnun olmayanlardan anlamlı olarak daha yüksektir ( $p<0,05$ ).

Çalışma grubundaki bireylerin daha önce diyet yapma durumuna göre SYBDÖ ve alt ölçek puanlarının değerlendirilmesi Tablo 4.21'de gösterilmiştir.

**Tablo 4.21.** Çalışmaya katılan bireylerin daha önce diyet yapma durumuna göre SYBDÖ ve alt gruplarının puanları

SYBDÖ Alt Ölçekleri	Daha Önce Diyet Yapma [Ortanca (min-max)]		p
	Daha Önce Diyet Yapan	Daha Önce Diyet Yapmayan	
Beslenme alışkanlıkları	15 (8-24)	14 (9-20)	0,271
Kendini gerçekleştirme*	34,6±6,0	33,8±5,3	0,258
Sağlık sorumluluğu	25,5 (12-40)	25 (12-35)	0,038
Egzersiz alışkanlıkları	10 (5-20)	9 (5-15)	0,009
Kişiler arası destek	15 (7-28)	14 (7-24)	0,028
Stres yönetimi	18 (7-28)	17 (7-25)	0,123
<b>SYBDÖ Toplam*</b>	<b>118,2±17,1</b>	<b>114,0±16,1</b>	<b>0,049</b>

\*AO±SS

Tablo 4.21'e göre SYBDÖ puan ortalaması daha önce diyet yapanlarda 118±17,1, yapmayanlarda 114,0±16,1 olup, daha önce diyet yapanların SYBDÖ puan ortalaması anlamlı olarak yüksektir ( $p<0,05$ ). Sağlık sorumluluğu puan ortancası daha önce diyet yapanlarda 25,5 (12-40), yapmayanlarda 25 (12-35) olup, daha önce diyet yapanların sağlık sorumluluğu puan ortancası anlamlı olarak daha yüksektir ( $p<0,05$ ). Egzersiz alışkanlıkları puan ortancası daha önce diyet yapanlarda 10 (5-20), yapmayanlarda 9 (5-15) olup, daha önce diyet yapanlarda egzersiz alışkanlıkları puan ortancası anlamlı olarak daha yüksektir ( $p<0,05$ ). Kişiler arası destek puan ortancası daha önce diyet yapanlarda 15 (7-28), yapmayanlarda 14 (7-24) olup, daha önce diyet yapanlarda kişiler arası destek puan ortancası anlamlı olarak daha yüksektir ( $p<0,05$ ).

Araştırmaya katılan bireylerin şu anda diyet yapıyor olma durumuna göre SYBDÖ ve alt ölçek puanlarının değerlendirilmesi Tablo 4.22'de verilmiştir.

**Tablo 4.22.** Araştırmaya katılan bireylerin şu anda diyet yapıyor olma durumuna göre SYBDÖ ve alt gruplarının puanları

SYBDÖ Alt Ölçekleri	Şu Anda Diyet Yapan [Ortanca (min-max)]		p
	Şu Anda Diyet Yapan	Şu Anda Diyet Yapmayan	
Beslenme alışkanlıkları	15 (10-24)	14 (8-23)	0,091
Kendini gerçekleştirme*	35,5±5,8	33,6±5,5	0,018
Sağlık sorumluluğu	26 (12-40)	25 (12-35)	0,036
Egzersiz alışkanlıkları	10 (5-20)	9 (5-17)	0,275
Kişiler arası destek	15 (9-28)	14 (7-23)	0,131
Stres yönetimi	19 (11-28)	17 (7-25)	0,017
<b>SYBDÖ Toplam*</b>	<b>120,0±17,2</b>	<b>114,3±16,2</b>	<b>0,017</b>

\*AO±SS

Tablo 4.22’de görüldüğü gibi SYBDÖ puan ortalaması diyet yapmakta olanlarda 120,0±17,2, yapmayanlarda 114,3±16,2 olup, diyet yapmakta olanların SYBDÖ puan ortalaması anlamlı olarak daha yüksektir ( $p<0,05$ ). Kendini gerçekleştirme puan ortalaması şu anda diyet yapmakta olanlarda 35,5±5,8, yapmayanlarda 33,6±5,5 olup, diyet yapmakta olanların kendini gerçekleştirme puan ortalaması anlamlı olarak daha yüksektir ( $p<0,05$ ). Sağlık sorumluluğu puan ortancası diyet yapmakta olanlarda 26 (12-40), yapmayanlarda 25 (12-35) olup, diyet yapmakta olanların sağlık sorumluluğu puan ortalaması anlamlı olarak daha yüksektir ( $p<0,05$ ). Stres yönetimi puan ortancası diyet yapmakta olanlarda 19 (11-28), yapmayanlarda 17 (7-25) olup, diyet yapmakta olanların stres yönetimi puan ortancası anlamlı olarak daha yüksektir ( $p<0,05$ ).

YTT ölçeğinin toplam puan ortancası 10 (1-63) olup, bireylerden %6,9’unun ( $n=17$ ) yeme davranış bozukluğu vardır.

Çalışmaya katılan bireylerin sosyodemografik özelliklerine göre yeme tutumunun karşılaştırılması Tablo 4.23’te verilmiştir.

**Tablo 4.23.** Çalışmaya katılan bireylerin sosyodemografik özelliklerine göre yeme tutumunun karşılaştırılması

	YTT	
	Ortanca (min-max)	p
<b>Yaş</b>		
18-29 <sup>a</sup>	8 (2-63)	0,006
30-39	10 (1-58)	
40-49 <sup>b</sup>	11 (3-63)	
50 <sub>≤</sub> <sup>b</sup>	13 (1-46)	
<b>Cinsiyet</b>		
Erkek	10 (1-63)	0,340
Kadın	10 (1-63)	
<b>BKI</b>		
18,5-24,9	14 (4-28)	0,219
25,0-29,9	9 (3-61)	
30,0 <sub>≤</sub>	10 (1-63)	
<b>Medeni durum</b>		
Evli	10 (1-63)	0,148
Bekar	8 (2-63)	
<b>Öğrenim düzeyi</b>		
İlkokul ve altı	11 (1-63)	0,073
İlköğretim	11 (1-61)	
Lise	9 (2-63)	
Üniversite ve üstü	9,5 (2-38)	
<b>Anne öğrenim düzeyi</b>		
İlkokul altı <sup>a</sup>	10 (1-58)	0,018
İlkokul	9 (1-63)	
İlköğretim	12 (2-63)	
Lise ve üstü <sup>b</sup>	8 (3-28)	
<b>Baba öğrenim düzeyi</b>		
İlkokul altı	11 (1-43)	0,279
İlkokul	10 (2-63)	
İlköğretim	11 (2-63)	
Lise	9 (1-38)	
Üniversite ve üstü	10 (3-46)	
<b>Ekonomik durum</b>		
İyi	10 (3-63)	0,752
Orta	10 (1-63)	
Kötü	11 (4-19)	
<b>Toplam</b>	10 (1-63)	

a,b:birbirinden farklı

Tablo 4.23'de görüldüğü gibi çalışmaya katılan bireylerin YTT ölçeği puan ortancası 18-29 yaş aralığında olanlarda 8 (2-63), 30-39 yaş aralığında olanlarda 10 (1-58), 40-49 yaş aralığında olanlarda 11 (3-63), 50 yaş ve üzerinde olanlarda 13 (1-46)'tür. 18-29 yaş aralığında olanların YTT puan ortancası, 40-49 yaş aralığında olanlara ve 50 ve üzeri olanlara göre anlamlı olarak daha düşüktür ( $p<0,05$ ). Çalışmaya katılan bireylerin anne öğrenim düzeyine bakıldığında YTT ölçeği puan ortancası ilkokul altı olanlarda 10 (1-58), ilkokul mezunu olanlarda 9 (1-63), ilköğretim mezunu olanlarda 12 (2-63), lise mezunu ve üstü olanlarda 8 (3-28)'dir. Annesinin öğrenimi ilkokul altı YTT puan ortancası, lise mezunu ve üstü öğrenimi olanlara göre anlamlı olarak daha yüksektir ( $p<0,05$ ).

Araştırmaya katılan bireylerin Vücut ağırlığından memnuniyet, daha önce diyet yapma, diyet yapıyor olma ve günlük yaşamda hareketliliğine göre yeme tutumunun karşılaştırılması Tablo 4.24'te gösterilmiştir.

**Tablo 4.24.** Vücut ağırlığından memnuniyet, daha önce diyet yapma, diyet yapıyor olma ve günlük yaşamda hareketliliğine göre yeme tutumunun karşılaştırılması

	YTT	
	Ortanca (min-max)	p
<b>Vücut ağırlığından memnuniyet</b>		
Memnun	10 (4-26)	0,333
Kararsız	11 (5-42)	
Memnun değil	10 (1-63)	
<b>Daha önce diyet yapma</b>		
Evet	10 (1-63)	0,169
Hayır	10 (1-63)	
<b>Şu anda diyet yapıyor olma</b>		
Evet	11 (3-63)	0,012
Hayır	10 (1-50)	
<b>Günlük yaşamda hareketlilik</b>		
Hareketsiz	10 (4-21)	0,775
Biraz hareketli	10 (1-63)	
Hareketli	10 (3-61)	
Çok hareketli	10 (1-50)	

Tablo 4.24'te görüldüğü gibi çalışma yürütülürken diyet yapmakta olanların YTT ölçeği puan ortancası 11 (3-63), yapmayanların 10 (1-50) olup, diyet yapıyor olanların YTT ölçeği puan ortancası yapmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksektir ( $p < 0,05$ ).

## 5. TARTIŞMA

Türkiye’de ve dünyada giderek yaygınlaşan ve önemli bir halk sağlığı sorunu haline gelen obezitenin etyolojisinin açıklanabilmesinin, obezitenin önlenmesinde ve tedavisinde büyük önemi vardır. Çalışmamızda da buna yönelik olarak obeziteye sosyodemografik özelliklerin etkisi, bireylerin sağlığı geliştirici davranış alışkanlıkları ve olası yeme bozukluğu davranışlarına sebep olan etmenler incelenmiştir.

Türkiye Beden Algısı Araştırması (TBAA)’nda bireylerin %33,3’ünün fazla kilolu, %23,4’ünün obez; Türkiye Sağlık Araştırması 2012 (TSA-2012)’de bireylerin %34,8’inin fazla kilolu, %17,2’sinin obez; TBSA-2010’da bireylerin %34,6’sının fazla kilolu, %30,3’ünün obez olduğu belirtilmiştir (83-85). Hamurcu’nun çalışmasında bireylerin %32,2’sinin fazla kilolu, %21,3’ünün obez olduğu belirtilmiştir (86). Bizim çalışmamızda bireylerin %27,6’sı fazla kilolu, %65,4’ü obezdir. Çalışmamızda obez bireylerin fazla olmasının sebebi, çalışmamızın örnekleminin diyet polikliniğine zayıflamak için başvuran bireyler olmasından kaynaklanmaktadır.

Altay’ın 15-49 yaş arası kadın bireyler üzerinde yaptığı çalışmada bireylerin %57,7’sinin ilkokul mezunu olduğu belirtilmiştir (87). Yalçınkaya ve arkadaşlarının sağlık çalışanları ile yaptıkları çalışmada çalışmaya katılan bireylerin yaklaşık yarısının anne ve babasının ilkokul mezunu olduğu belirtilmiştir (88). Koçoğlu ve arkadaşlarının çalışmasında çalışmaya katılan bireylerin annelerinin %12,6’sının ilkokul altı, %54,4’ünün ilkokul düzeyinde öğreniminin olduğu; babalarının %1,8’inin ilkokul altı, %27,1’inin ilkokul düzeyinde öğreniminin olduğu belirtilmiştir (89). Kılıç ve Şanlıer’in yaptıkları çalışmada çocukların annelerden, annelerin de anneannelerden daha iyi öğrenim düzeyine sahip olduğu görülmektedir (90). Norveç’te kadınlar üzerinde yapılan bir çalışmada bireylerin %34,9’unun lise ve üzeri eğitim düzeyine sahip oldukları belirtilmiştir (91). İran’da kadınlar üzerinde yapılan bir çalışmada bireylerin %14,3’ünün okur-yazar olmadığı, %59,4’ünün ilkokul mezunu olduğu; başka bir çalışmada ise çalışmaya katılan bireylerin %39,4’ü lise altı öğrenim düzeyine sahip oldukları belirtilmiştir (92, 93). Meksika’da yapılan bir çalışmada bireylerin babalarının %3,3’ünün ilkokul altı, %15,6’sının ilkokul, %36,4’ünün üniversite düzeyinde öğrenimi olduğu; annelerinin



%5,1'inin ilkokul altı, %17,1'inin ilkokul, %27'sinin üniversite düzeyinde öğrenimi olduğu belirtilmiştir (94). Bizim çalışmamızda çalışmaya katılan bireylerin öğrenim düzeyinin orta düzeyde olduğu, anne ve baba öğrenim düzeyinin düşük olduğu, Kılıç ve Şanlıer'in çalışmasına benzer olarak kuşak ilerledikçe öğrenim düzeyinin arttığı görülmektedir.

Hamurcu'nun obez bireyler üzerinde yaptığı çalışmada çalışmaya katılan bireylerin büyük çoğunluğunun vücut ağırlıklarından memnun olmadıkları belirtilmiştir (86). Lübnan'da yapılan bir çalışmada fazla kilolu erkeklerin %62'sinin, kadınların %96'sının kilo vermek istedikleri belirtilmiştir (95). Norveç'te kadınlar üzerinde yapılan bir çalışmada bireylerin %58,8'inin vücut ağırlıklarından memnun olmadıkları belirtilmiştir (91). İsviçre'de yapılan bir çalışmada bireylerin %24,9'unun vücut ağırlığından genelde memnun olmadığı, %4,6'sının hiç memnun olmadığı belirtilmiştir (96). Bizim çalışmamızda çalışmaya katılan bireylerin %82,9'unun vücut ağırlığından memnun olmadığı görülmektedir. Bu durum çalışmamızın örnekleminin diyet polikliniğine zayıflamak için başvuran bireyler olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Soyuer ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada BKİ değeri arttıkça fiziksel aktivitenin azaldığı belirtilmiştir (97). Sevimli'nin ve Parmaksız'ın yaptıkları çalışmalarda fiziksel aktivite yapan bireylerin BKİ'nin kontrol grubuna göre anlamlı olarak düşük olduğu bildirilmiştir (98, 99). Hamurcu'nun yaptığı çalışmada morbid obez bireylerin çok hafif, diğer bireylerin hafif düzeyde fiziksel aktivitesinin olduğu ve bireylerin fiziksel aktivitesinin yeterli düzeyde bulunmadığı belirtilmiştir (86). Kronik Hastalıklar Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması'na göre Türkiye'de erkeklerin %54,5'i, kadınların %69,1'i yetersiz fiziksel aktivite düzeyine sahiptir (100). Suriye'de yapılan bir çalışmada BKİ arttıkça fiziksel aktivite düzeyinin anlamlı olarak azaldığı belirtilmiştir (101). Suudi Arabistan'da yapılan bir çalışmada bireylerin fiziksel aktivitesi genel olarak düşük bulunmuş, daha çok sağlık ve kilo vermek için fiziksel aktivite yaptıkları belirtilmiştir (102). Çin'de yapılan bir çalışmada kadınların fiziksel aktivite düzeylerinin düşük olduğu belirtilmiştir (103). Çalışmamıza katılan bireylerde de benzer şekilde hareketlilik ve fiziksel aktivitenin düşük olduğu bulunmuştur. Bu durum fiziksel aktivitenin kilo kontrolünde önemli bir etken olduğunu göstermektedir.

Güzey'in yetişkin kadınlar üzerinde yaptığı çalışmada kadınların %80,0'ının daha önce zayıflama diyeti yaptığı belirtilmiştir (104). Arslan ve Ceviz'in yetişkin

kadınlar üzerinde yaptığı çalışmada bireylerin %61,6'sının daha önce hiç diyet yapmadığı, %30,7'sinin ara sıra diyet yaptığı, %2,4'ünün sık sık diyet yaptığı ve %2,6'sının ise düzenli olarak diyet uyguladığı belirtilmiştir (105). TBAA'da bireylerin %17,4'ü son bir yıl içinde zayıflamak için diyet uyguladıkları belirtilmiştir (83). Norveç'te yapılan bir çalışmada bireylerin %45,9'unun daha önce hiç diyet yapmadığı, %40,6'sının nadiren diyet yaptığı, %13,5'inin de sık sık diyet yaptığı belirtilmiştir (91). Bizim çalışmamızda bireylerin %43,1'inin daha önce diyet yapmış olduğu, %27,2'sinin de çalışma yapıldığı zaman aralığında diyet yapmakta olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızda diyet yapan bireylerin diğer çalışmalara göre daha fazla olması, çalışmanın diyet polikliniğinde yapılmış olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Arslan ve Ceviz'in kadın bireyler üzerinde yaptıkları çalışmada ve Altunoğlu'nun obez bireyler üzerinde yaptıkları çalışmada bireylerin BKİ ortalaması  $27,43 \pm 4,76$ ,  $39,69 \pm 6,06$ ; bel çevresi ortalaması  $85,78 \pm 11,14$ ,  $112,80 \pm 12,72$ ; BKO ortalaması  $0,86 \pm 0,064$ ,  $0,86 \pm 0,07$  olarak bulunmuştur (105, 106). Afyon ve Malatya'da yapılan çalışmalarda, çalışmaya katılan bireylerin BKİ ortalamasının  $24,1 \pm 3,7$ ,  $28,4 \pm 5,5$ ; bel çevresi ortalamasının  $79,8 \pm 12,3$ ,  $87,2 \pm 14,3$  olduğu belirtilmiştir (107, 108). Avustralya'da yapılan bir çalışmada bireylerin BKİ ortalamasının  $26,6 \pm 4,9$ , bel çevresi ortalamasının  $90,0 \pm 13,6$  olduğu belirtilmiştir (109). Kanada'da yapılan bir çalışmada bireylerin BKİ ortalamasının  $34,2 \pm 5,0$ , BKO ortalamasının  $0,81 \pm 0,05$  olduğu belirtilmiştir (110). Kanada'da üçüncü Nutritional Health and Nutrition Examination Survey (NHANESIII) çalışmasının verileri ile yapılan çalışmada normal bel çevresi uzunluğuna sahip olan normal bel çevresine sahip olan obez bireylerin BKİ ortalamasının erkeklerde  $30,9 \pm 0,8$ , kadınlarda  $31,1 \pm 0,7$  olduğu; bel çevresi ortalamasının erkeklerde  $98,2 \pm 3,0$ , kadınlarda  $85,0 \pm 2,4$  olduğu belirtilmiştir. Yüksek bel çevresine sahip olan obez bireylerde ise BKİ ortalamasının erkeklerde  $32,0 \pm 1,3$ , kadınlarda  $32,0 \pm 1,4$ ; bel çevresi ortalamasının erkeklerde  $110,3 \pm 5,6$ , kadınlarda  $102,5 \pm 7,2$  olduğu belirtilmiştir (111). Çalışmamıza katılan bireylerin BKİ ortancası  $31,9$  ( $19,4-59,4$ ), bel çevresi ortancası  $93,4$  ( $71,0-164,3$ ), BKO ortancası  $0,87$  ( $0,72-1,40$ )'dir. BKİ, bel çevresi ve BKO değerlerinin diğer çalışmalardan farklı olması; örneklemin diyet polikliniğine başvuran hastalardan oluşuyor olmasından, çalışmaya katılan kadın ve erkek bireylerin sayılarının yakın olmamasından ve bireylerin farklı vücut yapılarında olmalarından kaynaklanıyor olabilir. Çalışmamızda bel çevresi ve BKO

ölçümleri kronik hastalıklar için yüksek risk grubu değerlendirmesine göre erkeklerin oranı kadınlardan anlamlı olarak daha yüksek bulundu. Bu durumda çalışmamıza katılan erkek bireylerde abdominal yağlanmanın daha fazla olduğu, android tip şişmanlığın erkeklerde daha fazla görüldüğü ve erkeklerde obeziteye bağlı kronik hastalık görülme riskinin daha fazla olduğu söylenebilir.

TBAA'da son bir yıl içerisindeki diyet uygulamaları sorgulamasında, kadınların erkeklerden daha fazla diyet yaptığı belirtilmiştir (83). İsviçre'de yapılan bir çalışmada kadınların %54,26'sının, erkeklerin 40,59'unun zayıflamak için diyet yaptıkları belirtilmiştir (96). Benzer şekilde bizim çalışmamızda daha önce diyet yapan ve çalışmanın yapıldığı dönemde diyet yapmakta olan kadınların oranı erkeklerden anlamlı olarak yüksektir. Vücut ağırlığından memnun olmayan kadınların oranı erkeklerden fazla ancak aradaki fark anlamlı değildir. Bu durumda erkeklerin vücut ağırlığı denetimi için diyet yapmayı kadınlara göre daha az tercih ettiği söylenebilir.

Efil'in ve Arıkan'ın yetişkin bireyler üzerinde yaptıkları çalışmalarda BKİ ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı belirtilmiştir (107, 112). Hamurcu'nun, Demir ve arkadaşlarının, Aladağ ve arkadaşlarının, Çayır ve arkadaşlarının yetişkin bireyler üzerinde yaptıkları çalışmalarda ise obezitenin kadınlarda erkeklerden anlamlı olarak daha fazla görüldüğü belirtilmiştir (86, 113-115). Işık ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada erkeklerin BKİ ortalamasının kadınlardan anlamlı olarak yüksek olduğu belirtilmiştir (116). Suriye'de yapılan bir çalışmada fazla kiloluluğun erkeklerde, obezitenin kadınlarda anlamlı olarak yüksek olduğu belirtilmiştir (101). Havai'de yapılan bir çalışmada fazla kiloluluğun erkeklerde daha fazla, obezitenin ise her iki cinsiyette benzer oranda görüldüğü belirtilmiştir (117). Lübnan'da yapılan bir çalışmada erkeklerde fazla kiloluluğun kadınlardan anlamlı olarak daha fazla olduğu belirtilmiştir (95). Japonya'da yapılan bir çalışmada erkeklerin BKİ ortalamasının kadınlardan anlamlı olarak yüksek olduğu belirtilmiştir (118). Rusya'da yapılan bir çalışmada BKİ ile cinsiyet arasındaki ilişkinin anlamlı olmadığı belirtilmiştir (119). Bizim çalışmamızda erkeklerde obezite görülme sıklığı kadınlardan anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Bu durum erkeklerin fazla kilolarından daha geç rahatsız olmasından ve kadınlara göre daha az zayıflamak için girişimde bulunmalarından kaynaklanıyor olabilir.

Çayır ve arkadaşlarının yetişkin bireyler üzerinde yaptıkları çalışmada ve Hamurcu'nun yaptığı çalışmada yaş arttıkça, obezite sıklığının anlamlı olarak arttığı

bildirilmiştir (86, 115). Efil, Işık ve arkadaşlarının, Akbay ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmalarda yaş arttıkça BKİ'nin anlamlı olarak arttığını belirtmişlerdir (107, 116, 120). Yabancı ülkelerde yapılan çalışmalarda yaş arttıkça BKİ'nin de arttığı belirtilmektedir (101, 117, 119, 121, 122). Ankara, İzmir ve Norveç'te yapılan çalışmalarda ise BKİ ile yaş arasındaki ilişkinin anlamlı olmadığı belirtilmiştir (91, 99, 112). Bizim çalışmamızda da benzer olarak çalışmaya katılan bireylerde yaş arttıkça BKİ artmakta olup, gruplar arasındaki fark anlamlı değildir.

Ülkemizde yapılan çalışmalarda evlilerde obezite oranının daha yüksek olduğu belirtilmiştir (86, 107, 116). Yabancı ülkelerde yapılan çalışmalarda da benzer şekilde evli bireylerin BKİ'lerinin daha yüksek olduğu belirtilmektedir (101, 117). Bizim çalışmamızda evli bireylerde obezite sıklığı, bekarlardan anlamlı olarak yüksektir. Bu durum evlilerde düzenli yaşam ile birlikte yemek yeme alışkanlıklarının da değişmesinden kaynaklanıyor olabilir.

Ülkemizde yapılan yetişkinler üzerinde yapılan birçok çalışmada öğrenim düzeyi arttıkça BKİ'nin azaldığı belirtilmektedir (99, 107, 115, 116, 123). Hamurcu'nun çalışmasında ise öğrenim düzeyi ile BKİ arasındaki ilişkinin anlamlı olmadığı belirtilmiştir (86). Yabancı ülkelerde yapılan bazı çalışmalarda da öğrenim düzeyi arttıkça, BKİ'nin anlamlı olarak azaldığı belirtilmiştir (124, 125). Çin'de yapılan bir çalışmada öğrenim düzeyi ile BKİ arasındaki ilişkinin anlamlı olmadığı belirtilmiştir (126). Bizim çalışmamızda bireylerin öğrenim düzeyi arttıkça BKİ'nin anlamlı olarak azaldığı görüldü. Bu durum öğrenim düzeyi arttıkça sağlıkla ilgili sahip olunan bilgilerin de artması ve kazanılan bilgileri bireylerin kendi yaşamlarında uygulamalarından kaynaklanıyor olabilir.

Türkiye'de ilköğretim okullarında yapılan 3 farklı çalışmada anne ve baba öğrenim düzeyinin aşırı kilolu olma ile ilişkili olmadığını belirtilmiştir (89, 127, 128). Amerika'da yapılan bir çalışmada anne öğrenim düzeyi arttıkça BKİ'nin azaldığı belirtilmiştir (129). Kanada'da yapılan bir çalışmada baba öğrenim düzeyi artışının fazla kiloluluk ve obezite oluşumunda koruyucu olduğu, anne öğrenim düzeyi ile BKİ arasındaki ilişkinin ise anlamlı olmadığı belirtilmiştir (130). Bizim çalışmamızda bireylerin anne öğrenim düzeyleri arttıkça, obezite görülme sıklığı anlamlı olarak azalmaktadır. Baba öğrenim düzeyi ile BKİ arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bu durum aile kültürümüzde yemekleri genellikle annenin yapması, dolayısı ile yemek alışkanlıklarının kazanılmasında annenin etkisinin daha fazla olmasından kaynaklanıyor olabilir.

TBAA’da normal kilolu bireylerin en yüksek, obez bireylerin en düşük doğru beden algısı düzeyine sahip oldukları belirtilmiştir (83). Hamurcu’nun yaptığı çalışmada morbid obez ve fazla kilolu bireylerin en yüksek, obez bireylerin en düşük beden algısı düzeyine sahip oldukları belirtilmiştir (86). Efil’in yaptığı çalışmada obez bireylerin en yüksek beden algısı düzeyine sahip oldukları, normal ve fazla kilolu bireylerin kendilerini oldukları kilodan daha fazla kiloda tanımladıkları görülmektedir (107). Avrupa’da yapılan bir çalışmada normal BKİ’ye sahip olan bireylerden kadınların daha çok kendilerini daha kilolu, erkeklerin daha çok kendilerini daha zayıf olarak tanımladıkları belirtilmiştir (131). Suudi Arabistan’da yapılan bir çalışmada bireylerin sadece %23’ünün beden algılarının gerçek bedensel durumları ile uyumlu olduğu belirtilmiştir (132). Benzer şekilde çalışmamızda da çalışmaya katılan bireylerin kendilerini tanımlama durumlarına göre BKİ değerlendirmesinde görülen farklılıklar anlamlıdır. Obez bireylerin en yüksek, fazla kilolu bireylerin en düşük beden algısı düzeyine sahip oldukları görülmektedir.

Hamurcu’nun obez bireyler üzerinde yaptığı çalışmada bireylerin çoğunluğunun vücut ağırlıklarından memnun olmadıkları, BKİ arttıkça vücut ağırlığından memnuniyetsizliğin de arttığı belirtilmiştir (86). Obez kadınlar üzerinde yapılan bir çalışmada obez kadınların obez olmayanlara göre anlamlı olarak vücut ağırlıklarından memnun olmadıkları belirtilmiştir (133). Armağan’ın yaptığı araştırmada BKİ arttıkça beden imgesi memnuniyetinin azaldığı belirtilmiştir (134). Hamurcu ve arkadaşlarının çalışmasında BKİ ile düşük beden algısı arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu belirtilmiştir (135). Oruçlular’ın yaptığı çalışmada ideal ağırlığında olmayan bireylerin vücut algılarındaki hoşnutsuzluğun ideal ağırlığında olan bireylere göre daha fazla olduğu, ancak bu farkın anlamlı olmadığı belirtilmiştir (136). Avrupa’da üniversite öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada daha zayıf bir vücuda sahip olma isteğinden dolayı BKİ yüksek olan bireylerin vücut ağırlıklarından memnun olmadıkları ifade edilmiştir (131). Norveç’te yapılan bir çalışmada bireylerin vücut ağırlığı memnuniyetsizliği ile BKİ’nin ilişkili olmadığı belirtilmiştir (91). Bizim çalışmamızda bireylerin %82,9’u vücut ağırlığından memnun olmayıp, memnun olmayanların %72,1’i obezdir. Obez bireyler üzerinde yapılan ve Avrupa’da yapılan çalışmalara benzer şekilde BKİ arttıkça vücut ağırlığından memnuniyetsizlik de anlamlı olarak artmaktadır. Bu durum fiziksel

görünüm ve obeziteye bağlı gelişen sağlık sorunlarının obez bireylerde vücut ağırlıklarından memnuniyetsizlik yaratmakta olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Çayır ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada daha önce diyet yapanlarda obezite oranının daha fazla olduğu belirtilmiştir (115). Arslan ve Ceviz'in yaptıkları çalışmada düzenli olarak diyet uygulayan kadınların BKİ değerlerinin obezite sınırlarının altında olduğu belirtilmiştir (105). TBAA'da bireylerin son bir yıl içerisinde diyet yapma durumları ile BKİ arasında anlamlı bir ilişki olduğu, obez bireylerin en yüksek diyet yapma sıklığına sahip olduğu belirtilmiştir (83). Norveç'te yapılan bir çalışmada BKİ ile diyet yapmış olma ve diyet yapma sıklığı arasında anlamlı ilişki olmadığı belirtilmiştir (91). İsviçre'de yapılan bir çalışmada fazla kilolu olan kadın bireylerin normal kilolulardan anlamlı olarak daha az zayıflamak için diyet yaptıkları, fazla kilolu ve obez erkek bireylerin normal kilolulardan daha fazla zayıflamak için diyet yaptıkları belirtilmiştir (96). Bizim çalışmamızda Norveç'te yapılan çalışmaya benzer olarak araştırmaya katılan bireylerden daha önce zayıflama diyeti yapanların %63,2'si obez olup, gruplar arasındaki fark anlamlı değildir. Bu durum, her ağırlıktaki bireylerin kilo kontrolünü sağlamak için diyet yapmalarından kaynaklanıyor olabilir.

Efil'in, Arslan ve Ceviz'in yaptıkları çalışmalarda bireylerde yaş artışı ile bel çevrelerinin de anlamlı olarak arttığı belirtilmiştir (105, 107). Yabancı ülkelerde yapılan bazı çalışmalarda da yaş arttıkça bel çevresinin arttığı belirtilmiştir (121, 137). Bizim çalışmamızda da benzer olarak yaş artışı ile bel çevresinin anlamlı olarak arttığı görülmektedir. Bu durum bireylerde ileri yaşlarda yağlanmanın abdominal bölgede yoğunlaşmasından kaynaklanıyor olabilir.

Ülkemizde yapılan iki farklı çalışmada öğrenim düzeyi arttıkça, bel çevresinin anlamlı olarak azaldığı belirtilmiştir (105, 107). İspanya'da yapılan bir çalışmada kadınlarda öğrenim düzeyi arttıkça bel çevresinin anlamlı olarak azaldığı belirtilmiştir (124). Bizim çalışmamızda benzer şekilde öğrenim düzeyinin yükselmesi ile bel çevresinin azaldığı ancak bu farkın anlamlı olmadığı görüldü. Bu durum, bireylerdeki fazla kiloluluk ve obezite ile var olan yağlanmanın vücudun farklı bölgelerinde yoğunlaşmasına bağlı olarak farklı vücut tiplerinin varlığından kaynaklanıyor olabilir.

Kaya ve arkadaşlarının 18 yaş ve üzeri kadınlar üzerinde yaptıkları araştırmada, araştırmaya katılan kadınların SYBDÖ puan ortalamasının  $122,99 \pm 24,07$  olduğu bulunmuştur (138). Pasinlioğlu ve Gözüm'ün birinci basamak

sağlık hizmetlerinde çalışan bireyler üzerinde yaptığı çalışmada, araştırmaya katılan bireylerin SYBDÖ puan ortalamasının  $117,5 \pm 17,1$  olduğu belirtilmiştir (139). Altay'ın 15-49 yaş arası kadınlar üzerinde yaptığı çalışmada bireylerin SYBDÖ puan ortalamasının  $124,6 \pm 17,7$  olduğu belirtilmiştir (87). Ülkemizde üniversite öğrencileri üzerinde yapılan çalışmalarda SYBDÖ puanlarının  $121,75 \pm 18,86$  ve  $126,1 \pm 19,6$  arasında oldukları belirtilmiştir (140-143). Tokuç ve Berberoğlu'nun ilköğretim okullarında çalışan öğretmenler üzerinde yaptığı çalışmada ise, araştırmaya katılan bireylerin SYBDÖ puan ortalaması  $134,49 \pm 17,94$  olup, iyi düzeyde bulunmuştur (144). Bu çalışmada bireylerin SYBDÖ puan ortalaması  $115,8 \pm 16,6$  bulunmuştur. Araştırmamızda Türkiye'de yapılan araştırmaların çoğuna benzer şekilde, zayıflamak isteyen bireylerin sağlık davranışlarını orta düzeyde gösterdiği görülmektedir. Ancak çalışmamızın SYBDÖ puan ortalaması, diğer çalışmalara göre daha düşüktür. Bu durumda vücut ağırlığı kontrolünü sağlayamayan bireylerin, sağlığı geliştirici davranışları daha az sergiledikleri söylenebilir.

Ülkemizde yapılan çalışmalara bakıldığında Ayaz ve arkadaşlarının üniversite öğrencileri üzerinde yaptığı çalışmada yaş arttıkça sağlık sorumluluğu alt ölçeği puan ortalamasının arttığı, stres yönetimi alt ölçek puan ortalamasının azaldığı belirtilmiştir (141). Yalçinkaya ve arkadaşlarının sağlık çalışanları üzerinde yaptığı çalışmada yaş arttıkça beslenme alışkanlıkları alt ölçeğinden alınan puanın da anlamlı olarak arttığı belirtilmiştir (88). Pasinlioğlu ve Gözüm'ün birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan bireyler üzerinde yaptığı çalışmada ve Altay'ın kadınlar üzerinde yaptığı çalışmada ise, yaş ile SYBDÖ puanı ve alt ölçek puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (87, 139). İran'da kadınlar üzerinde yapılan bir çalışmada yaş arttıkça SYBDÖ puan ortalamasının anlamlı olarak arttığı belirtilmiştir (92). Çin'de yapılan bir çalışmada yaş ile kendini gerçekleştirme ve kişiler arası destek alt ölçek puanları arasında pozitif anlamlı ilişki olduğu; SYBDÖ puanı, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite ve stres yönetimi alt ölçek puanları arasında negatif anlamlı ilişki olduğu belirtilmiştir (103). İran'da yapılan bir çalışmada 75 yaş üstü bireylerin SYBDÖ puanının anlamlı olarak daha düşük olduğu belirtilmiştir (93). Amerika'da yapılan bir çalışmada yaş artışı ile egzersiz alışkanlığı alt ölçek puanının anlamlı olarak azaldığı, yaş arttıkça beslenme alışkanlığı ve kendini gerçekleştirme alt ölçek puanlarının anlamlı olarak arttığı belirtilmiştir (145). Bizim çalışmamızda yaş arttıkça SYBDÖ puanı ve alt

ölçeklerden alınan puanların da artmakta olduğu, ancak bu ilişkinin anlamlı olmadığı görüldü.

Pasinlioğlu ve Gözüm'ün birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan bireyler üzerinde yaptıkları çalışmada, cinsiyet ile beslenme ve egzersiz alışkanlıkları alt ölçek puanları arasındaki ilişki anlamlı olup; kadınlarda beslenme alışkanlıkları alt ölçek puan ortalaması, erkeklerde egzersiz alışkanlıkları puan ortalaması anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (139). Tokuç ve Berberoğlu'nun ilköğretim okullarında çalışan öğretmenler üzerinde yaptıkları çalışmada, kadınların SYBDÖ puanı ve kişiler arası destek alt ölçek puanı, erkeklerin egzersiz alışkanlıkları alt ölçek puanı anlamlı olarak daha yüksektir (144). Tambağ'ın üniversite öğrencileri üzerinde yaptığı çalışmasında kadınlarda sağlık sorumluluğu ve beslenme alışkanlıkları alt ölçek puanlarının, erkeklerde egzersiz alışkanlıkları alt ölçek puanının anlamlı olarak yüksek olduğu belirtilmiştir (146). Kaya ve arkadaşlarının öğretim elemanları üzerinde yaptıkları çalışmada erkeklerde egzersiz alışkanlıkları alt ölçek puanının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (147). İlhan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada kız öğrencilerin sağlık sorumluluğu alt ölçeği puan ortalamasının erkeklerden anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirtilmiştir (148). Cihangiroğlu ve Deveci'nin, Çelik ve arkadaşlarının üniversite öğrencileri üzerinde yaptıkları çalışmalarda ise cinsiyet ile SYBDÖ puanı ve alt ölçek puanları arasındaki farkın anlamlı olmadığı bildirilmiştir (142, 149). İran'da yapılan bir çalışmada erkeklerin SYBDÖ puanı kadınlardan anlamlı olarak daha yüksektir (93). Japonya'da yapılan bir çalışmada sağlık sorumluluğu, kişiler arası destek ve beslenme alışkanlıkları alt ölçek puanlarının kadınlarda; fiziksel aktivite alt ölçek puanının erkeklerde anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirtilmiştir (118). Amerika'da yapılan bir çalışmada kadınların sağlık sorumluluğu ve kişiler arası destek alt ölçeklerinden aldıkları puanların erkeklere göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirtilmiştir (145). Bizim çalışmamızda cinsiyet ile SYBDÖ puanı ve alt ölçeklerden alınan puanlar arasındaki ilişkinin anlamlı olmadığı görüldü.

Arslan ve Ceviz'in kadınlar üzerinde yaptıkları çalışmada SYBDÖ puanı ve egzersiz alışkanlıkları alt ölçek puanlarının obez bireylerde anlamlı olarak düşük olduğu belirtilmiştir (105). Çin'de yapılan bir çalışmada BKİ ile kendini gerçekleştirme ve kişiler arası destek alt ölçek puanları arasında pozitif anlamlı ilişki olduğu; SYBDÖ puanı, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme alışkanlıkları ve stres yönetimi alt ölçek puanları arasında negatif anlamlı ilişki olduğu



belirtilmiştir (103). Elazığ'da ve İran'da yapılan çalışmalarda BKİ ile SYBDÖ puanı arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirtilmiştir (142, 150). Japonya'da yapılan bir çalışmada BKİ ile SYBDÖ puanı ve alt ölçek puanları arasındaki ilişkinin anlamlı olmadığı belirtilmiştir (118). Arslan ve Ceviz'in çalışmasına benzer olarak bizim çalışmamızda bireylerin BKİ'si arttıkça SYBDÖ puanı, kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz alışkanlıkları ve kişiler arası destek alt ölçek puanları anlamlı olarak azalmaktadır. Bu durumda bireylerde şişmanlık düzeyi arttıkça, yaşamlarında sağlığı geliştirici davranışları daha az sergiledikleri söylenebilir.

Ankara'da yapılan bir çalışmada evlilerde sağlık sorumluluğu alt ölçek puanının anlamlı olarak yüksek olduğu belirtilmiştir (141). Manisa'da üniversite öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada evlilerin sağlık sorumluluğu ve egzersiz alışkanlıkları alt ölçek puanlarının bekarlardan anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirtilmiştir (143). İstanbul'da üniversite öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada evli olanların kendini gerçekleştirme ve beslenme alışkanlıkları alt ölçek puan ortalamalarının anlamlı olarak yüksek bulunduğu belirtilmiştir (148). Erzurum'da birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan bireyler üzerinde yapılan bir çalışmada, medeni durum ile SYBDÖ puanı, beslenme ve egzersiz alışkanlıkları alt ölçek puanları arasındaki ilişkinin anlamlı olmadığı belirtilmiştir (139). Çin'de yapılan bir çalışmada yaş ile SYBDÖ puanı, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme alışkanlıkları ve stres yönetimi alt ölçek puanları arasında pozitif anlamlı ilişki olduğu; kendini gerçekleştirme ve kişiler arası destek alt ölçek puanları arasında negatif anlamlı ilişki olduğu belirtilmiştir (103). Kanada'da yapılan bir çalışmada evlilerin fiziksel aktivite ve stres yönetimi alt ölçek puanlarının bekarlardan anlamlı olarak daha düşük olduğu belirtilmiştir (94). İran'da yapılan bir çalışmada medeni durum ile SYBDÖ puanı arasındaki ilişkinin anlamlı olmadığı belirtilmiştir (93). Araştırmamızda Erzurum'da ve İran'da yapılan çalışmalara benzer olarak evli olanların SYBDÖ puanı, kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu ve egzersiz alışkanlıkları alt ölçek puanları daha yüksek olup, aradaki farklar anlamlı değildir.

Yalçinkaya ve arkadaşlarının sağlık çalışanları üzerinde yaptıkları çalışmada bireylerin öğrenim düzeyleri arttıkça egzersiz alışkanlıkları alt ölçeği dışındaki tüm alt ölçeklerin puanları ve SYBDÖ puanının da anlamlı olarak arttığı belirtilmiştir (88). Altay'ın kadınlar üzerinde yaptığı çalışmada ise öğrenim düzeyi ile SYBDÖ puanı ve alt ölçek puanları arasındaki ilişkinin anlamlı olmadığı belirtilmiştir (87). İran'da yapılan bir çalışmada öğrenim düzeyi ile SYBDÖ puanı arasındaki ilişkinin

anlamli olduğu; SYBDÖ puanının öğrenim düzeyi arttikça arttiğı, ancak akademik düzeyde öğrenimi olan bireylerde azaldığı belirtilmiştir (92). Çin’de yapılan bir çalışmada öğrenim düzeyi ile SYBDÖ puanı ve tüm alt ölçek puanları arasında pozitif anlamli ilişki olduğu belirtilmiştir (103). İran’da yapılan bir çalışmada lise altı öğrenimi olan bireylerin anlamli olarak en düşük SYBDÖ puanına sahip oldukları belirtilmiştir (93). Bizim çalışmamızda Altay’ın çalışmasından farklı olarak çalışmaya katılan bireylerin öğrenim düzeyi arttikça SYBDÖ puanı, beslenme alışkanlıkları, kendini gerçekleştirme, egzersiz alışkanlıkları ve kişiler arası destek alt ölçek puanlarının anlamli olarak arttiğı belirlendi. Bu durum, bireylerin öğrenim düzeyleri arttikça sağlıkla ilgili bilgi ve uygulamalarının artmasından kaynaklanıyor olabilir.

Ayaz ve arkadaşlarının üniversite öğrencileri üzerinde yaptıkları çalışmada anne öğrenim düzeyi arttikça, sağlık sorumluluğu alt ölçek puan ortalamasının da anlamli olarak arttiğı belirtilmiştir. Anne öğrenim düzeyi ile kişiler arası destek alt ölçek puanı arasında anlamli bir ilişki olmadığı, annesi okur-yazar olmayan bireylerin SYBDÖ puan ortalamasının anlamli olarak en düşük olduğu belirtilmiştir (141). Cihangiroğlu ve Deveci’nin, Karadeniz ve arkadaşlarının üniversite öğrencileri üzerinde yaptıkları çalışmalarda anne öğrenim düzeyi ile SYBDÖ puan ortalaması arasında anlamli farklılık olmadığı belirtilmiştir (140, 142). Ay ve arkadaşlarının çalışmasında anne öğrenim düzeyi arttikça kişiler arası destek alt ölçek puanı dışındaki alt ölçek puanlarının ve SYBDÖ puanının da anlamli olarak arttiğı belirtilmiştir (143). Meksika’da yapılan bir çalışmada bireylerin anne öğrenim düzeyi arttikça SYBDÖ puanı, beslenme ve fiziksel alışkanlıklar, stres yönetimi ve kişiler arası destek alt ölçek puanlarının da anlamli olarak arttiğı belirtilmiştir (94). İran’da yapılan bir çalışmada bireylerin anne öğrenim düzeyi ile SYBDÖ puanı arasındaki ilişkinin anlamli olmadığı belirtilmiştir (150). Bizim çalışmamızda çalışmaya katılan bireylerin anne öğrenim düzeyi değerlendirmesinde öğrenim düzeyi ilkokul altı bireylerin kendini gerçekleştirme alt ölçek puan ortalaması ve kişiler arası destek alt ölçek puan ortancası, anne öğrenim düzeyi ilkokul ve ilköğretim mezunu olan bireylerden anlamli olarak düşük bulundu. Anne öğrenim düzeyi ilköğretim mezunu olan bireylerin SYBDÖ puan ortalamasının, öğrenim düzeyi ilkokul altı olanlardan anlamli olarak daha düşük olduğu bulundu. Bu durumda anne öğrenim düzeyinin artması ile annenin sağlık ile ilgili bilgi düzeyleri ve kendisinde ve ailesinde sağlıkla ilgili uygulamalarının arttiğı söylenebilir.

Ay ve arkadaşlarının çalışmasında bireylerin babalarının öğrenim düzeyinin artması ile egzersiz alışkanlıkları, stres yönetimi ve SYBDÖ puanının da anlamlı olarak arttığı belirtilmiştir (143). Karadeniz ve arkadaşlarının üniversite öğrencileri üzerinde yaptıkları çalışmada öğrencilerin baba öğrenim düzeyi ile SYBDÖ puanı ve alt ölçek puanları arasındaki farkın anlamlı olmadığı belirtilmiştir (140). Kanada'da yapılan bir çalışmada bireylerin baba öğrenim düzeyi arttıkça SYBDÖ puanı, stres yönetimi, kişiler arası destek ve kendini gerçekleştirme alt ölçek puanlarının da anlamlı olarak arttığı belirtilmiştir (94). İran'da yapılan bir çalışmada bireylerin baba öğrenim düzeyi ile SYBDÖ puanı arasındaki ilişkinin anlamlı olmadığı belirtilmiştir (150). Bu çalışmada bireylerin baba öğrenim düzeyi arttıkça SYBDÖ puanı artmakta olup, baba öğrenim düzeyi ile SYBDÖ puan ve alt ölçek puanları arasındaki ilişki anlamlı değildir. Bu durumda baba öğrenim düzeyinin artmasının, çocuklarında sağlığı geliştirici davranışların oluşumunda etkili olmadığı görülmektedir.

Koçoğlu ve Akın'ın yetişkin bireyler üzerinde ve Karadeniz ve arkadaşlarının üniversite öğrencileri üzerine yaptıkları çalışmalarda bireylerin ekonomik durumu iyileştikçe, SYBDÖ puanı anlamlı olarak artmaktadır (140, 151). İlhan ve arkadaşlarının üniversite öğrencileri üzerinde yaptıkları çalışmada ekonomik durum iyileştikçe SYBDÖ puanı, kendini gerçekleştirme, egzersiz alışkanlıkları ve kişiler arası destek alt ölçek puanlarının da anlamlı olarak arttığı belirtilmiştir (148). Ayaz ve arkadaşlarının üniversite öğrencileri üzerinde yaptıkları çalışmada bireylerin ekonomik durumu iyileştikçe, beslenme alt grubu puanının da anlamlı olarak arttığı belirtilmiştir (141). Cihangiroğlu ve Devenci'nin yaptıkları çalışmada çalışmaya katılan bireylerin algılanan ekonomik düzeyleri arttıkça SYBDÖ puanı, beslenme alışkanlığı, kendini gerçekleştirme, egzersiz alışkanlığı ve stres yönetimi alt ölçek puanlarının da anlamlı olarak arttığı belirtilmiştir (142). Japonya'da yapılan bir çalışmada gelirin artması ile kişiler arası destek alt ölçek puanının da anlamlı olarak arttığı belirtilmiştir (118). Kanada'da yapılan bir çalışmada ekonomik durum iyileştikçe bireylerin SYBDÖ puanı, stres yönetimi ve kişiler arası destek alt ölçek puanlarının anlamlı olarak arttığı belirtilmektedir (94). Yaptığımız çalışmada bireylerin algılanan ekonomik durumları iyileştikçe kendini gerçekleştirme ve stres yönetimi alt ölçek puanlarının da anlamlı olarak arttığı görülmektedir. Bu durumda bireylerin ekonomik durumları iyileştikçe, sağlıklı

yaşam sürdürme olanaklarının da arttığı ve buna bağlı olarak da bireylerin sağlığı geliştirici davranışları daha fazla sergiledikleri söylenebilir.

Araştırmamızda vücut ağırlığından memnun olanların egzersiz alışkanlığı alt ölçeği puanı memnun olmayanlardan anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Bu durum egzersizin bireylerde kilo korumada yardımcı olduğu ve genel sağlık durumunda iyileşme sağlamasından kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamıza katılan bireylerden daha önce zayıflama diyeti yapanlarda SYBDÖ, sağlık sorumluluğu, egzersiz alışkanlıkları ve kişiler arası destek alt ölçek puanları diyet yapmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Bunun sebebi daha önce diyet yapmış olan kişilerin sağlık farkındalığının daha iyi olması, sağlıkla ilgili davranışlarını olumlu yönde değiştirmiş olabileceği, yakın çevresinin de sağlık farkındalığının olabileceği ve bireylerin sağlıkla ilgili davranış ve uygulamalarında desteklemeleri olabilir.

Çalışmamızı yaparken zayıflama diyeti yapmakta olan bireylerin SYBDÖ puanı, kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu ve stres yönetimi alt ölçek puanları diyet yapmayanlardan anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Diyet yapanların sağlık farkındalığının daha iyi olduğu, sağlığını olumlu yönde değiştirmek için de sağlıklı yaşam davranışlarında bulunduğu söylenebilir. Diyet tedavisi uzun süreli bir tedavi olduğundan bireylerde stres kaynağı olabileceği için, diyetle devam edenlerde stres yönetimi davranışı gelişmiş olabilir.

Semiz ve arkadaşlarının Sivas il merkezinde yaptığı araştırmada YB sıklığının %5,3 olduğu bildirilmiştir (152). Ünsal ve arkadaşlarının lise öğrencileri üzerinde yaptığı çalışmada olası YB görülme sıklığının %9,5 olduğu belirtilmiştir (153). Yabancı ülkede yapılan çalışmalara bakıldığında Porto Riko'da, Brezilya'da, İran'da, Birleşik Arap Emirlikleri'nde ve Amerika'da öğrenciler üzerinde yapılan çalışmalarda öğrencilerin %9,59'unda, %6,9'unda, %13,11'inde, %22'sinde ve %4,7'sinde YB olduğu belirtilmiştir (154-157). Sivas'ta ve Brezilya'da yapılan çalışmalara benzer olarak bizim çalışmamızda bireylerin %6,9'u YTT ölçeğine göre 30 ve üzeri puan almış olup, YB vardır.

Kadioğlu ve Ergün'ün üniversite öğrencileri üzerinde yaptıkları çalışmada yeme bozukluğu olan öğrencilerde yaş arttıkça, YTT ölçek puanı 30'un üzerinde olan öğrenci oranının da anlamlı olarak arttığı belirtilmiştir (158). Ünsal ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada 17 yaş ve üzeri grubun olası YB görülme sıklığının daha küçük yaş gruplarına göre anlamlı olarak yüksek olduğu belirtilmiştir

(153). Norveç'te kadınlar üzerinde yapılan bir çalışmada 20-25 yaş aralığında olanlarda, 25-30 yaş aralığında olanlara göre daha sık bozulmuş yeme davranışı görüldüğü belirtilmiştir (91). Fazla kilolu ve obez kadınlar üzerinde yapılan başka bir çalışmada genç bireylerde YB görülme sıklığının anlamlı olarak daha fazla olduğu belirtilmiştir (159). Bizim çalışmamızda bireylerde yaş arttıkça, YTT ölçek puanının da artmakta olduğu, 40-49 yaş grubunda 18-29 yaş grubuna göre YTT ölçek puanı anlamlı olarak daha yüksek bulundu.

Ülkemizde üniversite öğrencileri üzerinde yapılan çalışmaların birçoğunda yeme bozukluğu oranının veya ölçek puanının kız öğrencilerde anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirtilmiştir (158, 160-163). Ünsal ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada olası YB görülme sıklığı ile cinsiyet arasındaki farkın anlamlı olmadığı belirtilmiştir (153). Yabancı ülkelerde yapılan çalışmalarda YB veya YB görülme riskinin kadınlarda erkeklerden daha fazla görüldüğü belirtilmektedir (164-169). Bu çalışmada ise kadın ve erkeklerde YTT ölçek puanlarında farklılık görülmedi. Bu durum, örneklemin evreni yansıtmamasından, çalışmaya katılan kadın ve erkek sayılarının yakın olmamasından kaynaklanıyor olabilir.

Kadioğlu ve Ergün 'ün, Şanlıer ve arkadaşlarının üniversite öğrencileri üzerinde yaptıkları çalışmalarda BKİ arttıkça YB olan bireylerin oranının arttığı belirtilmiştir (158, 163). Değirmenci'nin obez erişkin bireylerde yaptığı çalışmada BKİ artışı ile YTT ölçek puanının da anlamlı olarak arttığı belirtilmiştir (123). Ünsal ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada obez olanlar ile olmayanlar arasında olası YB görülme sıklığı arasındaki farkın anlamlı olmadığı belirtilmiştir (153). Oruçlu'nun yaptığı çalışmada ideal ağırlığında olmayan bireylerin yeme tutumlarındaki bozukluğun ideal ağırlığında olan bireylere göre daha fazla olduğu, ancak bu farkın anlamlı olmadığı belirtilmiştir (136). Yabancı ülkelerde yapılan çalışmalarda BKİ ile YB arasında pozitif anlamlı ilişki olduğu belirtilmiştir (156, 166, 170, 171). Ulaş ve arkadaşlarının üniversite öğrencileri üzerinde yaptıkları çalışmada ise, BKİ ile YTT ölçek puanı arasında zıt yönlü anlamlı ilişki olduğu belirtilmiştir (161). Bizim çalışmamızda BKİ ile YTT ölçek puanı arasında anlamlı ilişki bulunmadı.

Semiz ve arkadaşlarının Sivas il merkezinde yetişkin bireyler üzerinde yaptıkları çalışmada YB bulunan evli bireylerin, bekarlardan daha fazla olduğu, ancak bu farkın anlamsız olduğu bildirilmiştir (152). Bizim çalışmamızda da medeni durum ile YTT ölçeği puanı arasında anlamlı ilişki saptanmadı.

Ünsal ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada anne ve baba öğrenim düzeyi ile olası YB görülme sıklığı arasındaki farkın anlamlı olmadığı belirtilmiştir (153). İran'da yapılan bir çalışmada anne ve baba öğrenim düzeyi ile YB arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirtilmiştir (156). Bizim çalışmamızda ise anne öğrenim düzeyi ile YB arasındaki ilişkinin anlamlı olduğu, baba öğrenim düzeyi ile YB arasındaki ilişkinin ise anlamlı olmadığı görüldü.

Ünsal ve arkadaşların yaptığı çalışmada ekonomik durum ile olası YB görülme sıklığı arasındaki ilişkinin anlamlı olmadığı belirtilmiştir (153). Almanya'da yapılan bir çalışmada düşük sosyoekonomik düzeye sahip olan bireylerin YB görülme sıklığının yüksek sosyoekonomik düzeye sahip olan bireylerden yaklaşık 2 kat daha fazla olduğu belirtilmiştir (169). Bizim çalışmamızda ekonomik durum ile YB arasındaki ilişkinin anlamlı olmadığı görüldü.

Kadioğlu ve Ergün'ün üniversite öğrencileri üzerinde yaptıkları çalışmada yeme bozukluğu olan bireylerde vücut ağırlığından memnun olmayanların oranı, memnun olanlara göre yüksek olduğu bildirilmiştir (158). Oruçlular'ın üniversite öğrencileri üzerinde yaptığı çalışmada tüm katılımcılarda ve erkek katılımcılarda vücut algısı hoşnutsuzluğu ve YB arasındaki ilişkinin anlamlı olmadığı, kadın katılımcılarda ise vücut algısındaki hoşnutsuzluk arttıkça yeme tutumundaki bozukluğun da anlamlı olarak arttığı belirtilmiştir (136). Bizim çalışmamızda ise vücut ağırlığından memnuniyet ile YTT ölçek puanı arasında anlamlı bir farklılık görülmedi.

Ulaş ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada da diyet yapanlarda YTT ölçek puanının anlamlı olarak yüksek olduğu bildirilmiştir (160). Bu çalışmada diyet yapmakta olanlarda YTT ölçek puanının anlamlı olarak daha yüksek olduğu, daha önce diyet yapanlarda ise anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür. Diyet yapıyor olmanın kişileri psikolojik açıdan etkilediği ve yeme davranış bozukluğuna yol açtığı söylenebilir.

Bizim çalışmamızda fiziksel hareketlilik ile YB bozukluğu arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür. Bu durum, çalışmaya katılan bireylerin çoğunluğunun günlük yaşamda sedanter olmalarından kaynaklanıyor olabilir.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırma Elazığ Eğitim ve Araştırma Hastanesi obezite polikliniğine zayıflamak için başvuran bireylerin sağlık davranışları SYBDÖ ile değerlendirilerek beslenme ve agzersiz alışkanlıkları, kendini gerçekleştirme çabasını, kendi sağlığı üzerindeki sorumluluğu, yakın çevresi ile ilişkisi ve genel sağlık davranışlarının saptanması; YTT ölçeği değerlendirmesi ile yeme bozukluğu ve etkileyen faktörlerin saptanması amacıyla planlanıp yürütülmüştür.

Çalışmamıza, zayıflamak için diyetisyene başvuran 46 erkek (%18,7), 200 kadın (%81,3) olmak üzere 246 birey katılmıştır.

Çalışmaya katılan bireylerin 17'si (%6,9) normal kilolu, 68'i (%27,6) fazla kilolu, 161'i (%65,4) obezdir.

Bireylerin 185'i (%75,2) evli, 61'i (%24,8) bekadır.

Bireylerin, anne ve babalarının öğrenim düzeyleri düşüktür. Öğrenimi olmayan annesi olan bireylerin oranı %46,7'dir.

Zayıflamak isteyen bireylerin %82,9'u vücut ağırlığından memnun değildir.

Bireylerin %10,6'sının günlük aktivitesi dışında fiziksel aktivitesi bulunmaktadır.

Bireylerin %43,1'i daha önce zayıflama diyeti yapmış olup, daha önce diyet yapanların %87,7'si kadındır.

Bireylerde en sık rastlanan hastalıklar; hipertansiyon (%17,1), vitamin ve mineral yetersizlikleri (%13,4), endokrin hastalıklar (%11,4), diyabet (%10,6), sindirim sistemi hastalıkları (%10,6) ve kalp damar hastalıkları(%10,2)dır.

Android tipi şişmanlık erkeklerde daha fazla olup; bel çevresi değerlendirmesine göre erkeklerin %56,5'i, kadınların %22,0'si obeziteye bağlı kronik hastalıklar bakımından yüksek risk taşımaktadır.

Fazla kilolu kadınların oranı (%30,5), fazla kilolu erkeklere (%15,2) göre anlamlı olarak yüksektir.

Yaş ile obezite arasındaki ilişki anlamlı değildir.

Fazla kilolu bekarların oranı (%49,2), evlilere (%20,5) göre anlamlı olarak yüksektir.

Obez bireylerde vücut algısındaki farklılığın olmadığı, normal ve fazla kilolularda vücut algısında farklılığın olduğu saptanmıştır.

Bel çevresi, 25-29 yaş aralığında olan bireylerde daha düşük bulunmuştur.

Bireylerin SYBDÖ puanı  $115,8 \pm 16,6$ 'dır.

Bireylerin olası yeme bozukluğu sıklığı (YTT ölçek puanı  $\geq 30$ ) %6,9 bulunmuştur.

Yaş ile genel sağlık davranışı ve alt grupları arasında ilişki bulunmamıştır. Bireylerin yaşı arttıkça, yeme bozukluğu görülme riski de artmaktadır. 40-49 yaş aralığında olanlarda yeme bozukluğu görülme riski, 18-29 yaş aralığında olanlardan anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.

Bireylerin BKİ değeri arttıkça; kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz alışkanlıkları, kişiler arası destek ve genel sağlık davranışını daha az sergilendiği saptanmıştır. BKİ ile yeme bozukluğu arasındaki ilişki anlamlı değildir.

Bireylerin öğrenim düzeyi arttıkça, daha fazla beslenme alışkanlığı, kendini gerçekleştirme, egzersiz alışkanlıkları, kişiler arası destek ve genel sağlık davranışı sergilendiği görülmüştür. Öğrenim düzeyi ile yeme bozukluğu arasındaki ilişki anlamlı değildir.

Anne öğrenim düzeyinin artması obezite, beslenme ve sağlık davranışlarını olumlu etkiler.

Ekonomik durum iyileştikçe kendini gerçekleştirme, stres yönetimi ve genel sağlık davranışlarını daha fazla sergiledikleri görülmüştür. Ekonomik durum ile yeme bozukluğu arasındaki ilişki anlamlı değildir.

Vücut ağırlığından memnun olan bireylerin, memnun olmayanlara göre daha fazla egzersiz alışkanlığı davranışı sergiledikleri saptanmıştır. Vücut ağırlığından memnuniyet ile yeme bozukluğu arasındaki ilişki anlamlı değildir.

Daha önce zayıflama diyeti yapan bireylerin, daha fazla sağlık sorumluluğu, egzersiz alışkanlığı, kişiler arası destek ve genel sağlık davranışı sergiledikleri saptanmıştır. Daha önce diyet yapma ve yeme bozukluğu arasındaki ilişkinin anlamlı olmadığı saptanmıştır.

Çalışma yürütülürken diyet yapmakta olan bireylerin, daha fazla kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, stres yönetimi ve genel sağlık davranışı sergiledikleri görülmüştür. Diyet yapanlarda yeme bozukluğu görülme riski daha fazladır.

Cinsiyet, medeni durum, baba öğrenim durumu ile genel sağlık davranışları ve alt grupları ve yeme bozukluğu arasındaki fark anlamlı değildir.



Obezite risk faktörü değerlendirilmesinde BKİ ile bel çevresi ve bel/kalça oranının da birlikte değerlendirilmesi önerilir.

Anne öğrenim düzeyi, sağlık ve yeme davranışlarını etkilediğinden; kadın eğitime verilen önemin artırılması önerilir.

Çalışmamızda edindiğimiz sonuçlara göre obez bireylerde sağlığı geliştirici davranışların daha az sergilendiğı ve yeme davranış bozuklukları olabileceğı görülmüştür. Bireylerde obeziteye yol açan sağlık davranışlarının ve yeme davranışlarının sorgulanmasının, obezitenin önlenmesi ve tedavisinde daha etkili ve kalıcı çözümler getireceğı düşünölmüştür. Obezite ile ilgili yapılan önleme, tedavi ve kontrol programlarında sağlık ve yeme davranışlarının da sorgulanarak programlara dahil edilmesi önerilir.

Daha fazla sonuç için ve elde edilen bilgilerin uygulamaya geçirilebilmesi için daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

## KAYNAKLAR

1. Korkmaz A, Topal T. Modern Yaşam Tarzı ve Yeni Hastalıklar: Metabolik Sendrom Örneği. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni* 2006, 5: 307-16.
2. World Health Organisation. Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health.  
[http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy\\_english\\_web.pdf](http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_english_web.pdf) 7 Ağustos 2015.
3. Pekcan Gülden. Beslenme Sorunlarının Önlenmesi: Ulusal ve Uluslararası Boyutta Yürütülen Çalışmalardan Örnekler.  
[http://beslenme.gov.tr/content/files/yayinlar/sunumlar/yas\\_gruplari\\_ve\\_beslenme/Beslenme\\_Programlarinin\\_Yurutulmesi\\_Prof.Dr.Gulden\\_Pekcan.pdf](http://beslenme.gov.tr/content/files/yayinlar/sunumlar/yas_gruplari_ve_beslenme/Beslenme_Programlarinin_Yurutulmesi_Prof.Dr.Gulden_Pekcan.pdf) 07 Ağustos 2015.
4. Resch M, Haasz P, Sido Z. Obesity as psychosomatic disease. *Eur Psychiat* 1998, 13: 315.
5. Merdol TK. İçinde: Merdol TK (editör). *Beslenme Antropolojisi-I*, 2. Baskı. Ankara, Hatiboğlu Yayınları, 2015: 5, 22-24.
6. Baysal A. *Genel Beslenme*, 15. Baskı. Ankara, Hatiboğlu Yayınları, 2013: 6-8.
7. Baysal A. *Beslenme*, 12. Baskı. Ankara, Hatiboğlu Yayınları, 2009: 12, 17-74, 109-11.
8. Aksoy M. *Beslenme Biyokimyası*, 2. Baskı. Ankara, Hatiboğlu Yayınları, 2008: 3-4.
9. Tayar M, Korkmaz NH. *Beslenme Sağlıklı Yaşam*, 2. Baskı. İstanbul, Nobel Akademik Yayıncılık, 2007: 19, 56, 39, 130, 229.
10. Samur G. Vitaminler Mineraller ve Sağlığımız,  
file:///C:/Users/PRO2000/Downloads/vitaminlermineraller.pdf 12 Ocak 2016.
11. T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberi.  
[http://beslenme.gov.tr/content/files/yayinlar/kitaplar/diger\\_kitaplar/beslenme\\_rehberi.pdf](http://beslenme.gov.tr/content/files/yayinlar/kitaplar/diger_kitaplar/beslenme_rehberi.pdf) 9 Ağustos 2015.
12. Toprak İ, Şentürk Ş, Yüksel B, Özer H, Çakır B, Bideci AE. Saha Personeli İçin Toplum Beslenmesi Programı Eğitim Materyali.  
[beslenme.gov.tr/content/files/yayinlar/kitaplar/diger\\_kitaplar/toplumun\\_beslenmede.pdf](http://beslenme.gov.tr/content/files/yayinlar/kitaplar/diger_kitaplar/toplumun_beslenmede.pdf) 20 Ocak 2016.

13. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Temel Besin Grupları. beslenme.gov.tr/index.php?page=188 20 Ocak 2016.
14. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2010. [http://www.who.int/nmh/publications/ncd\\_report\\_full\\_en.pdf](http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_full_en.pdf) 10 Ağustos 2015.
15. World Health Organization. BMI classification. [http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro\\_3.html](http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html) 04 Aralık 2015.
16. Bouchard C. Current understanding of the etiology of obesity: genetic and nongenetic factors. *Am J Clin Nutr* 1991, 53: 1561-5.
17. Orhan Y, Bozbora A. *Obezite*, 1. Baskı. İstanbul, Medikal Yayıncılık, 2008: 8-9.
18. Centers for Disease Control and Prevention. Adult Obesity & Consequences. <http://www.cdc.gov/obesity/adult/causes.html> 11 Ağustos 2015.
19. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Obezite, Diyabet ve Metabolik Hastalıklar Daire Başkanlığı. Obezitenin Nedenleri. <http://beslenme.gov.tr/index.php?page=41> 11 Ağustos 2015.
20. Semerci CN. Obezite ve Genetik. *Gülhane Tıp Dergisi* 2004, 46(4): 353-9.
21. World Health Organization. The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response. [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0010/74746/E90711.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/74746/E90711.pdf) 15 Ağustos 2015.
22. National Institutes of Health. Clinical Guidelines On The Identification, Evaluation And Treatment of Overweight and Obesity in Adults. [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2003/pdf/Bookshelf\\_NBK2003.pdf](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2003/pdf/Bookshelf_NBK2003.pdf) 13 Ağustos 2015.
23. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği. Obezite Tanı ve Tedavi Klavuzu. [http://www.turkendokrin.org/files/file/OBEZITE\\_TTK\\_web.pdf](http://www.turkendokrin.org/files/file/OBEZITE_TTK_web.pdf) 13 Ağustos 2015.
24. Durak MS, Akbıyık F, Demirpençe E. Obezite Patogenezi. *Hacettepe Tıp Dergisi* 2007, 38: 167-72.
25. Kotsis V, Stabouli S, Bouldin M, Low A, Toumanidis S, Zakopoulos N. Impact of obesity on 24-h ambulatory blood pressure and hypertension. *Hypertension* 2005, 45: 602-7.

26. Helvacı A, Tipi FF, Belen E. Obeziteye Bağlı Kardiyovasküler Hastalıklar. *Okmeydanı Tıp Dergisi* 2014, 30(1): 5-14.
27. Sertkaya AÇ. Obezite ve Malignite. *Türkiye Klinikleri* 2005, 1(37), 56-60.
28. World Health Organization. Obesity (body mass index  $\geq$  30) (age-standardized estimate) Data by World Bank income groups. <http://apps.who.int/gho/data/view.main.WB2485A?lang=en> 15 Ağustos 2015.
29. World Health Organization. Overweight (body mass index  $\geq$  25) (age-standardized estimate)Data by World Bank income groups. <http://apps.who.int/gho/data/view.main.2462A?lang=en> 15 Ağustos 2015.
30. World Health Organization. Childhood overweight and obesity. <http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/en/> 15 Ağustos 2015.
31. World Health Organization. Obesity (body mass index  $\geq$  30) (age-standardized estimate)Data by country. <http://apps.who.int/gho/data/node.main.A900A?lang=en> 15 Ağustos 2015.
32. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü. Beslenme Durumu ve Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi Sonuç Raporu. [www.sagem.gov.tr/TBSA\\_Beslenme\\_Yayini.pdf](http://www.sagem.gov.tr/TBSA_Beslenme_Yayini.pdf) 20 Ocak 2016.
33. Satman İ. TURDEP-II Sonuçları, [http://www.turkendokrin.org/files/file/TURDEP\\_II\\_2011.pdf](http://www.turkendokrin.org/files/file/TURDEP_II_2011.pdf) 21 Ağustos 2015.
34. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Obezite, Diyabet ve Metabolik Hastalıklar Daire Başkanlığı. Obezitenin Tedavisi. <http://beslenme.gov.tr/index.php?page=45> 28 Eylül 2015.
35. Akbulut G. Erişkinlerde Şişmanlığın Diyet Tedavisindeki Güncel Yaklaşımlar ve Fiziksel Aktivitenin Önemi. *Mised* 2010, 23-24: 86-90.
36. Mercanlıgil SM. Kaybedilen Ağırlığın Korunması. *Turkish Journal of Endocrinology and Metabolism* 2003, 7(2): 39-43.
37. Özer MK. *Fiziksel Uygunluk*, 2. Baskı. İstanbul, Nobel Akademik Yayıncılık, 2006: 10-1.
38. Onat A, Hergenç G, Küçükdurmaz Z, Bulur S, Kaya Z, Can G. Fiziksel Aktivitenin Türk Yetişkinlerini Metabolik Bozukluktan Koruduğuna İlişkin İleriye Dönük Kanıt. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi* 2007, 35(8): 467-74.
39. Tunay VB. Yetişkinlerde Fiziksel Aktivite. <file:///C:/Users/PRO2000/Downloads/e-5-yetiskinlerde-fiziksel-aktivite.pdf> 12 Ocak 2016.

40. Yetkin İ, Çimer AR. Obezite Tedavisinde Diyet ve Egzersiz. *Mised* 2010, 23-24: 1-7.
41. Özkan A, Köklü Y, Kayıhan G, Alemdaroğlu U, Ersöz G. Obezitenin Önlenmesi ve Tedavisinde Fiziksel Aktivite ve Egzersizin Rolü. *Uluslararası Hakemli Akademik Spor Sağlık ve Tıp Bilimleri Dergisi* 2013, 7(3): 48-63.
42. Wadden TA, Foster GD. Behavioral treatment of Obesity. *Med Clin North Am* 2000, 84(2): 441.
43. Cooper Z, Fairburn CG. A new Cognitive Behavioural Approach to the Treatment of Obesity. *Behaviour Research and Therapy* 2001, 39(5): 499.
44. Safer DJ. Diet, behavior modification, and exercise: a review of obesity treatments from a long-term perspective. *South Med J.* 1991, 84(12):1470-4.
45. Baltacı G. Obezite ve Egzersiz. <http://www.eskisehir.gov.tr/sarici/saglik/fiziksel-aktivite-serisi/E7-OBEZITE-VE-EGZERSIZ.pdf> 12 Ocak 2016.
46. Cowburn G, Hillsdon M, Hankey CR. Obesity Management by Life-Style Strategies. *British M.d.col Bufftin* 1997, 3(2):389-408.
47. Pagotto U, Vanuzzo D, Vicennati V, Pasquali R. Pharmacological Therapy of Obesity. *G Ital Cardiol (Rome)* 2008, 9(4): 83-93.
48. Franz MJ, VanWormer JJ, Crain AL, Boucher JL, Histon T, Caplan W, Bowman JD, Pronk NP. Weight-Loss Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analysis of Weight-Loss Clinical Trials With A Minimum 1-Year Follow-up. *J Am Diet Assoc* 2007, 107(10): 1755-67.
49. Avenell A, Brown TJ, McGee MA, Campbell MK, Grant AM, Broom J, Jung RT, Smith WC. What Interventions Should We Add to Weight Reducing Diets in Adults With Obesity? A Systematic Review of Randomized Controlled Trials of Adding Drug Therapy, Exercise, Behaviour Therapy or Combinations of These Interventions. *J Hum Nutr Diet* 2004, 17(4): 293-316.
50. Yılmaz C. Obezitenin Medikal Tedavisi. *ANKEM Dergisi* 2002, 16(3): 333-6.
51. Buchwald H. The Future of Bariatric Surgery. *Obes Surg* 2005, 15(5), 598-605.
52. Maggard MA, Shugarman LR, Suttorp M, Maglione M, Sugerman HJ, Livingston EH, Nguyen NT, Li Z, Mojica WA, Hilton L, Rhodes S, Morton SC, Shekelle PG. Meta-Analysis: Surgical Treatment of Obesity. *Ann Intern Med* 2005, 142(7): 547-59.

53. Yorgancı K, Tırnaksız MB. Morbid Obezitenin Cerrahi Tedavisi. *Hacettepe Tıp Dergisi* 2007, 38(4): 218-22.
54. T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlıkın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü. [apps.who.int/iris/bitstream/10665/64546/3/9789755903613\\_tur.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/10665/64546/3/9789755903613_tur.pdf) 20 Ocak 2016.
55. World Health Organization. Health and Human Rights. [www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/en/](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/en/) 20 Ocak 2016.
56. Toplum Sağlığı Araştırma ve Geliştirme Merkezi. Sağlık ve İnsan Hakları Üzerine 25 Soru 25 Cevap. [apps.who.int/iris/bitstream/10665/42526/10/9241545690\\_tur.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42526/10/9241545690_tur.pdf) 20 Ocak 2016.
57. Bozhüyük A, Özcan S, Kurdak H, Akpınar E, Saatçı E, Bozdemir N. Sağlıklı Yaşam Biçimi ve Aile Hekimliği. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care* 2012, 6(1): 13-21.
58. Fairburn CG, Harrison PJ. Eating Disorders. *Lancet* 2003, 361(9355): 407-16.
59. Özgen L, Kınacı B, Arlı M. Eating Attitudes and Behaviours of Adolescents. *Ankara University Journal of Faculty of Educational Sciences* 2012, 45(1): 229-47.
60. Spindler A, Milos G. Links Between Eating Disorder Symptom Severity and Psychiatric Comorbidity. *Eating Behaviours* 2007, 8(3): 364-73.
61. Miller CA, Golden NH. An Introduction to Eating Disorders: Clinical Presentation, Epidemiology and Prognosis. *Nutr Clin Pract* 2010, 25(2): 110-5.
62. Kuruoğlu AÇ. Yeme Bozukluklarında Genetik Etkenler. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2000, 10: 32-7.
63. Eren İ, Erdi Ö. Obez Hastalarda Psikiyatrik Bozuklukların Sıklığı. *Klinik Psikiyatri* 2003, 6: 152-7.
64. Maner f. Yeme Bozuklukları. *Psikiyatri Dünyası* 2001, 5: 130-9.
65. Aslan D. Beden Algısı ile İlgili Sorunların Yaratabileceği Beslenme Sorunları. *Sted* 2004, 13(9): 326-9.
66. Sevinçer GM, Konuk N. Emosyonel Yeme. *Journal of Mood Disorders* 2013, 3(4): 171-8.
67. Bayraktar F. Aşırı Yeme Bozuklukları. *Türkiye Klinikleri* 2009, 2(3): 25-29.
68. Öyekçin DG, Deveci A. Yeme Bağımlılığının Etyolojisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2012, 4(2): 138-53.

69. Balcıoğlu İ, Başer SZ. Obezitenin Psikiyatrik Yönü. *İ.Ü.Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Etkinlikleri* 2008, 62: 341-8.
70. Kaya N, Çilli AS. Anoreksiya Nervoza. *Genel Tıp Dergisi* 1997, 7(2): 107-10.
71. Kabakçı E, Demir B. Yeme Bozuklukları. *Hacettepe Tıp Dergisi* 2001, 32(2): 125-31.
72. Maner F, Aydın A. Bulumiya Nervozada Psikokültürel Etmenler. *Düşünen Adam* 2007, 20(1): 25-37.
73. 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(2): 137-53.
74. Turan Ş, Poyraz CA, Özdemir A. Tıkanırçasına Yeme Bozukluğu. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2015, 7(4): 419-35.
75. de Zwaan M. Binge Eating Disorder and Obesity. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders* 2001, 25(1): 51-5.
76. Allison KC, Tarves MA. Treatment of Night Eating Sendrome. *Psychiatr Clin North Am.* 2011, 34(4): 785-96.
77. Orhan FÖ, Tuncel D. Gece Yeme Bozuklukları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2009, 1: 132-54.
78. Devran BS. Doğu Anadolu Bölgesin'nde 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, Ankara, 2014.
79. Pekcan G. Beslenme Durumunun Saptanması. [http://diyabet.gov.tr/content/files/yayinlar/kitaplar/beslenme\\_bilgi\\_serisi\\_1/a14.pdf](http://diyabet.gov.tr/content/files/yayinlar/kitaplar/beslenme_bilgi_serisi_1/a14.pdf) 12 Ocak 2016.
80. World Health Organisation. Physical Activity. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs385/en/> 12 Ocak 2016.
81. Esin MN. "Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği"nin Türkçe'ye Uyarlanması. *Hemşirelik Bülteni* 1999, 12(45): 87-96.
82. Savaşır I, Erol N. Yeme Tutum Testi: Anoreksiye nervoza belirtiler endeksi. *Türk Psikoloji Dergisi* 1989, 7(23): 19-25.
83. T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Beden Ağırlığı Araştırması, 2012: 48-50.
84. Türkiye Sağlık Araştırması 2012. Türkiye İstatistik Kurumu Matbaası, Ankara, 2013.



85. T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye’de Obezitenin Görülme Sıklığı. <http://beslenme.gov.tr/index.php?lang=tr&page=40> 09 Mart 2016.
86. 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.
87. Altay B. Samsun 6 Nolu Sağlık Ocağı Bölgesindeki 15–49 Yaş Evli Kadınların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. *Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Dergisi* 2006, 23(1): 1-8.
88. Yalçınkaya M, Özer FG, Karamanoğlu AY. Sağlık Çalışanlarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni* 2007, 6(6): 409-20.
89. Koçoğlu G, Özdemir L, Sümer H, Demir DA, Çetinkaya S, Polat HH. Prevalence of Obesity among 11-14 Years Old Students in Sivas-Turkey. *Pakistan Journal of Nutrition* 2003, 2 (5): 292-5.
90. Kılıç E, Şanlıer N. Üç Kuşak Kadının Beslenme Alışkanlıklarının Karşılaştırılması. *Kastamonu Eğitim Dergisi* 2007, 15(1): 31-44.
91. 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(10): 1-8.
92. Enjezab B, Farajzadegan Z, Taleghani F, Aflatoonian A, Morowatisharifabad MA. Health Promoting Behaviors in a Population-based Sample of Middle-aged Women and its Relevant Factors in Yazd, Iran. *Int J Prev Med* 2012 Mar; 3(1): 191–8.
93. 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(9): 1-6.
94. Ulla Di’ez SM, Pe’ Rez-Fortis A. Socio-demographic predictors of health behaviors in Mexican college students. *Health Promotion International* 2010, 25(1): 85-93.
95. 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.



96. Forrester-Knauss C, Zemp Stutz E. Gender differences in disordered eating and weight dissatisfaction in Swiss adults: which factors matter? *BMC Public Health* 2012, 12: 1-9.
97. Soyuer F, Ünalın D, Elmalı F. Normal Ağırlıklı ve Obez Üniversite Öğrencilerinde Fiziksel Aktivite. *Uluslar arası İnsan Bilimleri Dergisi* 2010, 7(2): 862-72.
98. Sevimli D. Eriskinlerde fiziksel aktivite - beden kitle indeksi ilişkisinin araştırılması. *TAF Prev Med Bull* 2008, 7(6): 523-8.
99. Parmaksız H. Yetişkin Obezlerde Fiziksel Aktivite Seviyesinin Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi, 2007.
100. T.C. Sağlık Bakanlığı. Kronik Hastalıklar Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması, 2013: 173-4.
101. Fouad MF, Rastam S, Ward KD, Maziak W. Prevalence of obesity and its associated factors in Aleppo, Syria. *Prev Control* 2006, 2: 85-94.
102. Samara A, Nistrup A, AL-Rammah TY, Aro AR. Lack of facilities rather than sociocultural factors as the primary barrier to physical activity among female Saudi university students. *International Journal of Women's Health* 2015, 7: 279-86.
103. Cheng J, Wang T, Li F, Xiao Y, Bi J, Chen J, Sun X, Wu L, Wu S, Liu Y, Luo R, Zhao X. Self-rated health status and subjective health complaints associated with health-promoting lifestyles among urban Chinese women: a cross-sectional study. *PLoS One* 2015, 10(2): 1-13.
104. Güzey M. Kadınlarda Ağırlık Yönetiminin Yeme Tutum ve Davranışı Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Bölümü. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Başkent Üniversitesi, 2014.
105. Arslan C, Ceviz D. Ev Hanımı ve Çalışan Kadınların Obezite Prevalansı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2007, 21(5): 211-20.

106. Altunoğlu E, Ülgen E, Müderrisoğlu C, Erdenen F, Boz M. Obezite ve Troid Fonksiyonları. *İstanbul Tıp Dergisi* 2011, 12(2): 69-71.
107. Efil S. Sağlık Çalışanlarında Obezite Sıklığı Ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemsireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Afyon: Afyon Kocatepe Üniversitesi, 2005.
108. Çetin F, Güneş G, Özer A. Malatya İl Merkezinde Yaşayan Kadınlarda Metabolik Sendrom Prevelansı ve Öfke ve Sosyodemografik Özellikler İle İlişkisi: Enine-Kesitsel Gözlemsel Bir Çalışma. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi* 2012, 12: 53-9.
109. Tanamas SK, Permatahati V, Ng WL, Backholer K, Wolfe R, Shaw JE, Peeters A. Estimating the proportion of metabolic health outcomes attributable to obesity: a cross-sectional exploration of body mass index and waist circumference combinations. *BMC Obesity* 2016, 3(4): 1-8.
110. Ferland M, DesprÉs J, Tremblay A, Pinault S, Nadeau A, Moorjani S, Lupien PJ, ThÉriault G, Bouchard C. Assessment of adipose tissue distribution by computed axial tomography in obese women: association with body density and anthropometric measurements. *Brit J Nutr* 1989, 61(2): 139-48.
111. Janssen I, Katzmarzyk PT, Ross R. Waist circumference and not body mass index explains obesity-related health risk. *The American Journal of Nutrition* 2004, 79: 379-84.
112. Arıkan H. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çayyolu Semt Polikliniği Diyet Bölümüne Başvuruda Bulunan Hastalarda Obezite Durumunun Belirlenmesi. *The Journal of Gynecology - Obstetrics and Neonatology* 2013, 10(40): 1651-5.
113. Demir D, Bucaktepe GE, Kara İH. Metabolik Sendrom, Tip 2 Diyabetes Mellitus ve Sağlıklı Bireylerin Sosyodemografik, Antropometrik ve Biyokimyasal Özelliklerinin Karşılaştırılması. *Konuralp Tıp Dergisi* 2010, 2(1): 12-9.

114. 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 İlişkisi: Bir Olgu Kontrol Çalışması. *Türk Aile Hekimliği Dergisi* 2003, 7(3): 117-21.
115. Çayır A, Atak N, Köse SK. Beslenme ve Diyet Kliniğine Başvuranlarda Obezite Durumu ve Etkili Faktörlerin Belirlenmesi. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası* 2011, 64(1): 13-9.
116. Işık E, Kanbay Y, Aslan Ö, Işık K, Çınar S. Aile Hekimliği Birimine Başvuran Bireylerde Obezite Sıklığı ve İlişkili Etmenler: Artvin Örneği. *Hemşirelik Dergisi* 2013, 21(2): 107-15.
117. 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.
118. 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.
119. Orlov AV, Rotar OP, Boyarinova MA, Alieva AS, Dudorova EA, Kolesova EP, Moguchaya EV, Paskar NA, Solntsev VN, Baranova EA, Konradi AO. Gender Differences of Behavioral Risk Factors in Saint-Petersburg Inhabitants. *Vestn Ross Akad Med Nauk* 2015, 5: 585-91.
120. Akbay E, Buğdaycı R, Tezcan H, Konca K, Yazar A, Pata C. The Prevalence of Obesity in Adult Population in a City on the Mediterranean Coast of Turkey. *Turkish Journal of Endocrinology and Metabolism* 2003, 1: 31-5.
121. Han TS, Seidell JC, Currall JEP, Morrison CE, Deurenberg P, Lean MEJ. The influences of height and age on waist circumference as an index of adiposity in adults. *Int J Obesity* 1997, 21(1): 83-9.
122. Ranasinghe C, Gamage P, Katulanda P, Andraweera N, Thilakarathne S, Tharanga P. Relationship between Body mass index (BMI) and body fat percentage, estimated by bioelectrical impedance, in a group of Sri Lankan adults: a cross sectional study. *BMC Public Health* 2013, 13: 797.

123. Değirmenci T. Obez Erişkinlerde Benlik Saygısı, Yaşam Kalitesi, Yeme Tutumu, Depresyon ve Anksiyete. Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi, Denizli: Pamukkale Üniversitesi, 2006.
124. Regidor E, Gutiérrez-Fisac JL, Banegas JR, López-García E, Rodríguez-Artalejo F. Obesity and socioeconomic position measured at three stages of the life course in the elderly. *Eur J Clin Nutr* 2004, 58(3): 488-94.
125. Baughman K, Logue E, Sutton K, Capers C, Jarjoura D, Smucker W. Biopsychosocial characteristics of overweight and obese primary care patients: do psychosocial and behavior factors mediate sociodemographic effects? *Prev Med* 2003, 37(2): 129-37.
126. Ho YT, Kao TW, Peng TC, Liaw FY, Yang HF, Sun YS, Chang YW, Chen WL. Role of Educational Status in Explaining the Association between Body Mass Index and Cognitive Function. *Medicine (Baltimore)* 2016, 95(5).
127. Uskun E, Öztürk M, Kışioğlu AN, Kırbıyık S, Demirel R. İlköğretim Öğrencilerinde Obezite Gelişimini Etkileyen Risk Faktörleri. *Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2005, 12(2): 19-25.
128. Uğuz MA, Bodur S. Konya İl Merkezindeki Ergenlik Öncesi ve Ergen Çocuklarda Aşırı Ağırlık ve Şişmanlık Durumunun Demografik Özelliklerle İlişkisi. *Genel Tıp Dergisi* 2007, 17(1): 1-7.
129. Nonnemaker JM, Morgan-Lopez AA, Pais JM, Finkelstein EA. Youth BMI Trajectories: Evidence From the NLSY97. *Obesity* 2009, 17(6): 1274-80.
130. Willms JD, Tremblay MS, Peter T, Katzmarzyk PT. Geographic and Demographic Variation in the Prevalence of Overweight Canadian Children. *Obesity* 2003, 11(5): 668-73.
131. Mikolajczyk RT, Maxwell AE, Ansari WE, Stock C, Petkeviciene J, Guillen-Grima P. Relationship between body mass index and self-perception among university students: a cross-sectional study in seven European countries. *BMC Public Health* 2010, 10(40): 1-11.

132. Khalaf A, Westergren A, Berggren V, Ekblom Ö, Al-Hazzaa HM. Perceived and Ideal Body Image in Young Women in South Western Saudi Arabia. *Journal of Obesity* 2015, 1-7.
133. Sarwer DB, Wadden TA, Foster GD. Assesment of body image dissatisfaction of obese women: specificity, severity, and clinical significance. *J Consult Clinl Psych* 1998, 66(4): 651-4.
134. Armağan A. Obez Kadınlarda Benlik Saygısının Beden İmgesi Üzerindeki Etkisinde Biçimleyici Değişkenlerin Belirlenmesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Okan Üniversitesi, 2013.
135. Hamurcu P, Öner C, Telatar B, Yeşildağ Ş. Obezitenin Benlik Saygısı ve Beden Algısı Üzerine Etkisi. *Türk Aile Hekimliği Dergisi* 2015, 19(3): 122-8.
136. 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: Hacettepe Üniversitesi, 2006.
137. Hsieh SD, Yoshinaga H, Muto T, Sakurai Y. Anthropometric Obesity Indices in Relation to Age and Gender in Japanese Adults. *Thoku J Exp Med* 2000, 191: 79-84.
138. Kaya M. Özvarış ŞB, Atlas H, Altay M. Atik Ç, Aytekin G, Badak E. Ankara'da Bir Sağlık Ocağına ve Belediyeye Ait Bir Spor Kompleksine Başvuran 18 Yaşve Üzeri Kadınların Sağlığı Geliştirici Yaşam Biçim Düzeylerinin Belirlenmesi. *Toplum Hekimliği Bülteni* 2009, 28(1): 8-13.
139. Pasinlioğlu T, Gözüm S. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Sağlık Personelinin Sağlık Davranışları. *C. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 1998, 2(2): 60-8.
140. Karadeniz G, Yanık E, Uçum K, Dedeli Ö, Karaağaç Ö. Üniversite Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 2008, 7(6): 497-502.

141. Ayaz S, Tezcan S, Akıncı F. Hemşirelik Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlığı Geliştirme Davranışları. *C.Ü.Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2005, 9(2): 26-34.
142. Cihangiroğlu Z. Elazığ Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörler. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Elazığ: Fırat Üniversitesi, 2010.
143. Ay S, Yanikkerem E, Çalım Sİ, Mete Yazıcı M. Health-promoting Lifestyle Behaviour for Cancer Prevention: a Survey of Turkish University Students. *Asian Pac J Cancer P* 2012, 13: 2269-77.
144. Tokuç B, Berberoğlu U. Edirne Merkez İlçe İlköğretim Okullarında Çalışan Öğretmenlerde Sağlığı Geliştirici Davranışlar. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni* 2007, 6(6): 421-6.
145. Bagwell MM, Bush HA. Improving health promotion for blue-collar workers. *J Nurs Care Qual* 2000, 14(4): 65-71.
146. Tambağ H. Hatay Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörler. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi* 2011, 47-58.
147. Kaya F, Ünüvar R, Bıçak A, Yorgancı E, Öz BÇF, Kankaya FC. Öğretim Elemanlarının Sağlığı Geliştirme Davranışları ve Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni* 2008, 7(1): 59-64.
148. İlhan N, Batmaz M, Akhan LU. Üniversite Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi* 2010, 3(3): 34-44.
149. Çelik GO, Malak AT, Bektaş M, Yılmaz D, Yümer AS, Öztürk S, Demir E. Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlığı Geliştirme Davranışlarını Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi. *Anatolian Journal of Clinical Investigation* 2009, 3(3): 164-9.
150. Mirghafourvand M, Mohammad-Alizadeh-Charandabi S, Tavananezhad N, Karkhaneh M. Health-promoting lifestyle and its predictors among Iranian

adolescent girls, 2013. *International Journal of Adolescent Medicine and Health* 2013, 324: 1-8.

151. Koçoğlu D, Akın B. Sosyoekonomik Eşitsizliklerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesi İlişkisi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi* 2009, 2(4): 145-54.
152. Semiz M, Kavakcı Ö, Yağız A, Yontar G, Kugu N. Sivas İl Merkezinde Yeme Bozukluklarının Yaygınlığı ve Eşlik Eden Psikiyatrik Tanılar. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2012, 23: 1-9.
153. 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(3): 110-2.
154. Reyes-Rodriguez ML, Franko DL, Matos-Lamourt A, Bulik CM, Von Holle A, Camara-Fuentes LR, et al. Eating disorder symptomatology: prevalence among Latino college freshmen students. *Journal Clinical Psychology* 2010, 66(6): 666-79.
155. Bosi MLM, Luiz RR, Uchimura KY, Oliveira FPD. Eating disorders and body image among physical education students [in Portuguese]. *Jornal Brasileiro Psiquiatria* 2008, 57(1): 28-33.
156. 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(2): 79-84.
157. Austin SB, Ziyadeh NJ, Forman S, et al. Screening high school students for eating disorders: Results of a National Initiative. *Preventing Chronic Disease* 2008, 5(4).
158. Kadioğlu M, Ergün A. Üniversite Öğrencilerinin Yeme Tutumu, Öz-Etkililik ve Etkileyen Faktörler. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 2015, 5(2): 96-104.

159. Evans EH, Boothroyd LG, Muscariello E, Stephan BC, Nasti G, Colantuoni A, Siervo M. Lower weight loss expectations and healthier eating attitudes in older overweight and obese women attempting weight loss. *Clin Obes* 2015, 5(3): 136-44.
160. 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.
161. Ulaş B, Pehlivan E. Üniversite Öğrencilerinde Hemogloblin A1c Taraması ve Olası Yeme Bozukluğu Sıklığı. *Medicine Science* 2015, 4(2): 2196-209.
162. Devran BS. Doğu Anadolu Bölgesinde Yaşayan Adölesan ve Yetişkinlerin Beslenme Alışkanlıkları ile Yeme Tutum ve Davranışlarının Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Bölümü. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Başkent Üniversitesi, 2014.
163. Şanlıer N, Yabancı N, Alyakut O. An evaluation of eating disorders among a group of Turkish university students. *Appetite* 2008, 51(3): 641-5.
164. Memon AA, Adil SE, Siddiqui EU, Naeem SS, Ali SA, Mehmood K. Eating disorders in medical students of Karachi, Pakistan-a cross-sectional study. *BMC Res Notes* 2012; 5: 84.
165. Hoerr SL, Bokram R, Lugo B, Bivins T, Keast DR. Risk for disordered eating relates to both gender and ethnicity for college students. *J Am Coll Nutr* 2002, 21(4): 307-14.
166. 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(5): 516-23.
167. Rosas Muñoz M, Delgado Floody P, Cea Leiva F, Alarcón Hormazábal M, Alvarez San Martín R, Quezada Gallego K. Comparison of The Risks in Eating Disorders And Body Image Among Mapuches And Not Mapushes Students. *Nutr Hosp* 2015, 32(6): 2926-31.



168. Ardel-Gattinger E, Ring-Dimitriou S, Hofmann J, Paulmichl K, Zsoldos F, Weghuber D. Gender differences of psychological, nutritional, and physical fitness variables influencing obesity/overweight in Austrian children and adolescents. *Wien Med Wochenschr* 2016, 1-6.
169. 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(5-6): 794-9.
170. Harrison C, Mond J, Bentley C, Gratwick-Sarll K, Rieger E, Rodgers B. Loss of control eating with and without the undue influence of weight or shape on self-evaluation: evidence from an adolescent population. *Journal of Eating Disorders* 2014, 2(1).
171. Shevchenko Y, Vesnina L, Kaydashev I. Features of Eating Behavior in Persons With Normal And Increased Body Weight. *Fiziol Zh* 2015, 61(3): 51-8.

## **EKLER**

Ek-1. Özgeçmiş

Ek-2. Etik Kurul Onayı

Ek-3. Çalışma İzni

Ek-4. Anket



## **Ek-1. Özgeçmiş**

### **KİŞİSEL BİLGİLER**

**Adı soyadı:** Aslı Ayça ÖZYAZGAN

**Doğum tarihi ve yeri:** 1990 – Malatya

**Yabancı Dil:** İngilizce

### **EĞİTİM BİLGİLERİ**

**Mezun olduğu üniversite / fakülte/ bölüm :**

Hacettepe Üniversitesi /  
Sağlık Bilimleri Fakültesi /  
Beslenme ve Diyetetik Bölümü

**Mezuniyet tarihi :** 2013

### **İŞ TECRÜBESİNE AİT BİLGİLER**

**Bugüne kadar çalıştığı kurum/kuruluşlar:**

- Özel EGM Hayat Hastanesi
- Elazığ Eğitim ve Araştırma Hastanesi
- Malatya Devlet Hastanesi
- Malatya Akçadağ Devlet Hastanesi

## Ek-2. Etik Kurul Onayı

### KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Elazığ Eğitim ve Araştırma Hastanesi Diyet Polikliniğine Zayıflamak İçin Başvuran Bireylerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Yeme Davranış Bozuklukları ve Etkileyen Faktörler
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	2015/09

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	MALATYA KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
	AÇIK ADRESİ:	İnönü Üniversitesi Merkez Kampüsü, 44280, Malatya, Türkiye
	TELEFON	+90 422 341 06 60 / 1219
	FAKS	+90 422 341 00 36
	E-POSTA	inu.dhek@inonu.edu.tr

BASVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç. Dr. Ali ÖZER		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	MALATYA		
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI			
	DESTEKLEYİCİ			
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ			
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>	
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>	
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>	
		FAZ 4	<input type="checkbox"/>	
		Gözlemsel ilaç çalışması	<input type="checkbox"/>	
		Tıbbi cihaz klinik araştırması	<input type="checkbox"/>	
İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları		<input type="checkbox"/>		
İlaç dışı klinik araştırma		<input type="checkbox"/>		
Diğer ise belirtiniz				
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

Etik Kurul Başkanının  
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Rifat KARLIDAĞ  
İmza:

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Elazığ Eğitim ve Araştırma Hastanesi Diyet Polikliniğine Zayıflamak İçin Başvuran Bireylerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Yeme Davranış Bozuklukları ve Etkileyen Faktörler		
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU		2015/09		
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama		
	SIGORTA	<input type="checkbox"/>		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>		
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>		
	İLAN	<input type="checkbox"/>		
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>		
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>		
GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>			
DİĞER:	<input type="checkbox"/>			
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2015/09	Tarih: 21.01.2015		
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.			

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI/ ADI/ SOYADI:	Prof. Dr. Rifat KARLIDAĞ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Rifat KARLIDAĞ	Psikiyatri	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Metin GENÇ	Halk Sağlığı	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Saim YOLOĞLU	Biyostatistik	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Türkan TOĞAL	Anesteziyoloji ve Rea.	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. İbrahim ŞAHİN	İç Hastalıkları	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Seda TAŞDEMİR	Tıbbi Farmakoloji	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Derya DOĞAN	Çocuk Sağlığı ve Hast.	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Özden KAMIŞLI	Nöroloji	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Hakan HARPUTLUOĞLU	Onkoloji	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

Etik Kurul Başkanının  
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Rifat KARLIDAĞ  
İmza:

Not: Etik kurul başkanının her sayfada imzasının olması gerekmektedir.

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Elazığ Eğitim ve Araştırma Hastanesi Diyet Polikliniğine Zayıflamak İçin Başvuran Bireylerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Yeme Davranış Bozuklukları ve Etkileyen Faktörler							
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU		2015/09							
Doç. Dr. Ergül ALÇIN	Fizyoloji	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>EAL</i>
Yrd. Doç. Dr. Mehmet KARATAŞ	Tıp Tarihi ve Etik	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>MK</i>
Dr. Mahmut Barkın AKGÜL	Tıp Doktoru	Halk Sağlığı Müdürlüğü	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>MB</i>
Metin TAY	Eczacı	Serbest Eczacı	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>KT</i>
Zafer ERGÜZEL	Hukuk	İnönü Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>KE</i>
Hasan KONAN	Sivil Üye	MSD Ltd. Şti.	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>HK</i>

\*:Toplantıda Bulunma

Etik Kurul Başkanının  
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Rifat KARLIDAĞ  
İmza:

Not: Etik kurul başkanının her sayfada imzasının olması esastir.

## Ek-3. Çalışma İzni



T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU  
Elazığ İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

ELAZIĞ İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL  
SEKRETERLİĞİ - ELAZIĞ KHBGS SAĞLIK  
KURULU HİZMETLERİ BİRİMİ  
24.03/2015.10.12 - 33564870 / 770 / 428



Sayı : 33564870/770  
Konu : Uygulama İzni

İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığına)

İlgi : 18/03/2015 tarihli ve 1387 sayılı yazınız.

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Aslı Ayça ÖZYAZGAN'ın "Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Yeme Davranış Bozuklukları ve Etkileyen Faktörler" konulu tez çalışmasını Genel Sekreterliğimize bağlı Elazığ Eğitim ve Araştırma Hastanesinde uygulama talebi tarafımızca değerlendirilmiş olup; anket çalışmasının Sağlık tesisinde hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, anket/araştırmaya katılımların gönüllülük esasına göre yapılması, kişisel verilere ve özel hayatın korunmasına özen gösterilmesi, çalışma sonucunun tarafımıza gönderilerek Genel Sekreterliğimizin bilgisi dışında ilan edilmemesi kaydıyla uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ederim.

Uzm.Dr. Latif ÜSTÜNEL  
Genel Sekreter

Adres: Olgunlar Mah. Atatürk Bulvarı (Eskisaruhatun Hast.) No:2 Pk:23040 Merkez ELAZIĞ  
Web: www.elazigkhhb.gov.tr e-posta: khb23.tb@saglik.gov.tr  
A★ tılı bilgi için: 0(424)247 05 10 K.ÖZKAN Dahili 3167

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.  
Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 5cb5e85e-957c-4147-b889-01a2ad8e72c2 kodu ile erişebilirsiniz.

## Ek-4. Anket

### Elazığ Eğitim ve Araştırma Hastanesi Diyet Polikliniğine Zayıflamak İçin Başvuran Bireylerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Yeme Davranış Bozuklukları ve Etkileyen Faktörler

Sayın anket katılımcısı;

'Elazığ Eğitim ve Araştırma Hastanesi Diyet Polikliniğine Zayıflamak İçin Başvuran Bireylerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Yeme Davranış Bozuklukları ve Etkileyen Faktörler'adlı çalışma ile sizlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarınızı, yeme tutumunuzu ve bunları etkileyen faktörleri anlamayı amaçlıyoruz. Bu çalışmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Sizden edinilen bilgiler sadece bilimsel amaçlar için kullanılacak ve gizli tutulacaktır. Envanterin doldurulmasında gerekli özeni göstereceğinizi umar, katkılarınız için teşekkür ederiz.

Sorumlu Araştırmacı  
Doç. Dr. Ali ÖZER

#### I. BİLGİ FORMU

1. Yaşınız : .....
2. Cinsiyetiniz : 1. KADIN 2. ERKEK
3. Boyunuz : .....
4. Ağırlığınız : ....
5. Bel çevresi : .....
6. Bel/kalça oranı : .....
7. Medeni Durum 1.EVLİ 2. BEKAR
8. Öğrenim Düzeyi 1. ÖĞRENİMİ YOK 2. İLKOKUL 3. ORTAOKUL  
4. İLKÖĞRETİM 5. LİSE 6. ÜNİVERSİTE 7. LİSANS ÜSTÜ
9. Anne Öğrenim Düzeyi 1. ÖĞRENİMİ YOK 2. İLKOKUL 3. ORTAOKUL  
4. İLKÖĞRETİM 5. LİSE 6. ÜNİVERSİTE 7. LİSANS ÜSTÜ
10. Baba Öğrenim Düzeyi 1. ÖĞRENİMİ YOK 2. İLKOKUL 3. ORTAOKUL  
4. İLKÖĞRETİM 5. LİSE 6. ÜNİVERSİTE 7. LİSANS ÜSTÜ
11. Ekonomik Durum 1.İYİ 2. ORTA 3. KÖTÜ
12. Doktor tarafından teşhisi konmuş herhangi bir hastalığınız var mı?  
1.Evet 2.Hayır (cevabınız hayır ise 14.soruya geçiniz)
13. Cevabınız evet ise teşhis edilen hastalığınız aşağıdakilerden hangisi / hangileridir?  
(Birden fazla şıkkı işaretleyebilirsiniz.)
  1. Kalp-damar hastalıkları
  2. Şeker hastalığı
  3. Yüksek tansiyon
  4. Kanser
  5. Sindirim sistemi hastalıkları (karaciğer, safra kesesi, mide vb.)
  6. Solunum sistemi hastalıkları (akciğer vb)
  7. Ruhsal sorunlar (depresyon, aşırı yeme, kusma, gece yeme vb.)
  8. Kas iskelet sistemi problemleri (osteoporoz, eklem ağrıları)
  9. Endokrin (hormonal) hastalıklar
  10. Vitamin ve mineral yetersizlikleri (Demir, B12 vitamini yetersizliği vb)



11. Diğer (belirtiniz) .....

14. **Günlük yaşamınızda ne kadar hareketlisiniz?**

1. HAREKETSİZİM      2. BİRAZ HAREKETLİYİM  
3. HAREKETLİYİM      4. ÇOK HAREKETLİYİM

15. **Kendinize uygun olanı seçiniz:**

1. ZAYIFIM      2. NORMALİM      3. KİLOLUYUM      4. AŞIRI KİLOLUYUM

16. **Mevcut ağırlığınızdan memnun musunuz?**

1. MEMNUNUM      2. KARARSIZIM      3. MEMNUN DEĞİLİM

17. **Daha önce diyet yaptınız mı?**

1. EVET      2. HAYIR

18. **Diyetisyen kontrollerine düzenli olarak gidiyor musunuz?**

1. EVET      2. HAYIR

## **II. SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ**

Asağıda simdiki yaşam tarzınız veya kişisel alışkanlıklarınız hakkında cümleler yer almaktadır. Lütfen her seçeneğe en doğru cevabı vermeye ve atlamamaya özen gösteriniz. Her bir seçeneğin karşısındaki cevaplardan size uygun olanı parantez içine (X) koyarak işaretleyiniz.

	Hiçbir zaman	Bazen	Sık Sık	Düzenli olarak
1- Sabahları kahvaltı ederim.				
2- Sağlığım ile ilgili değişiklikleri fark eder, doktora giderim.				
3- Kendimi beğenirim.				
4- Haftada en az üç kez basit beden hareketleri yaparım.				
5- Yiyecek maddeleri alırken içinde koruyucu ya da katkı maddeleri bulunmayanları seçerim.				
6- Her gün kendime rahatlamak için zaman ayırırım.				
7- Kan kolesterol düzeyimi ölçtürürüm, sonucun ne anlama geldiğini bilirim.				
8- Hayata hevesle ve iyimserlikle bakarım.				
9- Olgunlaştığımı ve kişiliğimin iyi yönde değiştiğini fark ederim.				
10- Kişisel sorunlarımı ve endişelerimi bana yakın kişilerle tartışırım.				
11- Hayatımdaki sorun ve problemlerin sebeplerini bilirim.				
12- Kendimi mutlu ve memnun hissederim.				
13- Haftada en az üç kez 20 dakika yoğun egzersiz yaparım.				
14- Her gün düzenli olarak üç öğün yemek yerim.				
15- Sağlıkla ilgili konularda kitap, dergi okurum.				
16- Güçlü ve zayıf yönlerimi tanırım.				
17- Geleceğe yönelik uzun süreli hedeflerimi gerçekleştirmek için çalışırım.				
18- Başarılı insanları kolaylıkla takdir ederim.				
19- Ambalajlı yiyeceklerin özelliklerini tanımak				

için üzerindeki etiketi okurum.				
20- Doktorun önerileri ile aynı fikirde olmadığım zaman, soru sorarım veya başka bir doktorun görüşünü alırım.				
21- Geleceğe ümitle bakarım.				
22- Uzman kisilerce yönetilen sportif faaliyetlere katılırım.				
23- Hayatımda benim için neyin önemli olduğunu bilirim.				
24- Yakın bulduğum insanlara dokunmaktan ve bana dokunmalarından hoslanırım.				
25- İnsanlarla iyi ilişkiler kurar ve sürdürürüm.				
26- Çiğ sebze, meyve, baklagil gibi posalı ve lifli maddeler içeren yiyecekler yerim.				
27- Her gün, rahatlamak ve gevşemek için 15-20 dakika zaman ayırırım.				
28- Sağlığım ile ilgili endişelerimi uzman kisilerle tartışırım.				
29- Kendi başarılarımla övünürüm.				
30- Egzersiz yaparken nabzımı kontrol ederim.				
31- Yakın arkadaşlarımla birlikte zaman geçiririm.				
32- Tansiyonumu ölçtürürüm ve sonucun ne anlama geldiğini bilirim.				
33- Yaşadığım çevreyi iyileştirmek konusunda eğitici programlara katılırım.				
34- Her günü ilginç ve mücadeleye değer bulurum.				
35- Her gün, 4 besin grubu (protein, karbonhidrat, yağ, vitamin) içeren öğünler planlarım.				
36- Uyumadan önce bilinçli olarak kaslarımı kasıpgevsetirim.				
37- Yaşadığım çevreyi hoş ve tatmin edici bulurum.				
38- Dinlenmek için yürüme, yüzme, futbol, bisiklete binme gibi fiziksel faaliyetlerle meşgul olurum.				
39- Başkalarına kolaylıkla ilgi, sevgi ve yakınlık gösteririm.				
40- Yatarken mutlu, hoş düşüncelere yoğunlaşırım.				
41- Duygularımı ifade ederken yapıcı yollar bulurum.				
42- Kendime nasıl iyi bakacağım konusunda sağlık görevlilerinden bilgi alırım.				
43- Vücudumu en az ayda 1 kez fiziksel değişiklikler ve hastalık belirtileri yönünden gözlerim.				
44- Amaçladığım hedeflere gerçekçi olarak yaklaşırım.				

45- Stresimi kontrol altına almak için belirli yöntemler kullanırım.					
46- Sağlığımı ilgilendiren konularda yapılan eğitici toplantılara katılırım.					
47- Sevdiğim insanlara dokunmayı ve bana dokunmalarını önemserim.					
48- Hayatımın bir amacı olduğuna inanırım.					

### **III. YEME DAVRANIŞ BOZUKLUĞU ÖLÇEĞİ**

Bu anket sizin yeme alışkanlıklarınızla ilgilidir. Lütfen her bir soruyu dikkatlice okuyunuz ve size uygun gelen kutunun içine X işareti koyunuz.

	Daima	Çok sık	Sık sık	Bazen	Nadiren	Hiç
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 yememeğe çalışırım.						
6. Aklım fikrim yemektir.						
7. Yemek yemeyi durduramadığım zamanlar olur.						
8. Yiyeceğimi küçük küçük parçalara bölerim.						
9. Yediğim yiyeceğin kalorisini bilirim.						
10. Ekmek, patates, pirinç gibi yüksek kalorili yiyeceklerden kaçınırım.						
11. Yemeklerden sonra şişkinlik hissedirim.						
12. Ailem fazla yememi bekler.						
13. Yemek yedikten sonra kusarım.						
14. Yemek yedikten sonra aşırı suçluluk duyarım.						
15. Tek düşüncem daha zayıf olmaktır.						
16. Aldığım kalorileri yakmak için yorulana dek 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.						
24. Başkaları çok zayıf olduğumu düşünür.						
25. Şişmanlama (vücudumun yağ toplayacağı) düşüncesi zihnimi meşgul eder.						
26. Yemeklerimi yemek başkalarınınkinden daha uzun sürer.						
27. Lokantada yemek yemeyi severim.						
28. Müshil kullanırım.						

29. Şekerli yiyeceklerden kaçınırım.						
30. Diyet (perhiz) yemekleri yerim.						
31. Yaşamımı yiyeceğin kontrol ettiğini düşünürüm.						
32. Yiyecek konusunda kendimi denetleyebilirim.						
33. Yemek konusunda başkalarının bana baskı yaptığını hissedirim.						
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.						