



T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI YÜKSEK LİSANS TEZİ

**BULDAN İLÇESİNDE ÖZEL BİR DİYET MERKEZİNE
BAŞVURAN KİŞİLERİN BESLENME ALIŞKANLIKLARI,
FİZİKSEL AKTİVİTE DURUMLARI VE KİLO VERME
AMAÇLI ÜRÜN KULLANMA DURUMLARI**

Dyt. Nida ÇELEBİOĞLU

**Ocak 2020
DENİZLİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ ONAY FORMU

Nida Çelebioğlu tarafından Doç. Dr. Özgür SEVİNÇ yönetiminde hazırlanan "Buldan İlçesinde Özel Bir Diyet Merkezine Başvuran Kişilerin Beslenme Alışkanlıkları, Fiziksel Aktivite Durumları ve Kilo Verme Amaçlı Ürün Kullanma Durumları" başlıklı tez tarafımızdan okunmuş, kapsamı ve niteliği açısından bir Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

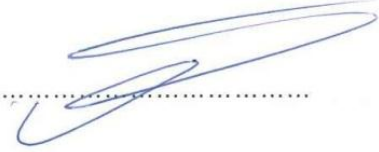
Jüri Başkanı: Prof. Dr. Ahmet ERGİN
Pamukkale Üniversitesi

.....

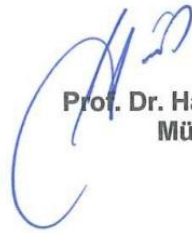

Danışman: Doç. Dr. Özgür SEVİNÇ
Pamukkale Üniversitesi

.....


Üye: Dr. Öğr. Üyesi Özgür ÖNAL
Süleyman Demirel Üniversitesi

.....



Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun
28/01/2020 tarih ve 03.../... sayılı kararıyla onaylanmıştır.



Prof. Dr. Hakan AKÇA
Müdür

Bu tezin tasarımı, hazırlanması, yürütülmesi, araştırmalarının yapılması ve bulgularının analizlerinde bilimsel etiğe ve akademik kurallara özenle riayet edildiğini; bu çalışmanın doğrudan birincil ürünü olmayan bulguların, verilerin ve materyallerin bilimsel etiğe uygun olarak kaynak gösterildiğini ve alıntı yapılan çalışmalara atfedildiğini beyan ederim.

Öğrencinin Adı Soyadı: Nida ÇELEBİOĞLU

İmza : 

ÖZET

BULDAN İLÇESİNDE ÖZEL BİR DİYET MERKEZİNE BAŞVURAN KİŞİLERİN BESLENME ALIŞKANLIKLARI, FİZİKSEL AKTİVİTE VE KİLO VERME AMAÇLI ÜRÜN KULLANMA DURUMLARI

Nida ÇELEBİOĞLU

Yüksek Lisans Tezi, Halk Sağlığı AD

Tez Yöneticisi: Doç. Dr. Özgür SEVİNÇ

Ocak 2020, 55 sayfa

Giriş: Türkiye’de yanlış beslenme alışkanlıkları ve düşük fiziksel aktivite düzeyi yüzünden obezite sıklığı yetişkinlerde ciddi oranlara ulaşmıştır. Günümüzde gelişen medya unsurları sayesinde kilo verme amaçlı bir çok ürün sunulmaktadır. Bu yöntem ve ürünlerin etkinliği ve olası yan etkileri tartışmalıdır. Obezitenin tedavisinde öncelik yaşam tarzı değişiklikleri olmalıdır. Yaşam tarzında değişiklik yapmak risk taşımaz, ucuzdur, ruhsal sağlığa iyi gelmekte ve yaşam kalitesini yükseltmektedir.

Amaç: Buldan ilçesindeki özel bir diyet merkezine başvuran kişilerin başvuru öncesindeki beslenme alışkanlıkları, fiziksel aktivite durumları ve kilo verme amaçlı ürün kullanma durumları ve ilişkili faktörleri incelemek amaçlanmıştır.

Yöntem: 1 Ekim 2018 - 30 Nisan 2019 tarihleri arasında diyet merkezine başvurmuş olan yetişkin kadın ve erkek gönüllülere 51 sorudan oluşan anket verilmiştir. Ankette kişilerin sosyodemografik özelliklerini sorgulayan 6 soru, sağlık bilgileri ve alışkanlıklarını (sağlık prolemi, sigara ve alkol kullanımı) sorgulayan 3 soru, beslenme alışkanlıklarını ve tüketim sıklıklarını sorgulayan 26 soru, kilo verme amacıyla diyet uygulama ve ürün kullanımını sorgulayan 9 soru ile 7 sorudan oluşan fiziksel aktivite anketi (IPAQ) kısa formu bulunmaktadır. Kişilerin başvurmuş oldukları tarihte yapılan boy, kilo ölçümleri ve yaş bilgileri ankete eklenmiştir.

Bulgular: 102 katılımcıdan 82’si kadın 20’si erkektir. %78,4’ü evlidir. Yaş ortalaması 36,47’dir. Vücut ağırlıkları ortalamaları 82,5±18,2, boy uzunlukları ortalamaları 164,0±8,9 ve BKİ ortalamaları 30,66±6,19 olarak bulunmuştur. Katılımcıların %57,8’inin fiziksel aktivite düzeyi düşük, %32,4’ünün ortadır. 32 katılımcı daha önce zayıflama amaçlı ürün kullanmıştır.

Tartışma-Sonuç: Kişilere küçük yaştan itibaren aile içinde ve okullarda sağlıklı beslenme alışkanlıkları kazandırılmalı, fiziksel aktivite düzeyinin yükseltilmesi için hem küçüklerde hem de yetişkinlerde eğitimler ve özendirici projeler yapılmalıdır. Zayıflatıcı olduğu vaadedilerek satılan bitkisel ürünlerin sıkı bir şekilde denetlenmesi ve sağlığa olumsuz etkileri olabilecek ürünlerin satışı ve uzman kontrolü olmadan kullanımı yasaklanmalıdır. Kişiler bu tür ürünlere itibar etmemesi için uyarılmalı, eğitimler verilmelidir.

Anahtar Sözcükler: beslenme ve diyetetik, halk sağlığı, sağlıklı beslenme, fiziksel aktivite, zayıflama amaçlı ürün

ABSTRACT

NUTRITION HABITS, PHYSICAL ACTIVITY AND CONDITIONS OF USING WEIGHT LOSS PRODUCT OF INDIVIDUALS WHO APPLIED TO A PRIVATE DIET CENTER IN BULDAN DISTRICT

Nida ÇELEBİOĞLU

Master Thesis, Department of Public Health

Thesis Adviser: Doç. Dr. Özgür SEVİNÇ

January 2020, 55 pages

Introduction: Rate of obesity for adults have been increased due to incorrect nutrition habits and low physical activity level in Turkey. Due to developing of media tools, some weight loss products offered at the present time. The efficiency of these products and methods are controversial with their potential side effects. The changes of lifestyle should be priority for treatment of obesity. Making change in lifestyle doesn't include any risks, it is cheap, it is good for mental health and improves the quality of life.

Objective: The aim of this study is to analyze nutrition habits, level of physical activity and condition of using product of individuals with the factors that all related to these issues before they applying to a private diet center in Buldan District.

Method: A questionnaire which includes 51 questions was applied to men and women adults who apply to the diet center between October 1, 2018 to April 30, 2019. It consists of 6 questions that analyze sociodemographic attributes of individuals, 3 questions that analyze health information and health habits (health problem, usage of cigarette and alcohol), 26 questions that analyze nutrition habits and consumption frequency, 9 questions that analyze usage of weight loss products and diet for losing weight, 7 questions that are about the questionnaire of physical activity (IPAQ). The calculation of height, weight and age of individuals was added to the questionnaire.

Results: In the study, there were 102 participants that 82 of them were women and 20 of them were men. %78,4 of the participants were married. The average of weights was $82,5 \pm 18,2$, the average of heights was $164,0 \pm 8,9$ and the average of BMI was $30,66 \pm 6,19$. %57,8 of participants had low physical activity level and %32,4 of them had average physical activity level. 32 participants had used weight loss products.

Conclusion: Habits of healthy nutrition should be gained to individuals in schools and in family life as from the young ages, trainings and incentive projects should be carried out for both minors and adults in order to increase the level of physical activity. Herbal products which are sold as promising weight loss effect should be controlled, sale of products that may have negative effects and usage of these without expert control should be prohibited. Necessary warnings and trainings should be given to prevent trust to such products.

Key Words: Nutrition and dietetic, public health, healthy nutrition, physical activity, weight loss product.

TEŐEKKÖR

Yüksek lisans öğrenimim ve tez çalışmam süresince tecrübelerinden yararlandığım başta tez danışman hocam Doç. Dr. Özgür SEVİNÇ'e,

Yüksek lisans eğitimimde bana emek veren ve desteğini üzerimde hissettiğim çok değerli ana bilim dalı hocalarıma,

Tez çalışmama değerli katkılarda bulunan diğer asistan arkadaşlarıma,

Ve beni bugünlere getiren, tüm hayatım boyunca her koşulda yanımda olan ve destekleyen aileme ve dostlarıma teşekkürlerimi sunarım.

Dyt. Nida ÇELEBİOĞLU

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ÖZET	i
ABSTRACT	ii
TEŞEKKÜR	iii
İÇİNDEKİLER	iv
TABLolar DİZİNİ	v
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	vii
1. GİRİŞ	1
1.1. Amaç	2
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Obezite.....	3
2.2. Fiziksel Aktivite ile Obezite ilişkisi.....	4
2.3. Beslenme ve Obezite İlişkisi.....	4
2.4. Zayıflama Amaçlı Kullanılan Ürünlerin Etkileri.....	5
3.1. Araştırmanın Tipi	8
3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	8
3.3. Verilerin Toplanması ve Değerlendirilmesi.....	9
3.4. Araştırmanın Uygulanması	11
3.5. İstatistiksel Değerlendirme.....	12
3.6. Araştırma Onayı.....	12
4. BULGULAR	13
5. TARTIŞMA	41
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	48
7. KAYNAKLAR	49
8. ÖZGEÇMİŞ	55
9. EKLER	56

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 4. 1 Katılımcılara ait genel bilgiler.....	14
Tablo 4. 2 Katılımcıların yaşa göre dağılımları	15
Tablo 4. 3 Katılımcıların sağlık problemi bulunma durumu	15
Tablo 4. 4 Katılımcıların düzenli öğün tüketim durumları*	15
Tablo 4. 5 Katılımcıların öğün atlama durumları	16
Tablo 4. 6 Katılımcıların öğün atlama sebepleri*	16
Tablo 4. 7 Katılımcıların yemek seçimini etkileyen etmenler*	17
Tablo 4. 8 Katılımcıların vejetaryen ve vegan olma durumları	17
Tablo 4. 9 Katılımcıların sigara ve alkol kullanımı	17
Tablo 4. 10 Katılımcıların günlük çay, kahve ve su tüketimleri ile şeker kullanımları	18
Tablo 4. 11 Katılımcıların besin tüketim süreleri ve alışkanlıkları	18
Tablo 4. 12 Katılımcıların ekmek tercihleri	19
Tablo 4. 13 Katılımcıların en sık tercih ettikleri yemek pişirme yöntemleri*	19
Tablo 4. 14 Katılımcıların çeşitli besin gruplarını tüketim sıklıkları	20
Tablo 4. 15 Katılımcıların kilo verme diyeti uygulama sıklıkları ve kaynakları	21
Tablo 4. 16 Katılımcıların zayıflama amaçlı ürün kullanma durumları	21
Tablo 4. 17 Zayıflama amaçlı ürüne ulaşmada etkili kaynaklar	22
Tablo 4. 18 Zayıflama amaçlı ürün kullanım süresi (hafta).....	22
Tablo 4. 19 Katılımcıların ürün kullanımına devam etme durumları	22
Tablo 4. 20 Daha önce zayıflama amaçlı ürün kullanan katılımcıların şu anda kullanmama sebepleri*	23
Tablo 4. 21 Hiç zayıflama ürünü kullanmayan katılımcıların kullanmama sebepleri*	23
Tablo 4. 22 Katılımcıların MET skoru dağılımı	24
Tablo 4. 23 Katılımcıların antropometrik ölçüm ortalamaları	24
Tablo 4. 24 BKİ kategorik dağılımı	24
Tablo 4. 25 Katılımcıların kişisel özelliklerinin ara öğün yapma alışkanlığı ile ilişkisi	26
Tablo 4. 26 Katılımcıların kişisel özelliklerinin öğün atlama ile ilişkisi.....	27
Tablo 4. 27 Katılımcıların kişisel özellikleri ile yemeğin tadına bakmadan tuz ekleme alışkanlığı ilişkisi	28
Tablo 4. 28 Katılımcıların kişisel özelliklerinin, geç saatte besin tüketme alışkanlığı ile ilişkisi	29
Tablo 4. 29 Katılımcıların kişisel özelliklerinin alkol kullanımı ile ilişkisi	30
Tablo 4. 30 Katılımcıların kişisel özelliklerinin günlük tükettikleri ortalama şeker sayısı ile ilişkisi	31
Tablo 4. 31 Katılımcıların kişisel özelliklerinin günlük tükettikleri ortalama çay miktarı ile ilişkisi	32
Tablo 4. 32 Katılımcıların kişisel özelliklerinin günlük ortalama kahve tüketimleri ile ilişkisi	33
Tablo 4. 33 Katılımcıların kişisel özelliklerinin günlük ortalama su tüketimleri ile ilişkisi.....	34
Tablo 4. 34 Katılımcıların kişisel özelliklerinin ana yemek tüketim hızları ile ilişkisi*	35
Tablo 4. 35 Katılımcıların kişisel özelliklerinin tükettikleri ekmek türü ile ilişkisi*	36

Tablo 4. 36 Katılımcıların kişisel özelliklerinin kilo verme amaçlı diyet yapma sıklığı ile ilişkisi	38
Tablo 4. 37 Katılımcıların kişisel özelliklerinin zayıflama amaçlı ürün kullanma durumları ile ilişkisi	39
Tablo 4. 38 Katılımcıların kişisel özelliklerinin fiziksel aktivite düzeyleri ile ilişkisi	40



SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
AMATEM	Alkol ve Madde Bağımlıları Tedavi Merkezi
ark.	arkadaşları
BKI	Beden Kütle İndeksi
cm	santimetre
dk	dakika
Doç.	Doçent
Dr.	Doktor
DSÖ/WHO	Dünya Sağlık Örgütü
Dyt.	Diyetisyen
FDA	Gıda ve İlaç Dairesi (Food and Drug Administration)
HSGM	Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü
IPAQ	Uluslararası Fiziksel Aktivite Formu
K	Potasyum
kg	kilogram
l	litre
m	Metre
m ²	metrekare
MET	Metabolik Değer (Metabolic Equivalent)
Na	Sodyum
SPSS	Sosyal Bilimler İçin İstatistik Programı
T.C.	Türkiye Cumhuriyeti
THSK	Türk Halk Sağlığı Kurumu
vb.	ve benzeri

1. GİRİŞ

Beslenme alışkanlıkları ile sağlık yakından alakalıdır. Yanlış beslenme alışkanlıkları yüzünden şişmanlık, zayıflık, kalp damar hastalıkları, diyabet, hipertansiyon gibi pek çok hastalık oluşabilir. Bu gibi hastalıklardan korunabilmek, daha kaliteli ve uzun, sağlıklı yaşama şansını elde edebilmek için yeterli ve dengeli beslenmek oldukça önemli ve gereklidir. Doğru beslenme alışkanlıkları edinebilmek için her yaş grubundaki, tüm cinsiyet ve meslekteki bireylerin sağlıklı ve dengeli beslenme konusunda eğitilmeleri gerekmektedir (Özçelik 2000).

Türkiye’de yanlış beslenme alışkanlıkları yüzünden obezite sıklığı yetişkinlerde ciddi oranlara ulaşmıştır. Son yıllarda tüm dünyada olduğu gibi sıklığı giderek artmaktadır (THSK 2013).

Yapılan bir çalışmada kişilerin fiziksel aktivite düzeylerinin aşırı düşük olmasından kaynaklı obezite sorunuyla karşılaşmalarının % 67,5 gibi çok yüksek bir orana ulaştığı görülmüştür. Epidemiyolojik çalışmalara göre en çok sedanter (hareketsiz) hayat yaşayan erkeklerde fazla kilo sorununa rastlanmıştır (Ceviz 2008).

Obez ve fazla kilolu bireylerin tedavisinde etkili olabilecek, yaşam tarzı değişiklikleri ve tıbbi tedavi yöntemleri kullanılmaktadır (Orhan 2001).

Yaşam tarzında değişiklik yapmak gibi ilaç harici yöntemlerin, ruhsal sağlığa ve yaşam kalitesini yükseltmeye iyi geldiği ayrıca risk taşımadığından ve ucuz olduğundan dolayı da maddi ve manevi zorluğa sebebiyet vermediği belirtilmektedir. Bu amaç doğrultusunda obezite riski taşıyan fazla kilolu bireylere yönelik koruyucu önlemlerin alınması halk sağlığı açısından çok önem taşımaktadır. Bu sebeple bireylere sağlıklı yaşam davranışı kazandırılması gerekmektedir (Özkan 2008).

Pek çok sebebe bağlı olarak ortaya çıkabilen kilo artışı sonucu kişiler farklı yöntemlere başvurarak çözüm arayışı içine girebilirler. Davranışlarında değişiklik yapma düşüncesi kişilerde genellikle zorlayıcı bir durum olarak hissedilir. Daha hızlı ve kolay yöntem arayışına girerler. Özellikle günümüzde gelişen medya unsurları ile birlikte kilo verme amaçlı bir çok yöntem ve ürün kişilere cezbedici bir şekilde sunulmaktadır. Böyle bir ortamda kişiler fazla kilolarından hızlıca kurtulma isteği ile pek çok yanlış yöntemlere başvurabilirler. Bu yöntem ve ürünlerin etkinlikleri ve olası yan etkileri tartışmalıdır.

Bazı alışmalar ile obeziteyi önleyici besinlerin ya da bitkisel bileşenlerin varlığı ortaya konmuştur (Ercan 2014).

Ancak çalışmaların pek çoğu bu gibi ürünlerin, kolay ulaşılabilir olması ve bilinçsizce kullanılabilirliği sonucunda sağlığı olumsuz etkileyebileceğinden ve ticari amaçlar ile bu bileşenleri içeren ürünlerin üretilip tüketiciye satılması ve olası yan etkilerinin göz ardı edilmesi sonucu ciddi sağlık sorunlarıyla karşılaşılabilirdiğinden bahsetmektedir (Söğüt ve ark. 2010, Karsen ve ark. 2011, Karaalp 2014, Zengin ve ark. 2015, Özhatay ve Deniz 2017).

1.1. Amaç

Çalışmamızın amacı; Buldan ilçesindeki özel bir diyet merkezine başvuran kişilerin başvuru öncesindeki beslenme alışkanlıkları, fiziksel aktivite durumları ve kilo verme amaçlı ürün kullanma durumlarını sorgulamak ve bunlar ile ilişkili faktörleri incelemektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Obezite

Obezite, vücuda besinler ile alınan enerjinin, harcanan enerjiden fazla olmasından kaynaklanan ve vücut yağ kitlesinin, yağsız vücut kitlesine oranla artması ile karakterize olan kronik bir hastalıktır (Lim ve ark. 2015).

Obezite, başta kardiovasküler ve endokrin sistem olmak üzere vücudun tüm organ ve sistemlerini etkileyerek çeşitli bozukluklara ve hatta ölümlere yol açabilen önemli bir sağlık problemidir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından en riskli 10 hastalıktan biri olarak kabul edilmiştir (Korugan ve ark. 2000).

Fazla kilo ve obezitenin son yıllarda gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde sıklığı giderek arttığı ve bu olayın birçok popülasyonu üzen bir sorun haline aldığı görülmektedir. Fazla kilo ve obezite bulaşıcı olmayan hastalık hızlarının artmasına ve yaşam süresinin kısalmasına sebep olmakta, ayrıca yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (Tedik 2017).

Obezite bu sebeple çözülmesi gereken önemli bir sorundur. Obezitenin tedavisinden önce oluşmasını önlemek daha önemlidir. Beslenme tedavisi, fiziksel aktivite artışı, davranış değişikliği, cerrahi müdahaleler ve ilaç kullanımı obezite tedavisinde uygulanan yöntemlerdir (Mercanlıgil 2012).

2.2. Fiziksel Aktivite ile Obezite ilişkisi

Endüstriyel gelişmeler sonucu, fiziksel güce dayalı yaşam tarzı yerini inaktiviteye dayalı yaşam tarzına bırakmıştır. Bu durum son 10-20 yıl içinde obezite görülme sıklığında meydana gelen artışın en önemli nedenlerinden sayılmaktadır (Babaoğlu ve Hatun 2002).

Son yıllarda ABD'de geniş halk kitleleri taranarak yapılan araştırmalar, sporsuz bir yaşam tarzının insanları kronik hastalıklar vasıtasıyla sinsice ölüme götürdüğünü ortaya koymaktadır. Ölüm nedenleri arasında, ölüme neden olan risk faktörlerinin arasında düşük kondisyon gelmektedir. Hareketsiz bir yaşam tarzı başta kalp-damar hastalıkları olmak üzere diyabet ve bazı kanser türleri gibi ciddi rahatsızlıklara yol açmaktadır (Beyaz 2005).

2.3. Beslenme ve Obezite ilişkisi

Beslenme, insanın, büyüme ve gelişmesi, sağlıklı ve üretken şekilde uzun yaşam sürmesi için gereken besin öğelerini yeterli miktarda vücuda alıp kullanmasıdır (Müftüoğlu 2003). Sadece açlığı bastırmak, doymak için değildir. Beslenmenin amacı kişinin yaş, cinsiyet, fizyolojik durum (çocuk, gebe vb.) gibi özelliklerine göre ihtiyacı olan bütün besin öğelerini yeterli miktarda karşılayabilmesidir (Astarlı 2008).

Yeterli ve dengeli beslenme, tüm yaş gruplarında sağlığın temelinde yer alır. Yeterli ve dengeli beslenme için iyi bir beslenme alışkanlığı edinilmesi gereklidir (Özçelik 2000).

Beslenme alışkanlıklarının oluşmasında en önemli faktörler; kişisel seçimler, ailenin yeme biçimi, anne ve babanın bu konuda model olması, medya kaynakları ve toplumun yemek kültürüdür. Ayrıca davranış, inanç, bilgi düzeyi, özsaygı gibi bireysel faktörler ve aile, akraba, arkadaş, yakın çevre gibi sosyal-çevresel faktörler de alışkanlıkların gelişiminde etkilidir (Şanlıer ve ark. 2009).

Son yıllarda kronik hastalıkların önlenmesi için dünya genelinde sağlıklı beslenme rehberleri geliştirilerek halkın bilinçlenmesi sağlanmaya çalışılmaktadır. Ancak tüm çabalara rağmen, beslenme rehberlerindeki öneriler bireyler tarafından yeterince algılanamamakta ve uygulanmamaktadır. Bu nedenle, beslenme eğitim çalışmaları sürekli ve etkin olmalıdır. Her şeyden önce, öneriler halkın sosyal, kültürel ve ekonomik koşullarına uygun olmalıdır. Yeme alışkanlıklarının düzenlenmesi için öncelikle anne ve baba başta olmak üzere aile eğitimi, sonrada ana okullarından başlayarak örgün eğitimin her kademesinde beslenme eğitimine yer verilmelidir (Baysal 1998, Akbulut 2002).

Türkiye’de dikkat çeken hatalı beslenme alışkanlıklarından birisi aşırı tuz tüketimidir. Sağlıklı yetişkinler için günlük tuz tüketimi kişi başına ortalama 5 gram iken ülkemizde Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği’nin 2008’ de yaptığı ve ülke genelini yansıtan (14 ilde ve 1970 kişiye uygulandı) SALTürk-1 Çalışması’nda kişi başına düşen tuz tüketim miktarının 18 g/gün olduğu saptanmıştır (Türkiye Aşırı Tuz Tüketiminin Azaltılması Programı 2016).

Sağlık açısından aşırı tuz tüketiminin yüksek kan basıncı, osteoporoz, mide kanseri ve böbrek hastalıkları gibi pek çok kronik hastalık ile ilişkili olduğu bildirilmektedir. Bu nedenle yiyeceklerin tadına bakmadan tuz eklenmemesi ve fazla tuzlu besin tüketiminden kaçınılması tavsiye edilmektedir (Türkiye’ye Özgü Besin ve Beslenme Rehberi 2015).

Ayrıca; Türkiye’de yanlış beslenme alışkanlıklarının neticesi olarak obezite sıklığı erişkinlerde belirgin şekilde yüksek seyretmektedir. Son dönemde tüm dünyada olduğu gibi sıklığı giderek artmaktadır (THSK 2013).

2.4. Zayıflama Amaçlı Kullanılan Ürünlerin Etkileri

Piyasada, kısa zamanda hızlı kilo verdireceği iddia edilen çok çeşitli bitkisel zayıflama ürünleri satılmaktadır. Bu ürünler çoğunlukla diüretik ve laksatif etkili droglar içermektedirler. İnsan vücudunun yaklaşık %70’i sudur. Bu bitkisel ürünler içerdikleri droglar sayesinde, bir hafta kadar kullanıldığında vücuttan yaklaşık 4-5 lt. kadar suyun atılmasını sağlarlar. Böylece geçici olarak, bu miktarda bir ağırlık kaybı sağlamaktadır. Bu sırada vücuttan kaybedilen yağ değil sudur. 10 gün gibi bir sürede vücut kaybedilen

bu suyu geri kazanır. Ayrıca, bu tip ürünlerin uzun süreli kullanımı zararlı olabilmekte ve önemli rahatsızlıklara sebebiyet verebilmektedir (Karademir 2006).

Genellikle kansere iyi geldiği belirtilen bitkiler ve zayıflamada etkili olduğu iddia edilen bitkisel karışımlar halk arasında revaçtadır. Bitkide çok çeşitli bileşenler vardır ve iddia edildiği şekilde etkili bir bileşen içerse bile, henüz tanımlanmamış başka bir bileşeni sebebiyle istenmeyen durumlar oluşturabilir. Bazı zayıflama çaylarında adları açıklanan bitkilerin yanında açıklanmayan yüksek oranlarda diüretikler, laksatifler bulunmaktadır. Bu çaylardaki bazı bileşenlerin tansiyon yükseltici ya da Na, K, plazma renin ve aldosteron düzeylerini düşürücü etkileri ölüme sebep olabilir (Boullata ve Nace 2000, Kuruvilla 2002, Breemen ve ark. 2008, Street ve ark. 2008).

Zayıflama amaçlı ürünlerde, enerji içeceklerinde bulunan Ephedra (efedra) türleri yurt dışında bazı kliniklerde anoreksi ilaçlarına alternatif olarak kullanılmaktadır. "Herbal ektasi" olarak da bilinen ephedra; bulantı, kusma, hipertansiyon, gastrointestinal bozukluklar, aritmi, sinirlilik, baş ağrısı, deride pullanma, dehidrasyon, hipertermi, karaciğer yetmezliği ve psikolojik değişikliklere yol açabilmektedir. Daha da ciddi olarak inme, infarktüs, serebrovasküler olaylar ve hatta ölüme sebep olabilir (Ernst ve ark 1998, Woolf ve ark 2005). Amerikan "Gıda ve İlaç Dairesi" (FDA, Food and Drug Administration) 2004 yılında Ephedra'yı, genel olarak gıdalar için güvenli tanınmaması sebebiyle gıda katkı maddesi olarak kullanılmasını onaylamadığını belirterek yasaklamıştır (FDA 2004).

Her ilacın üzerinde yasal olarak gerekli bilgiler etiketlenmiştir ancak "diyetsel destek ürünler" adı altında satışa sunulan bitkiler ve bitkisel ürünlerde böyle bir zorunluluk yoktur ve denetimsizdirler. Bazı laboratuvarlarda tıbbi nitelikli bitkilerin bileşenleri, etkinlikleri, farmakokinetikleri, yan etkileri incelenmekle birlikte bunlar yeterli değildir, çünkü doğada tıbbi amaçlarla kullanılan çok sayıda bitki türü bulunmaktadır, bunların her birini tüm yönleriyle incelemek, özellikle güvenilirlik testlerinin uzun sürmesi nedeniyle oldukça zordur (Erdem ve Ata Eren 2009).

Günümüzde ülkemizdeki uygulamada geleneksel bitkisel tıbbi ürün kapsamına giren ürünlere Sağlık Bakanlığı, takviye edici gıdalar kapsamına giren ürünlere ise Gıda, Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı tarafından izin veya ruhsat verilmektedir. Aile hekimleri ve eczacılar ile yapılan bir çalışmada bitkisel ürünlerin Sağlık Bakanlığı'ndan ruhsat ve onay alınarak hastalara sunulması ve konu hakkında eğitim almış yeterli donanıma sahip sağlık çalışanları kontrolünde kullanılması gerektiği vurgulanmıştır (Renda ve ark. 2018).

2002 yılında eczane ve eczane harici yerlerde "Gıda katkı maddesi" (dietary supplement) adıyla satışa sunulan ürünlerin Sağlık Bakanlığı'ndan izinli olması koşulu benimsenmiştir. Ancak halen bu izin Tarım Bakanlığı tarafından verilmektedir. Bu durumun düzeltilmesi ve Sağlık Bakanlığı'nın bu konuda gerekli denetimleri yapması gerekir. Ayrıca toplum ve medya bu konuda bilgilendirilmelidir (Melli 2010).

Çalışmamızın hipotezleri

1. Diyet merkezine başvuran katılımcıların beslenme alışkanlıkları ile kişisel özellikleri arasında ilişki vardır.
2. Katılımcıların IPAC testi ile ulaştığımız fiziksel aktivite düzeyleri ile kişisel özellikleri arasında ilişki vardır.
3. Zayıflama amaçlı ürün kullanımı hakkında katılımcıların tutumu ve bu ürünleri kullanma durumları ile kişisel özellikleri arasında ilişki vardır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırmamız kesitsel tipte analitik bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Çalışmanın evrenini, Buldan ilçesindeki özel bir diyet merkezine bir yılda başvuran tüm yetişkin kadın ve erkek bireyler oluşturmaktadır. Bu merkeze yıllık başvuru sayısı ortalama 180 kişidir.

Evreni bilinen durumlarda uygulanan örnekleme yöntemiyle %95 güven aralığında %50 prevalansla ve %5 sapma değeriyle hesaplanan örneklem büyüklüğü 123 olarak bulunmuştur. Bu örnekleme oluşturabilmek için bu özel diyet merkezine 1 Ekim 2018 - 30 Nisan 2019 tarihleri arasında başvuran yetişkin kadın ve erkek bireylere ulaşmak hedeflenmiştir.

Örnekleme dahil olma kriterleri; Buldan ilçesindeki özel diyet merkezine 1 Ekim 2018 – 30 Nisan 2019 tarihleri arasında başvurmak, yetişkin olmak ve çalışmaya katılma onayı vermektir. Hariç tutulma kriterleri; belirtilen tarihler dışında başvuran ve 18 yaşından küçük olan bireyler çalışmanın dışında tutulmuşlardır. Çalışma sonucunda bu tarihler arasında diyet merkezine başvuran 102 bireyin tamamına ulaşılmış olmakla birlikte örneklem büyüklüğüne ulaşma oranı %82,9'dur.

3.3. Verilerin Toplanması ve Değerlendirilmesi

3.3.1. Kişisel özellikler

Çalışmaya katılan gönüllülerin boy ve kilo ölçümleri yapılmış, yaş bilgileri alınmıştır. Sonrasında 51 sorudan oluşan anket verilmiştir. 51 sorudan oluşan bu ankette kişilerin genel bilgilerini (cinsiyet, medeni durum, öğrenim durumu, ekonomik düzey, çalışma durumu ve iş) sorgulayan 6 soru, sağlık bilgileri ve alışkanlıklarını (sağlık prolemi, sigara ve alkol kullanımı) sorgulayan 3 soru, beslenme alışkanlıklarını ve besin tüketim sıklığını sorgulayan 26 soru, kilo verme amacıyla diyet uygulaması ve ürün kullanımı durumunu sorgulayan 9 soru ile 7 sorudan oluşan fiziksel aktivite anketi (IPAQ) kısa formu bulunmaktadır.

3.3.2. Antropometrik ölçümler

Kişilerin vücut ağırlıkları ölçümünde; kalibrasyonu yapılmış, taşınır, 0,5 grama duyarlı, düz zeminde sıfıra ayarlı Omron Bf511 baskül kullanılmıştır. Kişiler basküle çıkmadan önce kaba giysilerini, ayakkabılarını, metal takılarını, üstlerinde varsa anahtar, cüzdan, telefon vb. ağırlıkları çıkarmıştır. Ölçümler aç karnına yapılmıştır. Basküldeki değer ankete kg cinsinden yazılmıştır.

Boy ölçümü esnemeyen mezura ile ayakların çıplak ve birleşik olmasına, topukların, kalçanın ve omzun boy ölçer duvarına dayanıyor olmasına, kolların yanda ve serbest duruşuna, başın ise Frankfort düzleminde durmasına dikkat edilerek yapılmıştır. Mezuradaki değer ankete cm cinsinden yazılmıştır.

Bu veriler SPSS veri programına aktarılıp kişilerin BKİ değerleri hesaplanmıştır. Beden Kütle İndeksi (BKİ) vücut ağırlığının boyun metre cinsinden karesine bölünerek hesaplanır. $BKİ = \text{vücut ağırlığı (kg)} / \text{boy (metre)}^2$

Zayıf <18,50

Normal 18.50-24.99

Fazla kilolu 25.00-29.99

Şişman (Obez) ≥ 30.00

1.derece şişman 30.00-34.99

2.derece şişman 35.00-39.99

3.derece şişman ≥ 40.00 (HSGM 2017).

3.3.3. Uluslararası fiziksel aktivite anketi(international physical activity questionnaire ıpaq)

Anketin uluslararası geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Craig ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Craig ve ark. 2003). Türkiye' de ise 2005 yılında Öztürk tarafından ve 2007 yılında Hacettepe Üniversitesi Spor Bilimleri ve Teknolojisi Yüksekokulu tarafından yapılmıştır (Öztürk 2005, Karaca ve ark. 2007).

7 sorudan oluşan IPAQ kısa formunda kişilere şiddetlerine göre gruplandırılan fiziksel aktivitelerden son 7 gün içinde hangilerini, ne sıklıkla (haftada kaç gün) ve ne kadar süre yaptıkları (günde kaç dk veya saat) sorulmaktadır. Verilen cevaplar sonucu hesaplanan MET değerlerine göre kişilerin fiziksel olarak ne derecede aktif oldukları bulunmaktadır.

Aktivitelerin şiddetini ölçmek için standart MET değerleri oluşturulmuştur.

Yürüme: 3,3 MET

Orta şiddetli fiziksel aktivite: 4,0 MET

Şiddetli fiziksel aktivite: 8,0 MET

Oturma: 1,5 MET

MET-dk/HAFTA: Aktivitenin sıklığı X Aktivitenin Süresi X Aktivitenin Şiddeti (MET değeri)

Her bir aktivite için ayrı ayrı haftalık MET değeri hesaplandıktan sonra bu değerler toplanır.

Sedanter aktiviteler için IPAQ oturma sorusu ek bir belirleyicidir. Fiziksel aktivite düzeyinin hesaplanmasında yer almamaktadır. Sedanter davranışlar hakkında az veri

vardır ve sınıflanmış seviye olarak gösterilen kabul edilmiş bir eşik değeri bulunmamaktadır (Vassigh 2012).

Elde edilen değere göre fiziksel aktivite düzeyi sınıflaması şu şekildedir.

MET-dk/HAFTA: <600 : Fiziksel aktivite düzeyi düşük

MET-dk/HAFTA: 601-3000 : Fiziksel aktivite düzeyi orta

MET-dk/HAFTA: > 3000 : Fiziksel aktivite düzeyi yüksek (Committee 2005)

3.3.4. Beslenme bilgileri

Anketteki beslenme alışkanlıkları ile ilgili 16 soru ve 10 sorudan oluşan besin tüketim sıklığı formu ile katılımcıların beslenme durumu incelenmiştir. Anket örneği içerisindeki besin tüketim sıklığı formu ile birlikte ekte sunulmuştur (Ek 1).

3.4. Araştırmanın Uygulanması

Belirtilen tarih aralığında diyet merkezine başvuran ve dahil edilme kriterlerini karşılayan kişiler diyet merkezine davet edilmiştir. Gelen kişilere çalışma hakkında bilgi verilmiş, çalışmanın amacı ve öneminden bahsedilmiştir. Çalışmaya katılmayı kabul eden ardışık katılım sağlayan katılımcılara anket formu verilmiştir. Bazı gönüllüler diyet merkezinde anketi doldurmuşlar, bazıları ise alıp daha sonrasında doldurulmuş anketi teslim etmişlerdir. Gerekli görülen bazı kişilerde anket soruları yüzyüze sorularak doldurulmuştur. Ankette bulunan sorular hakkında genel bilgilendirmeler yapılmış anlaşılmayan sorular ve terimlerle ilgili kişilere gerekli bilgiler verilmiştir. Anket formu, diyet merkezine ilk başvurudan önceki alışkanlıkları sorgulayan sorulardan oluşmaktadır. Retrospektif olarak alınan ilk başvurudaki antropometrik ölçüm sonuçları ankete araştırmacı tarafından kaydedilmiştir.

3.5. İstatistiksel Değerlendirme

Veriler SPSS 17.0 paket programıyla analiz edilmiştir. Sürekli değişkenler ortalama \pm standart sapma ve kategorik değişkenler sayı ve yüzde olarak verilmiştir. Parametrik test varsayımları sağlandığında bağımsız grup farklılıkların karşılaştırılmasında İki Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik Testi ve Varyans Analizi; parametrik test varsayımları sağlanmadığında ise bağımsız grup farklılıkların karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi ve Kruskal Wallis Analizi kullanılmıştır. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Ki-kare testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi (p) 0.05 olarak kabul edilmiştir.

3.6. Araştırma Onayı

Bu çalışma için Pamukkale Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 05.02.2019 tarih ve 03 sayılı kurul kararı ile etik kurul onayı alınmıştır.

4. BULGULAR

Araştırma özel bir Beslenme ve Diyet Danışmanlık Merkezi'ne başvuran 102 katılımcı ile gerçekleştirilmiştir. Katılımcıların 82'si kadın 20'si erkektir. 80 (%78,4) kişi evli, 18 (%17,6) kişi bekar, 4 (%3,9) kişi boşanmış/dul ya da ayrı yaşamaktadır. Eğitim düzeylerine bakıldığında 27 (%26,5) katılımcının ilkokul mezunu, 7 (%6,9) katılımcının ortaokul mezunu, 27 (%26,5) katılımcının lise mezunu, 41 (%40,2) katılımcının ise üniversite mezunu ve üzeri olduğu görülmektedir. Ekonomik düzey dağılımlarına göre, 57 katılımcının yani yarıdan fazlasının (%57) aylık gelirin giderine eşit olduğu, 29 (%29) katılımcının aylık gelirin giderinden fazla olduğu ve 14 (%14) katılımcının giderinden az gelire sahip olduğu görülmektedir. Katılımcılardan 71'i (%69,6) çalışmaktadır. Yapılan işe göre gruptandırma katılımcılar arasında en büyük payı 26 (%25,5) kişi ile ev hanımları oluşturmuştur (Tablo 4.1).

Tablo 4. 1 Katılımcılara ait genel bilgiler

		N	%
Cinsiyet	Kadın	82	80,4
	Erkek	20	19,6
Medeni durum	Evli	80	78,4
	Bekar	18	17,6
	Boşanmış/eşi ölmüş/ayrı yaşıyor	4	3,9
Öğrenim durumu	Okur yazar değil	0	0,0
	Okur yazar	0	0,0
	İlkokul mezunu	27	26,5
	Ortaokul mezunu	7	6,9
	Lise mezunu	27	26,5
	Üniversite mezunu ve üzeri	41	40,2
Ekonomik düzey	Aylık gelir giderden az	14	14,0
	Aylık gelir gider eşit	57	57,0
	Aylık gelir giderden fazla	29	29,0
Çalışma durumu	Çalışıyor	71	69,6
	Çalışmıyor	31	30,4
İş	Memur	16	15,7
	Çiftçi	3	2,9
	İşçi	18	17,6
	Esnaf	16	15,7
	Emekli	2	2,0
	Ev hanımı	26	25,5
	Diğer	21	20,6
Toplam		87	85,3
İş diğer	Eczacı	2	2,0
	Güvenlik görevlisi	1	1,0
	Hizmetli	1	1,0
	Muhasebe	1	1,0
	Muhasebeci, öğrenci	1	1,0
	Öğrenci	2	2,0
	Öğretmen	3	2,9
	Stajyer avukat	1	1,0
	Temizlik görevlisi	1	1,0
	Ücretli öğretmenlik	1	1,0
	Yüksek lisans öğrencisi	1	1,0

Katılımcıların yaş dağılımları incelendiğinde 25-44 yaş arası çoğunlukta olduğu (%63,8) görülmüştür. Katılımcıların en genci 18, en yaşlısı 60 yaşındadır. Katılımcıların yaş ortalaması 36,47' dir (Tablo 4.2).

Tablo 4. 2 Katılımcıların yaşa göre dağılımları

		n	%
Yaş grupları	18-24 yaş	13	12,7
	25-34 yaş	37	36,3
	35-44 yaş	28	27,5
	45-54 yaş	18	17,6
	55-64 yaş	6	5,9

Katılımcıların sağlık problemi bulunma durumları incelendiğinde çoğunun (%68,6) sağlık problemi bulunmadığı görülmüştür. Katılımcıların 32'si sağlık problemi yaşadığını belirtmiştir (Tablo 4.3).

Tablo 4. 3 Katılımcıların sağlık problemi bulunma durumu

		n	%
Sağlık problemi bulunma durumu	Evet	32	31,4
	Hayır	70	68,6

Katılımcılar arasında genellikle en düzenli tüketilen öğülerin akşam yemekleri (%91,2) ve kahvaltı (%73,5) olduğu görülmektedir. Öğle yemeklerini düzenli tüketenlerin (%47,1) ve ara öğün yapma alışkanlığı (%38,2) olanların ise yarıdan az olduğu farkedilmektedir (Tablo 4.4).

Tablo 4. 4 Katılımcıların düzenli öğün tüketim durumları*

	n	%
Düzenli olarak kahvaltı yapanlar	75	73,5
Düzenli olarak öğle yemeği yiyenler	48	47,1
Düzenli olarak akşam yemeği yiyenler	93	91,2
Ara öğün yapma alışkanlığı olanlar	39	38,2

* Birden fazla seçenek işaretlenebilir

Katılımcıların sadece 10' unun öğün atlamadığı, 46' sının bazen öğün atladığı görülmektedir (Tablo 4.5).

Tablo 4. 5 Katılımcıların öğün atlama durumları

		n	%
Öğün atlama durumu	Evet	46	45,1
	Bazen	46	45,1
	Hayır	10	9,8
Toplam		102	100,0

Bireylerin öğün atlama sebepleri arasında en çok işaretledikleri seçenek vakit bulamamak (49 kişi) olmuştur. İştahsızlık, kahvaltının geç yapılması ve zayıflama isteği de işaretlenen diğer seçenekler arasındadır. En az işaretlenen sebep ise gereksiz görmektir (Tablo 4.6).

Tablo 4. 6 Katılımcıların öğün atlama sebepleri*

	n	%
İştahsızlık	21	20,6
Vakit bulamamak	49	48,0
Gereksiz görmek	6	5,9
Zayıflama isteği	18	17,6
Geç kahvaltı yapmak	27	26,5

* Birden fazla seçenek işaretlenebilir

Katılımcıların çoğunluğunun yemek seçiminde etkili olan etmenin yemeğin lezzeti (79 kişi) olduğu, yemeğin kalorisinin (5 kişi) ise tercihi en az etkileyen etmen olduğu Tablo 4.7 de görülmektedir.

Tablo 4. 7 Katılımcıların yemek seçimini etkileyen etmenler*

	n	%
Fiyatı	14	13,7
Kolay hazırlanması	36	35,3
Lezzeti	79	77,5
Kalorisi	5	4,9
Doğuruculuğu	34	33,3
Sağlıklı olması	30	29,4

* Birden fazla seçenek işaretlenebilir

Katılımcılar içinde vejetaryen olan 2 kişi vardır. Vegan katılımcı yoktur (Tablo 4.8).

Tablo 4. 8 Katılımcıların vejetaryen ve vegan olma durumları

	n	%
Vejetaryen	2	2,0
Vegan	0	0,0

Katılımcıların sigara, alkol tüketimi sorgulandığında; %21,6'sının sigara kullandığı ve %67,6'sının hiç içmediği kaydedilirken, %78,4'ünün alkol kullanmadığı görülmektedir (Tablo 4.9).

Tablo 4. 9 Katılımcıların sigara ve alkol kullanımı

		n	%
Sigara kullanma durumu	Evet	22	21,6
	Bırakmış	11	10,8
	Hiç içmemiş	69	67,6
Alkol kullanma durumu	Evet	6	5,9
	Bazen	16	15,7
	Hayır	80	78,4

Katılımcıların günlük çay–kahve tüketimleri ve şeker kullanma durumları ile günlük su tüketimleri sorulduğunda ortalama değerler Tablo 4.10 daki gibi bulunmuştur.

Tablo 4. 10 Katılımcıların günlük çay, kahve ve su tüketimleri ile şeker kullanımları

	Ortalama	Maksimum	Minimum
Günlük çay tüketimi (çay bardağı)	6	25	0
1 bardak çaya eklenen şeker	1	12	0
Günlük kahve tüketimi (fincan)	2	7	0
1 fincan kahveye eklenen şeker	0	8	0
Günlük su tüketimi (su bardağı)	9	22	1

Katılımcıların çoğu (%73,5) yemeğin tadına bakmadan tuz ekmediğini belirtmiştir. Geç saatte besin tüketiminin ise katılımcılar arasında yaygın bir alışkanlık olduğu görülmektedir. Ana yemekleri yavaş tüketen katılımcı sayısının sadece 6 kişi olduğu (%5,9) ise dikkat çekmektedir (Tablo 4.11).

Tablo 4. 11 Katılımcıların besin tüketim süreleri ve alışkanlıkları

		n	%
Yemeğin tadına bakmadan tuz ekleme alışkanlığı	Var	13	12,7
	Bazen	14	13,7
	Yok	75	73,5
Gece geç saatte besin tüketme alışkanlığı	Var	34	33,3
	Bazen	36	35,3
	Yok	32	31,4
Ana yemeklerin tüketim süresi	Hızlı (<11dk)	47	46,1
	Orta (10-19 dk)	49	48,0
	Yavaş (>19 dk)	6	5,9

Katılımcıların yarısından fazlasının (%59,8) genellikle beyaz ekmek tükettiği görülmektedir. Bunu tam buğday ekmeği takip etmektedir. Ekmek tüketmeyen 6 kişi vardır (Tablo 4.12).

Tablo 4. 12 Katılımcıların ekmek tercihleri

		n	%
Genellikle tercih edilen ekmek türü	Beyaz ekmek	61	59,8
	Tam buğday, kepekli vb.	33	32,4
	Ev yapımı yufka, bazlama vb.	2	2,0
	Ekmek tüketmem	6	5,9

Katılımcılar arasında en sık tercih edilen pişirme yöntemi tencerede sulu yemektir. Bunu takip eden yöntemler sırasıyla fırında pişirme, tavada kavurma ve derin yağda kızartmadır. Diğer pişirme yöntemi olarak düdüklü tencerede pişirme 1 kişi tarafından belirtilmiştir (Tablo 4.13).

Tablo 4. 13 Katılımcıların en sık tercih ettikleri yemek pişirme yöntemleri*

	n	%
Tencerede sulu yemek	97	95,1
Haşlama	21	20,6
Fırında	58	56,9
Izgara	26	25,5
Tavada kavurma	40	39,2
Derin yağda kızartma	28	27,5
Düdüklü tencerede (diğer)	1	1,0

* Birden fazla seçenek işaretlenebilir

Katılımcıların çoğunluğu süt ve süt ürünlerini her gün (%58,8), diğer hayvansal protein kaynaklarını haftada birkaç kez (%72,5), bitkisel protein kaynaklarını haftada birkaç kez (%81,4), sebze grubunu her gün (%50), meyve grubunu her gün (%69,6), tahıl grubunu haftada birkaç kez (%74,5), hamur işlerini haftada birkaç kez (%50), paketlenmiş hazır gıdaları haftada birkaç kez (%28,4), aburcuburları ayda birkaç kez (%42,2), gazlı ve şekerli içecekleri ayda birkaç kez (%34,3) tüketmektedir (Tablo 4.14).

Tablo 4. 14 Katılımcıların çeşitli besin gruplarını tüketim sıklıkları

		n	%
Süt ve süt ürünleri	Her gün	60	58,8
	Haftada birkaç kez	34	33,3
	Ayda birkaç kez	7	6,9
	Yılda birkaç kez	0	0,0
	Hiçbir zaman	1	1,0
Et, tavuk, balık, yumurta vb. hayvansal protein kaynakları	Her gün	19	18,6
	Haftada birkaç kez	74	72,5
	Ayda birkaç kez	9	8,8
	Yılda birkaç kez	0	0,0
	Hiçbir zaman	0	0,0
Kurubaklagil, yağlı tohumlar vb. bitkisel protein kaynakları	Her gün	3	2,9
	Haftada birkaç kez	83	81,4
	Ayda birkaç kez	16	15,7
	Yılda birkaç kez	0	0,0
	Hiçbir zaman	0	0,0
Sebze grubu	Her gün	51	50,0
	Haftada birkaç kez	46	45,1
	Ayda birkaç kez	5	4,9
	Yılda birkaç kez	0	0,0
	Hiçbir zaman	0	0,0
Meyve grubu	Her gün	71	69,6
	Haftada birkaç kez	23	22,5
	Ayda birkaç kez	6	5,9
	Yılda birkaç kez	0	0,0
	Hiçbir zaman	2	2,0
Tahıl grubu	Her gün	9	8,8
	Haftada birkaç kez	76	74,5
	Ayda birkaç kez	17	16,7
	Yılda birkaç kez	0	0,0
	Hiçbir zaman	0	0,0
Hamurşileri	Her gün	16	15,7
	Haftada birkaç kez	51	50,0
	Ayda birkaç kez	35	34,3
	Yılda birkaç kez	0	0,0
	Hiçbir zaman	0	0,0
Paketlenmiş hazır gıdalar	Her gün	9	8,8
	Haftada birkaç kez	29	28,4
	Ayda birkaç kez	28	27,5
	Yılda birkaç kez	21	20,6
	Hiçbir zaman	15	14,7
Aburcubur	Her gün	12	11,8
	Haftada birkaç kez	22	21,6
	Ayda birkaç kez	43	42,2
	Yılda birkaç kez	20	19,6
	Hiçbir zaman	5	4,9
Gazlı ve şekerli içecekler	Her gün	10	9,8
	Haftada birkaç kez	23	22,5
	Ayda birkaç kez	35	34,3
	Yılda birkaç kez	17	16,7
	Hiçbir zaman	17	16,7

Katılımcıların genellikle kilo aldıklarında (%47,1) kilo verme diyeti uyguladıkları görülmektedir. Diyetisyenin verdiği listeye göre diyet yapanlar (%43,9) çoğunlukta iken kendi deneyimlerine göre diyet uygulayanlar (%29,3) da azımsanmayacak sayıdadır (Tablo 4.15).

Tablo 4. 15 Katılımcıların kilo verme diyeti uygulama sıklıkları ve kaynakları

		n	%
Kilo verme amaçlı diyet yapma sıklığı	Sürekli	10	9,8
	Kilo aldığı anda	48	47,1
	Sağlık sorunu yaşadığında	6	5,9
	Her yaz	5	4,9
	Nadiren	18	17,6
	Hiç	15	14,7
Diyet uygularken dikkate alınan	Tanıdıklarının tavsiyelerine	5	6,1
	Doktorun verdiği listeye	5	6,1
	Diyetisyenin verdiği listeye	36	43,9
	Spor hocasının verdiği listeye	3	3,7
	Medya kaynaklarından edindiği bilgilere	8	9,8
	Kendi deneyimlerine	24	29,3
	Kafama göre, karbonhidrat harici beslenme	1	1,2

70 katılımcı zayıflama amacıyla daha önce herhangi bir ürün kullanmamıştır. Kullanan 32 kişiye göre zayıflama amacıyla en çok tercih edilen ürünün ise zayıflama çayları (20 kişi tarafından kullanılmış) olduğu görülmüştür (Tablo 4.16).

Tablo 4. 16 Katılımcıların zayıflama amaçlı ürün kullanma durumları

	n	%
Tatlandırıcı	1	1,0
Vitamin, mineral	0	0,0
Zayıflama amaçlı besin desteği	5	4,9
Bitkisel zayıflama ilacı	5	4,9
Zayıflama çayları	20	19,6
Zayıflama kahveleri	4	3,9
Zayıflama tozları	0	0,0
Zayıflama içecekleri	2	2,0
Akupunktur	4	3,9
Hibiskus	1	1,0
Herbalife	3	2,9
Herbalife ve diyetto	1	1,0
Teff tohumu	1	1,0
Hiçbirini kullanmama	70	68,6

Katılımcılar ürüne en çok arkadaş/komşu tavsiyesi (%43,8) ile ulaşmaktadır. Yine medya kaynakları(%18,8) ve ürünü satan kişiler(%15,6) de ürüne ulaşımında etkilidir (Tablo 4.17).

Tablo 4. 17 Zayıflama amaçlı ürüne ulaşmada etkili kaynaklar

		n	%
Ürünü öneren	Arkadaş/komşu	14	43,8
	Akraba	1	3,1
	Eczacı	2	6,3
	Doktor	1	3,1
	Diyetisyen	3	9,4
	Ürünü satan kişi	5	15,6
	Medya kaynakları	6	18,8

Zayıflama amaçlı ürün kullanan katılımcılara kullanım süresi sorulduğunda verilen yanıtlar içindeki en kısa sürenin 0,5 hafta (2 kişi), en uzun sürenin ise 104 hafta (1 kişi) olduğu görülmektedir. Ürün kullanan 32 kişi vardır. Kullanım süresine cevap veren 31 kişidir. Bu 31 katılımcıdan 24'ünün en az 1 ay boyunca ürün kullandığı görülmektedir (Tablo 4.18).

Tablo 4. 18 Zayıflama amaçlı ürün kullanım süresi (hafta)

	Minimum	Maksimum	Median
Ürünü kullanım süresi (hafta)	0,5	104	4

Daha önce zayıflama amaçlı ürün kullanan katılımcılardan ürünü kullanmaya devam eden sadece 1 kişi vardır. Diğer 31 kişi şu anda zayıflama amaçlı ürün kullanmamaktadır (Tablo 4.19).

Tablo 4. 19 Katılımcıların ürün kullanımına devam etme durumları

	n	%
Kullanmaya devam edenler	1	3,1
Kullanmaya devam etmeyenler	31	96,9

Daha önce zayıflama amaçlı ürün kullanan katılımcılara ürün kullanmayı bıraktılar ise bunun sebebinin ne olduğu sorulmuştur. En çok işaretlenen cevap (%50), “faydasını görmedim” seçeneği olmuştur. Daha sonra en sık tercih edilen cevap ise (%46,7) “sağlığa zararlı olduğunu düşünüyorum” seçeneğidir (Tablo 4.20).

Tablo 4. 20 Daha önce zayıflama amaçlı ürün kullanan katılımcıların şu anda kullanmama sebepleri*

	n	%
Kilo sorunu yaşamama	0	0,0
Yüksek fiyatlı olması	5	16,7
Faydalı olacağını sanmama	10	33,3
Faydasını görmeme	15	50,0
Sağlığa zararlı olduğunu düşünme	14	46,7
Tadının, kokusunun çirkin olması	7	23,3
Kullandığında rahatsız olması	3	10,0
Diğer (Alışkanlık yapar diye)	1	3,0

* Birden fazla seçenek işaretlenebilir

Hiç zayıflama amaçlı ürün kullanmamış olan katılımcılara kullanmama sebepleri sorulmuştur. En çok işaretlenen cevap (%68,1), “sağlığa zararlı olduğunu düşünüyorum” seçeneği olmuştur (Tablo 4.21).

Tablo 4. 21 Hiç zayıflama ürünü kullanmayan katılımcıların kullanmama sebepleri*

	N	%
Kilo sorunu yaşamama	13	18,8
Yüksek fiyatlı olması	0	0,0
Faydalı olacağını sanmama	28	40,6
Sağlığa zararlı olduğunu düşünme	47	68,1
Tadının kokusunun çirkin olması	7	10,1
Kullandığında rahatsız olma	2	2,9

* Birden fazla seçenek işaretlenebilir

Uluslararası fiziksel aktivite anketinden elde edilen MET skorları değerlendirildiğinde; katılımcıların %57,8'inin MET skorunun düşük, %32,4'ünün MET skorunun orta ve %9,8'inin MET skorunun yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.22).

Tablo 4. 22 Katılımcıların MET skoru dağılımı

		n	%
MET	Düşük	59	57,8
	Orta	33	32,4
	Yüksek	10	9,8

Katılımcıların antropometrik ortalamaları değerlendirildiğinde, vücut ağırlıkları ortalamalarının $82,5 \pm 18,2$, boy uzunlukları ortalamalarının $164,0 \pm 8,9$ ve beden kütle indeksi ortalamalarının $30,7 \pm 6,2$ olduğu görülmektedir (Tablo 4.23).

Tablo 4. 23 Katılımcıların antropometrik ölçüm ortalamaları

	Ortalama	\pmSS
Vücut ağırlığı (kg)	82,5	18,2
Boy uzunluğu (cm)	164,0	8,9
Beden Kütle İndeksi (BKİ kg/m^2)	30,7	6,2

Katılımcıların BKİ değerleri incelendiğinde 17 kişinin zayıf veya normal kilolu olduğu 85 kişinin ise risk grubunda olduğu görülmektedir (Tablo 4.24).

Tablo 4. 24 BKİ kategorik dağılımı

	n	%	
BKİ	Zayıf ($18.5 \text{ kg}/\text{m}^2$ altı)	2	2,0
	Normal ($18.5-24.9 \text{ kg}/\text{m}^2$)	15	14,7
	Fazla kilolu ($25-29.9 \text{ kg}/\text{m}^2$)	29	28,4
	Birinci derece obez ($30-34.9 \text{ kg}/\text{m}^2$)	36	35,3
	İkinci derece obez ($35-39.9 \text{ kg}/\text{m}^2$)	12	11,8
	Morbid obez ($40 \text{ kg}/\text{m}^2$ üzeri)	8	7,8

Katılımcıların ara öğün yapma alışkanlığı ile BKİ değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gözlenmiştir ($p=0,047$). Zayıf ve normal kilolu katılımcıların çoğunluğunda (%64,7) ara öğün yapma alışkanlığı olduğu, fazla kilolu katılımcıların çoğunluğunda (%69) ve obez katılımcıların çoğunluğunda (%66,1) ise ara öğün yapma alışkanlığı olmadığı görülmüştür. Katılımcıların fiziksel aktivite düzeyleri ile ara öğün yapmaları arasında da istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır ($p=0,049$). Bu anlamlılık düşük ve orta düzeyde fiziksel aktiviteye sahip katılımcılar arasındaki farktan kaynaklanmaktadır. Fiziksel aktivite düzeyi düşük olan katılımcıların %54,2'sinde ara öğün yapma alışkanlığı yokken, orta düzey aktiviteye sahip kişilerin %78,8'inde ara öğün yapma alışkanlığı olmadığı görülmektedir. Yüksek düzey aktiviteye sahip kişilerde oran %50 bulunmuştur. Katılımcıların ara öğün yapma alışkanlığı ile cinsiyet, yaş, medeni durumu, öğrenim durumu, ekonomik düzey, çalışma durumu, iş, sağlık problemi bulunma durumu, sigara ve alkol kullanımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 4.25).

Tablo 4. 25 Katılımcıların kişisel özelliklerinin ara öğün yapma alışkanlığı ile ilişkisi

		Ara öğün yapma alışkanlığı				P
		Var		Yok		
		n	%	N	%	
Cinsiyet	Kadın	34	41,5	48	58,5	0,271
	Erkek	5	25,0	15	75,0	
Yaş	18-24 yaş	4	30,8	9	69,2	0,938
	25-34 yaş	15	40,5	22	59,5	
	35-44 yaş	11	39,3	17	60,7	
	45-64 yaş	9	37,5	15	62,5	
BKI	Zayıf ve normal kilolular (25 kg/m ² altı)	11	64,7	6	35,3	0,047
	Fazla Kilolular (25-29.9 kg/m ²)	9	31,0	20	69,0	
	Obezler (30 kg/m ² ve üzeri)	19	33,9	37	66,1	
Medeni durum	Evli	31	38,8	49	61,3	0,857
	Bekar	7	38,9	11	61,1	
	Boşanmış/eşi ölmüş/ayrı yaşıyor	1	25,0	3	75,0	
Öğrenim durumu	ortaokul mezunu ve altı	14	41,2	20	58,8	0,829
	Lise mezunu ve üzeri	25	36,8	43	63,2	
Ekonomik düzey	Aylık gelir giderden az	4	28,6	10	71,4	0,483
	Aylık gelir gider eşit	25	43,9	32	56,1	
	Aylık gelir giderden fazla	10	34,5	19	65,5	
Çalışma durumu	Çalışıyor	25	35,2	46	64,8	0,466
	Çalışmıyor	14	45,2	17	54,8	
İş	Memur	4	25,0	12	75,0	0,714
	Çiftçi	2	66,7	1	33,3	
	İşçi	6	33,3	12	66,7	
	Esnaf	5	31,3	11	68,8	
	Emekli	1	50,0	1	50,0	
	Ev hanımı	12	46,2	14	53,8	
	Diğer	9	42,9	12	57,1	
Sağlık problemi	Var	14	43,8	18	56,3	0,579
	Yok	25	35,7	45	64,3	
Fiziksel aktivite düzeyi	Düşük	27	45,8	32	54,2	0,049
	Orta	7	21,2	26	78,8	
	Yüksek	5	50,0	5	50,0	
Sigara Kullanımı	Evet	8	36,4	14	63,6	0,091
	Bırakmış	1	9,1	10	90,9	
	Hiç içmemiş	30	43,5	39	56,5	
Alkol Kullanımı	Evet	1	16,7	5	83,3	0,343
	Bazen	8	50,0	8	50,0	
	Hayır	30	37,5	50	62,5	

Katılımcıların Öğün Atlamaları ile cinsiyet, sınıflandırılmış BKİ, Yaş, medeni durum, öğrenim durumu, ekonomik düzey, çalışma durumu, iş, sağlık problemi bulunma durumu, fiziksel aktivite durumları, sigara ve alkol kullanımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı görülmektedir (Tablo 4.26).

Tablo 4. 26 Katılımcıların kişisel özelliklerinin öğün atlama ile ilişkisi

		Öğün atlama durumu				P
		Evet		Hayır		
		n	%	n	%	
Cinsiyet	Kadın	72	87,8	10	12,2	0,203
	Erkek	20	100,0	0	0,0	
Yaş	18-24 yaş	13	100,0	0	0,0	0,542
	25-34 yaş	33	89,2	4	10,8	
	35-44 yaş	24	85,7	4	14,3	
	45-64 yaş	22	91,7	2	8,3	
BKİ	Zayıf ve Normal kilolular (25 kg/m ² altı)	16	94,1	1	5,9	0,836
	Fazla Kilolular (25-29.9 kg/m ²)	26	89,7	3	10,3	
	Obezler (30 kg/m ² ve üzeri)	50	89,3	6	10,7	
Medeni durum	Evlü	70	87,5	10	12,5	0,218
	Bekar	18	100,0	0	0,0	
	Boşanmış/eşi ölmüş/ayrı yaşıyor	4	100,0	0	0,0	
Öğrenim durumu	Ortaokul mezunu ve altı	29	85,3	5	14,7	0,295
	Lise mezunu ve üzeri	63	92,6	5	7,4	
Ekonomik düzey	Aylık gelir giderden az	12	85,7	2	14,3	0,368
	Aylık gelir gider eşit	50	87,7	7	12,3	
	Aylık gelir giderden fazla	28	96,6	1	3,4	
Çalışma durumu	Çalışıyor	65	91,5	6	8,5	0,487
	Çalışmıyor	27	87,1	4	12,9	
İş	Memur	15	93,8	1	6,3	0,418
	Çiftçi	3	100,0	0	0,0	
	İşçi	18	100,0	0	0,0	
	Esnaf	15	93,8	1	6,3	
	Emekli	2	100,0	0	0,0	
	Ev hanımı	21	80,8	5	19,2	
	Diğer	18	85,7	3	14,3	
Sağlık problemi	Var	31	96,9	1	3,1	0,165
	Yok	61	87,1	9	12,9	
Fiziksel aktivite düzeyi	Düşük	54	91,5	5	8,5	0,519
	Orta	30	90,9	3	9,1	
	Yüksek	8	80,0	2	20,0	
Sigara kullanma durumu	Evet	19	86,4	3	13,6	0,456
	Bırakmış	11	100,0	0	0,0	
	Hiç içmemiş	62	89,9	7	10,1	
Alkol kullanma durumu	Evet	5	83,3	1	16,7	0,759
	Bazen	15	93,8	1	6,3	
	Hayır	72	90,0	8	10,0	

Yemeğin tadına bakmadan tuz ekleme alışkanlığı ile fiziksel aktivite düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlılık vardır ($p=0,009$). Fiziksel aktivite düzeyi düştükçe tuz ekleme alışkanlığı artmaktadır. Diğer kişisel bilgiler ile yemeğin tadına bakmadan tuz ekleme alışkanlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo 4.27).

Tablo 4. 27 Katılımcıların kişisel özellikleri ile yemeğin tadına bakmadan tuz ekleme alışkanlığı ilişkisi

		Yemeğin tadına bakmadan tuz ekleme alışkanlığı				P
		Var		Yok		
		n	%	N	%	
Cinsiyet	Kadın	21	25,6	61	74,4	0,907
	Erkek	6	30,0	14	70,0	
Yaş	18-24 yaş	1	7,7	12	92,3	0,306
	25-34 yaş	10	27,0	27	73,0	
	35-44 yaş	10	35,7	18	64,3	
	45-64 yaş	6	25,0	18	75,0	
BKİ	Zayıf ve Normal kilolular (25 kg/m ² altı)	7	41,2	10	58,8	0,206
	Fazla Kilolu (25-29.9 kg/m ²)	5	17,2	24	82,8	
	Obez (30 kg/m ² ve üzeri)	15	26,8	41	73,2	
Medeni durum	Evli	21	26,3	59	73,8	0,989
	Bekar	5	27,8	13	72,2	
	Boşanmış/eşi ölmüş/ayrı yaşıyor	1	25,0	3	75,0	
Öğrenim durumu	Ortaokul mezunu ve altı	11	32,4	23	67,6	0,475
	Lise mezunu ve üzeri	16	23,5	52	76,5	
Ekonomik düzey	Aylık gelir giderden az	5	35,7	9	64,3	0,525
	Aylık gelir gider eşit	13	22,8	44	77,2	
	Aylık gelir giderden fazla	9	31,0	20	69,0	
Çalışma durumu	Çalışıyor	19	26,8	52	73,2	1
	Çalışmıyor	8	25,8	23	74,2	
İş	Memur	3	18,8	13	81,3	0,324
	Çiftçi	1	33,3	2	66,7	
	İşçi	4	22,2	14	77,8	
	Esnaf	4	25,0	12	75,0	
	Emekli	2	100,0	0	0,0	
	Ev hanımı	6	23,1	20	76,9	
	Diğer	7	33,3	14	66,7	
Sağlık problemi	Var	13	40,6	19	59,4	0,051
	Yok	14	20,0	56	80,0	
Fiziksel aktivite düzeyi	Düşük	22	37,3	37	62,7	0,009
	Orta	5	15,2	28	84,8	
	Yüksek	0	0,0	10	100,0	
Sigara kullanma durumu	Evet	6	27,3	16	72,7	0,804
	Bırakmış	2	18,2	9	81,8	
	Hiç içmemiş	19	27,5	50	72,5	
Alkol kullanma durumu	Evet	2	33,3	4	66,7	0,921
	Bazen	4	25,0	12	75,0	
	Hayır	21	26,3	59	73,8	

Katılımcıların geç saatte beslenmeleri ile cinsiyet, yaş, sınıflandırılmış BKİ, medeni durum, öğrenim durumu, ekonomik düzey, çalışma durumu, iş, sağlık problemi bulunma durumu, fiziksel aktivite düzeyleri, sigara ve alkol kullanımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı görülmektedir (Tablo 4.28).

Tablo 4. 28 Katılımcıların kişisel özelliklerinin, geç saatte besin tüketme alışkanlığı ile ilişkisi

		Geç saatte besin tüketim alışkanlığı				P
		Var		Yok		
		n	%	n	%	
Cinsiyet	Kadın	53	64,6	29	35,4	0,136
	Erkek	17	85,0	3	15,0	
Yaş	18-24 yaş	8	61,5	5	38,5	0,329
	25-34 yaş	23	62,2	14	37,8	
	35-44 yaş	23	82,1	5	17,9	
	45-64 yaş	16	66,7	8	33,3	
BKİ	Zayıf ve normal kilolular (25 kg/m ² altı)	10	58,8	7	41,2	0,056
	Fazla Kilolular (25-29.9 kg/m ²)	16	55,2	13	44,8	
	Obezler (30 kg/m ² ve üzeri)	44	78,6	12	21,4	
Medeni durum	Evlü	57	71,3	23	28,8	0,148
	Bekar	12	66,7	6	33,3	
	Boşanmış/eşi ölmüş/ayrı yaşıyor	1	25,0	3	75,0	
Öğrenim durumu	Ortaokul mezunu ve altı	22	64,7	12	35,3	0,706
	Lise mezunu ve üzeri	48	70,6	20	29,4	
Ekonomik düzey	Aylık gelir giderden az	10	71,4	4	28,6	0,822
	Aylık gelir gider eşit	41	71,9	16	28,1	
	Aylık gelir giderden fazla	19	65,5	10	34,5	
Çalışma durumu	Çalışıyor	49	69,0	22	31,0	1
	Çalışmıyor	21	67,7	10	32,3	
İş	Memur	9	56,3	7	43,8	0,742
	Çiftçi	2	66,7	1	33,3	
	İşçi	13	72,2	5	27,8	
	Esnaf	13	81,3	3	18,8	
	Emekli	2	100,0	0	0,0	
	Ev hanımı	17	65,4	9	34,6	
Sağlık problemi	Diğer	14	66,7	7	33,3	0,243
	Var	25	78,1	7	21,9	
Fiziksel aktivite düzeyi	Yok	45	64,3	25	35,7	0,115
	Düşük	43	72,9	16	27,1	
	Orta	23	69,7	10	30,3	
Sigara kullanma durumu	Yüksek	4	40,0	6	60,0	0,953
	Evet	15	68,2	7	31,8	
	Bırakmış	8	72,7	3	27,3	
Alkol kullanma durumu	Hiç içmemiş	47	68,1	22	31,9	0,573
	Evet	5	83,3	1	16,7	
	Bazen	12	75,0	4	25,0	
	Hayır	53	66,3	27	33,8	

Alkol kullanımı ile cinsiyet arasında anlamlı ilişki vardır ($p=0,00$). Erkeklerin yarısından fazlası alkol kullanırken kadınlarda bu oran %13,4'tür. Öğrenim durumları ile alkol kullanımı arasında da anlamlı ilişki saptanmıştır ($p=0,014$). Öğrenim yükseldikçe

alkol kullanım sıklığı artmıştır. Çalışanlarda alkol kullanma oranı daha yüksek bulunmuştur (p=0,028). Alkol kullanımı ile sigar kullanımı arasında da anlamlı ilişki bulunmuştur (p=0,001). Sigara içenlerde de alkol kullanma sıklığı daha yüksektir. Katılımcıların alkol kullanma durumları ile yaş, sınıflandırılmış BKİ, medeni durum, ekonomik düzey, iş, sağlık problemi bulunma durumu ve fiziksel aktivite durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı görülmektedir (Tablo 4.29).

Tablo 4. 29 Katılımcıların kişisel özelliklerinin alkol kullanımı ile ilişkisi

		Alkol kullanımı				P
		Var		Yok		
		n	%	N	%	
Cinsiyet	Kadın	11	13,4	71	86,6	<0,001
	Erkek	11	55,0	9	45,0	
Yaş	18-24 yaş	4	30,8	9	69,2	0,720
	25-34 yaş	7	18,9	30	81,1	
	35-44 yaş	7	25,0	21	75,0	
	45-64 yaş	4	16,7	20	83,3	
BKİ	Zayıf ve normal kilolular (25 kg/m ² altı)	7	41,2	10	58,8	0,057
	Fazla Kilolular (25-29.9 kg/m ²)	7	24,1	22	75,9	
	Obezler (30 kg/m ² ve üzeri)	8	14,3	48	85,7	
Medeni durum	Evlü	17	21,3	63	78,8	0,469
	Bekar	5	27,8	13	72,2	
	Boşanmış/eşi ölmüş/ayrı yaşıyor	0	0,0	4	100,0	
Öğrenim durumu	Ortaokul mezunu ve altı	2	5,9	32	94,1	0,014
	Lise mezunu ve üzeri	20	29,4	48	70,6	
Ekonomik düzey	Aylık gelir giderden az	1	7,1	13	92,9	0,351
	Aylık gelir gider eşit	14	24,6	43	75,4	
	Aylık gelir giderden fazla	7	24,1	22	75,9	
Çalışma durumu	Çalışıyor	20	28,2	51	71,8	0,028
	Çalışmıyor	2	6,5	29	93,5	
İş	Memur	4	25,0	12	75,0	0,076
	Çiftçi	0	0,0	3	100,0	
	İşçi	5	27,8	13	72,2	
	Esnaf	7	43,8	9	56,3	
	Emekli	0	0,0	2	100,0	
	Ev hanımı	1	3,8	25	96,2	
	Diğer	5	23,8	16	76,2	
Sağlık problemi	Var	4	12,5	28	87,5	0,213
	Yok	18	25,7	52	74,3	
Fiziksel aktivite düzeyi	Düşük	13	22,0	46	78,0	0,988
	Orta	7	21,2	26	78,8	
	Yüksek	2	20,0	8	80,0	
Sigara kullanma durumu	Evet	11	50,0	11	50,0	0,001
	Bırakmış	0	0,0	11	100,0	
	Hiç içmemiş	11	15,9	58	84,1	

Katılımcıların günlük tükettikleri ortalama şeker sayısı ile cinsiyet, yaş, medeni durum, sınıflandırılmış BKİ, öğrenim durumu, ekonomik düzey, çalışma durumu, iş,

sağlık problemi bulunma, fiziksel aktivite durumları, sigara ve alkol kullanımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı görülmektedir (Tablo 4.30).

Tablo 4. 30 Katılımcıların kişisel özelliklerinin günlük tükettikleri ortalama şeker sayısı ile ilişkisi

		Günlük tüketilen şeker sayısı		P
		Ortalama	SS	
Cinsiyet	Kadın	4,4	10,1	0,907
	Erkek	5,1	8,5	
Yaş	18-24 yaş	3,4	6,5	0,891
	25-34 yaş	5,4	13,6	
	35-44 yaş	3,5	6,0	
	45-64 yaş	4,9	7,6	
Medeni durum	Evli	5,0	10,6	0,465
	Bekar	2,7	5,7	
	Boşanmış/eşi ölmüş/ayrı yaşıyor	3,3	5,2	
BKİ	Zayıf ve Normal kilolular (25 kg/m ² altı)	2,5	4,6	0,778
	Fazla Kilolular (25-29.9 kg/m ²)	5,5	14,3	
	Obezler (30 kg/m ² ve üzeri)	4,6	7,9	
Öğrenim durumu	Ortaokul mezunu ve altı	5,2	8,6	0,411
	Lise mezunu ve üzeri	4,2	10,3	
Ekonomik düzey	Aylık gelir giderden az	1,2	2,7	0,241
	Aylık gelir gider eşit	5,7	11,7	
	Aylık gelir giderden fazla	4,2	7,5	
Çalışma durumu	Çalışıyor	4,1	10,0	0,358
	Çalışmıyor	5,6	9,1	
İş	Memur	3,3	6,3	0,862
	Çiftçi	3,3	5,8	
	İşçi	5,7	16,8	
	Esnaf	5,3	7,9	
	Emekli	0,0	0,0	
	Ev hanımı	6,1	9,7	
	Diğer	2,5	5,3	
Sağlık problemi	Var	3,7	6,2	0,768
	Yok	4,9	11,0	
Fiziksel aktivite düzeyi	Düşük	5,4	11,6	0,528
	Orta	3,0	5,7	
	Yüksek	4,4	8,3	
Sigara kullanma durumu	Evet	4,1	7,3	0,978
	Bırakmış	3,4	6,6	
	Hiç içmemiş	4,9	10,8	
Alkol kullanma durumu	Evet	0,0	0,0	0,173
	Bazen	5,6	8,8	
	Hayır	4,6	10,2	

Katılımcıların günlük ortalama çay tüketimleri ile ekonomik düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir ($p=0,036$). Sigara kullanımı ile çay tüketimi arasında anlamlılık vardır ($p=0,04$). Katılımcıların günlük tükettikleri ortalama çay miktarı ile cinsiyet, yaş, medeni durum, BKİ, öğrenim ve çalışma durumu, iş, sağlık problemi bulunması, fiziksel aktivite durumları ve alkol kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Tablo 4.31).

Tablo 4. 31 Katılımcıların kişisel özelliklerinin günlük tükettikleri ortalama çay miktarı ile ilişkisi

		Günlük çay tüketimi (çay bardağı)		P
		Ortalama	SS	
Cinsiyet	Kadın	5,6	3,2	0,127
	Erkek	8,1	6,3	
Yaş	18-24 yaş	4,5	2,3	0,142
	25-34 yaş	5,7	3,6	
	35-44 yaş	6,3	4,4	
	45-64 yaş	7,4	4,8	
BKİ	Zayıf ve Normal Kilolular (25 kg/m^2 altı)	4,8	3,4	0,183
	Fazla Kilolular ($25-29.9 \text{ kg/m}^2$)	6,0	3,4	
	Obezler (30 kg/m^2 ve üzeri)	6,6	4,5	
Medeni durum	Evlü	6,4	4,3	0,231
	Bekar	4,9	3,0	
	Boşanmış/eşi ölmüş/ayrı yaşıyor	6,5	1,7	
Öğrenim durumu	Ortaokul mezunu ve altı	6,5	3,1	0,115
	Lise mezunu ve üzeri	5,9	4,5	
Ekonomik düzey	Aylık gelir giderden az	5,9	3,7	0,036
	Aylık gelir gider eşit	7,0	4,4	
	Aylık gelir giderden fazla	4,8	2,9	
Çalışma durumu	Çalışıyor	6,3	4,4	0,780
	Çalışmıyor	5,7	3,2	
İş	Memur	5,7	4,5	0,065
	Çiftçi	10,0	0,0	
	İşçi	5,2	2,8	
	Esnaf	8,6	6,2	
	Emekli	5,5	0,7	
	Ev hanımı	6,2	3,5	
	Diğer	4,7	2,7	
Sağlık problemi	Var	6,4	4,9	0,822
	Yok	6,0	3,7	
Fiziksel aktivite düzeyi	Düşük	5,8	3,4	0,856
	Orta	6,0	3,7	
	Yüksek	8,0	7,5	
Sigara kullanma durumu	Evet	6,1	3,0	0,040
	Bırakmış	9,9	6,7	
	Hiç içmemiş	5,5	3,5	
Alkol kullanma durumu	Evet	4,0	2,5	0,359
	Bazen	9,6	3,7	
	Hayır	6,2	4,2	

Kahve tüketimi ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlılık vardır ($p=0,032$). Erkeklerin günlük ortalama kahve tüketimi ($2,8\pm 1,9$ fincan) kadınlardan ($1,9\pm 1,2$ fincan) daha fazladır. Sigara kullanmayanların daha az kahve tükettiği ($p=0,023$), alkol kullananların daha çok kahve tükettiği bulunmuştur ($p=0,033$). Günlük kahve tüketimi ile yaş, medeni durum, BKİ, öğrenim durumu, ekonomik düzey, çalışma durumu, iş, sağlık problemi bulunma ve fiziksel aktivite durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 4.32).

Tablo 4. 32 Katılımcıların kişisel özelliklerinin günlük ortalama kahve tüketimleri ile ilişkisi

		Günlük kahve tüketimi (fincan)		P
		Ortalama	SS	
Cinsiyet	Kadın	1,9	1,2	0,032
	Erkek	2,8	1,9	
Yaş	18-24 yaş	1,8	0,6	0,802
	25-34 yaş	2,0	1,5	
	35-44 yaş	2,4	1,7	
	45-64 yaş	2,0	1,2	
BKİ	Zayıf ve Normal kilolular (25 kg/m^2 altı)	1,6	0,8	0,303
	Fazla Kilolular ($25-29.9 \text{ kg/m}^2$)	2,2	1,4	
	Obezler (30 kg/m^2 ve üzeri)	2,2	1,6	
Medeni durum	Evlü	2,2	1,5	0,146
	Bekar	1,7	1,1	
	Boşanmış/eşi ölmüş/ayrı yaşıyor	1,5	0,6	
Öğrenim durumu	Ortaokul mezunu ve altı	2,0	1,3	0,680
	Lise mezunu ve üzeri	2,1	1,5	
Ekonomik düzey	Aylık gelir giderden az	1,9	0,8	0,074
	Aylık gelir gider eşit	1,9	1,4	
	Aylık gelir giderden fazla	2,6	1,6	
Çalışma durumu	Çalışıyor	2,1	1,5	0,954
	Çalışmıyor	2,0	1,1	
İş	Memur	1,8	1,0	0,055
	Çiftçi	1,0	1,0	
	İşçi	1,7	0,9	
	Esnaf	3,3	2,2	
	Emekli	2,5	0,7	
	Ev hanımı	2,1	1,1	
	Diğer	1,9	1,3	
Sağlık problemi	Var	2,5	1,6	0,090
	Yok	1,9	1,3	
Fiziksel aktivite düzeyi	Düşük	2,1	1,3	0,451
	Orta	2,0	1,6	
	Yüksek	2,4	1,7	
Sigara kullanma durumu	Evet	2,6	2,0	0,023
	Bırakmış	2,7	1,3	
	Hiç içmemiş	1,8	1,1	
Alkol kullanma durumu	Evet	3,5	1,9	0,033
	Bazen	1,6	0,8	
	Hayır	2,1	1,4	

Katılımcıların günlük ortalama su tüketimleri ile cinsiyetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($p=0,011$). Kadınların (günde ortalama $9,1\pm 4,3$ bardak) erkeklerden (günde ortalama $6,5\pm 2,8$ bardak) daha fazla su tükettiği görülmektedir. Katılımcıların günlük ortalama su tüketimleri ile yaş, medeni durum, sınıflandırılmış BKİ, öğrenim durumu, ekonomik düzey, çalışma durumu, iş, sağlık problemi bulunma durumu, fiziksel aktivite durumları, sigara ve alkol kullanımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı görülmektedir (Tablo 4.33).

Tablo 4. 33 Katılımcıların kişisel özelliklerinin günlük ortalama su tüketimleri ile ilişkisi

		Günlük su tüketimi (su bardağı)		P
		Ortalama	SS	
Cinsiyet	Kadın	9,1	4,3	0,011
	Erkek	6,5	2,8	
Yaş	18-24 yaş	8,6	3,1	0,921
	25-34 yaş	8,6	4,0	
	35-44 yaş	8,8	4,9	
	45-64 yaş	8,3	4,1	
BKİ	Zayıf ve Normal kilolular (25 kg/m^2 altı)	7,5	2,1	0,518
	Fazla Kilolular ($25-29.9 \text{ kg/m}^2$)	9,2	4,7	
	Obezler (30 kg/m^2 ve üzeri)	8,6	4,4	
Medeni durum	Evlü	8,7	4,3	0,522
	Bekar	8,4	4,2	
	Boşanmış/eşi ölmüş/ayrı yaşıyor	7,0	0,8	
Öğrenim durumu	Ortaokul mezunu ve altı	9,2	5,7	0,637
	Lise mezunu ve üzeri	8,3	3,2	
Ekonomik düzey	Aylık gelir giderden az	9,7	5,7	0,388
	Aylık gelir gider eşit	8,3	4,4	
	Aylık gelir giderden fazla	8,7	3,0	
Çalışma durumu	Çalışıyor	8,5	4,2	0,925
	Çalışmıyor	8,8	4,3	
İş	Memur	9,6	4,1	0,223
	Çiftçi	6,7	5,5	
	İşçi	8,2	4,1	
	Esnaf	6,5	3,4	
	Emekli	8,0	5,7	
	Ev hanımı	9,2	4,4	
	Diğer	9,4	4,3	
Sağlık problemi	Var	8,7	4,3	0,967
	Yok	8,5	4,1	
Fiziksel aktivite düzeyi	Düşük	8,6	3,9	0,221
	Orta	7,8	3,8	
	Yüksek	11,1	6,0	
Sigara kullanma durumu	Evet	8,3	4,3	0,249
	Bırakmış	6,9	3,3	
	Hiç içmemiş	8,9	4,2	
Alkol kullanma durumu	Evet	9,2	6,7	0,617
	Bazen	8,2	4,5	
	Hayır	8,6	3,9	

Katılımcıların ana yemek tüketimi sırasında harcadıkları süre ile sağlık problemi bulunma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($p=0,015$). Sağlık problemi yaşayan katılımcıların çoğunluğunun (%65,6) ana yemek tüketim sürelerinin kısa olduğu yani ana yemeklerini hızlı (<11 dk) yedikleri görülmektedir. Sağlık problemi yaşamayan katılımcıların çoğunluğu ise (%54,3) ana yemeklerini orta hızda (10-19 dk) tüketmektedir. Katılımcıların ana yemek süreleri ile cinsiyet, yaş, medeni durum, sınıflandırılmış BKİ, öğrenim durumu, ekonomik düzey, çalışma durumu, iş, fiziksel aktivite durumları, sigara ve alkol kullanımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı görülmektedir (Tablo 4.34).

Tablo 4. 34 Katılımcıların kişisel özelliklerinin ana yemek tüketim hızları ile ilişkisi*

		Ana yemek tüketim süresi						P
		Hızlı (<11dk)		Orta (10-19 dk)		Yavaş (>19 dk)		
		N	%	n	%	n	%	
Cinsiyet	Kadın	34	41,5	43	52,4	5	6,1	0,161
	Erkek	13	65,0	6	30,0	1	5,0	
Yaş	18-24 yaş	3	23,1	9	69,2	1	7,7	0,170
	25-34 yaş	14	37,8	19	51,4	4	10,8	
	35-44 yaş	15	53,6	12	42,9	1	3,6	
	45-64 yaş	15	62,5	9	37,5	0	0,0	
BKİ	Zayıf ve normal kilolular (25 kg/m ² altı)	5	29,4	9	52,9	3	17,6	0,071
	Fazla Kilolular (25-29.9 kg/m ²)	11	37,9	17	58,6	1	3,4	
	Obezler (30 kg/m ² ve üzeri)	31	55,4	23	41,1	2	3,6	
Medeni durum	Evli	39	48,8	36	45,0	5	6,3	0,768
	Bekar	6	33,3	11	61,1	1	5,6	
	Boşanmış/eşi ölmüş/ayrı yaşıyor	2	50,0	2	50,0	0	0,0	
Öğrenim durumu	Ortaokul mezunu ve altı	18	52,9	16	47,1	0	0,0	0,171
	Lise mezunu ve üzeri	29	42,6	33	48,5	6	8,8	
Ekonomik düzey	Aylık gelir giderden az	8	57,1	6	42,9	0	0,0	0,481
	Aylık gelir gider eşit	24	42,1	30	52,6	3	5,3	
	Aylık gelir giderden fazla	15	51,7	11	37,9	3	10,3	
Çalışma durumu	Çalışıyor	32	45,1	33	46,5	6	8,5	0,248
	Çalışmıyor	15	48,4	16	51,6	0	,0	
İş	Memur	8	50,0	8	50,0	0	0,0	0,060
	Çiftçi	2	66,7	1	33,3	0	0,0	
	İşçi	6	33,3	8	44,4	4	22,2	
	Esnaf	11	68,8	5	31,3	0	0,0	
	Emekli	1	50,0	1	50,0	0	0,0	
	Ev hanımı	14	53,8	12	46,2	0	0,0	
	Diğer	5	23,8	14	66,7	2	9,5	

*Devamı arkada

Tablo 4. 34 Katılımcıların kişisel özelliklerinin ana yemek tüketim hızları ile ilişkisi

		Ana yemek tüketim süresi						P
		Hızlı (<11dk)		Orta (10-19 dk)		Yavaş (>19 dk)		
		n	%	n	%	n	%	
Sağlık problemi	Var	21	65,6	11	34,4	0	0,0	0,015
	Yok	26	37,1	38	54,3	6	8,6	
Fiziksel aktivite düzeyi	Düşük	31	52,5	25	42,4	3	5,1	0,477
	Orta	12	36,4	18	54,5	3	9,1	
	Yüksek	4	40,0	6	60,0	0	0,0	
Sigara kullanma durumu	Evet	13	59,1	7	31,8	2	9,1	0,341
	Bırakmış	6	54,5	4	36,4	1	9,1	
	Hiç içmemiş	28	40,6	38	55,1	3	4,3	
Alkol kullanma durumu	Evet	6	100,0	0	0,0	0	0,0	0,113
	Bazen	7	43,8	8	50,0	1	6,3	
	Hayır	34	42,5	41	51,3	5	6,3	

Katılımcıların tükettikleri ekmek türü ile cinsiyet, yaş, medeni durum, öğrenim durumu, sınıflandırılmış BKİ, ekonomik düzey, çalışma durumu, iş, sağlık problemi bulunma durumu, fiziksel aktivite düzeyi, sigara ve alkol kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı görülmektedir (Tablo 4.35).

Tablo 4. 35 Katılımcıların kişisel özelliklerinin tükettikleri ekmek türü ile ilişkisi*

		Tüketilen ekmek türü						P
		beyaz ekmek		Tam buğday, kepekli vb		ekmek tüketmiyor		
		n	%	n	%	N	%	
Cinsiyet	Kadın	46	56,1	30	36,6	6	7,3	0,217
	Erkek	15	75,0	5	25,0	0	0,0	
Yaş	18-24 yaş	8	61,5	4	30,8	1	7,7	0,892
	25-34 yaş	24	64,9	10	27,0	3	8,1	
	35-44 yaş	16	57,1	11	39,3	1	3,6	
	45-64 yaş	13	54,1	10	41,7	1	4,2	
BKİ	Zayıf ve Normal kilolular (25 kg/m ² altı)	9	52,9	6	35,3	2	11,8	0,548
	Fazla Kilolular (25-29.9 kg/m ²)	15	51,7	12	41,4	2	6,9	
	Obezler (30 kg/m ² ve üzeri)	37	66,1	17	30,4	2	3,6	
Medeni durum	Evli	46	57,5	31	38,8	3	3,8	0,141
	Bekar	12	66,7	4	22,2	2	11,1	
	Boşanmış/eşi ölmüş/ayrı yaşıyor	3	75,0	0	0,0	1	25,0	

*Devamı arkada

Tablo 4.35 Katılımcıların kişisel özelliklerinin tükettikleri ekmek türü ile ilişkisi

		Tüketilen ekmek türü						P
		beyaz ekmek		Tam buğday, kepekli vb		ekmek tüketmiyor		
		n	%	n	%	n	%	
Öğrenim durumu	Ortaokul mezunu ve altı	21	61,8	11	32,4	2	5,9	0,956
	Lise mezunu ve üzeri	40	58,8	24	35,3	4	5,9	
Ekonomik düzey	Aylık gelir giderden az	6	42,9	6	42,9	2	14,3	0,443
	Aylık gelir gider eşit	34	59,6	20	35,1	3	5,3	
	Aylık gelir giderden fazla	20	69,0	8	27,6	1	3,4	
Çalışma Durumu	Çalışıyor	44	62,0	22	31,0	5	7,0	0,479
	Çalışmıyor	17	54,8	13	41,9	1	3,2	
İş	Memur	10	62,5	4	25,0	2	12,5	0,950
	Çiftçi	2	66,7	1	33,3	0	0,0	
	İşçi	13	72,2	4	22,2	1	5,6	
	Esnaf	10	62,5	5	31,3	1	6,3	
	Emekli	1	50,0	1	50,0	0	0,0	
	Ev hanımı	13	50,0	12	46,2	1	3,8	
	Diğer	12	57,1	8	38,1	1	4,8	
Sağlık problemi	Var	18	56,3	13	40,6	1	3,1	0,537
	Yok	43	61,4	22	31,4	5	7,1	
Fiziksel aktivite düzeyi	Düşük	35	59,3	21	35,6	3	5,1	0,824
	Orta	20	60,6	10	30,3	3	9,1	
	Yüksek	6	60,0	4	40,0	0	0,0	
Sigara kullanma durumu	Evet	13	59,1	7	31,8	2	9,1	0,533
	Bırakmış	9	81,8	2	18,2	0	0,0	
	Hiç içmemiş	39	56,5	26	37,7	4	5,8	
Alkol kullanma durumu	Evet	5	83,3	1	16,7	0	0,0	0,575
	Bazen	10	62,5	6	37,5	0	0,0	
	Hayır	46	57,5	28	35,0	6	7,5	

Katılımcıların kilo verme amaçlı diyet yapma sıklıkları ile cinsiyet, yaş, medeni durum, sınıflandırılmış BKİ, öğrenim durumu, ekonomik düzey, çalışma durumu, iş, sağlık problemi bulunma durumu, fiziksel aktivite durumları, sigara ve alkol kullanımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı görülmektedir (Tablo 4.36).

Tablo 4. 36 Katılımcıların kişisel özelliklerinin kilo verme amaçlı diyet yapma sıklığı ile ilişkisi

		Kilo verme amaçlı diyet yapma sıklığı						P
		Sürekli		Bazen		Hiç		
		n	%	n	%	n	%	
Cinsiyet	Kadın	8	9,8	63	76,8	11	13,4	0,750
	Erkek	2	10,0	14	70,0	4	20,0	
Yaş	18-24 yaş	0	0,0	12	92,3	1	7,7	0,389
	25-34 yaş	5	13,5	28	75,7	4	10,8	
	35-44 yaş	4	14,3	20	71,4	4	14,3	
	45-64 yaş	1	4,2	17	70,8	6	25,0	
BKİ	Zayıf ve Normal kilolular (25 kg/m ² altı)	1	5,9	10	58,8	6	35,3	0,114
	Fazla Kilolular (25-29.9 kg/m ²)	3	10,3	24	82,8	2	6,9	
	Obezler (30 kg/m ² ve üzeri)	6	10,7	43	76,8	7	12,5	
Medeni durum	Evli	8	10,0	60	75,0	12	15,0	0,926
	Bekar	2	11,1	14	77,8	2	11,1	
	Boşanmış/eşi ölmüş/ayrı yaşıyor	0	0,0	3	75,0	1	25,0	
Öğrenim durumu	Ortaokul mezunu ve altı	1	2,9	27	79,4	6	17,6	0,240
	Lise mezunu ve üzeri	9	13,2	50	73,5	9	13,2	
Ekonomik düzey	Aylık gelir giderden az	2	14,3	11	78,6	1	7,1	0,869
	Aylık gelir gider eşit	6	10,5	43	75,4	8	14,0	
	Aylık gelir giderden fazla	2	6,9	22	75,9	5	17,2	
Çalışma durumu	Çalışıyor	9	12,7	51	71,8	11	15,5	0,290
	Çalışmıyor	1	3,2	26	83,9	4	12,9	
İş	Memur	2	12,5	11	68,8	3	18,8	0,855
	Çiftçi	0	0,0	2	66,7	1	33,3	
	İşçi	3	16,7	11	61,1	4	22,2	
	Esnaf	2	12,5	12	75,0	2	12,5	
	Emekli	0	0,0	2	100,0	0	0,0	
	Ev hanımı	1	3,8	21	80,8	4	15,4	
	Diğer	2	9,5	18	85,7	1	4,8	
Sağlık problemi	Var	6	18,8	22	68,8	4	12,5	0,120
	Yok	4	5,7	55	78,6	11	15,7	
Fiziksel aktivite düzeyi	Düşük	6	10,2	41	69,5	12	20,3	0,378
	Orta	3	9,1	27	81,8	3	9,1	
	Yüksek	1	10,0	9	90,0	0	0,0	
Sigara kullanma durumu	Evet	0	0,0	18	81,8	4	18,2	0,442
	Bırakmış	2	18,2	8	72,7	1	9,1	
	Hiç içmemiş	8	11,6	51	73,9	10	14,5	
Alkol kullanma durumu	Evet	0	0,0	5	83,3	1	16,7	0,868
	Bazen	1	6,3	12	75,0	3	18,8	
	Hayır	9	11,3	60	75,0	11	13,8	

Katılımcıların zayıflama amaçlı ürün kullanma durumları ile cinsiyetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($p=0,01$). Kadınların %37,8'i daha önce zayıflama amaçlı ürün kullanmışken erkeklerde bu oran %5'dir. Ayrıca BKİ düzeyi ile de zayıflama amaçlı ürün kullanma durumu arasında anlamlı ilişki bulunmaktadır.

($p=0,045$). Fazla kilolu ve obezlerde zayıflama amaçlı ürün kullanma oranı zayıf ve normal kilolulara göre daha yüksektir. Katılımcıların zayıflama amaçlı ürün kullanma durumları ile yaş, medeni durum, öğrenim durumu, ekonomik düzey, çalışma durumu, iş, sağlık problemi bulunma durumu, fiziksel aktivite düzeyi, sigara ve alkol kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı görülmektedir (Tablo 4.37).

Tablo 4. 37 Katılımcıların kişisel özelliklerinin zayıflama amaçlı ürün kullanma durumları ile ilişkisi

		Zayıflama amaçlı ürün kullanımı				P
		Var		Yok		
		n	%	n	%	
Cinsiyet	Kadın	31	37,8	51	62,2	0,010
	Erkek	1	5,0	19	95,0	
Yaş	18-24 yaş	2	15,4	11	84,6	0,555
	25-34 yaş	13	35,1	24	64,9	
	35-44 yaş	10	35,7	18	64,3	
	45-64 yaş	7	29,2	17	70,8	
BKİ	Zayıf ve Normal kilolular (25 kg/m ² altı)	1	5,9	16	94,1	0,045
	Fazla Kilolular (25-29.9 kg/m ²)	11	37,9	18	62,1	
	Obezler (30 kg/m ² ve üzeri)	20	35,7	36	64,3	
Medeni durum	Evlü	28	35,0	52	65,0	0,305
	Bekar	3	16,7	15	83,3	
	Boşanmış/eşi ölmüş/ayrı yaşıyor	1	25,0	3	75,0	
Öğrenim durumu	Ortaokul mezunu ve altı	13	38,2	21	61,8	0,407
	Lise mezunu ve üzeri	19	27,9	49	72,1	
Ekonomik düzey	Aylık gelir giderden az	6	42,9	8	57,1	0,443
	Aylık gelir gider eşit	19	33,3	38	66,7	
	Aylık gelir giderden fazla	7	24,1	22	75,9	
Çalışma durumu	Çalışıyor	19	26,8	52	73,2	0,198
	Çalışmıyor	13	41,9	18	58,1	
İş	Memur	4	25,0	12	75,0	0,331
	Çiftçi	2	66,7	1	33,3	
	İşçi	5	27,8	13	72,2	
	Esnaf	4	25,0	12	75,0	
	Emekli	1	50,0	1	50,0	
	Ev hanımı	12	46,2	14	53,8	
	Diğer	4	19,0	17	81,0	
Sağlık problemi	Var	10	31,3	22	68,8	1
	Yok	22	31,4	48	68,6	
Fiziksel aktivite düzeyi	Düşük	16	27,1	43	72,9	0,475
	Orta	13	39,4	20	60,6	
	Yüksek	3	30,0	7	70,0	
Sigara kullanma durumu	Evet	6	27,3	16	72,7	0,177
	Bırakmış	1	9,1	10	90,9	
	Hiç içmemiş	25	36,2	44	63,8	
Alkol kullanma durumu	Evet	0	0,0	6	100,0	0,090
	Bazen	3	18,8	13	81,3	
	Hayır	29	36,3	51	63,8	

Katılımcıların fiziksel aktivite düzeyleri ile cinsiyet, yaş, sınıflandırılmış BKİ düzeyi, medeni durum, öğrenim durumu, ekonomik düzey, çalışma durumu, iş ve sağlık problemi bulunma durumu, sigara ve alkol kullanımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı görülmektedir (Tablo 4.38).

Tablo 4. 38 Katılımcıların kişisel özelliklerinin fiziksel aktivite düzeyleri ile ilişkisi

		Fiziksel aktivite düzeyi						P
		Düşük		Orta		Yüksek		
		N	%	n	%	n	%	
Cinsiyet	Kadın	47	57,3	29	35,4	6	7,3	0,147
	Erkek	12	60,0	4	20,0	4	20,0	
Yaş	18-24 yaş	5	38,5	6	46,1	2	15,4	0,570
	25-34 yaş	21	56,8	12	32,4	4	10,8	
	35-44 yaş	17	60,7	10	35,7	1	3,6	
	45-64 yaş	16	66,7	5	20,8	3	12,5	
BKİ	Zayıf ve Normal kilolular (25 kg/m ² altı)	12	70,6	5	29,4	0	0,0	0,581
	Fazla Kilolular (25-29.9 kg/m ²)	16	55,2	9	31,0	4	13,8	
	Obezler (30 kg/m ² ve üzeri)	31	55,4	19	33,9	6	10,7	
Medeni durum	Evli	46	57,5	26	32,5	8	10,0	0,496
	Bekar	9	50,0	7	38,9	2	11,1	
	Boşanmış/eşi ölmüş/ayrı yaşıyor	4	100,0	0	0,0	0	0,0	
Öğrenim durumu	Ortaokul mezunu ve altı	19	55,9	11	32,4	4	11,8	0,890
	Lise mezunu ve üzeri	40	58,8	22	32,4	6	8,8	
Ekonomik düzey	Aylık gelir giderden az	6	42,9	5	35,7	3	21,4	0,369
	Aylık gelir gider eşit	36	63,2	18	31,6	3	5,3	
	Aylık gelir giderden fazla	16	55,2	10	34,5	3	10,3	
Çalışma durumu	Çalışıyor	41	57,7	23	32,4	7	9,9	0,999
	Çalışmıyor	18	58,1	10	32,3	3	9,7	
İş	Memur	12	75,0	3	18,8	1	6,3	0,263
	Çiftçi	0	0,0	2	66,7	1	33,3	
	İşçi	12	66,7	6	33,3	0	0,0	
	Esnaf	9	56,3	6	37,5	1	6,3	
	Emekli	2	100,0	0	0,0	0	0,0	
	Ev hanımı	16	61,5	7	26,9	3	11,5	
	Diğer	8	38,1	9	42,9	4	19,0	
Sağlık problemi	Var	22	68,8	7	21,9	3	9,4	0,279
	Yok	37	52,9	26	37,1	7	10,0	
Sigara kullanma durumu	Evet	11	50,0	10	45,5	1	4,5	0,113
	Bırakmış	7	63,6	1	9,1	3	27,3	
	Hiç içmemiş	41	59,4	22	31,9	6	8,7	
Alkol kullanma durumu	Evet	3	50,0	2	33,3	1	16,7	0,960
	Bazen	10	62,5	5	31,3	1	6,3	
	Hayır	46	57,5	26	32,5	8	10,0	

5. TARTIŞMA

Çalışmamıza katılan kişilerin beslenme alışkanlıkları ile ilgili bazı hata ve eksiklikler saptanmıştır. Bu hataların başlıcaları; bazı katılımcıların öğünleri atlamaları, gün içinde fazla miktarda çay-kahve tüketmeleri, geç saatlerde besin tüketmeleri, yemeğin tadına bakmadan tuz eklemeleri ve tükettikleri öğünlerin besin öğeleri açısından dengesiz olmasıdır.

Benzer şekilde katılımcıların büyük kısmının (%57,8) düşük düzeyde %32,4'ünün orta düzeyde %9,8'inin ise yüksek düzeyde fizik aktiviteye sahip oldukları görülmüştür. Dünya sağlık örgütüne göre toplam inaktivite oranı ortalama % 17'i dir. Az aktivite yapanların oranı ise ortalama %41'dir. Aktif Yaşam Derneğinin 2010 yılında 12 ilde, Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketini kullanarak yaptığı çalışmada, Türk toplumun dörtte üçünün yeterli fiziksel aktivite düzeyine sahip olmadığı görülmüştür (Aktif Yaşam Derneği 2010).

Bununla birlikte katılımcıların büyük bir bölümünün zayıflama amaçlı ürün kullanmadıkları ama bir bölümünün (%31,4) bu tür ürünler kullandığı saptanmıştır.

Çalışmamızda, katılımcılarda çeşitli beslenme alışkanlıklarının durumu ve ilişkili faktörler incelenmiştir.

Beslenme alışkanlıklarından biri olan ara öğün yapma alışkanlığı ile BKİ değeri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gözlenmiştir ($p=0,047$). Ara öğün yapma alışkanlığı olmayanlarda obezite sıklığı daha yüksek bulunmuştur (%66,1). Kayseri'de yapılan bir çalışmada da ara öğün tüketen adölesanlarda hafif şişmanlık (%16,6) ve obezite oranı, (%2,5) tüketmeyenlere göre (%17,3, %12,7) daha düşük olup aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,001$) (Yılmaz ve ark. 2016). Bir başka çalışmada da 3 öğün ve bundan daha az tüketenlerde obezite riski %60, 3- 4 öğün tüketenlerde

obezite riski %45, 5 öğün ve bunun üzerinde tüketenlerde ise obezite riski %30 olarak bulunmuştur (Bellisle ve ark. 1997). Yine benzer bir sonuç Ma ve ark. tarafından bulunmuştur. Günde 4 ve üzerinde öğün tüketenlerde obezite riskinin, 3 ve daha az öğün tüketenlere göre %45 daha az olduğu saptanmıştır (Ma ve ark. 2003). Bu veriler bize ara öğünler sayesinde kilo kontrolünün kolaylaştığını düşündürmektedir. Ana öğünler arasında yapılan ara öğünler uzun süreli açlık yaşanmasına mani olup kan şekerini dengeleyerek, ana öğün sırasında çok yüksek kalorilerin tüketilmesini engelleyebilmektedir. Farklı sonuçların bulunduğu çalışmalar da mevcuttur. Yurtta kalan kız öğrenciler üzerinde yapılan bir araştırmada ise ara öğün alışkanlığı düzeyi ile BKİ arasındaki ilişki anlamlı bulunmamıştır ($p=0,077$) (Ekici 2013).

Ayrıca beslenme alışkanlıklarından ara öğün yapma alışkanlığı ile fiziksel aktivite düzeyi arasındaki ilişki de istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,049$). Bu anlamlılık düşük fiziksel aktivite düzeyine sahip olanlar ile orta düzey fiziksel aktiviteye sahip olanlar arasındaki farktan kaynaklanmaktadır. Orta düzeyde fizik aktivite düzeyine sahip katılımcıların ara öğün yapma alışkanlığı düşük fiziksel aktiviteye sahip katılımcılara göre anlamlı derecede daha düşüktür. Ancak yapılan çalışmalarda genellikle bizim çalışmamızdan farklı sonuçlara ulaşılmıştır. Ankara'da yapılan bir çalışmada egzersiz yapan bireylerin %98.3'ünün ara öğün tükettiği, egzersize yeni başlayan bireylerin ise %71.6'sının ara öğün tükettiği bulunmuştur. Çalışmada düzenli egzersiz yapan bireylerin egzersize yeni başlayan bireylere göre ara öğün tüketme alışkanlıklarının daha fazla olduğu ve daha fazla sayıda ara öğün tükettikleri saptanmıştır ($p<0,001$) (Yücel 2019). Bu durum fiziksel aktivite sebebi ile daha sık besin tüketimine ihtiyaç duyulabileceğini gösterebilir.

Kişilerin öğün atlamaları ile hiçbir kişisel özellikleri arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$).

Çalışmamızda beslenme alışkanlıklarından yemeğin tadına bakmadan tuz ekleme alışkanlığı ile fiziksel aktivite düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($p=0,009$). Fiziksel aktivite düzeyi düştükçe bu alışkanlığın görülme sıklığı artmaktadır. Bu durum egzersiz yapan kişilerin beden sağlıklarına önem vermeleri sebebiyle sağlıklı beslenmeye daha çok özen gösterdiklerine işaret olabilir. Bu duruma örnek gösterilebilir bir çalışma egzersiz yapanların %62,8'inin yemeklerini az tuzlu yediğini, sadece %22,8'inin yemeklere ilave tuz attığını belirtmiştir (Yılmaz ve Boylu 2016).

Çalışmamızda geç saatte besin tüketme alışkanlığı ile hiçbir kişisel özellik arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki kurulamamıştır ($p>0,05$).

Çalışmamızda alkol kullanımının cinsiyet ile arasında kuvvetli ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p<0,001$). Kadınların büyük kısmının (%86,6) alkol kullanmadığı, erkeklerde alkol kullanımının (%55) daha yaygın olduğu görülmektedir. İzmir’de yapılan bir araştırmada da alkol kullanım sıklığı erkeklerde anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur (Atlam ve Yüncü 2017). Düzcede yapılan bir çalışmada da alkol kullanımının erkeklerde daha fazla olduğu bulunmuştur (Yılmaz ve ark. 2018). Bunun sebebi alkol kullanan kadınların toplumda daha çok dışlanması, ayıplanması, toplumsal olarak erkeklerde alkol kullanımının daha normal görünmesi olabilir.

Alkol kullanımıyla ilişkili bulunan bir diğer faktör öğrenim durumudur ($p=0,012$). Öğrenim derecesi arttıkça alkol kullanım sıklığının arttığı bulunmuştur. Yapılan bir başka araştırmada da eğitim düzeyi yüksek olanlarda alkol kullanım oranı anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$) (Arı ve ark. 2013). Arıkan ve ark. yaptığı çalışmada öğrenim düzeyi yükseldikçe alkol bağımlılığı oranının istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde arttığını bulmuşlardır (Arıkan ve ark. 1996). İstanbul’da yapılan bir çalışmada ise öğrenim düzeyi ile alkol kullanımı arasında belirgin bir ilişkiye rastlanmamıştır (Ögel ve ark. 2000). Çalışmamızda öğrenim düzeyi ile alkol kullanımının artması mesleki stres ve gelirin artmasından kaynaklı olabilir.

Yine alkol kullanımında etkili olduğu tespit edilen bir diğer faktör ise çalışma durumudur ($p=0,028$). Çalışan katılımcılarda alkol kullanma sıklığı (%28,2) çalışmayan katılımcılardakine (%6,5) göre daha yüksek bulunmuştur. 1983-1995 yılları arasındaki AMATEM verilerinin incelendiği bir araştırmada olguların % 13-38’inin çalışmadığı belirtilmiştir (Türkcan 1998). Bu sonuçlar bize düzenli bir gelir kaynağının bulunmasının alkol tüketimini kolaylaştırabileceğini düşündürmektedir.

Alkol kullanımını etkileyen faktörlerden biri de sigara kullanma durumudur ($p=0,001$). Sigara kullanmakta olan kişilerde alkol kullanma sıklığı (%50) daha yüksektir. Katılımcılardan geçmişte sigara kullanıp bırakmış olanların alkol kullanmadığı görülmektedir. Türkiye’de yapılan bir araştırmada sigara kullanan bireylerde alkol kullanma eğiliminin yüksek olduğu, ancak sigara kullanımının alkol tüketimi üzerindeki etkisinin sınırlı kaldığından bahsedilmiştir (İpek 2019). Alkol kullanan kişilerin sağlıkları üzerinde endişe duymamaları ve çoğunlukla çalışan kişiler olmalarından ötürü düzenli gelire sahip olmaları sigara kullanımlarında da etkili olabilir. Ayrıca alkol ve sigara kullanımında bulunulan ortam ve arkadaş çevrelerinin de etkili olabileceği düşünülebilir.

Katılımcıların günlük tükettikleri ortalama şeker sayısını etkileyen kişisel bir faktöre rastlanmamıştır ($p>0,05$).

Katılımcıların günlük çay tüketim ortalamaları ile ekonomik düzeyleri arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($p=0,036$). Aylık geliri giderine eşit olan katılımcıların günlük ortalama çay tüketimleri ($7,04\pm 4,41$) daha yüksek bulunmuştur. Trabzon'da yapılan bir araştırmada aileler gelir düzeylerine göre 3 grupta incelenmiştir. Yapılan khi-kare analizinde aylık ortalama çay tüketimleri ile gelir düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p=0,044$). Gelir düzeyi arttıkça tüketilen çay miktarında da artış olduğu görülmüştür (Sayılı ve Gözener 2013). Kılıç ve ark. yaptığı bir çalışmada aylık gelir düzeyi ile aylık çay tüketim miktarları karşılaştırıldığında anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir ($p=0,25$) (Kılıç ve ark. 2012). Çok çeşitli marka ve fiyatlarda çayların satılması ekonomik düzey ile çay tüketimi konusunda farklı sonuçlar bulunmasında etkili olabilir. Bu sebeple ekonomik gelir düzeyinin tüketilen çayın miktarından çok kalitesini etkileyeceği düşünülebilir.

Ayrıca günlük ortalama çay tüketim miktarını sigara kullanım durumunun da etkilediği görülmüştür ($p=0,04$). Önceden sigara kullanıp bırakmış kişilerin gün içinde ortalama çay tüketimi ($9,91\pm 6,71$) daha yüksek bulunmuştur. Ankara'da öğrenciler üzerinde yapılan bir araştırmada her gün çay içtiğini belirtenlerin çoğunluğunu sigara içenler oluşturmaktadır. Ayrıca sigara içenler içmeyenlere göre daha fazla çay tüketmekte (4+ bardak) ve demli çay tercih etmektedirler (Uçar ve Hasipek 2008). Yapılan bir başka çalışmada sigara içen kadın ve erkeklerde çay tüketim miktarı sigara içmeyen kadın ve erkeklerden daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$) (Yılmaz ve Aykut 2012). Çalışmamızda sigara kullanıp bırakmış olan kişilerin daha fazla çay tüketmelerinin sebebi sigara içmekten kaçınmak için kendilerini oyalama ihtiyaçları olabilir.

Beslenme alışkanlıklarından günlük ortalama kahve tüketimi ile cinsiyet ilişkisi istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p=0,032$). Erkeklerin ($2,80\pm 1,94$) gün içinde kadınlardan ($1,90\pm 1,19$) daha fazla kahve tükettiği görülmektedir. Yapılan başka bir çalışmada kahve tüketimi ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p=0,264$). Çalışmaya göre marka kahve tüketimi kadınlarda, Türk kahvesi tüketimi ise erkeklerde yüksek çıkmıştır (Aşık 2017). Yılmaz ve ark. ise yaptıkları çalışmada son beş yılda kadınların Türk kahvesi tüketiminin (%82.3) erkeklere göre daha fazla arttığını gözlemlemişlerdir (Yılmaz ve ark 2016).

Günlük kahve tüketimi ile sigara kullanma durumu arasında anlamlı ilişki vardır ($p=0,023$). Hiç sigara kullanmamış kişilerin gün içinde ortalama kahve tüketimi ($1,83\pm 1,1$) anlamlı olarak sigara kullanan ve kullanıp bırakmış kişilerden daha düşük bulunmuştur. Yapılan bir çalışmada da sigara içen kadın ve erkeklerde kahve tüketim

miktarı sigara içmeyenlere göre daha yüksektir ($p<0,05$) (Yılmaz ve Aykut 2012). Üniversite öğrencileri ile yapılan bir çalışmada sigara kullanımı ile öğrencilerin kafein tüketimi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($p=0,049$). Sigara içme oranı arttıkça tüketilen kahve miktarı da artmaktadır (Aydın ve Eryılmaz 2019). Boyacı ve ark. çalışmalarında medyada sıkça kahve-çay vb. yanında sigara içmenin keyif verici gösterilmesi ile gençlerin özenip merak duyarak keyif almak için sigara kullanmalarından bahsetmişlerdir (Boyacı ve ark. 2003).

Yine günlük kahve tüketimi ile alkol kullanımı arasında da anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($p=0,033$). Alkol kullanan kişilerin günlük ortalama kahve tüketimleri ($3,50\pm 1,87$) daha yüksektir. Bu konuda literatürde pek çalışma bulunmamaktadır. Ancak kişilerin alkol kullanımından sonraki günde kafein tüketerek canlanmaya, alkolün etkisini azaltmaya çalışabileceği düşünülmektedir.

Beslenmede önem verilen bir diğer konu su tüketimidir. Katılımcıların günlük ortalama su tüketim miktarları ile cinsiyetleri arasında anlamlı ilişki vardır ($p=0,011$). Kadınların ($9,1\pm 4,3$) günlük su tüketimleri erkeklerden ($6,5\pm 2,84$) daha yüksek bulunmuştur. Balcı'nın çalışmasında cinsiyet ile su tüketim miktarı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p=0,156$) (Balcı 2017). Başka bir çalışmada kadınların öğün aralarında su tüketim ortalamalarının erkeklerden daha fazla olduğu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Çetin 2007).

Ana yemeklere ayrılan süre ile sağlık problemi bulunma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($p=0,015$). Sağlık problemi bulunan katılımcıların çoğu (%65,6) ana yemeklerini hızlı yerken (<11 dk) hiçbiri yavaş (>19 dk) yememektedir. Sağlık problemi olmayan katılımcıların ise yarıdan fazlası (%54,3) ana yemeklerini orta hızda (11-19 dk) yerken, küçük bir kısmı (%8,6) da yavaş (>19 dk) yemektedir. Çayır ve ark. yemek yeme hızı arttıkça obezite sıklığının arttığını belirtmişlerdir, ilişki anlamlı bulunmuştur ($p= 0.001$) (Çayır ve ark. 2011). Çiftçi ve ark. hazırladığı yayında yavaş yemek yemenin sindirim ve emilim süresini uzatacağı için glisemik indeksi düşürebileceğini söylemiştir (Çiftçi vd 2008). Ayrıca çalışmalarda reflü ve gastrit şikayetlerinin de yemek yeme hızından etkilendiği bulunmuş, şikayetlerin azalması için yemeklerin yavaş yenmesi önerilmiştir (Kürklü ve Kaner 2015, Yaşa ve Türkdoğan 2019).

Çalışmamızda tüketilen ekmek türü ile kişisel özelliklerin hiçbiri arasında istatistiksel olarak anlamlılık bulunamamıştır ($p>0,05$).

Çalışmamızda katılımcıların fiziksel aktivite düzeyleri ve ilişkili faktörler incelenmiştir.

102 katılımcıdan 59'unun düşük, 33'ünün orta, 10'unun ise yüksek aktivite düzeyine sahip olduğu görülmüştür. Katılımcıların fiziksel aktivite düzeyleri ile kişisel özelliklerinden hiçbiri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiye rastlanmamıştır ($p>0,05$).

Çalışmamızda katılımcıların fiziksel aktivite düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki kurulamamıştır ($p=0,581$). Yapılan bir çalışmada yetişkin obezlerin fiziksel aktivite seviyelerinin normal bireylere göre anlamlı derecede düşük olduğu görülmüştür (Parmaksız 2007). Yapılan bir başka çalışmada fiziksel aktivite seviyesi pedometre kullanılarak günlük atılan adım sayısı ile belirlenmiş ve BKİ yüksek olan kişilerde günlük adım sayısı daha az bulunmuştur (Tudor-Locke ve ark. 2001). Literatürde fiziksel aktivite düzeyinin BKİ üzerinde etkili olduğu pek çok benzer çalışma ile görülmektedir. Bizim çalışmamızda bu sonuca ulaşamamasının sebebi, katılımcıların çoğunluğunun BKİ değerlerinin yüksek, fiziksel aktivite düzeylerinin ise düşük olması olabilir.

Çalışmamızda katılımcıların zayıflama amaçlı ürün kullanma durumları ve ilişkili faktörler incelenmiştir.

Katılımcıların kilo verme amaçlı diyet yapma sıklıkları ile kişisel hiçbir özellikleri arasında ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$).

Zayıflama amaçlı ürün kullanımı cinsiyet faktörü ile anlamlı olarak ilişkili bulunmuştur ($p=0,01$). Kadınlarda zayıflama amaçlı ürün kullanım sıklığının (%37,8), erkeklerdekinden (%5) daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yapılan bir çalışmada da bitkisel ürün kullanma sıklığının kadınlarda(%58) erkeklerden(%37,1) anlamlı derecede daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0,001$) (Ongan 2018). Benzer bir sonuç gösteren bir başka çalışmada da zayıflama amacıyla bitkisel ürün kullanımı kadınlarda (%30,6) erkeklere (%15,1) göre daha fazla bulunmuştur ($p<0,001$) (Kaner ve ark. 2017). Bu durum bize kadınlarda kilo verme arzusunun erkeklerden daha yüksek olabileceği ve bu sebeple hızlı kilo vermek için farklı yöntemler denemeye açık olduklarını düşündürmektedir.

Zayıflama amaçlı ürün kullanma durumu ile katılımcıların BKİ değerleri arasında da anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p=0,045$). Fazla kilolu ve obezlerde zayıflama amaçlı ürün kullanma oranı (%37,9 ve %35,7) zayıf ve normal kilolulara (%5,9) göre anlamlı olarak daha yüksektir. Kilo problemi yaşayan kişilerin zayıflama amaçlı ürünlere ilgi

duyması beklenen bir sonuçtur. Ancak sağlık üzerinde olumsuz etkiler yaratabilmesi ve denetimlerinin yeteri kadar yapılmaması sebebiyle kişilerin bu ürünleri kullanmaktan kaçınmaları gerekmektedir.

Martin'in yaptığı çalışmada BKİ bakımından bitkisel zayıflama ürünü kullanan ve kullanmayan katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farka ulaşılamamıştır ($z=-0,97$, $p=0,619$) (Martin 2018). Kayseride yapılan bir araştırmada bitkisel destek ürünü kullanma durumu ile BKİ arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Zayıf (%56,4) ve normal BKİ değerine sahip bireylerin (% 50.4) çoğunun bitkisel destek ürünü kullandığı, fazla kilolu ve obezlerde bu oranın daha düşük olduğu saptanmıştır ($p<0.001$) (Ongan 2018).

Çalışmamız özel bir diyet merkezine başvuran kişiler ile yapılmıştır. Kişilerin çoğunluğunun kilo sorunu yaşaması ve özel diyet merkezini tercih edecek ekonomik düzeye sahip olması toplumu tam olarak yansıtamamasına sebep olmaktadır. Çalışmaya dahil edilen kişilerin ilk gelişlerindeki antropometrik ölçümleri retrospektif olarak araştırmacının kayıtlarından alınmıştır. Anket soruları da ilk başvurudan önceki döneme yönelik sorulmuştur. Hatırlamaya bağlı hafıza faktörünün etkisi de çalışmanın kısıtlılığını oluşturmaktadır. Belirlenen tarih aralığında diyet merkezine başvuru yapmış ve diyet uygulamış kişiler sonrasında davet edilip başvuru yapmadan önceki sürece göre anketi doldurmaları istenmiştir. Bu durum da prevalans veri olabileceğinden çalışmada kısıtlılık oluşturmaktadır. Daha kesin ve ayrıntılı önerilerin yapılabilmesi için, toplumu daha iyi yansıtabilen ve daha büyük örnekleme sahip çalışmalara ihtiyaç vardır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızda; kişilerin ara öğün yapma, yemeğin tadına bakmadan tuz ekleme, geç saatte beslenme, alkol kullanımı, günlük ortalama çay tüketimi, günlük ortalama kahve tüketimi, günlük ortalama su tüketimi, ana yemeklere ayrılan süre, tüketilen ekmek türü gibi beslenme alışkanlıklarını ve zayıflama amaçlı ürün kullanımını etkileyen bazı faktörler tespit edilmiştir.

Kişileri doğru beslenme alışkanlıkları edinmeleri, yeterli fiziksel aktivite düzeyine sahip olmaları sağlıkları için önem teşkil etmektedir. Bu sebeple kişilere küçük yaştan itibaren aile içinde ve okullarda sağlıklı beslenme alışkanlıkları kazandırılmalı, fiziksel aktivite düzeyinin yükseltilmesi için hem küçüklere hem de yetişkinlere eğitimler verilmeli ve toplumu özendirici projeler yapılmalıdır.

Kişilerin kilo verme amacıyla içeriği ve yan etkileri tam olarak bilinmeyen ürünleri kullanmaları ciddi sağlık sorunları yaşamalarına sebep olabilir. Bu sebeple zayıflatıcı olduğu vaadedilerek satılan bitkisel ürünlerin sıkı bir şekilde denetlenmesi ve sağlığa olumsuz etkileri olabilecek ürünlerin satışı ve uzman kontrolü olmadan kullanımı yasaklanmalıdır. Kişiler bu tür ürünlere itibar etmemesi için uyarılmalı, eğitimler verilmelidir.

7. KAYNAKLAR

- Akbulut, G Ç. Türkiye diyetisyenlerinin beslenme bilgi, tutum ve davranışlarının saptanmasına yönelik bir çalışma. Bilim uzmanlığı tezi (basılmamış). **Hacettepe Üniversitesi**. Ankara, 2002.
- Aktif Yaşam Derneği, Türkiye Toplumunun Fiziksel Aktivite Düzeyi Araştırması, 2010.
- Arı S, Altunay İ K, Mercan S. Alkol Tüketimi ve Deri Hastalıkları Arasındaki İlişki: Kesitsel Kontrollü Bir Çalışma. **Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni**, 2013; 47(4): 204-207.
- Arıkan Z, Çoşar B, Işık A, Candansayar S, Işık E. Yarı Kentsel Bir Bölgede Alkolizm Prevelansı. **Kriz Dergisi**, 1996, 4 (2): 93 – 100.
- Astarlı Ö. Marmara üniversitesi tıp fakültesi 1. ve 5. sınıf öğrencilerinde beslenme bilgi düzeylerinin ve beslenme alışkanlıklarının değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, **Marmara Üniversitesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı**, İstanbul, 2008.
- Aşık A N. Değişen Kahve Tüketim Alışkanlıkları ve Türk Kahvesi Üzerine Bir Araştırma. **Journal of Tourism and Gastronomy Studies**. 2017; 5(4) 310-325.
- Atlam D H, Yüncü Z. Üniversitesi Öğrencilerinde Sigara, Alkol, Madde Kullanım Bozukluğu Ve Ailesel Madde Kullanımı Arasındaki İlişki. Araştırma. **Ege Üniversitesi**, İzmir, 2017.
- Aydın B, Eryılmaz G. Üniversite Öğrencilerinde Riskli Kafein Tüketimi. **Kıbrıs Türk Psikiyatri ve Psikoloji Dergisi**, 2019, 1(Özel Sayı.1): 19-23.
- Babaoğlu K, Hatun Ş. Çocukluk Çağında Obezite, **Sted**, 2002; 11(1): 9.
- Balcı K. Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi'nde Çalışan Yetişkin Bireylerin Beslenme Durumları İle Uyku Kalitesi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, **Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü**, Ankara, 2017.
- Baysal, A. Sağlıklı beslenme, uzmanların önerisi, tüketicinin algılaması. **Beslenme ve Diyet Dergisi**, 1998; 27(2): 1-4.

Beyaz M. Sağlık ve Mutluluk İçin Spor. internet sitesi. <http://arsiv.ntv.com.tr/news/318742.asp>. (son güncelleme tarihi: 2005, alındığı tarih: 04.12.2019).

Boullata JI, Nace AM. Safety issues with herbal medicine. *Pharmacotherapy* 2000; 20: 257-69.

Boyacı H, Çorapçioğlu A, Ilgazlı A, Başyigit İ, Yıldız F. Kocaeli Üniversitesi Öğrencilerinin Sigara İçme Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi. *Solunum Hastalıkları* 2003; 14: 169-175.

Breemen RB, Fong HH, Farnsworth NR. Ensuring the safety of botanical dietary supplements. *Am J Clin Nutr* 2008; 87: 5095-135.

Bellisle F, Mcdevitt R, Prentice AM. Meal frequency and energy balance. *British journal of nutrition*, 1997; 77: 57- 70.

Ceviz D. Kamuda çalışan erkek ve kadınların fiziksel uygunluk, beslenme ve spor alışkanlıklarının değerlendirilmesi (Elazığ ili örneği). Yüksek Lisans Tezi. *Firat Üniversitesi, Beden Eğitimi ve Spor Anabilim Dalı*, Elazığ, 2008.

Committee IR. Guidelines for data processing and analysis of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) short and long forms. *Retrieved September* 2005 17:2008.

Craig CL, Marshall AL, Sjöstörn M, Bauman AE, Booth ML, Ainsworth BE, Pratt M, Ekelund, U. & Yngve A. International physical activity questionnaire (IPAQ): a comprehensive reliability and validity study in twelve countries. *Medicine and Science in Sport and Exercise* 2003; 35(8): 1381-1395.

Çayır A, Atak N, Köse S K. Beslenme ve Diyet Kliniğine Başvuranlarda Obezite Durumu ve Etkili Faktörlerin Belirlenmesi. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası* 2011; 64(1).

Çetin E C. Yetişkin Tüketicilerin Besin Tercihleri Ve Sağlıklı Beslenmeye Yönelik Tutumları Üzerine Cinsiyet Faktörünün Etkisi. *Ankara Üniversitesi Ev Ekonomisi Yüksek Okulu*, Ankara, 2007.

Çiftçi H, Akbulut G, Yıldız E, Mercanlıgil S M. Kan Şekerini Etkileyen Besinler. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü*, Ankara, 2008.

Ekici G. Yurttan Kalan Kız Öğrencilerde Beslenme Alışkanlıkları ile Vücut İmajı, Duygusal Durum ve Akademik Başarı İlişkisi, Araştırma Makalesi, *Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi*, 2013; 1(2): 11–20.

Ercan P, El S N. Obeziteyi Önleyen Gıda Bileşenleri, *Akademik Gıda*, 2014; 12(1): 69-77.

Erdem S, Ata Eren P., Tedavi Amacıyla Kullanılan Bitkiler ve Bitkisel Ürünlerin Yan Etkileri *Türk Hijyen ve Deneysel Biyoloji Dergisi*, 2009; 66:135-136. İnternet sitesi. <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/thdbd18.pdf#page=55> (alındığı tarih: 15.09.2019).

Ernst E, Rand JI, Barnes J, Stevinson C. Adverse effects profile of the herbal antidepressant St.John's wort (H. perforatum L.). *Eur J Clin Pharmacol* 1998; 54: 589-94.

FDA internet sitesi: <https://www.fda.gov/inspections-compliance-enforcement-and-criminal-investigations/enforcement-story-archive/center-food-safety-and-applied-nutrition-2003> (alındığı tarih: 14.12.2019).

Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. İnternet sitesi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/obezite/obezite-nasil-saptanir.html> (son güncelleme tarihi 2017, alındığı tarih: 04.12.2019).

İpek E. Türkiye’de Alkol Katılım ve Tüketim Kararları Üzerine Ampirik Bir Çalışma, **Sosyoekonomi**, 2019; 27(41): 57-70.

Kaner G, Karaalp C, Seremet-Kürklü N. Üniversite Öğrencileri Ve Ailelerinde Bitkisel Ürün Kullanım Sıklığının ve Bitkisel Ürün Kullanımını Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. **Türk Hijyen ve Deneysel Biyoloji Dergisi**, 2017; 74(1): 37-54.

Kaner G, Kürklü N. S, Adıgüzel Tel K, Bellikci Koyu E. İzmir’de Beslenme Ve Diyet Polikliniğine Başvuran Kadınlarda Obezite Prevalansı ve İlişkili Risk Faktörlerinin Belirlenmesi, **Pam Tıp Derg** 2017;10(3): 256.

Karaalp A. Bitkisel Zayıflama Ürünleri, Archives of **Clinical Toxicology**, Mayıs 2014; 1(1): 16.

Karaca A, Turnagöl HH. Çalışan Bireylerde Üç Farklı Fiziksel Aktivite Anketinin Güvenirliği ve Geçerliliği. **Hacettepe Üniversitesi Spor Bilimleri Dergisi** 2007;18(2):68-84.

Karademir M. Zayıflama Ürünlerinin Bileşiminde Bulunan Tıbbi Bitkiler Üzerine Araştırmalar. Yüksek Lisans Tezi, **Ege Üniversitesi, Farmasötik Botanik Programı**, İzmir 2006.

Karsen H, Çalışır C, Duygu F, Karağaç L, Tavşan Ö. Zayıflama Çayı Kullanımına Bağlı Gelişen Akut Hepatit: Bir Olgu Sunumu, **Van Tıp Dergisi**, Nisan 2011; 18(2),Nisan: 110-111.

Kılıç O, Gündüz O, Aydın Eryılmaz G, Emir M. Çay Tüketiminde Tüketici Davranışlarının Belirlenmesi: Samsun İli Örneği, **HR.Ü.Z.F. Dergisi**, 2012, 16(4): 19-25.

Korugan Ü, Damcı T, Özbey N ve ark (Eds). Klinik Obezite. **Obezite Çalışma Grubu Yayını**, İstanbul; Roche Yayınları: 2000.

Kuruvilla A. Herbal formulations as pharmacotherapeutic agents. **Indian J Exp Biol** 2002; 40: 7-11.

Kutlu R, Demirbaş N. Sigaranın Trombosit Sayısı, Ortalama Trombosit Hacmi ve Kardiyovasküler Risk Faktörleri Üzerine Etkileri: Bir Olgu Kontrol Çalışması. Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Konya, **Med Bull Haseki** 2017;301.

Kürklü S N, Kaner G. Gastroözofageal Reflü Hastalığında Beslenmeye Güncel Bakış, **Güncel Gastroenteroloji**, Eylül 2015; 19(3): 139-141.

Lim CS, Govey MA, Silverstein J, Dumont-Driscoll M, Janicke DM. Depressive symptoms, ethnic identity, and health-related quality of life in obese youth. **J Pediatr Psychol** 2015: 41; 441-452.

Martin H. 35-45 Yaş Arası Obez Kadınlarda Bitkisel Zayıflama Ürünleri Kullananlar ve Kullanmayanların Antropometrik Ölçümler Açısından Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, **Haliç Üniversitesi, Beslenme ve Diyetetik**, İstanbul 2018.

Ma Y, Bertone ER, Stanek EJ. Association between eating patterns and obesity in a free-living us adult population. **Am J Epidemiol**, 2003;158:85- 92.

Melli M. Bitkilerden İlaç Elde Edilmesi ve Bitkilerin İlaç Olarak Kullanılması, Makale 201. İnternet sitesi: http://www.ttb.org.tr/makale_goster.php?Guid=81aa5bf6-927e-11e7-b66d-1540034f819c (alındığı tarih: 14.12.2019).

Mercanlıgil S M. Şişmanlığın Tedavi Yöntemleri Doğrular Ve Yanlışlar, Hacettepe Üniversitesi - Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü, 2. Baskı. **Ankara, Sağlık Bakanlığı Yayın** No: 729, 2012: 6-7.

Müftüoğlu O. Yaşasın Hayat. **Doğan Kitapçılık AŞ**, İstanbul, 2003; 32-87.

Ongan D. Kayseri'de Yaşayan Yetişkin Bireylerde Bitkisel Ürün Kullanım Alışkanlığı, **Sağlık Bilimleri Dergisi (Journal of Health Sciences)** 2018 ; 27 (2): 125-131.

Orhan Y. Şişmanlık. İçinde: Sencer E (editör). Endokrinoloji, Metabolizma ve Beslenme Hastalıkları, 1. Baskı. İstanbul, **Nobel Tıp Kitabevleri**, 2001: 716-733.

Ögel K, Tamar D, Özmen E, Aker T, Sağduyu A, Boratov C, Liman O. İstanbul'da Alkollü İçki Kullanım Sıklığı, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, **Celal Bayar Üniversitesi, Başkent Üniversitesi, Kırıkkale Üniversitesi, PAREM**, 2000.

Özçelik A. Sağlık personelinin beslenme alışkanlıkları üzerine bir araştırma. **Gıda**, 2000; 25(2): 93-99.

Özhatay H, Deniz G. İstanbul'un Avrupa Yakasındaki Eczane ve Aktarlarında Zayıflatıcı Amaçlı Satılan Bitkisel Droglar, 2017: 23.

Özkan S, Yılmaz E. Hastanede çalışan hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. **Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi**, 2008; 3(7): 90-105.

Öztürk M. Üniversitede eğitim-öğretim gören öğrencilerde uluslararası fiziksel aktivite anketinin geçerliliği ve güvenilirliği ve fiziksel aktivite düzeylerinin belirlenmesi. Yüksek lisans tezi, **Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara**, 2005.

Parmaksız H. Yetişkin Obezlerde Fiziksel Aktivite Seviyesinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, **Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**, İzmir, 2007.

Renda G, Kaya Yaşar Y, Yılmaz E, Sanrı H, Dilaver İ, Demirtaş Y, Çan G, Sezen F S. Aile Hekimleri Ve Eczacıların Bitkisel Ürün Kullanımına Yaklaşımları: Trabzon İ Lindi Pilot Çalışma, **Türkiye Aile Hekimliği Dergisi**, 2018; 22(3): 141-156.

Sayılı M, Gözener B, Trabzon İli Of İlçesinde Ailelerin Çay Tüketim Durumu ve Alışkanlıkları, **Gıda Teknolojileri Elektronik Dergisi** 2013; 8(2): 1-7.

Söğüt Ö, Kaya H, Gökdemir M T, Nimetoğlu M S, Solduk L, Zayıflama Amacıyla Acı Biber Hapı Kullanımı Sonrasında Gelişen Kardiyotoksiste: İki Olgu Sunumu, **Türkiye Acil Tıp Dergisi**, 2010: 135.

Street RA, Stirk WA, Van Staden J. South African tradiotiomedicinal plant trade: challenges in regulating quality, safety and efficacy. **J Ethnopharmacol** 2008; 119: 705-10.

Şanlıer N, Konaklıoğlu E & Güçer E. Gençlerin beslenme bilgi, alışkanlık ve davranışları ile beden kütle indeksleri arasındaki ilişki. **Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi**, 2009; 29(2): 333-352.

T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması, Ankara, 2013. <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/khifat.pdf> (alınan tarih: 15.09.2019).

Tedik S E. Fazla Kilo/Obezitenin Önlenmesinde ve Sağlıklı Yaşamın Desteklenmesinde Hemşirenin Rolü, **Türkiye Diyabet ve Obezite Dergisi**, 2017: 54-62.

Tudor-Locke C, Ainsworth BE, Whitt MC et al: The Relationship Between Pedometer-determined Ambulatory Activity and Body Composition Variables. **Int J Obes Relat Metab Disord**. 2001; 25 (11): 1571-8.

Türkcan A. Türkiye’de Madde Kullananların Profili: Hastane Verilerinin İncelenmesi, **Düşünen Adam**, 1998; 11 (3): 56-64.

Türkiye Aşırı Tuz Tüketiminin Azaltılması Programı (2017,2021). İnternet sitesi. https://www.tdd.org.tr/wpcontent/uploads/2018/04/t_rkiye_a_r_tuz_t_ketiminin_azalt_1_mas_program_2017-2021-1.pdf (alındığı tarih: 15.09.2019).

Türkiye’ye Özgü Besin Ve Beslenme Rehberi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Ankara, 2015. İnternet sitesi. http://15temmuzsehitlehoo.meb.k12.tr/meb_iys_dosyalar/07/12/762091/dosyalar/2017_11/05162016_Turkiyeye_ozgY_besin_ve_beslenme_rehberi.pdf?CHK=b66ce73e714_b4626c8d81db35f0185b6 (alındığı tarih 15.09.2019).

Uçar A, Hasipek S. Ankara Üniversitesi Öğrencilerinin Sigara Kullanma Durumunun Beslenme Alışkanlıkları Ve Bazı Hematolojik Parametreler Üzerine Etkisi, **Beslenme ve Diyet Dergisi / J N u tr and Diet**, 2008, 36(1-2):31-46.

Vassigh G. Üniversite Öğrencilerinin Fiziksel Aktivite Durumları İle Sağlıklı Beslenme İndekslerinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, **Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü**, Ankara, 2012.

Woolf A, Watson W, Smolinske S, Litovitz T. The severity of toxic reactions to ephedra: comparisons to other botanical products and national trends from 1993-2002. **Clin Toxicol** 2005; 43: 347-55.

Yaşa R, Türkddoğan M K, Gastrit ve Helicobacter pylori Tedavisinde Sağlıklı Beslenmenin Yeri ve Önemi, **İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Dergisi**, 2019; 1(3): 1-8.

Yılmaz B Ö, Çiçek B, Kaner G. Kayseri İlindeki Liselerde Öğrenim Gören Adölesanlarda Obezite Düzeyinin Ve İlişkili Risk Faktörlerinin Belirlenmesi, **Türk Hij Den Biyol Derg**, 2018; 75(1): 77 – 88.

Yılmaz E, Oraman Y, Özdemir G, Arap S, Yılmaz İ. Türk Kahvesi Tüketim Eğilimleri Ve Tüketici Özelliklerinin Belirlenmesi, **XII. Ulusal Tarım Ekonomisi Kongresi**, Mayıs 2016, 457-464.

Yılmaz M, Aykut M. Sigaranın Besleme ve BesinTüketimi Üzerine Etkileri, **Türkiye Klinikleri J Med Sci**, 2012, 32(3):644-651.

Yılmaz M, Boylu M. Masa Başı Çalışanlarda Kardiyovasküler Hastalık Risk Faktörleri Bilgi Düzeyleri ve Davranış Durumları, **Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi** 2016;13 (1): 27-34.

Yılmaz M, Yılmaz A, Sönmez C I, Aşıkhasan İ. Düzce İli Aile Sağlığı Merkezi Çalışanlarında İnternet, Sigara, Alkol, Madde Bağımlılığı İle Kişilik İlişkisi, **Nobel Medicus**, 2018, cilt 15 (1):15-20.

Yücel E B. Düzenli Fiziksel Aktivite Yapan Bireylerde Öğün Sıklığının Ve Aşırı Besin İsteğinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. **Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı**, Ankara, 2019.

Zengin N, Can F K, Can E, Şık N, Anıl A B. Bitkisel İçerikli Zayıflama Ürünü ile İntihar Girişimi: Bir Adolesan Olgusu, İzmir, **CAYD** 2015;2(2):91-4.



8. ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı, Soyadı: Nida ÇELEBİOĞLU

Doğum Yeri ve Tarihi: Buldan/01.03.1994

Uyruğu: T.C.

Medeni Hali: Bekar

Çalıştığı Kurum ve Birimi: Nida Diyet Beslenme ve Diyet Danışmanlık Merkezi

EĞİTİM

2016- : Pamukkale Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı (Tezli YL)

2012-2016 : Afyon Kocatepe Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Lisans Eğitimi (Afyonkarahisar)

2008-2012 : Lütfi Ege Anadolu Öğretmen Lisesi (Denizli)

2000-2008 : Dört Eylül İlköğretim Okulu (Denizli-Buldan)

STAJ

2015-2016

Afyon Kocatepe Üniversitesi Araştırma Hastanesi



9. EKLER

EK 1. ANKET FORMU

Anket No:

Tarih:

Beslenme Alışkanlıkları, Fiziksel Aktivite Durumu ve Kilo Verme Amaçlı Ürün kullanma Durumu Anket Formu

Yaşı:

Boyu:cm

Kilosu:kg

1) Cinsiyetiniz:

- Kadın
 Erkek

2) Medeni durumunuz:

- Evli
 Bekar
 Boşanmış/eşi ölmüş/ayrı yaşıyor

<p>3) Öğrenim durumunuz:</p> <p><input type="checkbox"/> Okur yazar değilim <input type="checkbox"/> Okur yazarım <input type="checkbox"/> İlkokul mezunuyum <input type="checkbox"/> Ortaokul mezunuyum <input type="checkbox"/> Lise mezunuyum <input type="checkbox"/> Üniversite mezunu ve üzeriyim</p>	<p>4) Ekonomik düzeyinizi nasıl değerlendirirsiniz?</p> <p><input type="checkbox"/> Aylık gelirimiz giderimizden az <input type="checkbox"/> Aylık gelirimiz giderimize eşit <input type="checkbox"/> Aylık gelirimiz giderimizden fazla</p>
---	--

<p>5) Çalışma durumunuz:</p> <p><input type="checkbox"/> Çalışıyorum <input type="checkbox"/> Çalışmıyorum</p>	<p>6) İşiniz:</p> <p><input type="checkbox"/> Memur <input type="checkbox"/> Çiftçi <input type="checkbox"/> İşçi <input type="checkbox"/> Esnaf <input type="checkbox"/> Emekli <input type="checkbox"/> Ev Hanımı <input type="checkbox"/> Diğer (.....)</p>
--	--

7) Herhangi bir sağlık probleminiz var mı? (Cevabınız evet ise lütfen ne olduğunu yazınız.)

- Evet var (.....)
- Hayır yok

8) Hangi öğünleri düzenli olarak tüketirsiniz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- Kahvaltı
- Öğle yemeği
- Akşam yemeği

9) Ara öğün yapma alışkanlığınız var mı?

- Evet var
- Hayır yok

10) Öğün atlar mısınız? (Cevabınız hayır ise 12. soruya geçiniz.)

- Evet
- Bazen
- Hayır

11) Genellikle öğün atlama sebebiniz nedir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- İştahsızlık
- Vakit bulamamak
- Gereksiz görmek
- Zayıflama isteği
- Kahvaltının geç yapılması
- Diğer (.....)

12) Yemek/besin seçme/ayırt etme alışkanlığınız var mı?

- Evet var
- Hayır yok

13) Yemek seçiminizi belirleyen en önemli etmen hangisidir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- Fiyatı
- Kolay ulaşılması, yapılması
- Lezzeti
- Kalorisi
- Doyurucu olması
- Sağlıklı olması
- Diğer (.....)

14)Vejetaryen misiniz? (et tüketmez misiniz?)

- Evet
- Hayır

15) Vegan mısınız? (hiçbir hayvansal besini tüketmez misiniz?)

- Evet
- Hayır

16) Yemeğin tadına bakmadan tuz ekler misiniz?

- Evet
- Bazen
- Hayır

17) Gece geç saatte besin tüketir misiniz?

- Evet
- Bazen
- Hayır

18) Sigara içiyor musunuz?

- Evet
- Bıraktım
- Hiç içmedim

19) Alkol kullanıyor musunuz?

- Evet
- Bazen
- Hayır

20) Günlük çay tüketiminiz çay bardağı, 1 bardak çaya eklediğiniz şeker adet.

21) Günlük kahve tüketiminiz fincan, 1 fincan kahveye eklediğiniz şeker adet.

22) Günlük su tüketiminiz su bardağı.

23) Ana yemeklerde yemeğinizi ortalama ne kadar sürede tüketirsiniz?

- En fazla 10 dk (hızlı)
- 11-19 dk (orta)
- En az 20 dk (yavaş)

24) Genellikle hangi ekmek türünü tüketirsiniz?

- Beyaz ekmek (çarşı somunu)
- Tam buğday, kepekli vb.
- Ev yapımı yufka, bazlama vb.
- Ekmek tüketmem.

25) Yemek pişirme yöntemlerinden en sık tercih ettiğiniz 3 yöntemi işaretleyiniz.

- Tencerede sulu yemek şeklinde
- Haşlama
- Fırında
- Izgara
- Tavada kavurma
- Derin yağda kızartma
- Diğer (.....)

		HER GÜN	HAFTADA BİRKAÇ KEZ	AYDA BİRKAÇ KEZ	YILDA BİRKAÇ KEZ	HİÇBİR ZAMAN
26)	Süt ve süt ürünlerini ne sıklıkla tüketirsiniz?					
27)	Et, tavuk, balık, yumurta vb hayvansal protein kaynaklarını ne sıklıkla tüketirsiniz?					
28)	Kurubaklagil (nohut, mercimek vb.) ve yağlı tohumlar (cevzi, fındık, badem vb) gibi bitkisel protein kaynaklarını ne sıklıkla tüketirsiniz?					
29)	Sebze grubu besinleri ne sıklıkla tüketirsiniz?					
30)	Meyve grubu besinleri ne sıklıkla tüketirsiniz?					
31)	Tahıl grubu besinleri (pirinç, bulgur, buğday, makarna, şehriye vb) ne sıklıkla tüketiyorsunuz?					
32)	Hamurişlerini (kek, pasta, poğaç, kurabiye vb) ne sıklıkla tüketirsiniz?					
33)	Paketlenmiş hazır gıdaları ne sıklıkla tüketirsiniz?					
34)	Ne sıklıkla abur cubur (çips, gofret, bisküvi vb.) tüketirsiniz?					
35)	Gazlı ve şekerli içecekleri ne sıklıkla tüketirsiniz?					

36) Ne sıklıkla kilo verme diyeti yaparsınız?

- Sürekli
- Kilo aldığımda
- Sağlık sorunu yaşadığımda
- Her yaz
- Nadiren
- Hiç

37) Neye bağlı bir diyet uygularsınız?

- Tanıdıklarımın tavsiyelerine
- Doktorun verdiği listeye
- Diyetisyenin verdiği listeye
- Spor hocasının verdiği listeye
- Tv programları, gazete, dergi, internet vb medya kaynaklarından edindiğim bilgilere
- Kendi deneyimlerime
- Diğer (.....)

38) Daha önce kilo verme amacıyla aşağıdaki ürünlerden hangilerini kullandınız? (Eğer cevabınız Hiçbirini ise direk 44. soruya geçiniz.)

- Tatlandırıcı
- Vitamin-mineral
- Zayıflama amaçlı besin desteği
- Bitkisel zayıflama ilacı
- Zayıflatma çayları
- Zayıflatma kahveleri
- Zayıflatma tozları
- Zayıflatma içecekleri
- Diğer (.....)
- Hiçbirini

39) Eğer kullandıysanız ürünü öneren kimdi?

- Arkadaş/komşu
- Akraba
- Eczacı
- Doktor
- Diyetisyen
- Spor hocası
- Ürünü satan kişi
- Tv programları, gazete, dergi, internet vb. medya kaynakları
- Diğer (.....)

40) Ürünü ne kadar süre kullandınız? (Noktalı yere rakamı yazıp süre tüpünü yuvarlak içine alınız.)

..... gün / hafta / ay / yıl

41) Ürünü kullandığınız sürede kilonuzda değişiklik oldu mu?

- Evetkg aldım
- Evetkg verdim
- Hayır aynı kiloda kaldım

42) Ürünü kullanmayı bıraktıktan sonra kilonuzda değişiklik oldu mu?

- Evetkg aldım
- Evetkg verdim
- Hayır aynı kiloda kaldım

43) Şu an kullanmaya devam ediyor musunuz?

- Evet
- Hayır

44) Kullanmıyorsanız en önemli sebebini belirtiniz. (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- Kilo sorunu yaşamıyorum
- Fiyatının yüksek olması
- Faydalı olacağını sanmıyorum
- Faydasını görmedim
- Sağlığa zararlı olduğunu düşünüyorum
- Tadının/kokusunun çirkin/lezzetsiz olması
- Kullandığımda rahatsızlık hissediyorum
- Diğer (belirtiniz).....

İnsanların günlük yaşayış içinde yaptıkları fiziksel aktiviteler hakkında bilgi edinmek istiyoruz. Aşağıda son 7 gün içinde fiziksel olarak harcanan zaman hakkında sorular bulunmaktadır. Lütfen, kendinizi çok hareketli bir kişi olarak görmesiniz bile her soruyu cevaplayın. Ev ve bahçe işlerinizi, işyerinde yaptığınız aktiviteleri, bir yerden bir yere gitmek için yaptıklarınızı, boş zamanlarınızda yaptığınız egzersiz veya spor gibi aktiviteleri düşünün.

Son 7 gün içinde 10 dakika veya üstünde süren, nefesinizi hızlandıran, kuvvet gerektiren tüm yoğun faaliyetleri göz önünde bulundurun.

1. Son bir hafta içinde kaç gün ağır kaldırma, kazma, aerobik, basketbol, futbol veya hızlı bisiklet çevirme gibi şiddetli bedensel güç gerektiren faaliyetlerden yaptınız?

Şiddetli fiziksel aktivite yapmadım. (3. Soruya Geçiniz) Haftada _____ gün

2. Bu günlerin birinde şiddetli fiziksel aktivite yaparak genellikle ne kadar zaman harcadınız?

Bilmiyorum/Emin değilim Günde _____ dakika Günde _____ saat

Geçen bir hafta içinde yaptığınız orta dereceli fiziksel aktiviteleri düşünün. Bunlar 10 dakika veya daha uzun süren, orta derece fiziksel güç gerektiren ve normalden biraz sık nefes almaya neden olan aktivitelerdir.

3. Son bir hafta içinde kaç gün hafif yük taşıma, normal hızda bisiklet çevirme, halk oyunları, dans, bowling veya tenis gibi orta dereceli bedensel güç gerektiren faaliyetlerden yaptınız? (Yürüme hariç.)

Orta dereceli fiziksel aktivite yapmadım. (5. Soruya Geçiniz) Haftada _____ gün

4. Bu günlerin birinde orta dereceli fiziksel aktivite yaparak genellikle ne kadar zaman harcadınız?

Bilmiyorum/Emin değilim Günde _____ dakika Günde _____ saat

Geçen bir hafta içinde yürüyerek geçirdiğiniz zamanı düşünün. Bu; işyerinde, evde, bir yerden bir yere ulaşım amacıyla veya sadece dinlenme, spor, egzersiz veya hobi amacıyla yaptığınız yürüyüş olabilir.

5. Geçen 7 gün içerisinde, bir seferde en az 10 dakika yürüdüğünüz gün sayısı kaçtır?

Yürümedim. (7. Soruya Geçiniz) Haftada _____ gün

6. Bu günlerden birinde yürüyerek genellikle ne kadar zaman geçirdiniz?

Bilmiyorum/Emin değilim Günde _____ dakika Günde _____ saat

Son soru, son bir hafta içinde oturarak geçirdiğiniz zamanlarla ilgilidir. İşte, evde, çalışırken ya da dinlenirken geçirdiğiniz zamanlar dahildir. Bu masanızda, arkadaşınızı ziyaret ederken, okurken, otururken veya yatarak televizyon seyrettiğinizde oturarak geçirdiğiniz zamanları kapsamaktadır.

7. Son bir hafta içinde günde oturarak ne kadar zaman harcadınız?

Bilmiyorum/Emin değilim Günde _____ dakika Günde _____ saat